

Interrupce – vražda nenarozeného lidského života?

Michaela Hanušová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Hanušová**
Osobní číslo: **H17178**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Interrupce – vražda nenarozeného lidského života?**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti interrupce.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumného šetření technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČERNÝ, Milan a Ilona SCHELLEOVÁ. Právní úprava umělého přerušení těhotenství. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-60-2.

DOS SANTOS, Danyelle Leonette Araujo; DE BRITO, Rosineide Santana. Women's Feelings on the Occurrence of Induced Abortion/Sentimentos De Mulheres Diante Da Concretizacao Do Aborto Provocado/Sentimientos De Mujeres Ante El Aborto Inducido. Enfermagem Uerj. 2016, vol. 24, no. 5. ISSN:0104-3552.

DUDOVÁ, Radka. Interrupce v České republice: zápas o ženská těla. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2012. ISBN 978-80-7330-214-6.

IDE, Pascal. Je zygota lidskou osobou? Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-526-8.

REDONDO CALDERÓN, José Luis. Experimentación Fetal, Trasplantes, Cosmética Y Su Relación Con El Aborto Provocado. Cuadernos De Bioética. 2012, vol. 23, ISSN:1132-1989.

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. Základy moderní lékařské etiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Vedoucí bakalářské práce:

JUDr. Libor Šnědar, Ph.D.

Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva

Datum zadání bakalářské práce: **11. října 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **15. května 2020**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.

děkan

L.S.

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěžku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou interrupce. Nahlíží na ni z pohledu medicínského, filosofického, náboženského, právního a v praktické části také z pohledu psychologického. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje fyziologickému vzniku a vývoji těhotenství, metodám interrupce, její historii a legislativě a v neposlední řadě také prenatální diagnostice vrozených vývojových vad. Praktická část popisuje proces rozhodování se u žen, kterým byla v těhotenství diagnostikována vrozená vývojová vada plodu, zda si dítě ponechat, či nikoliv. Cílem této bakalářské práce je popsat, jak tento proces probíhá.

Klíčová slova: interrupce, nenarozený lidský život, právo na život, právní úprava interrupcí, vrozená vývojová vada

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the issue of abortion. It focuses on the medical, philosophical, religious, legal point of view and in the practical part also on the psychological point of view. The bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part is devoted to physiological origin and development of pregnancy, abortions methods, its history and legislation and, last but not least, prenatal diagnosis of the congenital malformations. The practical part describes the decision process for women who were diagnosed with congenital malformation of foetus during pregnancy whether to keep a child or not. The aim of this thesis is to describe how this process takes place.

Keywords: abortion, unborn human life, right to live, abortion legislation, birth defect

"Dříve než jsem tě utvořil v lůně, znal jsem tě; dříve, než jsi vyšel z mateřského života, posvětil jsem tě." (Jer 1,5)

Poděkování

Děkuji panu JUDr. Liboru Šnédarovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu, čas a cenné rady, které mi v průběhu psaní vždy ochotně poskytoval. Obrovské díky patří také ženám, které projevily velkou odvahu, když promluvily o svém prožívání těhotenství, ve kterém jim byla diagnostikována vrozená vývojová vada plodu. Chtěla bych vyjádřit poděkování také mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Michaela Hanušová

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 FYZIOLOGICKÝ VZNIK A VÝVOJ TĚHOTENSTVÍ.....	14
1.1 OPLOZENÍ (FERTILIZACE)	14
1.2 IMPLANTACE A NIDACE	14
1.3 VÝVOJ PLODOVÉHO VEJCE	15
1.4 EMBRYOGENEZE.....	15
1.5 FETOGENEZE	15
2 INTERRUPE.....	17
2.1 HISTORIE INTERRUPE VE STAROVĚKU, STŘEDOVĚKU A NOVOVĚKU	18
2.2 HISTORIE INTERRUPE V ČESKÉ REPUBLICE	19
2.3 ROE VS. WADE.....	21
2.4 Hnutí PRO-CHOICE.....	22
2.5 Hnutí PRO-LIFE	23
3 METODY INTERRUPE.....	24
3.1 METODY UPT V I. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ.....	24
3.2 METODY UPT VE II. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ	25
4 KDY SE ČLOVĚK STÁVÁ LIDSKOU OSOBOU?.....	27
4.1 EMPIRICKÝ FUNKCIONALISMUS	27
4.2 ONTOLOGICKÝ PERSONALISMUS	28
4.3 BIOLOGICKÝ POHLED	28
5 LEGISLATIVA INTERRUPE.....	30
5.1 LEGISLATIVA INTERRUPE V ČESKÉ REPUBLICE.....	30
5.2 PRÁVNÍ STATUS EMBRYA.....	31
5.3 DEKLARACE PRÁV POČATÉHO DÍTĚTE	31
6 NÁBOŽENSKÝ POHLED NA NENAROZENÝ LIDSKÝ ŽIVOT.....	33
6.1 ISLÁM.....	33
6.2 ŽIDOVSTVÍ	34
6.3 KŘESŤANSTVÍ.....	35
7 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD	38
7.1 SCREENING VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD PLODU	38
7.2 SCREENING DOWNOVA SYNDROMU.....	39
7.3 DALŠÍ STRUKTURÁLNÍ VADY PLODU.....	40

II PRAKTICKÁ ČÁST	42
8 METODIKA PRÁCE	43
8.1 HLAVNÍ CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	43
9 INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU	47
9.1 OBDOBÍ PŘED TĚHOTENSTVÍM	47
9.2 „BYLA TO NEJKRÁSNEJŠÍ ZPRÁVA“	48
9.3 SCREENING, A CO DÁL?	48
9.4 „TO DĚCKO JE ŠPATNÉ“	49
9.5 „BYL MI OPOROU“	52
9.6 POSTNATÁLNÍ PÉČE	53
9.7 „MOJE PSYCHIKA SE ZHORŠOVALA“	54
9.8 „DEJTE TO PRYČ“	55
9.9 „ROZHODNOUT JSME SE MUSELI MY, NIKDO JINÝ“	55
9.10 PRÁVO NA ŽIVOT	56
9.11 „BYLA ŽIVÁ A ZDRAVÁ“	57
10 DISKUZE	58
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	75

ÚVOD

Na počátku bych ráda objasnila výběr názvu mé bakalářské práce. „Interrupce – vražda nenarozeného lidského života?“ může v člověku evokovat spoustu emocí a pocitů. Ať už k této problematice zaujímáme jakýkoliv postoj, kladný či záporný, v obou případech se v nás vynoří náznak hněvu, když interrupci nazýváme „vraždou“. Nejdříve bych chtěla podotknout, že jsem si plně vědoma toho, že označit interrupci slovem „vražda“ mi nepřísluší a také vím, že tento termín mohu užívat jen v souvislosti s trestně-právním činem. Trestný čin musí splňovat určité podmínky, načež bychom se museli zabírat také osobou pachatele, mírou jeho zavinění, jeho pohnutkou a mnoha dalšími aspekty. Nechci se tedy zabývat náhledem na problematiku vraždy v trestně-právním smyslu, spíše bych se chtěla zamyslet a podívat na mnohé názory, týkající se počátku lidského života. Pokud bych měla mluvit o „vraždě“, tak jediné v rámci spekulace z pohledu etického a duchovního slova smyslu „vraždy počatého dítěte“. Také bychom tento termín mohli použít v emocionální rovině, kdy tento čin nenávratně zabije určitou část duše matky.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že jednak studuji porodní asistenci a často jsem se na praxi s tímto výkonem osobně setkala, a jednak z důvodu, že mi v dnešní době připadá jako velký paradox situace, kdy se na jedné straně matkám doporučují interrupce z důvodu indikace vrozené vývojové vady až do 24. týdne těhotenství, kdy navíc není stoprocentní, že dítě opravdu poškozené bude. Na straně druhé se v dnešní době natolik vyvinula neonatologická péče, že se zachraňují předčasně narozené děti, někdy v podstatě nezachránitelné, a to už od období „šedé zóny“, která se započíná od 22. týdne gravidity (Zlatohlávková, 2014. s. 324). Paradoxně je ale u těchto předčasně narozených dětí velká pravděpodobnost, že budou nějakým způsobem handicapované. Možná dokonce více než ty děti, u kterých se doporučí interrupce skrze vrozené vývojové vady.

Další otázkou jsou například mentální onemocnění, jako autismus nebo Aspergerův syndrom, které se prenatálně diagnostikovat nedají a přijde se na ně až později, v průběhu života dítěte. Tehdy už rodiče nemohou rozhodovat o tom, zda má dítě s postižením právo žít, či nikoliv. Rodina i společnost ho musí přijmout do svého života.

Sama si tedy stále kladu otázku, kde je ta hranice, kdy člověk přistoupí na skutečnost, že jeho dítě bude nějakým způsobem handicapované a kdy je tuto možnost ochoten přijmout. I při normálním porodu může dojít ke komplikacím, u dítěte se projeví asfyxie a může být nenávratně poškozené. Riziko určité vady dítěte je zde tedy vždy. V teoretické i praktické

části této práce se budeme zabírat jen vrozenými vývojovými vadami, které je možné prenatálně diagnostikovat. V praktické části budeme sledovat proces prožívání a rozhodování se, zda si dítě ponechat, či nikoliv, když je u plodu diagnostikována vrozená vývojová vada.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGICKÝ VZNIK A VÝVOJ TĚHOTENSTVÍ

Těhotenstvím označujeme období života ženy, kdy se v jejím těle a organismu vyvíjí plod. Fyziologická délka těhotenství je 280 dní, což je 10 lunárních a 9 kalendářních měsíců (Škraňková, 2014, s. 4). Počátek těhotenství definuje splnutí mužské (spermie) a ženské (oocyt) pohlavní buňky. Naopak jako konec je vnímán porod plodu, čímž se z něj stává novorozenec (Roztočil, 2017, s. 86).

1.1 Oplození (fertilizace)

Oplození začíná v okamžiku, kdy kapacitovaná spermie (kapacitace spermie je proces, při kterém při průchodu ženským pohlavním traktem získává schopnost fertilizovat oocyt díky změnám na povrchové membráně spermií) proniká zonou pellucidou a je dokončena spojením chromozomů oocytu a spermie (Szczykutowicz, 2019, s. 2; Roztočil, 2017, s. 87). K fertilizaci je nutná pouze jedna spermie a probíhá nejčastěji ve fimbriální části vejcovodu. Po splnutí gamet ze dvou haploidních buněk vznikne jedna diploidní s kompletní sadou chromozomů 46,XX (ženské pohlaví) nebo 46,XY (mužské pohlaví). Tyto chromozomy přenášejí veškeré dědičné vlastnosti (Cibula, 2014, s. 23). V této době vzniká oplozený oocyt označovaný jako zygota. Ta obsahuje genetický základ embrya, ke kterému stejnou měrou přispěli jak muž, tak žena (Maršál, 2014, s. 26).

Následuje proces rýhování a dělení buněk na blastomery. Při putování vejcovodem k dutině děložní se díky procesu dělení buněk z útvaru složeného z 8 až 12 blastomer stává morula. V tomto stádiu se již morula dostává do dutiny děložní, kde se následně po 2-3 dnech přetváří na útvar zvaný blastocysta. Zde vznikají dvě specifické vrstvy buněk. Vnitřní vrstva buněk se nazývá embryoblast, z té v budoucnu vznikne embryo, amnion a žloutkový váček. Druhá, zevní vrstva, označována jako trofoblast, má za úkol vznik plodové části placenty (Roztočil, 2017, s. 88).

1.2 Implantace a nidace

Šestý den po fertilizaci nalehne blastocysta na stěnu děložní a implantuje se do deciduy. Blastocysta se v následujících dnech noří pod sliznici (Sadler, 2011, s. 50-53). Proces nidace je ukončen 11. den po fertilizaci (Schumacher, 2019, s. 1). Trofoblast vytváří choriové klky, čímž začíná proces tvorby placenty (Roztočil, 2017, s. 88-89).

1.3 Vývoj plodového vejce

Plodové vejce se skládá z placenty, plodových obalů, plodové vody, pupečníku a plodu. Je nutno zmínit, že v této fázi vývoje, až do 14. dne, je zde možnost vzniku jednovaječných dvojčat (Thévenot in Pascal, 2012, s. 23). Mezi 9. a 25. dnem těhotenství se začínají vytvářet choriové klky, výrůstky původem z choria. Ty rostou kolem embrya a vytvářejí intervilózní prostory, vyplněné mateřskou krví. V klcích se větví kapilární síť, která je zdrojem pro výměnu látek mezi mateřským a plodovým krevním oběhem a umožňuje kontakt mezi krevní cirkulací matky a embrya. K růstu nových klků dochází do 12. týdne gravidity, kdy vzniká placenta (Roztočil, 2017, s. 89).

Do třetího týdne můžeme hovořit o procesu tzv. gastrulace, kdy se vytvoří intraembryonální mezoderm a zárodečný terčik se změní ze dvouvrstevného útvaru, který tvoří entoderm a ektoderm na trojvrstevný, obsahující navíc mesoderm. Již od konce třetího týdne těhotenství nastává proces organogeneze (Maršál, 2014, s. 26).

1.4 Embryogeneze

Za embryogenezi pokládáme období kolem 22. dne po oplodnění, kdy se rychle tvoří základy mozku a srdce (Maršál, 2014, s. 24). Již po čtyřech týdnech dochází k nástupu pravidelné srdeční akce, a tím i k nutriční výměně (Roztočil, 2017, s. 92). U šestitýdenního embrya můžeme pozorovat již značně vyvinuté končetiny s viditelně rozlišenými prsty, dále můžeme sledovat ústa, nos a oční víčka (Pařízek, 2015, s. 168-171). Utváří se trávicí trakt a uzavírá se nervová trubice (Campbell, 2004, s. 15). Dále můžeme rozlišit všechny vnitřní orgány a začíná také diferenciací zevních genitálií. Pohlaví jde však s jistotou určit až po 14-16 týdnech gravidity (Maršál, 2014, s. 27). V 7. týdnu se mozek dělí na dvě hemisféry. Srdeční akce plodu je v tuto dobu 150 tepů za minutu (Campbell, 2004, s. 17). Embryogeneze končí 10. týdnem, kdy plod měří 9 cm a váží 14 g (Maršál, 2014, s. 27).

1.5 Fetogeneze

Jakmile je dokončena organogeneze a zevní podoba plodu, přichází přeměna embrya v plod, čímž nastává období fetálního vývoje. Dochází ke kontinuálnímu růstu plodu a zlepšení funkce orgánových systémů (Roztočil, 2017, s. 93). V 11. týdnu gravidity lze u plodu spočítat jednotlivé prsty, má schopnost polykání a sání, dokonce může i zívát (Campbell, 2004, s. 24). Ve 12. týdnu těhotenství se u dítěte začínají utvářet hlasivky a v hypofýze se začínají produkovat hormony (Campbell, 2004, s. 29).

V období mezi 13. a 16. týdnem dochází k častějším pohybům plodu, které však matka zatím nepocítuje (Roztočil, 2017, s. 93). Prvním smyslovým orgánem, který u plodu zahajuje svou činnost, je kůže. Ve 14. týdnu plod vnímá dotyky téměř po celém těle, s výjimkou zad a klenby lebeční. Není to však první známka citlivosti na dotyky. Ta se objevuje již v 8. týdnu, kdy plod reaguje na podnět skrze dotek rtů (Hüther, 2010, s. 61). K vnímání pohybů plodu dojde kolem 17. a 20. týdne, kdy také můžeme stetoskopem slyšet srdeční akci plodu. 17. týden je časem, kdy se v mozku vyvíjí nervové dráhy a plod začíná vnímat jiné části svého těla (Campbell, 2004, s. 42). V tomto období pokračuje například vývoj plic, přičemž dochází k vývoji plicních alveolů a plicního kapilárního řečiště, avšak výměna plynů v plicích je zatím nemožná. V dalších týdnech plod značně přibývá na váze. Jsou jasně zřetelné řasy a obočí (Roztočil, 2017, s. 93).

Mezi 25. a 28. týdnem má plod takový vzhled, jaký bude mít i v termínu porodu. Plod dosahuje extrauterinní viability (schopnost plodu přežít mimo tělo matky), i když plíce ještě nejsou dostatečně vyvinuty. Vývoj v následujících týdnech pokračuje tvorbou tukové a svalové tkáně, dochází k mineralizaci a osifikaci kostí, epidermis se zesiluje a plod dostává novorozenecký vzhled. Ve 38. týdnu můžeme hovořit o zralosti plodu (Roztočil, 2017, s. 93-95).

2 INTERRUPCE

Umělé ukončení nebo přerušení těhotenství (UPT), jinými slovy interrupce nebo potrat, je zásah do těla ženy, skrze který dochází k plánovanému ukončení těhotenství, a to buď formou chirurgického zákroku anebo medikamentózní cestou (Čech, 2014, s. 245-246). Interrupce pochází z latinského *interruptio*, což znamená přerušit (Vokurka, 2002, s. 383). Tím ale nenazýváme věci správnými slovy. Těhotenství nemůže být přerušeno, ale ukončeno. Jedná se tedy o určitý eufemismus (Bohatová, 2000, s. 14).

Potrat je pravděpodobně nejstarší a nejkontroverznější metodou regulace plodnosti. Neexistuje žádný jiný volitelný postup, o kterém by se tak debatovalo, který by vyvolával tolik emocionální a etické kontroverze a který v průběhu času získal tak velkou a tak soustavnou pozornost veřejnosti (Lugo, 2018, s. 90).

V roce 2018 bylo celosvětově provedeno 41,9 milionů interrupcí. Ve statistikách jde tedy o příčinu smrti, která daleko předbíhá všechny ostatní, včetně rakovin, úmrtí v důsledku kouření či nakažených virem HIV (Floyd, 2019).

Umělé ukončení těhotenství může být provedeno na žádost matky do 12. týdne gravidity, dále v případě ohrožení jejího zdraví a života anebo ze zdravotní indikace ze strany plodu, kdy se může jednat o genetickou vadu, infekci plodu či jiné onemocnění neslučitelné se životem (Slezáková, 2017, s. 157). Pokud se žena ze svobodné vůle rozhodne tento výkon podstoupit, musí podat žádost o umělé přerušení těhotenství, a to maximálně do 12. týdne těhotenství. Následně je proveden ultrazvuk a přesně změřena velikost plodu (pokud velikost odpovídá 11+6 t. g., je interrupci možnost provést). Taktéž nesmí existovat žádná kontraindikace. V tomto případě si žena zákrok hradí sama. Jestliže se jedná o těžké poškození či vývojovou vadu plodu, je možné podstoupit interrupci do 24. týdne těhotenství. V tomto případě je zákrok hrazen zdravotní pojišťovnou. A posledním případem je gravidita, kdy je ohrožen život matky, tehdy je dovoleno provést zákrok kdykoliv (Prudil, 2017, s. 575).

Interrupce je metoda užívaná k regulaci lidské plodnosti, která je již odedávna velmi sporným tématem, kde se kříží právo matky a právo nenarozeného lidského života (Morán Faúndes, 2014, s. 152). Kde začíná a kde končí svoboda jednoho a začíná svoboda druhého? Dle Calderóna má rozšíření umělého potratu za následek progresivní ztrátu respektu k lidskému životu, kdy ve společnosti došlo k pozvolnému nastolení utilitaristické vize, která

má dopad na samotnou lidskou bytost a která zatemňuje naše vědomí (Redondo Calderón, 2012, s. 724).

Demonstrativním paradoxem je porodník, který na jedné straně dělá všechno pro to, aby zachránil děti v podstatě nezachranitelné, a na druhé straně provádí interrupce (Baran, 1994, s. 3). Nabízí se také polemika nad výrokem Adolfa Hitlera: „*Příroda je krutá, proto i já jsem krutý*“, z čehož můžeme předpokládat základní zákon morálky: Silný zabíjí slabého. (Vácha, 2012, s. 202). Nepochybně i v případě interrupce jde o to, že „silný zabíjí slabého“, toho, který doposud neměl možnost se sám bránit. Kde se v nás bere toto „právo“ na rozhodování se o vlastním těle a o osudu počatého života? Jde hlavně o falešné představy našeho práva na „neomezenou svobodu“ v 21. století? „*Dává se přednost egoistickému pojetí svobody, které v početí nového života vidí spíše překážku vlastní seberealizace?*“ (Jan Pavel II, 1995, s. 21) Paradoxem v této kruté epoše lidstva ale zůstává Hitlerův přístup k interrupci, kdy zpřísnil zákon o provedení ukončení těhotenství pod trestem smrti anebo také zákon proti antikoncepci, která byla nazývána znásilněním přírody a degradací ženy, mateřství a lásky (Bohatová, 2000, s. 13). Nějak se nám to tedy v průběhu času všechno přetáčí...

2.1 Historie interrupce ve starověku, středověku a novověku

Nechtěná těhotenství byla již od starověku ukončována různými způsoby (Tezcan in Sensoy, 2015, s. 452). Tradiční používané metody se lišily v závislosti na víře, tradicích, hodnotách a kultuře komunity. Ženy si tak z generace na generaci předávaly potřebné rady (Gurgan in Sensoy, 2015, s. 452). První písemné zmínky se datují do roku 2250 před našim letopočtem (Čurdová, 2004). Nejčastěji k potratu docházelo skrze šamanské rituály a rituály obecně, kdy byl vyvoláván pomocí nejrůznějších bylinek či lektvarů (Kaplan in Rozmilerová, 2017, s. 14).

V antickém Řecku a Římě docházelo k interrupcím za účelem regulace obyvatelstva a ekonomiky, v případě incestu, omezení velikosti rodiny anebo pokud byli rodiče již pokročilejšího věku (Lugo, 2018, s. 82).

Jedním ze zastánců tohoto zákroku byl i Aristoteles či Platón, který byl názoru, že plod ještě nemá duši. Aristoteles považoval plod za součást těla matky, takže volba o osudu počatého dítěte patřila jí (Lugo, 2018, s. 82). Zatímco Hippokrates interrupci odsuzoval a byl názoru, že tato metoda je v rozporu s lékařským svědomím a zodpovědností chránit lidský život (Kaplan in Rozmilerová, 2017, s. 14). Obával se také poškození života ženy

kvůli primitivním metodám, které se v té době k „vyhnání plodu“ používaly. Paradoxně jim však doporučoval k vyvolání potratů metodu násilných cviků, což nás může zarazit s otázkou na rtech, jaký postoj tedy k interrupci zaujímal (Bohatová, 2000, s. 12). Často se stávalo, díky nedokonalým podmínkám té doby, že ženy umíraly v důsledku infekce nebo vykrvácení. Také docházelo k situacím, kdy se ženy po zásahu a poškození pohlavních orgánů staly sterilní (Čurdová, 2004).

Dodejme fakt, že ani mezi egyptskými či židovskými zákony bychom nenašli žádný, který by zakazoval provádění „vyhnání plodu z těla matky“ (Baran, 1994, s. 19). Židé měli pro tento výkon označení „neftel“, což by se dalo přeložit jako „vypadnutí“ (Bohatová, 2000, s. 12).

Až do zásahu katolické církve zde nebyly žádné zákony zakazující tento výkon (Baran, 1994, s. 19). Středověk byl pro interrupci temným obdobím, kdy se považovala za trestný čin. Během středověku se ženy uchýlovaly k čarodějnicím a porodním asistentkám, aby získaly směsi nebo vonné tyčinky, které způsobovaly potrat. Mnohé z nich nebyly účinné, a ne občas způsobily komplikace a smrt ženy (Lugo, 2018, s. 82). Za tzv. andělíčkářství neboli pokoutné potraty, které byly odhaleny, mohly osoby, které je prováděly, zaplatit až smrtí (Kaplan in Rozmilerová, 2017, s. 15).

V novověku došlo k rozvoji nových znalostí a vědomostí o přerušení těhotenství. Avšak do 19. století se katolická církev řídila učením Tomáše Akvinského, který tvrdil, že duše vstupuje do plodu až v okamžiku, kdy má lidský tvar. Jenže právě v 19. století papež Pius IX. (1869) zrušil toto dlouho zastávané dogma a prohlásil, že zárodek je lidskou bytostí již od okamžiku koncepce (Baran, 1994, s. 19).

2.2 Historie interrupce v České republice

Do roku 1950 v našich zemích platil zákon č. 117 z roku 1852, který nedovoloval „vyhnání plodu“, přičemž jedinou situací, kdy směl lékař interrupci provést, byl případ ohrožení života ženy. Totéž platilo u zákona č. 86 z roku 1950, který dovoloval provést interrupci, jestliže jiný lékař prohlásil, že těhotenství nebo porod by mohl znamenat ohrožení ženy smrtí nebo újmou na zdraví (Baran, 1994, s. 20).

Před přijetím zákona č. 68/1957 se vedly debaty o nutnosti legalizace interrupce už jen kvůli nelegálnímu provádění interrupcí v nevyhovujících hygienických podmínkách, které prováděly osoby s nedostačujícími znalostmi a zkušenostmi. To pak vedlo

k negativním důsledkům, kdy se u žen po potratu rozvinula například sepse, krvácení a komplikace, které vedly až k neplodnosti. Neplodnost ženy po podstoupení interrupce byla hlavním argumentem ve všech debatách ohledně zlegalizování interrupce (Dudová, 2012, s. 48-49). Vyskytovaly se (a do dnešních dnů se sporadicky stále vyskytují) tzv. „kriminální potraty“, kdy se využívaly farmakologické (chinin, ergotin) nebo mechanické metody (zavádění kovových či gumových rourek do dělohy) k vypuzení plodu z těla ženy, které měly většinou za následek poranění a následnou infekci, na kterou ženy umíraly (Hájek, 2014, s. 246; Bohatová, 2000, s. 9).

Umělé přerušování těhotenství bylo v tehdejších socialistickém Československu, po stále hlasitějším volání po právu žen, v roce 1957 legalizováno interrupčním zákonem č. 68/1957, který byl v roce 1986 liberalizován do podoby, v jaké ho můžeme nalézt také dnes (Dudová, 2012, s. 15). Do té doby žena neměla osobní právo na legální umělé přerušování těhotenství, záviselo na rozhodnutí tzv. interrupčních komisí (Cigánek, 2010, s. 35; Dudová, 2012, s. 15). Žena si také musela uhradit část výloh za provedený výkon, tato částka se pohybovala v rozmezí od 500 do 700 Kčs,- (Baran, 1994, s. 21).

Na textu zákona o legalizaci interrupce se podílela skupina odborníků, včetně MUDr. Miroslava Vojty, který byl hlavní odborník na gynekologii a porodnictví. Debata o interrupčním zákoně byla od začátku spjata s problémem antikoncepce. V té době v Československu buď neexistovala anebo byla nedostupná. MUDr. Miroslav Vojta spolu s dalšími v tomto zákoně viděli pouze dočasné řešení, než bude dostupná účinná (ženská) antikoncepce (Dudová, 2012, s. 46).

Interrupce byla podle zákona č. 68/1957 možná za daných podmínek, a to schválení speciální komisí, existencí zdravotních nebo „jiných závažných“ důvodů (Černý, 2003, s. 16). Zárok by měl být proveden v nemocnici anebo v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Zdravotní a „jiné závažné důvody“ specifikovaly vyhlášky/výnosy Ministerstva zdravotnictví. Podle vyhlášky/výnosu Ministerstva zdravotnictví č. 71/1957 byly za jiné závažné důvody považovány například situace, kdy žena byla starší 40 let, těhotenství byl následek znásilnění nebo jiného trestného činu anebo pokud nastala obtížná situace neprovdané ženy. Dále mohlo jít o ztrátu manžela či jeho závažný zdravotní stav. V neposlední řadě mohla před komisí sehrát roli v žádosti také finanční situace (Kabrhel, 2013; Dudová, 2012, s. 46).

Komise, jež rozhodovala o osudu počatého dítěte, měla tři členy. Dva z nich byli zdravotnickými pracovníky, tedy odborníky, kteří dané problematice rozuměli, a jeden člen

byl laik. Většinou jím byla důvěryhodná žena, kterou jmenoval okresní národní výbor. Od roku 1962 do komise přiřadili dva členy národního výboru a porodníka či gynekologa. Pokud těhotenství trvalo déle než 3 měsíce, byl to důvod proti legální interrupci. Taktéž za důvod „proti“ bylo považováno podstoupení interrupce v uplynulých 6 měsících. Za výjimečnou situaci bylo považováno těhotenství, které by ženu mělo ohrozit na životě anebo závažná dědičná porucha některého z rodičů (Dudová, 2012, s. 47).

Postupem času, koncem 70. let, se lidé proti komisím začali bouřit. Tento veřejný nesouhlas se stal základním kamenem reformy o interrupčním zákoně (Kabrhel, 2013). Novela interrupčního zákona, která vstoupila v platnost 1. června 1987, s sebou přinesla také některé zásadní změny. Jednou z těch nejzásadnějších bylo zrušení interrupčních komisí (Baran, 1994, s. 21). K reformě přispělo také objevení metody tzv. „miniinterrupce“, která se v Československé republice začala používat od roku 1977 (Dudová in Šmídová, 2012, s. 97). Tento zákrok spočíval v odstranění obsahu dutiny děložní pomocí vakuumaspirace. To však mohlo být provedeno pouze do 8. týdne těhotenství. Když ženy předstupovaly před potratové komise, problém tkvěl v tom, že musely čekat na schválení žádosti i několik týdnů a často se stávalo, že těhotenství ženy překročilo 8. týden těhotenství a provést miniinterrupci již nebylo možné (Černý, 2003, s. 17).

2.3 Roe vs. Wade

Velkou roli v celosvětovém měřítku sehrála kauza Roe vs. Wade, která byla mezníkem právního rozhodnutí vydaného 22. ledna 1973, ve kterém Nejvyšší soud USA zrušil v Texasu protiinterrupční zákon, čímž efektivně započal proces povolení interrupcí napříč nejen celé Ameriky (Brown, 2019, s. 42; Filipovic, 2020, s. 94). Před touto kauzou byly interrupce protizákonné v celé zemi od konce 19. století. Soud rozhodl, že právo ženy na potrat bylo zakotveno v 14. dodatku k Ústavě (Brown, 2019, s. 11; History, 2018).

Kauza začala v roce 1969 v Texasu, když dvacetiletá žena jménem Norma McCorvey neboli Jane Roe chtěla zažádat o ukončení nechtěného těhotenství. Sama vyrostla v chudých poměrech, týraná těmi nejbližšími (Filipovic, 2020, s. 94). Ve státě Texas byl potrat nelegální a mohl být proveden pouze za předpokladu, že by těhotenství ohrožovalo život ženy (Brown, 2019, s. 11). V té době zde byla možnost tzv. „potratové turistiky“, za účelem vycestovat do země, kde byla interrupce legální a tam ji také podstoupit. Další možností bylo tajně zaplatit vysoký honorář jednomu z amerických gynekologů, který by byl ochoten potrat provést (Pakter in Levine, 1999, s. 199). Někteří gynekologové prováděli interrupce na

základě diagnostikovaných psychiatrických onemocnění ženy, které byly však jen záminkou pro legální potrat (Casey, 2019, s. 5). Tyto možnosti byly pro McCorveyovou jako pro mnoho dalších žen nedostupné (Pollitt, 2018, s. 10). McCorveyová již předtím porodila dvě děti, které dala k adopci. Požádala tedy právničky Lindu Coffeovou a Sarah Weddingtonovou, aby ji v tomto soudním procesu zastupovaly. Obě ženy bojovaly za změnu protiinterrupčního zákona. V soudním sporu si McCorveyová, v domnění, že jí to pomůže k legálnímu potratu, vymyslela, že byla znásilněna. V této soudní při se proti nim postavil právník Henry Wade, okresní zástupce okresu Dallas, odpůrce potratů. V červnu 1970 okresní texaský soud rozhodl, že státní potrat je nezákonný a porušuje ústavní právo. Případ byl následně odvolán k Nejvyššímu soudu v USA, avšak mezitím, co McCorveyová čekala na rozhodnutí soudu, se již dítě narodilo, načež ho opět dala k adopci (Filipovic, 2020, s. 94). Po této kauze Wade prohlásil, že bude i nadále stíhat lékaře, kteří provádějí potraty (History, 2018).

22. ledna 1973 vydal Nejvyšší soud USA rozhodnutí (v poměru hlasů 7:2) a zrušil zákon o zákazu provádění interrupcí ve státě Texas (Dachovský, 2014, str. 21). Soud rozdělil těhotenství na tři trimestry a prohlásil, že volba ukončit těhotenství v první trimestru je pouze na svobodné volbě ženy. Ve druhém trimestru mohla vláda interrupce částečně regulovat, ty byly dovoleny v případech, pokud by těhotenství ohrožovalo ženu na životě (Raymond-Sidel, 2019, str. 2286). Ve třetím trimestru vláda nastavila podobná pravidla, kdy se snažila chránit plod, ale v nevyhnutelném případě, kdy plod ohrožoval zdraví ženy, mohlo být těhotenství ukončeno (History, 2018).

Norma McCorveyová se v 80. letech stala aktivistkou v prointerrupčním hnutí (Filipovic, 2020, s. 94). V polovině 90. let se však její život otočil o sto osmdesát stupňů, když se spřátelila s reverendem Phillipem Benhamem, vedoucím skupiny proti potratům, který měl své pracoviště hned vedle potratové kliniky, kde McCorveyová pracovala. Jejich přátelství ji natolik ovlivnilo a změnilo, že přestoupila na katolickou víru a sama se stala odpůrkyní potratů (Cal, 1995, s. 5). Od té doby se v mnoha zemích rozpoutaly vášnivé debaty a změny týkající se interrupční politiky. Sama Amerika dodnes zůstává v této záležitosti rozdělena na dva tábory.

2.4 Hnutí Pro-choice

Jedná se o hnutí překládané jako „pro volbu“, „pro svobodnou volbu“, kdy hlavním principem je svobodné rozhodování ženy ohledně jejího těhotenství a jejího těla. Žena si

zaslouží svou svobodnou životní volbu (Walsh, 2019, s. 32). To, aby se rozhodla podle svého nejlepšího svědomí, zda si dítě ponechat či nikoliv, je pro ženu velmi důležité (Bohatová, 2000, s. 10). Tento názor zastává velké množství feministických hnutí po celém světě. Snaží se předcházet neplánovanému těhotenství osvětou a edukací o vhodnosti užívání antikoncepce a plánování rodičovství. Interrupci berou až jako krajní řešení (English, 2019, s. 53).

Důležitou chvílí bylo v roce 1952 založení International Planned Parenthood Federation v Londýně, které se zasazovalo o osvětu ohledně antikoncepce, sterilizace, interrupce anebo také eutanázie (Dachovský, 2014, s. 22).

2.5 Hnutí Pro-life

Hnutí „pro život“ bylo založeno křesťansky smýšlející populací, která bojuje za ochranu nenarozeného lidského života. Je nutno zmínit, že se v současnosti na tomto hnutí nejvíce podílejí dvě světová náboženství, křesťanství a islám.

V České republice pod nimi funguje organizace Hnutí pro Život v ČR, která se snaží o rozšíření respektu k nenarozenému dítěti, usiluje o navrácení zodpovědnosti muže za ženu a dítě a pomáhá těhotným ženám v těžkých situacích (Sokačová, 2006). Ukončení těhotenství je pro zastánce této organizace vraždou nevinného života, který je třeba chránit, protože nikdo z nás si jej nedal, a proto nemá právo jej ani vzít. Práce pro-life hnutí se stává v poslední době komplikovanější, neméně tak ale, jako vyhlídka na smysluplnou právní ochranu nenarozených dětí (America, 2019, s. 8).

Významnou osobností, která se podílela v boji za práva a respekt k nenarozenému lidskému životu byl P. Paul Marx OSB, který založil největší protiinterrupční organizaci na světě – Human Life International (Levintova, 2019, s. 53). Taktéž stál v roce 1974 v Amsterdamu u vzniku Světové federace lékařů, kteří respektují lidský život (Dachovský, 2014, s. 22). Za tuto činnost ho papež Jan Pavel II. označil jako „apoštola života“ a řekl mu, že dělá tu nejzásadnější věc na světě (Dachovský, 2014, s. 7). Sám Marx označoval interrupci jako třetí světovou válku (Dachovský, 2014, s. 33).

3 METODY INTERRUPCE

V současné době se využívají různé způsoby umělého ukončení těhotenství. Můžeme je dělit na farmakologické a instrumentální. Záleží na délce trvání těhotenství, paritě, lokálním nálezem a zdravotním stavu ženy, jaký postup se ve výsledku zvolí (Čech, 2014, s. 462). Ženě by měly být poskytnuty informace ohledně výhod a rizik spojenými s jednotlivými druhy UPT (Bombin, 2019, s. 461). Pro ženu je při tomto výkonu velmi důležitá svoboda volby (Moreau et al., 2011, s. 225).

3.1 Metody UPT v I. trimestru těhotenství

Farmakologické ukončení těhotenství je možné do 8. týdne gravidity (do 49. dne od PM). Podává se ve formě tablety, která je známá pod pojmem „potratová pilulka“ neboli RU 486 (Campbell, 2018, s. 1). RU 486 byla vynalezena v roce 1980 ve farmaceutické firmě Roussel Uclaf. V polovině roku 2013 byl tento kombinovaný preparát pod názvem Mifegyne registrován také pro Českou republiku (Čech, 2014, s. 462). Obsahuje dvě účinné látky Mifepristone a Misopristol, které se postupně podávají (Grams, 2019, s. 8; Imširija, 2015, s. 34). Mifepristone se podává při první návštěvě u gynekologa. Je to antiprogesteron, který se váže na progesteronové receptory, načež dojde k jeho poklesu a endometrium i s embryem se odloučí, tím je těhotenství ukončeno (Campbell, 2018, s. 122). Poté se, při další ambulanci návštěvě, vaginálně podá prostaglandin PGE1 (Misopristol), který vyvolá kontrakce hladké svaloviny myometria, čímž se uvolní děložní hrdlo a vypudí embryo z dutiny děložní (Campbell, 2018, s. 122). K následné instrumentální revizi se přistupuje jen ve výjimečných případech (Indrová, 2017, s. 23). K provedení není potřeba hospitalizace, jen se s odstupem času (zpravidla do 14 dnů) provádí kontrola ultrazvukem, zda je dutina děložní opravdu prázdná (Slezáková, 2017, s. 160).

Miniinterrupce (vakuumaspirace) je chirurgický invazivní zákrok, kterým označujeme umělé ukončení těhotenství do 8. týdne gravidity, u prvorodičky do 7. týdne (Pilka, 2017, s. 157; Hájek, 2014, s. 245). Tímto způsobem se v ČR provádí většina interrupcí (Čech, 2014, s. 462). Vykonává se u krátkodobě hospitalizovaných žen v celkové anestezii (Čech, 2014, s. 463). Dochází k dilataci děložního hrdla, po kterém následuje aspirace plodového vejce z dutiny děložní podtlakovou sávkou (vakuumexhausce – aspirace) (Slezáková, 2017, s. 160; Das in Anjum, 2016, s. 2).

Pro šetrnější dilataci se používá metoda syntetických dilatátorů Dilapan, výhodná například u primigravidy nebo u většího těhotenství. Mínusem je časová náročnost a cenová

nedostupnost (Čech, 2014, s. 462). Rozlišujeme elektrovakuumaspiraci a manuální vakuumaspiraci, která se často používá v rozvojových zemích, kde nemusí být dostupný elektrický proud (Anjum, 2016, s. 2). U tohoto typu UPT bylo popsáno mnoho výhod, včetně jeho bezpečnosti a vysoké účinnosti (téměř 100 %), možnosti jej provést jako ambulantní zákrok, použití lokální anestézie, nižších nákladů a nižšího zdravotního rizika (Bombin, 2019, s. 462).

Při těhotenství od 10. týdne se někdy používají potratové kleště k vybavení větších plodových částí. U těchto gravidit je vhodná předchozí aplikace prostaglandinů – ve formě vaginálně aplikovaných tablet PGE2 (Prostin) anebo vaginálního gelu (Prepidil), ty se podávají jeden den před výkonem (Čech, 2014, s. 463). Následně se může aplikovat oxytocin ke zmenšení krevní ztráty a k podpoře děložních kontrakcí (Čech, 2014, s. 463). Většinou se po tomto výkonu provádí i tzv. revize dutiny děložní, kdy se kyretou z dělohy odstraní rezidua. Dříve se dělala pouze vakuumaspirace, ale nastávaly situace, kdy plod, který měl být potracen, přežil a zůstal v děloze. Hlavně však šlo o zbytky tkání, které v dutině děložní rovněž zůstávaly a mohly tak způsobit záněty a další komplikace (Černý, 2003, s. 11).

3.2 Metody UPT ve II. trimestru těhotenství

Umělé ukončení těhotenství ve II. trimestru (13–26. t. g.) v současnosti narůstá vzhledem k rostoucí frekvenci genetických vyšetření v těhotenství (Pilka, 2017, s. 158). Probíhá většinou farmakologickou nebo instrumentální cestou (Čech, 2014, s. 464).

Instrumentální dilatace hrdla děložního s následnou evakuací dutiny děložní se zahajuje přípravou děložního hrdla aplikací prostaglandinu či syntetických dilatátorů (Čech, 2014, s. 464). Následně se přistupuje k dilataci hrdla Hegarovými dilatátory a vybavení plodu potratovými kleštěmi. Tato metoda se v České republice ve vyšších týdnech těhotenství využívá jen okrajově (Pilka, 2017, s. 159). Některé výzkumy však ukázaly, že většina žen, pokud má na výběr, preferuje dilataci a evakuaci, protože je pro ně méně bolestivá a více přijatelná (Espey, 2019, s. 21).

Medikamentózní přerušení těhotenství ve II. trimestru probíhá za intraamniální aplikace prostaglandinu PGF_{2α} (dinoprostol – Enzaprost) (Indrová, 2017, s. 25). Indukci můžeme podpořit a urychlit dirrupcí vaku blan a aplikací oxytocinu. Velmi důležité je také zmírňování bolestí. V tomto případě se může aplikovat i epidurální analgezie. Po ukončení potratu se opět provádí revize dutiny děložní. Vhodná je také aplikace uterotonik k lepšímu zavinování dělohy a menší ztrátě krve (Čech, 2014, s. 464). Poté se potracený plod odesílá

na pitvu na histologické vyšetření (Slezáková, 2017, s. 160). V České republice je to nejvíce používaná metoda ukončení těhotenství ve II. trimestru (Pilka, 2017, s. 159).

Při nezdařených pokusech o indukci potratu nad 16. týden gravidity se velmi výjimečně přistupuje také k operačnímu řešení sectio caesarea minor. Což je obdoba klasického císařského řezu. Provádí se primárně jako akutní život zachraňující úkon při náhlém silném krvácení (Čech, 2014, s. 464).

4 KDY SE ČLOVĚK STÁVÁ LIDSKOU OSOBOU?

S možností interrupce přichází také zásadní otázka, na kterou existuje množství pohledů. Ta otázka zní „kdy se člověk stává člověkem?“ (Jones, Molinary, 2018, s. 37; Barretto, 2017, s. 2). Od jaké doby ho můžeme brát za lidskou osobu, která má právo na život? Je člověkem již embryo od splynutí gamet anebo se člověkem stáváme až jako novorozenci po porodu? Nebo snad ještě později?

Pro úplnost této rozvahy musíme připomenout, že i v současné době se někteří lidé dožadují tzv. „post-natal abortions“ či „after-birth abortions“. To znamená, že se prosazují o možnost usmrcení dítěte klidně i měsíc po porodu, pokud by matka v průběhu těhotenství změnila názor a zjistila, že ji dítě vysaje po všech stránkách, jak emocionální, tak časové, psychické atd. (Giubilini in Vácha, 2017, s. 362). Alberto Giubilini a Francesca Minerva tvrdí, že neexistují žádné významné rozdíly mezi plodem a novorozencem, protože nevlastní dostatečné mentální vlastnosti, které ho kvalifikují jako osobu. Zejména Giubilini a Minerva se zabývají případy fetálních defektů, které nejsou známy až do narození dítěte nebo tím, když při porodu nastane komplikace a vznikne tak poškození dítěte na základě asfyxie (Manninen, 2013, s. 330).

V současné filozofii můžeme nalézt dva hlavní přístupy, týkající se otázky osobnosti a toho, kdy začíná lidský život. Tím je empirický funkcionalismus a ontologický personalismus (Voas, 2018, s. 350).

4.1 Empirický funkcionalismus

Empirický funkcionalismus vychází z hypotéz, že lidskou osobou se člověk stává na základě určité kognitivní kapacity. Jsem osobou, pokud mám vědomí sebe sama a můžu si svobodně zvolit (Vácha, 2012, s. 49). Jak však můžeme tvrdit, že zygota touto schopností již disponuje? (Pascal, 2012, s. 23). Zde tedy není prostor označovat embryo, fétus, novorozence ani staré či těžce mentálně postižené lidi za osobu (Holub, 2019, s. 212). Další hypotéza předpokládá, že osobou je každý, kdo je schopen rozeznat dobro od zla, celkově tedy prokazuje schopnost morálního rozvažování. Třetí hypotéza se zakládá na schopnosti vnímání radostí a bolestí. Tady přichází prostor pro přijetí embrya, fétu a novorozence za lidské osoby. Poslední předpoklad konstatuje, že osobou se stáváme, když vstupujeme do tzv. „sociálního matrixu“. Jako příklad takového vstupu embrya do společnosti můžeme uvést ultrazvukové vyšetření, kdy jej maminka poprvé vidí na obrazovce (Vácha, 2012,

s. 49-51). Tento směr zastává názor, že embryo není nic víc než shluk buněk, a teprve následný vývoj ho dostane do stádia, kdy se stane osobou (Vácha, 2012, s. 197).

4.2 Ontologický personalismus

Přestože poslední hypotéza empirického funkcionalismu vstupu do tzv. „sociálního matrixu“ zcela nesouzní s předešlými třemi, mohli bychom ji zařadit také do ontologického personalismu (Vácha, 2012, s. 52-53). Ten pracuje s myšlenkou, že ačkoliv zygota, fétus nebo novorozenec aktuálně nedisponují vlastnostmi jako je svoboda, vůle, jazyk a sebeuvědomování, tak potencionálně jimi v průběhu vývoje disponovat mohou (Vácha, 2012, s. 52-53). Tento směr zastává názor, že v embryu jsou již všechny potřebné genetické a individuální vlastnosti pro vznik osoby (Bermeo-Antury, 2016, s. 207). Na argument, že embryo je jen shluk buněk, ontologičtí personalisté oponují myšlenkou, že to je sice pravda, ale dospělý člověk je také „jen“ shlukem buněk (Vácha, 2012, s. 198-199). Přisuzuje tedy status osoby již rannému embryu (Vácha, 2017, s. 362; Jouve de Barreda, 2013, s. 99; Voas, 2018, s. 350).

4.3 Biologický pohled

Mimo čistě filozofický pohled se na vznik jedince můžeme zaměřit z biologického úhlu pohledu. Vědecké studie dospěly k závěru, že embryo již obsahuje všechny lidské složky (Lazar, 2012, s. 371). Český embryolog Petr Hach ve svém článku uvádí, že: *„Individuum vzniká tehdy, když se poprvé objeví živý subjekt, nadaný jedinečnou a neopakovatelnou kombinací molekul deoxyribonukleových kyselin v soustavě chromozomů typických pro člověka, který je vybaven odpovídajícími antigenními vlastnostmi povrchové membrány. Tato situace vzniká při oplození, kdy rekombinací samčího a samičího prvojádra vzniká nový jedinec v jednobuněčném stadiu svého vývoje. Postupné uplatňování všech vývojových potencií podle zakódovaného pořádku pak vede k vývoji lidského jedince schopného samostatného života.“* (Hach, 2002, s. 9)

Způsob, jakým se Petr Hach dívá na věc, nás dále přivádí k otázce, jak je to s jednovaječnými dvojčaty, jejichž vznik je možný až do 14. dne po oplození? Kdy skutečně můžeme mluvit o vzniku individua? Mnozí odborníci zastávají názor, že embryo se stává osobou právě v této chvíli. Zároveň v tomto období vznikají první nervové buňky. Do této chvíle tedy embryo nemohlo cítit ani bolest, ani radost. Liberální společnost však považuje až novorozence za nositele plných lidských práv a až jeho zabití je považováno za vraždu

(Vácha, 2008, s. 217). Někteří embryologové také diskutují o tom, že mezníkem v počátku lidské duše je vývoj šedé kůry mozkové, která nás odlišuje od ostatních živých bytostí. Tento vývoj začíná až mezi 24.-32. týdnem těhotenství (Bohatová, 2000, s. 16-17).

5 LEGISLATIVA INTERRUPTCE

Bioetické a právní aspekty těhotenství a jeho dobrovolného přerušení bývají tématem, kolem něhož se vedou rozsáhlé diskuze a které vyvolávají ostré spory. Zvláště ti, kteří jsou skeptičtí k legitimitě jakéhokoliv zásahu, který způsobí potrat, a kteří v rámci tohoto tématu zastávají spíše restriktivní názory, obvykle tvrdí, že embryo už je subjekt mající nárok na ochranu od momentu oplodnění. Tento názor se tak dostává do konfliktu s jiným, jehož zastánci jsou shovívavější a svou pozornost soustřeďují na práva a integritu žen a staví je nad ochranu embrya, přinejmenším do určitých stádií jeho vývoje. V tomto smyslu se diskuze kolem potratu dostává do slepé uličky, jelikož se proti sobě staví práva žen (zdraví, vlastní tělo, vlastní život atd.) a práva na život embrya od okamžiku oplodnění. Každá společnost a každá kultura nastavuje práh, který označuje okamžik zrodu života, kdy začne podléhat ochraně, podle jiného měřítko (Morán Faúndes, 2014, s. 152).

Navzdory tomu, že subjektivace embrya (tzn. přiřazení embryu statusu subjektu) je skutek moci, čin zprostředkovaný danou kulturou a sociálně vykonstruovaný, ti, kteří odmítají právo na potrat, mnohokrát staví své argumenty na ujištění, že už embryo je objektivně a nepochybně subjekt morálně hodnotitelný, který má nárok na lékařskou a právní ochranu už od momentu početí. Už skutečnost, že zygota v sobě nese genetickou informaci, která se bude množit v každé z buněk, které se budou vyvíjet během procesu tvoření těla individua, znamená pro některé vědecký důkaz o tom, že život člověka začíná v okamžiku početí. Argumentují proto, že život zygoty už je životem, který podléhá morálnímu hodnocení a péči. Takto se pro některé oplodnění stalo okamžikem, který by se mohl jevit jako mezník, který by nepochybně označoval zrod subjektu, osoby. Přiřazení této hodnoty oplodněnému vajíčku má svůj původ v nových vizualizačních technologiích, které zygotu dostaly do ohniska zájmu, kdy je možné vidět proces oplození prostřednictvím obrázků získaných v laboratoři (Morán Faúndes, 2014, s. 153).

5.1 Legislativa interrupce v České republice

Navzdory stále rozvinutější a dokonalejší lékařské péči, pokroku a nových poznatků v oboru porodnictví a neonatologie, včetně vzniku nového oboru perinatologie v 90. letech 20. století a rozvoje prenatální diagnostiky, legislativní rámec interrupce zůstává již léta neměnný (Plavka, 2017, s. 520). Tato problematika je zakotvena v zákonu č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, který se dále řídí prováděcí vyhláškou č. 75/1986 Sb. Zákon je tak situován do již neexistující České socialistické republiky. V příloženém seznamu

indikací k interrupci proto můžeme nalézt stavy, které odráží dobu vzniku a které nejsou zcela aktuální (Čepický, 2005, s. 28). V České republice jsou nastolené poměrně liberální podmínky k podstoupení tohoto zákroku. Žena má právo na svobodu volby ohledně jejího těhotenství do 12. týdne gravidity. Pokud je diagnostikována vrozená vývojová vada plodu, toto období, kdy je možné podstoupit interrupci, se posouvá do 24. týdne těhotenství. Výjimečnými případy jsou situace jako je ohrožení života matky nebo prokázaná vývojová vada neslučitelná se životem. To je indikací k podstoupení interrupce kdykoliv v průběhu těhotenství (Slezáková, 2017, s. 159). Opět se zde však střetává názor na práva nenarozeného dítěte a práva matky. Někteří mohou argumentovat i v těchto závažnějších případech tím, že ne všechno, co je legální a kde je dobrý úmysl, je však morálně přijatelné (Redondo Calderón, 2012, s. 695).

5.2 Právní status embrya

U počatého dítěte biologické prvky člověka nepostačují k tomu, aby čelily bioetickým otázkám, které vyvstávají kolem pojmu „člověka“, ale je nutné přesně definovat vlastnosti člověka a teologické, filozofické a právní aspekty, které lze připsat každé osobě (Jouve de Barreda, 2013, s. 91).

S okamžikem narození je spjat vznik právní osobnosti s nabytím veškerých práv. Od té chvíle se na novorozence pohlíží jako na lidskou bytost. Do té doby je, dle trestního práva, dítě považováno za součást těla matky. Nicméně, v návaznosti na čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.), který uvádí, že „*lidský život je hoden ochrany již před narozením*“, můžeme říci, že život nenarozeného dítěte je ústavně chráněnou hodnotou (Prudil, Zemandlová, 2017, s. 576). Otázkou tedy zůstává, zda se spolu s prenatálním vývojem má zvyšovat míra intenzity ochrany dítěte (Prudil, Zemandlová, 2017, s. 575).

5.3 Deklarace práv počatého dítěte

Dokument, který byl vyhlášen 22. listopadu 1999 v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, zastává právo na život dítěte už od počátku jeho vzniku a domáhá se jeho spravedlivé právní ochrany. Deklarace práv počatého dítěte vychází ze všeobecné deklarace lidských práv OSN, Deklarace práv dítěte, Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod a Úmluvy o právech dítěte. Kromě názoru, že každý má právo na život a každý život si zaslouží úctu již od svého vzniku, autoři tohoto textu jdou dál a přičítají dítěti i další jiná

práva. Například čl. 8, odst. 1 uvádí, že „*Počaté dítě má právo dědit a být obdarované.*“
(Karas, 2008)

6 NÁBOŽENSKÝ POHLED NA NENAROZENÝ LIDSKÝ ŽIVOT

Pohled na nenarozené dítě a celkově na důstojnost a jedinečnost lidského života je v každé kultuře a náboženství důležitý a specifický. Dává určitý přesah nad věci jen čistě medicínské, historické, právní, sociální či psychologické. Právě náboženské přesvědčení v mnoha zemích definuje právní postoj k umělému ukončení těhotenství.

6.1 Islám

Korán přímo nezmiňuje potrat, ani nám nedává odpověď na otázku, jaký je status embrya (Vácha, 2017, str. 364). Mnozí islámští teologové povolují interrupci do 40. dne těhotenství, někteří dokonce až do 120. dne vývoje plodu (Hossam, 2012, s. 131). To je časovým obdobím, kdy prorok Mohamed řekl, že duše vstoupí do nenarozeného dítěte v lůně matky (Brian, 2018, str. 12). Přestože neexistuje všeobecný souhlas s potratem, neexistuje ani jeho absolutní zákaz. Islám tak nedává žádný jednoznačný příkaz v otázce interrupce (Ekmekci, 2017, s. 887).

Islám však dovoluje ukončení těhotenství za určitých podmínek. Na tuto problematiku nahlíží z etického hlediska, které zahrnuje stanovení definice života, viability plodu, konceptu duše (ruah) a práva plodu a jeho rodičů (Athar, 2016, s. 40). Bioetické otázky ve světě islámu podmiňuje náboženské právo šaría (Franc, 2018, s. 97). Ta byla zjevena Bohem, aby hodnotila každý aspekt lidského života, a přitom je navržena tak, aby ochraňovala život muslima, jeho mysl, soukromé vlastnictví a svobodu náboženského vyznání. Princip islámské medicíny spočívá v posvátnosti lidského života (Athar, 2016, s. 40). „*A kvůli tomuto jsme předepsali dítkám Izraele, aby ten, jenž zabije jednoho člověka – nikoliv pro pomstu na někom anebo za to, že šířil pohoršení na zemi – byl souzen, jako by zabil lidstvo veškeré. A aby ten, kdo oživí jednoho, byl posuzován, jako by oživil lidstvo veškeré. A přišli k nim již dříve poslové naši s jasnými důkazy, avšak mnozí z nich i potom se dopouštěli přestupků na zemi.*“ (Korán, Al-Maidah, 5:32)

Islámská lékařská etika uvádí, že nutnost má přednost před zákazem, že si člověk musí zvolit menší z těchto dvou zel, že veřejný zájem má přednost před individuálními zájmy a že je třeba se co nejvíce vyhnout škodě. Muslimští etikové tvrdí, že samotný počátek je jasnou a dobře definovanou událostí v biologii; že plod má známky růstu, který bude pokračovat, dokud nebude ukončen. Proto většina nábožensky nakloněných etiků věří, že život začíná na počátku, při oplození (Athar, 2016, s. 40).

Imám al-Ghazálí tvrdí, že ukončení těhotenství znamená ukončení existence lidské bytosti. Po oplodnění vajíčka se embryo připravuje na přijetí života. Zabránit mu, aby přijal život, by byl hřích (IslamWeb.cz).

Rozdíly v islámu ohledně potratů přetrvávají dodnes, včetně přísnějšího postoje, který přináší Malikiho škola. Ta potrat zakazuje z jakéhokoli důvodu, s výjimkou případů, kdy je těhotenstvím ohrožen život matky (Brian, 2018, str. 12). Snaha o záchranu života je jedním z nejdůležitějších islámských konceptů (Oehmke, 2019, s. 4). Všechny islámské země umožňují interrupci v případě ohrožení života ženy, i když skutečný přístup k ní není vždy zaručen (Guillaume, Rossier, 2018 s. 240).

6.2 Židovství

Potrat je jedním z nejkontroverznějších etických problémů nejen židovské kultury. Halacha (židovský posvátný zákon) klade velký důraz na hodnotu lidského života a vnímá každý lidský život jako nekonečně vzácný. Nicméně, na plod je nahlíženo jako na „předživot“ spíše než jako na plnohodnotný život jako takový (Guillaume, Rossier, 2018, s. 240). Přestože se plod nerovná plnohodnotné lidské bytosti, halacha tomuto potencionálnímu životu dává určitá práva a je všeobecně považován za nedotknutelný (Khorfan, 2010, s. 100). Nabytí všech práv získává až novorozenec po porodu (Guillaume, Rossier, 2018, s. 240).

V židovském náboženství znamená reprodukce a výchova nových generací základní lidskou povinnost (Guvercin, 2017, s. 331). Vždyť, když Bůh stvořil muže a ženu, řekl jim: „*Plod'te a množte se a naplňte zemi.*“ (Genesis, 1,28)

Rabín Weinberg dospěl k závěru, že právní základy halakhických námitek proti potratům jsou nejasné. Pro pozitivistický právní systém jako je halacha, neexistence definitivního právního postoje pro potraty představuje vážné potíže (Barilan, 2005, s. 1). Judaismus však všeobecně potraty zakazuje, na rozdíl třeba od umělého oplodnění (Vácha, 2017, s. 364). Interrupce se považuje za závažný přestupek, ne však za vraždu (Guvercin, 2017, s. 331).

V Izraeli jsou interrupce povoleny od roku 1977, ženy zde podstoupí asi 15 000 až 20 000 legálních potratů ročně, aktivisté odhadují, že alespoň stejný počet interrupcí proběhne nelegální cestou (Crotts, 2019, s. 46). Žena musí nejprve získat povolení od lékařské komise (ta se skládá z gynekologa, jiného lékaře a sociálního pracovníka), aby

mohla podstoupit legální potrat (Billauer, 2017, s. 314). Povolení může dostat, pokud je nesezdaná, pokud je mladší 17 let nebo naopak starší 40 let, pokud jsou u plodu odhaleny vývojové vady anebo pokud plod představuje riziko pro tělesné či psychické zdraví ženy (Guillaume, Rossier, 2018, s. 240; Crotts, 2019, s. 48). Židovské ženy tvoří většinu, přičemž tuto možnost využívají také palestinské ženy ze Západního břehu, které tak využívají přístupné izraelské zákony o potratech, protože palestinská samospráva tento postup přísně omezuje (Crotts, 2019, s. 46).

Stejně jako ve všech životních záležitostech, pokud jde o interrupci, judaismus nemluví o právech, ale o povinnostech. Dalo by se to vyjádřit myšlenkou, že všechno, co nám prospívá, není námi, ale je to spíše dar, který jsme odpovědni používat ve službě něčemu vyššímu, než jsme my sami. Judaismus učí, že máme základní povinnost jednat vůči ostatním odpovědně. Jádro věci v této otázce zní: odpovědnost. Výslovné odsuzování potratů se v Bibli neobjevuje, nejbližší je však úryvek druhé knihy Mojžíšovy 21:22-23: *„Když se muži budou rvát a udeří těhotnou ženu, takže potratí, ale nepřijde o život, musí pachatel zaplatit pokutu, jakou mu uloží muž té ženy; odevzdá ji prostřednictvím rozhodčích. Jestliže o život přijde, dáš život za život.“* Problém zde souvisí s právem otce mít potomka a nikoli se smrtí plodu. Jak zdůraznil konzervativní teolog John Connery, plod neměl v hebrejském právu stejný status jako matka, jinými slovy, neměl morální hodnotu člověka (Lugo, 2018, s. 80).

Jedním ze zastánců nenarozeného života je Ben Shapiro, konzervativní komentátor, který se identifikuje jako pravoslavný Žid. Ten se dlouho prosazuje v boji za omezení potratů. Tvrdí, že judaismus je v „pro-life“ politickém táboře (Sherman, 2019, s. 1). Rabbi Moshe Feinstein, mající jeden z nejpřísnějších moderních názorů na potrat, považuje interrupci ve většině případů podobnou vraždě. Podle jeho názoru musí existovat jasný důkaz, že smrt matky je téměř jistá, pokud má být abort povolen. Ale i Feinstein souhlasí s tím, že pokud je ohrožen život matky, je potrat halachickou nutností (Sherman, 2019, s. 2).

6.3 Křesťanství

Křesťanské učení zastává názor, že lidský život je posvátný dar (Crescio, 2015, s. 57). Nikdo nemá právo způsobit smrt nevinnému lidskému stvoření, protože Bůh je Pánem nad životem člověka, kterého utvořil ke svému obrazu a podobě (srov. Gn 1, 26-28). Žádná lidská bytost se nepovažuje za produkt náhody, ale jako touha Boha po svém obrazu

v každém člověku. Je třeba respektovat důstojnost každé lidské bytosti, a pokud jí hrozí porušení, je třeba ji chránit (Oehmke, 2019, s. 175).

Pokud jde o filosofický náhled na to, kdy se jedinec stává osobou, katolická církev se ztotožňuje s ontologickým personalismem, jež zastává názor, že osobou se člověk stává již při vzniku zygoty. Důsledkem tohoto přesvědčení je fakt, že je církev odpůrcem potratů, využívání embryí k terapeutickému klonování, nebo třeba k likvidaci nadpočetných embryí (Vácha, 2017, str. 365).

Interrupce může být v rámci tohoto učení odůvodnitelná pouze tehdy, pokud je život matky akutně ohrožen pokračováním těhotenství (Oehmke, 2019, s. 175). Celkově je však v církvi interrupce vnímaná jako fyzická a duchovní smrt dítěte (Dachovský, 2014, s. 32). Podle některých výzkumů ženy, které byly nábožensky smýšlející a podstoupily potrat a považovaly za relevantní důvod svého rozhodování své socioekonomické podmínky, věřily, že mají na potrat právo a odvolávaly se na Boží pochopení situace, kdy pro ně nebylo možné dítě donosit (Dos Santos, 2016, s. 4).

Jan Pavel II. zastával názor, že velkou zodpovědnost v této záležitosti na svá bedra kladou lékaři a zdravotníci, kteří své znalosti získali pro to, aby život chránili, ale často se, podle jeho slov, stává, že je využívají spíše ve prospěch služeb smrti (Jan Pavel II, 1995, str. 76).

Evangelium Vitae je papežská Encyklika, ve které Jan Pavel II. apeluje na důstojnost a hodnotu lidského života. Popisuje, že: „*Věda a technika poskytují ve svém rozvoji stále nové prostředky a nabízejí tím zároveň nové způsoby, jak útočit na důstojnost člověka. Vytváří se a upevňuje nová kulturní situace, ve které zločiny proti lidskému životu dostávají dosud nevídanou, a je-li to vůbec možné, ještě mnohem horší podobu. Z toho vyplývají nové závažné problémy: neboť i veřejné mínění omlouvá z velké části zločiny proti životu s odůvodněním, že jednotlivec má právo na svobodu. Vidí problém v tom, že se stále hůře a obtížněji chápe rozdíl mezi dobrem a zlem v těch věcech, které se dotýkají základního dobra lidského života.*“ (Jan Pavel II., 1995, str. 10)

Také papež František se ve své Encyklice Laudato si' věnuje této tématice, kde prohlašuje, že je potřeba chránit veškerý lidský život, a to jak na jeho počátku a v průběhu, tak na jeho konci (Vácha, 2017, s. 365). Mimo jiné zde říká, že: „*Každý z nás je plodem Boží myšlenky. Každý z nás je chtěn, každý je milován, každý je nezbytný.*“ (Benedikt XVI. in papež František, 2015, s. 43) Na problém přijetí nového lidského života naráží

v celospolečenském kontextu třeba i Benedikt XVI. V apoštolské exhortaci, kde píše: *„Ztrácí-li se osobní a společenská vnímavost k přijímání nového života, ochabují i jiné formy přijetí užitečné pro společenský život.“* (Benedikt XVI., 2009, str. 36)

O ochranu nenarozeného života se v dějinách církve prosazovalo mnoho laiků, řeholnic, kněží i papežů. Ve velké míře se v boji o práva sotva počatých zasloužil papež Jan Pavel II. a Matka Tereza. Její nejznámější výrok ohledně potratů pronesla ve Washingtonu roku 1994:

„Cítím, že potrat je dnes největším nebezpečím pro mír, protože to je válka vedená proti dítěti – přímá vražda nevinného vykonaná samotnou matkou. A když dopustíme, že matka může zabít dokonce své vlastní dítě, jak můžeme po jiných lidech chtít, aby se nezabíjeli navzájem?

(...) Země, která potraty povoluje, neučí lidi milovat, ale používat násilí k dosažení svých cílů. A proto je potrat úhlavním nepřítelem lásky a míru. Spousta lidí se zabývá problémy dětí v Indii, v Africe, kde některé umírají hladem. Jiní jsou zase znepokojeni násilím po celých Spojených státech. Je dobře, že se tím zabývají, ale často se ti stejní lidé nestarají o milióny těch, kteří jsou zabiti na základě záměrného rozhodnutí jejich vlastních matek. Potrat je největším nebezpečím míru na světě, protože lidi zaslepuje.“ (Matka Tereza, z projevu ve Washingtonu v r. 1994)

7 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD

Odhalení chromozomálních vad je možné jen díky invazivním metodám (aminocentéza, CVS, kordocentéza), které však není možné provádět u všech těhotných, protože mohou způsobit poškození či ztrátu plodu (Calda, 2017, s. 136). Základ prenatální diagnostiky vrozených vývojových vad plodu spočívá v zobrazovací ultrazvukové a laboratorní, biochemické a molekulární diagnostice (Calda, 2014, s. 99). K tomu, abychom vyhledávali těhotné s rizikem aneuploidií a těhotenských komplikací, využíváme screening, který usnadňuje odhad tohoto rizika (Stapleton, 2019, s. 310).

Neinvazivní prenatální diagnostika (volná fetální DNA v mateřské plazmě) se využívá ke stanovení RhD a pohlaví plodu, také ke screeningu, ne však k diagnostice, aneuploidií (Calda, 2014, s. 99).

7.1 Screening vrozených vývojových vad plodu

V dnešní době je v průběhu těhotenství rutinou, že se téměř každá nastávající matka dostaví na screening vrozených vývojových vad. Pro některé však tato možnost více než benefit představuje etickou otázku, proč podrobovat plod screeningu, když mají zcela jasno v tom, jak by postupovali při zjištěné patologii plodu a že by to jejich názor na zachování těhotenství nezměnilo. Je nutno zmínit, že screening není povinný.

„Vrozené vývojové vady jsou patologické odchylky od fyziologického vývoje embrya či plodu.“ (Polák, 2017, s. 10) Některé anomálie jsou mírné a neovlivňují zásadním způsobem život postiženého jedince. Další vady mohou být závažnější či můžou způsobit přímo smrt embrya. Prenatální diagnostika tak zastává roli sekundární prevence (Polák, 2017, s. 10).

Screening slouží k vyhledávání těhotných se zvýšeným rizikem konkrétní patologie. V dalším kroku je těmto ženám nabídnuto diagnostické vyšetření, při kterém se přítomnost vady buď vyloučí, nebo potvrdí (Calda, 2014, s. 100). V případě zjištění vývojové vady je nutno, aby lékař či genetik podal budoucím rodičům pravdivé informace o klinickém obraze dané patologie a nabídl jim možné řešení. Úkolem fetální medicíny není pouze odhalit patologii plodu a následně doporučit přerušení těhotenství (Lubušký, 2018, s. 51). Měli by rodičům vysvětlit „o co jde“ a „jaké jsou další možnosti“ (Polák, Kovaříková, 2011, s. 19).

Kompetence k provedení screeningu má buď ošetřující gynekolog anebo ženu odesílá do pracovišť prenatalního screeningu (Šantavý et. Al, 2014, s. 20). Standartně se provádí screening v prvním trimestru (kombinovaný test), kterým se na základě ultrazvukového vyšetření spolu se stanovením biochemických markerů v séru těhotné odhalí riziko častých trizomií (chromozomů 21 – Downův syndrom, 18 – Edwardsův a 13 – Patauův syndrom) (Vlk, 2018, s. 50). Ultrazvukovým vyšetřením můžeme odhalit další genomické či genomové mutace nebo multifaktoriální vady (Šantavý et al., 2014, s. 19). Tento screening lze začít již v 10. týdnu těhotenství. Tehdy je možno provádět odběr krve na vyšetření biochemických markerů kombinovaného testu (PAPP-A, free beta-hCG), vhodný čas k tomuto vyšetření je od 11. do 14. týdne gravidity. Provedení biochemického screeningu ve II. trimestru je ideální v 15.-17. týdnu těhotenství (Šantavý et. Al, 2014, s. 20).

„Efektivitou screeningu se myslí dosažení co nejvyššího stupně detekce (procento postižených plodů, které jsou testem, resp. danou koncepcí screeningu označeny za pozitivní) při co nejnižší falešné pozitivitě (procento zdravých plodů, které jsou testem označeny za pozitivní).“ (Roztočil, 2017, s. 136)

Mezi podmínky provádění primárního screeningu patří také vysoká senzitivita a specifická. Test by měl být schopný identifikovat 100 % vrozených vývojových vad a měl by být negativní u všech nepostižených těhotenství (Calda, 2014, s. 100). Lékař by měl mít jistotu, že při pozitivním nálezů je plod skutečně postižen a při negativním naopak postižen není. Doposud však žádný takový test nebyl objeven a žádné screeningové testy nedokážou s jistotou určit, zda bude plod poškozen. V praxi jsou kombinovány různé druhy testů, které se navzájem doplňují (Calda, 2017, s. 136). Provedení screeningu by nemělo být ekonomicky příliš nákladné, musí být bez vedlejších negativních účinků na matku a plod, mělo by být jednoduché a snadno proveditelné. Taktéž nesmí působit bolest či nepříjemné pocity (Loucký, 2017, s. 21-23).

Vzhledem k tomu, že cíl tohoto typu screeningu je definován pomocí subjektivnějších kritérií umožňujících účastníkům rozhodovat se o jejich reprodukci, což je pro ně velmi důležité, je posouzení jeho rozsahu mnohem náročnější než u jiného plošného vyhledávání v populaci (Stapleton, 2019, str. 312).

7.2 Screening Downova syndromu

Mezi nejčastější chromozomální aberace plodu patří trizomie 21, Downův syndrom. Incidence je 1:750–1000. Mezi jeho hlavní rysy patří typický vzhled obličeje a hlavy

(kraniofaciální dysmorphismus), různé stupně mentální retardace, hypotyreóza, vrozené srdeční vady, gastrointestinální problémy, oční anomálie, poruchy sluchu a imunodeficience (Tuba Kaplan, 2019, s. 232).

Riziko Downova syndromu se vyhledává na základě kombinovaného prvotrimestrálního screeningu, který si však žena musí platit sama. Pokud těhotná nepodstoupí tento screening, měla by se dostavit alespoň na screening, který se provádí ve II. trimestru, kde se provádí tripple-test (vyšetřuje se AFP, hCG a uE3) (Marešová, 2018, s. 254).

Screening Downova syndromu se zakládá na výsledcích jednotlivých testů (věk, biochemický screening a ultrazvukové vyšetření), které po vyhodnocení těchto dílčích testů vyhodnotí míru rizika. Následně pak porovnává toto riziko postižení plodu s rizikem invazivní diagnostické metody. Mezi sérologické markery zvýšeného rizika Downova syndromu patří nižší hladina mateřského sérového alfa-fetoproteinu. To je doplněno o použití dostupných informací, co se týče věku matky a ultrazvukového nálezu. Na tomto základě se pak vypočítává riziko každé těhotné. Dalšími markery jsou free beta-hCG a nekonjugovaný estriol (uE3) (Calda, 2017, s. 137).

K určení, zda jde o odchylku plodu, se užívá ultrazvukový screening, kdy se lékař zaměřuje na zvýšené šijové projasnění (nuchal tranlucency) v 11.-13.+6 týdnu těhotenství (Marešová, 2018, s. 255). Dalším parametrem je měření nosní kosti, průtoky ve venózním duktu a posouzení toku na trikuspidální chlopni (Roztočil, 2017, s. 138).

„Ultrazvukové markery chromozomálních aberací nejsou patologií v pravém smyslu. Jsou to určité odchylky od normálního ultrazvukového nálezu, při jejichž přítomnosti přehodnocujeme riziko chromozomální aberace pro plod, resp. navyšujeme riziko stanovené na podkladě věku a biochemického screeningu.“ (Calda, 2017, s. 138)

7.3 Další strukturální vady plodu

Mezi další časté strukturální vady plodu patří srdeční vady, rozštěpy neurální trubice a břišní stěny (spina bifida a gastroschisis) (Calda, 2014, s. 102).

Spina bifida je neúplné uzavření nervové trubice kdekoli podél páteře. Existuje důkaz, že nízká hladina kyseliny listové způsobuje vyšší riziko výskytu tohoto onemocnění. Dělí se do dvou kategorií, spina bifida aperta (otevřená) a spina bifida occulta (skrytá) (Papachrisanthou, 2019, s. 30).

Gastroschisis značí defekt břišní stěny plodu (Lepigeon et al, 2014, s. 316). Vyskytuje se během prvního trimestru a je způsoben herniací smyček střeva mimo břišní dutinu (Wright et Geraghty, 2017, s. 755).

Tyto morfologické odchylky můžeme ve 100 % vyloučit podrobným ultrazvukovým vyšetřením. Další může být omfalokéla, což je herniace orgánů dutiny břišní (střeva, jater, sleziny) do baze pupečníku (Calda, 2014, s. 102).

Pokud je podezření na VVV plodu (patologický screening či nepříznivá anamnéza), přistupuje se k invazivním metodám prenatalní diagnostiky, což je aminocentéza, odběr vzorku choria, resp. placentocentéza, punkce pupečníku anebo odběr vzorků fetálních tkání. Nejčastější indikací je pozitivita biochemického screeningu chromozomálních aberací ve II. trimestru (Calda, 2017, s. 139).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODIKA PRÁCE

V této kapitole získáme informace o tématu praktické části bakalářské práce, což zahrnuje popsání metodiky, stanovení cíle práce a hlavní výzkumné otázky. Dále pak popis klíčové metody – zakotvené teorie, na které stojí celá tato část práce.

8.1 Hlavní cíl práce, výzkumné otázky

Hlavním cílem tohoto výzkumu je popsat proces rozhodování se u žen, kterým byla v těhotenství diagnostikována vrozená vývojová vada plodu, zda si dítě ponechat, či nikoliv. Hlavní výzkumná otázka navazuje na tento cíl a zní takto: **„Jak probíhal proces rozhodování se u ženy, které byla v těhotenství diagnostikována vrozená vývojová vada plodu, zda si dítě ponechat, či nikoliv?“** Také se mi na základě rozboru jednotlivých rozhovorů s participantkami vynořila druhá výzkumná otázka: **„Co sehrálo největší roli při rozhodování se, zda si dítě ponechat, či nikoliv?“** Tyto výzkumné otázky byly vytvořeny na základě metody zakotvené teorie (grounded theory method, GTM): *„Při použití GTM se výzkumná otázka často zaměřuje na nějaký proces, dění či průběh nějakého jevu s cílem popsat zákonitosti tohoto dění (např. sekvenci fází, podmínky, za nichž jev nastává, varianty průběhu apod.). Lze říci, že zakotvená teorie má mezi ostatními kvalitativními přístupy nejlepší předpoklady k tomu, aby teoreticky zachycovala právě zákonitosti procesů.“* (Řiháček a Hytych, 2013, s. 46)

Metoda zakotvené teorie neboli metoda neustálého porovnávání je považována za jednu z nejvíce používaných přístupů v kvalitativním výzkumu. Vychází z filozofické tradice pozitivismu, pragmatismu a symbolického interakcionismu. Původně byla vytvářena na poli sociologie, ale rozšířila se i do mnoha dalších sfér, včetně psychologie a psychoterapie. Není to však jednodílná metoda, jako spíše „rodina metod“. Hlavním cílem této metody je vybudovat teorii zkoumaného jevu, která nám pomůže porozumět danému jevu v souvislostech a lépe v něm předvídat a ovlivňovat jej. Snaží se zachytit proces, který nemusí být zpočátku viditelný (Řiháček a Hytych, 2013, s. 44).

Jedním z principů metody zakotvené teorie je teoretické vzorkování. To se zakládá na předpokladu, že participanty vybíráme na základě konceptů vynořujících se v průběhu analýzy. Tento princip byl částečně naplněn, avšak skrze epidemiologickou situaci Covid-19 nebyl vyčerpán až do úplné nasycenosti.

Tento proces není nikdy zcela u konce, protože neustále objevujeme nové oblasti a aspekty, které rozšiřují naši vypracovanou teorii. Nejčastěji je ke sběru dat využíván polostrukturovaný rozhovor, který jsem chtěla také zvolit. Samotná analýza se pak tvoří ze tří kroků: tvorby konceptů, hledání teoretických vztahů mezi koncepty a volby ústředního konceptu a formulace teorie.

Jako první jsem tedy z metody zakotvené teorie využila u tvorby konceptů otevřené kódování, přičemž jsem vytvořila pojmy, které vystihují podstatu analyzovaných událostí. Jako další zde sehrálo roli nalezení tzv. významových jednotek. „*Každou významovou jednotku vyznačíme v textu a poté stručně pojmenujeme (podle vžitě terminologie „okódujeme“). Kód by měl výstižně shrnout podstatu významové jednotky tak, jak jí jako výzkumníci v danou chvíli rozumíme.*“ (Řiháček a Hytych, 2013, s. 48) Následně pomocí kódu můžeme tyto informace třídit, porovnávat, dávat dohromady s jinými kódy. Každý kód, neboli rodič se koncept, je potřeba definovat pomocí jeho klíčových vlastností (to, co mají prvky společné) a dimenzí (vnitřní variabilita) (Řiháček a Hytych, 2013, s. 48).

8.2 Technika sběru dat

Výzkum byl proveden pomocí metody kvalitativního šetření, přičemž jsem chtěla jako formu techniky sběru dat zvolit polostrukturovaný rozhovor. Vyhledávání výzkumného vzorku probíhalo ve Zlínském kraji od září 2019, přičemž uskutečnění samotných rozhovorů probíhalo od ledna do dubna 2020. Kvůli epidemiologické situaci související s šířením onemocnění Covid-19 a nařízení vlády ohledně omezení pohybu osob však tyto rozhovory musely být vedeny online formou, tzn. přes email a sociální síť (Facebook). Možnosti tedy byly velmi omezené. Zvažovala jsem i formu komunikace přes Skype, abych mohla využít metodu polostrukturovaného rozhovoru, avšak pro toto velmi intimní a citlivé téma mi přišel způsob takového rozhovoru neadekvátní pro obě strany, jak pro mě, tak pro participantky. Tyto ženy byly informovány o anonymitě poskytnutých rozhovorů a souhlasily s uveřejněním sděleného obsahu.

Rozhovor byl veden se čtyřmi participantkami, kterým byla v těhotenství diagnostikována vrozená vývojová vada plodu anebo přinejmenším možnost jejího výskytu. Dvě z nich se na základě diagnostiky rozhodly podstoupit umělé ukončení těhotenství a dvě z nich si dítě ponechaly. Původně bylo osloveno šest žen, aby byly obě skupiny rovnoměrně zastoupeny, jak ženy, které si dítě ponechaly, tak i ženy, které podstoupily UPT, což se ale i v případě čtyř respondentek naplnilo. O co jsem se snažila, bylo to, aby byl testovaný

vzorek rozšířenější. Vzhledem k citlivosti tohoto tématu však jedna z participantek na poslední chvíli vyjádřila své nejisté pocity. Bylo pro ni těžké se ve svých vzpomínkách k této záležitosti vracet, a proto raději od tohoto rozhovoru ustoupila. Další participantka sice souhlasila s poskytnutím informací ohledně jejích těhotenství, avšak po provedení rozhovoru jsem zjistila, že participantka nezapadá do okruhu hledaného vzorku participantek a nebyla postavena do role „soudce nad životem“, protože příroda v těhotenství rozhodla vždy za ni. Deset let se snažila s manželem o dítě a vždy, když otěhotněla, skončilo to vymizením srdeční akce plodu ještě před koncem I. trimestru. Její příběh je velmi zajímavý, ale sama ho nerada rozváděla do větších podrobností. Podstoupila řadu vyšetření, genetiku, imunologii a další, vždy s negativním výsledkem. Proto se 2x rozhodla podstoupit umělé oplodnění v naději, že bude těhotenství dobře postupovat. I v těchto případech srdce miminka selhalo.

Najít a získat k tomuto rozhovoru ženy bylo poměrně těžké, protože ne každý, kdo si touto životní etapou prošel, ji má zpracovanou a nechce se nad ní již zpětně zamýšlet. Mnoho lidí také tuto záležitost drží ve svých „třináctých komnatách“ a někdy o této skutečnosti mlčí i před svými blízkými. Tudíž tím spíš pro mě, jako pro cizího člověka, bylo obtížné se k těmto ženám dostat. Každá participantka má svůj specifický příběh, opředený rozličnými okolnostmi. Je to oblast, která je, jakožto výzkum, těžká na porovnávání či vyhodnocování zjištěných výsledků. Proto tento proces můžeme jen pozorovat a snažit se víc pochopit každou jednu ženu.

8.3 Charakteristika participantek

Participantka č. 1 – velmi vstřícná žena, matka pěti dětí. V těhotenství jí u plodu diagnostikovali vrozené vývojové vady, které byly neslučitelné se životem. Rozhodla se pro přijetí dítěte. Participantka byla velmi příjemná, spolupracující a rychle podávala plně výstižné odpovědi.

Participantka č. 2 – mladá, ochotná, spolupracující žena. Nyní již matka jednoho zdravého dítěte, která si v minulosti prošla těhotenstvím, u něhož lékaři diagnostikovali Downův syndrom. Těhotenství se rozhodla uměle ukončit.

Participantka č. 3 – mladá matka tří dětí, u jejíhož druhého dítěte byl po porodu diagnostikován Downův syndrom. Participantka ochotně spolupracovala a odpovídala na položené otázky.

Participantka č. 4 – mladá matka dvou dětí, jež čekala dvojčata, u kterých byly diagnostikovány vrozené vady neslučitelné se životem. Po komplikovaně vyvíjejícím se příběhu se rozhodla těhotenství ukončit.

Z důvodu zachování anonymity jsem v interpretaci a analýze výzkumu skutečná jména nahradila písmeny X. Názvy měst jsem ponechala. Ve výpovědích jednotlivých participantek se vyskytují nespisovná slova a hovorová čeština, kterou jsem v rámci zachování autenticity nepřepisovala do spisovné češtiny.

Pro participantky byla vytvořena sada devíti otevřených otázek, které jsme v závislosti na jednotlivých příbězích s participantkami více či méně rozebraly a které se nás snaží přivést blíže k pochopení celého procesu:

1. Popište mi, prosím, co se dělo ve Vašem životě v období zhruba půl roku předtím, než jste otěhotněla.
2. Když jste zjistila, že jste těhotná, jaká byla Vaše reakce?
3. Využila jste v průběhu těhotenství možnost screeningu vrozených vývojových vad v I. či ve II. trimestru? Pokud ne, tak z jakého důvodu? Pokud ano, využila jste další speciální vyšetření (aminocentéza...)?
4. Kdy jste zjistila diagnózu plodu? Jaká byla Vaše reakce?
5. Jak na tuto situaci reagoval partner?
6. Jaká vrozená vývojová vada byla diagnostikována u Vašeho dítěte? Jaký Vám byl doporučen postup?
7. Bylo Vám sděleno vše důležité o klinickém obrazu dané patologie plodu a možnostech postnatální péče o dítě?
8. Proč jste se rozhodla tak, jak jste se rozhodla? Hrály zde roli nějaké zásadní faktory?
9. Jaký máte názor na interrupce? Myslíte, že by v některých případech měla být povolena? Případně v jakých?

9 INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU

9.1 Období před těhotenstvím

V prvním okruhu jsem se dotazovala participantek, jaký vedly život zhruba půl roku před otěhotněním. Všechny mluvily o šťastném období, ve kterém byly připraveny přijmout dítě, pokud se poštěstí.

Participantka č. 1 popisovala toto období jako poslední příležitost mít ještě jedno dítě: *„S X jsem otěhotněla v listopadu 2011. Bylo mi 39 let. V té době jsem měla tři dospívající děti a končila mi mateřská dovolená, na které jsem byla se svým čtvrtým dítětem. Velmi mě lákalo mít ještě jedno miminko. Byla to pro mě doba velkého rozhodování. Věděla jsem, že jestli nastoupím do práce, už se k pátému dítěti neodhodlám. Na druhou stranu jsem nechtěla, aby vzhledem k velkému věkovému rozdílu mezi sourozenci mé čtvrté dítě vyrůstalo jako jedináček. A v neposlední řadě jsem si ještě moc přála holčičku. Manžel mi dítě nerozmlouval. Pouze mě upozornil, že nebude mít prostor dostatečně mi pomáhat, jelikož je na něm, aby rodinu uživil. Jeho zaměstnání je časově náročné: přes všechna pro a proti jsem se rozhodla do toho jít. Než jsem otěhotněla, uplynuly asi čtyři měsíce. Bylo to pro mě období velmi šťastné. Užívala jsem si své velké rodiny více než kdy předtím. Snad i proto, že si starší maminky mateřství možná více považují.“*

Participantka č. 2 se na rozdíl od participantky č. 1 připravovala na své první (fyziologické) těhotenství, a proto tomuto období předcházela určitou úpravou svého životního stylu a sexuálního života. Nicméně, stejně jako ostatní participantky č. 1, 3 a 4, tomu s manželem nechávali volný průběh: *„Než jsem otěhotněla, tak jsem zhruba rok před tím přestala brát antikoncepci. Myslela jsem si, že je lepší se „očistit“ od prášků a používali jsme kondom. Nehrotila jsem, kdy se to podaří, nechtěla jsem se tím stresovat. Až se to podaří, tak se podaří a budeme rádi. Myslela jsem, že se nám to nepodaří tak brzo, protože celou levou stranu vaječníku mám pryč. Měla jsem mimoděložní těhotenství, takže to museli dát celé pryč.“*

Odpověď participantky č. 4 koresponduje s participantkami č. 1, 2 a 3: *„Byla jsem na rodičovské dovolené se starší dcerou. Spokojená. Nechali jsme volný průběh pro další těhotenství.“*

9.2 „Byla to nejkrásnější zpráva“

Všechny participantky při popisu události zjištění těhotenství projevovaly pouze kladné pocity. Jak uvádí participantka č. 2: *„Měli jsme obrovskou radost a byla jsem překvapená, že se nám to podařilo tak brzo. Tak jsem se hned mezi svátkama objednala ke své gynekoložce na prohlídku, jestli je vše v pořádku, a bylo. Byla to nejkrásnější zpráva. Tak jsem začala marodit, abych se šetřila a nic jsme neriskovali.“*

„Byli jsme s manželem a synem moc šťastní – zadařilo se nám napoprvé“, svěřila se se svými pocity participantka č. 3.

Obdobně se vyjadřuje i participantka č. 1: *„Z těhotenství jsem měla já i manžel velkou radost.“*

Ani participantka č. 4 neskrývala své nadšení, když popisovala tuto chvíli: *„Byla jsem šťastná. Chtěla jsem, aby mezi dětmi byl věkový rozdíl 2-3 roky. Děti by byly od sebe o 2 roky a 6 měsíců, když by druhé těhotenství dopadlo dobře. Vše se zdálo, že vycházelo.“*

9.3 Screening, a co dál?

Vzhledem ke koncepci tohoto tématu jsem se žen dotazovala, zda v průběhu těhotenství podstoupily možnost screeningu vrozených vývojových vad v I. či ve II. trimestru. Pokud nepodstoupily, tak z jakého důvodu, a pokud ano, tak zda bylo participantce doporučeno nějaké další speciální vyšetření, a jestli ho podstoupila. Jak participantky uvádějí, screeningu v I. trimestru se zúčastnily všechny. Další postup se u každé z nich lišil.

Participantka č. 1 si vybavuje, že jí odebírali krev na AFP (alfafetoproteiny). Výsledky, přestože byly na horní hranici, tak byly stále v normě. Následně, ve 14. týdnu těhotenství, podstoupila screeningové vyšetření zvané „Oskar“. Vzhledem k vyššímu věku participantky ji objednali k vyšetření ještě v 17. týdnu gravidity, kde se ale paní doktorce nepozdávaly „střevní kličky“ dítěte, proto byla následně objednána k vyšetření u lékařky, která se specializovala na prenatální diagnostiku.

Participantka č. 3 k prenatální diagnostice zaujala tento postoj: *„Ano, screening jsem podstoupila. Amniocentéza nám byla doporučena, ale shodla jsem se s manželem, že i kdyby cokoliv bylo s miminkem, v těhotenství budeme dále pokračovat, a proto pro nás byla aminocentéza bezvýznamná, ale věřili jsme tomu, že miminko bude, je zdravé.“*

Participantka č. 4 také podstoupila screeningové vyšetření. Na další doporučené speciální vyšetření měla zpočátku obdobnou reakci jako participantky č. 1 a 3: „*Nejdříve jsem odběr z klků z placenty odmítla, protože jsem se bála potratu, který hrozí při zákroku, i když je to mizivé procento. Uvažovali jsme tak, že miminka bychom si stejně nechali, když by byl nějaký syndrom zjištěn.*“ V případě těhotenství participantky č. 4 byla situace ale poněkud komplikovanější, později u ní následovala celá řada vyšetření. „*Také jsme byli informováni o možnosti okluze pupečníku*“, upřesňuje participantka prvotní vývoj situace.

Jediná participantka č. 2 po podezření na vývojovou vadu podstoupila doporučenou aminocentézu, aby měli s manželem jistotu, že je diagnostika opravdu správná. „*Ano, screeningu v prvním trimestru jsme využili. Tam nám řekli, že to nevypadá dobře, nešel vidět moc nos, šjové projasnění bylo větší, než má být. A měla jsem špatnou krev. To jsme měli už trochu obavy, aby všechno dopadlo dobře. Tak nás objednali za týden znova a potvrdilo se to, šjové projasnění se ještě zvětšilo. Tady nám řekli, že je to holčička, chtěli jsme to vědět. Tak jsme se rozhodli podstoupit odběr plodové vody, abychom věděli, jak na tom jsme,*“ svěřila se participantka.

9.4 „To děcko je špatné“

Následně jsme se dostávaly k čím dál citlivějším vzpomínkám, které se týkaly zjištění diagnózy plodu. Participantky č. 1 a 3 uvádějí, že při sdělení diagnózy narazily na neempatický způsob sdělení této informace lékařským personálem, který jimi ve spojitosti se sdělením takové informace dost otřásl. Participantka č. 1 vzpomíná: „*Na této kontrole, která proběhla v 22.-23. týdnu, mi paní doktorka dost necitlivě řekla: „Co to je?“ „To děcko je špatné.“ Byla jsem jak opařená. Vím, že mi vyhrkly slzy.*“

„*Doktorka mi řekla, že by bylo dobré co nejrychleji těhotenství ukončit,*“ pokračuje ve svém vyprávění participantka č. 1. „*Ještě mi nabídla aminocentézu. Když jsem nechtěla a odběr plodové vody odmítla, řekla mi, že už mi termín nedá. Prý nespolupracuji. Když se loučila, sestřička mi ve dveřích hezky řekla, že paní doktorka je odborník a že se určitě v diagnostice nemýlí. K necitlivě vyřčené diagnóze určitě přispěla i jazyková bariéra paní doktorky, která je Indka.*“ Následně se participantka dostavila na prohlídku ke své gynekoložce: „*Ta po přečtení zprávy z „Oscara“ mi řekla, že by bylo dobré těhotenství ukončit. Dítě má údajně 0% šance na život a zemře v děloze na srdeční selhání. Interrupci je třeba do týdne provést z genetických důvodů, pak už to nebude možné. Nabízela mi znova aminocentézu, ale argumentovala jsem tím, že i v případě genetické vady bych na interrupci*

nešla. (...) Paní doktorka mě ještě upozornila, že ohrožuji sama sebe. Hrozilo mi, že by v důsledku mrtvého plodu v děloze u mě mohl nastat DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie). Jsem zdravotník, věděla jsem o čem mluví. Další pravidelný termín kontroly jsem nedostala. Měla jsem se do týdne dostavit na domluvu k interrupci. Ale neuposlechla jsem.“

Participantka č. 1 pokračovala o sdělení diagnózy plodu: „Doktorka mi pak řekla, že dítě má zdeformovanou hlavičku, předozadně protáhlou, placenta je vysoká, nabobtnalá. Špatně funguje, proto se netvoří plodová voda. Dítě neroste, jeho srdíčko má naopak dvojnásobnou velikost, protože se nadměrně namáhá... Podrobné informace jsem se dočetla ještě ve zprávě pro mou gynekoložku. Dítě bylo hypotrofické, mělo 220 g. Skoro žádná naměřená hodnota ultrazvukem nebyla v normě.“

Později ale participantka č. 1 natrefila na zdravotníky, kteří se jí snažili pomoci: „Díky jedné ze sestřiček na porodnici se našla lékařka, která byla ochotná mi na ultrazvukovém přístroji Oskar udělat kontrolu ve 26. týdnu. (...) Odeslala mě na kardiologii do Brna-Černé Pole, kde jsem pak byla ještě 2x v průběhu těhotenství na kontrole.“

Participantka č. 3 se dozvěděla diagnózu plodu až druhý den po porodu, přičemž ale na možnost vývojové vady byla upozorněna již při prvním screeningu. Na tuto událost vzpomíná opět ve spojitosti s necitlivým způsobem sdělení informace: „Vím, že na sdělení takovéto zprávy není nikdy vhodná doba, ale tak, jak to prezentovala paní doktorka, se mě hluboce dotklo a srazilo na kolena, jelikož se chovala neprofesionální a odměřeně.“ Pokračovala o samotné chvíli, kdy jí byla sdělena diagnóza dítěte: „... slyšela jsem něco jako opičí rýha atd. A odcházela beze slov – zastavila jsem ji a slušně se zeptala, jak na tom holčička je... A ona pokynula rukou nad ní a řekla: „Tak vidíte.“ A já: „Co vidím?“ „Ona má Downův syndrom...“ Já v šoku říkám: „Vážně? A nemůžete se plést?“ A ona: „Ne... Nikoho vám sem dávat na pokoj nebudeme, abyste někoho nepohoršili.“ „A ještě dodala, že holčička má silnou srdeční šelest, a odešla.“

Následně se vyjadřuje ke sdělení a této chvíli s pocity plnými nejistoty, strachu a viny: „...vím, že neexistuje žádný vhodný čas a ani styl, jakým to říct – vždy to rodiče zasáhne. Ale myslím, že měli počkat na manžela a říct nám pravdu – že jsou tři druhy Downova syndromu – a měla jsem přece jen chvíli po porodu a byla jsem unavená. V tu chvíli jsem si myslela, že se zbořil celý svět. Myslela jsem, že je to má vina a že nás manžel opustí... Seděla na posteli, držela malou a opakovala jí: „Já tě nedám, jsi krásná...“

Participantka č. 4 popisuje po zjištění diagnózy rozporuplné pocity opředené nejistou budoucností dvojčat: „*Musím říct, že mě to moc nepřekvapilo. Neměla jsem žádné příznaky, ale cítila jsem, že mi první screening nedopadne dobře. V ordinaci jsem se držela, ale až jsem vyšla ven, tak jsem se rozbrečela.*“ Pokračuje se slovy: „*Když vám řeknou, že jedno miminko umře a druhé možná taky, protože jsou jednovaječné, není to zrovna to, co chcete slyšet. Že přijdete o jedno nebo dokonce o dvě děti. Strašně to bolelo, musela jsem se s tím srovnat. To jsem ještě nevěděla, co nás během těhotenství čeká.*“ Co ale zmiňuje participantka č. 4 je to, že doktoři byli ohleduplní a nabízeli různá řešení, jak sama uvádí: „*Doktoři nám spíš nabízeli možnosti. Nikdo na nás v ničem netlačil. I když jsme ze začátku odmítli odběry z klků kvůli zjištění genetiky.*“ Později byla participantka č. 4 odeslána do Prahy do Podolí: „*V Praze mi doporučili doktoři nejdřív okluzi pupečníku včetně odebrání plodové vody a později vyvolání předčasného porodu.*“

Participantka č. 4 popisuje patologie u jednoho ze dvojčat, které byly zjištěny ve 13. týdnu gravidity: „*Plod A měl deformovanou hlavičku v týlní oblasti, chyběly zde části lebky s obrovskou meningokélou. Později to nazvali jako okcipitální meningoencefalokéla, protože deformace hlavy byla ve velkém měřítku. Když by se miminko narodilo, mělo by mozek za hlavou a čekalo by na svou smrt.*“

Po zjištění patologie u jednoho ze dvojčat byla manželům představena tato možnost: „*V Praze odpojí plod, který má vady neslučitelné se životem, aby tento plod neohrožoval zdravý plod. Bohužel jsme čekali jednovaječná dvojčata s jednou placentou, která se vzájemně ovlivňují. Při zákroku hrozí potrat obou dětí na 10 %. Také jsme nejdříve odmítli.*“ Jak dále zdůrazňuje: „***Přála jsem si porodit dvě děti. Jedno pochovat a druhé vychovat.*** Později došlo k transfúznímu syndromu, nemocné dítě ohrožovalo na životě zdravé – to jsme ještě nevěděli, že zdravé dítě má také vady neslučitelné se životem.“

Dále pokračuje s vysvětlováním diagnózy u plodu B: „*V 19. týdnu jsem byla poslána do Prahy, že zdravý plod není v pořádku, že došlo k transfúznímu syndromu. Nemocné miminko žilo na úkor zdravého: hydrops fetalis, ascites oligohydramnion, močový měchýř nenaplněný. Teprve ve 20. týdnu byly zjištěny vady i u druhého plodu: atypický obraz mandibuly, hypoplazie, zobrazeny pouze ventrální části perikalózní arterie, suspekce na semilobární holoprosencefalii, hydrothorax, ascites, kumulace tekutiny v oblasti celého podkoží, pedes equinovavares bilateralis, atd. Plod neměl vyvinutý celý centrální nervový systém. Už nyní se miminko nehýbalo. Mělo tekutinu v celém těle, zvětšující se otok hlavy,*

a jiné. Dítě by se nikdy nepohnulo, nevnímalo, necítilo doteky, nemělo duši. Tyto vady mozku byly opět neslučitelné se životem.“

„A bylo nám řečeno, že máme dvě možnosti. Bud' hned odjedu do Prahy a nechám přestříhnout pupečník nemocnému plodu. A pokusí se zdravé miminko zachránit. Nebo to neudělám a umřou mi 100 % obě děti. A protože bych nemohla žít s tím pocitem, že jsem nedala šanci zdravému, když druhé miminko stejně umře, tak jsem se nechala do Prahy odvézt. Absolvovala jsem zákrok.“ V této bolestné a složité situaci se u participantky č. 4, s postupným odhalováním patologie plodů a závažnosti situace, postupně měnil názor na diagnostický a léčebný postup. *„A během zákroku mi odebrali plodovou vodu, kterou jsem původně odmítla. Nyní to už bylo jedno, protože potrat mi hrozil stejně s odběrem i bez odběru plodové vody.*

Participantka č. 4 podstoupila všechna možná vyšetření, aby vyvrátila případnou chybnou diagnostiku a stále v ní plála jakási naděje, kdy se ukáže, že situace není tak špatná, jak se zdá. *„Dalším důležitým vyšetřením byla magnetická rezonance mozku miminka v Olomouci. Byla možnost to udělat, tak jsem se chtěla znovu ujistit, že je mozek chlapce tak špatný, jak přístroje v Praze ukazovaly.*“

Pro participantku č. 2 sdělení diagnózy, stejně jako pro všechny participantky, bylo noční můrou plnou strachu a nejistoty, kterou ale neustále doprovázel pocit naděje: *„Po ukončení rozhovoru jsem se rozbrečela. Byl to strašný pocit, nicméně už jsem to tušila, ale pořád jsem doufala. Bála jsem se, co bude, jak se vůbec rozhodnout a co bude dál. Ten den nikdy nezapomenu, byla jsem doma sama a manželovi jsem volala výsledky do práce.*“

Participantka č. 2 popisuje sdělení diagnózy: *„Řekli nám, že holčička bude mít Downův syndrom, nemusí se dožít ani porodu. Může mít různé další vady, které by se ukázaly až později. A doporučili nám potrat.*“ Tato participantka se rozhodla podstoupit UPT, avšak opět jsme narazili, u ní tentokrát poprvé, na obavu z jistého lékařského personálu: *„Ale já tam nechtěla kvůli doktorce X, bála jsem se jejího přístupu.*“ Proto se rozhodla podstoupit interrupci v jiném městě, kde narazila na pana doktora, který, jak sama popisuje: *„...byl ke mně hodný a ohleduplný. Vše vysvětlil, na vše mi odpověděl.*“

9.5 „Byl mi oporou“

Dalším okruhem, který jsem uznala za vhodné spolu s participantky otevřít, bylo to, jak na tuto skutečnost sdělení diagnózy reagoval partner/manžel. Všechny ženy uvedly, že

cítily z partnerovy/manželovy strany velkou podporu, přičemž ne jeden muž před svou ženou či přítelkyní neskrýval své emoce a projevoval velkou citlivost a empatii. Často také vyjádřil kladné přijetí dítěte skrze možnou patologii.

Participantka č. 4 vzpomíná na tyto chvíle, které se snažili společně překlenout, se slovy: *„Byl mi oporou. Společně jsme několik dní brečeli, těžké to bylo pro oba. Snažili jsme se to odevzdat Bohu. (...) Na všech rozhodnutích jsme se shodli.“* Participantka č. 3 popisuje situaci tímto způsobem: *„Když jsem manželovi zavolala, tak se pousmál a řekl mi: „No a co, šak je naše.“ A urgentně dojel do nemocnice...“* Také participantka č. 1 potvrzovala, že se v této nelehké chvíli mohla o manžela opřít: *„Pamatuji si, že mi řekl: „Zdravé dítě nebo nemocné dítě, pořád je naše.“ Moc mě pomohlo, že mě v této situaci nenechal samotnou. (...) Od počátku jsem v něm měla velkou podporu.“*

„Manžel to taky tušil a modlil se, aby to dopadlo dobře. Ten den, co jsme se dozvěděli výsledky, přišel z práce a plakal.“ Manžel participantky č. 2 ji v konečné fázi, kdy se rozhodla podstoupit interrupci, podporoval i svou přítomností při výkonu. *„Manžel mě podpořil a byl celou dobu se mnou na pokoji.“*

9.6 Postnatální péče

Jak se vyjadřuje participantka č. 4 k postupnému sdělování informací od lékařského personálu: *„Doktoři sdělili to, co sami věděli. Mluvili jsme s různými odborníky v Praze, Brně, Zlíně i Olomouci. Nikdo vám neřekl nic stoprocentního, co se týče postnatální péče, protože nikdo nemohl s jistotou říct, jestli děti umřou během těhotenství nebo až v postnatálním období.“* Dodává výrok paní doktorky, že: *„...miminko by si případně žádný ústav, s takovými vadami, nevzal.“*

Stejně tak se vyjadřuje i participantka č. 1 o dostatečných informacích, které od lékařů dostala. Závažnost situace a zdravotní stav plodu byl participantce vysvětlen, co však chybělo, byly informace ohledně postnatální péče, to si ale vysvětluje participantka takto: *„Myslím, že mi závažnost a zdravotní stav dítěte byly dostatečně vysvětleny. Co se týče postnatální péče, nikdo nepředpokládal, že by dítě přežilo.“*

Tvrzení participantky č. 3 k otázce, zda manželům bylo sděleno vše důležité o klinickém obrazu dané patologie dítěte a možnostech postnatální péče, ale nekoresponduje s výpověďmi participantek 1, 2 a 4. *„Ne, nebylo a dost nás to zabrzdilo ohledně péče a pomoci naší dceři. (...) Bohužel žádný postup, jak dopomoci vývoji jak motorickém, tak*

mentálním, nám nikdo nedoporučil, ani u jakých doktorů se máme hlásit. Vzali jsme to do vlastních rukou a postupně jsme začali žádat o návštěvu neurologa, kardiologa, ortopeda, rehabilitace, oční a vyhledali odbornou literaturu.“

9.7 „Moje psychika se zhoršovala“

Velmi důležitou věcí v celém rozhodování jsou faktory, které jednotlivé ženy ovlivňovaly a které jsou velmi spletité. Vždy se na rozhodování podílel celý soubor faktorů a emocí.

Participantka č. 1 měla jasno, když vysvětlovala svůj přístup: *„...nechtěla jsem být ta, která by zmařila počatý život. Hraje v tom roli náboženské smýšlení. (...) Jednoduše proto, že nechci být ta, která by udělala první krok ke zmaření tohoto života. Jestli má dítě zemřít, ať zemře v děloze přirozenou cestou.“*

Pro participantku č. 2 toto rozhodování bylo, jak sama uvádí: *„...nejhorší rozhodování v životě.“* Stále zde vládla určitá naděje, když popisovala: *„Modlili jsme se každý večer.“* Participantku při rozhodování provázely myšlenky jako: *„Bála jsem se, že se nezvládnou postarat o takové dítě.“* *„Neumím si představit, jestli bychom zvládli takové dítě, když by se třeba narodilo.“* Co se ale přičilo participantce, bylo to, že se staví do role, která zasahuje do přirozeného chodu přírody. Slovy *„život je dar“* a *„nelíbilo se mi, že si hrajeme na „Boha“ a rozhodujeme o životě našeho dítěte“* to jenom potvrzuje. Také se *„bála, že se holčička nedožije porodu, nebo umře brzo po porodu“*. Jistá útěcha a naděje spočívala v tom, že *„jsme mladí, tak se nám pak snad podaří další miminko“*, přemýšlela participantka.

Participantka č. 4 své rozhodování zakládala hlavně na dítěti, které měli manželé doma, na tom, že bylo ohroženo i participantčino zdraví, kdy se uvažovalo i nad tím, že by participantka musela родit komplikovaným císařským řezem, kdy ji doktorka upozorňovala také na to, *„že je to zbytečný zásah do dělohy“*, pokud by chtěla ještě další děti – *„mohlo by se stát, že bych nemusela mít už žádné děti“*. Na rozhodování se podílela vážnost diagnostikované patologie plodů, přičemž brali manželé v úvahu i kvalitu jejich případného života, která byla spojená s vyhlídkou neustálého navštěvování odborníků po celé České republice. Při tom všem by jejich dvouletá dcera musela být neustále na hlídání: *“A takhle by to ještě další tři měsíce mohlo pokračovat kvůli dítěti, které nebude mít ani duši. Nebude ani vědět, že se ho dotknu. (...) Když by miminko nevnímalo. Neusmálo se. Nepohnulo se. Cítila jsem, že mě už mladší dcera po vygradování hospitalizace v Praze potřebuje. Doma a zdravou.“*

V tom všem se ještě manželé, jako křesťané, potýkali s názorem církve na interrupci. Katolická církev však interrupce dovoluje, pokud by matka byla ohrožena na zdraví nebo na životě, což v tomto případě ohroženo bylo. *„Mluvili jsme s různými odborníky, věřícími doktory, s doktorem, který se stal časem knězem, modlili jsme se. Ale jak sama církev uznává, na prvním místě je matka, na druhém žijící děti. Teprve třetí místo zaujímají děti, které se ještě nenarodily. A to i zdravé děti.“*

Proto jejich rozhodnutí bylo: *„Zdálo se, že ukončení těhotenství bude lepší pro všechny: pro tatínka, maminku, zdravou dceru, samotnému dítěti bude rozhodně lépe v nebi, i pro budoucí případné děti.“* Důležitým faktorem také bylo, že *„moje psychika se zhoršovala a už jsem cítila, že to potřebuji ukončit“*.

9.8 „Dejte to pryč“

Každá žena má svůj osobní příběh, disponuje určitými povahovými vlastnostmi, své jistoty má zakotvené jinde. Co ale všechny ženy spojuje, je to, že se obklopují těmi nejbližšími lidmi, kterými je pro mnoho z nich nepochybně rodina. Ne každá žena ale cítila od rodiny takovou podporu, po které by toužila a kterou by si zcela jistě v takové situaci zasloužila. Rodinné vztahy mohou být podle výpovědi participantky č. 2 dost pohnuty: *„Od té doby nemám až tak dobrý vztah s mamkou a ségrou... Jejich první reakce na naši holčičku byla: „Dejte to pryč.“ Jak kdyby nebyla človíček a živý tvor. Více lidí mělo takovou reakci, a to mě strašně mrzelo, jako kdyby bylo jednoduché dát ji pryč.“* Od svého otce se naopak dočkala soucitné reakce: *„Řekl: „To snad ne...“ a brečel... strašně ho to mrzelo.“* Jak sama říká: *„V takových situacích člověk pozná lidi, co při něm stojí a podrží ho, ať se rozhodnem, jak chcem.“*

Naopak participantka č. 3 mluví o tom, co ji celou dobu drželo a co považuje za zásadní věc, která ji v tom všem pomáhala: *„Určitě podpora manžela a mého tatky! Všichni ji milovali od prvního okamžiku.“*

9.9 „Rozhodnout jsme se museli my, nikdo jiný“

O tom, jak probíhal samotný definitivní zákrok, ukončující život plodu, hovořila pouze participantka č. 2, když svůj příběh uzavřela slovy o svých pocitech: *„Rozhodli jsme se těhotenství ukončit. (...) Nechtěla jsem tam jít, ale věděla jsem, že musím.“*

„Píchla se plodová voda, a pak sem porodila plod, naši holčičku. (...) po potratu už jsem se nepomodlila a věděla jsem, co se má stát, stane se a my s tím nic neuděláme. Musíme

brát věci tak, jak jsou. Ale rozhodnout jsme se museli my, nikdo jiný.“ Vyjádřila se o tom, co ji trápilo nejvíc: „Víc mi bylo líto plodu, naší holčičky, že to musela zažít.“

9.10 Právo na život

U participantek jsme se střetli se dvěma názory na problematiku interrupce. Jedním, striktně odmítajícím, a druhým, zvažujícím povolení v případě výskytu vrozených vývojových vad.

Participantka č. 1: *„Můj názor na interrupce je jasný, i když v dnešním světě ne moc populární. Rozhodně s interrupcemi nesouhlasím. Dle mého názoru má každé dítě právo na život. Věřím, že vzniknout novému životu dává vyšší bytost, ne člověk. Můžeme ji nazvat Bohem. Samozřejmě za účasti muže a ženy.“*

Participantka č. 2 nevidí jednoznačnou odpověď na tuto otázku. *„To je těžká otázka, kdybych měla zdravé dítě, nikdy bych já osobně na potrat nešla. Radši bych odložila dítě do baby boxu než ho „zabit“_kdybych se o něj nemohla postarat.“* K otázce, zda by v některých případech měla být interrupce povolena tedy odpovídá: *„Potrat by měl být umožněn, když je dítě nějak nemocné. Ale je to těžké, hrajou tam roli i další věci. Každý se rozhodne podle sebe a svých okolností.“*

U participantky č. 4 se názor na tuto problematiku utvářel postupně, v průběhu jejího komplikovaného těhotenství: *„Před třemi lety bych asi striktně odpověděla, že s interrupcí nesouhlasím.“* Jako nejdůležitější věc vidí, aby se zachovala rodina. *„Je vysoké procento mužů, kteří své rodiny opouští, když je v ní dítě s velkým postižením. Nedokážou situaci ustát.“* Jak už jsem zmínila, u této participantky hrálo roli náboženské přesvědčení, které koresponduje s jejím názorem na danou věc: *„Takže souhlasím s tím, že žena jde na interrupci, pokud je ona sama v ohrožení, a to i za předpokladu, že čeká zdravé dítě.“*

Svou úvahu o problematice interrupce dále rozvíjí: *„Můj názor je, že jsou dva druhy postižení. Jedním je, že se vám narodí dítě, které bude mít radost – duši, například Downův syndrom. Takové děti by stejně jako zdravé děti měly dostat šanci na život, i když to bude velmi náročné. Druhým typem je, že se vám narodí dítě, které v podstatě nemá duši. Jako jsme čekali my. Jak řekl jeden doktor: „Byla by to ležící hmota, ve které proudí krev.“* Nevidím v tomto ne-životě smysl ani pro dítě, ani pro zbytek rodiny. *Takže za předpokladu, že jsou vady neslučitelné se životem, chápu, že žena ukončí život dítěte dřív. Případně to*

chápu u dvojčat, kdy se odpojí jedno s vadami neslučitelnými se životem, aby se zachránilo druhé. Je to ale docela ojedinělý případ.“

Participantka č. 1 dodává, že: *„Těžkosti, bolesti, starosti k životu patří a mají nějaký pro nás význam. Můžeme na nich dozrát, vnitřně povyrůst, stát se odolnějšími. Každý problém, například komplikace v těhotenství, nebo starost o postižené dítě, může být pro nás i přínosem.“*

9.11 „Byla živá a zdravá“

Chtěla jsem zmínit také to, že v některých případech diagnostika vrozené vývojové vady nemusí být vždy správná, i když výsledky vyšetření mluví „zcela jasně“. Takovým případem je situace participantky č. 1.

„V mém případě těhotenství dopadlo dobře. (...) Stav se postupně zlepšoval. V srpnu, v termínu, se mi plánovaným císařským řezem narodila holčička. Kromě nižší porodní váhy, 2 600 g, byla živá a zdravá. Po narození byla ještě nějakou dobu sledovaná v odborné dětské ambulanci. Ve dvou měsících mi bylo řečeno, že je v pořádku a není třeba dalších kontrol. Nyní chodí holčička do první třídy, učí se dobře a je pohybově nadaná. Jen občas se projevuje paličatou povahou. To přičítám tomu, že je po své mamince.“ Sděluje šťastný konec (nebo teprve začátek?) příběhu participantka č. 1.

Participantka č. 2 raději nechtěla vědět, zda se diagnóza po uměle vyvolaném potratu potvrdila. *„Řekli nám, že plod a placenta se posílají na patologii. Papír z patologie jsem ani radši nečetla. A neřešila jsem, co by kdyby, prostě už to bylo za náma.“*

10 DISKUZE

Za nejtěžší věc v praktické části této bakalářské práce považuji navázání kontaktu s participantkami. Na jedné straně bylo už jen jejich nalezení obrovský problém a na straně druhé bylo velmi těžké s nimi začít na toto téma komunikovat. Bylo obtížné volit vhodná slova, nevěděla jsem, jaká bude jejich reakce, zda mají tuto životní etapu samy v sobě zpracovanou nebo jen „přileji olej do otevřené rány“. Proto jsem byla ráda, když ve výsledku polovina participantek ochotně a se zájmem svolila k rozhovoru. U druhé poloviny participantek jsem si připadala jako viník a narušitel osobní zóny, do které si jen nerady někoho připouští.

Co se týče cíle bakalářské práce, kterým bylo popsat proces rozhodování se u žen, kterým byla v těhotenství diagnostikována vrozená vývojová vada plodu, zda si dítě ponechat, či nikoliv, myslím, že byl naplněn. Pro shrnutí připomenu nejdůležitější a nejzajímavější části výzkumu.

Jak uvádí všechny participantky, všechny před otěhotněním prožívaly klidné a šťastné období, ve kterém byly připraveny do svého života přijmout další dítě. U všech žen na sebe těhotenství nenechalo dlouho čekat, přestože, jak vyjádřila participantka č. 2 svou domněnku, se kterou byla srovnána – že to kvůli zdravotním komplikacím, které u ní v minulosti nastaly, nepůjde hned. Přesto se i jí brzy poštěstilo.

Bylo dojemné sledovat, že každá žena měla z těhotenství velkou radost. Nejen žena, ale také partneři či manželé z počatého potomka projevovali nadšení. Žádné z očekávaných dětí tedy nebylo „nečekané“ nebo „nechtěné“. Působivé byly také reakce partnerů/manželů, když se dozvěděli o možné patologii dítěte. Všichni muži byli svým partnerkám či ženám oporou, ať už se rozhodla jakkoliv. Celý proces společně prožívali a o všem spolu mluvili.

Na základě výpovědí tří participantek jsme se v rozhovorech střetli s negativním přístupem ze strany lékařů k ženám anebo s vyřčenou obavou z jistého lékařského personálu, se kterým měla participantka již předešlé negativní zkušenosti. Také zde v jednom případě zazněl názor, že byl necitlivý přístup ze strany lékařky způsoben jazykovou bariérou. Je tedy otázkou, zda zahraniční lékaři, kteří nejspíše nemají takový cit pro náš mateřský jazyk, by měli sdělovat tak citlivé informace. Přeci jen, nehledě na to, že taková informace nebude nikdy příjemnou zprávou, způsob podání informace by měl být co nejšetrnější, přičemž by měla být slova volena co nejcitlivěji a nejempatičtěji. Na straně druhé se ale tato participantka v prvotních chvílích, když potřebovala prostor pro svobodnou volbu a citlivý

přístup, nesetkala s empatií ani u tuzemského lékařského personálu. V rozhovorech se setkáváme i s názorem na informovanost ohledně postnatální péče, která byla ve většině případů poskytnuta adekvátním způsobem. Jedna participantka však tyto informace postrádala a byla odkázána na vlastní iniciativu.

U poloviny participantek, při jednotlivých rozhodnutích, sehrálo roli také náboženské vyznání, které formovalo jejich názory a přístup k nenarozenému lidskému životu, či k přijetí handicapovaného dítěte. Jedna participantka bere život jako dar, který lidem nepřísluší ho brát a zastává názor, že každé dítě má právo na život. Další participantka, v souznění s prohlášením katolické církve, že na první místě je matka a zdravé děti, a až poté nenarozené dítě, přistoupila k umělému přerušení těhotenství.

Osobně jsem si myslela, že klíčovou roli při rozhodování se, zda si dítě ponechat nebo ne, sehrála závažnost patologie plodu. To se v tomto výzkumu ale nepotvrdilo. Participantce č. 4 diagnostikovali u dvojčat rozsáhlé vývojové vady, které byly neslučitelné se životem, rozhodla se těhotenství ukončit. Participantce č. 1 u plodu diagnostikovali také vývojové vady neslučitelné se životem, kdy dítě mělo údajně 0% šanci na přežití. Rozhodla se v těhotenství pokračovat. Proto tedy závažnost patologie plodu nesehrála klíčovou roli. Participantka č. 4 se zaměřovala na kvalitu jejich případného života. Je ale zastáncem názoru, že některé vývojové vady, kdy dítě přináší do života radost, cítí a vnímá, mohou být obohacením (jak sama uvedla příklad Downova syndromu). Stejného názoru, že handicapované dítě může být pro rodinu zdrojem obohacení a v té souvislosti mohou mít těžkosti v životě pro nás nějaký význam, můžeme na nich vnitřně povyrůst a stát se odolnějšími. Co se jedné participantce zdálo jako přijatelná patologie (Downův syndrom), pro další tato patologie v reálu znamenala přistoupení k umělému ukončení těhotenství.

Na rozhodování, zda si dítě ponechat nebo ne, se podílela také obava, zda by participantka či celá její rodina byla schopná se o dítě s určitou patologií postarat, zda by to psychicky zvládla. Participantka č. 4 uvažovala i nad tím, zda by tuto situaci ustál partner/manžel a zda by dítě s postižením nepřineslo rozvrat rodiny, což uváděla jako častý jev. Na potřebě ukončit těhotenství také sehrála roli psychika ženy, která se postupně zhoršovala, když bylo obtížné dlouhodobě zvládat tuto situaci, plnou nejistoty. U participantky č. 4 přispěla k rozhodování situace, kdy měla doma malé dítě, které trpělo nedostatkem času stráveným s rodiči, kteří neustále cestovali po České republice po nejrůznějších vyšetřeních. Tento stav by trval ještě dlouho a v období po případném porodu by zdravé dítě nejspíše také trpělo. Jedním z faktorů, který se v rozhovorech vynořil, byla

obava, že dítě by se nedožilo porodu, či by brzy po něm zemřelo. Na straně druhé také jsme zde narazili na názor, že participantka nechala těhotenství volný průběh, přičemž nechtěla být ta, která by ukončila život dítěte, a byla toho názoru, že pokud má dítě zemřít, tak zemře spontánní cestou v děloze.

V průběhu sledování celého procesu jsme si uvědomili také to, že celá tato situace a rozhodování v ní mělo značný vliv i na rodinné vztahy. V případě většiny participantek to rodinné vztahy posílilo a lidé tak k sobě získali ještě větší důvěru a blízkost. V případě jedné participantky se však jednalo naopak o jakési duševní odloučení, kdy měla situace spíše negativní dopad na vztahy s těmi nejbližšími.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali tématem interrupcí. Sami v sobě jsme hledali odpověď na otázku, která se vyskytla již v samotném názvu této práce – zda je interrupce vraždou nenarozeného lidského života. Stejně jako v úvodu bych znovu chtěla zmínit, že mi nepřísluší hodnotit vraždu v trestně-právním slova smyslu. Spíše jsem chtěla dát čtenáři podnět k zamyšlení a v praktické části mu ukázat, že toto téma bude asi vždy vzbuzovat otázky.

V první kapitole jsme si popsali fyziologický vznik a vývoj těhotenství, popsali jsme, co se děje v jednotlivých týdnech gravidity a jak postupně plod nabývá vzhledu novorozence.

Ve druhé kapitole jsme pronikli do úvodu interrupce jako takové. Postupně jsme prošli historickým vývojem tohoto zákroku od starověku po právní při Roe vs. Wade, která se odehrála v roce 1973 a spustila tak, nejen v Americe, další vlnu protestů a neustálých bojů dvou rozdělených táborů. Zabrousili jsme také do postupného vývoje právní legislativy interrupce v České republice. V neposlední řadě jsme představili dvě zásadní skupiny, které se prosazují v boji za práva svobodné volby ženy a práva na život nenarozeného dítěte.

Ve třetí kapitole jsme se pozastavili nad metodami umělého ukončení těhotenství v I. a ve II. trimestru. Uvedli jsme farmakologickou i instrumentální cestu tohoto zákroku.

Ve čtvrté kapitole jsme okusili trochu filosofie a pátrali po otázce, kdy se člověk stává lidskou osobou. Tuto otázku jsme zkoumali ze tří pohledů – ontologického personalismu, empirického funkcionalismu a biologického pohledu.

Co nesmělo v této práci chybět, je pátá kapitola o legislativě interrupce, především o aktuální situaci v České republice. S tím jsme propojili otázku, jak je vnímán právní statut embrya a představili si Deklaraci práv počatého dítěte.

Důležité mi přišlo také zařazení šesté kapitoly o vnímání interrupce z pohledu jednotlivých světových náboženství – islámu, judaismu a křesťanství, protože právě náboženské přesvědčení často hraje velkou roli v utváření názoru na tuto problematiku.

A jako poslední, sedmou kapitolu, jsem do teoretické části této bakalářské práce zařadila základní informace o prenatalní diagnostice vrozených vývojových vad, o screeningu v průběhu těhotenství. Následně jsem tuto kapitolu doplnila o základní znalosti

jedné z nejčastějších vrozených vývojových vad, a to Downova syndromu. Na konci jsem velmi stručně zmínila další strukturální vady plodu.

Praktická část nás přenesla do světa drsné reality mezi ženy, kterým v těhotenství diagnostikovali vrozenou vývojovou vadu plodu. Přestože člověk na počátku zaujímá určitý názor, poté, co se sám dostane do této velmi obtížné situace, kdy musí učinit jedno z nejtěžších a nejzásadnějších rozhodnutí ve svém životě, a to, zda vzít život svému nenarozenému dítěti, nebo jej naopak zachovat. Postupem času člověk zjistí, že je spousta faktorů, o kterých dříve nepřemýšlel a které mu na tuto problematiku mohou změnit názor o sto osmdesát stupňů.

Jelikož název této práce a také kus teoretické části je věnován legislativě interrupce, o které jsme shledali, že je poměrně zastaralá – její znění je platné a neměnné od roku 1986, je čas zamyslet se nad tím, zda je v současnosti legislativa dostatečná a zda by neměla přijít její změna.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANJUM, Muhammad Usman, Surriya YASMIN a Qamoos RAZZAQ. Manual Vacuum Aspiration (MVA). *Professional Medical Journal* [online]. 2016, **23**(11), 1349-1353 [cit. 2020-03-25]. DOI: 10.17957/TPMJ/16.3540. ISSN 1024-8919. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fa6a4785-a4ea-4842-8140-b9eb7a6b050c%40sessionmgr4006>
2. ATHAR, Shahid, 2016. Islam and Abortion. *Islamic Horizons* [online]. **45**(4), 40-41 [cit. 2020-02-06]. ISSN 8756-2367. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&an=117530054&scope=site>
3. BARAN, P. Interrupce. Zlín: Nadace Prenatal, 2000. 35 s. ISBN (neuvedeno).
4. BARRETTO, V. P. a Lauxen ECU. The beginning of human life: ethical and legal perspectives in the context of biotechnological progress. *Cadernos de saude publica* [online]. 2017, **33**(6), e00071816 [cit. 2020-03-25]. DOI: 10.1590/0102-311X00071816. ISSN 1678-4464. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00071816.pdf>
5. BENEDIKT XVI., papež, 2009. *Caritas in veritate: Encyklika o integrálním lidském rozvoji v lásce a pravdě*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří. ISBN 978-80-7195-414-9.
6. BERMEO-ANTURY, Elías a Mauricio QUIMBAYA. Secuenciación De Próxima Generación y Su Contexto Eugénico En El Embrión Humano. *Persona y Bioética* [online]. 2016, **20**(2), 205-231 [cit. 2020-03-25]. DOI: 10.5294/PEBI.2016.20.2.7. ISSN 0123-3122. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f1342ca7-6d73-402d-b934-59f4c772086a%40pdc-v-sessmgr06>
7. *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih): český ekumenický překlad*, 2016. 21. (12. opravené) vydání. Praha: Česká biblická společnost. ISBN 978-80-7545-010-4.
8. BILLAUER, Barbara Pfeffer. Abortion, Moral Law, And the First Amendment: The Conflict Between Fetal Rights & Freedom of Religion. *William* [online]. 2017, **41**(2), 271-335 [cit. 2020-03-26]. ISSN 1091-9724. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eih&an=122608101&scope=site>
9. BOHATOVÁ, Milena, 2000. *Potrat ano-ne, aneb, Na pokraji života*. Praha: Grada. Strom života. ISBN 80-7169-922-5.

10. BOMBIN, M., J. MERCADO, J. ZÚÑIGA, D. ENCALADA a J. ÁVILA. Manual vacuum aspiration (MVA): A literature review and a case series study. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia* [online]. 2019, **84**(6), 460 - 468 [cit. 2020-03-25]. DOI: 10.4067/S0717-75262019000600460. ISSN 0717-7526. Dostupné z: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v84n6/0717-7526-rhog-84-06-0460.pdf>
11. BRIAN, Faul Rowan, 2018. Muslims in American Politics. *First Things: A Monthly Journal of Religion* [online]. (287), 12-14 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1047-5141. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=132472113&scope=site>
12. BROWN, HAYWOOD L. a Alexandra ANDES, 2019. EDITORIAL. Reproductive health care in America: A story of give and take. *Contemporary OB/GYN* [online]. **64**(11), 11-12 [cit. 2020-03-24]. ISSN 0090-3159. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=139774546&scope=site>
13. CAL, Thomas, 1995. Jane Roe becomes pro-life. *Human Events* [online]. **51**(33), 5-6 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0018-7194. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=9509256958&scope=site>
14. CALDA, Pavel, 2017. Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
15. CAMPBELL, Patricia, 2018. Making sense of the abortion pill: a sociotechnical analysis of RU486 in Canada. *Health Sociology Review* [online]. **27**(2), 121-135 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.1080/14461242.2018.1426996. ISSN 1446-1242. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=04c597a4-3416-45e4-9e9d-a323fc58c754%40pdc-v-sessmgr06&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=129650640&db=a9h>
16. CAMPBELL, Stuart, 2004. *Podívej, jak rostu!: jedinečný, trojrozměrný pohled na vývoj dítěte v děloze týden po týdnu*. Praha: Mladá fronta. Žijeme s dětmi. ISBN 80-204-1120-8.
17. CASEY, Murray Joseph, 2019. Dr. Bernard Nathanson: A Story of Metanoia. *Issues in Law* [online]. **34**(1), 3-13 [cit. 2020-03-24]. ISSN 8756-8160. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=136083294&scope=site>
18. CRESCIO, Anthony, 2015. Abortion: A Threat to the Actualization of the Mother. *Human Life Review* [online]. **41**(1), 57-64 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0097-9783. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=102017239&scope=site>

19. CIGÁNEK, Radim, 2010. Legalizace umělých potratů v Československu v roce 1957. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.
20. ČECH, Evžen, 2014. Operace v souvislosti s těhotenstvím a porodem. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.
21. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, 2005. *Vybrané právní normy pro ambulantní gynekology*. Praha: Levret. ISBN 80-903183-8-X.
22. ČERNÝ, Milan a Ilona SCHELLEOVÁ, 2003. *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86432-60-2.
23. ČURDOVÁ, Anna, Ani ve starověku se interrupce nepokládaly za trestné. *Britské listy* [online]. 1. 4. 2004 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1213-1792. Dostupné z: <https://legacy.blisty.cz/art/17540.html>
24. DACHOVSKÝ, Karel, 2014. *P. Paul Marx OSB*. Praha: Řád. ISBN 80-86673-02-2.
25. DOS SANTOS, Danyelle Leonette Araújo; DE BRITO Rosineide Santana, 2016. Women's feelings on the occurrence of induced abortion/Sentimentos De Mulheres Diante Da Concretização Do Aborto Provocado/Sentimientos De Mujeres Ante El Aborto Inducido. *Revista Enfermagem UERJ* [online]. 24(5), 1-5 [cit. 2020-03-28]. DOI: 10.12957/reuerj.2016.15613. ISSN 0104-3552. Dostupné z: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522016000500003&lng=en&tlng=en#?
26. DUDOVÁ, Radka, 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. ISBN 978-80-7330-214-6.
27. EKMEKCI, Perihan. Abortion in Islamic Ethics, and How it is Perceived in Turkey: A Secular, Muslim Country. *Journal of Religion* [online]. 2017, 56(3), 884-895 [cit. 2020-03-26]. DOI: 10.1007/s10943-016-0277-9. ISSN 0022-4197. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b7db6d75-d9dd-438b-a662-6f031842e061%40pdc-v-sessmgr03>
28. ENGLISH, Jonathan, 2019. Abortion Evolution: How Roe v. Wade Has Come To Support a Pro-Life & Pro-Choice Position. *Creighton Law Review* [online]. 53(1), 157-210 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0011-1155. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=141245441&scope=site>

29. ESPEY, Eve, Lisa HOFLEER a Alicia GONZALES, 2019. Second-trimester abortion: Update on clinical and legal aspects. *Contemporary OB/GYN* [online]. **64**(10), 20-23 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0090-3159. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=139147045&scope=site>
30. Evropská rada pro fatwy a výzkum, POSTOJ ISLÁMU K ANTIKONCEPCI. *Islamweb.cz* [online]. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: http://www.islamweb.cz/fatwy/fatwa.php?fatwaId=52&fbclid=IwAR2--c6lwEWTomZewrxcluGuc7BlngG_f5byMduyzW7CQeQ709RYulHKghU
31. FILIPOVIC, Jill, 2020. Jane Roe. *TIME Magazine* [online]. **195**(9/10), 94-94 [cit. 2020-03-24]. ISSN 0040-781X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=142094894&scope=site>
32. FLOYD, Ronnie, Abortion is the world's leading cause of death. *Washington Examiner* [online]. January 22, 2019 [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.washingtonexaminer.com/opinion/op-eds/abortion-is-the-worlds-leading-cause-of-death>
33. FRANCO, Jaroslav. Pastorační rozlišování v bioetických otázkách: kontext vztahů křesťanství a islámu. *Acta Universitatis Carolinae Theologica* [online]. 2018, **8**(1), 95-114 [cit. 2020-03-26]. DOI: 10.14712/23363398.2018.15. ISSN 1804-5588. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=29726ab5-a4b0-4ac7-8972-f0579caca82f%40sessionmgr103>
34. FRANTIŠEK, papež, 2015. *Laudato si': Encyklika o péči o společný domov*. Praha: Paulínky. ISBN 978-80-7450-187-6.
35. GRAMS, Nellie, 2019. Abortion Pill Surges As Abortion Restricted. *Herizons* [online]. **33**(2), 7-8 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0711-7485. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=137979709&scope=site>
36. GUILLAUME, A. a C. ROSSIER. Abortion around the world an overview of legislation, measures, trends, and consequences. *Population* [online]. 2018, **73**(2), 217-306 [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.3917/pope.1802.0217. ISSN 1958-9190. Dostupné z: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?EbscoContent=dGJyMMv17ESeqLM4y9f3OLCmsEieprJSrqu4TLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGpt0u0rbNNuePfgex43zx1%2B6B&T=P&P=AN&S=R&D=a9h&K=132544389&authtype=ip,shib&custid=s3936755>

37. GUVERCIN, Cemal Huseyin a Kerim M. MUNIR. A Comparative Analysis of Bioethical Issues From View Points of Religious Affairs Administration In Turkey, Roman Catholicism and Orthodox Judaism. *Acta Bioéthica* [online]. 2017, **23**(2), 327-339 [cit. 2020-03-26]. DOI: 10.4067/S1726-569X2017000200327. ISSN 0717-5906. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2dffb923-8afe-44ef-ad8a-6263924774c2%40pdc-v-sessmgr05>
38. HACH, Petr. Počátek života jako mnohvrstevný problém. In: *Scripta bioethica*. Brno: Hippokrates, 2002, roč. 4., č. 4., s. 9
39. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.
40. HÁJEK, Zdeněk, 2014. Poruchy délky těhotenství. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.
41. History.com Editors. Roe v. Wade. *History.com* [online]. A&E Television Networks, 2019 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.history.com/topics/womens-rights/roe-v-wade?fbclid=IwAR0uQLWJEA893bm7mzIJE6S20o5Xc1T0-BjnwWdqN46RW1FYIVI-3AXsc6A>
42. HOLUB, Grzegorz, 2019. Human Dignity: Between the Existentialist and the Essentialist Approaches. *Filosofija, Sociologija* [online]. **30**(3), 206-214 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0235-7186. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&an=139841177&scope=site>
43. HOSSAM, E. FADEL, 2012. Developments In Stem Cell Research And Therapeutic Cloning: Islamic Ethical Positions, A Review. *Bioethics* [online]. **26**(3), 128-135 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2010.01840.x. ISSN 0269-9702. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=8d22660d-c813-4ee8-85f9-38e6dc5eeaba%40pdc-v-sessmgr06&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=71241719&db=a9h>
44. HÜTHER, Gerald a Ingeborg WESER, 2010. *Tajemství prvních devíti měsíců: vývoj dítěte před narozením*. Praha: Portál. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-763-3.
45. IDE, Pascal, 2012. *Je zygota lidskou osobou?* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-526-8.

46. IMŠIRIJA, Naima, Lejla IMŠIRIJA, Zulfo GODINJAK, Sanjin DEKOVIĆ a Mohammad Abou EL-ARDAT, 2015. Contemporary treatment of pathological pregnancies in the first trimester. *Medical Journal* [online]. **21**(1), 34-37 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1512-5866. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&an=111331319&scope=site>
47. INDROVÁ, Dominika, 2017. Indukce potratu ve II. trimestru. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-482-1.
48. JAN PAVEL II., papež, 1995. *Evangelium vitae: Encyklika o životě, který je nedotknutelné dobro*. Praha: Zvon, české katolické nakladatelství. ISBN 80-7113-139-3.
49. JONES, MICHAEL S. a JOHN B. MOLINARI JR. CHRISTIANITY, EPISTEMIC PEER DISAGREEMENT, AND THE ABORTION DEBATE. *Journal for the Study of Religions* [online]. 2018, **17**(49), 32-45 [cit. 2020-03-25]. ISSN 1583-0039. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&an=128222568&scope=site>
50. KABRHEL, M., 2013. Právní úprava interrupce od roku 1850. In: Law Portal: Studentský magazín o právu [online]. Brno. [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <http://www.lawportal.cz/pravni-uprava-interruptce-od-roku-1850/>
51. KARAS, Jiří, 2008. DEKLARACE PRÁV POČATÉHO DÍTĚTE. *Euportal.cz* [online]. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: https://www.euportal.cz/Articles/3185-deklarace-prav-pocateho-ditete.aspx?fbclid=IwAR37NSICyRP6qW3GHMZDOvwo13ZdJ9U-VOobLdIHpG_IJJe5avP8xcfi3rU
52. KHORFAN, Rhami a Aasim I. PADELA. The Bioethical Concept of Life for Life in Judaism, Catholicism, and Islam: Abortion When the Mother's Life is in Danger. *The Journal of IMA* [online]. 2010, **42**(3), 99-105 [cit. 2020-03-26]. DOI: 10.5915/42-3-5351. ISSN 2160-9829. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708674/pdf/jima-42-3-5351.pdf?tool=EBI>
53. *Korán*, 2000. Praha: Academia. ISBN 80-200-1260-5.
54. LAZAR, Patrick Rareș, 2012. Considerations Regarding The Legal Status of Embryo And Fetus From The Perspective of The Right To Life. *Contemporary Readings in Law* [online]. **4**(1), 371-382 [cit. 2020-03-28]. ISSN 1948-9137. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=80158236&scope=site>

55. LEPIGEON, Karine, Tim VAN MIEGHEM, Sabine Vasseur MAURER, Eric GIANNONI a David BAUD, 2014. Gastroschisis - what should be told to parents? *PRENATAL DIAGNOSIS* [online]. **34**(4), 316-326 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.1002/pd.4305. ISSN 0197-3851. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pd.4305>
56. LEVINE, Phillip B., Douglas STAIGER, Thomas J. KANE a David J. ZIMMERMAN, 1999. Roe v Wade and American Fertility. *American Journal of Public Health* [online]. **89**(2), 199-203 [cit. 2020-03-24]. DOI: 10.2105/AJPH.89.2.199. ISSN 0090-0036. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7eb9b09b-cd6c-491e-ad5d-5b25f8232748%40sdc-v-sessmgr02>
57. LEVINTOVA, Hannah, 2019. IN THE NAME OF THE FATHER. *Mother Jones* [online]. **44**(1), 50-56 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0362-8841. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=133316562&scope=site>
58. LOUCKÝ, Jaroslav, 2017. Screening vrozených vývojových vad. POLÁK, Petr, Jaroslav LOUCKÝ a Viktor TOMEK. *Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-499-9.
59. ĽUBUŠKÝ, Marek, 2018. Prenatální diagnostika a fetální terapie. PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5322-4.
60. LUGO, Noel Taboada. Una aproximación histórico-religiosa, jurídica y bioética al aborto provocado de causa genética. *Acta Médica del Centro* [online]. 2018, **12**(1), 81-92 [cit. 2020-03-25]. ISSN 1995-9494. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&an=127311776&scope=site>
61. MANNINEN, Bertha Alvarez. Yes, the baby should live: a pro-choice response to Giubilini and Minerva. *Journal of Medical Ethics* [online]. 2013, **39**(5), 330 [cit. 2020-03-25]. ISSN 0306-6800. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsjsr&an=edsjsr.43282725&scope=site>
62. MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA, 2018. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4852-1.
63. MARŠÁL, Karel, CIBULA, David, Michael FANTA, Terezie FUČÍKOVÁ, Pavel GERYCH, Bedřich SRP a Jindřich TOŠNER, 2014. Fyziologické těhotenství. HÁJEK,

- Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.
64. MORÁN FAÚNDES, José Manuel, 2014. The value of life, the embryo subjectivity and the debate about abortion: Contributions from a critical perspective. *Acta Bioethica* [online]. **20**(2), 151-157 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1726-569X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&an=edselc.2-52.0-84908562651&scope=site>
65. MOREAU, Caroline, James TRUSSELL, Julie DESFRERES a Nathalie BAJOS, 2011. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. *CONTRACEPTION* [online]. **84**(3), 224-229 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.01.011. ISSN 0010-7824. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782411000126?via%3Dihub>
66. OEHMKE, Frank, Tina LAUER, Johanna BAECKER, et al., 2019. Ethical, Legal, and Religious Aspects at the Border of Viability. *Frontiers in Pediatrics* [online]. **7**, 1-6 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.3389/fped.2019.00175. ISSN 2296-2360. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2019.00175/full>
67. PAPACHRISANTHOU, Michelle M., 2019. What Does That Mean: My Baby has Spina Bifida? *International Journal of Childbirth Education* [online]. **34**(2), 30-32 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0887-8625. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=135888086&scope=site>
68. PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK, 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
69. PILKA, Radovan, Eduard KUČERA a Magda PILKOVÁ, 2017. Plánované rodičovství a antikoncepce. PILKA, Radovan. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf jessenius. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.
70. PLAVKA, Richard, 2017. Spolupráce porodníků a neonatologů. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
71. POLÁK, Petr, 2017. Vrozené vývojové vady plodu. POLÁK, Petr, Jaroslav LOUCKÝ a Viktor TOMEK. *Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-499-9.

72. POLÁK, Petr a Dana KOVAŘÍKOVÁ, 2011. Případ prenatalně diagnostikovaného Edwardsova syndromu - mediální odezva, odborné a etické souvislosti. *Actual Gynecology* [online]. **3**, 17-20 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=70932222&scope=site>
73. POLLITT, Katha, 2018. Our Abortion Stories. *Nation* [online]. **307**(5), 10-11 [cit. 2020-03-24]. ISSN 0027-8378. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=131035940&scope=site>
74. Pro-life Priorities for the U.S. Supreme Court and Beyond, 2019. *America* [online]. **220**(2), 8-8 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0002-7049. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=134104130&scope=site>
75. PRUDIL, Lukáš a Anna ZEMANDLOVÁ, 2017. Právní problematika porodnictví. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
76. RAYMOND-SIDEL, Thea, 2019. I saw the sign: NIFLA v. BECERRA and informed consent to abortion. *Columbia Law Review* [online]. **119**(8), 2279-2318 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0010-1958. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=140452607&scope=site>
77. REDONDO CALDERÓN JL. Fetal experimentation, transplantations, cosmetics and their connection with induced abortion. *Cuadernos de bioetica: revista oficial de la Asociación Espanola de Bioetica y Etica Medica* [online]. 2012, **23**(79), 695-733 [cit. 2020-03-24]. ISSN 1132-1989. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&an=23320641&scope=site>
78. ROZMILEROVÁ, Martina, 2017. *Interrupce a její následky*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.
79. ROZTOČIL, Aleš a kol., 2017. *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
80. ŘIHÁČEK, Tomáš a Roman HYTYCH. Metoda zakotvené teorie. Tomáš Řiháček, Ivo Čermák, Roman Hytych. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: MUNI Press, 2013. s. 44-74. ISBN 978-80-210-6382-2.
81. SADLER, T. W., 2011. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2640-3.

82. SENSOY, Nazli, Nurhan DOGAN, Kubra SEN, Halit ASLAN a Ayca Tore BASER. Unwanted pregnancy and traditional self-induced abortion methods known among women aged 15 to 49. *JOURNAL OF THE PAKISTAN MEDICAL ASSOCIATION* [online]. 2015, **65**(5), 452-456 [cit. 2020-03-24]. ISSN 0030-9982. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsWSC&an=000353429100003&scope=site>
83. SHERMAN, Ephraim, 2019. What Jewish law really says about abortion. *Washington Jewish Week* [online]. **2019**(22), 17-17 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0746-9373. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&an=137007830&scope=site>
84. SCHUMACHER, Anne a Ana C. ZENCLUSSEN, 2019. Human Chorionic Gonadotropin-Mediated Immune Responses That Facilitate Embryo Implantation and Placentation. *FRONTIERS IN IMMUNOLOGY* [online]. **10**(2896), 1-14 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.3389/fimmu.2019.02896. ISSN 1664-3224. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2019.02896/full>
85. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0214-3.
86. SOKAČOVÁ, I. Hnutí pro život: za svět konzervativnější a méně svobodný! *Britské listy.cz* [online]. Publikováno 5. 1. 2006 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <http://blisty.cz/art/26364.html>
87. STAPLETON, Greg, Wybo DONDORP, Peter SCHRÖDER-BÄCK a Guido DE WERT, 2019. A Capabilities Approach to Prenatal Screening for Fetal Abnormalities. *Health Care Analysis* [online]. **27**(4), 309-321 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.1007/s10728-019-00379-5. ISSN 1065-3058. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10728-019-00379-5>
88. SZCZYKUTOWICZ, Justyna, Anna KALUZA, Maria KAZMIEROWSKA-NIEMCZUK a Mirosława FERENS-SIECZKOWSKA. The Potential Role of Seminal Plasma in the Fertilization Outcomes. *BIOMED RESEARCH INTERNATIONAL* [online]. 2019, **2019**, 1-10 [cit. 2020-04-01]. DOI: 10.1155/2019/5397804. ISSN 2314-6133. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=97b96ad3-04fc-4033-a7b7-f510d0e1b64d%40pdc-v-sessmgr01>
89. ŠANTAVÝ, Jiří, David STEJSKAL, Jaroslav LOUCKÝ, Ivan ŠUBRT, Jan VŠETIČKA, Vladimír GREGOR a Milan MACEK JR., 2014. Provádění všeobecného prenatálního screeningu vrozených vývojových vad. *Actual Gynecology* [online]. **6**, 19-22 [cit. 2020-02-

- 06]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=95045583&scope=site>
90. ŠKRAŇKOVÁ, Svatava Antonie, 2014. Prenatální péče z hlediska ženského lékaře a revizního lékaře s kazuistikami. *Revision* [online]. **17**(1), 3-7 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1214-3170. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=96435615&scope=site>
91. ŠMÍDOVÁ, Iva, 2012. Nepřerušovaný zápas o ženská těla. *Gender, Equal Opportunities, Research / Gender, Rovne, Prilezitosti, Vyzkum* [online]. **13**(2), 96-99 [cit. 2020-03-24]. ISSN 1213-0028. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=85130175&scope=site>
92. TUBA KAPLAN, Ayşin, Ayse YESIM ORAL, Nilufer ZORLUTUNA KAYMAK, Mehmet CAN ÖZEN a Şaban ŞİMŞEK, 2019. Analyzing Ocular and Systemic Findings of Patients with Down Syndrome. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia* [online]. **30**(3), 232-237 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.14744/scie.2019.05945. ISSN 2587-0998. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=32efc9e8-7d3a-4ccf-bd51-51be35c41c48%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=140447878&db=a9h>
93. VÁCHA, Marek. Definice lidského embrya a jeho status. In: *Vesmír.cz*[online]. 2008, roč. 87, č. 4. Dostupné z: <http://casopis.vesmir.cz/clanky/clanek/id/7671>.
94. VÁCHA, Marek, 2017. Asistovaná reprodukce a preimplantační diagnostika: etické problémy zůstávají a nové vznikají. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. **72**(6), 361-367 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0069-2328. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=126341324&scope=site>
95. VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.
96. VLK, Radovan, Michal PĚTROŠ a Marek L'UBUŠKÝ, 2018. Ultrazvuk v porodnictví. PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5322-4.
97. VOAS, Maddeline. Tiny Graves: Mortality, Health, and Personhood in the Early Stages of Life. *Society* [online]. 2018, **55**(4), 349-355 [cit. 2020-03-25]. DOI: 10.1007/s12115-018-0267-5. ISSN 0147-2011. Dostupné z:

- <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4335916b-1441-4ca4-930a-4086973ee7ec%40sessionmgr102>
98. VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2002. *Velký lékařský slovník*. 2. revidované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-43-0.
99. WALSH, Joan, 2019. STAND AND FIGHT In Virginia, Democrats showed that Republican attacks on abortion don't send them running scared anymore. *NATION* [online]. **309**(15), 30-33 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0027-8378. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edswss&an=000500785600016&scope=site>
100. WRIGHT, C. a S. GERAGHTY, 2017. Gastroschisis: A review of practice. *British Journal of Midwifery* [online]. **25**(12), 755-760 [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.12968/bjom.2017.25.12.755. ISSN 0969-4900. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=f82f4a91-6311-475c-bbec-a74a2cb80afd%40sdc-v-sessionmgr01&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=126675001&db=rzh>
101. ZLATOHLÁVKOVÁ, B. Etické problémy péče o rizikové novorozence. *Czechoslovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2014, **69**(5), 319-327 [cit. 2020-03-24]. ISSN 0069-2328. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=99586028&scope=site>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AFP	Alfa-fetoprotein
a kol.	A kolektiv
atd.	A tak dále
cm	Centimetry
CVS	Choriocentéza
č.	Číslo
čl.	Článek
ČR	Česká republika
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
et al.	Et alii (a kolektiv)
free beta-hCG	Volná podjednotka beta hCG (lidský choriogonadotropin)
g	Gramy
hCG	Lidský choriový gonadotropin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Kčs	Korun československých
MUDr.	Medicinae universae doctor
odst.	Odstavec
OSB	Ordo Sancti Benedicti
OSN	Organizace spojených národů
P.	Páter
PAPP-A	Plasmatický specifický těhotenský protein A
PGE1	Prostaglandin E1
PGE2	Prostaglandin E2
PGF2 α	Prostaglandin F2alpha

PM	Poslední menstruace
resp.	Respektive
RhD	Rh gen D
RU 486	Mifepristone
s	Strana
Sb.	Sbírky
srov.	Srovnej
t. g.	Týden gravidity
tzn.	To znamená
tzv.	Tak zvaně
uE3	Volný (nekonjugovaný) estriol
UPT	Umělé přerušení těhotenství
vs.	Versus
VVV	Vrozená vývojová vada

