

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Lenka Šmídová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

INTERRUPCE JAKO VOLBA ŽENY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vložena první strana zadání BP s razítkem. Toto je **druhá** číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

POZOR! Místo tohoto listu bude vložena druhá strana zadání BP s razítkem. Toto je **třetí** číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne.....

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Janě Horové za odborné vedení práce, vstřícnost, ochotu, a zejména za mnoho přínosných rad a připomínek. Dále děkuji celé své rodině za pomoc a podporu při studiu, velký dík patří především manželovi a synovi za trpělivost. Zvláštní poděkování náleží také oběma respondentkám za jejich otevřenost a ochotu sdílet své zkušenosti.

Anotace

Příjmení a jméno: Šmídová Lenka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Interrupce jako volba ženy

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 73

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 97

Klíčová slova: potrat, interrupce, nechtěné těhotenství, postabortivní syndrom, psychika, rozhodování

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou interrupcí provedených na vlastní žádost ženy. Skládá se z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje souhrn informací o problematice umělého přerušení těhotenství. Zabývá se jednotlivými metodami provádění interrupcí, legislativním vymezením, etickými východisky, psychologickými aspekty a rolí porodní asistentky ve zkoumané oblasti. Praktická část je koncipována jako kvalitativní výzkum, provedený formou polostrukturovaných rozhovorů se dvěma respondentkami se zkušeností s podstoupením interrupce. Hlavním cílem práce je analýza rozhodovacího procesu o osudu vlastního těhotenství a identifikace faktorů, které měly klíčový vliv na rozhodování.

Annotation

Surname and name: Šmídová Lenka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Abortion as a woman's choice

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 73

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 97

Keywords: abortion, induced abortion, unwanted pregnancy, post-abortion syndrome, psyche, decision

Summary:

This bachelor thesis deals with the issue of abortions carried out at the woman's own request. It consists of theoretical and practical part. The theoretical part contains a summary of information about the artificial interruption of pregnancy. It deals with the various methods of performing induced abortions, legislative definition, ethical principles, psychological aspects and role of midwife in the examined area. The practical part is conceived as a qualitative research carried out in the form of semi-structured interviews with two respondents with experience of undergoing abortion. The main aim of the thesis is the analysis of the decision-making process about the fate of the own pregnancy and the identification of the factors that have a key influence on decision making.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ | 12 |
| 1.1 Potrat | 12 |
| 1.1.1 Samovolný potrat | 12 |
| 1.1.2 Interrupce | 12 |
| 2 PROVEDENÍ INTERRUPE | 13 |
| 2.1 Metody | 13 |
| 2.1.1 Historie | 13 |
| 2.1.2 Současnost | 13 |
| 2.2 Komplikace | 15 |
| 3 SOUVISEJÍCÍ LEGISLATIVA | 16 |
| 3.1 Historický vývoj | 16 |
| 3.2 Současnost | 17 |
| 3.2.1 Zákon o umělém přerušení těhotenství | 17 |
| 3.2.2 Trestní zákon | 19 |
| 3.2.3 Pokusy o změnu zákona | 19 |
| 3.2.4 Související aspekty | 20 |
| 4 ETICKÉ ASPEKTY | 21 |
| 4.1 O etice obecně | 21 |
| 4.2 Postoj k interrupci | 22 |
| 4.2.1 Pro – Life | 22 |
| 4.2.2 Pro – Choice | 22 |
| 4.2.3 Asentistický přístup | 23 |
| 4.3 Práva těhotné ženy a práva nenarozeného dítěte | 23 |
| 4.4 Vývoj embrya | 25 |
| 4.5 Status lidského embrya | 26 |
| 4.5.1 Kdy začíná lidský život? | 26 |
| 4.5.2 Morální statut embrya/plodu | 28 |
| 5 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY | 29 |
| 5.1 Interrupce nebo antikoncepce? | 29 |
| 5.2 Postoj k rodičovství | 29 |
| 5.2.1 Krize rodičovství | 29 |
| 5.2.2 Mít či nemít děti | 30 |
| 5.2.3 Donošení nechtěného těhotenství | 31 |
| 5.3 Psychické následky interrupce | 32 |
| 5.3.1 Fáze rozhodování | 32 |
| 5.3.2 Postabortivní syndrom | 33 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.3.3 | Formy možné pomoci..... | 34 |
| 6 | ROLE PORODNÍ ASISTENTKY..... | 36 |
| 6.1 | Legislativní a etické úpravy..... | 36 |
| 6.2 | Naslouchání a podpora..... | 37 |
| 6.3 | Ošetřovatelská péče o ženu před a po interrupci..... | 38 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST..... | 39 |
| 7 | FORMULACE PROBLÉMU..... | 40 |
| 7.1 | Cíl výzkumu..... | 40 |
| 7.1.1 | Dílčí cíle..... | 40 |
| 7.1.2 | Výzkumné otázky..... | 41 |
| 7.2 | Druh výzkumu a výběr metodiky..... | 41 |
| 7.2.1 | Metoda..... | 41 |
| 7.2.2 | Výběr případu..... | 41 |
| 7.2.3 | Organizace výzkumu..... | 41 |
| 7.2.4 | Způsob získávání informací..... | 43 |
| 8 | ROZHOVOR Č.1 – PANÍ J. | 44 |
| 8.1 | Anamnéza..... | 44 |
| 8.2 | Rozhovor..... | 44 |
| 8.3 | Analýza rozhovoru č.1..... | 53 |
| 9 | ROZHOVOR Č.2 – PANÍ Š..... | 57 |
| 9.1 | Anamnéza..... | 57 |
| 9.2 | Rozhovor..... | 57 |
| 9.3 | Analýza rozhovoru č.2..... | 66 |
| 10 | ANALÝZA A INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ..... | 70 |
| 10.1 | Analýza procesu rozhodování..... | 70 |
| 10.2 | Faktory, které ovlivnily rozhodování..... | 72 |
| 11 | DISKUZE..... | 74 |
| 11.1 | Proces rozhodování..... | 74 |
| 11.2 | Faktory, které ovlivnily rozhodování..... | 75 |
| 11.3 | Další aspekty..... | 77 |
| 11.4 | Limity práce..... | 80 |
| | ZÁVĚR..... | 81 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 83 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 92 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 93 |

ÚVOD

Interrupce neboli umělé přerušování těhotenství, které je provedené na vlastní žádost, bezesporu patří mezi kontroverzní témata současnosti. Jedná se o etické dilema, přičemž na jedné straně stojí ženino právo na svobodnou volbu vlastní budoucnosti a na druhé straně právo nenarozeného dítěte na život. Ústřední otázkou, na které závisí interpretace celé problematiky, a kterou nelze doposud jednoznačně zodpovědět, je: Kdy začíná lidský život? Příznivci a odpůrci interrupcí v této otázce stále vedou argumentační spory, a není příliš pravděpodobné, že by mezi nimi mohlo v budoucnu dojít ke shodě, či že by se objevilo řešení přijatelné pro všechny. Každý jedinec a zejména tedy ženy, kterých se tato problematika především týká, by si měly v první řadě ujasnit své postoje a jednat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Těhotenství je ale vždy zásluhou obou v páru, tedy muže i ženy, a proto by se muži měli taktéž na řešení situace podílet, což se ale ne vždy děje.

Motiv k výběru tohoto tématu vznikl již v minulosti, kdy jsem byla svědkem výstavy plakátů s protipotratovou tematikou, kterou zorganizovala organizace Hnutí pro život ČR, a která ve mně zanechala silné protichůdné pocity. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla toto téma podrobně zpracovat, abych si sama ujasnila teoretická východiska problematiky a pokusila se vcítit do osudů žen a pochopit obtížnost celé situace.

Cílem této bakalářské práce je hloubkově analyzovat rozhodovací proces žen o osudu jejich neplánovaného těhotenství, a zjistit, jaké faktory nejvíce ovlivňují rozhodování ve prospěch interrupce. Dále je záměrem porovnat přístup a prožitky ženy bezdětné a ženy již mající děti, a také objasnit význam a důležitost psychické opory v náročné životní situaci, jakou interrupce rozhodně je. Práce se také zajímá o roli porodních asistentek v oblasti interrupcí, zejména o možnosti poradenství, jeho dostupnosti a využitelnosti v praxi. Na základě provedené literární rešerše byla sepsána teoretická část práce, zabývající se problematikou umělého přerušování těhotenství z různých pohledů a oborů. Praktická část práce obsahuje rozhovory se dvěma respondentkami, které mají zkušenost s podstoupením interrupce na vlastní žádost, a jejich následnou analýzu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Potrat

Potratem rozumíme předčasné ukončení těhotenství. (Čech et al., 2014, s.240) Aktuálně platný zákon č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů (změna zákona 147/2016 Sb.), konkrétně § 82, říká, že: „*Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice.*“ (Sbírka zákonů, ©2018) Těhotenství může být předčasné ukončeno samovolně nebo uměle.

1.1.1 Samovolný potrat

Samovolný neboli spontánní potrat je poměrně častým důvodem reprodukčních ztrát, uvádí se, že až v 10 – 15 %. (Čech et al., 2014, s.240) Tato čísla by však ve skutečnosti mohla být o dost vyšší, protože u velkého množství těhotenství dojde k potratu již v raných stádiích vývoje, tedy v době, kdy žena o svém těhotenství ještě ani neví a krvácení považuje za opožděnou menstruaci. V závislosti na délce trvání těhotenství rozlišujeme potrat raný (do 12. týdne těhotenství) a potrat pozdní. (Slezáková, 2017, s.152) Téměř v polovině případů je příčinou samovolného potratu abnormální karyotyp plodu. Mezi další příčiny patří vrozené vývojové vady dělohy, imunologické či endokrinologické faktory, infekce a systémová onemocnění matky. Pozdní potrat může být také způsoben inkompetencí děložního hrdla, patologií placenty či úrazem matky. (Čech et al., 2014, s.240-241)

1.1.2 Interrupce

Interrupce je záměrný zákrok, kterým je živé plodové vejce uměle odstraněno z dělohy. Synonymy pro pojem interrupce jsou umělý potrat, umělé ukončení těhotenství či umělé přerušování těhotenství. (Pilka a kol., 2017, s.157) Termín „přerušování“ může evokovat další možné pokračování těhotenství, ale jeho význam je i „ukončení“, takže je používán oprávněně. (Dudová, 2012, s.46) Interrupce se v dnešní době provádí buďto na žádost ženy a nebo ze zdravotních či genetických důvodů. Časová vymezení a další specifika jsou uvedena v zákoně č. 66/1986 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a související vyhlášce č. 75/1986 Sb. (viz kapitola 3). (Čech et al., 2014, s. 461)

2 PROVEDENÍ INTERRUPTCE

2.1 Metody

2.1.1 Historie

Fenomén interrupce není výdobytkem moderní doby, objevoval se v celé historii lidstva. Ženy si v dřívějších dobách prováděly potrat nejčastěji samy. Existovalo mnoho rozmanitých způsobů, jak potracení plodu vyvolat. Jako abortiva byly používány například hašiš, terpentýn, ricinový olej, rtuť, křen a čaje z tymiánu či petržele. Jedovaté látky způsobily ženě otravu a ta vyvolala vypuzení plodu. Další možností bylo vkládání ostrých předmětů do dělohy nebo nejrůznější vynucená fyzická aktivita, skoky z výšky, údery do břicha a podobně. (Shain, 1991, s.33-35) K technikám interrupce se vyjádřil i Hippokrates ve svém díle Corpus hippocraticum. Varoval před užíváním abortivních prostředků z důvodu jejich vysoké toxicity a naopak ženám doporučoval rozličná násilná cvičení, která jim dopomohou se těhotenství zbavit. (Čurdová, 2004) Další možností bylo využití služeb tzv. andělíčkářky, ženy provádějící potraty. Nezřídka byla andělíčkářkou místní porodní bába. Zákrok byl prováděn bez anestezie, takže byl velmi bolestivý a traumatický, často ženy raději dítě donosily a po porodu se ho vzdaly. (Haškovcová, 2015, s.106-107)

2.1.2 Současnost

Při zjištění nechtěného otěhotnění se žena obrátí na gynekologa kvůli sepsání žádosti o ukončení těhotenství. Lékař je povinen ženu poučit o možných rizicích a komplikacích interrupce a vyloučit kontraindikace k výkonu. V případě potřeby je možné nechat ženě čas na rozmyšlenou či nabídnout psychologickou pomoc. (Šráček in Bahounek et al., 2007, s.8-9)

V současné době se těhotenství do 49. dne (8. týdne) ukončují tzv. miniinterrupcí. Je to zákrok, při kterém je co nejšetrněji dilatováno děložní hrdlo a poté aspirační kyretou odsán děložní obsah. Poté by měla být pro kontrolu provedena revize děložní dutiny malou kyretou. Miniinterrupce se provádí tzv. semiambulantně v krátkodobé celkové anestezii. (Čech et al., 2014, s.462) V některých státech je do 42. dne od poslední menstruace

namísto mininterruptce prováděna tzv. regulace menstruace, odsátí dutiny děložní bez diagnostiky obsahu. (Šráček in Bahounek et al., 2007, s.8)

U těhotenství starších 8. týdne se výkon provádí s hospitalizací. Je nutná větší dilatace děložního hrdla a následně je obsah dělohy systematicky odstraněn tupou kyretou. V ojedinělých případech je nutné použít k vybavení části plodu tzv. potratové kleště. Po výkonu je aplikován oxytocin pro lepší stažení dělohy a menší krevní ztrátu. Pokud je nutné ukončit těhotenství starší 12. týdne, provádí se nejčastěji indukce potratu pomocí prostaglandinů. Ve velmi výjimečných situacích je u těhotenství starších 16. týdne také možné použít tzv. sectio caesarea minor, operace připomínající císařský řez. Kvůli protěti dolního děložního segmentu však není příliš příznivá pro další těhotenství. (Čech et al., 2014, s.462-464)

Nejnovějším způsobem je tzv. chemická interrupce neboli medikamentózní potrat. Také se používá označení potratová pilulka (RU-486). Registrace potřebných preparátů v České republice proběhla v roce 2013, k jejich uvedení na trh došlo o rok později. Jedná se o preparáty Mifegyne, který obsahuje účinnou látku mifepriston, Mispregnol, s účinnou látkou misoprostol, a Medabon, kombinované balení obou látek. Tyto přípravky mohou předepsat pouze lůžková zdravotnická zařízení. (Edukafarm, ©2018) Medikamentózní ukončení těhotenství je v České republice možné provést ambulantně do 49. dne od poslední menstruace a má tři fáze. Nejprve je podán mifepriston - syntetický steroidní hormon, který má silný antiprogesteronový účinek. Nepřítomnost progesteronu v těle ženy způsobí odumření embrya a jeho vypuzení z dělohy. Po dvou dnech následuje dávka misoprostolu, což je analog prostaglandinu, který vypuzení embrya zabezpečí. Přibližně za dva týdny musí být žena zkontrolována lékařem, zda těhotenství dále nepokračuje. (Čech et al., 2014, s.462-463)

Cena za podstoupení interrupce se různí dle pracoviště. Například Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň uvádí poplatek pohybující se od 3000 Kč do 5000 Kč. (GPK FN Plzeň, [b.r.]) Interrupce ze zdravotních a genetických důvodů jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. (Schelle in Bahounek et al., 2007, s.36)

2.2 Komplikace

Přestože v dnešní době je interrupce již považována za bezpečný zákrok, její provedení může vést k celé řadě komplikací. Jejich celková míra se pohybuje kolem 2 %. Pravděpodobnost komplikací se zvyšuje v závislosti na gestačním stáří těhotenství, zatímco do 8. týdnu těhotenství je riziko menší než 1%, ve 12. týdnu těhotenství je to již 3-6 %. Existují tři hlavní mechanismy vzniku postinterrupčních komplikací: infekce, neúplné vyprázdnění děložní dutiny a poranění při samotném zákroku. Následky se mohou projevit buďto již při zákroku či ihned po něm, tyto jsou označovány jako časné, nebo se projeví v delším časovém horizontu, označeny poté jako pozdní. (Sajadi-Ernazarova a Martinez, 2017)

Mezi komplikace časné, tedy vzniklé v průběhu zákroku, lze zařadit poranění či perforaci děložního hrdla, perforaci děložního těla a poranění dalších orgánů, například tenkého střeva nebo močového měchýře, která se projeví nejčastěji krvácením. U větších poranění je nutné laparoskopické řešení, v akutních případech hysterektomie. Do pozdních komplikací jsou řazeny krvácení a infekce, které mohou být způsobeny tzv. rezidui post abortum, což jsou zbytky plodového vejce, které nebyly z dělohy odstraněny. Infekce také může mít původ v nedostatečné asepsi během zákroku. Amenorea a sekundární sterilita mohou nastat po poškození endometria nešetrou či opakovanou revizí děložní dutiny. Velmi vážným problémem mohou být také skrytá poranění děložního hrdla, která mají za následek jeho inkompetenci v dalším těhotenství. (Čech et al., 2014, s.465-466)

Reardon (in Stodola, Kratochvíl, 2012, s.195-197) dále zmiňuje mezi méně častými, ale závažnými komplikacemi interrupce smrt, zhoubné nádory děložního hrdla, vaječníků a jater a také abnormální polohy placenty v následujících těhotenstvích.

3 SOUVISEJÍCÍ LEGISLATIVA

Každá vyspělá země určitým způsobem právně upravuje problematiku interrupcí. Finnis (1991, s. 55-56) rozlišuje tři základní modely zákonné regulace. První model ustanovuje úplný zákaz interrupcí s výjimkou ohrožení těhotné ženy na životě. Hlavním důvodem může být ochrana nenarozeného dítěte nebo také populační růst. Druhý model povoluje interrupce pouze se souhlasem úředních osob, které se řídí předepsanými normami. Je tak určitým kompromisem mezi dvěma radikálními schématy. Třetí model představuje úplné povolení interrupcí, pokud jsou vykonávány lékařem. Dává tak ženám možnost rozhodovat o svém těle. Je poměrně zajímavé, že v České republice se během vývoje legislativní úpravy interrupcí vystřídaly všechny tři zmíněné modely.

3.1 Historický vývoj

V 16. století platil na našem území tzv. Koldínův zákoník, v 18. století pak nejprve zákoník josefínský a poté tereziánský. Ve všech se hovořilo o interrupci, nebylo však rozlišováno mezi spontánním a vyvolaným potratem. Usmrcení plodu bylo považováno za vraždu a potrestány smrtí měly být všechny osoby, které se na něm, ať už v jakékoliv míře, podílely. (Kezňiklová, 2007, s.6-7) Dalším zákonem zmiňujícím interrupci byl zákon č. 117/1852 ř.z.. Jako trestný byl považován jakýkoliv pokus o ukončení těhotenství nebo také veškeré jednání, které zapříčinilo porod mrtvého dítěte. Délka trestu se pohybovala mezi jedním rokem až deseti lety žaláře, podle závažnosti činu a následků. (Kabrhel, 2013) Následně se problematika interrupce objevila v roce 1950 v trestním zákoně č. 86/1950 Sb.. Usmrcení plodu bylo považováno za trestné, jedinou výjimku tvořily závažné lékařské důvody – tj. ohrožení života ženy, a důvody genetické.

Dalším zákonem, který právně upravoval a současně poprvé legalizoval umělé přerušování těhotenství, byl zákon č. 68/1957 Sb.. Stanovil beztrestnost těhotné ženy a trestní postihy pro osoby provádějící nelegální interrupce. Základní body, ze kterých zákon vycházel, byly následující: 1) ochrana ženy před ohrožením zdraví neodbornými potraty, 2) prioritou je život a zdraví ženy, 3) k zákroku je nutný souhlas ženy a povolení od speciální komise. (Schelle in Bahounek et al., 2007, s.30-31) Podle Dudové (2012, s.45) byla legalizace interrupcí uzákoněna zřejmě na popud SSSR, kde vešla v platnost

již v roce 1955, a který inicioval její přijetí i v dalších zemích sovětského bloku, například v Maďarsku či Bulharsku.

Tzv. interrupční komise rozhodovaly o tom, zda může žena podstoupit interrupci. Jejich práce byla regulována předpisy a vyhláškami. (Schelle in Bahounek et al., 2007, s.31) Úkolem komisí také bylo navrhnout ženám jiná možná řešení jejich obtížné situace. Skládaly se obvykle ze tří členů – zpočátku dvou zdravotnických pracovníků a jednoho laika, většinou zkušené ženy a matky, od roku 1962 pak dvou členů národního výboru a gynekologa/porodníka. (Dudová, 2012, s.47 a 74) Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 71/1957 byly stanoveny zdravotní a jiné vážné důvody, které opravňovaly nárok ženy na interrupci. K jiným vážným důvodům, které komise posuzovala se řadily tyto: 1) věk ženy nad 40 let, 2) alespoň 3 žijící děti, 3) těhotenství vzniklé znásilněním, 4) těžká situace svobodné těhotné ženy, 5) obtížná sociální situace rodiny, 6) smrt nebo špatný zdravotní stav manžela, či manželské potíže. (Dudová, 2012, s.47) Fungování těchto komisí se ale brzy začalo jevit jako problematické. Statistiky ukázaly, že většina žádostí je vyhodnocována kladně. Jejich vyřizování a řešení přitom bylo velmi náročné na čas, a tím nebyl umožněn rozvoj nových způsobů provádění interrupcí – tzv. miniinterrupcí, u kterých je značně nižší riziko zdravotních komplikací. K provedení miniinterrupce je totiž nutná co nejkratší časová prodleva od početí.

Z tohoto důvodu a také proto, že v celém světě se začaly objevovat sklony k liberalizaci právních postojů k interrupcím a umožnění ženám svobodně si zvolit, zda se chtějí stát matkami, se přistoupilo ke zrušení dosud platného zákona a nahrazení jej novým. Ovšem s přijetím nového zákona mnohonásobně vzrostl počet prováděných interrupcí a ke zjevnému poklesu dochází až v posledních letech. (Černý a Schelleová, 2003, s.17-18)

3.2 Současnost

3.2.1 Zákon o umělém přerušení těhotenství

Zákon č. 66/1986 Sb. a s ním související vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 75/1986 Sb. přijaté z výše uvedených důvodů, zůstávají v platnosti až do současnosti.

Některá ustanovení jsou ovšem zastaralá a neodpovídají dnešní realitě. Zákon považuje jako klíčovou dostatečnou sexuální výchovu – tedy předcházení nechtěným těhotenstvím a zodpovědné plánování rodičovství. Zároveň zmiňuje, že antikoncepční prostředky mají být všem ženám k dispozici bezplatně, což v dnešní době neplatí. (Schelle in Bahounek et al., 2007, s.33)

Jsou specifikovány dvě situace, za kterých je možné provést interrupci. První je interrupce na žádost ženy, která je umožněna do 12. týdne těhotenství, pokud jejímu provedení nebrání určité zdravotní důvody, vymezené vyhláškou č. 75/1986 Sb.. Mezi ně patří takový zdravotní stav ženy, který zvyšuje riziko zákroku, a předchází interrupce před méně než šesti měsíci, s výjimkou pro ženy již alespoň dvakrát rodičí, starší 35 let či znásilněné. Druhou možností je interrupce ze zdravotních a genetických důvodů. Tu je možno provést do 24. týdne těhotenství s informovaným souhlasem těhotné ženy, a to v situacích, kdy je buďto ohrožen život ženy, nebo je plod těžce poškozen či neschopen mimoděložního života. Případy, které jsou důvodem pro provedení interrupce, jsou uvedeny v příloze vyhlášky č. 75/1986 Sb.. Další, co je zákonem vymezeno, je postup při nechtěném těhotenství nezletilé dívky. V případě, že o interrupci požádá dívka mladší 16 let, je k provedení zákroku nutný souhlas jejího zákonného zástupce. Pokud se jedná o dívku ve věku mezi 16 a 18 lety, interrupce jí bude provedena i bez vědomí a souhlasu zákonného zástupce, ale zdravotnické zařízení jej poté o zákroku informuje. (Černý a Schelleová, 2003, s. 20-21)

Část zákona, věnující se postupu při projednávání interrupce, se v dnešní době jeví naprosto nereálně. Je stanoveno, že žena musí žádost o interrupci směřovat lékaři či zdravotnickému zařízení, kam podle trvalého bydliště patří. Tento systém již dnes neplatí, je možné si vybrat dle svého vlastního uvážení. Zároveň již také neplatí další nařízení, které říká, že lékař určuje ženě zdravotnické zařízení, kde výkon podstoupí. Ustanovení, které je zcela v rozporu s dnešní realitou, umožňuje ženě, jejíž lékař neshledal důvod k interrupci, obrátit se na okresního odborníka pro gynekologii a porodnictví, který spolu s dalšími lékaři přezkoumá její žádost. V případě negativního vyhodnocení se žena může ještě obrátit na krajského odborníka pro gynekologii a porodnictví, jehož rozhodnutí však bude konečné. Funkce těchto okresních a krajských odborníků byly již dávno

zrušeny. Zákon také nepovoluje provést interrupci cizinkám s přechodným pobytem v České republice, což je ale v rozporu se současnou právní úpravou pobytu cizinců na našem území. Posledním, co zákon ustanovuje, je zpoplatnění interrupce provedené na žádost ženy.(Schelle in Bahounek et al., 2007, s.35-36)

3.2.2 Trestní zákon

Liberální postoj k interrupcím jistě velmi přispěl k výraznému útlumu kriminálních potratů. Kriminálním potrat, který je definován jako nedovolené přerušování těhotenství, protože nespĺňuje podmínky dané zákonem, je považován za trestný čin. Proto je problematika interrupcí zahrnuta i v trestním zákoně č. 140/1961 Sb., konkrétně se jedná o § 227-229. V těchto paragrafech je dáno, kdo a za jakých podmínek bude potrestán odnětím svobody. Konkrétně se jedná o osoby, které buďto svedou těhotnou ženu k tomu, aby své těhotenství sama přerušila či o toto požádala jinou osobu, nebo tento zákrok samy provedou, ať už se souhlasem těhotné nebo bez něj, a to nezákonným způsobem, případně tím způsobí těžké poškození zdraví nebo smrt. Ovšem sama těhotná, která z vlastní vůle své těhotenství přeruší nebo o to jiného požádá, není pro tento čin považována za trestně odpovědnou. (Schelle in Bahounek et al., 2007, s.38-50)

3.2.3 Pokusy o změnu zákona

V roce 2003 byl skupinou konzervativních poslanců z KDU – ČSL a ODS podán návrh na změnu zákona o interrupcích. Konkrétně se jednalo o úplný zákaz interrupcí, přičemž za jejich provedení by hrozilo až 5 let odnětí svobody a za svedení k tomuto činu až 1 rok. Beztrestnost těhotné ženy by zůstala zachována. Změna zákona byla zamítnuta již v prvním čtení návrhu, ale rozvířila intenzivní debatu v médiích. (Dudová, 2012, s.97) Další snaha o změnu interrupčního zákona se objevila v roce 2008, a to v návrhu reformy zdravotnictví. V zákoně týkajícím se interrupcí mělo dojít pouze ke dvěma mírným obměnám. Za prvé by již nebylo povinné informovat o provedení zákroku rodiče dívek mezi 16 a 18 lety, a za druhé by zde mohly podstoupit interrupci i cizinky bez trvalého pobytu. Velkou roli v debatách hrál argument o nutnosti přizpůsobit se podmínkám Evropské unie. Zdravotnická reforma nakonec nebyla přijata z důvodu odvolání vlády.

Zákon o umělém přerušení těhotenství z roku 1986 je tak stále v platnosti naprosto beze změn. (Dudová, 2012, s.107-111)

3.2.4 Související aspekty

V etickém kodexu České lékařské komory je uvedeno, že lékař není povinen provést zákrok, ani u něj asistovat, pokud daný zákrok není v souladu s jeho svědomím či vyznáním. (Munzarová, 2000b, s.22) Stejně právo je zakotveno i v §50 zákona o zdravotnických službách č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a týká se všech zdravotnických pracovníků. (Sbírka zákonů, ©2018) To v praxi znamená, že lékař i porodní asistentka mohou odmítnout jakkoliv se podílet na provedení interrupce, aniž by riskovali jakýkoliv postih či ztrátu zaměstnání. (Kořenek, 2002, s.90-91)

Dalším aspektem souvisejícím s legislativní úpravou interrupcí je fenomén tzv. potratové turistiky, který je následkem různého legislativního přístupu k interrupcím v různých zemích. Jedná se o situace, kdy ženy vycestují za interrupcí ze zemí, kde je zakázána, do zemí, kde je její provedení legální. V současné době se tento jev týká především žen z Polska a Irsku. (Šimek, 2015, s.112) Za zmínku stojí i nezisková organizace Ženy na vlnách, založená roku 1999 v Holandsku. Tato organizace provozuje mobilní kliniku na lodi, s níž se plaví do zemí, kde je provedení interrupce nelegální. Umožňuje tamním ženám bezpečné provedení interrupce chemickou cestou. Využívá při tom faktu, že zákony dané země platí pouze v teritoriálních vodách, po vplutí do mezinárodních vod se na lodi uplatňují holandské zákony, které interrupci povolují. (Women on Waves, ©2017)

4 ETICKÉ ASPEKTY

4.1 O etice obecně

Etika je věda, která se zabývá mravností, mravním chováním, jednáním a zásadami. Jejím předmětem je přístup člověka k sobě samému, k ostatním lidem, zvířatům, přírodě a celému prostředí kolem něj. Mravnost jako taková se vyvíjela v celé historii lidstva. Zároveň se měnilo vnímání toho, co mravné je a co není. Zatímco některé hodnoty již ztratily na významu, jiné jsou i přes historický vývoj stále platné a uznávané. (Ivanová, 2005, s.16-18) S etikou úzce souvisí morálka, což je soustava principů, které vymezují vhodné chování a jednání člověka ve společnosti. (Haškovcová, 2015, s.14)

Velice široký záběr má bioetika - zahrnuje veškeré etické konflikty související s živou přírodou, od smyslu lidského života, přes důstojnost člověka po genové technologie a ochranu přírody. (Dolista in Černý a kol., 2011, s.9-11) Součástí bioetiky je lékařská etika, která se zabývá etickými otázkami v oblasti medicínské praxe. Zdravotnická etika je zaměřena na zdravotnictví jako celek, patří do ní kromě lékařské i ošetřovatelská etika, která se týká práce nelékařských zdravotnických pracovníků. (Ivanová, 2006, s.14-15)

Je nutné rozlišovat mezi pojmy etické dilema a etický problém. Etickým problémem rozumíme složitý, obtížně řešitelný případ, u kterého je ale možné najít vyhovující východisko. U etického dilematu jde o výběr jedné ze vzájemně se vylučujících možností. Paradoxem je, že etická dilemata nejsou jednoznačně řešitelná, ale přesto jednoznačné řešení vyžadují. Obtížná je také konfrontace teorie a praxe, protože obecné diskuse a realita se často velmi liší. (Ivanová, 2005, s.21)

Jedním z těchto etických dilemat je i interrupce.

4.2 Postoj k interrupci

4.2.1 Pro – Life

V problematice interrupcí panuje neustálý boj mezi jejich zastánci a odpůrci a jejich argumenty. Strategie Pro – Life, tedy „pro život“, je založena na ochraně lidského života již od jeho počátku, nedává ženě možnost svobodné volby v otázce vlastního těhotenství a interrupci považuje za vraždu. Jejimi příznivci jsou převážně křesťané. Organizace Pro – Life mají výrazné zastoupení především v Polsku, Irsku, USA a Itálii. (Ondriová a Slaninková, 2012, s.39) S filozofií této strategie úzce souvisí princip „*sanctity of life*“, který považuje lidský život za posvátný dar, který nesmí být v žádném případě obětován. (Křepelka in Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s.107-108)

V České republice působí organizace Hnutí Pro život ČR. Usiluje především o obnovení důstojnosti a nedotknutelnosti lidského života – tj. o zákaz interrupcí a eutanazie. Činnost hnutí zahrnuje nejrůznější aktivity – poradnu pro ženy, vydávání oběžníku, přednášky, informační kampaně, pochody a petice. Kampaně mimo jiné zahrnují distribuci filmů detailně zobrazujících provádění interrupcí a plakátů s fotkami živých či usmrcených lidských embryí. V rámci projektu s názvem Nesoudíme. Pomáháme., který je podporován známými osobnostmi, některými zdravotnickými zařízeními i vedením mnoha českých měst, nabízí pomoc ženám, které jsou nuceny partnerem či okolnostmi k interrupci. (Hnutí pro život ČR, ©2018)

4.2.2 Pro – Choice

Zastánci strategie Pro – Choice, tedy „pro volbu“, upřednostňují právo ženy na svobodné rozhodování o osudu svého nenarozeného potomka. (Ondriová a Slaninková, 2012, s.39) Jejich největším argumentem je podle Šimka (2015, s.168) právo ženy na sebeurčení. Těhotenství je pro život ženy závažným mezníkem, dochází nejen k fyzickým a psychickým změnám, ale i ke změně sociálního statutu, a žena má mít plné právo se sama rozhodnout a případně tyto změny odmítnout a těhotenství ukončit. Dalšími argumenty jsou především nepříznivé jevy, které doprovázejí zákaz interrupcí - zvyšující se počet odložených či usmrcených novorozenců, potratová turistika a nebezpečí kriminálních potratů. (Ivanová, 2005, s.23) I přesto je ale pro zastánce této strategie

interrupce jen krajním a nouzovým řešením a podporují spíše předcházení nechtěným těhotenstvím. (Ondriová a Slaninková, 2012, s.39) Nejedná se tedy o propotrátové hnutí, usilují pouze o právo na legální a odborně provedenou interrupci.

S touto strategií částečně souvisí princip „*quality of life*“, který se zakládá na myšlence, že pouze kvalitní život je hodnotným životem. Ovšem vnímání kvality života je velice individuální a subjektivní, nelze zde aplikovat žádná univerzální doporučení. (Křepelka in Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s.107-108) Například některá žena může vnímat kvalitní život jako rodinný život s výchovou dětí, jiná takto vnímá život bezdětný.

4.2.3 Asentistický přístup

S velmi zajímavým postojem přichází Rhodesová (in Thomasma a Kushnerová, 2000, s.76-79). Shledává argumenty odpůrců i zastánců interrupcí jako nedostatečné a navrhuje tzv. asentistický přístup. Základem je teoretická úvaha o vztahu práv a povinností. Platí-li, že ve chvíli, kdy má jedna osoba určité právo, tak druhá osoba má určitou povinnost k tomuto právu, lze tuto skutečnost aplikovat i na problematiku interrupcí. Pokud má tedy plod mít právo na život, musí existovat někdo, kdo bude povinen toto právo uznávat a převezme závazek – povinnost pečovat a vychovávat. Převzít tento závazek však mohou pouze potenciální rodiče počatého potomka. V případě nechtěného těhotenství tedy rodiče nemají k plodu žádné povinnosti, pokud se k rodičovství nerozhodnou. Proto interrupce v tomto pojetí nemusí být porušením práv plodu.

4.3 Práva těhotné ženy a práva nenarozeného dítěte

Pokud žena plánovaně otěhotní a s láskou očekává narození chtěného dítěte, nejsou její práva a práva jejího nenarozeného dítěte v žádném rozporu. (Haškovcová, 2015, s.115) Jak uvádí Munzarová (2000a, s.48) – právem budoucího dítěte by mělo být narodit se do úplné rodiny, tedy mít matku a otce, kteří jej s láskou vychovají. Konflikt práv nastane ve chvíli, kdy se jedná o nechtěné těhotenství a žena uvažuje o podstoupení interrupce. (Haškovcová, 2015, s.115) Tato problematika konfliktu práv je zahrnuta v některých právních a jiných oficiálních dokumentech.

Mezinárodní konference o lidských právech v Teheránu v roce 1968 ve svém prohlášení zabezpečuje právo rodičů „*svobodně a uvědoměle určit velikost své rodiny a dobu narození dětí.*“ (United Nations, ©2018)

Rok 1979 byl ustanoven jako **Mezinárodní rok dítěte** a v souvislosti s tím bylo vyhlášeno právo dítěte „*narodit se jako chtěné, jehož příchod na svět rodiče plánují*“ a proto mu zajistí veškeré podmínky pro optimální vývoj. (Haškovcová, 2015, s.115)

Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen, přijatá v roce 1979, hovoří o rovnoprávnosti mužů a žen mít „*...stejná práva rozhodnout se svobodně a odpovědně o počtu a době narození jejich dětí a mít přístup k informacím, vzdělání a prostředkům, které jim umožní uplatňovat tato práva.*“ (United Nations, ©2018)

Mezinárodní federace plánovaného rodičovství přijala v roce 1990 stanovisko, které hovoří zejména o nutnosti včasné a vhodné sexuální výchovy a dostupné antikoncepce, jelikož interrupce je pro ženu traumatickým zážitkem. Také usiluje o bezproblémovou dostupnost interrupce a její provedení co nejdříve, pokud již k neplánovanému otěhotnění dojde. O toto stanovisko se opírá i Česká gynekologicko-porodnická společnost. (Haškovcová, 2015, s.114)

Listina základních práv a svobod, součást ústavního pořádku ČR, uvádí v čl. 6 následující: „*Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.*“ Zároveň je zde ale uvedeno: „*Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.*“ (Sbírka zákonů, ©2018) Ochranou života před narozením se zde tedy rozumí např. pracovní práva těhotných žen nebo trestní odpovědnost za nedovolené přerušování těhotenství, nikoliv zákaz interrupce, jelikož její legální provedení je v české legislativě zakotveno. (Stolínová, 2004, s.42)

Úmluva o lidských právech a biomedicíně, vytvořená Radou Evropy, nabyla v ČR platnosti roku 1998, a je vyjádřením snahy o sjednocení základních principů ochrany lidských práv a rozvoje biomedicíny. Lidskou bytostí je zde chápán až člověk po narození. (Hansmanová in Ivanová a Klos, 2004, s. 50)

Deklarace práv počatého dítěte, vyhlášená roku 1999 Hnutím pro život ČR, Občanským institutem a Asociací pro právní ochranu dětí a mládeže, vyjmenovává základní práva a nároky počatého dítěte. Konkrétně je zde mimo jiné uvedeno: „*Každá počatá bytost má právo na život. Toto právo má být chráněno zákonem od okamžiku početí po přirozenou smrt.*“ (Hansmanová in Ivanová a Klos, 2004, s. 50)

Nový občanský zákoník (zákon č.89/2012 Sb.), konkrétně § 25, uvádí následující: „*Na počaté dítě se hledí jako na již narozené, pokud to vyhovuje jeho zájmům. Má se za to, že se dítě narodilo živé. Nenarodí-li se však živé, hledí se na ně, jako by nikdy nebylo.*“ (Sbírka zákonů, ©2018)

Práva nenarozeného dítěte úzce souvisejí s vymezením počátku lidského života a určení statutu lidského embrya a plodu.

4.4 Vývoj embrya

K oplození ženského oocyty (vajíčka) mužskou spermií dochází nejčastěji v tzv. ampule vejcovodu. Pro správný průnik spermie do vajíčka musí nastat sled určitých reakcí, po němž dojde ke spojení obou gamet a vzniká zygota. Zygota prochází rýhováním, což je proces dělení, při kterém vznikají další dceřiné buňky. (Slípka, 2012, s.27-28) Od prvního rozdělení jedné buňky ve dvě dceřiné buňky, lze útvar nazývat preembryo. Každé další dělení nastává v několikahodinových intervalech. (Lajkep, 2004, s.75) Jednotka tvořená šestnácti buňkami, vstupující do děložní dutiny přibližně čtvrtý den po oplození, se nazývá morula. Následně se v morule vytváří dutina – celý útvar se poté již nazývá blastocysta. K zanoření blastocysty do děložní dutiny, tedy k propojení tkání embrya a matky, dochází zhruba jedenáct dní po oplození. Na konci třetího týdne embryonálního vývoje jsou vytvořeny tři tzv. primární zárodečné listy, jakési základy pro vývoj orgánových soustav. (Slípka, 2012, s.29-40) Od momentu implantace blastocysty se zárodek již nazývá embryo. Srdeční akce se objevuje na konci třetího týdne vývoje. (Lajkep, 2004, s.75) Ve čtvrtém týdnu vývoje má zárodek tvar písmene „C“, v hlavovém oddílu se již nacházejí mozkové váčky a základy očí a nosu. Od pátého do osmého týdne dochází k vývoji obličeje a končetin. Trup se postupně napřimuje, ocasní

oddíl zmenšuje a na konci druhého měsíce (osmého týdne) vývoje již embryo získává charakteristické lidské rysy – od této chvíle je označováno jako plod. Na konci třetího měsíce (ve dvanácti týdnech) má plod vyvinuty veškeré orgánové soustavy, nadále bude docházet pouze k jejich zdokonalování a vývoji detailů. Hlava plodu zatím zaujímá přibližně třetinu celého těla. Zevní genitál je již plně diferencován, lze tedy určit pohlaví. (Trávník a Čech, 2011, s.51-52)

4.5 Status lidského embrya

4.5.1 Kdy začíná lidský život?

Ústředním problémem nejenom v problematice interrupcí, ale i celkově v oblasti reprodukční medicíny, je otázka počátku lidského života. Odpověď je vždy závislá na kritériích, která budou k hodnocení použita – zlomových okamžicích vývoje. (Kuře a kol., 2012, s.24) Nutno říci, že tato kritéria se velmi liší v závislosti na potřebách a zájmech toho, kdo je určuje. (Carbone in Černý a kol., 2011, s.30) Křesťanství považuje za počátek lidského života okamžik početí. Tento názor je v souladu s poznatky biologie a genetiky – v okamžiku oplodnění vajíčka v zygotě vzniká nový genetický kód, ve kterém jsou již obsaženy všechny charakteristické rysy nového jedince. (Ondok, 2005, s.96-97) Proto je dle Ondoka (tamtéž, s.97) nutné lidskou bytost již od početí považovat za osobu, respektovat ji a uznávat její práva. Ovšem Uzel (in Pekárková et al., 2000, s.17) na toto argumentuje, že genetická informace je pouze jakousi potenciální nadějí na existenci plnohodnotné lidské bytosti. Těhotenství totiž může skončit neúspěchem - samovolným potratem nebo narozením dítěte s vrozenou vývojovou vadou, které nebude životaschopné.

Dalším důležitým okamžikem vývoje je rovněž uhnízdění oplodněného vajíčka do stěny dělohy, což také může být považováno za počátek lidského života, protože v tuto chvíli fakticky začíná proces těhotenství. Navíc takto lze ospravedlnit používání antikoncepce neumožňující implantaci vajíčka do dělohy, nelze ji pak považovat za abortivum. (Ondok, 2005, s.27-31) Objevuje se i kritérium 14. dne po oplození, jakožto ukončení implantace a počátek formování primitivního proužku, tedy okamžiku, kdy již lze rozlišit buňky embrya a buňky placenty. (Carbone in Černý a kol., 2011, s.41) Carbone (tamtéž, s.41 a 68) ovšem uvádí, že toto kritérium vzniklo pouze jako rafinovaná snaha

o přesun počátku lidského života na později, z důvodu umožnění legálního výzkumu na lidských embryích (viz Human Fertilization and Embryology Act z roku 1990, britský zákon povolující pokusy na embryích až do 14. dne vývoje).

Například Steinpach (2005, s.57) uvádí jako okamžik tzv. inkarnace neboli vtělení první zřetelné pohyby dítěte, které matka pocítí. V tuto chvíli se podle něj duch ujímá vlády nad tělem. Ovšem vzájemné propojení ducha a těla prý nastává již při zplození. Dalším kritériem pro určení počátku lidského života může být mozková aktivita, kterou lze určit elektroencefalografickou metodou. Počátek mozkové aktivity je datován do šestého měsíce těhotenství. Ovšem činnost mozkové kůry, která je pro aktivitu člověka podstatná, se objevuje až o něco později, a tím toto kritérium poněkud ztrácí na významu. (Ondok, 2005, s.96-97) Alcorn (2011, s.29) nicméně v tomto ohledu trefně srovnává ukončení a počátek lidského života: *„Jak se nazývá to, když člověku přestane tlouct srdce a jeho mozek nevysílá žádné vlnění? Smrt. Jak bychom měli označit přítomnost pulsu a mozkových vln? Jako život.“*

Jako další kritérium lze považovat schopnost plodu přežít mimo dělohu matky, což ovšem silně závisí na vyspělosti současné medicíny a technickém vybavení, především inkubátorech. (Ondok, 2005, s.28) Hranice viability, tedy schopnosti plodu přežít mimo tělo matky, se v současnosti pohybuje kolem 24. týdne těhotenství, ovšem prognóza takto nezralého novorozence je vždy velmi nejistá. (Čech et al., 2014, s 235)

V naší společnosti je zvykem považovat za nositele kompletních lidských práv novorozence. Od okamžiku narození dítěte je jeho usmrcení považováno za vraždu. (Vácha, 2008, s.38) Ovšem některé indiánské kmeny například uznávají existenci a práva novorozence jen tehdy, pokud projeví sací reflex. (Uzel in Pekárková et al., 2000, s.25) Existuje také stanovisko, které považuje za počátek lidského života až tzv. „socializaci“ neboli přijetí do společnosti. Zřejmě vychází z římského práva – zde získal novorozenec právo na život až ve chvíli, kdy jej otec uznal za vlastního. (Pozaić in Šipr et al., 2005, s.14)

4.5.2 Morální statut embrya/plodu

Problematika stanovení morálního statutu embrya a plodu se pohybuje mimo jiné také ve filozofické rovině. Filozofickým oborem, do kterého tato problematika spadá, je **ontologie** – nauka o bytí. Ústřední otázka v celé záležitosti je ta, zda přiznáme embryu/plodu charakter osoby (člověka) či nikoliv. (Lajkep, 2004, s.76) Existují dva odlišné postoje:

Prvním postojem je **ontologický personalismus**, přiznávající plodu plný morální statut od okamžiku početí. Již zygotu je hodna respektu a přiznání práv, protože vznik zygoty je jakýsi „nový začátek“, který kontinuálně směřuje ke vzniku plnohodnotného lidského jedince. Přestože embryo nedokáže projevit nejrůznější vlastnosti - rozum, vůli a podobně, vše potřebné má již ve své genetické výbavě a kontinuálním vývojem dospěje k uskutečnění všech schopností. Je tedy považováno za osobu (člověka) a má nárok na veškerá práva. (Muzarová, 2000a, s.46-47) Protiargumentem může být zrod jednovaječných dvojčat, která vzniknou rozdělením zygoty do 14. dne od oplození a jsou téhož pohlaví a geneticky téměř totožná. Tento fakt nutí k polemice, zda je lidské embryo skutečně samostatným organismem, či pouze shlukem individuálních buněk. (Černý a Jurigová in Černý a kol., 2011, s.67-69) Ovšem Lajkep (2004, s.77) toto vyvrací a tvrdí, že nedochází přímo k „dělení“ na dvě embrya, pravděpodobněji se z jednoho embrya oddělí buňky umožňující vznik druhého embrya, tedy dojde spíše ke „znásobení“, vznikne druhý samostatný organismus.

Druhým postojem je **empirický funkcionalismus**, který přisuzuje plodu různou morální hodnotu dle stadia jeho vývoje. Lidské embryo lze považovat za lidskou bytost, příslušníka druhu *Homo sapiens sapiens*, nikoli však za osobu (člověka), v tu se teprve po určité době vyvine. Empirický funkcionalismus vychází z gradualismu – konceptu, který tvrdí, že spolu s postupným a rovnoměrným vývojem embrya postupně stoupá jeho morální hodnota a nárok na uznání lidských práv. Ovšem onen specifický milník, kdy se embryo z pouhé bytosti stane člověkem, není nijak přesně definován. (Lajkep, 2004, s.78) Zcela extrémní názor vyslovili Giubilini a Minerva (2012) – novorozenec má víceméně stejnou morální hodnotu jako embryo/plod, ani jednoho z nich nelze považovat za osobu, proto nedisponují lidskými právy a je tedy možné provádět tzv. „potrat po narození“, ať už z důvodu prenatalně nedetekovaného postižení, či z nejrůznějších důvodů ekonomických, sociálních nebo psychologických.

5 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

5.1 Interrupce nebo antikoncepce?

V dnešní době není nutné se vzdávat sexuálního života, pokud z jakéhokoliv důvodu není žádoucí mít dítě. Antikoncepce je běžně dostupná, některé metody při správném použití téměř vylučují možnost otěhotnění. (Fukalová in Bahounek et al., 2007, s.53) Přesto bylo v roce 2015 provedeno 20 374 interrupcí. (ÚZIS ČR, ©2010-2018) Podle Fukalové (in Bahounek et al., 2007, s.53-55) je nereálné, aby počet interrupcí klesl v budoucnosti na nulu, vždy bude existovat určitá skupina žen, které antikoncepci používat nebudou. Důvody mohou být různé – obavy z nežádoucích účinků hormonální antikoncepce, potvrzení vlastní plodnosti, podvědomá touha po dítěti i za nepříznivých podmínek či snaha připoutat k sobě těhotenstvím partnera. Používání antikoncepce také vyžaduje vyvinutí aktivity a převzetí zodpovědnosti, čehož některé ženy například vlivem výchovy či společenských konvencí nejsou schopny, raději zauímají pasivní postoj a v případě nutnosti volí možnost interrupce. V ojedinělých případech také může dojít k využívání interrupce jako antikoncepční metody, což je ovšem velice nebezpečné chování, vzhledem ke zdravotním rizikům, a souvisí zřejmě s nedostatečnou osvětou v oblasti sexuálního života a snadnou dostupností umělého ukončení těhotenství. (Jemelka, 2008, s.46)

5.2 Postoj k rodičovství

5.2.1 Krize rodičovství

Negativním následkem rozvoje antikoncepčních metod je oddělení sexuálního života a reprodukce, které spolu dříve úzce souvisely. (Hach in Černý a kol., 2011, s.3) V dnešní době dochází k rozmachu nezávazných sexuálních zkušeností a odosobnění sexuality, s čímž souvisí i nepřipravenost mladé generace přijmout odpovědné rodičovství, tedy zvážit veškeré okolnosti a zodpovědně se rozhodnout o přivedení dítěte na svět. (Ondok, 2005, s.79) Zároveň se objevuje fenomén tzv. dobrovolné bezdětnosti - stále přibývá lidí, kteří se vědomě rozhodnou zasvětit svůj život jiným záležitostem, než je založení rodiny. Důvody mohou být různé, nejčastěji je to touha zachovat si svobodu a nezávislost, dále nedostatečný rodičovský instinkt, obavy o kariérní růst

či nechť přivést dítě do současného světa. Některé ženy argumentují obavami z nenávratných tělesných změn, zapříčiněných těhotenstvím a porodem, a také strachem z bolesti při porodu. (Furnham, 2015) Matoušek (2003, s.35) upozorňuje na silící trend současné společnosti prosazovat individuální zájmy nad zájmy rodinnými. Objevují se tendence odsouvat zakládání rodiny do čím dál pozdějšího věku, omezuje se počet dětí v rodinách a dochází také ke zvyšování rozvodovosti. Jak poznamenávají Dolista a Sapík (2008, s.18): „*Privádět na svět děti a vychovávat je byl a je v průběhu dějin jeden z nejvznešenějších úkolů mužů a žen. V dnešním světě, zdá se, je rozšířena mentalita, která nepřeje rodičovskému poslání.*“

5.2.2 Mít či nemít děti

Z jakých důvodů se lidé rozhodnout mít dítě? Hansmanová (in Ivanová a Klos, 2004, s.49-50) uvádí, s odkazem na studie o psychické deprivaci nedobrovolně bezdětných osob, že touha stát se rodičem je základní duševní potřebou člověka. V případě nemožnosti splnění této potřeby dochází často k pocitům beznaděje a méněcennosti, ke ztrátě smyslu života.

Důvody, proč lidé chtějí či nechtějí mít děti, se zabýval dětský psycholog Zdeněk Matějček. Vytvořil tzv. schéma chtění/nechtění na základě pěti potřeb člověka, k jejichž uspokojení mohou děti napomáhat, ale zároveň mu i bránit. Jedná se o **potřeby**:

- **stimulace** – děti přinášejí do života mnoho stimulů, radost i strach, ale zároveň neumožňují rodičům si život užít naplno v jiných ohledech
- **učení** – zkušenosti s výchovou dětí jsou specifické a jinak nezískatelné, přinášejí osobní růst a životní moudrost, nicméně rodič je dětmi vázán ve smyslu péče a těžko získává zkušenosti z jiných oborů
- **citových vztahů** – děti lásku přijímají a zároveň své rodiče bezmezně milují, ovšem strach o ně, o jejich bezpečí a budoucnost rodiče svazuje a jsou přes své děti velice zranitelní
- **vlastní hodnoty** – mít děti je společensky hodnotné a uznávané, nicméně rodič ztrácí možnost dosáhnout vyššího postavení a mít na starost důležitější věci, je dětmi „uzemněn“
- **otevřené budoucnosti** – mít děti znamená neustále se na něco těšit a něčeho se obávat, v dětech náš odkaz předáváme do dalších generací, ovšem s dětmi rodič nedokáže vytvořit dílo přesahující věky, je omezena jeho tvůrčí svoboda a je vázán ke každodenním starostem (Matějček, 2004, s.168-170)

5.2.3 Donošení nechtěného těhotenství

Pokud se žena z nejrůznějších důvodů rozhodne v nechtěném těhotenství pokračovat, či už je na provedení interrupce pozdě, jedná se o silný nápor na její psychiku. Může pociťovat silné negativní či ambivalentní pocity k nenarozenému dítěti, k partnerovi či k vlastní osobě. (Ratislavová, 2008, s.30) Tyto ženy vykazují především vyšší skóre maladaptace a vyšší míru nespokojenosti s vlastním životem. Pokud navíc partner jeví k těhotenství negativní postoj, dochází k dalšímu prohlubování psychické zátěže ženy. Depresivní nálada během těhotenství je kromě toho také prediktorem poporodní deprese. Výskyt potíží psychiatrického rázu může být u žen, které donosí nechtěné těhotenství, dokonce až 6x vyšší, než u žen, které ve stejném případě podstoupí interrupci. (Brown in Cockburn a Pawson, 2007, s.241-242) Čepický (1993, s.200) udává, že po narození dítěte nastává až v polovině případů úplná akceptace situace a přizpůsobení se mateřské roli. Ovšem při nevyrovnání se s mateřstvím dochází ke značnému emočnímu napětí a psychickým problémům, které mají především negativní vliv na vývoj narozeného dítěte.

O tom vypovídá studie z 60. let 20. století, která zkoumala vývoj tzv. „nechtěných dětí“ – dětí narozených matkám, které opakovaně žádaly o interrupci, ale nebylo jim vyhověno, a musely tedy v těhotenství pokračovat. Ukázalo, že „nechtěnost“ je nepochybně přitěžujícím faktorem, který se velmi pravděpodobně ve vývoji dítěte může, ale také vůbec nemusí nijak projevit. Velkou měrou zde působí i rodičovské postoje, které ale často jdou s původním názorem, a to nechtěností, ruku v ruce. V závěru studie je zdůrazněna důležitost plánovaného rodičovství, které přináší benefity oběma stranám – rodičům uspokojení a osobní růst, dětem ideální prostředí pro zdárný vývoj. (Matějček a Langmeier, 1986, s 67-78) Tato studie následně pokračovala v několika dalších vlnách až do dospělosti respondentů, k účasti byli přizváni i jejich sourozenci a případní potomci. Výsledky prokázaly fakt, že u člověka narozeného z nechtěného těhotenství je nezanedbatelně větší riziko negativního psychosociálního vývoje i psychických poruch. Ve skupině nechtěných se objevovala horší úroveň socializace, menší úspěšnost v nejrůznějších oblastech života a častější potřeba psychiatrické léčby v dospělosti. (David, Dytrych a Matějček, 2003, s.28-30)

5.3 Psychické následky interrupce

5.3.1 Fáze rozhodování

Existují v podstatě tři možné způsoby řešení nechtěného těhotenství. Kromě interrupce se jedná o možnost dítě donosit a po porodu se jej vzdát, či možnost přijmout nastalou situaci, dítě donosit a ponechat si jej. (Children by Choice, ©2018) Co se týče možnosti vzdát se dítěte po porodu, existuje v České republice několik legálních způsobů, jak toto uskutečnit. První variantou je zanechání dítěte v porodnici. Z důvodu větší anonymity lze realizovat tzv. diskrétní porod, tedy porod v porodnici vzdálené od bydliště, s následným zanecháním novorozence. Nicméně údaje o matce budou zaznamenány v dokumentaci a rodném listě dítěte. Jako nejefektivnější možnost z hlediska anonymity se jeví tzv. utajený porod, o který mohou předem písemně požádat svobodné nebo rozvedené ženy. V tomto případě je dokumentace vedena anonymně a následně je zapečetěna, v rodném listě dítěte nejsou údaje o matce uvedeny. Druhou variantou je anonymní předání dítěte pracovníkům Fondu ohrožených dětí či umístění dítěte do babyboxu, přičemž je zaručena téměř absolutní anonymita, nicméně existuje určité riziko spojené s neasistovaným porodem. (Kümmel a Janků, 2007, s.174-176) Třetí možností je tzv. přímá adopce, při které je možné předem si vybrat náhradní rodiče, kterým bude dítě po porodu předáno. (Roubíčková, 2017, s.38)

Každé rozhodnutí, ať už pro interrupci nebo pro pokračování těhotenství, s sebou nese určitou míru rizika. Šrámek (in Bahounek et al., 2007, s.8) dokonce uvádí, že těhotenství, porod a šestinedělí představují až 35x vyšší riziko smrti než podstoupení interrupce. Zvážit tato rizika a přijmout je či odmítnout, je právem každé ženy. Rozhodování, zda podstoupit interrupci či si dítě ponechat, je pro ženu jednou z nejtěžších fází celého procesu po zjištění nechtěného těhotenství. Klíčové je, aby se žena mohla rozhodnout sama, bez jakéhokoli nátlaku a přesvědčování. (Ratislavová, 2008, s.36) Podle Matouška (2003, s.55) je psychický stav většiny žen před interrupcí mnohonásobně horší než po ní. Velký počet žen se nicméně dokáže jednoznačně vědomě rozhodnout a svého rozhodnutí ani s odstupem času nelitují. (Ratislavová, 2008, s.36) Čepický (1993, s.199) udává, že 75-80% žen pociťuje po interrupci pozitivní pocity – úlevu a štěstí. Potíže nastanou ve chvíli, kdy je pro ženu rozhodování extrémně náročné (např. je těhotenství

z její strany chtěné) a posléze nepocituje podporu okolí ve své volbě. V těchto případech mohou častěji po interrupci nastat psychické či tělesné obtíže. (Ratislavová, 2008, s.36)

5.3.2 Postabortivní syndrom

Jako postabortivní či postinterrupční syndrom je označován soubor především psychických obtíží, které se objevují po prodělané interrupci. Jedná se o velice kontroverzní téma a mezi odborníky neexistuje jednotný názor na jeho existenci či neexistenci. (Slížová in Michalčík, 2007, s.92) Termín postabortivní syndrom není odbornou veřejností příliš uznáván, je především považován za výmysl protipotratových aktivistů. (Babel, 2010) Tento názor vychází zřejmě ze zkušenosti s jejich účelně nastavenými studiiemi se zcela nesprávnými analýzami a závěry (Steinberg a Finer, 2012, s.407-411), vliv mají pravděpodobně i jejich extrémní názory. Například Rue (1997) tvrdí, že postabortivním syndromem trpí minimálně 19% žen. Po prodělaném potratu se podle jeho názoru mnohonásobně zvyšuje riziko alkoholismu, zneužívání léků, kouření a poruch příjmu potravy. Až polovina žen se prý po potratu potýká se sexuálními dysfunkcemi a 60 % pocituje až sklony k sebevraždě.

Čepický (1993, s.199-200) například zdůrazňuje, že postabortivní syndrom neexistuje a jedná se pouze o mýtus. Uznává však, že u malé skupiny rizikových žen se mohou objevit dlouhodobější psychické následky. Do této skupiny zařadil ženy s psychiatrickou anamnézou, ženy s nezralými interpersonálními vztahy, ženy se silnou ambivalencí k interrupci, ženy pocházející z religiozního prostředí, svobodné bezdětné ženy a ženy podstupující pozdní interrupci (kolem 20.týdne těhotenství). Matoušek (2003, s.55-56) k tomuto dodává, že interrupci podle všeho hůře snášejí pouze ženy bez adekvátní sociální opory – ovdovělé, rozvedené, svobodné a osaměle žijící. Studie psychologických následků u žen po umělém potratu (Major et al., 2000, s.777-784) prokázala převládající pozitivní emoce a spokojenost s rozhodnutím. Zároveň bylo ale zjištěno, že přítomnost deprese v předchozí anamnéze ženy může být rizikovým faktorem pro vznik psychických potíží po potratu. Souvislost psychických potíží před i po interrupci s předchozí psychiatrickou anamnézou potvrzuje i další výzkum (van Ditzhuijzen et al., 2015, s.246-253) Skupina vědců z Univerzity Johnse Hopkinse v Baltimoru (Charles et al., 2008, s.436-450) provedla souhrnný přezkum, ve kterém došlo ke zhodnocení kvality metodiky

u velkého počtu nejrůznějších studií o psychických následcích potratu. Bylo zjištěno, že výzkumy s nejkvalitnější metodikou dochází většinou k neutrálním výsledkům, tedy neprokazují vliv interrupce na psychické zdraví. Výzkumy nižší kvality, ve kterých byly opakovaně prokázány negativní psychické následky, mohou být s velkou pravděpodobností politicky či názorově motivovány, vzhledem k tomu, že v některých případech jsou autory protipotratoví aktivisté. Ovšem i autoři této přezkumné studie se shodují na faktu, že existuje menšina žen, u kterých se po interrupci negativní emoce objevují a vyžadují intervenci.

Postabortivní syndrom u této specifické menšiny žen lze považovat za určitou formu tzv. posttraumatické stresové poruchy. (Freedová a Salazarová, 2008, s.15) Tato porucha, patřící mezi úzkostné poruchy, vzniká po určité nezvykle stresující či emočně náročné události. Mezi obecné příznaky posttraumatické stresové poruchy lze zařadit znovuprožívání události ve vzpomínkách nebo snech, vyhýbání se okolnostem a situacím, které připomínají danou událost, potíže se spánkem, koncentrací, podrážděnost a návaly hněvu. Tyto příznaky se mohou objevit v průběhu šesti měsíců od dané události. (Pidrman, 2007, s.616) Freedová a Salazarová (2008, s.20) k těmto obecným příznakům řadí i abúzus alkoholu či drog, úzkost, dobrovolnou izolaci, potlačení emocí, depresi, noční můry, pocity viny a výčitky svědomí. Existují i určité specifické příznaky postabortivního syndromu - tzv. „výroční syndrom“ (zhoršení prožívání v období výročí potratu či termínu porodu), vyhýbavé chování (vyhýbání se těhotným ženám), strach z neplodnosti, psychosexuální potíže a vtíravé myšlenky na nové těhotenství. Léčba postabortivního syndromu spočívá v psychoterapii či farmakoterapii - podání antidepresiv. (Pidrman, 2007, s.616-617)

5.3.3 Formy možné pomoci

Jak rozhodování o osudu nechtěného těhotenství, tak špatný psychický stav po prodělané interrupci jsou situace, které ve většině případů vyžadují podporu a pomoc. První možností je obrátit se na své blízké – partnera, matku, blízkou přítelkyni a podobně. Je důležité vybrat si takovou osobu, ke které žena cítí důvěru. Je ovšem nutné předem znát postoj této osoby k různým alternativám řešení. Pokud nekompromisně zastává určitý vyhraněný názor, hrozí z její strany manipulace a snaha rozhodnout za ženu a dotlačit

ji ke „správnému“ řešení, v případě postabortivního syndromu může dojít k bagatelizaci potíží a nepochopení. Žena by si také měla předem ujasnit, jakou formu pomoci očekává, zda pomoc s rozhodováním, podporu ve vlastním rozhodnutí, či pouhou možnost se vypovídat. (Children by Choice, ©2018) Druhou možností je obrátit se na svého gynekologa nebo také na porodní asistentku, ať už pracující v ordinaci gynekologa či v soukromé sféře. Kromě toho existuje několik poradenských institucí, které poskytují podporu a pomoc. V České republice se jedná zejména o tyto:

Linka pomoci - organizovaná **Hnutím pro život ČR** v rámci **projektu Nesoudíme. Pomáháme**. Poradna nabízí pomoc s řešením nechtěného těhotenství, psychologickou intervenci při příznacích postabortivního syndromu, pomáhá řešit partnerské krize a případně zprostředkovává kontakty na potřebné odborníky. (Hnutí Pro Život ČR, ©2018)

Poradna pro ženy a dívky – v rámci **Centra naděje a pomoci (CENAP)** v Brně, poskytující mimo jiné odborné sociální poradenství při krizových situacích v rámci těhotenství, mateřství a rodičovství. (CENAP, ©2018)

Poradna Cesta těhotenstvím – organizovaná společností **Dlaň životu o.p.s.** v Ostravě, nabízí poradenství při řešení nečekaného těhotenství, umožňuje materiální pomoc i azylové bydlení. (Dlaň životu o.p.s., ©2018)

Poradna Na počátku – v rámci společnosti **Na počátku o.p.s.** v Brně, nabízí odborné sociální poradenství, sdílení a pomoc při řešení nechtěného těhotenství, také poskytuje ubytování v azylovém domě či startovacích bytech. (Na počátku, ©2018)

Krizové centrum RIAPS – krizové komunitní centrum v Praze, poskytující akutní krizovou intervenci v náročných životních situacích ohrožujících duševní zdraví. (CSS Praha, ©2018)

Kontaktní údaje na výše uvedené instituce a také na soukromé porodní asistentky působící v Plzeňském kraji, které jsou schopny poskytnout poradenství ohledně interrupcí, jsou uvedeny v Příloze č.2.

6 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

6.1 Legislativní a etické úpravy

Role porodní asistentky v oblasti umělého přerušení těhotenství není přesně vymezena, nicméně oblasti, do kterých tato problematika spadá, jsou zmíněny v některých právních a jiných oficiálních dokumentech.

V **mezinárodní definici porodní asistentky** je mimo jiné uvedeno, že porodní asistentka „...pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství...“ a také, že práce porodní asistentky „...může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví...“ (Ministerstvo zdravotnictví, ©2014)

V **§ 5 vyhlášky č.55/2011 Sb.** je mezi kompetence porodní asistentky zařazeno „...poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně – právních ve spolupráci s odpovědnými orgány...“ (Sbírka zákonů, ©2018)

Směrnice Rady EU č.80/155/EHS řadí mezi činnost porodní asistentky „poskytovat správné informace a rady v oblasti plánovaného rodičovství...“ (ESIPA, ©2012-2017)

Mezinárodní etický kodex porodních asistentek zmiňuje důležitost „...šířit myšlenku, že žádná žena by neměla být poškozena početím ani rozením dětí...“ a povinnost porodních asistentek „...reagovat na psychologické, fyzické, emocionální a duchovní potřeby žen, které se na ně obracejí s žádostí o zdravotnickou péči, a to bez diskriminace.“ (UNIPA, ©2018)

Z výše uvedeného vyplývá, že úloha porodní asistentky v oblasti nechtěného otěhotnění a interrupcí, spočívá především v poradenství a podpoře. V první řadě může porodní asistentka nechtěnému těhotenství zabránit včasnou edukací dívek a žen o zodpovědnosti v sexuálních vztazích a možnostech antikoncepce. Pokud však k neplánovanému otěhotnění již dojde, porodní asistentka může plnit roli důvěrnice ženy, vyslechnout její stesky a obavy, nastínit možnosti řešení nastalé situace včetně jejich kladů a záporů, a v případě nutnosti poskytnout kontakt na odbornou pomoc. V České republice nicméně

dosud není příliš obvyklé, aby se porodní asistentka v této oblasti angažovala, či aby ženy aktivně vyhledávaly její pomoc. Například v Německu je ale toto již zavedená praxe, kterou ženy s úspěchem využívají. (Labusová, 2006, s.17-18) Porodní asistentka má v oblasti interrupcí svůj nepopiratelný význam. Jak uvádí Štomerová (2010, s.10): „*Porodní asistentka nespasí svět, ale může svým zodpovědným přístupem posílit ženy, o které pečuje.*“

6.2 Naslouchání a podpora

K nejčastějšímu kontaktu ženy zvažující interrupci a porodní asistentky dochází v ordinaci gynekologa, kde je ženě nechtěné těhotenství diagnostikováno, ovšem existuje také možnost se v této situaci obrátit na soukromou porodní asistentku pracující v komunitní péči.

Pokud se na porodní asistentku obrátí žena, která se rozhoduje o osudu neplánovaného těhotenství, je podle Stadelmann (2009, s.26-27) klíčové zachovat naprosto objektivní přístup, reagovat klidně, nespěchat a podpořit ženu dle její osobní reakce a momentální situace. Základem je prosté naslouchání a vyjádření pochopení. Je také nutné ženě vysvětlit, že dítě, které očekává, již do jejího života nesmazatelně patří a v její paměti zůstane navždy, ať už se rozhodne jakkoliv. Labusová (2006, s.17-18) dodává, že v odborném poradenství je nezbytné zachovat neutralitu a také nenutit ženu hovořit o skutečnostech, které ona sdílet nechce. Konečná volba ženy by měla vzejít z analýzy situace a informací, získaných v rámci poradenství, a zároveň na základě jejího vlastního svědomí.

Na porodní asistentku se může obrátit i žena, u které se po prodělané interrupci objevily nejrůznější psychické potíže. U takové ženy, která jeví příznaky postabortivního syndromu, je podstatné nezlehčovat ani neracionalizovat její potíže, je nutné projevit pochopení, účast, podporu a snahu pomoci. (Pidrman, 2007, s.616) Pokud ovšem porodní asistentka uzná, že její psychologické a komunikační dovednosti nejsou dostatečné pro vyřešení ženinych obtíží, je v takovém případě jejím úkolem zprostředkovat ženě kontakt na odbornou psychologickou pomoc.

6.3 Ošetrovatelská péče o ženu před a po interrupci

Porodní asistentka pracující na gynekologickém (pooperačním) oddělení se setkává se ženou podstupující umělé ukončení těhotenství v rámci předoperační a pooperační péče. Miniinterrupce i interrupce jsou řazeny mezi menší gynekologické výkony, při kterých většinou není nutná hospitalizace, žena je po zákroku pouze několik hodin sledována a v případě nekomplikovaného pooperačního průběhu je posléze propuštěna domů, ideálně v doprovodu další osoby. (Slezáková, 2017, s.37-38) V případě medikamentózního ukončení těhotenství porodní asistentka dohlíží na ženu po dobu observace ve zdravotnickém zařízení, kontroluje stav krvácení a případné projevy alergické reakce, nevolnosti či zvracení. (Edukafarm, ©2018)

Předoperační péče porodní asistentky při chirurgickém ukončení těhotenství spočívá v příjmu ženy na oddělení, edukaci o lačnění a následném průběhu hospitalizace a sepsání či doplnění anamnestických údajů. Také je zde možnost psychické podpory, pokud o ni žena projeví zájem, a zmírnění případných obav ze zákroku. Dále porodní asistentka poučí ženu o odstranění šperků a protetických pomůcek, změní fyziologické funkce, zavede intravenózní kanylu a zahájí infuzní terapii dle ordinace lékaře. Krev na laboratorní vyšetření je odebrána buďto při příjmu na oddělení nebo již s předstihem před plánovanou hospitalizací, záleží na zvyklostech daného pracoviště. Následně porodní asistentka provede bandáž dolních končetin, aplikuje případnou premedikaci dle ordinace lékaře a zajistí odvoz ženy na operační sál s veškerou dokumentací. (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s.46-47)

Pooperační péče zahrnuje příjem ženy z operačního sálu, sledování stavu vědomí, kontrolu fyziologických funkcí v určených intervalech, sledování příjmu a výdeje tekutin, kontrolu krvácení a monitoring nevolnosti a bolesti. (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s.46-47) Porodní asistentka také v případě Rh negativity aplikuje ženě anti-D imunoglobulin dle ordinace lékaře. (Caldá a Čepický, 2009, s.62) Před propuštěním porodní asistentka edukuje ženu o důležitosti klidového režimu, zvýšené hygieny a dodržení sexuální abstinence po dobu šesti týdnů. (Slezáková, 2017, s.36) Je zde opět prostor pro psychickou podporu a naslouchání, pokud má žena potřebu své pocity ventilovat a sdílet. V případě špatného psychického stavu je možné ženě poskytnout kontakt na poradenské instituce či odbornou psychologickou pomoc.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Důvody, které vedou ženy k podstoupení interrupce na vlastní žádost, mohou být velmi rozličné, ale v dnešní době zůstávají poměrně skryty. Činnost interrupčních komisí, před kterými musely ženy odhalovat své soukromí a sdělovat informace intimního rázu, byla před mnoha lety ukončena, a ženy tak již nemusí své rozhodnutí nikomu odůvodňovat ani se nijak ospravedlňovat, stačí aby podaly žádost a zákrok zaplatily. Podle současné legislativy na to mají plné právo a je to jejich soukromá věc. Profesor teologie Hans Rotter (1999, s.56) hovoří o skutečnosti, že ženy podstupují interrupci často v situacích, kdy se ocitají uprostřed konfliktu, ze kterého nespátřují žádné jiné východisko. Je umělé ukončení těhotenství opravdu jediným možným řešením těchto „konfliktů“? Co vede ženy k tomu, že se rozhodnou ukončit své těhotenství interrupcí? Porodní asistentky, zejména ty pracující v ordinaci gynekologa, přicházejí s těmito ženami nejčastěji do kontaktu – je tedy důležité, aby byly schopné se vcítit do procesu rozhodování, kterým ženy prochází, a byly schopné jim poskytnout potřebnou pomoc, porozumění a oporu.

7.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je analyzovat proces rozhodování žen o osudu svého těhotenství, identifikovat klíčové motivy, které ovlivnily výsledné rozhodnutí ve prospěch interrupce a zjistit, jak ženy prožívaly situaci s určitým časovým odstupem.

7.1.1 Dílčí cíle

- Retrospektivně analyzovat prožitky žen v průběhu rozhodovacího procesu.
- Identifikovat faktory, které ovlivnily rozhodování.
- Analyzovat prožitky žen s časovým odstupem od zákroku.
- Porovnat přístup ženy bezdětné a ženy již mající děti.
- Zpracovat praktický výstup na základě výsledků vlastního výzkumu.

7.1.2 Výzkumné otázky

- Jaké faktory ovlivnily rozhodování žen o podstoupení interrupce?
- Co ženy prožívaly v období, kdy se rozhodovaly o osudu svého těhotenství?
- Jak ženy zpětně hodnotí své rozhodnutí?
- Jak se liší prožitky bezdětné ženy a ženy, která již děti má?
- Kdo byl ženám největší oporou?

7.2 Druh výzkumu a výběr metodiky

K získání informací pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Ten mi umožní zabývat se konkrétní situací intenzivně a do hloubky, což je v případě podrobného rozboru motivů k interrupci žádoucí.

7.2.1 Metoda

Rozhodla jsem se pro použití metody případové studie (case study) formou hloubkového rozhovoru. V případové studii jde o podrobný a důkladný popis určitého případu, kdy shromažďujeme informace od malého množství jedinců. Předpokladem je, že hloubkovým prozkoumáním jednoho případu můžeme poté lépe porozumět jiným případům podobného rázu. (Hendl, 2016, s.102)

7.2.2 Výběr případu

Zvolila jsem zpracování dvou různých případů kvůli lepší porovnatelnosti zjištěných faktů. Výběr obou respondentek bude záměrný, hlavním požadavkem pro zpracování výzkumu je vlastní zkušenost ženy s podstoupením interrupce. Mým záměrem je nalézt ženy v rozdílném věku a s co nejčerstvější zkušeností, aby bylo možné udržet autentičnost prožitků. Předpokládám, že vzhledem k citlivosti tématu nebude jednoduché sehnat vhodné respondentky.

7.2.3 Organizace výzkumu

Dle mých předpokladů se většina žen, které jsem oslovila, odmítla výzkumu zúčastnit, nepřály si o svých zkušenostech s nikým hovořit, což je naprosto pochopitelné.

Nakonec se mi podařilo nalézt dvě ženy z mého blízkého okolí, se kterými se znám, a které byly ochotné se mnou spolupracovat. Jedná se o ženy v podobném věku, ovšem s rozdílnou zkušeností, co se interrupce týče, jedna z nich tento zákrok absolvovala v roce 2003 jako matka dvou dospívajících dětí, druhá v roce 1988, ve svých sedmnácti letech, jako svobodná bezdětná dívka.

Obě respondentky byly seznámeny s průběhem výzkumného šetření a ujištěny o minimálním narušení jejich soukromí. Z tohoto důvodu byla všechna jména ponechána pouze jako iniciály a další informace o respondentkách (místa bydliště, pracovní pozice apod.) nebyly konkretizovány. Zároveň jsem ženy ubezpečila o skutečnosti, že získané informace budou sloužit pouze k účelům výzkumu v mé bakalářské práci a nebudou dále šířeny. Uvědomovala jsem si náročnost a citlivost tématu, proto jsem obě ženy upozornila na možnost kdykoliv odstoupit z účasti na výzkumu a také na možnost nezodpovídat otázky, které budou považovat za nepříjemné či příliš choulostivé. Vzhledem k tomu, že obě respondentky s výzkumem verbálně souhlasily, byl jim předložen k podpisu tzv. informovaný souhlas. (viz Příloha č.1) Z důvodu zachování anonymity jsou podepsané informované souhlasy uschovány a v případě nutnosti mohou být poskytnuty k nahlédnutí.

S oběma respondentkami proběhlo několik osobních setkání, při kterých docházelo k postupnému budování důvěry a pronikání do hloubky celé záležitosti. Vlastním rozhovorům vždy předcházela (a někdy je i prolínala) neformální konverzace, která navodila přátelskou atmosféru a uvolnila obavy z náročného tématu. Setkání s paní J. se uskutečnila v průběhu prosince 2017, setkání s paní Š. v průběhu ledna 2018. Následně proběhlo ještě několik telefonických hovorů z důvodu upřesnění některých faktů. Rozhovory v obou případech probíhaly v domácím prostředí respondentek, což dle mého názoru bylo přínosem, protože se ženy ve vlastním prostředí cítily jistěji. Vzhledem k obtížnosti tématu probíhala setkání v soukromí, nikdo další při nich nebyl přítomen. Se souhlasem obou respondentek byly rozhovory zaznamenávány na diktafon. Poté byly doslovně přepsány do textové podoby (s vypuštěním pasáží neformální konverzace) a byla k nim připojena základní anamnéza. S rozhovory jsem následně pracovala pomocí kódování.

7.2.4 Způsob získávání informací

Informace jsem získala od dvou vybraných respondentek formou tzv. polostrukturovaného rozhovoru. Ten se vyznačuje jasně definovaným účelem a vymezenou osnovou, ale zároveň flexibilitou v dotazování. (Hendl, 2016, s.168) K rozhovorům jsem si připravila návod – okruh témat, kterými je nutné se v rozhovoru zabývat. Touto formou je možné efektivně využít času při rozhovoru, je udržen směr dotazování, který ale nevylučuje možnost odklonu od tématu a zároveň je později jednodušší oba rozhovory porovnat. (Hendl, 2016, s.178-179) Další metodou, kterou jsem využila k získání informací, bylo zúčastněné pozorování respondentek v průběhu rozhovorů.

8 ROZHOVOR Č.1 – PANÍ J.

8.1 Anamnéza

Paní J. podstoupila interrupci v roce 2003, ve svých 39 letech. Jejím dětem v té době bylo 16 a 18 let.

Osobní anamnéza: 53 let, vdaná, 2 dospělé děti a 2 vnoučata, varixy – operace v roce 2008, Meniérova choroba (onemocnění sluchově rovnovážného ústrojí ve vnitřním uchu – projevuje se především závratěmi) – propukla před 14 lety v období zjištění nechtěného těhotenství, užívá lék Betaserc, psychické obtíže neguje

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Sociální anamnéza: žije s manželem v rodinném domě v menší vesnici, dobré sociální zázemí (v roce 2003 – stejný stav, pouze v domě bydleli také syn a dcera)

Pracovní anamnéza: vzdělání – SŠ s maturitou, zaměstnání – t.č. ošetřovatelka ve fakultní nemocnici (v roce 2003 pracovala dvanáctým rokem jako administrativní pracovnice ve velké firmě)

8.2 Rozhovor

Paní J. je moje rodinná známá, proto zvoleno neformální tykáni.

Mohla bys mi, prosím, popsat období před tím, než jsi neplánovaně otěhotněla?

Jo, tak to bylo v roce 2003, bylo mi 39 let, to si pamatuju přesně. *(nervózní smích)* Takže V. *(synovi)* bylo 16, M. *(dceři)* 18, asi tak, prostě dvě dospívající děti, dva pubertáci. *(odmlčela se)*

Všechno bylo doma v pořádku? Co partnerský život?

Jo, jo, jo, dobrý. Manžel jezdil často na montáže do ciziny, tak jsme se na sebe vždycky hrozně těšili. A to právě manžel akorát přijel z montáže z Japonska a my jsme vlastně

neměli žádnou antikoncepci, my jsme vlastně spolu žili jakoby, no, jak se to říká, na plodný a neplodný dny. Takhle jsme se chránili, protože já měla žíly, byla jsem pak i na operaci se žílama, a kvůli těm žílám jsem nesměla brát žádnou antikoncepci, tenkrát byly takový silný antikoncepce. No, a já jsem si vlastně asi spustila předčasnou ovulaci, asi psychicky, protože jsem měla jít na operaci s hemeroidama. Protože já jsem byla těsně po menstruaci, věděla jsem, že ovulace je třeba až za tejdén, takže když manžel přijel z toho Japonska, tak jsme si dovolili nechráněnej styk s tím, že prostě ovulace bude až za tejdén. Ale já jsem měla druhé nebo třetí den nastoupit na operaci s hemeroidama a já jsem zřejmě strachem z té operace si spustila tu ovulaci, no psychika je takhle mocná no. Takže jsem šla na tu operaci, dělali mi asi čtyři hemeroidy, operace se zdařila, ale zanesli mi tam infekci do těch střev. Říkali mi, že můžu klidně jít do práce, to jsem teda nemohla, mně bylo zle, teploty, takže jsem si vzala dovolenou a čekala jsem, až mě to přejde, ale bylo mi čím dál hůř, tak jsem šla zpátky a to byl fořf najednou, že je tam infekce, měli strach z perforace, a tak jsem dostala nějaký šíleně silný antibiotika, dvoje nebo troje, a čekalo se, co to udělá, jestli to vůbec půjde zachránit. To byla docela síla. No a když to teda jako po čtrnácti dnech konečně vypadlo, že jsem uzdravená, tak jsem zjistila, že jsem těhotná. *(neradostný smích)*

Kdy a jak jsi zjistila, že jsi těhotná? Jaká byla Tvoje první reakce?

To bylo asi 14 dní po té operaci, měla jsem měsíčky vždycky pravidelný, po jednadvaceti až třiadvaceti dnech, takže když se čtyřiadvacátý den nic nedělo, tak jsem věděla, že je průšvih. Takže jsem si udělala test, a když jsem to viděla, tak jsem se zhrozila. A teďka to rozhodnutí prostě, když tohle jsi absolvovala, v devětatřiceti, dva pubertáci doma, silný antibiotika. Dneska je to třeba běžný, že ženy rodí v devětatřiceti, za nás to prostě bylo...no, to už jsem si říkala, že už jenom tím věkem to dítě nebude normální, teďko ty antibiotika, ten stres, ta sepse...Tak jsem se rozhodla, že půjdu na interrupci, a co nejrychlejš, protože jsem to chtěla mít rychle za sebou. No a ráno jsem se probudila, a začala se mi šíleně točit hlava, protože se mi právě rozhodilo to rovnovážný ústrojí v hlavě, asi to bylo z toho stresu, ale někde jsem četla, že to může bejt i po těch silnejch antibiotikách. Já jsem nemohla slézt z postele, to bylo šílený. Manžel mě vzal skoro na placato *(smích)* na gynekologii, gynekoložka mi řekla, že určitě co nejrychlejš, že bych

to asi psychicky nezvládla, ale nikde mě nemohli honem vzít, tak jsem musela až do Rokycan. A ještě ten den to proběhlo, ale ta hlava se mi točí v podstatě do teďka, беру na to léky, ale nárazově se to prostě objevuje. A je to vlastně všechno spuštěný tímhle. Takže takhle to bylo drastický, byl to hroznej měsíc.

Jak dlouho Ti trvalo rozhodování, jestli půjdeš na interrupci?

Myslím, že to byly dva dny, nebo takhle – večer jsem to zjistila, další den jsme to furt probírali se Z. (manželem), já si to omílala v hlavě...a pak už jsem na gynekologii jela rozhodnutá ten další den, a to se mi právě spustila ta hlava.

Myslíš, že bys šla na interrupci, i kdybys prostě jen neplánovaně otěhotněla a nebylo to spojené se všemi těmi komplikacemi?

No...(zamyslela se) My jsme určitě už děti neplánovali, měli jsme je brzo, ve dvaceti. Manžel byl na vojně, já dělala školu, nedodělala jsem jí, neměli jsme kde bydlet, nic...no my jsme prostě měli děti zkraje a pak se teprve dotahoval ten život, že jsme začali jakoby žít. A v těch devětatřiceti, když už se člověk konečně nadechl, že už jsme jakž takž zajištěný...a děti potřebovali na střední školu a na vysokou. Já bych to dítě asi nezvládla. Ale kdybych byla zdravá, tak mi to asi jako teda svědomí nedovolilo. Já nevím, věřící nejsem, ale...i teď, Leničko, i teď si říkám, teď by mu bylo třináct, teď by mu bylo čtrnáct (smutně)...Mám totiž v práci kolegyni, je se mnou stará a má třetí dítě ve stejném roce, jako bych měla bejvala já. A já, když se s ní bavím, tak si vždycky říkám, copak ta její holčička asi dělá, je jí teď čtrnáct let. No takže jako mám to furt v hlavě, to asi ženskéj z hlavy nikdo nevymlátí...to je takový silný rozhodnutí v životě. Já neumím říct, jestli bych si ho nechala nebo nenechala, já fakt nevím. Tenkrát jsem byla v takový situaci, že jsem prostě nepřemejšlela. Ale potom jsem se sesypala, to si pamatuju, že jsem stála před tou nemocnicí v Rokycanech, manžel odjel, že pak pro mě přijede, a já mu furt volala, aby přijel, jako chtěla jsem to udělat, ale nechtěla jsem na to bejt sama, ale on nemohl, to jsem fakt byla psychicky zhroucená, do toho ta hlava, to bylo hrozný, byla to docela síla, asi nejhorší zážitek v životě. A pak jsem furt čekala, že se to všechno zklidní, ale nezklidnilo, ta hlava se točila furt. Byl to asi takovej následek toho vyčerpání, ale pak

se zklidnilo i to no, ale v podstatě to mám do dneška v sobě. (*smutně*) Nechápu ženský, že to udělají třeba třikrát, čtyřikrát, kde berou to svědomí, to je síla.

Jak reagoval manžel? Řekla jsi mu to hned, jak jsi to zjistila?

Jojo, to je jasný, řekla jsem mu to hned. On řekl, že to nechá na mě. A do dneška mu to vyčítám. (*neradostný smích*) Jako víš co, on ten chlap ti řekne: J., to je tvoje rozhodnutí, to víš, je to velký riziko, že to dítě bude postižený nebo něco, už jsme děti vychovali a chtěli jsme si užívat. To víš, že se to v něm taky lámalo, jestli si zkomplikovat život nebo jestli do toho jít znovu...ne, že bysme ho nevychovali, že jo. Ale přeci jen ty první roky s dítětem jsou náročný, a navíc děti zrovna v pubertě, takže tě nejvíc zaměstnávají dojížděním, doučováním a tak podobně...no byla by to asi velká komplikace.

Takže manžel řekl, že to nechá na Tobě.

Jo, a o to to bylo těžší rozhodnutí, si to rozhodnout sama. A je fakt, že on už o tom víckrát moc mluvit nechce. On to má v sobě, a když někdy na to navážu nebo bych třeba chtěla podržet, že jsme udělali dobře, tak on se moc k tomu nevyjadřuje, neumí o tom mluvit vůbec. To víš, taky ho to trápí no, si myslím, že to má taky v sobě, normální to není, no. Materiálně bysme to dali dohromady, všechno. Ale jemu vlastně čtyři roky předtím umřeli oba rodiče, a on byl najednou úplně sám, takže i toho se asi bál, že bysme zůstali sami dva na tři děti. Protože když máš ještě rodiče, tak je to furt takový, že ti někdo pomůže, ale když zůstaneš najednou sám, tak je to blbý. (*zamyslela se*) A víš co, taky, on Z. (*manžel*) v té době jezdil na ty montáže, to bylo dvakrát ročně na minimálně tři, čtyři měsíce, takže bych byla věčně na všechno úplně sama, tři děti, mimino, barák, zahrada, a to by bylo teda hrozný.

A co Tvoji rodiče, nepomohli by?

Já otce nemám a matka je zvláštní, ta mi nepomohla nikdy, nejsme v kontaktu. Takže prostě bysme na to byli sami dva. Víš co, a spousta lidí mají čtyři děti, a je jim to jedno, ale taková já nejsem, já potřebuju tu jistotu, že ty děti někam dovedu, ne si pořídít dítě

s tím, že to prostě nějak dopadne. Já potřebuju vědět, že jim dám to, co budou potřebovat. Já jsem v tom vyrostla, že jsem nedostala vzdělání, nedostala jsem, co jsem potřebovala, takže svejm dětem jsem vždycky chtěla dát víc, no.

Takže ses musela rozhodnout úplně sama.

V podstatě jo, protože ten mužskej nezná ty následky toho zdravotního stavu až tak, když ta ženská prodělá takovouhle sepsi, ty antibiotika. Dneska, když dělám v tom zdravotnictví, tak už vím, že ty antibiotika až takovej problém nejsou. Tenkrát jsme to nevěděli, no. Ten septickej stav, to si člověk uvědomil, že to tělo dostalo zabrat hodně, ale jak to poruší ten plod, hele nevim. Doktoři mi taky řekli, že je to padesát na padesát, jestli bude dítě dobrý, takže to fakt bylo na mě.

Nepřemýšlela jsi, že bys počkala, dokud se nepotvrdí nebo nevyvrátí nějaké ty vady? Do těch tří měsíců těhotenství třeba?

No, ta představa tříměsíčního... to už je dítě, no. Ono už i to třítýdenní...teda já myslela, že tři-, ale doktoři tvrdili, že je to pětítýdenní, že je to velký, ale já jim říkala, že před pěti tejdny byl manžel ještě v Japonsku. *(pozn. lékař zřejmě vycházel z termínu poslední menstruace, žena z termínu oplodnění)* Ale tříměsíční dítě bych už pryč nedala. To by mi svědomí nedovolilo.

I kdybys věděla, že bude postižené?

Asi jo. *(zamyslela se)* Tříměsíční už bych prostě pryč nedala. Takhle jsem to brala jako nemoc, ve třech měsících už bych to brala jako těhotenství. Takovej rozdíl prostě já v tom vidím. Jak se to kolem mě odvíjelo, ten můj stav, ty komplikace, tak jsem to furt brala jako součást tý nemoci, jakoby, ale ve třech měsících už bych ho nedala...to už je dítě.

Věděl o tom i někdo jiný?

Akorát švagrová, tvoje mamka a nějaký ty nejbližší kolegyně z práce. Já jsem jinak hrozně ukecanej člověk, vyklopím na sebe všechno, ale tohle ne, za to se člověk i trochu stydí, no. To jsou věci, který fakt člověk neventiluje. Tvoji mamce jsem to řekla, že jsem asi těhotná, když jsem jí potkala, zrovna když jsem si šla koupit ten těhotenskej test. A večer jsem jí potom volala, že fakt jo. A jinak to asi nevěděl nikdo, děti určitě ne. Ty dodneška neví nic.

Z jakého důvodu jsi to dětem neřekla?

No, já jsem měla strach, jestli by mě neodsoudily. Děti jsou děti, zaprvý si všechny děti myslí, že rodiče nesouloží, kor v pubertě, když se sami seznamují s tím sexuálním životem, a za druhý nevim, jestli by mě právě neodsoudili, naše M. (*dcera*) je docela puritánská, na všem hledá chyby... V. (*synovi*) by to asi bylo jedno, nevím, ale M. (*dcera*) by mě určitě odsoudila, myslím si, že jo. Tý bych se nemohla podívat do očí, měla bych pocit, že jsem selhala.

Co nakonec nejvíc ovlivnilo Tvoje rozhodnutí, že půjdeš na interrupci?

To, že jsem prodělala tu sepsi a brala jsem ty silný antibiotika, že jsem na tom byla zdravotně tak špatně. A ten strach, že by to dítě nebylo v pořádku.

Když jsi nastoupila do nemocnice na zákrok, jak ses cítila?

Chtěla už jsem to mít za sebou, utéct od toho pryč, nechat tam ten problém a jít.

A jak ses cítila, když ses probudila po zákroku?

No (*zamyslela se*)... asi úlevu jsem cítila. Po tom měsíčním maratonu to byla úleva, že snad se to už zklidní všechno.

Jak ses cítila v prvních dnech, týdnech, po zákroku?

To jsem se cítila dobře, to až potom dýl nastaly takový ty myšlenky, třeba v měsíci, kdy se to mohlo narodit, tě to napadne, že se to mělo narodit. Nebo třeba, že by mu bylo šest let, že by šlo do školy. To se všechno objevilo až časem, když prostě jsem viděla, že bych to zvládla, když jsem si řekla jo, máme peníze, máme kde bydlet, máme všechno, to dítě by se tu vychovalo. Jak mám právě tu kamarádku, co má takhle starou dceru, tak když o ní vypráví, tak si říkám, no...víš, někdy mě to až...*(hledá slova)*...jako chci to od ní slyšet, a pak trpím. *(slzy v očích, odmlčela se)* Víš, pak si říkáš, jestli to nebylo ukvapený, ale v tu chvíli jsem určitě ukvapeně nepřemejšlela, to bylo úplně radikální rozhodnutí.

Změnilo to nějak vztah s manželem?

Já myslím, že ne. *(dlouze se zamyslela)* I když, my jsme spolu jednou byli u takový alternativní psycholožky, úplně kvůli jiným problémům, tak dva tři roky zpátky, on to vlastně manžel dostal ode mě k padesátinám, protože se tak jako pleskal v životě. A já jsem tam řekla, že mám toho Meniéra, že se mi motá ta hlava, a ona na mě vyzkoušela nějakou metodu...a řekla mi, že to mám z toho, že manžel neřekl ne. A ona mi to odblokovala, a je fakt, že ty dva roky tři roky zpětně se mi ta hlava netočí, že i ten Betaserc vysazuju.

Jak věděla, že jsi byla na interrupci?

No ona se mě ptala, kolikrát jsem byla třeba v narkóze, řekla jsem dvakrát, jednou se žílama a jednou s potratem, a ona se zeptala, jestli to točení hlavy mám od toho potratu, až došla k tomu, že příčina je, že jsem se prostě nikdy nevyrovnala s tím, že on neřekl ne, že to nechal na mě.

Takže jsi od něj zřejmě chtěla slyšet, že na tu interrupci nemáš chodit.

Tak, asi jo, asi jsem chtěla od něj tu záruku, že kdyby se to nepovedlo, že to se mnou vychová, nebo že mi v tom podpoří, že to bude všechno v pořádku, víš, a to on neřekl,

on se od toho jakoby distancoval, on to prostě nechal tvrdě na mě, že to je moje rozhodnutí. A já jsem zřejmě potřebovala tu oporu.

Takže kdyby manžel řekl, že si to dítě necháte, tak bys na interrupci nešla?

Asi stejně jo, ale asi to měl prostě říct. Já bych si to stejně rozhodla sama, postavila ho před hotovou věc. Ale on to neřekl. On se k tomu prostě postavil nestranně, že to nechá na mě. A to mi ta psychologka vysvětlila, že mi to způsobilo ten rozvrat v té duši, a to mi způsobilo toho Meniéra. Takovýchle maličkosti rozhodují o tvém zdraví a nezdraví, to takhle jako je, no.

Co myslíš, že Ti nejvíc pomohlo se s tím vyrovnat?

Život, že se žije dál, že jsou jiný starosti, jiný věci, jiný radosti. Zase třeba si řekneš, vychovali jsme děti, a kdybychom měli další, tak už nežiješ vůbec, zase se věnuješ dalšímu dítěti, a najednou by ti bylo šedesát a měla bys dvacetiletý dítě, a na ten tvůj život už by ti nezbylo nic, protože děti tě potřebují furt, do třiceti, furt. My jsme právě začali děti mít brzo, a takový to, že někam spolu jedem na dovolenou, nebo na wellness, nebo prostě někam na vycházku jenom sami dva, to jsme si začali užívat opravdu až když děti odrostly. A tohle by právě nenastalo asi nikdy. A my jsme se na to jako těšili, protože jsme to chtěli zažít spolu. My jsme ty děti měli brzo plánovaně, chtěli jsme si je pořídit hned za sebou obě, s tím, že se jim budeme věnovat, a když nám to manželství vydrží, když spolu vydržíme jako my dva, když se budeme mít furt rádi, tak že si to pak teprve užijeme, ten život. A my bysme si tím třetím dítětem možná i přestali rozumět, protože manžel byl na děti docela přísný, dneska si třeba rozumíme víc, než když byly děti malé. On na ně byl dost tvrdý a v podstatě jsme se hádali jenom kvůli dětem, kvůli výchově. Protože jim furt dával nějaký sankce, zákazy, a pak je porušoval. My jsme se třeba nikdy nehádali před dětma, to jsem měla zásadu, že děti o tom nemají vědět, takže když dával sankce, tak jsem mlčela, ale pak jsem mu to vyčetla. Takže možná by to období, co je teď, že spolu žijeme, by ani nenastalo, možná bysme spolu ani nebyli, protože bysme se měli proč hádat, a ty vztahy prostě končí, no. Když se máš na co těšit, tak jako si říkáš jo, máme se rádi, hádáme se jen kvůli dětem...ale mít to třetí, tak bysme se hádali celý život, a to pak asi nemá cenu.

Jak zpětně hodnotíš svoje rozhodnutí?

Rozhodla jsem se, jak v tu dobu bylo nejlepší, no. Poznamenalo mě to, ale rozhodla jsem se asi dobře.

Máš pocit, že to na Tobě zanechalo nějaké následky?

No (*zamyslela se*)...jako ne psychický problémy, to asi ne, ale člověk to má v sobě furt. Nemusíš bejt věřící, ale máš v sobě nějaký morální hodnoty, který jsem v podstatě porušila.

Kdo Ti byl největší oporou?

(*dlouze se zamyslela*) No, asi to bude znít jako paradox, ale asi nakonec ten Z. (*manžel*), asi jo, no. I přes to, jak se k tomu postavil...ale prostě jsme to spolu nejvíc probírali a řešili.

A kromě manžela? Co třeba kamarádky, kolegyně?

No, těm jsem to sice řekla, mluvily jsme o tom, co a jak bude, ale jako oporu jsem je úplně nebrala...i když by se asi dalo říct, že byly, to bych jim křivdila.

A co třeba porodní asistentka? Neměla jsi možnost si s nějakou před nebo po zákroku popovídat?

Nene, vůbec, mluvila jsem akorát s mojí gynekoložkou a pak s doktorama v nemocnici.

A myslíš, že bys ocenila takovou možnost? Promluvit si s ní o svojí situaci, probrat různé možnosti?

No, hele, a víš, že ani ne? Já jsem to hlavně chtěla mít rychle za sebou, ještě jak se mi motala ta hlava, tak jsem všeho měla plný zuby, nechtěla jsem s nikým diskutovat ani si nechat radit. A hlavně to byla rychlovka, od doktorky rovnou do nemocnice

a za chvíli na sál, a když jsem se probrala, tak za chvíli domů ...ani na žádný hovory nebyl čas.

Chtěla bys k tomu ještě něco dodat?

Asi nic, už je to tak dávno...prostě ta doba to tak nastavila, těma okolnostma a vším, že jsem v té době prostě to dítě nemohla mít. Třeba dneska bych si klidně další dítě pořídila, ale zase mi to nedovolí tělesno. (*smích*) Ale tím, že už mám vnoučata, tak už jsem zase někde jinde, no. Ale jako dneska už jsem zase ve stavu, že bych dokázala vychovat další děti, tím, že už ty děti odešly a my si užili to svoje volno, ten svůj čas. Ale tím, že mám ty vnoučátka, tak jsem naplněná dost, ale možná, kdybych je neměla, že bych si to vyčítala...ale v té době to prostě nebylo možný, no. (*dlouze se zamyslela*) Víš co, teď jak se tu o tom bavíme, si říkám, že jsem asi ten zdravotní stav, tu sepsi, brala jako berličku, že to za mě v podstatě rozhodl někdo jinej. To byla v tu chvíli vlastně úleva, protože rozhodovat se sama, bez toho, to by bylo mnohem horší.

8.3 Analýza rozhovoru č.1

Paní J. o své zkušenosti velice ochotně a otevřeně hovořila, bylo ale zjevné, že je to věc, která ji v životě hodně zasáhla a následky si v sobě nese stále.

Paní J. neplánovaně otěhotněla v roce 2003, bylo jí tehdy 39 let a jejím dětem 16 a 18 let. Další děti už s manželem neplánovali, chtěli si naplno užít období, kdy děti odrostou a ona i manžel budou mít čas na sebe a své zájmy. Vzhledem k tomu, že paní J. měla problémy s křečovými žilami a nemohla tedy používat hormonální antikoncepci, se s manželem chránili proti početí metodou výpočtu plodných a neplodných dní. K otěhotnění došlo, když se manžel paní J. vrátil z pracovní cesty – podle výpočtu se jednalo o „neplodný“ den, ale zřejmě strachem z následné operace hemoroidů se paní J. spustila předčasná ovulace. Plánovaná operace hemoroidů se zdařila, ale nastaly komplikace – do rány byla zanesena infekce a u paní J. se rozvinula vážná sepsis, byla proto přeléčena několika silnými antibiotiky. Její zdravotní stav se posléze zlepšil, ovšem

po vynechání jinak pravidelné menstruace zjistila, že je těhotná. Paní J. uvedla, že její první reakcí bylo, že se zhrozila. Ihned informovala manžela, který se ale místo očekávané podpory a pomoci v rozhodování vzdal zodpovědnosti a nechal rozhodnutí zcela na ní.

Paní J. se rozhodla, že půjde na interrupci, v průběhu dvou dnů po zjištění těhotenství. Uvedla, že největší oporou v nastalé situaci jí byl, i přes jeho neutrální postoj, manžel, protože spolu vše dlouze probírali. S faktem, že je těhotná a půjde na interrupci, se svěřila pouze blízké kamarádce, švagrové a několika kolegyním z práce, není to podle ní věc, kterou by člověk běžně ventiloval a zároveň se za to i trochu styděla. Děti o situaci nikdy neinformovala ze strachu z nepochopení a odsouzení.

Na konečné rozhodnutí ve prospěch interrupce měl podle paní J. největší vliv její dosavadní zdravotní stav – prodělání sepse a léčba silnými antibiotiky, společně s obavou, jak tyto skutečnosti mohly negativně ovlivnit vývoj plodu. Dalšími aspekty, které měly vliv na rozhodování, byly její vyšší věk a s tím související obava z možného postižení dítěte, touha po času pro sebe a manžela, který by výchova dalšího dítěte neumožnila, a komplikace vzniklé narozením dalšího dítěte. Manžel paní J. v té době jezdil na dlouhé pracovní cesty do zahraničí, dvakrát ročně na 3-4 měsíce, což by znamenalo, že výchova tří dětí a péče o dům by po většinu času zůstala pouze na ní. Navíc s vlastními rodiči nebyla v kontaktu a manželovi rodiče byli již v té době po smrti, takže by na vše s manželem byli úplně sami. Z tohoto důvodu se rovněž obávala o budoucnost dítěte, zda by byli vůbec schopni mu poskytnout vše potřebné. Také vyjádřila strach z toho, že by si možná výchovou dalšího dítěte přestali s manželem rozumět, protože kvůli rozdílným názorům na výchovu se dříve hodně hádali.

V den, kdy paní J. plánovala jet na gynekologii s rozhodnutím podstoupit interrupci, se probudila s neustupujícími závratěmi – došlo u ní k rozvoji Meniérové choroby, zřejmě jako následek neúměrného stresu a emočního vypětí. Gynekoložka potvrdila těhotenství a zařídila provedení zákroku ještě týž den. Paní J. uvedla, že se před nemocnicí psychicky zhroutila, protože jí vyčerpávalo neustálé točení hlavy a potřebovala podporu manžela, který ale neměl čas s ní v tu chvíli zůstat. Popsala, že chtěla mít interrupci rychle za sebou, považovala těhotenství za součást dosavadních

zdravotních potíží a chtěla tento „*problém*“ okamžitě vyřešit. Uznala, že později si uvědomila, že zdravotní komplikace pro ni byly vlastně záminkou pro podstoupení interrupce, pro kterou by se bez nich zřejmě nedokázala rozhodnout, protože by jí to „*svědomí nedovolilo*“. Také uvedla, že pokud by na těhotenství přišla později, už by se nedokázala dítěte vzdát a donosila by jej zřejmě i v případě prokázaného postižení.

Po zákroku paní J. cítila úlevu a doufala, že už bude vše v pořádku. Příznaky Meniérovoy choroby ovšem odezněly až s odstupem času a nárazově se donedávna objevovaly. Před několika lety paní J. s manželem navštívili dle jejích slov „*alternativní psychologku*“, především kvůli manželově životní krizi, ale došlo i na analýzu původu jejích zdravotních potíží, přičemž se dozvěděla, že vše zřejmě pramení z nevyrovnání se s manželovou neutrální reakcí na její těhotenství a jeho distancování se od zodpovědnosti. Paní J. uvedla, že by se v každém případě rozhodla podle sebe a manžela posléze postavila před hotovou věc, ale očividně potřebovala slyšet jeho jednoznačný názor, kterého se jí ale nedostalo. Psycholožka následně paní J. „*cosi*“ v hlavě odblokovala a paní J. od té doby pociťuje ústup příznaků Meniérovoy choroby, nyní prý postupně úspěšně zkouší vysazovat léčbu.

Paní J. nepociťovala po zákroku žádné psychické potíže, nicméně se u ní vyskytl tzv. výroční syndrom – vzpomínky na nenarozené dítě se objevily v měsíci, kdy se mělo narodit a i nyní si paní J. uvědomuje, kolik by právě dítěti bylo let a přemýšlí, co by asi dělalo. Tyto pocity se zintenzivňují ve chvílích, kdy mluví s kolegyní, která má dceru přesně ve věku, v jakém by v současnosti bylo i její nenarozené dítě. Tuto oblast při rozhovoru provázely nejvýraznější emoce, paní J. dlouho hledala slova, jak vyjádřit, co při hovorech s kolegyní cítí „*...když o ní vypráví, tak si říkám, no...víš, někdy mě to až...jako chci to od ní slyšet a pak trpím...*“ a poté se jí i v očích objevily slzy.

Rozhodnutí pro interrupci považuje paní J. za v tu dobu nejlepší řešení, nicméně uznává, že ač není věřící, tím porušila své vnitřní morální nastavení a poznamenalo ji to do konce života. Udává, že v současné době by klidně měla další dítě, protože už se nabažila času pro sebe, ovšem už to není z důvodu věku možné. Velice si proto užívá roli babičky a kontakt s vnoučaty.

Možnost pohovořit si s porodní asistentkou paní J. nevyužila, nebylo jí to ani nabídnuto, hovořila pouze s lékařem. Dle svých slov by o to ale ani nestála, byla již rozhodnutá a vzhledem k nepříjemným závratím chtěla mít především klid a vše rychle za sebou.

9 ROZHOVOR Č.2 – PANÍ Š.

9.1 Anamnéza

Paní Š. podstoupila interrupci v roce 1988, ve svých 17 letech. Navštěvovala v té době poslední ročník střední školy.

Osobní anamnéza: 46 let, vdaná, 2 dospělé děti a 1 vnouče, mononukleóza v 15 letech, další vážnější onemocnění neudává, léky pravidelně neužívá, psychické obtíže neguje

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Sociální anamnéza: žije s manželem v bytě ve větším městě, dobré sociální zázemí (v roce 1988 bydlela s rodiči a mladším bratrem v bytě v tomtéž městě, průměrné sociální zázemí)

Pracovní anamnéza: vzdělání - SŠ s maturitou, zaměstnání – t.č. mistrová v tiskařské firmě (v roce 1988 studentka čtvrtého ročníku obchodní akademie)

9.2 Rozhovor

Paní Š. je moje příbuzná, proto zvoleno neformální tykání.

Mohla bys mi, prosím, popsat období, než jsi neplánovaně otěhotněla?

No, to jsem byla ve čtvrtáku na střední a chodila jsem s jedním takovým klukem, chodili jsme spolu asi půl roku. Jenomže mezi tím jsme se rozešli, pak jsem poznala R. (*manžela*), pak jsme se zase jakoby sešli, a tak nějak asi si mě tím chtěl pojistit, i když já už jsem ale nechtěla, to jsem netušila, že to takhle dopadne, takže víceméně to už bylo jakoby v rozhodovém stádiu...no a takhle to dopadlo. Ale samozřejmě je to vina obou, protože ani já jsem se nechránila, ale ani on se nechránil, takže nemůžu říct, že jsem to neměla čekat, jenomže v tej době to nebylo jako dnes, dřív neexistovalo, že bys v šestnácti přišla k doktoru a on ti napsal antikoncepci, a já jí navíc stejně mít nemohla, protože jsem měla

mononukleózu a blbý jaterní testy, tělísko si taky nedostala, protože si ještě nerodila...takže jediná ochrana přerušovaná soulož, no, spolehnout se na chlapa.

Co kondomy, nebyly dostupné?

Ale jo, kondomy třeba byly, ale nejsou moc spolehlivé. A chlapi je taky moc nechtěj, že jo.

A co třeba výpočet plodných a neplodných dnů, to jsi znala?

O počítání plodných a neplodných dnů jsem něco tušila, ale spíš jsem to jenom odhadovala a nechávala jsem to prostě na chlapovi.

Jak jste se poznali?

Poznali jsme se na diskotéce, bylo to v roce 1988, to mi bylo šestnáct. Já jsem moc na diskotéky nechodila teda, a zrovna když jsem šla, tak jsem ho potkala. Bylo o dva roky starší než já. Byl to můj druhý kluk.

Jaká byla situace doma, ve škole?

No, ve škole jsem se v tej době pohoršila, to je pravda, ale ne zas nějak znatelně, úplně kvůli němu asi jako ne, spíš z vlastní blbosti. A s rodičema to v tý době moc dobrý nebylo, protože oni ho moc rádi neměli, mamina znala jeho rodiče. Což o to, on nebyl ze špatný rodiny, on měl rodiče dobrý, jeho máma dělala učitelku ve školce a táta byl mechanik-opravář, hrozně pracovitej, no normální obyčejný lidi, rozumný, hodný, ale on se moc nepovedl, no. On byl takovej, že se prostě chytl nějaký party a dělal nějaký průsery, přesně nevím jaký...a on byl prostě takovej typ jako vekslák, on i tak blbě skončil, pak žil v Itálii a tam ho snad zastřelili jako jo, co jsem slyšela. On nebyl zrovna jako moc na práci, bych řekla. Byl teda hodnej, pozornej, koupil by mi modrý z nebe...ale myslím si, že peníze by moc nevydělával. Údajně dělal ve Škodovce, ale jestli třeba občas chodil, nechodil, to nevím, ještě jsem byla mladá no, člověk to tak neuměl posoudit. A je fakt, že se mi to potom právě nějak rozleželo, a věděla jsem jakej on je, a štválo mi na něm právě tohle to, že tam chodil, pak zas nechodil, kolikrát jsem se ho ptala, a on mi lhal,

dozvíдалa jsem se od někoho jiného, že třeba nebyl v práci nebo tak, takže víceméně to pomohlo tomu, že jsem se s ním rozešla, protože byl prostě nespolehlivej a měla jsem strach, že se zaplete do něčeho víc a že nebude chodit do práce, to bylo za doby totáče, to se do práce prostě muselo chodit, že jo.

Takže jste se rozešli.

Takže jsme se víceméně rozešli, jenomže on mi pak jakoby psychicky vydíral tím, že sežral prášky, demonstrativně. To bylo dejme tomu dva tejdny, co jsme se neviděli, on tenkrát na mě čekal u baráku, to jsem zrovna šla, mám pocit (*zamyslela se*)...jo to jsme se zrovna seznámili s R. (*manželem*), ještě jsme spolu úplně nechodili, asi jsme měli první rande a z toho jsem právě šla. No a on na mě čekal u baráku, byl prostě takovej malátnej, motal se a kdesi cosi, řekla jsem mu, že je blbej, a vzala jsem ho teda domů a on u nás přespál, a...no...došlo k čemu došlo, no, a co čert nechtěl, celou dobu nic a zrovna teď jsem přišla do jiného stavu. Jenomže já už jsem se s ním pak nechtěla vídat, to bylo vlastně jako naposled, pak už jsem se s ním neviděla. A to bylo vlastně v září, a my jsme pak jeli na brambory od školy a já jsem měla dostat měsíčky, nedostala jsem to, tak už jsem byla taková na trní, že jo, už jsem něco tušila. Takže když jsme se vrátila, tak jsem šla k doktorce a ta mi to potvrdila. V té době to nebylo moc přesný, ale říkala tak šestej tejden.

Jaká byla Tvoje první reakce, když ses dozvěděla, že jsi těhotná?

No...co budu dělat, že jo. Teď se ti to honí hlavou, co rodiče na to, ale jako kdybych se nemohla obrátit na mámu tak na koho, že jo.

Takže jsi to šla říct mámě?

No, samozřejmě jsem řvala, že jo, a šla jsem to říct mámě.

Jak reagovala?

No já hrozně brečela, tak se napřed vyděsila, co se stalo, že jo. No a myslím si, že nebyla ani nějak naštvaná, když mě viděla, v jakým jsem stavu, tak bylo jasný, že jsem se sama

potrestala dost. Ona spíš zachovala chladnou hlavu, domlouvaly jsme se, co a jak, co teda bude. Já jsem o to dítě nestála, protože jsem věděla, že to bylo nechtěný, vysloveně nechtěný, že to byla od něj jako pomsta, že si mě tím chtěl pojistit, uvázat. A já jsem s tím nepočítala, nečekala jsem to. Jako kdybychom spolu chodili a během té doby by se to stalo, tak by to bylo něco jinýho, ale tohle jsem nechtěla a stalo se to, tak mamina řekla, že není zbytí a musíme jednat. Takže mi to zařídila, měla známýho primáře na gynekologii, tak mi to domluvila u něj a šla jsem prostě normálně na klasickou velkou interrupci, protože než mi udělali ještě nějaký vyšetření, tak už to bylo nějakej osmej tejděn, to už miniinterrupce nešla. Naštěstí už jsem nemusela před žádnou komisí. *(pozn. činnost interrupčních komisí byla ukončena o 2 roky dříve, v roce 1986)*

Jak dlouho Ti trvalo rozhodování, jestli půjdeš na interrupci?

Hele já byla rozhodnutá prakticky hned, protože to byla taková blbá situace. Jako zvažovala jsem pak ty pro a proti, byl na to čas, než jsem do té nemocnice šla, o tom přemejšlet, nějakých těch čtrnáct dní, než se udělaly ty vyšetření. Ale to už to bylo stejně domluvený a necouvla bych.

Měla jsi možnost před nebo po zákroku mluvit o své situaci s nějakou porodní asistentkou?

Ne, nic takovýho nebylo. Doktorka mi akorát řekla, že jsem těhotná a že mám přijít s rodičem. Tak jsem tam pak šla s mámou a doktorka to probírala s ní, já čekala v čekárně.

To Ti nevadilo, že se bavily o Tobě bez Tebe?

Já už nevím, možná trochu jo, ale tak doktorka byla autorita, že jo, to se nedalo odporovat. A věděla jsem, že máma si bude stát za svým, že by se nenechala ukecat, abych si to třeba nechala. No a v nemocnici potom, to se se mnou nikdo nebavil, asi jak jsem tam byla ze známosti, tak mě všichni nechávali bejt.

Ocenila bys možnost si o své situaci promluvit s porodní asistentkou, probrat různé možnosti?

No, já nevím, jestli by mně to pomohlo, já jsem hlavně hledala důvody, proč to udělat, aby to bylo nejlepší pro všechny...takže by to pro mě možná bylo spíš ještě horší, to s někým rozebírat a rejpat se v tom. Možná, kdybych neměla s kým jiným to probrat, že bych za to byla ráda...ale takhle jsem to řešila s mámou a R. (*manželem*), tak už to nebylo potřeba.

Věděl o tom Tvůj táta?

Jo, věděl, máma mu to pak nějak řekla a on jí jenom řekl, ať to zařídí a o víc se nestaral. Ale nikdy mi to nevyčetl, protože byl na mě svým způsobem hrdej, protože chtěl abych studovala a já jsem vždycky ve škole měla dobré výsledky a slyšel na mě jenom chválu, tak chtěl prostě jenom, aby se to vyřešilo, abych prostě dostudovala. Nikdy jsme pak spolu o tom nemluvili.

Věděl o tom ještě někdo další?

Ode mě ne, já jsem to tajila, neřekla jsem to vůbec nikomu, nejlepší kamarádce asi až po x letech. Mamina to asi po příbuzenstvu řekla, ale nikdy se mnou o tom nikdo nemluvil. Dětem jsem to řekla až nedávno, už jsou dospělý, tak si myslím, že už jsou rozumný, že to chápou, že to byla blbost, byla to špatnost, ale stalo se, no. Teď, když už mám ty svoje děti, tak už můžu říct, že jsem asi udělala dobře, fakt si to zpětně vůbec neumím představit, jak bych tomu dítěti vysvětlovala, kde je jeho táta. Byly by to zničený životy. Jako já si teď říkám, že jsem udělala dobře...ale není to dobře, že jo, není to správně, něco takovýho udělat. Ale je to prostě fakt, že v té době bylo všechno pod pokličkou, ta antikoncepce nebyla dostupná, každej se styděl o tom mluvit. Nejvíce se používala asi ta přerušovaná soulož, no jo, jenže spolehni se na chlapa...on to sice uměl, ale když byl při smyslech, a to tu noc nebyl, když snědl ty prášky. Shoda blbejch náhod, no.

Ten kluk o tom vůbec nevěděl, co se stalo?

No, ode mě ne, my už jsme se pak nikdy neviděli. On když od nás to ráno odcházel, tak mám pocit, že jsem mu řekla, že už ho nechci vidět, že je to konec, že to bylo naposled, něco takovýho. On taky pak nějak zmizel nebo odjel, já už si to moc nepamatuju. Ale moje mamina to řekla jeho mámě, protože on hezky maloval a měl mi něco malovat do čtenářskýho deníku, a já ho potřebovala vrátit. Tak to jeho mámě právě řekla, co mi teda provedl, a že potřebuju zpátky ten deník. Ona ho pak teda přinesla a řekla něco ve smyslu, že jí to mrzí, ale přehodila to nějak na mě, udělala ze mě tu špatnou. Ale tak to je jasný, každá máma si brání svoje dítě, že jo. Jenomže oni ho furt hájili, hájili, ale on to byl zmetek, když to tak řeknu, on by se prostě stejně celej život ulejšel a vymejšlel by cokoliv jinýho, než chodit do práce. Potom asi ta revoluce k tomu přispěla, že mohl do ciziny, že pak asi vypadl, no.

Uvažovalas nad tím, že by sis to dítě nechala?

No, uvažovala jsem taky nad tím, jak by to vypadalo. Právě proto jsem to řekla i R. (*manžel*), když jsme spolu začínali chodit. A on mi řekl, že by si mě vzal i s tím dítětem, ne. A já mu řekla, že se asi zbláznil, dovedeš si to představit, hele, neznal mě pořádně, přivede si mě s dítětem, co by na to jeho rodina, i kdyby to zahrál, že je to jeho, tak by se to stejně časem provalilo, a pak by mě celá jeho rodina nenáviděla. To jsem si řekla, tohle ne prostě, nemůžu zkazit život jemu jako, víceméně i sobě, vždyť je to nesmysl, vždyť bych to dítě ani neměla...nebo po porodu třeba už jo...ráda. Já jsem si to pořád omílala v hlavě, pořád si to představovala...jenomže to by byla starost s dítětem, školu do toho, jako já už byla v posledním roce, to já bych zvládla, v té době to bylo takový jako normální, u nás ve škole bylo dost těhotných, ale byl by to prostě stres, ta maturita, třeba bych z toho předčasně porodila, nevíš, a to je pak zase lepší to utnout v tom začátku, než aby to došlo takhle daleko a stalo se něco až když už to dítě je opravdu tvor, to už pak je daleko horší, si myslím. Ale šlo spíš o to, že bych to neměla s klukem, s kterým bych žila, nemělo by tátu. Byla bych prostě svobodná matka, nebudu tím zatěžovat někoho jinýho, proč kazit někomu jinýmu život.

Co nakonec nejvíc ovlivnilo to, že ses rozhodla jít na interrupci?

(*zamyslela se*) Novej vztah, určitě R. (*manžel*), nechtěla jsem to tím zkazit. Když to vezmu zpětně, tak bysme určitě jinak nezůstali spolu, nebylo by to dobrý.

Když jsi šla na zákrok, jak ses cítila?

Bála jsem se, nevíš, do čeho jdeš, že jo... a taky jak tam na mě budou koukat. Ale to musím říct, že byli všichni teda příjemný. A šla jsem tam teda rozhodnutá, s tím vědomím, že jo, a že to chci mít rychle za sebou.

A jak ses cítila po probuzení?

No měla jsem hlavně strašný bolesti a blbě jsem snášela narkózu. Jako byla jsem ráda, že to mám za sebou. Ale od té doby jsem prostě furt myslela na to, jestli budu moct mít ještě děti, celou dobu, celou dobu, než jsem otěhotněla, celou dobu jsem se strachovala. Furt. To se mnou šlo prostě pořád od té doby, proto jsem chvátala mít ty děti brzo. Já jsem chtěla hned, když už jsme s R. (*manželem*) chodili celej ten čtvrtáček a viděla jsem, že to klape, tak jsme byli domluvený, že hned po škole otěhotním, že si ty děti pořídíme brzo, chtěla jsem to tím asi jakoby přebít. A ono to zrovna nešlo. A to jsem teda fakt trnula hrůzou, i když mi doktor říkal, že je všechno v pořádku, že jsem zdravá, že to půjde. Ale stejně no, protože jsem se prostě cejtila provinile, protože jsem prostě udělala něco, co je proti přírodě.

Objevily se u Tebe nějaké psychické problémy v prvních dnech nebo týdnech po interrupci?

Myslím, že ne. Já si myslím, že to bylo tím, že jsem byla zaměstnaná, nebyl čas moc přemýšlet, měli jsme nácviky na maturák, do toho novej vztah, maturita. To mi asi nejvíc pomohlo.

Vzpomněla sis třeba v době, kdy se mělo dítě narodit? Nebo později, počítalas třeba, kolik už by mu bylo let?

Jojo, že se mělo narodit, to jsem si vzpomněla. Ale pak už ani moc ne, a co se mi narodily děti, tak už vůbec.

Myslíš, že celá ta situace nějak změnila vztah s manželem?

(zamyslela se) Já myslím, že ne, nikdy mi to nevyčetl. Jo, někdy mi vyčítá, že nebyl můj první, ale to já mu říkám, že to byl jeho problém, že zamrzl. *(smích)* Jeho holky nějak moc nebraly no. Za to já se vybláznila, nechtěla jsem bejt v uvozovkách zaostalá. *(smích)*

Co Ti nejvíc pomohlo se s tím vyrovnat?

Asi když jsem si k sobě dávala pro a proti, že bych tu byla sama s dítětem, studovala do toho, co rodiče, přišla bych o R. *(manžela)*, prostě převážily ty negativa. Když jsem si představila, že bych to dítě měla, jako já vím, že by mi rodiče pomohli, o to nic, ale co bysme z toho života měli, já, to dítě...jo, třeba bych časem poznala někoho, komu by to dítě nevadilo, ale kde máš jistotu, že ti to pak nevyčte, že to není jeho dítě...že se k němu nebude chovat stejně jako k těm vlastním. Jako já to nedokážu posoudit, ale myslím si, že k těm dětem nemáš nikdy takovej vztah, jako kdyby byly tvoje vlastní, že pak ty rodiče stejně dělají rozdíly.

Kdo Ti byl největší oporou?

Mamina a R. *(manžel)*, tyhle dva, nikdo jinej o tom vlastně ani nevěděl.

Jak to zpětně celé hodnotíš? Myslíš, že ses rozhodla správně?

No...myslím si, že jo. Ale to víš, že furt je to v tobě. I když třeba řeknu, že ne, ale víš, že to je něco špatnýho, že se to prostě stát nemělo. Ale jako myslím si, že to bylo dobře z toho důvodu, že jsem, když to tak vezmu, ublížila jenom tomu dítěti. Protože jinak bych ublížila R. *(manželovi)*, rozešli bysme se možná, nevím, našim bych přidělala spoustu

starostí, s tím blbcem bych se určitě dohromady nedala, bylo by prostě víc lidí, co by tím trpěli, no.

Myslíš si, že to na Tobě zanechalo nějaké následky?

Asi jo. (*dlouze se zamyslela*) Protože prve, když vlastně byla těhotná A. (*synova přítelkyně*) v těch šestnácti, a měli jsme to řešit, tak jsem jí nenutila k tomu potratu, vysvětlila jsem jí to, že když se rozhodne pro to, to dítě mít, že se jim budeme snažit nějak pomoci. Jako, že když jsem to já zažila, neznamená, že ona musí taky, no. Její máma jí před náma řekla, že ona by si v žádném případě nenechala to dítě vzít, jenomže taky co ona vedla za život, každý dítě s jiným, byli sociálně slabý, takže to vlastně odnášely ty děti, že jo. To jako pro mě ale zase není hrdinství, přece nepřivedu děti na svět, jenom proto, že jsem těhotná, ale musím taky přemyslet nad tím, jestli se o ně dokážu postarat. Todle je druhá věc, ale to až teď vím, to jsem dřív neřešila, jestli se dokážu postarat, tak vyzrálá v sedmnácti nejseš. Ale každopádně, nic příjemného to prostě není, proto každému říkám, ať si to dobře rozmyslí...a proto jsem prostě říkala A. (*synově přítelkyni*), jestli se rozhodne si to dítě nechat, ať si ho nechá, v žádném případě jsem jí nenutila.

Za jak dlouho po interrupci se Ti podařilo otěhotnět?

No, ono jak jsme chtěli to dítě hned po tý maturitě a ono se to nepovedlo, tak jsem se rozhodla, že půjdu ještě na rok na vojenskej kurz, nevím, co mě to tenkrát napadlo, možná i díky tomudle všemu, abych vypadla z baráku, abych se osamostatnila...(*zamyslela se*)...ale asi hlavně kvůli sociálním jistotám, protože to jsi šla do státní služby, takže to znamenalo byt a větší peníze. Takže jsem to absolvovala, ten rok, R. (*manžel*) byl mezi tím na vojně, takže jsme se moc neviděli...ale když už, tak jsme si pozor nedávali, nechávali jsme tomu volnej průběh a ono furt nic. (*zamyslela se*) Akorát vlastně ze začátku, když jsem nastoupila do té vojenský školy, tak jsem si jednou vzala prášek proti početí, Postinor, holky mi ho daly, pro jistotu, protože jsem si říkala, to by byla pěkná blbost teď otěhotnět, protože bych to nedodělala, to by mě okamžitě vylili, teď se to ještě nehodilo, no. (*zamyslela se*) Jo a ještě vlastně po tom zákroku, to mi úplně vypadlo (*překvapeně*)...my jsme s R. (*manželem*) spolu spali hned po tom šestinedělí, a to tenkrát

měl R. (*manžel*) strach, tak mi zase on sehnal nějaký prášek, pro jistotu. On měl strach, abych zase nepřišla do jiného stavu, když jsem teď byla na potratu, že by to bylo takový blbý. Pak už nám to bylo nějak jedno, až potom zase, když jsem šla na tu vojenskou. Takže to bylo vlastně dvakrát, co jsem si vzala ten prášek proti početí. A potom už jsme to nechali úplně osudu, no. A po tom roce jsem nastoupila do práce, naštěstí mi mamina zařídila práci tady, jinak sis nemohla vybírat, kde budeš, kam tě odvedí, tak jsem taky mohla skončit třeba na Slovensku. No a po dvou měsících v práci jsem zjistila, že jsem těhotná. A já si právě myslím, že tím, že jsem pak dodělala tu školu a měla jsem dobrou práci, že to ze mě nějak spadlo a právě se to povedlo. Ale možná to bylo i tím, že jsem dřív byla hrozně hubená, měla jsem asi 42 kilo, a pak na tý vojně jsem se spravila, takže možná to bylo i tím, že jsem nemohla otěhotnět, no. Takže jsem otěhotněla plus minus dva roky po té interrupci.

9.3 Analýza rozhovoru č.2

Paní Š. o své zkušenosti ochotně a otevřeně hovořila, bylo patrné, že ji situace poznamenala, ale rozhovor neprovázely výraznější emoce. Domnívám se, že tomu tak je z důvodu dlouhé časové prodlevy, od podstoupení interrupce totiž uplynulo již 30 let.

Paní Š. neplánovaně otěhotněla na začátku posledního ročníku střední školy, bylo to v roce 1988 a bylo jí tehdy 17 let. Jak uvedla, vztah s tehdejšími přítelem a otcem dítěte byl již „v rozchodovém stádiu“. Chodili spolu v té době přibližně půl roku, byla to její druhá vážná známost. S chlapcem se poznali se na diskotéce, byl o dva roky starší. Důvodem rozchodu byla jeho nespolehlivost a lži. Paní Š. měla strach, že nebude chodit do práce, což bylo v té době povinné, a nebo se zaplete do trestné činnosti. Její rodiče taktéž se vztahem příliš nesouhlasili, protože chlapce znali a tušili, jaký je, i přes to, že pocházel ze slušné rodiny. Dva týdny po rozchodu měla paní Š. první schůzku s novým přítelem (a současným manželem), a po návratu z ní na ni před domem čekal její bývalý přítel. Snažil se ji vydírat tím, že prý kvůli rozchodu snědl nějaké prášky. Paní Š. ho na naléhání vzala k sobě domů přespat a došlo k nechráněné souloži. Ráno mu ovšem řekla, že toto bylo naposled a už ho nechce vidět. Od té doby už se opravdu nikdy neviděli,

podle zprostředkovaných informací odešel do ciziny a nyní je s velkou pravděpodobností již po smrti.

Zajímala jsem se o možnosti antikoncepce v té době – paní Š. uvedla, že v podstatě neměla jinou možnost, než se spolehnout na partnera – tedy přerušovanou soulož. Hormonální antikoncepci užívat ze zdravotních důvodů nemohla a taktéž nebylo zvykem, aby ji lékař předepsal takto mladé dívce, nitroděložní tělíčko se v té době zavádělo jen ženám po porodu, o výpočtu plodných a neplodných dní pouze „něco tušila“ a kondomy nepovažovala za spolehlivé a „*chlapi je moc nechtěj*“. Nicméně na bývalého přítele se prý v tomto ohledu (přerušovaná soulož) dalo spolehnout, ale bohužel tu inkriminovanou noc „*nebyl při smyslech, když snědl ty prášky*“.

Paní Š. začala tušit, že je těhotná, když se jí při pobytu na bramborové brigádě nedostavila pravidelná menstruace. Po návratu šla tedy na gynekologii, kde jí bylo potvrzeno těhotenství v šestém týdnu. První reakcí byl pláč a „*co budu dělat*“. Paní Š. vše ihned oznámila své matce, která zachovala chladnou hlavu a společně řešily, co bude dál.

Paní Š. považovala své otěhotnění za pomstu bývalého přítele, za jeho snahu si ji „pojistit“. Uvedla, že kdyby otěhotněla v průběhu vztahu, dítě by si zřejmě nechala, ale v tomhle případě to bylo vyloženě nechtěné, nepočítala s tím a nechtěla to tak, proto se rozhodla pro interrupci. Její matka znala primáře gynekologie a domluvila jí zákrok u něj. Vzhledem k nutnosti předoperačních vyšetření a tedy časové prodlevě, bylo již těhotenství starší 8. týdnů a proto musela paní Š. absolvovat místo miniinterrupce klasickou interrupci.

O osudu těhotenství se prý paní Š. rozhodla prakticky ihned, vzhledem k okolnostem početí, ale v období před zákrokem měla čas zvážit veškerá pro a proti. Nicméně dle svých slov „*hlavně hledala důvody, proč to udělat*“. Zvažovala, jaké by bylo si dítě ponechat, zda by ho měla vůbec ráda, jak moc by tím zatížila své rodiče, zda-li by zvládla těhotná dodělat školu a jestli by stres z maturity těhotenství neovlivnil. Přemýšlela nad kvalitou života svobodné matky a obávala se, že její dítě by následně trpělo nepřítomností otce, protože budoucí partneři by jej nikdy nepřijali za vlastní. Se svým problémem se svěřila i svému novému příteli (současnému manželovi). Ten jí nabídl, že by

si ji vzal i s dítětem. To ale paní Š. odmítla, měla strach z reakce jeho rodiny a nechtěla jej tím zatěžovat a kazit mu život. A nový vztah a snahu jej nepokazit uvedla i jako skutečnost, která měla největší vliv na její konečné rozhodnutí.

Paní Š. nikomu dalšímu o svém těhotenství neřekla, největší oporou jí byla matka a nový přítel (současný manžel), kteří o tom jediní věděli. Až po letech se prý svěřila nejlepší kamarádce. Vlastním dětem to řekla až v jejich dospělosti, kdy už doufala, že jsou rozumné a budou ji chápat. Její matka to sdělila otci a příbuzným, ale nikdy se o tom v rodině nemluvalo. Bývalý přítel a otec dítěte se o těhotenství paní Š. zřejmě dozvěděl pouze zprostředkovaně od vlastní matky, kterou informovala matka paní Š..

Před zákrokem pocítovala paní Š. strach, nevěděla, do čeho jde. Také se obávala chování a negativních reakcí personálu, který se ale zachoval profesionálně. Po zákroku špatně snášela anestezii a měla silné bolesti. Dle svých slov se cítila provinile, protože „udělala něco, co je proti přírodě“. I přes ujištění lékaře, že je fyzicky naprosto v pořádku, se u ní objevil intenzivní strach z nemožnosti mít další děti, který ji provázel až do chvíle, kdy opět otěhotněla, k čemuž došlo až o dva roky později. Jiné psychické potíže se u ní neobjevily, uvedla, že to bylo zřejmě proto, že byla zaneprázdňena školou, nácviky na maturitní ples a následně přípravou na maturitní zkoušku. Na těhotenství si vzpomněla pouze v době, kdy se dítě mělo narodit, později už velmi málo, od narození prvního dítěte již vůbec.

Vzhledem ke strachu z nemožnosti otěhotnět a fungujícímu vztahu s novým přítelem (současným manželem), se paní Š. rozhodla, že chce mít děti co nejdříve, ideálně hned po dokončení školy. S přítelem proto nepoužívali žádnou antikoncepci (až na jednu tabletu Postinoru, který si vzala, aby neotěhotněla hned po interrupci), ale bohužel se jí otěhotnět nepodařilo, což její strach jen znásobilo. Po maturitě nastoupila na roční vojenský kurz a otěhotněla až po jeho absolvování, když nastoupila do zaměstnání. Domnívá se, že to bylo zejména z důvodu zklidnění psychiky po získání dobré práce v místě bydliště a také proto, že se jí podařilo trochu přibrat a nebyla už tolik hubená. V průběhu prvního těhotenství měli s přítelem svatbu a následně se jím s odstupem

necelých dvou let narodili dva synové, nyní už jsou oba dospělí a jeden z nich má již vlastní rodinu.

V současnosti, s odstupem času a po vychování dvou dětí, shledává paní Š. své rozhodnutí jako dobré, i když, jak sama dodala, není rozhodně správná věc, něco takového udělat. Bohužel okolnosti té doby a souhra špatných náhod už situaci tak nastavily a řešení v podobě interrupce dle paní Š. „ublížilo jenom tomu dítěti“, zatímco jeho narození by dle jejího názoru zřejmě negativně ovlivnilo větší množství lidí. Když byla před několika lety nucena podobnou situaci opět řešit – synova přítelkyně otěhotněla v šestnácti letech – tak po svých zkušenostech do jejího rozhodování absolutně nezasahovala a pouze nabídla pomocnou ruku v případě, že by se rozhodli si dítě ponechat, což se ale nakonec nestalo.

Možnost promluvit si s porodní asistentkou paní Š. neměla, o situaci nehovořila ani s gynekoložkou, vše bylo řešeno pouze s její matkou za zavřenými dveřmi. Paní Š. uvedla, že jí toto sice vadilo, ale doktorku považovala za autoritu, které se nesmí odporovat. Naštěstí měla v matce oporu a věděla, že se nenechá přesvědčit k jinému řešení, než na jakém se spolu dohodly. V nemocnici se k ní všichni chovali příjemně, ale zřejmě z důvodu, že tam byla ze známosti, se s ní nikdo hovořit ani nesnažil. Paní Š. by to dle svých slov ani neoceníla, bylo by to pro ní prý ještě horší, se v tom s někým „rejpat“, protože již byla rozhodnutá. Uvedla ale, že kdyby neměla nikoho, s kým by to mohla probrat, jistě by za tuto možnost byla vděčná.

10 ANALÝZA A INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ

Na základě zvolené metodiky byly provedeny dva rozhovory se dvěma různými respondentkami. Jejich odpovědi byly následně analyzovány a kategorizovány dle zvolených kritérií.

10.1 Analýza procesu rozhodování

Skořepa (2005, s.18-20) popisuje rozhodování jako výběr nejlepšího možného a pro daného jedince nejvhodnějšího řešení ze všech dostupných řešení. Obecná struktura procesu rozhodování se dle Čačky (2002, s. 275-278) skládá z: identifikace problému, hledání alternativ řešení, posuzování jednotlivých variant, konečného výběru řešení a jeho následného zhodnocení. Rozhodovací proces je formován nejen racionální, ale i emocionální složkou duševního dění. Na zvažování nejruznějších alternativ, domýšlení důsledků i konečném rozhodnutí jedince, se ve velké míře podílejí především jeho postoje, city a hodnoty. Pro potřebu analýzy procesu rozhodování při řešení nechtěného těhotenství jsem obecnou strukturu rozhodovacího procesu lehce upravila. Pro přehlednost jsem pocity a myšlenky respondentek uvedla do tabulky.

Tab. č.1: Proces rozhodování

| | Paní J. | Paní Š. |
|---|---------------------------------------|---|
| 1) ZJIŠTĚNÍ NECHTĚNÉHO TĚHOTENSTVÍ | zděšení <i>„zhrozila jsem se“</i> | zděšení, pláč <i>„co budu dělat“</i> |
| 2) INFORMOVÁNÍ DALŠÍ OSOBY | (MANŽEL) obavy z reakce → zklamání | (MATKA) obavy z reakce → úleva |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| 3) HLEDÁNÍ ŘEŠENÍ | podvědomý hněv na manžela obavy z budoucnosti | vztek na bývalého partnera obavy z budoucnosti |
| 4) ZVAŽOVÁNÍ DŮSLEDKŮ | <i>„byla by to komplikace“</i> <i>„nevím, jestli bych to zvládla“</i> | <i>„nechci komplikovat život sobě ani jiným“</i> |
| 5) KONEČNÉ ROZHODNUTÍ | odhodlání <i>„je to součást zdravotních potíží, které mne postihly a kterých se chci zbavit“</i> | odhodlání <i>„převážila negativa“</i> |
| 6) ZHODNOCENÍ ŘEŠENÍ | <i>„v tu chvíli to bylo nejlepší řešení“</i> <i>„porušila jsem své morální zásady“</i> | <i>„udělala jsem dobře“</i> <i>„ublížila jsem jen dítěti a ne dalším lidem“</i> <i>„je to proti přírodě“</i> |

Zdroj: vlastní

Rozhodovací proces obou respondentek lze v mnohém považovat za totožný, rozdíly jsou dány především odlišnou životní situací každé z nich (matka dospívajících dětí ve zralém věku x mladá bezdětná dívka). Rozhodování o osudu vlastního těhotenství mělo u obou žen rozdílné trvání, paní J. se rozhodla pro interrupci v průběhu dvou dnů po pozitivním těhotenském testu, paní Š. impulzivně svolila k interrupci v podstatě ihned po potvrzení těhotenství, ale následně v období před naplánovaným zákrokem promýšlela i další možnosti řešení.

10.2 Faktory, které ovlivnily rozhodování

Důvody, které vedou ženy k podstoupení interrupce, jsou jen málokdy povrchní či lehkomyšlné. Spíše poukazují na obtíže, se kterými se ženy v průběhu svého života potýkají. Často se jedná o snahu vyvážit kariéru či čas pro sebe na jedné straně a mateřství na straně druhé, a přizpůsobit se tak měnícím se společenským očekáváním. (Wulf, 1999, s.18) Znalost vlastních důvodů žen je zásadním aspektem pro pochopení fenoménu interrupce. (Kirkman et al., 2009) Z rozhovorů vyplynulé okolnosti, které ovlivnily rozhodnutí žen ve prospěch interrupce, jsem pro přehlednost sestavila do tabulky.

Tab. č.2: Faktory, které ovlivnily rozhodování

| | Paní J. | Paní Š. |
|------------------------|---|---|
| ZDRAVOTNÍ STAV | sepe užívání ATB vyšší věk | stres z maturitní zkoušky |
| PARTNERSTVÍ | nedostatek času na sebe neshody ve výchově | otěhotnění po rozchodu snaha nezatížit nového partnera |
| SOCIÁLNÍ OBLAST | není pomoc rodiny (nezájem matky, rodiče manžela zemřeli) manžel často dlouho pryč | zátěž pro rodiče život svobodné matky |
| NENAROZENÉ DÍTĚ | možné postižení plodu | vlastní vztah k němu nekvalitní život bez otce otázka přijetí novým partnerem |

Zdroj: vlastní

Z analýzy ovlivňujících faktorů je opět patrné, že věk a životní situace hrají v rozhodování žen o osudu nechtěného těhotenství velkou roli a mají významný vliv na konečný výsledek. Ukázalo se ale, že faktory, které ženy zvažovaly, je možné shrnout do několika shodných kategorií.

11 DISKUZE

11.1 Proces rozhodování

U obou respondentek vyvolalo zjištění neplánovaného těhotenství silné, především negativní emoce. V bakalářské práci Jánské (2016, s.54-55) ovšem respondentky popisují ve stejných případech pocity radosti a štěstí, i přes tušení nevyhnutelnosti interrupce. Vnímání této situace je tedy vysoce individuální a každá žena ji může prožívat diametrálně odlišně.

Paní J. následně pocítila zklamání z reakce manžela, který byl sice ochoten s ní rozebrat klady a zápory různých alternativ, ale rozhodování nechal jen na ní a neposkytl jí potřebnou oporu. Rybová (2007, s.6) přesně takto popisuje častou reakci partnerů klientek obracejících se na Linku pomoci Hnutí pro život ČR. Uvádí, že muži často chtějí nechat rozhodování na partnerce s dobrým úmyslem, neuvědomují si ale bezvýchodnost situace, do které ženu takto uvrhnou. Z popisu situace paní J. jsem získala na reakci jejího manžela podobný názor – zřejmě měl pocit, že by neměl manželku v rozhodování nijak ovlivňovat a raději proto nechal rozhodování zcela na ní. Neuvědomil si ale, jak náročné to pro ni bude, a jaké následky to zanechá. Beckermannová (2007, s.31) popisuje, že muži obvykle nechtějí nést za interrupci žádnou zodpovědnost, neuvědomují si vliv zákroku na psychiku ženy a na celou záležitost chtějí co nejdříve zapomenout. Paní J. dle svých slov nepocítila, že by interrupce měla vliv na její vztah s manželem. Nicméně její slova: „*On řekl, že to nechá na mě, a do dnes mu to vyčítám.*“ a následky v podobě Meniérovovy choroby dokládají opak. Neschopnost manžela paní J. o situaci mluvit i v současnosti s odstupem let dokazuje, že i pro něj to bylo a stále je velice náročné téma. K naprosto opačnému výsledku ale dochází ve své diplomové práci Fišerová (2009, s.83) – popisuje sblížení partnerů a zlepšení vztahů, pokud partneři do ženina rozhodování nijak nezasahovali. Je tedy zřejmé, že i v tomto případě je vnímání situace a její vliv na psychiku a partnerský vztah velmi individuální. V případě paní Š. se partner na rozhodování neměl možnost podílet, vzhledem k tomu, že od početí již nebyli v kontaktu. Je ale zjevné, že ho otěhotnění bývalé partnerky nezajímalo, vzhledem k tomu, že o jejím těhotenství zprostředkovaně věděl, ale nepokusil se ji nijak kontaktovat a vzniklou situaci řešit. Beckermannová (2007, s.32) popisuje v těchto případech interrupci

často jako mstu ženy partnerovi, za to, že ji opustil. Já se ovšem domnívám (v souladu s názorem paní Š.), že v tomto případě bylo otěhotnění spíše buďto mstou partnera za rozchod, nebo pouze shodou nepříznivých náhod, a interrupce již jen nevyhnutelným východiskem. Paní Š. sama od sebe bývalého partnera nekontaktovala, o vztah nestála, a takový člověk, jak bývalého partnera popsala, by jí jistě mnoho opory neposkytl. Obrátila se na svoji matku, které důvěřovala, a u ní našla očekávanou podporu a pomoc.

Při hledání možných variant řešení obě respondentky pociťovaly obavy z budoucnosti, kterou by narození dítěte v obou případech značně ovlivnilo, a negativní emoce vůči partnerům. U paní J. se jednalo o rozhořčení z manželova distancování se od zodpovědnosti, paní Š. cítila vztek vůči bývalému partnerovi, kvůli němuž se v této nelehké situaci ocitla. Při zvažování důsledků se obě respondentky zabíraly především kvalitou života jak vlastního, tak dalších touto situací postižených osob. Ve fázi konečného rozhodnutí obě ženy jednoznačně a bez nátlaku okolí zvolily interrupci jako nejlepší řešení jejich problému. Průběh této fáze koresponduje s názorem Šráčka (in Bahounek et al., 2007, s.8-9), který tvrdí, že většina žen, které zažádají o umělé přerušování těhotenství, má toto rozhodnutí již dobře promyšlené. Obě respondentky jsou o správnosti vlastního rozhodnutí přesvědčeny i v současnosti, nicméně z rozhovorů vyplynulo, že považují interrupci za něco, co „není správné“ a cítí se svým rozhodnutím poznamenány. Jejich pocity vystihuje vyjádření psychiatričky Hany, která byla jednou z respondentek v diplomové práci Mackové (2010, s.54): „*V podstatě každá žena má v sobě to svědomí, každá žena cítí a vnímá, že je to špatně.*“

11.2 Faktory, které ovlivnily rozhodování

Autoři australské studie o důvodech žen zvažujících či absolvujících interrupci (Kirkman et al., 2010) uvádí, že žádná z respondentek jejich výzkumu nezmínila jako důvod fakt, že těhotenství je neplánované. Jejich důvody se vždy týkaly důsledků pokračujícího těhotenství. V případě paní J. neměla „neplánovanost“ na další osud těhotenství významný vliv, klíčovým důvodem byl špatný zdravotní stav a jeho potenciální vliv na vývoj plodu. I ze slov paní J. je patrné, že „pouze neplánované“ těhotenství by zřejmě ukončit nenechala: „*Kdybych byla zdravá, tak by mi to svědomí nedovolilo.*“ „*Jak se to kolem mě*

odvívjelo, ty komplikace, tak jsem to (těhotenství) brala jako součást té nemoci, ale tříměsíční (plod) už bych pryč nedala.“ „Já jsem tu sepsi brala jako berličku, že to za mě v podstatě rozhodl někdo jinej. Rozhodovat se sama by bylo mnohem horší.“

Na druhou stranu u paní Š. hrála „neplánovanost“ těhotenství větší roli. *„Já jsem o to dítě nestála, protože jsem věděla, že to bylo nechtěný, vysloveně nechtěný...(…)…já jsem s tím nepočítala, nečekala jsem to.“* Otěhotnění s nevhodným partnerem, navíc již po rozchodu a v začátku nového vztahu, společně se snahou nepřidělat problémy sobě ani svému okolí, vedly k jasné volbě interrupce.

Jiná australská studie (Kirkman et al., 2009) vytvořila na základě přezkoumání mnoha výzkumů všeobecný souhrn důvodů k podstoupení interrupce. Tyto důvody byly rozděleny do tří kategorií obsahujících další podkategorie:

- **Důvody zaměřené na ženu** – špatné načasování, fyzické/duševní zdraví, nechce mít žádné děti, nechce více dětí, nechce postižené dítě
- **Důvody zaměřené na ostatní** – partner, potenciální dítě, stávající děti, vliv okolí, násilí
- **Materiální důvody**

Ze studie také vyplynulo, že důvodů pro interrupci existuje obvykle více než jen jeden, ve většině případů se jedná o komplexní problém s mnoha aspekty a úhly pohledu. Stejně tak tomu bylo i u respondentek v mém výzkumu. V důvodech zaměřených na ženu lze částečně hovořit o špatném načasování v případě paní Š., nicméně v jejím případě je nutné zahrnout i aspekt otěhotnění s nevhodným partnerem, protože v samotném načasování by zřejmě až takový problém nebyl. U paní J. se jedná o kombinaci zdravotních potíží, zamýšlené kompletnosti rodiny a obav z postižení dítěte. V kategorii důvodů zaměřených na ostatní je poměrně zajímavé zmínit, že paní J. vůbec neuvažovala o vlivu potenciálního dítěte na její stávající děti, zmiňovala pouze vliv na život její a manželův. Možná se domnívala, že život dospívajících, kteří již mají své zájmy a tráví mnoho času mimo domov, by narození dalšího sourozence příliš neovlivnilo. U paní Š. lze v této kategorii zmínit myšlenky o vlastním vztahu k nenarozenému dítěti a o následném osudu a případné

stigmatizaci dítěte bez biologického otce v hypotetické nové rodině. Materiálními důvody argumentovala pouze paní Š. – zmínila nezajištěnost a velké zatížení vlastních rodičů, které by jim jako svobodná matka minimálně dočasně způsobila.

O vlivu okolí nelze hovořit ani u jedné z respondentek – v obou případech byla záležitost převážně tajemstvím sdíleným pouze s několika nejbližšími osobami. Nemohlo tedy docházet k negativním společenským vlivům, zmíněným ve studii Kirkman et al. (2010) – stigmatizaci jak za nevhodné/neplánované otěhotnění, tak i za následné umělé ukončení těhotenství. Také považuji za nutné zmínit se o podkategorii násilí – v případě paní Š. se můžeme pouze domnívat, jak moc dobrovolný či nedobrovolný pohlavní styk s bývalým přítelem byl, respondentka si nepřála detailněji tuto situaci rozebírat a její přání bylo samozřejmě respektováno.

11.3 Další aspekty

Ani jedna z respondentek nepocítila závažné příznaky postabortivního syndromu, což je v souladu s výsledky studií uvedených v teoretické části (Major et al., 2000, Charles et al., 2008). V diplomové práci Vaškové (2013, s.87) ale například v kvalitativním výzkumu převažovaly ženy, u kterých se psychické potíže po interrupci objevily. Je tedy jasné, že každá žena prožívá celý proces od zjištění nechtěného těhotenství po vyrovnání se s interrupcí jinak a jinak vzniklou situaci zvládá. Respondentky z řad psychiatrů v diplomové práci Mackové (2010, s.56) zdůrazňují důležitost tzv. podpůrné sítě – tedy pomoci a podpory ze strany blízkých osob, která napomáhá lepšímu zvládnutí situace a vyrovnání se s traumatem. Paní Š. měla velkou oporu ve své matce, která z mého pohledu situaci dobře zvládla, neuchýlila se k výčtkám ani nenutila dceři žádné řešení, pouze naslouchala, nabídla pomocnou ruku a následně pomohla s realizací interrupce, kterou si paní Š. dobrovolně zvolila. Nový přítel paní Š. (a její současný manžel), jí byl dle jejích slov také velkou oporou, nabízel jí i variantu sňatku a vychovávání dítěte společně. Obávám se ale, že ve svých sedmnácti letech si plně neuvědomoval následky tohoto kroku, který by v budoucnosti mohl způsobit mnoho potíží a nedorozumění, což duchaplně vytušila paní Š.. Paní J. uvedla, že největší oporou jí byl manžel, se kterým vzniklou situaci nejvíce řešila. Na mě to ale působí jako velký paradox (což i ona sama dodala), vzhledem

k jeho distancování se od rozhodování a ponechání „všeho“ na jejích bedrech, což paní J. sice ustála, ale zřejmě právě to na ní zanechalo následky – Meniérovu chorobu, se kterou se potýká dodnes. Tuto situaci popisují i psychiatři z diplomové práce Mackové (2010, s.58) – dokládají zkušenosti s klientkami, které jejich pomoc nejprve vyhledaly z úplně jiných důvodů, načež později vyšlo najevo, že mají za sebou interrupci, po které se dané problémy objevily, a může tedy být jednou z jejich možných příčin.

Za zmínku jistě stojí i otázka antikoncepčních metod, které respondentky užívaly v době nechtěného otěhotnění. U paní J. se jednalo o výpočet plodných a neplodných dní. Pearlův index (= index spolehlivosti) je u této metody 20-25, což značí, že se nejedná o příliš spolehlivou metodu antikoncepce. (Slezáková, 2017, s.103) S podivem zůstává, že paní J. neplánovaně otěhotněla až po cca patnácti letech praktikování této metody. Zřejmě v tomto případě opravdu došlo k psychickému ovlivnění ovulace, protože do té doby tento způsob ochrany před početím evidentně spolehlivě fungoval, pravděpodobně díky pravidelnosti menstruačního cyklu. Je tedy na jednu stranu pochopitelné, že manželé neměli důvod hledat jinou spolehlivější antikoncepční metodu, na druhou stranu to ale lze v dnešní době „otevřených možností“ považovat za nezodpovědnost. V případě paní Š. se především jednalo o celospolečenský problém tabuizace sexuality a nedostupnosti antikoncepčních prostředků. Z rozhovoru vyplynulo, že jedinou možností byla přerušovaná soulož, tedy „*spolehnout se na chlapa*“. Pearlův index této metody se pohybuje v hodnotách 20 a vyšších, opět tedy málo spolehlivá ochrana před početím. (Slezáková, 2017, s.103) Nicméně paní Š. otěhotněla až po půlročním vztahu, a to navíc ve chvíli, kdy partner pod vlivem léků tuto metodu nezvládl aplikovat, je tedy pochopitelné, že přerušovanou soulož považovala za účinnou ochranu před početím, navíc v době, kdy nebylo mnoho možností, jak se jinak chránit. Trochu mě ale překvapil názor na nespolehlivost kondomů a nezáměr o ně – zřejmě v té době ještě nebylo takové povědomí o sexuálně přenosných chorobách, opět nejspíš vlivem tabuizace tohoto tématu. V dnešní době už jsou ale informace o antikoncepci i antikoncepční prostředky snadno dostupné, lze tedy ve velké míře vznik nechtěných těhotenství eliminovat. Na osvětě a edukaci nejen mládeže by se měly rovněž podílet i porodní asistentky.

Možnost promluvit si o svých problémech s porodní asistentkou a probrat různé možnosti, nebyla nabídnuta ani jedné z respondentek. Nutno ale říci, že obě ženy shodně uvedly, že by takovou pomoc ani neocenily. Byly již pro interrupci pevně rozhodnuté a intervenci porodní asistentky by shodně považovaly za snahu přemluvit je k opaku (což ale úkolem porodní asistentky rozhodně není). Tuto pomoc, dle mého názoru, spíše využijí ženy, které jsou k interrupci nuceny okolím či okolnostmi, ale ony samy by nejraději v těhotenství pokračovaly, a potřebují se proto poradit, jaké mají možnosti. Může se také jednat o ženy, které nemají v blízkém okolí nikoho, komu by se mohly se svými potížemi svěřit.

Pro doplnění informací ohledně poradenství jsem se obrátila na vedoucí projektu Nesoudíme. Pomáháme. – Jaroslavu Trajerovou. Ta v e-mailové korespondenci uvedla, že dle jejích zkušeností je v naší populaci velmi malé povědomí o možnostech pomoci, a také informovanost o následcích interrupce je všeobecně velice nízká. Zmínila především opakující se výpovědi klientek, trpících psychickými potížemi po interrupci, které shodně uvádějí, že pokud by bývaly byly dostatečně informovány o možných psychických následcích, umělé přerušování těhotenství by nikdy nepodstoupily. Celkově se od ledna do poloviny března letošního roku na Linku pomoci obrátilo 78 žen a tři muži, z čehož 32 žen se rozhodlo o osudu vlastního těhotenství a 16 žen se potýkalo s příznaky postabortivního syndromu. Další klientky požádaly o pomoc v sociálně-právních záležitostech, řešily neplodnost, antikoncepci, vztahové problémy a podobně. Zajímavou informací také je, že se na Linku pomoci obrací i ženy, které podstoupily interrupci i před více než 20 lety, a které tato záležitost celý život trápí a stydí se za ni. Podobné pocity vyplývají i z výpovědí obou mých respondentek a svědčí o skutečnosti, že umělé přerušování těhotenství hluboce zasahuje do svědomí ženy.

V příloze č.2 jsem jako praktický výstup mé bakalářské práce zpracovala soupis podpůrných institucí v České republice, na které se mohou ženy v situaci, kdy nechtěně otěhotní, obrátit. A dále pak seznam porodních asistentek, které jsou takového poradenství schopny poskytnout přímo v Plzeňském kraji. V příloze č.3 je uveden návrh informačního letáčku, který by mohl napomoci k rozšíření povědomí veřejnosti o možnostech

poradenství, které jsou v situaci nechtěného těhotenství k dispozici, a také zvýraznit postavení porodních asistentek v této problematice.

11.4 Limity práce

Jednou z nevýhod kvalitativního výzkumu je dle Hendla (2016, s.48-49) nemožnost výsledky zobecnit a aplikovat na celou populaci. Možnost zobecnění by měla být zajištěna náhodným výběrem respondentů, nicméně toto není ve většině případů možné. Pro výzkum v této bakalářské práci nebylo, vzhledem k citlivosti zkoumaného tématu, jednoduché sehnat respondentky. Jediným kritériem pro výběr proto byla ochota o své zkušenosti s interrupcí hovořit. Motivem respondentek pro účast na tomto výzkumném šetření byla především snaha pomoci mi k dokončení studia – zkušenosti nemotivovaných žen by mohly být naprosto jiné. Další oblastí poněkud limitující vlastní výzkum je poměrně dlouhá doba, před kterou respondentky podstoupily interrupci. V jednom případě se jedná o 15 let, v druhém dokonce o 30 let. Přesto je až pozoruhodné, do jakých detailů si obě ženy i s velkým časovým odstupem svoji zkušenost pamatují, zřejmě se jim opravdu nesmazatelně vryla do paměti.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byl pohled na interrupci, kterou ženy podstoupily na základě vlastní volby. Teoretická část práce byla zaměřena na teoretická východiska dané problematiky – techniku provádění interrupce, legislativní rámec, etické a psychologické aspekty a úlohu porodních asistentek. Praktická část byla pojata jako kvalitativní šetření, jehož hlavním cílem bylo hloubkově analyzovat proces rozhodování žen v situaci nechtěného těhotenství. Výzkum byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů se dvěma respondentkami, které podstoupily umělé přerušování těhotenství na vlastní žádost. Z důvodu náročnosti zkoumaného tématu se pro výzkum nepodařilo získat respondentky s čerstvou zkušeností, od zákroku v jednom případě uplynulo 15 let, v druhém případě dokonce 30 let. Nicméně i přes takto dlouhou dobu si obě ženy celou záležitost velice detailně pamatovaly a rozhovory proto byly cenným zdrojem zajímavých a podnětných informací.

Kromě hlavního cíle, analýzy procesu rozhodování, bylo dále snahou identifikovat faktory, které ovlivnily rozhodování ve prospěch interrupce, porovnat přístup a prožitky ženy bezdětné a ženy již mající děti, a také objasnit účel a podstatu psychické opory v takto náročné životní situaci. Tyto cíle byly splněny. Z výzkumného šetření vyplynulo, že vnímání celé situace a její zvládnání je vysoce individuální záležitostí. Základní rysy rozhodovacího procesu a taktéž prožitky v jeho průběhu se ale u respondentek nijak výrazně nelišily. Co se týče faktorů, které ovlivnily rozhodování, ty mohou být samozřejmě diametrálně odlišné, především v závislosti na životní situaci každé ženy, lze je ale zařadit do shodných oblastí. Z toho je možné usuzovat, že při rozhodování o osudu svého nechtěného těhotenství promýšlí ženy, bez ohledu na věk a situaci, často stejné či podobné aspekty. Ukázalo se také, že podpora blízké osoby hraje ve zvládnání celé situace velkou roli. Absence opory a pomoci může mít značný vliv i v budoucím životě ženy, kdy se může projevit například ve formě zdravotních obtíží.

Tvorba této bakalářské práce a zejména realizace výzkumu mě obohatila jak v oblasti teoretických znalostí, tak především pochopením náročnosti zkoumané problematiky. Doposud jsem se mylně domnívala, že podstoupení interrupce je lehkotvárný čin, pouze forma rychlého úniku z nepříjemné situace. Po rozhovorech s respondentkami

jsem ale pochopila, že rozhodování, zda interrupci podstoupit, či nikoliv, je velmi obtížné a je nutné zvážit veškeré okolnosti i důsledky, které ta či ona volba přinese.

Domnívám se, že této tématice by bylo vhodné se dále věnovat především v rámci kvantitativního výzkumu. Bylo by jistě přínosné zpracovat kvantitativní pohled na důvody žen k podstoupení interrupce, či se zaměřit na zkušenost porodních asistentek s poradenstvím v oblasti umělého přerušování těhotenství, a zejména zjistit, jaký je reálný zájem žen o tuto službu a jejich informovanost o existujících možnostech podpory. Tento text by mohl sloužit jako inspirace pro porodní asistentky, které se s problematikou setkávají, a mohl by jim být nápomocný k pochopení některých situací.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tituly v českém jazyce:

1. ALCORN, Randy, 2011. *Proč chránit nenarozený život: péče o nenarozené děti a jejich matky*. Praha: Návrat domů. 141 s. ISBN 978-80-7255-242-9.
2. BECKERMANNOVÁ, Hildegard, 2007. Muži a problémy s těhotenstvím. In: *Proč pláčeš, Miriam: Utrpení žen po umělém potratu*. 2. vyd. Jihlava: Hnutí pro život ČR, s. 31-35. ISBN 978-80-239-7524-6.
3. CARBONE, Giorgio, 2011. Lidské embryo: někdo, nebo něco?. In: ČERNÝ, David a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, s. 14-47. ISBN 978-80-7357-648-6.
4. ČAČKA, Otto, 2002. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. 3. opr. vyd. Brno: Doplněk. 382 s. ISBN 80-7239-107-0.
5. ČECH, Evžen et al., 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. ČEPICKÝ, Pavel, 1999. Psychosomatické aspekty v gynekologii a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **8(3)**, 199-200. ISSN 1211-1058.
7. ČERNÝ, Milan a SCHELLEOVÁ, Ilona, 2003. *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. Praha: Eurolex Bohemia. 56 s. ISBN 80-86432-60-2.
8. ČERNÝ, David a JURIGOVÁ, Martina, 2011. Lidské embryo v perspektivě bioetiky. In: ČERNÝ, David a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, s. 51-122. ISBN 978-80-7357-648-6.
9. DAVID, H.P., DYTRYCH, Zdeněk a MATĚJČEK, Zdeněk, 2003. Jaké šance na úspěch mají nechtěné děti?. *Psychologie dnes*. **9(9)**, 28-30. ISSN 1212-9607.
10. DOLISTA, Josef, 2011. Předmluva. In: ČERNÝ, David a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha : Wolters Kluwer ČR, s.VIII-XVIII. ISBN 978-80-7357-648-6.
11. DOLISTA, Josef a SAPÍK, Miroslav, eds., 2008. *Studie z bioetiky III. České Budějovice: Jihočeská univerzita*. 222 s. ISBN 978-80-7394-004-1.

12. DUDOVÁ, Radka, 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. 177 s. ISBN 978-80-7330-214-6.
13. FINNIS, John M., 1991. Právní aspekty potratu. In: *Úcta k životu I. – Život nenarozený*. Praha: Zvon, s. 55-56. ISBN 80-7113-010-9.
14. FIŠEROVÁ, Lenka, 2009. *Problematika interrupcí z etického hlediska s důrazem na hodnotu lidského života*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Tomáš DVOŘÁČEK.
15. FREEDOVÁ, Luci a SALAZAROVÁ, Penny Y., 2008. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. Praha: Paulínky. 199 s. ISBN 978-80-86949-44-4.
16. FUKALOVÁ, Drahoslava, 2007. Psychologické hledisko. In: BAHOUNEK, Jiří a kol. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: Key Publishing, s. 51-58. ISBN 978-80-87071-09-0.
17. HACH, Petr, 2011. Etické problémy současné embryologie a reprodukční medicíny. In: ČERNÝ, David a kol. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, s. 1-13. ISBN 978-80-7357-648-6.
18. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4., aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
19. HANSMANOVÁ, Lenka, 2004. Etické problémy v porodnictví a gynekologii. In: IVANOVÁ, Kateřina a KLOS, Robert. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. s.41-53. ISBN 80-244-0892-9.
20. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
21. IVANOVÁ, Kateřina, 2005. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. 94 s. ISBN 80-7368-069-6.
22. IVANOVÁ, Kateřina, 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
23. JÁNSKÁ, Elisabeta, 2016. *Postabortivní syndrom*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Filozofická fakulta. Vedoucí práce Klára MACHŮ.

24. JEMELKA, Petr, 2008. *Bioetika*. Brno: Masarykova univerzita. 68 s. ISBN 978-80-210-4626-9.
25. KEZNIKLOVÁ, Bohdana, 2007. *Interrupce nebo život svobodné matky*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Tomáš DVOŘÁČEK.
26. KOŘENEK, Josef, 2002. *Lékařská etika*. Praha: Triton. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
27. KŘEPELKA, Petr, 2011. Komunikace a etika v gynekologii a porodnictví. In: PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 105-116. ISBN 978-80-247-3976-2.
28. KÜMMEL, Jan a JANKŮ, Petr, 2007. Legální anonymní odložení novorozence – současné možnosti v ČR. *Praktická gynekologie*. **11**(4), 174-176. ISSN 1211-6645.
29. KUŘE, Josef, 2012. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 114 s. ISBN 978-80-210-5951-1.
30. LABUSOVÁ, Eva, 2006. Interrupce je problém, ale musí mít řešení. *Porodní asistence*. **2**(3), 17-18. ISSN 1801-5808.
31. LAJKEP, Tomáš, 2004. *Etika, sex a reprodukce*. Zbraslavice: Farmclub. 115 s. ISBN 80-239-2243-2.
32. MACKOVÁ, Šárka, 2010. *Postabortivní syndrom*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Jarmila ŠTASTNÁ.
33. MATĚJČEK, Zdeněk, 2004. *Psychologické eseje: (z konce kariéry)*. Praha: Karolinum. 209 s. ISBN 80-246-0892-8.
34. MATĚJČEK, Zdeněk a LANGMEIER, Josef, 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama. 365 s. ISBN: 11-060-86.
35. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozšř. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
36. MUNZAROVÁ, Marta, 2000a. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*. Brno: Masarykova univerzita. 67 s. ISBN 80-210-2416-X.

37. MUNZAROVÁ, Marta, 2000b. *Vybrané kapitoly lékařské etiky III. Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*. Brno: Masarykova univerzita. 57 s. ISBN 80-210-2417-8.
38. ONDOK, Josef Petr, 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton. 214 s. ISBN 80-7254-486-1.
39. ONDRIOVÁ, Iveta a SLANINKOVÁ, Janka, 2012. Problematika interrupcí v etickém kontextu. *Sestra*. **22**(3), 38-40. ISSN 1210-0404.
40. PIDRMAN, Vladimír, 2007. Posttraumatická stresová porucha (PTSD). *Praktický lékař*. **87**(10), 615-617. ISSN 0032-6739.
41. PILKA, Radovan a kol., 2017. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 332 s. ISBN 978-80-7345-530-9.
42. POZAIĆ, Valentin, 2005. Status lidského zárodku a plodu. In: ŠIPR, Květoslav a kol., eds. *Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 14-22. ISBN 80-244-1278-0.
43. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
44. REARDON, David C., 2012. Seznam závažných fyzických komplikací umělého potratu. In: *Nejmenší z nás: sborník příspěvků interdisciplinární konference o právní ochraně osob před narozením*. Moravská Ostrava: Bios - Společnost pro bioetiku. s.195-197. ISBN 978-80-260-3195-6.
45. RHODESOVÁ, Rosamond, 2000. Rozmnožování, potrat a práva. In: THOMASMA, David C. a KUSHNEROVÁ, Thomasine, eds. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, s. 72-83. ISBN 80-204-0883-5.
46. ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
47. ROUBÍČKOVÁ, Petra, 2017. *Přímé osvojení dětí v nové legislativní úpravě občanského zákoníku*. Praha. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce Hana HEJNÁ.
48. RYBOVÁ, Zdeňka, 2007. Muži a problémy s těhotenstvím. In: *Proč pláčeš, Miriam: Utrpení žen po umělém potratu*. 2. vyd. Jihlava: Hnutí pro život ČR, s.6. ISBN 978-80-239-7524-6.

49. SCHELLE, Karel, 2007. Právní hledisko. In: BAHOUNEK, Jiří a kol. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: Key Publishing, s. 19-50. ISBN 978-80-87071-09-0.
50. SHAIN, Rochelle N., 1991. Potraty v preindustriálních a přechodných společenských formacích. In: *Úcta k životu I. – Život nenarozený*. Praha: Zvon, s. 33-35. ISBN 80-7113-010-9.
51. SKOŘEPA, Michal, 2005. *Rozhodování jednotlivce: teorie a skutečnost*. Praha: Karolinum. 155 s. ISBN 80-246-0960-6.
52. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
53. SLÍPKA, Jaroslav, 2012. *Základy embryologie*. Praha: Karolinum. 122 s. ISBN 978-80-246-2051-0.
54. SLÍŽOVÁ, Dagmar, 2007. Téměř magické označení „PAS“ (= postabortivní syndrom). In: MICHALČÍK, Marek. *Kto uverí mi? Slovenské matky svedčia o potrate*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, s.92-101. ISBN 978-80-7165-607-4.
55. STADELMANN, Ingeborg, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. přeprac. vyd. Praha: One Woman Press. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
56. STEINPACH, Richard, 2005. *Je spravedlnost při zrození?: skryté souvislosti určují náš pozemský život*. 2. vyd. Stuttgart : Stiftung Gralsbotschaft. 74 s. ISBN 3-87860-359-2.
57. STOLÍNOVÁ, Jitka, 2004. Právní aspekty antikoncepce, sterilizace a interrupce. *Moderní babičtví*. 2(3), 39-44. ISSN 1214-5572.
58. ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing. 222 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
59. ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, MORAVCOVÁ, Markéta a ZAJÍČKOVÁ, Markéta, 2015. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce. 120 s. ISBN 978-80-7395-860-2.
60. ŠRÁČEK, Jiří, 2007. Lékařské hledisko. In: BAHOUNEK, Jiří a kol. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: Key Publishing, s. 7-17. ISBN 978-80-87071-09-0.
61. ŠTROMEROVÁ, Zuzana a kol., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

62. TRÁVNÍK, Pavel a ČECH, Svatopluk, 2011. *Základy obecné a speciální embryologie pro klinické embryology*. Brno: YBUX. 143 s. ISBN 978-80-904697-0-9.
63. UZEL, Radim, 2000. Pohled lékaře. In: PEKÁRKOVÁ, Milena. *Potrat ano – ne, aneb na pokraji života*. Praha: Grada. s. 9-26. ISBN 80-7169-922-5.
64. VÁCHA, Marek Orko, 2008. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země: o kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. Brno: Cesta. 255 s. ISBN 978-80-7295-104-8.
65. VAŠKOVÁ, Andrea, 2011. *Interrupce jako sociální jev a její vliv na psychiku ženy*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Antonín ŘEHOŘ.

Tituly v anglickém jazyce:

1. BROWN, Audrey H., 2007. Unwanted pregnancy. In: COCKBURN, Jayne a PAWSON, Michael. *Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical management*. London: Springer, s. 237-246. ISBN 18-462-8808-8.
2. KIRKMAN, Maggie et al., 2009. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*. **12**(6), 365–378. ISSN 1434-1916.
3. KIRKMAN, Maggie et al., 2010. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. *Sexual & Reproductive Healthcare*. **1**(4), 149-155. ISSN 1877-5756.

Internetové zdroje:

1. BABEL, Susanne, 2010. Post Abortion Stress Syndrome (PASS) – Does It Exist?. In: *Psychology Today* [online]. 25.10. [cit. 17.2.2018]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/somatic-psychology/201010/post-abortion-stress-syndrome-pass-does-it-exist>

2. CALDA, Pavel a ČEPICKÝ, Pavel, 2009. Jak postupovat v prevenci RhD aloimunizace v těhotenství. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. [online]. 1, 61-63 [cit.3.2.2018]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2009_15.pdf
3. CENAP – *Centrum naděje a pomoci*, 2018 [online]. [cit.8.1.2018]. Dostupné z: <https://www.cenap.cz/poradna-pro-zeny-a-divky>
4. Ceník nadstandardních služeb, (nedat.). In: *Gynekologicko-porodnická klinika - Fakultní nemocnice Plzeň*. [online]. [cit.20.2.2018]. Dostupné z: <http://gpk.fnplzen.cz/cs/node/298>
5. *Centrum sociálních služeb Praha*, 2018 [online]. [15.3.2018]. Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/24829-krizove-centrum-riaps>
6. ČURDOVÁ, Anna, 2004. Ani ve starověku se interrupce nepokládaly za trestné. In: *Britské listy* [online]. 1.4. [cit. 26.11.2017]. Dostupné z: <https://legacy.blisty.cz/art/17540.html>
7. *Dlaň života – obecně prospěšná společnost*, 2018 [online]. [cit.8.1.2018]. Dostupné z: http://www.dlanzivotu.cz/poradna_cesta_tehotenstvim/poradna_cesta_tehotenstvim_sluzby
8. ESIPA, 2012-2017 [online]. [cit. 16.2.2018]. Dostupné z: <https://esipa.cz/sbirka/sbrsv.dll/sb?DR=SB&CP=31980L0155>
9. FURNHAM, Adrian, 2015. Choosing to Be Child-free. In: *Psychology Today* [online]. 21.4. [cit. 17.2.2018]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/sideways-view/201504/choosing-be-child-free>
10. GIUBILINI, Alberto a MINERVA, Francesca, 2012. After-birth abortion: why should the baby live? In: *Journal of Medical Ethics* [online]. 23.2. [cit. 16.2.2018]. Dostupné z: <http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411>
11. *Hnutí pro život ČR*, 2018 [online]. [cit. 28.1.2017]. Dostupné z: <https://hnutiprozivot.cz>
12. CHARLES, Vignetta et al., 2008. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. [online]. 78(6), 436-450. [cit.

- 6.2.2018]. ISSN 0010-7824. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782408003697>
13. *Children by Choice*, 2018 [online]. [cit. 1.2.2018]. Dostupné z:
<https://www.childrenbychoice.org.au/>
 14. KABRHEL, Miroslav, 2013. Právní úprava interrupce od r. 1950. In: *Law Portal* [online]. 13.6. [cit. 26.11.2017]. Dostupné z: <http://www.lawportal.cz/pravni-uprava-interrupce-od-roku-1850/>
 15. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?, 2014. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. 14.5.[cit.16.2.2018]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html
 16. MAJOR, Brenda et al., 2000. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*. [online]. **57**(8), 777-784. [cit.2.1.2018]. ISSN 1538-3636. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920466>
 17. Medikamentózní ukončení gravidity – abortiva registrovaná v ČR, 2014. In: *Edukafarm* [online]. 3.7. [cit.26.11.2017]. Dostupné z:
<http://www.edukafarm.cz/c1356-medikamentozni-ukonceni-gravidity-abortiva-registrovana-v-cr>
 18. Mezinárodní etický kodex porodních asistentek (ICM), 2018. In: *UNIPA – Unie porodních asistentek*. [online]. [cit.16.2.2018]. Dostupné z:
<https://www.unipa.cz/mezinarodni-eticky-kodex-porodnich-asistentek-icm/>
 19. *Na počátku*, 2018 [online]. [cit.8.1.2018]. Dostupné z: http://napocatku.cz/?page_id=34
 20. RUE, Vincent, 1997. Psychologická rizika potratu. In: *Prolife.cz* [online]. 26.1. [cit.2.1.2018]. Dostupné z: <http://www.prolife.cz/potrat/?id=113>
 21. SAJADI-ERNAZAROVA, Karima R. a MARTINEZ, Christopher L., 2017. Abortion, Complications. In: *National Center for Biotechnology Information*. [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2017 Jun-. 15.11.2017 [cit.6.12.2017]. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430793/>
 22. Sbírká zákonů a Sbírká mezinárodních smluv, 2017. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. [cit. 2.2.2018] Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

23. STEINBERG, Julia R. a FINER, Lawrence B., 2012. Coleman, Coyle, Shuping, and Rue make false statements and draw erroneous conclusions in analyses of abortion and mental health using the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*. [online]. 46(3), 407-411. [cit. 20.2.2018]. ISSN 0022-3956. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699180/>
24. *United Nations. Informační centrum OSN v Praze*, 2018 [online]. [cit. 30.1.2018]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/knihovna/dokumenty/>
25. ÚZIS ČR, 2018 [online]. [cit. 11.2.2018]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/potravy>
26. VAN DITZHUIZEN, Jenneke et al., 2015. The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception*. [online]. 92(3), 146-253. [cit.6.2.2018]. ISSN 0010-7824. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26002806>
27. *Women on Waves*, 2017 [online]. [cit. 17.11.2017]. Dostupné z: <https://www.womenonwaves.org>
28. WULF, Deirdre, 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. [online]. New York: The Alan Guttmacher Institute [cit. 19.2.2018]. ISBN: 0-939253-47-X. Dostupné z: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/sharing.pdf>
29. E-mailová korespondence s Jaroslavou Trajerovou [online], 14.-19.3.2018, jaroslava.trajerova@hnutiprozivot.cz

SEZNAM TABULEK

Tab. č.1: Proces rozhodování

Tab. č.2: Faktory, které ovlivnily rozhodování

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č.2: Kontakty na pomocné organizace

Příloha č.3: Návrh informačního letáčku

Příloha č.1: Informovaný souhlas s rozhovorem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

INTERRUPTCE JAKO VOLBA ŽENY

STUDENT

Lenka Šmídová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
lenkasmidova15@gmail.com

VEDOUcí BP

PhDr. Jana Horová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
jhorova@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je analyzovat proces rozhodování žen o osudu svého těhotenství, identifikovat klíčové motivy, které ovlivnily výsledné rozhodnutí ve prospěch interrupce a zjistit, jak ženy prožívaly situaci s určitým časovým odstupem.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č.2: Kontakty na pomocné organizace

LINKA POMOCI

- organizuje Hnutí pro život ČR v rámci projektu Nesoudíme.Pomáháme.
- tel.č.: **800 108 000**
- e-mail: **poradna@linkapomoci.cz**

PORADNA PRO ŽENY A DÍVKY

- funguje v rámci Centra naděje a pomoci (CENAP) v Brně
- tel.č.: **543 254 891**
- e-mail: **cenap@cenap.cz**

PORADNA CESTA TĚHOTENSTVÍM

- organizuje společnost Dlaň životu o.p.s. v Ostravě,
- tel.č.: **605 32 92 32**
- e-mail: **poradna@dlanzivotu.cz**

PORADNA NA POČÁTKU

- funguje v rámci společnosti Na počátku o.p.s. v Brně
- tel.č.: **774 440 821** nebo **548 221 405**
- e-mail: **poradna@napocatku.cz**

KRIZOVÉ CENTRUM RIAPS

- zdravotnické zařízení fungující **NON – STOP**, možno navštívit **pouze osobně**
- adresa: **Chelčického 39, 130 00, Praha 3**

Soukromé porodní asistentky v Plzeňském kraji:

(které se podařilo kontaktovat a uvedly, že jsou schopny toto poradenství poskytnout)

Mgr. Kateřina Ratislavová PhD. – porodní asistentka s psychoterapeutickým výcvikem
– e-mail: **ratislavova@gmail.com**, tel.č.: **607 955 842**

Mgr. Lucie Kašová – e.mail: **info@centrum-robotko.cz**, tel.č.: **725 039 105**

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová – e-mail: **LorenzovaE@seznam.cz**, tel.č.: **733 665 622**

Helena Matoušková – pracující v gynekologické ordinaci MUDr. Ivo Krause
– tel.č.: **608 170 955**

Příloha č.3: Návrh informačního letáčku



Neplánovaně těhotná?

Přemýšlíš o interrupci nebo jsi do ní nucena?

Cítíš se špatně po již proběhlé interrupci?

Potřebuješ to s někým probrat...popovídat si...utřídit myšlenky?

Kam se obrátit:

Linka pomoci - 800 108 000

Porodní asistentky na Plzeňsku:

*Mgr. Kateřina Ratislavová PhD. - ratislavova@gmail.com,
607 955 842*

Mgr. Lucie Kašová - info@centrum-robotko.cz, 725 039 105

*Mgr. Eva Hendrych Lorenzová - LorenzovaE@seznam.cz,
733 665 622*

Helena Matoušková – 608 170 955