

ÚVOD

„Človek je ako jediná živá bytosť schopný o sebe premýšľať, byť svojim pánom a určovať svoj vlastný život. Táto schopnosť tvorí taktiež jeho dôstojnosť. Nie je preto prípustné disponovať iným človekom ako nejakou vecou a používať ho ako prostriedku pre cudzie ciele. On sám má právo o sebe rozhodovať“ (Rotter, 1999, s. 25)

Zrodenie každého človeka patrí k najväčším zázrakom, ale aj záhadám, ktorými nás príroda neustále ohromuje. Aj napriek rozvíjajúcej sa lekárskej vede a technike nie je ani dnes možné tento udivujúci proces odohrávajúc sa v tele matky žiadnym iným spôsobom prekonať a nahradiť. Tehotenstvo preto vzbudzuje rešpekt, úctu a prirodzenú potrebu ochrany.

Pri zrodení však nevzniká len nový život. Vzniká pri ňom zároveň puto medzi dieťaťom a matkou, ktoré je považované za jeden z najzákladnejších symbolov ľudskej lásky a súdržnosti. Mnoho žien, ktoré márne túžia po dieťati, považuje svoj život bez neho za nenaplnený. Na pomoc im síce prichádza moderná medicína a jej metódy asistovanej reprodukcie, ani tie však stále nie sú dokonalé a nájdu sa pary, ktorých problém sa vyriešiť nedá. Iróniou zostáva, že zatiaľ čo tu je ich trápenie zapríčinené nenaplnenú túžbou po dieťati, u niektorých starosti pôsobí problém presne opačný.

Nie každé tehotenstvo je totiž s radosťou očakávané a chcené. Je zrejmé, že problém interrupcií sprevádza ľudskú spoločnosť od počiatkov jej vývoja, lebo neplánované tehotenstvo tu bolo vždy a bude aj naďalej. Aj keď prístupy k ich ukončovaniu a metódy pri tom používané sa v priebehu dejín vyvíjali, problém zostáva stále rovnaký. Ide o rozhodovanie ženy, ktorá sa ocitá v ťažkej životnej situácii v dôsledku otehotnenia a z najrôznejších príčin nemôže alebo nechce dieťa mať.

Na strane opačnej stojí vyvíjajúci sa ľudský život, ktorý je v tej chvíli úplne bezbranný a odkázaný na pomoc zvonku. Nachádza sa v tele matky a nemá žiadne prostriedky, ako by prejavoval vôľu alebo chránil svoje záujmy. To, akým spôsobom a či vôbec mu bude nejaká ochrana poskytnutá záleží predovšetkým na morálnych štandardoch danej doby, ovplyvnených tradíciami, náboženskými pozíciami alebo inými presadzovanými politickými či filozofickými ideológiami, ktoré sa snažia nájsť odpovede na otázky počiatku vzniku života, štatútu ľudského plodu a spôsobov a prostriedkov jeho ochrany.

Ciele práce môžeme rozdeliť do dvoch rovín. V teoretickej rovine chceme priblížiť problematiku práva na život a to prostredníctvom ako z pohľadu etického, filozofického, tak aj zdravotníckeho na interrupcie a v rovine empirickej pomocou výskumu zistiť, aký je rozdiel v zmýšľaní mužov a žien v otázke vzniku života a interrupcií, pričom jednou z úloh bolo zmapovanie postoja veriacich respondentov v porovnaní s tými, ktorí veriacimi nie sú. Teoretická časť je zhodnotením pohľadu odbornej verejnosti na danú problematiku, na spracovanie výskumnej časti sme použili metódu kvantitatívneho výskumu, konkrétne formou štandardizovaného dotazníka.

Diplomová práca je rozdelená do dvoch častí, teoretickej a praktickej. V teoretickej časti sa zaoberáme právom na život a interrupciou zo všeobecného pohľadu. Prvá kapitola vysvetľuje termín ľudské práva, svedomie, ako aj vzťah etiky a interrupcie. Druhá kapitola sa zaoberá samovoľným a umelým prerušením tehotenstva a stručne zhŕňa históriu umelých ukončení tehotenstva. V tretej kapitole sa venujeme východiskám argumentácie pre a proti umelému prerušeniu tehotenstva, ako aj interrupcii z pohľadu lekárskej etiky. Praktická časť, vytvorená na základe spracovania dotazníkov, predkladá názory respondentov v otázkach počiatku ľudského života, umelého ukončenia tehotenstva a postabortívneho syndrómu.

1 ETICKÉ KONCEPTY PRÁVA NA ŽIVOT

Pre lepšie uchopenie problematiky je prvá kapitola venovaná teoretickým východiskám práva na život. Jednotlivé podkapitoly nám bližšie ozrejmia ľudské práva ako také, právo na život, svedomie a jeho výhradu, ako aj vzťah medzi etikou, morálkou a interrupciou.

1.1 Vymedzenie pojmu ľudské práva

Ľudské práva sú založené na stáročiach pretrvávajúcej viere v počiatočnú rovnosť všetkých ľudí. V súčasnej dobe pod pojmom ľudských práv chápeme rôzne práva a slobody jednotlivca, ktoré sa považujú „za neodňateľné, neodcudziteľné, nepremľateľné a nezrušiteľné. Prináležia každému človeku bez ohľadu na jeho štátnu príslušnosť a status.“ (Prusák, 1995, s. 172)

V širšom zmysle rozumie pod pojmom ľudské práva tie, ktoré sú každému človeku vrodené a neodňateľné; platia v zmysle prirodzeného práva v každom čase a všade rovnako.

Takéto tézy o vrodenej a neodňateľnej istých práv, ktoré daný jedinec má len preto, že existuje a sú mu vlastné, tvoria predpoklad a sú súčasťou ľudskoprávnej doktríny. Ide teda o pokračovanie a rozšírenie koncepcie prirodzených práv, ktoré môžeme zdôvodňovať ako nábožensky, tak aj racionálne či morálne. (Šmihula, 2001, s. 432)

V užšom zmysle sú základné práva právno-inštitucionálne zaručené ľudské práva, ktoré platia priestorovo a časovo ako objektívne právo a sú ako subjektívne práva vymáhateľné.

Ľudské práva sú také podstatné pre dôstojnosť (k ľudskej dôstojnosti pozri nižšie uvedenú podkapitolu) a autentickosť ľudskej bytosti, že by mali byť rešpektované každou politickou mocou. Ich odňatím ľudská bytosť prestáva byť človekom. Ľudské práva sú priestorom slobody jedinca, do ktorého nesmie zasahovať štátna moc, resp. zásahy sú zákonom presne určené a možné len v daných prípadoch a na základe zákonom stanoveného postupu. (Kiczko, 1997, 137)

V ľudských právach je obsiahnutá nedotknuteľnosť ľudskej dôstojnosti, slobody jedinca a právo na život. Predstavujú isté základné normy, ktoré by mali viesť všetky politické a sociálne konania. Dôstojnosť, sloboda a život majú ako základné normy absolútnu hodnotu, sú prítomné vo všetkých ľudských právach ako kritériá platnosti a dodávajú im tým legitímny základ. (Farkašová, Pietruchová, 2002)

Zdôrazniť treba aj axiologický a morálny rozmer ľudských práv, pretože ich chápeme ako etické minimum a sú vyjadrením najvyšších uznávaných hodnôt (život, sloboda, súkromie, vlastníctvo atď.), aj keď musíme podotknúť, že sa jedná prevažne o hodnoty euro-americkej civilizácie, kde nemožno zanedbať silný vplyv židovsko-kresťanskej tradície, osvietenských, humanistických a liberálnych myšlienok.

1.2 Právo na život

Nemožno vyčerpávajúco vymenovať všetky ľudské práva. Ľudské práva sa v súvislosti s rozvojom spoločnosti (a s tým súvisiacim rozvojom technológie, vedných disciplín a pod) vyvíjajú, nové ľudské práva sa objavujú a tie „staré“ sa konkretizujú a prehodnocujú. Aj keď však môžeme mať niekedy pochybnosti, či určité právo medzi ľudské práva zaradiť alebo nie, nie je tomu tak v prípade práva na život. Toto právo je väčšinou považované za právo najvýznamnejšie a najdôležitejšie, a ako takému mu býva vyhradené jedno z popredných miest aj z hľadiska systematiky ľudských práv v najrôznejších ľudsko-právnych dokumentoch či katalógoch. (Drgonec, 1999)

Právo na život je možné rozdeliť do dvoch „kategórií“. Po prvé, je východiskom pre ďalšie základné práva a slobody, teda ostatné práva a slobody možno uplatňovať iba, ak je umožnené právo na život. A za druhé, právo na život je považované za jedno zo základných ľudských práv. Právo na život je radené do prvej generácie ľudských práv. Podľa názoru J. Blahoža (2008, s. 137) je toto právo základom prirodzenoprávneho poňatia ľudských práv. Právo na život je ďalej podľa G. Jellineka možné klasifikovať ako status negativus. (Kelly, 2004) Ide teda o právo, do ktorého by štátna moc nemala zasahovať. Častejšie je toto právo však klasifikuje ako status positivus, pretože v niektorých prípadoch je potreba, aby štát tomuto právu priznal ochranu, a teda niečo konal.

Nedá sa všeobecnou platnosťou povedať, či je právo na život právom absolútne neodňateľným alebo či je s ním možné určitým spôsobom disponovať. V Európe je

obvyklejšia pozícia prvá, teda, že práva na život sa nedá žiadnym spôsobom platne vzdať. Ale aj tu existuje výnimka, ktorou je Holandsko, kde je možné vykonať eutanáziu, tzv. „milosrdnú smrť“ - na výslovnú žiadosť pacienta ho zbaviť života. Týmto je tak jedincovi de facto priznala možnosť týmto právom disponovať.

Všeobecne (máme tým na mysli v našich geografických a kultúrnych podmienkach) je vyjadrený názor, že ľudský život by sa mal chrániť aj nepriamo, napríklad tým, že nemožno vydať páchatel'a do štátu, kde by mu hrozil trest smrti.

1.3 Svedomie

„Keby nás neznepokojovali morálne pocity povinnosti a viny, výčitky a odpustenia, keby nás neoslovovala morálna úcta, keby nás nenapĺňovala šťastím solidárna podpora a keby v civilizovanom zaobchádzaní s konfliktom a sporom nepanovala vl'údnosť, museli by sme, tak zmýšľame ešte dnes, pociťovať univerzum obývané ľuďmi za neznesiteľné.“ (Habermas, 2003, s. 85)

Ak nejakou činnosťou ohrozujeme, prípadne oslabujeme naše vzťahy, máme pocit viny. Pokiaľ našim vzťahom naša činnosť slúži, máme čisté svedomie. Svojim pocitom viny a neviny - to jest nášmu vedomiu toho, čo posilňuje alebo ohrozuje naše vzťahy, hovoríme osobné svedomie. Takže naše pocity viny a neviny sú predovšetkým spoločenskými javmi, ktoré nás nemusia nutne viesť k vyšším morálnym hodnotám. Naopak. Tým, že nás tak pevne zväzujú so skupinami, ktoré sú nutné k nášmu životu, naše pocity viny a neviny nám často bránia uvedomiť si, čo je dobro a čo je zlo. (Hellinger, 2005)

Bez svedomia sloboda nikdy nevie, čo si so sebou počať. A rozumovej bytosti, ktorá nevie čo si so sebou počať, pripadá jednotvárnosť života neznesiteľná. Unudí sa doslova k smrti. Práve tak ako láska nenachádza svoje naplnenie len v slepom milovaní, tak aj sloboda sa premrhá, keď len bezúčelne „slobodne jedná.“ Bezúčelnému skutku chýba niečo z dokonalosti slobody, pretože sloboda je viac než bezcieľna voľba. Nestačí potvrdiť svoju slobodu tým, že „niečo“ volím. Svoju slobodu musím užívať a rozvíjať tým, že volím len niečo dobré. (Merton, 2002)

Právo rozhodovať o čase narodenia a počte svojich detí je neoddeliteľne spojené s otázkou slobody. Postavenie ženy v spoločnosti bolo jedným z nosných bodov ženského hnutia. Nezávislosť žien a ich úloha v dejinách bola stáročia limitovaná

predsudkami a tradíciami, ako aj ich materstvom. Až do pozitívnych zmien v pôrodníctve a presadenia kontroly pôrodnosti boli ženy väčšinu svojho života tehotné, pôrod bol nebezpečný a dojčenská úmrtnosť vysoká. Pokrokom v zdravotníctve a kontrolou pôrodnosti a plánovania rodičovstva získali ženy nezávislosť a možnosť rozhodovať o svojom živote. Až do vynájdenia účinnej a spoľahlivej antikoncepcie bolo umelé prerušenie tehotenstva takmer jediným spôsobom, ako sa vyhnúť nechcenému tehotenstvu. Zápas o prístup k legálnej a bezpečnej interrupcii bol preto súčasťou zápasu o ženské ľudské práva. (Pietruchová, 2007)

Sloboda svedomia je podstatným základom ľudskej emancipácie a nemožno ju oddeliť od zápasu za demokratické slobody. Predovšetkým podstatou ľudského bytia je jeho povedomie a sloboda ho používať. Žiadne hospodárske, náboženské, kultúrne a iné obmedzenia nemajú legitímny základ zakazovať alebo obmedzovať ľudskú slobodu svedomia. Sloboda svedomia nemôže jestvovať ak náboženstvo ovláda spoločnosť. Sekularizmus je požiadavka pre rovnaké práva pre tých, ktorí sa hlásia k náboženstvu rovnako ako pre tých, ktorí sa k náboženstvu nehlásia. Sekularizmus je svetonázor (ideológia) zameraný na spoločnosť ako takú a verejný život ako taký a ignorujúci náboženstvo, prípadne aj požadujúci striktné oddelenie spoločnosti a verejného života - najmä štátu - od cirkvi. Humanisti vždy podporovali skutky smerujúce k vybudovaniu sekularizmu v spoločnosti a jej inštitúciách tým, že požadovali tento princíp rovnosti pre veriacich aj neveriacich rovnako. (Parížska deklarácia IHEU).

1.4 Výhrada svedomia

„Svedomie človeka je nástrojom, ktorým človek rozoznáva dobro od zla. Je tým najvnútornejším miestom v človeku, kde sa rozhoduje pre mravné hodnoty alebo proti nim.“ (Lipšic, 2005, s. 8)

Život človeka je dnes vo veľkej miere konfrontovaný s kultúrou smrti, ktorá popiera rešpektovanie ľudskej osoby. Výhrada svedomia je istou formou ochrany pred nutnosťou konať proti svojmu svedomiu. Ide teda o ochranu slobody svedomia, ktoré predstavuje najvyšší prejav dôstojnosti človeka. Pretože iba na základe slobodného a všeobecne prospešného rozhodovania či konania sa človek dokáže úplne realizovať

s cieľom dosiahnuť cieľ svojho života. Myslíme si teda, že by mal mať každý prirodzené právo na uplatnenie výhrady svojho svedomia vo vzťahu k takej hodnote, akou samotný ľudský život je. Prakticky teda ide vlastne o možnosť odmietnuť konanie, ktoré by malo za následok stratu ľudského života, jeho ohrozenie, obmedzenie jeho rozvoja a jeho odovzdávania, konanie znižujúce ľudskú dôstojnosť alebo konanie, ktoré by zabraňovalo možnosti dosiahnuť.

Kde si však výhradu svedomia uplatniť v praxi? Každý, dokonca aj neveriaci človek by mal mať právo rozhodnúť sa podľa svojho presvedčenia či to, čo koná je v súlade s jeho mravnými, etickými či inými hodnotami. Zákon by mal garantovať výhradu svedomia pri známych etických otázkach, v ktorých človek rozhoduje o živote človeka. Tými sú napríklad interrupcia, eutanázia, klonovanie, umelé oplodnenie a iné.

„Bez schopnosti rozoznávať dobro a zlo by sme neboli skutočne ľuďmi. Štát, ktorý by nútil svojich občanov do morálnych konfliktov bez vážneho dôvodu, ktorým je ochrana života zdravia, morálky alebo práv a slobôd iných, by bol štátom, ktorý by nakoniec viac utrpel, ako získal. Naopak, ak štát nebude nútiť konať svojich občanov proti svedomiu, budú sa môcť občania vždy postaviť na obranu tohto štátu ako morálnej autority.“ (Lipšic, 2005, s. 8)

Výhrada svedomia má teda umožniť lekárom odmietnuť vykonať interrupciu z rozhodnutia matky, či dokonca predpísať antikoncepciu. Má umožniť zamestnancom odmietnuť pracovať v nedeľu alebo vo sviatok, či advokátom právo odmietnuť zastupovať klienta, pokiaľ by im to svedomie nedovoľovalo. Zároveň by aj zamestnávateľ mal mať povinnosť zo zákona zohľadniť v pracovnej zmluve otázky, v ktorých si budúci zamestnanec nárokuje výhradu svedomia. (Minárová, 2004)

„Jasným vymedzením uplatnenia práva na výhrady vo svedomí je možné účinne predchádzať konfliktom. Z uznania a rešpektovania hodnôt ľudského života, ľudskej dôstojnosti a zmyslu ľudského života, rodiny a manželstva pramení spoločné dobro. Z pohľadu našich blízkych alebo starších historických skúseností nie je ničím novým, že tieto najvyššie ľudské hodnoty sú vystavené neustálym tlakom a snahou o ich popieranie alebo o obmedzenie ich platnosti len na vybrané skupiny. Každý má právo uplatniť si výhradu vo svedomí v prípade, ak dochádza k narušeniu týchto hodnôt. „Výhrada svedomia“ tak upravuje otázky týkajúce sa jeho slobody, náboženského vyznania a viery, ako aj práva na život. A to sú základné práva každého z nás.“ (Gajdošová, 2005, s. 10-11)

Sloboda svedomia je zaručená spolu s náboženskou slobodou v Ústave Slovenskej republiky, v nej sú dané aj limity ich uplatňovania. Jednotlivé zákony upravujú presnejšie podrobnosti uplatnenia práva na výhrady vo svedomí. Napríklad, podľa zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov nie je možné od zdravotníckeho pracovníka vyžadovať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu, okrem prípadov bezprostredného ohrozenia života alebo zdravia osôb.

1.5 Etika, morálka a interrupcia

Interrupcie predstavujú problém, ktorý sa etiky veľmi úzko dotýka. Neustále dochádza k diskusiám, či sú eticky prijateľné alebo nie. Preto v súvislosti s témou práce považujeme za dôležité najprv priblížiť oblasť etiky, morálky a ďalších na ne nadväzujúcich pojmov, ktoré sú dôležité pre správne pochopenie skúmanej problematiky interrupcií.

„Etika (z gréckeho ethos - mrav), alebo tiež teória morálky je filozofickou disciplínou, ktorá skúma morálku alebo morálne relevantné konanie a jeho normy. Etika je disciplínou praktickej filozofie. Zaoberá sa teoretickým skúmaním hodnôt a princípov, ktoré usmerňujú ľudské konanie v situáciách, keď existuje možnosť voľby prostredníctvom slobodnej vôle.“ (Haškovcová, 2002, s. 13)

Haškovcová uvádza, že etika je teóriou morálky a ako pojem je nadriadená morálke. Etika skúma zákonitosti morálneho správania jednotlivcov aj spoločnosti. Mravné zásady, ktoré sú ľuďmi uznávané, sa v priebehu času menia. Etika sa tiež zaoberá otázkou, prečo a za akých okolností dochádza k premene tzv. uznávaných hodnôt v iné. (Haškovcová, 2002)

„Etika je filozofická náuka o správnom konaní. Zhodnotí činnosť človeka z hľadiska dobra a zla. Na rozdiel od morálky, ktorá je bližšie konkrétnym pravidlám, sa etika snaží nájsť spoločné a všeobecné základy, na ktorých morálka stojí, prípadne usiluje morálku zdôvodniť. Je nazývaná tiež praktickou filozofiou (filozofiou aplikujúcou určité filozofické koncepcie na konanie a život človeka)“ (Vodáčková, 2002, s. 189). Etické princípy by mali mať všeobecnú platnosť a nemali by podliehať žiadnemu subjektívnemu vplyvu.

V súčasnej dobe nadobúda etika na význame najmä v kontexte s medicínou, pretože nové technológie umožnili človeku rozhodovať o živote a mať nad ním do určitej miery moc (dialýza, transplantácia orgánov, interrupcie, antikoncepčná pilulka, prenatálna diagnostika, intenzívna starostlivosť a podobne) . Táto situácia vedie k čoraz širšej diskusii o dosahu počínania človeka vybaveného modernou technikou na sféru života a na jeho etický rozmer (Laca, 2008). Bioetika (z gréckeho bios - život a étos - mrav) je pojmom nadradeným pojmu lekárska etika. Predmetom bioetiky je skúmanie etických problémov nielen v praktickom výkone lekárskej praxe, ale aj vo výskume najmä v odboroch, ktoré výkon lekárskej praxe podmieňujú (biológia, biofyzika, chémia, farmácia). V širšom význame je bioetika používaná pre označenie etickej problematiky všetkého života na zemi (napr. ekologické problémy). (Haškovcová, 2002, s. 15)

2 INTERRUPCIA, POTRAT A JEHO DRUHOVÉ ROZLIŠENIE

Interrupcia alebo umelý potrat a problém jeho morálneho aspektu je jedným z najdiskutovanejších bioetických problémov v dnešnej dobe. Táto kapitola sa zaoberá históriou interrupcií a interrupciou z odborného hľadiska a jeho druhovým rozlíšením.

2.1 História interrupcií

Interrupcia, čiže umelé ukončenie tehotenstva, je známa už od staroveku, kedy postihnuteľná nebola. V starom Grécku bolo umelé ukončenie tehotenstva nástrojom, ktorým sa regulovala populácie. Platón ho odporúčal všetkým ženám po 40. roku veku, najmä ak bol otec dieťaťa starší 50 rokov. Hippokrates (5. až 4. stor. p. n. l.) vo svojej zbierke lekárskeho textov Corpus Hippocraticum síce podávanie prostriedkov na vyhnanie plodu odmieta, ale poučuje ženy o rôznych cvičeniach na potraty nechceného plodu, čo svedčí o tom, že sa len obával pôsobenia vtedajších primitívnych prostriedkov na zdravie ženy, ale nebol proti interrupciám ako takým. Starí Rimania považovali plod vnútri tela matky za jeho súčasť, a preto matka mohla prerušenie podstúpiť kedykoľvek (Gordon, 1977).

Židia ani kresťania v tej dobe umelý potrat neodsudzovali. Od 13. storočia silne ovplyvňuje názory na interrupcie a postoje k nim kresťanstvo. O umelom ukončení tehotenstva v tejto dobe sa skôr mlčalo, ale vykonávalo sa a prenasledované nebolo. K ostrej kritike interrupcií došlo v roku 1588, keď pápež Sixtus odmietol vykonávanie interrupcií v akejkoľvek fáze tehotenstva a za akýchkoľvek okolností. Potrat sa trestal ako vražda, v lepšom prípade vyhnanstvom. (Flandri, 1975)

V Anglicku ženy do roku 1803 mohli podstupovať umelé ukončenie tehotenstva na želanie do „počiatku vnímania dieťaťa“, čím sa mienili prvé pohyby pociťované matkou, ale za vlády Juraja III. začal platiť zákon, ktorý umelé ukončenie tehotenstva zakazoval aj pred „začiatkom vnímania dieťaťa“. Nekládol sa však dôraz na ochranu nenarodeného dieťaťa, ale chránilo sa zdravie matky, ktoré bolo ohrozené infekciami a následkami potratu. (Flandri, 1975)

Historické metódy zámerného prerušenia tehotenstva boli známe iba dve. V prvom prípade boli matke podané jedy a dúfalo sa, že dieťa vplyvom pôsobenia týchto nebezpečných látok zomrie. Veľké nebezpečenstvo tejto metódy spočívalo v tom, že pôsobenie jedu bezprostredne ohrozovalo aj život matky, ktorá v mnohých prípadoch umierala spolu s plodom. V druhom prípade išlo o silný úder do brucha

tehotnej ženy s cieľom vyvolať potrat. Ani pri tejto verzii nebolo vylúčené smrteľné zranenie ženy.

Až v druhej polovici 18. storočia možno zaznamenať určitý posun. Boli totiž zavedené nové spôsoby vyvolania potratu. Bola nimi nová technológia, ktorá spočívala v tom, že do maternice bol cez kľúčok maternice zavedený cudzorodý predmet, aby tým bol vyvolaný potrat. Bolo to pre matku dosť riskantné, ale omnoho bezpečnejšie ako staršie, často smrteľné metódy a k infanticíde dochádzalo len zriedkavo. Ani táto metóda teda nebola bezpečná, pretože žene mohla spôsobiť vážne zranenia (Wilke, 1993, s. 20). Z uvedeného vyplýva, že v dôsledku nízkej úrovne vedeckého poznania a lekárskej vedy znamenal potrat pre tehotnú ženu značné zdravotné komplikácie a v častých prípadoch aj smrť.

Roku 1920 boli v Sovietskom zväze povolené interrupcie na žiadosť ženy v prvom trimestri tehotenstva, v roku 1936 sa však zákon zmenil a potraty sa mohli vykonávať iba zo zdravotných dôvodov. Island roku 1935 umožnil interrupcie z lekárskeho a sociálnych dôvodov, Londýn roku 1938 v prípadoch, keď tehotenstvo ohrozuje život matky alebo spôsobuje telesnú alebo duševnú ujmu. Od roku 1930 sa v Dánsku a Švédsku prihliadalo aj k dôvodom sociálnym a ekonomickým. Za Hitlerovej vlády boli potraty prísne zakázané, neskôr dokonca trestané aj smrťou. Zákony zavrhovali aj rôzne formy antikoncepcie. (Gordon, 1977)

U nás platil do roku 1950 zákon z roku 1852 „o vyhnaní plodu“. Za pokus o umelé ukončenie tehotenstva sa ženy trestali až jedným rokom odňatia slobody, za dokončený čin až piatimi rokmi. Ak bola otcovi dieťaťa preukázaná spoluvina, čakal ho rovnaký trest. Osobe vykonávajúci potrat hrozil trest až päť rokov, pri ohrození života ženy alebo poškodenia jej zdravia dokonca rokov desať. Potraty boli povolené len v prípade ohrozenia života ženy tehotenstvom alebo v krajnej núdzi. V roku 1950 sa pripúšťali potraty aj v prípadoch, keď jeden z rodičov trpel ťažkou dedičnou chorobou alebo keď žene hrozila závažná ujma na zdraví. Rokom 1957 začali platiť zákony, ktoré stanovili nutnosť tzv. interrupčných komisií, indikácie sa rozšírili ešte o zdravotné a „hodné osobitného zreteľa“. (Uzel, 2003)

Zákon z roku 1986 interrupčné komisie zrušil a platí u nás dodnes. V súčasnej dobe nie je v Európe interrupcia legálna v Severnom Írsku, Poľsku a na Malte (Uzel, 2003).

2.2 Samovoľné a umelé prerušenie tehotenstva

Potrat je všeobecne označovaný latinským výrazom abortus. Toto slovo je prekladané ako vyhnanie, odstránenie plodu. Vedľa samovoľného potratu, ktorý nie je vyvolaný zásahom človeka, rozlišujeme aj potrat umelo vyvolaný. Tento zásah nadobúda mravný charakter.

Pod pojmom potrat rozumieme umelé ukončenie tehotenstva uskutočnené podľa zákona 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva a ďalej predčasne a samovoľne ukončené tehotenstvo, kedy plod nemôže byť považovaný za dieťa – pokiaľ ide o mŕtvo narodený plod mladší než 28 týždňov tehotenstva, poprípade má hmotnosť menšiu než 1000 gramov, pokiaľ sa nedá určiť dĺžka trvania tehotenstva (Vokurka, Hugo, 2002, s. 670).

a) Samovoľný potrat

Samovoľným (spontánnym, prirodzeným) abortom rozumieme ukončenie tehotenstva za určitých podmienok. Tým chápeme potrat nevyvolaný zámerne, ale taký, ktorý nastáva v dôsledku nejakej poruchy plodu v období tehotenstva. Môže sa tiež jednať o akútne a chronické infekčné choroby, otravy a rôzne neinfekčné ochorenia tehotnej ženy, napríklad choroby srdca, obličiek, ťažká cukrovka. Príčinou potratu bývajú tiež mechanické a funkčné poruchy maternice alebo aj potrat spôsobený následkom úrazu. Keďže skutočnú dobu tehotenstva nemožno vždy presne zistiť, sú pre definíciu spontánneho potratu stanovené ďalšie kritériá:

- plod má nižšiu pôrodnú hmotnosť ako 1000 g a zároveň nejaví žiadnu známku života,
- plod má nižšiu pôrodnú hmotnosť ako 500 g, javí aspoň jednu známku života, neprežije však 24 hodín,
- z maternice bolo odstránené plodové vajce bez plodu alebo tehotenská sliznica.

Známkami života je myslené dýchanie plodu, srdечná akcia, pulzácia pupočníku, aktívny pohyb svalstva (a to i v dobe, kedy ešte nebol odstrihnutý pupočník alebo vypudená placenta). (Macků, Čech, 2002)

K ranému samovoľnému potratu, teda k potratu do 12. týždňa tehotenstva, dochádza nezriedka, nie všetky prípady sú však zachytené. Veľmi skoré aborty, do 6. týždňa, sú totiž ženou vnímané väčšinou iba ako meškajúca menštruácia. Udáva sa,

že až 15 % chcených tehotenstiev končieva spontánnym abortom (Pastor, 2004). Tieto tehotenské straty môžu spôsobiť:

- chromozomálna aberácia (až 75 % tehotenstiev do 6. týždňa),
- imunologické príčiny (vznik protilátok proti vyvíjajúcemu sa zárodku),
- mola hydatidosa (postihnutie placentárneho tkaniva, ktoré sa môže, okrem zapríčinenia potratu, také malígne zvrhnúť v chorionepiteliom),
- infekcia (bakteriálna, vírusová alebo parazitárna infekcia, ktorá prestupuje na plodové vajce pri nedostatočnosti maternicového hrdla),
- hormonálne príčiny (porušenie funkcie žltého telieska),
- chronická onemocnenie matky (diabetes mellitus, hyperfunkcie alebo hypofunkcia štítnej žľazy a nadľadviniek, poruchy koagulácie, nemoci ľadvín, ochorenie srdca, avitaminózy, apod.),
- akútne horúčkavité stavy,
- abúzus (fajčenie, pravidelné nadužívanie alkoholu, toxikománia),
- vonkajšie vplyvy - fyzikálne vplyvy (ionizujúce žiarenie)
 - fyzické trauma
 - nešetrný pohlavný styk
- psychogénne vplyvy (najmä u úzkostlivých žien pri habituálnom potrate),
- a iné príčiny, ktoré sa nedajú zistiť ani pri podrobnom vyšetrení. (Vokurka, Hugo, 2002, s. 673-674)

Hroziaci spontánny potrat sa prejavuje miernymi bolesťami v podbrušku a slabým krvácaním. Pri včasnom zachytení sa dá tento stav liečiť a tehotenstvo sa môže ďalej vyvíjať. Pri potratu už v behu pozorujeme postupne zosilňujúce krvácanie, pravidelné maternicové sťahy a skracovanie maternicového hrdla, v ktorom sa objavujú časti potrateného plodového vajca. (Macků, Čech, 2002)

Zvláštnym druhom spontánneho abortu je zmĺknutý potrat (missed abortus). Je to odumretie plodového vajca in utero, kedy nie sú prítomné už zmieňované známky potratu, avšak dá sa zistiť sonograficky či vyšetrením hladiny hCG, ktorá sa v tomto prípade znižuje, a odumreté plodové vajce zostáva v maternici. Pokiaľ sa inštrumentálne nevybaví, môže sa infikovať a po nejakej dobe spontánne potrať či, zriedkavejšie, vstrebať (Čech, 2006).

Pojmom abortus habitualis je mienený stav ženy, kedy tehotná potratí minimálne trikrát až štyrikrát za sebou. Je teda schopná otehotnieť, avšak tehotenstvo nedokáže

donosiť. Týka sa to zhruba 0,4 – 0,8 % tehotných. Tato porucha je označovaná ako infertilita (Čech, 2006).

Príčinou neskorého spontánneho potratu býva najčastejšie nedostatočnosť (inkompetencia) maternicového hrdla z dôvodov poranenia uzáverového aparátu dolného maternicového segmentu po pôrode veľkého plodu, nešetrnou dilatáciou pri zákrokoch na maternici alebo pri myomatóze, zrastoch na maternici, vrodených vývojových chybách maternice, maternicovej hypoplazii a podobne.

Neskorý samovoľný potrat začína odtokom plodovej vody či nástupom pravidelných kontrakcií. Vyšetrením sa ďalej zistí zvyšovanie hodnôt cervix skóre, kultiváciou baktérií môžeme odhaliť infekciu urogenitálneho traktu, ktorá za vznik kontrakcií a dozrievanie hrdla môže byť zodpovedná. (Pekárková, 2000)

b) *Umelý (arteficiálny, indukovaný) potrat*

Niekoľko úvah o morálnej prípustnosti vyvoláva potrat umelý. Ten je výsledkom úmyselného zákroku a patrí tam aj tzv. „selektívny“ potrat, ktorý sa týka defektného plodu, ktorého defektnosť je možné zistiť vďaka pokročilým metódam. Ďalšia klasifikácia rozlišuje potrat na priamy a nepriamy.

Umelé ukončenie tehotenstva sa delí na legálne a kriminálne. Prípady kriminálnych abortov sú v Slovenskej republike skôr ojedinelé. Vo väčšej miere sa vykonávajú v krajinách, kde interrupcie uzákonené nemajú.

Vo svete je ročne vykonaných zhruba 46 miliónov potratov, z toho zhruba 56 % v krajinách so zákonmi povoľujúcimi umelé ukončenie tehotenstva. Zvyšných 44 % sú potraty kriminálne a pokútne vykonané. Z toho vyplýva, že asi 20 miliónov žien ročne podstupuje neodborne prevedený zákrok, sú zverenú do rúk neprofesionálov a tým pádom vystavené obrovskému riziku vzniku zdravotných komplikácií. Denne v súvislosti s umelým ukončením tehotenstva umiera 200 žien, u ďalších 7 miliónov žien dochádza ku komplikáciám a z týchto každá druhá potrebuje nemocničnú starostlivosť (WHO, 2004).

Nie je pochýb o tom, že legalizáciou umelého ukončenia tehotenstva a sprístupnením odbornej a kvalitnej starostlivosti ženám v tejto neľahkej životnej situácii, by sa počet zdravotných komplikácií znížil, a takisto by ubudlo úmrtí žien, spojených s umelým ukončením tehotenstiev. Tehotenstvo sa zo zákona môže ukončiť do 12. týždňa na žiadosť matky, do 16. týždňa pri infikovaní matky vírusom rubeoly, do 24. týždňa z genetických dôvodov a po prekročení tejto hranice kedykoľvek pri ohrození života ženy či poruche dieťaťa nezlučiteľnej so životom. (SNR, 1991)

Pre umelé ukončenie tehotenstva do 8. týždňa sa vžil názov mini interrupcia. Zákrok nie je náročný, tehotensky zmenená sliznica s plodovým vakom sa podtlakom odsaje elektrickou odsávačkou, na ktorú je napojená plastová kanyla s malým priemerom podľa veľkosti tehotenstva, ktorá sa vkladá do mierne rozšíreného hrdla; čím nižší týždeň gravidity, tým menšia dilatácia a zákrok je nenáročný a bezpečnejší.

Od 8. týždňa do týždňa 12. sa interrupcia vykonáva tupou kyretou. Maternicové hrdlo musí byť dostatočne dilatované, opäť podľa veľkosti tehotenstva. Čím vyšší týždeň gravidity, tým ráznejšia dilatácia, čím sa zvyšuje riziko spontánneho potratu po počatí ďalšieho dieťaťa.

Umelé ukončenie tehotenstva v II. a III. trimestri gravidity sa vykonáva vyvolávaním potratu prostaglandinmi, podávanými do amniálnej dutiny a zároveň do maternicového hrdla. Po potratení plodu nasleduje opäť kyretáž k vybavení placenty a revízii dutiny maternicové. (Čech, 2006)

Hoci aj v dnešnej dobe mnohí argumentujú možnými zdravotnými rizikami, štatistické údaje naznačujú, že v súčasných podmienkach zdravotnej starostlivosti dlhodobé zdravotné problémy alebo problémy s ďalším tehotenstvom sú v súvislosti s potratom minimálne. Moderné technológie síce výrazne znížili zdravotné riziko, morálna a spoločenská problematickosť však zostáva.

3 VÝCHODISKÁ ARGUMENTÁCIE PRE A PROTI

V tejto kapitole sa zaoberáme niektorými východiskami argumentácie. V zásade je možné ich rozčleniť do dvoch skupín, pričom obe majú samozrejme svojich zástancov aj kritikov. Prvý z nich obhajuje a presadzuje práva matky ako slobodnej, rozumne uvažujúcej bytosti, ktorá má právo rozhodovať o svojej budúcnosti, čo sa bude diať s jej telom a či si dieťa ponechá. Naopak skupina druhá na základe rôznych tvrdení považuje ľudský život za najvyššiu hodnotu, ktorú žiadne právo inej osoby nemôže

prevýšiť, hodnotu tak zásadnú, že si zaslúži našu pozornosť a ochranu už pred narodením.

Radi by sme v nasledujúcej časti začali skupinou prípadov, ktoré obhajujú práva matky v situáciách, ktoré sú mimoriadne zložité predovšetkým pre ňu samotnú. Môže sa jednať o ženu, ktorá narodenie dieťaťa s radosťou očakáva, objaví sa však prekážka spočívajúca v zlom zdravotnom stave, či už jej alebo počatého dieťaťa, niekedy sa môže jednať o otehotnenie v dôsledku znásilnenia. Rozhodnutie ženy ukončiť tehotenstvo je úplne pochopiteľné a argumentácie o opaku sú veľmi náročné, aj keď sa o ne samozrejme, dá pokúsiť. Pokračovať budeme už trochu problematickejšími právami spojenými predovšetkým s telesnou integritou a niektorými ďalšími skutočnosťami, na ktoré upozorňujú predovšetkým feministky, či už ide o vládu nad vlastným telom, slobodu výberu alebo rozdelenie rolí v spoločnosti.

3.1 Ohrozenie zdravia matky

Ak je v stávke život matky, existuje len veľmi málo dôvodov, ktoré môžu zdôvodniť trvanie na donosenie dieťaťa, čo reflektuje aj inak veľmi prísna írsky úprava, ktorá v tomto prípade stanovuje jedinú výnimku z inak všeobecného zákazu interrupcií. (EurAktiv.sk, 2010). Odporcovia potratov tu síce argumentujú tým, že dnešná veda a lekárske poznatky sú tak vyspelé, že existuje len minimum prípadov, kedy zdravie alebo život matky môžu byť ohrozené, ale ako ospravedlníme fakt, že z dvoch rovnocenných životov vyberieme práve ten dieťaťa? Stačí poukázať na to, že dieťa je nevinné, ničím sa neprevinilo a ani nemá v úmysle niekomu ublížiť? To isté predsa platí aj pre matku. Podľa J. J. Thomsonovej, americkej profesorky filozofie, ak trváme na záchrane života dieťaťa, upierajú tým matke práve ten štatút, ktorý vyžadujeme pre dieťa. V prípade, že žena hostí dieťa, by sa malo pamätať na to, že ona je človekom, ktorý ho hostí. Existujú neúprosné hranice na právo sebaobrany. (Thomsonová, 2004).

3.2 Fyzická alebo psychická deformácia plodu

V odbornej literatúre sa uvádza, že okolo 5 % novorodencov sa rodí s vrodenými chybami a u 2 % existujú vážne morfológické anomálie (Millöher, 2001, s. 18; Dinka,

2002). Ide o veľmi citlivú problematiku a v dnešnej dobe čoraz viac aktuálnu, keď na jednej strane stojí vyspelá lekárska veda schopná čoraz úspešnejšie diagnostikovať a naprávať zistené anomálie a na strane druhej neustále rastúci počet rizikových tehotenstiev so všetkými negatívnymi dôsledkami, ktoré to na plod môže mať.

Na tento problém je možné nahliadať dvoma spôsobmi. Prvý z nich trvá na tom, že zrodenie človeka je zázrak a aj keď vieme, že jeho život nebude úplne dokonalý, je väčším zlom nenechať ho plne sa rozvinúť a dieťaťu uprieť možnosť narodiť sa, hoci bude žiť kratšie obdobie a nie úplne plnohodnotne. Navyše, ako môžeme rozhodnúť o záujme dieťaťa, keď si nemôžeme byť istí, či by sa radšej narodilo alebo nie? Čo nám dáva právo rozhodovať za druhých, či stojí za to žiť niečí život? Na druhej strane stojí názor, že pokiaľ by sme nechali plod plne sa vyvinúť, energia, ktorá už bola vyčerpaná doterajším vývojom by ešte bola znásobená pokračovaním počas jeho trvania. Ak pripočítame emocionálne vypätie, ktorá by situácia nevyhnutne priniesla nielen rodine, ale aj samotnému dieťaťu, je lepšie jeho život ukončiť predčasne. Ľudia zastávajúci tento postoj cítia, že ľudský život nie je vytvorený len prírodnou silou, ale aj pričinením človeka, ktoré spočíva v jeho rozhodnutí pokračovať v tehotenstve, príprave na porodenia dieťaťa a jeho výchovu a v pristúpení na ťažkosti, ktoré to všetko prináša (Kováčik, 2002). Situácia je naozaj veľmi zložitá a ťažko hľadať jednoznačné riešenie, ku ktorému by sme následne ženu prehovárali. Konečné rozhodnutie musí ležať predovšetkým na nej, ona musí byť schopná posúdiť, či je schopná zniesť zvýšené úsilie, ktoré by ju pri výchove dieťaťa čakalo. A ak ju štát podporí v jej rozhodnutí dieťa si nechať, musí ju podporiť aj vo všetkom, čo to so sebou priniesie.

3.3 Znásilnenie a incest

Obhajcovia práv dieťaťa aj tu argumentujú veľmi nízkou pravdepodobnosťou, že dôjde pri znásilnení k otehotneniu, vzhľadom k faktoru stresu. A opäť nachádzame poukaz na nevinnosť dieťaťa, ktoré nesmie trpieť za chyby svojich rodičov. Táto úvaha má svoje opodstatnenie aj pri pohľade na históriu trestného práva, kde bol trest smrti na tehotných ženách odďaľovaný až do doby pôrodu dieťaťa, pretože „*súdy boli presvedčené, že spoločne s matkou nemôže byť potrestané aj jej dieťa*“. (Grady, 1992, s. 11) Ale ak sa odvolávajú títo ľudia na Božiu vôľu, ktorá smeruje k zachovaniu života

za všetkých okolností, ako ospravedlníme, že z vôle Boha k znásilnenia vôbec došlo a že v jeho dôsledku bolo navyše počaté dieťa?

Situácia v tomto prípade už nie je tak jednoznačná, preto sa na príklade znásilnenia často vysvetľuje, že ak urobíme zo zákazu interrupcií akúkoľvek výnimku, popierame tým základné tvrdenie spočívajúce v práve na život alebo v jeho posvätej hodnote. Ak prijmeme výnimky zo všeobecného zákazu interrupcií, dáme tak zároveň najavo, že konzervatívny odpor voči interrupciám nevychádza z presvedčenia, že ľudský plod je osobou s právom na život. Nemajú snád' všetci rovnaké právo na život bez ohľadu na to, akým spôsobom boli počatí? Majú deti, ktoré začali existovať v dôsledku znásilnenia menšie právo na život ako deti ostatné alebo snád' toto právo nemajú vôbec? Rozdiel oproti deťom splodenými inak možno vidieť v tom, že tu sa žena nezúčastnila dobrovoľne pohlavného styku, pri ktorom za normálnych okolností vie o možnosti otehotnenia, ktoré musí predvídať, zohľadniť a následne niesť za svoje konanie následky. (Farkašová, Pietruchová, 2002) Je však dobrovoľná účasť na pohlavnom styku dostatočným ospravedlnením pre uznanie povinnosti ženy pokračovať v tehotenstve až do pôrodu a vychovať svoje dieťa? Nesúhlas s týmto tvrdením sa vysvetľuje nasledujúcim príkladom:

Manželský pár, ktorý má problém počať dieťa prirodzenou cestou, sa rozhodne poskytnúť vajíčka a spermie na laboratórne oplodnenie s tým, že vajíčko bude po tomto zákroku vložené do maternice ženy. Než ale k tomu stačí dôjsť, manželia sa rozvedú. Väčšina z nás to asi bude považovať za dostatočný dôvod pre to, aby žena odmietla vloženia vajíčka do maternice a nebude tvrdiť, že teraz už žena musí za každú cenu prijať svoju graviditu, pretože sa predtým dobrovoľne podieľala na počatí života plodu. Ak teda uznáme, že dobrovoľná účasť ženy v laboratórnom oplodnení ju nezaväzuje k naplneniu tehotenstva, prečo by ju k donoseniu plodu zaväzovala len skutočnosť, že k oplodneniu došlo vo vnútri jej tela? (Kiss, 2004, s. 176)

3.4 Telesná integrita ženy

J. J. Thomsonová v obhajobe svojho postoja k interrupciám uvádza: „*nesmieme zabúdať, že matka a nenarodené dieťa nie sú dvaja nájomníci malého domu, ktorý bol omylom prenajatý obom, matka vlastní dom*“ (Thomsonová, 2004, 26). Právo na telesnú autonómiu je nepochybne súčasťou základných ľudských práv. Pod toto právo

patri zákaz mučenia, právo na odmietnutie liečby, rovnako ako právo na prístup k nej. Právo rozhodnúť o ukončení svojho tehotenstva ako telesného stavu ženy je teda tiež jeho súčasťou.

Spomínaná Thomsonová namieta, že ak aj uznáme právo dieťaťa na život, nemôžeme po nikom požadovať jemu zodpovedajúcu povinnosť. Ak nám niekto dovolí využívať jeho prostriedky, je to jeho láskavosť, v žiadnom prípade nie povinnosť. Právo na život nezahŕňa právo dostať k používaniu telo iného človeka ani právo ho ďalej používať (Thomsonová, 2004). Podľa autorkinho názoru naše právo na život neznamená zároveň právo používať akékoľvek prostriedky vrátane tela alebo orgánov iných ľudí, aby sme sa tým udržali pri živote. To by sme potom mohli rozkázať komukoľvek, aby sa pre záchranu nášho života vzdal časti tela svojho alebo nám ho dal na určitú dobu k dispozícii.

Lenže, ako namietajú niektorí oponenti Thomsonovej, plod a gravidná žena sa nachádzajú v tom najtesnejšom príbuzenskom vzťahu, aký si len dokážeme predstaviť; plod je ženiným priamym biologickým potomkom. Ďalej, tehotná žena sa na počatí potomka podieľala. Skutočný dôvod na interrupciu títo autori vidia skôr než v namáhavosti niekoľkomesačného kontaktu s dieťaťom, tak v neochote riešiť starosti spojené s jeho výchovou. (Kiss, 2004)

Ukázali sme si niekoľko dôvodov, ktoré môžu štát viesť k prijatiu legislatívy povoľujúcej interrupcie. Argumenty zástancov práv ženy pokrývajú takmer každú pohnútku, ktoré ju k rozhodnutiu podstúpiť zákrok môžu motivovať. Preto moderné právne úpravy spravidla nevyžadujú, aby žena mohla na interrupciu pristúpiť len z nejakých taxatívne vymedzených príčin. Pod vplyvom starostlivejšieho presadzovania ľudských práv a silnejšieho feministického hnutia by to ani inak nebolo možné. Čím najčastejšie podporujú svoje tvrdenia?

3.5 Feministické argumenty

Základy feministickej teórie reprodukčnej slobody položilo dielo L. Gordonovej „Ženské telo, ženské právo“, ktoré vychádza z teórie, že ženy praktizovali rôzne formy kontroly pôrodnosti a prerušenia tehotenstva v priebehu celej histórie. Základným feministickým argumentom je spojenie tela ženy so sexualitou a reprodukciou. Žena v rámci ochrany svojej telesnej integrity a telesného sebaurčenia musí byť schopná

kontrolovať svoje rozmnožovacie schopnosti, teda sexuálne a reprodukčné účely, na ktoré je jej telo uspošobené.

3.5.1 Úloha ženy v spoločnosti

Druhá základná myšlienka je postavená na úlohe žien v spoločnosti, ktorá prisudzuje materstvu najväčšiu hodnotu v ich živote. Podľa nej pri existujúcej deľbe práce medzi pohlaviami tehotenstvo výrazne viac zaťažuje ženy, ktoré sú zodpovedné za starostlivosť a výchovu detí, práve preto musia ony rozhodovať o antikoncepcii, prerušení tehotenstva a porodení dieťaťa (Pollack-Petchesky, 2001).

Niektoré feministky broja proti tomu, že rodenie detí a ich výchova je prirodzenou biologickou úlohou ženy (Kiss, 2004). To, že je maternica „určená“ na prijatie oplodneného vajíčka a na zabezpečenie podmienok jeho rozvoja, kým nebude schopné samostatného prežitia, neznamená, že vďaka tejto biologickej funkcii maternice je žena zároveň povinná podeliť sa dočasne s ďalším obyvateľom o svoje telo. Tým by sme celú existenciu každej ženy podriadili jej prirodzenej funkcii.

3.5.2 Argument vlastníckeho práva nad telom

Ak „ľudská bytosť má na niečo nejaký legitímny prednostný nárok, potom je to prednostný nárok na svoje vlastné telo a môže sa teda slobodne rozhodnúť, čo s ním bude robiť“. (Harris, 1991, s. 157) Napriek tomu však podľa J. Harrisu nemôžeme argumentovať, že akýkoľvek nárok na vlastníctvo, aj keď je nesporný, so sebou nesie právo akokoľvek s našim vlastníctvom disponovať. Harris ako príklad uvádza dávku lieku, ktorý bol testovaný a je bežne dostupný, ale môže nastať situácia, kedy k tomu, aby bol niečí život zachránený je v okolí k dispozícii len jediná dávka tohto lieku. Aj keď v tejto chvíli nie je život vlastníka lieku bezprostredne ohrozený, predsa len sa jedná o jeho vlastníctvo a on sa môže rozhodnúť, ako s ním naloží a prípadne si ho aj ponechá. Preto by otázka mala stáť - čo je v stávke, ak je vlastnícke právo porušené? Je v tomto prípade vlastnícke právo dôležitejšie ako hodnoty, ktoré by boli ohrozené trvaním na jeho rešpektovaní? (Harris, 1991)

Keď uvedený príklad prirovnáme k právam ľudského plodu, aj keby bol ako súčasť matkinho tela jej majetkom, žena je oprávnená rozhodnúť sa bez akýchkoľvek obmedzení len ak neexistuje žiadne rozumné ospravedlnenie pre váženie si života plodu viac, než iba ako položky matkinho vlastníctva. Ak uznáme právo ženy rozhodnúť sa, neurobíme tak z titulu jej vlastníckeho práva k plodu, ale pretože morálne dôvody rešpektovať jeho život sú menej silné ako dôvody pre rešpekt voči rozhodnutiu ukončiť jeho život. „*Ospravedlnenie pre jej voľbu vyplýva z konceptu, že zárodok nie je osobou a nemôže preto byť poškodený, ak je jeho život predčasne ukončený.*“ (Harris, 1991, s. 159).

Podľa nášho názoru je však tvrdenie spočívajúce v práve na vlastníctvo príkladom nesprávnej analógie. V prípade rozhodovania o ukončení tehotenstva nejde totiž o rozhodnutie, ako naložiť s predmetom svojho vlastníctva, ale o slobodnú, dôkladne zvažovanú a zodpovednú voľbu ženy, ktorá je rozumne uvažujúcou bytosťou schopnou zvažovať všetky relevantné skutočnosti a dospieť k rozhodnutiu, ktoré ona sama považuje za najlepšie. Ak slobodu jej voľby zameníme za rozhodovanie o ľudskom tele ako predmete vlastníctva, robíme z neho niečo ako vec, s ktorou môžeme voľne disponovať, uzavrieť o nej dohodu alebo ju podrobiť režimu obchodu. Zároveň tým popierame biologickú podstatu ženského tela, ktoré je k materstvo uspôsobené. Znevažovaním úlohy ženy ako matky popierame jej identitu, pretože táto úloha je úplne prirodzená a pre ňu samotnú aj pre spoločnosť žiaduca. Považujeme preto za dôležité zdôrazniť, že práva ženy sú v problematike interrupcií založené predovšetkým na možnosti voľby, ktorá súvisí s etickými a duchovnými hodnotami, ktoré žena cíti. Súhlasíme s tvrdením Dworkina, že nikto iný, ani štát, nemá žiadne oprávnenie, aby iným ľuďom určoval, čo si majú myslieť, aké ideály majú zastávať. „*Vnútorne presvedčenie nemožno človeku ukladať silou zákona.*“ (Dworkin, 1993, s. 15). Preto by pri tvorbe legislatívy nemali byť použité žiadne definície, ktoré vychádzajú z určitého náboženského presvedčenia alebo vedecky nepodloženej filozofickej teórie. Štát by mal každému ponechať možnosť voľby náboženstva, životnej filozofie a morálneho alebo etického presvedčenia. Každý nech si na potrat urobí vlastný názor, ale nepokúša sa ho vnútiť tehotnej žene.

3.6 Dworkinove základné námietky voči interrupciám

Nech už sú dôvody na tvrdenia feministiek akékoľvek, presadzujú zásadne právo ženy slobodne sa rozhodnúť a akýkoľvek jej štatút, ako subjektu práv ich netrápi, pretože je zrejmý. To už však neplatí pre zástancov názorov opačného smeru. Uvažujú skôr v teoretickej rovine, často na morálnom alebo náboženskom, vedecky ťažko ospravedlniteľnom základe. Definovať postavenie plodu je značne náročné, preto pokiaľ je to možné, väčšina filozofov sa tomuto problému vyhýba. R. Dworkin vo svojej knihe *Life's Dominion* uvádza dve základné námietky, ktoré možno voči interrupciám vznášať. (Dworkin, 1993) Prvá z nich spočíva v tom, že plod je stvorením s právami, ktorými je vybavený už od počiatku svojej existencie a ktoré zahŕňajú predovšetkým jeho záujem na tom zostať nažive. Má teda právo, aby všetci chránili jeho základné záujmy, vrátane práva ne byť zabitý. Dworkin túto prvú námietku nazýva námietkou odvodenou, pretože sa vyvodzuje z práv, ktoré každý jedinec, vrátane ľudského plodu má. Druhý variant sa od prvého odlišuje už svojou podstatou. Vychádza z toho, že ľudský život má svoju vnútornú hodnotu, je posvätný a táto jeho posvätnosť začína v rovnakom okamihu, kedy začne biologický život, a to aj pred tým, než je možné hovoriť o nejakých záujmoch alebo právach plodu. Interrupcia je tu zlou, pretože nezohľadňuje a napáda základnú vnútornú hodnotu ľudského života v akejkoľvek jeho forme. Nezávisle na tom, v akom tvare alebo forme sa ľudský život práve nachádza, znamená úžasný potenciál. Táto námietka je označovaná za samostatnú alebo nezávislú, pretože nepredpokladá, ani nezávisí na žiadnych právach alebo záujmoch. A práve v tom, ako najlepšie ochrániť posvätnosť života každého jedinca, ktorú takmer všetci ctíme, vidí autor najzákladnejší problém, ktorý rozdeľuje ľudí v ich názoroch.

Kľúčovou však zostáva otázka, kedy začína ľudský život. Ako možno pristupovať k tomuto problému?

3.7 Kedy začína ľudský život?

K najbežnejším tvrdeniam odporcov interrupcií patrí, že vývoj človeka od počatia, cez narodenie a detstvo tvorí určitý súvislý proces, z ktorého nemožno vybrať jeden okamih, od ktorého sa jedinec stáva ľudskou bytosťou, pretože plod je človekom od okamihu počatia. A pretože každý má právo na život, toto právo musí patriť aj ľudskému plodu. Právo na život je nepochybne silnejšie ako právo rozhodovať, čo sa bude diať s vlastným telom, takže nikto nemá právo plod zabiť. Charakteristické rysy,

ktoré človek bude mať, sú obsiahnuté už v génoch vajíčka a semena pri ich spojení. Jediné, čo v tú chvíľu embryo potrebuje je čas a výživa, aby sa vyvinulo a bol porodené ako ľudské dieťa. V opačnom prípade bude potratené ako mŕtvy ľudský zárodok. (Willkeová, Willke, 1990)

Predstavu, že ľudský život začína v momente počatia, nemôžeme vo svetle súčasných vedeckých poznatkov považovať za absolútne presnú. Nemôže to tak byť jednak preto, že keby život neexistoval už v mužských spermiiach a vajíčkach žien, nemohol by vzniknúť pri ich spojení. Navyše laboratória genetikov dokazujú, že nie je nevyhnutne nutné spájať mužské a ženské pohlavné bunky (partenogéza). Či už ale začína kedykoľvek, mali by sme k nemu od začiatku pristupovať s veľkou úctou a opatrnosťou, ako to ostatne robíme v akejkoľvek situácii, keď je niečí život v ohrození a my vynakladáme všetko úsilie, aby sme ho zachránili a automaticky nepovažovali za mŕtveho. (Drgonec, 2001, s. 34).

Diskusia o tom, či plod už je alebo ešte nie je ľudskou osobnosťou sa tiahne veľmi dlho a zatiaľ nič nenasvedčuje tomu, že bude tento problém čoskoro vyriešený. Filozofický aspekt týchto diskusií sa zriedka pohybuje v kontexte praktickej argumentácie a ako ukazujú štatistické údaje, „*ženy skôr než status plodu zvažujú svoju psychickú, sociálnu a ekonomickú situáciu*“. (Cohen, 2001, s. 180).

3.7.1 J. Harris a jeho tvrdenie potenciality

Napríklad podľa názoru už citovaného J. Harrisa nie je dôležité stanovenie okamihu, kedy život začína, ale kedy začína byť morálne považovaný za dôležitý (Harris, 1991). Veríme, že ľudia majú určitú hodnotu, vyššiu než napríklad rastliny alebo živočíchy, a táto hodnota musí byť rovnaká pre každého človeka. Musíme preto odhliadnuť od všetkých dôvodov, ktoré by mohli viesť k uprednostňovaniu niektorých ľudí pred inými. Tento postoj má odraz v akceptovaní základných práv, ktoré patria všetkým ľuďom už z titulu ich prostej existencie. Pretože tieto práva patria všetkým a sú pre všetkých rovnaké, mali by byť ľudia považovaní za vzájomne si rovných, či už z pohľadu práva, v prístupe k starostlivosti a ochrane štátu, vrátane lekárskej starostlivosti. A aj keď nesúhlasíme s názorom, že život začína pri počatí, nemôže byť sporu o tom, že si oplodnené vajíčko so sebou nesie genetickú výbavu obsahujúcu

všetku jeho jedinečnosť a individualitu. Zároveň nemôže byť pochyb o tom, že si so sebou nesie aj potencialitu stať sa ľudskou osobnosťou, preto by sme mu mali venovať rovnakú ochranu ako už existujúcim osobám. Toto nazývame „argumentom potenciality“. Môžu však pri ňom nastať dva druhy problémov. Prvý z nich je, že samotný fakt, že niečo má potenciál vyvinúť sa v X neznamena, že sa k nemu máme správať, akoby bol X už teraz. To, že všetci raz zomrieme neznamena, že by sme sa k sebe mali správať, akoby sme už boli mŕtvi. Druhý problém spočíva v tom, že nielen oplodnené vajíčko má potenciál stať sa ľudskou bytosťou. To isté môžeme povedať aj o neoploďnenom vajíčku alebo spermii. Ak sa oplodnenému vajíčku určité veci stanú a iné nie, vyvinie sa v ľudskú osobnosť. Ale to isté platí aj o vajíčku neoploďnenom a o spermii.

S argumentom potenciality nesúhlasí napr. W. Quinn (2004), ktorý tvrdí, že nie je možné poškodiť záujem osoby, ktorá ešte neexistuje a ani nikdy existovať nebude, a to dokonca ani skutkom, ktorý zabráni jej existencii. Tvrdí, že strata nemôže predstavovať reálne zlo, ak to, čo sa stratilo nebolo chcené čiže to, čo by si bytosť priała, keby o veci uvažovala. *„Plod, ktorý nemá vedomie, túto podmienku spĺňať nemôže. Neželá ani si nepredstavuje budúcnosť, ani toho v žiadnom relevantnom zmysle nie je schopný.“* (Quinn, 2004, s. 84). Jediné, čo potom podľa názoru autora robí z interrupcie morálny problém, je samotný fakt kontinuity jednotlivca, kedy rovnaký ľudský organizmus alebo vznikajúca bytosť, ktorú máme pred sebou, by neskôr žila ľudský život, keby ju interrupcia nezničila. Preto *„do tej miery, do akej ľudská bytosť už existuje, môže stratiť budúci život. Avšak do tej miery, do ktorej ešte úplne neexistuje, nemôže utrpieť takú ani žiadnu inú stratu a do tej miery teda nie je predmetom morálneho uvažovania.“* (Quinn, 2004, s. 98).

Jediné, na čom sa dá bezpečne zhodnúť je, že oplodnené vajíčko je živým tkanivom. A tu sa vraciame k tvrdeniu Harrisa z úvodu tejto časti: pretože život je určité kontinuum, nemusíme vedieť, kedy začína, ale odkedy je morálne považovaný za dôležitý. To nastáva vo chvíli, keď sme schopní sebauvedomenia, nájdenia svojej vlastnej hodnoty (nech už z akéhokoľvek dôvodu) a v získaní vôle pokračovať v žití. Čo potrebujeme vedieť je, že jedinec má určité vlastné dôvody alebo že si cení vlastný život. Potom zabitie iného je zlé preto, že mu tým odoprieme to, pre čo si vlastný život váži. Nezáleží na tom, ako dlhý má jeho život byť, utrpí veľkú ujmu tým, že mu život skrátime napriek tomu, že on si želá v ňom pokračovať. Pokiaľ teda dvaja jedinci veľmi túžia ďalej žiť, je im urobené rovnaké bezprávie, keď je ich život skráteneý.

Schopnosť vnímať ako kritérium pre nadobudnutie morálneho statusu je dôležitá aj podľa názorov iných autorov. Keďže ale neexistuje žiaden merateľný prechod do vedomia, neexistuje ani presná a ostrá hranica medzi zárodkami, ktoré už majú schopnosť vnímať a tými, ktoré ju ešte nemajú. Preto ani nemôžeme presne určiť okamih, v ktorom zárodok morálny štatút nadobúda. Možno síce určiť určité hraničné štádium, ale nikdy sa nám nepodarí zredukovať ho na okamih. Ako indikátor morálneho statusu nám môže slúžiť schopnosť prežiť v mimomaternicovom prostredí, pretože potom si už bytosť uvedomuje svoje vnútorné stavy, vie na ne reagovať a komunikovať o svojich potrebách s ostatnými. Plod, ktorý ešte nie je schopný samostatného života, nedokáže uvažovať nad svojou budúcnosťou a nad tým, o aké pozitívky ho interrupcia oberie. Obvyklé štádium životaschopnosti, kedy už zárodok má schopnosť vnímať, nastáva okolo konca druhého trimestra. (Summer, 2004)

3.7.2 Teória záujmov plodu R. Dworkina

Ak sa zamyslíme nad záujmami každej živej osoby, určite medzi ne patrí právo na život a s tým súvisiace právo nebyť života zbavený. V záujme ešte nenarodeného plodu by potom bolo, aby neboli potraty. Túto námietku vysvetľuje Dworkin príkladom, že je v záujme každej žijúcej osoby, že sa Zem pred miliónmi rokov nezrazila s obrovským meteorom. Lenže ak by sa to stalo, nemohla by táto udalosť byť proti záujmu nikoho, pretože by neexistoval nikto, koho záujem by bol zrážkou porušený. Rovnako tak, ako uvádza, *„je v mojom záujme, že otec neodišiel deň pred mojím počatím na dlhú služobnú cestu. Lenže keby to urobil, nemohlo by to byť proti môjmu záujmu, pretože by som neexistoval. To, či je interrupcia proti záujmu plodu tak musí závisieť na tom, či ide o kolíziu záujmov v čase transpozície interrupcie a nie na tom, že by sa nejaký záujem vyvinul, ak by interrupcia vykonaná nebola. Nemôžeme preto hovoriť o záujmoch plodu ako takých, ale len o konkrétnom záujme, ktorý sa prejavuje pri danom rozhodovaní, a ktorý potom môže byť predložený na hodnotenie z hľadiska svojej morálnosti alebo naopak rozpore s morálkou.“* (Dworkin, 1993, s. 18).

S okamihom, v ktorom zárodok pririekneme morálny status, súvisí podľa zmieneného autora aj morálne hodnotenie interrupcie. Ak nebudeme do určitého štádia tehotenstva zárodok považovať za ľudskú bytosť, hodnotenie skorej interrupcie bude úplne odlišné od hodnotenia tej neskorej, pretože v rannej sa ešte bráni vzniku bytosti

s morálnym statusom a rozhodnutie o nej je vecou súkromnej dohody medzi ženou a jej lekárom. Vzniká tak situácia podobná morálnemu rozlíšeniu medzi interrupciou a antikoncepciou. „*Kým antikoncepciou sa bráni vzniku nového života, interrupcia ho zabíja, pretože už stvorený bol.*“ (Summer, 2004, s. 49). Vybavením ľudského plodu morálnym statusom už od počatia by všetka kontrola ženy nad rozhodnutím o prerušení tehotenstva končila práve pri počatí, pretože neskôr by bol akýkoľvek zásah nemorálny. Lenže vzhľadom na občasnú nespoľahlivosť antikoncepcie by tak vznikol veľký praktický problém. (Summer, 2004)

Ako vidíme, je veľmi zložitú rozhodnúť, kedy začína ľudský život a každý z nás voči tomuto problému určite zastáva vlastné presvedčenie. Ak by sme vybavili ľudský plod morálnym statusom už od okamihu počatia, musel by byť od začiatku považovaný za ľudskú bytosť. Možnosť vykonať interrupciu by potom bolo rovnaké, ako ponechanie možnosti zabiť alebo prinajmenšom nechať zomrieť akéhokoľvek iného nechceného ľudského jedinca. Tento postoj je však v dnešnej dobe neudržateľný.

3.8 Legálne versus nelegálne interrupcie

Zástancovia práva na život niekedy argumentujú tým, že ak urobíme interrupcie nelegálnymi, znížime tým počet vykonaných zákrokov. Radi by som na tomto mieste poukázala na niektoré okolnosti, ktoré toto tvrdenie podporujú alebo naopak, hovoria proti nemu.

To, ako dobre sa dá manipulovať číslami ohľadom nelegálnych interrupcií, aby sme presadili zmenu názoru verejnosti a následne aj legislatívy, nám ukazuje časť úryvku z prejavu o taktikách zástancov potratu, ktorý pri príležitosti zmeny írskej ústavy v Dubline predniesol doktor Nathanson, bývalý gynekológ, ktorý bol jedným zo zakladateľov Národného združenia pre zrušenie zákona zakazujúceho potrat. Uvádza, že aby presvedčili americkú verejnosť, sfalšovali údaje o nelegálnych interrupciách vykonávaných v USA, pretože tušili, že keď sa nejaké tvrdenie opakovane predhadzuje verejnosti, ona ho nakoniec prijme. Vedeli, že ročne je v USA uskutočnených zhruba sto tisíc nelegálnych potratov, pritom tvrdili, že ich je milión, v dôsledku toho zomrelo

približne dvesto žien, ale údaje uvádzali počet desať tisíc. Ako uvádza Nathanson (1979), tým docielili nielen toho, že sa zmenil zákon, ale tiež že počet potratov vzrástol ročne zo sto tisíc na 1,55 milióna.

Opačnú situáciu, a síce tvrdenie, že legalizáciou interrupcií sa zabráni ich vykonávaniu na čiernom trhu možno podporiť súčasnou situáciou v Poľsku, teda takou, ako ju monitorujú niektoré ženské organizácie. V krajine bol prijatý prísny zákon upravujúci umelé prerušenie tehotenstva pod nátlakom cirkvi, ktorej vplyv je tu veľmi silný a zároveň pod ťarchou štatistických údajov poukazujúcich na vysoký pokles pôrodnosti. Vláda v tejto súvislosti tvrdila, že je povinnosťou ženy obetovať život a zdravie, aby porodila dieťa, navyše lekárske poznatky sú dnes také rozsiahle, že pre zdravie ženy nemôže byť tehotenstvo žiadnym nebezpečenstvom. Ale reálna situácia zďaleka nezodpovedá pôvodným očakávaniam. Pôrodnosť klesá naďalej, bolo zaznamenaných niekoľko prípadov vrážd novorodencov a tiež úmrtí žien v dôsledku nelegálne vykonávaného zákroku, nebyvalo sa tu rozvinula tzv. interrupčná turistika, ktorá poľské rodiny oberá o významnú časť ich životných prostriedkov. Odhady hovoria až o 200 000 prípadoch za rok, zákrok vyjde zhruba na 1640 euro (kurz v roku 2007) (Karas, 2007). Na tieto podmienky sú však ženy ochotné pristúpiť, pretože odmietajú rodiť na príkaz svojej cirkvi a vlády. Vzniknutá situácia rozdelila spoločnosť. Medzinárodné inštitúcie ochraňujúce reprodukčné zdravie a reprodukčné práva ľudí definujú situáciu v Poľsku ako „*odstrašujúcu poľskú cestu, ktorá znamená vyvolanie ilúzie mravného štátu*“ zákazom umelého prerušenia tehotenstva (Kliment, Cupaník, 2001, s. 19).

Na záver ešte niekoľko čísel. Svetová zdravotnícka organizácia uvádza, že na následky nelegálne vykonaných potratov v dôsledku zlých hygienických podmienok alebo neodborne vykonaného zákroku zomiera 0,7 % žien v Afrike, 0,4 % v rozvojových krajinách a 0,1 % v rozvinutých regiónoch. Ak porovnáme legálne a nelegálne vykonávané interrupcie, je pri nelegálnych v rozvinutých krajinách úmrtnosť osemdesiatkrát vyššia (WHO, 2004).

3.9 Interrupcia z pohľadu lekárskej etiky

Vedľa žien hrajú v našej problematike významnú úlohu aj ich lekári. Pozícia, ktorú voči interrupciám zastávajú, ich určite v profesii silne ovplyvňuje. Vykonávanie

interrupcií nevyhnutne vnáša veľké psychické vypätie do vykonávania povolania lekára. Zástancovia práva na život im vyčítajú, že samotná ich profesia z nich nemôže robiť niečo, čo ich ospravedlňuje brať na seba úlohu Boha, ktorý má oprávnenie brať ľuďom život na požiadanie a nedodržiavať všeobecné zákony zakazujúce zabíjanie (Grady, 1992). Ako je to však s ich lekárskou etikou a profesijnými kódexy?

Pôvodná verzia Hippokratova prísaha obsahovala nasledujúci text: „[...] Ani prosbami sa nedám prinútiť na podanie smrtiaceho lieku, ani sám nikdy na to nedám podnet. Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnanie plodu. [...].“ (BBC, 2003). V prísaha slovenských lekárov sa uvádza: „Zdržím sa konania a podpory činov, ktoré nie sú v súlade s týmto sľubom, a podľa svojho vedomia a svedomia konania, ktoré by viedlo k strate života nenarodeného dieťaťa.“ (Valková, 2010, s. 4).

Pasáž o vyhnaní plodu však bola vo väčšine krajín nahradená vetou: „Neučiním nič, čo je nezákonné.“ To, že strata zásadovosti z Hippokratovi prísahy môže spôsobiť nedozerané škody, bolo jasné po druhej svetovej vojne, predovšetkým z praktík podriadených nemeckému vojnovému plánu. Ženevská deklarácia World Health Organization preto uvádza: „Budem mať najvyšší ohľad na ľudský život od jeho počatia, dokonca ani pod hrozbou nepoužijem svoju lekársku znalosť proti zákonom ľudskosti.“ (Grady, 1992, s. 15).

Špecificky pre slovenské prostredie možno spomenúť ešte Etický kódex Slovenskej lekárskej komory, hlavne časť I. ods. 2: „Povinnosťou lekára je zachovávať život, chrániť a obnovovať zdravie, mierniť utrpenie bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie pacienta, jeho morálnu a rozumovú úroveň a povesť, ako aj bez ohľadu na subjektívne pocity lekára.“ (SLK, 1992).

Etickému kódexu, ako aj lekárskej prísaha však chýba právna záväznosť. Apelujú len na svedomie konkrétneho lekára a jeho úctu k etike a k základnému učeniu povolania, ktoré vykonáva. Ako základné hodnoty sú lekárom vštepované život a zdravie ich pacienta. Či je však za pacienta potrebné pokladať už nenarodené dieťa nie je uvedené. Ak lekár nenachádza odpoveď v normách svojej profesie, môže sa ju pokúsiť hľadať (mimo vlastné presvedčenie a názor na problémy počiatku života), aj v predpisoch všeobecného charakteru, zasahujúcich aj oblasti mimo medicínu.

4 EMPIRICKÝ PROJEKT PRÁCE

Empirická časť práce sa zaoberá výskumom postojov respondentov k otázke interrupcie. Práca by teda mohla slúžiť ako zdroj informácií na problematiku prerušenia tehotenstva a to nielen podľa pohlavia, ale aj z pohľadu veriaceho občana a občana, ktorý podľa vlastného názoru veriacim nie je.

4.1 Projekt výskumu

Podkapitola približuje výskumný problém, cieľ a úlohy výskumu, na ktoré nadväzuje stanovenie hypotéz. Metodika výskumu nám objasňuje spôsob vykonania výskumu, časový harmonogram jeho priebehu.

4.1.1. Výskumný problém

K problematike interrupcií a postupoch pri riešení tohto závažného etického a spoločenského problému majú jednotlivé skupiny občanov rozdielne postoje. Tieto

postoje sú ovplyvnené vekom, pohlavím, náboženským presvedčením ale aj vzdelanostnou úrovňou, profesijnou orientáciou, prostredím, prostriedkami masovej komunikácie, atď.

4.1.2 Cieľ výskumu

Cieľom výskumu je zistiť, aký je rozdiel v zmýšľaní mužov a žien v otázke vzniku života a interrupcií, takisto nás zaujímal postoj veriacich respondentov v porovnaní s tými, ktorí veriaci nie sú.

4.1.3 Úlohy výskumu

Na základe teoretickej časti práce so zreteľom na cieľ výskumu sme určili nasledujúce úlohy výskumu:

- 1) Zistiť, či sú respondenti veriaci a k akej viere sa hlásia.
- 2) Zistiť, kedy podľa respondentov začína ľudský život.
- 3) Zistiť, či hranica 12. týždňa gravidity je vyhovujúca pre UPT na želanie matky.
- 4) Zistiť, za akých podmienok je podľa respondentov UPT absolútne neprijateľné.
- 5) Zistiť, v akých prípadoch respondenti považujú UPT za prijateľné.
- 6) Zistiť, či by sa opýtaní dokázali postarať o postihnuté dieťa.
- 7) Zistiť, či si respondenti myslia, že dnešná výchova dospelých k plánovanému rodičovstvu a k prevencii nechceného otehotnenia je dostatočná.
- 8) Zistiť od respondentov, či počuli o postabortívnom syndróme.
- 9) Zistiť, či by podľa opýtaných mala byť žena informovaná o postabortívnom syndróme.
- 10) Zistiť názor respondentov na lekárske poradenstvo ženám, ktoré sa rozhodujú, či UPT podstúpia.

4.1.4 Stanovenie hypotéz

Na základe určených výskumných úloh sme si stanovili nasledujúce hypotézy, ktoré výskumom hodláme verifikovať, prípadne falzifikovať:

H1: Predpokladáme, za začiatok ľudského života že bude vyššie štádium gravidity považovať väčšina opýtaných mužov než väčšina žien.

H2: Predpokladáme, že minimálne polovica mužov a minimálne polovica žien bude považovať hranicu umelého ukončenia tehotenstva na pranie matky v 12. týždni gravidity za zodpovedajúcu.

H3: Predpokladáme, že veriaci ľudia budú aj napriek svojmu presvedčeniu v určitých prípadoch súhlasiť s umelým ukončením tehotenstva.

H4: Väčšina respondentov bude považovať výchovu dospievajúcej mládeže v otázkach prevencie nežiaduceho otehotnenia za dostačujúcu alebo za skôr dostačujúcu.

H5: Väčšina respondentov o postabortívnom syndróme nepočula.

4.1.5 Metodika prieskumu

Vo výskume sme použili metódu štandardizovaného dotazníka. Na zodpovedanie stanovených otázok prieskumu sme použili nami vypracovaný dotazník. Oslovili sme 120 respondentov vo svojom okolí, ako aj náhodných okoloidúcich, taktiež sme využili internetovú formu a dotazník rozposlali mailom. Celkovo teda bolo rozdáných 120 dotazníkov, z toho 114 oslovených dotazník riadne vyplnilo a odovzdalo. Návratnosť teda činí 95 %.

Respondentkami sú prevažne ženy, a to aj napriek tomu, že dotazníky boli rozdane takmer rovnomerne medzi obe pohlavia. Tento jav prisudzujeme aj malému záujmu väčšiny mužov o tuto problematiku, naopak ženy k umelému ukončeniu tehotenstva majú prirodzene bližšie, sú to predovšetkým ony, ktoré sa s podobnou krízovou situáciou mohli stretnúť buď samy, alebo u svojej príbuznej, prípadne priateľky, a predovšetkým na žene je ono konečné rozhodujúce slovo.

Dotazník je rozdelený na dve časti - časť identifikačnú, ktorá obsahuje 6 otázok, kde zisťujeme pohlavie respondentov, ich vek, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, zamestnanie a otázku viery. Druhú časť tvoria otázky na ich

názory v oblastiach počiatku ľudského života, umelého ukončenia tehotenstva, starostlivosti o postihnuté dieťa, výchovy dospelých k plánovanému rodičovstvu.

Dotazník bol anonymný, to znamená, že respondenti mali istotu, že výsledky z dotazníka budú použité len na prieskumné účely.

4.1.6 Časový plán a harmonogram prieskumu

Výskum sme realizovali v nasledovných etapách:

- vymedzenie výskumného problému
- teoretická príprava
- voľba metódy
- výber výskumnej vzorky
- vypracovanie dotazníka august 2010
- realizácia prieskumu september 2010
- spracovanie výsledkov november 2010

4.1.7 Charakteristika prieskumnej vzorky

Prieskumnú vzorku respondentov sme najskôr rozdelili podľa pohlavia:

Tabuľka 1 Pohlavie respondentov

Pohlavie	Absolútny počet	Relatívny počet
Muži	32	28,07 %
Ženy	82	71,93 %
Celkom	114	100 %

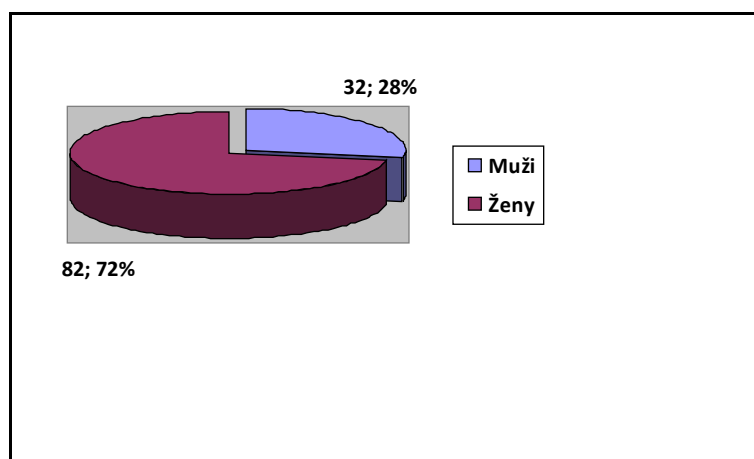
Medzi celkovými 114 navrátenými dotazníkmi bolo 32 zástupcov mužského pohlavia, čo činí 28 % a 82 zástupkyň pohlavia ženského, čo činí 72 %.

Z obidvoch pohlaví vo výskume významne prevažovalo pohlavie ženské. Môže to byť známkou toho, že muži majú pocit, že o tejto problematike vedia príliš málo, že tieto diskusie náležia skôr ženám, a teda sa necítia dostatočne kvalifikovaní obdobné témy riešiť.

Pre lepšiu orientáciu ponúkame zároveň aj grafické znázornenie percentuálneho zobrazenia našich respondentov v grafe 1.

Percentuálne vyjadrenie počtu respondentov je pre lepšiu priehľadnosť zaokrúhlené na celé číslo.

Graf 1 Pohlavie respondentov



Ďalej sme respondentov rozdelili podľa veku do nasledujúcich kategórií:

Tabuľka 2 Vek respondentov

Veková skupina	Absolútny počet	Relatívny počet
15-20	3	2,63 %
21-25	22	19,3 %
26-30	16	14,03 %
31-35	17	14,91 %

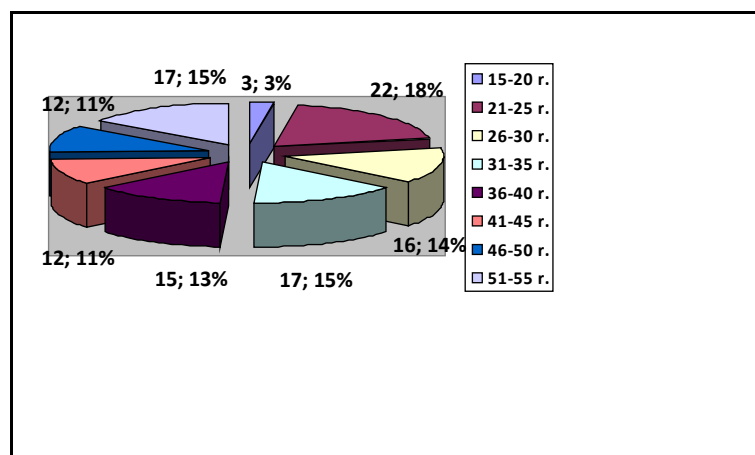
36-40	15	13,16 %
41-45	12	10,53 %
46-50	12	10,53 %
51-55	17	14,91 %
Spolu	114	100 %

Vekové skupiny respondentov boli zastúpené väčšinou v rozmedzí od 12 do 22 opýtaných, to je 10 % - 20 % z celkových 114. Výnimku tvoria iba respondenti vo veku od 15 do 20 rokov, ktorí sú v prieskume 3 - 2,63 %. Skupina opýtaných medzi 21 až 25 rokmi je najpočetnejšia, obsahuje 22 oslovených a tvorí tak 19,30 %. Vek 26 až 30 rokov má v prieskume 16 osôb, respektíve 14,03 %. Skupina od 31 do 35 rokov pozostáva zo 17 členov, a so svojimi 14,91 % je skupinou druhou najviac zastúpenou, spoločne s opýtanými medzi 51 a 55 rokmi. Šetrenia sa zúčastnilo taktiež 15 osôb v rozpätí 36 až 40 rokov, to je 13,16 %, ďalej sa na prieskume podieľa 12 osôb (10,53 %) v rozmedzí 41 až 45 a rovnako aj ďalšia skupina od 46 do 50 rokov.

Grafické znázornenie vekového rozloženia respondentov ponúka graf 2.

Percentuálne vyjadrenie počtu respondentov je pre lepšiu priehľadnosť zaokrúhlené na celé číslo.

Graf 2 Vek respondentov



Ako ďalšia kategória pre rozlíšenie v rámci výskumnej vzorky nám poslúžil rodinný stav respondentov. Rozdelenie uvádza tabuľka 3.

Tabuľka 3 Rodinný stav respondentov

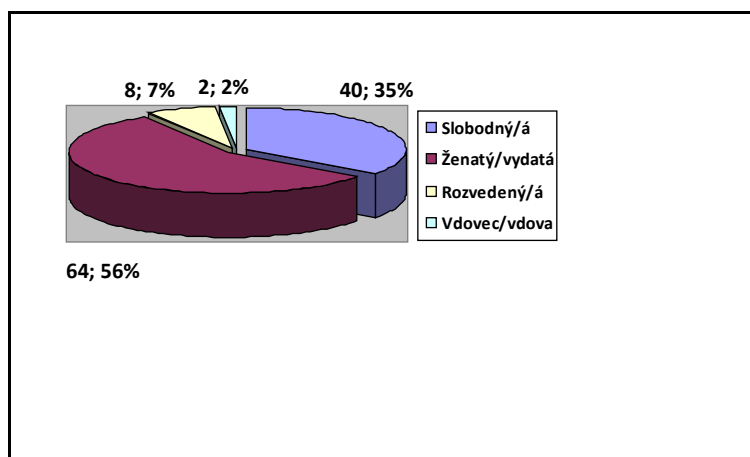
Rodinný stav	Absolútny počet	Relatívny počet
Slobodný/á	40	35,09 %
Ženatý/vydatá	64	56,14 %
Rozvedený/á	8	7,02 %
Vdovec/vdova	2	1,75 %
Celkom	114	100 %

Viac než polovica respondentov, a to 64 (56,14 %), sú ženatí muži, poprípade vydaté ženy. Ďalšiu podstatnú časť tvoria slobodní ľudia, spolu je ich 40 (35,09 %). V menšom počte je zastúpená skupina rozvedený/á s 8 členmi (v percentuálnom vyjadrení 7,02 %) a skupina vdovec/vdova v počte 2 osoby (teda 1,75 %).

Grafické znázornenie rodinného stavu respondentov ponúka graf 3.

Percentuálne vyjadrenie počtu respondentov je pre lepšiu priehľadnosť zaokrúhlené na celé číslo.

Graf 3 Rodinný stav respondentov



Kategóriou, ktorá nás taktiež zaujímala, bolo najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov. Rozdelenie odpovedajúcich prináša tabuľka 4.

Tabuľka 4 Najvyššie vzdelanie respondentov

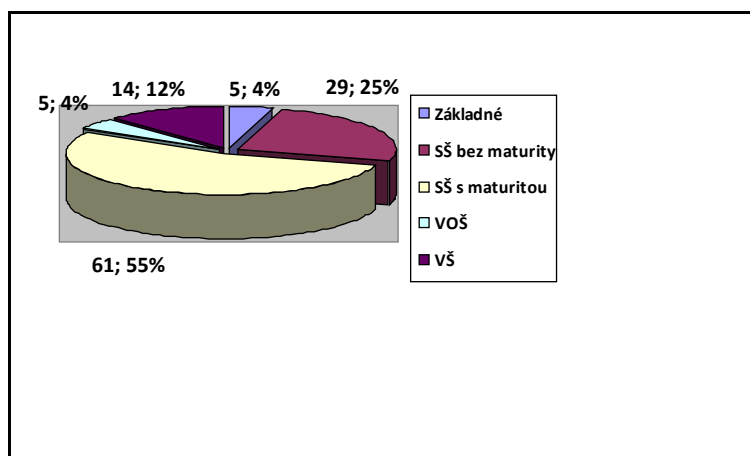
Najvyššie dosiahnuté vzdelanie	Absolútny počet	Relatívny počet
Základné	5	4,39 %
Stredoškolské bez maturity	29	25,43 %
Stredoškolské s maturitou	61	53,51 %
Vyššia odborná škola	5	4,39 %
Vysokoškolské	14	12,28 %
Celkom	114	100 %

U 5 opýtaných (v percentuálnom vyjadrení 4,39 %) bolo zistené ako najvyššie dosiahnuté vzdelanie základné, rovnakým počtom sa na prieskume podieľa aj vyššia odborná škola. Najčastejšou odpoveďou na túto otázku bola stredná škola ukončená maturitou – 61 opýtaných (53,51 %). Ďalším v poradí potom bolo vzdelanie stredoškolské bez maturity, a to 29 osôb (25,43 %). Nezanedbateľných je potom taktiež počet 14 vysokoškolákov (12,28 %).

Grafické znázornenie dosiahnutého vzdelania respondentov ponúka graf 4.

Percentuálne vyjadrenie počtu respondentov je pre lepšiu priehľadnosť zaokrúhlené na celé číslo.

Graf 4 Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov



V rámci znalosti pracovného zaradenia respondentov sme zisťovali aj zamestnanie respondentov. V analýze odpovedí sme však toto delenie respondentov nezohľadňovali.

Najviac respondentov pochádzalo z radov študentov, a to 25 (v percentuálnom vyjadrení 21,93 %). Nasledovala sféra technik, kam sa odpoveďou zaradilo 22 osôb (19,30 %). Ďalej nasledovala sociálna sféra s 15 respondentmi (13,16 %), administratíva 13 odpovedajúcich (11,40 %), zdravotníctvo a služby majú rovnako - po 9 opýtaných (7,89 %), obchod 5 (4,39 %), 4 osoby uviedli samostatnú zárobkovú činnosť (3,52 %). 3 zástupcov (2,63 %) má výroba, aj školstvo a 3 respondentky boli toho času na materskej dovolenke. 2 odpovedajúci (1,75 %) boli z odboru logistiky a 1 osoba (0,88 %) uviedla zamestnanie pestún.

Toto rozdelenie vzhľadom na nevyužitie pri analýze odpovedí nie je uvedené tabuľkou ani v grafickom zobrazení.

Charakteristiku výskumnej vzorky končíme rozdelením respondentov na základe toho, či sa hlásia k viere.

Výsledky odpovedí uvádza tabuľka 5.

Tabuľka 5 Rozdelenie respondentov z hľadiska viery

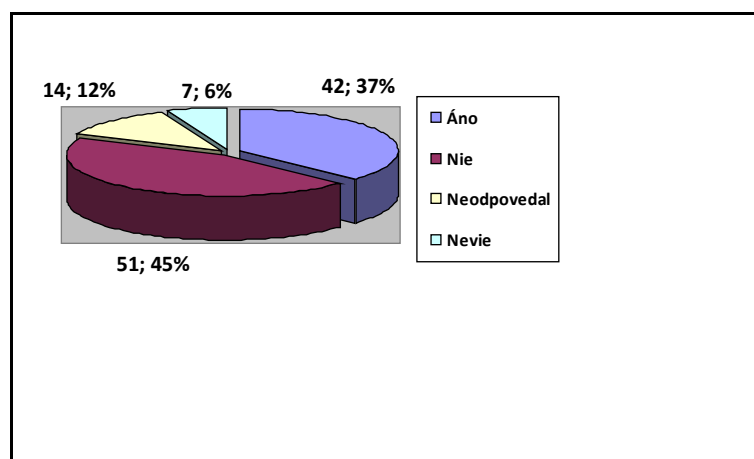
Ste veriaci/a?	Absolútny počet	Relatívny počet
Áno	42	36,84 %
Nie	51	44,74 %
Nechcem odpovedať	14	12,28 %
Nepremýšľal/a som o tom	7	6,14 %
Celkom	114	100 %

Na otázku „Ste veriaci?“ 42 respondentov (v percentuálnom vyjadrení 36,84 %) odpovedalo „Áno“.

Grafické znázornenie rozdelenia z hľadiska viery respondentov ponúka graf 5.

Percentuálne vyjadrenie počtu respondentov je pre lepšiu priehľadnosť zaokrúhlené na celé číslo.

Graf 5 Viera respondentov



Najviac opýtaných pochádzalo z radov respondentov bez viery, ich počet predstavoval 51 (44,74 %). Ľudí, ktorí na túto otázku odpovedať nechceli, sa v prieskume objavilo 14 (12,28 %) a osôb, ktoré nevedia a nad svojou vierou nikdy nepremýšľali, bolo 7 (6,14 %).

Všetci 42 veriaci respondenti, teda 100 %, udali, že vyznávajú náboženstvo rímskokatolícke.

4.2 Analýza a interpretácia výsledkov prieskumu

V analýze odpovedí respondentov uvedieme otázku, na ktorú respondenti odpovedali, odpovede rozčleníme do tabuľky a následne graficky zobrazíme.

Otázka č. 1 Kedy podľa vás začína ľudský život?

Prvou otázkou tematickej časti dotazníka sme zisťovali názor respondentov na nimi vnímaný začiatok ľudského života.

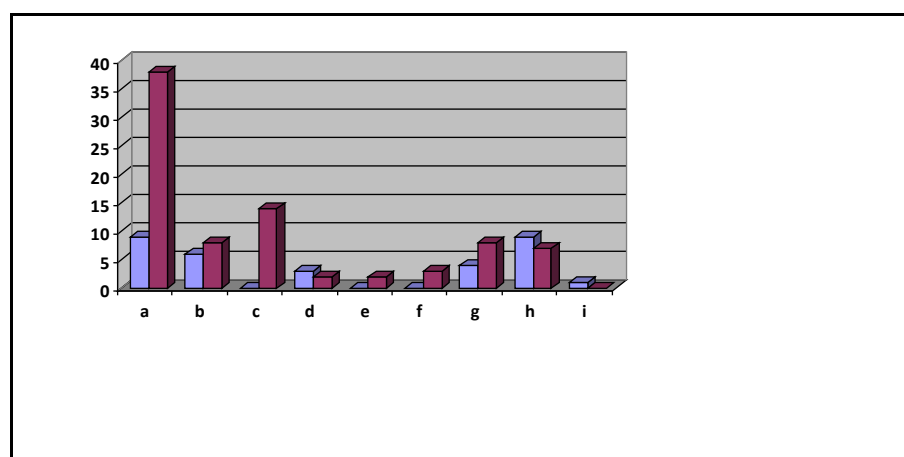
Tabuľka 6 Názor respondentov na začiatok ľudského života

Kedy začína ľudský život?	Muži Absolútn	Muži Relatívne	Ženy Absolútn	Ženy Relatívne
Oploďenie	9	28,11 %	38	46,34 %
Nidácia	6	18,75 %	8	9,76 %
Počiatok srdečnej činnosti	0	0 %	14	17,07 %

Počiatok mozgovej činnosti	3	9,39 %	2	2,44 %
Organogenéza	0	0 %	2	2,44 %
Prvé pohyby cítené matkou	0	0 %	3	3,66 %
Životaschopnosť plodu	4	12,50 %	8	9,76 %
Narodenie dieťaťa	9	28,11 %	7	8,53 %
Inokedy	1	3,14 %	0	0 %
Celkom	32	100 %	82	100 %

Pre väčšinu žien, celkom 38 (46,34 %), ľudský život začína oplodnením vajíčka, rovnaký názor malo i 9 mužov (28,11 %). Pre ďalšiu možnosť, a to za uhniezdenie už oplodneného oocyту, je 8 žien (9,76 %) a 6 mužov (18,75 %), počiatok srdcovej činnosti označilo 14 žien (17,07 %), s týmto názorom sa však nestotožnil ani jeden muž. S variantom „počiatok mozgovej činnosti“ súhlasili 3 muži (9,39 %) a 2 ženy (2,44 %). Organogenézu ani prvé pohyby, ktoré pocíti matka, neuznáva žiadny muž, ženy organogenézu zastávajú v 2 prípadoch (2,44 %) a prvé pohyby pociťované matkou v prípadoch 3 (3,66 %). Životaschopnosť plodu je pre 8 žien (9,76 %) a 4 mužov (12,50 %) počiatkom ľudského života. Možnosť „narodenie“ volilo 7 žien (8,53 %) a 9 mužov (28,11 %).

Graf 6 Názor respondentov na začiatok ľudského života



Legenda:

- a) oplodnením
- b) nidáciou

- c) počiatkom srdečnej činnosti
- d) počiatkom mozgovej činnosti
- e) dokončenou organogenezou
- f) prvými pohybmi, ktoré cíti matka
- g) životaschopnosťou plodu
- h) narodením dieťaťa
- i) iná možnosť – okamih zistenia tehotenstva

Pre jediného respondenta mužského pohlavia (3,14 %) začína ľudský život v okamih, kedy sa o tehotenstve dozvie. Všetky ženy sa stotožnili s uvedenými možnosťami, a teda sa žiadna nevyjadrila k poslednému variantu, a to zvoliť iný moment, než sú už spomínané možnosti.

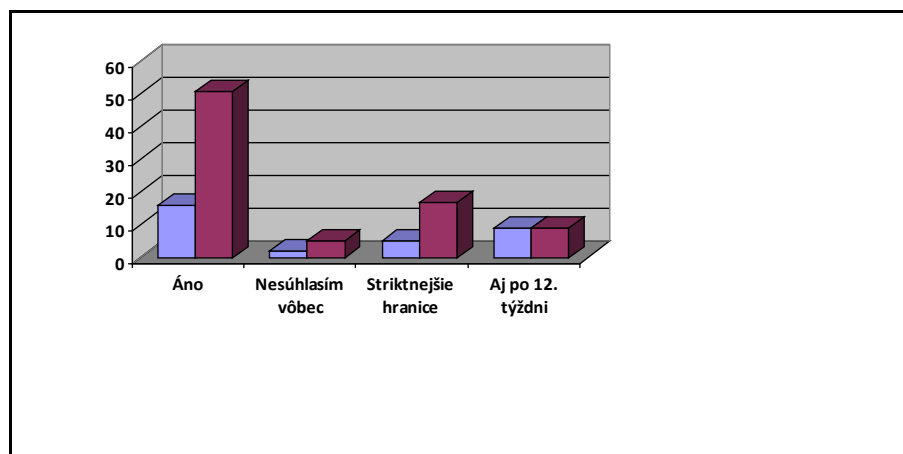
Otázka č. 2 Myslíte si, že hranica 12. týždňa gravidity je zodpovedajúca pre umelé ukončenie tehotenstva na pranie matky?

Ďalšou položkou dotazníka bola otázka „Myslíte si, že hranica 12. týždňa gravidity je zodpovedajúca pre umelé prerušenie tehotenstva na pranie matky?“.

Tabuľka 7 UPT v 12. týždni tehotenstva na pranie matky

UPT na pranie matky	Muži		Ženy	
	Absolútne	Relatívne	Absolútne	Relatívne
Áno	16	50 %	51	62,20 %
Nesúhlasím vôbec	2	6,25 %	5	6,10 %
Striktnejšia hranica	5	15,62 %	17	20,73 %
Aj po 12. týždni	9	28,13 %	9	10,97 %
Celkom	32	100 %	82	100 %

Graf 7 UPT v 12. týždni tehotenstva na pranie matky



Pre polovicu opýtaných mužov - 16 (50 %), rovnako ako pre väčšinu žien – 51 (62,20 %) je hranica 12. týždňa gravidity hranicou primeranou. 2 muži (6,25 %) a 5 žien (6,10 %) s umelými prerušeniami tehotenstva na želanie matky nesúhlasí vôbec. 5 (15,62 %) mužov a 17 žien (20,73 %) by požadovalo striktnejšie hranice a 9 mužov (28,13 %), s nimi rovnaký počet žien (10,97 %) by bolo benevolentnejších a umožnili by umelé prerušenie aj po 12. týždni tehotenstva.

Otázka č. 3 Za akých podmienok považujete UPT za absolútne neprijateľné?

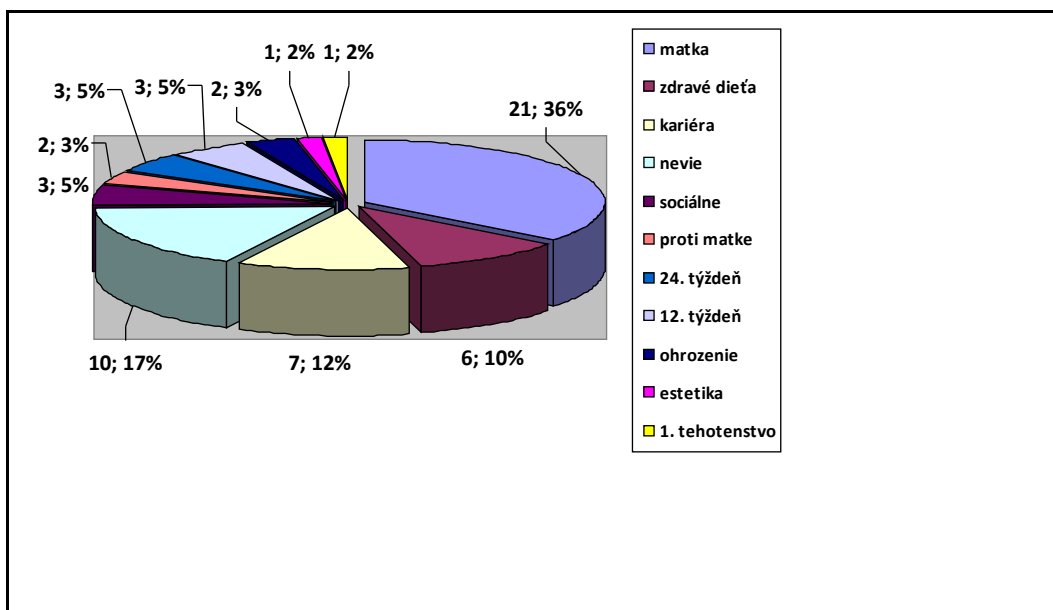
Tabuľka 8 Neprijateľné dôvody k UPT

Neprijateľné dôvody k UPT	Absolútny počet	Relatívny počet
Vždy je to iba na matke	21	35,59%
Predpoklad narodenia zdravého dieťaťa	6	10,18%
Kvôli kariére	7	11,87%
Nemôžem posúdiť	10	16,96%
Zo sociálnych a finančných dôvodov	3	5,08%
Proti vôli matky	2	3,39%
Po 24. týždni tehotenstva	3	5,08%
Po 12. týždni tehotenstva	3	5,08%

Pokiaľ UPT ohrozuje život matky	2	3,39%
UPT z estetických dôvodov	1	1,69%
20-30 rokov, vydatá, 1. tehotenstvo	1	1,69%
Celkom	59	100,00%

Otázka č. 3 je položkou otvorenou, to znamená, že respondenti mali možnosť sa svojimi slovami k danej otázke vyjadriť. Túto možnosť využilo 59 respondentov, tento počet budeme brať ako 100 %. 21 respondentov (35,59 %) je presvedčených, že toto rozhodnutie závisí výhradne na matke a že neexistuje situácia, v ktorej by bolo umelé prerušenie tehotenstva neprijateľné. Pre ďalších 6 (10,18 %) by sa nedal ospravedlniť žiadny dôvod, kvôli ktorému by mal byť potratený zdravý plod. 7 osôb (11,87 %) si myslí, že nedostatočným ospravedlnením je kariéra. 10 účastníkov (16,96 %) prieskumu uvádza, že sa nedokážu do takejto situácie vžiť, a tak ju nemôžu ani posudzovať. Zo sociálnych a finančných dôvodov nie je interrupcia prijateľná pre 3 respondentov (5,08 %), rovnaký počet potom neuznáva umelé prerušenie tehotenstva z akéhokoľvek dôvodu po 12. týždni a 3 ďalší po 24. týždni. Po 2 zástancoch (3,39 %) potom majú odpovede „proti vôli matky“ a pokiaľ by mal zákrok ohroziť život ženy. 1 respondent (1,69 %) potom nechápe výkon z estetických dôvodov a taktiež 1 osoba (1,69 %) v prípade, kedy má matka medzi 20. - 30. roky, je vydatá a prvýkrát tehotná.

Graf 8 Neprijateľné dôvody k UPT



Otázka č. 4 V akých prípadoch by ste povolil/a umelé prerušenie tehotenstva vy?

V ďalšej položke sme skúmali, v akých prípadoch by respondenti povolili umelé prerušenie tehotenstva.

Zaujímali nás odpovede respondentov, ktorí sa vyjadrili, že sú veriacimi, ako aj tých, ktorí sa veriacimi necítia byť, rovnako tých, ktorí sa vyjadrili, že sa nevedia vyjadriť, či nad touto otázkou nepremýšľali.

Pre lepšiu prehľadnosť sme odpovede rozdelili práve do týchto štyroch skupín. Každá z uvedenej skupiny respondentov má vlastnú tabuľku a graf.

Veriaci

Pretože pri tejto otázke bolo možné zvoliť viac odpovedí naraz, bolo získaných v skupine veriacich celkom 189 odpovedí (100 %).

Tabuľka 9 Možné dôvody k UPT - veriaci

Dôvody k UPT	Veriaci	
	Absolútny počet	Relatívny počet
Medicínska indikácia	34	17,99 %
Zdravotná indikácia	28	14,81 %

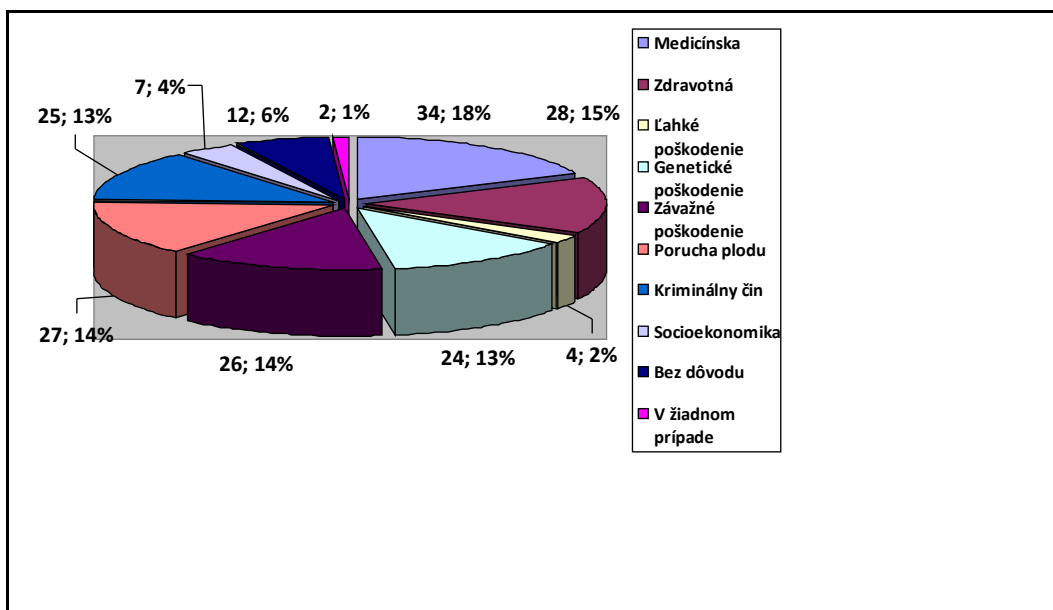
Ľahšie poškodenie plodu	4	2,12 %
Geneticky viazané poškodenie plodu	24	12,7 %
Závažné poškodenie plodu	26	13,76 %
Porucha plodu nezlučiteľná so životom	27	14,28 %
Kriminálny čin	25	13,23 %
Socioekonomické dôvody	7	3,7 %
Bez udania dôvodu	12	6,35 %
V žiadnom prípade	2	1,06 %
Celkom	189	100 %

Z veriacich sa k medicínskej indikácii, teda keď tehotenstvo ohrozuje matkin život, priklonilo 34 účastníkov prieskumu (v percentuálnom vyjadrení 17,99 %), k zdravotnej indikácii, kedy tehotenstvo ohrozuje zdravie matky, sa priklonilo 28 osôb (14,81 %).

V prípade ľahšieho poškodenia plodu by povolili umelé prerušenie 4 veriaci (2,12 %), 24 (12,7 %) u poškodenia geneticky viazaného, ak je prítomné závažné vývojové poškodenie plodu, súhlasilo by 26 (13,76 %) veriacich respondentov a 27 (14,28 %), pokiaľ by bola zistená porucha plodu spôsobujúca jeho neschopnosť života.

Ak je dieťa počaté pri kriminálnom čine, tzn. pri znásilnení, povolilo by umelé prerušenie tehotenstva 25 veriacich (13,23 %), zo socioekonomických dôvodov 7 osôb (3,70 %), možnosť „bez udania dôvodov“ volilo 12 opýtaných (6,35 %) a v žiadnom prípade by umelé prerušenie tehotenstva neakceptovali 2 veriaci (1,06 %).

Graf 9 Možné dôvody k UPT – veriaci



V skupine, nehlásiacich sa k viere sme súčtom získali 303 všetkých odpovedí, čo budeme považovať za 100 %.

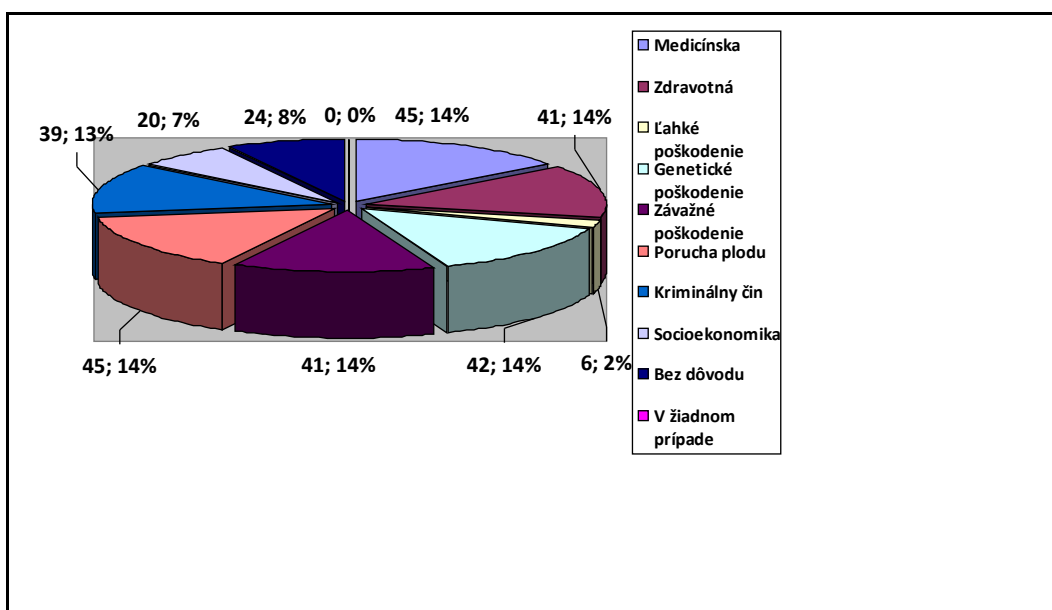
Prvú možnosť, medicínsku indikáciu, volilo 45 respondentov (v percentuálnom vyjadrení 14,85 %), obdobne ako poruchu plodu nezlučiteľnú so životom. S indikáciou zdravotnou, rovnako ako s prípadom závažného poškodenia plodu, súhlasilo 41 neveriacich (13,53 %), možnosť ľahšieho poškodenia plodu označilo 6 osôb bez viery (1,98 %), geneticky viazané poškodenie plodu by ako indikáciu k indukovanému potratu považovalo 42 osôb (13,86 %). Tehotenstvo vzniknuté za okolnosti znásilnenia by mohlo byť umelo prerušené podľa 39 opýtaných (12,88 %). Nevyhovujúce socioekonomické podmienky ako dôvod ukončenia tehotenstva by akceptovalo 20 účastníkov (6,6 %) prieskumu zo skupiny neveriacich a bez udania dôvodov by sa mohol potrat uskutočniť podľa 24 respondentov (7,92 %).

Tabuľka 10 Možné dôvody k UPT - neveriaci

Dôvody k UPT	Neveriaci	
	Absolútny počet	Relatívny počet
Medicínska indikácia	45	14,85 %
Zdravotná indikácia	41	13,53 %
Ľahšie poškodenie plodu	6	1,98 %
Geneticky viazané poškodenie plodu	42	13,86 %
Závažné poškodenie plodu	41	13,53 %

Porucha plodu nezlučiteľná so životom	45	14,85 %
Kriminálny čin	39	12,88 %
Socioekonomické dôvody	20	6,6 %
Bez udania dôvodov	24	7,92 %
V žiadnom prípade	0	0 %
Celkom	303	100 %

Graf 10 Možné dôvody k UPT - neveriaci



Od respondentov, ktorí na otázku „Ste veriaci?“ odpovedať nechceli, bolo získaných celkom 68 odpovedí, ktorým priznáme hodnotu 100 %.

Ani v tejto skupine, rovnako ako v predchádzajúcej, sa nenašiel nikto, kto by s potratom za žiadnych okolností nesúhlasil.

Tabuľka 11 Možné dôvody k UPT – nechcem odpovedať

Dôvody k UPT	Nechcem odpovedať	
	Absolútny počet	Relatívny počet
Medicínska indikácia	13	19,12 %
Zdravotná indikácia	8	11,75 %

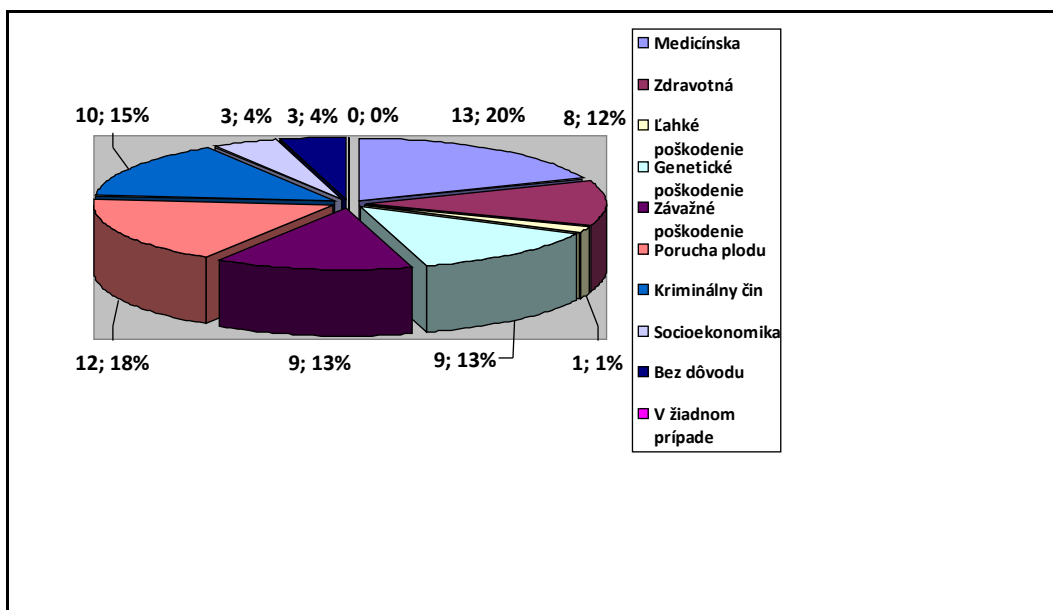
Lahšie poškodenie plodu	1	1,47 %
Geneticky viazané poškodenie plodu	9	13,24 %
Závažné poškodenie plodu	9	13,24 %
Porucha plodu nezlučiteľná so životom	12	17,65 %
Kriminálny čin	10	14,71 %
Socioekonomické dôvody	3	4,41 %
Bez udania dôvodov	3	4,41 %
V žiadnom prípade	0	0
Celkom	68	100 %

Z tejto skupiny by s medicínskou indikáciou súhlasilo 13 (v percentuálnom vyjadrení 19,12 %), so zdravotnou indikáciou 8 (11,75 %) opýtaných.

Prípad ľahšieho poškodenia plodu označil jediný zo skupiny (1,47 %). Názor, že umelé ukončenie tehotenstva sa môže uskutočniť pri geneticky viazanej poruche plodu, malo 9 respondentov (13,24 %), rovnako je to i v prípade závažnej vývojovej poruchy plodu.

Porucha plodu nezlučiteľná so životom by bola dôvodom k arteficiálnemu potratu u 12 osôb (17,65 %) a otehotnenie v súvislosti so znásilnením u 10 osôb (14,71 %). Po troch osobách mali dôvody socioekonomické a pranie matky bez udania dôvodov (4,41 %).

Graf 11 Možné dôvody k UPT – nechcem odpovedať



Poslednou hodnotenou skupinou v tejto poločke sú respondenti, ktorí nevedia, pretože nikdy nepremýšľali, či sú alebo nie sú veriaci. Ich počet bol 7, súčet všetkých odpovedí je však 35, čo považujeme za hodnotu 100 %.

Medicínsku indikáciu, rovnako ako znásilnenie, považuje za opodstatnený dôvod k potratu 6 ľudí (17,14 %).

Zo zdravotnej indikácie, pri geneticky viazanej poruche plodu a poruche plodu nezlučiteľnej so životom by umelé prerušenie tehotenstva akceptovalo 5 opýtaných (14,29 %). Možnosti „ľahšie poškodenie plodu“ a „v žiadnom prípade“ nezvolil jediný respondent.

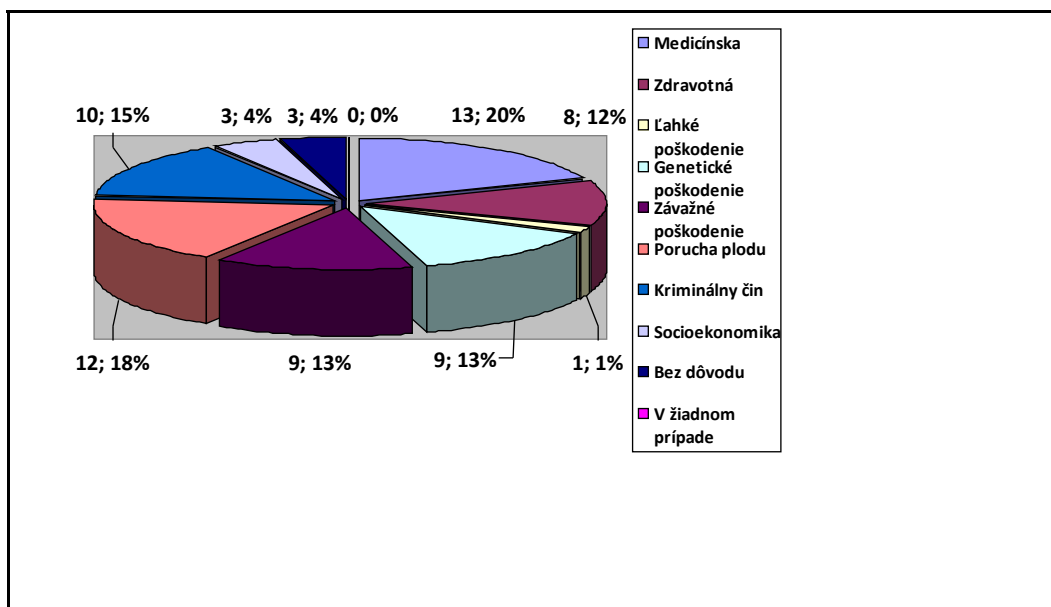
Závažné poškodenie plodu a potrat na želanie matky bez udania dôvodov zastávajú 3 osoby (8,57 %). Socioekonomické dôvody sú opodstatnené pre 2 (5,71 %) z tejto skupiny.

Tabuľka 12 Možné dôvody k UPT - neviem

Dôvody k UUT	Neviem, nepremýšľal/a som o tom	
	Absolútny počet	Relatívny počet
Medicínska indikácia	6	17,14 %
Zdravotná indikácia	5	14,29 %

Lahšie poškodenie plodu	0	0 %
Geneticky viazané poškodenie plodu	5	14,29 %
Závažné poškodení plodu	3	8,57 %
Porucha plodu nezlučiteľná so životom	5	14,29 %
Kriminálny čin	6	17,14 %
Socioekonomické dôvody	2	5,71 %
Bez udania dôvodov	3	8,57 %
V žiadnom prípade	0	0 %
Celkom	35	100 %

Graf 12 Možné dôvody k UPT - neviem



Otázka č. 5 Myslíte si, že by ste zvládol/a sám/sama starať sa o postihnuté dieťa?

Otázka č. 5 zisťuje, či si účastníci prieskumu myslia, že by sa sami dokázali starať o postihnuté dieťa. Zaujímali nás odpovede respondentov ženského pohlavia.

Tabuľka 13 Starostlivosť o postihnuté dieťa - ženy

Ženy	Veriace		Neveriace		Nechcem odpovedať		Neviem	
	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.
Bez problémov	4	12,91 %	3	7,69 %	0	0 %	0	0 %
Skôr áno	6	19,35 %	4	10,26 %	0	0 %	0	0 %
S pomocou áno	12	38,71 %	17	43,59 %	2	33,33 %	2	33,33 %
Nie	3	9,68 %	3	7,69 %	1	16,67 %	0	0 %
Neviem	6	19,35 %	12	30,77 %	3	50 %	4	66,67 %
Celkom	31	100 %	39	100 %	6	100 %	6	100 %

Tabuľka reflektuje pocity respondentiek ženského pohlavia, z ktorých by sa 4 veriace (12,91 %) a 3 neveriace (7,69 %) dokázali samy bez väčších problémov postarať o dieťa viac či menej postihnuté.

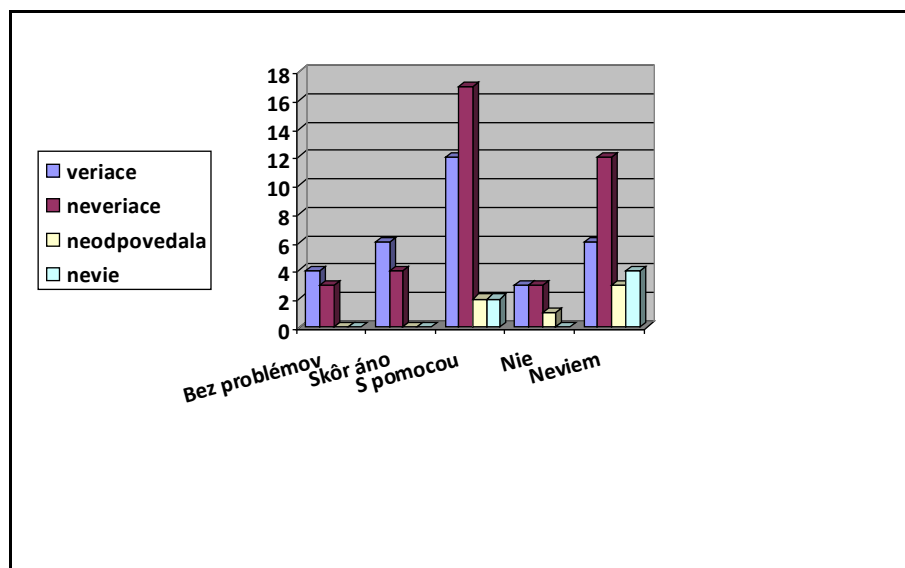
6 veriacich (19,35 %) a 4 neveriace (10,26 %) ženy by sa o postihnutého potomka skôr dokázali postarať samy. Žiadna zo žien, ktoré nechcú zverejniť, či sú alebo nie sú veriace, si netrúfa tvrdiť, že by sa o postihnuté dieťa dokázala postarať úplne sama alebo skôr sama. Rovnako je tomu tak i medzi ženami, ktoré nad otázkou svojej viery nepremýšľajú.

S pomocou partnera, partnerky, rodičov či inej blízkej osoby by sa o postihnuté dieťa dokázalo starať 12 veriacich (38,71 %) a 17 neveriacich (43,59 %). Rovnako, tzn. 2 (33,33 %), sú na tom ženy, ktoré nechceli odpovedať na otázku viery a ženy, ktoré nevedia, či veria alebo nie.

Na starostlivosť o dieťa s fyzickou či mentálnou poruchou by si netrúfli 3 veriace (9,68 %), 3 neveriace (7,69 %) a 1 žena (16,67 %) zo skupiny „nechce odpovedať“ na otázku viery.

5 veriacich (19,35 %), 12 neveriacich (30,77 %), 3 nechcú odpovedať na otázku viery (50 %) a 4 ženy, ktoré nevedia, či sú veriace alebo nie (66,67 %), si seba v roli matky starajúcej o postihnuté dieťa nedokážu ani predstaviť.

Graf 13 Starostlivosť o postihnuté dieťa - ženy



Otázka č. 6 Máte pocit, že dnešná výchova dospelých k plánovanému rodičovstvu a k prevencii nechceného otehotnenia je dostatočná?

Ďalšia položka dotazníka sa zaoberá mienkou respondentov o výchove dospelých k plánovanému rodičovstvu a prevenciou nechceného otehotnenia.

5 veriacych (11,90 %), 12 neveriacich (23,53 %), 3 (21,43 %) odmietajúci vyjadriť svoj postoj k viere sa domnievajú, že výchova pubescentov a adolescentov je v tomto smere úplne dostačujúca.

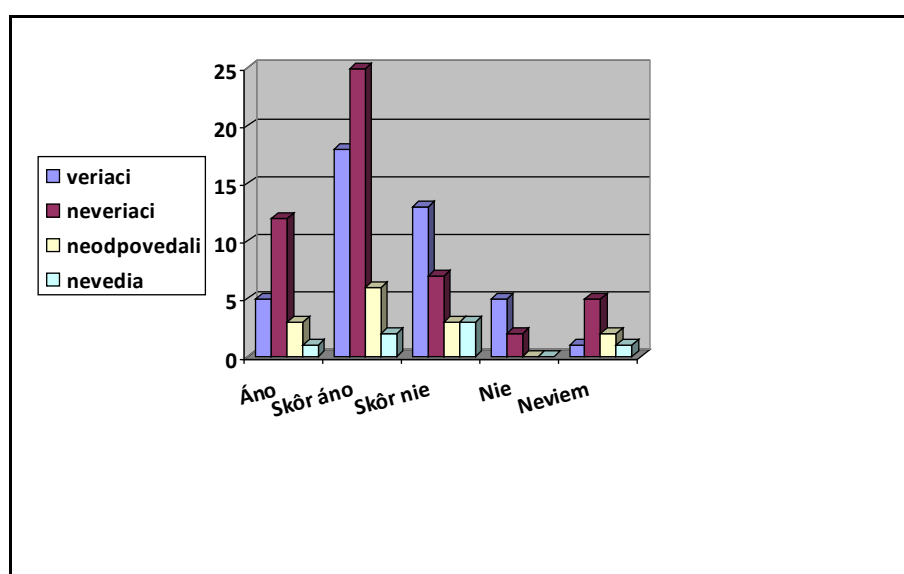
Tabuľka 14 *Výchova k plánovanému rodičovstvu*

Výchova dospelých	Veriaci		Neveriaci		Nechcem odp.		Neviem	
	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.
Áno	5	11,90 %	12	23,53 %	3	21,43 %	1	14,29 %
Skôr áno	18	42,86 %	25	49,02 %	6	42,86 %	2	28,57 %
Skôr nie	13	30,95 %	7	13,73 %	3	21,43 %	3	42,85 %

Nie	5	11,90 %	2	3,92 %	0	0 %	0	0 %
Neviem	1	2,39 %	5	9,80 %	2	14,28 %	1	14,29 %
Celkom	42	100 %	51	100 %	14	100 %	7	100 %

Že sa k dospelým ľuďom informácie o plánovaní rodiny skôr dostávajú, si myslí 18 veriacich (42,86 %), 25 neveriacich (49,02 %), 6 (42,86 %) z tretej skupiny a 2 (28,57 %) z osôb nepremýšľajúcich o svojej viere.

Graf 14 *Výchova k plánovanému rodičovstvu*



Na túto otázku odpovedalo „skôr nie“ 13 katolíkov (30,95 %), 7 osôb bez viery (13,73 %), 3 opýtaní, ktorí svoj názor na vieru nechcú zverejniť (21,43 %) a rovnaký počet zastupujúci štvrtú skupinu (42,85 %).

Respondentov, ktorí majú pocit, že výchova mladých ľudí je úplne neodpovedajúca, je celkom 7. A to síce 5 osôb z radov veriacich (11,90 %) a 2 neveriaci (3,92 %).

Túto problematiku si netrúfne posudzovať 1 veriaci (2,39 %), 5 neveriacich (9,80 %), 2 respondenti z tretej skupiny (14,28 %) a 1 respondent, ktorý nepremýšľa nad otázkou svojej viery (14,29 %).

Otázka č. 7 Počuli ste niekedy o postabortívnom syndróme?

Otázkou č. 7 sme zisťovali informovanosť populácie o tzv. postabortívnom alebo taktiež popotratovom syndróme, a to ako u žien, tak aj u mužov.

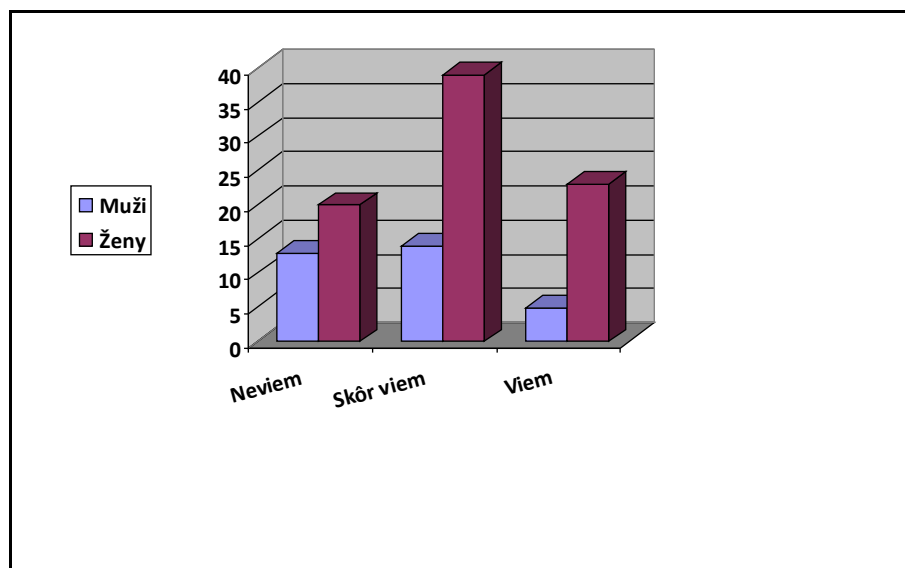
Tabuľka 15 Informovanosť o postabortívnom syndróme

Postabortívny syndróm	Ženy		Muži	
	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.
Neviem	20	24,39%	13	40,63 %
Skôr viem	39	47,56%	14	43,75 %
Viem	23	28,05%	5	15,62 %
Celkom	82	100 %	32	100 %

Zo žien respondentiek sa 20 (24,39 %) priznalo, že o takom syndróme v živote nepočulo. Ďalších 39 (47,56 %) uviedlo, že vedia o existencii tohto javu, ale podrobnejšie sa oň nezaujímali. Zvyšných 23 (28,05 %) zástupkyň ženského pohlavia udáva, že vedia, o čo sa jedná.

Muži v 13 prípadoch (40,63 %) o týchto možných psychických následkoch potratu nič nevedeli. 14 (43,75 %) z celkových 32 mužských respondentov o tomto syndróme už počulo, 5 zástupcov mužského pohlavia (15,62 %) uviedlo, že vedia podrobne opísať, čo tento stav prináša.

Graf 15 Informovanosť o postabortívnom syndróme



Otázka č. 8 Myslíte si, že žena, ktorá o potrate premýšľa, by mala byť o postabortívnom syndróme informovaná?

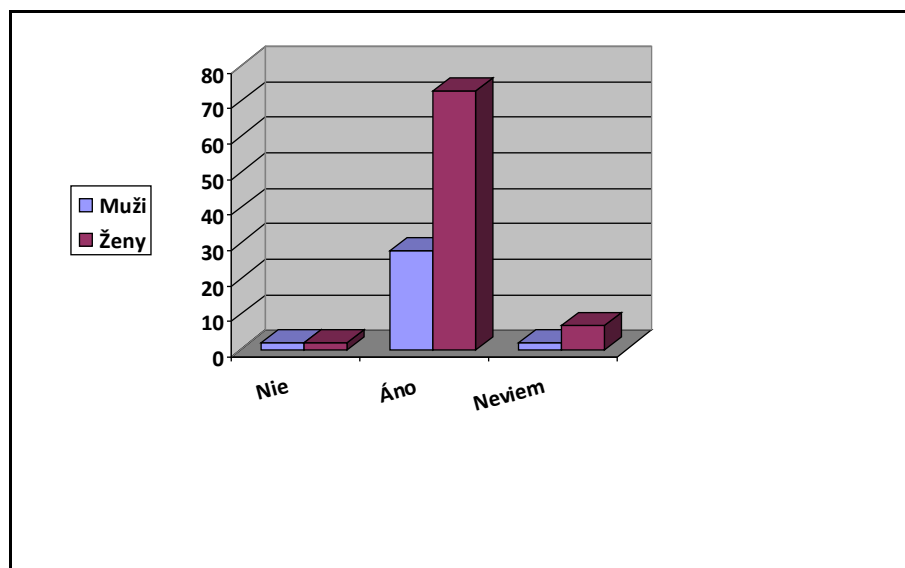
Táto otázka sa zaoberá problémom, či je nutné, aby žena, ktorá nechcena otehotnela a zvažuje potrat ako jednu zo svojich možností, o tomto postabortívnom syndróme vedela.

Tabuľka 16 Je dôležité vedieť o postabortívnom syndróme?

	Ženy		Muži	
	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.
Nie	2	2,44%	2	6,25%
Áno	73	89,02%	28	87,50%
Neviem	7	8,54%	2	6,25%
Celkom	82	100%	32	100%

2 ženy (2,44 %), rovnako ako 2 muži (6,25 %), si myslia, že informácie tohto typu pre ženu nie sú dôležité. O tom, že tehotná, premýšľajúca o umelom ukončení gravidity, by o tejto problematike vedieť mala, sa domnieva 73 (89,02 %) respondentiek a 28 (87,50 %) respondentov v prieskume. Odpoveď „neviem, nedokážem posúdiť“ uviedlo 7 opýtaných žien (8,54 %) a 2 muži (6,25 %).

Graf 16 Je dôležité vedieť o postabortívnom syndróme?



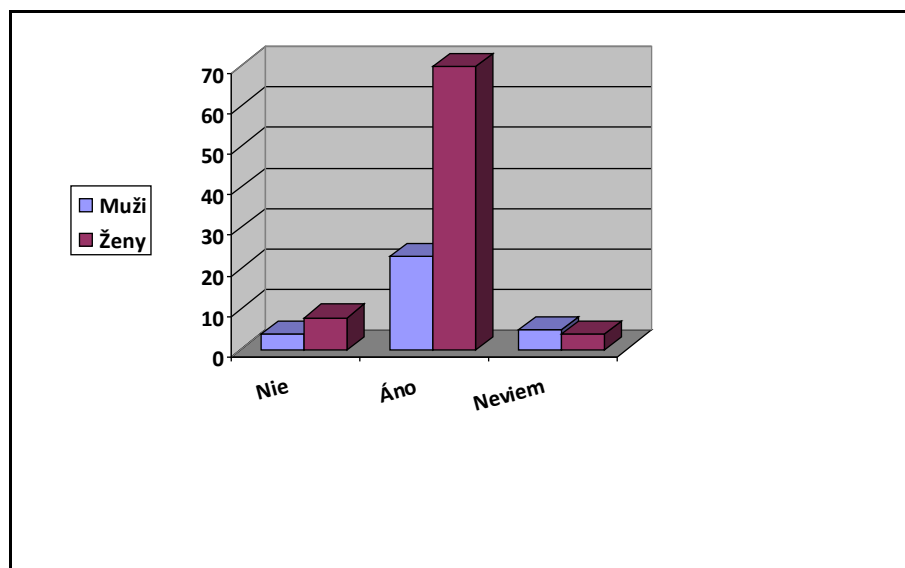
Otázka č. 10 Myslíte si, že by mala existovať nejaká forma poradenstva, kde by vyškolený odborník prebral so ženou otázku jej nechceného tehotenstva, poradil jej, aké má možnosti, vysvetlil samotný zákrok, zoznámil ju s následkami a rizikami s UPT spojenými, poučil o postabortívnom syndróme a edukoval ju v prevencii nechceného otehotnenia?

Poslednou skúmanou oblasťou je názor respondentov, či chýba určitá forma poradenstva v tejto problematike.

Tabuľka 17 Poradenstvo v problematike interrupcií

	Ženy		Muži	
	Abs.	Relat.	Abs.	Relat.
Nie	8	9,76 %	4	12,50 %
Áno	70	85,36 %	23	71,88 %
Neviem	4	4,88 %	5	15,62 %
Celkom	82	100 %	32	100 %

Graf 17 Poradenstvo v problematike interrupcií



Názor, že gynekológ ženu dostatočne poučí o podá jej všetky nutné informácie, a preto nie je potrebné zaviesť poradenstvo zamerané na problematiku nechceného tehotenstva a umelého prerušenia tehotenstva, zastáva 8 žien (9,76 %) a 4 muži (12,50 %).

Z respondentov má 70 žien (85,36 %) a 23 zástupcov mužského pohlavia (71,88 %) opačný názor, a to, že by bolo vhodné zaviesť poradňu pre ženy v takto ťaživej situácii, pretože ženský lekár nemá vždy dostatok času ženu dôkladne poinformovať.

Odpoveď „neviem, nedokážem posúdiť“ označili 4 ženy (4,88 %) a 5 mužov (15,62 %).

4.3 Verifikácia hypotéz

V *hypotéze 1* sme predpokladali, že muži budú za počiatok ľudského života považovať neskoršie štádia gravidity než ženy.

Prieskumom bolo zistené, že najviac žien, presne 38 (46,34 %) považuje za počiatok ľudského života oplodnenie; 14 respondentiek (17,07 %) srdečnú činnosť, po 8 (9,76 %) získali možnosti nidácia a životaschopnosť plodu, 7 žien (8,53 %) zvolilo narodenie dieťaťa, 3 (3,66 %) okamih, kedy matka prvýkrát ucíti pohyby plodu a po 2 hlasoch (2,44 %) majú možnosti počiatok mozgovej činnosti a organogenéza. Zvoliť inú, nepredpísanú odpoveď, nevyužila ani jedna žena.

Možnosti oplodnenie a narodenie dieťaťa u mužov získali najviac hlasov, každá z nich 9 (28,11 %), nasleduje potom nidácia so 6 zástupcami mužského pohlavia (18,75 %), ďalej potom životaschopnosť plodu počtom 4 (12,50 %), 3 muži (9,39 %) zvolili možnosť začiatok mozgovej činnosti a jeden muž (3,14 %) využil možnosti zvoliť ako vznik ľudského života iný okamih, a to síce ten, kedy sa o tehotenstve svojej partnerky dozvie. Pretože však tento názor neurčuje moment vo vývoji dieťaťa či stupeň gravidity, nevieme, či ho počítať skôr k možnostiam bližšie k počiatku tehotenstva alebo naopak narodenie dieťaťa. Dá sa však predpokladať, že vo väčšine prípadov sa partneri dozvedajú o tehotenstve minimálne týždeň po vynechaní očakávanej menštruácie, tzn. najskôr v 5. týždni gravidity, to v našom prieskume zodpovedá tretej možnosti, počiatku srdečnej akcie.

Ženy so súčtom už prvých dvoch možností dostávajú cez 50 %, ak sa pripočíta aj tretia možnosť, výsledok dáva až 73,17 %.

Skupina mužov je však dosť nejednotná. Rovnako ako prvú možnosť oplodnenie, tak poslednú možnosť narodenie dieťaťa, zastupuje rovnako deväť respondentov. Ak zaradíme onoho jedného respondenta do skupinky „počiatok srdečnej činnosti“, je tento hlas rozhodujúci, nakoľko sa aj muži súčtom prvých troch možností dostávajú cez 50 %, a tým pádom môžeme povedať, že aj väčšina mužov považuje za počiatok ľudského života nižšie štádiá gravidity. *Prvá hypotéza sa nepotvrdila.*

Hypotéza 2 predpokladala, že minimálne polovica mužov a minimálne polovica žien bude považovať hranicu umelého prerušenia tehotenstva na želanie matky v 12. týždni gravidity za odpovedajúcu.

Z prieskumu vyplýva, že 16 mužov, z celkových 32, to znamená presne 50 %, považuje túto hranicu za primeranú. 2 respondenti (6,25 %) s umelými prerušeniami tehotenstiev na želanie matky nesúhlasia vôbec. Striktnejšie sa k tejto otázke stavia 5 mužov (15,62 %) a ostatných 9 (28,13 %) si myslí, že matka má právo priať si prerušenie gravidity aj po dokončení 12. týždni.

Ženy v 51 prípadoch (62,20 %) uznávajú túto hranicu ako odpovedajúcu, 5 respondentiek (6,10 %) si myslí, že tehotná žena nemá právo na prerušenie gravidity na vlastné želanie. 17 žien (20,73 %) by hranicu posunulo k nižšiemu týždňu a 9 respondentiek (10,97 %) by k želaniam matky bolo naopak benevolentnejších.

Vzhľadom k tomu, že 50 % mužov a 62,20 % žien v prieskume súhlasí s umelým prerušením tehotenstva na želanie matky najneskôr do dokončeného 12. týždňa, považujeme *hypotézu 2 za verifikovanú*.

V *hypotéze 3* bolo predpokladom, že veriaci ľudia budú aj napriek svojmu presvedčeniu súhlasiť s umelým prerušením tehotenstva v určitých prípadoch.

Od príslušníkov rímskokatolíckej cirkvi, ktorá svojim vyznaním považuje plod za tvora hodného ochrany od oplodnenia, v ktorom už ľudský život od počiatku existuje, by sme čakali, že len málokto z nich zvolí inú odpoveď, než že umelé prerušenie tehotenstva v akejkol'vek fáze je neprípustné.

Veriacich osôb bolo v prieskume dovedna 42. Dôvodov k umelému prerušeniu tehotenstva mohli respondenti označiť niekoľko. V kategórii veriacich sme tým celkovo získali 189 odpovedí. Tento počet je hodnotou 100 %.

Pre medicínsku indikáciu pomyselne zdvihlo ruku najviac zo 42 respondentov, a to síce 34 osôb (17,99 %), pre indikáciu zdravotnú 28 (14,81 %). Ľahšie poškodenie ako dôvod by ospravedlnili 4 respondenti (2,12 %), genetickú indikáciu 24 (12,7 %), závažnú poruchu plodu 26 (13,76 %) a poškodenie plodu nezlučiteľné so životom 27 (14,28 %) respondentov. Možnosť „v prípade kriminálneho činu“ označilo 25 (13,23 %) veriacich, ťaživú sociálnu situáciu zaškrtilo 7 (3,7 %) opýtaných, na želanie matky by s indukovaným prerušením gravidity súhlasilo 12 (6,35 %) nábožensky založených. Možnosť „v žiadnom prípade“ zvolili 2 respondenti (1,06 %). Rovnako *hypotéza 3 bola verifikovaná*.

V *hypotéze 4* sme sa zaviazali zistiť, či väčšina respondentov bude považovať výchovu dospievajúcej mládeže v otázke plánovaného rodičovstva a prevencie nechceného otehotnenia za dostačujúcu alebo skôr dostačujúcu.

Odpoveď, že výchova dospievajúcich je úplne dostačujúca, si myslí 21 respondentov (percentuálne 18,42 %). Z celkových 114 označilo druhú možnosť „skôr dostačujúca“ 51 opýtaných (44,74 %), tretia možnosť „skôr nedostačujúca“ 26 opýtaných (22,81 %). 7 respondentov (6,14 %) prieskumu považuje túto výchovu za úplne nedostatočnú a posúdiť túto otázku si netrúfa 9 respondentov (7,89 %).

Súčet odpovedajúcich, ktorí zaškrtili možnosti „áno“ a „skôr áno“, dáva 72, čo svojimi 63,16 % znamená v tomto prieskume väčšinu. *Hypotéza 4 je teda potvrdená*.

Hypotéza 5 predpokladala, že väčšina respondentov nevie o postabortívnom syndróme.

Celkovo zo žien 20 z nich (24,39 %) priznalo, že o postabortívnom syndróme nepočulo. Muži o týchto možných psychických následkoch potratu nič nevedeli v 13 prípadoch (40,63 %). Celkový počet respondentov, ktorý o postabortnom syndróme nepočuli je teda 33 osôb (28,94 %). Z toho vyplýva, že neznalých o syndróme je necelá tretina. Preto považujeme *hypotézu 5 za falzifikovanú*.

4.4 Diskusia a odporúčania

Prieskumu potrebného k tejto práci sa zúčastnilo 114 respondentov, čo činí 95 % z celkových 120 oslovených. Ako 100 % teda budeme považovať týchto 114, ktorí odpovedali na všetky otázky a odovzdali dotazník v určenom termíne ku spracovaniu.

Napriek snahe o rovnomernú distribúciu medzi obe pohlavia, prevažovali dotazníky vyplnené ženami nad tými od mužov takmer trikrát. Ženy respondentky sa podieľali na výskume 82 dotazníkmi, čo činí 71,93 %, dotazníkov od mužov sme zhromaždili 32, čo činí 28,07 %.

Najpočetnejšou vekovou skupinou boli mladí ľudia od 21 do 25 rokov, čo je výsledkom toho, že títo boli ochotní sa prieskumu zúčastniť vo väčšej miere. Celkom ich bolo 22, čo činí 19,30 %. Najmenej zastúpená bola skupinka dospelých a mladších dospelých do 20 rokov. Od týchto sme získali iba 3 dotazníky (2,63 %). Ostatné vekové skupiny sa od seba počtom osôb diametrálne nelíšili (12-17 osôb). 16 respondentov vo veku od 26 do 30 rokov zastupuje v prieskume 14,03 %. Rovnako sa vyskytujú osoby medzi 31 až 35 a 51 až 55 rokmi - po 17 členov, to znamená po 14,91 %. K ďalšej možnosti, 36 až 40 rokov, sa priradilo 15 dospelých (13,16 %) a každú zo zostávajúcich dvoch možností 41 až 45 a 46 až 50 označilo 12 respondentov (10,53 %).

Ďalej bolo zistené, že viac ako polovina respondentov, teda 64 (56,14 %), žije v manželstve, 40 členov (35,09 %) pripadá na skupinku slobodných, ďalej odpovedalo 8 rozvedených (7,02 %) a 2 vdovci/vdovy (1,75 %).

Väčšina respondentov má najvyššie dosiahnuté vzdelanie stredoškolské, ukončené maturitou – 61 (53,51 %), 29 (25,43 %) stredoškolské, avšak bez maturity, 5 zástupcov (4,39 %) obsahujú početne seba si rovné skupiny so základným a vyšším odborným vzdelaním a zvyšných 14 (12,28 %) dotazníkov vyplnili vysokoškooláci.

Vek, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie ani povolanie nie je pre tento výskum nijak rozhodujúci, tieto informácie boli požadované výlučne k tomu, aby sme zistili, aká pestrá je skúmaná vzorka respondentov.

V našej práci sme prieskumnou metódou dospeli k určitým záverom, z ktorých vyplývajú naše nasledujúce odporúčania pre prax. V prvom rade zreprodukuje nedostatky, ktoré sme pri analýze výsledkov prieskumu zistili.

Za zistený nedostatok považujeme predovšetkým to, že ľudia málo premýšľajú o svojom náhľade na ľudský život i o svojej viere. Pri spracovávaní dotazníkov sme narazili na niekoľko takýchto odpovedí, hodných zamyslenia.

Napríklad na otázku „Kedy podľa Vás začína ľudský život?“ odpovedalo 7 žien „narodením“. Keď v sebe tehotná žena nosí 40. týždňov plod, jeho pohyby už od 18. až 20. týždňa cíti - naozaj pre ňu môže ľudský život začínať až pôrodom dieťaťa? Možno je pri tejto otázke dôležitý aj fakt, či dotyčná opýtaná už sama bola tehotná.

Otázka číslo 2 bola zameraná na 12. týždeň gravidity, ako na hornú hranicu umelého ukončenia tehotenstva na želanie matky. Iba 2 muži a 5 žien udalo, že s ukončením tehotenstva na pranie matky nesúhlasí vôbec. Pokiaľ berieme do úvahy, že z celkových 114 respondentov odpovedalo 42 respondentov, že sú veriaci – katolíci, vychádza nám, že pre minimálne 35 veriacich je interrupcia aspoň za nejakých okolností prijateľná, čo dokazuje mimo iného aj položka číslo 4, kde iba 2 z celkových 42 veriacich umelé prerušenie rezolútne odmietajú a za žiadnych okolností nepripúšťajú ako ospravedlniteľné. Všetky ostatné osoby, hlásiace sa k viere, však uvádzajú naraz niekoľko možných indikácií k ukončeniu tehotenstva. Odpoveď pravdepodobne spočíva v tom, že nie každý, kto „verí v Boha“, názory Cirkvi pozná a pokiaľ áno, tak nie všetci, ktorí sa za veriacich považujú, sa nutne stotožňujú s názormi cirkevných predstaviteľov.

Ďalším nedostatkom, nie však zo strany respondentov, ale na ich názory reagujúcim je fakt, že tu možno chýba určitý typ starostlivosti či poradenstva pre ženy, ktoré nechceme otehotneli. Nie zriedka práve v rôznych reláciách máme možnosť počuť: „Keby som vedela, že zabíjam svoje dieťa, keby som vedela, aké to bude mať následky!“ Možno by nebolo od veci zamyslieť sa nad vznikom nejakej interrupčnej poradne. Vzdelaný odborník by radil ženám v ťažkej životnej situácii – v období nechceného tehotenstva. Dokázal by si s ňou pohovoriť o možných východiskách a rôznych riešeniach jej situácie. Podával by informácie o príprave na zákrok, o hospitalizácii, o výkone samotnom, o starostlivosti, životospráve a hygiene po

zákroku, o psychických i fyzických následkoch umelého potratu, o rizikách zo zákroku plynúcich, prípadne o možnostiach adopcie a náhradnej rodinnej starostlivosti pre dieťa.

Myslíme si, že sám interrupčný poradca by nemal mať záujem ženu k umelému ukončeniu tehotenstva prehovárať alebo ju naopak presviedčať proti. Mal by jej poskytnúť realistický náhľad v rozsahu, ktorý sama žena potrebuje k správne rozhodnutiu, podporil by jej rozhodnutie a dokázal by obmedziť množstvo prípadných výčitiek jej svedomia na minimum.

Interrupčný poradca by sa mohol v individuálnych prípadoch o ženu starať aj po zákroku, byť jej oporou, pokiaľ sa žene nedostáva dostatok podpory z jej najbližšieho okolia. Takáto „služba“ je však v našich podmienkach, žiaľ, nadštandardná. Preto ženám, ktoré zle znášajú následky umelého prerušenia tehotenstva by mala byť minimálne odporúčaná psychologická pomoc kvalifikovaného človeka.

Naším ďalším návrhom by bola možnosť využiť poradenstvo v preventívnej sfére, kedy by interrupčný poradca prednášal na školách dospelým o plánovanom rodičovstve, prevencii nechceného otehotnenia a v širšom zábere taktiež o pohlavne prenosných chorobách a sexualite vôbec.

Myslíme si, že téma interrupcií je veľmi citlivou a intímnou záležitosťou a zaslúžila by si omnoho viac pozornosti, obzvlášť v ohľade poradenstva pre ženy vo fáze rozhodovania.. Ženám by malo byť vysvetlené, že umelé prerušenie neplánovaného a nechceného tehotenstva nie je riešením, ktorým všetko končí, ale taktiež veľmi veľa trápenia začína.

ZÁVER

Na vypracovanie bakalárskej práce sme si zvolili tému, ktorá vzbudzuje u mnohých ľudí emócie, a to problematiku práva na život prostredníctvom interrupcií. Zisťovali sme, aké sú rozdiely medzi ženami a mužmi v názoroch na začiatok ľudského života, ako sa veriaci a neveriaci stavajú k otázke umelého prerušenia tehotenstva a zmapovať informovanosť verejnosti o postabortívnom syndróme.

Praktická časť, vytvorená na základe spracovania dotazníkov, predkladá názory respondentov v otázkach počiatku ľudského života, umelého ukončenia tehotenstva a postabortívneho syndrómu. Zistili sme, že takmer nie je rozdiel medzi postojom žien a mužov k počiatku ľudského života a že dokonca ani nie je výraznejší rozdiel medzi veriacimi a neveriacimi, čo sa týka náhľadu na umelé ukončenie tehotenstva.

Hypotéza prvá: Väčšina opýtaných mužov bude považovať za začiatok ľudského života vyššia štádia gravidity ako väčšina žien. Táto hypotéza sa nepotvrdila, pretože väčšina mužov datuje počiatok ľudského života do rovnakého obdobia ako väčšina žien.

Hypotéza druhá: Minimálne polovica mužov a minimálne polovica žien bude považovať hranicu umelého ukončenia tehotenstva na želanie matky v 12. týždni gravidity za primeranú. Táto hypotéza potvrdená bola, pretože presne polovica mužov a väčšina opýtaných žien naozaj považuje 12. týždeň gravidity za primeraný pre umelé ukončenie tehotenstva na želanie matky.

Hypotéza tretia: Veriaci ľudia budú aj napriek svojmu presvedčeniu súhlasiť s umelým ukončením tehotenstva v určitých prípadoch. Táto hypotéza sa mi potvrdila, 95 % veriacich s umelým ukončením tehotenstva aspoň v niektorých prípadoch súhlasí.

Hypotéza štvrtá: Väčšina respondentov bude považovať výchovu dospelujúcej mládeže v otázke prevencie nechceného otehotnenia za dostatočné alebo za skôr dostačujúce. Táto hypotéza sa potvrdila, pretože skupinky respondentov, označujúce tieto dve odpovede, dohromady obsahovali väčšinu opýtaných.

Hypotéza piata: Väčšina respondentov o postabortívnom syndróme nepočula. Táto hypotéza sa nepotvrdila. Väčšina respondentov o syndróme počula, a to ako v ženskej, tak aj mužskej časti respondentov.

V poslednej dobe sa na tému interrupcií diskutuje často a väčšinou veľmi živo. Oveľa viac sú počuť odporcovia umelého ukončenia tehotenstva, a to preto, že v Slovenskej republike sú interrupcie povolené, a zástancovia možnosti voľby tak nemajú potrebu sa zviditeľňovať a za práva matiek bojovať. Veríme, že aj táto práca prispeje k rozšíreniu pohľadu na uvedenú problematiku.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BBC. 2003. The Hippocratic Oath. [online]. BBC, 2003. [cit. 10-01-2011]. Dostupné na: <<http://www.bbc.co.uk/dna/h2g2/A1103798>>

- BLAHOŽ, J. (ed). 2008. Lidská práva a právní politika boje proti terorismu. Praha : VŠAP, 2008. 460 s. ISBN 978-80-86775-20-3.
- COHEN, H. 2001. Interrupcia a kvalita života. In Možnosť voľby. Aspekty práv a zodpovednosti, Bratislava : Aspekt, 2001. 409 s. ISBN 80-85549-25-5.
- ČECH, E. et al. 2006. Gynekologie. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
- DINKA, R. 2002 Novorodenci matiek s diabetes mellitus. [online]. mamatata.sk, 2010. [cit. 11-01-2011]. Dostupné na:
<<http://www.bekosoft.sk/mamatata/comment/reply/212251>>
- DRGONEC, J. 1999. Základné práva a slobody podľa ústavy SR. 2. zväzok. Bratislava : MANZ, 1999. 340 s. ISBN 80-85719-23-1.
- FICO, R. – KUPCOVÁ, Z.: Ľudské práva na Slovensku. Bratislava: APZ SR, 2000
- DRGONEC, J. 2001. Právo na život. In Možnosť voľby. Aspekty práv a zodpovednosti. Bratislava : Aspekt, 2001. 409 s. ISBN 80-85549-25-5.
- DWORKIN, R. 1993. Life's dominion, An argument about abortion, euthanasia and individual freedom. New York : Vintage books, 1993. 273 s. ISBN 0-679-73319-1.
- EurAktiv.sk. 2010. EŠLP rozhodol o problematickosti írskej úpravy potratov. [online]. EurActiv.sk, 2010. [cit. 11-01-2011]. Dostupné na:
<<http://www.euractiv.sk/zdravotnictvo/clanok/eslp-rozhodol-o-problematickosti-irskej-upravy-potratov-016407>>
- FARKAŠOVÁ, K. – PIETRUCHOVÁ, O. 2002. Reprodukčné práva žien: vybrané texty. Bratislava : Aliancia žien Slovenska, 2002. 102 s. ISBN 80-968545-2-6.
- FLANDRI, J.-L. 1975. Contraception, Marriage and Sexual Relation in the Christian West. Baltimore : John Hopkins University Press, 1975. 224 s. ISBN 0801816904.
- FOOTOVÁ, P. 2004. Problém interrupcií a doktrína dvojitého účinku. In Právo ženy? Štúdie o problematike interrupcií. FOOTOVÁ, P. (ed.). Bratislava : Kalligram, 2004. 220 s. ISBN 80-7149-612-X.
- GORDON, L. 1977. Woman's Body, Woman's Right. A Social History of Birth Control in Amerika. New York : Penguin Books, 1977. 479 s. ISBN 0140046836.
- GRADY, J. L. 1992. Interrupce: ano nebo ne. Praha : Řád, 1992. 24 s. ISBN 80-901189-3-3.

- HARRIS, J. 1991. The value of life. An introduction to medical ethics. London : Routledge, 1991. 281 s. ISBN 0-7100-9895-2.
- HELLINGER, B. 2005. Der große Konflikt. Die Antwort. Göttingen : Arkana, 2005. 255 s. ISBN 3-442-33734-8.
- KARAS, M. 2007. Polka porazila Polsko. [online]. ČT24, 2007. [cit. 13-01-2011]. Dostupné na:
<<http://www.ct24.cz/blogy/miroslav-karas/23276-polka-porazila-polsko/>>
- KELLY, D. 2004. Revisiting the Rights of Man: Georg Jellinek on Rights and the State. In Law and History Review. Roč. 22, č. 3/2004. [online]. 2004. [cit. 13-01-2011]. Dostupné na:
<<http://www.historycooperative.org/journals/lhr/22.3/kelly.html>>
- KISS, J. 2004. Interrupcia: ďalšie argumenty a protiargumenty. In Právo ženy? Štúdie o problematike interrupcií. FOOTOVÁ, P. (ed.). Bratislava : Kalligram, 2004. 220 s. ISBN 80-7149-612-X.
- KLIMENT, M. - CUPANÍK, V. 2001. Reprodukčné práva občanok a občanov Slovenska v kontexte záverov káhirskej konferencie OSN o populácii a rozvoji. In Možnosť voľby. Aspekty práv a zodpovednosti, Bratislava : Aspekt, 2001. 409 s. ISBN 80-85549-25-5.
- KOLEKTÍV AUTOROV. 1992. Občanská a lidská práva. Praha : Aleko, 1992. 127 s. ISBN 80-85341-28-X.
- KOVÁČIK, B. 2002. Právo na život: eutanázia – interrupcia - trest smrti. Bratislava : Metodické centrum v Bratislave, 2002. 42 s. ISBN 80-8052-137-9.
- LACA, S. 2008. Etika života a interrupcia. Prešov : Kušnír, 2008. 105 s. ISBN 80-969984-70.
- LIPŠIC, D. : Ochrana ľudskej slobody. In: Slovo. Roč. 37, č. 23/2005. Č.j. 3317/99. s. 8
- MACKŮ, F. - ČECH, E. 2002. Porodnictví. Praha : Informatorium, 2002. 143 s. ISBN 80-8607392-0.
- MERTON, T. 2002. Sedmistupňová hora. Brno: Cesta, 2002. 333 s. ISBN 80-7295-034-7.

MILLÖHER, M. 2001. Vybrané právní a etické problémy spojené s narozením těžce malformovaného jedince. In Zdravotnictví a právo. Roč. 5, č. 2/2001. ISSN 1211-6432. s. 16-21.

MINÁROVÁ, A. 2004. Ako je to s uplatňovaním práva na výhradu svedomia v pluralitnej spoločnosti. In Filozofia a život filozofie. Prešov: SFZ pri SAV, 2004, s. 463-466. ISBN 80-88018-78-5.

NATHANSON, B. (orig. 1979). Die Taktiken der Abtreibungsbefürworter. [online]. Action Leben, 2011. [cit. 13-01-2011]. Dostupné na: <<http://www.aktion-leben.de/Abtreibung/Argumente/sld01.htm>>

PASTOR, K. 2004. Demografické zmeny v reťazci príčin a následkov. In MATULNÍK, J. (ed.) Zborník Sociálne a zdravotné dôsledky zmien demografického správania na Slovensku ako výskumný problém. Trnava : FH TU, 2004. s. 33-52.

PEKÁRKOVÁ, M. - PRIMUSOVÁ, H. 2000. Potrat ano – ne aneb Na pokraji života. Praha : GRADA Publishing, 2000. 101 s. ISBN: 80-7169-922-5.

PIETRUCHOVÁ, O. 2007. Interrupcie a história. In ASPEKTin - feministický webzín. ISSN 1225-8982. Uverejnené 30. novembra 2007.

POLLACK-PETCHESKY, R. 2001. Reprodukčná sloboda: viac než „právo ženy na voľbu“. In Možnosť voľby. Aspekty práv a zodpovednosti, Bratislava : Aspekt, 2001. 409 s. ISBN 80-85549-25-5.

QUINN, W. 2004. Interrupcia: Identita a strata. In Právo ženy? Štúdie o problematike interrupcií. FOOTOVÁ, P. (ed.). Bratislava : Kalligram, 2004. 220 s. ISBN 80-7149-612-X.

SINGER, P. 1996. Rethinking life & death: the collapse of our traditional ethics. St. Martins Press, 1996. 320 s. ISBN 0-312-14401-6.

SLK. 1992. Kódex Slovenskej lekárskej komory. [online]. SLK, 1998. [cit. 10-01-2011]. Dostupné na: <<http://www.mfn.sk/sys/kslk.pdf>>

SNR. 1991. Zákon č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva. [online]. 2010. [cit. 13-01-2011]. Dostupné na: <<http://www.zakon.r3.sk/zakony/2292-zakon-o-umelom-preruseni-tehotenstva-c-731986-zz-uplne-znenie-zakona>>

SUMMER, L. W. 2004. Interrupcia a teória morálky. In Právo ženy? Štúdie o problematike interrupcií. FOOTOVÁ, P. (ed.). Bratislava : Kalligram, 2004. 220 s. ISBN 80-7149-612-X.

THOMSONOVÁ, J. J. 2004. Obrana interrupcií. In Právo ženy? Štúdie o problematike interrupcií. FOOTOVÁ, P. (ed.). Bratislava : Kalligram, 2004. 220 s. ISBN 80-7149-612-X.

UZEL, R. 2003. 4000 let antikoncepcie. Praha : NTP, 2003. 63 s. ISBN: 80-239-0671-2.

VALKOVÁ, D. 2010. Bioetika v medicíne a farmácii. [online]. UK Bratislava, 2010. [cit. 13-01-2011]. Dostupné na:
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ysnYq3q8lyYJ:www.fns.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/biol/kzf/p2_-_Dr._Valkova.ppt+bioetika+valkov%C3%A1&hl=sk&pid=bl&srcid=ADGEEShMEgclgPKoB24XuI-Pi0qOYOQcGeGCKZsRXDJ16Prw7AwVS7t5bicHB8-FoXp4M123omXsIolE47Lw5hLTmIF1nJy50T5p2dLx7bsX5ABYABW8fZgoZmm8jc cvOiEjo2Z9v1N&sig=AHIEtbQTO8_VXCUo5z7xwubS0K2oNyvPvA&pli=1>

VOKURKA, M. - HUGO, J. et al.: Velký lékařský slovník. Praha : Maxdorf, 2002. 966 s. ISBN 80-85912-43-0.

WHO. 2004. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. [online]. WHO, 2004 [cit. 13-01-2011]. Dostupné na:
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf>

WILKEOVÁ, B. - WILKE, J. 1990. Človekom od počatia : potrat - otázky a odpovede. Český Těšín : Katolícké nakladateľstvo COR JESU, 1990. 318 s. ISBN neuvedené.

PRÍLOHY

Príloha A - Dotazník