

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra teologické etiky a spirituální teologie

MUDr. Miroslav Váňa

Problematika ukončení těhotenství

Diplomová práce

v rámci navazujícího magisterského studijního programu
Humanitní studia, studijní obor Aplikovaná etika

Vedoucí práce: doc. PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

Praha 2017

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 19. října 2017

MUDr. Miroslav Váňa

Bibliografická citace

Problematika ukončení těhotenství [rukopis] : diplomová práce / Miroslav Váňa ; vedoucí práce: Libor Ovečka. -- Praha, 2017. -- 130 s.

Anotace

Diplomová práce si klade za úkol seznámit čtenáře s problematikou ukončení těhotenství a současně poukázat na rozdíl v pohledu teologických a biologických věd, jež se danou otázkou zabývají. Současně je nezbytné poučit čtenáře v nezbytné míře o základních embryologických a lékařských procesech umožňujících pochopit danou problematiku s ohledem na závažnost celé situace. Na jedné straně práce seznamuje čtenáře se základy legislativy vztahující se k danému tématu v kontextu historického legislativního vývoje, na druhé straně neopomíjí dnešní trendy. Nazírá na danou problematiku optikou různých křesťanských církví, ale i pohledem světových náboženských proudů. Poukazuje na negativní zdravotní dopady potratu a umělého přerušování těhotenství, zároveň ale předkládá základní informace o zabránění početí a rozlišení přípravků antikoncepčních a abortivních. Práce rovněž předkládá čtenáři názory jednotlivých církví, které se nějakým způsobem vyjadřují k problematice antikoncepce a intercepce. Autor diplomové práce se nad nimi kriticky zamýšlí a zve čtenáře k vlastní reflexi předkládané problematiky. Snaží se nastínit rozsáhlý okruh problémů v novém, širším a bohužel často opomíjeném světle, a sice z pohledu otce, který je častokrát během potratu naprosto opomíjen, ačkoliv se jedná o polovičnického biologického dárce genetické informace nově vznikajícího lidského organismu. Z uvedeného důvodu se práce zaměřuje na možné výhody rozšíření vlivu otce na okolnosti úzce související s UPT a tím nutí čtenáře vidět danou problematiku komplexněji než pouze z tradičního pohledu matky, hnutí pro-life či pro-choice. Jedním z hlavních cílů, které si tak autor diplomové práce klade, spočívá právě v probuzení nové čtenářské reflexe, v poukázání na opomíjená hlediska dané problematiky, která překračují dosud jednostranný a mnohdy černobílý pohled na věc.

Klíčová slova

umělé přerušování těhotenství, spontánní potrat, lékařsky indukovaný potrat, hranice viability plodu, role otce, zákon o zdravotních službách a pojetí otce, koncept lidské

osoby, antikoncepce, intercepce

Abstract

This diploma thesis is aimed at problems of abortion and simultaneously of a different view of theological and biological sciences that deal with these problems. Concurrently, it is necessary to offer an essential outline of basic embryological and medical processes which enable understanding the given problem in view of importance of this situation. On the one hand the thesis presents legal essentials related to the topic in a historical legal context, on the other hand it does not exclude contemporary trends. It regards the given problems through a point of view of various Christian churches as well as world religious streams. It refers to negative health consequences of miscarriage and induced abortion but in the same time it presents basic information about contraception and differentiation of contraceptive and interceptive means. The thesis also presents opinions of individual churches that express their view of contraception or interception. The author of this thesis thinks critically over these thoughts and invites readers to create their own reflection of given problems. He tries to outline a wide range of these problems in the new, wider and often ignored point of view, that is of father's view. A father is often totally ignored during an abortion though he is actually a half-donor of genetic information of a newly growing human being. For the mentioned reasons, the thesis is focused on possible advantages of widening the father's influence on circumstances connected with closely with induced abortion and thus it offers a more complex view of the problem not only from the traditional mother's point of view and pro-life or pro-choice movements. One of the main author's targets is to awake a new reader's reflection, to point out neglected views of given problems which overstep the so far one-sided and simplistic view.

Keywords

induced abortion, miscarriage, medically induced abortion, border of foetal viability, father's role, medical care law and a status of a father, concept of a human being, contraception, interception

Počet znaků (včetně mezer): 252 898

Poděkování

Předně bych chtěl poděkovat za odbornou pomoc při zpracování vedoucímu diplomové práce doc. Liboru Ovečkovi, Th.D., který mi byl po celou dobu nápomocen a velmi ochotně mi pomáhal, mnohdy na úkor svého volného času.

Také bych chtěl poděkovat všem, na které jsem se mohl obrátit s dotazem:

MUDr. Kristýně Pivovarčíkové, PhD., MUDr. Elišce Rinnové, MUDr. Tomáši Pitrovi PhD., MDDr. Matouši Křikavovi, Mgr. Martinu Bakajsovi a Mgr. Romaně Bakajsové.

Mé poděkování dále náleží Mgr. Romaně Bakajsové, jež mi pomohla cennými připomínkami a současně provedla jazykovou korekturu.

Chtěl bych také vděčně poděkovat své manželce BcA. Tereze Jirků Váňa, která mi umožnila danou práci sepsat, neboť mě po celou dobu studia a v průběhu psaní diplomové práce zastoupila jak v domácích pracích, tak i ve všech ostatních povinnostech.

V neposlední řadě bych chtěl také poděkovat kolegům z anesteziologické kliniky ve městě Eisleben- Lutherstadt a také kolegům z Psychiatrische Uninvestität Zürich, kteří si se mnou vyměňovali služby tak, abych se mohl zúčastnit výuky. Také děkuji všem za cenné podněty a zapůjčené knihy.

Mé díky patří rovněž přednášejícím z oboru Aplikovaná etika, kteří ve mně probudili nezbytnou motivaci a zájem.

Obsah

Úvod.....	8
1 Biologický pohled na vznik člověka	10
2 Rozdílnost pohledu na lidskou osobu mezi přírodními a filozofickými disciplínami.	12
3 Definice základních pojmů v problematice UPT	13
3.1 Definice.....	13
3.2 Možné dělení potratů	14
3.3 Potrat dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR od 1. 1. 2016.....	14
3.4 Spontánní potrat.....	14
3.5 Ostatní potraty, zamlklý potrat, septický potrat a jiné	15
3.6 Syndrom mizejícího dvojčete (wanishing twin syndrome)	15
3.7 Habituální potracení.....	15
3.8 Umělé přerušování těhotenství	16
3.9 Umělé přerušování těhotenství ze zdravotních důvodů	16
4 Problematika hranice viability plodu.....	17
5 Způsoby provedení UPT.....	20
5.1 Obvyklé způsoby provedení UPT do 12. týdne	20
5.2 Další způsoby provedení UPT v pokročilé době těhotenství.....	20
6 Zdravotně negativní dopady UPT	23
7 Miss abortion syndrome	26
8 Nelegální potraty	29
9 Legislativní rámec potratů v ČR.....	33
9.1 Deklarace práv počatého dítěte.....	35
9.2 Kritika zavedeného pojetí lidských práv a práva na život	35
10 Srovnání legislativy a potratové politiky v evropské populaci.....	38
10.1 Současná situace	38
10.2 Hlavní aktivistické proudy v otázce UPT	39
11 Statistická a demografická data potratovosti v ČR.....	42
12 Historická data potratovosti	46
13 Práva a povinnosti manželů a možný vliv otce během UPT	50
14 Vliv otce během UPT	52
15 Pohled katolické církve na UPT	56
15.1 Kritika argumentace KC	58

16	Pohled pravoslaví na UPT	60
17	Pohled reformovaných církví na UPT	61
	17.1 Prohlášení oficiální luteránské církve Ameriky.....	62
18	Vztah antikoncepce a potratů.....	64
19	Zabránění oplodnění, antikoncepce / intercepce.....	67
	19.1 Antikoncepční metody nevyžadující lékařský dohled	67
	19.2 Antikoncepční metody vyžadující lékařský dohled.....	69
20	Antikoncepce a postoje různých církví.....	74
	20.1 Katolická církev	74
	20.2 Pravoslavná církev	78
	20.3 Rozdílnost pojetí sexuality a antikoncepce v rámci KC a pravoslaví.....	79
21	Návrhy na možnosti snížení umělé potratovosti v ČR	82
22	Změna legislativy.....	93
	22.1 Změna lhůty umělé potratovosti	93
	22.2 Změna lhůty potratu z lékařské indikace	93
	22.3 Zdůvodnění ponechání možnosti umělé potratovosti	93
	22.4 Zavedení potratových komisí.....	94
	22.5 Rozšíření sítě bezplatných partnerských poraden.....	95
23	Reflexe tématu bioetické problematiky statutu plodu a UPT	96
	Závěr	116
	Seznam použitých zkratk	122
	Seznam literatury	124

Úvod

V následující práci předkládám problematiku UPT takovým způsobem, aby na ni bylo názráno z nové perspektivy. Jednak se ji snažím zhodnotit a postihnout okolnosti s ní související, jednak se zabývám i samotným postavením otce v rámci otázky přerušení těhotenství. Pokud se zamýšlím nad tím, jak se na něj nahlíží dnes, musím jednoznačně konstatovat, že současné období lze charakterizovat skutečností, že se potraty provádějí masově takřka na „přání“, ale současně se často vedou zuřivé diskuze o tom, zdali má matka právo na umělé přerušení těhotenství, či ne. Zastánce lze nalézt na obou stranách, a to i mezi vědeckými, lékařskými, teologickými a bioetickými pracovníky. Posoudit však otázku, zdali má matka právo na usmrcení plodu, ale není vůbec smyslem ani cílem této práce.

Uvnitř společnosti dochází ke střetu názorů již od dob, kdy se začaly potraty masově rozšiřovat. Zpravidla převládají dva mainstreamové názory.¹ Jeden z nich se označuje názvem „pro-choice“, zatímco druhý nese název „pro-life“. Zatímco jedna strana tvrdí, že matka má právo na usmrcení embrya či plodu, druhý tábor toto právo matce vehementně upírá. Už z výše nastíněných většinových hnutí a jejich zastávajících pozic je patrné, že zde neexistuje žádné sdružení „pro-fathers“, jež by kladlo důraz na důležitost otce a jeho práva v otázce UPT. Jako by dané embryo či plod byly ve výhradním vlastnictví matky a rovněž sama diskuze se zaměřuje pouze na otázku matky a plodu. Není bráno v potaz, že jde z poloviny také o dědičnou informaci právě otce. Za zmínku stojí, že v otázce UPT velice často neuvažujeme o dítěti jako o daru. Rovněž se nezabýváme skutečností, že člověk není absolutní stvoření, tedy tvůrce, ale pouze tvor stvořený, tedy tvor, který nevytváří nový život ex nihilo, nýbrž plodí život nový.

Již při studiu na lékařské fakultě jsem si během gynekologické stáže uvědomil, že jsem ještě neviděl skupinu hájící právo otce. Toto poznání mě časem motivovalo natolik, že jsem se rozhodl pro čtenáře zformulovat tento pohled alespoň na několika stranách v samostatné kapitole s možným následným přesahem i do dalších kapitol. Za zajímavý považuji také trend judikatury při soudním řízení o svěřeni dětí do péče jednoho z rodičů, v němž zcela převažuje tendence svěřovat děti výhradně (převážně až u 90 % případů)² do péče matky, a to i tehdy, když má otec o děti výrazný zájem. Zdá se, že role otce není rovnocenná roli matčině. Dítě je minimálně v období těhotenství ve

¹ PTÁČEK/BARTŮNĚK 2011, 108

² DUNDOVÁ 2014

výhradní správě matky, neboť takto vypadá dnešní judikatura řešící problematiku UPT.

Diplomová práce se také snaží podnítit čtenáře k širší sebereflexi a utvoření si nového názoru na problém již dávno známý, zpravidla často viděný pouze z jednoho úhlu. Lze bez nadsázky říci, že v otázce UPT je otcovská, typicky maskulinní role většinou naprosto diskriminována, ignorována a přehlížena. Musíme přinejmenším tuto roli zkoumat a podrobit detailnější analýze její význam i způsob zákonného ukotvení dané pozice, neboť právě otcovská maskulinní role v procesu UPT je evidentně mravně i legislativně³ přehlížena. Lze tvrdit, že de facto neexistuje. Otec je vůči matce v submisivní pozici, neboť matka rozhoduje o tom, zdali nabyde či bude zbaven otcovské role, a to nezávisle na preferencích otce, jako kdyby neměl stejné právo jako matka stát se rodičem.

Dále je třeba si klást otázky, zdali má matka nárok na umělé ukončení těhotenství bez souhlasu otce. Jelikož chceme hodnotit uvedenou problematiku komplexně, je nezbytné se ptát, jak zabránit něčemu tak negativnímu, jako je UPT. Máme vycházet do ulic a použít násilí proti lidem, kteří se podílí na UPT, jako se to dělo např. ve Francii? Nebo opravdu „o nic nejde“ a lidský zárodek jednoduše není osobou, a tak ho můžeme s klidem usmrtit?

³ Role otce není v rámci potratového zákona vůbec zmíněna.

1 Biologický pohled na vznik člověka

Kapitola je sepsána s ohledem na laického čtenáře potřebujícího pouze základní nástin biologických poznatků tak, aby umožnila základní orientaci v problematice ukončení těhotenství. Rozmnožování lidského druhu probíhá pomocí tzv. pohlavního rozmnožování, při kterém se spojí pohlavní buňky obou rodičů, jež nesou na rozdíl od jiných buněk lidského těla pouze poloviční počet chromozomů. Při oplodnění dochází ke spojení pohlavních buněk. Nově vzniklá entita, která je kvalitativně odlišná od dvou původních buněk, se nazývá zygota,⁴ která má již plný počet chromozomů.⁵ Proces oplodnění je procesem trvajícím i několik hodin.⁶ Spermie musí urazit cestu do vejcovodu⁷ a ta zabere čas zpravidla v řádů hodin,⁸ přičemž samotné splývání pohlavních buněk trvá rovněž v řádu hodin. První den vznikne nový lidský organismus s unikátní DNA. Zygota se nadále dělí, ale stále k tomu využívá zásoby matčiny dědičné informace RNA. V průběhu 3. dne se nachází nový organismus zpravidla u vnitřního ústí vejcovodu ve stádiu 16 buněk,⁹ toto stadium nazýváme morula. 4. den zpravidla sestupuje morula do děložní dutiny a dochází k masivní genové expresi.

6.–7.den dochází ve stádiu tzv. blastocysty k uhníždění nového organismu do děložní sliznice. Uhnížděním však dokáže projít pouze 30–50 % koncepcí.¹⁰ Poté se spouští celá řada procesů. Od okamžiku nidace vzniká nový kvalitativní komunikační vztah mezi plodem a matčíným organismem. Embryo vytváří hCG,¹¹ lidský choriogonadotropin, zastavuje se menstruační i děložní cyklus, přičemž hCG udržuje v činnosti žluté tělísko produkující estradiol a progesteron. Tyto hormony udržují dělohu v činnosti a zabraňují nastoupení menstruačního a ovulačního cyklu. Důležitým dělítkem je 14. den, protože do této chvíle mohlo chybným dělením blastocysty vzniknout vícečetné těhotenství.¹² Od tohoto dne dochází ke gastrulaci, což znamená, že počet plodů zůstává neměnný (s výjimkou možnosti intrauterinního úmrtí plodu, např. syndrom mizejícího dvojčete). 15. den vznikají první nervové buňky,¹³ od třetího týdne do osmého týdne nastává období embryogeneze, pro něž je typické utváření

⁴ SLÍPKA 2012

⁵ SADLER 2011, 44–48

⁶ SADLER 2011, 44–51

⁷ ROZTOČIL 2017, 86–89

⁸ ROZTOČIL 2017, 86–88

⁹ SADLER 2011, 44–46

¹⁰ SADLER 2011, 49–51; ROZTOČIL 2017, 89–90

¹¹ SADLER 2011, 53–61

¹² SADLER 2011, 65

¹³ SLÍPKA 2012; SADLER 2011, 327

zárodečných listů a vytváření orgánových soustav. Ve 4–8. týdnu dochází k rozvoji nervové soustavy. Od 9. týdne začíná období fetálního vývoje. Nyní jsou již všechny struktury těla založeny. Obrazně řečeno dochází již pouze k růstu, a ne ke vzniku nových orgánů, přičemž toto období růstu plodu trvá až do porodu. Charakterizuje ho pokračující diferenciací tkání a orgánů a předně rychlý růst těla plodu. V průběhu 22.–23. týdne se plod dostává na hranici viability,¹⁴ to znamená možnosti přežití při poskytnutí veškeré dostupné péče mimo tělo matky. Ve 24.–27. týdnu je prvně měřitelné EEG¹⁵ a můžeme poprvé mluvit o možnosti kortikálního vědomí plodu. Během 32. týdne (+ - 2t.) dochází zpravidla k porodu.

¹⁴ ROZTOČIL 2017, 136

¹⁵ STAUDT 2014, 205–220; MENKES/SARNAT/MARIA 2011

2 Rozdílnost pohledu na lidskou osobu mezi přírodními a filozofickými disciplínami

Problém vnímání pojmu lidské osoby mezi vědami přírodními, kam se řadí také lékařství, a vědami humanitně-teologickými je zřejmý. Zatímco u biologických věd je cílem poznání předmět, vědy filosoficko-teologické mají za cíl poznání subjektu samotného, případně jeho transcendence či smyslu existence. Vědy biologické nemají nástroje na zkoumání lidské osoby jakožto subjektu, ale jsou plně zaměřené na svůj objekt, jímž je například lidský organismus. Jejich cílem tedy není poznání komplexní lidské osoby s její transcendencí, nýbrž poznání lidského organismu a procesů v něm probíhajících, včetně jejich analýzy. Proto nám obě odvětví věd poskytují rozdílné odpovědi na leckdy shodné otázky. Rozdíly jsou ovšem takové, že po některých otázkách vůbec nepátrají. Stejně jako cílem medicínského poznání není subjekt samotný (např. otázka transcendence subjektu), není cílem teologického poznání objekt (např. popsání fyziologie lidských orgánů). Proto se nemůžeme biologických věd tázat po otázce života a smrti či po otázce lidské osoby, a to už pouze z důvodu rozdílnosti mechanismů výzkumu a cíle poznání. Podobně metodika výzkumu teologického není uzpůsobená pro poznávání funkcí jednotlivých systémů objektu. Proto na otázku, kdy vzniká lidský život, medicína odpoví jinak nežli teologie či filozofie. Rozdílnost těchto věd je zřetelná v bioetických problémech, kde se vědy stýkají v multioborové problematice. Zářným příkladem je téma této diplomové práce. Pomocí metod lékařsko-embryologických dostaneme velmi sofistikované popsání vývojových procesů v nádherně ilustrovaných monografiích embryologie, nicméně v těchto publikacích nenalezneme žádnou zmínku o pojmu lidské osoby jakožto oduševnělého těla. Medicína tento pojem jednoduše nezná a není k němu ani uzpůsobená. Proto nám čistě lékařská věda nedokáže pomoci přiblížit se k odpovědi na otázku, kdy vzniká lidská osobnost. Medicína z principu metodiky své práce neumí podat odpověď, zdali máme co dočinění s plnou lidskou osobou ve stadiu vývoje moruly, přičemž morula je shluk 8–16 buněk, kde z každé buňky v tomto stádiu může ještě vzniknout nový jedinec. Otázka, zdali máme již co do činění s lidskou osobností jakožto s jedinečnou a neopakovatelnou plnou lidskou osobou, je nesnadná a neodpoví na ni zcela ani teologie, ani bioetika.

3 Definice základních pojmů v problematice UPT

A. Živě narozené dítě

Jako živě narozené dítě je označen každý plod, který po vyjmutí z matčina těla projevuje základní známky životních funkcí. Nutno podotknout, že zde není úmyslně zmíněna délka těhotenství, protože definice živě narozeného dítěte není nutně propojena s délkou trvání těhotenství. Za základní známky života se považují: srdeční akce, dýchání, pulzace pupečníku¹⁶, aktivní pohyb dítěte.¹⁷

B. Mrtvě narozené dítě

Mrtvě narozený plod je plod s hmotností 500 g a vyšší, který neprojevuje známky života. Při váze plodu pod 500 g se jedná o potrat, ne o mrtvě narozené dítě.¹⁸

C. Potrat

3.1 Definice

Potratem rozumíme¹⁹ ukončení těhotenství (vypuzení embrya či plodu) v době před porodem, při kterém embryo či plod zaniká. Přesná definice potratu dle *Národního zdravotního informačního systému* (tohoto času) platná v České republice zní:

A. Plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g.

Jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů, hmotnost zjistit nelze.

B. Z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.

C. Potratem se také rozumí ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů.²⁰

Sledování množství potratů je možné díky povinnosti hlásit všechny jeho druhy.

¹⁶ DORT/DORTOVÁ/JEHLIČKA 2013

¹⁷ STRAŇÁK/JANOTA 2015

¹⁸ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, § 82 odst.

¹⁹ Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství.

²⁰ Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství.

3.2 Možné dělení potratů

Podle doby a fáze, ve které je potrat zastižen, je rozdělujeme na:

- abortus imminens – hrozící potrat, v tomto stádiu lze potrat ještě odvrátit;
- abortus incipiens – počínající potrat, obdoba 1. porodní doby, obvykle již potracení nelze zabránit;
- abortus completus – dokončený potrat, při kterém je vypuzen celý plod s placentou a obaly;
- abortus incompletus – neúplný potrat, který velmi často nekončí jako kompletní, ale v děložní dutině zůstávají zadrženy části plodu, obalů nebo placenty. Potom je nezbytné zbývající části plodového vejce odstranit (RCUI, manuální revize...). Při neúplném odstranění hrozí krvácení a infekce v děložní dutině, z tohoto důvodu je operace nezbytná.²¹

3.3 Potrat dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR od 1. 1. 2016

Hlavní změnou k 1. 1. 2016 je snížení druhů potratů z pěti na čtyři. Rozlišujeme potrat samovolný, mimoděložní, umělý a ostatní potraty. Umělé potraty se dále člení podle stáří gravidity, a to na miniinterrupce do 8. tt., UPT do 12. tt, UPT do 24. tt a jiné legální UPT. Dle způsobu provedení dále rozdělujeme potraty na chirurgický, farmakologický, indukci potratu, intrauterinní zákrok a jiné. Dle důvodu ukončení je možné rozlišit potraty na žádost či ze zdravotních důvodů.²²

3.4 Spontánní potrat

Jedná se o samovolný potrat, který vzniká jako následek různých nepříznivých faktorů (vývojové vady, infekce apod.). Raný spontánní potrat (abortus spontaneus) je samovolné ukončení těhotenství v prvním trimestru, tedy do 12. gestačního týdne. Jde o velmi častý jev, zhruba 50–70 % lidských koncepcí nedosáhne období viability plodu (hranice, za kterou je plod schopen přežít mimo tělo matky). O neúplný potrat jde tehdy, zůstanou-li nějaké části v děloze, které – pokud nejsou odstraněny – vedou ke krvácení a sekundární infekci dutiny dělohy (endometritis sive endomyometritis post abortum).

²¹ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011

²² <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrpot>, vyhledáno 13. 10. 2017

Nutno podotknout, že neuhnízděné vajíčko se nebere jako potrat, a to ze zcela praktických důvodů. Jedním z nich je fakt, že ani sama žena nezpůsobuje vynechání menstruace. Další následná perioda zpravidla nastupuje v pravidelném termínu. Z výše popsaného důvodu je nemožné diagnostikovat uvedený jev, a proto ani takto zaniklé lidské koncepty nemohou být počitatelné.²³

3.5 Ostatní potraty, zamlklý potrat, septický potrat a jiné

Zamlklý potrat neboli missed abortion označuje stav, kdy plod či embryo odumírá intrauterinně a plod není vypuzen. Odumřelé plodové vejce nevyvolá děložní kontrakce a zůstává v děloze. Není-li odumřelé vejce instrumentálně odstraněno, může dojít k infekci. Zcela raritně se může odumřelý plod vstřebat.²⁴

Septický potrat – je v současné době vzácnou komplikací spontánního potratu.

Jiné druhy UPT – Potratem se také rozumí ukončení mimoděložního těhotenství (tzv. extrauteriní těhotenství) či těhotenství ektopická (ta jsou sice uložena v děloze, nicméně na zcela nevhodném místě, jako jsou rohy děložní) anebo umělé přerušování těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (*Zákon o umělém přerušování těhotenství*).²⁵

3.6 Syndrom mizejícího dvojčete (wanishing twin syndrome)

Po vzniku dvojčetného těhotenství může dojít kompetitivně k zástavě vývoje jednoho z plodových vajec, a to zpravidla díky rychlejšímu růstu druhého plodu. Stav se projeví pod klinickým obrazem hrozícího potratu, nicméně většinou se odumřelé plodové vejce vstřebá.²⁶

3.7 Habituální potrácení

Habituální potrácení neboli abortus habitualis je definováno jako výskyt tří či více potvrzených ztrát před 20. týdnem těhotenství. Dochází k němu z různých příčin, jako jsou například genetické, anatomické odchylky, hormonální poruchy, infekce a také imunologický faktor, který se zvláště v poslední době podílí dle nejnovějších výzkumů na habituálním potrácení ve větší míře, než se zdálo (antifosfolipidový syndrom etc.).²⁷

²³ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 204

²⁴ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 205–209

²⁵ Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušování těhotenství

²⁶ ROZTOČIL 2017, 206

²⁷ ROZTOČIL 2017, 209

3.8 Umělé přerušování těhotenství

Jde o indukovaný potrat (interrupce) neboli potrat vyvolaný cíleně, ať již na přání těhotné, či ze zdravotních důvodů (ze strany plodu či ze strany matky). Obecně je to zákrok zabraňující dalšímu vývoji plodového vejce. Umělé přerušování těhotenství se dále člení podle stáří gravidity, a to na miniinterrupce do 8. tt a UPT do 12. tt., lékařsky indikované přerušování těhotenství do 24. tt (v ČR pouze ze zdravotních důvodů) a jiné legální UPT (mimoděložní a ektopické těhotenství). Dle způsobu provedení se dělí na chirurgické, farmakologické, indukci potratu, intrauterinní zákrok a jiné. Podle důvodu ukončení je dělíme na umělé přerušování na žádost či ze zdravotních důvodů.

3.9 Umělé přerušování těhotenství ze zdravotních důvodů

Pokud jde o UPT prováděnou ze zdravotních důvodů, i zde platí v zásadě dvanáctitýdenní délka těhotenství pro možnost provedení interrupce. Pouze v následujících případech je možné limit o dvanáct týdnů překročit:

1. Je-li ohrožen život ženy.
2. Je-li prokázáno těžké poškození plodu.
3. Je-li plod neschopen života.

Podle navazujících ustanovení lze uměle přerušit těhotenství nejpozději do dosažení 24. tt v těch případech, kdy pro to svědčí genetické důvody.

4 Problematika hranice viability plodu

Od 25. týdne těhotenství²⁸ se v dnešní době při případném předčasném porodu obecně nemluví o plodu, ale o nedonošenci. Viabilita neboli životaschopnost plodu je určena schopností plodu přežít mimo dělohu. Problematika určení hranice viability plodu je složitá, neboť nejde pouze o funkci biologického přežití. Kromě stupně zralosti a zdravotního stavu závisí také na stupni vývoje lékařských technologií, které jsou schopny zastoupit fyziologické funkce plodu. Při předčasném narození jde o finančně velice náročnou terapii a ošetřování s dosti nejasnou prognózou. Proto je také hranice viability plodu podmíněna sociálně-ekonomickými a kulturními faktory. Díky tomu máme rozdílné hranice viability plodu mezi různými kulturami, např. japonská a židovská kultury uctívající život zachraňují každý narozený živý plod (tzn. plod vykazující po narození jednu ze známek života). V Japonsku je oficiálně hranice viability 22. týden. V ČR je tato hranice posunuta na 24. týden.²⁹ Její hranice je zpravidla určena dohodou odborné komunity. Renomovaní vědci v oboru neonatologie Nishida a Sakuma rozeznávají dvě kategorie viability.³⁰ Jedna je odvozena z biologického limitu přežívání a druhá ze sociálního souhlasu poskytovat aktivní léčbu. Biologická hranice viability, tedy možnosti přežití plodu při poskytnutí maximální lékařské péče, je dnes kolem 22. týdne.³¹ Proto se již od této chvíle těhotenství (perinatální stádia) obecně nemluví při případném předčasném porodu o plodu, ale o extrémně nezralém nedonošenci. Hranice viability se však netýká pouze krátkodobého přežití mimo dělohu, ale také možnosti dále růst a vyvíjet se v určité kvalitě života, která rodičům a dítěti umožňuje důstojný život. To znamená nebýt celoživotně připoután na lůžko DIP s těžkou poruchou vědomí po četných intraventrikulárních krváceních (dlouhodobá intenzivní péče, při níž jsou právě velmi často hospitalizováni extrémní nedonošenci, které doslova vyrobila naše moderní intenzivní péče). Z údajů o přežívání celé skupiny dětí narozených v minulém časovém období v daném gestačním týdnu nebo s danou hmotností pak odvozujeme pravděpodobnost přežití individuálního plodu nebo novorozence narozeného v dnešní době. Potenciál pro přežití se liší mezi plody stejného gestačního stáří nebo hmotnosti. Odráží biologickou variabilitu mezi jedinci stejné skupiny (pohlaví, stáří, hmotnost, doba přežití nad týden).

²⁸ RATISLAVOVÁ 2016, 9; DORT/DORTOVÁ/JEHLIČKA 2013, 110

²⁹ DORT/DORTOVÁ/JEHLIČKA 2013, 110

³⁰ NISHIDA/SAKUMA 2009, 457–460

³¹ DORT/DORTOVÁ/JEHLIČKA 2013, 110; RATISLAVOVÁ 2016, 25

Podle současných znalostí vývoje mozku není pravděpodobné, že by novorozenci narození před 24. týdnem měli anatomické předpoklady pro vědomí na kortikální úrovni. Určení hranice viability je socio-bioetickým problémem, který musí reflektovat moderní poznatky medicíny, ekonomické možnosti zdravotnictví, přání rodičů a pravděpodobnost dlouhodobého přežití mimo lůžka DIP. Práh viability vymezený možnými počátky vědomí se neliší zásadně od hranic viability daných zralostí plic. Plíce jsou při speciálních metodách v podobě vyvolání předčasného zrání surkatanu pomocí kortikoidů³² použitelné již okolo 22. týdne. I kdyby však příští výzkumy vývoje mozku ukázaly, že vědomí se objevuje v časnějších týdnech těhotenství, zatím není téměř možné, aby přežilo dítě narozené v méně než 22. týdnu,³³ není-li vědomí přítomno ještě ve vyšších týdnech těhotenství, kdy je velmi pravděpodobné či téměř jisté, že dítě přežije a bude zdravé (a teprve později vědomé a někdy v budoucnu sebevědomé). Proto nemůže být vědomí tím kritériem, podle kterého máme zahajovat péči o extrémně nezralé děti. Při hledání odpovědi na otázku, jak se máme chovat k dětem narozeným na hranicích viability, tedy v období, kdy přežití je už možné, ale spíše méně či více pravděpodobné než jisté, nám tento směr uvažování nepomůže. Pro diskuzi o zahajování či nezahajování intenzivní péče jsou však studie funkčního dozrávání mozku důležité, protože potřebujeme určit, odkdy plod, a tedy i extrémně nezralý novorozenec vnímá bolest. Viabilitu z pohledu aktivního poskytování péče určuje dohoda odborné společnosti, která určí, kde leží hranice pro poskytování aktivní péče. Dohoda vychází většinou z pravděpodobnosti přežití, ale promítají se v ní také socioekonomické faktory.

Hranice viability stanovená v Japonsku a Izraeli na 22. týden je zajímavá v kontextu toho, že v naší vlasti je možno vykonat potrat do 24. týdne z lékařské indikace i přesto, že i u nás se zachraňují extrémně nezralí nedonošenci kolem 23. týdne. Nastává paradoxní situace, kdy se extrémní nedonošenec ve věku 23 týdnů na jedné straně oddělení a za extrémně vysoké sumy zachraňuje, zatímco se na straně druhé nedonošenec ve věku 24 týdnů usmrcuje. Stačí vyjádřit riziko možnosti vzniku Dawnova syndromu a plod můžeme legálně usmrtit, neboť naše představa o tom, jak má vypadat člověk hodný žití, se neslučuje s člověkem trpícím Dawnovým syndromem. Nastává často rozporná situace, protože zachraňovaný plod ve 23. týdnu má leckdy

³² ROZTOČIL 2017, 523

³³ DORT/DORTOVÁ/JEHLIČKA 2013, 110

horší prognózu kvality života nežli plod usmrcovaný pro riziko genetického onemocnění. Osobně vnímám možný nejasný výklad legislativy pro ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů jako velice závažné systémové pochybení. Dle mého osobního názoru je usmrcení plodu za hranicí biologické viability neoddiskutovatelná vražda.

5 Způsoby provedení UPT

5.1 Obvyklé způsoby provedení UPT do 12. týdne

Technika výkonu se liší podle délky trvání těhotenství, většinou se ale provádí následovně:

- **Do 8. týdne**³⁴ jde o výkon zvaný miniinterrupce prováděný v celkové anestezii. Jde o dilataci hrdla děložního v celkové anestezii (zpravidla kovovými dilatátory) ideálně po jeho předchozí chemické dilataci pomocí prostaglandinů a dezinfekci zevního a vnitřního genitálu. Následuje odsátí plodového vejce, a to zpravidla vakuumaspirací (+ ev. kyretáž a revize dutiny děložní, která však není při miniinterrupci povinná).
- **Do 9. týdne**³⁵ se může i u nás využít tzv. chemický potrat. Chemická interrupce je obvyklá metoda do 9. týdne těhotenství. Procedura sestává z podání buď methotrexatu nebo mifepristonu (RU-486) následovaného podáním misoprostolu. Dochází k vypuzení plodu bez anestezie.

Asi 8–10 %³⁶ těchto interrupcí vyžaduje následný chirurgický zákrok, obvykle podtlakové odsání. I pacientky podstupující „pouze“ chemický potrat jsou hospitalizované právě pro 10% pravděpodobnost potřeby revize.

- **Od 8. do 12. týdne**³⁷ se v celkové anestezii po předchozí chemické dilataci děložního hrdla prostaglandiny a dezinfekci zevního a vnitřního genitálu odstraňuje plodové vejce vakuumaspirací s připojením povinné revize dutiny děložní a povinné následné kyretáže.

5.2 Další způsoby provedení UPT v pokročilé době těhotenství

- **Od 13. do 26. týdne**³⁸ se jedná již o druhý trimestr, který je vymezen právě 13. až 26. týdnem gravidity. V tomto období je ukončení gravidity již závažným lékařským zásahem do organismu těhotné ženy. Techniky a postupy ukončení gravidity ve II. trimestru jsou zatíženy mnohonásobně vyšším rizikem výskytu komplikací s možným nárůstem mateřské morbidity

³⁴ ROZTOČIL 2017, 212

³⁵ MUNTAU 2014, 50

³⁶ UHL 2017

³⁷ ROZTOČIL 2017, 212–214

³⁸ MUNTAU 2014, 50

a mortality. V případě ukončení vitální gravidity se můžeme setkat s problémem životaschopnosti (viability) plodu mimo tělo matky. Podle mého osobního názoru je zcela nutné pacientku o této možnosti informovat. V tomto časovém rozpětí se často aplikují lokálně nebo celkově prostaglandiny a po vypuzení plodového vejce se provede revize dutiny děložní tupou kyretou. O obecném doporučeném provedení UPT po 12. týdnu, ale zvláště pak po 16. týdnu se vedou spory i v samotné komunitě gynekologů.

Chirurgický potrat³⁹ se provádí u těhotenství staršího než 15. týden a je při něm nutná cervikální příprava, tzv. priming. Přípravu hrdla děložního lze provést medikamentózně podáváním prostaglandinů vaginálně (tbl.) či intracervikálně (tbl., gel) nebo mechanicky tzv. lamináriemi. Po přípravě hrdla provádíme jeho dilataci Hegarovými kovovými dilatátory a následuje vybavení plodu instrumentálně (potratové kleště). Starší technika vybavení plodu se nazývá sectio minor a spočívá ve vybavení plodu hysterotomií. V současné době se tento výkon využívá pouze v omezených indikacích, kdy nejsou splněny podmínky pro medikamentózní indukci abortu, např. při nevhodném uložení placenty (placenta praevia), dále při opakovaných operačních výkonech na děložním těle nebo při akutním krvácení těhotné.

Medikamentózní⁴⁰ přerušení gravidity ve II. trimestru se v našich podmínkách využívá farmakologickým přístupem. Syntetická analoga prostaglandinů jsou v dnešní době nejčastějšími preparáty k ukončení gravidity ve II. trimestru. Prostaglandiny stimulují děložní kontraktilitu a způsobují dilataci hrdla.

Po dohodě je možné provést tzv. intrauterinní fetocidu pomocí nitrosrdeční aplikace KCl (cílené usmrcení plodu injekcí do srdeční dutiny plodu pomocí draselné soli). Pokud nelze tuto možnost využít, je po dohodě s pacientkou a pediatrem poskytována plodu po vypuzení z dělohy pouze tzv. bazální péče.

Počet přerušení gravidity ve II. trimestru v současnosti narůstá díky rostoucí frekvenci genetických vyšetření v průběhu gravidity.

³⁹ ROZTOČIL 2017, 212–214

⁴⁰ MUNTAU 2014, 50

Indikace ze strany plodu představují především jeho malformace, chromozomální aberace, fetus mortuus a odtok plodové vody.

Ze strany matky se pak jedná o interní nebo psychiatrické indikace a neúspěšné přerušení gravidity v I. trimestru. K přerušení gravidity v tomto období existuje řada technik a postupů a o vhodném a univerzálním protokolu se stále diskutuje.

6 Zdravotně negativní dopady UPT

Komplikace po UPT se zpravidla dělí na bezprostřední, časné a pozdní následky.

A. Bezprostřední komplikace umělého přerušení těhotenství

K bezprostředním komplikacím umělého přerušení těhotenství patří velká krevní ztráta (nad 500 ml), kterou trpí zhruba kolem 1 % pacientek.⁴¹

Poranění nejčastěji vznikají v souvislosti s dilatací děložního hrdla, zpravidla při dilataci kovovými dilatátory. Následkem těchto zranění může být až inkompetence děložního hrdla a jeho inkompetence v další graviditě. Možnost inkompetence děložního hrdla a neschopnost donosit plod se zvyšuje s počtem opakování a stářím UPT. Nicméně při miniinterrupcích tato komplikace nastupuje zřídka, zvláště při využití prostaglandinových dilatátorů. Perforace děložního hrdla může být způsobena sondou či kyretou, ve velmi vzácných případech i aspirační kyretou. Predilekčním místem perforace je pravý děložní roh. Samotná perforace abortivními kleštěmi je považována za nebezpečnou kvůli možnosti poranění střeva, nutno však podotknout, že závažné komplikace u miniinterrupcí s vakuumextrakcí jsou statisticky velmi nízké, zvláště u správně zvoleného postupu.

B. Časné komplikace

Jedná se o komplikaci vyskytující se do šesti týdnů po výkonu, avšak jde o vzácnou komplikaci vyskytující se zvláště u vývojových anomálií dělohy a vícečetného těhotenství, kde může být vysán plod bližší hrdlu, zatímco jiný, vzdálenější může být ponechán. Nepoznané mimoděložní těhotenství definujeme za situace, že byla provedena pouze evakuace sliznice dělohy. Typické je malé množství odsátého materiálu. Rezidua po interrupci, rovněž se vyskytují zbytky plodového vejce po UPT, symptomy bolesti, nedokonalé zavinování dělohy a nutnost další revize.

Zánětlivé komplikace se mohou objevit, zpravidla se ale jedná o zvýšenou teplotu zhruba v třetím až čtvrtém dni, krvácení či výtok. Při dobře prováděných interrupcích by se měl výskyt infekcí pohybovat pod 5% hranicí.⁴²

⁴¹ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011; ROZTOČIL 2017, 214

⁴² ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 214

C. Komplikace spojené s anestezií

Výskyt komplikací závisí na vstupním zdravotním stavu pacientky, přičemž většinová pacientka UPT se věkově pohybuje v rozmezí od 15 do 55 let, tudíž jde zpravidla o mladé pacientky. Riziko komplikací spojených s anestezií se světově určuje dle stupnice ASA, která vychází z výchozího stavu před anestezií a nutnosti operace. Mají-li pacientky závažná onemocnění před anestezií, je narkóza samozřejmě rizikovější. Je-li onemocnění v nekompenzovaném stavu, tak pacientka samozřejmě spadá do rizikovější skupiny. Velmi významné pro rizikovost anestezie jsou závažná onemocnění plic, srdce, metabolická onemocnění, jakožto nedobře léčené Astma, CHOPN, IM, AP a další. Ke komplikacím anestezie⁴³ řadíme poranění nervů, nedostatečnou hloubku anestezie, poranění oka a zrakové deficity (ischemická optická neuropatie), kognitivní dysfunkce, alergické reakce až anafylaktický šok, vzácně výrazné krátkodobé hypotenze, zřídka se vyskytuje klinicky významná porucha srdečního rytmu, laryngospasmus, bronchospasmus, maligní hypertermie, neurologický deficit spojený s anestezií.

D. Pozdní komplikace vznikající šest týdnů po UPT

Jde zpravidla již o chronické záněty, nicméně tyto komplikace se obtížně dávají do souvislosti s provedenou UPT. Pozdním poruchám menstruačního cyklu podřazujeme zpravidla další menses, který přichází většinou v období kolem 33 dní.⁴⁴

E. Psychické a sexuální změny

Výskyt postabortivního syndromu respektive postinterrupčního syndromu je možný. V této souvislosti je třeba uvést, že až u jedné třetiny⁴⁵ patientek dochází ke snížení sexuální apetence. Porucha fertility⁴⁶ jako infertilita i sterilita by v moderním zařízení měly být při miniinterrupcích zcela výjimečné. Riziko stoupá s týdnem provedení a s nastoupivšími bezprostředními a časnými komplikacemi.

Předčasný porod zůstává v současnosti podle medicíny založené na důkazech neprokázán. Mortalita je v moderním zdravotnictví raritou, nicméně ve státech s restriktivní politikou, zejména v rozvojových státech, zůstává i nadále velkým

⁴³ BARASH/CULLEN/STOELTING 2015, 22–23

⁴⁴ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 214–215

⁴⁵ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 215

⁴⁶ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 215

zdravotnickým problémem.

7 Miss abortion syndrome

„Postabortivní syndrom“ (PAS)⁴⁷ je stresová reakce, kterou některé ženy prožívají po potratu. Pro další výklad je nutno sdělit, že PAS zahrnuje ve většině literárních zdrojů pouze spontánní potrat, zatímco u žen podstoupivších UPT je lépe vymezit a specifikovat postinterrupční syndrom PIS. Tento syndrom je specifickou formou širší diagnózy známé jako „posttraumatická stresová porucha“ (PTSP⁴⁸). Nástup uvedeného onemocnění může nastat kdykoli od okamžiku traumatu, tedy v tomto případě zákroku, až do několika dalších let poté. PAS je způsoben neschopností ženy vyjadřovat své pocity, které se vážou k jejímu těhotenství, potratu a schopnosti vyrovnat se s nimi. Pacientky odsunují své emoce a vytváří si jiné mechanismy ke zvládnání každodenního života. Avšak potíže se mohou časem stupňovat a narušit tak běžné fungování ve vztazích, v rodině i v práci.

PAS nemusí postihnout pouze ženy, které prodělaly umělý nebo spontánní potrat, v extrémních případech se uvádí, že se symptomy mohou objevit i u jejich partnerů, a dokonce i u zdravotníků, kteří se na interrupci podílí.⁴⁹ Nicméně ne každá žena je postabortivním syndromem postižena. Je nutno sdělit, že postabortivní syndrom se vyskytuje u podstatně nižšího procenta pacientek, neboť většina žen se bez problémů rozhodne pro interrupci.⁵⁰ Po zákroku se jim zpravidla velmi uleví a dál žijí svůj život, aniž by se u nich kdykoli PIS vyskytl.⁵¹ Existují také názory z oponentní větve lékařské komunity, která tvrdí, že interrupce nepůsobí ženám žádné psychické problémy v podobě PAS respektive PIS, nýbrž se jedná pouze o výčitky svědomí či projevují lítost, že vůbec podstoupily UPT v důsledku nátlaku okolí.

Interrupce jsou ožehavým politickým tématem ve Spojených státech amerických, a proto se američtí vědci snažili provést kvalitní výzkum týkající se PAS. Tým odborníků provedl několik desítek studií, jichž se v letech 1989 až 2008 zúčastnilo celkem na 150 000 žen. Vědci při nich zjistili, že výzkum neukazuje významnější rozdíl v dlouhodobém duševním zdraví žen, jež se rozhodly pro předčasné ukončení těhotenství, ve srovnání s ostatními. Jsou to sice validní a přesvědčivé vědecké výsledky, ale odborníci z oboru psychologie a psychoterapie, kteří jsou ve svých

⁴⁷ HOFFMANN 2016, 61

⁴⁸ FREED/SALAZAR 2008, 17

⁴⁹ MAKAR 2009

⁵⁰ WARREN/HARVEY/HENDERSON 2010

⁵¹ RUSSO 2002

poradnách a ordinacích žádání o pomoc ze strany žen s PAS, jsou opačného názoru. Nutno přiznat, že se jedná o velmi složité téma, které je pro svoji delikátnost značně kontroverzní, neboť tento syndrom je často využíván jakožto argumentace proti UPT,⁵² přičemž nepřevládá ani názor nějaké vědecké společnosti, že by ne PAS, ale PIS byl tak častý a měl tak drtivé následky, jak by si ráda určitá hnutí přála. Nastupuje potom další problém, a to jak daný problém PIS opravdu statisticky prokázat, protože u PIS se prý mohou vyskytovat obtíže i po několika letech. Nejsou specifické a rozlišit mezi depresí či lítostí a PIS se zdá být obtížné. Z tohoto důvodu vycházejí protichůdné studie, v nichž velmi často jedna strana nalézá u ženy, jež podstoupila UPT, všechny teoretické příznaky (od denního smutku přes pocit viny až po lítost), a tudíž jim vyjde, že PIS je zdrcující, anebo pro změnu nenajde téměř nic, a pak dojde k závěru, že se PIS nevyskytuje.

Osobně si myslím, že hodnotit např. po pěti letech, kdy má žena již dvě děti, zdali se u ní vyskytl PIS nebo prostá deprese, je z důvodu metodiky téměř nemožné. Kromě toho není oficiálně PIS uznána jakožto nemoc. Neumím si zcela představit průkazné studie. Například podle studie pracovníků Univerzity Johnse Hopkinse z Baltimoru není PAS (či přesněji PIS) významným problémem, další studie poukazují na to, že až 95 % pacientek svého rozhodnutí podstoupit UPT nelituje.⁵³ Naproti tomu k opačnému výsledku došla Anne Nordal Broen, jejíž práce navíc ukazuje na určité zásadní rozdíly mezi klasickým PAS a PIS (např. v opožděnosti příchodu potíží v případě PIS). Každopádně se zdá, že se PIS ve významné míře projevuje pouze u malé části žen podstoupivších interrupci. Může však u nich nabývat velmi drastických podob a dovést postiženou osobu až k myšlence na sebevraždu. Navíc z etického hlediska je krajně složité odlišit PIS od prostého litování činu a výčitek svědomí, při nichž pacientka jednala např. z nátlaku proti svému svědomí nebo rozpoznala, že jednala v mravní libovůli, a nyní trpí pocitem viny. Zcela jiná situace bude u spontánních potratů, tedy PAS.

Jak bylo výše řečeno, PAS je ve své podstatě posttraumatická stresová porucha. Vznik PTSP souvisí s uzavřením bludného kruhu potíží. Na jeho udržování se podílejí zejména vzpomínky a myšlenky připomínající traumatickou událost. Ty vedou k rozvoji napětí či strachu. Úzkostné emoce bývají doprovázeny tělesnými příznaky, reakcemi

⁵² Leckdy až zneužíván různými pro-life hnutími v argumentaci proti UPT.

⁵³ RUSSO/DABUL 1997

a úzkostným chováním, mezi něž patří třkání, pobíhání, vyhýbání se, ujišťování se – to vše se navzájem ovlivňuje a posiluje. Aby se žena uzdravila, je nutné dostat pod kontrolu zejména příznaky jako traumatické kognice (traumatické vzpomínky, obavy, starosti, sebeobvinění), negativní emoce, tělesné příznaky úzkosti a úzkostné, vyhýbavé a zabezpečovací chování.⁵⁴

Postinterupční syndrom není validně prokázán, v tomto kontextu lze poukázat např. na americkou psychiatrickou organizaci, která na základě uvedených skutečností vyřadila syndrom ze seznamu nemocí DSM-V.⁵⁵ Ten se navíc vyskytuje velmi vzácně a pouze v extrémních případech jde o závažnou problematiku. Oproti tomu PAS je již dokumentovatelný a zpravidla je horší, čím později ke spontánnímu potratu došlo. Za mezní hranici se považuje mrtvorozené dítě, kde se vyskytuje PAS (tedy PTSP) nejčastěji a zpravidla nejzávažněji.

⁵⁴ PRAŠKO/PAŠKOVÁ/SOUKUPOVÁ/TICHÝ 2001

⁵⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013

8 Nelegální potraty

A. Popis situace

Zákaz interrupcí či absence zdravotnického zařízení provádějícího ukončení těhotenství statisticky prokazatelně a významně vede k jejich ilegálnímu a předně zdravotně závadnému provádění, které se často odehrává v bídných a nevyhovujících podmínkách ohrožujících zdraví i život matky. Za takové prostředí lze považovat např. prostý pokoj matky, která si neodborným postupem přivodí leckdy i tak závažné komplikace, že jejich následkem může být úmrtí jak plodu, tak matky. Zákrok provádějí často ne zcela kvalifikované osoby (hovorově bývají nazývány též jako „andělíčkářky“). Nelegální potraty se převážně prováděly či provádějí v naprosto nevyhovujících podmínkách, které vážně ohrožují zdraví žen. Od nepaměti, již za dob Hippokrata z Kósu,⁵⁶ se používaly manuální techniky jako např. pokusy propíchnout vak blan a vyvolat tak odtok plodové vody s následným potratem.

V modernější době se používal např. pletací drát, jehlice do klobouku nebo ohnuté drátěné ramínko, které se pro svou popularitu stalo dokonce symbolem amerických organizací bojujících za právo na bezpečnou a legální interrupci. Tyto neodborné postupy vedly k rozsáhlým poraněním ženy často s následným vykrvácením nebo těžkou smíšenou aerobně-anaerobní infekcí při neošetřeném potratu. Tyto infekce jsou těžko zvládnutelné i při použití moderních antibiotik. V minulosti se jednalo o nechvalně proslulou horečku omladnic. Stejně závažné následky měly pokusy vypudit plod chemicky – např. vstříkovaním petroleje nebo mýdlové vody do dělohy, což při proniknutí do krevního oběhu ženy způsobilo hemolýzu a smrt. Nezřídka docházelo vlivem pokusu o potrat také k otravám chemikáliemi až s následkem smrti, např. nechvalně proslulá klášterní chvojka. V zemích se zakázanou interrupcí, nedostupnou antikoncepcí a nedostatečnou osvětou se tyto jevy vyskytují dodnes, a to v nemalém měřítku. Dle WHO⁵⁷ potažmo zřízené dceřiné organizace Guttmacher institut se v roce 2003 provedlo 20 milionů potratů, v roce 2008 to bylo už 22 milionů⁵⁸ neodborných, zdravotně nebezpečných potratů. Tento výsledek považuji za naprosto šokující. Nejhůře je na tom jihovýchodní Afrika.

⁵⁶ Viz Ottův slovník naučný: Ilustrovaná encyklopedie obecných vědomostí 1888. Hippokratova přísaha. Praha 1888, sv. 11, 308.

⁵⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf, vyhledáno 11. 3. 2017

⁵⁸ http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/magnitude/en/, vyhledáno 9. 10. 2016

Podle WHO zemře ve světě každým rokem na následky neodborně provedeného potratu zhruba 50 000 žen.⁵⁹ Dle statistik WHO z roku 2008 umřelo 47000 žen, z tohoto celkového počtu „pouze“ 90 úmrtí nastalo v rozvinutých zemích, mezi něž řadíme i ČR. Výskyt trvalého poškození zdraví oficiální odhady neukazují, čímž se jasně dokazuje fakt, že v zemích s možností bez trestu proveditelného potratu⁶⁰ je oproti zemím s nedosažitelností provedení lékařské interrupce či s restriktivní potratovou politikou úmrtí matky k roku 2008 v poměru 1/553, tedy 1 mrtvá v zemích s legální interrupcí na 550 zemřelých v zemích s nedostupnou interrupcí. Z těchto dat vyplývá, že zde existuje vcelku velice početná skupina žen, za rok 2008 konkrétně 22 milionů žen, které nechtějí a nebudou těhotné i přesto, že se bude potrat odehrávat v mizerných podmínkách s vysokým rizikem poškození zdraví, při němž zhruba každá 450. žena umře. Podle WHO se provedlo v letech 2010–2014 kolem 56 milionů lékařsky neodborně provedených nebezpečných potratů ročně, přičemž v roce 2008 to bylo zhruba 22 milionů.⁶¹ Je tedy evidentní, že podíl unsafe abortion je obrovský a že podíl poškozených či mrtvých matek je po něm rovněž ohromný. Z uvedeného důvodu by bylo vhodné uvažovat o tom, co je menší zlo. Oněch 22 milionů⁶² provedených nebezpečných potratů s 50 000 mrtvými⁶³ matkami a současně s 50 000 mrtvými plody považují za napáchané zlo. Podle mého názoru je nutné se zamyslet, zdali by pro zdraví populace, tedy i matek nebylo výhodnější poskytnout minimálně antikoncepční metody⁶⁴ či jako poslední volbu umožnit zdravotně nezávadný potrat, který je však stále lepší než nebezpečný potrat nelékařský. Jedná se však o krajní a extrémní řešení, ale je nutné si uvědomit, že zmiňované ženy podstoupí potrat i za cenu hazardu se svým vlastním životem a v naprosto nevyhovujících podmínkách. Bohužel tuto skupinu rozhodnutých žen neovlivníme, nezměníme a bohužel asi ani nezmenšíme, protože jde za svým cílem opravdu i za cenu smrti.

B. Reflexe nad problematikou unsafe abortion

V návaznosti na přetrvávající propotratové myšlení u některých žen si kladu otázku, zda by nebylo lepší nabídnout těmto ženám bezpečný potrat a uchránit alespoň jejich

⁵⁹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf, vyhledáno 11. 3. 2017

⁶⁰ To neznamená legální. viz případ Německa, kde je ilegální, ale není trestný.

⁶¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>, vyhledáno 13. 10. 2017

⁶² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>, vyhledáno 13. 10. 2017

⁶³ https://www.gutmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb_IAW.pdf, vyhledáno 5. 5. 2017

⁶⁴ i když díky rozdílné kultuře a náboženství bude asi vzhledem ke geografickému umístění problematické

životy. S tím ale nesouhlasí nejrůznější církevní hodnostáři, kteří tvrdí, že si uvedené matky takový trest zaslouží. Nicméně se dostáváme do role soudců nad životem a smrtí, ale tato pozice nám lidem nepřísluší. Bohužel se obávám, že by ani po kvalitním poučení této skupiny matek toužících z různých důvodů po UPT a i za předpokladu vysvětlení celé bioetické problematiky včetně nabídky sociální pomoci, ev. finanční pomoci, poučení nepřineslo pozitivní výsledky. Troufám si dokonce tvrdit, že většina žen uvedené skupiny se stejně rozhodla pro potrat.

Sociokulturní problematika, se kterou se uvedené rozhodnutí pojí, je nám, Středoevropanům, tak vzdálená, že si ani sám nedokážu představit, co zmiňované ženy prožívají. Těžko bychom jim mohli nastítnit bioetickou problematiku při 40% gramotnosti v rozvojových zemích (populace dospělých v Somálsku, Mali, Čadu).⁶⁵ Složitě se prosazuje i finanční pomoc, neboť v uvedených státech v podstatě neexistuje finanční trh a na něj vázané služby. Máme tedy volbu mezi tím, že necháme ženu provést zákrok na kvalitní klinice, či samotnou v nuzných podmínkách s tím s rozdílem, že doma riskuje svůj život. My bychom na druhou stranu měli zapojit všechny síly k tomu, aby byl potrat vnímán společností negativně, a aby byl proto všemožnými a mravnými mechanismy co nejvíce tlačen do ústraní jako nedobré řešení. Nicméně je stále lepší odborný zákrok než nelékařský potrat. Je však třeba použít všechny dostupné a ještě akceptovatelné kroky společnosti ke snížení potratovosti na minimum. Mám ale obavy, že v těchto rozvojových částech světa by nebylo rozšíření antikoncepce zcela účinné, neboť zdejší sociokulturní podmínky stojí na jiných principech a jiných náboženstvích. Obávám se rovněž, že při snaze o masové rozšíření antikoncepce v jihovýchodní Africe bychom naráželi na její mravní a kulturní nepřijatelnost, a to zejména u společensky primitivněji založených paternalistických společností. Jde o mnohem lepší řešení, nežli je unsafe abortion, a proto bychom v rámci řešení snížení unsafe potratů měli masově rozšiřovat antikoncepční metody a tak zachránit alespoň část z těch 50 tisíc zbytečně zmařených životů.

Antikoncepci je rozhodně třeba začlenit do humanitární pomoci, neboť použití preservativů sníží šíření STD.⁶⁶ Bohužel jeho užití záleží na rozhodnutí muže, a proto by stejně hlavním mechanismem snížení unsafe abortion byla HAK. Jedná se o značně tíživou problematiku typickou pro rozvojové části světa, kde matky stále umírají po

⁶⁵ HARMÁČEK 2013, 104

⁶⁶ ARAL/FENTON/LIPSHUTZ 2013

neodborně provedených potratech. Chápu, že sociokulturní podmínky jsou od těch našich natolik vzdálené, že si je neumíme ani představit. Zajímavé ale je, že unsafe abortion se v rozvinutých zemích s restriktivní politikou či zákazem potratu téměř nevyskytuje. Je to také díky tomu, že v rozvinutém státě lze využít potratovou turistiku a jiné mechanismy.

9 Legislativní rámec potratů v ČR

A. Legislativní rámec

Provádění potratů definuje zákon ČNR (české národní rady) č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství a vyhlášky MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.

Podmínky pro umělé přerušení těhotenství:

§ 4

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

§ 5

Ženě lze uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo zdraví nebo zdravý vývoj plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu. Další znění zákona je uvedeno v příloze práce. Dále byl zákon č. 66/1986 Sb. upraven vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky, kterou se provádí zákon České národní rady č. 75/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Dále o problematice pojednává zákon o poskytování zdravotnických služeb č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotnických službách upravuje poskytování zdravotnických služeb, okrajově se dotýká i potratových služeb a vymezuje zacházení s potratovým materiálem, zvláště pak paragrafy § 82, § 91, § 127 etc. Okrajově se problematiky potratu samozřejmě týkají další zákonné normy, ty však nemají pro etický diskurz praktický význam, a proto nejsou uváděny.

Listina základních práv a svobod:

Základní principy ochrany lidského života v českém právu vycházejí z Listiny základních práv a svobod (dále jen LZPS), jež byla vyhlášena 16. prosince 1992 jako součást ústavního pořádku České republiky. Nejde přímo o ústavní zákon, nýbrž o listinu počítající se do soustavy ústavy.⁶⁷ Klíčová je formulace v šestém článku LZPS: „*Lidský život je hoden ochrany již před narozením.*“⁶⁸ Tato formulace je však pouze kompromisem vycházejícím ze složitosti vzniku tohoto článku, neboť docházelo ke střetům mezi odpůrci UUT a ostatními. Jde spíše o proklamaci, „*nejde o klasickou*

⁶⁷ POSPÍŠIL/LANGÁŠEK/ŠIMÍČEK/WEGNEROVÁ 2012

⁶⁸ POSPÍŠIL/LANGÁŠEK/ŠIMÍČEK/WEGNEROVÁ 2012

právní normu“.⁶⁹ Formulace „*je hoden ochrany*“ je spíše relativní, nevyjadřuje příkaz nebo zákaz, ale odkazuje k přáním tvůrců LZPS. „*Živý lidský plod je chráněnou hodnotou, která se však výrazně liší od hodnoty života a zdraví narozeného člověka.*“⁷⁰

Formulace v článku 6 odstavce 2. LZPS „*Nikdo nesmí být zbaven života*“⁷¹ je také diskutována v souvislosti s právem na umělé ukončení těhotenství. Sankce za porušení tohoto zákazu jsou uvedeny v trestním zákoně č. 140/1961 Sb., jenž obsahuje skutkové podstaty trestných činů proti životu a zdraví, včetně trestného činu vraždy, trestného činu vraždy novorozeněte matkou a trestného činu účasti na sebevraždě. Hmotným předmětem útoku je pouze živý člověk.

Ústavodárce také formuluje možnost připustit zákonem jednání, jež by jiného zbavilo života, ale za určitých podmínek by nebylo trestné. V § 229 zákona č. 140/1961 Sb. jsou stanoveny podmínky beztrestnosti těhotných žen podstupujících umělé ukončení těhotenství. Výsledkem je, že legálním umělým potratem je lidský plod zbaven práva nebýt zabit,⁷² a to legálním, beztrestným způsobem. Aktuální i minulý právní řád považuje plod za jakousi část ženského těla a v důsledku toho mu neposkytuje stejná práva jako samostatnému lidskému jedinci. Z pohledu legislativy tedy není na plod pohlíženo shodně jako na narozené dítě. Ochrana, které je dítě hodno, spočívá tedy spíše v tom, že plod, ze kterého se může narodit dítě, by měl být ochraňován od nevratitelných poškození v průběhu těhotenství. Dá se říci, že práva plodu rostou s jeho zvyšující se životaschopností. V prvním trimestru těhotenství zřetelně převažují práva matky, což znamená, že má v té době plné právo žádat o provedení umělého potratu. V okamžiku, kdy dítě začíná nabývat na životaschopnosti, jeho právo na život začíná narůstat a nejvyšší hodnoty nabývá před porodem. Případy ukončení pokročilého těhotenství by měly být posuzovány individuálně a také podle náročnosti lékařského výkonu a rizika pro život ženy, jelikož zde neexistují žádná pevně daná pravidla.

⁶⁹ BAHOUNEK 2007

⁷⁰ BAHOUNEK 2007

⁷¹ POSPÍŠIL/LANGÁŠEK/ŠIMÍČEK/WEGNEROVÁ 2012

⁷² V podstatě je plodu zamezeno nabytí práva osoby.

B. Prohlášení nevládních organizací

9.1 Deklarace práv počatého dítěte⁷³

Vyhlašovatelé dané deklarace byly tři nevládní organizace – Asociace pro právní ochranu dětí a mládeže, Hnutí Pro život ČR a Občanský institut. Deklarace byla vyhlášena 22. listopadu 1999 u příležitosti 10. výročí přijetí Úmluvy o právech dítěte pod názvem *Deklarace práv počatého dítěte*. Byl to pokus o uvedení v soulad LZPS a českého právního řádu, odvolávající se na výše zmíněnou formulaci „*Lidský život je hoden ochrany již před narozením*“. K této deklaraci se připojilo několik dalších organizací a institucí.⁷⁴ Deklarace operuje s definicí lidského života „*od okamžiku početí po přirozenou smrt*“. Počatý zárodek je nazýván „*počatým dítětem*“, jenž by neměl být diskriminován z hlediska věku. Dalším problematickým bodem je první bod článku 3: „*Počaté dítě má právo se narodit, potřebuje být přijaté a milované. Této potřebě podle tvůrců odpovídá zplození přirozeným způsobem v manželství jednoho muže a jedné ženy*.“⁷⁵ Touto formulací se vyhlášíjící organizace distancovaly od jakékoliv formy asistence reprodukce, možnosti nesezdaného soužití párů, možnosti rodičovství singles a konečně od nových typů rodinných seskupení minoritních sexualit. Dále v druhém bodě článku 8 deklarují, že „*počaté dítě má nárok na náhradu škody i v případě, že mu byla způsobena újma na zdraví před narozením*“. Pokud by deklarace jako celek vstoupila do českého právního řádu, otevírala by cestu možným žalobám narozených dětí v jakémkoliv věku na své biologické matky z důvodů konzumace alkoholu, nikotinu, jiných návykových látek či z celkově špatné životosprávy v době těhotenství.

9.2 Kritika zavedeného pojetí lidských práv a práva na život

Na základě reflexe legislativy upravující práva plodu musím konstatovat, že tato práva nejsou jasně a zcela vymezena (např. potraty ze zdravotních důvodů). Jako jednu z příčin lze označit nejistotu vztahující se k okamžiku vzniku lidské osoby, tedy člena naší společnosti.⁷⁵ V legislativě existují pouze jasně vymezené body jako porod,⁷⁶ smrt.⁷⁷ Poté je upraveno právo matky na interrupci, nicméně přímo práva plodu jsou

⁷³ <http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/dite.htm>, vyhledáno 11. 2. 2017

⁷⁴ STANOVISKO ČBK K DEKLARACI PŘÁV POČATÉHO DÍTĚTE: „*Deklaraci vítáme jako jasně připomenutí jedinečné hodnoty lidského života již od početí a jeho nedotknutelnosti. Prospěch nenarozených dětí kardinál (Miloslav Vlk, předseda ČBK 25. 11. 1999).*“

⁷⁵ SOKOL 2016a

⁷⁶ SOKOL 2016a

⁷⁷ SOKOL 2015

stanovena pouze za podmínky budoucího narození. Je třeba se však zamyslet, zdali tyto zákonné normy o potratu, které jsme jako společnost přijali skrze náš parlamentární demokratický systém, neničí esenciální podstatu základních lidských práv, konkrétně práva na život, a zdali opravdu nejsou pouze alibistické a namířené proti záměru esenciální podstaty. Abychom více pochopili pojetí lidských práv, je třeba se podívat na dobu jejich vzniku.

V době středověku se postupně díky mnoha rozdílným procesům zvětšovala moc panovníka na úkor jak šlechty, tak církve. Současně docházelo i ke snižování práv městských elit ve prospěch práv panovníka. Až v době osvícenství vyvstala potřeba vyrovnat moc ve společnosti takovým způsobem, aby i lid přestal být předmětem vlády panovníka a aby nabyl určitých práv. Osvícenští myslitelé se inspirovali antickým pojetím přirozených práv. Pojetí přirozeného práva sloužilo jako projev odporu proti panovníkovi, na který má nárok každý. Současně tato práva nepocházejí od panovníka či od církve, tedy ani od Boha. Představa přirozených práv pocházejících od přírody se tudíž stala ideálním prostředkem k rovnocennosti ve společnosti. Je až s podivem, že se takový koncept ujal a velmi překvapivě se téměř celosvětově rozšířil, jak můžeme doložit zprvu na *Deklaraci nezávislosti Spojených států amerických*, následně na *Deklaraci práv člověka a občana*. Nicméně tehdejší autoři deklarace ještě vnímali spojitost mezi právem a povinností,⁷⁸ jak je zjevné např. z preambule ústavy VFR, která se však postupně přepisem vytratila, což považuji za negativní důsledek.

Často dochází k pojetí LP jakožto subjektivního nároku práva bez povinností. V případech, u nichž nejsou strany zřetelné,⁷⁹ např. v soukromě právních vztazích, kde je jasně určena protistrana, dochází často k tendenci přesouvání odpovědnosti na stát. Při formulaci LP jakožto souboru povinností by k tomuto nechtěnému přesmyku pravděpodobně nedošlo. LP rozhodně nejsou přirozená. Nepředcházejí společnost a nejde o dar přírody. Oproti povinnostem, které jsou zcela přirozené, jde o vysoce sofistikované kulturní výtvoř, které pokud se podaří prosadit v širší společnosti, tak se přirozeně po určité době opravdu může zdát, že každý člen disponuje svými právy. Nicméně členové společnosti si tato práva udělují navzájem tím, že dodržují dané povinnosti, jež jsou oproti právům přirozené. Jednotlivec nemá subjektivní právo na život. Smrtelně nemocný pacient s leukemií nemůže žalovat neznámého pachatele za

⁷⁸ SOKOL 2016b

⁷⁹ SOKOL 2015

svůj osud. Nicméně je nutno číst lidská práva z pozice povinnosti. Mám povinnost nikoho jiného o život nepřipravit. Problém v otázce interrupce je vlastně otázkou – Kdo je již členem naší společnosti? – nebo přeneseně – Kdy vzniká lidská osoba? Osobně považuji za škodu preventivně neochraňovat lidskou potencialitu v podobě lidského plodu a přikláním se k postoji Immanuela Kanta: „*Dítě bylo zplozeno bez jeho souhlasu, a také proto mu nelze upírat právo na to nebýt zbaveno života.*“⁸⁰ Protistrany často odpovídají, že ženy mají také právo na život. V tom vidím důsledky špatného subjektivního pojetí LP. Jedinec nemá právo na život, já mám povinnost druhého o život nepřipravit. Bohužel v případě matky vyžadující UPT se tato povinnost nerespektuje.

⁸⁰ MACINTYRE 2004, 17

10 Srovnání legislativy a potratové politiky v evropské populaci

10.1 Současná situace

V současné době žije 61 % světového⁸¹ obyvatelstva v zemích, v nichž je povolen umělý potrat buď na základě široké řady důvodů, či bez udání důvodu. Na rozdíl od toho 25 % lidí⁸² žije v zemích, v nichž je potrat zpravidla zakázán. Nicméně i ve státech s velice restriktivními zákony je umělý potrat většinou povolen, a to v případech ohrožení života ženy. Naopak v zemích s velice liberálními zákony může být přístup k potratu limitován pokročilostí těhotenství, požadováním souhlasu třetí osoby nebo omezením typu zařízení, ve kterém je povoleno potrat provést. Od roku 1985 byla zaznamenána zřetelná liberalizace potratových zákonů v 19 evropských zemích, pouze v jedné zemi byl legální přístup k potratu omezen. Potratové zákony v západní Evropě doznaly od roku 1985 rovněž četných změn. V roce 1990 změnila Belgie zákon a povolila potraty ženám v tísni do konce 12. týdne těhotenství. V roce 1986 liberalizovalo svůj potratový zákon Řecko, potraty jsou do 12. týdne těhotenství povoleny bez restrikcí. Nakonec i Španělsko povolilo v roce 1985 potraty v případech odvrácení „vážného rizika“ týkajícího se ženina tělesného a duševního zdraví. Kromě těchto zemí provedlo v roce 1995 ve svých zákonech změnu také sjednocené Německo, které přijalo zákon, podle něhož bylo možno provést potrat v dřívější SRN. Zákon deklaroval možnost provedení potratu v průběhu prvních 12 týdnů těhotenství bez jakéhokoliv omezení co do důvodu, ale vyžadoval některé procesní podmínky včetně povinného poradenství zaměřeného na poukázání problematiky výkonu. Většina potratů již dnes není kryta z prostředků nemocenského pojištění.

Jak již bylo výše zmíněno, na evropském kontinentu byl postupně ve všech zemích přijat zákon o potratech. V roce 2015 zakazuje legislativně potraty již pouze Polsko a Irsko. Většina zemí s povolenou interrupcí má hranici potratu stanovenou na 12. týden (čímž se většinou myslí 12 týdnů od prvního dne poslední menstruace – tzv. 12 týdnů amenorhey „bez menstruace“). Ve Francii je možný potrat do 14. týdne od poslední menstruace, tedy 12 týdnů od početí (zde je zajímavý i fakt, že většina z ceny zákroku je hrazena z pojištění). V zemích se striktním zákazem potratu pramení tento nesouhlas

⁸¹ https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf, vyhledáno 6. 7. 2017

⁸² https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf, vyhledáno 6. 7. 2017

z náboženství a z jeho silného vlivu na politiku (konzervativní muslimské země). Ve světě připadá průměrně 35 potratů⁸³ na 1000 žen ročně (v ČR se toto číslo od roku 2001 pohybuje mezi 13–15 interrupcemi na 1000 žen).⁸⁴ Jako zajímavost lze uvést, že ve Francii je „maření potratových služeb“ klasifikováno jako trestný čin (napadání potratových zařízení nebo útoky na personál potraty provádějící). Nejhorší forma odporu proti potratům na našem území odpovídá podobě transparentů před nemocnicemi (s naturálními obrázky). Rovněž lze pozorovat rozdíl mezi státy vyspělými a postkomunistickými (v nichž je až 8krát vyšší potratovost). Od roku 1989 klesl počet prováděných potratů v naší republice zhruba o 70 % (v souvislosti s čtyřnásobným nárůstem užívání hormonální antikoncepce). To znamená, že v rozmezí let 1985–1989 bylo každým rokem provedeno kolem 100 300 UPT, v roce 2013 bylo provedeno UPT u 22 714 pacientek, což poukazuje na 4,5násobné snížení. Soudobý trend lze tedy označit za velmi příznivý, a to díky rozšíření moderních antikoncepčních metod (v Čechách zejména díky HAK). Nicméně spor o interrupce hraje důležitou roli v politice států se silným vlivem náboženství, jako jsou např. Polsko, Irsko a USA.

Ve Spojených státech amerických, v nichž mají obě skupiny přibližně vyrovnanou sílu, se snaží druhá strana převrátit interrupční zákony pokaždé, když ve volbách získá převahu. Tyto země jsou též často místem hledání „kompromisů“, a to většinou do té doby, do níž je potrat povolen. Zpravidla se po přijetí potratového zákona již nestává, že by byly UPT legálně zakázány. (I když vývoj v nynějším Turecku se trochu vymyká díky názorům tamějšího premiéra. Nicméně zatím zákon o zákazu UPT v Turecku neprošel legislativním systémem. Situaci zde komplikují i existující nevyhraněné skupiny voličů, jež vnímají odlišně různé typy interrupcí, např. miniinterrupce a použití pilulky RU-486, oproti například potratu při porodu.

10.2 Hlavní aktivistické proudy v otázce UPT

Pro většinu aktivistů hnutí pro-life⁸⁵ je přijatelná pouze varianta absolutního zákazu všech typů potratů včetně potratu chemického RU-486. Aktivisté pro-life jsou společně s katolickou církví proti metodám intercepce (Postinor). Vyslovují se pro zákaz i v případě znásilnění či ohrožení života matky. Aktivisté hnutí pro-choice zase ve velké většině požadují právo na potrat až do okamžiku, kdy začne novému jedinci fungovat mozek na patřičné kortikální úrovni, což je zpravidla ve 24. týdnu prenatálního stavu.

⁸³ SINGH/WULF/HUSSAIN/BANKOLE/SEDGH 2009

⁸⁴ ÚZIS 2014

⁸⁵ HEŘMANOVÁ 2012, 109

Obě strany mají své extremisty. U odpůrců potratů to jsou ti, kteří jsou ochotni pro ochranu nenarozeného života sáhnout i k použití nelegálního násilí a vražd proti personálu klinik provádějících interrupce, jako je tomu např. ve Francii, zatímco u zastánců práva na interrupce jsou to ti, kdo požadují právo na potrat až do prvního nadechnutí novorozence (vražda při porodu). Jak mezinárodní, tak český právní řád reflektují, že co se do pojetí života před narozením týče, nepanuje obecná shoda, a proto se v mnoha formulacích vyhýbají explicitnímu vyjádření pro to, jaký status lidský zárodek nebo plod má, popřípadě nezastávají zcela konzistentní názor na pojetí statutu plodu. Změnu stavu nepřinesl ani nový občanský zákoník, ani novela zákona o zdravotních službách.

A. Česká republika

Česká Listina základních práv a svobod konstatuje v čl. 6, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením a že nikdo nesmí být zbaven života. Zároveň uvádí, že porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné. Ačkoli podle § 7 občanského zákoníku 40/1964 Sb., vzniká způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti narozením, přiznává se právní subjektivita i již počatému dítěti, ovšem pouze za podmínky, narodí-li se živé. Ve většině definic dítěte v příslušných zákonech nebo mezinárodních smlouvách není uvedena dolní věková hranice⁸⁶, tudíž není explicitně vyjádřeno, zda se ustanovení vztahují i na nenarozené dítě. Nový občanský zákoník 89/2012 Sb. řeší situaci obdobně: „člověk má právní osobnost od narození do smrti“ (§ 23). Na počaté dítě se hledí jako na již narozené, pokud to vyhovuje jeho zájmům. Má se za to, že se dítě narodilo živé. Nenarodí-li se však živé, hledí se na ně, jako by nikdy nebylo (§ 25). U nás se provádí UPT do 12. týdne a potrat je upraven vlastním zákonem z roku 1986.

B. Německo

V Německu je interrupce ilegální,⁸⁷ avšak do třetího měsíce těhotenství není trestána, pokud jí předcházelo „interrupční poradenství“,⁸⁸ které provádějí poradny autorizované ministerstvem zdravotnictví, přičemž jednotlivé spolkové země musejí být organizačně odděleny od lékařského zařízení, jež interrupci vykonává. Poradna nemá žádné rozhodovací pravomoci a je povinna vydat potvrzení, že k poradenství došlo. Na

⁸⁶ DUNOVSKÝ 2005, 165–166

⁸⁷ https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_218.html, vyhledáno 12. 8. 2017

⁸⁸ § 218 Strafgesetzbuch (StGB), Schwangerschaftsabbruch

půdě katolické církve docházelo ke sporům, zda má tyto poradny provozovat. Jedni tvrdili, že provozováním poraden asistuje při potratech, jiní argumentovali, že je to jediný způsob, jak ovlivňovat zájemkyně o potrat. Spor byl rozhodnut ve Vatikánu tak, že poradny provozovat může, ale nesmí vydávat potvrzení, což však v praxi znamená, že služeb jejích poraden se naprosto přestalo využívat. K tomu nutno podotknout, že oficiální poradna rozhodnutí vydat musí.

C. Kritika katolické církve v otázce zamítnutí poraden v Německu

Osobně považuji postoj katolické církve za nedobrý. Je jistě kontroverzní, že by církev musela vydávat potvrzení týkající se rozhodnutí o provedení potratu, nicméně by tak měla šanci během pohovoru mínění žen ovlivnit a pokusit se je nasměrovat k hlubší sebereflexi. Nastíněné možnosti se církev vzdala. Zákon dovoluje přerušení těhotenství v případě tzv. lékařské indikace v situaci, že existuje nebezpečí pro život nebo závažné zdravotní důsledky pro matku, jimž není možné jiným způsobem zabránit. Zákon nestanovuje přímo osobu posuzující, v praxi to činí ošetřující lékař. Do 12. týdne je přerušení těhotenství legální, pokud existuje tzv. kriminologická indikace, tzn. že k otěhotnění došlo v důsledku znásilnění či v situaci, v níž partnerka nebyla schopna udělit souhlas atd. V případě přerušení těhotenství mezi 12. a 22. týdnem po poradenství není pacientka trestně stíhaná, trestně odpovědný je v takové situaci lékař. V judikatuře existují značné, částečně regionální rozdíly ve stíhání deliktů.

11 Statistická a demografická data potratovosti v ČR

Primárním pramenem dat použitých v dané kapitole byly statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR za rok 2013.

A. Potraty – základní demografická data⁸⁹

Pro údaje o potratech v České republice jsem využil zatím poslední zpracovaná a zveřejněná data z roku 2013.⁹⁰ Je z nich zřejmé, že po několikaleté stagnaci dochází opět k pokračování klesajícího trendu celkového počtu potratů, který byl v České republice pozorován již od počátku 90. let. Kontinuální pokles pozorujeme od roku 2008. Ačkoli se celkový počet potratů oproti předchozímu roku snížil, jednalo se o mnohem nižší pokles než v předchozích letech. Zatímco mezi lety 2010 a 2011 klesl počet potratů o 409 případů a mezi lety 2011 a 2012 dokonce o 1 130 případů, v roce 2013 byl celkový počet potratů nižší o pouhých 47 případů oproti počtu roku 2012 a dosáhl hodnoty 37 687. Umělých přerušeni těhotenství bylo v roce 2013 evidováno o 318 méně než v předchozím roce, celkem 22 714. Nepatrně se také snížil jejich podíl na celkovém počtu potratů (61,0 % v roce 2012 a 60,3 % v roce 2013). Na potraty samovolné (nechtěné) připadá 36,4 % ze všech potratů (35,8 % v roce 2012), jejich počet se zvýšil o 192 případů. Zbývající více než 3 % tvoří mimoděložní těhotenství, jejichž počet se snížil o 126 případů.

Pro sledování trendu potratovosti je vhodnějším ukazatelem počet potratů dané kategorie pře počítaný na populaci žen ve fertilním věku, protože ukazuje obecnou míru potratovosti. Ta se od roku 2003 snižuje, v roce 2003 dosahovala 16,7 potratů na 1 000 žen fertilního věku, oproti 15,3 potratům na 1 000 žen fertilního věku v roce 2013. Na tomto poklesu se největší měrou podílel pokles obecné míry umělé potratovosti, která se za stejné období snížila z 11,6 UPT na 1 000 žen na 9,2 UPT na 1 000 žen. Oproti tomu kolísání, resp. mírný nárůst pozorujeme u obecné míry samovolné potratovosti, která se zvýšila ze 4,6 samovolných potratů na 1 000 žen fertilního věku v roce 2003 na 5,6 samovolných potratů na 1 000 žen fertilního věku v roce 2013.

⁸⁹ ÚZIS 2013

⁹⁰ <https://www.uzis.cz/en/node/247>, vyhledáno 11. 8. 2017

B. Struktura potratů dle okresů⁹¹

V Čechách je dlouhodobě vyšší potratovost než na Moravě. Z celkového počtu potratů a UPT na tisíc žen fertilního věku v jednotlivých okresech ČR je patrný východo-západní gradient. Nejvyšší potratovost nalezneme na severu a severozápadě Čech, zatímco směrem k jihovýchodu se potratovost snižuje.

C. Struktura potratů dle věku matky

Se zvyšujícím se věkem matek při porodu se obdobně zvyšuje i věk žen při potratu. Nejvíce potratů bylo hlášeno u žen ve věku 30–34 let (více jak 9,5 tisíce). Téměř totožný počet potratů byl zaznamenán u žen ve věku 35 až 39 let (8,5 tisíce) a u žen ve věku 25–29 let (8,3 tisíce). Věkově specifické míry potratovosti jsou jejím vhodnějším ukazatelem, jelikož zohledňují počet žen v dané věkové skupině. Při porovnání těchto měr podle druhu potratu se ukazuje rozdíl mezi umělou potratovostí a ostatními druhy potratů. Zatímco specifické míry umělé potratovosti jsou nejvyšší ve věkové skupině 25–29 let, u samovolných potratů a ukončení mimoděložních těhotenství jsou nejvyšší míry potratovosti ve věku 30–34 let. Tato skutečnost souvisí se zdravotními komplikacemi starších žen.

D. Struktura potratů dle počtu narozených dětí

Nejvíce potratů je evidováno u žen bezdětných (33,6 %), následují je ženy s jedním dítětem (29,7 %) a ženy se dvěma dětmi (26,0 %). U samovolných potratů a mimoděložních těhotenství je rozložení žen z hlediska počtu živě narozených dětí před potratem stejné. Nejvíce těchto žen je bezdětných (40,8 %, resp. 43,4 %), následují ženy s jedním dítětem (34,8 %, resp. 35,6 %) a ženy se dvěma dětmi (17,2 %, resp. 16,6 %). Nejčastějšími žadatelkami o umělé přerušování těhotenství jsou ženy se dvěma dětmi (31,9 %), dále pak ženy bezdětné (28,8 %) a ženy s jedním dítětem (26,2 %). Všechny tyto ukazatele se meziročně příliš nemění.

E. Struktura potratů s ohledem na stav ženy

S přibývajícím počtem nesezdaných soužití a zvyšujícím se podílem dětí narozených mimo manželství roste mezi ženami, které prodělaly potrat, zastoupení svobodných žen. V roce 2013 bylo stejně jako v předcházejícím roce 2012 evidováno nejvíce potratů

⁹¹ ÚZIS 2013

mezi svobodnými ženami (47,9 %), zatímco nejvíce samovolných potratů (46,6 %) připadá na ženy vdané. V případě UPT připadá nejvyšší podíl opět na svobodné ženy (52,3 %), na druhém místě jsou potom ženy vdané (34,2 %).

F. Struktura potratů a vzdělání

Struktura potratů podle nejvyššího dosaženého vzdělání ženy zůstává relativně stabilní, jelikož je silně ovlivněna rozložením žen podle vzdělání v populaci. U žen se základním vzděláním je evidováno zhruba 16 % potratů, u žen se středoškolským vzděláním téměř 60 %, u žen s vysokoškolským vzděláním 13 % a u zbývajících více než 12 % nebylo nejvyšší dokončené vzdělání zjištěno. U vysokoškolaček dosahují spontánní potraty nejvyššího podílu, a to 50,8 %, což je ovlivněno vyšším věkem těhotných žen v této vzdělanostní skupině. Naopak u žen se základním vzděláním tvoří samovolné potraty pouze 20,5 %. Opačná situace z hlediska druhu potratu a vzdělání je v případě interrupcí. Zatímco u žen se základním vzděláním tvoří interrupce 77,7 %, u vysokoškolaček je to jen 46,2 % interrupcí. Struktura potratů u žen se středním vzděláním se blíží republikovému průměru.⁹²

G. Struktura potratů s ohledem na stáří těhotenství

Do 8. týdne těhotenství proběhlo 75,9 % všech UPT. To je dáno především tím, že miniinterrupce se provádějí výhradně do 8. týdne těhotenství. Interrupcí ze zdravotních důvodů bylo do konce 8. týdne provedeno 59,7 %, 29,3 % pak mezi 9. a 16. týdnem a zbývajících 11,0 % až mezi 17. a 24. týdnem. To do jisté míry odpovídá termínům výkonů prenatalní diagnostiky, kdy se v prvním trimestru zjišťují pomocí ultrazvukového zobrazení některé vrozené vady a dále se v 16. týdnu provádí screening dalších vrozených vad z krevního séra. V případě pozitivního nálezu následuje vyšetření plodové vody. Do konce 8. týdne proběhlo 63,6 % z evidovaných samovolných potratů, mezi 9. a 16. týdnem 34,0 % a přibližně 2,5 % od 17. do 24. týdne těhotenství. Největší skupinou potratů, jak již bylo zmíněno, byly interrupce. Ty je možné dle platných právních norem provádět na žádost ženy do 12. týdne těhotenství a ze zdravotních důvodů do 24. týdne. Velká část interrupcí se provádí do 8. týdne těhotenství, a to převážně metodou vakuové aspirace, která je pro ženu šetrnější. Jedná se o miniinterrupce, které v tomto roce představovaly 60,4 % všech umělých přerušení těhotenství. Nejvyššího zastoupení dosahovaly v polovině devadesátých let a od té doby

⁹² ÚZIS 2013

jejich podíl stále mírně klesal. Potraty indukované ze zdravotních důvodů se podílely na všech umělých přerušeních těhotenství 19,2 %. Jejich podíl prudce vzrostl po roce 1992 spolu se zavedením poplatku za interrupci bez zdravotních důvodů. Od poloviny devadesátých let, kdy tvořily téměř čtvrtinu UPT, se zastoupení interrupcí ze zdravotních důvodů snižovalo a posledních několik let se pohybuje okolo 18,5 % až 19,5 %.

H. Struktura potratů s ohledem na národnost

Od roku 2005 zpracovává a publikuje ÚZIS ČR data o potratech souhrnně za české občanky i cizinky s trvalým a dlouhodobým pobytem. V roce 2013 bylo v ČR evidováno 2 171 potratů cizinek (2 319 v roce 2012), což představuje 5,8 % všech potratů (6,1 % v roce 2012). Potraty cizinek mají mírně odlišnou strukturu podle druhu než potraty českých občanek. Větší část, tj. 68,8 % (oproti 59,7 % u českých občanek) u nich představují interrupce, samovolné potraty se podílí pouze 28,0 % (oproti 36,9 % u českých občanek). V posledních letech se ale každoročně struktura potratů cizinek pomalu přibližuje struktuře potratů českých občanek. Nejvíce potratů cizinek bylo stejně jako v předchozích letech hlášeno v Praze a ve Středočeském kraji, což jsou kraje s nejvyššími počty cizinců. Následovaly je kraje Plzeňský a Jihomoravský, v nichž již tak vysoké zastoupení cizinců není. V Olomouckém a Zlínském kraji bylo potratů cizinek evidováno nejméně.⁹³

I. Antikoncepce a potratovost

Zdrojem dat o vývoji užívání antikoncepce mi byl roční statistický výkaz A (MZ) 1-01, který je součástí programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví a jenž vyplňují všechny ambulantní gynekologické ordinace včetně ambulantních částí nemocnic.

Z dostupných dat je zřejmé, že i v roce 2013 pokračoval pokles počtu a podílu žen fertilního věku (15–49 let) užívajících lékařem řízenou hormonální antikoncepci. Počet i podíl žen s antikoncepcí nitroděložní se naopak zvýšil. V roce 2013 byl evidován 1 273 tisíc žen užívajících lékařem řízenou hormonální nebo nitroděložní antikoncepci (1 281 tisíc v roce 2012), což je 51,9 % žen fertilního věku.⁹⁴

⁹³ ÚZIS 2013

⁹⁴ ÚZIS 2013

12 Historická data potratovosti

A. Obecné uvedení do problematiky

Vykonávání umělých potratů je záležitost velmi problematická z mnoha hledisek,⁹⁵ a to ať již zdravotních, etických či legislativních. V celých dějinách lidstva je interrupce předmětem velkého množství sporů, současně byla a v mnoha státech stále je protiprávní. Umělý potrat náleží k výkonům, které provázejí lidstvo od pradávna. Jde o problém, který se vyskytoval ve všech kulturách, interrupce se prováděly již ve starověku. V té době neexistovala žádná zákonná ustanovení, která by potrat nějakým způsobem zakazovala. Staří Řekové dokonce doporučovali potrat k regulaci populace a udržení stabilních sociálních a ekonomických podmínek společnosti. Proto je nejen v Hippokratově přísaze zahrnut zákaz participace na potratu, jelikož šlo o dobový problém, a to do té míry, že musel být řešen výše zmíněnou přísahou.

B. Historické způsoby provedení potratu

V historii se záměrné vypuzení plodu z těla matky provádělo několika metodami.⁹⁶ Jednou z nich bylo podání těhotné ženě jedy, tzv. „léku vyhánějícího plod“. Ten měl zapříčinit, že dítě působením nebezpečných látek zemře. Bohužel tyto jedy ohrožovaly i život matky, která také v mnoha případech zemřela. Další z mnoha metod představoval silný úder do břicha těhotné ženy s cílem vyvolat potrat. Ale i v tomto případě bylo vysoké riziko smrtelného zranění ženy. Od druhé poloviny 18. století se pak používal „nový“ způsob vyvolání potratu spočívající v zavedení cizorodého předmětu do dělohy skrze děložní hrdlo s účelem vyvolání potratu. I při provádění této metody existovalo pro těhotnou ženu velké riziko, protože mohlo dojít k vážným zraněním či smrtelné infekci.

C. Vývoj pohledu na umělý potrat do 20. století

Ve středověku docházelo v některých zemích díky růstu katolického vlivu k odmítavým postojům vůči umělému potratu, protože pro katolickou církev jsou potraty nepřijatelné. Křesťanská katolická nauka považuje za počátek lidského života oplození. V Anglii platil od roku 1307 až do roku 1803 zákon,⁹⁷ jenž umožňoval ženě podstoupit potrat na požádání, avšak pouze za podmínky, že žena pohyby dítěte necítila.

⁹⁵ KAMINSKY 1998, 73–83

⁹⁶ POTTS/DIGGORY/PEEL 1977

⁹⁷ DELLAPENNA 2006, 185–256

Až v roce 1803 za vlády Jiřího III.⁹⁸ bylo zákonem stanoveno, že potrat je zločinem i před tím, než matka cítí pohyby plodu. Potrat byl trestán pokutou, vězením nebo pranýřem. Provedení potratu poté, co matka již cítila pohyby, bylo kvalifikováno jako vražda a bylo trestáno smrtí. Za vlády královny Viktorie byl v roce 1861 indukovaný potrat stanoven jako kriminální čin, který byl trestán doživotním žalářem.

D. Vývoj potratové legislativy 20. století

Od začátku 20. století dochází celosvětově k tendenci legalizace potratu. Do této doby byl téměř ve všech zemích výkon potratu protiprávní. První stát,⁹⁹ který uzákonil umělé přerušování těhotenství na žádost ženy, byl v roce 1923 Svaz sovětských socialistických republik, SSSR. Byly povoleny nemocniční potraty v první třetině těhotenství na žádost ženy. Roku 1936 byl zákon upraven a potraty byly povoleny jen ze zdravotních důvodů. Liberální potratový zákon byl přijat v roce 1935 na Islandu.¹⁰⁰ Interrupce zde byla povolena ze sociálních a lékařských důvodů. Roku 1938 byl v Londýně učiněn pokus povolit ženě potrat v případě, že je těhotenství nebezpečné pro její život či jí způsobuje duševní nebo tělesnou újmu.¹⁰¹ Dánsko a Švédsko již v roce 1930 uplatnily ve vztahu k povolení potratu sociální a ekonomické důvody. Pruský trestní zákoník z roku 1851, který platil do roku 1926, trestal ženu za umělý potrat 5 lety vězení. Operatér byl také trestán, existovaly však polehčující okolnosti. Legislativa Výmarské republiky z roku 1926 trestala ženu od 1 do 5 let a operátéra podle okolností. Adolf Hitler zákon zpřísnil, neboť pro vykonání potratu připouštěl jen eugenické důvody s výjimkou Židů. Na začátku války v roce 1939 byly potraty přísně zakázány a od roku 1943 byl za jejich provádění uvalen trest smrti. Také ve Francii existoval od roku 1939 zákon trestající osoby provádějící potrat vězením v délce od 1 až do 5 let, následně v roce 1942 zde byl potrat brán jako zločin proti státu a trestal se smrtí.

E. První liberalizační vlna

První liberalizační vlna se objevila v řadě evropských zemí v rozmezí let 1949–1966. V dalších letech došlo v některých státech k legalizaci potratů pouze ze zdravotně-sociálních důvodů, patřilo k nim např. Dánsko, Švédsko, Finsko a Norsko, zatímco

⁹⁸ DELLAPENNA 2006, 263–280

⁹⁹ ROBERTSON 2011

¹⁰⁰ POTTS/DIGGORY/PEEL 1977

¹⁰¹ POTTS/DIGGORY/PEEL 1977

např. v Anglii a Francii bylo umělé přerušování těhotenství uzákoněno až v sedmdesátých letech.¹⁰²

F. Druhá liberalizační vlna v období 1967–1990

V USA došlo k legalizaci interrupcí v roce 1973,¹⁰³ což také velkou měrou ovlivnilo legalizaci potratů v dalších evropských zemích. Přesto se ale objevovaly i výjimky, neboť zde existovaly státy, které potraty nadále nepovolovaly. Z nich je třeba zmínit zejména Irsko, Maltu, Albánii, Rumunsko a Belgii (Ta v roce 1990 změnila zákon a povolila potraty do konce 12. týdne těhotenství pouze ženám v tísní.). V roce 1985 byly potraty povoleny ve Španělsku, ovšem pouze za podmínky, že těhotenství představovalo pro ženu riziko zhoršení tělesného a duševního zdraví. Řecko liberalizovalo potraty v roce 1986. Do tohoto období spadá i náš současný interrupční zákon č. 66/1986 Sb. Posledním evropským státem, ve kterém se projevil celkový liberalizační trend, byla Belgie. Tamější zákon ženě povoloval možnost potratu v osobní krizové situaci.

V současnosti zůstává prohibiční potratový zákon týkající se první třetiny těhotenství v platnosti pouze na Maltě, v Severním Irsku a v Polsku. Často se setkáváme s tím, že občanky výše zmíněných zemí řeší svou situaci formou takzvané potratové turistiky. Ženy tak „exportují“ svůj potratový problém do zahraničí. Přední český sexuolog Radim Uzel často nazývá Británii odpadkovým potratovým košem Evropy.¹⁰⁴ Každý vyspělý stát řeší svou potratovou politiku interrupčním zákonem. Ve stručnosti lze říci, že v Evropě byly ve druhé polovině 20. století interrupce zlegalizovány jak ze zdravotních a sociálních důvodů, tak i na vlastní žádost ženy.

G. Historický pohled do vývoje legislativy v Čechách

V našich zemích platil až do roku 1950 trestní zákon č. 117 z roku 1852 O vyhnání plodu.¹⁰⁵ Komentář připouštěl výjimku potratu v případě ohrožení života nebo krajní nouze.

V Československu byly interrupce legalizovány zákonem č. 68 z roku 1957 o umělém přerušování těhotenství. Uveden do praxe byl ale až v roce 1958. Zaváděl

¹⁰² BOHATOVÁ 2000

¹⁰³ Federal law has protected a woman's right to choose an abortion since the U.S. Supreme Court's *Roe v. Wade* decision in 1973.

¹⁰⁴ BOHATOVÁ 2000

¹⁰⁵ Zákon č. 117/1852 Trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích § 57, § 144

instituci interrupčních komisí, indikace rozšířil na zdravotní a „zvláštního zřetele hodné“. Výraznou liberalizaci přinesl zákon č. 66/1986 Sb., který platí od roku 1987 dodnes. Tímto zákonem byly zrušeny potratové komise a rozhodování o počtu a době narození dětí bylo během raného těhotenství ponecháno plně na matce. Zároveň byla zavedena nová technika provádění potratů, tzv. miniinterrupce.

H. Potratová turistika

V současné době podstupuje řada žen z Polska potraty na klinikách v České republice a ženy z Irska prodělávají potraty na klinikách v Anglii. Je zajímavé, že i přes dnešní zákaz potratů v Polsku a za panujícího silného vlivu katolicismu nedošlo ke snížení potratovosti a odhaduje se, že Polky podstoupí ročně 80–200 tisíc potratů.¹⁰⁶

¹⁰⁶ <https://www.sme.sk/c/9676/polska-potratova-turistika.html>, vyhledáno 15. 11. 2017

13 Práva a povinnosti manželů a možný vliv otce během UPT

Povinnosti a práva manželů jsou vymezeny zákonem č. 89/2012 Sb., jenž vymezuje vztahy mezi manželi, jejich povinnosti a práva mezi sebou. První oddíl příslušného zákona pojednává o obecných ustanoveních, zvláště se zaměřuje na paragrafy 687, 688, 689, 690. Paragraf 691 pojednává o obstarávání záležitostí rodiny. V paragrafu 693 se stanovuje povinnost věrnosti, vzájemného respektu a společné péče o děti. Paragraf 688 se vztahuje k právu na sdílení údajů o příjmech, pracovních, studijních činnostech. Paragrafy 694 a 695 se zabývají záležitostmi rodiny, které obstarávají manželé společně, nebo pouze jen jeden z nich. Paragraf 696 se týká vzájemného zastupování manželů v běžných záležitostech. Paragrafy 776 a 777 pojednávají o otcovství. Daný zákon rovněž popisuje problematiku určení otcovství.

Otcovství vzniká souhlasným prohlášením obou rodičů. V případě, že se dítě narodí v manželství, považuje zákon za otce toho, koho matka zapsala do rodného listu jako muže, s kterým měla akt v daném časovém rozmezí, jež určuje zákon. Není-li žena vdaná, či pokud je čerstvě rozvedená (do 300 dní) a otec není prohlášen souhlasným prohlášením, či ho matka neuvede, je otec neznámý. Pro praxi interrupce je problematika určení otcovství složitá, neboť žena zjistí své těhotenství nejdříve ve 3. týdnu a UPT na žádost lze provést do 12. týdne od poslední menstruace. Na určení teoretického otcovství zbývá v ideálním případě 9 týdnů, nicméně neexistuje schválená lege artis metoda umožňující určení otcovství do 12týdenní zákonné lhůty. Je možné, že v budoucnu nastane díky technologickému pokroku doba, v níž genetické určení otcovství bude možné i v době stáří plodu do 12. týdne věku. V současnosti ale určení otcovství probíhá až zápisem do rodného listu. Zákonem č. 66/1986 Sb., § 4 a § 5 je jasně definováno, že na interrupční zákrok má žena zákonný nárok. Daný zákon nepopisuje nutnost souhlasu manžela či otce. I přestože manžel projeví jasný nesouhlas, nelze apelovat na to, že šlo o zneužití zástupného práva manželů, v němž jeden zastupoval druhého i přes předem vyjádřený nesouhlas. Zákon pohlíží vlastní zákonnou normou na interrupce tak, že plod je pouze jakási součást matčina těla, a bere interrupční výkon jako výkon týkající se výhradně jejího těla. Podobně nahlíží na uvedenou skutečnost i zákon č. 66/1986 Sb. § 4, § 5. Zákon neuvažuje o nenarozeném dítěti jakožto o člověku, členu rodiny. Takto ho vidí pouze v případě, že se narodí živé. Interrupci bere, jako výkon týkající se výhradně matčina těla, je-li provedený zákonným

způsobem. Interrupce je tedy pouze výkonem vykonaném na přání matky, upraveným zvláštním zákonem, jinak se neliší od jiných lékařských výkonů prováděných na přání (např. augmentace prsu). Z výše uvedených zákonů tedy nevyplývá ani povinnost manželky oznámit manželovi provedenou interrupci, neboť jde o zákrok, na který má žena zákonný nárok. Předpokládaná změna matčina zdravotního stavu je minimální. Za nynějšího stavu legislativy není možné, aby manželův nesouhlas UPT zabránil. Neexistuje ani nutnost oznámit manželovi proběhlý umělý potrat ve smyslu § 688 č. 89/2012. Nabízí se však otázka, zdali je UPT možno brát jakožto změnu stavu zdraví, pak by se zde naskytla možnost oznámit manželovi tuto informaci.

14 Vliv otce během UPT

A. Kritika současné situace

Pole působnosti otce se bohužel v procesu UPT nachází v rovině psychologické, morální a etické, rozhodně ale výše vyjmenované kompetence nejsou ukotveny legislativně, a tudíž nelze hovořit o rovině objektivně vymahatelné. Dokonce ani v případě, že je otec dítěte současně manželem ženy žádající o potrat, nemá pravomoc zamezit manželčinu rozhodnutí pro UPT. Jeho názor je z pohledu legislativy nezávazný a nepodstatný.

V legislativním rámci je sice otcovství přiřknuto během doby trvání manželství automaticky manželovi, výjimkou je neučinění souhlasného prohlášení o otcovství ze strany biologického otce (milence). Je nutno zmínit, že během UPT je nejdůležitějším a limitujícím faktorem čas. Lhůta na zákonné vykonání UPT na „přání“ činí 12 týdnů. Manžel jakožto otec nemá právní nárok UPT pozastavit. K provedení UPT je podle platné legislativy zapotřebí pouze souhlasu těhotné ženy s výkonem. Na provedení interrupce má žena zákonný nárok,¹⁰⁷ což mimochodem ovlivňuje i postavení vztahu lékař-pacient. Dokonce ani manžel nemá žádný legislativní nárok, jak toto rozhodnutí zvrátit, ačkoli je automaticky považován za otce dítěte. Současná situace bohužel v otázce výkonu UPT zcela ignoruje roli otce, který je v případě, že není žena vdaná, z legislativního pohledu neznámý alespoň do doby vyplnění otce v rodném listě či souhlasném prohlášení otcovství.¹⁰⁸ Z matky činí před porodem dítěte jedinou exekutivu rozhodující o osudu dítěte, jež nosí, nehledě na postoje manžela či otce. Pokud bychom chtěli danou situaci zjednodušit, tak pokud má otec o dítě zájem a chce ho vychovávat, není mu tak umožněno. Žena nosící mužovo dítě totiž z rozličných důvodů nemusí být nakloněna např. porodu, navíc zcela v souladu s legislativou může absolvovat UPT, neboť má na něj zákonný nárok. To znamená, že dané zdravotnické zařízení je povinno výkon provést. Manžel a otec je v případě, že měl o svého potomka zájem, bohužel systematicky a institucionálně přehlížen. Z tohoto pohledu by se dalo mluvit o systémovém porušení spravedlnosti a nároku na to stát se otcem, neboť žena může před narozením potomka zbavit otce této role bez jakýchkoliv následků. Z mého osobního pohledu jde o situaci zcela frustrující a negující postavení manžela a otce jako právoplatného rodiče vlivem zakořeněné institucionální nespravedlnosti. Nastalá situace

¹⁰⁷ Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství.

¹⁰⁸ Dalším méně častý zákonem jmenovaných možností, např. určení otcovství soudem

je ovlivněna také faktem, že do dnešního dne není možné genetickým vyšetřením prokázat otce ještě v době trvání zákonné lhůty na UPT. Osobně doufám, že technologickým vývojem se objeví způsob, který metodou *lege artis* dokáže geneticky určit otce již prenatálně, např. již ve 3. týdnu těhotenství. Tato skutečnost by mohla podle mého soudu výrazně pomoci při změně legislativy tak, aby se reagovalo i na názor a přání otce. UPT by v takovém případě mohla žena podstupovat pouze po souhlasu otce, ovšem s výjimkou znásilnění.

B. Reflexe příčin UPT v dnešní době

Skupina matek podstoupivších UPT z důvodu selhání role otce (v dané situaci je jejich partner či biologický otec opustil) je jistě podstatná. Nicméně statistická data tomu neodpovídají. Ač by se zprvu mohlo zdát, že majoritu matek podstupujících UPT představují nezkušené uživatelky antikoncepčních metod či ženy, které počaly své potomky během nechráněných sexuálních styků jako mladistvé, či mladé dospělé ve věku okolo 15–25 let, jež otěhotněly v rámci rizikového jednání a pod vlivem návykových látek, není tomu tak. Při bližším zkoumání zjišťujeme, že převážná většina žen podstoupivších UPT je ve věku 25–29 a 30–34 let a v těchto věkových skupinách pravděpodobně už nespočívá hlavní příčina UPT v selhání role otce. Různé literární zdroje popisují,¹⁰⁹ že v této skupině je také vysoký počet UPT vlivem vysokého počtu nevěr. Mohli bychom nabýt špatného domnění, že rozhodnutí o UPT závisí výhradně na matce kvůli tomu, že otec selhal. Avšak otec či manžel, který chce dítě, nemá nárok ani možnost svého potomka ochránit. Ženy argumentují tím, že jde výhradně o jejich tělo a na tomto základě si nárokují výhradu zacházet s ním, jak si přejí. Dítě rozhodně není součástí těla matky a rozhodně se nejedná o součást jejího organismu (viz popis o kapitole výše). Příroda uzpůsobila ženu i muže tak, aby se mohli nadále reprodukovat. V tom spočívá definice živého, ale také povinnost lidského pokolení. Právě přírodou byla žena uzpůsobena jako devítiměsíční „hostitelka“ dítěte.

Z důvodu výše uvedeného sledávám pro-choice hnutí jako uskupení založené na mylném pojetí vztahu organismu matka-plod, v němž je plod považován za součást těla matky. Toto špatné pochopení vztahu je zdrojem hybné síly, která otce odsunuje do pozadí či lépe řečeno v zcela ho ignoruje. Výsledkem je soustředění se pouze na volbu

¹⁰⁹ GELLNER 2007

matky, zda je ochotna poskytnout své tělo nově vzniklému plodu.¹¹⁰ Její rozhodnutí často determinuje vypjatý emocionální stav, různé tlaky okolí a konečným výsledkem nemusí být vůbec matčino přání či racionální volba UPT, nýbrž například podlehnutí tlaku okolí či různým obavám. Legislativa celé Evropské unie (vyjma Maďarska, Malty, Polska, Irska) má obdobný pohled na vnímání statutu plodu jakožto součásti těla matky a nevnímá názor otce. Budeme-li se chovat tak, že z plodu utvoříme součást cizího organismu, je zřejmé, že mu tímto jednáním současně odebíráme prostor na jeho přirozené právo nebýt připraven o život.

C. Reflexe UPT role otce a surogátní mateřství¹¹¹

Náhradní mateřství je termín označující stav, při němž se biologický pár uchýlí k tomu, že své gamety pomocí laboratorních metod spojí a vloží takto nově vzniklého jedince do cizí ženy, ne zpět do původní matky. Zpravidla jde o případy, kdy původní biologická dárkyně vajíčka není schopna donosit dítě. Plod dárkyně v tomto případě donosí jiná žena. Může se jednat o příbuznou osobu či o ženu cizí (která toto činí zpravidla za úplatu), avšak náhradní mateřství český právní řád neupravuje, a tudíž zákonnou matkou je ta, která nosí dítě v děloze a následně ho porodí. Tedy i v případě náhradního mateřství může zcela cizí žena rozhodnout o životě naprosto cizího dítěte, jež je pouze topograficky a po krátkou dobu lokalizováno v její děloze. Přesto má plný legislativní nárok ho usmrtit, neboť je díky nedostatečné a chybějící legislativě před zákonem matkou, aniž by dané dítě počala. Zde je vidět, jak jsou argumenty skupiny pro-choice mylné, neboť matka hostitelka může dle své libovůle rozhodnout o životě či smrti zcela cizího dítěte, jež zrovna nosí v děloze. Plodu stačí pouze jakákoliv plodná děloha umožňující nidaci. Dítě nemusí z lékařského hlediska bezpodmínečně vyrůstat v dnešní době v těle biologické matky, musí však vyrůstat v děloze ženy (prozatím). A tak dnes již neplatí staré lékařské přísloví „*Matka vždy jistá, otec nejistý*“,¹¹² protože kdybychom provedli po porodu genetické testy u surogátní matky, samozřejmě bychom ji nemohli označit jako biologickou matku. Pro vznik mateřství, tj. právního vztahu mezi matkou a dítětem, je rozhodný fakt porodu, při kterém dochází k oddělení dítěte od těla matky, tedy k narození dítěte.¹¹³ Dosavadní jediná legislativní zmínka

¹¹⁰ Popravdě řečeno, jde o to, zda je matka ochotna poskytnout plodu svou dělohu.

¹¹¹ KUKLA 2016, 393

¹¹² Mater semper certa est (pater semper incertus est).

¹¹³ LAVICKÝ 2014, 508–509

o **surogátním** mateřství je v § 804 OZ.¹¹⁴ Z logiky věci vyplývá, že k výše naznačeným situacím se bude muset legislativa vyjádřit, aby bylo jasné, jak posuzovat i takové případy. Jedná se o uteropartální diskriminaci až bezpráví nehledící na dítě ani na otce. Poukazuje na to, že i náhradní matka má nad biologickými rodiči naprostou převahu, a to právě díky této uteropartální diskriminaci.

D. Základ práva nebýt zbaven otcovství

Považuji za nesporné, že by otec a manžel měl mít také nárok rozhodovat o životě svého potomka stejně jako matka. Z podstaty přirozené povinnosti předávat život a z toho vyplývajícího práva nemá být zbaven otcovské role a statutu právoplatného rodiče a polovičního udělovatele dědičné informace nového potomka. Z výše naznačeného důvodu si může činit nárok rozhodovat stejně jako matka o jeho výchově, záhubě či životě. V zákoně o rodině se jasně píše, že na výchově dětí se mají podílet oba rodiče. Pokládám za absurdní, že výklad zákona je platný až po narození. Za iracionální argument považuji skutečnost, že jde o součást ženina těla. Osobně bych tuto skutečnost vykládal jako argument, kterým se žena vyhýbá své povinnosti, jež jí udělila matka příroda.

¹¹⁴ „Osvojení je vyloučeno mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství.“

15 Pohled katolické církve na UPT

A. Stanoviska katolické církve

Katolická církev zastává jasně odmítavé stanovisko k potratům.¹¹⁵ Na mnoha místech v oficiálních prohlášeních tvrdí, že život je posvátný a nedotknutelný. V roce 1995 papež Jan Pavel II. napsal encykliku *Evangelium Vitae* (Evangelium života), v níž mluvil o „posvátné hodnotě lidského života od samého počátku“. Popsal zde boj mezi kulturou života a kulturou smrti. Konstituce Kongregace pro nauku víry vydala *Dignitas personae* (2008), v níž stanovuje, že „*Tělo lidské bytosti již od prvních stádií své existence nesmí být redukováno na pouhou skupinu buněk*“ (DH 4). Poté následuje v instrukcích *Donum vitae*¹¹⁶ (1988): „*Lidský plod od začátku své existence, tedy od okamžiku vzniku zygoty, vyžaduje bezpodmínečnou úctu, která morálně náleží lidské bytosti v její tělesné a duchovní celistvosti. Lidskou bytost je nutno od okamžiku početí respektovat jako osobu a jako s osobou s ní také zacházet. Od téhož okamžiku je třeba také uznat práva této lidské bytosti jako osoby, mezi něž patří především neporušitelné právo na život náležející každému nevinnému lidskému tvorů*“ (DV 1).

B. Reflexe stanovisek

Je nutno podotknout, že kontext těchto magisteriálních vyjádření, encyklik, výroků katechismů a dalších idejí jsou vyřčeny předně jako síla stavící se proti UPT ve snaze ochránit nevinný lidský zárodek. Rozhodně se nejedná o pozitivní výroky vzniklé samy o sobě. Na to poukazuje také doba vzniku tohoto uvažování. Církevní prohlášení brojí proti potratům, nicméně z výše uvedených slov vyplývá, že již zygota je považována za plnou lidskou osobnost. Zcela zjednodušeně lze říct, že dokud jsme neměli k dispozici dostatečné poznatky z biologických věd, nemohli jsme ani uvažovat o tom, zda zygota je již lidská osoba, či není. Lidský zárodek církev chrání již na prvotních církevních sněmech. Po zdokonalení lékařského poznání se začaly ve 20. století provádět zdravotně méně závadné interrupce, na které nešťastně reaguje katolická církev, jež se snaží téměř až vědecky stanovit to, co humanitní ani lékařské odvětví nemůže samo o sobě vyslovit, protože nemůže uchopit pojem lidské osoby. Z tohoto důvodu se katolická církev „jako by chopila kormidla“ a vydávala výroky o tom, že již v podobě zygoty máme co dočinění s plnou lidskou osobou. Staví se svým zdůvodněním nad poznání dané

¹¹⁵ PITTEROVÁ 2009

¹¹⁶ ŠIPR/KRUMPOLC/MIČO 2006

vědecké obce a argumentuje zcela faktickými poznatky, aniž by samy biologické vědy daným poznáním disponovaly. Sociokulturní doba se změnila. Církev již neslouží k vydávání příkazů pouze ve formě imperativů. Lidé nejsou s to poslouchat bez vlastní reflexe, to již naznačil a překonal Franz Bökle^{117,118} i Bernhard Haring konceptem autonomní toemie. Církví přísluší vydávat mravní normy, které však musí být závazné ve svědomí jednotlivců. Lidé je musí chápat a přijmout za vlastní. Musí jít o poučené svědomí. Církev má povinnost poučit, nejen klást imperativy a zároveň tvrdit, že to jsou závazné normy svědomí, ačkoli jim jednotlivci nerozumí. Není vědecky prokázáno, že lidská osoba vzniká ve shodný okamžik jako lidský organismus. Církev má povinnost velice kvalitně dané normy a požadavky vysvětlit tak, aby je jednotlivci mohli přijmout za své. Právě v tomto vysvětlení tkví úspěšnost vydávaných etických norem.

C. Návrh na změnu zdůvodnění norem UPT

Osobně si myslím, že kdyby se katolická církev držela více zdůvodnění, proč ochránit lidský zárodek, a nepouštěla se do tezí o zygotě a lidské osobě, na které nemá současná věda odpověď, udělala by mnohem lépe. Zaobírání se těmito myšlenkami přísluší bioetice, teologii (v rámci kongresů a diskurzů). Zde církev neargumentuje vírou či tajemstvím, ale předkládá jasná fakta a věří, že lidé budou minimálně vzdělání a současně se budou distancovat od negativního zhodnocení. Nekritičtí musí být věřící i v případě věcí dogmatiky, ale neplatí to v bioetice. Církev zde předkládá jasné biologické výroky podobné těm, že člověk je již plnou osobností ve stadiu zygoty. Osobně bych doporučoval, aby církev silněji apelovala a snažila se na jedné straně členy společnosti více oslovit, na druhé straně ale zároveň byla schopna poskytnout zdůvodnění, proč je potrat negativní. Nemyslím si, že by církev měla prezentovat tvrzení, jakým je např. instrukce *Donum vitae* 1988: „*Lidskou bytost je nutno od okamžiku početí respektovat jako osobu a jako s osobou s ní také zacházet. Od téhož okamžiku je třeba také uznat práva této lidské bytosti jako osoby.*“ Mravní požadavky církve by mohly například znít: „*Lidský život je hoden ochrany od početí, protože se jedná o stvořitelův plán a dar.*“ Uvedené bychom měli vztahovat i na stadium zárodku, kdy si nejsme jisti, zda máme co dočinění s plnou lidskou osobou, ale přesto se domníváme, že si zárodek zaslouží plnou ochranu, neboť jde o boží plán a neuvěřitelný

¹¹⁷ STRATENWERTH/KAUFMANN/GEILEN/HIRSCH/SCHREIBER/JAKOBS/LOOS 2017

¹¹⁸ BÖCKLE 1974

dar. Nic na tom nemění ani skutečnost, že v raných stádiích se jedná o zcela nevyvinutý a primitivní organismus. Jde však stále o nevinný princip lidského života směřující k plnému lidskému bytí. Člověku nepřisluší takový dar odmítat, neboť tím odmítá plán samotného stvořitele a staví se tak na jeho úroveň. Tím přichází o svou plnou svobodu, neboť se staví do role tvůrce, a ne do role tvora.

15.1 Kritika argumentace KC

Není možné argumentovat tím, že musíme chránit zygotu¹¹⁹ proto, že se jedná o plnou oduševnělou lidskou osobu. Uvedenou argumentaci považuji za nešťastné tvrzení. Jednak by se Bůh dopouštěl cílené genocidy většiny lidstva, protože nidace dosáhne pouze 30–50 % morul a z těchto třiceti uhynie dalších 30 %, jednak církve neřeší skutečnost, že jde o primitivní tělesný substrát duše, kde navíc lidská duše je vázaná na daný tělesný substrát, který zde zcela jistě není vyspělý. Těžko si lze přestavit, co se děje v případě dvojčat či trojčat, kdy se daná duše zygoty rozpůlí či rozdělí na třetiny. Pravdou je, že nenastává podobně kvalitativní skok jako při zplození, nejedná se tedy o vznik, ale o jakési rozvětvení jedné podstaty do dvou. Biologicky si to lze lehce představit, nicméně v případě rozvětvením duší je tato představa obtížnější. Nutno podotknout, že církve bere oplození jakožto vteřinový skokový děj, v němž podle tvrzení církve je duše přítomna již v oplozené zygote. Nicméně ona koncepce a tvorba zygoty trvá hodiny (řádově 10–15 hodin) a tuto skutečnost církve nebere v potaz. Osobně si neumím přestavit, jak by duše přebývala v substrátu tak nezralém, že není jistý ani počet jedinců organismu. Tím se popírá definice lidské osoby, která má být jedinečná a neopakovatelná. Již Tomáš Akvinský, O. P. jeden z předních myslitelů a oficiálních učitelů katolické církve, uvádí koncept postupného oduševňování, přičemž se k němu přiklání i Bernhard Harring.

Existuje celá řada vlivných teorií, které stanovují začátek lidského života rozdílně. Velká část teorií ho vidí až v okamžiku samotného porodu, kdy je lidský organismus schopen žít sám mimo tělo matky, či stanovuje začátek života na hranici viability, což je hranice, od které dokáží lékaři zachránit lidský plod nacházející se mimo tělo matky. Například v Japonsku tomu odpovídá časové období okolo 22. týdne, zatímco někteří stanovují začátek života od okamžiku ukončení embryonálního vývoje, což je asi 60 dní po početí (mj. tím umožňují řadu genetických i embryonálních manipulací). Učitelství

¹¹⁹ PAVEL II. 1995

úřad církve se kloní k názoru, že není důvod odmítat tvrzení, že oplodněním začíná lidský život. Je třeba zdůraznit, že již nemluví o tom, zdali máme co do činění s lidskou oduševnělou bytostí jako takovou. Spíše si lze vysvětlovat stanovisko katolické církve tak, že nejde o vyjádření vědecké, ale vzniká v jakémsi dialogu s vědeckými poznatky. Vědecké výroky se však dynamicky vyvíjejí, a to v autonomii ke stanovisku magisteria. *„Jde o situaci skutečného dilematu, kdy ustoupení z těchto pozic, že lidský život začíná početím, umožňuje manipulaci až po zabíjení nenarozeného života. Na druhé straně však trvání na takto stanoveném začátku života vede k dilematu, které naznačujete otázkou, proč Bůh dopouští smrt tolika dětí, i když je rodiče chtějí. Tato skutečnost zůstává tajemstvím. Církev proto musí zůstat velmi blízko rozvoji vědeckého poznání a v součinnosti s ním stále prověřovat platnost svých stanovisek.“*¹²⁰

Co se týče UPT, stanovisko církve je skutečně zcela jasné, odmítavé. Církev považuje UPT za vraždu dítěte, již nelze ničím omluvit. V případě ohrožení života matky je však za prvořadou považována záchrana jejího života, a to i v případě, že bude nezbytné, aby byl ohrožen život plodu. Musí se však trvat na tom, že zabití nenarozeného dítěte není zamýšleným hlavním cílem jednání. V daném případě se proto nejedná o potrat, ale o léčbu matky. Z etického hlediska se dochází opět k dilematu, neboť ani jedno řešení není dobré. Obě rozhodnutí se pojí s utrpením, protože se jedná o mezní situaci a rozhodování v takovém případě není rozhodně jednoduché. Podstoupení chtěného potratu považuje církev za těžký hřích, který se pojí s trestem exkomunikace.¹²¹

¹²⁰ učební texty ThLic. Mgr. Jaroslav Lorman, Th.D.

¹²¹ Z lat. ex-communicare znamená vyobcování nebo vyloučení ze svátostného společenství církve, tj. z možnosti přijímat a udělovat svátosti s určitými výjimkami. Je to jeden z nejtěžších trestů používaný církvemi.

16 Pohled pravoslaví na UPT

Obecně platí, že pravoslavné církve zakazují potrat¹²² jako prohřešek proti Božímu přikázání „Nezabiješ“. Ruská pravoslavná církev odsoudila potrat v titulu *Církev a národ* publikovaném v roce 2000. Pravoslavné kanonické právo se ve shodě s Písmem k potratu formálně staví jako k vraždě a žádá exkomunikaci všech, kteří se na něm podíleli: „Ženy, které poskytují lektvary, způsobující nedonošení plodu v životě, a ty, jež přijímají jedy, umrtvující plod, podvrhujeme epitimii¹²³ pro vražedníky“ (91. pravidlo šestého všeobecného sněmu). Sv. Bazil ve druhém pravidle výslovně vylučuje jakékoliv možnosti, které by umožňovaly potrat v časném stádiu těhotenství. „*Ta, jež úmyslně zahubí plod začatý v útrobach, podléhá trestu za vraždu. Nemáme však přesné rozlišování mezi plodem již utvořeným, nebo ještě nevytvořeným*“ (2. pravidlo Sv. Bazila Velikého).

Zvyky rané církve týkající se pokání vyžadovaly, aby „vrazi“ byli v případě, že činili pokání, s církví usmířeni a bylo jim umožněno svaté přijímání až na smrtelné posteli. Existovaly však výjimky. Například Ancyrský koncil umožnil výjimku pro ty, již se podíleli na potratu: „*Dřívější ustanovení zakázalo přijímání svatých tajin do konce života ženám, které otěhotněly z cizoložství a vypudily plod a zabývaly se přípravou jedů hubících plod; a podle toho se i postupuje. Hledajíce něco shovívavějšího, stanovili jsme, aby takové procházely desítiletou dobou pokání po určených stupních*“ (21. pravidlo). Abychom plně porozuměli otázce potratů a stanovisku pravoslavné církve, můžeme se zaměřit na velké křesťanské svátky, mezi něž patří Početí sv. Jana Křtitele (24. září), Početí Bohorodice (8. prosince) a samozřejmě svátek Zvěstování (25. března), kdy byl v lůně Panny počat sám Kristus. Slavení těchto svátků jasně dokládá, že lidský život – v tomto případě život sv. Jana, Bohorodice a Ježíše-coby člověka začíná početím, nikoliv až později, když se plod stává „životaschopným“.

¹²² GORAZD II. 1940

¹²³ od ř. epitimía – trest

17 Pohled reformovaných církví na UPT

Rétorika evangelických církví je zcela zřetelně méně odmítavá k UPT a je zde patrná mírnější rétorika, přičemž celkově v daném kontextu spatřujeme smířlivější tendenci směřující k toleranci. Dokonce se připouští případy, kdy je potrat přípustný. Problematika interpretace jednotného názoru reformních církví tkví v tom, že církve jsou autonomní a decentralizované, a tudíž pozbývají jednotného názoru, kterým by se v problematice UPT mohly prezentovat. Důsledkem uvedeného stavu se pak reprodukce názorů reformních církví stává náročnou i s ohledem na jejich počet.¹²⁴ Nicméně obecný trend protestantismu potraty zpravidla zcela nezakazuje, nýbrž od nich odrazuje. Blíže se zaměřím na Synodní radu ČCE, která zveřejnila svůj příspěvek do diskuse o „potratové pilulce“.¹²⁵ Z její rétoriky můžeme vidět zcela odlišný přístup k UPT, neboť v prohlášení se píše: *„Přidáváme se k těm, kdo upozorňují veřejnost na nebezpečí, které vychází z laické a nesprávné představy o jednoduchém zákroku, který spočívá jen v podání potratové tablety RU 486. Pod touto představou se budou ženy pro potrat rozhodovat ochotněji a s menší zodpovědností. Žádáme proto odpovědné činitele i média, aby upozorňovali na zmíněné nebezpečí zkreslených představ o jednoduchosti zákroku. Není totiž výjimkou, že i časopisy a internetové stránky pro teenagery prezentují RU 486 jako nástroj pro jednoduchý a „svépomocný“ domácí potrat. Čtenářky těchto článků jsou pak v důsledku toho mnohdy ochotny nakoupit tento prostředek i prostřednictvím nelegálních internetových prodejců.“* Dále pak pokračují: *„Jako křesťané chceme jednoznačně podporovat rodinu a napomáhat ke snížení počtu potratů. Nikoli však tím, že bychom zcela odmítali šetrnější metody potratu v zákonem indikovaných případech. Cestu vidíme ve zvýšení podpory těhotným ženám, aby dítě mohly donosit a porodit, a nemohou-li se z nějakých důvodů o dítě starat samy, dát je k adopci.“*

¹²⁴ Metodismus, letniční hnutí evangelikalismus, mormonismus, Svědkové Jehovovi, Jednota bratrská a mnohé další.

¹²⁵ <https://olomouc.evangelnet.cz/posel/2013-06.pdf>, vyhledáno 12. 12. 2016

17.1 Prohlášení oficiální luteránské církve Ameriky

„Jsme povoláni být soucitnou komunitou modlitby a být vždy u těch, kteří bojují s těžkým rozhodnutím týkajícím se nechtěného těhotenství.“¹²⁶

Luteránská církev doporučujeme ženám a mužům hledat podporu a radu u rodinných příslušníků, pastorů, profesionálů. Tuto skutečnost dokládám následující citací: *„Členové sboru si musí být nejen vědomi morální složitosti situace, ale musí být schopni a ochotni poslouchat a provázet manžele v celém procesu rozhodování, uzdravení a obnovy, což je proces, který může zahrnovat pocity, jako je smutek, pocit viny, úlevy, popření, lítosti nebo hněvu.“¹²⁷*

Pastoři a další členové této církve by měli být školeni, aby mohli poskytnout radu, která je kompetentní a zároveň respektuje integritu ženy. *„Je důležité, aby ti, kteří čelí rozhodnutí o nechtěném těhotenství, respektovali, že ženino těhotenství zahrnuje celého člověka. Tělo, mysl a i ducha.“* Měli by objasňovat vztah ke všem závazkům, které přináší život. Rovněž je nezbytné, aby se poradci snažili probudit v jednotlivci sílu k zodpovědnému jednání.

Luteránská církev dále hlásá: *„Bez ohledu na rozhodnutí, naše pastorační odpověď musí být laskavé ujištění o hodnotě života ženy a pomoc při jednání s probíhajícími důsledky jejich rozhodnutí pro jejich vlastní blaho a jejich vztahy.“* Existují okolnosti krajní abnormality plodu, které by měly za následek závažné utrpení, na jehož konci by dítě čekala velmi brzká smrt. V takových případech a po příslušné lékařské konzultaci mohou rodiče odpovědně rozhodnout o ukončení těhotenství. Ať už toto rozhodnutí bude znamenat pokračování, nebo ukončení těhotenství, tato církevní podpora musí být rodičům poskytnuta se soucitem. Ačkoli potrat vyvolává závažné morální otázky v kterémkoli stadiu vývoje plodu, je zřejmé, že čím je plod starší, tím je rozhodnutí závažnější.

Potrat sám o sobě nepředstavuje náboženský problém, protože nemusíte věřit v Boha, stačí, abychom věřili v univerzální lidská práva. Nespočet protestantských a evangelických křesťanů je proti potratům, například v Severním Irsku se katolíci a protestanti proti potratům spojili. Nicméně některé z protestantských církví jsou více

¹²⁶ http://download.elca.org/ELCA%20Resource%20Repository/AbortionSS.pdf?_ga=1.92166426.1036056439.1477585389, vyhledáno 12. 12. 2016

¹²⁷ http://download.elca.org/ELCA%20Resource%20Repository/AbortionSS.pdf?_ga=1.92166426.1036056439.1477585389, vyhledáno 12. 12. 2016

pro potraty. Anglikánská církev uvádí, že nenarozené dítě je živé a vytvořené Bohem. Generální synod v roce 1993 uvedl, že „*počet provedených potratů od zavedení zákona o potratech 1967 je nepřijatelně vysoký*“. Je třeba ale uvést, že i anglikánská církev (Church of England)¹²⁸ věří, že potrat může být někdy morálně přijatelný, a to například za stavu vážného zdravotního postižení dítěte.

¹²⁸ <https://www.churchofengland.org/our-views/medical-ethics-health-social-care-policy/abortion.aspx>, vyhledáno 13. 11. 2016

18 Vztah antikoncepce a potratů

A. Uvedení do problematiky

Podle vyjádření Světové zdravotnické organizace (WHO) „je poměr mezi umělými potraty a počtem uživatelů spolehlivých antikoncepčních metod ve všech zemích světa v nepřímé úměře a tento poměr je současně ukazatelem míry kulturní vyspělosti dané země. Ty země, které se řadí mezi „vyspělé“, vykazují nízkou potratovost a vysokou prevalenci antikoncepce, u zemí „rozvojových“ je tento poměr právě opačný. Zajímavá je ta skutečnost, že oba ukazatele závisí jen částečně na stavu legislativy, odvíjejí se také od zdravotního uvědomění obyvatelstva a má na ně vliv i socioekonomická úroveň.“¹²⁹ Srovnáváme-li počet potratů prováděných v jednotlivých zemích světa, kolísá od 10 do 80 potratů za rok na každých 1 000 žen ve věku plodnosti. Průměrně je to asi 35 potratů na 1 000 žen ročně.¹³⁰ Počet potratů v každé zemi reflektuje kulturní vyspělost obyvatelstva, zejména pak rozšíření užívání spolehlivých antikoncepčních metod. Převážně v Evropě panují dosud nápadné rozdíly mezi zeměmi západními a severními a zeměmi postkomunistickými, v nichž je úroveň potratovosti často až 8krát vyšší. Jak tvrdí přední český sexuolog Radim Uzel: „*Určitou roli zde hraje i tradiční neúcta k ženě, vysoká zaměstnanost a obecné znevážení morálních hodnot jako smutný následek komunistické totality. Pochopitelně jiná totalita náboženská nebo nacionální nebude asi tím pravým lékem.*“¹³¹ V daném kontextu bych ale rád uvedl alespoň jednu příznivou zprávu, která říká, že v České republice klesl od roku 1989 počet prováděných potratů o více než 63 % (z původních 107 tisíc na současných 37 tisíc za rok). Za uvedené období také vzrostl počet uživatelů hormonální steroidní antikoncepce více než čtyřnásobně. Tato příznivá čísla zařazují Českou republiku mezi vyspělé země Evropy. Naše země tak plní program vytyčený WHO v roce 1991 „From abortion to contraception“.¹³² Díky zdravotnímu uvědomění obyvatelstva, cílené sexuální výchově, ale také v důsledku rozsáhlých možností výběru účinných kontraceptiv má na příznivém trendu podíl také vztah gynekologů k problematice sexuálního a reprodukčního zdraví. Dle dat Českého statistického úřadu a jeho vyjádření lze rovněž usuzovat na určitý vztah nepřímé úměry mezi prevalencí moderní antikoncepce a potratovosti. „*Mezi důvody vedoucí k úbytku umělých přerušeni*

¹²⁹ UZEL 2002, 4–6; WHO 2000

¹³⁰ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 106

¹³¹ BOHATOVÁ 2000

¹³² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>, vyhledáno 13. 10. 2017

*těhotenství patří samozřejmě i změna celkového populačního klimatu v České republice spojená mj. se značným rozšířením hormonální antikoncepce. Od začátku devadesátých let minulého století klesala v České republice porodnost. Existuje řada příčin, které demotivují dnešní mladou generaci k zakládání rodin, resp. posilují rozhodnutí směřující k odkládání založení rodiny do vyššího věku. Důsledkem toho se snižují počty těhotenství a tím byl vytvořen předpoklad nejen pro pokles počtu porodů, ale i pro pokles absolutního počtu potratů. Úbytek potratů byl však hlubší než úbytek porodů – relativní podíl potratů a z nich především interrupcí na ukončených těhotenstvích se podstatně snížil.*¹³³ Dále dle prohlášení ČSÚ „základní příčinou radikálního úbytku umělých přerušení těhotenství od roku 1990 je jev díky jednoznačnému rozšíření moderních ženských antikoncepčních prostředků.“ Od 70. let 20. století statisticky sleduje ÚZIS rozšíření antikoncepce předepsané lékařem v České republice. Podle zjištění ÚZIS¹³⁴ používalo po roce 1970 antikoncepci jen něco přes 100 000 žen a z nich zhruba dvě třetiny používaly antikoncepci nitroděložní. Postupem času sice přibývalo stále více uživatelů antikoncepce hormonální, ale až do začátku devadesátých let nitroděložní antikoncepce převažovala. Poté však následovalo zásadní rozšíření hormonální antikoncepce. Od roku 2000 používá v České republice některou z moderních antikoncepčních metod předepsanou lékařem více než milion žen, z nich více než 900 tisíc volí antikoncepci hormonální a jen asi 100 tisíc antikoncepci nitroděložní. V přepočtu na 1000 žen v plodném věku používá antikoncepci přibližně 420 žen, z nich 350 antikoncepci hormonální.

B. Reflexe statistiky vztahu antikoncepce a potratovosti

Výše uvedené skutečnosti prokazují neoddiskutovatelný vztah mezi moderními antikoncepčními metodami a potratovostí. Pro úplnost dodávám, že v datech není jako antikoncepční metoda počítána sterilizace a intercepce. Z analýzy výše uvedených údajů vyplývá, že snížení potratovosti je multifaktoriální jev, na kterém se převážně podílí rozšíření moderní antikoncepce, díky níž se v ČR od 90. let do dnešní doby snížila potratovost čtyřnásobně. Další vlivy jako vliv socioekonomický, legislativní lze považovat za sekundární, neboť se nacházejí až za moderní antikoncepcí. Z uvedeného důvodu propaguje WHO svůj program „From abortion to contraception“.

¹³³ ÚZIS 2013

¹³⁴ JIROVÁ 2014

C. Reflexe vztahu antikoncepce a potratovosti

Antikoncepce samozřejmě neléčí manželské nevěry či neuvážený promiskuitní život. Tyto příčiny souvisejí s hodnotovým žebříčkem žen a nelze je změnit zevnějšku a plošně, ale antikoncepce může výrazně omezit vysoké číslo potratů. Je tedy třeba na ni nahlížet jako na prvek z celkové množiny výčtu alternativ, jimiž se snižuje potratovost. Nejedná se tedy o jedinou metodu, i když se to ze statistik nabízí. Výhoda dané metody spočívá v její rychlosti, s níž může ovlivnit potratovost, zatímco jiné vyžadují od člověka nejen přehodnocení celé situace, ale mnohdy ho i nutí změnit vnitřní žebříček hodnot (např. omezení promiskuity partnerů etc.). Častý argument proti antikoncepci zaznívá především z řad církevních hodnostářů, kteří tvrdí, že antikoncepce podporuje nevěru. Pravdou však je, že antikoncepce nepovoluje a ani nezlehčuje partnerskou nevěru, možná pouze zjednodušuje způsob jejího provedení. Mám-li použít příměru, tak stejně jako zbraň sama o sobě není nebezpečná, nebezpečí spočívá v jejím použití člověkem. Obdobně antikoncepce neumožňuje nevěru, neboť ta se vyskytovala ve všech etapách lidského bytí a pravděpodobně nikdy zcela nevymizí. Antikoncepce rovněž nesmazává psychické následky a neuleví ani svědomí. Promiskuita se objevovala i před spolehlivou antikoncepcí a výtky směřující k názoru, že antikoncepce vybízí, nabádá a dovoluje promiskuitní chování, považuji za naprosto liché. K promiskuitě za určitých okolností vybízí nastavení společnosti, společenské normy a tendence uvnitř komunit, pornografie, beztrestnost, kladné vnímání muže s více partnerkami jako projev společenské úspěšnosti, zaměření společnosti na prožitek hnaný konzumním prožitkovým chováním. Jistý podíl na nevěře může mít i ztráta autority a krize institucí, ale je nutné vyloučit antikoncepci jako hlavního hybatele. Antikoncepce existuje už tisíce let a samotná promiskuita je ještě starší. Ženy se nestaly více nevěrnými po zavedení hormonální antikoncepce. Její používání u sezdaných párů plánujících dítě vidím jakožto základní právo vztahu na plánované rodičovství a antikoncepci považuji za ideální prostředek umožňující párům svobodně se rozhodnout, kdy chtějí potomka zplodit. Vždyť právo na plánované rodičovství je základním lidským právem. Častými důvody potratu jsou ale také např. socioekonomické podmínky, které však mohou být řešitelné. Mnohdy se jedná o nevěru, kterou sama antikoncepce rovněž nevyléčí, a proto je nutné ji brát v úvahu, chápat její možnosti a hranice.

19 Zabránění oplodnění, antikoncepce / intercepce

Antikoncepce (kontracepce) je společný termín pro všechny metody, které mají zabránit otěhotnění. Aplikují se před souloží či během soulože a jsou plně reverzibilní. Mezi antikoncepční metody nepatří sterilizace. Spolehlivost antikoncepce se běžně uvádí jakožto Pearlův index, který označuje počet otěhotnění během jednoho roku pravidelného sexuálního života na 100 žen, jež používají danou antikoncepční metodu jako jedinou.

19.1 Antikoncepční metody nevyžadující lékařský dohled

Kojení

Při této metodě je důležitá frekvence kojení. Při jeho četné denní frekvenci jde o vcelku spolehlivou metodu. Její nevýhoda spočívá v nutnosti předchozího těhotenství a porodu. Pearlův index je 3.¹³⁵

Periodická abstinence (metoda neplodných dnů)¹³⁶

Tato metoda využívá teze, že vajíčko je schopno oplodnění maximálně 48 hodin od ovulace, samotná spermie může v extrémním případě vydržet v pohlavním traktu ženy i 3–7 dní. Oplodňující soulož je tedy možná pouze v určitých dnech během cyklu ženy. Metody periodické abstinence se cíleně a záměrně snaží pomocí různých přístrojů a metod a s využitím nejrůznějších sofistikovaných nástrojů (např. teploměr pro měření bazální teploty) určit dny, ve kterých není oplodnění možné. Dané metody zahrnují sledování vzestupu bazální teploty po ovulaci, změnu hlenu tvořeného žlázkami děložního hrdla, sledování změn děložního čípku během cyklu, kdy před ovulací je měkký a branka je pootevřená na rozdíl od začátku cyklu, kdy je čípek tvrdý. Kombinací výše zmíněných znaků dostáváme metodu zvanou symptotermální. Uvádí se, že při naprosto precizním používání může být Pearlův index kolem 5–3. Nicméně jde o metodu pro pár s výrazně nižší apetencí a pravidelným životním režimem (Ženy nemůžou pracovat na nočních směnách.). Popsaná metoda není zcela bezpečná a i při ideálním dodržování a za zcela ideálních podmínek ročně otěhotní 3–5 žen ze 100. Nevýhodou metody je, že pro nalezení vhodného termínu pro následný sexuální akt se dospěje pouze za pomoci denního sledování a zapisování. Ve své podstatě se celý měsíc žena snaží zjistit den, kdy lze rozdělit akt soulože a těhotenství.

¹³⁵ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 106

¹³⁶ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 106

Přerušovaná soulož¹³⁷

Při přerušované souloži dochází k ejakulaci mimo trakt pohlavního ústrojí ženy, nicméně i při správné technice je u ideálního uživatele Pearlův index 5, nemluvě o tom, že se již v preejakulační tekutině nachází dostatek spermií, takže metoda může selhat.

Úplná koitální abstinence¹³⁸

Danou metodu zde uvádím pro úplný výčet, nicméně z pohledu etického je velmi diskutabilní a sám se nepřikláním k tomu, že se jedná o antikoncepční metodu navzdory tomu, že ji katolická církev ve své historii značně propagovala, zvláště pokud měli již manželé děti. Církev ji nazývá soužitím jako bratr a sestra. Z principu nejde o antikoncepční metodu.

Mužská bariérová antikoncepce – kondom¹³⁹

Zpravidla jde o latexový, popřípadě i jiný elastický návlek aplikující se na pohlavní úd muže. Pearlův index u ideálního uživatele je 2–4, v praxi 5–10. Velkou výhodou této metody je, že do jisté míry chrání před STD. Kondom se ukázal účinný i v boji proti HIV, HBV, HCV. Jako varující musím označit odmítavý postoj katolické církve k jeho používání mezi manželi za stavu, kdy je jeden z manželů nositelem či přenašečem některé STD. Nicméně ani použití kondomu nechrání proti všem STD, např. před infekcí HPV je zcela neúčinný, a to i v případě nasazení dvou preservativů.

Ženská mechanická bariérová antikoncepce¹⁴⁰

Pesar patří k metodě, jejímž největším problémem je malá spolehlivost, Pearl index je na hodnotě 20. Další nevýhoda spočívá v tom, že nechrání před STD.

Vaginální spermicidy¹⁴¹

Označují se jimi přípravky zavádějící se do pochvy před souloží, jež následně poškozují spermie. Nejčastěji jde o nonoxynol-9 či benzalkonium chlorid. Mají podobu vaginálních tablet či krému. Při ideálním používání je hodnota Pearl indexu na čísle 3, avšak v běžné praxi klesá na hodnotu 10.

¹³⁷ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 106

¹³⁸ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 107–108

¹³⁹ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 108–109

¹⁴⁰ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 108–110

¹⁴¹ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 109–110

19.2 Antikoncepční metody vyžadující lékařský dohled

Nitroděložní antikoncepce¹⁴² tzv. IUD – intrauterine device

Do děložní dutiny je zavedeno tělísko, které je zpravidla opatřeno vláknem ze zlata, stříbra či jiné slitiny. Mechanismus účinku spočívá ve vzniku sterilního zánětu, kdy organizmus tímto způsobem reaguje na spermie jako na cizí těleso. Toxický vliv však mají i ionty mědi. Nitroděložní tělíska tedy nevyvolávají časný potrat, pouze brání spermiím, aby se dostaly k vajíčku, čímž zamezí oplodnění. Vysokou spolehlivost ukazuje i Pearlův index, který dosahuje hodnoty 0,5. Mezi nejčastější zdravotní komplikace dané metody patří zesílené menstruační krvácení, které odrazuje určitou část uživatelky. Ne u všech se ale dostavuje stejné zesílení, některé uživatelky ho ani nepozorují.

Gestagenní antikoncepce¹⁴³

Tato metoda se zakládá na kontinuální aplikaci gestagenu (syntetického analogu progesteronu) v různých formách, jakými jsou např. tablety, intramuskulární a subkutánní injekce či implantáty. Mechanismus účinku je takový, že pod vlivem gestagenů se mění složení cervikálního hlenu a ten se stává vazkým a pro spermie (stejně tak i pro bakterie) neprostupným. Přídavným mechanismem je blokáda ovulace, nicméně ta je nestabilní, vyjma injekční depotní aplikace gestagenní antikoncepce. Uvedená metoda však vykazuje extrémní spolehlivost v nejbezpečnějších formách, můžeme ji dokonce komparovat se sterilizací. U tabletové formy je Pearl index 0,2, u implantátů 0,05 a u injekčních depotních metod 0,01, což je více než u sterilizace! Za příznivé vedlejší účinky lze označit blokádu menstruačního cyklu, která může nabýt až úplné amenorhey. S tím souvisí úprava anemie, premenstruačního syndromu, endometriozy, kde je užívána i jako terapie. Metoda vede ke snížení rizika pánevní zánětlivé nemoci, podobně snižuje riziko karcinomu endometria a patrně i ovaria. Z možných rizik se uvádí zejména eventualita zhoršení akné, možný výskyt ovariálních cyst, avšak ty mizí spontánně. Plodnost nastupuje v řádu několika měsíců.

¹⁴² ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 109–110

¹⁴³ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 110

Nitroděložní hormonální systém¹⁴⁴ tzv. LNG-IUS

Jde v podstatě o kombinaci nitroděložního tělíska a gestagenní depotní hormonální antikoncepce obsahující syntetický progestin (levonorgestrel). Charakterizuje ji velmi vysoká spolehlivost, Pearl index je na úrovni 0,01. K příznivým účinkům patří hypomenorea (redukce krevní ztráty o 95 %), která se užívá v léčbě hypermenorey, polymenorey a dysfunkčního krvácení. Příznivý vliv představuje snížený efekt CA endometria. Komplikace se u této metody v podstatě nevyskytují, vyjma pouze funkčních spontánně mizících cyst.

Kombinovaná hormonální antikoncepce¹⁴⁵

Princip této metody spočívá v cyklickém či kontinuálním užívání kombinace estrogeneru a progestinu. Tradičně se využívá cyklickým způsobem po 21–24 dnech, kdy po tomto časovém období následuje 7denní pauza, během níž je ochrana zachována, a nastupuje pseudomenstruace. Stále oblíbenější je její užívání v dlouhých cyklech např. tříměsíčních či zcela kontinuálních. Mechanismus spočívá v blokadě ovulace zásahem do zpětnovazebné regulace hormonální osy a přídatný mechanismus je změnou cervikálního hlenu. Vyskytuje se na trhu v podobě pilulek, náplastí či vaginálního kroužku. Spolehlivost je vysoká, u pilulek udává se 0,1–0,2 a 0,4 u kroužku a náplastí. Dělení kombinované hormonální antikoncepce je možná také podle fázeicity, a to na monofázické, kde všechny tablety mají stejné složení, a proto patří k nejoblíbenějším. Dále dělíme HA dle dávky estrogenerů. V daném případě můžeme rozlišovat vysoké dávkování 50, nízké 30–35, velmi nízké 15–20 mikrogramů. Dle použitého progestinu lze provést rozdělení na progestiny s reziduální androgenní aktivitou, minimální androgenní aktivitou, progestiny s antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou. Náplasti a kroužky se řadí do monofázických s velmi nízkou aktivitou a minimální androgenní aktivitou. Jako příznivý efekt lze uvést, že HA signifikantně snižuje riziko karcinomu endometria, ovaria, kolorektálního karcinomu, jenž přetrvává dlouhodobě. Rovněž se snižuje výskyt dysplázií, fibroadenomu prsu a funkčních ovariálních cyst. Je popsáno také snížení výskytu zánětlivé pánevní bolesti. Hormonální antikoncepce se také používá k léčbě dysmenorey, v tomto případě je lékem první volby. HA lze využívat k léčbě amenory, hypermenorey a ovulačního krvácení. K rizikům metody patří zejména vyšší saturace žluči cholesterolem vlivem poklesu aktivity enzymu

¹⁴⁴ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 106–110

¹⁴⁵ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 106–110

(7 alfa-hydroxylazy). Po skončení užívání HA dochází k plné úzdavě, i přesto je při užívání hormonální antikoncepce nutné sledovat jaterní enzymy, a to již před nasazením terapie. Z vedlejších účinků se uvádí možnost spouštění migrény.¹⁴⁶ Dále může docházet k nepatrnému zvýšení tlaku v průměru o 2–3 mmHg, účinek je blokován přidáním drospironu. Objevuje se i riziko zvýšeného výskytu reversibilní benigní fokální nodulární hyperplazie jater. Z tohoto důvodu by měly být pacientky každoročně vyšetřovány gynekologem i pomocí ultrazvuku, k čemuž plošně nedochází. U moderních přípravků s nízkým dávkováním bez androgenní aktivity není zvýšeno riziko IM, nicméně se udává zvýšený výskyt tromboembolické nemoci, které ale není vysoké. Výskyt tromboembolické nemoci¹⁴⁷ je i u zdravé populace nespotřebovávající HAK je 2:10000/rok,¹⁴⁸ u uživatelék HAK je 2–4:10000/rok. Nicméně u těhotných žen je riziko 8:10000/rok. HAK brání těhotenství, a tak chrání ještě před větším rizikem tromboembolické nemoci právě během těhotenství. Přičemž tromboembolií jsou ohroženy více kuřačky a předně nositelky trombofilních mutací. Uvedeným pacientkám by se měla výjimečně předepisovat kombinovaná hormonální antikoncepce, a to po individuálním zvážení lékaře spolu s pacientkou.

Intercepce

Metody intercepce jsou metody používající se až po proběhlém pohlavním aktu. Nejsou určeny pro plánované použití. Své místo mají při selhání konvenčních metod, např. při selhání bariérových metod či při neplánovaném nechráněném pohlavním styku (např. znásilnění etc.).

Mechanismus účinku hormonální intercepce

Mechanismus účinku hormonální intercepce není zcela definován, záleží na fázi¹⁴⁹ menstruačního cyklu. Před ovulací může ovulaci ještě zabránit, zatímco po ní může zabránit funkci žlutého tělíska a ovlivnit tak strukturu děložní sliznice a zabránit implantaci. Dle výrobce produktu Postinor má také inhibiční vliv na spermie, nadto podle výše zmíněného působí ještě před početím, avšak pouze v případě, že byl Postinor užit včas. Nidovanému vejci neuškodí, protože je již neúčinný, a proto se používá nejpozději do 72 hodin po nechráněné souloži. Vedlejší účinky jsou zpravidla

¹⁴⁶ DUDENHAUSEN/SCHNEIDER/BASTERT 2014

¹⁴⁷ BRIGGS 2013, 49

¹⁴⁸ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 110

¹⁴⁹ CORSON/SCHNEIDER/BASTERT 2014, 406–411

nezávažné. Účinnost klesá s přibývajícím časem po koitu. Výrobce udává, že účinnost klesá s dobou odstupu začátku léčby od sexuálního styku, a to s 95%¹⁵⁰ účinností při užití do 24 hodin, 85% účinností při užití do 24–48 hodin, 58% účinností při užití do 48–72 hodin. V praxi jsou známé dva přípravky – Escapelle (1 tableta), Postinor (2 tablety). U obou jde o levonorgestrel v celkové dávce 1500 mikrogramů.¹⁵¹ Nicméně jako interceptivní metodu lze užít i IUD zavedené do 120 hodin (5 dnů) po souloži!¹⁵² I když je v takové situaci spolehlivost vysoká, není tento způsob využití IUD běžný. Na zahraničním trhu se nabízí ještě přípravek EllaOne,¹⁵³ který je v České republice nedostupný. Jedná se o selektivní modulátor gestagenních receptorů s možností použití do pěti dnů.

Sterilizace

Nejde o metodu antikoncepční, neboť její definicí je reverzibilita, nicméně je literaturou často zařazována pro úplnost mezi metody bránící početí právě na toto místo. Otěhotnění není nadále možné bez lékařské asistence (např. fertilizace in vitro). Metody sterilizace dosahují Pearlova indexu 0,02, u mužů jde o vazektomii, což je chirurgické přerušení chámovodů, zatímco u žen se jedná zpravidla o zneprůchodnění vejcovodů (zpravidla o bipolární koaguaci).

Pravděpodobnost otěhotnění v prvním roce užívání¹⁵⁴

Metoda	Typické použití	Správné použití
Antikoncepce nepoužita	85 %	85 %
Kombinované tablety	8 %	0,3 %
Tablety obsahující pouze progestin	13 %	1,1 %
Sterilizace (ženy)	0,5 %	0,5 %
Sterilizace (muži)	0,15 %	0,10 %
Kondom (ženský)	21 %	5 %
Kondom (mužský)	18 %	2 %

¹⁵⁰ Souhrn údajů o přípravku Escapelle v databázi SUKL Sp. zn.sukls163422/2016

¹⁵¹ Souhrn údajů o přípravku Escapelle v databázi SUKL Sp. zn.sukls163422/2016

¹⁵² ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 110

¹⁵³ <http://compendium.ch/prod/ellaone-tabl-30-mg/de>, vyhledáno 10. 9. 2017

¹⁵⁴ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 106–110; <http://compendium.ch/prod/ellaone-tabl-30-mg/de>, vyhledáno 10. 9. 2017

Měděné IUD	0,8 %	0,6 %
Hormonální IUD	0,2 %	0,2 %
Náplast	8 %	0,3 %
Vaginální kroužek	9 %	0,3 %
Depo Provera	3–6 %	0,2 %
Implantát	0,05 %	0,05 %
Diafragma a spermicid	12 %	6 %
Přerušovaná soulož	27 %	4 %
Metoda plodných dnů ~	12–25 %	9 %
Laktační antikoncepční metoda	0-7,5 % [29]	<2 % [30]

20 Antikoncepce a postoje různých církví

20.1 Katolická církev

A. Stanovisko katolické církve k užívání antikoncepčních metod

Pohled katolické církve na antikoncepci je jasně negativní, odmítavý a zároveň značně nekonzistentní.¹⁵⁵ Tyto postoje můžeme najít v mnohých oficiálních prohlášeních KC. Vzhledem k rozsáhlosti se však omezím pouze na ty nejzásadnější. Předně jde o texty typu *Humanae vitae* (HV) 14, *Familiaris consortio* (FC) 32, 34, *Dopis rodinám* 12, HV 253 a rovněž mnohé výroky Jana Pavla II. Myslím, že postoj k antikoncepci nejlépe shrnuje výrok Pavla VI., a proto si ho dovolím odcitovat „...zdůrazňuji, že podstatou učení církve je nerozlučné spojení, které ustanovil Bůh a které člověk z vlastního popudu nesmí rozbít, mezi oběma významy, jež jsou obsaženy v manželském styku: významem sjednocujícím a významem plodivým. Proto je vyloučeno jako samo o sobě nedovolené každé jednání s úmyslem před manželským stykem nebo při něm nebo při rozvíjení jeho přirozených následků zabránit početí – ať se jedná o cíl nebo prostředek.“

B. Kritika zdůvodnění mravních norem a postojů předkládaných KC

Nekonzistence postojů KC spočívá především v tom, že předkládané mravní normy jsou ve své podstatě skrytými mravními imperativy. Jedná se tedy o mravní normy vyžadované bez řádného vysvětlení. Jak již bylo výše zmíněno, stanoviska KC jsou rovněž značně nekonzistentní. Ačkoliv dnešní katolická církev po II. VC na jedné straně paradoxně zakazuje v principu jakoukoli antikoncepční metodu, na druhé straně uznává antikoncepční metodu neplodných dnů jako mravnou a vhodnou. Sice jde o jedinou antikoncepční metodu uznanou KC, která není příliš populární mezi nevěřícími, nicméně jde o metodu mezi katolickou populací značně rozšířenou. KC metodu neplodných dnů uznává, a to alibisticky pod rouškou záminky jakési „přirozenosti“. Na straně druhé zaujímá KC postoj, kdy zcela zásadně odmítá jakékoliv rozpojení aktu soulože a plození, tedy principiálně antikoncepci jakožto metodu. Tímto si katolická církev značně protičeří. KC si pro vysvětlení protichůdných stanovisek vytvořila fikci v podobě „oslího“ můstku o tom, že metoda neplodných dnů je metodou přirozenou, přírodou danou a z tohoto faktu vyvozuje, že nejde o antikoncepční metodu v pravém slova smyslu, nýbrž pouze o jakýsi přirozený dar přírody. Na věci nic nemění, zdali

¹⁵⁵ KOLÁČEK/KORONTHÁLYOVÁ 2002, §2339

gamety rozdělíme časově, či prostorově, každá z antikoncepčních metod se snaží zabránit spojení gamet a zabránit tak otěhotnění. To je základním principem antikoncepce jako metody. Je zcela irelevantní způsob jejího provedení, tedy zdali jde o rozdělení gamet prostorově pomocí bariér, nevhodného prostředí, pomocí hormonů či rozdělení časové. Lékařská komunita jasně zastává názor, že metoda neplodných dnů je zjevně metodou antikoncepční. V každé učebnici gynekologie je metoda neplodných dnů jasně definovaná jakožto antikoncepční a s tímto úmyslem byla „vynalezena“ svými objeviteli, a to do dnešní funkční podoby. U metody neplodných dnů učinila katolická církev ad hoc pomocí fikce tuto metodu přirozenou a „neantikoncepční“ a ukryla ji pod roušku „darů“ přírody, kde jako by k cílenému rozpojení aktu spojení a plození docházelo „přirozeně“, vhodně a mravně, nehledě na to, že smyslem metody je záměrné jednání rozpojující plození a spojení. Navíc to KC zdůvodňuje jakousi podivuhodnou přirozeností. Jako kdyby přirozenost byla kritériem mravnosti. V jiných oficiálních a závazných vyjádřeních katolická církev jasně nepřipouští jakoukoli antikoncepci, viz výše zmíněné texty. Zmíněnými výroky popisuje stanoviska, která v Písmu nikde nestojí, a tvoří vlastní interpretaci. To je plně v pravomoci dané církve, aby vykládala biblické normy ve shodě s principy exegeze a PBK platné v daném čase a kultuře. Nicméně nesmí jít o předem vyhotovený mravní systém, který zneužívá principy biblické exegeze, kdy se z vytržených citátů písma hledá jakési potvrzení na předem vyhotovený mravní systém. Poté požaduje KC dodržování této mravní normy bez jakéhokoliv řádného výkladu,¹⁵⁶ zdůvodnění a objasnění. Přitom jde o normy závazné pro všechny.

Způsob předkládání mravních norem zvláště ve světle po II. VC¹⁵⁷ je zcela neobhajitelný a pro dnešního postmoderního člověka žijící v multipluralitní společnosti minimálně přitažlivý, natož aby ho vzal za vlastní. Je složité psát kritiku mravních norem KC v prostředí po vyhlášení dogmatu o „neomylnosti“ papeže ve věcech víry a mravů z roku 1870, přestože toto dogma bylo upraveno na II. VC, nicméně platnost dogmatu z I. VC nebyla zneplatněna, tedy stále platí. Katolické církvi je samozřejmě zcela jasné, že lidé mají právo na plánované rodičovství, které jim nejde upřít, protože

¹⁵⁶ Takový model tedy vede k etice, jejíž základní princip se dá formulovat takto: Kdo chce jednat dobře (ve shodě s Boží vůlí), má činit to, co od něj žádá církev.

¹⁵⁷ Konkrétní mravní normy jsou natolik svázány s historickou, kulturní, sociální situací, že nelze o žádné z nich tvrdit, že bude platit vždy a za všech okolností stejným způsobem, ať se tato situace promění jakkoliv. Také díky tomu se mění mravní normy požadované samotnou církví, např. účast žen na univerzitách etc.

jde o jedno ze základních lidských práv. Plánované rodičovství tak nejde laikům upřít ani v rámci KC, a to ze zcela praktického důvodu, jímž je jejich radikální nesouhlas. Mravní norma, kterou by dané společenství široce neuznávalo, se proto nemůže stát mravní normou. Odmítnout plánované rodičovství zkrátka v dnešní době nelze (A nešlo to ani v dobách minulých kvůli hrozbě širokého odchodu věřících např. k jiným církvím.). KC tedy tvrdí např. v citovaném výroku konkrétně Pavla VI., encyklika *Humanae vitae*, 16: „*Občasná zdrženlivost, metody odpovědného plánování rodičovství na základě sebepozorování a volby neplodných období jsou ve shodě s objektivními měřítky mravnosti. Takové metody mají v úctě tělo manželů, povzbuzují jejich vzájemnou něhu a podporují výchovu k ryzí svobodě.*“

KC tedy z jedné regulérní antikoncepční metody udělala metodu vhodnou a mravnou. Dle mého dlouhodobého přesvědčení si katolická církev zvolila tuto metodu cíleně, protože jde o jedinou antikoncepční metodu vyžadující alespoň nějaký půst, askezi, abstinenci. Tuším, že z tohoto důvodu chce KC tuto metodu hodnotit jako objektivně mravný čin (jako kdyby ženy s jinou antikoncepcí nemohly také periodicky abstinovat a musely žít promiskuitním životem). Osobně si myslím, že nekonzistentní názory KC jsou neblahým dědictvím dualistického pojetí duše a těla jako pozůstatku z období scholastického pojetí.

C. Metoda neplodných dnů

Církev ignoruje, že jde o metodu antikoncepční,¹⁵⁸ kterou vynalezl v její použitelné podobě v roce 1945 profesor Hermann Hubert Knaus a nezávisle na něm profesor Kyusaku Ogino. Nicméně ani ta nebyla dosti spolehlivá, a proto docházelo k jejímu postupnému zdokonalování až do dnešní podoby. Jedná se o novodobou metodu antikoncepce, jak o ní mluví její „objevitelé“ včetně celé široké lékařské obce. Jde jen a pouze o antikoncepční metodu, pro niž je nezbytné vynaložení velkého úsilí, neboť se u ní člověk musí naprosto cíleně, sofistikovaně a dlouhodobě snažit. Nadto podotýkám, že vynaložené úsilí je mnohem větší než u jiných moderních metod, pokud se má dosáhnout alespoň nějaké účinnosti. Rozhodněji ji nelze chápat tak, že si žena „přirozeně“ označí a zaškrtně v kalendáři jednoduše např. 11.–17. den v menstruačním cyklu, tedy přirozeně plodné dny, ostatní potom jakožto neplodné, které lze opsat rovněž jako „dar“ přírody a možnosti hojného a mravného koitu bez plazení. V tomto

¹⁵⁸ DIEDRICH 1998

pojetí je metoda krajně nespolehlivá a její účinnost se odhaduje Pearl indexem hodnotou 25. Žena musí vynaložit mnohem větší úsilí, aby metoda byla spolehlivá (např. měřit si bazální teplotu).

Nejvhodnější doba pro měření bazální teploty nastává ráno ihned po probuzení, přičemž je vhodné naměřené teploty si dobře zaznamenávat do tzv. záznamní tabulky. Bazální teplota se sleduje během jednoho cyklu ve dvou fázích. První fázi charakterizují teploty o několik desetín stupně nižší, než jaké jsou v druhé fázi cyklu. Bezprostředně před ovulací či v době ovulace dochází ještě k mírnému poklesu bazální teploty, což je doba vhodná pro otěhotnění.

Metoda vykazuje známky náročnosti ve smyslu dodržování disciplíny, vyžaduje pravidelný životní režim. Jde o metodu s dlouhodobým a jasným záměrem, kterého se docílí časově náročným, cílevědomým, aktivním a pečlivým úsilím. V tomto případě je MNP formou cíleného časového rozpojení gamet.

D. Reflexe problematiky antikoncepce

Nabízí se tedy otázka, v čem tkví rozdíl mezi metodou neplodných dnů a mezi kondomem, který rozpojuje setkání gamet prostorově? Cena kondomu se pohybuje kolem 30–50 Kč a vynaložená námaha u zkušeného uživatele je minimálně časově náročná, mluvíme zde o necelé minutě, zatímco metoda neplodných dnů vyžaduje měsíce sledování. Co považujeme za přirozené na rtuťovém či elektronickém teploměru? Částka potřebná na jeho koupi je vyšší, kromě toho je nutné každý den (ideálně několikrát denně) bazální teplotu teploměrem měřit, dále musíme sledovat změny děložního hleny ev. pozorovat děložní čípek. Opravdu je takový rozdíl mezi dimenzí času a prostoru? Vůbec není přirozené, natož přírodní, si do vaginy či rekta zavádět denně (i vícekrát denně) teploměr a zapisovat si údaje do tabulek, pozorovat si svůj děložní hlen a toužebně vyčkávat na stav, až bude hustý (tzn. nastane období neplodné). Výše popsané počínání rozhodně nepovažuji za přirozené, normální, nýbrž krajně účelové. V této metodě je antikoncepcí teploměr. Ptám se tedy, zda je teploměr morálnější než kondom? Nežijeme snad ve vesmíru, v němž existuje pouze čas vázaný na prostor? Jde opravdu o metodu, která je ve shodě s objektivní mravností a má v úctě lidské tělo? Osobně si myslím, že metoda neplodných dnů nemá tělo více v úctě než jakákoli jiná antikoncepční metoda.

Tvrzení, že metoda neplodných dnů není antikoncepcí, a současně celý měsíc směřovat své jednání k tomu, aby došlo k pohlavnímu styku bez možnosti oplození, je pokrytectvím, neboť cíleně manipulujeme s přirozeným cyklem ženy. Využíváme moderní antikoncepční metodu neplodných dnů a cíleně časově rozdělujeme samičí a samčí gamety s následnou argumentací, že nejde o antikoncepci. To považují za nemravné a nepravdivé tvrzení. Nejde tedy o to, že by byla antikoncepce špatná, ale o skutečnost, že využíváme regulérní antikoncepční metodu a zároveň tvrdíme, že veškerá antikoncepce je špatná.

Žijeme v přirozené době? O tom lze diskutovat, neboť každý z nás v dnešní moderní době využívá umělé prostředky medicíny, které ani vzdáleně nejsou přirozené. Přitom jejich případné nepoužití by dnes bylo klasifikováno třeba i jako týrání člověka. Skutečně vnímáme jako přirozené např. povinné očkování, dioptrické brýle, endoprotézu, antibiotika, insulin, antialergika? Na základě uvedeného výčtu je nutno si přiznat, že nežijeme v přírodní a přirozené době. Naše přežití se zakládá na tom, že využíváme umělých prostředků, a to právě proto, že jsme se od původně lovecko-sběračské společnosti odlišili natolik a v tolika oblastech, že naše nároky jsou nesrovnatelné s nároky v minulosti. Přitom považujeme za nutné, aby se naše společnost postarala o ostatní tak, aby jim byly tyto umělé prostředky měnící Bohem dané tělo dostupné a záměrně ho upravily či vylepšily oproti původní bohem dané verzi (viz endoprotéza, umělá srdeční chlopeč, budík, bypass). Přirozené tedy neznamená ani dobré, ani mravné.

20.2 Pravoslavná církev

Pohled pravoslavné církve se liší od nazírání církve katolické. Obecně je nutné říci, že sice nebylo vydané žádné panpravoslavné synodální prohlášení, nicméně běžná pravoslavná praxe všech jednotlivých autonomních pravoslavných církví se shoduje na tom, že ložnice manželů je jejich svatyně a církev do tohoto „svatostánku“ nezasahuje.^{159,160} Obecně celé pravoslaví a jeho myšlení je prodchnuto větším zřetelem na spiritualitu, mystiku, ducha svatého, nežli na katolický scholastický dualismus a ratio. Oproti katolickému hierarchickému pyramidálnímu papistickému pojetí moci v církvi vyžaduje pravoslaví nutný kolektivní synodální princip vyhlášení norem.

¹⁵⁹ Cařihradský patriarcha Athenagoras I. v reakci na encykliku *Humanae vitae* mimo jiné řekl: „...pokud se muž a žena opravdu milují, nemám co vstupovat do jejich ložnice, jelikož všechno, co dělají, je svaté.“

¹⁶⁰ MEYENDORFF 1984

Pravoslaví vnímá manželství a narození dětí jako přirozené. Dávání života je privilegium udělené Bohem člověku, který nemá žádné práva ho odmítat, pokud chce zachovat „obraz a podobu Boží,“ jež mu byla dána při stvoření. Antikoncepce nemůže být prostředkem zabráňujícím principiálně jakémukoliv početí. V manželství musí jít jasně o plánované rodičovství, ne o pomoci antikoncepce bezdětné manželství. Pravoslaví tedy jasně uznává antikoncepci jakožto vhodný prostředek k plánovanému rodičovství. Pravoslavná církev dále nespecifikuje mravní normy a vhodnost používání antikoncepce manželského páru majícího již jedno dítě. Zpravidla odkazuje na vedení zpovědníkem. Nesdílí tak názor katolické církve, jež uznává jen jednu metodu antikoncepce, ostatní odmítá. Pokud tedy pravoslavní manželé uznají, že jsou již po jednom dítěti vyčerpáni, je zcela na jejich víře a jejich zpovědníkovi, jak budou individuálně danou situaci řešit a možnosti dlouhodobé HAK připadají velice dobře v úvahu.

20.3 Rozdílnost pojetí sexuality a antikoncepce v rámci KC a pravoslaví

Nutno uznat, že v rétorice pravoslavné církve je oproti katolické církvi znát rozdílný pohled na sex, sexualitu, který není prodchnutý augustinovskou a středověkou negací tělesna a sexuality jakožto procesu hříšného, zodpovědného za předávání dědičného hříchu.

Slovy sv. Augustina ve spisu Dobro manželské:¹⁶¹ „*sexuální manželský akt je ospravedlnitelný pouze početím.*“ Je nutno vysvětlit, že sám velký Augustin byl konvertitou. Tato skutečnost ovlivnila nejen jeho uvažování, ale byla zapracována do jeho filosofie a teologie. Tridentský koncil zřetelně na základě vnímání sexuality augustinovskou optikou tvrdí, že celibát je lepší a zbožnější nežli manželství. Ještě v roce 1930 v *Costi connubi* je psáno, že primárním účelem manželství je plození dětí. Vidíme tak dlouhodobou tradici KC a její pokřivený pohled na sexualitu trvajícím mnoho století. Až v roce 1965 na II. VC dochází k zásadnímu rozdílu (nicméně v praxi ne zcela viditelnému a ne většinově přijatému) v pojetí sexuality. Až po roce 1965 KC¹⁶² říká, že sexualita v manželství je určena pro plození dětí a zároveň pro společné manželské dobro. Dosud však KC nevyjasnila otázku, jak tedy pojmout sexuální vztah u homosexuálních partnerů ve světle výroků II. VC. Homosexuální partneři naplňují cíl

¹⁶¹ CLARK 1997

¹⁶² PAVEL VI. 1969

společného dobra partnerů, který tedy nově není podmíněn plozením, ale je také prvně sám o sobě cílem.

Celkový rozdíl pravoslaví a KC je způsoben rozdílným pojetím dědičného hříchu, s nímž souvisí výklad odejmutí posvěcující milosti (*dona prenatalia*) člověku samotným Bohem. V pravoslaví Bůh nikdy neodňal posvěcující milost člověku, nicméně člověk porušil jednotu s Bohem, a tak přestal člověk odpovídat na volající lásku boží blagodati. Dle pravoslaví nebyla narušena rovnováha principu duše a těla, která právě zajišťovala milost posvěcující. V očích katolické církve jako by stále znělo to staré pojetí sv. Augustina, tedy pojetí hříšnosti sexu, který je ospravedlněn výhradně a pouze ve spojení s početím. Nicméně i pravoslavná církev uznává svatost sv. Augustina rozhodně ne tak absolutně a ne tak doslovně, chápe jeho omezenost v tom, že byl v části svých názorů, zvláště pak týkajících se sexuality, stále konvertitou, neboť převzal určité názory z manicheismu, jehož byl 9 let členem.¹⁶³

Manicheismus je založen na dualistickém pojetí života, a to i po smrti, a proto je založen na tvrdé askezi. Meritum věci bychom mohli popsat také tak, že pravoslavná církev neuznává dědičný hřích předávající se početím, nicméně uznává prvotní hřích, který ale není přenosný sexuálním aktem, potažmo početím. V pravoslaví také neproběhlo scholastické schizma rozpojení víry a rozumu, a proto je také pojetí pravoslavné sexuality a sexu mezi manželi podstatně jiné. Rozhodně nemá co dělat s augustinovsko-scholastickým pojetím hříšnosti sexuality mezi manželi, ba dle různých pravoslavných teologů je takový manželský styk roven svátosti.

V pravoslaví lze tvrdit, že se jedná vlastně o liturgický úkon (i při použití antikoncepce). Role HAK je tudíž odsunuta do pozadí. Stejně tak pravoslaví nemá problém s povinností kněží zachovávat celibát. Je potřeba zdůraznit, že pravoslaví rozhodně nepovažuje manželství za méně hodnotné nežli mnišství. Manželství a sex lze označit za stejnou cestu ke kněžství jakožto mnišství. V pravoslaví se navíc neřeší, zdali je metoda neplodných dnů vhodnější než HAK. Pravoslaví netvrdí, že sexuální manželský akt je mravně odpustitelný či oprávněný pouze při možnosti početí, což vlastně parafrázovaným způsobem hlásá katolická církev po celý středověk a novověk, nepřímou tak odkazuje na podivně žitou dogmatiku katolické církve a oddělení rozumu (*ratia*) a spirituality během středověku (známé období scholastiky). Je však nutné

¹⁶³ ČESKÁ PROVINCE ŘÁDU SV. AUGUSTINA 2004

podotknout, že v posledních letech katolická církev nastolila trochu vnímavější pohled na dané téma.

V pravoslaví je manželství svátostné, stejně jako je posvátný sex mezi manželi. Manželé mají dle pravoslaví pravou možnost plánovaného rodičovství bez pokrytectví a také s pomocí dnes již normálních metod, mezi něž patří prezervativ i HAK. HAK nepovažuje za metodu o nic méně nepřirozenou nežli umělou zdrženlivost či naprosto nepřirozené a umělé vyčkávání na neplodné dny pomocí denního měření bazální teploty sofistikovanými teploměry, sledování změn děložního hlenu a zapisování těchto dat etc. Rozdíl mezi KC a pravoslavím vnímám právě skrze rozdílné pojetí sexuality dané odlišností v dogmatice a teologickém pojetí dědičného hříchu versus prvotní hřích.

21 Návrhy na možnosti snížení umělé potratovosti v ČR

A. Uvedení do problematiky

Umělá potratovost je krajně negativní jev, který multifaktoriálně zatěžuje celou společnost. Lze ho definovat jako jev, při kterém dochází ke snižování porodnosti, jako jev snižující populační křivku a současně názorově štěpící společnost. Jde rovněž o jev zvyšující náklady na zdravotní péči, protože je až u 10 % potratů¹⁶⁴ vyžadována následná péče např. kvůli infekcím a dalším komplikacím. Je nutno dodat, že následné komplikace a prodloužená hospitalizace z těchto z důvodů jsou již hrazeny z veřejných finančních prostředků. V souvislosti s danou problematikou je rovněž namístě uvažovat nad opakovanými interrupcemi, nad snížením schopnosti donošení plodu a častějším výskytem rizikových těhotenství např. díky inkompatibilitě děložního hrdla.¹⁶⁵ Komplikace navíc vzrůstají s pokročilostí těhotenství a také s počtem opakování provedení interrupcí. Existuje početná, ne však většinová skupina klientek, které nechápou, že UPT není antikoncepce. Takové ženy mají za sebou mnohdy i více než 10 interrupcí. U nich je výskyt komplikací více než očekávatelný. U menšinové skupiny žen může docházet k psychickým problémům,¹⁶⁶ které klientky nutí vyhledat psychiatrickou pomoc. Podle sociologických výzkumů se jedná o bioetickou problematiku názorově štěpící společnost, která může vygradovat až k napadání zaměstnanců potratových klinik. UPT je tak většinově vnímáno negativně, zvláště pak při dnešní možné míře zabránění interrupce pomocí antikoncepčních metod.

B. Možné metody snížení umělé potratovosti

0. Změna vnímání interrupcí

Podle studií RNDr. Ludmily Fialové CSc.,^{167,168,169} která je v současné době pověřena vedením Katedry demografie a geodemografie na PřFUK, se jasně ukazuje, že

¹⁶⁴ DUDENHAUSEN/SCHNEIDER/BASTERT 2014, 132

¹⁶⁵ ROZTOČIL/BARTOŠ 2011, 214–216

¹⁶⁶ DUDENHAUSEN/SCHNEIDER/BASTERT 2014, 133

¹⁶⁷ FIALOVÁ 2007, 23–29

¹⁶⁸ FIALOVÁ 2006, 97–108

¹⁶⁹ FIALOVÁ 2009 — Ludmila FIALOVÁ: Demografická situace České republiky v rámci EU (25): Podobnosti, odlišnosti a perspektivy. In: Přírodovědecká fakulta Univerzita Karlova, <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/projekty-granty/vyresene-projekty-a-granty/200020132009/demograficka-situace-ceske-republiky-v-ramci-eu-25-podobnosti-odlisnosti-a-perspektivy>, vyhledáno 13. 9. 2017

nejen zákonná legislativa a HAK, nýbrž i mínění dané generace plodných žen ovlivňují míru potratovosti! Proto jako další způsob snížení tzv. umělé potratovosti spatřuji ve snaze změnit mínění, tendence a předně postoje celé občanské společnosti i samotných fertálních žen. Předně se musí nastavit následující procesy, a to jednak podpora pohledu na vícečetné rodiny jako chtěný prvek společnosti, neboť jak ukazuje výzkum paní doktorky, na potratovosti se podílí i mezigenerační tendence a nálady. Je rovněž záležitostí státu a občanské společnosti, aby za pomoci změn postojů, potažmo přímého zásahu v podobě různých finančních úlev a zákonů nasměroval populaci pro rodinný způsob života i navzdory nastolenému modernímu konzumnímu způsobu ekonomiky, fungujícímu v postmoderní pluralitní společnosti.

1. Větší finanční a legislativní podpora solidarity společnosti a státu

Stát by měl v rámci principu subsidiarity¹⁷⁰ zasahovat pouze v nevyhnutelných situacích. Jsem toho názoru, že by rozhodně neměl vstupovat do určitých rodinných záležitostí, při kterých se rodina sama o sebe postará. Obecně by byla potřeba upřednostnit rodinu ve společnosti a promítnout tuto změnu také legislativně, mimo jiné z toho důvodu, že výlučně v rodině se plodí či osvojuje nový život. Stát má povinnost chránit tento nejslabší článek společenského řetězce. Kromě legislativních změn je nezbytné přijetí také změn ekonomických např. ve formě větších daňových úlev, a to zvláště u rodin s nižším příjmem, a to nejen v rámci principu solidarity,¹⁷¹ ale také díky konceptu universálního určení statků.¹⁷²

Solidarita přece požaduje, aby se uznával celek vazeb mezi jednotlivci i společenskými skupinami a překonával se sklon k individualizmu a partikularizmu a byl tak umožněn opravdový rozvoj všech.

Kromě snížení daňového zatížení by bylo vhodné také ještě více snížit či lépe zcela osvobodit od daně z přidané hodnoty věci nezbytné pro založení a uživení rodiny, konkrétně odstranit DPH např. dětských kočárků, plen, potraviny pro kojence, ale i pro

¹⁷⁰ PIUS IX. 1931, 79: „*To, co mohou jednotlivci provést z vlastní iniciativy a vlastním přičiněním, to se jim nemá brát z rukou a přenášet na společnost. Stejně tak je proti spravedlnosti, když se převádí na větší a vyšší společenství to, co mohou vykonat a dobře provést společenství menší a nižší... Každý zásah například státu má členům společnosti přinášet pomoc, a nikdy je nemá pohlcovat a ničit.*“

¹⁷¹ PAVEL II. 1987, 17

¹⁷² Druhý vatikánský koncil, konstituce *Gaudium et spes*, 69: „*Bůh určil zemi a všechno, co je na ní, k užívání všem lidem a národům, takže stvořených statků se má dostat všem spravedlivou měrou; žádá to spravedlnost prováděná láskou.*“⁴ Žádný člověk se neobejde bez materiálních hodnot, které jsou absolutně nezbytné pro jeho život. Každý člověk musí mít možnost dosáhnout takového blahobytu, který je nezbytný k jeho plnému rozvoji. Tato zásada je „*první zásadou celého společensko-mravního řádu*“.

děti, rovněž těhotenského oblečení, dětské obuvi, nehrazených vakcinačních preparátů, léků předepsaných pediatrickým pacientům etc. Zde by měla jasně společnost poznat pro rodinnou tendenci a náladu společnosti. Společnost by měla jasně cítit, proč je potřeba státu, aby bylo zřejmé, že státní zřízení je tu pro rodinu, ne rodina pro stát. Lidé ve společnosti by měli vnímat zdravou pozitivní diskriminaci rodiny a ochranu dítěte. Při takovém nastavení, v němž by se matka nemusela stydět za skutečnost, že je matkou, by byla větší šance na zvýšení porodnosti oproti umělé potratovosti. Mateřství a rodina by mohly být lépe vnímány jako něco přirozeného, ne jako překážka v kariéře, studiu a jako vstupenka do chudoby.

Je potřeba motivovat společnost k vícečlenným rodinám. Ty by měly být společensky a ekonomicky zvýhodněné, aby nebyly pouze výsadou bohatých občanů, ale aby naopak nemusely žít se studem na hranici chudoby. Těžko budeme kritizovat mladé matky uvažující o UPT, když by byly při rozhodnutí vychovat potomka uvrženy do chudoby. Rovněž si lze jen obtížně představit, že by kvůli své chudobě mohly vystupovat na veřejnosti, aniž by pociťovaly stud. Mnoho dívek se ve specifické věkové skupině 15–26 let rozhodne pro UPT z existenčních důvodů či kvůli plánovanému studiu. Stát by se měl zvláště postarat o tuto nejzranitelnější skupinu v rámci principu solidarity, protože právě v ní nejsou často otcové zralí a výdělečně činní. Dívky a ženy podstupují mnohdy UPT z naprosto reálného strachu, že neuživí ani sebe, ani budoucí dítě např. během svých studií. Pro tuto specifickou skupinu by bylo zapotřebí mít zvláštní stipendijní fond, z něhož by studentky mohly čerpat za účelem důstojného dokončení středoškolských i vysokoškolských studií. Pokud by svobodná 15–26letá studující matka, které se rodiče zřekli,¹⁷³ ocitla ve finanční nouzi, měla by jí být například poskytnuta zdarma kolej či internát a k tomu alespoň oběd a večeře v prostorách menzy či středoškolské jídelny, a to například formou stipendia (např. tak, jak je poskytováno stipendium doktorandským studentům).

Stát by měl pro tuto kritickou skupinu vyčlenit přídavky v dostatečné výši, aby i svobodná studující nepracující matka dokázala dostudovat důstojným způsobem. Měla by se cítit společností chtěná, ne jako smutná reklama na nefungující antikoncepci. Nesmí jí být upřeno právo na důstojný život, nesmí být nepřímo vyčleněná svými vrstevníky kvůli naprosté chudobě, ani strhaná existenčním strachem kvůli tomu, že se

¹⁷³ Nebo v případě, že jsou rodiče v takové platové skupině, že nemohou dále přispívat.

rozhodla porodit své dítě. Ve společnosti je třeba, aby mravní normy byly nastaveny takovým způsobem, aby její člen nebyl za mravné chování diskvalifikován, což se v případě UPT může stát a skutečně se to děje. Nutno přiznat, že stát o tuto specifickou skupinu v dostatečné míře nepečuje. Osobně se dívkám nedivím, neboť jsou reálně donuceny k UPT, častokrát opravdu i z existenčních důvodů. Je nesmírně důležité podporovat rodinu a prorodinné tendence už na úrovni institucí a státu. To ale neznamená, že jedinec bude zbaven odpovědnosti za své chování, ale pouze dostane pomoc pro kriticky ohrožené, kteří spadají do specifické skupiny těch, kdo se bez pomoci dočasně neobejdou. Nemůžeme nechat svobodnou matku s novorozencem bez pomoci a kritizovat potraty. Ovšem nezbavujeme se pomoci prarodičů ani placení výživného otcem, pokud je živ a vydělává. Je nutno povzbudit i nenucenou solidaritu v rámci neziskového sektoru, ale předně solidaritu mezi lidmi, tedy dobročinnost. Církevní společenství musí poskytovat pomoc bez ohledu na víru matky. Sama společnost a její členové musí vyvíjet dobročinnou pomoc této specificky ohrožené skupině.

2. Zlepšení edukace ve školách

Mělo by se zlepšit především široké zpřístupnění opravdu kvalitních a dostupných faktů týkajících se aktu plození a UPT s jasně prezentovanou bioetickou problematikou. Rovněž je nezbytné, aby tyto informace byly podávány v pochopitelné formě pro danou věkovou skupinu. Navíc by se měla informovanost masově poskytovat např. formou guidelines, tištěnou a distribuovanou již na základních a středních školách a současně prezentací na internetových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Ministerstva zdravotnictví České republiky. Rovněž by se měl klást důraz na poskytování prostoru pro diskusi o UPT na školách, např. po přednášce nějakého odborníka (bioetika) na dané téma. Považuji rovněž za důležité snažit se masově předkládat problematiku UPT neutrálním způsobem, aby se docílilo většího prostoru pro vnímání populace UPT jako opravdu hlubokého střetu zájmů. Shledávám nevhodným současné prezentování dané problematiky, neboť se tak činí konfliktním způsobem. Nejčastější formou je ukazování plakátů s embryem na nádraží či záměrně vybrané informace vystavované na internetových stránkách,¹⁷⁴ které rozhodně nezbuzují zájem o diskusi. Současně se musí cílit tak, aby samotné diskuze následně probíhaly uvnitř jednotlivých rodin s cílem motivovat k vhledu do problematiky

¹⁷⁴ LAURINEC 2014

i nevěřící populaci (agnostiky a ateisty). Navíc se tak musí konat jinou formou nežli citací imperativů rozličných církevních dokumentů. Chceme-li změnit či ovlivnit etické postoje nevěřících i věřících, nelze to uskutečňovat imperativními (církevními) normami, od nichž čekáme, že budou jedince ve svědomí automaticky zavazovat. Musí se to dít vysvětlením požadované normy, která musí zavazovat všechny občany, nejen věřící. Tím, že lidé přijmou dané vysvětlení etické normy za vlastní, bude je to už zavazovat jako norma vlastní. A pokud se tak nestane, půjde alespoň o svědomí poučené a z toho plyne, že se lidé budou moci rozhodovat poučeně. Neexistuje specifická morálka závazná jen pro křesťany.¹⁷⁵ Je tedy nutné upozornit na problematiku přesahu legislativního práva¹⁷⁶ matky proti přirozenému právu plodu na život a současně „nahlas“ poukazovat na skutečnost, že matka může zákonně překročit přirozená práva plodu na život, jelikož právní statut plodu nemá statut osoby, a tudíž jsou jeho práva viděna pouze optikou zdárného porodu. Díky tomuto stavu může matka dítě legálně usmrtit a překročit tak jeho přírodní právo na život.

Nesmím však zapomenout dodat, že to, co je zákonem povolené, neznamená mravné, dobré a zdravotně nezávadné.¹⁷⁷ Uvedené konstatování je nutno neutrálně vysvětlovat, přednášet a hovořit o něm ideálně již ve školách.

3. Snaha o změnu postoje k hodnotám věrnosti, sdružování do spolků, zlepšení stavu krize institucí a autority

Jako zásadní spatřuji snahu o renesanci a reinkarnaci postoje a hodnot, jako jsou věrnost, partnerský svazek, ačkoliv si uvědomuji, že konzumní společnost jakožto mainstream podporuje leckdy nevázanou zábavu vázající se na tělesné požitky. Kromě toho je třeba usilovat o znovunastolení hodnot autority a institucí. Považuji za důležité obnovit sdružování lidí v daných spolcích a obnovit tak příznačný druh specifické morálky dílčích etických kodexů v daných institucích či spolcích. Tento charakteristický typ morálních (etických) kodexů rozdílných spolků a institucí byl rozbit, a proto se postupem času rozmělnila i morálka.

¹⁷⁵ BÖCKLE 1980, 224: „Problémem specificky křesťanské etiky pak není, zda jsou normy určované vírou výlučné, nýbrž zda jsou sdělitelné (komunikovatelné).“

¹⁷⁶ Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství

¹⁷⁷ BLÁHA 1985, 271: „Etika po lidech žádá, aby dobrovolně, z úcty k povinnosti plnili účel práva a mravních hodnot. Uskutečňuje-li mravní myšlenku stát donucením, zbavuje občany svobody a jejich chování nedobrovolné již nemůže být mravné. Mravní autonomnost by měla být ideálem, který se uskutečňuje stálou výchovou, stálým úsilím, stálým vývojem.“

Dnes se často tvrdí, že morálka je přepych a že dostačujícím minimem morálky je právo. Rozbitím tradičního modelu rodiny formou její atomizace a také vlivem urbanizace došlo zřejmě k jistému zvýšení individualizmu, jehož výsledkem je postupné vytrácení se dílčího spolčování lidí. Ve zrychleném multikulturním, atomizovaném a urbanizovaném světě mnohdy na prohlubování vzájemných vztahů mezi lidmi příliš času nezbyvá. S uvedenou skutečností souvisí i vytrácení se dílčí morálky, která byla příznačná například pro určité spolky. Mám-li uvést vzorový model chování, tak např. sokolové, sportovci ctíli jisté zásady a kodexy svého spolku, chovali se podle nich, a tudíž nebylo v minulosti pravděpodobné, že by se uchýlili ke krádežím, ale naopak měli sklon jednat čestně. Tyto dílčí kodexy byly s úpadkem spolkové činnosti naprosto zničeny. Situace se ještě více zhoršila s nástupem krize institucí, nehledě na to, že optikou individualismu a s prosazením lidských práv a fikcí o jejich přirozenosti vidíme dnes často jen práva jednotlivce a nezaobíráme se již povinnostmi. Žijeme ve světě, v němž jednotlivci hledí pouze na svůj nárok, a to takřka na vše. Jejich chování je usměrňováno pouze do té míry, do jaké jim to povoluje zákon. Uvedený stav je leckdy vnímán jako mravný právě kvůli snížení vlivu institucí a sporadickému sdružování lidí do spolků, potažmo sdílení dílčích etických kodexů. Bylo by zapotřebí, aby v dnešní společnosti existovala hodnota věrnosti, která by byla vyzdvížena nad ostatní hodnoty. Dnes lze společnost charakterizovat stavem, v němž se věrnost nevyplácí a není ideálem. Mladí říkají, že se „nenosí“.

Velká část průmyslu a služeb se orientuje pouze na zisk a na pozadí individuálního krátkodobého konzumního požitku se pouze snaží prodat svůj výrobek či službu a generovat tímto způsobem zisk. Tento stav reflektují například jednotlivé typy reklam, které běžně nalezneme v masových médiích. V reklamách na moderní rychlé vozy se neobjevují spokojené kojící matky, ale naopak spoře oděné smyslné mladé dámy naprosto konsternované projíždějícím sportovním vozem, jehož řidič je spíše považován za úspěšného výkonného manažera a sportovce zároveň. Kult mnohoženství se stává znakem výkonnosti jednice.

4. Zpřístupnění metod antikoncepce

Je nutné zpřístupnit bezplatné moderní a kvalitní metody antikoncepce pro plodné ženy od 18 let (s možností od 15. roku věku při povolení rodičů a žádosti pacientky po poradě s odborníky v oboru, např. v sexuální či partnerské poradně, nejlépe zřízované

církvi), protože právě v uvedené skupině pacientek ve věku 15–19 let je míra ukončení těhotenství UPT vyšší nežli míra ukončení porodem!¹⁷⁸ Rozhodně se tímto bodem nezakládá propagace sexuálního styku před manželstvím či se nejedná o propagaci brzkého sexuálního styku! Jedná se pouze o realistické řešení, jak snížit výskyt umělé potratovosti. Připouštím, že se nejedná o mechanismus léčby příčiny, nýbrž symptomů. Nicméně většina dívek v dnešní době bohužel začíná se svým sexuálním životem právě okolo 15. roku věku (leckdy i dříve). Pár v tomto věku většinou není připraven nést důsledky svého jednání, proto je také míra specifické potratovosti v dané věkové skupině vyšší nežli míra porodnosti. Celý předchozí bod 2–3 odkazoval na lepší výchovu, vyzdvižení hodnot věrnosti, nicméně tímto způsobem stejně neovlivníme všechny dívky a chlapce.

Pro ty, kteří vyšli z rodin, jež se rozhodly vychovávat své děti pro brzký začátek sexuálního života, klidně na samém počátku zákonnosti, a jež se nepodařilo přesvědčit o jiných hodnotách, spatřuji jako menší zlo poskytnout jim antikoncepční metody zdarma, nežli přihlížet ukončení těhotenství pomocí interrupce. I nadále přetrvává potřeba přesvědčovat tyto adolescenty ze specifických rodin k diskuzi o daných tématech nejlépe v partnerských poradnách či církevních poradnách a naznačeným způsobem se je neustále snažit vzdělávat v rámci bioetických diskuzí.

5. Rozšíření povědomí o babyboxech a jejich zpřístupnění

Dalším cílem je zpřístupnění a rozšíření povědomí o baby boxech. Musíme se zaměřit na jejich větší propagaci a za tímto účelem využít nejrůznější marketingové služby včetně samotné reklamy. Jsem si vědom, že nejde o ideální řešení problému interrupce, které by odstranilo příčinu toho, proč matka nechce vychovávat své dítě, ale naopak chce jít proti přirozeným zákonům a povinnostem a nechává raději své dítě zahubit. Nicméně jde o velmi účinné řešení, které je využíváno jen velice sporadicky, přestože lze touto cestou dítě ihned po porodu anonymně a beztrestně odložit. A právě danou eventualitu považuji za velice vhodnou pro skupinu žen, jež by jinak volily UPT. Jde o zařízení jasně nakloněné životu plodu. Z uvedeného důvodu by se měly babyboxy více podporovat. Rovněž je potřeba snažit se o společensky pozitivní pohled na tuto instituci. Současně musíme usilovat o to, aby matka odkládající dítě do babyboxu nebyla za toto učiněné rozhodnutí v budoucnu nijak diskriminována, kritizována

¹⁷⁸ ÚZIS 2013

a sociálně exkomunikovaná, a to i za situace, kdy dojde k jejímu přiznání. Je nezbytné ovlivnit společnost pozitivně a změnit celkový přístup k tomuto zařízení. Abychom dosáhli pozitivního obratu, je nezbytné, abychom docílili i legislativního zjednodušení následné adopce. Tyto šťastné páry lze za předpokladu vysloveného souhlasu následně využít jako pravdivou reklamu, která bude motivovat nastávající matky k tomu, aby místo usmrcení svého potomka volily jeho odložení právě do babyboxu.

Další dílčí cíl spatřuji ve vybudování chráněných míst, v nichž by matka rozhodnutá odložit dítě do babyboxu mohla přebývat, aby o ní v případě vyslovení se pro anonymitu její okolí nevědělo. Leckdy ženy jednají ze strachu, a proto neodkládají dítě do babyboxu, ale raději volí UPT, a to pouze kvůli faktu, že okolí již zpozorovalo zřetelné těhotenství či se o něm dozvědělo. U žen panuje rovněž strach z následné diskriminace či ze společenské exkomunikace za odložení dítěte, a proto musíme zajistit, aby těhotná žena nemohla být v budoucnu diskriminována za odložení svého dítěte. Je potřeba ošetřit nastalou situaci tak, aby se vyplácelo dítě neusmrtit. Nesmí se stát to, že by se mravní chování nevyplácelo. Zamezíme tomu tak, že vybudujeme speciální místa, v nichž by mohla matka během těhotenství přebývat. Nicméně by jí neměla být upřena možnost své rozhodnutí změnit, odřeknout a neodevzdat dítě v případě, že by se nakonec rozhodla vychovávat svého potomka sama. Poté by však musela v rámci solidarity nějakým způsobem, i když třeba pouze částečně, zaplatit za svůj pobyt. Matkám, které by dítě do babyboxu odevzdaly, by měla částečně hradit pobyt nadace zajišťující adopci a současně by se měl na tomto plnění podílet stát. Zbylou část by matky uhradily tím, že by se pro ně v těchto zařízeních zřídily chráněné dílny, a tudíž by jim byla umožněna vlastní výdělečná činnost a splácení v případě odřeknutí. Je nutné, abychom byli realisté, a proto odmítat babyboxy jakožto „dábelský“ přístroj umožňující matkám zbavit se odpovědnosti, je názor orientovaný pouze na matku. UPT dnes představuje masově rozšířenou eventualitu a k samotné možnosti zanechat dítě v babyboxu je nutno dodat, že ji nevnímám jako ideální volbu, nicméně představuje lepší řešení nežli zabití lidského plodu. Navíc můžeme dítětem z baby boxu obdarovat neplodný pár a za dané situace pak dítěti umožnit vyrůstat v úplné rodině a láskyplné atmosféře, na niž má nepochybně nárok. Takové dítě může vykonat ještě mnoho dobra.

6. Rozšíření sítě chráněných azylových míst pro těhotné matky

Jako další krok pro zlepšení současného stavu vidím vybudování chráněných azylových míst určených k pobytu pro svobodné matky, eventuálně i pro nízkopříjmové manželské páry na hranici chudoby či rodiče s příjmy na hranici životního minima. Je třeba vytvořit nové pracovní příležitosti ve formě chráněných dílen či jiného zaměstnání a zajistit azylové bydlení po dobu nezbytně nutnou matkám či párům, které by se jinak ocitly v bezvýchodné situaci a byly by nuceny rozhodnout se pro UPT. Tuto možnost bych osobně omezil na dobu nezbytně nutnou, např. od diagnózy těhotenství, v extrémních případech maximálně rok po porodu. Azylové zařízení i matka by měly mít silnou motivaci k tomu, aby se žena co nejdříve zařadila do plného pracovního procesu, aby se co nejrychleji uvolnilo místo pro další potřebné. Správu daného sociálního bydlení by zajišťoval stát, ale ponechala by se možnost vstupu neziskového sektoru či nejlépe církví, aby mohly rovněž zajišťovat tento typ ubytování. Matka, eventuálně pár by měly částečně hradit daný pobyt právě pomocí práce v chráněných dílnách.

7. Povinnost souhlasu manžela či biologického otce s provedením UPT

U vdané ženy, která uvede manžela jako otce dítěte či neudá nikoho jiného, je a priori otcem manžel. Měl by se ale zavést povinný souhlas manžela k provedení UPT. V případě vdané ženy udávající jako otce svého dítěte jiného muže než manžela a disponující souhlasným prohlášením o otcovství by mělo dojít týden před zákrokem k vyrozumění manžela a k souhlasu biologického otce. V případě udání jiného muže nežli manžela by bylo nutné vyrozumění údajného otce a svolení manžela k UPT. Připomeňme si, že věrnost je dle zákona č. 89/2012 Sb., § 687 (2) i zákonná povinnost. Bohužel současná legislativa zní jinak. Z mravně etického hlediska a optikou přirozeného zákona vyplývá nárok manžela vědět, že jeho manželka podstupuje UPT! Tím, že se dnešní legislativa staví na stranu matky, jde proti přirozenému zákonu.¹⁷⁹ Ubírá se směrem proti právům otce a proti právům plodu. Lidský život se nežije sám o sobě, je vždy prožíván v komunitě, a proto UPT není výhradně záležitostí matky, ale i otce a manžela, potažmo celé společnosti, která přichází o svého člena.

¹⁷⁹ KNAPP 1995: Přirozené právo (*ius naturale*) je doktrína, která tvrdí, že jsou zde od přirozenosti dané právní principy, jejichž cílem je dosažení spravedlnosti, kterou platné právo nesmí pominout, má-li zůstat právem, nikoliv pouhým legalizovaným bezprávím. Jejím opakem je pozitivní právo.

8. Uvalení přírážkové daně na výkon UPT

Jako jedno z mnoha dalších opatření je třeba přistoupit k uvalení přírážkové daně na výkon UPT, ale s výjimkou kriminologické indikace. Zastávám názor zdražení cen za provedení umělých potratů do výše, která by odpovídala komplexní ceně, neboť celková částka musí odrážet jak samotnou cenu výkonu, tak sterilizaci nástrojů, sálu. Není možné nezapočítat plat personálu, cenu za anestezii, částku za medikamenty, cenu za znečištění životního prostředí, hodnotu lůžka, cenu pobytu atd. Navíc je třeba mít na paměti i cenu za následnou léčbu a přírážkovou daň za to, že společnost přišla o svého člena. Při UPT navrhuji, aby tyto služby byly kompletně hrazené klientkou, včetně celkové pooperační péče a možných následných komplikací. Z těchto finančních prostředků by následně bylo možné hradit výuku ve školách, univerzitách a propagaci informací o UPT problematice, popřípadě přispívat na azylová zařízení. Osobně bych si představoval zhruba přírážkovou daň 100 procent z ceny výkonu.

9. Odstranění UPT z veřejných zdravotnických zařízení

Odstranil bych provádění umělých potratů z nemocničních zařízení za podmínky, že by uvedené služby prováděly odborné kliniky specializující se pouze na tento druh výkonů. Došlo by k sekvestrování zařízení, jejichž cílem je usmrcovat, od zařízení, jejichž cílem je léčit. Interrupce se řadí k technicky jednoduchým výkonům, které absolvují zpravidla mladé nebo alespoň plodné ženy. Zpravidla je neprovází přidružená těžká otěhotnění už z toho důvodu, že sexuální akt představuje fyzickou aktivitu, tedy určitou zátěž, kterou musí žena zvládnout. Ošetřování takových pacientek se ve většině případů obejde bez komplikací (i proto jsou tyto výkony vhodné pro osvojení začátků anesteziologické praxe).

Samostatně dnes fungují například soukromé plastické chirurgie, které pracují na oddělené bázi, přesto poskytují mnohem složitější výkony nežli UPT. Domnívám se, že by na obdobném základě měly vzniknout oddělené potratové kliniky, které by mohly a podle mého názoru měly být soukromé. Cílem tohoto řešení je odsunutí UPT mimo nemocniční zařízení za účelem zlepšení stávající situace lékařského personálu, u kterého dochází k přetěžování. Současně by se uvolnily kapacity pro další pacienty v operačních programech veřejných nemocnic, jež by si vyhrazovaly právo léčit

potřebné pacienty. Ročně se provede zhruba 22 000 UPT¹⁸⁰. Všechny ženy musí před UPT podstoupit základní předoperační anesteziologické vyšetření, základní laboratorní vyšetření, gynekologické vyšetření. Z uvedeného výčtu vyšetření je zřejmé, že zabírají místo v operačních programech na úkor ostatních a zatěžují tak celý zdravotnický systém, operační tým nevyjímaje (gynekolog, instrumentárka, anesteziolog, anesteziologická sestra, sálový sanitář) a dle mého soudu zcela zbytečně. Uvolnění těchto časových kapacit by bylo vhodné využít pro operace těžce či akutně nemocných pacientů. Nesmíme zapomenout, že při UPT dochází k narušování vztahu lékař-pacient¹⁸¹, neboť výsledkem UPT vždy bude smrt plodu rukou lékaře. Uplatnění svědomí lékaře je sice zákonný nárok, nicméně v nemocniční praxi nerespektovaný (zde vycházím z vlastní a osobní zkušenosti lékaře). Uvedená praxe narušuje lékařský étos, což považuji za další důvod, proč sekvestrovat UPT z veřejných nemocnic. Pro lepší ilustraci uvádím, že v praxi zvládne sál 10 interrupcí denně. Při čtyřech sálech a 8hodinovém provozu 5 dnů v týdnu by tudíž byla jedna klinika schopná provést ročně i 10 400 UPT, což znamená, že by celorepublikovou potřebu pokryly pouze dvě potratové kliniky se čtyřmi sály.

¹⁸⁰ Nejčerstvější data udávají dokonce za rok 2015 pouze 20 403 umělých potratů. Viz <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/potrady>, vyhledáno 1. 3. 2015

¹⁸¹ Lékař tak najednou plní ve vztahu jinou funkci nežli léčení či podporu nemocného.

22 Změna legislativy

22.1 Změna lhůty umělé potratovosti

Je nezbytné změnit legislativu potratového zákona a přiblížit se německé potratové legislativě, v níž je UPT ilegální, nicméně beztrestné při zákonem stanoveném provedení. Dále vidím potřebu snížit hranici legálního UPT na lhůtu deseti týdnů věku plodu z důvodu včasější a dostupnější diagnostiky těhotenství, kvalitnějších a dostupnějších metod zamezení početí. Hlavní argument pro uvedenou změnu spatřuji ve skutečnosti, že nejsme schopni přesně a exaktně stanovit, zdali plod ve 12. týdnu vnímá bolestivé podmínky, a proto je třeba snížit uvedenou hranici na společensky únosné minimum.

22.2 Změna lhůty potratu z lékařské indikace

Musíme rovněž stanovit přesnou lhůtu pro vykonání potratu z lékařského či genetického důvodu. Navrhoval bych určit tuto hranici těsně před nejnižší hranicí viability vyhlášenou jakoukoli lékařskou komorou (tedy i zahraniční). Dnes je hranice viability stanovena na 22. Týden.¹⁸² Zvolil bych zákonnou lhůtu pro potrat z lékařské indikace do 21. týdne (21+5) věku. Současně je nutno velmi přesně a přísně stanovit onemocnění či míru rizika onemocnění pro každou nemoc zvlášť. Musíme stanovit riziko onemocnění s vyšší hodnotou pravděpodobnosti tak, aby bylo téměř zcela jisté, že dítě bude postižené daným onemocněním ze seznamu onemocnění povolujících lékařsky indikovaný potrat. Za nepřipustné bych označil pouze hypotetické riziko postižení, např. 5 %. Bylo by vhodné zakázat Downův syndrom jako důvod k potratu z lékařské indikace a současně bychom měli vyjádřit negativní postoj společnosti i k lékařsky indikovanému potratu. Nemůžeme se zde dopouštět selekce a vražd našich potomků ve 24. týdnu, v němž by již dítě v dnešní medicíně pravděpodobně přežilo.¹⁸³ Také se nemůžeme zbavit plodu za hranicí viability jen z důvodu hypotetické možnosti, že dítě nebude odpovídat našim představám. Je nepřipustné, aby se na jedné straně oddělení zachraňoval stejně starý plod a na druhé straně byl usmrcován.

22.3 Zdůvodnění ponechání možnosti umělé potratovosti

Musíme být chápající k určité skupině spoluobčanů, které neovlivníme. Musíme mít

¹⁸² ŽIŽLAVSKÝ 2013, 573-583: „Viabilitu dnes chápeme jako schopnost přežít, růst a vyvíjet se normálně. Práh viability z hlediska možnosti narodit se živě a přežít spočívá v současnosti mezi 22.–23. týdnem“

¹⁸³ SINGER 2012, 568–575

na paměti, že jsou nesmírně odhodlaní. Dokáží si vyvolat potrat klidně v domácím prostředí potratovou pilulkou, kterou zakoupili nelegální cestou. Pro ně považují jako vhodnější řešení ponechat jim možnost provést UPT, avšak za poplatek a v potratové klinice. Myslím si, že je nutné rozšířit nouzové interceptivní metody bez lékařské preskripce. Vhodné by také bylo, kdyby žena měla vždy jednu záložní postkoitální antikoncepci pro jistotu doma či u sebe, aby ji mohla použít raději ihned po selhání konvenční antikoncepce. Naznačeným způsobem by postkoitální antikoncepce působila ještě proti spojení gamet, ne až po jejich splnutí. Celkově bychom aplikací uvedených opatření omezili reálně potratovost.

Intraseptiva rozhodně nejsou antikoncepční metodou, neboť se používají až při selhání antikoncepčních metod či při znásilnění. Můžeme tvrdit, že jediný správný postoj tkví v zamezení interrupcí a všichni ostatní, kdo tvrdí něco jiného, bych označil za hříšníky. Můžeme setrvat ve zpátečnickém zahledění a brzdit vývoj, anebo můžeme být progresivní a snažit se vývoj nezastavit a nasměrovat ho méně zlým směrem. Zakázání interrupcí v České republice považuji za zbožné přání, nicméně vím, že není reálné. Vystává otázka, zdali je toto přání vůbec oprávněné a zdali máme nárok požadovat legislativní zákaz interrupcí. Osobně si nejsem vůbec jistý a nepřikláněl bych se k legislativnímu zakazu, a to z důvodu hrozby nelegálních potratů prováděných v pochybných a neodpovídajících podmínkách a možnosti provádět potraty za hranicemi České republiky skrze potratovou turistiku.

22.4 Zavedení potratových komisí

Řešení vidím ve zřízení potratových komisí po vzoru Německa,¹⁸⁴ které by musely vydat oprávnění k potratu za účelem jeho beztrestného vykonání. Nicméně bych navrhoval zřídit potratové komise dvoustupňové tak, aby na prvním stupni mohlo dojít zcela sporadicky a teoreticky k vydání odmítnutí, zatímco druhostupňová komise by musela potvrzení vydat vždy. Komise by měla být složena vždy z lékaře, etika či církevního představitele a jejím úkolem by bylo poučit klientku o problematice UPT. Žena by následně podepsala, že byla poučena v problematice umělé potratovosti s bioetickou problematikou a že je srozuměna s možnými zdravotními následky.

¹⁸⁴ § 97 StGB, Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

22.5 Rozšíření sítě bezplatných partnerských poraden

Metodu řešící jednu z příčin UPT spatřuji v otevření poraden psychologických či psychotherapeutických, které bychom financovali buď ze zdravotního pojištění klientů, anebo by ho hradil stát, případně církve. Poradny by byly zřízeny za účelem poskytnutí pomoci při řešení příčin problémů ve vztahu, zamezilo by se tak až ex post řešeným důsledkům. Zásadní podmínkou ale zůstává, aby poskytované poradenství bylo pro manžele, eventuálně páry zdarma.

23 Reflexe tématu bioetické problematiky statutu plodu a UPT

A. Problematika etické reflexe

Cílem předchozích kapitol diplomové práce bylo seznámení se se základní lékařskou terminologií, bioetickým náhledem problematiky UPT a s pohledem různých církví na UPT. Nastínil jsem pohled církví na antikoncepci a neopomenul jsem představit statistická data týkající se potratovosti a velice příznivý snižující se trend v posledních třech desetiletích za účelem začlenění i historického kontextu vývoje umělé potratovosti. Také byl předložen a statisticky prokázán významný vliv moderní hormonální antikoncepce na snížení počtu provedených UPT. Poukázal jsem na naprosto neadekvátní roli otce, který je legislativně přehlížen a ignorován navzdory svému přirozenému právu na výchovu a spolurozhodování o osudu dítěte. Rovněž jsem poukázal na jeho bezradnou roli a nemožnost vlastními silami proces zvrátit, i přestože otec projevuje zájem o zachování života svého budoucího potomka. V této kapitole se budu věnovat oblasti nejtěžší (alespoň z mého pohledu), neboť se zaměřím na vlastní reflexi nastíněné komplexní problematiky UPT a budu směřovat k utvoření si vlastního názoru či alespoň vnímání představené otázky jakožto bioetického problému, na který sice mohu neznat „správnou“ odpověď, ale za zásadní považuji i skutečnost, že ho sám vnímám jako eticky problematický. Nejhorší, co se v bioetické problematice může stát, je lhostejnost. Lhostejnost jednotlivce, potažmo apatie společnosti. Bohužel mám pocit, že ke složitým etickým otázkám je dnešní společnost čím dál více lhostejná. Možná tento jev souvisí s přemírou informačních toků a dostupností neuvěřitelného množství dat a informací. Možná souvisí tato netečnost a nezájem s krizí institucí, s nízkou aktivitou a ochotou lidí se sdružovat, poklesem vlivu autority vůči nim, s rozbitím tradičního modelu rodiny či vzrůstajícím vlivem individualisticky zaměřené společnosti hnané finančním tržním hospodářstvím za co největším ziskem a výkonem, jakožto jediným ukazatelem úspěchu. V dnešním světě nezůstává mnoho místa na utváření si komplexních názorů na složité bioetické problémy, které vyžadují mnoho času a energie. Už pouze ke vstupu do dané problematiky potřebuje zájemce značné znalosti, natož aby se v daném tématu orientoval či se s ním detailně seznámil. Možná jde i o všeobecnou ztrátu motivace dané skupiny problémy řešit. Nakonec to pohledem postmoderní multikulturní společnosti žijící v tržním hospodářství nepřinese žádný měřitelný zisk. Bioetika nutí jedince a společnost přemýšlet nad hodnotovým

žebříčkem, což někdy může být velký problém, je-li převzat z vnějšku a je-li založen na předloze např. z masových médií, hollywoodských filmů či reklam. Často je pak dnešní moderní společnost motivována velkou měrou konzumním hospodářstvím a honbou za ziskem. V takovém prostředí je jedinec determinován a nucen vše přepočítávat na měřitelný výkon a zisk. K tomu, aby se od uvedeného jednání jedinec oprostil, musí být už dostatečně zralý a sebekritický. Pokud si člověk není svým hodnotovým žebříčkem zcela jist, je pro něj často příjemnější o takovýchto etických problémech vůbec nepřemýšlet. Reflexe by mohla narušit celý jeho hodnotový systém. Velmi často při diskuzích se studenty a kolegy slýchávám argument: „*Nemá to cenu řešit, pokud danou věc nemůžu změnit.*“ Tento argument považuji samozřejmě za lichý, neboť kdyby se jím řídili všichni občané společnosti, nemohla by se společnost dál rozvíjet. Osobně mi to připadá jako velká škoda, a to o to více, že už konečně žijeme v demokratickém režimu, ve kterém se může svobodně a otevřeně diskutovat právě o takovýchto problémech. Uvedená současná skepse či strach ze zamyšlení přichází už z řad mladých lidí.

B. Zamyšlení nad problematikou UPT

Pro celkový výsledek a syntézu práce považuji za příznačný výrok: „UPT je krajně negativní jev a je třeba snížit jeho výskyt na co nejnižší reálnou možnou míru výskytu, a to mnohými reálnými mechanismy“ (popsanými v kapitolách výše), protože nemůžeme s přesností a jistotou určit, kdy z lidského plodu vzniká specificky lidská osobnost, jíž patří všechna její přirozená práva. Z uvedeného důvodu nevědomosti, neprokazatelnosti a nejasnosti vzniku specificky lidské osoby a z principu daru života musíme chránit každý lidský plod. Jde o mravní normu, ne o normu zákonnou. Nutno dodat, že toto tvrzení neznamená legislativní zákaz a trestnost UPT, ale přání o zapojení mechanismů snižujících jeho výskyt. Dále pak jde o poučení široké populace o negativních jevech UPT a jejich souvislostech s bioetickou problematikou. Poté snad můžeme očekávat vlídnou odpověď ženské populace v podobě snížení umělé potratovosti.

UPT rozhodně není možno brát jako antikoncepční prostředek. Od tohoto postupu je potřeba ustupovat, distancovat se od něj a zamezit mu. UPT je třeba opravdu minimalizovat a vyhradit pro co nejmenší počet žen, ale samozřejmě pouze v případech, kdy lze uvažovat o UPT jakožto o menším zlu. Je potom nutné, aby matka podstupující UPT měla na výběr z více možností, a nebyla tak k potratu donucena vnějšími

okolnosti, tedy rodinou, partnerem, učiteli, přáteli či finančními podmínkami. Je potřeba, abychom jako společnost, potažmo stát, ale i jako jednotlivci zajistili ochranu těch nejslabších článků společnosti, tedy dětí a jejich matek. Teprve potom můžeme dosáhnout opravdového rozvoje sledujícího integrované dobro nás všech, tedy ne pouze dobro nějaké privilegované části společnosti. Zpravidla jde v naší soudobé společnosti o privilegovanou společenskou vrstvu bezdětných, na kariéru orientovaných jednotlivců či párů. Pokud má jít o rozvoj dobra, musí se do daného rozvoje zapojit opravdu celá společnost. Musí jít o integrální rozvoj všech společenských vrstev a všech lidí v nich, není přípustné, aby určitá skupina vykořisťovala jinou. To ovšem neznamená potlačení principu spravedlnosti. Nakonec si musíme přiznat, že sám si nikdo z nás život nedal a všichni jsme k tomu, co máme, více či méně přišli darem, minimálně darem početí a vlastního vědomí. Politika a ekonomie daru, ač to dnešní společnost nechce přiznat, je základem nejen naší civilizace, ale i tržního hospodářství. Celý finanční trh je a stojí také na principu darování. Bez darů by nikdo z nás nejenže nevznikl, ale ani nepřežil. Jde o dar života, rodičů, společnosti, potažmo bezpečného státu. Nicméně to neznamená zúžení principu spravedlnosti, kdy pouze jedna vrstva neúměrně daruje na úkor slabší, která nepracuje a zneužívá dobroty a lidumilnosti výkonné vrstvy. Také je nutno podotknout, že tento princip solidarity neplatí pouze ve vztahu skupin, ale i v rovině jednotlivců navzájem. Z těchto obecných principů vychází, že je nutné pomoci matkám v nouzi a investovat do takových zařízení, která podporují solidaritu a pomohou, aby svobodné matky či páry mohly po dobu svého těhotenství žít bez starostí o střechu nad hlavou, a to i v případě, že se i po porodu rozhodnou nepokračovat ve výchově a např. dát dítě do babyboxu. Tehdy je třeba poskytnout dítě k brzké adopci, např. právě zmíněnou formou babyboxu či jinou formou běžné adopce.

C. Reflexe možností snížení UPT

Existuje obecně potřeba snížit umělou potratovost na minimum, protože jak poukazuje celá práce, jedná se o krajně negativní jev obsahující nejistotu, zdali již neusmrcujeme úplnou lidskou bytost a v ní člena naší společnosti. Nicméně s jistotou můžeme říci, že každopádně dochází k usmrcování lidského zárodku s jeho duchovním principem v jeho potencialitě. Bereme mu tak jeho právo na právo nebýt zbaven života, což v konečném důsledku je shodným zlem. Nelze však bránit UPT za cenu jakéhokoli násilí či manipulací, brainwashingu, vydírání, psychického nátlaku a týrání a jiných lidsky nedůstojných metod, které nejenže poškozují lidskou důstojnost matek,

potażmo rozhodujících se párů, ale poškozují i lidskou důstojnost škoditele.

Je zřejmé, že umělá potratovost byla, je a bude. Nezabráníme jí, i kdybychom ji prohlásili za trestný čin. Stále zde bude, pouze se přetransformuje do podoby potratové turistiky, nelegálních potratů etc. Je však v našich silách, abychom ji výrazně omezili.

Otázkou je, zdali máme vůbec jakožto věřící menšina oprávněný nárok v naprosté většině ateistické populace našeho národa požadovat, aby se potraty legislativně zakázaly. Zdali můžeme požadovat, aby se zákonné normy přizpůsobily názorům menšiny a zdali si můžeme vynucovat tresty pro ostatní členy společnosti i v situaci, v níž většina obyvatel nevnímá UPT jako usmrcení lidské osoby neovlivňující jejich svědomí. Pro většinu lidí schvalujících UPT se jedná pouze o usmrcení lidského plodu s ještě nevyvinutou nervovou soustavou, tudíž bez duše i ducha, netrpícího bolestmi a pro svědomí rozhodujících se matek jde jen o zabití shluku buněk, který je významný asi tak jako živočichové na podobné vývojové úrovni. Nedisponujeme validními prokazatelnými exaktními daty o tom, že jde již o plnou lidskou osobu. I skupiny nevěřících můžou zastávat protipotratový názor, ale toto hledisko je zpravidla méně časté. Na otázku nároku na legislativní zákaz a trestnost UPT jsem nenašel jasnou a přesvědčivou odpověď, nicméně se přikláním pouze k významným procedurálním opatřením směřujícím k restrikcím UPT, ale ne k jejich zákonnému zakazu. Jednak by tento legislativní zákaz v dnešní době stejně neprošel, jednak by se umělé potraty i nadále vykonávaly. Možná lze uvažovat v tom smyslu, že na území našeho státu by byly pouze výrazně omezeny, nicméně by nevymizely, ale přesunuly by se za hranice či mimo nemocnice do soukromí. Nastíněný stav de facto odráží současnou situaci např. v Polsku, které vykazuje relativně ještě vyšší počet umělé potratovosti při přepočtu na obyvatele, nežli existuje u nás.

Velmi se mi líbí postoj SRN, v níž je potrat v podstatě ilegální, nicméně není trestný. Tímto způsobem se zřetelně dává najevo postoj společnosti, který osobně shledávám velice vhodný. Nadto bych navrhoval zavedení povinných komisí, které by sice musely vydat potvrzení k provedení UPT, avšak za podmínky, že matka byla řádně poučena (viz předchozí kapitola). Reálně bychom plným legislativním zákazem problém nevyřešili. UPT by stejně probíhalo, pouze bychom dosáhli zvýšení nelegálních potratů, z nichž plyne progresivní nárůst zdravotních komplikací končících až úmrtím matek. V návaznosti na tuto skutečnost by se zvýšily finanční náklady na

jejich léčbu. Je třeba vzít rovněž v potaz, že v dnešní situaci lehce dostupných potratových pilulek RU 486 bychom měli pouze několikrát více ilegálních domácích potratů, ke kterým by musela stejně zhruba v 10 % vyjíždět záchranná služba. U těchto pacientek je v případě přítomnosti reziduí (právě až u 10 % chemických potratů) nutno provést operační revizi. Těžko bychom prokazovali, že nešlo o spontánní potrat, neboť bychom museli každý takový potrat posílat na toxikologický rozbor, což by ještě více navýšilo náklady. Legislativním zákazem bychom neřešili ani příčinu, nicméně bychom „křičeli“ imperativy. Navíc ženy pevně rozhodnuté k UPT by ho stejně podstoupily. Společnost je dnes i vlivem globalizace a propojenosti světa nastavena jiným způsobem, neakceptuje imperativy bez zdůvodnění, a pokud naše mravní zdůvodnění neuspěje, nemáme šanci uspět u nevěřících rozhodnutých nevěřit. Stačí pohlédnout na naše polské sousedy, u nichž zdůvodnění také nenašla oporu ve společnosti. Měli bychom být realisté, i když tím rozhodně nepropaguji interrupce a ani je neschvaluji, nicméně konstatuji fakta sociokulturní situace dnešní doby.

Jediného, čeho snad můžeme dosáhnout, je vytvořit kvalitní podmínky v naší společnosti a nastolit vlídnou společenskou atmosféru pro potenciální matky tak, aby pokud již podstoupí UPT, byly hluboce rozhodnuty o jeho správnosti a nepodléhaly pouze nátlaku zvenčí. Uvedenému rozhodnutí by měla předcházet společná domluva s otcem, přičemž není nepodstatné, že tyto ženy absolvují poučení o bioetické problematice včetně samotného poučení od komise. Budou si vědomy skutečnosti, že se vzdávají plné lidské bytosti, která tímto zákrokem nenabude stavu života. Připraví tedy lidského jedince o život, jenž mu byl dán. Dále budou obeznámeny s možnostmi nabízených pomoci, a to i za situace, že odmítnou naplnit svobodu tvora a přijmout dar předávat dále lidský život. Situaci by předcházelo vyličení veškerých eventualit, které jsem navrhoval, a to možnosti poskytnutí pomoci ve formě azylového ubytování, finanční pomoci, možnosti vydělávat si v chráněných dílnách, v nejhorším případě azylové ubytování pro matky odkládající dítě do baby boxu. Je tedy zjevné, že potenciální matky by měly i jiné možnosti, nežli je UPT. Řešení není vůbec snadné, nicméně by bylo proveditelné bez nějaké následné diskriminace či hanby. Jsem si jist, že i přes nabídky pomoci se tak jako tak tato skupina žen svobodně rozhodne pro UPT. Navíc zde existuje určitá specifická skupina potenciálních matek, které ani přes to všechno neuznají, že mají co dočinění s lidským životním principem a částečně či plně oduševnělou lidskou osobou, již budou chtít usmrtit. Věřím, že existují pouze jednotlivé

případy matek, které to pochopí a budou jednat v mravní libovůli. Věřím, že statisticky by se díky výše zmíněným opatřením sahajícím k mnohým příčinám UPT snížila umělá potratovost o statisticky významnou část. Jiná situace nastává v úplně milující rodině vážící si děti a jejich života jakožto daru, v níž jsou děti svědky opravdové lásky. Je prospěšné, když děti vnímají, že i starší generace tvoří součást domácnosti a je přínosem pro celou rodinu. Zdánlivě důležitým prvkem je i postupný odchod starší generace, o niž se musí rodina v lásce starat, abychom viděli, že život neskýtá pouze jednoduché krátkodobé uspokojení svých potřeb, ale zahrnuje také plnění určitých povinností. Musíme se postavit tváří v tvář životu, který je o darování a darování se druhému, i když to nepřikazuje žádná zákonná norma. Mám za to, že takové děti budou mít zákon lásky k životu vepsaný v srdcích, bude u nich tedy existovat jakýsi etický kodex úcty k životu. Takto vychovaní mladí dospělí lidé budou zvyklí a ochotní dávat a nebudou hledět pouze na výčet svých nároků a práv. Naopak budou obohaceni o přijatou lásku vícečlenných rodin napříč generacemi, a tudíž budou mít lepší předpoklady odolat rychlým individualistickým řešením.

D. Bezplatná antikoncepce

Je pravděpodobné, že i přes veškerou nabízenou pomoc zde zbyde početná skupina matek podstupujících UPT. A právě touto skupinou „ignorantek“ bych zdůvodňoval potřebu zavedení bezplatné antikoncepce pro ženy. WHO shledává jako lepší řešení rozšířit kvalitní antikoncepci a zabraňovat tak UPT. Osobně bych navrhoval posunout se v tomto opatření dál a proplácet antikoncepci ze všeobecného zdravotního pojištění. Považuji dané řešení za lepší opatření, nežli mít početnou skupinu žen žádajících UPT. Jsou totiž mezi námi ženy, které antikoncepční metody nevyužívají kvůli nedostatku financí. Ale i kdybychom zavedli všechna daná opatření a podařilo se nám posílit upadající hodnotu věrnosti včetně nastolení pozitivní stálosti manželství, trend vícečlenných rodin nevyjímaje, UPT by rozhodně nevymizelo úplně. Lze však zcela hrubým realistickým odhadem počítat s jistým zlepšením. Za mimořádný úspěch bych osobně považoval, kdyby se povedlo snížit UPT o čtvrtinu. Jsem přesvědčen, že tento předpokládaný pokles by byl důsledkem zavedení opatření spočívajícího v manželově informovanosti o zamýšleném UPT již z toho důvodu, že je legislativně brán a priori jako otec.

Mnoho provedených UPT se provádí ve věkových skupinách 30–34, 35–40 let

a podle různých literárních zdrojů je na vině cizoložství. Domnívám se, že při zpětném mechanismu by se určitá část žen během své nevěry mohla rozhodnout minimálně pro spolehlivější antikoncepci. Tímto rozhodně nenabádám k nevěře a ani ji neschvaluji, nicméně nutno přiznat, že UPT je ještě větším zlem.

Nelze být idealista a myslet si, že můžeme našimi metodami ovlivňovat i nesvátostná manželství k věrnosti pomocí „plakátků“ při různých pochodech proti potratům či pomocí článků katolického deníku *Milujte se!*. Daná představa je nereálná a spíše více uškodí, nežli pomůže, neboť může být širokou veřejností vnímána krajně negativně. Často se nám nedaří zapůsobit ani kvalitními metodami ad internam na naše svátostná manželství, natož jinde ad externam.

Z výše naznačených důvodů bych viděl jakožto důležitý trend poskytování kvalitních antikoncepčních metod, například hormonálních nitroděložních tělísek, zcela zdarma. Jejich účinnost dokonce převyšuje určité druhy sterilizace, a proto je při jejich použití takřka nemožné otěhotnět (Pearlův index 0,01). Jsem si vědom skutečnosti, že jde o metodu krajní a nelibou v očích církví, přesto se jedná o metodu velice účinnou. Často slýchávám od mladých katolíků jako výtku k HAK, že má abortivní účinky. Uvedený výrok není opravdu věrohodný. V případě, že se žena rozhodne být nevěrná, záleží už pouze na ní, potažmo na kvalitě její osoby, jejího vztahu s mužem, na podobě jejich vzájemné komunikace a taktéž na svědomí samotné ženy, jak bude dále postupovat. Rozhodně to nezáleží na nás, natož na antikoncepci. Neměli bychom tyto ženy odsuzovat ani soudit. Měli bychom se však snažit rozšířit síť partnerských poraden, které budou financované státem, církví či neziskovým sektorem tak, aby byly pro manžele, eventuálně páry zdarma, neboť zde by se jim mohlo dostat pomoci řešit příčinu problému ve vztahu.

E. Psychoterapeutické poradny

Církve by měly poskytovat uvedené poradny samy i pro nevěřící a zaměřit tak svou protipotratovou politiku právě do těchto míst. Různé snahy v podobě demonstrativních pochodů nepřinesly žádné změny vyjma toho, že je široká veřejnost pojímá za projev extremismu. V konečném zhodnocení tedy zmíněné aktivity ztěžují možnost následné kvalitní diskuze, která už od počátku nemůže proběhnout seriózně pod vlivem nechvalné reklamy. Je třeba zdůraznit, že uvedeným způsobem nezměníme výchovu v rodině ani nezlepšíme její stabilitu! Takto jednoduše psychika lidských osob

nefunguje. Obdobně jako přijetí víry představuje mnohostupňový postupný proces proměny základních životních hodnot jednotlivce, tak zpravidla ani proměna hodnotového žebříčku nenastane tím, že někdo poukáže při pochodu plakátem proti potratům. Změna nastává např. dlouhodobou psychoterapií či duchovním vedením, eventuálně přijetím víry. Právě duchovním vedením či kvalitní partnerskou psychoterapií lze úspěšně předcházet nevěře jako jedné z příčin UPT a vyřešit tak jednu z příčin umělé potratovosti. Je tedy nevyhnutelné nabízet výše naznačené služby, chceme-li opravdu řešit problém umělých potratů. Psychoterapeutické řešení není tak rychlé, ale jedná se o účinnou metodu směřující k samotné příčině, a proto je zcela zásadní a neopominutelná. Rovněž kvalitním vedením, ať již psychoterapeutickým, či duchovním neovlivníme pouze partnery, ale nepřímo vychováváme jejich děti. A pokud jim ruku v ruce nabídneme pomoc, věřím, že pouze omezený počet z nich se rozhodne pro rychlé řešení v podobě UPT. Stále platí, že problém se léčí v příčině, ne v symptomech. Na první pohled doprovodné poradenství může vykonat mnoho dobra, o tom jsem přesvědčen.

F. Reflexe hlavních myšlenkových proudů v otázce statutu lidského embrya

Problematika UPT je také otázkou po statutu lidského embrya, přeneseně otázkou po vzniku lidské osobnosti. Zabýváme-li se jí, pak můžeme dělit populaci na ontologické personalisty, gradualisty a empirické funkcionalisty. Ontologický personalismus tvrdí, že není rozdíl mezi lidskou osobou a lidskou bytostí. Podle nich si zygota zaslouží plné přiznání práv člena společnosti, a to i přes značnou biologickou nezralost organismu, kdy embryo nedisponuje ani vůlí, ani rozumem či vnímáním. Mají pravdu v tom, že vývoj člověka od zygoty je kontinuálním dějem. Jde o jediný stav bytí a pouze my lidé si ho pro usnadnění rozčleňujeme na zygotu, embryo, fetus, novorozence, kojence ect. Jedná se však o život, který kontinuálně pokračuje.

Empirický funkcionalismus se staví do opozice a říká, že existuje rozdíl mezi lidskou bytostí a lidskou osobou. Od početí je podle nich embryo lidskou bytostí, nicméně ne lidskou osobou. Lidskou osobou se možná jednou stane na základě určitých funkcí a kritérií. Kompromis nabízejí gradualisté, kteří zastávají názor, že embryo má významnou, ne však absolutní hodnotu, a v průběhu jeho vývoje se jeho hodnota a práva zvětšují (Zygota 0 – novorozenec 100). Zygota má nulovou ochranu a není

osobností, nýbrž se jí stává teprve vývojem. Na druhém konci je novorozenec, který je již plnohodnotnou lidskou osobou. Když celou problematiku statutu osoby aplikujeme na otázku statutu lidského embrya, nachází se dle různých definic někde mezi věcí a osobou (Vácha lékařská etika). Ovšem při označení embrya za věc vyvstává otázka, jak dvě živé osoby zplodí neživou věc. Zpravidla společnost zaujímá čtyři pohledy na lidské embryo: genetický, embryologický, neurologický a doba porodu. V této části považují za nezbytné poskytnout biologický vhled do vývoje lidského embrya a ukázat rozdílné názorové proudy včetně rozdílu mezi nimi navzájem.

První den vzniká fertilizací zygota, přičemž do této chvíle kladou počátek ontologií personalisté a řada dalších biologů a filosofů. Ve čtvrtém dnu se spouští masivní genová exprese a embryo začíná masivně přepisovat svou dědičnou informaci. Šestý až sedmý den se embryo implantuje do dělohy. Mnozí vnímají právě nidaci jako klíčový proces. Jeden z názorů empirického funkcionalismu klade vznik osobnosti právě do této chvíle, protože teprve tehdy začíná těhotenství, a tak je možno mluvit o osobě. Čtrnáctý den dochází ke gastrulaci a embryonální buňky přestávají být pluripotentní. Znamená to tedy, že pokud by se nějaká buňka oddělila, už by nebyla schopna vytvořit nového jedince. V tuto chvíli tedy dochází k definitivnímu stanovení počtu plodů a současně se z embrya stává jedinečná individualita. Dochází také k rozvoji tří zárodečných listů a vzniká základ budoucí nervové soustavy. Velká část empirických funkcionalistů vidí tento okamžik jako vznik lidské osoby, a to díky vyloučení možnosti vícečetného těhotenství a tím splnění nároku individuality. Patnáctý den vznikají první buňky nervové soustavy, což je důležité pro některé gradualisty. Čtvrtý až osmý týden se promptně rozvíjí nervová soustava. Od dvanáctého týdne jsou všechny tkáně již diferencovány a dochází už pouze ke kvantitativnímu růstu, proto někteří gradualisté spatřují právě v tomto okamžiku vznik osoby. Dvacátý druhý týden označuje hranici viability, což znamená, že plod je teoreticky schopen přežít mimo dělohu. Část gradualistů se přiklání k tomu, že uvedený moment představuje vznik osoby. Ve dvacátém čtvrtém až dvacátém osmém týdnu je již měřitelné EEG, které je předpokladem kortikálního vědomí. Velká část gradualistů vidí jako vznik lidské osoby právě tento okamžik, jelikož už lze mluvit o vědomí. Porod lze charakterizovat jako okamžik, jenž naše právní soustava uznává jako vznik lidské osoby, konkrétně dobu, kdy hlavička novorozence opustí pánevní otvor matky (jde-li o normální polohu plodu). Od této doby požívá novorozenec stejných práv jako ostatní členové společenství.

G. Reflexe různých pohledů na statut embrya a osoby

Zastánci uznávající vznik osoby dobou porodu, nezohledňují zachraňování extrémně nezralých novorozenců dnes již v době 22.+ týdne. Přesto se stává, že se takový plod vyvine zcela správně a disponuje osobou a právy člena lidské společnosti již v době porodu obdobně jako jedinec narozený v termínu 32.+ týdne, ačkoliv byl vybaven z matky indukovaným porodem či ve zvláštních případech císařským řezem. Mohou-li některé plody nabývat právního statusu osoby ve 22. týdnu těhotenství, není mravné činit lékařsky indikovaný potrat ve 24. týdnu. Argumenty empirického funkcionalismu tvrdí, že embryo se blíží lidské osobě, nicméně jí ještě není. Nejde o víc než o shluk buněk, jenž nevidí, neslyší a necítí. Osobou se mívá člověk až v určité fázi vývoje. Dalším argumentem je, že příroda sama zahubí až 70 procent lidských koncepcí. Chová-li se sama příroda takto marnotratně k životu, je vůbec nutné klást si nějaká omezení? Jsme schopni žít s představou, že dochází k takovým ztrátám na životě, kterým nejsme schopni zabránit? Empiričtí funkcionalisté dále tvrdí, že být člověkem není nijak zvláštní, jde jen o jeden z mnoha druhů na planetě, který se důstojností neliší od ostatních druhů. Mezi human animals a non human animals není rozdíl. Pokud bychom chtěli nalézt nějaké rozdíly, tak pouze kvantitativní. Kdo uctívá lidský život více než jiné druhy, vychází z náboženských tradic, které nejsou relevantní. Věci bychom neměli posuzovat podle toho, jaké by mohly být, ale podle toho, jaké jsou. Embryo podle nich vlastnosti osoby nemá.

Argumenty ontologického personalismu jsou následující. Každé embryo má unikátní genetickou informaci, která určuje jak vlastnosti zoologického druhu, tak specificky individuální vlastnosti. Každé embryo má dva rodiče, posuzujeme tedy vždy entitu, jež vznikla přičiněním dvou dospělých lidí. Embryo se vyvíjí stále a kontinuálně. Naše dělení poslouží embryologům, lékařům, nicméně jde jen o lidská pojmenování kontinuálního vývoje. Jedná se o přesnou terminologii, která nesmí zastínit fakt, že vývoj je kontinuální. Vývoj nemůžeme rozdělit na „ještě ne“ osoba a teď „již ano“. Protože jde o kontinuální proces, je namísto přinejmenším vysoká obezřetnost v dialogu s oponenty, kteří tvrdí, že se jedná pouze o shluk buněk. Zygota i embryo jsou živé a jednoznačně odlišné od spermie a vajíčka. Jde o novou kvalitu. Oplozením vzniká kvalitativně něco nového, něco, co má potencialitu stát se dospělým člověkem. Na argument, že embryo není nic více, než shluk buněk, odpovídají ontologičtí personalisté tím, že embryo je shlukem buněk, ale problémem je ono „nic než“. Dospělý člověk

představuje také shluk buněk jako embryo. Už Aristoteles nabízel odpověď na otázku, čím je nějaká věc, a to čtyřmi druhy odpovědí (*causa materialis, formalis, efficiens, finalis*). „Socha není přece pouze jen kus mramoru“ a chápání člověka jako biologické entity, shluk buněk není plnou pravdou o člověku. Otázka, zdali existuje kvalitativní rozdíl mezi dospělým a embryem, zůstává nevyřešena.

Pro ontologické personalisty je v průběhu vývoje člověka od zygoty po porod jen těžko stanovitelné, kdy vzniká osobnost nadaná svobodou. Svobodná bytost jednou vznikne a my musíme chránit její biologický substrát. Svoboda je nějakým způsobem vázaná na tělo, a protože nedokážeme určit přesný moment, v němž tato bytost nadaná svobodou vzniká, musíme být velmi opatrní ve vnímání embrya jako shluku buněk. Destrukce embryí tak pro ně znamená, že život člověka a jeho svoboda nejsou respektovány.

Protiargumenty vůči ontologickým personalistům spočívají často v zažehnutí nervových funkcí. Nelze popřít, že smrt definujeme jakožto smrt mozku. Jde o dvě rozdílné situace. Mozek je centrálním orgánem vědomí a je dobře, že definuje smrt osoby. V případě lidského vývoje ale tomu tak není. Nejedná se o ukončení aktivity mozku, ale o jeho začátek. Nervová soustava vzniká paralelně s jinými soustavami a vyvíjí se ještě dlouho po porodu (proto se kompletní prognóza dítěte s neurologickým poškozením stanovuje ve věku dvou let). Na rozdíl od dospělého nepotřebuje embryo mozek pro koordinaci těla a jeho růstu, ale až mnohem později získává nervová soustava svou integrační a řídicí roli. Nelze proto metodu pro diagnostiku smrti mozku používat pro embryo, když mozek ještě neplní svou funkci.

Často dochází k jevu zvanému „*Naturalistický omyl*“.¹⁸⁵ Velmi často zastánci UPT tvrdí, že embryu nepřísluší žádná speciální ochrana, protože sama příroda 70 procent koncepcí zahubí. Nenáleží mu tudíž žádný speciální status. V této argumentaci však dochází k chybnému záměru díky jevu naturalistického omylu. Z toho, co je, nelze odvozovat, co má být. To platí pro všechny pokusy odvozovat mravní soudy z přírodních nebo jiných daností. Člověk je pouze tvorem, ale je schopen morálních soudů. Jeho jednání je etické, mravné, či nemravné, morální, či nemorální. Příroda není ani laskavá nebo krutá, příroda je a nejedná v mravních kategoriích. Nelze hledat

¹⁸⁵ Naturalistický omyl (či klam) je označení pro postoj, který na základě toho, že něco existuje v rámci přírody či společnosti, vyvozuje, že je takovýto jev správný či morální. Jde o odvozování normativních závěrů z čistě deskriptivních premis. Popsal jej a pojmenoval britský filosof G. E. Moore v roce 1903.

morální vzory tam, kde je nelze nalézt. Pouze člověk si klade morální otázky, které příroda nezná. Pravdou je, že příroda leckdy zachází s životem marnotratně, neboť většina mláďat různých organismů uhynie. Tento fakt ale nic neříká o skutečnosti, jak bychom se my, lidé, měli chovat k životu, natožpak odvozovat podle přírody naše hodnoty. Uvedené hodnoty zastával i Adolf Hitler: „*Příroda je krutá, proto i já jsem krutý.*“¹⁸⁶ A z mylného sociálního darwinismu, který tvrdil, že přežijí nejschopnější, nechal poté zabít 70 000 mentálně postižených jedinců. Dle judaismu není lidská osoba plně přítomna při oplození a embryo, které se nachází mimo dělohu, nemá právní status. Tudíž židé nemají problém s asistovanou reprodukcí, pokud se jedná o homologní fertilizaci. Heterologní fertilizace je vnímána jako cizoložství. Nadto doplňuji, že katolictví se samozřejmě hlásí k ontologickému personalismu.

H. Reflexe předložených argumentů k UPT

Argumenty zastánců UPT často nějakým způsobem napadají osobnost plodu či funkčnost jeho vědomí za účelem jeho degradace do infrahumánní úrovně, viz nejrůznější biologické pohledy. Jeden typ argumentace má charakter neurologický, neboť se zabývá skutečností, že zárodek nevykazuje mozkovou aktivitu takové kvality, abychom ho označili za kortikální vědomí. Kortikální vědomí lze zpravidla prokázat až po 24. týdnu. Zastánci daného přístupu tvrdí, že s nefungujícím mozkiem je plod podoben lidem s mozkovou smrtí. Druhý typ argumentace bývá označován jako gradualistický přístup, jehož zastánci připodobňují určité fylogenetické stadium lidského plodu k jiným vyšším savcům. Takto smýšlející jedince budeme těžko přesvědčovat, že nemáme nárok ani právo UPT legislativně zakazovat.

Ve své podstatě jsme tvory závislími na mnoha proměnných a musíme se řídit naším svědomím, o nějž musíme řádně pečovat, neboť svědomí nás provádí životem. Skrze něj nacházíme poznání dobra a zla. Pokud matka i otec plod před porodem vyloučí, zbaví tak své dítě lidské důstojnosti nehledě na to, že jej v konečné fázi usmrtí. Nadto naše svědomí říká, že jde o vraždu. Předpokládejme, že u naprosté většiny rodičů je jejich svědomí čisté a tvrdí jim, že o vraždu nejde. S tímto přístupem přece nic nezmůžeme. Pokud jsou oba rodiče takto přesvědčeni, že UPT vykonají menší zlo, musí své svědomí poslechnout. Legislativní zákaz UPT avšak pouze omezí jeho provádění (viz Polsko). Nemůžeme používat imperativy, když jsme nedokázali přesvědčit lidské

¹⁸⁶ VÁCHA 2012; POKLUDA 2015, 1–6

svědomí. Je nepochybné, že člověk nemůže jednat proti pocitu mravní odpovědnosti za vlastní jednání, i kdyby to přikazoval zákon. Na základě svědomí mohou tito jednotlivci konat dobro a to je pro ně zavazující.

I. Kritika pro-choice hnutí

K dalším častým argumentům patří, že plod je závislý na těle matky, nicméně kojeneček či novorozenec ale není o nic méně závislý na péči ostatních. V tomto faktu shledávám argument humanizace nesprávný. Žena má zcela jistě právo rozhodovat o tom, jak naložit se svým tělem, ale plod není jejím tělem. Skutečnost, že plod si po nějakou část svého vývoje potřebuje propůjčit jakožto „cizí“ organismus tělo své matky (neuvažujme pro zjednodušení o „propůjčení dělohy“) a v podstatě na něm parazituje, je lidské a přírodní. Takto je řád zaveden přírodou či Bohem (to záleží na vyznání čtenáře) a takto je uzpůsoben i pro naše rozmnožování. Plod má spíše statut hostitele nežli statut těla matky, tedy jakéhosi jejího orgánu podobného např. játrům či ledvinám. Parafrázovaně řečeno je plod zcela průkazně novým a jedinečným organismem nacházejícím se v organismu hostitele (matky).

Nový plod je geneticky odlišný od svého hostitele, jedná se o nový, jedinečný organismus odlišný od otce i matky. Je odlišný i imunitně, dokonce často disponuje i jinou krevní skupinou. Matčino tělo může plod zahubit. Uvedme například slavnou inkompatibilitu Rh faktoru a mnohé další případy. Z daného vztahu v rovině biologické i lékařské lze popsat vztah dítěte a matky jakožto symbiotický. Z důvodu odlišného organismu hostujícího v těle hostitele po dobu svého vývoje. Kdyby byl plod matčím tělem, platilo by, že tato část je jejím orgánem. Zárodek by musel nést stejnou dědičnou informaci a stejnou imunitní výbavu, rovněž by musel mít totožnou krevní skupinu a totožné antigeny. Poté by mohla matka opravdu rozhodovat o osudu plodu/embrya jakožto o součásti svého těla.

Plod či embryo se tedy ocitá v pozici cizího organismu, který se nachází v těle matky a je imunologicky tolerovaný a schovaný pod sofistikovanou clonou placenty. V těle matky však pobývá pouze krátkou část svého vývoje. Lidský zárodek vzniká pohlavním rozmnožováním, tedy stykem dvou osob. O to více zarazí skutečnost, že je u daného hnutí přehlížena role otce. Mužovu roli v tomto aktu zastánci uvedeného názoru zcela ignorují, jako kdyby muž nepředstavoval dárce a původce lidského zárodku. Proto jako dílčí výsledek své práce konstatuji, že argument pro-choice hnutí považuji za mylný,

neboť podle tohoto hnutí představuje plod součást matčina těla. Jak již bylo ale výše vysvětleno, uvedené tvrzení se zakládá na nepochopení základů lidské genetiky, imunologie a biologie. Navíc se daný pohled staví proti přirozenému řádu i proti významu ženství a pojetí lidské svobody. Další výrok celkové syntézy problematiky bioetické problematiky potratu spatřuji v následujícím stanovisku. Pokud neuznáme, že jsme tvorové závislími na boží existenci, nejsme svobodní. Pokud se rozhodneme odmítnout boží dar, ztrácíme tím svou svobodu, neboť se již stavíme do role tvůrce, ignorujeme naši závislost tvora na tvůrci. Tímto postojem paradoxně ztrácíme vlastní svobodu, jež závisí právě na tom, že uznáváme stvořitele jakožto tvůrce. Koncept argumentů pro-choice hnutí a bohužel i dnešní legislativní výklad chápu jako výklad nerespektující přirozená práva plodu, založený na naprosto mylné představě plodu jako části matčina organismu, avšak lidský zárodek je jedinečný organizmus přebývajícím pouze po určitou část svého vývoje v těle matky. Skutečnost, že plod v matčině těle přebývá, ale ještě neznamená, že je jeho součástí.

J. Kritika pro-life hnutí

Jedním z výsledků diplomové práce je konstatování, že ani hnutí pro-life a jeho argumenty nepovažuji za zcela správné, neboť podle uvedeného uskupení je každý potrat vraždou. Aktivisté pro-life hnutí používají zpravidla termín potrat i pro přerušení ve stadiu oplodnění v období fertilizace. Pravděpodobně tím chtějí vyjádřit myšlenku, že interrupce či intercepce považují za vraždu lidské osoby. Nicméně ani s tímto myšlenkovým proudem nesouzním, jelikož pro-life aktivisté nerozlišují mezi interrupcí a intercepcí. Tato skutečnost do jisté míry koreluje s vysokým zastoupením katolíků v daném uskupení. Zde je třeba podotknout, že katolická církev nahlíží i na intercepci jako na potrat, který se definuje jako usmrcení embrya či fétu, ne však moruly či blastuly, která neprošla nidací.

Zastánci uvedeného hnutí velmi často považují za vraždu už samotné zamezení oplození, a to již od chvíle proniknutí ejakulátu do pochvy. S tímto názorem nelze hypoteticky souhlasit, neboť intercepce zabráňuje v časně fázi oplodnění, zatímco v pozdější fázi zamezuje nidaci. Z uvedeného vysvětlení tudíž vyplývá, že jde o proces zcela odlišný od interrupce. Přičemž jako neoddiskutovatelný fakt zůstává, že interrupcí dochází ne k přerušení, ale k ukončení těhotenství. Jedná se tedy zcela zřetelně o usmrcení lidského zárodku, protože dochází k ukončení vývoje. Rozhodně se

nepřikláním k výroku aktivistů pro-life hnutí, kladoucímu jednostranný důraz na tvrzení, že již ve stádiu intercepce se jedná o vraždu lidské osoby, potažmo člověka. Počátek lidského života představuje z mnoha hledisek velké tajemství. Již Tomáš Akvinský O. P. předpokládal postupné oduševňování, přičemž podle jeho názoru by počínající lidské individuum muselo procházet fází pouhého vegetativního života s vegetativní „duší“ a animální fází s „duší“. Obě duše tvoří společnou součást živočišného světa až do té fáze, dokud by oduševněním nesmrtelnou duší nedosáhlo vlastní lidské fáze. Avšak kdy lze s jistotou mluvit o lidském zárodku jako o lidské osobě, která už disponuje nesmrtelnou duší? Respektive otázka by mohla znít i tak, že bychom se tázali, zda má nárok na všechna práva osoby? Okamžik oplození lze označit jako začátek lidského zárodku a jedná se skutečně o lidský život vyznačující se dynamikou sebetranscendence, jež předchází lidskému zrání a lidskému bytí? Je pravděpodobné, že už ve stádiu blastomery máme co dočinění s lidskou osobou jako takovou? Lidské tělo nevzniká schodovitým a skokovitým procesem, není oddělitelné od duše. Tělo a duše koexistují v jednotě a pouze v ní tvoří člověka. Tak jako se postupně vyvíjí celý organismus, tedy substrát duše, tak lze předpokládat, že se vyvíjí i celá lidská duše jakožto nedělitelná část člověka. Nelze zjednodušeně argumentovat tvrzením, že intercepce je shodná s interrupcí. Nemáme za prokazatelné, že lidská duše vzniká početím. Zaprvé ani nevíme a ani nedisponujeme metodami, kterými bychom tuto skutečnost mohli verifikovat, neboť se pohybujeme na úrovni hypotézy. Za druhé je nutné dodat, že početí představuje proces probíhající v čase a trvající podle některých literárních zdrojů deset až dvanáct hodin. Nabízí se tedy otázka, kdy během těchto deseti hodin vstupuje do shluku buněk skokovitým způsobem duše? A nevstupuje postupně? Jak vysvětlíme, že i po oplodnění mohou vzniknout dvojčata či trojčata? Jednovaječná dvojčata z lékařského pohledu nepovažujeme za extrémní vzácnost (tvoří zhruba čtvrtina všech dvojčat a rodí se dnes v poměru 1:50–100 normálních porodů). Právě vícečetná „jednovaječná“ těhotenství vznikají nedokonalým rozdělením buněk moruly, kdy se v tomto raném stádiu může ještě každá buňka stát novým jedincem.

V tradiční filozofii se definuje osoba jakožto „*nedílná substance rozumové přirozenosti*“, současně ale neexistuje osobní bytí bez individuality, jež neznámá jen dědičnou substanci, ale i nedělitelnost a neopakovatelnost. Nyní narážíme na nepřesnosti teorie výroků magisteria katolické církve, neboť nelze tvrdit, že ve stádiu moruly máme co dočinění s lidskou osobou už jen z toho důvodu, že mohou vzniknout

dvě, teoreticky i tři individua, anebo také žádné. Je pravda, že vznik dvojčat není kvalitativně shodný s oplozením. Nejedná se o zplození nového, nicméně spíše rozvětvení již existujícího. Výše popsany jev nám však nevysvětluje skokovité nabytí duše, ale právě naopak nahrává konceptu postupného oduševňování, v němž „jakýsi“ životní duševní princip řídí celý proces, z něhož se vyvine a následně rozvětví do dvou jednot duše a těla. Podle různých literárních zdrojů se 75 % oplozených lidských zárodků ve stadiu morul neuhnědí, tedy neprojde nidací a zahyne. Právě nidace reprezentuje přírodní síť, kdy stejně pravděpodobněji daná morula spíše uhyne, nežli přežije. I výše uvedená argumentace podporuje fakt, že intercepci a interrupci nemůžeme považovat za synonyma označující shodný proces. Nepředpokládá se, že bychom se museli vypořádat s již plnou lidskou bytostí a s její duší v celé její plnosti a transcendenci, neboť proč by se Bůh naprosto dobrovolně dopouštěl naprosto cílené genocidy většiny lidstva (zhruba 50–80 %), přestože se rodiče těší na své potomky. Zároveň by muselo platit tvrzení, že Bůh stvořil člověka k obrazu svému a z lásky. Právě v konceptu i magisteriu naráží na samotný proces početí. Samotný proces oplození není skokovným procesem, jedná se o postupný několik hodin trvající gradující proces. Zjevně tvůrci uvedené definice nepokládali proces oplodnění za proces probíhající v čase a opomněli fakt, že se navíc nejedná o proces sekundový. Magisterium pravděpodobně hledalo na úkor faktu a pouze si vytvořilo opatření ve formě prohlášení, které postaví intercepci v nelibost, když ji označí za vraždu člověka v plné jeho rozvinutosti. Nicméně vše naznačuje skutečnosti, že proces „oduševnění“ nepředstavuje proces skokovitý, nýbrž postupný. Tak jako se vyvíjí celé lidské tělo, tak se vyvíjí psychika a vědomí (a to postupně). Obdobným způsobem se bude pravděpodobně vyvíjet i duše. Není-li substrát pro duši, v daném případě tělo, ještě vykrystalizované, sotva bude oduševnělá duše lidské osoby přebývat v celé své plnosti ve skupině 16 buněk ve stadiu moruly, když z každé buňky tohoto shluku může vzniknout nový jedinec. Zrovna tak může vzniknout např. placenta či pupečník, a to se 70% šancí na cílené zavraždění během procesu nidace s možností zhruba 1:500 na vznik dvojčete.

Výsledek interpretačního procesu, k němuž jsem v diplomové práci dospěl, lze vyjádřit velice přiléhavým tvrzením geniálního etika Bernharda Haringa: „*Ve skutečnosti je to kontinuální proces, stanovený specificky pro lidský druh. Proto to, co se zde vyvíjí, je od samého počátku hodno ochrany. O tom není třeba diskutovat. Diskutovat je třeba jen o tom, které hodnotě je v konkurenčním případě třeba dát*

*přednost.*¹⁸⁷ V rámci závěrečného zhodnocení se rovněž přikláním k výroku: „Došel-li někdo k čestnému a jistému přesvědčení, že morula, v níž je jen 4–16 stejnorodých buněk, nedosáhla principu individuality a tím ani personálního bytí, i tak zůstává přesto přerušení přirozeného procesu vývoje člověka vážnou morální otázkou! Nemůžeme však nazývat potratem ve stejném smyslu jako v takové fázi těhotenství, kdy musíme počítat s jistotou, že stojíme před lidskou individualitou, již náleží osobní důstojnost! Především bychom se měli varovat toho, abychom ty, kdo zastávají první názor a z vážných důvodů se rozhodli k přerušení těhotenství, obviňovali z vraždy, i když jejich chování striktně odmítáme a sami ho ve svědomí za vraždu považujeme!”¹⁸⁸

Boží smlouva s člověkem má charakter daru a lze ji chápat jako apel na nezbytnost vzájemného přijímání se, je rovněž třeba ji považovat za výzvu směřující ke spoluodpovědnosti, a to především ve vztahu k těm nejslabším členům lidského druhu. Mám na mysli zejména dětskou populaci, ať již narozenou, či nenarozenou. A zcela přednostně je Boží smlouva nabídkou svobody. Pokud neuznáme, že jsme tvorové závislími na boží existenci, nejsme svobodní.

Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá můj nesouhlas s výroky hnutí pro-life, které označuje za potrat již použití intercepce a které se domnívá, že vražda nastává zahubením buněk ve stadiu moruly. Nicméně stále jde o oduševnělý princip života bohem nám daný, zatímco ve věci intercepce se jedná o proces proti daru nového života. Nelze však tvrdit, že jde o vraždu lidské osoby. U otázky miniinterrupce, která se zpravidla provádí po zjištění těhotenství od 3 do 8 týdnů, je situace zcela rozdílná. Počet plodů už sice zůstává určený a může se teoreticky pouze zmenšovat (např. odúmrtním jednoho z plodů při vícečetném těhotenství), jsme tudíž svědky jedinečného životního principu osobního bytí s vlastní individualitou, která neznamena jen dědičnou substanci, ale i nedělitelnost a neopakovatelnost.

K. Reflexe přítomnosti duše vůči mozku a duše u anencefalických plodů

Je nutno konstatovat, že bez specifického substrátu lidského mozku není možné podstatně odlišovat člověka od zvířete. Rovněž není myslitelný ani nejmenší projev specificky lidských atributů. Teorie, pro něž je vývoj specificky lidského mozku

¹⁸⁷ HÄRING 1989

¹⁸⁸ HÄRING 1989

předpokladem existence duchovní duše, neposkytují takovou jistotu, že bychom měli co do činění s duchovně oduševněným lidským individuem, abychom z toho následně mohli vyvozovat důsledky v problematice ukončení těhotenství, a to i za stavu, kdy víme, že v tomto období jsou buňky už podstatně více diferenciované na rozdíl od stadia moruly. Ačkoliv zde probíhá vývoj nervové soustavy, nelze ještě mluvit o funkční nervové ani o oběhové soustavě či vnímání na kortikální úrovni. To však neznamená, že tento zárodek není hoděn ochrany. Otázka zní, zda je vývoj typicky lidské mozkové kůry rozhodujícím fenoménem v ontogenezi lidské osoby. I přestože dané embryo zcela jistě nemá mozek vyvinutý natolik, aby mohlo alespoň teoreticky částečně vnímat na kortikální úrovni (24. týden), není počínající mozek ještě plným substrátem oduševnělé duše. Nutno podotknout, že většinu neurologických deficitů lze hodnotit po prvním či spíše po druhém roce věku života, kdy je již vývoj mozku ukončen. Z toho plyne, že ani po narození není substrát duše zcela zralý. Neznamená to však, že by duše nebyla vůbec přítomna např. jakožto řídicí princip celého procesu, viz nastíněný koncept postupného oduševňování. V důsledku to znamená, že by i plod bez mozku (anencephalické plody) de facto existoval jakožto člověk. Neexistoval by sice v celé své plnosti, ale pouze jako duchovní princip (a rovněž by nebylo možné ho označit za zcela oduševnělou duši s plně vyvinutým biologickým substrátem). Tuto situaci považují za paradoxní, ale na druhé straně musím říci, že je předpokladatelná a vcelku přijatelná. Umím si představit, že existuje „jakýsi“ duševní princip řídící celý proces na pozadí daného vývoje. Teorie, které tvrdí, že vývoj specificky lidského mozku je nutným předpokladem existence plné duchovní duše, nedávají podle mého stupně poznání garantovanou jistotu, že tu nemáme co dočinění s duchovně oduševněným lidským principem do té míry, abychom z toho mohli vyvozovat důsledky pro otázky přerušení těhotenství. Nicméně bych i nadále byl obezřetný v tom, aby se v této souvislosti mluvilo o vraždě plné lidské osoby, což však na druhé straně nevyklučuje, že jde o usmrcení duchovního principu člověka a zahubení lidského organismu v zárodku a v jeho plné potencialitě! Zcela jistě z výše uvedeného nevyplývá povolení usmrcovat zárodky nebo je plně neochraňovat! Nicméně je nutné dodat, že u anencefalických plodů stejně dochází ke spontánnímu potratu a jen raritně přistupujeme k samotnému porodu. Plod v těchto stavech záhy umírá.

Jiná situace nastává v pokročilejším stadiu okolo 12.–16. týdne, v němž je plod ve vyšším stupni diferenciaci, a to do té míry, že od 8. týdne je již v podstatě

vydiferencován a pouze se kvantitativně zvětšuje. Měřitelné jsou první elektrické signály nervové soustavy a je rovněž možné, že by plod mohl vnímat bolest. Dnešní věda už má dostatečně citlivé metody k tomu, aby prokázala a zároveň garantovala, že plod již na nějaké úrovni vnímá alespoň teoreticky (např. vjem bolesti). Debatovat o tom, v jakém stadiu se vnímání nachází, považuji za liché, neboť vražda člověka ve spánku představuje stále vraždu. Analogicky pak musíme říci, že i vražda komatózního pacienta bude stále vraždou. Úmyslné zabití člověka je vraždou z toho důvodu, že jde o usmrcení plně lidské osoby, proto zjišťovat, v jaké vývojové fázi se nachází, je irelevantní. Akt je stále shodný a nezáleží na konkrétním objektu, tedy zdali zavraždíme starce či dítě. Nicméně to neznamená, že zahubení plodu před uvedeným okamžikem je morálně dobré či obhajitelné. Spíše bych se klonil k závěru, že není vědou prokazatelná a garantovaná specificky lidská aktivita, a tudíž nenastává jistota, že jde o usmrcení lidského zárodku již s plnou oduševnělou duší. Nicméně i usmrcení nezralého lidského organismu, který nemůže ještě díky nevyspělosti biologického substrátu disponovat oduševnělou duší a namísto toho disponuje nějakým způsobem duševním principem, je shodným mravním zlem. Stále jde o zničení božího daru, o zničení božího plánu. Přesto bych se vyvaroval používání termínu usmrcení lidského organismu či usmrcení lidského embrya. Každé lidské individualitě náleží lidská důstojnost, a pokud chceme polemizovat o morálně teologických důsledcích, pak bych citoval názor Bernarda Harringa: *„Teorie, pro něž je vývoj specificky lidského mozku předpokladem existence duchovní duše, podle mého soudu neposkytují takovou jistotu, že tu nemáme co činit s duchovně oduševněným lidským individuem, abychom z toho mohli vyvozovat důsledky pro otázky přerušování těhotenství.“*¹⁸⁹ Je pravda, že k diagnostice smrti člověka je relevantní smrt mozku. Z uvedeného ale nevyplývá, že rodící se, fungující a utvářející se nezralý lidský organismus s tvořícím se mozkem je mrtev. Tímto lze argumentovat až do doby, než prokážeme opak, protože kdybychom vzali metodiku pro diagnostiku smrti pacienta a používali ji pro embryo, bylo by podle této metodiky mrtvé. Bez patřičně vyvinutého mozku a cév není jasné, kudy by protékala krev či jak můžeme o dané skutečnosti hovořit za stavu nulového EEG. Nicméně je nutné říci, že k věci přistupujeme zcela obráceně. Nelze uplatňovat diagnostické metody používající se k určení smrti pacienta s již vyvinutým mozkem pro diagnostiku vědomí embrya. Mozek ve stadiu embrya neplní ještě svoji integrální

¹⁸⁹ HÄRING 1989

funkci, tu bude plnit až v budoucnu.

Sama metodika nemůže poskytnout odpověď v situaci, kdy jsme zvolili jiné určení cíle metody. Pacienta v kómatu s nulovým EEG, nevědomujícího si sebe sama či v hlubokém kómatu nereagujícího na bolest, také nepovažujeme za mrtvého (např. otrava barbituráty). A rovněž v dané situaci vyvstává důležitá otázka, zdali je oduševnělá duše permanentně přítomna v tomto nefunkčním a poškozeném biologickém substrátu (např. při kompletním poškození mozkové kůry hypoxií). Uvedené nelze se stoprocentní jistotou vyloučit (vyjma mozkové smrti). Stále se jedná o lidské tělo, a proto ošetřujeme tyto pacienty i navzdory vědomí špatné prognózy, nevratného neurologického deficitu až do té míry, že člověk nevnímá, nefunguje mu mozková kůra, fungují mu pouze nižší mozková centra. Nedává tudíž smysl, abychom u vyvíjejícího se plodu s extrémně kvalitní životní expektancí neuplatňovali shodnou diagnostickou metodu, když už z principu tato metoda neodpovídá cíli otázky? Tak jako potrat a eutanázie nejsou shodné procesy, tak ani mozková smrt není totožná se stavem ještě plně nevyvinutého mozku.

Závěr

UPT reprezentuje krajně negativní jev, kterému je nutno systematicky předcházet a omezovat ho. Ženy podstupující intercepci není možné zcela jednoduše obvinít z vraždy. Rovněž není možné tvrdit, že se ve skutečnosti nejedná o nic závažného. Celá práce poukazuje na delikátnost a problematiku intercepce a UPT. Tyto dva jevy nelze jednoduše zaměňovat. Každý jednotlivec, který úmyslně zabrání ženě v intercepci či potratu, ať již násilným, či pouze úmyslným činem, by měl převzít zodpovědnost za svůj čin a měl by vychovat dané dítě s veškerou péčí s přihlédnutím k finanční a časové náročnosti. Bez výše popsaného by se jednalo pouze o alibismus a pokrytectví odpůrců potratů. Je bezpředmětné, zda jde o lékaře či lékárníka, který neprodá ženě Postinor, či bránícího náboženského odpůrce. Tímto nárokem však nevzniká ženě nárok na potrat. Navrhuji zavedení systémových opatření snižujících výskyt UPT, jež je nutno zavádět na nejvyšší možnou akceptovatelnou míru dané sociokulturní situace tak, aby normy byly ještě únosné a pro širokou společnost současně přijatelné a proveditelné.

V diplomové práci podávám vysvětlení toho, proč zastávám stanovisko proti provádění umělých potratů, a v návaznosti na toto tvrzení navrhuji sadu opatření směřujících k jejich co největšímu únosnému omezení. Nicméně se stavím proti zákonnému zákazu UPT. Celá problematika umělého přerušování těhotenství by se totiž měla řešit od příčin, které ji způsobují. Rovněž si myslím, že umělá potratovost by měla být i předmětem zájmu státu, měla by být ovlivňována rodinnou politikou, prorodinnou náladou ve společnosti, poukázáním společnosti na kvalitu nosných hodnot rodiny, jako jsou věrnost, přátelství a povinnost. Snaha společnosti by měla směřovat k úsilí poskytnout rodině veškerou možnou péči, a to i rozpadlým a neúplným rodinám, které vychovávají dítě s využitím finanční či psychické podpory. Jedná se také o pomoc v podobě poskytování individuálních a partnerských psychoterapií, duchovního vedení a manželských poraden hrazených státem či církví, které by byly veřejně dostupné pro každého.

V případě nemajetných jedinců či osob ohrožených bídou musí jít také o pomoc ve formě azylových domů či střednědobého ubytování v „chráněném“ azylovém zařízení. Na úrovni rodiny tato opatření zahrnují nepodceňování výchovy k lásce a úctě k životu napříč generacemi. Na úrovni jedinců se jedná o dobročinnost prokazovanou vůči těhotným ženám. Přesto je nutné říci, že i tak v naší společnosti zůstane určitá část

pevně rozhodnutých žen (či snad minimální skupina jednající v mravní libovůli nehledě na následky), které budou přesvědčeny, že provedením UPT konají menší zlo nebo že jde o mravně neutrální proces. Pro tuto skupinu, kterou by se ani při zavedení všech opatření, tedy povinně zavedeném poučení, dané prorodinné společenské náladě, možnosti azylových domů, babyboxů atp. nepodařilo přesvědčit k porodu, je lepší ponechat možné beztravné UPT k dispozici. Velká část z nich by se stejně pravděpodobně pokusila o nelegální potrat, při kterém by navíc riskovala svůj život. Z výše naznačeného jednání by pro společnost vyplynulo ještě větší zlo. Jako argument může posloužit situace v zemích s restriktivní potratovou politikou.

Je nutné rovněž dodat, že i při liberální potratové politice, která u nás panuje, bychom k radikálnímu snížení UPT zřejmě stejně nedospěli. Na příkladu Polska potom můžeme vidět, že ani restriktivní potratová politika nevede ke zlepšení situace, naopak relativní počet umělé potratovosti při přepočtu na obyvatele je vyšší než u nás. Při dnešní široké dostupnosti potratových pilulek je nutno zcela realisticky říct, že považují za nemožné umělou potratovost vymýtit. V rozvojových zemích či zemích s restriktivní potratovou politikou je statisticky jasně vyšší výskyt nelegálních potratů s následky vedoucími až k úmrtí matky. Ročně v těchto zemích zemře kolem 50 tisíc matek kvůli nelékařsky provedenému UPT. Je třeba zmínit, že se jedná předně o ženy žijící v extrémní chudobě, protože bohaté ženy mají finanční prostředky na provedení potratu na kvalitní klinice, ženy v zemích s restriktivní politikou využijí potratovou turistiku. Z toho vyplývá, že pro uvedenou část obyvatel je lepší nabídnout zdravotně „bezpečný potrat“. Potrat by však měl být u majetných placen z vlastních prostředků a neměl by být poskytován ve veřejných nemocničních zařízeních. Jedná se o tak závažný problém, že není vhodné, aby nemocniční lékaři byli nuceni potrat vykonávat v prostředí, kde se podle mého názoru mají životy zachraňovat, ne ničit. Sice zde existuje „jakási“ formální, dokonce legislativní pojistka o tzv. výhradě svědomí, ale jedná se o naprosto nereálnou představu, která je založena na tom, že lékaři mohou tuto eventualitu uplatnit v denním provozu (nemluvě o službách). Minimálně se nejedná o paušální reálnou možnost. Anesteziolog, který neuspí interrupci, zpravidla není vítán, tatáž situace platí pro gynekologa. Pravděpodobně existují jednotlivé nemocnice, v nichž pracují uvědomělí a zákon zachovávající primáři. Avšak v provozu na okresních nemocnicích, v nichž panuje podstav několika lékařů, zpravidla uvedená možnost nebývá. Přitom zdravotnické zařízení má legislativní povinnost potrat vykonat, a proto je nevyhnutelné,

aby se potraty přesunuly na zvláštní kliniky. Při dalším snížení výskytu UPT by nemuselo těchto klinik „specializovaných na potraty“ vzniknout mnoho, jelikož by zde byly prováděny pouze UPT (dle mého odhadu by stačily dvě kliniky po čtyřech sálech).

Existují profitující kliniky plastické chirurgie, které jsou hrazené pouze z peněz klientek a jsou schopny se samy ufinancovat (zpravidla jsou dobře výdělečně činné). Obdobně by mohly existovat potratové kliniky fungující mimo nemocnici na zcela nestátní, např. soukromé bázi. Nepovažuji za šťastné řešení nutit běžný lékařský personál provádět uvedené výkony, které navíc narušují vztah mezi pacientem a lékařem. Rovněž jsem toho názoru, že by na UPT měla být uvalena vyšší daň a z ní by se financovala pomoc matkám či párům potřebujícím materiální zajištění nezbytné pro výchovu dítěte.

Potrat není léčivý výkon, a proto neshledávám žádný důvod k tomu, aby byl spojován se standardními výkony prováděnými v nemocničních zařízeních, naopak tento stav považuji za naprosto nevhodný jak pro personál, tak pro pacientky. Další možnost snížení umělé potratovosti vidím v masivním rozšíření kvalitních bezplatných moderních antikoncepčních metod. Jiný mechanismus, který by bylo potřeba zavést, má charakter opatření vztahujícího se k působnosti role otce, jenž by měl být informován o UPT své sexuální partnerky. V případě manžela považuji za neoddiskutovatelné povinné zavedení jeho výslovného souhlasu s UPT. Tímto prvkem se zároveň posílí rodina a zodpovědnost celého rodičovského páru. Zvláště u manžela tímto krokem dojde k masivní podpoře, neboť on je ze zákona a priori otcem. Pokud je matka svobodná a neuvede otce, nebude možnost někoho kontaktovat, nicméně u vdaných žen je automaticky otcem manžel. Dle mého názoru, který obhajuji napříč celou diplomovou prací, má otec a manžel naprosté a přirozené právo se vyjádřit k životu, či usmrcení svého potomka vyplývající z jeho povinnosti výchovy, povinnosti nevzít druhému život a z povinnosti předávat lidský život dál. U nesezdaného páru prakticky nejde otcovství určit jinak, než souhlasným prohlášením o otcovství. O to více je třeba využít mechanismu souhlasu u sezdaných.

Nastíněné mechanismy, které předkládám v diplomové práci, by podle mého názoru mohly zmenšit umělou potratovost o statisticky významnou položku, což by bylo krajně žádoucí. Za vlastní přínos jak pro závěrečné shrnutí, tak pro celkový vhled do problematiky považuji detailně popsanou argumentaci opírající se o široké spektrum

poznatků jak z oblasti medicínské, tak z oblasti teologické. Dospěl jsem k názoru, že žena interrupcí narušuje přirozený řád, překračuje přirozená práva plodu, a to konkrétně práva nebýt zbaven života. Je-li matčino rozhodnutí v rozporu s míněním otce, dochází k nerespektování přirozených práv otce na výchovu dítěte. Pokud neuznáme, že jsme tvorové, a ne tvůrci, přijdeme tak o naši svobodu, neboť se stavíme do role tvůrce. Tímto krokem současně ignorujeme naši závislost na stvořiteli a paradoxně tak ztrácíme vlastní svobodu, jež nám byla Bohem dána. Ta je závislá na tom, zda uznáváme Boha jakožto tvůrce. Osobně jsem spíše nakloněn pomyslnému „pro fathers“ hnutí, které se vyslovuje pro co největší restrikce potratů až do únosné meze dané sociokulturní situace, kdy manžel a zároveň otec musí dát své manželce souhlas k UPT. Za situace, že jde pouze o nesezdané jedince, by měl mít biologický otec (pokud ho matka uvede) minimálně právo být o UPT informován.

Stát by měl poskytnout pomoc matkám váhajícím či matkám v obavách z nezvládnutí výchovy z důvodů existenční krize, a to jak formou finanční, tak formou poskytnutí bydlení. Je však potřeba projevat i solidaritu nevynucovanou, a to v podobě neziskových organizací a také na úrovni jedinců, kteří mají tendenci se chovat dobročinně. Myslím si, že již pevně rozhodnutým matkám bude lepší ponechat možnost potratu. Osobně vidím jako vhodné omezit procedurálně ukončení těhotenství poradnami po vzoru Německa, které tak mohou sloužit jako poslední záchranná instituce před UPT. V diplomové práci rovněž navrhuji podporu rozšíření sítě babyboxů, které matky vidí jako poslední možnost. Babybox je ale ve srovnání s UPT mechanismem chránícím před mnohem větším zlem, kterým je odložení dítěte na libovolném místě, kde bude ohrožen jeho život.

Nicméně v otázce intercepce bych se přikláněl k jejímu co největšímu omezení, neboť pouze pomocí restriktivních opatření a současně změnou postojů a tendencí ve společnosti je možné něco změnit, ale rozhodně ne za pomoci legislativy. Jako vhodné mi připadá ponechat přípravek Postinor bez receptu, aby byl široce dostupný, protože při včasné použití se jedná o prostředek zamezující oplodnění. V případě pozdějšího užití naopak zabraňuje nidaci. To je rozhodně menší mravní zlo, nežli ukončení těhotenství interrupcí. V případě zamezení nidace již vzniklé zygoty se navíc jedná už o zamezení růstu moruly, tedy jde už o zlo. Nicméně je lepší použít postkoitální antikoncepci než UPT. Navíc postkoitální antikoncepce působí i proti spojení gamet, ale samozřejmě při včasné užití. UPT je velkým zlem, a proto musíme zapojit veškeré

možné mechanismy pro jeho snížení, a to včetně interceptivních metod, u kterých nejde ještě o vraždu člověka, nicméně se jedná o usmrcení buď ještě nespojených gamet, či zygoty až do stadia moruly. V pozdějším stadiu, v němž embryo splňuje princip individuality, jde s nejvyšší pravděpodobností již o lidskou osobu, a to už natolik, že je naprosto adekvátní a rozumné mluvit o lidské bytosti se všemi jejími právy. Ve stavu dospění do fáze lidského plodu je vhodné mluvit o usmrcení lidské bytosti, protože mimo jiné již od 12. týdne může plod reagovat na vnímané bolestivé podmínky. Ty jsou objektivními měřitelnými základními projevy života, a proto by bylo vhodné snížit hranici UPT na 10 týdnů. Rovněž by bylo vhodné uznat lidskému zárodku po nidaci plná práva lidské osoby, protože s nejvyšší pravděpodobností máme co dočinění s transcendentující lidskou bytostí.

Jako syntézu práce vidím nutnost změny postoje společnosti, potažmo i zákona upravujícího umělé přerušení těhotenství. Jako návrh postoje k UPT by mohlo být prohlášení umělého potratu za ilegální. Jedná se totiž o přirozené překročení práv matkou na úkor přirozených práv plodu. Nicméně po splnění níže uvedených podmínek nebude uvedené ilegální jednání trestné. Je ale nutné, aby se matka svobodně rozhodla usmrtit své vlastní dítě, jež sama počala (nemožnost náhradních matek k UPT) – pokud předtím navštívila potratovou komisi, v níž byla řádně poučena, a zaplatila-li přírůžkou daň (vhodné by bylo např. 50 % z průměrné celkové ceny výkonu UPT); – pokud šlo o provedení UPT v akreditovaném zdravotnickém zařízení a bylo-li provedeno akreditovaným lékařem; – jednalo-li se o embryo, které nedovršilo 12. týdne věku; jde-li o vdanou ženu, vyplývala by pro ni povinnost doložit souhlas manžela k UPT; – jde-li o svobodnou ženu s udaným otcem, musela by doložit informovanost otce o plánovaném UPT.

Tímto by bylo veškeré jiné jednání ohledně provedení potratu trestné. Tato koncepce je výrazně lepší nežli dělat z embrya něco, co není lidská bytost. Statut embrya se dnes pohybuje někde mezi věcí, orgánem či částí matčina těla. Dvě živé bytosti neplodí neživé věci. Je pravdivější si přiznat, že jde o lidskou bytost s její potencialitou a duševním životním principem, přesto ale chceme potrat vykonat. Jde bohužel o společností tolerovaný způsob usmrcení z jakéhosi popudu matky, příp. i otce, který je společností vyžadován a tolerován. Právě tak, jako je v některých státech beztrestné vykonání trestu smrti, tedy usmrcení společností nechtěného jedince, tak lze nahlížet na UPT. V případě UPT jsou soudcem plodu vlastní rodiče. Každá

interrupce je špatná, nicméně při tomto konceptu postoje dochází k posunu vnímání práv plodu. Jde o přijatelný úspěch, který by sice potrat dovoloval, ale připravoval by půdu k dalším diskuzím. Poskytuje zázemí pro další budoucí změnu postoje. Už jen svou formou by takový postoj měnil tendence a stanoviska společnosti tím, že by se změnil postoj vnímání plodu. Ačkoliv by provádění potratů bylo procedurálně ztíženo, UPT by se sice nadále provádělo beztrestně, ale bylo by na něj nahlíženo jako na ilegální, zatímco prozatím je tolerováno. Šlo by však o výrazný posun postojů společnosti. Takto by zůstala alespoň možnost v budoucnu uznat kompletně práva plodu. Tak jako bylo běžné za francouzské revoluce trestat gilotinou a situace s trestem smrti se vyvinula do dnešní podoby, kdy se v některých státech trest smrti zakázal, tak by se částečně mohlo stát i v případě UPT. Rozhodně by šlo o lepší stav, než jaký máme dnes. Dodnes jsme se neposunuli v problematice statutu lidského embrya vpřed. Naopak od počátku 20. století bylo UPT široce povoleno s pokračujícím trendem. Nyní dochází k cílenému usmrcování ve stavu, kdy nejsme ani schopni říct, že je usmrcován lidský plod s jeho duševním principem a potencialitou. Mlžíme a nepřiznáváme plodu práva ze strachu říci nahlas pravdu. Ano, je pro nás v naší situaci menším zlem, eventuálně pohodlnější usmrtit počaté dítě, nežli ho přivést na svět. A jako doposud bylo usmrcení embrya beztrestné, bylo by tak nadále, nicméně bychom si alespoň přiznali, co opravdu činíme. To samo by už znamenalo výrazný a kladný posun.

Seznam použitých zkratek

AP	angina pectoris
ASA	American Society of Anesthesiologists
BRD	Bundesrepublik Deutschland
ČCE	Českobratrské církve evangelické
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
CSc.	kandidát věd (lat. candidatus scientiarum)
DIP	dlouhodobá intenzivní péče
DPH	Daň z přidané hodnoty
FC	Familiaris consortio
HAK	hormonální antikoncepce
HBV,	hepatitis B virus
HCV	hepatitis C virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HV	Humanae vitae
II. VC	2. vatikánský koncil
IM	infarkt myokardu
IUD	intrauterine device
KC	Katolická katolická církev
LNG-IUS	levonorgestrel intrauterine system
LP	lidská práva
LZPS	Listiny základních práv a svobod
MUDr.	doktor medicíny (původně lat. medicinae universae doctor, zkratka MUDr. psaná před jménem)
PAS	postabortivní syndrom

PBK	papežská biblická komise
PIS	postinterrupční syndrom
PřFUK	Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy
PTSP	posttraumatická stresová porucha
RNDr.	doktor přírodních věd (z lat. rerum naturalium doctor, zkratka RNDr. psaná před jménem)
STD	Sexually transmitted diseases
UPT	umělé přerušné těhotenství
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VFR	Velká francouzská revoluce
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam literatury

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013 — AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual Of Mental Disorders. Arlington 2013

ARAL/FENTON/LIPSHUTZ 2013 — O. Sevgi ARAL, Kevin A. FENTON, Judith A. LIPSHUTZ: The New Public Health and STD/HIV Prevention. New York 2013, www.bing.com/cr?IG=27D93DD10C0D4703872B5CAB9A76F9F6&CID=06204EE2ED4867FB3E3345C2EC4E6690&rd=1&h=h-Pk59_Ie2hgRCK6Izs6TKekrHsIEq6z_bRQkIOlkv0&v=1&r=http%3a%2f%2fwww.springer.com%2fus%2fbook%2f9781461445258&p=DevEx,5066.1, vyhledáno 3. 5. 2017

BAHOUNEK 2007 — Jiří BAHOUNEK: Čtyři pohledy na interrupci. Ostrava 2007

BARASH/CULLEN/STOELTING 2015 — Paul G. BARASH / Bruce F. CULLEN / Robert K. STOELTING: Klinická anesteziologie. Praha 2015

BÖCKLE 1974 — Franz BÖCKLE: Theonome Autonomie. Leipzig: 1974

BÖCKLE 1980 — Franz BÖCKLE: Fundamental Moral Theology. New York: 1980

BOHATOVÁ 2000 — Milena BOHATOVÁ: Potrat ano-ne, aneb, na pokraji života. Praha 2000

BRIGGS 2013 — Paula BRIGGS: Contraception: a casebook from menarche to menopause. New York 2013

CLARK 1997 — Elizabeth CLARK: St. Augustine on marriage and sexuality. Washington, D.C. 1997

CORSON/DERMAN/TYRER 2014 — Stephen L. CORSON / Richard DERMAN / Louise B. TYRER: Fertility control. London 2014

ČESKÁ PROVINCE ŘÁDU SV. AUGUSTINA 2004 — ČESKÁ PROVINCE ŘÁDU SV. AUGUSTINA: Sv. Augustin: od světáka ke světcí. Praha 2004

Články

DELLAPENNA 2006 — Joseph W. DELLAPENNA: Dispelling the Myths of Abortion History. Durham 2006

DIEDRICH 1998 — Klaus DIEDRICH: Reproduktionsmedizin. Lübeck 1998

DORT/DORTOVÁ/JEHLIČKA 2013 — Jiří DORT / Eva DORTOVÁ / Petr JEHLIČKA: Neonatologie. Praha 2013²

DUDENHAUSEN/SCHNEIDER/BASTERT 2014 — Joachim W. DUDENHAUSEN / H. P. SCHNEIDER / G. BASTERT: Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Berlin 2014

DUNDOVÁ 2014 — Olga DUNDOVÁ: Žádost o poskytnutí informací – rozhodnutí svěřením do péče za I. pololetí 2014. In: Okresní soud v Sokolově, <http://portal.justice.cz/Justice2/Soud/soud.aspx?o=185&j=195&k=1869&d=341142>, vyhledáno 11. 9. 2017

DUNOVSKÝ 2005 — Jiří DUNOVSKÝ: Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě. Praha 2005

FIALOVÁ 2006 — Ludmila FIALOVÁ: Trendy ve sňatkovém chování obyvatelstva České republiky ve 20. století. In: Demografie. Revue pro výzkum populačního vývoje, 2006, 97–108

FIALOVÁ 2007 — Ludmila FIALOVÁ: Sňatečnost. In: Populační vývoj České republiky 2001-2006, 2007, 23–29

FIALOVÁ 2009 — Ludmila FIALOVÁ: Demografická situace České republiky v rámci EU (25): Podobnosti, odlišnosti a perspektivy. In: Přírodovědecká fakulta Univerzita Karlova, <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/projekty-granty/vyresene-projekty-a-granty/200020132009/demograficka-situace-ceske-republiky-v-ramci-eu-25-podobnosti-odlisnosti-a-perspektivy>, vyhledáno 13. 9. 2017

FREED/SALAZAR 2008 — Luci FREED / Penny Yvonne SALAZAR: Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu. Praha 2008

GELLNER 2007 — Christoph GELLNER: Paar- und Familienwelten im Wandel: neue Herausforderungen für Kirche und Pastoral. Zürich 2007

GORAZD II. 1940 — GORAZD II.: Pravoslavný katechismus. Praha 1940

HÄRING 1989 — Bernhard HÄRING: Dispelling the Myths of Abortion History. Freiburg im Breisgau 1989

HARMÁČEK 2013 — Jaromír HARMÁČEK: *Teorie, realita a rozvojové souvislosti ekonomického růstu v nejméně rozvinutých zemích (LDCs)*. Olomouc 2013

HEŘMANOVÁ 2012 — Jana HEŘMANOVÁ: Etika v ošetrovatelské praxi. Praha 2012

HOFFMANN 2016 — Petra HOFFMANN: Schwangerschaftsabbruch: Statistische, medizinische, juristische, soziologische und psychologische Aspekte. Freiburg im Breisgau 2016

JÍROVÁ 2014 — Jitka JÍROVÁ: Činnost oboru gynekologie a péče o ženy v roce 2013. In: ÚZIS, <https://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gynekologie-pece-zeny-roce-2013>, vyhledáno 11. 10. 2017

KAMINSKY 1998 — Carmen KAMINSKY: Embryonen, Ethik und Verantwortung: eine kritische Analyse der Statusdiskussion als Problemlösungsansatz angewandter Ethik. Tübingen 2009

KNAPP 1995 — Viktor KNAPP: Teorie práva. Praha 1995

KOLÁČEK/KORONTHÁLYOVÁ 2002 — Josef KOLÁČEK / Markéta KORONTHÁLYOVÁ: Katechismus katolické církve. Kostelní Vydří 2002

KUKLA 2016 — Lubomír KUKLA: Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. Praha 2016

LAURINEC 2014 — Jozef LAURINEC: Dopady hormonální antikoncepce na ženské tělo. In: Hnutí pro život, <https://hnutiprozivot.cz/linka-pomoci/2594-dopady-hormonalni-antikoncepce-na-zenske-telo>, vyhledáno 10. 10. 2017

LAVICKÝ 2014 — Petr LAVICKÝ: Občanský zákoník II. Rodinné právo (§ 655–975). Praha 2014

MACINTYRE 2004 — Alasdair C. MACINTYRE: Ztráta ctnosti: k morální krizi současnosti. Praha 2004

MAKAR 2009 — Jason Paul MAKAR: Post-abortion Stress Syndrome and Personhood. Washington, D.C. 2009

MENKES/SARNAT/MARIA 2011 — John H. MENKES / Harvey B. SARNAT / Bernard L. MARIA: Listina základních práv a svobod: komentář. Praha 2011

MEYENDORFF 1984 — John MEYENDORFF: Marriage An Orthodox Perspective. New York 1984

MUNTAU 2014 — Ania MUNTAU: Pediatrie. Praha 2014²

NISHIDA/SAKUMA 2009 — H. NISHIDA / I. SAKUMA: Limit of viability in Japan: ethical consideration. In: *Journal of Perinatal medicine*, 2009, 457–460

PAVEL II. 1987 — Jan PAVEL II.: Encyklika Jana Pavla II. o starosti církve o sociální otázky z 30. prosince 1987. In: *Sociální encykliky (1891-1991)*, 1996.

PAVEL II. 1995 — Jan PAVEL II.: Encyklika *Evangelium Vitae*. In: *Sociální encykliky (1891-1991)*, 1996.

PAVEL VI. 1969 — Jan PAVEL IV.: *Gaudium et spes: pastorální konstituce o církvi v dnešním světě*. Praha: 1969

PITTEROVÁ 2009 — Jana PITTEROVÁ (PŘEKLAD): *Instrukce Dignitas personae o některých otázkách bioetiky*. Kostelní Vydří 2009

PIUS IX. 1931 — PIUS IX.: Encyklika *Quadragesimo anno*. In: *Sociální encykliky (1891-1991)*, 1996, 79.

POKLUDA 2015 — Jan POKLUDA: *Naturalistický omyl jako argumentační faul*. Brno 2015

POSPÍŠIL/LANGÁŠEK/ŠIMÍČEK/WEGNEROVÁ 2012 — Ivo POSPÍŠIL / Tomáš LANGÁŠEK / Vojtěch ŠIMÍČEK / Eliška WAGNEROVÁ: *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha 2012

POTTS/DIGGORY/PEEL 1977 — Malcolm POTTS / Peter DIGGORY / John PEEL: *Abortion*. In: *Journal of Social Policy*, 1977, 575

PRAŠKO/PAŠKOVÁ/SOUKUPOVÁ/TICHÝ 2001 — Ján PRAŠKO / Beata PAŠKOVÁ / Naděžda SOUKUPOVÁ / Vlastimil TICHÝ: *Posttraumatické stresové poruchy – II. díl – léčba*. In: *Psychiatrie pro praxi*, 2001, 206–211, <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/04.pdf>, vyhledáno 1. 3. 2017

PTÁČEK/BARTŮNĚK 2011 — Radek PTÁČEK / Petr BARTŮNĚK: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha 2011

RATISLAVOVÁ 2016 — Kateřina RATISLAVOVÁ: *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha 2016

ROBERTSON 2011 — Patrick ROBERTSON: *Robertsons book of firsts: who did what for the first time*. New York: 2011

ROZTOČIL 2017 — Aleš ROZTOČIL: Moderní porodnictví. Praha 2017²

ROZTOČIL/BARTOŠ 2011 — Aleš ROZTOČIL / Pavel BARTOŠ: Moderní gynekologie. Praha 1995

RUSSO 2002 — Nancy F. RUSSO: What is it? What's the evidence? In: IX Congress of the Mexican Social Psychological Association, 2002.

RUSSO/DABUL 1997 — Nancy RUSSO / Amy DABUL: The Relationship of Abortion to Well-Being. In: Professional psychology: research and practice, 1997, 23–31

SADLER 2011 — Thomas W. SADLER: Langmanova lékařská embryologie. Praha 2011

SINGER 2012 — D. SINGER: Langzeitüberleben von Frühgeborenen. In: Bundesgesundheitsblatt, 2012, 568–575

SINGH/WULF/HUSSAIN/BANKOLE/SEDGH 2009 — Susheela SINGH / Deirdre WULF / Rubina HUSSAIN / Akinrinola BANKOLE / Gilda SEDGH: Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. New York 2009, <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AWWfullreport.pdf>, vyhledáno 3. 5. 2017

SLÍPKA 2012 — Jaroslav SLÍPKA: Základy embryologie. Praha 2012

SOKOL 2015 — Jan SOKOL: Moc, peníze a právo: esej o společnosti a jejích institucích. Praha 2015

SOKOL 2016a — Jan SOKOL: Člověk jako osoba: filosofická antropologie. Praha 2016³

SOKOL 2016b — Jan SOKOL: Kde se berou lidská práva? In: Jan Sokol oficiální web, <http://www.jansokol.cz/2016/01/kde-se-berou-lidska-prava-2/>, vyhledáno 1. 3. 2017

STAUDT 2014 — Franz STAUDT: Kinder-EEG. Berlin 2014

Strafgesetzbuch (StGB), Schwangerschaftsabbruch

Strafgesetzbuch (StGB), Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

STRAŇÁK/JANOTA 2015 — Zbyněk STRAŇÁK / Jan JANOTA: Neonatologie. Praha 2015²

STRATENWERTH/KAUFMANN/GEILEN/HIRSCH/SCHREIBER/JAKOBS/LOOS 2017 — Günter STRATENWERTH / Armin KAUFMANN / Gerd GEILEN / Hans J. HIRSCH / Hans-

Ludwig SCHREIBER, Günther JAKOBS / Fritz LOOS: Festschrift für Hans Welzel zum 70. Geburtstag am 25. März 1974. Berlin 2017, www.bing.com/cr?IG=4E1ECBDABE684DD8958EB892FB126BFB&CID=163EFAFA85CB6D7406D4F1DA84CD6CD2&rd=1&h=LgVZc9avbZ1hfr33mxLTx1b_79Y5bpF1jq620Qq59M0&v=1&r=https%3a%2f%2fwww.lehmanns.de%2fshop%2ffrecht-steuern%2f18763665-9783111798790-festschrift-fuer-hans-welzel-zum-70-geburtstag-am-25-maerz-1974&p=DevEx,5064.1, vyhledáno 5. 11. 2017

ŠIPR/KRUMPOLC/MIČO 2006 — Květoslav ŠIPR / Eduard KRUMPOLC / Milan MIČO: *Donum vitae: sborník studií o etických aspektech začátku individuálního lidského života a instrukce Kongregace pro nauku víry o respektování počínajícího lidského života a důstojnosti plazení: odpovědi na některé aktuální otázky*. Olomouc 2006

UHL 2017 — Bernhard UHL: *Gynäkologie und Geburtshilfe compact*. Cambridge 2017

UZEL 2002 — Radim UZEL: *Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě*. In: *Interní medicína: mezioborové přehledy*, 2002, 4–6, <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>, vyhledáno 12. 10. 2017

ÚZIS 2013 — ÚZIS: *Potraty*. Praha 2013

ÚZIS 2014 — ÚZIS: *Zdravotnická statistika*. Praha 2014

VÁCHA 2012 — Marek VÁCHA: *Naturalistický chybný závěr*. In: Youtube, <https://www.youtube.com/watch?v=OZ7W9xcee6k>, vyhledáno 20. 10. 2017

WARREN/HARVEY/HENDERSON 2010 — Jocelyn WARREN / Marie HARVEY / Jillian HENDERSON: *Do Depression and Low Self-Esteem Follow Abortion Among Adolescents?* In: *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2010, 230–235

WHO 2000 — WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States*. Copenhagen 2000³ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/120226/E71193.pdf

Zákon č. 117/1852 Trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství.

ŽIŽLAVSKÝ 2013 — Václav ŽIŽLAVSKÝ: Viabilita. In: Česká gynekologie, 2013,
573–583