

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Terezie Kučerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Etická dilemata interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka

Diplomová práce

2022

Bc. Terezie Kučerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Terezie Kučerová**
Osobní číslo: **Z20386**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Etická dilemata interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka**
Téma práce anglicky: **Ethical dilemmas of abortions from the perspective of a healthcare professional**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2012. ISBN 9788073302146.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. aktual. a rozš. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 9788074922046.
3. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.
4. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.
5. SKOPALOVÁ, Jitka. *Vybrané kapitoly ze zdravotnické etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 9788024440835.

Vedoucí diplomové práce: **doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Etická dilemata interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 4. 2022

Bc. Terezie Kučerová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych touto cestou poděkovat mé rodině a manželovi, kteří mě po celou dobu studia podporovali, neboť to mnohdy nebyla lehká cesta a bylo potřeba nejen psychické podpory. Můj manžel se mnou posledních několik měsíců musel tiše trpět a má na dokončení diplomové práce největší zásluhy. Děkuji taktéž kamarádům, spolužákům a kolegyním, kteří ve mě věřili a podporovali mé úsilí se dále vzdělávat.

Velké díky patří panu doc. RNDr. ThLic. Karlu Sládkovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a jeho povzbudivá slova.

ANOTACE

Diplomová práce s názvem „Etická dilemata interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka“ je zaměřena na etická dilemata, které se k provádění umělého ukončení gravidity vztahují. Teoretická část diplomové práce se zabývá eticko-filozoficko-právní rovinou interrupcí. Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zdravotnickými pracovníky gynekologicko-porodnického oddělení.

KLÍČOVÁ SLOVA

Interrupce, etická dilemata, zdravotnická etika, zdravotnický pracovník

TITLE

Ethical dilemmas of abortions from the perspective of a healthcare professional

ANNOTATION

The diploma thesis entitled "Ethical dilemmas of abortions from the perspective of a healthcare professional" is focused on ethical dilemmas that relate to the implementation of abortion. The theoretical part of the diploma thesis deals with the ethical-philosophical-legal level of abortion. The practical part deals with qualitative research using semi-structured interviews with health professionals of the gynecology and obstetrics department.

KEYWORDS

Abortion, ethical dilemmas, health ethics, healthcare professional

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Teoretická část	13
1.2 Průzkumná část	13
Teoretická část	14
2 Interrupce v kontextu (nejen) zdravotnické etiky	14
2.1.1 Etické jednání zdravotníka v otázce interrupce	15
2.2 Svědomí v práci zdravotníka.....	17
2.3 Interrupce v kontextu práva	19
2.4 Etický kodex - závazek etického chování	20
2.4.1 Historický kontext interrupcí v etických dokumentech.....	23
2.5 Informovaný souhlas jako prevence etického konfliktu	23
2.6 Interrupce a etické komise	25
3 Etická problematika interrupcí pohledem (bio)etiky	28
3.1 Etická dilemata interrupcí	29
3.2 Problém lidské osoby	30
3.2.1 Status lidského embrya	31
3.2.2 Ontologický personalismus.....	32
3.2.3 Empirický funkcionalismus	33
3.3 Etické postoje k umělému ukončení gravidity	34
3.3.1 Strategie Hnutí pro život.....	34
3.3.2 Strategie Hnutí pro volbu.....	36
Praktická část	38
4 Metodika	39
4.1 Sběr dat.....	39
4.1.1 Charakteristika informantek	40

4.1.2	Zpracování získaných dat	42
5	Obsahová analýza	43
5.1	Osobní přístup k interrupcím	43
5.1.1	Postoj k interrupcím.....	43
5.1.2	Výhrady svědomí.....	44
5.1.3	Podmínky výkonu interrupce.....	47
5.1.4	Vlastní zkušenost s interrupcí	48
5.1.5	Názor na českou legislativní praxi.....	49
5.2	Etická dilemata interrupcí	51
5.2.1	Osobní vnímání etických dilemat interrupcí.....	52
5.2.2	Právo na život a jeho počátek	54
5.2.3	Status embrya.....	55
7	Diskuze	58
8	Závěr	65
9	Použitá literatura	68
10	Seznam příloh	74
11	Přílohy.....	75

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Délka rozhovorů	40
Tabulka 2 - Charakteristika informantek	40

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ACOG	American College of Obstetricians
AV ČR	Akademie věd České republiky
ČNR	Česká národní rada
ČR	Česká republika
DPPD	Deklarace práv počatého dítěte
FZS	Fakulta zdravotnických studií
ICM	The International Confederation of Midwives
NARAL	National Association for the Repeal of Abortion Laws
OSN	Organizace spojených národů
PA	Porodní asistentka
Sb.	Sbírka
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
UUT	Umělé ukončení těhotenství

ÚVOD

Interrupce je umělým ukončením gravidity před dosažením životaschopnosti plodu. Provedení takového zákroku je upraveno v každé zemi zákonem. V České republice je možné ukončit těhotenství na žádost ženy bez zdravotní indikace do 12. týdne gravidity. Ze zdravotní indikace ženy, či plodu je možné graviditu ukončit do 24. týdne. Interrupce je možné podstoupit pouze ve zdravotnickém zařízení. Problematika interrupcí spočívá v řadě společenských, náboženských, etických a jiných předsudků. (Němec in Koliba, Weiss, Němec et al., 2019, str. 318-319)

Interrupce má své zastánce i odpůrce, přičemž debaty mezi nimi bývají často vyostřené. Často je to prezentováno jako boj mezi dobrem a zlem, přičemž každá strana démonizuje tu druhou. Je zřejmé, že je potřeba vnímat interrupce v širokém kontextu s různě odstupňovanou etickou závažností. (Heřmanová, 2012, str. 395-397)

Dochází ke konfliktu mezi právem matky na sebeurčení a jejím svobodným (ne)přijetím plodu na jedné straně a právem na ochranu lidského života na straně druhé. Ti, kteří přistupují k lidské existenci už od početí, chápou potrat jako úmyslné zabití, zatímco ti, kteří právo na život přiznávají až v pozdějším vývoji, či až po porodu, považují potrat za přípustný. (Sládek, 2021, str. 50)

Tato diplomová práce se zabývá etickými dilematy interrupcí, se kterými se při vykonávání svého zdravotnického povolání setkávají zdravotničtí pracovníci. Cílem je objasnit nejen názory na etická dilemata, která tento výkon interrupce přináší a rozděluje tak svět na dva pomyslné tábory, ale též, zdali zdravotníci přistupují k provádění interrupcí s výhradami svědomí a jaké podmínky musí být splněny, aby tyto výhrady neměli.

Tato diplomová práce nedává jasnou odpověď na to, jakým způsobem by se zdravotničtí pracovníci měli stavět k etickým otázkám interrupce, ale představuje názory vybraného vzorku zdravotníků, konkrétně porodních asistentek jedné nemocnice.

1 CÍL PRÁCE

Diplomová práce řeší cíle v teoretické a empirické rovině.

1.1 Teoretická část

Teoretický cíl: Popsat umělé ukončení gravidity z hlediska eticko-filozoficko-právní roviny v práci zdravotnického pracovníka.

Veškeré zdroje informací byly získány z odborné literatury a článků. Literární rešerše byla provedena prostřednictvím Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje a portálů medvik.cz a pubmed.gov.

1.2 Průzkumná část

Průzkumný cíl 1: Zjistit, zda jsou výhrady svědomí součástí postoje zdravotnických pracovníků při asistenci u umělého ukončení gravidity.

Průzkumný cíl 2: Zjistit, zda osobní zkušenost s interrupcemi ovlivňuje postoje zdravotníků k interrupcím.

Průzkumný cíl 3: Objasnit názory zdravotnických pracovníků na etická dilemata interrupcí.

Průzkumný cíl 4: Objasnit názory zdravotnických pracovníků na otázku lidského života v souvislosti s právem na život.

Průzkumných cílů bylo dosaženo provedením polostrukturovaných rozhovorů s informantkami.

TEORETICKÁ ČÁST

2 INTERRUPCE V KONTEXTU (NEJEN) ZDRAVOTNICKÉ ETIKY

Etika v medicíně není pouze filozofickou disciplínou zkoumající morálku či morálně relevantní jednání, nýbrž představuje praktický a reálný aspekt veškerého rozhodování a činnosti v medicíně. (Máca, Ptáček in Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 79)

Etika je klíčovým prvkem zdravotnictví, neboť se zabývá smyslem života a ten má ke zdraví velmi blízko. Je reflexí z hlediska mravnosti nejen lékařského jednání, ale i jednání všech zdravotníků. Tradice lékařské etiky trvá tisíce let. Náboženské, kulturní a filozofické zdroje přispěly k zakotvení ochrany lidských hodnot a etické kodexy slouží jako sjednocovací prvek profesní skupiny. Ta má v sobě zakotvená pravidla jednání, chování a hranic, jejichž překročení je považováno za neetické. (Skopalová, 2014, str. 32)

K tomu, aby zdravotnický pracovník mohl poskytovat vynikající zdravotní péči, musí rozumět pojmům, jako jsou informovaný souhlas, pravdomluvnost, důvěrnost, soukromí, schopnost rozhodovat se, zástupné rozhodování, rozumět rozdílu mezi výzkumem a klinickou péčí, musí pochopit, co obnáší pojem péče na konci života. Musí tyto termíny znát a umět je promyšleně aplikovat, neboť se s nimi setkává ve své každodenní praxi. Zdravotnickými pracovníky myslíme všechny, kteří jsou zodpovědní za blaho pacientů, tedy nejenom lékaře a zdravotní sestry, ale i sociální pracovníky, psychology, klinické etiky, technické pracovníky, nemocniční kaplany či studenty připravující se na výkon těchto povolání. Etická témata jsou obsažena v každém setkání mezi pacientem a zdravotníkem. Péče o pacienty totiž často zahrnuje nejen věcné, ale i morální aspekty. Základem klinického setkání je terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem, vztah, který je prostoupen etickou odpovědností. Lékař započíná vztah s pacientem profesionální identitou, považující za prioritu zájmy pacienta, zavazuje se zasvětit kompetentní péči o pacienta, zachovat důvěru a komunikovat s veškerou čestností a se soucitem. Terapeutický vztah, zdravotní péče a etické povinnosti obvykle běží hladce pospolu, neboť společným cílem lékaře a pacienta je řešení medicínského problému a potřeb pacienta.

Zdravotnický pracovník by měl zvládat základní etická témata, jako jsou již zmíněný informovaný souhlas, zástupné rozhodování nebo témata týkající se smrti. Měl by být

schopen identifikovat etickou otázku a dosáhnout argumenty zdůvodněného závěru a doporučení ke konkrétnímu jednání. (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, str. 7-8)

Aby mohl zdravotník správně eticky rozhodovat v oboru gynekologie a porodnictví, je nutné si osvojit systém obecných etických pravidel, která mu budou pomáhat v řešení praktických situací. Musí si být jistý, že se jeho rozhodnutí odvíjí od obecných principů a není tak výsledkem náhodné souhry intuice, emocí, tlaku okolí a předsudků. Již od Hippokratovy přísahy až po moderní profesní etické kodexy se datuje systematizace etických principů. I přes to, že existuje nepřehledné množství dostupné literatury, je nutné si uvědomit, že nelze kodifikovat vlastní etické rozhodnutí. Je totiž vždy individuálně vázané na určitou reálnou situaci. Kodifikovat lze hodnotové systémy a obecné principy, které zdravotníky v jejich rozhodování provázejí. (Křepelka in Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 105)

2.1.1 Etické jednání zdravotníka v otázce interrupce

Hodnotíme-li umělé ukončení gravidity z pohledu zdravotníka, je důležité, aby mravní posouzení potratu bylo záležitostí svědomí každé jednotlivé ženy. Pro ženu se jedná z psychologického hlediska o mimořádně velkou zátěž, která zanechává menší či větší psychické následky. Smyslem institucí, ve kterých ženy hledají útočiště, je jim pomáhat, ne je obviňovat. Ženě se musí umožnit svobodně rozhodovat a je zcela nepřijatelné s těmito ženami jakkoliv manipulovat. Nutným předpokladem je pro zdravotníka dostatek odpovídajících informací a schopnost argumentovat a poskytnout ženě dostatek informací pro i proti interrupci. Rozhodnutí necháváme samozřejmě vždy na ni. (Bužgová, 2013, str. 78-79)

Etická jednání sester jsou ovlivněna mnoha faktory. Mezi tyto faktory patří:

- Filozofické, ideové a náboženské postoje a názory
- Teorie ošetrovatelství a ošetrovatelské etiky
- Právní systém a zákonné normy, které řídí zdravotní péči
- Vědecko-technická úroveň a personální a materiální vybavení pracoviště
- Postavení zdravotníků, vymezené povinnosti a odpovědnost
- Osobní vlastnosti a úroveň mezilidských vztahů na daném pracovišti.

Etická povinnost zdravotníka se ztotožňuje s principem odpovědnosti. Tam, kde má sestra povinnost, má i odpovědnost. (Kutnohorská, 2007, str. 37-41)

Zdravotníci mají své morální hodnoty, a tak se nemusí účastnit daných jednání, pokud je jednání z jejich pohledu nemorální. Formování výhrady svědomí je vážným morálním aktem,

který volá po promyšlené reflexi, že ten, který něco odmítá, je připraven přijmout právní důsledky, vyplývající z porušení práva této věci. Důležité je zveřejnění této námitky. Ti, kteří podávají námitku na podkladě svého svědomí, mohou předat pacienta jinému poskytovateli služeb, což je též kontroverzní. Někdo by to považoval za spoluúčast na nemorálním jednání a tak je nejjednodušší cestou odmítnutí. Odhlédnutí od kontroverzí, které tento postoj nese, může také znamenat morálně těžké neakceptovatelné poškození pacienta. (Jonsen, Sieger, Winslade, 2019, str. 105)

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) vydala v roce 2010 (upraveno v roce 2013) rozsah kompetencí pro základní praxi porodních asistentek. Porodní asistentky poskytují řadu individuálních a kulturně citlivých služeb souvisejících s výkonem interrupce pro ženy, které tyto služby vyžadují nebo zažívají ukončení gravidity, či její ztrátu. Tyto služby konají na základě platných právních předpisů a národních protokolů. Schopností porodní asistentky je posouzení stáří gravidity dle poslední menstruace, bimanuálního vyšetření či těhotenského testu z moči ženy. PA zaznamenává sociální a klinickou anamnézu a zjišťuje kontraindikace k plánovanému typu interrupce. Informuje ženy, které potrat zvažují, ale dítě si ponechají, o dostupných službách. Dále pak informuje ženy, které interrupci podstupují o možnostech, kde tento výkon podstoupit. PA podporuje ženu v její volbě. Vzdělává a informuje ženy a jejich rodiny o sexualitě a plánování rodičovství po potratu, poskytuje služby plánovaného rodičovství jako součást péče související s interrupcemi. Dle tohoto dokumentu má porodní asistentka oplývat znalostmi politiky, zákonů a předpisů vztahujících se k interrupci. Zná faktory, které ovlivňují rozhodování o neplánované graviditě, pacientku edukuje o vhodných metodách plánovaného rodičovství vhodných v období po potratu, poskytuje ženám péči, informace i podporu, která je během a po provedení interrupce potřebná. Porodní asistentka ovládá medicínská kritéria pro všechny dostupné metody interrupcí, dále pak farmakoterapeutické základy léčiv, které jsou doporučeny pro vyvolání potratu. Reaguje na nefyziologický proces zavinování dělohy, neúplné vypuzení plodu a přetrvávající děložní krvácení jako příznak komplikace interrupce a život ohrožujících stavů. PA by měla podporovat ženy, aby jejich požadavky byly vyslyšeny a aby byla respektována jejich volba ohledně zdravotní péče. (Unie porodních asistentek, @2018)

Ošetřovatelství zajišťuje člověku péči od početí až do smrti, z tohoto důvodu etické principy vyplývají nejen z obecně platných norem, ale též z konkrétních situací a činů. To všechno vzhledem k následkům, ke kterým vedou. Principy zdravotnické etiky přispívají k řešení

etických zdravotnických dilemat, neboť snižují osobní nejistotu a představují návod na řešení problémů v duchu deontologických teorií a požadavků. (Ondriová, 2021, str. 17-18)

2.2 Svědomí v práci zdravotníka

Co znamená jednat podle svého svědomí, nebo co je vlastně svědomí? V dnešní době se jedná o pojem velice neurčitý a bývá vysvětlován různě. Jednání podle určitého vnuknutí na základě pocitů a emocí, či přizpůsobení se určitým zvyklostem. Někdo myslí v těchto souvislostech na osobní autonomii a svobodu, či si svědomí představuje jako respektování určitých tabu. Jiní si pletou svědomí se slepou poslušností vůči autoritám různého druhu. (Munzarová, 2005, str. 58)

K porozumění etiky ve zdravotnictví je důležité pohlédnout do filozoficko-psychologické historie a objasnit, co znamená pojem svědomí. Člověk se chová mravně pouze tehdy, jedná-li ve shodě se svým svědomím. Svědomí je z psychologického hlediska vnímáno jako internalizace norem. To znamená, že se s těmito normami musí jedinec identifikovat.

S. Freud (1856- 1939, rakouský lékař a psychiatr) vytvořil teorii, podle které se svědomí vyvíjí v návaznosti vrstev osobnosti. První fáze, tzv. tabu, jedná o respektování příkazů rodičů jedince, především ve vztahu k pudovým potřebám jejich dítěte, tedy dimenze id. Mezi pátým a šestým rokem je svědomí utvářeno v souvislosti s tzv. Oidipovým a Elektriálním komplexem do sféry superega. To je pak potřeba v dalším vývoji propojit s dimenzí ega. Významem tohoto pojetí je chápání svědomí jako vyvíjejícího se fenoménu. Jeho hypotézu však odmítá C.G. Jung (1875- 1961, švýcarský psycholog a psychoterapeut), který chápe nevědomí ve smyslu tvořivé součásti psychiky a ne jako „odkladiště“ potlačených potřeb. Dle něj zakotvuje svědomí hluboko v duši člověka a vlastní jádro jeho pojetí tvoří tzv. archetypy. Ty jsou uloženy v kolektivním nevědomí jako důsledek elementárních prazážitků. V případě morální kolize se z hlubin archetypálních představ vynořuje emocionální pohnutka k příslušnému jednání. Vnímáme svědomí tedy jako vrozené.

Podle sociální psychologie je svědomí závislé na sociokulturních vlivech, které mohou být velice rozdílné. Co jedna kultura chápe jako dobro, může druhá odsuzovat jako zlo. Svědomí nezačíná od nuly, ale jeho vlastnosti jsou ovlivnitelné edukací a výchovou. Význam výchovy v oblasti etiky tkví v nepřetržitém rozvoji niterného obsahu našeho svědomí a v neustálém vedení člověka k odpovědnosti a lidství. (Raudenská, Javůrková, 2011, str. 440)

Svědomí je často používáno v kontextu mravních disputací. Pojem svědomí se objevuje v závazných návodech etického jednání lékařských pracovníků. V Etickém kodexu České

lékařské komory (platné od 1. 1. 1996) je jednání dle svého vlastního svědomí zmiňováno následovně. Jestliže takový lékařský výkon nebo spoluúčast na něm lékaři odporuje jeho svědomí, nemůže být k takovému výkonu nucen. Lékař se musí řídit výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta, nikoliv komerčními hledisky. Individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře je možné zadržet informaci.

Lékař se nemusí s vědomím osobního rizika cítit být vázán zákony a předpisy, jestliže svým obsahem, nebo důsledky narušují lékařskou etiku a ohrožují tak základní lidská práva. Z tohoto vyplývá, že svědomí jedince je velmi důležitým prvkem, který je třeba brát v potaz. Dokonce může, nebo by i měl, vést k rozhodnutí jinak, než nařizuje nesprávné zákonné ustanovení. (Munzarová, 2005, str. 58)

Lékař se setkává ve zdravotnické praxi každý den se zkušeností svědomí a svobodné volby uskutečnit či neuskutečnit konkrétní zákrok pro dobro pacienta. Přebíráním nesprávných modelů chování a názorů může být však svědomí ve vztahu k objektivním vzorcům a etickým normám i mylné. Lékař může být konfrontován i mylným svědomím pacientů, jakými jsou například odmítači transfuzí z náboženských důvodů. Co se týče interrupcí, nalezneme lékaře gynekology, kteří z výhrady svědomí odmítají vykonávat interrupce z jiné, než zdravotní indikace, převážně když je ohrožen život matky. (Sládek, 2021, str. 49)

Pro formaci svědomí je důležitá konfrontace s již stanovenými normami, které jsou sociálními pravidly jednání. Existují normy právní, které lze vynutit a sociální, které jsou nabídnuty k přijetí. Příkladem je lékařský kodex. (Sládek, 2021, str. 53)

Výhradu svědomí můžeme definovat jako odmítnutí plnění povinností, kterou úřední orgány nebo právní normy vyžadují vykonat, s odvoláním na požadavek svědomí, který se přičí vykonání dané činnosti. Toto odmítnutí chce vznést nadřazenost morálního zákona nad právním. Výhrada svědomí vychází nepochybně ze základních lidských práv, která nám umožňují svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání. Osobní hodnoty a postoje ovlivňují profesní život každého z nás. Proto řada profesních organizací vydává vlastní etické kodexy. (Lojková, 2011, str. 13)

Dle Mezinárodního etického kodexu porodních asistentek mohou i porodní asistentky odmítnout účast na činnostech, které by byly proti jejich svědomí či morálnímu přesvědčení, ale důraz na individuální svědomí by neměl bránit ženám/klientkám v přístupu k základním zdravotnickým službám. Tyto porodní asistentky, kterým vlastní svědomí určité služby

nedovoluje poskytnout, musí ženu odkázat k jiné poskytovateli služeb, která požadavku ženy vyhoví. (Česká komora porodních asistentek, @2022)

2.3 Interrupce v kontextu práva

Často se v praxi etického uvažování setkáváme s otázkou právních dopadů jednání. Jedná se o rozmýšlení nad dopady daného jednání, které mohou být později právně postižitelné a napadnutelné. Právní norma se tak stává mnohokrát prvním vodítkem k jednání. (Sládek, 2021, str. 51-52)

Evropský soud pro lidská práva dostává stále větší okruh stížností, vyplývajících ze sporů o práva v oblasti reprodukčního zdraví. Problematika provádění umělého ukončení gravidity tvoří první kategorii sporů v oblasti reprodukčního zdraví, ačkoliv může být tato skutečnost vzhledem k liberálnímu přístupu ČR poněkud překvapivá. (Malíř, Doležal, 2016, str. 134)

Interrupce jako operační výkon, je v České republice legislativně povolen zákonem ČNR č. 66/1986 Sb., a vyhláškou MZ ČSR č. 15/1986 Sb. Umělé ukončení těhotenství je zákonem upraveno se zřetelem na ochranu zdraví a života ženy. V zájmu plánovaného rodičovství stanovuje podmínky pro provádění tohoto výkonu. (Roztočil, 2017, str. 350)

Právo rozlišuje interrupci ze zdravotní indikace, kdy je ohrožen život plodu či matky, nebo jestliže jde o vadný genetický vývoj plodu, tedy umělé ukončení gravidity na žádost ženy. Prakticky bez důvodu ale považuje umělé přerušení gravidity na žádost ženy pod 12 týdnů gravidity, nebrání-li tomu zdravotní důvody. V minulosti se proti takto koncipovanému právu ženy objevily výhrady a uvažovalo se o nové právní úpravě, která by zpřísnila podmínky provedení interrupcí, či dokonce tento výkon zakázala. K této právní úpravě nakonec nedošlo. Jedním argumentem byl totiž odkaz na rozpor s Listinou základních práv a svobod (dále Listina), podle níž má každý právo na život. Avšak pojem „každý“ se vztahuje k narozenému občanu, tj. fyzické osobě. Ani citace, že je lidský život hoděn ochrany již před narozením, neznamena zákaz interrupcí. Požadavek Listiny je pln řady ustanovení z oblastí, jako je trestní právo (vyvolání potratu a usmrcení plodu je kvalifikováno jako těžké ublížení na zdraví), pracovní právo (zvláštní ochrana a podmínky těhotných žen), zdravotnické právo (ochrana zdraví gravidních žen, dispenzární péče, preventivní prohlídky apod.) a samotné požadavky lékařské vědy. Nepochází však k popírání práva ženy rozhodovat o svém mateřství.

Tento výkon umožňují platné předpisy provádět výlučně ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, nikoliv v ambulantních. Výjimkou nejsou ani miniinterrupce. Zdravotnickému zařízení vzniká i též ohlašovací povinnost pro statistické účely. Žena může k umělému ukončení

gravidity přistoupit výlučně s výslovným souhlasem, a to i pokud je přímo ohroženo její zdraví či život ženy. Sporný je případ, kdy je problematická způsobilost ženy k právním úkonům, i když zákon o umělém ukončení gravidity výslovně ustanovení v tomto směru postrádá. U nezletilé ženy je nutný její souhlas vždy, bez ohledu na její věk. U ženy mladší 16 let je též nutný souhlas zákonného zástupce. U dívek ve věku šestnácti až osmnácti let je stanovena povinnost zdravotnického zařízení informovat zákonného zástupce o interrupci neprodleně po provedení výkonu ústně, či písemnou formou do vlastních rukou. Je naléhavé o této povinnosti zdravotnického zařízení informovat i žadatelku, aby nedošlo k dramatickým dozvukům, které již dokonce skončily v konkrétním případě tragicky. (Stolínová, Mach, 2010, str. 239)

Výchovou k plánovanému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních by se stejně jako výchovným působením a využíváním prostředků k zabránění těhotenství mělo předcházet těmto nechtěným těhotenstvím. Do 24. týdne gravidity lze provést umělé ukončení gravidity ze zdravotní indikace se souhlasem ženy nebo z jejího podnětu, pokud je ohrožen její život, či zdravý vývoj plodu dle genetické indikace. Lékař je povinen při sepisování žádosti o umělé ukončení těhotenství, poučit ženu o možných zdravotních komplikacích vyplývajících z umělého ukončení těhotenství. Taktéž o možnostech a metodách používání antikoncepčních prostředků. Umělé ukončení těhotenství se neprovádí ženám, které nemají v ČR trvalý pobyt. (Roztočil, 2017, str. 350)

I kdyby se člověk snažil z různých důvodů přizpůsobit vnějším normám, pravidlům a příkazům, nemohou ho změnit jako člověka. Když nedojde k přijetí těchto výše zmíněných norem a pravidel za vlastní, stejně jako k jejich zvnitřnění ve spiritualitě, přizpůsobuje se člověk pouze vnějším normám, aniž by došlo ke zpětné vazbě, zda jsou či nejsou v rozporu s jeho svědomím. (Sládek, 2021, str. 52)

2.4 Etický kodex - závazek etického chování

Svědomí společně se spiritualitou a sdíleným étosem vytvářejí příkázání, normy a dnešní kodexy, které charakterizují étos konkrétní profese. Pravděpodobně každý tento kodex se odvolává na kontinuitu od Hippokratovy přísahy, která byla sepsána v 5. století před naším letopočtem několika autory. S výjimkou dobových kontextů je i dnes inspirativní pro mladé lékaře v úctě ke svým učitelům a jeho rodině, pokračování lékařské profese jako rodinné tradice či konání všeho ve prospěch zdraví pacienta a zabránění všemu škodlivému. (Sládek, 2021, str. 55-56)

Etické kodexy zavazují k určitému chování především lékaře, později i zdravotní (resp. všeobecné) sestry a další pomáhající profese. Existuje jich celá řada. Nejstarším a nejcitovanějším je již zmíněna Hippokratova přísaha. To, že byla přísaha napsána více autory, zapříčiňuje více variant přísahy a kontroverzi některých částí.

Profesor Ondřej Schrutz přeložil přísahu poprvé do češtiny, a díky tomu se přísaha stala známá i laické veřejnosti. Dodnes si laická i část odborné veřejnosti myslí, že lékaři při své promoci přísahají na Hippokratovu přísahu, nebo alespoň na její část. Většina zemí však toto již dávno opustila a akceptují pouze různé druhy promočních slibů. Všechny ale spojuje následující- zachování mlčenlivosti, dobro pro nemocného, úctu ke kolegům a učitelům, ke své škole, výjimečnost lékařského povolání a dodržení etických norem. (Haškovcová in Ptáček, Bartůněk a kol., 2017, str. 217-218)

Etický kodex je v psané formě a obsahuje etické principy v různé míře, etická pravidla, charakteristiku profesionála a základní principy profesní praxe. Nenajdeme zde ale odpovědi na praktické provedení etických zásad, řešení konkrétních situací, ani všechny podmínky, které by se měly v dané chvíli vzít v potaz. Etické kodexy určují etické normy ve zdravotnictví, nemají právní charakter. (Skopalová, 2014, str. 28-33)

Proto je problematická vymahatelnost a praktická kontrola dodržování etických kodexů. Skutečný trest postihne lékaře jen v případě, že se proviní nejen proti dobrým mravům, a tím i etickému kodexu, ale i proti závažným právním předpisům. Všichni lékaři by měli znát právní závaznost Etického kodexu České lékařské komory. (Haškovcová in Ptáček, Bartůněk, Mach a kol., 2017, str. 222)

Je nutno učit se etickým principům a mravnímu jednání, pěstovat k nim citlivost a uvědomovat si, že v praxi nelze spoléhat na intuici a že mravní postoje k pacientovi nejsou dány „shůry“. Etický kodex ve zdravotnictví je veřejným prohlášením toho, co se ve zdravotnickém povolání chápe jako etické chování.

Mezinárodní etický kodex porodních asistentek byl vydán Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM) v roce 2008 s cílem zlepšit standardy péče poskytované ženám, dětem a jejich rodinám po celém světě. Tímto kodexem se má řídit vzdělávání, praxe i výzkum v porodní asistenci. Ženy jsou kodexem uznány jako osoby s lidskými právy. Kodex usiluje o spravedlnost pro každého člověka, stejně tak rovný přístup k poskytované zdravotní péči. Vychází ze vzájemných vztahů, které jsou založené na důvěře, respektu a důstojnosti všech členů dané společnosti. Zabývá se etickými povinnostmi porodních asistentek

odpovídající poslání, mezinárodní definici porodních asistentek a standardům ICM. Podpora zdraví a prospěch žen, dětí a jejich rodin je zahrnuta od začátku reprodukčního cyklu ženy až po menopauzu a konec života. Vztahy porodních asistentek k ostatním osobám, praxi porodní asistence, dodržování profesní odpovědnosti a povinností, způsob zachování bezúhonnosti profese jsou upraveny etickými povinnostmi.

Jak již bylo zmíněno výše, dle tohoto etického kodexu mohou porodní asistentky odmítnout účast na činnostech, které by byly proti jejich morálnímu přesvědčení, ale důraz na individuální svědomí by neměl bránit ženám/klientkám v přístupu k základním zdravotnickým službám. Tyto porodní asistentky, kterým vlastní svědomí určité služby nedovoluje poskytnout, musí ženu odkázat k jiné poskytovateli služeb, která požadavku ženy vyhoví. (Česká komora porodních asistentek, @2022)

Napsání kvalitního etického kodexu není jednoduché. Obsah by měl být stručný, nadčasový, srozumitelný a především obecně akceptovatelný. V případě změn (odborných či společenských) by měl být revidován a znám pro všechny aktéry, kterých se daný etický kodex týká. Dodržování toho kodexu musí být vynutitelné. Dodržování jednotlivých ustanovení etických kodexů není v situacích s etickými dilematy jednoduché, neboť na svědomí každého lékaře je vázaná morální odpovědnost. Žádný etický kodex neobsahuje a ani nemůže obsahovat návody a rady, jak dané dilema řešit. Konkrétní pomocí může být například rozbor kazuistik, případná rozprava ve veřejném prostoru. Profesní etické kodexy, mimo lékařství, jsou v současnosti doplňovány seznamy různých sankcí, proto se stávají jakousi částečnou legislativní pastí. V případě platných zákonů jsou tak snazší případné kontroly. (Haškovcová in Ptáček, Bartůněk, Mach et al., 2017, str. 223-224)

Moderní etické kodexy, pravidla a normy se tak v medicíně stávají základem etického rozhodování. V řadě případů dochází přímo k regulaci a řešení etických otázek, v jiných spíše naznačují směr řešení. Tato skutečnost vede k nutné znalosti aktuálních etických norem a pravidel, která je nezbytnou součástí odborné připravenosti lékaře a zdravotnického pracovníka. Smyslem etického kodexu není prvotní stanovení povinnosti, kterou by člověk musel dodržovat bez ohledu na jeho vnitřní přesvědčení, ale především zakotvení pravidel, které by pro danou osobu měly být samozřejmostí. Zároveň jsou součástí jejího vlastního svědomí, že je správné postupovat stejným způsobem, jak mu etický kodex klade za povinnost, (Máca, Ptáček in Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 79)

2.4.1 Historický kontext interrupcí v etických dokumentech

Hippokratova přísaha z let 400-300 př.n.l. hovoří o etických normách pro lékaře. Jak bylo zmíněno již výše, podle této přísahy lékař nepodá žádné ženě prostředek k vypuzení plodu, neboť svůj život a své umění bude vždy chránit v čistotě bez jakékoliv viny.

Všeobecná deklarace lidských práv byla přijata Generálním shromážděním OSN 10. prosince 1948. Deklarace vyjmenovává a popisuje základní lidská práva. Ochrana lidského života je zmíněna v člancích č. 1, 2 a 3. První článek uvádí, že se všichni lidé rodí svobodní, rovní v důstojnosti a v právech. V druhém článku je zanesen fakt, že nositelem všech práv a svobod, které zakotvuje tato deklarace je každý člověk. Článek číslo tři zastřešuje právo na svobodu života a osobní bezpečnost.

Deklarace práv počatého dítěte (DPPD) byla vyhlášena 22. Listopadu 1999. Zde je zakotveno právo na život každé počaté lidské bytosti. Dítě má podle tohoto dokumentu právo narodit se, být přijaté a milované v prostředí harmonického manželského svazku ženy a muže.

Úmluvu o právech dítěte, kterou přijalo 20. Listopadu 1989 Valné shromáždění OSN ratifikovalo 191 států. Úmluva se stala součástí mezinárodního práva a obsahuje 41 článků, které upravují práva dětí. Základní principy úmluvy jsou 4. Nediskriminace v článku č.2, nejvyšší zájmy dítěte v článku č.3, život a rozvoj v článku č.6 a účast v článku č.12. Úmluva obsahuje široké spektrum občanských, politických, hospodářských, sociálních až kulturních práv. Mezi tyto práva patří konkrétně právo na život, právo poznat své vlastní rodiče, právo na přiměřenou životní úroveň, či právo na ochranu před násilím. Každé právo, které je vyjádřené v úmluvě, je základní, vlastní a je neoddělitelné od lidské důstojnosti a harmonického vývoje každého dítěte. Uvedené práva v této úmluvě jsou právy všech dětí po celém světě. (Ondriová, Slaninková, 2012, str. 38-40)

2.5 Informovaný souhlas jako prevence etického konfliktu

Informovaný souhlas je ústřední pojem v klinické etice, jakýsi středobod etické stránky rozhodování v medicíně. Jedná se o základní prvek uplatnění autonomie pacienta ve zdravotní péči a je tak významným nástrojem ve spolurozhodování mezi lékařem a pacientem. Lékař je v medicíně odborníkem, zatímco mnohý pacient nerozumí ani nejzákladnějším medicínským pojmům, bojí se, trápí se obtížemi, má narušené vědomí či trpí psychiatrickou poruchou. Přesto je konečné rozhodnutí v rukách pacienta. (Šimek, 2015, str. 487-488)

Článek číslo 5 v Úmluvě o biomedicíně praví, že lze provést jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví pouze za podmínky, že k němu byl dotyčnou osobou poskytnut svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být před samotným výkonem/zárokem řádně informována o účelu, povaze a důsledcích daného výkonu/zároku. (Haškovcová in Ptáček, Bartůněk a kol., 2017, str. 32)

Informovaný souhlas v gynekologii a porodnictví se stal hlavním paradigmatem na ochranu práv pacientky a zárukou dodržování etických postupů. Rovněž zde platí zákonné ustanovení o respektování principu autonomie ženy. Pokud lékař či porodní asistentka navrhnou diagnostickou proceduru, operaci, či ošetření, měli by si být jisti, že pacientka navrhovanému zcela rozumí, zná svůj zdravotní stav, prognózu i komplikace léčby. Žena musí dostat informace o případných rizicích a komplikacích, které by plynuly z nepodstoupení navrhovaného postupu. Pacientka by měla mít též relevantní informace o způsobu alternativní léčby. Informovaný souhlas by měl být veden pečlivě a srozumitelně pro každou ženu.

Informované souhlasy začali vznikat v druhé polovině 20. století s cílem změnit paternalistický postoj lékařů k pacientovi. Ve Spojených státech amerických se informovaný souhlas coby etický koncept stal nedílnou součástí lékařské praxe a lékařské etiky. Výbor pro etiku Americké společnosti pro gynekologii a porodnictví (The Committee on Ethics of the American College of Obstetricians – ACOG) v roce 1980 potvrdil etický význam informovaného souhlasu. V témže roce totiž došlo k vydání prohlášení Etického výboru (The Committee on Ethics) o informovaném souhlasu (Ethical Considerations Associated with Informed Consent). Postupně přejímaly informovaný souhlas zejména hospodářsky rozvinuté země, v České republice k tomu došlo zhruba před 20 lety. Náplní oboru gynekologie a porodnictví je na jedné straně princip péče o ženu, o její reprodukci a reprodukční orgány. Zde je více než v jiných oborech postupy a vyšetřeními ženě zasahováno do intimity a důvěrné informace mohou ženu psychicky i sociálně negativně ovlivňovat. Na druhé straně je až na výjimky především gynekologická operační léčba až destrukční (odnětí orgánů, či jejich částí). Naopak v porodnictví se setkáváme s problematikou péče o fyziologické gravidity. Zde jsou zdravotnické postupy především screeningové a preventivní a umožňují tak rozdělit graviditu na fyziologickou, rizikovou a patologickou. O graviditě a porodu lze hovořit jako o fyziologickém pouze retrospektivně, až po proběhlém ději. (Pařízek in Ptáček, Bartůněk, Mach a kol., 2017, str. 121-122)

Konkrétní znění informovaného souhlasu zpravidla vytvoří poskytovatel zdravotnických služeb. Souhlas může být jednorázový, ale i všeobecný pro všechny pacienty, kteří podstoupí určitý zákrok. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č.98/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů, již nestanovuje povinné náležitosti písemného informovaného souhlasu s poskytováním zdravotních služeb/výkonů od novelizace z roku 2018. Je tedy potřeba obsah těchto informovaných souhlasů přímo odvozovat ze zdravotnického zařízení. (Václavíková, Vozáb, 2019)

Smyslem poskytnutých informací v informovaném souhlasu (nejen u umělého přerušeni gravidity) je, aby pacient věděl, co ho čeká za zákrok, a tedy rozuměl správně své aktuální situaci. Umožnit mu, aby se mohl rozhodnout, zda s navrhovaným léčebným nebo diagnostickým postupem souhlasí, či naopak. Seznámit s případnými alternativami léčby, pokud existují, a aby v otevřené komunikaci spolupracoval s lékaři. Nezanedbatelnou funkcí informovaného souhlasu je i právní ochrana lékařů před možnými stížnostmi, či právními spory.

Jak již bylo zmíněno výše, jednotlivá zdravotnická zařízení si upravují finální podoby informovaného souhlasu k provedení konkrétního výkonu, v tomto případě provedení umělého ukončení gravidity. Všechny tyto varianty mají společný základ, lišící se ve formě sdělení. Některá zařízení disponují více informovanými souhlasy pro jednotlivé metody umělého ukončení gravidity zvlášť, jiná zase používají jednotný souhlas, který umožňuje vybrat v úvodu danou metodu ukončení gravidity. (Haškovcová in Ptáček, Bartůněk a kol., 2017, str. 32)

Informovaný souhlas se stává kompromisem mezi konfliktem principů, prevencí etického konfliktu a etické krize včetně hluboké frustrace pacientů, které jsou základem pro stížnosti a soudní spory. (Křepelka in Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, str. 111)

2.6 Interrupce a etické komise

Linií přispívající k rozvoji lékařské etiky je systém etických komisí. Etické komise vznikly v souvislosti s potřebou účinné regulace výzkumu na lidských subjektech. Teorie byla rozpracována v Helsinské deklaraci. První zmínky datujeme do roku 1975, nicméně podrobnější rozpracování a posláním etických komisí nalezneme až v pozdějších revizích. Funkce těchto komisí se v praxi rozvinula koncem osmdesátých let a v průběhu devadesátých let 20. Století. Rozvoj etických komisí v USA nastal zhruba o deset let dříve. Zpočátku šlo v Evropě o spontánní rozvoj, který byl vedený snahou výzkumných pracovišť,

farmaceutických firem a odborných žurnálů o etickou čistotu výzkumů prováděných na lidech. Koncem devadesátých let došlo k postupné kodifikaci složení a fungování etických komisí v zákonech. Dnes existují jednotná pravidla daná zákonem pro celou Evropskou unii. I když základním posláním etických komisí je regulace výzkumu na lidech, dochází k zapojení členů etických komisí do rozhodování i v jiných etických náročných situacích v medicíně. (Šimek, 2015, str. 350)

V našem státě došlo k legalizaci interrupcí v roce 1957. Realizace zákona byla vázána na interrupční komise, které rozhodovaly, zda jsou splněny zdravotní, respektive sociální indikace k provedení tohoto výkonu. V roce 1986 došlo k novelizaci interrupčního zákona (Zákon č. 73/1986), podle které došlo ke zrušení interrupčních komisí a došlo k liberalizaci interrupcí. (Ondriová, 2021, str. 43)

Zkušenosti s interrupčními komisemi nebyly dobré. Pro těhotnou ženu bylo nedůstojné vysvětlovat cizím lidem okolnosti otěhotnění. Pravdivé popsání situace často nevedlo k žádoucímu cíli, kterým bylo schválení interrupce. Ženy proto často uváděly nepravdivé údaje a vodily si falešné svědky mimomanželského početí apod. (Šimek, 2015, str. 634-635)

Ženy, které prošly jednáním interrupční komise, popisují tuto zkušenost jako velice ponižující, obtěžující a narušující jejich soukromí. Členové komise navíc nerespektovali pokaždé zásady mlčenlivosti a utajení osobních informací. (Dudová, 2012, str. 74)

Komise byly okresní a krajské. Od roku 1962 se skládaly ze tří členů – předsedy (poslanec národního výboru), lékaře a pracovníka z oboru pro rodinu a mládež. Je uvedeno, že komise schválily v průměru 95% žádostí o interrupci. Činnost interrupčních komisí se však postupně stávala časově a ekonomicky náročnou. (Němec in Weiss, Koliba, Němec, 2019, str. 332)

Komise se setkávala jednou až dvakrát týdně a jednání zaujímaloby obvykle celý den. Jejich rozhodování záviselo na rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví. Komise neměla žádné skutečné nástroje k zlepšení životních podmínek žen, ačkoliv se to původně předpokládalo. Pouze první roky svého působení byly některé komise schopny nalézt bydlení pro budoucí matky a to především v opuštěných domech po odsunutých německých občanech. Později, když došlo ke chronickému nedostatku bytů a chyběla místa v jeslích, nebyly komise schopny poskytnout ženám žádnou reálnou pomoc. (Dudová, 2012, str. 74)

Kolem konce 70. let byla komise konfrontována s velkou kritikou. Jak ze strany samotných žen, které odmítaly se svými nejintimnějšími problémy předstupovat před veřejnou politickou

komisi, tak ze strany odborné veřejnosti – především lékařů – gynekologů a psychologů. V roce 1980 se stala situace neudržitelnou a začalo se hovořit o reformě.

Tomuto kroku významně přispěly dvě skutečnosti. První byl vynález a rozšíření metody miniinterrupce v českém prostředí. Druhou bylo odhalení psychologické škody na dětech narozených z nechtěné gravidity v psychologické studii o nechtěných dětech. Tyto dvě události se staly nepředvídatelnými vnějšími vlivy, které sice nepřinesly nové rámování problému, ale změnilly význam některých argumentů a legitimizovaly vstup nových aktérů do diskuze, zejména psychologů.

Miniinterrupce se v Československu začali provádět v roce 1977 a o rok později se o výhodách těchto metod začalo psát v odborném časopisu Československá gynekologie. Lékaři informovali o výhodách této metody ve srovnání s klasickou vakuovou extrakcí či kyretáží. Stále ale tento zákrok byl klasifikován jako interrupce, a proto spadal po zákon o interrupcích č. 68/1957 Sb. Bylo k jeho provedení tedy zapotřebí schválení interrupční komise. Proces schvalování ale mohl trvat i několik týdnů, což znemožnilo včasné vykonání tohoto výkonu, neboť žena měla po vynechání menstruace pouze 2-3 týdny na rozhodnutí, podání žádosti o interrupci, podstoupení schvalovacího procesu a samotné provedení miniinterrupce. Mnoho českých gynekologů mělo zájem o provádění této méně obtížné a méně nebezpečné metody umělého ukončení gravidity, a proto spojili své síly a požadovali změnu zákona tak, aby miniinterrupci vůbec umožnil. Navrhovali dvě řešení. Vyloučit metodu z jurisdikce interrupčního zákona a navrženou metodu nazývat „regulací menstruace“ a graviditu před jejím použitím vůbec nezjišťovat. Druhým řešením by byla novelizace zákona a zrušení interrupčních komisí.

Příprava novely zákona a její prosazení v parlamentu trvalo několik let. Zákon byl připraven již v roce 1982, ale čekalo se na podporu dalších orgánů, hlavně slovenské části parlamentu. Další zdržení představovaly náklady na změny uvedené v zákoně. Antikoncepce a miniinterrupce se měly poskytovat bezplatně a hradit z všeobecného zdravotního pojištění. Nakonec převládl názor, že ke změně musí dojít a došlo ke zrušení interrupčních komisí. Rozhodnutí o své reprodukci tak ženy dostaly do svých rukou. (Dudová, 2012, str. 69-70)

A důsledkem tohoto tlaku vznikl právě již zmíněný zákon č.66/1986 Sb., který je platný dodnes. (Němec in Weiss, Koliba, Němec, 2019, str. 332)

3 ETICKÁ PROBLEMATIKA INTERRUPCÍ POHLEDEM (BIO)ETIKY

Etika není v současnosti monopolem náboženství v teorii ani praxi. Filozofie hledá se všemi, kteří chtějí přispět k objasnění mravní problematiky, odpovědi na etické problémy. Současně s tím však vzrůstá vážnost filozofické etiky, protože má nesporný vliv na praktický život. (Černý, 2011, str. 10)

V moderní medicíně se etická problematika rozšiřuje rychlostí, která je úměrná vývoji poznání v tomto oboru a dochází k objevu otázek, na které není většina lékařů a zdravotníků připravena. Proto je nezbytné, aby byla vymezena praxe výkonu zdravotní péče nejen aktuálními právními normami, ale vycházela také z etických principů odrážejících aktuální stav poznání, reagující na jeho změny a v jádru stabilně navazující na historické tradice kultury. (Máca, Ptáček in Ptáček, Bartůněk, 2011, str. 86)

Etický konflikt nastává, dojde-li k rozporu mezi etickými hodnotami a principy mezi sebou. Rozdělujeme ho do tří kategorií – etická otázka, problém a dilema.

Etická otázka je nejméně závažný, snadno řešitelný etický konflikt. Obsahuje nejasné prvky konkrétních situací vyžadujících vysvětlení.

Etický problém představuje nerozřešenou otázku, nesnadný úkol či složitou věc. Tyto problémy vznikají v situaci, kdy je evidentní, jak by měl zdravotník zasáhnout, ale rozhodnutí se mu přičí. Etický problém může ale nastat i mezi lékaři a sestrami, mezi nadřízenými a podřízenými, či ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem.

Etické dilema může být definováno jako nutná volba mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi. Nemají jednoznačné řešení, ale přesto musí být jednoznačně řešena. Jedná se o vnitřní boj člověka, boj dvou protichůdných skutečností, u kterých se dotyčný musí rozhodnout, které a proč dá přednost. Aby zdravotník zvládl etický problém a dilema, potřebuje daný problém nejdříve identifikovat. Nutné je určení hodnot, práv či povinností a stanovit, koho se řešení bude dotýkat. Zvážit v souladu s platnými normami a etickými kodexy, jakým způsobem se bude dané dilema řešit. Řešení etických dilemat v rámci terapeutické odpovědnosti nejen lékařů, ale i zdravotníků může vést k těžkostem ve svědomí. Závažná témata jsou vždy otevřena k dalšímu zkoumání a hledání nejlepšího řešení. Pro úspěšné zvládnutí etických dilemat v praxi jsou potřeba i odborné znalosti z psychologie nemocných, schopnosti empatie, poznání pacienta a etického chování.

Etické dilema vzniká na podkladě etického konfliktu. Aby se předešlo konfliktům, je nutné umět jednat, uvažovat, chovat se a hodnotit situaci dle zásad profesní etiky. Ve zdravotnictví dochází často k situacím, kde vznikají etické problémy, kdy je velmi těžké učinit rozhodnutí. (Skopalová, 2014, str. 34-35)

Když se setkáme s jakýmkoli etickým dilematem, je dobré naučit se postup ve třech základních krocích. Zaprvé si ověřit, o co přesně se jedná. Následně nashromáždíme na základě znalostí všechny argumenty pro a proti. Využitím textů filosofů minulých staletí či náboženských názorů se můžeme nechat inspirovat, či se proti nim vymezit. Nakonec zformulujeme vlastní stanovisko, které bude argumentačně podloženo. (Heřmanová, 2012, str. 32-33)

V gynekologicko-porodnické oblasti existuje mnoho etických dilemat, která zdravotníka dostávají do složitých situací, ke kterým musí zaujmout vlastní postoj. Mezi jeden z nejzávažnějších etických problémů patří právě umělé ukončení gravidity. (Ondriová, 2021, str. 43)

3.1 Etická dilemata interrupcí

Dlouhá staletí byl interrupční zákrok velmi riskantní a významně ohrožoval zdraví a někdy i život ženy. Proto nalezneme v Hippokratově přísaze ustanovení, které lékaři zakazuje takové praktiky na ženě provádět. Píše se zde, že lékař nedá žádné ženě vložku do pochvy s úmyslem, aby zabránil otěhotnění, či přerušil vývoj plodu. Touto větou se hájí spousta těch, kteří nesouhlasí s liberální interrupční praxí. Je však nutné mít na mysli fakt, že tzv. hippokratovští lékaři žili v otrokářském společenském řádu a lidský život měl jinou hodnotu než dnes. Tzn., že otroci a nenarozené děti neměli téměř žádná práva a o jejich ochraně nemohla být ani řeč. Ustanovení, které zakazovalo provádět umělé přerušování gravidity, se odvíjelo od snahy zabránit rizikům pro zdraví ženy, která se pro odstranění nechtěného plodu rozhodla. Pádným důvodem pro tuto dobu bylo i zachování rodové kontinuity. (Haškovcová, 2015, str. 106)

V minulosti měly ženy, které se ocitly v situaci nechtěné gravidity, dvě možnosti. Buď se obrátily na tzv. andělíčkářku, nebo své dítě donosily, ale po porodu následně odložily. Alternativou byly nejrůznější formy adopce, kdy dítě vychovala rodina sourozenců jednoho z rodičů, či matka sama umístila potomka do „náhradní“ rodiny. Pokud měla možnost, dávala přednost movitějším rodinám v přesvědčení, že se jejímu dítěti dostane té nejlepší péče, kterou by ona dítěti nemohla dát. Často byly tyto děti odloženy u vchodu do kostela.

V případě, že se jednalo o nemanželské dítě, mohl otec dítěte umožnit ženě provdat se za svého poddaného, či se o dítě postarat. Pokoutní potratářství neboli anděličkářství bychom mohli nazvat jako druh kriminálních potratů. Lékař potrat neprováděl, takže se výkonů ujímaly porodní báby. Od středověku až do doby raného osvícení byla anděličkářství přísně trestáno, dokonce i trestem smrti, například upálením. Pro každou ženu byl zákrok nejen traumatizujícím, ale také velmi bolestným zákrokem, neboť tento zákrok probíhal bez jakékoliv anestezie. To byl víceméně důvod toho, proč dítě raději donosily a poté odložily. Docházelo avšak i k pozdní akceptaci gravidity, kdy prvotně odmítané dítě bylo nakonec matkou přijato.

V Hippokratově díle Corpus Hippocraticum lze nalézt dokonce kapitolu o tom, jak vypudit nechtěný plod. Avšak některé tyto rady bohužel inspirují zoufalé ženy dodnes, obzvláště v těch končinách, kde jsou interrupce považovány za ilegální. Mezi tyto rady patří koupel v horké vodě, natřásání a vytrvalé skákání, či popíjení horkého vína. (Haškovcová, 2015, str. 106-107)

Zřejmě historicky nejdéle trvajícím etickým dilematy, souvisejícími s interrupcemi jsou otázky ohledně chápání počátku lidského života. Odkdy můžeme považovat embryo (resp. plod) za lidskou bytost, či od jaké fáze vývoje hovoříme o člověku. Z hlediska etiky jde o konflikt práv mezi matkou a její svobodnou volbou rozhodnout se a právem plodu na život. (Skopalová, 2014, str. 41)

3.2 Problém lidské osoby

Interrupce představuje inhibiční zásah do lidské reprodukce, který souvisí s problematikou ochrany života embrya nebo plodu. Jedná se o zásah do tělesné integrity počatého a doposud nenarozeného dítěte, který vede k jeho likvidaci. Z toho vyplývá nespočet nesmírně složitých otázek nejen v právní, ale i v mravní, etické a společenské rovině. Hodnota lidského života, status lidského plodu mají v souvislosti s problematikou interrupcí zásadní význam. Bioetika se zaměřuje především na dva momenty, které jsou důležité. Zaprvé uznání biologického statusu embryí od početí, na druhé straně neuznání statusu osoby alespoň v preembrionální fázi svého vývoje, tedy pokud ještě plod není člověkem. (Ondriová, 2021, str. 43)

Jedním z nejdiskutovanějších problémů moderní lékařské etiky je problém osoby. Kdo je lidská osoba? Je lidskou osobou oocyt, embryo, fétus, nebo až dokonce novorozenec? Sedmý paragraf Občanského zákoníku České republiky přistupuje k této věci následovně:

„Způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti vzniká narozením. Tuto způsobilost má i počaté dítě, narodí-li se živé.“

Každý následující pohled na problém osoby může vznášet závažné námitky, ale též v sobě může mít mnoho inspirativního. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 49)

Neustále prohlubující se vědecké poznání, které je doplněné filozofickou argumentací, nám umožňuje pouze jediný racionální závěr, a to sice ten, že lidské embryo je plnohodnotný individuální člen lidského druhu od svého vzniku až po smrt. Takto bychom k němu měli přistupovat. (Černý, 2011, str. 57) Avšak nikdo nemá právo zasahovat ženě do její volby a do její představy, od kterého okamžiku považuje život člověka lidským. (Haškovcová, 2015, str. 107)

3.2.1 Status lidského embrya

Než vznikly genové manipulace, byla definice lidského embrya relativně jednoduchým úkolem. Embryo bylo útvarem, který vznikl první mitózou zygoty. Dnes musíme embryo definovat poněkud opatrněji kvůli technikám terapeutického klonování a dalším. Lidské embryo je biologickou entitou, která v sobě nese lidský jaderný genom nebo jeho změnu a je schopna se vyvinout minimálně do stádia, ve kterém se objevuje primitivní proužek. Časové vymezení embrya vznikem zygoty do konce 8. týdne vývoje. Dále, tedy od 9. týdne již útvar nese název plod, fétus. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 192)

Je lidské embryo někdo, nebo něco? Jedná se o klíčový problém, který se velmi často objevuje v diskuzích o interrupcích. Ačkoliv se může problém lidského embrya zdát minimální a v materiální rovině prakticky zanedbatelný, je nepochybně klíčovým v myšlenkových a úvahových rovinách, týkajících se sebepojetí člověka. (Černý, 2012, str. 14-15)

Plod nemá ontologický statut osoby, který by znamenal začlenění do společnosti se všemi právy. Když není touto osobou, jeho postavení je nejisté a o jeho osudu rozhodují v mezích legálnosti jiné osoby. Setkáváme se tak se dvěma principy filosofického určení morálního statutu plodu. První je ontologický personalismus, který přiznává lidskému plodu plný morální statut od chvíle početí, druhým principem je pak empirický funkcionalismus. Ten přisuzuje plodu morální hodnotu dle stupně jeho vývoje. S těmito jmenovanými směry souvisí protichůdné principy „sanctity of life“ a „quality of life“. Základním principem „sanctity of life“, vycházejícím z filozofie západní civilizace, je hodnocení lidského života jako posvátný, božský dar, který nemůže být obětován za žádnou cenu. Nedotknutelnost lidského života je

tak vedoucím pravidlem člověka. Neodmyslitelným pravidlem je i absolutní hodnota lidského života, kdy žádný lidský život nemá vyšší hodnotu než jiný a nesmí být tak ani v jeho zájmu obětován. Princip „quality of life“ je založen na přesvědčení, že hodnotu života určuje jeho kvalita. Princip se uplatňuje často v lékařské praxi, kde se zvažuje aktivní terapeutický přístup nebo aplikace podpůrných opatření, kdy je jejich účinek nevyvážený a sporný ve vztahu k dosahované kvalitě života nemocného člověka. Aplikace obou principů v oblasti reprodukce je základem dvou protichůdných hnutí: „pro life“ a „pro choice“. (Křepelka in Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 107)

3.2.2 Ontologický personalismus

Ontologický personalismus soudí, že neexistuje rozdíl mezi lidskou bytostí a osobou. Zygota si dle tohoto přístupu zaslouží respekt a přiznání práv. I přesto že embryo nedisponuje vnímavostí, rozumností, vůlí atd., dosáhne plnosti uskutečnění těchto možností v nepřerušném teleologickém procesu, neboť má již vše, ve své genetické výbavě. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 193)

Argumenty ontologického personalismu

Lidské embryo má jedinečný genetický design a má jak vlastnosti našeho zoologického druhu – má lidský genom a patří do druhu *Homo sapiens sapiens*, ale má stejně tak i specifické individuální vlastnosti, jako například bělošská žena s jedinečným genomem. Lidské embryo má dva lidské rodiče. Neposuzujeme tedy status nějaké věci vzniklé ve zkumavce, nýbrž entitu, která vznikla ze dvou konkrétních dospělých jedinců. Ve vývoji mezi zygotou a novorozencem neexistuje jednoznačná linie, která by vývoj rozdělila na ono „ještě ne“ a ono „už ano“. Je těžké říci, že embryo není v určitém bodě svého vývoje lidskou osobou a později již ano. Proto, že je vývoj kontinuální, je na místě být obezřetní při dialogu s těmi, kteří tvrdí, že je embryo jen shluk buněk a nic jiného.

Zygota a embryo jsou jednoznačně živé, neboť u nich probíhá metabolismus, získávají z okolí kyslík a živiny a zbavují se oxidu uhličitého a metabolických zplodin. Buňky se neustále dělí a embryo roste. Oplozením vzniká něco nového, co má potenciál stát se dospělým člověkem a tento člověk je také shlukem buněk. Chápání člověka jako shluku buněk je sice pravdivé, ale není to pravda celá. K ontologickému personalismu se hlásí katolická církev. Život začíná vznikem zygoty a osoba je chápána jako jednota těla a duše. Dítě má právo, aby bylo výsledkem manželské lásky rodičů, stejně tak aby bylo respektováno a považováno za lidskou osobu již od početí. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 198-207)

3.2.3 Empirický funkcionalismus

Empirický funkcionalismus zastává názor existence rozdílu mezi lidskou bytostí a lidskou osobou. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 193)

Jedná se o představu, že status osoby je dán různými funkcemi, které zjišťujeme empiricky. Hypotézy empirického funkcionalismu spojuje základní myšlenka, že lidskou bytostí (tzv. human being) jsme od zygoty po smrt, lidskou osobou (human person) se stáváme, ale též jí můžeme přestat být. To, že jsme lidskou bytostí, zapříčiňuje lidský genom v našich buňkách. Patříme zoologicky do druhu *Homo sapiens sapiens*, což ale neznamená nic zvláštního, neboť vedle nás na Zemi žije celá řada dalších druhů savců, ptáků, rostlin atd. Jednotlivé druhy je možno položit vedle sebe bez většího rozdílu, ale morální status mají pouze osoby (persons). Lidská bytost se tedy během svého biologického života od zygoty po smrt může osobou stát, ale i osobou přestat být. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 49)

Argumenty empirického funkcionalismu

Mezi bytostí a osobou existuje kvalitativní rozdíl. Lidská bytost se osobou stává v jedné chvíli, ale také může osobou přestat být ve chvíli druhé. Embryo ještě není osobou, ale pozvolna se k této chvíli přibližuje. Embryo či fétus ještě nemůžou být osobou, pokud nedokáže vnímat libost a nelibost. Embryo je shluk buněk, který nevidí, neslyší, necítí apod. a teprve v určitém stádiu se stane osobou. Člověk je osobou až od určité fáze vývoje, do té doby je biologickou entitou, která čeká a vyvíjí se směrem k osobě, ale zatím je nezávaznou entitou.

Člověk je jeden druh z mnoha na této planetě. Nijak se od ostatních druhů neliší a nemá žádnou speciální důstojnost. Není žádný rozdíl mezi tzv. human animals (lidskými zvířaty) a non-human animals (mimolidskými zvířaty). Pokud by nějaké rozdíly byly, budou jen kvantitativní. Kdo hlásá posvátnost a mimořádnost lidského života, nebo úctu k lidskému životu, vychází z náboženských pozic, které jsou relevantní. Schopnost kognitivních funkcí může být jeden z příkladů vstupenky do morální komunity. Bytosti, které nejsou osoby je možno zabíjet, experimentovat s nimi apod., neboť mají velmi malou, či žádnou hodnotu. Argumentem ontologických personalistů je potencialita – aktuálně embryo nemá vlastnosti osoby. Věci by neměly být posuzovány podle toho, jaké by mohly být, ale podle toho, jaké jsou. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 197-198)

Tzv. gradualisté jsou přesvědčeni, že rozvíjející se embryo postupně získává stále větší a větší hodnotu a že se postupně lidskou bytostí stává. Po určité době se z něj možná osoba vyvine,

ale dle některých není osobou ani novorozené dítě. Poté mohou ale i lidé, kteří postrádají vnímavost, rozumnost a vůli přestat být osobami. (Munzarová in Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 52)

3.3 Etické postoje k umělému ukončení gravidity

Postoje většinové společnosti vůči interrupcím se od poloviny 20. století dramaticky změnily. V mnohém je to ovlivněno kulturou, tradicemi, náboženstvím a historií jednotlivých zemí. Lze těžko tvrdit, že v rámci oficiálního stanoviska přijaté právní úpravy jej zastávají všichni občané stejně. Každý člověk má silně individuální postoj vůči interrupcím a právní úprava ho tak může změnit jen stěží. Profese lékaře je dobrým příkladem toho, že vlastní hodnoty a stanoviska vůči neřešitelným problémům, můžou vedle osobního života ovlivnit i život pracovní. To platí především pro profese, ve kterých etika hraje významnou roli.

Světová lékařská organizace v roce 1949 vydala Mezinárodní kodex lékařské etiky, ve kterém nalezneme ustanovení, že lékař má v každé chvíli povinnost chránit lidský život od početí a že interrupce je možná pouze v případech, které povoluje národní právní řád a lékařovo svědomí. Každému člověku bez ohledu na pohlaví, věk, rasu a další myslitelné charakteristiky jsou zaručeny základní lidská práva a svobody. Svědomí, svoboda myšlení a náboženského vyznání patří k základním lidským právům, ale v případě lékaře není možné tvrdit, že toto své právo může lékař aplikovat v rámci výkonu své profese a uplatňovat automaticky výhradu svědomí u pacientů, kteří se dožadují výkonu, který odporuje jejich vyznání. Musíme stále pamatovat na práva ostatních lidí, včetně pacientů, když odhlédneme od nejrůznějších profesních pravidel, v rámci výkonu svých lidských práv.

V roce 2008 provedlo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR výzkum, který se týkal názoru obyvatel ČR na provádění interrupcí. Zjistilo se, že 75% obyvatel je přesvědčených, že žena má právo se svobodně rozhodnout o podstoupení interrupce. Naopak pouze 1% dotazovaných věří, že by interrupce měly být zakázané. (Lojtková, 2011, str. 12- 15)

3.3.1 Strategie Hnutí pro život

Strategie „pro life“ vychází z principu „sanctity of life“ a ontologického personalismu. (Křepelka in Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 108) Dle této strategie je život dar, kterého je třeba si vážit, neboť si nikdo z nás život nedal, tak ho nikdo nemá právo ani jinému brát. Životem je život považován od začátku, tj. od oplodnění, a proto je důležité ho chránit již také od počátku.

Zástupci strategie „pro life“, tedy „pro život“, jsou přesvědčeni, že je interrupce vždy nemravným činem a je hodna odsouzení. Příznivci této strategie považují umělé ukončení gravidity za vraždu nenarozeného dítěte. (Haškovcová, 2015, str. 107)

Podle teorie argumentu identity genomu má totiž embryo i fetus již od okamžiku oplození vajíčka úplný morální status. Argumentem, který určuje tuto teorii je úplná genetická informace lidského druhu. Embryo člověka je vnímáno jako komplexní, unikátní a nedělitelná genetická entita, jejíž autonomní vývoj vyplývá se specifického genomu. (Křepelka in Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 108)

Právem ženy není rozhodovat o smrti svého nenarozeného dítěte, obzvláště uplatňovat převahu v situaci, kdy se ještě nenarozené dítě nemůže bránit. Ochrana nenarozeného dítěte se tak stává největším argumentem proti liberálním zákonům, které umožňují provádět interrupce z tzv. sociálních důvodů. Zastánci strategie pro život však zpravidla připouští možnost interrupcí ze zdravotních důvodů, popřípadě ve výjimečných situacích, jako je znásilnění či incest. (Haškovcová, 2015, str. 107)

Mnozí vyznavači usilují o snazší proces adopce jako alternativy k interrupcím či zlepšení ekonomické situace matek, které se rozhodnou dítě ponechat. (Ondriová, 2021, str. 45)

Většina stoupců tohoto hnutí pochází z řad křesťanů. Velmi silné zastoupení má hnutí v Polsku, Itálii, Irsku a USA. (Ondriová, Slaninková, 2012, 38-40)

Zástupci usilují o výchovu dětí v duchu lásky a úcty, antikoncepci jako prevenci nežádoucí gravidity nepodporují, ale doporučují ukázněný pohlavní styk. V posledních letech toto hnutí sílí i v České Republice, kde usilují o obnovu společenského respektu k nenarozeným dětem. Nabízí řešení v pomoci těhotným a v obnově společenské zodpovědnosti muže za ženu a dítě, přičemž nevnučují žádné zákazy. Snaží se předcházet interrupcím, pomáhají ženám, které se cítí být k interrupcím nuceny nebo mají po tomto zákroku psychické potíže. Hnutí se podílí na osvětě a legislativních změnách. Každoročně pořádají Národní pochod pro život, vydávají volně dostupné periodikum, zřídili Linku pomoci, která ženám i jejich rodinám poskytuje krizovou intervenci a odbornou psychoterapeutickou pomoc v období očekávání dítěte. Vše bezplatně, diskrétně, v souladu s etickými kodexy. Součástí této pomoci je i zprostředkování kontaktu s odborníky všech odvětví, právníky a dalšími osobami. Ze zkušeností žen na Lince pomoci vznikl také v roce 2014 projekt „Nesoudíme. Pomáháme“, kterým se hnutí snaží pomoci ženám, jež nečekaně otěhotněly a okolnosti je nutí k podstoupení interrupce, aby se mohly skutečně svobodně rozhodnout. (Hnutí Pro život ČR, @2022)

3.3.2 Strategie Hnutí pro volbu

Dle tohoto hnutí fétus ještě není osobou. Fétus nemá dostatečnou kognitivní kapacitu, neumí rozlišovat dobro a zlo, zřejmě nemá kapacitu komunikovat, takže se nejedná o osobu. Matka a plod nemají oba stejná práva a každá žena má právo činit se svým tělem, co chce a plod je součástí jejího těla. Potenciální člověk tak nemůže být poškozen tím, že není přiveden do existence. Pokud se objeví po porodu nějaká abnormalita, nemají problém provést „potrat po narození“, tedy postnatálně, neboť morální status novorozence je totiž stejný jako morální status fétu a ani jeden nemůže být považován za osobu v morálně relevantním smyslu. Neboť ne-osoby (non- persons) nemají žádné právo na život, není důvod k zákazu abortů po narození (after-birth abortions). (Heřmanová, 2012, str. 409-414)

Tato strategie neboli strategie „pro-choice“, je přesvědčená o tom, že o počtu a době narození dětí rozhodují výhradně rodiče, resp. ženy. Dle této strategie nemá nikdo právo zasahovat ženě do této volby ani do jejích představ o řešení nastalé nelehké situace. Zástupci strategie „pro-choice“ souhlasí s názorem, že je interrupce řešením v krajní nouzi, ale akceptují prevenci neplánovaných gravidit antikoncepcí a principy plánovaného rodičovství. Neoznačují interrupci silnými a odsuzujícími pojmy a souhlasí s uzákoněnou možností interrupce. Nemají námítky proti ekonomickému ztížení interrupcí. Dle gynekologů by interrupce měla být finančně dostupnou a vždy odborně provedenou metodou pro ženy, které se ocitly v extrémní nouzi. Považují za důležitou mravní výchovu ve školách, osvětu o antikoncepčních prostředcích, výchovu k odpovědnému rodičovství a dostatečnou poradenskou péči. (Haškovcová, 2015, str. 108-109)

Zastánci této strategie v USA tvrdí, že touha zastánců hnutí pro život končí narozením dítěte a že poté ignorují zdraví kojenců a straších dětí. (Medoff, 2013, str. 158-169)

Skupina, která propaguje svobodu volby, se staví důsledně proti snahám, které požadují, aby se potrat bral jako jakákoliv jiná operace, co se týče informování ženy o povaze operace a rizicích. Nevěří, že jsou ženy schopné učinit inteligentní rozhodnutí po předložení daných faktů. Bývalá předsedkyně americké národní ligy boje za právo na potrat (NARAL) Kate Michelmanová pravila, že je nutné lidem připomínat, že je potrat ručitelem práva ženy plně se podílet na společenském a politickém životě společnosti. Jak by jinak ženy podle ní mohly dosáhnout rovnosti, aniž by neregulovaly svůj reprodukční život. Tento argument je dle Feministek pro život podložen na dlouholeté nadvládě mužů, avšak je urážkou ženy tvrdit, že musí změnit něco ve svém těle, aby zapadla do společnosti. (Alcorn, 2011, str. 55-56)

Průzkum, který provedl Gallupův ústav v USA v letech 1999 a 2011 je zřejmé, že se zvyšuje počet lidí, kteří se přiklání k hnutí pro-choice a že více lidí lobuje za to, aby byl potrat legální za jakýchkoliv podmínek. Mezi obyvateli USA se 49% lidí přiklání k hnutí pro-choice, kdežto k hnutí pro-life 45%. (Heřmanová, 2012, str. 392-393)

PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části diplomové práce je zodpovězení předem stanovených průzkumných otázek, které vycházejí z výzkumných cílů.

V diplomové práci jsou stanoveny cíle:

Teoretický cíl: Popsat umělé ukončení gravidity z hlediska eticko-filozoficko-právní roviny v práci zdravotnického pracovníka.

Průzkumný cíl 1: Zjistit, zda jsou výhrady svědomí součástí postoje zdravotnických pracovníků při asistenci u umělého ukončení gravidity

Průzkumný cíl 2: Zjistit, zda osobní zkušenost s interrupcemi ovlivňuje postoje zdravotníků k interrupcím.

Průzkumný cíl 3: Objasnit názory zdravotnických pracovníků na etická dilemata interrupcí.

Průzkumný cíl 4: Objasnit názory zdravotnických pracovníků na otázku lidského života v souvislosti s právem na život.

Na základě stanovených cílů byly definovány následující průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1: Jsou výhrady svědomí součástí postoje zdravotnických pracovníků při asistenci u umělého ukončení gravidity?

Průzkumná otázka 2: Má osobní zkušenost s interrupcí vliv na osobní etický postoj k interrupcím?

Průzkumná otázka 3: Jaká etická dilemata interrupcí shledávají zdravotničtí pracovníci?

Průzkumná otázka 4: Jak vnímají informanti otázku počátku lidského života v souvislosti s právem na život?

4 METODIKA

Tato diplomová práce se řadí k teoreticko- průzkumným. Potřebná data byla sbírána kvalitativním výzkumem, konkrétně pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Kutnohorská (2009) ve své knize uvádí, že: „ Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu, nebo funkce, kterou plní.“ Dle významného metodologa Creswella je kvalitativní výzkum proces hledání porozumění, kdy výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, předkládá názory účastníků výzkumu a zkoumá v přirozených podmínkách. (Hendl, 2016, str. 68)

Polostrukturovaný rozhovor je pro kvalitativní výzkum nejčastěji využívaný. Tato technika sběru dat tvoří témata a otázky, které chce průzkumník probrat. V průběhu tohoto rozhovoru je však doplňována dalšími tématy a otázkami, které jsou reakcí na průběh rozhovoru. Důležitá je u polostrukturovaného rozhovoru konverzace. Ta umožní průzkumníkovi měnit pořadí otázek, rychlost, styl rozhovoru, aby došlo k dostatečnému nasycení dat. (Mišovič, 2019, s. 79)

4.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal od ledna do března roku 2022 s uděleným souhlasem hlavní sestry a vrchní sestry daného nemocnice. Skupinu informantů tvořily porodní asistentky okresní nemocnice v Plzeňském kraji. Celkem bylo osloveno 6 informantů. Termín výzkumu – rozhovoru byl předem domluven a informantkám byl poskytnut informovaný souhlas (Příloha 1), kde se dozvěděly téma diplomové práce a průběh rozhovoru. Účastnice výzkumu udělily před rozhovorem souhlas s výzkumem a byly informovány, že mohou kdykoliv z výzkumného šetření vystoupit. Byly upozorněny na zachování anonymity.

Polostrukturované rozhovory probíhaly s některými na pracovišti, s některými v jejich volném čase, v klidu a v soukromí. Rozhovor byl nahráván mobilním telefonem prostřednictvím audio nahrávky. Délka rozhovoru nebyla nijak stanovena a šetření bylo ukončeno při dosažení saturace dat.

Rozhovor obsahoval 8 základních otázek, které byly rozděleny do úvodní a dalších dvou částí. Úvodní část byla obecná a zjišťovala základní identifikační údaje, jako je věk, zdravotnické vzdělání a pracoviště. První oblastí rozhovoru byl osobní přístup informantek k interrupcím spolu s výhradami svědomí, druhá část se zaměřovala na etická dilemata interrupcí a pohled informantek na ně. Na závěr byly informantky dotázány, zdali chtějí

nějakou otázku doplnit, jestliže je k tématu ještě něco v průběhu napadlo. Dle vývoje rozhovoru byly otázky více rozvinuty. Okruhy otázek rozhovoru jsou v příloze 2.

Tabulka 1 - Délka rozhovorů

Rozhovor	Délka rozhovoru
1	28 min
2	20 min
3	19 min
4	30 min
5	37 min
6	25 min

Nejkratší rozhovor trval 19 minut a to s třetí informantkou. Nejdelší rozhovor s I5 trval 37 minut. Průměrná délka rozhovoru byla přibližně 26 minut.

4.1.1 Charakteristika informantek

Pro účast zdravotníka ve výzkumném šetření bylo předem stanoveno několik podmínek. Kritéria byla následující:

1. Práce na gynekologickém oddělení, vykonávajícím umělé ukončení gravidity
2. Praxe alespoň 3 roky.
3. Práce na plný úvazek.

Zúčastněnými zdravotníky byly pouze porodní asistentky.

Tabulka 2 - Charakteristika respondentek

Informantka	Věk	Zdravotnické vzdělání	Praxe ve zdravotnictví
Informantka číslo 1	38 let	Porodní asistentka - Bc.	13 let
Informantka číslo 2	39 let	Porodní asistentka - Dis.	17 let
Informantka číslo 3	53 let	Porodní asistentka - Mgr.	33 let
Informantka číslo 4	36 let	Porodní asistentka - Bc.	15 let
Informantka číslo 5	26 let	Porodní asistentka - Mgr.	4 let
Informantka číslo 6	61 let	Porodní asistentka	41 let

Informantka číslo 1

I1 pracuje ve zdravotnictví 13 let. Dnes jí je 38 let. Dříve pracovala i v jiném zařízení. Začínala pracovat jako všeobecná sestra na gynekologickém oddělení, později vystudovala bakalářský obor Porodní asistentka. Informantka má 1 vlastní dítě.

Informantka číslo 2

I2 pracuje ve zdravotnictví 17 let. Dnes je jí 39 let. Svou zdravotnickou praxi vykonávala v minulosti i v jiném zdravotnickém zařízení. Informantka postupně prošla každým oddělením Gynekologicko-porodnického oddělení. Informantka je diplomovaná porodní asistentka. Informantka je bezdětná.

Informantka číslo 3

I3 pracuje ve zdravotnictví 33 let. Dnes je jí 53 let. Celou praxi vykonává v jedné nemocnici, konkrétně na gynekologickém oddělení. Informantka je porodní asistentka s magisterským vzděláním. Informantka má 2 vlastní děti.

Informantka číslo 4

I4 pracuje ve zdravotnictví 5 let. Dnes je jí 27 let. Celou praxi vykonává na gynekologickém oddělení. Informantka je porodní asistentka s bakalářským vzděláním. Informantka je bezdětná.

Informantka číslo 5

I5 pracuje ve zdravotnictví 4 roky. Dnes je jí 26 let. Celou praxi vykonává na gynekologickém oddělení. Informantka je porodní asistentka s magisterským vzděláním se specializací v perioperační péči. Informantka je bezdětná.

Informantka číslo 6

I6 pracuje ve zdravotnictví 41 let. Dnes je jí 61 let. Vzděláním je diplomovaná porodní asistentka. Praxi vykonává na gynekologickém oddělení. Informantka má 2 děti.

Celkový počet informantek byl šest. Nejmladší informantce bylo 26, nejstarší 61 let. Průměrný věk informantek je tedy cca 42 let. Délka praxe na gynekologickém oddělení se pohybovala od 3 let do 41 let, průměrná délka praxe na gynekologickém oddělení byla tedy 20 let.

4.1.2 Zpracování získaných dat

Po skočení rozhovorů byly audionahrávky převedeny do písemné textové formy v programu Microsoft Word. Text byl vytištěn a pomocí metody „tužka a papír“ byly hledány společné znaky jednotlivých odpovědí. Proběhlo tedy otevřené kódování. Otevřené kódování se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Přepis rozhovorů je pečlivě pročten a jednotlivým opakujícím se tématům přiřadíme kódy, které mají za cíl shrnout jevy do obecných kategorií. To usnadňuje vyhledávání společných odpovědí. Následně došlo k analýze obsahu a interpretace rozhovorů dle tematických oblastí a společných znaků. Uvedení kategorií na začátku interpretovaných výsledků je z důvodu snazší orientace v textu.

Byly stanoveny dvě základní kategorie s jednotlivými podkategoriemi:

Osobní postoj k interrupcím:

- a) Postoj k interrupcím
- b) Výhrady svědomí
- c) Podmínky výkonu interrupce
- d) Vlastní zkušenost s interrupcí
- e) Názor na českou legislativní praxi

Etická dilemata interrupcí:

- a) Osobní vnímání etických dilemat interrupcí
- b) Právo na život
- c) Status embrya

5 OBSAHOVÁ ANALÝZA

Tato kapitola se věnuje interpretaci dat, které byly získány průzkumným řešením od informantek. Kategorie jsou zde popsány spolu s podkategoriemi.

5.1 Osobní přístup k interrupcím

První kategorie obsahuje odpovědi na 2 průzkumné otázky: „*Jsou výhrady svědomí součástí postoje zdravotnických pracovníků při asistenci u umělého ukončení gravidity? Má osobní zkušenost s interrupcí vliv na osobní etický postoj k interrupcím?*“ Odpovědi na první otázku mají poukázat na to, jak zdravotničtí pracovníci vnímají provádění interrupcí jako výkon jejich povolání, zda přistupují k tomuto výkonu s výhradami svědomí. Odpovědi na druhou otázku mají ukázat vliv osobní zkušenosti s interrupcemi na osobní postoj. Informantky ochotně odpověděly na všechny otázky. V této kategorii bylo založeno 5 následujících podkategorií.

5.1.1 Postoj k interrupcím

Z analýzy první otázky „*Co pro Vás znamená asistovat u interrupce jako pro zdravotníka?*“ vyplývá, že pro většinu informantek je to součást jejich práce, součást jejich povolání, které si vybraly. První informantka I1 uvedla, že se nad tím takto nikdy nezamýšlela, ale že to pro ni zřejmě nikdy neznamenalo více, než jakýkoliv jiný výkon. I2 uvedla, že interrupce pro ni je jako každý jiný gynekologický výkon, který by se jí nelíbí, považuje ho za menší zlo, než kdyby se dítě mělo narodit a nemělo rodinu, nebo jí nemělo funkční. Dodává: „*Než aby to dělaly potratové báby načerno, je lepší legální cestou.*“ Informantka 3 odpověděla velice podobně, že je pro ni interrupce výkonem běžné praxe, kterou se rozhodla dělat. I4 uvedla jasnou odpověď: „*Znamená to pro mě zabít nevinného člověka, který nedostal šanci narodit se. Asistence pro mě znamená aktivní účast na tomto výkonu, i přes to, že ten samotný výkon provádí lékař. Stále tam jsme a přihlížíme tomu, jak mizí jeden život.*“ I5, zároveň nejmladší informantka uvedla, co pro ni detailně znamená asistence u interrupcí po pracovní stránce: „*Pro mě z pracovního hlediska to znamená, že když žena ráno přijde k zákroku, sepíše s ní příjmovou dokumentaci, dodělám potřebná vyšetření, jako je náběr krve či natočení EKG a vysvětlím jí, co všechno ji čeká. Odvedu pacientku na zákrok a po zákroku hlídám stav a krvácení. To pro mě znamená asistovat u interrupcí, na sál totiž nechodím.*“ Vzápětí dodává: „*Spíše to beru jako práci, kterou musím vykonávat. Nemohu do toho moc zasahovat, pokud se žena nerozmluví a je ta možnost si s ní o tom promluvit.*“ Poslední informantka (I6) uvedla, že asistování u interrupcí je její práce. Uvedla: „*Po vystudování svého oboru a výše*

mého vzdělání mám způsobilost k instrumentování u interrupcí. Vadí mi to, ale asistence je nutná.“

Na doplňující otázku tohoto okruhu, jak hodnotí informantky vývoj svého přístupu k provádění interrupcí od začátku své praxe do současnosti, tři z šesti informantek uvedly, že nevidí žádný rozdíl. První informantka uvedla, že rozdíl nevidí, neboť se jí nikdy interrupce nelíbily a to tak zůstalo od začátku. Dodala, že výhodou vývoje je to, že se dnes už tolik interrupce vyšších týdnů gravidity nedělají. I2 uvedla, že začátek praxe znamenal všechno nové, nepříjemné a pro ni nechutné, ale aktuálně, že jde o zvyk. Dodala: *„Člověk si povolání zvolil a nějak s tím počítal. Spíše jsem přemýšlela, jestli by někdo, kdo je zásadně proti, šel na tu gynekologii vůbec dělat.“* I3 uvedla, že žádný rozdíl ve svém postoji nezaznamenala a pak se dále v další otázce rozhovořila o změně svého postoje po osobní zkušenosti s interrupcí. I4 uvedla: *„Nepracuji tak dlouho, abych mohla srovnávat velký časový úsek jako mé starší kolegyně, ale vzhledem k mé víře budu vždy mít stejný odmítavý postoj k interrupcím.“* Nejmladší informantka vnímá za svou praxi určité otupění, které vlivem počtu žen pociťuje. Dodala: *„Otupělo mě to, spíše to беру jako svou práci, i když je to smutné. Kdyby měl člověk každý ten jeden případ rozebírat a litovat toho, tak by to neodnesl dobře psychicky nejen on, ale i ti blízcí.“*. V rámci rozhovoru taktéž uvedla, že výkon interrupce ovlivňoval volbu její zdravotnické specializace, neboť se zpočátku rozhodovala pro studium lékařské fakulty. V oboru gynekologie, ve kterém by se chtěla specializovat, by ale byla interrupce jednou s činností a proto se rozhodla, že dráhu lékařky upustí. Poslední informantka uvedla odpověď: *„Nyní je možnost šetrnějších zásahů, co se týká provedení tohoto výkonu, ale zátěž pro mě osobně na psychiku zůstává stejná.“* Obecně vývoj a změnu svého postoje nevnímá.

Z analýzy odpovědí vyplývá, že většina informantek považuje asistenci u interrupcí za běžnou součást své práce, i když ne zrovna pozitivní. Některé vnímají proměnlivost svého postoje k provádění interrupcí od začátku své praxe. Podle slov mnohých informantek se stal jejich postoj více neutrálním a interrupci považují za další z výkonů prováděných na jejich pracovišti. Pro informantku I4 znamená asistence u výkonu interrupce aktivní účast na zabití nevinného člověka a svůj postoj vnímá jako neměnný. V případě páté informantky ovlivňovala interrupce volbu její specializace.

5.1.2 Výhrady svědomí

Na otázku *„Cítíte vůči asistenci u umělého ukončení gravidity výhrady Vašeho svědomí?“* odpověděla většina informantek jednotně a to odpovědí ne. Více informantek se vrátilo

k otázce číslo jedna, kde uvedly, že se asistence u interrupcí stala součástí jejich práce a že je taková otázka svědomí nikdy nenapadla. Poslední informantka uvedla, že i když jí asistence do určité míry vadí, je tahle asistence zdravotníkem potřebná.

Téma tohoto okruhu nás navedlo na doplňující otázku, zda postoj informantek ovlivňuje nějaké náboženské přesvědčení. 4 informantky odpověděly, že ne, informantky 4 a 5 odpověděly ano, že vyznávají křesťanství, konkrétně že jsou katoličky.

Obě věřící informantky tak své odpovědi více rozvinuly. I4 pravila: *„Kdybych u interrupci asistovala, což naštěstí nemusím, rozhodně bych výhrady svědomí měla. Přeci jenom je to něco, co je v rozporu s mou vírou a s čím nesouhlasím. Chápu, že zdravotníci, kteří berou interrupce, jako jakýkoliv jiný výkon tyto pocity pravděpodobně nikdy nezažijí, ale pro nás, kteří máme nastavené naše duchovní hodnoty jinak, je interrupce prostě vražda.“* Kdyby neměla informantka na výběr, jako tomu bylo ve dřívějších dobách, a měla bych se aktivně na interrupcích podílet, pravděpodobně by změnila obor. *„Ačkoliv mě má práce ve zdravotnictví naplňuje, interrupce je výkon, který by mě přiměl ji změnit, kdybych se tohoto výkonu musela účastnit, rozhodně mi to není, jako bohužel většině zdravotníků jedno. Zanechalo by to na mě nesmazatelné šrámy.“* Nejmladší I5 uvedla: *„Výhrady svědomí vyloženě mého svědomí necítím, protože přeci jenom to není moje těhotenství, moje dítě a já v té situaci nejsem. Přeci jenom je to rozhodnutí ženy, takže pokud by měl někdo mít výčitky svědomí, tak je to ona, popř. její partner. A tím, že neasistuji přímo na sálku, tak se mi ty výčitky svědomí dost, nechci říkat, vyhýbají, ale nejsou takové silné, jako by byly, kdybych u toho stála a aktivně se na té interrupci podílela.“* S danou informantkou jsme dále rozhovor rozvinuly, jak by se podle ní situace změnila, kdyby na zákrovém sálku opravdu asistovala, jak by se změnilo její svědomí. Uvedla: *„Vzhledem k tomu, že jsem člověk, který se snaží negativní věci potlačit a moc si je nepřipouštět, tak v tu danou chvíli bych tam šla, udělala svoji práci. Ale spíše by to na mě přišlo, až když bych byla někde sama v klidu, že by mi to bylo líto a bylo by mi smutno. Možná by se dostavily i výčitky svědomí, že jsem se na tom podílela. Ale myslím si, že by nebyly tak velké, protože mé rozhodnutí to přeci jenom nebylo.“* Celkově ale zhodnocuje, že neví, jak by se v danou chvíli reálně zachovala. Usuzuje, že by třeba i skončila, že by toto nechtěla dělat, neboť si vzpomíná na doby studia, kdy řekla, že se tohoto nikdy více účastnit nechce.

Tři z šesti informantek v rozhovoru zmínily, že znají informaci v Etickém kodexu porodních asistentek, podle kterého může porodní asistentka odmítnout účast při činnostech, které by byl

v rozporu s jejich svědomím a morálním přesvědčením. I4 a I5 tuto možnost při svém nástupu do pracovního poměru využily. Čtvrtá informantka uvedla, že při nástupu o této možnosti s vrchní sestrou daného oddělení hovořila a že jí bylo vyhověno bez nejmenšího problému: „*Pamatuji si, jak mi tenkrát naše vrchní sestra řekla, že se na tohle ptá všech při nástupu, včetně sanitářů, ale že jsem zatím první, která tohle bude chtít využít. Nemá s tím problém, ale musím mít na paměti, že v případě nejvyšší nutnosti na ten sál prostě jít musím. S tím samozřejmě od začátku počítám.*“ Dodala, že je za tuto možnost ráda, protože si uvědomuje, že dříve by takovou možnost určitě neměla. I5: „*Využila jsem toho a jsem ráda, že mi to bylo umožněno a že nad tím nikdo nekroutil hlavou a říkal si, to je ta věřící. Všichni to přijali jako fakt, že tam nechci asistovat, že je to mé rozhodnutí. Neukázaly se žádné pomluvy, o kterých bych věděla, všichni to vzali a byli hrozně fajn.*“ Dále dodala, že aktivním podílením se na interrupci, myslí přítomnost na zákrokovém sálku, podávání nástrojů a přihlížení, jak mizí lidský život v odsávačce. Ostatní informantky by tuto možnost odmítnutí účasti při výkonu interrupce z hlediska výhrad svého svědomí nevyužily. Některé tyto informantky byly dotázány, jestli souhlasí s tím, aby měl zdravotník takovou možnost uplatňovat výhrady svého svědomí. I1 řekla: „*Myslím si, že by tu možnost měli mít. Co se týká interrupcí, tak chápu, že ne všechny jsou ochotny u toho asistovat, ať už kvůli víře nebo kvůli svědomí. Každopádně by měli mít možnost odmítnout u toho asistovat. Já osobně bych třeba nechtěla asistovat u odpojení člověka, který je napojených na přístroje.*“ I2 udala, že i zdravotník má svá práva, tak proč by nemohl mít i právo výhrad svědomí, takže s touto možností souhlasí. Informantka číslo tři s tím též nemá problém a dle jejího názoru se jedná o volbu každého z nás.

Z většiny odpovědí informantek vyplynulo, že vůči interrupcím výhrady svědomí nepocítují, neboť nemají pocit, že by výhrady svědomí měly být na jejich straně, nýbrž na straně ženy. Informantky 4 a 5 ovlivňují jejich náboženské přesvědčení, jak samy uznaly. Z toho důvodu na začátku svého pracovního poměru požádaly o výjimku, aby se nemusely interrupcí účastnit. I4 by při asistenci měla výhrady svého svědomí, které by podle ní byly nesmazatelné. Svou práci by změnila, kdyby neměla možnost se výkonů interrupce neúčastnit. V případě, že by u interrupce musela I5 asistovat, výčitky svědomí by se dle jejího názoru do určité míry dostavily. Obě věřící informantky jsou ale vděčné, že mají tuto možnost se výkonu interrupcí neúčastnit. Ostatní informantky s možností aplikovat výhrady svědomí nicméně souhlasí, ačkoliv by samy této možnosti nevyužily.

5.1.3 Podmínky výkonu interrupce

Z odpovědí na otázku: „*Jaké podmínky musí být splněny, abyste byla ochotna asistovat u provádění interrupcí bez výhrad svědomí?*“ odpovídala většina informantek tak, že musí být splněny všechny lékařské podmínky interrupce, tedy postup lege artis. Některé informantky uvedly další situace, které by ovlivnily, zda by byly ochotné u interrupce asistovat.

I1 v této otázce uvedla, že by nemohla asistovat u interrupce, kdyby se jednalo o někoho známého z jejího okolí. Konkrétně došlo k takové situaci, kdy k provedení výkonu přišla její známá. Bylo jí ale bez problémů umožněno se provedení interrupce v tomto případě neúčastnit. „*To je pro mě opravdu podmínka, kterou vyžadují – abych dotyčnou osobně neznala, pak bych to asi měla stále před očima.*“ V doplňující otázce, zda jí toto bylo na pracovišti umožněno, odpověděla, že ano a to bez problémů. Druhá informantka uvedla: „*Kromě veškerých lékařských podmínek musí jít hlavně o svobodné rozhodnutí ženy bez nátlaku, většinou partnera.*“ Uznala ale, že to ale mnohdy, pokud nemáme na ženy tolik času, nejsme schopné ani odhalit. V případě jednodenní hospitalizace na to není čas ani prostor. Za další, si ženy často ani povídat nechtějí a zdravotník kolem nich chodí po špičkách. Jsou ale ženy, které jsou sdílné a do hloubky jejich problému nahlédnou. U těchto žen můžou odhalit, jestli je interrupce jejich svobodným rozhodnutím a nestojí za tím někdo jiný. I3 odpověděla opět stroze, že jedinými podmínkami, které musí být splněné, aby asistovala u interrupcí, jsou ty medicínské. I4 a I5 uvedly, že musí být žena v ohrožení života, aby asistovaly u výkonu interrupce, či absence dalšího pracovníka, který by informantky na zákrovém sálku zastoupil. „*Žena musí být v bezprostředním ohrožení života, abych byla ochotna asistovat u interrupcí. Personální tíseň, či náhlý nedostatek kvalifikovaného personálu je jedna z dalších situací, kdy bych šla asistovat. To by se ale neobešlo bez nějakých výčitek svědomí,*“ řekla čtvrtá informantka. Při nástupu do pracovního poměru též obě sdělily, že pokud by nebyl někdo jiný, kdo by je mohl zastoupit, samozřejmě na sál půjdou. Uvedly, že to je její práce, tak by nic jiného nezbylo. Jak již zmínily dříve, jsou rády, že pracoviště její podmínky akceptují a aktivně se na interrupcích nemusí podílet. Poslední informantka uvedla velice uvědomělou odpověď, která vše shrnula: „*Podle mě musí být splněné všechny podmínky lékařské etiky, důstojnosti, morálky a porozumění, abych byla u interrupce ochotna asistovat.*“

Z odpovědí je patrné, že pro většinu informantek nemusí být splněné žádné speciální podmínky, aby byly ochotné u interrupce asistovat, když se daný výkon provádí podle stanovených platných medicínských a právních podmínek. Někaký osobní vztah či známost

s danou ženou podstupující výkon však může být pro respondentky překážkou. Pro věřící informantky je přijatelný pouze život zachraňující výkon ženy, aby přijaly asistenci u interrupcí bez nějakých výhrad svědomí. Absence další kompetentní osoby na zákrokovém sálku, která by mohla u tohoto výkonu asistovat, může být další situací, při které by informantky na sále asistovaly, zde se ale bude mísit jejich svědomí se zodpovědností zdravotníka, kterou přijaly studiem zdravotnického oboru.

5.1.4 Vlastní zkušenost s interrupcí

Na následující otázku nemusely všechny informantky odpovídat, pokud o tomto tématu nechtěly hovořit. Otázka byla následující: „*Myslíte si, že Vaše osobní zkušenost s provedením interrupce by ovlivnila Váš postoj k interrupcím?*“ Některé se svěřily se svojí zkušeností a proměnou jejich přístupu a názoru k interrupcím.

První informantka uznala, že toto nedovede úplně posoudit, protože nikdy něčím takovým neprošla. Pravila: „*Vím, že já bych asi na to nikdy nešla, člověk ale neví, v jaké situaci by se nacházel. Ale ani já, ani kdybych měla dceru, byť by jí bylo 14 nebo 15 let, tak bych nechtěla, aby to podstoupila. Přijde mi to zbytečné. Ale jak říkám, nikdy člověk neví, v jaké by byl situaci.*“ I2 ve své odpovědi zhodnotila, že si nemyslí, že by to její postoj nějak změnilo. Nejstarší informantka se u této otázky zastavila a více ji rozvinula. Sama sdělila, že interrupcí prošla a že od té doby na interrupce pohlíží trochu z jiného úhlu. „*Měla jsem v tu chvíli už dvě děti, nejmladší dítě bylo mladší dvou let, můj muž studoval. V tu chvíli se to prostě nehodilo. Asi bychom to zvládli, třetí dítě bychom uživili, ale prostě jsme nechtěli. Ted' spíše člověk přemýšlí, když už jsem babička, jestli bych třeba už nebyla babička vícenásobná.*“ Na závěr dodala: *Ted' ty ženy třeba i více chápu, že prostě si to další dítě nemohou dovolit. Že mají nějaký důvod. Říkám si, že když už je to dovede do nemocnice, tak musí být skálopevně rozhodnuté, protože si tím zvažováním již prošly doma. Takže si myslím, že mě to do určité míry nějak změnilo, ačkoliv jsem nikdy s interrupcemi vyloženě problém neměla.*“ V průběhu našeho rozhovoru zmínila, že aktuálně se čísla žen, které podstupují interrupce, výrazně snížila, že se to nedá srovnávat s minulostí, kdy na jednom pokoji leželo více žen, čekajících na interrupce. I4 v rozhovoru sdělila, že by sama interrupci vzhledem k její víře nikdy nepodstoupila. Dodala: „*Myslím si ale, že u mnohých po vlastní zkušenosti k nějaké, byť malé změně názoru musí dojít. Projdou si něčím, co tu každý den vidí a mají na to najednou pohled z druhé strany. Samy vědí, čím si doma musely projít, aby k tomuto rozhodnutí došly a co je muselo stát síly a odhodlání toto podstoupit. Zvláště u nás zdravotníků musí být ještě problémem to, že se můžeme obávat předsudků vzhledem k našemu povolání a s tím pocitem*

do té nemocnice dorazit.“ Informantka číslo 5 osobně interrupci nepodstoupila, ale v minulosti o možnosti podstoupit interrupci přemýšlela, neboť se dostala do takové situace. *„Myslím si, že každý, kdo by interrupcí prošel, by svůj postoj asi změnil.“* Informantka pokračovala ve vysvětlování své situace, která se stala před deseti lety, kdy neplánovaně otěhotněla při studiu na vysoké škole. Byly chvíle, kdy zvažovala i možnost interrupce, ale nakonec došlo k samovolnému potratu. Samotnou ji tenkrát překvapilo, jak v tu danou chvíli přemýšlela o interrupci i přes svou víru, protože těhotenství do jejího života vstoupilo v nepravý čas a případný potomek by se v danou chvíli úplně nehodil. Popisovala: *„Změnilo to mé vnímání potratů, protože do té doby jsem byla radikálně proti. Vždyť existují antikoncepce, tak když to dítě mají, ať si ho nechají, proč zabijí nevinný život. Nicméně jsem začala o tom přemýšlet i jinak, když jsem začala studovat porodní asistenci. Samotnou mě tenkrát dost překvapilo, jak jsem k této možnosti (pozn. Interrupci) byla otevřená a nakloněná. Je tu možnost, že bych tuto variantu zvolila, kdybych...nepotratila. Naštěstí jsem se k tomuto nemusela nikdy snížit a tuto možnost zvolit. Když jsem o tom přemýšlela, svědomí si prošlo peklem. Vůbec jsem nevěděla, jak bych se s tím vyrovnala. Zžíralo by mě to zevnitř.“* Informantka uvedla, že kdyby k tomu došlo, podepsalo by se to na její psychiku a že by pravděpodobně skončila v rukou psychologa. *„Tato zkušenost mě dost ovlivnila, že jsem začala o interrupcích přemýšlet i z jiné stránky.“* dodala závěrem. Poslední informantka uvedla, že se na tuto otázku nemůže vyjádřit, protože neví jak.

Tato otázka rozdělila informantky na dva tábory. Informantky s osobní zkušeností s interrupcemi, byť v jednom případě pouze teoretickém, potvrdily, že jejich postoj a náhled na interrupce se po samotném výkonu změnil, zatímco informantky, které výkon neabsolvovaly, jsou přesvědčené, že by svůj postoj nezměnily. Při úvodním představení informantky zmínily, zda mají vlastní potomky, či ne a bylo tak možné zhodnotit, zda li to na tuto otázku má vliv. Odpověď nelze jednoznačně určit, ale ze získaných odpovědí je patrné, že dvě ženy, které mají vlastní děti, by pravděpodobně nějakou změnu pocítily, nebo již k této změně došlo. Na rozdíl od informantek bezdětných, kdy pouze jedna z nich uvedla, že změnu pocítila, protože si prošla podobnou situací.

5.1.5 Názor na českou legislativní praxi

Na otázku: *„Co říkáte na liberální potratový systém v České republice, změnila byste něco?“*, informantky odpovídaly svými názory na současnou i dřívější situaci v naší zemi a co by na ní případně změnilo. Kvůli tomu byl zvolen kód názor na českou legislativní praxi. Většina informantek je se současnou situací spokojena, v průběhu rozhovoru jsme se s informantkami

dostaly k etickým komisím, které v minulosti povolovaly/zamítaly žádosti o interrupce. Informantky se existenci těchto komisí vyjadřovaly nesouhlasně.

I1 řekla, že je ráda za aktuální stav a přístup naší politiky k interrupcím, ale přeci jenom by něco změnila. *„V první řadě bych snížila tu hranici, kdy mohou ženy interrupci z vlastní žádosti podstupovat. Maximálně do desátého, spíše osmého týdne gravidity a druhá věc, která se mi nelíbí, je ta, že to není dohledatelné. Tady se může podstoupit potrat jednou za půl roku a už jsme se s tím setkali, že nám to přišlo divné, že žena musela být nedávno na výkonu. Když žena půjde do jiné nemocnice a za tři měsíce přijde k nám, tak to prostě nezjistíme. A to je prostě špatně, to se mi na tom nelíbí.“* To vidí jako velký problém nastavení systému. Etické komise vnímá dle jejích slov jako šílené. Zato I2 uvedla, že současný systém interrupční politiky je nastaven v mezích normy a že by pravděpodobně nic nezměnila. I2 dále reagovala na etické komise, které povolovaly, nebo zamítaly ženám podstoupit interrupce: *„To mi nepřišlo vůbec v pořádku. Žena, když byla rozhodnutá, tak prostě šla na nelegální potrat. Plno jich kvůli tomu zemřelo, ale stejně prostě šly.“* I3 by na potratové politice České republiky také nic nezměnila. Dodala: *„Přijde mi normální, pokud se naopak změní a zpřísní, budou probíhat kriminální potraty a ženy budou ohrožené na zdraví“.* Jak již zmínila výše, počet interrupcí se naštěstí snižuje, takže to aktuálně nevnímá jako velký problém. I4 uvedla následující: *„Je těžké říct názor na interrupční politiku, když sama s interrupcemi obecně nesouhlasím. Ale řekla bych to takhle. Kdyby byly interrupce více omezené a stále by fungovaly interrupční komise, docházelo by ke stejné situaci jako v Polsku. Ženy by pravděpodobně absolvovaly nelegální potraty a lékaři a členové komise by byli upláceni. U nás by do toho akorát tak nezasahovala křesťanská víra, protože ta zde není zastoupena tak, jako v Polsku. Naopak úplná dostupnost interrupcí by se stala novou metodou antikoncepce. Takže je to těžké. Asi můžeme být rádi, za to, jak je to zde nastavené.“* Dále rozvinula fakt, že by měl systém jakéhokoliv státu být zaměřen více na edukaci a osvětu, aby obecně k interrupcím docházelo co nejméně. Etické komise by dle jejího názoru dnes byly pouze ukázkou moci a peněz. I5 uvedla, že je ráda za to, že žije v zemi, kde je taková liberální potratová politika, protože se tím může předejít nelegálním interrupcím, jako v jiných zemích. *„Myslím si, že to máme v České republice dobře nastavené. Je tu svoboda a každý se může rozhodnout podle sebe a podle svého svědomí. Přece jenom je to jeho svědomí a nenutíme tu někoho, jako třeba v Polsku. Kde ty ženy nutí, aby si ty děti nechávaly, a pak z toho jsou až mrazivé případy, kdy ty ženy umírají, nebo utíkají za hranice. Myslím, že to je u nás dobře nastavené, že jsou ty interrupce povolené do dvanáctého týdne na žádost ženy. A může se žena*

prostě rozhodnout.“ Dobu, kdy interrupce ženám povolovala etická komise, jako ostatní informantky nezažila, ale přesto sdělila jasně svůj postoj: *„Je to ukázka toho, jak byla žena společností vnímána. Musela být doma, rodit děti a starat se o manžela a rodinu a vlastně nemohla mít pořádně svůj názor. Přijde mi to vyloženě jako ukázka pohrdání ženami, doteď nechápu, že si někdo vůbec může myslet, že do toho může mluvit. A i v dnešní době si někteří lidé a zvláště převážně muži, kteří do toho dle mého názoru nemají vůbec mluvit, si myslí, že jsou asi něco víc. Viz Polsko a můžou o tom rozhodovat místo té ženy. Obecně pro mě tohle byla šílenost, kterou nepochopím.*“ I6 ve své odpovědi zhodnotila, že by nikdo neměl mít právo rozhodovat za druhé. Žádná žena se nerozhoduje o interrupci z nějakého plezíru. Je třeba myslet na ženy, které se staly obětí násilného trestného činu, sexuálního charakteru, nebo prostě dítě nemohou vychovat z ekonomických důvodů. Zde je třeba dle jejího názoru zkusit jiné možnosti, jiná východiska. *„V každém případě je ale nutné i pochopit možnosti ženy.*“ Co se týče nastaveného systému, v České republice by nic neměnila. Je ráda, že byly etické komise zrušeny. *„Byl to ponižující institut ženské důstojnosti a možnosti svobodné volby.*“ Uvedla příklad Listiny základních práv a svobod, dle které jsou si lidé rovni a svobodní. Ženy se nemusí zpovídat cizím lidem a žádat je milostivě o povolení k provedení tohoto lékařského výkonu, který je už tak stresujícím rozhodnutím.

Z většiny odpovědí je zřejmé, že jsou informantky spokojené se systémem, který je v České republice ohledně interrupční politiky nastaven. Hodnotí svobodu žen v rozhodování o jejich těhotenství. Jedna informantka (I1) by posunula hranici týdne gravidity, která vymezuje provedení výkonu interrupce na vlastní žádost ženy bez zdravotní indikace. I3 zhodnotila, že pokud by se nastavený systém změnil, hrozilo by riziko rozvoje kriminálních nelegálních potratů. Etické komise vnímají všechny informantky jako odsouzené a žádná by je nepodpořila. Informantky v nich vidí potlačení práv žen a omezování jejich svobodného rozhodování, stejně jako tomu je u případu Polska.

5.2 Etická dilemata interrupcí

Do této kategorie byly zařazeny odpovědi na dvě průzkumné otázky: *„Jaká etická dilemata interrupcí shledávají zdravotničtí pracovníci? Jak vnímají informanti otázku počátku lidského života v souvislosti s právem na život?“*

Z těchto odpovědí byly vyvozeny 3 kódy – osobní vnímání etických dilemat interrupcí, právo na život a jeho počátek, status embrya. Informantky ochotně odpověděly na všechny otázky.

5.2.1 Osobní vnímání etických dilemat interrupcí

Na otázku: „*Jaká jsou podle Vás etická dilemata interrupcí?*“, informantky odpovídaly svými pohledy na etická dilemata interrupcí. S některými informantkami jsme se v rámci rozhovoru zastavily nad aktuálně medializovanou otázkou Polska a jejich potratového systému, který vzbuzuje spoustu otázek. Informantky také zhodnotily, zda by se přiklonily k nějakému názorovému hnutí, které se týká interrupcí, konkrétně hnutí pro život a pro volbu.

I1 začala svou odpověď: „*Těch je, ale je to těžké takto odpovědět. Říct jestli interrupce ano, nebo ne, protože nikdo nevíme, v jaké situaci se ten člověk nachází. Je jasné, že ženy, které pořád těhotní a furt chodí na potraty, to je špatně. To by se nemělo dít. Ale zase bych to úplně nestavila tak, aby se to zakázalo nebo bralo ve společnosti jako špatná věc. Například po znásilnění, když se žena dostane do takové špatné situace a ví, že to nezvládne. V tom případě na tom nic špatného nevidím. Brát to na druhou stranu tak, že je to tvé tělo a můžeš si s ním dělat, co chceš, také není dobře, jako to berou v tom hnutí pro volbu. Pak jde samozřejmě o to, od kdy považujeme to dítě za člověka, jestli už v tom bříše má nějak práva.*“ Dle informantky je dalším etickým problémem situace, kdyby šla porodní asistentka, respektive jakýkoliv zdravotník na interrupci, jak by na něj ostatní zdravotníci pohlíželi, jaké by měli předsudky. „*Jak je možné, že jde porodní bába na interrupci?*“ Dle I2 je největším etickým dilematem interrupcí obecně právo na život. Kdo toto právo může brát a od jaké doby toto právo plod vůbec má. „*Je těžké to takto říct, protože na jedné straně je právo na život a na druhé straně otázka toho, jestli je plnohodnotný život kojenecký ústav apod., podle mě tedy ne. Mě spíše vadí potraty náhlé a z genetické indikace. V momentě, když je ten plod ještě „nic“ je to pro mě ještě přijatelné, než aby to dítě pak trpělo tím, že nemá úplnou rodinu, pokud nemá to štěstí a je adoptované. Tím ale nemyslím, že to někdo používá jako formu antikoncepce, ale opravdu nežádoucí gravidita a důvod je pro jedince v tu chvíli prostě řešení, ať se mi to líbí, nebo ne. Osobně bych byla třeba i pro euthanasii.*“ Dodala, že by se nepřiklonila k ani jednomu názorovému hnutí, které svět v otázce interrupcí rozdělují. Obecně by nepodpořila ani zákaz, ani úplnou volnost v interrupcích. Potratovou situaci v Polsku vnímá velmi negativně a udává, že by zde nechtěla žít. „*Je zde plno nechtěných dětí a zoufalých žen, to není v pořádku.*“ I3 na tuto otázku odpověděla velmi stroze a to sice: „*Je to pouze věc ženy, k žádnému názorovému hnutí se nepřikláním, nejsem věřící a nějak se o to více nezajímám.*“ K situaci v Polsku neměla komentář, neboť se tím nikdy nezabývala. Na závěr ještě zmínila, že by osobně dala větší prostor prevenci a osvětě, která by v otázce interrupcí pomohla. Dle jejího názoru by se mohlo větší osvětou dětí a mladistvých

o plánování těhotenství předejít mnoha neplánovaným graviditám. Udala, že je ale momentálně více dospělých žen, které mají vlastní rodiny a děti, které interrupce podstupují, než mladých slečen, u kterých by neplánovaná gravidita byla výsledkem nezodpovědnosti. Čtvrtá informantka uvedla, že každý má jiný názor na to, co jsou etická dilemata. Nad otázkou interrupcí se již mnohokrát zamýšlela, obzvláště před nástupem do pracovního poměru. „*Myslím si, že největším etickým problémem je, že jsou odlišné přístupy k začátku života. Od kdy je člověk vlastně člověkem, a od kdy má lidská právo jako my ostatní. Je mi jasné, že když někdo plod v matčině těle považuje za shluk buněk, nedělá mu problém interrupce víceméně podporovat, ale když už někdo považuje plod za dítě, lidskou bytost, tak už mu vkládá nějaká práva, především právo na život. Ted' mě napadá další problém, který s tím souvisí. Spor o práva matek a nenarozeného dítěte. Mají matky právo na to, aby dítěti to nejzákladnější právo vzaly? Je to hodně těžké o tom všem přemýšlet a vytvořit si svůj vlastní postoj. Sama jsem si k tomu dlouho hledala cestu. Jako má každý svůj názor, vím, že je i mezi věřícími mnoho různých názorů, co se týče interrupcí.*“ Dodala, že ačkoliv by se nechtěla k ničemu přiklánět, je to spíše hnutí pro-life, se kterým souzní. „*Je to jako s politickou stranou při volbách, s něčím ne vždy souhlasíte, ale kvůli něčemu zásadnímu nepřestanete podporovat jejich základní myšlenku, která je vám blízká. Touto myšlenkou je pro mě ochrana počatého života.*“ Dále zmínila informantka svůj názor na polskou situaci: „*Situace v Polsku je vážná. Samozřejmě nevidím do toho více, než jak je zmiňováno v médiích. Ted' bych se ráda vyjádřila k těm žádostem o interrupce, které nemají co dočinění se zdravotními důvody ženy či dítěte. Ženy zde ví, co taková žádost o interrupci vyžaduje a přesto dochází k nechráněným pohlavním stykům a neplánovaným otěhotněním. Přijde mi tedy v tomto případě nepochopitelné, proč k tomu dochází, když znají důsledky. Samozřejmě další otázkou jsou zdravotní důvody a případy znásilnění, v tom je můj názor asi liberálnější, i když je těžké se takto globálně rozhodovat. Bohužel zásadním problémem, který s touto situací přišel, je nelegální trh s interrupcemi a to vlastně celosvětově. To je asi největším problémem, neboť jsou zde ohroženy samotné ženy nešetrnými praktikami, jak dítě vypudit. Na toto téma by se dalo asi dlouze polemizovat, ale nemám dost podložených informací.*“ Nejmladší informantka uvedla opět delší odpověď a začala tím, od kdy považují lidé vůbec dítěte za člověka. „*Když ženě, která touží po dítěti, vyjde pozitivní těhotenský test, raduje se, že má uvnitř dítě. Nemluví se o nějakém shluku buněk, který není považovaný za bytost. Od začátku k plodu přistupuje jako ke svému dítěti, byť je to počátek těhotenství. Myslím si, že největším etickým dilematem interrupcí je to, že i když jdete na potrat v osmém týdnu, nebo nižším na chemickou interrupci, že to v tenhle moment nikdo takhle nebere, že vlastně zabijí své dítě,*

fungující, životaschopné dítě. To, že vlastně vůbec nedáme šanci tomu dítěti se nějak rozvíjet, vůbec se narodit. To dítě už má také svá práva a my mu je sebereme.“ Názorově se informantka přiklání ale spíše ke hnutí pro-choice po své osobní zkušenosti, jak bylo zmíněno výše. Dále informantka rozvinula situaci v Polsku: *„Ve mně to vyloženě vře, když o tom čtu, co se v Polsku děje. Nejvíce mě štve, že se to odvolává na nějakou víru. Tropit taková zvěrstva na ženách, jsem z toho hrozně smutná a zároveň strašně naštvaná. Nevím, co se bude muset stát, než se to tam konečně trochu změní. Tohle jsou naprosto radikální názory. Ačkoliv jsem věřící, víra v Polsku mě děsí svou radikalitou, nejenom, co se týče potratů.*“ I6 uvedla: *„Nevidím žádná zásadní etická dilemata, jsou-li splněny všechny právní aspekty pro provedení interrupce.*“ Dle jejího názoru nastává jen vnitřní a tedy osobní dilema ženy, která nad interrupcí uvažuje. Co se týče celosvětového měřítka, nedokáže soudit, neboť nezná problémy jiných mimoevropských zemí, ale je si vědoma toho, že je postoj v mnoha zemích ovlivněn vyznávajícím náboženstvím. Informantka dále odsoudila dlouhodobou problematiku interrupcí v Polsku. Se situací nesouhlasí, ale zároveň si nedovolí hodnotit, nebo dokonce kritizovat jejich názory a postoje na interrupce. Obecně shrnula, že je ráda, že v naší zemi je zastáván liberální názorový směr.

Většina informantek považuje za největší etické dilema interrupcí to, od kdy je dítě považováno za osobu hodnou lidských práv. Zdali má dítě už v děloze nějaká práva, konkrétně právo na život, které mu interrupcí odepráme. I2 naopak argumentuje též tím, zdali je etické, aby dítě vyrůstalo bez rodiny v kojeneckých ústavech apod. Práva ženy a práva dítěte zde stojí proti sobě. Situace v Polsku je pro všechny znepokojivá a neztotožňují se s ní. Informantky v nich vidí potlačení práv žen a omezování jejich svobodného rozhodování. Informantka 5 se přiklání k názorovému hnutí pro-choice, I4 k hnutí pro-life, I1 a I2 se staví názorově mezi a I3 a I6 by se k žádnému názorovému hnutí nezařadily.

5.2.2 Právo na život a jeho počátek

Na otázku: *„Jaký je Váš názor na vznik nového života, od jakého stádia vývoje můžeme přisuzovat právo na život?“* odpovídaly informantky svými názory na počátek lidského života a jejich vnímání práva na život.

I1 uvedla: *„Počátek nového života беру osobně od doby, kdy začne srdeční akce plodu. Právo na život má podle mě každý. Ale dítě je pro mě se svými právy až od životaschopnosti, tudíž od nějakého 23. týdne gravidity.*“ Uvedla jako příklad Olomouckou nemocnici, která dle jejího názoru zachraňuje i 21. týden gravidity, když dítě přežije bez výrazného zásahu 24 hodin.

Druhá informantka uvedla jiný počátek lidského života: „*Nový život pro mě začíná početím.*“ Dle jejího názoru kvůli tomu přisuzuje právo na život již od početí. Měl by to ale být život kvalitní a dítě se narodilo milované. Pro I3 začíná srdeční život srdeční akcí plodu. „*Legálně je možno podstoupit interrupci na žádost ženy do 12. týden gravidity, tak tohle je pro mě mezník, od kterého již pak má dítě právo na život a nemůže ho žena tedy ukončit.*“ I4 uvedla svou odpověď velice rozhodně: „*Život pro mě začíná rozhodně početím. Je to proces spojení dvou pohlavních buněk za účelem vzniku nového jedince, tedy nového života. Proto si myslím, že by to tak mělo být stejně i s právem na život už od počátku. Práva na život jsou dle mého názoru upírána proto, aby nebyla interrupce klasifikovaná jako vražda a mohlo tak k tomuto výkonu docházet.*“ I5 si svými odpověďmi v průběhu rozhovoru protiřečila a proto mě některé její odpovědi vzhledem k předchozím stanoviskům překvapily. Zpočátku uvedla, že právo na život by stanovila od okamžiku oplození, kdy se začne formovat lidský život. Dojde ke splynutí pohlavních buněk a začne se vyvíjet nový jedinec. Na závěr ale shrnula, že je pro ni hranicí vlastně 12. Týden gravidity, do kterého žena může o osudu dítěte rozhodovat, jak chce. Po této hranici je to pro ni ale vražda, neboť už dítě od této hranice má svá práva. I6 uvedla, že se jedná o velmi citlivé téma, takto o počátku života mluvit. Život podle informantky začíná stádiem embrya, kdy začne srdeční akce. „*Jakmile plod dosáhne stádia embrya, tak se jednoznačně jedná o lidskou bytost, která by měla mít právo na život.*“

Z analýzy odpovědí je patrné, že je mezi zdravotníky značný rozdíl ve vnímání počátku lidského života a hranice, od které přisuzují právo na život. Počátek lidského života datují tři informantky (I1, I3, I6) od začátku srdeční akce plodu. Ostatní informantky (I2, I4, I5) považují počátek života už od okamžiku oplození. V odpovědích na právo na život se objevily čtyři mezníky – početí (I2, I4), dosažení stádia embrya (I6), 12. týden gravidity (I3, I5) a 23. týden gravidity jako hranice životaschopnosti plodu (I1).

5.2.3 Status embrya

Na otázku: „*Čím je pro Vás embryo?*“

I1 uvedla odpověď, že považuje embryo za součást matčina těla, dále vysvětlila: „*Embryo bych víceméně považovala za součást matky, i když takhle to říct nevypadá hezky. Určitě bych to ale nebrala tak, že si s ním může dělat, co chce, ale vždy s nejlepším vědomím a svědomím.*“ Osobně hodnotila, že se jí situace, kdy žena považuje interrupci pouze za jakousi formu antikoncepce, nelíbí, ale jsou situace, kdy rozhodnutí pro interrupci chápe. V tom momentu se žena rozhoduje podle svého nejlepšího vědomí a svědomí a ví, že by dítěti

neposkytla adekvátní domov, který si zaslouží. Druhá informantka sdělila podobnou odpověď jako předchozí informantka, tedy, že jsou určité situace, kdy provedení interrupce chápe: „*Embryo je pro mě vznikající nový život. Je to jedinec matky, který i když má právo na život, existují vážné důvody, proč se matka může rozhodnout jinak. Pro mě to bude vždy jednodušší volba, než následně dítě po porodu opustit.*“ Opět dodala problematiku kojeneckých ústavů, které dle jejího názoru nejsou adekvátním rodinným zázemím pro děti a ty pak vyrůstají bez základu pevné a milující rodiny. Třetí informantka uvedla, svou odpověď velmi stručně: „*Embryo je pro mě jedním vývojovým stádiem, kterým jsme všichni prošli. Považuji ho za součást těla matky, a o osudu embrya tak může žena svobodně rozhodovat.*“ Odpovědi čtvrté informantky se lišily. „*Samozřejmě, že embryo roste uvnitř těla matky, ale nepovažuji ho za něco, s čím si může žena zacházet, jak chce. Je to pro mě samostatná bytost, byť ještě drobná. Někdo může argumentovat závislostí na matce, bez které by nepřežilo, ale není tomu tak i po narození, kdy je dítě závislé na péči druhých daleko více? Matka se jen tak nerozhodne, že půjde nechat usmrtit své měsíční dítě. Toto dítě bylo ale před několika měsíci stejnou osobou, jenom trochu menší, jako je teď a to tu možnost ho nechat usmrtit ze zákona měla. Mluvím především o interrupcích z jiné než zdravotní indikace.*“ Vnímání počátku života a statusu embrya je dle jejího názoru ovlivněno jejím náboženským přesvědčením, jako většina odpovědí tohoto rozhovoru. Druhá věřící informantka (I5) uvedla, že se nad touto otázkou ještě nikdy nezamýšlela. Ačkoliv by to tak nemělo být, embryo je v praxi vnímané jen jako součást těla matky a tudíž si s ním může matka dělat, co chce, respektive rozhodovat o jeho osudu. Uvedla příklad postižení plodu, pro které se většina rodičů dítěte také vzdá. „*Lidskou bytostí je pro mě to dítě od té doby, kdy se dozvím, že jsem těhotná a vidím dvě čárky na těhotenském testu, takže to tuším, že je právě stádium embrya.*“ Uvedla tedy konflikt mezi vnímáním statutu embrya společností a jejím náboženským přesvědčením. Poslední informantka (I6) svou odpověď shrnula: „*Embryo je sice uvnitř těla matky, ale je to oddělený organismus, který není schopný vlastní existence a je závislý na matce. Žena by tedy měla mít právo upřít život tomuto embryu pouze v případě vážného ohrožení zdraví.*“ Život je dle jejího postoje zázrak a ze svého nejbližšího okolí ví, kolik smutku způsobí nemožnost obejmout to růžové stvoření.

Z odpovědí je patrný rozdíl mezi jednotlivými odpověďmi, z větší části daný vírou informantek. Většina nevěřících informantek považuje embryo za součást těla matky a tak vkládají matce do rukou práva rozhodovat o osudu jejich nenarozeného potomka. I1 ve své odpovědi zdůraznila, že by tato matčina rozhodnutí měla být však v zájmu jejího nejlepšího

vědomí a svědomí a ne jen výsledkem rozmaru. I4 uznává, že byt' se embryo nachází v matčině těle, považuje ho za samostatnou lidskou bytost hodnou ochrany již od začátku. Druhá věřící informantka uvedla konflikt mezi vnímáním embrya společností a jejím náboženským přesvědčením. Poslední informantka přisoudila embryu též status odděleného organismu, který byt' je závislý na matčině těle, upírat právo na život by se mu mělo jen v nejkrajnějších případech ohrožení zdraví či života.

7 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na etická dilemata interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka. To znamená, jaká etická dilemata vnímají zdravotničtí pracovníci při výkonu jejich povolání, konkrétně asistence u umělého ukončení gravidity, jaký je jejich osobní postoj k danému výkonu. Dále se zaměřuje na to, jestli jsou schopni zdravotníci tento výkon absolvovat bez výhrad svědomí, či je pouze předmětem zvyku, jaké problémy shledávají zdravotničtí pracovníci v nastavených systémech nejen České republiky, které provádění interrupcí schvalují atd. Pro výzkumné šetření jsem využila kvalitativní výzkum, neboť umožňuje hlubší pohled do dané problematiky, dává více prostoru pro zkoumání osob a jejich postojů. Získaná data v této diskuzi byla shromážděna pomocí polostrukturovaných rozhovorů se šesti informantkami v nemocnici okresního typu Plzeňského kraje. Diskuze se opírá o získaná data z těchto rozhovorů. Je třeba mít neustále na zřeteli, že výzkumný vzorek je v případě kvalitativního výzkumu příliš malý, abychom mohli jeho výsledky zobecnit na názory a postoje všech zdravotnických pracovníků.

Téma etické problematiky interrupcí bylo zpracováno ve více akademických závěrečných pracích, především bakalářských oborů. Z diplomových prací uvedme například práci s názvem *Problematika interrupcí z etického hlediska s důrazem na hodnotu lidského života* od Fišerové (2009).

Jednotlivé výsledky analýzy jsou prezentovány vyhodnocením stanovených průzkumných otázek.

První průzkumná otázka zněla: Jsou výhrady svědomí součástí postoje zdravotníků k asistenci u umělého ukončení gravidity?

K této průzkumné otázce se pojily celkem tři otázky. První zjišťovala, co pro zdravotníky znamená asistovat u interrupcí, další zdali cítí vůči asistenci u umělého ukončení gravidity výhrady svého svědomí a za jakých podmínek jsou ochotni asistovat u interrupcí bez těchto výhrad.

V rámci úvodních dotazů byly informantky dotázány, zdali jejich postoje ovlivňuje nějaké náboženské přesvědčení. Domnívala jsem se, že tento faktor může ovlivnit přístupy jednotlivých informantek. Dvě z šesti informantek uvedly, že jsou věřící křesťanky, konkrétně katoličky. Obě věřící informantky uvedly vůči interrupcím své odmítavé postoje a výhrady vzhledem k jejich náboženskému vyznání. Výsledky lze porovnat s výzkumem Hollé

a Weisse (2009). V rámci širšího výzkumu sexuálních postojů a chování českých žen se zaměřili mimo jiné na otázky týkající se interrupce a postojů k interrupcím. Dle získaných výsledků byl postoj k interrupcím výrazně ovlivněn náboženským přesvědčením. Nevěřící ženy (z 66%) byly liberálnější ve svých postojích a ponechávaly volbu na ženě. Věřící ženy v 11% zastávaly názor, že je interrupce nepřijatelná v každém případě. (Hollá, Weiss, 2009)

Dle tohoto výzkumu v České republice významně převažuje liberální postoj k možnosti umělého ukončení gravidity. 60% žen uvedlo, že každá žena má právo se rozhodnout, zda a za jakých okolností chce dítě donosit. Dle jiných starších českých výzkumů je tento silný liberální postoj nezávislý na demografických faktorech. (Weiss, Zvěřina, 2001)

Tento liberální přístup se prokázal i v průzkumném šetření této diplomové práce, konkrétně u nevěřících informantek. Všechny čtyři nevěřící informantky uvedly interrupci jako běžnou součást jejich práce, kterou si samy zvolily a jsou k ní kompetentní. Potvrdilo se následující - interrupci informantky pokládají za oprávněné rozhodnutí pojmávané za součást plně přijímané odpovědnosti ženy. (Jemelka, 2008, str. 46)

Věřící respondentky se svým přístupem můžeme řadit k umírněnému postoji. Jemelka (2008) ve své knize Bioetika uvádí, že se zástupci tohoto postoje snaží brát na vědomí zřetel na zdraví a utrpení matky a dítěte. Dle jejich názoru nelze interrupci zakazovat ani vynucovat. Vždy musí ale docházet k vyhodnocování závažnosti důvodů pro a proti zákroku interrupce, které se týkají konkrétního případu. Obě věřící informantky nevyjádřily absolutní odmítání interrupce za všech okolností, který by je řadil ke konzervativnímu přístupu. (Jemelka, 2008, str. 46) Informantky souhlasí s interrupcí v případě život zachraňujícího zákroku ženy.

Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR vydává již od roku 1990 pravidelně tiskové zprávy o výzkumech obyvatelstva na kontroverzní otázky z morálního hlediska. Mezi těmito otázkami je i názor na postoj k interrupcím. V roce 2019 bylo zjištěno, že 68% obyvatel je přesvědčených, že má žena právo se sama rozhodnout o provedení interrupce a 18% dotazovaných uvedlo, že by interrupce měla být povolena jen s přihlédnutím ke zdravotním a sociálním ohledům na dítě a ženu. 7% populace podporuje interrupci pouze v případě ohrožení života žen a 3% občanů se vyslovila pro úplný zákaz interrupcí. Zbylá 4% na tuto otázku neuměla odpovědět. Od roku 2010 jsou dle výzkumů postoje české veřejnosti k tomuto tématu téměř stabilní. (Čadová, 2019)

Institut výhrady svědomí se spojuje s právem člověka na svobodu svého svědomí. Tato svoboda se nevztahuje jen na určité náboženské přesvědčení, ale i na názor nenábožensky

neutrální až ateistický. (Madleňáková, 2010, str. 38) Proto tato otázka v průzkumné části diplomové práce cílila na všechny zdravotníky, nejen na ty vyznávající určitou víru. Přesto se odpovědi výhrad svědomí dostalo jen od věřících zdravotníků. Zdravotníci, kteří nemají žádné náboženské přesvědčení, vložili výhrady svědomí do rukou ženy, která se pro podstoupení interrupcí rozhodla.

Důležitý je dopad, který uplatnění výhrad svědomí může mít. Vyjádření výhrady svědomí totiž zpravidla bude mít přímý dopad na práva pacientů, jejichž zdraví a dokonce život mohou záviset na včasném poskytnutí konkrétní zdravotní služby. Výhrada svědomí by měla být aplikována tak, aby neměla na léčbu pacientů negativní vliv. (Center of reproductive rights, @2021) Obě věřící informantky, které výhrady svědomí aplikovaly, byly při svém nástupu do pracovního poměru poučeny o případu, kdy by se jednalo o přímé ohrožení života ženy, či nedostatek kvalifikovaného personálu, který by je na sále v daném momentu zastoupil, o nutnosti asistence u interrupcí. Obě s touto variantou, jak osobně zmínily, počítají od začátku a jsou v těchto případech ochotny u interrupcí asistovat. Jak dodaly, stále je to jejich povolání. Obě informantky by výhradu svědomí neuplatňovaly ze závažných zdravotních důvodů ženy, jak již bylo zmíněno výše. V případě, že by informantky musely na zákrok z důvodu nedostatku kvalifikovaného personálu, výhrady svědomí by měly. Obecně byl přístup nadřízených pracovníků v otázce výhrad svědomí respektující a informantky si této možnosti vážily. Lojková (2011) uvádí takové chování zdravotníků jako tzv. *secundum legem*, kdy uplatnění výhrady svědomí je jevem právem připuštěným.

Hnutí pro život v ČR si nechalo provést rozsáhlý průzkum agentury IPSOS mezi českými lékaři a sestrami z gynekologických pracovišť vykonávajícími interrupce. Mimo jiné tento výzkum zjišťoval i otázku svědomí v práci těchto zdravotníků. Mezi zdravotníky a lékaři se vyskytují pochybnosti ve svědomí u 13 % respondentů, zatímco 61% tvrdí, že nemá žádné, nebo skoro žádné výhrady. (Hnutí pro život, @2021)

V rámci rozhovoru s informanty bylo zjišťováno, zda by uplatňování výhrad svědomí podpořili, ačkoliv by sami takové možnosti nevyužili. Tuto možnost dotazovaní podporují a považují ji za další z práv zdravotníka, proti kterým nemají výhrady.

Dotazované zdravotnice se v rámci rozhovorů též zabývaly podmínkami, které musí být splněné, aby byly ochotné u interrupcí asistovat bez těchto výhrad svědomí. Zde byly odpovědi rozděleny opět vlivem náboženské víry informantek. Nevěřící informantky kladly důraz na splnění medicínských a legislativních podmínek, zatímco věřící uváděly naopak jako

podmínku asistence u interrupce pouze ohrožení života ženy, aby u interrupcí asistovaly bez výhrad svědomí. Dle Stodoly (2012) se totiž časem mezi křesťany objevují umírněnější názory, které dovolují interrupce v situacích jako je vážné ohrožení života ženy či interrupce. Mluvíme o tzv. teorii dvojího účinku, kterou katolická církev využívá právě v argumentech proti interrupcím. Jednáním vznikají dva účinky, z nichž jeden je zamýšlený a druhý předvídaný. Například odstranění nádoru v děloze matky, kdy je plod úkonem usmrcen, ale tato smrt není zamýšlená, nýbrž je nepřímým následkem této operace.

Druhá průzkumná otázka zněla: Má osobní zkušenost s interrupcí vliv na osobní etický postoj k interrupcím?

Z šesti získaných informantek byla pouze jedna, která uvedla přímou osobní zkušenost s interrupcí. Ostatní buď interrupci nepodstoupily, nebo se k této otázce nechtěly z osobních důvodů vyjádřit. Nedostalo se tak bohužel většího množství získaných dat k porovnání, což považuji za nedostatek tohoto výzkumu.

Získaná data můžeme porovnat s daty diplomové práce od Fišerové (2009), která vedla rozhovory s ženami, které interrupcemi prošly. Autorka uvádí, že výzkum zahrnoval škálu různých odpovědí na otázku změny postojů těchto žen po prodělání výkonu. Na jedné straně uvádí některé informantky získanou bolestnou zkušenost a výčitky svědomí ze zmařeného lidského života, neboť dítě bylo z jejich strany například chtěným. Na straně druhé žádnou změnu ve svých postojích u informantek, které dítě nechtěly a počátek života pro ně znamená až narození dítěte. Zde je vidět, že tyto postoje ovlivnilo mnoho faktorů, jako tomu bylo i u informantek mé diplomové práce. Především celkový postoj k interrupcím a vnímání počátku lidského života. Informantka této diplomové práce, která interrupci podstoupila, byla po celou dobu rezervovanější a její odpovědi byly dost často strohé a jasné. Interrupce je pro informantku lékařským výkonem. Rozhodnutí pro interrupci je dle jejího postoje osobní věcí každé ženy a tak informantka podporuje svobodnou volbu žen v rozhodování o osudu jejich těhotenství. Ačkoliv zpočátku informantka uvedla, že si nemyslí, že by se její postoj nějak změnil, nakonec uznala, že přeci jenom se změnil do určité míry pohled na samotné ženy, které se pro interrupci rozhodnou. Začala je více po vlastní zkušenosti chápat. Ostatní informantky se s osobní zkušeností nesvěřily, pouze jedna zmínila, že v minulosti o této možnosti přemýšlela.

Třetí průzkumná otázka zněla: Jaká etická dilemata interrupcí shledávají zdravotničtí pracovníci?

Interrupce představuje ve společnosti velký etický problém. Názory jednotlivců jsou ale odlišné, neboť každý člověk vyznává jiné morální hodnoty a stanoviska. Informantky se ve svých odpovědích zamýšlely nad etickými dilematy, které umělé ukončení gravidity přináší. V rámci okruhu tohoto tématu byly zmiňovány i názory na nastavený interrupční systém nejen v České republice a s tím související etické problémy.

Většina informantek považuje největším etickým dilematem to, od kdy je dítě považováno za osobu hodnou lidských práv. Podrobný popis názoru na počátek lidského života a práva na život je popsán pod následující průzkumnou otázkou. Mezi další etická dilemata interrupcí řadily konflikt mezi právy nenarozeného dítěte a právem matky. Tento konflikt je předmětem názorových proudů v pohledu na problematiku interrupcí, které stojí ostře proti sobě. Tyto proudy vznikly jako důsledek procesu liberalizace interrupcí. Hnutí pro life jako zastánce ochrany života již od početí, v opozici s hnutím pro choice, jež hájí práva ženy v rozhodování o její graviditě. (Haškovcová, 2004) V průběhu rozhovoru se některé informantky k těmto hnutím ze své pozice vyjádřily. Zde se potvrdila individuálnost názorů každé informantky. Jedna informantka by se přiřadila k hnutí pro life, jedna k pro choice, dvě by se názorově postavily mezi tyto dva proudy a poslední dvě uvedly, že by se zřejmě k žádnému názoru nepřiklonily, nebo neví.

Z většiny odpovědí byl zřejmý fakt, že jsou informantky s liberálním systémem v České republice spokojené, neboť se zde mohou ženy svobodně rozhodnout a nedochází zde tak k nelegálním interrupcím, které by ohrožovaly samotné ženy. Většina informantek tak v rámci otázky na etická dilemata dávala do souvislostí právě současnou situaci v Polsku, která je poslední dobou hodně medializovaná a kde jejich naopak konzervativní přístup způsobuje mnoho kontroverzních a nežádoucích jevů.

Informantky se v rámci rozhovoru zmiňovaly i o existenci etických komisí, které podstupování interrupcí povolovaly, respektive zamítaly, jako dalšího ze zdroje etických problémů. Ve všech případech byl jejich postoj na existenci těchto komisí zcela odmítavý a nesouhlasný. Ačkoliv samy tyto komise nezažily, vnímají jejich fungování vůči ženám jako ponižující a deprimující. Tento názor se shoduje se slovy Dudové (2012) dle které ženy, které prošly jednáním před interrupčními komisemi, popisovaly tuto zkušenost jako velice ponižující, obtěžující a narušující jejich soukromí. Vlastní zkušenost s interrupčními komisemi můžeme taktéž porovnat s výzkumem diplomové práce Fialové (2017), ve kterém

respondentky detailně popisovaly samotný ponižující proces etických komisí, který na nich dodnes nechal následky.

Čtvrtá průzkumná otázka zněla: Jak vnímají informanti otázku počátku lidského života v souvislosti s právem na život?

Problematika umělého ukončení gravidity se zásadně odvíjí od toho, od jakého momentu vývoje začneme považovat vznik lidského jedince. Z toho vychází předpoklad ochrany tohoto jedince a vytváří se tak přístup k umělému ukončení gravidity. Touto problematikou se zabývá mnoho autorů, avšak doposud nenastala shoda v tom, kdy vlastně začíná život. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, str. 197-198)

George (2011) uvádí, že nepanuje všeobecná shoda v tom, zdali je embryo lidskou bytostí hned po jeho početí, nebo se stává lidskou bytostí až v určité fázi vývoje, včetně okamžiku narození. Tento fakt byl potvrzen i ve výzkumu této diplomové práce. Informantky předkládaly své názory na počátek nového života a s tím souvisejícím právem na život. Mezi odpověďmi byl značný rozdíl a rozčlenil odpovědi na několik kategorií. Je zajímavá spojitost mezi vnímáním počátku lidského života a udělením práva na život. Dvě ze tří informantek (I2, I4), které považují početí za počátek lidského života, přiřazují taktéž právo na život již od početí. Pátá informantka by však právo na život udělila až od 12. týdne gravidity, ačkoliv vznik nového života datuje do fáze početí. Ostatní informantky (I1, I3, I6) se naprosto shodují v názoru na počátek života od začátku srdeční akce plodu, nýbrž se zcela rozcházejí v názoru od kdy posuzovat právo na život. Pro každou je tato hranice v jiné fázi vývoje.

Výsledky lze porovnat s diplomovou prací od Kolářové (2019), která mimo jiné zkoumala názor respondentů na status nenarozeného dítěte. 59,4% dotazovaných nepovažuje nenarozené dítě za lidskou bytost se všemi právy od okamžiku oplození, oproti 26,3% dotazovaných, kteří status lidské osoby nenarozenému dítěti přiřkládají (ostatní nechtěli na tuto otázku odpovídat).

Přiznání embryu základních lidských práv v jeho počátečních fázích vývoje je v dnešní době stále obtížnější z důsledku úpadku morálních hodnot současné společnosti, ve které mnohé ženy nabývají přesvědčení, že pouze ony mají právo rozhodovat o početí a donošení plodu. Nejčastějším argumentem odpírajícím lidskému embryu právo na život od samotného počátku je, že embryo není až do určité fáze svého vývoje individuálním organismem lidského druhu, nýbrž pouhým shlukem buněk. (Černý, 2011, str. 14-15)

Informantky byly v rámci průzkumného šetření dotázány na jejich názor na status embrya v souvislosti s tělem matky. Některé tyto odpovědi korespondují s výrokem Černého (2011) výše. Některé informantky považují embryo za součást matčina těla a vkládají tak matkám do rukou svobodnou volbu v rozhodování o osudu jejich dítěte. Odpovědi věřící informantky (I4) jsou ovlivněny jejím vyznáním a považují tak embryo za samostatnou bytost hodnou ochrany již od početí. Rotter (1999) ve své knize uvádí, že život je pro věřící darem od Boha, kdy je posvátný už od zplození a je do něj vložena genetická informace, která ho činí výjimečným a hodným ochrany.

8 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá etickými dilematy interrupcí, se kterými se zdravotničtí pracovníci setkávají při vykonávání svého zdravotnického povolání, konkrétně při asistenci u umělého ukončení gravidity. Jedná se o diplomovou práci teoreticko-výzkumnou.

V teoretické části bylo podrobně popsáno etické jednání zdravotníků se zaměřením na jejich svědomí, pohled na interrupci v kontextu zdravotnického práva, včetně stručného přehledu historických etických dokumentů. Dále byl představen etický kodex jako závazek etického jednání či pohled na informovaný souhlas jako prevenci etického konfliktu. Nedílnou součástí teoretické části byl bioetický pohled na etickou problematiku interrupcí s důrazem na problém osoby a statusu embrya jako počátku vzniku nového života, stejně tak jako etické postoje a přístupy k umělému ukončení gravidity. Cílem teoretické části bylo popsat problematiku interrupcí z pohledu eticko-filozoficko-právní roviny, který byl dle mého názoru splněn.

V průzkumné části diplomové práce byly prezentovány výsledky z kvalitativního šetření. Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickými pracovníky v nemocnici okresního typu. Za účelem rozhovoru byl vytvořen informovaný souhlas, který informantům zaručoval naprostou anonymitu. Před průzkumným šetřením byly stanoveny okruhy základních otázek, které byly v průběhu rozhovoru dále rozvíjeny. Rozhovory byly nahrávány mobilním telefonem a později převedeny do elektronické podoby. Proběhla následná analýza dat a jejich vyhodnocení.

Hlavním cílem průzkumné části bylo objasnit nejen osobní postoje, které k tomuto výkonu zdravotníci zastávají, ale především jejich názory na etické problémy včetně vnímání počátku lidského života či udělování práva na život. Výzkum byl zacílen i na svědomí a jeho výhrady v práci zdravotníka při tomto výkonu.

Prvním průzkumným cílem bylo zjistit, zda jsou výhrady svědomí součástí postoje zdravotníků při asistenci u umělého ukončení gravidity. Tyto výhrady svědomí udaly pouze informantky, které ovlivňuje jejich náboženské přesvědčení. Nevěřící informanti vkládají výhrady svého svědomí do rukou pouze ženám, které interrupci podstupují. Získaným výsledkem je fakt, že institut výhrad svědomí u umělého ukončení gravidity je dán především nastavenými osobními hodnotami, kterými je v tomto případě náboženské přesvědčení. Ze získaných dat je zřejmé, že v dnešní době jsou svědomí dotazovaných zdravotníků respektována a je jim umožněné se výkonu, které jsou v rozporu s jejich svědomím, neúčastnit, což považují za krok dobrým směrem.

Druhým průzkumným cílem bylo zjistit, zda má osobní zkušenost s interrupcí vliv na osobní postoj zdravotníků k umělému ukončení gravidity. Zde jsem si vědoma určitých limitů výzkumu. Početnější vzorek respondentů s vlastní zkušeností s interrupcí by mohl být obohacujícím, neboť jsem získala pouze jednu informantku, která se podělila s vlastní zkušeností s interrupcí. Uznávám ale charakter a citlivost tohoto tématu, takže není pro všechny snadné o této osobní intimní záležitosti hovořit. Výsledkem rozhovoru s dotazovanou informantkou je, že se po absolvování interrupce příliš její osobní postoj nezměnil, ale začala více ženy v této otázce chápat.

Třetím průzkumným cílem bylo objasnit, jaká etická dilemata interrupcí zdravotničtí pracovníci vnímají. Zde bylo zajímavé pozorovat rozdílné vnímání informantů, co je dle jejich názoru vlastně etické dilema interrupce. Pro někoho to je vnímání počátku lidského života, konflikt mezi právem nenarozeného dítěte a právem matky, postoje celé společnosti, či nastavený interrupční systém. Pro informantky je přijatelný nastavený liberální interrupční systém České republiky a jsou rády za možnosti, které tento systém přináší, neboť zde nedochází k situacím, které v jiných systémech vyvolávají etické problémy. Tím poukazují na například na nelegální interrupce, či potratovou turistiku.

Čtvrtým průzkumným cílem bylo objasnit, jak vnímají informantky otázku počátku lidského života v souvislosti s právem na život. Odpovědi na tuto otázku lze rozdělit podle určitých fází lidského vývoje, neboť každá informantka uvedla jiné hranice, od kterých by přisuzovala právo na život, či od které vnímá počátek lidského života. Překvapujícím faktem bylo, že se u jednotlivých informantek tyto hranice na vznik života a udělení práva na život mnohdy velice lišily.

Jak bylo řečeno na začátku této diplomové práce, předpokládám, že výsledky tohoto výzkumu nelze zobecnit vlivem malého vzorku respondentů. Ale přesto si myslím si, že se mi podařilo naplnit cíle, které byly stanoveny na začátku výzkumného šetření. Návrhem pro další výzkumu může být specifikace na postoj věřících ve zdravotnictví, který by mohl přinést zajímavé pohledy na určité problematiky, neboť vnímám zřejmý rozdíl mezi názory a postoji věřících a nevěřících informantů, kteří se výzkumu účastnili. Víra se totiž v této diplomové práci ukázala jako velký faktor, který ovlivňuje jednotlivé postoje informantů k problematice interrupcí.

Informantkám, které se podílely na výzkumu, patří nemalé díky, neboť to pro mnohé byl velmi silný zážitek o tomto tématu vůbec hovořit. Osobně jsem si odnesla spoustu vnitřního obohacení a nových pohledů na danou problematiku, která je mému oboru blízká.

9 POUŽITÁ LITERATURA

Literární zdroje:

ALCORN, Randy C. *Proč chránit nenarozený život: péče o nenarozené děti a jejich matky*. Praha: Návrat domů, c2011. ISBN 9788072552429.

ČERNÝ, David. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-648-6.

DUDOVÁ, Radka. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2012. ISBN 9788073302146.

FÍŠEROVÁ, Jaroslava. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání, Brno: IDVPZ, 1995. 60 s.

GEORGE, Robert P. a Christopher TOLLEFSEN. *Embryo: obrana lidského života*. Unhošť: Lepanto, 2011. ISBN 9788090493407.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 9788074922046.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Etické kodexy - tradice a současnost. In PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017, s. 217-226. ISBN 978-80-7492-334-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Informovaný souhlas: proč, jak a co dál? In PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017, s. 31-37. ISBN 978-80-7492-334-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. 444 s. ISBN 978-80-262-0928-9

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

HOLLÁ, Kateřina a Petr WEISS. *Interrupční chování a postoje k umělému přerušení těhotenství u českých žen: Výsledky národního výzkumu*. Česká gynekologie. Praha: 1. Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, 2009, 74(2), 92-96.

- JEMELKA, Petr. Bioetika. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4626-9.
- JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 9788075536532.
- KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M., VÁCHA, M., *Základy moderní lékařské etiky*, Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-7367-780-0
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- KŘEPELKA, Petr. Komunikace a etika v gynekologii a porodnictví. In PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 105. ISBN 978-80-247-3976-2.
- LOJKOVÁ, Jana. *Výhrada svědomí zdravotnických pracovníků v případě provádění interrupcí*. Actual Gyn. 2011;3:12-16
- MÁCA, Miloš a Radek PTÁČEK. Etické normy a kodexy v medicíně. In PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 79. ISBN 978-80-247-3976-2.
- MADLEŇÁKOVÁ, Lucia. *Výhrada svědomí: jako součást svobody myšlení, svědomí a náboženského vyznání: [praktická právnická příručka]*. 1.vydání. Praha: Linde, 2010.
- MALÍŘ, Jan a Tomáš DOLEŽAL. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. Právní monografie (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7552-224-5.
- MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Důstojnost člověka v kontextu lékařství*. In PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

ONDRIOVÁ, Iveta. Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi. Přeložila Ludmila MÍČOVÁ. Praha: GRADA Publishing, 2021. Sestra. ISBN 978-80-271-1696-6.

ONDRIOVÁ, Iveta a Janka SLANINKOVÁ. Problematika interrupcí v etickém kontextu. *Sestra*. Praha, 2012, **22**(3), 38-40. ISSN 1210-0404.

PAŘÍZEK, Antonín. Specifika informovaného souhlasu v gynekologii a porodnictví. In PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017, s. 31-37. ISBN 978-80-7492-334-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788074923340.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života: základní otázky lidské etiky. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-302-7.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SKOPALOVÁ, Jitka. *Vybrané kapitoly ze zdravotnické etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 9788024440835.

SLÁDEK, Karel. *Spiritualita lékaře a bioetika*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-966-3.

STODOLA, Jiří. Informační etika a umělé potraty. In: STODOLA, Jiří a Miroslav KRATOCHVÍL, ed. *Nejmenší z nás 2012: sborník příspěvků interdisciplinární konference o*

právní ochraně osob před narozením: 8.10.2012, Brno. Moravská Ostrava: Bios – Společnost pro bioetiku, 2012. ISBN 978-80-260-3195-6.

STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7262-686-1.

ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš. *Nechtěné děti*. Česká gynekologie. 2009, roč. 74, č. 3, s. 228-233. ISSN: 1805-4455 (elektronická verze).

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

Elektronické zdroje:

Abortion and Mental Health Risks. *Afterabortion.org* [online]. [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://afterabortion.org/abortion-risks-a-list-of-major-psychological-complications-related-to-abortion/>

BUŽGOVÁ, Radka. Etika ve zdravotnictví [online]. In: Ostrava: Ostravská univerzita, 2013, Září 2013 [cit. 2022-04-11]. ISBN 978-80-7464-409-2. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Buzgova_Etika-ve-zdrav.pdf

CONSCIENTIOUS OBJECTION AND REPRODUCTIVE RIGHTS: CONSCIENTIOUS OBJECTION AND REPRODUCTIVE RIGHTS [online]. Center for reproductive rights, July 2013 [cit. 2022-04-21]. Dostupné z: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/_Conscientious_FS_Intro_English_FINAL.pdf

Co si vlastně myslí lékaři? [online]. Hnutí Pro život ČR, 20.1.2021 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://hnutiprozivot.cz/clanky/2836-co-si-vlastne-mysli-lekari>

ČADOVÁ, Naděžda, ed. Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a prostituci – květen 2019 [online]. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění- Sociologický ústav AV ČR, 2019, 17.6.2019, 1-6 [cit. 2022-04-21]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4954/f9/ov190617.pdf

ČERNÝ, David. Morální status lidského embrya [online]. In: . 5.4.2011 [cit. 2022-04-22]. Dostupné z: https://www.christnet.eu/clanky/4573/moralni_status_lidskeho_embrya.url/

HAŠKOVCOVÁ, H. Interrupce – stále aktuální problém. Moderní babičství [online]. Praha: SEND předplatné, spol. s. r. o, 2004, č. 3 [cit. 26. 1. 2017]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=148>

Hnutí pro život [online]. Praha: Hnutí Pro život ČR, 2022 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z: <https://hnutiprozivot.cz/>

Medoff M. Pro-Choice Versus Pro-Life: The Relationship Between State Abortion Policy and Child Well-Being in the United States. *Health Care Women Int.* 2016;37(2):158-69. doi: 10.1080/07399332.2013.841699. Epub 2013 Nov 18. PMID: 24245932.

MEZINÁRODNÍ ETICKÝ KODEX PORODNÍCH ASISTENTEK (ICM). *UNIPA* [online]. Praha: Unie porodních asistentek, 2017, 17.10.2017 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/mezinarodni-eticky-kodex-porodnich-asistentek-icm/>

Mezinárodní etický kodex porodních asistentek. *Česká Komora Porodních Asistentek, z.s.* [online]. Glasgow: ICM, 2008, 2008 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/porodni-asistentky/pracovni-uplatneni/eticky-kodex.html>

MEZINÁRODNÍ KONFEDERACE PORODNÍCH ASISTENTEK: Nezbytné kompetence pro základní praxi porodních asistentek 2010. *UNIPA* [online]. Praha: Unie porodních asistentek, 2010, 2010 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/Nezbytn%C3%A9-kompetence-pro-z%C3%A1kladn%C3%AD-praxi-porodn%C3%ADch-asistentek-20102F2013-cz.docx.pdf>

NĚMEC, Martin. Interrupce - pro a proti, etické a psychologické aspekty nechtěného těhotenství. In KOLIBA, Peter, Petr WEISS a Martin NĚMEC. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství* [online]. Praha: Grada Publishing, 2019, s. 318-342 [cit. 2022-04-24]. ISBN 978-80-271-2655-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/sexualni-vychova-845140/>

VÁCLAVÍKOVÁ, Magda, Jakub VOZÁB a Vozáb & Co. Law Offices s.r.o. Jak vytvořit formulář informovaného souhlasu. *Informovaný souhlas pacienta: Rady a příklady* [online]. Praha 6: Dashöfer Holding, Ltd. a Verlag Dashöfer, nakladatelství, 2022, 14.11.2019 [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.informovanySouhlas.cz/onb/33/jak-vytvorit-formular-informovaneho-souhlasu-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EpT9gM6LsLxGr5jOb5jQWVs/?serp=1>

WEISS, P., ZVĚŘINA, J. Sexuální chování v ČR – situace a trendy. Praha: Portál, 2001. [cit. 2022-02-15] Dostupné z: <https://docplayer.cz/1192063-Sexualni-chovani-v-cr-situace-a-trendy-petr-weiss-jaroslav-zverina.html>

Bakalářské a diplomové práce:

KOLÁŘOVÁ, Klára. Postoj vysokoškolských studentů k problematice interrupce . Olomouc, 2019. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta

FIALOVÁ, Hana. Antikoncepce a interrupce za socialismu v Československu. Komparace 50. a 70. let [online]. Brno, 2018 [cit. 2022-04-22]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/c73mu/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Kateřina LIŠKOVÁ.

FÍŠEROVÁ, Lenka. Problematika interrupcí z etického hlediska s důrazem na hodnotu lidského života [online]. Brno, 2009 [cit. 2022-04-22]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/rbogy/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Tomáš DVOŘÁČEK.

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Okruhy otázek rozhovoru

11 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Polostrukturovaný rozhovor k diplomové práci

Etická dilemata interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka

Dobrý den, jmenuji se Bc. Terezie Kučerová, pracuji na gynekologicko-porodnickém oddělení v Klatovské nemocnici a zároveň jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Univerzitě Pardubice, Fakultě zdravotnických studií, oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Ve své diplomové práci se zabývám etickými dilematy interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka.

Jako metodu sběru dat jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor, což znamená, že s Vámi povedu rozhovor a budu se Vás ptát na otázky ohledně probíraného tématu. Jelikož Vaše odpovědi budu dále zpracovávat, prosím Vás o důkladné pročtení a případný podpis následujících řádků:

Já, _____ souhlasím, abych se zúčastnila

(plné jméno a datum narození)

výzkumného šetření ve prospěch diplomové práce zaměřené na etická dilemata interrupcí pohledem zdravotnického pracovníka. Výzkumné šetření spočívá v provedení rozhovoru s mou osobou, který bude po celou dobu nahráván. Dále také souhlasím s publikováním anonymizovaných výsledků v diplomové práci, odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentace na vědeckých a vzdělávacích akcích aj. Rozumím cílům výzkumného šetření a v čem spočívá moje role. Všechny informace mi byly předány srozumitelným způsobem ústně a na všechny mé případné otázky mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď. Veškeré údaje o mé osobě zůstanou zcela anonymní. Svým podpisem potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Účast v průzkumném šetření mohu kdykoliv ukončit bez udání důvodu ústním sdělením.

Dne: _____

Podpis: _____

Telefon:

Email:

Příloha 2 – Okruhy otázek rozhovoru

Identifikační otázky – věk, zdravotnické vzdělání/obor, oddělení, počet odpracovaných let v oboru

Otázky okruhu osobního přístupu k interrupcím

1. Co pro Vás znamená asistovat u interrupce jako pro zdravotníka?
2. Cítíte vůči asistenci u umělého ukončení gravidity výhrady Vašeho svědomí?
3. Jaké podmínky musí být splněny, abyste byla ochotna asistovat u provádění interrupcí bez výhrad svědomí?
4. Myslíte si, že Vaše osobní zkušenost s provedením interrupcí by ovlivnila Váš postoj k interrupcím?
5. Co říkáte na liberální potratový systém v České republice, změnila byste něco?

Otázky okruhu etických dilemat interrupcí

6. Jaká jsou podle Vás etická dilemata interrupcí?
7. Jaký je Váš názor na vznik nového života, od jakého stádia vývoje můžeme přisuzovat právo na život?
8. Čím je pro Vás embryo?