

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Nikola Skalová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informovanost žen o metodách umělého ukončení těhotenství
v prvním trimestru

Nikola Skalová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Nikola Skalová
Osobní číslo: Z16099
Studijní program: B5349 Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka
Název tématu: Informovanost žen o metodách umělého ukončení těhotenství
v prvním trimestru
Zadávající katedra: Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH Karel MARŠÁL a kol. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 550 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
3. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
4. TRÁVNÍK, Pavel. Principy farmakologického ukončení těhotenství a evakuace děložní dutiny. Praktické lékařství. 2015. 11(1), 6-7. ISSN 1801-2434.
5. WEISS, Petr. Sexuologie. Praha: Grada, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

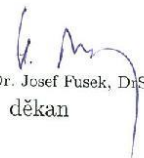
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Sabina Dušková


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. února 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 06. 05. 2019

.....
Nikola Skalová

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří Mgr. Sabině Duškové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

ANOTACE

Umělé ukončení těhotenství je jedním z nejvíce diskutovaných bioetických témat současnosti. Dle statistik je na světě až 41 % těhotenství neplánovaných a téměř polovina z nich (49 %) končí umělým ukončením těhotenství. Teoreticko-praktická bakalářská práce se zabývá představením aktuálních poznatků v oblasti farmakologických a chirurgických metod umělého ukončení těhotenství v I. trimestru a průzkumem informovanosti žen o daných metodách umělého ukončení těhotenství. Dále také zjišťuje, jakou metodu zabránění početí ženy používají a z jakého zdroje nejčastěji získávají informace o umělém ukončení těhotenství.

KLÍČOVÁ SLOVA

Farmakologická metoda, chirurgická metoda, informovanost žen, Mifegyne a Misopregol, umělé ukončení těhotenství

TITLE

Awareness among women about methods of artificial termination of pregnancy in the first trimester

ANNOTATION

Abortion is one of the most discussed bioethical topics of our time. According to statistics, up to 41 % of pregnancies are unplanned in the world, and almost half of them (49 %) end in artificial pregnancy. Theoretical and practical bachelor thesis deals with the introduction of current knowledge in the field of pharmacological and surgical methods of abortion in the first trimester and the survey of women's awareness of given methods of abortion. It also examines what method of conception prevention women use and what source they most often learn from about abortion.

KEYWORDS

Artificial termination of pregnancy, pharmacological method, Mifegyne and Misopregol women's awareness

OBSAH

ÚVOD	11
CÍL PRÁCE	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Kontracepční metody	13
1.1 Přirozené metody antikoncepce	13
1.2 Bariérové metody antikoncepce	15
1.3 Antikoncepce vyžadující lékařskou asistenci	15
1.4 Intercepce	17
2 Umělé ukončení těhotenství	18
2.1 Metody umělého ukončení těhotenství v prvním trimestru	19
2.1.1 Farmakologické ukončení těhotenství	20
2.1.2 Chirurgické metody	23
3 Péče porodní asistentky o ženu při UUT v prvním trimestru	26
3.1 Péče porodní asistentky během farmakologické metody	26
3.2 Péče porodní asistentky během miniinterrupce	27
3.3 Péče porodní asistentky během klasické instrumentální metody	27
3.4 Následná péče porodní asistentky	28
PRŮZKUMNÁ ČÁST	30
4 Metodika průzkumu	31
4.1 Charakteristika výzkumného souboru	31
4.2 Zpracování dat	32
5 Presentace výsledků průzkumu	34
5.1 Presentace výsledků odpovědí na identifikační otázky	34
5.2 Presentace výsledků odpovědí na ostatní otázky	40
6 DISKUZE	48
7 ZÁVĚR	53

8	POUŽITÁ LITERATURA	55
9	PŘÍLOHY	59

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Rozdělení respondentek dle věku.....	34
Obrázek 2 Rozdělení respondentek dle vzdělání	35
Obrázek 3 Rozdělení respondentek dle gravidity a parity	36
Obrázek 4 Podstoupení respondentek UUT v minulosti	38
Obrázek 5 Metody antikoncepce používané respondentkami	40
Obrázek 6 Znalosti respondentek o provedení UUT z osobních důvodů	41
Obrázek 7 Informovanost respondentek o rizicích UUT	43
Obrázek 8 Respondentkami vybrané metody UUT	44
Obrázek 9 Informovanost respondentek o opatřeních nutných dodržovat po UUT	46
Obrázek 10 Zdroj, ze kterého mají respondentky nejvíce informací o UUT	47
Tabulka 1 Gravidita/parita respondentek.....	36
Tabulka 2 Počet v minulosti podstoupených UUT	38
Tabulka 3 Komplikace u respondentek, které v minulosti podstoupily UUT	39
Tabulka 4 Znalosti respondentek o metodách UUT	42
Tabulka 5 Rizika hrozící při podstoupení UUT.....	43
Tabulka 6 Znalost respondentek o vybraných metodách.....	45
Tabulka 7 Opatření po UUT, o kterých byly respondentky informovány.....	46

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

atd.	a tak dále
ČNR	Česká národní rada
ČR	Česká republika
event.	eventuálně
FIGO	Mezinárodní federace gynekologů a porodníků
hCG	lidský choriový gonadotropin
ICM	Mezinárodní konfederace porodních asistentek
Kč	Koruna česká
KHA	kombinovaná hormonální antikoncepce
MZd ČSR	Ministerstvo zdravotnictví Československé republiky
P	puls
PA	porodní asistentka
SÚKL	Státní úřad pro kontrolu léčiv
t. č.	toho času
TK	krevní tlak
tzv.	takzvaný
UUT	umělé ukončení těhotenství
WHO	World Health Organization
ZZ	zdravotnické zařízení

ÚVOD

V dnešní době, kdy se neustále vyvíjí antikoncepce, klesá počet nechtěných těhotenství, což je patrné především ze statistik potratovosti Českého statistického úřadu. Od roku 2007 do roku 2017 kleslo toto číslo o necelých 24 %, přesněji z 25 414 na 19 415 žen. (ČSÚ, 2017) Ale i přesto jsou ženy, které otěhotní v nesprávnou dobu a jejich volbou řešení je umělé ukončení těhotenství. Nutno je ale pohlížet na fakt, že některé ženy umělé ukončení těhotenství musejí podstupovat ze zdravotních důvodů. Aby se mohly správně rozhodnout, kterou z daných metod umělého ukončení těhotenství podstoupí, je nutné, aby měly veškeré informace o možnostech umělého ukončení těhotenství, které se v ČR nabízejí a jsou schvalovány zákonem České republiky.

Umělé ukončení těhotenství neboli legální potrat má různé metody provedení. Dělí se na farmakologickou metodu a chirurgické metody. Avšak všechny metody mají stejný cíl, a to zabránit dalšímu vývoji plodového vejce (Hájek et al, 2014, s. 461).

Téma bakalářské práce bylo zvoleno za účelem zjistit, jaká je míra informovanosti žen před podstoupením jedné z metod umělého ukončení těhotenství, a také rozšíření si obzoru v této problematice. Průzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí dotazníku, který byl rozdáván žadatelkám o umělé ukončení těhotenství.

Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsou vymezeny důležité pojmy pro tuto práci. V jednotlivých podkapitolách jsou popsány antikoncepční metody, a také možnosti provedení umělého ukončení těhotenství v prvním trimestru, jejich kontraindikace, komplikace i rizika. Samostatná kapitola se věnuje roli porodní asistentky při kontaktu s ženou, která jednu z metod umělého ukončení těhotenství podstupuje. Zahraniční a česká literatura, která byla v teoretické části práce použita, byla vyhledána v databázích Medvik, THESES.cz a PubMed. Praktická část práce analyzuje průzkum zaměřený na informovanost ženské populace o metodách umělého ukončení těhotenství. Zabývá se také metodami antikoncepce, které ženy používají a zdroji, ze kterých mají respondentky nejvíce informací. Získaná data jsou zpracována pomocí analýzy absolutních a relativních četností.

CÍL PRÁCE

Cíl pro teoretickou část

1. Předložit nejnovější publikované poznatky o farmakologické a chirurgické metodě umělého ukončení těhotenství v I. trimestru.

Cíl pro průzkumnou část

1. Zjistit míru informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství v I. trimestru.
2. Zjistit důvody, proč si ženy vybírají dané metody umělého ukončení těhotenství.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KONTRACEPČNÍ METODY

Antikoncepce neboli kontracepce je souhrnný termín pro metody reverzibilní zábrany početí, tedy splynutí ženské a mužské pohlavní buňky. Otázka zabránění početí, potažmo antikoncepce, je stejně stará jako lidstvo samo. Za jednu z největších vymožeností moderní civilizace se počítá právě možnost spolehlivé antikoncepce, jejíž využití je jednou z nejvýhodnějších metod regulace porodnosti. V současnosti v ČR používá více než třetina žen ve věku 15-45 let některou z moderních lékařsky asistovaných metod (Weiss, 2010, s. 275).

K vyjádření spolehlivosti a účinnosti jednotlivých antikoncepčních metod se používá tzv. Pearl index (viz příloha A). Jedná se o číselné vyjádření počtu nechtěných těhotenství u 100 žen užívajících danou metodu antikoncepce nepřetržitě po dobu jednoho roku. Nízký Pearlův index znamená vysokou úroveň spolehlivosti, vysoký index značí naopak nízkou úroveň spolehlivosti zábrany početí dané kontracepční metody (Weiss, 2010, s. 277; Barták, 2006, s. 30).

1.1 Přirozené metody antikoncepce

Antikoncepce se dají rozdělit podle různých hledisek. Z hlediska praktického významu bychom mohli metody dělit na významné neboli masově užívané, poté metody méně významné a metody vcelku bezvýznamné, okrajové. V praxi se užívá i rozdělení na mužskou a ženskou antikoncepci (Barták, 2006, s. 23). Avšak pro tuto práci je vhodnější rozdělení metod antikoncepce na přirozené metody, které nevyžadují žádné speciální pomůcky ani farmaka, metody bariérové antikoncepce a metody vyžadující lékařskou asistenci.

Přirozené metody antikoncepce jsou takové, které nevyžadují žádnou mechanickou ani farmakologickou pomůcku a nevyžadují tedy lékařský dohled (Weiss, 2010, s. 278-280; Roztočil et al, 2011, s. 107). Mezi přirozené metody regulace fertility řadíme kojení, výpočet plodných a neplodných dnů, přerušovanou soulož a úplnou sexuální abstinenci.

Kojení jako antikoncepce

Kojení čili krmení novorozence mateřským mlékem, je doprovázeno laktační amenorrhoeou (vynechání menstruace), která je hormonálně vyvolána hyperprolaktinemií a hypoestrismem. To způsobuje, že kojení lze využít jako antikoncepční metodu, ale pouze za předpokladu splnění následujících podmínek:

- doba po porodu není více než 6 měsíců;
- žena dosud ještě nezačala menstruuovat;
- téměř plné kojení dítěte (kojení alespoň po 4 hodinách během dne, v noci maximálně jeden 6 hodin trvající interval).

Při dodržení výše uvedených podmínek je Pearlův index asi 3 (Weiss, 2010, s.278-280).

Periodická abstinence

Periodická abstinence vychází z předpokladu, že si žena výpočtem zjistí své plodné a neplodné dny a ke styku dochází jen v neplodných dnech. Během jednoho menstruačního cyklu dochází pouze k jedné ovulaci, kdy je vajíčko schopné oplodnění nanejvýš 2 dny a spermie nanejvýš 7 dní. Oplodnění je tedy možné v určitých dnech cyklu. Známe velké množství metod na vypočítání plodných a neplodných dní. Nejčastěji používaná metoda je teplotní metoda, při které se využívá měření bazální teploty. Další metody jsou: hlenová, cervikální, krystalizace slin a symptotermální metoda, která je kombinací alespoň dvou uvedených metod. Při používání teplotní metody je Pearlův index 3-20, avšak například při hlenové metodě dokonce 25-30 (Weiss, 2010, s. 278-280).

Coitus interruptus

Coitus interruptus je nejstarší, nejprimitivnější, ale zato nejlevnější a vždy dostupná antikoncepční metoda. Do češtiny překládáme coitus interruptus jako přerušovanou soulož. Jedná se o metodu, kdy muž přerušuje soulož ještě před orgasmem a ejakuluje mimo rodidla. V běžné praxi se Pearlův index udává až 20, čímž ji řadíme mezi velmi málo spolehlivou metodu antikoncepce. Důvodem takto malé spolehlivosti je mimo jiné fakt, že již v průběhu soulože může docházet k uvolňování malého množství spermatu (Barták, 2006, s. 32; Weiss, 2010, s. 278-280).

Úplná koitální abstinence

Úplné vynechání pohlavního styku může být pouze dočasné řešení i celoživotní strategie, avšak tato metoda je přijatelná pouze pro menšinovou část populace, zejména u velmi mladé populace, kteří využívají pouze nonkoitální techniky (Weiss, 2010, s. 278-280).

1.2 Bariérové metody antikoncepce

Dalším typem antikoncepce jsou bariérové metody, které využívají překážku v pochvě. Překážky mohou být mechanické, chemické i kombinované.

Kondom (prezervativ)

Kondom je jakýsi návlek na penis, který se nasazuje na ztopořený pohlavní úd před zavedením do pochvy. Prezervativ řadíme mezi jednu z nejvýznamnějších metod bariérové antikoncepce. Jeho antikoncepční spolehlivost se může někomu zdát nízká (Pearl index v širokém rozmezí 2 – 15, protože velmi záleží na zkušenosti, šikovnosti a zodpovědnosti uživatele), avšak nespornou výhodou prezervativu je ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi (Barták, 2006, s. 35; Weiss, 2010, s. 281).

Vaginální spermicidy

Antikoncepce založená na spermicidech (v překladu „spermie hubící“) se nazývá antikoncepce chemická. Spermicidy mohou být ve formě čípků nebo krémů, které se do pochvy umisťují různými aplikátory, pěnovými spreji i houbičky, které jsou napuštěné spermicidem a po zavedení do pochvy vlivem vlhkosti nabobtnají a znemožňují spermiím průchod do děložního čípku. Musí se do pochvy zavádět ještě před souloží, jelikož po souloží ho nelze technicky provést dostatečně rychle. Nejsou dostatečně spolehlivé (Pearl index 4-25), avšak mají i své výhody. Nekupují se na lékařský předpis a neobsahují žádné hormony (web antikoncepce, 2016).

Ženské mechanické bariéry

Mezi ženské mechanické bariéry řadíme: poševní pesar, cervikální klobouček, vaginální hubku a femidon (ženský kondom). Pearl index u poševního pesaru se uvádí 4-22, ale pokud ho žena použije zároveň se spermicidy, Pearl index je už pouze 2-18, u cervikálního kloboučku je Pearl index 4-20 a u ženského kondomu 5-15 (Weiss, 2010, s. 281).

1.3 Antikoncepce vyžadující lékařskou asistenci

Posledním typem kontracepce je antikoncepce vyžadující lékařskou asistenci. Jedná se o nitroděložní antikoncepci, gestagenní a kombinovanou hormonální antikoncepci.

Nitroděložní antikoncepce

Rozlišujeme dvě diametrálně rozlišné formy nitroděložní antikoncepce, a to hormonální a nehormonální. Nehormonální nitroděložní tělísko je plastové s kovovým drátkem nejčastěji

z mědi (Pearlův index 0,2-0,8). Novinkou na trhu od roku 2017 je nitroděložní kulička IUB™ SCu300B MIDI (v některých zemích známá pod obchodní značkou Ballerine™). Jedná se o nové nehormonální nitroděložní antikoncepční tělísko. IUB™ se zavede do dělohy, kde se stočí do tvaru pružné trojrozměrné kuličky odpovídající tvaru děložní dutiny. Přičemž účinkuje stejným způsobem jako jiná nitroděložní tělíška. Antikoncepční účinek zajišťuje měď z perel (IUB™ Ballerine, 2018). Druhou metodou je hormonální nitroděložní tělísko s levonorgestrem (syntetický progestin), kde je Pearlův index 0,2-2 (Čepický, 2018, s. 40). Nitroděložní tělísko je účinná, dlouhodobá, pohodlná a levná metoda ochrany početí. Její nevýhodou je, že je vhodná především pro ženy, které již rodily, ale není vhodná pro mladé bezdětné ženy a dívky (Barták, 2006, s. 47).

Gestagenní antikoncepce

Vysoce spolehlivou metodou je gestagenní antikoncepce, taktéž nazývaná jako „minipilulka“. Tato metoda spočívá v kontinuálním dodávání gestagenu. Neobsahují estrogény, takže neblokují ovulaci. Progestin brání početí tím, že zahušťuje cervikální hlen, který se tak stává pro spermie neprostupný. Gestagenní antikoncepce je k dostání ve formě tablet, podkožních implantátů a depotních injekcí. Mohou se dávat i kojícím ženám, které jsou také hlavní „cílovou skupinou“ této metody (Weiss, 2010, s. 285; Barták, 2006, s. 105-106).

Kombinovaná hormonální antikoncepce

Nejrozšířenější antikoncepční metodou je kombinovaná hormonální antikoncepce (KHA). Principem této metody je cyklické užívání kombinace estrogenu (ženského pohlavního hormonu) a progestinu (hormonu žlutého tělíška). Podáním estrogenu hypofýza zastaví práci vaječnicků (přestane vydávat řídicí hormony, gonadotropiny). Dochází k zástavě růstu ovariálních folikulů, jež nedospějí k ovulaci. Druhotným účinkem je změna struktury cervikálního hlenu. Hypofýza nepracuje, vaječníky ovšem také ne, ale žena zůstává ženou (má menstruaci i jiné projevy ženství), protože jí estrogen dodáváme. Jenže samotný estrogen by nestačil, protože působí růst děložní sliznice, což by způsobovalo nepravidelné krvácení z dělohy a zvýšené riziko její rakoviny. Proto je nezbytné podávat, identicky jako v přirozeném cyklu, i další hormon, progesteron. Ten se podává k tomu, aby zbrzdil růst sliznice dělohy a zajistil pravidelné měsíční krvácení. KHA je ve formě tablet, transdermálních náplastí a vaginálních kroužků (Weiss, 2010, s. 276; Čepický, 2018, 38-39). Tablety se podávají ve čtyřtýdenních cyklech tak, že 3 týdny se denně užívají tablety a 1 týden je pauza, kdy se nebere nic. V tomto týdnu dochází k poklesu hladiny, což simuluje zánik žlutého tělíška, což je

podmětem pro začátek menstruačního krvácení. Stejně jako se tablety užívají 3 týdny, náplasti se lepí také 3 týdny (vždy na celý týden 1 náplast) a pak se týden vynechá (Barták, 2006, s. 55-57, 100-104). Pearl index je pak nejnižší u náplasti a to 0,9, dále u vaginálního kroužku 1,15 a nakonec tablet 0,2-3.

Sterilizace

Sterilizace je vymezena jako postup, který nevratně brání možnosti otěhotnění (ale zachovává normální funkci pohlavních žláz). Těhotenství po sterilizaci je možné pouze za použití metod asistované reprodukce. Provádění sterilizace je upraveno zák. č. 373/2011 Sb. Sterilizaci je možné vykonat na přání každé ženě i muži, starších 21 let. Po podání žádosti je zapotřebí zájemce o sterilizaci poučít a mezi tímto poučením a následným provedením výkonu musí utéct minimálně 14 dní. Sterilizace se u žen provádí buď přerušáním vejcovodů za použití laparoskopie, nebo zavedením spirály do ústí vejcovodů do dělohy. Mužskou sterilizaci provádí urolog přerušáním chámovodů. Sterilizace na žádost není hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění, musí ji uhradit žadatel nebo žadatelka sami. Pearlův index je 0-0,5 pro ženskou sterilizaci a 0-0,05 pro mužskou sterilizaci (Roztočil et al, 2011, s. 114-115, web antikoncepce).

1.4 Intercepce

Další metodou antikoncepce je postkoitální antikoncepce (intercepce), tedy metody užívající se až po pohlavním styku. Tyto metody se výhradně nepoužívají k plánovanému nebo opakovanému používání, protože nejsou příliš spolehlivé. Jejich užití je při neplánovaném nechráněném pohlavním styku nebo při rozpoznání selhání bariérové antikoncepce. Dnes se nejčastěji používá tzv. „pilulka po styku“. Jedná se o vysoké dávky hormonů. Přípravky postkoitální antikoncepce jsou dostupné v lékárnách bez lékařského předpisu po předložení občanského průkazu (Roztočil et al, 2011, s. 114, web antikoncepce.cz).

Je-li intercepce aplikována před ovulací, může dojít k zábraně ovulace. Je-li aplikována po ovulaci, je hlavním cílem zabránění nidaci. Již nidované vejce postkoitální antikoncepce nepoškodí. Přípravek je nutno užít nejpozději do 72 hodin po nechráněném styku. Po užití intercepce je obvykle krvácení mimo cyklus. Hormonální metody intercepce ve srovnání s nechráněným stykem snižují riziko otěhotnění na jednu čtvrtinu (otěhotní necelé 1% žen) (Roztočil et al, 2011, s. 114).

2 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

Umělé ukončení těhotenství je rovněž bráno jako plánované rodičovství, ale s výhradou, že nemá preventivní charakter. Bezpochyby je umělé ukončení těhotenství zdravotně i eticky nejméně přijatelným prostředkem kontroly plodnosti, proto by cílem sexuální výchovy a osvěty měla být náhrada umělého ukončení těhotenství moderní spolehlivou antikoncepcí (Weiss, 2010, s. 210; Citterbart, 2001, s. 101).

Umělé ukončení těhotenství (UUT) neboli legální potrat (*interruptio graviditatis legalis*), je operační výkon, kterým se zabraňuje dalšímu vývoji plodového vejce. Je k němu v různých zemích značně rozdílný právní přístup. V České republice je legislativně povolen zákonem ČNR č. 66/1986 Sb. a vyhláškou MZd ČSR č. 15/1986 Sb. UUT je v ČR možné buď na žádost těhotné ženy (dívky mladší 16 let musí mít souhlas rodičů), anebo ze závažných zdravotních důvodů (Barták, 2006, s. 125). UUT se provádí pouze ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Výkon si žena platí sama, pokud je UUT na její žádost (včetně gynekologického, předoperačního, laboratorního a ultrazvukového vyšetření, hospitalizace i anestezie), UUT ze zdravotních důvodů je hrazeno pojišťovnou. Cenu za UUT si stanovuje každé zdravotnické zařízení samostatně. Avšak cena se nyní pohybuje okolo 3-4 tisíc Kč (Hájek et al, 2014, s. 461; Roztočil et al, 2011, s. 210).

Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy

Žena má zákonné právo na UUT respektující Chartu lidských práv. Realizuje ho sepsáním žádosti u svého obvodního gynekologa (viz příloha B). Výkon má být povolen a proveden nejpozději do 12. týdne gravidity (délka těhotenství se počítá od prvního dne poslední menstruace) při respektování následujících kontraindikací:

- současné akutní zánětlivé onemocnění rodidel;
- předchozí UUT bylo provedeno před dobou kratší než šesti měsíců (bez tohoto časového omezení je možné UUT provést u žen se dvěma či více dětmi, u žen nad 35 let věku a v případech vzniku těhotenství v souvislosti s trestnou činností) (Hájek et al, 2014, s. 461; Zákon č. 66/1986, vyhláška 75).

Umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů

UUT nemusí být vždy důsledkem používání nespolehlivé antikoncepce. I plánovaná těhotenství mohou skončit umělým ukončením, a to ze zdravotních důvodů ze strany ženy nebo plodu. Jsou

tři časové skupiny, které vymezují rozdílná kritéria ukončení těhotenství ze zdravotních indikací:

- UUT do 12. týdne – nemoc ženy (podrobný seznam onemocnění, syndromů a stavů je součástí vyhlášky 75/1986 Sb.). Po uplynutí dvanácti týdnů délky těhotenství lze uměle ukončit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo je plod neschopen života;
- UUT do 24. týdne – jsou-li u plodu prokázány genetické důvody a vývojové poškození;
- UUT v průběhu celého těhotenství – závažné poškození zdraví ženy nebo ohrožení jejího života; ojediněle je možno bez časového omezení těhotenství ukončit také při později rozpoznávaných s životem neslučitelných malformacích plodu (např. anencefalus).

Všechny tyto výkony mohou být provedeny pouze s písemným souhlasem ženy (Hájek et al, 2014, s. 461-462; Zákon č. 66/1986, vyhláška 75).

2.1 Metody umělého ukončení těhotenství v prvním trimestru

UUT má několik možných metod provedení. Volba určité metody se odvíjí hlavně od délky těhotenství, dále záleží na paritě, celkovém zdravotním stavu ženy, lokálním nálezu atd. Předpokladem provedení umělého ukončení těhotenství je:

- bimanuální palpační gynekologické vyšetření (tvar a pevnost děložního hrdla, velikost, tvar a uložení dělohy);
- ultrazvuková datace gravidity, jehož součástí je potvrzení intrauterinní lokalizace gravidity;
- základní interní vyšetření (Hájek et al., 2014, s. 462).

Za nejjednodušší dělení metod UUT v prvním trimestru lze pokládat dělení na farmakologické a chirurgické metody. Farmakologickou metodu neboli také tzv. interrupci potratovou pilulkou lze provést do 49. dne přesněji 63. dne sekundární amenorey. Registrované léčivé přípravky pro pilulku do 63. dne však nejsou t. č. v ČR k dispozici (Strašilová et al., 2016, s. 381). Chirurgické metody se dělí dle stáří těhotenství, do kterého je UUT možné provést, a to na miniinterrupci a klasickou interrupci. Miniinterrupci lze vykonat do 8. týdne těhotenství a klasickou interrupci do 12. týdne těhotenství. Každé ženě před provedením jakéhokoliv metody UUT je nezbytné vyšetřit krevní skupinu a Rh faktor. Při RhD negativní krevní skupině pacientky se provádí prevence RhD aloimunizace podáním imunoglobulinu (Ig) G anti-D

v dávce alespoň 100 mcg intramuskulárně, IgG anti-D by měl být podán nejpozději do 72 hodin od zahájení výkonu (Hájek et al., 2014, s. 462-464; Ľubušký, 2016, s. 27).

2.1.1 Farmakologické ukončení těhotenství

V osmdesátých letech 20. století byla ve Francii vytvořena látka s antiprogesteronovým účinkem, později proslulá jako „potratová pilulka“ RU-486. V roce 1988 byla uplatněna do lékařské praxe jako Cytotec. Její uzákonění v USA proběhlo v roce 2000. V současnosti je legalizována ve více než 25 zemích světa, avšak zakázána je stále například v Austrálii. Státní úřad pro kontrolu léčiv (SÚKL) registroval kombinovaný preparát Mifegyne pro Českou republiku v polovině roku 2013. (Hájek et al, 2014, s. 462-463; Sehnal, 2018, s. 69; Trávník, 2015, s. 7)

Dle Hájka (2014, s. 463) balení Mifegyne obsahuje odděleně dvě účinné látky, které se používají postupně: mifepriston (steroid s antiprogesteronovým účinkem), který se užívá perorálně, a misoprostol (prostaglandin PGE₁ posilující děložní kontrakce), který se aplikuje vaginálně. Avšak dle Trávníka (2015, s. 6-7) je možnost užití léků i pouze perorálně, což uvádí ve svém článku v časopise praktické lékařství. „*Nejprve se užije přípravek obsahující mifepriston v dávce 200 mg (1 tableta při užití Medabon®) až 600 mg (3 tablety Mifegyne®) perorálně. Za 36 až 48 hodin po užití mifepristonu se aplikuje přípravek obsahující misoprostol 400 µg perorálně (1 tableta Mispregnol®) nebo 800 µg vaginálně (4 vaginální tablety při užití Medabon®)*“ (Trávník, 2015, s. 6-7).

Pro většinu žen je tato metoda UUT vhodná, nicméně vzhledem k podání prostaglandinového přípravku je nutné respektovat obecně platné kontraindikace podání, jako jsou např.: alergie na prostaglandiny, silné astma, dědičná porfyrie, chronická porucha funkce ledvin, hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku. (Hájek et al, 2014, s. 462; ČLS JEP, 2014, s. 1) Léková interakce může vzniknout při souběžném podávání kortikoidů, některých antibiotik (např. Erytromycin) a některých dalších léků (Hájek et al, 2014, s. 462).

Pro farmakologickou metodu není určen mechanismus úhrady pro platbu z prostředků veřejného zdravotního pojištění, žadatelka by měla vždy za zákrok zaplatit. Přípravky k farmakologickému UUT mohou být vydány, dle rozhodnutí SÚKL, pouze na základě lékařské předpisu předepsaného lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, a to jen poskytovateli zdravotních služeb poskytujícímu zdravotní službu formou lůžkové péče nebo jednodenní péče. Na základě vystavení žádanky (ne receptu) mohou být

vydány přípravy zdravotnickému zařízení (ZZ). Přípravky jsou podávány pacientce přímo ve ZZ (ČLS JEP, 2014, s. 1).

Navíc tato zařízení musí zajišťovat:

- vyšetření ženy a stanovení diagnózy nitroděložního těhotenství a jeho velikosti do 49. dne amenorey;
- vyšetření celkového zdravotního stavu žadatelky a vyloučení možných kontraindikací, nevhodnosti medikamentózní metody UUT či potenciálních lékových interakcí;
- poskytnutí formuláře na žádost o UUT a event. vybírání poplatku, který je přibližně stejný jako při miniinterrupci;
- péči o ženu v případě následných komplikací (např. nadměrné krvácení, reakce na použité preparáty, teploty, bolesti v břiše aj.) (Hájek et al, 2014, s. 463).

Pouze u jednoznačně potvrzeného těhotenství (stanovením lidského choriového gonadotropinu – hCG v séru nebo ultrazvukovým vyšetřením) lze provést farmakologické UUT. Provádění této metody je ambulantní a má 3 základní etapy:

1. Při 1. návštěvě ZZ oprávněného provádět farmakologické UUT je podán perorální léčivý přípravek s obsahem účinné látky mifepriston, který devitalizuje embryo. Z důvodu možného výskytu nežádoucích účinků, zůstává pacientka po dobu 1 hodiny v blízkosti ZZ.
2. Další návštěva stejného ZZ je s odstupem 36-48 hodin, kde je podán léčivý přípravek s obsahem účinné látky misoprostolu 400 µg perorálně (1 tableta Misopregol®) nebo 800 µg vaginálně (4 vaginální tablety při užití Medabon®). Dochází k vypuzení devitalizovaného plodového vejce, což je doprovázeno mírným nebo středním krvácením a bolestmi ne většími než při menstruaci. K samotnému vypuzení dochází v následujících hodinách až dnech. Z důvodu možného výskytu nežádoucích účinků nebo možnosti rychlého vypuzení těhotenské tkáně, opět zůstává pacientka po dobu 1 hodiny v blízkosti ZZ.
3. Poslední návštěva ve ZZ je s odstupem 14-21 dnů od podání léčivého přípravku s obsahem účinné látky mifepriston. Zde probíhá ověření, zda medikace byla úspěšná (negativní nízké senzitivní močový hCG test nebo ultrazvukové vyšetření, event. lze sledovat pokles hladiny hCG v séru) (Hájek et al, 2014, s. 463; ČLS JEP, 2014, s. 2).

Součástí edukačního materiálu pro pacientky je bezpečnostní karta (viz příloha C), kterou předepisující lékař vyplní a předá klientce ještě před provedením samotného UUT. Uvede na

ni údaje o referenčním kontaktu a předepisujícím centru, které by pacientka mohla využít v případě potíží po zákroku (Edukační materiál o bezpečném užívání a minimalizaci rizik při použití léčivých přípravků Mifegyne® a Mispregnol®, 2013, s. 2).

Komplikace a nežádoucí účinky

Farmakologické UUT je z medicínského hlediska velice bezpečná metoda a s možnými život neohrožujícími komplikacemi je šetrnější než chirurgická instrumentální metoda. Má však ale také své limitace (které nebývají mediálně zmiňovány), a proto nenahrazuje miniinterrupci zcela (Hájek et al, 2014, s. 463; Sehnal, 2018, s. 68-72). Mohou se projevit nežádoucí účinky jako jsou nevolnost, zvracení, průjem, alergická reakce, bolesti břicha a křeče. Součástí protokolu je podávání analgetik. Již v první etapě by měla být nabídnuta analgetická léčba všem pacientkám. Nejčastěji navrhovanou skupinou jsou nesteroidní antiflogistika. „*Cca jednu hodinu před podáním léčivého přípravku s obsahem účinné látky misoprostol (Mispregnol®) je vhodné podat profylakticky léčivý přípravek s obsahem účinné látky ibuprofen 800 mg v jedné perorální dávce*“ (Lubušký, 2018, s. 316). Mezi nejčastější komplikace patří: selhání metody a následné pokračující těhotenství, krvácení, infekce a RhD aloimunizace (ČLS JEP, 2014, s. 2). Riziko selhání této metody nechirurgického ukončení těhotenství při dodržení schváleného protokolu je 1,3-7,5 %. Jestliže jsou použity jiné režimy, toto riziko se zvyšuje. V případě selhání této metody, tedy pokračujícího těhotenství, musí být žena poučena o rizicích souvisejících s užitím přípravků Mifegyne®/Mispregnol® tak, aby se mohla rozhodnout, jestli těhotenství donosí či nikoli. Informuje se o následujících možnostech:

- ukončení těhotenství – podle aktuální délky těhotenství lze opakovat farmakologickou metodu nebo využít chirurgickou metodu;
- pokračování těhotenství.

V případě, že se pacientka rozhodne v těhotenství pokračovat:

- Informuje se o riziku malformací u novorozence v důsledku expozice lékům.
- Je nutný informovaný souhlas pacientky.
- Je nutné specifické sledování pomocí ultrazvukového monitorování ve specializovaném centru (Edukační materiál o bezpečném užívání a minimalizaci rizik při použití léčivých přípravků Mifegyne® a Mispregnol®, 2013, s. 2).

Goldstone ve své studii předložil, že i když byla při poskytování farmakologického UUT zachycena velmi nízká míra komplikací (3,9 %), zdravotnická zařízení by se měla o zpětnou

vazbu měla neustále starat. Zdravotníci by měli kontaktovat ženu a tázat se, zda nastala nějaká zdravotní komplikace (Goldstone, 2012, s. 282 - 286).

Hlášení podezření na nežádoucí účinky

Důležitým zdrojem informací o léčivém přípravku po jeho schválení a uvedení na trh je hlášení podezření na nežádoucí účinky. Pomáhá to ke kontinuálnímu sledování poměru prospěšnosti/rizik léčivého přípravku. Zdravotničtí pracovníci jsou žádáni, aby hlásili jakékoli podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím formuláře pro hlášení podezření na nežádoucí účinky léčivého přípravku, který je k dispozici na internetových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (Edukační materiál o bezpečném užívání a minimalizaci rizik při použití léčivých přípravků Mifegyne® a Misopregol®, 2013, s. 2).

2.1.2 Chirurgické metody

Mezi chirurgické metody umělého ukončení těhotenství v I. trimestru patří miniinterrupce a klasický instrumentální potrat.

2.1.2.1 Miniinterrupce (vakuumaspirace)

Miniinterrupce se provádí do 49. dne amenorey respektive do 8. týdne gravidity semiambulantně v krátkodobé nitrožilní anestezii v gynekologické poloze. Anestezie může být místní nebo celková.

Před provedením zákroku musí být žena nalačno a vymočená. Po dezinfekci zevních rodidel a pochvy se děložní hrdlo v gynekologických zrcadlech fixuje jednozubými americkými kleštěmi. Děložní dutina se sonduje a poté se děložní hrdlo postupně dilatuje kovovými dilatátory tzv. Hegarovými dilatátory. Je to sada kovových, lehce zahnutých a na konci zaoblených tyčinek o průměru od 4 do 13 mm, které se postupně stále silnější a silnější zavádějí do děložního hrdla. Poté se soustavně pod tlakem odsává plodové vejce a veškerá decidua. Elektrickou vakuovou pumpou se dosáhne potřebného podtlaku. Po ukončení aspirace se zpravidla provádí revize děložní dutiny malou tupou kyretou (Hájek et al, 2014, s. 462). WHO stanovuje, že tento proces by neměl být běžně realizován ostrou kyretou. Dochází tak k většímu riziku přítomnosti srůstů v děloze, což může negativně ovlivnit možné budoucí těhotenství ženy. Stejně tak WHO uvádí, že většina vakuumaspirací může být bezpečně dokončena bez použití kyretáže. Žádná data nenaznačují, že použití kyretáže po vakuovém odsávání snižuje riziko zadržení deciduy. Kompletně zákrok trvá obvykle 3 až 10 minut. Většina pacientek se po krátkodobé anestezii cítí relativně dobře a odchází ještě v den výkonu ze zdravotnického zařízení domů. Odborný zdravotnický dohled je nezbytný u výkonu

provedeného v lokální anestezii po dobu minimálně 30 minut. Obecně delší rekonvalescenci potřebují ženy, kterým byl výkon proveden v celkové anestezii (WHO, 2012, s. 53). Touto metodou je v ČR prováděna většina UUT (Hájek et al, 2014, s. 462).

V některých případech jsou pro přípravu děložního hrdla použity speciální syntetické dilatátory Dilapan, které jsou šetrnější při dilataci hrdla. S výhodou lze využít tyto tyčinky při větším těhotenství a také u primigravid. Překážkou pro širší využití tohoto preparátu je jednak větší časová náročnost a také jeho cena (Hájek et al, 2014, s. 462).

2.1.2.2 Klasický instrumentální potrat

Klasický instrumentální potrat se provádí do 12. týdne gravidity u krátkodobě hospitalizovaných žen v celkové anestezii. Tato metoda je charakterizována dvěma fázemi, a to dilatací a kyretáží (Hájek et al, 2014, s. 463).

Přípravná fáze je totožná jako u miniinterrupce, nicméně dilatace děložního hrdla je větší, a to úměrně velikosti těhotenství. Poté se děložní obsah vyprazdňuje soustavně tupou kyretou. Při větším těhotenství nad 10 týdnů se občas k vybavení větších uvolněných částí plodového vejce využívají krom kyrety také potratové kleště. U těchto gravidit je vhodná předešlá příprava děložního hrdla prostaglandiny, které se podávají den před výkonem. Nejčastěji ve formě vaginálně aplikovaných tablet PGE₂ (dinoprostinol- Prostin) anebo vaginálního gelu (Prepidil). Pro zkvalitnění děložní kontrakce a snížení krevní ztráty se následně aplikují uterotonika (oxytocin). Rh-negativním pacientkám se podává anti-D-gamaglobulin (Hájek et al, 2014, s. 463).

Všechny ženy by bez zřetelů na jejich náchylnosti ke komplikacím měly dostat před výkonem profylakticky antibiotika. Po ukončení výkonu je vzorek tkáně z dutiny děložní expedován k vyšetření do histologické laboratoře. Vyloučí se tak možnost mimoděložního těhotenství (WHO, 2012, s. 53).

Komplikace a nežádoucí účinky

Při UUT prováděném chirurgickou metodou nebo po něm se může vyskytnout celá řada komplikací. Bezprostřední komplikace jsou například velká krevní ztráta, poranění děložního hrdla, perforace v oblasti děložního hrdla nebo těla, poranění dalších orgánů. Mezi akutní (časné) komplikace řadíme selhání metody, nepoznanou mimoděložní graviditu, zbytky plodového vejce v dutině děložní, časné zánětlivé komplikace. Další se pak mohou projevit později, jsou tedy označovány jako pozdní komplikace a jsou to Rh-izoimunizace, záněty, inkompetence

děložního hrdla, sekundární sterilita a mimo jiné některé psychické a sexuální změny (Hájek et al., 2014, s. 466, Roztočil et al., 2011, s. 214). Výskyt komplikací může být závislý na stáří plodu a na zkušenostech výkon provádějícího lékaře (Allen et al., 2016, s. 227). Psychické komplikace v rámci UUT mohou mít dopad na duševní zdraví ženy. I přestože nebyla v souvislosti s UUT zaznamenána vysoká míra psychických onemocnění, měla by se takovému riziku neustále věnovat pozornost při poskytování ošetrovatelské péče (WHO, 2012, s. 53; Andraščíková a kol., 2013, s. 155–158). Fyzické komplikace při metodě klasického instrumentálního potratu byly popsány jako výrazně vyšší ve srovnání s vakuumaspirační metodou (Islam a kol., 2017, s. 19). Je třeba zmínit, že podle studie zabývající se porovnáním těchto dvou metod chirurgického UUT, je počet vážných komplikací u metody provedené dilatací a kyretáží až o dvě třetiny vyšší než u vakuumaspirační metody (WHO, 2012, s. 53). Dle Beguma a kol., kteří ve své studii hodnotili míru komplikací po vakuumaspirační metodě UUT, nedošlo u 98 % pacientek k vůbec žádné komplikaci (Begum a kol., 2012, s. 25).

3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU PŘI UUT V PRVNÍM TRIMESTRU

V roce 1972 byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federací gynekologů a porodníků (FIGO) dokument „Definition of the midwife“, poté byl upraven v roce 1990 i v roce 2005. Tento dokument udává mezinárodní definici porodní asistentky. Definice říká, že porodní asistentka (PA) je osoba s úspěšně dokončeným oficiálním vzdělávacím programem pro PA, který je založen na ICM základních kompetencích pro praxi porodních asistentek a v rámci ICM mezinárodních standardů pro vzdělávání porodních asistentek, který je uznávaným v dané zemi, čímž dosáhla požadované kvalifikace pro získání registrace, tedy úředního povolení k výkonu povolání porodní asistentky. PA je plně zodpovědná a může samostatně vykonávat ošetrovatelskou péči o ženu bez odborného dohledu, což je podloženo vyhláškou č. 55/2011 o innostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. PA se specializuje na péči o ženu ve všech životních etapách. Plní důležitou roli při ošetřování každé ženy, které svou činností poskytuje potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, v průběhu porodu a během šestinedělí. Mezi kompetence PA patří také vedení fyziologického porodu a poskytování péče novorozencům a dětem v kojeneckém věku. PA hraje důležitou roli v poradenství nejen ženy, ale i rodin a komunit ohledně rodičovství, sexuálního a reprodukčního zdraví. Svou profesi může vykonávat v jakémkoli prostředí včetně domácího prostředí, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek (Slezáková, 2011, s. 10; Vránová, 2007, s. 94; ICM, 2017).

3.1 Péče porodní asistentky během farmakologické metody

Nedílnou součástí kompetencí porodní asistentky je celková péče o ženu před umělým ukončením těhotenství, během něj, i po samotném zákroku. Porodní asistentka by měla ženu vyposlechnout, dát radu, projednat s ní možná řešení a v neposlední řadě ji podporovat v jejím rozhodnutí. Její úlohou není ženu odsuzovat. Důležité je nezanedbávat ani jednu z bio-psycho-sociálně-spirituálních složek osobnosti (Štromerová, 2010). Jednotlivé metody umělého ukončení těhotenství v I. trimestru se liší svým postupem, a tudíž i ošetrovatelskou péčí PA o ženu. Farmakologickou metodu lze provést jedině po schválení gynekologem. Nejdříve je klientce odebrána podrobná celková anamnéza. PA zkontroluje, jestli byla sepsána nezbytná dokumentace a podepsán informovaný souhlas k výkonu, případně ženě odpoví na potenciální otázky. Po podání přípravku s mifepristonem porodní asistentka sleduje a kontroluje klientku

jednu hodinu, měří její fyziologické funkce a kontroluje intenzitu a rozsah případného krvácení. Dle ordinace lékaře jí také PA podává analgetika. Předtím než žena opustí zdravotnické zařízení, vypíše jí PA bezpečnostní kartu a zopakuje ji na možné komplikace, o kterých již byla edukována lékařem. Klientka by se měla vrátit do totožného zařízení pro podání druhého účinného preparátu – misopristolu a to s odstupem 36 až 48 hodin. Po podání je klientka opět sledována jednu hodinu porodní asistentkou. Ta znovu klade důraz na poučení o možném výskytu komplikací a jejich řešení. Ženě je provedeno ve stejném zdravotnickém zařízení kontrolní ultrazvukové vyšetření a to s odstupem 14 – 21 dnů od požití prvního preparátu (ČGPS, ČLS JEP, 2014, s. 2).

3.2 Péče porodní asistentky během miniinterrupce

Umělé ukončení těhotenství v I. trimestru metodou vakuumaspirace je ambulantním výkonem. Při příjmu k výkonu je s ženou sepsána lékařská i ošetrovatelská příjmová dokumentace, včetně odběru celkové anamnézy a podepsání všech nezbytných informovaných souhlasů, poté co je informována o postupu dané metody a jejich rizicích. PA po provedení výkonu pravidelně sleduje klientčiny fyziologické funkce, krvácení, bolest a její celkový stav. Jestliže je žena bez komplikací, je ještě v den výkonu propuštěna do domácí péče, a to zhruba za 4 hodiny od probuzení z narkózy. Před odchodem je poučena porodní asistentkou o následné rekonvalescenci. Žena je informována, že za přibližně 2 týdny po výkonu musí dodat moč na vyšetření přítomnosti těhotenského hormonu, což je nutné pro potvrzení, zda byl výkon zdárně proveden a těhotenství nepokračuje. Neměla by 24 hodin po výkonu řídit jakékoliv motorové vozidlo, z tohoto důvodu je vhodné, aby si sjednala doprovod. Dále PA ženě nabídne poradenství o užívání následné antikoncepční metody (Ganatra, 2015, s. 1; Umělé přerušování těhotenství v I. trimestru, Informovaný souhlas NPK).

3.3 Péče porodní asistentky během klasické instrumentální metody

Klasické instrumentální ukončení těhotenství pomocí dilatace a kyretáže do 12. týdne těhotenství vyžaduje následnou nemocniční hospitalizaci na lůžkovém oddělení gynekologie, a tím i vyšší požadavek na ošetrovatelskou péči PA o ženu, než je tomu u vakuumaspirační metody. Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 1-2 dnů (Umělé přerušování těhotenství v I. trimestru, Informovaný souhlas NPK). U metody klasického instrumentálního UUT je klientka přijata do nemocničního zařízení den před výkonem nebo v den výkonu. Při příjmu jí PA změřívá fyziologické funkce. Potom je s ní sepsána potřebná příjmová dokumentace, včetně odběru anamnézy a podepsání informovaných souhlasů. Porodní asistentka seznámí ženu s chodem oddělení a odvede ji na pokoj (Slezáková, 2011, s. 12; Leifer, 2004, s. 87).

Klientka podstupující UUT by při hospitalizaci neměla být na pokoji společně s ženou těhotnou nebo po porodu. Mohlo by tak u ní dojít ke zbytečně silné psychické zátěži (Andraščíková a kol., 2013, s. 155-158). Den před operací žena ještě večeří a od půlnoci nesmí jíst ani pít. Měla by tedy minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit. V den operace jí PA náležitě připraví k výkonu a následně provede bandáž dolních končetin, jako prevenci tromboembolické nemoci. Poté ji předá do péče sálové sestry. PA vše náležitě zaznamená do zdravotnické dokumentace. Po zákroku je klientka převezena z operačního sálu na lůžkové oddělení gynekologie, kde je intenzivně monitorována. PA jí 2 hodiny po zákroku pravidelně měří fyziologické funkce (TK, P, saturace krve O₂, stav vědomí), kontroluje vaginální krvácení, bolest a celkový stav klientky. K pooperační péči patří i včasná rehabilitace, která je také prevencí vzniku tromboembolických a respiračních komplikací. PA doprovodí poprvé ženu na toaletu a motivuje ji k včasnému vstávání z lůžka. Dále také PA klientce nabídne poradenství o užívání následné antikoncepční metody. Žena bez přítomnosti známek komplikací je následujícího dne propuštěna z příslušného nemocničního zařízení (Slezáková, 2011, s. 12; Leifer, 2004, s. 87; Schneiderová, 2014, s. 72-73). Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice je v průměru 6 týdnů (Umělé přerušování těhotenství v I. trimestru, Informovaný souhlas NPK).

3.4 Následná péče porodní asistentky

PA uplatňuje edukaci během péče o ženu jako formu omezení strachu a úzkostných stavů. Komunikace je základem všech ošetrovatelských činností porodní asistentky (Plevová, 2011, s. 11, 12). Ženy, které UUT podstoupily, mohou pociťovat smutek, vinu či nezvládnutí rodičovské role. U některých žen, které prodělaly UUT, může docházet k úzkostlivým projevům, které se mohou rozvinout do psychického onemocnění, které nazýváme postabortivní syndrom (PAS). Na rozvoji PAS se podílí zvláště přílišné potlačování emotivních reakcí po UUT, silný morální konflikt související s náboženstvím, senzitivita ženy, okolnosti vedoucí k otěhotnění a také samotný zákrok ve zdravotnickém zařízení. V takové situaci by měla péče porodní asistentky představovat především psychickou podporu. Je podstatné, aby se do duševní pomoci zapojil i její partner či její rodina (Andraščíková a kol., 2013, s. 155-158). Dále pak PA klientce vysvětlí zásady, které je nutno po výkonu dodržovat. Měla by po UUT ke svému tělu přistupovat jako v šestinedělí. Vede ji k dodržování hygienických zásad tak, aby se zamezilo vzniku infekce, proto PA ženu poučí o vhodném způsobu dodržování intimní hygieny, jako je kupříkladu upřednostnění sprchy před koupelí, či ji informuje o vhodnosti používání hygienických vložek před tampóny. Při zvýšené bolestivosti je klientka edukována o možnosti využití analgetik, které obvykle používá například při menstruačních bolestech.

Další možností je i využití nefarmakologické metody úlevy od bolesti, například nahřívací láhev – termofor, nebo hřejivé polštářky. Co se týče případně ženě naordinovaných ATB, poučí ji PA o nutnosti dobrat celou dávku. V edukaci klientky se PA musí zaměřit i na její sexuální aktivitu. Je třeba se pohlavního styku zdržet, než se tělo ze zákroku dostatečně zotaví, tedy minimálně až do první menstruace od provedení UUT. Porodní asistentka ženu varuje, že po UUT může otěhotnět opětovně, z tohoto důvodu jí doporučí účinný způsob antikoncepce. Pokud je žena zvyklá brát perorální hormonální antikoncepci, je potřeba jí začít užívat již první den po výkonu (Andraščíková a kol., 2013, s. 155–158; Leifer, 2004, s. 87; Po potratu, 2010).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Následující výzkumné otázky vycházejí z cílů bakalářské práce.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro dosažení cílů této práce jsou stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaké metody si ženy vybírají a proč?
2. Jaká je míra informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství?
3. Jaké formy zabránění početí ženy používají a odkud mají nejvíce informací o umělém ukončení těhotenství?

4 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkum byl prováděn ve dvou zdravotnických zařízeních krajského typu na gynekologicko-porodnickém oddělení po souhlasu vrchní sestry a náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči. Průzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvantitativního sběru dat. Jako metodu pro získávání dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (viz příloha C). Dotazník byl sestaven podle předem stanovených cílů a výzkumných otázek. Dotazník se skládal celkem z 13 otázek. V dotazníku jsou zahrnuty otázky otevřené (otázky č. 3, 8 a 10), polouzavřené (otázky č. 4, 5, 6, 9, 11, 12 a 13) i uzavřené (otázky č. 1, 2 a 7). U uzavřených a polouzavřených otázek respondentky vybíraly z několika nabízených možností odpovědi. U otevřených otázek odpovídaly respondentky svými slovy. V úvodu dotazníku bylo krátce představeno téma bakalářské práce a pokyny pro správné vyplnění dotazníku s ujištěním respondentek, že dotazník je anonymní a zcela dobrovolný.

Sběr dat byl proveden pomocí dotazníkového šetření od ledna do března roku 2019. Do zdravotnických zařízení bylo osobně doručeno 41 dotazníků v tištěné formě. Čtyři ženy se odmítly na průzkumu podílet a tři částečně vyplněné dotazníky bylo nutno vyřadit pro jejich neúplnost. Celkem bylo použito 34 dotazníků. Návratnost dotazníku tedy činila necelých 83 %. Před průzkumem byl rozdán dotazník rodině, kde se na malém vzorku zkoumaných osob ověřila srozumitelnost a formulace otázek v dotazníku.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy ve věku 15-55 let. Kritériem pro zařazení respondentek do průzkumu byla žádost o umělé ukončení těhotenství v daných nemocnicích a souhlas s vyplněním dotazníku. Klientky byly osloveny v gynekologických a příjmových ambulancích ve dvou zdravotnických zařízeních krajského typu. Oslovení proběhlo po předložení žádosti o umělé ukončení těhotenství i po celkové edukaci lékařem a porodní asistentkou, ale ještě před provedením samotného výkonu. Byly předem obeznámeny s anonymitou a dobrovolným vyplněním dotazníku. Pro zachování anonymity zakládaly respondentky samy svůj vyplněný dotazník do předem speciálně vytvořených a jasně označených desek.

Věk respondentek byl zjištěn pomocí uzavřené otázky, kdy nejvíce zastoupenou skupinou byly ženy ve věku 15-25 let (44 %). Nejméně početnou skupinou byly respondentky ve věku 46-55 let, kterou tvořila pouze jedna žena (2,9 %). Více než polovina z respondentek měla dokončené střední odborné vzdělání s maturitou (52,9 %). Nejméně zastoupenou skupinou, a to dvěma

respondentkami (5,8 %) byly ženy s dokončeným vyšším odborným vzděláním a stejně tak i vysokoškolským vzděláním.

24 respondentek nyní podstupovalo UUT poprvé (70,58 %) a nejvyšším počtem v minulosti prodělaných UUT jednou ženou bylo 5 ukončení, které podstoupila 1 respondentka (2,94 %). Z celkového počtu 34 respondentek bylo 10 respondentek gravidních právě poprvé (29,41 %).

4.2 Zpracování dat

Všechna data z průzkumného šetření byla vyhodnocena popisnou statistikou v programu Microsoft Excel. Dále byla data zpracována do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel. Následně byly hotové grafy a tabulky exportovány do textového editoru Microsoft Word 2016, kde k nim byl přiřazen popis výsledných dat. Výsledky byly zpracovány pomocí absolutní a relativní četnosti.

Pro určení relativní četnosti v procentech byl použit vzorec pro její vypočítání a to:

$f_i = \frac{n_i}{n} \cdot 100[\%]$, kdy n_i je absolutní četnost, n celková četnost a f_i je tedy relativní četnost v procentech. (Chráška, 2016, s. 35)

Pro zhodnocení výzkumné otázky č. 2 *Jaká je míra informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství?* tedy zhodnocení **celkové informovanosti** byly hodnoceny otázky č. 7, 8, 9, 11 a 12. Za správné odpovědi byl u každé otázky přiřazen 1 bod. Respondentky mohly tedy celkem získat 5 bodů. Za dostatečný stupeň informovanosti byl považován bodový zisk **3 a více** bodů (tedy 60% úspěšnost). Získání 0, 1 nebo 2 bodů je považováno za nedostatečnou informovanost.

U každé otázky byly vytvořeny kritéria pro správnou odpověď a tedy získání 1 bodu:

U otázky č. 7 *Víte, do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství z osobních důvodů?* byla pouze jedna správná odpověď a to „b“. Respondentky zde musely zatrhnout právě tuto odpověď, aby prokázaly informovanost o možnostech UUT na vlastní žádost. V případě že zatrhly odpověď „b“ získaly 1 bod. Pokud zatrhly jakoukoliv jinou odpověď získaly 0 bodů.

Otázka č. 8 *Jaké znáte možnosti umělého ukončení těhotenství?* byla otevřenou otázkou a respondentky zde měly doplnit alespoň **2 metody** ze 3 existujících metod, aby prokázaly dostatečnou informovanost o možných metodách UUT. Pokud ženy vyplnily 2 nebo všechny 3 metody, získaly 1 bod. Jestliže vyplnily 1 nebo žádnou metodu, získaly 0 bodů.

Otázka č. 9 *Víte, jaké rizika hrozí ženě, která podstoupí umělé ukončení těhotenství?* byla taktéž otevřenou otázkou a respondentky vyplňovaly vlastními slovy, které všechny rizika znají. Zde bylo nutné pro prokázání dostatečné informovanosti, uvést alespoň **2 jakákoliv rizika**. Pokud ženy vypsaly 2 a více rizik, získaly 1 bod. Když respondentky pouze zatrhly odpověď „ano“, anebo vypsaly pouze jednoho riziko, či zatrhly odpověď „ne, nevím“ získaly 0 bodů, a tedy neprokázaly dostatečnou informovanost v oblasti rizik související s UUT.

Otázka č. 11, která zněla: *„Víte, jakým způsobem se tato metoda provádí? Pokud ano, stručně metodu popište.“*, sloužila ke stanovení míry informovanosti o průběhu metod, pro které se respondentky rozhodly. Zde bylo nutné **stručně a správně** popsat danou metodu. Pokud respondentka stručně a správně popsala metodu, kterou bude podstupovat, získala 1 bod. Pakliže respondentka pouze zatrhla odpověď „vím“ a nedokázala správně popsat danou metodu, nebo zatrhla odpověď „nevím“ získala 0 bodů.

U otázky č. 12 *Byla jste informována o opatřeních, která jsou nutná dodržovat po umělém ukončení těhotenství?* bylo zapotřebí vypsát alespoň **jedno opatření** nutné dodržovat po UUT. Pokud žena vypsala 1 a více opatření, získala 1 bod. Jestliže pouze zatrhla odpověď „ano“ a nedokázala vypsát ani jedno opatření nebo zatrhla odpověď „ne“, získala 0 bodů a neprokázala tak dostatečnou informovanost v oblasti následné péče po UUT.

Celková informovanost byla vypočítána **průměrem úspěšnosti všech respondentek** v dílčích oblastech u otázek 7, 8, 9, 11 a 12. Hranicí celkové dostatečné informovanosti je **60% úspěšnost** (tedy získání 3 a více bodů).

Výpočet průměru: $\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n}$, kdy (\bar{x}) je aritmetický průměr, ($x_1, x_2, x_3, \dots, x_n$) představují získané body respondentů v dané skupině, (n) je počet odpovědí (34) (Kotlík, 2003).

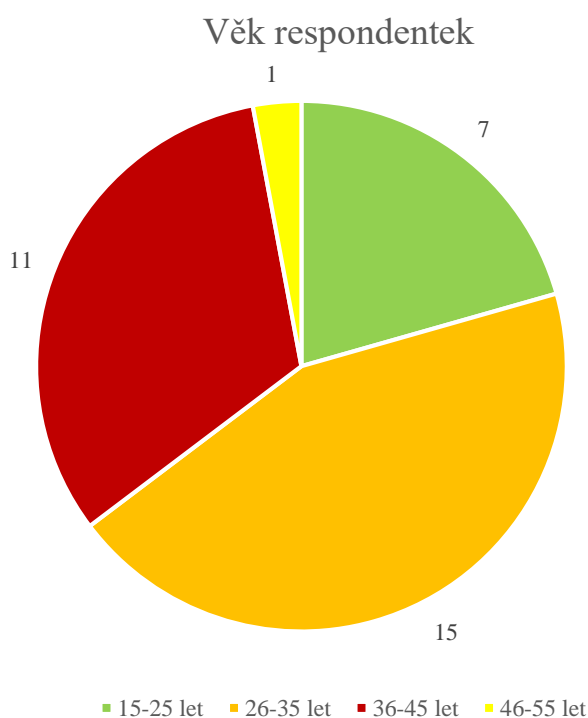
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

5.1 Presentace výsledků odpovědí na identifikační otázky

Výsledky odpovědí na identifikační otázky určují charakteristiku výzkumného souboru. V dotazníku je celkem 5 identifikačních otázek. Otázky se týkají věku, vzdělání, parity, předchozích umělých ukončeníh a jejich komplikací.

Otázka č. 1 – **Kolik je Vám let?**

- a. 15-25 let
- b. 26-35 let
- c. 36-45 let
- d. 46-55 let

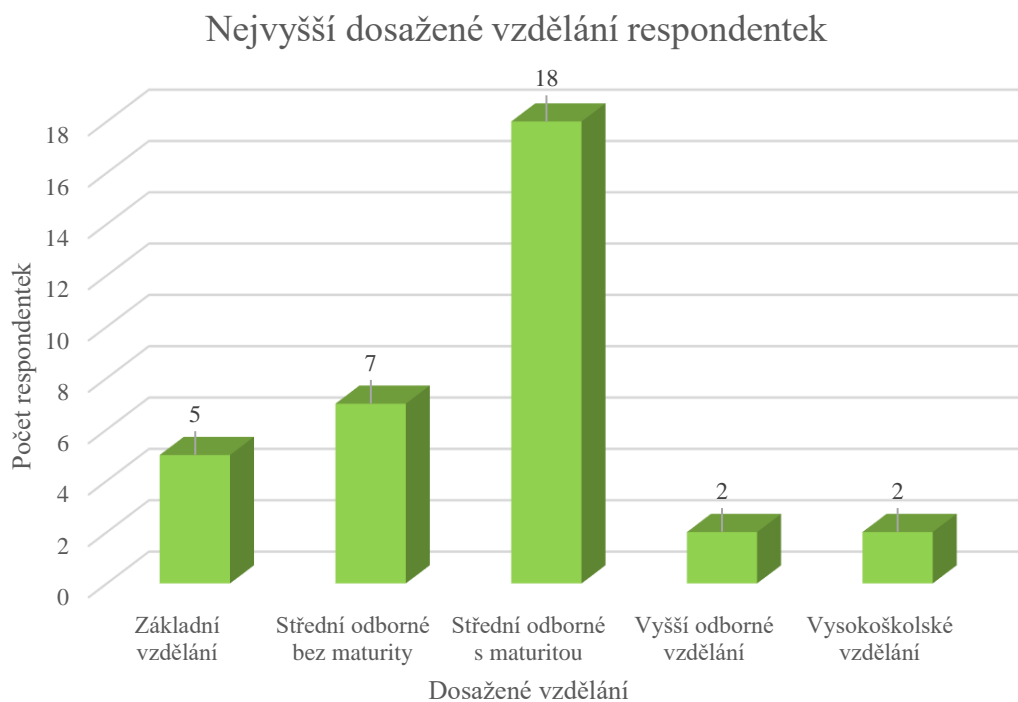


Obrázek 1 Rozdělení respondentek dle věku

V první otázce odpovídaly respondentky na otázku týkající se jejich věku. Graf na obrázku č. 1 ukazuje, že téměř polovina respondentek byla ve věku 15–25 let. Konkrétně 15 žen (44 %). Nejméně respondentek bylo ve skupině 46–55 let a to právě 1 žena (2,9 %).

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

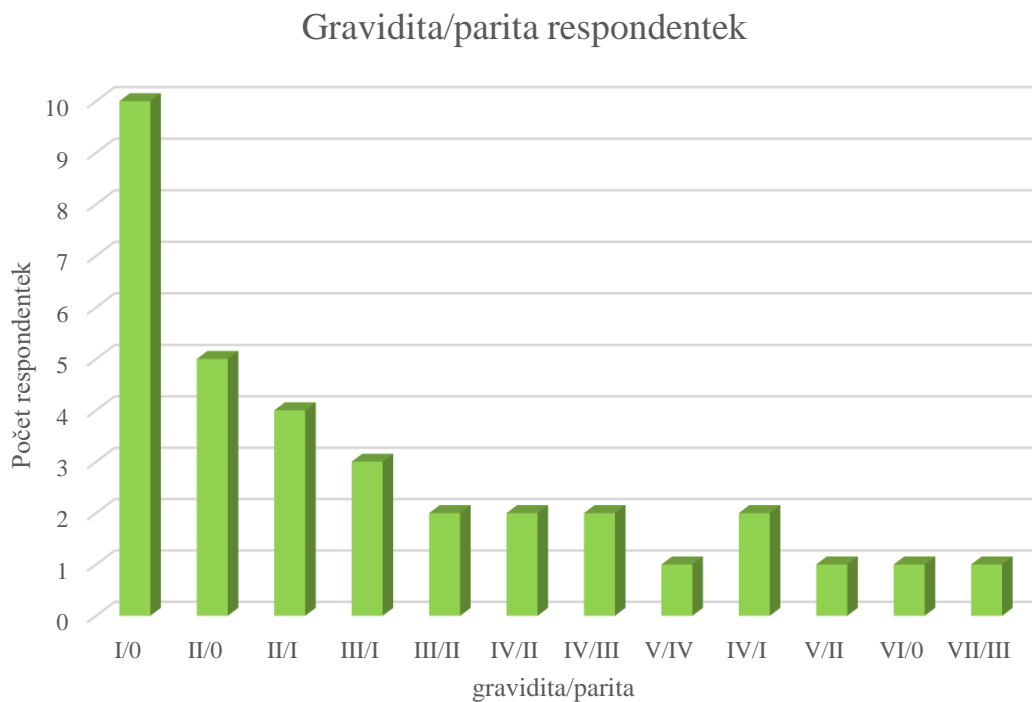
- základní vzdělání
- střední odborné bez maturity
- střední odborné s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání



Obrázek 2 Rozdělení respondentek dle vzdělání

Otázka č. 2 se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek. Z grafu na obrázku č. 2 je patrné, že nejvíce respondentek dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou, přesněji 18 žen (52,9 %). Nejméně, a tedy 2 respondentky (5,8 %) mají vyšší odborné vzdělání a stejně tak i vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 3 – **Pokolikáté jste nyní těhotná a kolikrát jste rodila?**



Obrázek 3 Rozdělení respondentek dle gravidity a parity

Tabulka 1 Gravidita/parita respondentek

Gravidita/parita	Počet respondentek	Relativní četnost
I/0	10	29,41 %
II/0	5	14,70 %
II/I	4	11,76 %
III/I	3	8,82 %
III/II	2	5,88 %
IV/II	2	5,88 %
IV/III	2	5,88 %
IV/I	2	5,88 %
V/I	1	2,94 %
V/II	1	2,94 %
VI/0	1	2,94 %
VII/III	1	2,94 %
Celkem	34	100 %

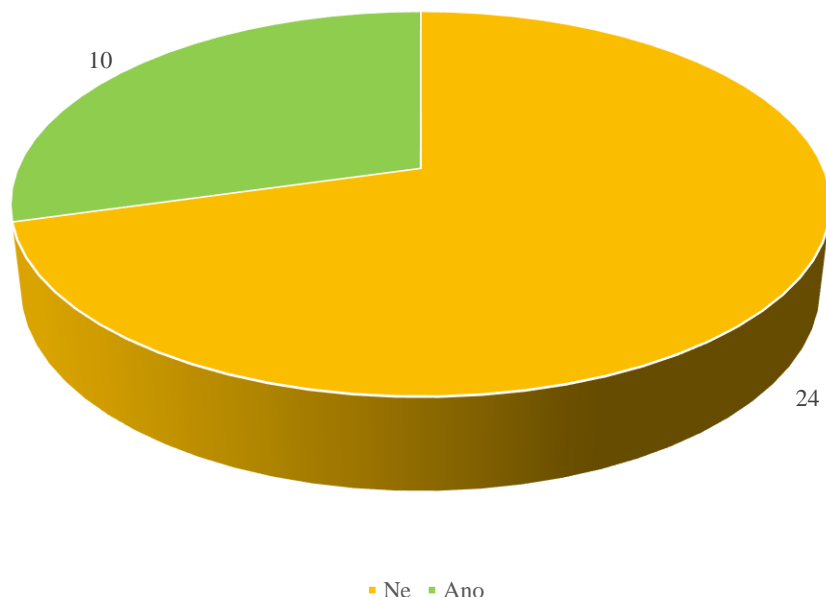
Odpovědi jsou uvedené v prvním sloupci tabulky č. 1 společně s absolutními a relativními četnostmi. Pro větší přehlednost jsou stejně tak uvedené odpovědi zaznamenané do grafu na obrázku č. 3. Mezi nejčastější odpovědi patřilo „jednou těhotná a nikdy jsem nerodila“, takto odpovědělo přesně 10 respondentek (29,41 %). Dále zde 5 respondentek (14,70 %) odpovědělo

„podruhé těhotná a nikdy jsem nerodila“. Další 4 respondentky (11,76 %) odpověděly *„podruhé těhotná a jednou jsem rodila“*. Celkem 3 respondentky (8,82 %) uvedly *„potřetí těhotná a jednou jsem rodila“*. Po 2 respondentkách (5,88 %) byly uváděny odpovědi: *„potřetí těhotná a dvakrát jsem rodila, počtvrté těhotná a dvakrát jsem rodila, počtvrté těhotná a třikrát jsem rodila a počtvrté těhotná a jednou jsem rodila“*. Po 1 respondentce (2,9 %) byly uvedeny odpovědi: *„pětkrát těhotná a jednou jsem rodila, pětkrát těhotná a dvakrát jsem rodila, pošesté těhotná a nikdy jsem nerodila a posedmé těhotná a třikrát jsem rodila“*.

Otázka č. 4 – **Podstoupila jste již v minulosti umělé ukončení těhotenství?**

- a. ano, kolikrát:
- b. ne, nyní je to poprvé

Podstoupení UUT v minulosti



Obrázek 4 Podstoupení respondentek UUT v minulosti

Na obrázku č. 4 můžeme vidět graf, který znázorňuje, zda respondentky již v minulosti podstoupily UUT, nebo ho nyní budou podstupovat poprvé. 24 respondentek (70,5 %) odpovědělo, že nyní podstupují UUT poprvé. Zbýlých 10 respondentek (29,4 %) odpovědělo, že již v minulosti podstoupily UUT. Tyto respondentky dále doplnily, kolikrát již UUT podstoupily. Jejich odpovědi znázorňuje tabulka č. 2.

Tabulka 2 Počet v minulosti podstoupených UUT

Počet v minulosti podstoupených UUT	Počet respondentek	Relativní četnost
1	5	50 %
2	4	40 %
5	1	10 %
Celkem	10	100 %

Přesně polovina z respondentek, tedy 5 žen (50 %) doplnila kolikrát v minulosti podstoupila UUT a to „1x“, další 4 respondentky uvedly „2x“ a jedna respondentka odpověděla „5x“.

Otázka č. 5 – **Pokud jste na předešlou otázku odpověděla ano, měla jste nějaké komplikace?**

- a. ano, jaké:
- b. ne, vše proběhlo bez komplikací

Tabulka 3 Komplikace u respondentek, které v minulosti podstoupily UUT

Odpověď	Počet respondentek	Relativní četnost
ano	0	0 %
ne, vše proběhlo bez komplikací	10	100 %
Celkem	10	100 %

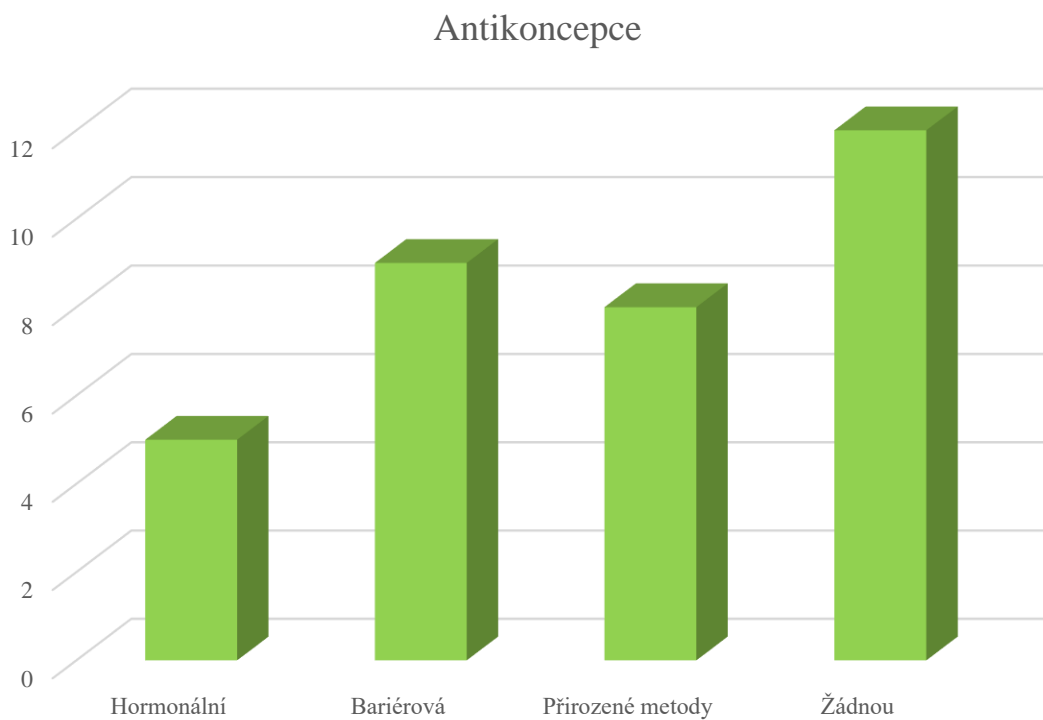
Na otázku č. 5 odpovídaly respondentky pouze v případě, že na předchozí otázku odpověděly ano. Proto je zde celkový počet 10. Všechny respondentky (100 %), které již v minulosti podstoupily UUT při nich neměly žádné komplikace. Žádná respondentka nevedla, že by se jim při předešlém UUT vyskytla jakákoliv komplikace.

5.2 Prezentace výsledků odpovědí na ostatní otázky

V následující části jsou prezentovány ostatní dotazníkové otázky. Tyto otázky se týkají užívání antikoncepce, také zdrojů, ze kterých ženy získaly nejvíce informací a v neposlední řadě informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství a její následné péči.

Otázka č. 6 – Jakou metodu antikoncepce používáte?

- a. hormonální (pilulky, injekce, hormonální nitroděložní tělíčko, náplast...)
- b. bariérová (prezervativ, nehormonální nitroděložní tělíčko, cervikální pesar...)
- c. přirozené metody (přerušovaná soulož, kalendářní metoda, metoda měření bazální teploty, kojení...)
- d. žádnou

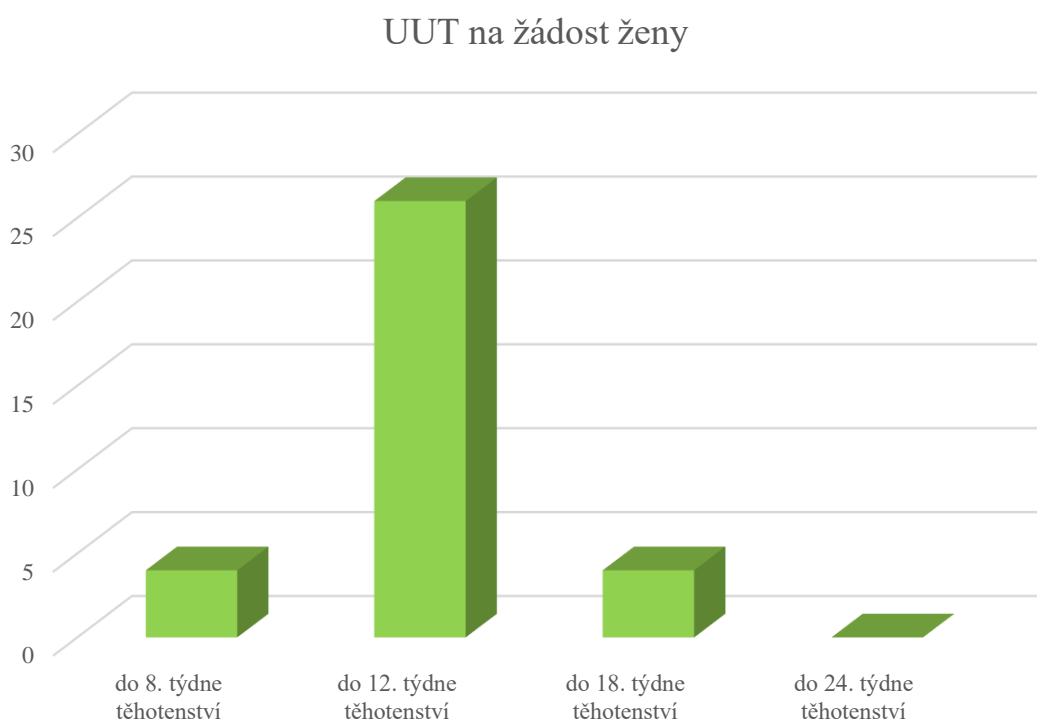


Obrázek 5 Metody antikoncepce používané respondentkami

Jaké metody antikoncepce respondentky používají vidíme z obrázku č. 6 na grafu znázorňujícím odpovědi. Žádnou metodu antikoncepce nepoužívá 12 respondentek (35,29 %). Bariérové metody používá 9 respondentek (26,47 %) a velmi podobně často užívanou metodou je metoda přirozená, kterou používá 8 respondentek (23,52 %). Nejméně často užívanou metodou antikoncepce je hormonální antikoncepce, kterou používá pouze 5 respondentek (14,70 %).

Otázka č. 7 – Víte, do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství z osobních důvodů?

- a. do 8. týdne těhotenství
- b. do 12. týdne těhotenství
- c. do 18. týdne těhotenství
- d. do 24. týdne těhotenství



Obrázek 6 Znalosti respondentek o provedení UUT z osobních důvodů

Na obrázku č. 7 vidíme graf, který znázorňuje odpovědi na otázku, do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit UUT z osobních důvodů. Správnou možností je odpověď **b. do 12. týdne těhotenství**. Na první pohled je patrné že tuto odpověď zvolila většina respondentek a přesně 26 respondentek (76,47 %).

Možnost *a. do 8. týdne těhotenství* stejně tak i možnost *c. do 18. týdne těhotenství* vybraly 4 respondentky (11,76 %). Variantu *d. do 24. týdne těhotenství* neuvedla žádná respondentka.

Otázka č. 8 – Jaké znáte možnosti umělého ukončení těhotenství?

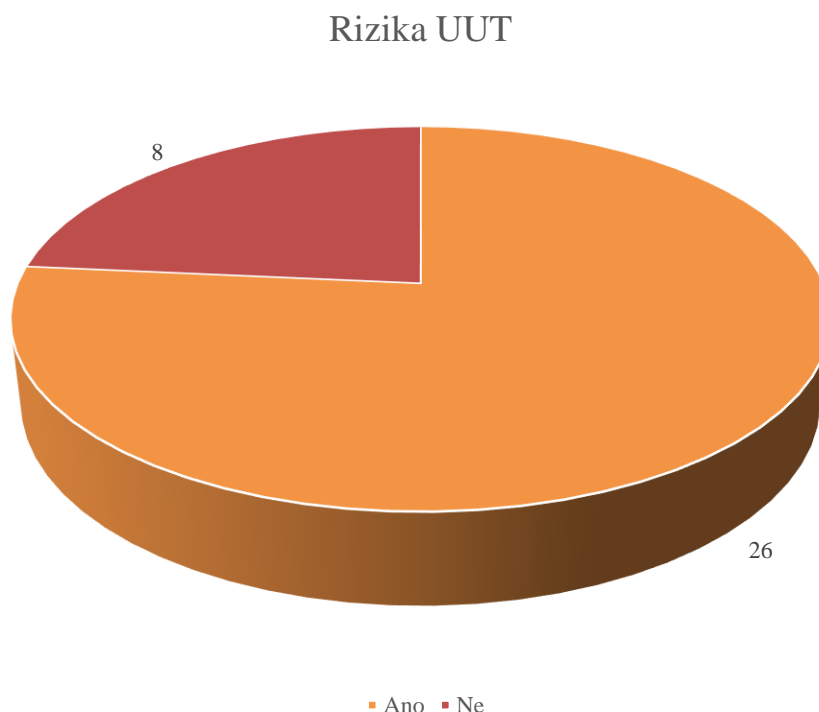
Tabulka 4 Znalosti respondentek o metodách UUT

Metody UUT	Počet respondentek	Relativní četnost
Farmakologická	3	8,82 %
Chirurgická	1	2,94 %
Miniinterrupce a velká interrupce	2	5,88 %
Farmakologická a miniinterrupce	2	5,88 %
Farmakologická a chirurgická	21	61,76 %
Farmakologická, miniinterrupce, velká interrupce	5	14,70 %
Celkem	34	100 %

V tabulce č. 4 jsou vyneseny odpovědi dotázaných respondentek na otevřenou otázku: Jaké znáte možnosti umělého ukončení těhotenství. Správnou odpovědí je *farmakologická, miniinterrupce a velká interrupce*. Tuto možnost uvedlo 5 respondentek (14,70 %). Nejčastější odpověď byla *farmakologická a chirurgická*, tak odpovědělo 21 respondentek (61,76 %). Odpověď *farmakologická* zvolily 3 respondentky (8,82 %). Odpovědi *miniinterrupce velká interrupce* a *farmakologická a miniinterrupce* byly uváděny po 2 (5,88 %). 1 respondentka (2,94 %) odpověděla *chirurgická*.

Otázka č. 9 – Víte, jaké rizika hrozí ženě, která podstoupí umělé ukončení těhotenství?

- a. ano, doplňte:
- b. ne, nevím



Obrázek 7 Informovanost respondentek o rizicích UUT

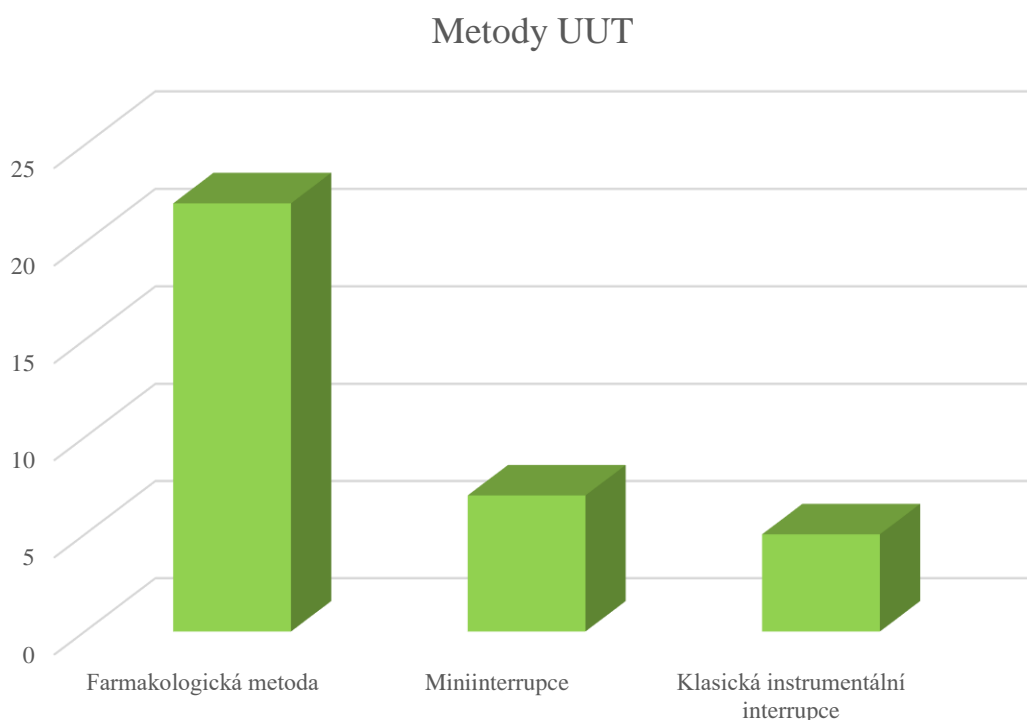
Tabulka 5 Rizika hrozící při podstoupení UUT

Rizika	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepłodnost či problémy s početím	24	92,30 %
Poranění a jiné komplikace při operaci	13	50 %
Bolesti	3	11,53 %
Záněty	7	26,92 %
Embolie	1	3,84 %
Psychické problémy	2	7,69 %
Celkem	50	192,28 %

Na obrázku č. 8 je z grafu patrné, jak respondentky odpovídaly na otázku, zda ví, jaké rizika hrozí ženě, která podstoupí UUT. Většina respondentek, přesněji 26 respondentek (76,47 %) uvedla, že rizika zná. 8 respondentek (23,52 %) odpovědělo, že *neví*, jaká rizika ženě hrozí. Respondentky, které uvedly, že *ví*, jaké rizika ženě hrozí, měly dále uvést, jaká rizika znají. Jejich odpovědi znázorňuje tabulka č. 5 ze které je zřejmé že skoro všechny respondentky uvedly *nepłodnost či problémy s početím*, přesně 24 respondentek (92,30 %). Dále 13

respondentek (50 %) uvedlo *poranění a jiné komplikace při operaci*. Záněty uvedlo 7 respondentek (26,92 %). *Bolesti* 3 respondentky (11,53 %). 2 respondentky (7,69 %) uvedly *psychické problémy* a pouze jedna respondentka (3,84 %) odpověděla *embolie*. Žádná respondentka neuváděla špatnou odpověď.

Otázka č. 10 – Pro kterou z metod jste se rozhodla a proč právě pro ni?



Obrázek 8 Respondentkami vybrané metody UUT

Pro jakou metodu se respondentky rozhodly vidíme na z obrázku č. 9 na grafu znázorňujícím jejich odpovědi. Celkem 22 respondentek (64,70 %) se rozhodlo pro farmakologickou metodu UUT. Jejich důvody pro vybrání právě této metody byly nejčastěji: „*nemusím na operaci, je to šetrnější, bez narkózy, nejjednodušší, minimální zásah do těla a na doporučení lékaře*“ 7 respondentek (20,58 %) si vybralo miniinterrupci. Jejich důvody, proč si je vybraly byly převážně: „*nestihla jsem pilulku a je to rychlé*“ Pouze 5 respondentek (14,70 %) se rozhodlo pro klasickou instrumentální interrupci, jejich důvodem bylo: „*rozhodl to gynekolog*“ a 2 z nich navíc uvedly, proč vůbec podstupují UUT. První uvedla: „*z rodinných důvodů*“ a druhá „*z mých zdravotních důvodů*“.

Otázka č. 11 – Víte, jakým způsobem se tato metoda provádí? Pokud ano, stručně metodu popište.

- a. vím:
- b. nevím

Tabulka 6 Znalost respondentek o vybraných metodách

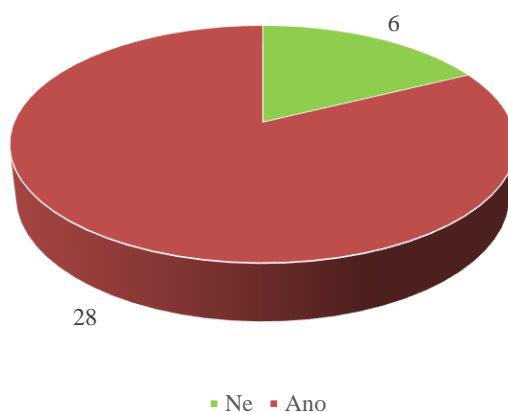
Odpověď	Počet respondentek	Relativní četnost
vím	28	82,35 %
nevím	6	17,64 %
Celkem	34	100 %

Při celkovém počtu 34 respondentek odpověděla valná většina žen, že ví, jakým způsobem se jejich vybraná metoda provádí (82,35 %, 28 respondentek). Zbýlých 6 respondentek (17,64 %) uvedlo, že neví, jak se daná metoda provádí. Respondentky, které vybraly, že danou metodu znají, ji měly stručně popsat. Z nich metodu nedokázaly popsat 3 respondentky (10,71 %). Zbýlých 25 respondentek (89,28 %) svou metodu popsaly správně. Jako nejčastější popis farmakologické metody bylo: „*spolknou prášky, a pak mi udělají ultrazvuk*“. Nejčastější popis chirurgických metod bylo: „*pod narkózou to vysajou*“ a „*uspí mě a udělají výškrab*“.

Otázka č. 12 – **Byla jste informována o opatřeních, která jsou nutná dodržovat po umělém ukončení těhotenství?**

- a. ano, doplňte o kterých:
- b. ne

Informovanost o opatřeních po UUT



Obrázek 9 Informovanost respondentek o opatřeních nutných dodržovat po UUT

Tabulka 7 Opatření po UUT, o kterých byly respondentky informovány

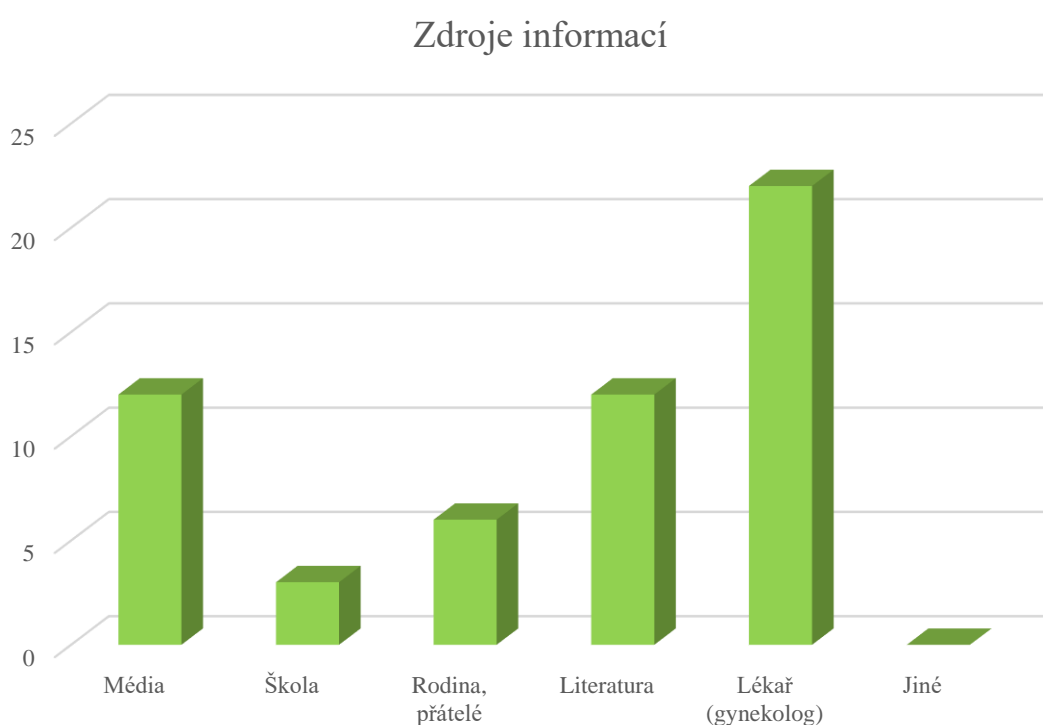
Opatření po UUT	Absolutní četnost	relativní četnost
Šestinedělí	14	63,63 %
Zvýšená hygiena	4	18,18 %
Pohlavní abstinence 2 týdny	6	27,27 %
Hlásit se do 3 dnů na GYN	1	4,54 %
Prevence TEN	1	4,54 %
Životospráva	1	4,54 %
Antikoncepce	1	4,54 %
Nic těžkého nenosit	1	4,54 %
Celkem	29	131,78 %

Z grafu na obrázku č. 11 vyplývá, že naprostá většina byla informována o opatřeních, která jsou nutná dodržovat po UUT (82,35 %, 28 respondentek). Avšak 6 z nich si nevzpomnělo ani na jedno opatření nutné dodržovat po UUT. Zbývající 4 respondentky z celkových 34 respondentek (11,76 %) uvedly, že nebyly o opatřeních informovány. O opatřeních, která respondentky uvedly, vypovídá tabulka č. 6, ze které vyplývá, že nejčastější odpovědí je *šestinedělí*, které uvedla více než polovina respondentek. (14 respondentek, 63,63 %). 6 respondentek (27,27 %) uvedlo *pohlavní abstinenci na 2 týdny*. Další odpovědí byla *zvýšená hygiena*, kterou uvedly 4 respondentky (18,18 %). Zbylé odpovědi: *hlásit se do 3 dnů na*

gynekologické ambulanci, prevence TEN, životospráva, antikoncepce a nic těžkého nenošit, se vyskytovaly pouze jednou tedy ve 4,54 %.

Otázka č. 13 – **Z jakého zdroje jste získala informace o umělém ukončení těhotenství?**

- a. média (televize, rádio, internet)
- b. škola
- c. rodina, přátelé
- d. literatura
- e. lékař (gynekolog)
- f. jiné:



Obrázek 10 Zdroj, ze kterého mají respondentky nejvíce informací o UUT

Z grafu na obrázku č. 12 můžeme vyčíst, že mají ženy stále nejvíce informací o UUT od svého gynekologa (odpověď *lékař* zvolilo 64,70 %, 22 respondentek). Dále ženy uváděly ve 35,29 %, že mají informace z *literatury* a z *médií* (12 respondentek). Dalším zdrojem informací byla po ženy *rodina a přátelé*, tuto možnost zahrlo 6 respondentek (17,64 %). Nejméně mají pak ženy informace ze *školy*, tuto možnost označily pouze 3 respondentky (8,82 %). Možnost *jiné* nikdo nezvolil.

6 DISKUZE

Cílem průzkumné části bylo zjistit míru informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství v I. trimestru a jejich důvody, proč si dané metody umělého ukončení těhotenství vybírají. Po stanovení výzkumných cílů byly položeny čtyři výzkumné otázky. Na základě těchto otázek byl sestaven nestandardizovaný dotazník, s jehož pomocí bylo snahou najít na ně odpovědi.

Jak již bylo zmíněno výše, dotazníkového šetření se zúčastnilo 34 žen. Prvních 5 otázek bylo identifikačních a ty určují charakteristiku výzkumného souboru. Otázky se týkaly věku, vzdělání, parity, předchozích UUT a jejich komplikací. Zbývající otázky byly formulovány tak, aby se jimi dalo odpovědět na předem formulované výzkumné otázky. Tyto otázky se týkaly užívání antikoncepce, také zdrojů, ze kterých ženy získaly nejvíce informací a v neposlední řadě informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství a její následné péče.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké metody si ženy vybírají a proč?

Otázky týkající se respondentkami vybraných metod a důvodů, proč si dané metody vybírají byla otázka č. 8 a 10.

Z otázky č. 10 vyplývá že více než polovina respondentek (64,70 %) se rozhodla pro farmakologickou metodu UUT. Jejich nejčastějším důvodem bylo: „*nemusím na operaci, je to šetrnější, bez narkózy, nejjednodušší, minimální zásah do těla a na doporučení lékaře*“. Pro miniinterrupci se rozhodlo 7 respondentek (20,58 %), jejich důvody bylo: „*nestihla jsem pilulku a je to rychlé*“. Zato nejméně využívanou metodou je klasická instrumentální interrupce. Pro tuto metodu se rozhodlo pouze 5 respondentek (14,70 %) a to převážně na rozhodnutí lékaře. Přitom v roce 2016 bylo v ČR provedeno 13 084 miniinterrupcí a pouze 6 231 jiných legálních potratů. Celkově tedy 19 315 UUT. Což procentuálně nekorresponduje s výsledky tohoto průzkumu, a to bude nejspíše dáno malým vzorkem respondentek. (ÚZIS, 2018)

S rozhodnutím, kterou metodu budou respondentky podstupovat, souvisí i jejich znalost všech možností UUT. Z otázky č. 8 vyplývá, že 3 respondentky (8,82 %) neznají jinou metodu než farmakologickou, proto by ani jinou, než farmakologickou metodu podstoupit nemohly. To považují za opravdu velmi nedostatečnou informovanost. 21 respondentek (61,76 %) rozlišuje pouze farmakologickou a chirurgickou metodu UUT. Zřejmě netuší, že chirurgických metod je více, a i to může ovlivňovat jejich rozhodování před podstoupením UUT. Za dostatečnou znalost metod UUT považují, když žena zná alespoň 2 metody. Proto dostatečnou

informovanost v této otázce prokázalo 24 respondentek (70,58 %), které získaly 1 bod. Zbylé respondentky, které uvedly pouze 1 metodu, získaly 0 bodů.

Tuto otázku jsem vyhodnotila v kategoriích, zda ženy podstupují UUT poprvé, či už v minulosti UUT podstoupily. K mému překvapení se odpovědi žen, které UUT v minulosti podstoupily od žen, které ho podstupují poprvé nikterak významně nelišily. Jedna respondentka (10 %) uvedla pouze jednu metodu, 6 respondentek (60 %) jen 2 metody a pouze 3 z nich dokázaly vyjmenovat všechny 3 metody (30 %). Čekala jsem, že když ženy podstupují minimálně podruhé UUT, budou mít více informací, ale tato domněnka se nepotvrdila. Ženy podstupující farmakologickou metodu mají v

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je míra informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství?

Otázky týkající se informovanosti žen o metodách umělého ukončení těhotenství byly otázky č. 7, 8, 9, 11, 12. Otázky č. 8, 9, 11 a 12 jsou buď otevřené nebo musí respondentky po zakroužkování vypsát svou odpověď. Tento typ otázek byl zde použit proto, že měl přimět dotázané k hlubšímu zamyšlení, originálním myšlenkám a zjistit respondentčin pohled na věc.

Otázka č. 7 byla první vědomostní otázkou. Jednalo se o uzavřenou otázku. Zajímalo mě, zda jsou ženy informovány, do kolikátého týdne těhotenství mohou podstoupit UUT na vlastní žádost. Správnou odpověď „b“ *do 12. týdne těhotenství* zvolila většina respondentek a to přesně 26 (76,47 %). V porovnání s Duspivovou, která ve svém dotazníku pokládala stejnou otázku, je výsledek totožný (Duspivová, 2016). Možnou odpověď *do 24. týdne těhotenství* nezvolila ani jedna respondentka, což mě překvapilo velmi. Očekávala jsem, že některá z respondentek zmýlí, jelikož bude znát tento týden jako nejzazší možnost UUT. Buď ženy neví, že se UUT vykonává až do 24. týdne ze zdravotních důvodů, anebo jsou opravdu velmi dobře informovány a termíny UUT na vlastní žádost a ze zdravotních důvodů velmi dobře znají. Respondentky, které správně zvolily odpověď „b“, získaly 1 bod. Zbylé respondentky získaly 0 bodů a neprokázaly dostatečnou informovanost v oblasti provádění UUT na vlastní žádost.

V otázce č. 9 odpovídaly ženy na otázku, zda ví, jaké rizika hrozí ženě, která podstoupí umělé ukončení těhotenství. Pokud ženy odpověděly, že „ví“, měly dále vyjmenovat rizika, která znají. Žen neznajících rizika bylo pouze 8 (23,52 %), zbylých 26 respondentek (76,47 %) uvedlo, že rizika zná. K mému překvapení 9 žen dokázalo uvést pouze jedno riziko, a to nejčastěji *neplodnost* či *problémy s početím*. Bittnerová ve své bakalářské práci uvádí, že 69 % žen zná jako riziko UUT *neplodnost* či *potíže s následujícím otěhotněním* (Bittnerová, 2018). V mém

průzkumu se tato odpověď objevila v 70,58 %. To je velmi podobný výsledek. Jedna respondentka neuvédla dokonce ani jedno riziko. Pouze jedna žena dokázala uvést 5 hrozících rizik. Multicentrická kohortová (prospektivní) studie provedená v letech 2014-2016 na sedmi pracovištích v ČR říká, že se celkem 20,8 % žen (336/1619) nedostavilo na kontrolní ultrazvukové vyšetření k vyloučení pokračování těhotenství. Avšak u žen, které se na kontrolní ultrazvukové vyšetření dostavily došlo k selhání metody „Pokračující těhotenství“ u 1,6 % žen (24/1283) a k neúplnému potratu u 6,5 % žen (83/1283) (Slunská, 2017). I ve studii na srovnání souborů uměle ukončených těhotenství farmakologickou a chirurgickou metodou, provedenou od roku 2014 do roku 2017 ve dvou ZZ v ČR, se poukazuje na to, že chirurgická intervence (revisio cavi uteri instrumentalis, RCUI) byla v jejich studii provedena po 7,4 % farmakologických UUT (Pojarová, 2018). Proto pro mě bylo velké překvapení, když se mezi odpověďmi ani jednou neobjevilo jakékoliv riziko související s její neúspěšností. Avšak neobjevila se zde ani odpověď související s alergií na přípravky užívající se při farmakologické formě UUT. Ženy mají rizika spojené pouze s chirurgickou metodou a jejich odpovědi jako rizika spojené s farmakologickou metodou by se daly brát pouze *bolesti a psychické problémy*. Možná právě z tohoto důvodu si ženy vybírají právě farmakologickou metodu, protože si s ní nespojují žádná rizika. Mnou stanoveným kritériem, aby žena prokázala dostatečnou informovanost o možných hrozících rizicích a získala tedy 1 bod, bylo vyjmenovat alespoň 2 hrozící rizika. Proto zde dostatečnou informovanost prokázalo pouze 15 respondentek (44,11 %). Zbylé respondentky získaly 0 bodů.

V otázce č. 11 měly respondentky odpovídat na otázku, jestli ví, jakým způsobem se metoda, pro kterou se rozhodly, provádí a stručně jí popsat. Zde 6 respondentek (17,64 %) zahrlo odpověď, že nevědí, jak se jejich metoda provádí. Zbylých 28 respondentek (82,35 %) zahrlo, že postup dané metody zná, z nichž 22 respondentek (78,57 %) danou metodu správně popsaly. Avšak zbývajících 6 žen (21,42 %) nedokázalo metodu popsat i přesto, že zaškrtnuly, že vědí, jak se metoda provádí. Mnou nastaveným kritériem pro prokázání dostatečné informovanosti o průběhu UUT bylo, aby žena dokázala alespoň stručně a správně popsat základní postup daných metod. Proto zde svou dostatečnou informovanost prokázalo 22 respondentek (64,70 %), které získaly 1 bod. Zbylé respondentky získaly 0 bodů. Odpověď pouhým zahrnutím možnosti „*vím*“ nemohu počítat jako dostatečnou, přestože může některá z žen opravdu postup své vybrané metody UUT zná, avšak svou znalost stručným popisem metody neprokázala. Překvapilo mě, že 6 žen (možná i všech 12 žen) vůbec netuší, jak bude daná metoda probíhat

a co je vlastně čeká. Zde vidím velkou mezeru v edukaci jak lékařů, tak porodních asistentek a nejspíše je to právě ta oblast, na kterou by se v budoucnu měli zaměřit.

V otázce č. 12 odpovídaly respondentky na otázku týkající se opatření, která jsou nutná dodržovat po umělém ukončení těhotenství. 28 respondentek (82,35 %) zde uvedlo, že byly informovány o opatření po UUT, avšak pouze 22 z nich (78,57 %) dokázalo alespoň jedno opatření vyjmenovat. Vůbec nejčastější odpovědí, která se zde opakovala bylo *šestinedělí*, což může každá žena chápat různě. Další odpovědi, které se vyskytovaly častěji byla *zvýšená hygiena a pohlavní abstinence 2 týdny*. K mému velkému údivu se odpověď *antikoncepce* zde objevila pouze jednou. Edukace o antikoncepci a tím možného předejití dalšího nežádoucího těhotenství by měla být stěžejní. Toto je další oblast, na kterou by se měli lékaři i porodní asistentky ve své edukaci v budoucnu zaměřit. Mnou nastaveným kritériem pro prokázání dostatečné informovanosti o opatřeních nutných dodržovat po UUT bylo, aby žena dokázala vyjmenovat alespoň jedno opatření po UUT. Proto zde svou dostatečnou informovanost prokázalo 64,70 %, tedy celkem 22 respondentek, které tedy získaly 1 bod. Zbylé respondentky získaly 0 bodů. Stejně tak jako u minulé otázky nemohu odpověď pouhým zatrhnutím možnosti „ano“ počítat jako dostatečnou.

Zde svou informovanost potvrdily ženy, které UUT již v minulosti podstoupily. Všechny respondentky zatrhly, že opatření po UUT znají a pouze 1 z nich žádné nevypsala. Tady se potvrdila má domněnka, že ženy, které mají již s UUT zkušenost, budou mít o UUT více informací.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké formy zabránění početí ženy používají a odkud mají nejvíce informací o umělém ukončení těhotenství?

Touto výzkumnou otázkou se zabývala otázka č. 6 a otázka č. 13, což byla uzavřená otázka s možným výběrem více odpovědí.

V otázce č. 6 mě zajímalo, jakou metodu antikoncepce respondentky používají. Pro mě nepřekvapující nejčastější odpovědí byla *žádná antikoncepce*. Odpovědělo takto 12 respondentek (35,29 %). Nicméně z výzkumu Valovičové je patrné, že nevyužívá žádnou antikoncepci pouze 5 % z jejich respondentek. Rozdíl ve výsledku bude nejspíše dán tím, že 31,7 % z jejich respondentů není sexuálně aktivních (Valovičová, 2018). Avšak překvapením pro mě bylo, že 5 respondentek (14,70 %) používá *hormonální antikoncepci*, a přesto došlo k nechtěnému otěhotnění. Leč v průzkumu provedeném v USA mezi 2 000 ženami bylo zjištěno, že až k 48 % neplánovaným těhotenstvím došlo během užívání hormonální

antikoncepce, obzvláště z chyb při jejím užívání. Což je ještě mnohem větší číslo, než vyšlo v mém průzkumném šetření. Což může být dáno mým malým souborem respondentek. Současné uskutečněné studie potvrdily, že pochybení v užívání kombinované perorální antikoncepce jsou přímo závislé na věku uživatelky. Nejvyšší míra chybnosti byla zpozorována u náctiletých žen. Můj vzorek žen ve věku 15–25 let však tuto studii nepotvrzuje, mé respondentky podstupující UUT používají buď přirozené metody antikoncepce nebo bariérovou antikoncepci. Avšak může to být dáno mým několikanásobně menším vzorkem respondentek. Mnoho žen také stále neví o dalších možnostech antikoncepce, které mohou lépe vyhovovat jejich individuálním potřebám, než které jim poskytuje jejich současná forma antikoncepce (web antikoncepce, 2016). Proto je tolik důležitá edukace lékařem a porodními asistentkami, aby dále nedocházelo k nechtěným těhotenstvím.

Otázka č. 13 se zabývala zdroji informací. I přesto že žijeme v mediálním světě, kde si každý může vyhledat veškeré informace o UUT sám, je stále nejčastějším zdrojem *gynekolog*. Tuto možnost vybralo 22 respondentek (64,70 %). Avšak již zmiňovaná *média* jsou hned na druhém místě společně s *literaturou* (12 respondentek, 35,29 %). Takovéto pořadí zdrojů informací mě překvapilo, ale i potěšilo. Očekávala jsem, že nejčastějším zdrojem budou média a lékař s literaturou až na posledních místech. Doufám, že si tedy respondentky dobře uvědomují, že lékař a porodní asistentka jsou profesionálové ve svém oboru a poskytnou ženám nejvíce validních informací, a že informace na internetu nemusí být vždy pravdivé, nebo mohou být značně zkreslené.

7 ZÁVĚR

V teoretické části této práce bylo cílem analyzovat nejnovější publikované poznatky o farmakologické a chirurgické metodě umělého ukončení těhotenství v I. trimestru. Nejprve je tato část zaměřena na kontracepční metody, kterými se dá nechtěnému těhotenství, a tedy poté i umělému ukončení těhotenství předejít. Jsou zde také rozvedeny druhy, metody, komplikace a rizika UUT.

Průzkumná část byla věnována informovanosti žen o metodách UUT. Dále jsem se zabývala zjištěním, jaké metody antikoncepce respondentky používají a co je jejich zdrojem informací, které o UUT mají. Pro splnění cílů byl vyhotoven standardizovaný dotazník. Z průzkumné části je zřejmé, že ženy, které podstupují umělé ukončení těhotenství, nejčastěji nepoužívají žádnou antikoncepci. Velkým překvapením bylo, že drtivá většina respondentek nebyla ani nyní o možnostech antikoncepce informována. Jedním z cílů průzkumné části bylo, zjistit které z metod UUT ženy podstupují a proč. Z průzkumné části vyplývá, že většina žen volí farmakologickou metodu kvůli její šetrnosti a možnosti UUT bez narkózy. Pokud se ženy rozhodly pro miniinterrupci, většinou byl důvodem pozdní záchyt gravidity a již nemožnost využití farmakologické metody a klasickou instrumentální metodu využívají ženy na rozhodnutí lékaře. Dále se v průzkumné části dozvídáme, že ženy mají stále nejvíce informací od lékařů, méně z médií a literatury a pouze několik respondentek získalo informace ve škole. Informovanost žen mého výzkumného souboru byla určena průměrem z odpovědí na 5 znalostních otázek. Každá otázka měla vlastní kritéria pro dosažení dílčí dostatečné informovanosti. Při splnění daného kritéria získala respondentka 1 bod. Při nedostatečné nebo špatné odpovědi získala respondentka 0 bodů. Celkově považuji za dostatečnou informovanost získání minimálně 3 bodů, tedy nejméně celkovou 60% úspěšnost. Jelikož je v celém souboru průměrná míra informovanosti 64,11 %, považuji ženy žádající o UUT v nemocnicích krajského typu za dostatečně informované. Avšak jejich informovanost je velmi hraniční. V případě dílčí informovanosti, a to o rizicích spojených s umělým ukončením těhotenství, byla úspěšnost pouze 44,11 %, což vypovídá, že je jejich obeznámenost opravdu značně nedostatečná. Velmi hraniční je informovanost o průběhu vybraných metod UUT (64,70 %) a taktéž o následných opatřeních po UUT (64,70 %), do čehož spadá i informovanost žen o antikoncepci, o které byla edukována pouze jedna respondentka. Avšak antikoncepci je nutné správně používat, aby se předcházelo dalším nechtěným graviditám, proto by se mělo více dbát na edukaci právě v této oblasti.

Bakalářská práce by měla sloužit jako základní přehled o této problematice pro laickou společnost, ale také pro odborníky, které by zajímalo, v jakých oblastech této problematiky, jsou ženy nejméně informované, a tedy o čem by se je měli snažit edukovat lépe.

Vhodné by bylo vytvoření edukačního letáku, ve kterém by měly žadatelky o UUT stručně shrnuté všechny základní informace. Ten by jim mohl pomoci ve snazším rozhodování mezi metodami a také přípravě na situaci, která je čeká. Zhotovení edukačního letáku bych se ráda věnovala ve své diplomové práci.

8 POUŽITÁ LITERATURA

Literární zdroje:

1. ANDRAŠČÍKOVÁ, Štefánia. *Rizikové stavy v reprodukčnom období života ženy*. Prešov: Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, 2013. ISBN 978-80-555-0983-9.
2. BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepcie: druhy antikoncepcie, hormony, když všechno selže*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.
3. CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-726-2094-0.
4. ČEPICKÝ, Pavel a Hana KURZOVÁ. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktické lékaře, příručka k atestaci, pomocník v běžné praxi praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1.
5. FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK. *Almanach ambulantní gynekologie: postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktické lékaře, příručka k atestaci, pomocník v běžné praxi praktického lékaře*. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-191-2.
6. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
8. KOTLÍK, Bohumír. *Matematické, fyzikální a chemické tabulky pro SŠ a nižší ročníky víceletých gymnázií. 2. vyd.* Havlíčkův Brod: Fragment, 2003. ISBN 80-720-0521-9.
9. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Vyd. 1. české*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
10. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
11. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
12. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
13. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

14. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
15. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 9788024417646.
16. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Elektronické zdroje:

17. ALLEN, Rebecca H. a Alisa B. GOLDBERG. Cervical dilation before firsttrimester surgical abortion (<14 weeks' gestation). *Contraception* [online]. 2016, 93(4), 277-291 [cit. 2019-02-11]. ISSN 00107824.
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782415300755>
18. Anon., *Vývoj obyvatelstva České republiky, Potratovost*, [online]. Praha: Český statistický úřad. 2017 [cit. 2019-03-22].
Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2017>
19. Anon, *Potraty 2016*, [online]. Praha: Český statistický úřad. 2018 [cit. 2019-04-24]. ISBN 978-80-7472-172-4. ISSN 1210-8642.
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2016>
20. Antikoncepce.cz: *Trendy v antikoncepci* [online]. 2016 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <https://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/novinky-v-antikoncepci/aktualni-trendy-v-antikoncepci/>
21. BEGUM, Sheuly; RASHID, Maliha; JAHAN, Arifa Akter. A Clinical Study on Management of Incomplete Abortion by Manual Vacuum Aspiration (MVA). *Journal of Enam Medical College*, [S.], v. 2, n. 1, p. 24-28, sep. [online]. 2012. ISSN 2304-9316. Dostupné z: <https://www.banglajol.info/index.php/JEMC>
22. ČEPICKÝ, Pavel. Antikoncepce: benefity, rizika, mýty. *Acta Medicinæ* [online]. 2018, 7(5-6), 38-40 [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <http://www.actamedicinae.cz/login/issue52018.asp>
23. ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST a ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ. *Farmakologické ukončení těhotenství do 63. dne amenorei (gestačního stáří), Metodický pokyn* [online]. 2014, 2 [cit. 2019-02-11]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy-cgps-cls-jep-k17.html>
24. ČESKO. Vyhláška č. 75/1986 ze dne 7. listopadu 1986 o umělém přerušení těhotenství. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. 1986, © AION CS 20102017 [cit. 2018-11-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-75>

25. Definiton of midwifery, ICM, Nizozemsko, [online]. 2017, 1 [cit. 2018-10-30].
Dostupné z: <https://1url.cz/RMVw3>
26. Edukační materiál o bezpečném užívání a minimalizaci rizik při použití léčivých přípravků Mifegyne® a Misopregmol® ve znění schváleném Státním ústavem pro kontrolu léčiv ze dne 11. 11. 2013 a 16. 12. 2013 [online]. 2013, 1 - 4 [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: www.sukl.cz/file/77383_1_1.
27. GANATRA, Bela. Health worker roles in safe abortion care and post-abortion contraception. *The Lancet Global Health* [online]. 2015, 3(9), e512-e513 [cit. 2019-02-04]. DOI: 10.1016/S2214-109X(15)00145-X. ISSN 2214109x. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X1500145X>.
28. IUB™ Ballerine [online]. 2018 [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <http://nitrodeloznikulicka.cz/>
29. ĽUBUŠKÝ, Marek. Umělé přerušování těhotenství: hledisko medicínské, organizační, legislativní a ekonomické. *Gynekologie a porodnictví* [online]. 2016, 1(1), 12-29 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.lubusky.com/clanky/109.pdf>
30. ĽUBUŠKÝ, Marek. Umělé přerušování těhotenství na žádost pacientky farmakologickou metodou, nepřesahuje-li těhotenství sedm týdnů. *Gynekologie a porodnictví* [online]. 2018, 2(5), 314-316 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.lubusky.com/clanky/120.pdf>
31. Materiály pro lékaře: Informační leták. Mifegyne® [online]. Mifegyne®: Mifegyne®, 2014 [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <http://www.mifegyne.cz/stranka/cz/12/materialy-pro-lekare/>
32. Péče po umělém ukončení těhotenství. *Po Potratu* [online]. 2010 [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: <http://www.popotratu.cz/?q=node/4>
33. POJAROVÁ, M. Srovnání souborů uměle ukončených těhotenství farmakologickou a chirurgickou metodou. *Česká gynekologie* [online]. 2018, 83(4), 244-249 [cit. 2019-05-03]. Dostupné z: <https://1url.cz/AMHQs>
34. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. [online]. Geneva: World Health Organization, 2012. [cit. 2019-03-24]. ISBN 9789241548434.
35. SEHNAL, Borek, Helena NEUMANNOVÁ a Michal ZIKÁN. Farmakologické ukončení těhotenství na žádost ženy. *Acta medicae* [online]. 2018, 7(5-6), 68-72 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: <http://www.actamedicinae.cz/login/issue52018.asp>

36. SLUNSKA, P. a kol. Management of Medical Termination of Pregnancy (MToP) up until the 7th week of gestation in the Czech Republic. *Česká gynekologie*. [online]. 2017, 82(5), 336-344. Dostupné z: <https://1url.cz/dMjap>
37. STRAŠILOVÁ, Petra, Veronika DURDOVÁ, Tereza KRATOCHVÍLOVÁ a Marek ĽUBUŠKÝ. Farmakologické ukončení těhotenství v I. trimestru. *Postgraduální medicína* [online]. 2016, 18(4), 381-389. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/>
38. TRÁVNÍK, Pavel. Principy farmakologického ukončení těhotenství a evakuace děložní dutiny. *Praktické lékařství* [online]. 2015, 11(1), 6-7. ISSN 1801-2434. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/archiv.php>

Kvalifikační práce:

39. BITTNEROVÁ, Laura. *Informovanost žen o problematice umělého ukončení těhotenství*. Praha, 2018. 74 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Miluše Kulhavá.
40. DUSPIVOVÁ, Jana. *Legislativní a etická problematika umělého ukončení těhotenství*. Pardubice, 2016. 61 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Zajíčková.
41. VALOVIČOVÁ, Martina. *Problematika ukončování těhotenství*. Plzeň, 2018. 52 s. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Jana Horová.

9 PŘÍLOHY

Příloha A - Pearl index.....	60
Příloha B - Žádost o umělé ukončení těhotenství.....	61
Příloha C - Bezpečnostní karta	63
Příloha D - Dotazník.....	64

Příloha A - Pearl index (Dostupné z: <https://www.abctehotenstvi.cz/txt/antikoncepce-co-o-ni-vite>)

Typ metody	Počet selhání
Žádná (mladá žena do 45 let)	80 - 90
Žádná (věk 40 let)	40 - 50
Žádná (věk nad 45 let)	10 - 20
Žádná (věk 50 let)	0 - 50
Hlenová metoda	25 - 30
Kalendářová metoda	14 - 40
Periodická abstinence	6 - 25
Teplotní metoda	3 - 20
Pouze spermicidní přípravky	4 - 25
Přerušovaná soulož	6 - 17
Poševní pesar	4 - 22
Cervikální klobouček	4 - 20
Poševní pesar + spermicidy	2 - 18
Mužský kondom (prezervativ)	2 - 15
Ženský kondom	5 - 15
Minipilulka s gestagenem	0,3 - 6
Nitroděložní tělísko	0,2 - 2
Kombinovaná hormonální kontracepce	0,2 - 3
Vaginální kroužek	1,15
Antikoncepční náplast	0,9
Nitroděložní tělísko (s obsahem mědi)	0,2 - 0,8
Antikoncepční injekce	0,03 - 1
Podkožní implantáty	0 - 0,07
Nitroděložní systém s gestagenem	0,11
Sterilizace – Ženy	0 - 0,5
Sterilizace – Muže	0 - 0,05

velmi spolehlivé metody s rychle obnovitelnou plodností

spolehlivé metody operační, nevratné

Příloha B - Žádost o umělé ukončení těhotenství (Dostupné z: <https://www.uzis.cz/book/export/html/21>)

Žádost o umělé přerušení těhotenství
(UPT), hlášení potratu a mimoděložního
těhotenství

Razítko zařízení

Příjmení:			ZZ, kde byl výkon proveden
Jméno:			IČO—PČZ <input type="text"/>
Rozená:			ZZ, které výkon provedlo
			IČO—PČZ <input type="text"/>
Rodné číslo			<input type="text"/>
Obec bydliště	Číslo obce	Číslo kraje a okresu	<input type="text"/>
	Číslo obce s rozšířenou působností		<input type="text"/>
Zaměstnání (slovně—bez zkratek)			*) <input type="text"/>
Rodinný stav	0—nezjištěn 1—svobodná 2—vdaná	3—rozvedená 4—vdova 5—družka	<input type="text"/>
Státní občanství (slovně—bez zkratek)			*) <input type="text"/>
Vzdělání	1—základní neukončené 2—základní ukončená 3—střední odborné 4—úplné střední odborné	5—úplné střední všeobecné 6—bakalářské 7—vysokoškolské 9—nezjištěno	<input type="text"/>
Počet porodů			<input type="text"/>
Počet živě narozených dětí			<input type="text"/>
Počet dosavadních UPT			<input type="text"/>
Počet dosavadních samovolných potratů			<input type="text"/>
Nynější gravidita	1—spontánní 2—po umělé inseminaci 3—po mimotělním oplodnění		<input type="text"/>
Druh potratu	1—samovolný 2—mimoděložní	3—umělý 4—ostatní	<input type="text"/>
UPT podle stáří gravidity	1—miniinterupce do 8 t.t. 2—UPT do 12 t.t.	3—UPT do 24 t.t. 4—jiné legální UPT	<input type="text"/>
UPT podle způsobu provedení	1—chirurgická metoda 2—farmakologická metoda 3—indukce potratu (nad 12 t.t.)	4—intrauterinní zákrok (fetoskopie) datum zákroku ... 5—jiný způsob	<input type="text"/>
UPT podle důvodu ukončení	1—na žádost těhotné 2—ze zdravotních důvodů... 3—jiné důvody	1) těhotné 2) plodu	1,2) <input type="text"/> Dg. <input type="text"/>
Invasivní prenatalní diagnostika	1—amniocentéza 2—odběr choriových klků 3—kordocentéza	5—neprovedena 9—jiná	<input type="text"/>
Datum provedení potratu (den, měsíc, rok)			<input type="text"/>
Stáří plodu v týdnech			<input type="text"/>
U plodu nad 17 týdnů	a) hmotnost v gramech b) délka v cm		a) <input type="text"/> b) <input type="text"/>
Antikoncepce	1—hormonální 2—nitroděložní	3—pesar poševní nebo cervikální 4—žádná	<input type="text"/>
Poplatek za UPT se	1—nestanoví 2—stanoví		<input type="text"/>

verze 2015/02
Národní registr potratů, ÚZIS ČR, <http://www.uzis.cz/registr-y-nzle/mpot>

*) vyplnit dle číselníku ÚZIS ČR Pomocné údaje, nejsou součástí hlášení do NRPOU

1.	<p>Žádám o umělé přerušení těhotenství. *) Souhlasím s umělým přerušením těhotenství. *) Dávám podnět k umělému přerušení těhotenství. *) Beru na vědomí poučení lékaře o možných zdravotních důsledcích umělého přerušení těhotenství. Byla jsem poučena o možnosti používání antikoncepčních metod a prostředků.</p> <p>*) Nevhodné škrtněte</p> <p>..... Datum a podpis žadatelky (zákoného zástupce)</p>
2.	<p>Poslední měsíčky: Datum posledního potratu:</p>
3.	<p>Gynekologické vyšetření a nález (výsledky ostatních vyšetření)</p> <p>Závěr lékaře:</p> <p>V Dne</p> <p>..... Razítko a podpis lékaře</p>
4.	<p>Beru na vědomí možnost podat do 3 dnů žádost o přezkoumání závěru lékaře, se kterým jsem byla seznámena.</p> <p>..... Datum a podpis žadatelky (zákonného zástupce)</p>
5.	<p>Výsledek přezkoumání:</p> <p>Umělé přerušení těhotenství se povoluje nepovoluje</p> <p>V Dne</p> <p>..... Razítko a podpis pověřeného odborníka pro obor gynekologie a porodnictví</p>
6.	<p>Zpráva o provedení výkonu a o případných komplikacích</p> <p>V Dne</p> <p>..... Razítko zařízení a podpis lékaře</p>

Pomocné údaje, nejsou součástí hlášení do NRPO

BEZPEČNOSTNÍ KARTA

BEZPEČNOSTNÍ KARTA

Jméno pacientky: _____

JESTLIŽE VE KTERÉMKOLI OKAMŽIKU Vás bude cokoli znepokojovat nebo pokud se u Vás vyskytnou následující stavy:

- **horečka** trvající déle než 24 hodin, zimnice nebo třesavka,
- **silné bolesti břicha**, které přetrvávají i přes užívání léků k úlevě od bolesti,
- významné a přetrvávající **abnormální krvácení** (spotřeba více než 2 hygienických vložek za hodinu po dobu delší než 2 hodiny),
- **pocit na omdlení (mdloba)**, nebo pokud máte jakékoli dotazy,

kontaktujte nebo navštivte, prosím, předepisujícího lékaře nebo centrum, kde Vám byl přípravek předepsán:

Jméno lékaře: _____





Dostavte se do ordinace ke kontrolnímu vyšetření dne:

_____ / _____ / _____ v _____ h _____

Doporučujeme, abyste až do kontrolního vyšetření necestovala příliš daleko od zdravotnického zařízení (např. necestovala do zahraničí), abyste v případě nutnosti byla v dosahu zdravotní péče.

Příloha D - Dotazník

Vážené respondentky,

jmenuji se Nikola Skalová a jsem studentkou třetího ročníku Univerzity Pardubice oboru Porodní asistentka. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku, za cílem sběru informací potřebných k napsání mé bakalářské práce na téma „Informovanost žen o metodách umělého ukončení těhotenství“.

Prosím o zakroužkování vašich odpovědí a případné dopsání vašeho názoru na místech tomu vyznačených. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný.

Předem děkuji za spolupráci.

1. Kolik je Vám let?

- a. 15-25 let
- b. 26-35 let
- c. 36-45 let
- d. 46-55 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. základní vzdělání
- b. střední odborné bez maturity
- c. střední odborné s maturitou
- d. vyšší odborné vzdělání
- e. vysokoškolské vzdělání

3. Pokolikáté jste nyní těhotná a kolikrát jste rodila? (doplňte)

.....

4. Podstoupila jste již v minulosti umělé ukončení těhotenství?

- a. ano, kolikrát:
- b. ne, nyní je to poprvé

5. Pokud jste na předešlou otázku odpověděla ano, měla jste nějaké komplikace?

- a. ano, jaké:
- b. ne, vše proběhlo bez komplikací

6. Jakou metodu antikoncepce používáte?

- a. hormonální (pilulky, injekce, hormonální nitroděložní tělísko, náplast...)
- b. bariérová (prezervativ, nehormonální nitroděložní tělísko, cervikální pesar...)
- c. přirozené metody (přerušovaná soulož, kalendářní metoda, metoda měření bazální teploty, kojení...)
- d. žádnou

7. **Víte, do kolikátého týdne těhotenství může žena podstoupit umělé ukončení těhotenství z osobních důvodů?**

- a. do 8. týdne těhotenství
- b. do 12. týdne těhotenství
- c. do 18. týdne těhotenství
- d. do 24. týdne těhotenství

8. **Jaké znáte možnosti umělého ukončení těhotenství? (doplňte)**

.....
.....
.....

9. **Víte, jaké rizika hrozí ženě, která podstoupí umělé ukončení těhotenství?**

a. ano, doplňte:

.....

b. ne, nevím

10. **Pro kterou z metod jste se rozhodla a proč právě pro ni? (doplňte)**

.....
.....
.....
.....

11. **Víte, jakým způsobem se tato metoda provádí? Pokud ano, stručně metodu popište.**

a. vím:

.....

b. nevím

12. **Byla jste informována o opatřeních, která jsou nutná dodržovat po umělém ukončení těhotenství?**

a. ano, doplňte o kterých:

.....
.....

b. ne

13. **Z jakého zdroje jste získala nejvíce informací o umělém ukončení těhotenství?**

a. média (televize, rádio, internet)

b. škola

c. rodina, přátelé

d. literatura

e. lékař (gynekolog)

f. jiné: