

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA



**Problematika interrupce z pohledu studentů
středních zdravotnických škol**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, PhD.

Autor: Michaela Šímová

2008

The Issue of Abortion from the Point of View of Students of Sanitary Secondary Schools

Abstract

The dispute over interruption is one of the most intensive and most controversial political and ethical discussions in today's modern civilization. It includes a great number of opposed, controversial opinions and attitudes both in the sphere of medicine and on the political or ethical ground. I have selected the topic of this work on the base of personal interest in the issue of termination of pregnancy, because this issue bears the basic questions and attitudes of man to the existence of the individual. Today the issue of interruption is sharply polarized into two controversial rivalling groups, i.e. the "pro-life" movement and the "pro-choice" movement. The dispute over termination of pregnancy has been becoming more and more topical issue not only in the Czech Republic but also in the world.

The aim of this work was to map the attitudes of students not only of graduation classes of selected sanitary secondary schools to the issue of interruption and to compare the mapped attitudes of students of the Faculty of Health and Social Studies and of the Theological Faculty of the University of South Bohemia with the attitudes of respondents of graduation classes of the selected sanitary secondary schools to the issue of interruption.

On the base of this aim, two hypotheses were stated in the research part of the work. After that, the questionnaire investigation was performed, for which a structured questionnaire had been elaborated. The questionnaire was filled out by fifty respondents of the Faculty of Health and Social Studies and fifty respondents of the theological Faculty of the University of South Bohemia of České Budějovice. On the base of that investigation, one of the hypotheses was not confirmed.

Available literature and current Internet sources were used for the theoretical and for the practical part of the work. The work should serve primarily to the students themselves and to other readers as a modest data source for this extensive issue, and the

research part of this work could be used as a small summary both for laymen and for professionals teaching at universities and high schools, so that they have the possibility to look at the issue of interruption from the point of view of the students, future professionals and workers of different areas.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika interrupce z pohledu studentů středních zdravotnických škol vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady a dále za věcné připomínky, které mi během práce poskytla. Děkuji i všem, kteří věnovali svůj volný čas realizaci výzkumu.

OBSAH:

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1. Kdy začíná nový lidský život?	8
1.2. Jak vzniká nový lidský život?	8
1.2.1. Fyziologické těhotenství a vývoj plodu	8
1.3. Obecná definice porodu, , potratu, mrtvorozenosti	13
1.3.1. Definice porodu	13
1.3.2. Definice potratu	14
1.3.3. Druhy potratu	14
1.3.4. Mrtvorozenost	15
1.4. Interrupce a její stručná historie.....	16
1.4.1. Starověk	16
1.4.2. Raný středověk, křesťanství a novověk	17
1.5. Současný stav – 20. a 21. století	19
1.5.1. Interrupce v legislativním rámci	26
1.6. Důvody pro provedení umělého ukončení těhotenství a možné komplikace .	28
1.6.1. Umělé ukončení těhotenství ze sociálních (ostatních) důvodů.....	28
1.6.2. Základní strategie přístupu k interrupci nejen ze sociálního hlediska	29
1.6.3. „Gender“ a problematika interrupce	31
1.6.4. Umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů	35
1.7. Komplikace v souvislosti s umělým ukončením těhotenství.....	36
1.7.1. Fyzické komplikace	36
1.7.2. Post-abortivní syndrom (PAS) – Psychická rizika	37
1.8. Antikoncepce	39
1.9. Baby box jako jedno z východisek interrupce	42
2. CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE.....	43
2.1. Cíle práce	43

2.2.	Hypotézy	43
3.	METODIKA.....	44
3.1.	Metoda výzkumu	45
3.2.	Předvýzkum	46
3.3.	Charakteristika výzkumného souboru	47
4.	VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE	49
4.1.	Prostor pro doplnění odpovědí.....	71
5.	DISKUZE	73
6.	ZÁVĚR	84
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	86
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	91
9.	PŘÍLOHY	92

ÚVOD

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku umělého ukončení těhotenství. Problematika interrupcí vyvolává ve světě stále více kontroverzních a různorodých názorů i postojů jak na půdě akademické, medicínské tak politické. Tato složitá problematika, jenž ostře osciluje mezi právem nenarozeného dítěte na život a právem ženy na svobodnou volbu, doprovází naši společnost téměř po celou dobu historie lidstva. Ve své pravé podstatě až metafyzické otázce (Ano či ne? Žít či nežít?) vyvolává snad téměř v každém z nás rozporuplné emoce a postoje. Častokrát bývá obtížné si k tak složité společenské problematice utvořit vlastní jednoznačný názor, avšak každý z nás jednou může stát před složitým rozhodnutím, jako je otázka práva na život „jeho“ nenarozeného „dítěte“.

Nekladu si za cíl v této práci explicitně zachytit vývoj oné problematiky z historického hlediska až po současnou situaci, nýbrž bych se ráda pokusila identifikovat názorové postoje mladých lidí k složitému životnímu jevu, jako je život sám a právo na něj. Problematika interrupce se ve své komplexnosti neodráží pouze na hraně samotného zdravotního výkonu, ale odráží se především mezi hlediskem zdravotním a sociálním, jakožto výrazný společenský jev, tj. se všemi různými metodami a alternativami umělého ukončení těhotenství a především i s důvody, které vedou potenciální matku k rozhodnutí podstoupit interrupční zákrok.

Práce by měla sloužit jako skromný přehled jak pro laiky tak pro odborné pracovníky vyučující na vysokých i středních zdravotnických školách, aby nahlédli na problematiku interrupce z pohledu samotných studentů, budoucích odborníků a vykonavatelů profesí v různých oblastech.

Ač chceme či nechceme, problematika umělého ukončení těhotenství bude stále doprovázet i nadále vývoj naší společnosti. Stále budou existovat zástupci i odpůrci interrupce.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Kdy začíná nový lidský život?

Než se člověk začne zabírat problematikou interrupce, je dobré se nejprve pozastavit nad otázkou vzniku života samotného. Kdy začíná lidský život? Může to být v okamžiku splnutí zárodečných gamet, či při samovolných pohybech plodu a nebo reakcí centrálního nervového systému na podněty z okolí(1)?

Všechny úvahy nad počátkem života směřují k době před narozením jedince. Dnešní věda totiž nepochybuje o tom, že život začíná mnohem dříve, než-li v okamžiku narození. Dosud není explicitně stanovena přesná definice či časová hranice, kdy lze mluvit o vzniku nového života. K této problematice je možné zhlížet jak z hlediska biologického, etického, filozofického – náboženského a legislativního (6).

Právě většina diskusí dnes pramení z nepříliš jasné diferentnosti a charakteru postojů jak duchovních, biologických tak filozofických k oné problematice.

R. Uzel jasně uvádí, ať lékaři hovoří z pozice gynekologie, embryologie a genetiky, právníci se vyjádří k zákonům, filozofové a teologové mohou vznášet argumenty o nesmrtelné duši nenarozeného plodu, názory se budou stále lišit (46).

1.2. Jak vzniká nový lidský život?

Když už se člověk zaměří na problematiku interrupce a bude se snažit identifikovat svůj postoj k vzniku nového života, je dobré si připomenout, jak nový lidský život vzniká a pokračuje v rámci fyziologického těhotenství.

1.2.1. Fyziologické těhotenství a vývoj plodu

Fyziologické těhotenství trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Jde o období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Začíná splnutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na fázi oplození, nidaci a vývoj plodového vejce (31).

Oplození a nidace

Oplození nastává u lidí splnutím ženské zárodečné buňky, tj. vajíčka (oocytu)

a mužské zárodečné buňky (spermie). Obvykle tomu dochází sexuálním stykem muže a ženy (36).

Sperma muže obsahuje pohlavní buňky a hlenovitou hmotu, ve které jsou například obsaženy cukry, proteiny a jiné látky na udržení životaschopnosti spermií. Lidské spermie přežijí v ženském těle obvykle asi 48 hodin (44).

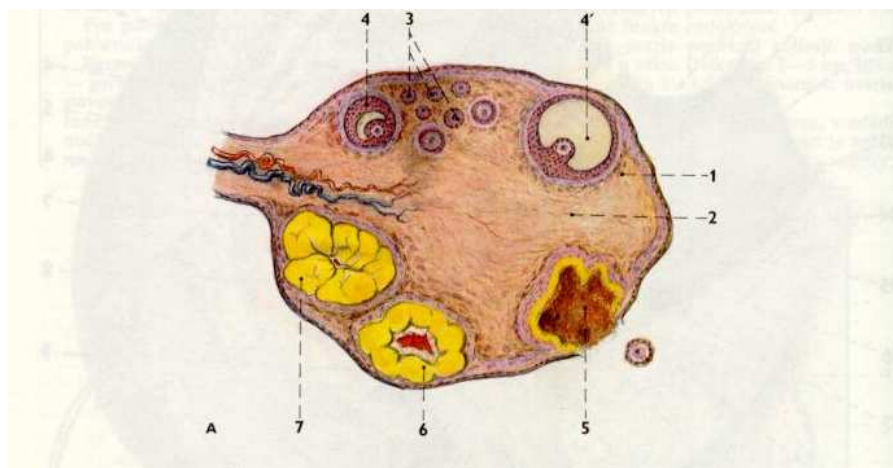
Mužské pohlavní buňky jsou buňkami haploidními, které vznikají meiotickým (redukčním) dělením ze zárodečných buněk ve varlatech, což znamená, že jsou nositelé pouze 23 chromozomů, z nichž jeden chromozom je pohlavní. Může to být chromozom – X, kdy po splynutí s oocytem vzniká plod ženského pohlaví či Y, kdy po splynutí s oocytem by mělo dojít ke vzniku plodu mužské pohlaví. Spermii lze rozdělit na hlavičku (caput), krček (collum), spojovací část (pars coniuncta) a dlouhý bičík (cauda). Tento bičík je využíván k pohybu tzv. proti proudu – negativní reotaxy. Spermie jsou jediné lidské buňky s touto vlastností (1).

Vajíčka (oocyty II. řádu), ženské pohlavní buňky, jsou též haploidními reproduktivními buňkami, jejichž úkolem je sloučit se s jednou ze spermií. Tyto buňky jsou produkovány též redukčním dělením ve vaječnících (ovariích).

Při samotném procesu obvykle potkají spermie vajíčka ve vejcovodu. Spermie, která dorazí k oocytu jako první, pronikne za pomoci enzymu hyaluronidáza (je obsažen v hlavičce spermie) skrze obal vajíčka, který obsahuje hyaluronické kyseliny. Když se cytoplazmatické membrány spermie a vajíčka dotknou, dojde k jejich fúzi. A tak dochází k fúzi spermie a vajíčka a zároveň se změní vlastnosti membrány vajíčka takovým způsobem, že již další fúze se spermii nejsou možné. Oplozením vajíčka spermií vzniká diploidní buňka, tj. zygota (44).

Zygota se začne brzy dělit.. Za 3-4 dny po oplození vznikne útvar z 8–16ti buněk – morula. Následně vzniká mezi 5.-6. dnem po oplodnění blastocyt, mající podobu malého váčku. Na tomto malém váčku jsou povrchní, menší buňky, které se nazývají trofoblast. Z těchto buněk se později vytvoří plodové obaly – placenta a plodové blány. Současně s migrací vajíčka k dutině děložní dochází k procesu rýhování. Tato aktivita je udržována peristaltickými pohyby vejcovodu a kmitáním řasinek vystylající vejcovod.

Kolem 6. dne se začne blastocysta zanořovat do děložní sliznice za pomoci enzymu, který produkují buňky horního trofoblastu a dochází k uhnízdění, nebo-li k nidaci (36).



Obrázek č.1 – Řez ovariem: 1,kůra; 2, dřeň; 3, primární folikuly; 4, rostoucí folikul; 5, praskající folikul; 6, tvořící se žluté tělísko; 7, vytvořené žluté tělísko (9).

Vývoj plodového vejce a embryonální vývoj

Při dalším vývoji se začne vyvíjet obal zárodku a tekutina, ve které zárodek plave. Vyvíjí se organismus zárodku a vzniká placenta, která se vyvíjí hned okamžitě po nidaci zárodku a její základní vývoj je ukončen ve 3. měsíci těhotenství .

Dále se začnou produkovat uvnitř blastocysty červené krevní buňky. Vyvíjí se pojivová tkáň mezi rostoucí placentou a rostoucím plodem, z které se později stane pupeční šňůra a začínají se vyvíjet zárodečné vrstvy plodu (35).

Ve 2. týdnu těhotenství, v tzv. preembryonální fázi dojde k buněčnému dělení a tvorbě membrán. Úzká linie buněk se objeví na povrchu embrya a za procesu gastrulace se vyvinou 3 vrstvy plodu - ektoderm (vnější), mezoderm (střední) a entoderm (vnitřní). Tyto tři vrstvy zárodečných buněk tvoří základ všem různým typům tkání v těle. (39)

Ektoderm vytvoří základ pro nervový systém, epitel nosní a ústní dutiny, slinné žlázy, kůže a kožní adnexe – vlasy, nehty. Mezodermu je základ pro většinu vnitřních

orgánů, cév, krve, výstelky perikardinální a peritoneální dutiny. A entoderm tvoří základ pro vývoj epitelů zažívacího, respiračního a ledvinového systému.

Při třetím týdnu těhotenství se vytváří kaudální a hlavový konce embrya. Jsou patrné zárodky očí, dvojité srdce a 14 mezodermálních somitů - tělových segmentů.

Během 4. a 8. týdne embryo váží mezi 4 g – 6 g. Dochází k počátečnímu vývoji všech orgánů, mozek rychle roste, jsou patrné zárodky končetin a tvoří se prsty a rozeznatelné oči. Dochází k rozvoji senzomotorických orgánů. Začíná osifikace na záhlaví, dolní čelisti a diafýze humeru. Vytvoří se pleurální a perikardiální dutiny.

Ve 12. týdnu konfigurace mozku je v hrubých rysech dokončena. Vnitřní pohlavní orgány jsou již jasně dány, embryo váží kolem 19 g a měří necelých 12 cm. Dochází k osifikaci obratlových těl a tvorbě krevních elementů v kostní dřeni. Je vytvořena jemná růžová kůže, hlava je nadměrně veliká. Koncem embryonálního období je de facto ukončena organogenese a zevní podoba plodu. Embryo přechází v plod a následuje období fetálního vývoje (36).

Období vývoje plodu

Na embryonální období navazuje období vývoje plodu, které je ukončeno porodem plodu. V rámci tohoto období dochází k postupné funkčnosti všech orgánů a orgánových systémů plodu, plod (fetus) roste (35).

Během fetální fáze je plod schopen rozlišovat mezi některými základními podněty a reaguje na ně určitým způsobem, např. intenzitou pohybu. Výsledkem této komplexní prenatalní zkušenosti je bazální pocit plodu, jehož rozvoj následně pokračuje postnatálně, ve vazbě na matku vytváří určitou zkušenost, je tedy schopen nejjednodušší formy učení. Chování plodu je již individuálně typické. Ve třetím měsíci těhotenství plod reaguje na dotek v okolí úst a nosu. Je znatelný sací reflex. Na podráždění reaguje sevřením prstů. Později ve čtvrtém měsíci umí měnit výraz tváře a začínají se vytvářet základní reflexy. V pátém měsíci vnímá zvukové podněty, a to především tlukot matčina srdce. Rozlišuje základní chutě. Mezi čtvrtým a šestým měsícem dochází k migraci mozkových buněk do určitých oblastí mozkové kůry a podkoří a tím dochází i k jejich diferenciaci.

Jak uvádí Matějček a Langmeier, je-li tento proces nějak narušen a dojde k časovému zpoždění či nepřesnosti lokálního umístění buněk při migraci, může dojít v pozdějším vývoji jedince k problémům ve zrání a integraci jednotlivých procesů (48).

Vývoj plodu tedy probíhá následně po embryonální fázi a je, jak už bylo uvedeno, zakončen porodem plodu. Fetální vývoj lze diferencovat do několika vývojově významnějších období.

Mezi 13.–16. týdnem se oči posouvají do středu obličeje těhotenství, objevuje se fetální ochlupení po celém těle plodu, vyvíjí se zevní pohlavní orgány (lze rozeznat pohlaví plodu) a myokard. Probíhá osifikace sedacích kostí. Je ukončen vývoj ledvin. Plod váží 100 g a měří 16 cm. V tomto období už lze určit u plodu pohlaví.

V 17.-24. týdnu je váha plodu 300 g – 800 g. Rozvíjí se plicní tkáň, dochází k tvorbě plicních sklípků (alveolů) a vytváří se plicní kapilární řečiště. Pohyby plodu jsou natolik intenzivní, že je matka vnímá jako kopání. Nehty jsou jasně vidět na dolních i horních končetinách a probíhá osifikace sterny. Přibírá na váze. Koncem tohoto období začínají růst vlasy. Řasy a obočí jsou znatelné. Oko je strukturálně vyvinuto, otevírají se oční štěrby a dochází k osifikaci stydké kosti.

Období 25.-32. týdnem těhotenství plod váží 1100 g - 2000 g. Dochází k osifikaci talu, obličej i tělo plodu má podobu, kterou bude mít při porodu. Vyvíjí se tuková tkáň, plod dokáže částečně regulovat tělesnou teplotu. Kostí jsou zcela vyvinuty, ale ne plně osifikovány.

Pro 33. až 36. týden vývoje plodu je typické vymizení lunga. Pupečník je ve středu těla. Plod je ve většině případů již schopen extrauterinního (mimoděložního) života.

Mezi 37.-40. týdnem těhotenství dochází k ukončení vývoje plodu. Velikost a hmotnost plodu je daná genetickými a nutričními vlivy a prostředím, ve kterém se plod vyvíjí. Plod dosahuje průměrně 45 – 51 cm a 2600 g – 3800 g váhy. Kůže je hladká a růžová, stabilizuje se cyklus spánku a bdění. Plod je připraven na další životní období, tj. období postnatální - po porodní (36).



Obrázek č.2 – Vývoj zevního těla zárodku (9).

1.3. Obecná definice porodu, , potratu, mrtvorozenosti

1.3.1. Definice porodu

Porod je vypuzení plodu, který jeví známky života. Bez ohledu na hmotnost přežije 24 hodin, nebo plodu, který nejeví známky života a má hmotnost větší nad 1000 g. Či-li, porod může být porodem živého i mrtvého plodu. Ve druhém případě mluvíme o „mrtvorozenosti“ (49).

Vyhláška MZ ČSR (11/1988 Sb.) porod, nebo-li narození dítěte, definuje ve druhém paragrafu takto: „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.“

Známkami života se rozumějí dech nebo akce srdeční nebo pulsace pupečníku

nebo aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen a placenta nebyla porozena (52).

1.3.2. Definice potratu

Vyhláška MZ ČSR (11/1988 Sb.) uvádí, že 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.

Potratem se rozumí také ukončení mimoděložního těhotenství a nebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (36).

1.3.3. Druhy potratu

- **miniinterrupce** - umělé ukončení těhotenství prováděné vakuovanou aspirací do sedmého/osmého týdne těhotenství;
- **samovolný** - k potratu dochází spontánním vypuzením plodu z dělohy před ukončením 28. týdne těhotenství;
- **jiné legální UPT** - ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne těhotenství, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství;
- **mimoděložní** - umělé ukončení těhotenství MDT (uhníždění oplozeného vajíčka mimo dělohu - ve vejcovodu, vaječníku či dutině břišní);
- **ostatní potraty** - potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou (tzv. kriminální potraty) (47).

Tab.č.1. Vývoj potratů v ČR podle druhu od roku 1990 do roku 2007

Vývoj počtu potratů českých občanek a cizinek v ČR v letech 2000–2007

Rok	Samovolné potraty	Umělá přerušení těhotenství				Mimo-děložní těhotenství	Ostatní	Celkem	z toho cizinky
		mini-interrupce	jiné legální	celkem	z toho ze zdrav. důvodů				
1990	14 772	87 933	21 428	109 361	9 504	1 907	15	126 055	2 361
1991	13 986	84 713	19 568	104 281	8 891	1 764	23	120 054	1 266
1992	13 420	77 586	16 618	94 204	10 314	1 696	4	109 324	880
1993	13 228	57 939	12 696	70 635	15 873	1 579	4	85 446	1 409
1994	11 109	46 609	8 227	54 836	13 217	1 478	11	67 434	1 334
1995	10 571	41 735	7 796	49 531	11 838	1 476	12	61 590	1 447
1996	10 296	40 333	7 753	48 086	11 036	1 560	20	59 962	1 778
1997	10 392	37 882	7 140	45 022	9 709	1 552	7	56 973	2 002
1998	11 128	35 752	7 207	42 959	8 896	1 555	12	55 654	2 356
1999	11 173	32 579	6 803	39 382	7 756	1 536	12	52 103	2 634
2000	11 300	28 418	6 205	34 623	6 472	1 432	15	47 370	2 476
2001	11 116	26 253	6 275	32 528	6 019	1 411	2	45 057	2 576
2002	11 256	25 147	5 995	31 142	5 606	1 321	24	43 743	2 751
2003	11 660	23 325	5 973	29 298	5 385	1 288	58	42 304	2 660
2004	12 402	21 715	5 859	27 574	4 597	1 339	9	41 324	2 254
2005	12 245	20 519	5 934	26 453	4 678	1 324	1	40 023	2 238
2006	13 326	19 537	5 815	25 352	4 779	1 278	3	39 959	2 285
2007	14 102	19 201	6 213	25 414	4 789	1 401	0	40 917	2 658

(Zdroj ÚZIS ČR, 6.3.2008) (47).

1.3.4. Mrtvorozenost

Zahrnuje všechny mrtvě narozené plody, tj. bez známek života (akce srdeční, dýchací pohyb, pulsace pupečníku, aktivní pohyb svalstva), jejichž porodní hmotnost je 1000g a výše (35).

Vyhláška MZ ČSR (11/1988 Sb.) ve třetím paragrafu uvádí, že 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 (52).

1.4. Interrupce a její stručná historie

1.4.1. Starověk

Jedna z prvních zmínek o interrupci se datuje k r. 2250 před našim letopočtem. Je zachycena v Chammurabiho zákoníku, který například upravoval odpovědnost člověka, jenž způsobil potrat dceři plnoprávného občana (1).

Z doby vlády Tiglatpilešara I., přibližně kolem roku 1117-1078 před našim letopočtem, se zachovaly rozličné zákonné normy, ve kterých byla zachycena soudní praxe středo-asyrského období. Zahrnovala především ustanovení týkajících se majetkových poměrů tamní společnosti, avšak bylo zde i zachyceno právní postavení ženy ve středo-asyrské společnosti. Přerušování těhotenství zde bylo přísně stíháno. Za úmyslný potrat měla být těhotná žena potrestána naražením na kůl, (5).

Avšak staří Řekové potrat zohledňovali k regulaci populace a k udržení stabilních a ekonomických podmínek společnosti. Sám Platón v této době doporučoval potrat ženě věku staršího čtyřiceti let a především, jestliže její manžel byl starší padesáti let věku(45).

Ve starém Řecku i Římě se umělé přerušování těhotenství provádělo pravděpodobně ve značném měřítku. Aristoteles, který též doporučoval potrat, zastával názor, že: „je nutno omezovat plození, chce-li se zachovat určitý počet dětí. Pokud přece nějaká žena otěhotní, pak se musí z jejího těla plod vyhnat“ (3).

V této době nebylo umělé ukončení těhotenství příliš odborně prováděným výkonem. Častokrát docházelo k výraznému poškození zdravotního stavu ženy či dívky, ba dokonce k jejich smrti. A snad proto v této době najdeme v Hippokratově přísaze ustanovení zakazující provádět interrupce. V dokumentu stojí: „Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu“ (15).

Hippokrates stál proti umělému ukončení těhotenství především pro to, jelikož se obával, že účinek tehdejších primitivních prostředků může poškodit zdraví ženy. Většina těchto léků „vyhánějící plod“ byla vysoce nebezpečná a často způsobovala již zmíněné úmrtí ženy. Místo toho Hippokrates upřednostňoval vyvolání potratu mechanickými metodami – využití násilných cviků, což může signalizovat, že zřejmě

neodsuzoval potrat jako takový.

Ve starém Římě převažujícím názorem tehdejších právních norem bylo, že nenarozený plod je součástí ženského těla, která může být na žádost ženy a z její vůle odstraněna, tudíž prakticky neexistovaly žádné zákazy potratů (45).

1.4.2. Raný středověk, křesťanství a novověk

Ve středověku odborní lékaři potrat neprováděli. Těchto výkonů se ujímaly především tzv. „porodní báby“ bez zdravotnické asistence a nezbytného vzdělání. Tzv. andělíčkářství, nebo-li pokoutní potratářství, probíhalo tajně a do určité míry bychom ho mohli charakterizovat, jako jistý druh kriminálních potratů, které byly až do doby raného osvícenství přísně trestány - ženám hrozilo upálení a trest smrti (16).

Pojem „umělý potrat“ znali i staří Židé, jenž měli pro tento výkon termín „neftel“, v překladu znamenající něco jako „vypadnutí“. O tomto výrazu však není zmínka ani ve Starém, ani v Novém zákoně. Rané křesťanství v návaznosti na židovské náboženství nevnímalo potrat jako vraždu, a to, pokud „v těle není duše“(1).

Později se problematika umělého ukončení těhotenství soustředila na období, kdy je dítě „oduševněno či oživeno“. Původně se oživení a oduševnění směřovalo k momentu „stvoření dítěte“, jelikož v tomto okamžiku se předpokládalo stvoření duše. Později se přisuzovalo okamžiku, kdy matka „pocítila v sobě přítomnost života“, tj. pohyby plodu (46).

Zajímavý je z té doby výkon anglického zákonodárství. Občanské anglické právo navázalo na právo církevní a v letech 1307-1803 tam platil zákon, který umožňoval ženě potrat podle přání. Nařízení vycházelo z obecného právního vědomí zvykového práva. Ženě mohl být proveden potrat před, „vnímáním dítěte“, přičemž tímto vnímáním byly myšlené již zmiňované pohyby plodu. Pokud byl potrat proveden později, byl hodnocen jako přestupek či trestný čin .

Teorii oduševnění, nebo-li tzv. animaci plodu, v době vrcholného středověku zastával i Tomáš Akvinský. V této době se věřilo, že plod musí být plně připraven na dobu, kdy duše může sestoupit do těla člověka. Tato doba byla u mužského pohlaví specifikována 40. dnem a u ženského pohlaví stanovena na 80. den po početí (1).

V roce 1588 zaujala církev striktní postoj k interrupcím a to, když papež Sixtus svojí Bulou Effraenatum odsoudil umělé přerušení těhotenství v každé fázi. Ale i přesto církevní právo stále rozlišovalo zabití oduševnělého a neoduševnělého plodu. Potrat oduševnělého plodu byl trestán jako vražda (11).

Vlivem osvícenství se začala situace poněkud měnit. Novověk byl díky dalším pokrokům jak v oblasti chemie, tak v oblasti lékařství vynalézavější v otázkách abortivních prostředků. A proto prostředky pro vyhnání plodu v tomto období je možno rozdělit do několika skupin:

- A) Prostředky vyvolávající kontrakce. Např. chinin ve vysokých dávkách.
- B) Rostlinná abortiva a jedy užívané per os. Sem lze zařadit hlavně listy seny, aloe, kantaridiny, terpentýn i fosfor (z hlaviček zápalek) a z jedy především talium.
- C) Vstřikování tekutin a různých látek do děložní dutiny. Do extraaminálního prostoru se vstřikováním aplikovala teplá voda, dehtová voda, jódová tinktura, kuchyňská sůl, lyzol, karbolová kyselina, ocet, tabákový nálev, mýdlový roztok a jiné látky (19).

Kolem roku 1750 byly zavedeny nové alternativy vyvolání potratu. Využívala se nová technologie. Skrze děložní krček byly zaváděny do dělohy předměty za účelem vyvolání potratu. Bylo to velice riskantní pro matku, ale mnohem bezpečnější než starší, často letální metody a k infanticidě docházelo jen vzácně (10).

V roce 1869 papež Pius IX. oficiálně stanovil čas oduševnění, tj. animace, na dobu oplodnění a tím dal najevo, že zárodek se stává lidskou bytostí již v okamžiku oplodnění. A tak se umělé přerušení těhotenství v jakémkoliv stádiu stalo vraždou a podle toho se také trestalo. Bylo to zachyceno v anglickém trestním zákoně z roku 1803 a napoleonském zákoně z roku 1805 (3).

V roce 1803 za vlády Jiřího III. na počátku 19. století bylo zákonem stanoveno, že potrat i před vnímáním plodu je zločinem, který bude trestán pokutou, vězením nebo postavením na pranýř. Zločinec mohl být i veřejně či neveřejně bičován nebo odsouzen do vyhnanství na dobu nepřevyšující 14 let. Provedení potratu po vnímání plodu bylo kvalifikováno jako vražda a trestáno smrtí. Zákon byl modifikován za Jiřího IV.

a upraven za panování královny Viktorie v roce 1861. A to tak, že potrat v kterékoliv fázi těhotenství byl trestán odnětím svobody (46)

Ve většině zemí zákrok figuroval spíše v trestním zákoníku než ve zdravotnických předpisech, jelikož vývoj historie nám signalizuje, že nebyl chráněn ani tak nenarozený plod, jako život ženy potratem ohrožený a v té době chirurgie neznala sterilní postupy operačních zákroků. Žena byla vždy vystavena vysokému riziku vzniku těžké infekce. V mnohých nemocnicích umírala na následky potratů více než třetina žen a činností nekvalifikovaných osob, jenž potraty prováděly, se toto nebezpečí ještě zvyšovalo.

V našich zemích platil téměř jedno století trestní zákon z roku 1852 „O vyhnání plodu“. Žena byla trestána za pokus o umělé ukončení těhotenství vězením od šesti měsíců do jednoho roku, za dokonatý čin potratu pak od jednoho roku do pěti let. Zákon zahrnoval i trest o stejné výměře pro otce dítěte při jeho prokázané spoluvině. Osoba, která interrupci vykonala, byla rovněž trestána odnětím svobody v délce jednoho roku až pěti let. Došlo-li k ohrožení života ženy, nebo poškození jejího zdraví, uložil soud trest odnětí svobody v délce až deseti let. Avšak dodatek umožňoval výjimku potratu v případě ohrožení života nebo krajní nouze (1).

1.5. Současný stav – 20. a 21. století

Počátkem dvacátého století se postoj společnosti k umělému přerušení těhotenství liberalizovat. Liberalizační sklon a jeho vývoj nebyl však ve všech zemích stejně rychlý. Některé země občas zaznamenávaly i určité kroky zpět a to ve formě dodatečných restrikcí, situace stále nebyla snadná (45).

V podvědomí české veřejnosti je spíše zakořeněno právo ženy na svobodnou volbu, zda si přeje podstoupit umělé přerušení těhotenství či nikoli. Zřejmě právě proto, že Česká republika je zemí s dlouholetou tradicí legálního provádění umělého přerušení těhotenství. Československá legislativa začala po roce 1948 kopírovat změny v pojetí interrupcí v Sovětském svazu (27).

Umělé potraty byly v bývalém Sovětském svazu až do roku 1920 přísně zakázány z jakýchkoliv důvodů. I přes zákaz však byly velmi rozšířené, protože se staly

důležitým prostředkem pro kontrolu porodnosti. Řada teoretiků uvádí, že zákon, který je roku 1920 zlegalizoval, odrážel revoluční víru v rovnost žen a Leninův výrok, že žádná žena by neměla být nucena donosit dítě proti své vůli. Avšak literatura uvádí, že šlo spíše o řešení problematiky nelegálně prováděných interrupcí, než o emancipaci a právo ženy na rozhodování o vlastní reprodukci (27).

Tato první významná novodobá liberalizační zákonná úprava zlegalizována 8.11.1920 Vladimírem Iljičem Leninem povolovala potraty v první třetině těhotenství na žádost ženy. Důsledky tohoto zákona si v bývalém SSSR vynutily r. 1936 protipotratový zákon - podobný, jako platil tehdy ve všech ostatních zemích světa, avšak ten byl dne 23.11.1955 opět zrušen. Umělé potraty byly znovu zlegalizovány. Tento postoj byl vnucen i tehdejšími sovětským satelitům: v roce 1956 Bulharsku, Rumunsku, Maďarsku a Polsku, v roce 1957 tehdejšímu Československu a v roce 1972 tehdejší NDR (20).

Ve 20. století se přijal další interrupční zákon, a to v roce 1935 na Islandu. Umělé ukončení těhotenství zde bylo umožněno z lékařských a sociálních důvodů. Již v roce 1930 povolení k interrupci ze sociálních a ekonomických důvodů uplatnilo Dánsko a Švédsko. V roce 1938 byl v Londýně učiněn pokus povolit ženě potrat, a to v případě, jestliže je těhotenství nebezpečné jejímu životu či způsobuje ženě tělesnou nebo duševní újmu.

Pruský trestní zákoník z roku 1851 trestal ženu za umělý potrat pěti lety odnětím svobody. Operátér byl rovněž potrestán, přihlíželo se však k polehčujícím okolnostem. Legislativa Výmarské republiky z roku 1926 trestala ženu od jednoho do pěti let a operátéra podle okolností. Adolf Hitler pak zákon zpřísnil. Byly přípustné pouze eugenické důvody – s výjimkou Židovských občanů. Začátkem války r. 1939 byly potraty přísně zakázány a od roku 1943 trestány smrtí. Rovněž byly vydány zákony proti antikoncepci. I ve Francii r. 1939 existoval zákon, který trestal potratáře odnětím svobody na dobu jednoho roku až pěti let a v r. 1942 byl potrat kvalifikován jako zločin proti státu a trestán též smrtí (46).

Dne 22.1.1973 v USA bylo vyřčeno rozhodnutí nejvyššího soudu, že všechny platné protipotratové zákony USA jsou s ústavou Spojených států amerických

neslučitelné, jelikož až do narození je lidský život vnímán jako pouze život potencionální a důsledkem tohoto rozhodnutí byly v USA zlegalizovány potraty. K legalizaci umělých potratů v USA se později postupně přidaly i ostatní evropské země, kromě Irska a Malty a do roku 1990 též Belgie. Polský senát přijal v září 1990 zákon na ochranu života nenarozených dětí (s výjimkou zdravotních a juridických indikací).

V Německé spolkové republice byl nastaven po složitějším legislativní kompromismu zákon upravující problematiku interrupce platný od roku 1992. Tento proces nesl složitý charakter především díky problematickému legislativnímu sjednocování Německa v úpravách ochrany práv dítěte před narozením. V bývalé NDR neexistovala žádná ochrana nenarozeného dítěte. Oproti tomu v bývalé SRN částečná ochrana byla (§218 potraty zakazoval, ale povoloval výjimky při zdravotních a sociálních indikacích). Nový celoněmecký parlament usilovně pracoval dva roky na sjednocení zákonodárství bývalého Západního a Východního Německa. Tím se cítily posíleny ty státy Evropy, které uzákonily interrupce ze zdravotně-sociálních důvodů již dříve: Dánsko (1939), Švédsko (1946), Finsko (1950), Norsko (1960) a Velká Británie (1967) (1).

De facto až ve 2. polovině 20. století byla vytvořena bezpečná technika instrumentální interrupce. V někdejším Československu v roce 1957 byl přijat zákon, umožňující legální provedení „umělého přerušení těhotenství“, avšak jenom za určitých podmínek jako např. stavu nouze, popř. jiných důvodů, o kterých rozhodovala zvláštní komise, jenž byla za tímto účelem zřízena.

Pouhá žádost ženy však nestačila, povolení bylo vázáno na činnost již zmiňované interrupční komise. Prověření občané v interrupčních komisích rozhodovali o tom, zda žena měla či neměla možnost zákrok podstoupit. Ženy braly tyto komise často jako formalitu. Některé prameny uvádí, že tuto komisi lze pojit i s falešnými prohlášeními či dokonce korupcí. Často je též zmiňováno, že před komisi chodili profesionální „tatínkové“, kteří si za své služby nechali zaplatit. Službou se pak rozumělo prohlášení, že dítě bylo počato v rámci mimomanželského styku. Jeden ze „zvláštních zřetele hodných“ důvodů byl například mimomanželský pohlavní styk.

Velice reálně tuto situaci bylo v tehdejší době možné zachytit ve scéně z normalizačního seriálu „Dnes v jednom domě“, kdy Jaromír Hanzlík představuje „nezodpovědného tatínka“ před interrupční komisí či jinou scénu ze seriálu Nemocnice na kraji města, ve které Josef Dvořák vystupuje v roli falešného otce. Mnoho totožných scén bylo v tehdejším filmovém světě jako ve skutečném životě.

Je možné tyto interrupční komise vnímat z hlediska takového, že bránily aplikaci nových lékařských postupů, především miniinterrupcím, a ČSSR se oddalovala vývoji ve světě.

Později byla vytvořena nová právní úprava. Zákon č.66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství byl přijat v říjnu roku 1986 a nastínil liberálnější přístup k této problematice. Zákon charakterizoval například tyto jasné změny k provedení interrupce: stačí pouhá žádost ženy bez uvádění sociálních či ekonomických důvodů, umělé ukončení těhotenství může být provedeno, pokud těhotenství nepřesahuje dvanáctý týden a pokud tomu nebrání ženě zdravotní důvody (41).

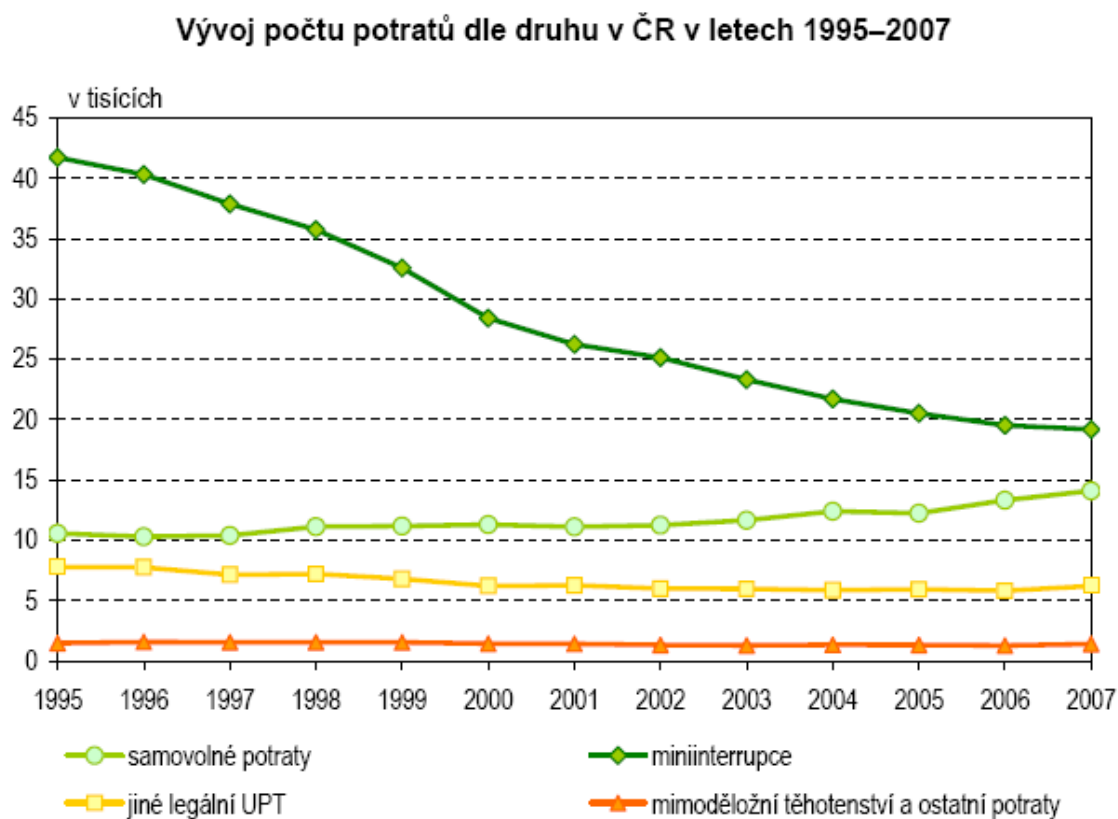
Díky přijetí této novely zákona, byly neblaze proslulé komise zrušeny. Česká republika, která má nyní liberální interrupční zákon, na němž se usnesla Česká národní rada (tj. zákon 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství), se však v roce 1990 přihlásila k tzv. Tibetské deklaraci, která požaduje, aby interrupce sloužila jako pouze pojistka pro případné selhání kontracepce (15).

I přes liberální postoje české veřejnosti a historickou zkušenost se však po změně režimu v roce 1989 začaly objevovat tendence usilující o změnu stávající legislativy. Důvodem pro tyto aktivity nebyla pouze etická problematika, nýbrž i značný pokles porodnosti. Návrhy usilující o změnu stávající legislativy ve prospěch omezení interrupcí či jejich zákazu jsou v ČR především iniciovány křesťanskými neziskovými organizacemi působícími v této oblasti a některými představiteli KDU-ČSL (41)

Jak uvádí J. Wiesnerová, v roce 2007 se celkový počet potratů zvýšil na 40 917. Též se zvýšil počet samovolných potratů z 13 326 na 14 102 oproti roku 2006 a představuje téměř 34,5 % ze všech potratů. V tomto roce proběhlo 73 % potratů do 8. týdne těhotenství. Mezi ženami a dívkami žádající o umělé ukončení těhotenství, bylo nejvíce žen vdaných, středoškolaček a žen bezdětných. Potraty cizinek představují

6,5 % ze všech potratů (53).

Graf č.1. Vývoj potratů v ČR v letech 1995-2007



(Zdroj ÚZIS ČR, 6.3.2008),(47).

Situace ve světě je není nikde jednoznačná, je složitá. Jednou ze zemí, kde je interrupce legální, jsou Spojené státy americké. Oproti tomu je Latinská Amerika opět díky tlaku ze strany církve ve velice zvláštní sociální situaci. Disonuje-li někdo dostatečným peněžitým majetkem, může vyhledat kvalifikovaného lékaře a podstoupit bez problémů umělé ukončení těhotenství, ovšem pokud tomu tak není a člověk nemá dostatek finančních prostředků, nebo je příliš mladý či žije na vesnici, musí vyhledat nekvalifikovanou pomoc. Riziko zdravotních komplikací či smrti je v takovém případě mnohonásobně vyšší. Tento jev lze pojmenovat jako tzv. nebezpečná interrupce.

Obdobná situace je v anglicky a zejména ve francouzsky mluvících zemích

Afriky. Jihoafrická republika v nedávné době interrupci legalizovala, podobně jako několik málo dalších afrických zemí. Bohužel i v těchto zemích platí totéž. Má-li někdo dostatek finančních prostředků, může si opatřit náležitou pomoc. Avšak země s největším výskytem interrupcí vzhledem k počtu své populace jsou Rusko, Vietnam a Kuba (21).

V Číně je situace zas poněkud rozdílná. Interrupce je zde legální, ale ne vždy je výkon dostupný. V zemích, kde jsou zákony dosti restriktivní, se interrupce však provádějí pod hlavičkou jiného zákroku, např. tzv. regulace menstruace. Výrazně restriktivní zákony mohou vést k rozvoji i kriminálních potratů a tzv. potratové turistice. Jako je dnes zjevné v Irsku či donedávna i v Polské republice (1).

Polská republika je zemí, kde interrupce stále vyvolává kontroverzní, energické, až někdy příliš dominantní diskuze a postoje především na poli politickém. Polští poslanci v dubnu 2007, po bouřlivé diskuzi zamítli dva návrhy ultrakatolické Ligy polských rodin (LPR) na radikální změnu části ústavy, která se týká ochrany života od početí a znamenala by úplný zákaz interrupcí.

Návrhy ultrakatolické Ligy polských rodin (LPR) by vedly k úplnému zákazu interrupcí a vyloučily by možnost legalizace eutanazie, nezískaly však potřebnou podporu. Další byly prezidentské návrhy, podle nichž "život podléhá od početí právní ochraně". Dokumentu právníci a někteří poslanci vytýkali nepreciznost a nekonkrétnost. O změně ústavy se diskutovalo v Polsku několik měsíců. Návrh LPR, kvůli němuž by se musel změnit interrupční zákon a umělé přerušování těhotenství by bylo úplně zakázáno, jasně rozdělil polskou společnost. Je nutno zmínit, že již nyní přitom patří polský zákon o interrupcích k nejpřísnějším v Evropě (34).

To, že Polská republika má restriktivní přístup k potratům dosvědčuje i událost z března 2007, kdy Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku odsoudil Polsko k vplacení peněžité pokuty za újmu ženě, již polští lékaři odmítli v roce 2000 provést interrupční zákrok i přes varování, že klientka může po porodu oslepnout (18).

Nicméně v Irsku je situace také složitá. V červnu roku 2008 mělo irské referendum rozhodnout o ratifikaci Lisabonské smlouvy. Výsledek byl negativní. K ratifikaci nedošlo. Zatím neexistují věrohodné analýzy, proč vůbec Irové smlouvu

většinově odmítli. Irsko přitom patří mezi učebnicový příklad úspěšné země, která těží ze svého členství v EU. Avšak některé zdroje uvádějí, že právě odpůrci smlouvy v rámci kampaně pracovali s konkrétními argumenty, i když často se nezakládajících na pravdě. Po schválení Lisabonské smlouvy by Brusel Irsku nevnutil liberální potratovou legislativu, ani mu nezvýšil jeho atraktivní nízkou sazbu korporátní daně, jak občas zaznívalo v médiích. Právě ona legislativní nejednotnost, co se týče problematiky interrupce mohla být jednou z příčin nepřijetí Lisabonské smlouvy (26).

Problematika umělého ukončení těhotenství vyvolává oprávněně jedny z nejintenzivnějších a nejkontroverznějších politických i etických diskusí v západoevropské civilizaci. Jde o problematiku, ve které se dnes objevují ostře polarizovaná stanoviska dvou soupeřících skupin: hnutí pro svobodnou volbu (pro choice) a hnutí pro život (pro life). Spor o interrupci je stále aktuálnějším tématem v ČR, i když v menší míře než např. v USA, kde jsou též jak aktivní zastánci svobodné volby v otázce interrupcí, tak jejich odpůrci (42).

Umělé ukončení těhotenství (interrupce) je indikováno buď ze zdravotních, nebo ze sociálních důvodů. Zatímco interrupce ze zdravotních důvodů zpravidla nevzbuzují tak kontroverzní diskuse, interrupce ze sociálních důvodů se stávají stále více citlivým problémem na půdě lékařské, etické i politické. Zcela pravidelně se tedy opakují celonárodní diskuse. Jedna strana obhájí dosavadní liberální pohled na interrupce (a tomu odpovídající zákonnou normu) a druhá strana pak žádá zákaz interrupcí a výraznou úpravu dosavadních zákonů.

Interrupce ze zdravotních důvodů čítají necelých 8%, oproti tomu interrupce ze sociálních hledisek reprezentují silnější zastoupení, a to 93% zákroků. Od roku 1957, kdy byl v naší zemi zákonem umožněn umělý potrat, byly téměř 3 miliony nenarozených dětí odstraněny právě interrupcí, což jsou výmluvná fakta a signalizují, že by velká část iniciativy směřovaná ke snížení interrupcí ve společnosti měla být vynaložena právě zejména v oblasti prevence tak, aby se ženy nedostávaly do krajní lidské situace, kdy zvažují umělé ukončení svého nežádoucího těhotenství (1).

1.5.1. Interrupce v legislativním rámci

Česká i mezinárodní legislativa reflektuje, že o pojetí života před narozením není obecná shoda, a proto se v mnoha formulacích vyhýbají explicitnímu vyjádření, jaký status lidský zárodek nebo plod má, popřípadě nejsou z celá jednotné.

Česká listina základních práv a svobod (čl. 6) uvádí, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením a že nikdo nesmí být zbaven života. Ovšem v posledním odstavci připouští zákonné výjimky. Tím celý článek ztrácí právní sílu. Použitý pojem „lidský život“ nemusí být zcela právně totožný s pojmem „život člověka“(1).

Interrupci náš zákon poněkud eufemicky označuje jako „umělé přerušení těhotenství. Jak tento proces budeme označovat bohužel na jeho podstatě nic nemění. Proti slovu „přerušení“ byly již vzneseny kritiky, které správně poukazovaly, že se vlastně jedná o umělé ukončení. Takovým umělým ukončením těhotenství je však také porod císařským řezem v ranném porodním termínu. Je tedy zřejmé, že problematika interrupce skýtá rozpory již v oblasti terminologické(46).

Občanský zákoník (§ 7) nepříliš zdatnou formulací připouští právní subjektivitu již počatému dítěti (které výslovně nazývá dítětem), a to jedině v případě, narodí-li se dítě živé. Ve definicích dalších zákonů nebo mezinárodních smlouvách se neuvádí dolní věková hranice dítěte a tedy není zcela přesně vyjádřeno, zda se ustanovení vztahují i na nenarozeného jedince. Interrupce nejprve umožnil zákon č. 68/1957 Sb., později podmínky uvolnil zákon č. 66/1986 Sb. V červnu 2003 navrhli poslanci Jiří Karas (KDU-ČSL), Jan Kasal (KDU-ČSL), a Petr Pleva (ODS) zrušení zákona a podstatně přísnější regulaci, návrh byl zamítnut v 1. čtení (23).

- VYHLÁŠKA MZ ČSR (11/1988 Sb.)

Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky (52).

- VYHLÁŠKA MZ ČSR (75/1986 Sb.)

Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky ze dne 7. listopadu 1986, kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém

přerušení těhotenství (viz příloha č.6), (51).

- **ZÁKON ČESKÉ NÁRODNÍ RADY Č. 66/1986 Sb., O UMĚLÉM PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ**

Podle tohoto zákona může žena požádat o provedení potratu bez omezení do 12. týdne těhotenství. Do 24. týdne těhotenství je možné provést potrat z genetických důvodů. Je-li ohrožen život matky nebo je prokázáno těžké poškození nenarozeného dítěte nebo nenarozené dítě je neschopno života, je povoleno potrat provést během celých devíti měsíců těhotenství (viz příloha č.5), (54).

Tab.č.2. Srovnání zákona České národní rady č. 66/1986 Sb. a poslaneckého návrhu zákona z roku 2003.

	Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství	Poslanecký návrh zákona
Označení interrupce	Umělé přerušení těhotenství	Usmrcení počatého, ale dosud nenarozeného dítěte
Podmínky k legálnímu provedení interrupce	Sociální a ekonomické podmínky	Krajní nouze (znásilnění, ohrožení života ženy)
Období pro provedení interrupce	Do 12. týdnu těhotenství, ve výjimečných (zdravotních) důvodech i v později	0 (pouze ve stavu nouze)
Kdo rozhoduje o interrupci	Těhotná žena	Ve výjimečných případech lékař
Právní kvalifikace	Lékařský zákrok, plod nemá právní subjektivitu	Trestný čin, interrupce je usmrcením dosud nenarozeného dítěte

(Zdroj Sokačová, L. Česká republika 1.5.2006), (40).

Poslanecký návrh byl zaměřen na jasné zpřísnění zákazu umělého ukončení těhotenství. Měl zahrnovat i problematiku eutanázie, výzkumu na lidských buňkách a prostituce. Aktivita usilující o legislativní zákaz potratů vyvolaly řadu nepříjemných protireakcí, avšak zastánci tohoto návrhu se našli především z řad stoupenců Hnutí pro život (40).

1.6. Důvody pro provedení umělého ukončení těhotenství a možné komplikace

Jak uvádí J. Janovský hledisek, která vedou k umělému ukončení těhotenství, může být uváděná celá řada, například důvody etické (v případě incestu či znásilnění ženy,) nebo sociální (dítě by bylo neúnosnou zátěží v životě ženy a její aktuální životní situaci) či eugenické (na základě výsledků odborných vyšetření je velmi pravděpodobné, že se narodí dítě s postižením), a též terapeutické (je-li život či zdravotní stav ženy důsledkem těhotenství vážně ohrožen) (25).

Důvody, které ženu nutí se rozhodnout pro volbu interrupce, je možné také rozdělit do dvou základních skupin:

1. důvody **sociální**;
2. důvody **zdravotní** (16).

1.6.1. Umělé ukončení těhotenství ze sociálních (ostatních) důvodů.

Interrupce, tj. umělé ukončení těhotenství, ze sociálních důvodů představují velmi citlivý problém na půdě odborné, etické či politické. Část veřejnosti vnímá interrupce ze sociálních důvodů jako běžný výkon, jiná část jako hazard se zdravím ženy a jako neopodstatněnou a nepřípustnou vraždu nenarozeného dítěte (15).

Postoj společnosti k interrupcím můžeme vnímat jako ukazatele hodnotové orientace dané společností i rodin. Nelze interrupci ze sociálních důvodů chápat jen jako prostředek ovlivňující velikost (početnost) rodiny.

Je zřejmé, že se téměř veškeré diskuze ohledně umělého ukončení těhotenství ze sociálních důvodů odvíjí od problematiky rozporu práva těhotné ženy a práva nenarozeného dítěte. Pak se ovšem nabízí další otázka: „Od kdy je zárodek lidskou

bytostí, jejíž práva by měla být chráněna zákonem?“ Nekonečné dilema této problematiky (16).

Dle našeho platného zákona, upravující problematiku interrupce, má žena právo svobodně bez udání důvodu do 12. týdne těhotenství podat žádost o provedení interrupce. Dívka, která dovršila věku 16 – 18 let toto právo má též, avšak o vykonání interrupčního zákroku musí být s touto skutečností seznámen zákonný zástupce dívky, rodič či opatrovník. Na provedení umělého ukončení těhotenství ze sociálního (dalšího) hlediska si žena přispívá finanční částkou stanovenou zákonem. Hodnota tohoto zákroku se pohybuje od 2000 Kč - 4000 Kč. Důvody k podání žádosti nemusí žena nikomu sdělovat a všichni zúčastnění pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděli v souvislosti s umělým přerušením těhotenství, např. je-li důvodné podezření, že žena otěhotněla v důsledku trestné činnosti, která vůči ní byla spáchána (20).

Jak již bylo uvedeno, u nás se potraty ze sociálních důvodů omezují na dobu do 12. týdne těhotenství (od prvního dne poslední menstruace). Interrupce z genetického důvodu je povolena až do 24. týdne gravidity (8).

Pokud však nejsou dodrženy podmínky, jež jsou definované zákonných předpisech, jedná se o nedovolené přerušení těhotenství, tedy o tzv. kriminální potrat. Vždy toto jednání vede k úmyslnému usmrcení plodu a to jak se souhlasem, či bez souhlasu těhotné ženy. (29).

Je třeba podotknout, že lékař má právo na odmítnutí provedení interrupčního výkonu, jestliže mu v tom brání svědomí, jeho morální a etický, náboženský postoj, (např. názorový postoj k právu nenarozeného dítěte) (16).

1.6.2. Základní strategie přístupu k interrupci nejen ze sociálního hlediska

Společnost zastává více postojů k problematice interrupce, avšak primárně je lze definovat do dvou základních přístupů, a tj. strategie „pro life“ (pro život) a strategie „pro choice“ (pro volbu) (42).

Strategie „pro choice“

Strategie „pro volbu“ se opírá o přesvědčení, že nikdo nemá právo zasahovat do volby ženy o tom, zda podstoupit výkon umělého ukončení těhotenství, avšak zastánci této strategie zastávají názor, že interrupce by měla být řešením až v krajní nouzi a plně akceptují prevenci nechtěného těhotenství a principy odpovědného plánování rodičovství. O počtu a době narození dětí rozhoduje primárně pouze žena sama. Hnutí „pro choice“ podporuje dostupnost antikoncepce, vnímá ji jako účinnou ochranu proti nechtěnému těhotenství. Avšak není proti ekonomickému zpřísnění a ztížení interrupcí a je zastáncem volného přístupu k umělému ukončení těhotenství (1).

Strategie poukazuje na význam preventivních metod jako je již zmíněná antikoncepce nebo sexuální výchova či plánované rodičovství a sexualitu považuje za přirozenou součást života. Na místo nepříjemné represe staví alternativní řešení a snaží se poukazovat na negativní důsledky zákazu umělého ukončení těhotenství, jako je například realizace ilegálních interrupcí a tím zhoršení kvality těchto lékařských zákroků, která s sebou nesou značná rizika zdravotních komplikací. Upozorňuje na fakt, že zákaz potratů vede spíše problematiku interrupce mimo veřejnou debatu (13).

Hnutí „pro choice“ („pro volbu“), které je hlavním reprezentantem této strategie, již tedy dnes neznamena pouze právo ženy na potrat, ale též právo na volbu a konstrukci vlastní pohlavní identity. (13).

Strategie „pro life“

Strategie se opírá o přesvědčení, že umělé ukončení těhotenství je nemravné a odsouzeníhodné. Zastánci strategie „pro life“ vnímají život jako dar, jenž nám nikdo nedal a tak nikdo nemá právo nám ho vzít. Zastánci této strategie, pro-lifeisté bojují svými aktivitami za nenarozené dítě. Lidský život má pro ně absolutní hodnotu. Počátek lidského života směřují k okamžikem splynutí vajíčka a spermie. Interrupci vnímají jako vraždu. Některé zdroje uvádějí, že postoj zastánců této strategie k právu na život je pro ně základem hodnot západní civilizace a potraty vnímají jako jeden z největších hříchů a zločinů jaký může být kdy spáchán. Život je podle nich životem od počátku

a žena nemá právo rozhodovat o smrti svého nenarozeného dítěte. Ochranu nenarozeného dítěte staví na první místo. Připouští možnost interrupce z důvodů zdravotních či ve výjimečných situacích, například při incestu či znásilnění. Umělé ukončení těhotenství však nepřipouští z jiných sociálních důvodů. Hnutí spíše propaguje politiku plánovaného rodičovství a legislativně snadnější možnost adopce (15)

Velké zastoupení protagonistů „hnutí pro život“ má Polská republika. Většina polských občanů se řadí mezi věřící a katolická církev má zde silný vliv morální i politický. Postavení uplatňuje právě i v otázce interrupcí. Postoje církve jsou zde totožné s hlavními pilíři strategie pro život. Nejradikálnější část tvoří konzervativně nacionalistická Liga Polskich Rodzin (Liga polských rodin) a krajně nacionalistická mládežnická organizace Młodzież Wszechpolska (Celopolská mládež) (13).

Extrémní aktivisté tohoto hnutí, kteří pořádají protestní akce, jsou i v USA, kdy výjimkou jejich aktivity nejsou ani útoky na gynekologické ordinace. Avšak existují i tolerantnější zastánci strategie „pro life“, kteří připouští možnost interrupčních zákroků za určitých podmínek, ovšem při zpřísnění liberálních zákonů. Rádi by zavedli opět zvláštní potratové komise, které by měly podle jejich názorů objektivně zhodnotit sociální situaci těhotné ženy a v krajní nouzi by bylo vhodné, aby se na tomto rozhodnutí mohl podílet otec dítěte (1).

Dle J. Jankovského, není etické a přípustné s ženami, které stojí před rozhodnutím podstoupit umělé přerušení těhotenství, z žádných podmínek manipulovat. Ženě by mělo být umožněno svobodné rozhodnutí, a to za předpokladu, že jí byl poskytnut dostatek objektivních informací. Mělo by jí být poskytnuto právo rozhodnout se v rámci znalostí věci (25).

1.6.3. „Gender“ a problematika interrupce

Dle L. Kozlové, je gender pojem odkazující v souvislosti s biologickými rozdíly na sociální diferenty mezi muži i ženami, které jsou kulturně i sociálně podmíněné, konstruované, mohou se v čase měnit a jsou diferentní v rámci jedné kultury i interkulturně.

Jedince lze tedy již od narození klasifikovat dle genderu, který je mu připsán dle

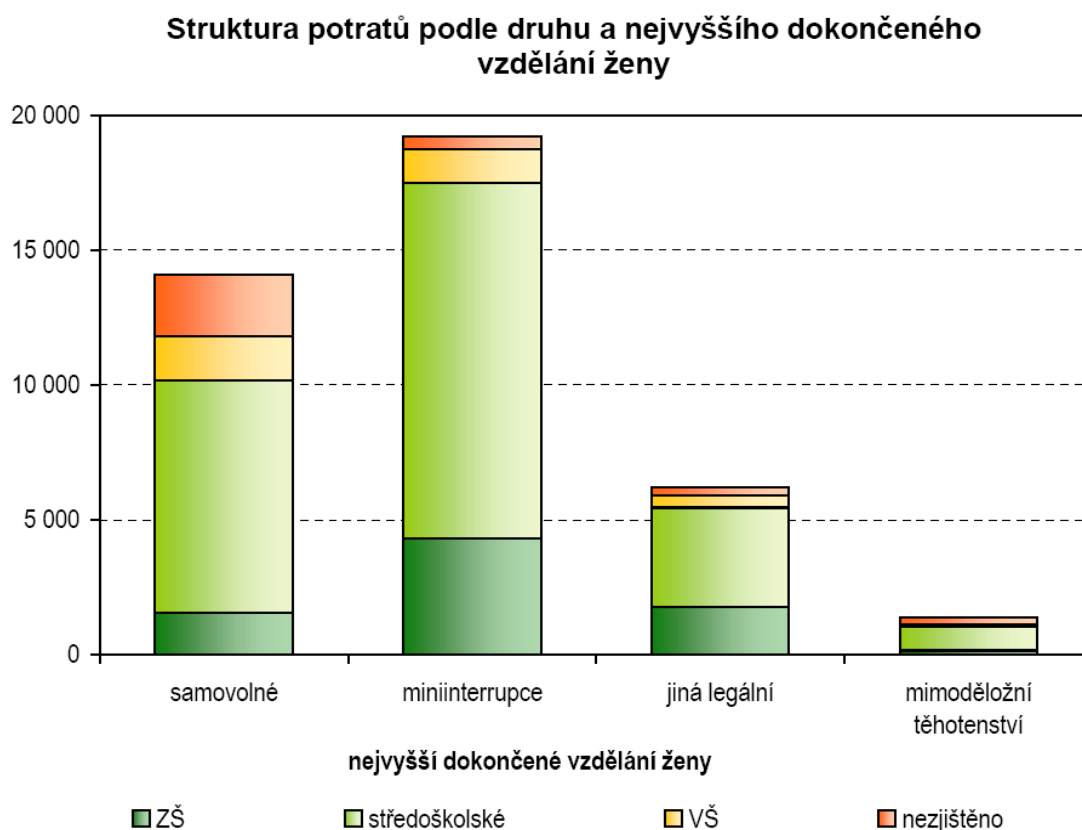
jeho pohlaví. Proces určování obsahu mužských a ženských rolí ve společnosti do značné míry definují genderové stereotypy, které představují ustálené vzorce nazírání a chápání muže a ženy, jejich vlastní schopnost, jednání a očekávání. Jsou definovány zakořeněnými postoji a představami. Provázejí jedince celým procesem ontogeneze a do určité míry udávají (konstruuji) ženám pracovní i ony rodinné role ve společnosti (28).

Sociální situace (role), která vede ženu k rozhodnutí ukončit své těhotenství, je pro každou ženu bezesporu individuálně náročná a závažná. Většinou se jedná o tíživou životní situaci ekonomickou, společenskou, zdravotní či jinou. Je na ženě samotné určit, do jaké míry je daná situace pro ni neúnosná a na základě svého svědomí se rozhodnout, jakou alternativu použije k řešení této situace. Právě jednou z alternativ si může žena zvolit i umělé přerušování těhotenství (1).

Velice zajímavému zjištění dospěli odborníci z Oxfordské univerzity, kteří zjistili, že z britských statistik od roku 1990 zmizelo 1500 plodů ženského pohlaví. Dle autorů studie se jedná o nenarozené dívky z etnické skupiny pocházející z Indie a žijící v Anglii a Walsu. Při zjištění pohlaví plodu se pak častokrát žena uchyluje k potratu, jedná-li se o plod ženského pohlaví. Avšak ještě probíhá šetření, zda-li tomu dochází až v Indii či nikoli (17).

Přestože v české legislativě je zakotvena genderová rovnost, tj. nepřipouští se přímá i nepřímá diskriminace na základě pohlaví, tak například na trhu práce jsou ženy stále znevýhodňovány a jejich postavení je vnímáno právě nastavením genderových rolí, jako nejistá pracovní síla, což může ženu vést k pochybám, že díky svému genderu a situaci (dosažené vzdělání a aktuální zaměstnání) není schopna poskytnout možnost finančního zajištění budoucímu potomkovi. Tyto úvahy pak ženu mohou směřovat k jedné z alternativy řešení, tj. interrupci.(28).

Graf č.2. – Struktura potratů podle druhu a nejvyššího dokončeného vzdělání ženy pro rok 2007.



(Zdroj ÚZIS ČR, 6.3.2008), (47).

Vysoká úroveň potratovosti byla především charakteristická pro období socialismu, kdy většina žen vnímala umělé ukončení těhotenství jako antikoncepci ex-post. Častokrát první těhotenství probíhalo u ženy v nízkém věku, které vedlo k uzavření sňatku a k narození dalších potomků. Tato skutečnost převážně naplňovala reprodukční cíle páru. Následující nechtěná těhotenství se obvykle řešila vyvolaným potratem. Ze statistik vyplývá, že právě pro to se ve vysoké míře na indukované potratovosti podílely především vdané matky z vícečetné rodiny (43).

Sociologicko-demografické prognózy udávají, že postupně dochází k nárůstu podílu celoživotně bezdětných žen. Tento fenomén se nejintenzivněji projevil především v 80. letech v USA, Anglii, Austrálii, Dánsku a Švédsku, a vzápětí na to i ve Francii a Itálii.

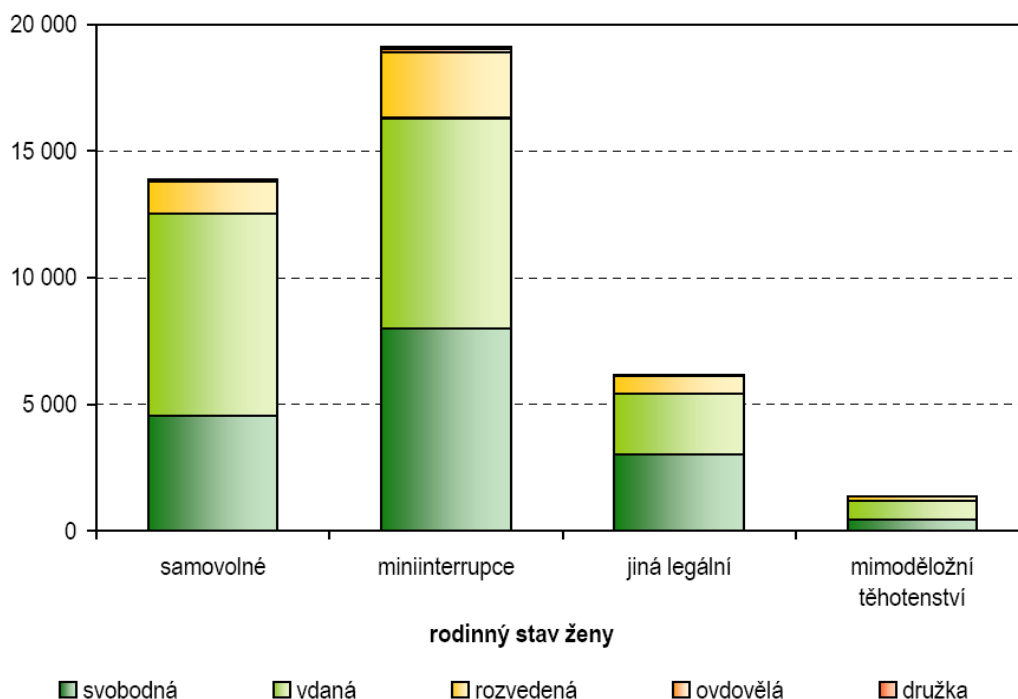
S těmito změnami začal být zkoumán také fenomén dobrovolné bezdětnosti, pro jehož nositele má angličtina termín „the childfree“ narozdíl od lidí nedobrovolně bezdětných, kteří jsou anglickým jazykem označováni termínem „the childless“(14).

Některé zdroje uvádějí, že od osmdesátých let podíl bezdětných žen na celkové potratovosti stále roste, především v případě umělého přerušení těhotenství. Začátkem osmdesátých let byla každá desátá žena, která podstoupila potrat bezdětná. Dnes je to podle posledních dat každá čtvrtá žena. Počet provedených interrupčních zákroků se za posledních patnáct let snížil na čtvrtinu. Počet umělých ukončení těhotenství u bezdětných žen za stejný časový úsek klesl pouze jen na polovinu.

Zrušením potratových komisí vzrostl počet bezdětných vdaných žen, které ukončily těhotenství interrupcí. Mateřství v pozdním věku společnost začíná vnímat stále přijatelněji, snad právě z aspektu zabezpečení očekávaného dítěte. Nejvyšší nárůst potratovosti vdaných žen zaznamenala věková skupina od 20 do 24 věku let. (43).

Graf č.3 – Struktura potratů podle druhu a rodinného stavu ženy pro rok 2007.

Struktura potratů podle druhu a rodinného stavu ženy



(Zdroj ÚZIS ČR, 6.3.2008), (47).

1.6.4. Umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů

Dle M. Velemínského, důvody, při kterých lékař může ženě indikovat interrupci, jsou většinou diagnostikované zdravotní komplikace, které ohrožují život ženy či plodu. Bez souhlasu ženy může lékař ukončit těhotenství pouze, není-li možné souhlas získat a ukončení těhotenství je nezbytné k záchraně života ženy. Samotný interrupční výkon je ovšem limitován zákonem České národní rady č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství a vyhláškou MZ ČSR č.75/ 1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, kde jsou přesně uvedeny podmínky, za jaké zdravotní situace ženy, lze polemizovat o umělém ukončení těhotenství.

Ve vyhlášce přímo stojí v §3, od.1.: „Ze zdravotních důvodů se ženě s jejím souhlasem uměle přeruší těhotenství, jestli-že dalo podnět zdravotnické zařízení, nebo z jejího podnětu, jestliže důvod potvrdí.“ Odstavec 2. pak říká: „Zdravotní důvody pro umělé přerušení těhotenství je oprávněn posoudit vedoucí oddělení zdravotnického zařízení, do jehož oboru onemocnění patří, nebo jím pověřeným zástupce.“ Je tedy zřejmé, že lékař má právo za určitých okolností ženě navrhnout interrupční zákrok, a to na základě ohrožení jejího života. Žena však podle této vyhlášky může takovéto řešení odmítnout, ale tímto postojem pak převezme zodpovědnost za veškerý další vývoj jejího zdravotního stavu (49).

Přehled patologií, syndromů a stavů, které jsou identifikovány jako zdravotními indikátory k umělému přerušení těhotenství, podrobně uvádí příloha k vyhlášce č.75/1986 Sb., která upravuje zákon ČNR č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.

Obsah indikací je velice široký. V rámci medicíny chirurgické jsou tomu například rozsáhlé břišní kýly, rozsáhlé benigní nádory břišní či pánevní atd. Z hlediska urologického to mohou být stavy po vynětí ledvin nebo oboustranná nefrolitiáza. Z hlediska interní medicíny jsou uvedeny choroby srdce a cévního systému, choroby plic, ledvin, chorobné stavy tvorby krve, choroby trávicího ústrojí, poruchy endokrinní, infekční choroby, poruchy metabolické. Řadí se sem též mnohé zdravotní stavy, syndromy a nemoci z oblasti ortopedické, revmatologické, onkologické (zhoubné útvary), pneumologické (TBC), neurologické (myopatie), psychiatrické (sexuální

deviace, těžká forma psychopatie), dermatovenerologické (závažná kožní onemocnění, syfilis), oftalmologické, gynekologické a porodnické (těžké porodní gestózy) či genetické (1).

Umělé ukončení těhotenství ze zdravotní indikace je hrazeno plně zdravotní pojišťovnou, nepočítáme-li povinné regulační poplatky za péči ve zdravotnickém zařízení, které jsou definovány v zákoně č.48/1997 Sb.,o veřejném zdravotním pojištění, § 16a (55).

Mnohé státy tolerují určité množství zdravotních důvodů, které vedou k interrupci, avšak to jak mohou být posuzovány z jiných hledisek, je otázkou druhou. Problémem se stává postoj ke zdravotním důvodům, které jsou indikací pro potrat. To, co je pro většinu přípustné jako zdravotní hledisko, nemusí být pro tutéž většinu přístojné z hlediska etického. I přesto faktem zůstává, že interrupce ze zdravotních důvodů nebývají jak odbornou tak laickou veřejností pokládány za naléhavý etický problém .

Před ukončením těhotenství je důležité, aby žena podstoupila gynekologické a ultrazvukové vyšetření k ověření textačního stáří a lokalizace těhotenství. V některých zemích se před výkonem provádí i vyšetření pohlavně přenosných onemocnění např. HIV (36).

1.7. Komplikace v souvislosti s umělým ukončením těhotenství

Každý lékařský zákrok ať už invazivní či neinvazivní s sebou nese řadu potencionálních komplikací a i samotná rehabilitace a resocializace po zákroku skýtá mnohá úskalí. Z hlediska medicínského se mohou u ženy, jež podstoupila interrupční zákrok, vyskytnout rozsáhlé jak zdravotní tak psychické komplikace, s kterými by žena ještě před zákrokem měla být seznámena (1).

1.7.1. Fyzické komplikace

Zdravotní komplikace při interrupci závisí na délce těhotenství, použité technice interrupce a na celkovém zdravotním stavu ženy. Komplikace lze rozdělit na bezprostřední, časně a pozdní. Nastane-li při zákroku krvácení s větší ztrátou krve, je

žena podstatně ohrožena na životě. Při zákroku může dojít k poranění děložního hrdla, nebo dokonce k jeho perforaci. Riziko těžkých komplikací je podstatně eliminováno, provádí-li se interrupce v časných fázích těhotenství (24).

Mezi časně komplikace patří různá poranění či rezidua plodového vejce. Nešetrné rozšíření hrdla děložního vede k poškození jeho uzávěrové funkce, která se může projevit jako problém při dalším těhotenství ženy.

Někdy dochází k perforaci v oblasti děložního hrdla či děložního těla. Poranění mohou být neúplná, tj. nepronikají celou děložní stěnou. Je důležité, aby operátor včas komplikaci rozpoznal. Malá poranění lze ošetřit konzervativně, větší perforace se řeší laparoskopickou metodou. Někdy jsou úplné perforace spojeny s poraněním okolních orgánů jako je močový měchýř či tenké střevo nebo masivním krvácením, v tomto případě se provede u ženy výjimečně hysterektomie (1)

Bolesti, krvácení nebo zvýšená teplota se můžou vyskytnout při nedokonalé kyretáži obsahu děložní dutiny v prvních dnech po provedení interrupčního zákroku. Někdy dochází k následné pozdní infekci, jež vede k provedení instrumentální revize dutiny děložní. Nešetrnými nebo opakovanými výkony může také dojít k poškození endometria, což se zpravidla projevívá funkčními změnami a v některých případech vede až k sekundární sterilitě, kterou řadíme mezi pozdní komplikace. Mezi pozdní komplikace též patří rozsáhlé záněty nebo inkompetence děložního hrdla (37).

1.7.2. Post-abortivní syndrom (PAS) – Psychická rizika

Žena, která podstoupí interrupční zákrok, by měla od svého okolí pociťovat dostatečné množství porozumění. Není vhodné ženu odsoudit a je velmi důležité, umět ženě v takovéto situaci aktivně naslouchat (25).

Každá žena k problematice interrupce přistupuje individuálně. Častokrát žena od interrupčního zákroku očekává vyřešení své komplikované situace.

Interrupční zákrok s sebou nese jen riziko zdravotních komplikací. U ženy se mohou vyskytnout i komplikace v oblasti psychiky. Psychické reakce žen na interrupci jsou individuální a závisí na mnoha okolnostech. Vše se odráží v aktuální společenské situaci ženy, např. je-li žena vdaná či nezaměstnaná nebo mladistvá. Silnou roli hraje

i fakt, za jaké okolnosti k těhotenství došlo (trestný čin znásilnění, incest), či je žena k interrupci nucena okolím, partnerem nebo jinou okolností, i přesto, že touží po dítěti (1).

PAS lze definovat jako psychologickou dysfunkci, která vzniká důsledkem traumatického zážitku a oslabuje obranné mechanismy člověka. Žena pocítuje pocity bezmocnosti, cítí se chycena do pastí nebo ztrácí nad sebou kontrolu. Jiné ženy mohou vnímat přerušení těhotenství jako násilné zabití svého dítěte a nezáleží na tom, jaké důvody je přinutily jít na potrat. Strach, úzkost, bolest a pocit viny ve spojitosti se zážitkem jsou přidruženy k vnímání násilné smrti. Výskyt funkčních poruch v sexuálním životě ženy není v tomto případě vzácný. Jedná se především o anorgasmii nebo frigiditu (37).

Dle V. Bartákové je Postabortivní syndrom (PAS) soubor příznaků a symptomů, které přicházejí po absolvování interrupce i samovolném potratu. Tělo ženy bylo hormonálně připraveno na vývoj plodu a narození dítěte. Díky předcházejícím hormonálním změnám tělo tuto informaci uložilo a žena pak tuto situaci vědomě či nevědomě vnímá jako trauma. Mezi projevy syndromu patří pocit viny, hroživé sny. Některé ženy mívají pocit, že je pronásledují nenarozené děti. Pociť viny bývá spíše na nevědomé úrovni. Neustálý pocit strachu a úzkosti s sebou nese častou žaludeční nevolnost, jako je nutkání zvracení, dále také třes rukou, bolesti hlavy. Okolí i žena by neměly tento stav podceňovat, jelikož je pravděpodobné, že může vyústit až k depresím a suicidálnímu chování (4).

Náhodná studie zjistila, že minimálně 19% žen po potratu trpí diagnostikovaným post-abortivním syndromem (PAS). Asi polovina žen trpěla (ale ne všemi) symptomy PAS a 20 až 40% vykazovaly střední až vysoké stádium stresu a vyhubavého chování, které souviselo s prožitými zážitky. (37).

Symptomy PAS se mohou projevovat jako symptomy při pórázovém šoku, poruchy spánku, upřené pozorování těhotných žen a malých dětí či panický strach při pohledu na ně, nekontrolovatelné přání „napravit“ zážitek potratu pomocí rychlého dalšího otěhotnění, neschopnost soustředit se, hyperaktivita, otupení citů „robot feeling“ (chování se jako robot), vícenásobné potraty, děsivé sny, poruchy příjmu potravy,

zanedbávání dítěte, problémy v partnerském vztahu, atd. (6).

Avšak o prokazatelném výskytu postabortivního syndromu se všichni odborníci neshodují. Jedním ze známých odpůrců syndromu PAS je i americký psycholog Henry P. David, který je konzultantem WHO pro oblast plánované rodičovství. Ve své odborné činnosti provedl řadu mezinárodních studií a zastává názor, že většina žen, které podstoupí interrupci, prožívá spíše pocit úlevy, než-li syndrom PAS. Je zastáncem názoru, že pro ženu je nejtěžší období rozhodování, nikoli období po zákroku. Při umělém ukončení těhotenství skutečně žena prožívá velký stres. Je ale jen velmi malé procento žen, které mají po provedeném interrupčním zákroku nějaké vážné psychické problémy. Nezpochybnitelným faktem ovšem zůstává, že podstoupení interrupčního zákroku přináší ženě velké emocionální vypětí (21).

1.8. Antikoncepce

K problematice umělého ukončení těhotenství úzce patří problematika a podpora růstu porodnosti a plánovaného rodičovství, jemuž by měla předcházet cílená prevence z oblasti sexuální a gynekologické a nejznámějším aparátem plánovaného rodičovství. Za jednu z preventivních metod interrupce, lze považovat hormonální antikoncepci. Ve vyspělých zemích je běžné, že plánované rodičovství se stává součástí životního stylu obyvatelstva a žena má možnost si sama plánovat počet svých dětí a dobu jejich narození na základě získaných (preventivních) informací (1).

J. Stolínová (39) uvádí, že užívání antikoncepce je především zdravotní výkon, o němž rozhoduje pacientka sama, avšak lékař je povinen pacientku poučit nejen o způsobu užívání a míře spolehlivosti hormonální antikoncepce, ale též o možných komplikacích, které mohou při dlouhodobém užívání nastat.

Aktuální a kvalitní informace o všech možných alternativách plánovaného rodičovství jsou pro ženu to nejdůležitější. Žena by tedy měla informace získat u svého odborného lékaře - gynekologa, sexuologa. Avšak v dnešní době není nic nového, když tyto základní informace mladí lidé, především dívky, získávají během povinné školní docházky (36).

Výběr antikoncepční metody ovlivňuje mnoho vnějších faktorů. Je nezbytné

posoudit všechny alternativy, tj.:

- A) bezpečnost metody;
- B) spolehlivost metody;
- C) aplikační komfort;
- D) náboženské a etické postoje;
- E) celková a lokální onemocnění;
- F) pozitivní vedlejší účinky;
- G) požitek pohlavního styku;
- H) psychické zábrany;
- I) nutnost lékařské kontroly;
- J) plánování dalšího těhotenství;
- K) četnost pohlavních styků;
- L) promiskuita; atd.(36).

Pod pojmem antikoncepce chápeme ochranu před těhotenstvím, avšak člověk by měl rozlišovat mezi jednotlivými prostředky. Jsou prostředky, které zabraňují početí (mechanicky či bloádou ovulace) a prostředky mající vlastní abortivní účinek. Což znamená, že tyto prostředky znemožňují nidaci již oplozeného ovocytu. Avšak vnímáme-li jejich účinek jako abortivní účinku těchto prostředků, předpokládáme a věříme, že lidská existence začíná početím. Postkoitální antikoncepci, nebo-li intercepce vykazuje stejný účinek. V zásadě se užívá v naléhavých případech, kdy může důsledkem nechráněného pohlavního styku dojít k případnému vzniku nechtěného těhotenství např. při znásilnění. Přípravek tohoto charakteru obsahuje blokátory nidace a tak může zabránit samotné nidaci oplozeného oocytu. Účinku lze dosáhnout do druhého dne po pohlavním styku.

Další antikoncepční alternativou je přípravek RU 486. Jde o antihormon, který způsobuje odumření celé lokální části při zakoření zárodku v děložní stěně. Má tedy prokazatelně abortivní účinek. Je možné ho ordinovat do sedmého týdne těhotenství (17).

Mezi antikoncepční metody plánovaného rodičovství lze tedy řadit:

- A) hormonální antikoncepce hormonálně blokující proces ovulace;
- B) postkoitální antikoncepce znemožňující nidaci oplodněného ovocytu;
- C) nitroděložní tělíska (IUD) mechanicky zabraňující nidaci oplodněného ovocytu;
- D) bariérová antikoncepce (kondom) (1).

Hormonální antikoncepce obsahuje určité množství ženských pohlavních hormonů. Estrogeny, které ovlivňují menstruační cyklus a rozvoj pohlavních znaků. Indikují se při poruše činnosti vaječníků či dalších gynekologických komplikacích. Progesteron, který jako gestragen má vliv na druhou polovinu menstruačního cyklu a průběh těhotenství. Podává se např. při poruchách menstruačního cyklu, nebo u hrozícího potratu (50).

D. Cibula (7) uvádí, že v důsledku užívání hormonální antikoncepce není ročně hospitalizováno asi 1614 žen ze 100 tisíc uživatelék. Příznivé účinky hormonální antikoncepce se využívají v mnoha dalších indikacích.

Sexuálně aktivní osoba, která se rozhodne pro neužívání některé z antikoncepčních metod a není si zcela jistá, zda chce mít či nemít dítě, je morálně nezodpovědná, uvádí R. Uzel. Chování nerozhodné ženy, která neužívá antikoncepci a nejdříve se rozhodne mít dítě, a po té svůj názor změní, a podstoupí potrat, je možno z etického hlediska vnímat tak, že de facto ohrožuje práva plodu na život (46).

Každá žena má právo se svobodně rozhodnout, jakou antikoncepční metodu bude užívat. Volba antikoncepční metody je pouze věcí svědomí a odpovědnosti každého člověka, nejenom ženy, ale i muže. Dostupných antikoncepčních prostředků v dnešní společnosti je celá řada (1).

Dle R. Uzla, má žena možnost volby a o vybrané alternativně antikoncepce rozhodovat a dle svého přání podstoupit interrupční zákrok či nepodstoupit. V této fázi rozhoduje pouze ženino vlastní svědomí, tedy ona sama (46).

1.9. Baby box jako jedno z východisek interrupce

Jednou ze sekundárních alternativ, které ženě nabízí východisko z tíživé situace, jenž je nechtěné těhotenství a myšlenky na interrupci, je ve společnosti přítomnost tzv. „baby boxů“, nebo-li anonymních schránek pro novorozence.

Tyto anonymní schránky byly vytvořeny především jako prevence k problematice kriminálních interrupcí a vražd novorozenců (29).

První schránky byly otevřeny v roce 2005 v GynCentru v Praze a v Nemocnici milosrdných bratří v Brně. Dnes je v ČR něco kolem 10 baby boxů (v Praze, Mladé Boleslavi, Sokolově, Pardubicích, Ústí nad Orlicí atd.) (22).

Dle K. Kučerové, umožňují baby boxy jednu z alternativ záchrany života nechtěného očekávaného dítěte, které by jinak mohlo být usmrceno ještě před porodem či po něm nebo odloženo za zcela pro něj nevýhodných a ohrožujících podmínek (29).

Je nutno zdůraznit, že boxy umístěné především u zdravotnických zařízení musí samozřejmě splňovat zdravotní, technické a hygienické podmínky, tak aby zde novorozence mohla žena bez jakýchkoli „starostí“ odložit (33).

2. CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

2.1. Cíle práce

Ve své diplomové práci si kladu za cíl zmapovat názorové postoje studentů maturitních ročníků vybraných středních zdravotnických škol k problematice interrupce. Porovnat již zmapované názorové postoje studentů JCU Zdravotně sociální fakulty a Teologické fakulty s názorovými postoji respondentů nejen maturitních ročníků vybraných středních zdravotnických škol k problematice interrupce.

Nekladu si tedy za cíl explicitně zachytit problematiku umělého přerušování těhotenství z historického hlediska až po současnou společenskou situaci. Problematika interrupce skýtá mnoho protikladných postojů, názorů a rozporů jak na půdě akademické, politické tak medicínské. Diplomová práce by měla především sloužit samotným studentům či dalším čtenářům jako skromný zdroj dat k této rozsáhlé problematice a jako malý přehled jak pro laiky tak pro odborné pracovníky vyučující na vysokých i středních zdravotnických školách, aby nahlédli na problematiku interrupce z pohledu samotných studentů, budoucích odborníků a vykonavatelů profesí v různých oblastech.

2.2. Hypotézy

Na základě stanoveného cíle jsem si pro svou práci zvolila tyto dvě hypotézy:

Hypotéza č.1 (H1) - *Většina studentů ze středních zdravotnických škol bude upřednostňovat strategii „pro choice“, tedy „pro volbu“, která se opírá o přesvědčení, že o počtu a době narození svých dětí rozhodují výhradně rodiče.*

Hypotéza č.2 (H2) - *Žádný ze studentů nebude upřednostňovat strategii „pro life“, tj. „pro život“, která se opírá o přesvědčení, že interrupce je vždy nemravným činem a je vždy odsouzeníhodná.*

3. METODIKA

V teoretické části práce jsem nastínila základní aspekty umělého přerušení těhotenství, které jsem získala studiem odborné literatury, internetových odkazů, časopisů a příslušných zákonů, jež jsem podrobně uvedla v seznamu použitých zdrojů.

Nejprve jsem se zabývala pohledem na život jako takovým až v metafyzickém aspektu. Dále jsem nastínila problematiku fyziologického těhotenství, neboť se domnívám, že znalostem tohoto důležitého životního děje nese vysoký význam v ohledu utvoření si vlastního názoru na umělé ukončení těhotenství.

Také jsem se snažila zachytit vývoj problematiky interrupce od období starověku světa až po současnou společenskou situaci nejen České republiky. Zohlednila jsem jak aspekty legislativní (např. definici porodu a potratu a mrtvorozenosti, jež jsem citovala ze zákonů a vyhlášek), tak druhy potratových alternativ a důvody, které mohou vést k provedení ukončení těhotenství. Hlediska jsem posléze zobecnila na důvody zdravotní a sociální (ostatní). Snažila jsem se o stručné zachycení zdravotních hledisek, které mohou být indikací k provedení interrupčního zákroku a zabývala jsem se sociálními hledisky a metodami plánovaného rodičovství, které bezpochyby úzce souvisejí s problematikou interrupce. Pokusila jsem se i stručně zachytit problematiku umělého ukončení těhotenství z pohledu bezdětných žen v rámci problematiky „gender“. Zabývala jsem se i zdravotními komplikacemi u žen, které podstoupily interrupční zákrok a to především post-abortionním syndromem. Mojí snahou byl i popis dvou strategických přístupů k interrupcím a to strategie „pro – choice“ (pro volbu) a strategii s opačným pólem „pro – life“ (pro život), které jsou předmětem výzkumu a neopomněla jsem ani problematiku „Baby boxů“, jež mají s problematikou nechtěného těhotenství a interrupce nepopíratelně úzký vztah.

V praktické části „výzkumu“ doplňuji informace o poznatky, které jsem získala pomocí vlastní výzkumné činnosti. Nejprve jsem si vymezila základní dotazníkové otázky a zvolila objektivní metodu pro sběr a analýzu informací. Srozumitelnost otázek jsem si ověřila provedením předvýzkumu. Na základě získaných informací pomocí předvýzkumného šetření jsem stanovila výsledný výzkumný soubor a provedla jsem

kvantitativní výzkum s následným rozbořem a interpretací získaných dat.

K získání informací jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Respondenti odpovídali na otázky uvedené v běžném (mnou vytvořeném) strukturovaném dotazníku. Tuto techniku jsem volila pro poměrně snadné získání potřebných informací od velkého počtu dotazovaných v krátkém časovém limitu (12).

3.1. Metoda výzkumu

Pro ověření či vyvrácení mnou stanovených hypotéz jsem vzhledem k množství respondentů a poměrně osobním otázkám zvolila metodu **dotazníkového šetření**. Tato metoda se mi vzhledem k citlivosti a osobní zainteresovanosti respondentů jevila jako nejvhodnější, jelikož umožňuje vysoký stupeň anonymity respondentů..

Do úvodu jsem zařadila dle formální úpravy úvodní formulí, jež ujistila oslovené respondenty/ty o anonymitě dotazníku. Také jsem zde zmínila účel, pro který budou sloužit získané informace. Uvedla jsem jméno, fakultu, pod kterou diplomovou práci zpracovávám a upřesňující pokyny pro správné vyplnění dotazníku.

Informace, které jsem od oslovených studentů a studentek chtěla získat, jsem rozložila do 24 dotazníkových otázek. Je nutno zmínit, že totožný dotazník jsem již distribuovala v akademickém roce 2005/2006 u studentů Jihočeské univerzity a to u posluchačů na Zdravotně sociální fakultě a Teologické fakultě. Struktura zůstala totožná, pouze jedna identifikační otázka z 24 otázek byla v dotazníku označena jako nerelevantní, jelikož se vztahovala pouze na studenty Jihočeské univerzity.

Shodnost dotazníku je velice důležitá, neboť umožňuje co nejpresnější srovnání názorových postojů studentů středních a vysokých škol.

V úvodu dotazníku jsou uvedeny otázky identifikačního anonymního charakteru, jež měly zabezpečit základní diferenciaci respondentů/tek. Dále jsem kladla otázky, které se více či méně týkaly samotných hypotéz, na základě kterých byl dotazník sestaven. Poslední otázka č. 24 má spíše doplňující a rozšiřující charakter, neboť dává respondentům/tekám prostor pro doplňující vyjádření názorových postojů k danému tématu, pro něž nebyl v dotazníku dostačující prostor. Možnosti doplnění odpovědi využila čtvrtina respondentů/tek.

Kladla jsem dle variant odpovědí otázky uzavřené a polootevřené. Snažila jsem se vždy u každé otázky uvést veškeré alternativy, jež by byly pro danou odpověď možné. I přesto jsem zvolila u některých otázek variantu odpovědi „jiná možnost“, kde respondenti/ky mohli uvést další z možných alternativ odpovědi, které nebyly v dotazníku uvedeny. Zároveň jsem tím nechala respondentům/tkám volnost vyjádření v názorové alternativě.

3.2. Předvýzkum

Pro ověření srozumitelnosti otázek v dotazníku jsem nejprve provedla **předvýzkum**. Na vzorku pěti studentek Střední zdravotnické školy v Českém Krumlově jsem si ověřila jednoznačnost a srozumitelnost mnou vytvořených dotazníkových otázek.

Jednalo se o otázky:

Otázka č.17 se zněním:

„Antikoncepce, která znemožňuje nidaci oplodněného vajíčka ve sliznici dělohy, je možno vnímat jako abortivní?“

Otázka č. 20., se zněním:

Jste-li ochoten/na odpovědět na otázku, uveďte prosím, zdali jste věřící.

Otázka č. 21

„Jste-li ochoten/na, uveďte prosím, jaké náboženství zastáváte.

U otázky č. 17 jsem uznala zapotřebné na předvýzkumném vzorku zjistit, zda-li studenti budou zcela chápat tuto otázku a to hlavně důsledkem použití latinských výrazů ve struktuře otázky, což se mi již dříve u studentů Jihočeské univerzity projevilo jako problematické (1). Tři respondenti si nebyli zcela jisti pochopením otázky, a tak jsem uznala za vhodné při pozdějším sběru dat tuto otázku u respondentů, kteří si to vyžádali, blíže specifikovat.

Otázky č.20 a 21 jsem vnímala záludně především v jejich interpretaci, neboť jsem se domnívala, že respondenti nemusejí být natolik vyzrálí, aby rozeznali podíl mezi pojmem *víra* a *náboženství*. Nejprve jsem předvýzkumný soubor nechala na tyto otázky odpovědět a posléze jsem jim položila otázku.: „Jaký je rozdíl mezi

náboženstvím a vírou?“

Pouze jeden z respondentů předvýzkumného souboru znal správnou odpověď a tak jsem usoudila, že než přistoupím ke sběru dat u jednotlivých respondentů, bylo by dobré tuto problematickou část blíže specifikovat. Což jsem také později učinila.

Zbýlé předtištěné otázky v dotazníku na danou skupinu působily srozumitelně a jednoznačně. Tento předvýzkum měl vést k minimalizaci nesrozumitelnosti jednotlivých otázek, které byly uvedeny v dotazníku.

3.3. Charakteristika výzkumného souboru

K výzkumu mé diplomové práce jsem si vybrala výzkumný soubor respondentů, na kterém jsem si měla ověřit či naopak vyvrátit mnou stanovené hypotézy.

Hlavním úkolem výzkumu mělo být zachycení názorových postojů na problematiku umělého ukončení těhotenství z pohledu studentů Střední zdravotnické školy v Českém Krumlově a studentů Střední zdravotnické školy v Českých Budějovicích, neboť se domnívám, že je dobré alespoň orientačně znát názorové postoje mladých lidí, kteří jednou budou odborníci a vykonavatelé profesí v různých oblastech, jež se problematika interrupce může úzce dotýkat. Proto jsem právě volila zastoupení respondentů/tek z řad studentů středních zdravotnických škol, jelikož u nich je velká pravděpodobnost, že se jich tato problematika v budoucí profesi bude skutečně úzce dotýkat. Již dříve (v akademickém roce 2005/06) jsem měla možnost tyto názorové postoje zachytit u studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a to studentů různých oborů Zdravotně sociální fakulty a Teologické fakulty v mé bakalářské práci „Problematika interrupce z pohledu studentů Jihočeské univerzity“(1), neboť i oni budou jednou odborníci a vykonavatelé profesí v různých oblastech, jež se problematika interrupce může úzce dotýkat. Tak se mi dnes nabízí možnost porovnání názorových postojů obou výzkumných skupin, což může být velice zajímavé.

Věková hranice respondentů/tek byla stanovena dolní věkovou hranicí, 16 let a horní věkovou hranicí 21 let. Nejprve mělo být věkové rozmezí stanoveno od 15 let do 21 let, jelikož spodní věková hranice je limitována možností přijetí jedince na střední školu. Po provedeném předvýzkumu se jasně ukázalo, že studenti 1. ročníku ještě

nejdou zcela připraveni odpovídat na mnou stanovené otázky v dotazníku, jelikož neukončili studium úvodu do somatologie a latinského jazyka. Díky této zkušenosti byla dolní věková hranice stanovena na 16 let. Horní věková hranice má pouze orientační charakter, neboť se domnívám, že ve věku 21 let už jedinec ukončil studium na střední škole, i když nebývá to pravidlem.

Samotnou studii jsem uskutečnila během druhého semestru akademického roku 2007/08. U respondentů/tek jsem předpokládala určitou obecnou znalost pojmů týkajících se problematiky interrupce na úrovni studenta střední zdravotnické školy.

Místo sběru dat byly nevýukové prostory středních škol. Po domluvě s řediteli či zástupci škol jsem studentům na chodbě či ve třídách rozdala dotazníky a seznámila je s obsahem. Mezi studenty jsem distribuovala 100 předtištěných dotazníků a snažila jsem se o co největší návratnost. Na každé škole po padesáti kusech, jelikož cílem bylo získat jednu polovinu (tj. 50 ks) vyplněných dotazníků ze Střední zdravotnické školy v Českém Krumlově a druhou polovinu od studentů Střední zdravotnické školy v Českých Budějovicích. Návratnost dotazníků byla stoprocentní, jelikož jsem si vždy na vyplněné dotazníky sama počkala a tím jsem se snažila zamezit ztrátě dotazníků a následné nízké návratnosti. Avšak je zřejmé, že hlavním kritériem sběru dat byla ochota vyplnit předtištěný dotazník studenty, proto výběr respondentů/tek může do jisté míry zkreslovat výsledky výzkumu. Je tedy důležité zmínit, že získané údaje mají převážně orientační hodnotu a není možné je zcela zobecnit.

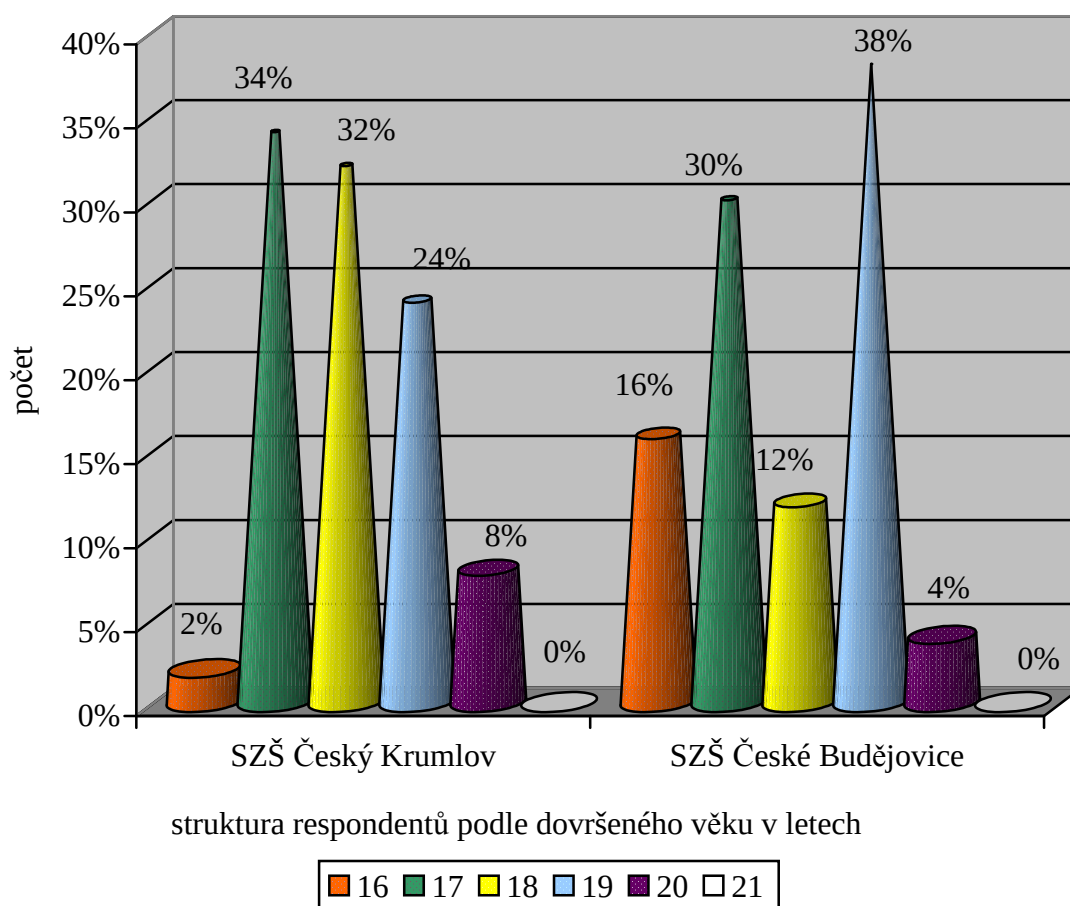
Získané informace jsem matematicky a graficky zpracovávala v počítačových programech Microsoft Word a Microsoft Excel, které umožňují přesné zpracování zadaných položek, tak aby měly co největší vypovídající hodnotu.

4. VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

Otázky jsou jednotlivě zpracované a pro lepší přehlednost vložené do tabulek a grafů. Interpretace je zaměřena vždy na dva druhy údajů získané zhodnocením dotazníkového šetření. Jedny od respondentů ze Střední zdravotnické školy v Českém Krumlově a druhé od respondentů nestřední zdravotnické školy v Českých Budějovicích, (dále jen SZŠ ČK a SZŠ ČB).

Na každou otázku uvedenou v dotazníku odpovědělo 50 studentů ze SZŠ ČK a 50 studentů ze SZŠ ČB, což celkem činí 100 dotazovaných. Respondenti mohli provést u vybraných otázek více voleb najednou, vyžadovala-li si to jejich odpověď.

Graf č. 1.: uvádí věkové rozdělení respondentů v procentuálním zastoupení.

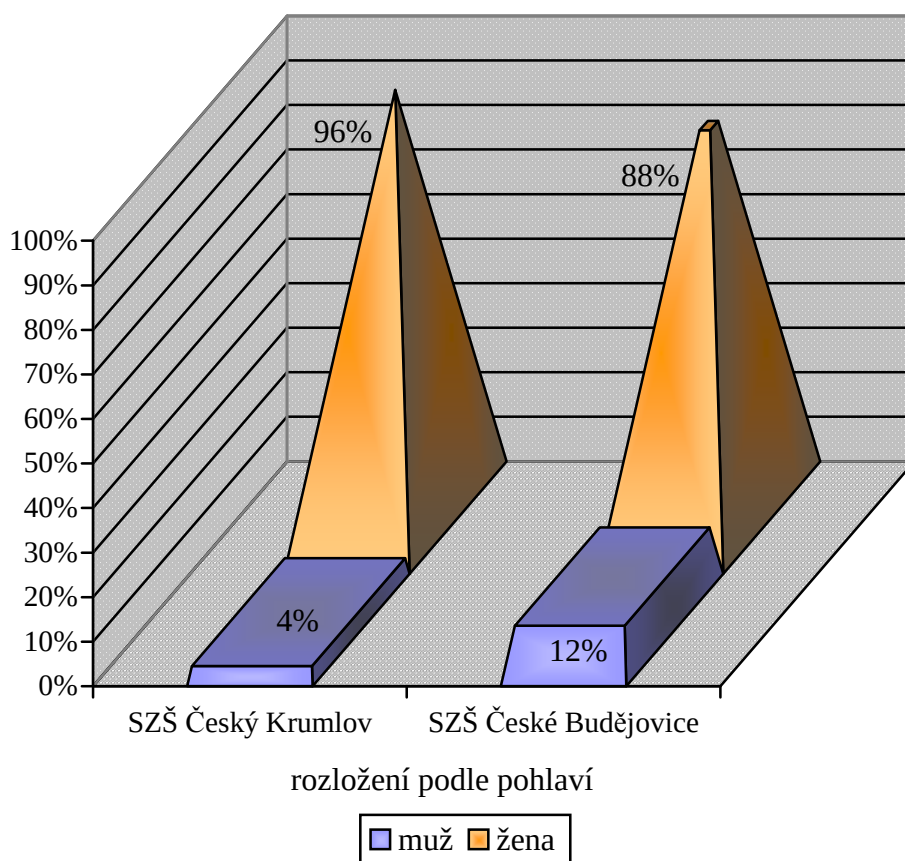


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 1.

Výsledky grafu č. 1 ukazují, že ve věku 16 let odpověděl pouze 1 respondent (2%) a to ze SZŠ ČK a 8 respondentů (16%) ze SZŠ ČB. Ve věku 17 let odpovědělo 17 dotazovaných ze SZŠ ČK (34%) a 15 respondentů (30%) ze SZŠ ČB, ve věku 18 let 16 studentů (32%) ze SZŠ ČK a 6 studentů (12%). Nejpočetnější zastoupení u respondentů ze SZŠ ČB měla věková hranice 19 let, kdy odpovědělo 19 (38%) studentů, u respondentů ze SZŠ ČK to činilo 24%. Ve věkové kategorii 20 let měla zastoupení u SZŠ ČK 4 (8%) studenty a u SZŠ ČB 2 (4%) studenty. Ve věku 21 let z obou škol neodpověděl jediný respondent.

Graf č. 2.: uvádí procentuální zastoupení respondentů dle pohlaví.

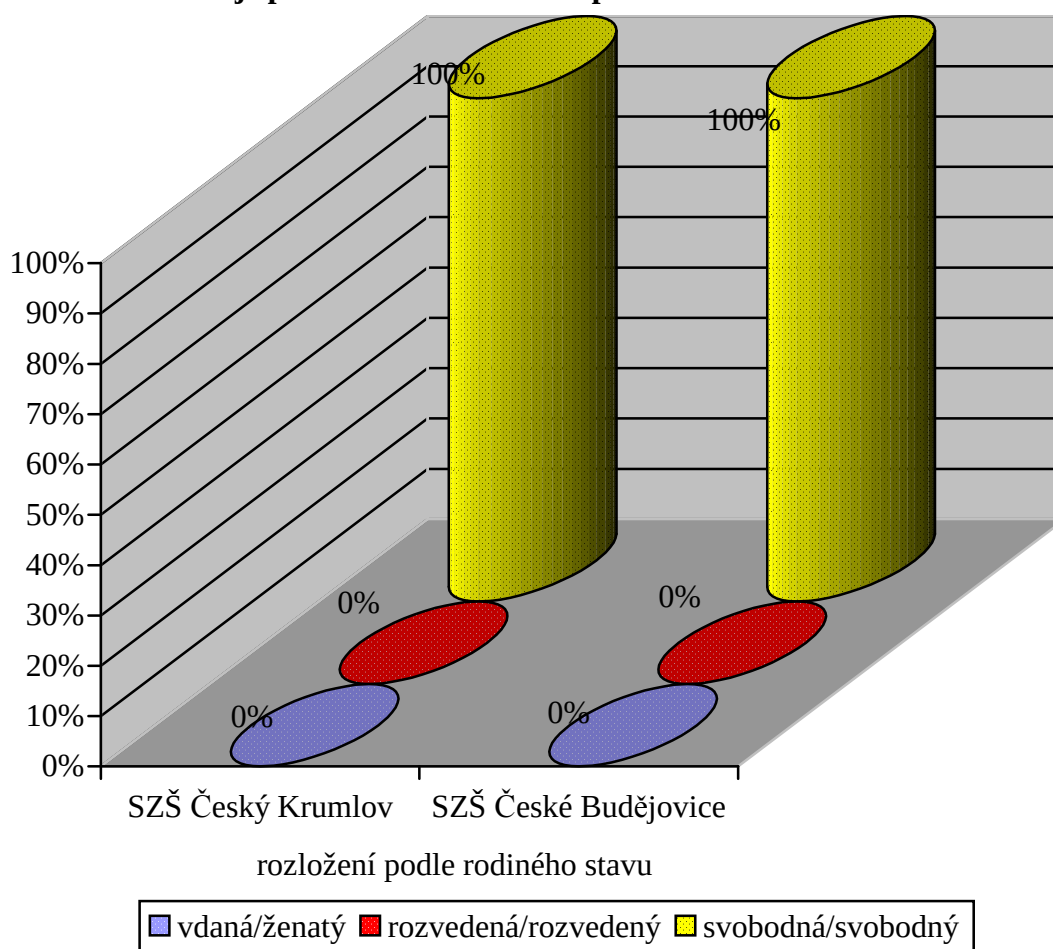


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 2.

Graf č. 2 udává rozdělení respondentů dle pohlaví odpovídá zastoupení mužů a žen mezi studenty SZŠ ČK a SZŠ ČB. v souboru respondentů bylo 48 žen (96%) ze SZŠ ČK a 44 žen (88%) ze SZŠ ČB. Muži byli v SZŠ ČK pouze 2 (4%), v SZŠ ČB 6 (12%).

Graf č. 3.: znázorňuje procentuální složení respondentů dle rodinného stavu.



Zdroj: vlastní výzkum

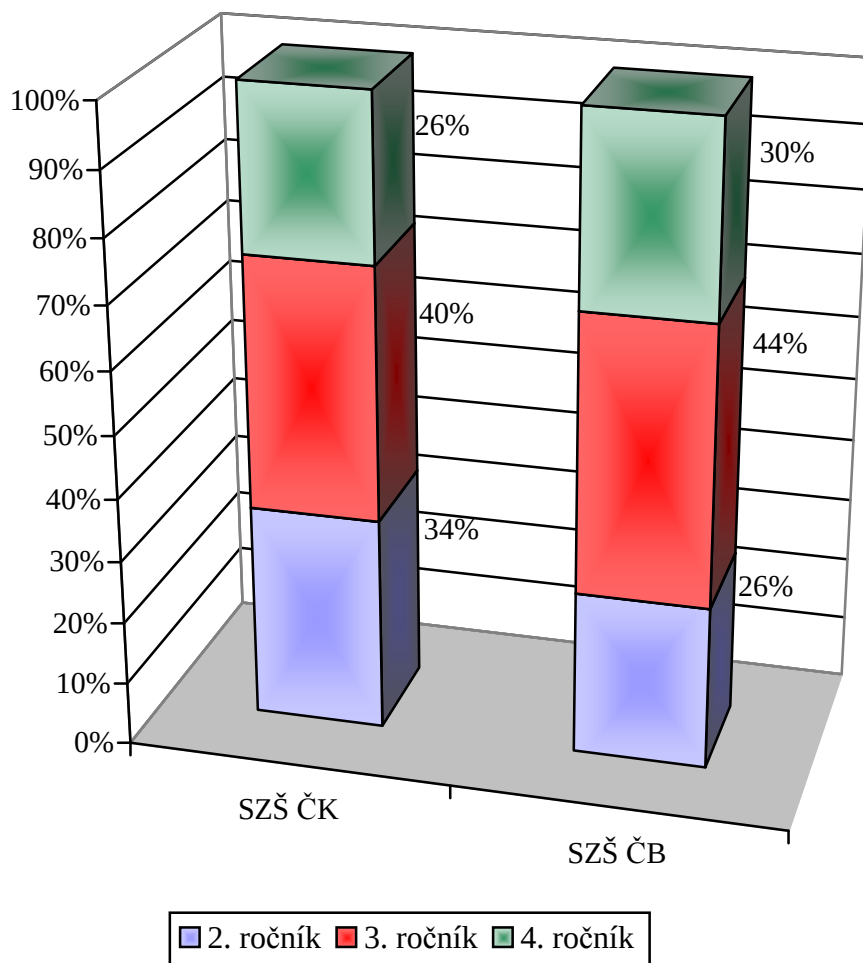
Shrnutí otázky č. 3.

Graf č. 3 zahrnuje složení respondentů dle rodinného stavu je totožné na obou středních školách, tj. svobodný/á 50 respondentů (100%), vdaných/ženatých či

rozvedených 0, což bylo předvídatelné.

Zpracování otázky č.4. zde není uvedeno, jelikož pro validitu výzkumu bylo nezbytné shodné množství respondentů na SZŠ Č. Krumlov a SZŠ Č. Budějovice.

Graf č. 5.: znázorňuje studijní ročník jednotlivých respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 5.

Graf č. 5 znázorňuje studijní ročníky, které studenti navštěvují. Jak již bylo zmíněno, 1. ročník byl záměrně ze souboru vyřazen. Respondentů druhého ročníku v SZŠ ČK bylo 17 (34%) a v SZŠ ČB 13 (26%). Ze třetích ročníků, které měly

nejsilnější zastoupení v obou školách, odpovědělo ze SZŠ ČK 20 studentů (40%) a ze SZŠ ČB 22 studentů (44%). Respondentů ze čtvrtých ročníků odpovědělo ze SZŠ ČK 13 (26%) a ze SZŠ ČB 15 (30%).

Otázka č. 6 byla pro respondenty ze středních škol nerelevantní, na tuto otázku neodpovídali. Zůstala v dotazníku jen pro udržení cíle, aby struktura dotazníku byla téměř absolutně shodná s obsahem dotazníku z předešlého výzkumu za akademický rok 2005/06 u studentů Jihočeské univerzity.

Tab. č. 7.: uvádí, zdali respondenti mají děti.

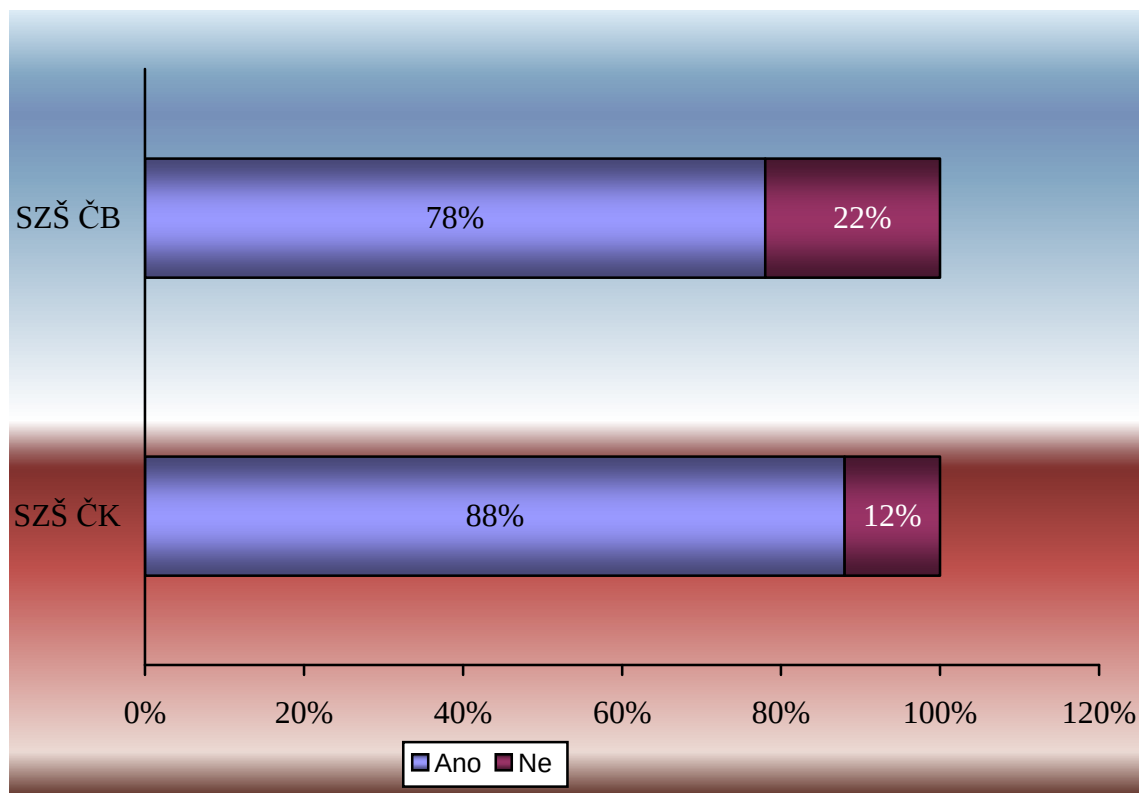
Fakulta	Teologická fakulta	Zdravotně sociální fakulta
A) Ano, mám	0	0
B) Ne, nemám	50	50
Celkem odpovědí	50	50

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 7.

Tabulka č. 7 uvádí, zda-li respondenti mají děti, tedy jsou-li rodiči. Všichni studenti tj. 100% nemá děti, což byl předvídatelný výsledek, avšak nemusí tomu tak být vždy. Určitá pravděpodobnost výskytu „rodičů“ mezi studenty středních škol je možná.

Graf č. 8.: zachycuje procentuální zastoupení respondentů dle jejich sexuálního života.



Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 8.

Pohled jedince na problematiku interrupce může ovlivňovat skutečnost, zda-li člověk praktikuje sexuální život či nikoli. Proto součástí dotazníkového šetření, které zobrazuje graf č. 8, byla i otázka, zda respondenti žijí či nežijí sexuálním životem. Respondenti ze SZŠ ČK z 88% praktikují sexuální život, též 39 respondentů (78%) ze SZŠ ČB.

Tab. č. 9.: monitoruje preferovanost metod plánovaného rodičovství respondenty.

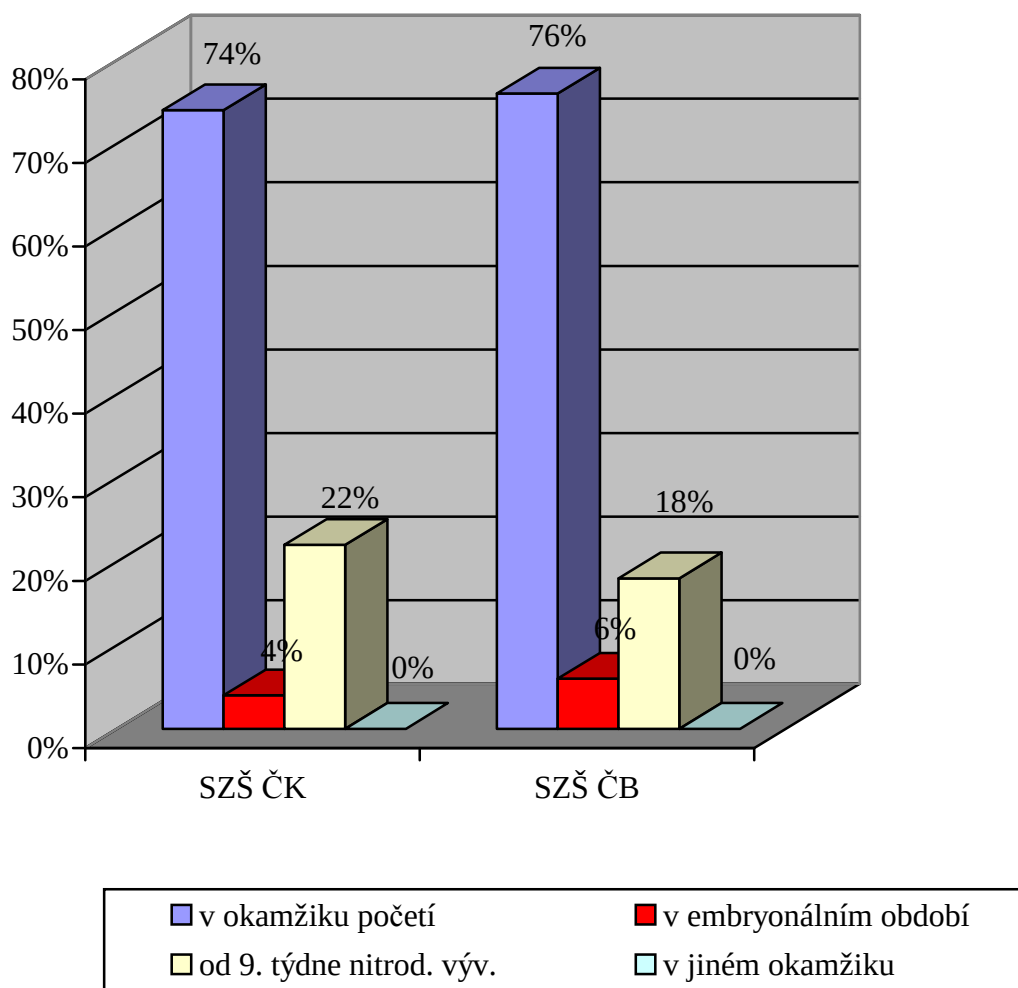
Fakulta	ČK	ČB
A) Hormon. antikonc., nitrod. tělíska (HA)	45	37
B) Bariérové prostř., spermic. prostř. (BP)	5	9
C) Přirozené plánování rodičovství (PPR)	0	0
D) Žádnou, nežiji sex. životem (ŽN)	6	11
E) Žádnou, i přesto, že žiji sex. život. (ŽPŽ)	1	2
F) Jinou - přerušovaná soulož (J)	0	0
Celkem odpovědí	57	59

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 9.

Na tuto otázku měli respondenti možnost uvedení více alternativ, pokud to vyžadovala přesnost jejich odpovědí. Tabulka č. 9 uvádí, že nejvíce je v obou školách preferováno respondenty alternativa plánovaného rodičovství hormonální antikoncepce či nitroděložní tělíska a to ze SZŠ ČK 45-ti (79%) studenty a ze SZŠ ČB 37-mi (63%). U studentů obou škol neuspěla metoda přirozeného plánovaného rodičovství a ani volba „jiná alternativa“, než si mohli vybrat. Bariérové a spermicidní prostředky jsou preferovány u respondentů ze SZŠ ČK v 9% a ze SZŠ ČB v 15%. Studenti SZŠ ČK uvedli v 10% a SZŠ ČB 19%, že nepoužívají žádnou metodu plánovaného rodičovství, jelikož nežijí sexuálním životem. Avšak 2 studenti (3%) ze SZŠ ČB a 1 student (2%) ze SZŠ ČK uvedli, že i přes aktivní sexuální život neužívají žádnou metodu plánovaného rodičovství.

Graf č. 10.: zachycuje názorový postoj respondentů na vznik nové lidské bytosti.

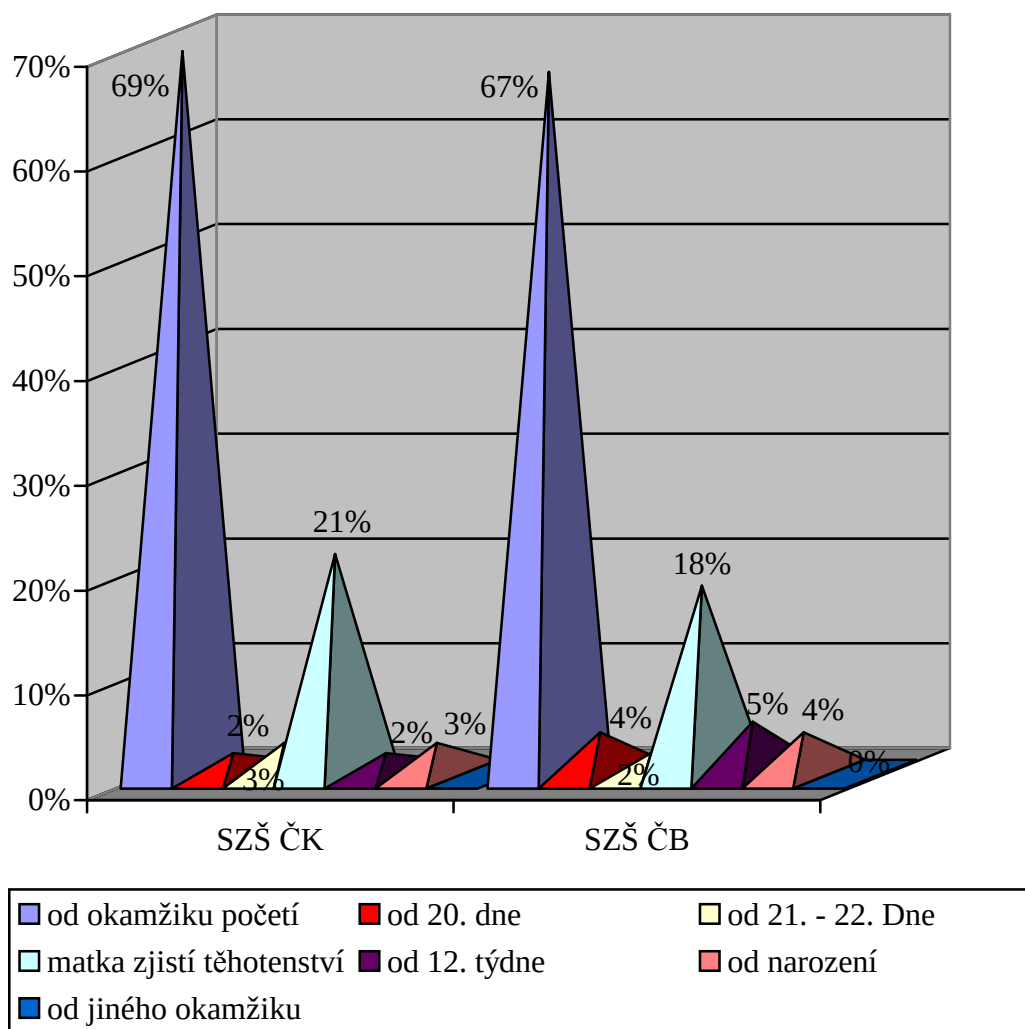


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 10.

Graf č. 10 uvádí, že nejvíce respondentů (tj. SZŠ ČK 74%, SZŠ ČB 76%) uvedlo, že nová lidská bytost vzniká okamžikem početí. Následující nejčastější odpovědi respondentů bylo, že nová lidská bytost vzniká od 9. týdne nitroděložního vývoje a to 11 studentů ze SZŠ ČK (22%), 9 studentů ze SZŠ ČB (18%). Dále 2 studenti ze SZŠ ČK (4%) a 3 studenti ze SZŠ ČB (6%) uvedli, že lidský život začíná dobou embryonálního vývoje. V další alternativně nebyla žádným respondentem provedena ani jediná volba (0%).

Graf č. 11.: uvádí názorové postoje respondentů na dobu, kdy je nový lidský život hoden ochrany.



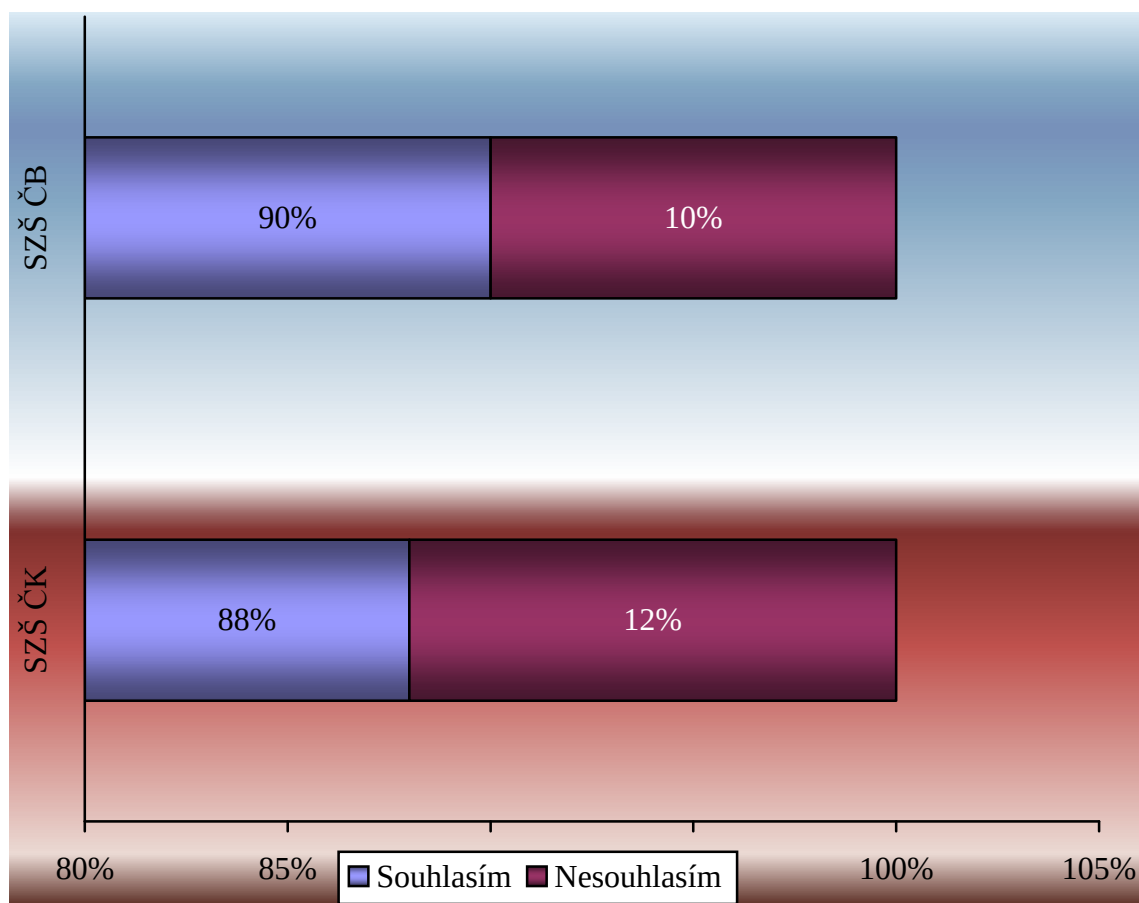
Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 11.

Respondenti mohli provést více voleb k této otázce najednou, pokud si to jejich odpověď vyžadovala. Podle dat uvedené v grafu č. 11, nejvíce respondentů tj. SZŠ ČK 42 (69%) a SZŠ ČB 37 (67%), zastává názor, že lidský život je hoden ochrany již od okamžiku početí. Další nejčastěji zvolenou možností u respondentů SZŠ ČK 13 (21%) a SZŠ ČB 10 (18 %) byl okamžik vhodný ochrany života identifikován na dobu, kdy matka zjistí své těhotenství. Fakt, že život je hoden ochrany od narození uvedli 3%

studentů ze SZŠ ČK a 4% studenti ze SZŠ ČB. Dále 1 (2%) student ze SZŠ ČB a 2 (3%) studenti ze SZŠ ČK uvedli, že lidský život je hoděn ochrany od 21. – 22. dne početí. Od 20. dne těhotenství zvolili tuto alternativu dva (4%) studenti SZŠ ČB a jeden (2%) student SZŠ ČK, dále volili alternativu od 12. týdne těhotenství 1 student (2%) SZŠ ČK a 3 studenti (5%) SZŠ ČB. Možnost vyjádření jiné alternativy nevyužil žádný z respondentů.

Graf č. 12.: zachycuje procentuální vyjádření sympatie či antipatie respondentů ke znění zákona ČNR, č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.



Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 12.

Graf č. 12 signalizuje, že 44 (88%) respondentů ze SZŠ ČK a z 45 (90%) respondentů ze SZŠ ČB souhlasí s platným zněním zákona ČNR, č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Pouze 6 (12%) dotazovaných ze SZŠ ČK a 5 (10%) SZŠ ČB s touto platnou legislativní normou nesouhlasí.

Tab. č. 13.: uvádí názorové postoje respondentů na situační přípustnost interrupce.

Fakulta	ČK	ČB
A) Ohrožení matky	43	42
B) Ohrožení vývoje plodu	42	40
C) Abnormální vývoj plodu	26	27
D) Sociální - ekonomické důvody	14	13
E) Znásilnění, incest	20	41
F) Nechtěné těhotenství	4	13
G) Nesouhlas partnera	1	3
H) Za žádných okolností	1	0
I) Jiné důvody	0	1
Celkem odpovědí	151	180

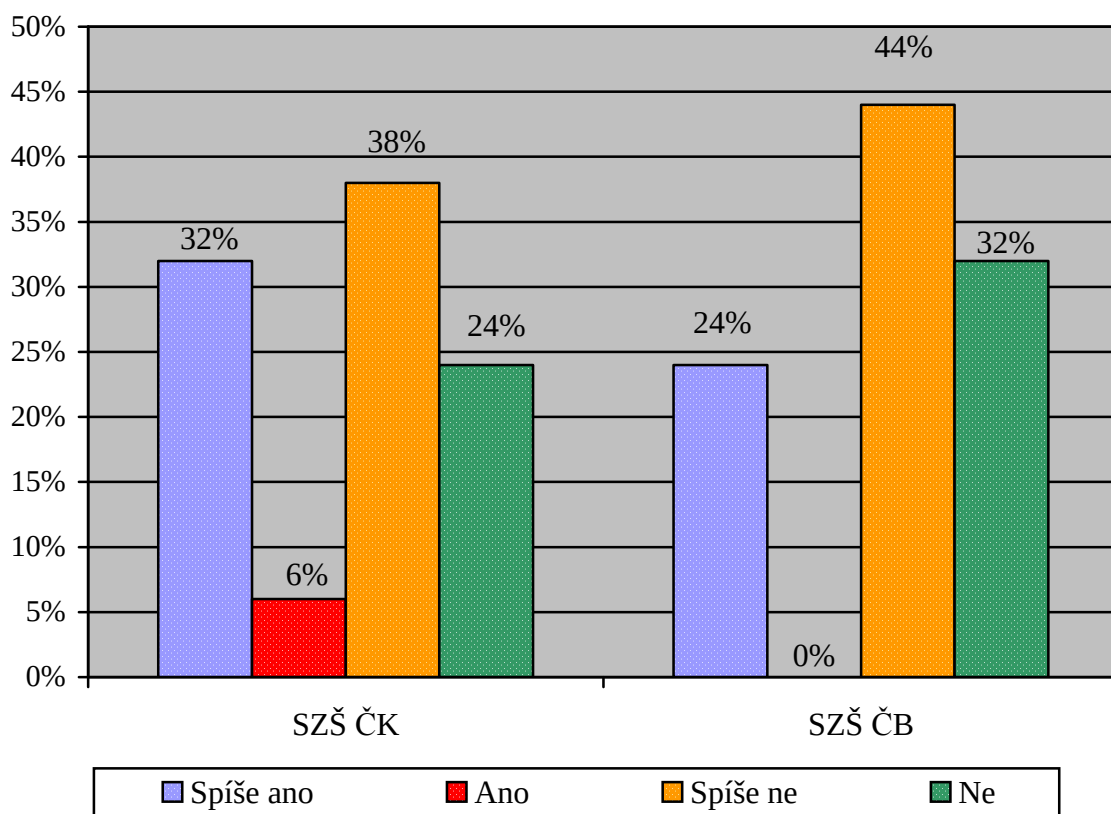
Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 13.

Tabulka č. 13 uvádí, že nejčastěji uváděnými důvody, za nichž by respondenti svolili k provedení interrupčního zákroku, byla situace ohrožení života matky 43 (28%) studentů SZŠ ČK a 42 (23%) studentů SZŠ ČB, dále při ohrožení vývoje plodu, – SZŠ ČK 28% a SZŠ ČB 22%. Vysoké zastoupení u respondentů ze SZŠ ČB měla i alternativa při znásilnění či incestu u ženy, tj. 41 (23%), u respondentů SZŠ ČK to činí méně – 13%. K provedení umělého ukončení těhotenství by z důvodu abnormálního vývoje plodu volilo ze SZŠ ČK 26 (17%) studentů a ze SZŠ ČB 27 (15%)

studentů. K sociálním a ekonomickým důvodům se přiklonilo 9% (14) respondentů ze SZŠ ČK a 7% (13) respondentů ze SZŠ ČB. Též 7% respondentů ze SZŠ ČB uvedlo jako důvod pro provedení interrupce nechtěné těhotenství, u studentů SZŠ ČK to činilo 3% (4). Jeden student (1%) SZŠ ČK volil důvod nesouhlas partnera či za žádných okolností ukončení, u SZŠ ČB nesouhlas partnera volilo 2% (3) studentů, volba nechtěného těhotenství nebyla studenty SZŠ ČB provedena. V jiných důvodech jedna studentka uvedla jako důvod umělého ukončení těhotenství nesouhlas rodičů ženy (matky). Studenti SZŠ ČK možnost volby „jiné důvody“ nevyužili (0%).

Graf č. 14.: vyjadřuje projev sympatie a antipatie respondentů k ženám, které interrupci podstupují.

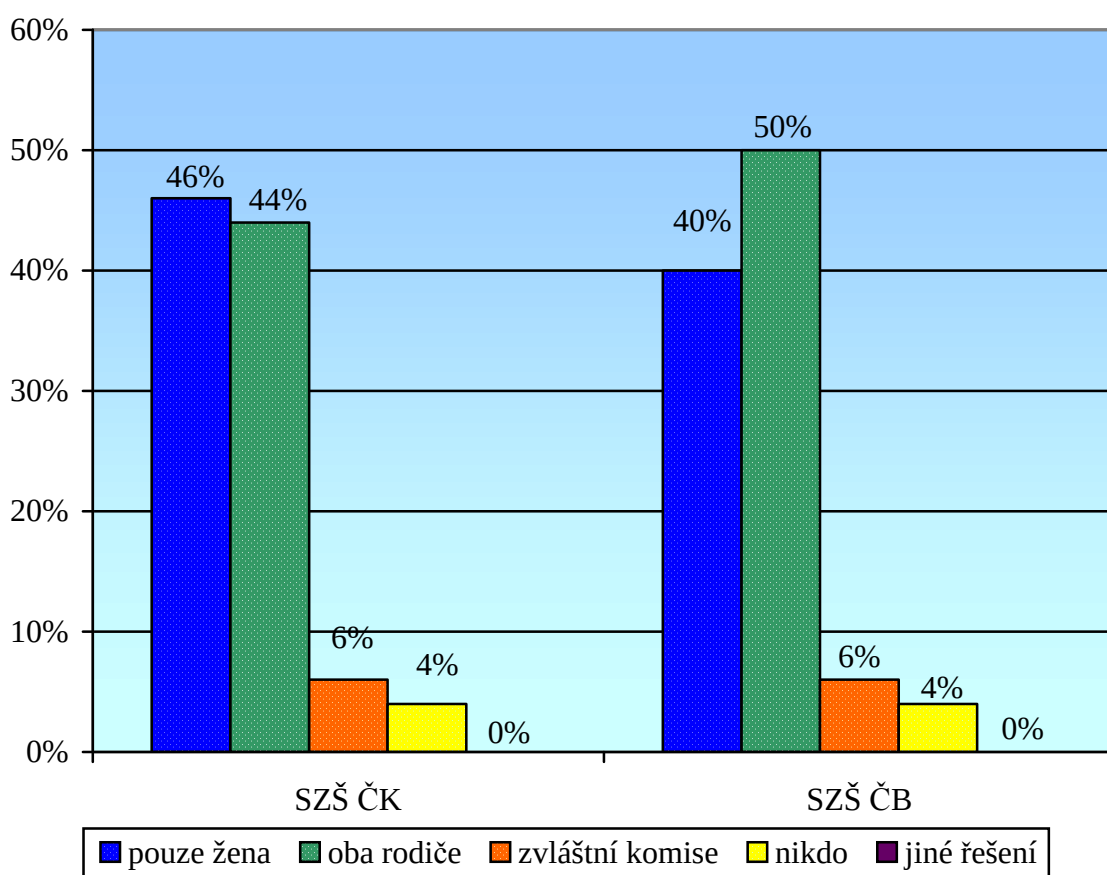


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 14.

Graf znázorňuje, že 22 (44%) studentů ze SZŠ ČB a 19 (38%) studentů ze SZŠ ČK spíše neodsuzuje ženy, které podstupují interrupci, 32% (16) studentů ze SZŠ ČK a 24% (12) studentů ze SZŠ ČB spíše tyto ženy odsuzují. Ze SZŠ ČB 32% respondentů a 24 respondentů ze SZŠ ČK ženy, které podstupují umělé ukončení těhotenství neodsuzují a 3 (6%) studentů tyto ženy plně odsuzují.

Graf č. 15.: Mapuje procentuální složení názorových postojů respondentů k právu na rozhodnutí ukončení těhotenství.



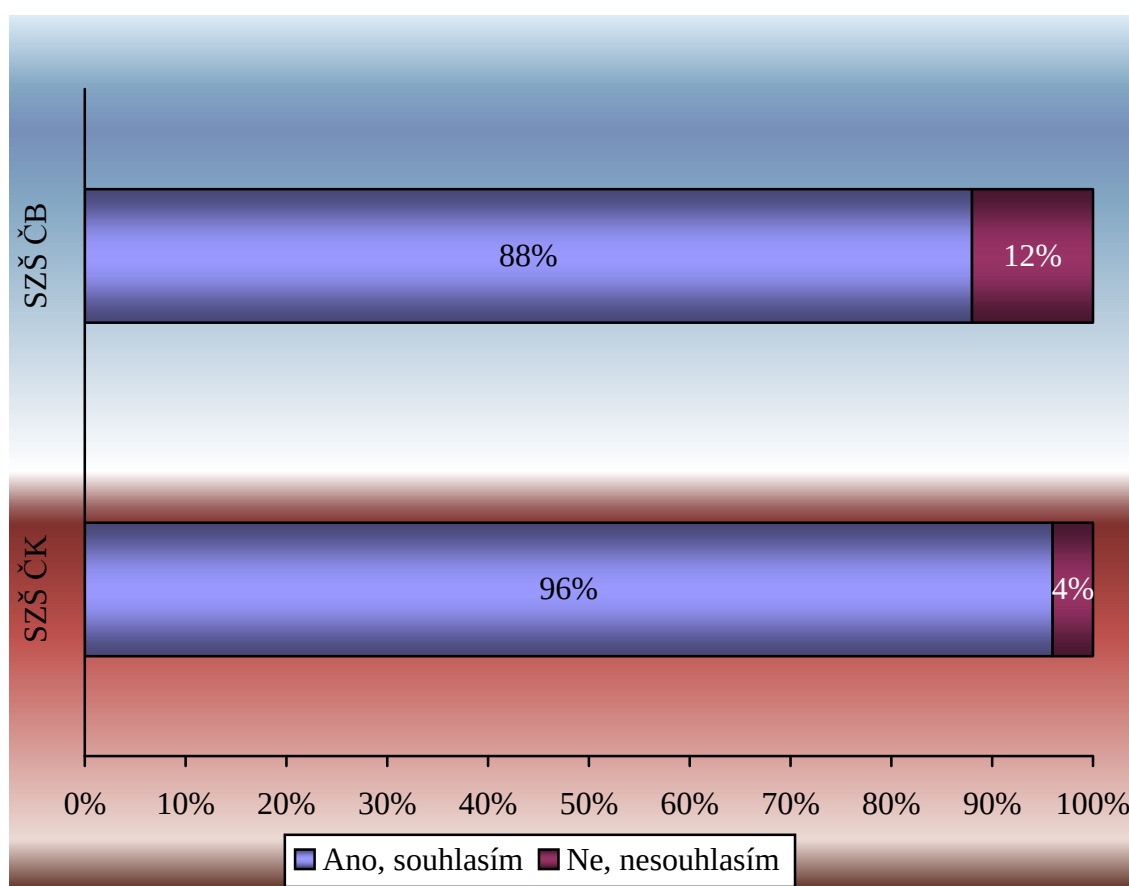
Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 15.

Graf č. 15 udává procentuální složení názorových postojů respondentů k právu na rozhodnutí ukončení těhotenství. Studenti SZŠ ČK volili nejvíce 46% (23) alternativu, že by toto rozhodnutí měla učinit žena sama, dále se přiklonili k právu obou

rodičů – 22 studentů (44%), z 6% (3 studenti) by dali právo zvláštní komisi a 4% studentů bylo pro alternativu „nikdo“. Nejvíce respondentů ze SZŠ ČB 50% (25 studentů) se shodlo, že právo rozhodovat o podstoupení interrupčního zákroku, by měli mít oba rodiče (muž a žena) a 20 (40%) respondentů SZŠ ČB rozhodlo, že takovéto právo by měla mít pouze žena sama, v 6% uvedli, že takovéto rozhodnutí by měly činit zvláštní komise k tomu určené nebo ve 4 % . Volba „jiné řešení“ nebyla nikým provedena.

Graf č. 16.: znázorňuje názor respondentů k možnosti užívání hormonální antikoncepce u žen či dívek.

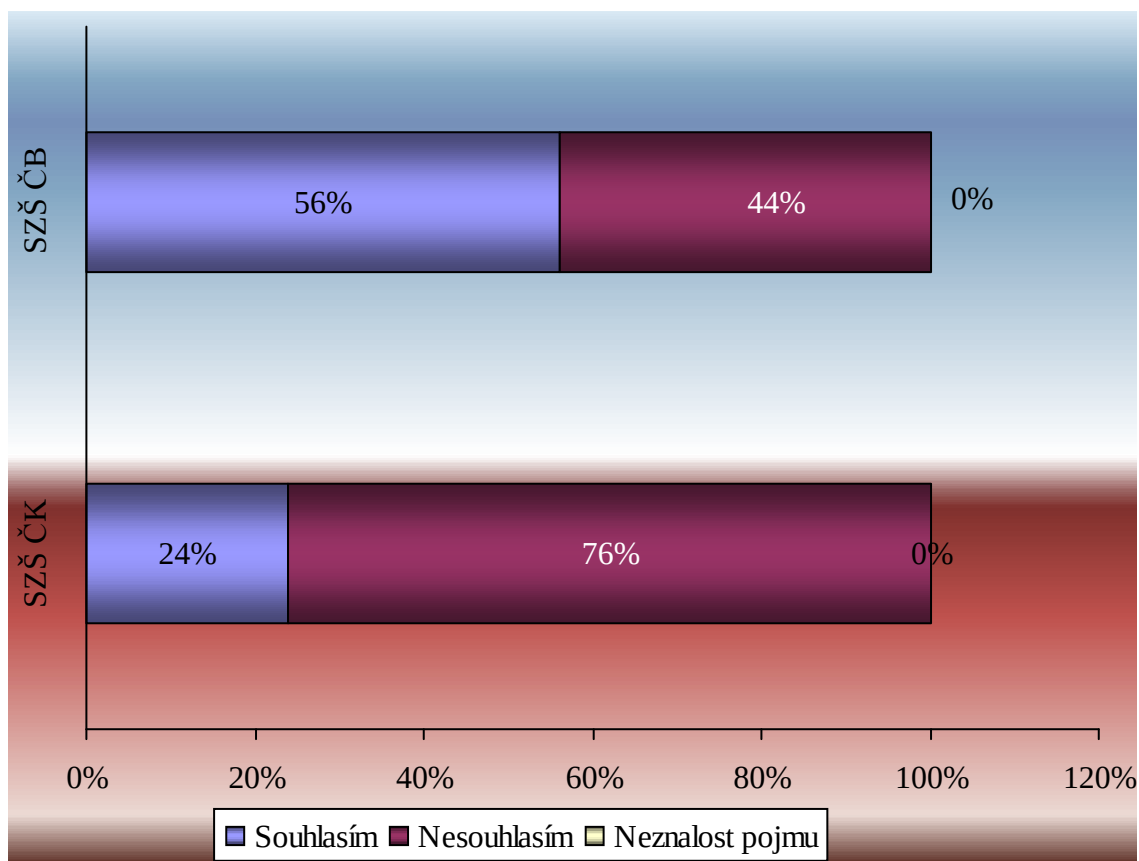


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 16.

Graf č. 16 udává sympatii respondentů k užívání hormonální antikoncepce. Studenti SZČ ČK uvedli, že z 96% (48) souhlasí s užíváním antikoncepce, pouze 4 % (2) studentů bylo proti. Respondenti ze SZŠ ČB, že z 12% (6) nesouhlasí s užíváním hormonální antikoncepce a z 88 % (44) s touto antikoncepční metodou souhlasilo.

Graf č. 17.: vyhodnocuje procentuálně názorový postoj k tvrzení, že antikoncepci, která znemožňuje nidaci oplodněného vajíčka ve sliznici dělohy, je možno vnímat jako abortivní.

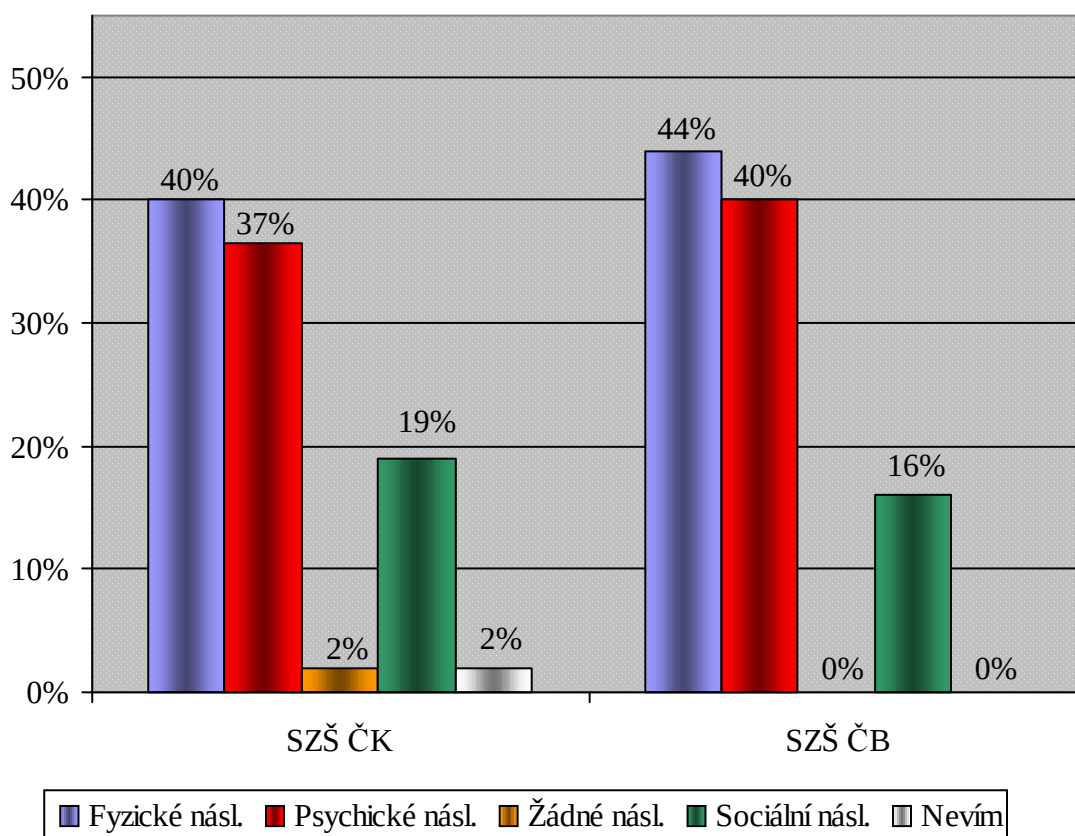


Zdroj: vlastní výzkum

Zhodnocení otázky č. 17.

Graf č. 17 vyjadřuje názorové postoje respondentů k tvrzení, že antikoncepci, která znemožňuje nidaci oplodněného vajíčka ve sliznici dělohy, je možno vnímat jako abortivní. Většina respondentů ze SZŠ ČK 38 (78%) uvedla, že s tvrzením o abortivním účinku antikoncepce znemožňující nidaci nesouhlasí, studenti SZŠ ČB s tímto tvrzením nesouhlasili ze 44%, tj. 22 studentů. Naopak s abortivním účinkem této antikoncepce souhlasilo 56% (28) studentů ze SZŠ ČB a 12 (24%) studentů ze SZŠ ČK.

Graf č. 18.: mapuje v procentech názorové vyjádření dotazovaných na možné následky (komplikace) umělého přerušení těhotenství.

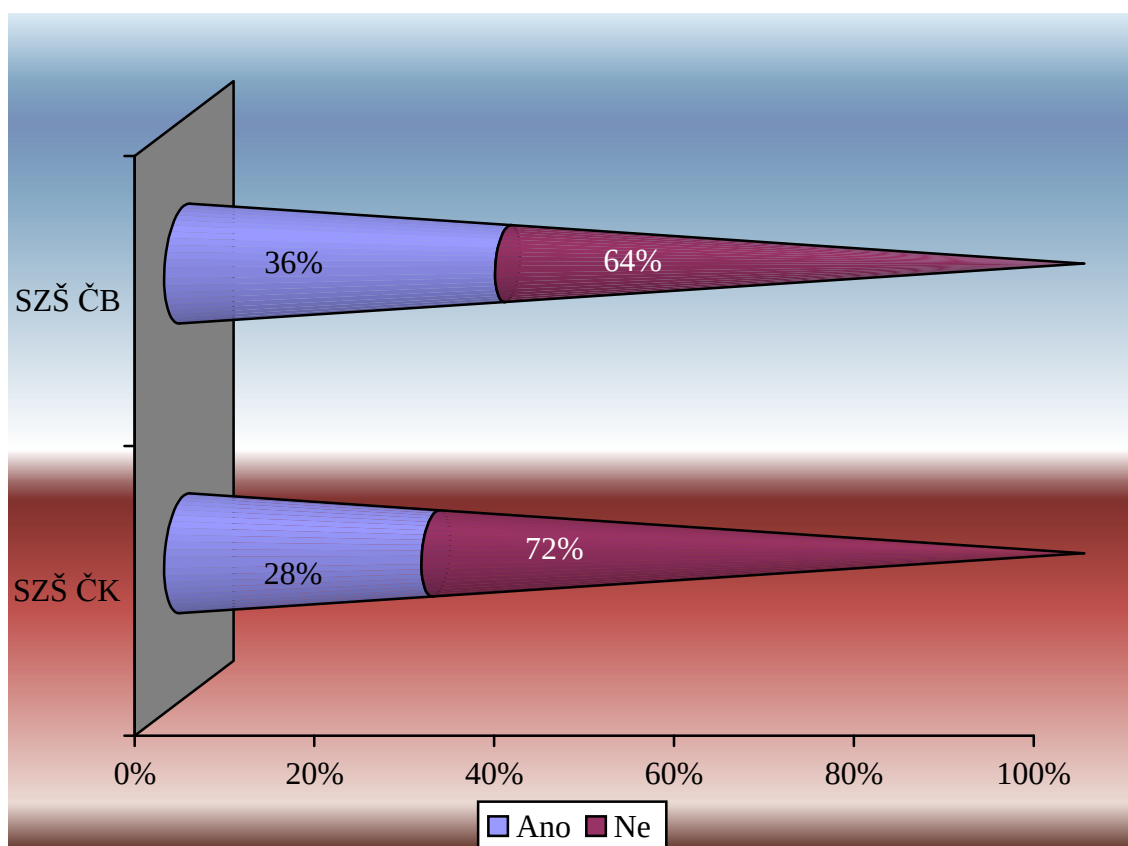


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č.18.

Graf č. 18 mapuje názorové vyjádření dotazovaných na možné následky (komplikace) umělého přerušování těhotenství. Respondenti SZŠ ČK uvedli, že žena může být po provedeném interrupčním zákroku ohrožena ve 40% (42) fyzickými následky, ve 37% (38) psychickými následky, v 19% (20) sociálními následky, ve 2 % (2) žádnými následky s 2 studenty uvedli, že neví. Respondenti ze SZŠ ČB uvedli, že žena může být ze 44% (47) ohrožena fyzickými následky, dále ze 40% (42) psychickými následky, z 16% (17) sociálními následky, další alternativy nebyly voleny. Studenti mohli v rámci odpívání uvést více alternativ.

Graf č. 19.: zaznamenává u respondentů procentuální znalost pojmu „postabortivní syndrom“.

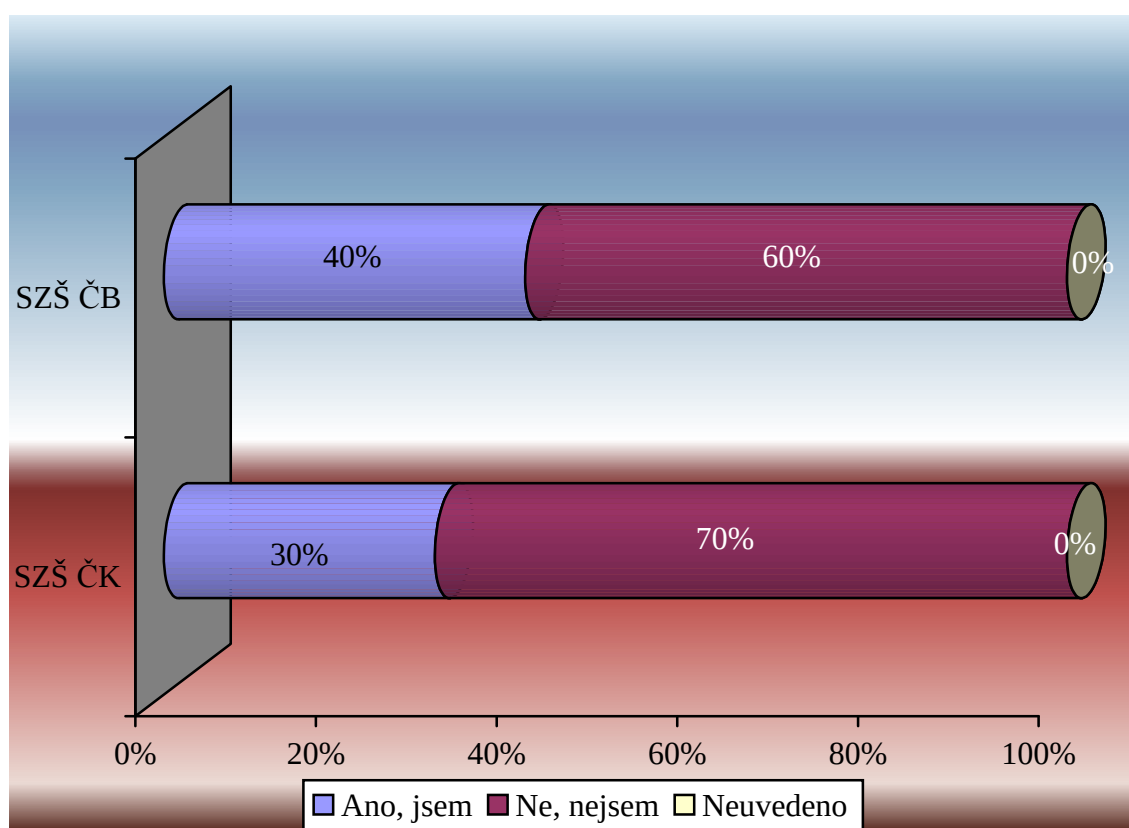


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 19.

Graf č. 19 zachycuje znalost „pojmu postabortivní“ syndrom u respondentů. Většina, (64%) 32 respondentů ze SZŠ ČB a 36 (72) respondentů ze SZŠ ČK uvedla neznalost pojmu „postabortivní syndrom“. Pouze 18 (36%) studentů ze SZŠ ČB a 14 (28%) studentů ze SZŠ ČK uvedli znalost pojmu.

Graf č. 20.: uvádí procentuální rozložení respondentů podle toho, zda jsou věřící či nevěřící.

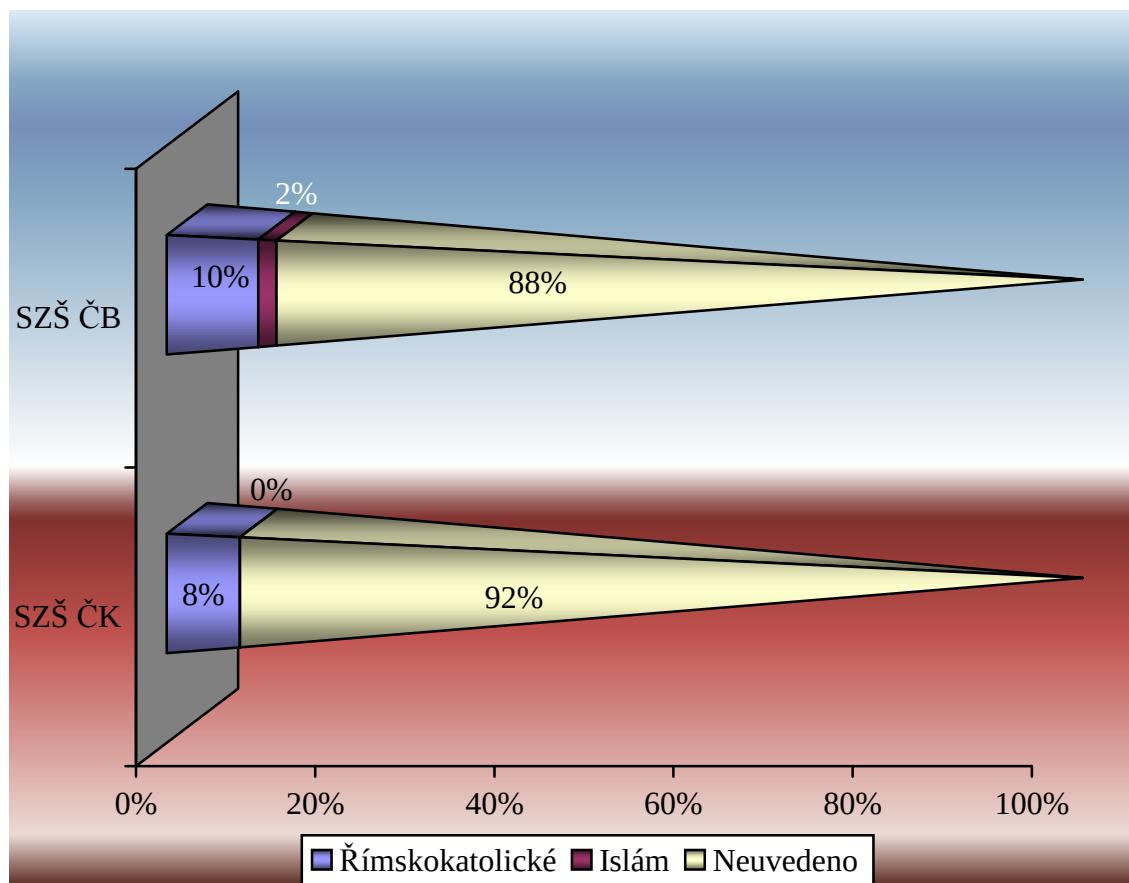


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 20.

Více než polovina respondentů ze SZŠ ČK (70%) a SZŠ ČB (60%) uvedla, že není věřící, 15 studentů (30%) SZŠ ČK a 20 (40%) studentů SZŠ ČB uvedlo, že věřící jsou.

Graf č. 21.: vyjadřuje formy náboženského vyznání respondentů v procentuálním zastoupení.

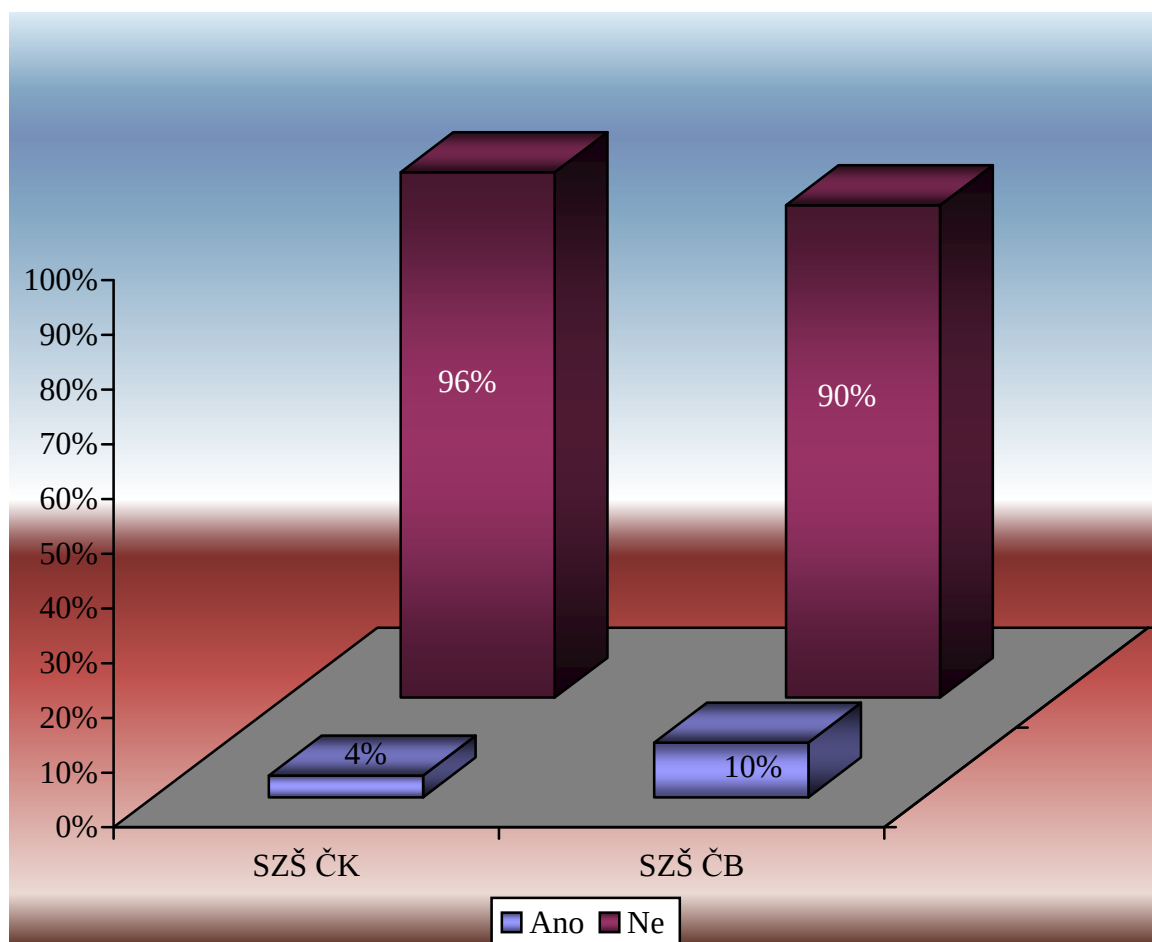


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 21.

Graf č. 21 vyjadřuje formy náboženského vyznání respondentů. Římskokatolické vyznání zastává 5 (25%) respondentů ze SZŠ ČB a 4 (27%) respondentů ze SZŠ ČK. Jeden (2%) student ze SZŠ ČB uvedl Islám. Zbytek respondentů z obou fakult neuvedl žádné vyznání, SZŠ ČK 92% a SZŠ ČB 88%

Graf č. 22.: zachycuje v procentech vliv náboženského vyznání respondentů na vyplňování dotazníku.

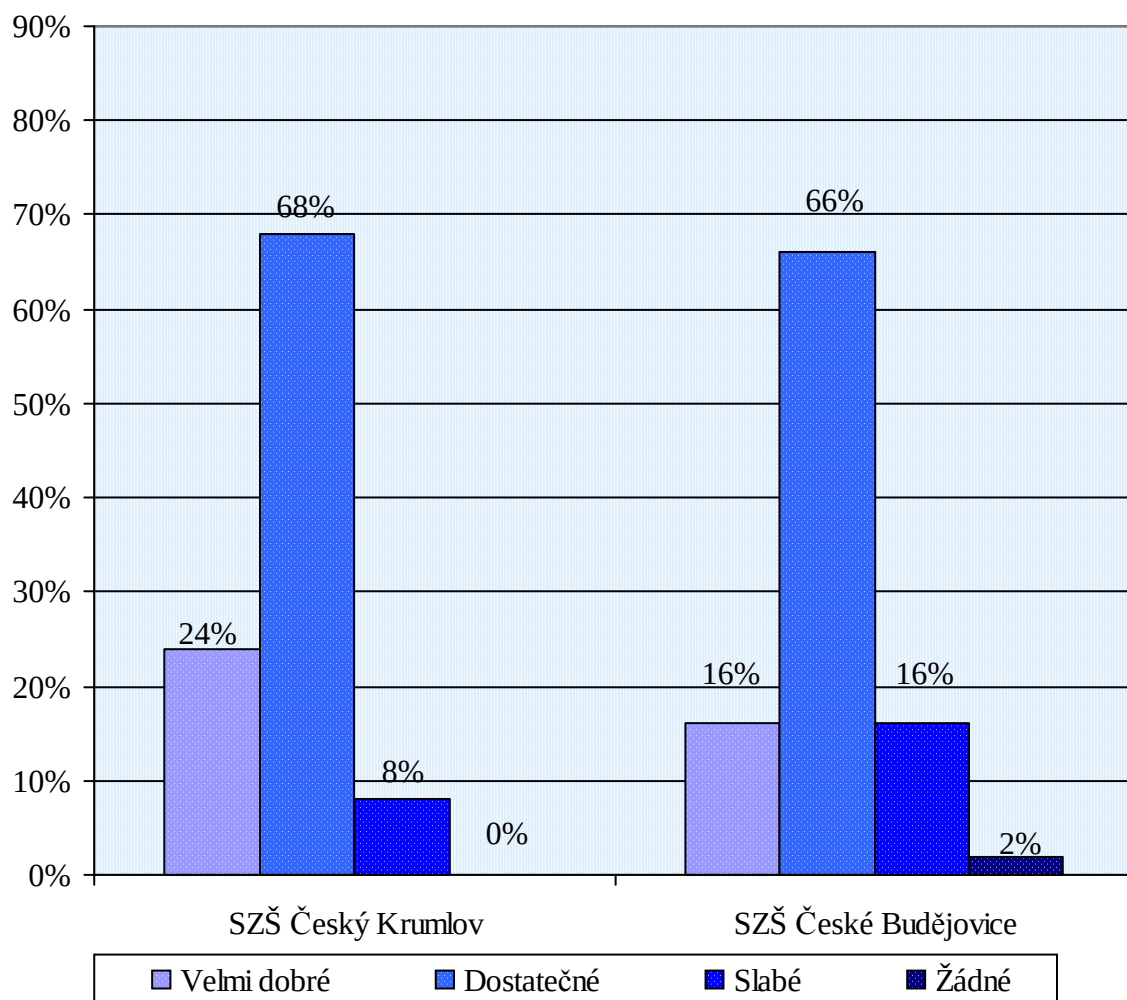


Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 22.

Graf č. 22 udává u respondentů vliv náboženského vyznání na vyplňování dotazníku. Ze SZŠ ČK uvedlo 96% a ze SZŠ ČB 90% respondentů, že na jejich provedené volby k daným otázkám dotazníku, nemělo žádný vliv jejich náboženské vyznání. Pouze 2 (4%) respondenti ze SZŠ ČK a 5 (10%) respondentů ze SZŠ ČB byli opačného názoru.

Graf č. 23.: procentuálně vyhodnocuje informovanost respondentů o interrupci, tj. o samotném výkonu, následných komplikacích a informacích o příbuzné problematice.



Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí otázky č. 23.

Graf č. 23 znázorňuje informovanost respondentů o interrupci, tj. o samotném výkonu, následných komplikacích a informacích o příbuzné problematice.

Více než polovina respondentů ze SZŠ ČK (68%) a SZŠ ČB (66%) hodnotila své znalosti o interrupci, tj. o samotném výkonu, následných komplikacích a informacích o příbuzné problematice jako dostatečné. Dotazovaní ze SZŠ ČK pak dále své znalosti

hodnotili ze 24% velmi dobré a z 8% slabé. Studenti ze SZŠ ČB uvedli dále své znalosti z 16% velmi dobré a též z 16% slabé. Žádné znalosti v této oblasti uvedl pouze jeden student ze SZŠ ČB.

4.1. Prostor pro doplnění odpovědí

Respondenti měli možnost v závěrečné části dotazníku volného projevu k problematice umělého ukončení těhotenství, jelikož je zřejmé, že při současné složitosti dané problematiky budou mít někteří respondenti potřebu doplnění odpovědí a celkového vyjádření. Tuto možnost využilo 25 respondentů/tek. Pro inspiraci cituji některé doplněné informace a postřehy od respondentů obou středních škol:

Respondentka 17 let, SZŠ ČK

„Překvapilo mne, že jste se tu ptala na náboženství. Vím, že je divné, že jsem věřící a neodsuzuji potrat. Dokážu se totiž „vrátit“ do situace ženy, která musí nebo chce podstoupit interrupce.... Zase nejsem zas tak zapříisáhlý katolík.....“

Respondentka 18 let, SZŠ ČK

„Jelikož jsem sama také prožila dobu, kdy jsem očekávala příchod dítěte, tak vím, jaké to je. Je velmi těžké říct to lidem (mamce), pokud vám není 18 let. I když jsem potrat nepotřebovala, jelikož jsem samovolně potratila, tak vím, jaké j to rozhodování. Záleží i na blízkých a také na okolnostech (sport).“

Respondent 17 let, SZŠ ČK

„Je dobré, že se o tomto tématu píše a že od nás zjišťujete naše názory. Vždyť nechtěné těhotenství a interrupce se týká nás všech. Osobně nevím, co bych dělal, kdybych zjistil, že moje holka je těhotná!“

Respondentka 18 let, SZŠ ČB

„Toto téma je rozporuplné,, to uznávám, ale mělo by to zůstat, tak jak to je. Že je možné potrat provést do 12. týdne gravidity. Potrat se nemůže považovat jako vražda. Vražda je to, když matka po porodu zabije novorozence, protože nemohla jít na potrat z důvodů náboženských atd. Vždyť tyto nechtěné děti končí v dětských domovech, na ulicích..... Nevím, jak jiní, ale já bych teda nechtěla přijít na svět s touto hroznou prognózou na život. To raději na ten svět nepřijdu vůbec. Nebo mít matku fešačku,

alkoholičku, kriminálníci nebo prostitutku?“

Respondentka 16 let, SZŠ ČB

„Interrupci vnímám jako zabití. Pokud je ale z nouze (kvůli zdravotnímu stavu), uznávám to. Pokud je ale z jiného důvodu, důrazně s tím nesouhlasím. Když přijde sedmnáctiletá dívka a řekne rodičům, že je těhotná, tak by si to dítě měla nechat. Měla si dávat větší pozor, více se chránit.“

Respondent 17 let, SZŠ ČB

„Potrat určitě není zdravý, ale za některých okolností je to jediné řešení. Záleží jen na ženě, jak se rozhodne. Podle mne si ženy, které jdou na potrat, neuvědomují, co to může způsobit. Hlavně by tato ženy nikdy neměla litovat a neměla by být do ničeho nucena. Kdyby teď moje partnerka otěhotněla, byl bych i přesto rád, aby podstoupila interrupci“

5. DISKUZE

Máme-li se zamyslet nad problematikou interrupce a zaujmout určitý postoj k tak rozsáhlému a citlivému jevu ve společnosti, je zřejmé, že naše myšlenky by měly asi nejprve směřovat k otázkám: Jak vzniká nový život? Co je vlastně lidský život? Jaké aspekty bytí se komplexně sdružují, doplňují a ovlivňují, abychom mohli hovořit o lidském životě? Kdy vzniká nový lidský život?

Mnohé myšlenky k počátku lidského života směřují k době před narozením jedince. Dnešní věda totiž nepochybuje o tom, že život začíná mnohem dříve než-li v okamžiku narození. Dosud není explicitně stanovena přesná definice či časová hranice, kdy lze mluvit o vzniku nového života. K této problematiku je možné zhlížet jak z hlediska biologického, etického, filozofického – náboženského a legislativního (6).

Tak hluboké a především filosofické otázky v každém z nás vyvolávají určité diferentní pocity a postoje. To, jak si na tyto otázky odpovídáme v různých fázích procesu naší socializace v rámci ontogeneze jedince, nás samozřejmě ovlivňuje i v postoji k problematice interrupce.

Vzhledem k této skutečnosti jsem uvedla v dotazníku otázku č.10, kterou jsem se snažila zmapovat názorové postoje respondentů na problematiku vzniku nového života, tj. kdy začíná nový lidský život. Respondenti ze SZŠ ČK 22% a SZŠ ČB 18% uvedli počátek nového lidské života v 9. týdnu nitroděložního vývoje a ve 4% SZŠ ČK a 6% SZŠ ČB v embryonálním vývoji. Většina studentů ze SZŠ ČK 74% a SZŠ ČB 76% uvedla, že nový lidský život začíná početím, což je podobný výsledek, jako z předešlého výzkumu z akademického roku 2005/06 u studentů Zdravotně sociální fakulty, kteří též uvedli v 70%, že nový lidský život začíná v okamžiku početí, z Teologické fakulty to uvedlo o 16% méně respondentů, tj. 54%. Pouze jeden dotázaný z Teologické fakulty odpověděl, že lidský život začíná v okamžiku porodu, shodně se dvěma respondenty ze Zdravotně sociální fakulty (1).

Další nelehkým úkolem v problematice interrupce je jednoznačně si odpovědět na otázku, kdy je onen lidský život hoden ochrany. Problematika ochrany nenarozeného „dítěte“ vyvolává mnoho kontroverzních diskuzí. Občanský zákoník (§ 7) nepřilíší šťastnou formulací připouští právní subjektivitu již počatému dítěti (které výslovně

nazývá dítětem), a to jedině za podmínky, narodí-li se dítě živé. Ve většině definic dítěte v dalších právních normách nebo mezinárodních smlouvách se neuvádí dolní věková hranice a tedy není zcela přesně dáno, zda se ustanovení vztahují i na nenarozené dítě (46).

Avšak Česká listina základních práv a svobod (čl. 6) uvádí, že lidský život je hoden ochrany již před narozením a že nikdo nesmí být zbaven života. Ovšem v posledním odstavci připouští zákonné výjimky. Tím celý článek může ztrácet právní sílu. Použitý pojem „lidský život“ nemusí být zcela právně totožný s pojmem „život člověka“ (1).

Proto další nezbytnou otázkou v dotazníku je otázka č.11, která zachycuje názorové postoje respondentů na problematiku ochrany nového lidského života. Respondenti se nejvíce přikláněli k tvrzení, že lidský život je hoden ochrany od okamžiku početí a to respondenti ze SZŠ ČK 69% a SZŠ ČB 67% též i podobně studenti z předešlého výzkumu, respondenti Teologické fakulty 64% zastoupení a o něco méně studenti Zdravotně sociální fakulty 37% zastoupení. Dále se respondenti ze SZŠ ČK a SZŠ ČB přiklonili z 21% a 18% k okamžiku, kdy matka zjistí, že je těhotná. Fakt, že život je hoden ochrany od narození uvedli 3% studentů ze SZŠ ČK a 4% studenti ze SZŠ ČB. Dále 1 (2%) student ze SZŠ ČB a 2 (3%) studenti ze SZŠ ČK uvedli, že lidský život je hoden ochrany od 21. – 22. dne početí. Od 20. dne těhotenství zvolili tuto alternativu dva (4%) studenti SZŠ ČB a jeden (2%) student SZŠ ČK, dále volili alternativu od 12. týdne těhotenství 1 student (2%) SZŠ ČK a 3 studenti (5%) SZŠ ČB. Možnost vyjádření jiné alternativy nevyužil žádný z respondentů.

Respondenti Teologické fakulty uvedli, že by se pouze z 6% přiklonili k alternativě ochrany života podle platné právní úpravy (zákon č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství), tj. od 12. týdne těhotenství ženy. Posluchači Zdravotně sociální fakulty se ovšem k této alternativě přiklonili 24% zastoupením. Nejméně volili respondenti tvrzení, že lidský život je hoden ochrany od okamžiku narození, respondenti Zdravotně sociální fakulty z 8% a z respondentů z Teologické fakulty nikdo tuto volbu neprovedl (1).

Je zřejmé, že spor týkající se umělého ukončení těhotenství je jedna

z nejintenzivnějších kontroverzních protichůdných politických i etických diskusí v západoevropské civilizaci. Je velmi těžké si na tento složitý jev vytvořit stabilní jednotný názor.

Interrupce je velmi citlivý problém na půdě odborné, etické či politické. Důvody, jež vedou k interrupcím, lze rozdělit do dvou základních skupin a tj., důvody zdravotní a důvody sociální (16).

J. Jankovský důvody (hlediska), které vedou k umělému ukončení těhotenství a dále je člení například na důvody eugenické (na základě odborných vyšetření je velmi pravděpodobné, že se narodí dítě s postižením), či etické (v případě incestu či znásilnění,) nebo sociální (dítě by bylo neúnosnou zátěží v životě ženy a její aktuální životní situaci), a též terapeutické (v případě, je-li život či zdravotní stav ženy důsledkem těhotenství vážně ohrožen) (25).

Během svého výzkumu jsem se u respondentů v dotazníku zaměřila otázkou č. 13 na hlediska, která jsou podle jejich názoru přístupná v rámci potrat, tj. umělé ukončení těhotenství. Nejčastěji uváděnými důvody, za nichž by respondenti svolili k provedení interrupčního zákroku, byla situace ohrožení života matky 43 (28%) studentů SZŠ ČK a 42 (23%) studentů SZŠ ČB, dále při ohrožení vývoje plodu, – SZŠ ČK 28% a SZŠ ČB 22%. Vysoké zastoupení u respondentů ze SZŠ ČB měla i alternativa při znásilnění či incestu u ženy, tj. 41 (23%), u respondentů SZŠ ČK to činí méně – 13%. K provedení umělého ukončení těhotenství by z důvodu abnormálního vývoje plodu volilo ze SZŠ ČK 26 (17%) studentů a ze SZŠ ČB 27 (15%) studentů. K sociálním a ekonomickým důvodům se přiklonilo 9% (14) respondentů ze SZŠ ČK a 7% (13) respondentů ze SZŠ ČB. Též 7% respondentů ze SZŠ ČB uvedlo jako důvod pro provedení interrupce nechtěné těhotenství, u studentů SZŠ ČK to činilo 3% (4). Jeden student (1%) SZŠ ČK volil důvod nesouhlas partnera či za žádných okolností ukončení, u SZŠ ČB nesouhlas partnera volilo 2% (3) studentů, volba nechtěného těhotenství nebyla studenty SZŠ ČB provedena. V jiných důvodech jedna studentka uvedla jako důvod umělého ukončení těhotenství nesouhlas rodičů ženy (matky). Studenti SZŠ ČK možnost volby „jiné důvody“ nevyužili (0%).

V předešlém výzkumu z akademického roku 2005/06 se při možných devíti

nabízených situačních alternativách studenti Teologické fakulty přiklonili nejčastěji, tedy v 27%, k indikaci provedení interrupčního zákroku za situace, kdy důsledkem těhotenství může dojít k ohrožení života ženy (matky). Respondenti Zdravotně sociální fakulty tuto volbu preferovali také nejčastěji, tj. 21% zastoupením. Druhým nejčastějším důvodem pro provedení UPT respondenti obou fakult uváděli provedení interrupce v případě znásilnění či incestu a to v 23% respondenti Teologické fakulty a ve 20% respondenti Zdravotně sociální fakulty. Výsledky třetí nejčastěji volené alternativy, tj. možnost provedení interrupčního zákroku v případě ohrožení vývoje plodu, se shodují jak u respondentů z Teologické fakulty, tak u respondentů ze Zdravotně sociální fakulty, a to v 18%. Žádný z respondentů mezi možnými alternativami neprovedl volbu, provedení UPT za žádných okolností (1).

Souhlasím s P. Říčanem, který uvádí, že každý z nás je především pouze v pravém slova smyslu „člověkem“. Náš názor je ovlivňován mnohými faktory, jako jsou výchova, pohlaví či individuální hodnotový morální systém (např. náboženské vyznání) (38).

Jak uvádí H. Haškovcová (16), jedná se o nekonečný spor práva ženy a práva nenarozeného dítěte na život. Myslím, že jde tedy především o rozhodnutí ženy, jak se k dané problematice postaví, jelikož nejniterněji se dotýká tato situace právě jí samotné i dítěte, a tak jsem se otázkou č.15 pokusila zmapovat názorové postoje respondentů, kdo by měl mít právo o ukončení nežádoucího rozhodovat.

Studenti SZŠ ČK volili nejvíce 46% (23) alternativu, že by toto rozhodnutí měla učinit žena sama, dále se přiklonili k právu obou rodičů – 22 studentů (44%), z 6% (3 studenti) by dali právo zvláštní komisi a 4% studentů bylo pro alternativu „nikdo“. Nejvíce respondentů ze SZŠ ČB 50% (25 studentů) se shodlo, že právo rozhodovat o podstoupení interrupčního zákroku, by měli mít oba rodiče (muž a žena) a 20 (40%) respondentů SZŠ ČB rozhodlo, že takovéto právo by měla mít pouze žena sama, v 6% uvedli, že takovéto rozhodnutí by měly činit zvláštní komise k tomu určené nebo ve 4 %. Volba „jiné řešení“ nebyla nikým provedena.

Podobně nejvíce respondentů uvedlo v předešlém výzkumu (ZSF 64% a TF 58%), že právo rozhodovat o podstoupení interrupčního zákroku, by měli mít oba rodiče

(muž a žena). Ze ZSF 36% a 28% z TF respondentů rozhodlo, že takovéto právo by měla mít pouze žena sama. Respondenti z TF uvedli v 6%, že takovéto rozhodnutí by měly činit zvláštní komise k tomu určené nebo nikdo a 2% respondentů bylo názoru, že by toto rozhodnutí měl činit pouze gynekolog (1).

V rámci svého dotazníkového šetření jsem se otázkou č. 9 zaměřila na zjištění, jakou metodu plánovaného rodičovství se svým partnerem/kou dotazovaní respondenti používají. Nejvíce je v obou školách preferováno respondenty alternativa plánovaného rodičovství hormonální antikoncepce či nitroděložní tělíska a to ze SZŠ ČK 45 (79%) studenty a ze SZŠ ČB 37 (63%). U studentů obou škol neuspěla metoda přirozeného plánovaného rodičovství a ani volba „jiná alternativa“, než si mohli vybrat. Bariérové a spermicidní prostředky jsou preferovány u respondentů ze SZŠ ČK v 9% a ze SZŠ ČB v 15%. Studenti SZŠ ČK uvedli v 10% a SZŠ ČB 19%, že nepoužívají žádnou metodu plánovaného rodičovství, jelikož nežijí sexuálním životem. Avšak 2 studenti (3%) ze SZŠ ČB a 1 student (2%) ze SZŠ ČK uvedli, že i přes aktivní sexuální život neužívají žádnou metodu plánovaného rodičovství, což je pro mne velice šokující. Tento fakt vnímám jako velice nezodpovědné chování.

Respondenti z předešlého výzkumu uvedli, že nejčastěji volenou metodou plánovaného rodičovství bylo užívání hormonální antikoncepce u žen. Tato alternativa získala u respondentů ze Zdravotně sociální fakulty 88% zastoupení a u respondentů z Teologické fakulty 57% zastoupení. Používání bariérových, spermicidních prostředků (kondomu) bylo ze 17% zastoupeno u respondentů z Teologické fakulty a z 10% u respondentů ze Zdravotně sociální fakulty (1).

I zde jedna z respondentek (jako respondenti/ky SZŠ ČK a SZŠ ČB) Teologické fakulty uvedla, že žádnou metodu plánovaného rodičovství nevyužívá i přesto, že žije aktivním sexuálním životem.

Velice je mi sympatické tvrzením amerického psychologa H. Davida (15), který říká, že muži mají na početí dítěte stejný podíl jako ženy a jsou za početí dítěte stejně zodpovědní. A proto by měla mezi mužem a ženou v oblasti reprodukčního chování existovat dostatečná komunikace. Muž by měl být též zodpovědný za své sexuální chování a volbu metody plánovaného rodičovství.

Jsem názoru, že aplikace některé z antikoncepčních metod nese úzkou souvislost s problematikou interrupce. Já osobně především zastávám alternativu hormonální antikoncepce a sama ji i užívám, jako metodu plánovaného rodičovství. Avšak ne všichni jedinci naší společnosti tuto alternativu považují za šťastné řešení. V rámci mého výzkumu (otázka č. 16) mne tedy zajímalo, jak se respondenti staví k faktu užívání hormonální antikoncepce u žen či dívek. Studenti SZŠ ČK uvedli, že z 96% (48) souhlasí s užíváním antikoncepce, pouze 4 % (2) studentů bylo proti. Respondenti ze SZŠ ČB, že z 12% (6) nesouhlasí s užíváním hormonální antikoncepce a z 88 % (44) s touto antikoncepční metodou souhlasilo.

Veškerí respondenti předešlého výzkumu akademického roku 2005/06 ze Zdravotně sociální fakulty souhlasili s užíváním hormonální antikoncepce u žen či dívek, (tj. 100%). Na Teologické fakultě souhlasilo s užíváním hormonální antikoncepce 96% dotázaných, zbylé 4% dotazovaných nesouhlasilo s užíváním hormonální antikoncepce (1).

Podle našeho platného zákona v plném znění, tj. zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství (nezbytných vyhlášek), upravující problematiku interrupce, má žena právo svobodně bez udání důvodu do 12. týdne těhotenství podat žádost o provedení interrupce (54).

Při výzkumu mne tedy zajímalo, jak se respondenti k této právní normě staví, zda s ní souhlasí či nikoli. Výsledky jasně říkají, že 44 (88%) respondentů ze SZŠ ČK a z 45 (90%) respondentů ze SZŠ ČB souhlasí s platným zněním zákona ČNR, č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Pouze 6 (12%) dotazovaných ze SZŠ ČK a 5 (10%) SZŠ ČB s touto platnou legislativní normou nesouhlasí.

Podobně tomu bylo v předešlém výzkumu, kdy ze ZSF 94% a z TF 78% respondentů souhlasilo s platným zněním zákona ČNR, č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Pouze 6% dotazovaných ze ZSF a 22% TF s touto platnou legislativní normou nesouhlasilo (1).

O ukončení nežádoucího těhotenství by měla rozhodovat především žena sama, jak uvádí H. Haškovcová, (16). To, zda žena interrupci podstoupí či nikoli, záleží pouze na ní samotné. Jsem tedy též toho názoru a nikdy bych neodsuzovala ženu, která by se

pro takovou alternativu rozhodla, jelikož nikdo z nás nemůže nikdy objektivněji zhodnotit pocity a životní situaci ženy, které před takovým rozhodnutím stojí. Avšak to je samozřejmě pouze můj názor. To, jak se respondenti staví k ženám, které podstupují interrupci, jsem se snažila v dotazníku zachytit v rámci otázky č. 14. Z dat vyplývá, že 22 (44%) studentů ze SZŠ ČB a 19 (38%) studentů ze SZŠ ČK spíše neodsuzují ženy, které podstupují interrupci, 32% (16) studentů ze SZŠ ČK a 24% (12) studentů ze SZŠ ČB spíše tyto ženy odsuzují. Ze SZŠ ČB 32% respondentů a 24 respondentů ze SZŠ ČK ženy, které podstupují umělé ukončení těhotenství neodsuzují a 3 (6%) studentů tyto ženy plně odsuzují.

Z předešlého výzkumu 6% respondentů ze ZSF a 12% z TF spíše odsuzovalo ženy, jež podstupují interrupční zákrok. Ze ZSF 24% a z TF 38% respondentů spíše neodsuzovalo tyto ženy a 50% respondentů ze TF a 70% ze ZSF tyto ženy jednoznačně neodsuzovalo (1).

Je zřejmé, že problematika interrupce nese s sebou mnoho otázek a postojů. Základními strategiemi v nichž se odráží postoje jedinců k problematice umělého ukončení těhotenství jsou: strategie „pro choice“ a strategie „pro life“.

Zastánci strategie „pro choice“, tj. pro volbu zaujímají postoj, že by o době a počtu narozených dětí měla rozhodovat především žena sama. Oproti tomu zastánci strategie „pro life“, tj. pro život, jsou toho názoru, že život je podle nich životem od počátku a žena nemá právo rozhodovat o smrti svého nenarozeného dítěte. Extrémní zastánci této strategie se přiklánějí a sympatizují se vznikem tzv. potratových komisí, které by měly podle jejich názorů objektivně zhodnotit sociální situaci těhotné ženy a v krajní nouzi by bylo vhodné, aby se na tomto rozhodnutí mohl podílet otec dítěte (16).

Já osobně sympatizuji se zastánci strategie „pro choice“, tedy pro volbu, tím ovšem nechci interrupce nikterak stavět do příliš pozitivního světla. V tomto ohledu je mi velice blízký postoj této strategie, které upozorňují na fakt, že interrupce by měla být řešením až v krajní nouzi a plně akceptují prevenci nechtěného těhotenství a principy odpovědného plánování rodičovství.

My stojíme před rozhodnutím vázaným na institut rodiny a vlastní existence.

Sami bychom se měli rozhodnout, jaké priority jsou v tomto ohledu pro nás závazné (32).

Záleží samozřejmě pouze na každém z nás, jak se k této nesnadné součásti života budeme stavět, k jaké strategii se více přikloníme, neboť jak uvádí J. Langmaier, na kvalitu a průběh života člověka, tj. jednotlivých vývojových stádií v ontogenezi jedince a utváření vlastních postojů v rámci socializace, je možno pohlížet nejen z pozice biologické, ale i ze stránky psychologické či v ohledu sociálním (30).

Ve výzkumné části mé práce jsem na základě dosažení cílů stanovila dvě hypotézy. Pokusila jsem se zachytit názorové postoje studentů středních zdravotnických škol na problematiku interrupce a prokázat, k jaké názorové strategii se studenti daných škol přiklánějí.

První hypotéza (H1) zněla: *Většina studentů ze středních zdravotnických škol bude upřednostňovat strategii „pro chose“, tedy „pro volbu“, která se opírá o přesvědčení, že o počtu a době narození svých dětí rozhodují výhradně rodiče.*

Druhá hypotéza (H2) zněla: *Žádný ze studentů nebude upřednostňovat strategii „pro life“, tj. „pro život“, která se opírá o přesvědčení, že interrupce je vždy nemravným činem a je vždy odsouzeníhodná.*

Pro potvrzení či vyvrácení těchto hypotéz jsem si zvolila sedm základních otázek uvedených v dotazníku, tak jako tomu bylo v předešlém výzkumu akademického roku 2005/06. Jedná se otázky č. 9,10, 12, 13,14, 15, 16.

Na otázku č.9.„: „Kterou z metod plánovaného rodičovství se svým partnerem/partnerkou používáte?“ Uvedla většina respondentů obou škol (SZŠ ČK 79% a SZŠ ČB 63%), že užívá metodu hormonální antikoncepce či nitroděložní tělíška. V rámci otázky č.10, uvedla většina respondentů (tj. SZŠ ČK 74%, SZŠ ČB 76%) uvedlo, že nová lidská bytost vzniká okamžikem početí. Většina respondentů (88% SZŠ ČK a 90%SZŠ ČB) se z obou středních škol též shodla v otázce č. 12, že souhlasí s platným zněním zákona ČNR, č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.

Z výsledků otázky č.13 je zřejmé, že většina studentů by indikovala potrat při různých okolnostech, tj. ohrožení života matky 43 (28%) studentů SZŠ ČK a 42 (23%)

studentů SZŠ ČB, dále při ohrožení vývoje plodu SZŠ ČK 28% a SZŠ ČB 22%, při znásilnění či incestu u ženy SZŠ ČB 23% a SZŠ ČK 13%, z důvodu abnormálního vývoje plodu SZŠ ČK 26 17% a SZŠ ČB 15%, ze sociálních a ekonomických důvodů 9% SZŠ ČK a 7% SZŠ ČB atd.

V rámci otázky č.14, odsuzují-li respondenti ženy, které podstupují interrupci měla největší zastoupení odpověď „spíše ne“ a to 44 studentů ze SZŠ ČB a 38 studentů ze SZŠ ČK.

Na otázku č.15, většina respondentů odpověděla, že o ukončení nežádoucího těhotenství by měl/a mít právo rozhodovat žena sama (SZŠ ČK 46% a SZŠ ČB 40%) či oba rodiče (SZŠ ČK 44% a SZŠ ČB 50%).

Zda-li respondenti souhlasí s užíváním hormonální antikoncepce u žen či dívek, řešila otázka č.16, kde opět většina (SZŠ ČK 96% a SZŠ ČB 88%) respondentů uvedla, že s touto alternativou souhlasí.

Vzhledem k těmto interpretovaným výsledkům můžu zhodnotit, že respondenti potvrdili hypotézu H1, neboť strategie „pro choice“ se opírá o přesvědčení, že nikdo nemá právo zasahovat do ženiny volby o tom, zda podstoupit výkon umělého ukončení těhotenství. O počtu a době narození dětí rozhodují pouze rodiče, respektive žena. Hnutí „pro choice“ podporuje dostupnost a užívání antikoncepce jako účinnou ochranu proti nechtěnému těhotenství a je zastáncem volného přístupu k umělému ukončení těhotenství, jak ze zdravotních tak i ze sociálních důvodů.

Hypotéza H2 se však v rámci výzkumného procesu též potvrdila. Hypotéza byla potvrzena na základě odpovědí jedné respondentky SZŠ ČK v otázkách č. 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 uvedených v dotazníku. Postoje respondentky byly následující: v otázce č.9 uvedla, že neužívá žádnou z metod plánovaného rodičovství, i když žije sexuálním životem. U otázky č.10 uvedla, že nová lidská bytost vzniká v okamžiku početí. Na otázku č.12 odpověděla, že nesouhlasí s platnou právní normou (zákon č.66/1968Sb., o umělém přerušení těhotenství). K otázce č.13 uvedla, že potrat není přípustný za žádných okolností. Dále na otázku č.14 odpověděla, že odsuzuje ženy, které podstupují interrupci a v otázce č.15 uvedla, že o ukončení nežádoucího těhotenství ženy by neměl rozhodovat nikdo, jelikož nikdo z nás život nedal, a tak nikdo nemá právo ho jinému

upírat. Na otázku č.16 odpověděla, že nesouhlasí s užíváním hormonální antikoncepce u žen či dívek.

Z toho hlediska tedy lze hypotézu H2 považovat za relevantní, jelikož strategie „pro life“ se opírá o přesvědčení, že umělé ukončení těhotenství je nemravné a odsouzeníhodné. Život je podle nich životem od počátku a žena nemá právo rozhodovat o smrti svého nenarozeného dítěte, jelikož nikdo z nás život jinému nedal, tak nemá právo ho druhému upírat. Ochrana nenarozeného dítěte stojí na prvním místě. Nepřipouští alternativu interrupce ze sociálních důvodů, avšak připouští možnost interrupce z důvodů zdravotních, či ve výjimečných situacích, jako je například incest či znásilnění. Nesouhlasí s propagací antikoncepčních metod jako s prevencí v rámci nechtěného těhotenství a spíše doporučují ukázněný pohlavní styk. Usilují o legislativně snadnější adopci, jenž uznávají jako vhodnou alternativu k interrupcím. Souhlasí s existencí zvláštních potratových komisí, které by měly podle jejich názorů, objektivně zhodnotit sociální situaci těhotné ženy a v krajní nouzi by bylo vhodné, aby se na tomto rozhodnutí mohl popř. podílet otec dítěte. Nesouhlasí s platnou právní úpravou v plném znění, tj. zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Žádají její zpřísnění. (16).

Velice mne překvapilo, že obě stanovené hypotézy se potvrdily. Domnívala jsem se, že druhá hypotéza nebude potvrzena, jelikož výzkum probíhal u studentů středních zdravotnických škol, kde jsem předpokládala, že studují mladí lidé, kteří uznávají provedení přerušení umělého ukončení těhotenství jako jednu z možných alternativ při tíživé sociální, ekonomické či jiné situaci ženy.

Já sama nikterak interrupci neodsuzuji, i když jsem si vědoma, jak složitá problematika to je a nese s sebou mnoho protichůdných aspektů. Je velice důležité se na takto složitý proces dívat co nejkomplexněji. My, tedy naše společnost určuje v rámci kultury hranice a normy k této problematice, jež budou alternativu podstoupení UPT umožňovat a zohledňovat. Ať už se jedná o problematiku interrupce či eutanázie nebo trestu smrti, vždy jde hlavně o lidský život, o tu tak metafyzicky danou podstatu, „být či nebýt“, rozhodnutí „ano či ne“ a záleží hlavně především na našem svědomí, jak moc se s touto skutečností vypořádáme a budeme k ní přistupovat na rovině existencialismu.

Jak jsem již dříve uvedla, je zřejmé, že do té doby, co bude lidský jedinec moci předávat dál svoji genetickou informaci, tak se stále povedou věčné diskuze o problematice vzniku nového lidského jedince, jeho ochrany a práva na život. A přesto stále bude záležet především na nás samých. My jsme zodpovědní za to, s čím jsme se obeznámili a podle toho bychom také měli jednat (1).

Ať tedy lékaři hovoří z pozice gynekologie, embryologie a genetiky, právníci se vyjádří k zákonům, filosofové a teologové mohou vznášet argumenty o nesmrtelné duši nenarozeného plodu, názory se budou stále lišit (45).

6. ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem si nekladla za cíl zmapovat explicitně problematiku umělého přerušení těhotenství z historického hlediska až po současnou společenskou situaci. Problematika interrupce skýtá mnoho protikladných postojů, názorů a rozporů jak na půdě akademické, politické tak medicínské, jedná se o velice široké kontroverzní téma. Diplomovou práci jsem se pokusila koncipovat tak, aby především sloužila samotným studentům či dalším čtenářům jako skromný zdroj dat k této rozsáhlé problematice a jako malý přehled jak pro laiky tak pro odborné pracovníky vyučující na vysokých i středních zdravotnických školách, aby nahlédli na problematiku interrupce z pohledu samotných studentů, budoucích odborníků a vykonavatelů profesí v různých oblastech.

Cílem diplomové práce bylo zachytit názorové postoje studentů nejen maturitních ročníků vybraných středních zdravotnických škol k problematice interrupce. Porovnat již zmapované názorové postoje studentů JCU Zdravotně sociální fakulty a Teologické fakulty s názorovými postoji respondentů maturitních ročníků vybraných středních zdravotnických škol k problematice interrupce.

Na základě prvního cíle byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 (H1) zněla: **Většina studentů ze středních zdravotnických škol bude upřednostňovat strategii „pro choice“, tedy „pro volbu“, která se opírá o přesvědčení, že o počtu a době narození svých dětí rozhodují výhradně rodiče.**

Hypotéza č.2 (H2) zněla: **Žádný ze studentů nebude upřednostňovat strategii „pro life“, tj. „pro život“, která se opírá o přesvědčení, že interrupce je vždy nemravným činem a je vždy odsouzeníhodná.**

V rámci provedeného dotazníkového šetření, byly obě hypotézy potvrzeny. V mnoha ohledech celkové výsledky získaných dat byly u obou skupin, tj. studentů Střední zdravotnické školy Český Krumlov a Střední zdravotnické školy České Budějovice velice podobné. Domnívám se, že tento cíl byl naplněn.

Výsledky šetření studentů středních škol jsem v kapitole „diskuze“ porovnávala s výsledky výzkumu provedeného v akademickém roce 2005/06, kdy jsem téměř

shodný sběr dat prováděla u studentů Jihočeské univerzity. Výsledky byly porovnány pouze u sedmi hlavních otázek dotazníku, které měly přímou návaznost na prokázání či vyvrácení hypotéz u obou výzkumů. Další výsledky výzkumné části z akademického roku 2005/2006 tvoří přílohu č. 2. Domnívám, že i druhý mnou stanovený cíl byl naplněn.

Problematika umělého ukončení těhotenství skýtá opravdu mnoho protichůdných postojů a názorů, které jsou někdy pro jedince těžko uchopitelné a je velice těžké zaujmout k této problematice jednoznačné stanovisko.

Bylo pro mne velice obohacující se podobu studia na Jihočeské univerzitě opakovaně zabývat otázkou umělého ukončení těhotenství života samotného. Avšak domnívám se, že by bylo také dosti zajímavé zmapovat názorové postoje mladých lidí (studentů) i v rámci problematiky eutanázie či trestu smrti, jelikož ať chceme či nikoli, tyto tři možná pro někoho tak vzdálené životní skutečnosti, nesou úzký kohezní charakter. A to samotnou otázku lidské existence uzavřenou do tak známe až metafyzické otázky či podstaty, být či nebýt... ano či ne?!

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Boldiš, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN. ISO 690-2 (01 0197): Část 1 – Citace: Metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. c 1999-2004

1. Adlerová, M. *Problematika interrupce z pohledu studentů Jihočeské univerzity*, České Budějovice, 2006. Bakalářská práce na ZSF JCU. Vedoucí bakalářské práce J. Jankovský. 85 str. ZS-DP-2101
2. Barták, A. *Antikoncepce*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 130 str. ISBN: 80-24713-51-9.
3. Barták, A *Umělé přerušování těhotenství*,
<<http://alexandr.bartak.cz/clanky1/upt.html>>
[2001- 09 -04]. online. [cit. 2008-03-20].
4. Bartáková V, *Při interrupci Vás muž nepodrží, říká psycholožka*
<http://zdravi.idnes.cz/pri-interrupci-vas-muz-nepodrzy-rika-psycholozka-fvb-/zdravi_deti.asp?c=A080410_120835_zdravi_deti_bad>
[2008- 05 -11]. online. [cit. 2008-06-28].
5. Burian, J. *Civilizace Starověkého Středomoří*, 1. vyd. Praha:Svoboda, 1984, 547 str.
6. Brzáková, J. *Interrupce jako společenský problém*, České Budějovice, 2005. s. 45, 47. *Diplomová práce* na ZSF JCU na katedře soc. práce. Vedoucí diplomové práce L. Kozlová. ZS-DP-1604
7. Cibula, D. *Moderní gynekologie a porodnictví*,. 10/2001 č.2 ISSN 1211-1058, 139 – 140 str.
8. Čech, E. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 424 s. ISBN 80-7169-355-3.
9. Čihák, R. *Anatomie 2*, 2. vyd. Praha: Grada, 2002, 488str. ISBN 80-24701- 43-X
10. Člověk od početí, Překlad knihy "ABORTION - Questions & Answers",
<<file:///F:/Hnut%ED%20Pro%20%9Eivot%20%C8R.htm>>
online. [cit. 2005-12-28].

11. Čurdová, A. *Ani ve starověku se interrupce nepokládaly za trestné.*
< <http://www.blisty.cz/art/17540.html> >
[2004- 04 -04]. online. [cit. 2008-02-05].
12. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002.
str. 122. ISBN 80-246-0139-7
13. Gorská, M. *Interrupce psaná společností, tělem a individuálním vědomím.*
<<http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=206983>>
[2004- 10 -16]. online. [cit. 2008-05-05].
14. Haškovcová, H. *K genderovým aspektům bezdětnosti*
<<http://www.socioweb.cz/index.php3?disp=aktuality&shw=154&lst=106> >.
[2003-30-06]. online. [cit. 2008-05-03].
15. Haškovcová, H. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 10/2001 č.2 ISSN 1211-1058, 200 – 2003 str.
16. Haškovcová, H. *Lékařská etika.* Třetí rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. s. 117, 126-127. ISBN 80-7262-132-7
17. Havlová, L. *Potraty na základě pohlaví řeší i Británie.* Zdravotnické noviny. 49/2007 ročník 56. 35 str. 8 s.
18. Havlová, L. *Světové zdravotnictví v roce 2008.* Zdravotnické noviny. 1-2/2008 ročník 57. 32 str.
19. Havránek, F. *Interrupcio graviditatis.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1982. s. 11, 18-20, 71.
20. Hejl, Z. *Historie zákonů o umělých potratech.*
<<http://prolife.cz/potrat/index.html?id=613&action=p>>
online. [cit. 2008-06-03].
21. Hučín, J. *Nehájím interrupci, ale právo svobodné volby,* Psychologie Dnes,
<<http://www.studovna.cz/scripts/detail.asp?id=354>>.
[2001-12-16]. online. [cit. 2008-03-03].
22. Hyláková, J. *Orlickoústecká nemocnice by měla mít Baby box, podepsala smlouvu.*

- <<http://www.oik.cz/view.php?nazevclanku=orlickoustecka-nemocnice-by-melamit-baby-box-podepsala-smlouvu&cislocclanku=2007100074>>
[2007-10-26]. online. [cit. 2008-01-04].
23. Interrupce < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Interrupce> > online. [cit. 2008-02-08].
24. Interrupce: Jak vysoké riziko? <<http://www.zena-in.cz/rubrika.asp?idc=36975&id=7>>
[2008-03-27]. online. [cit. 2008-04-03].
25. Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: TRITON, 2003. s. 118-120. ISBN 80-7254-329-6
26. Jedlička, J. *Irové odmítli v referendu Lisabonskou smlouvu*.
<[http://www.naseevropa.cz/portal/port_data.nsf/927b725e08d36a78c1256ea50030ae62/c75c6a68e7e20e09c12574710025c83a/\\$FILE/Irsko_referendum.pdf](http://www.naseevropa.cz/portal/port_data.nsf/927b725e08d36a78c1256ea50030ae62/c75c6a68e7e20e09c12574710025c83a/$FILE/Irsko_referendum.pdf)>
[2008-06-16]. online. [cit. 2008-07-04].
27. Klásková, P. *Interrupce- právo volby každé ženy, nebo trestný čin?*
<http://www.elabs.com/van/van2-interrupce-hleani_reseni-Klaskova_Petra-07-e.htm>
[2008-03-05]. online. [cit. 2008-04-16].
28. Kozlová, L. *Sociální práce*. Praha: TRITON, 2003, 23-26 s. ISBN 80-7254-138-2
29. Kučerová, K. *Vraždy novorozence matkou z bio-psycho-sociálního hlediska*. České Budějovice, 2006, 19 s. Bakalářská práce na ZSF JCU. Vedoucí bakalářské práce M. Velemínský, ZS-DP-2102
30. Langmeier, J. *Vývojová psychologie*, 3.vyd. Praha: Grada, 1998, 343 str. ISBN 80 – 7169-195-X
31. Macků, F. *Porodnictví pro 3. ročník zdravotních škol*, Praha: Scientia Medika, 1995, 72 str. ISBN 80-85526-45-X
32. Matoušek, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124 str. ISBN 80-901424-7-8
33. Nová, H. *Baby boxy, schránky pro odložené novorozené děti z pohledu právní úpravy*. <<http://www.statim.cz/27.clanek.php>>

- [2005-10-24]. online. [cit. 2008-04-11].
34. Nováková, L. *V Polsku interrupce úplně nezakází*.
<<http://www.ccsch.cz/view.php?id=290>>
[2007-05-17]. online. [cit. 2008-01-08].
35. Rokyta, D. *Somatologie I. a II. díl*, 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003, 264 str. ISBN 8086432491.
36. Roztočil, A. a kol. autorů, *Porodnictví*, 1. vydání, Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, str. 333, ISBN – 8070133392
37. Rue, V. *Psychologická rizika potratu*. < <http://prolife.cz/potrat/?id=113>.>
[cit. 2004-12-5]
38. Říčan, P. *Cesta životem*, 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 str. ISBN 80-7367-124-7
39. Stolínová, J. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 10/2001 č.2 ISSN 1211-1058, 194 str.
40. Sokačová, L. *Česká republika: něco málo z historie interrupcí*,
<<http://www.blisty.cz/2006/1/5/art26365.html>>
[2006- 01 -05]. online. [cit. 2006-12-3].
41. Sokačová, L. *Reprodukční práva žen a mužů*. Gender studies, 2006.
<<http://www.genderstudies.cz/>>
online. [cit. 2008-07-03].
42. Sokačová, L. *Hnutí pro život: Za svět konzervativnější a méně svobodný*,
<<http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=1232410>>
[2006- 01 -05]. online. [cit. 2008-05-26].
43. Šalamounová, P. Šamanová, G. *Potratovost bezdětných žen*, Gender- rovné příležitosti / výzkum / ročník 6 č.1/2005 ISSN 12-13 – 0028. 14 - 18 str.
44. Těhotenství, <<http://cs.wikipedia.org/wiki/T%C4%9Bhotenstv%C3%AD>>
online. [cit. 2006-12-3].
45. Thomasma, D. *Od narození do smrti*, 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2000, 389str. ISBN 80-204-0883-5.

46. Uzel, R. a kol. *Potrat ano – ne*, 1.vyd. Praha: Grada, 2000, 101 str.
ISBN 80-7169-922-5.
47. Vývoj potratů v ČR v letech 1995-2007,
<http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&mnu_action=normal > [cit.
2008-12-12].
48. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie – dětství, dospělost, stáří*, 1. vyd. Praha:
Portál, 2000. 522 str. ISBN 80-7178-308-0.
49. Velemínský, M. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JCU*, 4.vyd.
Praha: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2003. 70 str.
ISBN 80-7040-643-7.
50. Víšek, V. *Vnitřní lékařství pro 2. ročníky SZŠ 2.díl*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA
MEDICA, 1995, 54-55 s. ISBN 80-85526-46-8.
51. Vyhláška MZ ČSR (75/ 1986 Sb.), kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986
Sb., o umělém přerušení těhotenství. Změna: 467/ 1992 Sb.,
<<http://prolife.cz/potrat/index.html?id=262&action=p>> [cit. 2008-06-06].
52. Vyhláška MZ ČSR (11/1988 Sb.) o povinném hlášení ukončení těhotenství,
úmrtí dítěte a úmrtí matky.
<<http://prolife.cz/potrat/index.html?id=314&action=p>> [cit. 2008-06-06]
53. Wiesnerová, J. *Potraty v roce 2007*. ÚZIS
<http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&mnu_action=normal>
[2008- 06 -03]. online. [cit. 2008-07-14].
54. *Zákon ČNR č.66/1986Sb. , o Umělém přerušení těhotenství*.
<<http://prolife.cz/potrat/index.html?id=237&action=p>> [cit. 2008-06-06].
55. *Zákon č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění*.
[http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.ht
ml](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html)
online. [cit. 2008-07-17].

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Interrupce

Volba

Legislativa

Komplikace

Důvod

9. PŘÍLOHY

Příloha číslo1.:

Dotazník

Příloha číslo2.:

Výsledky a data výzkumu pro akademický rok 2005/06

Příloha číslo 3.:

Hippokratova přísaha

Příloha číslo 4.:

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

Příloha číslo 5.:

Vyhláška MZ ČSR (č. 11/1988 Sb.) o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky

Příloha číslo 6.:

Zákon ČNR o umělém přerušení těhotenství (č. 66/1986 Sb.)

Příloha číslo 7.:

Vyhláška MZ ČSR (č. 75/1986 Sb.), kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Změna č. 487/1992 Sb.