Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Mladá generace v ČR a její postoj k interrupci

Bc. Jana Secká

© 2022 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Jana Secká

Hospodářská a kulturní studia

Název práce

Mladá generace v České republice a její postoj k interrupci

Název anglicky

The young generation in Czech Republic and its attitude to abortion

---

Cíle práce

Veškeré důležité životní etapy jako partnerství, manželství a rodičovství, které jsou nedílnou součástí života každého jedince, prošly po roce 1989 zásadními změnami. Cílem diplomové práce je zjistit, jak se od 90. let 20. století změnil přístup mladé generace k interrupci a její komplexní nahlížení na roli rodičovství. Praktická část se zabývá mladými jedinci, jejichž názor a postoj k interrupci je předmětem výzkumu. V závěru práce jsou shrnuty a interpretovány veškeré zjištěné výsledky.

Metodika

Práce využívá standardních metod a technik sociálního výzkumu. Základem je metoda případové studie. Ke zjištění výpovědí respondentů byl zvolen metodologický postup v podobě polostandardizovaného či narativního rozhovoru. Kvalitativní výzkum pomůže získat přehlednější a podrobnější výpovědi respondentů a zkoumat výsledky do větší hloubky.

Doporučený rozsah práce

70-80

Klíčová slova

antikoncepce, interrupce, mateřství, otcovství, plánované rodičovství, přirozené plánované rodičovství

Doporučené zdroje informací

BAHOUNEK, Jiří. Čtyři pohledy na interrupci. Ostrava: Key Publishing, 2007. ISBN 978-80-8707-109-0.

ČERNÝ, M., SCHELLEOVÁ, I., 2003. Právní úprava umělého přerušení těhotenství. Praha: Eurolex Bohemia. 56 s. ISBN 80-86432-60-2.

MATĚJČEK, Z., 1992. Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: SPN. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.

PRATECKÁ, Jana. „Proč mi to nikdo neřekl?!“: (psychické následky umělých potratů). Česko: J. Pratecká, 2010.

Předběžný termín obhajoby

2021/22 LS – PEF

Vedoucí práce

Mgr. Ing. Martin Slaboch, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 21. 2. 2022

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 21. 2. 2022

doc. Ing. Tomáš Šubrt, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 28. 03. 2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Mladá generace v ČR a její postoj k interrupci" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 30. 3. 2022 _____

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Mgr. Martinu Slabochovi, Ph.D. za jeho odbornou pomoc a rady, které mi poskytl, a také za jeho věnovaný čas při vytváření této práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem dotazovaným a respondentům, kteří si udělali čas a zúčastnili se výzkumu. V neposlední řadě patří velké poděkování mé rodině i blízkým, u kterých jsem po celou dobu mého studia nacházela podporu.

Mladá generace v ČR a její postoj k interrupci

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce se zabývá postojem mladé generace v České republice k problematice interrupcí. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou na základě analýzy sekundárních zdrojů vysvětlena teoretická východiska týkající se problematiky interrupcí, její historií a legislativní úpravou, potenciálních motivů interrupcí, metod a možných rizik umělého přerušení těhotenství. Mimo jiné se tato část zabývá hlavními přístupy k problematice interrupcí ve společnosti doplněné současnou situací ve světě i v České republice. V neposlední řadě se teoretická část věnuje problematice antikoncepce a možným antikoncepčním metodám, které slouží jako prevence před nechtěným těhotenstvím. K popsání a vysvětlení zmíněné problematiky je potřeba dosažení znalostí a vědomostí z aplikované odborné literatury a dalších znaleckých publikací. Praktická část práce realizovaná na základě kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu reprezentuje získané poznatky a výsledky, které jsou interpretovány v závěru práce.

Klíčová slova: antikoncepce, interrupce, mateřství, otcovství, plánované rodičovství, přirozené plánované rodičovství

The young generation in Czech Republic and its attitude to abortion

Abstract

The submitted diploma thesis deals with the attitude of the young generation in the Czech Republic to the issue of abortions. The thesis contains a theoretical and practical part. In the theoretical part, based on the analysis of secondary sources, the theoretical background concerning the issue of abortions, its history and legislation, potential motives for abortions, methods and possible risks of abortion are explained. Among other things, this section deals with the main approaches to the issue of abortions in society, supplemented by the current situation in the world and in the Czech Republic. Last but not least, the theoretical part deals with the issue of contraception and possible contraceptive methods that serve as prevention against unwanted pregnancy. To describe and explain the mentioned issues, it is necessary to achieve knowledge and understanding of applied literature and other expert publications. The practical part of the work realized on the basis of a combination of qualitative and quantitative research represents the acquired knowledge and results, which are interpreted at the end of the work.

Keywords: abortion, contraception, motherhood, natural planned parenthood, paternity, planned parenthood

Obsah

1 Úvod ... 11

2 Cíl práce a metodika ... 13

2.1 Cíl práce ... 13

2.2 Metodika ... 13

2.2.1 Aplikované metody při výzkumu ... 13

2.2.2 Kódování rozhovorů ... 15

3 Teoretická východiska ... 16

3.1 Potrat a interrupce ... 16

3.1.1 Potrat ... 16

3.1.2 Samovolný potrat ... 17

3.1.3 Interrupce ... 18

3.1.4 Metody interrupce ... 19

3.1.4.1 Lék RU 486 ... 20

3.1.4.2 Miniinterrupce ... 21

3.1.4.3 Klasická interrupce ... 22

3.1.4.4 Interrupce ve třetím trimestru těhotenství ... 23

3.1.5 Zdravotní rizika interrupcí a jejich negativní dopady ... 23

3.1.5.1 Bezprostřední následky interrupce ... 24

3.1.5.2 Časné komplikace ... 25

3.1.5.3 Pozdní komplikace ... 25

3.1.5.4 Postaborativní syndrom ... 26

3.2 Motivy interrupcí ... 27

3.2.1 Sociální a ekonomické výhody interrupcí a antikoncepce ... 28

3.3 Historie a právní úprava interrupce ... 29

3.3.1 Historie interrupcí ... 29

3.3.2 Vývoj legislativní úpravy problematiky interrupcí v ČR ... 31

3.3.2.1 Zákon č. 68/1957 Sb. ... 31

3.3.2.2 Zákon č. 66/1986 Sb. ... 33

3.3.3 Problematika lidského plodu ... 34

3.3.3.1 Morální statut lidského plodu v rámci ontologického personalismu a funkcionalismu ... 34

3.3.3.2 Princip sanctity of life a quality of life ... 35

3.3.4 Mezinárodní status právního pojetí interrupcí ... 36

3.4 Hlavní přístupy k problematice interrupcí ... 37
3.4.1 Konzervativní přístup ... 37
3.4.1.1 Hnutí pro život ČR ... 39
3.4.2 Liberální přístup ... 40
3.4.3 Umírněný přístup ... 41
3.5 Vývoj počtu interrupcí v ČR ... 42
3.6 Prevence nechtěného těhotenství ... 45
3.6.1 Metody antikoncepce ... 45
3.6.2 Přirozené plánování rodičovství ... 48
4 Praktická část ... 49
4.1 Popis sledovaných případů ... 49
4.1.1 Sociodemografické údaje respondentů dotazníkového šetření ... 51
4.2 Výsledky výzkumu a jejich interpretace ... 55
4.2.1 Přístup k interrupcím a roli rodičovství ... 55
4.2.2 Potenciální důvody interrupcí ... 65
4.2.3 Vliv interrupce na život ženy ... 71
4.2.4 Právo ženy vs. právo lidského plodu ... 76
4.2.5 Přístup k antikoncepci ... 78
Výsledky a diskuse ... 82
5 Závěr ... 84
6 Literární zdroje ... 85
7 Elektronické zdroje ... 87
8 Přílohy ... 90

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika použitých kategorií výzkumu ... 15
Tabulka 2: Rozdělení antikoncepčních metod ... 46
Tabulka 3: Základní charakteristika dotazovaných v rámci polostandardizovaných rozhovorů ... 50

Seznam obrázků

Obrázek 1: Legislativa interrupcí ve světě v roce 2021 ... 36

Seznam grafů

Graf 1: Vývoj počtu interrupcí v letech 1960–2005 42
Graf 2: Vývoj počtu interrupcí v ČR v letech 2010–2020 43
Graf 3: Pohlaví 51
Graf 4: Věková kategorie 51
Graf 5: Rodinný stav 52
Graf 6: Nejvyšší dosažené vzdělání 52
Graf 7: Náboženské vyznání 53
Graf 8: Místo bydliště 53
Graf 9: Průměrný měsíční příjem 54
Graf 10: Názor na interrupce 55
Graf 11: Odhadované zkušenosti mladé generace s UPT 58
Graf 12: Příčiny poklesu počtu UPT 60
Graf 13: Způsob řešení v případě otěhotnění 62
Graf 14: Ideální věk pro založení rodiny 63
Graf 15: Nejčastější důvody interrupcí 65
Graf 16: Vlastní důvody interrupcí 67
Graf 17: Ponechání dítěte po zjištění vrozených vývojových a genetických vad 69
Graf 18: Negativní vliv na fyzický stav ženy 71
Graf 19: Negativní vliv na psychický stav ženy 71
Graf 20: Rozhodnutí o interrupci 74
Graf 21: Začátek lidského života 76
Graf 22: Právo lidského plodu vs. právo těhotné ženy 78
Graf 23: Nejčastěji využívané metody antikoncepce u mladé generace 79
Graf 24: Respondenty využívaná metoda antikoncepce 80

1 Úvod

Veškeré významné životní etapy jako partnerství, manželství a rodičovství, které jsou nedílnou součástí života každého jedince, prošly v České republice po roce 1989 zásadními změnami. S těmito změnami souvisí i odlišné názory na problematiku interrupcí neboli umělého přerušení těhotenství, které předčilo své výhradně medicínské pojetí a vstoupilo do morální, sociální, právní, náboženské a filozofické oblasti diskusí. I přestože k interrupcím dochází po celém světě a provádí se v podstatě již od dob počátku psané historie, je to stále téma, které ve společnosti vzbuzuje kontroverze a vyvolává zásadní otázky o lidské existenci, např. co nás činí lidmi a ve kterém okamžiku začíná život – zda v momentu fertilizace neboli oplodnění, či ve chvíli příchodu na svět při porodu. K umělému přerušení těhotenství docházelo již v dávné historii lidstva, kdy však byly prováděny pomocí neodborných zásahů do těla těhotné ženy. V té době byla všechna ukončená těhotenství označována jako potrat. Interrupce představuje ukončení těhotenství odborným lékařem, tudíž o ní lze hovořit až od 20. století. K legalizaci interrupcí u nás došlo v roce 1957. Z hlediska křesťanství interrupce byly, jsou a budou nepřípustnou skutečností. V období středověku a raném novověku docházelo k tomu, že byl potrat trestán jedním až pěti lety těžkého žaláře či dokonce smrtí.

Interrupce je základem velkého množství sporných debat a otázek, kterých se týkají různá témata jako například právo žen ovládat svá vlastní těla, povinnost státu chránit nenarozené, rozpory mezi sekulárními a náboženskými názory na lidský život jedince i na společnost, práva manželů a rodičů v rozhodování o interrupcích a práva plodu. Téměř každá diskuse na téma interrupce rovněž nevyhnutelně směřuje k otázkám, jak k těhotenství došlo a jakými antikoncepčními metodami lze otěhotnění zabránit.

V současné době interrupce představují závažný celosvětový problém, který vyvolává mnoho otázek týkajících se etiky, na které nelze získat univerzální a komplexní odpovědi. Díky tomu se společnost dělí na dvě odlišné skupiny s rozdílnými přístupy. Na jedné straně stojí příznivci interrupcí, kteří pragmaticky stojí za tím, že každá žena má právo na umělé přerušení těhotenství, a na druhé straně jsou odpůrci, kteří interrupci staví na stejnou úroveň jako vraždu člověka, jelikož se již od početí vyvíjí lidský jedinec, který má právo na život.

Těhotenství ženy lze na její žádost legálně ukončit pouze, pokud nepřekročí délku dvanácti týdnů. Jestliže se však jedná o případ, kdy během těhotenství dochází k závažným zdravotním komplikacím, je možné podstoupit zákrok do čtyřiadvacátého týdne těhotenství.

Podle českého statistického úřadu ke konci 80. let 20. století, kdy byla potratovost historicky nejvyšší a téměř každé druhé těhotenství končilo interrupcí, bylo umělé přerušení těhotenství hlavní metodou plánovaného rodičovství. Během třiceti let lze pozorovat klesající tendenci počtu potratů a interrupcí. Důvodem může být větší zodpovědnost jedinců, pokles zájmu o pohlavní styk, lepší finanční stránka partnerů či budoucích samoživitelek, nebo jiné sociální, ekonomické či morální motivy.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit a charakterizovat postoj mladé generace k problematice interrupcí, dále zmapovat a popsat potenciální motivy, které mohou mladé jedince vést k preferenci umělého ukončení těhotenství, ať už se jedná o ekonomické, sociální či jiné dílčí aspekty ovlivňující postoje k interrupcím. Součástí práce je stanovit a interpretovat eventuální změnu v postoji k interrupcím, ke které došlo od devadesátých let 20. století. Nedílnou částí výzkumu bude rovněž stanovení názoru mladé generace na lidský plod z hlediska legislativy či etiky, a určení komplexního postoje mladých jedinců k antikoncepci a její využití v současnosti. Výzkumná část práce se bude zabývat skutečnými motivy vycházejících z výpovědí dotazovaných, které budou následně interpretovány.

Práce bude obsahovat teoretickou a praktickou část. V první části práce bude provedena literární rešerše, v rámci které budou popsány okolnosti spojené s probíranou problematikou. Pomocí rešerše budou demonstrovány získané znalosti a vědomosti z aplikované odborné literatury a dalších znaleckých publikací. V rámci praktické části bude uskutečněn výzkum zaměřený na jedince mladé generace, kteří spadají do okruhu výzkumného vzorku. Následně pak budou interpretovány přístupy, názory a hodnoty jedinců k problematice interrupcí a rovněž i pojetí lidského plodu a aplikace antikoncepce.

2.2 Metodika

2.2.1 Aplikované metody při výzkumu

Realizace výzkumné části práce proběhla za využití metod kvalitativního i kvantitativního výzkumu. V rámci kvantitativního výzkumu bylo pro sběr dat využito anonymní online dotazníkové šetření skrze platformu *Google Forms,* které je součástí bezplatné webové sady nabízené společností Google. Následovalo automatické zpracování dotazníkového šetření, které ihned umožnilo stěžejní přehled analýzy výsledků. Mezi přednosti dotazníkového šetření lze zařadit především rychlost a nenáročnost získání dat, ale rovněž i zamezení potenciálního nežádoucího vlivu tazatele na respondenta. Podstatnou nevýhodou jsou však standardizované otázky, které zamezují rozvíjení nových myšlenek dotazovaných, jelikož umožňují výlučně potvrzení či vyvrácení již známých teorií.

Kvalitativní výzkum byl realizován pomocí polostandardizovaných rozhovorů. Byl využit k podrobnému získání a objasnění jednotlivých postojů a názorů či dokonce motivů dílčích participantů výzkumného vzorku k dané problematice. Potenciální schopnost dotazovaných nabídnout nové teorie či myšlenky a přímo reagovat na různé situace lze považovat za pozitiva kvalitativního výzkumu. Mezi nevýhody kvalitativního výzkumu lze zahrnout časově náročné získávání a zpracování dat či nechtěné ovlivnění dosažených výsledků osobními preferencemi tazatele.

Dotazníkové šetření obsahovalo třicet pět standardizovaných otázek, kdy ve většině z nich mohli respondenti vybrat pouze jednu možnost v rámci odpovědi, avšak v některých bylo možné zvolit případně více možností či odpovědět slovně.

Před realizací kvalitativního výzkumu pomocí polostandardizovaných rozhovorů byla vytvořena osnova patnácti předem připravených otázek, které bylo možné během rozhovoru pozměnit dle potřeby pro lepší srozumitelnost dílčích témat.

V rámci kvalitativního i kvantitativního výzkumu byly otázky soustředěny na samotný názor a postoj mladých jedinců k umělému přerušení těhotenství, na možné důvody interrupcí v dnešní společnosti i případné důvody jedinců, které by vedly k preferenci interrupce, dále na potenciální vliv interrupce na život ženy, porovnání práva na lidský život a práva ženy rozhodovat o svém těle, a na přístup či postoj společnosti i jedinců k antikoncepci.

Jednotlivé polostandardizovaný rozhovory probíhaly v časových intervalech třicet až čtyřicet minut buď ve formě osobní, či telefonické. Realizace rozhovorů probíhala na veřejných místech, jako např. v kavárnách, či v přirozeném domácím prostředí jedinců. Před zahájením rozhovoru byl každému dotazovanému jedinci představen cíl výzkumu a rovněž byli informování o tom, jak bude rozhovor probíhat a jak budou interpretována získaná data. Dílčí výpovědi dotazovaných byly nahrávány pomocí diktafonu a průběžně doplňovány zapsanými poznámkami, které vystihovaly hlavní názor na dané téma. Všichni jedinci, kteří se účastnili kvalitativního výzkumu byli kontaktováni na základě záměrného výběru, a to především pomocí známostí či doporučení. K dosažení relevantních výpovědí k dané problematice a k cíli výzkumu byli dotazovaní vybíráni podle připraveného kritéria. Z hlediska dotazníkového šetření byli respondenti získáni na základě stratifikovaného náhodného výběru. Kritériem pro účast na výzkumu byl požadovaný věk mladých jedinců, od šestnácti do třiceti pěti let.

Tabulka 1: Charakteristika použitých kategorií výzkumu

	Kvantitativní výzkum	Kvalitativní výzkum
Technika výzkumu	dotazníkové šetření	polostandardizovaný rozhovor
Výběr vzorku	stratifikovaný náhodný	záměrný
Velikost vzorku	297 respondentů	12 dotazovaných
Věk účastníků výzkumu	16–35 let	21–31 let
Analýza	kvantitativní studie	kvalitativní studie

Zdroj: vlastní zpracování

2.2.2 Kódování rozhovorů

Nahrané výpovědi dotazovaných jedinců včetně pokládaných otázek výzkumníka byly transkribovány do podoby textu a následně analyzovány a interpretovány v rámci několika dílčích tematických celků. Zmíněný proces je označován jako otevřené kódování.

V rámci jednotlivých rozhovorů byly vyznačeny zásadní převážně opakující se výroky, které byly následně seskupeny do finální interpretace kódů. Vlastní interpretace výzkumníka byla propojena s vybranými citacemi dotazovaných jedinců, které se vztahovaly k danému tématu (Švaříček, Šeďová, 2014).

3 Teoretická východiska

3.1 Potrat a interrupce

3.1.1 Potrat

V dostupných odborných publikacích lze najít různé definice potratu. V jedné z nich může být potrat definován jako přerušení či ukončení těhotenství zánikem či odstraněním embrya či plodu v době od početí do chvíle porodu a schopnosti existence plodu mimo tělo matky, což je ve většině případů před 28. týdnem těhotenství (Petrusek, Maříková, Vodáková, 1996).

Velký lékařský slovník vymezuje pojem potrat dle vyhlášky č. 66/1986 Sb., *Zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství*, jako uměle provedené přerušení těhotenství či za jiných okolností jako předčasně či samovolně ukončená těhotenství, kdy plod není považován za dítě, tedy jedná-li se buď o mrtvě narozený plod mladší 28 týdnů těhotenství či v jiných případech, kdy nelze určit délku těhotenství, jedná-li se o plod vážící méně než 1000 gramů (Vokurka, Hugo, 2005).

Tato vyhláška byla zrušena k 1. 4. 2012 a nahrazena *Zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* č. 372/2011 Sb., který definuje plod po potratu jako plod, jehož porodní hmotnost je nižší než 500 gramů a současně po úplném vypuzení nebo vynětí z těla ženy neprojevuje žádnou známku života. Pokud nelze zjistit hmotnost plodu, řídí se zákon délkou těhotenství, která musí být kratší než 22 týdnů. Tato nová legislativní úprava snížila váhovou hranici z 1000 gramů na 500 gramů, podle které se plod považuje za potrat, tudíž plod, který váží více než 500 gramů a nejsou u něho zaregistrovány známky života, je považován za mrtvě narozené dítě (ČESKO, 2015).

Existuje několik druhů potratů: samovolný, miniinterrupce, jiné legální UPT (=*umělé přerušení těhotenství*), ostatní potraty a mimoděložní těhotenství. Ostatní potraty jsou charakterizovány jako situace, kdy si žena vyvolala potrat sama nebo byl iniciovaný či provedený nezákonně jinou osobou. V těchto případech se jedná převážně o tzv. kriminální potraty. Mimoděložní těhotenství vzniká při uhnízdění oplodněného vajíčka neboli embrya mimo dělohu, zpravidla ve vejcovodu, avšak dochází i k situacím, kdy se oplodněné vajíčko uhnízdí ve vaječníku či v dutině břišní (Černý, Schelleová, 2003).

Od roku 2014 je možné provést umělé přerušení těhotenství i prostřednictvím tzv. potratové pilulky, která se aplikuje převážně v období začátku těhotenství ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu (ČSÚ, 2015).

3.1.2 Samovolný potrat

Často dochází i k takovým situacím, kdy je ukončení těhotenství zapříčiněno tzv. spontánním neboli samovolným potratem, který pro většinu žen představuje nepříznivou zkušenost zapříčiňující negativní dopad na lidskou psychiku. Tento způsob ukončení těhotenství, na rozdíl od umělého potratu, není způsoben vnějším zásahem (Pařízek, 2015).

I přestože se v odborných publikacích objevují jiné odhady, končí samovolným potratem až 75 % těhotenství, z čehož však naprostá většina končí již v době, kdy není ještě gravidita ženy zjištěna, což je v období druhé poloviny menstruačního cyklu (Behinová, Kaiserová, 2006).

Samovolné potraty lze rozdělit na rané a pozdní. Raný potrat představuje ukončení těhotenství v prvním trimestru, nejčastěji do dvanáctého týdne těhotenství a souvisí s příznaky jako je silná bolest břicha či krvácení (Deansová, 2004). V České republice dochází k ranému spontánnímu potratu v prvním trimestru zhruba při každém čtvrtém či pátém těhotenství (Pařízek, 2015). V období mezi rokem 2003 a 2006 docházelo k samovolnému potratu nejčastěji ve věku 25-29 let. Od roku 2006 do roku 2014 se nejčastější výskyt spontánních potratů přesunul do kategorie žen ve věku 30-34 let. Tuto skutečnost mohlo ovlivnit odkládání mateřství a roli rodičovství do pozdějšího věku a upřednostnění kariéry (ČSÚ, 2015).

V případě, že dojde k ukončení těhotenství ve druhém trimestru, tedy po dvanáctém týdnu těhotenství, je tento jev označován jako spontánní potrat pozdní. Ten probíhá buď vypuzením živého plodu s váhou menší než 500 g, který nepřežije déle než 24 hodin či vypuzení mrtvého plodu s váhou menší než 1000 g.

Jasné stanovení příčiny pozdního samovolného potratu není zdaleka jednoduché, jelikož zde může participovat několik faktorů. První z možných příčin je potrat vyvolaný důsledkem poškození zárodku nebo plodu, což mohou ovlivňovat změny v genech, chromozomech, tedy faktory imunologické (vnitřní). Druhou skupinou příčin potratu jsou vlivy vnější, kdy zárodek či plod je poškozen např. na základě závady v transportu

oplozeného vajíčka, defektu při jeho uhnízdění v děloze nebo vlivem různých infekčních onemocnění, léků či toxických látek (Pařízek, 2015). Dalšími příčinami mohou být různé hormonální problémy, infekce reprodukčního traktu (bakteriální, plísňové či virové), chronické onemocnění, ale i rizikové faktory životního stylu jako jsou drogy, kouření a alkohol (Roztočil, Bartoš, 2011).

Pokud spontánní potrat probíhá bez viditelných symptomů či pouze s malými známkami nějakého problému, např. odtok nepatrného množství nahnědlého výtoku z pochvy, jedná se o zamlklý potrat. V takovém případě je většinou nutné zjištění potratu prostřednictvím ultrazvuku, kdy v děloze lze nalézt prázdný vak, což značí, že plod se nikdy nevytvořil nebo se vývoj embrya v určité fázi zastavil a zůstal uvnitř dělohy. Na základě této skutečnosti žije žena nadále v přesvědčení, že těhotenství probíhá, tak jak má, jelikož ji neupozorní žádné náznaky krvácení či bolestí, a o potratu ji informuje zpravidla až lékař při pravidelném vyšetření (Tancerová, 2019).

Pro všechny ženy je velmi těžké se smířit s tím, že za těchto okolností potrat představuje přirozený způsob, kterým se tělo vyrovnává s defektem během vývoje embrya, většinou tedy v jeho časné fázi. V případě, že potrat proběhnul jako přirozený proces, nikoliv jako potrat, který by žena sama způsobila, by se neměla cítit provinile či zodpovědně za tento způsob ukončení těhotenství (Deansová, 2004).

3.1.3 Interrupce

Pojem interrupce neboli uměle přerušené těhotenství (UPT), je definován jako potrat, který byl vyvolaný záměrnou činností prostřednictvím chemické látky či chirurgického zákroku. V mnoha případech bývá interrupce chybně označována obecným výrazem „potrat“, přičemž tento pojem představuje, na rozdíl od uměle přerušeného těhotenství, proces, kdy k ukončení těhotenství dochází samovolně předčasným vypuzením plodu, který není života schopný (Roztočil, Bartoš, 2011).

Motivy, které ženu vedou k podstoupení uměle přerušeného těhotenství (UPT) lze rozdělit na sociální, terapeutické, etické a eugenické. Nejčastějším důvodem interrupcí bývají motivy ekonomicko-sociální, kdy k umělému přerušení těhotenství dochází na základě osobních důvodů ženy či celé rodiny, pro kterou by dítě představovalo nadměrnou finanční či duševní zátěž (Marešová, 2014).

Při rozhodování ženy, zda podstoupit interrupci, mohou být ekonomické důvody či nevhodné podmínky pro život zásadním motivem, jelikož celkové náklady po porodu a při výchově dětí mohou přesahovat rozpočet sociálně slabších rodin, a to i přes poskytnutí finančních příspěvků ze strany státu.

K umělému přerušení těhotenství (UPT) dochází také z hlediska terapeutických důvodů, kdy těhotenství ohrožuje zdravotní stav či život ženy (Pohunková, 1991). V takových případech, kdy žena otěhotní při znásilnění či jiném trestném činu, se jedná o motiv etický (Weiss, 2010). Pokud žena podstoupí prenatální vyšetření, které prokáže velkou pravděpodobnost závažné vrozené vývojové vady plodu, jako např. Turnerův či Downův syndrom, a rozhodne se uměle přerušit těhotenství, jedná se o motivy eugenické (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Cena interrupce se liší podle zdravotního zařízení, a odvíjí se rovněž od stupně gravidity, avšak v současnosti se pohybuje okolo 5000,- Kč. V případě, že se jedná o umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů hradí poplatek za ženu zdravotní pojišťovna (GYNPRENATAL, 2019).

3.1.4 Metody interrupce

V dnešní době již lze využít různé způsoby umělého přerušení těhotenství. Výběr vhodné metody interrupce se zpravidla odvíjí od stádia gravidity, jehož začátek lze datovat od prvního dne poslední menstruace. Nejméně náročný způsob interrupce je jednoznačně v raném stádiu gravidity, kdy embryo není ještě zdaleka vyvinuté. V prvních týdnech těhotenství bývá zákrok méně komplikovaný a téměř bezbolestný. V takovém případě se žena vyrovná s interrupcí pravděpodobně lépe, ať už z hlediska fyzické či psychické stránky, než v pozdějším stádiu gravidity, při kterém bývá umělé přerušení těhotenství mnohdy rizikovější. Interrupce v období třetího trimestru je prováděná čistě ze zdravotních důvodů, což může mít za následek nežádoucí komplikace a negativní dopad na zdravotní stav ženy (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Pokud se jedná o těhotenství do osmého týdne využívají se pro interrupci metody medikamentózního charakteru či miniinterrupce. V případě stádia gravidity od osmého do dvanáctého týdne dochází k interrupci prostřednictvím klasického chirurgického zákroku. Po dvanáctém týdnu těhotenství lze interrupci provádět jen ve zcela výjimečných situacích,

jelikož tento zákrok představuje velmi rizikový úkon, při kterém je v ohrožení zdraví těhotné ženy. Důvody interrupce v pozdním stádiu gravidity mohou být ohrožení života ženy, prokázání vážného poškození plodu nebo diagnóza plodu, který by zemřel před narozením nebo brzy po narození (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

V případě, že žena nechtěně otěhotní a zažádá si o provedení interrupce, je před provedením zákroku nutné, aby navštívila svého gynekologa a podrobila se vyšetření. Během tohoto vyšetření má gynekolog povinnost obeznámit klientku s metodami, průběhem a s možnými riziky či trvalými následky umělého přerušení těhotenství. Po vyšetření je s ženou následně vyplněna žádost o interrupci, ve které je uveden záznam z vyšetření a také datace gravidity. S potvrzenou žádostí by měla neprodleně kontaktovat zdravotnické zařízení, ve kterém chce umělé přerušení podstoupit, a objednat se na zákrok co nejdříve, aby se eliminovaly možné komplikace. Samotný zákrok interrupce probíhá v rámci jednoho dne, kdy se ráno před výkonem klientka dostaví do zdravotnického zařízení nalačno s potřebnými dokumenty. Následně se sepíše příjem a klientka podepíše informovaný souhlas s výkonem a s provedením anestezie (Roztočil, Bartoš, 2011).

3.1.4.1 Lék RU 486

Prvním způsobem umělého ukončení těhotenství, který lze uskutečnit nejpozději do osmého týdne těhotenství, je medikamentózní interrupce. Jedná se o neinvazivní metodu prováděnou prostřednictvím tzv. „potratové pilulky“. Tato chemická látka, která zabraňuje tvorbě progesteronu, což je hormon nezbytný pro výživu zárodku a udržení těhotenství, způsobí přerušení činnosti vaječníků, což způsobí zánik a kompletní vypuzení embrya a následné ukončení těhotenství (Connell, 1997).

Pilulka RU 486 se využívá pro ukončení těhotenství, jehož doba nepřekročila 49 dnů. Pod lékařským dohledem jsou kombinovány dvě tablety – *mifepriston*, podávaný gynekologem v nemocnici, který blokuje těhotenské hormony, a *misoprostol*, podávaný po 48 hodinách od první dávky, který vyvolává potrat. Před podstoupením tohoto zákroku jsou ženy podrobně informovány ohledně možných komplikacích a po čtrnácti dnech od podání druhé tablety přijdou na závěrečnou kontrolu. V případě užití pilulky RU 486 není vždy stoprocentní záruka vyvolání potratu, pravděpodobnost jejího selhání se pohybuje mezi 1,3 a 7,5 % případů. I přestože po užití pilulky může dojít k negativním vedlejším účinkům, stále

je mezi gynekology považována za méně traumatizující a bezpečnější prostředek interrupce, jelikož vylučuje možná rizika, která by mohla nastat při interrupci chirurgické (Miguel, 2021).

Pilulka RU-486 je využívána již v několika desítkách zemí světa. V České republice byl tento způsob umělého ukončení těhotenství schválen v roce 2013, kdy tento lék smí podat pouze gynekolog ve zdravotnickém zařízení (Miguel, 2021).

3.1.4.2 Miniinterrupce

Dalším způsobem umělého ukončení těhotenství je miniinterrupce neboli vakuumaspirace. Tento druh interrupce se provádí u žen, které ještě nerodily do šestého týdne těhotenství a u žen, které v minulosti již rodily, do osmého týdne těhotenství. Jedná se o ambulantní výkon, který probíhá v rámci krátkodobé nitrožilní anestezie, a ve většině případech představuje nejen šetrnější a snadnější výkon, ale i finančně méně náročný než např. klasická interrupce (Barták, 2006).

Zákrok miniinterrupce začíná rozšířením hrdla dělohy neboli cervixu pomocí nástrojů, aby došlo k dostatečnému otevření hrdla dělohy a proniknutí trubice připojené k zařízení s velmi silným odsáváním. Pomocí odsávacího přístroje je embryo vysáto z dělohy ženy do sběrné lahve, ve které okamžitě umírá na následky traumatu a ukončení přívodu krve a kyslíku. Kyretáž dělohy, což představuje tzv. výškrab dělohy dočista, se zpravidla provádí během odsávání nebo až po provedení vakuumaspirace (Grady, 1992).

3.1.4.2.1 Možné komplikace a rizika miniinterrupce

Stejně tak jako jiné zákroky může i miniinterrupce představovat různá rizika a obtíže, díky nedostatečné viditelnosti toho, co se z dělohy odsává. V některých případech může dojít k tomu, že se plod nachází v jiné části dělohy, než kam byla umístěna odsávací trubice, tudíž plod zůstává v děloze a nadále pokračuje ve svém růstu a vývoji. Ke komplikacím může dojít i v případě, že se jedná o mimoděložní těhotenství. Těmto potížím se lze vyhnout či předejít pomocí ultrazvukového vyšetření provedené před výkonem a týden po něm (Barták, 2006).

Mezi další možné komplikace po zákroku patří např. perforace dělohy, což znamená porušení děložní stěny s následným průnikem do dutiny břišní či poranění jiných okolních orgánů, poranění děložního hrdla, což může mít za následek inkompetenci děložního hrdla v období dalšího těhotenství, různé zánětlivé komplikace či dokonce Ashermanův syndrom, který se vyznačuje přítomností děložních srůstů a jizev. Toto gynekologické onemocnění způsobuje nepravidelné či mimomenstruační krvácení a u některých žen může tento syndrom zapříčinit různé zdravotní problémy v následujících těhotenstvích, jako např. poruchy vývoje placenty, opakující se potraty, předčasný porod či prasknutí dělohy (PT MEDICA, 2021).

Vzhledem k charakteru výkonu je nezbytné respektovat a dodržovat určitá pravidla, která eliminují možné komplikace po výkonu, jako jsou krvácení či infekce. Mezi tyto pravidla patří zvýšená každodenní hygiena, což znamená časté sprchování, nikoliv koupele, dále je nezbytné vyvarovat se příliš náročné fyzické námaze a pohlavnímu styku po dobu dvou až tří týdnů. Navrácení menstruace lze očekávat přibližně za čtyři až šest týdnů od zákroku (PT MEDICA, 2021).

3.1.4.3 Klasická interrupce

Tento způsob umělého ukončení těhotenství, pojmenovávaný také jako tzv. „kyretáž“, se provádí v druhém trimestru těhotenství, od osmého do dvanáctého týdne, a provádí se v celkové anestezii. Na rozdíl od miniinterrupce dochází během klasické interrupce k větší dilataci neboli rozšíření hrdla dělohy podle velikosti plodu (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Po dilataci děložního hrdla je následně odstraněn veškerý vnitřní obsah dělohy pomocí tupé kyrety. V případě, kdy těhotenství překročí devátý týden, je nutné použít k odstranění větších částí plodu potratové kleště (Roztočil, Bartoš, 2011). V závěrečném kroku interrupce je nezbytné odsát veškeré zbytky po plodu z dutiny děložní pomocí vakuumaspirace (Roztočil, Bartoš, 2011).

3.1.4.4 Interrupce ve třetím trimestru těhotenství

Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy lze provést nejpozději do dvanáctého týdne těhotenství, do kdy není třeba, aby žena v žádosti o interrupci uváděla důvod, proč zákrok absolvuje. V takovém případě si žena musí hradit veškeré náklady související s interrupcí (Roztočil, Bartoš, 2011).

Ve třetím trimestru těhotenství lze interrupci podstoupit pouze ze zdravotních důvodů, kdy je žena v ohrožení života nebo v případě, že se prokáže vážné poškození plodu, vysoké riziko vrozených vývojových vad plodu nebo jeho neschopnost života. Po dvanáctém týdnu těhotenství dochází k interrupcím zcela výjimečně. Jelikož se jedná o zákrok se značně většími riziky, je nezbytné, aby žena byla hospitalizována (Roztočil, Bartoš, 2011). Pro provedení takového zákroku je potřeba souhlas ženy s ukončením těhotenství. Lékař smí těhotenství ukončit bez souhlasu ženy jen tehdy, kdy není možné souhlas získat a ukončení těhotenství je potřebné pro záchranu jejího života (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Existují takové případy, kdy ženy odmítají interrupci i přes dané zdravotní potíže či poškození plodu, a to například kvůli svému náboženskému vyznání. Za této situace je nezbytné, aby si lékař opatřil negativní revers od ženy, a pokud možno i od dalších svědků, jako jsou například lékaři či zdravotnický personál (Bahounek, 2007). Negativní revers neboli informovaný nesouhlas obsahuje informace o riziku a nebezpečí v případě neabsolvování daného zákroku a lékaře tímto zbaví odpovědnosti k danému výkonu (Liga lidských práv, 2020).

3.1.5 Zdravotní rizika interrupcí a jejich negativní dopady

Umělé ukončení těhotenství, provedené invazivní či neinvazivní metodou, představuje velký zásah do ženského organismu a jeho přirozených procesů, který s sebou může nést určité množství rizik a komplikací z hlediska zdravotního či psychického stavu. U některých žen se mohou po umělém ukončení těhotenství vyskytovat závažné psychické problémy, ovlivňující jejich duševní zdraví i dlouhou dobu po provedení zákroku (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Velká část možných zdravotních komplikací, především těch pointerrupčních, se týká zejména historie, tedy období před legalizací interrupce a zrušení interrupčních komisí. V současné době lze díky rozvoji zdravotní techniky a pomocí ultrazvuku diagnostikovat již

časné těhotenství a pokud interrupce proběhne do osmého týdne gravidity, je toto přerušení těhotenství zatíženo pouze minimálním počtem všech možných komplikací (Chromý, 2005).

Komplikace, které souvisejí s umělým ukončením těhotenství, lze rozdělit na bezprostřední, časné a pozdní (Roztočil, Bartoš, 2011).

3.1.5.1 Bezprostřední následky interrupce

Prvním možným rizikem umělého ukončení těhotenství, které se řadí mezi komplikace bezprostřední neboli pooperační, je velká ztráta krve během zákroku. Za problematické množství ztracené krve se považuje ztráta vyšší než 500 ml. Taková komplikace se vyskytuje přibližně u 1 % interrupcí a je ovlivněna stádiem těhotenství, tedy čím pokročilejší těhotenství, tím vyšší riziko velké ztráty krve během zákroku interrupce (Roztočil, Bartoš, 2011).

Dalším velmi častým negativním důsledkem souvisejícím s interrupcemi jsou trhliny děložního hrdla, ke kterým dochází převážně v případech mechanické dilatace neboli roztažení děložního hrdla pomocí kovových dilatátorů (Hájek, Čech, Maršál, 2014). Pravděpodobnost poranění děložního hrdla se zvyšuje podle toho, k jakému stupni dilatace hrdla dochází. Může se jednat o malé trhliny na sliznici či závažnější poranění, která zasahují až do svaloviny hrdla. Veškerá tato poranění mohou způsobit zánět dělohy, tudíž je nezbytné nasazení antibiotik, ať už při menších či větších trhlinách. Některá rozsáhlejší a závažnější poranění dělohy je nutné ošetřit chirurgicky. Ženy, které ještě nerodily, jsou tímto typem poranění ohroženy více než ženy, které v minulosti již rodily (Roztočil, Bartoš, 2011).

Mimo tato menší poranění, jako jsou trhliny děložního hrdla, může dojít k perforaci dělohy neboli protržení děložní stěny. Tuto komplikaci způsobí zpravidla sonda, dilatátor, kleště či kyreta. Rozsáhlé perforace mohou ženu ohrožovat na životě, jelikož může dojít ke krvácení a rozvoji zánětlivých komplikací (Roztočil, Bartoš, 2011).

3.1.5.2 Časné komplikace

Mezi časné komplikace lze zařadit takové, které se objeví maximálně do šesti týdnů po interrupčním výkonu (Roztočil, Bartoš, 2011).

Dnes již vzácnou komplikací řadící se mezi časné je např. problém selhání metody, která má za následek pokračující těhotenství. K této komplikaci může dojít v případě, že má žena vrozenou vývojovou vadu dělohy a během interrupce se evakuuje pouze netěhotná část dělohy. K selhání metody může docházet i za situace, kdy je zanedbaná diagnostika vícečetného těhotenství, během interrupce se evakuuje pouze jeden plod, zpravidla ten, který je blíže k děložnímu hrdlu, a vývoj druhého plodu pokračuje dál. Následně může dojít k situaci, že se pokračující těhotenství odhalí až po dvanáctém týdnu, kdy již zákonná interrupce není povolena, a pro operatéra či zdravotní zařízení, které provádělo interrupci, to může představovat závažný právní problém s negativními následky (Roztočil, Bartoš, 2011).

Mezi další časné komplikace lze řadit nepoznané mimoděložní těhotenství, rezidua po interrupci neboli zbytky plodového vejce, které byly přehlédnuty a ponechány v dutině děložní či zánětlivé potíže, patřící mezi nejčastější časné komplikace. Ke všem těmto potížím dochází v prvních několika dnech po interrupci a mohou se projevovat bolestí, krvácením, zvýšenou teplotou či horečkou (Roztočil, Bartoš, 2011).

3.1.5.3 Pozdní komplikace

Obtíže řazené mezi pozdní komplikace jsou ty, které se objevují až po více než šesti týdnech od provedení umělého ukončení těhotenství. Lze mezi ně zařadit poruchy menstruačního cyklu, poruchy fertility neboli plodnosti, psychické a sexuální změny. V některých případech může docházet i k pozdním problémům jako jsou předčasný porod či mateřská mortalita (Roztočil, Bartoš, 2011).

Výskyt pozdních komplikací ovlivňuje období, ve kterém dojde k interrupci. V některých případech se riziko těchto problémů zvyšuje, pokud u ženy již nastaly bezprostřední a časné komplikace (Weiss, 2010).

Podstoupení výkonu umělého ukončení těhotenství může pro mnoho žen představovat traumatickou zkušenost, která se sice u každé ženy projevuje individuálně, avšak může způsobit velmi závažné narušení duševního zdraví ženy. Psychický stav ženy

zde hraje velkou roli, jelikož zkušenost s interrupcí může negativně ovlivnit psychickou rovnováhu a u některých žen může prohlubovat již existující psychický problém (Roztočil, Bartoš, 2011). Z hlediska psychiky lze vypozorovat pocity viny, lítosti, úzkosti, hanby či hněvu, které mohou doprovázet starost o vlastní zdravotní stav či obavy z následné infertility neboli neplodnosti. Tyto nežádoucí psychické problémy mohou pozitivně ovlivňovat některé skutečnosti, jako např. tolerantní postoj společnosti, podpora ze strany partnera a velmi zásadní je také ubezpečení pacientky ze strany lékaře o minimální pravděpodobnosti možných komplikací umělého přerušení těhotenství (Chromý, 2005).

3.1.5.4 Postaborativní syndrom

Z hlediska psychického zdraví pacientek představuje postaborativní syndrom nejzávažnější komplikaci.

Postaborativní syndrom představuje formu posttraumatické stresové poruchy, tedy souhrn negativních psychických symptomů, které se mohou objevit po podstoupení umělého ukončení těhotenství, jelikož tato skutečnost představuje silný zásah do psychiky ženy (Catholic News Agency, 2021).

Pojem postaborativní syndrom (PAS) byl vytvořen pro pojmenování psychologických následků interrupce na základě posttraumatické stresové poruchy (PTSP), která vzniká obecně jako reakce v závislosti na traumatickou událost.

Existuje několik příznaků postaborativního syndromu, které se však nemusí projevit ve stejnou chvíli, stejně tak jako neexistuje pravděpodobnost, že by se u žen objevil celý seznam příznaků. Některé symptomy se mohou objevit neprodleně po podstoupení interrupce a jiné mnohem později. Mezi nejčastější symptomy patří například pocit viny, úzkosti či deprese (Babbel, 2010).

K pocitu viny dochází v případě porušení či překročení vlastních morálních zásad jedince. Některé ženy jsou dokonce přesvědčeny o tom, že veškeré nešťastné události, které nastaly po umělém ukončení těhotenství, byly důsledkem podstoupení interrupce a veškerá neštěstí považují za zasloužené tresty, čímž lze popsat další příznak, kterým je pesimistický postoj k životu a negativní nahlížení na budoucnost. Potřeba pomáhat druhým či zachraňovat jiné děti je v mnoha případech využíváno ženami, které chtějí nějakým způsobem ulevit svému pocitu viny. Existují případy, kdy si ženy svůj pocit viny nepřiznají nebo se ho snaží

potlačit a díky svému vnitřnímu hněvu mohou přenášet odpovědnost za potrat na někoho jiného, nebo se mohou pokoušet zahnat svůj pocit provinění pomocí alkoholu, drog, bezmyšlenkovitým nakupováním či jinými závislostmi (Ucháčová, 2007).

Dalším častým symptomem je úzkost, která představuje negativní emoční či fyzický stav, kdy se z hlediska emocí jedná o podrážděnost a rozrušenost, která zabraňuje schopnosti relaxace a z hlediska fyzického stavu může úzkost způsobit závratě, bušení srdce, bolesti hlavy či jiné příznaky (Catholic News Agency, 2021).

3.2 Motivy interrupcí

Problematika interrupcí je v různých zemích řešena rozdílnými postupy. V některých státech dochází k absolutnímu zákazu, v jiných je volba těhotné ženy rozhodnout se pro interrupci naprosto svobodná (Zimek, 1995).

Mezi důvody vedoucí k podstoupení zákroku interrupce lze zahrnout zdravotní, sociální, ekonomické či psychické aspekty. Různorodost těchto aspektů ovlivňuje na jedné straně individuální situace těhotné ženy a na druhé straně působení společnosti, která se vyznačuje určitými společnými hodnotami a zvyklostmi (Bahounek, 2007).

Mezi nepopíratelné motivy interrupcí lze začlenit ohrožení zdraví či dokonce života těhotné ženy či indikace genetické vady plodu. Na různé typy zdravotních problémů je v rámci interrupce nahlíženo individuálně, jelikož existují ženy, které se po zjištění genetické vady rozhodnou pro interrupci, ale existují i ženy, které se i přes indikaci zdravotního problému rozhodnou své těhotenství nepřerušit.

Interrupce prováděné ze zdravotních důvodů se však objevují v mnohem menším měřítku než interrupce prováděné na základě sociálních či ekonomických motivů. Takový typ umělého ukončení těhotenství, který je podstoupen na základě zdravotních problémů, nepředstavuje v současné společnosti natolik zásadní etický problém jako interrupce z důvodů socio-ekonomických (Haškovcová, 2015).

Z hlediska sociálních důvodů se jedná převážně o kriminální skutečnost v rozporu s právem, kdy je těhotenství důsledkem znásilnění či incestu (Zimek,1995). Dalším ze sociálních důvodů interrupce může být nevhodné načasování těhotenství, například v případě nízkého věku potenciální matky či v případě nechtěného těhotenství. Situace

nechtěného těhotenství nastane, když se jedná například o nemanželský svazek mezi těhotnou ženou a otcem očekávaného dítěte (Grady, 1992).

V rámci ekonomických aspektů ovlivňujících rozhodování ohledně interrupce lze jako jeden ze zásadních aspektů označit špatnou finanční situaci těhotné ženy či celé rodiny, která může být zapříčiněna nezaměstnaností či nízkými příjmy. Navzdory poskytování peněžních dávek a příspěvků ze strany státu mohou celkové výdaje po porodu a při výchově představovat mnohem vyšší náklady, než je samotný rozpočet sociálně slabších rodin či matek samoživitelek (Biggs, Gould, Foster, 2013).

3.2.1 Sociální a ekonomické výhody interrupcí a antikoncepce

Odborné publikace uvádějí mnoho důkazů o schopnosti ženy plánovat a určovat, zda a kdy chce mít děti, a to prostřednictvím možnosti interrupce a používáním antikoncepce, což ženám přináší řadu důležitých sociálních a ekonomických výhod.

První zmiňovanou výhodou může být stupeň dosaženého vzdělání. Studie ukazují, že těhotenství v mladém věku narušuje schopnost žen dosáhnout vyššího vzdělání. Dosažení vyššího stupně vzdělání zpravidla vede k získání lepší pracovní pozice s vyšším finančním ohodnocením. Výzkumy rovněž argumentují, že potenciální přístup žen k antikoncepci pomáhá zlepšit postavení žen ve společnosti a jejich zapojení do pracovní síly.

Možnost interrupce a využití antikoncepce má pozitivní vliv nejen na investování žen do jejich vzdělání a finančně žádoucí kariéry, ale rovněž pomáhá snižovat či dokonce eliminovat rozdíly v odměňování žen a mužů. Oddálením porodu prvního dítěte mohou ženy snížit šanci, že budou vykonávat pracovní pozice, ve kterých jsou placeny méně než jejich bezdětní vrstevníci, a zároveň tím mohou snížit pravděpodobnost, že budou muset v budoucnu spoléhat na veřejnou pomoc.

Těsná vzdálenost mezi porody či větší množství potomků v jedné rodině může vést ke sníženým investicím ze strany rodičů do svých dětí, což může mít za následek negativní vliv na duševní a behaviorální vývoj dítěte a výsledky v jeho vzdělání (Sonfield, Hasstedt, Kavanaugh, Anderson, 2013).

Existuje řada aspektů, kterými lze díky možné interrupci pozitivně ovlivnit ekonomickou situaci a výsledky žen. První z nich je snížení míry porodnosti, která samotná má několik přímých ekonomických důsledků. V případě, kdy pár či žena mají menší

množství dětí, naskýtá se i větší potenciál uplatnění se na trhu práce. Pokud domácnost operuje s konstantními příjmy, může příchod dalšího dítěte snížit finanční jistotu ostatních členů domácnosti. To může vyeskalovat až k posunu finanční stránky domácnosti směrem k hranici chudoby či níže. Snížená plodnost také souvisí s trendem oddálení těhotenství do pozdějšího věku. Oddálení a tím získaný „čas“ přináší ženám možnost více investovat daný čas do osobního rozvoje, ať už ve formě získané praxe na trhu práce či dosažení vyššího stupně vzdělání. Takto využitý čas posléze může inklinovat k získání lépe ohodnocených pracovních pozic a paralelně s tím zlepšení finanční jistoty ženy nebo páru.

Dostupnost interrupce poskytuje ženě větší možnosti rozhodnout o načasování sňatku, založení rodiny, dosažení jí požadované úrovně vzdělání a v neposlední řadě také rozhodování o svém kariérním životě. Možnost ženy ovlivnit narození dítěte tudíž posiluje postavení žen v domácnosti a schopnost subjektivního rozhodování o své profesní cestě. Zmiňované ekonomické faktory mohou mít větší dopad na ženy na úrovni celé populace, a to i na takové, které nechtěné těhotenství nikdy nezažijí (Bernstein, Jones, 2019).

3.3 Historie a právní úprava interrupce

3.3.1 Historie interrupcí

Problematika interrupcí je po staletí jedním z hlavních důvodů dlouhotrvajících sporů ve společnosti, především z hlediska její akceptovatelnosti. Po celém světě se lze setkat s odlišnými názory i postupy řešení interrupcí, které ovlivňuje především pohled na lidský život v embryonálním období. Na jedné straně jsou takové společnosti, ve kterých je absolutní zákaz interrupce, kdy z hlediska zárodku nelze jednoznačně vymezit okamžik, ve kterém se zárodek již stává člověkem, tudíž je nutné na něho nahlížet jako na lidskou bytost již od okamžiku oplodnění. Na straně druhé společnost na problematiku interrupcí nahlíží jako na zcela dobrovolné a oprávněné rozhodování těhotné ženy, kdy je těhotenství považováno za dlouhodobý proces vzniku lidského života, tudíž není nutná ochrana zárodku jako lidské bytosti již od oplodnění (Zimek, 1995).

V období starověkého Řecka a Říma se na tuto problematiku nahlíželo s určitou tolerancí a samotné zásahy do těhotenství byly pojímány poněkud liberálněji, jelikož neexistovala žádná zákonná ustanovení, která by interrupce jakýmkoliv způsobem zakazovala. Zárodek byl v té době chápán pouze jako součást organismu ženy nikoliv jako

samostatný subjekt, a pro ostatní představoval pouze naději na potomstvo. V té době mohla být potrestána jen osoba, která způsobila potrat násilím, a tím připravila otce o potomka, ať už to byla třetí osoba nebo žena, která proti manželovy vůli přerušila své těhotenství. Ve starověkém Řecku bylo dokonce umělé ukončení těhotenství doporučováno, a to především v souvislosti s problémem přelidnění. Ve snaze udržet stálé a jednotné ekonomické i sociální podmínky ve společnosti byly interrupce doporučovány i mnohými filozofy, mezi které patřil např. Aristoteles (Zimek, 1995).

Odmítavý postoj vůči interrupcím zastávají všechna monoteistická náboženství. Z hlediska politiky interrupcí však judaismus zastává o něco mírnější postoj, interrupce zcela nezakazuje, avšak nedovoluje je na požádání. K umělému ukončení těhotenství může dojít pouze v případě závažných zdravotních problémů, kdy je žena v ohrožení života, a každý případ musí být posuzován individuálně po konzultaci s rabínem. Oproti tomu křesťanství obecně považuje interrupci za striktně nepřípustnou v každé situaci, jelikož se jedná o vraždu, a dochází tak k porušení jednoho z Desatera Božích přikázání *„Nezabiješ.“* (Pazderková, 2016).

Následný vývoj právních úprav a morálních zásad ohledně interrupcí ovlivňovala až do dvacátého století převážně církev, která tuto problematiku zcela tabuizovala a veškeré zásahy do lidské reprodukce, včetně zabraňování koncepce neboli početí, zakazovala. V roce 1869, kdy papež Pius IX. prohlásil, že do zárodku vstupuje duše již v okamžiku, kdy se spojí spermie s vajíčkem, došlo k jednoznačnému zákazu interrupcí, které byly považovány za trestný čin. V roce 1987 byl přijat papežem Janem Pavlem II. dokument *Donum Vitae („Dar života“),* který reprezentuje tehdejší i současný oficiální postoj katolické církve k interrupcím a vyžaduje absolutní ochranu lidského života již od okamžiku početí (Zimek, 1995).

V případě tzv. světského práva, které bylo dlouhou dobu do značné míry ovlivňováno především církví, docházelo k určité liberalizaci až v průběhu devatenáctého století, kdy se poprvé začaly brát v potaz důvody, které vedou ženu k ukončení těhotenství, a zároveň se změnilo i nahlížení na samotný zárodek. Postupně se začaly prosazovat názory, které život zárodku pokládaly za mnohem méně kvalitní a zároveň nejistý, oproti životu narozeného člověka, tudíž zánik nenarozeného plodu představoval mnohem menší újmu než úmrtí narozeného jedince. Další reformy proběhly na počátku dvacátého století, kdy uměle ukončené těhotenství bylo považováno za oprávněné v případě, že byl ohrožen život těhotné

ženy, čemuž následovaly i další liberální kroky z hlediska zákonodárství v druhé polovině dvacátého století, které zahrnovaly postupnou legalizaci interrupcí, ať už z hlediska zdravotních, sociálních či ekonomických aspektů či na základě požadavku ženy (Zimek, 1995).

3.3.2 Vývoj legislativní úpravy problematiky interrupcí v ČR

Interrupce v Československu byly ve srovnání se západoevropskými státy uzákoněny poměrně brzy. Došlo k tomu po uklidnění situace po bouřlivém období druhé světové války, tedy v roce 1957. Oproti západní Evropě, kde legalizace interrupcí byla důsledkem vzniku feministického hnutí a náporu ze strany společnosti, představovala legalizace v rámci Československa spíše jakýsi byrokratický krok pro zkvalitnění sociálních, ekonomických a politických situací. Konec padesátých let dvacátého století totiž představoval značně nepříznivou socioekonomickou situaci v ČSR, která byla důsledkem neúčinnosti plánování ekonomiky a vyústila v nedostatek základního zboží. Nemožnost ovlivnit velikost rodiny byla jedním z primárních sociálních problémů tehdejší společnosti, díky čemu se legalizace interrupcí jevila jako ideální řešení této záležitosti (Dudová, 2012).

V padesátých letech nebylo v Československu mnoho možností, kterými by se řešila otázka kontroly reprodukce mezi mužem a ženou. Mezi nejčastěji používané metody antikoncepce patřily *coitus interruptus*, neboli přerušovaná soulož a prezervativ s velmi nízkou kvalitou (Dudová, 2012).

3.3.2.1 Zákon č. 68/1957 Sb.

K legalizaci potratů ze socioekonomických důvodů došlo v roce 1957, kdy vyšel v platnost zákon č. 68/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství, což představovalo významný zlom ve vývoji českého zákonodárství problematiky interrupcí (Bahounek, 2007). V daném zákonu, nad kterým se usneslo Národní shromáždění republiky Československé, je v prvním paragrafu poznamenán cíl, jímž je *„rozšíření péče o zdravý vývoj rodiny, ohrožované škodami způsobovanými při umělém přerušení těhotenství na zdraví a životech žen zákroky nesvědomitých osob a mimo zdravotnická zařízení“* (Zákon č. 68/1957 Sb.).

Tento zákon o umělém ukončení těhotenství zahrnuje současně několik podmínek:

- Těhotenství lze přerušit pouze v případě souhlasu a povolení těhotné ženy. V případě, že je žena nesvéprávná či trpí duševní poruchou, lze souhlas k interrupci získat od jejího zákonného zástupce.
- K umělému přerušení těhotenství může dojít pouze v lůžkovém zdravotnickém zařízení.
- O povolení k interrupci rozhoduje na základě žádosti zřízená interrupční komise.
- Takové povolení mohlo být uděleno pouze ze zdravotních důvodů či jiných oprávněných důvodů neboli důvodů zvláštního zřetele hodných (Zákon č. 68/1957 Sb.).

Jiné důvody hodné zvláštního zřetele jsou uvedeny ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 249/1957 Ú.I., kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. Za tyto důvody lze podle vyhlášky považovat např. pokročilý věk ženy, větší počet dětí, ztrátu manžela či jeho invaliditu nebo skutečnost, že k otěhotnění došlo znásilněním či jiným trestným činem (Vyhláška č. 249/1957 Ú.I.). V roce 1973 byl ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 71/1973 Sb., kterou se provádí zákon o umělém ukončení těhotenství, zmíněn další důvod hodný zvláštního zřetele, a to bytová tíseň či finanční potíže, které by výrazně ovlivnily životní úroveň rodiny, především nezletilých dětí (Vyhláška č. 71/1973 Sb.).

3.3.2.1.1 Interrupční komise

Rozhodování o těhotenství a jeho možném umělém ukončení nebylo vždy v rukou těhotných žen, jelikož existovaly dané interrupční komise, které byly stanoveny již zmíněným zákonem č. 68/1957 Sb., a měly za úkol daná rozhodnutí těhotných žen úředně schválit. Zmíněné interrupční komise nefungovaly pouze na principu poradenského orgánu, který by ženám nabízel určitou podporu a pomoc v těžké životní situaci, měly především právo konečného rozsudku o těhotenství a celkovém reprodukčním osudu těhotných žen (Dudová, 2012).

Od roku 1957 měla interrupční komise 3 členy, a to dva pracovníky ze zdravotnictví a jednoho příslušníka „laika“, což byla zpravidla žena, která byla do této pozice jmenována příslušným okresním národním výborem. Na jednání interrupční komise mohl být přizván také muž, se kterým byla žena těhotná či v případě nezletilosti ženy mohli být přizváni její

zákonní zástupci (Dudová, 2012). V případě zamítnutí žádosti o umělé ukončení těhotenství od okresní interrupční komise měla těhotná žena možnost odvolat se u komise krajské (Kühn, 1998).

V rámci prvotních představ měly interrupční komise působit na těhotné ženy didakticky, s čímž souvisí propagace účinných způsobů a prostředků, které by pomohly zamezit nechtěným těhotenstvím. Další funkcí komise bylo poskytování rad a pomoci s ohleduplností na těhotnou ženu a plod, a po náležitém promyšlení také rozhodnutí o schválení či zamítnutí žádosti o interrupci (Kühn, 1998). Existence interrupčních komisí však začala být po určité době poněkud problematická. Nejen že fungovaly především na základě působení státní moci, jelikož byly propojeny s politickými orgány, a mohly tím kontrolovat a ovlivňovat podmínky a počty potratů, ale zároveň jejich existence bránila ve vývoji nových metod vykonávání interrupcí. V případě miniinterrupcí byla pro jejich provedení požadována co nejkratší doba mezi početím a realizací interrupce, čemuž interrupční komise zabraňovaly především díky svému zdlouhavému procesu jednání i organizace (Bahounek, 2007).

3.3.2.2 Zákon č. 66/1986 Sb.

Česká národní rada přijala v roce 1986 na základě kritiky interrupčních komisí, ale i z důvodu jiných argumentů zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství (Zákon č. 66/1986 Sb.), ke kterému byla vydána vyhláška č. 75/1986 Sb. Ministerstvem zdravotnictví České socialistické republiky, kterým došlo ke zrušení předchozího zákona z roku 1957 (Vyhláška č. 75/1986 Sb.). Tento zákon z roku 1986 nabyl své účinnosti v roce 1987 a platí dodnes (Zákon č. 66/1986 Sb.).

Účelem nového zákona byla úprava „*umělého přerušení těhotenství se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění*“ (Zákon č. 66/1986 Sb.). Provedení umělého ukončení těhotenství bylo nově povoleno na základě písemné žádosti těhotné ženy za podmínky, že délka gravidity nepřekročila dvanáct týdnů. V případě uplynutí této doby dvanácti týdnů lze těhotenství přerušit pouze pokud je ohrožen život ženy či plodu, nebo za situace jeho silného poškození a nemožnosti života (Dudová, 2012).

Výše zmíněný zákon z roku 1986 současně zabraňuje ve výkonu interrupce u cizinek, které se na území České socialistické republiky zdrží pouze dočasně (Zákon č. 66/1986 Sb.). Za přechodný pobyt není podle vyhlášky č. 75/1986 Sb. považována situace, kdy je cizinka zaměstnána orgány či organizacemi, které sídlí na území České socialistické republiky nebo je členkou rodin pracovníků v těchto organizacích. Dočasným pobytem není ani případ cizinek, které na území Česka studují nebo získaly mimořádné povolení k pobytu podle zvláštních předpisů či mezistátních dohod (Vyhláška č. 75/1986 Sb.).

3.3.3 Problematika lidského plodu

Stejně tak jako žijící jedinec, který znázorňuje klasického pacienta, je i lidský plod vystavován různým zdravotním rizikům a chorobám, a zároveň je náležitě vyšetřován a léčen. Postavení lidského plodu je však do velké míry nejisté a o jeho osudu rozhodují v mezích zákona jiné osoby. Tato skutečnost představuje fakt, že lidskému plodu není přiznán ontologický[1] statut osoby, který by jedince reprezentoval v rámci jeho začlenění do lidské společnosti a zajišťoval mu všechna lidská práva (Ptáček, Bartůněk, 2011).

3.3.3.1 Morální statut lidského plodu v rámci ontologického personalismu a funkcionalismu

V rámci filozofického vymezení morálního statutu plodu jsou stanoveny dva principy, mezi které patří *ontologický personalismus*[2] zastávající názor, že lidský plod má plný morální statut již od okamžiku početí, a *ontologický funkcionalismus*, který lidskému plodu přisuzuje různou morální hodnotu, která je odvozená podle stádia jeho vývoje.

Pro ontologický personalismus je významný argument lidského druhu a argument potenciality vývoje k lidské bytosti. Stěžejní teorií pro argument lidského druhu je, že embryo i plod mají kompletní morální statut již od okamžiku oplození vajíčka. V rámci teorie argumentu potenciality se zastává názor, že pokud je embryo geneticky vybaveným jedincem, musí mít rovněž i úplná lidská práva, stejně jako tomu je u novorozeného dítěte. Tato teorie je však často kritizována, jelikož lidská práva slouží především k ochraně lidské svobody, kterou však embryo mít nemůže, jelikož nedisponuje mentální kapacitou, která je

[1] Ontologie = základní filozofická disciplína zabývající se jsoucnem a bytím (Havelka, 2017).
[2] Personalismus = jedinečný význam lidské osoby a vztah mezi nimi ve společnosti (Velek, 2018).

k vykonávání lidské svobody potřeba. Lidský plod má tudíž pouze předpoklad pro to, že se stane lidskou bytostí.

Podle ontologického funkcionalismu je osobnost jedince určena především vědomím, schopností komunikace, racionalitou a sebeuvědomováním. Tyto body prezentují princip gradualismu a sociální determinaci osoby, které jsou pro ontologický funkcionalismus stěžejní. Základem pro tuto teorii je svobodná vůle, díky které získává jedinec ve společnosti svá lidská práva. Důležitým aspektem této teorie je rovněž vývoj lidského plodu, neboť zvyšováním stupně vývoje lidského plodu roste jeho hodnota, a tím i morální statut, jelikož dospívá k předpokladu stát se lidskou bytostí (Ptáček, Bartůněk, 2011).

3.3.3.2 Princip sanctity of life a quality of life

S již zmíněnými směry pohledu na lidský plod úzce souvisí rovněž protikladné principy *sanctity of life* a *quality of life*.

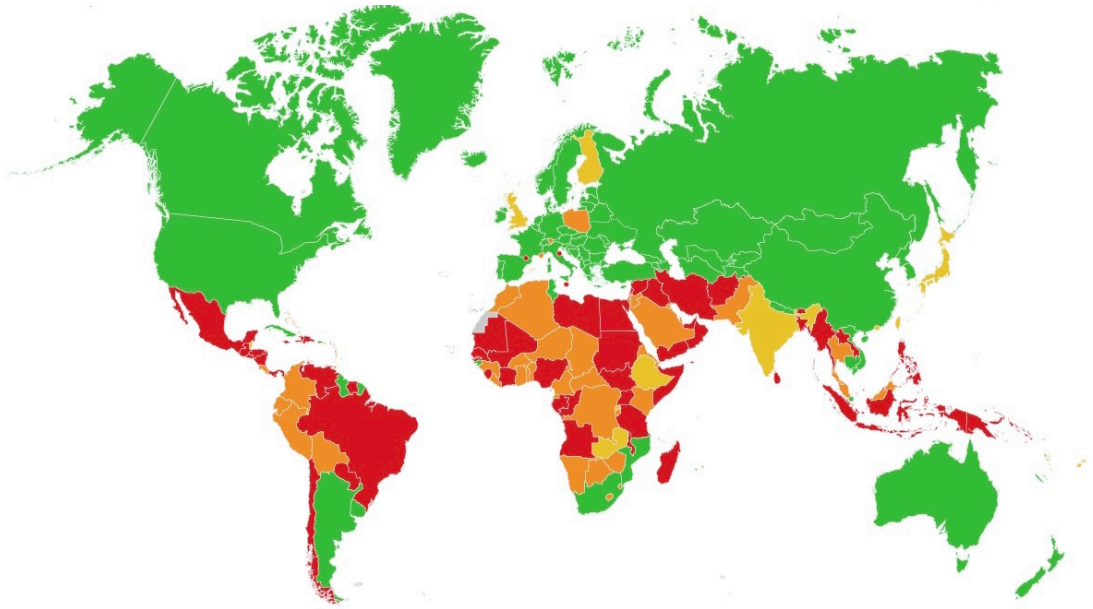
První z principů *sanctity of life* je ovlivněn filozofií západní civilizace, která lidský život klasifikuje jako posvátný dar od Boha, který nelze v žádném případě obětovat. Nejdůležitějším faktorem ovlivňující způsob jednání člověka je důraz na nedotknutelnost lidského života, s čímž úzce souvisí rovněž hodnota lidského života, která určuje pravidlo, že žádný lidský život nemá vyšší hodnotu než jiný, tudíž nesmí být v jeho zájmu obětován.

Základem pro princip *quality of life* je tvrzení, že význam a hodnotu lidského života determinuje jeho kvalita. V rámci individuální roviny je kvalita života určena subjektivním vnímáním hodnot, vírou a očekáváním, což z hlediska hodnocení kvality života představuje nesmírně komplikovaný proces, jelikož jednotlivé životy zahrnují rozsáhlý soubor neustále se měnících situací, které nelze svázat všeobecně platnými doporučeními a obecným uspořádáním.

Z hlediska reprodukce žen je aplikace těchto dvou principů podstatou pro dvě základní hnutí v rámci přibližované problematiky, a to hnutí *pro-life* a hnutí *pro-choice* (Ptáček, Bartůněk, 2011).

3.3.4 Mezinárodní status právního pojetí interrupcí

Obrázek 1: Legislativa interrupcí ve světě v roce 2021



Zdroj: Center For Reproductive Rights

Na Obrázku č. 1 lze vidět mapu světa, na které je vyznačena legislativa interrupcí v jednotlivých státech. Zelenou barvou jsou označené státy, ve kterých jsou interrupce zcela povoleny bez jakýchkoliv omezení. Žlutou barvou jsou vyznačeny země, ve kterých jsou interrupce povoleny v případě sociálních či ekonomických důvodů. V zemích, označené oranžovou barvou, jsou interrupce povoleny za účelem ochrany zdraví a v červeně vyznačených státech jsou interrupce buď zcela zakázány nebo jsou povoleny pouze v případě ohrožení života těhotné ženy (Center for Reproductive Rights, 2021).

Sovětské Rusko bylo první zemí v moderní době, která legalizovala interrupce v roce 1920 (Avdeev, Blum, Troitskaya, 1995).

V Polsku se od října 2021 projednával potratový zákon, který již ve své původní podobě zásadně omezoval právo žen na umělé přerušení těhotenství, jelikož interrupci bylo možné podstoupit jen v případě, kdy k těhotenství došlo v důsledku znásilnění či incestu. Výjimkou byly rovněž situace, kdy byla těhotná žena v ohrožení zdraví či života nebo v případě diagnostiky vážného poškození plodu. Potratový zákon byl přezkoumán a došlo se k závěru, že interrupce provedené z důvodu poškození plodu či vývojových vad jsou v rozporu s polskou Ústavou (Navrátilová, 2022).

Mezi země, které nepovolují interrupci za žádných okolností lze zařadit Chile, Maltu, Vatikán, Dominikánskou republiku a další (Pazderková, 2016).

3.4 Hlavní přístupy k problematice interrupcí

V rámci bioetiky, která se nezaměřuje pouze na otázky spojené s medicínou, nýbrž zkoumá veškeré morální problémy a snaží se definovat principy lidského chování související s lidským životem, je problematika interrupcí jedním z nejspornějších problémů. V případě nahlížení na těhotenství jako na klasický životní vztah záleží na rozhodnutí a odpovědnosti matky, která ovlivňuje ochranu lidského plodu, a tedy i vznikající život. Pokud se nahlíží na těhotnou ženu a na lidský plod, který v ní vyrůstá, jako na dvě naprosto odlišné věci, odpovědnost za lidský plod je odvozen ze sebeurčení matky či morálního statutu onoho lidského plodu, nikoli z tělesné provázanosti mezi těhotnou ženou a dítětem. Díky těmto skutečnostem dochází k tzv. těhotenskému konfliktu, který staví do opozice navzájem si konkurující konflikty mezi nároky matky a dítěte (Huber, 2016).

V dnešní době je vymezeno několik přístupů v oblasti interrupcí, mezi které patří postoj konzervativní, liberální a umírněný (Jemelka, 2008).

3.4.1 Konzervativní přístup

Umělé ukončení těhotenství je u konzervativního přístupu naprosto nepřípustné, tudíž je zákrok interrupce odmítán vždy a za každé situace (Jemelka, 2008). Smyslem konzervativního postoje k interrupcím je koncepce často nazývaná *„pro-life“* neboli *„pro život“*, která přisuzuje absolutní právo na život vznikajícímu jedinci již v okamžiku, kdy dojde ke spojení spermie a vajíčka (Huber, 2016). Příznivci této konzervativní koncepce považují interrupci za vraždu a jakékoliv umělé ukončení těhotenství reprezentuje odsouzeníhodné nemorální jednání, jelikož dochází k zabití nenarozeného dítěte (Haškovcová, 2015). Aktivisté pro-life teorie prosazují názor, že ke zrodu člověka a nového lidského jedince dochází v okamžiku početí, a tím se jedinec také stává subjektem přirozených práv, mezi které patří rovněž právo na život jakožto jedno z nejzákladnějších lidských práv. Podle zastánců pro-life teorie je interrupce vykládána jako nadřazování osobního zájmu jednoho nad práva na život druhého, což značí naprosto nepřípustnou nemorální skutečnost, a to i v případě těžkých životních nesnázích a potíží. Na interrupci je z konzervativního pohledu nahlíženo jako na největší a nejzávažnější mravní problém současné společnosti přesahující kterékoliv jiné společenské problémy (Sokáčová, 2006).

Někteří méně radikální zastánci konzervativního přístupu uznávají možnost umělého ukončení těhotenství, avšak pouze z důvodu zdravotních problémů či v případě závažných situací, jako je např. znásilnění či incest (Haškovcová, 2015). V opačném případě u extrémně radikálních příznivců zákazu interrupcí může docházet k aktivitě dorůstající až do agresivních forem, které by mohly vyústit v násilí či dokonce vraždy lékařů (Jemelka, 2008).

Zastánci konzervativního přístupu kritizují interrupce, ke kterým došlo z důvodu nouzové sociální situace jako je například chudoba či komplikované a nesnadné životní poměry. K eliminaci interrupcí, ke kterým dochází z těchto důvodů, by měla přispět vnější sociální pomoc, která by měla řešit reálné příčiny, snažit se vytvářet lepší životní podmínky pro člověka a pomocí ekonomické podpory snižovat či úplně odstraňovat sociální nouze.

S další kritikou se setkávají ženy, které zákrok interrupce volí čistě ze sobeckých důvodů. Jakožto vzor pro tento případ mohou být rodiče, kteří odmítají příchod dalšího potomka kvůli strachu ze zhoršení jejich životní úrovně, a proto se rozhodnou pro umělé ukončení těhotenství.

Pokud došlo k situaci, že těhotenství vzniklo na základě znásilnění či jiného kriminálního činu, které ženě ubírají na důstojnosti, a dochází tak k psychickému odmítnutí svého dítěte, jsou podle konzervativních zastánců i jiná východiska než interrupce, např. předání dítěte k adopci. Ukončení těhotenství nezpůsobí, že by zmizela nepříjemná vzpomínka na znásilnění, naopak se k tomuto špatnému zážitku může později přidat pocit provinění z důvodu ukončení vznikajícího života (Rotter, 1999).

V případě indikace genetických vývojových vad během prenatální diagnostiky, tedy pokud je diagnostikováno zdravotní postižení dítěte, je možné podstoupit interrupci i po uplynutí dvanáctého týdne těhotenství, jelikož by to pro matku představovalo natolik velkou zdravotní zátěž, kterou nelze po těhotné ženě požadovat (Huber, 2016). Pro konzervativce je toto řešení však nepřípustné, jelikož stejně tak jako je absurdní rozhodování o životě narozeného, zda si život zasluhuje či ne, je rovněž nepřijatelné rozhodovat o životě nenarozeného. Na zdravotní postižení, či na celkové narušení psychického či fyzického zdraví nelze nahlížet jako na aspekt, který by snižoval hodnotu života. V případě, že se postiženým dětem věnuje adekvátní péče a výchova, je možné, aby žily kvalitní život, který má smysl a naplňuje ho radost. V určitých situacích může mít péče o postiženého jedince dokonce pozitivní vliv na rodinu, která se může stát díky této zkušenosti zralejší a šťastnější (Rotter, 1999).

3.4.1.1 Hnutí pro život ČR

V rámci konzervativního přístupu k interrupcím a podpory teorie pro-life je nejvýznamnější tuzemskou organizací občanské sdružení *Hnutí pro život ČR*, které usiluje o ochranu lidského života za jakýchkoliv životních situací, a to především ochranu života nenarozených jedinců. Mezi hlavní cíle hnutí patří *„ochrana lidského života od početí do přirozené smrti, ochrana lidské důstojnosti a rozvoj člověka jako integrální bytosti a podpora rodiny a manželství jako základních buněk společnosti“*.

Kolektivní identita členů hnutí pro život je spojena s tradičními hodnotami, chápanými jako lidská přirozenost. Tradiční rodina představuje jednu z nejvýznamnějších hodnot této organizace, která by se měla skládat z tradičních rolí, a to muž jako živitel rodiny, žena pečující o rodinu a do jisté míry podřízená svému muži, a jejich potomci. Jakákoliv jiná forma rodiny je pro toto hnutí nepřijatelná a mnohdy dokonce společensky škodlivá, jako např. registrované partnerství homosexuálů (Sokáčová, 2016).

Organizace Hnutí pro život ČR se snaží obnovovat společenský respekt vůči každému nenarozenému dítěti, a to prostřednictvím pomoci těhotným ženám a obnovy společenské zodpovědnosti muže za ženu a dítě. Společným záměrem je rovněž předcházení interrupcí a napomáhání ženám, které jsou k interrupcím nuceny, či mají po provedení zákroku psychické potíže (Hnutí pro život ČR, 2022).

Mezi další aktivity hnutí patří snaha o podporu tradičních hodnot rodiny, manželství a mateřství. Dále usiluje o výchovu úcty a lásky mezi rodičem a dítětem. Za stěžejní aspekt hnutí pro život je považována morálka jako všeobecné jasně definované hledisko. Mezi morální záležitosti patří heterosexuální manželství s dětmi a jasně určenými rolemi pro muže i ženu a zároveň absolutní odmítnutí takového způsobu myšlení, který vede k pohrdání životem, za což zastánci pro-life teorie považují interrupci, antikoncepci, eutanázii a další. Hnutí pro život rovněž jasně definuje nemorální skutečnosti, mezi které řadí jednání, které se odlišuje od tradiční rodiny, jako např. neúplné rodiny či homosexualita, dále podpora interrupcí či kontrolování porodnosti pomocí antikoncepce (Sokáčová, 2006).

3.4.2 Liberální přístup

Liberální přístup, jehož teorie je označována pojmem *„pro-choice“* neboli *„pro volbu“*, vychází z hypotézy, že embryo nereprezentuje samostatného jedince, který by byl schopný života mimo tělo těhotné ženy, nejedná se tedy o svébytnou individuální bytost (Bahounek, 2007). Zastánci liberálního přístupu považují interrupci za právem odůvodněné rozhodnutí, které je součástí plně přijímané osobní odpovědnosti. Zákrok umělého ukončení těhotenství je prováděn s ohledem na zhodnocení potencionální kvality života dítěte, fyzické a duševní zdraví těhotné ženy, či právo ženy na tělesnou integritu, což představuje právo nakládat svobodně a bez omezení s vlastním tělem, a zároveň s ohledem na širší pojetí základu rodiny, v souvislosti s plánovaným rodičovstvím (Jemelka, 2008).

Z hlediska liberálního pojetí je člověk považován za nezávislého jedince vybaveného rozumem a možností se svobodně rozhodovat o vlastním životě. Zastánci interrupcí klasifikují ženu jako člověka s jeho veškerými právy, a proto je nepřípustné nařizovat ženě, jak má v dané situaci jednat a zasahovat tímto způsobem do jejího soukromí (Klíč, 2004).

Zásadním požadavkem liberálních příznivců je právo na legální a odbornou interrupci pro každou ženu, jelikož je podle nich nadmíru pravděpodobná skutečnost, že v případě zákazu interrupcí budou ženy volit jiné alternativy, jako např. cestování do jiných zemí, ve kterých je interrupce legální, nebo budou ženy volit variantu nelegálních či kriminálních ukončení těhotenství, kterým nelze zamezit ani striktním zákazem interrupcí (Haškovcová, 2015). Tato nelegální ukončení těhotenství zpravidla představují závažná zdravotní ohrožení. V zemích s liberální potratovou politikou a vyspělým zdravotnickým systémem dochází k úmrtnosti žen v souvislosti s podstoupením zákroku interrupce pouze v ojedinělých případech. Na rozdíl od toho v zemích s restriktivní potratovou politikou, nedostatečně rozvinutým zdravotnickým systémem či neexistujícím nebo minimálním právem ženy na plánované rodičovství, představuje úmrtnost žen v souvislosti s neoprávněným ukončením těhotenství zásadní zdravotnický, sociální a morální problém (Roztočil, Bartoš, 2011).

Dalším argumentem zastánců práva na interrupci je rovněž skutečnost, že zvládnout veškeré složité úkoly související s rolí matky může žena pouze v případě, že se pro těhotenství rozhodne dobrovolně. Potencionální vnucování role matky může způsobit neschopnost ženy se v rámci této role osvědčit. V situacích, kdy partner těhotné ženy nemá zájem o otcovství, může docházet k odmítnutí dítěte i ze strany jeho matky, což následně

může vést ke strádání dítěte v domácím prostředí nebo dokonce k psychickému či fyzickému týrání původně neakceptovaného potomka (Bahounek, 2007).

I přestože jsou liberalisté často označováni některými konzervativními zastánci za propagátory interrupcí, považují umělé ukončení těhotenství za negativní skutečnost, která by měla být východiskem pouze v krajních situacích. Zastánci práva na interrupce argumentují, že předcházet nechtěnému těhotenství lze na základě aplikace vhodné antikoncepce a principů plánovaného rodičovství. Zásadním faktorem ovlivňující množství nechtěných těhotenství je podle liberalistů kvalitní výuka sexuální výchovy na školách, která jedince seznámí s antikoncepčními prostředky, klade důraz na zodpovědné rodičovství a poskytuje poradenskou péči (Haškovcová, 2015).

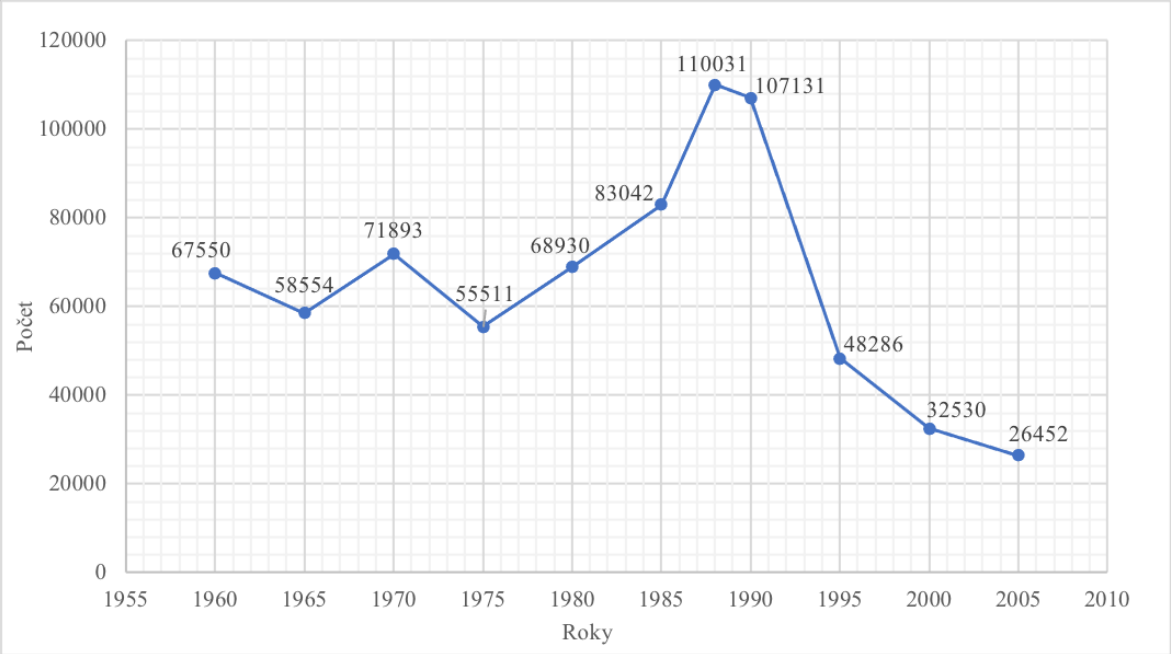
3.4.3 Umírněný přístup

Sympatizanti umírněného přístupu k interrupcím se nachází někde mezi konzervativci a liberalisty. Podle nich nelze umělé ukončení těhotenství zakazovat, ale ani vynucovat. Na základě této teorie v rámci umírněného přístupu jsou interrupce respektovány a z principu považovány za přípustné a legální, avšak je vždy nutné vyhodnocovat závažnost důvodu pro a proti zákroku interrupce v každém konkrétním případě (Jemelka, 2008).

3.5 Vývoj počtu interrupcí v ČR

V České republice jsou zveřejněné nejstarší statistiky týkající se počtu uměle ukončených těhotenství od roku 1960, ve kterém došlo k 67 tisícům provedených interrupcí. Ke kodifikaci neboli uzákonění interrupcí došlo v roce 1957 především ze socioekonomických důvodů tehdejší společnosti (Dudová, 2012). V tu dobu vyšel v platnost zákon č. 68/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství, který umožnil těhotným ženám podstoupit zákrok umělého ukončení těhotenství, avšak ne zcela svobodně, jelikož toto rozhodnutí muselo být úředně schváleno interrupční komisí (Zákon č. 68/1957 Sb.). V roce 1986 bylo Českou národní radou přijat zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství, který povolil interrupce na základě písemných žádostí těhotných žen, avšak za podmínky, že délka těhotenství nepřekročila dvanáct týdnů. Zmíněný zákon nabyl své účinnosti v roce 1987 a platí dodnes (Zákon č. 68/1986 Sb.).

Graf 1: Vývoj počtu interrupcí v letech 1960–2005



Zdroj: vlastní zpracování

Po legalizaci interrupcí bylo evidováno v roce 1960 více než 67 tisíc uměle přerušených těhotenství. Mezi lety 1960–1975 lze sledovat střídavý pokles a růst počtu indukovaných potratů, kdy se v prvních pěti letech jednalo o pokles počtu interrupcí o necelých 9 tisíc, následně na to v dalších pěti letech došlo naopak k růstu počtu interrupcí o více než 13 tisíc. V roce 1970 bylo evidováno necelých 72 tisíc uměle ukončených

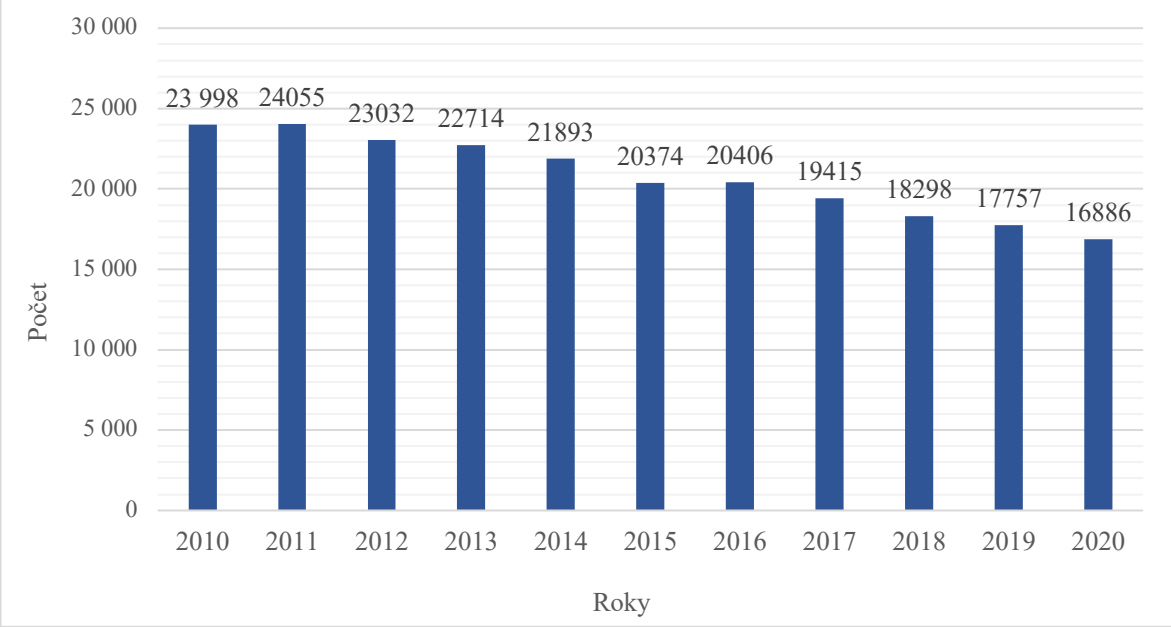
těhotenství, jejichž vývoj se následně během pěti let propadl a klesnul o více než 16 tisíc interrupcí.

Od roku 1975 lze sledovat postupný růst počtu interrupcí, jehož samotný vrchol byl zaznamenán v roce 1988 s nejvyšší hodnotou, která byla evidována ve statistikách ÚZIS od roku 1960, a to 110 tisíc interrupcí.

V rámci statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), které jsou znázorněny v Grafu č. 2, lze sledovat od roku 1988 jednoznačný a konstantní trend projevující se poklesem počtu uměle ukončených těhotenství. K největšímu propadu došlo mezi lety 1990–1995, kdy se počet interrupcí snížil o necelých 59 tisíc.

Pokles počtu indukovaných potratů neboli interrupcí je zapříčiněn růstem nabídky a využívání moderních forem antikoncepce (ÚZIS, 2021). Podle Českého statistického úřadu je rovněž eventuálním faktorem, ovlivňujícím reprodukční jednání žen včetně jejich přístupů k vyřešení nechtěných těhotenství pomocí interrupcí, nejvyšší dosažené vzdělání. Z dostupných statistik lze vyvodit skutečnost, že s rostoucí úrovní vzdělání dochází k poklesu počtu uměle ukončených těhotenství. Nejvýznamnější pokles počtu interrupcí byl zaznamenán u žen, které dosáhly středoškolského vzdělání s maturitou či vysokoškolské úrovně vzdělání (ČSÚ, 2016).

Graf 2: Vývoj počtu interrupcí v ČR v letech 2010–2020



Zdroj: vlastní zpracování

Podle Grafu č. 2 lze až na malé odchylky opětovně vyvodit klesající tendenci počtu interrupcí v ČR. K prvnímu mírnému odklonu od klesajícího trendu došlo v roce 2011, kdy bylo zaznamenáno o 57 více uměle ukončených těhotenství než v předešlém roce, a v roce 2015, kdy bylo evidováno o 32 více interrupcí než v předchozím roce. Na druhé straně nejvýraznější změna v počtu provedených interrupcí byla evidována mezi roky 2014 a 2015, kdy došlo k poklesu celkového počtu uměle přerušených těhotenství o 1519. Od roku 2017 se počet interrupcí drží pod hranicí 20 tisíc a meziročně se množství provedených interrupcí snižuje v průměru o 800 případů (ÚZIS, 2021).

3.6 Prevence nechtěného těhotenství

V případech, kdy žena i muž nemohou poskytnout svému potenciálnímu potomku adekvátní podmínky pro jeho řádný psychický i fyzický vývoj, by mělo být v jejich zájmu zabránit zplození nového života, což celkově spadá pod základní lidské povinnosti (Ždichynec, Kissneyllbecher, Pekárek, 1998).

Pojem antikoncepce lze využít jako komplexní označení metod, které zamezují vzniku těhotenství i přes intimní styk mezi mužem a ženou. Informovanost o možnostech antikoncepce a její následné využití funguje jako primární prevence proti nechtěnému těhotenství (Novotný, Hruška, 1995).

3.6.1 Metody antikoncepce

V praxi se antikoncepce klasifikuje podle toho, kdo z partnerů ji užívá či obsluhuje. Antikoncepci lze tedy rozdělit na mužskou a ženskou. U ženské antikoncepce ji lze dále rozlišovat na hormonální či nehormonální (Barták, 2006).

Tabulka 2: Rozdělení antikoncepčních metod

<table>
<tr><th colspan="3">Skupina antikoncepčních metod</th><th>Metoda</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Mužská antikoncepce</td><td rowspan="2"></td><td>přerušovaná soulož</td></tr>
<tr><td>sterilizace (přerušení chámovodů)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Ženská antikoncepce</td><td rowspan="3">Bariérové metody</td><td>prezervativ (kondom)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Nehormonální</td><td>poševní pesar</td></tr>
<tr><td>spermicidní čípky a krémy</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Hormonální</td><td rowspan="5"></td><td>nitroděložní tělísko</td></tr>
<tr><td>minipilulky</td></tr>
<tr><td>antikoncepční podkožní implantáty</td></tr>
<tr><td>antikoncepční injekce</td></tr>
<tr><td>antikoncepční tablety</td></tr>
<tr><td>antikoncepční náplasti</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>neplodné dny</td></tr>
</table>

Zdroj: vlastní zpracování dle (Barták, 2006).

Prezervativ (kondom)

Prezervativ neboli kondom reprezentuje nejtypičtější a nejvýznamnější formu tzv. bariérové antikoncepce pro muže. Tato metoda představuje poměrně spolehlivou, a oproti jiným metodám antikoncepce, i levnou ochranu zabraňující nechtěnému těhotenství. Mimo jiné zároveň chrání před pohlavními chorobami, tudíž se doporučuje především takovým jedincům, kteří nemají stálého partnera nebo své partnery často mění. Z hlediska spolehlivosti se však nejedná o stoprocentní ochranu a v některých případech může dojít k selhání funkčnosti prezervativu, jelikož je jeho používání do velké míry ovlivněno lidským faktorem, zejména zkušenostmi a zodpovědností daného jedince (Barták, 2006).

Přerušovaná soulož

Metoda přerušované soulože se opět řadí mezi mužskou antikoncepci. Jedná se však o nebezpečnou metodu, především kvůli její velmi malé spolehlivosti. Tento způsob antikoncepce by měl být využit pouze v nouzových situacích, kdy není k dispozici žádná jiná forma antikoncepce, jelikož ročně dochází k selhání této metody až ve 20 % případů (Barták, 2006).

Chemická antikoncepce (spermicidní krémy a čípky)

Chemická antikoncepce, mezi kterou lze řadit spermicidní krémy a čípky, reprezentuje další formu bariérové antikoncepce. Spermicidní krémy a čípky obsahují speciální látky tzv. spermicidy, jejichž funkcí je díky jejich chemickému složení možnost hubit spermie. Výhodou této metody je absence hormonů a nežádoucích účinků. Z hlediska spolehlivosti se tato metoda řadí mezi relativně méně spolehlivé (Barták, 2006).

Nitroděložní tělísko

Metoda této antikoncepce funguje na principu zavedení nitroděložního tělíska do dělohy ženy na několik let. V současné době mají tělíska zpravidla tvar písmene „T“ a jsou vyrobeny převážně z umělé hmoty. Existují dva typy tělísek – *inertní* a *medikovaná*. Inertní tělíska fungují jen na základě své přítomnosti jako cizí těleso a není potřeba je po několika letech vyměňovat. Součástí medikovaných tělísek je konkrétní látka (v dnešní době zpravidla hormon či měď), která se postupně uvolňuje do organismu ženy a zvyšuje tak účinnost ochrany před početím. Nitroděložní tělísko je vhodná metoda antikoncepce pro ženy, které již rodily, nikoli pro mladé a bezdětné ženy či dívky. (Barták, 2006).

Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce má několik forem a je aplikována různými způsoby, např. v podobě injekcí, náplastí či podkožních implantátů. Nejvíce používaná forma hormonální antikoncepce je však ve formě tablet, které jsou užívány orálně. Tyto tablety mohou být buď jednosložkové neboli gestagenní, které obsahují pouze gestagen nebo se může jednat o kombinovanou hormonální antikoncepci, obsahující hormony estrogen a progesten. Zásadní nevýhodou této formy antikoncepce jsou možné nežádoucí účinky, se kterými mohou souviset i závažné zdravotní problémy týkající se krevní srážlivosti, na základě

kterých může dojít k trombóze, která se projevuje tvorbou krevních sraženin v žilách či tepnách (Barták, 2006).

3.6.2 Přirozené plánování rodičovství

Přirozené plánování rodičovství (PPR) je dalším způsobem, kterým lze zabránit nechtěnému těhotenství. Tato metoda využívá biologické markery, pomocí kterých se identifikují plodné a neplodné dny ženského reprodukčního cyklu. Ve zkratce se jedná o sexuální abstinenci v období plodnosti. PPR metoda umožňuje jedincům v partnerském vztahu přistupovat k plodnosti jako k normálnímu biologickému procesu. Metoda plodných a neplodných dnů poskytuje určitou synchronizaci sexuálního chování s obvyklou pravidelností plodnosti, díky které mohou jedinci uvědoměle plánovat své rodiny (Unseld, Rötzer, Weigl, Masel, Manhart, 2017).

V rámci metody plodných a neplodných dnů se nejčastěji využívá měření bazální tělesné teploty v pochvě, konečníku či v dutině ústní, dále se sleduje vzhled a hustota poševního hlenu nebo poloha děložního čípku (Šipr, Šiprová, 1995).

4 Praktická část

Praktická část diplomové práce má čtenáře seznámit výsledky výzkumu, které byly získány na základě využití kvantitativního i kvalitativního přístupu. Výsledky výzkumu byly dosaženy pomocí dotazníkového šetření a polostandardizovaných rozhovorů s jedinci mladé generace.

Stěžejním cílem výzkumu bylo prozkoumat a následně interpretovat podstatná dílčí témata. Pro analýzu dat a následnou interpretaci výsledků z dotazníkového šetření a polostandardizovaných rozhovorů byla vybrána dílčí témata:

- **Přístup k interrupcím a roli rodičovství**
- **Potenciální důvody interrupcí**
- **Vliv interrupce na život ženy**
- **Názor na lidský život**
- **Přístup k antikoncepci**

4.1 Popis sledovaných případů

Výzkumný vzorek dotazníkového šetření v rámci kvantitativního výzkumu zahrnoval 297 respondentů, z nichž 75 % reprezentovaly ženy a 25 % muži. Jedinou podmínkou pro zapojení do dotazníkového šetření, která byla potřeba splnit v rámci kvantitativního i kvalitativního výzkumu, bylo splnění jednoho kritéria:

- Jedinec musí být ve věku od 16 do 35 let

Jiná kritéria nebyla nutná, jelikož šlo o výzkum všech jedinců patřících do mladé generace. Téměř nepodstatnou informaci pro výzkum představovala zkušenost s interrupcí či rodinný stav jedince, jelikož pozornost byla zaměřena především na komplexní názor a přístup současné mladé generace, ať už mají zkušenost s interrupcí či ne.

Vzhledem k počtu respondentů v dotazníkovém šetření byla získaná data zpracována a znázorněna ve formě grafů. Tyto grafy mají čtenáři zobrazit a do určité míry rovněž sumarizovat statistický přehled odpovědí výzkumného vzorku.

Základní charakteristiky všech účastníků kvalitativního výzkumu, se kterými byly uskutečněny polostandardizované rozhovory, jsou uvedeny v Tabulce č. 2. Výpovědi

respondentů jsou v textu praktické části vložené kurzívou a označené jménem a věkem daného respondenta.

Tabulka 3: Základní charakteristika dotazovaných v rámci polostandardizovaných rozhovorů

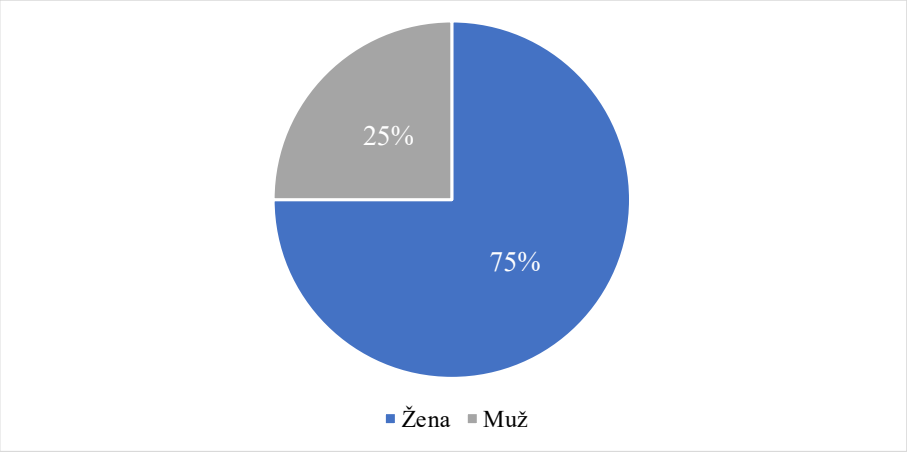
Jméno	Pohlaví	Věk	Stav	Soužití s partnerem
Jan	Muž	28	Svobodný	Ano
Karla	Žena	24	Svobodná	Ano
Karolína	Žena	29	Svobodná	Ano
Lucie	Žena	22	Svobodná	Ne
Milan	Muž	23	Svobodný	Ne
Monika	Žena	21	Svobodná	Ne
Petr	Muž	25	Svobodný	Ano
Petra	Žena	26	Svobodná	Ne
Šárka	Žena	31	Svobodná	Ano
Tomáš	Muž	24	Svobodný	Ne
Vít	Muž	27	Svobodný	Ano
Vojtěch	Muž	26	Svobodný	Ano

Zdroj: vlastní zpracování

4.1.1 Sociodemografické údaje respondentů dotazníkového šetření

V rámci dotazníkového šetření měli respondenti na úvod odpovědět na několik otázek týkajících se sociodemografických údajů, díky kterým je výzkumný vzorek přehledně rozdělen.

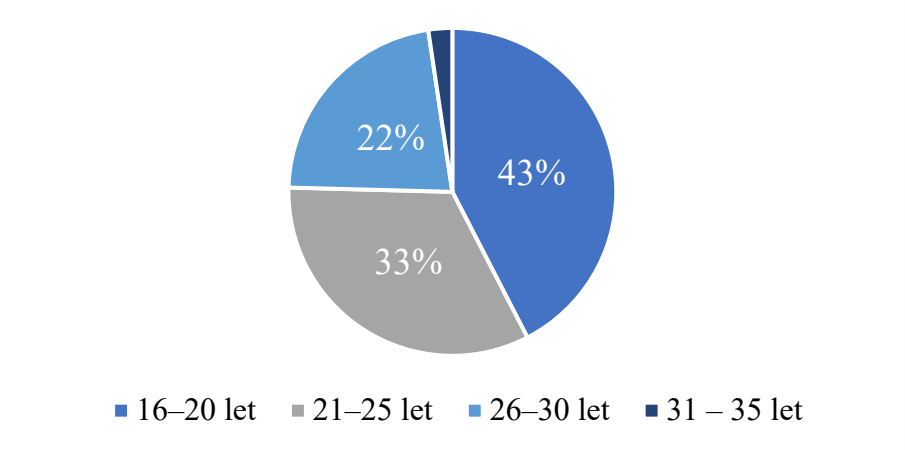
Graf 3: Pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3 znázorňuje strukturu výzkumného vzorku kvantitativního výzkumu, který zahrnuje 297 respondentů. Dotazníkové šetření vyplnilo 223 žen a 74 mužů, což je procentuálně vyjádřeno v grafu výše.

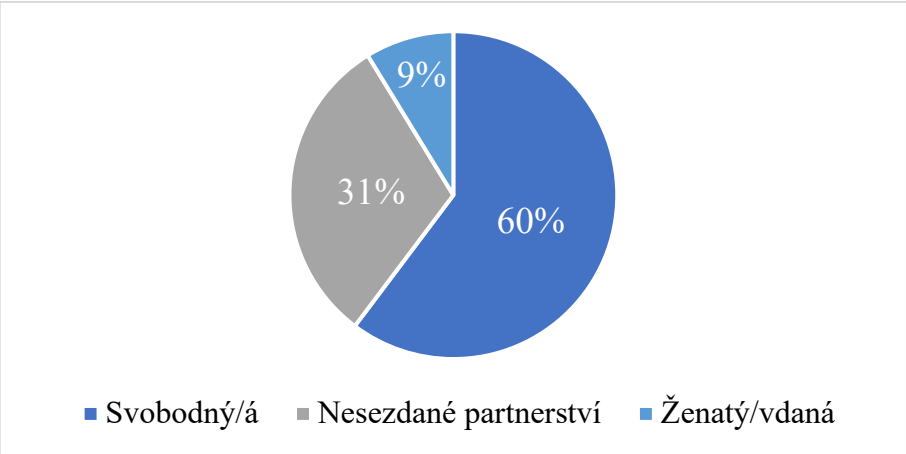
Graf 4: Věková kategorie



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti dotazníkového šetření byli rozděleni do čtyř věkových kategorií. Výzkumný vzorek byl tvořen 126 respondenty ve věku 16–20 let, 98 ve věku 21–25 let, 66 ve věku 26–30 let a 7 ve věku 31–35 let.

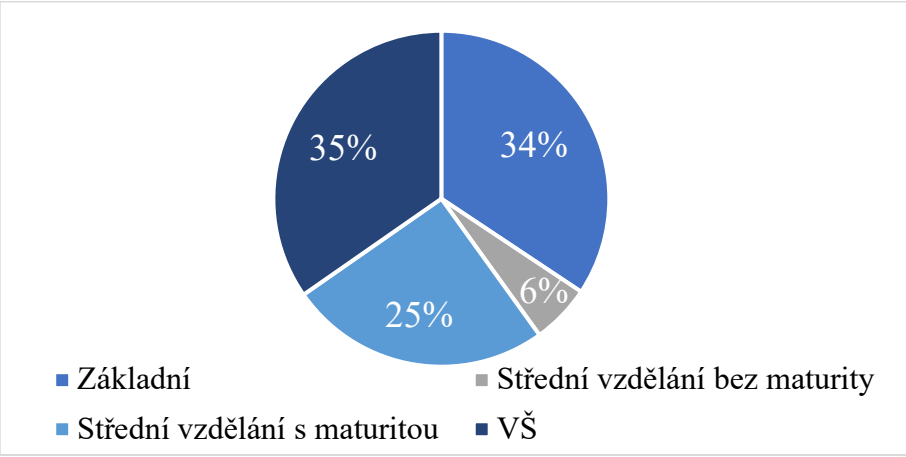
Graf 5: Rodinný stav



Zdroj: vlastní zpracování

Dalším sociodemografickým ukazatelem byl rodinný stav respondentů, kdy 179 z nich vybralo možnost „svobodný/á“, 92 respondentů vybralo možnost „nesezdané partnerství“ a 26 z nich odpovědělo, že jsou v manželském svazku.

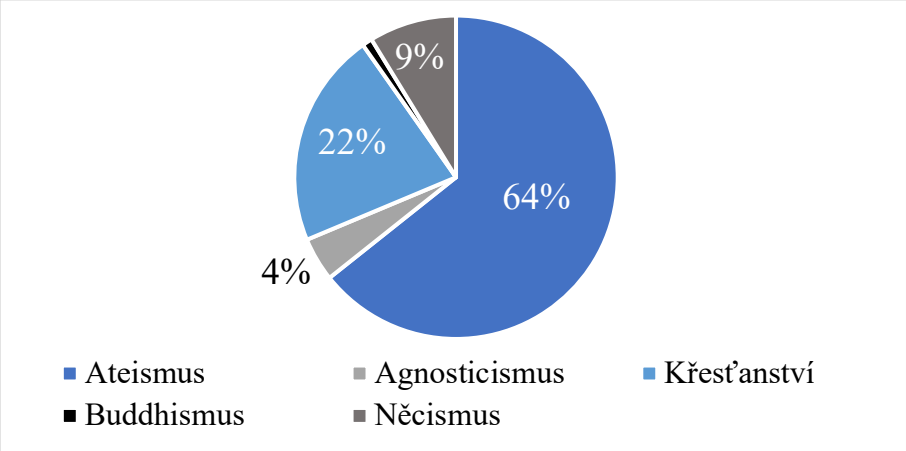
Graf 6: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

Výše zobrazený Graf č. 6 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, z nichž 102 vybralo úroveň vzdělání „základní“, 17 z nich má úroveň „střední vzdělání bez maturity“, tedy výuční list. Dalších 75 respondentů vybralo úroveň vzdělání „střední vzdělání s maturitou“ a zbylých 103, představujících největší část vzorku, dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

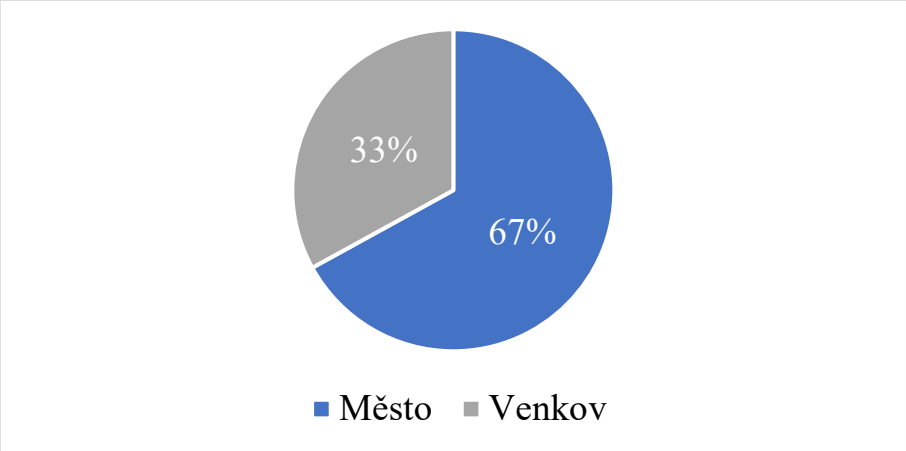
Graf 7: Náboženské vyznání



Zdroj: vlastní zpracování

V některých případech může dojít k určitému vlivu náboženského vyznání na přístup a postoj jedinců k interrupcím. V rámci dotazníkového šetření však 121 respondentů vybralo „ateismus“, tedy absenci víry v Boha či jiné duchovní bytosti, a pouze 64 respondentů zvolilo „křesťanství“ jako své náboženské vyznání. Následně 26 jedinců vybralo možnost „něcismus“, což znázorňuje víru v „něco“, co je nadpřirozené, ale není pojmenováváno Bohem či jinou duchovní bytostí a 13 respondentů vybralo možnost „agnosticismus“, tedy názor, že existence Boha a jiné náboženské tvrzení nelze potvrdit ani vyvrátit.

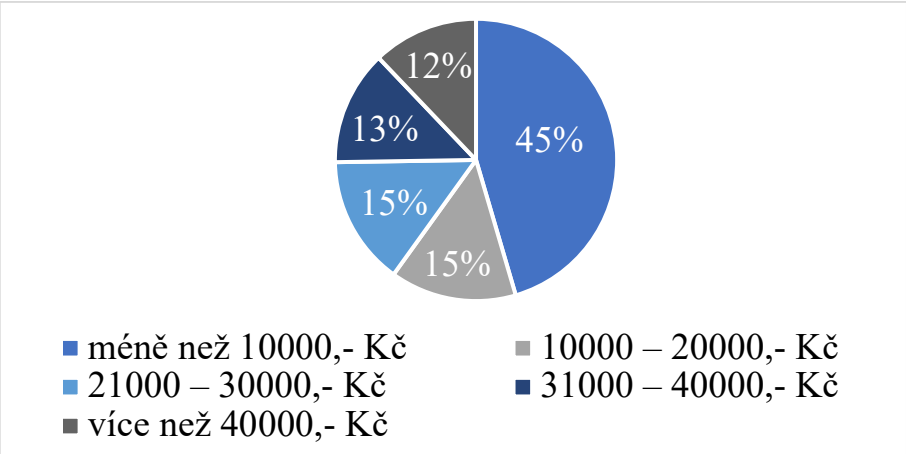
Graf 8: Místo bydliště



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti v rámci dotazníkového šetření dále odpovídali, zda bydlí ve městě či na venkově. Přibližně dvě třetiny z nich, tedy 199 dotazovaných odpovědělo, že bydlí ve městě a zbylých 98 na venkově.

Graf 9: Průměrný měsíční příjem



Zdroj: vlastní zpracování

Existuje mnoho faktorů ovlivňující postoj mladých jedinců k interrupcím. Jedním z nich může být ekonomická nezávislost jedinců, se kterou úzce souvisí průměrný měsíční příjem peněz. Nejvíce respondentů v rámci dotazníkového šetření odpovědělo, že jejich průměrný měsíční příjem je menší než 10 tisíc Kč, což může do značné míry rovněž ovlivnit jejich názor na interrupce a na potenciální roli rodičovství.

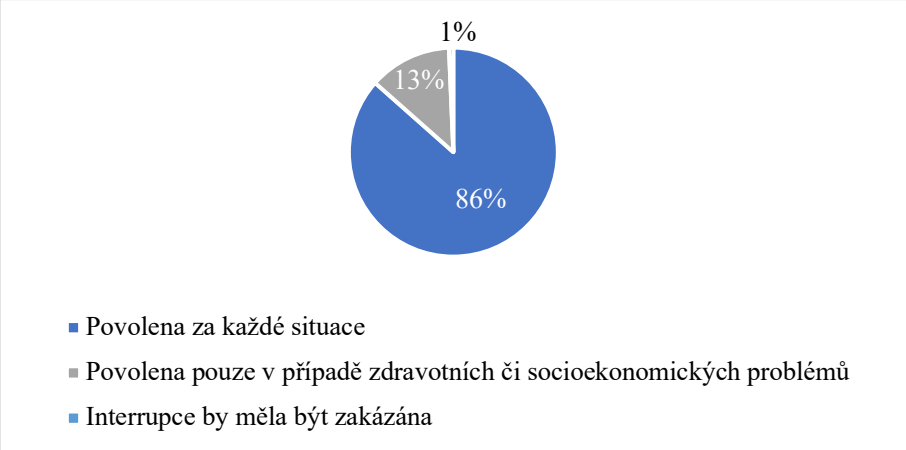
4.2 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

4.2.1 Přístup k interrupcím a roli rodičovství

V současné době je v České republice možné, aby těhotná žena rozhodovala svobodně o svém těhotenství a rovněž i o osudu nenarozeného plodu na základě zákonu č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství. Právě tato skutečnost může být příčinou různých sporů a kritik, jelikož celková problematika interrupcí představuje zásadní otázku z hlediska etiky u velké části společnosti. Interrupce neboli umělé ukončení těhotenství představuje zásadní existenční zkušenost, která může na celý život ovlivnit nejen ženu, ale i potenciálního otce dítěte. V české společnosti najdete velkou část jedinců, kteří upřednostňují přístup „pro-choice“, ale zároveň určitý podíl společnosti problematiku interrupcí zcela odmítá a zastává přístup „pro-life“.

Prvním tématem, kterým se zabývá praktická část, je obecný názor a přístup k umělému ukončení těhotenství, na který se práce zaměřila v dotazníkovém šetření i v rámci rozhovorů.

Graf 10: Názor na interrupce



Zdroj: vlastní zpracování

V rámci dotazníkového šetření zastává 257 (86 %) respondentů názor, že žena má absolutní právo se rozhodnout pro interrupci za každé situace. U této skupiny lze identifikovat radikální „pro-choice“ přístup, který tvrdí, že každý má základní lidské právo rozhodnout se, kdy a zda mít děti. Podle těchto jedinců je naprosto v pořádku, aby těhotné ženy měly možnost zvolit si interrupci jako možnost řešení neplánovaného těhotenství.

Tento zcela pozitivní přístup k umělému přerušení těhotenství (UPT) byl vypozorován i u značné míry dotazovaných v rámci kvalitativního výzkumu prostřednictvím

polostandardizovaných rozhovorů, u kterých převažuje zcela liberální postoj a interrupce považují za svobodné rozhodnutí každého jedince, který se pro tuto možnost může rozhodnout na základě osobních i jiných důvodů.

„Za mě je interrupce naprosto v pořádku, pokud třeba dvojice partnerů není na dítě ještě připravená. Taky zastávám potraty v případě zjištění, že je dítě nemocné, to z toho života pak nemají nic rodiče ani to dítě.“ (Šárka, 31)

„Žena by měla mít právo na potrat, ať už ze zdravotních nebo osobních důvodů.“ (Vojtěch, 26)

„Myslím si, že každá žena by měla mít právo rozhodnout se na základě své aktuální situace, jako je třeba její věk nebo finanční situace, zda si dítě chce nechat nebo ne. Přeci jenom to bude ona, kdo ho bude devět měsíců nosit a kdo ho porodí. Ač to bude znít sebevíc drsně, tak je to můj názor a myslím si, že nechtěné těhotenství může zničit více životů než ten jeden, který kvůli interrupci zanikne. Může se stát, že matka nebude schopna postarat se o dítě nebo si nebude vědět rady s jeho výchovou. Ale samozřejmě to může být i ta nejlepší věc na světě, která se jí přihodí. Nicméně obecně každá žena by měla mít právo na to rozhodnout se, zda interrupci chce či nechce podstoupit.“ (Petra, 26)

„Zastávám asi pozitivní názor, ale nijak zvlášť se o toto téma nezajímám. Myslím si, že je to každého věc. Ne každé těhotenství je plánované a člověk má právo se rozhodnout, jestli si chce dítě ponechat nebo ne.“ (Tomáš, 24)

„Určitě kladně. Myslím si, že to ženě může v mnoha ohledech usnadnit život. Pokud by nebylo miminko plánované a žena by ho nechtěla, myslím si, že je mnohem lepší interrupce než miminko donosit a pak ho dát třeba do babyboxu.“ (Monika, 21)

V dotazníkovém šetření zvolilo 38 (13 %) respondentů možnost, že interrupce by měla být povolena jen v případě zdravotních či vážných socioekonomických problémů. Tento přístup jedinců do jisté míry UPT toleruje, avšak několik dotazovaných uvedlo, že by interrupce měly probíhat jen v takových případech, kdy představují jediné možné východisko. Odůvodnitelné jsou tedy případy, kdy je žena či dítě v ohrožení života nebo k těhotenství došlo na základě trestního činu. K určité míře shovívavosti v rámci interrupcí dotazovaní došli rovněž v případech, kdy se žena nebo partneři či manželé nachází v nevhodné sociální či ekonomické pozici.

„Můj názor je takový, že zastávám volbu interrupce v určitých případech. Například, když je ohroženo zdraví matky nebo dítěti hrozí vážné postižení. Taky v případě, že k těhotenství došlo nedobrovolně, tedy znásilněním. Nebo pokud matka ví, že by se o dítě nedokázala postarat nebo by dítě bylo naprosto nechtěné, tedy že by se o něho rodiče ani nikdo jiný z blízkých nechtěl postarat, tak je lepší zvolit interrupci, než aby dítě skončilo v dětským domově." (Karla, 24)

„Na interrupci obecně nemám názor. Je to pro mě tak složité a komplexní téma, které v některých případech může dávat smysl a přijde mi to jako správná volba, ale v některých případech s tím rozhodně nesouhlasím. Záleží na tom, zda je interrupce opravdu jediné vhodné východisko." (Vít, 27)

„Žena má právo na ukončeni těhotenství, ale problém vidím primárně v informovanosti všech rizik, ať už psychických nebo fyzických, a zároveň by zde mohla lépe fungovat adopce." (Milan, 23)

„Interrupce by měla být asi obecně povolena. Ale podle mě by měl být povolen jen určitý počet možných výkonů interrupce, aby toho pak některé ženy zbytečně nevyužívaly. To mi pak připadá jako neúcta k životu. Když žena otěhotní a hned jde automaticky na potrat, a stane se jí to třeba víckrát, tak s tím rozhodně nesouhlasím." (Karolína, 29)

„Podle mě je interrupce představuje společensky relativně tolerovanou vraždu, které se však vražda neříká. Prostě to nějakým způsobem pořád je zabití nenarozeného dítěte, ať už se tomu říká jakkoliv. Neříkám, že jsem pro naprostý zákaz interrupcí, ale mělo by to představovat až prostě poslední možnost, kdy to nejde udělat jinak. Ne že se tak bude řešit každé nechtěné těhotenství. Logické mi to přijde tehdy, kdy se jedná o případ kdy je žena nebo dítě v ohrožení života." (Jan, 28)

Někteří dotazovaní dokonce zmínili nesouhlas s interrupcí, pokud bylo těhotenství zapříčiněno nechráněným pohlavním stykem. V takovém případě podle nich možnost interrupce představuje jednoduché řešení problému, který byl způsoben nezodpovědností jedinců.

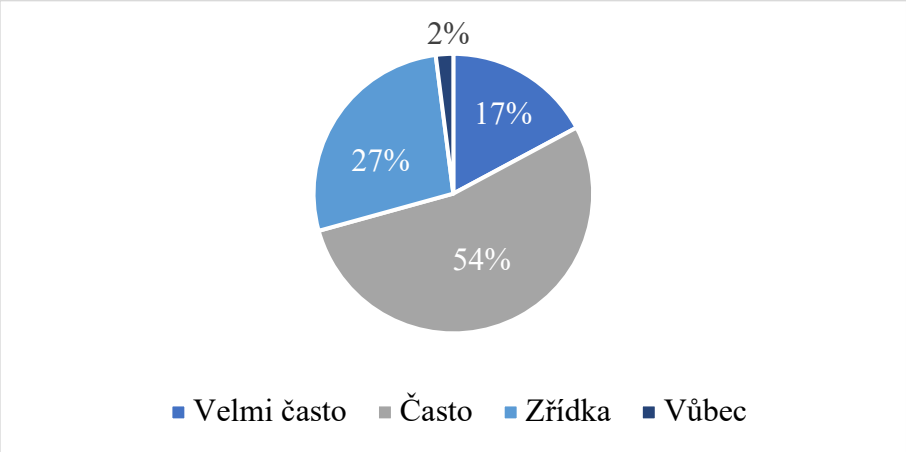
„Každý má samozřejmě právo rozhodnout se, zda dítě chce nebo ne. Ale v případě, že pár nebo samotná žena ví, že dítě nechce, tak si myslím, že by se měla zodpovědně chránit během pohlavního styku, aby měla jistotu, že neotěhotní. V situaci, kdy dojde

k nechráněnému pohlavnímu styku, žena otěhotní a rozhodne se pro interrupci jen pro to, že ještě nechce mít dítě nebo jiný důvod, který není životně nebezpečný, tak mi to přijde hrozný. Svým jednoduchým rozhodnutím zabije nevinného člověka.“ (Lucie, 22)

„Pokud k tomu má žena své rozumné důvody, tak jsem pro interrupci. Co by mi vadilo, je situace, když žena není zodpovědná. Během pohlavního styku pravidelně nepoužívá ochranu, otěhotní a řeší to pak interrupcí. Takové ženy by podle mě neměly mít vůbec děti.“ (Petr, 25)

V rámci dotazníkového šetření měli respondenti odpovědět, jak často se podle nich potýká mladá generace s problematikou interrupcí, tudíž jak častá je zkušenost s UPT u mladých jedinců.

Graf 11: Odhadované zkušenosti mladé generace s UPT



Zdroj: vlastní zpracování

V Grafu č. 11 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, kdy více než polovina respondentů odpověděla, že mladá generace má časté zkušenosti s interrupcemi, a pouze 6 jedinců bylo toho názoru, že mladá generace se vůbec nepotýká s problematikou UPT.

Z hlediska kvalitativního výzkumu přibližně polovina dotazovaných uvedla, že mnoho mladých jedinců má za sebou zkušenost s interrupcí především z důvodu dřívějšího zahájení sexuálně aktivního života, které způsobí nechtěné těhotenství, nebo nevhodnosti načasování těhotenství.

„Vzhledem k tomu, že je jiná doba a adolescenti začínají s aktivním sexuálním životem dříve, než jsme začínali my, a zároveň si myslím, že jsou v dnešní době špatně informovaní ohledně ochrany, tak si myslím, že se s tím mladí lidé potýkají velmi často. Když

se kouknu na televizi, nejsou tam ani žádné reklamy ohledně možných ochran před početím, jelikož jsou v dnešní době považovány za nevhodné kvůli své erotičnosti. Co mě ale zaráží, že reklamy na viagry nebo na menstruační potřeby jsou v pořádku a dávají je každou chvíli.“ (Šárka, 31)

„Podle mě častěji, než tomu bylo dřív. Pro mnohé je to první řešení při zjištění nechtěného těhotenství. V mém okolí znám několik lidí, kteří podstoupili interrupci. Buď dítě jednoduše nechtěli anebo to pro ně jako pro mladé lidi představovali nepřijatelnou finanční zátěž.“ (Vojtěch, 26)

„Myslím, že čím dál tím častěji, vzhledem k tomu, že pozice žen v rámci společnosti a budování kariéry se dost mění. Stejně tak se zvyšuje věk, ve kterém ženy chtějí skutečně otěhotnět. A tyto „nehody“ pak způsobují, že mladé ženy volí volbu interrupce, protože potřebují v životě třeba ještě něco stihnout.“ (Petra, 26)

Na druhé straně se mezi dotazovanými našla i velká část takových, kteří si myslí, že k nechtěnému těhotenství, které by bylo řešeno umělým ukončením těhotenství, v dnešní době příliš nedochází z důvodu rozsáhlejších možností antikoncepce a větší zodpovědnosti mladých lidí nebo jednoduše neznají nikoho ve svém okolí, kdo by měl s UPT zkušenost.

„Myslím si, že v dnešní době toto mladí lidé už tolik neřeší, a to hlavně kvůli velkému množství druhů antikoncepce a taky díky prášku „po“, který lze v případě například protržení kondomu použít pro jistotu, aby nedošlo k nechtěnému těhotenství.“ (Petr, 25)

„To nemohu objektivně posoudit. V mém širokém okolí jsem se u mladých lidí s interrupcí setkal jen velmi vzácně. Obecně však vím, že interrupcí ubývá, co se týče počtu.“ (Vít, 27)

„Myslím si, že se s tím dnešní mladá generace moc nepotýká. Protože si myslím, že v dnešní době nechtěně otěhotní jen fakt malá část mladé generace. Všichni si podle mě dávají velký pozor.“ (Tomáš, 24)

„Ve svém okolí nemám nikoho, kdo by podstoupil interrupci nebo že by okolí řešilo nechtěné těhotenství.“ (Jan, 28)

„Neznám nikoho, kdo by šel na potrat, takže soudím podle sebe a svého okolí, že se to v dnešní době u mladé generace moc nestává.“ (Lucie, 22)

V roce 1988 bylo vykonáno 100 tisíc interrupcí, což představovalo vůbec nejvyšší hodnotu od roku 1960. Podle ÚZIS statistik došlo v roce 2020 k 16 tisíc uměle ukončených těhotenství. Podle těchto evidovaných statistických údajů lze nepochybně konstatovat, že počet interrupcí postupně každoročně klesá již od roku 1988. Další otázka se týkala možných příčin extrémního poklesu počtu nechtěných těhotenství, které by byly řešeny pomocí UPT.

Graf 12: Příčiny poklesu počtu UPT

Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti v rámci dotazníkového šetření mohli vybrat více možností, které podle nich mohou být příčinou snížení počtu provedených interrupcí. Nejčastějším důvodem, který vybralo 243 respondentů, je užívání antikoncepce, 148 z nich rovněž tvrdí, že možným motivem poklesu může být způsob plánování rodičovství, kdy jedinci o roli rodiče více přemýšlejí a staví se k této skutečnosti zodpovědněji. Druhým nejčastějším důvodem je podle 156 respondentů větší vzdělanost a informovanost společnosti.

Velmi podobné odpovědi se objevovaly i v rámci rozhovorů. Téměř všichni dotazovaní zastávali názor, že dnešní mladá generace je více vzdělaná a informovaná, má rovněž větší přístup ke všem možným formám antikoncepce, které jsou v dnešní době mnohem kvalitnější.

„Podle mě je to určitě kvůli dostupnější antikoncepci, je tolik druhů, takže si může každý vybrat podle svých preferencí. A taky si myslím, že mají lidé větší informovanost, co se týče sexuálního života, než tomu bylo dřív. Podle mě lidi i víc přemýšlí nad různými věcmi, než třeba přemýšleli lidé po pádu socialismu, kdy se všechno rozvolnilo a lidé si začali víc užívat.“ (Karla, 24)

„Určitě za to může velké množství antikoncepcí, které ženu ochrání před početím.“ (Šárka, 31)

„Bude to větší dostupností antikoncepce a taky její zvýšená kvalita, oproti dřívějšku. Nebo si celkově lidé dávají při pohlavním styku větší pozor, než si dávali dřív. Víc si třeba uvědomují možné následky toho, když si nebudou dávat pozor a víc o tom přemýšlí.“ (Petra, 26)

„Podle mě za tím stojí větší informovanost o vzdělanost obecně. Taky mnohem jednodušší dostupnost všech možných forem antikoncepce nebo menší stydlivost při jejich nákupu. Podle mě v dnešní době páry vysazují antikoncepci, nebo zkrátka absenci antikoncepce dnes podle mě najdeme jen u párů, kteří si chtějí založit rodinu. Nebo v to aspoň doufám.“ (Vojtěch, 26)

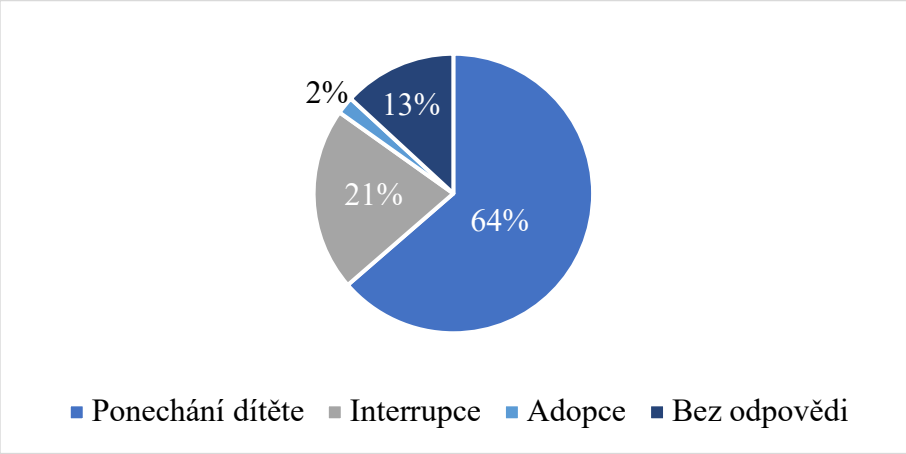
Dva dotazovaní zmínili řadu důvodů, proč podle nich počty UPT i množství nechtěných těhotenství postupně klesá. Prvním zmiňovaným důvodem může být nouzová antikoncepce ve formě tabletky „po“, kterou lze použít do určité doby po pohlavním styku, který nebyl ochráněný obvyklým způsobem antikoncepce. Zmíněna byla rovněž větší možnost sociální péče v rámci nechtěných těhotenství, kterou představují babyboxy či azylové domy pro matky a jiné. Potenciálními důvody podle nich mohou být i větší požadavky na dosažené vzdělání nebo pracovní postavení, které jsou upřednostněny a díky kterým nedochází k nechtěným těhotenstvím. Velmi zajímavou zmínkou ohledně možných důvodů je eventuální liberálnější postoj společnosti k nemanželským dětem, což přináší určitou společenskou podporu pro matky samoživitelky.

„Tak zaprvé je to určitě díky jisté formě osvěty již na základních školách v rámci sexuální výchovy. Dále možnost prodeje pilulky po, která ukončí případně těhotenství hned v začátku, tudíž nemusí dojít k pozdější interrupci. Určitě to taky bude velkým množstvím různých antikoncepčních metod. Myslím si, že za to také může liberálnější pohled na soužití mimo manželství. Společnost nevytváří takový tlak na nemanželské děti, tudíž jsou matky více ochotny porodit dítě mimo manželský vztah. Tak to, že je zde možnost odložit dítě, pokud o něho maminka nemá zájem, viz. babyboxy. A taky možná nějaká popularizace lékařských výzkumů v široké veřejnosti, které poukazují na zdravotní komplikace spojené s interrupcemi.“ (Vít, 27)

„Určitě to bude nějakým způsobem myšlení a informovaností lidí. Také za to může jiný životní styl, kdy se nad těhotenstvím vážně uvažuje ještě před tím, než k němu dojde. Lidé si víc dávají bacha, protože třeba chtějí dokončit vzdělání nebo získat vysněnou pracovní pozici. A taky asi to, že existují lepší sociální péče, než tomu bylo dřív, jako různé babyboxy, azylové domy pro matky samoživitelky a podobně.“ (Tomáš, 24)

Respondenti měli odpovědět, jak by se zachovali, kdyby v současné době ženy zjistily, že jsou těhotné, nebo se muži naopak dozvěděli, že je jejich partnerka těhotná. Více než polovina respondentů odpověděla, že by upřednostnili možnost ponechání dítěte.

Graf 13: Způsob řešení v případě otěhotnění



Zdroj: vlastní zpracování

Dotazovaní muži v rámci rozhovorů odpověděli, že by si dítě nechali, pokud by jejich partnerky otěhotněly a nebyly by výhradně pro interrupci. Jedna z dotazovaných žen by si dítě nechala, ale jen z důvodu svého věku, jelikož v pozdějších letech by s otěhotněním mohla mít problém.

„V mém věku bych si už dítě ponechala, protože bych se možná bála, že bych později už otěhotnět nemusela. Interrupce v pozdějším věku jsou podle mě rizikovější. Kdyby mi bylo ale míň než třicet let, tak bych na interrupci určitě šla.“ (Šárka, 31)

„I když nemám stálou partnerku, ale nastala by situace, že by se mnou některá otěhotněla, tak pokud by ona nebyla proti, tak bych si dítě nechal.“ (Tomáš, 24)

„Mám partnerku, kterou miluji a plánuji s ní budoucnost, takže pokud by souhlasila, tak bychom si dítě určitě nechali.“ (Petr, 25)

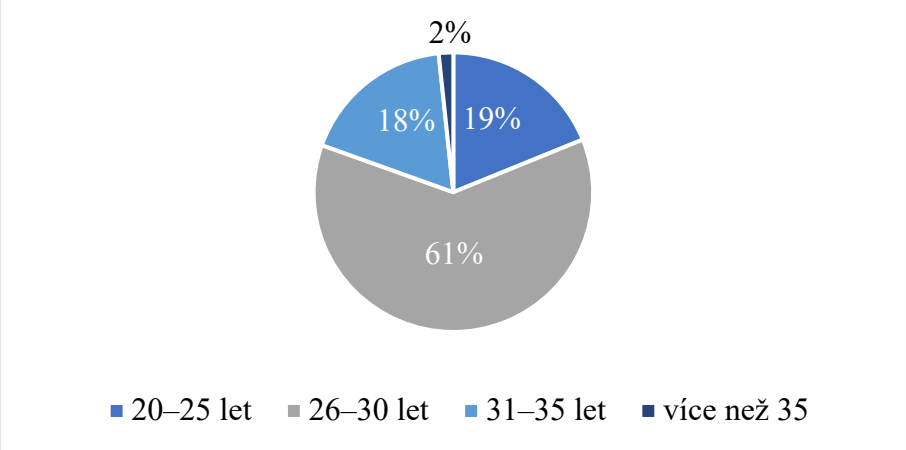
„Hlavní slovo bych nechal partnerce, je to hlavně na ní. V případě, že by dítě definitivně nechtěla, podpořil bych ji v potratu, ale předtím bych si zkusil s ní projít možnosti, jak jinak by se dalo vše vyřešit. Já osobně bych se přikláněl k ponechání dítěte, ale rozhodně bych na partnerku netlačil.“ (Vojtěch, 26)

U žen se naopak objevovaly odpovědi, které spíše upřednostňovaly umělé přerušení těhotenství z důvodu nízkého věku, nedokončeného vzdělání či jiných životních plánů.

„Momentálně bych volila interrupci, protože nemám stálého partnera, nemám dostudovanou školu ani pořádnou práci, a navíc mám plány, které chci ještě v mládí stihnout, jako je procestování světa, což by těhotenství neskutečně zkomplikovalo.“ (Petra, 26)

Řada odborných publikací se zabývá výpočtem či odhadem nejvhodnějšího věku pro založení rodiny především u žen. Některé studie zastávají názor čím dříve, tím lépe ze zdravotního hlediska. Jiné studie však tvrdí, že vyšší věk prvorodiček přináší dítěti lepší sociální i finanční zabezpečení. Mladá generace měla v rámci dotazníkového šetření odpovědět, jaký věk je podle nich ideální pro založení rodiny.

Graf 14: Ideální věk pro založení rodiny



Zdroj: vlastní zpracování

Velká část respondentů vybrala možnost 26–30 let jako ideální věk pro založení rodiny. Pouze šest respondentů odpovědělo, že ideální věk pro první dítě je až po pětatřicátém roku života.

V rámci rozhovorů dotazovaní ve svých výpovědích zmiňovali, že narození dítěte nezáleží na věku, ale na sociálním a finančním zabezpečení a na pocitu zodpovědnosti a vyzrálosti.

„Jsem v tomhle trochu radikální. Podle mě by si měli dvojice pořizovat děti, až budou oba zajištění. Aby oba měli kde žít, a nebydleli u rodičů. Aby oba měli kvalitní práci, byli vyzrálí a schopni se o sebe postarat a tím pádem by zvládli i péči o dítě. Pokud toto dvojice splňuje, tak v té chvíli je to v pořádku. Ale ponechávat si dítě jen proto, že žena otěhotní, žije pak s rodiči, studuje a nemá sama peníze, to za mě rozhodně není správné. Také by dítě měli chtít oba, nejen žena ale i její partner, který s ní dítě zplodil, aby ho vychovávali společně a dítě mělo milující rodiče, kteří mu zajistí bezpečný a láskyplný život.“ (Šárka, 31)

„Podle potřeby člověka, s ohledem na studium, sociální úroveň, vyspělost páru a podobně. Podle mě od v rozmezí mezi pětadvaceti a třiceti lety.“ (Vojtěch, 26)

„To je neskutečně individuální otázka. V takovém věku, kdy si tím je člověk jistá a cítí se na to připraven. Někdo může být připravený v osmnácti, někdo ve třiceti, a někdo na to stát se rodičem nemusí být připraven nikdy.“ (Petra, 26)

„To je různé. Záleží na hrozně moc ovlivňujících faktorech, jako jsou finance, zázemí, vyzrálost a podobně. Jako určitě jsem proti tomu, aby děti měly děti, ale pokud je někdo schopný pořádně se postarat o svoje dítě už v osmnácti letech, tak nejsem proti. Nikoho takového ale neznám. Co je pro mě jisté, že nejvyšší možný ideální věk pro dítě je 35 let, pak už mi to přijde moc pozdě.“ (Karla, 24)

Zmíněna byla i skutečnost, kdy jsou ženy omezeny z hlediska biologických hodin a pozdější těhotenství může představovat možné komplikace.

„To je individuální. Pokud není partnerka omezena „biologickými hodinami“, nikdy není pozdě. Nicméně je zapotřebí brát v potaz případné komplikace v těhotenství spojené s vyšším věkem rodičky. Tudíž mi přijde rozumné těhotenství zbytečně neodkládat do pozdního věku, jelikož pak už nemusí být otěhotnění tak jednoduché.“ (Vít, 27)

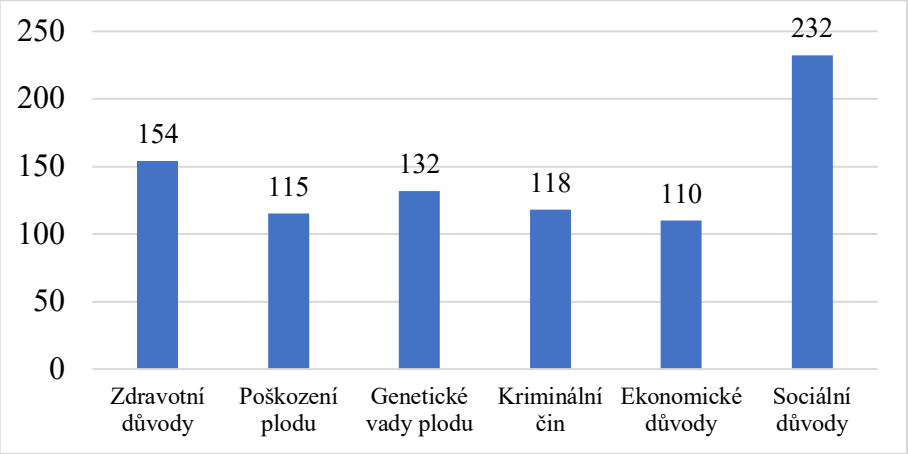
Preference dnešní mladé generace jsou mnohdy jiné, než tomu bylo dřív. V dnešní době je mnoho jedinců, kteří založení rodiny nepovažují za hlavní cíl svého života a jejich priority se zaměřují na zcela jiné záležitosti. Zároveň se u mladé generace projevuje tendence odkládání některých plánů a cílů, mezi které řadí například plánovaní těhotenství do

budoucnosti. Na druhou stranu pak mohou mít některé mladé ženy obavy z těhotenství v pozdějším věku, které může být mnohdy komplikovanější.

4.2.2 Potenciální důvody interrupcí

V současné době ženy podstupují zákroky interrupcí z mnoha různých důvodů, některé z nich jsou striktně ovlivněny jednoznačným lékařským posudkem, kdy je například v ohrožení život ženy, ve většině případů jsou však opravdové důvody interrupcí mnohem složitější. V každém případě by každá žena měla pečlivě zvážit a prodiskutovat zákrok s lékařem, než se pro interrupci rozhodne.

Graf 15: Nejčastější důvody interrupcí



Zdroj: vlastní zpracování

V rámci dotazníkového šetření mohli respondenti zvolit více možností, které jsou podle nich nejčastějšími podněty pro volbu UPT. Z Grafu č. 15, kde jsou zobrazeny odpovědi respondentů, lze vyvodit, že hlavní příčinou interrupcí jsou sociální důvody, kam lze zařadit například absenci partnera, nedokončené vzdělání, již vysoký počet dětí nebo jednoduše nevhodné načasování otěhotnění. Velmi opakovaně volenou možností byly rovněž zdravotní problémy (z hlediska ohrožení života matky či dítěte) či genetické vady plodu. Z hlediska četnosti odpovědí reprezentují ekonomické důvody nejméně obvyklý důvod interrupcí. Překvapivě velké zastoupení zaujímá kriminální čin jako možný důvod volby interrupce, který se vyznačuje těhotenstvím způsobeným znásilněním či incestem.

Ve výpovědích dotazovaných v rámci rozhovorů byly nejběžnějšími motivy pro volbu UPT v dnešní společnosti především sociální a ekonomické důvody, které se projevují zpravidla nepříznivou finanční situací, či z hlediska sociálních převážně absence partnera, nedokončení vzdělání, celková nepřipravenost, jiné životní plány.

„Určitě takové případy, kde dojde k těhotenství v mladém věku, kdy není dvojice ještě dostatečně vyzrálá, aby vychovávala dítě. Nebo taky když nejsou schopni poskytnout dítěti dostatečné zázemí, jak po finanční stránce, tak po stránce citové.“ (Petr, 25)

„Podle mě nejčastějším důvodem je nepříznivá sociální či ekonomická situace, kdy je jedinec moc mladý nebo není dostatečně finančně zajištěný nebo nemá vlastní bydlení a podobně.“ (Tomáš, 24)

„Nejčastěji to bude podle mě z důvodu nízkého věku, kdy žena není ještě připravená stát se rodičem, nebo pro ni dítě bude představovat překážku v kariérním růstu či v plánech do budoucna. A rozhodujícím důvodem bude podle mě i to, když nemá v partnerovi, se kterým otěhotněla, oporu a nemůže se na něho spolehnout, že se k tomu postaví jako chlap a s potenciálním dítětem by ji pomohl.“ (Petra, 26)

„Budou nějaké sociální důvody jako to, že žena ještě není připravená nebo nemá stálého partnera, má třeba nedokončené vzdělání a podobně. Mladí lidé potřebují stihnout hrozně moc věcí před tím, než budou zakládat rodinu, třeba cestovat. To slýchám pořád. „Nechci ještě otěhotnět, protože jsem ještě nebyla na tomhle a tomhle místě a s dítětem bych se pak už nikam nepodívala.“. To jsou typické řeči, co slýchám od mladých lidí okolo mě.“ (Karolína, 29)

Druhým nejčastějším důvodem podle dotazovaných byly zdravotní problémy, které se týkají ať už ohrožení života matky či dítěte, nebo diagnostiky genetické vady či jiného poškození plodu.

„Dalším častým důvodem je podle mě zjištění, že dítě bude postižené. To pak lidé volí radši potrat, než aby se museli starat o postižené dítě. Když jsem se o tomhle tématu bavila se známými, tak hodně lidí říkalo, že podle nich postižený dítě nemá ani pořádný život, takže by mu to neudělali, aby ho přivedli na svět a ono pak trpělo.“ (Karla, 24)

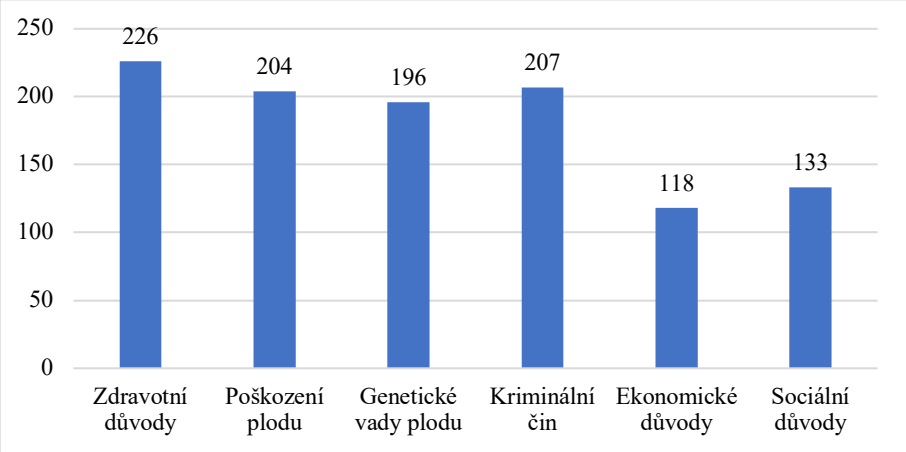
„Nejčastějším důvodem je podle mě neplánované těhotenství nebo když je ohrožen život rodičky.“ (Vít, 27)

„Nejčastěji se za mě jedná o neplánované nebo nechtěné těhotenství. Dalším častým důvodem může být zjištění v průběhu těhotenství, že je plod ohrožen nebo jsou mu diagnostikovány nějaké fyzické či psychické vady.“ (Vojtěch, 26)

„A pak když se zjistí, že dítě by bylo po porodu nemocné, tak to si myslím, že lidé radši volí potrat než přivést na svět nemocné dítě.“ (Šárka, 31)

Dotazníkové šetření i rozhovory se v rámci výzkumu zaměřily nejen na obecně nejčastější důvody ve společnosti, ale rovněž na jednotlivé jedince, kteří se do výzkumu zapojili a měli odpovědět, za jakých okolností či na základě jakých podnětů by se právě oni rozhodli pro umělé přerušení těhotenství. Jedinci opět mohli vybírat více možností.

Graf 16: Vlastní důvody interrupcí



Zdroj: vlastní zpracování

Mezi nejčastější případy v rámci dotazníkového šetření, kvůli kterým by se jedinci rozhodli pro interrupci, patří zdravotní důvody, genetické vady či poškození plodu a rovněž i etické důvody, které představují těhotenství vzniklá kriminálním činem (znásilnění či incest).

Podobné odpovědi se objevovaly rovněž v rámci rozhovorů, kdy nejvíce jedinců tvrdilo, že by volili možnost interrupce v případě, že by byla těhotná žena či dítě v ohrožení života nebo by se jednalo o vážné poškození plodu či genetickou vadu dítěte.

„Pro interrupci bych se rozhodla určitě v případě, že bych zjistila, že by se mi narodilo postižený dítě.“ (Šárka, 31)

„Kdybych zjistil, že má plod nějakou vadu, třeba když bych zjistil, že by moje dítě mělo mít Downův syndrom, tak bych byl asi pro interrupci.“ (Petr, 25)

„Pouze pokud by byl ohrožen život dítěte nebo matky. V jiných případech bych si dítě ponechal.“ (Vojtěch, 26)

„Jedinou jasnou věcí, kterou dokážu jednoznačně odpovědět na tuto otázku jsou zdravotní důvody. Jen v případě zjištění ohrožení života ženy nebo dítěte bych si byl interrupcí stoprocentně jistý. V jiných případech by záleželo na situaci.“ (Jan, 28)

Někteří dotazovaní zmínili rovněž důvody ekonomické nestability, sociální problémy, nevhodné načasování či těhotenství způsobená kriminálním činem.

„Kdyby měla být moje partnerka kvůli porodu ohrožena na životě nebo kdyby byla znásilněna. Ale to je komplikované posoudit. Kdyby třeba dítě mělo fyzické nebo psychické poruchy, které by zamezovaly normálnímu životu dítěte. Nebo nějaké jiné problémy, které by finančně či jinak ohrozily mou dosavadní rodinu. Kdybych věděl, že aby to dítě žilo, budu se muset vydat z financí, které bych jednoduše neměl a přivedlo by mě to do finančních potíží, tak bych se asi rozhodnul pro interrupci.“ (Vít, 27)

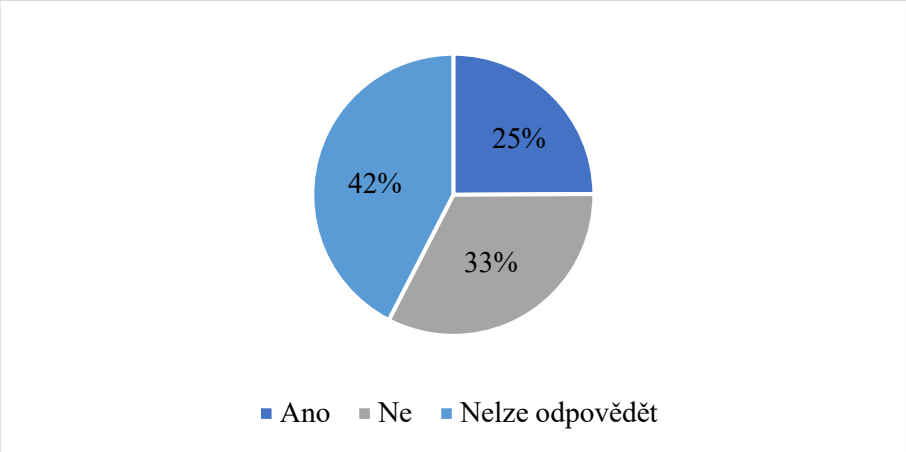
„Momentálně by pro mě správná otázka byla „Za jakých okolností bych se pro ni nerozhodla?“. V současné době nemám partnera, a tedy potenciálního otce, stále ještě studuji a nemám stálé zaměstnání na plný úvazek. Rovněž mám určité plány do budoucna, které by těhotenství značně zkomplikovalo. Ale myslím si, že pro rozhodnutí nechat si dítě vzít, mnohdy stačí jen prostý pocit nepřipravenosti nebo strachu. Když se žena rozhodne pro dítě, měla by si žena být jistá, že je na to připravená a že je to správná volba.“ (Petra, 26)

„Záleželo by na aktuální situaci. Ale asi hlavně z ekonomických důvodů, že bych se o to dítě nedokázal dostatečně postarat a zajistit mu vše, z hlediska financí.“ (Tomáš, 24)

„Já bych šla asi na potrat, když bych věděla, že já, ani partner ani rodina či blízké okolí se nedokáže o dítě postarat, nebo když bych zjistila, že dítěti hrozí středně těžké až vážné mentální postižení nebo například Downův syndrom, kdy se dítě dožije nízkého věku a zároveň nikdy nedosáhne dospělé mentality.“ (Karla, 24)

V dotazníkovém šetření měli respondenti odpovědět, zda by byli ochotni ponechat si dítě po zjištění vrozené vývojové či genetické vady. Velká část respondentů odpověděla, že na takovou otázku nelze odpovědět, jelikož nedokážou říct dopředu, jak by se v dané situaci zachovali, a rovněž by do velké míry záleželo na závažnosti dané vady.

Graf 17: Ponechání dítěte po zjištění vrozených vývojových a genetických vad



Zdroj: vlastní zpracování

Dotazovaní v rámci rozhovorů zastávali převážně podobné názory jako respondenti v rámci dotazníkového šetření. Někteří jedinci byli přesvědčeni, že by za takové situace volili jistě volbu interrupce.

„Kdybych se to dozvěděla v těhotenství, tak bych si ho určitě nenechala. Kdyby se ale stalo to, že by se na vadu nepřišlo během těhotenství a zjistili bychom to až po porodu, tak bych si dítě určitě nechala a s láskou o něj pečovala. Pokud bych však měla možnost vybrat si v těhotenství, tak bych určitě volila interrupci.“ (Šárka, 31)

„Asi ne. Nedokážu si to představit. Podle mě by se mi úplně změnil život a nevím, jak bych se k tomu dokázal postavit.“ (Petr, 25)

„Těžká otázka, při které bych nerada vyzněla jako nějaký „nelida“. Opět by záleželo, v jakém věku by byla, jak moc bych celkově o dítě stála. Myslím, že je to velký úkol a zodpovědnost vychovat dítě bez postižení, a co teprve pak s fyzickou nebo duševní vadou. Nevím, možná jsem zvláštní, ale přijde mi, že v tomto případě ve výsledku určitým způsobem trpí rodič i to postižené dítě. Tudíž, pokud bych nebyla v situaci, kdy by toto těhotenství bylo poslední možností mít dítě, tak bych si jej nejspíše neponechala. Ale těžko říct, opět záleží na mnoha faktorech a také o jak moc závažné postižení by se jednalo.“ (Petra, 26)

„Pokud by se jednalo o již narozené dítě, tak bych si ho samozřejmě nechala, nedala bych ho do dětského domova nebo do babyboxu jen proto, že se narodilo postižené. Pokud by to bylo ale ještě nenarozené dítě a k interrupci by ještě mohlo legálně dojít, tak bych se asi rozhodla pro ni.“ (Karolína, 29)

U některých by však záleželo na tom, o jak závažné vady se jedná. Jejich výpovědi tedy neobsahovaly jasná rozhodnutí, jelikož by záleželo na dané situaci a na dalších okolnostech.

„Záleželo by na tom, jaká míra vady by to byla. V případě nějaké lehké vady, se kterou by dítě mohlo normálně žít, bych si ho určitě ponechal. Kdyby se jednalo o něco závažnějšího už bych asi zvažoval interrupci. Asi by pro mě bylo důležité, jestli už nějaké děti mám. Když bych žádné neměl, tak by to bylo asi těžší rozhodnutí, než když už bych nějaké děti měl.“ (Tomáš, 24)

„Pokud by se jednalo o nějaké slabší fyzické nebo duševní vady, tak bych možná byla ochotná si dítě nechat. Když bych věděla, že bude moct žít normální plnohodnotný život. Ale vždycky by prostě záleželo na druhu postižení a jeho závažnosti.“ (Karla, 24)

„Pokud by vady nebyly tak závažné a dovolily by dítěti žít alespoň trochu normální život anebo by finanční náklady pro jeho léčbu neohrozily mou dosavadní rodinu, tak bych si dítě ponechal i přes fyzické či duševní vady. Záleželo by na tom, o jaké přesné vady by se jednalo.“ (Vít, 27)

„Záleželo by na závažnosti postižení, zda by daná vada ovlivnila natolik dítě, že by znemožňovala život. Ale stále si myslím, že i postižení lidé žijí spokojený a šťastný život, akorát jinak, než si představujeme my „normální“ lidé bez postižení. Nikdy je nemůžeme nikdo doopravdy pochopit a vědět, jak se cítí.“ (Jan, 28)

Jeden z dotazovaných však zastával naprosto opačný názor a tvrdil, že každý člověk má nárok na život i přes jakékoliv vrozené vývojové či genetické vady. Jeho přesvědčení vyplývá z jeho zkušeností s mentálně či fyzicky postiženými jedinci, kteří i přes svůj hendikep žijí kvalitní a radostný život.

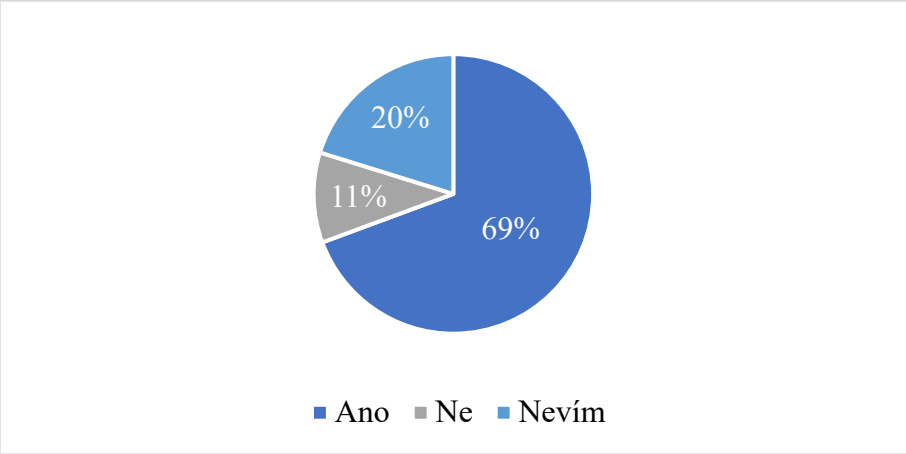
„Já bych si dítě určitě nechal. Jeden z mých rodičů pracuje s předčasně narozenými dětmi, případně fyzicky či mentálně postiženými a všechny z nich mají obrovskou chuť do

života, jsou veselé a moc hodné. I přes jakoukoliv vadu mohou mít skvělý život a za mě by měly mít právo na to, to zkusit. Nikdo by je neměl připravit o právo na život.“ (Vojtěch, 26)

4.2.3 Vliv interrupce na život ženy

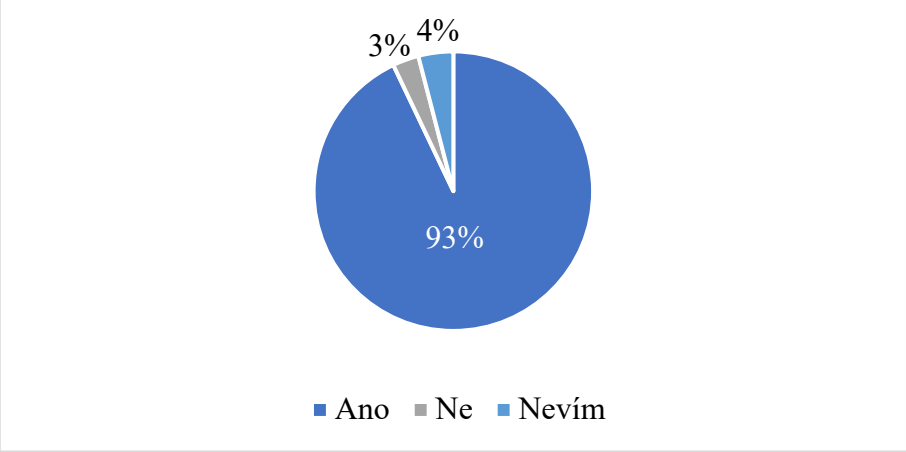
Interrupce v dnešní době představuje již relativně bezpečný zákrok, avšak v některých případech může představovat různé komplikace a rizika. Umělé ukončení těhotenství může zapříčinit různé zdravotní komplikace, které se odvíjejí od délky těhotenství, tedy s rostoucím obdobím fertility roste rovněž riziko možných zdravotních problémů, které mohou způsobit i následnou neplodnost ženy. Kromě zdravotních komplikací existují i komplikace ovlivňující psychický stav ženy.

Graf 18: Negativní vliv na fyzický stav ženy



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 19: Negativní vliv na psychický stav ženy



Zdroj: vlastní zpracování

V rámci dotazníkového šetření měli respondenti odpovědět na otázku, zda podle nich může zkušenost s interrupcí negativně ovlivnit zdravotní či psychické zdraví ženy. Z hlediska působení na fyzický stav odpovědělo 206 respondentů, že interrupce může do jisté míry ovlivnit zdraví ženy. V případě druhé otázky, která se týkala psychického zdraví, odpovědělo 276 respondentů, což představuje většinu, že interrupce určitě v některých případech nepříznivě ovlivní psychický stav ženy.

V případě kvalitativního výzkumu měli dotazovaní odpovědět, jaká jsou podle nich nejčastější rizika interrupcí, zda mohou mít UPT negativní či pozitivní dopad na fyzické či duševní zdraví ženy a jak může zkušenost s interrupcí ovlivnit následný život ženy.

Někteří dotazovaní zastávali názor, že UPT ovlivní život ženy z velké části spíše negativně, jelikož přináší riziko jak z fyzického či psychického hlediska, tudíž to negativně ovlivní i její budoucí život.

„Po tom, co si ženy nechají vzít dítě se může stát, že příště už neotěhotní. A určitě to má i silný vliv na psychiku ženy.“ (Petr, 25)

„Interrupce mohou mít určitě velký negativní vliv, jak na fyzické, tak i duševní zdraví. Psychika ženy je určitě otřesena, nejen hormony, ale i pocity ztráty. Vědomí toho, že se snižuje možnost na další otěhotnění musí být pro ženu určitě náročné.“ (Vojtěch, 26)

„Za největší riziko pokládám asi to, že interrupce může snížit šanci ženy otěhotnět v době, kdy se na to bude cítit připravená. To beru asi jako největší potenciální negativní dopad na fyzické zdraví. Duševní zdraví je zapeklitější věc. Řekla bych, že interrupce bude mít určitý psychický dopad na každou ženu, ale to by mělo i samotné těhotenství. Musí si stát za svým rozhodnutím a smířit se s ním. A také, čas vyléčí všechny rány.“ (Petra, 26)

„Určitě myslím, že nejčastější ovlivnění života ženy, když pominu psychické problémy, spatřuji v možnosti, že žena po interrupci už nemusí znovu otěhotnět. Pokud otěhotní v brzkém věku a nechá si to dítě vzít, pak v dospělosti bude třeba chtít dítě, ale už to nebude třeba možné. Nad tímto by měla přemýšlet každá žena, která se pro interrupci rozhodne, a měla by tuto možnost brát v potaz.“ (Jan, 28)

„Myslím si, že nejčastěji dochází k tomu, že si žena potrat vyčítá a lituje toho, což může způsobit řadu psychických problémů. Proto je důležité volbu interrupce pořádně zvážit, aby toho člověk nelitoval. I když je možný, že ve dvaceti letech si je žena třeba stoprocentně

jistá, že potrat je to nejlepší řešení a pak bude ve vyšším věku, už bude mít třeba rodinu a bude litovat toho, že si před lety to dítě nenechala.“ (Karla, 24)

Někteří dotazovaní zároveň zmínili, že interrupce podle nich nemá jen negativní dopady, ale současně může některým lidem i pozitivně ovlivnit život a ušetřit mnoho starostí.

„Na možné rizika jde nahlížet ze dvou směrů. Může se stát, že interrupce ženě způsobí psychické i fyzické problémy a v nejhorších případech může zničit i život. Na druhou stranu může ulevit od případných problémů starání se o rodinu, když třeba žena není zajištěna a nemá podporu od příbuzných.“ (Milan, 23)

„Život ženy může být zkušeností s potratem ovlivněn jak negativně, tak pozitivně. Negativně vliv to může mít například na psychiku ženy, která si dává za vinu svůj „neúspěch“ nebo to může mít vliv na to, že žena už příště nemusí otěhotnět klasickou cestou. Co se týče pozitivního vlivu, tak si myslím, že díky interrupci mají ženy možnost třeba dostudovat, získat vysněnou pozici v práci a jiné výhody, které možnost interrupce přináší.“ (Lucie, 22)

„Pozitivně i negativně. Negativně v případě, že se jednalo o plánované těhotenství a interrupce proběhla ze zdravotních důvodů, to má pak asi opravdu hodně negativní vliv na psychiku ženy, která si dítě přeje a přijde o něj. Zároveň pak když se jedná o neplánované těhotenství, vidím v tom je pozitiva. Takže si myslím, že možnost interrupcí opravdu k něčemu je a nemělo by se na ní nahlížet pouze negativně. Někomu může zachránit život. Nemělo by se nahlížet na celou problematiku interrupcí tak záporně.“ (Petra, 26)

To, jak bude žena snášet zkušenost s UPT a zda to ovlivní negativně její budoucí život, rovněž podle některých závisí na přístupu společnosti k problematice interrupcí.

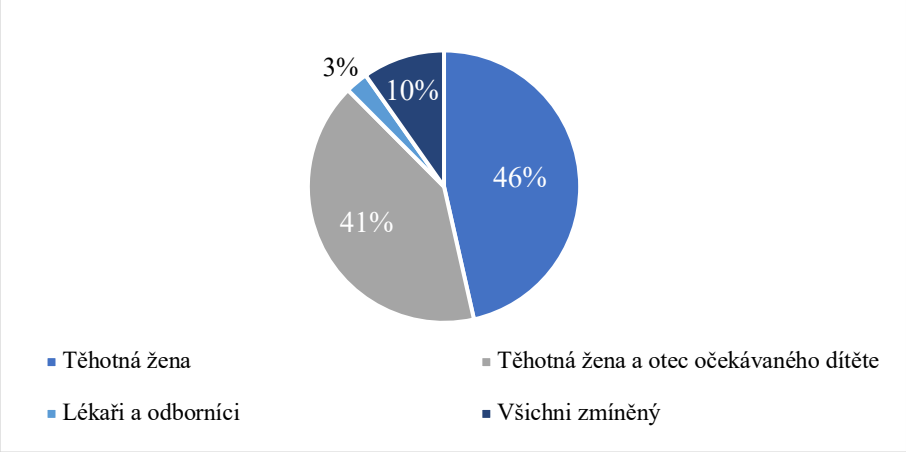
„Myslím, že to představuje hrozný nápor na psychiku ženy. Ale podle mě je to hlavně kvůli vlivu společnosti. Když ženy budou cítit špatný společenský názor na interrupce, automaticky si vyvodí, že je to špatná věc a můžou z toho pak mít nějaké psychické problémy.“ (Karolína, 29)

„Psychický stav ženy může být ovlivněn také pohledem okolí, kdy může dojít k nějakému odsouzení a může být kritizováno její nebo jejich rozhodnutí pro interrupci.“ (Lucie, 22)

„Může dojít k tomu, že si žena začne vyčítat, že podstoupila interrupci, ale jen díky tomu, že je za to odsouzená od svého okolí.“ (Šárka, 31)

V české právní úpravě má žena možnost svobodně se rozhodnout o svém mateřství. Mladí respondenti měli odpovědět, kdo by podle nich měl rozhodovat o interrupci. Nejvíce respondentů vybralo možnost, která rozhodovací právo přikládá pouze těhotné ženě. Druhou nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 122 respondentů, bylo, že o interrupci by měli rozhodovat oba potenciální rodiče dítěte, tedy těhotná žena a otec očekávaného dítěte, pokud jsou v manželství či partnerském vztahu.

Graf 20: Rozhodnutí o interrupci



Zdroj: vlastní zpracování

V rámci rozhovorů se nejčastěji objevovaly výpovědi, ve kterých se přikládalo rozhodovací právo primárně ženě. V případě partnerského vztahu by měla proběhnout diskuse a společná domluva rovněž s partnerem, tedy otcem dítěte.

„Myslím si, že by o tom měli rozhodovat oba, jak muž, tak i žena. Měli by si o tom promluvit, zvážit všechny okolnosti a otevřeně to probrat. Zároveň si však myslím, že poslední slovo a konečný rozsudek by měl být na ženě.“ (Karla, 24)

„Převážně žena, ale zároveň si myslím, že v případě dlouhodobého vztahu by měla určitě proběhnout konzultace s partnerem, aby se na rozhodnutí domluvili společně. Rozhodně to nedělat za zády partnera. Přece jenom to je i jeho dítě.“ (Petr, 25)

„Vždycky by měla rozhodovat žena i muž, protože dítě vytvořili spolu.“ (Tomáš, 24)

„Pokud se jedná o dítě chtěné, ale něco se stalo, co vede k interrupci, viz. zdravotní ohrožení a podobně, tak si myslím, že by měli rozhodovat oba rodiče, tedy matka i muž. Ale pokud se jedná o dítě nechtěné, které třeba vzniklo na základě nějakého „omylu“, tak by o interrupci měla rozhodovat jen žena.“ (Jan, 28)

„I když si myslím, že rozhodnutí je z velké části na ženě, dost záleží i na situaci partnerské. Pokud partner se ženou nežije a nehodlá jí s výchovou dítěte pomoct, nemá právo do jejího rozhodnutí nijak mluvit. Pokud to jsou rovnocenní partneři, plánují spolu budoucnost, tak muž má určitě právo projevit svůj názor a musí se na rozhodnutí domluvit společně. Pokud například jeden bude pro interrupci a druhý ne z důvodu zdravotních problémů dítěte, musí to být určitě společné rozhodnutí. Oba budou rodiči a je to velký závazek pro celý život. Mám příklad ze svého okolí, kdy se rodiče rozhodli si ponechat syna s Downovým syndromem, má bratra, který je zcela zdravý, rodiče potom co zemřou nebo zestárnou a onemocní, a nebudou se moct o svého syna starat, přehodí toho břemeno na svého druhého syna. Rodiče si vždy musí uvědomit i tyto souvislosti." (Lucie, 22)

V některých případech dotazovaní odpověděli, že právo na rozhodnutí o interrupci by měla mít pouze žena, jelikož to souvisí s právem nakládat svobodně s jejím tělem.

„Podle mě především žena. Jak už jsem několikrát zmiňovala, je to především její tělo. To ona by dítě nosila devět měsíců a ona by ho musela porodit. Zároveň je to i ona, která si pak může po zvolení interrupce nést případné následky, které jsem už zmiňovala." (Petra, 26)

„Informovaná těhotná žena, tedy ta, která má relevantní informace od lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších. Žena, která není tlačena nikým do určitého rozhodnutí, ale která má přehled o všech možnostech a rizicích." (Milan, 23)

Některé výpovědi zahrnuly rovněž lékaře a odborníky, kteří by se měli podílet na diskusi, ale konečný verdikt by měl podle nich být stále na těhotné ženě.

„Myslím, že o interrupci by měla rozhodovat hlavně těhotná žena, ale určitě by měl mít slovo i partner, pokud se však k partnerce hlásí. Dále by měl do určité míry rozhodovat i doktor, pokud by se třeba jednalo o ohrožení života těhotné ženy nebo plodu. Ale v závěru by to mělo být z devadesáti procent rozhodnutí na ženě." (Vojtěch, 26)

„Hlavní slovo by měla mít žena, ale myslím, že i otec dítěte by měl mít právo na to vyjádřit alespoň svůj názor. Názor odborníka je také samozřejmě důležité znát. V tomto případě by o tomto měli hovořit všichni zmínění. Ale jak jsem už řekla, na konci by měla mít rozhodující slovo vždy žena, protože se jedná o její tělo ať už po fyzické, tak psychické stránce." (Karolína, 29)

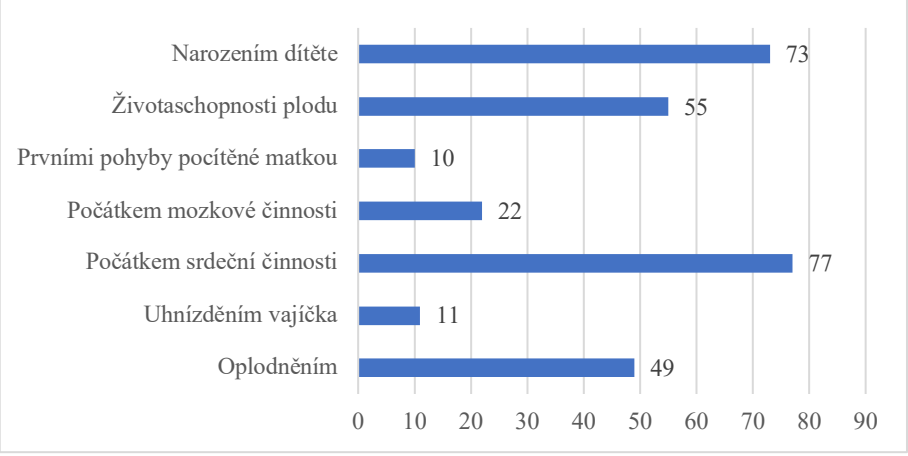
„Z hlediska páru by mělo dojít k dohodě mezi partnerem a partnerkou. Konečný slovo by měla mít asi žena, ale k této problematice je těžký si vytvořit jednotný názor. Co se týče zodpovědnosti v rámci zdravotní situace. Pokud se jedná o interrupci kvůli znásilnění nebo kvůli ohrožení života ženy nebo kvůli závažné poruše dítěte, mohl by interrupci provést lékař, který složil Hippokratovu přísahu. Pokud se však jedná o interrupci pouze z důvodu nechtěného těhotenství, tak by to podle mě měl dělat specialista, který neskládala Hippokratovu přísahu, protože taková interrupce z těchto důvodů je v mých očích v rozporu s etickými principy lékařského povolání, ke kterým se lékař zavazuje zmíněnou Hippokratovou přísahou. " (Vít, 27)

4.2.4 Právo ženy vs. právo lidského plodu

V dnešní společnosti se na lidský plod nahlíží různě. Názor je převážně ovlivněn pohledem na danou problematiku z hlediska práva či etiky. Podle české legislativy je lidský plod součástí těla těhotné ženy, což znamená, že těhotná žena má právo svobodně rozhodovat o svém těhotenství do dvanáctého týdne fertility. Celkově je tedy nutné podotknout, že skutečnost, kdy začíná lidský život, je otázkou spíše politiky nikoliv biologie.

V rámci dotazníkového šetření měli respondenti odpovědět, kdy podle nich začíná lidský život.

Graf 21: Začátek lidského života



Zdroj: vlastní zpracování

Dle nejvíce zastoupené odpovědi respondentů začíná lidský život početím srdeční činnosti, či narozením dítěte. Mezi poměrně opakované odpovědi lze zařadit i ty, ve kterých je lidský plod schopný života nebo situace, kdy dojde k oplození vajíčka.

Z hlediska začátku lidského života většina dotazovaných odpověděla, že podle nich život začíná až narozením dítěte, s čímž souvisí i přesvědčení, že právo těhotné ženy má přednost před právem lidského plodu.

„Lidský život začíná narozením dítěte. Plod v děloze je plodem a ne dítětem. Takže zastávám názor, že právo ženy rozhodovat svobodně o svém těle má rozhodně přednost před právy plodu.“ (Šárka, 31)

„Lidský život pro mě začíná dnem narození dítěte, takže zastávám názor, že by měla mít vždy přednost žena, aby svobodně rozhodovala o svém těle i životě.“ (Petr, 25)

„Život začíná narozením. A rozhodně má podle mě větší přednost právo ženy nakládat svobodně se svým tělem.“ (Tomáš, 24)

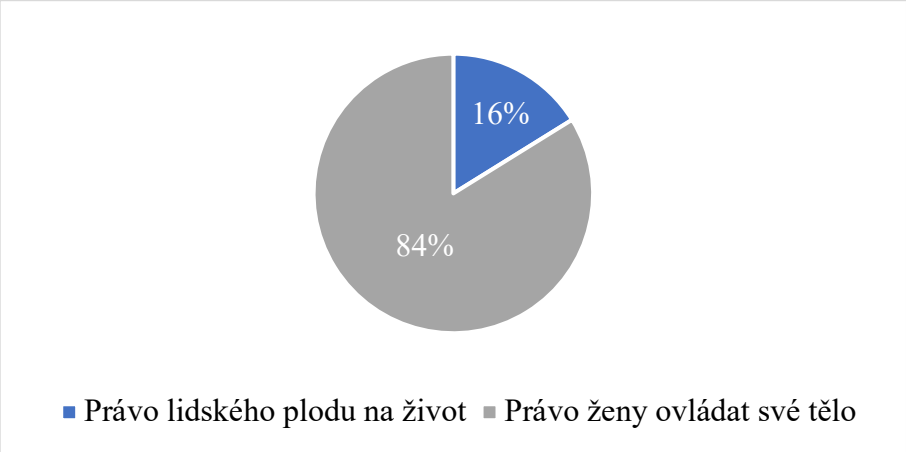
Na druhou stranu se našli i tací, kteří za počátek lidského života považují oplození vajíčka a do jisté míry upřednostňují právo lidského plodu na život před právem matky nakládat svobodně s vlastním tělem.

„V zásadě nevnímám rozdíl mezi týdnem starým plodem a plodem, který je nošen třeba už několik měsíců. Lidský život podle mě začíná již okolnostmi, které přímo vedou k lidskému životu, takže asi od početí. V tuto chvíli bych v obecné rovině preferoval právo dítěte. Pokud je ženě zamítnuta interrupce, o kterou žádá pouze z důvodu nechtěného těhotenství, pak tato žena v nejhorším případě přijde o svou svobodnou volbu. Jestliže však bude ženě akceptována interrupce z důvodu nechtěného těhotenství, dítě pak přijde o to nejcennější, co má, a to o právo na život. Myslím si, že interrupce, které se provádí na základě nechtěného těhotenství, jsou následkem našeho chování, které jsme mohli více či méně ovlivnit. A my tento problém řešíme tím, že potrestáme někoho, a tím myslím to dítě, kterému odejmeme právo na život, které události před jeho početím nemohlo nijak ovlivnit? To mi nepřijde rozumné, a myslím si, že by se v naší společnosti mělo o této problematice neustále mluvit.“ (Vít, 27)

„Myslím si, že rozhodně závisí na pojetí. Bakterii na Marsu nazýváme životem, ale srdeční tep na Zemi ne? To je v jedné z písní od Toma McDonalda, a tak nějak s tímto

souhlasím. Neříkám, že by žena neměla právo na to rozhodovat o svém těle, ale taky si nemyslím, že je interrupce vždy správná, protože jednoduše zanikne život, který se vyvíjí v těle matky.“ (Jan, 28)

Graf 22: Právo lidského plodu vs. právo těhotné ženy



Zdroj: vlastní zpracování

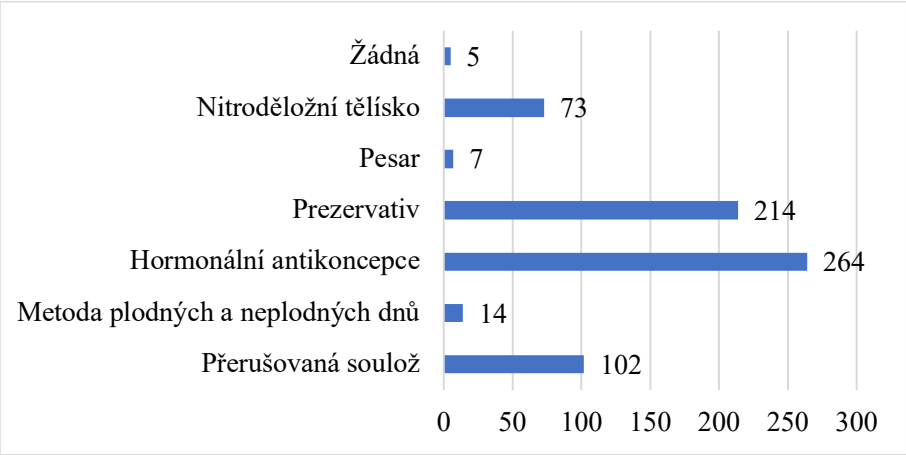
Respondenti v rámci dotazníkového šetření měli vybrat, které právo má podle nich přednost, zda právo těhotné ženy rozhodovat svobodně o svém těle, či právo lidského plodu na život. Většina respondentů (249) odpověděla, že právo ženy ovládat své tělo má naprostou přednost před právem lidského plodu.

4.2.5 Přístup k antikoncepci

Problémům a komplikacím spojeným s nechtěným těhotenstvím, které postihují převážně mladou generaci, lze předcházet a zabránit užíváním antikoncepce. Všechny možné metody antikoncepce tak přináší možnost plánovaného rodičovství, tedy rozhodování a kontrolu nad tím, zda a kolik dětí mít i jaké věkové rozmezí mezi dětmi bude. Plánování rodičovství jedincům umožňuje následovat a plnit si vzdělávací a kariérní cíle, které by narození dítěte mohlo zásadně zkomplikovat. Realizace zmíněných cílů může následně pozitivně ovlivnit sociální a ekonomické podmínky života jedince. Užívání antikoncepce tedy komplexně snižuje potřebu interrupcí, jelikož zabraňuje nechtěným těhotenstvím.

V rámci dotazníkového šetření měli respondenti odpovědět, jaká je podle nich nejčastěji používaná metoda antikoncepce u dnešní mladé generace. V tomto případě mohli respondenti opět zvolit více možností, neboť v některých případech může docházet k využívání více druhů antikoncepce najednou.

Graf 23: Nejčastěji využívané metody antikoncepce u mladé generace



Zdroj: vlastní zpracování

Podle Grafu č. 23, který znázorňuje odpovědi respondentů, jsou nejčastěji využívanými antikoncepčními metodami u mladé generace hormonální antikoncepce a prezervativ. V některých případech může docházet k použití obou metod najednou, obzvláště u pohlavních styků mimo dlouhodobé partnerské vztahy z důvodu ochrany nejen před početím, ale i před pohlavně přenosnými nemocemi. Dalším druhem antikoncepce, kterou podle respondentů dnešní mladá generace často využívá, je přerušovaná soulož.

V rámci rozhovorů se výpovědi dotazovaných příliš nelišily od odpovědí v dotazníkovém šetření. Podle dotazovaných jedinců převažuje u dnešní mladé generace metoda hormonální antikoncepce a prezervativ.

„Nejčastější používaná antikoncepce je podle mě prezervativ.“ (Tomáš, 24)

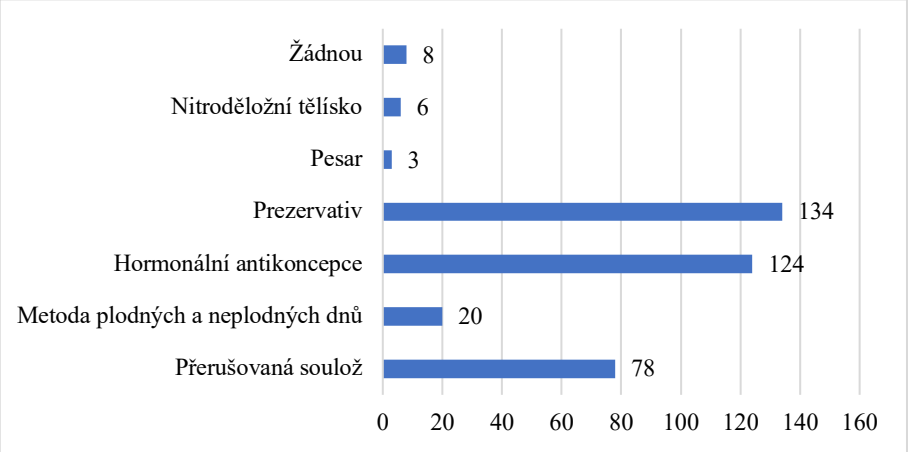
„Nejčastější bude asi kondom. To je nejrychlejší, nejjednodušší a nejvíce dostupná forma antikoncepce.“ (Petra, 26)

„Co vím ze svého okolí, tak je nejpoužívanější antikoncepcí prezervativ. Znám spoustu lidí, kteří používají i kombinace více typů antikoncepcí, jako třeba HA i kondom, aby jejich ochrana před početím byla ještě více spolehlivá.“ (Karla, 24)

„Hormonální antikoncepce a kondomy jsou podle mě nejčastější a taky nejspolehlivější metody antikoncepce u současné mladé generace.“ (Vojtěch, 26)

„Podle mých zkušeností a podle toho co používají lidi v okolí je podle mě nejpoužívanější hormonální antikoncepce.“ (Petr, 25)

Graf 24: Respondenty využívaná metoda antikoncepce



Zdroj: vlastní zpracování

V dotazníkovém šetření byli respondenti požádáni, aby odpověděli na otázku *„Jaký druh antikoncepce používáte při pohlavním styku?“*, kdy opět měli možnost zvolit více možností. Respondenty nejčastěji využívanými metodami antikoncepce jsou prezervativ a hormonální antikoncepce. Překvapivou, nicméně velmi častou metodou je rovněž přerušovaná soulož, která představuje sice nejlevnější, avšak nejméně spolehlivý druh antikoncepce. Možnost „žádnou“ vybrali ti, kteří zatím nebyli sexuálně aktivní.

V rámci rozhovorů přibližně polovina dotazovaných uvedla, že během pohlavního styku používají prezervativ, který v případech nestálých partnerů chrání i před pohlavně přenosnými nemocemi.

„Teď žádnou antikoncepci nevyužívám, protože nemám stálou partnerku, ale pokud dojde k pohlavnímu styku, tak používám kondom, nejen aby nedošlo k otěhotnění, ale taky abych se chránil před pohlavními chorobami.“ (Tomáš, 24)

„Momentálně nemám partnera, takže žádnou antikoncepci nepotřebuji. Nicméně v minulosti jsme s partnery používali vždy kondom. To je nejjistější ochrana, protože mě to chrání nejen před pohlavními nemocemi, ale i před všemi možnými infekcemi a podobně.“ (Petra, 26)

„S partnerem používáme prezervativ, jelikož s hormonální antikoncepcí nesouhlasím, a to ze zdravotního i ekologického hlediska.“ (Lucie, 22)

„V současné době s partnerem používáme jen kondom, ale přemýšlím, že bych začala brát i hormonální antikoncepci, abychom měli větší jistotu.“ (Karla, 24)

Druhou nejčastější metodou antikoncepce, kterou dotazovaní využívají, je technika přerušované soulože.

„Teď praktikujeme přerušovanou soulož. Není to určitě moudré, ale v mém věku, kdy je už normální mít dítě, to neřeším. Mladším holkám bych tuto verzi určitě neporučovala.“ (Šárka, 31)

„Antikoncepci jako takovou nepoužíváme. Využíváme přerušovanou soulož.“ (Petr, 25)

„Používáme prezervativ nebo přerušovanou soulož.“ (Vít, 27)

„Přerušovanou soulož. Vím, že to není rozumné, ale s mojí partnerkou to tak děláme už roky a nikdy nedošlo k žádné nehodě.“ (Jan, 28)

Výsledky a diskuse

V následující kapitole budou shrnuty výsledky kvalitativního i kvantitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit a následně interpretovat postoj mladé generace k problematice interrupcí, zmapovat a popsat potenciální motivy, které vedou mladé jedince k preferenci umělého ukončení těhotenství ať už z hlediska ekonomických, sociálních či jiných aspektů. Nedílnou součástí byl pohled mladé generace na lidský plod, především z hlediska etiky, a komplexní postoj jedinců k antikoncepci a její současné využití.

V rámci dotazníkového šetření byly získány sociodemografické údaje o respondentech. Bylo zjištěno, že kvantitativního výzkumu se účastnilo třikrát více žen než mužů. Nejvíce respondentů bylo ve věku 16–20 let a poté ve věku 21–25 let. Co se týče rodinného stavu, nejvíce respondentů bylo svobodných či v nesezdaném partnerství. Většina respondentů odpověděla, že jsou ateisté a žijí převážně ve městech. V rámci průměrného měsíčního příjmu bylo nejvíce respondentů, kteří mají měsíčně méně než 10 tisíc Kč. Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání 35 % respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, 34 % základní vzdělání a 25 % střední vzdělání s maturitou.

Interrupce představují v současné době velmi citlivý etický či politický problém, který vyvolává časté společenské diskuse, kdy na jedné straně stojí zastánci liberálního přístupu k interrupcím a na straně druhé jsou konzervativní odpůrci či kritici interrupcí. V rámci první části výzkumu bylo úkolem zjistit postoj mladé generace k interrupcím, kdy naprostá většina respondentů i dotazovaných zaujímala pozitivní postoj k problematice interrupcí a zastávala názor, že žena by měla mít za každé situace právo svobodně se rozhodnout o interrupci ať už z hlediska osobních či jiných důvodů. Několik respondentů i dotazovaných preferovalo tzv. umírněný přístup k interrupci, který umělé přerušení těhotenství toleruje, avšak pouze v některých situacích, například v případě zdravotních či socioekonomických problémů. Část z nich se ohradila vůči interrupcím, ke kterým dochází na základě absence antikoncepce během pohlavního styku. Pouze 1 % respondentů v rámci dotazníkového šetření zastávalo názor, že interrupce by měla být zakázána.

Podle českých statistik lze od roku 1988 sledovat jednoznačný a konstantní trend projevující se poklesem počtu interrupcí. Další část výzkumu měla za cíl zjistit, jaké aspekty podle mladých jedinců vedou k poklesu počtu uměle přerušených těhotenství. Mezi nejčastější odpovědi jedinců patří větší přístup k antikoncepci a její častější využívání, vysoká míra vzdělanosti a informovanosti společnosti a rovněž způsob plánování rodičovství

mezi partnery. Mezi další příčiny, které vedou k poklesu počtu UPT, lze podle jedinců zařadit možnost nouzové antikoncepce ve formě pilulky po nechráněném pohlavním styku, vyšší požadavky žen na dosažené vzdělání či pracovní pozice, větší možnost sociální péče, kterou představují tzv. babyboxy či azylové domy pro matky.

Dalším cílem bylo zjistit a popsat motivy, které mohou mladé jedince vést k preferenci umělého přerušení těhotenství. Mladí jedinci měli nejprve odpovědět, jaké jsou podle nich nejčastější důvody interrupcí v současné společnosti. Mezi nejčastější důvody patří podle respondentů i dotazovaných zdravotní problémy, kdy je například ohrožen život matky či dítěte, nebo socioekonomické důvody, kam lze zařadit například absenci partnera, nedokončené vzdělání, nevhodné načasování či nepříznivá finanční situace. Mladí jedinci měli rovněž odpovědět, za jakých okolností by preferovali interrupci. Jedním z nejčastějších důvodů byly zdravotní problémy týkající se matky či plodu. Dalším důvodem volby interrupce byly socioekonomické problémy týkající se finanční nestability či nevhodného načasování těhotenství.

Okruh otázek týkajících se vlivu interrupce na život ženy shrnuje pozitivní či negativní působení interrupce na fyzický a duševní stav ženy. Naprostá většina respondentů zastávala názor, že interrupce téměř vždy negativně ovlivní psychické zdraví ženy a v častých případech i fyzické zdraví, jelikož s sebou přináší mnoho zdravotních rizik, které mohou následně vést k neplodnosti.

V rámci dalšího tématu byl řešen názor mladé generace na lidský plod, s čímž souvisí otázka počátku lidského života, a rovněž rozhodnutí, zda má přednost právo ženy či právo lidského plodu. Převážná většina respondentů i dotazovaných zastávala názor, že právo ženy svobodně ovládat a rozhodovat o svém těle má naprostou přednost před právem lidského plodu na život. Dle nejvíce zastoupených odpovědí mladých jedinců začíná lidský život počátkem srdeční činnosti či narozením dítěte.

Posledním tématem byl přístup mladé generace k antikoncepci, kdy v jedné části měli jedinci vybrat, která antikoncepce je ve společnosti nejčastěji používaná, a v druhé části odpovědět, kterou metodu antikoncepce využívají oni. V obou případech byly mezi nejčastěji zmiňovanými metodami hormonální antikoncepce, prezervativ a přerušovaná soulož.

5 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit a charakterizovat postoj mladé generace k problematice interrupcí, zmapovat a popsat potenciální motivy, které mohou mladé jedince vést k preferenci umělého ukončení těhotenství, zjistit a interpretovat eventuální změnu v postoji k interrupcím od devadesátých let 20. století, stanovit pohled mladých jedinců na lidský plod a určit komplexní přístup mladé generace k antikoncepci a její využití v současnosti.

Teoretická část práce byla postavena na literární rešerši, v rámci které byly popsány okolnosti spojené s probíranou problematikou. Pomocí odborných publikací byly definovány pojmy týkající se dané problematiky, popsány možné metody interrupce, zdravotní rizika umělého přerušení těhotenství, motivy vedoucí k preferenci interrupcí ze zdravotního, sociálního, ekonomického či dalšího hlediska. Teoretická východiska rovněž zahrnovala historickou a právní stránku interrupcí v České republice, problematiku lidského plodu a hlavní přístupy k interrupcím.

Navazující praktická část, ve které byl uskutečněn kvantitativní i kvalitativní výzkum zaměřující se na mladou generaci, popisuje názory a postoje mladých jedinců k interrupcím, motivy interrupcí a jejich potenciální vliv na život, pohled na lidský plod a závěrem přístup a využití antikoncepčních metod.

Problematiku interrupcí lze řadit mezi nejkontroverznější sociální či eticko-právní témata diskusí, neboť se týká nejzákladnějšího lidského práva, tedy práva na život. Zároveň však souvisí i s právem ženy na jakési soukromí a svobodné rozhodnutí o svém těle. Společenská debata je zkomplikována etickými, politickými, náboženskými a dalšími otázkami. Vzniká zde konflikt mezi zájmem a právem těhotné ženy a právem lidského plodu na život. V každém případě je nezbytné nahlížet na tuto problematiku poněkud individuálně, jelikož každý jedinec, kterého se toto téma týká, by měl jednat podle vlastního vědomí a pocitů a celkově podle kontextu, ve kterém se v dané době nachází.

6 Literární zdroje

BAHOUNEK, Jiří. Čtyři pohledy na interrupci. Ostrava: Key Publishing, 2007. ISBN 978-808-7071-090.

BARTÁK, Alexandr. Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.

BEHINOVÁ, M.; KAISEROVÁ, K. Velká kniha o mateřství. Praha: Mladá fronta, 2006. ISBN 80-204-1526-2.

CONNELL, E. B. Antikoncepce a potrat. In.: CHRISTMAS, J. J. a kol. Encyklopedie zdravé ženy. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-80-7205-368-X.

ČERNÝ, Milan a Ilona SCHELLEOVÁ. Právní úprava umělého přerušení těhotenství. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-864-3260-2.

DEANSOVÁ, Anne. Kniha knih o mateřství. Praha: Fortuna Print, 2004. ISBN 80-7321-117-3.

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

GRADY, John L. Interrupce ano nebo ne?: (Důvody proti interrupcím). Praha: Řád, 1992. ISBN 80-901-1893-3.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.

HUBER, Wolfgang. Etika: základní otázky života. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0.

CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.

KÜHN, Zdeněk. Ochrana lidského plodu v trestním právu. Praha: Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, 1998. ISBN 80-238-3605-6.

MAREŠOVÁ, Pavlína. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA. Biologie člověka. 5., rozšířené a upravené vydání. Praha: Fortuna, 2015. ISBN 978-807-3731-281.

PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.

PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník* [online]. Praha: Karolinum, 1996 [cit. 2021-9-13]. ISBN 80-718-4311-3.

POHUNKOVÁ, Dagmar. Úcta k životu: Život nenarozený. Praha: Zvon, 1991. ISBN 80-7113-010-9.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4739-762.

ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-702-1302-7.

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

ŠIPR, Květoslav a Helena ŠIPROVÁ. Přirozené a spolehlivé plánování rodičovství. Rosice u Brna: Gloria, 1995. ISBN 80-901-8340-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

UCHÁČOVÁ, Kateřina. Proč pláčeš, Miriam: utrpení žen po umělém potratu: "postabortivní syndrom": svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích umělého potratu. Vyd. 2. Jihlava: Hnutí Pro život ČR, 2007. ISBN 80-239-7524-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. Jessenius. ISBN 80-734-5058-5.

WEISS, Petr. Sexuologie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZIMEK, Josef. Právo na život: (vybrané otázky související se základním právem člověka – právem na život). Brno: Masarykova univerzita, 1995. Právnické sešity. ISBN 80-210-1140-8.

ŽDICHYNEC, Bohumil, John KISSNEYLLBECHER a Jaroslav PEKÁREK. Rodinná encyklopedie zdraví: prevence, diagnostika, terapie: rady a zkušenosti známých lékařů. Praha: Pragma, 1998. ISBN 80-720-5520-8.

7 Elektronické zdroje

AVDEEV, Alexandre; BLUM, Alain; TROITSKAYA, Irina. The History of Abortion Statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991. Population: An English Selection [online]. 1995 [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/2949057

BABBEL, Susanne. Post Abortion Stress Syndrome (PASS) - Does It Exist? Psychology Today [online]. 2010 [cit. 2021-12-09]. Dostupné z: https://www.psychologytoday.com/us/blog/somatic-psychology/201010/post-abortion-stress-syndrome-pass-does-it-exist

BERNSTEIN, Anna a Kelly JONES. The Economic Effects of Abortion Access: A Review of the Evidence [online]. Institute for women's policy research, 2019 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: https://iwpr.org/iwpr-issues/reproductive-health/the-economic-effects-of-abortion-access-a-review-of-the-evidence/#_ftn1

Biggs, M.A., Gould, H. & Foster, D.G. Understanding why women seek abortions in the US. BMC Women's Health 13, 29 (2013). Dostupné z: https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-29

Catholic News Agency: Post-Abortion Syndrome (PAS) [online]. 2021 [cit. 2021-12-09]. Dostupné z: https://www.catholicnewsagency.com/resource/55396/post-abortion-syndrome-pas

Center for Reproductive Rights: The World's Abortion Laws [online]. 2021 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/

ČESKO. 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. AION CS 2010-2021 [cit. 2021-09-13]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vývoj potratovosti v České republice 2003–2014* [online]. 2015 [cit. 2021-09-13]. Dostupné z: https://www.czso.cz

ČSÚ [Český statistický úřad ČR]. Potratovost [online]. 2016 [cit. 2022-01-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/45964328/1300691705.pdf/1049d92f-50c8-4d14-b988-7c83ddd72af3?version=1.0

GYNPRENATAL: Poskytovaná péče: Interrupce [online]. 2019 [cit. 2022-01-12]. Dostupné z: https://www.gynprenatal.cz/interrupce

HAVELKA, Miloš. Ontologie. In: Sociologická Encyklopedie [online]. 2017 [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Ontologie

Hnutí pro život ČR: Kdo jsme? [online]. 2022 [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: https://hnutiprozivot.cz/kdo-jsme

JEMELKA, Petr. Bioetika. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4626-9.

KLÍČ, Zbyněk. Co obnáší spor o interrupce. In: Cevro [online]. 2004 [cit. 2021-11-1]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/cs/41227-obnasi-spor-interrupce.

Liga lidských práv: Negativní revers [online]. 2020 [cit. 2021-11-21]. Dostupné z: https://llp.cz/blog/prirucka-pro-komunitni-porodni-asistentky-5/

MIGUEL, Salora. Kontroverzní potratová pilulka RU 486 je v České republice legálně dostupná [online]. 2021 [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: https://potratovapilulka.com/kontroverzni-potratova-pilulka-ru-486-je-v-ceske-republice-legalne-dostupna/

NAVRÁTILOVÁ, Aneta. Polský soud rozhodl o znemožnění interrupcí. In: Centrum pro lidská práva a demokracii [online]. 2022 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: https://www.centrumlidskaprava.cz/blog/polsky-soud-rozhodl-o-znemozneni-interrupci

PAZDERKOVÁ, Eva. Právo na interrupci. AMO.cz: Pražský studentský summit [online]. 2016 [cit. 2022-01-12]. Dostupné z: https://www.studentsummit.cz/wp-content/uploads/2019/02/HRC_interrupce_final.pdf

PT MEDICA: Miniinterrupce [online]. Prachatice, 2021 [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: https://www.ptmedica.cz/inpage/miniinterupce/

SOKÁČOVÁ, Linda. Hnutí pro život: Za svět konzervativnější a méně svobodný! [online]. In: Britské listy, 2006 [cit. 2022-01-10]. ISSN 1213-1792. Dostupné z: https://legacy.blisty.cz/art/26364.html

SONFIELD, Adam, Kinsey HASSTEDT, Megan L. KAVANAUGH a Ragnar ANDERSON. The Social and Economic Benefits of Women's Ability To Determine Whether and When to Have Children [online]. Guttmacher Institute, 2013 [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: https://www.guttmacher.org/report/social-and-economic-benefits-womens-ability-determine-whether-and-when-have-children

TANCEROVÁ, Tereza. Potrat je třeba si řádně promyslet. Jeho důsledkem může být neplodnost i psychická porucha. *Zdravi.euro.cz*[online]. 2019 [cit. 2021-9-20]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/samovolny-potrat-a-interrupce+

UNSELD, Matthias, Elisabeth RÖTZER, Roman WEIGL, Eva K. MASEL a Michael D. MANHART. Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships

and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe. Frontiers in Public Health [online]. 2017, 5 [cit. 2021-12-12]. ISSN 2296-2565. Dostupné z: doi:10.3389/fpubh.2017.00042

ÚZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Potraty [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-01-01]. ISSN 1210-8642. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/f/008355/potraty2019.pdf

VELEK, Josef. Personalismus. In: Sociologická Encyklopedie [online]. 2018 [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Personalismus

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 249/1957 Ú.I., kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. [online]. [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: https://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=28973&Section=1&IdPara=1&ParaC=2

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 71/1973 Sb., kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. Zákonyprolidi.cz [online]. [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1973-71

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství. Zákonyprolidi.cz [online]. [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-75

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Zákonyprolidi.cz [online]. 2010-2022 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66/zneni-19870101

Zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Zákonyprolidi.cz [online]. 2010-2022 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1957-68/zneni-19620101

8 Přílohy

Příloha 1 – Osnova otázek pro rozhovor

1. Vaše představení
2. Jaký je Váš názor na interrupce? (interrupce = umělé ukončení těhotenství)
3. Jak často se podle Vás potýká mladá generace s problémem interrupcí?
4. Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody interrupcí v ČR?
5. Za jakých okolností byste se Vy rozhodl/a pro interrupci?
6. Byl/a byste ochotný/á ponechat si dítě i přes zjištění fyzické či duševní vady?
7. Jaká jsou podle Vás nejčastější rizika interrupcí? Myslíte si, že interrupce mohou mít negativní dopad na fyzické či duševní zdraví ženy?
8. Počet interrupcí od r. 1988 postupně klesá (r. 1988–110 tisíc interrupcí, r. 2020–16 tisíc interrupcí) – Co myslíte, že může být důvodem tak extrémního poklesu počtu uměle ukončených těhotenství?
9. Pokud byste zjistil/a (v současné době), že jste těhotná (zjistil, že je Vaše partnerka těhotná), jaký způsob řešení byste zvolil/a?
10. Kdy podle Vás začíná lidský život a které právo má podle Vás větší přednost – právo ženy svobodně ovládat své tělo nebo právo lidského plodu na život?
11. Jaká je podle Vás nejčastěji používaná antikoncepce u mladé generace?
12. Jaký druh antikoncepce používáte Vy (se svým/svou partnerem/partnerkou)?