

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Institut mezioborových studií Brno

Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
Doc. PhDr. Jaroslav Nevoránek, CSc.

Vypracoval:
Jaroslav Janeček

Brno 2005

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je v práci uveden.

.....

Jaroslav Janeček

Poděkování

Děkuji panu doc. PhDr. Jaroslavu Nevoránkovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Brno, 7. října 2005

Jaroslav Janeček

OBSAH

Úvod	1
1. Plánované rodičovství jako základní lidské právo	3
1.1 Problémy rodinné politiky	4
1.2 Populační vývoj a změny sexuálních rolí	8
1.3 Právní otázky sexuální výchovy	11
2. Plánované rodičovství a antikoncepce	15
2.1 Výběr vhodné antikoncepční metody	16
2.2 Přirozené metody plánovaného rodičovství	17
2.3 Bariérová, chemická a hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko	20
2.4 Sterilizace	25
3. Umělé přerušování těhotenství	27
3.1 Definice potratu a jeho druhy	27
3.2 Metody interrupcí	29
3.3 Práva matky a plodu	31
4. Umělé oplodnění jako součást plánovaného rodičovství	35
4.1 Neplodnost	35
4.2 Metody asistované reprodukce	36
4.3 Rizika asistovaného početí	41
Závěr	43
Resumé	44
Anotace	45
Literatura a prameny	46

Úvod

Člověk, přesto že je nedílnou součástí přírody, dokázal se z ní určitým způsobem vydělit, naučil se ji ovládat a přizpůsobovat svým potřebám. Tato jakási vzpoura člověka proti původním silám, tato změna od tvora přírodou ovládaného v bytost přírodu ovládající, se ovšem promítá i do sféry intimního života a sexuálních vztahů. Hovoří se o oddělení sexuality od rozmnožování.¹

Pokud tedy chápeme sexualitu jako vrcholnou formu mezilidské komunikace, nutně nám z toho vyplývá snaha o zábranu nechtěného těhotenství. Na druhé straně ovšem zase existují i opačné případy, kdy přes veškeré úsilí se žádoucí efekt nedostaví a žena nemůže otěhotnět.

Většinou se všechny tyto snahy přizpůsobují přání budoucích rodičů, jejich vědomému a svobodnému rozhodnutí o počtu dětí a době jejich zrození. A realizace těchto lidských přání tvoří vlastně podstatu plánovaného rodičovství.

Plánované rodičovství se stává v moderních rozvinutých zemích součástí životního stylu. Civilizovaná lidská společnost dnes většinou zařazuje právo svobodně rozhodovat o počtu dětí, intervalu mezi jejich porody a termínu zrození prvního dítěte mezi základní lidská práva.

Touha po dítěti je u naprosté většiny lidí vrozená, a proto se před touto otázkou dříve či později ocitne skoro každý z nás. Zdá se, že pro většinu mladých lidí se stává plánované těhotenství přirozeným. Je ovšem důležité, abychom dítěti zodpovědně připravili to nejlepší prostředí, do kterého se narodí, a ve kterém bude vyrůstat. Dítě má přece právo na to, aby se narodilo jako chtěné a my jeho narození s radostí a láskou očekávali.²

V úvahu je třeba vzít také ekonomickou a sociální situaci rodiny. Kromě ekonomických podmínek, bytu a sociální jistoty je zapotřebí ještě dalších okolností, které souvisí se společenskou seberealizací. K ovlivnění rozhodování zda mít či nemít děti bude jistě přispívat postavení ve společnosti a příznivé sociální vazby k okolí. A s tímto činitelem pak už velmi úzce souvisí určitá vyspělost či zralost osobnosti rodičů.

¹ Uzel, R.: *Ženské otazníky*, Praha: Práce, 1987, s. 11

² Nevoránek, J., Řehoř, A.: *Kapitoly ze sociologie rodiny*, Brno: IMS, 2004, s. 30

Vidíme tedy, že důvody mít nebo nemít děti jsou velmi komplikované. Jedná se totiž o to, aby společnost dokázala příznivým způsobem růst populace ovlivňovat. Státní populační politika je věc nesmírně složitá a její řízení podléhá různým jemným mechanismům.

Vědecký výzkum dokázal, že nejlepší šanci na duševně vyvážený vývoj, zdravotní stav a lepší osobnostní parametry mají děti chtěné. Jsou to právě ty děti, které se rodí do optimálního prostředí. Láskyplné očekávání, optimální péče již před narozením a dobré podmínky tělesného a duševního rozvoje dávají záruku toho, čemu jsme se naučili říkat kvalita populace.

Proto také ve všech vyspělých zemích jde ruku v ruce s rovnoprávností ženy také respektování jejího práva rozhodnout o tom, kolik dětí si přeje mít. Povinností společnosti je utvořit ženě takové podmínky, aby porodila chtěné a s láskou očekávané dítě.

Plánované rodičovství tak ve svých důsledcích přináší dobrodiní nejen rodičům, dítěti, ale celé společnosti.³

A ještě jeden argument mluví pro plánované rodičovství zcela jednoznačně. Je to dnešní ekonomická zainteresovanost ženy. Tak jak stoupá počet středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných žen, tak se tyto ženy čím dál tím více přestávají spokojovat s mateřskou funkcí jako s funkcí hlavní, ale chtějí ji sladit se seberealizací v zaměstnání a společenské činnosti. A zde je právě nesmírně důležitá kalkulace, aby plánované rodičovství pomohlo ženě plnit všechny tyto povinnosti a spojit tak plnění funkce mateřské s funkcí ekonomickou. Není to vždy jednoduché, ale plánované rodičovství je pro vytvoření tohoto souladu podmínkou.

³ Uzel, R.: *Ženské otazníky*, Praha: Práce, 1987, s. 17

1. Plánované rodičovství jako základní lidské právo

„Rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně rozhodovat o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi.“⁴

„Všechny dvojice i jednotlivci mají základní právo rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi a k tomuto jednání mají dostat informace a prostředky. Zodpovědnost dvojic a jednotlivců ve využití tohoto práva bere v úvahu životní potřeby jejich žijících a budoucích dětí a jejich zodpovědnost ke společnosti.“⁵

„Vlády musí přijmout všechna příslušná opatření k zamezení diskriminace žen, aby tak zajistily na základě rovnosti mužů a žen stejná práva rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a intervalech mezi nimi a přístup k informacím, vzdělání a prostředkům potřebným k využití tohoto práva.“⁶

Tyto citáty ze závazných mezinárodních dokumentů svědčí o tom, že plánované rodičovství je opravdu považováno za základní lidské právo. K zabezpečení realizace tohoto práva existují četné mezinárodní organizace. Jednou z těchto hlavních organizací je Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF). Byla založena v roce 1952 jako sdružení nezávislých národních organizací 125 států. Jejím cílem je zakládat a podporovat služby týkající se plánovaného rodičovství na celém světě a vychovávat občany a vlády ku prospěchu rodiny, zvláště pak matek a dětí, ve smyslu plánování počtu dětí a intervalů mezi jejich narozením.⁷

Posledních 30 let jsme již na celém světě svědky přijetí všeobecného názoru, že informace a služby spojené s plánovaným rodičovstvím patří mezi základní lidská práva. Ačkoliv je toto právo stále ještě odepíráno miliónům mužů a žen, bylo potvrzeno již 157 vládami včetně vlády naší, jejichž delegace se zúčastnily Mezinárodní konference o lidských právech v roce 1968. Od té doby je neustále obnovováno a upřesňováno na všech úrovních jako právo zahrnující jednotlivce, rodiče, mládež a všechny, kteří vstupují do manželského svazku.

⁴ Prohlášení Mezinárodní konference o lidských právech, Teherán, 1968, čl. 16

⁵ Světová populační konference OSN, Bukurešť, 1974, § 14 f.

⁶ Prohlášení OSN o odstranění všech forem diskriminace žen, 1979, čl. 16

⁷ Uzel, R.: *Jak neotěhotnět*, Praha: Scientia Medica, 1992, s. 108

V dokumentech OSN se většinou hovoří o právu na informace a prostředky. Pokud se zamyslíme nad tím, co jsou informace v oblasti plánovaného rodičovství, musíme přiznat, že je to především otevřená a pravdivá sexuální výchova všech vrstev obyvatelstva.⁸

1.1 Problémy rodinné politiky

Od počátku novodobé historie českého státu lze hovořit o nepříznivém demografickém vývoji. Česká republika se již v polovině 90. let zařadila mezi státy s nejnižší úrovní plodnosti na světě. Zde se nabízí zamyšlení nad tím, jak stát podporuje zakládání a fungování rodin s dětmi.

Často je veden spor o tom, zda prosazovat populační nebo rodinnou politiku. Zjednodušeně lze populační politiku chápat jako soubor opatření směřující přímo na podporu porodnosti, zatímco cílem rodinné politiky je zlepšování životních podmínek rodin. Nicméně nelze popřít, že i v případě koncipování rodinné politiky je jako vedlejší příznivý efekt zvýšení porodnosti nepřímo očekáváno.

Dosavadní zkušenost ukazuje, že jednorázová propopulační opatření nemají a ani nemohou mít zamýšlený efekt. Například zvýšení porodného v roce 2001 porodnost v České republice nijak neovlivnilo. Stejně tak nelze očekávat, že zavedení přídavků na děti všem rodinám bez ohledu na výši příjmu, by mělo nějaký dopad na úroveň plodnosti. Přesto jsou otázky týkající se plošných přídavků na děti v České republice stále aktuální. Návrh, aby přídavek na dítě náležel všem dětem bez rozdílu, ve stejné výši a diferencovaný pouze podle věku dítěte byl dokonce součástí programového prohlášení české vlády z roku 2002. Z výzkumu názorů veřejnosti v roce 2001 však vyplývá, že zavedení plošných přídavků by podpořila pouze třetina dotazovaných osob.⁹

Dlouhodobě extrémně nízká úroveň plodnosti bude dříve či později vyžadovat nějaké razantnější kroky ze strany vlády. Například je nutné připravit s předstihem změny v důchodovém systému, aby se zabránilo hrozícímu kolapsu. Jedná se o jedno z tzv. adaptačních opatření, která jsou v posledním desetiletí přijímána ve většině evropských zemích. Nicméně demografové se stále častěji zamýšlejí nad způsobem, jak docílit návrat k

⁸ Uzel, R.: *Jak neotěhotnět*, Praha: Scientia Medica, 1992, s. 109

⁹ <http://www.planovanirodiny.cz/12.kongrespardubice-sbornik>

záchovné míře reprodukce. V České republice by bylo žádoucí zvýšení úrovně plodnosti z 1,2 na 1,6 porodů na jednu ženu. Stále širší vědeckou podporu získává názor, že k docílení obratu ve vývoji plodnosti by bylo potřeba nalézt zcela nový mechanismus, který by vyžadoval zásadní změny v sociálním a ekonomickém systému daného státu. Základem by měla být restrukturalizace vztahů mezi generacemi, která by vedla k zvýhodňování rodičovství v mladším věku. Za hlavní překážku vůbec o tomto přístupu uvažovat je to, že vlády se soustřeďují na krátkodobé cíle a nevěnují pozornost dlouhodobým aspektům politiky. Za současných podmínek nezbyvá než soustředit se na rozvoj stávajících forem podpory rodin. Nutno podotknout, že tímto směrem se zatím ubírá většina vyspělých států.¹⁰

První otázkou je vytvoření ucelené koncepce rodinné politiky a její institucionální zajištění. V České republice se pojem „rodinná politika“ objevil již ve Scénáři sociální reformy v roce 1990, kdy cílem mělo být opuštění ryze populačního účelu rodinné politiky. Státní podpora se měla soustředit pouze na nízkopříjmové rodiny. Následně se od vybudování systému rodinné politiky ustoupilo. Až v posledních letech lze vysledovat určitý návrat k rodinné politice jako samostatnému tématu politických úvah. V programovém prohlášení z roku 2002 se vláda zavázala, že do roku 2005 připraví koncepci rodinné politiky. Na ni měl navázat Národní program pro podporu rodin s dětmi. Prvním krokem bylo předložení Národní zprávy o rodině. V programovém prohlášení současné vlády však závazek přijetí koncepce rodinné politiky zařazen není, přestože v jedné z prvních verzí vládního dokumentu bylo uvedeno, že koncepce rodinné politiky bude připravena do roku 2006. Nejistota z hlediska koncepčního přístupu v oblasti státní podpory rodin tedy nadále přetrvává.¹¹

Jak je konstatováno v Národní zprávě z roku 2004, současná situace institucionálního zabezpečení rodinné politiky v České republice je spíše neuspokojivá. V rámci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR byl vytvořen odbor rodinné politiky a sociální práce. Na ostatních ministerstvech, které se zabývají oblastmi s bezprostředním vztahem k rodině, není problematika rodiny v přímé působnosti. Podle doporučení EU by se ve všech těchto resortech mělo sledovat, jaké dopady mají přijímaná opatření na rodiny s dětmi. Ještě znatelnější deficit je pozorovatelný na úrovni krajské a místní samosprávy. Z uvedeného vyplývá, že ve veřejné sféře je rodinám věnovaná nízká pozornost. Změně v přístupu by mohlo napomoci vybudování jednotně koordinovaného systému rodinné politiky s konkrétně vymezenými kompetencemi.

¹⁰ <http://www.planovanirodiny.cz/12.kongrespardubice-sbornik>

¹¹ tamtéž

Většina dosud navrhovaných nebo přijímaných opatření rodinné politiky se týkala především oblasti finanční podpory, zatímco další nástroje nefinanční povahy stály spíše stranou. Také z výsledků sociologických šetření vyplývá, že česká veřejnost stále upřednostňuje finanční podporu před ostatními nástroji podpory rodin. Většina států EU se v posledním desetiletí zaměřovala spíše na harmonizaci vztahu mezi pracovní a rodinnou sférou. V roce 1999 v rámci Evropského parlamentu bylo sladění práce a rodinného života označeno za jednu z hlavních priorit rodinné politiky ve státech EU.

V České republice je finanční pomoc rodinám poskytována v rámci systému státní sociální podpory. Přestože je výše dávek odvozená od výše životního minima a životní minimum je pravidelně valorizováno, reálná kupní síla dávek klesá. Kritizována je také orientace na příjmově slabé rodiny znevýhodňující středně příjmové rodiny a rodiny s nižším počtem dětí. Ukazuje se, že rodinná politika by se neměla zužovat pouze na sociální politiku, tj. upřednostňovat solidaritu vysokopříjmových rodin s nízkopříjmovými rodinami před solidaritou bezdětných s rodinami s dětmi. Dříve prosazovaný záměr zavést plošné přídatky by nepřineslo žádoucí zlepšení, neboť současně s tím bylo navrhováno zrušení daňové úlevy, která je dosud poskytována na každé dítě. Z daňových úlev profitují právě rodiny s vyššími příjmy.¹²

Připravovaná druhá fáze reformy veřejných financí by měla přinést zásadní změny v systému daňové podpory rodiny. Avšak ukazuje se, že v rozporu s uvedenou kritikou by touto reformou byla opět posílena podpora rodin s nízkými příjmy na úkor středně příjmových skupin. Pozitivně lze hodnotit návrh zavedení společného zdanění manželů pro rodiny s alespoň jedním nezaopatřeným dítětem. Největší přínos tohoto opatření by mohl být v rodinách, kdy jeden z rodičů má nízký nebo žádný příjem, což se týká především rodin s malými dětmi. Objevují se také úvahy o zvýšení daňového zvýhodnění rodin podle počtu dětí, kdy se zvyšujícím pořadím by se zvyšovaly odpisové částky. Snižování daní lze považovat za lepší formu finanční podpory rodin s dětmi než přímé poskytování finančních dávek. Posun od poskytování dávek směrem k daňovému zvýhodnění by nepochybně měl větší motivační účinek, protože na daňové zvýhodnění je nutné si vydělat. Daňový systém by neměl být brzdou individuálního úsilí o zabezpečení životní úrovně vlastní rodiny. Po vzoru některých států EU by do daňových odpisů bylo možné zařadit i další výdaje spojené s péčí o

¹² <http://www.planovanirodiny.cz/12.kongrespardubice-sbornik>

děti, např. náklady na vzdělání dětí nebo výdaje spojené s najímáním hospodyň pro zabezpečení domácnosti a hlídání dětí.¹³

Výrazné rezervy lze v České republice spatřovat v přijímání opatření ke sladění práce a rodinného života. Pro fázi mladé rodiny je často problémem nedostatek volného času. Většinou se to týká zaměstnaných matek, pro které je obtížné skloubit povinnosti v zaměstnání s výchovou dětí a péče o domácnost. Potvrzuje se, jak potřebné by bylo rozšíření nabídky různých forem práce s volnějším režimem. Jedná se především o možnost práce doma nebo na zkrácený úvazek a zavedení flexibilní pracovní doby. Důležitým opatřením by bylo pracovní volno na péči o rodinu bez omezujícího vlivu na kariéru a odměňování. Významnou součástí by mělo být zapojení otců do výchovy dětí a do domácí neplacené práce. Uvažuje se o zavedení tzv. otcovské dovolené, která již existuje ve většině států EU.

Důležitou součástí opatření týkající se harmonizace pracovního a rodinného života jsou změny v koncepci rodičovské dovolené. Přestože patříme mezi státy s nejdelší rodičovskou dovolenou, ve většině států EU je možné lépe kombinovat péči o dítě předškolního věku se zaměstnáním. Rodičům jsou dány různé varianty uspořádání pracovního a rodinného života. V některých státech existuje možnost odložit část dovolené do vyššího věku dítěte nebo rozdělit dovolenou mezi rodiče. Rodiče by měli mít možnost zvolit si mezi kratším obdobím rodičovské dovolené za současného pobírání vyšší částky a delším obdobím s nižším měsíčním příspěvkem. Vzhledem k tomu, že u nás existuje právní nesoulad mezi délkou rodičovské dovolené (3 roky) a dobou, po kterou stát vyplácí rodičovský příspěvek (4 roky), nabízí se řešení vyplácet vyšší rodičovský příspěvek po dobu 3 let. Příliš dlouhá rodičovská dovolená vyvolává obavy ze ztráty kvalifikace a klesajících šancí na profesní uplatnění. Přibývá žen, které upřednostňují rychlejší návrat do pracovní činnosti.¹⁴

Důležitým krokem k uznání výkonu rodiny (kompenzace za péči o dítě) je mimo jiné odstranění omezení výdělku při pobírání rodičovského příspěvku. Od 1.1.2004 je v České republice rodičovský příspěvek poskytován také v případě, že celodenní péče o dítě je zajištěna jinou osobou. Rodičovský příspěvek je nyní možné chápat jako dávku na hlídání dítěte. Rodič již není omezován výší možného výdělku a může pracovat na plný úvazek. Nicméně zůstává podmínka vlastního zajištění péče o dítě. Vzhledem k tomu, že dítě lze

¹³ <http://www.planovanirodiny.cz/12.kongrespardubice-sbornik>

¹⁴ tamtéž

umístit do školky pouze pětkrát v měsíci a nejvýše na 4 hodiny denně, většina žen možnost pracovat při pobírání rodičovského příspěvku stejně nevyužívá. Toto opatření mohou využívat pouze ženy, kterým mohou vypomoci prarodiče nebo ženy s vysokými příjmy, které si mohou dovolit zaplatit soukromé hlídání dítěte. Rodičům by nepochybně pomohlo zrušení omezení docházky do školky. Současně by byla potřeba nově koncipovat systém garantující služby péče o děti do 3 let.

V souvislosti s prodloužením rodičovské dovolené došlo v 90. letech k výraznému omezení role jeslí. Byla upřednostněna individuální rodičovská péče. Tento trend však není v souladu se snahou o zlepšování podmínek žen s malými dětmi pro jejich uplatnění na trhu práce. Obavy ze ztráty zaměstnání se mohou pro stále větší část žen stát překážkou v rozhodování mezi pracovní kariérou a rodinou. V oblasti předškolní péče je v České republice potřeba opětovně posílit státem dotované služby pro děti do 3 let.

Přestože je úroveň podpory rodin v České republice do značné míry srovnatelná s úrovní podpory poskytované v ostatních státech EU, nelze hovořit o uspokojivém stavu. Řešením by mohlo být přijetí ucelené koncepce rodinné politiky s jasně vymezenými cíli a nástroji k jejich dosažení. Současný stav lze charakterizovat jako rigidní, nereagující dostatečně jak na měnící se potřeby rodin, tak na odlišnosti v potřebách jednotlivých rodin.

1.2 Populační vývoj a změny sexuálních rolí

Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF) považuje za jedno z hlavních kritérií sexuálního a reprodukčního zdraví populace uplatňování plánovaného rodičovství jako základního lidského práva. Svobodné rozhodnutí o počtu dětí a termínu jejich zrození tak umožňuje, aby každé dítě bylo dítětem chtěným, aby jeho příchod na svět byl plánován a s láskou očekáván. Tento požadavek bohužel ne vždy zcela odpovídá snahám ryzího pronatalismu, který často rodičovství považuje za vlasteneckou, etnickou nebo eugenickou povinnost rodičů. Často pak slýcháme, že plození většího počtu dětí přispívá k individuálnímu, rodinnému a vlastně i společenskému blahu. Ve světle těchto kritérií téměř ožívají pronatalitní tendence komunistického státu, kde byla matka čtrnácti dětí dekorována Řádem práce nebo ideologie křesťanské, kde jsou děti plozeny k větší slávě boží, a početnost potomstva je považována za kritérium víry. Není divu, že výrazný pronatalismus může

připomínat tradiční model rodiny, kdy muž je živitelem a žena strážkyní a ochránkyní rodinného krbu. Tento model ovšem výrazně oklešťuje reprodukční svobodu a právo volby, v minulosti býval často spojen s insuficientní antikoncepcí a problematikou nechtěných dětí.¹⁵

V diskusích o populačních problémech se střetávají dva protichůdné názory, jejichž závěry reflektují na jedné straně postoje liberální ideologie, kde počet dětí v rodině je výlučnou záležitostí rodičů, do které nemá stát nijak zasahovat a na druhé straně požadavky státní pronatalitní populační politiky. Tato politika představuje vlastně jakousi smlouvu mezi rodiči a státem, kde se rodiče zavazují převzít trvalý závazek dlouhodobé odpovědnosti za péči a výchovu dětí a na druhé straně se stát zavazuje vytvářet stabilizované sociální prostředí příznivé pro rodiny s dětmi. Stát ovšem prostředky na zajišťování této péče čerpá i z daní bezdětných; apeluje na jejich solidaritu podobným způsobem jako solidaritu zdravých s nemocnými nebo mladých se staršími. Někteří demografové tuto solidaritu bezdětných zdůvodňují dokonce skutečností, že přispívat na děti jiných prostřednictvím daní vyjde tyto osoby mnohem laciněji než hradit náklady na vlastní děti, byť se společenskou pomocí. Tato motivace solidarity je na rozdíl od dříve jmenovaných transgenerační; zdravý člověk může onemocnět, mladý člověk bude jednou starý, ale bezdětný zůstane bezdětným a jeho investice bude zhodnocena až posmrtně v další generaci důchodců, pokud ovšem takto nashromážděné důchodové prostředky nebudou zatím vytunelovány, rozkradeny či jinak proinvestovány.

Opravdu málokdo pochybuje dnes o tom, že rozhodnutím mít dítě se rodiče vzdávají části svých možností v realizaci jiných životních cílů. Kromě ekonomické zátěže přicházejí rodiče okamžikem narození dítěte o část volného času spojeného s kulturními, sportovními a jinými aktivitami. Zejména ženské části populace se pak dotýkají problémy ve zvyšování kvalifikace, v otázkách kariérního postupu a celkového společenského uplatnění. Zejména v konfrontaci se soumrakem patriarchální společnosti pak tyto problémy nabývají stále větší a větší intenzity.

Neberme toto sdělení jako nostalgický povzdech nad starými zlatými časy, kdy otec přinášel domů prostředky na rodinný rozpočet a matka pečovala o děti a domácnost. Moderní společnost dávno odzvonila tomuto klasickému rodinnému modelu, který nepochybně nahrával pronatalitním tendencím. Dnešní emancipovaná žena si dokáže velmi dobře spočítat nejen zvyšující se náklady obětované příležitosti na děti, hlavně však není se svou rolí matky

¹⁵ *Propopulační politika – ano či ne*, Praha: Centrum pro ekonomiku a kulturu CEP, 21/2002

– ochránkyňe rodinného krbu spokojena, vedení domácnosti a výchovu dětí nepovažuje samozřejmě za plnohodnotnou profesionální náplň života.

Srovnáním demografických ukazatelů porodnosti jednotlivých zemí je zřejmé, že počet dětí, které jednotlivá žena přivede na svět, je závislý především na jejím dosaženém stupni vzdělání. Tento faktor je zcela limitující už v rozvojovém světě, kde dosažením základního školního vzdělání se redukuje počet dětí o více než dvě a s dalším stupněm vzdělání dále klesá. Zdá se, že hlavně faktor vzdělání je ve zvýšené míře zodpovědný za klesající porodnost i v zemích vyspělých. Jelikož ekonomická a bytová situace může hrát v plánovaném rodičovství jenom pomocnou roli, nebude asi sebevíce intenzivní pronatalitní politika zaměřená na daňové úlevy, přídavky na děti a výstavbu sociálních a startovacích bytů dlouhodobě úspěšná a efektivní.

Teorie rovných příležitostí předpokládá, že pokud budou ženám i mužům dány naprosto rovnocenné šance, nebude mezi nimi z hlediska výsledků ve vzdělání a zájmu o jednotlivé obory vůbec žádný rozdíl. I na půdě Evropského parlamentu bývá v diskusích často rovná příležitost zaměňována za stejnost, za unifikované pohlaví. Naštěstí jsou muži a ženy svými dispozicemi předurčeni k tomu, aby u nich i proces učení probíhal odlišným způsobem, aby měli různé koníčky a zájmy. Jedině v této skutečnosti pak spočívá určitá šance pro plánované rodičovství. Přestože sňatek a porod dítěte vyžaduje od ženy větší profesní obět' než od muže, dávají alespoň některé ženy částečnou přednost biologickým výhodám mateřství před sociálně-společenskými výhodami bezdětnosti. I ve vyspělé společnosti se setkáváme také s různým očekáváním od sňatku. Ač to feministky nerady slyší, zůstávají naděje na manželství s bohatým mužem rozšířenější a společensky více legitimní než mužské úsilí o sňatek s bohatou ženou.¹⁶

Muži v řídicích funkcích si cení vysokých platů, dlouhodobých kariérních cílů a možnosti postupu. Ženy dávají přednost obsahově bohaté práci, kvalitě pracovního života, prostředí a mezilidských vztahů. Ač to zní poněkud provokativně, na povrchu sice převážila jistá zaměnitelnost sexuálních rolí, ve skutečnosti však sexuální dělba soukromých a veřejných rolí většinou trvá. Muži jsou stále agresivnější, netrpělivější a soutěživější, mají výraznější touhu po slávě, poctách a uznání, které můžeme označit za libido dominandi.

¹⁶ *Propopulační politika – ano či ne*, Praha: Centrum pro ekonomiku a kulturu CEP, 21/2002

Propad porodnosti ve vyspělých zemích není způsoben ekonomickými příčinami, ale hlubokou změnou hodnotového systému a pohlavních preferencí. Naštěstí však není nikde prokázáno, že by nízká porodnost měla negativní účinek na úroveň blahobytu země a jejích obyvatel. Podle definice WHO je zdravý stav dokonalého tělesného a duševního blaha. Rovněž sexuální a reprodukční zdraví by mělo zahrnovat toto individuální blaho, které by mělo reflektovat také změny sexuálních mužských a ženských rolí, tak, jak je moderní společnost přináší. Pokles porodnosti pak ztrácí reflexi celonárodní katastrofy a je vnímán jako přirozená součást ženské emancipace, jejíž počátky se kladou už do předminulého století. Moderní prostředky, zejména spolehlivá a účinná antikoncepce, jsou schopny přispívat k realizaci těchto požadavků sexuálního a reprodukčního zdraví.¹⁷

1.3 Právní otázky sexuální výchovy

Otevřená sexuální výchova a osvěta musí být dostupná všem, od školáků po nemocné, invalidy a důchodce. Každý člověk má právo na poučení o tak základních věcech, jako jsou plánování rodiny, včetně výhodné a dostupné antikoncepce, sexuální poruchy a problémy, případně sexuální deviace a sexuální delikvence.

Nezastupitelnou roli v sexuální výchově má škola, která především v předmětu rodinná výchova, ale i biologie, popřípadě občanská nauka přináší mladé generaci potřebné a fundované poučení o otázkách, které mají veliký význam nejen sociální, ale i zdravotní a právní.

Sexuální výchova, jako předmět sexuální pedagogiky, má své místo v pedagogické praxi i teorii. Jejím smyslem je příprava dětí a mládeže na partnerský, manželský a rodičovský život v nejširším slova smyslu, tedy i na život sexuální, včetně ochrany zdraví a výchovy dobrých mezilidských vztahů. Stručně řečeno, sexuální výchova připravuje dítě pro šťastný individuální a prospěšný společenský život.¹⁸

Dodnes se lze setkat při přednáškách a besedách se žáky základních škol, ale i uční a studenty na vyšším stupni škol nejen s elementárními neznalostmi, ale i nebezpečnými mýty a

¹⁷ *Propopulační politika – ano či ne*, Praha: Centrum pro ekonomiku a kulturu CEP, 21/2002

¹⁸ Janiš, K., Täubner, V.: *Didaktika sexuální výchovy*, Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 3

představami. Podobně tomu je i se základními znalostmi či neznalostmi z práva a to především práva trestního ve vztahu ke vzniku trestněprávní odpovědnosti za sexuální kontakty s osobami mladšími patnácti let.

Ničím nezpochybnitelný význam sexuální výchovy pro mladou generaci bývá konfrontován se stanoviskem některých rodičů a to především katolického vyznání, kteří se všemožně brání tomu, aby se jejich dětem dostaly ve škole potřebné informace.

Veškeré akce proti sexuální výchově ve školách vycházejí z pozic práv rodičů. Zapomíná se přitom na fakt, že právo rodičů své děti vychovávat a tudíž řídit život dětí je dáno rodičům ku prospěchu těchto dětí a jen z těchto pozic je možné toto právo uplatňovat a realizovat. Práva rodičů jsou odvozena od jejich péče o děti a jsou omezena nadřazeností zájmů dítěte.

Zákon o rodině vymezuje obsah rodičovské zodpovědnosti jako právo dítě vychovávat, právo dítě zastupovat, správu záležitostí dítěte, vyživovací povinnost, určení jména a příjmení dítěte. Nezletilé dítě vychovávají zásadně oba rodiče. Když rodiče spolu nežijí nebo manželství jeho rodičů bylo rozvedeno rodičovská zodpovědnost zůstává oběma rodičům zachována, pokud soud nerozhodne jinak.

Z povrchního gramatického výkladu obsahu rodičovské zodpovědnosti by tedy bylo možno dovodit, že mohou rodiče rozhodovat o tom, zda a v jakém rozsahu se dítě zúčastní na sexuální výchově a zda budou tuto oblast výchovy realizovat sami v souladu s " právem dítě vychovávat ". Absurdita tohoto výkladu vystoupí zřetelněji, pokud za sexuální výchovu dosadíme kupříkladu fyziku, češtinu nebo jiný předmět.

Úmluva o právech dítěte v článku 3 stanoví, že zájem dítěte musí být nejpřednějším hlediskem při jakékoliv činnosti, týkající se dětí. Podle článku 13 má dítě právo na informace všeho druhu a podle článku 24 má právo na vzdělání. Konkrétně je tímto článkem státům uloženo, aby mimo jiného zajistily výchovu k plánovanému rodičovství. Protože si lze jen stěží tuto výchovu představit jinak než-li v rámci školy, má tímto způsobem stát na ústavněprávní úrovni jasně vymezenou povinnost provádět na školách sexuální výchovu. Samozřejmě jde o obsah a nikoliv označení, takže kupříkladu rodinná výchova či výchova k plánovanému rodičovství tento požadavek splňuje. Jen na okraj je třeba připomenout, že

podle Úmluvy o právech dítěte, která jsou součástí právního pořádku České republiky, se za dítě považuje každá osoba mladší osmnácti let.¹⁹

Podle Čl. 33 odst. 1 Listiny základních práv a svobod má každý právo na vzdělání. Podle Čl. 32 odst. 4 téže Listiny je péče o děti a jejich výchova právem rodičů. Z tohoto článku však nelze dovodit, že by bylo přípustné v rámci realizace práva výchovy bránit dítěti v realizaci jeho práva na vzdělání nebo ho v tomto právu omezovat. Na 13. světovém sexuologickém kongresu, který se konal v červnu roku 1997 ve Valencii, byla jeho účastníky přijata Deklarace sexuálních práv a to jako výzva, aby každá společnost vytvářela takové podmínky, které by uspokojovaly potřeby plného rozvoje jednotlivce a respektovaly sexuální práva. Těchto práv zmíněná deklarace formuluje devět, mezi kterými je i právo na dostatečnou sexuální výchovu od narození a během životního cyklu. Tohoto procesu by se měly zúčastnit všechny společenské organizace.²⁰

Podobně i Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF (International Planned Parenthood Federation), jejímž řádným členem je česká Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu ([SPRSV](#)) vymezuje právo na informace a vzdělání.

Podle tohoto dokumentu má každý právo na přístup ke vzdělání a k pravdivým informacím týkajícím se jeho sexuálního a reprodukčního zdraví, práv a odpovědnosti, které berou v úvahu specifika jeho pohlaví, nejsou stereotypní, a jsou sdělovány objektivním, kritickým a pluralistickým způsobem. Každý má právo na dostatečné vzdělání a informace, aby bylo zajištěno, že jakékoliv rozhodnutí týkající se jeho sexuálního a reprodukčního života, bude činěno s jeho plným, svobodným a informovaným souhlasem. Každý má právo na plnou informovanost o relativních přednostech, nebezpečích a účinnosti všech metod regulace porodnosti a prevence neplánovaných těhotenství.

Problematika sexuální výchovy se dostala v roce 1994 na program Mezinárodní konference Spojených národů v Káhiře, které vyzvala vlády, včetně vlády České republiky, aby vycházely vstříc zvláštním potřebám dospívajících a vytvářely pro ně vhodné odpovídající programy, které by měly obsahovat podpůrné mechanismy výchovy a poradenství pro mladistvé v oblasti vzájemných vztahů mezi pohlavími a jejich rovnosti, zahrnovat prevenci násilí proti adolescentům, podporovat zodpovědné sexuální chování,

¹⁹ [http://www.004.cz/Poradny/Moravský regionální kongres 2004 - sborník](http://www.004.cz/Poradny/Moravsky_regionalni_kongres_2004_-_sbornik)

²⁰ tamtéž

odpovědné plánování rodiny, rodinného života, reprodukčního zdraví, předcházení sexuálně přenosným chorobám, nákaze HIV a prevenci AIDS.

I když neexistuje v žádném českém právním dokumentu právo na sexuální výchovu, existuje však právo na vzdělání a toto ústavní právo zcela vyčerpávajícím způsobem pokrývá i sexuální výchovu. Odpůrci sexuální výchovy operují nejčastěji tvrzením, že sexuální výchova náleží rodičům a nikoliv škole. Přitom v naprosté většině rodin stále nedochází k tomu, co by se dalo vážně považovat za sexuální výchovu.

Zásadním vodítkem v problematice je *nález Evropského soudu pro lidská práva ze 7. 12. 1976 - Kjeldsenovi aj. contra Dánsko*. Tehdy se několik dánských rodičů obrátilo na orgány Evropské úmluvy o lidských právech se stížností, ve které tvrdili, že povinná sexuální výchova je zásahem do rodičovských práv. Po zamítnutí stížnosti byla věc postoupena Evropskému soudu pro lidská práva a ten stížnost rovněž zamítl s tím, že Evropská úmluva nedává rodičům právo zasahovat do školní výuky, pokud se provádí objektivně a nesnaží se žáky indoktrinovat v etických a náboženských otázkách. V odůvodnění svého nálezu soud uvedl, že informace o sexuálním životě dětí dnes získávají z různých pochybných pramenů a že účelem sexuální výchovy je poskytnout tyto informace ve škole správně a objektivně, včetně informací o antikoncepci, aby nedocházelo k nežádoucím otěhotněním.²¹

Protože je Evropská úmluva součástí i českého práva, je nález Evropského soudu pro lidská práva v této věci závazným výkladem pro Českou republiku.

Samozřejmě je nezbytné vymezit určité dílčí otázky sexuální výchovy z hlediska věku a tudíž i přiměřenosti, formy a obsahu jednotlivých informací. Nezbytné je i stanovit do kterých tříd jaký výklad zařadit a kdo bude výuku realizovat.

Tyto otázky a jejich řešení však přesahují oblast práva a jsou plně v kompetenci především pedagogů.

²¹ Štěpán, J.: *Sexuální výchova mládeže je právní povinností státu* - přednáška na 7. celostátním kongresu k sexuální výchově v České republice, Pardubice 1999

2. Plánované rodičovství a antikoncepce

Antikoncepce je způsob ochrany před oplodněním a těhotenstvím. Smyslem používání antikoncepčních prostředků je mít pohlavní styk bez následného těhotenství. Některé tradice či náboženství používání antikoncepčních metod buď úplně zakazují, nebo je alespoň nějakým způsobem omezují. Antikoncepce by měla být záležitostí obou partnerů. Stejně tak je osobní věcí, pro kterou antikoncepční metodu se rozhodnou.²²

Snaha o to, jak zabránit početí, je velmi stará. Egypťané používali chemické prostředky a výtažky z rostlin jak na ochranu proti těhotenství, tak k rychlému potratu. Bariérové metody antikoncepce jsou známy už celá staletí. Používala se citrónová kůra, jehněčí kůže a čtverečky hedvábí.

Antikoncepce oddělila pohlavní styk od plození, takže zatímco kdysi se ženy vyhýbaly sexu ze strachu z nechtěného těhotenství, dnes už to dávno není zapotřebí. Antikoncepce také ženám umožňuje vyrovnat se s jejich sexualitou a převzít roli toho, kdo dává podnět k sexuálním prožitkům. Staví ženy do pozice, kdy mohou svobodně vysvětlit svým partnerům, čemu dávají přednost a co je pro ně příjemné.

Na rozdíl od minulosti a proto, že je to v zájmu ženy, se antikoncepce stala záležitostí ženy, ačkoliv by bylo ideální, kdyby se stala záležitostí obou partnerů. Toto se však opět mění. S příchodem AIDS se do módy opět vrací obyčejný kondom. To nutí muže, aby převzali zpět část zodpovědnosti.

Existují metody obecně více či méně účinné. Jestliže se některá metoda odzkouší na vzorku 100 párů a výsledkem je, že působí antikoncepčně v 99 případech, pořád ještě to neznamená, že pro jeden z onoho sta párů je neúčinná. Mnohé také záleží na tom, zda se příslušná metoda používá správně. V každém případě je dobře, když pár ví, jak k početí dochází a jak mu lze různými metodami zabránit. Také je vhodné, aby se dvojice poradila s lékařem nebo s někým z kliniky pro plánované rodičovství a aby o antikoncepci dokázali otevřeně a bez zábran hovořit.

²² Vácha, K.: *Antikoncepce*, Praha: ÚVZ, 1996, s. 12

2.1 Výběr vhodné antikoncepční metody

Výběr vhodné antikoncepční metody pro určitou dvojici s konkrétními požadavky není jednoduchou záležitostí a patří do rukou odborníka. Nebyla do dnešního dne ani objevena metoda, která by splňovala všechny požadavky a byla vhodnou antikoncepcí pro každou dvojici po celé období jejich plodnosti. Je proto nutné vědět, co můžeme od současné antikoncepce chtít a nechtít, znát dobře její účinky, umět je správně používat a dodržovat návody a rady lékařů.

Je důležité, aby byli partneři schopni o tomto problému otevřeně hovořit, aby nebyl věcí osudu a náhody. Každá dvojice by měla především přihlídnout ke svému zdravotnímu stavu, svou úlohu hraje i četnost pohlavních styků a v neposlední řadě i střídání partnerů a tudíž i riziko přenosu pohlavně přenosných chorob. Je také nutné zdůraznit, že odpovědnost za používání antikoncepce nespočívá pouze na ženě, ale i na muži.

Používání antikoncepce vyžaduje především motivaci. Hlavním důvodem proč jsou různé antikoncepční metody používány je strach z otěhotnění. Naopak na druhé straně nejčastějším důvodem, proč není antikoncepce používána, je její neznalost a obavy z nepříznivých účinků a nezodpovědnost.

Někdy i teoreticky méně spolehlivá metoda se ukáže účinnější než metoda sice teoreticky vysoce spolehlivá, ale nedbale nebo špatně užívaná. Všeobecně platí, že lépe je užívat některou antikoncepční metodu sice méně spolehlivou, než žádnou, protože i méně účinná metoda riziko nechtěného těhotenství přece jen snižuje, i když úplně neodstraňuje. Kombinací více metod se spolehlivost zvyšuje.

2.2 Přírozené metody plánovaného rodičovství

Mezi tyto metody patří nejstarší formy antikoncepce. Existují tři hlavní druhy - periodická abstinence, kojení a přerušovaná soulož.

Periodická abstinence

Sexuální abstinence v průběhu ovulace je založena na výpočtech opírajících se o kalendář, tělní teplotu ženy a vzhled vaginálních sekretů. Vezmou-li se v úvahu tyto ukazatele, může se vynechat soulož na dobu, ve které se uvolňuje vajíčko a přežívající spermie ho mohou oplodnit.

Všechny přírozené formy antikoncepce spoléhají na přesné vymezení doby ovulace. Kalendářní neboli rytmická metoda vyžaduje vedení přesného kalendáře a sexuální abstinenci v průběhu plodných dnů mezi posledním dnem menstruace a očekávaným prvním dnem menstruace příští. Tato metoda téměř zcela spoléhá na pravidelný cyklus.

Metoda sledování tělesné teploty je přesnější. Při ní se musí měřit teplota a pozorovat konzistence a barva vaginálních sekretů. Když se měří teplota velmi přesným teploměrem každý den ve stejnou dobu, měla by si žena všimnout zvýšení o zlomek stupně během druhé poloviny cyklu, ovšem pokud nedostala nějakou infekci. Je to způsobeno tím, že hormon progesteron je vylučován v době ovulace. Je schopen zvýšit teplotu těla asi o 0,6 C a na této úrovni ji udržovat až do příští menstruace. Druhá část tohoto postupu je známa jako Billingsova metoda. Vaginální sekrety se také v průběhu cyklu mění. Hned po menstruaci bude pochva poměrně suchá. Potom, jak se znovu vytváří hlen, můžeme pozorovat, že je hustý, kalný a lepkavý. Ten se pak v době ovulace změní na čirý a pružný. a vytváří se v hojně míře. Krátce potom se změní zpět na hustý a kalný, a takový bude do příští menstruace. Bezpečné období tedy je hned po menstruaci, když se žádný hlen netvoří, až do doby, než je hlen opět hustý. Předtím ovšem byl řídký a tak ukazoval na to, že došlo k ovulaci. Problém je, že semeno může skutečnou povahu vaginálních sekretů zastřít. Tato metoda nemá význam u žen s nepravidelným cyklem a vyžaduje od obou partnerů velkou zodpovědnost, což je pozitivním rysem. Neexistuje při ní riziko pro zdraví, ale možná pro partnerský vztah a pak, jelikož pravděpodobnost selhání je značně vysoká, riziko nechtěného těhotenství. Aby se tato

technika stabilizovala a aby si žena jasně uvědomila, co je pro ni normální, je třeba ji aplikovat nejméně šest měsíců.²³

Výzkum účinnějších metod na přesné vymezení ovulace pokračuje, a to by mohlo vzbuzovat naději na to, že periodická abstinence bude v budoucnosti antikoncepčním prostředkem.

Kojení

Tato metoda je rozšířena v zemích třetího světa a je spolehlivá u žen, které se rozhodly kojit své dítě déle než tři měsíce. Kojení v průběhu 24 hodin mění hladinu hormonů a zabraňuje ovulaci. Tato metoda není však pro plánované rodičovství spolehlivá a obzvláště nespolehlivou se stane, začne-li žena dávat svému dítěti tuhou stravu a režim kojení v průběhu 24 hodin se tak zredukuje. To, že po dobu kojení nemá žena menstruaci, ještě neznamená, že se v ní netvoří vajíčka. Z toho vyplývá, že ačkoliv kojení může u jednotlivých žen působit jako antikoncepce, není všeobecně spolehlivá bez dalších opatření, jako je minipilulka nebo bariérové metody.

Přerušovaná soulož

Přerušovaná soulož má mezi všemi antikoncepčními metodami určité výsadní postavení. Je totiž nesporně metodou nejstarší, nejlevnější, nevyžaduje žádné pomůcky a je dostupná prakticky vždycky a za každé situace. Má ovšem ještě jeden nesporný primát: jedná se totiž také o antikoncepci nejméně spolehlivou. V antikoncepčně vyspělých zemích, třeba v USA, užívají tuto metodu sotva 2 % lidí. Naproti tomu třeba v Turecku nebo v Polsku používá přerušovaný pohlavní styk nejméně třetina populace ve věku 15 - 44 let. Veliké překvapení nám ve výzkumu připravily také naše ženy, které v dotazníku vyplňovaném v roce 1993 uvedly používání této metody v 37,1 %. Za pět let sice užívání kleslo na méně než 25%, co je však stále varovné, že více než polovina mladých lidí uvádí, že přerušovaná soulož je jejich jedinou ochranou před nechtěným těhotenstvím při jejich prvním pohlavním styku.

²³ <http://www.mednet.medicina.cz/pacienti/sex/antikoncepce/preruseni.htm> - přirozené metody

Musíme si však uvědomit staré známé heslo, že je lepší něco, nežli nic. Světová zdravotnická organizace připouští, že i tato primitivní a nespolehlivá metoda může hrát určitou roli ve snižování plodnosti v zemích, kde hrozí populační exploze.²⁴

Princip metody je už popsán v bibli v 1. knize Mojžíšově. Praktikoval ji jistý Onan, který nechtěl zplodit dítě se svou ovdovělou švagrovou, a proto "vypouštěl své semeno na zem". Podle tohoto antikoncepčního průkopníka byla později pojmenována onanie, která je ovšem přerušované souloži podobná jenom velice vzdáleně. Starozákonní Hospodin sice Onana za jeho počínání potrestal, jak jinak než smrtí, stamilióny následovníků ovšem metodu praktikuje dosud. Také novodobí Onanové i v naší zemi přerušují soulož těsně před ejakulací, semeno vyprazdňují mimo rodidla ženy v blahé naději, že nemůže k otěhotnění dojít. Bohužel se však v plných 18 % setkávají s neúspěchem a jejich družky pak buď přivádějí na svět nechtěné a neplánované potomky, nebo jsou nuceny požádat o provedení umělého potratu.²⁵

Jaké jsou příčiny tohoto neúspěchu? Již před ejakulací, v jakémkoliv stadiu sexuálního vzrušení, se může objevit malé množství takzvané predejakulační tekutiny, která často obsahuje menší množství docela dobře pohyblivých spermií. Kromě toho někdy selhává i odhad správného okamžiku přerušování soulože, zejména u mužů trpících předčasnou ejakulací. Dalším nebezpečím je opakovaná soulož, při níž se do ženského těla mohou dostat zbytky semene z předcházející ejakulace, které zůstaly v močové rouře. Dokonce ani doporučené vymočení nemusí být vždycky úspěšné.

V některých starších knihách můžeme číst námitky, že prý je přerušovaná soulož zdraví škodlivá. To ovšem není pravda. Nespolehlivá, to ano, ale jsou známy opravdu spousty partnerských dvojic, které tuto metodu bez jakékoliv zdravotní újmy praktikují i řadu let. Antikoncepční úspěch je v takovém případě možno svést spíše na sníženou plodnost. Pokud se však týče škodlivosti nebo nezdravosti, ta může být jenom velice řídkým úkazem. Někdy se totiž může stát, že u netréovaných, nervózních a ustrašených jedinců mohou obavy ze selhání a ze správného odhadu chvíle přerušování styku kalit radost ze sexuálního spojení. Tato nervozita se pak případně může přenášet i na partnerku a neštěstí je hotovo.²⁶

Posledním hřebíčkem do rakve přerušovaného styku je pak ten prostý fakt, že takovýto způsob souložení vůbec člověka nechrání před sexuálně přenosnou nemocí. Pokud tedy

²⁴ Uzel, R.: *Jak neotěhotnět*, Praha: Scientia Medica, 1992, s. 18

²⁵ Uzel, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 47

²⁶ Uzel, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 48

srovnáme tento biblický a středověký způsob antikoncepce třeba s používáním kondomu, závěry takového srovnání jsou zcela jednoznačné.

2.3 Bariérová, chemická a hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko

Bariérové metody

Zabraňují průniku spermií do rodidel ženy. Předchůdcem ženské bariérové antikoncepce byly vaginální pesary vyráběné ze směsi krokodýlího trusu a medu, používané ženami ve starém Egyptě. V Číně a Japonsku si ženy přikládaly na povrch čípku děložního kousek hedvábného papíru. Francouzky ve středověku zaváděly do pochvy smotek látky namočený ve víně. Čistě mechanickou antikoncepci představoval pás cudnosti. Používán byl ženami osamocenými doma i muži na válečných výpravách, chránil před otěhotněním i pohlavním stykem. Zřejmě nebylo jeho hlavním cílem zamezit nevěře, ale pohlavním chorobám, které ve středověku neomezeně kvetly. Vaginální klobouček zavedl v roce 1838 Wilde.

Mezi ženské bariérové metody patří pesary, hubka a femidom. Počet selhání závisí na správném používání a kolísá mezi 2-20 na 100 žen za rok.

Vaginální pesar, diafragma, je latexový klobouček o průměru 6-10 cm s pružinou po obvodu. Proškolená žena si jej zavádí bezprostředně před stykem do pochvy před děložní čípek tak, aby se do něj spermie zachytily. Přední okraj se opírá o sponu stydkou, zadní o poševní klenbu. Na pesar se může nanést krém, který spermie hubí, což zvyšuje spolehlivost bariérové kontracepce. Nemá se odstraňovat bezprostředně po styku, lze jej nechat v pochvě několik hodin, např. od večera do rána.

Cervikální pesar je klobouček vyráběný na míru, upevňovaný na čípek děložní přísátím. Obtížně se zavádí, ale lze jej ponechat několik dnů.

Vaginální hubka je polyuretanová houbička o průměru 6 cm a síle 2 cm zaváděná před stykem do pochvy před děložní čípek nasaje ejakulát do sebe, brání pohybu spermií a navíc je chemicky ničí nonoxynolem-9.

Prezervativ, kondom. Předchůdci kondomu jsou známí již z antických bájí. Krétský král Mínos chránil své milenky před vlastním začarovaným semenem obsahujícím hady a štíry tak, že na penis navlékal kozi měchýř. Praktikoval tak vlastně bariérovou ochranu před přenosem pohlavní choroby. Ve středověku se návleky na mužský úd používaly jako ochrana před pohlavními chorobami a teprve od 18. století začaly plnit funkci ochrany před nežádoucím otěhotněním. Používala se zvířecí střeva a rybí měchýře. Od poloviny 19. století byla k výrobě použitelná guma. Dnes se nejčastěji jedná o latexový nebo polyuretanový elektronicky testovaný návlek na pohlavní úd, do něhož se semeno zachytí a tím se zabrání, aby spermie pronikly do rodidel ženy. Dosti spolehlivě chrání i před pohlavními chorobami (např. AIDS). Pokud je používán správným způsobem, je antikoncepcí velmi spolehlivou, uvádí se 3 těhotenství na 100 žen za rok. Prezervativ se navléká na ztopořený úd před zasunutím do pochvy. Zní to jako naprostá samozřejmost, avšak v praxi se lze setkat s tím, že muž zahájí soulož bez ochrany a teprve před ejakulací styk přeruší, navlékne kondom a styk dokončí. Na konci kondomu je rezervoár na ejakulát, který by měl být prázdný, neměl by v něm být ani vzduch, jinak se zvyšuje riziko prasknutí. U ozdobných kondomů může rezervoár chybět a je třeba na jeho konci ponechat prázdné místo. Po ejakulaci je třeba kondom u kořene penisu přidržet, z ochablého penisu může snadno sklouznout a obsah se vylíje do pochvy. Po vyjmutí kondomu se snadno zkontroluje jeho celistvost. Opakované používání jednoho kondomu je nepřípustné, lubrikační oleje mohou narušit jeho integritu. Většina kondomů je lubrikována výrobcem. Plejáda dostupných kondomů pokrývá i další rozmanité nároky, jako je aromatická vůně, atraktivní barva, velikost XXL nebo svítící, ozdobné nebo vroubkované kondomy.

Výhodou je jeho široká použitelnost a dostupnost (hotely, čerpací stanice, toalety), vysoká spolehlivost při správném používání, vysoká spolehlivost ochrany před přenosem pohlavních chorob, neškodlivost. Při předčasném výronu semene slabší dráždění penisu umožní muži prodloužit trvání pohlavního styku. Nevýhodou může být vzácně existující alergie na latex nebo silikonový olej.

Méně intenzivní dráždění penisu může činit potíže u mužů s problematickou erekcí, někdy uváděné i méně intenzivní pocity u ženy, které jsou však spíše předsudkem. U coitus condomatus a ostatních bariérových metod lze předpokládat zvýšené riziko rozvoje gestózy (preeklampsie), tj. onemocnění vázané na těhotenství, projevující se vysokým tlakem a ztrátami bílkovin močí, někdy otoky. Je způsobené insuficientním kontaktem imunitního

systému ženy s antigeny spermií a následně špatnou tolerancí k antigenům plodu, které pocházejí od otce.

Femidom, dámský kondom, se vkládá do pochvy před stykem a zachytí semeno jako prezervativ. Překrývá okraje poševního vchodu. Též výrazně chrání před pohlavními chorobami.

Výhody bariérových metod jsou široká použitelnost, relativně dobrá dostupnost a slušná spolehlivost při správném používání a zvláště v kombinaci s chemickými metodami. Jsou neškodné a představují určitou ochranu před pohlavními chorobami.

Nevýhodou je nutnost jistého komfortu (koupelna) a pozornosti při pečování a skladování. Existují alergie na výrobní materiál, možná je iritace sliznice.

Chemické metody

Spermie jsou hubeny chemickými přípravky (spermicidy). V lidovém lékařství a léčitelství se zkoušela široká paleta nejrůznějších sloučenin k ochraně před otěhotněním jako výplach pochvy před nebo po pohlavním styku (síran hlinitý, ocet, Coca-cola, chinin, česnek, pepř, fenykl, terpentýn, duběnky, extrakty z koky, mýdlo, prací prostředky, vykuřování pochvy atd.). Dlužno poznamenat, že výplachy čímkoli prováděné po styku jsou zcela nesmyslné, neboť spermie jsou v cervikálním hlenu přítomny během několika vteřin a ve vejcovodu již za 90 vteřin po ejakulaci. Používané sloučeniny rtuti nebo olova byly opuštěny pro toxicitu. Dnes jsou používané surfaktanty, které ničí povrchovou membránu spermií. Snižují povrchové napětí lipidické membrány a tím způsobují okamžitou a ireverzibilní zástavu motility spermií. Vedle toho mívají výrazný antimikrobiální a antivirový účinek (dokonce i proti HIV, údajně snižují riziko nákazy o 65%). Kandidy bývají k spermicidům necitlivé. Spermicidní přípravky se z pochvy nevstřebávají a nemají celkové vedlejší účinky. Nepůsobí dráždivě a neovlivňují negativně růst Döderleinova laktobacila. Vyrábějí se ve formě krémů, pěn, čípků, šumivých tablet nebo žele, které si žena zavádí do pochvy před každým stykem. Mohou se kombinovat s bariérovými metodami, čímž se výrazně zvyšuje jejich spolehlivost.

Výhodou spermicidů je široká použitelnost a relativně dobrá dostupnost, neškodnost, příznivý účinek na poševní prostředí a likvidace některých bakterií a virů.

Nevýhodou jsou existující alergie, nutnost manipulace v pochvě a menší komfort pohlavního styku (některé pacientky si stěžují na nadměrné pění přípravku).

Hormonální antikoncepce

Hlavním mechanismem účinku kombinované orální kontracepce je zastavení zrání vajíček a zabránění jejich uvolnění z vaječníku (blokáda ovulace), vedlejšími mechanismy je zahuštění hlenu děložního čípku, čímž se sníží jeho prostupnost pro spermie, a dále změny na děložní sliznici, které způsobí, že ani oplodněné vajíčko se nemůže zahnížit.

Dnešní tradiční hormonální antikoncepce je pilulka obsahující směs syntetických ženských pohlavních hormonů (estrogenů a gestagenů, resp. progestinů, progestin=syntetický gestagen). Podle chemického složení se dělí na estrogen dominantní a gestagen dominantní, staré vysokodávkované, vysokodávkované a nízkodávkované, jednostupňové, dvoustupňové a třístupňové. Jednostupňové (monofázické) obsahují jeden druh tablet se stejným množstvím hormonů, dvoustupňové (bifázické) obsahují dva druhy tablet a třístupňové (trifázické) tři druhy tablet, aby lépe odpovídaly přirozeným kolísajícím hladinám hormonů během menstruačního cyklu. Nízkodávkované přípravky se dále dělí na „low dosed“ obsahující 30-35 μ g ethinylestradiolu, „very low dosed“ s 20 μ g ethinylestradiolu a „extremely low dosed“ s méně než 20 μ g. Vrcholem vývoje by měly být přípravky nízkodávkované, tj. obsahující 35 a méně μ g ethinylestradiolu, a zároveň obsahující některý z nových progestinů (desogestrel, gestoden, norgestimát, event. dienogest), ať už jsou jednostupňové nebo třístupňové. Dalším pokrokem je zavádění drospirenonu, unikátního progestinu s farmakologickým profilem blízkým přirozenému progesteronu s antimineralkortikoidním a antiandrogenním účinkem.

Nitroděložní tělísko (IUD - intrauterine device)

Skutečnost, že přítomnost cizího tělesa v děložní dutině vyvolává sterilitu je známa již z antiky. Arabové dutou bambusovou holí zaváděli oblázek do dělohy velbloudicím před cestou přes poušť. Staří Řekové zaváděli stříbrné kroužky. V roce 1909 Richter popsal zavedení kroužku ze střívka bource morušového. V roce 1929 německý gynekolog židovského původu Ernst Gräfenberg popsal nitroděložní tělísko vyrobené ze stříbra. Metoda byla efektivní, ale pro časté zánětlivé komplikace, byť částečně způsobené nesterilním zaváděním, byla opuštěna, odsouzena a za Hitlera dokonce oficiálně zakázána. Před érou antibiotik každý zánět ohrožoval ženu nejen na zdraví, ale přímo na životě. Skutečný rozvoj nitroděložní kontracepce zaznamenala v 60. letech minulého století. Nejprve se vyráběla tělíska chemicky inertní, plastická nebo kovová. Poté se objevila tělíska medikovaná, obsahující biologicky aktivní látky. Nejčastější přísadou byla měď, u níž byl potvrzen antikoncepční účinek, méně často hormon žlutého tělíska progesteron nebo jemu blízký levonorgestrel. Látka se z tělíska uvolňuje přibližně 5 let.

IUD působí několika předpokládanými mechanismy. Hlavním je místní, „aseptická“ zánětlivá reakce děložní sliznice na cizí těleso. Aktivované makrofágy napadají tělísko a nabuzená lokální imunitní reakce fagocytózou likviduje spermie. IUD vyvolává hyperperistaltiku vejcovodů a vajíčko se dostane do dutiny v takovém stádiu vývoje, kdy ještě není schopno nidace.

U nejnovějších typů velmi důležité hormonální účinky, které výrazně zvyšují spolehlivost a snižují rizika. Nitroděložní hormonální systém Mirena obsahuje 52mg levonorgestrelu v tělísku. Účinkem gestagenu je zvýšení viskozity cervikálního hlenu, postupná atrofizace endometria a u některých žen inhibice ovulace. Počet selhání se uvádí 2 na 100 žen za rok, u Mireny je spolehlivost srovnatelná s hormonálními pilulkami. K dostání je u nás běžně typ Multiload-Cu 375 a Mirena. Typ Gyne T-380 Slimline se po 10 letech přestal dovážet. Nitroděložní systém Mirena je někdy řazen do hormonální antikoncepce.

IUD je spolehlivá a bezpečná metoda pro ženu, která již rodila, netrpí na výtoky a záněty a žije s jedním věrným mužem.

2.4 Sterilizace

Není divu, že o provedení sterilizace budou především usilovat ti lidé, kteří už další těhotenství opravdu neplánují. Víme dobře, že u ženy začíná plodnost klesat už od třicátého roku věku, Guinnessova kniha rekordů však uvádí ještě těhotenství u ženy 57leté. Zdravý muž je prakticky plodný až do konce života a občas se setkáme s otcovstvím u staříků bezmála osmdesátiletých. Od zplození posledního plánovaného potomka tedy u většiny lidí uplyne ještě pěkná řádka let, kdy je jim jejich plodnost na obtíž a právě tito jedinci usilují o antikoncepci trvalou, neškodnou a levnou. Není žádným tajemstvím, že právě chirurgická sterilizace splňuje všechna tato kritéria.²⁷

V mnoha rozvojových zemích, stejně jako v průmyslově vyspělém světě, můžeme rok od roku pozorovat přibývajícím počet sterilizovaných mužů a žen. Někde je tato antikoncepční metoda nesmírně populární, jako třeba v Holandsku, kde je v současné době sterilizována nejméně celá jedna třetina obyvatel ve věku plodnosti. V USA se již od roku 1970 provádí asi milión sterilizačních zákroků každý rok. V roce 1975 byl dokonce zaznamenán určitý zlom v poměru mužských a ženských sterilizací ve prospěch ženských. Dnes se z uvedeného miliónu sterilizací za rok provádí asi jedna třetina u mužů a dvě třetiny u žen. Tato ženská převaha se vysvětluje tím, že u ženy je zrušení sterilizace a návrat k plodnosti o něco úspěšnější.

Ve srovnání s mnoha jinými zeměmi je Česká republika dosud ve sterilizacích na hodně nízké úrovni. Sterilizovaných žen jsou u nás necelá tři procenta a počet sterilizovaných mužů nestojí ani za řeč. Neznamená to, že by naši občané neměli o tento trvalý a bezpečný způsob antikoncepce zájem. Tento neutěšený stav je do značné míry způsoben zastaralými předpisy. Ve většině zemí je typickou žadatelkou o sterilizaci žena se dvěma nebo třemi dětmi. U nás stále platí nařízení z roku 1972, podle kterého k tomu, aby jí byla povolena sterilizace, musí žena trpět vážnou chorobou. Pokud je zdravá, potřebuje k tomuto povolení nejméně čtyři žijící děti, pouze u ženy starší 35 let stačí ty děti tři. Je pochopitelné, že toto nařízení značně omezuje počet úspěšných žadatelek, a to ještě musíme vzít v úvahu zdoluhavost administrativního řízení. K projednání žádosti je jmenována nejméně tříčlenná komise, která sterilizaci může, ale také nemusí povolit.²⁸

²⁷ Uzel, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 117

²⁸ Uzel, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 118

Není tedy divu, že díky takovýmto opatřením u nás sterilizace zatím nezdolala. Příčina ovšem spočívá také ve špatné informovanosti lidí a v nedostatečné propagaci metody. Snad se ovšem začíná trochu blýskat na lepší časy. Na ministerstvu zdravotnictví je totiž připravena zákonná předloha nového zákona o sterilizaci, která by měla být součástí nově připravovaného zdravotnického zákona. Podle této směrnice by bylo možno provádět dobrovolnou sterilizaci kterémukoliv občanu na žádost aniž by v této žádosti udával důvody. Vzhledem k demokratickému principu plánovaného rodičovství, že každý by měl mít možnost svobodně rozhodnout o své plodnosti, bude to jistě opatření chvályhodné, i když jeho realizace bude mít u nás za ostatními vyspělými zeměmi nejméně dvacetileté zpoždění.

Ve všech civilizovaných zemích s demokratickým právním řádem je ženská i mužská sterilizace naprosto dobrovolným výkonem prováděným na vlastní žádost. Žadatelé jsou důkladně poučeni o charakteru zákroku a o trvalé neplodnosti jako jeho důsledku. Před sterilizací podepisují písemný souhlas a v některých zemích musí mezi tímto úředním aktem a vlastním výkonem uplynout ještě určitá doba na případné rozmyšlení a změnu názoru. Někde se ještě vyžaduje souhlas partnera nebo partnerky, jinde se předepisuje psychologické vyšetření, zkoumá se stabilita partnerského svazku, zjišťuje se počet dětí, jejich zdravotní stav apod. Všechna tato opatření směřují k tomu, aby rozhodnutí o sterilizaci nečinili žadatelé neuváženě, pod tlakem momentální situace nebo ve stresu.

I přes všechna tato opatření se však může stát, že se životní situace nečekaně změní (úmrtí dítěte, rozvod, nový partner nebo partnerka) a sterilizovaný člověk, ač původně dobrovolně tento výkon na vlastní žádost podstoupil, začíná toužit po obnovení plodnosti. Obnovení průchodnosti vejcovodů nebývá vždy úspěšné. U mužů je mikrochirurgická úprava přerušovaných chámovodů ještě o něco obtížnější, i když se některá renomovaná pracoviště i v těchto případech chlubí téměř padesátiprocentními úspěchy. Musíme si ovšem uvědomit, že něco jiného je objevení spermií v ejakulátu, ale daleko obtížnější je dosáhnout znovu takové jejich koncentrace, aby to stačilo k oplodnění ženy.²⁹

Dnešní metody asistované reprodukce však pomáhají i mužům s velice nízkou koncentrací spermií v semenné tekutině, nebo odebírají spermie přímo z nadvarlete a používají takto získané zárodečné buňky k přímému oplodnění vajíčka „ve zkumavce“.

²⁹ Uzel, R.: *Antikoncepční kuchařka*, Praha: Grada, 1999, s. 118

3. Umělé přerušeni těhotenství

- Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:
 - a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů
 - b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu
 - c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, nebo těhotenská sliznice

- Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušeni těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č.66/1988 Sb., o umělém přerušeni těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství).³⁰

3.1 Definice potratu a jeho druhy

Potrat je umělé ukončení těhotenství vypuzením nebo vynětím plodu v době od početí do okamžiku, kdy je plod schopen minimální dobu existovat mimo tělo matky (i pomocí přístrojů, jako jsou inkubátory apod., zhruba před 28. týdnem těhotenství).³¹

Statistika rozlišuje umělé přerušeni těhotenství, miniinterrupce, samovolné potraty a ostatní potraty. Umělá přerušeni těhotenství (včetně miniinterrupcí) tvoří téměř 3/4 všech potratů. Výskyt potratů úzce souvisí se způsoby omezování plodnosti, s propagací a šířením antikoncepčních prostředků a s celkovým populačním klimatem v zemi. Výskyt samovolných potratů je spojován s kvalitou životního prostředí a výživy a s životním stylem. K umělému odstranění plodu z těla matky se řada historických známých společností stavěla negativně a v zemích se silným katolickým vlivem byla tato činnost přísně trestána. Až do 1. světové války právní řády většiny zemí potrat zakazovaly. První stát, který uzákonil umělé přerušeni těhotenství na žádost ženy, byl SSSR (1923), od poloviny 50tých let byl zákon o umělém přerušeni těhotenství na žádost ženy zaveden ve většině bývalých socialistických zemí s

³⁰ Vyhláška MZ ČSR 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky

³¹ *Velký sociologický slovník*, Praha: Karolinum, 1996. s. 816

výjimkou NDR (zde vešel v platnost v roce 1965) a Albánie. V Anglii a Francii bylo umělé přerušení těhotenství uzákoněno až v 70tých letech. V bývalém Československu byl potratový zákon uveden do praxe v roce 1958, jeho prováděcí předpisy však různými úpravami omezovaly podmínky k provedení potratu. Od roku 1987 začal platit zákon, kterými byly zrušeny potratové komise a rozhodování o počtu a době narození dětí bylo ponecháno plně na matce. Zároveň byla zavedena nová technika provádění potratů, tzv. miniinterrupce.³²

Potrat je významnou životní a demografickou událostí, ke které mají jednotlivé společnosti rozdílné přístupy. Přírodní národy většinou neuvažují o plodu (a často ani o narozeném dítěti) jako o společenské bytosti. U amerických národů bylo umělé navozování potratů požíváním různých bylin prostředkem regulování porodnosti.

Druhy potratů

1. samovolný: spontánní vypuzení plodu z dělohy před ukončením 28. týdne těhotenství
2. miniinterrupce: jedná se o umělé ukončení těhotenství prováděné vakuovou aspirací. Tato metoda je pro ženu šetrnější a lze ji provést v raném stádiu těhotenství, tj. do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky
3. jiné legální umělé přerušení těhotenství: legální ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství³³

Po uplynutí 12 týdnů těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo, že plod je neschopen života. Nepatří sem ukončení mimoděložního těhotenství.

4. ostatní potraty: tj. potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou - jedná se převážně o tzv. kriminální potraty
5. mimoděložní: umělé ukončení mimoděložního těhotenství. Vzniká při uhníždění oplodněného vajíčka mimo dělohu, většinou ve vejcovodu, popř. též ve vaječniku či dutině břišní. Často je důsledkem předchozích onemocnění, zejména zánětů, které ztěžují průchod oplodněného vajíčka. Příznaky zprvu připomínají normální těhotenství, ale častěji jsou přítomny bolesti břicha. Rostoucí zárodek způsobí zhruba

³² *Velký sociologický slovník*, Praha: Karolinum, 1996. s. 816

³³ <http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty>

za 6 – 12 týdnů (podle místa patologického uhníždění) prasknutí vejcovodu s krvácením do břicha a celkovým těžkým stavem. Léčba je chirurgická.³⁴

3.2 Metody interrupcí

Existují tři způsoby provádění umělých potratů.³⁵

- vniknutím do dělohy skrze rodidla
- podáním chemického přípravku, který zabije nenarozené dítě, vyvolá porodní bolesti a děloha se vyprázdní porodem
- proniknutím do dělohy pomocí břišní operace

Potraty prováděné skrze rodidla

Menstrual extraction - očištění dělohy: Velmi raný potrat vysátím obsahu dělohy. Je často prováděn ještě před získáním pozitivního těhotenského testu.

Suction-aspiration - usilovné sání: Při této metodě musí potratář nejprve docílit uvolnění okrouhlého svalu v děložním krčku a poté krček rozevřít. Je to těžké, poněvadž hrdlo děložní je tuhé, nepružné, "nevyzrálé" a nepřipravené se rozevřít. Pak zavede do dělohy tuhous trubičkou z plastické hmoty, která má špičku ve tvaru nože. Sání roztrhá tělíčko dítěte na kousky. Poté potratář odtrhne placentu od vnitřní stěny děložní, do níž je hluboce vrostlá. Zbytky dítěte a placenty jsou odsáty do láhve. Používané sací zařízení má 29x větší sílu než běžný domácí vysavač.

Dilatation and Curettage - rozšíření krčku a výškrab dělohy: postup je podobný předešlému s tím rozdílem, že potratář tentokrát zavede do dělohy kyretu, tj. ocelový nůž ve tvaru uzavřené smyčky. Touto kyretou rozřezává placentu a dítě na kousky a vyškrabává ven do připravené nádoby. Obvykle při tom dochází k mohutnému krvácení.

³⁴ <http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty>

³⁵ <http://www.sweb.cz/9.a-parkany/pages/interupce2.htm> – metody interrupcí

Dilatation and Evacuation - rozšíření krčku a vyprázdnění dělohy: používá se, je-li plod starší než 12 týdnů. Je přitom potřebný též nástroj podobný kleštím, protože kosti dítěte jsou již zvápenatělé, stejně jako lebka. Dítě však nedostává narkózu. Potratář zavede nástroj do dělohy, uchopí dítě za nožičku nebo za jinou část těla a kroutivým pohybem ji rozerve a odtrhne od těla dítěte. To se znovu a znovu opakuje. Páteř dítěte se musí přelomit a odtrhnout a lebka rozdrtit, aby vše mohlo být odstraněno.

Potraty prováděné podáním chemického přípravku

Prvním nejužívanějším způsobem byla otrava solí - **saline amniocentesis**. Dělá se po 16. týdnu těhotenství. Dlouhou jehlou se propíchne břišní stěna matky a plodový vak dítěte. Do plodové vody se vstříkne koncentrovaný roztok solí. Dítě jej vdechne a polyká, je jím otrávené. "Úspěch" se projeví tím, že asi o den později matka dostane porodní bolesti a porodí mrtvé dítě. Příčinou smrti je akutní hypernatremie (vysoká hladina sodíku v krvi) nebo akutní otrava solí, při níž dojde k všeobecnému rozšíření cév, otokům, překrvení, krvácení, šoku a smrti. Někteří tuto metodu přirovnávají k účinkům napalmu na nevinné válečné oběti. Pravděpodobně je to stejně tak bolestivé.

Prostaglandinový potrat je další rozšířenou metodou. Prvá chemická forma tohoto lidského hormonu byla uvedena na trh pod názvem Prostin F2. Ten se měl vstříkovat do plodové vody. Tento hormon byl schválen pro použití k vyvolání potratu v druhém trimestru těhotenství. V jednom odborném článku byl mezi "komplikacemi" u tohoto hormonu uveden "porod živého dítěte."

RU-486 je chemický prostředek způsobující potrat. Bere se poté co matce vynechala menstruace. Účinkuje tak, že blokuje využití hlavního hormonu, nezbytného pro výživu dítěte, které se právě uhnízdilo v děložní sliznici. Po podání RU-486 výhonky zárodku, které se již zanořily do děložní sliznice, pozvolna chřadnou, odumírají a odpadají. RU-486 není antikoncepčním prostředkem jak se mnoho lidí mylně domnívá. Nezabraňuje oplodnění. Neužívá se k tomu, aby se předešlo implantaci na konci prvního týdne života dítěte. Užívá se až tehdy, když se matce nedostaví menstruace a dítě je již nejméně dva až tři týdny staré. RU-486 již neúčinkuje po uplynutí 6-8 týdnů těhotenství. Je to abortivní prostředek.

Potravy prováděné vniknutím do dělohy břišní stěnou

Nejběžnějším způsobem je **hysterotomie**: je to vlastně raný císařský řez. Chirurgicky se otevře břicho matky a stejně i děloha. Dítě se vyjme i s plodovým lůžkem a odloží se - nechá se zemřít. Tato metoda se obvykle používá ve vyšším stupni těhotenství.

V USA, Kanadě, Číně a dalších státech je interrupce povolena po celou dobu těhotenství. To znamená, že i v III. trimestru těhotenství. Nejběžněji se používá právě hysterotomie.

3.3 Práva matky a plodu

Většinou nebývá sporu o tom, že každý člověk je pánem svého vlastního těla. Například každý jedinec má právo odmítnout lékařské ošetření, dokonce i v případě, že je tím ohrožen jeho život. I v medicíně však existují výjimky. Například psychiatr intervenuje zcela legálně a provádí zákroky i proti vůli svého pacienta, ve svých rozhodnutích vychází z jeho změněných psychických schopností. Proti ošetřujícímu psychiatrovi se často koncentruje zloba a frustrace nejen ze strany pacienta, ale také od členů jeho rodiny a nejbližšího okolí, nicméně léčebné úsilí psychiatra (uplatňované i násilím) je s požadavky lékařské etiky v plném souladu. Léčba psychiatrických i nepsychiatrických pacientů proti jejich vůli je ve většině právních systémů zpravidla dobře definována.

Americká lékařská asociace definuje principy lékařské etiky jako "standard chování definující čestné počínání lékaře." Etické hodnoty úzce souvisí s právními zásadami, avšak etické povinnosti často nad právními předpisy převažují. Ve vyjímecných případech nejasného práva etická zodpovědnost přebírá úlohu právních závazků a nad těmito závazky převažuje.³⁶

Poměrně novou oblastí, zahrnující morální a etický konflikt pro lékaře, je problematika práv lidského plodu. Těhotná žena a plod představují unikátní vztah, ve kterém je plod zcela závislý na matčině výživě, životosprávě a přežití. Navíc je ještě matka zodpovědná za realizaci veškerých lékařských rozhodnutí, která mohou mít na plod vliv. Potrat je legální

³⁶ [http://www.004.cz/Aktuality004/Potravy/Práva matky a plodu.phtm](http://www.004.cz/Aktuality004/Potravy/Práva%20matky%20a%20plodu.phtm)

lékařský zákrok ukončující život plodu. Rozhodnutí o prenatální péči, konzumaci alkoholu, užívání drog, a všech okolnostech způsobu života je výhradním právem matky. Existuje okamžik, kdy práva plodu nabývají před svobodným rozhodnutím matky prioritu? Má plod právo narodit se živý a zdravý? A jestliže ano, ve kterém okamžiku těhotenství těchto práv nabývá? Má společnost zájem na zdravém vývoji plodu? A jestliže ano, disponuje společnost vůbec tímto právem? Může být matka i proti své vůli přinucena podstoupit lékařský zákrok umožňující zvýšení šance na přežití plodu?³⁷

Zodpovězení těchto otázek představuje často medicínské dilema a odpovědi nemohou být pouze bílé nebo černé, dokonce ani z hlediska soudních rozhodnutí. Také prioritizace práva matky a práva plodu bývá řešena většinou v rámci určitých tradic, zvyklostí a konsensu. Právní systémy jednotlivých zemí připouštějí, že jde zpravidla o řešení arbitrážní a právo se tak snaží reflektovat obecně přijatá mravní kritéria.

Přesná demarkační čára mezi právy plodu a právy matky neexistuje. Většina rozhodnutí vychází z toho, že práva plodu rostou s jeho zvyšující se životaschopností. Rozhodnutí musí být také často činěna s ohledem na stupeň invazivnosti plánovaného lékařského zákroku. S vyšší invazivitou a náročností výkonu roste opět rozhodovací pravomoc matky.

Často diskutovanou oblastí kompetence práv matky a práv plodu je také problematika umělého potratu. Zde bývá často citováno *rozhodnutí Nejvyššího soudu USA ve věci Roe v Wade z 22. ledna 1973*:

Neprovdaná těhotná žena, která si přála ukončit své těhotenství potratem, se obrátila na Nejvyšší soud s žádostí o deklaratorní prohlášení, že zákony státu Texas, týkající se provádění umělého potratu, jsou protiústavní. Tyto zákony zakazovaly provedení umělého potratu s výjimkou lékařské indikace zachování života ženy. Ve svém nálezu Nejvyšší soud USA konstatuje, že:

- Právo na soukromí zahrnuje rozhodnutí ženy zda ukončit či neukončit své těhotenství.
- Právo ženy rozhodnout o ukončení těhotenství není absolutní a může být v některém ohledu omezeno zájmem státu o zachování zdraví ženy, k použití náležitého medicínskému postupu a k ochraně potenciálního lidského života.

³⁷ http://www.004.cz/Aktuality004/Potrady/Prava_matky_a_plodu.phtm

- Nenarozený plod není zahrnut pod pojmem "člověk, osoba" (person), jak je užíván ve 14. dodatku Ústavy.
- Před ukončením prvního trimestru těhotenství nesmí stát omezovat nebo usměrňovat příslušné rozhodnutí lékaře vyplývající z konzultace s pacientkou o ukončení jejího těhotenství.
- Po ukončení prvního trimestru těhotenství až do okamžiku (point in time), kdy se plod stává životaschopným, může stát regulovat způsob provádění potratů pouze opatřeními směřujícími k uchování a ochraně zdraví ženy.
- Od okamžiku (point in time), kdy se plod stává životaschopným, může stát úplně zakázat provádění potratů s výjimkou těch, které jsou nezbytné k záchraně života nebo zdraví matky.

V obsáhlém spisu týkajícím se práv plodu se uvádí:³⁸ "Náš právní řád považuje historicky plod za část ženského těla a v důsledku toho mu neposkytuje žádná práva jako samostatné bytosti existující odděleně." Tzv. práva plodu mohou znamenat pohled na plod jako na nezávislou bytost, oddělenou od matky a se zájmy vůči matce třeba i nepřátelskými. Matka může být přinucena k císařskému řezu třeba násilím a proti své vůli. Dítě by tak mohlo obžalovat svou matku pro poškození vyplývající z jejich činností a jednání nebo nedostatku nějakých aktivit v průběhu těhotenství.

Pohled na plod prostřednictvím právního systému je spíše sociální než biologický. Podle Roberta H. Blanka je samotný pojem "práv plodu" deformací skutečnosti a zatemňuje to, co by mělo stát v popředí zájmu, to je zdraví nenarozeného dítěte. Toto úsilí nespočívá v tom, že plod má nějaká práva, ale spíše v tom, že dítě, které se jednou má narodit by mělo být ochraňováno odvratitelných poškození v průběhu těhotenství. Pokročilé metody prenatalní diagnostiky a ultrazvukové vyšetření přestává z nenarozeného dítěte dělat "zázrak a tajemství v děloze". Všechny tyto procedury přispívají nejlépe k jeho prenatalnímu poznání a uznání.³⁹

Pokud vůbec uvažujeme o právech plodu, tato práva by měla být vztažena zásadně k životaschopnosti plodu. V prvním trimestru těhotenství zřetelně převažují práva matky, což

³⁸ [http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty/Práva matky a plodu.phtm](http://www.004.cz/Aktuality004/Potraty/Práva%20matky%20a%20plodu.phtm)

³⁹ Tamtéž

znamená, že má v té době plné právo žádat o provedení umělého potratu. Podle rozhodnutí Nejvyššího soudu USA v té době právo plodu, narodit se živý a zdravý, ještě neexistuje. V okamžiku nabytí životaschopnosti toto právo plodu začíná narůstat a nejvyšší hodnoty nabývá před porodem. V posouzení převahy práv matky a práv plodu ve druhém a zejména pak ve třetím trimestru těhotenství neexistuje mezi těmito právy žádná jednoznačná demarkační čára a všechny případy by měly být posuzovány individuálně. V posuzování jednotlivých případů zde bude hrát roli kromě stavu a životaschopnosti plodu také náročnost lékařského výkonu a riziko pro zdravotní stav matky.

4. Umělé oplodnění jako součást plánovaného rodičovství

Léčba neplodnosti pomocí metod asistované reprodukce je jednou z nejprogresivnějších oblastí moderní medicíny. Od narození prvního dítěte ze zkumavky v roce 1978 (Louise Brownová, která se narodila ve Velké Británii díky péči slavných průkopníků Edwardse a Steptoea) došlo v oblasti výzkumu a diagnostiky neplodnosti a ve vývoji léčebných postupů k obrovským pokrokům.

4.1 Neplodnost

Navzdory velkému počtu párů, které nemohou mít dítě, zůstává neplodnost osobní záležitostí. Utrpení a beznaděj, kterou vnáší bezdětnost i do jinak dobrého vztahu, jsou značné. Páry, marně se pokoušející o početí, se obracejí na svého lékaře s žádostí o radu - a často také požádají lékaře specialistu, aby jim poskytl cílenou léčbu.

Moderní léčba neplodnosti nabízí široké spektrum léčebných postupů, které jsou těžko navzájem srovnatelné. Jsou zde i jiné důležité aspekty - náklady, doba potřebná k léčbě, zklamání, úzkost. To vše vyvolává otázky, na které málokdo z nás dokáže odpovědět stručně a jednoduše, a které vyžadují radu odborníka - zejména pokud jde o nejvhodnější formu léčby a pravděpodobnost úspěchu.

Výběr jednoho určitého postupu závisí na typu (příčině) neplodnosti. Všechny typy léčby však mají jedno společné: podávají přírodě pomocnou ruku, připravují vajíčka a spermie tak, aby měly větší naději splynout, dát vzniknout zárodku a případně zdravému děložnímu těhotenství. Z tohoto důvodu jsou tyto postupy léčby známé jako “asistovaná reprodukce” nebo “asistované početí”.

Normální plodná dvojice ve věku okolo 25 let, která má pravidelný pohlavní styk, má každý měsíc šanci na otěhotnění jedna ku čtyřem. To znamená, že asi devět z deseti párů pokoušejících se o početí, uspěje během jednoho roku. Nicméně jeden pár z deseti ne - a právě v tomto případě jde o neplodnost nebo-li sníženou plodnost. Lékaři obvykle definují neplodnost jako neschopnost otěhotnět po nejméně jednom roce pravidelného pohlavního

styku. Přesto může mnoha “neplodným” dvojicím pomoci léčba v rámci asistované reprodukce.⁴⁰

Dříve než se dvojice zařadí do programu asistované reprodukce, jsou zde další postupy léčby, které také mohou pomoci. Navíc mnoho pacientek, kdysi zapojených do léčby neplodnosti, zjistilo, že přes léta pokusů najednou otěhotněly zcela přirozeně.

Vyšetření prováděná lékařem mohou ve většině případů určit pravděpodobnou příčinu neplodnosti. Pouze okolo 20 % zůstává nevysvětleno - a dokonce i tehdy může být léčba úspěšná. Za neplodnost páru bývá asi ve 40 % případů zodpovědná žena a v dalších 40 % muž. Testy potřebné k určení příčiny zahrnují u žen zjištění ovulace, kvality vejcovodů a hormonální hladiny, u mužů pak tvorbu spermií (počet, pohyblivost a tvar).

Asistované početí obvykle nebývá prvním krokem v léčbě neplodnosti. Nejprve bývají doporučovány jiné možnosti, jako například vhodné načasování pohlavního styku. Postup léčby, který lékař zvolí, závisí především na výsledcích vyšetření. Například preparáty k léčbě neplodnosti spolu s vhodným načasováním styku by nepomohly dvojici, jejíž neplodnost je způsobena uzávěrem vejcovodů ženy. V takovém případě pomůže pouze chirurgické zprůchodnění nebo asistovaná reprodukce.

4.2 Metody asistované reprodukce

Možností je celá řada a záleží vždy na diagnóze a zjištěném typu neplodnosti. Proto musí lékař i pacient učinit závažná rozhodnutí.

Vyvolání ovulace

Princip vyvolání ovulace spočívá ve stimulaci vaječnicků léky tak, aby vyprodukovaly větší počet vajíček (obvykle dvě, nejvíce tři), a tak umožnily přirozené oplození při pohlavním styku. Nejvhodnějšími adeptkami pro tuto léčbu jsou ženy s hormonálními poruchami a se syndromem polycystických ovarií. K úspěchu je nutné, aby byl styk

⁴⁰ *Lékařské listy*. Rubrika: Porodnictví, 26.08.2005, s. 6

načasován v souladu s ovulací dosaženou prostřednictvím léčby. Proto je sledování reakcí na léčbu nezbytnou součástí programu, aby maximalizovalo šanci na úspěšné otěhotnění a minimalizovalo rizika. Průměrná naděje na početí po jednom cyklu léčby je od 15 do 25 procent.⁴¹

Umělé oplození - In Vitro Fertilizace

Umělé oplození (IVF) je klasická technika známá jako “děti ze zkumavky” a jde pravděpodobně o nejrozšířenější proceduru asistované reprodukce na světě. Jednoduše řečeno: při IVF se z vaječníku odebere několik vajíček, ta se oplodní v laboratoři spermiemi partnera. Několik vybraných zárodků (embryí) se přenese do dělohy, kde dojde k implantaci a těhotenství. Ačkoliv byla tato metoda vyvinuta pro dvojice, jejichž neplodnost spočívá v poškození vejcovodů, ukázala se jako vhodná v případě endometriózy, problémů se spermiemi (nízký počet nebo špatný tvar) a dokonce i v případech s neznámou příčinou. Studie ukazují, že k otěhotnění dochází asi v 25 % případů na jeden cyklus léčby a pravděpodobnost donošení je o něco málo nižší. Celkový průměrný počet dětí narozených po IVF je okolo 15 % na každý cyklus léčby. Tato čísla se nijak výrazně neliší od údajů pro normálně plodné páry. Většina studií prokázala snížení poměru těhotenství u žen po 35 letech. Z tohoto důvodu mnoho odborníků doporučuje neváhat s léčbou u těch dvojic, kdy je ženě okolo třiceti let.⁴²

Přenos gamet do vejcovodu (GIFT)

GIFT se od IVF liší, protože vajíčka odebraná z vaječníku jsou vrácena do vejcovodu téměř ihned po odběru spolu s malým množstvím spermií. Lékaři stihnou vajíčka vyšetřit, vybrat maximálně tři a přidat spermie, pak vše vrátí do vejcovodu. Na rozdíl od IVF nedochází k oplození “ve zkumavce” (tedy v laboratoři), ale v přirozeném prostředí vejcovodu. Protože jsou však zároveň odebírána a vrácena vajíčka, musí lékař vidět, co se děje - k tomu slouží malý chirurgický nástroj, laparoskop. K laparoskopii je nutné provést malý řez na břicho, což se provádí v celkové anestézii.

⁴¹ <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

⁴² tamtéž

GIFT, stejně jako IVF, prokázal, že je velmi úspěšnou technikou asistované reprodukce. Počet otěhotnění po GIFT závisí na individuálních okolnostech, ale byla zaznamenána až 36 % úspěšnost na léčebný cyklus a průměrný poměr živě narozených dětí je 26 %. Ačkoliv některé kliniky mohou dosahovat takto vysoké úspěšnosti, jiné mohou být daleko méně úspěšné. GIFT je vhodnou léčbou pro dvojice s neznámou příčinou neplodnosti a v mírných případech endometriózy za předpokladu, že jsou vejcovody v pořádku!⁴³

Umělá inseminace

Nejnovější studie s umělou inseminací dokazují, že nejlepších výsledků se dosahuje při inseminaci prováděné v souladu s ovulací vyvolanou léky, jako například u IVF nebo GIFT. Je důležité, aby lékař při této stimulaci vaječnicků sledoval hormonální léčbu, aby nedošlo k vývoji nadměrného počtu folikulů. Příliš mnoho folikulů uvolní mnoho vajíček a zvýší tak riziko vícečetného těhotenství, proto bývá obvykle cílem získat maximálně tři vajíčka. To je mnohem méně, než při IVF nebo GIFT, ale riziko vícečetného těhotenství je tak minimalizováno. První fáze léčby jsou podobné krokům 1-2 při IVF. Procedura se mění pouze v době ovulace.

V době okolo ovulace je připraven vzorek spermatu partnera a jemným katetrem umístěn buď do děložního hrdla nebo vysoko do dělohy partnerky. Druhá jmenovaná procedura se jmenuje nitroděložní inseminace, IUI.

Protože k oplození dochází v přirozeném prostředí (tedy ve vejcovodu), musí být vejcovody průchodné.

Úspěšnost IUI po stimulaci vaječnicků (superovulaci) se pohybuje mezi 10 a 15 procenty na cyklus, ale po několika pokusech během jednoho roku může dosáhnout až 50 %. Je důležité, aby počet spermií partnera byl v hranicích normálu a vejcovody partnerky byly v pořádku. Lékař může zkusit 3 - 4 cykly IUI a pokud neuspěje, doporučit jinou metodu, jako například IVF nebo GIFT.⁴⁴

⁴³ <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

⁴⁴ tamtéž

Pokud nejsou spermie partnera v pořádku, může být použito zmražené sperma anonymního dárce (tzv. AID). Všichni dárce spermatu musí být vyšetřeni na genetická a virová onemocnění. Nejnovější pokroky v technikách zavádění spermatu (např. ICSI) vedly k tomu, že anonymní dárcovství spermatu je stále méně využíváno.

Dárcovství vajíčka

Dárcovství vajíčka (oocytu) je metoda, která může vyvolávat etické otázky a vždy je důležitá důkladná konzultace. Léčba byla vytvořena pro ženy, u kterých se nevyvíjí vlastní vajíčka. Darované vajíčko je také vhodné pro ženy s genetickým onemocněním, které by mohly tuto poruchu přenést na své děti.

Jak ukázaly četné studie, pro úspěšné dárcovství vajíčka je klíčový jak věk příjemkyně, tak věk dárkyně. Vajíčka žen mladších 35 let jsou pro oplození a těhotenství mnohem vhodnější.

Darování vajíčka není nic jednoduchého. Dárkyně musí před odběrem podstoupit stejnou hormonální léčbu a lékařský dohled, jako žena podstupující IVF nebo GIFT. Z těchto důvodů bývají dárkyněmi vajíčka většinou mladé ženy (pod 35 let), které jsou připraveny obětovat hodně času a pohodlí. Musí být však zaručena anonymita mezi dárkyní a příjemkyní a zároveň mezi dárkyní a narozeným dítětem. Všechny potencionální dárkyně a dobrovolnice musí být vyšetřeny kvůli genetickým vadám a virovým onemocněním.

Zatímco dárkyně vajíčka prochází programem stimulace vaječnicků a odběru vajíček, musí být příjemkyně připravena na těhotenství - a k tomu se také používají hormony. Příjemkyně dostává dva ženské hormony - estrogen a progesteron, které napodobí normální průběh "těhotenství", takže roste děložní sliznice, tak aby se v ní oplozené vajíčko mohlo uhnízdit.

Odebraná vajíčka dárkyně, jsou oplozena připravenými spermii partnera příjemkyně. Maximálně tři zárodky jsou dva až tři dny po oplození přeneseny do dělohy, ostatní jsou obvykle uschovány pro pozdější použití.

Dárcovství vajíček se ukázalo být úspěšnou metodou asistované reprodukce a pro ženy, které nemohou produkovat vlastní vajíčka je zároveň jedinou léčbou. Bez ohledu na úspěchy je jeho využití omezené, především pro nedostatek dárkyň.

Oplození pomocí ICSI

Techniky intracytoplazmatické injekce spermií (ICSI) byly v několika posledních letech oslavovány jako zcela revoluční a nabídlly možnost léčby těch nejobtížnějších případů mužské neplodnosti. Tam, kde v minulosti nemohli lékaři dvojicím, jejichž neplodnost byla důsledkem nějaké vady spermií, nabídnout nic jiného, než dárcovství spermatu, nabídla ICSI skutečné řešení.

Technika ICSI využívá mikroskopy a “mikromanipulaci”. Embryolog drží na konci tenoučké pipety jediné lidské vajíčko a může do něj vbodnout jehlu (obsahující jednu vybranou spermii), která je sedmkrát tenčí než je průměr lidského vlasu. Při normálním počtu může být v jediném ejakulátu více než 200 miliónů životaschopných spermií, ale z tak obrovského počtu se jen několik set dostane k uvolněnému vajíčku ve vejcovodu a je schopno ho oplodnit. Muž s celkovým počtem spermií pod 20 miliónů (tedy 5 miliónů na mililitr) byl vždy považován za neplodného. Nyní dokáže ICSI docílit oplození s jedinou spermii vbodnutou do vajíčka.⁴⁵

V Bruselu, kde byla ICSI prováděna nejúspěšněji, bylo oplozeno celých 70 % vajíček zpracovaných touto metodou - a to často spermiemi ze vzorků, které zdánlivě neobsahovaly životaschopné buňky. Když byla vajíčka oplozená při ICSI přenesena do těla partnerky, poměr otěhotnění a porodů byl stejně vysoký, jako u běžného IVF a někdy dokonce i vyšší!

Tato mikro-technologie byla nyní uzpůsobena k použití při léčbě neplodnosti nejenom mužů, kteří nemají kvalitní sperma, ale i těch, kteří neprodukují vůbec žádné, kvůli blokádě či jiným poruchám varlat. Technika známá jako mikroepididymální nasátí spermií (MESA) spočívá v odebrání malého množství semene z nadvarlat. Získané spermie se využijí pro oplození pomocí ICSI. Podobná technika, při které se spermie získávají pomocí biopsie

⁴⁵ <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

nepatrného kousku tkáně varlat (známá jako TESE) pomáhá mužům, kteří nemohou tvořit vlastní spermie.⁴⁶

Výsledky obou techniky jsou až dosud velmi povzbudivé a ukazují, že muži, kteří z různých důvodů nejsou schopni ejakulace nebo tvorby spermií, mohou nyní poskytnout spermie k oplození partnerčina vajíčka.

Neplodné páry zařazované do programů léčby pomocí ICSI jsou obvykle pečlivě vybírány (například kvůli vážným defektům spermií). Tyto páry mají již často zkušenost s neúspěšným IVF. Protože je zde teoretické riziko, že neplodnost partnera může být důsledkem dědičného onemocnění, může být vyžadováno genetické vyšetření. Většina středisek také vyžaduje sledování průběhu těhotenství a období po porodu.

Partnerka musí samozřejmě podstoupit běžnou proceduru superovulace a odběru vajíček a partner musí dodat vzorek spermatu (pokud není provedeno MESA nebo TESE). Pro úspěch ICSI je důležitá příprava a výběr spermií, prováděná procesem promývání a třídění. Tato příprava umožňuje oddělit několik životaschopných spermií z jinak nepoužitelného vzorku.

4.3 Rizika asistovaného početí

Protože všechny metody asistované reprodukce nabízejí celkovou nadějí okolo 15 až 20 % na každý cyklus léčby, největším rizikem pro dvojice podstupující léčbu je zklamání. Nicméně studie prokázaly, že pravděpodobnost otěhotnění se s dalšími cykly zvyšuje a je srovnatelná s přirozenou reprodukční schopností.⁴⁷

Se samotnou léčbou je spojeno několik rizik. GIFT vyžaduje celkovou anestézii kvůli provedení laparoskopie, což může - ve velmi vzácných případech - způsobit komplikace. Ve skutečnosti je to jeden z důvodů, proč odborníci na neplodnost v některých zemích dávají přednost IVF před GIFT - tedy ne proto, že by byly výsledky lepší, ale proto, že není nutná celková anestézie.

⁴⁶ <http://www.neplodnost.cz/verejnost/informace>

⁴⁷ tamtéž

Nejběžnějším "vedlejším účinkem" léčby je vícečetné těhotenství. To může způsobit nejen vážné sociální problémy (zejména jak děti rostou), ale také souvisí s větší pravděpodobností potratu a nižší porodní hmotností dětí. Nejpůsobivějším "nebezpečím" asistované reprodukce je tzv. syndrom hyperstimulace vaječnicků (OHSS), ke kterému může velmi vzácně dojít v důsledku hormonální léčby ve fázi před odběrem vajíček. Příliš vysoká dávka hormonů může vyvolat nadměrnou stimulaci vaječnicků, která se může projevit bolestí břicha. Aby se lékaři vyhnuli tomuto riziku, stejně jako riziku vícečetného těhotenství, sledují pečlivě průběh hormonální léčby a její vliv na vaječníky.

Ve většině zemí je dvojicím podstupujícím asistovanou reprodukci poskytována poradenská služba. U mnohých, kteří dospěli do fáze asistované reprodukce, vyvolala frustrace z bezdětnosti vážné emocionální problémy, takže obvykle ocení nabídnutou pomoc v tomto těžkém období.

Asistovaná reprodukce jako léčba navíc sama o sobě vyžaduje poradenskou péči. Podstoupit léčbu není vždy jednoduché a podle výsledků statistik není úspěch zaručen. Dokonce i dvojice, kterým se podaří otěhotnět, mohou prožít těžké zklamání ze ztráty plodu.

Některé dvojice zjistí, že dilemata vyvolaná asistovanou reprodukcí mohou lépe zvládat po rozhovoru se zkušeným poradcem. Ten jim může pomoci vyřešit i tak složité otázky jako například co udělat se zbylými zmraženými embryi, jak přijmout genetickou anonymitu dárkyně vajíčka či jak se vyrovnat s případným neúspěchem léčby?

Protože přibližně čtyři z pěti dvojic podstupujících jeden cyklus asistované reprodukce neotěhotní, je snadné hovořit o selhání. Pravdou však je, že celková úspěšnost asistované reprodukce je přibližně stejná, jako u přirozené reprodukce a někdy dokonce i vyšší. Naděje na úspěch se stále zvyšují s každým cyklem léčby, 100 dvojic podstupujících asistovanou reprodukci zjistí, že jejich počet po několika cyklech stále klesá. Po čtyřech cyklech může tento kumulativní poměr otěhotnění dosáhnout až 50 % úspěšnosti po IVF. Přesto je pravděpodobnost početí nižší u žen nad 40 let. Nejnovější pokroky v léčbě mužské neplodnosti prostřednictvím ICSI způsobily, že naděje mužů s poruchami tvorby spermií na otcovství jsou mnohem vyšší.⁴⁸

⁴⁸ *Lékařské listy*. Rubrika: Porodnictví, 26.08.2005, s. 6

Závěr

Plánované rodičovství není pouze problém individuální (záležitostí muže a ženy), ale má rozměr celospolečenský.

Každý z nás má sice právo svobodně se rozhodnout o době a počtu zplozených dětí, ale současně má každý také povinnost se o dítě starat a zajistit mu optimální péči a výchovu.

K dosažení takového cíle však nestačí pouze touha stát se otcem či matkou, ale je třeba se na tuto roli připravit. Rodiče by měli být dostatečně informovaní, vyspělí a zralí. V neposlední řadě je třeba brát v úvahu také ekonomickou a sociální situaci rodiny, jakožto základního článku společnosti.

Je tedy především povinností společnosti zajistit každému jedinci kvalitní informace z oblasti sexuální výchovy. Každý z nás má právo na poučení o základních věcech, jako jsou plánování rodiny, výběr vhodné a dostupné antikoncepce, otázky umělého přerušení těhotenství, které se může stát nejen velkým zdravotním, ale i sociálním problémem, nebo v poslední době stále aktuálnější problematika umělého oplodnění.

Povinností a zájmem společnosti by mělo být také zajištění odpovídajících sociálních, ekonomických a právních podmínek proto, aby se dítě rodilo jako chtěné a očekávané a abychom mu připravili to nejlepší prostředí, ve kterém bude vyrůstat.

Na druhé straně by měl mít každý člověk možnost těchto všech dostupných informací a práv využít. Při využívání práv je třeba však počítat i s plněním určitých povinností a nutností nést případné následky za svá rozhodnutí.

Je tedy zřejmé, že plánované rodičovství se netýká pouze jednotlivců (rodičů, dětí), ale je záležitostí a problémem celé společnosti.

Resumé

Téma Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém jsem zvolil, protože před otázkou plánování rodiny se dříve nebo později ocitne každý z nás, neboť touha po dítěti je u většiny lidí vrozená.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol a jejím cílem je poukázat na to, že plánované rodičovství není jen záležitostí muže a ženy, nýbrž celé společnosti, a že jen vítané dítě má optimální předpoklady pro svůj další vývoj.

První kapitola je zaměřena na plánované rodičovství jako základní lidské právo, problémy rodinné politiky, populační vývoj a právní otázky sexuální výchovy.

Ve druhé kapitole píše o antikoncepci jako nedílné součásti plánovaného rodičovství. Zabývám se výběrem vhodné antikoncepční metody a popisuji jednotlivé druhy antikoncepce, které jsou běžně dostupné.

Kapitola třetí je věnována problematice umělého přerušení těhotenství. Jsou zde popsány druhy a metody interrupcí a práva matky a plodu.

Umělé oplodnění jako součást plánovaného rodičovství je zmíněno v poslední kapitole. Je zde definována neplodnost. Kapitola obsahuje přehled metod asistované reprodukce a zabývá se též riziky asistovaného početí.

Při zpracování daného tématu jsem využil systémovou metodu a sekundární analýzu literárních pramenů, odborných článků, sborníků, statistických materiálů, zákonů a informací z internetu.

Anotace a klíčová slova

Anotace

Plánované rodičovství jako individuální a společenský problém. Bakalářská práce se zabývá rodinnou politikou, otázkami sexuální výchovy, popisuje jednotlivé druhy antikoncepčních metod, definuje potrat a jeho druhy a metody. Věnuje se problematice neplodnosti a objasňuje možnosti, metody a rizika asistované reprodukce.

Klíčová slova

Plánované rodičovství, sexuální výchova, antikoncepce, těhotenství, interrupce, umělé oplodnění.

Annotation and key words

Annotation

Planned conception as the society and an individual issue. Bachelor's work deals with family policy, questions of sexual education, describes particular kinds of contraception methods, defines abortion and its kinds and methods. It deals with the questions of fertility and explains possibilities, methods and risks of assisted reproduction.

Key words

Planned conception, sexual education, contraception, pregnancy, interruption, assisted reproduction.

Literatura a prameny

Prameny

1. Sdělení č. 104/1991 Sb. Federálního ministerstva zahraničních věcí o Úmluvě o právech dítěte
2. Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství
3. Zákon Národního shromáždění č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství
4. Vyhláška MZ ČSR 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky

Literatura

5. Brtníková, M. a kol.: *Sex? AIDS!*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1989
6. Brzek, A. a kol.: *Průvodce sexualitou člověka*. 1. vyd. Praha: SPN, 1993
7. Capponi, V. a kol.: *Sexuologický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994
8. Cyran, W.: *Dospívám v ženu*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1997
9. Čepický, P.: *Antikoncepce*, Praha: Centrum národní podpory zdraví, 1993
10. Donát, J.: *Důvěrně a otevřeně o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1998
11. Fendrich, Z.: *Moderní metody plánování rodičovství*. 1. vyd. Praha: Printop, 1995
12. Janiš, K., Täubner, V.: *Didaktika sexuální výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999
13. Jonas, R.: *Zázračná cesta na svět*. 1. vyd. Bratislava: Slováry, 2001
14. Kabelková, A.: *Plánované rodičovství*. 1. vyd. Brno: Univerzitní knihovna, 1967
15. Konečná, H.: *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003
16. Konečná, H.: *Reprodukční zdraví 2005*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005
17. Mitröhner, M.: *Vybrané právní otázky učitelského povolání*. 1. vyd. Praha: MŠMT, 2001
18. Možný, I.: *Česká společnost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002
19. Nevoránek, J., Řehoř, A.: *Kapitoly ze sociologie rodiny*, Brno: IMS, 2004
20. Orvin, G.H.: *Dospívání – kniha pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001
21. Pekárková, M.: *Potrat Ano – Ne*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000
22. Raboch, J.: *Očima sexuologa*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1977
23. Řežábek, K.: *Léčba neplodnosti*. 3. vyd. Praha: Grada, 2004
24. Střelec, S. a kol.: *Kapitoly z teorie a metodiky výchovy*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998
25. Šilerová, L.: *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003

26. Šipr, K.: *Hovory o lásce*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981
27. Šipr, K.: *Přirozené plánování rodičovství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1985
28. Šulová, L.: *Jak učit výchovu k manželství a rodičovství*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995
29. Trojan, O.: *O čápech, vránách a dětech*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999
30. Uzel, R.: *Antikoncepční kuchařka*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999
31. Uzel, R.: *Jak neotěhotnět*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1992
32. Uzel, R.: *Mýty a pověry v sexu*. 1. vyd. Praha: Práce, 1990
33. Uzel, R.: *Ženské otazníky*. 1. vyd. Praha: Práce, 1987
34. Vácha, K.: *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: ÚVZ, 1996
35. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996
36. Weiss, P., Zvěřina, J.: *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001

Časopisy, internetové a jiné zdroje

37. *Lékařské listy*. Rubrika: Porodnictví, 26.08.2005
38. *Plánování rodiny a reprodukční zdraví*, 1/1998
39. *Prohlášení Mezinárodní konference o lidských právech*, Teherán, 1968
40. *Prohlášení OSN o odstranění všech forem diskriminace žen*, 1979
41. *Propopulační politika—ano či ne*. Praha: Centrum pro ekonomiku a kulturu CEP, 21/2002
42. *Rovnost*. Příloha: Zdraví, 18.12.2004
43. *Světová populační konference OSN*, Bukurešť, 1974
44. Štěpán, J.: *Sexuální výchova mládeže je právní povinností státu* - přednáška na 7. celostátním kongresu k sexuální výchově v České republice, Pardubice 1999
45. <http://www.004.cz>
46. <http://www.antikoncepce.cz>
47. <http://www.feminismus.cz>
48. <http://www.isz.cz/ratolest.cz>
49. <http://www.materska-nadeje.cz>
50. <http://www.mednet.medicina.cz>
51. <http://www.neplodnost.cz>
52. <http://www.planovanirodiny.cz>
53. <http://www.rodina.cz>
54. <http://www.sweb.cz>
55. <http://www.zena.centrum.cz>