

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Klára Kolářová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Postoj vysokoškolských studentů k problematice interrupce

Olomouc 2019

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Věry Vránové, Ph.D. a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

Klára Kolářová

---

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

# OBSAH

0	Úvod.....	6
1	Teoretické poznatky.....	8
1.1	Interrupce jako řešení.....	8
1.1.1	Způsoby provedení interrupce.....	8
1.2	Etická problematika interrupcí.....	9
1.2.1	Hnutí Pro-life.....	10
1.2.2	Hnutí Pro-choice.....	10
1.2.3	Interrupce z pohledu fenomenologie.....	11
1.2.4	Právo na život.....	11
1.2.5	Životaschopnost plodu.....	13
1.2.6	Vnímání bolesti, nocicepce.....	15
1.3	Psychologická problematika interrupce.....	15
1.3.1	Nucené těhotenství.....	16
1.3.2	Konceptuální rámce interrupce.....	16
1.3.3	Postinterrupční/postabortivní syndrom (PAS).....	22
1.4	Rizika interrupce.....	23
1.4.1	Rizika potratu pro následné zdraví ženy.....	23
1.4.2	Rizika potratů pro budoucí těhotenství.....	24
1.4.3	Možná rizika pro již narozené a budoucí děti.....	27
1.4.4	Nebezpečí nelegálně provedených interrupcí.....	28
1.5	Postavení mužů v problematice interrupce.....	29
2	Rešeršní strategie.....	32
2.1	Metodika mapující rešerše.....	32
2.1.1	Přehled vyhledávacích kritérií.....	32
3	Metodika výzkumné části práce.....	36
3.1	Cíle práce.....	36

3.2	Dílčí cíle výzkumu .....	36
3.3	Formulace hypotéz .....	36
3.4	Metodika výzkumu.....	36
3.4.1	Organizace výzkumného šetření.....	37
3.4.2	Charakteristika výzkumného vzorku .....	37
3.4.3	Zpracování získaných dat .....	37
3.5	Interpretace výsledků výzkumného šetření.....	39
3.6	Statistická analýza výsledků šetření.....	57
4	Diskuse.....	59
5	Závěr .....	66
6	Souhrn.....	68
7	Summary.....	69
8	Referenční seznam.....	70
9	Seznam ilustrací a tabulek .....	79

## 0 ÚVOD

Mnoho žen stojí dnes a denně před nelehkým rozhodnutím, které do budoucna může radikálním způsobem ovlivnit jejich zdravotní a psychický stav, mentální pochody, dále sociální vztahy a vazby a celkově změnit kvalitu jejich života. Ať už je důvod, který vede ženy k rozhodování o podstoupení zákroku interrupce jakýkoliv, způsobuje psychický diskomfort, vede k pocitům bezmocnosti a pochybám. V některých případech dokonce žena nepodstupuje tento zákrok na základě svobodného rozhodnutí, ale z tísně, kterou vytváří zdánlivá bezvýchodnost situace a nátlak lhostejného okolí.

Problematika související s ukončením těhotenství na základě žádosti ženy je stále jednou z nejvyostřenějších nejen sociálně-právních, ale i etických a politických debat. Velmi citlivé jsou obzvláště debaty týkající se nejzákladnějšího lidského práva, jímž je právo na život. Významným bodem dominujícím v diskuzích o interrupci je, zda má být již vyvíjející se embryo uznáno za plnohodnotnou lidskou bytost se všemi právy, které lidským bytostem náleží, či se jedná o pouhý shluk buněk bez nároku na ně. Získat jednoznačně správné řešení pro výše uvedené otázky týkající se této problematiky je velmi složité, možná až nemožné.

Diskuse o přípustnosti interrupcí mnohdy vzbuzují značné emoce, různí se její společenské vnímání a zástupci protichůdných názorů se všemožně snaží proklamovat svá tvrzení, která považují za korektní. Polemika interrupcí však neřeší pouze potencionální bezvýchodný konflikt, který představuje střet zájmů těhotné ženy a uznání práva plodu na život, jehož lidství je stále považováno za pochybné, ale ve své podstatě jde především o život lidské bytosti (Svenaesus, 2017).

Dle statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR na základě dat získaných z Národního registru potratů nedochází z dlouhodobého pohledu ve vývoji potratovosti v České republice k výrazným změnám. Ukončených těhotenství pomocí instrumentální či medikamentózní metody interrupce bylo v roce 2016 evidováno celkem 20 406 a nadále se také snižuje jejich podíl na celkovém počtu potratů. Ve zmiňovaném roce činil tento podíl 56,8 %. Dalších 40 % ze všech potratů bylo samovolných a zbývající více než 3 % stabilně tvořilo mimoděložní těhotenství. (ÚZIS, 2018).

Práce se dotýká převážně etického a psychologického hlediska problematiky interrupce a dále rizik s ní souvisejících a neopomíná ani úlohu mužů. Zaměřuje se dále na to, jak tuto problematiku vnímají vysokoškolští studenti.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 TEORETICKÉ POZNATKY

## 1.1 Interrupce jako řešení

Nežádoucí, neplánované nebo špatně načasované těhotenství je považováno za nechtěné. Nechtěné těhotenství může být pro ženu nejen velmi stresující, ale i náročnou životní událostí. Existují tři možnosti, jak se žena s neplánovaným těhotenstvím může vypořádat: donošení plodu do porodu a následná výchova dítěte; donošení plodu, porod a zřeknutí se dítěte nebo podstoupení interrupce (Moss, 2015).

Existují i další důvody, kvůli kterým se žena rozhodne těhotenství ukončit. Kromě výše uvedeného nechtěného těhotenství se žena může rozhodnout pro interrupci v případě, že stávající těhotenství představuje závažné ohrožení zdraví matky nebo těhotenství vzniklo v důsledku znásilnění či incestu. Některé ženy, jež podstoupily prenatalní diagnostiku, se rozhodnou pokračovat v těhotenství i přesto, že je detekována závažná abnormalita vývoje plodu. Nicméně výzkum i zkušenosti ukazují, že mnoho žen se rozhodne těhotenství v případě postižení plodu vážnou a „neléčitelnou“ vrozenou vadou raději ukončit. Když je zřejmé, že vada povede k vážnému utrpení a radikálnímu zkrácení života nově narozeného dítěte, nároky na zodpovědnost ženy se možná změní v povinnost těhotenství a vyhnout se tak nepřiměřenému utrpení budoucí lidské bytosti (Nuccetelli, 2017; Svenaeus, 2018). V případě znásilnění a incestu může skutečnost, že těhotenství a rostoucí plod jsou neustálými připomínkami traumatu, taktéž vést ženu k rozhodnutí o ukončení těhotenství. Tribe již v roce 1972 uvedl, že: „*Není nic ničivějšího než život bez svobody. Život, ve kterém musí jeden být nucen do rodičovství, je jen mrzký život. Znásilnění patří mezi nejhlubší popření svobody a přesvědčení, že povinností ženy je donosit a porodit dítě násilníka, je útokem proti její lidskosti.*“ a dále například Sherwin (1992) píše: „*Pokud je plod výsledkem znásilnění nebo incestu, pak psychická bolest pramenící z těhotenství je pro ženu nesnesitelná a její postoj k dítěti bude po jeho narození zahalen hořkostí.*“ (Cohen, 2015).

### 1.1.1 Způsoby provedení interrupce

Interrupci je možné provést v prvním nebo druhém trimestru těhotenství medikamentózně nebo pomocí chirurgické metody. První trimestr je ukončen 12. týdnem těhotenství a druhý trimestr probíhá od 13. do 26. týdne těhotenství. Legislativa regulující interrupci, včetně maximální možné hranice pro ukončení těhotenství touto cestou, je v různých částech světa a jednotlivých státech rozdílná (Moss, 2015).



Většina zákroků ukončujících těhotenství se provádí v prvním trimestru. Komplikace se zde objevují zřídka. Medikamentózní interrupce v prvním trimestru obecně zahrnuje použití mifepristonu (Mifegyne), což je derivát norethindronu, který působí jako antagonist na receptorech progesteronu, a následně je za 72 hodin podán misoprostol (Misopregol). Perorálně se tedy podává 600 mg mifepristonu a následně 400 µg misoprostolu. Tato kombinace léků je v 92 % účinná až do 49. dne těhotenství. Vyšší úspěšnost medikamentózní interrupce je spojena s časnějšími gestacemi. Jiné méně často používané a méně účinné kombinace léků používaných při medikamentózní interrupci zahrnují pouze misoprostol a metotrexát následovaný misoprostolem. Vnik infekce je po medikamentózní interrupci vzácný a profylaktické podání antibiotik není nutné. V případě Rh (D) negativních žen se provádí Rh (D) imunoprofylaxe podáním anti-D imunoglobulinu (Moss, 2015).

Vakuová aspirace, dilatace hrdla a kyretáž jsou nejčastěji používané chirurgické metody pro ukončení těhotenství v prvním trimestru se stejně nepatrnou mírou komplikací. Dilatace děložního čípku se provádí pomocí osmotických dilatátorů, prostaglandinů nebo mechanických metod před provedením vakuomaspirace či kyretáže. Vakuové odsávání se provádí pomocí manuální nebo elektrické vakuové odsávačky (Moss, 2015).

Medikamentózně indukované potraty jsou ve druhém trimestru preferovány před chirurgickým zákrokem a jsou možné pouze na základě poškození či úmrtí plodu a ohrožení zdraví ženy. Pacientky jsou hospitalizovány, jelikož doba trvání potratu je různá a může vést k větší krevní ztrátě. Abdominální chirurgie, jako je hysterektomie nebo hysterotomie, je pro potraty ve druhém trimestru zřídka nutná a provádí se pouze v případě, že medikamentózní vedení selhalo či je kontraindikováno (Moss, Snyder, Lin, 2015).

## **1.2 Etická problematika interrupcí**

Etická problematika týkající se interrupce se stala předmětem zájmů zejména koncem 60. let dvacátého století v souvislosti se vzestupem bioetiky. Diskuze o tom, zda je interrupce právně trestná či přijatelná, jsou mnohdy silně ovlivňovány politickými názory zejména v USA, ale i v mnoha dalších západních zemích. Velkou vahou přispívá k diskuzím také organizace Pro-life, která zastává práva nenarozeného dítěte a ochranu lidského života od početí po přirozenou smrt, a hnutí Pro-choice, které naopak podporuje svobodnou volbu ženy pro interrupci. Mezi zástupci těchto hnutí neustále panuje patová situace a jejich spory bývají často označovány za válku mezi náboženskými, feministickými, konzervativními a liberálními

idejemi. Ve světě také neexistuje jednotná legislativa, která by provádění interrupcí regulovala (Svenaesus, 2017).

### **1.2.1 Hnutí Pro-life**

Hnutí Pro-life podporuje myšlenku, že embryo (zárodek) a fetus (plod) je člověkem od samého počátku života, možná už od prvního dne oplodnění. Nicméně osoby jsou nejčastěji chápány jako tvorové s vlastním vědomím, jazykem, pamětí a schopností plánovat své činy. Autor Svenaesus (2017) uvádí, že výše uvedené chápání bytosti není zdaleka přesvědčivé. Podle něj je nutné zvážení faktu, že i v normálním případě narozené děti nedosahují plné osobnosti až do věku 4-5 let a některé děti tohoto nedosáhnou nikdy, například kvůli nejrůznějším defektům. Mnohem přesvědčivější je podle něj názor, že embryo i fetus si zaslouží ochranu proto, že se jedná o potencionální osobnost. Je těžké potvrdit i popřít, že všechna embrya jsou lidskými bytostmi ve své biologické podstatě, otázkou zůstává, zda jsou všechna embrya také potencionálními osobnostmi. Zodpovězení této otázky souvisí s tím, jak člověk v tomto kontextu definuje identitu a lidský potenciál. Argument o lidském potenciálu pramení z toho, že každé embryo má svůj genetický základ, a pokud by každému zárodku a následně plodu byla dána možnost dozrát v jeho přirozeném prostředí (tj. v děloze matky), mohlo by tento potenciál rozvíjet již od samého počátku. Hnutí Pro-life považuje uměle vyvolaný potrat za nepřijatelný proto, že ukončuje život (potenciální) lidské bytosti – osobnosti (Svenaesus, 2017).

### **1.2.2 Hnutí Pro-choice**

Strana Pro-choice hájí myšlenku, že těhotná žena má právo rozhodnout o ukončení těhotenství, protože embryo-plod je součástí jejího těla. Podle zastánců tohoto hnutí mají všechny lidské bytosti právo rozhodovat o tom, jak se svým tělem a tělesnými orgány, které jsou jeho součástí, naloží. Myšlenka o autonomii pacientů byla součástí programu bioetiky od samého začátku a právo na legální potrat pro každou ženu bylo také předmětem zájmu této agendy i dalších hnutí. Ženy mají právo rozhodovat v otázkách, které se týkají jejich reprodukčního života, a právo na legální ukončení těhotenství by mělo být součástí těchto práv, stejně jako je tomu v případě umělého oplodnění nebo antikoncepce. Podle argumentu zastánců hnutí Pro-life by měla být pouze žena a nikdo jiný tím, kdo rozhoduje, jestli těhotenství bude pokračovat či nikoliv. Žena by měla mít možnost rozhodovat o životě plodu přinejmenším do té doby, než bude schopen přežít mimo její tělo, například pomocí inkubátoru (Svenaesus, 2017).

### **1.2.3 Interrupce z pohledu fenomenologie**

Fenomenologie medicíny se dosud zabývala tělesnými prožitky jevů, jako je nemoc, bolest, invalidita, porod a umírání. Fenomenologie zdůrazňuje, že každý má tělo – tělo, které může být zdrojem velké radosti, ale také velkého utrpení jeho nositele. Základním problémem je, že fenomenolog by v tomto kontextu trval na tom, že nejenže má každý tělo, ale každý je tělo. Není že mohu zažívat své vlastní tělo jako objekt mé zkušenosti – když ho cítím nebo se ho dotknu nebo se na něj podívám v zrcadle – ale v první řadě je tělo také to, co umožňuje získávat osobní zážitky. Tělo je mým místem na světě – místo, kde jsem, co se mnou hýbe – což je také nulový prostor, který vytváří působiště, a místo pro setkávání s věcmi na světě. V některých situacích nás tělo vyzývá k pozornosti a nutí k tomu, abychom si všimli jeho existence více či méně příjemným či nepříjemným způsobem (Leder 2016; Slatman 2014).

Z fenomenologického hlediska mohou být otázky týkající se toho, zda je přípustné provádět legální potraty a za jakých podmínek, zodpovězeny pouze po zhodnocení a posouzení stavu a situace nejen těhotné ženy, ale i embrya a plodu v různých vývojových stádiích, dále také na základě lékařských vyšetření. Hlavní rozdíl mezi názory fenomenologů a většinou zástupců hnutí Pro-choice na potrat je, že tělo těhotné ženy není zvažováno jako její majetek, ale jako ztělesněný způsob bytí, který v těhotenství prochází drastickými a významnými změnami. A na rozdíl od zástupců hnutí Pro-life posuzuje fenomenologie přítomnost embrya-plodu z hlediska života těhotné ženy a nevnímá jej pouze jako osobu, která je v ní zabydlena. Žena v těhotenství zažívá tělesnou zkušenost, v určitém okamžiku cítí přítomnost plodu uvnitř ní (jak plod roste) a tyto prožitky později ovlivňují samotný plod (vnímání). Důležité je také časové období, ve kterém je plod v případě ukončení těhotenství schopný přežít v inkubátoru, jelikož od tohoto okamžiku hovoříme o dvou životaschopných jednotkách a nejedná se již o jednu bytost a její ztělesněnou zkušenost (Mumford, 2013; Svenaeus, 2017).

### **1.2.4 Právo na život**

Otázka, zda má lidské embryo právo na život, vyvolává nejvyostřenější debaty v bioetice. Na jedné straně je proklamováno tvrzení, že embryo má právo na život a zaslouží si stejnou morální ochranu jako dospělý člověk. Na straně druhé pak, že se jedná o pouhý „shluk buněk“ a není tedy možné říci, zda by měl mít právo na život nebo na jakoukoliv morální ochranu (Pugh, 2014).

Dle závěrů psychologických úvah jsou to psychologické kapacity a schopnosti, které přikládají vážnost práva na život. Podle zastánců tohoto tvrzení udělují morální hodnoty, vytvářené často

prostřednictvím etické měny, která může záviset na takových kapacitách, jako jsou například touhy a zájmy (Rodger, 2018).

Zastánci morální přípustnosti potratů často zakládají své názory na koncepci práv nebo zájmů, které se vztahují pouze na konkrétní podskupinu lidských bytostí – obvykle nazývaných „osoby“, kdy je člověk osobou, pouze pokud splňuje určité psychologické, kognitivní nebo jiné požadavky. Jiní se odvolávají na mateřskou tělesnou autonomii nebo se opírají o podobné úvahy nezávislé na hodnotě nebo právech plodu. U plodů postrádají relevantní psychologický aparát nebo rysy, nebo určitý nedostatek v oblasti práv či zájmů, kterými obvykle dospělí lidé disponují, včetně práva na život (Rodger, 2018).

Mnozí z těch, kteří tvrdí, že si embryo zaslouží morální ochranu, se odvolávají na potenciál embrya vyvinout se v plně rozvinutou osobu, anebo na přítomnost toho, co George nazývá „základní přirozenou kapacitou pro charakteristicky lidské mentální funkce“. Podle George (1978) ji mají všichni lidé, včetně těch, kteří se ještě nacházejí v embryonálním stadiu, pokud mají „vnitřní zdroje“ nebo (jak George sám říká) „potenciál“ okamžitě rozvinout funkční kapacity pro ty věci, které činí lidský život mimořádně hodnotným. George tvrdí, že přítomnost těchto kapacit je dostatečným důvodem k tomu, aby bylo embryo připsáno právo na život. Z jeho pohledu má i embryo vlastní základní přirozenou kapacitu a s tím nárok na právo na život, jelikož všichni členové lidského druhu mají předem definovanou přítomnost těchto kapacit a my jim přiznáváme právo na život lidé na základě toho, že tuto schopnost mají. Existují však argumenty, které toto tvrzení vyvrací. Strong (2006) oproti Georgeovi zdůrazňuje, že dospělému člověku nelze přiznat právo na život na základě toho, že má základní přirozenou kapacitu. Dospělí lidé nemají jen tuto kapacitu (tj. potenciál) pro charakteristicky lidské mentální funkce, ale spíše aktuální kapacity a my jim připisujeme práva na základě skutečnosti, že jsou schopni tyto kapacity uplatnit. Pro ilustraci Strong uvádí: „*Pokud předpokládáme, že vědomí sebe sama je dostatečnou podmínkou pro uplatnění práva na život, pak se zdá být důležité, že bytosti, kterým vlastně na tomto základě přiznáváme právo na život, jsou sami sebe vědomé a nestačí pouze to, že mají potenciál se vědomými sebe sama stát.*“ (Pugh, 2014).

McMahan (2007) tvrdí, že embryo nemůže mít: „*potenciál být osobou ve smyslu, který předpokládá, že by embryo bylo tím, čím je pozdější dospělá osoba*“. Spíše zastává názor, že embryo má pouze potenciál k tomu dát impuls, který vede ke vzniku existence člověka, jímž by se stal jednotlivec numericky odlišný od embrya. McMahan zastává tento názor na základě svého tvrzení, že osoby mohou existovat pouze v případě, až splňují nároky

na numerickou identitu, což je možné pouze v případě, kdy se u jedince již rozvinulo vědomí. Zůstává tedy otázkou, zda vůbec embrya mají nějaké základní přirozené kapacity pro charakteristicky lidské mentální funkce, a v případě, že se McMahan nemýlí, se pak embrya numericky liší od „*pozdějšího jednotlivce*“ (dospělé osoby), který těmito kapacitami disponuje (McMahan, 2007; Pugh, 2014).

Mnozí filozofové se často snažili prokázat tyto vlastnosti, předměty nebo činitele, jež zakládají nebo vystihují osobnost, nebo které jinak zakládají právo na život. Takové úvahy obvykle obsahují odkaz na určité vědomé kapacity. Tooleyho iniciální práce například poskytla následující úvahu: „*Organismus má vážné právo na život pouze tehdy, vnímá-li koncept já jako pokračující subjekt zkušenosti a další mentálních stavů a věří, že je samo o sobě pokračující entitou.*“ (Tooley, 1972).

### **1.2.5 Životoschopnost plodu**

Fetální viabilita neboli životoschopnost plodu je schopnost plodu přežít mimo dělohu. Do značné míry závisí na zralosti orgánů plodu a podmínkách prostředí. Životoschopnost existuje jako funkce biomedicínských a technologických kapacit, které se liší v různých částech světa. V důsledku toho v současnosti neexistuje jednotné celosvětové určení gestačního věku, který by definoval životoschopnost. Plod, který je označován za neschopný života, je ten, který po vypuzení nebo porodu není schopen samostatně žít, růst, rozvíjet se a fungovat, a to i za podpory nejlepší dostupné lékařské péče. V jednotlivých státech existují různé právní definice životoschopnosti. Přesto, že se interrupce převážně týká období prvních 8 týdnů gestace, může se i zde otázka viability ukázat jako zásadní.

Z medicínského hlediska neexistuje žádná ostrá hranice vývoje, gestačního věku nebo váhy, kdy se plod dá automaticky považovat za životoschopný. Podle studií, které byly provedeny v letech 2003-2005, přežije 20-35 % dětí narozených ve 24 týdnech gestace, 50-70 % dětí narozených ve věku 25 gestačních týdnů a více než 90 % narozených ve věku 26-27 gestačních týdnů. Vzácné je přežití u plodů, které vážily méně než 500 gramů. Šance na přežití plodu se zvyšují o 3-4 % denně mezi 23-24 týdny těhotenství a asi 2 až 3 % denně mezi 24-26 týdny těhotenství. Po 26. týdnu se míra přežití zvyšuje mnohem pomaleji, protože je již na vysoké úrovni (Cohen, 2011).

Nejvyšší soud Spojených států amerických (1973) uvedl, že životoschopnost (tj. „*prozatímní okamžik, kdy se plod stane potenciálně schopným žít mimo matčino lůno, i když s umělou pomocí*“) je obvykle umístěna jako zlomový bod okolo sedmého měsíce gestace

(tedy ve 28. týdnu), ale může nastat dříve, dokonce i ve 24. týdnu gestace. Definice se stala součástí „*trimestrálního rámce*“ označujícího bod, který je dost přesvědčivý na to, aby se stal předmětem státního zájmu při zachování potenciálního života a vyžadoval by kontrolu, která státu umožní volně regulovat, a dokonce zakázat potraty po 28. týdnu. Následovně Federace pro plánované rodičovství (1992) modifikovala „trimestrální rámec“ (který státu umožňuje regulovat potraty) způsobem, který nepředstavoval „nepřiměřenou zátěž“ pro práva matky na potrat v žádném okamžiku před danou hranicí životaschopnosti (Cohen, 2011).

Teoreticky dává hranice životaschopnosti smysl – možná plody získají nový morální status poté, co budou schopny přežít mimo lůno své matky. Nicméně v praxi tato hranice tvoří to, co Watson (2012) nazývá „*paradox životaschopnosti*“. Jakmile plod může od jisté hranice přežít mimo lůno, stát může donutit ženy, aby je do té doby „udržely“ uvnitř svých děloh. Bez ohledu na to, jak dramaticky by se osobní okolnosti ženy mohly změnit, i v případě, že těhotenství neohrožuje její život ani zdraví. Stát by mohl požadovat, aby zůstala těhotná proti své vůli téměř do poloviny těhotenství. Mnoho lidí mylně věří, že soudce Roe rozhodl, že životaschopný plodný plod je „osobou“. Toto nedorozumění má základní logiku: jak někdy může „něco“, co není ztělesněným člověkem převyšovat práva někoho, kdo jím je? Watson je toho názoru, že odevzdání kontroly nad tělesným stavem žen státu (téměř na polovinu doby trvání těhotenství) by nemělo být při debatách týkajících se interrupcí a indukovaných potratů obecně podceňováno (Watson, 2012).

Steinbock (2011) uvádí, že někteří oponující proti výroku soudce Roa poukazují na to, že kapacita nezávislého života není vysvětlením pro ospravedlnění významu životaschopnosti, což podle ní dává smysl. Dalším problémem životaschopnosti je to, že závisí na lékařské technologii. Co by se dělo v případě, že by plody mladší 23 gestačních týdnů byly umístěny do umělé dělohy a „donošeny“ do plné zralosti tam? Řekli bychom pak, že je plod i v prvním trimestru sám o sobě životaschopný? Steinbock se zde však zaměřuje pouze na jeden aspekt životaschopnosti – tedy schopnost nezávislé existence. Dalším aspektem je rozvoj. Odůvodnění, že životaschopný plod je již tak podstatně vyvinutý a podobný novorozenci a má tedy nárok na společenskou ochranu v případě, že neohrožuje život ani zdraví těhotné ženy. Jakýkoliv pokus o absolutní zákaz podstoupení interrupcí mnohem dříve v těhotenství – jako je tomu v zákoně schváleném ve státě Ohio, který zakazuje ukončení těhotenství interrupčními metodami již poté, co je zjištělý srdeční rytmus plodu, k čemuž

dochází již v šestém týdnu těhotenství – by dle názoru Steinbock byl zcela restriktivní a zásadně by narušoval právo na svobodnou volbu pro ukončení těhotenství (Steinbock, 2011).

### **1.2.6 Vnímání bolesti, nocicepce**

Ačkoli se více než polovina interrupcí provádí během prvních 8 týdnů gestace, kdy embryo nejspíše není schopno cítit bolest, přibývá důkazů o tom, že se vnímání bolesti zvyšuje s rostoucím gestačním věkem. Toto tvrzení je však stále považováno za kontroverzní, jelikož není jednoznačně určeno, co vše má být pro vnímání bolesti u plodu vyvinuto. Někteří autoři argumentují, že pro vnímání bolesti musí být vyvinutý cerebrální kortex, zatímco jiní argumentují tím, že plod je neustále v jakémsi „bezvědomí“. Další autoři poukazují na to, že spíše, než mozková kůra je pro vnímání bolesti nezbytný thalamus, jelikož kojenci a děti s hydrocefalií, kteří mají úplnou nebo téměř úplnou absenci mozkové kůry, bolestivé a příjemné podněty vnímají. Během intrauterinního života plodu by se spíše dalo hovořit o subkortikální destičce než kortexu. Glover poukazuje na to, že od 16-18 týdnů lze u plodu dle průtoku krve mozkiem pozorovat odpovědi na škodlivé podněty, které jsou následovány hormonálními reakcemi odpovídající reakcím na stres. Tyto reakce může potlačit fetální anestézie. Nociceptory se začínají tvořit od 7. týdne těhotenství a jsou v těle plně přítomny od 14.-20. týdne. Spinothalamická spojení se tvoří mezi 14. a 20. týdnem a k subkortexu dosahují mezi 13. a 16. týdnem. Thalamokortikální spojení se pak tvoří mezi 17. a 26. týdnem. Vzhledem k obecnému konsensu týkajícímu se přítomnosti bolesti u plodu je fetální anestézie běžně podávána při výkonech nejdříve po 18. týdnu. Anestezie poskytovaná matce k zajištění adekvátní ochrany proti bolesti nenarozeného dítěte by se musela vyhnout metabolismu jater matky, vstoupit do jejího krevního oběhu, projít placentární membránou a dostat se do krevního oběhu plodu v dostatečné koncentraci a následně překonat dětskou krevní/mozkovou bariéru. Dávka potřebná k absolvování všech pěti kroků by však ohrozila matku. Procento plodů, které by u předčasně ukončených gravidit mohlo vnímat bolest, je nízké, ne však mizivé. Potraty indukované v pozdějším stadiu gravidity způsobují plodu silně škodlivé podněty, včetně poškození tělesné integrity (Lee June, 2016).

### **1.3 Psychologická problematika interrupce**

Přibližně 42 milionů žen na celém světě podstupuje každý rok legální interrupce. Zatímco mnoho žen po potratu zažívá emoční úlevu, více než 30 % pociťuje významně psychickou úzkost, která v průběhu času neustává (Bradshaw, 2003). Psychologická úzkost po interrupci zahrnuje vyšší míru sebevražedného chování, deprese, úzkost, posttraumatický

stres, poruchy chování a zneužívání návykových látek. Mladé ženy (konkrétně ty, které jsou mladší 25 let) jsou nejvíce ohroženy rozvojem psychických problémů spojených s interrupcemi. Speckhard (2003) ve své studii uvádí, že se psychická úzkost po prodělané interrupci objevuje až u 40 % z těchto případů. Kromě psychické úzkosti ženy také prožívají jiné nepříjemné stavy, jako například opakující se nepříjemné sny a noční můry související s potratem, intenzivní pocity viny a potřeba „vzít své rozhodnutí zpět“ (Speckhard, 2003; Goméz, 2005).

### **1.3.1 Nucené těhotenství**

Donutit ženu pokračovat v nechtěném a někdy zmařeném těhotenství (při vrozených vývojových vadách plodu či vadách neslučitelných se životem) může způsobit psychologické trauma nebo ublížit poškozeným ženám. Ve většině případů vrozených abnormalit je těhotenství plánované a chtěné. Objev abnormality plodu je pro ženu mnohdy traumatický. Nutit ženu, aby za těchto okolností v těhotenství pokračovala, může jen zhoršit a prodloužit to, co pro ni je již samo o sobě velmi smutným a bolestivým procesem, který oddaluje jeho uzavření a zhojení. V případech těžkých vrozených abnormalit by pro ni bylo ničivé, kdyby musela prožít těhotenství s vědomím, že dítě nepřežije nebo přežije jen pár let s potenciálně velmi nízkou kvalitou života. Přidruženým poškozením by mohlo být poškození schopnosti ženy v procesu reprodukce. Lékařské genetické testy a další technologie jsou uváděny jako součást reprodukční péče. Nicméně někdy tyto služby ženám sice poskytují informace o jejich stavu, ale neposkytují přijatelné možnosti nápravy, které by vyhovovaly potřebám těchto postižených žen. Ženy, které chtějí těhotenství ukončit, ale nemají v některých státech a částech světa přístup k bezpečným službám, čelí rozhodnutí, zda vystavit svá vlastní těla možným poškozením postoupením nelegálních potratů nebo své dítě v budoucnosti uvrhnout do utrpení, pokud těhotenství pokračuje. Zdá se zřejmé, že tento medicínsko-právní kontext ponechává postižené ženy během takového těhotenství bezmocné (Ballantyne, 2009).

### **1.3.2 Konceptuální rámce interrupce**

Dosud bylo vytvořeno několik různých předpokladů či perspektiv pro pochopení potenciálních souvislostí mezi interrupcí a jejími následky na duševní zdraví ženy. Tyto perspektivy se nemusí nutně vzájemně vylučovat, ba naopak se mnohdy doplňují. Přesto každá z perspektiv vede k různým otázkám a metodologickým přístupům a každá z nich může vést k různým interpretacím a závěrům (Major, 2009).



### ***Interrupce jako traumatizující zážitek***

První perspektiva zastává tvrzení, že interrupci lze vnímat pouze jako traumatizující zážitek, jelikož zahrnuje smrt člověka, konkrétně úmyslnou „destrukci“ nenarozeného dítěte a přihlížení násilné smrti, stejně tak narušení rodičovského instinktu a odpovědnosti – zpřetrhání mateřských vazeb na nenarozené dítě a nepřiznání si zármutku. Pohled na interrupci jako v zásadě traumatizující zážitek je popsán na základě tvrzení, že v případě, že žena již jednou otěhotní, volí mezi tím „mít dítě“, či si projít traumatickým zážitkem. Přesvědčení, že ženy, které těhotenství záměrně ukončí, budou pociťovat zármutek, vinu, výčitky svědomí, pocity prázdnoty a deprese, je evidentní již z raných studií o psychologických důsledcích interrupcí. Mnohé z nich byly ovlivněny psychoanalytickou teorií a založeny na klinických případových studiích, které zkoumaly ženy s psychiatrickou anamnézou v souvislosti s psychickými problémy po provedené interrupci (Adler, 1990).

Rue a Speckhard (1992) ve své studii potvrdili, že traumatická zkušenost s interrupcí může vést k vážným psychickým problémům a poruchám duševního zdraví. Na základě svých závěrů vytvořili termín post-interrupční/-abortivní syndrom (PAS). Konceptualizovali PAS jako specifickou formu posttraumatické stresové poruchy (PTSD) srovnatelné s příznaky, které zažívali váleční veteráni z války ve Vietnamu, včetně příznaků prodělání traumatu, jako jsou například „flashbacky“ (vzpomínky na traumatizující událost) či popření traumatu, symptomy jako deprese, smutek, hněv, hanba, svalování viny na pozůstalé a pocity vlastní viny či zneužívání návykových látek. Speckhard také uvedla rozhovory se 30 záměrně vybranými ženami, pro které byla předchozí zkušenost (která se vyskytla v intervalu 1-25 let od zákroku) s interrupcí vysoce traumatizující. Tato první perspektiva tedy předpovídá, že většina žen (ne-li všechny ženy) se bude po interrupci potýkat s psychickými problémy a poruchami v důsledku podstoupení tohoto zákroku. Nevztahuje se však pouze k interrupci samotné, ale i ke spontánním či indukovaným potratům, a to nejen v prvním trimestru, ale také v pokročilých stádiích těhotenství (Speckhard, 1992).

### ***Interrupce z perspektivy stresu a jeho zvládnutí***

Druhá perspektiva považuje interrupci za potenciálně stresující životní událost v rámci širě jiných běžných životních stresorů. Pochází z psychologických teorií stresu a strategií jeho zvládnutí. Tato perspektiva se na nich zakládá proto, že k interrupci se ženy uchylují v souvislosti se stresující životní událostí – v těhotenství, které je nežádoucí, nechtěné nebo nějakým způsobem spjaté s komplikacemi – může tedy být velmi obtížné oddělit

psychické prožitky spojené s traumatizujícím zákrokem, jakým je právě interrupce, od psychických prožitků souvisejících s jinými aspekty nechtěného těhotenství. Interrupce může být volbou řešení stresu spojeného s nechtěným těhotenstvím a může tedy vést k úlevě. Sama interrupce se však může stát i původcem stresu. Prvním z principů charakteristických pro psychologické teorie stresu a copingové strategie (tedy strategie jeho zvládnání) je variabilita. Předpoklad je takový, že stres se objeví při interakci mezi osobou a prostředím. Z tohoto pohledu, i když je těhotenství nežádoucí a interrupce může představovat nesnáze a zátěž pro samotnou ženu, tyto události nemusí nutně či nevyhnutelně vést k negativním psychickým prožitkům ženy. Druhým charakteristickým znakem je kognitivní posouzení. Stres vychází ze situací, které člověk hodnotí jako překračující hranici zvládnání stresu a vyčerpání svých copingových zdrojů. Psychické prožitky ženy související s interrupcí budou ovlivněny posouzením těhotenství a interrupce a jejich významu pro její vlastní život, její schopností vyrovnat se s těmito událostmi a způsoby, jakými se vyrovná s pocíťovanými emocemi po potratu. Tyto vlastnosti jsou utvářeny za působení vlivů prostředí (např. věk, finance, přítomnost nebo nepřítomnost podporujícího partnera) stejně tak jako dle charakteristik samotné ženy (např. její osobnost, postoje a hodnoty). Tak například žena, která považuje potrat za konflikt s jejími či rodinnými přísně dodržovanými náboženskými, duchovními nebo kulturními přesvědčeními, ale která se přesto rozhodne ukončit neplánované nebo nechtěné těhotenství, může tuto zkušenost posoudit jako více stresující, než žena, která nepovažuje interrupci za rozporuplnou s vlastními hodnotami nebo hodnotami ostatních z její sociální sítě. Výzkum odvozený z perspektivy stresu a strategií jeho zvládnání identifikoval několik faktorů, které jsou spojeny s více negativními psychickými reakcemi u žen, které podstoupily interrupci (Major, 1992). Nejvíce důležitá je historie psychického stavu ženy před těhotenstvím. Další faktory spojené s intenzivněji negativně vnímanými post-interrupčními prožitky zahrnují ukončení těhotenství, které je chtěné. Sem patří tlak na ukončení těhotenství od okolí, nedostatečná sociální podpora od blízkých i širšího okolí a určité rysy osobnosti, které zvyšují senzitivitu vůči stresorům (např. nízká sebeúcta, pesimistický pohled na svět, nízká sebekontrola). Je důležité si uvědomit, že mnoho z uvedených faktorů je také prediktorem toho, jak budou ženy posuzovat, zpracovávat a psychicky reagovat na jiné typy stresových událostí ve svém životě, včetně nežádoucího mateřství či vzdání se dítěte k adopci. Například vnímání nedostatku sociální podpory od okolí, nízká sebeúcta a pesimismus jsou rizikovými faktory také pro vznik poporodní deprese. Nevylučuje se tedy možnost, že některé ženy mohou mít závažné negativní dopady na psychiku po podstoupení, ale zvládnání této reakce závisí spíše na kognitivním posouzení ženy,

copingových procesech, osobních a sociálních faktorech, které je formují spíše než povaha samotné události (Major, 2009).

### ***Interrupce v sociokulturním kontextu***

Třetí perspektiva zdůrazňuje dopad širšího sociálního kontextu, ve kterém dochází ke konfrontaci ženy s otázkami těhotenstvím a způsobu jeho ukončení a vytváření psychických prožitků žen spojených s těmito událostmi. Tento přístup doplňuje perspektivu stresu a zvládání stresu o sociokulturní kontext, který ovlivňuje prvky copingového procesu s ohledem na těhotenství a jeho ukončení několika způsoby, jež zvyšují nebo snižují míru působícího stresu. Nežádoucí těhotenství a interrupce se nevyskytují v sociálním vakuu. Současný sociopolitický stav stigmatizuje některé ženy, které se těhotenství rozhodnou ponechat (např. dospívající matky), a taktéž ženy, které se rozhodnou pro interrupci. Tato skutečnost však může stigmatizovat i zdravotnický personál, který tyto služby poskytuje. Ze sociokulturního hlediska sociální praktiky a zprávy stigmatizující ženy, které podstoupily interrupci, mohou přímo přispět k negativní psychologické odezvě vztahující se na tento zákrok. Psychologické důsledky stigmatu mají na ženu závažný dopad. Experimentální studie prokázaly, že stigmatizace může vytvářet negativní vnímání, emoce a behaviorální reakce, které mohou nepříznivě ovlivnit sociální, psychologické a biologické funkce. Důsledky stigmatizace zahrnují kognitivní a výkonnostní deficity, zvýšenou konzumaci alkoholických nápojů, sociální stažení a vyhýbání se okolí, depresi a zvýšenou úzkostnost a zvýšené fyziologické stresové reakce. Sociální stigma je obzvláště škodlivé, vede-li k „internalizovanému stigmatu“ – tedy k přijetí mezi členy marginalizované skupiny s negativním společenským přesvědčením a stereotypech o sobě. Ženy, které trpí tímto stigmatem spojeným s interrupcí (například ty, které se považují za poskvrněné, vadné nebo morálně pohoršující), budou pravděpodobně zvláště zranitelné k pozdějšímu psychickému distresu. Sociokulturní kontext, který ženy povzbuzuje k tomu, aby věřily, že by se „měly“ nebo se „budou“ po interrupci cítit určitým způsobem, může vytvořit sebenaplňující proroctví, kterým se mohou potvrdit očekávání vyvolaná společností. Zda je, nebo není konkrétní chování nebo atribut stigmatizovaný, se často liší v různých kulturách a v čase. Akty, které byly označeny za společensky „benigní“, mohou být nyní stigmatizovány (např. kouření) a další, které byly kdysi vysoce stigmatizovány (např. nemanželský sex, rozvod, soužití partnerů), jsou dnes více či méně společensky přijímané. Tak jako se mění názory společnosti na chování, mění se tak i hodnocení a reakce těch, kteří se tímto chováním zabývají. Proto může sociokulturní kontext utvářet postoj ženy k interrupci nejen v době, kdy zákrok

podstoupí, ale také dlouho po něm. Sociální sdělení, která negativním způsobem ovlivňují myšlení ženy (přehodnocování) v souvislosti s interrupcí (označují čin za hřích, vraždu dítěte), mohou u žen zvyšovat pocity viny, vytvářet internalizované stigma a emoční úzkost i v případě, že zákrok podstoupila dávno v minulosti. Naopak sociální sdělení a podpůrné skupiny, které povzbuzují ženy k tomu, aby znovu provedly kognitivní posouzení situace více pozitivním nebo i benigním způsobem, mohou vést k nápravě negativních emočních reakcí (Major, 2009).

### ***Interrupce a koexistující rizikové faktory***

Čtvrtý koncepční rámec umožňující porozumění psychickému zdraví žen, které podstoupily interrupci, zdůrazňuje systémové, sociální a osobnostní faktory, které jsou považovány za „předchůdce“ nechtěného těhotenství, a tím ženy staví před rizika ukončení těhotenství a/nebo predisponují poruchám mentálního zdraví bez ohledu na průběh těhotenství a jeho řešení. Z této perspektivy tedy poruchy mentálního zdraví, které se po podstoupení interrupce vyvinou, nemusí být způsobeny zákrokem samotným. Namísto toho mohou odrážet další faktory spojené s tím, že se jedná o těhotenství nechtěné, nebo faktory, které nesouvisí s těhotenstvím nebo zákrokem, jako je například chudoba, psychické problémy v anamnéze nebo násilí mezi partnery. Tato perspektiva o přidružených rizicích zdůrazňuje, že aspekty životní situace a psychické vlastnosti ženy před těhotenstvím nebo souběžně s ním, musí být posouzeny za účelem pochopení psychických problémů pozorovaných po interrupci. Nežádoucí těhotenství nejsou náhodnými událostmi. Životy žen, které nechtěně či neplánovaně otěhotněly a podstoupily interrupci, se různými způsoby liší od života žen, které tuto zkušenost nemají. Tyto rozdíly mohou mít důsledky pro pozdější fungování v životě nezávisle na zkušenosti s nechtěným těhotenstvím a/nebo interrupcí. Ačkoli vědci studující následky porodů nemanželských dětí a dětí adolescentních matek již dlouho uznávají nutnost zvažování existujících nebo společně se vyskytujících skupinových rozdílů, tak vědci, kteří studují důsledky potratů, tyto rozdíly jen zřídka zvažují vyjma kontroly nad některými z nich. Systémové a osobnostní vlastnosti, které předurčují ženy k nechtěnému těhotenství, taktéž předurčují psychické a behaviorální problémy žen. V tomto důsledku může být korelace mezi řešením nežádoucího těhotenství a psychickými problémy pozorovaná po interrupci falešná, kvůli jejich společným sdruženým rizikovým faktorům přítomným před otěhotněním. Systémové rizikové faktory pro neplánované těhotenství a pro jeho řešení za pomoci interrupce zahrnují chudobu, vystavení pohlavnímu zneužívání nebo fyzickému násilí v dětství a násilí mezi partnery, včetně znásilnění. Tytéž systémové faktory jsou také spojeny se zvýšeným

rizikem problémů s mentálním zdravím. Některé studie prokazují, že chudoba silně souvisí se zvýšenou pravděpodobností vzniku psychiatrické poruchy. Expozice domácímu (intimnímu) násilí je také silným a dobře zdokumentovaným prediktorem potíží s fyzickým a psychickým zdravím, včetně sebevražedného chování, posttraumatické stresové poruchy, depresí a abúzu návykových látek. Obecně platí, že čím více žena prožije zkušeností souvisejících s násilím a stresujících životních událostí, tím větší je riziko rozvoje psychických poruch. Osobnostní i behaviorální faktory mohou být prediktory pro neplánované těhotenství a jeho časný ukončení a taktéž prediktory k problémům mentálního zdraví. Existují mnoho důkazů o tom, že problémové chování má tendenci se vyskytovat mezi určitými jedinci. Kandel (1989) uvádí vysvětlení, že problémové chování probíhá určitými způsoby, v nichž specifické faktory staví jednotlivce, který se onoho chování účastnil (např. užívání drog) do rizika iniciace jiného (např. časná sexuální aktivita), což tuto osobu ohrožuje v dalších životních událostech (neplánované těhotenství), které dále vystavují tuto osobu riziku jiné události (interrupce). Longitudinální studie založená na údajích z Národní longitudinální studie mládeže prokázala, že užívání drog bylo jednoznačným prediktorem pro „předmanželské“ těhotenství a těhotenství u adolescentních dívek a rozhodnutí pro předčasné ukončení těhotenství (Mensch, 1992). Další prospektivní longitudinální studie potvrdily, že je u žen, které se v minulosti vyznačovaly problémovým chováním jako je kouření, užívání alkoholu a ilegálních drog, časný pohlavní styk a/nebo nechráněný pohlavní styk pravděpodobnější, tak i predispozice k neplánovaným těhotenstvím a následným interrupcím. Alternativní vysvětlení pro výskyt přidruženého problémového chování je takové, že jedinci s behaviorálními poruchami, jako je užívání alkoholu nebo drog, mají podobný soubor osobnostních charakteristik, které je předurčují k zapojení se do rizikového chování, které zvyšuje pravděpodobnost výskytu dalších komplikací (např. neplánované těhotenství). Například vysoké skóre míry „nekonvenčnosti“ predikuje neplánované těhotenství a jeho předčasné ukončení (Martino, 2006). Osobnostní faktory, které snižují schopnost regulace negativních emocí, také hrají svoji úlohu a mohou zvyšovat riziko zapojení do problémového chování. Například vysoká impulsivita a vyhubavý styl při zvládnání negativních emocí patří mezi faktory, které ovlivňují rizikové sexuální chování, užívání návykových látek, delikventní chování a školní neúspěch. Mimoto longitudinální analýzy ukazují, že vyhubavý styl zvládnání výhledově předpovídá iniciální nebo zvýšené zapojení do problémového chování mezi jedinci bez předchozích zkušeností s tímto chováním (Cooper, 2003). Je důležité si uvědomit, že mnoho z těchto osobních vlastností, které ženy vystavují riziku problémového chování a neplánovaného těhotenství, je také staví vstříc riziku psychických nebo fyzických zdravotních komplikací,

nehledě na to, zda je těhotenství ukončeno předčasně nebo donošeno do termínu a ukončeno porodem. Řada studií prokazuje, že užívání vyhybavých forem zvládnání negativních emocí je spojeno s chudším mentálním zdravím a zhoršuje přizpůsobování se životním podmínkám (Aldwin, 1987; Major, 1998). Nejlepším prediktorem problémů s mentálním zdravím později v životě je historie předchozího výskytu těchto problémů. Například 50 % adolescentů, u kterých se vyskytla těžká deprese, a 90 % adolescentů, kteří prožili mánie během dospívání, mělo i nadále recidivy těchto poruch později v dospělosti (Major, 2009).

### **1.3.3 Postinterrupční/postabortivní syndrom (PAS)**

Z teoretického hlediska patří postinterrupční syndrom mezi poruchy, které vznikly v návaznosti na zásadní životní událost. Tato náročná událost může být pacientem vnímána jako identifikovatelný psychosociální, ale nikoli katastrofický nebo neobvyklý stres (v tom případě PAS odpovídá adaptivní nebo adaptační poruše), nebo jako traumatický stres, který je vzácný (fyzický nebo psychický), nebo jako katastrofický stres (v tomto případě je syndrom zahrnut mezi závažné stresové reakce). Postinterrupční syndrom je považován za další typ posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Má také některé specifické vlastnosti, které by mohly pomoci pochopit pacientovo prožívání a na jejich základě určit vhodný psychologický zásah (Goméz, 2005).

#### ***Diagnostická kritéria postinterrupčního syndromu***

Autoři Goméz a Zapata (2005) pro diagnostiku postinterrupčního syndromu stanovili následující kritéria A a B, které by žena, v případě, že touto poruchou trpí, měla splňovat.

- A) Žena vykazuje jeden nebo několik příznaků z části 1 a 2, a alespoň jeden nebo několik příznaků z ostatních sekcí 3, 4 nebo 5:
1. Depresivní (deprese, smutek, úzkost, smutek, častý pláč) a úzkostné příznaky (úzkost, trýzeň, zlost), související s provedenou interrupcí.
  2. Vina (hanba, ztráta sebeúcty a odmítnutí sebe sama) a neschopnost odpustit si za provedenou interrupci (někdy se sebevražednými myšlenkami); touha po „nápravě“ (odstranění viny, očištění se od ní) a potřeba zadostiučinění (odškodnění, uspokojení dotčených), zhojení ran nebo náprava způsobených škod.
  3. Opakující se noční můry o dětech ztracených, roztrhaných na kusy, zmrzačených nebo mrtvých dětech; opakující se rušivé myšlenky nebo „flashbacky“ na interrupci nebo potracené „stvoření“; iluze a sluchové pseudohallucinace (slyšení plačícího dítěte), opakované fantazie o tom, jaké by to bylo, kdyby nedošlo k interrupci.

4. Vyhybaní se a/nebo zamítnutí podnětů nebo situací, které připomínají interrupci, její okolnosti a důsledky nebo zpráv o těhotenstvích, porodech a interrupcích; vyhybaní se lékařským prohlídkám nebo zdravotnickým zařízení, pohledům na novorozence nebo malé děti, dětské oblečení nebo sedačky, dudlíky atd.); typické zhoršení příznaků k datu, kdy došlo k interrupci, a k datu, kdyby se dítě potencionálně narodilo (výročí).
  5. Poruchy chování způsobené emocemi spojenými s interrupcí; sexuální poruchy (inhibice nebo absolutní odmítání sexu, frigidita, promiskuita); anorexie nebo jiné poruchy příjmu potravy; zneužívání drog nebo alkoholu; sociální stažení, nezáměr a snížená pozornost k běžným denním úkolům a povinnostem; náhlé excesy a výbuchy vzteku, setrvávání v hrubých mezilidských vztazích; sebevražedná gesta nebo pokusy.
- B) Příznaky se projevíly po provedení interrupce, ačkoli se mohou vyskytnout i při dalších životních událostech – senzibilizujících, vyvolávajících vzpomínky, přitěžujících okolnosti atd. (Goméz, 2005).

## **1.4 Rizika interrupce**

Sdružení amerických pediatriů (2016) uvádí jako potenciální krátkodobá a dlouhodobá rizika interrupce například zvýšené tendence k suicidálnímu chování a jinému násilí, vyšší míru zneužívání návykových látek, zvýšené riziko rakoviny prsu, zvýšené riziko předčasných porodů v následující graviditě a vyšší riziko nemocnosti a úmrtnost budoucích dětí, zvláště v důsledku prematurity a další (viz níže).

### **1.4.1 Rizika potratu pro následné zdraví ženy**

Zastánci interrupce tvrdí, že její legalizace vede ke snížení úmrtnosti matek. Přesto Irsko, Polsko a Malta – země s nejvíce restriktivní zákony o interrupci – mají jedny z nejnižších výsledků úmrtnosti matek na světě. Pokud však sledujeme maternální úmrtnost v rámci dlouhodobého hlediska, existuje výrazně vyšší riziko úmrtí ženy v následujících letech po interrupci než v následujících letech po porodu. Toto stanovisko bylo prokázáno ve studiích porovnávajících záznamy těhotenství se záznamy úmrtí v Kalifornii, Finsku a Dánsku. Nejvyšší je riziko během následujícího těhotenství a jednoho roku po porodu, ale zůstává vyšší po dobu nejméně 10 let (WHO, Global Health Observatory Data 1990-2015).

Studie z Kalifornie posuzovala spojitost mezi skupinou 173 279 žen, které podstoupily v roce 1989 interrupci nebo spontánně porodily a dostalo se jim péče v rámci státního programu Medicaid, s úmrtními listy mezi rokem 1989 a 1997. Autor Reardon (2002) v této studii přihlížel k věku žen a jejich psychiatrické minulosti. Z výsledků studie je patrné, že riziko

zvýšené úmrtnosti bylo u žen, které podstoupily interrupci během prvních 4 let dvojnásobně vyšší než u žen, které spontánně porodily, v následujících letech toto riziko klesalo, ale přesto ve zmírněné formě přetrvávalo (Reardon, 2002).

Dánská studie srovnávala záznamy 463 473 žen po deseti letech od ukončení těhotenství, v závislosti na roku narození ženy a věku při prvním těhotenství. Nejvyšší míra úmrtnosti převládala u skupiny žen, jejichž těhotenství bylo po 12. týdnu ukončeno potratem. Druhou skupinou s vysokou mírou mateřské úmrtnosti byly ženy, u nichž byla provedena interrupce v prvním trimestru těhotenství, a dále následovaly ženy, které prodělaly spontánní potrat. U žen, které porodily, byla úmrtnost prokazatelně nejnižší. Autor další dánské studie Reardon (2013) publikoval, po srovnání záznamů o úmrtí z let 1980-2004 milionu žen narozených v Dánsku v letech 1962 až 1993 se záznamy o porodech, spontánních potratech a interrupcích od roku 1970, následující výsledky: studie, s přihlédnutím k dalším těhotenstvím žen a věku při posledním těhotenství, srovnávala riziko úmrtí u žen s jednou, dvěma a třemi absolvovanými interrupcemi s rizikem úmrtí u žen, které potrat neprodělaly, a prokázala přímou souvislost mezi zvýšenou mortalitou a vyšším počtem prodělaných interrupcí (Reardon, 2013; Lee June, 2016).

Finské studie rovněž prokázaly podobné výsledky. Autor Gissler zkoumal úmrtí související s těhotenstvím v letech 1987-1994 ve Finsku. Výsledky jejich studie prokázaly výrazně vyšší riziko úmrtí ženy v následujících letech po interrupci než v následujících letech po porodu. Studie provedená Gisslerem v letech 1984-1997, která sledovala riziko spáchaní sebevraždy, prokázala, že ženy, které podstoupily interrupci, páchaly sebevraždu téměř 6x častěji než ženy, které své dítě donosily a porodily (Gissler, 1997; Gissler 2004).

## **1.4.2 Rizika potratů pro budoucí těhotenství**

### ***Riziko spontánního potratu***

Thorpovo review rizik vyvolaných interrupcí z roku 2003 prezentuje pět studií z let 1980-1998, které neprokazují významnou souvislost mezi podstoupením interrupce a následným spontánním potratem. Všechny tyto studie měly široké intervaly spolehlivosti a byly pravděpodobně konstruovány nedostatečně k tomu, aby prokázaly statistickou významnost. V témže roce čínská studie prokázala nárůst časných spontánních potratů (nejčastěji v 7. týdnu těhotenství) o 144 %, po podstoupení interrupce pomocí vakuové aspirace v prvním trimestru těhotenství. Další studie z Číny z roku 2014, ve které byly posouzeny záznamy 1 860 žen



prokázala významné a rostoucí hodnoty v souvislost mezi předchozí interrupcí a následným spontánním potratem (Throp, 2003; Xu, 2014).

### ***Riziko sekundární neplodnosti***

Většina studií zkoumajících (a prokazujících) sekundární neplodnost byla provedena v době před zavedením vakuového odsávání plodů z dutiny děložní, medikamentózních interrupcí vyvolaných za užití kombinace léků a rutinní antibiotické profylaxe pro pohlavně přenosné infekce. V důsledku toho nejsou považovány za relevantní pro současnou lékařskou praxi. Autor Tzonou ve své studii z roku 1993, která již zahrnovala moderní interrupční metody, prokázal dvojnásobné zvýšení sekundární neplodnosti po předchozím indukovaném potratu/interrupci (Tzonou, 1993).

### ***Riziko mimoděložního těhotenství***

Iniciální studie z Řecka z roku 1972, které zkoumaly hlavně kyretáž prováděnou ostrou kyretou, ukázaly desetinásobný nárůst následných mimoděložních těhotenství. Novější studie však žádný vztah mezi interrupcí a mimoděložním těhotenstvím neprokázaly, nebo jejich výsledky nedosáhly statistického významu. Některé studie ukázaly statisticky nevýznamné zvýšení rizika mimoděložního těhotenství u žen, které podstoupily více než jednu interrupci. Další proměnou, která by mohla podpořit vztah mezi indukovaným potratem, extrauterinní graviditou a sekundární neplodností, jsou gynekologické záněty, zejména hluboká pánevní infekce. V dnešní době je však riziko výskytu těchto infekcí mizivé, jelikož je antibiotická profylaxe po instrumentálně provedené interrupci nyní standardem (Lee June, 2016).

### ***Riziko výskytu vcestného lůžka***

Placenta praevia představuje abnormálně umístěnou placentu, která představuje pro budoucí matky a jejich nenarozené děti nebezpečí v podobě krvácení, někdy tak masivního, že vyžaduje okamžité operační odstranění dělohy (hysterektomii). Dřívější studie sice prokázaly jistou souvislost mezi interrupcí, spontánními potraty a následným vývojem vcestné placenty v dalším těhotenství, nerozlišovaly však způsob, jakým byla interrupce provedena. Taylor ve své studii z roku 1993 uvedl 28% nárůst výskytu vcestné placenty v letech 1984-1987 po indukovaném potratu a poznamenal, že v letech 1984-85 bylo provedeno 98 % interrupcí za pomoci vakuového odsávání. Není však stoprocentně jisté, kolik z nich bylo ve skutečnosti provedeno odsáváním a kolik starší metodou „ostré“ kyretáže (tradiční dilatace hrdla a kyretáž ostrým nástrojem). Johnsonova studie ze Seattlu z let 1990-1992 již rozlišovala

metodu provedení interrupce (46 případů vakuovým odsáváním a 22 případů ostrým nástrojem). Johnson a jeho kolegové došli k závěru, že se zvyšuje riziko vzniku včestné placenty pouze po interrupci provedené kyretáží pomocí ostrého nástroje (kyrety). Tento závěr potvrzuje teorii, že zákroky, které způsobují zjizvení děložní sliznice, například císařský řez, zavedení nitroděložního tělíška, nitroděložní infekce a metody dilatace děložního hrdla a následné kyretáže, které se využívají pro interrupci i revizi děložní dutiny po spontánním abortu, jsou tím, co pro ženy představuje významné riziko pro vznik včestného lůžka v dalším těhotenství. Další studie z Tchaj-wanu znovu ukazuje zvýšené riziko vzniku placenta praevia po potratu, ale využitá metoda a rozlišení mezi indukovanými a spontánními potraty není k dispozici. USA nahradilo instrumentální kyretáže vakuovým odsáváním již v roce 1970 a odsávání bylo hlavní metodou volby pro interrupci a revizi děložní dutiny v prvním trimestru těhotenství a do roku 1998 využito u 96 % z nich. Je tedy možné, že interrupce již nejsou významným rizikovým faktorem pro vznik včestné placenty v zemích jako je právě USA, kde se využívá vakuové aspirace. Přesto v zemích, kde se nadále využívá dilatace hrdla a kyretáže ostrým nástrojem, jím stále zůstávají (Lee June, 2016).

### ***Riziko předčasného porodu v následující graviditě***

Zvýšený výskyt prematurity, zejména extrémní nezralosti a velmi nízké porodní hmotnosti novorozenců, byl v souvislosti s interrupcí opakovaně prokázán. Winer (2009) ve své studii uvádí, že ve srovnání s matkami, které dříve porodily, matky s anamnézou předchozí medikamentózní interrupce podáním misoprostolu, měly riziko následného předčasného porodu mezi 16. a 36. týdnem zvýšené o 3 %. Autor studie toto zvýšené riziko popsal jako „neznepokojivé“. Liao ve své studii žádné zvýšení předčasných porodů po lékařské potraty nezjistil. Data však odhalila 69% nárůst porodů před 36. týdnem a nárůst počtu předčasných porodů před 32. týdnem těhotenství 3,6krát v případech, kdy matka podstoupila medikamentózní interrupci podáním mifepristonu (před 7. týdnem těhotenství), která vyžadovala následnou chirurgickou revizi dutiny děložní kyretáží. Navíc u žen s anamnézou jak medikamentózních, tak instrumentálních potratů bylo riziko předčasného porodu dvojnásobné. V roce 2009 byly publikovány 2 systematické review s metanalýzami. První z nich uvedla, že jedna předchozí interrupce v anamnéze zvýšila riziko předčasného porodu o 64 % v následující graviditě (Swingle, 2009). Ve druhé review bylo zjištěno, že jedna předchozí interrupce zvýšila riziko předčasného porodu o 36 %, zatímco více než jedna zvýšila riziko předčasného porodu až o 93 % (Shah, 2009). Finská studie, která zahrnovala více než 300 000 prvorodiček s gestačním stářím do 28. týdne těhotenství prokázala, zvýšení rizika

předčasného porodu 1,19-1,69krát u žen, které podstoupily 1 zákrok a 2,78krát u těch, které podstoupily interrupci opakovaně (Klemetti, 2012). Stále existují zastánci tvrzení, že interrupce představují velmi malé nebo žádné riziko předčasného porodu v budoucí graviditě. Ve skutečnosti tomu tak je pouze v případě, jsou-li ve zkoumání zahrnuty všechny předčasné porody (do 37. týdne těhotenství). Calhoun (2007) zkoumal náklady spojené s předčasnými porody ve Spojených státech amerických. Výsledky jejich studie ukázaly, že interrupce zvyšuje výskyt předčasného porodu o 31,5 %. Odhadované zvýšení ročních nákladů spojených s interrupcí a následnou péčí o nezralého novorozence činí více než 1,2 miliardy dolarů. McCaffrey (2017) odhaduje, že se více než 10 000 dětí ročně narodí s velmi nízkou porodní hmotností do 1 500 gramů z důvodu interrupce, která byla provedena v předchozím těhotenství matky. V důsledku prematurity nejméně z nich 2 462 zemře a přeživší nedonošení novorozenci mnohdy trpí až závažnými zdravotními problémy. Zdravotní komplikace způsobené prematuritou jsou již dobře známé. Patří mezi ně syndrom respirační tísně, bronchopulmonální dysplazie, nekrotizující enterokolitida, intraventrikulární krvácení, hyperbilirubinémie, retinopatie nedonošených, ztráta sluchu, motorické a kognitivní poruchy a neprosívání ve škole (Lee June, 2016).

### **1.4.3 Možná rizika pro již narozené a budoucí děti**

Teorie o tom, že rozhodnutí rodičů o potratu dítěte by mohlo mít dopad na již narozené a budoucí, ještě nenarozené, děti je třeba více prozkoumat. Teoreticky mohou tyto „přeživší“ děti zažívat pocity viny a nízké sebeúcty, považovat se za zbytečné (protože se jejich sourozenec nemohl narodit), dále také mohou pociťovat vztek, zášť a smutek. Tyto emoce se mohou objevit, i když se sourozenec o potratu nedozví až do dospělosti. Kromě toho existuje důkaz, že deprese matky, stejně jako alkoholismus a zneužívání drog (vyskytují se častěji u žen, které podstupují interrupci) jsou škodlivé pro již narozené děti. Také zvýšená úmrtnost matek spojená s interrupcí zvyšuje procento dětí, které přišly o matku v raném věku. Matky, které podstoupily interrupci, mohou také častěji ponižovat a zneužít své budoucí děti, zatímco idealizují „ztracené“ potracené dítě. Tento jev byl popsán i v souvislosti s ostatními typy perinatální ztráty. Kvalitní studie zkoumající možný vztah mezi interrupcí a zneužíváním jiných dětí matky je obtížné najít, ale vzhledem ke vztahu mezi zneužíváním návykových látek a zneužíváním dětí a ke vztahu mezi narušeným duševním zdravím matky a zneužíváním dětí určitě existuje jistá teoretická spojitost. Prokázání těchto vztahů však zůstává vědecky nepodložené a je tedy možnou výzvou pro další zkoumání (Lee June, 2016).

Mezi rizika pro budoucí, zatím ještě nepočaté a nenarozené, děti patří prematurita (nezralost), nízká porodní hmotnost a po důsledné kyretáži ostrým nástrojem možná placenta previa (vcestné lůžko). Poskytovatelé péče tvrdí, že potraty prováděné v prvním trimestru těhotenství nepředstavují prakticky žádné dlouhodobé riziko komplikací jako je ektopická gravidita (mimoděložní těhotenství), spontánní potraty nebo vznik vrozených vývojových vad, a existuje pouze minimální nebo žádné riziko předčasného porodu nebo porodu dítěte s nízkou porodní hmotností. Některé studie sice prokazatelně vyvrátily zvýšenou míru výskytu vrozených vývojových vad (s výjimkou několika málo dětí, které přežily neúspěšnou interrupci), přesto další studie týkající se interrupce a následného mimoděložního těhotenství, spontánních potratů a neplodnosti přinesly protichůdné výsledky. Metaanalýzy k objasnění možných vztahů provedeny nebyly. Mnoho studií však prokázalo zvýšené riziko prematurity a nízké porodní hmotnosti v souvislosti s interrupcí (Lee June, 2016).

#### **1.4.4 Nebezpečí nelegálně provedených interrupcí**

Je všeobecně známo, že zákony zakazující nebo zcela omezující přístup žen k interrupci, spíše zvyšují podíl nelegálně provedených interrupcí. Světová zdravotnická organizace (2004) definuje „nebezpečnou interrupci“ jako takovou, která je provedena za pomoci osoby postrádající nezbytné dovednosti nebo vykonané v prostředí, které není v souladu s danými medicínskými a bezpečnostními normami. V situaci, kdy je míra nechtěných těhotenství vysoká, se omezením přístupu k legálním interrupcím pouze zvýší počet nezákonných a nebezpečných zákroků. Jelikož jsou restrikce a zákony obvykle přísnější v zemích třetího světa, podstupují tyto zákroky častěji ženy z rozvojových zemích. Třináct procent ze všech úmrtí matek po celém světě jsou představují nelegálně provedené nebezpečné interrupce – což odpovídá 68 000 úmrtí matek za rok. Například v Latinské Americe je provedeno 4,5 milionu interrupcí každý rok. Devadesát pět procent je provedeno nezákonně a představuje 25% podíl mateřské úmrtnosti v Latinské Americe. Odhaduje se, že v Argentině podstoupí více než půl milionu žen nezákonně (a obvykle nebezpečné) potraty každý rok, což činí 40 % ze všech těhotenství. Kromě úmrtnosti je prokázána i významná následná morbidita. Nebezpečné nelegální interrupce představují významné riziko vzniku mnoha dalších zdravotních komplikací, kterým by bylo možné v případě kvalitně poskytnuté nemocniční péče předejít. Jde například o sepse, anémie (po následném krvácení), pánevní infekce, trauma genitálu (například poranění poševní stěny), děložní ruptury a perforace dělohy, poranění střev a vesicovaginální píštěle (Ballantyne, 2009).

## 1.5 Postavení mužů v problematice interrupce

Procesy spojené s těhotenstvím a potratem zvýrazňují rozdíly mezi muži a ženami, které vychází z biologické reality, ve které ženy „nosí“ a rodí děti. V tomto kontextu má žena primární pozici, zatímco muž pouze vedlejší postavení. Muži jsou zproštěni fyzického břemene a nebezpečí těhotenství, stejně jako ztráty pracovní pozice, vzdělávacích a sociálních příležitostí. Nechtěné těhotenství, porod a následná péče o dítě má mnohem větší dopad na osobní svobodu matky než na otcovu. Tento fakt tedy může svádět k závěru, že ženy mají nárok na to, aby na základě svého rozhodnutí nechtěné těhotenství ukončily. Některé představitelky feministických hnutí považují interrupci za ústřední bod svobody a rovnosti žen, neboť kontrola reprodukce umožňuje ženám kontrolu nad jejich osobním a profesním životem. Nikdo nemá právo nutit ženu k tomu, aby proti své vůli podstoupila těhotenství a změny s ním související. Nikdo nemůže změnit skutečnost, že to je žena, která v děloze „nese“ plod po dobu devíti měsíců a jejíž zdraví je v tomto období ohroženo. Jistě, nikdo nemá právo přinutit ženu, aby prožila nejen fyzicky náročný porod. Z pochopitelných důvodů je tedy potrat často popisován jako výhradně ženská záležitost (Purvis, 2015).

Moderní západní společnost „potenciálním otcům“ žádná práva na embryo nepřikládá. Rozhodnutí o tom, zda těhotenství ukončit, nebo ne, je často zcela ponecháno na ženě. Na druhou stranu může mít partner pocit, že žena má osud embrya-plodu zcela ve svých rukou a může utvářet zbytek svého života, jakkoli uzná za vhodné. Mnoho mužů se vyhýbá jednání a rozhodování v záležitosti interrupce, protože se mnohdy cítí naprosto bezmocní. Dle amerického sociologa Dr. Shostaka většina mužů, se kterými tuto problematiku řešil, přemýšlí o provedené interrupci i mnoho let poté, co byla provedena. Pociťují smutek, mají smíšené a podivné pocity, mísí se v nich spousta emocí, ale obvykle o tom nikdo z nich nemluví. Je to tabu. Pro muže není společensky přijatelné, aby o interrupci, kterou podstoupila jejich partnerka, mluvili. Pokud by snad chtěli vyjádřit lítost, udělají to v soukromí, o samotě. Nesdílí svou bolest ani s blízkým přítelem, přestože pociťují úzkost, a tyto negativní pocity v nich zůstávají velmi dlouho. Psychiatr Dr. Bernstein popisuje, že muži často reagují „popřením“ a „distancováním se“. Tento negativní zážitek mohou mnohdy prožívat se stejným rozsahem emocí a pocity ambivalence jako ženy, včetně soucitu s partnerem, pocitu viny a odpovědnosti za „zničení“ života a zklamání z toho, že udělali chybu. Muži, kteří byli radikálně proti interrupci, nebo muži, kteří se dozvěděli, že jejich partnerka podstoupila tento zákrok až o několik měsíců později, často pociťují hněv, depresi, bezmocnost a zármutek. Následkem toho nemálo trpí jejich partnerské vztahy. Muži, kteří jsou nuceni prožít zkušenost

s interrupcí v rámci nechtěného těhotenství, trpí velkou psychickou ujmou. Potenciální negativní dopad na otce způsobený ztrátou jeho nenarozeného dítěte by tedy neměl být ignorován (Mavroforou, 2010).

Studie, které se zabývají výzkumem mužů v souvislosti s interrupcí, je velmi málo a studií, které se zabývají reakcemi mužů a psychologickou problematikou po provedeném zákroku ještě méně. Muži, kteří přímo čelí otázkám interrupce, představují téměř neviditelnou skupinu. Jejich účast je obvykle zkoumána nepřímo dotazováním žen na to, jaké si myslí, že jsou postoje a názory jejich partnerů. Tím pádem existuje nedostatek znalostí o názorech a postojích samotných mužů. Mnoho studií uvedlo, že ženy mluví o svém rozhodnutí s jejich partnery, ale drtivá většina z nich se nakonec rozhodne dle svého vlastního uvážení. Z věcí týkajících se těhotenství jsou muži často vyloučeni, což se odráží i v tom, že neexistuje termín pro muže, kteří jsou do těhotenství jejich partnerky aktivně zapojeni. K jejich označení může být použito například termínů jako „impregnátor“, „budoucí otec“ nebo „muž, jehož partnerka je těhotná, porodila nebo chce podstoupit interrupci“. Muž tedy nemá žádné formální právo ani moc rozhodnout, zda by těhotenství mělo nebo nemělo být ukončeno. Nicméně (pokud o těhotenství ví) může těhotnou ženu ovlivnit v mnoha ohledech, např. použitím síly, vnucením stanoviska, může tedy podporovat či ohrožovat její rozhodovací proces. Může se také vyhnout jakékoli participaci, a dokonce ji opustit (Purvis, 2015).

Autoři Kero a Lalos z Ústavu klinických věd v gynekologii a porodnictví Univerzity nemocnice ve švédském městě Umeå provedli v roce 1995 výzkum, jehož cílem bylo zvýšit znalosti o reakcích mužů prostřednictvím prospektivní studie a jejich postoje jak před, tak 4 a 12 měsíců po legálně provedené interrupci. Dvacet šest mužů odpovědělo na dotazník před zákrokem a účastnili se rozhovorů v době interrupce, 4 a 12 měsíců po ní. Všichni zúčastnění muži, až na jednoho, vyrůstali ve Švédsku a jejich průměrný věk byl 31 let. Více než polovina (15/26) už měla děti a osm z nich již mělo předchozí zkušenost s interrupcí. S výjimkou dvou měli stálý partnerský vztah s těhotnou ženou, polovina z nich více než 3 roky a více než polovina (15/26) žila v manželství/v soužití. Většina podpořila zákonné právo ženy rozhodovat o interrupci (16/26), deset z nich bylo „na pochybách“, ale nikdo nebyl proti. Dotazníkové šetření zahrnovalo otázky o životních podmínkách, důvodech pro interrupci a o procesu rozhodování. Na základě dotazníku byl navržen design polostrukturovaného rozhovoru se zaměřením na postoje, pocity a zkušenosti 4 a 12 měsíců po potratu. Otevřené otázky byly formulovány například takto: „*Jaký je váš názor na to, jak jste se s interrupcí vyrovnal?*“, „*Jak se cítíte po interrupci/jak se cítíte o rok později po interrupci?*“ a „*Co pro vás*

*interrupce znamená/znamenala?*“. Při dotazování na to, zda má žena právo sama rozhodnout o ukončení těhotenství v této studii téměř všichni muži prohlásili, že jsou pro, aby měla žena sama právo rozhodnout o interrupci. Mnozí zdůrazňovali, že se podřizují rozhodnutí ženy, a mnozí považovali zájem ženy jako hlavní. Jen několik mužů vyjádřilo bezmocnost, která souvisí s jejich podřízeným postavením při rozhodování v této věci. Muži například uváděli tyto úvahy o právu ženy rozhodnout: „*žena by měla být tím posledním, kdo rozhodne*“; „*rozhodnutí by měla učinit žena společně s mužem, ale je to přece jen její tělo*“ nebo „*ve vztahu by měla být ženě dána možnost rozhodnout, zda chce mít děti*“, „*není to správné, ale na druhé straně by bylo hrozné nutit ženu k porodu*“. Ti, kteří vyjádřili pochybnosti, chtěli hlavně zdůraznit, že je zapojení muže do rozhodovacího procesu důležité. Výsledky studie ukazují, že téměř všichni muži pocítovali spokojenost s konečným rozhodnutím pro interrupci. Považovali to za zodpovědný krok, přínosný pro všechny zúčastněné. Přesto mnoho vyjádřilo rozporuplné pocity před interrupcí, za 4 měsíce a 1 rok po interrupci. To však neznamenal, že by svého stanoviska litovali. Interrupci jako řešení nežádoucího otcovství muži často popisovali jako úlevu a/nebo uvolnění. Současně ji také někteří vnímali jako smutný, eticky problematický a bolestivý čin. Navzdory těmto protichůdným pocitům až na jednoho muže popsali všichni muži své schopnosti vyrovnání se s interrupcí jako v zásadě dobré. Celkově byl tento proces hodnocen pozitivním způsobem. Muži odkazovali na to, že se cítili zralejší, zažili hlubší sebepoznání a posílení sebeúcty. Tyto výsledky jsou v souladu se studii, které zkoumaly reakce žen po podstoupení interrupce (Kero, 2004).

## **2 REŠERŠNÍ STRATEGIE**

Podkladem teoretické části práce jsou články z odborných periodik zahraničních autorů. K získání plných textů článků byla provedena pokročilá rešerše. Vyhledané zdroje jsou často prací autorů ze Spojených států amerických, dále ze severských zemí jako je Dánsko a Finsko, Číny a dalších zemí. Jedná se například o The American Journal Of Bioethics, American Journal Of Obstetrics And Gynecology, The Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research, Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health a The Journal Of Law, Medicine. Na základě důsledného prostudování vyhledaných zdrojů byl vytvořen text vztahující se k problematice interrupce.

### **2.1 Metodika mapující rešerše**

Využit byl standardní rešeršní postup doporučený metodickými postupy Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech – EBHC (Marečková a Klugarová, 2015). Primárními hesly byly zvoleny pojmy: P – Problem: Induced abortion; Co – Koncept: ethics, law, viability, nociception, mental health, risks, men; Co – Kontext: nebyl využit. Pro posílení senzitivity rešerše byla primární hesla dále rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy viz Tabulka 1. Všechna hesla byla zadána v anglickém jazyce a propojena pomocí booleovského operátoru OR. Texty byly vyhledávány v databázích MEDLINE Complete a CINAHL Plus with Full Text. Při selekci výsledků byly odstraněny duplicity a vyhodnocena relevantnost abstraktů k výběrovým kritériím. Na základě zhodnocení relevantnosti abstraktů byly následně získány plné texty, u nichž byla opět vyhodnocena jejich relevantnost. Výběrová kritéria byla stanovena následovně – období publikování 2000-2019; jazyk zvolen anglický; klíčová slova obsažena v abstraktu, recenzovaná periodika a možnost získání plného textu. Vyloučeny byly kvalifikační práce a texty nerelevantní ke stanovené problematice. Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 472 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance vůči rešeršní otázce a jejím komponentám bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 60 textů.

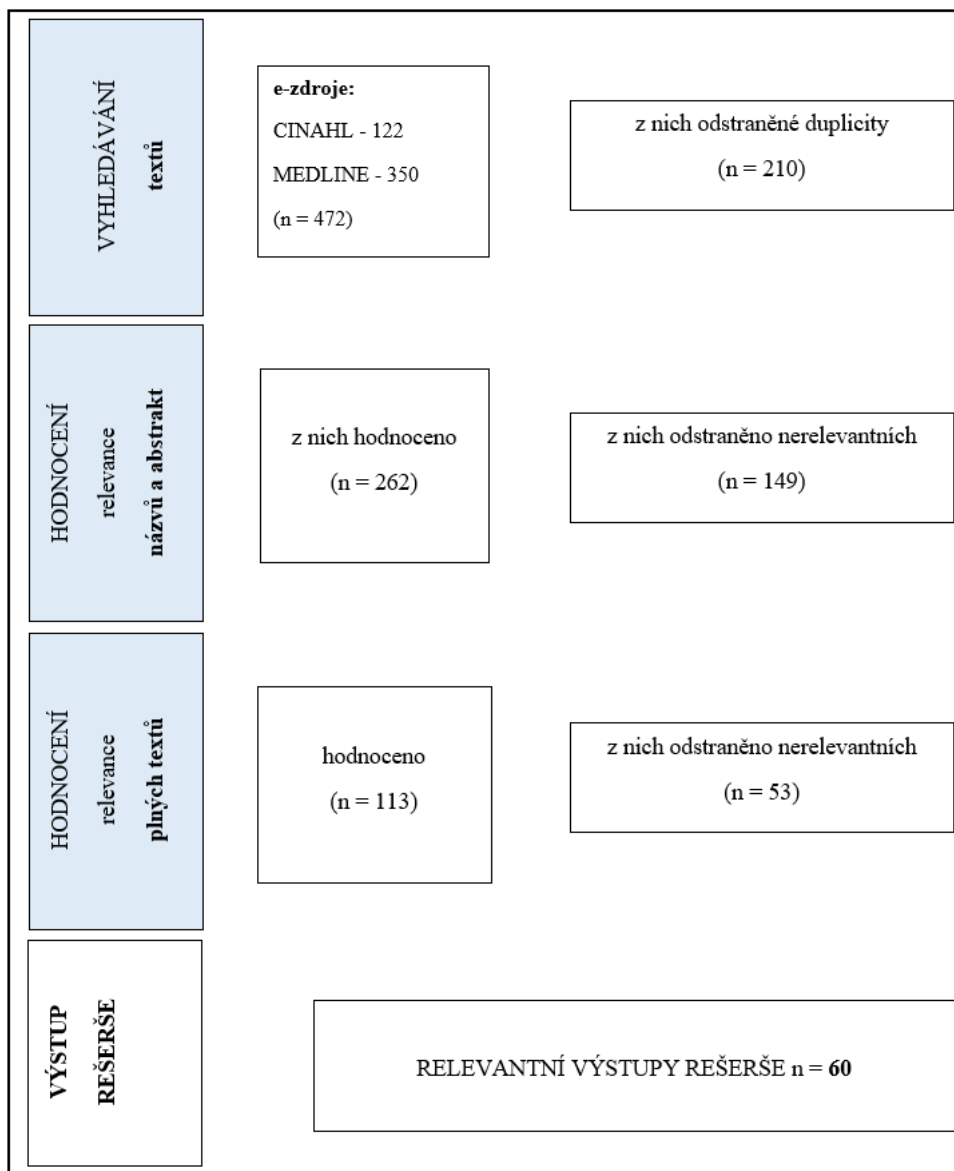
#### **2.1.1 Přehled vyhledávacích kritérií**

Sumarizační údaje o provedené rešeršní činnosti jsou prezentovány níže (viz Tabulka 1). Vyhledávání literárních zdrojů v anglickém jazyce bylo provedeno na podkladě níže popsaných kroků, které jsou znázorněny Postupovým diagramem (viz Obrázek 1).



**Tabulka 1 Vyhledávací kritéria**

<p><b>V rámci přípravy rešeršní strategie byla uplatněna tato primární hesla:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- abortion,</li> <li>- ethics,</li> <li>- law,</li> <li>- viability,</li> <li>- nociception,</li> <li>- mental health,</li> <li>- risks,</li> <li>- men.</li> </ul>
<p><b>Primární hesla byla dále rozšířena synonyma a příbuzné pojmy:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- termination of pregnancy, artificial termination of pregnancy,</li> <li>- bioethics, philosophy, ethical issues, phenomenology,</li> <li>- rights, moral status, right to life,</li> <li>- beggining of life, status of embryo,</li> <li>- pain, destruction, infanticide,</li> <li>- psychology, distress, post-abortion syndrome,</li> <li>- complications, issues,</li> <li>- husband, partner.</li> </ul>
<p><b>Vyhledávání bylo realizováno v:</b></p>	<p>MEDLINE Complete, CINAHL Plus with Full Text</p>
<p><b>Období provedení rešerše:</b></p>	<p>1.5.2019-1.10.2019</p>
<p><b>Při rešerši byla využita tato výběrová kritéria:</b></p>	<p>recenzovaná periodika, plný text, klíčová slova obsažena v abstraktu.</p>
<p><b>Při rešerši byla využita tato omezení:</b></p>	<p>bakalářská, diplomová, disertační, kvalifikační, závěrečná práce.</p>



Obrázek 1 Postupový diagram

## **II. VÝZKUMNÁ ČÁST**

## **3 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI PRÁCE**

### **3.1 Cíle práce**

*Cílem teoretické části* diplomové práce je předložit hodnotné poznatky týkající se interrupce. *Hlavním cílem výzkumné části* je zjistit, jak tuto problematiku, která je stále diskutována nejen v medicínsko-etickém a právním kontextu, vnímají studenti bakalářských a magisterských programů Univerzity Palackého v Olomouci. Pro potřeby výzkumu jsou níže formulovány dílčí cíle.

### **3.2 Dílčí cíle výzkumu**

1. Zjistit, zda studenti mají informace o interrupci.
2. Zjistit, zda studenti znají rizika interrupce pro ženu.
3. Zjistit, zda studenti mají zájem získat více informací o interrupci.
4. Zjistit, jaký mají studenti postoj k problematice interrupce.
5. Zjistit, zda studenti upřednostňují práva nenarozeného dítěte či matky.
6. Zjistit, zda by se studentky v případě nechtěného těhotenství rozhodly pro interrupci.
7. Zjistit, zda by studenti podpořili svou partnerku k tomu, aby podstoupila interrupci.

### **3.3 Formulace hypotéz**

H<sub>1</sub> Studenti zdravotnických oborů nemají více informací o problematice interrupce než studenti oborů nezdravotnických.

H<sub>2</sub> Studentky nemají větší zájem získat více informací o interrupci než studenti.

H<sub>3</sub> Věřící studenti přikládají právům nenarozeného dítěte stejný význam než studenti, kteří se za věřící nepovažují.

H<sub>4</sub> Věřící studenti nevnímají interrupci jako vraždu stejně často jako studenti, kteří se za věřící nepovažují.

### **3.4 Metodika výzkumu**

Výzkumnému šetření předcházela přípravná etapa, která zahrnovala studium odborné literatury, stanovení cílů a hypotéz. Praktická část je zpracována metodou kvantitativního výzkumu, pro jehož účely byl vytvořen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (příloha A). Obsahoval 26 položek, které byly formulované pomocí otázek. Sedmnáct z nich bylo uzavřených a respondenti tedy označovali pouze nabízené odpovědi. Polouzavřené otázky byly 4 a respondenti na ně mohli odpovědět i jinak v případě, že jim nabízené možnosti

nevyhovovali. Pouze jedna otázka nabízela možnost výběru i více odpovědí najednou. Otevřených otázek s možností volné odpovědi bylo pět. Úvod dotazníku zahrnoval informace o významu tohoto šetření, o jeho anonymitě a dále instrukce, kterými se měli respondenti při jeho vyplňování řídit. V závěru dotazníku bylo respondentům umožněno stručně se vyjádřit k dotazníku a zkoumané problematice.

### **3.4.1 Organizace výzkumného šetření**

Výzkumnému šetření předcházela předvýzkum, který proběhl v červnu roku 2019. Jeho cílem bylo zjistit jeho srozumitelnost pro respondenty a účelnost pro potřeby výzkumného šetření. Účastnilo se ho 12 respondentů, z nichž 6 bylo ženského a 6 mužského pohlaví. Na základě jejich odpovědí byl dotazník ponechán bez korekcí.

Samotné šetření probíhalo v období červen 2019 – říjen 2019 metodou „snowball sampling“ (v překl. metoda sněhové koule). Dotazník byl zveřejněn pomocí internetové služby pro tvorbu on-line dotazníků Survio. Odkaz na dotazník byl umístěn na webu studentské skupiny Univerzity Palackého v Olomouci. Na základě svobodného rozhodnutí respondenti dotazník mohli buď vyplnit, nebo se rozhodnout, že se šetření nezúčastní.

### **3.4.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Respondenty byli současní studenti a studentky různého oborového zaměření fakulty Cyrilometodějské teologické, Lékařské, Filozofické, Přírodovědecké, Pedagogické, Právnické, Tělesné kultury a Fakulty zdravotnických věd. Celkový počet činil 551 respondentů z nichž 485 bylo ženského pohlaví a 66 pohlaví mužského.

### **3.4.3 Zpracování získaných dat**

Získaná data z kvantitativního výzkumného šetření byla roztříděna pomocí čárkovací metody. Dále byla zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2016 a textovém editoru Microsoft Office Word 2016 (Chráska, 2016).

V tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2016 byly jednotlivé výsledky nejprve zpracovány pomocí tabulek četností a sloupcových grafů. Poté byl pro psaný text použit textový editor Microsoft Office Word 2016, do kterého byly výsledky převedeny a dále byly doplněny popisnou statistikou. V tabulkách a grafech jsou výsledky znázorněny pomocí absolutní četnosti ( $n_i$ ) a relativní četnosti ( $f_i$ ). Absolutní četnost ( $n_i$ ) představuje počet respondentů, kteří zvolili danou odpověď. Relativní četnost ( $f_i$ ) je pak podílem četnosti absolutní a četnosti celkové ( $n$ ), která vyjadřuje celkový počet respondentů. Výsledná relativní četnost je vyjádřena

v procentech ( $f_i$  %). Pro vyjádření celkového počtu respondentů je v tabulkách použit znak  $\Sigma$ . Pro výpočet relativní četnosti je použit vzorec:  $f_i (\%) = n_i/n (\cdot 100)$  (Chráska, 2016).

U dotazníkových položek, kde si mohli respondenti zvolit více odpovědí, jsou výsledky také znázorněny pomocí absolutní četnosti ( $n_x$ ) a relativní četnosti ( $f_x$ ). Absolutní četnost ( $n_x$ ) pak představuje počet odpovědí u dané možnosti. Relativní četnost ( $f_x$ ) je podílem absolutní četnosti ( $n_x$ ) a celkové četnosti ( $n$ ), která vyjadřuje celkový počet odpovědí. Výsledná relativní četnost je vyjádřena v procentech ( $f_x$  %). Pro vyjádření celkového počtu respondentů je v tabulkách použit znak  $\Sigma$ . Pro výpočet relativní četnosti u dotazníkových položek s možností výběru více odpovědí je tedy použit vzorec:  $f_x (\%) = n_x/n (\cdot 100)$ . Ke statistickému ověření hypotéz byl využit test dobré shody chí-kvadrát (Chráska, 2016).

### 3.5 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Níže v této kapitole jsou uvedeny výsledky kvantitativního výzkumu, které jsou zpracovány pomocí tabulek četností, grafů a popisné statistiky. Vzhledem k tomu, že se dotazníkového šetření zúčastnilo poměrně malé množství respondentů mužského pohlaví, jsou v popisné statistice hodnoceny odpovědi respondentů i respondentek dohromady.

#### Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 1

Tabulka 2 Zájem o problematiku

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	388	70,4 %
Ne	160	29,1 %
Nechci odpovídat	3	0,5 %
$\Sigma$	551	100 %

První položka dotazníku se respondentů dotazuje na to, zda se již někdy o problematiku interrupce zajímaly. Z výše uvedené tabulky je patrné, že 388 (70,4 %) respondentů se o danou problematiku již někdy zajímalo. Nezajímalo se o ni 160 (29,1 %) respondentů a zbylí 3 (0,5 %) respondenti odpovídat nechtěli (Tabulka 2).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 2

Tabulka 3 Potratová turistika

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Vycestování do ciziny za účelem provedení interrupce	349	63,3 %
Turistika, při které dojde k potratu	4	0,7 %
Interrupce provedená za účelem výdělku	4	0,7 %
Opakované interrupce u jedné ženy	49	8,9 %
Prosté provedení interrupce	4	0,7 %
Interrupce již není neobvyklá	7	1,3 %
Vykonání interrupce mimo místo bydliště	1	0,2 %
Skupinové ukončení těhotenství	1	0,2 %
Míra provedených interrupcí v jednotlivých státech	1	0,2 %
Návštěva míst, kde docházelo k úmrtím novorozených	1	0,2 %
Svoboda volby ženy	2	0,4 %
Ztráta dítěte	1	0,2 %
Zoufalost žen v problémových situacích spojených s těhotenstvím	1	0,2 %
Nevím	116	21,1 %
Nehodnotitelné odpovědi	10	1,8 %
<b>Σ</b>	<b>551</b>	<b>100 %</b>

Druhá dotazníková položka zjišťovala, zda studenti ví, co znamená termín „*potratová turistika*“. Zde mohli respondenti odpověď volně vypsát. Správné tvrzení, že se jedná o: *“Vycestování do ciziny za účelem podstoupení interrupce, a to často ze země s přísnými pravidly či jejím úplným zákazem do země, kde k interrupci přistupující liberálněji.”* a jemu podobné, vypsalo 349 (63,3 %) respondentů. Druhou nejčteněji vypsanou odpovědí byla odpověď „*Nevím*“. Poslední často uvedenou odpovědí bylo, že se jedná o „*Opakovaná podstoupení interrupce jednou ženou.*“. Tuto odpověď uvedlo 49 (8,9 %) respondentů. Další méně četné odpovědi zahrnuje Tabulka č. 3 a odpovědi, jež nebylo vzhledem k jejich povaze možno vyhodnotit, bylo 10 (1,8 %) ze všech 551 odpovědí (Tabulka 3).



### Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 3

Tabulka 4 ITP na žádost ženy

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
5. týden	80	14,6 %
12. týden	435	78,9 %
25. týden	31	5,6 %
32. týden	2	0,4 %
40. týden	3	0,5 %
Σ	551	100 %

Legislativa České republiky, konkrétně Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství v platném znění, umožňuje ženám podstoupit interrupci na vlastní žádost do 12. týdne těhotenství. Skutečnost, zda jsou o tomto faktu studenti informováni, zjišťovala v pořadí třetí dotazníková položka. Správnou odpověď zvolilo 435 (78,9 %) respondentů. Méně četná skupina z nich, tedy 80 (14,6 %) respondentů, zvolila, že je interrupce na vlastní žádost možná do 5. týdne těhotenství a dalších 31 (5,6 %) respondentů zvolilo do 25. týdne. Vyšší stadia těhotenství, jako je 32. týden, zvolili pouze 2 (0,4 %) respondenti a 40. týden respondenti 3 (0,5 %) (Tabulka 4).

### Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 4

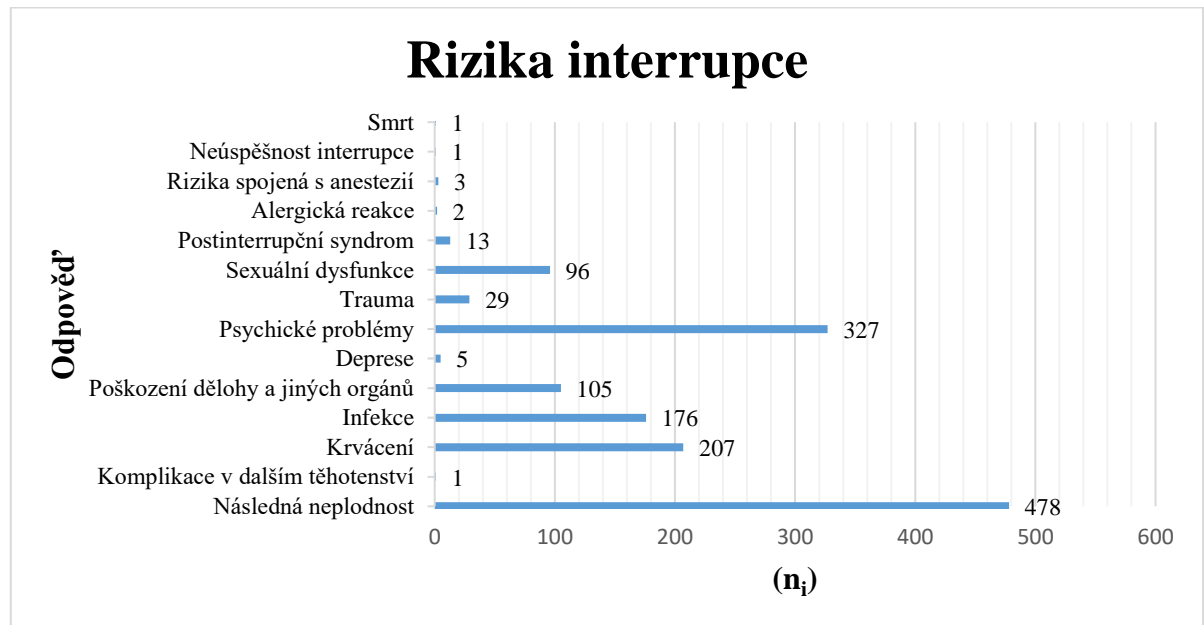
Tabulka 5 Rizika ITP

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	528	95,8 %
Ne	4	0,7 %
Nevím	19	3,5 %
Σ	551	100 %

Interrupce jako každý zákrok a zásah do tělesné integrity s sebou nese jistá rizika ohrožující zdravotní i psychický stav ženy. Téměř naprostá většina respondentů, tedy 528 (95,8 %)

respondentů, si je těchto rizik vědoma. Pouze 4 (0,7 %) respondenti uvedli, že je interrupce bez komplikací a 19 (3,5 %) respondentů uvedlo odpověď „Nevím“ (Tabulka 5).

### Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 5



**Obrázek 2** Výčet rizik

Respondenti, kteří v předchozí otázce označili odpověď, že provedení interrupce svá rizika má, v této dotazníkové položce volně vypisovali již konkrétní rizika. Mohli uvést i více rizik najednou. Nejčastěji respondenti uvedli „riziko následné neplodnosti“, a to v 478 (33,1 %) případech. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byly „psychické problémy“ ve 327 (22,6 %) případech. Dále „riziko krvácení“ ve 207 (14,3 %) případech. Méně často, ve 105 (7,27 %) případech, „poškození dělohy a jiných orgánů“ a v 96 (6,65 %) „sexuální dysfunkce“. Trauma ve 29 (2,01 %) případech. Pouze ve 3 (0,21 %) případech „rizika spojená s anestezií“. Dvakrát (0,14 %) „riziko alergická reakce“. A dále se jedenkrát (0,07 %) vyskytla odpověď „komplikace v dalším těhotenství“, „neúspěšnost interrupce“ a stejně tak i „smrt“ (Obrázek 2).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 6

Tabulka 6 Postinterrupční syndrom

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Onemocnění související s těhotenstvím	3	0,5 %
Psychické příznaky špatné adaptace na těhotenství	24	4,4 %
Soubor příznaků a obtíží, které se u části žen dostavují po prodělané interrupci	518	94 %
Onemocnění rozvíjející se po porodu	1	0,2 %
Jiná odpověď	5	0,9 %
<b>Σ</b>	<b>551</b>	<b>100 %</b>

Postinterrupční (postabortivní) syndrom je jedním z pozdních následků vyskytujících se po provedení interrupčního zákroku. Téměř většina, tedy 518 (94 %), respondentů správně označila, že se jedná o „*Soubor příznaků a obtíží, které se u části žen dostavují po prodělané interrupci*“. Zbylých 28 (5,1 %) respondentů zvolilo nesprávnou odpověď. Jako „*Jiná odpověď*“ byla 4x uvedena odpověď „*Nevím*“ a jedenkrát „*Psychické "onemocnění": Problém s vypořádáním se s tím, že byly zabity buňky (vajíčko + spermie), které se mohly vyvinout v člověka.*“ (Tabulka 6).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 7

Tabulka 7 Dokumentární film

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	17	3,1 %
Ne	534	96,9 %
<b>Σ</b>	<b>551</b>	<b>100 %</b>

Americký dokumentární film „*Němý výkřik*“ ukazuje průběh interrupce prováděné u 12. týdnu starého plodu zachycený pomocí ultrazvuku. Převážná většina respondentů, tedy 534 (96,9 %),

uvedla, že tento dokumentární film neviděla. Pouze 17 (3,1 %) respondentů uvedlo odpověď „Ano“ (Tabulka 7).

### **Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 8**

Respondenti, kteří ve výše uvedené položce uvedli, že dokumentární film viděli, měli v této dotazníkové položce možnost vypsát své dojmy z filmu. Jednotlivé výpovědi nejsou kvůli své autenticitě statisticky hodnoceny, pouze citovány níže. Respondenti uvedli:

*„Bylo to silné a byla to hrůza. Bylo mi toho malého tvorečka hrozně líto a chtělo se mi z toho zvracet.“*

*„Byla jsem šokována, jakým způsobem se interrupce provádí. Je to hrozné.“*

*„Již je to pár let, co jsem tento snímek viděla. Spíše mě to jako menší dívku děsilo a bylo mi líto těch zárodků.“*

*„Už to bylo dávno, kdy jsem ten film viděla. Zážitek z filmu byl tak silný, že jsem to vytěsnila, tak, že si nyní pamatuji určité scény...Už bych to znovu vidět nechtěla.“*

*„Nepříjemný a krutý zážitek.“*

*„Surová realita.“*

*„Potvrdilo to můj názor na potraty.“*

*„Bylo mi zle.“*

*„Strašně jednostranný, každý ukáže, jak dítě trpí potratem, ale nikdo neukazuje, jak by trpěli i ono i matka, kdyby se nechtěně narodilo.“*

*„Naturalisticky zobrazený potrat s cílem šokovat někoho, kdo si nedokáže představit, jak vlastně potrat probíhá, místy s drobnými nepřesnostmi.“*

*„Otrásl to se mnou, najednou vše nebylo abstraktní tak, jako když se o tom jen mluví.“*

*„Vytvořilo to ve mne rozporuplné pocity ohledně interrupce. Dosud nevím, jak přesně se k tomuto tématu postavit.“*

*„Snaží se přesvědčit, jak jsou potraty zlé a špatné.“*

*„Je to už dávno, co jsem ho viděla, ale evidentně je natočený tak, aby od potratu odrazil.“*

*„Masakr, bolestivé a šílené, depresivní.“*

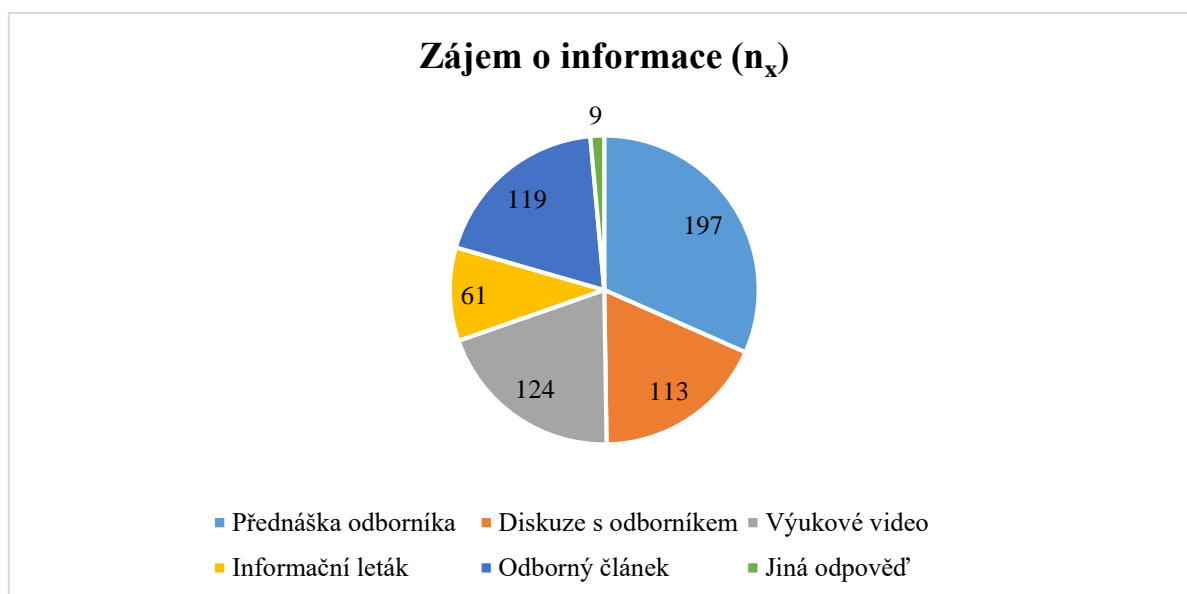
## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 9

Tabulka 8 Zájem o informace

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	289	52,5 %
Ne	221	40,1 %
Nechci odpovídat	41	7,4 %
Σ	551	100 %

Více než polovina respondentů, 289 (52,5 %), projevilo zájem získat více informací o dané problematice. Nezájem projevilo 221 (40,1 %) respondentů a nechtělo jich na tento dotaz odpovídat 41 (7,4 %) (Tabulka 8).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 10

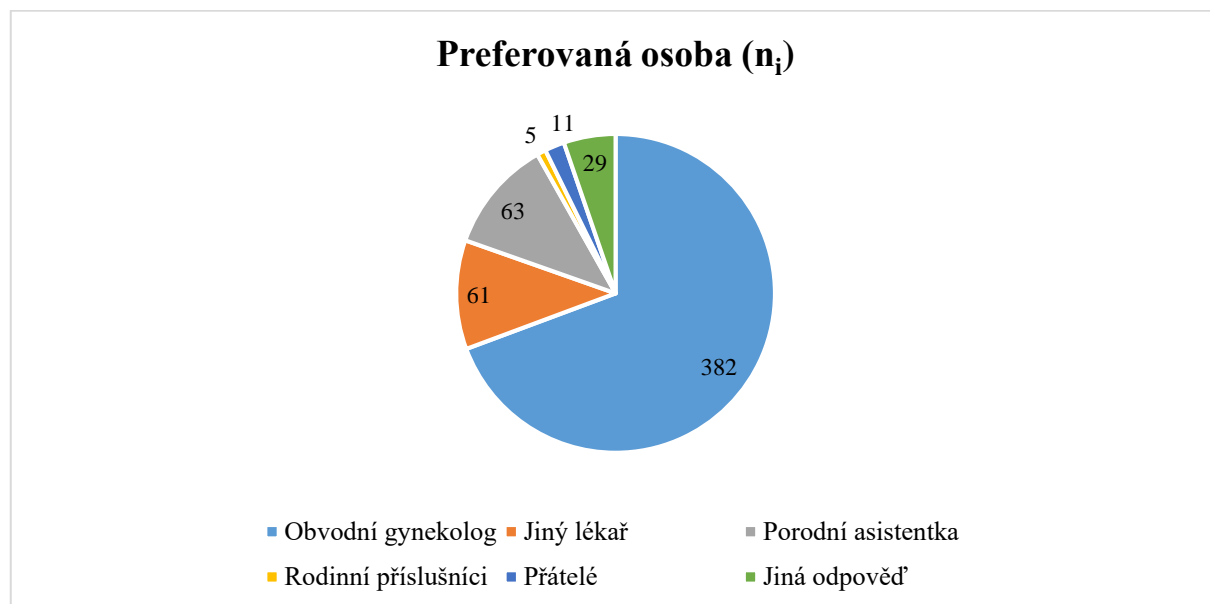


Obrázek 3 Způsob získání informací

Ve výše uvedeném grafu je znázorněno, jakou formou by respondenti rádi více informací získali. Respondenti mohli vybírat i více než jednu formu najednou. Nejčastěji volenou formou byla „Přednáška odborníka“ v 197 (31,6 %) případech, následována „Odborným článkem“ v 119 (18,1 %) případech. Další častou odpovědí byla forma „Výukového videa“, jež respondenti uvedli ve 124 (19,9 %) případech a „Diskuze s odborníkem“ ve 113 (19,1 %)

případech. Nejméně respondenti volili „*Informační leták*“, a to pouze v 61 (9,8 %) případech. Jako „*Jinou odpověď*“, v 9 (1,4 %) případech, uvedli shodně „Diskuzi nebo kontakt se ženou, která interrupci podstoupila a je ochotná své zkušenosti sdílet.“ (Obrázek 3).

### Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 11



**Obrázek 4 Preferovaná osoba**

Jako osoba, na kterou by se respondenti v případě potřeby získání informací o interrupci obrátili, byl nejčastěji uváděn „*Obvodní gynekolog*“ ženy, a to v 382 (69,3 %) případech. Méně často pak „*Porodní asistentka*“, v 63 (11,4 %) případech, a téměř srovnatelně v 61 (11,1 %) případech „*Jiný lékař*“. Respondenti dále uvedli v 11 (2,0 %) případech odpověď „*Přátelé*“ a pouze v 5 (0,9 %) případech by informace získávalo od „*Rodinných příslušníků*“. Ve 29 (5,3 %) případech uvedli odpověď jinou, a to: 9x „*Online poradce*“, „*Vědecky orientovaný lékař*“, „*Více lékařů – ideálně s rozdílnými názory*“, „*Gynekolog, který interrupce neprovádí*“, „*Právník a filozof*“ (respondent projevil zájem získat informace z pohledu práva a morálky/etiky) a dále jedna respondentka odpověděla takto: „*Jsem členkou skupiny "dobrovolně bezdětní", pomáhám polským ženám umožnit interrupci u nás. Obrátila bych se tam, i sterilizaci zvažuji přes tuto skupinu.*“ (Obrázek 4).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 12

Tabulka 9 Vyjádření souhlasu s ITP

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	443	80,4 %
Ne	61	11,1 %
Nechci odpovídat	47	8,5 %
$\Sigma$	551	100 %

Z tabulky je patrné, že většina respondentů, tedy 443 (80,4 %) z nich, souhlasí s tím, že je v České republice zákrok interrupce legální. Pouze 61 (11,1 %) respondentů vyjádřilo nesouhlas a dalších 47 (8,5 %) respondentů na tuto otázku odpovídat nechtělo (Tabulka 9).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 13

Tabulka 10 Názor na svobodnou volbu

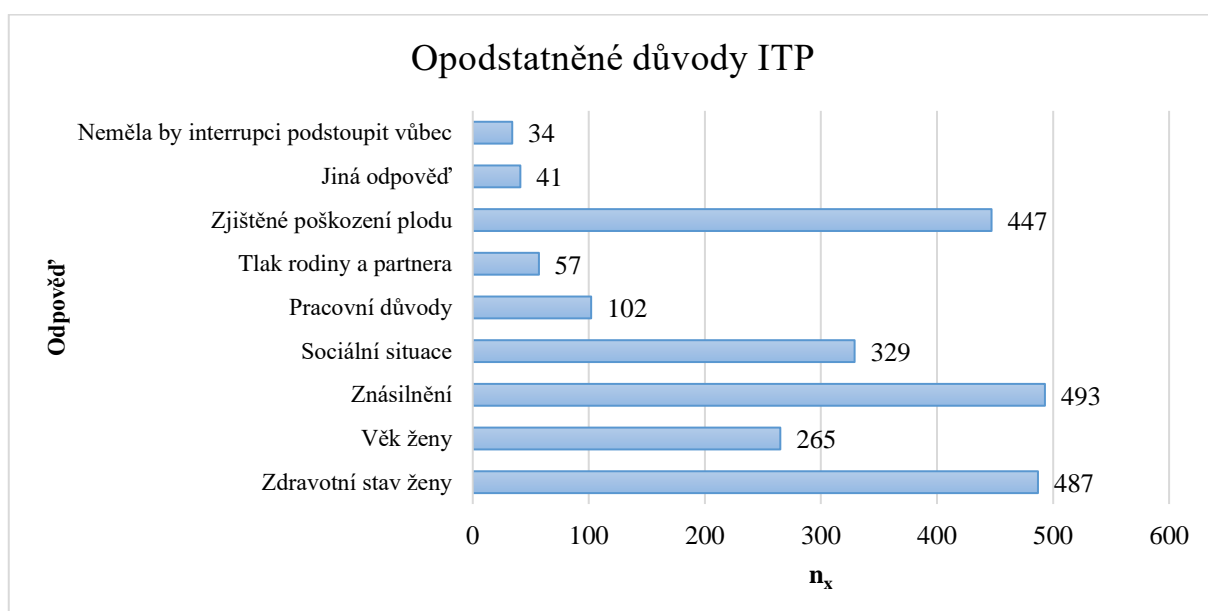
Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	467	84,8 %
Ne	46	8,3 %
Nechci odpovídat	38	6,9 %
$\Sigma$	551	100 %

Souhlas s tím, že by každá žena měla mít právo svobodně rozhodnout o tom, zda podstoupí interrupci či nikoliv, vyjádřilo 467 (84,8 %) respondentů. Proti tomuto právu na svobodnou volbu bylo 46 (8,3 %) respondentů a nechtělo odpovídat 38 (6,9 %) respondentů (Tabulka 10).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 14

V této dotazníkové položce měli respondenti možnost volně vypsát zdůvodnění své odpovědi v přechodí otázce č. 13. Jednotlivé výpovědi nejsou statisticky hodnoceny ani kategorizovány. Jedná se o vysoce subjektivní výpovědi, nicméně pro účely práce velmi přínosné. Jako důvod, proč by žena měla mít svobodnou volbu respondenti uváděli nejčastěji, že je to její tělo a sama má právo rozhodnout, jak s ním naloží, což se vztahuje i na těhotenství. Dále respondenti uváděli, že by žena měla jistě mít právo na ukončení těhotenství v případě, kdy se jedná o těhotenství po znásilnění. Naproti tomu někteří uváděli, že žena by se především měla chovat tak, aby k nechtěnému otěhotnění nedošlo, například zvolit vhodný antikoncepční prostředek. Celé znění výpovědí je uvedeno viz Příloha B.

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 15



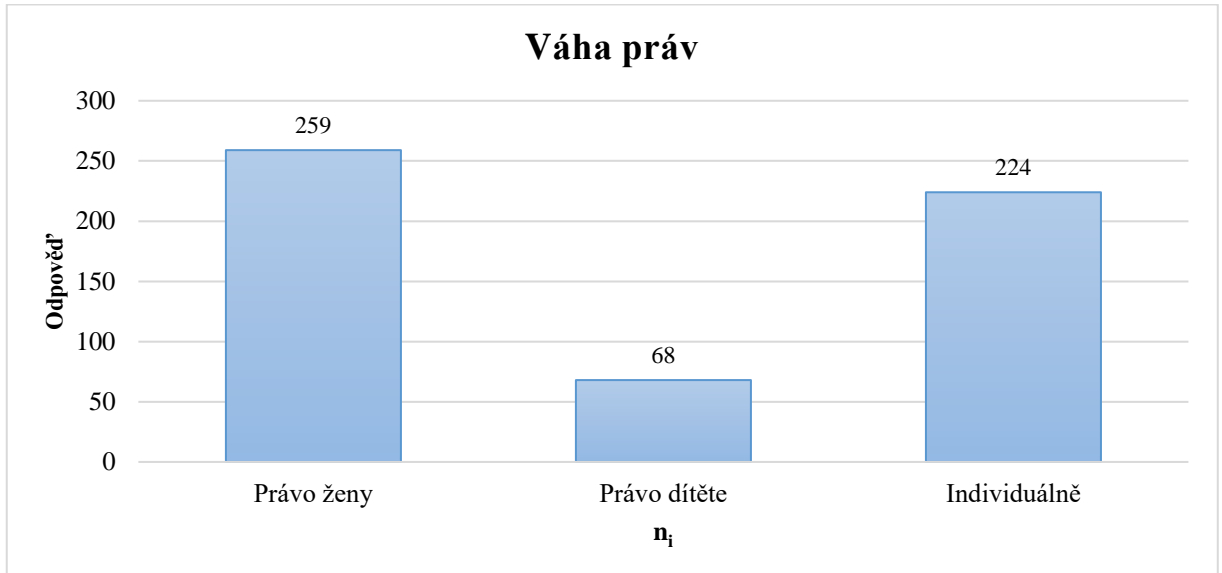
**Obrázek 5 Opodstatněné důvody ITP**

V této dotazníkové položce respondenti vybírali pro ně opodstatněné důvody pro provedení interrupce. Mohli vybrat i více důvodů najednou. Nejčastěji respondenti volili „Znásilnění“ v 493 (21,9 %) případech. Dále následoval „Zdravotní stav ženy“ v 487 (21,6 %) případech a „Zjištěné poškození plodu“ v 447 (19,8 %) případech. Méně často uváděným důvodem byla „Sociální situace“, a to v 329 (14,6 %) případech, a „Věk ženy“ v 265 (11,8 %) případech. Ve 102 (4,5 %) případech respondenti shledali opodstatněným důvodem pro provedení interrupce „Pracovní důvody“ a v 57 (2,5 %) případech „Tlak rodiny a partnera“. Pouze ve 34 (1,5 %) případech respondenti uvedli, že by žena neměla interrupci podstoupit vůbec. Ve 41 (1,8 %) případech uvedli respondenti jinou odpověď: „vlastní rozhodnutí“ (31x),



„psychický stav“ (5x), „ohrožení života“ (3x), „nevěra“ (1x), „mentálně postižení rodiče“, „drogová závislost“ (1x), viz Obrázek 5.

### Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 16



**Obrázek 6 Váha práv**

Téměř polovina respondentů, tedy 259 (47 %), uvedlo, že preferuje práva matky před právy nenarozeného dítěte. O něco méně respondentů, 224 (40,7 %), uvedlo, že záleží na situaci a nadřazenost práv by posuzovali případ od případu. Pouze 68 (12,3 %) respondentů považovalo práva dítěte za nadřazenější nad právy matky (Obrázek 6).

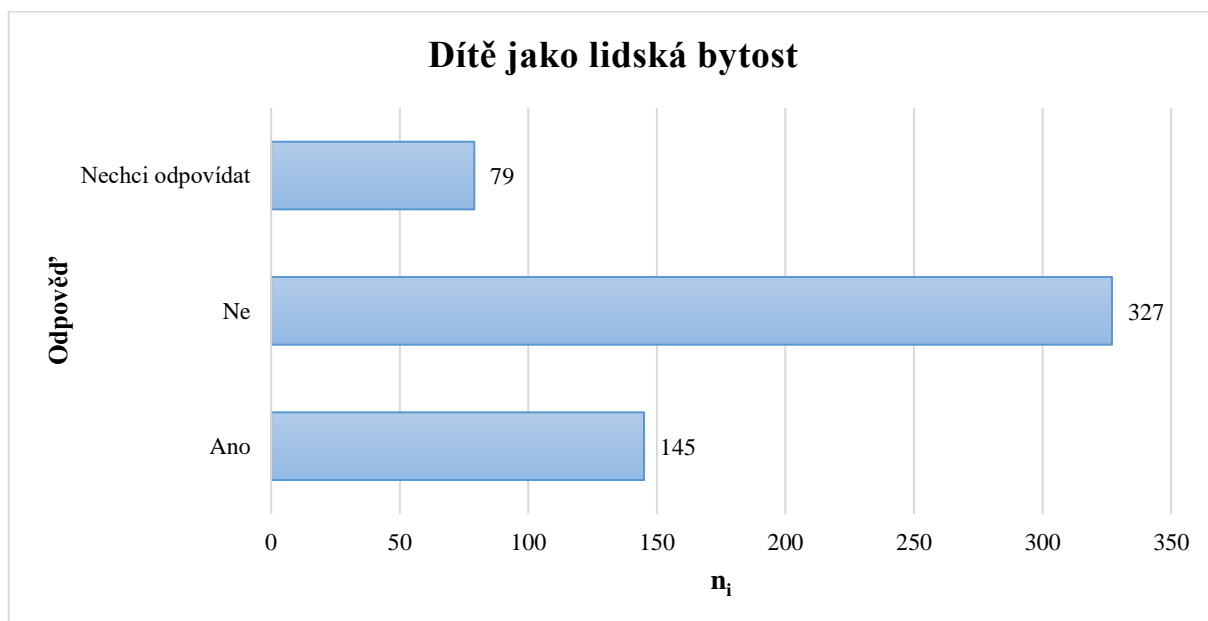
## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 17

Tabulka 11 ITP jako vražda

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	112	20,3 %
Ne	367	66,6 %
Nechci odpovídat	72	13,1 %
$\Sigma$	551	100 %

Více než polovina respondentů, 367 (66,6 %) uvedla, že na interrupci nenahlíží jako na vraždu dítěte. Opačného názoru bylo 112 (20,3 %). Odpovídat nechtělo 72 (13,1 %) respondentů (Tabulka 11).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 18



Obrázek 7 Dítě jako lidská bytost

Téměř dvě třetiny respondentů, 327 (59,4 %), nepovažuje nenarozené dítě za lidskou bytost se všemi právy od okamžiku oplodnění. Status lidské bytosti přikládá nenarozenému dítěti 145 (26,3 %) respondentů a nechtělo jich odpovídat 79 (14,3 %). Viz obrázek 7.

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 19

Tabulka 12 Právo na narození

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	168	30,5 %
Ne	233	42,3 %
Nechci odpovídat	150	27,2 %
Σ	551	100 %

Souhlas s tím, aby mělo každé počaté dítě právo na narození, vyjádřilo 168 (30,5 %) respondentů. Nesouhlasí s tím 233 (42,3 %) respondentů a odpovídat jich v této záležitosti nechtělo 150 (27,2 %). Viz Tabulka 12.

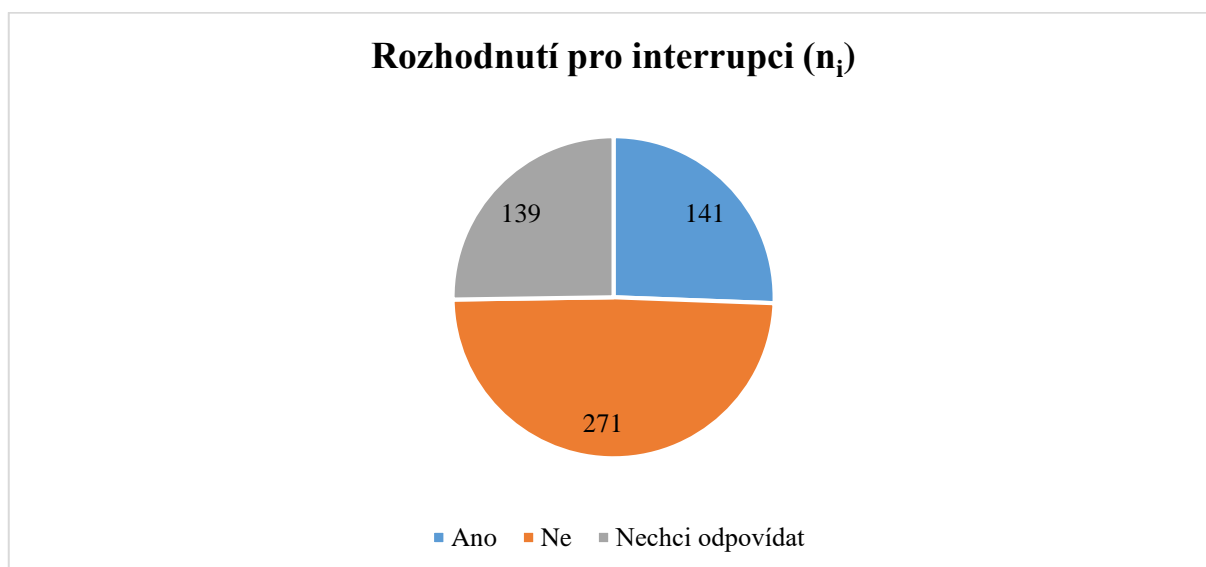
## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 20

Tabulka 13 ITP v případě vady či poškození

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	388	70,4 %
Ne	87	15,8 %
Nechci odpovídat	76	13,8 %
Σ	551	100 %

V případě, že by se mělo dítě narodit s vrozenou vadou či postižením souhlasí s provedením zákroku interrupce 388 (70,4 %) respondentů. Nesouhlas vyjádřilo 87 (15,8 %) respondentů a nechtělo jich odpovídat 76 (13,8 %). Viz Tabulka 13.

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 21



**Obrázek 8 Rozhodnutí pro ITP**

Tato dotazníková položka byla určena pouze pro respondentky. Celkem 141 (26 %) respondentek, by se v případě zjištění nechtěného těhotenství rozhodlo interrupci podstoupit. Největší počet respondentek, tedy 271 (49 %), by se k podstoupení interrupce nerozhodlo a dalších 139 (25 %) respondentek odpovídat nechtělo (Obrázek 8).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 22

**Tabulka 14 Podpora rodiny**

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
<b>Těhotenství si ponechat</b>	347	71,0 %
<b>Podstoupit interrupci</b>	57	11,6 %
<b>Nechci odpovídat</b>	85	17,4 %
<b><math>\Sigma</math></b>	489	100 %

Více než 70 % respondentek uvedlo, že by je v případě jejich nechtěného těhotenství rodina podpořila v rozhodnutí „*Těhotenství si ponechat*.“ Pouze 57 respondentek z celkového počtu (11,6 %) uvedlo, že by je rodina podpořila v rozhodnutí „*Podstoupit interrupci*.“ Odpovídat nechtělo 85 (17,4 %) respondentek (Tabulka 14). Odpovídaly pouze respondentky.

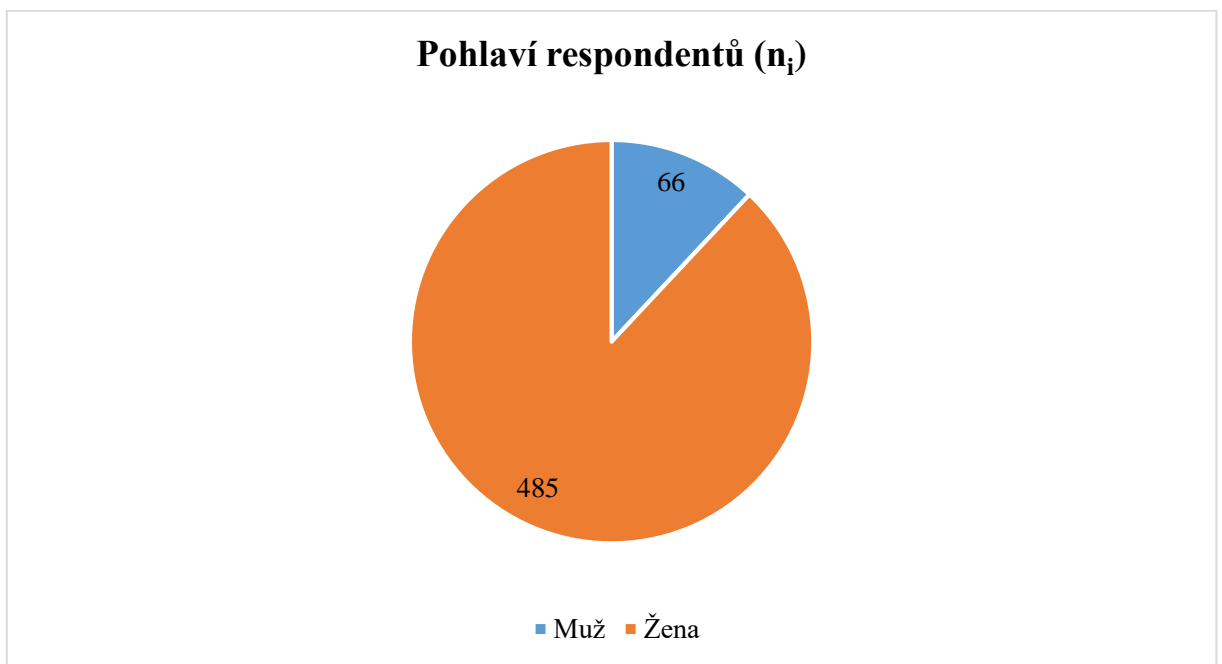
## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 23

Tabulka 15 Podpora partnerky

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	31	47,0 %
Ne	28	42,4 %
Nechci odpovídat	7	10,6 %
<b>Σ</b>	<b>66</b>	<b>100 %</b>

Tato dotazníková položka byla určena pouze pro respondenty mužského pohlaví. Na dotaz, zda by svou partnerku v případě, že by nechtěně počali dítě, podpořili k tomu, aby interrupci podstoupila, odpovědělo 31 (47 %) respondentů „Ano“. Odpověď „Ne“ uvedlo 28 (42,4 %) respondentů a odpovídat nechtělo 7 (10,6 %) respondentů (Tabulka 15).

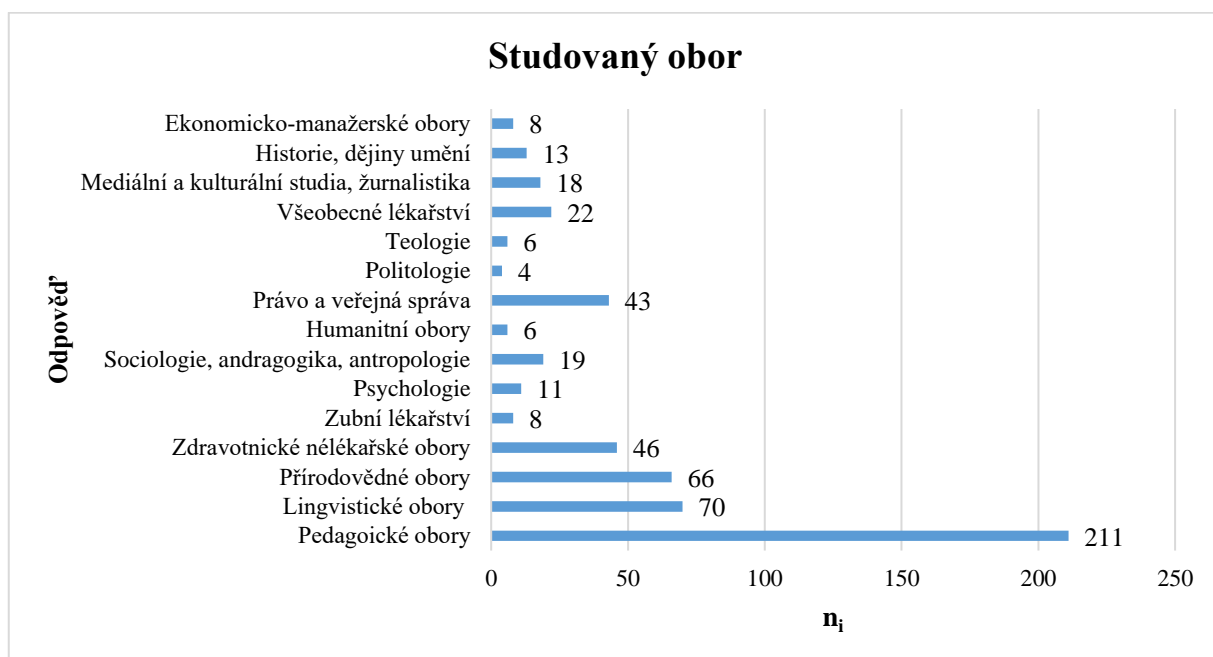
## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 24



**Obrázek 9** Pohlaví respondentů

Většinu respondentů tvořily ženy. Zúčastnilo se jich celkem 485 (88 %) a mužů bylo pouze 66 (12 %). Viz obrázek 9.

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 25



Obrázek 10 Studovaný obor

Nejpočetnější skupinou respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, byli studenti „Pedagogických oborů“. Odpovídalo jich 211 (38,3 %). Další početnější skupinu tvořili studenti Lingvistických oborů, odpovídalo jich 70 (12,7 %), následováni „Přírodovědnými obory“ s 66 (12 %) respondenty. Studentů „Zdravotnických nelékařských oborů“ se dotazníkového šetření zúčastnilo 46 (8,3 %) a studentů „Práva a veřejné správy“ 43 (7,8 %). Dále odpovídalo 22 (4 %) studentů „Všeobecného lékařství“, 19 (3,4 %) studentů „Sociologie, andragogiky a antropologie“, 18 (3,3 %) studentů „Mediálních a kulturních studií, žurnalistiky“, 13 (2,4 %) studentů „Historie a dějin umění“, 11 (2,0 %) studentů „Psychologie“. Osm (1,5 %) respondentů byli studenti „Zubního lékařství“ a stejný počet byl studentů „Ekonomicko-manažerských oborů.“ Dále odpovídalo pouze 6 (1,1 %) studentů „Teologie“ a stejný počet studentů „Humanitních oborů“. Nejméně se dotazníkového šetření účastnilo studentů „Politologie“, pouze 4 (0,7 %) respondenti (Obrázek 10).

## Vyhodnocení dotazníkové položky číslo 26

Tabulka 16 Víra respondentů

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Ano	166	30,1 %
Ne	341	61,9 %
Nechci odpovídat	44	8,0 %
<b>Σ</b>	<b>551</b>	<b>100,0 %</b>

Poslední dotazníková položka zjišťovala, zda se dotazovaní respondenti považují za věřící. Více než polovina respondentů, tedy 341 (61,9 %) odpověděla „Ne“. Odpověď „Ano“ uvedlo 166 (30,1 %) respondentů. Odpovídat jich nechtělo 44 (8 %). Viz tabulka 16.



### 3.6 Statistická analýza výsledků šetření

Tato kapitola obsahuje výsledky statistického ověření hypotéz pomocí chí-kvadrátu.

#### Statistické ověření hypotézy č. 1

**H<sub>0</sub>** Studenti zdravotnických oborů nemají více informací o problematice interrupce než studenti oborů nezdravotnických.

**H<sub>A</sub>** Studenti zdravotnických oborů mají více informací o problematice interrupce než studenti oborů nezdravotnických.

Tabulka 17 Hypotéza číslo 1

<b>Chí-kvadrát</b>	0,47
<b>Stupně volnosti</b>	1
<b>Kritická hodnota</b>	3,841
<b>Porovnání chí-kvadrátu a kritické hodnoty</b>	Kritická hodnota nepřekročena

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto můžeme s 95% spolehlivostí *zamítnout H<sub>A</sub> a přijmout H<sub>0</sub>*.

#### Statistické ověření hypotézy č. 2

**H<sub>0</sub>** Studentky nemají větší zájem získat více informací o interrupci než studenti.

**H<sub>A</sub>** Studentky mají větší zájem získat více informací o interrupci než studenti.

Tabulka 18 Hypotéza číslo 2

<b>Chí-kvadrát</b>	3,24
<b>Stupně volnosti</b>	2
<b>Kritická hodnota</b>	5,991
<b>Porovnání chí-kvadrátu a kritické hodnoty</b>	Kritická hodnota nepřekročena

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto můžeme s 95% spolehlivostí *zamítnout H<sub>A</sub> a přijmout H<sub>0</sub>*.

### Statistické ověření hypotézy č. 3

$H_0$  Věřící studenti přikládají právům nenarozeného dítěte stejný význam jako studenti, kteří se za věřící nepovažují.

$H_A$  Věřící studenti přikládají právům nenarozeného jiný význam než studenti, kteří se za věřící nepovažují.

Tabulka 19 Hypotéza číslo 3

Chí-kvadrát	95,07
Stupně volnosti	2
Kritická hodnota	5,991
Porovnání chí-kvadrátu a kritické hodnoty	Kritická hodnota překročena

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto můžeme s 95% spolehlivostí *zamítnout  $H_0$  a přijmout  $H_A$* .

### Statistické ověření hypotézy č. 4

$H_0$  Věřící studenti vnímají interrupci jako vraždu stejně často jako studenti, kteří se za věřící nepovažují.

$H_A$  Věřící studenti nevnímají interrupci jako vraždu stejně často jako studenti, kteří se za věřící nepovažují.

Tabulka 20 Hypotéza číslo 4

Chí-kvadrát	113,23
Stupně volnosti	1
Kritická hodnota	3,841
Porovnání chí-kvadrátu a kritické hodnoty	Kritická hodnota překročena

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto můžeme s 95% spolehlivostí *zamítnout  $H_0$  a přijmout  $H_A$* .

## 4 DISKUSE

Tato kapitola je evaluací výzkumné části diplomové práce. Výsledky jsou hodnoceny v souladu se stanoveným cíli výzkumu a konfrontovány s výzkumy jiných autorů.

### **Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, zda studenti mají informace o interrupci.**

Pro potřeby prvního výzkumného cíle sloužily dotazníkové položky číslo jedna až osm. Výsledky výzkumu týkající se znalosti rizik interrupce jsou vyhodnoceny zvláště v rámci následujícího výzkumného cíle. Více než 70 % studentů, konkrétně tedy 70,4 % procent, v první dotazníkové položce uvedlo, že se o zkoumanou problematiku již někdy zajímalo. Druhá dotazníková položka zjišťovala znalost termínu „*potratová turistika*“ a znalost tohoto termínu prokázalo 63,3 % studentů. Další dotazníková položka zjišťovala skutečnost, zda studenti vědí, do kterého týdne těhotenství umožňuje legislativa České republiky ženám podstoupit interrupci na vlastní žádost. Pozitivním zjištěním je, že téměř 80 % dotazovaných studentů uvedlo správnou odpověď, tedy že žena může těhotenství na vlastní žádost ukončit do 12. týdne těhotenství. Sedmá dotazníková položka zjišťovala, zda byli studenti v minulosti seznámeni s dokumentárním filmem, který nese název „*Němý výkřik*“, jenž znázorňuje přesný postup provedení instrumentální interrupce pod ultrazvukovým zobrazením. Pouze 3,1 % studentů z celkového počtu uvedlo, že tento dokumentární film v minulosti zhlédlo. Následně své subjektivní dojmy z tohoto zážitku volně vypisovali a dle jejich výpovědí je patrné, že na ně působil velmi negativně.

Alvargonzález (2017) ve své studii zkoumal postoje a znalosti související s interrupcí mezi vysokoškolskými studenty různých studijních oborů. Rozdíly v postojích a znalostech o interrupci byly posuzovány podle pohlaví, náboženské a politické příslušnosti, religiozity, sexuální orientace, počtu sexuálních partnerů a předchozí sexuální zkušenosti. Výzkumu se zúčastnilo 1 025 studentů: 58,34 % ženského pohlaví a 41,66 % pohlaví mužského a jejich průměrný věk byl 20,18 let. Pro účely výzkumu bylo využito adaptace Abortion Attitudes Scale podle Hilla, adaptace znalostního testu Abortion Knowledge Test podle Esposita a Basowa. Zjistil, že studenti práva, medicíny a ošetřovatelství měli poměrně velké množství vědomostí, zatímco studenti fyziky, techniky a filologie věděli nejméně. Nízké průměrné skóre všech účastníků je dle něj však k zamyšlení, jelikož žádná skupina nedosáhla vyššího skóre než 2,6 z 10. Nenalezl žádné rozdíly v teoretických znalostech o interrupci mezi skupinami různého náboženského přesvědčení, religiozity ani sexuální orientace. Své výsledky porovnával s výzkumem Esposita a Basowa (2015). Výsledky, ke kterým Alvargonzález dospěl,

byly v rozporu s jejich zjištěními. Dle jejich studie studenti bez náboženského vyznání získali ve znalostním testu vyšší skóre. Ženy jsou dle jeho výsledků v problematice interrupce teoreticky informovanější než muži, oproti zjištěním Esposito a Basowa, kteří neprokázali významné rozdíly ve vědomostech mezi pohlavími. Množství teoretických znalostí v závislosti na politickém přesvědčení ukazuje, že respondenti s krajně levicovým i a krajně pravicovým postojem získali vyšší skóre než respondenti zastávající střední pozice. Studenti s vyšším počtem sexuálních partnerů vykazovali větší míru teoretické znalosti o interrupci. Míra teoretických znalostí o interrupci je taktéž vyšší u sexuálně zkušenějších respondentů. Studenti, kteří měli přímou zkušenost s interrupcí (buď osobní, nebo prostřednictvím jejich partnera), a studenti, jejichž blízcí měli zkušenost s interrupcí, také vykazovali vyšší úroveň teoretických znalostí.

### **Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, zda studenti znají rizika interrupce pro ženu.**

Dotazníkové položky číslo 4 a 5 byly zaměřeny na znalost rizik interrupce. Povědomí o tom, že s sebou podstoupení interrupce jistá rizika nese, prokázalo 95,8 % dotazovaných respondentů. Mezi rizika, která byla studentům nejznámější, patří riziko následné neplodnosti, psychické obtíže, krvácení, infekce, poškození orgánů a následná sexuální dysfunkce. Dotazovaní studenti tedy prokázali vysokou míru znalostí ve zkoumané oblasti.

Výzkum provedený Gelayem, Tayem a Mekonenem v roce 2011 na Univerzitě Wolaita Sodo v Etiopii také zjišťoval znalosti studentů o problematice a rizicích interrupce. Míra znalostí však byla dle jejich výsledků velmi nízká. Dále zjistili, že mezi dotazovanými studentkami bylo velmi rozšířené rizikové sexuální chování a také znalosti studentů o zdravém reprodukčním chování, včetně použití nouzové antikoncepce a používání kondomů, byly shledány velmi nízkými.

### **Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda studenti mají zájem získat více informací o interrupci.**

Podkladem tohoto výzkumného cíle je vyhodnocení dotazníkových položek číslo 9 až 11. Bylo zjištěno, že více než 50 %, konkrétně tedy 50,5 % dotazovaných respondentů, má zájem prohloubit si znalosti týkající se problematiky interrupce. Nejvíce preferovaným způsobem, kterým by respondenti chtěli další informace získat, byla přednáška odborníka. Je zajímavé, že v případě volby možnosti odpovídat jinak než z navržených odpovědí, uvedlo shodně 9 (1,4 %) respondentů, že by pro ně byl přínosný osobní kontakt a diskuze s ženou, která interrupci podstoupila a byla by ochotná své zkušenosti sdílet. Jako styčná osoba,

na kterou by se respondenti v případě potřeby získání informací o interrupci obrátili, byl nejčastěji uváděn obvodní gynekolog ženy v 69,3 % případů.

#### **Výzkumný cíl č. 4: Zjistit, jaký mají studenti postoj k problematice interrupce.**

K výzkumnému cíli číslo čtyři se vztahovalo celkem pět dotazníkových položek a je provázán s následujícím cílem číslo 5. Položky byly zaměřeny na to, jaký studenti zauímají postoj ke stanovené problematice, která je náročná a velmi citlivá. Dotazníková položka číslo 12 zjišťovala, zda respondenti vůbec souhlasí s tím, že je v České republice interrupce legální. Více než 80 % respondentů vyjádřilo svůj souhlas s legální interrupcí. Dále byli respondenti dotazováni na to, které důvody pro interrupci považují za opodstatněné. Mezi tři nejvíce uváděné důvody patřilo na prvním místě znásilnění, na druhém místě zdravotní stav ženy a dále na místě třetím zjištěné poškození plodu. V případě prokázaného poškození plodu v děloze by 70,4 % dotazovaných respondentů bylo pro ukončení těhotenství pomocí interrupčních metod. Obzvláště citlivá byla dotazníková položka číslo 17, která se respondentů dotazovala na to, zda považují interrupci za vraždu dítěte. Pouze 20,3 % respondentů uvedlo, že se dle jejich názoru vraždě dítěte interrupce rovná. Dále 66,6 % s tímto výrokem nesouhlasilo a 13,1 % respondentů odpovídat nechtělo. S tím souvisela otázka následující, která zjišťovala, zda studenti považují nenarozené dítě za lidskou bytost se všemi právy od okamžiku oplodnění. Téměř 60 % respondentů uvedlo, že dítě za lidskou bytost od počátku oplodnění nepovažují.

Alvargonzález (2017), jehož studie byla zmíněna již výše, také zjistil, že postoj studentů medicíny, psychologie a ošetrovatelství byl spíše proti interrupci, zatímco studenti historie, filologie a fyziky podporovali právo ženy na interrupci. Studenti práva, inženýrství a biologie neměli přesně definovaný a vymezený postoj vůči této problematice. Dále posuzoval faktory, které by tento postoj mohly potencionálně ovlivnit. Gender se ukázal jako nekonzistentní prediktor postojů k interrupcím, Alvargonzález nezjistil žádnou korelaci mezi postojem k interrupci a genderem. Zato zjistil významné rozdíly v postojích dle náboženského vyznání. Nevěřící studenti měli průměrně o 11 bodů více při schvalování postojů pro interrupci než studenti vyznávající katolickou víru. Rozdíl byl ještě větší (v průměru téměř 20 bodů), pokud byly postoje založeny na stupni religiozity a docházky do kostela. Rozdíl v přístupu k potratu u studentů s extrémně levicovým politickým přesvědčením a krajně pravicovým přesahuje 20 bodů. Levicoví studenti spíše zauímají postoje pro interrupci. Heterosexuální a homosexuální studenti zauímají velmi podobný postoj k interrupci, zatímco bisexuální

studenti jsou více ve prospěch práva na interrupci. Studenti s předchozí sexuální zkušeností mají postoje spíše zaměřené pro interrupci než studenti nezkušení. Zjistil také, že studenti s přímou i nepřímou (prostřednictvím jiné osoby) zkušeností s interrupcí podporují právo na interrupci více než studenti, jimž taková zkušenost chybí (rozdíl dosahuje téměř šesti bodů na stupnici postojů).

**Výzkumný cíl č. 5: Zjistit, zda studenti upřednostňují práva nenarozeného dítěte či matky.**

K tomuto výzkumnému cíli se konkrétně vztahovaly dotazníkové položky číslo 13 až 14, 16 a 19. Souhlas s tím, že by každá žena měla mít právo svobodně rozhodnout o tom, zda podstoupí interrupci či nikoliv, vyjádřilo 84,8 % respondentů. Svou odpověď nejčastěji zdůvodňovali tím, že se svým tělem může nakládat tak, jak uzná za vhodné, a sama má tedy právo rozhodnout, jak s ním naloží, což se vztahuje i na těhotenství. Dále respondenti uváděli, že by žena měla jistě mít právo na ukončení těhotenství v případě, kdy se jedná o těhotenství jako následek znásilnění. V případě, kdy se jednalo o práva dítěte, konkrétně aby mělo každé počaté dítě právo na narození, vyjádřilo svůj souhlas s tímto výrokem 30,5 % respondentů. Práva matky nad právy nenarozeného dítěte by preferovalo 47 % respondentů. Jak již bylo uvedeno výše, jedná se o problematiku velmi náročnou a významné množství respondentů, tedy 40,7 %, by na situaci, kdy je v právu matka či nenarozené dítě, nahlíželo individuálně dle konkrétního případu. Pouze 12,3 % respondentů z celkového primárně považuje práva dítěte nadřazenější nad právy matky.

Steeleová (2009) ve své studii zkoumala postoje studentů medicíny k interrupci na univerzitách University of Oslo (UiO) a Queen's University Belfast (QUB). Situace týkající se interrupce a jejího právního ošetření se v Norsku a Severním Irsku výrazně liší. Z jejich výsledků je patrné, že ze strany studentů UiO byla velká podpora k právům duševně postižených matek na interrupci, což odráží norskou praxi, kde zákon stanovuje, že je ženě umožněno i po 12. gestačním týdnu ukončit těhotenství v případě, že je mentálně retardovaná. Naproti tomu zákon v Severním Irsku neuznává kognitivní poruchy jako důvod pro provedení interrupce. Studenti v QUB výrazně méně podporovali umožnění podstoupení interrupce pro ženy v obtížných sociálních podmínkách než studenti UiO. V Norsku je sociální situace častým důvodem k provedení interrupce: v roce 2005 bylo 38,1 % interrupcí po 12. gestačním týdnu ze sociálních důvodů. Interrupci na žádost matky silně podporovali studenti UiO. Tyto výsledky odrážejí politické ošetření interrupcí v Norsku, které dovoluje ženě ukončit

nechtěné těhotenství na vlastní žádost až do 12. gestačního týdne. V roce 2005 bylo 96 % interrupcí provedených v této zemi na vlastní žádost ženy, a to bez nutnosti uvedení důvodu. Postoje k potratům se mezi studenty QUB významně lišily v závislosti na stavu plodu. Většina studentů byla pro provedení interrupce v případě, že je plod postižen anencefálií nebo trisomií 13. chromozomu. Postoje studentů QUB odrážejí klinickou praxi v Severním Irsku, kde žena obvykle pokračuje v těhotenství i v případě diagnosticky prokázané abnormality plodu. Anencefalie obdržela největší podporu k indikaci interrupce u obou skupin studentů. Důvodem může být očekávání krátké délky a nízké kvality života po narození dítěte. Pokud je u plodu diagnostikována vada, která je považována za neslučitelnou s životem, tak norské zákony stanovují hranici 18. gestačního týdne pro možné ukončení těhotenství pomocí interrupčních metod. V případě, kdy je očekávána delší doba přežití novorozence, byl postoj studentů QUB více zaměřený proti provedení interrupce. U plodu rozštěpem rtu a patra, což pravděpodobně většina studentů vnímá jako méně závažné důsledky pro ještě nenarozené dítě, jen malý podíl studentů QUB souhlasil s tím, že by měla být interrupce povolena, oproti většině studentů UiO, která byla pro interrupci. Postoje studentů UiO k interrupci byly v souladu se závěry literární rešerše provedené autorkou, které prokázaly liberálnější postoj skandinávských zemí k této problematice.

#### **Výzkumný cíl č. 6: Zjistit, zda by se studentky v případě nechtěného těhotenství rozhodly pro interrupci.**

Pro potřeby šestého výzkumného cíle sloužila dotazníková položka číslo 21 a 22 a odpovídaly na ně pouze respondentky. Ty byly dotazovány na to, zda by se v případě zjištění vlastního nechtěného těhotenství rozhodly těhotenství ukončit pomocí některé z interrupčních metod. Téměř 50 % respondentek uvedlo, že by se v tomto případě pro interrupci nerozhodlo. Dalších 26 % by se k podstoupení tohoto zákroku rozhodlo a 24 % respondentek tuto otázku zodpovědět nechtělo. Další dotaz směřoval na to, zda si respondentky myslí, že by je v případě zjištění nechtěného těhotenství podpořila rodina k tomu, aby si těhotenství ponechala či se ho vzdala. Více než 70 % respondentek uvedlo, že by je rodina podpořila v rozhodnutí těhotenství si ponechat.

Výsledky výzkumu Gelaye, Taye a Mekonena (2011) ukazují, že by se pouze 18,9 % studentek jedné z Etiopských univerzit uchýlilo k interrupci v případě nechtěného těhotenství. Většina z nich (57,4 %) odpověděla, že by se pro interrupci v žádném případě nerozhodla. Jako hlavní důvod pro odmítnutí interrupce nejčastěji uváděly víru. Dalším důvodem bylo morální stanovisko, kdy studentky interrupci vnímaly jako vraždu.

Dle dat získaných Guttmacherovým institutem (2017) se v letech 2010-2014 každoročně celosvětově vyskytovalo přibližně 99 milionů nechtěných těhotenství. Z toho více než polovina (56 %) končilo interrupcí. V letech 1990-1994 až 2010-2014 klesla celosvětová míra nechtěného těhotenství ze 74 na 62 na 1 000 žen v důsledku zvýšeného používání moderních antikoncepčních prostředků. Přesto se však odhaduje, že 214 milionů žen v rozvojových regionech nemá naplněnou potřebu užívat moderní antikoncepci – to znamená, že se chtějí těhotenství vyhnout, ale antikoncepce buď není dostupná, nepraktikují ji nebo používají tradiční metody, které jsou méně účinné než moderní metody. Většina žen podstupuje interrupci proto, že otěhotní v době, kdy je pro ně těhotenství nežádoucí. V rozvojových zemích se 84 % nechtěných těhotenství vyskytuje u žen, které neužívají moderní metody antikoncepce z důvodu naplněné potřeby užívat moderní antikoncepci. Distribuce, zpřístupnění a propagace těchto antikoncepčních metod je důležitou strategií, jak omezit nežádoucí neplánovaná těhotenství, a tím i počet interrupcí či nechtěně narozených dětí.

Oproti předchozímu výzkumu Guttmacherova institutu ve svém výzkumu z Řecka Mavroforou (2010) uvádí, že mnoho adolescentních žen řeší své osobní dilema podstoupením interrupce kvůli nejistotě a možné chudobě. Navzdory skutečnosti, že jsou v Řecku antikoncepční prostředky široce dostupné, a to často bez lékařského předpisu, se jejich použití neseťkalo s kladným ohlasem žen, zatímco potrat je považován za snadné řešení a je často prováděn soukromě za nízkou cenu.

**Výzkumný cíl č. 7: Zjistit, zda by zda by studenti podpořili svou partnerku k tomu, aby podstoupila interrupci.**

K poslednímu výzkumnému cíli se vztahovala dotazníková položka číslo 23. Byla určena pouze pro respondenty mužského pohlaví. Dotazníkového šetření se zúčastnilo poměrně malé množství respondentů, konkrétně 12 % z celkového počtu 551 dotazovaných respondentů a respondentek. Po vyhodnocení dat získaných k této položce je patrné, že se vytvořili 2 podobně zastoupené skupiny respondentů s odlišným názorem. V případě zjištěného nechtěného těhotenství by 47 % respondentů svou partnerku k podstoupení interrupce podpořilo a 42 % dotazovaných mužů by se nerozhodlo svou partnerku v tomto podpořit.

Dle Mavroforou (2010) těhotenství adolescentních dívek obvykle nastává ještě v době, kdy je pouze v partnerském vztahu s přítelem, popřípadě již snoubencem nebo zřídka kdy ve stavu manželském. Není pochyb, že neplánované rodičovství může zcela narušit celý život partnera, jeho možnosti vzdělávání a další vyhlídky na rodinu. Míra předčasného ukončení školní



docházky je u mladých otců dokonce dvakrát vyšší než průměr. Existuje také úzkost spojená s nežádoucím těhotenstvím a stigma nežádoucího otcovství. Dodává však, že v současné době, kdy ženy přispívají do národní ekonomiky stejným způsobem jako muži, mají osobní důstojnost a formují svůj vlastní osud, by přesto neměl být potenciální škodlivý dopad na otce způsobený ztrátou jeho nenarozeného dítěte ignorován. Současný stav je však takový, že většině evropských zemí a ve Spojených státech amerických není nutný souhlas otce s pokračováním nebo ukončením těhotenství.

Zajímavý poznatek přinesla autorka Johansson (1998), která provedla studii ve Vietnamu týkající se úlohy mužů při rozhodování o ukončení těhotenství jejich manželek. Data byla získána z průzkumu z roku 1996 provedeného v provincii Quang Ninh a ve městech Uong Bi a La Hong. Celková míra plodnosti ve studované oblasti byla 2,3 dítěte na jednu ženu. Celková indukovaná potratovost byla 2,5 potratu na jednu ženu, což je nejvyšší ve Vietnamu. Vzorek zahrnoval 20 žen a jejich manželů vybraných z náhodného vzorku 300 žen ze dvou veřejných potratových klinik. Výsledky ukázaly, že dle dotazovaných respondentů a respondentek je právě manžel tím, kdo rozhoduje o skutečnosti, zda žena podstoupí interrupci či nikoliv. Některé ženy, které se výzkumu zúčastnily, však podstoupily potrat tajně bez předchozí konzultace se svými manžely.

### **Statistické ověření hypotéz**

První hypotéza ověřovala rozdíl ve znalostech, v oblasti dané problematiky, mezi studenty zdravotnických a nezdravotnických oborů. Byla přijata nulová hypotéza, která byla formulována takto: „*Studenti zdravotnických oborů nemají více informací o problematice interrupce než studenti oborů nezdravotnických.*“ Druhá hypotéza ověřovala, zda mají studentky větší zájem získat další informace o interrupci než studenti. Byla přijata nulová hypotéza: „*Studentky nemají oproti studentům větší zájem získat více informací o interrupci.*“ V pořadí třetí hypotéza ověřovala vztah víry a práv nenarozeného dítěte. Byla přijata alternativní hypotéza: „*Věřící studenti přikládají právům nenarozeného jiný význam než studenti, kteří se za věřící nepovažují.*“ Poslední čtvrtá hypotéza taktéž ověřovala vztahy víry, nyní však z pohledu na interrupci jako na vraždu dítěte. Byla přijata následující alternativní hypotéza: „*Věřící studenti nevnímají interrupci jako vraždu stejně často jako studenti, kteří se za věřící nepovažují.*“

## 5 ZÁVĚR

Cílem teoretické části diplomové práce bylo předložit hodnotné poznatky týkající se interrupce. Ke splnění toho cíle provedena pokročilá rešerše. Vyhledány byly články z odborných periodik zahraničních autorů mnohdy ze Spojených států amerických, severských zemí, Číny a dalších zemí. Na základě důsledného prostudování vyhledaných zdrojů byl vytvořen text vztahující se k problematice interrupce.

Praktická část je zpracována metodou kvantitativního výzkumu. Dotazníkového šetření se účastnilo 551 studentů Univerzity Palackého, kteří vyplňovali nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Na základě statistického vyhodnocení dat lze konstatovat, že byly splněny všechny stanovené výzkumné cíle.

**Prvním cílem** bylo zjistit, zda studenti mají informace o interrupci. Pozitivním zjištěním je, že studenti různých oborů Univerzity Palackého mají více než dobré informace o interrupci.

**Druhým cílem** bylo zjistit, zda studenti znají rizika interrupce pro ženu. Povědomí o rizicích interrupce, prokázalo dokonce 95,8 % dotazovaných studentů.

**Třetím cílem** bylo zjistit, zda studenti mají zájem získat více informací o interrupci. Bylo zjištěno, že 50,5 % dotazovaných respondentů, má zájem prohloubit si znalosti týkající se problematiky interrupce. Ti preferovali přístup k dalším informacím prostřednictvím přednášky odborníka, kterým byl nejčastěji volen gynekolog.

**Čtvrtým cílem** bylo zjistit, jaký mají studenti postoj k problematice interrupce. Studenti zaujímají spíše kladný postoj k interrupci, a to obzvláště v případě znásilnění ženy, ohrožení jejího zdraví a zjištěného poškození plodu.

**Pátým cílem** bylo zjistit, zda studenti upřednostňují práva nenarozeného dítěte či matky. Studenti ve větší míře vyjádřili podporu k právům matky na ukončení těhotenství pomocí interrupčních metod než k právům nenarozeného dítěte na život. Pro mnohé z nich je však rozhodující situace, ve které se žena a její nenarozené dítě nachází.

**Šestým cílem** bylo zjistit, zda by se studentky v případě nechtěného těhotenství rozhodly pro interrupci. V tomto případě by se rozhodlo 26 % z dotazovaných studentek k podstoupení tohoto zákroku. Téměř 50 % studentek uvedlo, že by se pro interrupci nerozhodlo a více než 70 % studentek uvedlo, že by je rodina podpořila v rozhodnutí těhotenství si ponechat.

*Sedmým cílem* bylo zjistit, zda by zda by studenti podpořili svou partnerku k tomu, aby podstoupila interrupci. V případě zjištěného nechtěného těhotenství by 47 % respondentů svou partnerku k podstoupení interrupce podpořilo a 42 % dotazovaných mužů by se nerozhodlo svou partnerku v tomto podpořit.

*Statistická analýza hypotéz* přinesla následující poznatky. Studenti zdravotnických oborů nemají více informací o problematice interrupce než studenti oborů nezdravotnických. Studentky nemají oproti studentům větší zájem získat více informací o interrupci. Věřící studenti nepřikládají právům nenarozeného stejný význam jako studenti, kteří se za věřící nepovažují a také nevnímají interrupci jako vraždu stejně často jako studenti, kteří se za věřící nepovažují.

Dle výsledků výzkumu studenti prokázali více než dobré znalosti týkající se problematiky interrupce. Podkladem tohoto úspěchu může být snadná dostupnost volně poskytnutých informací, obzvláště internetových zdrojů. Dle mého názoru je však nutné, aby se studenti v rámci studia osvojili vyhledávání ověřených zdrojů informací, naučili se informace filtrovat a přistupovali k nim kriticky. Věřím, že pro mnoho studentů by bylo velmi přínosné setkání a diskuze s osobou, která má vlastní zkušenost s podstoupením interrupce.

## 6 SOUHRN

**Cíl:** Zjistit, jak studenti bakalářských a magisterských programů Univerzity Palackého v Olomouci vnímají problematiku týkající se interrupce, která je předmětem neustálých diskuzí nejen v politickém, medicínsko-etickém a právním kontextu.

**Metodika:** Pro účely kvantitativního výzkumu byl konstruován vlastní nestandardizovaný dotazník. Obsahoval 26 položek, které byly formulované pomocí otázek zaměřených na znalosti a postoje studentů ke zkoumané problematice. Samotné šetření probíhalo v období červen 2019 – říjen 2019 metodou sněhové koule. Dotazník byl zveřejněn pomocí internetové služby pro tvorbu on-line dotazníků Survio. Respondenty byli současní studenti a studentky různého oborového zaměření fakulty Cyrilometodějské teologické, Lékařské, Filozofické, Přírodovědecké, Pedagogické, Právnícké, Tělesné kultury a Fakulty zdravotnických věd. Celkový počet činil 551 respondentů, 485 studentek a 66 studentů.

**Výsledky práce:** Studenti různých oborů všech fakult Univerzity Palackého zaujímají spíše kladný postoj k interrupci, a to obzvláště v případě znásilnění ženy, ohrožení jejího zdraví a zjištěného poškození plodu. Studenti také více podporují práva matky na ukončení těhotenství pomocí interrupčních metod než práva nenarozeného dítěte na život.

**Klíčová slova:** problematika interrupce, postoj k interrupci, vysokoškolští studenti, znalosti, etika

## 7 SUMMARY

**Aim:** This study examined attitudes towards abortion among students of bachelor and master's programmes at Palacky University in Olomouc. These issues are still subjects of discussions in a political, medical-ethical and judicial context.

**Methods:** For the purpose of quantitative research, non-standardized questionnaire was constructed. It contained 26 items, which were formulated as questions focused on students' knowledge and attitudes to this issue. The survey itself took place in the period June 2019 – October 2019 using the snowball method. The questionnaire was published using Survio's online questionnaire service. The respondents were contemporary students of various disciplines of the Sts Cyril and Methodius Faculty of Theology, Faculty of Medicine and Dentistry, Faculty of Arts, Faculty of Science, Faculty of Education, Faculty of Physical Culture, Faculty of Law and Faculty of Health Sciences.

**Results:** Students of various studies of Palacky University are more likely to have a positive attitude towards abortion, especially in the case of rape, endangering woman's health and diagnosed defects of the foetus. Students also support the mother's right to bring to the end pregnancy through abortion methods rather than the unborn child's right to life.

**Key words:** induced abortion issues, attitudes towards abortion, university students, knowledge, ethics

## 8 REFERENČNÍ SEZNAM

### Knížní zdroje

1. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 2016. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
2. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. Marečková Jana a Jitka Klugarová. *Evidence Based Healthcare: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. Olomouc, Česká republika: Univerzita Palackého v Olomouci; 2015. Dostupné z: <https://docplayer.cz/35975959-Evidence-based-healthcare-zdravotnictvi-zalozene-na-vedeckych-dukazech-jana-mareckova-jitka-klugarova-a-kolektiv.html>.

### Periodika v elektronické nebo tištěné podobě

1. ADLER, Nancy, Henry DAVID, Brenda MAJOR, Susan ROTH, Nancy RUSSO a Gail WYATT. *Psychological responses after abortion*. Science (New York, N.Y.) [online]. 1990, **248**(4951), 41-4 [cit. 2019-10-01]. ISSN 00368075. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=2181664&scope=site>.
2. ALDWIN, Caroline a Tracey REVENSON. *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*. Journal Of Personality And Social Psychology [online]. 1987, **53**(2), 337-48 [cit. 2019-10-01]. ISSN 00223514. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=3625471&scope=site>.
3. ASSIFI, Anisa, Blair BERGER, Özge TUNÇALP, Rajat KHOSLA a Bela GANATRA. *Women's Awareness and Knowledge of Abortion Laws: A Systematic Review*. Plos One [online]. 2016, **11**(3), e0152224 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1371/journal.pone.0152224. ISSN 19326203.
4. BALLANTYNE, Angela, Ainsley NEWSON, Florencia LUNA F a Richard ASHCROFT. *Prenatal diagnosis and abortion for congenital abnormalities: is it ethical to provide one without the other?*. The American Journal Of Bioethics: AJOB [online]. 2009, **9**(8), 48-56 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1080/15265160902984996. ISSN 15360075.

5. BARRETT, Jeffrey, Frank BOEHM a Allen KILLAM. *Induced abortion: A risk factor for placenta previa*. American Journal Of Obstetrics And Gynecology [online]. 1981, **141**(7), 769-72 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00029378. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=7315904&scope=site>.
6. BELLIENI, Carlo a Giuseppe BUONOCORE. *Abortion and subsequent mental health: Review of the literature*. Psychiatry And Clinical Neurosciences [online]. 2013, **67**(5), 301-10 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/pcn.12067. ISSN 14401819.
7. BRADSHAW Zoë a Pauline SLADE. *The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature*. Clinical Psychology Review [online]. 2003, **23**(7), 929-58 [cit. 2019 10 01]. ISSN 02727358. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=14624822&scope=site>.
8. CALHOUN, Byron, Elizabeth SHADIGIAN a Brent ROONEY. *Cost consequences of induced abortion as an attributable risk for preterm birth and impact on informed consent*. The Journal Of Reproductive Medicine [online]. 2007, **52**(10), 929-37 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00247758. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=17977168&scope=site>.
9. COHEN, Glenn. *Are all abortions equal? Should there be exceptions to the criminalization of abortion for rape and incest?*. The Journal Of Law, Medicine [online]. 2015, **43**(1), 87-104 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/jlme.12198. ISSN 1748720X.
10. COHEN, Glenn a Sadath SAYEED. *Fetal pain, abortion, viability, and the Constitution*. The Journal Of Law, Medicine [online]. 2011, **39**(2), 235-42 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2011.00592.x. ISSN 1748720X.
11. COLEMAN, Priscilla, David REARDON a Byron CALHOUN. *Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study*. European Journal Of Public Health [online]. 2013, **23**(4), 569-74 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1093/eurpub/cks107. ISSN 1464360X.
12. COOPER, Lynne, Phillip WOOD, Holly ORCUTT a Austin ALBINO. *Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence*. Journal Of Personality And Social Psychology [online]. 2003, **84**(2), 390-410 [cit. 2019-10-01]. ISSN 00223514. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=12585812&scope=site>.

13. CURLEY, Maureen a Celeste JOHNSTON. *The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students*. The Journal Of Behavioral Health Services [online]. 2013, **40**(3), 279-93 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1007/s11414-013-9328-0. ISSN 15563308.
14. DADLEZ, Eva A William ANDREWS. *Post-abortion syndrome: creating an affliction*. Bioethics [online]. 2010, **24**(9), 445-52 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2009.01739.x. ISSN 14678519.
15. GISSLER, Mika, Ritta KAUPPILA, Jarmo MERILÄINEN, Henri TOUKOMAA a Elina HEMMINKI. *Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994--definition problems and benefits of record linkage*. Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica [online]. 1997, **76**(7), 651-7 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00016349.  
Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=9292639&scope=site>.
16. GISSLER, Mika, Cynthia BERG, Marie-Hélène BOUVIER-COLLE a Pierre BUEKENS. *Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000*. American Journal Of Obstetrics And Gynecology [online]. 2004, **190**(2), 422-7 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00029378.  
Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=14981384&scope=site>.
17. GÓMEZ, Lavin a Garcia ZAPATA. *Diagnostic categorization of post-abortion syndrome*. Actas Espanolas De Psiquiatria [online]. 2005, **33**(4), 267-72 [cit. 2019-09-30]. ISSN 11399287. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=15999304&scope=site>.
18. HENDRICKS, Marilyn, Yut Hoong CHOW, Balasubramanium BHAGAVATH a Kern SINGH. *Previous cesarean section and abortion as risk factors for developing placenta previa*. The Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research [online]. 1999, **25**(2), 137-42 [cit. 2019-09-30]. ISSN 13418076. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=10379130&scope=site>.
19. HERSHENOV, David a Rose HERSHENOV. *If Abortion, then Infanticide*. Theoretical Medicine And Bioethics [online]. 2017, **38**(5), 387-409 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1007/s11017-017-9419-7. ISSN 15730980.
20. HOLMLUND, Susanna, Anne KALJONEN, Niina JUNTILA, Hannele RÄIHÄ, Juha MÄKINEN a Paivi RAUTAVA. *Psychological ill-being experienced by first-time mothers and their partners in pregnancy after abortion: a cohort study*. Journal



- Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology [online]. 2014, **35**(4), 132-9 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.3109/0167482X.2014.974542. ISSN 17438942.
21. HORVATH, Sarah a Courtney SCHREIBER. *Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health*. Current Psychiatry Reports [online]. 2017, **19**(11), 77 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1007/s11920-017-0832-4. ISSN 15351645.
  22. HUNG, Tai-Ho, Ching-Chang HSIEH, Jenn-Jeih HSU a Tsung-Hong CHIU. *Risk factors for placenta previa in an Asian population*. International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics [online]. 2007, **97**(1), 26-30 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00207292. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=17316644&scope=site>.
  23. JOHNSON, Lisa, Beth MUELLER a Janet DALING. *The relationship of placenta previa and history of induced abortion*. International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics [online]. 2003, **81**(2), 191-8 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00207292. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=12706277&scope=site>.
  24. KANDEL, Denise. *Issues of Sequencing of Adolescent Drug Use and Other Problem Behaviors, Drugs and Society*. 1989. 3:1-2, 55-76, DOI: 10.1300/J023v03n01\_03.
  25. KERO, Anneli a Ann Lalos. *Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion*. Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology [online]. 2004, **25**(2), 135-43 [cit. 2019-09-30]. ISSN 0167482X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=15715036&scope=site>.
  26. KLEMETTI, Reija, Mika GISSLER, NIINIMÄKI Maarit a Elina HEMMINK. *Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland*. Human Reproduction (Oxford, England) [online]. 2012, **27**(11), 3315-20 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1093/humrep/des294. ISSN 14602350.
  27. KORTIANSKY, Peter. *The role of philosophy in the contemporary abortion debate*. Christian Bioethics [online]. 2004, **10**(1), 63-7 [cit. 2019-10-03]. ISSN 13803603. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=15675038&scope=site>.
  28. LEE JUNE, Patricia. *Induced abortion: risks that may impact adolescents, young adults, and their children*. Issues In Law [online]. 2018, **33**(1), 85-112 [cit. 2019-09-30]. ISSN

87568160. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=30831020&scope=site>.
29. LIAO, Hua, Qiang WEI, Lijun DUAN, Junli GE, Yuanyang ZHOU a Weiyue ZENG. *Repeated medical abortions and the risk of preterm birth in the subsequent pregnancy*. Archives Of Gynecology And Obstetrics [online]. 2011, **284**(3), 579-86 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1007/s00404-010-1723-7. ISSN 14320711.
  30. MAJOR, Brenda a Catherine COZZARELLI. *Psychosocial Predictors of Adjustment to Abortion*. Journal of Social Issues. 1992. 48: 121-142. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb00900.x
  31. MAJOR, Brenda, Caroline RICHARDS, Lynne COOPER, Catherine COZZARELLI a Josphine ZUBEK. *Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion*. Journal Of Personality And Social Psychology [online]. 1998, **74**(3), 735-52 [cit. 2019-10-01]. ISSN 00223514. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=9523416&scope=site>.
  32. MAJOR, Brenda, Mark APPELBAUM, Linda BECKMAN, Marry Ann DUTTON, Nancy Felipe RUSSO a Carolyn WEST. *Abortion and mental health: Evaluating the evidence*. The American Psychologist [online]. 2009, **64**(9), 863-90 [cit. 2019-10-01]. DOI: 10.1037/a0017497. ISSN 1935990X.
  33. MARTINO, Steven, Rebecca COLLINS, Phyllis ELLICKSON a David KLEIN. *Exploring the link between substance abuse and abortion: the roles of unconventionality and unplanned pregnancy*. Perspectives On Sexual And Reproductive Health [online]. 2006, 38(2), 66-75 [cit. 2019-10-01]. ISSN 15386341. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=16772187&scope=site>.
  34. MAVROFOROU, Anna, Evgenios KOUMANTAKIS a Emmanuel MICHALODIMITRAKIS. *Do men have rights in abortion? The Greek view*. Medicine And Law [online]. 2010, **29**(1), 77-85 [cit. 2019-09-30]. ISSN 07231393. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=22457999&scope=site>.
  35. McCaffrey, Martin. *Abortion's Impact on Prematurity: Closing the Knowledge Gap*. Issues In Law [online]. 2017, **32**(1), 43-52 [cit. 2019-09-30]. ISSN 87568160. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=29108163&scope=site>.

36. MENSCH, Barbara a Denise KANDEL. *Drug Use as a Risk Factor for Premarital Teen Pregnancy and Abortion in a National Sample of Young White Women*. *Demography*, vol. 29, no. 3, 1992, pp. 409–429. JSTOR. Dostupné z: [www.jstor.org/stable/2061826](http://www.jstor.org/stable/2061826).
37. MOSS, David. Mathew SNYDER a Lin Do LU. *Options for women with unintended pregnancy*. *American Family Physician* [online]. 2015, **91**(8), 544-9 [cit. 2019-09-30]. ISSN 15320650. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=25884862&scope=site>.
38. MUMFORD, James. *'To arrive where we started, and know the place for the first time': Heidegger, phenomenology, the way human beings first appear in the world, and fresh perspectives on the abortion debate*. *The New Bioethics: A Multidisciplinary Journal Of Biotechnology And The Body* [online]. 2013, **19**(2), 72-83 [cit. 2019-09-30]. ISSN 20502877. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=25109125&scope=site>.
39. NUCCETELLI, Susana. *Abortion for fetal defects: two current arguments*. *Medicine, Health Care, And Philosophy* [online]. 2017, **20**(3), 447-450 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1007/s11019-017-9765-2. ISSN 15728633.
40. PAEZ, Eze. *Emergency Contraceptives and the Beginning of Human Animals*. *Bioethics* [online]. 2016, **30**(6), 433-9 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/bioe.12242. ISSN 14678519.
41. PUGH, Jonathan. *Embryos, the principle of proportionality, and the shaky ground of moral respect*. *Bioethics* [online]. 2014, **28**(8), 420-6 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/bioe.12013. ISSN 14678519.
42. POGGENPOEL, Marie a Christoffel Petrus MYBURGH. *Women's experience of termination of a pregnancy*. *Curationis* [online]. 2006, **29**(1), 3-9 [cit. 2019-09-30]. ISSN 03798577. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=16817487&scope=site>.
43. PURVIS, Dara. *Expectant Fathers, Abortion, and Embryos*. *The Journal Of Law, Medicine* [online]. 2015, **43**(2), 330-40 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/jlme.12249. ISSN 1748720X.
44. REARDON, David, Philip NEY, Fritz SCHEUREN, Jesse COUGLE, Priscilla COLEMAN a Thomas STRAHAN. *Deaths associated with pregnancy outcome: A record linkage study of low income women*. *Southern Medical Journal* [online]. 2002, **95**(8), 834-41 [cit. 2019-09 30]. ISSN 00384348. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=12190217&scope=site>.

45. REARDON, David a Priscilla COLEMAN. *Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: population register based study for Denmark 1980-2004*. Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research [online]. 2012, **18**(9), PH71-6 [cit. 2019-09-30]. ISSN 16433750. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=22936199&scope=site>.
46. RODGER, Daniel, Bruce BLACKSHAW a Calum MILLER. *Beyond Infanticide: How Psychological Accounts of Persons Can Justify Harming Infants*. The New Bioethics: A Multidisciplinary Journal Of Biotechnology And The Body [online]. 2018, **24**(2), 106-121 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1080/20502877.2018.1438771. ISSN 20502885.
47. SHAH, Prakesh a Jamie ZAO. *Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses*. BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology [online]. 2009, **116**(11), 1425-42 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x. ISSN 14710528.
48. SPECKHARD, Anne a Natalia MUFEL. *Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion*. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health. 2003; 18:3-37. Dostupné z: <https://www.questia.com/library/journal/1P3-1373168941/universal-responses-to-abortion-attachment-trauma>.
49. SPECKHARD, Anne a Vincent Rue. *Postabortion syndrome: An emerging public health concern*. Journal of Social Issues. 1992. **48**(3), 95-119. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x>.
50. STEINBOCK, Bonnie. *Fetal sentience and women's rights*. The Hastings Center Report [online]. 2011, **41**(6), 49 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00930334. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=22238903&scope=site>.
51. SUN, Yuealian, Yan CHE, Ersheng GAO, Jørn OLSEN a Weijin ZHOU. *Induced abortion and risk of subsequent miscarriage*. International Journal Of Epidemiology [online]. 2003, **32**(3), 449-54 [cit. 2019-09-30]. ISSN 03005771. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=12777435&scope=site>.

52. SVENAEUS, Fredrik. *Phenomenology of pregnancy and the ethics of abortion*. *Medicine, Health Care And Philosophy* [online]. 2018, **21**(1), 77-87 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1007/s11019-017-9786-x. ISSN 15728633.
53. SWINGLE, Hanes, Tarah COLAIZY a Bridget ZIMMERMAN. *Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses*. *The Journal Of Reproductive Medicine* [online]. 2009, **54**(2), 95-108 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00247758. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=19301572&scope=site>.
54. TAYLOR, William, Michael David KRAMER MD, Thomas VAUGHAN a Susan PEACOCK. *Placenta previa in relation to induced and spontaneous abortion: A population-based study*. *Obstetrics And Gynecology* [online]. 1993, **82**(1), 88-91 [cit. 2019-09-30]. ISSN 00297844. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=8515932&scope=site>.
55. THORP John, Katherine HARTMANN a Elizabeth SHADIGAN. *Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence*. *Obstet-Gynecol. Surv.* 2003; 58:67-79. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544786>.
56. TOLLEFSEN, Christopher. *Abortion and the human animal*. *Christian Bioethics* [online]. 2004, **10**(1), 105-16 [cit. 2019-09-30]. ISSN 13803603. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=15675044&scope=site>.
57. TZONOU, Anastasia, Chung-cheng HSIEH, Dimitrios TRICHOPOULOS, Dionisos ARAVANDINOS D, Anna KALANDIDI, Dionisos MARGARIS, Marlene GOLDMAN a Nektaria TOUPADAKI. *Induced abortions, miscarriages, and tobacco smoking as risk factors for secondary infertility*. *Journal Of Epidemiology And Community Health* [online]. 1993, **47**(1), 36-9 [cit. 2019-09-30]. ISSN 0143005X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=8436890&scope=site>.
58. WATSON, Katie. *Abortion bans premised on fetal pain capacity*. *The Hastings Center Report* [online]. 2012, **42**(5), 10-1 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1002/hast.78. ISSN 00930334.
59. WINER, Norbert, Mathieu RESCHE-RIGON, Chistine MORIN a Yves VILLE. *Is induced abortion with misoprostol a risk factor for late abortion or preterm delivery in subsequent pregnancies?*. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology,*

- And Reproductive Biology [online]. 2009, **145**(1), 53-6 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2009.04.028. ISSN 18727654.
60. XU, Guangli, Yiming WU, Liming YANG, Lu YUAN, Huafeng GUO, Fuqing ZHANG, Yichun GUAN a Wu YAO. *Risk factors for early miscarriage among Chinese: a hospital-based case-control study*. Fertility And Sterility [online]. 2014, **101**(6), 1663-70 [cit. 2019-09-30]. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.013. ISSN 15565653.

### **Webové stránky a internetové zdroje**

1. ALVARGONZÁLEZ, David. *Knowledge and attitudes about abortion among undergraduate students*. Psicothema [online]. 2017, **29**(4), 520-526 [cit. 2019-10-27]. DOI: 10.7334/psicothema2017.58. ISSN 1886144X.
2. Anon, *Potraty 2016* [online]. Praha: Český statistický úřad. 2018 [cit. 2019-10-24]. ISBN 978-80-7472-172-4. ISSN-1210-8642. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2016>.
3. GELAYE, Amha Admasie, Nigussie Taye TAYE a Tesfa MEKONEN. *Magnitude and risk factors of abortion among regular female students in Wolaita Sodo University, Ethiopia*. BMC Women's Health [online]. 2014, **14**(50) [cit. 2019-10-27]. DOI: 10.1186/1472-6874-14-50. ISSN 14726874.
4. Guttmacher Institute, *Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health 2017*. Fact Sheet, New York: Guttmacher Institute, 2017. Dostupné z: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>.
5. JOHANSSON, Annika. *Husbands' involvement in abortion in Vietnam*. Studies In Family Planning [online]. 1998, **29**(4), 400-13 [cit. 2019-10-27]. ISSN 00393665. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9919633>.
6. *Maternal mortality country profiles*. Global Health Observatory (GHO). World Health Organization website. Dostupné z: [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/en/](http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/en/).
7. STEELE, Rebekah. *Medical students' attitudes to abortion: a comparison between Queen's University Belfast and the University of Oslo*. Journal Of Medical Ethics [online]. 2009, **35**(6), 390-4 [cit. 2019-10-27]. DOI: 10.1136/jme.2008.026344. ISSN 14734257.

## 9 SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

### Seznam tabulek

Tabulka 1 Vyhledávací kritéria.....	33
Tabulka 2 Zájem o problematiku.....	39
Tabulka 3 Potratová turistika.....	40
Tabulka 4 ITP na žádost ženy.....	41
Tabulka 5 Rizika ITP.....	41
Tabulka 6 Postinterrupční syndrom.....	43
Tabulka 7 Dokumentární film.....	43
Tabulka 8 Zájem o informace.....	45
Tabulka 9 Vyjádření souhlasu s ITP.....	47
Tabulka 10 Názor na svobodnou volbu.....	47
Tabulka 11 ITP jako vražda.....	50
Tabulka 12 Právo na narození.....	51
Tabulka 13 ITP v případě vady či poškození.....	51
Tabulka 14 Podpora rodiny.....	52
Tabulka 15 Podpora partnerky.....	53
Tabulka 16 Víra respondentů.....	56
Tabulka 17 Hypotéza číslo 1.....	57
Tabulka 18 Hypotéza číslo 2.....	57
Tabulka 19 Hypotéza číslo 3.....	58
Tabulka 20 Hypotéza číslo 4.....	58

## Seznam ilustrací

Obrázek 1 Postupový diagram .....	34
Obrázek 2 Výčet rizik .....	42
Obrázek 3 Způsob získání informací .....	45
Obrázek 4 Preferovaná osoba .....	46
Obrázek 5 Opodstatněné důvody ITP .....	48
Obrázek 6 Váha práv .....	49
Obrázek 7 Dítě jako lidská bytost.....	50
Obrázek 8 Rozhodnutí pro ITP .....	52
Obrázek 9 Pohlaví respondentů .....	54
Obrázek 10 Studovaný obor .....	55

## Seznam příloh

Příloha A – <i>Dotazník</i> .....	81
Příloha B – <i>Přehled odpovědí k dotazníkové položce č. 14</i> .....	86



## **Příloha A – Dotazník**

**Dobrý den,**

jmenuji se Klára Kolářová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumné části mé diplomové práce. Téma diplomové práce je „Postoj vysokoškolských studentů k problematice interrupce“. Dotazník je zcela **anonymní** a vyplnění je **dobrovolné**. Pokud není uvedeno jinak, **zakroužkujte pouze jednu** odpověď, popřípadě **vypište**. Některé otázky se mohou týkat pouze mužů, jiné žen. Velmi si vážím Vašeho času a prosím vyplnění celého dotazníku.

V textu se často objevuje termín **interrupce**, který označuje záměrné ukončení těhotenství prostřednictvím chemické látky nebo chirurgického zákroku. V literatuře s dále můžeme setkat s termíny umělé přerušování těhotenství (UPT), umělé ukončení těhotenství (UUT) či umělý potrat.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji

Bc. Klára Kolářová

**1) Zajímal/a jste se někdy o problematiku interrupce?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**2) Napište, co podle Vás znamená potratová turistika:**

---

---

**3) Do kolikátého týdne těhotenství může žena interrupci podstoupit ze své vlastní vůle?**

- a) 5. týden těhotenství
- b) 12. týden těhotenství
- c) 25. týden těhotenství
- d) 32. týden těhotenství
- e) 40. Týden těhotenství

**4) Myslíte si, že má interrupce pro ženu nějaká rizika?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**5) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte jaká:**

---

---

**6) Co znamená postinterrupční/postabortivní syndrom?**

- a) Onemocnění související s těhotenstvím.
- b) Psychické příznaky špatné adaptace na těhotenství.
- c) Soubor příznaků a obtíží, které se u části žen dostavují po prodělané interrupci.
- d) Onemocnění rozvíjející se po porodu.
- e) Jiné: \_\_\_\_\_

**7) Viděl/a jste dokumentární film Němý výkřik?**

- a) Ano
- b) Ne

**8) V případě, že jste tento film viděl/a, napište, jaké máte z tohoto filmu dojmy:**

---

---

---

---

**9) Měl/a byste zájem získat více informací o interrupci?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**10) Pokud jste v otázce č. 9 odpověděl/a ANO, označte, jakým způsobem byste chtěl/a informace získat?**

- a) Přednáška odborníka
- b) Diskuze s odborníkem
- c) Výukové video
- d) Informační leták
- e) Odborný článek
- f) Jiný způsob: \_\_\_\_\_

**11) Pokud jste v otázce č. 9 odpověděl/a ANO, označte, na koho byste se v případě potřeby získání informací o interrupci obrátil/a?**

- a) Obvodní gynekolog
- b) Jiný lékař
- c) Porodní asistentka
- d) Rodinní příslušníci
- e) Přátelé
- f) Jiné zdroje: \_\_\_\_\_

**12) Souhlasíte s tím, že je v naší zemi interrupce legalizována?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**13) Myslíte si, že by každá žena měla mít právo svobodně se rozhodnout o tom, zda podstoupí interrupci?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**14) Zdůvodněte, prosím, svou odpověď v předchozí otázce:**

---

---

---

**15) Označte pro Vás opodstatněné důvody, kvůli kterým by těhotná žena mohla interrupci podstoupit: (možnost výběru více odpovědí)**

- a) Zdravotní stav ženy
- b) Věk ženy
- c) Znásilnění
- d) Sociální situace
- e) Pracovní důvody
- f) Tlak rodiny a partnera
- g) Zjištěné poškození plodu
- h) Podezření na poškození plodu
- i) Jiný důvod: \_\_\_\_\_

j) Neměla by interrupci podstoupit vůbec

**16) Co je dle vašeho názoru nadřazenější?**

- a) Právo ženy (právo matky rozhodnout o svém dítěti)
- b) Právo dítěte (právo dítěte žít)
- c) Individuální (případ od případu)

**17) Myslíte si, že se interrupce rovná vraždě?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**18) Považujete nenarozené dítě za lidskou bytost se všemi právy od okamžiku oplodnění?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**19) Myslíte, si že by mělo mít každé počaté dítě právo na narození?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**20) Souhlasil/a byste s interrupcí v případě, že by se mělo dítě narodit s vrozenou vadou či postižením?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**21) Rozhodla byste se v případě Vašeho nechtěného těhotenství pro interrupci?**

**(odpovídají pouze ženy)**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**22) V případě Vašeho nechtěného těhotenství by Vás rodina podpořila v tomto:**

**(odpovídají pouze ženy)**

- a) Těhotenství si ponechat
- b) Podstoupit interrupci
- c) Nechci odpovídat

**23) V případě, že byste s Vaší partnerkou nechtěně počali dítě, podpořil byste ji k tomu, aby interrupci podstoupila? (odpovídají pouze muži)**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**24) Jaké je vaše pohlaví?**

- a) Muž
- b) Žena

**25) Jaký obor studujete? (prosím, vypište)**

---

**26) Jste věřící?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**V případě, že máte k dotazníku či tématu nějaké nápady, prosím, vypište je zde:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Příloha B – Přehled odpovědí k dotazníkové položce č. 14**

*„Žena by se měla především chovat tak, aby interrupci nikdy podstoupit nemusela.“*

*„Každá žena by měla svobodně rozhodnout o své budoucnosti a budoucnosti dítěte. V případě že se o dítě z nějakého důvodu například nedokáže postarat, měla by mít možnost se rozhodnout, zda chce interrupci podstoupit.“*

*„Ne vždy je těhotenství plánované – finanční problémy, znásilnění.“*

*„Protože každý jedinec má právo rozhodnout o svém zdravotním stavu.“*

*„Každá žena má právo rozhodovat o svém těle a dejme tomu i potencionálním dítěti. Každopádně je to velmi subjektivní záležitost.“*

*„Žena může přijít do jiného stavu i nepříjemnými situacemi, např. znásilnění.“*

*„Svobodná volba rozhodnutí.“*

*„Pokud je žena například nezletilá, nebo byla třeba znásilněna a dítě si nechce ponechat, měla by mít možnost interrupce.“*

*„Ne vždy žena otěhotní s mužem, se kterým chtěla (znásilnění).“*

*Každý máme svobodu rozhodování, ale lehkomyšlně nechat někoho usmrtit mně nepřijde správně morální a etické.“*

*„Nemám vyloženě striktní názor, zda ano či ne, souvisí s tím mnoho dalších faktorů a okolností. Tato problematika se mi nejeví natolik banální, abych byla schopná říct ano/ne.“*

*„Je to právo každé ženy.“*

*„Existují případy, ve kterých si žena z nějakého důvodu opravdu nemůže dovolit mít dítě. Pak je lepší, aby podstoupila interrupci, než aby se celý život trápila ona, ale hlavně i "nechtěné" dítě.“*

*„Každá žena by měla mít právo se rozhodnout, to ona je nastávající matkou, nikdo jiný.“*

*„Člověk je zodpovědná bytost a měla by se podle toho chovat. Interiérové je zabití dítěte, embrya, člověka. Dokážu pochopit tuto cestu u znásilnění, ale většina případů není tohoto rázu.“*

*„Je to těžké, ale jsou situace, ve kterých by to mělo být umožněno (nemožnost postarat se o dítě, ztráta partnera, znásilnění, ...).“*

*„Každá žena má právo na to vybrat si antikoncepční metodu, která by nechtěnému těhotenství zabránila. Spíše bych dbala na prevenci, aby se toto nemuselo řešit. A aby se to také řešilo i jinak, aby v těchto případech měli ženy v těžké situaci i jinou volbu než potrat.“*

*„Pokud by se v počáteční fázi těhotenství zjistila závažná poškození plodu a situace rodičů by neumožňovala zabezpečení kvalitní, celoživotní speciální péči o dítě s takovým omezením/poškozením, tak svobodné rozhodnutí matky o interrupci považuji za adekvátní.“*

*„Nehody se občas stanou.“*

*„Každý není schopný vychovávat dítě, ať už ze zdravotní stránky nebo psychické.“*

*„Svoboda rozhodnutí o kvalitě života dítěte.“*

*„Každý by měl mít právo výběru.“*

*„Těžko říct.“*

*„Je to zákrok na jejím těle.“*

*„Každý má právo se svobodně rozhodnout.“*

*„Žena rozhoduje o svém těle. Pokud se rozhodne o potrat bez důvodu, když je znám otec, měl by potrat být odsouhlasen i jím.“*

*„Záleží na věku matky a její finanční situaci.“*

*„Moje tělo, moje pravidla.“*

*„Každý by měl mít ve všem svobodnou volbu.“*

*„Žena by měla mít právo rozhodovat o tom, co se bude dít s jejím tělem.“*

*„Svobodné rozhodnutí ženy (záleží na stáří plodu).“*

*„Žena by měla mít možnost rozhodnout se, co se svým tělem provede. Ona nese tu zátěž, plod, který vlastně ještě není skutečný život, tak proč upřednostňovat embryo, co nežije, před životem, co už existuje. Žena sama dokáže posoudit svou finanční a zdravotní situaci a než přivést dítě do bídných podmínek, svobodné rozhodnutí dá možnost například prvnímu dítěti vést slušný život.“*

*„Protože je to její život, její tělo, následky si potom nese sama.“*

*„Někdy je lepší jít na interrupci než dítě vychovávat ve špatných podmínkách (fet, mentální postižení rodičů atd.).“*

*„Každý člověk by měl být právo svobodně rozhodnout o svém těle. Je jedno jakým způsobem k otěhotnění došlo (není nutné, aby se jednalo o znásilnění). Vždy je to právě žena, jejíž tělo prochází všemi změnami, z nichž některé jsou již nenávratné a všemi riziky s těhotenstvím spojenými. To ona by měla rozhodnout, je-li ochotná toto podstoupit. Ideálně samozřejmě ještě před otěhotněním. Jenže to by lidé nesměli být lidé.“*

*„Žena sama musí posoudit, zdaje schopna dítě vychovávat.“*

*„Je to její tělo.“*

*„Právo na život (a s tím spojené hájení zákazu interrupcí) je sice moc hezká a v základu šlechetná věc, ale ne vždy může být např. dítě zdravé (kdy je možnost, že se o něj bude člověk po celý jeho zbytek života muset starat) anebo prostě okolnosti oplodnění ženy (viz znásilnění, které se nedá považovat jako za příjemný začátek těhotenství) anebo např. finanční okolnosti ženy/rodiny (Jakože je fakt lepší přivést dítě/děti do světa, kde ho sotva užívím? Ale tohle je spíš jen případ od případu no).“*

*„Kdyby žena neměla právo se svobodně rozhodnout, tak asi už nežijeme v demokracii.“*

*„Když ženu znásilní nějaký zmetek, se kterým otěhotní, tak proč by měla nosit toto dítě??“*

*„Interrupci považuji za vraždu člověka.“*

*„Je to tělo a psychika každé ženy, proto by se měla svobodně rozhodnout sama.“*

*„Nikdo neví, za jakých podmínek žena otěhotněla, či jaká je její životní situace. Mohla být znásilněn a toto dítě nechce. Nejsme sto let za opicemi a v dnešní společnosti by měla mít žena právo se rozhodnout, zda dítě bude zajištěno a milováno nebo zda těhotenství raději vzdá pro dobro všech a dítě nebude později třeba nějak deprivované.“*

*„Vrcholná demokracie, zabráni se navíc nelegálním praktikám.“*

*„Mít právo svobodně se rozhodovat má přeci každý.“*

*Každý pár by měl mít možnost rozhodnout, zda dítě chtějí nebo ne, ovšem měla by to být pouze mezní varianta, které by se měli snažit vyhnout pomocí účinné formy antikoncepce.“*



„Různé důvody.“

„Svým způsobem je to vražda, navíc to ohrožuje ženu samotnou a jsou i jiné varianty řešení.“

„Jsem křesťan a nepřísluší mi rozhodovat o smrti jiné živé bytosti.“

„Někdy žena zkrátka nechce mít děti, ví, že by se o dítě nedokázala postarat, nebo zkrátka není připravená. Existuje spousta důvodů, proč dítě nechce (m.j. zdravotní – ohrožení jejího života či života dítěte, postižení apod.). Pokud by se takové dítě mělo narodit i přesto, že jo matka nechce, je vysoce pravděpodobné, že by to pro oba bylo traumatizující a nešlo by si trvalé následky.“

„Věřím, že každá žena má právo se rozhodnout. Řekněme, že například žena, která byla sexuálně zneužita by poté otěhotněla – nikdo tuto ženu nemůže nutit, aby si dítě nechala, pokud by jí neustále mělo připomínat tento hrůzný zážitek, samozřejmě pokud by si dítě i přes to všechno nechtěla nechat.“

„Tuto odpověď jsem zvolila kvůli tomu, protože se domnívám, že jsou situace, ve kterých nepřipadá v úvahu, aby žena měla děti – například po znásilnění a následném těhotenství, z finančních důvodů.“

„Právě matka je tou, kdo se o dítě až do dospělosti bude starat a bude na něj mít největší vliv. Když dítě z libovolného důvodu nechce, tak prostě nechce a potrat je v tom případě lepší než děti v dětských domovech, mrtví novorozenci nebo děti týrané a zanedbávané.“

„Svobodné nakládání s tělem a životem.“

„Svoboda je nejvyšší hodnota ze všech.“

„Je to jej tielo, jej zdravie, zároveň by sa ktomu mal mať možnosť vyjadriť aj jej partner, pokiaľ existuje.“

„Žena by sa mala sama rozhodnúť, či dieťa chce alebo nie.“

„Žena môže mať veľmi špecifické dôvody (znásilnění, ...).“

„Není to její život, ale život dítěte.“

„Každá žena má právo se rozhodnout, zda se stane matkou.“

*„Protože žena je ta, která dítě odnese, porodí a stará se o něj. Pokud není v příznivé životní situaci, nebo by dítě mohlo být postižené. Má právo se rozhodnout, jestli v těhotenství pokračovat.“*

*„Pouze tato žena bude dítě vychovávat, a proto musí mít možnost se sama rozhodnout. Protože když by si dítě nechala a neměla by dobré sociální zázemí a nebyla ani finančně zajištěna, dítěti by nemohla dát maximum.“*

*„Eliminuje to potraty načerno, které jsou podle mě velmi nebezpečné.“*

*„Tělo ženy – pravidla ženy. Té dítě nejvíce ovlivní život.“*

*„Lidský život je cenný a nemyslím si, že emocionálně rozkolísaná žena by o tom měla sama rozhodovat.“*

*„Dle mého názoru je to ženino rozhodnutí a pokud otěhotní "omylem" nebo po znásilnění a není připraveno na to vychovávat dítě.“*

*„Je tím ovlivněn její život, měl by ale právo mít i otec.“*

*„Ne každý zvládne péči o například postižené dítě.“*

*„Znásilnění, nemocné dítě, ohrožení vlastního života.“*

*„Žijeme v demokratickém státě.“*

*„Je to její tělo. Dítě bude rodit hlavně ona. Sice by si měla promluvit s partnerem a tuto otázku vyřešit společně, ale někdy to nejde. Takže ano, každá žena by si měla vybrat, zdali bude matkou či nikoliv, aby nám děti nekončily mrtvé v kontejnerech, nebo zanechány v dětských domovech.“*

*„Nevidím důvod, proč by žena měla být omezována v právu na rozhodnutí, jestli chce mít dítě, nebo ne.“*

*„V případě těžce nevléčitelně nemocného dítěte bych asi osobně na interrupci šla.“*

*„Člověk je tvor svobodný.“*

*„Ano, každá žena by měla mít možnost se svobodně rozhodnout, s čímž ale souvisí i to, že ponese následky.“*

*„Rozhodnutí každé ženy/každého páru.“*

*„Svoboda základních lidských práv a svobod.“*

*„Je to pro mne velice sporné. Nesouhlasím s tím, ale beru ohled na problematiku znásilnění.“*

*„Vnímám interrupci jako zabití dítěte, přikláním se raději k následnému odevzdání dítěte do adoptivní péče.“*

*„Dítě je starost na podstatnou část života, pokud na něj není žena připravená (materiálně, zázemí, opora v rodině, mentálně) a nebude schopná se o něj postarat (oblečení, hračky, dát mu lásku) nebo ví, že se dítě narodí nemocné.“*

*„Je to její tělo, takže má plné právo o něm rozhodovat.“*

*„Narození dítěte silně ovlivňuje život ženy, myslím si, že má právo rozhodnout, zda je na to připravena. Zároveň ani dětem nesvědčí, když se narodí do rodiny, kdy si je rodiče nepřáli.“*

*„Myslím si, že například žena, která byla znásilněna, by určitě měla mít možnost jít na potrat. Na druhou stranu žena, která se při styku nechrání a opakovaně chodí na potraty, by volbu mít neměla a budoucí dítě by mohla dát k adopci, kde by udělala radost nějakému páru, co dítě mít nemůže.“*

*„Každá žena by měla mít právo o svojom těle rozhodnúť sama. K tehotenstvu môže dôjsť aj nechceně, tehotenstvo môže niesť veľa rizík a tiež už teraz sa dá s vysokou presnosťou predpovedať ťažké zdravotné postihnutie dieťaťa a privšetkých týchto veciach by žena mala rozhodovať sama za seba a svoje telo a nemať by za ňu rozhodovať zákon.“*

*„Myslím si, že tato otázka je velmi diskutabilní a není jednoduché na ni odpovědět, neb jde o otázku svědomí. Nicméně myslím si, že v některých případech je lepší se rozhodnout pro interrupci, než aby se dítě narodilo do absolutně nepodnětného, sociálně zanedbaného prostředí, či bylo matkou/otcem vraném věku usmrceno.“*

*„Rodičovství je právem a mělo by nastat po zralé a racionální úvaze, i těhotenství samo o sobě se musí dobře zvážit z hlediska zdravotního morálního i ekonomického a sociálního.“*

*„Rozhodně si myslím, že je to pouze na ženě, zda chce být matkou nebo ne. Raději potrat než děti v kontejnerech a podobně. Děti, které nemají domov je hodně a pokud žena není připravena na to, aby dítě vychovala neměla by ho mít...v době potratu se jedná pouze o plod nikoliv o "živého" člověka.“*

*„Jedná se o tělo ženy, do její tělesné integrity nesmí být jakkoliv zasahováno někým jiným.“*

*„Mít dítě je obrovská životní změna, která pokud je nedobrovolná může způsobit nenávisť matky k dítěti (viděla jsem na vlastní oči), psychické problémy, potíže s nalezením zaměstnání (a tím i užití dítěte).“*

*„Jsme svobodná země.“*

*„Jelikož je to život dané ženy.“*

*„Ne každá žena je v situaci, kdy se o dítě dokáže postarat. Zároveň bych ale tuto možnost podmínila nějakou konzultací s psychologem nebo sociálním pracovníkem, aby žena před rozhodnutím znala všechny svoje možnosti a případné následky a mohla se tak lépe rozhodnout.“*

*„Je to tělo ženy, ona by se měla rozhodnout, zda chce těhotenství podstoupit, zejména pokud partner/otec dítěte zapojen být nechce.“*

*„Těhotenství i období poté jsou závislé prakticky pouze na ženě. A zejména pokud se jedná o otěhotnění, které je výsledkem násilného aktu proti vůli ženy, ta by se měla moci svobodně rozhodnout, co chce dělat.“*

*„Je těžké to takhle bagatelizovat, ale myslím třeba na případy znásilnění, rizikové těhotenství, ale i ekonomické důvody nebo psychickou nepřipravenost atd.“*

*Je to právo ženy, zda si dítě nechá či nikoliv. Lepší podstoupit interrupci, než porodit dítě, o které se nebude starat.“*

*„Každá je sporné. Řekla bych, že každá žena, co je schopná zdravě uvažovat a plně si uvědomovat, co chce učinit. Dle mě komise posuzující akutnost smysl má (jakože znásilněné by to právo mít určitě měly), ale na druhou stranu je asi lepší, když žena dítě nemá, než by skončilo v systémech dětských domovů a podobně. Ale neexistuje morální řešení, takže vždy to bude na úkor něčeho. Jen filosoficky přemýšlím nad tím, že by bylo pro mě (nemyslím to globálně) lepší se i nenarodit, než pak být bez rodiny.“*

*„Jedná se o tělo a život ženy, ona sama si musí být jistá, že chce dítě přivést do světa a že se o něj bude umět postarat.“*

*„Právo by na to měla mít každá, ale nejsem zastánce toho, že je to legalizované. Přece jenom peníze, které se za daný zákrok berou, můžou některé ženy odradit. Spíš by se to mělo zdrazit.“*

*„Vlastní tělo, rizika spojená s těhotenstvím a porodem, celoživotní závazek.“*

*„Your body, your choice.“*

*„Lehkovážné uvažování často pod nátlakem partnera, sobeckosti nebo společnosti vedou k interrupcím, které nebyly vůbec potřeba a ženě v konečném důsledku psychicky i fyzicky ohrožuje zdraví.“*

*„Nejvíce to ovlivňuje život ženy a ta má mít právo o něm rozhodnout.“*

*„Myslím si, že vzít život dítěti není na rozhodnutí matky, dítě má právo na život, ale chápu, že někdy je to těžké a není možné dítě vychovávat anebo je to dítě po znásilnění.“*

*„Když žena z jakéhokoli důvodu dítě mít nechce (ať už se jedná třeba o těhotenství po znásilnění, nízký věk nebo finanční důvody), je lepší, když jí zákrok provede legálně odborník, než někdo načerno – tím, že se zakážou potraty, se potraty nepřestanou provádět, začnou je pouze provádět lidé za účelem zisku, budou toho zneužívat a po zdravotní stránce by takové zákroky třeba od nekvalifikovaných lidí mohli být nebezpečné.“*

*„Stále je to její tělo.“*

*„Volbu rozhodovat o ženském těle má mít jen žena sama, ne kdokoliv jiný z křesla institucí.“*

*„Pokud dítě žena nechce, nebude milováno a ona se rozhodne, že raději půjde na interrupci, je to její svobodná volba a pokud sama zváží pro a proti, neměl by jí v tom nikdo stát v cestě.“*

*„Jedná se o tělo ženy a ona má právo o něm rozhodovat, nikdo jiný za ni rozhodovat nemůže.“*

*„Každá žena by se měla rozhodnout sama za sebe. Co takové holky, které bohužel někdo znásilní.“*

*„Žena je ta, která prochází změnami, ona musí 9 měsíců dítě nosit, ona bude rodit a ji samotnou může porod ohrozit na životě případně psychicky (nechtěné dítě, poporodní deprese).“*

*„Každý má své důvody a my nevíme, za jakých podmínek k početí došlo, co má žena za sebou a jestli by se s tím vůbec dokázala psychicky vyrovnat.“*

*„Pokud se žena rozhodne ze zdravotních důvodů, určitě by měla mít právo na UUT, ne každý se dokáže plnohodnotně starat o dítě, i mimino pozná, že je nechtěné, nemilované, pokud se dostane do ústavu, bude stigmatizované. Pokud se narodí postižené a nechtěné, klesá šance na adopci a kvalita života. Pokud vaše matka má celoživotní problém s vaším narozením, podepíše se to na sebevědomí, štěstí i budoucích vztazích dítěte. V obou případech trpí nevinné dítě, akorát po narození o tom určitě ví.“*

*„Jsou důvody, kdy potrat je odůvodněný z mého pohledu (věk, onemocnění, znásilnění) a žena má právo se rozhodnout.“*

*„Každá žena by měla mít právo na rozhodnutí, zda se chce stát matkou. Legální interrupce podle mého názoru pomáhá snížit počet odložených novorozenců – myšleno odložených bez pomoci. I přes existenci babyboxů a možnosti udělení souhlasu s adopcí mohou ženy, které porodí nechtěné dítě kvůli psychickému stavu dítěti ublížit, nebo ho ponechat bez potřebné péče.“*

*„Je lepší podstoupit interrupci než mít nechtěné dítě.“*

*„Je to tělo ženy, nevím, proč by o tom měli rozhodovat politici.“*

*„Je to její vlastní rozhodnutí, jestli mít teď dítě. Nikdo kromě té ženy by za ní neměl rozhodovat.“*

*„Dle mého názoru by měla žena mít možnost rozhodovat o svém těle a státní aparát by jí v tom neměl bránit.“*

*„Základní lidské právo v souladu s právními předpisy.“*

*„Například ak je to po znásilnení alebo riziko ohrozenia života.“*

*„Nechtěné těhotenství má podle mě negativní dopad na vývoj plodu a pozdější vývoj dítěte. Dále okolnosti početí dítěte mohou být pro ženu frustrující (oběť znásilnění, drogová závislost rodičů atd.), což se opět může negativně přenést na dítě.“*

*„Každá žena by měla mít právo na to se rozhodnout, jak naloží se svým tělem. Pokud ví, že pro dítě nemá zázemí a nemůže se o něj postarat, je dle mého lepší interrupce, než odložení dítěte do dětského/kojeneckého ústavu, které jsou přeplněné dětmi. Dalším důvodem, proč souhlasím, je i to, že pokud je žena znásilněna a otěhotní, má právo se rozhodnout, jestli si dítě nechá nebo ne.“*

*„Jelikož nevíme, proč si volí důvod interrupce.“*

*„Je to tělo ženy, ovšem jen do určitého týdne těhotenství.“*

*„Nemyslím si, že je to rozhodnutí pouze ženy, myslím si, že i muž má právo rozhodovat. Často se ale ženy ani neptají, nebo otec neví, že žena dítě čeká.“*

*„Každá žena na světě by měla mít právo rozhodovat o svém těle sama.“*

*„Je to její tělo a její život.“*

*„Je to její tělo a záleží na ní, jestli dítě chce, anebo ne.“*

*„Jedná se o její zdraví a její dítě.“*

*„Myslím si, že dnes, kdy už žijeme ve "svobodné" době, by měla každá žena mít právo této volby. Např. pokud otěhotněla při znásilnění, nebo by těhotenství neslo riziko ohrožení jejího zdravotního stavu, popř. stavu dítěte.“*

*„V případech znásilnění.“*

*„Těhotenství a následně mateřství ženě navždy změní život – měla by mít právo se rozhodnout, jestli o takovou změnu stojí.“*

*„Přijde mi absolutně nesmyslné to v dnešní době zakazovat. V případě zákazu si ženy najdou způsob, jak interrupci podstoupit ilegálně. Věřím, že interrupci předchází nějaké rozhodování, přemýšlení, rozhovor s lékařem. Nevidím důvod, proč ji zakazovat.“*

*„Souhlasím s takovým výkonem, pokud indikace k němu jsou bezprostřední ohrožení života plodu nebo matky nebo velmi závažné zdravotní důsledky pro matku, pokud jsou u dítěte zjištěny chromozomální aberace, těžké malformace anebo jiné těžké defekty.“*

*„Každá žena by dle mého měla mít možnost se rozhodnout o všech částech jejího těla.“*

*„Protože to ovlivní její další život.“*

*Žena by měla rozhodnout, jestli dítě odnese zejména v situacích jako je těhotenství po znásilnění, zjištění vývojových vad u plodu atd.“*

*„Osobně jsem momentálně toho názoru, že bych na potrat nikdy nešla, ale dítě je závazek na celý život a je to zodpovědnost pouze a jen rodičů (popř. matky), takže by měli mít možnost o svém životě rozhodnout. V dalším případě, kdy k otěhotnění mohlo dojít násilně, by si matka (která, tak ponese psychické problémy do konce života) mohla nevědomě svalovat vinu na dítě a oba by žily nešťastným životem, často s nešťastným koncem. A navíc, děti bez domova je už teď více než dost i s povolenou interrupcí.“*

*„Máme 21. století. Ženy se mají rozhodovat samy, ať už je to, že si plod/dítě nechá, nebo půjde na interrupci. Je tam samozřejmě více etických dilemat, ale tohle ve zkratce.“*

*„Prohibice neznamená, že se potraty nebudou provádět. Každá žena by měla mít právo na bezpečný potrat, pro který se rozhodne po zvážení všech rizik.“*

*„Myslím, že každé počaté dítě už dítětem je. Má právo na život.“*

*„Považuji tuto problematiku za citlivé téma a myslím, že každý případ vyžaduje individuální přístup a posouzení.“*

*„V životě jsou situace, kdy je pro ženu interrupce lepší řešení.“*

*„Můžou být situace, kdy žena otěhotní nežádoucím způsobem. Například po znásilnění a je logické, že žena by o toto dítě nestála. Dále si myslím, že pokud je těhotenství nechtěné, tak je lepší, než aby pak tyto děti skončily někde v dětském domově nebo mrtvé v popelnici, když žena podstoupí interrupci.“*

*„Je to její tělo, tak právě ona by měla rozhodovat, jak s ním bude zacházet.“*

*„Žena život dítěte počala a do 12. týdne by měla mít přirozeně právo jej i ukončit.“*

*„Nerozhoduje jen o svém životě, ale i o životě někoho jiného, byť je spojen s jejím tělem.“*

*„Každý by si měl uvědomit, že každé těhotenství je pro ženu i v dnešní době obrovské riziko. Pokud se stane, že žena otěhotní a ví, že pro dítě nemůže zajistit vhodné zázemí a dát mu dostatek lásky, tak proč takové dítě přivádět na svět? Na planetu, která má víc než 7 miliard obyvatel.“*

*„Proč přivést na svět dítě, které se jednou bude muset horko těžko vyrovnat s myšlenkou, že ho vlastní matka nechtěla? A to nemluvím o potratech, které následují např. po znásilnění. Tam mi zákaz přijde zvrácený!“*

*„Myslím, že pokud se žena rozhodne pro interrupci, má k tomu vážný důvod. Pokud žena dítě opravdu nechce, měla by mít právo se rozhodnout.“*

*„Pro interrupci už jen vzhledem k dítěti, které by se narodilo nechtěné a situace, které by mohly nastat – matka by ho dala do babyboxu, nestarala by se o něj, skončilo by v dětském domově apod.“*

*„Dle mého názoru, je rozhodnutí jít/nejít na interrupci vždy pouze rozhodnutím ženy. Je třeba zvýšit povědomí o tom, že to není tak banální zákrok, aby nedocházelo ke zneužívání případně nadužívání, nedej bože využívání interrupce jako antikoncepce.“*

*„Souvisí to s lidskými právy. Každý jedinec má právo rozhodovat se svobodně o svém těle.“*

*„Každá žena má právo rozhodovat o svém těle a životě a nikdy nevíme, čím si daná žena prošla.“*



*„Myslím si, že v případě, že je žena oplodněna nechtěně (znásilnění apod.) Měla by mít právo se rozhodnout, zda-li si dítě ponechá nebo ne.“*

*„Každá žena má právo mat' kontrolu nad svým telom a rozhodovat' o sebe. Je to jej život, jej rozhodnutie, jej budúcnosť.“*

*„Každý má právo volby a je to osobné rozhodnutie každej ženy, ktoré má byť a musí byť rešpektované.“*

*„V prípade znásilnění a následného otěhotnění, nebo otěhotnění se člověkem, se kterým nechci čekat dítě, dále pak v případě vysokého rizika handicapovaného dítěte.“*

*„Zákaz ničemu nepomůže. Budou probíhat jen skrytě a nebezpečně. Je to kruté, ale je ještě krutější, když se dítě narodí matce, která ho nechce/nemá jak se o něj postarat, je ve finanční nouzi, tzn. nechce, aby dítě vyrůstalo ve finanční tísní; ví, že by se dítě narodilo vážně nemocné; v případě znásilnění.“*

*„Pokud je žena znásilněna, má právo dát dítě pryč, pokud by to bylo zakázáno, nebyla by jí tato možnost poskytnuta.“*

*„Obecně jsem proti interrupcím, jsem toho názoru, že vždy je možné nalézt řešení (mimo jisté případy, například znásilnění, zdravotní rizika ženy, viz dále). Na druhou stranu kriminalizace interrupcí nic nevyřeší, akorát se zvýší procento žen využívající potratovou turistiku. Interrupce je podle mě vždy tím nejhorším možným řešením, ale pokud jde ruku v ruce s vědomím a svědomím dané ženy (a samozřejmě také otce), budiž.“*

*„Považuji to za základní právo každé ženy.“*

*„Nikdo jiný to za ženu rozhodnout nemůže, nikdo si nedokáže představit, co ta žena zažívá a proč se pro interrupci rozhodla.“*

*„S potratem nesouhlasím, ale pokud je žena v podmínkách, kdy nemůže dítě vychovat a nechce, aby se o ně staral cizí člověk, měla by mít možnost plod v počátku potratit.“*

*„Složitá otázka. Já mám jasný svůj názor, ale bojím se důsledků, pokud by potrat legální nebyl.“*

*„Nemám zatím přesně definovanou hranici, kdy považuji potrat za přípustný.“*

*„Žádná žena by neměla být k potratu nucena, zároveň není možné dívat se na interrupci jako na "variantu" – i počatý život má hodnotu.“*

*„Každý by měl mít právo o sobě rozhodovat.“*

*„Mít dítě je hodně velká zodpovědnost a břímě. Pokud někdo nechce nebo není toto břímě unést, měl by mít právo o tom rozhodnout sám pouze člověk, který je schopen donosit jiný život, má právo rozhodnout o tom svém i nově vznikajícím.“*

*„Protože je to věc svobodné vůle.“*

*„Jedná se o svobodné rozhodnutí ženy, zda chce těhotenství podstoupit a stát se matkou.“*

*„Jde o zabítí "člověka". Nevím, zda má žena právo o tomto zabítí rozhodovat.“*

*„Záleží na okolnostech, jestli je dítě zdravé, zda netrpí určitou genetickou poruchou.“*

*„Pokud se dotyčná necítí být připravena na to být rodičem, nebo nikdy rodinu neplánuje, není důvod ji do toho nutit. Každý má právo rozhodovat, jak naloží se svým tělem.“*

*„Žena nebo dívka by měla mít právo rozhodovat o tom, zda se její dítě narodí do zabezpečené rodiny. Rodič by měl být připraven stát se rodičem. Žena nebo dívka by měla mít právo ukončit těhotenství, které bylo způsobeno znásilněním.“*

*„Myslím, že pokud žena dítě nechce je to pro něj lepší, než aby se narodilo nějaké tyrance. V případech znásilnění by určitě žena měla mít možnost podstoupit interrupci.“*

*„Existují situace, kdy by ženy měly mít právo se rozhodnout, bohužel je tato možnost často zbytečně nadužívána.“*

*„Myslím, že nikdo jiný, než žena sama nemá právo určit, zda je schopná se postarat o dítě.“*

*„Lidi jsou blbí, nedala bych si od některých žen ani nechat vypsát formulář, jak tedy můžou rozhodnout o osudu jiné lidské bytosti?“*

*„Domnívám se že do míry stanovené zákonem (12. týdnů) se nejedná o člověka, ale pouze o plod, a tím pádem je na svobodném rozhodnutí ženy, co udělá se svým tělem.“*

*„Interrupce by měla být až to nejkrajnější řešení (znásilnění, nemoc nebo ohrožení života matky, ...).“*

*Sama se léčím s neplodností, proto je pro mě dobrovolné rozhodnutí nemít (zabít) dítě nepředstavitelné!“*

*„Kdo jsem já, abych kázal ostatním o jejich životě a jejich rozhodnutí. Je lepší vysát plod než pohodit dítě do popelnice.“*

*„Každá žena musí zvážit své možnosti a měla by na to mít právo.“*

*„Nevidím důvod, proč by se to mělo zakazovat, plošně to každá země nezakáže, a pokud by náhodou ano, stejně by to donutilo hledat ženy jinou cestu, jak interrupci podstoupit, a to třeba i v nesterilních a ne na dobře nezařízených místech.“*

*„Demokracie.“*

*„Mnohdy jsou opravdu situace (znásilnění, zneužívání, týrání partnerem či natolik bídné finanční či sociální podmínky), že potrat je pochopitelný, jsem zastávce v tomto směru, ale myslím, že problémem dnešní doby je to množství interrupci jen z důvodu "pohodlí či kariéry".“*

*„Jde o ženino tělo, musí o něm rozhodovat ona.“*

*„Je to její tělo, tak si s ním může dělat, co chce.“*

*„Žena by měla mít právo o svém těle rozhodovat.“*

*„Nedokážu odpovědět jednoznačně. Myslím, že by ženy neměly být do potratu nikým tlačeny, a tedy se moci svobodně rozhodnout pro život dítěte. Zároveň v některých těžkých případech chápu, že nejsou schopny situaci unést a rozhodnou se pro potrat. Takže ano, měly by mít možnost se svobodně rozhodnout, na druhou stranu svoboda jejich by neměla omezovat svobodu a právo na život jejich ještě nenarozeného dítěte.“*

*„Každý má právo rozhodovat o tom, co se děje s jeho tělem.“*

*„Těhotenství představuje pro ženu obrovský zásah. Takže by měla mít možnost rozhodnout se, pokud těhotenství nechce podstoupit (třeba pokud je dítě postižené, žena byla znásilněna apod.)“*

*„Ano i Ne u těch, které nemyslí na následky a otěhotní, je pak těžké jim dělat několikrát interrupci jen proto, že jsou hloupé. Ale zase kdyby se nemohly podílet na rozhodnutí a došlo by třeba ke znásilnění ženy, která by následně otěhotněla a musela by si dítě nechat, by taky nebylo moc dobré, bylo by zde riziko psychické újmy matky (z důvodu stále připomínajícího znásilnění) a psychické nebo i fyzické týrání dítěte.“*

*„Každý člověk (muž i žena) by měli mít možnost rozhodnout se o vlastní potomstvu. Když je dítě zplodeno, měla by žena i muž se dohodnout, jestli ho chtějí či nikoliv. Pokud ho oba nechtějí*

*OK. Pokud ho muž nechce, mohu rozvázat svůj vztah a žena být s dítětem sama. Problém je, pokud ho chce muž a žena nikoliv, jelikož ho musí porodit, toto je pak problém. “*

*„Když se interrupce u nás zakáže, bude se dělat potají nebezpečnými způsoby a ženy budou jezdit do jiných zemí. Já sama bych na interrupci nikdy nešla, ale respektuji, že některé ženy chtějí svoje dítě zabít ještě v zárodku. Myslím, že v současné době jsou větší problémy na světě. “*

*„Přijde mi horší utýrat nebo zabít citící a myslící zvíře, než když jde nějaká žena na potrat nevyvinutého a nevnímavého plodu, ale to taky nikdo neřeší a je to plně legální. “*

*„Potraty se mi nelíbí, nicméně je to lepší, než pak nelegálně prováděné interrupce ve vysokém týdnu těhotenství či mrtví novorozenci v kontejnerech nebo trpící nechtěné dítě. “*

*„Tak ako má dieťa právo na život, aj žena má právo na život. Prečo by nemohla podstúpiť interrupciu, ak ju to ohrozuje na živote. A ďalšia ťažká otázka je, či nechať žiť dieťa, ktoré by celý život bolo pripútané naložku a nevnímalo vôbec okolie. “*

*„Pokud si žena není jistá, že se o své dítě dokáže postarat, měla by mít právo rozhodnout se, zda si ho chce ponechat či ne. Svobodné rozhodnutí by to měl být proto, že nikdo jiný nemá právo rozhodovat o tom, co se s jejím "tělem" stane. “*

*„Každý může rozhodovat o svém těle, málo kdo chce vychovávat dítě například po znásilnění. “*

*„Znásilnění a těhotenství mladistvých s otěhotněním – nikdo nemůže chtít po třináctileté dívce, aby celý život vychovávala toto dítě, žena je většinou ta, která zůstane na výchovu – pokud nemá prostředky, měla by mít možnost se svobodně rozhodnout. “*

*„Každá žena by si měla o svém těle a zdravotním stavu sama rozhodovat a jistě má své důvody. “*

*„Je to na ženě a jejím partnerovi, aby se rozhodli, zda jsou schopni dítě vychovávat a zajistit mu domov. “*

*„Je to každého rozhodnutí. “*

*„Jako se každý rozhoduje svobodně, jestli chce dítě, každý by se měl mít možnost svobodně rozhodnout, že dítě nechce. Plus případy znásilnění. “*

*„Je to její dítě a sama dobře ví, jestli by to v současné situaci zvládla. “*

*„Nikdo nemůžeme nikdy pochopit každý případ a situaci. Vše je individuální a sama si dokážu představit situaci, kdy bych mohla chtít potrat. “*

*„Některé těhotenství může být životu ohrožující, žena může vědět o tom, že její dítě bude mít chronickou a smrtelnou nemoc, a tudíž si zvolí ho netrápit, také je možné, že žena přišla k dítěti znásilněním a z důvodu etiky je pro mě normální, aby se rozhodla, zda-li takové dítě chce.“*

*„Myslím si, že kdyby tohle právo neměla, bylo by to omezování její svobody.“*

*„Podle mě by interrupce měla být povolena jen ve výjimečných případech (znásilnění, zdraví matky atd.). Pokud se ženy budou moci spoléhat na interrupci jako záchranou síť, nebudou si příliš uvědomovat následky sexu, to hlavně dospívající a vznikají další problémy nejen nechtěná těhotenství, ale i přenosné nemoci. Každopádně nejdůležitější je osvěta, a komunikace o této problematice. Pokud budou mladé ženy dostatečně informovány, nebude ani tolik potřeba potraty řešit, protože nebude poptávka.“*

*„Protože je to základním lidským právem každé ženy rozhodnout se, co se má stát s jejím tělem a s jejím dítětem.“*

*„Pokud žena nechce dítě, měla by mít právo se svobodně rozhodnout. V případě nechtěného těhotenství, znásilnění nebo v tíživé životní situaci to pro ženu může být správné rozhodnutí.“*

*„Interrupci beru jako zbavení člověka možnosti na život. I když je to v začátku jen shluk buněk, je to potencionální život a nesouhlasím s tím, aby bylo tomuto životu zabráněno vyrůst. Výjimka je ohrožení života matky.“*

*„Pokud by žena nemohla podstoupit svobodně interrupci, myslím, že by bylo více nechtěných dětí – odložených, utajených porodů aj.“*

*„Jde o tělo ženy a její volbu.“*

*„Jsou situace, kdy je lepší interrupci podstoupit, ať už zdravotní, finanční, žena mohla být znásilněna apod. Lepší, než když dítě po porodu vyhodí do popelnice/zabije apod., popřípadě se o něj vůbec nezajímají a nestarají.“*

*„Ne vždy je pro matku snesitelné mít dítě, ale nemyslím si, že byly interrupce nezbytné v různých případech.“*

*„I když se zabije někdy zdravé dítě, případně zdravotní riziko a její život je odpovědná ona.“*

*„Každá žena má nárok na rozhodování o svém životě a o svém těle.“*

*„Pokud není na dítě připravena (ať už emočně či materiálně), neměla by být státem nucena dítě odnosit a porodit. Je to její tělo, takže její rozhodnutí. A už vůbec by k tomu neměla být nucena zákonem v krajních případech (např. znásilnění).“*

*„Je to její tělo, její život, její rozhodnutí.“*

*„Ano, žena má právo o interrupci rozhodnout. V případě, že si dítě nechá a moc dobře ví, že nemá finanční zázemí nebo kterékoli jiné zázemí na to, se o dítě postarat, tak proč ji nutit si dítě nechat.“*

*„Nerozhoduje za sebe, ale i za nový život.“*

*„Je to žena, která nosí dítě a postupuje rizika. Je to její tělo, měla by rozhodovat sama.“*

*„Nechtěné těhotenství dokáže zničit život více lidí než smrt nenarozeného dítěte.“*

*„Ne každá žena otěhotní dobrovolně (myšleno např. znásilnění, sexuální zneužívání) a měla by mít právo se sama rozhodnout. Také ženy, které cítí, že ještě nejsou připraveny na těhotenství, by měly mít právo na interrupci jít.“*

*„Rozhodování o vlastním těle.“*

*„Jelikož se jedná o její tělo, její zdraví a její svobodné právo volby.“*

*„Žena by měla mít právo rozhodnout, zda si dítě ponechá či ne. Pokud byla žena znásilněna a otěhotněla, je zcela přirozené, že si dítě nechá vzít.“*

*„Myslím si, že jsme demokratická země a nikdo nemá právo zakázat ženám, jak se mají rozhodovat o svém těle.“*

*„Interrupci chápu v případě zdravotních potíží, nebo např. v případě nechtěného těhotenství při znásilnění.“*

*„Nemám na toto téma nějaký vyhraněný názor. Jsou situace, kdy je pro ženu opravdu obtížné si to dítě nechat z jakéhokoli důvodu.“*

*„Její dítě, její tělo, její věc.“*

*„Je to tělo oné ženy, a tudíž se o něm může rozhodovat. Samozřejmě pouze do konce prvního trimestru. Měla by to ale také s konzultovat s otcem dítěte.“*

*„Každého věc, co má dělat s vlastním životem a se svým tělem.“*

„21. století.“

„Zde bych respektoval autonomii vůle jednotlivce. Je to její svobodné rozhodnutí a nemělo by být přikázáno, za jakých okolností může a nesmí interrupci provést.“

„Ohledně početí rozhoduje primárně žena sama, proto by jí neměla být odebrána možnost odebrání embrya. Dále u obětí sexuálního napadení se jedná z psychického hlediska o samozřejmou věc.“

„Žena bude těhotná se všemi riziky, ale hlavně přivést na svět dítě, o které již dopředu nemá zájem a které by šlo do ústavu, které už praskají ve švech, mi přijde horší než samotná interrupce.“

„Je to volba každé ženy. Zprvu je nutné používat antikoncepční prostředky. Pokud už však k těhotenství dojde je lepší dítě nemít, než ho porodit do nefungující rodiny apod. Některé ženy se nemusí cítit připravené.“

„Právo každé ženy ve svobodném státě by mělo být samostatně se rozhodnout, zda chce mít dítě nebo ne. Je to přívětivější, než aby děti končily v dětských domovech nebo dokonce hůř.“

„Úplně s interrupcí nesouhlasím, ale nechtěné a psychicky deprimované nebo i týrané děti nejsou nic hezkého.“

„Protože každá žena by měla mít právo rozhodovat o tom, co se v jejím těle děje.“

„Žijeme v slobodnej krajine, preto aj v tejto otazke by mal mat jedinec právo sa slobodne rozhodnut.“

„Dítě je Boží dar. Ne každému je dána možnost mít dítě. Pokud je nějaká žena těhotná, měla by být vděčná za to, že může mít dítě. V Desateru v Bibli je napsáno nezabiješ, a to se vztahuje i na nenarozené dítě, jedno v kterém týdnu těhotenství.“

„Považuji to za vraždu dítěte.“

„Umím si představit situace, kdy je to nejlepší řešení.“

„Dítě je veliký zásah do života ženy, a tak by měla mít právo si o tomto rozhodnout sama.“

„Občas je pro dítě nejlepší, když se nenarodí. Obětovat život pro jiný život po lidech chtít nemůžeme.“

*„Žena v případě potratu nerozhoduje za sebe, ale za další lidskou bytost. Pokud tedy měla možnost zvolit si, zda bude mít pohlavní styk, měla by přijmout zodpovědnost za "následek". Jiná situace je samozřejmě v případě, že byla žena znásilněna – v takovém případě by jí měly být poskytnuty co nejlepší informace a pomoc, aby se mohla sama rozhodnout, a po případně si i reálně zvolit potrat. (Ale úplně nejlepší by bylo bojovat za to, aby ženy nebyly znásilňovány.)“*

*„Protože ilegalizace neřeší problém, důležitější je osvěta. Každá žena by měla mít právo se svobodně rozhodnout (v začátku těhotenství).“*

*„Těhotenství a dítě ženě změní život a o takové změně by měla mít právo rozhodovat.“*

*„Měla by na to mít právo, to je pravda, jenomže záleží od situace, teď se všechny potraty hází do jednoho pytle. Dítě může být zdravé, nemocné, nechtěné, zbavíme se odpovědnosti, jako když bolí zub a vytrhne se.“*

*„Každá žena by měla mít právo rozhodnout o svém těle.“*

*„Myslím si, že v určitých případech je interrupce lepším řešením (např. těhotenství po násilném styku, odhalená vada plodu, těhotenství ohrožující zdraví či život matky). Všeobecně věřím, že každá žena, která interrupci podstoupí, má pro to vážné důvody a nedělá to jen tak z rozmaru.“*

*„Svoboda rozhodování sama o sobě – plod je součástí těla ženy ne zrovna krátkou dobu a má na ni vliv.“*

*„Ženě by neměla být odebrána možnost svobodné volby, může se jednat o potraty po nechtěném styku atd. Ze zoufalosti může často tyto potraty podstupovat doma, v zahraničí a vystavovat se tak větším rizikům.“*

*„Člověk má mít právo rozhodovat o svém těle.“*

*„Dokud je plod uvnitř matky, je součástí jejího těla a s tím může zacházet jakkoliv, dle jejího uvážení.“*

*„Nikdo nemá právo vnucovat druhým své postoje a názory.“*

*„Každá žena by měla o svém životě rozhodovat sama. Pokud dítě z jakéhokoliv vážnějšího důvodu nechce/nemůže přivést na svět, nevidím důvod jí v tom bránit.“*

*„Nikdo nemůže ženu nutit, aby šla na interrupci.“*



*„Je to věc každé ženy. Žena muže otěhotnět i proti své vůli při znásilnění. Bylo by hrozné, kdyby taková žena nemohla na potrat.“*

*„Nemít na výběr (zákaz potratů) dělá z žen věci neschopné rozhodovat se o vlastním životě a svém vlastním těle, každá žena zohlední i názor otce, ale její názor právě v tomto hraje největší roli – její tělo a psychika budou vystaveny neskutečné zátěži během těhotenství, porodu a po něm. Zakazovat potraty (zákony) nebo k nim ženy nutit (partneři, rodina) je bezohledné, majetnické a na všech úrovních nechutné.“*

*„Souhlasím, i když s potraty obecně nesouhlasím. Nepřijde mi ale správné potraty plošně bez individuálního posudku zakázat. Následky by, dle mého, byly fatální.“*

*„Její dítě, její tělo, její život.“*

*„Ano, ale určitě by měl mít slovo také otec dítěte.“*

*„Žena je ta, která dítě musí odnosit a případně se o něj pak i starat. Je to velké ovlivnění jejího vlastního života a zdraví, a proto by měla mít právo se rozhodnout.“*

*„Prvně. Každá žena je svobodná občanka a má právo si se svým tělem a životem dělat co chce (pokud tím neohrožuje jiné lidi okolo) a za druhé jsme demokratická republika, takže každý si je svým pánem.“*

*„Žena je matka dítěte, která o dítěti rozhoduje už od chvíle, co ho nosí v klíně. Má proto právo rozhodnout se, zdali si dítě nechá nebo ne.“*

*„Dítě je náročné a pokud se nato matka necítí, či nemůže z nějakého vážného důvodu.“*

*„Pokud pár nechce mít děti, mají se chovat tak, aby žena neotěhotněla, a ne vzniklé těhotenství řešit potratem.“*

*„Je to její tělo, ona bude dítě vychovávat, pokud se k tomu nehlásí i otec. Její rozhodnutí. Lidé, co říkají, že žena může dítě donosit a pak dát k adopci, by si měli zjistit, jaké následky těch 9 měsíců a následný porod má na ženské tělo.“*

*„Dítě, resp. i porod je určitý závazek a riziko. Pokud žena na tento krok není zralá a z nějakého důvodu to muselo zajít takto daleko. Tak si myslím, že by měla mít šanci se rozhodnout, zda tento závazek a riziko chce podstupovat. Pokud není zralá, nebo dítě nechce. Odráží se to i na psychice dítěte a neideální výchově.“*

*„Nikdo by neměl rozhodovat o těle ženy.“*

*„Každý má právo na to, rozhodnout se, zda dítě chce, či nechce, pokud žena otěhotní v důsledku znásilnění či pokud by měla mít žena postižené dítě, ne vždy by jej dokázala milovat tak, jako dítě, které by vzniklo z lásky.“*

*„Důvodů je podle mě víc, ale jako nejsilnější mi přijde ten, že žena může být obětí znásilnění a otěhotní. Jednak může mít těžké psychické problémy z tohoto strašného zážitku a ještě zjistí, že daný útočník bude otcem jejího dítěte. Nevím, jestli bych z toho těhotenství měla radost a dokázala se na miminko těšit. A to samé v tíživých životních podmínkách, kdy žena zůstane sama, anebo s partnerem sami tak, tak vyžijí, natož aby živilo dítě, které by se akorát trápilo, stejně tak okolí.“*

*„Je to svobodná volba každé ženy.“*

*„Každá žena by měla mít právo rozhodnout, jak chce se svým tělem naložit.“*

*„Každý má právo rozhodnout o svojom životě a těle.“*

*„Žena může rozhodovat, co se bude dít s jejím tělem.“*

*„Každý svéprávný člověk má právo rozhodovat o svém těle, s následky svého rozhodnutí se bude muset vypořádat sám.“*

*„Tělo ženy, její volba.“*

*„Nevidím důvod, proč ne. O mnohem komplikovanějších zákrocích si rozhodovat můžeme (např. plastické operace).“*

*„Každá žena by měla mít právo rozhodnout o tom, zda podstoupí interrupci či nikoliv, protože je na každé ženě na zvážení, zda si uvědomuje, že má na to vychovávat dítě a zda má na to dát mu vše, co dítě potřebuje – lásku, čas, tak aby dítě později nemělo pocit, že je pro mámu přítěží a také je to otázka hlubokého svědomí každé ženy, zda interrupci podstoupí či ne a nikdo by neměl mít právo ženu soudit nebo odsuzovat ať už se rozhodne jakkoliv.“*

*„Má právo rozhodovat o svém těle.“*

*„Je to hlavně její volba, ona se bude muset o dítě postarat, nicméně i otec dítěte by měl mít nějaké procento svého názoru na život dítěte.“*

*„Vždy je to její volba. Raději to ukončit dříve, než by se mělo narodit dítě, jehož rodiče by o něj neměli zájem. Nefunkčních rodin je až až.“*

*„Každá žena má právo se rozhodnout, jestli je připravena na to mít dítě nebo není. Pokud na to někdo nemá např. finanční prostředky nebo ví, že dítě by skončilo v dětském domově apod.“*

*„Myslím si, že jít na potrat nemusí být špatné rozhodnutí. Dále si myslím, že je také rozumné, pokud otěhotní žena, která má pod 18 let.“*

*„Konečné slovo je vždy na ženě, protože zákrok podepisuje, ale nejčastěji se nerozhoduje sama o sobě, ale nutí ji k tomu různé okolnosti – nedokončená škola, špatná finanční situace, naopak to může být i vyšší věk, nebo to, že už děti má (= potracené třetí děti) atd.“*

*„Měla by mít možnost pouze v případě závažných obtíží.“*

*„Jde o její tělo, ona si musí procházet změnami, které přichází s těhotenstvím a ona se musí vypořádat s porodem a péčí o dítě.“*

*„Zde se řeší problém takový ten – každý má právo dělat si se svým tělem co chce a tyto s prominutím kecny, ale od té doby, co se to legálně děje se nenarodilo tolik dětí, co lidí zemřelo v druhé světové válce (tohle nemusí být přesné – myslím, že jsem o tom kdysi četl nějaký článek, ale důležité je, že je toho moc). Já jako respektuji, jak to je, ale pokud bych měl být ten, co o tom rozhodne (jestli to má být legální či ne,) tak ruku bych pro to nikdy nezvedl.“*

*„Je to její zdraví, a pokud je ohroženo kvůli těhotenství, měla by mít možnost ho přerušit.“*

*„Neviem si predstaviť, že žena nosí 9 mesiacov dieťa s nenávisťou. Takisto to musí byť ťažké pre znásilnenú ženu, ktorá potom otěhotněla.“*

*„Myslím si, že dítě má právo na život už od početí, a kromě extrémních případů by neměla nastat situace, že se matka rozhodne ho zabít.“*

*„Může sama rozhodnout, zda je na těhotenství a dítě připravena.“*

*„Lidé by měli mít právo rozhodovat o svém vlastním těle a interrupce není nijak morálně špatná.“*

*„Každý má právo rozhodovat sám o sobě a žena nejlépe ví, zda se o dítě dokáže postarat a zda ho doopravdy chce.“*

*„Žena by měla obecně o svém těle rozhodovat sama a mít na to právo.“*

*„Domnívám se, že žena má právo rozhodnout dle svého uvážení, zvláště pokud otěhotní nechtěně nebo je-li možné riziko závažnějšího onemocnění u dítěte.“*

*„Je to její život a její tělo.“*

*„Žena by měla mít právo rozhodovat o svém těle a o tom, zda chce být matkou.“*

*„Je to právo ženy, zvláště v případech, kdy se jedná například o znásilnění.“*

*„Každá žena má právo nakládat se svým tělem a životem dle svého nejlepšího uvážení“.*

*„Ženy rozhodují o svém budoucím životě, nikdy nevíme, co za okolnosti k tomu ženy vede.“*

*Protože každý má právo se svým tělem provádět, co se mu líbí. Někteří lidé by mohli argumentovat, že dítě uvnitř matky toto právo potratem ztrácí, ale do 12. týdne ještě zárodek nemá žádné vědomí, a tudíž není plnohodnotným člověkem.“*

*„Jsou okolnosti, kdy je vhodné jít raději na potrat, než aby žena dítě nenáviděla, pokusila se sama o potrat či ho dala k adopci.“*

*„Iba z vážných důvodov.“*

*„Jednoduše nevidím důvod, proč by to tak být nemělo. Je to její tělo a její dítě. Ovšem myslím si, že by neměla z rozhodnutí vynechávat otce, pokud je to jen trochu možné (vyjma např. případy po znásilnění).“*

*„Každá žena by měla mít možnost se rozhodnout, co se svým životem chce udělat.“*

*„Pokud nastanou zdravotní komplikace v těhotenství, které ohrožuje život matky i dítěte, přijde mi interrupce jako možné řešení. Pokud byla žena znásilněna a otěhotněla, přijde mi správné mít možnost se v takovéto situaci rozhodnout, zda chci být matkou.“*

*„Věřím, že by měl mít člověk možnost volby.“*

*„Je to její tělo, měla by mít možnost svobodně se rozhodnout za každých okolností.“*

*„Myslím si, že by každá žena měla mít právo nato se rozhodnout, zdali bude mít dítě či nikoli. Zároveň nemůžeme vědět za jakých okolností k početí dítěte došlo (neúčinnost antikoncepce, poškození kondomu, ...).“*

*„Svobodná vůle.“*

*„Každá žena by měla mít možnost interrupce, protože se jedná o její tělo, život a budoucnost.“*

*„Je to volba ženy, je to dítě té ženy. Když je například v mladém věku nebo si dítě nemůže dovolit, nebo je zjištěno, že bude dítě nemocné. Mělo by být rozhodnutí na ženě.“*

*„Být ženou může být někdy velmi těžké. O dítě se poté stará především ona a je na jejím posouzení, zda do současné situace, ve které se nachází chce přivést potomka či ne. Ne vždy je dítě vítané a v případě, že není, už jen ten samotný postoj může vést v prenatálním vývoji k možným pozdějším problémům.“*

*„Žena by měla mít právo sama zhodnotit, zda se dovede o například nemocné dítě postarat, zda si může dovolit poskytnout dítěti plnohodnotný život.“*

*„Násilné usmrcení dítěte v matčině lůně beru jako vraždu.“*

*„Jedná se o její život a život jejího dítěte.“*

*„Je to rozhodnutí každé ženy, jedná se o její zdraví.“*

*„Např. žena, která se stala obětí násilného činu.“*

*„Každá žena má právo rozhodnout se, kdy se stane matkou, nemělo by to být podmíněno nějakými zákony apod.“*

*„K otěhotnění může dojít několika způsoby – může být chtěné, či nechtěné. V případě, že byla žena obětí trestného činu (znásilnění, dlouhodobé zneužívání) by podle mě měla mít právo rozhodnout, jestli si dítě ponechá, nebo nikoli, avšak jen po dobu prvních několika týdnů, kdy se jedná pouze o shluk buněk a ne člověka. Nemělo by docházet k interrupci z rozmaru nebo v pozdějších fázích vývoje plodu. Vše však záleží na okolnostech, které vedly k početí. Výjimkou jsou pouze zdravotní komplikace.“*

*„Interrupce je vraždou nenarozeného dítěte.“*

*„Je to její právo. Ale zároveň by měla brát v potaz i názor otce dítěte, protože jeho slovo by taky mělo mít nějakou váhu. Na početí dítěte musí být vždy dva.“*

*„Právo se rozhodnout by měla mít každá žena, avšak si myslím, že je to věci potenciálního otce, a i ten by měl mít možnost se k interrupci vyjádřit.“*

*„Je to její tělo a budoucnost. Je to lepší řešení než pak dítě odložit.“*

*„Těžká otázka, ale v dnešní době je to samozřejmost, navíc už cílem života není plodit děti. Pár nebo žena mají právo se rozhodnout, zdali dítě chtějí.“*

*„Každý má právo nakládat se svým životem, jak uzná za vhodné. Zákaz potratů by nás vrhнул zpět do středověku.“*

*„I když nesouhlasím s interrupcí, myslím si, že jsou situace, kdy je interrupce "oprávněná".“*

*„Z důvodu znásilnění, pokud by dítě hrozilo nějaké vážné onemocnění/postižení, zda je ta žena na těhotenství připravená.“*

*„Každý by měl mít právo rozhodnout se o tomto, pokud je k tomu vážný důvod (jasné postižení dítěte).“*

*„Svoboda nakládat se svým tělem.“*

*„Ženám toto nelze zakázat, povede to jen k horším podmínkám, ve kterých se bude interrupce provádět načerno. Nicméně s interrupcí nesouhlasím, pokud není odůvodněna vážným ohrožením ženina života nebo např. znásilněním, kdy si netroufám ženy soudit. Ale interrupce jen proto, že "to nechci" je dle mého neetická. U žen by měla dle mého názoru před rozhodnutím proběhnout osvěta o dalších možnostech a měla by být lepší pomoc matkám v tísní.“*

*„Protože interrupcí zabijí nevinné malé dítě, i když říká, že to ještě není člověk. Ale zabili byste tří měsíční dítě? Asi ne. A o pár měsíců dřív byste ho zabili?“*

*„Domnívám se, že ve 21. století má žena právo se svobodně rozhodnout, zda z nějakého důvodu chce podstoupit interrupci.“*

*„V některých situacích není vhodné mít dítě (příliš mladá, po znásilnění, nevhodné životní podmínky, nevěděla, že je těhotná a kouřila nebo pila atp.).“*

*„Pokud žena otěhotní ve velmi mladém věku a není na dítě připravená či žena otěhotní po znásilnění měla by mít právo se dítěte vzdát, ale nemyslím si, že by interrupce neměla být opakovaná a brát se jako poslední možnost.“*

*„Ale iba v nevynutných prípadoch, napr. po znásilnění.“*

*„Ne každá žena chce mít dítě, její přání by mělo být respektováno. Myslím si, že rozhodnout se pro interrupci není vůbec jednoduché. Pokud žena zváží všechny okolnosti a má pocit, že není schopna zabezpečit dítě nebo jeho výchovu zvládnout. Měla by mít právo se rozhodnout.“*

*„Jedná se jenom o její plod, proto by jenom ona o tom měla rozhodovat.“*

*„Ženy by spíše měly uvažovat nad tím, s kým a kdy spát, než pak řešit "potíže" smrtí počatého dítěte.“*

*„Je to rozhodnutí, které ovlivní život ženy. Pokud se žena necítí být matkou, je lepší, že má legálně možnost přerušeni těhotenství. Rozhodně podstupovat tento zákrok v nemocnici pod dohledem lékaře, než někde tajně a kdo ví v jakých podmínkách.“*

*„Pokud bychom žili v ideálním světě, kde se denně neděje násilí na ženách, děti se rodí sezdáným párům či je snadnější možnost adopce a kde by stát podporoval matky samoživitelky stejně jako rodiny, nikdy bych nezvolila možnost ano. Opak je však pravdou.“*

*„Žena má právo na to chránit své zdraví a stejně tak i z jiných těžkých důvodů podstoupit interrupci.“*

*„Každá žena sama ví, co zvládne a co ne. Nikdo jiný, ať už náboženství nebo partner nemůže za ženu-matku rozhodovat.“*

*„Myslím, že by každá žena měla mít právo svobodně se rozhodnout, protože nikdy nemůžeme vědět, za jaké situace dítě vzniklo, může jít o mladou čtrnáctiletou slečnu, která byla znásilněna, bezdomovkyni nebo sociálně slabou ženu, která si to dítě nemůže dovolit ani uživit. Proto myslím, že by se měl každý právo rozhodnout, jestli si dítě nechá nebo ne pokud by pro něj nedokázal vytvořit vhodné podmínky.“*

*„Vzhledem k tomu, že interrupci považuji za "svobodné rozhodnutí" na úkor jiné lidské bytosti – dítěte, myslím, že ta svoboda je zde morálně omezená; zároveň ale nevím, jestli někdo jiný (stát, rodina...) může mít právo ženě toto rozhodnutí zakázat. Spíše by ženy měly být plně informovány o všech různých aspektech interrupce.“*

*„Je hezké říci, že žena má právo "svobodně se rozhodnout", ale je ve chvíli rozhodnutí opravdu svobodná? Dokáže se na problematiku podívat jinak než z momentálního úhlu pohledu, kdy potřebuje neprodleně "odstranit překážku"? Žena má dar přivádět na svět nový život, což je zároveň také zodpovědnost. A i když dítě přijde dříve, než je plánované, nikdy není řešení zabít malého človíčka, protože se mi zrovna nehodí. To bych mohla také zabít dítě, když bude křičet, ale já zrovna budu chtít odpočívat.“*

*Myslím, že určitě je vhodné ponechat interrupci legální, ale bylo by třeba apelovat na zodpovědnost žen a nechtěnému těhotenství předcházet, ne ho řešit až následně, přerušeni těhotenství bych pochopila v případě znásilnění nebo ohrožení života matky, případně podezření na možné postižení dítěte.“*

*„Každý má svoju slobodu vôľu rozhodnúť o svojom živote. Podľa mňa nie je super ak je žena tehotná napríklad po znásilnení alebo v nejakom mladom veku keď, nie je schopná o dieťa postarať čo už po materiálnej stránke, alebo finančnej.“*

*„Každý má právo na své činy.“*

*„Pochopila bych interrupci ze zdravotních nebo jiných závažných důvodů, ale ne z důvodu, že se někomu prostě dítě zrovna nehodí.“*

*„Každá žena může mít k interrupci jinou motivaci, nemyslím si, že je možné takto komplikovanou životní situaci definovat nějakou hranicí, ať už vždy pro nebo vždy proti.“*

*„Žena má právo se svým tělem dělat, co chce. Plod je uvnitř jejího těla a je jen její věc, jestli ho nechá plně vyvinout nebo ne. Každý člověk by měl mít právo svobodně se rozhodovat, obzvláště, jedná-li se o jeho tělo a zdraví.“*

*„Jakožto věřící člověk beru interrupci jako zabití, ale nevím, co bych děla v situaci, kdybych byla zneužitá a otěhotněla. V takové chvíli asi každá žena vyhledá potrat.“*

*„Je třeba myslet na to, že pro někoho může situace být složitá – např. znásilněná nezletilá dívka atd., je třeba zvážit všechny okolnosti – každopádně interrupce by neměla dle mého sloužit jako "antikoncepce" – měla by být dána jasná pravidla, podmínky, za jakých je/není možno se rozhodnout jakým způsobem.“*

*„Myslím si, že má žena právo se rozhodnout, zda se stane matkou nebo ne. Ať už by měla mít jakýkoliv osobní důvod, měla by tu ta možnost být.“*

*„Žena má právo nakládat s vlastním tělem. Myslím si, že pokud žena nechce mít dítě, měla by se především chránit před nechtěným otěhotněním. Ale pokud již žena otěhotní a dítě nechce, má mít právo na interrupci. Dítě odložit či zabít není žádné řešení!“*

*„Interupcia nie je jedine východisko, ženy ktoré ho chcú podstúpiť treba pomôcť iným spôsobom, pretože to potom ľutujú.“*

*„Pokud se žena o dítě postarat nemůže, nechce nebo odmítá, měla by mít možnost se svobodně rozhodnout. Je mi pak takových dětí líto, které končí v dětských domovech, ústavech a nemohou zažít to, co si každé dítě zaslouží, a to je hlavně láska rodičů, výchova a dobré zázemí.“*

*„V některých případech je interrupce nevyhnutelná, žena by na ni měla mít právo.“*



*„Každá žena by měla mít právo nakládat se svým tělem. Nechci říct, že s potratem souhlasím, ale nikdo nemůže vědět, v jaké situaci žena je.“*

*„Pokud byla znásilněna, určitě si myslím, že by právo potratu měla mít. Také si myslím, že pokud se zjistí, že má plod nějaký syndrom, měla by mít žena právo na interrupci. Nechci, aby to vyznělo nelidsky, ale já osobně bych se nemohla dívat na své dítě, jak trpí a nemůže žít plnohodnotný život, i přes to, že jsem o tom věděla předem.“*

*„Jistěže měla, ksakru, je to její tělo, ne? Jestliže nemám povinnost darovat orgány, nemusím ani rodit, pokud nechci.“*

*„Jsou případy nechtěného otěhotnění. Životní situace. A jen matka ví, jak na tom je, protože se jedná o tělo, a hlavně budoucí život ženy a nikdo nemá právo do toho mluvit.“*

*„Každý by měl mít právo rozhodovat o svém těle a současně o svém budoucím životě, ať už má k potratu jakýkoli důvod.“*

*„Jsou to neuvážená rozhodnutí, která ovlivní celý život ženy. Interrupci by měly podstoupit pouze ženy z velmi vážných důvodů.“*

*„Ano, ale v případě, kdy je interrupce nutná. Ví, že by nebyla dobrá matka, nebo byla znásilněna a došlo k otěhotnění.“*

*„Je to její život, ona se rozhodne, jestli chce mít dítě.“*

*„Narodila jsem se, protože mámě nepovolili potrat – nikomu nepřeji. Dítě musí být chtěné, je to závazek na 24 hodin denně, musíte to chtít a "mít na to". Bez toho se to jednoduše nedá zvládnout a trpí obě strany.“*

*„Jsem sice proti potratům, nicméně zákaz jako takový nic neřeší, jen ženy zbytečně vystavuje riziku při neprofesionálně provedených potratech.“*

*„Je nutné vzdělávání k úctě k životu, aby potratů probíhalo co nejméně (pokud možno jen v případě ohrožení matky) a buď se nechtěným těhotenstvím zabránilo, nebo měly ženy důvod i nechtěné dítě donosit a předat do jiné péče.“*

*„Záleží na okolnostech, nemyslím si, že je správné nutit ženu nechat si dítě, jestliže např. došlo ke znásilnění/incestu, nebo asi i pokud je zjištěné nějaké vážné postižení dítěte (ne každá matka bude mít pocit, že situaci zvládne).“*

*„Nikdy nevíme, v jaké situaci se žena nachází a jaké kroky ji vedly k tomu, že se rozhodla pro UPT. Nepřísluší nám soudit její rozhodnutí.“*

*„Jde o subjektivní rozhodnutí.“*

*„Je to její tělo a má právo rozhodnout o to, co se sním bude dít.“*

*„Mám názor na to, jak bych se rozhodovala já, ale ze svého názoru nemůžu dělat obecně platné pravidlo.“*

*„Souhlasím s právem žen rozhodovat o svém životě. Problém je ten, že v tomto případě nerozhoduje (jen) o svém životě: primárně rozhoduje o životě někoho jiného. Měla by žena mít právo rozhodovat o životě jiného tvora? Moje odpovědi mohou působit zavádějícím dojmem: souhlasím s legalizací i s právem ženy, ale ze srdce bych si přála, abychom žili ve společnosti, kde nebude potřeba tohoto práva využívat.“*

*„Pokud žena byla znásilněna nebo má jiný vážný důvod potrat postoupit, tak nevidím jediný důvod, proč by potraty nemohly být legální.“*

*„Žena musí být natolik rozumná (ve chvíli, kdy je schopna mít sex), aby zvážila pro a proti.“*

*„Těhotenství především ovlivní život matky, která dítě nosí v břiše. Vychovává dítě, stará se o něj atd. Proto by měla mít možnost volby, zda chce již dítě mít, převzít za něj veškerou zodpovědnost a poskytnout mu vše, co bude potřebovat či nikoliv.“*

*„Věřím, že člověk se stane člověk už od stvoření, ne od zrození, beru potrat jako vraždu.“*

*„Nedala jsem ne z důvodu, že by šlo o mimořádný případ – např. že by šlo matce o život. Pokud se potrat zakáže, ženy budou chodit na nebezpečné neoficiální zákroky.“*

*„Bohužel ne vždy dojde k otěhotnění za správných podmínek, znásilnění apod.“*

*„Schvaluji interrupci v případě prokazatelné vady nebo nemoci dítěte, v případě, že těhotenství ohrožuje zdraví nebo život matky, a v případě, že bylo dítě počato při znásilnění, v těchto případech by měla mít žena možnost těhotenství ukončit.“*

*„Stačí jedna kapka, a i přes ochranu může žena otěhotnět v nevhodné období.“*

*„Žena může mít spoustu důvodů, proč chce podstoupit interrupci: věk, zdraví matky či dítěte, znásilnění, nedostatečné zázemí.“*

*„Antikoncepce vždy není stoprocentní a dítě není hračka.“*

*„Je to její tělo, její volba na celý život. Ona projde náročným obdobím těhotenství se všemi "radostmi i strastmi", ona na sebe bere veškerá zdravotní rizika, takže nemá právo nikdo jiný než ona rozhodnout, zda si dítě nechá, či ne. Zároveň je potřeba upozornit na to, že porodem to nekončí (starost o dítě apod.). Jsem zásadně proti, aby byla možnost potratu například odepřena znásilněným ženám.“*

*„Musí to být její rozhodnutí, protože ji samotnou případné nechtěné těhotenství nejvíce ovlivní.“*

*„Daná žena je ta, kterou rozhodnutí o interrupci nejvíce zasáhne.“*

*„Myslím, si že je to rozhodně její rozhodnutí, protože je to její tělo, které dítě nosí, zároveň by měl mít možnost o tom rozhodnou i otec dítěte.“*

*„Každopádně žena nese rizika případné interrupce.“*

*„Mělo by být na zvážení ženy, zda je schopná zabezpečit potenciálnímu dítěti zázemí, jak ekonomické, tak psychické.“*

*„Žena by měla mít právo se rozhodnout, co se bude dít s jejím tělem, potažmo životem.“*

*„Pokud by ženě nebylo umožněno či byla omezována v tom se svobodně rozhodnout jak naloží se svým vlastním tělem, nežili bychom v demokratické společnosti, která uznává základní lidská práva.“*

*„Myslím si, že ne vždy žena dobrovolně otěhotní, myslím si, že když se dítě narodí člověku, který o to nestojí, dítě má z dětství následky na celý život.“*

*„Myslím si, že interrupce není v samé podstatě dobrá věc. Považuji ji za vraždu. Na druhou stranu jsou zde výjimky (př. znásilnění). Podle mého názoru na otázku nelze plošně odpovědět. Také by měla každá žena, která by interrupci chtěla podstoupit, být povinně seznámena se všemi riziky a odborníci by se měli postarat o její blaho ve všech jejích složkách osobnosti. Také by měl mít vážené slovo psycholog a jiní specialisté.“*

*„Myslím si, že žena má právo se rozhodnout, jestli přivede na svět nového člověka nebo ne. Je to její tělo, její zdraví, jen ona sama ví, jakým způsobem došlo k početí, v jaké situaci se nachází, v jakém prostředí by třeba dítě vyrůstalo. Pokud by např. došlo k otěhotnění u ženy po znásilnění, myslím si, že už ten samotný fakt, jakým bylo dítě počato, by nevytvořilo kladný vztah matky k dítěti.“*

*„Jedná se o její tělo.“*

*„Protože je to každého věc, jak naloží s tím, co ho potkalo.“*

*„Má na to právo.“*

*„95 % ak né víc, žen nezamýšlí jít na interrupci, když náhodne či omylem otehotnie.“*

*„Ženám, na kterých byl spáchán trestný čin znásilnění, mají mít právo se rozhodnout, protože to nebyla jejich volba.“*

*„Nikdo jiný, než žena sama o tomto rozhodnout nemůže.“*

*„Některé těhotenství není zcela přirozené, například znásilnění, a poté by žena dítě nemusela mít ráda za takových okolností.“*

*„Znásilnění, špatná ekonomická situace ženy nebo páru. Více jako děti v rodině. Poškození plodu.“*

*„Např. znásilnění, nechtěně těhotenství (ne jako antikoncepce) – je lepší žádné dítě, než týrané a nenáviděné.“*

*„Někdy je žena ještě dítě nebo je dítě mentálně, pak to nejde ze zákonných důvodů nebo nemusí mít zdraví v pořádku a těhotenství ji bezprostředně ohrožuje na životě.“*

*„Určitě, co když otěhotní čtrnáctiletá holka.“*

*„Předchází se tím situacím, kdy by žena byla nucena mít dítě za okolností, které by vnímala pro sebe nebo pro dítě jako nepříznivé. Pro kvalitní vztah matky s dítětem vnímám jako nezbytné plánované rodičovství.“*

*„Pokud šlo například o znásilnění, nemocné dítě, žena by se měla moci rozhodnout sama, pak by to mohlo dopadnout jako v Rumunsku, kde se naplnily dětské domovy nechtěnými dětmi.“*

*Každá by měla mít právo si rozhodnout, nicméně je otázkou jak moc toho někdy "zneužívají". Myslím si, že tento zákrok by neměl být zase tak přístupný, a hlavně by se mu mělo předcházet.“*

*„Neumím si představit, kdo a jak by substitučně rozhodoval.“*

*„Pretože je to telo ženy a nikoho iného. Nikto nemôže rozhodovať o tele cudzích ľudí. Plus nelegálne interupcie bývajú veľmi často spojené s rizikom ohrozenia zdravia až života ženy, ktorá sa podujme na takýto zákrok.“*

*„V případě neplánovaného těhotenství by každá žena měla mít možnost se svobodně rozhodnout.“*

*„Děti z nechtěného těhotenství mají prokazatelně vyšší výskyt psychických problémů, vztahových, jsou více nemocné, mají horší studijní výsledky. Než dítěti způsobovat zlo, raději dát zelenou plánovanému rodičovství.“*

*„Ne vždy má žena podmínky pro to, aby mohla vychovávat dítě tak, jak by chtěla. Dále může být žena těhotná ze znásilnění, což je dle mého názoru nejlogičtější důvod interrupce.“*

*„Ne vždy žena o těhotenství stojí – nechtěné těhotenství je častá záležitost a důvody jsou různé. Žena a potenciální dítě by kvůli tomu neměli trpět, protože ve většině případů nemá matka potřebné prostředky, aby dokázala sebe a dítě uživit.“*

*„Nikdo neví, za jakých okolností otěhotněla, proto má právo se rozhodnout o interrupci.“*

*„Prečo potom nemáme právo slobodne zabiť tchíni, ktorú nedokážeme uživiť ani vystát?“*

*„Je to její život, její tělo.“*

*„Složitá problematika, nejednoznačný pohled.“*

*„Každá žena má právo rozhodnout o svém těle, a tudíž i o interrupci. Ano, je to přerušování života, ale pokud k tomu žena má pádný důvod (dítě by bylo velice těžce postižené a ona by se o něj neměla jak postarat apod.), pak chápu, když se žena rozhodne pro interrupci. Samozřejmě čím méně těch interrupcí bude, tím lépe (nelíbí se mi, když si někdo prostě nedává pozor a pak má potraty jak na běžícím pásu), ale pokud to má vážný důvod, tak to chápu.“*

*„Je plno dětí narozených do špatných podmínek, je proto podle mě velmi vhodné, aby žena mohla rozhodnout, zda je v dobrém postavení pro přivedení nového života. Navíc dokud negativní plánování rodičovství není stoprocentní, má mít žena možnost svobodně se rozhodnout, zda v dané chvíli chce dítě nebo ne.“*

*„Pokud se žena necítí na to, aby porodila a vychovávala dítě, má a měla by na to mít právo. Pokud si žena myslí, že nemůže dítěti nabídnout fungující samu sebe, rodinu, domov, základ pro budoucí život člověka, má a měla by na to mít právo. Má a mělo by to být svobodné rozhodnutí každé ženy. Je to její tělo, její život, který dá a věnuje jinému člověku. A závěrem tedy, lidí je na světě tolik, že by bylo moudré, kdybychom se v první řadě jako společnost rádně postarali již o narozené děti.“*

*„Rodí ženy. Devět měsíců nosí děti ony, kdo jiný by měl o tom rozhodovat?“*

*„Každá žena má právo rozhodovat o svojom tele. Určite tým tiež, mimo iného, zabránime rozvoju nelegálnych spôsobov vykonávaní potratov či potratovej turistike.“*

*„Ať si každý dělá to, co mu dovolí svědomí.“*

*„Žena by měla nést odpovědnost za své činy, ale také mít právo se rozhodnout. Je to její život i její tělo.“*

*„Je na každé ženě, jestli se rozhodne dítě si nechat, nikdo nepodstoupí potrat "jen tak" a vždy k němu je důvod, a ten může být zdravotní nebo "pouze" finanční, časový, popřípadě se žena prostě na mateřství necítí.“*

*„Na jednu stranu by žena měla mít právo rozhodovat o svém životě a svém těle, na druhou stranu nemá právo zabít jiného člověka, ani když je to její dítě.“*

*„Zákazem se nikdy nic neřeší, a pokud žena chce podstoupit interrupci, najde si cestu, viz potratová turistika. V horším případě pak vyhledá levnou, neodbornou pomoc a odnese si z toho trvalé zdravotní následky.“*

*„Každý má právo zacházet se svým zdravím, jak chce. Někdo si ho ničí kouřením, alkoholem, někdo chce podstoupit rizika spojená s potratem. Je to naše svobodná vůle.“*

*„Každá žena by měla mít právo se rozhodnout, jak s těhotenstvím naloží, ať má jakýkoli důvod. Je to její tělo a její budoucnost.“*

*„Proč by měly mít ženy právo zabíjet jiné bytosti? Pokud nebudeme používat slovo lodi u plodu.“*

*„Interrupci beru jako vraždu a otázku o svobodné vůli a jejich hranicích nedokáži posoudit. Z jedné strany je člověk svobodný, na druhou stranu musí nést následky svého rozhodnutí.“*

*„Interrupce je vhodná pouze v případě nemocného plodu, který by neměl šanci na kvalitní, nebo jakýkoli život, ale kdo jsme, abychom odsoudili nový život k zániku, toto právo by měl mít pouze lékař.“*

*„Každý by měl mít právo rozhodovat o svém těle, žena může mít různé důvody pro ukončení těhotenství.“*

*„Pretože nikto iný ako tá žena dieťa neporodí a nevynosi a toto by nemala byť věc, ktorú žena musí urobiť ale mala ju chcieť urobiť.“*

*„Jediný případ, kdy by měla být interrupce zvažována, je dle mého názoru, když je ohroženo zdraví matky. V jiném případě se jedná o vraždu.“*

*„Někdy se žena opravdu nemůže postarat, zajistit, uživit dítě.“*

*„Každý člověk (muž či žena) by měl mít právo rozhodovat o svém těle a zdraví (či už fyzickom/psychickom).“*

*„Měla by tam být možnost se alespoň rozhodnout.“*

*„Otázka je příliš obecná. V zásadě určitě ano, toto právo náleží ženě. Jenomže dítě je stvořeno dvěma lidmi a právo otce na své dítě by nemělo být upozaděno. V jiných případech, znásilnění, neznámý otec, budoucí otec nejeví zájem, by to mělo být jen na ženě.“*

*„Představě si, že jste otěhotněla při znásilnění.“*

*„Každý má právo na život a dítě je už od zárodku živý tvor, a proto by měla být interrupce zakázána.“*

*„Žena musí vědět sama nejlépe, zda o dítě může dobře pečovat, pokud dítě opravdu nechce, nejde ji přesvědčit o opaku, lze tak zabránit rození dětí do neúplných či nemilujících rodin dětí, které by neměly zaručenou dobrou péči a výchovu, roli má také její zdraví a zázemí. Měla by mít právo rozhodnout o svém těle.“*

*„Přeci jen se o to dítě pak musí starat, v opačném případě dětské domovy jsou již teď přeplněné, pokud žena dítě nechce, to, že ho porodí, mu šťastné dětství nezařídí, když ho matka nebude chtít. Můžou být důvody finanční, nechce nikdy děti, strach z porodu. Mělo by to být na ženě.“*

*„Každá žena by měla mít právo si sama rozhodovat o svém těle, interrupce by měla být chápána jako krajní možnost, ne jako rutina.“*

*„Lepší podstoupit interrupci, než aby dítě bylo týráno apod.“*

*„Nemyslím si, že sú všetci ľudia, či už ženy alebo muži, vhodní pre rodičovstvo. Lepšie dieťa nemať len z dôvodu toho že sa stala nehoda, potom ho mať "na krku" ako príťaž celý zbytok života. S dieťaťom prichádza ohromné množstvo povinností a zodpovednosti, ktorou nie všetci disponujú a potom sa tieto nedostatky odrážajú vo výchove, prípadnom zanedbávaní dieťaťa. Byť rodičom je krásna, no zároveň veľmi ťažká úloha, vyžadujúca veľa sebazaprenia a obetovania. Malo by tomu predchádzať rozhodnutie.“*

*„Myslím, že je to každého věc. Každá žena by měla mít právo se sama rozhodnout, zda dítě chce nebo ne. Podle mě je lepší, když žena podstoupí interrupci, než aby se dítě narodilo a ona jej odložila nebo celý život neměla ráda. To vše se na tom dítěti projeví.“*

*„Je to rozhodnutí ovlivňující její život, kdo jiný by to tom měl jinak rozhodovat.“*

*„Už jenom kvůli tomu, že se žena mohla dostat do jiného stavu po znásilnění (kýmkoliv), by tato možnost měla být. Dále si myslím, že k potratům by docházelo tak i tak. Teď, když je to povoleno, mohou být prováděny bezpečně a odborně.“*

*„Je to záležitost jejího těla.“*

*„Každý má právo o svém životě a zdraví rozhodovat sám.“*

*„Mnoho interrupcí vzniká nechtěným otěhotněním, znásilněním, prasknutím prezervativu. Žena by měla mít právo podstoupit interrupci, pokud dítě nechce, necítí se nato být matka, milovat to dítě. Z jakéhokoliv důvodu by to mělo být rozhodnutí dané ženě.“*

*„Nejsem zastánce práva nenarozeného dítěte (plodu).“*

*„Záleží na okolnostech početí, vývoji plodu.“*

*„Je to jen vaše tělo, neumím si představit, že někdo rozhoduje za mě na něco, na co nejsem např. připravená. Nebo v dalších případech, kdy jsou mladé slečny znásilněny, zneužívány a mají najednou počít dítě, samy jsou dětmi.“*

*„Kdyby tomu tak nebylo, ženy by si hledaly nelékařské instituce, kde by jim interrupci umožnily. Z tohoto důvodu je taky interrupce zlegalizovaná, aby se snížily postinterrupční potíže a celkově úmrtnost žen spojená s tímto invazivním zákrokem.“*

*„Protože někdo jde na interrupci pouze, protože teď se jí to nehodí mít dítě. Přitom k potratu by měl být vážnější důvod (např. vážné onemocnění).“*

*„Když s tím ta žena dokáže žít, tak je to její věc.“*

*„Protože je to svobodná volba každého, žijeme v demokracii, a pokud není žena finančně zajištěna nebo je dítě nechtěné, nebo pokud je to plod ze znásilnění, tak si myslím, že má právo se rozhodnout, zda chce mít takový závazek či nikoliv. A nikdo nemá právo ji odsuzovat.“*

*„Člověk není povinen se rozhodovat podle toho, jak na něj budou nahlížet ostatní, ale podle svého uvážení. Dalším argumentem může být to, že je to prostě potřebná selekce pro planetu, přelidňenosť je také problém.“*



*„Je to individuální rozhodnutí každé ženy (nebo páru). Na zákazu interrupcí vidím pouze negativa – vždy budou ženy, které budou mít o interrupce zájem – je potřeba zde vytvořit profesionální pomoc, aby nebyly nucené podstupovat neodborný zásah.“*

*„V případě, že žena otěhotní, např. po znásilnění (může mít pak pocit, že je dítě výsledkem něčeho špatného a vše mu v budoucnu vyčítat), dále některé ženy zkrátka děti mít nechtějí a bohužel někdy se stane i nechtěně. Člověk je svobodná bytost, měl by se sám rozhodnout, zda chce dítě nebo ne.“*

*„Dítě by se mohlo narodit do špatných podmínek, kdy by se o něj žena nezvládala starat. Zničila by tak život sobě i dítěti. O to větší důvod, kdyby bylo dítě počato při znásilnění. Muž by měl mít právo vyjádřit svůj názor, ale ne rozhodovat.“*

*„Podobně jako těhotenství, interrupce je velký zásah do zdraví. Žena by měla mít možnost zvolit si, jak se svým zdravím naložit. Plošný zákaz potratů mi přijde nemístný. Nechtěné těhotenství může mít vážné následky fyzické i mentální, obzvláště pokud je početí spojené s násilím.“*

*„Výsledkem může být narušené zdraví, dítě dané (v lepším případě) k adopci, negativní postoj k nechtěnému dítěti atd.“*

*„Každého rozhodnutí, i když se nám to nemusí líbit, nejsme soudce.“*

*„Po znásilnění může mít žena k dítěti určitou nenávisť či špatný vztah. Dále také kvůli zdravotnímu stavu dítěte, možné postižení.“*

*„S interrupcí souhlasím v případě znásilnění či prokázaného postižení plodu.“*

*„Je to věc ženy, jestli chce nebo nechce to dítě, za jakýchkoliv podmínek.“*

*„Ne vždy musí mít žena vhodné podmínky pro následnou péči o dítě, ne vždy se jí musí "hodit" být těhotná. Navíc pokud by otěhotněla například kvůli znásilnění, nemyslím si, že by měla z těhotenství dobrý pocit.“*

*„Myslím si, že by pak skončilo ještě více dětí v kojeneckých ústavech. Přestože bych sama na potrat nikdy nešla, myslím si, že je to lepší varianta, než mít nechtěné dítě a nestarat se o něj.“*

*„Žena má mít právo rozhodovat o svém těle. Musí být traumatizující pocit, že jí v těle roste něco, co nechce/nenávidí.“*

*„Je to žena, kdo nosí plod, který se stává dítětem až po několika měsících, ne-li až těsně před. I kdyby to nebyl shluk buněk, už tak to má ta ženská těžké, a ještě je nutit právními důsledky podstupovat interrupci nebezpečnou, ve špatných podmínkách či jinak, je prostě špatně. Radši povolit a chránit zdraví matky. Stejně si ten potrat ty ženy zařídí – to, že se o tom nemluví, neznamená, že to neexistuje.“*

*„Každý člověk by měl mít právo rozhodovat svobodně o svém vlastním těle.“*

*„Je to lidský život. Některé ženy chtějí a nemůžou otěhotnět celý život.“*

*„Vlastní zkušenost, jiná cesta mnohdy není, svobodná vůle je důležitá.“*

*„Toto téma je všeobecně těžké, na jednu stranu je to vražda, ať si říká, kdo chce, co chce. Ale někdy jsou ženy v takové situaci, že to prostě musí udělat. Já osobně si to vůbec nedovedu představit, že bych před takovým rozhodnutím musela stát.“*

*„Možnost by měla existovat, ale pouze ve výjimečných případech. Žena má právo rozhodnout se, zda se jako výjimečný případ cítí.“*

*„Žena má právo rozhodovat o svém těle.“*

*„Protože je to její život a má právo s ním nakládat, jak bude sama chtít.“*

*„Není nic horšího než se narodit a být nechtěný již od počátku.“*

*„Každá žena má mít právo rozhodnout, co se bude dít s jejím tělem, těhotenství nevyjímaje je to žena, kdo "poskytuje" tělo k růstu nového života a současně ona by dítě vychovávala, zabezpečovala.“*

*„Je to její tělo, má na to právo.“*

*„Toto rozhodnutí podľa mňa prináleží matke. Je to slobodný človek, ktorý má možnosť výberu, a mala by byť schopná zvážiť všetky okolnosti a na ich základe urobiť vlastné rozhodnutie.“*

*„Plod se vyvíjí v těle matky na úkor jejího těla. Nucení matky upřednostňovat zdraví nenarozeného dítěte nad svým vlastním je porušení matčina práva na zdraví, také hrubý zásah do jejího práva na svobodu, tudíž nemůže rozhodovat nad svým vlastním tělem.“*

*„Žijeme v demokratické zemi, každý by měl mít právo se svobodně rozhodnout. Ale samozřejmě by k interrupcím nemělo docházet tak často, lidé by si při styku měli dávat pozor, pokud neplánují dítě.“*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Klára Kolářová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Věra Vránová Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název závěrečné práce:</b>	Postoj vysokoškolských studentů k problematice interrupce
<b>Název závěrečné práce v angličtině:</b>	University Students' Attitude Towards Abortion
<b>Anotace závěrečné práce:</b>	Diplomová práce zjišťuje postoj vysokoškolských studentů k problematice interrupce a jejich znalosti v této oblasti. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníku vlastní konstrukce určeného pro studenty a studentky všech fakult Univerzity Palackého. Diplomová práce přispívá k ozřejnění problematiky týkající se vztahu studentů k medicínsko-etickému a právním kontextu interrupce.
<b>Klíčová slova:</b>	problematika interrupce, postoj k interrupci, vysokoškolští studenti, znalosti, etika
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis investigates the attitude of university students to the problem of abortion and their knowledge in this area. The research was carried out using a quantitative method using a questionnaire designed for students of all Palacky University faculties. The diploma thesis contributes to the clarification of problems concerning the relation of students to the medical, ethical and judicial context of abortion.

<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	induced abortion issues, attitudes towards abortion, university students, knowledge, ethics
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	2 textové přílohy
<b>Rozsah práce:</b>	72 stran
<b>Jazyk práce:</b>	čeština