

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

Marie Kašparová

Postaborční syndrom

Post Abortion Syndrome

Bakalářská práce

Praha 2009

Obor:	Sociální práce
Forma studia:	prezenční
Akademický rok:	2008/2009
Autor práce:	Marie Kašparová
Vedoucí práce:	PhDr. Olga Havránková
Oponent práce:	PhDr. Daniela Vodáčková
Datum obhajoby:	2009
Hodnocení:	

Bibliografický záznam

KAŠPAROVÁ, Marie. *Postaborční syndrom*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2009. 84 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Olga Havránková.

Anotace

Bakalářská práce „Postaborční syndrom“ zpracovává téma samotného těhotenství, psychických a fyzických následků samovolného potratu či umělého přerušeni těhotenství. Snaží se nastínit možnosti, které mohou ženy po potratu využít a v neposlední řadě poukazuje na odlišné přístupy k tématu umělému přerušeni těhotenství a jeho postavení v právním systému České republiky.

Klíčová slova

Těhotenství, spontánní potrat, umělé přerušeni těhotenství, postaborční syndrom.

Annotation

The bachelor thesis "Post Abortion Syndrome" covers the subject matter of pregnancy, mental and physical consequences of spontaneous abortion or induced abortion. There have been outlined the possibilities that can be used by women after abortion, and last but not least, the thesis adverts to different approaches to the theme of elective abortion and its position within the legal system of the Czech Republic.

Keywords

Gravidity, Spontaneous abortion, Abortion, Post Abortion Syndrome.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 19. května 2009

Marie Kašparová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Olze Havránkové za přínosné rady a odborný dohled nad mou prací. Také děkuji Doc. Ing. Daliboru Holdovi, CSc. za konzultaci a Prof. MUDr. Jaroslavovi Živnému, DrSc. za poskytnutí materiálu. Zároveň bych chtěla poděkovat ženám, které byly ochotné zodpovědět mé otázky.

Obsah

1	TĚHOTENSTVÍ	10
1.1	ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ	11
1.1.1	<i>Fyzické změny v těhotenství</i>	11
1.1.2	<i>Psychické změny v těhotenství</i>	12
1.2	NECHTĚNÉ TĚHOTENSTVÍ	14
1.3	TĚHOTENSTVÍ DOSPÍVAJÍCÍCH	15
2	TĚHOTENSKÁ ZTRÁTA	16
2.1	SAMOVLNÝ POTRAT	18
2.1.1	<i>Možné příčiny spontánního potratu</i>	19
2.1.2	<i>Druhy spontánních potratů a jejich průběh</i>	20
2.1.3	<i>Spontánní potrat a neplodnost</i>	21
2.2	UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ	21
2.2.1	<i>Druhy a postupy UPT</i>	22
2.2.2	<i>Vývoj počtu UPT</i>	24
2.2.3	<i>Postoj ČGPS ČLS JEP</i>	25
2.2.4	<i>Ideologie ovlivňující postoj k UPT</i>	26
2.3	ÚMRTÍ PLODU	28
3	POTRAT V PRÁVNÍM SYSTÉMU ČESKÉ REPUBLIKY	29
3.1	HISTORIE A SOUČASNÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA V ČESKÉ REPUBLICE	29
3.1.1	<i>UPT u nezletilých dívek</i>	31
3.1.2	<i>Interrupční komise</i>	31
3.2	STATISTIKA POTRATŮ V ČESKÉ REPUBLICE	33
3.2.1	<i>Počet potratů v roce 2008</i>	34
4	POSTABORČNÍ SYNDROM JAKO NÁSLEDEK POTRATU	34
4.1	FÁZE PAS	36
4.2	FYZICKÉ DOPADY POTRATU	37
4.2.1	<i>Možné komplikace operačního ukončení těhotenství</i>	38
4.2.2	<i>Pracovní neschopnost po potratu</i>	39
4.3	PSYCHICKÉ DOPADY POTRATU	39
4.3.1	<i>Psychické symptomy PAS</i>	40
5	ORGANIZACE, KTERÉ SE VĚNUJÍ PROBLEMATICE POTRATŮ	42
6	VÝZKUMNÁ ČÁST	45
6.1	CÍL VÝZKUMU	45
6.2	POPIS VÝZKUMU	46
6.3	VÝZKUM TÝKAJÍCÍ SE DOTAZOVANÝCH	46
6.4	CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY	47
6.5	OTÁZKY, KTERÉ BYLY DOTAZOVANÝM POLOŽENY	48
6.6	VÝZKUMNÝ PŘEDPOKLAD A JEHO VYHODNOCENÍ	50
7	DISKUZE	51
9	RESUMÉ	56
10	SUMMARY	57
11	SEZNAM ZKRATEK	58
12	POUŽITÁ LITERATURA	59
13	SEZNAM PŘÍLOH	62
14	PŘÍLOHY	63

Úvod

Domnívám se, že téma postaborčního syndromu (dále jen PAS) je téma, které není a ještě dlouho nebude tématem, o kterém by většina společnosti měla podstatné informace a mohla o něm diskutovat.

Cílem mé práce nebylo dokázat či naopak vyvrátit existenci PAS, o které se stále vedou spory mezi některými lékaři a organizacemi, které zastávají pro-life názor. Cílem práce naopak bylo ukázat, že žena po potratu může mít určité obtíže (ať už psychické či fyzické) a může potřebovat odbornou pomoc, na kterou má dle mého názoru nárok jako jakákoli jiná cílová skupina klientů. Systém péče o ženu po potratu ale není v naší zemi ještě v dostatečné, natož v komplexní formě.

PAS je typickým příznakem toho, že je nutné více a účinněji propojit zdravotní systém se systémem sociálních služeb. Sociální práce ve zdravotnictví je jednou z forem tohoto propojení. Bohužel se ale této kombinaci zatím nedostává tolik prostoru, aby měla své pevné místo v každém ze zdravotnických zařízení.

V teoretické části se věnuji samotnému těhotenství, jednotlivým druhům potratů a jejich dopadům na ženu. Následně jsem popsala vývoj postavení potratů v českém právním systému a vývoj počtu potratů od roku 1958 do roku 2008.

Věnovala jsem se také zmapování organizací, které se zabývají ženou po jakémkoli druhu potratu (případně i před umělým přerušением těhotenství) v České republice.

Ve výzkumné části jsem se pokusila zpracovat pocity žen, které spontánní potrat prodělaly či podstoupily umělé přerušení těhotenství.

1 Těhotenství

Těhotenstvím se nazývá období od oplodnění vajíčka ženy mužskou spermií do porodu či potratu. Oplodněné vajíčko se uhnízdí v děloze matky a nitroděložně se vyvíjí nejprve v zárodek (embryo), následně v plod (fetus). Těhotenství se může také nazývat gestace.

Donošené těhotenství trvá přibližně deset lunárních měsíců (280 dní = 40 týdnů) a je rozděleno do tří trimestrů. Termín porodu se určuje podle poslední menstruace, proto nemusí být vždy přesný, od prvního dne poslední menstruace odečteme tři měsíce a přidáme sedm dnů. Dalším ukazatelem stáří plodu jsou pohyby. U prvorodiček se uvádějí první poznatelné pohyby ve 20. týdnu, u vícerodiček v 18. týdnu. Tento rozdíl je dán větší vnímavostí matky, protože prvotní pohyby jsou tak málo rozeznatelné, že je prvorodička buď spíše přisuzovat např. trávení.

Pokud se dítě narodí před 36. týdnem gestace, je považováno za nedonošené (nezralé, předčasně narozené), jestliže se narodí po 42. týdnu, je označováno za přenošené.

Žena je po dobu svého těhotenství pravidelně kontrolována lékařem. Absolvuje celkové vstupní vyšetření a pravidelné prohlídky (gynekologické prohlídky, kontrola váhového přírůstku, kontrola prsů, zevní měření pánve, měření krevního tlaku, kontrola plodu (např. ozvy), vyšetření moči), podrobuje se opakovaným krevním odběrům, ultrazvukům a případným dalším speciálním vyšetřením, pokud to její anamnéza, vlastní stav či stav plodu vyžaduje.

Důležitým vyšetřením je tzv. amniocentéza. Amniocentéza slouží ke zjištění případného genetického postižení plodu a toto vyšetření se neprovádí plošně všem matkám. Je doporučeno matkám, kterým vyšel pozitivní biochemický screening (krevní testy) či ultrazvukový nález

vývojové vady plodu, ženám, které mají vlastní či rodinnou genetickou zátěž a ženám nad 35 let věku. Výkon se provádí ve zdravotnických zařízeních specializovaných na prenatální diagnostiku. Provádí se ambulantně mezi 15. - 20. týdnem těhotenství. Výkon není bolestivý, pod kontrolou ultrazvuku se jehlou přes břišní stěnu těhotné ženy odebere malé množství plodové vody (15-30 ml). Místo vpichu se volí tak, aby bylo bezpečné pro matku i pro plod. Plod si během několika dnů obnoví odebrané množství plodové vody. Plodovou vodu pak zpracuje genetická laboratoř a vyhotoví výsledek. Protože se ale jedná o invazivní vyšetření, má své (byť velmi malé) riziko. Výskyt spontánní potratu je nižší než 1% (Evans, 2006, str. 28). Vědomí tohoto vyšetření a očekávání výsledků je pro matku a její okolí nepříjemným obdobím. Proto je nutné všechny informace ženě přesně vysvětlit a mít pochopení pro její nervozitu.

1.1 Změny v těhotenství

Během těhotenství dochází v těle matky k obrovským změnám, jak ke změnám fyzickým, tak dochází i ke změnám psychickým, které jsou vyvolány mimo jiné hormonálními změnami.

1.1.1 Fyzické změny v těhotenství

Postupně může dojít:

- zvětšování dělohy a prsou,
- matka přibývá na váze a zadruhuje tekutiny, proto dochází k otokům končetin,
- zvyšuje se srdeční frekvence,
- objevují se křečové žíly
- ranní nevolnosti (typické pro první trimestr, které ale často ve druhém mizí),

- pocity mdloby a závratě,
- problémy se zažíváním (pálení žáhy, nadýmání, zácpa, tvorba slin)
- kožní změny
- problémy s močovým měchýřem (časté nucení, aj.)
- ke konci těhotenství se objevuje dýchavičnost,
- problémy s bolestmi zad a žeber.

1.1.2 Psychické změny v těhotenství

Psychické změny mohou být způsobeny jak hormonálními změnami, které v těhotenství probíhají, tak reakcí okolí na samotné těhotenství a případnou ekonomickou situací. Už během celého těhotenství se vytváří tzv. mateřská identita. Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, tj. období výrazných změn, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla a tím, čím se má stát. Žena se učí a přivyká nové životní roli. Musí změnit staré modely chování, od některých úplně upustit, reorganizovat a doplnit nové typy.

„Těhotná žena je v naději - ale také ve strachu. Nejhorší je přitom strach, že dítě nebude v pořádku, že se narodí mrtvé, neschopné přežít - nebo že se narodí defektní. Některé defekty je možno poznat během těhotenství a buďto ženě nabídnout včas potrat nebo zavést účinné léčení. Nejistota však zůstává. Nebezpečí defektu je statisticky malé (méně než jedno procento), ale statistická útěcha bývá - stejně jako v jiných vážných osobních situacích - málo účinná.“ (Říčan, 2006, str. 261). Považuji za nutné upřesnit, že Říčan měl na mysli nabídnutí umělého přerušování těhotenství.

Během těhotenství žena podstupuje již zmiňovaná vyšetření (viz 1). Pokud nejsou prvotní výsledky příznivé, jsou k dispozici další doplňující testy. *„Doba čekání na výsledky přináší různé reakce žen, od nejistoty po hrůzu,*

od otupělosti po hyperaktivitu, od lehkého napětí až po těžké bolesti hlavy." (Havránková in Vodáčková, 2002, str. 228).

Postupně se může objevit:

- zvýšená nervozita, neklid, nejistota, úzkost,
- obavy z budoucnosti, ze zdravotního stavu matky a potomka, z porodu, z povinností a zodpovědnosti,
- podrážděnost,
- problémy s překonáváním únavy, které je způsobená vysokou hladinou progesteronu,
- neadekvátní reakce ve stresujících situacích,
- zvýšená plačtivost, změny emocionality, kolísání nálad od euforie až po deprese,
- možnost zvýšené agrese,
- poruchy spánku, noční můry (např. o úmrtí dítěte, o přerušeni těhotenství),
- obavy ze svého vzhledu,
- nostalgie po starém způsobu života.

(Behinová, Kaiserová, Kager, 2006, str. 18-63)

Na psychiku matky má velký vliv, zdali je těhotenství chtěné (ať už plánované či ne) nebo nechtěné a pro budoucí matku se stalo nepříjemným překvapením.

Stejně důležitý je i postoj otce k nenarozenému dítěti. Pokud dochází mezi otcem a matkou k rozdílným postojům, mohou se projevy, které provázejí těhotenství, zhoršit. Zároveň i partner nastávající matky prochází změnami, jejich vzájemný vztah se mění, což má vliv samozřejmě i na psychiku matky.

V druhé polovině těhotenství většinou nastane období vyrovnanosti, žena tzv. „hnízdí“ a vytváří domov pro své dítě. Na konci těhotenství se žena může cítit nepohodlně a směřovat své myšlenky jen k termínu porodu.

Kapr a Koukola říkají: *„Ve vývoji individuální rodiny je jedním z nejzávažnějších stupňů početí, těhotenství a*

narození dítěte. Je v životě rodiny vrcholnou událostí. Podobně ji vnímají oba partneři, širší rodina, příbuzní i sociální okolí, společnost a sociální instituce. Jeli tomu tak, musí být narození dítěte pro všechny partnery prizmatem, které rozkládá a opět skládá všechny okolnosti, které vytvořily celek. Podle toho, jak se rodina, všichni její příslušníci, k tomuto kulminačnímu bodu vývoje rodiny chovají, jaké k němu zaujímají postoje, jak jednájí, podle toho také navzájem měří sami sebe a podle toho jsou hodnoceni okolím. V tomto bodě také reagují odpovídajícím způsobem sociální instituce a bezprostředně i zprostředkovaně dávají celé události adekvátní formální podobu." (Kapr, Koukola, 1998, str. 51).

1.2 Nechtěné těhotenství

Pokud žena neplánovaně otěhotní, nastává v jejím životě období, kdy se s tímto faktem musí vyrovnat, přijmout ho a nést odpovědnost za svá další rozhodnutí.

V tabulce doplňující teorii životních událostí, která měří stres z hlediska životních změn, se samotné těhotenství vyskytuje v první polovině a tato událost je ohodnocená 40 body (důležité je zmínit, že pokud za rok získáme více 250 a více bodů jsme citelně ohroženi stresem) (Honzák, 1994, str. 57).¹

Dle Vymětala je to matka, na které leží většina „úkolů“ během těhotenství. Kromě plánovaných dětí (většinou

¹ „T.H.Holmes a R.H.Rahe (1979) po mnohaletém pozorování psychosomaticky nemocných sestavili inventář kritických událostí, v němž každé události přidělili na základě empirického vyhodnocování váhu vyjádřenou bodovou hodnotou.“ (Smékal, 2004, str. 293) Rita L. Atkinson ale uvádí, že tabulka byla uveřejněna pod názvem Posuzovací škála sociálního přizpůsobení v roce 1967 (Atkinson, 2003). Otázkou ale zůstává, nakolik je toto bodové ohodnocení životních událostí platné vzhledem k postupné a nezadržitelné proměně společnosti.

předem psychosociálně i materiálně zajištěných), se rodí velké množství dětí neplánovaných, proto může být období gravidity pro ženu časem psychické, tělesné a sociální zátěže, zejména v případě prvního těhotenství. Vymětal upozorňuje, že nechtěné dítě, může mít ve své vlastní dospělosti problematické vztahy k sobě a k sociálnímu okolí, např. ženy, které se narodily jako nechtěné, se častěji rozvádějí a častěji podstupují UPT než ženy, které se narodily jako chtěné. Proto Vymětal upozorňuje, že vztah rodičů (obou) ke graviditě a ještě nenarozenému dítěti je velmi důležitý (Vymětal, 2003, str. 32-33).

„V případě nechtěných těhotenství jsou překvapivě časté také spontánní potraty. Zde předpokládáme, že samovolný abortus je výrazem „vnitřního odmítnutí“ těhotenství, jež se projeví „vypuzením nežádoucího“.“ (Vymětal, 2003, str. 33).

1.3 Těhotenství dospívajících

Pokud otěhotní nezletilá dívka či velmi mladá žena, přináší to zvýšená rizika (zdravotní, psychické a psychosociální) pro všechny zúčastněné. Těhotnou dospívající dívku čekají fyzické, psychické a sociální změny.

Těhotná dívka může být v situaci, kdy se sama potýká *„s otázkami vlastní nezávislosti, vztahů s jedinci stejného i opačného pohlaví, tlaku ze strany vrstevníků, ekonomické a sociální stability, ideálu tělesné krásy a s otázkami hledání souladu mezi osobními a rodinnými hodnotami“.* (Evans, 2006, str. 280). Kvůli přerušení osobního vývoje a převzetí rodičovské role jsou více ohroženi citovou zranitelností a nezralostí navazovat důvěrnější vztahy, problémy související s výchovou a sociálně-ekonomickou situací.

Dospívající budoucí matka může trpět pocity izolace, osamění a vyčlenění ze svého kolektivu vrstevníků. K těmto jevům či pocitům dochází častěji, pokud dotyčná nemá podporu svých rodičů a budoucího otce svého dítěte. Problémem je i dovršení vzdělání, protože odchod ze školy (který ale nemusí nutně následovat po zjištění těhotenství) omezuje osobní rozvoj a budoucí uplatnění. Stejně sociálně nepřipraven může být i budoucí otec.

„Studie ukazují, že čím je dívka v době svého dospívání mladší, tím pravděpodobněji v dospívání otěhotní znovu. Mnohé z těchto žen založí neúplnou, málo stabilní matriarchální rodinu. Ty, které se rozhodnou vzít si otce svého dítěte, často také mladistvého, se v mnoha případech rozvádějí.“ (Evans, 2006, str. 281). Autorka Nancy Evans ale bohužel neuvádí, ze kterých studií ve své práci vychází.

Nechtěné těhotenství v dospívání častěji vyústí v podstoupení umělého přerušení těhotenství, než v případě, že nechtěně otěhotní dospělá žena. A protože dospívající dívka v drtivých případech ještě nemá děti a vystavuje se možnému riziku trvalých následků v podobě neplodnosti, je možné, že bude ohrožena PAS ve větší procentuální míře. Může se po letech z pohledu z dospělé na své rozhodnutí dívat jinak, může ho velmi litovat z důvodu neuváženosti, pocitu manipulace okolím a trpět pocitem viny.

2 Těhotenská ztráta

Jak těhotenská ztráta, tak ztráta dítěte narozeného je bezesporu krizí v životě nejen ženy, ale i krizí v partnerském (případně manželském) soužití.

Těhotenská ztráta je ztrátou aktuální a časově nepřiměřenou. *„Žena prochází procesem smutku (truchlení), který má tři stadia:*

- 1, *Krátké období otřesu, šoku - „Ne, to nemůže být pravda!“*
- 2, *Období intenzivního smutku, ventilace emocí a manifestace symptomů zármutku na všech úrovních.*
- 3, *Období akceptace (přijetí), smíření, zvládnutí životní ztráty - „Ach jo, co se dá dělat...“.* (Sobotková, 2001, str. 56).

Psychická bolest ze ztráty těhotenství může záviset i na stadiu těhotenství, ve kterém ke ztrátě dojde, jak dalece byli budoucí rodiče připraveni na příchod dítěte a na tom, jestli žena prodělala již další spontánní potrat v řadě, případně po jak dlouhé době se jí podařilo otěhotnět. *„V prvním trimestru je ztráta prožívána méně reálně, neboť dítě v představě není konkrétní, ale truchlí se již nad konkrétními představami života s dítětem.“* (Sobotková, 2001, str. 127).

Existují čtyři postupy, které mohou těhotenskou ztrátu usnadnit:

- najít způsoby, jak ztrátu učinit reálnější, konkrétnější (např.: vidět mrtvé dítě, či plod, pojmenovat si je),
- najít způsoby, jak zveřejnit ztrátu a rozloučit se dítětem (zorganizovat pohřeb či podobný rituál, při němž by byla smrt sdílena s ostatními),
- najít způsoby, jak usnadnit vyjádření emocí oběma rodičům (např.: povzbudit je, aby se vyplakali a mluvili o detailech),
- najít způsoby, jak rehabilitovat sebepojetí a sebeúctu (podat objektivní lékařské informace a poskytnout psychologickou pomoc, aby skončilo sebeobviňování či obviňování v páru, které se vyskytlo ve snaze najít vysvětlení ztráty dítěte atd....).

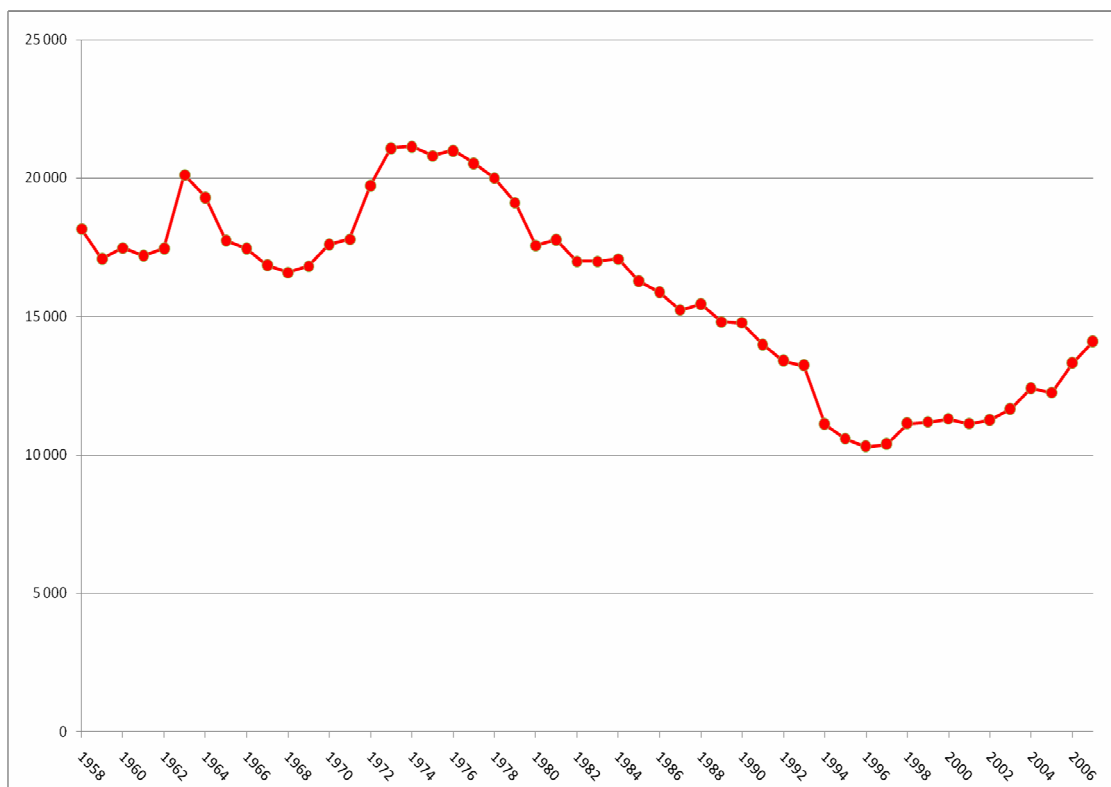
Sobotková komentuje a upozorňuje na fakt, že v naší společnosti by prozatím první dva postupy nebyly možné. Protože chronická úzkost, které může nastat po takovéto ztrátě, by mohla mít za následek emocionální odtažitost

v páru, doporučuje hned po ztrátě krátkodobou terapii co nejdříve po potratu. Riziko odcizení partnerů (manželů) je zvýšené i skutečností, že na těhotenskou ztrátu pohlížejí rozdílně. Správně ale poukazuje, že často chování personálu ve zdravotnických zařízeních k ženě (případně k páru) s těhotenskou ztrátou je neadekvátní a škála možných služeb velmi omezená (např.: svépomocné skupiny). (Sobotková, 2001, str. 127) Tento nedostatek opět poukazuje na skutečnost, že tuto situaci by mohly řešit multidisciplinární týmy, které zatím bohužel ve zdravotnických zařízeních běžné nejsou.

2.1 Samovolný potrat

Samovolný neboli spontánní potrat se latinsky nazývá abortus spontaneus. *„Potrat je předčasné vypuzení mrtvého plodu do konce 28. týdne těhotenství. Pokud neznáme délku těhotenství, považujeme za potrat vypuzení mrtvého plodu s hmotností do 1000 g. Porod živého plodu nad 500 g – bez ohledu na délku těhotenství je nutno považovat za porod. U plodů menších než 500 g, pokud přežijí 24 hodin, se považuje ukončení těhotenství také za porod. Předčasný porod (partus praematurus) je narození živého dítěte do 38. týdne těhotenství, s hmotností menší než 2500 g, a narození mrtvého plodu mezi 28. – 38. týdnem gravidity.“* (Kobilková, 2005, str. 293).

Potratem končí cca 10-15% těhotenství. Toto číslo ale udává pouze klinicky zaznamenané potraty, vůbec nezahrnuje potraty, ke kterým došlo bez vědomí ženy (ještě nezjistila, že je těhotná a potrat se může jevit jako silnější menstruace). Proto bude skutečná četnost samovolných potratů mnohem vyšší (Zwinger, 2004). Počet SP je zobrazen v Grafu č. 3, *„Četnost spontánních potratů od roku 1958 do roku 2006“*.



Graf č. 1, „Četnost spontánních potratů od roku 1958 do roku 2006“, zdroj dat: Český statistický úřad, 27/04/2009

2.1.1 Možné příčiny spontánního potratu

Potrat může být způsoben příčinou na straně plodu (genetická či chromozomální porucha) či na straně matky (interní onemocnění, infekce, úraz, anomálie). Roli může u matky sehrát užívání alkoholu, drog, tabáku, kofeinu či vliv prostředí, ve kterém se žena nachází (kontakt s některými látkami v takové míře, která může plod ohrozit - např.: měď, olovo, síra) (WHO, 2003).

Většina potratů nastává v prvním trimestru těhotenství, a to většinou z fetálních příčin (např. závažné malformace plodu). Pokud k potratu dojde ve druhém trimestru, je častěji příčina na straně matky (např. vrozené anomálie děložní svaloviny, vaziva,...).

Potrat může také způsobit závažná virová či bakteriální infekce, která může být příčinou potratu jak v prvním, tak v druhém trimestru těhotenství.

„Vedle četných organických endogenních a exogenních příčin, které mohou vést k potratu, jsou účinné také psychické faktory. Přitom jsou účinné jak poruchy osobnosti a neřešené vytěsněné konflikty, tak aktuální konflikty v sociálním prostředí.“ (Tress, Krusse, Ott, 2008, str. 208).

2.1.2 Druhy spontánních potratů a jejich průběh

Klinický průběh určuje terminologii potratu. *Hrozící potrat (abortus imminens)* se projevuje většinou nepříliš silným krvácením z uzavřeného, formovaného děložního hrdla a nevýraznými bolestmi v podbřišku. Pokud dojde k intenzivnějšímu krvácení, stává se plod cizím tělesem a děloha se jej snaží vypudit. Krvácení z děložního hrdla se obvykle zesiluje, hrdlo se zkracuje a pootevřívá, zesilují děložní stahy. Jde již o *začínající potrat (abortus incipiens)*. Těhotenství za tohoto stavu lze již zachránit jen zcela výjimečně. Potrat je buď *úplný (abortus completus)*, nebo *neúplný (abortus incompletus)* (zůstanou-li v těle ženy některé části plodu - placenta, větší množství jejích segmentů, pozůstatek vaku blan,...(=*rezidua post abortum*)). Tato rezidua mohou vést k dalšímu krvácení či zánětům. Za *infikovaný (abortus aeger)* považujeme potrat, postihuje-li infekce pouze vnitřní rodidla. Rozšíří-li se infekce do celého organismu, jde o *septický potrat (abortus septicus)*.

Pokud se vývoj plodu zastaví a plod odumře, ale zůstává v děloze bez klinických příznaků potratu (krvácení, bolesti), jde o *potrat zamlklý (abortus retentus, missed abortion)*.

2.1.3 Spontánní potrat a neplodnost

Spontánní potrat znamená většinou smutek a zklamání a zejména, když potratem skončí první těhotenství, může se stát i zdrojem úzkostí a obav, že to ani příště nedopadne dobře. Čím víc je tato obava silnější, tím větší vliv může mít tzv. sebenaplňující proroctví. (Havránková in Vodáčková, 2002, str. 230)

Se spontánním potratem totiž může souviset i neplodnost. Žena může být sterilní, tj. neschopná otěhotnění (primárně - nikdy nebyla těhotná, nebo sekundárně - již těhotná byla a není rozdíl, jestli dítě donosila či potratila), nebo může být tzv. infertilní, tj. není schopná dítě donosit (tento jev bývá někdy označován za dysfertilitu) (Macků, Macků, 1996a, str. 100). Pokud dojde k potratu potřetí v řadě, nazývá se potratem *habituálním* (*abortus habitualis*) (Evans, 2006, str. 102).

2.2 Umělé přerušování těhotenství

Kontrola početí a legalizovaný potrat umožnily ženám a párům plánovat svůj život a rozhodovat kdy, a zdali vůbec, se stanou rodiči (Marshall, Polgar, 1976, str. 157). „*Postkoncepční poradenství pomáhá ženě zvážit důsledky, které by jí přineslo rozhodnutí (1) dítě donosit a ponechat si je, (2) dítě donosit a předat je adoptivním rodičům, nebo (3) ukončit těhotenství.*“ (Evans, 2006, str. 276).

Umělé přerušování těhotenství je elektivní neboli záměrné ukončení těhotenství. Pokud je proveden nelegální zákrok, jedná se o tzv.: *trestný* či *kriminální potrat* (*abortus criminalis*), a ten, kdo ho vykonává, se dopouští trestného činu. Nebezpečím kriminálního potratu je poranění dělohy, nitrobřišních orgánů, infekce a vykrvácení v důsledku nedostatečného vyprázdnění děložního obsahu (WHO, 2003).

Název „umělé přerušeni těhotenství“ je někdy nahrazován názvem „umělé ukončení těhotenství“, který je přesnější. Ale již samotný název zákroku má vliv na psychiku ženy, která ho podstupuje, proto je použití výrazu „přerušeni“ k ženě šetrnější než výraz „ukončení“.

Umělé přerušeni těhotenství (*abortus legalis, interruptio graviditatis*) se může vykonat až po lékařském souhlasu podle zákona (Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb.).

Dle platných zákonů v ČR lze provést umělé přerušeni do 12. týdne gravidity. Po 12. týdnu lze ukončit těhotenství pouze z vážných zdravotních důvodů.

2.2.1 Druhy a postupy UPT

Používané postupy při provádění interrupce se liší dle délky trvání těhotenství.

Samotné provedeni zákroku je v kompetenci gynekologického pracoviště s adekvátním technickým i personálním zázemím a vybavením dle platných směrnic a vyhlášek MZ ČR. Zárok je prováděn v krátkodobé, nejčastěji nitrožilní anestezii za aseptických podmínek, tj. ve sterilním prostředí. Po zákroku zůstává žena několik hodin až dnů (dle druhu UPT a případných komplikací) a při odchodu domů dostává od lékaře propouštěcí zprávu a poučení o dalším způsobu pohlavního života a ochrany před nechtěným těhotenstvím.

Druhy UPT

Umělé přerušeni těhotenství do 12. týdne těhotenství

Miniinterrupce

Miniinterrupci lze provést, jestliže délka těhotenství nepřesahuje u žen, které dosud nerodily, 45 dnů těhotenství, u ostatních žen 55 dnů. V této době ještě není

nutno příliš rozšiřovat děložní hrdlo. V České republice představují miniinterrupce více než 80% ukončení. Přerušeni je tím bezpečnější, čím mladší gravidita je ukončována. Výkon se provádí ambulantně, asi s dvouhodinovým pobytem po výkonu na lehátku (tzv. one day surgery). Provádí se v analgezii nebo v celkové anestezii po šetrné dilataci děložního hrdla vakuumexhaucí (odstátí plodového vejce).

Přerušeni těhotenství staršího než 8. týdnů

Toto přerušeni se provádí při hospitalizaci vakuumaspirací a kyretou, pokud jde již o starší těhotenství, je třeba vybavení plodu klasicky potratovými kleštěmi s revizí děložní dutiny kyretou.

Farmakologické přerušeni těhotenství

Revolučním zvratem v ukončování těhotenství v prvním trimestru bylo objevení antiprogesteronu mifepristonu (1982). Jednorázové podání mifepristonu v dávce 600 mg je obvykle následováno aplikací prostaglandinu po 48 hodinách a s gynekologickou a ultrazvukovou kontrolou po 8-12 dnech. Většina potratů nastane do 24 hodin (WHO, 2003). Mifepriston není dosud v ČR registrován.

Umělé přerušeni těhotenství ve druhém trimestru těhotenství

Medikamentózní

Po předchozí aplikaci preindukce (většinou večer) se následující den provede oblehčující punkce amniální tekutiny a podání prostaglandinu. Do 2-6 hodin nastupují děložní kontrakce.

Operační

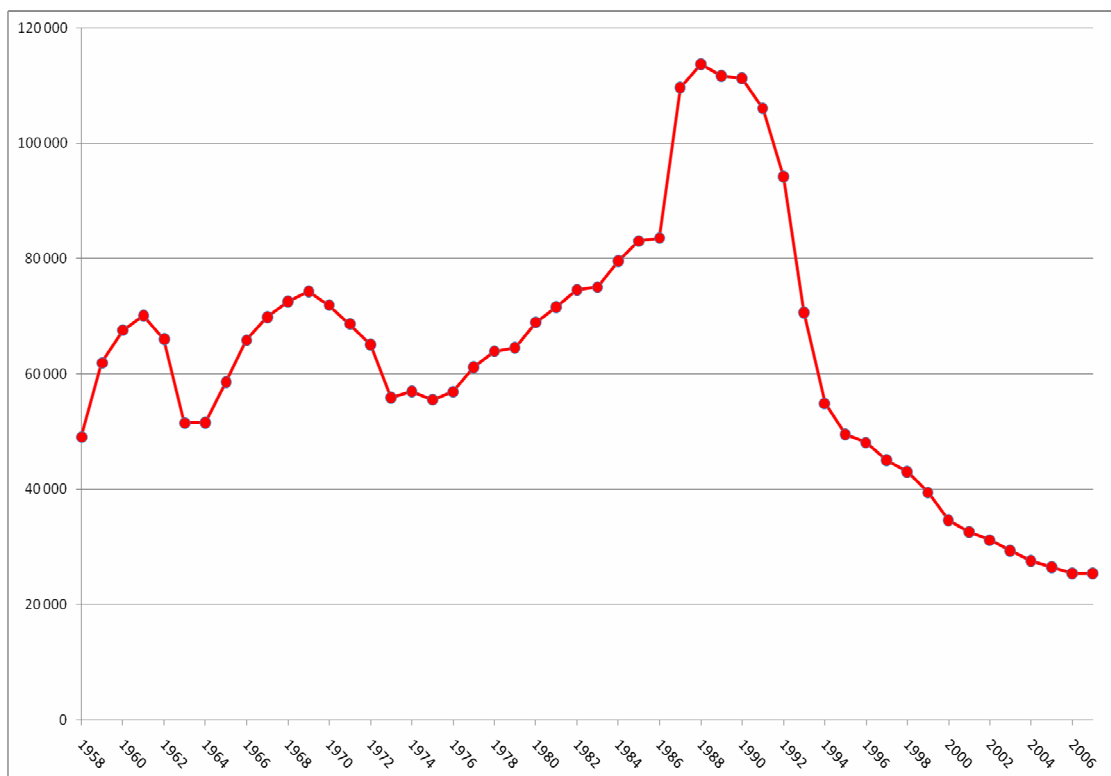
Pokud nevedou předchozí postupy k samovolnému potratu, výjimečně se těhotenství ukončuje operačně tzv. malým

císařským řezem (Rokyta in Rob, Martan, Citterbart, 2008, str. 127-128).

Pokud není UPT indikováno ze zdravotních důvodů, hradí si ho žena sama. Jeho cena se v ČR pohybuje v rozmezí 2 000 - 4 000,-Kč v závislosti na typu zařízení a typu zákroku. V případě, že je UPT doporučeno ze zdravotních důvodů, je platba účtována té zdravotní pojišťovně, kde je žena vedena jako pojištěnec.

2.2.2 Vývoj počtu UPT

Od roku 1987 do roku 1992 se provádělo více než 100 000 zákroků ročně, během deseti let se frekvence těchto výkonů čtyřikrát snížila a v roce 2007 bylo provedeno 25 414 UPT. Tento jev lze pozorovat na Grafu č. 2, *„Četnost UPT od roku 1958 do roku 2006“*. Na uvedenou statistiku mají evidentně výrazný příznivý vliv změny životního stylu, v němž by neměl chybět dostatek informací o vhodných a široce dostupných antikoncepčních metodách. Jedná se zřejmě i o vliv „generační výměny“ a změny celkového společenského klimatu se širokou nabídkou nejrůznějších aktivit a možností profesionálního i společenského sebeuplatnění a v neposlední řadě také změny sociální politiky (Nouzová, 2006, Potraty, 2009).



Graf č. 2, „Četnost UPT od roku 1958 do roku 2006“, zdroj dat: Český statistický úřad, 27/04/2009

2.2.3 Postoj ČGPS ČLS JEP

Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGPS ČLS JEP) se řídí názorem, že má být ponecháno na samotné ženě, jak se rozhodne v případě, že její těhotenství je nechtěné. ČGPS ČLS JEP se hlásí ke stanovisku Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF) z roku 1990:

1, Přerušení těhotenství je pro ženy traumatizující a společnost musí podniknout všechno, aby se zabránilo neplánovanému těhotenství, především důkladnou sexuální výchovou a dostupností antikoncepce.

2, I při nejlepších formách antikoncepce se vyskytnou ženy, které budou potřebovat legální interrupci. Ta má být všeobecně a snadno dostupná.

3, Interrupce má být prováděna co nejdříve, v tomto směru má být vedena zdravotní výchova a organizace zdravotní péče.

4, Také ukončení těhotenství ve druhém trimestru je pro některé ženy potřebné. Společnost má k takovým ženám přistupovat citlivě a s veškerou péčí (Čepický in Rob, Martan, Citterbart, 2008, str. 287).

2.2.4 Ideologie ovlivňující postoj k UPT

V problematice umělých přerušeni těhotenství se odráží několik hledisek: hledisko medicínské, náboženské, kulturní, sociální, etické, filozofické a právní. Zásadní podstatou sporů je chápání toho, kdy začíná život, či přítomnost a nepřítomnost duše. Významným konfliktem je střet práva ženy svobodně rozhodnout o osudu svého těhotenství a práva nenarozeného dítěte na život.

1, Pro-choice

Tento postoj vyznává právo ženy na vlastní volbu. Mezi zastánci postoje pro-choice panují rozdílné názory na to, do jaké doby a za jakých okolností je možné UPT podstoupit (např. pouze do konce prvního trimestru, po znásilnění, při nežádoucích genetických výsledcích, atd.). Za značný argument považují, že embryo není schopné přežít mimo tělo matky, a proto se jedná o jeho součást, se kterou může žena nakládat dle svého uvážení.

2, Pro-life

Zastánci postoje pro-life se staví negativně k provádění jakýchkoliv UPT. Považují tyto zákroky za úmyslné zabití lidské bytosti, na které jako společnost nemáme právo. Nepovažují embryo pouze za součást těla matky, ale za úplnou lidskou bytost, která se již pouze vyvíjí, což by nemělo omezovat právo na život.

3, Dilematický přístup

Střet mezi pro-life a pro-choice se zobrazuje v dilematickém přístupu. Jeho zastánci nepovažují zárodek či plod za úplného jedince, ale ani za pouhou část těla ženy. Neurčují vznik lidské bytosti přesným okamžikem (splynutím buněk, porodem), ale postupným vývojem. Právo na život zohledňují kvalitou života, proto nepovažují UPT za čin pouze proti zájmu dítěte.

Střet ideologie pro-choice a pro-life se stal i běžnou součástí politického názoru. V našich podmínkách je spjat s křesťanskou ideologií, proto se zákaz provádění UPT stal jedním ze stěžejních témat politické strany KDU-ČSL.

Ideologie pro-choice a pro-life a jejich vnímání PAS

Zastánci pro-choice nepovažují PAS za dostatečně prokázaný. Nepopírají obtíže některých žen, které podstoupily UPT, ale považují je za očekávatelné a normální.

Zastánci pro-life hojně využívají existenci PAS ve svých reklamních kampaních. Argumenty žen, které žádné příznaky nepocítují, popírají, protože dle jejich tvrzení o svém postižení PAS ještě samy nevědí a samy ho v sobě popírají. Zastánci tohoto názoru se snaží pomoci ženám po potratu, zakládají organizace na ochranu nenarozeného života, otevírají poradny, kde poskytují poradenství jak ženám, které nečekaně otěhotněly, tak ženám, které prodělaly potrat.

Potratová problematika není ale jediná, kde se tyto postoje střetávají. Odlišný přístup mohou mít zastánci

k sexuálnímu životu a výchově, k antikoncepci a umělému oplodnění.

Kampaně pro-life organizací okomentoval Uzel. „Musíme uznat, že v diskuzích bývají někdy používány i zákeřné přehmaty a uštědřovány rány pod pás. Sem patří především argument bojovníků za právo nenarozeného života, že zastánci názoru „pro-choice“ jsou propagátory potratů. Takové tvrzení je ovšem průhlednou mystifikací, protože snad žádný rozumný člověk by potraty jako metodu plánovaného rodičovství nepropagoval. Úsilí za možnost přístupu ženy k umělému potratu a její svobodné rozhodnutí ještě zdaleka neznamena nějakou propagaci tohoto výkonu. Zůstává pouze krajním řešením a východiskem z nouze, podobně jako záchranná brzda ve vlaku.“ (Pekárková, Primusová, Uzel, Salajka, 2000, str. 10).

2.3 Úmrtí plodu

K úmrtí plodu může dojít po 20. týdnu gestace a vyskytuje se asi v 1% těhotenství. Příčiny jsou rozpoznatelné přibližně jen v 50% případů. Příčinnou mohou být: vrozené vývojové vady plodu, infekce, úraz, onemocnění matky, komplikace placenty a pupečníku, nedostatek kyslíku, problém s růstem plodu, atd.

Situace, kdy plod zemře, je pro ženu velmi obtížná. Matka sama často tuto situaci vycítí, protože se plod přestane hýbat. Intrauterinní odumření plodu potvrdí lékař dostupnými vyšetřeními (ultrasonografické vyšetření), žena je následně přijata k hospitalizaci a je medikována, aby byly její porodní cesty připravené na porod. Porod by měl proběhnout co nejdříve, protože je nutné brát ohled na psychický stav ženy a možnost infekce. Samotný porod je pro ženu psychicky bolestivou záležitostí, může být přistoupeno

k epidurální anestezii či k císařskému řezu. „Záleží velmi mnoho na zdravotnickém personálu, zejména na porodních asistentkách a lékařích, aby dovedli ulehčit rodičce bolestnou situaci a převedli ji přes kritické období jejího života. Následující těhotenství považujeme vždy za rizikové a o těhotnou pečujeme v poradně pro riziková těhotenství.“ (Kobilková, 2005, str. 310).

3 Potrat v právním systému České Republiky

3.1 Historie a současná právní úprava v České republice

Úplná zákonná úprava potratů chyběla v našem právním systému až do roku 1957. V tomto roce byl vydán Zákon č. 68/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství. Za dvacet devět let byl schválen Zákon č. 66/1986 Sb. České národní rady o umělém přerušení těhotenství, který liberalizuje umělé přerušení těhotenství na vlastní písemnou žádost při splnění všech zákonem daných podmínek. Zákon nabyl účinnosti dne 1. 1. 1987 a platí dodnes. Krátce po jeho schválení vstoupila v platnost Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky ze dne 7. listopadu 1986, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.

Později byla vydána Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 11/1988, v paragrafu 4 je definován potrat a jeho možné druhy:

Potratem se rozumí ukončení těhotenství, při němž:

- a) Plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže těhotenství je kratší než 28 týdnů.*
- b) Plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu.*
- c) Z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu anebo těhotenská sliznice.*
- d) Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušeni těhotenství provedené podle zvláštních předpisů.*

Rozlišují se tyto druhy potratu:

- samovolný potrat;
- miniinterrupce;
- jiné legální umělé přerušeni těhotenství;
- ostatní potraty;
- ukončení mimoděložního těhotenství.

Těhotenství lze přerušit ze zdravotních důvodů se souhlasem ženy, jestliže je ohrožen její život a zdraví nebo zdravý vývoj plodu, případně jedná-li se o geneticky vadně se vyvíjející plod (v textu zákona jako indikovaná potratovost). Z tohoto důvodu může žena podstoupit UPT do 24. týdne gravidity.

„Žádosti o interrupci se nevyhoví, pokud žena prodělala interrupci v posledních šesti měsících, výjimkami jsou: žena, která už dvakrát rodila, žena dovršila 35 let věku, je důvodné podezření, že otěhotnění vzniklo v důsledku trestného činu.“ (Čepický in Rob, Martan, Citterbart, 2008, str. 285)

Plné znění zákonů upravující potratovou problematiku uvádím v Příloze. Zároveň v Příloze přikládám i formulář Žádosti o umělé přerušení těhotenství.

3.1.1 UPT u nezletilých dívek

Pokud chce UPT podstoupit nezletilá dívka ve věku do 16. let, musí její zákonný zástupce dát souhlas, který musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci². Zdravotnické zařízení, které vykonalo UPT dívce mezi 16-ti a 18-ti lety, má ohlašovací povinnost vůči zákonnému zástupci nezletilé až po vykonání zákroku.

3.1.2 Interrupční komise

Původní právní úprava z roku 1957 připustila provádění UPT nejen ze zdravotních důvodů, ale také z důvodů „zvláštního zřetele hodných“ a bylo jej možné provést do ukončeného třetího měsíce těhotenství. Pouhá žádost ženy však nestačila, povolení bylo vázáno na činnost interrupčních komisí. Interrupční komise sloužily jako regulátor a její členové posuzovali oprávněnost žádostí. Toto omezení mělo za následek korupční a podvodné chování některých žadatelek. Zároveň se i v rozhodnutí komise mohl v některých případech odrážet kádrový profil žadatelky.

Předstoupení před komisí bylo pro mnohé žadatelky velmi potupné a ponižující, zároveň byly žadatelky pod zvýšeným tlakem, nejen samotného rozhodnutí, ale zároveň v nejistotě, jestli bude zrovna jim provedení UPT povoleno.

Liberálnější zákon z roku 1986 činnost interrupčních komisí zrušil a ženy jsou pouze nyní povinné podat si žádost o provedení UPT.

² Toto platí i v případě, že jde o UPT ze zdravotních důvodů.

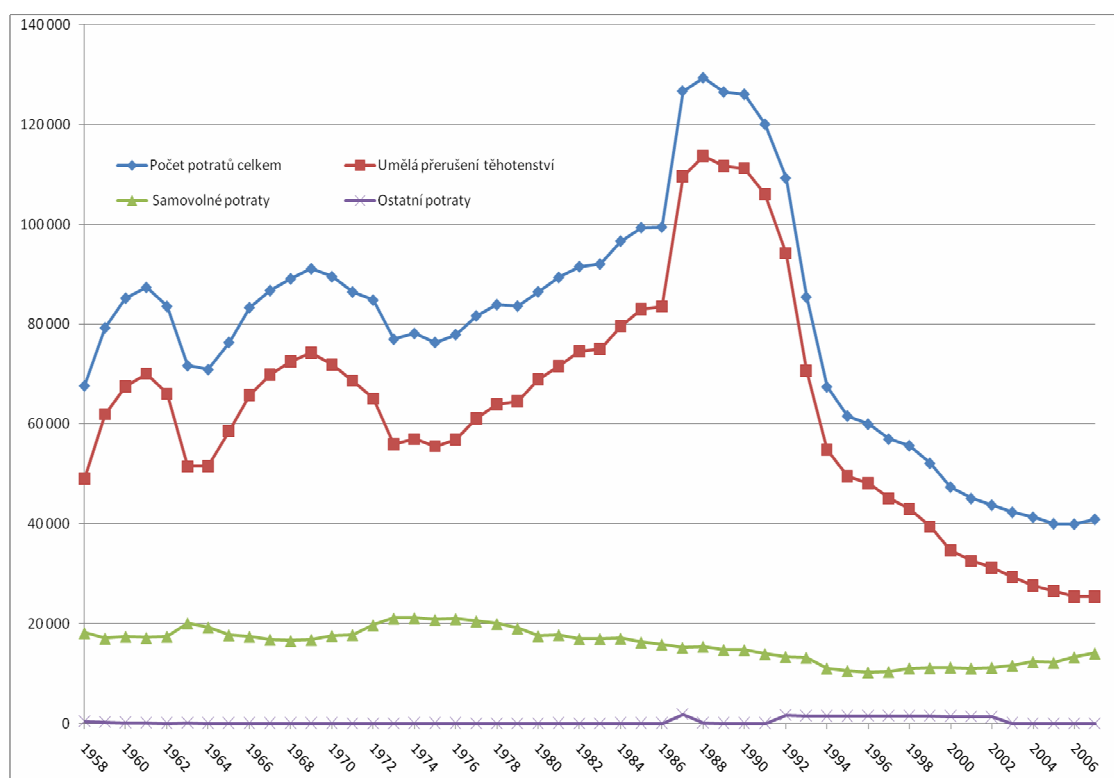
Uzel říká: „S liberalizací potratového zákona kromě poklesu kriminality klesla také sebevraždnost mladistvých a mladých dospělých jedinců, snížil se i počet dospívajících vyloučených ze školy, závislost na drogách a míra sexuální aktivity nezletilých. Naproti tomu stoupla úroveň formálního školního vzdělání vyjádřená počtem dokončených roků školní docházky. Byl bych velmi nerad, kdyby tato uvedená statistika vyzněla jako nějaká oslava umělého přerušování těhotenství. Za těch třicet let, které doba tohoto sledování zahrnuje, se situace výrazně změnila a dnešní žena už není nucena řešit problém nechtěného těhotenství potratem. Pokles potratů v České republice za patnáct let o 70% pro nás nemusí představovat noční můru zvýšeného počtu kriminálních v dalších desetiletích. Prevence zrození nechtěných dětí prostřednictvím spolehlivé antikoncepce je dostatečnou regulací. Představuje spolehlivou pojistku a záruku toho, aby příchod každého dítěte na svět byl plánován a s láskou očekáván. Nedělejme si iluze, že tím zločinci zcela vyhynou. Plánovaným rodičovstvím však bude snad jejich počet aspoň trochu snížen.“³⁴ (Uzel, 2006).

³ Uzel správně poukazuje, že nedošlo jen k změně potratové legislativy, ale i ke změně společenského prostředí a sociální sítě.

⁴ Ve svém textu vychází ze studie S:D. Levitta a J.J. Donhuea, kteří USA zpracovali statistiku týkající se kriminality a jejího poklesu v souvislosti s legalizací UPT. „Především v pěti státech USA, které legalizovaly potraty už v roce 1970, tedy o tři roky dříve, klesla zločinnost jako první. V deseti státech s vysokou četností umělých potratů (508 na 1000 porodů živých dětí) klesla zločinnost nejvíce, třeba jenom počet vražd o 30% a další násilné trestné činy o 20%. V 31 státech se střední četností potratů (213/1000) klesl počet vražd o 13%, zatímco v 10 státech s nejnižším počtem potratů (46/1000) se naopak počet vražd zvýšil o 16% a o 30% zde stoupl také počet násilných trestných činů.“ (Uzel, 2006).

3.2 Statistika potratů v České republice

V České republice je evidence a statistika potratů vedena od roku 1953. Od vydání prvního zákona upravující potratovou problematiku je ale evidence úplná, protože všechna zařízení jsou povinna hlásit všechny druhy potratů do Národního registru potratů.



Graf č. 3, „Četnost všech druhů potratů od roku 1958 do roku 2006“, zdroj dat: Český statistický úřad, 27/04/2009

Graf č. 3, „Četnost všech druhů potratů od roku 1958 do roku 2006“ ukazuje, že v devadesátých letech dvacátého století počty všech druhů potratů výrazně klesají. Nejvyšší počet UPT byl v roce 1987, tj. 113 730.⁵ Počet samovolných potratů opět v devadesátých letech dvacátého století poměrně klesl (nejméně v roce 1996, tj. 10 296), ale

⁵ Od tohoto data se ale také do UPT započítávají mimoděložní těhotenství, která byla dříve součástí *Ostatních potratů* (Potraty, 2009).

v posledních letech mírně stoupá (v roce 2007 14 102 samovolných potratů).

3.2.1 Počet potratů v roce 2008

„Počet potratů registrovaných v roce 2008 (41,4 tisíce) byl o 529 vyšší než v roce 2007. Více bylo jak umělých přerušení těhotenství (o 346), tak i potratů samovolných (o 171). Trend vzestupu spontánních potratů je patrný již od roku 2003 a souvisí zejména s nárůstem počtu těhotenství.⁶ Vývoj interrupcí v roce 2008 však potvrzuje zastavení dlouhodobého poklesu jejich počtu, které naznačil již vývoj v roce 2007. Průměrný počet interrupcí připadající na jednu ženu v reprodukčním věku přestal klesat také v roce 2007 a již po tři roky se udržuje na úrovni 0,34 interrupce.“ (V roce 2008 se narodilo téměř 120 tis. dětí, 2009).

4 Postaborční syndrom jako následek potratu

PAS je název pro soubor patologických psychických a fyzických stavů po prodělání samovolného potratu či podstoupení UPT. Někdy bývá označován jako „postabortní“, „postabortivní“, „postabortální“ či „postinterrupční“.

Patologické reakce na potrat se mohou objevit nedlouho po prožití potratu, ale také až za několik let. Pravděpodobně se neobjeví všechny známé příznaky PAS, ale jen některé.

Existence tohoto syndromu je sporná, mnozí odborníci (např. někteří gynekologové) ji úplně popírají. Například: *„Rovněž psychické komplikace po chtěné interrupci jsou minimální (žádný postinterrupční syndrom neexistuje) a*

⁶ Zároveň ale také tento jev může souviset s raným diagnostikovaním těhotenství a případných samovolných potratů (viz 2.1).

převládající psychický pocit po výkonu je úleva." (Čepický, 2003, str. 103) nebo *„Rozvoj techniky s sebou přinesl možnost časně diagnostiky těhotenství a přerušeni do 8. týdne gravidity je zatíženo jen minimálním množstvím somatických komplikací. Existenci psychologického postinerrupčního syndromu se nepodařilo prokázat, i když prezident Reagan k tomu sestavil speciální komisi.*" (Líbalová in Rob, Martan, Citterbart, 2008, str. 296).

Nelze ale popřít, že existují, ženy, které trpí po UPT či samovolném potratu značnými obtížemi. Často se snaží své emoce potlačit, ale tím spotřebovávají velkou dávku své energie. Pokud se dostanou do další obtížné životní situace, jejich problémy se zintenzivňují a je pravděpodobné, že budou potřebovat odbornou pomoc (např.: psychologa).

Stavy, které provázejí potrat, vyžadují fyzickou i psychickou rekonvalescenci. Pocity smutku, viny a ztráty jsou běžné a jsou nástroji, s jejichž pomocí se žena se zážitkem potratu vyrovnává. Ale pokud dlouhodobě ovlivňují kvalitu běžného života, mohou obtíže ženy vykazovat symptomy PAS.

Symptomy se mohou objevit i ve chvíli, kdy žena musí čelit následkům svého dřívějšího rozhodnutí podstoupit UPT a nést za ně odpovědnost (např. pokud žena nemůže znovu otěhotnět).

Výskyt a intenzitu symptomů PAS může ovlivňovat např.:

- anamnéza psychiatrické nemoci či vážného emočního konfliktu,
- nezralé interpersonální vztahy nebo nestabilní konfliktní vztah k partnerovi,
- negativní vztah k matce,
- silná ambivalence, nejistota a bezmocnost ve vztahu k interrupci,

-náboženské nebo kulturní pozadí s negativním postojem k interrupci,
-bezdětnost.

4.1 Fáze PAS

Po potratu žena postižená postabporčným syndromem prochází několika fázemi vývoje. Emoce, které provázejí jednotlivé fáze, jsem zvýraznila podtržením, protože mohou přicházet v různém časovém sledu a kvantitě.

Nejprve se žena potýká s apatií a popřením faktu potratu. S tímto jevem se žena může setkat již před podstoupením UPT. Své rozhodnutí odosobňuje a k zákroku přistupuje mechanicky, případně pokud je zákrok již proveden nebo prodělala samovolný potrat, žena může k minulosti přistupovat, jako by se nestala.

Následně si žena začíná svůj potrat uvědomovat a myšlenky na něj jí jsou nepříjemné. Žena může začít pociťovat hněv vůči svému okolí (vůči partnerovi, společnosti,...).

Tato fáze uvědomění může přejít do stavu hluboké deprese a úzkosti. Stupňuje se také zlost, kterou žena může pociťovat. Někdy se u ženy mohou objevit sebedestruktivní či suicidální chování.

Žena si uvědomuje, že aby mohla čelit těmto pocitům, potřebuje odbornou pomoc. Následně by měla žena dojít k odpuštění sama sobě, uvědomit si svou těhotenskou ztrátu a vyrovnat se s ní (Proč pláčeš Miriam, 2000, str. 77-80, 113-116).⁷

⁷ Autoři zdrojů evidentně při sestavování těchto fází vycházeli z fází vyrovnávání se smrtí Elisabeth Kübler-Rossově, přestože ji neuvádějí jako zdroj.

4.2 Fyzické dopady potratu

Umělé přerušování těhotenství je gynekologický zákrok, který vyžaduje po provedení určité krátkodobé omezení ženy. Stejně to platí u samovolného potratu (o kterém žena ví), protože je zdravotní komplikací, která vyžaduje medicínskou revizi. Fyzické dopady SP jsou většinou podobné jako dopady UPT (WHO, 2003).

Před zákrokem musí žena absolvovat předoperační vyšetření. Jestliže po provedení výkonu u ženy nenastanou komplikace, je většinou propuštěna za několik hodin do domácího ošetřování. Následující dny jsou některými znaky podobné období po porodu, proto je nutné dodržovat tzv. šestinedělí. Žena musí velmi zodpovědně dodržovat pravidla osobní intimní hygieny, aby zabránila vzniku infekce. Organismus ženy se po zákroku musí obnovit, je fyzicky oslabený, proto by se žena měla vyhýbat po několik týdnů zvýšené fyzické námaze. Lékaři také doporučují 4 až 6 týdnů sexuální abstinence, žena musí mít na paměti, že po interrupci může otěhotnět i před první menstruací po zákroku.

Jakékoliv nezvyklé projevy (bolesti v podbřišku, horečka, silné krvácení, atd.) by měla žena konzultovat s lékařem. Neměla by zapomínat ani na kontrolní vyšetření u svého gynekologa. Jako příklad fyzických následků uvádím průměrnou možnou ztrátu krve při UPT uvedenou v Tab. č. 1.

Provedení UPT je invazivní zákrok a Uzel správně poukazuje na co nejranější provedení. *„Výskyt komplikací záleží ovšem nejen na pečlivosti provedení, ale především na délce těhotenství, které má být přerušeno. Dlouholeté zkušenosti ukázaly, že škodlivých následků rapidně ubývá při umělém potratu provedeném nedlouho po otěhotnění. Čím kratší těhotenství, tím bezpečnější výkon. To byl také jeden z důvodů zrušení neblaze proslulých interrupčních*

komisí, jejichž jednací a schvalovací rituál zbytečně provedení oddaloval." (Pekárková, Primusová, Uzel, Salajka, 2000, str. 19).

Týden těhotenství	Dilatace hrdla (mm)	Velikost kanyly (mm)	Podtlak (kPa)	Průměrné ztráty krve (ml)
4 - 5	5 - 5,5	5	30 - 40	10 - 20
5 - 6	6 - 6,5	6	40	20 - 30
6 - 7	7 - 7,5	7	40	30 - 50
7 - 8	8 - 9	8	40 - 50	40 - 60
9 - 10	10 - 11	10	50	50 - 100
11 - 12	12 - 13	12	50 - 70	100 - 200

Tabulka č. 1, „Doporučená dilatace, velikost kanyly a podtlaku vzhledem ke stáří těhotenství a velikost průměrných ztrát krve“, zdroj Macků, 1995b, str. 88

4.2.1 Možné komplikace operačního ukončení těhotenství

Jako každý operační zákrok, přináší i UPT některá rizika. Je ale nutné zdůraznit, že se jedná o ojedinělé případy. Žena může být bezprostředně při zákroku ohrožená krevní ztrátou (viz Tab. č. 1, „Doporučená dilatace, velikost kanyly a podtlaku vzhledem ke stáří těhotenství“), selháním metody s následným pokračováním těhotenství. Komplikace mohou vyústit v poruchy menstruačního cyklu a fertility (infertilita, sterilita).

Poranění děložního hrdla - nešetrná dilatace děložního hrdla může být příčinou inkompetence děložního hrdla v dalším těhotenství.

Residua post abortum - nedostatečně odstraněné části plodového vejce. Projevují se bolestmi v podbřišku, krvácením nebo zánětem.

Zánětlivé komplikace - většinou způsobené nedostatečnou sexuální abstinencí, nedodržováním osobní hygieny, atd.

Perforace dělohy - při této komplikaci je nutná laparoskopická revize (Rokyta in Rob, Martan, Citterbart, 2008, str. 127-128).

Mezi další, méně časté, komplikace může patřit Ashermannův syndrom či Rh-izoimunizace. (Macků a kol., 1995b, str. 118)

Komplikace (jak poranění sousedních orgánů, tak samotné poranění dělohy, či následná sterilita) po provedení UPT jsou ale velmi vzácné.

Mezi typické fyzické příznaky PAS se považuje bolest hlavy, migrény, bušení srdce, závratě, bolesti v podbřišku, průjmy, třes a žaludeční nevolnosti.

4.2.2 Pracovní neschopnost po potratu

Při dokončeném potratu bez komplikací je délka pracovní neschopnosti vyměřena dle délky těhotenství. Při nekomplikovaném průběhu indikovaného přerušování těhotenství, které bylo provedeno do 12. týdne, se stanovuje pracovní neschopnost na sedm dnů od operace. U komplikovaných potratů se doba hospitalizace a pracovní neschopnosti řídí klinickým obrazem, gynekologickým nálezem a výsledky laboratorních vyšetření (Kobilková, 2005, str. 342).

4.3 Psychické dopady potratu

Potrat je značným zásahem do života ženy. O to více je rozhodnutí těžší, protože se žena často rozhoduje pod časovým, ekonomickým či sociálním tlakem v obtížném psychickém rozpoložení.

Ruppert poukazuje na souvislost mezi UPT a vazbou mezi matkou a dítětem: „*Interrupce je traumatická událost na*

úrovni vazby. S početím začal proces vazby a vztahu mezi matkou a dítětem, který je interrupcí násilně ukončen. Většina žen pocituje bolest ze ztráty vlastního dítěte. Tato bolest se odštěpuje a ženy cítí vnitřní prázdnotu, nedostatek motivace, mívají pocity viny a nevidí perspektivu pro svou budoucnost. Často tudíž vykazují typické symptomy deprese." (Ruppert, 2008, str. 69).

Čepický ale zastává názor, že PAS nebyl prokázán. Poukazuje na menší výskyt psychických komplikací po UPT než po spontánním potratu. Jeho názor je velmi podobný názoru již citované Líbalové (viz 4). „Z gynekologického hlediska je důležité, že se nepodařilo prokázat žádná dlouhodobá rizika interrupce provedené do sedmého týdne gravidity a že nebyla prokázána existence tzv. postinerrupčního syndromu, tj. dlouhodobých psychických komplikací. Jakkoli je psychická reakce na interrupci obvykle ambivalentní, pozitivní pocity většinou převládají (např.: pocity úlevy, vyřešení obtížné situace). Výskyt psychických poruch po interrupci není větší (je spíše menší) než výskyt psychických poruch po jiných způsobech ukončení těhotenství (porod, spontánní potrat). (To se pochopitelně netýká interrupcí chtěného těhotenství provedených ze zdravotní indikace, kde se psychická reakce podobá reakci na samovolný potrat.)“ (Čepický in Rob, Martan, Citterbart, 2008, str. 287).

4.3.1 Psychické symptomy PAS

Dlouhotrvající pocity smutku, deprese, úzkosti a vnitřní prázdnoty

Žena po potratu se může potýkat s depresivními stavy, často doprovázené nezadržitelným pláčem. Symptom se v největší míře projevuje, pokud je v blízkosti jiná těhotná žena či malé dítě. Někdy je stav doprovázen agresí

(může být zaměřená i proti vlastní osobě a může vyústit v sebevražedné sklony).

*„Po potratu jsem se čtyřikrát pokusila o sebevraždu...“
(A.W.)*

Pocit viny a studu, ztráta hodnoty vlastní osoby, litování svého rozhodnutí

Žena se může obviňovat ze smrti svého vlastního dítěte, snaží se tuto skutečnost před okolím zatajit. Zároveň může žena dávat skutečnost potratu za vinu svému okolí (např. viní partnera, že dopustil nebo že ji donutil jít na UPT). Při SP jsou časté pocity selhání a zanedbání.

*„Tehdy jsem si myslela, že nemám jinou možnost. Ale nějak bych už to zvládla. Už bych to nikdy neudělala“
(J.W.)*

Komplikované interpersonální vztahy

Izolování se od ostatních může vyústit v problémy s okolím. Partnerský vztah může projít těžkou krizí a ve výsledku se rozpadnout.

„Kdybych dala na svého přítele, potratila bych i to druhé dítě. Ale vícekrát jsem už to nemohla snést. Nechal mě, ale mé dítě žije.“ (M.K.)

Problémy v sexuálním životě

Ženě se může nedobrovolně vracet zážitek potratu, může mít strach z dalšího otěhotnění, může trpět nepříjemnými pocity při tělesném kontaktu s mužem.

*„Po tom jsem nemohla svého partnera ani cítit a od té doby se mi hnusí všichni muži a každý pohlavní styk.“
(C.B.)*

Problémy se spánkem a v době odpočinku

Žena může trpět nočními můrami, častým buzením. V době, kdy není zaměstnána nějakou činností, se jí mohou vracet myšlenky na potrat.

„Od té doby mě trápí každou noc děsivé sny. Ale nesmím o tom mluvit. Mrtvé děti - kamkoli se jen podívám!“ (P.S.)

Syndrom výročí

Ženě se v období či v konkrétní den, kdy prodělala spontánní potrat či UPT, zintenzivňují její symptomy a vrací se jí zážitek potratu.

V neposlední řadě se může zážitek potratu a nepříjemné události s ním spojené vybavit při návštěvě jakéhokoliv zdravotnického zařízení, žena může mít strach z lékařů a z invazivních vyšetření (Proč pláčeš, Miriam, 2000, str. 65-75, Lamplmairová, 2005, str. 34-58, Wilkee, 1993, str. 49-53, Reardon, 1997).

5 Organizace, které se věnují problematice potratů

Domnívám se, že problematice žen, které neplánovaně otěhotněly, samovolně potratily, podstoupily či se teprve rozhodují, zda podstoupit umělé přerušování těhotenství, není věnován dostatečný prostor, který by poskytovali vyškolení a zkušení odborníci.

Problematika UPT velmi úzce souvisí s filozofickou a náboženskou otázkou, proto se snaží v této problematice poskytovat poradenství i církevní instituce či organizace, pro které je určité náboženské stanovisko hlavním směrem, kterým se řídí v poskytovaných službách.

Hnutí Pro život

Pravděpodobně mezi nejznámější a nejaktivnější organizace patří Hnutí Pro život ČR. Toto občanské sdružení má sídlo v Jihlavě, ale má svou pobočku i v Praze. Na svých webových stránkách organizace odkazuje na trvalé hodnoty, na zdravou rodinu tvořenou manželským svazkem muže a ženy a

úctu k životu. Hlavním tématem sdružení je úplný zákaz potratů, ochrana lidského života, negativně se staví k případné legalizaci euthanasie a k využívání asistované reprodukce.

Hnutí Pro život provozuje Poradnu pro ženy v tísní Aqua Vitae. Poradna poskytuje osobní, telefonické a emailové poradenství. Provozuje web www.linkapomoci.cz a bezplatnou telefonní linku 800 108 000 - „Čekáte-li nečekaně dítě“. Linka je v provozu v pondělí od 16:00 - 21:00, ve středu od 16:00 - 19:00 a ve čtvrtek 18:00 - 21:00. Poradna zprostředkovává kontakty s odborníky (např. gynekology, genetiky, sociálními pracovníky, psychology, rodinnými a výchovnými poradci, právníky, krizovými pracovníky azylových domů, vyučujícími metodám plánovaného rodičovství, duchovními). Dále pomáhá s orientací v sociální síti (např. vyplňování formulářů dávek státní sociální pomoci), pomáhá nalézt azylové ubytování, vyrovnat se s obavami z narození nemocného dítěte, nalézt další možnosti k dosažení početí dítěte přirozenou cestou, poskytuje informace o menstruačním cyklu, ženském těle, o prenatálním vývoji počatého dítěte, o porodu a kojení, informace o náhradní rodinné péči. Poradna může poskytnout těhotenský test zdarma.

Mezi další projekty Hnutí Pro život patří webové stránky www.zakony.prolife.cz, kde je aktualizován přehled projednávaných zákonů Poslaneckou sněmovnou (včetně toho, jak který poslanec hlasoval), které se týkají rodiny, ochrany nenarozeného života a společnosti. Dalším projektem jsou webové stránky www.svobodavolby.cz. Tento web doprovází reklamní kampaň „Žiješ, protože Tě rodiče chtěli“ a spolu s diskusním fórem je zaměřeno hlavně na dospívající a mladé lidi. Další aktivitou je pořádání modliteb za záchranu nenarozeného života na různých místech ČR. Tyto

modlitby a veškeré informace s nimi spojené jsou uveřejněny na webu www.kruciata.cz.

Aktivity občanského sdružení Hnutí Pro život jsou stále viditelnější. Nejznámější je reklamní kampaň, která začala v květnu 2006, „Žiješ, protože Tě rodiče chtěli“ byla přístupná široké veřejnosti a vyvolala rozsáhlou diskuzi, zejména její dostupnost malým dětem (např. zobrazování potráceného plodu v porovnání s hrotem tužky).

Centrum pomoci a naděje (CENAP)

CENAP je občanské sdružení se sídlem v Brně, ve kterém jsou sdruženy Poradny plánování metodou přirozeného početí v Praze, Ostravě a Opavě. Od roku 2007 sdružení provozuje v Brně i polikliniku. Sdružení poskytuje poradenství těm, kteří se chtějí spolehlivě vyhnout početí, těm, kterým se nedaří otěhotnět, rodičům, kteří očekávají narození dítěte či se jim již narodilo, lidem, kteří se v souvislosti s těhotenstvím, mateřstvím a rodičovstvím ocitli v tíživé životní situaci či sociální tísní, a lidem, kteří se dostali do výchovných a vztahových problémů. CENAP poskytuje poradenství osobní, telefonickou a emailovou formou. Dále se věnuje pořádání přednášek a besed. Hlavním tématem je podpora rodiny v celém jejím spektru a ochrana života od početí po přirozenou smrt.

Občanské sdružení Na počátku

Toto sdružení sídlí také v Brně a usiluje o ochranu a rozvoj nenarozeného života. Provozuje Poradnu Na počátku s nepřetržitou telefonní linkou +420 548 221 405. Poradenství poskytuje i prostřednictvím emailu či přímým kontaktem s klienty. Dále provozuje utajený azylový dům Domov pro dětský život, k němu následnou pobytovou péči (byty na půli cesty), terénní a ambulantní péči určenou těhotným ženám, matkám a rodinám, které jsou v tíživé

životní situaci. Typickou klientkou Domova pro dětský život je žena, kterou okolí nutí podstoupit UPT, ale ona sama s tímto názorem nesouhlasí.

Sdružení Ochrana nenarozeného života (SONŽ)

Toto sdružení sídlí v Praze, ale sdružuje celkem 14 poradenských center po celé ČR. Hlavním tématem je úcta k životu a pomoc matkám či rodinám v obtížné životní situaci (včetně poskytování a zprostředkování kontaktů na azylové domy). Věnuje se prevenci v oblasti partnerských vztahů, sexuality a počátku života. SONŽ provozuje telefonní poradenskou linku, která je dostupná v pracovní dny od 8:00 do 20:00 na čísle +420 603 210 999. Poradnu je možné kontaktovat také osobně či emailem.

Ostatní možnosti, které mohou ženy s problémem týkajícím se těhotenství nebo potratu využít je síť poraden pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, dále služby ambulantních psychologů a krizových center (např. RIAPS).

6 Výzkumná část

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapovat věk, kdy dotazované prodělaly potrat, jaké byly okolnosti, které potrat provázely, jak se potrat promítal v jejich dalším životě, jaká je jejich informovanost o PAS a postoj k legálnosti UPT.

6.2 Popis výzkumu

V počáteční fázi výzkumu jsem se snažila zkontaktovat Poradnu Aqua Vitae. Z pochopitelných důvodů jsem neměla umožněný přístup k záznamům o klientkách ani k jejich kontaktním údajům. Jediným možným způsobem by bylo předání mého kontaktu pracovníky organizace ženám, které potrat prožily a vyčkat na jejich odezvu. Tento způsob jsem vyhodnotila jako velmi nejistý a neefektivní. Musela jsem proto využít vzorku čtyř žen, které mi svou účast na výzkumu přislíbily mimo tuto Poradnu. Tyto ženy ale jako výzkumný vzorek zdaleka neodpovídají celé společnosti.

S každou z žen jsem se setkala za účelem výzkumu jednou a vždy šlo cca o 30ti minutová setkání mimo domovy žen. Přestože tématu potratu není naše společnost nakloněná, rozhovory nepocítovala jsem negativní emoce žen, kterými by mi dávaly najevo, že jsou jim položené otázky nepříjemné.

V případě ženy, která prodělala dva spontánní potraty za sebou a nyní se jí nedaří otěhotnět, byly emoce nad samotným faktem potratu velmi zjevné (smutek, uzavřenost, citlivost).

Přestože nelze tento výzkum považovat za relevantní, byly samotné rozhovory s ženami, které potrat prodělaly, velkým přínosem.

6.3 Výzkum týkající se dotazovaných

Výzkum probíhal v dubnu roku 2009. Vzhledem k tématu jsem zvolila kvalitativní formu výzkumu. Hendl správně poukazuje na nevýhody kvalitativního výzkumu: získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí a je obtížnější testovat hypotézy a teorie (Hendl, 2005, str. 52). Obě tyto nevýhody se zobrazily i

v mém výzkumu. Výzkum proběhl formou kvalitativního dotazování, Hendl poukazuje na vhodnost této formy, pokud nemáme možnost rozhovor opakovat (Hendl, 2005, str. 173). Celkem se ho zúčastnily čtyři ženy. Tento fakt nedostatečného vzorku se výrazně odráží na relevantnosti výzkumu a závěry proto bohužel není možno považovat za obecně platné. Téma je ale natolik citlivé a tabuizované, že nedostatek žen, které by bylo možno kontaktovat, jsem očekávala.

Dotazovaným mohlo být položeno celkem až 12 otevřených otázek. Otázky týkající se spontánního potratu nebyly pokládány ženám, které podstoupily pouze UPT (1 žena), a naopak, ženy, které prodělaly pouze spontánní potrat, nebyly dotazovány na otázky týkající se podstoupení UPT (1 žena). Ostatní dvě ženy prodělaly jak samovolný potrat, tak UPT.

6.4 Charakteristika cílové skupiny

Otázky, týkající se charakteristik cílové skupiny byly celkem tři. Týkaly se věku dotazovaných, jejich nejvyššího dosaženého vzdělání a místa bydliště. Pohlaví je jasně vymezené daným tématem, ve všech čtyřech případech se jednalo o ženy. Zde je charakteristika jednotlivých skupin:

Věk

Ženy byly ve věku 29 let, 33 let, 44 let a 52 let.

Nejvyšší dosažené vzdělání

Tři ženy dokončily středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou a jedna absolvovala vysokou školu.

Místo bydliště

Všechny čtyři ženy v současné době žijí v Praze.

6.5 Otázky, které byly dotazovaným položeny

Kolik let Vám bylo, když jste prodělala spontánní potrat(y) či umělé(á) přerušeni těhotenství (dále jen UPT)?

Ženy uvádí, že podstoupily UPT v 18, 25, 28 a 39 letech. Spontánní potrat ženy prodělaly v 18, 27, 30 a 43 letech.⁸

Jaký byl hlavní důvod pro podstoupení UPT?

Otázka byla položena jen třem ženám, první žena uvedla jako důvod, že s otcem dítěte „neplánovala společnou budoucnost a nechtěla být matkou samoživitelkou“, další žena podstoupila UPT ze zdravotních důvodů, třetí žena uvedla kombinaci zdravotních důvodů a nezájmu partnera.

Byl Váš postoj k UPT shodný s postojem otce dítěte?

Jedna žena odpověděla „ano“, jedna „ne“, třetí žena uvedla, že otec dítěte o těhotenství nevěděl.

Litujete někdy svého rozhodnutí?

Dvě ženy odpověděly, že „ne“. Jedna žena uvedla, že „ano“.

Napadla Vás někdy možnost, že byste se chovala v dalším těhotenství jinak?

Tato otázka byla položena pouze třem ženám, které prodělaly spontánní potrat. Dvě ženy uvedly, že je tato možnost nenapadla. Třetí žena uvedla, že ano, „ale neví,

⁸ Považuji za nutné upozornit, že 1 žena prodělala celkem 3 potraty (2x UPT a 1x SP), další žena prodělala 2 spontánní potraty, třetí žena podstoupila 1x UPT a 1x prodělala spontánní potrat, poslední žena podstoupila 1x UPT. U třech žen, které prodělaly více potratů, považuji tento fakt za jeden z rozhodujících, proč byly ženy ochotné odpovědět.

kde se stala chyba, a kterou konkrétní věc by dělala jinak".

Pocítovala jste po spontánním potratu či UPT fyzické obtíže (migrény, bolesti v podbřišku bez zjevné příčiny,...)? Jak dlouho tyto obtíže trvaly?

Ani jedna z žen neuváděla obtíže, které by časově překračovaly rámec řádného zhojení po UPT či SP.

Pocítovala jste po spontánním potratu či UPT psychické obtíže (deprese, strach, poruchy spánku, problémy v sexuálním životě, pocity viny,...)? Jak dlouho tyto obtíže trvaly?

Jedna žena vyloučila jakékoliv psychické obtíže, další uvedla, že pocity smutky a deprese měla, ale zmizely do měsíce. Třetí žena prožívala „melancholické období“ cca 2 měsíce, ale zároveň pocítovala silný pocit úlevy. Zároveň uvedla, že po podstoupení UPT dlouho nežila v partnerském vztahu.

Poslední žena uvedla, že po dvou prodělaných spontánních potratech stále nemůže otěhotnět, čímž se velmi trápí. Uvádí i problémy i v sexuálním životě.

Vzpomenete si každý rok v den proběhnutí spontánního potratu či provedení UPT?

Všechny ženy uvedly, že si v den „výročí“ UPT či SP vzpomenou. Jedna žena upřesnila svou odpověď tím, že si „výročí“ uvědomuje, ale „bez výčitek“. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že SP či UPT je zásadní událostí ženy, která se odráží v jejím následujícím životě.

Přemýšlíte někdy, co by bylo, kdyby se dítě narodilo?

Dvě ženy uvedly, že o této myšlence někdy přemýšlejí, další dvě uvedly, že o tom, co bylo, kdyby se dítě narodilo, nepřemýšlejí.

Jak dlouho po potratu či UPT znovu otěhotněla?

První žena uvedla, že po SP otěhotněla po 4 letech, po podstoupení UPT již neotěhotněla. Druhá žena otěhotněla po 7 letech. Třetí žena uvedla, že po UPT otěhotněla za 18 let, ale těhotenství skončilo spontánním potratem. Čtvrtá žena otěhotněla po svém prvním SP za tři roky, ale těhotenství opět skončilo samovolným potratem.

Slyšela jste někdy o postaborčním syndromu?

Dvě ženy o PAS četly (jedna upřesnila, že až po podstoupení UPT, druhá upřesnila, že o PAS četla na webu o těhotenství). Další dvě o PAS nejsou informovány.

Co si myslíte o legálnosti UPT?

Tato otázka byla položena všem ženám, bez ohledu na to, jestli UPT samy podstoupily či ne. Tři ženy uvedly kladný postoj k legálnosti UPT, čtvrtá žena uvedla, že by sama nikdy tento zákrok neabsolvovala a definovala by v zákoně okolnosti, za kterých lze UPT podstoupit („otěhotnění při znásilnění, rozsáhlé postižení dítěte“).

6.6 Výzkumný předpoklad a jeho vyhodnocení

Vzhledem ke společenské diskuzi o UPT a dostupnosti materiálech o PAS jsem vytvořila 5 výzkumných předpokladů:

1, ženy jsou nedostatečně informované o PAS

Tento předpoklad se nenaplnil, neboť dvě ženy uvedly, že se o PAS dozvěděly. Je nutné ale vzít v úvahu, že kromě

jedné podstoupily UPT či prodělaly samovolný potrat vícekrát než jednou. Je pravděpodobné, že laická a nezúčastněná veřejnost je mnohem méně informovaná.

2, po potratu se ženy potýkají s výskytem fyzických a psychických potíží

Ženy neuváděly zvýšený výskyt jak psychických, tak fyzických komplikací, které by přetrvávaly delší dobu po potratu.

3, postoj matky, která se rozhodne podstoupit UPT, je shodný s postojem otce dítěte

Tento výzkumný předpoklad nelze dle odpovědí dotazovaných vyvrátit ani potvrdit.

4, věk žen, které podstupují UPT je nižší (do 25ti let)

Tento výzkumný předpoklad nelze dle odpovědí dotazovaných vyvrátit ani potvrdit. Dvě ženy podstoupily UPT do věku 25ti let, jedna žena podstoupila UPT ve věku vyšším (28 a 39 let).

5, ženy zastávají kladný postoj k legálnosti UPT

Z odpovědí dotazovaných vylýnula podpora legálnosti UPT, žádná žena nezastává negativní postoj. Ženy se ale liší v pohledu na okolnosti, které vedou k rozhodnutí podstoupit UPT. Tento výzkumný předpoklad se potvrdil, ale ve výsledku se může odrážet fakt, že tři ženy podstoupily UPT minimálně jednou, a proto lze očekávat jejich kladný postoj.

7 Diskuze

V potratové problematice vystává několik zásadních témat, která považují za významná.

Téma potratu je stále tabuizováno

Všechny druhy potratu byly, jsou a budou součástí života mnoha žen. Dějiny ukazují, že i v případě, kdy bylo ukončení těhotenství považováno za trestné, se stejně některé ženy uchýlovaly k rozhodnutí podstoupit zákrok nelegálně, byť za velkého zdravotního rizika.

ČR patří ke státům, které se hlásí k potratově liberální politice, ale myslím si, že veřejnost není zdaleka o této problematice dostatečně informovaná. Základem by měla být přístupná komplexní sexuální výchova a osvěta v oblasti antikoncepce jako prevence nechtěných těhotenství.

Bohužel nedostatek informací není problémem pouze laické veřejnosti, ale i pracovníků, kteří s ženami před nebo po potratu pracují. V České republice je nabídka vzdělávacích kurzů a výcviku velice omezená (např. vzdělávací výcvik NEST - New Experience for Survivors of Trauma (*„Nová zkušenost pro ty, co prožili trauma“*)), s jehož myšlenkou přišli pracovníci Internationaly Institute of Pregnancy Loss Abuse Research and Recovery (*„Mezinárodní institut pro výzkum a terapii obětí násilí a ztráty těhotenství“*) (Reardon, 1997).

Péče o ženu po potratu je v České republice nedostatečná

Systém péče o ženu po potratu není prakticky žádný. Lékař, který provedl UPT či zrevidoval stav ženy po spontánním potratu, je povinen tuto skutečnost nahlásit do Národního registru potratů, ale žena je po ukončení hospitalizace opět předána do péče svého obvodního gynekologa. Systém poraden, které by fungovaly ve zdravotnických zařízeních pro ženy po potratu (např.: při gynekologicko-porodnických klinikách) neexistuje. Pokud žena trpí po potratu obtížemi je odkázána na péči

ambulantních psychologů, krizových center, církevních organizací a organizací, které se zabývají ochranou nenarozeného života. Osobně tyto formy péče nepovažuji za dostatečné.

Zároveň by zdravotnická zařízení měla pracovat na zkvalitnění své péče, např.: v přístupu lékařů k ženám před, během a po zákroku, při vyšetření po spontánním potratu a následných kontrolách, protože pro ženu je potrat krizovou situací. Zároveň by samotný personál, který pracuje se ženami, které prodělaly SP, podstoupily či se chystají podstoupit UPT, by měl být chráněn před negativními dopady vlastní profese na svou osobnost (např.: pravidelnými supervizemi).

Žena nemá dostatečný přísun informací před rozhodnutím, zda podstoupit či nepodstoupit UPT

Žena velmi často nemá možnost si o svém rozhodnutí s někým pohovořit, případně zjistit jiné možnosti, které se nabízejí (např.: azylové domy pro matky s dětmi, možnost dát dítě k adopci a možnost utajeného porodu). Často žena svého gynekologa požádá o vyplnění žádosti o UPT a je bez jakýchkoli informací odeslána do zdravotnického zařízení. Chybí informace o způsobech a o průběhu UPT, o možných komplikacích a následcích.

8 Závěr

Cílem mé práce bylo poukázat na možnost výskytu problémů u žen, které prodělaly potrat. Během zpracovávání tématu jsem se ujistila, že můj předpoklad, že potratová problematika není považována za nosné téma, ale spíše za okrajový problém, je správný. Domnívám se, že tento fakt je následkem střetů mnoha hledisek na tuto problematiku (hledisko medicínské, náboženské, kulturní, sociální, etické, filozofické a právní).

Snažila jsem se zjistit dostupná fakta o těhotenství jako významné události v životě ženy, o těhotenské ztrátě a jejích možných následcích, o samotném postaborčním syndromu, o legislativní úpravě potratů a o organizacích, které poskytují služby ženám po potratu nebo před rozhodnutím, zdali mají podstoupit umělé přerušování těhotenství. Ujistila jsem se, že organizace, které tyto služby nabízejí, se ve většině případů řídí církevním pohledem na potrat, což se odráží ve službách, které nabízejí.

Zároveň jsem se snažila na téma nahlížet objektivně, bez odrazu mého vlastního názoru na jednotlivé ideologie, konkrétní organizace a existenci či neexistenci PAS, ale nejsem schopna posoudit, zda se mi toto podařilo. Považuji ale za důležité, abych v závěru práce své stanovisko vyjádřila. Přikláním se k ideologii pro-choice a domnívám se, že žena má právo učinit rozhodnutí, jestli donosí své dítě nebo podstoupí UPT, ale zároveň musí přijmout plnou odpovědnost za toto rozhodnutí a být připravena nést následky, které s sebou přináší. Dle mého názoru ale tento pohled nevyklučuje potřebu kvalitní a komplexní péče o ženy, které potrat prodělaly. Ve velké části materiálů jsem se setkala s výrazným morálním odsouzením žen, které se

rozhodly podstoupit UPT, s čímž se nejsem schopná ztotožnit.

Domnívám se, že pokud žena k rozhodnutí podstoupit UPT dojde, je důležité, aby jí zdravotnictví poskytlo péči na co nejvyšší možné úrovni.

V Diskuzi jsem se pokusila propojit své postřehy, zjištění a výzkumnou část s teoretickou částí.

9 Resumé

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila shrnout hlavní aspekty potratové problematiky.

V první kapitole jsem považovala za nutné přiblížit samotné těhotenství a změny, které ženě v jejím životě přináší.

Dále se věnuji krizové situaci těhotenské ztráty a všem jejím způsobům, tj. spontánnímu potratu, umělému přerušení těhotenství a úmrtí plodu. Snažila jsem se pojmenovat důvody, které vedou ke ztrátě gravidity a následky, které s sebou přináší.

Podstatnou část tvoří pasáž věnovaná možným následkům potratu a samotnému postabortačnímu syndromu. Popsala jsem jeho fáze, nejčastější psychické a fyzické projevy a náhled ideologií pro-life a pro-choice na jeho samotnou existenci či postoj, se kterým k celé problematice přistupují.

Zmapovala jsem případné možnosti žen, které prodělaly potrat, a které organizace v České republice jim poskytnou své služby. Tento průzkum potvrdil můj předpoklad, že péče o ženu po potratu není v České republice v takové podobě, v jaké by měla být.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na analýzu rozhovorů se čtyřmi ženami, které potrat prožily. Otázky a důležitá témata, které mě z těchto rozhovorů vyvstaly, jsem se pokusila formulovat v *Diskuzi*.

10 Summary

In the framework of my bachelor thesis I attempted to compile essential aspects of the abortion issue.

In the first chapter I found necessary to outline the pregnancy and the resulting changes in respect of the life of a woman.

Further then I focused on critical situation of an antenatal loss and all its forms, i.e. spontaneous abortion, induced abortion and death of the fetus. I have attempted to term the reasons that lead to a loss of gravidity and consequences resulting from it.

A substantial part of the thesis deals with possible consequences of abortion and the particular post abortion syndrome. I described all its stages, the most frequent mental and physical exposures and view of ideologies pro-life and pro-choice towards its existence or the attitude by which they approach towards the entire issue.

I mapped out the possible chances given to women who went through an abortion and the institutions providing services to them within the Czech Republic. This survey acknowledged my presumption that, in the Czech Republic, the care of a woman after abortion is not of that resemblance as it should be.

Within the research part I focused on the analysis of interviews with four women who went through an abortion. Questions and material points arising from these interviews are formulated in the Discussion.

11 Seznam zkratek

aj. - a jiné

apod. - a podobně

atd. - a tak dále

CENAP - Centrum pomoci a naděje

č. - číslo

ČGPS ČLS JEP - Česká gynekologická a porodnická společnost

České lékařské společnosti Jana Evangelisty

ČR - Česká republika

ČSÚ - Český statistický úřad

IPPF - Mezinárodní federace plánovaného rodičovství

např. - například

NEST - New Experience for Survivors of Trauma („Nová zkušenost pro ty, co prožili trauma“)

PAS - postaborční syndrom

RIAPS - Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb

SONŽ - Sdružení Ochrana nenarozeného života

SP - spontánní potrat

tj. - to je

tzv. - tak zvaný

UPT - umělé přerušování těhotenství

WHO - World Health Organization

12 Použitá literatura

- ATKINSON, Rita L., a kol. **Psychologie**. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN: 80-7178-640-3
- BEHINOVÁ, Markéta, KAISEROVÁ, Klára, KARGER, Petr. **Velká kniha o mateřství**. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2006. 322 s. ISBN: 80-204-1526-2
- ČEPICKÝ, Pavel, KURZOVÁ, Hana. **Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře**. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN: 80-246-0677-1
- EVANS, Nancy. **Těhotenství a porod od A do Z**. Praha: Pragma, 2006. 333 s. ISBN: 80-7205-510-0
- HENDL, Jan. **Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace**. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN: 80-7367-040-2
- HONZÁK, Radkin, NOVOTNÁ, Vladimíra. **Krize v životě, život v krizi**. Praha: Road, 1994. 129 s. ISBN: 80-83385-60-00
- KAPR, Jaroslav, KOUKOLA, Bohumil. **Revoluce v poskytování péče**. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 75 s. ISBN: 80-85850-49-4
- KOBILKOVÁ, Jitka, a kol. **Základy gynekologie a porodnictví**. 1. vydání. Praha: Galén a Karolinum, 2005. 368 s. ISBN: 80-7262-315-X (Galén), 80-246-1112-0 (Univerzita Karlova v Praze)
- LAMPLMAIROVÁ, Karin, a kol. **Dala jsem jí jméno Nadine**. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. 96 s. ISBN: 80-7192-903-4
- MACKŮ, František a Jaroslava. **Gynekologové ženám**. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996a. 261 s. ISBN: 80-7169-323-5
- MACKŮ, František, a kol. **Kompendium gynekologických operací**. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1995b. 600 s. ISBN: 80-7169-154-2

- MARSHALL, John F., POLGAR, Steven. **Culture, natality, and family planning**. 1. vydání. North Carolina: Carolina Population Centre, 1976. 301 s. ISBN: US-ISSN-0069-0724
- NOUZOVÁ, Kamila, **Umělé přerušeni těhotenství=těžká volba** [online], 2006, [cit. 01-05-2009]. Dostupný z WWW: <http://www.mladazena.cz/scripts/detail.php?id=275128>.
- Potraty** [online], Český statistický úřad, 2009, [cit. 03-05-2009]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/kapitola/10n1-08-2008-0400>.
- PEKÁRKOVÁ, Milena, PRIMUSOVÁ, Hana, UZEL, Radim, SALAJKA, Milan. **Potrat ano-ne aneb Na pokraji života**. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 101 s. ISBN: 80-7169-922-5
- Proč pláčeš, Miriam**. 1. vydání. Jihlava: Hnutí Pro život ČR, 2000. 134 s. ISBN: 80-238-4824-0
- ROB, Lukáš, MARTAN, Alois, CITTERBART, Karel. **Gynekologie**. 2. vydání. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN: 978-80-7262-501-7
- REARDON, David C., Abortion in Young Women and Subsequent Mental Health [online], 1997, [cit. 09-05-2009]. Dostupný z WWW: <http://www.abortionrecoverycounseling.com/AbortionResearch.html>.
- RUPPERT, Franz. **Trauma a rodinné konstelace**. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN: 978-80-7367-367-3
- ŘÍČAN, Pavel. **Cesta životem**. 2. vydání. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN: 80-7367-124-7
- SMĚKAL, Vladimír. **Pozvání do psychologie osobnosti**. 2. vydání. Brno: Barrister&Principal, 2004. 523 s. ISBN: 80-86598-65-9
- SOBOTKOVÁ, Irena. **Psychologie rodiny**. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN: 80-7178-559-8
- TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürgen. **Základní psychosomatická péče**. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN: 978-80-7367-309-3

UZEL, Radim, Nechtěné děti [online], 2006, [cit. 13-05-2009]. Dostupný z WWW: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006022106>.

V roce 2008 se narodilo téměř 120 tis. dětí [online], 2009, [cit. 27-04-2009]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031309.doc>.

VODÁČKOVÁ, Daniela. **Krizová intervence**. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN: 80-7178-696-9

VYMĚTAL, Jan. **Lékařská psychologie**. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN: 80-7178-740-X

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Technical and Policy Guidance for Health Systems** [online], 2003, [cit. 12-04-2009]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/

WILKEE, Barbara a John. **Člověkem od početí**. Český Těšín: Cor Jesu, 1993. 334 s.

ZWINGER, Antonín, **Spontánní potrat** [online], 2004, [cit. 01-05-2009]. Dostupný z WWW: http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_4/zwinger.htm

13 Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o umělé přerušeni těhotenství (UPT), hlášení potratu a mimoděložního těhotenství (formulář)

Příloha č. 2: Zákon č. 66/1986 Sb. České národní rady o umělém přerušeni těhotenství (plné znění zákona)

Příloha č. 3: Vyhláška č. 75/1986 Sb. Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství (plné znění zákona)

Příloha č. 4: Vyhláška č. 11/1988 Sb. Ministerstvo zdravotnictví Československé socialistické republiky o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky (plné znění zákona)

14 Přílohy

Příloha č. 1:

Žádost o umělé přerušení těhotenství (UPT), hlášení potratu a mimoděložního těhotenství		Důvěrné Razítko zařízení	
1. Příjmení	IČO - PČZ ZZ	kde byl výkon proveden kde výkon provedla	
Jméno	ZZ		
Rozená	IČO - PČZ		
	Rodné číslo		
2. Trvalé bydliště (obec, okres)		*)	
3. Zaměstnání (slovně - bez zkratk)		*)	
4. Rodinný stav	0 - nezjištěn 1 - svobodná 2 - vdaná	3 - rozvedená 4 - vdova 5 - družka	
5. Státní občanství	1 - české	2 - jiné	
6. Národnost	0 - nezjištěna 1 - česká 2 - slovenská 3 - morávská 4 - slezská	5 - maďarská 6 - romská 7 - polská 8 - německá 9 - jiná	
7. Vzdělání	1 - základní neukončené 2 - základní ukončené 3 - střední odborné 4 - úplné střed. odborné	5 - úplné stř. všeob. 6 - bakalářské 7 - vysokoškolské 9 - nezjištěno	
8. Počet porodů			
9. Počet živě narozených dětí			
10. Počet dosavadních UPT			
11. Počet dosavadních samovolných potratů			
12. Druh potratu	1 - samovolný 2 - miniinterupce 3 - jiná legální UPT	4 - ostatní potraty 5 - mimoděložní	
13. UPT ze zdravotních důvodů	1 - ano	2 - ne	dg
14. Datum provedení potratu	den:	měsíc, rok	
15. Stáří plodu v týdnech			
16. U plodu nad 16 týdnů	a) hmotnost v gramech b) míra v cm	a)	b)
17. Antikoncepce	1 - hormonální 2 - nitroděložní	3 - pesar poševní nebo cervikální 4 - žádná	
18. Poplatek za UPT se	1 - nestanoví	2 - stanoví	

*) vyplní pracoviště ÚZIS ČR

Titk: KOVAŘÍK, Česká Třebová

DITIS 113 010 1

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

Příloha č. 2:

Zákon č. 66/1986 Sb.

České národní rady

o umělém přerušení těhotenství

Schváleno: 20/10/1986

Rozesláno/platnost od: 03/11/1986

Účinnost: 01/01/1987

Uveřejněno v č. 22/1986 Sbírký zákonů na straně 0484

§ 1

Účel zákona

Zákon upravuje umělé přerušení těhotenství a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění.

§ 2

Nežádoucímú těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.

§ 3

Prostředky k zabránění těhotenství, které jsou na lékařský předpis, jakož i lékařské vyšetření a kontrola s tím související se poskytují ženě bezplatně.

§ 4

Ženě se uměle přeruší těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody.

§ 5

Ženě lze uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo zdraví nebo zdravý vývoj plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu.

§ 6

(1) Ženě, která nedovršila šestnácti let, lze uměle přerušit těhotenství podle § 4 se souhlasem zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy.

(2) Jestliže bylo podle § 4 uměle přerušeno těhotenství ženě ve věku od šestnácti do osmnácti let, vyrozumí o tom zdravotnické zařízení jejího zákonného zástupce.

§ 7

Žena písemně požádá o umělé přerušeni těhotenství ženského lékaře zdravotnického zařízení příslušného podle místa jejího trvalého pobytu nebo místa pracoviště nebo školy. Lékař je povinen poučit ženu o možných zdravotních důsledcích umělého přerušeni těhotenství i o způsobech používání antikoncepčních metod a prostředků. Jestliže žena na umělém přerušeni těhotenství trvá a zjistí-li lékař, že jsou splněny podmínky pro jeho výkon, určí zdravotnické zařízení, kde se výkon provede.

§ 8

(1) Jestliže lékař neshledal podmínky pro umělé přerušeni těhotenství (§ 4 a 5), může žena do tří dnů písemně požádat o přezkoumání jeho závěru okresního odborníka pro obor gynekologie a porodnictví, který tuto žádost přezkoumá nejpozději do dvou dnů od jejího doručení. K přezkoumání žádosti si tento odborník přizve dva další lékaře z tohoto oboru, popřípadě i lékaře z jiného dotčeného oboru. Zjistí-li, že podmínky pro umělé přerušeni těhotenství jsou splněny, oznámí to ženě a určí zdravotnické zařízení, kde se výkon provede.

(2) Jestliže okresní odborník pro obor gynekologie a porodnictví neshledal podmínky pro umělé přerušeni těhotenství a žena na něm trvá, postoupí ihned její písemnou žádost k přezkoumání krajskému odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví, který si přizve dva další lékaře z tohoto oboru, popřípadě i lékaře z jiného dotčeného oboru a přezkoumá žádost nejpozději do tří dnů od jejího doručení. Neshledal-li podmínky pro umělé přerušeni těhotenství, písemně oznámí ženě výsledek přezkoumání, který je konečný; v případě, že podmínky pro umělé přerušeni těhotenství jsou splněny, postupuje obdobně jako okresní odborník pro obor gynekologie a porodnictví podle odstavce 1.

§ 9

Na postup stanovený tímto zákonem se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

§ 10

Umělé přerušeni těhotenství cizinkám

Umělé přerušeni těhotenství podle § 4 se neprovede cizinkám, které se v České socialistické republice zdržují pouze přechodně.

§ 11

Příplatek nebo úhrada za umělé přerušeni těhotenství

(1) Za umělé přerušeni těhotenství provedené podle § 4 uhradí žena v případech stanovených obecně závazným právním předpisem zdravotnickému zařízení příplatek.

(2) Úhradu za umělé přerušeni těhotenství cizinkám upravuje zvláštní předpis.

§ 12

Zmocnění

Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky vydá obecně závazný právní předpis, jímž podrobněji upraví podmínky pro umělé přerušeni těhotenství, postup při projednávání umělého přerušeni těhotenství a výši příplatku a podmínky jeho placení. Tento předpis též upraví okruh cizinek, kterým lze provést umělé přerušeni těhotenství za úhradu.

§ 13

Přechodné ustanovení

Podle tohoto zákona se projednají též žádosti o umělé přerušeni těhotenství, o nichž nebylo pravomocně rozhodnuto před počátkem jeho účinnosti.

§ 14

Zrušovací ustanovení

Zrušují se

1. zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušeni těhotenství,
2. vládní nařízení č. 126/1962 Sb., kterým se zřizuje interrupční komise a provádí zákon o umělém přerušeni těhotenství, ve znění vládního nařízení č. 54/1966 Sb., a nařízení vlády ČSR č. 69/1973 Sb.,
3. vyhláška č. 71/1973 Sb., kterou se provádí zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušeni těhotenství, ve znění vyhlášky č. 80/1980 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška č. 71/1973 Sb.

§ 15

Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti dnem 1. ledna 1987.

Plné znění Zákona č. 66/1986 Sb. bylo vygenerováno ze systému ASPI dne 27/04/2009.

Příloha č. 3:

Vyhláška č. 75/1986 Sb.

**Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky,
kteřou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o
umělém přerušení těhotenství**

Schváleno: 07/11/1986

Rozesláno/platnost od: 28/11/1986

Účinnost od: 01/01/1987

Uveřejněno v č. 24/1986 Sbířky zákonů na straně 0513

§ 1

Za zdravotní důvody, pro které nelze na žádost ženy uměle přerušit těhotenství (kontraindikace), se považují

a) zdravotní stav ženy, kterým se podstatně zvyšuje zdravotní riziko spojené s umělým přerušením těhotenství, zejména zánětlivá onemocnění,

b) umělé přerušení těhotenství, od něhož neuplynulo šest měsíců, s výjimkou případů, kdy

1. žena alespoň dvakrát rodila nebo

2. žena dovršila 35 let věku nebo

3. je důvodné podezření, že žena otěhotněla v důsledku trestné činnosti, která vůči ní byla spáchána.

§ 2

(1) Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody pro umělé přerušení těhotenství, je uveden v příloze této vyhlášky. Po uplynutí dvanácti týdnů délky těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod je neschopen života.

(2) Svědčí-li pro umělé přerušení těhotenství genetické důvody, lze uměle přerušit těhotenství nejpozději do dosažení dvacetičtyř týdnů těhotenství.

§ 3

(1) Ze zdravotních důvodů se ženě s jejím souhlasem uměle přeruší těhotenství, jestliže k tomu dalo podnět zdravotnické zařízení, nebo z jejího podnětu, jestliže se zdravotní důvod potvrdí.

(2) Zdravotní důvody pro umělé přerušení těhotenství je oprávněn posoudit vedoucí oddělení zdravotnického zařízení, do jehož oboru onemocnění patří, nebo jím pověřený zástupce.

(3) Jestliže k umělému přerušení těhotenství dalo podnět zdravotnické zařízení a žena k němu odmítá dát souhlas, učiní o tom žena, která odmítá umělé přerušení těhotenství, písemné prohlášení (revers).

§ 4

(1) Ženský lékař zdravotnického zařízení příslušného podle místa trvalého pobytu ženy nebo místa jejího pracoviště nebo školy (dále jen "lékař"), kterého žena písemně požádala o umělé přerušování těhotenství, ženu vyšetří, určí délku těhotenství, zjistí, zda umělému přerušování těhotenství nebrání zdravotní důvody (kontraindikace) a učiní závěr. Délka těhotenství se počítá v dokončených týdnech počínaje prvním dnem poslední menstruace. Žena zdravotnickému zařízení písemně potvrdí, že ji lékař seznámil se svým závěrem a že ji poučil o možných zdravotních důsledcích umělého přerušování těhotenství, jakož i způsobech použití antikoncepčních metod a prostředků. 1)

(2) K podání žádosti o umělé přerušování těhotenství a k dalšímu postupu se použije tiskopis Žádost o umělé přerušování těhotenství a hlášení potratu, 2) k přezkoumání závěrů lékaře se použije tiskopis Žádost o přezkoumání závěru lékaře. 3) Tyto tiskopisy lékař ženě odevzdá.

(3) Žena může až do začátku výkonu umělého přerušování těhotenství vzít svou žádost nebo souhlas zpět. Tuto skutečnost uvede lékař ve zdravotnické dokumentaci ženy.

1) § 8 zákona ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství.

2) Tiskopis SEVT, skl. č. 14 331 0.

3) Tiskopis SEVT, skl. č. 14 331 1.

§ 5

(1) K umělému přerušování těhotenství na žádost ženy ve věku do šestnácti let je třeba souhlasu zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy (dále jen "zákonný zástupce"); 4) souhlas zákonného zástupce se vyžádá též k umělému přerušování těhotenství této ženě ze zdravotních důvodů.

(2) Je-li k umělému přerušování těhotenství třeba souhlasu zákonného zástupce, uvede se jeho souhlas ve zdravotnické dokumentaci.

4) § 6 odst. 1 zákona ČNR č. 66/1986 Sb.

§ 6

(1) Lékař, popřípadě okresní nebo krajský odborník pro obor gynekologie a porodnictví, který přezkoumal závěr lékaře, určí pro výkon umělého přerušování těhotenství (dále jen "výkon") spádové zdravotnické zařízení ústavní péče. Na přání ženy může určit i jiné zdravotnické zařízení ústavní péče, pokud s tím toto zařízení bude souhlasit.

(2) Zdravotnické zařízení provede výkon neprodleně; o době provedení výkonu uvedomí ženu při předložení její žádosti se závěrem lékaře nebo toho, kdo jeho závěr přezkoumal.

(3) O umělém přerušení těhotenství na žádost ženy ve věku od šestnácti do osmnácti let 5) uvedomí zdravotnické zařízení jejího zákonného zástupce neprodleně po provedení výkonu vhodným způsobem ústně nebo písemným oznámením do vlastních rukou.

5) § 6 odst. 2 zákona ČNR č. 66/1986 Sb.

§ 7

Zdravotnické zařízení, ve kterém bylo uměle přerušeno těhotenství, podává o tom do pátého dne každého měsíce hlášení 2) krajskému ústavu národního zdraví pro statistické zpracování. Obdobné hlášení zasílá toto zařízení okresnímu odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví příslušnému podle místa trvalého pobytu ženy.

2) Tiskopis SEVT, skl. č. 14 331 0.

§ 8

Všichni zúčastnění pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděli v souvislosti s umělým přerušením těhotenství, a šetřit oprávněné zájmy ženy.

§ 9

zrušen

§ 10

Umělé přerušení těhotenství cizinkám

(1) Za přechodný pobyt 6) se nepovažuje pobyt cizinek, které pracují v orgánech a organizacích se sídlem v České socialistické republice, popřípadě členek rodin pracovníků těchto orgánů a organizací, pobyt studujících a jiných cizinek, které mají povolení k pobytu pro cizince podle zvláštních předpisů, 7) popřípadě mezistátních dohod. Zdravotnické zařízení má povinnost požadovat předložení příslušného dokladu. 8)

(2) zrušen

6) § 10 zákona ČNR č. 66/1986 Sb.

7) Vyhláška ministerstva vnitra č. 69/1965 Sb., kterou se vydávají podrobnější předpisy o pobytu cizinců na území Československé socialistické republiky.

8) Např. povolení k pobytu pro cizince vydané příslušným orgánem Sboru národní bezpečnosti nebo průkaz vydaný federálním ministerstvem zahraničních věcí, u pracovníků vyznačený pracovní účel v cestovním dokladu, při služebním přidělení potvrzení orgánu nebo organizace, v níž vykonává pracovní činnost.

9) § 30 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
§ 66 vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 42/1966 Sb., o poskytování léčebně preventivní péče.

10) Výměr Českého cenového úřadu a Slovenského cenového úřadu č. 1160/686/1981 o určení maloobchodních cen za léčebně preventivní péči hrazenou devizovými cizozemci (č. JKV 964), přetištěn v částce 9-10/1981 Věst. MZ ČSR a Výměr č. 1159/1005/1985 o určení prvního dodatku k Výměru ČCÚ a SCÚ č. 1160/686/1981 o určení maloobchodních cen za léčebně preventivní péči hrazenou devizovými cizozemci (JKPOV 964), přetištěn v částce 7-9/1986 Věst. MZ ČSR.

Příl.1
k vyhlášce č. 75/1986 Sb.

Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody k umělému přerušení těhotenství

1. Interní

a) choroby srdce a cévního systému

Chlopenní vady, zejména stenóza mitrální a insuficience aorty s omezením výkonnosti srdce nebo takové, u kterých došlo před těhotenstvím k projevům oběhové slabosti, k infarktu plic, k emboliím do velkého oběhu nebo k akutnímu edému plic. Akutní nebo evolutivní zánětlivá onemocnění srdeční (myokarditida, infekční endokarditida, revmatická horečka).

Infarkty srdečního svalu.

Veškeré srdeční choroby, u nichž dochází do skončení 12. týdne těhotenství k arytmiím (míhání nebo kmitání síní, kardiální synkopy), k žilním městnáním nebo cyanóze.

Vrozené srdeční vady s poruchou oběhu krevního, zejména vady s cyanózou a koarktace aorty se zřetelným přetlakem na horních končetinách.

Stavy po operaci srdce a velkých cév pro vrozené nebo získané srdeční vady, pokud nebylo dosaženo úplné korekce vady a normalizace hemodynamických poměrů.

Hypertenze rezistentní na terapii s vysokým diastolickým tlakem. Varikózní komplex rozsáhlého stupně, postihující zvláště krajiny rodidel a dolní končetiny, s proběhlými ulceracemi a tromboflebitidami.

Diagnosticky bezpečně prokázané kardiomyopatie.

U lehčích srdečních onemocnění, která nejeví známky progresu, je nutno uvážit, zda se matka bude moci dostatečně chránit námahy (domácnost, zaměstnání, ošetřování dítěte zvláště v prvních 2-3 letech, je-li v rodině více malých dětí potřebných dozoru i v noci).

b) choroby plic

Plicní choroby s omezením respirační funkce (pulmonální insuficience, bronchiektázie, chronická bronchitida, emfyzém). Chronické plicní infekce.

c) choroby ledvin

Chronická glomerulonefritida zejména se známkami aktivního zánětlivého procesu.

Chronická glomerulonefritida provázená nefrotickým syndromem nebo hypertenzním syndromem.

Pyelonefritida s omezením renálních funkcí.

Nefrotický syndrom.

Polycystické ledviny.

Geneticky podmíněné nefropatie (např. metabolické tubulární syndromy), každé onemocnění ledvin, kde je snížena glomerulární filtrace trvale pod 50 %.

d) chorobné stavy tvorby krve

Krvácivé choroby, kde lze při porodu a v šestinedělí očekávat závažné krvácení.

Veškeré hemoblastózy a hemoblastómy.

Myeloproliferativní stavy.

Hemolytické anémie.

Prokázané přenašení těžkých forem hemofilií nebo choroby Renduovy - Oslerovy - Weberovy.

e) choroby trávicího ústrojí

Komplikovaná cholelitiáza (biliární cirhóza, choledocholitiáza, empyém žlučníku, cholangitida, pankreatitida).

Recidivující pankreatitida, pankreatolitiáza.

Aktivní nebo vleklá recidivující vředová choroba gastroduodenální,

Hemoragická (ulcerózní) proktokolitida a regionální enterokolitida (Crohnova choroba).

Stavy zjizditelné denutrice vyvolané chorobami trávicího ústrojí.

Chronické parenchymatózní choroby jater.

Stav po infekční hepatitidě do 1 roku se známkami poruchy jaterních funkcí.

f) poruchy endokrinní

Nemoc Basedowova.

Struma s mechanickými následky zvláště retrosternální struma s kompresí krčních žil.

Hyperthyreóza - metabolicky nestabilní (všechny formy).

Nekompenzovaná hypothyreóza.

Hyperparat hyroidismus.

Adenomy nadledvinek.

Feochromocytom.

Diabetes mellitus I. typu, pokud diabetička nebyla v období početí nebo v prvních týdnech těhotenství ideálně kompenzovaná.

Diabetes mellitus I. typu s komplikacemi (zejména cévními), u juvenilních forem při opětovných potratech a úmrtí plodu, ale i diabetes mellitus (juvenilního typu) bez komplikací.

Diabetes mellitus II. typu, kde lze těhotenstvím očekávat zhoršení základního onemocnění.

Diabetes mellitus II. typu s komplikacemi (zejména cévními, kardiovaskulárními).

Diabetes mellitus I. a II. typu při oboustranném zatížení (diabetes obou rodičů nebo v obou rodinách).

Gestační diabetes v předchozím těhotenství (vyžadující aplikaci inzulínu), jsou-li přítomny další rizikové faktory, zejména genetická zátěž.

Ve všech případech diabetu I., II. i gestačního DM, kde průkazným vyšetřováním HbA_{1c}, nebo jiného indikátoru dlouhodobé kompenzace byla zjištěna špatná kompenzace v době početí (hladina HbA_{1c}, vyšší než 10 %).

Ostatní endokrinopatie na základě vyšetření odborného ústavu.

g) infekční choroby

Při onemocnění: bezpečně prokázanou teratogenitou či jiným rizikem pro plod jako jsou zarděnky, infekce cytomegalovirem, toxoplasmóza, varicela, AIDS je přerušeno možné ve spolupráci s genetickým oddělením až do 24. týdne těhotenství. Infekce s možnou teratogenitou nebo jiným možným rizikem pro plod jako příušnice, herpes simplex, EB virosa, coxsackiíza B, chřipka s teplotami 40 stupňů Celsia a více, lymfocytární choriomeningitida, parvoviroza, virová hepatitida (zvláště typ B), listeriíza a aplikace živých očkovacích látek matce.

h) poruchy metabolické

Dna s opakovanými záchvaty nebo u pacientek soustavně pro tuto chorobu léčených.

Poruchy lipidového metabolismu biochemicky prokázané, zejména geneticky podmíněné nebo s projevy orgánových následných změn (např. arterioskleróza).

Thesaurismosy prokázané histologicky nebo biochemicky.

2. Chirurgické

Rozsáhlé břišní kýly, brániční a hiátové kýly, nesouhlasí-li žena s operací.

Postresekční syndrom po resekci žaludku a syndromy postcholecystektomické.

Opakující se ileózní stavy.

Chirurgicky léčené vrozené anomálie tlustého střeva a konečníku.

Rozsáhlé benigní nádory břišní a pánevní.

Stavy po resekci plic se snížením funkční kapacity plic.

Aktinomykóza plic a plicní abscesy.

Pokročilé organické změny periferních cév.

Pravá a nepravá arteriovenózní aneurysmata aorty a velkých cév nitrobřišních a končetinových.

Malformace mozkových cév anatomicky benigní.

3. Urologické

Stavy po vynětí ledviny, nebo jestliže jedna ledvina chybí (agenezie) nebo je zakrnělá (hypoplazie) při funkční nedostatečnosti zbylé ledviny.

Cystóza ledvin.

Pyelonefritida s omezením renálních funkcí.

Hematurie z neznámé příčiny.

Nefrolitiáza oboustranná, i když konkrementy nejsou fixní a často z obou ledvin současně spontánně odcházejí - urátová urolitiáza.

Papilomatóza měchýře.

Hydronefróza.

Jiné závažné vývojové úchytky vedoucí ke snížení funkční schopnosti ledvin.

4. Ortopedické

Všechny dědičné vrozené vady osteoartikulárního aparátu.

Stavy po vrozené kyčelní dysplazii od subluxace výše.

Stavy po Perthesově onemocnění s následnou prearthrosou.

Stavy po juvenilní epifyzeolýze hlavice kosti stehenní.

Spondylolýsa, spondylolistesa.

Skoliosa hrudní a bederní páteře nad 30 st.

Deformity pánve vrozené (hypoplázie)

získané (postradiační, Chrobakova pánev, atd.)

posttraumatické s poruchou pánevního kruhu.

Deformační artróza nosných kloubů.

Stavy po rozsáhlých a komplikovaných zlomeninách s funkčním či anatomickým defektem.

Juvenilní revmatoidní artritida, progresivní chronická polyarthritida.

Těžké poruchy stereotypu chůze.

Ankylózy velkých kloubů.

Pouřazové stavy provázené parézou velkých periferních nervů.

Systémová onemocnění, metabolické osteopatie.

Stavy po poliomyelitidě.

Stavy po dětské mozkové obrně.

Recidivující chronická osteomyelitida.

Nádory pohybového aparátu a jim podobné maligní afekce, potenciálně maligní, úporně recidivující nebo působící potíže v důsledku lokalizace.

5. Revmatologické

Spondylarthritida ankylosující - Morbus Bechtěrev.

Polyarthritida progressivní "revmatoidní artritida".

Při chronických polyarthritidách je třeba přihlédnout zejména k průběhu nemoci, k její aktivitě a ovlivnitelnosti léčbou, jakož i funkční zdatnosti.

Chronická dna s pokročilými deformacemi a zvláště viscerálním (ledvinným) postižením.

Revmatická horečka ve stádiu aktivity a v době prevence penicilínem.

Difuzní onemocnění pojiva (tzv. kolagenózy)

a) systémový lupus erythematodes, zvláště evolutivní formy s příznaky lupusu, nefritidy,

b) sclerodermia difusa, zvláště progredující formy s projevy orgánového postižení,

c) dermatomyosa s polymyositickým syndromem a viscerálními změnami,

d) polyarteritida nodosní.

6. Onkologické

a) zhoubné novotvary a stavy po jejich odstranění operativním nebo léčením zářením, které mohou nepříznivě ovlivnit průběh

těhotenství, mít vliv na plod anebo hrozit ženu ve zdravotním stavu,

b) carcinoma in situ, pokud ohrožuje zdravotní stav matky.

7. Pneumologické Tuberkulóza a jiné mykobakteriízy

a) Tuberkulóza a jiné mykobakteriízy dýchacího ústrojí Všechny formy tuberkulózy nebo jiné mykobakteriízy v evolutivní fázi (rozpad, rozsev, infiltrace) s nálezem i bez nálezů mykobakterií, když i přes léčbu antituberkulotiky lze očekávat, že by těhotenství zhoršilo onemocnění budoucí matky. Všechny formy tuberkulózy nebo jiné mykobakteriízy v resorpci nebo inaktivní formy:

- při podstatně snížené kardiorepirační funkci v důsledku základního onemocnění
- komplikované jiným závažným onemocněním, i když jeho stupeň sám o sobě není indikací k interrupci těhotenství (např. diabetes mellitus)
- mělo-li předchozí těhotenství vliv na zhoršení tuberkulózního onemocnění.

Nakažlivé formy tuberkulózy u osob žijících ve společné domácnosti s budoucí matkou, které nelze negativizovat antituberkulotickou léčbou a nelze zajistit jejich izolaci.

b) Tuberkulóza mimoplicní

Tuberkulóza ledvin s výrazným úbytkem renálního parenchymu a chronickou insuficiencí ledvin.

Posttuberkulózní nefropatie, u nichž by těhotenství mohlo vést k dekompenzaci.

Floridní specifická cystitida při renální tuberkulóze, která přetrvává i přes léčbu antituberkulotiky a vyvolává funkční změny.

Nespecifické choroby plic a pohrudnice

Všechny choroby plic, komplikované omezením kardiorepirační funkce, které je rozhodující pro indikaci k přerušování těhotenství. Toto omezení mohou vyvolat především tyto choroby:

- chronické obstruktivní nemoci plic (chronická bronchitida, asthma bronchiale, emfyzém plic, bronchiektázie)
- rozsáhlá sarkoidóza
- pneumokoniózy
- difúzní plicní fibrózy a alergická alveolitida
- rozsáhlé pohrudniční srůsty.

Chronická zánětlivá onemocnění plic (např. plicní absces, bronchiektázie).

8. Neurologické

Roztroušená skleróza mozkomíšní a jiné demyelinizační choroby (podle závažnosti stavu a obrazu choroby).

Paraplegie a těžké paraparézy dolních končetin z organické příčiny.

Nádory mozku, míchy a jejich obalů.

Parazitární onemocnění centrálního nervového systému.

Degenerativní a heredodegenerativní nemoci centrálního nervového systému (např. choroba Friedreichova, Pierre-Marierova, Wilsonova, Westphal-Strümpellova, Creutzfeldova-Jakobova, Alzheimerova, Gerstmannův-Sträusslerův sy., amyotrofická laterální skleróza).

Všechny myopatie.

Dystrofické myotonie.

Choroba Huntingtonova.

Těžké formy cévních onemocnění a příhod mozkových a míšních.

Aneurysmata a intrakraniální cévní malformace.

Funikulární myelózy.

Encefalitidy, encefalomyelitidy a meningitidy v akutním stavu a těžší následné reziduální syndromy.

Polyradikuloneuritidy.

Těžké formy polyneuropatie.

Myastenia.

Syringomyelie a syringobulbie.

Traumata mozku a míchy s výraznou ložiskovou symptomatologií, včetně reziduálních stavů tohoto typu.

Athetosis duplex.

Primární artrozie mozečkové.

Dysbasia lordotica progressiva.

Familiární periodická obrna.

Těžší diskopatie bederní.

Těžké rezistentní neuralgie.

Epilepsie rezistentní na moderní medikamentózní léčbu.

Těžké formy dětské mozkové obrny.

Neurolues-neurotabes.

Těžké sekundární neurastenické syndromy.

Těžké neurovegetativní neurózy.

Těžké formy migrény s častými nezvládnutelnými záchvaty.

Všechny akutní a chronické intoxikace s postižením periferního nebo centrálního nervového systému.

Všechny ostatní nervové choroby, které se značně zhoršily v předchozím těhotenství.

9. Psychiatrické

a) Choroby ženy:

Psychózy.

Těžší forma psychopatie, dekompenzace psychopatie.

Těžší reaktivní psychická porucha s nebezpečím suicidia event. ověřena hospitalizací.

Neuróza úzkostná a obsedantní.

Nervová heredofamilární onemocnění s psychickými poruchami.

b) Choroby vyskytující se u jednoho z rodičů, zvláště dědičně přenosné:

Psychózy.

Oligofrenie.

Těžší forma psychopatie.

Závažné sexuální deviace.

c) Porodila-li žena ve spojení s týměž otcem již oligofrenní nebo jinak psychicky stigmatizované dítě.

d) Alkoholismus nebo jiná toxikománie jednoho z rodičů, projevuje-li se též povahovými defekty.

e) Je-li žena v době těhotenství aktivně léčena nebo doléčována psychofarmaky.

10. Dermatovenerologické

a) Kožní

Penfigi a dermatitis herpetiformis.

Erythrodermie.

Erythematodes acutus ev. disseminátus.

Dermatomyositida akutní.

Sklerodermie.

Impetigo herpetiformní.

Purpury zhoršující se za těhotenství.

Mycosa fungoidní.

Xeroderma pigmentosum.

Maligní melanom.

Jiné zhoubné kožní novotvary.

Závažné genodermatosy a vývojové kožní vady.

Psoriasis pustulosní generalisovaná.

Všechna závažná rozsáhlá kožní onemocnění.

Stavy po těžkých popáleninách na prsech a kolem genitálu.

Chronické pruriginosní dermatosy s psychopatiemi.

b) Syfilis manifestní všech stadií a forem se syfilofobickými obavami o zdraví dítěte (za antibiotické clony).
Lymbogranuloma venereum.

11. Oftalmologické

a) Choroby zrakového ústrojí a oční projevy celkových onemocnění, při nichž lze umělým přerušením těhotenství zabránit trvalému poškození zraku matky, pokud poškození nelze zabránit jinými způsoby jako oftalmologickou prevencí (fotokoagulace, kryopexa apod.) či šetrným vedením porodu (císařským řezem).
Sem patří zejména:

recidivující záněty sítnice a cévnatky, zejména nezjištěné etiologie a prokazatelně zhoršené dřívějším těhotenstvím.

Záněty sítnicových cest s opakovaným krvácením.

Vysoká krátkozrakost s pokročilými degenerativními změnami sítnice a cévnatky, s krvácením nebo odchlípením sítnice a vitreoretinální degenerace s nebezpečím odchlípení sítnice.

Retinopatie, zvláště diabetické a toxemické.

b) Familiární a hereditární onemocnění sítnice, zrakového nervu a dioptrického ústrojí oka (rohovky, čočky), jejichž genetický podklad je dostatečně prokázán a dominantně dědičný vrozený glaukom (nutné vyjádření genetické poradny).

c) Retinoblastom s familiárním výskytem nebo oboustranný.

12. Otorinolaryngologické

Relativní indikací pro přerušeni těhotenství je otosklerosa,

a) jestliže při předchozím těhotenství došlo k většímu snížení sluchu,

b) při zatížení rodičů otosklerosou,

c) jestliže vzhledem k poruše sluchu a dalším průvodním změnám došlo k těžké psychóze podle dobrozdání psychiatra a otologa.

Relativní indikací k přerušeni těhotenství je dědičná hluchota nebo těžká a středně těžká nitroušní nedoslýchavost heredodegenerativního původu obou, nebo jednoho z rodičů, kdy oddělení pro lidskou genetiku určí riziko za příliš vysoké vzhledem k postižení dítěte.

13. Gynekologické a porodnické

Hyperemesis gravidarum, kde jsou orgánové změny.

Těžká pozdní gestóza zjištěná předchozím těhotenstvím, zvláště byla-li sdružená s hypertenzí a proteinurií.

Patologické stavy v porodnické anamnéze:

- opakované atonické krvácení po porodu

- po dvou porodech ukončených císařským řezem

- po operativní úpravě závěsného a podpůrného aparátu, má-li žena dvě živé děti.

Venter pendulus vzniklý diastázou přímých svalů po dvou porodech. Stavy po operacích pro neudrženi moči.

Nepřavidelnost plodového vejce, porod dítěte s fetální erytroblastosou nebo riziko poškození plodu prokázané vyšetřením protilátek.

Početi po dočasné RTG kastraci, nebo má-li žena vaječníky poškozené RTG ozařováním z jiných příčin.

Početi mezi příbuznými v pokolení přímém nebo se sourozenci.

Početi do dokonaného 15. roku věku.

Početi po 40. roce věku.

Selhání intrauterinní antikoncepce.

14. Genetické

Závažné dědičné choroby a vývojové vady diagnostikované u plodu metodami prenatalní diagnostiky nebo průkaz jejich vysokého rizika.

Závažné dědičné choroby a vývojové vady, jejichž riziko postižení plodu stanovené genetickým vyšetřením převyšuje 10 %.

U syndromů semiletálních nebo vedoucích k nutnosti azylového ošetřování výjimečně i při riziku nižším.

Faktory s prokázanými mutagenními a teratogenními účinky pro plod, zejména prokázané užívání léků s mutagenním nebo teratogenním účinkem, profesionální expozice chemickým látkám s mutagenním nebo teratogenním účinkem a nadměrná expozice ionizujícímu záření.

Poznámka: Žena předloží potvrzení lékaře, který lék předepsal, s uvedením diagnózy, data vystavení receptu a předepsané dávky. Při profesionální expozici a expozici ionizujícímu záření předloží posudek, který obsahuje data a dávky expozice. Je-li důvodem užívání léků, předloží vyplněnou zprávu o nežádoucím účinku léku (SEVT 14 084 0).

Plné znění Vyhlášky č. 75/1986 Sb. bylo vygenerováno ze systému ASPI dne 27/04/2009.

Příloha č. 4:

Vyhláška č. 11/1988 Sb.

Ministerstvo zdravotnictví Československé socialistické republiky

o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky

Schváleno: 22/01/1988

Rozesláno/platnost od: 29/01/1988

Účinnost: 01/03/1988

Uveřejněno v č. 1/1988 Sbírký zákonů na straně 0019

§ 1

Úvodní ustanovení

(1) Zdravotnická zařízení evidují

a) ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte anebo potratem,

b) úmrtí dítěte do 168 hodin po porodu a

c) úmrtí matky související s těhotenstvím, porodem nebo potratem, k němuž došlo do 42 dnů po ukončení těhotenství (dále jen "úmrtí matky").

(2) Na podkladě evidence podle odstavce 1 provádějí zdravotnická zařízení v součinnosti s okresními a krajskými odborníky pro příslušné obory rozborý za účelem zlepšení úrovně léčebné preventivní péče o matku a dítě.

§ 2

(1) Narozením živého dítěte se rozumí jeho úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina, jestliže dítě projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost

a) 500 g a vyšší anebo

b) nižší než 500 g, přežije-li 24 hodin po porodu.

(2) Známkami života se rozumějí dech nebo akce srdeční nebo pulsace pupečníku nebo aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena.

§ 3

Narozením mrtvého dítěte se rozumí úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost 1000 g a vyšší.

§ 4

(1) Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž

a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů,

b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu,

c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.

(2) Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušování těhotenství provedené podle zvláštních předpisů. 1)

1) Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství.

Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství.

§ 5

Hlášení o narození

Hlášení o narození živého nebo mrtvého dítěte podávají zdravotnická zařízení 2) a postupují přitom podle předpisů o matrikách. 3) Hlášení se podává vedle národního výboru pověřeného vedením matrik též okresnímu odborníkovi pro obor pediatrie příslušnému podle místa trvalého pobytu matky.

2) Tiskopis Federálního statistického úřadu, Českého statistického úřadu a Slovenského statistického úřadu Obyv 2-12 "Hlášení o narození".

3) § 35 až 38 vyhlášky federálního ministerstva vnitra č.22/1977 Sb., kterou se vydávají bližší předpisy k zákonu o matrikách. Směrnice Federálního statistického úřadu ze dne 17. června 1985 č. Vk 208/86 k státním statistickým výkazům za úsek demografie "22Dem", vydané v edici "Směrnice a pokyny čs. statistiky".

§ 6

Hlášení o úmrtí

Hlášení o narození mrtvého dítěte, o úmrtí dítěte do 168 hodin po porodu a úmrtí matky podávají zdravotnická zařízení 4) a postupují přitom podle předpisů o matrikách. 5) Hlášení se podává vedle národního výboru pověřeného vedením matrik

a) v případě narození mrtvého dítěte a úmrtí dítěte do 168 hodin po porodu též okresním odborníkům pro obor pediatrie a pro obor gynekologie a porodnictví příslušným podle místa trvalého pobytu matky,

b) v případě úmrtí matky též neprodleně krajskému odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví příslušnému podle místa trvalého pobytu matky.

4) § 4 vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 47/1966 Sb., o pohřebnictví.

Tiskopis SEVT 14 105 0 "List o prohlídce mrtvého".

5) § 54, 55 a 57 vyhlášky č.22/1977 Sb.

§ 7

Hlášení o potratu

Ukončení těhotenství potratem podle § 4 odst. 1 a ukončení mimoděložního těhotenství se hlásí stejným způsobem jako se hlásí umělé přerušování těhotenství. 1), 6)

1) Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství.

Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství.

6) Tiskopis SEVT 14 331 0 "Žádost o umělé přerušování těhotenství a hlášení potratu".

§ 8

Ukončení těhotenství s více plody

Při ukončení těhotenství s více plody se posuzuje pro účely hlášení každý plod zvlášť. Rozhodující jsou kritéria uvedená v § 2 až 4.

§ 7

Hlášení o potratu

Ukončení těhotenství potratem podle § 4 odst. 1 a ukončení mimoděložního těhotenství se hlásí stejným způsobem jako se hlásí umělé přerušování těhotenství. 1), 6)

1) Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství.

Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství.

6) Tiskopis SEVT 14 331 0 "Žádost o umělé přerušování těhotenství a hlášení potratu".

§ 8

Ukončení těhotenství s více plody

Při ukončení těhotenství s více plody se posuzuje pro účely hlášení každý plod zvlášť. Rozhodující jsou kritéria uvedená v § 2 až 4.

Plné znění Vyhlášky č. 11/1988 Sb. bylo vygenerováno ze systému ASPI dne 27/04/2009.