

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Postoj svobodných mladých žen k problematice nechtěného rodičovství
a k potratům**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Dagmar Cipínová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé
a seniory
Vedoucí práce: Mgr. Veronika Benešová, Ph.D

Datum odevzdání práce: 21. 05. 2012

Postoj svobodných mladých žen k problematice nechtěného rodičovství a k potratům

Problematika interrupcí vyvolává řadu protichůdných názorů. Ač mohou ženy v západní společnosti využívat metody kontroly porodnosti, stále dochází k nechtěným těhotenstvím končícím interrupcí. Tento zákrok je v naší společnosti legální, mnoho lidí jej ale odsuzuje. Na základě své diplomové práce jsem proto chtěla zjistit názory a postoje současných mladých žen k problematice nechtěného rodičovství a k potratům. Zajímalo mne především, zda jsou jejich názory ovlivněny výší dosaženého vzdělání.

Tato práce je rozčleněna do dvou částí. Teoretická část je zejména úvodem do dané problematiky. Zabývám se zde základními aspekty rodičovství, nechtěného těhotenství a problematikou interrupcí. Praktická část poté mapuje postoje žen vztahující se k cílům práce. Realizován byl kvantitativní výzkum s následným statistickým zpracováním dat. Výzkum byl proveden metodou dotazování s využitím techniky dotazníku. Celkem bylo distribuováno 300 dotazníků (100 %), a to celkem do tří vzdělanostních skupin. Kompletně vyplněných a pro výzkum použitelných bylo 193 dotazníků (64 %). Dotazníkové šetření probíhalo v únoru a březnu roku 2012. Dotazníky byly anonymní, předem ověřené na vzorku respondentek v rámci provedeného předvýzkumu. Cílová populace byla zvolena kvótním výběrem.

V souvislosti s cílem práce se jedna ze dvou formulovaných hypotéz nepotvrdila. Výzkum ukázal, že názor svobodných mladých žen na tuto problematiku není ovlivněn jejich vzděláním. Většina žen si myslí, že právo podstoupit interrupci má každá žena bez ohledu na to, jaký důvod ji k tomu vede. Zároveň však tento zákrok vnímají jako zoufalé řešení bezvýchodné situace, který by ony samy podstoupily jen ze závažných důvodů, jako jsou například zdravotní problémy či těhotenství po znásilnění. Ekonomické a sociální důvody již pro ně nejsou dostatečným argumentem.

Výsledky práce jsou zdrojem informací o problematice nechtěného rodičovství a umělého přerušení těhotenství. Mohou být také základem pro další studie a výzkumy v této oblasti. Rovněž mohou být též využity jako studijní materiál v rámci výuky této problematiky či sloužit jako podnět pro zamyšlení nejen pro odborníky.

An attitude of unmarried young women to the issue of an unwanted parenthood and abortions

The issue of abortions raises a number of conflicting opinions. Although women in the western society can use methods of a birth control, there are still unwanted pregnancies ending in the abortion. This intervention is legal in our society, but many people condemn it. Based on my diploma thesis I therefore wanted to ascertain opinions and attitudes of contemporary young women to the issue of an unwanted parenthood and abortions. I was primarily interested whether their opinions were influenced by a level of their education attainment.

This thesis has been divided into two parts. The theoretical part is mainly an introduction to the issue. Here I deal with basic aspects of a parenthood, unwanted pregnancy and abortions. The practical part maps women's attitudes related to objectives of the thesis. There was carried out a quantitative research with a subsequent statistical data processing. The research was conducted by an interviewing method using a questionnaire technique. In total 300 questionnaires were distributed (100 %), altogether into three educational groups. 193 questionnaires (64%) were fully completed and usable for the research. The questionnaire survey was conducted in February and March of 2012 year. The questionnaires were anonymous, pre-tested on a sample of respondents in a preliminary research. The target population was chosen by a quota sampling.

In relation to the aim of my thesis one of two determined hypotheses was confirmed. The research showed that an opinion of unmarried young women to this issue was not influenced by their education. Most women think that the right to undergo the abortion has every woman no matter what her reason is. Though, at the same time women perceive the intervention as a desperate solution of a hopeless situation, which they would undergo only from compelling reasons such as for example health problems or a pregnancy after the rape. Economic and social reasons are no longer a sufficient argument for them.

Results of my thesis are a source of information about the issue of the unwanted parenthood and abortions. They can also be a basis for further studies and researches in this area. They can also be used as a study material in teaching these issues or they can serve as a stimulus for a reflection, not only for experts.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Veronice Benešové, Ph.D za její odborné vedení mé diplomové práce a za všechny její připomínky a cenné náměty.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 9 |
| 1. Současný stav | 11 |
| 1. 1 Rodičovství | 11 |
| 1. 1. 1 Motivace k založení rodiny | 12 |
| 1. 1. 2 Rodičovské role | 13 |
| 1. 2 Současné trendy v rodině | 14 |
| 1. 2. 1 Odkládání rodičovství | 14 |
| 1. 2. 2 Absence rodičovství | 16 |
| 1. 2. 2. 1 Neplodnost | 18 |
| 1. 2. 2. 2 Dobrovolná bezdětnost | 19 |
| 1. 3 Nechtěné rodičovství | 21 |
| 1. 3. 1 Nechtěné děti | 22 |
| 1. 4 Kontrola porodnosti a její metody | 24 |
| 1. 5 Vývoj člověka v těle matky | 28 |
| 1. 5. 1 Početí | 28 |
| 1. 5. 2 Prenatální vývoj | 28 |
| 1. 6 Interrupce | 31 |
| 1. 6. 1 Historie interrupce | 33 |
| 1. 6. 2 Interrupce a její vývoj v České republice | 35 |
| 1. 6. 3 Kdy se plod stává lidskou bytostí | 36 |
| 1. 6. 4 Způsoby provádění interrupce | 38 |
| 1. 6. 5 Klasifikace důvodů pro a proti interrupci | 40 |
| 1. 6. 6 Kdy je potrat skutečně oprávněný | 43 |
| 1. 6. 7 Ženy, které podstoupily interrupci | 44 |
| 1. 6. 8 Interrupce jako politikum | 46 |
| 1. 6. 9 Instrukce působící v oblasti interrupcí | 48 |
| 1. 7 Postabortivní syndrom | 49 |
| 1. 7. 1 Příznaky postabortivního syndromu | 49 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 1. 7. 2 | Následky potratu pro rodinu a společnost | 51 |
| 1. 7. 3 | Jak překonat postabortivní syndrom | 52 |
| 1. 7. 4 | Interrupce v rodinných konstelacích | 53 |
| 1. 8. | Vývoj reprodukčního chování | 55 |
| 1. 8. 1 | Současná rodina | 57 |
| 1. 8. 1. 1 | Podoby současných rodin | 60 |
| 1. 8. 2 | Postoje k rodičovství a k dětem | 61 |
| 1. 9 | Vzdělání a příprava k zaměstnání | 63 |
| 2. | Cíl práce a hypotézy | 66 |
| 3. | Metodika | 67 |
| 3. 1 | Operacionalizace základních pojmů | 67 |
| 3. 2 | Použitá metoda | 68 |
| 3. 2. 1 | Předvýzkum | 70 |
| 3. 3 | Charakteristika výzkumného souboru | 71 |
| 4. | Výsledky | 73 |
| 4. 1 | Identifikační údaje sledovaného souboru v grafech | 73 |
| 4. 2 | Výsledky dotazníkového šetření v grafech | 75 |
| 4. 3 | Výsledky formou kontingenčních tabulek | 92 |
| 4. 4 | vyhodnocení hypotéz | 100 |
| 5. | Diskuze | 102 |
| 6. | Závěr | 112 |
| 7. | Klíčová slova | 114 |
| 8. | Seznam použitých zdrojů | 115 |
| 9. | Přílohy | 120 |

Úvod

V současné době je těhotenství ženy v západní společnosti výhradně předmětem její volby. Může tedy a obvykle také o svém těhotenství rozhoduje a plánuje jej. Stále však také dochází k těhotenstvím neplánovaným či dokonce nechtěným. V takovém případě si žena může dítě ponechat či podstoupit umělé přerušování těhotenství. To je v naší společnosti sice legální (do určitého stupně těhotenství), mnoho lidí jej však odsuzuje. Problematika interrupcí proto vyvolává po celém světě řadu kontroverzních a protichůdných názorů, a to jak na poli morálním, filozofickém a náboženském, tak na poli medicínském, sociálním a právním. Na jedné straně totiž stojí právo ženy – matky svobodně rozhodnout o svém těhotenství a na druhé straně pak právo nenarozeného dítěte na život. Rozhodnutí této situace je pak velkým dilematem, které snad v každém z nás vyvolává rozporuplné emoce a postoje. Utvořit si pak k této složité společenské problematice jednoznačný názor je velice obtížné.

Pokud bychom se zamysleli nad jednotlivými důvody, kvůli kterým ženy tento zákrok podstupují, pak z hlediska zdravotních indikací či v případě znásilnění a incestu je podstoupení interrupce pochopitelné. Méně již ale z hlediska sociálního a ekonomického, kdy žena podstoupí potrat například kvůli tomu, že nemá spolehlivého partnera, dítě by představovalo nežádoucí finanční zátěž či pokud by jí bránilo v kariérním růstu.

Je ale třeba si také položit otázku, jak by situace vypadala v případě, že by interrupce byly zakázány vyjma zdravotních důvodů. Mnoho žen by pak své děti odložilo do kojeneckých ústavů anebo by jich mnoha vyrůstalo nechtěných, deprivovaných... Rozmáhala by se potratová turistika a nelegální provádění tohoto zákroku. Ve všech případech je však nutné mít na zřeteli, že mravní posouzení potratu je záležitostí svědomí každé jednotlivé ženy, která tento zákrok podstoupila, či zvažuje podstoupit. Nikdo si totiž nemůže být zcela jist, jak by se v dané situaci zachoval on sám. Sama bych v současné chvíli potrat rozhodně nepodstoupila. Ale co v případě těžkého poškození plodu, či po znásilnění? Pokud si touto situací žena neprojde, nemůže dle mého názoru zaujmout čestné stanovisko.

S ohledem na výše zmiňovaná fakta jsem se proto rozhodla, že svou diplomovou práci zaměřím právě na problematiku nechtěného rodičovství a interrupcí. Na jejím základě se pokusím identifikovat názorové postoje svobodných mladých žen k těmto společenským jevům, neboť hlavně jich se mohou v budoucnu týkat a samy pak mohou čelit nelehkému rozhodnutí. Jaký je tedy postoj současných mladých žen k této problematice? Hraje výše dosaženého vzdělání žen úlohu při utváření jejich názoru na tuto problematiku? Za jakých podmínek by byla interrupce přípustným řešením jejich situace? Na tyto a další související otázky se tato práce pokusí nalézt odpověď.

Diplomová práce je rozčleněna do dvou částí. Teoretická část si klade za cíl především uvedení do problematiky a vysvětlení základních pojmů. Podrobněji zde přibližuji okolnosti spjaté se základní aspekty nechtěného těhotenství, možnosti je ho řešení včetně předcházení této situace a dále také problematiku umělého přerušování těhotenství. Popsala jsem i prenatální vývoj lidského jedince, neboť se domnívám, že uvědomění si některých procesů tohoto děje může mít význam na utváření si názoru na umělé přerušování těhotenství. Ve stručnosti jsem popsala historický vývoj interrupcí ve světě i na území České republiky a zohlednila jsem legislativní rámec této problematiky. Zmínila jsem důvody, které mohou vést k umělému ukončení těhotenství, jakožto i argumenty bojující proti tomuto zákroku a zabývala se otázkou, kdy se plod stává lidskou bytostí. Zaměřila jsem se také na ženy, které tento zákrok podstoupily a popsala postabortivní syndrom jako jednu z jeho možných a dle mého názoru velice závažných psychických komplikací. Dále jsem se v této práci zabývala plánovaným rodičovstvím a aspekty s ním souvisejícími.

V praktické části práce pak tyto uvedené informace doplňuji o poznatky, které jsem získala prostřednictvím vlastní výzkumné činnosti. Pro zmapování postojů vztahujícím se k cílům a testování hypotéz jsem zvolila formu kvantitativního výzkumu s následným statistickým zpracováním dat. V této části bude popsána metodologie, cíle práce a stanovené hypotézy. Dále bude práce doplněna analýzou sesbíraných dat.

Touto prací bych chtěla nejen poskytnout přehled informací o dané problematice a předložit výsledky svého výzkumu, ale také podnítit čtenáře k zamyšlení a poskytnout mu tímto příležitost, aby si k této problematice vytvořil vlastní názor.

1. Současný stav

Rodičovství představuje mimořádně náročný úkol. Rozhodnutí stát se rodičem není vratné, představuje zásadní obrat v životě člověka, vyžaduje změnu životního stylu, obrovskou odpovědnost a množství povinností a určitých omezení. Ve chvíli, kdy stojíme před tímto rozhodnutím, je třeba se důkladně zamyslet, zda jsme fyzicky, mentálně a emocionálně připraveni stát se rodiči, zda jsme ochotni čelit změnám životního stylu a partnerského svazku a v neposlední řadě zda jsme schopni poskytnout prostředí potřebné pro růst zdravého dítěte (29).

1.1 Rodičovství

V tradiční společnosti bylo na rodičovství pohlíženo jako na jednu z nejpřirozenějších věcí vůbec. Dnešní situace je diametrálně odlišná, mateřství se pro většinu žen změnilo z přirozeného údělu v akt vědomé racionální volby. Rodičovství je taktéž nejvýznamnějším mezníkem v rodinném cyklu. K rozhodnutí stát se rodičem dochází pod silným kulturním tlakem, který působí zejména na ženu. Pokud se již dítě narodí, stává se člověk rodičem nezvratně (38).

Při plánování rodičovství hraje významnou roli především individuální hodnocení pozitiv a negativ, respektive přínosů a obětí rodičovství. K pozitivům patří zejména rozvoj vztahů, a to jak k dítěti, tak k partnerovi, osobní naplnění a pocit smysluplnosti života a v neposlední řadě také vědomí, že prostřednictvím dítěte dochází k pokračování rodu. Rodičovství může být také pro mnohé výzvou, jejímž prostřednictvím může člověk poznávat sebe sama i druhého tak, jak by to bez dítěte nebylo možné. Za negativní aspekty rodičovství pak mohou být pokládána následující fakta: zpomalení kariéry matky, finanční znevýhodnění, omezení osobní svobody v souvislosti s péčí o malé dítě a dopad na partnerský vztah ve smyslu vyčerpání a případné emoční labilitě ženy (44).

Moderní člověk má k dispozici celou škálu prostředků k regulaci porodnosti, což může vést k dojmu, že pokud se přestane důmyslně chránit, podaří se mu kdykoli otěhotnět. Opak je bohužel pravdou. Člověk má od přírody sníženou plodnost a pravděpodobnost otěhotnění zcela zdravého páru v jednom menstruačním cyklu není nijak vysoká, činí pouhých 25 %. Dle provedených statistik otěhotní 60 % žen v období šesti měsíců intenzivních snah o početí, 25 % žen po devíti až dvanácti měsících a zbylých 15 % žen se to nepodaří ani po roce a s otěhotněním mají problémy vůbec **(28)**.

Ženy, kterým je dnes dvacet let, mají pocit, že si dokáží určit chvíli, kdy budou mít dítě a nechtějí, aby je těhotenství zastihlo nepřipravené. Navzdory všem možnostem, které mají k plánování rodičovství po ruce, dopadne situace obvykle jinak. Dle statistických údajů jen třetina narozených dětí se opravdu narodí v dobu, kdy byly plánovány. Každé šesté ženě se nepodaří přijít do jiného stavu, i přesto, že se o to se svým partnerem usilovně snaží. Plodnost, početí a porod mají v sobě stále magickou podstatu, stejně jako dříve a navzdory všem poznatkům, medicíně a technice tu mnohdy s plány nic nepořídíme **(4)**.

1. 1. 1 Motivace k založení rodiny

V minulém století se rození dětí považovalo za přirozené pokračování vývoje jedince. V posledních letech přichází většina dětí na svět plánovaně a tedy i chtěně. Motivace počít dítě se ale mění. Souvisí to s faktem, že děti se dnes rodí spíše zralým jedincům, kteří pociťují potřebu dítě na svět přivést **(35)**.

Základním předpokladem při rozhodování stát se rodičem je psychická, mentální a emocionální připravenost mít dítě. Rovněž je nutné zvážit současnou situaci v oblasti kariéry, financí, vztahu s partnerem a zdraví. Uvědomovat si, co rodičovství vyžaduje a co obnáší, což mohou být například změny v životním stylu a vztahu s partnerem **(9)**.

Narození potomka pak může být rodiči vnímáno dvěma způsoby. První z nich považuje dítě za určitý cíl. Pro rodiče dítě představuje potvrzení jejich úspěšnosti –

úspěch v profesním životě je potvrzen i úspěchem vytvoření rodiny. Děti těchto rodičů bývají od raného věku vystaveny řadě požadavků, předpokládá se jejich výjimečnost. Zároveň jsou ale vystaveny úzkostné výchově, jejímž důsledkem může být neurotický jedinec trpící pocitem viny, protože nenaplnuje očekávání svých rodičů. Narození dítěte však může být rodiči vnímáno také jako naplnění smyslu života. Většina těchto dětí se rodí v rodinách, kopírujících tradiční rozdělení rolí. V těchto rodinách mají děti obvykle dostatek emoční podpory, jsou přijímány a respektovány takové, jaké jsou a mají schopnost pohybovat se zdravě i v sociálních vztazích (35).

1. 1. 2 Rodičovské role

V procesu reprodukce zastává každé z pohlaví svou nezaměnitelnou roli. Hlavní úkol, alespoň v prvních letech života dítěte, však spočívá na matce. Matka dítě na svět přivádí a má pro něj klíčový význam i po narození, a to zejména v citové oblasti. Její nepřítomnost má proto za následek citové strádání. Důležitá úloha matky je také při včleňování dítěte do společnosti. Jejím prostřednictvím se dítě poprvé setkává se zákazy a jimi provázenými frustracemi.

Tradiční role otce je spatřována v představiteli rodinné autority. Otec je hlavní oporou rodinné harmonie, který se na rozdíl od matky řídí racionálním rozhodováním. Jeho komunikace s dětmi je méně častá, což ale jeho autoritu spíše zvyšuje. V období začleňování dítěte do společnosti je poznání autority stěžejní, nesmí však provokovat dítě ke vzpouře a odcizovat otce jako předmět identifikace.

Postoje rodičů vzhledem k jejich dětem by měly korespondovat s potřebami dětí. Posláním matky je především vyvolávat v dítěti pocit bezpečí, posláním otce spíše dítě učít a vést je k tomu, aby se ke svým problémům dokázalo postavit čelem. Zralý člověk se vždy nakonec dostává do stádia, kdy může být sám sobě současně matkou i otcem. Jeho osobnost zahrnuje mateřské i otcovské vědomí a jejich syntéza je pak základním předpokladem duševního zdraví a podmínkou dosažení zralosti (20).

1. 2 Současné trendy v rodině

Mezi trendy v současné rodině lze zařadit několik následujících jevů, které se v dnešní společnosti objevují se stále rostoucí četností a kvůli nimž někteří odborníci také hovoří o krizi rodiny jako takové. Patří zde například stále zvyšující se počet rozvodů, neúplných rodin či rodin doplněných. Zakládají se rodiny programově bezdětné, nárok na rodinu uplatňují homosexuálové, ženy cíleně vychovávají děti bez otců, v módě je také volné soužití. Za těmito trendy stojí zejména zdůrazňování práv a svobod jedince a jen těžko lze odhadnout, jaký vývoj čeká rodinné společenství v budoucnu (20).

K výše zmíněným trendům lze pak také přiřadit tendence mladých lidí k odkládání rodičovství a s tím spojenou případnou neplodnost či úplnou absenci rodičovství.

1. 2. 1 Odkládání rodičovství

Moderní doba je provázena stresem pramenícím z přemíry sociálních a politických problémů. Mnoho potenciálních rodičů si v tomto kontextu není jisto, zda budou mít čas, sílu a trpělivost k výchově dítěte a zda vůbec chtějí dítě do současného světa přivést. Ženy odkládají rodičovství z různých důvodů. Některé si přejí dosáhnout vyššího vzdělání či kariérního postupu, některé si nejsou jisti svým partnerem či si nepřipadají být připravené jak po stránce emocionální, tak finanční. Dalším faktorem může být také strach z těhotenství a porodu a fyzických změn, které toto období provází. Ženy proto těhotenství odkládají a dříve než se nadějí je jim téměř čtyřicet a čas se krátí (9).

Pracovní kariéra žen je v současnosti mylně považována za ukazatel jejího postavení ve společnosti. Úloha pracovního postavení je dnes u obou pohlaví přeceňována. Práce je sice v životě jedince důležitá, ale je třeba mít na vědomí, že je stále jen jeho dílčí částí. Kvalita života nespočívá v tom, nakolik je práce člověka ceněna jeho okolím a rovněž ji také nelze hodnotit dle dosaženého společenského

postavení. Práce se dnes ale stala pro mnoho ženu nejen právem, ale do určité míry i povinností. Na jednu stranu je tak žena osvobozena od závislosti na muži, na stranu druhou nemá na výběr, jelikož muž by celou rodinu většinou neuživil (39).

Také muži mají své důvody, proč odkládají rozhodnutí stát se otcem. Mohou jimi být například ztráta kontroly nad svým životem, ztráta pohodlí, na které jsou zvyklí, pocit, že dítě by bylo ve vztahu vetřelcem, ztráta soukromí a v současné západní společnosti také strach ze zodpovědnosti a obava, že by dítě mohli ztratit v případném rozvodovém řízení (9).

Z hlediska načasování mateřství jsou zajímavé také rozdílné důvody, které vedou k početí potomka u mladších a starších matek. Mladší matky pociťují touhu mít dítě spíše jako instinkt či osud, zatímco ty starší především jako emocionální a osobní zralost, která se u nich projevila po dosažení ostatních životních cílů. Z tohoto pohledu jsou pak starší matky ve větší výhodě než ty mladé. Samotné rozhodnutí, zda mít či nemít dítě, je ale u těchto žen učiněno mnohem dříve. Jsou rozhodnuty stát se matkami, realizaci tohoto rozhodnutí ale odkládají. Existují však také ženy, u kterých nejde o záměr, ale o prosazení životních okolností. Ty nemusely mít v danou dobu buď vhodného partnera, nebo měly dříve problémy se samotným početím (44).

V souvislosti s odkládáním rodičovství je nutné se především u žen zamyslet nad věkem, ve kterém je vhodné dítě počít. S rostoucím věkem totiž klesá plodnost a roste pravděpodobnost výskytu vrozených vad a lékařských komplikací. Dle lékařů je nejvyšší pravděpodobnost otěhotnění a nejnižší pravděpodobnost komplikací mezi dvacátým a pětadvacátým rokem života ženy. Od třicátého roku plodnost klesá, porodní cesty již nejsou tak pružné a ženy, která v tomto období otěhotní, potřebuje obvykle více lékařské péče. Po čtyřicátém roce věku pak plodnost rapidně klesá a významně vzrůstá riziko poškození plodu. Většina čtyřicetiletých žen také obvykle nemá šanci otěhotnět jinak než umělou cestou (17).

V současné době vzrostl počet žen, které mají dítě až v pozdějším věku a termín pozdní prvorodička je oproti dřívějšímu dnes běžným pojmem. Souvisí to se změnou životního stylu, zdokonalením medicínských postupů a ženy mají dnes podstatně vyšší šanci, že v těhotenství i po porodu zůstanou zdravé a přivedou na svět zdravé dítě. Stále

však existují ale rizika a medicínské problémy, které doprovázejí pozdní těhotenství žen po 35. roce věku. Prvním problémem je vůbec otěhotnět, neboť s rostoucím věkem žen klesá schopnost počít dítě. Pokud se to podaří, není u těchto žen ani zdaleka tak jisté, že své dítě donosí. Nebezpečí, že těhotenství skončí samovolným potratem, je u čtyřicetileté ženy trojnásobné oproti ženě třicetileté. U starších rodiček je také vyšší výskyt komplikací souvisejících s těhotenstvím a porodem a ty pak mohou vést k poškození dítěte. V případě geneticky podmíněných poruch chromozomů (např. Downův syndrom) je riziko jejich výskytu u čtyřicetileté matky asi desetinásobné ve srovnání s matkou třicetiletou. Starším prvorodičkám se také častěji rodí nezralé děti s nízkou porodní váhou. Obecně lze však dnes konstatovat, že v souvislosti s rozvojem medicíny a prenatální diagnostiky nejsou mimo zmíněné genetické poruchy novorozenci starších matek nemocní, narušení nebo postižení ve vyšší míře než děti matek mladých (4).

1. 2. 2 Absence rodičovství

Překážky rodičovství

Jednou z překážek vyskytujících se na cestě k rodičovství je neplodnost. Světová zdravotnická organizace definuje neplodnost jako „naprostou absenci početí i přes pravidelný nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku.“ Pokud se ženě po delší dobu nedaří otěhotnět, rozplynou se její představy o bezstarostné budoucnosti. Snaha o početí se dostává do centra jejího života. U mnoha žen se po nějaké době bez objektivních příčin dostaví pocity viny. Schopnost přivést dítě na svět je vnímána jako naprosto přirozená a pokud se nedaří, může se žena cítit méněcenná a neschopná. Má tendenci srovnávat se s ostatními ženami a často pociťuje silnou žárlivost vůči těm, které jsou těhotné či již děti mají. Tyto pocity mají také negativní dopad na kvalitu partnerského svazku (17).

Neplodnost v ekonomicky vyspělých zemích rapidně vzrůstá. V současné době postihuje 10 až 15 % partnerských dvojic. Co se týká příčin neplodnosti, ve 30 až 35 %

jsou na straně muže a ve 35 až 40 % na straně ženy. Kombinace faktorů u obou partnerů se vyskytuje u více než 25 % neplodných dvojic. Příčiny sterility se pak nezjistí u 5 % párů, které v této souvislosti vyhledají lékařskou pomoc **(8)**.

Při řešení této situace ženy obvykle využívají všechny dostupné možnosti klasické i alternativní medicíny, zatímco pro muže je neplodnost mnohdy nepřekonatelnou bariérou. Ženy dokáží pro dosažení svého cíle učinit téměř cokoli, kdežto muži se mohou představy otce vzdát s tím, že nechtějí dítě za každou cenu. V podstatě ale existují dvě možnosti řešení. Jednou z nich je přijetí reality života bez dětí. Jedná se o dlouhodobý proces, ke kterému dochází postupně a nevědomě. Další možností je adopce, která přichází na řadu až v situaci, kdy opakovaně selžou asistované pokusy o početí vlastního potomka. S vyrovnaným přijetím možné budoucnosti bez dětí se však setkáváme jen v 1 z 22 případů.

Další překážkou na cestě k založení rodiny je také odkládání rodičovství do vyššího věku. Důsledkem tohoto jevu je pak klesající úroveň porodnosti. Příčiny jsou hledány v rámci proměn hodnotových orientací, preferencí svobodného života s minimem zodpovědnosti, důraz kladený na zvyšování vzdělání, budování kariéry a obavy ze ztráty zaměstnání. Mezi nevlivnější faktory jsou řazeny také materiální, finanční důvody a s nimi spojená bytová otázka. V kontextu plánování rodičovství hraje důležitou roli také kategorie věku a psychická připravenost na rodičovství.

K nenaplnění poslání rodičovství vede v neposlední řadě dobrovolná bezdětnost. Důvodem je především preference životního stylu, jenž je s rodičovstvím neslučitelný. Někteří lidé akcentují potřebu nebýt zodpovědností připoután k někomu, kdo je na nich zcela závislý. Toto rozhodnutí ale nepředstavuje rezignaci na partnerský vztah, ba právě naopak. Dítě je v tomto případě pocíťováno jako ohrožení jeho kvality a narušení harmonie mezi partnery **(17)**.

Čím jsou ženy úspěšnější, tím více jsou také nezávislé. Většina z nich se však nedokáže oprostít od ideologie povinného mateřství, a to dokonce ani ty, které se rozhodly být bezdětné. Společnost totiž stále považuje mateřství jako primární k definování ženy. Jinak řečeno ženství není spojováno s úspěchem na poli pracovním, ale rodičovském a na bezdětnou ženu je stále pohlíženo jako na nešťastnou **(19)**.

1. 2. 2. 1 Neplodnost

Termín neplodnost je často spojován s pojmy sterilita a infertilita. Všechna tři označení znamenají v podstatě totéž, přičemž sterilita se používá pro neschopnost daného páru otěhotnět po roce nechráněného pohlavního styku a infertilita pro neschopnost ženy donosit plod, respektive pro potráčovost. Zhruba 80 % oplodněných vajíček končí tak, že 20 % z nich je potraceno a zbytek samovolně zaniká v následném cyklu, aniž by si toho byla žena vědoma. V určitých případech se dále rozlišuje neplodnost primární (k otěhotnění nedošlo nikdy) a sekundární (v minulosti se otěhotnět podařilo, ale v současnosti se po dobu jednoho roku otěhotnět nedaří). Nabízí se však otázka, zda k otěhotnění opravdu nedošlo nebo to jen nebylo zjištěno. Termín idiopatická neplodnost se pak používá tehdy, není-li odhalena příčina v žádném z gynekologických, andrologických, endokrinních, mikrobiologických, imunologických a jiných vyšetření **(28)**.

Neplodnost vnímá řada odborníků jako civilizační nemoc. Procento neplodných párů se během několika posledních let významně zvýšilo. Příčiny neplodnosti pramení především z životního stylu spojeného se stresem a nadměrné psychické i fyzické zátěže. Mezi rizikové faktory související s neplodností patří nadužívání alkoholu, nikotinu či jiných návykových látek a léků, nevhodný způsob stravování, sedavý způsob života, nadváha či nízká tělesná hmotnost či opakované infekce **(17)**.

Nejčastějšími příčinami neplodnosti na straně ženy bývají hormonální poruchy (chybění ovulace či nedostatečná činnost žlutých tělísek), neprůchodné vejcovody (častý následek dřívějších zánětů), děložní myomy, endometrióza či poruchy složení děložního hlenu. U 10 až 20 % případů však lékaři nezjistí objektivní poruchu, která by z lékařského hlediska bránila v početí. V případě mužských příčin neplodnosti se využívá tzv. spermioqramu, což je chemický a mikroskopický rozbor semene. Nejčastějšími nálezy pak bývá příliš málo semenných buněk, jejich nízká pohyblivost, nedostatek spermií normálního tvaru či nepříznivé chemické složení semenné tekutiny. **(4)**.

Nezjistí-li se objektivní příčina neplodnosti, považuje za ni psychický zádrhel mnoho terapeutů a výzkumníků. Za dostatečný důkaz je považováno těhotenství po adopci, psychoterapii, placeboterapii, psychofarmakoterapii atd. Jinými slovy zmizí-li psychogenní příčina, zmizí také porucha. Někdy je ale toto vysvětlení užíváno jen proto, že nebyla zjištěna objektivní příčina sterility a zaměňuje se tak neplodnost psychogenní s neplodností idiopatickou. Psychické příčiny poruch plodnosti se dají vymezit dvěma skupinami. V první se za příčinu považuje určitý vnitřní konflikt a ve druhé pak nezvládnutá zátěž či stres. Vzhledem k míře současných poznatků je ale nutné mít se před spekulativním označením psychických příčin neplodnosti na pozoru. Nejprve je totiž nutné vyloučit všechny známé příčiny neplodnosti a teprve potom uvažovat o psychické nepohodě jako o jednom z dalších možných vlivů (28).

V roce 1977 označila Světová zdravotnická organizace neplodnost oficiálně za nemoc a jako taková má být také léčena. Mezi léčebné postupy zaměřené na řešení problému neplodnosti patří hormonální léčba, chirurgické zákroky za účelem nápravy vad na reprodukčních orgánech či asistované reprodukční techniky. Využívají se také alternativní postupy léčby, což může být například využití homeopatických prostředků, akupunktury či speciálně zaměřených rehabilitačních postupů. Mimo rámec těchto opatření se lze setkat s doporučeními pro zvýšení plodnosti. Jedná se o metody a techniky, které mohou páry využívat bez pomoci specialistů. Je nutné především vyhýbat se výše zmíněnému rizikovému chování (17).

1. 2. 2. 2 Dobrovolná bezdětnost

Alternativy rodičovství a dobrovolné bezdětnosti nejsou chápány jako rovnocenné a stejně hodnotné vzhledem ke kvalitě života jedince. Rodičovství je považováno za normu a bezdětnost je popisována jako něco nenormálního. Jeden z hlavních znaků užívaných při popisu dobrovolné bezdětnosti (v médiích, časopisech atd.) je důraz na normalitu a přirozenost biologického rodičovství, respektive mateřství. To je zřejmé i z rozhovorů s bezdětnými muži a ženami, kterým dělá potíže už jen vyslovit

„nepřirozenou“ volbu bezdětnosti, na kterou je dokonce těžké jen pomyslet a vyslovit ji před sebou samým **(16)**.

Společnost se na jedince, kteří veřejně přiznají, že děti nechťejí, stále dívá jako na jakési anomálie. Tito lidé jsou pak nuceni své důvody vysvětlovat okolí a možná i sobě. Mezi nejčastější motivy dobrovolné bezdětnosti pak patří neexistence touhy po dítěti a mateřského pudu, nechť k odpovědnosti a ztrátě svobody, náročnost rodičovské role, zvýšené finanční náklady či neexistence vhodného partnera a nestabilita partnerského svazku **(29)**.

Jestliže je jedinec ve věku, v němž se rodičovství do budoucna stále ještě očekává, nezní pro jeho okolí (a možná i pro něj samotného) volba života bez dětí tak přesvědčivě. Zejména tehdy, nemá-li dotyčný stálého partnera, neboť rozhodnutí pro zahájení rodičovství je zpravidla vázáno na existenci partnerského vztahu. Proto je také časté, že bezdětní singles, kteří rodičovství odmítají, velmi často slýchají, že svůj názor změní, jakmile potkají toho pravého partnera. Tlak okolí vzhledem k rodičovství závisí především na tom, v jakých skupinách se jedinec pohybuje a s kým se srovnává. Silnější je však u žen, a to jak ze strany médií, tak ze strany nejbližšího okolí a rodiny.

Lidé, kteří si zvolili alternativu dobrovolné bezdětnosti, však přes všechny argumenty druhé strany popisují svůj život jako naplněný a zaneprázdněný jinými aktivitami, pro které už v něm na rodičovství není místo. Bezdětnost chápou jako příležitost a výzvu a ne jako neúplnost a prázdnotu **(16)**.

Na otázku, zda je motivace k rodičovství založena spíše biologicky či psychosociálně, nelze jednoznačně odpovědět. Z hlediska ekonomicky vyspělých zemí, kde výrazně klesají počty dětí v rodinách, zvyšuje se podíl dobrovolně bezdětných párů a věk žen při početí prvního dítěte, by se dalo konstatovat, že biologické vysvětlení ztrácí v současné době na aktuálnosti **(29)**.

1. 3 Nechtěné rodičovství

V současné době je pro značný počet mladých lidí a především ty, kteří mají stálého partnera, samozřejmé sexuální soužití. Lidí, kteří zahajují svůj sexuální život až po uzavření manželství je poměrně málo a většinou se také jedná o věřící. Proto je třeba věnovat pozornost také problematice antikoncepce a případnému nechtěnému rodičovství (10).

Dnes je naprosto normální, že si do určité míry dokážeme určovat chvíli, kdy naše děti přijdou na svět. Vděčíme za to především moderním antikoncepčním prostředkům, které používají zhruba dvě třetiny žen mezi dvaceti a čtyřiceti lety. Jsou dnes také základním nástrojem plánovaného rodičovství. Stoprocentní ochrana ale přesto neexistuje a z těhotenství se může stát neštěstí, které vyvrcholí právě jeho ukončením. Nechtěná těhotenství a umělé přerušování těhotenství tedy budou stále, avšak díky lepší ochraně před početím dochází k oběma těmto jevům méně často. I tak ale zůstávají především pro ženy velmi bolestivou situací, jak po stránce duševní, tak i tělesné (4).

Přechod k rodičovství představuje nejvýznamnější změnu uskutečňovanou v rámci rodinného cyklu. Děje se tomu pod silným kulturním tlakem, jelikož sociální status ženy je historicky úzce spojen s mateřstvím. Jedná se také o přechod neodvolatelný a na rozdíl od řady voleb, které člověk dennodenně činí, není v tomto případě možná oprava již jednou učiněného rozhodnutí. Zároveň je toto životní období zlomové, neboť těhotenství připraví ženu na mateřství z hlediska fyziologického, ne však z hlediska sociologického. Nemusí se však jednat o předem plánovaný přechod, někdy k němu dochází mimovolně a dítě může být počato neplánovaně (46).

Neplánované těhotenství představuje nesmírně náročnou situaci a pro mnohé z žen představuje jedno z nejtěžších životních období. V relativně krátkém čase je třeba učinit rozhodnutí, jakým směrem se bude život ubírat dále a to s vědomím, že se jedná o rozhodnutí nezvratné. Mezi možné varianty řešení pak patří možnost stát se matkou, podstoupit umělé přerušování těhotenství či ponechání dítěte adoptivním rodičům. Samotné rozhodování je tedy komplexním procesem zvažování racionálních

a emocionálních pohnutek. Podstoupení interrupce je voleno v případech, kdy aktuální životní plány dotyčných žen nejsou slučitelné s mateřstvím (17).

Pokud žena používá některou z antikoncepčních metod, nastává při jejím selhání první ze zmíněných variant jen zřídka. Je tomu tak především kvůli obavám, že antikoncepce vývoj plodu nějak narušila a dítě bude mít vrozenou vadu. Tyto obavy jsou ale skoro vždy neodůvodněné, a to jak v případě užívání hormonální antikoncepce, tak v případě selhání nitroděložního tělíška (1).

Počet uměle ukončených těhotenství je i přes svou klesající tendenci stále alarmující. Objevuje se proto snaha přesvědčit alespoň některé ženy, aby své dítě donosily a umožnily jej osvojit adoptivním rodičům. Takovýchto případů je v naší společnosti zatím málo. Interrupce je stále považována za obvyklé a normální řešení nechtěného těhotenství. Pokračující těhotenství s výhledem na adopci je naopak přijímáno jako nedostatek mateřského citu a morální prohřešek. Výzkumy však dokázaly, že většina žen, které se rozhodly pro osvojení dítěte, se rozhoduje odpovědně vůči sobě i dítěti.

S těmito matkami je pak nutné zacházet obezřetně. Po porodu se v žádném případě nepraktikují formy kontaktu matky s dítětem. Nesděluje se ani pohlaví narozeného dítěte. Většina těchto matek se ale zajímá o to, zda je dítě zdravé. Tuto informaci je vhodné poskytnout, jelikož má protistresový význam. Matka, která prošla obdobím okolo porodu uspokojivě, nemá později tendenci své dítě hledat a zasahovat do dalšího života dítěte (36).

1. 3. 1 Nechtěné děti

Názor, že všechny matky mají dostatek mateřského instinktu, který začne fungovat ihned po narození dítěte je mylný. Vztah ženy k těhotenství a matky k narozenému dítěti je značně komplikovaný. Zasahují do něj i jiní lidé, především otec dítěte, rodiče, ale také sociální, ekonomické a jiné problémy. V případě, že žena neplánovaně otěhotní a z jakýchkoli pohnutek se rozhodne si dítě ponechat, nastávají v podstatě dvě zásadní

varianty. První z nich je dítě sice neplánované, ale po narození přijímané. V průběhu těhotenství se totiž mladí rodiče i širší rodinné zázemí na skutečnost narození dítěte adaptují a dítě je následně přijato kladně. Druhou možností, která je poněkud neblahá z hlediska vývoje osobnosti dítěte, je dítě neplánované a po narození nevítané a nechtěné. U těchto dětí byly také vyzorovány následující skutečnosti: po narození obvykle nebyly kojeny, měly větší výskyt drobných onemocnění a úrazů, od narození trpěly nadváhou, ve škole byly negativně hodnoceny a měly horší školní výkon a v neposlední řadě také hůře navazovaly kamarádské vztahy.

Fakt, že dítě není kojeno, nebo je kojeno jen krátce, může znamenat mimo jiné také to, že nebylo svou matkou přijato. Vyšší výskyt onemocnění a úrazů lze vysvětlit tak, že dítě se dostává do středu pozornosti matky především tehdy, když je nemocné. Proto může také své zdravotní potíže předstírat, aby přilákalo matčinu pozornost a zvýšilo její náklonnost. Výskyt nadváhy lze spojit s pocitem náhradní slasti, která se také objevuje u dětí v dětských domovech. U nechtěných dětí a především u chlapců se dále objevuje druh chování, které se dá označit jako vytahování se a upozorňování na sebe, proto s nimi jejich spolužáci méně často uzavírají pevnější přátelství.

V dospělosti pak u těchto dětí bylo následně zjištěno, že se častěji objevují v evidenci protialkoholových a protidrogových poraden a v rejstříku trestů, mají sklon k vytváření společenských problémů, mají méně uspokojivých přátelských vztahů, jsou častěji zklamány v lásce a byly nespokojeny se svým psychickým stavem. Obecně lze tedy konstatovat, že duševní zdraví osob narozených z nechtěných těhotenství je více labilní a v průběhu času je stále ohrožováno neuspokojením řady emočních a sociálních problémů (36).

1. 4 Kontrola porodnosti a její metody

Plánované rodičovství lze charakterizovat jako snahu mít děti v období pro rodinu optimálním a v opačném slova smyslu i snahu zamezit nežádoucímu početí. V současné době existuje široká paleta antikoncepčních prostředků, které ženě umožňují výběr takové metody, která nebude provázena nežádoucími účinky a bude nejlépe odpovídat jejímu životnímu stylu (8).

Snaha oddělit pohlavní život od plození dětí je stará jako lidstvo samo. Již staří Egypťané používali řadu postupů, kterými se snažili zabránit početí, tyto postupy však byly mnohdy bizarní. Jedním z nich bylo zavedení pasty, která byla vyrobena z krokodýlího trusu či podobných látek, do pochvy, a to v určité době před souloží. Lidé si ale brzy uvědomili meze těchto bariérových metod a hledali i jiné, snadněji použitelné. Například ve starověké Číně mělo ochranu před početím ženy zajistit až na pět let spolknutí 24 živých pulců chycených v předjaří. O spolehlivosti této metody není třeba debatovat. Žádná z uvedených metod se tedy nerozšířila a neudržela. Historie moderní antikoncepce se datuje až rokem 1921, kdy si Dr. Haberlandt všiml, že výtažky z vaječnicků těhotných zvířat blokují uvolnění zárodečných buněk z vaječnicku, což ale v té době nebylo vhodné k širokému použití. Situace se změnila až umělou syntézou ženského hormonu progesteronu a v roce 1960 Americký úřad pro potraviny a léčiva schválil první antikoncepční tabletku s názvem Enavid-10 (1).

1. Hormonální a nitroděložní antikoncepce

Nejrozšířenější antikoncepční metodou je v současné době hormonální antikoncepce a nitroděložní antikoncepce (nitroděložní tělísko), které je vhodné u žen, které již rodily a nemají v anamnéze opakovaná zánětlivá onemocnění rodidel či mimoděložní těhotenství (8). Nitroděložní tělísko se zavede do dělohy, kde funguje několik let. Téměř všechna tělíska se vyrábějí z plastů (jen některé typy se dnes kombinují s kovy, zejména s mědí) a mohou mít různý tvar (písmeno T či spirála). Některé modely obsahují určitá množství hormonu, který se z nich pozvolna uvolňuje. Mechanismus účinku spočívá ve vyvolání chronického aseptického zánětu děložní

dutiny přítomností cizího tělesa. V důsledku toho pak děloha nepřijme oplodněné vajíčko. Pro nitroděložní tělísko se obvykle používá mezinárodní zkratka IUD z anglického označení Intrauterine Device **(50)**.

Hormonální antikoncepce může být jednosložková (obsahuje pouze estrogen) či kombinovaná (obsahuje estrogen a progestagen). Orální způsob užívání spočívá v měsíčním režimu, při kterém po jedenadvacet dní trvajícím užíváním pilulky následuje sedmidenní pauza bez pilulek (popřípadě se užívá sedm tzv. placebo pilulek). Tento režim byl vytvořen s cílem podpořit měsíční krvácení a napodobit tak menstruační cyklus **(13)**.

Při používání hormonální antikoncepce byly prokázány příznivé účinky v podobě snížení krevních ztrát, ale při delší době užívání také vliv na snížení výskytu rakoviny dělohy a vaječníků. Mezi kontraindikace patří výskyt trombózy v rodině a zvýšené riziko je též u žen starších 35 let. Tato omezení společně s kouřením pak užívání hormonální antikoncepce vylučuje. V současné době existuje hormonální antikoncepce ve formě tablet (viz výše), injekce, podkožních implantátů a v poslední době stále více využívaných vaginálních kroužků **(8)**.

Po nechráněném pohlavním styku s rizikem početí lze využít „nouzovou metodu“, kdy je možné podat tabletu s vysokým obsahem hormonů nejpozději do uplynutí 72 hodin po nechráněném pohlavním aktu **(7)**. Nejznámějším preparátem v České republice je Postinor obsahující vysokou dávku progestinu, který zabraňuje uhnízdění oplozeného vajíčka v děloze. Uvádí se, že riziko jeho selhání je okolo 1 %. Protože postkoitální antikoncepce představuje velký hormonální zásah do organismu, její časté užívání se nedoporučuje **(50)**.

Již přes 40 let se ve světě provádí výzkum, který je zaměřen na výrobu mužské hormonální antikoncepce, neboli „mužské pilulky“. Ta by měla obsahovat androgeny či jejich kombinaci s progestiny, jejichž účinek by měl potlačovat tvorbu spermií. Tato metoda se však zatím nevyužívá a další vývoj v této oblasti vyžaduje vynaložení nemalých finančních prostředků od farmaceutických firem **(13)**.

2. Bariérové metody antikoncepce

Mezi další antikoncepční metody patří tzv. bariérové metody, které brání spermii proniknout do dělohy. Nejznámější z nich je kondom, což je tenká gumová blána, která se navléká jako obal na penis. Kondom je velmi rozšířený a zároveň je také jedinou metodou, kterou má pod kontrolou muž. Tato forma antikoncepce má svůj ženský protějšek v podobě ženského prezervativu, není ale ve společnosti významně používána. V této souvislosti se více ujal poševní pesar, který se nejvíce používal v 60. a 70. letech 20. století. Co se týče spolehlivosti, doporučovalo se tuto metodu kombinovat s nějakým prostředkem hubícím spermie. S rozvojem jiných metod se proto pesary přestaly používat. K bariérovým metodám řadíme též chemické prostředky, které usmrcují spermie, tzv. spermicidy. Před souloží je nutná určitá příprava, což je také důvodem, proč se spermicidy nepoužívají ve větším měřítku **(1)**.

3. Přirozené antikoncepční metody

Existují ještě další metody, které se od předešlých liší především tím, že při nich v podstatě nedochází k plnohodnotné souloži. První z nich je metoda přerušované soulože a spočívá v tom, že pohlavní styk není dokončen. Při používání metody druhé, metody neplodných dnů, naopak k souloži v určité dny nedochází vůbec **(1)**.

Pohlavní abstinence se používá od doby, kdy bylo poprvé zjištěno, že pohlavní styk vede k těhotenství. V polovině 19. století došlo k objevení a identifikaci ženských vajíček. Rakouské a japonské studie z roku 1930 pak objasňují, jak dochází k ovulaci a následnému oplodnění. Tyto znalosti umožnily lepší a přesnější výpočet plodných a neplodných dní menstruačního cyklu a v roce 1934 byla tato metoda nazvána metodou menstruačního kalendáře. Jako jediná antikoncepční metoda je také uznávaná katolickou církví, která všechny ostatní metody zavrhuje **(13)**.

4. Chirurgické antikoncepční metody

Mezi antikoncepční metody se řadí také ženská a mužská sterilizace. V České republice se řídí sterilizačním zákonem, dle kterého je ženě tento zákrok schválen komisí na základě posouzení. Nejčastěji se zákrok provádí laparoskopicky, což

vyžaduje jen minimální dobu hospitalizace **(8)**. Ještě donedávna byla sterilizace považována za nevratný zákrok, ale dnes již existují metody, které umožňují rodičovství i sterilizovanému člověku. Její zrušení je však obtížným a nákladným zákrokem, který není vždy úspěšný. Možnost znovuoobnovení plodnosti žen pomocí mikrochirurgického zprůchodnění vejcovodů se pohybuje v rozmezí 43 – 88 %.

U ženy spočívá výkon sterilizace v laparoskopickém přerušení obou vejcovodů, což znemožní putování vajíčka z vaječníků do dělohy. Českým patentem, je metoda dočasného ucpání vejcovodů zvláštní gelovou hmotou, která po zavedení nabobtná a místo dokonale utěsňuje. Tuto „zátku“ je možné jednoduše odstranit a obnovit tak průchodnost vejcovodu. Zatím však nedošlo k jejímu rozšíření. U muže se sterilizace provádí přerušením chámovodů při místním znecitlivění. Jedná se o drobný zákrok, ranka se často nemusí ani sešívát **(50)**.

V některých zemích je metoda sterilizace vysoce populární. Například v Holandsku je dnes sterilizována téměř celá jedna třetina populace v plodném věku. V České republice je sterilizováno jen velmi nízké procento žen (necelá tři procenta) a u mužů se tento zákrok téměř neprovádí. Tento stav je do určité míry dán legislativními předpisy, které umožňují sterilizaci zdravým ženám, které mají nejméně čtyři žijící děti či ženám starším 35-ti let, kterým v této souvislosti stačí děti tři. Toto nařízení značně omezuje počet úspěšných žadatelek **(50)**.

Výčet výše uvedených antikoncepčních metod umožňuje prakticky všem, aby si vybrali tu, která jim nejvíce vyhovuje. Právě jejím využíváním pak bude naplněn cíl plánovaného rodičovství a dojde k žádoucímu odklonu od potratu k antikoncepci. Tento cíl není definován jen zdravotním hlediskem, ale také obecně civilizačním a kulturním.

1. 5 Vývoj člověka v těle matky

1. 5. 1 Početí

Těhotenství je proces, který začíná početím (konceptí), což je proces oplodnění a formování zygoty a pokračuje donošením živých potomků do doby, kdy jsou schopni života mimo dělohu. Těhotenství končí porodem, císařským řezem, potratem nebo interrupcí.

Vývoj jedince v děloze matky trvá 10 lunárních měsíců, respektive 40 týdnů, což je 280 dní. Vše začíná splynutím mužské pohlavní buňky – spermie se ženskou pohlavní buňkou – vajíčkem. Jádra těchto buněk obsahují dědičnou hmotu v podobě chromozómů v polovičním počtu, což je 23. Teprve spojením těchto jader vzniká oplozené vajíčko nesoucí dědičné základy obou rodičů. Pohlaví je pak určeno druhem spermie, v případě holčičky pohlavní buňkou otce s chromozómem X a v případě chlapce pak buňkou s chromozómem Y (**8**).

Potvrzení těhotenství lze provést jednoduchým testem, který je založen na měření těhotenského hormonu choriogonadotropinu, který je obsažen v moči. Test je možné učinit již v den plánovaného počátku následující menstruace. Nejlépe je při něm použít ranní moč, neboť právě ta obsahuje největší podíl daného hormonu. Jakmile je těhotenství potvrzeno, lze stanovit předpokládaný termín porodu, a to připočtením 40 týdnů k prvnímu dni poslední menstruace. Toto datum je ale pouze orientační. Zhruba v 10. týdnu těhotenství lze předpokládaný den porodu potvrdit ultrazvukem (**33**).

1. 5. 2 Prenatální vývoj

Prenatální vývoj dítěte lze rozdělit do několika částí. Do 10. týdne těhotenství se užívá termín embryo a pro jeho vývoj termín embryogeneze. Poté již hovoříme o plodu (fétu). V počátečních týdnech těhotenství dochází k založení a vývoji všech orgánů

plodu. Toto období se tedy nazývá organogenezí a trvá do ukončeného 12. týdne. Těhotenství probíhá ve třech trimestrech. První hranice (přechod mezi 1. a 2. trimestrem) znamená uzavření nejrizikovějšího období těhotenství a druhá hranice (přechod 2. a 3. trimestru) pak vymezuje životaschopnost dítěte. Donošené dítě je to, které se narodí v rozmezí 38. až 42. týdne, přičemž o období po 40. týdnu hovoříme jako o tzv. potermínové graviditě a po 42. týdnu o přenášení. Porod dítěte mezi 24. a 37. týdnem těhotenství je předčasný a do 24. týdne se jedná o potrat **(22)**.

Při podrobnějším vymezení těhotenství hovoříme nejprve o blastogenezi, kdy dochází k uhnízdění oplodněného vajíčka v děloze a jeho následné diferenciaci, což trvá zhruba do konce 3. týdne prenatalního vývoje. Poté dochází k embryogenezi, kdy se z každého zárodečného listu začínají vyvíjet tkáně a orgány. Z ektodermu se například vyvine kůže a nervová tkáň, z entodermu játra a střeva a z mezodermu kosti a svaly. Dále se vyvíjí hlavová část embrya, základy mozku, nervového systému a srdce. V 5. a 6. týdnu prodělává změny obličej plodu, vyvíjí se oční víčka a jsou již patrné čichové ploténky. V období mezi 7. až 10. týdnem prodělává plod období rychlého růstu. Na počátku 9. týdne měří 17 mm a váží 2 g, na konci 12. týdne až 85 mm a váží 20 g. Většina orgánů získává svou definitivní podobu. V 10. týdnu těhotenství se plod intenzivně pohybuje, může polykat, sát, zívát a zatínat pěstičky. Zhruba ve 13. týdnu vývoje má plod patrnou mimiku obličej, začíná slyšet a ve 14. týdnu lze sonograficky určit pohlaví dítěte. V rozmezí mezi 15. až 18. týdnem si plod počíná cucat paleček, sílí mu svaly, zpevňují se kosti a akceleruje se vývoj smyslových orgánů. Stetoskopem jsou slyšitelné jeho srdeční ozvy. Dále dochází růstu nehtů a vlasů. Zlomové období pro životaschopnost plodu představuje 22. týden prenatalního vývoje. Přestože by byl plod po porodu velmi nezralý, je již schopen při plné péči neonatologů přežít mimo dělohu. Nejvíce nezralé jsou tehdy plíce, které teprve začínají tvořit surfaktant umožňující rozepnutí plicních sklípků. Plod reaguje na dotek a je schopen vnímat bolest. Ve 26. týdnu je plod vyvinut natolik, že po porodu je schopen regulovat svou tělesnou teplotu. Ve 28. týdnu vývoje asi 80 % plodů začíná zaujímat v děloze polohu hlavičkou dolů. Od 34. týdne jsou plíce jediným dozrávajícím orgánem a plod čeká do porodu váhový přírůstek v podobě jednoho kilogramu. V rozmezí mezi 36. a 38.

týdnem měří plod cca 50 cm, váží 3200 až 3700 g, je donošený a zralý a může se kdykoli narodit **(22)**.

V současné moderní společnosti může ohrožovat těhotenství ženy řada negativních vlivů. Může to být například záření, chemické prostředky různého druhu, kouření, alkohol, drogy či infekční onemocnění (především zarděnky), stres, honba za kariérou a v neposlední řadě také odkládání mateřství. Hygienické normy zajišťují ochranu pracovního a životního prostředí, ale stále je třeba bojovat s toxikomanií a prohloubit výchovu společnosti k uvědomělému rodičovství za optimálních zdravotních a sociálních podmínek **(8)**.

1. 6 Interrupce

Každoročně téměř 46 milionů žen na světě podstoupí umělé přerušení těhotenství, přičemž 26 milionů z nich žije v zemích s liberálními potratovými zákony a zákrok tedy podstupují legálně. Ten je pro ně relativně dostupný, provádí se v důstojných podmínkách a provází jej obvykle minimální riziko zdravotních komplikací. Ostatní ženy, které potrat podstupují, žijí v zemích, kde je interrupce výrazně omezena či zcela zakázána. Proto jsou tyto ženy často nuceny obracet se na pokoutní potratáře a z 600 tisíc žen, které každoročně zemřou v souvislosti s těhotenstvím, pak každá osmá žena umírá na následky neodborně provedeného potratu. Snaha o zpřístupnění umělého přerušení těhotenství ženám a podpora jejího svobodného rozhodnutí však ještě zdaleka nemusí znamenat propagaci tohoto zákroku. Mělo by zůstat pouze krajní alternativou a nezbytným východiskem, na které se obrátíme jen v mezních situacích, podobně jako použijeme záchrannou brzdu ve vlaku **(40)**.

Umělé ukončení těhotenství je také počítáno k prostředkům plánovaného rodičovství. Nemá však preventivní charakter. Je nesporné, že interrupce patří ke zdravotně i eticky nejméně akceptovatelným způsobům kontroly porodnosti. Jedná se totiž o proces, při kterém je odstraněn vitální plod z děložní dutiny **(8)**.

Počet umělých přerušení těhotenství v dané zemi je známkou kulturní vyspělosti obyvatelstva a především pak rozšířenost antikoncepčních metod. V Evropě přetrvaly značné rozdíly mezi ženami západní a severní Evropy a ženami žijícími v postkomunistických zemích, v nichž je potratovost až osmkrát vyšší. Svůj podíl na tomto jevu má tradiční neúcta k ženám a obecné znevážení morálních hodnot jako následek totalitního režimu. Co se týká situace v ČR, od roku 1989 zde klesl počet prováděných potratů o více než 60 % **(40)**.

Potrat

Pojmem potrat (lat. abortus) se označuje ukončení těhotenství způsobené zánikem embrya či plodu před porodem a dělí se na časný a pozdní **(8)**.

Přesná definice potratu je dána legislativou, konkrétně Vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 11/1988 Sb., kde je v §4 uvádí: „*Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:*

- *plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, tak v případě, že je těhotenství kratší než 28 týdnů*

- *plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu*

- *z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.*“(52).

Dle *Koschina* existují tři typy potratů – samovolný potrat, umělé přerušení těhotenství a ostatní potraty. Samovolný či přirozený potrat je spontánní vypuzení plodu z dělohy. Interrupce (umělé přerušení těhotenství) je v tomto smyslu potrat indukovaný a do kategorie ostatních potratů spadají jednak kriminální činy, ale také ukončení mimoděložního těhotenství (30).

Interrupce, umělé přerušení (ukončení) těhotenství, umělý potrat

Tento termín vyjadřuje záměrné ukončení těhotenství prostřednictvím chirurgického zákroku či s využitím chemické látky. Bývá též označováno jako potrat, což ale původně znamená samovolné předčasné vypuzení plodu neschopného života (8).

Spontánní potrat

Spontánní potrat může být způsoben mnoha okolnostmi. V počátcích těhotenství mnohdy tělo matky odmítne poškozený plod, který by se nemohl zdravě vyvíjet. Někdy je také potrat vyvolán zdravotním problémem, který buďto vznikne v průběhu těhotenství, či jako následek onemocnění předchozího. Příčiny spontánních potratů se dají rozdělit následovně:

- fyzikální příčiny (např. rentgenové záření)
- chemické příčiny (působení látek totožných s karcinogeny obsažených např. ve výfukových plynech či cigaretovém kouři)
- biologické příčiny (působení některých virů a bakterií)

- genetické příčiny (mutace genů a poruchy chromozómů při vzniku zárodku či dědičný přenos některých chorob)
- mechanické příčiny (traumata)
- imunologické příčiny (např. tvorba protilátek proti strukturám zárodku)
- hematologické příčiny (vrozené poruchy srážlivosti, typickým onemocněním je tzv. Leidenská mutace)
- nutriční příčiny (nedostatek základních vitamínů a živin v období těhotenství).

Uvedené příčiny se však mohou navzájem kombinovat (3).

K samovolným potratům dochází poměrně často. V některých případech jej žena nemusí ani rozpoznat a považuje jej za oddálenou menstruaci. Z toho důvodu se odhady incidence těchto potratů pohybují v rozpětí 10 až 50 % těhotenství (8).

1. 6. 1 Historie interrupce

V období starověku nebylo umělé přerušení těhotenství zakázáno. Staří Řekové tento zákrok naopak doporučovali k regulaci počtu obyvatelstva a udržení stabilních sociální a ekonomické situace. Jeho zastánci byli Platón i Aristoteles, postoj Hippokrata byl však poněkud odlišný. Obával se totiž spíše poškození ženy účinkem tehdejších primitivních prostředků. Doporučoval tedy vyvolání potratu použitím násilných cviků, což zřejmě dokládá, že neodsuzoval potrat jako takový. Ani ve starém Římě neexistovaly žádné zákazy potratu. Tehdejší právo zastávalo názor, že plod je součástí ženského těla, která může být na její žádost odstraněna. Staří Židé měli dokonce pro tento zákrok vlastní výraz „neftel“, což znamená něco jako vypadnutí. Rané křesťanství pak v odkazu na židovství nepovažovalo potrat za vraždu, pokud „v těle není duše“.

V pokročilém středověku docházelo v některých zemích vlivem nárůstu katolického vyznání k odmítavým postojům vůči umělému potratu, jelikož ten je pro katolickou církev zcela nepřijatelný. Křesťanská nauka považuje za počátek lidského života moment oplodnění vajíčka a potrat je tudíž na stejné rovině jako vražda.

Proto byly potraty prováděny jen tajně, a to osobami bez jakéhokoli zdravotního vzdělání (40).

Ženy měly ve starověku a středověku stejné důvody pro potrat, jaké mají i dnes. Chtějí zakrýt mimomanželské styky, uchovat si atraktivní postavu, nezvyšovat počet členů rodiny a v určitých případech také uchránit své zdraví. A stejně jako dnes, i tehdy bylo umělé přerušení těhotenství předmětem diskuzí (5).

V anglickém zákonodárství platil v letech 1307 – 1803 zákon umožňující ženě potrat na její přání, a to v době „před vnímáním dítěte“, čímž byly myšleny pohyby plodu. Pokud byl však zákrok proveden později, byl kvalifikován jako přestupek. V roce 1803 byl zákon zpřísněn a potrat ve stádiu před vnímáním pohybů plodu byl trestán pokutou, vězením či postavením na pranýř a potrat v období po vnímání pohybů byl brán jako vražda a trestán smrtí. Za panování královny Viktorie byl tento zákon modifikován a potrat v jakékoli fázi těhotenství byl trestán vězením.

Z přehledu těchto historických faktů je zřejmé, že nešlo ani tak o ochranu nenarozeného plodu, jako spíše život ženy potratem ohrožený. V té době lékařská věda nepoužívala sterilní postupy operačních zákroků a žena byla nezdědka ohrožena těžkou infekcí (40).

Začátek 20. století je ve znamení liberalizačních tendencí vztahujících se k umělému přerušení těhotenství. První stát, který zlegalizoval interrupci na žádost ženy, byl SSSR, a to v roce 1923. V roce 1930 pak dochází v Dánsku a Švédsku k přijetí zákona, dle kterého byla interrupce povolena z lékařských a sociálních důvodů. Následoval Island, kde byl ze stejných důvodů povolen potrat v roce 1935. V Anglii a Francii bylo umělé přerušení těhotenství uzákoněno až v 70. letech 20. století, což ovlivnilo legalizaci umělých potratů i v jiných evropských zemích. Interrupce však byly i nadále zakázány např. v Irsku, Maltě, Albánii, Rumunsku a Belgii (zde se situace změnila až v roce 1990). V Evropě byly tedy ve druhé polovině 20. století interrupce zlegalizovány jednak z důvodů zdravotních a sociálních, ale také na žádost ženy (40).

Ve Spojených státech amerických byly před rokem 1965 interrupce považovány za špatné a nemorální a v podstatě se o nich neslušelo ani diskutovat. S příchodem tzv. liberálního věku se však této problematice dostalo pozornosti ze strany veřejnosti

a médií. Interrupce se začala objevovat v titulcích novin a stala se námětem důležitých článků. Většina z nich však byla plná senzací s málo obстоjnými fakty. Dle *Gradyho* byl dokonce problém interrupce uměle vytvořen a předem naplánován a koordinován ve sdělovacích prostředcích s cílem ovlivnit zákonodárné instituce. Faktem však zůstává, že před rokem 1966 byl potrat zakázán ve všech amerických státech, vyjma případu ohrožení života matky. Zlom nastal roku 1967, kdy byl přijat nový liberální zákon umožňující interrupci, a to ve stejné formě ve 35 amerických státech (14).

1. 6. 2 Interrupce a její vývoj v České republice

Na území bývalého Rakouska-Uherska platil pruský trestní zákoník z roku 1851, který trestal ženu za umělé přerušování těhotenství pěti lety vězení a trval až do roku 1926. Hitler tento zákon zpřísnil a připouštěl jen eugenické důvody. V roce 1939 byly potraty zakázány úplně a od roku 1943 byly dokonce trestány smrtí.

Na území bývalého Československa platil po válce zákon č. 117 z roku 1852, podle něž byla žena trestána za pokus o potrat vězením od šesti měsíců do jednoho roku a za dokonání aktu potratu od jednoho roku do pěti let. Dle tohoto zákona byl rovněž trestán otec dítěte i osoba, která zákrok provedla. Výjimku zákon připouštěl jen v případě ohrožení života či krajní nouze. Tento zákon byl nahrazen zákonem č. 68 z roku 1957, který zavedl institut interrupčních komisí a rozšířil indikace o zdravotní důvody a případy hodné zvláštního zřetele (40).

Statistika potratů je u nás vedena od 60. let 20. století, umělé přerušování těhotenství však bylo zlegalizováno přijetím výše zmiňovaného zákona z roku 1957. Dalším liberalizačním krokem je pak interrupční zákon č. 68 z roku 1986, který je v platnosti i dnes. Platba za výkon interrupce z jiných než zdravotních důvodů byla zavedena v roce 1992. V této souvislosti také došlo v roce 1993 k nárůstu počtu potratů ze zdravotních důvodů.

V České republice prošla potratovost několika vývojovými stádii, nejvyšší úroveň ovšem dosáhla koncem 80. let a již od počátku 90. let dochází k jejímu postupnému

snižování. Většina změn se v této oblasti odehrála v důsledku legislativních opatření. V roce 1962 souvisel například pokles potratovosti se schválením přísnějších předpisů určujících provádění umělých potratů, což bylo také v roce 1973 následováno zavedením výrazné pronatální státní politiky. V roce 1986 dochází ke zrušení interrupčních komisí a následnému zvýšení počtu podstoupených interrupcí. Na počátku 90. let však počet uměle přerušovaných těhotenství prudce klesá a tato tendence se i nadále udržuje. Hlavní příčinou poklesu interrupcí je zejména rozšíření antikoncepčních metod spolu se změnou přístupu obyvatelstva vzhledem k odpovědnějšímu reprodukčnímu chování. Klesající tendence potratovosti se v posledních letech stala již tradičním pozitivním rysem populačního vývoje na našem území.

Ve srovnání s ostatními zeměmi světa byla incidence potratů na počátku nového milénia nejvyšší v Rusku, Bělorusku, Rumunsku a na Ukrajině. Česká republika se nachází ve středu tabulky podobně jako například Švédsko či Norsko. Nejnižší potratovost je zaznamenána na území Uzbekistánu, Německa a Finska. Zajímavým faktem je to, že Belgie a Švýcarsko počet provedených interrupcí vůbec neevidují, jelikož je považují za ryze soukromou záležitost. Otázku mezinárodního srovnávání ovšem komplikuje skutečnost, že Česká republika neumožňuje provádění regulace menstruace, což je ale v některých zemích zcela běžné, avšak ve většině států se tento zákrok statisticky neeviduje (48).

1. 6. 3 Kdy se plod stává lidskou bytostí

Problematika oprávněnosti interrupcí tkví v otázce, zda je možné považovat plod za plnohodnotnou lidskou bytost. Pokud bychom byli nuceni volit mezi záchranou života matky (která nemá děti či jiné závazky) a záchranou plodu, pak si z etického hlediska můžeme rovnou hodit mincí. Tato volba je pak nesmírně těžká v případě žen, které své dítě považují za plnohodnotné bytosti již od okamžiku početí. Proto se na jedné straně zdá téměř nemožné vymezit jasné hranice bez ohledu na to, zda budeme

plod považovat za plnohodnotnou bytost či nikoli. Na druhou stranu je ale samotná myšlenka, že tyto hranice neexistují, velmi znepokojující (47).

Existují různé názory na dobu, kdy je lidský zárodek obdařen duší. Její přítomnost je předmětem četných diskuzí mezi různými náboženstvími a kulturami. Křesťané věří, že každý člověk je obdařen nesmrtelnou duší. Již od středověku se ale vedou debaty o tom, ve které fázi vývoje plodu se tato duše objevuje. Předpokládá se, že aby došlo ke vstupu duše, musí již zárodek vykazovat vnější podobnosti s člověkem. Tomáš Akvinský (1225 – 1274) stanovil, že do mužského zárodku vstupuje duše čtyřicátý den a devadesátý den do ženského, nijak však tuto diferenciaci nezdůvodnil. V ostatních náboženství však není koncepce nesmrtelné duše takto jasná. Například v hinduistické a buddhistické tradici je ústřední víra v reinkarnaci a duše není zdaleka záležitostí jen člověka a přetrvává i ve spojení s jinými formami života (40).

Dle *Jankovského* není člověk definován svými duševními a tělesnými vlastnostmi, vnějšími rysy či funkčními schopnostmi, ale tím, že v sobě nese určitý genetický vzorec. Okamžikem početí je poté rozhodnuto o tom, jaká tato genetická sada bude. Psychologie v této souvislosti užívá termín nultý „bod inteligence“ a považuje za něj 33. den po početí, i když aktivita mozku je na EEG zachytitelná až v devátém týdnu (26).

Někteří embryologové do této debaty v poslední době vstupují s názorem, že je třeba brát v úvahu vývoj šedé mozkové kůry, jelikož tento orgán člověka nejvíce odlišuje od ostatních živých tvorů. Svou funkční způsobilost získává mezi 24. – 32. týdnem těhotenství. Lidský zárodek totiž až do tohoto okamžiku nevlastní žádnou biologickou strukturu či chemickou reakci, díky níž by se odlišoval od ostatních živočichů. Z hlediska práva se na celou záležitost ohledně interrupcí pohlíží jako na konflikt práva ženy svobodně rozhodnout o osudu svého těhotenství a práva nenarozeného dítěte na život. Na jedné straně tedy stojí zárodek, který nevlastní žádnou biologickou strukturu charakterizující lidství a na straně druhé plnoprávná bytost v podobě ženy. Presumpce právní priority by pak měla stát na straně matky. Celá záležitost se ale mění momentem, kdy i zárodek nabývá těchto unikátních vlastností. Tato okolnost je spjata právě s vývojem šedé kůry mozkové (40).

Právní definice pohlíží na lidskou osobnost jako na nositele určitých práv a povinností, která jsou obdařena právní ochranou. Základním právem je právo na život a jeho porušení je celosvětově považováno za vážný zločin a bývá klasifikováno jako vražda či zabití. Pokud by byl lidský zárodek v této souvislosti chápán jako lidská osobnost, bylo by možné každou interrupci dle tohoto také potrestat. Konečné slovo v této otázce ale nemůže být čistě v rukou vědy, ale musí také reflektovat oblast lokální kultury, tradic, názory politiků a právníků. Konečné stanovisko by ale mělo být přístupné diskuzím a možným změnám. Nicméně jedinými dvěma jistými a pevně definovanými body ve vývoji lidského jedince je okamžik početí a okamžik porodu. Mezi nimi se však nachází devítiměsíční období zahrnující řadu změn a neustálý vývoj. Je v něm tedy velice obtížné definovat nějaké pevně stanovené hranice (40).

1. 6. 4 Způsoby provádění interrupce

Do počátku 20. století byly metody umělého přerušování těhotenství velmi primitivní. Obvykle se využívalo kyret, kterými se obsah dělohy vyškrabával po předchozím násilném rozšíření děložního hrdla. Průkopníkem moderní techniky byl v této oblasti James Young Simpson, který zavedl princip odsávání s využitím podtlaku. Starověké nálezy však potvrzují, že podobné nástroje se používaly již v oblasti Pompejí a Herkulanea (40).

Když je těhotenství ženy poprvé potvrzeno, bývá lidské embryo čtyři až šest týdnů staré. Mezi běžně užívané způsoby interrupce patří následující metody, jejichž použití závisí právě na pokročilosti těhotenství.

Miniinterrupce je prvním možným způsobem umělého ukončení těhotenství a provádí se nejpozději do jeho 6. týdne u ženy, která ještě nerodila a do 8. týdne u ženy, která již porodila vaginální cestou. Do děložního hrdla je vsunuta hadice napojená na silné odsávací zařízení a plod je poté odsát do sběrné láhve. Embryo okamžitě umírá traumatem a ztrátou přívodu krve a kyslíku.

Do dvanácti týdnů je nejobvyklejší metodou odsávání, dilatace, a kyretáž, případně jejich kombinace. V tomto období se zákrok pokládá za klasickou interrupci. Dochází k rozšíření děložního hrdla a následnému proniknutí trubice připojené k odsávací aparatuře. Zárodek je vysát do sběrné láhve a při odsávání okamžitě umírá. Kyretáž se obvykle provádí zároveň nebo bezprostředně po provedení odsávání.

V určitých případech se provádí pouze dilatace a kyretáž, kdy po vniknutí ostrého nástroje do dělohy je zárodek, placenta a blány vyřezány a vytaženy a stěny dělohy zároveň vyškrábány dočista. Zárodek ve dvanáctém týdnu je již schopen se pohybovat a cítit bolest. Po dvanácti týdnech bývá již příliš velký, aby byl vytažen nepoškozený, proto bývá rozřezán **(14)**.

Metodou pro vyvolání potratu plodů starších 16-ti týdnů je infúze do plodového vaku. Využívá se při tom různých látek, nejčastěji však hypertonického solného roztoku, močoviny či prostaglandinů. Plod tyto látky spolkně a ty jej následně bolestivě zabíjejí. Roztok funguje podobně jako žíravina a umírání plodu může trvat i několik hodin. Příčinou smrti je obvykle vysoká hladina sodíku v krvi či akutní otrava solí. Kontrakce se u matky dostaví do 24 hodin po aplikaci roztoku, jsou ale mnohem intenzivnější a bolestivější. Matka poté porodí mrtvé dítě, výjimečně se však stává, že dítě jeví známky života **(24)**.

V pozdních stádiích těhotenství se využívá metoda hysterotomie, při které je děložní stěna chirurgicky otevřena a plod s placentou jsou vyňaty. Jedná se o zákrok podobný císařskému řezu, dítě při něm však nepřežívá **(14)**.

Mezi neinvazivní metody interrupce patří způsob, při kterém se používá chemický hormon RU 486. Využívá se v počátečních fázích těhotenství, kdy podporuje spontánní změny v děloze **(14)**. Tento přípravek se používá jen v některých evropských zemích (Anglie, Francie). Jeho použití totiž může vést k vážným zdravotním obtížím matky, tak i k těžkým vývojovým vadám dítěte, pokud se je nepodaří usmrtit. Účinnost tohoto přípravku je zhruba 80 % **(26)**.

Odborně provedené umělé přerušování těhotenství (v období do 12. týdnů těhotenství) bývá zákrokem, který netrvá déle než několik minut a obvykle není provázen závažnými zdravotními následky. Výskyt případných komplikací pak závisí

na pečlivosti jeho provedení a délce těhotenství, které má být přerušeno. Obecně lze tvrdit, že čím kratší je těhotenství, tím bezpečnější je také zákrok. V současné době se již víc než 80 % interrupcí provádí v raných stádiích zhruba do osmého týdne, počítáno od prvního dne poslední menstruace. K případným komplikacím tohoto zákroku patří krvácení s větší ztrátou krve, poranění děložního hrdla, embolie či komplikace po anestezii. Někdy dochází k rozšíření infekce, která může zapříčinit děložní zjizvení, což ve svém důsledku může vést k neplodnosti a popřípadě také neschopnosti donosit další dítě (40).

Haškovcová v této souvislosti podotýká, že každý lékař má právo odmítnout provést umělé přerušování těhotenství, jestliže mu v tom brání jeho morální přesvědčení a svědomí. Existuje ale výjimka, a to situace, kdy je bezprostředně ohroženo zdraví ženy. Čeští gynekologové však zpravidla při výkonu umělého potratu morální zábrany nemají. Důvod spočívá zřejmě v realistickém přístupu k volbě specializace, ke které provádění zákroku interrupce patří. Lékař, kterému se interrupce přičí, volí spíše jiný lékařský obor. Přesto je existence práva odmítnutí tohoto zákroku žádoucí alternativou (18).

1. 6. 5 Klasifikace důvodů pro a proti interrupci

Argumenty obhajující interrupci

Téma umělého přerušování těhotenství je velmi diskutované a dotýká se mnoha oblastí. Přestoupilo již ryze medicínskou stránku a vstoupilo do oblasti morální, sociální, filozofické, náboženské a samozřejmě také právní. Ve světě došlo k vytvoření dvou nepřátelských táborů. Zastánci prvního se domnívají, že žena má nezadatelné právo rozhodovat o osudu svého těhotenství. Druhá strana s tímto názorem souhlasí do okamžiku uhníždění oplodněného vajíčka. Poté je již právo na straně nenarozeného dítěte a žena již do tohoto práva nemůže zasahovat (40).

Interrupce je značným etickým problémem, v jehož středu stojí otázka, zda přísluší matce právo rozhodovat o životě počatého dítěte či nikoliv. V naší společnosti přetrvává

vliv starořímského práva chápající dítě v prenatálním období jako součást těla matky. Proto pak bývá vyvozováno, že matčíným právem je s dítětem, dokud se nenarodí, zacházet podle svého uvážení. Na druhé straně je ale nutné poznamenat, že římské právo operovalo také s institutem tzv. poručníka břicha, jenž hájil právní zájmy nenarozeného dítěte **(26)**.

Existuje řada argumentů hovořících ve prospěch umělého přerušeni těhotenství ať již psychických, sociálních, ekonomických či zdravotních. V této souvislosti je však nutné vzít v úvahu skutečnost, že rodičovství zásadním způsobem zasahuje do života lidí a mnozí se proto z různých důvodů necítí na tak podstatnou změnu připraveni. V těchto situacích pak také není jednoduché učinit jednoznačné rozhodnutí **(48)**.

Důvody ve prospěch interrupcí spadají nejčastěji do některé z následujících kategorií:

1. Dítě je hrozba pro fyzické nebo psychické zdraví matky, popřípadě vážným způsobem ohrožuje její zdraví. Další závažnou zdravotní indikací je poškození plodu, které je neslučitelné se životem.

2. Dítě bylo počato při znásilnění či incestu.

3. Předpokládá se, že dítě bude fyzicky či mentálně postižené. Tato situace obvykle nastává, pokud byl zárodek vystaven nějaké škodlivé chemikálii či nemoci.

4. Interrupce je osobní záležitostí ženy a ta má právo rozhodnout, zda bude její těhotenství ukončeno či nikoliv. Tento názor je podporován argumentem, že potrat představuje rezervu při selhání antikoncepce a je tak přijatelným prostředkem pro kontrolu populace.

5. Existence nelegálních interrupcí, při kterých nezřídka docházelo ke zranění či dokonce úmrtí z důvodu infekce po neprofesionálně provedeném zákroku **(14)**.

K důvodům obhajujícím umělé přerušeni těhotenství se též řadí důvody sociální, kdy by například narození dalšího dítěte představovalo pro rodinu neúnosnou zátěž, což je jedním z nejčastějších důvodů v případě žen samoživitelek **(26)**.

Argumenty proti interrupci

Odpůrci interrupcí tvrdí, že nenarozené dítě je žijící lidská bytost a jako taková má plné právo na život. Opírají se o Chartu lidských práv, která zabezpečuje každému jedinci právo na život. Mezi argumenty stojícími proti interrupcím řadí následující tvrzení.

Zdravotní hledisko – Dle odpůrců interrupcí existuje jen velmi málo případů, kdy dítě představuje ohrožení pro matku. Mnoho odborníků a gynekologů se dnes totiž přiklání k názoru, že při dnešním pokročilém stupni lékařské vědy není v žádném případě nutná terapeutická interrupce, jelikož schopní lékaři při použití nejnovějších zdravotnických technik mohou zajistit život jak matky, tak dítěte.

Psychiatrická indikace – Lékaři, kteří neschvalují interrupce tvrdí, že nebyla prokázána příčinná souvislost mezi těhotenstvím a psychickým onemocněním. Podle některých má těhotenství a porod dokonce blahodárný účinek na psychický stav matky. Existují také případy, kdy matka na počátku těhotenství zvažovala interrupci a později byla ráda, že tento zákrok nepodstoupila.

Ostatní indikace – Je potvrzeno, že pokud bude matka během těhotenství užívat drogy či jiné chemikálie, bude ozářena či dostane například zarděnky, může dojít k poškození plodu. Otázkou však zůstává, zda mají být všechna takto ohrožené děti utraceny, když jen určité procento z nich bude mít skutečně deformace. Dle *Gradyho* představuje podstoupení interrupce negativní přístup k těmto problémům. Navrhuje proto přístup pozitivní, který spatřuje především v prevenci – očkování proti zarděnkám, zamezení zneužívání drog a užívání patřičných a zdraví neohrožujících medikamentů v případě těhotných žen (14).

V případě interrupce z důvodu poškození plodu zastávají někteří lidé poněkud radikální stanovisko. Tvrdí, že je třeba si ale uvědomit, že umělé přerušování těhotenství nemůže zamezit postižení. Zabíjí ty, kteří již byli počati a postiženi a jsou tedy jeho oběťmi. V tomto případě rozhodně nelze mluvit o prevenci. Jedná se v podstatě o formu euthanasie (5).

Obvyklým argumentem pro interrupci je také názor, že pokud nebude dovoleno podstoupit interrupci v nemocnicích, budou tedy prováděny nelegálně

nekvalifikovaným personálem. Nemůžeme ale říci, že je třeba něco uzákonit, protože se to běžně provádí. Stejný způsob myšlení by se pak dal aplikovat také na krádeže či jiné zločiny (14).

Zastánci potratu často poukazují na právo žen na sebeurčení. Tvrdí, že je nutné brát zřetel nejen na nenarozené dítě, ale také na matku, která by si tím, že by se uvázala na dítě, mohla zkazit celý život. V této souvislosti však je třeba poukázat na německé výzkumy, které potvrzují, že dvě ze tří žen po prodělaném potratu trpěly dlouhodobě pocity viny, úzkostí či dokonce těžkou depresí. K těmto stavům se připojily i tělesné příznaky v podobě migrény, poruch srdečního rytmu či zažívacích obtíží. Problémy se nevyhnuly ani vztahu s partnerem, kde se objevily pocity nenávisti, citový a sexuální chlad, který může vyústit až frigiditou (49).

1. 6. 6 Kdy je potrat skutečně oprávněný

I odpůrci potratů a někteří věřící jsou ochotni interrupci připustit, pokud se jedná o jeden z následujících dvou případů. První z nich vystihuje situaci, kdy je pravděpodobné, že nenarozené dítě bude abnormální a jeho postižení bude natolik vážné, že dítě nemůže přežít mimo tělo matky. Takovým případem je například anencefalie, kdy novorozenec krátce po porodu umírá na nevyvinutost mozku.

Druhou situací, kdy potrat nelze jednoznačně odsoudit, je pokud k početí došlo v důsledku znásilnění. Jedná se totiž o děsivý zločin, který zanechává nesmazatelné stopy a svým obětím způsobuje celoživotní utrpení. Zde lze také zařadit těhotenství vzniklé z krvesmilstva (5).

Tento případ zároveň nabádá k zamyšlení, zda není psychika ženy ještě více poznamenána vinou za zničený život, který byl navíc z poloviny její. Nenarozené dítě je nevinná bytost bez zodpovědnosti za tento zločin a tudíž by za něj nemělo být trestáno. Může být také jediným dítětem, které kdy žena bude mít (14).

Katolická morálka se na interrupci vždy dívá jako na závažný morální přestupek, jelikož je v rozporu s 5. přikázáním „nezabiješ“. Určitý rozpor v obecném pojetí

křesťanské morálky představuje otázka terapeutického potratu, a to mezi nekatolíky a katolíky. Pro druhou skupinu je typický spíše nekompromisní postoj příklánějící se k ochraně nenarozeného života.

Mravní posouzení potratu je ale především záležitostí svědomí každé ženy, která jej zvažuje podstoupit. Z psychologického hlediska tato situace představuje mimořádnou zátěž, jež zanechává na psychice ženy neblahé následky. Proto je zapotřebí spíše porozumění než odsouzení. Nikdo si totiž nemůže být zcela jist, jak by se v dané situaci zachoval on sám (26).

1. 6. 7 Ženy, které podstoupily interrupci

„Potratila jsem své dítě. A tak, jak zemřelo toto dítě, zemřelo i něco ve mně, co již nikdy nemůžu probudit k životu. Dnes bych to již nikdy neudělala. V děsivých snech vidím, jak ke mně běží malé děvčátko s nataženýma rukama a neustále se mně ptá: „Proč, maminko, proč?““ (49).

Osudy žen, které prodělaly umělé přerušování těhotenství, bývají různé, avšak mívají několik společných rysů. Na prvním místě je osamělost. Muži totiž obvykle chtějí nechat rozhodnutí na matkách počatých dětí a z otázky rozhodování o těhotenství vycouvají. Tímto však tíha celé situace zůstává na ženách. Dalším spojujícím rysem bývá neinformovanost, které pak využívá okolí budoucí matky (rodiče, příbuzní, přátelé). Žena, která nemá dostatek informací o zákroku potratu a jeho následcích, pak také obvykle nemá znalosti o možných východiscích ze své situace, ať již sociálních, právních, ekonomických či z hlediska zdravotní pomoci (49).

Když žena učiní rozhodnutí ukončit své těhotenství, je si tímto rozhodnutím většinou jista. Často ale prožívá pocit hořkosti, protože postrádá podporu svého druha. Teprve ve chvíli, kdy dojde k nechtěnému těhotenství, si žena uvědomí, že jí její partner zklamal. S nečekaným dítětem se zbaví i jeho. Páry, které žijí v láskyplném vztahu plném pochopení, obvykle nevyžadují ukončení těhotenství příliš často (4).

Pokud žena zjistí, že je gravidní, jsou její pocity související s těhotenstvím smíšené a ovlivněné tlakem zvenčí. Rozhodnutí nakonec závisí na mnoha faktorech – stupni zralosti, hormonech, zkušenostech z dětství, charakterových vlastnostech, individuálních etických zásadách a společenském morálním kodexu. V okamžiku, kdy se žena rozhodne, osvobodí se od psychického tlaku a toto osvobození také často pociťuje jako důkaz správnosti rozhodnutí. Musí utlumit své city a přirozené instinkty. Rozhodne-li se pro interrupci, obvykle se také uzavírá jakýmkoli jiným alternativám. K zákroku žena přichází jako omámená a ve stavu naprosté pasivity. Přirozeně se poté nechce zabývat pocity agresivity a zoufalství, které celý akt provázely, raději své city potlačuje. Hlavním obranným mechanismem se stává popírání, racionální zdůvodnění a potlačení. To, co se stalo, se snaží odsunout přemírou práce či společenskými aktivitami.

Skutečnost, že většina žen uvažujících o potratu nechce volit alternativu adopce, dokazuje, že tyto ženy i v časném vývojovém stupni těhotenství považují své děti za skutečné a nevidí je jen jako nějaký shluk množících se buněk. Z tohoto důvodu jim přijde zatěžko dát své dítě někomu jinému. Potratem se dítě v podstatě vymaže a ženy mají zpočátku pocit, že dítě neztratily. Po provedené interrupci se žena necítí osvobozena, ale naopak dlouhou dobu nemůže najít vnitřní klid a vyrovnanost. Mnohé z nich se pak uchýlí k fenoménu projekce – vinu za rozhodnutí přesouvají na partnera, přátele či lékaře, kteří potrat doporučili nebo jej provedli. Dle německých výzkumů téměř 45 % dotázaných žen, které podstoupily umělé přerušení těhotenství, zastávalo ke svému dřívějšímu rozhodnutí zamítavé stanovisko a v dané situaci by se rozhodly potrat nepodstoupit.

Existuje mnoho žen, které ani s odstupem času nejsou schopné o bolestech souvisejících s proděláním interrupce hovořit. Bojí se, že je jejich okolí bude odsuzovat a nechtějí veřejně hovořit o své porážce a slabosti. Dokonce i ženy ateistky pociťují osobní pocit viny (49).

Ženy, které podstoupily interrupci opakovaně, mají dle amerických výzkumů několik společných rysů. Většinou jsou to ženy osamělé, rozvedené, ovdovělé či žijící v nesezdaném soužití. Častěji také uvádějí opakované problémy v partnerském svazku,

jsou starší a mají již nějaké děti. Umělé ukončení těhotenství je také pro některé z nich metodou kontroly plodnosti. Část žen, které podstupují umělý potrat opakovaně, přiznává, že bylo psychicky zneužíváno nejméně jedním ze svých bývalých partnerů. Mnohé mají také zkušenosti se sexuálním zneužíváním či násilím. Tyto výsledky akcentují potřebnost zjišťování, zda žena, která chce podstoupit umělý potrat, není obětí fyzického, psychického či sexuálního zneužívání, či zda toto zacházení nezažila někdy v minulosti. Této ženě pak lze nabídnout odborné doporučení a poradenství, což může být užitečné především z hlediska prevence dalšího umělého přerušování těhotenství (11).

1. 6. 8 Interrupce jako politikum

Legislativní rámec

Podmínky provádění umělého přerušování těhotenství upravuje zákon č. 66/1986 Sb. a vyhláška č. 75/1986 Sb. Tyto prameny povolují interrupci jak na žádost ženy, tak ze zdravotních důvodů (na straně matky i s ohledem na vyvíjející se plod). V případě, že se nejedná o zdravotní důvody, je na ženě požadována finanční úhrada zákroku. Na žádost ženy je povoleno ukončit těhotenství do 12. týdne s vyloučením kontraindikací (např. akutní onemocnění rodidel). Umělé přerušování těhotenství ze zdravotních důvodů je prováděno bezplatně a v určitých případech je lze provést i po 12. týdnu těhotenství. Jedná se o situaci, kdy je ohrožen život ženy, je prokázán života neschopný plod či jeho těžké poškození, a to bez časového omezení. V situaci, kdy jsou prokázány závažné genetické důvody, lze těhotenství takto ukončit do 24. týdne (8).

Je třeba poukázat na lhůtu, ve které lze těhotenství ukončit na přání ženy. Ta činí 12 týdnů, ale je nutné si uvědomit, že zákon operuje s týdny porodnickými, které se počítají od prvního dne poslední menstruace. Jedná se tedy o 10. týden skutečného těhotenství. Interrupční zákon stanovuje další podmínky pro provádění umělého přerušování těhotenství. To nelze provést častěji než jednou za šest měsíců, přičemž

význam této lhůty není úplně jasný a také lze danou podmínku jen těžko kontrolovat. Tato lhůta pak neplatí u žen starších 35 let a u žen, které alespoň dvakrát rodily **(1)**.

Žena je před podpisem žádosti o umělé ukončení těhotenství poučena o rizicích výkonu i jeho možných následcích. V případě žen ve věku do 16 let a žen zbavených právní způsobilosti musí také vyslovit souhlas zákonný zástupce. Žena ve věku od 16 do 18 let si sice může o zákrok zažádat sama, ale lékař je povinen o interrupci informovat její rodiče či zákonné zástupce **(8)**.

Důsledky zákazů interrupcí

Zákaz umělého přerušování těhotenství rozhodně nevede k úplnému vymýcení tohoto zákroku. Ba naopak se v zemích, kde jsou interrupce ilegální, rozmáhají nepovolené a nežádoucí praktiky. Ženy zde řeší své nechtěné těhotenství různými způsoby a dochází tak spíše ke zvýšení rizika úmrtnosti než snížení počtu potratů. Obecně lze také konstatovat, že ani v nejmenším neplatí úměra typu čím méně potratů, tím více narozených dětí. Neboť v současné době dochází k poklesu přirozeného přírůstku obyvatel i v zemích s nízkou mírou potratovosti či dokonce v Irsku, kde jsou dokonce interrupce postaveny za hranici zákona **(48)**.

Jedním z důsledků zákazu interrupce je provádění nelegálních potratů. Ty jsou často vykonávány nekvalifikovanými osobami v naprosto nevyhovujících podmínkách a zdraví ženy je při nich často ohroženo. V minulosti, ale i dnes, nezdědka docházelo k rozsáhlým poraněním s následným vykrvácením či těžkou infekcí. Pokusy o vypuzení plodu prostřednictvím chemikálií mívaly stejně závažné následky. V některých zemích se tyto jevy bohužel vyskytují dodnes.

V současné době existuje prohibiční potratový zákon v platnosti v Severním Irsku, na Maltě a v Polsku, kde hraje svou roli jistě rozšířenost katolického vyznání. Jedná se ale o země s otevřenými hranicemi, řeší některé zdejší ženy svou situaci formou tzv. potratové turistiky. Ženy, které požadují potrat, tak cestují do jiných států, kde je provedení potratů legální **(40)**.

Specifickým druhem potratové turistiky je využití služeb tzv. potratových lodí. Tyto lodě vyplouvají ze zemí, kde jsou interrupce povoleny a míří do států, kde jsou

naopak zakázány. Loď však kotví v mezinárodních vodách poblíž pobřeží, takže pro osoby na její palubě platí legislativa státu, odkud loď pochází. Žena, která se na ni nalodí, zde může získat potratovou pilulku či dokonce podstoupit potrat. Nejznámější loď provozuje v rámci svého projektu hnutí „The Women on Waves“. To je podporováno nizozemskou vládou, a proto se na jeho loď vztahují liberální zákony umožňující interrupci (21).

1. 6. 9 Instituce působící v oblasti problematiky interrupcí

Po roce 1989 došlo v naší společnosti k určitým společenskopolitickým změnám, jež vytvořily prostor pro vznik nových institucí kompetentních poskytnout kromě objektivních informací také účinnou pomoc ženám v tíživé životní situaci, kterou nechtěné těhotenství bezpochyby je. Některé tyto instituce pracují na bázi nestátních neziskových organizací, přičemž většinou se jedná o občanská sdružení. V roce 1990 došlo například ke vzniku sdružení Ochrana nenarozeného života, které také postupně rozšířilo svou činnost i do ostatních měst republiky. Postupně začaly také vznikat poradny, linky důvěry a podobná zařízení zaměřená na tuto problematiku. Dalšími sdruženími v této oblasti jsou: Živá rodina, Společnost pro podporu rodiny, Výbor na ochranu rodičovských práv, Hnutí pro život ČR a jiné.

Tato zařízení jistě nemají jednoduchou pozici, a to především z hlediska získávání finančních prostředků na vlastní činnost. Podařilo se jim ale dosáhnout mnoha nesporných úspěchů (26).

1. 7 Postabortivní syndrom

Postabortivní syndrom (PAS) představuje soubor příznaků, které mohou nastat jako důsledek po prodělání umělého přerušeni těhotenství. V první řadě jsou postiženy ženy, které potrat podstoupily, ale celá záležitost má dopad také na muže a stejně i na zúčastněné lékaře a zdravotnický personál. Spouštěcím mechanismem tohoto onemocnění je především masivní potlačení prožitků. Příznaky se mohou rozvinout i po delší době od prodělaného zákroku. Postabortivní syndrom byl již prozkoumán a celkově potvrzen, avšak mnozí odborníci jej stále neuznávají, neboť na interrupci pohlížejí jako na pouhý lékařský zákrok. Nenarozené dítě je po něm jen plodem nebo seskupením tkání, které je velmi vzdáleno skutečnému člověku (49).

Skutečností však je, že umělé přerušeni těhotenství vyvolává u mnohých žen psychické problémy. Samozřejmě lze předpokládat, že existují určité rozdíly v psychice žen, které se z různých důvodů rozhodly pro interrupci a žen, které své dítě donosily, což také do určité míry ovlivňuje a vysvětluje rozdíly v psychickém stavu po potratu a po porodu. Dle zahraničních výzkumů byla také určitá část žen, které podstoupily interrupci, přijata a léčena na psychiatrii. S tímto faktem také souvisí zvýšené riziko sebevraždy žen, které trpí psychickými problémy po prodělaném umělém potratu a neřeší je (12).

1. 7. 1 Příznaky postabortivního syndromu

Příznaky tohoto syndromu jsou velmi podobné pourazovému šoku a zahrnují zejména poruchy spánku, noční můry a neschopnost se soustředit. Dalšími typickými příznaky pak mohou být:

- panický strach při pohledu na těhotné ženy a malé děti, případně jejich upřené pozorování
- znovuprožívání nepříjemného zážitku, agresivita vůči otci dítěte či všem mužům a sobě samé

- nutkání znovu otěhotnět a napravit tak akt potratu
- strach, že se dalším dítětem může něco ošklivého přihodit
- otupení citů (tzv. „robot feeling“)
- sexuální poruchy, frigidita či extrémní promiskuita, poruchy mezilidských vztahů
- pocity ztráty, prázdnoty, viny a zatracení vedoucí až k hluboké depresi
- těžké poruchy sebevědomí, sebevražedné sklony
- nadměrné požívání léků, alkoholu a drog
- vícenásobné potraty.

Názornou představu o prožívání žen, které trpí postabortivním syndromem, představují především dva příznaky – tzv. „robot feeling“ čili otupení citů a strach, že ostatním dětem se může něco stát. Strach o děti se může stát až posedlostí. Otupení citů může trvat i roky, avšak není ihned viditelné. Ženy si často nasazují masku proti svým duševním bolestem, ale uvnitř pociťují prázdnotu a bezútěšnost. Tyto pocity trápí mnoho žen, které podstoupily potrat, ale mnohé z nich je nijak nepojmenují, natož aby vyhledaly terapeutickou pomoc pro své uzdravení **(49)**.

Žena se po prodělané interrupci, podobně jako u jiných prožitých traumat, snaží zapomenout na trýznivý zážitek a své pocity před okolím maskuje. Dělá to z obavy, aby svými problémy nezatěžovala rodinu či ze strachu před kritikou a výsměchem okolí. Snaží se dokázat si, že je silná, potlačuje pomalu rostoucí paniku a plní očekávané pracovní i rodinné role, jakoby se nic nestalo. Popírá jakoukoli bolest, kterou v této souvislosti může pociťovat. Neuvědomuje si, že oddalováním a tzv. vytěšněním nelze její psychický stav řešit. Také proto se stává docela často, že se postinterrupční syndrom projeví až po roce či déle **(31)**.

Je důležité, aby byl postabortivní syndrom brán vážně a aby se pro ženy, které podstoupily umělé přerušování těhotenství, nestal dalším utrpením a tápáním v mlze. Tyto ženy, pokud se jim neposkytne žádná pomoc, nemají jiné východisko, než podvědomě zvolit potlačení a popření. Je jim proto potřeba dodávat odvahu ke konfrontaci se sebou samými, neboť útek před problémem ani idealizace vlastních pohnutek nejsou řešením **(49)**.

1. 7. 2 Následky potratu pro rodinu a společnost

Ztráta nenarozeného dítěte umělým potratem zanechává stopy jak na ženě, která jej podstoupila, tak na jejích rodičích, partnerovi a také na ostatních dětech v rodině. Následkům se dokonce nevyhnou ani lékaři a poradci, zasahují všechny, kteří se na potratu podíleli. Sourozenci takto potraceného dítěte dokonce mohou trpět velice reálně. Tomuto se pak říká postaborivní syndrom přežití (PASS).

Při zkoumání následků potratu po rodinu a společnost, je nutné analyzovat události, které se s určitou zákonitostí opakují a dají se nazvat bludným kruhem násilí, v jehož středu se potrat může nacházet. Prvním takovýmto kruhem je ten, který spojuje zneužívání dětí a potrat, neboť aktem potratu je narušena schopnost matky navázat s dítětem vztah a vnímat potřeby dítěte. Pokud pak porodí další dítě, dělá jí často potíže se jej dotýkat a na jeho pláč reaguje strachem či zlostí. Pokud byla matka zanedbávána v dětství, má spíše sklon potratit vlastní dítě. Takto je potrat a zanedbávání současně příčinou i následkem.

Druhý bludný kruh se zabývá mužem. Ženy mají ve společnosti právo rozhodnout o přerušení svého těhotenství a muž nemá žádné právo bránit nenarozené dítě. Je pro něj velice těžké se na dítě těšit, pokud nemá jistotu, zda bude žít či nikoliv. Nemůže proto ženu v jejím těhotenství ani podporovat, což má pro ženu neblahé důsledky. Po prodělané interrupci také rostou sexuální poruchy a násilné projevy mužů vůči ženám. Potrat tedy silně působí na vzájemný vztah mezi mužem a ženou.

Třetí bludný kruh postihuje děti, které potrat přežily. Jsou to děti narozené v rodinách, kde se již potrat stal nebo přichází v úvahu, děti, jejich rodiče zvažovali, zda si je ponechají a následně jim říkají, že je měli raději potratit anebo děti, které přežily nevydařený potrat. Tyto děti jsou pasivní, ustrašené, nemají dostatečné sebevědomí a později se u nich může vyskytnout existenciální hněv, agrese, nenávist a bouření se proti rodičům. Nedůvěřují svým rodičům, sami sobě a mají strach z rodičovství.

Čtvrtý bludný kruh se zabývá vztahem mezi potratem a eventualitou narození dítěte s postižením. Zjistí-li se během těhotenství, že plod se dostatečně nevyvíjí či je abnormální, je z lékařské strany na dotyčný pár vyvíjen tlak, aby toto dítě bylo

potraceno. Manželé, kteří se následně tomuto tlaku podvolí, se z toho obvykle nezotaví a celá záležitost má vliv na jejich vzájemný vztah.

Následky umělého přerušení těhotenství postihují všechny členy rodiny a ohrožují jejich existenci. Když je ohrožena rodina, je ohrožena celá společnost, ve které dochází ke stoupajícím tendencím k eutanaziím a eugenicě a zatvrzování emocionální reakce vůči vraždě a násilí (49).

1. 7. 3 Jak překonat postabortivní syndrom

Dle *Bartákové* je rozhodujícím krokem při překonávání psychosomatických obtíží po prodělané interrupci tzv. odložení vlastní masky, což znamená, že by si ženy měla pravdivě přiznat realitu a uvědomit si vážnost svého stavu. Důležitým krokem je také prožití období smutku ze ztráty dítěte. Samotná terapie se skládá z několika etap, při kterých je nutné, aby žena plně spolupracovala (31).

Mnoho žen ale často není schopno probořit hradbu mlčení, kterou se samy opevnily, procítit své emoce, mít vztek a vyplakat se. Psychoterapeutické doprovázení jednotlivých klientek pak závisí na konkrétním lidském příběhu a životních okolnostech, terapie se však obvykle skládá z následujících fází:

1. Klienta vypráví svůj příběh terapeutovi, který naslouchá vyprávění s citem a trpělivostí. Pokud si žena připomene traumatizující zážitek včetně všech myšlenek, pocitů a tělesných reakcí a dovolí si plakat, přináší jí to obrovskou úlevu.

2. Vyjádří-li žena nahromaděné emoce a smutek, začíná je také v tomto okamžiku zpracovávat. Jedná se o náročné období, jelikož žena musí definitivně přijmout ztrátu, kterou potratem utrpěla.

3. Klientku je třeba vést k naději, že dojde odpuštění a uzdraví se, především tehdy, trvá-li její smutek delší dobu a je intenzivní.

4. Pomoci uznat svůj podíl viny u žen, které si uvědomují, že by se pro interrupci nerozhodly, kdyby se jim včas dostalo přiměřené rady a pomoci. V této souvislosti však mnoho žen naopak vidí pouze svou chybu a odpovědnost.

5. Rozhodující fází ke zmírnění bolesti a hněvu je odpuštění. Žena musí odpustit sama sobě i spoluodpovědným osobám, ale také sama požádat o odpuštění ty, kteří jejím rozhodnutím trpí (např. otec nenarozeného dítěte, který si interrupci nepřál) a je-li věřící, také Boha či nenarozené dítě.

6. Pomáhat klientce znovu získávat vědomí vlastní hodnoty. Je žádoucí, aby si žena předsevzala, že dá svému životu nový smysl, neboť i ta nejfatálnější chyba v sobě může skrývat novou šanci a naději.

Přestože se v České republice stále dostatečně nepoukazuje na psychosomatické následky umělých potratů, jsou v této souvislosti velmi potřebná specializovaná centra a lékaři, kteří by se tímto problémem zabývali (32).

Dle *Stanfordové* je zapotřebí doprovázet ženy, které trpí postabortivními obtížemi, opravdově, s velkou láskou, bez jakýchkoli předsudků a především bez odsuzování. Jedině tímto přístupem je možné jim pomoci a uzdravit tak jejich zlomená srdce (49).

1. 7. 4 Interrupce v rodinných konstelacích

Metoda rodinných konstelací je systemickou metodou, která se používá především v oblasti rodinné terapie. Jejím zakladatelem je terapeut Bert Hellinger. Jedná se o velice silnou formu terapie, díky níž lze rozkrýt dávná zranění, která v rodině mohou existovat i po několik generací, nalézt pochopení, přijmout nelehký osud či různé ztráty v rodinných vztazích. Rodinné konstelace jsou vhodnou terapií při řešení vztahových problémů a vyrovnání se s událostmi, jakými jsou například předčasná úmrtí v rodině, samovolné potraty či interrupce a nevěra.

V rámci rodinných konstelací je velmi důležitý předpoklad, že každý jedinec má v rodině své místo, nikdo tedy nesmí být opomenut či vyloučen. Pokud jsou ovšem z nějakého důvodu někteří členové rodiny z rodinného systému vyloučeni a jejich místo je jim upřeno, dochází k vytvoření jakési pomyslné díry v tomto systému. Ta se pak obvykle jeví jako problém v chování jiného člena systému, který opomenutého jedince začne zastupovat. K této situaci často dochází v případě samovolných potratů či

interrupcí, případně zemře-li v rodině velmi malé dítě. Rodiče pak v některých případech o této události nechtějí mluvit a v rodině se z ní pak stává určité tabu, které ale celou rodinu negativně ovlivňuje.

Uzná-li se však takto vyloučenému jedinci jeho místo v rodině, obvykle pak dochází ke zlepšení a rodinný systém se zklidní. Každý člen má tedy v rodině své neodmyslitelné místo a je tedy důležité chovat úctu i k nenarozenému životu a nevykloučovat takovéto jedince ze systému. Dané vyloučení se pak v rodinných konstelacích ošetřuje např. větou: „ty jsi mé první dítě“, atp. Následující dítě v rodině bude vždy až tím druhým, i když to předešlé ani nemělo šanci se narodit **(34)**.

1. 8 Vývoj reprodukčního chování

Od poloviny 60. let se v České republice objevuje tzv. východoevropský model demografického chování. V úrovni reprodukce byl zřejmý vliv následujících faktorů. Na středních a vysokých školách studovalo jen malé množství mladých lidí, přičemž podíl chlapců v učebních oborech byl vyšší než počet dívek. V pracovním poměru byli téměř všichni občané, včetně vdaných žen, a to i matek malých dětí. Tehdejší společnost vytvářela takové podmínky, které i při zaměstnání obou rodičů usnadňovaly založení rodiny a péči o děti. Mezi ně patřily výhodné novomanželské půjčky, prodlužující se mateřská dovolená, síť jeslí a mateřských škol aj..

V té době zde vstupovalo do manželství téměř 90 % mladých mužů a 96 % mladých žen, přičemž průměrný věk nevěst byl v 80. letech 21,7 roku a průměrný věk ženichů 24,5 roku. Jen nízké procento dětí se tehdy rodilo mimo manželství (jen 6 až 8 %). Průměrný věk matek při narození prvního dítěte byl nízký, činil 22,4 roku a poslední dítě měly ženy obvykle před dovršením třicátých narozenin. Rozšířený byl model rodiny se dvěma dětmi, přičemž tento model je v české populaci nejrozšířenější i dnes **(10)**.

V období komunismu bylo pro náš stát typický nízký věk při vstupu do manželství a po sňatku následovalo v krátké době narození potomka, přičemž značná část sňatků byla urychlena právě těhotenstvím partnerky. Rozvod se stal přijatelným řešením manželských neshod a rozvedená žena měla v té době ve společnosti dokonce vyšší status než ta, která manželstvím neuzavřela nikdy. Soužití dvou lidí mimo manželství bylo tolerováno spíše u těch, kteří si již touto skutečností jednou prošli. V případě prvních manželství existovala v té době značná podpora ze strany státu v podobě výhodných novomanželských půjček, snazší možností získat byt atp. **(23)**.

Úroveň antikoncepce ve společnosti byla v komunistické společnosti mizivá, proto se často počet dětí v rodinách udržoval pomocí interrupcí. Třetí těhotenství vdaných žen obvykle končila potratem. Vdané ženy byly také nejčastějšími žadatelkami o interrupci. Jednou z příčin byl také vysoký stupeň sekularizace české společnosti, díky němuž nebránily potratům ani morální zábrany. Svůj vliv měl i fakt, že ve společnosti se téměř

vůbec nediskutovalo o negativních dopadech tohoto zákroku (psychických a fyzických). Pro mnohé partnerské dvojice se tak interrupce stala doslova antikoncepčním prostředkem ex – post.

V západních zemích však již od poloviny 60. let docházelo k změnám označovaným za druhý demografický přechod. Snížil se počet uzavíraných manželství a větší procento mladých lidí dávalo přednost nesezdanému soužití. Zvyšoval se průměrný věk vstupu do manželství až na 27 – 29 let u žen a na 29 – 32 let u mužů. Podíl dětí narozených mimo manželství se rovněž zvýšil na 35 – 40 %. Mladí lidé začali ve vysoké míře využívat hormonální antikoncepci, aby zabránili nechtěnému těhotenství a interrupce byla pouze krajním řešením, kterého využívaly obvykle svobodné a velmi mladé ženy. V této souvislosti došlo také k poklesu porodnosti, jelikož rostl podíl žen, které se neúčastnily reprodukce a klesala také manželská plodnost.

Česká populace začala těmito změnami procházet až po roce 1989 vlivem změny životních podmínek, které znamenaly mimo jiné rozvoj podnikání, cestování, otevření středních a vysokých škol pro širší vrstvy obyvatel atd. V návaznosti na tyto skutečnosti se také změnilo demografické chování, avšak změny, které probíhaly v západoevropských zemích déle než dvě desetiletí, se u nás uskutečnily během několika málo let (10).

V 80. letech patřila populace České republiky mezi ty s vyšší úrovní plodnosti, na které se podílely především mladé ženy ve věku do 24 let. Průměrný věk prvorodiček byl v té době zhruba 22,5 roku. Od počátku 90. let ale začíná intenzita plodnosti klesat. Plodnost mladých žen ve věku 18 – 21 let se ve srovnání se situací v roce 1990 snížila v roce 1995 téměř na polovinu své hodnoty a v roce 2000 dosáhla dokonce hodnoty čtvrtinové. Tato změna měla také vliv na vzestup průměrného věku matek při porodu. Nejvíce se zvýšil věk žen při narození prvního a druhého dítěte, mezi roky 1990 a 2004 již celkem o téměř 4 roky (46).

Po sametové revoluci dochází k prudkému poklesu sňatečnosti a průměrný věk snoubenců naopak vzrostl na konci 90. let o více než tři roky. Postupně také vzrůstá počet svobodných mladých mužů a žen. Rozvodovost sice rostla, ale sňatečnost

rozvedených osob naopak klesala. Hlavní příčinou poklesu porodnosti byly změny sňatkového chování. Stále se totiž více než 80 % dětí rodilo v manželství a jestliže klesá sňatečnost, automaticky se zvyšuje podíl žen, které se neúčastní reprodukce. Vzrostl podíl dětí, které se narodily mimo manželství, a to z 8,6 % na 16,9 %. Mimo manželství se tedy na konci 90. let rodilo každé páté dítě.

Současné změny reprodukčního chování spočívající v poklesu sňatečnosti a vyšším věku při vstupu do prvního manželství vzbudily úvahy o úpadku manželství. To je nahrazováno alternativními formami partnerského života, jako je například nesezdané soužití či život v komunitách, popřípadě pak život bez stálého partnera. Tyto názory zastávají také někteří sociologové, podle kterých je změna vztahu k manželství projevem návratu k evropským vzorcům reprodukčního a rodinného chování. Je totiž přirozené, aby se i česká populace chovala obdobně jako západoevropská, má-li k tomu konečně příležitost **(10)**.

Projevem postupného zániku tradiční rodiny je také nahrazování manželství novými formami partnerského soužití. Nedošlo ale jen k přechodu k jiným formám partnerského soužití, ale i samotná instituce manželství prošla značným vývojem. Moderní manželství se nedá srovnávat s tradičním, neboť v dnešní době by jen málokdo připustil, aby mu partnera vybrali rodiče. Hlavním důvodem pro uzavření manželství zpravidla bývá vzájemná láska muže a ženy. Správné manželství je v dnešní společnosti právě to, které je rubem manželství tradičního **(23)**.

1. 8. 1 Současná rodina

Současná západní rodina je monogamní, někteří autoři však vzhledem k četnosti rozvodů hovoří spíše o seriální monogamii a vysoké procento nevěr pak dovoluje dokonce označení skrytá polygamie. Dalším ze znaků současné rodiny je patrilinearita, která je zřejmá především v děděním majetku po otci. Nově utvořené rodiny se ale častěji usazují v blízkosti rodičů ženy, mají tedy tendenci k matrilokálnímu bydlení. Také pomoc s chodem domácnosti poskytují častěji příbuzní manželky. Z toho je zřejmé, že

současná rodina má více rysů matriarchálních, skutečnost je však složitější. Ve vyspělých zemích rozhodují o zásadních ekonomických záležitostech rodiny spíše muži, ženy však řídí chod rodiny ve většině ostatních sfér. Napětí mezi tradičními rolemi mužů a žen a jejich proměnami má výrazný vliv na současnou nestabilitu rodin (37).

V dnešní době již rodina není jednotkou produkce, ale jednotkou konzumu, což je také ovlivněno manželskou rovností. Dělbá práce, podle níž se také vymezovaly ženské a mužské role, přestala být zřejmá. Manželé společně rozhodují, zajišťují chod domácnosti a tráví svůj volný čas. Dle teorie individualizace se lidské jednání v současné době neřídí tradicí, ale vychází z rozhodnutí jedinců. Pracovní trh, mobilita a úspěch stojí ve středu současného života. Na trhu práce není ceněna rodina, ale kvalifikace a flexibilita. S vyšším vzděláním je větší šance dosáhnout atraktivního zaměstnání a lepšího příjmu. Neexistence sociálních pout a zejména pak rodinných závazků schopnost mobility jen usnadňují.

Rodina tak stojí v cestě seberealizaci a úspěchu. Nelze však popřít, že lidé pořád považují rodinu za zdroj štěstí a životního smyslu. Individualismus tedy rodinu oslabuje, stále však není ve společnosti zbytečná. Dnešní rodiny jsou ale kvalitativně odlišné od rodin našich předků. Partneři se neorientují na manželské „my“, jsou spíše zaměřeni na manželské „já“. Rodina je čím dál více vnímána jako prostor sice společných, ale přesto individuálních životů. Lidé tedy vstupují do manželství a rozcházejí se podle toho, jak jsou spokojeni ve svých partnerských očekáváních, které vycházejí z ideálu autonomie. Lidé, kteří dnes vstupují do manželství, mají obvykle vlastní příjem a jasné představy o světě, manželství chápou jako zdroj radosti a nechtějí kvůli němu měnit své názory a představy. Tento rozpor má za následek oslabování stability současných manželských párů. Z manželství se postupně stal spíše kontrakt, z něhož lze v případě individuální nespokojenosti kdykoli vystoupit. V návaznosti na to také dochází k nárůstu rozvodovosti a objevují se nové formy partnerského soužití (27).

V dnešních rodinách se také objevují tendence ve smyslu potřeby seberealizace rodičů, které jsou v některých případech naplňovány prostřednictvím dětí. Rodiče si skrze ně snaží plnit svá někdy i nevědomá přání. Pro mnohé rodiny jsou v čele žebříčku

hodnot materiální statky a důraz na výkon. Z toho důvodu rodiče hodně pracují a dětem kompenzují svou nepřítomnost právě věcnými či finančními dary. Zapomínají však v této souvislosti v dětech pěstovat jejich díl odpovědnosti. Rodiče se tak stávají vzorem, jak dosáhnout úspěchu za cenu omezení a často také ztráty vztahů v rodině. Nedostatek času na sdílení každodenních radostí i strastí rodiče kompenzují nadstandardním materiálním zabezpečením, liberálním výchovným přístupem či volný čas svých dětí nadměrně vyplňují zájmovými kroužky. Důsledkem tohoto chování pak může být citová deprivace dítěte a jeho neukotvenost ve vztazích, vnitřní nejistota a výkyvy chování.

Současně se začíná vytrácet stabilní rodinné prostředí. Důvěrnost a intimita nukleární rodiny bývá nahrazována spíše povrchním vztahem a v dlouhodobé perspektivě to pro děti může znamenat potíže s přijímáním a vytvářením bezpečného důvěrného prostoru v intimitě vztahů s blízkými lidmi a sníženou schopnost navazovat a udržovat pevný emoční vztah. Vzniká také fenomén společného soužití dospělých dětí s rodiči. Mladí lidé nespěchají do trvalých partnerských svazků, zůstávají do určité míry závislí na rodičích a tímto pak dochází ke vzniku osobnostní nezralosti mladých lidí.

Ve druhé polovině 90. let 20. století a začátkem století nového došlo k výrazným změnám v rodinném systému. Pokud se mladí lidé rozhodnou založit rodinu, přivádí na svět pouze jedno dítě. Tím je také určován vztah rodičů k dítěti, kteří se obvykle soustředí především na jeho prosperitu a dokonalost. V této souvislosti se také mění pojetí rodičovských rolí. Ženy, které překonají fázi seberealizace a preference kariéry, po narození dítěte někdy obtížně nalézají vyváženost role mateřské s rolí profesní. Mění se také role mužů v rodině a rodičovství je u nich dnes mnohem více uvědomované. V rodině pak nezřídka dochází k přerozdělení původně tradičních rolí – muž zůstává v domácnosti a přebírá pečující rodičovskou roli, zatímco žena se stává živitelkou rodiny (35).

1. 8. 1. 1 Podoby současných rodin

Rodina úplná včetně úředního stvrzení – tento typ obvykle naplňuje potřebu bezpečného citového vztahu včetně identifikačního procesu dítěte. Role muže a ženy je pro dítě přístupná a dítě má možnost se v běžném životě učit řešení nesouladů či konfliktů. Ani v těchto rodinách ale není vyloučena patologie rodinných vztahů, která může být překážkou v bezproblémovém socioemočním vývoji dítěte.

Rodina partnerská – do určité míry splňuje parametry rodiny úplné, ale rodiče zde nepotřebují formální stvrzení jejich svazku. Důvody jsou rozmanité a jedním z nich může být potřeba uchovat si určitou míru svobody, což ale může ve svém důsledku vést k rozvolnění vztahů i vzhledem k výchově dítěte. Jinou formou partnerské rodiny je ta, kdy jeden z partnerů žije mimo bydliště dětí, ale v rodině funguje jako rodič (obvykle otec). Ten může pracovat mimo danou lokalitu, kde dítě žije, či může dokonce žít v jiné rodině, kterou nemůže či nechce opustit. Děti pak trpí nejistotou v důsledku nepravidelného kontaktu s druhým rodičem a odrazem této výchovy může být model méně zodpovědného přístupu k osobním vztahům i v dospělosti.

Rodina neúplná – děti žijící v neúplných rodinách mají menší míru možnosti zažít zdravý partnerský vztah jako vzor. Není však pravidlem, že dítě z neúplné rodiny vždy strádá. Tato skutečnost závisí především na míře osobní zralosti a vnitřní stability rodiče, který s dítětem zůstává.

Rodina doplněná – původní rodič je zde nahrazen novým partnerem matky či otce a zaujímá tak chybějící rodičovskou pozici. Je nutné si uvědomit, že nový člen rodiny s sebou přináší také své životné zkušenosti a představou výchovného stylu a své funkce, což může být zdrojem nedorozumění a napětí. Opět záleží na osobní zralosti obou partnerů a jasném vymezení základních forem péče o děti včetně naplňování jejich citových potřeb (35).

1. 8. 2 Postoje k rodičovství a k dětem

Hamplová tvrdí, že vyhodnotit postoje respondentů k dětem je dosti obtížné. V jejich odpovědích se totiž odráží, že v této oblasti nemají ještě zdaleka jasno. Nevyhraněnost a nevyjasněnost postojů zřejmě vyplývá z toho, že otázky spojené s rodičovstvím jsou pro tyto mladé lidi ještě vzdálenou perspektivou, kterou se ve svém životě ještě nezabývají. Jejich výroky o dětech je proto třeba hodnotit opatrně.

Z výsledků šetření *Mladá generace 1997* je zřejmé, že naprostá většina tehdejších mladých lidí plánovala mít alespoň jedno dítě. Pouze 16 % mužů a 9 % žen uvedlo, že ve svém životě hodlají dávat přednost kariéře před rodinou a asi 40 % mužů a třetina žen by se chtěli věnovat obojímu stejně. Více než polovina žen a asi 40 % mužů ale uvedlo, že chtějí dávat přednost rodině. Překvapivě se nepotvrdilo, že ženy vysokoškolačky budou dětem přisuzovat menší hodnotu. S výrokem, zda lidé bez dětí vedou prázdný život, však tyto ženy souhlasily méně často než ostatní. Celkově však lze konstatovat, že ženy, které dosáhly vyššího vzdělání, rodině nepřisuzují menší hodnotu **(10)**.

Tato fakta do určité míry potvrzují i data získaná z výzkumu *Rodina 2001*, kde z celkového počtu respondentů pouze 13 % žen a 28 % mužů uvedlo, že si svůj život dokáže představit bez dětí. I tato skupina respondentů však uvedla, že chce ve svém životě alespoň jedno dítě mít, přičemž nejčastěji se přiklání k variantě modelu rodiny se dvěma dětmi. Co se týče bezdětných respondentů, ti neuvažovali o početí dítěte dříve než za dva roky. Zdůvodňovali to tím, že stále nenalezli vhodného partnera, chtějí se soustředit na svou práci či studium, cítí se na dítě nepřípravení a až na dalších místech uváděli nepřiměřenou finanční a bytovou situaci.

Na ideálním počtu dětí se podílí také to, jakou formu partnerského vztahu jedinec preferuje. Model se dvěma dětmi se ve výše zmíněném šetření objevuje ve všech skupinách, obecně však lze konstatovat, že čím tradičněji se lidé chovají v partnerských vztazích, tím vyšší počet dětí pokládají za ideální. Lidé, kteří jako způsob partnerského vztahu volili nesezdané soužití, uváděli v průměru také nejnižší ideální počet dětí. Zde může být stěžejní fakt, že forma kohabitanace se vyznačuje nižší stabilitou partnerského

vztahu. Naopak nejvíce dětí si přáli ti, kteří plánovali vstoupit do manželství přímo, bez předchozího neformálního soužití „na zkoušku“ (41).

V této souvislosti bych ráda zmínila i výsledky výzkumu mé bakalářské práce s názvem Postoj svobodných mladých žen k instituci manželství a k rodičovství. Šetření probíhalo v únoru a březnu roku 2009. Z výzkumu vyplývá, že většina mladých žen (85 % dotázaných) plánuje uzavřít se svým partnerem sňatek. Naprostá většina žen (102 dotázané z celkového počtu 105 žen) také plánuje mít dítě, a to nejčastěji ve věku 26 až 29 let. Dítě pak chtějí tyto ženy přivést téměř v polovině případů do manželství, ostatní ženy pak chtějí mít dítě v partnerství a 6 % žen uvedlo, že pro ně není podstatné, do jakého typu soužití muže a ženy se dítě narodí. Názor, že nesezdané soužití je v dnešní době v neprospěch dětí, pak zastávalo 30 % respondentek a naopak 70 % z nich tento názor nesdílelo. Celkem 61 % žen si dokázalo představit svého partnera na rodičovské dovolené, zatímco by ony samy chodily do práce. Z výzkumu pak dále vyplynulo, že dříve tradiční model rodinného života: sňatek, založení společné domácnosti a narození dítěte ztratil nutnou návaznost. Většina mladých žen, kterých se výzkum týkal, by chtěla před založením rodiny dosáhnout žádoucího pracovního uplatnění, ale pokud toho dosáhnou, jejich životní cesta se nadále ubírá víceméně standardní cestou. Podíl žen, které volí jinou posloupnost životních událostí zahrnující životní styl singles či narození dítěte v nesezdaném soužití, byl menšinový (6).

1. 9 Vzdělání a příprava k zaměstnání

Vzdělávání je proces účelného a strukturovaného osvojování poznatků, dovedností, postojů aj., realizovaný například prostřednictvím školního vyučování. Používá se také mimo pedagogickou teorii, např. v komunikaci o politických, ekonomických a sociálních záležitostech společnosti či v masových médiích. Tento termín neznamená totéž co edukace, ale jedná se o edukaci specifickou, která je obvykle dlouhodobá a institucionalizovaná, realizují ji profesionální edukátoři (učitelé, instruktoři, lektoři) a je obvykle také legislativně vymezena. Pojem vzdělávání je často používán v souvislosti s pojmem výchova, která je považována za záměrné působení na osobnost jedince s cílem dosáhnout změn v různých složkách osobnosti (42).

Délka povinné školní docházky se v naší společnosti střídavě pohybovala mezi osmi a deseti lety a v současné době činí devět let. Děti nastupují školní docházku zpravidla v šesti letech, což znamená, že do zaměstnání mohou nastoupit nejdříve v patnácti letech. Neděje se tak však příliš často, jelikož převážná většina mladých lidí studuje delší dobu. Dnes se také ve srovnání s obdobím před sametovou revolucí vysoce zvýšil podíl mladých studentů navštěvujících různé typy středních škol. Ještě na počátku 90. let mělo ve věku 25 – 29 let pouze 41 % mužů a 52 % žen maturitu, což se však v průběhu let začalo postupně měnit. Zvyšoval se počet studentů a studentek ve věku 18 a 19 let – v roce 1991 byla ve věku 18 let pouhá třetina studujících, avšak v roce 1997 dosáhl jejich podíl až tří čtvrtin. Obdobné změny nastaly také u studentů vysokých škol. Došlo ke zvýšení jejich počtu, změně skladby posluchačů a vzájemného poměru studujících chlapců a dívek. Vzrostl počet univerzit, čímž se zlepšila i dostupnost studia. Zvýšil se také zájem o některé studijní obory, především o sociální, historické, filosofické, ekonomické směry a studium jazyků. Tyto změny pak ve zkratce znamenají, že studuje větší díl mladých lidí, kteří studují déle než dříve. Tato skutečnost má pak přímý dopad na životní plány mladých lidí a na jejich postoje a názory.

Současná mladá generace věnuje mnoho času a energie tomu, aby získala vzdělání. Poté se mladí lidé snaží získat odpovídající zaměstnání a budovat svou profesní kariéru. Teprve až poté zpravidla zakládají vlastní rodinu. Samozřejmě existují i tací, kteří

vstupují do manželství relativně brzy po ukončení vzdělání, ale jejich podíl je stále menší **(10)**.

V procesu osamostatňování se mladých lidí a jejich vstupu do dospělosti a v partnerském chování sehrává nedílnou roli řada faktorů, kterými jsou například zkušenosti získané v primární rodině a zejména také vzdělání. To ovlivňuje jednak ekonomické postavení daného člověka, ale závisí na něm do určité míry jeho kulturní a hodnotové orientace. Nepřímo vzdělání ovlivňuje i demografické, respektive rodinné chování, protože vyšší vzdělání vyžaduje delší studium a vstup do partnerství a založení vlastní rodiny je tak odloženo do vyššího věku. Vzdělání může mít vliv na načasování odchodu mladých lidí od rodičů a ovlivnit také věk při vstupu do prvního partnerství a jeho formu **(46)**.

Souvislost mezi dosaženým vzděláním a vstupem do manželství (potažmo nesezdaného soužití) je snadno pochopitelná. Sociální dospělost se v evropském kulturním kontextu chápe v souvislosti s dokončením školy a také vstup do manželství vyžaduje ekonomickou nezávislost. Kromě již zmíněných ekonomických překážek studium snižuje právě množství času, který člověk potřebuje pro vykonávání alternativních rolí jako je například role manželská a rodičovská. V dnešní společnosti přitom existuje mnoho podnětů pro to, aby mladí lidé dostudovali a odložili spíše manželskou a rodičovskou roli než studium. Vyšší vzdělání také zvyšuje budoucí možnost výdělků, životní úroveň a tedy i možnost založit vlastní domácnost. V moderních evropských společnostech je výrazná tendence k pozitivnímu výběrovému párování a partnerské homogamii. Předčasný odchod ze studií tak může mimo jiné znamenat i to, že člověk ztratí své postavení na sňatkovém trhu a získá partnera s nižším vzděláním, než kterého by získal, kdyby tak neučinil. Důležité rovněž je, že lidé s odlišným vzděláním procházejí socializací v různých prostředích a liší se proto v hodnotách a životních cílech **(15)**.

Vzdělání může být rovněž výrazným faktorem ovlivňujícím narození prvního dítěte. Ženy s maturitou či absolventky vyšších odborných škol mají po dokončení studia zhruba o 50 % vyšší pravděpodobnost narození prvního dítěte ve srovnání s vysokoškolačkami. Co se týče žen se základním vzděláním a středoškolaček

bez maturity, ty mají tuto pravděpodobnost dokonce ještě vyšší. Dosažená úroveň vzdělání tak představuje jednu ze základních sociologických i demografických charakteristik (46).

Hapmlová studovala životní cíle mladých svobodných lidí v České republice podle vzdělání a došla k závěru, že pro vyučené muže a ženy je materiální zázemí důležitější než význam rodiny, který naopak vysokoškolačky hodnotí ze všech vzdělanostních skupin nejvýše (15).

Oppenheimerová tvrdí, že lze předpokládat, že vzdělanější ženy budou sňatek odkládat, jelikož předčasné ukončení studia je stojí více než v minulosti, ale pokud dostudují, budou do manželství vstupovat s vyšší intenzitou než jejich méně vzdělané vrstevnice.

Výzkumy v této souvislosti prokázaly, že ženy s nejnižším vzděláním nejčastěji žijí mimo manželství, a to jak samy, tak ve faktických svazcích. Nejméně často pak volí neformální soužití ženy s vysokoškolským diplomem. Ženy s nižším vzděláním také častěji zakládají rodinu, aniž by předtím uzavřely sňatek. Souvislost nemanželské plodnosti se vzděláním může naznačovat, že jedním z faktorů, který se podílí na růstu mimomanželské plodnosti, je obtížná ekonomická situace některých vrstev obyvatelstva (23).

2. Cíl práce a hypotézy

Ve své diplomové práci si kladu za cíl zmapovat postoj svobodných mladých žen k problematice nechtěného rodičovství a k potratům. Pro výzkum jsem dále formulovala dva dílčí cíle, a to:

Zjistit, zda úroveň dosaženého vzdělání ovlivňuje názor svobodných mladých žen na problematiku nechtěného rodičovství a potratů.

Zjistit, za jakých podmínek by pro tyto ženy byl potrat přípustným řešením jejich situace.

V současné době je těhotenství ženy v západní společnosti výhradně předmětem její volby. Může tedy a obvykle také o svém těhotenství rozhoduje a plánuje její. Stále však také dochází k těhotenstvím neplánovaným či dokonce nechtěným. V takovém případě si žena může dítě ponechat či podstoupit umělé přerušování těhotenství. To je v naší společnosti sice legální (do určitého stupně těhotenství), mnoho lidí jej však odsuzuje. Jaký je tedy postoj současných mladých žen k této problematice? Hraje výše dosaženého vzdělání žen úlohu při utváření jejich názoru na tuto problematiku? Na tyto a další související otázky se tato práce pokusí nalézt odpověď.

V souvislosti s cíli práce byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1

Ženy s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním jsou v případě nežádoucího těhotenství bránícímu v jejich profesní kariéře ochotny podstoupit potrat.

Hypotéza 2

Ženy se základním vzděláním a ženy vyučené budou zastávat názor, že o interrupci má žena právo rozhodnout bez ohledu na to, jaké důvody ji k tomuto rozhodnutí vedou.

3. Metodika

3.1 Operacionalizace základních pojmů

Proces operacionalizace - definování základních pojmů a jejich převedení na zkoumatelné znaky. Vede výzkumníka k tomu, jakou cestou lze s příslušnými charakteristikami zacházet, jak je zjišťovat a případně měřit (43).

Název diplomové práce: *Postoj svobodných mladých žen k problematice nechtěného rodičovství a k potratům*.

Postoj – jedná se o vědecký konstrukt, který je charakterizován jako stabilní systém pozitivního či naopak negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání, které jsou zaměřeny na dosažení sociálních cílů. Postoje jsou naučené, vyjadřují emocionální hodnocení určitých objektů nebo jednání a organizují také jednání k těmto objektům (51).

Problematika – okruh daných problémů, témat k řešení a sporných otázek.

Nechtěné rodičovství – stav, kdy se jedinec stává rodičem, přesto, že narození dítěte neplánoval a neočekával. V jeho důsledku mohou nastat následující situace: dítě je sice neplánované, ale po narození je přijímané a vítané či dítě je neplánované a po narození také nechtěné a nevítané (36).

Potrat – ukončení těhotenství samovolným vypuzením či umělým odstraněním plodu (interrupcí) v době, kdy ještě není schopen ani krátkého samostatného života mimo tělo matky (25). Tato práce se zabývá zejména interrupcí.

▪ postoj k problematice nechtěného rodičovství a potratům bude zjištěn: analýzou odpovědí respondentek na otázky v dotazníku týkající se závislých proměnných, především těch, které obsahují pojem interrupce.

Svobodná mladá žena – žena ve věku 18 – 34 let (1. věková hranice – dosažení plnoletosti, 2. věková hranice – převzata z výzkumného šetření Šalamounové a Nývltové z roku 2004 týkajícího se zjišťování socio-demografických charakteristik mladé

generace, tato hranice je též uváděna jako mezní věk v charakteristice mladého manželství jako jedné z etap manželství), která je svobodná a dále také bezdětná.

- věk bude zjištěn: respondentka se v dotazníku zařadí do příslušného intervalu dle počtu let.
- ostatní znaky (rodinný stav, počet dětí) se v dotazníku nezjišťují, určila jsem si, že dotazník bude distribuován jen ženám svobodným a bezdětným (bude zjištěno verbálně před předáním dotazníku).

Vzdělání - proces účelného a strukturovaného osvojování poznatků, dovedností, postojů aj., realizovaný například prostřednictvím školního vyučování. Jedná se o specifickou edukaci, která je obvykle dlouhodobá a institucionalizovaná, realizují ji profesionální edukátoři (učitelé, instruktoři, lektori) a je obvykle také legislativně vymezena (25).

- vzdělání bude zjištěno: respondentka se v dotazníku zařadí do příslušného intervalu dle výše dosaženého vzdělání.

3. 2 Použitá metoda

Informace potřebné po zpracování diplomové práce byly získány obsahovou analýzou sekundárních dat (odborná literatura, šetření CVVM a VÚSP, sociologické studie, vědecké články, internetové zdroje apod.).

Obsahová analýza – výzkumná technika pro objektivní, systematický a kvantitativní popis objektivně stanovitelných vlastností toho, co je obsahem komunikace. Zjišťuje se obsah sdělení a dále také jeho záměr a předpokládaný účinek na příjemce. Předmětem bývají texty všeho druhu, ale také rozhlasové nebo televizní vysílání. Využívá se mimo jiné také k analýze změny postojů nebo životního stylu (25).

Při volbě metody výzkumu jsem si nejprve vymezila základní výzkumné otázky, vytyčila hlavní cíl a na tomto základě pak zvolila objektivní metodu pro sběr a analýzu informací a následně formulovala hypotézy. Pro zmapování postojů vztahujícím se

k cílům a testování hypotéz jsem zvolila formu kvantitativního výzkumu s následným statistickým zpracováním dat.

Kvantitativní výzkum – předpokládá, že sociální jevy, které jsou předmětem zkoumání, jsou měřitelné či tříditelné a získávají se v kvantifikovatelné podobě. Získaná data jsou následně analyzována statistickými metodami s cílem ověřit platnost představ o výskytu určitých charakteristik zkoumaných fenoménů či vzájemných vztazích těchto charakteristik, popřípadě i o jejich vztazích k dalším objektům, jejich vlastnostech atd. **(43)**.

Sběr dat byl realizován prostřednictvím techniky dotazníku. Srozumitelnost otázek jsem si ověřila provedením předvýzkumu a na základě informací, které jsem touto cestou získala, jsem dále stanovila výzkumný soubor a provedla výzkum s následným rozbohem a interpretací získaných dat.

Statistická metoda – zkoumá data kvantitativní povahy s využitím nástrojů matematické statistiky, analyzuje jejich statistické parametry a prověřuje hypotézy. Na tomto základě umožňuje formulovat dynamiku fungování sociálních jevů a procesů, simulovat jejich další vývoj atd.. Základním principem je nahrazení složitých reálných fenoménů méně složitými statistickými modely, takže výzkumný výstup o struktuře souboru dat se stává zprostředkovanou výpovědí o zkoumané skutečnosti **(43)**.

Technika dotazníku – standardizovaný soubor otázek, který je předem připraven a distribuován na určitém formuláři. Typickým znakem je zde nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, nutnost předvýzkumu a dále také přiměřená znalost šetřeného prostředí. Zjišťuje jak nezávislé proměnné (identifikační znaky), tak závislé proměnné, které představují hlavní zorné pole dotazníku. Jeho průběh pak může být anonymní či neanonymní **(2)**. Otázky v něm obsažené reflektují konceptualizaci problému a zjišťují relevantní informace pro hypotézy **(43)**.

Technika dotazníku byla určena k získání primárních dat u cílové populace získané kvótním výběrem svobodných mladých žen v okrese České Budějovice. Tato technika se mi vzhledem k citlivosti problematiky jevila jako nejvhodnější, jelikož umožňuje vysoký stupeň anonymity dotazovaných. Disponuje také vysokou efektivitou sběru

informací, neboť při ní lze v krátkém čase získat informace od velkého počtu jedinců, a to s nízkými náklady. Další její předností je také vyloučení efektu tazatele.

V úvodu dotazníku jsem ujistila respondentky o anonymitě šetření a zmínila účel, pro který budou získané informace sloužit. Také jsem uvedla své jméno a fakultu, pod kterou diplomovou práci zpracovávám. Následovaly upřesňující pokyny pro správné vyplnění dotazníku. Informace, které jsem od respondentek zamýšlela získat, jsem rozdělila do třidvaceti otázek. První čtyři otázky byly identifikační, týkaly se především věku a nejvyššího dosaženého vzdělání. Následující otázky pak zjišťovaly postoje respondentek k problematice nechtěného rodičovství a k interrupcím. V dotazníku byly použity uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. U každé otázky jsem se snažila uvést veškeré alternativy odpovědí, které byly pro daný případ možné. I přesto jsem ale u některých otázek uvedla variantu „jiná odpověď“, kde mohly respondentky uvést další možnost, která v otázce nebyla zmíněna. Tímto jsem jim ponechala volnost vyjádření v názorové alternativě.

3. 2. 1 Předvýzkum

Před samotným sběrem dat bylo nutné ověřit si vhodnost mnou zvolené techniky výzkumu, respektive srozumitelnost otázek použitých v dotazníku, což jsme následně učinila na vzorku deseti respondentek (svobodných mladých žen v patřičné věkové kategorii z okresu České Budějovice).

Předvýzkum – výzkumný test předcházející fázi vlastního zkoumání za účelem prověření připravované realizace výzkumné akce v terénu, konkrétně například nástroje zkoumání, podoby zpracování dat apod. (43).

Předvýzkum byl proveden celkem na deseti ženách a měl vést k minimalizaci nesrozumitelností jednotlivých otázek. Jednalo se o následující otázky:

Otázka č. 16: *Jaké hodnoty jsou pro Vás v životě důležité?* – respondentky měly důležitost uvedené hodnoty zaznačit na připravené škále. Považovala jsem proto za důležité zjistit, zda mnou připravená škála bude dosti srozumitelná a odpovídající.

Žádná z dotázaných žen neměla při zodpovídání této otázky problém, načež jsem ji následně použila v plném znění.

Otázka č. 15: *Pokud používáte antikoncepci, jakou formu preferujete?* – respondentky měly z uvedených možností vybrat tu, kterou preferují. Použitím této otázky jsem chtěla zjistit, zda jsou pojmy v uvedených možnostech odpovědí pochopitelné. Zjistila jsem, že dvě z deseti dotázaných žen nevěděly, co si mají představit pod pojmem spermicidy, proto jsem následně význam tohoto pojmu uvedla v závorce.

Otázka č. 21: *Jaká jsou podle Vás rizika interrupce?* – respondentky měly uvést, která z uvedených rizik považují za podstatná. Zjistila jsem, že tři z deseti dotázaných žen přesně nevěděly, jaká mohou být psychická rizika interrupce, proto je následně uvedla do závorky. Pro doplnění jsem do závorky uvedla i zdravotní rizika.

Ostatní otázky jsem nepovažovala za problematické, což se mi následně při sběru dat také potvrdilo.

3. 3 Charakteristika výzkumného souboru

Hlavním cílem výzkumu bylo zachycení názorových postojů k problematice nechtěného rodičovství a k interrupcím z pohledu svobodných mladých žen. Výzkumný vzorek byl tedy tvořen mladými ženami z Českých Budějovic a okolí a byl vybrán kvótním výběrem.

Výběr vzorku – smíšené výběrové postupy – dochází ke smíšení momentů náhodného a záměrného výběru. Příkladem je *kvótní výběr* – respondenti jsou vybíráni pomocí určité předem stanovené kvóty (charakteristiky), při které je přesně stanoveno, např. kolika respondentů se bude šetření týkat, kolika příslušníků určitých sociálních, věkových, vzdělanostních skupin atd. (2).

Za charakteristiky výběru jsem si v této souvislosti zvolila, aby byl vzorek tvořen ženami svobodnými a bezdětnými ve věkové hranici 18 až 34 let (důvody jsem již

zmínila). Další podmínkou pak bylo rovnoměrné zastoupení všech vzdělanostních skupin.

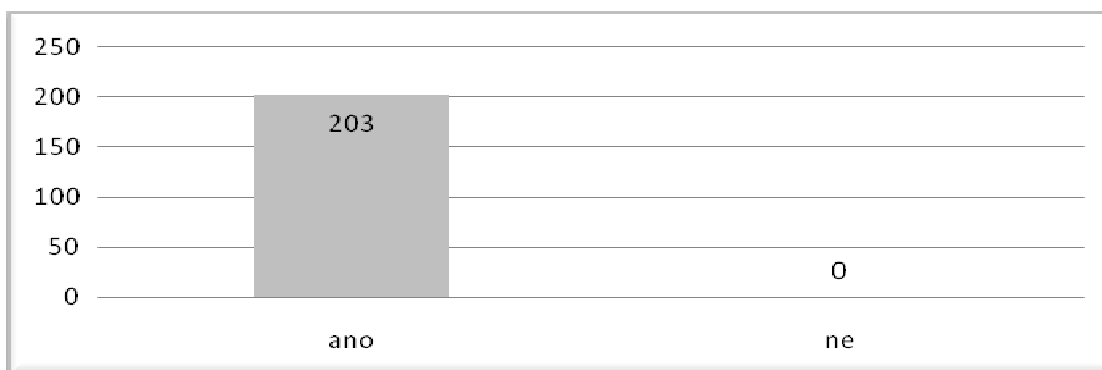
Samotný výzkum byl poté realizován v průběhu druhého semestru akademického roku 2011/2012, konkrétně v měsících únoru a březnu. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, a to do celkem tří mnou určených vzdělanostních skupin. V každé skupině jsem pak distribuovala 100 dotazníků. První skupina zahrnovala ženy s ukončeným základním vzděláním a ženy vyučené a návratnost zde činila 64 %, vrátilo se mi tedy 64 ze 100 dotazníků. Druhá skupina byla tvořena ženami s ukončeným středoškolským vzděláním a ženami, které vystudovaly učební obor s maturitou. Návratnost u této skupiny činila 70 %, vrátilo se tedy celkem 70 ze 100 dotazníků. Ve třetí skupině pak byly ženy s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním. Zde činila návratnost 69 %, což znamená, že se vrátilo celkem 69 ze 100 rozdaných dotazníků. Celková návratnost u všech tří skupin pak činila necelých 68 % (203 z 300 distribuovaných dotazníků). Následně jsem však vyřadila 10 dotazníků, jelikož respondentky, které je vyplňovaly, nežijí v okrese České Budějovice (což je jednou z podmínek výběru).

Pro zpracování získaných dat jsem použila sloupcové grafy a kontingenční statistické tabulky, výsledky jsou tedy uvedeny v absolutních počtech respondentek či v procentech.

4. Výsledky

4.1 Identifikační údaje sledovaného souboru v grafech

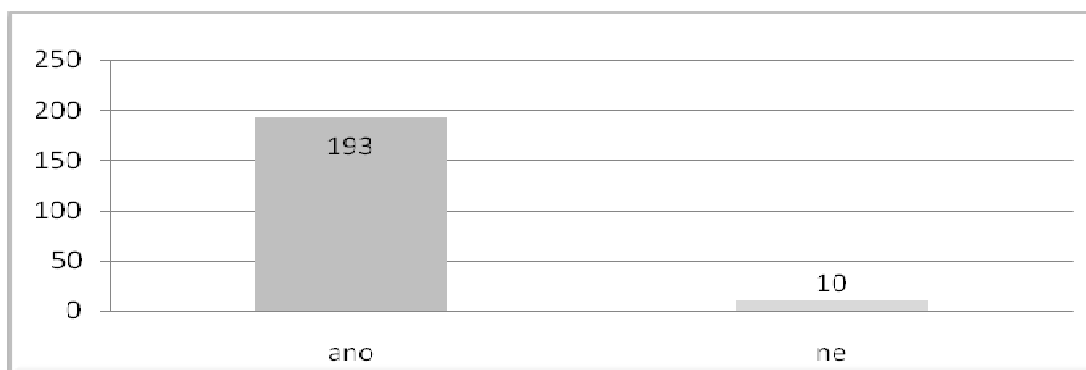
Graf 1: Státní příslušnost respondentek (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

První otázka zjišťovala státní občanství respondentek. Pokud by některá z nich nebyla občankou České republiky, dotazník by již dále nevyplňovala. Z grafu vyplývá, že všech 203 dotazovaných žen pochází z České republiky.

Graf 2: Místo bydliště respondentek (v absolutních číslech)

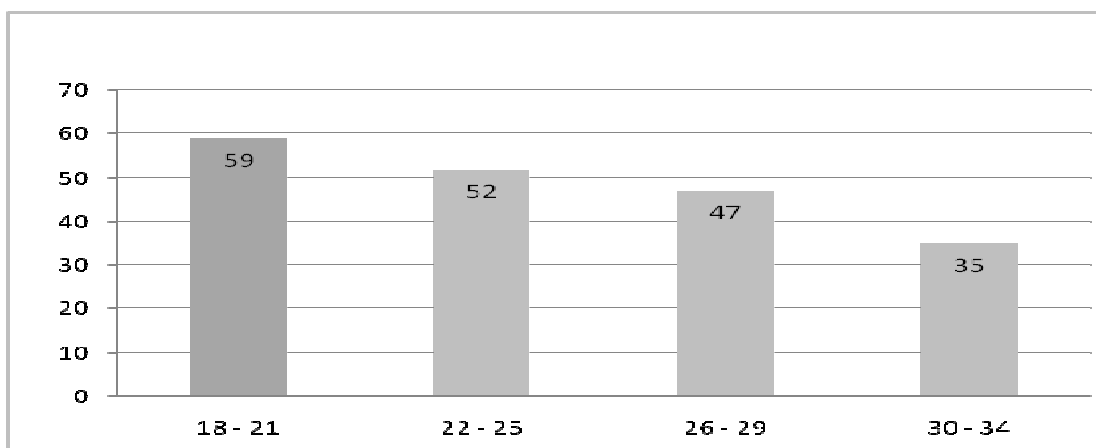


Zdroj: Vlastní výzkum

Druhá otázka zjišťovala, zda žijí dotazované ženy v okrese České Budějovice. Pokud jejich odpověď zněla ne, dotazník rovněž dále nevyplňovaly. Záporně u této

otázky odpovědělo 10 z celkového počtu 203 žen, což znamená, že dále se vyplňování dotazníku zúčastnilo celkem 193 respondentek.

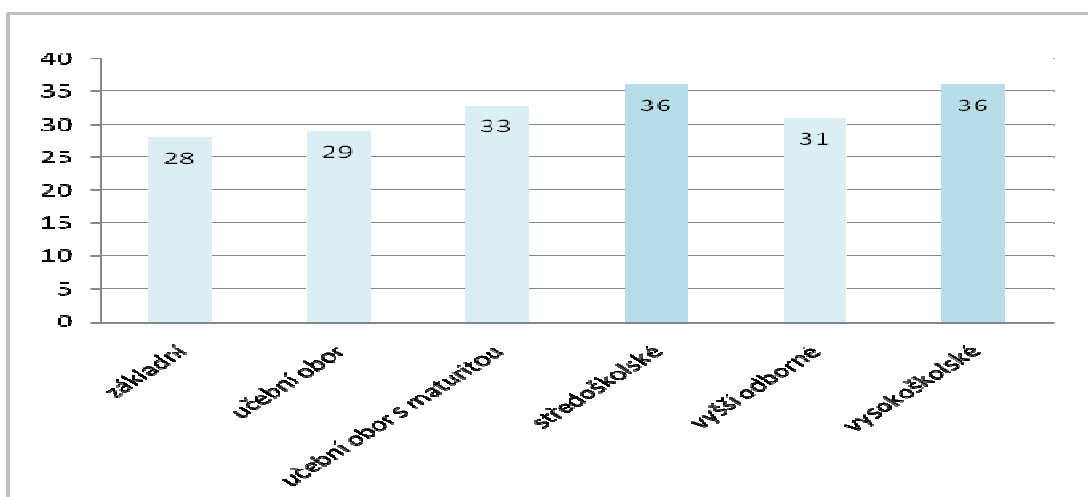
Graf 3: Struktura sledované populace dle věku (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 193 dotázaných žen bylo nejvíce ve věkové kategorii 18 až 21 let (celkem 59 ze 193 respondentek). Následovalo 52 žen ve věkové kategorii 22 – 25 let, 47 žen ve věkové kategorii 26 až 29 let a 35 žen ve věkové kategorii 30 až 34 let.

Graf 4: Struktura sledované populace dle vzdělání (v absolutních číslech)

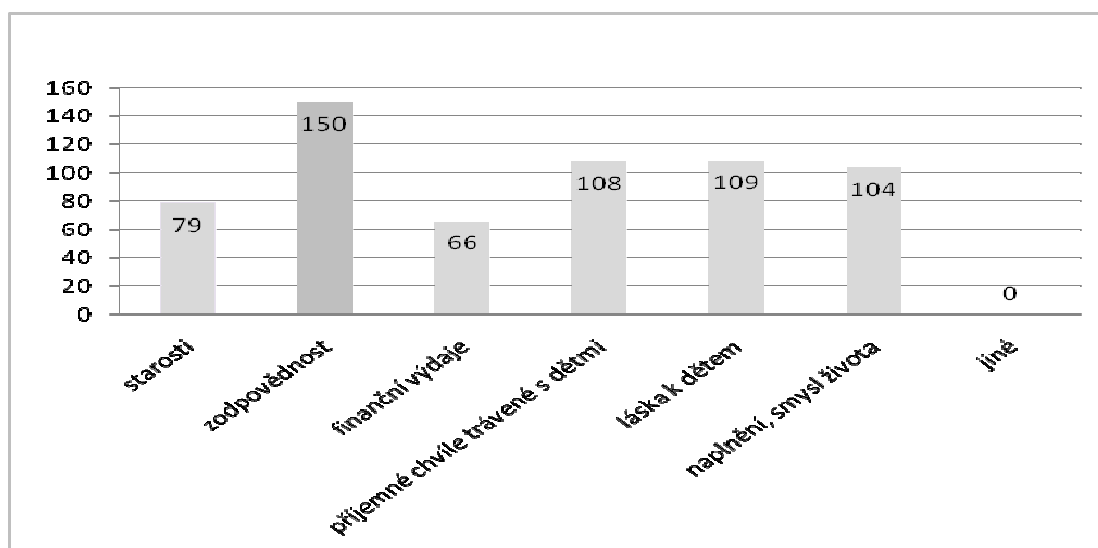


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejvíce z nich má ukončené středoškolské a vysokoškolské vzdělání, v obou případech se jedná shodně o 36 žen (18,7 %). Následuje 33 žen, které vystudovaly učební obor s maturitou (17,1 %), 31 žen s vyšším odborným vzděláním (16 %), 29 žen vyučených (15 %) a 28 žen se základním vzděláním (14,5 %).

4.2 Výsledky dotazníkového šetření v grafech

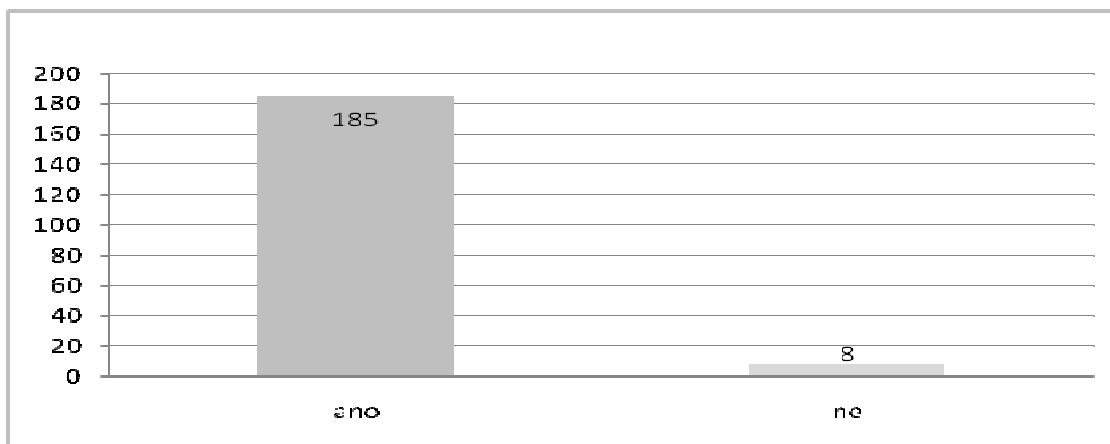
Graf 5: Charakteristika pojmu rodičovství (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce č. 5 „Co Vás především napadá pod pojmem rodičovství?“ měly respondentky vybrat libovolný počet možností, které podle jejich názoru charakterizují rodičovství. Nejčastěji byla uváděna možnost *zodpovědnost* (150 ze 193 možných odpovědí). Další možné odpovědi byly téměř vyrovnané, nejméně volenou alternativou (66 ze 193 možných odpovědí) pak byla odpověď *finanční výdaje*.

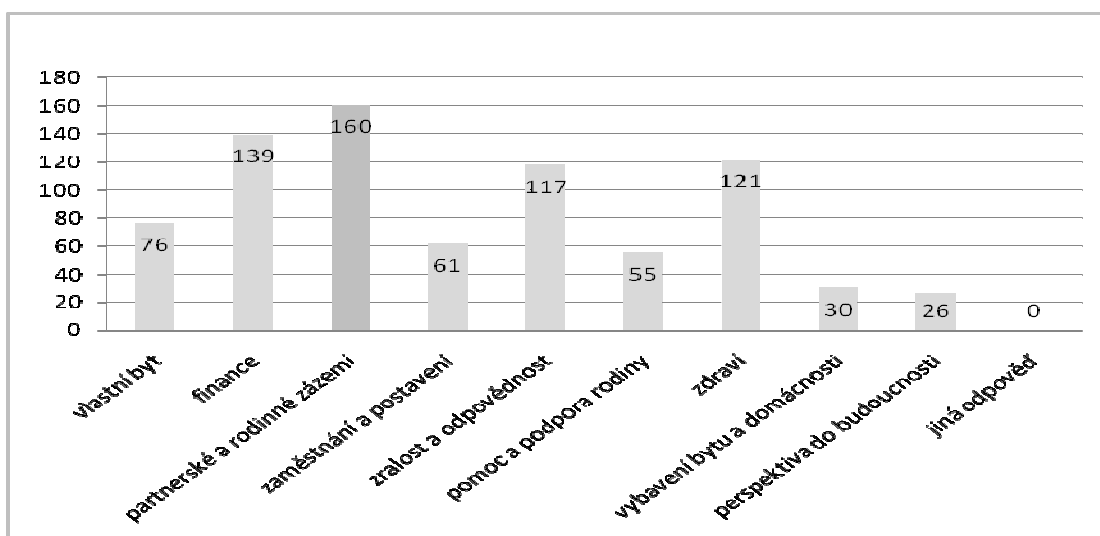
Graf 6: Plánování dítěte (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 6 „Hodláte mít děti?“ odpovědělo 185 respondentek kladně (96 %) a 8 záporně (4 %).

Graf 7: Zázemí pro rodičovství (v absolutních číslech)

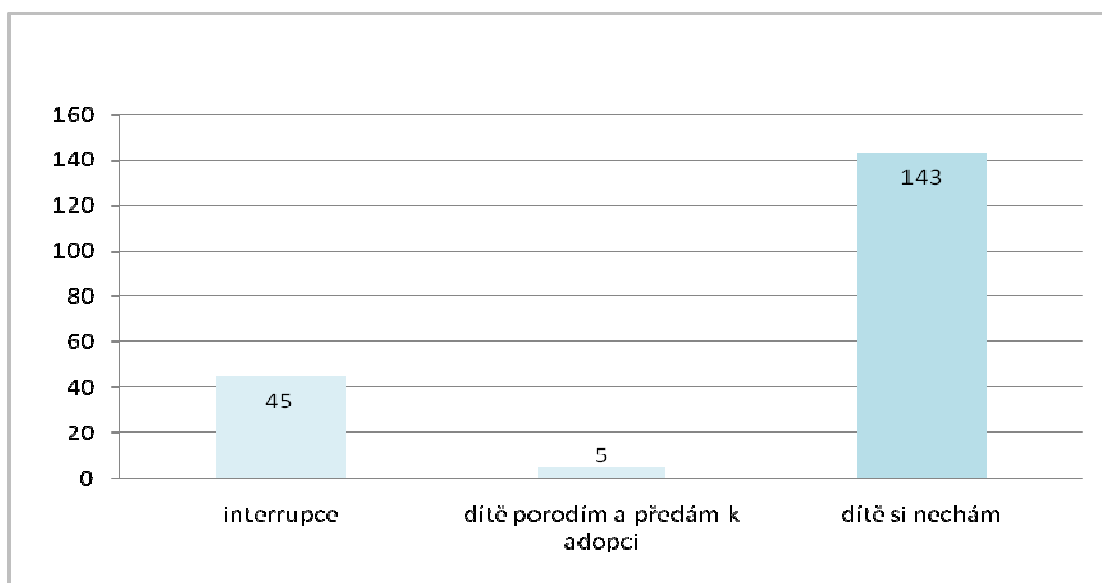


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky, které hodlají mít děti, měly dále uvést, co potřebují k tomu, aby děti mohly mít (směly zvolit více variant odpovědí).

Nejčastěji volenou možností bylo *partnerské a rodinné zázemí* (160 ze 185 možných odpovědí) a dále také *finance* (139 ze 185 možných odpovědí). Nejméně pak respondentky uváděly možnost *perspektiva do budoucnosti* (26 ze 185 možných odpovědí).

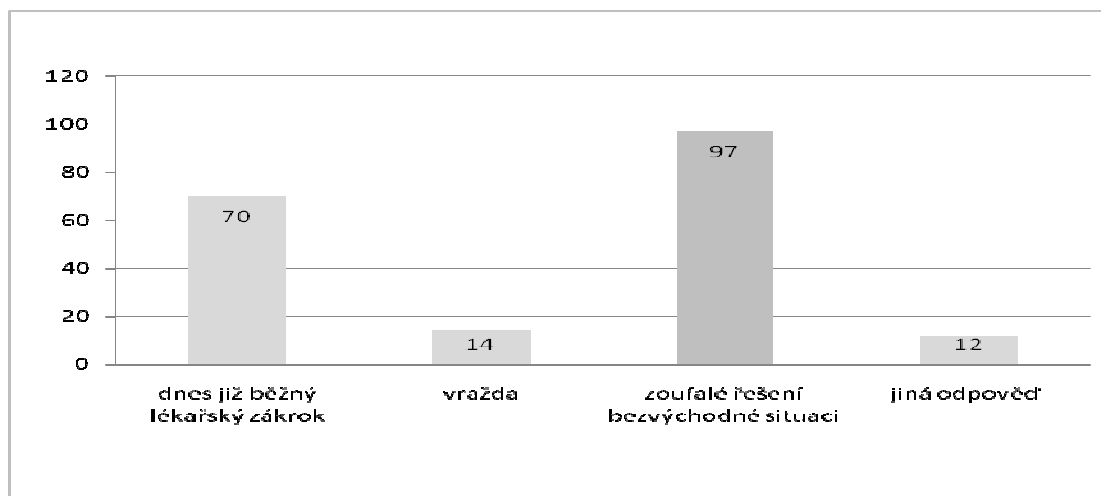
Graf 8: Řešení případného těhotenství (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 7 „Pokud byste zjistila, že jste v současné chvíli těhotná, jakou alternativu byste zvolila?“ odpovědělo 143 žen (74 %), že by si dítě ponechalo, 45 žen (23 %) by podstoupilo interrupci a 5 žen (3 %) by dítě po porodu předalo k adopci. Respondentky, které by si dítě ponechaly, své rozhodnutí nejčastěji zdůvodňovaly tím, že dítě plánují a jsou na ně připraveny. Respondentky, které by podstoupily interrupci, naopak uváděly, že na dítě připravené nejsou a nechtějí jej. Respondentky, které by zvolily adopci dítěte, svou volbu zdůvodňovaly tím, že nemají vhodné finanční zázemí pro výchovu dítěte a zároveň je pro ně eventualita interrupce nepřijatelná.

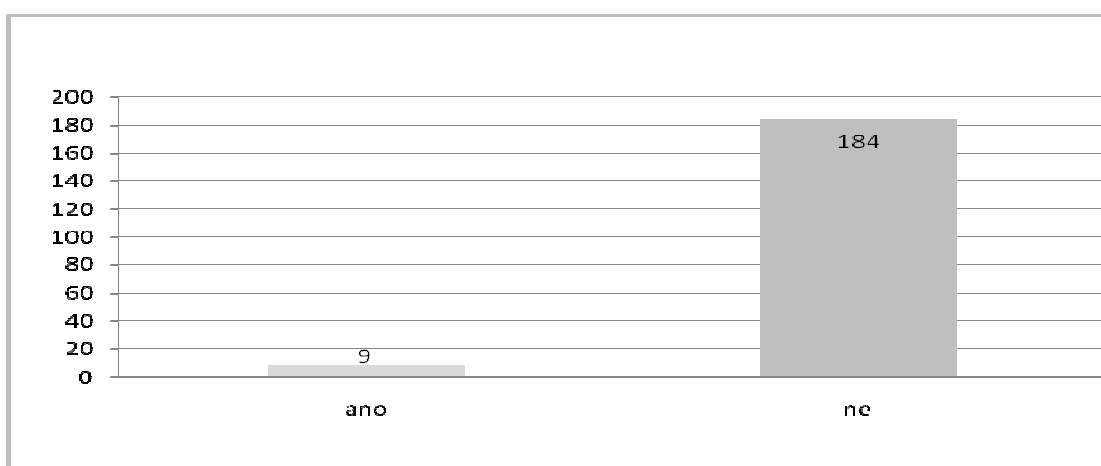
Graf 9: Interpretace pojmu interrupce (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8 „Co si představujete pod pojmem interrupce?“ zjišťovala, jak respondentky vnímají pojem interrupce. Celkem 97 dotázaných žen (50,2 %), zvolilo možnost *zoufalé řešení bezvýchodné situace*, 70 dotázaných žen (36,3 %) možnost *dnes již běžný lékařský zákrok*, 14 dotázaných žen (7,3 %) možnost *vražda* a 12 dotázaných žen (6,2 %) využilo možnosti *jiná odpověď*. Zde pak mimo jiné například uváděly: „pohodlný způsob, jak se zbavit problému“ či „právo volby“.

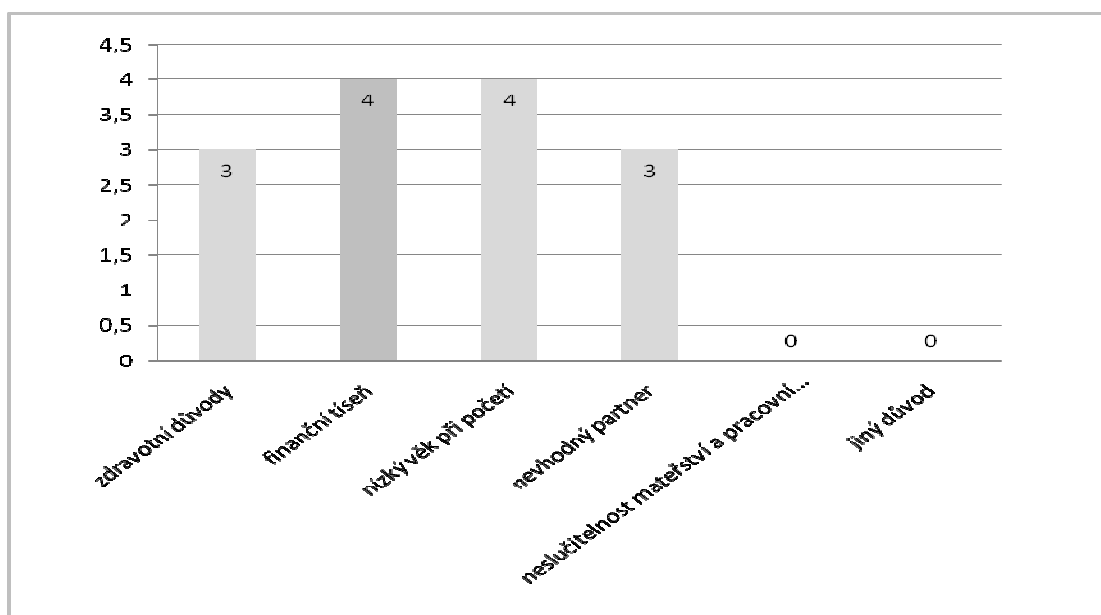
Graf 10: Osobní zkušenost s interrupcí (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 9 „*Podstoupila jste někdy interrupci?*“ odpovědělo 184 respondentek (95 %) záporně a 9 respondentek (5 %) kladně. Průměrný věk žen při podstoupení tohoto zákroku činil 20,8 let.

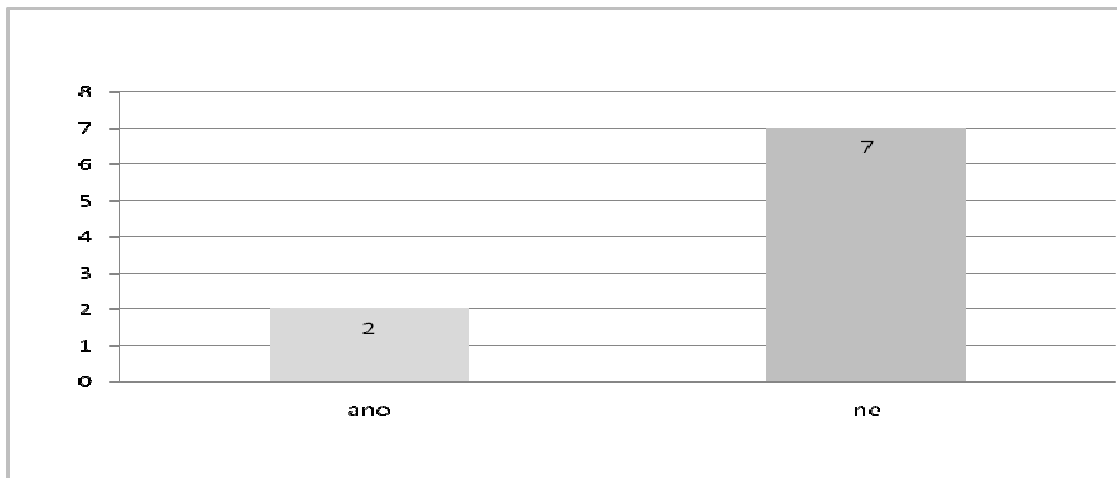
Graf 11: Důvody podstoupení interrupce v minulosti (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky, které již podstoupily interrupci, měly uvést důvody svého rozhodnutí. Nejčastěji uváděnými důvody byla *finanční tíseň* a *nízký věk při početí* (shodně 4 z 9 možných odpovědí) a dále *nevhodný partner* či *zdravotní důvody* (shodně 3 z 9 možných odpovědí).

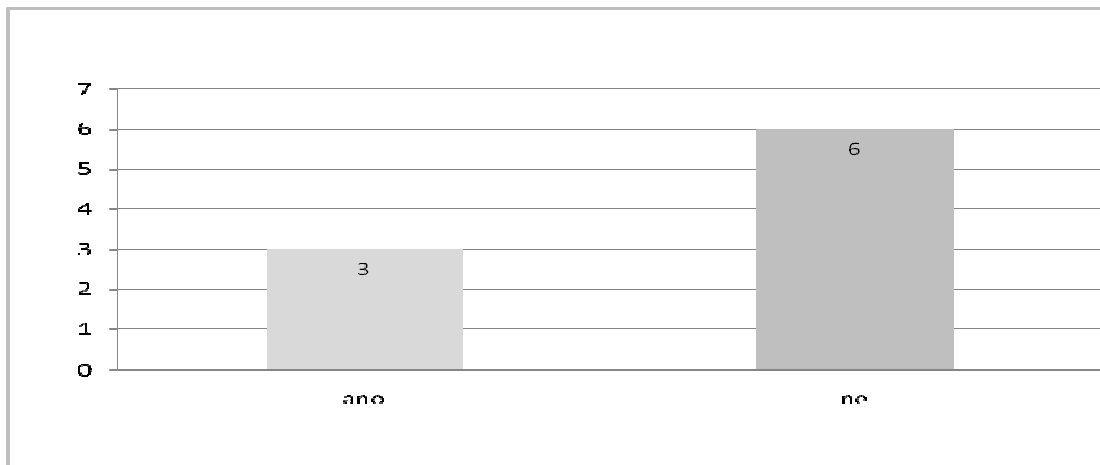
Graf 12: Správnost rozhodnutí (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „*Rozhodly byste se dnes jinak?*“ odpovědělo 7 z 9 žen (78 %), které mají osobní zkušenost s interrupcí záporně a 2 ženy (22 %) kladně.

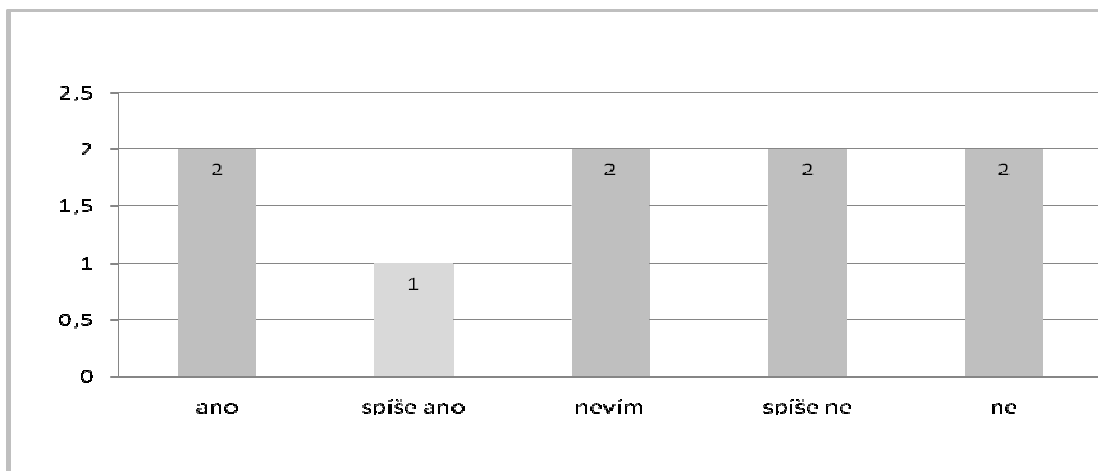
Graf 13: Využívání antikoncepčních metod (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

V době početí dítěte využívalo antikoncepci 6 z celkového počtu 9 respondentek, které následně podstoupily interrupci.

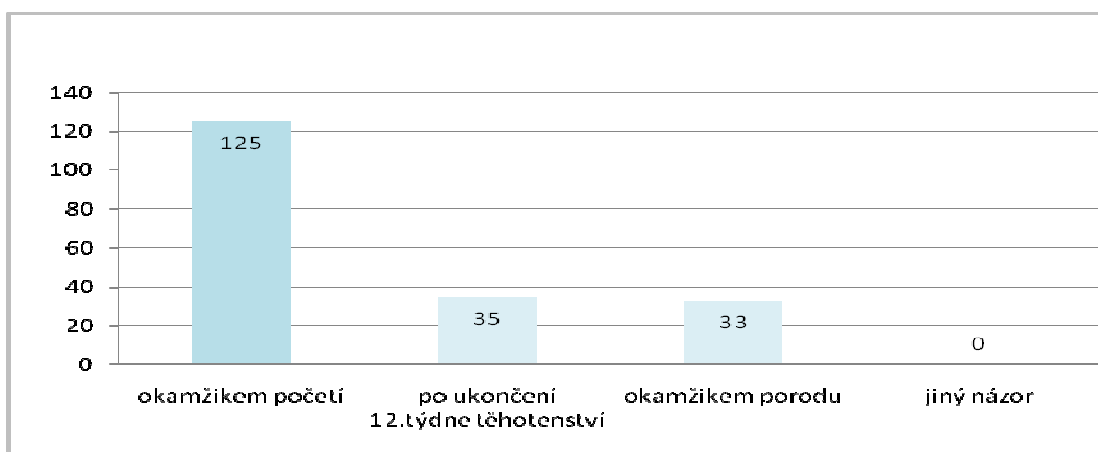
Graf 14: Interrupce – následky (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 znázorňuje odpovědi na otázku „*Myslíte si, že provedená interrupce zanechala trvalejší známky na Vašem psychickém zdraví?*“. Svou odpověď měly respondentky zaznačit na připravené škále, kde 1 znamenala ano a 5 ne.

Graf 15: Počátek lidského života (v absolutních číslech)

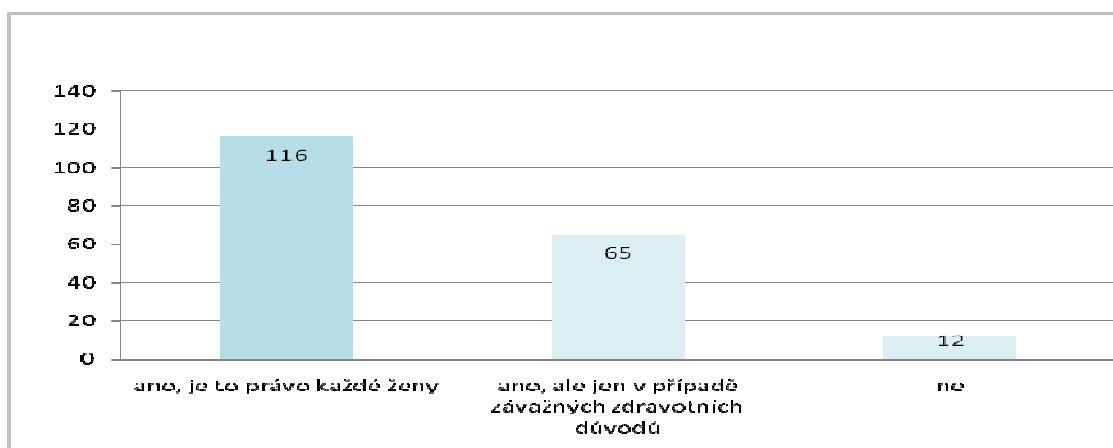


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 10 „*Kdy podle Vás začíná lidský život?*“ odpovídaly opět všechny respondentky. Nejvíce z nich - 125 z celkového počtu 193 žen (65 %) zastává názor, že

život začíná již okamžikem početí. Dalších 35 žen (18 %) si myslí, že život začíná až po ukončení 12. týdne těhotenství a 33 žen (17 %) spojuje počátek lidského života s okamžikem porodu.

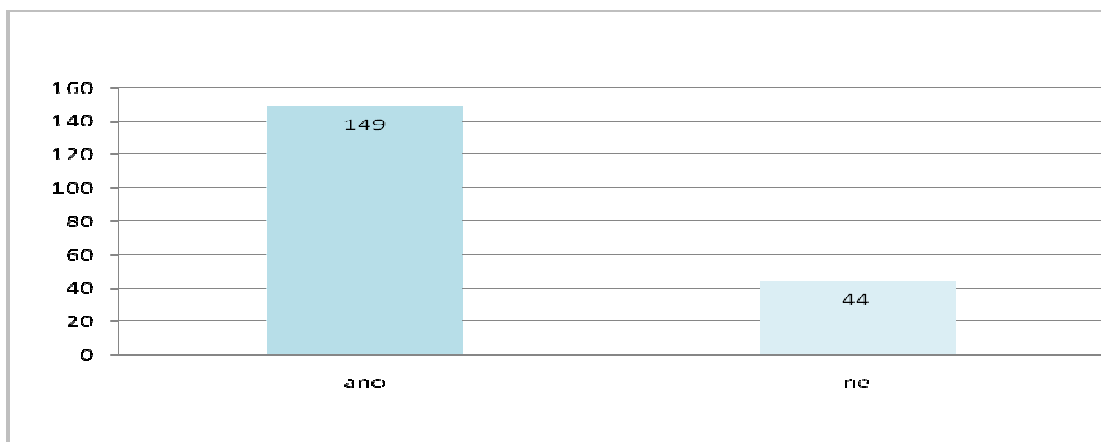
Graf 16: Souhlas s interrupcí (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 znázorňuje odpovědi na otázku „Souhlasíte s interrupcí?“. Celkem 116 respondentek (60 %) vyjádřilo plný souhlas, 65 respondentek (34 %) souhlasí jen v případě závažných zdravotních důvodů či v případě těhotenství po znásilnění a 12 respondentek (6 %) s interrupcí nesouhlasí.

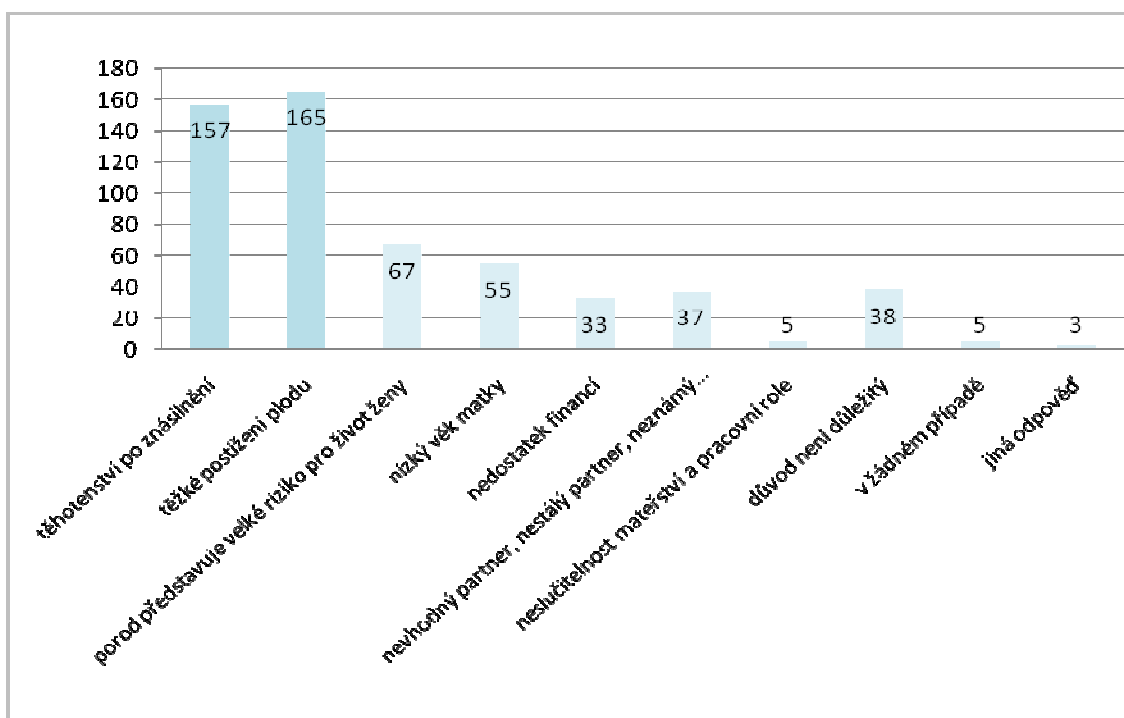
Graf č. 17: Právo rozhodovat o interrupci (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 12 „Měli by o interrupci rozhodovat oba rodiče?“ odpovědělo 149 žen (77 %) kladně a 44 žen (23 %) záporně.

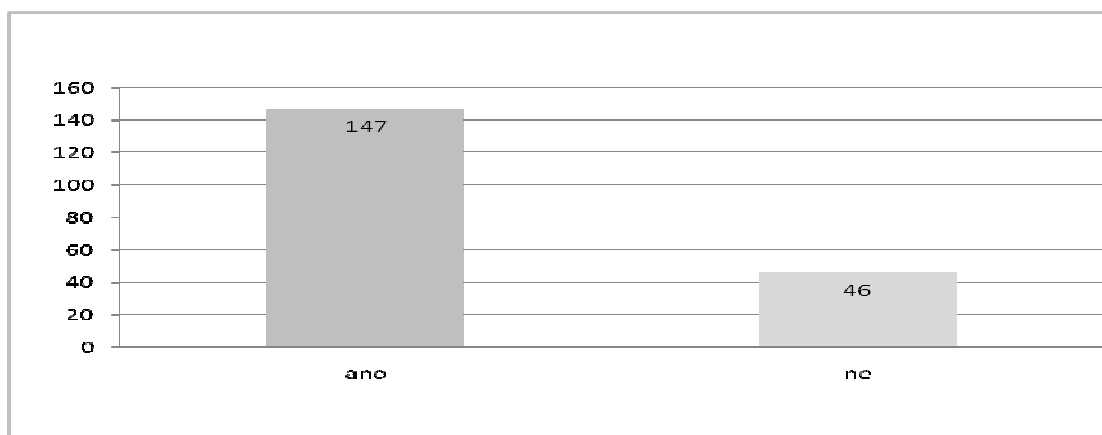
Graf 18: Důvody podstoupení případné interrupce (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13 zjišťovala, v jakém případě by respondentky byly ochotny podstoupit interrupci, přičemž měly možnost označit více odpovědí. Nejčastěji bylo uváděno: *těžké postižení plodu* (165 ze 193 možných odpovědí) a *těhotenství po znásilnění* (157 ze 193 možných odpovědí). Jako jinou odpověď uvedly 2 respondentky variantu „v případě, že bych neměla kde bydlet“ a 1 respondentka „nevhodná finanční situace“. Pouze 5 respondentek by interrupci nepodstoupilo v žádném případě.

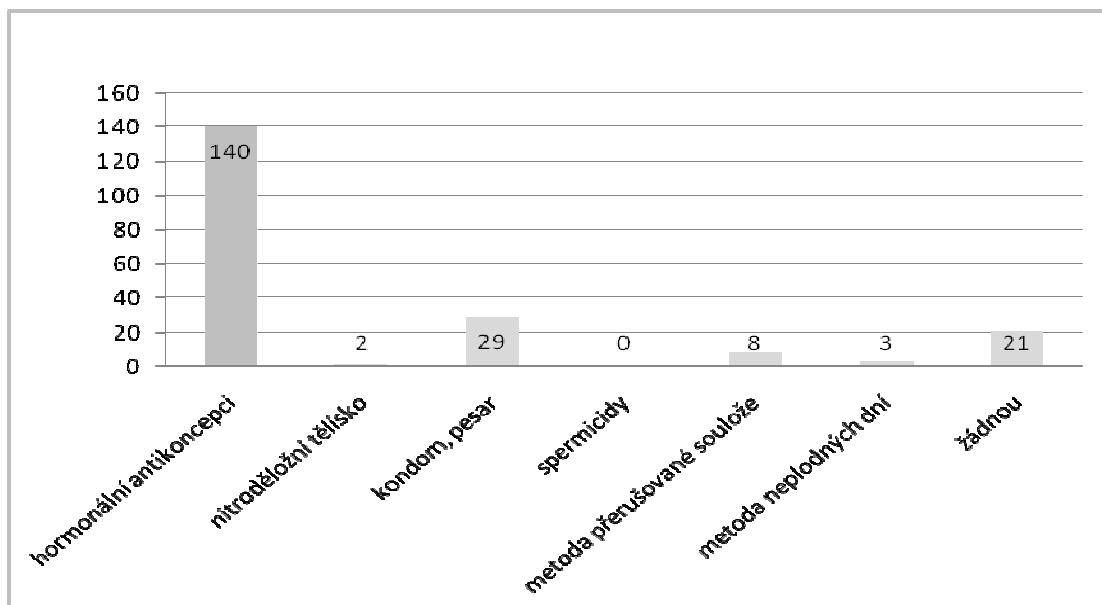
Graf 19: Prevence ve formě antikoncepce (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 19 znázorňuje odpovědi na otázku „Používáte v současné době nějakou formu antikoncepce?“. Celkem 147 respondentek (76 %) antikoncepční metody využívá.

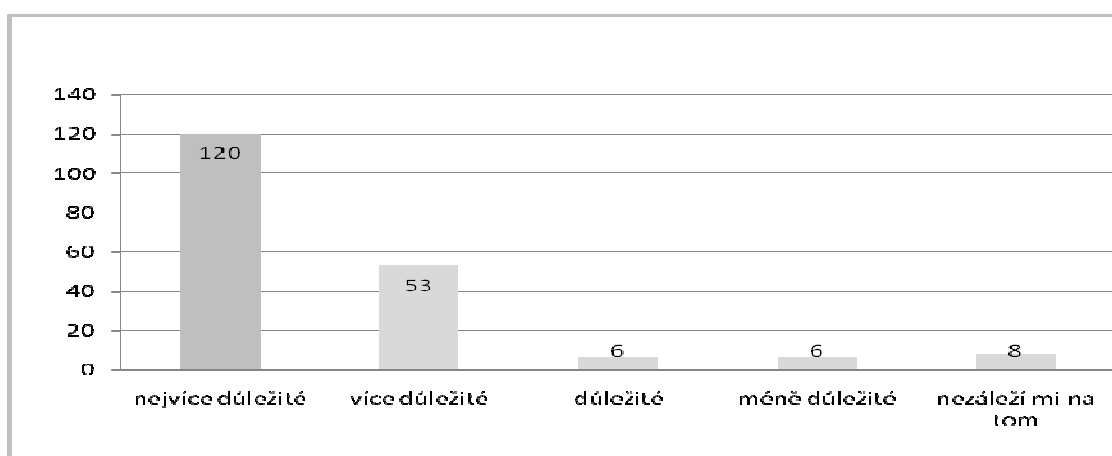
Graf 20: Preference antikoncepční metody (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 20 znázorňuje, jakou antikoncepční metodu respondentky preferují. Vyplývá z něj, že nejoblíbenější formou je hormonální antikoncepce, kterou využívá 140 z celkového počtu 193 žen (73 %).

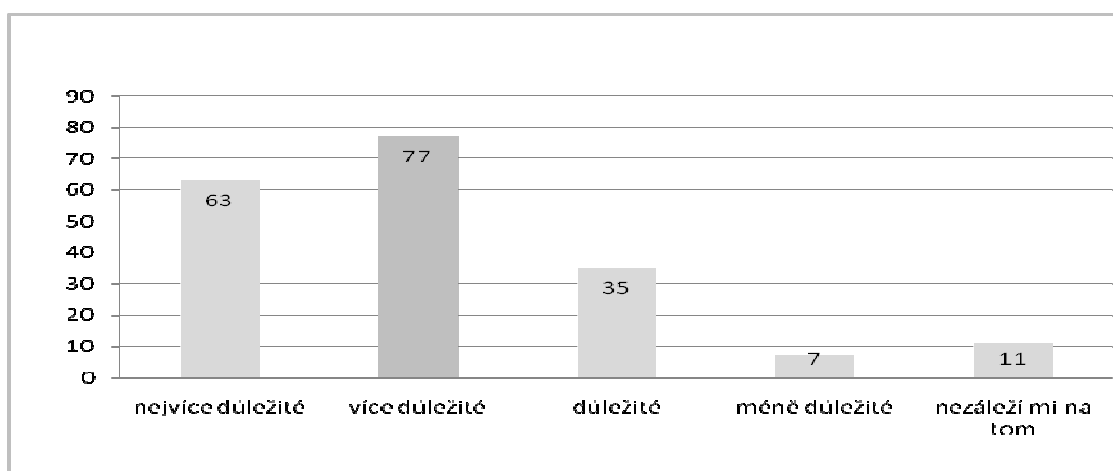
Graf 21: Hodnocení důležitosti – spokojené partnerské soužití (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce č. 16 „*Jaké hodnoty jsou pro Vás v životě důležité?*“ měly respondentky na připravené škále označit důležitost následujících hodnot: spokojené partnerské soužití, dítě, kariéra. Pokud již nějakou hodnotu označily jako nejvíce důležitou, nesměly již své hodnocení opakovat. Z grafu vyplývá, že spokojené partnerské soužití vnímá jako nejvíce důležité 120 z celkového počtu 193 respondentek a naopak 8 respondentkám na této hodnotě nezáleží vůbec.

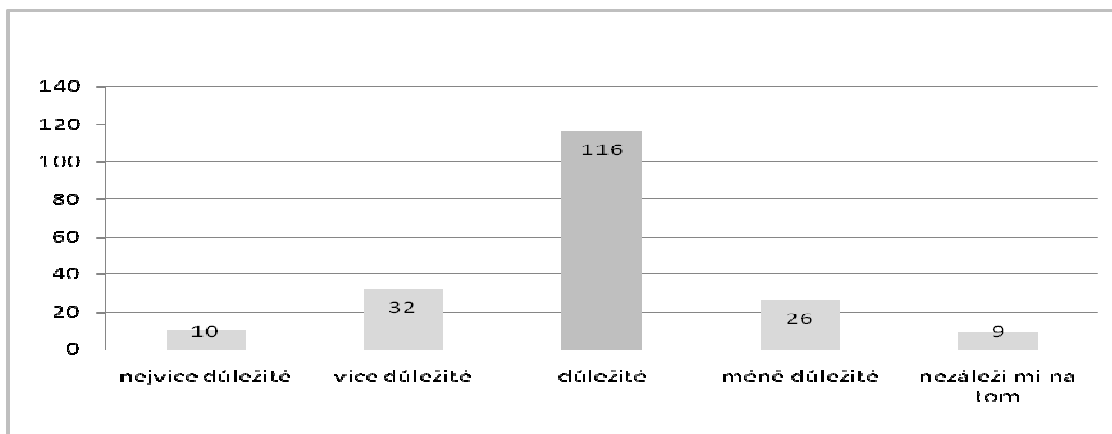
Graf 22: Hodnocení důležitosti – dítě (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 22 je zřejmé, že dítě vnímá jako nejvíce důležité 63 z celkového počtu 193 dotazovaných žen a nejméně na této hodnotě záleží 11 ženám. Dítě je pro respondentky méně důležité než spokojené partnerské soužití.

Graf 23: Hodnocení důležitosti – kariéra (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Kariéra je pro respondentky méně důležitá než spokojené partnerské soužití či dítě. Nejčastěji byla tato hodnota uváděna na třetím místě – za důležitou ji považuje 116 z celkového počtu 193 respondentek. Jako nejvíce důležitou jí pak vnímá 10 respondentek a 9 respondentkám na kariéře nezáleží vůbec.

Graf 24: Ochrana lidského života (v absolutních číslech)

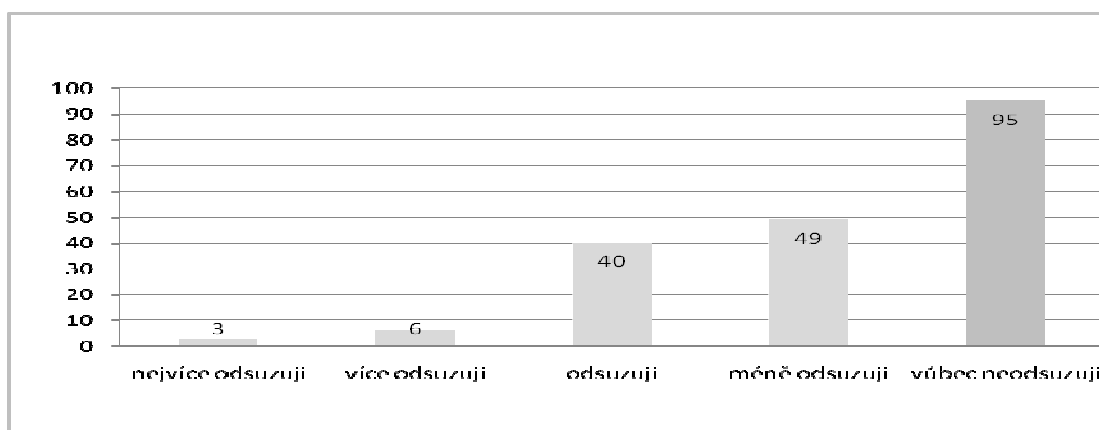


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 17 „Kdy je podle Vašeho názoru nutné chránit lidský život?“ odpovědělo 90 respondentek (47 %), že lidský život je třeba chránit od doby, kdy žena zjistí své těhotenství. Druhou nejčastější odpovědí, kterou zastávalo 78 respondentek

(40 %), byla možnost *od okamžiku početí*. Téměř stejné zastoupení měly varianty odpovědí *od okamžiku porodu* (13 respondentek – 6,8 %) a *od 12. týdne těhotenství* (12 respondentek – 6,2 %).

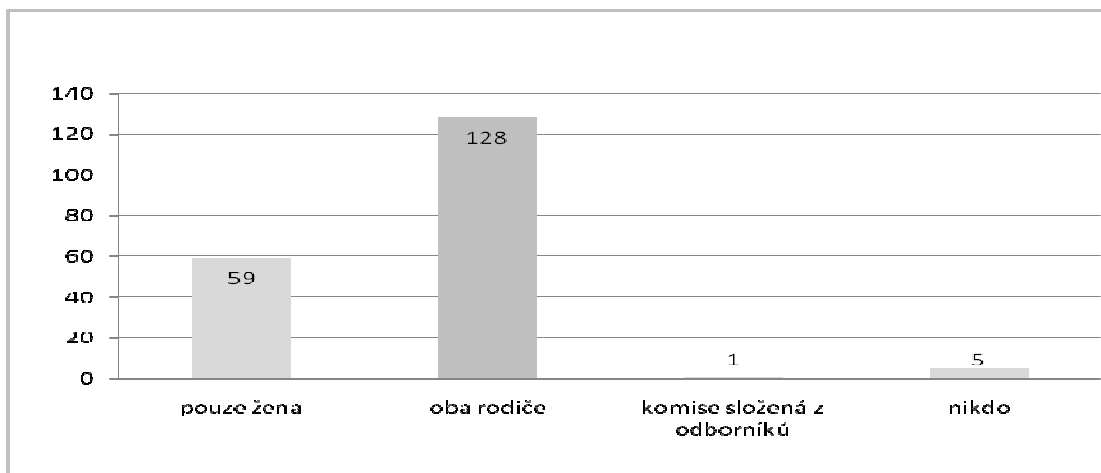
Graf 25: Názor na ženy, které podstoupily interrupci (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 25 znázorňuje vnímání žen, které podstoupily interrupci. Respondentky měly na připravené škále, kde 1 znamenala nejvíce odsuzují a 5 vůbec nedosuzují, vyznačit svůj názor. Z grafu vyplývá, že nejvíce žen (95 z celkového počtu 193 žen) tyto ženy vůbec neodsuzuje. Naopak jen 3 ženy se přiklonily k variantě nejvíce odsuzují.

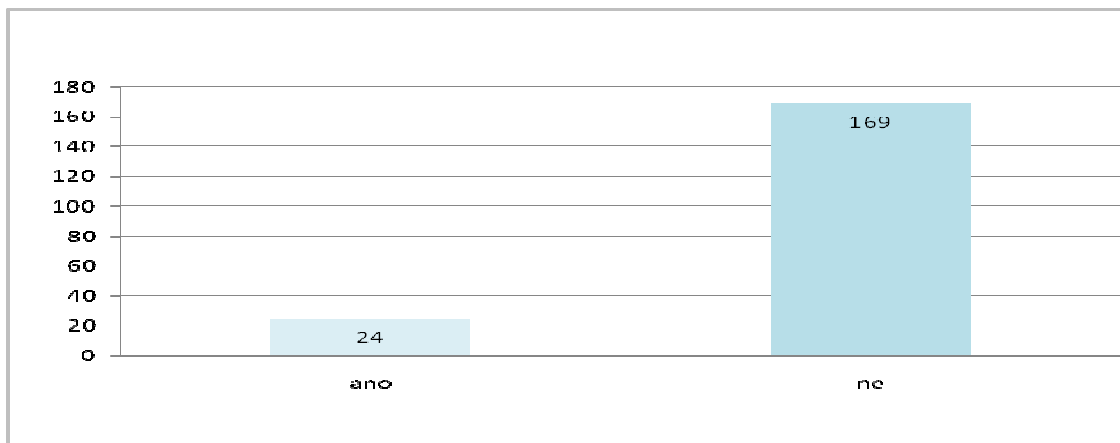
Graf 26: Právo rozhodnutí o ukončení těhotenství (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce č. 19 „Kdo má podle Vás právo rozhodnout o ukončení těhotenství?“ označilo 128 dotazovaných žen (66 %) variantu oba rodiče, 59 dotazovaných žen (31 %) variantu pouze žena, 5 dotazovaných žen (2,5 %) variantu nikdo a 1 žena označila variantu komise složená z odborníků. Tato otázka je kontrolní k otázce č. 12.

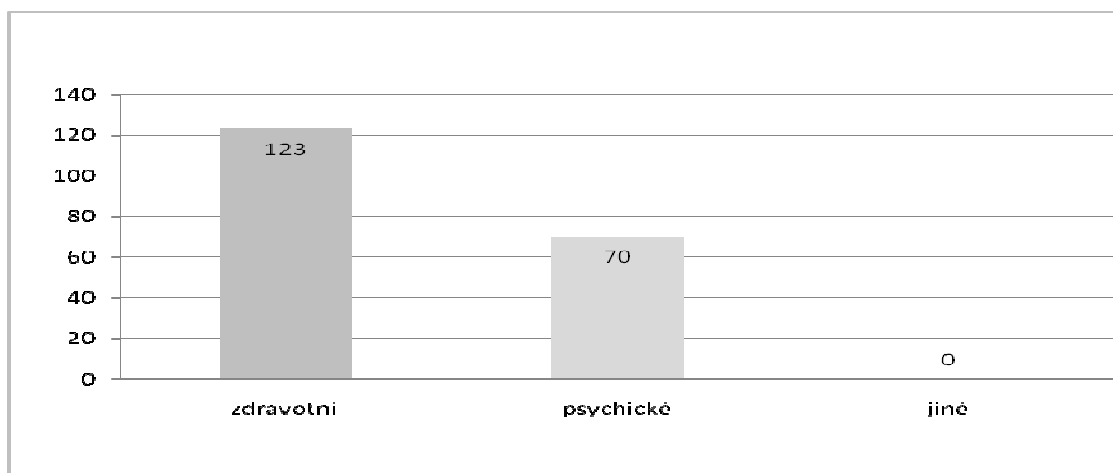
Graf 27: Těhotenství jako překážka v kariérním růstu (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 20 „Byla byste ochotna podstoupit interrupci v případě, že by Vám těhotenství a následné mateřství v danou chvíli bránilo v profesní kariéře?“ odpovědělo 169 respondentek (88 %) záporně a 24 respondentek (12 %) kladně.

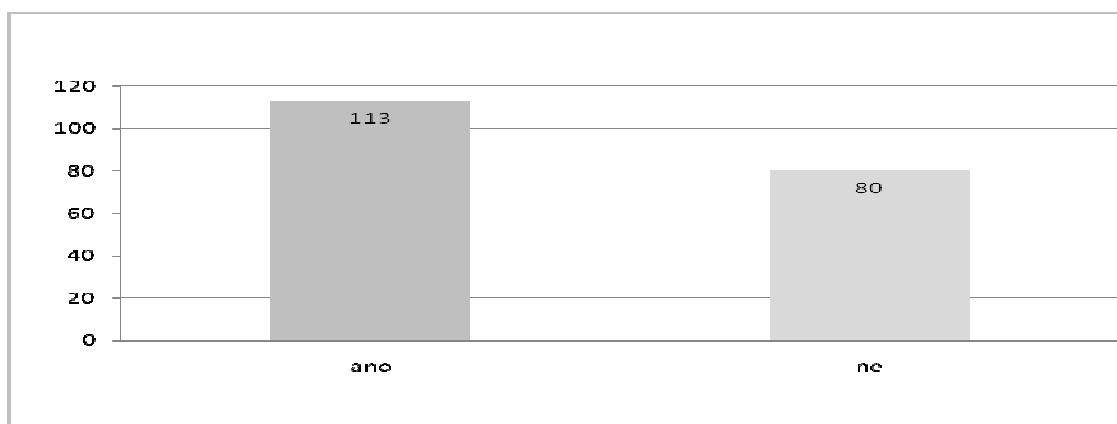
Graf 28: Rizika interrupce (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 28 zachycuje, jaká rizika umělého přerušení těhotenství považují dotazované ženy za významná. Nejvíce žen se přiklání k variantě zdravotních rizik, a to ve 123 případech (88 %). Téměř o polovinu méně žen – 70 (12 %) pak volilo variantu rizik psychických.

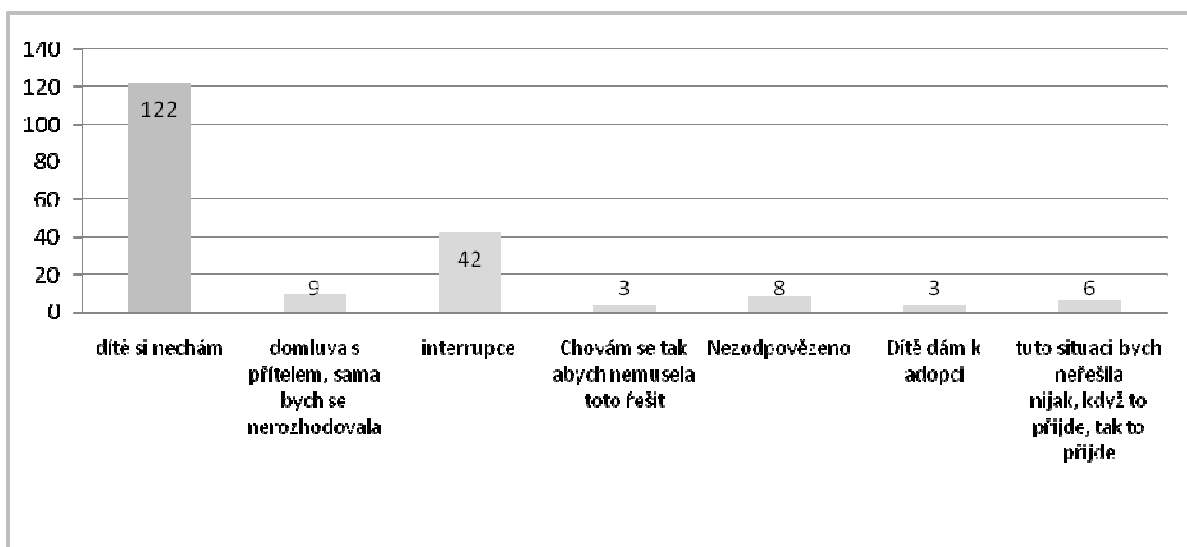
Graf 29: Prevence nechtěného těhotenství ve školní výuce (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 113 respondentek (58 %) odpovědělo na otázku, zda se během školního vyučování setkalo s prevencí nechtěného rodičovství kladně a naopak 80 respondentek (42 %) odpovědělo na tutéž otázku záporně. Nejčastější odpovědí respondentek, které byly s prevencí seznámeny, bylo „*formou přednášek v rodinné a sexuální výchově*“.

Graf 30: Řešení případného těhotenství (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední otázka dotazníkového šetření sloužila jako kontrolní k otázce č. 7 a byla otevřená. Respondentky zde měly uvést, jak by v současné chvíli řešily své hypotetické těhotenství. Jejich odpovědi jsem shrnula do 7 rámcových skupin. Jak vyplývá z grafu, 122 respondentek (63%) by si dítě nechalo.

4.3 Výsledky formou kontingenčních tabulek

Na tomto místě se budu zabývat intenzitou závislosti vzdělání respondentek na vybraných otázkách dotazníkového šetření. Budu při tom využívat kontingenční tabulky a dva koeficienty kontingence (*Pearsonův koeficient kontingence* a *Cramerův koeficient kontingence*).

Charakteristika, která měří tuto rozdílnost souhrnně za celou tabulku, je čtvercová kontingence (x^2). Výsledná hodnota koeficientů se vždy pohybuje v rozmezí od 0 do 1, kdy čísla blíží se 0 znamenají malou závislost a čísla blíží se 1 naopak velkou závislost na vzdělání (7).

Pearsonův koeficient kontingence

Označuje se P a platí:

$$P = \frac{\sqrt{x^2}}{\sqrt{x^2+n}}$$

Proměnná x^2 je čtvercová kontingence a n je rozsah výběru. Koeficient nabývá hodnot z polouzavřeného intervalu $<0; 1)$. Závislost mezi sledovanými znaky je tím silnější, čím je hodnota Pearsonova koeficientu P bližší jedné. Z konstrukce koeficientu vyplývá, že nikdy nemůže dosáhnout hodnoty 1 a také, že jeho velikost závisí na rozsahu a tím se také komplikuje porovnání stupně závislosti v kontingenčních tabulkách s různými rozsahy.

Cramerův koeficient kontingence

Označuje se C a platí:

$$C = \sqrt{\frac{x^2}{n \min\{(r-1), (s-1)\}}}$$

Proměnná x^2 je čtvercová kontingence, n je rozsah výběru a $\min\{(r-1), (s-1)\}$ je minimální hodnota získaná z počtu řádků (r) minus 1 a počtu sloupců (s) minus 1 jednotlivých kontingenčních tabulek. Tento koeficient nabývá hodnot z uzavřeného

intervalu $<0; 1>$. Závislost mezi sledovanými znaky je tím silnější, čím více se hodnota Cramerova koeficientu blíží jedné.

Interpretace korelačního koeficientu podle Pett (1997):

$r > 0,90$ – extrémně silná závislost (souvislost, vztah);

0,70 až 0,89 – silná závislost;

0,50 až 0,69 – střední závislost;

0,30 až 0,49 – nízká závislost;

$r < 0,30$ – slabá závislost mezi sledovanými proměnnými (7).

Pearsonův koeficient kontingence a Cramerův koeficient kontingence jsem získala prostřednictvím programu Statistica CZ 9, kde se tyto koeficienty vypočítaly na základě kontingenčních tabulek.

Kontingenční tabulka 1: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Pokud byste zjistila, že jste těhotná, jakou alternativu byste zvolila?

| | dítě porodím a předám k adopci | dítě si nechám | interrupce | Celkový součet |
|-------------------------|--------------------------------------|----------------|------------|----------------|
| Základní | 0 | 6 | 22 | 28 |
| Středoškolské | 2 | 29 | 6 | 37 |
| Vysokoškolské | 1 | 30 | 4 | 35 |
| Vyšší odborné | 1 | 25 | 5 | 31 |
| Učební obor | 0 | 22 | 7 | 29 |
| Učební obor s maturitou | 1 | 31 | 1 | 33 |
| CELKEM | 5 | 143 | 45 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$P = 0,4929492$

$C = 0,4006258$

První kontingenční tabulka znázorňuje závislost dosaženého vzdělání respondentek na jejich odpovědi na otázku, jak by se zachovaly, pokud by v současné chvíli zjistily, že jsou těhotné. Oba koeficienty kontingence zde nabývají středních hodnot, což znamená střední intenzitu vzájemné závislosti. Možnost interrupce byla nejčastěji volena ženami, které mají ukončené základní vzdělání.

Kontingenční tabulka 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Co si představujete pod pojmem interrupce?

| | dnes již běžný lékařský zárok | jiná odpověď | vražda | zoufalé řešení bezvýhodné situaci | Celkový součet |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------|--------|---|----------------|
| Základní | 17 | 0 | 0 | 11 | 28 |
| Středoškolské | 10 | 2 | 4 | 21 | 37 |
| Vysokoškolské | 8 | 4 | 2 | 23 | 37 |
| Vyšší odborné | 15 | 4 | 0 | 10 | 29 |
| Učební obor | 7 | 1 | 5 | 16 | 29 |
| Učební obor s maturitou | 13 | 1 | 3 | 16 | 33 |
| CELKEM | 70 | 12 | 14 | 97 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$P = 0,3677031$

$C = 0,2282865$

Při porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek a jejich vnímání pojmu interrupce nabývají korelační koeficienty nízkých hodnot, což znamená nízkou intenzitu vzájemné závislosti.

Kontingenční tabulka 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Kdy podle Vás začíná lidský život?

| | jiný názor | okamžikem početí | okamžikem porodu | po ukončení 12.týdne těhotenství | Celkový součet |
|-------------------------|------------|---------------------|---------------------|--|----------------|
| Základní | 0 | 16 | 7 | 5 | 28 |
| Středoškolské | 0 | 26 | 4 | 5 | 35 |
| Vysokoškolské | 0 | 25 | 9 | 3 | 37 |
| Vyšší odborné | 0 | 18 | 4 | 9 | 31 |
| Učební obor | 0 | 18 | 4 | 7 | 29 |
| Učební obor s maturitou | 0 | 22 | 5 | 6 | 33 |
| CELKEM | 0 | 125 | 33 | 35 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$P = 0,2153339$

$C = 0,1559219$

Z kontingenční tabulky č. 3 vyplývá, že vzájemná intenzita závislosti vzdělání respondentek a jejich názoru na okamžik, kdy podle nich začíná lidský život, je slabá. Korelační koeficienty zde nabývají velmi nízkých hodnot.

Kontingenční tabulka 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Souhlasíte s interrupcí?

| | ano, ale jen v případě závažných zdravotních důvodů | ano, je to právo každé ženy | ne | Celkový součet |
|-------------------------|---|-----------------------------|----|----------------|
| Základní | 1 | 27 | 1 | 29 |
| Středoškolské | 19 | 14 | 4 | 37 |
| Vysokoškolské | 18 | 16 | 0 | 34 |
| Vyšší odborné | 10 | 21 | 0 | 31 |
| Učební obor | 9 | 18 | 3 | 30 |
| Učební obor s maturitou | 8 | 20 | 4 | 32 |
| CELKEM | 65 | 116 | 12 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$$P = 0,3864214$$

$$C = 0,2962535$$

Jak vyplývá z této kontingenční tabulky, je vzájemná závislost vzdělání respondentek a jejich souhlasu se zákrokem interrupce nízká.

Kontingenční tabulka 5: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Měli by o interrupci rozhodovat oba rodiče?

| | ano | ne | Celkový součet |
|-------------------------|-----|----|----------------|
| Základní | 24 | 4 | 28 |
| Středoškolské | 30 | 6 | 36 |
| Vysokoškolské | 24 | 12 | 36 |
| Vyšší odborné | 24 | 7 | 31 |
| Učební obor | 25 | 4 | 29 |
| Učební obor s maturitou | 22 | 11 | 33 |
| CELKEM | 149 | 44 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$$P = 0,1947659$$

$$C = 0,1985686$$

Dle koeficientů kontingence je vzájemná závislost vzdělání respondentek a jejich názoru na to, zda by o interrupci měli rozhodovat oba rodiče slabá.

Kontingenční tabulka 6: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x V jakém případě byste byla ochotná podstoupit interrupci?

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Celkový součet |
|-------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|----------|----------------|
| Základní | 9 | 0 | 13 | 1 | 7 | 16 | 9 | 26 | 27 | 0 | 108 |
| Středoškolské | 4 | 1 | 4 | 0 | 8 | 9 | 10 | 27 | 28 | 0 | 91 |
| Vysokoškolské | 9 | 0 | 2 | 1 | 6 | 9 | 22 | 31 | 34 | 1 | 115 |
| Vyšší odborné | 4 | 0 | 4 | 0 | 5 | 4 | 10 | 26 | 27 | 0 | 80 |
| Učební obor | 6 | 0 | 6 | 1 | 6 | 8 | 7 | 20 | 22 | 1 | 77 |
| Učební obor s maturitou | 6 | 2 | 4 | 2 | 5 | 9 | 9 | 27 | 27 | 3 | 94 |
| CELKEM | 38 | 3 | 33 | 5 | 37 | 55 | 67 | 157 | 165 | 5 | 565 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Legenda:

- 1 důvod není důležitý
- 2 jiná odpověď
- 3 nedostatek financí
- 4 neslučitelnost mateřství a pracovní role
- 5 nevhodný partner, nestálý partner, neznámý otec
- 6 nízký věk matky
- 7 porod představuje velké riziko pro život ženy
- 8 těhotenství po znásilnění
- 9 těžké postižení plodu
- 10 v žádném případě

$P = 0,2821461$

$C = 0,1315232$

Při porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek a jejich odpovědí na otázku, v jakém případě by byly ochotny podstoupit interrupci, nabývají korelační koeficienty nižších hodnot. Vzájemná intenzita závislosti je tedy slabá.

Kontingenční tabulka 7: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Kdy je podle Vašeho názoru nutné chránit lidský život?

| | od 12.týdne těhotenství | od doby, kdy žena zjistí své těhotenství | od okamžiku početí | od okamžiku porodu | Celkový součet |
|-------------------------|-------------------------|--|--------------------|--------------------|----------------|
| Základní | 3 | 6 | 10 | 9 | 28 |
| Středoškolské | 2 | 17 | 15 | 0 | 34 |
| Vysokoškolské | 2 | 17 | 16 | 3 | 38 |
| Vyšší odborné | 2 | 17 | 11 | 0 | 30 |
| Učební obor | 0 | 16 | 14 | 0 | 30 |
| Učební obor s maturitou | 3 | 17 | 12 | 1 | 33 |
| CELKEM | 12 | 90 | 78 | 13 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$P = 0,4270749$

$C = 0,2726912$

Kontingenční tabulka č. 7 znázorňuje závislost vzdělání respondentek na jejich názoru na dobu, kdy je nutné chránit lidský život. Vzájemná intenzita závislosti je v tomto případě střední, což dokládá Pearsonův koeficient. Ve svých odpovědích se v porovnání s ostatními vzdělanostními skupinami odlišovaly ženy se základním vzděláním.

Kontingenční tabulka č. 8: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Odsuzujete ženy, které podstoupily interrupci?

| | méně odsuzuji | nejvíce odsuzuji | odsuzuji | více odsuzuji | vůbec neodsuzuji | Celkový součet |
|-------------------------|---------------|------------------|----------|---------------|------------------|----------------|
| Základní | 3 | 0 | 1 | 0 | 24 | 28 |
| Středoškolské | 13 | 0 | 7 | 2 | 13 | 35 |
| Vysokoškolské | 12 | 0 | 9 | 1 | 15 | 37 |
| Vyšší odborné | 5 | 0 | 7 | 0 | 19 | 31 |
| Učební obor | 9 | 0 | 9 | 2 | 9 | 29 |
| Učební obor s maturitou | 7 | 3 | 7 | 1 | 15 | 33 |
| CELKEM | 49 | 3 | 40 | 6 | 95 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$P = 0,4270200$

$C = 0,2361204$

Dle kontingenční tabulky č. 8 nabývá Pearsonův koeficient opět středních hodnot, což také znamená střední intenzitu vzájemné závislosti vzdělání respondentek a jejich pohledu na ženy, které podstoupily interrupci.

Kontingenční tabulka č. 9: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: x Byla byste ochotna podstoupit interrupci v případě, že by Vám těhotenství a následné mateřství v danou chvíli bránilo v profesní kariéře?

| | ano | ne | Celkový součet |
|-------------------------|-----|-----|----------------|
| Základní | 8 | 20 | 28 |
| Středoškolské | 4 | 32 | 36 |
| Vysokoškolské | 1 | 35 | 36 |
| Vyšší odborné | 3 | 28 | 31 |
| Učební obor | 5 | 24 | 29 |
| Učební obor s maturitou | 3 | 30 | 33 |
| CELKEM | 24 | 169 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$P = 0,2322856$

$C = 0,2388178$

Při porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek a jejich odpovědí na otázku, zda by podstoupily interrupci v případě, že by jim jejich rodičovství bránilo v profesním růstu, nabývají koeficienty kontingence nižších hodnot. Vzájemná intenzita závislosti je v tomto případě slabá.

Kontingenční tabulka č. 10: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? x Jaká jsou podle Vás rizika interrupce?

| | jiné | psychické | zdravotní | Celkový součet |
|--------------------------------|------|-----------|-----------|----------------|
| Základní | 0 | 7 | 21 | 28 |
| Středoškolské | 0 | 12 | 24 | 36 |
| Vysokoškolské | 0 | 11 | 25 | 36 |
| Vyšší odborné | 0 | 11 | 20 | 31 |
| Učební obor | 0 | 14 | 15 | 29 |
| Učební obor s maturitou | 0 | 15 | 18 | 33 |
| CELKEM | 0 | 70 | 123 | 193 |

Zdroj: Vlastní výzkum

$P = 0,1620133$

$C = 0,1641824$

Vzájemná intenzita závislosti vzdělání respondentek a jejich názoru na rizika interrupce je slabá. Dokládají to nízké hodnoty korelačních koeficientů.

4. 4 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

Ženy s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním jsou v případě nežádoucího těhotenství bránícímu v jejich profesní kariéře ochotny podstoupit potrat.

Tabulka č. 1: Posouzení hypotézy 1 (v %)

| | ano | ne | Celkový součet |
|-------------------------------------|------------|------------|----------------|
| Vysokoškolské, vyšší odborné | 4 | 63 | 67 |
| | 6% | 94% | 100% |
| Ostatní | 20 | 106 | 126 |
| | 16% | 84% | 100% |
| CELKEM Počet | 24 | 169 | 193 |
| CELKEM % | 12% | 88% | 100% |

Zdroj: Vlastní výzkum

K posouzení hypotézy 1 sloužila otázka č. 20 „*Byla byste ochotna podstoupit interrupci v případě, že by Vám těhotenství a následné mateřství v danou chvíli bránilo v profesní kariéře?*“. Jak vyplývá z této tabulky, interrupci by v případě těhotenství, které by v danou chvíli bránilo v kariérním růstu, podstoupily jen 4 respondentky (6 %) z celkového počtu 67 žen s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

Hypotéza 2

Ženy se základním vzděláním a ženy vyučené budou zastávat názor, že o interrupci má žena právo rozhodnout bez ohledu na to, jaké důvody ji k tomuto rozhodnutí vedou.

Tabulka č. 2: Posouzení hypotézy 2 (v %)

| | ano, ale jen v případě závažných zdravotních důvodů | ano, je to právo každé ženy | ne | Celkový součet |
|------------------------|---|--------------------------------|----|----------------|
| Základní , učební obor | 10 | 45 | 4 | 59 |
| | 17% | 76% | 7% | 100% |
| Ostatní | 55 | 71 | 8 | 134 |
| | 41% | 53% | 6% | 100% |
| CELKEM Počet | 65 | 116 | 12 | 193 |
| CELKEM % | 34% | 60% | 6% | 100% |

Zdroj: Vlastní výzkum

K posouzení hypotézy 2 byla použita otázka č. 11 „*Souhlasíte s interrupcí?*“. Z tabulky je patrné, že názor, že interrupce je právem každé ženy bez ohledu na to, jaké důvody ji k tomu vedou, zastává 45 respondentek se základním vzděláním a respondentek vyučených (76 %) z celkového počtu 59 těchto žen.

5. Diskuze

V současné době je těhotenství ženy v západní společnosti výhradně předmětem její volby. Může tedy a obvykle také o svém těhotenství rozhoduje a plánuje jej. Stále však také dochází k těhotenstvím neplánovaným či dokonce nechtěným. Problematika interrupcí proto vyvolává po celém světě řadu kontroverzních a protichůdných názorů, a to jak na poli morálním, filozofickém a náboženském, tak na poli medicínském, sociálním a právním.

K těmto faktům se také vztahuje cíl mé diplomové práce – zjistit postoje svobodných mladých žen k problematice nechtěného rodičovství a k interrupcím. Zajímalo mne především, zda jsou jejich názory ovlivněny výší dosaženého vzdělání.

Diskuze k hypotéze 1

Ženy s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním jsou v případě nežádoucího těhotenství bránícímu v jejich profesní kariéře ochotny podstoupit potrat.

K posouzení hypotézy 1 bylo použito otázky č. 20 „Byla byste ochotna podstoupit interrupci v případě, že by Vám těhotenství a následné mateřství v danou chvíli bránilo v profesní kariéře?“.

Drtivá většina respondentek odpověděla v dotazníkovém šetření na tuto otázku záporně. Rozdíly v odpovědích žen dle výše dosaženého vzdělání byly jen minimální. Ženy se základním vzděláním by interrupci v tomto případě nepodstoupily v 71 % případů, ženy vyučené v 82 % případů, ženy, které vystudovaly učební obor s maturitou v 90 % případů, ženy se středoškolským vzděláním v 89 % případů, ženy s vyšším odborným vzděláním v 90 % případů a ženy vysokoškolačky dokonce v 97 % případů. Na základě relativní četnosti nebyla hypotéza 1 souborem respondentek potvrzena.

Tato data zatím nekorrespondují s názory některých odborníků, podle nichž prochází rodina a rodičovství v současné době krizí. Je pravdou, že instituce rodiny prodělala v průběhu 2. poloviny 20. století zásadní proměnu a dříve standardní model rodinného života – sňatek, založení společné domácnosti a narození dítěte již ztratil nutnou

návaznost. České ženy však oproti ženám v západní společnosti dávají stále přednost rodině před kariérou.

Masáková (35) v této souvislosti uvádí, že ženy, které odkládají rodičovství kvůli preferenci kariéry, po narození dítěte obtížně nalézají vyváženost role mateřské s rolí profesní. V rodině pak také nezřídka dochází k přerozdělení původně tradičních rolí – muž zůstává v domácnosti a přebírá pečující rodičovskou roli, zatímco žena se stává živitelkou rodiny.

Tato skutečnost ale dle mého názoru pro českou společnost stále ještě ve větší míře neplatí. Může to také souviset s genderovými nerovnostmi v oblasti pracovního trhu, zaměstnání a zejména pracovních příjmů. Ženy častěji zastávají nižší pozice a také pracují za nižší mzdu než muži. Pokud se tedy dostanou do situace, kdy mají volit mezi rodinou a kariérou, není tato volba v jejich případě tak náročná. Kdyby ovšem bylo jejich ohodnocení a pozice na vyšší úrovni, mohla by tato volba znamenat velké dilema.

Diskuze k hypotéze 2

Ženy se základním vzděláním a ženy vyučené budou zastávat názor, že o interrupci má žena právo rozhodnout bez ohledu na to, jaké důvody ji k tomuto rozhodnutí vedou.

K posouzení hypotézy 2 byla použita otázka č. 11 „*Souhlasíte s interrupcí?*“.

Ženy se základním vzděláním odpověděly na tuto otázku v naprosté většině (93 % případů) variantou *ano, je to právo každé ženy bez ohledu na to, jaké důvody ji k tomu vedou*. Ženy vyučené rovněž nejvíce uváděly tuto alternativu, a to v 60 % případů. Také ženy, které vystudovaly učební obor s maturitou, volily nejčastěji tuto odpověď (v 62,5 % případů). Ženy se středoškolským vzděláním pak nejvíce odpovídaly variantou *ano, ale jen v případě závažných zdravotních důvodů či v případě těhotenství po znásilnění* (v 51 % případů). Ženy s vyšším odborným vzděláním na tuto otázku opět odpovídaly první uvedenou alternativou - *ano, je to právo každé ženy bez ohledu na to, jaké důvody ji k tomu vedou*, a to v 68 % případů. Ženy vysokoškolačky se zase přiklonily k variantě druhé - *ano, ale jen v případě závažných zdravotních důvodů či v případě těhotenství po znásilnění* (celkem v 53 % případů).

Na základě relativní četnosti lze tedy hypotézu 2 pokládat za potvrzenou.

Průzkumy také potvrdily skutečnost, že nejpříjemnější jsou interrupce pro lidi středního věku a nejméně s potraty souhlasí lidé nad 60 let. V průzkumu z roku 1996 (10) odpověděly dvě pětiny ženatých a vdaných a necelá polovina svobodných dotázaných, že interrupce je sice závažný zákrok, je však lepší variantou, než nechtěné dítě.

Z šetření CVVM, které se uskutečnilo v květnu 2011(45), pak vyplývá, že více než dvě třetiny Čechů zastává názor, že o umělém přerušení těhotenství má žena právo rozhodovat sama. Tato data korespondují se zjištěními mé diplomové práce. Umělé přerušení těhotenství jako právo každé ženy vnímá 60 % oslovených žen.

V téhož šetření CVVM (45), bylo dále zjištěno, že výhradně při ohrožení života ženy interrupci připouští 8 % dotázaných a 3 % respondentů by tento zákrok zakázala úplně. Z výsledků šetření mé diplomové práce vyplynulo, že s interrupcí v žádném případě nesouhlasí 6 % respondentek, což je o trochu vyšší hodnota. Tento rozdíl bude zřejmě zapříčiněn věkem dotazovaných žen.

V dotazníku byla použita ještě další otázka, na kterou bylo možné odpovědět tvrzením, že pokud žena chce podstoupit interrupci, má na to právo a důvod, který ji k tomu vede, není důležitý. Byla jí otázka č. 13 „*V jakém případě byste byla ochotna podstoupit interrupci?*“

Jako odpověď na tuto otázku mohly respondentky uvádět libovolný počet nabízených variant. Nejčastěji zde ale byla uváděna možnost *těžké postižení plodu* (165 ze 193 možných odpovědí) a *těhotenství po násilnění* (157 ze 193 možných odpovědí). Odpověď *důvod není důležitý, pokud žena chce, má vždy právo jít na interrupci*, byla zvolena jen ve 38 ze 193 možných odpovědí.

Tento nepoměr pak může vyplývat z toho, jak byla otázka č. 13 položena. Je totiž více specifická a osobní než předcházející otázka, neboť se přímo dotazuje na to, za jakých podmínek by dotazovaná žena zákrok interrupce podstoupila. Pokud pak budou ve výčtu možných variant odpovědí uvedeny možnosti, které byly ženami voleny nejčastěji (*těžké postižení plodu* a *těhotenství po znásilnění*), je z morálního hlediska správné je označit. V obecné rovině jsou tedy respondentky k otázce interrupcí benevolentnější než v rovině soukromé.

Diskuze k dílčím cílům diplomové práce

Dílčím cílem práce bylo *zjistit, zda úroveň dosaženého vzdělání ovlivňuje názor svobodných mladých žen na problematiku nechtěného rodičovství a potratů.*

Pro zjištění tohoto cíle bylo při konstrukci kontingenčních tabulek použito vzdělání jako hlavního hodnotícího parametru. Tímto způsobem byly vyhodnoceny téměř všechny otázky dotazníkového šetření (vyjma těch, které zjišťovaly identifikační údaje respondentek), přičemž ve výsledcích uvádím jen ty podstatné, korespondující s cíli práce. Celkem bylo takto vyhodnoceno 22 otázek dotazníkového šetření. Většina otázek pak vykazovala nízkou či slabou intenzitu vzájemné závislosti vzdělání a proměnných zjišťovaných v daných otázkách. Jen tři otázky vykazovaly střední intenzitu vzájemné závislosti.

První z nich byla otázka č. 7 „*Pokud byste zjistila, že jste v současné chvíli těhotná, jakou alternativu byste zvolila?*“. Možnost interrupce byla nejčastěji volena ženami, které mají ukončené základní vzdělání. Tato skutečnost může být ovlivněna tím, že mezi ženy se základním vzděláním patří jednak ty, které odešly ze střední školy či učiliště a nemají zájem si své vzdělání zvýšit a také ty, které si v současné chvíli své vzdělání zvyšují. Druhá skupina žen je početnější, a protože ještě nemají své studium ukončené, je pro ně interrupce nejpříjemnější variantou.

Následovala otázka č. 17 „*Kdy je podle Vašeho názoru nutné chránit lidský život?*“. Ve svých odpovědích se v porovnání s ostatními vzdělanostními skupinami rovněž odlišovaly ženy se základním vzděláním. Jejich odpovědi byly v porovnání s ostatními vzdělanostními skupinami podobné, ve větší míře než ostatní se ale přikláněly k variantě *od okamžiku porodu.*

Dále se jednalo o otázku č. 18 „*Odsuzujete ženy, které podstoupily interrupci?*“. Nejčastěji označovanou alternativou na uvedené škále, byla možnost *vůbec neodsuzují,* kterou opět v poněkud větší míře volily ženy se základním vzděláním.

Uvedené rozdíly však nebyly natolik markantní, aby se z nich daly vyvozovat jednoznačné závěry. Z kontingenčních tabulek dále vyplynula následující fakta. Většina žen si myslí, že právo podstoupit interrupci má každá žena bez ohledu na to, jaký důvod ji k tomu vede. Zároveň však tento zákrok vnímají jako zoufalé řešení bezvýhodné

situace, který by ony samy podstoupily jen ze závažných důvodů, jakými jsou například zdravotní problémy či těhotenství po znásilnění. Ekonomické a sociální důvody již pro ně nejsou dostatečným argumentem.

Jak uvádí Šťastná (46), sehrává vzdělání v procesu osamostatňování se a v partnerském chování mladých lidí podstatnou roli. Do určité míry závisí na vzdělání také kulturní a hodnotové orientace daného jedince. Nepřímo ovlivňuje i rodinné chování, protože vyšší vzdělání vyžaduje delší studium a vstup do partnerství a založení vlastní rodiny je tak odloženo do vyššího věku. Vzdělání může mít vliv na načasování odchodu mladých lidí od rodičů a ovlivnit také věk při vstupu do prvního partnerství a jeho formu.

Vliv vzdělání potvrzuje rovněž Hamplová (15), která uvádí, že lidé s odlišným vzděláním procházejí socializací v různých prostředích a liší se proto v hodnotách a životních cílech.

Souvislost mezi názory respondentek na problematiku nechtěného rodičovství a interrupcí a výši jejich dosaženého vzdělání se přesto v tomto výzkumu nepotvrdila.

Dalším cíle práce bylo *zjistit, za jakých podmínek by pro svobodné mladé ženy byl potrat přípustným řešením jejich situace.*

Pro zjištění toho cíle byla použita otázka č. 13. „*V jakém případě byste byla ochotná podstoupit interrupci?*“. V souvislosti s touto otázkou mohly respondentky označit libovolný počet odpovědí.

Nejčastěji volenými variantami byly: *těžké postižení plodu* (165 ze 193 možných odpovědí), *těhotenství po znásilnění* (157 ze 193 možných odpovědí) a *porod představuje velké riziko pro život ženy* (67 ze 193 možných odpovědí). Tento okruh odpovědí lze zařadit do kategorie zdravotních důvodů pro podstoupení umělého přerušování těhotenství.

Dále byly voleny následující možnosti: *nízký věk matky* (55 ze 193 možných odpovědí), *důvod není důležitý, pokud žena chce, má vždy právo jít na interrupci* (38 ze 193 možných odpovědí), *nehodný partner, nestálý partner, neznámý otec* (37 ze 193 možných odpovědí), *nedostatek financí* (33 ze 193 možných odpovědí), *neslučitelnost*

mateřské a pracovní role (5 ze 193 možných odpovědí), *v žádném případě* (5 ze 193 možných odpovědí) a *jiná odpověď* (3 ze 193 možných odpovědí). Jako jinou odpověď uvedly 2 respondentky variantu „*v případě, že bych neměla kde bydlet*“ a 1 respondentka „*nevhodná finanční situace*“. Tyto odpovědi spadají spíše do okruhu sociálních a ekonomických důvodů pro podstoupení umělého přerušování těhotenství.

Kontingenční tabulka k této otázce (viz kapitola výsledky) vyjadřuje, že výše dosaženého vzdělání respondentek nehraje roli při utváření jejich názoru k této problematice.

Šetření CVVM z roku 2011(45) v této souvislosti zjistilo, že interrupci jako možnou alternativu řešení zdravotních a sociálních problémů je ochotno připustit 17 % respondentů. Zásadní rozdíl v názorech na tuto problematiku je tradičně mezi věřícími a nevěřícími respondenty. Věřící lidé vyjadřují větší podporu povolení interrupce pouze ze zdravotních a sociálních důvodů a úplný zákaz umělého přerušování těhotenství by podpořilo 5 % věřících ve srovnání se 2 % nevěřících respondentů.

Výsledky CVVM jsou v tomto případě odlišné, což je způsobeno tím, že respondentům byla pokládána otázka zjišťující jejich názor pouze v obecné rovině, stejně tak, jak tomu je v případě výše zmiňované otázky č. 11 „*Souhlasíte s interrupcí?*“. V tomto případě pak interrupci ze zdravotních důvodů schvaluje necelých 34 % respondentek.

Postoje svobodných mladých žen k umělému přerušování těhotenství

Co se týká postojů svobodných mladých žen k otázce interrupcí, většina z nich vnímá tento zákrok jako zoufalé řešení bezvýchodné situace (52 % oslovených žen). Ostatní ženy jej pak vidí jako dnes již běžný lékařský zákrok (36 %), vraždu (7 %), pohodlný způsob, jak se zbavit problému (3 %) či právo volby (2 %). Většina oslovených žen rovněž zastává názor, že interrupce je právo každé ženy bez ohledu na to, jaké důvody ji k tomu vedou. Tuto variantu označily nejčastěji respondentky se základním vzděláním (93 % žen), respondentky vyučené (60 % žen), respondentky, které vystudovaly učební obor s maturitou (62,5 % žen) a ženy s vyšším odborným

vzděláním (68 % žen). Ženy se středoškolským a vysokoškolským vzděláním pak častěji odpovídaly, že s interrupcí souhlasí jen v případě závažných zdravotních důvodů či v případě těhotenství po znásilnění (51 % středoškolaček a 53 % vysokoškolaček).

Z výše uvedených faktů tedy vyplývá, že oslovené ženy jsou v otázce umělého přerušování těhotenství dosti liberální. Tuto skutečnost potvrzují též průzkumy (10), podle nichž je česká společnost vůči interrupcím tolerantní, přičemž nejpříjemnější jsou pro lidi středního věku a nejméně s potraty souhlasí lidé nad 60 let.

S tímto též souvisí problematika vnímání žen, které podstoupily zákrok interrupce. V případě sledovaného souboru tyto ženy vůbec neodsuzuje necelá polovina respondentek (49 %), spíše neodsuzuje 25,5 % respondentek, odsuzuje 21 % respondentek, spíše odsuzuje 3 % respondentek a plně odsuzuje 1,5 % respondentek. Dotazované mladé ženy tedy ty, které podstoupily interrupci, spíše neodsuzují.

Pokud by respondentky zjistily, že v současné chvíli očekávají dítě, většina z nich (74 %) by si dítě ponechala, neboť v současné době dítě plánují a jsou na ně připraveny. Jednalo se především o ženy starší 25 let, které již dostudovaly a mají též stálého partnera. Necelá čtvrtina dotázaných žen (23 %) by podstoupila interrupci, jelikož na dítě připravené nejsou nebo jej nechtějí. Většinou takto odpovídaly velmi mladé respondentky, které ještě studují a tudíž nemají pro dítě potřebné zázemí, jak po psychické, tak materiální stránce. Byly to především ženy s ukončeným základním vzděláním. Několik žen též uvedlo (7 ze 45 žen, které by podstoupily interrupci), že s dětmi do budoucna nepočítají vůbec, důvody svého postoje však neuvedly. Zbylé ženy (3 %) by dítě po porodu předaly k adopci. Svou volbu zdůvodňovaly tím, že nemají vhodné finanční zázemí pro výchovu dítěte a zároveň je pro ně eventualita interrupce nepřijatelná.

Za počátek lidského života považuje většina respondentek (65 %) okamžik početí. Další respondentky (18 %) pak uváděly, že jako počátek lidského života vnímají spíše hranici ukončených 12. týdnů těhotenství. Tyto ženy pak nejspíše vzaly v úvahu skutečnost, že v České republice již nelze za touto hranicí legálně vykonávat umělé přerušování těhotenství (vyjma zdravotních důvodů). Dle této premisy pak lze konstatovat, že pokud bychom za počátek lidského života uznávali okamžik početí, každá vykonaná

interrupce by pak byla vraždou. Dalších 17 % žen pak spojuje počátek lidského života až s okamžikem porodu.

S tímto tématem souvisí též otázka, od kdy je nutné lidský život chránit. Zde již nebyly rozdíly v odpovědích oslovených žen natolik markantní. Necelá polovina žen (47 %) si myslí, že lidský život je třeba chránit od doby, kdy žena zjistí své těhotenství. Dalších 40 % považuje lidský život za hoden ochrany již od počátku početí. Dle mého názoru se v těchto dvou variantách odpovědí rozdělily respondentky, které v předchozí otázce považovaly za počátek lidského života okamžik početí. Od 12. týdne těhotenství by v tomto případě lidský život chránilo 6,8 % respondentek a od okamžiku porodu pak 6,2 % dotázaných žen. U této otázky byla též zjištěna střední intenzita vzájemné závislosti vzdělání respondentek a jejich názoru na toto téma. Ve svých názorech se v porovnání s ostatními vzdělanostními skupinami odlišovaly ženy se základním vzděláním. Jejich odpovědi byly v porovnání s ostatními respondentkami podobné, ve větší míře než ostatní se ale přikláněly k variantě od okamžiku porodu.

Co se týče práva rozhodovat o umělém přerušení těhotenství, většina žen (77 %) zastává názor, že toto rozhodnutí by měli učinit oba rodiče. Zbylé ženy (23 %) s tímto výrokiem nesouhlasí. V kontrolní otázce jsme pak rozšířila varianty možných odpovědí a označené možnosti se pak mírně odlišovaly. Oba rodiče v tomto případě považovalo za kompetentní rozhodovat 66 % žen, ženu samotnou 31 % žen, nikoho 2,5 % žen a jedna žena (0,5 %) dokonce označila variantu komise složená z odborníků. Každopádně lze ale konstatovat, že dnešní mladé ženy se spíše přiklánějí k názoru, že rozhodovat o interrupci nepřísluší pouze ženě, jak tomu je v současné legislativě. Otázkou je, jak dalece při svých odpovědích zvážily důsledky, které by byly jistě nevyhnutelné, pokud by o této skutečnosti rozhodovali oba rodiče. Myslím si, že pokud by tatáž otázka byla položena ženám vdaným a starším, jejich odpovědi by se jistě lišily.

Z výzkumu CVVM (45) pak vycházejí odlišné výsledky. V této souvislosti si totiž více než dvě třetiny Čechů myslí, že o umělém přerušení těhotenství má žena právo rozhodovat sama. Názory se liší především vzhledem k pohlaví a věku dotazovaných. Souhlas s tvrzením, že pouze žena může rozhodovat o interrupci, vyjadřují spíše ženy.

Na tuto otázku pak muži nejčastěji odpovídají variantou „nevím“. Co se týče věku, starší lidé (zhruba 60 let a více) častěji podporují některé omezení či úplný zákaz umělých přerušování těhotenství než lidé z mladších věkových skupin.

Další otázkou, která mne zajímala, byla skutečnost, zda dnešní mladé ženy vnímají zákrok interrupce za rizikový a pokud ano, jaká rizika považují za podstatná. Nejvíce žen označila jako významná zdravotní rizika v čele s druhotnou neplodností (88 % respondentek). Psychická rizika již natolik uváděna nebyla, označilo je pouze 12 % dotázaných žen. Touto otázkou jsem mimo jiné chtěla také zjistit, kolik žen si je vědomo tzv. postabortivního syndromu a kolik z nich jej také považuje za podstatné riziko. Výsledek je nízký, což může být způsobeno tím, že se v naší společnosti v souvislosti s interrupcí uvádějí především rizika zdravotní. Nutno poznamenat, že psychické problémy provázející tento zákrok nelze podcenit. Mnoho žen by zřejmě ani nevědělo, na koho se v této situaci popřípadě obrátit. V oblasti sociální práce by se dle mého názoru s těmito ženami mohlo pracovat jak prostřednictvím případové práce, tak formou skupinové práce (také svépomocné skupiny) či krizové intervence.

Zajímala jsem se také o prevenci nechěného rodičovství a interrupcí a to ve dvou otázkách. První byla namířena k prevenci ve formě školního vyučování. Překvapilo mne, že celkem 42 % respondentek uvedlo, že se s touto prevencí nikdy nesetkalo. Lze ji totiž studentům a žákům přednášet v rámci humanitních předmětů. Je ale otázkou, nakolik je to ve školách využíváno. Respondentky se vyjadřovaly k situaci zhruba před 10 až 15 lety, proto věřím, že v současné době je situace v této oblasti jiná a na prevenci se klade větší důraz. Co se týká prevence ve formě odpovědného sexuálního života, uvedlo 76 % oslovených žen, že v současné době využívá metody kontroly porodnosti. Nejčastěji pak ve formě hormonální antikoncepce. Zbylé ženy tyto metody neuvádějí především proto, že v současné době plánují dítě. Současné mladé ženy se tedy v tomto směru chovají odpovědně. Tuto skutečnost též potvrzují výzkumy (10), podle kterých postupně dochází ke snižování počtu interrupcí v důsledku rozšiřování hormonální antikoncepce a častějšího používání kondomů. Na počátku 90. let podstoupily české ženy celkem 103 tisíc interrupcí a do roku 1998 se jejich počet

snížil na 41 tisíc. Dá se říci, že v mladé generaci se začíná projevovat odpovědnější sexuální chování.

6. Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou nechtěného rodičovství a umělého přerušení těhotenství z pohledu svobodných mladých žen. Na jejím základě jsem se pokusila identifikovat názorové postoje svobodných mladých žen k těmto společenským jevům, neboť hlavně jich se mohou v budoucnu týkat.

V teoretické části této diplomové práce jsem nastínila základní aspekty nechtěného těhotenství, možnosti je ho řešení včetně předcházení této situace a dále také problematiku umělého přerušení těhotenství. Popsala jsem i prenatální vývoj lidského jedince, neboť se domnívám, že uvědomění si některých procesů tohoto děje může mít význam na utváření si názoru na umělé přerušení těhotenství. Ve stručnosti jsem popsala historický vývoj interrupcí ve světě i na území České republiky a zohlednila jsem legislativní rámec této problematiky. Zmínila jsem důvody, které mohou vést k umělému ukončení těhotenství, jakožto i argumenty bojující proti tomuto zákroku a zabývala se otázkou, kdy se plod stává lidskou bytostí. Zaměřila jsem se také na ženy, které tento zákrok podstoupily a popsala postabortivní syndrom jako jednu z jeho možných a dle mého názoru velice závažných psychických komplikací. Dále jsem se v této práci zabývala plánovaným rodičovstvím a aspekty s ním souvisejícími.

V praktické části práce pak tyto uvedené informace doplňuji o poznatky, které jsem získala prostřednictvím vlastní výzkumné činnosti. Praktická část tedy zjišťuje postoje žen vztahující se k cílům práce. V této souvislosti byl realizován kvantitativní výzkum s následným statistickým zpracováním dat. Výzkum byl proveden metodou dotazování s využitím techniky dotazníku. Celkem bylo distribuováno 300 dotazníků (100 %), a to celkem do tří vzdělanostních skupin. Kompletně vyplněných a pro výzkum použitelných bylo 193 dotazníků (64 %). Dotazníkové šetření probíhalo v únoru a březnu roku 2012. Dotazníky byly anonymní, předem ověřené na vzorku respondentek v rámci provedeného předvýzkumu. Cílová populace byla zvolena kvótním výběrem. Pro zpracování získaných dat byly použity sloupcové grafy a kontingenční statistické tabulky, výsledky šetření jsou tedy uvedeny v procentech či počtech respondentek.

Výzkum ukázal, že názor svobodných mladých žen na tuto problematiku není ovlivněn jejich vzděláním. Většina žen si myslí, že právo podstoupit interrupci má každá žena bez ohledu na to, jaký důvod ji k tomu vede. Zároveň však tento zákrok vnímají jako zoufalé řešení bezvýchodné situace, který by ony samy podstoupily jen ze závažných důvodů, jako jsou například zdravotní problémy či těhotenství po znásilnění. Ekonomické a sociální důvody již pro ně nejsou dostatečným argumentem. Oslovené ženy jsou též v otázce umělého přerušování těhotenství dosti liberální.

Při vyhodnocení výsledků výzkumu jsem rovněž narazila na několik překvapivých zjištění. Jedním z nich byl názor respondentek na právo rozhodovat o umělém přerušování těhotenství. Většina dnešních mladých žen se přiklání k názoru, že rozhodovat o interrupci nepřísluší pouze ženě, jak tomu je v současné legislativě, ale toto rozhodnutí by dle jejich názoru měli učinit oba rodiče. Toto zjištění je v rozporu se současnými výzkumy, dle kterých si naopak více než dvě třetiny Čechů myslí, že o umělém přerušování těhotenství má žena právo rozhodovat sama. Dalším zajímavým výsledkem je též fakt, že psychická rizika umělého přerušování těhotenství jsou dnešními ženami dosti podceňována. V souvislosti s interrupcí se totiž prezentují především rizika zdravotní a mnoho žen by zřejmě ani nevědělo, na koho se v situaci postabortivního syndromu obrátit. V diskuzi jsem proto uvedla, že v oblasti sociální práce by se dle mého názoru s těmito ženami mohlo pracovat jak prostřednictvím případové práce, tak formou skupinové práce (také svépomocné skupiny) či krizové intervence.

Výsledky práce jsou zdrojem informací o problematice nechtěného rodičovství a umělém přerušování těhotenství. Mohou být také základem pro další studie a výzkumy v této oblasti. Rovněž mohou být též využity jako studijní materiál v rámci výuky této problematiky či sloužit jako podnět pro zamyšlení nejen pro odborníky.

7. Klíčová slova

Interrupce

Postabortivní syndrom

Postoj

Potrat

Rodičovství

Umělé přerušení těhotenství

Vzdělání

8. Seznam použitých zdrojů

1. BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 130s. ISBN 80-247-1351-9
2. BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu ujišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 118s. ISBN 80-7013-311-2.
3. BEHINOVÁ, Markéta a Klára KAISEROVÁ. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Grada Publishing, 2006. 132s. ISBN 80-247-1351-9
4. BIERMAN, Christine a Ralph RABEN. *Maminkou ve čtyřiceti?: výhody a nevýhody pozdního těhotenství*. Praha: Portál, 2006. 184s. ISBN 80-7367-075-5
5. CAMERON, Nigel M. de S. *Je život opravdu posvátný?*. Praha: Luxpress, 1993. 63s. ISBN 80-7130-029-2
6. CIPÍNOVÁ, Dagmar. *Postoj svobodných mladých žen k instituci manželství a k rodičovství*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce.
7. CYHELSKÝ Lubomír a Eduard SOUČEK. *Základy statistiky*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, o. p. s., 2009. 164s. ISBN 978-80-7408-013-5
8. EMMEROVÁ, Milada a Jana FILÍPKOVÁ. *Jak vnímáme babyboxy*. Plzeň: Nava, 2010. 67s. ISBN 978-80-7211-355-2
9. ENGEL, Beverly. *Parenthood decision: deciding whether you are ready and willing to become a parent*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing, 1998. 237s. ISBN 0-385-48980-3
10. FIALOVÁ, Ludmila, Dana HAMPLOVÁ a Milan KUČERA. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. 163s. ISBN 80-85850-87-7
11. FISHER, William A., Singh S. SUKHBIR, Paul A. SHUPER a kol. Characteristics of Women Undergoing Repeat Induced Abortion. *CMAJ* [online]. 2005, 5 (172) [cit 29. 01. 2012]. DOI: 10.1503/cmaj.1040341. Dostupné z: <http://www.canadianmedicaljournal.ca/content/172/5/637.full>

12. FISHER, Wiliam A. a Singh S. SUKHBIR. Psychological Aftermath of Abortion. *CMAJ* [online]. 2005, 5 (173) [cit 29. 01. 2012]. DOI: 10.1503/cmaj.1050145. Dostupné z: <http://www.canadianmedicaljournal.ca/content/173/5/466.full>
13. FPA. *Contraception: past, present and future factsheet* [online]. Family Planning Asotiation © FPA 2012 [cit 05. 02. 2012]. Dostupné z: <http://www.fpa.org.uk/professionals/factsheets/contraceptionpastpresentfuture>
14. GRADY, John. *Interrupce: ano nebo ne?*. 2.vyd. Praha: Nakladatelství Řád, 2002. 31s. ISBN 80-901973-8-8
15. HAMPLOVÁ, Dana, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ a Simona PIKÁLKOVÁ. *České ženy: vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003. 108s. ISBN 80-7330-040-0
16. HAŠKOVÁ, Hana. Přirozenost a normalita rodičovství aneb jak se volí bezdětnost. In: *Socioweb.cz* [online]. 31. 10. 2010 [cit 22. 01. 2012]. Dostupné z: www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=360&lst=116
17. HAŠKOVÁ, Hana a Jana POMAHAČOVÁ. *Rodičovství a bezdětnost ve vybraných časopisech pro ženy a muže*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. 107s. ISBN 80-7330-111-3
18. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7
19. HERTZ, Rosanna. *Single by chance, mothers by choice: how women are chosing parenthood without marriage and creating the new american family*. New York: Oxford University Press, 2006. 264s. ISBN 978-0-19-517990-3
20. HINTNAUS, Ladislav. *Člověk a rodina: Smysl a funkce rodiny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1998. 95s. ISBN 80-7040-315-2
21. HOLLÁ, Kateřina. Interrupce, definitivní volba. In: *Idnes.cz* [online]. 24. 11. 2007 [cit 28. 01. 2012]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/interrupce-definitivni-volba-d2o-/zdravi.aspx?c=A071122_161400_zdravi_bad
22. HOUROVÁ, Martina, Milena KRÁLÍČKOVÁ a Petr UHER. *Vývoj miminka před narozením. Od embrya k porodu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 110s. ISBN 978-80-247-1942-9

23. CHALOUPKOVÁ, Jana a Petra ŠALAMOUNOVÁ. *Postoje k manželství, rodičovství a k rolím v rodině v České republice a v Evropě*. Praha: Sociologický ústav AV České republiky, 2004. 60s. ISBN 80-7330-062-1
24. CHRISTMAS, June J. a kol. *Encyklopedie zdravé ženy*. Praha: Knižní klub, 1997, 799s. ISBN 80-7176-479-5
25. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 288s. ISBN 80-7178-535-0
26. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223s. ISBN 80-7254-329-6
27. KATRŇÁK, Tomáš. Sociologické proměny podoby české rodiny. In: *Rodiče, děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2011. str. 15 – 22. ISBN 978-80-904920-0-4
28. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 2.vyd. Praha: Galén, 2009. 296s. ISBN 978-80-7262-591-8
29. KONEČNÁ, Hana, Věduna BUBLEOVÁ a Vít JANKŮ. *Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. Praha: Galén, 2009. 35s. ISBN 978-80-7262-617-5
30. KOSCHIN, Felix. *Demografie poprvé*. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2000. 99s. ISBN 80-245-0125-2.
31. KRYLOVÁ, Irma. Potrat, obrovský zásah do psychiky ženy. In: *Idnes.cz* [online]. 03. 09. 2007. [cit 05. 02. 2012]. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/potrat-obrovsky-zasah-do-psychiky-zeny-fc7-/zdravi.aspx?c=A070807_162058_zdravi_bad
32. LAMPLMAIROVÁ, Karin. *Dala jsem jí jméno Nadine*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. 96s. ISBN 80-7192-903-4
33. MACKONCHIEOVÁ, Alison. *Těhotenství týden po týdnu*. Praha: Svojtka & Co., 2004. 96s. ISBN 80-7237-355-2
34. MALÍKOVÁ, Klára. *Rodinné konstelace Berta Hellingera jako terapeutická a poradenská metoda*. Praha, 2006. Diplomová práce. Karlova univerzita, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

35. MASÁKOVÁ, Václava. Psychologický pohled na vývoj rodiny a potřeby dětí. In: *Rodiče, děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2011. str. 27 – 33. ISBN 978-80-904920-0-4
36. MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRICH. *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén, 1994. 214s. ISBN 80-85824-06-X
37. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161s. ISBN 80-86429-19-9
38. MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. 2.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2008. 323s. ISBN 978-80-86429-87-8
39. NEUMANN, Stanislav Kostka. *Dějiny ženy*. Praha: Otakar II., 1999. 1077s. ISBN 80-86355-03-9
40. PEKÁRKOVÁ, Milena. *Potrat ano – ne aneb na pokraji života*. Praha: Grada Publishing, 2000. 101s. ISBN 80-7169-922-5
41. POLONCYOVÁ, Jana. *Rodinné chování mladé generace. Závěrečná zpráva z „Biografického chování mladé generace 2002“*. Praha: VÚPSV, 2002. 102 s.
42. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: Úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2000. 272s. ISBN 80-7178-399-4
43. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. 192s. ISBN 978-80-247-3006-6
44. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 224s. ISBN 978-80-7367-250-8
45. ŠAMANOVÁ, Gabriela. Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – květen 2011. In: *Cvvm.cas.cz* [online]. 28. 06. 2011 [cit 22. 01. 2012]. Dostupné z: <http://www.cvvm.cas.cz/index.php?disp=zpravy&lang=0&r=1&s=3&offset=303&shw=101165>
46. ŠŤASTNÁ, Anna. Harmonizace rodiny a zaměstnání. Mikrosociální a individuální souvislosti rodičovství. In: *Vupsv.cz* [online]. 2005 [cit 12. 02. 2012]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_180.pdf

47. THOMAS, Laurence. Abortion and Moral Repugnancy. In: *Cogprints.org* [online]. 18. 08. 2006 [cit 28. 01. 2012]. Dostupné z: http://cogprints.org/5074/1/Thomas_Abortion.pdf
48. UHDEOVÁ, Zuzana. Diskuse o potratech. In: *Socioweb.cz* [online]. 2. 9. 2003 [cit 22. 01. 2012]. Dostupné z: www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=161&lst=117
49. UCHÁČOVÁ, Kateřina. *Proč pláčeš Miriam? Utrpení žen po umělém potratu „Postabortivní syndrom“*. 2.vyd. Praha: Hnutí pro život, 2007. 127s. ISBN 80-239-7524-2
50. UZEL, Radim. Antikoncepční kuchařka. In: *Planovanirodiny.cz* [online]. 10. 01. 2006 [cit 05. 02. 2012]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/search.php?rsvelikost=nv&rstext=all-phpRS-all&rstema=39>
51. VÁVRA, Martin. Nesnáze s měřením postojů. In: *SDA Info.cz* [online]. 08. 2006 [cit 24. 02. 2012]. Dostupné z: http://kmvp.wz.cz/sdai0601_vavra_merenipostoju.pdf
52. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 11/1988 Sb. o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky, ve znění pozdějších předpisů, ze dne 29. ledna 1988. In: *Sbírka zákonů*, roč. 1988, částka 1

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník zjišťující postoj svobodných mladých žen k problematice nechtěného rodičovství a k potratům