

Postoje k interrupci v kontextu výchovy k rodičovství u dvou generací

Bc. Petra Rajová, DiS.

Diplomová práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Petra Rajová, DiS.
Osobní číslo:	H190494
Studijní program:	N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Postoje k interrupci v kontextu výchovy k rodičovství dvou generací

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti postojů k interrupci, výchovy k rodičovství a charakteristik dvou generací.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ALCORN, Randy, 2011. Proč chránit nenarozený život. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-242-9.
BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. Teórie sociálnej pedagogiky: edukačné, socialne a komunikačné aspekty. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akadémie vied. ISBN 978-80-970675-02-2.
BARTÁK, Alexandr, 2006. Antikoncepce. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1351-9.
HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. Lékařská etika. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1396-4.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Hana Včelařová, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **10. ledna 2023**

Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo - diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 19. 4. 23

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dní před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce s názvem **Postoje k interrupci v kontextu výchovy k rodičovství u dvou generací** obsahuje část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část tvoří tři kapitoly. První kapitola je zaměřena na vymezení věkové kategorie (mladá dospělost a pravé stáří). Druhá kapitola je zaměřena na postoje k interrupci. Názory a postoje k interrupcím se z historického hlediska vyvíjely a měnily. Třetí kapitola je zaměřena na ženy a jejich historický vývoj ve společnosti. Zmiňujeme jejich zrovnoprávnění a postoj k rodičovství. Čtvrtá kapitola se věnuje interrupčnímu zákonu, prevenci interrupce a možnostem pomoci těhotným ženám. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, jenž mapuje a poukazuje na postoje k interrupci z pohledů respondentek v kontextu výchovy k rodičovství. Výsledky byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření.

Klíčová slova: interrupce, období mladé dospělosti, pravé stáří, postoje, pomoc těhotným ženám, prevence interrupcí, rodičovství

ABSTRACT

The diploma thesis entitled **Attitudes towards abortion in the context of parenting education for two generations** contains a theoretical part and a practical part. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter is focused on defining the age category (young adulthood and true old age). The second chapter is focused on attitudes towards abortion. Opinions and attitudes towards abortion have historically evolved and changed. The third chapter is focused on women and their historical development in society. We mention their equal rights and attitude towards parenthood. The fourth chapter is devoted to the abortion law, prevention of abortion and possibilities to help pregnant women. The practical part consists of quantitative research that maps and points out the attitudes towards abortion from the perspectives of female respondents in the context of parenting education. The results were determined using a questionnaire survey.

Keywords: abortion, period of young adulthood, true old age, attitudes, help to pregnant women, prevention of abortion, parenthood

Mé poděkování patří PhDr. Haně Včelařové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi během zpracování diplomové práce věnovala.

„Cítím, že potrat je dnes největším nebezpečím pro mír, protože to je válka vedená proti dítěti – přímá vražda nevinného vykonaná samotnou matkou. A když dopouštíme, že matka může zabít dokonce své vlastní dítě, jak můžeme po jiných chtít, aby se nezabijeli?“

Matka Tereza (z projevu ve Washingtonu r. 1994)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VÝVOJOVÉ MEZNÍKY MLADÉ DOSPĚLOSTI A PRAVÉHO STÁŘÍ.....	13
1.1 OBDOBÍ MLADÉ DOSPĚLOSTI.....	14
1.1.1 Partnerství a manželství.....	15
1.1.2 Ženská profesní role	16
1.1.3 Vývojová krize v období mladé dospělosti	17
1.2 PRAVÉ STÁŘÍ	18
1.2.1 Změny životního stylu v tomto období	19
1.2.2 Umírání a smrt.....	20
2 POSTOJE K INTERRUPCI A JEJICH VÝVOJ.....	22
2.1 VYMEZENÍ POJMU POSTOJ, FUNKCE POSTOJŮ	23
2.2 ANTIKONCEPCE A INTERRUPE	24
2.2.1 Historie antikoncepce	25
2.3 KDYŽ VŠECHNO SELŽE (O UMĚLÉM PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ).....	26
2.3.1 Druhy potratů a rizika interrupce.....	27
2.3.2 Potrat ano nebo ne?	28
2.4 POSTOJE K INTERRUPCI OVLIVNĚNÉ PROMĚNOU SPOLEČNOSTI	29
3 ŽENA A RODIČOVSTVÍ.....	31
3.1 ŽENA NEJEN U PLOTNY	32
3.1.1 Výchova dívek.....	33
3.1.2 Zrovnoprávnění žen.....	34
4 POMOC TĚHOTNÝM ŽENÁM Z POHLEDU SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	36
4.1 INTERRUČNÍ ZÁKON	37
4.2 PREVENCE INTERRUPCI	38
4.2.1 Pomáhající instituce.....	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	43
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	43
5.2 CÍL VÝZKUMU.....	44
5.3 FORMULACE VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ	44
5.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	45
5.5 METODY VÝZKUMU	45
5.6 PŘEDVÝZKUM.....	46

5.7	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	46
6	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	47
6.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU.....	47
6.2	OVĚŘENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ.....	83
6.3	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUZE.....	88
6.4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	91
	ZÁVĚR.....	93
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	95
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	101
	SEZNAM GRAFŮ.....	102
	SEZNAM TABULEK.....	104
	SEZNAM PŘÍLOH.....	105

ÚVOD

Interrupce stále patří mezi diskutabilní téma. Na světě neexistuje žádný jednotný názor, který by problematiku vyřešil. Potrat není novým fenoménem, ale jedná se o problematiku, která se řeší od samého počátku lidstva. Zplození člověka patří k největším zázrakům lidstva a je základem celé naší společnosti. Od počátku lidské společnosti ženy musely řešit situaci, kdy se nechtěly stát matkami. Neplánovaná těhotenství zde vždy byla a budou. Názory a postoje k interrupcím se z historického hlediska vyvíjely a měnily. Najdeme jen minimum prací, které se tímto starým fenoménem, zabývaly. Problém tu stále zůstává, a proto je důležité se tímto tématem zabývat.

Bakošová (2011, s. 13) ve své publikaci vidí úlohu sociální pedagogiky ve spojení s pojmem „životní pomoc“. Chápe ji jako pomoc osobnosti a péči o ni při různých sociálních problémech. Zažít či rozhodovat se pro potrat je velice těžké. Často ho provází pocity viny a bolesti. Ženy v tu chvíli potřebují oporu od svého okolí. Může se stát, že se jim nedostává potřebné péče a tady nastupuje, mimo jiné, i sociální pedagog, který by měl být schopen umět doprovázet.

Cílem diplomové práce je zmapovat a poukázat na postoje k interrupci z pohledu respondentek mladé dospělosti (20-35 let) a pravého stáří (období po 75. roce) v kontextu výchovy k rodičovství. Opírali jsme se o definici věkové kategorie dle autorky Vágnerové (2000).

V první kapitole vymezujeme danou věkovou kategorii. Věkový rozptyl jsme si zvolili cíleně. Neboť je rozdíl vyrůstat v době, kdy žena měla minimální práva a v době, kde je sociální status ženy vysoký. Spousta z nás ani netuší, kolik potu a úsilí to stálo naše předchůdkyně.

Ve druhé kapitole uvádíme postoje k interrupci a nastiňujeme téma antikoncepce. Umělý potrat je nesmírně citlivé téma. Již samotný tento výraz vzbuzuje silné emoce. Mezi otázkami, k nimž lidé přistupují hodně emotivně, zaujímá potrat přední místo – před antisemitismem, alkoholismem, bezdomovectvím, trestem smrti, pornografií a pálením vlajky (Alcorn, 2011, s. 13).

Třetí kapitola se lehce dotýká žen, jejichž cesta vedla k osvobození a jejich zrovnoprávnění. Svoboda a integrita ženské bytosti by neměla být dána pouze volbou mezi mateřstvím na jedné straně a na druhé straně výkonem profese. Profese má být vyjádřením autenticity ženy (nikoliv galejemi trpěné s ohledem na ekonomickou situaci rodiny). I mateřství má být svobodnou volbou, nikoli povinností.

Čtvrtá kapitola se zabývá především pomoci těhotným ženám z pohledu sociálního pracovníka. Zmiňujeme interrupční zákon a několik pomáhajících organizací, jako například Hnutí Pro život ČR, jež pomáhá těhotným ženám a obnovuje společenskou zodpovědnost muže za ženu a dítě.

V praktické části je obsažen samotný výzkum. Uvádíme zde hlavní výzkumný problém a cíl, a taktéž dílčí výzkumné cíle. Popisujeme výzkumný soubor, realizaci výzkumu – kvantitativní výzkum, způsob analýzy dat (dotazníkové šetření), získané výsledky a jejich interpretaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJOVÉ MEZNÍKY MLADÉ DOSPĚLOSTI A PRAVÉHO STÁŘÍ

Tuto kapitolu zde zařazujeme, neboť celá práce se opírá o určenou věkovou kategorii: mladá dospělost a pravé stáří. Pro výzkumnou část jsme se opírali především o definice dle Vágnerové (2000), neboť v nastudované literatuře se sice autoři převážně shodují v termínech, ale není vymezená přesná hranice.

Úspěšný vývoj částečně vychází i z charakteristiky společnosti, ve které člověk žije. Společenské podmínky jsou reprezentovány především sociálními institucemi. Lidský vývoj je ovlivněn historickým obdobím, ve kterém se společnost nachází. Rok, ve kterém se člověk narodil, vede k určení historického času a podmínek, které byly v té době součástí společenského prostředí. Zároveň naznačuje i požadavky společnosti, které se odvíjejí od jeho věku (Blatný, 2016, s. 236-238).

Dle klinické psychologičky K. Thorové (2015, s. 21)) je zajímavé sledovat dynamiku vývoje oboru vývojové psychologie. Tento obor ovlivňuje společenské mínění v stěžejních oblastech života, jako je výchova a péče o děti, rozdíly mezi pohlavími, rodinný život, stáří, společenské uplatnění a hodnoty. Bohužel, většina lidí má o vývojových zákonitostech spíše povrchní znalosti.

Stejně jako vývoj, tak i pokles psychických funkcí probíhá u každého jedince individuálně. Například zručnost a síla motorických výkonů klesají poměrně rychle. Růst a pokles funkcí bývá podmíněn psychologickými, sociálními a biologickými determinanty. Složitá podmíněnost ontogenetických změn vysvětluje značnou vnitřně individuální proměnlivost. Obzvláště ve stáří jsou individuální rozdíly ještě větší, než rozdíly podmíněné chronologickým věkem (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 166).

Lidé nejsou jen neutrálními pozorovateli světa, ale stále hodnotí to, co vidí, slyší a vnímají vůbec. Současným zdrojem hodnocení jsou postoje, které mají značný význam nejen v sociální psychologii, ale i sociologii a dalších humanitních vědách (Nakonečný, 2005, s.43).

Jsme společenští tvorové. Neustále se stýkáme s jinými lidskými bytostmi. Mluvíme spolu, uzavíráme dohody, zapojujeme se do skupin a vyměňujeme si názory na nejrůznější věci. Díky potřebám společenského kontaktu utváříme a usměrňujeme poznávání světa. Pohybujeme se ve fyzických, sociálních a kulturních kontextech a každý z nich ovlivňuje, co děláme a jak to děláme. Za kontexty lze například považovat kulturu, životní prostředí, sociální skupiny nebo rodinu (Hayesová, 2021, s. 9).

Psychologové Hewstone a Stroebe (2011, s. 327) uvádí ve své publikaci, že „postoje jsou celkovým hodnocením objektů obsahujícím afektivní, kognitivní a behaviorální komponentu a plní u člověka důležité funkce.“

Dle Vágnerové (2004, s. 291) postoj vyjadřuje vztah k určité oblasti reality. V práci jsme se zaměřili na ožehavé téma, a to na interrupci, což je záměrné ukončení těhotenství.

1.1 Období mladé dospělosti

Dosažení psychické dospělosti je spojeno s větší sebejistotou a vědomím vlastních kompetencí. Za nejvýznamnější psychický znak dospělosti lze považovat schopnost přijmout zodpovědnost za svá rozhodnutí i činy. Mladá dospělost trvá přibližně od 20 do 35 let. Pro toto období je charakteristické postformální myšlení – schopnost a dovednost reálně, kontextuálně a komplexně definovat problémy a předvídat možné varianty jejich řešení (Vágnerová, 2000, s. 371).

Autorka Thorová (2015, s. 441) ve své publikaci říká, že mladou dospělost charakterizuje vzdělávání se a úsilí o seberealizaci. Na začátku tohoto období mladí ještě často studují a střídají zaměstnání. Experimentují, získávají první zkušenosti. Nástup do zaměstnání bývá prvním velkým závazkem a řada lidí se ho snaží oddálit např. prodloužením studia či cestováním.

Počátek dospělosti není v naší společnosti jednoznačně vymezen nějakým specifickým mezníkem či rituálem, který by tuto změnu potvrzoval. Snad můžeme říci, že definovatelným faktorem je dosažení právní dospělosti.

Z biologického hlediska je důležitá proměna v sexualitě. Dospělost je dobou sexuální zralosti, v této vývojové fázi je sexualita velmi důležitým aspektem partnerského vztahu. Na určitém stupni vývoje osobnosti dospělého je postoj k sexualitě ovlivněn potřebou mít dítě. Psychosociální vymezení dospělosti je složitější. Hlavní problém spočívá ve skutečnosti, že tato proměna nebývá jednoznačně časově lokalizována, probíhá u různých lidí v odlišnou dobu (Vágnerová, 2007, s. 9). U mladých dospělých obvykle převažují pozitivní emoce, třebaže se u některých jedinců začíná projevovat sklon k depresivnímu ladění. Zlepšuje se schopnost regulovat vlastní emoce i chování, její rozvoj podporuje jak získaná zkušenost, tak hormonální stabilizace (Vágnerová a Lisá, 2022, s. 1270).

V této době má význam spíše učení, tj. získané zkušenosti. Zkušenost ovlivní všechny složky psychiky: kognitivní kompetence, emoční projevy, osobnostní vlastnosti i celkové sebepojetí.

Raná dospělost je obdobím kritického souběhu životních událostí. A v tomhle období je důležitý způsob, jakým se člověk s úkoly vyrovná, bude ovlivňovat i jeho další život. Rozhodnutí, která učiní na počátku dospělosti, mohou zásadně modifikovat průběh následujících období, protože nasměrují změny, které mohou být nezvratné např. rodičovství (Vágnerová, 2007, s. 13).

Mladý člověk se potýká s několika vývojovými úkoly. Získává informální vzdělávání (zkušenosti ze života), přesunuje těžiště zájmu mimo svou osobu, upevňuje si své společenské postavení. Umí reálně odhadnout své možnosti, rozvíjí pracovní dovednosti, ekonomický růst, který vede k finanční soběstačnosti. Formuje partnerské a rodičovské city a postoje (Thorová, 2015, s. 444).

1.1.1 Partnerství a manželství

Partnerství má pro období mladé dospělosti ještě větší význam než přátelství, protože by se mělo stát základem nové rodiny. Lidé si vybírají partnera na základě homogamie, tj. vzájemné podobnosti. Stálejší pár se zpravidla do značné míry shoduje věkem, úrovní inteligence, vzděláním, základní hodnotovou orientací, příslušností k určité sociální vrstvě nebo profesní skupině. Muži si více cení fyzické aktivity, hezkého vzhledu a pěkného vystupování partnerky. Ženy zase kladou větší důraz na citlivost a vnímavost partnera k jejich potřebám, na jasné vyjádření citů, vzájemné lásky (Vágnerová, 2007, s. 80-83).

Hlavním úkolem mladé dospělosti je dosažení intimity. Intimita je protikladem povrchních, více či méně anonymních vztahů. Tendence vytvořit partnerství, které by představovalo citové zázemí, je v této době zcela obecná, a proto se mění vztahy ve vrstevnické skupině (Vágnerová, 2000, s. 327).

Manželství patří mezi nejstarší sociální instituce v dějinách lidstva. Na základě židovsko-křesťanské tradice se rozvinul ideál striktně monogamního a trvalého partnerského soužití, které bylo považováno za svátost. Postupem času, v souvislosti se sociokulturními proměnami, se pojetí manželství změnilo. V současné době dochází ke snížení počtu uzavřených manželství a k odkladu sňatku do pozdějšího věku. Dnešní generace mladých dospělých si může dovolit být nezávislá a usilovat o vlastní rozvoj (Vágnerová, 2007, s. 88-89).

Role manželky není v současné době redukována na péči o domácnost. Nikdo nezpochybnuje právo ženy na její seberealizaci i v profesní oblasti, druhý příjem je samozřejmostí, nezbytnou pro udržení přijatelné ekonomické úrovně rodiny. Muž ztratil v české rodině výsadní postavení živitele a stal se pouhým spoluživitelem, i když většinou

tím významnějším. Ale na druhé straně se očekává, že žena bude zodpovědná za stav domácnosti. Manželství obvykle přináší větší zátěž pro ženy než pro muže - vyplývá to z asymetrie dělby práce v domácnosti (Vágnerová, 2007, s. 101).

Míra spokojenosti mladých lidí v manželství postupně klesá. Manželství nepředstavuje už takovou kvalitativní změnu v životě páru, jak tomu bylo dřív. Sexuální život není vázán na manželství. Přibývá lidí, kteří žijí bez partnera (tzv. singles) a společnost k nim přistupuje tolerantněji než v minulosti (Thorová, 2015, s. 442).

Roste tolerance společnosti k tendenci odkládat manželství a rodičovství. V současné době nabývá na významu racionální přístup k rodičovství, jeho plánování. Změna postoje se projevuje i ve vztahu k interrupcím, jejich četnost v posledních letech klesla. Mladí lidé preferují prevenci nežádoucího otěhotnění před riskantním a nezodpovědným přístupem (Vágnerová, 2000, s. 347).

V České republice v posledním desetiletí významně poklesla porodnost. Bezdětnost je stav, který může být sociálně stigmatizující. Míra stigmatizace závisí na sociálním prostředí, v němž jedinec žije, a na předpokládané příčině tohoto stavu. Roste počet neplodných manželství. Neplodnost jako příčina bezdětnosti může představovat traumatizující zkušenost. Neschopnost zplodit dítě představuje větší zátěž pro ženy než pro muže, dokonce i tehdy, když je příčinou neplodnosti partner (Vágnerová, 2007, s. 142).

Lidé, kteří se z nějakého důvodu rozhodli pro dobrovolnou bezdětnost, bývají odsuzováni. Jsou považováni za sobecké, citově chladné, žijící prázdný život. Děje se tak ve větší míře na venkově než ve městě. Od žen se očekává, že budou mateřskou roli akceptovat automaticky. Odmítnutí mateřství je hodnoceno kriticky (Vágnerová, 2007, s. 144).

1.1.2 Ženská profesní role

V pojetí mužské a ženské role došlo v průběhu let ke změně.

Mladý člověk přijme určitou variantu profesní role, která má trvalejší platnost (Vágnerová, 2000, s. 315). Muž je hodnocen především podle své společenské úspěšnosti. U ženy má jiný sociální význam. Pracovní uplatnění je chápáno jako možný, ale nikoli nutný doplněk tradiční role ženy, zaměřené na péči o rodinu a děti. Zvyšuje se sociální status ženy, která není ekonomicky ani sociálně závislá.

Postoj žen k vlastní profesi může být různý. Souvisí například s hodnotovým systémem jejich orientační rodiny, modelem matky, školskou úspěšností, intenzitou mateřské potřeby. Někdy jde spíše o důsledek náhodných událostí, které jsou vázány na rozumové rozhodování (např. náhodné otěhotnění).

Zaměstnání chápe jako méně významný doplněk role manželky a matky. Jeho hodnota je pouze ekonomická. Nebo může být profesní role chápána jako stejně významná role manželky a matky. Tyto ženy musí řešit problém koordinace obou rolí. Takle alternativa je typická pro ženy s vyšším vzděláním. A jako třetí varianta je profesní role pro ženu významnější než role manželky a matky (Vágnerová, 2000, s. 322).

Dilema volby mezi rolí matky a profesní kariérou vede k bilancování. Rozhodování je časově limitováno, protože mateřství nelze odkládat dlouhou dobu. Pracovní kariéra žen bývá zpravidla přerušována těhotenstvím. Značná část žen takový průběh očekává.

Bilance ve 30 letech může vést k viditelné změně v oblasti rolí – to znamená, buď odchod z domácnosti do zaměstnání, nebo naopak uzavření manželství a mateřství.

Je známo, že potřeba zvládnout zároveň roli manželky, matky a zaměstnání může vést k většímu zatížení mladých žen, k pocitům frustrace nebo stresu. Přetížená žena může hledat únik ze situace relaxační aktivitou, sportem, kontaktem s přítelkyní, nevěrou, alkoholem atd. Ženám, které jsou schopné zvládnout profesní roli a zároveň si vytvořit rodinné zázemí nehrozí izolace v rodině, mají dostatek různých sociálních kontaktů. Jejich životní styl není tak stereotypní, získávají různorodé zkušenosti (Vágnerová, 2000, s. 325).

1.1.3 Vývojová krize v období mladé dospělosti

Mladá dospělost je dlouhým časovým úsekem, v jehož průběhu se mění život mladých lidí a v souvislosti s tím se mění i jejich životní postoj. Aktuální fázi života prožívají častěji jako velmi šťastné období lidé mladší 30 let. I se svým rodinným životem byli také mnohem více spokojeni.

Období prvního bilancování bývá spojeno s přechodem do další, konkrétněji vymezené fáze života, obvykle k němu dochází po 30. roce života. Jeho cílem je zhodnocení míry uspokojivosti vlastního života a kvality naplnění získaných rolí. Třicetiletý člověk je mnohem více svázan se svým sociálním prostředím, má méně osobní svobody a více zodpovědnosti (Vágnerová, 2007, s. 16).

Bilancování ve 30 letech lze chápat jako přechodnou fázi, kdy mají lidé tendenci směřovat k nějaké změně (př. partnera, zaměstnání, bydliště, počtu dětí,...). Úkolem dospělosti je generativita, tj. rozvoj nebo vytváření něčeho subjektivně důležitého (Vágnerová, 2000, s. 359).

Uvádíme příklad z knihy od Thorové (2015, s. 444) – Proměny lidské psychiky od početí po smrt. Krize Kristových let: „*Už nejsem nejmladší, nestojím na startu, jako ti, co mají všechno před sebou. S řadou přátel se už ani nestýkám, mají svoje životy, někteří se oženili,*

mají děti, jiní se realizují v práci a úspěšně budují kariéru. Nebaví mě chodit na párty, koncerty ani rande. Nemám žádný cíl, nedokážu dostatečně prožívat a dávat najevo emoce, připadám si, že žiju v nějaké ulitě a nevím, jak z ní ven. Na druhou stranu vidím, co obnáší starat se o děti, i když to bych ještě, myslím, zvládla.“

Životní krize je přirozený jev, který se přihodí každému člověku. V době krize člověk řeší sám sebe, vyvíjí se a proměňuje. Po jejím skončení se stává zralejším a moudřejším. Krize rané dospělosti souvisí s přechodem dítěte k plné samostatnosti dospělého a krize Kristových let souvisí s prvním bilancováním dosavadního života (Thorová, 2015, s. 444). První krize manželství se projevuje přibližně po čtyřech letech společného soužití. Riziko rozpadu manželství zvyšuje aktuálně převažující představa o smyslu manželství. Iniciátorem rozvodu bývají častěji ženy (Vágnerová, 2000, s. 373).

Proces rozpadu manželství trvá určitou dobu a prochází několika fázemi. Vyrovnávání s rozvodem bývá obvykle náročnější, než si lidé představují. Důsledkem rozvodu je pro jednoho z manželů životem osamělého rodiče a pro druhého izolace a někdy ztráta vztahu s dětmi. Druhé manželství uzavírají lidé v průměru pět let po rozvodu, častěji tak činí muži než ženy (Vágnerová, 2007, s. 177).

1.2 Pravé stáří

Období po 75. roce života. Na jedné straně jsou lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled. Na druhé straně tohoto spektra je relativně početná skupina těch, kteří jsou poznamenány psychickým i somatickým úpadkem. Mezi zátěžové situace patří nemoc a úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu, ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu (př. přemístění do ústavní péče).

Zhoršení zdravotního stavu a s tím spojený úbytek různých kompetencí je typickým projevem stáří. Staří lidé obvykle trpí polymorbiditou. Průběh chorob je typický sklonem ke komplikacím a k chronicitě., protože organismus už nemá dostatečné rezervy, aby zvládnul i běžná onemocnění. Mezi nečastější patří kardiovaskulární choroby, cévní mozkové příhody, nemoci pohybového ústrojí.

Ve stáří dochází ke zvýšení četnosti dokonaných sebevražd. Staří lidé se obvykle na sebevraždu dlouho připravují. Důvodem suicidálního jednání bývá nakupení negativních událostí a pocit ztráty přijatelné perspektivy (Vágnerová, 2007, s. 402-406).

Závažným problémem stáří je demence. Prvním signálem bývá nápadnější zhoršení paměti. Dále bradypsychismus, ztráta schopnosti logicky uvažovat. V rámci demence také dochází

k osobnostním změnám, ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování a k redukci zájmů. Mezi běžným problémem stáří jsou arteriosklerotické změny (Vágnerová, 2000, s. 493).

V pozdním stáří dochází k dalšímu poklesu fluidní inteligence, staří lidé jsou málo flexibilní, jejich reakce jsou čím dál pomalejší a nové informace nedokáží dostatečně efektivně zpracovat ani uchovat. Ztrácejí schopnost používat dříve osvojené znalosti a způsoby uvažování, a pokud užívají, tak převážně jen zafixovaným stereotypním způsobem. Klesá intenzita a frekvence emočních prožitků. Staří lidé reagují méně emocionálně nebo jsou jejich emoční reakce přinejmenším méně intenzivní. Též komunikace má některé typické znaky. Bývá poznamenána zhoršováním sluchu a změnou kognitivních procesů (Vágnerová, 2007, s. 408-416).

Někteří uvádí problematiku stárnutí populace jako celospolečenský problém. Vlivem prodlužování délky života, dochází k nárůstu procentuálního zastoupení seniorů v populaci. Současné celospolečenské programy kladou důraz nikoliv na další prodlužování života, nýbrž na podporu kvality života ve stáří. Nárůst starší populace nutně neznamená zvýšení počtu závislých a nemocných. Úspěšné stárnutí spočívá v tom, že člověk dobrovolně přijímá sociální neangažovanost a postupně se vzdává dřívějších náročných úkolů. Zároveň s přijímáním méně náročných úkolů si může zachovat aktivitu (Kozáková, 2014, s. 99).

Havardská Grantová studie zkoumající biopsychosociální vývoj člověka od mládí po stáří, přinesla velmi zajímavé informace o úspěšném stárnutí a lidském štěstí. Výzkum započal v roce 1939 a doposud neskončil. Podle Světové zdravotnické organizace se od roku 1980 počet lidí starších 60 let zdvojnásobil. Do roku 2050 se oproti dnešku čtyřnásobně zvýší počet osob, které se dožijí 80-90 let (Thorová, 2015, s. 462).

1.2.1 Změny životního stylu v tomto období

Stárnutí je součástí vývoje člověka, obdobím duchovního růstu. Je finálním vývojovým úkolem člověka ve stáří dosáhnout integrity přijetím svého života i s nedokonalostmi a chybami, jichž se dopustil. Dosažená integrita je to, co nazýváme životní moudrostí. Na druhou stranu normální součástí integrované osobnosti je i přítomnost určité míry nejistoty, zda člověk neměl nějaké věci v životě udělat lépe (Thorová, 2015, s. 466).

Úbytek fyzických i psychických kompetencí, který je standardním projevem pokročilejšího stáří, bývá nejčastějším důvodem ke změně životního stylu. Člověk začne potřebovat pomoc i v běžné, každodenní činnosti. Jeho soběstačnost postupně klesá, ztrácí svou autonomii a musí se smířit se závislostí na pomoci někoho jiného (Vágnerová, 2007, s. 418).

Starší lidé bývají méně soběstační a v důsledku toho jsou občas nuceni změnit svůj dosavadní styl života, resp. svoje životní prostředí. Umístění do domova důchodců je zásadnějším narušením navyklého stylu života. Adaptace na takovou změnu je pro starého člověka náročná. Aby bylo možné se novému prostředí přizpůsobit, je třeba jej poznat (Vágnerová, 2000, s. 508).

Sociální izolovanost bývá velkým problémem pozdního stáří a z ní vyplývající osamělost. Umístění do instituce představuje specifickou zátěž, jejíž zvládnutí určitou dobu trvá.

Jednou z důležitých adaptačních technik ve stáří je vzpomínání, bilancování, revidování smyslu života. Stárnoucí člověk může nacházet potěšení v prohlížení fotografií, čtení staré korespondence, cestování do míst, na které se mu vážou osobní vzpomínky. Důležité pro staré lidi je i sdílení vlastních vzpomínek s ostatními. Součástí péče o seniory bývá tzv. reminiscenční terapie (vzpomínkové předměty pomáhají člověku vybavit si informace uložené v dlouhodobé paměti).

Mezi další změnou patří odchod do důchodu. Věk ovlivňuje různé pracovní činnosti a dovednosti různým způsobem. Měli bychom si uvědomit, že starší osoby nejsou ve všech profesích pracovní méně kompetentní. Někteří umělci, např. Sofokles, Tizian nebo Goethe, ještě i v pozdním věku 70 – 90 let vytvořili hodnotná díla. V důchodu se mění denní program, člověk se musí naučit zacházet s nově vzniklým volným časem. První půlrok provází člověka nadšení („důchodové líbánky“), teprve další půlrok se realisticky adaptuje na nově vzniklou situaci (Thorová, 2015, s. 467-470).

Stáří může být nešťastné a neradostné právě tak jako mládí. I když se dílčí pracovní schopnosti zhoršují, neznamená to, že stárnoucí člověk přichází o pracovní kompetence. Ba naopak, bonusem je jejich dlouholetá zkušenost. Úspěšnému stárnutí napomáhá aktivita, udržování sociálních vztahů a společensky prospěšná činnost. Kontakt s vnoučaty a pravnoučaty je pro starého člověka velmi obohacující a brání pocitům osamělosti (Thorová, 2015, s. 472).

1.2.2 Umírání a smrt

O smrti a umírání se dnes příliš často nemluví, lidé se otázkou smrti nechtějí zabývat. Toto téma je v našich sociokulturních podmínkách tabuizováno. Obecný postoj ke smrti má tři základní složky. Citový vztah – nejčastěji vyjádřen strachem, úzkostí apatií či rezignací. Kognitivní složka postojů ke smrti zahrnuje vědomosti o umírání a vlastní zkušenost se smrtí. A nakonec z toho vyplývající chování, které bývá ovlivněno především emotivně. Lidé, jenž už nemají tak velkou potřebu smrt popírat, o ní mluví častěji. Smrt se v této věkové

kategorii stává běžným tématem rozhovoru. Tímto způsobem se také s ní vyrovnávají. Nárůst potřeby mluvit o smrti signalizuje, že je pro ně toto téma aktuální (Vágnerová, 2007, s. 431).

Staří lidé nemívají obvykle strach ze smrti, ale bojí se umírání – bezmocnosti a dlouhého trvání takového utrpení. Smrt je vlastní všem lidem, je konečná, nevratná a nevyhnutelná. Lidé jsou prakticky po celý život konfrontováni s vědomím vlastní smrti. Dříve se člověk se smrtí setkával častěji, vnímal ji jako součást svého osudu. Lidé v minulosti podléhali v mladém věku nemocem, které jsou dnes léčitelné. Moderní medicína a technický pokrok vytlačily smrt z našich každodenních zkušeností, mnohem častěji se umírá v nemocnicích, léčebnách a hospicích. Lidé přestali být se smrtí v kontaktu, nemají příležitost si na smrt zvyknout a naučit se s ní zacházet. Zodpovědnost převzali zdravotníci a pohřební služby.

Dříve byla smrt v dětském věku běžná, pro děti se truchlilo méně. Nepokřtěné děti nebyly považovány za plnohodnotné bytosti. V současné době se smrt dítěte stala v rodinách tragédií s nedozírnými emočními následky. Na rozdíl od minulosti se neumíme a nedokážeme se smrtí dítěte smířit (Thorová, 2015 s. 476-477).

Smrt je jistá, hodina nejistá. Náhlou smrtí zemře zhruba jen desetina osob. Přirozenou smrtí rozumíme smrt ve stáří, někteří lidé nicméně umírají dřív, než uzavřou životní cyklus, smrt se týká i dětí. Někteří jedinci chtějí umírat doma, jiní raději v nemocnici, jedni obklopení rodinou, jiní raději sami beze svědků, někteří ponechají okamžik smrti osudu, druzí preferují vlastní smrt. Postoje k smrti neurčuje pouze společenské klima, ale i osobní hodnoty (Thorová, 2015 s. 504).

Význam víry ve stáří – pro starého člověka může být zážitek Boha podporou v zátěži. I negativním událostem dává nějaký smysl a možnost smysluplného vyústění (dává smysl i smrti). Účast na bohoslužbě i soukromá modlitba umožňují celkové uvolnění a pocit podpory (Vágnerová, 2000, s. 507 - 508).

2 POSTOJE K INTERRUPCI A JEJICH VÝVOJ

Mnoho autorů se pokoušelo definovat postoje. Jedna z definic zdůrazňuje, že nás připravují k činnosti. Způsobují, že se častěji chováme určitým způsobem (Hayesová, 2021, s. 95).

Lidé se milují a nenávidí, souhlasí či nesouhlasí spolu, mají a nemají se rádi, přou se a přesvědčují, a někdy dokonce jeden druhého přesvědčí. V nejširším slova smyslu je studium postojů významné proto, že postoje jsou důležité pro náš společenský život (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 282 - 283).

Postoj může být definován jako tendence nebo predispozice individua k oceňování určitého objektu nebo symbolu tohoto objektu určitým způsobem. Oceňování spočívá v připisování vlastností, které mohou být umístěny v kontinuu žádoucí – nežádoucí nebo dobrý – špatný. Postoje jsou pak v tomto smyslu produktem hodnocení, komplexního procesu, v němž jsou integrovány kognitivní, emotivní a konativní složky psychiky. Kognitivní procesy nám přinášejí poznatky, v emocích prožíváme jejich význam a v postojích, v nichž jsou kognitivní a emotivní aspekty psychiky integrovány, zaujímáme vůči objektům hodnotící vztahy (Nakonečný, 2020, s. 273).

Pro účely praktické části jsme zvolili zpracování postojů dle Marie Vágnerové (2004). Ta vymezuje postoje třemi složkami:

Složka kognitivní – souhrn informací a z nich vyplývající názor na situaci či objekt, k němuž jedinec zaujímá nějaký postoj.

Složka citová – u situace či objektu se u jedince projeví emocionální hodnocení, prožitek, jaký tento podnět vyvolá. Může být příjemný i nepříjemný. Afektivní složka postoje může zásadním způsobem ovlivnit rozumové hodnocení.

Složka konativní – vnější projev postoje. Je to tendence jednat určitým způsobem (Vágnerová 2004, s. 292).

V publikaci od Hayesové (2021, s. 96) se postoje taktéž popisují pomocí tří dimenzí, z nichž každá přispívá k celku:

Kognitivní dimenze – týká se názorů a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje.

Emocionální dimenze – týká se toho, co osoba cítí k předmětu postoje.

Konativní nebo behaviorální dimenze – týká se sklonů k chování či jednání ve vztahu k předmětu postoje.

2.1 Vymezení pojmu postoj, funkce postojů

Slouží obvykle ke snadnější orientaci ve světě. Umožňují třídit informace, které člověk získává a tím rychlejší orientaci v realitě, která se zdá být jasnější a srozumitelnější.

Objektem postoje může být cokoliv, co člověk registruje nebo čím se v mysli zabývá (Hewstone a Stroebe, 2006, s. 283).

Pomocí hodnocení objektů, postoje usměřňují naše reakce vůči věcem a událostem v okolí, tudíž nemusíme pokaždé, když se s nimi setkáme, znovu hledat vhodný způsob reagování. Například k objektu, který nám v minulosti uškodil, si vyvineme negativní postoj, což znamená, že se mu v budoucnosti již vyhneme (Hayesová, 2021, s. 97).

Chceme-li u lidí podporovat zralost názorů, je podle badatelů důležité, aby se ve společnosti vyskytovaly různé zdroje informací a různé pohledy na svět (Hayesová, 2021, s. 98).

Podobný názor na postoje uvádí ve své publikaci i autor Nakonečný (2020, s. 281). Lidé mají postoje proto, že je nutné, aby svému chování propůjčili smysl. Postoj lidem umožňuje chápat jejich okolní svět, chránit pocit hodnoty sebe sama, dovoluje jim vyznat se ve světě tím, že se každý stará o to, aby získal maximum odměn z okolního světa, a taktéž umožňuje lidem, aby mohli vyjádřit svá základní přesvědčení.

V jednom slavném výzkumu souvislostí mezi postoji a chováním se dokázalo, že postoje, které vyjadřujeme verbálně, se mohou lišit od postojů, o nichž svědčí naše chování. LaPiere a jeho dva čínští přátelé cestovali napříč Amerikou, spali v hotelech a jedli v restauracích. Více než 90% podniků je bez váhání obsloužilo, a to i přesto, že v tehdejší americké společnosti (1934) byly velmi běžné rasové předsudky proti Číňanům. Když však po šesti měsících LaPiere znovu kontaktoval tytéž hotely a restaurace a ptal se majitelů, zda by obsloužili čínské hosty, téměř všichni odpověděli záporně.

Zde můžeme vidět, že postoje, které lidé vyjadřují, nemusí vždy být přesným indikátorem jejich budoucího chování. Mohou se lišit svou globálností či konkrétností. Ve výzkumu byla hoteliérům položena velmi obecná otázka, která odhalila jejich zaujatý postoj, ale když se trojice badatelů objevila u dveří, šlo o konkrétní situaci (Hayesová, 2021, s. 96).

Vyjadřují vztah k určité oblasti reality. V práci jsme se zaměřili na životní oblast určené věkové kategorie vůči interrupci.

2.2 Antikoncepce a interrupce

Interrupce (umělé přerušování těhotenství) není metodou antikoncepce. Antikoncepce je každá metoda zabraňující početí. Je primární prevencí nechtěného otěhotnění, a tedy i porodu (Fait, 2018, s. 138).

Někteří lidé antikoncepci kritizují, protože jednoduše věří, že škodí zdraví. Jiní proti ní brojí z důvodů morálních, ideových nebo náboženských. Občas jsou kritiky prostě závistiví lidé, kterým sexuální život osvobozený od strachu z nechtěného těhotenství leží v žaludku.

Asi 46 milionů žen na celém světě se každoročně rozhodne ukončit své těhotenství umělým potratem. Sdružení Hnutí Pro život sděluje, že za posledních 42 let byly u nás zabity skoro tři miliony životaschopných dětí. Znamená to tedy více než 66 tisíc mordů ročně: král Herodes rázem bledne závistí. Nikde se však už nedočteme, že toto číslo udává počet provedených legálních umělých potratů (Uzel a kol., 2000. s. 9).

Umělému potratu se v našem zákonu poněkud eufemicky říká „umělé přerušování těhotenství“. Proti slovu „přerušování“ se ozvaly kritické hlasy, které správně poukazyvaly, že se jedná vlastně o umělé „ukončení“. Takovým umělým ukončením těhotenství je však třeba také porod císařským řezem v řádném porodním termínu, zatímco ve slově „přerušování“ nachází pečlivý jazykozpytec v mnoha případech také konec určité činnosti nebo stavu (Uzel a kol., 2000. s. 14).

Po roce 1989 se u nás podstatně změnilo spektrum antikoncepčních možností. Doby nedostatkového zboží, skromného výběru a pokoutního dovážení pilulek od západních sousedů jsou naštěstí už ty tam. Česká republika má v současné době k dostání více než 100 druhů antikoncepčních pilulek, mnoho typů kvalitních kondomů, několik druhů spermicidních přípravků a nitroděložních tělísek, antikoncepční injekce, náplasti, hormonální vaginální kroužky. Na začátku 21. století existuje dostatek způsobů, jak předejít nechtěnému otěhotnění. Každý má přístup k informacím a možnost vyhnout se provedení invazivní interrupce (Driák, 2020, s. 20).

Příčiny snižování populačního přírůstku jsou komplexní. Velmi široce antikoncepční metody jsou široce dostupné a jejich pozitivem je snižování počtu interrupcí. U emancipovaných žen se zvyšuje nechuť vzdát se zaměstnání, zálib, osobního pohodlí. Většina bezdětných žen se rekrutuje právě mezi ženami vysokoškolsky vzdělanými s dobrým postavením, které by rodičovstvím ztratily. Ženy plánují mít méně dětí a první porod odsouvají do věku kolem 30 let, kdy jejich plodnost již sama o sobě klesá (Driák, 2020, s. 24). Dalším důvodem může být nepříznivá ekonomická situace, další dítě žena

nechce mít a těhotenství bere jako neplánované. Pro jinou část žen jsou zase hlavním důvodem problémy v partnerském soužití. Respektive mají obavy z toho, že by musely dítě vychovávat bez otce apod. (Janebová, 2006, s. 61).

2.2.1 Historie antikoncepce

Říci, že snaha oddělit pohlavní život od plození dětí je stará jako lidstvo samo, zní velmi otřepaně. V každém pojednání o historii plánovaného rodičovství se uvádí legendární biblický Ónan, který kdykoliv vcházal k ženě, vypouštěl semeno na zem, aby nezpłodil potomka. Zmíněný biblický hrdina je tedy legendárním vynálezcem nikoliv onanie, ale nejprostší antikoncepční metody, zvané přerušovaná soulož (Barták, 2006, s. 12).

Kromě přerušované soulože pronikal zvolna do povědomí i prezervativ, který připomíná už Giacomo Casanova. Původně byl zhotovovaný z ovčích střev, určen k prevenci pohlavních chorob. Průmyslově se začal vyrábět počátkem 20. století.

Tradice bránící početí pomocí různých vložek zaváděných do pochvy je velmi stará. Například ve starém Egyptě ženy používaly vaginální tampony z listů napuštěných medem. Evropské prostitutky na děložní hrdlo přikládaly vymačkanou půlku citronu. Zajímavostí je, že citronovou šťávu jako antikoncepci používaly ženy ve Středomoří ještě před 300 lety. Recentní studie (podle Rogera Shorta, odborníka gynekologicko-porodnického oddělení Melbournské univerzity) prokazují, že citronová a limetková šťáva likvidují nejen spermie, ale i HIV. Chemická antikoncepce byla v historii první, která se vedle přerušované soulože začala uplatňovat. První zmínky obsahuje staroegyptský papyrus (kolem roku 1900 př.n.l.). V papyru je popsána spermicidní směs obsahující extrakty z různých rostlin a med, eventuálně krokodýlí trus, vše se zformovalo do vaginální pasty (Driák, 2020, s. 179).

Skutečné osvobození sexuality bylo spojeno s rozvojem metod kontroly početí. Až hormonální antikoncepce, která se dostala na trh počátkem šedesátých let, dala ženě reálnou možnost, aby si sama, nezávisle na muži, regulovala vlastní reprodukci.

Sexuální chování mládeže je odlišné od sexuálního chování předchozích generací. Projevuje se to například v posouvání zahájení pohlavního života do stále nižších věkových kategorií. Po otevření hranic, byl u nás zachycený nárůst případů syfilisu, kapavky a hepatitidy typu C. Naopak velmi pozitivní změnou je porevoluční nárůst uživatelék účinné antikoncepce (Lewinsohn, 2007, s. 269-272).

2.3 Když všechno selže (o umělém přerušení těhotenství)

Každá antikoncepční metoda může selhat, může se zapomenout použít nebo se prostě situace nějak vymkne. Přes veškerou zodpovědnost a opatrnost k nechtěnému těhotenství přece jen čas od času dochází. K takové situaci je možné se postavit dvěma způsoby: s těhotenstvím se smířit, ponechat si a porodit miminko nebo si těhotenství nechat přerušit (Barták, 2006, s. 121).

Vedle antikoncepce se od starověku užívalo i drastičtější metody. Potraty na sobě ženy prováděly samy, nebo s pomocí sousedky, přítelkyně, příbuzné či porodní báby. Jen nepatrný počet žen se spolehl na pomoc lékaře. Laická léčba byla většinou surová: šlapání na břicho, nezvykle namáhavá fyzická práce, klystýry, pouštění žilou, bylinky, horké koupele, hladovění, ostré a špičaté předměty. Takové postupy končily smrtí budoucí matky, v lepším případě její sterilitou. Potraty se z pochopitelných důvodů tajily.

Samotný porod byl dlouhou dramatickou záležitostí, rizikové bývalo i samo těhotenství. Bez nadsázky lze říci, že těhotná žena byla vždy jednou nohou v hrobě (Lenderová, 2003, s. 110-113). Těhotenství bývá ukončeno porodem živého nebo mrtvého dítěte, popřípadě potratem (Holčík, Žáček a Koupilová, 2006, s. 24).

Umělé přerušení (ukončení) těhotenství znamená záměrné ukončení těhotenství pomocí operačního zákroku nebo chemické látky. Historie interrupce (vyhnání plodu) sahá hluboko do dějin většiny národů. U přírodních národů bylo běžnou praxí zbavovat se nadpočetných novorozenců, které rodina (matka, kmen) nemohly uživit. Ani podle římského práva neměl živý plod žádnou cenu a byl podřízen právu otce. Povolení potratu záleželo zcela na libovůli pána domu a stejně tak proti jeho vůli si žena potrat přivodit nemohla. Křesťanství od počátku zastávalo názor, že okamžikem početí vzniká i duše, je již člověkem a obrazem Boha. Tresty přinesl teprve zákoník *Constitutio criminalis Carolina* vydaný římskoněmeckým císařem Karlem V. Habsburským v roce 1532. Zákony se během let upravovaly. Přestože šlo o zločin, některé ženy se snažily těhotenství nebo narozeného dítěte zbavit. Přes přísné zákazy hledaly cesty k přerušení nežádoucího těhotenství a potraty se prováděly nelegálně nekvalifikovanými osobami (anděličkářky) a za nevyhovujících podmínek (Driák, 2020, s. 406-407). Anděličkářka je podle slovníku obecný výraz, jde o ženu provádějící potraty, tak posílá prý „dušičky nenarozených“ mezi andělíčky do nebe (Lenderová a kol., 2019, s. 298).

2.3.1 Druhy potratů a rizika interrupce

1. samovolný: spontánní vypuzení plodu z dělohy před ukončením 22. týdne těhotenství.
2. miniinterrupce: jedná se o umělé ukončení těhotenství prováděné vakuovou aspirací. Tato metoda je pro ženu šetrnější a lze ji provést v raném stádiu těhotenství, tj. do 7. týdne u prvorodičky a do 8. týdne u druhorodičky.
3. jiné legální UPT: legální ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství. Po uplynutí 12 týdnů těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod je neschopen života. Nepatří sem ukončení mimoděložního těhotenství.
4. ostatní potraty: tj. potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou – jedná se převážně o tzv. kriminální potraty.
5. mimoděložní těhotenství: umělé ukončení mimoděložního těhotenství. Vzniká při uhnízdění oplodněného vajíčka mimo dělohu, většinou ve vejcovodu, popř. též ve vaječníku či dutině břišní.

Za zmínku stojí dodat, že v 80. letech 20. století byla vyvinuta látka RU 486. Žena si díky ní mohla sama bezpečně a snadno vyvolat samovolný potrat. Ovšem narazila na tuhý odpor ochránců nenarozeného života, kdy prapor boje třímala zejména katolická církev. Tabletka byla proto zase postupně zakazována. Nicméně v polovině roku 2013 byla po dlouhých diskusích v České republice zaregistrována tak zvaná potratová pilulka (Barták, 2006, s. 126).

Zkráceně lze říci – ukončení těhotenství v I. trimestru se v zásadě provádí 3 způsoby:

Chirurgicky v celkové či lokální anestezii. Tento výkon probíhá ve 3 krocích – dilatací, odsátím a kyretáží. Třetí způsob je nechirurgický neboli medikamentózní (Driák, 2020, s. 417).

Většina žen po absolvování umělého přerušení těhotenství nemívá žádné problémy, přesto však existuje malé riziko komplikací. Prvními z nich jsou vedlejší účinky, které se mohou vyskytnout při chirurgickém i chemickém potratu. Patří mezi ně bolesti břicha a křeče, nevolnost, zvracení nebo průjem, gravidita pokračuje dále. Dalšími možnými komplikacemi, které po prodělání potratu mohou nastat, jsou: infekce dělohy, část těhotenství zbývající v děloze, nadměrné krvácení, poškození dělohy nebo děložního čípku, septická tromboflebitida pánevních žil, neplodnost, poruchy menstruačního cyklu. Mortalita v souvislosti s interrupcí je mimořádně vzácná.

Méně konzistentní je hodnocení psychických následků. Pokud není žena s potratem psychicky zcela vyrovnaná, mohou se v následujících dnech nebo letech objevit psychické obtíže (př. frustrace, deprese, nespavost, výčitky svědomí). Také šestinedělí je v životě ženy obdobím mimořádně rizikovým pro vznik psychiatrických nemocí (Široká, 2021).

2.3.2 Potrat ano nebo ne?

Zastánci práva na interrupci jsou označováni „Pro choice“, pro volbu. Obhájci vycházejí z předpokladu, že embryo není jedinec schopný samostatného života mimo tělo matky, že nejde o individuální lidskou bytost (Bahounek a kol., 2007, s. 57). Jim Newhall, zastánce potratů ve státě Oregon, řekl: „Ne každý se má narodit. Jsem přesvědčen, že pro dítě život začíná tehdy, když ho jeho matka chce“ (Contreras, 2010).

Obhájci dále tvrdí: „Každá žena má právo se rozhodnout, co udělá se svým vlastním tělem“ (Alcorn, 2011, s. 61). Americká aktivistka Baumgardnerová (2008, s. 13) ve své knize plné fotografií, ujišťuje ženy, že se nemusí po prodělaném potratu za nic stydět. Tvrdí, že je to běžný zákrok.

Na druhé straně stojí skupina „Pro life“, pro život. Ta zahrnuje kromě stoupců různých konzervativních směrů všechny významné církve – katolickou, evangelickou, islám, judaismus aj. (Bahounek a kol., 2007, s. 58).

Koncipované právo ženy má řadu odpůrců, kteří požadují v této oblasti novou právní úpravu. Argumentují především článkem 6 Listiny základních práv a svobod, který v odst. 1 stanovuje, že každý má právo na život a lidský život je hoden ochrany již před narozením. Dále zároveň poukazují na případné zdravotní a psychické potíže, které mohou nastat u osob podstoupivších potrat (Kahoun a kol., 2007, s. 148).

Zdravotní indikace – odpůrci interrupce tvrdí, že existuje jen málo případů, kdy dítě opravdu ohrožuje život matky. Při dnešním pokročilém stupni medicíny jsou lékaři schopni použít nejnovějších zdravotních a chirurgických technik, které mohou zajistit život jak matky, tak dítěte.

Psychiatrické indikace – ženy, které jsou citově narušené, vstupují do těhotenství, ale těhotenství není příčinou jejich nemoci.

Znásilnění – incest – nemanželskost – těhotenství pocházející ze znásilnění nebo incestu je tragédie. Dokonce, i když došlo ke zločinu, nenarozené dítě je nevinná bytost bez zodpovědnosti za zločin a nemělo by být trestáno. Když došlo k opravdovému znásilnění, oběť by měla být hned ošetřena výplachy a spermacydy.

Ostatní indikace – důvody pro interrupci vzbuzují velké emoce. Když se např. jedná o možnost poškozeného plodu. Je rozumné, aby všechny takto ohrožené děti byly utraceny? Někteří argumentují: „Je kruté nechat narodit se handicapované dítě, když ho čeká tak nešťastný a bezvýznamný život.“ Není žádný důkaz, že dítě s vrozenými vadami by se raději nenarodilo. Právě naopak se zdá, že tito lidé si váží života (Grady, 2002, s. 8 -11). Potlučené jablko je dál jablko. Slepý pes zůstává psem. Senilní žena je stále žena. Handicapované dítě je i nadále dítě. Dejme tomu, že vaše šestileté dítě oslepne nebo ochrne. Stane se břemenem. Jeho výchova bude nákladná. Měli byste ho usmrtit? Pokud by to zákon umožňoval, udělali byste to? Pokud ne, proč (Alcorn, 2011, s. 89)?

Žena, která uvažuje o tom, zda přerušit těhotenství podstoupí, či ne, má před sebou bezpochyby těžké rozhodnutí. Ale měla by brát v úvahu to, zda chce, nebo nechce být matkou (Barták, 2006, s. 127).

Dle známého gynekologa D. Driáka (2020, s. 424) narozené nechtěné děti jsou častěji zatíženy sociálními a zdravotními problémy, kriminalitou a drogami, jejich stigmatizace přetrvává až do dospělosti a přenáší se i na další generaci.

2.4 Postoje k interrupci ovlivněné proměnou společnosti

Sociální problémy tu byly od nepaměti - rodinné poměry, zaměstnání, bydlení, příjmy. Na populační vývoj měly mimo jiné značný vliv i názory obyvatelstva. Tyto postoje, které označujeme jako „populační klima“, se nepochybně přetvářely a měnily v čase. Naplnit socialistický model ženy, tj. dát jí prostor pro seberealizaci jako manželky, matky, pracovnice, tvůrkyně a občanky, byl úkol velmi náročný. Záleželo na typu ženiny osobnosti, na jejím věku a počtu dětí, na postoji manžela k rodině a domácnosti, na úrovni bydlení, služeb a v neposlední řadě na zájmu závodu o maximální využití schopností pracujících žen (Müller a Kapr, 1980, s. 102).

Domníváme se, že respondentky pravého stáří mohly být k postoji k interrupci ovlivněny legislativou dané doby. Vysoká úroveň potratovosti byla především charakteristická pro období socialismu, kdy žena vnímala umělé ukončení těhotenství jako antikoncepci. Častokrát první těhotenství probíhalo v nízkém věku, které vedlo k uzavření sňatku a k narození dalších potomků. Následující nechtěná těhotenství se obvykle řešila vyvoláním potratem. Zrušením potratových komisí vzrostl počet bezdětných vdaných žen, které ukončily těhotenství interrupcí (Šalamounová a Šamanová, 2005, s. 14-18).

Pro páry v Československu kolem padesátých let nebylo příliš možností, jak se chránit proti nežádoucímu těhotenství. Nejpoužívanějšími metodami antikoncepce byla přerušovaná

soulož a kondomy nízké kvality. Účinnost těchto metod stejně jak důvěra v ně byla malá. Od samého počátku diskuzí byla interrupce spojena s problematikou antikoncepce, která dosud v Československu neexistovala, nebo nebyla dostupná. Velký zlom nastal v přijetí potratového zákona v roce 1957 (Dudová, 2012, s. 54).

Ve 20. století byl přijat na pokyn papeže Jana Pavla II. dokument *Donum Vitae*, který vyjadřuje současné oficiální stanovisko katolické církve, tedy důraznou ochranu lidského života už od okamžiku početí.

Další výraznou etapou, která změnila názorový přístup k interrupcím, bylo 19. století. V tomto období můžeme zaznamenat osvícenskou vlnu a také průmyslové revoluce, které výrazně ovlivnily chování lidí. Lidé začali více cestovat a využívat své svobody.

Na přelomu 19. a 20. století se rozmohla, zvláště ve Spojených státech amerických, diskuse, jejímž jádrem byla kritika protipotratových zákonů. Vycházelo se zde z jednoduchého předpokladu, a to byla ochrana práv a zdraví ženy. Jejich hlavním argumentem byla zoufalá situace nemajetných žen, které se ocitly ve špatných sociálních podmínkách a to buď na základě mnohočetného mateřství anebo byly nuceny se opakovaně vystavovat riziku provedení interrupce pokoutním lékařem (Goody, 2006, s. 168).

Roku 1947 začal vycházet časopis *Vlasta* a byl jediným časopisem pro ženy vycházející v Československu v období socialismu. Mimo jiné obsahoval články týkající se interrupční komise. Dopisy čtenářek ukazovaly jakou palčivou otázkou je nechtěné těhotenství.

3 ŽENA A RODIČOVSTVÍ

Výraznou osobností bádání o historii žen na českém území je profesorka Milena Lenderová, která působí na katedře historických věd na Filozofické fakultě v Pardubicích a jejíž jméno často zaznívá v publikacích, z nichž jsme čerpali. Kapitolou navazujeme na interrupci v kontextu výchovy a proměny role žen ve společnosti.

Ženy zůstávaly dlouhá staletí stranou zájmu historiků. Pouze muži tvořili dějiny, jednali, válčili, uzavírali pakty, vládli. Historiografie její bytí v malé míře registrovala, vždyť žena přiváděla na svět ty, jenž budou tvořit dějiny, jednat, válčit, uzavírat pakty, vládnout Ve středověké a raně novověké společnosti měl každý své pevné místo. Jakmile se ženy začaly hlasitěji ozývat, byly hned zahánány zpět k domácímu krbu. Žena měla vůči společnosti jedinou povinnost – přivádět na svět zdravé jedince (Brožovičová, 2013, s. 7).

Vývojová psychologie se začala rýsovat v rámci vznikající vědecké psychologie až v druhé polovině 19. století. Do té doby se žádný vědecký obor nezaměřoval na výzkum dítěte, starého člověka nebo žen. Ženy a děti měly nižší společenské postavení. Navíc v 18. století byla infanticida (zabíjení mláďat vlastního druhu) běžnou metodou kontroly počtu dětí v rodině, v sirotčincích dvě třetiny dětí umíraly již v prvním roce života (Thorová, 2015, s. 75).

Dlouhá staletí nebylo dítě ničím, nemělo vlastní status, hodnotu. Jakmile dítě dokázalo žít bez každodenní péče matky, zhruba do dovršení šesti či sedmi let věku, patřilo do světa dospělých. Obrovská dětská úmrtnost silnější citovou vazbu předem vylučovala. Skutečným středem pozornosti se dítě stává až v průběhu 19. a 20. století (Brožovičová, 2013, s. 12).

Status žen a dívek v lokální společnosti byl určován zejména pojetím plodnosti a snahou společnosti tuto schopnost žen bránit a vytěžovat co nejvyšší možný profit. Nejenom, že uzavřená vesnická společnost chránila své příslušnice, ale také je kontrolovala a určovala, jak se mají ženy chovat. Ženská sexuální identita tak nebyla utvářena svévolně, ale skrze společenské prostředí, ve kterém žena či dívka žila. Právě společnost lokality určovala, jaké chování je správné a jaké je nutno zavrhnout a potrestat.

Jednou z oblastí, která spadala pod přísný dohled, bylo sexuální chování obyvatel vesnice, tzn., stávalo se častým námětem klevet. Přestupek na straně ženy byl hodnocen jako fatální, kdežto u mužů sice jako nežádoucí, ale jinak běžný a přirozený jev. Dívka, která čekala dítě, aniž by byla provdána, byla lokální společností stigmatizována. Jednou z nejběžnějších praktik bylo sociální vyloučení při společenských událostech. Stigmatizace byla přenášena i na nemanželské dítě (Brožovičová, 2013, s. 20-21).

3.1 Žena nejen u plotny

I když je mateřství jedním z hlavních poslání ženy, přece v něm není vyčerpán celý smysl jejího bytí. V počátcích ženského hnutí byla velkým heslem emancipace. Zní to trochu pateticky a trochu revolučně – osvobození z otrockých okovů. Šlo o požadavek, aby byly odstraněny překážky, jež stály v cestě vzdělávání žen a jejich profesní činnosti, otevření „mužských“ cest ke vzdělávání a profesních odvětví. Žena patří domů, zaznívalo ze všech stran proti ženským požadavkům. Vznikla obava, že by splnění těchto požadavků ohrozilo ženskou osobitost a přirozené povolání ženy (Neyerová, 2016, s. 2).

Avšak ženy jsou schopny vykonávat i jiná povolání než poslání manželky a matky. Dokázaly to zkušenosti posledních desetiletí a v podstatě zkušenost všech dob. Dle sv. Terezie Benedikty od Kříže lze říci, že v případě potřeby může každá normální a zdravá žena vykonávat určité povolání. Když jde o to, nahradit dětem bez otce živitele, živit osiřelé sourozence nebo staré rodiče, je obětavá žena schopná obdivuhodných výkonů.

Vlastní hodnota ženy se může stát plodnou pro život národa, když žena působí doma, v profesním či veřejném životě. Když žena jako matka nebo profesionální vychovatelka vytváří celistvé lidi, přináší národu to, co nejnutněji potřebuje. Taktéž existuje celá řada sociálních povolání, v nichž pomáhá člověku v nesnázích. I účast žen ve veřejném životě má své opodstatnění (Neyerová, 2016, s. 12-19).

Klasická představa o tom, že matka vychovává a otec zabezpečuje materiálně fungování rodiny, je krutě zkoušená realitou života. Demokratické a humanistické postoje, vzdělávání žen, realizace individuálních potřeb, rodová citlivost, to všechno se přenáší do rodiny a odráží se v roli chování žen – matek v současných rodinách. Není velkou novinkou, že jak se matka a otec chovají v rodině, ve vztazích k širší rodině, k přátelům, jak vystupují v pracovní pozici, to všechno je příkladem pro děti (Bakošová, 2011, s. 113).

Široká znalost a zájem o ženské tělo především v kontextu porodů utvrzovaly prioritní úděl ženy jako matky. Žena byla zpravidla chápána jako slabší pohlaví, trpící častěji nemocemi, zejména ženskými, jak ve spojení s tělesnou, tak duševní stránkou. Byly ukotveny specifické znaky, které se obecně spojovaly s ženstvím. Spočívaly ve zvýšené ženské citlivosti, trpělivosti, poddajnosti, větší snášenlivosti bolesti, ale také přirozeném pečovatelském, a tady se vracíme opět k mateřství (Dvořáková Kaněčková, 2020, s. 57).

3.1.1 Výchova dívek

Doba dětských her končila dříve než dnes. Školní věk začínal zhruba v sedmi letech. Chlapci z měšťanských rodin chodili do místní školy. Děvčátka zůstávala zpravidla doma. Malé aristokratky a bohaté měšťanské dcery nabývaly vzdělání v klášterních školách. Výchova dívek a tím i budoucí provdatelnost dcery vždy závisela z větší části na matce. (Lenderová, 2003, s. 38).

Důvodů k pomalému prosazování ženské gramotnosti bylo několik. Hlavní zábranou byla představa o zbytečnosti ženského vzdělávání (a to ve všech sociálních vrstvách). U děvčat z nižších sociálních vrstev podmiňovaly neochotu docházet do školy sociální faktory. Poslat dítě do školy znamenalo zbavit rodinu jednoho páru rukou. Děvčátka byla od útlého věku pravou matčinou rukou, byla nepostradatelná při hlídání mladších sourozenců, výpomoci v kuchyni, na zahradě, na pastvě, v hospodářství. Pokud matka zemřela, nejstarší dcera ji musela nahradit (Lenderová, 2003, s. 47).

Před první světovou válkou už nikdo vzdělanost národa a řádnou docházku do školy nezpochyboval. Středoškolské a vysokoškolské vzdělání však většina veřejnosti považovala za zbytečný přepych. Celibát učitelek byl zrušen až roku 1919. Po ukončení vzdělávací povinnosti začala „slečna“ chodit do společnosti a chystat si výbavu. Bez manžela si zatím jen málokterá dívka dokázala svůj život představit (Lenderová, 2003, s. 69).

Tradiční výchovu lze chápat jako proces, který je podmíněný historicky i kulturně. Společnou črtou všech snažení ve výchově je, že by měla směřovat k dobré přípravě pro život. Člověk je na světě proto, aby splnil své životní poslání – přijal a rozdával lásku, vzdělával se, pracoval, vytvářel hodnoty, zlepšoval život. Člověk žije ve společenství. Je činný, začleněný do pracovních vztahů – pracuje a vytváří hodnoty. Je začleněný do partnerských vztahů. V rodině plní poslání – výchovu dětí, žije v dalších sociálních skupinách, kde plní rozličné role (Bakošová, 2011, s. 68-69).

Ačkoli výchova dívek k mateřství jednoznačně směřovala, o podstatě těhotenství směly vědět jen málo, o podstatě početí už vůbec nic. Ani matky nebyly ochotné a schopné připravit dceru na manželství. Namísto alespoň základního poučení ji děsily, pohlavní styk označovaly sice za nezbytný předpoklad mateřství, o něm samotném však nemluvily buď vůbec, nebo v náznacích, některé s ošklivostí (Lenderová, 2003, s. 96).

Brožovičová ve své publikaci (2013, s. 27) uvádí vzpomínku jedné respondentky (ročník 1912). „*Ráno jsem jednou přišla do kuchyně – a to už jsem nebyla malá – a uviděla jsem na*

dlážce krev. Vyděšeně jsem se zeptala, maminko, zase vám z nosu tekla krev? A maminka mě odbyla: Jo zase.“ K sexualitě se vyjadřovala církev, věda i lokální společnost, kdo ovšem v této otázce zarytě mlčel, byly matky dospívajících dcer, jak jsme se již zmínili. Ve studu nebo strachu z předčasného poučení, nedávaly svým dcerám žádné poučení o sexualitě ani o ženské hygieně.

3.1.2 Zrovnoprávnění žen

Ženám byla odpírána stejná odměna za stejnou práci, kterou vykonávali muži. Měly podřízené postavení v rodině a omezený přístup k některým povoláním a funkcím. Ve veřejných službách jim neustále hrozila výpověď. Vdaným učitelkám bylo dáváno na srozuměnou, aby se vrátily do domácnosti a uvolnily místa pro muže. Těhotné ženy byly vyhazovány z práce, aby jim nemusel fabrikant vyplácet podporu v mateřství a vzít je po porodu do práce zpět. O těžkém životě zemědělských žen píše i Rudé právo: „Kůň či kráva mají často větší cenu než život ženy-matky.“ Onemocněla-li rolníková žena, léčila se všelijak po domácku, jen aby se ušetřily výdaje na lékaře a léky. Když však onemocněla kráva, musely se peníze na léčení sehnat za každou cenu (Havelková a Oates-Idruchová, 2015, s. 53-56).

A tak není divu, že začala vznikat emancipace žen. Toto úsilí začalo být po první světové válce, označováno samotnými ženami, výrazem feminismus. Historický proces ženské emancipace představoval úsilí o zrovnoprávnění žen s muži (stalo se tak ústavou r. 1920). Další vývoj feministického hnutí měl řadu neúnavných ženských aktivit, aby zákonem daná rovnost přešla i do praktického společenského života, který byl v zajetí mnoha konzervativních tradic a předsudků (Burešová, 2001, s. 19).

Burešová (2001, s. 68) zmiňuje důležitost mateřské péče a výchovy a v této souvislosti jisté ocenění mateřské práce bylo vyjadřováno i oslavou Dne matek (poprvé slaven v ČSR v roce 1926).

Ve 2. polovině 20. století nastala značná volnost při uzavírání manželství a zvýšení sňatkového věku, uvolnění rozvodového zákonodárství, rozvoj antikoncepce a plánování rodičovství, ale spolu s tím i liberalizace umělého přerušování těhotenství vedoucí ke snížení počtu dětí v rodinách nejčastěji na dvě, nejvýše tři. Ve všech zemích značně stoupla úroveň vzdělání a kvalifikace žen, postupně se zvyšovala i zaměstnanost žen, zvláště v socialistických zemích.

V roce 1945 nastal pokrok v péči o potřeby a ulehčení práce zaměstnaným ženám. Začaly se budovat jesle, mateřské školy a školní družiny, které umožnili dalším ženám nástup do práce.

Byla otázka času, kdy ženy chtěly začít rozhodovat o svém mateřství. Dožadovaly se o zrušení paragrafu 144, který zakazoval a trestal umělé přerušování těhotenství, byl namířen především proti chudým ženám. Proto byl v roce 1957 schválen zákon o umělém přerušování těhotenství. Nesporným kladem, který zákon přinesl, je, že téměř vymizely nedovolené a neodborně provedené zákroky. Ženy přestaly umírat pod rukama „fušerů“. Projevily se ovšem i záporné stránky – potraty narostly do značné výše (Pekárková a kol., 2000, s. 13). Dlouhodobá proměna ženského postavení se neobešla bez vytrvalé práce žen i mužů, kteří přijali vzdělávání dívek za své životní poslání. Tato cesta nebyla snadná, neobešla se bez překážek a někdy i posměchu. Ale stála za to. Ženy získaly volební právo a začaly se prosazovat v politickém životě. Dnes jim nejsou uzavřeny ani nejvyšší funkce akademické, hospodářské či státní. Usilovalo se o to, aby ženy vyrostly nikoli v soupeře mužů či dokonce v mužatky, nýbrž aby se staly – při zachování své ženskosti – rovnoprávnými partnery mužů v soukromém i rodinném životě (Pánková, 2008, s. 6).

Naše předchůdkyně zastávaly místa především v domácím hospodářství, kde pečovaly o chod celé domácnosti. Z dnešního pohledu si lze jen těžko představit veškeré činnosti, jež musely zastávat. Znakem dobré hospodyně byly zejména její ctnosti, musela být v prvé řadě láskyplná a zbožná. Nerozhodovaly se mezi mateřstvím a profesí. Ženská role - starat se o manželovo pohodlí, o jeho domácnost a vychovávat děti, bylo její nejpřirozenější povolání (Dvořáková Kaněčková, 2020, s. 63-64).

4 POMOC TĚHOTNÝM ŽENÁM Z POHLEDU SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Prioritní rolí v rámci sociální pomoci má patřit prevence vzniku obtížných situací. Důležitou roli představuje poskytování informací o možnostech řešení obtížné sociální situace. K základním nástrojům sociální pomoci patří: sociální služby, dávky sociální pomoci, poradenství, sociálně-právní ochrana, prevence sociálně patologických jevů (Krebs a kol, 2010). Např. ženy, jež trpí psychickými problémy po interrupci, potřebují odbornou psychologickou pomoc. Důležitou roli hraje sociální pomoc ve formě sociálního poradenství, neboť rozhodování pro potrat (ať už pod nátlakem partnera, rodiny či okolí) není nikdy jednoduché.

Hlavní náplní pomáhající profese je pomáhat lidem. To se neobejde bez odbornosti, očekává se od nich osobní vztah a angažovanost. Předpokládá se, že umí vytvořit bezpečný prostor. Samozřejmě existují i rizika pro pomáhající profese jako je nadměrná angažovanost a syndrom pomocníka, syndrom vyhoření, nedostatečné ohodnocení a péče o potřeby sociálního pracovníka. Negativní vnímání jejich profese lidmi, nedostatečná motivace. Může se narušit i osobní, rodinná a životní stabilita.

Kompetence sociálního pracovníka vychází ze zákonů, vzdělání, praxe, zkušeností, jeho odborností. Práva a povinnosti vyplývají z cíle konkrétní sociální služby. (Stretti, 2014).

Málokterý obor medicíny prošel za posledních 70 let tak překotným vývojem jako péče o těhotnou ženu, rodičku a jejího novorozence. Mimořádné úspěchy, jichž bylo v této péči dosaženo, jsou nejen výsledkem rozvoje odborné péče a organizačních opatření, ale také stále více se měnících podmínek sociálních, ekonomických a demografických (Štembera, 2016, s. 10).

Měli bychom si uvědomit, že péče o těhotnou ženu není pouze v kompetenci lékařů a sester. Vlastně nejde jen o péči, ale také o sociální politiku, která určuje, jakým směrem se bude společnost ubírat. Chce to multidisciplinární přístup, který se neobejde bez sociálního pracovníka.

Sociální práce, od svých počátků až dosud, prochází mnohými proměnami, ve kterých se odráží stav společnosti a problémy dané doby, na něž je třeba pružně reagovat, čímž se mění i požadavky na kompetentnost jejich realizátorů. Samo Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí, že sociální práce jako odborná činnost vyžaduje vysokou odbornou přípravu a je řazena mezi náročné pomáhající profese. Pro její náročnost je vzdělávání jak odborné, tak

navazující v sociální práci celoživotním procesem, k jejichž úspěšné realizaci patří umění sebereflexe a možnost supervize. Stát prostřednictvím zákona č. 108/2006 Sb. předpokládá kompetentnost k výkonu povolání sociálního pracovníka odbornou způsobilostí, samozřejmostí je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Státem požadované kompetence bychom měli považovat za minimum, které je od sociálních pracovníků požadováno (Elich, 2019).

4.1 Interrupční zákon

V Československu byl zákon povolující interrupci i z jiných důvodů, nežli ohrožení života ženy, přijat v roce 1957. Rozhodování o možném ukončení nechtěného těhotenství ale nebylo dáno do rukou přímo ženám, nýbrž procházelo přes autorizaci oficiálních komisí (Dudová, 2012, s. 11).

Ženy frustrovala nutnost vystavovat své soukromé záležitosti před členy interrupční komise (kteří byli často jejich sousedy, zaměstnavateli, bývalými učiteli apod.): „Byla jsem u interrupční komise jednou a nechtěla bych to zažít znovu. Vysvětlovat a svěřovat se naprosto cizím lidem s těmi nejcitlivějšími problémy je děsivé,“ píše čtenářka J. Š. na stránkách Vlasty v roce 1969. Unavovalo je neustále používat různé strategie a výmluvy, pokud nesplnily „jiné významné důvody“ pro interrupci stanovené zákonem (Dudová, 2012, s. 80). Zákon byl během dalších let několikrát novelizován a doplněn, např. zpoplatnění interrupce, žádost lze podat jen u komise v místě bydliště, omezení možnosti interrupce u prvního těhotenství vdané ženy, změna složení komise,... (Wagnerová, 2017, s. 158).

Většina žen vyjádřila názor, že komise jsou zastaralé, a kritizovala jejich vměšování se do soukromí žen. Podle nich bylo právo na bezpečnou interrupci pro ženy „základním lidským právem“. A nový zákon je tu. V ČR v současnosti platí liberální zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, který vstoupil v platnost od 1.1. 1987. Podle něj lze na žádost pacientky za poplatek legálně ukončit těhotenství do konce 12. týdne 1krát za 6 měsíců. Častěji může žena chodit na přerušení jen ve zvláštních případech definovaných zákonem, tj. že alespoň 2krát rodila, dovršila 35 let věku nebo otěhotněla při znásilnění. Při zjištění závažné genetické vady plodu lze těhotenství ukončit do 24. týdne a ze závažných zdravotních důvodů kdykoli, výkon je v těchto případech hrazen ze zdravotního pojištění. Žádá-li o interrupci žena mladší než 16 let, je třeba souhlas zákonného zástupce. Ve věku mezi 16 a 18 roky je zákonný zástupce zdravotnickým zařízením informován neprodleně po provedení výkonu.

Výkon se provádí na základě písemné žádosti příslušného ošetřujícího gynekologa na lůžkovém pracovišti dle výběru pacientky. Pacientka hradí zařízení stanovený poplatek. V případě některé ze zdravotních indikací, které jsou stanoveny zákonem, je výkon hrazen zdravotní pojišťovnou. Po dovršení 40 let platí trvalá zdravotní indikace k interrupci z genetických důvodů (Driák, 2020, s. 415).

Zákon o interrupcích to neuvádí, avšak vyhláška MZ č. 306/2012 Sb., týkající se předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, v § 7, odst. 3, písm. C) výslovně stanovuje, že lékař provádí klinické a sérologické vyšetření na syfilis u každé ženy před provedením interrupce (Driák, 2020, s. 416).

4.2 Prevence interrupcí

K prevenci umělému přerušení těhotenství patří dostupná antikoncepce a liberální zákony. Dát lidem svobodu je efektivnější než jim vnutit svou konzervativní představu o morálce zákonem. Počet prováděných interrupcí je ve vyspělých zemích na svém historickém minimu a to díky tomu, že zde mají možnost se samy svobodně rozhodnout o tom, kolik dětí a kdy chtějí mít. Naopak v zemích, kde ženy nemají přístup k antikoncepci, je míra potratovosti stále vysoká. Ženy tam navíc riskují své zdraví při pokoutně prováděných zákrocích. Například v Latinské Americe, což je region s protipotratovou legislativou, končí interrupcí každé třetí těhotenství. Studie publikovaná v žurnálu *Lance* tak současně ukázala, že restriktivní zákony nepřinášejí očekávaný efekt v podobě poklesu počtu potratů, právě naopak. Ženy volí interrupce bez ohledu na to, zda jsou legální nebo postavené mimo zákon, ony musí překonat více překážek, aby se k tomuto zákroku dostaly (Hamplová, 2016).

Mezi další prevenci můžeme započítat sexuální výchovu. Z posledních průzkumů je patrné, že mládež ví, proč a jak by měla chránit svoje zdraví, zná způsoby přenosu pohlavních chorob, ale v daných situacích nedokáže tyto své znalosti použít. A to je výzva pro nás pedagogy. Řada témat z oblasti sexuální výchovy je pro diskusi se žáky velmi složitá, především z pohledu etiky, která prostupuje celou výchovu ke zdraví. Zde je třeba takt a um pedagoga, který se žáky dané téma probírá (Kubrichtová, 2005).

Kdo se více zajímá o plánování rodičovství, tak mu určitě neunikly kurzy PPR. Přirozené plánování rodičovství je termín používaný k označení takových metod plánování a předcházení těhotenství, které se opírají o pozorování přirozeně se vyskytujících známek plodných a neplodných období v průběhu menstruačního cyklu. Zábrany početí se dosahuje pohlavní zdrženlivostí v plodném období. Tato metoda je ve shodě s objektivními měřítky

mravnosti. Má v úctě tělo manželů, povzbuzuje jejich vzájemnou něhu a podporuje výchovu k ryzí svobodě (LPP, © 2023).

Všechny ženy mají právo na informace, vzdělání a služby potřebné k ochraně reprodukčního zdraví, bezpečnému mateřství a bezpečným interrupcím, které jsou přístupné, dostupné, přijatelné a vyhovující všem klientkám. Každý má právo na přístup k nejširší možné škále bezpečných, účinných a přijatelných metod regulace a porodnosti. Taktéž má právo svobodně si zvolit a využívat takovou metodu ochrany proti neplánovanému těhotenství, která je bezpečná a pro příslušného jedince přijatelná (Kubrichtová, 2005).

Ve skutečnosti se ukazuje, že míra potratů klesá, pokud jsou volně dostupné antikoncepce, funguje sexuální výchova ve školách, je zaručená veřejná péče o děti, sociální a zdravotní péče a prodloužená placená mateřská dovolená. A do všech těchto oblastí může díky svým kompetencím zasahovat sociální pedagog.

Podle údajů ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky) bylo provedeno roku 2021 15 492 interrupcí, roku 2022 asi 16 501 (dle organizace Hnutí Pro život ČR). Pro srovnání, roku 2014 bylo provedeno 21 tisíc interrupcí.

4.2.1 Pomáhající instituce

Někteří říkají, že zmínkami o potratech můžeme v lidech vyvolávat pocity viny. Důvodem, proč o potratech mluvit, však je to, abychom potratům a s nimi spojené vině zabránili a nabídli pomoc. Po celém světě existuje řada vynikajících organizací, jejichž cílem je chránit nenarozený život. U nás je to Hnutí Pro život – řídí se heslem: Nesoudíme, pomáháme.

Organizace pomáhá nečekaně těhotným. Připomíná mužům jejich zodpovědnost. Obnovuje společenský respekt k nenarozeným dětem. Snaží se předcházet zbytečným potratům, pomáhá ženám, které se cítí být k potratům nuceny, a těm, které mají po potratu psychické potíže. Podílí se na osvětě a spolupracuje na legislativních změnách (Hnutí Pro život ČR, © 2023).

Také bychom chtěli zmínit společnost Na počátku, která pomáhá těhotným ženám a maminkám s malými dětmi, které ztratily podporu svých blízkých, nemají dlouhodobě vyřešené bydlení nebo jen například s obtížemi dokáží uživit své starší děti a dalšího potomka, kterého neplánovaly. Společnost vznikla, aby mohla doprovázet ženy, které nečekaně otěhotněly a hledají cesty, jak svou situaci vyřešit. Přemýšlejí o potratu nebo je k interrupci tlačí blízcí či okolnosti (Na počátku, © 2021).

Další pomoc se nabízí v adopci. Potrat okrádá rodiny, které na dítě čekají. Adopce je odvážná volba, za niž budou později hluboce vděčné ony i jejich děti (Alcorn, 2011, s. 102). Dle §

22 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí je krajský úřad orgánem sociálně-právní ochrany dětí, který vede samotnou evidenci dětí a evidenci žadatelů vhodných stát se osvojiteli či pěstouny.

V České republice existují i Babyboxy. Slouží ženám, které z jakéhokoli důvodu nemohou nebo nechtějí situaci řešit formálně. Dítě tak má možnost přežít a nalézt novou rodinu. Odloženému děťátku se dostane veškeré zdravotní péče a sociální pomoci. Odložení dítěte do babyboxu není trestné a je zcela anonymní (Babybox, © 2010).

České ženy moc nevyhledávají utajený porod, ale zmiňujeme jej. Výjimky představují většinou ty, které nechtěně otěhotní a propátnou interrupci. Jinak je pro ně umělé přerušování těhotenství jednodušší, než se měsíce skrývat a být bez příjmu. Mnoho žen o možnosti utajeného porodu ani neví. Česká legislativa je přitom propracovaná. Žena má právo požádat o utajený porod v jakékoli porodnici (Cerqueirová, 2017).

Fond ohrožených dětí (FOD) je nevládní nezisková organizace na pomoc ohroženým dětem s pověřením k výkonu sociálně-právní ochrany dětí. Pomáhá týraným, zanedbávaným, zneužívaným, opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem, s působností na celém území České republiky. Vznikl dne 2. dubna 1990 z iniciativy pěstounů a osvojitelů. V současné době provozuje 15 zařízení s kapacitou 322 míst (Brno, Dlouhá Loučka, Dolní Benešov, Hostivice, Chomutov, Janovice nad Úhlavou, Litoměřice-Alšova, Olomouc-Peřinova, Pardubice, Praha 4, Praha 8, Praha 10, Teplice, Ústí nad Labem, Žatec) (Fond ohrožených dětí, ©2012- 2023).

Velice často mají matky nedostačující informace o tom, jaké možnosti finanční, materiální pomoci nebo pomoci prostřednictvím služeb, stát nabízí a čím by tedy mohly svou nepříznivou životní situaci zlepšit. Jak uvádí Krebs (2010, s. 175 – 177) jedná se o systém sociálního zabezpečení, který je součástí sociální politiky každého státu a je tedy prostředkem k realizaci daných úkolů a cílů. Sociální pracovník může tedy ženu informovat o této základní podpoře, kterou stát nabízí - na jaké dávky, podporu a služby má ze zákona v rámci jednotlivých systémů sociálního zabezpečení nárok. Formu sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Těhotná žena by mohla využít služby základního a odborného poradenství. V rámci služeb sociální prevence by mohla také využít služeb Azylových domů a to v případě ztráty bydlení. Taktéž může využít telefonickou krizovou pomoc, intervenční centra nebo sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (Zákony pro lidi, ©2010- 2023).

Těhotným ženám, které se cítí být tlačeny k potratu, bychom měli projevat lásku a péči. S láskou bychom měli přistupovat i k ženám, které již z jakéhokoliv důvodu potrat

podstoupily, a měli bychom dělat vše proto, aby se z tohoto traumatu zotavily (Alcorn, 2011, s. 20).

Mučivá trýzeň nechtěného těhotenství představuje závažnou životní křižovatku, při jejímž přechodu žena potřebuje pomocnou ruku a chápající pomoc bližních. Potrat pak představuje určité řešení, které nemusí být optimální, v mnoha případech se však toto řešení jeví jako jediné možné (Pekárková a kol., 2000, s. 11).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Sociální pedagogika je obor, věda, která pracuje s lidmi a pro lidi. Proto by se měla otázkou interrupce zabývat.

Dle Krause (2008, s. 65) je sociální pedagogika vědní obor transdisciplinární povahy, který se zaměřuje na roli prostředí ve výchově, na zvládnání životních situací bez ohledu na věk ve smyslu napomáhání v souladu potřeb jedince a společnosti, na utváření optimálního životního způsobu. Všichni žijeme v nějakém vztahu a otázky života a smrti jsou rozvratné pro celou společnost. Interrupce je stále neutuchající téma. Přibývá států, kde souhlasí s umělým ukončením těhotenství.

My jsme se rozhodli zabývat v této práci postoji k umělému ukončení těhotenství v kontextu výchovy z pohledu dvou generací. Dle psychologa Nakonečného (2020, s. 271) postoj vyjadřuje vztah k nějaké hodnotě. Postojem individua vůči nějaké věci chápeme jeho predispozici vůči této věci jednat, vnímat, myslet a cítit. Mít vůči něčemu postoj znamená zaujmout vůči nějakému objektu, jímž může být cokoli (věc, událost, idea, bytost apod.), hodnotící stanovisko. A z pohledu sociálního pracovníka jsme se právě rozhodli zkoumat zvolený problém.

Praktická část je věnována výzkumnému šetření. V projektu výzkumu je vymezen hlavní výzkumný problém, cíl výzkumu a dílčí cíle. Dále uvádíme výzkumný vzorek a metodu výzkumu, kterou jsme použili pro sběr dat. Závěr praktické části je věnován analýze a interpretaci zjištěných dat, diskusi a doporučení pro praxi.

5.1 Výzkumný problém

Praktická část diplomové práce zkoumá popisný výzkumný problém. „Deskriptivní (popisné) výzkumné problémy obvykle hledají odpověď na otázku „jaké to je?“. Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu.“ (Gavora, 2010, s. 56)

Hlavní výzkumný problém byl stanoven:

Zda a jaké jsou rozdíly v postojích a informovanosti u osob mladé dospělosti a pravého stáří k interrupci?

5.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem je zjistit kognitivní, emotivní a konativní složku postojů respondentek dvou generací k interrupci.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda jsou respondentky dostatečně informovány o problematice interrupce.
(4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 23)
2. Zjistit, jaké emoce vyvolává pojem interrupce u respondentek.
(17, 18, 19)
3. Zjistit, jaké tendence k jednání projevují respondentky při konfrontaci s problematikou interrupce. (10, 12, 15, 20, 21, 22, 24)

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaká je kognitivní složka respondentek obou věkových skupin o problematice interrupce?
2. Jaké emoce vyvolává pojem interrupce (umělé ukončení těhotenství) u respondentek mladé dospělosti a pravého stáří?
3. Jakou konativní složku vyjadřují respondentky vůči interrupci?

Podle Vágnerové: (2007, s. 291) „postoj vyjadřuje vztah k určité oblasti reality, a proto ovlivňuje způsob, jakým ji člověk vnímá a hodnotí, jaké v něm vyvolává emoce, jaký pro něj má význam a smysl a jak na ni bude s největší pravděpodobností reagovat.“

5.3 Formulace výzkumných hypotéz

„Hypotézy tvoří jádro klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumů. Hypotéza je tvrzení, které je vyjádřeno oznamovací větou. Hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými. Proto musí být hypotéza vždy formulována jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích. Hypotézu musí být možno empiricky ověřovat. Proměnné, které v hypotéze vystupují, musí být měřitelné“ (Chrásková, 2007, s. 17-18).

Tyto hypotézy byly stanoveny na základě teoretické části. Funkce postojů od M. Vágnerové. Dále se opíráme ke stanovení následujících hypotéz o nastudovanou literaturu od autorů jako

je psycholožka Kateřina Thorová (vývojová psychologie), historička Milena Lenderová (ženy v českých zemích) či MUDr. Daniela Driáka.

1H0: Kognitivní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je stejná.

1HA: Kognitivní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je rozdílná.

2H0: Emoční složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je stejná.

2HA: Emoční složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je rozdílná.

3H0: Konativní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je stejná.

3HA: Konativní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je rozdílná.

5.4 Výzkumný vzorek

Vzorek respondentek byl vybrán cíleně. Pro účel praktické části byl věk vymezený dle Vágnerové období mladé dospělosti 20 - 35 let a období pravého stáří po 75. roce.

Mnohé ženy, které se věnovaly převážně vlastnímu profesnímu rozvoji, chápou dosažení 30 let jako dobu, kdy je třeba rozhodnout, zda se chtějí stát matkami, nebo ne. Delší odkládání může spíše vést k rezignaci rodičovské role (Vágnerová, 2004, s. 361).

Výzkumný vzorek byl tvořen ženami ze Zlínského kraje.

5.5 Metody výzkumu

Pro naši práci jsme zvolili sběr dat pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je dle Chrásky: (2007, s. 163) „souborem předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ Výhodou dotazníku je poměrně rychlé shromáždění dat od velkého počtu respondentů. Má i své nevýhody, mezi které můžeme zařadit menší pružnost, kdy nelze klást doplňující otázky nebo některé otázky nemusí být dostatečně srozumitelné všem. Informace z dotazníkového šetření mohou být zkreslující, jestliže dotazované osoby odpovídaly z

neznalosti, zdvořilosti, z nudy, z předstírání nebo nechtějí informovat o svých skutečných názorech a pocitech, a to i v případech kdy dotazník je anonymní.

Dotazník byl vytvořen na základě teoretické části. Obsahuje 24 položek (uzavřené a polouzavřené). Polouzavřené otázky v dotazníku nabízí i otevřené možnosti otázky – jiná. Uzavřené otázky nabízí hotové alternativní odpovědi, kde dotazovaný označí subjektivní odpověď. První 3 položky jsou demografické.

5.6 Předvýzkum

Před samotným výzkumem jsme provedli předvýzkum. Díky němuž jsme chtěli zjistit, zda položené otázky v dotazníku jsou srozumitelné a vhodné. Pedagog Peter Gavora (2010, s. 84) předvýzkum označuje jako fázi, kdy se ověřuje funkčnost výzkumného nástroje na malém souboru.

Dotazník byl rozdán 10 respondentkám (5 mladé dospělosti a 5 pravé stáří). Některé položky se musely gramaticky upravit. U seniorů jsem podcenila jejich fyzickou schopnost, a tudíž jsem některým musela položky předčítat. Tímto způsobem se prodloužil sběr dotazníků. Také jsem měla pozitivní ohlasy na dotazník. Respondentky pravého stáří bavilo dotazník vyplňovat, pro některé byl zajímavý. Ty, s nimiž jsem dotazník vyplňovala osobně, se rozmluvily více o svém životě, což bylo zajímavé, ale časově náročné.

5.7 Zpracování výsledků šetření

Údaje získané anonymním dotazníkovým šetřením jsou prezentovány procentuálně v grafech a v tabulkách v programu Microsoft Excel. Pro stanovenou hypotézu jsme využili metodu test nezávislosti chí-kvadrát. V našem výzkumu postupujeme dle metodologických východisek Miroslava Chráskey (2007). Údaje, jež znázorňují odpovědi všech respondentů podle věkové kategorie, doplňujeme vlastním komentářem. Ke konečnému zpracování a vyhodnocení bylo použito 102 dotazníků, přičemž mladou dospělost tvořilo 51 dotazníků a pravé stáří též 51 dotazníků.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

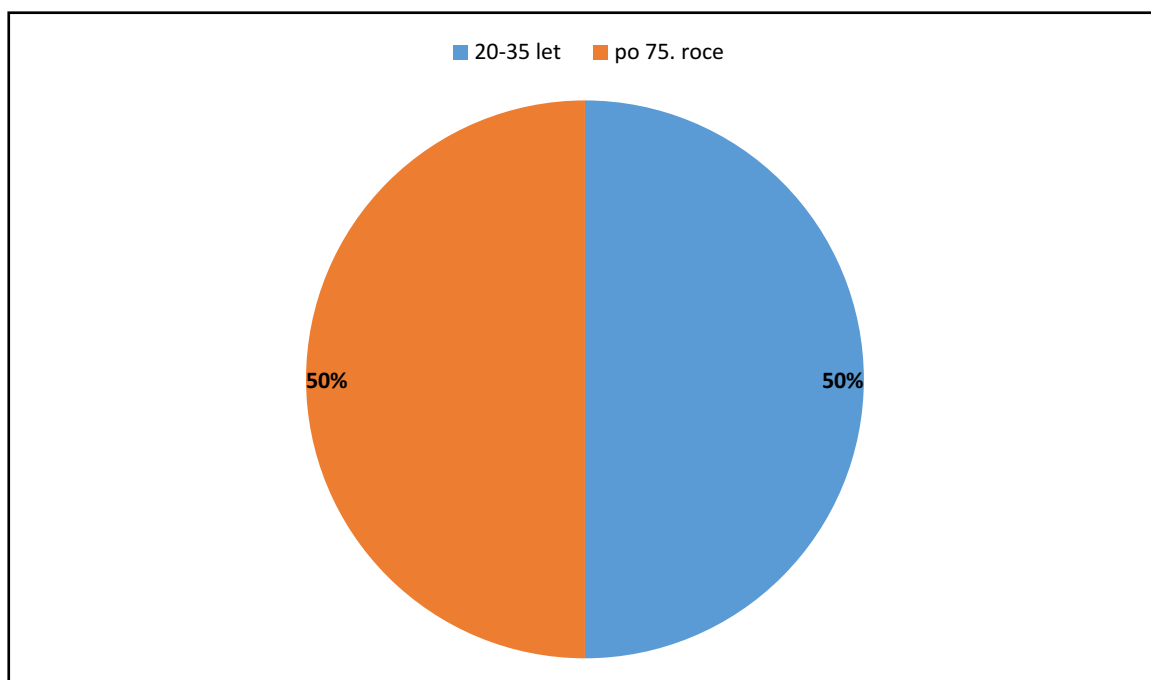
Pro vyhodnocení dat byla použita čárkovací metoda. Jak je výše zmíněno pro vyhodnocení položek, jsme použili grafické znázornění pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Excel, který je pro tento typ práce nejpraktičtější a nejpřehlednější. Výsledky jsou doplněny slovním popisem a vlastním komentářem.

Bylo rozdáno 102 dotazníků a všech 102 dotazníků se vrátilo. Následně budeme analyzovat výsledky každé položky v dotazníku zvlášť. Uvádíme zde vždy přesné znění položky v dotazníku, který byl respondentkám předložen.

6.1 Vyhodnocení dotazníku

Položka č. 1: Věk

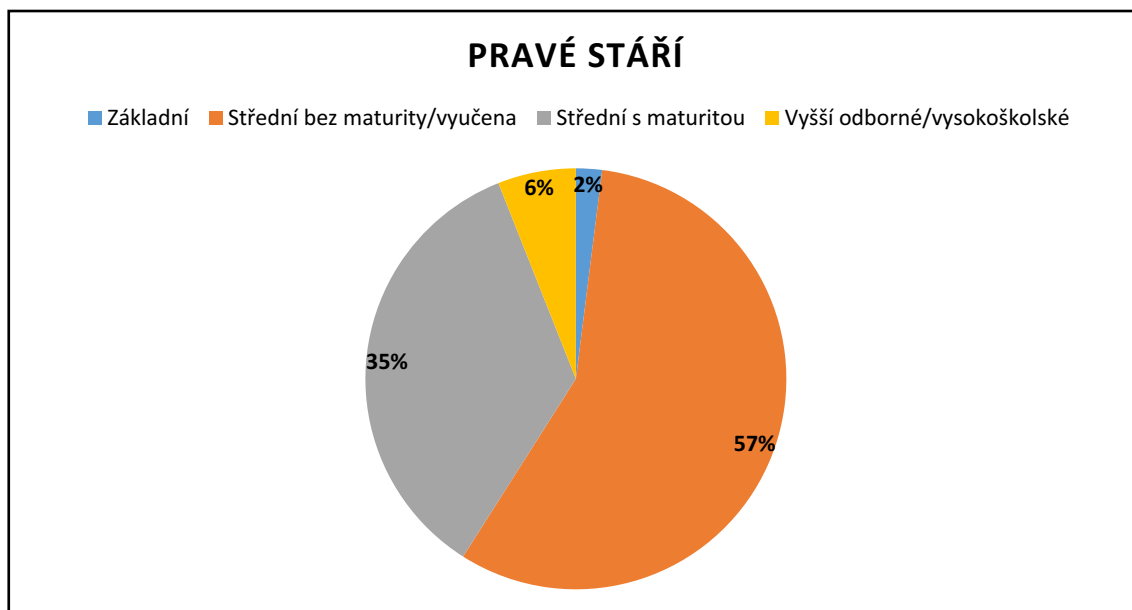
Graf č. 1: Věk



Bylo potřeba zjistit věk dotazovaných vzhledem k hlavnímu cíli, kde srovnáváme postoje dvou generací k interrupci. Mladou dospělost (20-35 let) tvořilo 51 respondentek (tj. 50%) a pravé stáří (po 75. roce) též tvořilo 51 respondentek (tj. 50%).

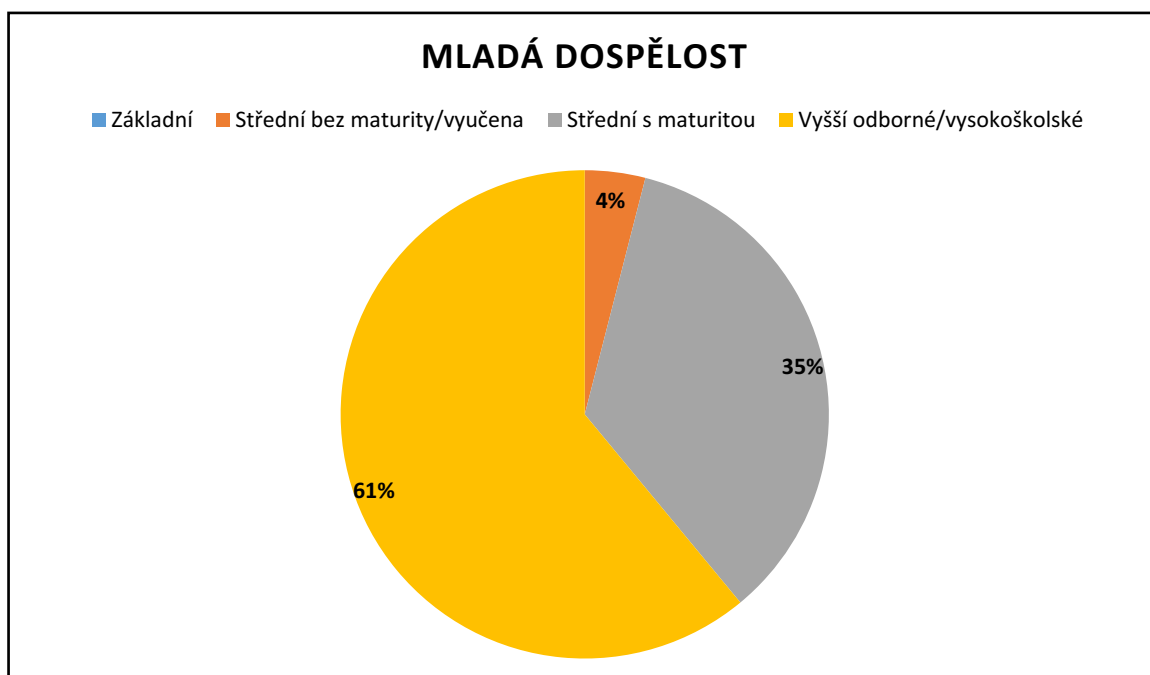
Položka č. 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání – pravé stáří



Položkou č. 2 a zároveň č. 3 můžeme porovnat nejen postoje k interrupci, ale i k mateřství. Pouze 1 dotazovaná respondentka (tj. 2%) má základní vzdělání. Nejvíce respondentek 29 (tj. 57%) má výuční list, což se dalo předvídat. Nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou má 18 respondentek (tj. 35%) a 3 (tj. 6%) vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání.

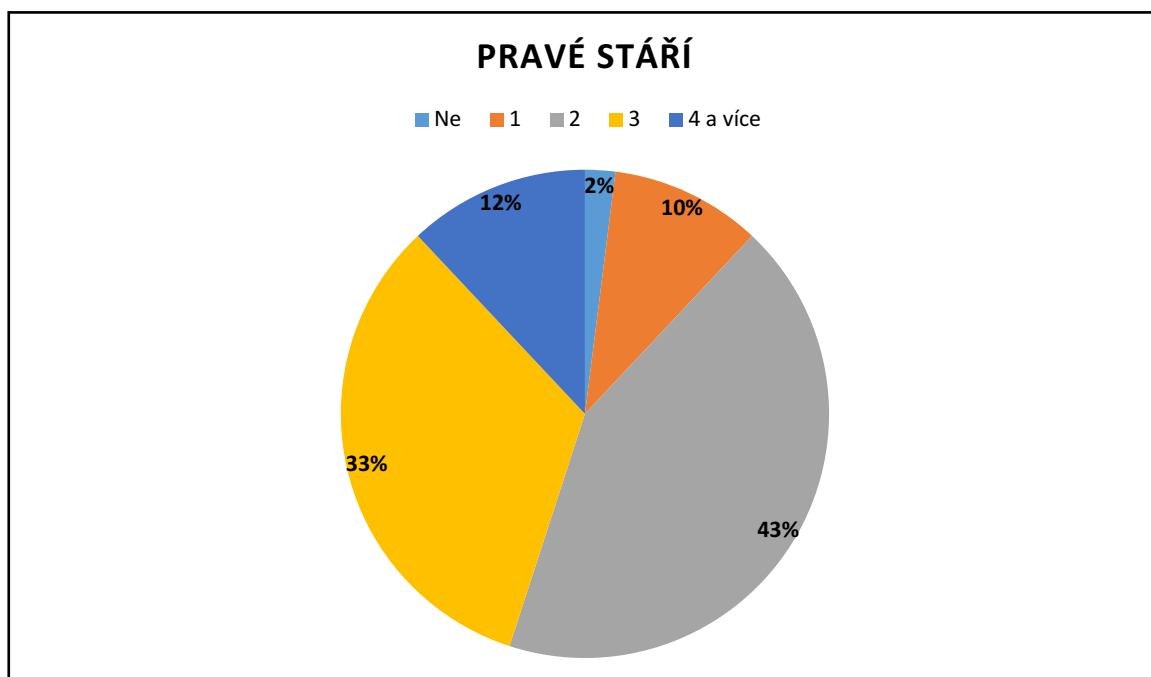
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání – mladá dospělost



Žádná dotazovaná respondentka mladé dospělosti nemá základní vzdělání. Pouze 2 (tj. 4%) mají střední vzdělání bez maturity. 18 respondentek (tj. 35%) uvedlo střední s maturitou a oproti pravému stáří u mladé dospělosti vede vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání, což je 31 (tj. 61%) respondentek.

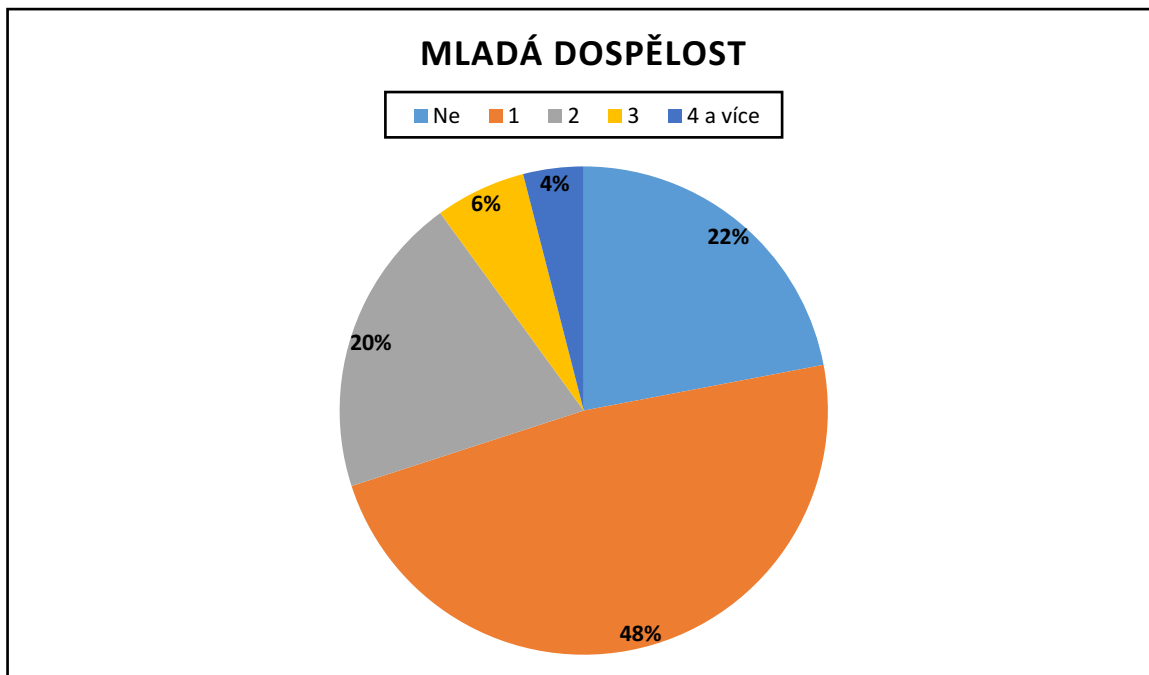
Položka č. 3: Máte děti?

Graf č. 4: Počet dětí – pravé stáří



Jen 1 (tj. 2%) respondentka uvedla, že nemá děti. 5 (tj. 10%) respondentek má jedno dítě. Nejvíce dotazovaných 22 (tj. 43%) uvedlo, že má 2 děti, 17 respondentek (tj. 33%) má tři děti a 6 (tj. 12%) má čtyři a více dětí.

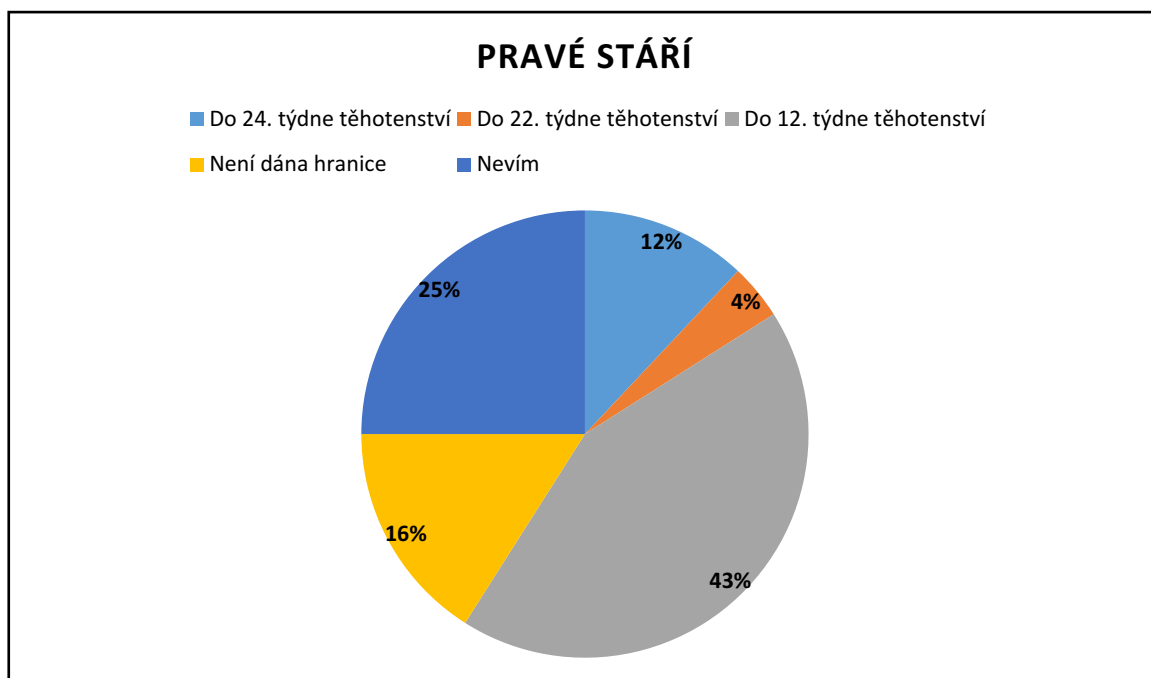
Graf č. 5: Počet dětí – mladá dospělost



Mezi mladou dospělostí je 11 (tj. 22%) respondentek bezdětných, nejvíce 25 (tj. 48%) má jedno dítě, 10 (tj. 20%) respondentek má dvě děti, 3 (tj. 6%) uvedlo, že má tři děti a jen 2 (tj. 4%) má 4 a více dětí.

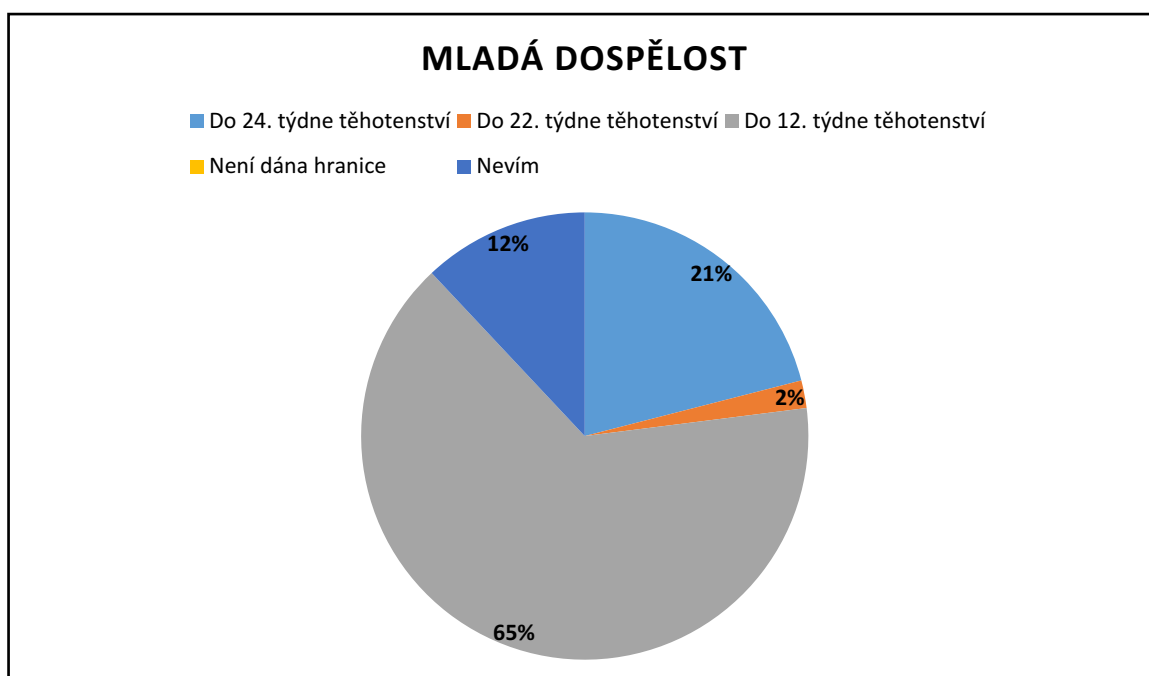
Položka č. 4: Víte, jaká je hranice k umělému ukončení těhotenství na žádost ženy?

Graf č. 6: Znalost hranice k umělému ukončení těhotenství – pravé stáří



Zákon č. 66/1986 Sb. Zákon České národní rady o umělém přerušení těhotenství upravuje umělé přerušení těhotenství, se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění. Cílem bylo zjistit, zda respondentky znají horní hranici pro podstoupení UUT z osobních důvodů. 6 (tj. 12%) respondentek odpovědělo do 24. týdne, což je pouze z lékařské indikace, 2 (tj. 4%) odpověděly do 22. týdne. Nejvíce a to správně do 12. týdne odpovědělo 22 (tj. 43%) respondentek. 8 (tj. 16%) si myslí, že není dána hranice a 13 (tj. 25%) nezná hranici k umělému ukončení těhotenství na žádost ženy.

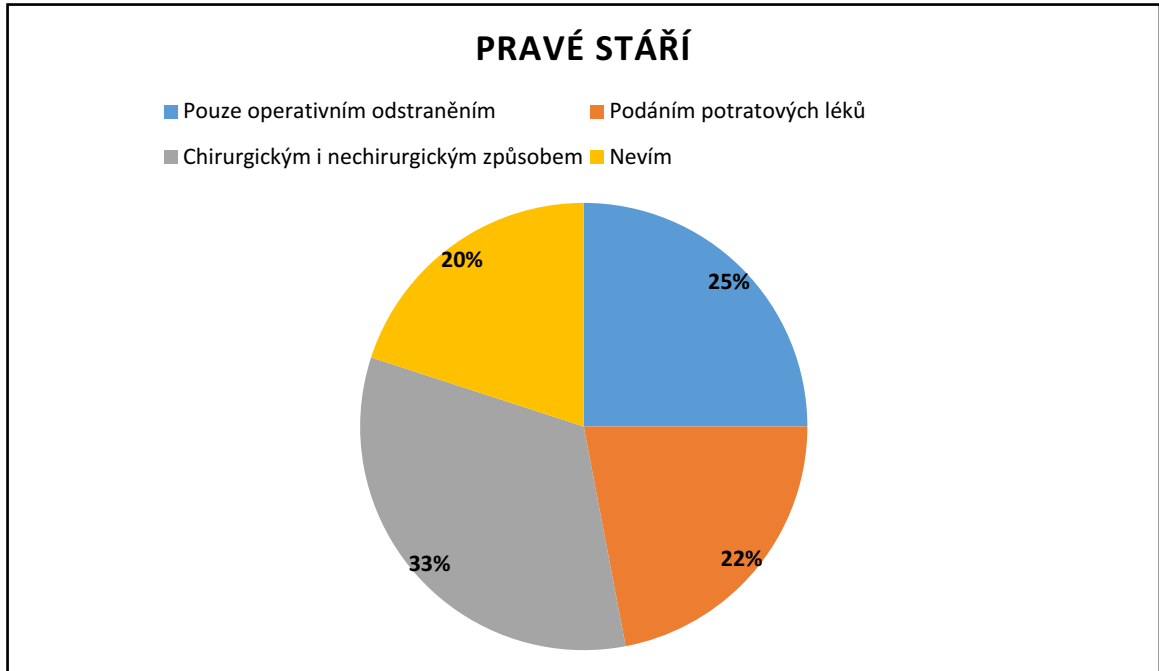
Graf č. 7: Znalost hranice k umělému ukončení těhotenství – mladá dospělost



11 (tj. 22%) respondentek označilo UUT na žádost ženy do 24. týdne, což je víc, než označilo pravé stáří a je to špatně. 1 (tj. 2%) uvedla do 22. týdne, správně a to nejvíce z mladé dospělosti odpovědělo 33 (tj. 65%) respondentek do 12. týdne těhotenství. Žádná si nemyslí, že není dána hranice a 6 (tj. 12%) nezná hranici k umělému ukončení těhotenství na žádost ženy.

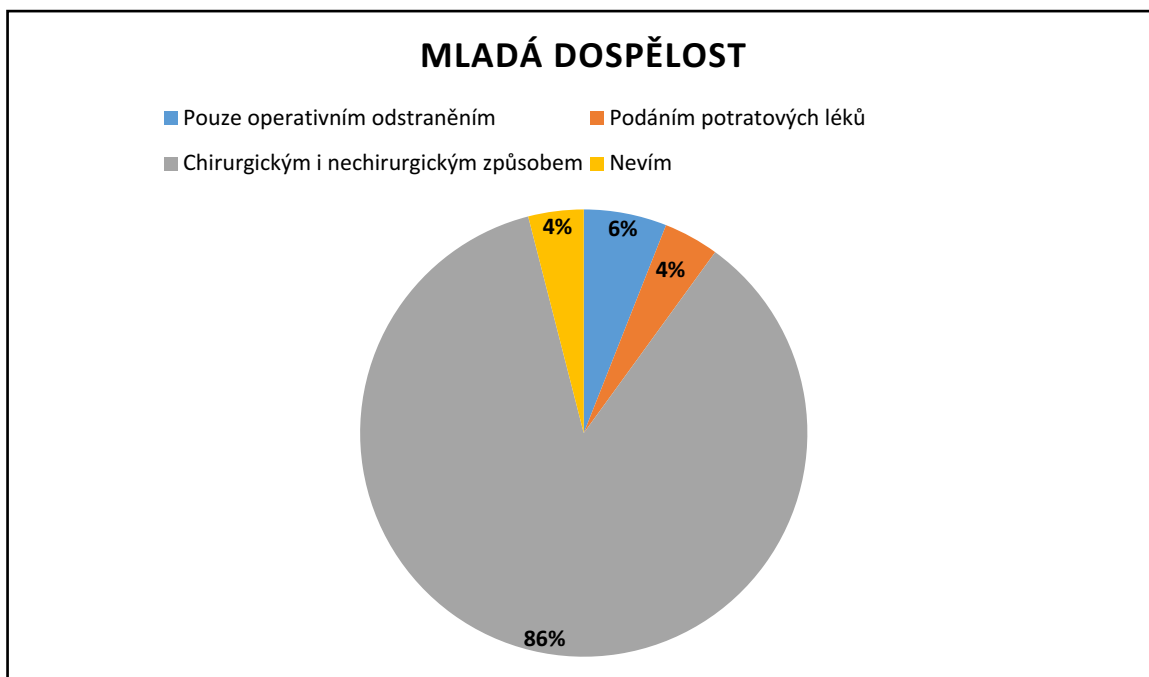
Položka č. 5: Z následujícího seznamu způsobů provedení interrupce, prosím, vyberte ten, kterým se podle vás provádí.

Graf č. 8: Způsoby provádění interrupce – pravé stáří



Položkou zjišťujeme, zda respondentky znají způsob provádění interrupce, jež zmiňujeme v teoretické části. 13 (tj. 25%) si myslí, že interrupci lze provést pouze operativním způsobem. 11 (tj. 22%) uvedlo podáním potratových léků, 17 (tj. 33%) správně uvedlo chirurgickým i nechirurgickým (medikamentózním) způsobem. 10 (tj. 20%) nezná způsob provedení interrupce.

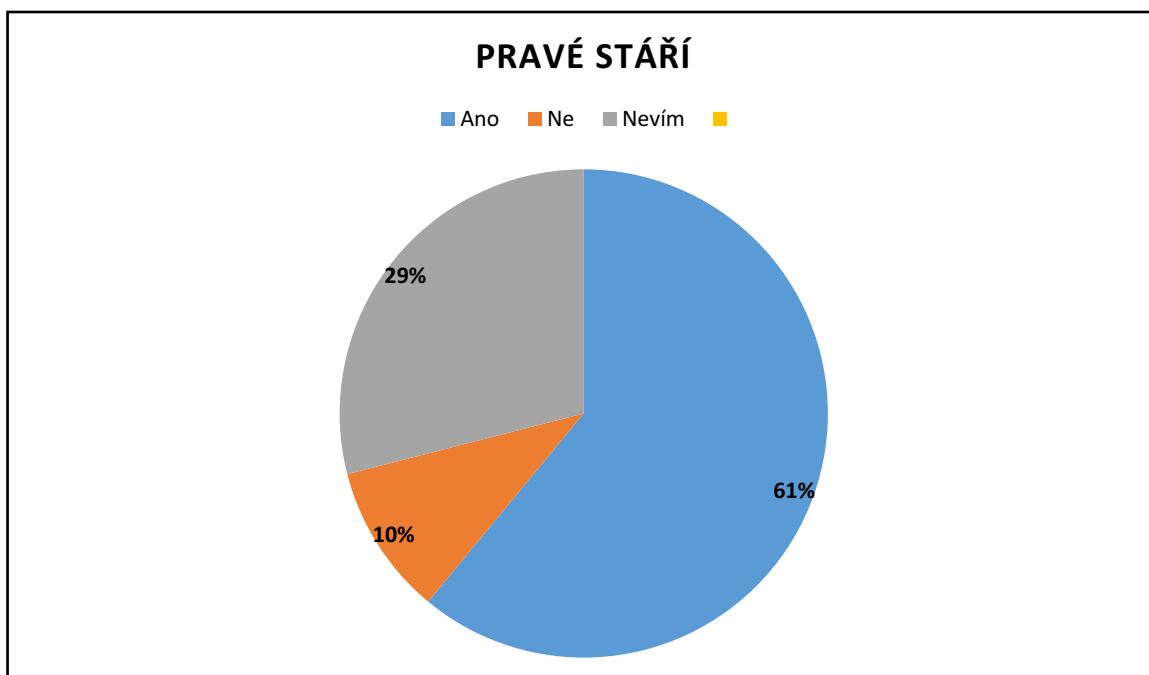
Graf č. 9: Způsoby provádění interrupce – mladá dospělost



Z mladá dospělosti, oproti respondentkám pravého stáří odpověděly 3 (tj. 6%) pouze operativním odstraněním. 2 (tj. 4%) odpověděly podáním potratových léků. Správně odpovědělo 44 (tj. 86%) respondentek, což je více jak polovina. 2 (tj. 4%) nezná způsoby provádění interrupce.

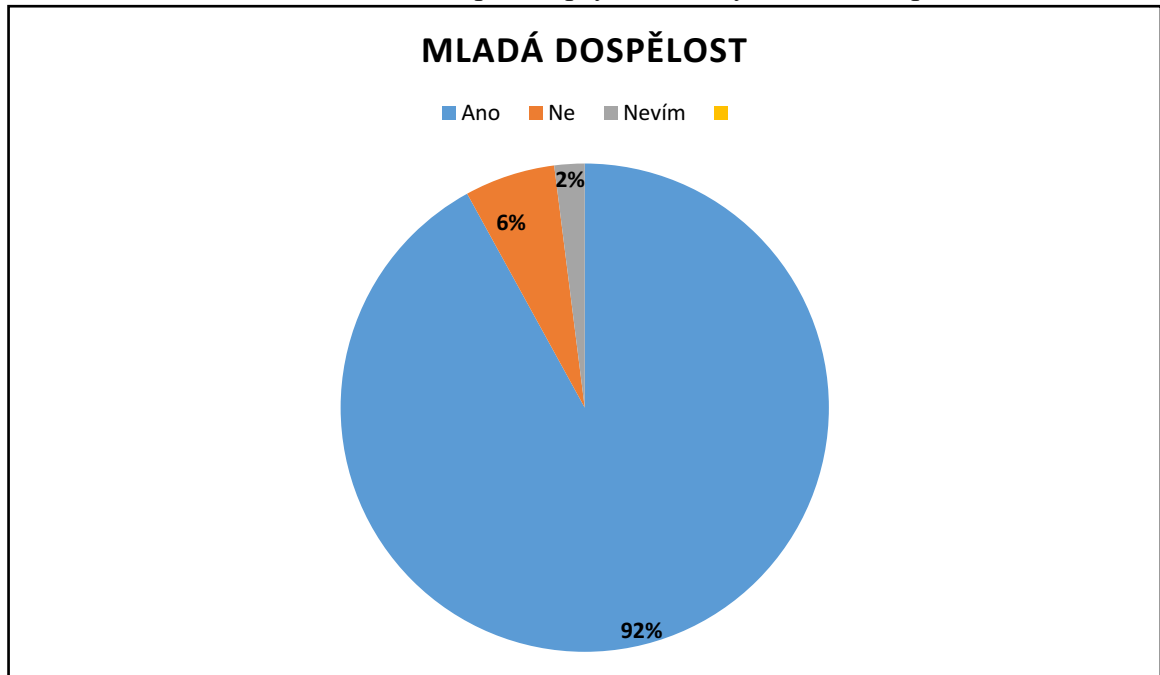
Položka č. 6: Myslíte si, že má interrupce vliv na psychiku ženy?

Graf č. 10: Vliv interrupce na psychiku ženy – pravé stáří



Položkou, stejně jako předešlou, zjišťujeme znalost ohledně interrupce. 31 (tj. 61%) respondentek si myslí, že UUT má vliv na psychiku ženy. 5 (tj. 10%) si nemyslí, že to má vliv na psychiku ženy a 15 (tj. 29%) neví, zda interrupce má vliv na psychiku ženy.

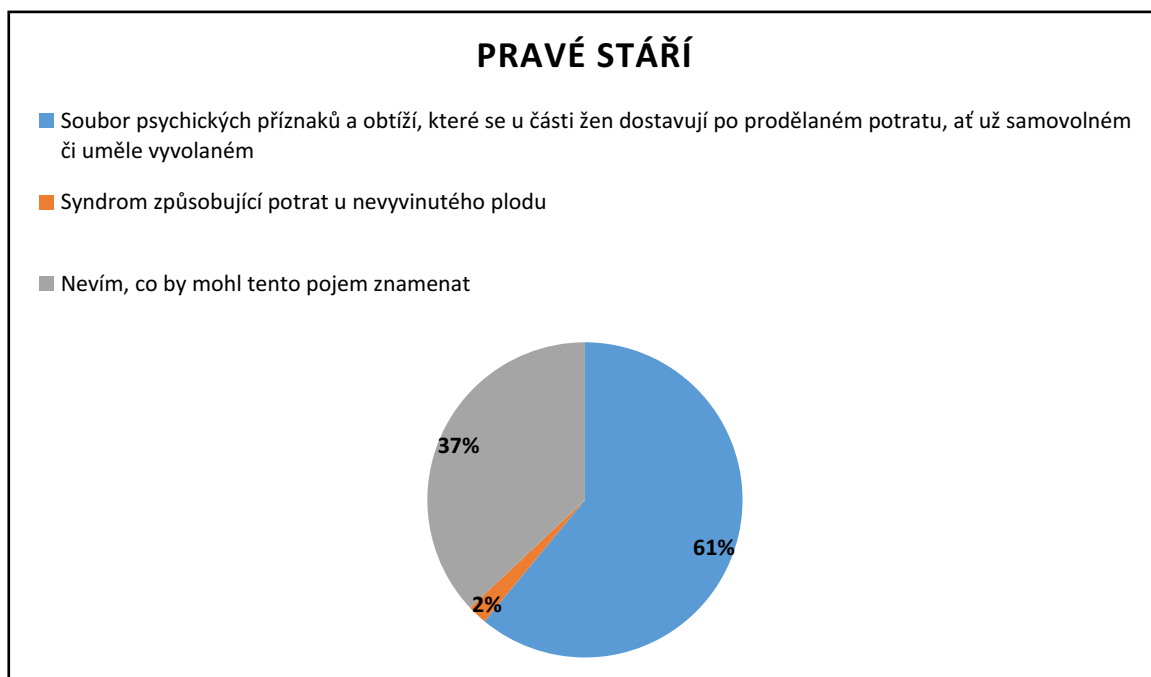
Graf č. 11: Vliv interrupce na psychiku ženy – mladá dospělost



47 (tj. 92%), což jsou skoro všechny tázané ženy, odpověděly, že interrupce má vliv na psychiku ženy. 3 (tj. 6%) si to nemyslí a 1 (tj. 2%) nevěděla.

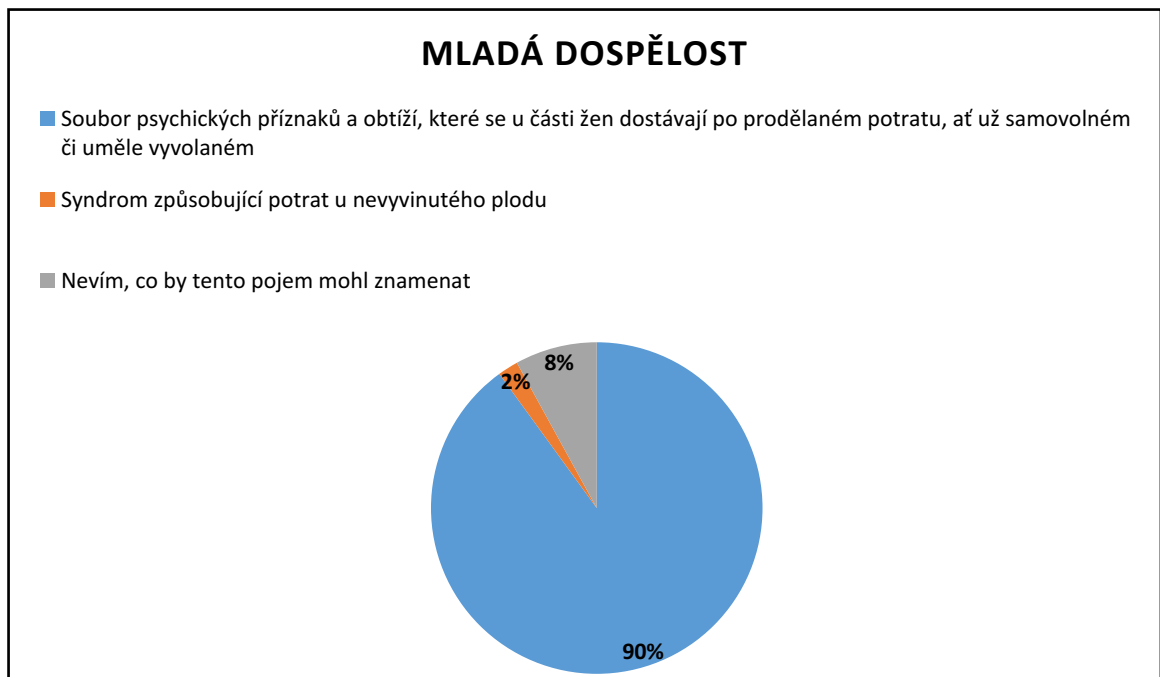
Položka č. 7: Víte, co znamená pojem postabortivní (postinterrupční) syndrom?

Graf č. 12: Význam postabortivního (postinterrupčního) syndromu – pravé stáří



Položka č. 7 navazuje na předešlou, kde se ptáme na psychiku ženy. Nyní nás zajímá význam postabortivního syndromu. 31 (tj. 61%) což je více jak polovina respondentek, správně odpovědělo, že je to soubor psychických příznaků a obtíží, které se u části žen dostávají po prodělaném potratu, ať už samovolném či uměle vyvolaném. 1 (tj. 2%) si myslí, že se jedná o syndrom způsobující potrat u nevyvinutého plodu. 19 (tj. 37%) nezná tento pojem.

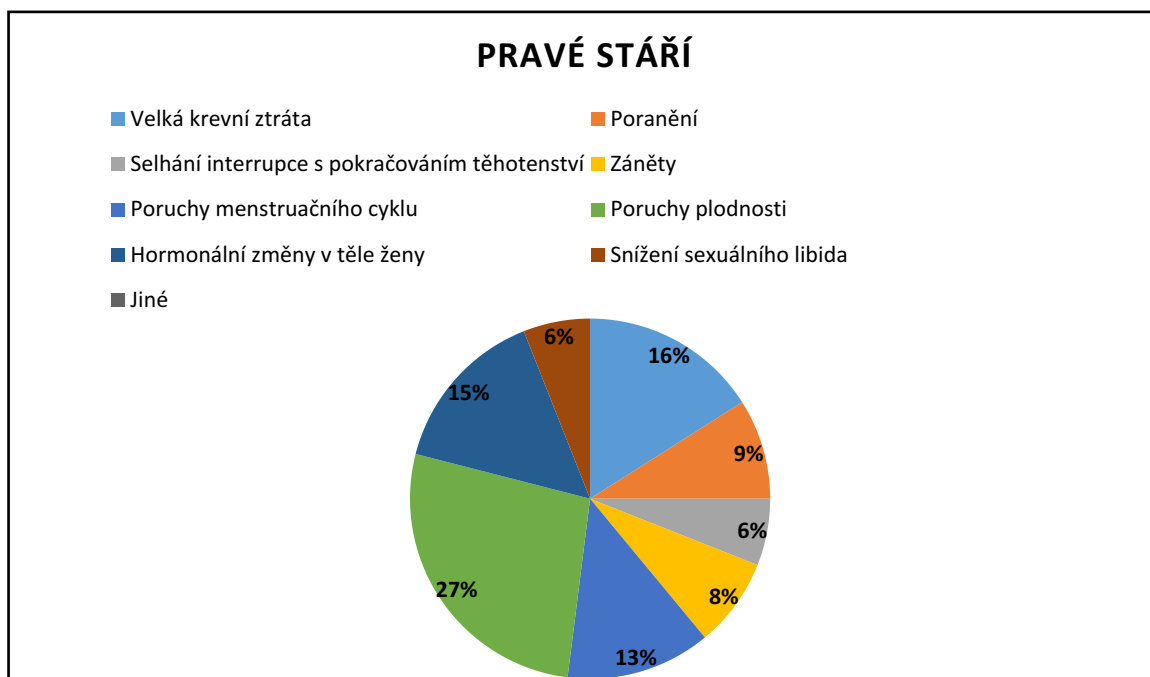
Graf č. 13: Význam postabortivního (postinterrupčního) syndromu – mladá dospělost



46 (tj. 90%) respondentek mladá dospělosti správně odpovědělo, co znamená postabortivní syndrom. 1 (2%) respondentka, stejně jako u pravého stáří, odpověděla, že se jedná o syndrom způsobující potrat u nevyvinutého plodu a 4 (tj. 8%) uvedly, že neví, co by tento pojem mohl znamenat.

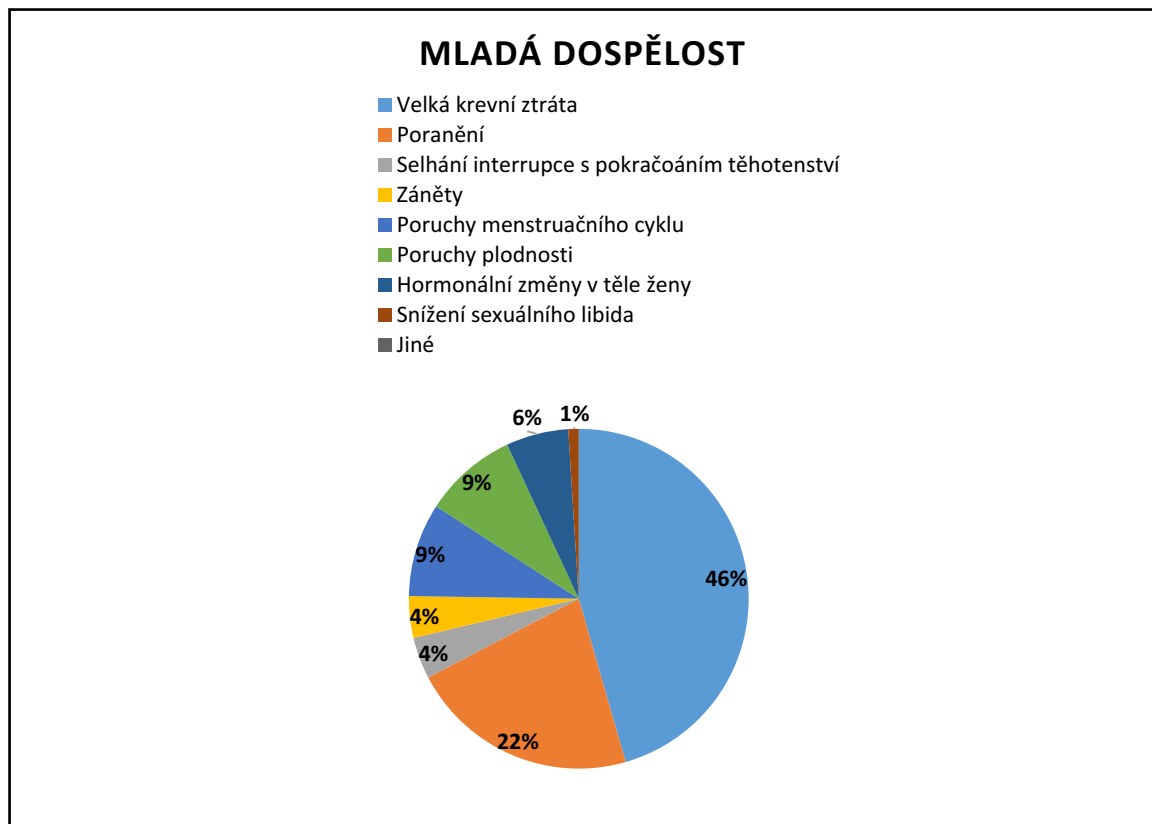
Položka č. 8: Jaká znáte rizika interrupce? (můžete označit více možností)

Graf č. 14: Rizika interrupce – pravé stáří



Položkou jsme chtěli zmapovat informovanost žen o rizicích interrupce. Mohly označit více možností. Nejvíce respondentek pravého stáří 17 (tj. 27%) označilo poruchy plodnosti. 10 (tj. 16%) vybralo velkou krevní ztrátu a hormonální změny v těle ženy. 8 (tj. 13%) respondentek označilo mezi další rizika poruchy menstruačního cyklu, 6 (tj. 9%) poranění – rupturu děložního hrdla, perforace děložní stěny, 5 (tj. 8%) vznik zánětů, 4 (tj. 6%) zvolilo selhání interrupce s pokračováním těhotenství a taktéž snížení sexuálního libida. Respondentky měly na výběr i otevřenou odpověď jiné, na kterou žádná neodpověděla.

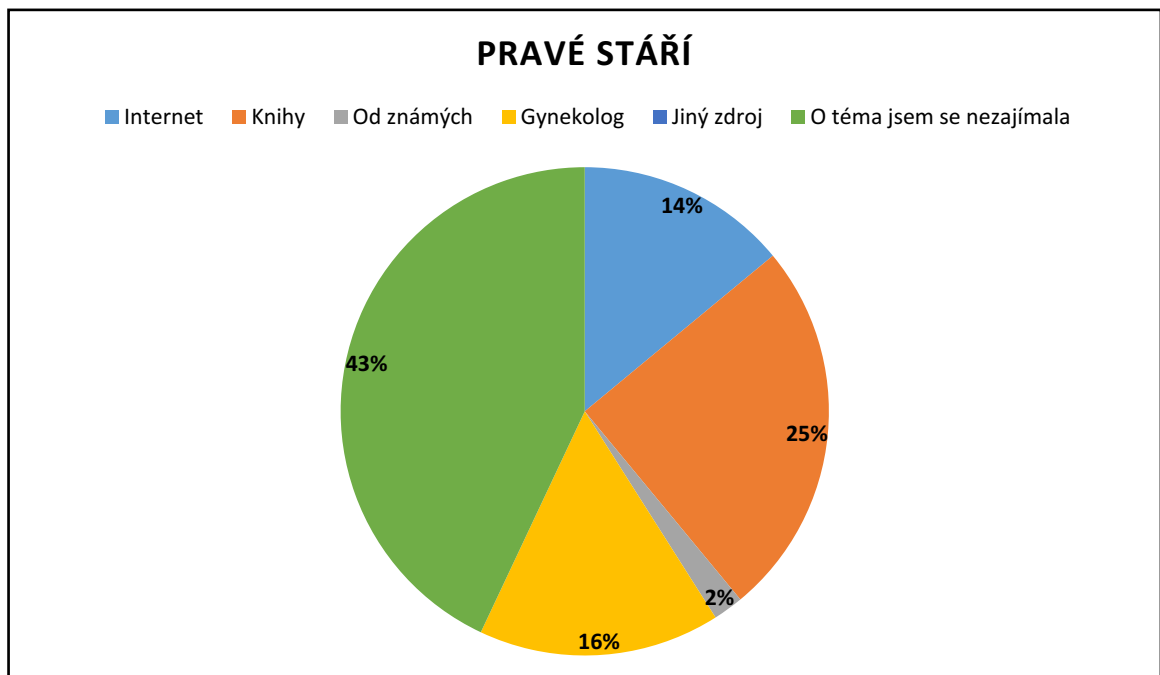
Graf č. 15: Rizika interrupce – mladá dospělost



Respondentky mladé dospělosti nejvíce volilo riziko interrupce velkou krevní ztrátou a to 37 (tj. 46%). Dále 18 (tj. 22%) respondentek vybralo poranění. 7 (tj. 9%) mezi rizika zařadilo poruchy menstruačního cyklu a poruchy plodnosti. 5 (tj. 6%) si myslí, že interrupce může způsobit hormonální změny v těle ženy. 3 (tj. 4%) respondentky zvolilo selhání interrupce s pokračováním těhotenstvím a záněty. 1 (tj. 1%) respondentka zvolila snížení sexuálního libida. Na otevřenou odpověď stejně jako u pravého stáří, žádná žena neodpověděla.

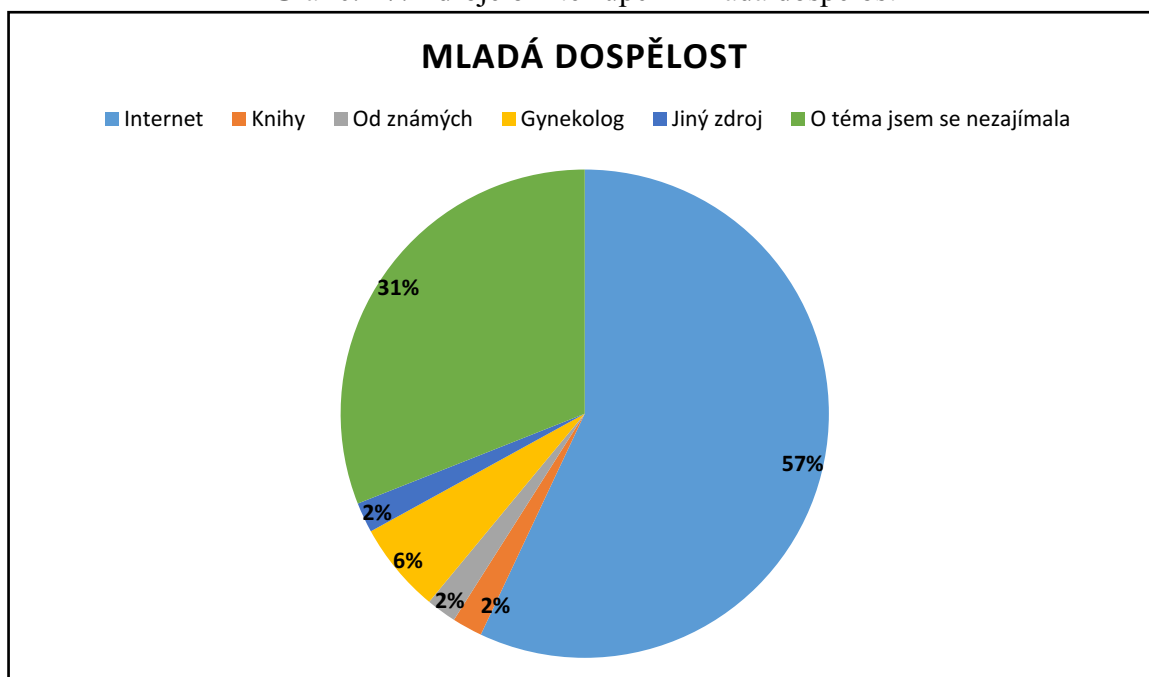
Položka č. 9: Pokud jste se zajímala o interrupci, z jakých zdrojů jste čerpala?

Graf č. 16: Zdroje o interrupci – pravé stáří



Položkou zjišťujeme, jak je toto téma pro tazatelky aktuální. Především nás zajímalo, odkud získávají informace. Problematika umělého přerušení těhotenství, v historické terminologii „vyhnání plodu“, provází lidstvo od nejstarších dob. Zajímalo nás, zda se ženy samy aktivně zajímají o toto náročné téma. 7 (tj. 14%) respondentek čerpalo z internetu. 13 (tj. 25%) z knih, 1 (tj. 2%) respondentka od známých, 8 (tj. 16%) od gynekologa. Nejvíce respondentek 22 (tj. 43%) se o téma nijak aktivně nezajímá. Při možnosti napsat jiný zdroj, žádná neodpověděla.

Graf č. 17: Zdroje o interrupci – mladá dospělost



Z mladé dospělosti 29 (tj. 57%) se zajímá o interrupci a čerpá z internetu. Pouze 1 (tj. 2%) respondentka uvedla, že čerpala z knihy a od známých. 3 (tj. 6%) u gynekologa a 16 (tj. 31%) respondentek se o téma zatím nezajímala. 1 (2%) tázaná uvedla jiný zdroj a to školu.

Položka č. 10: V jakých případech byste povolila umělé ukončení těhotenství? (můžete označit více možností)

Tabulka č. 1: Případy k povolení umělého ukončení těhotenství – pravé stáří

<i>Možnosti k povolení UUT</i>	<i>AČ</i>	<i>RC</i>
Kriminální čin	16	24%
Těhotenství ohrožuje život matky	10	15%
V případě postižení dítěte	24	35%
Nízký věk matky	7	10%
Ekonomické důvody	8	12%
Nemusí být udán důvod	2	3%
V žádném případě nepovolila	1	1%
Jiné	0	0%
Celkem odpovědí	68	100%

Ženy mohou žádat o interrupci z mnoha důvodů, jež reflektují jejich životní situace a problémy. Otázkou vyhledáváme situace, které by tázané vedly k interrupci. Pro lepší orientaci uvádíme tabulku, neboť respondentky mohly uvést více možností. Nejvíce tázaných pravého stáří 24 (tj. 35%) by povolilo UUT v případě postižení dítěte a v závěsu je kriminální čin 16 (tj. 24%). Dále 10 (tj. 15%) respondentek volí těhotenství, které ohrožuje život matky. 8 (tj. 12%) souhlasí s interrupcí pro ekonomické důvody a 7 (tj. 10%) souhlasí s interrupcí kvůli nízkému věku matky. 2 (tj. 3%) respondentky souhlasí s interrupcí bez udání důvodu, 1 (tj. 1%) by interrupci v žádném případě nepovolila a žádná neuvedla jiný důvod kromě těch nabízených.

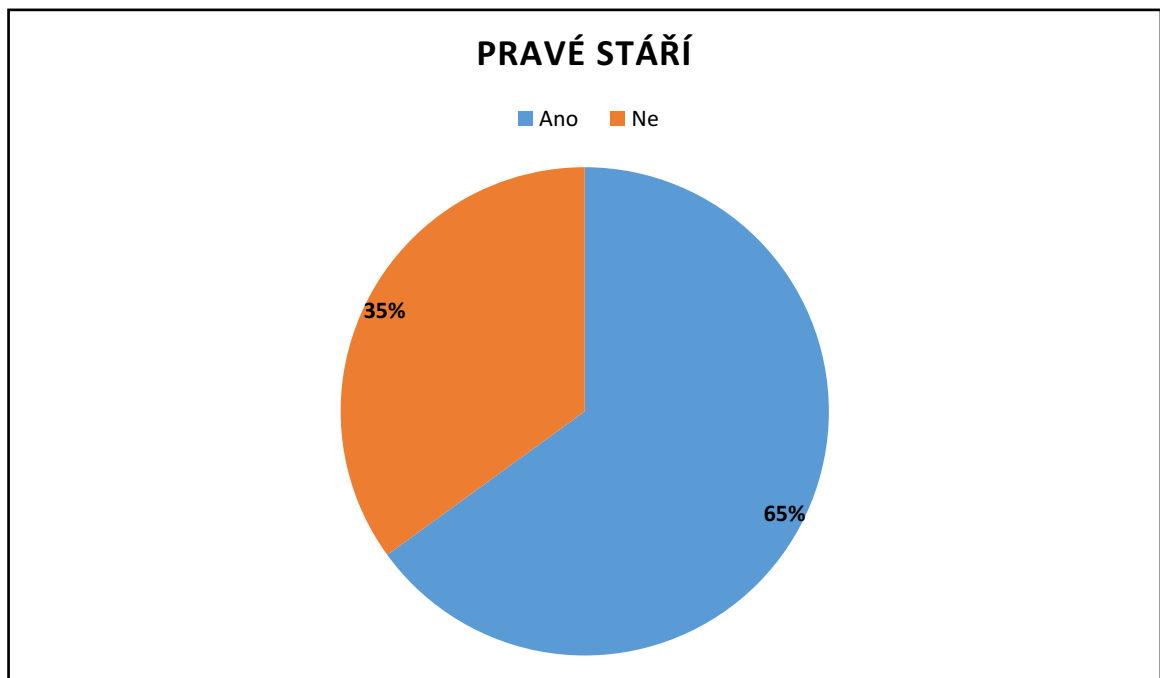
Tabulka č. 2: Případy k povolení umělého ukončení těhotenství – mladá dospělost

<i>Možnosti k povolení UUT</i>	<i>AČ</i>	<i>RČ</i>
Kriminální čin	40	43%
Těhotenství ohrožuje život matky	22	23%
V případě postižení dítěte	24	25%
Nízký věk matky	1	1%
Ekonomické důvody	2	2%
Nemusí být udán důvod	1	1%
V žádném případě nepovolila	5	5%
Jiné	0	0%
Celkem odpovědí	95	100%

U mladé dospělosti 40 (tj. 43%) respondentek souhlasí s UUT, pokud se jedná o kriminální čin. 22 (tj. 23%) souhlasí jakmile těhotenství ohrožuje život matky a 24 (tj. 25%) v případě postižení dítěte. 5 (tj. 5%) by interrupci v žádném případě nepovolila. 2 (tj. 2%) z ekonomických důvodů. Pouze 1 (tj. 1%) označila nízký věk matky a že nemusí být udán důvod. Na možnost jiné, taktéž žádná nic nenapsala.

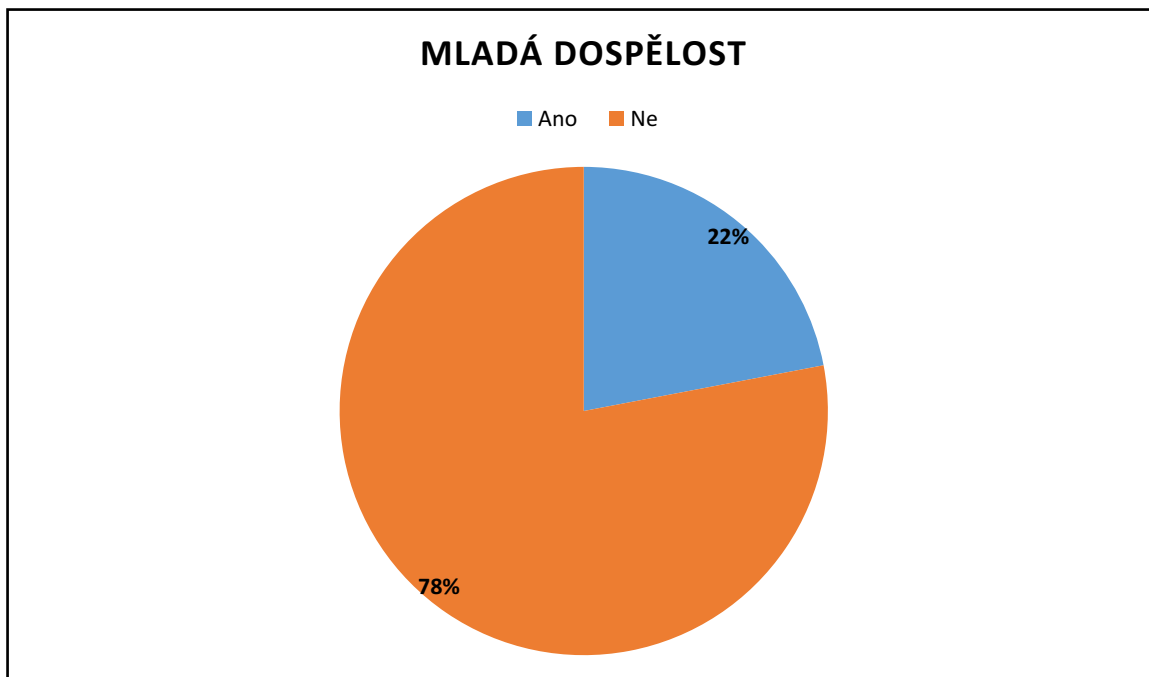
Položka č. 11: Znáte někoho, kdo měl zkušenost s nechtěným otěhotněním?

Graf č. 18: Zkušenost s nechtěným otěhotněním – pravé stáří



Položkou zjišťujeme, zda znají respondentky někoho, kdo řešil nechtěné otěhotnění. Každá žena se nemusí ubírat k interrupci. Pokud odpoví respondentka kladně, navazujeme na další otázku. Více jak polovina respondentek 33 (tj. 65%) zná někoho, kdo má zkušenosti s nechtěným otěhotněním a 18 (tj. 35%) nikoho nezná.

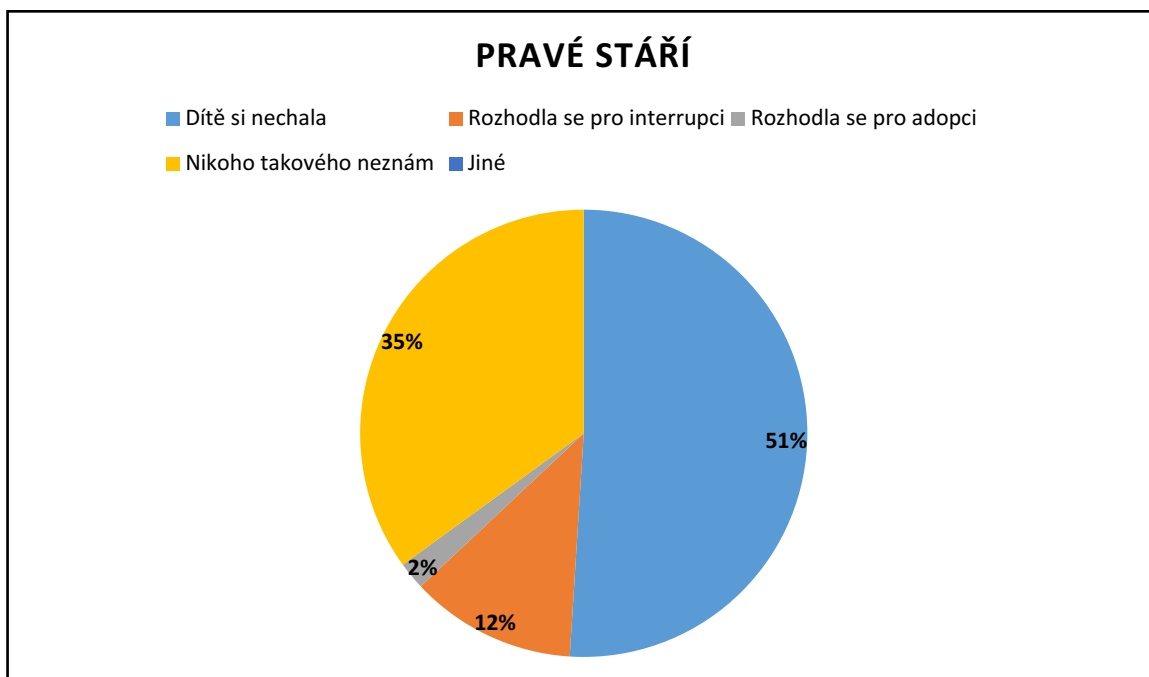
Graf č. 19: Zkušenost s nechtěným otěhotněním – mladá dospělost



Naopak jen 11 (tj. 22%) respondentek mladé dospělosti zná někoho, kdo má zkušenosti s nechtěným otěhotněním a 40 (tj. 78%) nezná.

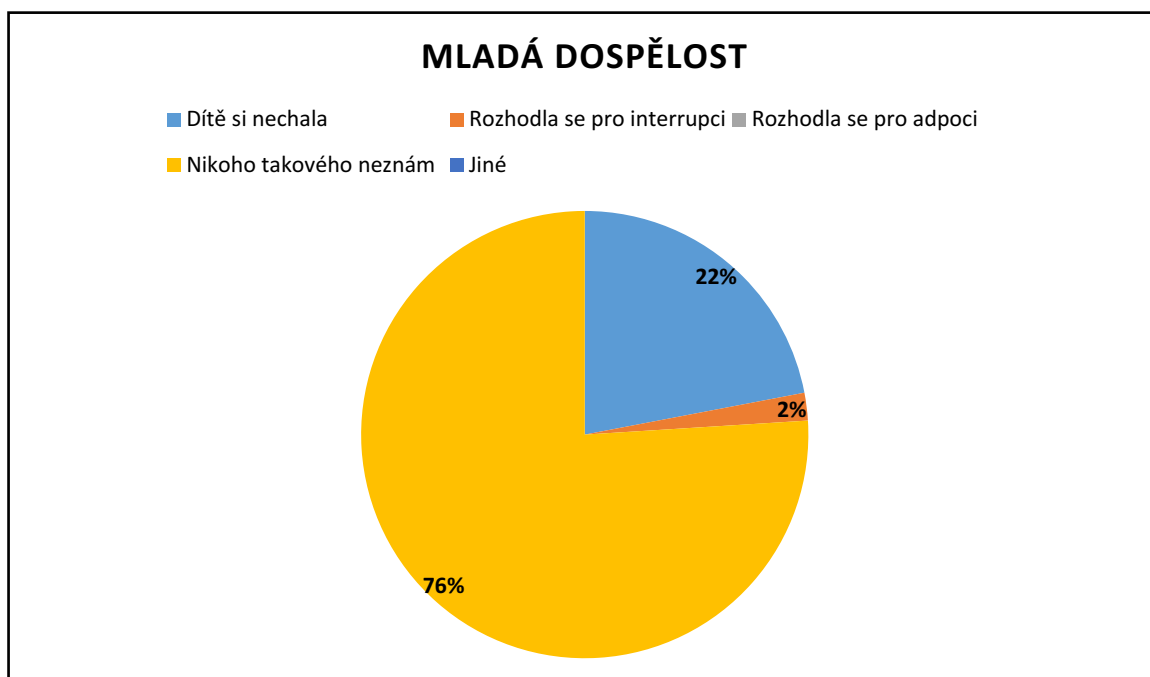
Položka č. 12: Pokud ano, jak se v dané situaci zachovali/a?

Graf č. 20: Postoj k nechtěnému otěhotnění – pravé stáří



Ne každé těhotenství je plánované a ne každá žena začne jásat, když jí doktor oznámí „radostnou“ novinu. Některá těhotenství jsou pouze neplánovaná, jiná přímo nechtěná. Otázkou navazujeme na položku č. 11. Ptáme se, jak se ženy v dané situaci, zřejmě po prvotním šoku z nechtěného těhotenství rozhodly, jaký postoj zaujaly. 26 (tj. 51%) respondentek napsalo, že si daná žena dítě ponechala. 6 (tj. 12%) označilo, že se těhotné ženy rozhodly pro interrupci. 1 (tj. 2%) uvedla, že se rozhodla pro interrupci a 18 (tj. 35%) respondentek pravého stáří nikoho takového nezná. Na otevřenou odpověď žádná neodpověděla.

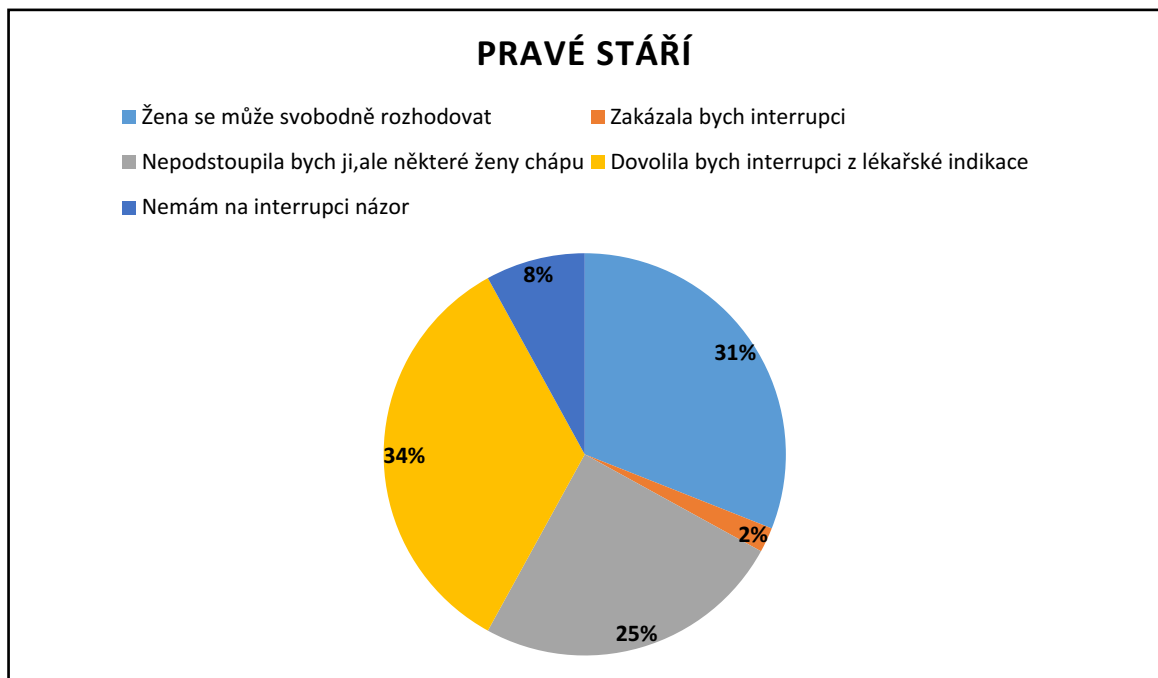
Graf č. 21: Postoj k nechtěnému otěhotnění – mladá dospělost



Dle 11 (tj. 22%) respondentek si těhotné ženy dítě ponechalo. 1 (tj. 2%) zná těhotnou ženu, která se rozhodla pro interrupci a 39 (tj. 76%) nezná žádnou ženu, která nechtěně otěhotněla, což je o hodně víc, než respondentky pravého stáří. Žádná neoznačila rozhodnutí pro adopci a možnost jiné.

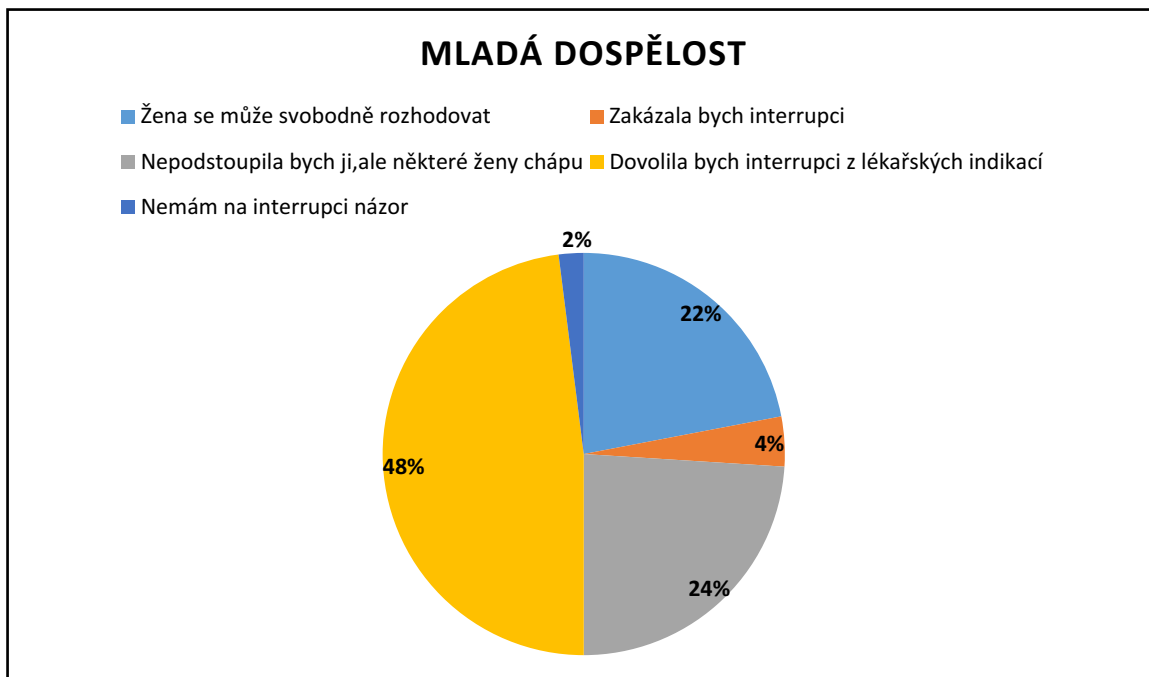
Položka č. 13: Co si obecně myslíte o interrupci?

Graf č. 22: Postoj k interrupci – pravé stáří



Zajímá nás obecný názor respondentek na interrupci. Poté výsledek porovnáme s položkou č. 18 (zda se respondentky hlásí k víře, k nějakému náboženství). Nejvíce 17 (tj. 34%) respondentek by dovolila interrupci pouze z lékařské indikace a na druhém místě 16 (tj. 31%) označilo možnost, že se žena může svobodně rozhodovat. 13 (tj. 25%) uvedlo, že by interrupci nikdy nepodstoupilo, ale chápou ženy, které ano. 4 (tj. 8%) respondentek nemá na interrupci názor a 1 (tj. 2%) by interrupci zakázala.

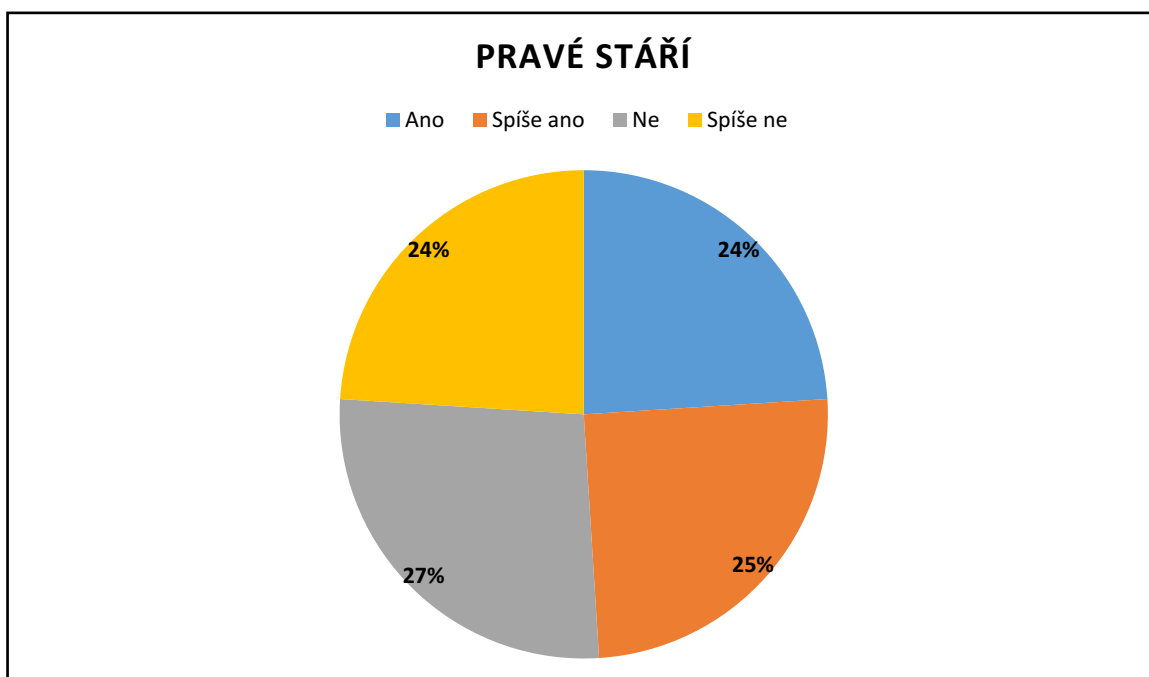
Graf č. 23: Postoj k interrupci – mladá dospělost



Stejně jako u pravého stáří, tak i zde by 25 (tj. 48%) tázaných dovolilo interrupci pouze z lékařských indikací a taktéž na druhém místě 11 (tj. 22%) respondentek označilo, že se žena může svobodně rozhodovat, je to její věc. 2 (tj. 4%) by interrupci zakázaly a jen 1 (tj. 2%) nemá na interrupci názor.

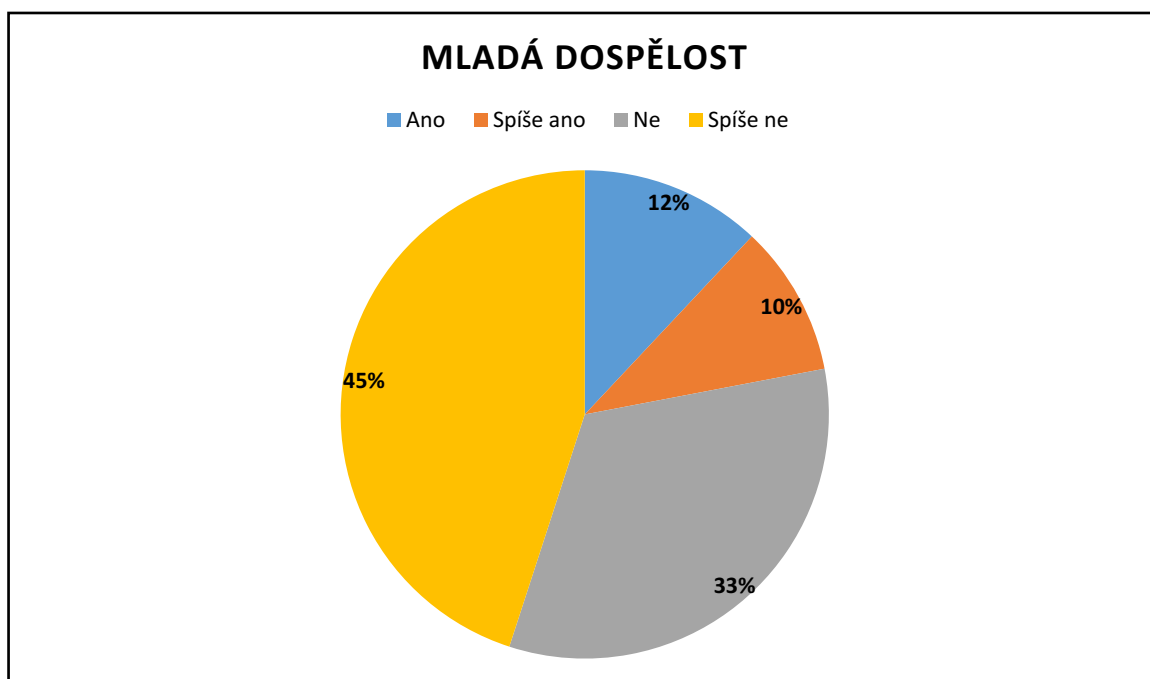
Položka č. 14: Myslíte si, že podstoupit interrupci by mělo být se souhlasem otce?

Graf č. 24: Názor na souhlas otce k interrupci – pravé stáří



Není tajemstvím, že během těhotenství se mění život hlavně ženě – práce, domácnost, tělesné změny, Ale bez muže by nový lidský život nevznikl. Zajímalo nás, jak to vidí tázané ženy. Zajímavostí je, že 12 (tj. 24%) respondentek odpovědělo stejně a to, že by otec měl souhlasit s interrupcí ženy a dalších 12 (tj. 24%) odpovědělo spíše ne. 13 (tj. 25%) označilo spíše ano a 14 (tj. 27%) je proti.

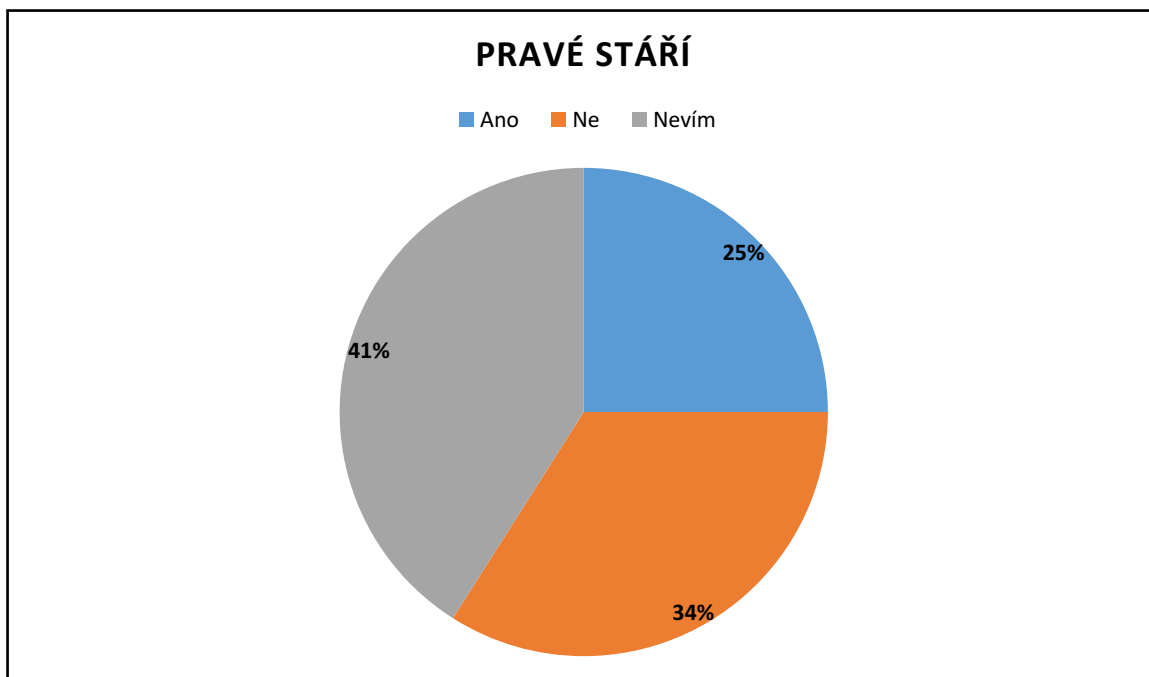
Graf č. 25: Názor na souhlas otce k interrupci – mladá dospělost



U respondentek mladá dospělosti jsou odpovědi různorodější. 23 (tj. 45%) spíše nesouhlasí se souhlasem otce, 17 (tj. 33%) nesouhlasí. 5 (tj. 10%) spíše souhlasí, aby se otec dítěte zapojoval do interrupce a 6 (tj. 12%) uvedlo odpověď ano – otec má taky rozhodovat o podstoupení interrupce.

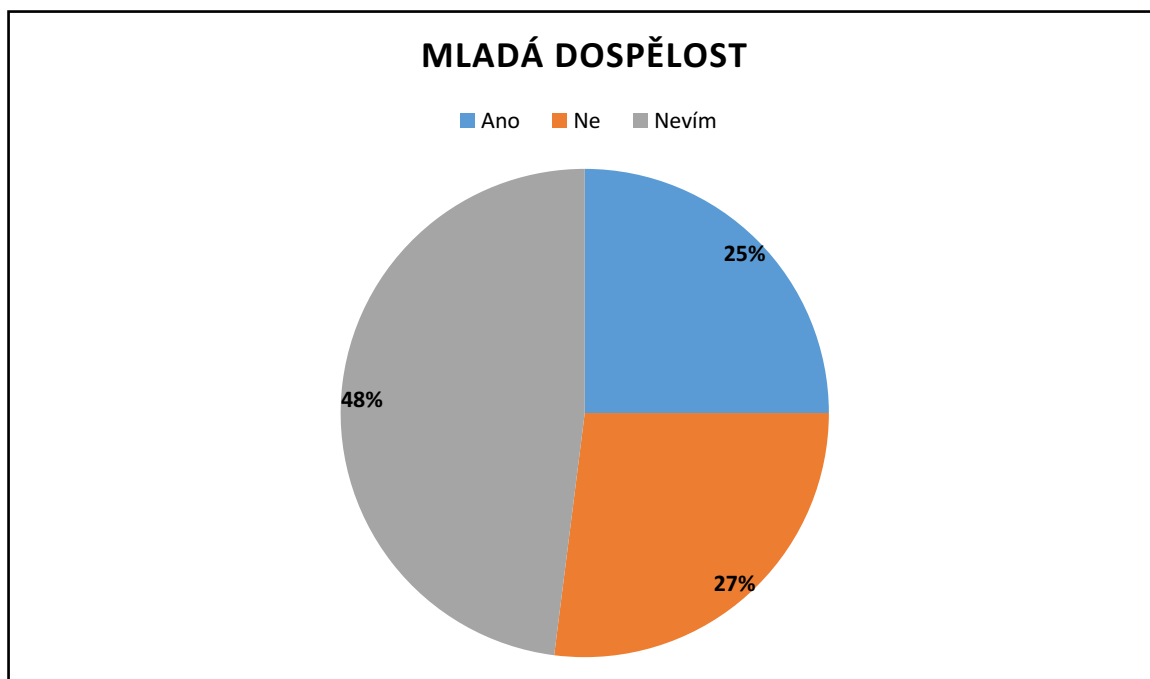
Položka č. 15: Využila byste nějakou formu poradenství, kde by s vámi vyškolený odborník probral otázku nechtěného těhotenství? (poradil, jaké máte možnosti, vysvětlil samotný zákrok, seznámil s následky a riziky s interrupcí apod.)

Graf č. 26: Využití poradenství – pravé stáří



Jakmile žena otěhotní, je mnohdy ve víru dění, obtíží nebo praktických starostí. Položkou zjišťujeme, zda by uvítaly pomoc od odborníka. 17 (tj. 34%) odpovědělo ne, 13 (tj. 25%) ano a 21 (tj. 41%) respondentek neví, zda by tuto možnost využila.

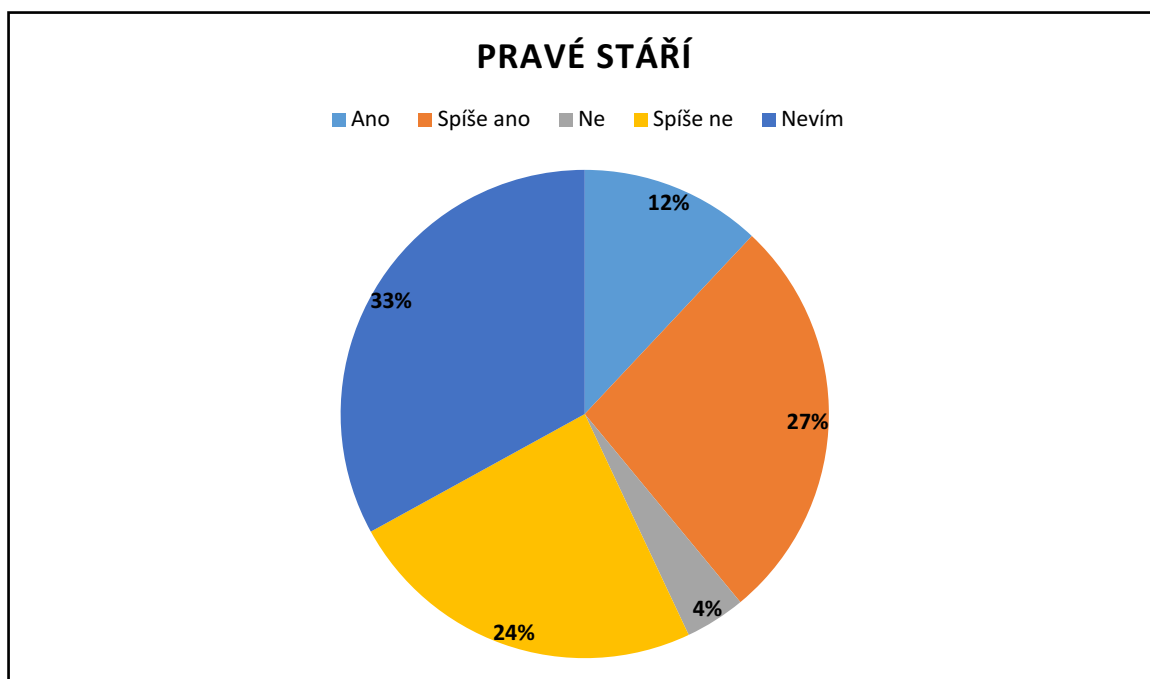
Graf č. 27: Využití poradenství – mladá dospělost



Respondentky mladé dospělosti odpovědělo velmi obdobně. 24 (tj. 48%) neví, zda by tuto možnost využilo. 14 (tj. 27%) by ji nevyužila a 13 (tj. 25%) respondentek by pomoc od vyškoleného odborníka přijala.

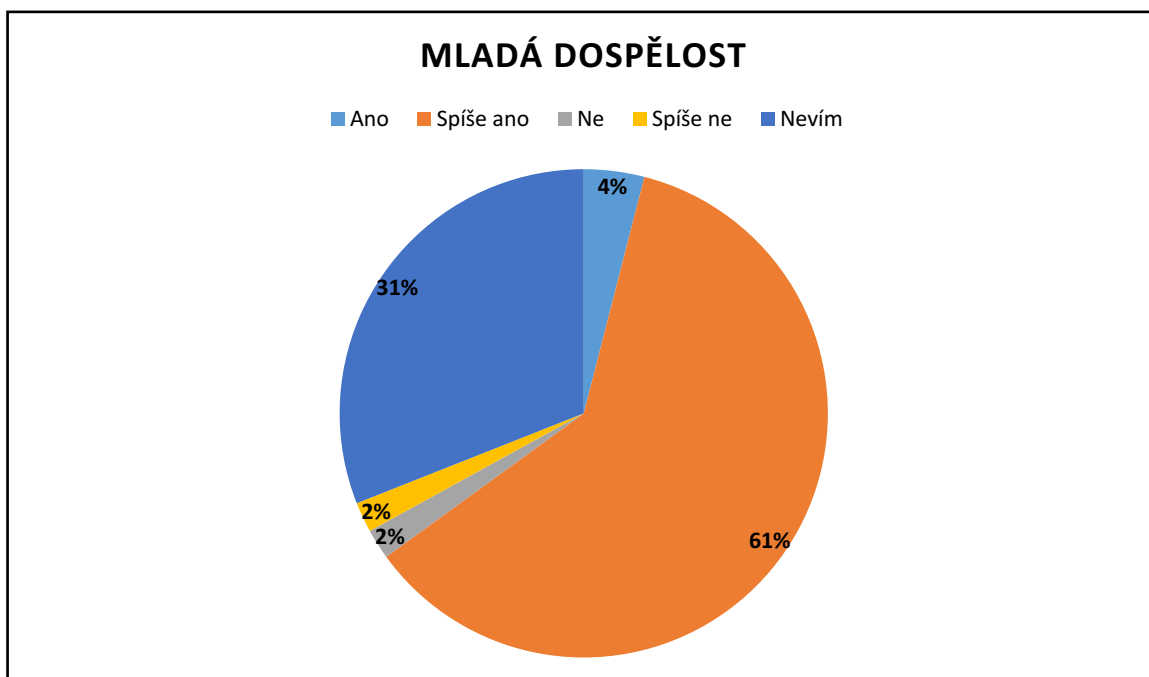
Položka č. 16: Máte dojem, že je dnešní výchova dospívajících k plánovanému rodičovství a k prevenci nechtěného otěhotnění dostatečná?

Graf č. 28: Názor na výchovu dospívajících k plánovanému rodičovství a k prevenci nechtěného otěhotnění – pravé stáří



Zdá se nám, že žijeme v éře plánovaného rodičovství a do značné míry rozhodujeme my sami, jestli chceme počít nový život. Zajímalo nás, jaký názor mají respondentky. 6 (tj. 12%) respondentek souhlasí, že je tato výchova dostatečná. 14 (tj. 27%) si spíše myslí, že je dostatečná. 2 (tj. 4%) nesouhlasí, že je výchova dnešních dívek dostatečná k plánovanému rodičovství. 12 (tj. 24%) je spíše výchova dospívajících nedostatečná a 17 (tj. 33%) respondentek neví, zda je tato výchova k plánovanému rodičovství dostatečná.

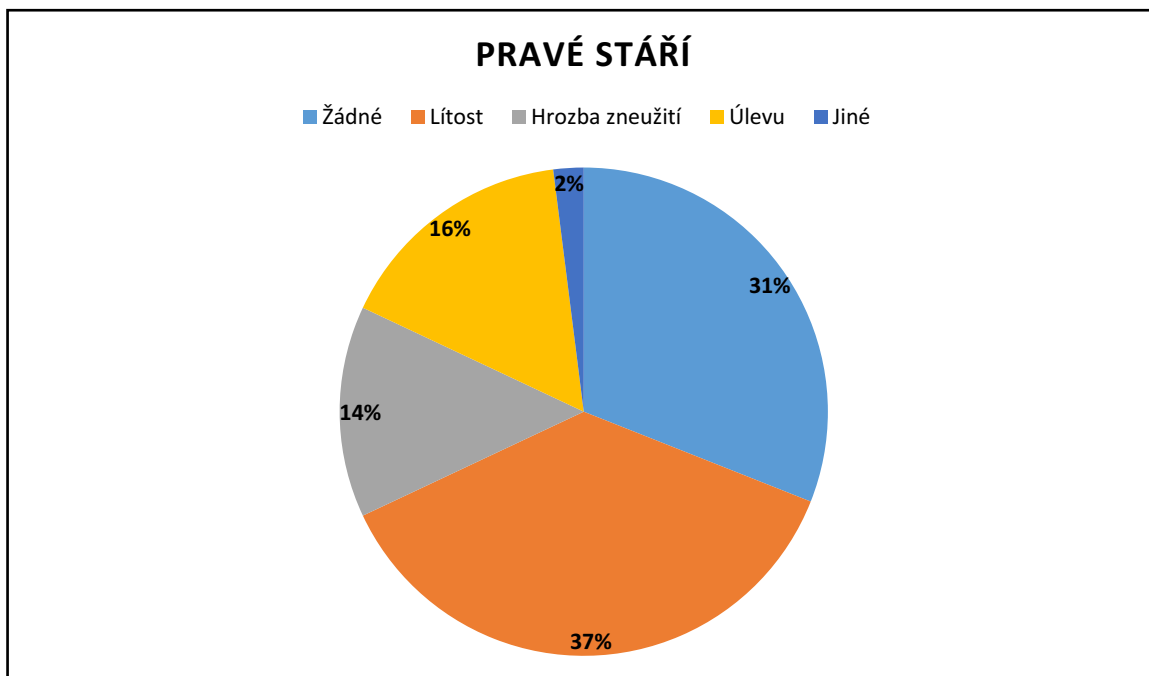
Graf č. 29: Názor na výchovu dospívajících k plánovanému rodičovství a k prevenci nechtěného otěhotnění – mladá dospělost



Jen 2 (tj. 4%) respondentky si myslí, že je výchova dospívajících k plánovanému rodičovství dostatečná. 31 (tj. 61%), více jak polovina mladé dospělosti označilo spíše ano. 1 (tj. 2%) s tímto tvrzením nesouhlasí a taktéž jedna označila spíše ne. 16 (tj. 31%) tázaných si není jistá, zda výchova dospívajících k plánovanému rodičovství a nechtěného otěhotnění je dostačující.

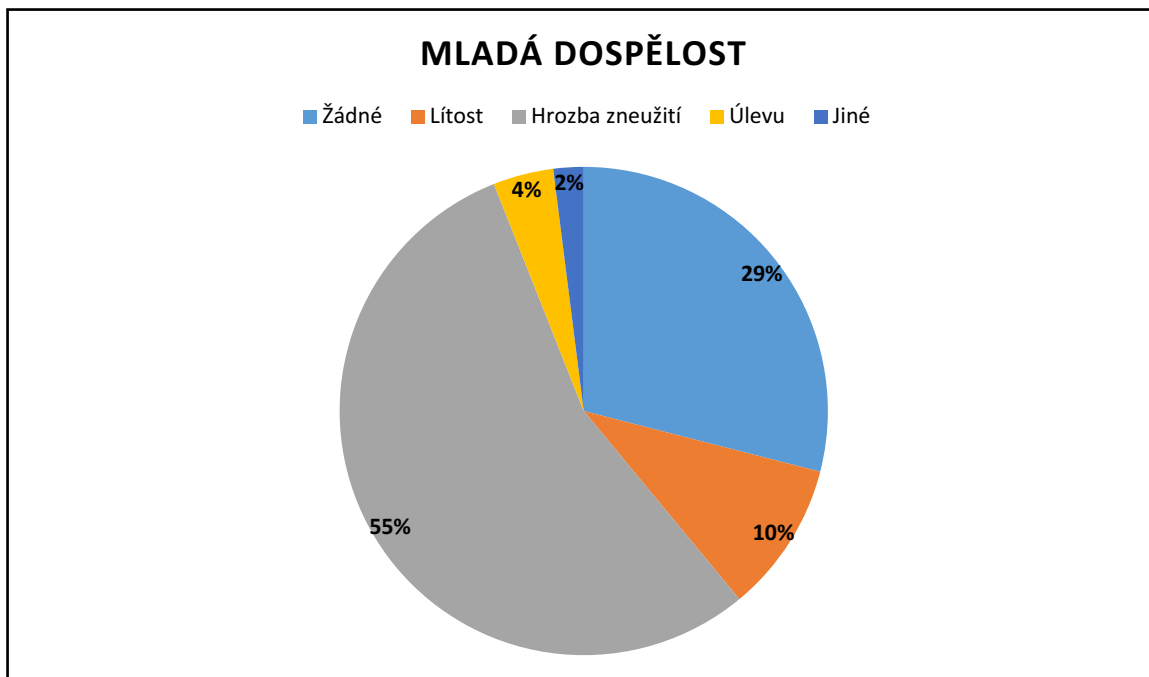
Položka č. 17: Jaké pocity ve vás vyvolává slovo interrupce (umělé ukončení těhotenství)?

Graf č. 30: Pocity, jež vyvolává slovo interrupce – pravé stáří



Danou otázkou se snažíme zjistit emoční složku dotazovaných respondentek. Nejvíce z dotazovaných 19 (tj. 37%) odpovědělo, že cítí lítost. V 16 (tj. 31%) slovo interrupce nic nevyvolává. 8 (tj. 16%) označilo úlevu – vyřešení situace. 7 (14%) se obává hrozby zneužití a 1 (tj. 2%) odpověděla vlastními slovy: „nic pěkného“.

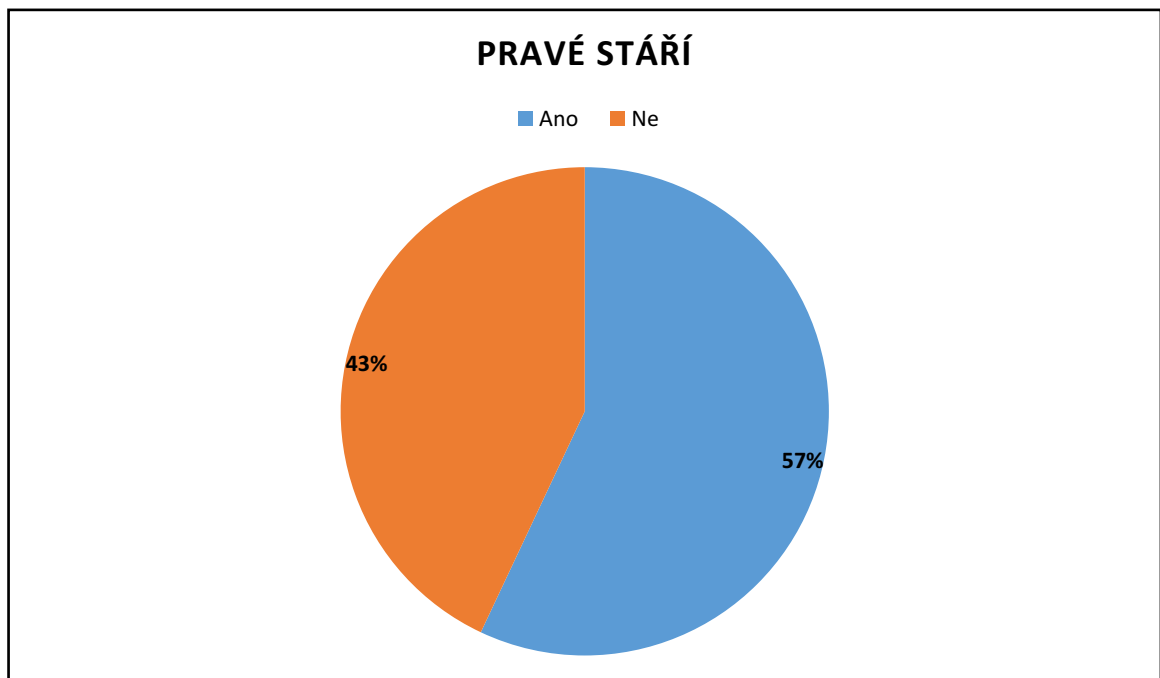
Graf č. 31: Pocity, jež vyvolává slovo interrupce – mladá dospělost



U mladé dospělosti více jak polovina respondentek 28 (tj. 55%) se obává hrozby zneužití. 5 (tj. 10%) cítí lítost, což u pravého stáří tato odpověď vede. 15 (tj. 29%) nic při slově interrupce nepocítuje, výsledek je velmi podobný jako u předešlé generace. 2 (tj. 4%) odpovědělo úlevu a 1 (tj. 2%) na možnost jiné uvedla: „smutek“.

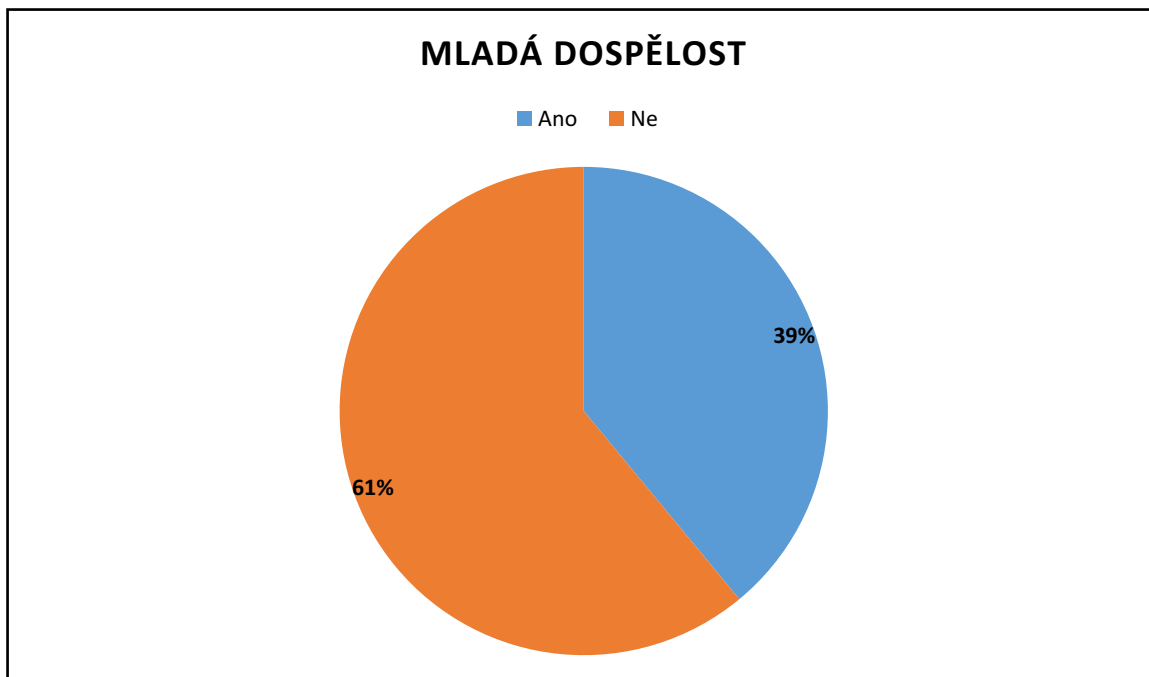
Položka č. 18: Jste věřící?

Graf č. 32: Vyznání víry – pravé stáří



Otázku jsme položili, neboť církev chrání nenarozené děti. „Desatero je obecným základním morálním kodexem lidstva, daným samotným Bohem. Jeho přikázání „nezabiješ“ chrání základní hodnotu člověka – jeho život. Církev klade zvláštní důraz na nenarozený, bezbranný život.“ (papež František, 2015) U pravého stáří se větší polovina 29 (tj. 57%) hlásí k víře a 22 (tj. 43%) dotazovaných není věřících, nehlásí se k náboženství.

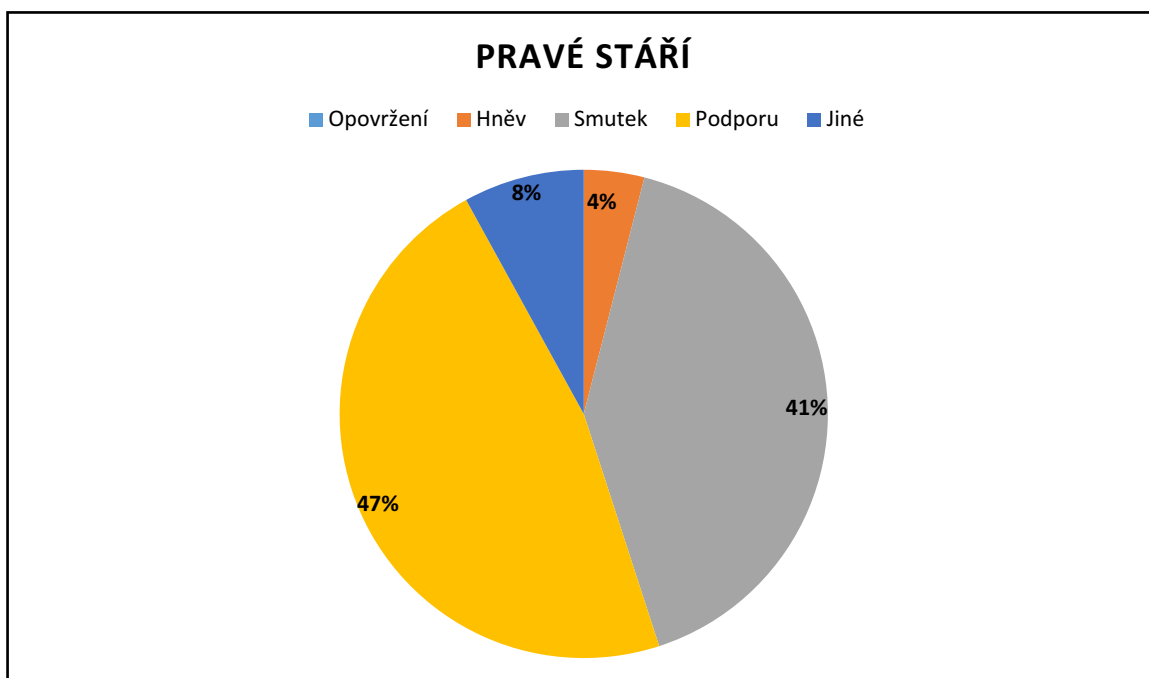
Graf č. 33: Vyznání víry – mladá dospělost



Naopak u mladé dospělosti 31 (tj. 61%) se nehlásí k víře a jen 20 (tj. 39%) dotazovaných ano.

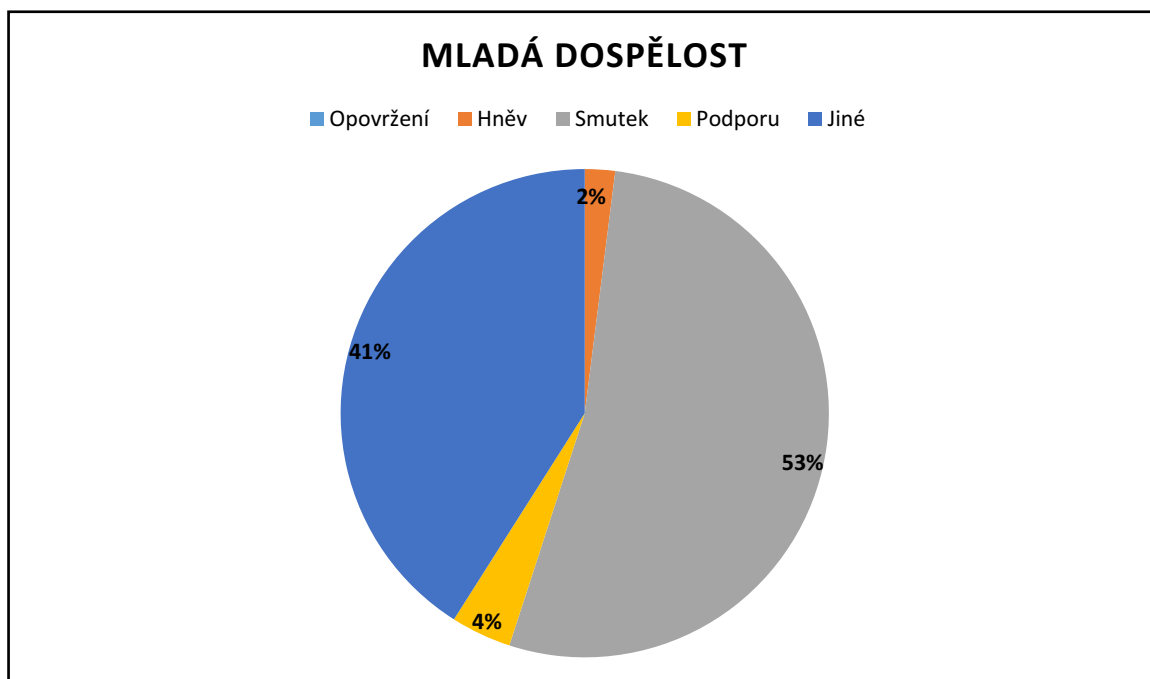
Položka č. 19: Jaké emoce cítíte k ženám, které podstupují interrupci?

Graf č. 34: Pocity k ženám, jenž podstoupily interrupci – pravé stáří



Stejně jako u položky č. 17 zjišťujeme emoce dotazovaných. 24 (tj. 47%) dotazovaných podporují ženy, které podstoupily interrupci. 21 (tj. 41%) cítí smutek, 2 (tj. 4%) označily hněv. Žádná však nezakroužkovala opovržení a 4 (tj. 8%) nezávisle na sebe do kolonky jiné dopsaly: „nic k těmto ženám necítím, je mi to jedno, žádné emoce k těmto ženám nemám.“

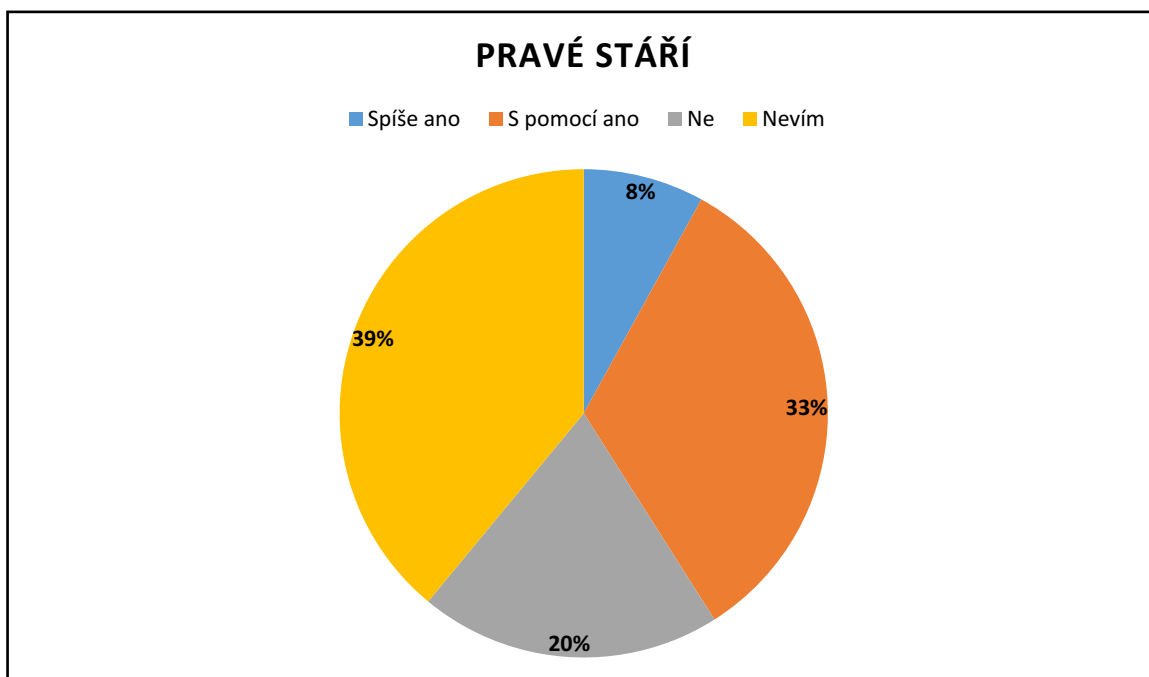
Graf č. 35: Pocity k ženám, jenž podstoupily interrupci – mladá dospělost



Kupodivu, oproti pravému stáří, nejvíce respondentek této generace 27 (tj. 53%) odpovědělo smutek. 2 (tj. 4%) podporují ženy, které se rozhodly pro interrupci, 1 (tj. 2%) cítí hněv. Žádná necítí opovržení a většina 21 (tj. 41%) na možnost jiné napsaly: žádné emoce k těmto ženám necítím, mohou si dělat, co chtějí, nechápu jejich rozhodnutí.“

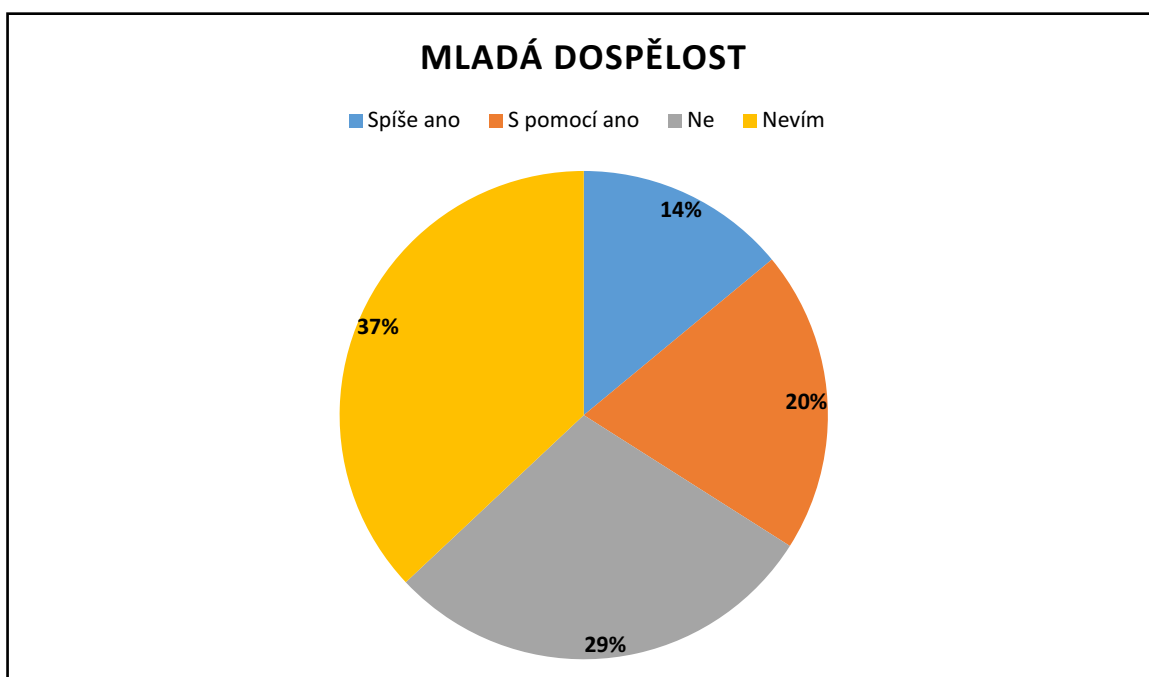
Položka č. 20: Myslíte si, že byste zvládla pečovat o handicapované dítě?

Graf č. 36: Péče o handicapované dítě – pravé stáří



Pomocí otázky zjišťujeme, jak by respondentky reagovaly, kdyby se měly postarat o handicapované dítě. 20 (tj. 39%) neví, zda by tuto úlohu zvládly. 17 (tj. 33%) s pomocí ano, 10 (tj. 20%) ne a 4 (tj. 8%) nejspíš ano.

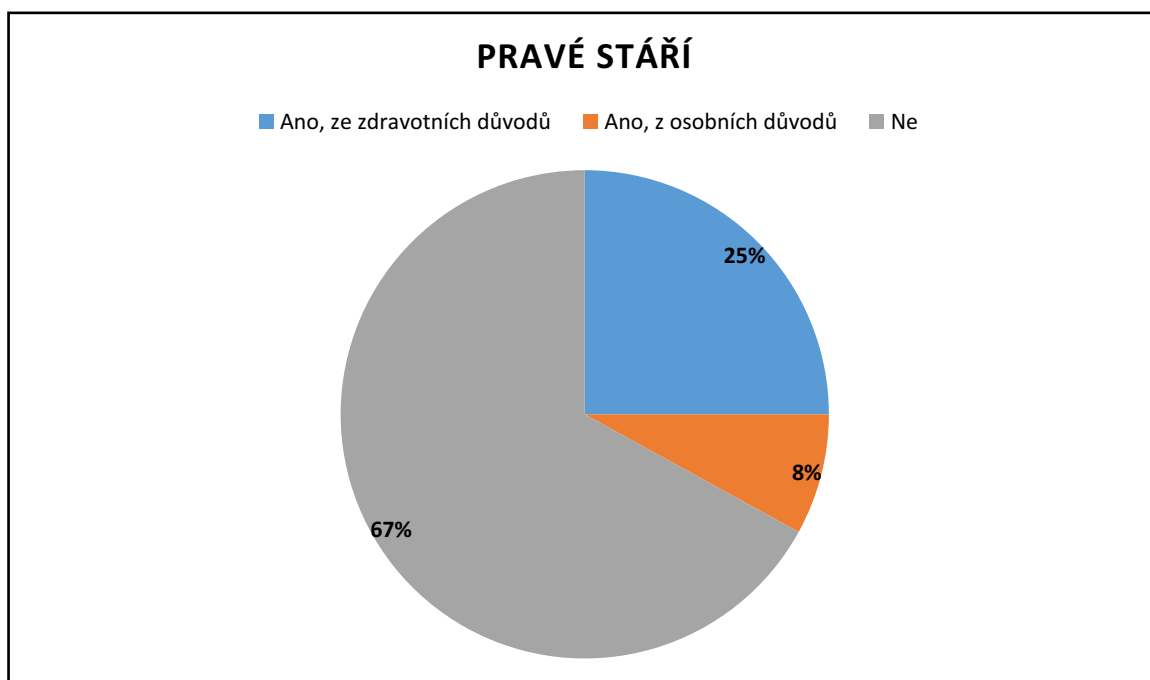
Graf č. 37: Péče o handicapované dítě – mladá dospělost



Stejně jako tázané pravého stáří i zde respondentky 19 (37%) neví, zda by se zvládly postarat o handicapované dítě. 15 (tj. 29%) by to nezvládlo, 10 (tj. 20%) s pomocí ano a 7 (tj. 14%) si myslí, že by zvládly pečovat o nemocné dítě.

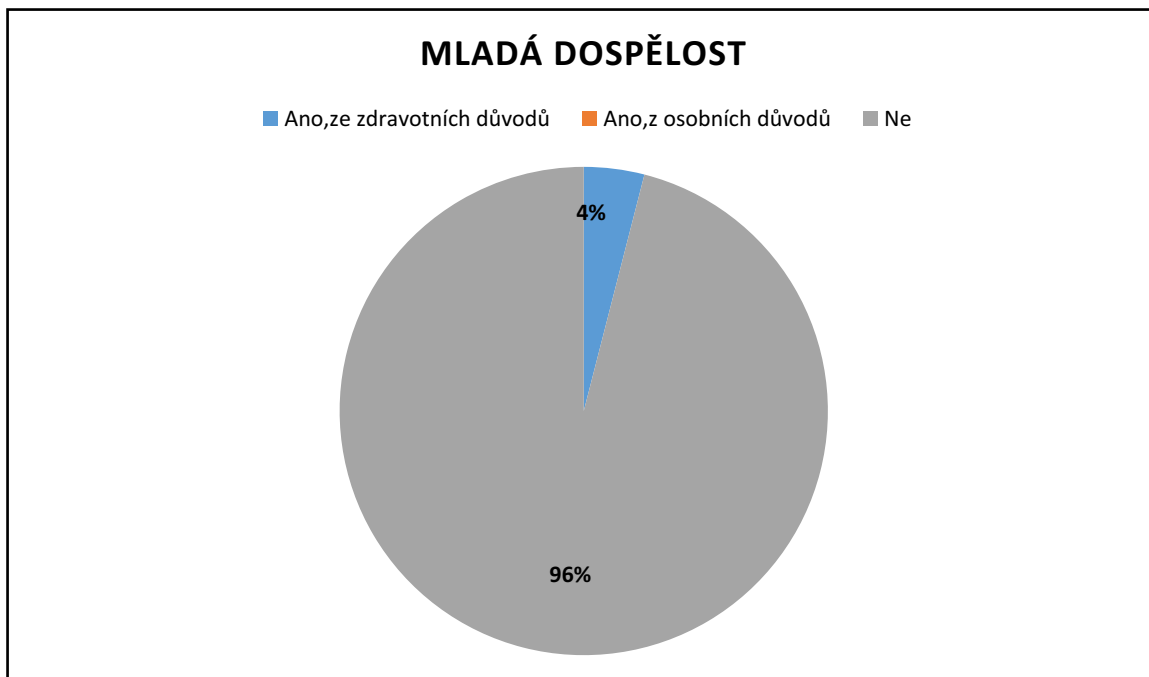
Položka č. 21: Vy sama jste se již někdy rozhodla pro umělé ukončení těhotenství?

Graf č. 38: Zkušenost s umělým ukončením těhotenstvím – pravé stáří



Otázka může být pro někoho citlivější. Ale jelikož je dotazník anonymní, dovolili jsme si ji položit. Otevřeně se dotazujeme, zda se dotazovaných toto téma přímo dotýká. 34 (tj. 67%) respondentek pravého stáří se nikdy nerozhodlo pro interrupci. 13 (tj. 25%) ze zdravotních důvodů podstoupilo interrupci a 4 (tj. 8%) ji podstoupilo z osobních důvodů.

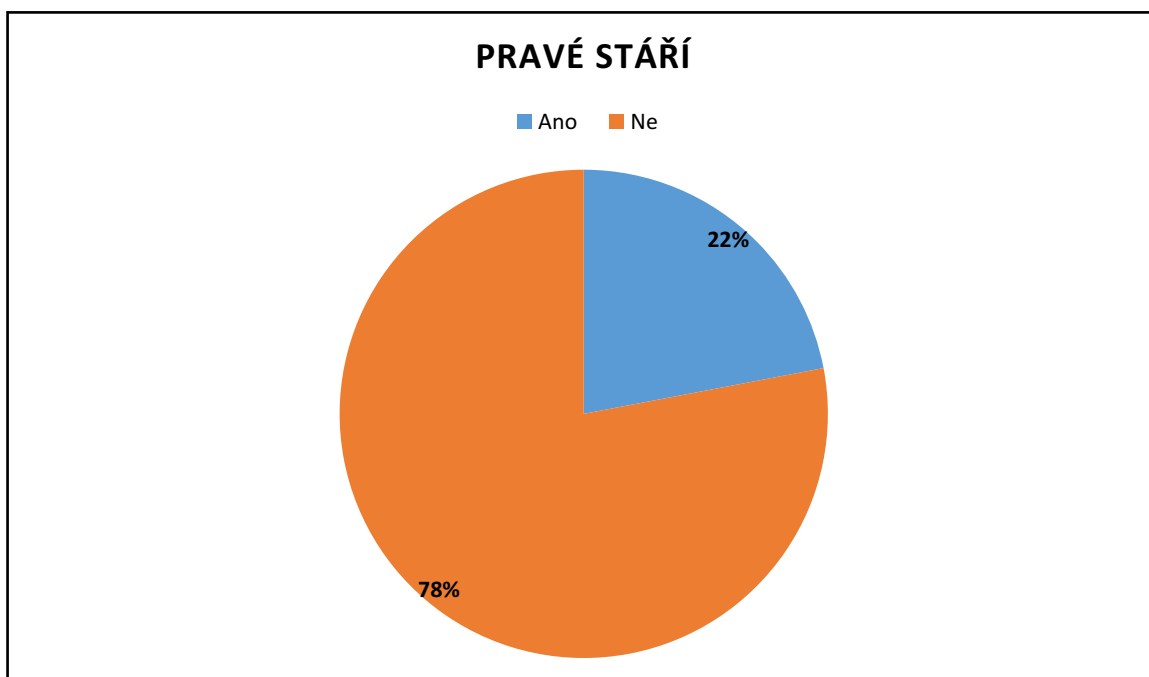
Graf č. 39: Zkušenost s umělým ukončením těhotenstvím – mladá dospělost



Skoro všechny dotazované 49 (tj. 96%) odpověděly, že se zatím pro umělé ukončení těhotenství nerozhodly. 2 (tj. 4%) jej podstoupily ze zdravotních důvodů. Z osobních důvodů žádná.

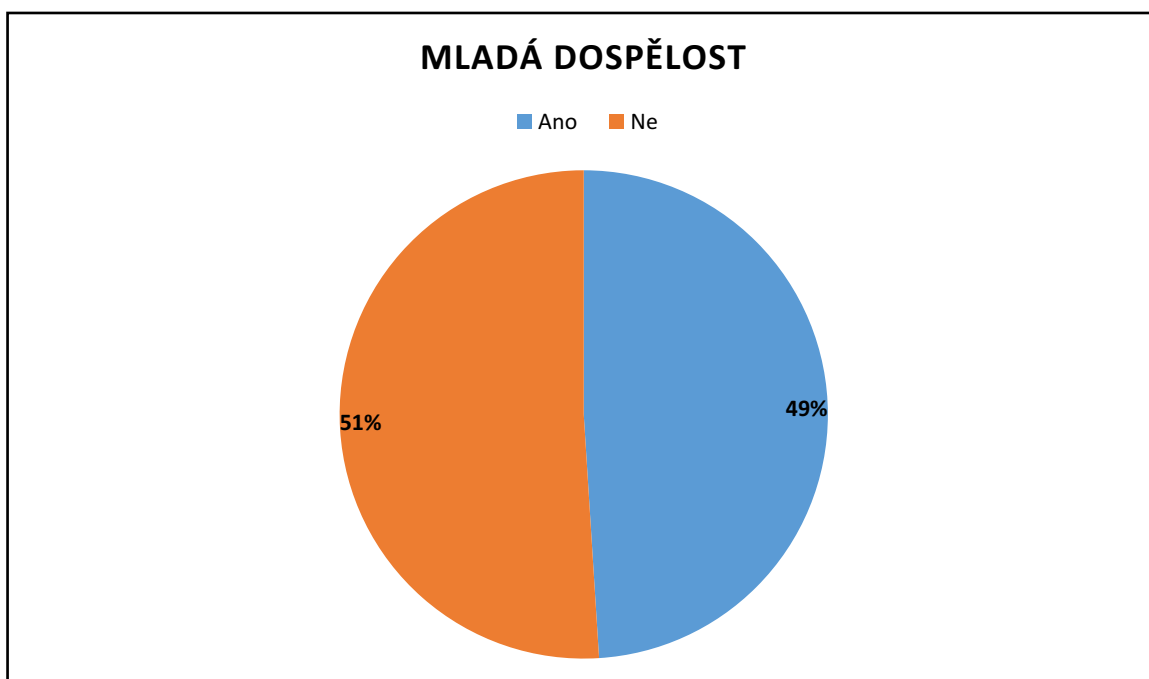
Položka č. 22: Souhlasíte, aby děti na ZŠ druhého stupně, byly seznámeny s průběhem interrupcí a demonstrací takového zákroku např. formou videa?

Graf č. 40: Postoj k výuce interrupce na ZŠ druhého stupně – pravé stáří



Sexuální výchova byla dlouhá léta na školách tabu. Někteří pedagogové si pomáhají demonstracemi, pozváním sexuologa apod. Mezi takovou pomůckou může být i zmíněné video v otázce. Zajímá nás, jak na to reagují respondentky. Je možné, že některá z nich takovou formu učení zažila. Více jak polovina 40 (tj. 78%) odpověděla ne. 11 (tj. 22%) souhlasí, aby děti byly seznámeny na školách s interrupcí.

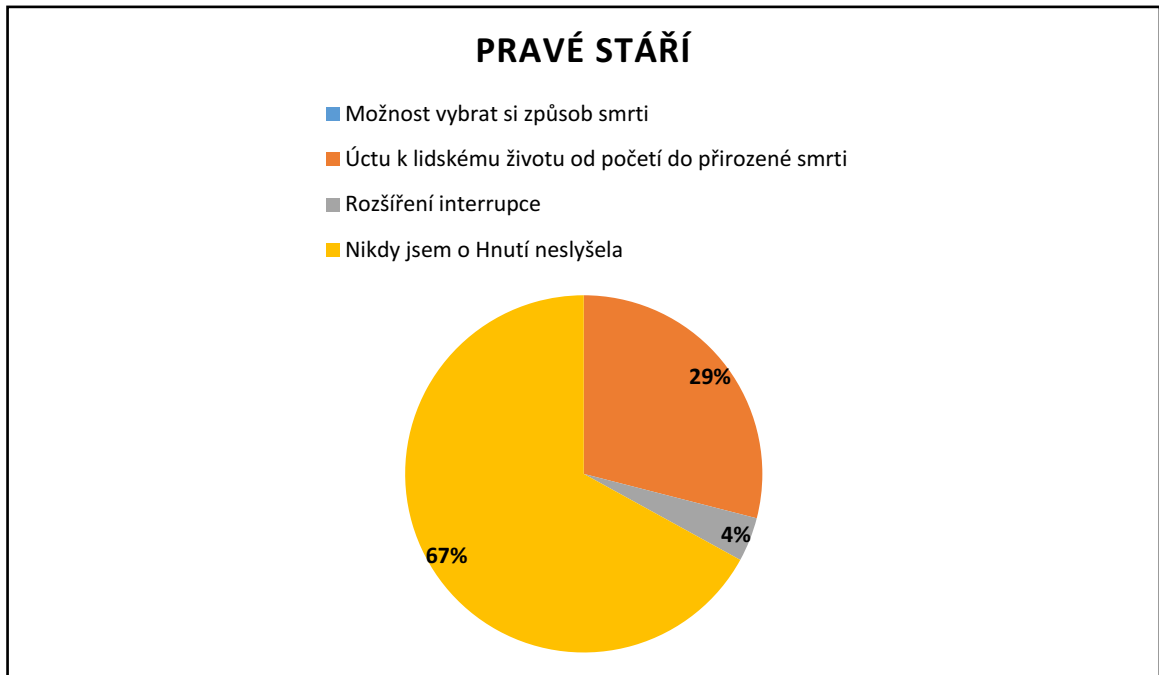
Graf č. 41: Postoj k výuce interrupce na ZŠ druhého stupně – mladá dospělost



U mladé dospělosti jsou výsledky celkem vyrovnané. 26 (tj. 51%) souhlasí s touto výukou a 25 (tj. 49%) nesouhlasí.

Položka č. 23: Víte, co propaguje organizace Hnutí Pro život v ČR?

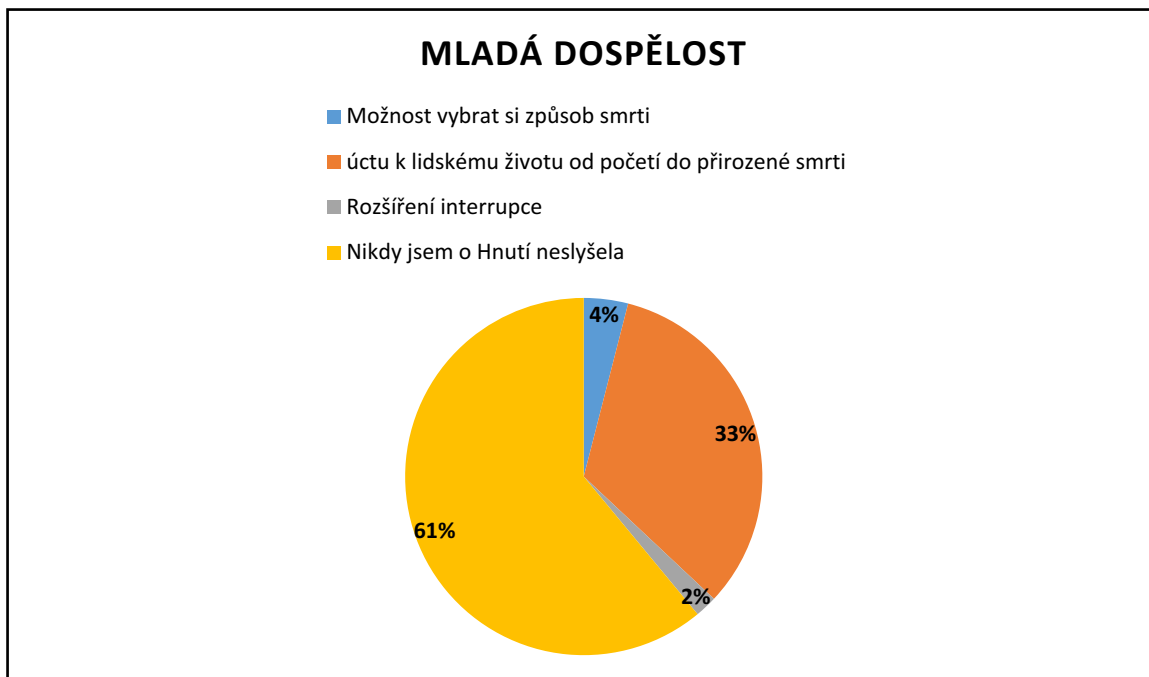
Graf č. 42: Znalost o organizaci Hnutí Pro život v ČR – pravé stáří



Organizace pomáhá nečekaně těhotným ženám (HPŽ, © 2022).

Zajímalo nás, zda respondentky mají ponětí o této organizaci, zejména věřící, neboť se jí zabývá spíše katolický proud. 34 (tj. 67%) o organizaci nikdy neslyšelo. 15 (tj. 29%) správně odpovědělo, že se jedná o úctu k lidskému životu. 2 (tj. 4%) respondentky uvedly rozšíření interrupce a žádná neoznačila možnost vybrat si způsob smrti.

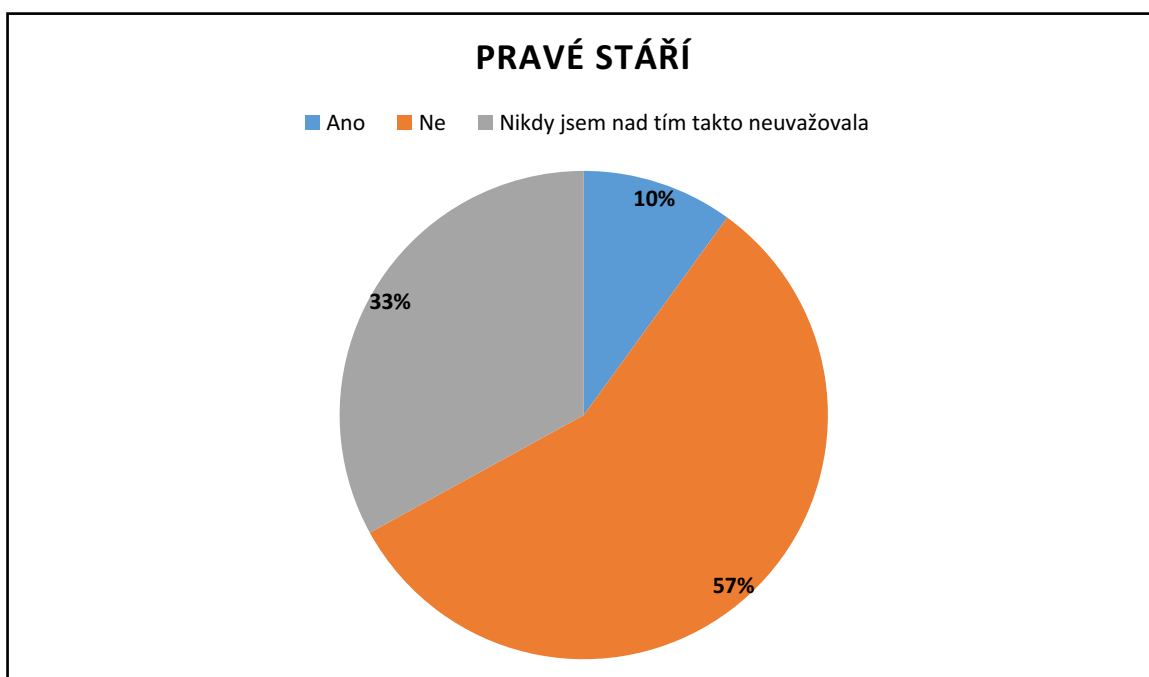
Graf č. 43: Znalost o organizaci Hnutí Pro život v ČR – mladá dospělost



I mladá generace 31 (tj. 61%) o Hnutí nikdy neslyšela. 17 (tj. 33%) odpovědělo správně, 2 (tj. 4%) si myslí, že se jedná o možnost vybrat si způsob smrti a 1 (tj. 2%) uvedla rozšíření interrupce.

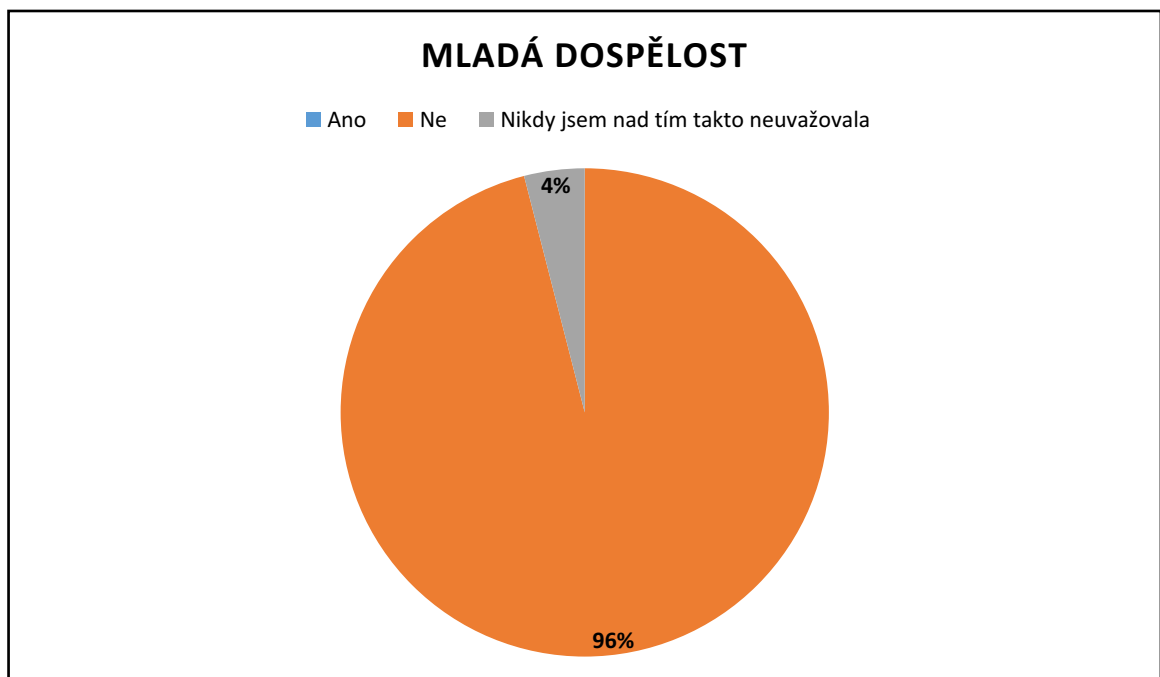
Položka č. 24: Dala byste raději přednost interrupci před prevencí pomocí antikoncepce?

Graf č. 44: Rozhodnutí mezi interrupcí a antikoncepcí – pravé stáří



Cílem otázky bylo zjistit, jestli si dotazované myslí, že je vhodnější pro náš organismus podstoupit interrupci nebo užití některé z forem antikoncepce. 29 (tj. 57%) by nedala přednost interrupci před prevencí antikoncepce, kdyby měly tu možnost. 17 (tj. 33%) nikdy nad tím takto nepřemýšlela a 5 (tj. 10%) by dalo přednost interrupci před užíváním antikoncepce.

Graf č. 45: Rozhodnutí mezi interrupcí a antikoncepcí – mladá dospělost



Na grafu můžeme vidět, že mladá dospělost je zřejmě více obeznána s antikoncepcí, než předešlá generace. 49 (tj. 96%) dotazovaných by určitě nedala přednost interrupci před prevencí otěhotnění pomocí antikoncepce. 2 (tj. 4%) nikdy nad tím takto neuvažovaly a žádná neoznačila možnost ano.

6.2 Ověření stanovených hypotéz

Zvolené hypotézy jsme vypočítali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát.

K ověření hypotézy H1 byly zvoleny následné položky.

1H0: Kognitivní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je stejná.

1HA: Kognitivní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je rozdílná.

Položka č. 4: Víte, jaká je hranice k umělému ukončení těhotenství na žádost ženy?

Tabulka č. 3: Znalost hranice k umělému ukončení těhotenství

	Do 24. týdne	Do 22. týdne	Do 12. týdne	Není dána hranice	Nevím	Σ
Pravé stáří	6 (8,5)	2 (1,5)	22 (27,5)	8 (4)	13 (9,5)	51
Mladá dospělost	11 (8,5)	1 (1,5)	33 (27,5)	0 (4)	6 (9,5)	51
Celkem	17	3	55	8	19	102

*Čísla v závorce = očekávaná četnost

Vypočítaná hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 14,582$. Stupně volnosti tabulky $f = 4$. Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti $\chi_{20,05}^2(4) = 9,488$. Platí $\chi^2 > \chi_{20,05}^2$ ($14,582 > 9,488$). Z tohoto důvodu odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme **hypotézu alternativní**.

Z tabulky lze vyčíst, že u pravého stáří větší polovina respondentek nezná uzákoněnou hranici k UUT na žádost ženy. Dokonce i hodně respondentek mladé dospělosti odpovědělo do 24. týdne, což je špatně. Jak se píše v zákoně č. 66(1986 Sb. - Ženě se uměle přerušit těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody. Účel zákona - zákon upravuje umělé přerušování těhotenství a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění.

Položka č. 5: Z následujícího seznamu způsobů provedení interrupce, prosím, vyberte ten, kterým se podle vás provádí.

Tabulka č. 4: Způsoby provádění interrupce

	Pouze operací	Potratové léky	Chirurgicky i léky	Nevím	Σ
Prvé stáří	13 (8)	11 (6,5)	17 (30,5)	10 (6)	51
Mladá dospělost	3 (8)	2 (6,5)	44 (30,5)	2 (6)	51
Celkem	16	13	61		102

*Čísla v závorce = očekávaná četnost

Vypočítaná hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 29,764$. Stupně volnosti tabulky $f = 3$. Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti $\chi_{20,05}^2(3) = 7,815$. Platí $\chi^2 > \chi_{20,05}^2$ ($29,764 > 7,815$). Z tohoto důvodu odmítáme nulovou hypotézu a

přijímáme **hypotézu alternativní**. Z tabulky vyčteme, že mladá dospělost oproti pravému stáří má ponětí o provádění UUT.

Položka č. 8: Jaká znáte rizika interrupce? (můžete označit více možností)

Tabulka č. 5: Rizika interrupce

	Pravé stáří	Mladá dospělost	Σ
Krevní ztráta	10 (20,7)	37 (26,26)	74
Poranění	6 (10,6)	18 (13,41)	24
Selhání UUT s pokračováním těhotenství	4 (3,1)	3 (3,91)	7
Záněty	5 (3,53)	3 (4,47)	8
Poruchy menstruačního cyklu	8 (6,62)	7 (8,38)	15
Poruchy plodnosti	17 (10,4)	7 (13,41)	24
Hormonální změny	10 (6,62)	5 (8,38)	15
Snížení sexuálního libida	4 (2,20)	1 (2,79)	5
Jiné	0 (0)	0 (0)	0
Celkem	64	81	145

*Čísla v závorce = očekávaná četnost

Vypočítaná hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 24,397$. Stupně volnosti tabulky $f = 8$. Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti $\chi^2_{0,05}(8) = 15,507$. Platí $\chi^2 > \chi^2_{0,05}$ ($24,397 > 15,507$). Z tohoto důvodu odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme **hypotézu alternativní**. V položce mohly respondentky označit více možností. Z dostupné literatury jsou všechny nabízené odpovědi možné (viz teoretická část). Mladá dospělost uvedla především krevní ztrátu a respondentky pravého stáří poruchy plodnosti.

K ověření hypotézy H2 byly zvoleny následné položky.

2H0: Emoční složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je stejná.

2HA: Emoční složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je rozdílná.

Položka č. 17: Jaké pocity ve vás vyvolává slovo interrupce (umělé ukončení těhotenství)?

Tabulka č. 6: Pocity, jež vyvolává slovo interrupce

	Žádné	Lítost	Hrozbu	Úlevu	Jiné	Σ
Pravé stáří	16 (15,5)	19 (12)	7 (17,5)	8 (5)	1 (1)	51
Mladá dospělost	15 (15,5)	5 (12)	28 (17,5)	2 (5)	1 (1)	51
Celkem	31	24	35	10	2	102

*Čísla v závorce = očekávaná četnost

Vypočítaná hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 25,430$. Stupně volnosti tabulky $f = 4$. Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$. Platí $\chi^2 > \chi^2_{0,05}$ ($25,430 > 9,488$). Z tohoto důvodu odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme **hypotézu alternativní**.

Vágnerová (2004, s. 292) v publikaci uvádí: „u situace či objektu se u jedince projeví emocionální hodnocení, prožitek, jaký tento podnět vyvolá. Může být příjemný i nepříjemný.“

Položka č. 19: Jaké emoce cítíte k ženám, které podstupují interrupci?

Tabulka č. 7: Pocity k ženám, jež podstoupily interrupci

	Opozrcení	Hněv	Smutek	Podporu	Jiné	Σ
Pravé stáří	0 (0)	2 (1,5)	21 (24)	24 (13)	4 (12,5)	51
Mladá dospělost	0 (0)	1 (1,5)	27 (24)	2 (13)	21 (12,5)	51
Celkem	0	3	48	26	25	102

*Čísla v závorce = očekávaná četnost

Vypočítaná hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 31,260$. Stupně volnosti tabulky $f = 4$. Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$. Platí $\chi^2 > \chi^2_{0,05}$ ($31,260 > 9,488$). Z tohoto důvodu odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme **hypotézu alternativní**.

K ověření hypotézy H3 byly zvoleny následné položky.

3H0: Konativní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je stejná.

3HA: Konativní složka postojů k umělému ukončení těhotenství obou srovnávaných generací je rozdílná.

Položka č. 15: Využila byste nějakou formu poradenství, kde by s vámi vyškolený odborník probral otázku nechtěného těhotenství? (poradil, jaké máte možnosti, vysvětlil samotný zákrok, seznámil s následky a riziky s interrupcí apod.)

Tabulka č. 8: Využití poradenství

	Ano	Ne	Nevím	Σ
Pravé stáří	13 (13)	17 (15,5)	21 (22,5)	51
Mladá dospělost	13 (13)	14 (15,5)	24 (22,5)	51
Celkem	26	31	45	102

*Čísla v závorce = očekávaná četnost

Vypočítaná hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 2,490$. Stupně volnosti tabulky $f = 2$. Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti $\chi_{2,0,05}^2(2) = 5,991$. Platí $\chi^2 < \chi_{2,0,05}^2(2,490 < 5,991)$. Z tohoto důvodu přijímáme **nulovou hypotézu**. Můžeme tedy říci, že mezi srovnávanými respondentkami, není statisticky významný rozdíl v konativní složce.

Položka č. 20: Myslíte si, že byste zvládla pečovat o handicapované dítě?

Tabulka č. 9: Péče o handicapované dítě

	Spíše ano	S pomocí ano	Ne	Nevím	Σ
Pravé stáří	4 (5,5)	17 (13,5)	10 (12,5)	20 (19,5)	51
Mladá dospělost	7 (5,5)	10 (13,5)	15 (12,5)	19 (19,5)	51
Celkem	11	27	25	39	102

*Čísla v závorce = očekávaná četnost

Vypočítaná hodnota testového kritéria je $\chi^2 = 3,658$. Stupně volnosti tabulky $f = 3$. Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti $\chi_{3,0,05}^2(3) = 7,815$. Platí $\chi^2 < \chi_{3,0,05}^2(3,658 < 7,815)$. Z tohoto důvodu přijímáme **nulovou hypotézu**. Můžeme tedy říci, že mezi srovnávanými respondentkami, není statisticky významný rozdíl v konativní složce.

6.3 Interpretace výsledků výzkumu a diskuze

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit kognitivní, emotivní a konativní složku postojů respondentek dvou generací k interrupci. Zajímala nás míra informovanosti (tj. kognitivní složka) respondentek obou věkových skupin o problematice interrupce. Dále jaké emoce vyvolává pojem interrupce (umělé ukončení těhotenství) u respondentek mladé dospělosti a pravého stáří a jakou tendenci jednat projevují při konfrontaci s touto problematikou. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 102 respondentek, z toho 51 pravého stáří (po 75. roce života) a 51 mladé dospělosti (20-35 let) ze Zlínského kraje. Pro sjednocení věkové kategorie jsme si vybrali známou českou psycholožku, paní Marii Vágnerovou.

V demografických položkách můžeme porovnat počet dětí vůči vzdělání. Jak jsme se v teorii dočetli, mladí dospělí posunují mateřství do pozdějšího věku. Vzdělávání trvá déle, poté se realizují v pracovní profesi nebo jsou „single“. 18 (tj. 35%) respondentek pravého stáří i mladé dospělosti udalo nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou. U pravého stáří 29 (tj. 57%) označilo, že má nejvyšší dosažené vzdělání bez maturity/vyučeny a 3 (tj. 6%) mají vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání, pouze 1 (2%) označila, že má základní vzdělání. 1 (tj. 2%) nemá děti, dvě děti uvedlo 22 (tj. 43%) tázaných, což označilo z této skupiny nejvíc tázaných. Mysleli jsme, že respondentky pravého stáří budou mít více dětí, ale je pravda, že v minulosti nebyla taková péče o matku a dítě. Možná, kdybychom se ptali osobně, zjistili bychom, jak se děti vychovávaly, ale to už by bylo na další práci. Jak uvádí MUDr. Štembera (2016, s. 15-17) téměř 80% porodů probíhalo v domácnostech za pomoci porodní asistentky, ale i bez ní. V době, kdy v ČSR nebyly k dispozici antibiotika, spousta lékařů odmítalo provést císařský řez, protože se obávali vzniku život ohrožující poporodní infekce („horečky omladnic“). U mladé dospělosti, více jak polovina 31 (tj. 61%) má vyšší odborné/vysokoškolské vzdělání, což nás nepřekvapilo. Pracuji jako zdravotní sestra a vidím, jak nás do vzdělání a specializací „tlačí“. Základní vzdělání žádná neuvedla a 2 (tj. 4%) mají střední bez maturity. Výsledky ohledně počtu dětí nás asi nepřekvapily. 11 (tj. 22%) nemá děti, 25 (tj. 48%) má zatím jedno dítě, dvě děti má 10 (tj. 20%), tři děti mají 3 (tj. 6%), a dokonce 2 (tj. 4%) mají 4 a více dětí. Vágnerová (2007, s. 57) píše, že role manžela a otce nemá ze sociálního hlediska takovou váhu. Ženská profesní role má jiný sociální význam. Proto jsme se v práci zaměřili na ženy. Pracovní uplatnění je stále chápáno jako důležitý, ale nikoli nutný doplněk tradiční role manželky a matky. Profesní role zvyšuje sociální status ženy, která není ekonomicky ani sociálně závislá a dovedla by, v případě potřeby, zabezpečit své děti.

Z výsledků byly zjištěny nějaké rozdíly v postojích respondentek dvou generací vůči interrupci. Z pravého stáří 22 (tj. 43%) správně odpovědělo na otázku, jaká je hranice k UUT na žádost ženy. 13 (tj. 25%) nevědělo a 16 (tj. 32%) odpovědělo špatně. Pro srovnání, nejvíce mladých respondentek 33 (tj. 65%) odpovědělo správně a to do 12. týdne těhotenství může žena na vlastní žádost jít na potrat. 6 (tj. 12%) nevědělo a 12 (tj. 23%) odpovědělo nesprávně. I když je to méně, než u předešlé skupiny, mělo by se nad tím pozastavit. Je důležité, aby byla mládež správně informovaná. Mladá dospělost 44 (tj. 86%) zná způsob provedení interrupce, která se provádí chirurgickým i nechirurgickým (medikamentózním způsobem). 3 (tj. 6%) si myslí, že ji lze provést pouze operativním způsobem, 2 (tj. 4%) uvedly pouze podáním potratových léků a 2 (tj. 4%) nevěděly, což je i pro malý počet zarážející, v době, kde se informace lehce získají. Provádění potratu viz příloha III.

31 (tj. 61%) respondentek pravého stáří odpovědělo, že interrupce má vliv na psychiku ženy a stejný počet dokonce správně odpověděl, co znamená postabortivní syndrom. Skoro všechny respondentky mladého stáří 47 (92%) si myslí, že interrupce má vliv na psychiku ženy a 46 (90%) i správně odpovědělo, že se jedná o soubor psychických příznaků a obtíží, které se můžou dostavit u žen, které prodělaly potrat, ať už samovolný či uměle vyvolaný. Myslíme si, že tohle je velmi uspokojující výsledek. Mezi znaky může patřit pocit úzkosti provázený depresí, výčitky, soustavný pláč, strach nebo nespavost. Vidíme zde větší informovanost u mladé dospělosti.

Dále nás zajímalo, zda se respondentky vůbec někdy zajímaly o interrupci. Mladá dospělost 29 (tj. 57%) čerpala z internetu, což se dalo předvídat. 16 (tj. 31%) se o téma zatím nezajímalo, tahle odpověď je mrzutá. Respondentky po 75. roce se o téma, dle výsledků, spíše nezajímají. Další výrazný rozdíl jsme zaznamenali u položky č. 11, kde se ptáme na zkušenost s nechtěným otěhotněním. 33 (tj. 65%) pravého stáří zná někoho, kdo měl tuto zkušenost. Z mladé dospělosti 11 (tj. 22%) zná někoho takového. Další položka navazuje na předešlou. Zajímalo nás, jak se dané ženy zachovaly. Ty, jenž z pravého stáří odpověděly kladně, označilo – 26 (tj. 51%), že si žena dítě ponechala, 6 (tj. 12%) uvedlo, že těhotná žena šla na interrupci a 1 (tj. 2%) ví o ženě, která dala dítě k adopci. Je hezké, že více žen, které neplánovaně otěhotněly, si nakonec dítě ponechaly.

Na otázku, jaká znají rizika interrupce, u pravého stáří nejvíce 17 (tj. 27%) označilo poruchy plodnosti, velkou krevní ztrátu 10 (tj. 16%) a hormonální změny v těle ženy 9 (tj. 15%). U mladé dospělosti naopak vedla odpověď velká krevní ztráta 34 (tj. 46%) a poranění 18 (tj. 22%).

Položkou č. 16 nás zajímalo, co si respondentky myslí o dnešní výchově dospívajících k plánovanému rodičovství a k prevenci nechtěného otěhotnění. I zde můžeme vidět rozdíl mezi generacemi. Z pravého stáří odpovědělo 6 (tj. 12%) respondentek ano a 14 (tj. 27%) spíše ano. Z mladé dospělosti si více jak polovina 33 (tj. 65%) myslí, že je výchova a prevence k rodičovství dostačující. Zodpovědný přístup k rodičovství by měl znát a dodržovat každý. Bohužel se tak neděje. Uvádíme příklad ze zprávy roku 2022: „V pardubickém kontejneru našli v lednu náhodní kolemjdoucí novorozence. Dítě objevili ve čtyři hodiny ráno, bylo silně podchlazené, ale přežilo. Nejbližší babybox je přitom necelé čtyři kilometry od místa, kde matka dítě odhodila. Takové rodiče je jedno osud dítěte, roli může hrát duševní nemoc či osobnostní porucha, tvrdí psycholožka Renata Banášová“ (Fořtová, 2022).

Do konativní složky jsme položili otázku, v jakých případech by respondentky povolily UUT. Respondentky mohly označit více možností. U mladé dospělosti 40 (43%) uvedlo kriminální čin (např. znásilnění). 24 (tj. 25%) v případě postižení dítěte a 22 (tj. 23%) pokud těhotenství ohrožuje život matky. Nejvíce tázaných z pravého stáří 24 (tj. 35%) by interrupci povolily v případě postižení dítěte.

Dále nás zajímalo, zda by využily nějakou formu poradenství, kde by vyškolený pracovník probral otázku nechtěného otěhotnění. I sociální pracovník, kterého tato tematika zajímá a chtěl by pomáhat, má dveře otevřené. Z pravého stáří by 13 (tj. 25%) žen tuto pomoc využilo. 17 (tj. 34%) ne a 21 (tj. 41%) neví. Podobně odpověděly i mladé ženy. Na otázku, zda by zvládly pečovat o handicapované dítě, odpověděly taktéž podobně. Pravé stáří - 10 (tj. 20%) by se nezvládly starat o handicapované dítě a 20 (tj. 39%) neví, zda by to zvládly. Mladá dospělost - 15 (tj. 29%) by nezvládlo pečovat o nemocné dítě a 19 (tj. 37%) neví. Obě skupiny se shodly i ohledně UUT v případě postižení dítěte (viz výše). Realitou je, že péče o osobu závislou na péči je v rodinách téměř výhradní záležitostí žen. Právě ony často musí rezignovat na vlastní osobní cíle, mění svou roli na trhu práce na roli pečující osoby. Za to je obdivuji a myslím si, že by měly být ve společnosti lépe ohodnocené.

Na citlivou položku č. 21, kde se ptáme na osobní zkušenost s interrupcí, odpovědělo 34 (tj. 67%) žen pravého stáří, že interrupci nikdy nepodstoupilo. 49 (tj. 96%) mladých respondentek zatím interrupci neabsolvovaly. Píšeme prozatím, neboť mají před sebou ještě dlouhou cestu životem. Také nás zajímal názor na demonstraci interrupce na ZŠ druhého stupně. Někomu se to může zdát hrozné, ale tento zákrok se ve světě děje stejně jako porod. 11 (tj. 22%) žen pravého stáří odpovědělo kladně a zbytek 40 (tj. 78%) záporně. Naopak 25 (tj. 49%) mladých žen odpovědělo kladně a podobně 26 (tj. 51%) odpovědělo záporně. Na

otázku, zda by tázané daly přednost interrupci před prevencí pomocí antikoncepce, odpovědělo 5 (tj. 10%) žen pravého stáří ano, což nás trochu překvapilo. 29 (tj. 57%) by nedalo přednost interrupci před prevencí pomocí antikoncepce a 17 (tj. 33%) nikdy nad tím takto neuvažovalo. Musíme si uvědomit, že dříve nebyla antikoncepce dostupná jako dnes. 49 (tj. 96%) žen mladé dospělosti by určitě nedalo přednost interrupci před prevencí.

V emoční složce nás zajímalo, jaké pocity vyvolává u dotazovaných slovo interrupce. 19 (tj. 37%) žen pravého stáří uvedlo lítost. U mladé dospělosti nejvíce 28 (tj. 55%) označilo hrozbu zneužití. 29 (tj. 57%) pravého stáří jsou věřící a 22 (tj. 43%) se nehlásí k víře. 20 (tj. 39%) mladé dospělosti jsou věřící a 31 (tj. 61%) ne. Také nás zajímalo, jaké emoce naše vybraná věková skupina cítí k ženám, které podstoupily interrupci. 24 (tj. 47%) tázaných pravého stáří tyto ženy podporují, 21 (tj. 41%) cítí smutek. Nejvíce mladých tázaných 27 (tj. 53%) označilo smutek.

Ještě jsme porovnali víru a znalost organizace Hnutí Pro život. Z pravého stáří je 29 (tj. 57%) věřících a pouze 15 (tj. 29%) ví, co toto Hnutí propaguje. 20 (tj. 39%) mladé dospělosti se hlásí k víře a 17 (tj. 33%) zná, co propaguje organizace Hnutí pro život. Zajímavostí je, že z věřících žen pravého stáří by pouze 13 (tj. 25%) nepodstoupilo interrupci a 1 (tj. 2%) by ji zakázala. Ženy mladé dospělosti, jenž více jak polovina 31 (tj. 61%) se nehlásí k víře, odpovědělo vůči interrupci stejně. 12 (tj. 24%) by UUT nepodstoupilo a dokonce 2 (tj. 4%) zakázalo.

Podle výsledků můžeme vidět, že nejvíce rozdílů v postojích k interrupci u srovnávaných skupin jsou u kognitivní a emoční složky. V konativní neboli behaviorální jak píše Průcha, (2006, s. 79) kdy se tato složka týká sklonů k chování vůči předmětu postoje, jsou odpovědi velmi podobné.

6.4 Doporučení pro praxi

Konečným výsledkem diplomové práce jsme zjistili, že existují rozdíly v postojích zkoumaných skupin k interrupci. Méně informované jsou dotazované pravého stáří. Někteří by si mohli říci, že jim už to může být jedno, ale takhle k tomu přistupovat nemůžeme. Vždyť většina z nich má vnučky a ty by za nimi mohly přijít pro radu. Taktéž můžou mladší generaci ovlivňovat svými názory a doprovázet je životem.

Naše doporučení pro praxi je informovat a vést k plánování rodičovství. I když mladá dospělost uvedla, že je dnešní výchova dospívajících k prevenci nechtěného otěhotnění dostatečná, úplně si to nemyslíme. A respondentky pravého stáří s námi souhlasí. Děti na ZŠ

nemusí být vyloženě seznámeny s průběhem interrupce, ale v období puberty by se mělo o sexualitě hovořit. V tomto období mladí lidé řeší svoji sexuální orientaci, získávají sexuální zkušenosti a mohou experimentovat ve vztazích. Toto období je z hlediska zdraví velmi rizikové. Je důležité, aby již před zahájením pohlavního života měli znalost o možných rizicích spojených s pohlavně přenosnými infekcemi, HIV/AIDS a nechtěným těhotenstvím. Taky je třeba zlepšit informovanost o péči matky a dítěte. Cestou v prvé řadě je zlepšení výchovy k zodpovědnému rodičovství, jak jsme se již zmínili. Výchova by se měla týkat nejen dítěte, ale i kvality partnerského vztahu. Odborník může už v těhotenství včas zachytit případy depresivních žen, a tak se vyhnout postinterrupčnímu syndromu. Ženě se může nabídnout podpůrné doprovázení již v průběhu těhotenství a následně, jak je potřeba. Zajímavostí je, že např. v Holandsku má nedělníka zajištěnou potřebnou pomoc (Štembera, 2016, s. 176).

Na toto téma by měli probíhat přednášky, rozhovory s odborníky (lékař, sociální pracovník, svědectví, atd.). V ambulancích lékařů by mohlo být dostatek edukačních letáků, které se budou týkat nejen těhotenství, ale taky pomoci těhotným ženám, interrupce, příběhy těhotných žen, atd. Taktéž média (aktuálně běží v televizi seriál *Sex O'Clock*, kde se nechtěné těhotenství náctiletých objevuje) by se mohla více zapojit o rozšiřování informací prevence otěhotnění (mnoho mladých si myslí, že jim se to stát nemůže). I Univerzity třetího věku by mohly zařadit téma do svých osnov (např. doporučenou literaturou).

Dále vyplívá, že si respondentky nejsou jisté, zda by se dokázaly postarat o handicapované dítě. Musíme si uznat, máme nedostatečné zajištění podpůrných služeb „úlevné“ péče, které by napomáhaly pečující osobě v jejím úsilí a umožnily jí častější oddech a rehabilitaci. Tady může nastoupit sociální pracovník, jehož role v sociální spravedlnosti může být nezastupitelná.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem interrupce z pohledu osob mladé dospělosti a osob pravého stáří v kontextu výchovy k rodičovství.

Jak uvádí Kutnohorská (2007, s. 13) problém znamená důležitý sporný námět k řešení. Vzniká tam, kde mohou být různé názory. Co je tedy morální problém? Je to důležité téma spojené s rozlišováním mezi dobrým a zlým, správným a nesprávným v denním životě. A interrupce se k těmto problémům určitě řadí.

Otázka potratů není jednoduchá. Každý jedinec by měl být vychováván k schopnosti zvládat a překonávat překážky. Na tuto důležitou oblast přípravy pro život se často zapomíná a součástí výchovy se stává až tehdy, jakmile se člověk ocitne ve složité životní situaci. Nepočítá s tím, že život i po náročné události pokračuje, jen má jiný rozměr. Proto je třeba utvářet schopnosti a trénovat na situace, jak získat stabilitu, která byla ohrožena (Bakošová, 2011, s.70). Samozřejmě na všechny životní situace se nelze připravit. Ale každý by si měl uvědomit, že většina problémů se dá vyřešit. Například interrupce. Dnes není nikdo nucen mít dítě, ať už proto, že je situace z řady důvodů nevhodná, nebo proto, že je odmítá vůbec. Nemusí se proto vzdávat sexuálního života. Je celá řada antikoncepčních metod, z nichž některé jsou natolik účinné, že otěhotnění je téměř vyloučeno, pokud je metoda správně aplikována.

V práci nikoho nesoudíme, snažili jsme se pouze zmapovat a poukázat na postoje k interrupci z pohledů respondentů dvou generací. Žena, která není na těhotenství připravena a zjistí, že čeká dítě, prožívá různé emoce. Často ztrácí „pevnou půdu“ pod nohama, snaží se hledat oporu ve svém okolí. Taky se může stát, že si o ni neumí říct na správných místech. Prochází rozmanitými životními cestami, může si připadat opuštěná. Sociální pracovník, dle etického kodexu sociálních pracovníků ČR, má umět zasahovat o zlepšení sociálních podmínek a sociální spravedlnosti. Tudíž by mu nemělo být cizí pomáhat ženám v nesnázích.

Měli bychom si jako společnost uvědomit, že potrat je vždy dokončeným procesem, který se již nikdy nedá vrátit. Ženy mají velkou moc nad začínajícím životem.

V teoretické části uvádíme informace zjištěné z publikací, které nás uvádí do problematiky. V první kapitole píšeme o vývojových meznících dané věkové kategorie. Druhá se zabývá postoji k interrupci. Existuje spousta zmínek a svědectví o tomto tématu (viz přílohy P V a P VI). I když je u nás, za určitých podmínek, interrupce legalizována, církve se k ní staví negativně a o antikoncepci se též vedou dlouhé diskuse. Ale nikdy se od žen, které potrat

podstoupily, neodvrátila. Ba naopak, nabízí podporu a pomoc prostřednictvím organizací (např. Hnutí Pro život). Ve třetí kapitole nastiňujeme vývoj ženské role. Ženy pravého stáří byly vedeny k mateřství. Jejich úkolem bylo rodit děti, zvládat práci jak na poli, tak v domě. Tři a více dětí bylo „normální“. Nesmíme zapomínat, že i tehdy byla velká úmrtnost dětí (nedostupná lékařská péče, chyběly finanční prostředky atd.). O životě žen, až do dnešní doby by se toho dalo hodně napsat, ale vzhledem k hlavnímu cíli jsme se nerozepisovali. V poslední kapitole se zabýváme pomocí těhotným ženám z pohledu sociálního pracovníka. Zmiňujeme zde interrupční zákon a několik pomáhajících institucí.

Hlavním cílem bylo zjistit kognitivní, emotivní a konativní složku postojů respondentek dvou generací k interrupci. Díky výzkumu a analýze jednotlivých dat z dotazníkového šetření, nám byly poskytnuty odpovědi. Na základě vyhodnocení doporučujeme osvětu dané problematiky a hlavně možnosti pomoci ženám, které řeší v dané chvíli velmi těžké rozhodnutí. Jak uvádí Bakošová: (2011, s. 24) „sociální pedagogika jako životní pomoc je pozitivní pedagogika. Jejím cílem je komplexní starostlivost poskytnout pomoc dětem, mládeži a dospělým hledáním optimálních forem pomoci a kompenzování nedostatků.“

Je na každém z nás, jak se k problematice interrupce postaví. Máme právo na vlastní názor, ale také máme právo na solidní informace. Interrupce je otázkou, která se projevuje nejen v lékařských oborech ale i v právnických, náboženských, etických, ale i v otázkách sociálních. A považme sami, sociální otázky se týkají nás všech.

Úkolem sociálních pracovníků je přispívat k sociální spravedlnosti a podílet se na ochraně lidských práv. Dále možná školy neučí studenty, jak legitimovat sociální práci jako společensky prospěšnou činnost, která dokáže ušetřit výraznou část financí, které by jinak byly zapotřebí na řešení důsledků těchto problémů. Určitě si spousta z nás všimlo genderovou převahu žen v oblasti sociální práce, což neznamená, že ženy by byly horší než muži. Spíše jde o jakési nastavení společnosti (a to se vracíme k teorii v práci), kdy žena pečuje o děti v domácnosti a zároveň o klienty v práci, což znamená, že může mít méně energie a času na aktivní vystupování v zájmu klientů. A tohle je další výzva – začít si více vážit a podporovat nejen klienty, ale i sociálního pracovníka, např. formou odměn, placeného volna, vyšší finanční ohodnocení, dobré pracovní zázemí pro matky s dětmi, apod. Sociální práce není charitativní činnost, ale pracovník je na úrovni profesionála, který se neustále vzdělává a reaguje na potřeby společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje:

1. ALCORN, Randy, 2011. Proč chránit nenarozený život. *Péče o nenarozené děti a matky*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-242-9.
2. BAHOUNEK, Tomáš J. a kol., 2007. *Čtyři pohledy na interrupci*. Ostrava: KEY Publishing. ISBN 978-80-87071-09-0.
3. BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. *Teórie sociálnej pedagogiky:edukačné, socialne a kominukačné aspekty*. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akademie vied. ISBN 978-80-970675-02-2.
4. BARTÁK, Alexandr, 2006. *Anti-koncepce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1351-9.
5. BAUMGARDER, Jennifer, 2008. *Abortion & life*. Published by Akashie Books. ISBN 978-1-933354-59-0.
6. BLATNÝ, Marek, 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3524-8 (pdf).
7. BROŽOVIČOVÁ, Klára, 2013. *Žena v tradiční kultuře*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6583-3.
8. BUREŠOVÁ, Jana, 2001. *Proměny společenského postavení českých žen v první polovině 20. století*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0248-3.
9. DRIÁK, Daniel, 2020. *Antikoncepce*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-488-0.
10. DUDOVÁ, Radka, 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 978-80-7330-214-6.
11. DVOŘÁKOVÁ KANĚČKOVÁ, Eva, 2020. *Výchova dívek v Čechách a na Moravě: školství v 19. století genderovou perspektivou*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1292-0.
12. FAIT, Tomáš, 2018. *Antikoncepce*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-587-3.
13. GAVORA, Petr, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

14. GOODY, Jack, 2006. *Proměny rodiny v evropské historii*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-396-7.
15. GRADY, L. John, 2002. *Interrupce Ano nebo Ne?* Olomouc: Nakladatelství Řád. ISBN 80-901973-8-8.
16. HAVELKOVÁ, Hana a Libora OATES-INDRUCHOVÁ, 2015. *Vyvlastněný hlas: proměny genderové kultury v Československu v letech 1948-1989*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-096-4.
17. HAYESOVÁ, Nicky, 2021. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1820-0.
18. HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE, 2006. *Sociální psychologie*. Praha:Portál. ISBN 80-7367-092-5.
19. HOLČÍK, Jan, Adolf ŽÁČEK a Ilona KOUPILOVÁ, 2006. *Sociální lékařství*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3954-X.
20. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.
21. JANEBOVÁ, Radka, 2006. *Sociální problémy z aspektu gender*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-512-6.
22. KAHOUN, Vilém a kol., 2007. *Vybrané kapitoly k sociální práci. Sociální práce II*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-064-5.
23. KAPOUN, Karel, 1959. *Dětský hlas*. Brno: MÚNZ-Zdravotnická osvěta.
24. KOŘENEK, Josef, 2002. *Lékařská etika*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-235-4.
25. KOZÁKOVÁ, Radka, 2014. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4259-4.
26. KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
27. KREBS, Vojtěch, 2010. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-585-4.
28. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2069-2.

29. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1284-9.
30. LENDEROVÁ, Milena, 2003. *Eva nejen v ráji: žena v Čechách od středověku do 19. století*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0375-6.
31. LENDEROVÁ, Milena a kol., 2019. *Ženy s kufříkem a nadějí*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4475-2.
32. LEWINSOHN, Morus-Richard, 2007. *Světové dějiny sexuality*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-0887-8.
33. MÜLLER, Čestmír a Jaroslav KAPR, 1980. *Kapitoly ze sociální problematiky ženského lékařství*. Praha: AVICENUM zdravotnické nakladatelství
34. NAKONEČNÝ, Milan, 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0577-X.
35. NAKONEČNÝ, Milan, 2020. *Sociální psychologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-842-0.
36. NEYEROVÁ, Maria A., 2016. *Sebrané spisy Edity Steinové. Žena*. Praha: Nadační fond Edity Steinové. ISBN 978-80-905351-1-4.
37. PÁNKOVÁ, Markéta, 2008. *Vzdělávání dívek v Čechách*. Praha: Pedagogické muzeum J. A. Komenského. ISBN 978-80-86935-06-5.
38. PEKÁRKOVÁ, Milena a kol., 2000. *Potrat ano-ne*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-922-5.
39. PRŮCHA, Jan, 2006. *Multikulturní výchova. Příručka (nejen) pro učitele*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-866-2.
40. ŠALAMOUNOVÁ P., ŠAMANOVÁ G. *Potratovost bezdětných žen, Gender – rovné příležitosti/výzkum/ročník 6 č. 1/2005*. ISSN 12-13-0028. 14.-18. str.
41. ŠTEMBERA, Zdeněk, 2016. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-500-2.
42. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
43. UCHÁČOVÁ, Kateřina, 2007. *Proč pláčeš, Miriam*. Jihlava: Hnutí Pro život ČR. ISBN 978-80-239-7524-6.

44. UZEL, Radim a kol., 2000. *Potrat ano-ne aneb Na pokraji života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-922-5.
45. VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 978-80-246-1318-5.
46. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.
47. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
48. VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ Lidka, 2022. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5024-1.
49. WAGNEROVÁ, Alena, 2017. *Žena za socialismu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-252-4.

Internetové zdroje:

1. BABYBOX, © 2010. Baby Box. *Babybox.cz* [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.babybox.cz/>
2. CERQUEIROVÁ, Andrea, 2017. Utajený porod. *Šance dětem* [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/utajeny-porod>
3. CONTRERAS, Sarah, 2010. Abortionist claims „life begins when his mother wants him“. *In:Live action* [online]. April 27,2011,09:15pm [cit. 2023-01-15]. Dostupné z: <https://www.liveaction.org/news/life-begins-when-his-mother-wants-him/>
4. ELICH, Markéta, 2019. Kompetentní sociální pracovník/pracovnice. *Novinky v sociální oblasti* [online]. [cit. 2023-01-16]. Dostupné z: <http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/570-kompetentni-socialni-pracovnik-pracovnice>
5. FOND OHROŽENÝCH DĚTÍ, © 2012-2023. O FOD. *Fod.cz* [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.fod.cz/o-nas>
6. FOŘTOVÁ, Klára, 2022. Duševní nemoc nebo nezájem. Co matku vede k odložení dítěte do kontejneru. *Idnes.cz* [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z:

- https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/miminko-odlozeni-kontejner-babybox-ludvik-hess-usmev-mamy-tehotenstvi-porod-deprese.A220124_101501_domaci_klf
7. HAMPLOVÁ, Ludmila, 2016. Nejlepší prevence interrupcí? Dostupná antikoncepce a liberální zákony. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/05/nejlepsi-prevence-interrupci-dostupna-antikoncepce-a-liberalni-zakony/>
 8. Hnutí PRO ŽIVOT ČR, © 2023. Co děláme. *Hnutiprozivot.cz* [online]. [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: <https://hnutiprozivot.cz/co-delame>
 9. HPŽ ČR, © 2022. Když bolí duše. *Hnutiprozivot* [online]. [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: <https://hnutiprozivot.cz/clanky/3010-kdyz-boli-duse>
 10. IDNES, © 2017. U břehů USA má plout potratová loď. *I dnes.cz* [online]. [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/zahranicni/potrat-pravo-usa-zruseni-lod-pilulka-nelegalni-pasovani-zena.A220711_185047_zahranicni_lisv
 11. KUBRICHTOVÁ, Lenka, 2005. Sexuální výchova. *Metodický portál* [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/247/SEXUALNI->
 12. LPP, © 2023. Co je to přirozené plánování rodičovství (PPR)? *Lpp.cz* [online]. [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://www.lpp.cz/>
 13. MACHÁNĚ, Jiří, 2021. Pohřeb jako úcta k nenarozeným. *Katolický týdeník* [online]. [cit. 2022-15-12]. Dostupné z: <https://www.katyd.cz/clanky/zpravodajstvi/pohreb-jako-ucta-k-nenarozenym.html>
 14. NA POČÁTKU, © 2021. Pomáháme těhotným ženám a maminkám s dětmi v tísní. *Napocatku.cz* [online]. [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: <https://napocatku.cz/>
 15. QUEER GEOGRAPHY, © 2022. Mapa interrupčních práv v Evropě. *Queergeography.cz* [online]. [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: <https://queergeography.cz/geografie-sexualit/feministicke-geografie/mapa-interrupcnich-prav-v-evrope/>
 16. STRETTI, Sylvie, 2014. Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce. *Mpsv.cz* [online]. [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Stretti.pdf/be5b2abb-9799-3dad-5810-a8b94f3d35b5>

17. ŠIROKÁ, Pavlína, 2021. Samovolný i umělý potrat se může podepsat na vašem zdraví. *Zdravi.euro* [online]. [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/interruptce-a-samovolny-potrat/>
18. ÚZIS, © 2022. Potraty 2021. *Zdravotnická statistika* [online]. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008422/potraty2021.pdf>
19. ZÁKONY PRO LIDI, © 2010-2023. Zákon č. 108/2006 Sb. *Zakonyprolidi.cz* [online]. [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AČ	Absolutní četnost
Atd.	A tak dále
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSR	Československá republika
FOD	Fond ohrožených dětí
Kol.	Kolektiv
MUDr.	Doktor všeobecné medicíny
Např.	Například
Odst.	Odstavec
Písm.	Písmo
Př.	Příklad
Př.n.l.	Před naším letopočtem
RČ	Relativní četnost
s.	Strana
Sb.	Sbírka
Tj.	To je
UPT	Umělé přerušování těhotenství
UUT	Umělé ukončení těhotenství
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik
ZŠ	Základní škola
§	Paragraf

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk	48
Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání – pravé stáří	49
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání – mladá dospělost	49
Graf č. 4 Počet dětí – pravé stáří	50
Graf č. 5 Počet dětí – mladá dospělost	51
Graf č. 6 Znalost hranice k umělému ukončení těhotenství – pravé stáří	51
Graf č. 7 Znalost hranice k umělému ukončení těhotenství – mladá dospělost	52
Graf č. 8 Způsob provádění interrupce – pravé stáří	53
Graf č. 9 Způsob provádění interrupce – mladá dospělost	54
Graf č. 10 Vliv interrupce na psychiku ženy – pravé stáří	54
Graf č. 11 Vliv interrupce na psychiku ženy – mladá dospělost	55
Graf č. 12 Význam postabortivního (postinterrupčního) syndromu – pravé stáří	56
Graf č. 13 Význam postabortivního (postinterrupčního) syndromu – mladá dospělost	57
Graf č. 14 Rizika interrupce – pravé stáří	58
Graf č. 15 Rizika interrupce – mladá dospělost	59
Graf č. 16 Zdroje interrupce – pravé stáří	60
Graf č. 17 Zdroje interrupce – mladá dospělost	61
Graf č. 18 Zkušenost s nechtěným otěhotněním – pravé stáří	63
Graf č. 19 Zkušenost s nechtěným otěhotněním – mladá dospělost	64
Graf č. 20 Postoj k nechtěnému otěhotnění – pravé stáří	64
Graf č. 21 Postoj k nechtěnému otěhotnění – mladá dospělost	65
Graf č. 22 Postoj k interrupci – pravé stáří	66
Graf č. 23 Postoj k interrupci – mladá dospělost	67
Graf č. 24 Náзор na souhlas otce k interrupci – pravé stáří	67
Graf č. 25 Náзор na souhlas otce k interrupci – mladá dospělost	68

Graf č. 26 Využití poradenství – pravé stáří	69
Graf č. 27 Využití poradenství – mladá dospělost	70
Graf č. 28 Názory na výchovu dospívajících k plánovanému rodičovství a k prevenci nechtěného otěhotnění – pravé stáří	71
Graf č. 29 Názory na výchovu dospívajících k plánovanému rodičovství a k prevenci nechtěného otěhotnění – mladá dospělost	72
Graf č. 30 Pocity, jež vyvolává slovo interrupce – pravé stáří	73
Graf č. 31 Pocity, jež vyvolává slovo interrupce – mladá dospělost	74
Graf č. 32 Vyznání víry – pravé stáří	75
Graf č. 33 Vyznání víry – mladá dospělost	76
Graf č. 34 Pocity k ženám, jež podstoupily interrupci – pravé stáří	76
Graf č. 35 Pocity k ženám, jež podstoupily interrupci – mladá dospělost	77
Graf č. 36 Péče o handicapované dítě – pravé stáří	78
Graf č. 37 Péče o handicapované dítě – mladá dospělost	78
Graf č. 38 Zkušenost s umělým ukončením těhotenství – pravé stáří	79
Graf č. 39 Zkušenost s umělým ukončením těhotenství – mladá dospělost	80
Graf č. 40 Postoj k výuce interrupce na ZŠ druhého stupně – pravé stáří	80
Graf č. 41 Postoj k výuce interrupce na ZŠ druhého stupně – mladá dospělost	81
Graf č. 42 Znalost o organizaci Hnutí Pro život v ČR – pravé stáří	82
Graf č. 43 Znalost o organizaci Hnutí Pro život v ČR – mladá dospělost	83
Graf č. 44 Rozhodnutí mezi interrupcí a antikoncepcí – pravé stáří	83
Graf č. 45 Rozhodnutí mezi interrupcí a antikoncepcí – mladá dospělost	84

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Případy k povolení umělému ukončení těhotenství – pravé stáří	61
Tabulka 2 Případy k povolení umělému ukončení těhotenství – mladá dospělost	62
Tabulka 3 Znalost hranice k umělému ukončení těhotenství	85
Tabulka 4 Způsoby provádění interrupce	85
Tabulka 5 Rizika interrupce	86
Tabulka 6 Pocity, jež vyvolává slovo interrupce	87
Tabulka 7 Pocity k ženám, jež podstoupily interrupci	87
Tabulka 8 Využití poradenství	88
Tabulka 9 Péče o handicapované dítě	88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Interrupční práva v Evropě

Příloha P II: Hippokratova přísaha

Příloha P III: Provedení potratu

Příloha P IV: Pohřeb nenarozeného dítěte

Příloha P V: Bylo jich třináct

Příloha P VI: Když bolí duše

Příloha P VII: Dětský hlas

Příloha P VIII: Dotazník

PŘÍLOHA P I: INTERRUPČNÍ PRÁVA V EVROPĚ

Na požádání

Grónsko, Špicberky a Jan Mayen, Portugalsko a Španělsko, Francie, Itálie, Švýcarsko, Belgie, Nizozemsko, Lucembursko, Německo, Česko, Rakousko, Slovinsko, Chorvatsko, Bosna a Hercegovina, Albánie, Černá Hora, Řecko, Severní Makedonie, Kosovo, Srbsko, Maďarsko, Turecko, Kypr, Bulharsko, Rumunsko, Moldavsko, Ukrajina, Slovensko, Bělorusko, Litva, Lotyšsko, Estonsko, Norsko, Švédsko, Rusko, Gruzie, Arménie, Kazachstán, Azerbajdžán, Irsko – od 1.1. 2019 na požádání

Legální při ohrožení matky, znásilnění, zdraví, či psychického zdraví, defektu plodu či ze socioekonomických důvodů

Island, Finsko, Spojené království

Nelegální s výjimkou ohrožení života matky, znásilnění, zdraví či psychického zdraví

Polsko

Při přímém ohrožení života matky

San Marino, Andora, Malta

Vatikán – interrupce bezpodmínečně zakazuje (Queer geography, © 2022).

Potratová loď

V roce 2017 k pobřeží Guatemaly dorazila nizozemská loď, jejíž posádka nabízela místním ženám bezplatnou interrupci. Plavidlo patřící organizaci Ženy na vlnách jezdí už od roku 1999 po světě a propaguje svobodu volby v oblasti umělých potratů. Personál plavidla své služby nabízí vždy jen v mezinárodních vodách, aby neporušoval zákony příslušného státu (Idnes, © 2017).

PŘÍLOHA P II: HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Hippokrates na jedné straně radil ženám, jakým způsobem je možné usmrtit plod, na druhé straně však v tzv. v Hippokratově přísaze odmítl zákroky lékaře vedoucí k přerušení těhotenství (Kahoun a kol., 2007, s. 147).

„Přisáhám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se toho potřeba; také jeho potomky budu pokládat za bratry a budou-li se chtít naučit tomuto umění, vzdělám je v něm bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i celé vědě, jinému však nikomu. Způsob svého života zasvětim podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu; zachovám vždy svůj život i své umění čisté a prosté každé viny. Neprovedu řez u žádného nemocného, který trpí kameny, ale odevzdám ho mužům v tomto oboru zkušeným. Ať přijdu do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ve snaze pomoci nemocným vyhýbaje se všemu podezření z bezpráví nebo z jakéhokoliv ublížení. Stejně tak budu vzdálen touhy po smyslových požitcích se ženami a muži, jak se svobodnými tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi nebo v soukromém životě lidí něco, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství. Budu-li tuto přísahu zachovávat a řádně plnit, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvřním, staniž se mi pravý opak“ (Kořenek, 2004, s. 188).

PŘÍLOHA P III: PROVEDENÍ POTRATU

- Menstrual extraction (očistění dělohy): Velmi raný potrat vysátím obsahu dělohy. Je často prováděn ještě před získáním pozitivního těhotenského testu.
- Suction-aspiration (usilovné sání): Při této metodě musí potratář nejprve docílit uvolnění okrouhlého svalu v děložním krčku a poté krček rozevřít. Je to těžké, poněvadž hrdlo děložní je tuhé, nepružné, "nevyzrálé" a nepřípravené se rozevřít. Pak zavede do dělohy tuhous trubičku z plastické hmoty, která má špičku ve tvaru nože. Sání roztrhá tělíčko dítěte na kousky. Potom potratář odtrhne placentu od vnitřní stěny děložní, do níž je hluboce vrostlá. Zbytky dítěte a placenty jsou odsáty do láhve. Používané sací zařízení má 29x větší sílu než běžný domácí vysavač.
- Dilation and Curettage (Rozšíření krčku a výškrab dělohy): postup je podobný předešlému s tím rozdílem, že potratář tentokrát zavede do dělohy kyretu, tj. ocelový nůž ve tvaru uzavřené smyčky. Touto kyretou rozřezává placentu a dítě na kousky a vyškrabává vše ven do připravené nádoby. Obvykle při tom dochází k mohutnému krvácení.
- Dilatation and Evacuation (Rozšíření krčku a vyprázdnění dělohy): používá se, je-li plod starší než 12 týdnů. Je přitom potřebný též nástroj podobný kleštím, protože kosti dítěte jsou již zvápenatělé, stejně jako lebka. Dítě však nedostává narkózu. Potratář zavede nástroj do dělohy, uchopí dítě za nožičku nebo za jinou část těla a kroutivým pohybem ji rozerve a odtrhne od těla dítěte. To se znovu a znovu opakuje. Páteř dítěte se musí přelomit a odtrhnout a lebka rozdrtit, aby vše mohlo být odstraněno. Asistující sestra má povinnost složit opět části tělíčka dítěte dohromady, aby měl lékař jistotu, že dělohu zcela vyprázdnil.
- Chemické potraty: prvním nejužívanějším způsobem byla otrava solí. Dělá se po 16. týdnu těhotenství. Dlouhou jehlou se propíchne břišní stěna matky a plodový vak dítěte. Do plodové vody se vstříkne koncentrovaný roztok solí. Dítě jej vdechne a polyká, je jím otrávené, křečovitě se chvěje a někdy zvrací. Trvá to déle než hodinu než je dítě zabito. "Úspěch" se projeví tím, že asi o den později matka dostane porodní bolesti a porodí mrtvé dítě. Příčinou smrti je akutní hypernatremie (vysoká hladina sodíku v krvi) nebo akutní otrava solí, při níž dojde k všeobecnému rozšíření cév, otokům, překrvení, krvácení, šoku a smrti.

Někteří lidé přirovnávají děti otrávené solí k "červeným jablíčkům". Proč?
Leptavé působení koncentrované soli často spálí a sloupne vnější vrstvu kůže dítěte. Tím je odhalena krvavá, červená, lesklá podkožní tkáň. Hlavička dítěte pak může vypadat jako červené jablíčko (HPŽ, © 2017).

PŘÍLOHA P IV: POHŘEB NENAROZENÉHO DÍTĚTE

Český právní řád garantuje v zákoně o pohřebnictví pietní zacházení s ostatky těch dětí, které zemřely ještě před svým narozením – například v důsledku spontánního potratu. Všechna těla dětí nad 500 g musí být pohřbena – buď samotnými rodiči, nebo na náklady příslušné obce. „Má-li tělíčko méně než půl kila a rodiče nepožádají do 96 hodin o jeho vydání, je i v tomto případě garantováno důstojné zpopelnění v krematoriu,“ vysvětluje Radim Ucháč.

Na některých hřbitovech je pro ostatky dětí vyhrazené místo. Například na brněnském Ústředním hřbitově stojí památník pro nenarozené a zesnulé děti. Má tvar kříže a zatravněný prostor před ním je určen k ukládání jak popela, tak ostatků. „Stává se, že rodiče se po úmrtí svého miminka vzpamatují až s větším odstupem, než aby si vyžádali vydání jeho tělíčka. A měli by mít možnost jít někam vzpomenout a zapálit svíčku, zkrátka aby byla možná pieta,“ poukazuje ředitelka brněnských hřbitovů Alena Říhová. Jak dodává, podle zákona se tu počítá s pohřbíváním plodů, ale nevyklučuje se ani uložení jak starších dětí, tak těch úplně malých, které zemřou před porodem, při porodu nebo záhy po narození. „Bývají to maličké děti, které ani z porodnice neodejdou s maminkou domů. Vracíme se svým způsobem k předválečným a válečným tradicím, kdy na hřbitovech existovala dětská oddělení. Bylo zvykem pohřbívat do dětských hrobů. Tyto urny a rakve se totiž obvykle neukládaly do rodinných hrobek, protože ty často rodina ještě neměla a ani dnes nemívá,“ objasňuje Alena Říhová (Macháně, © 2021).

PŘÍLOHA P V: BYLO JICH TŘINÁCT

Z deníku jedné porodní asistentky

V naší malé nemocnici, která je deset let vedena řeholními sestrami, jsme měli dva dvoulužkové pokoje připravené pro porody. Jednou v noci mě zavolaly sestry. Manželku majitele kantýny přivezli s vysokou horečkou, napolo v bezvědomí, s halucinacemi a krvácením. S hustým chomáčem černé sražené krve odchází ramínko asi pětíměsíčního dítěte. „Sestro, přichystejte prosím všechno na operaci, dokud nepřijde lékař. Jestli se dá ještě pomoci, tak to bude jen operačním zákrokem.“

Následovala strašná noc a po ní následovaly hrozné dny a noci.

Věžní hodiny odbily dvanáctou v tiché, vlahé letní noci, již předcházel horký parný den. Všechna okna byla otevřena, aby dovnitř proudil noční chlad. Nemocní obvykle rádi poslouchají odbíjení hodin. Ale pak se žena zvedne... a zírá očima plnými nekonečné hrůzy ke dveřím... pohled je stále vytřeštěnější a větší... jedním skokem z postele chce k otevřenému oknu a vrhnout se ven...

„Pryč... jen pryč ...“, supí bledé rty. Na čele jí ze strachu vyskakují kapky potu. S největší úsilím se nám ji podaří zadržet. Pak si zaleze pod deku, kde kňučí strachem a hrůzou ...

Přítom v pokoji nic není – žádné stíny, žádná světla. Chvilí leží na polštáři vyčerpaná k smrti. Potom ji hrůza znovu přemáhá a začne mluvit: „Teď... znovu přicházejí..., jedno po druhém, jeden... dva... tři... to už je velké, skoro vyrostlé... čtyři... pět... to zůstalo úplně malé... šest... sedm... osm... ten má utrženou hlavu, teď si ji nosí v ruce... devět... deset... ten nemá nohy, ale přece jen se hýbe... je rozpůlený a krvácí... jedenáct... dvanáct... a teď jen rameno... a noha... Kde máš hlavu... ostatní údy? Proč nemáte oči...? Najednou začne znovu zuřit a vykřikne: „Jděte... jděte... nedotýkejte se mě... pryč... pryč...“ Odstrčí sestru stranou. Naštěstí přichází lékař. S proudem krve se vyplavuje hlava dítěte.

Nález potvrdil očekávání. Dítě bylo následkem mechanického zákroku rozkouskováno, děloha vícenásobně poraněna. Začínal zánět pobřišnice. K tomu celé hodiny krvácení – pravděpodobně do rána nevydrží.

Oznámili jsme to manželovi. Přijal to klidně, dokud neuslyšel, že bude následovat soudní proces. Začal zuřit na soudce, že nemá strkat nos do manželství jiných lidí. Zatímco se ještě rozčiloval, ta ubohá žena ještě napůl v narkóze začala opět počítat: „Znovu přicházejí... všechny... jeden... dva... tři... čtyři...“ Muž utekl, jako by byl hnán fúriemi.

Ani ty nejsilnější dávky utišujících prášků ji neuklidnily a nemohly vyřadit její paměť na delší dobu. Stále viděla přicházet třináct dětí zavražděných v děloze, s nářky, výčitkami a prosbami.

Po čtyřech dnech se její mysl bezprostředně vyjasnila. Přišel za ní kněz a po prvních slovech mu skočila do řeči: „Bylo jich třináct, ano. Nemusíte se na nic ptát.“ Z posledních sil řekla: „Nechte mě odejít...“ A ještě poslední slovo pro vcházejícího manžela: „Darebák!“ – a zemřela (Ucháčová, 2007. s. 18).

PŘÍLOHA P VI: KDYŽ BOLÍ DUŠE

Jdu si zaplatit další tisíce za „pilulku“. S brekem a obrovskou bolestí polykám, a v tu chvíli zabívám život, který ve mně začal žít. Muži, který mě miloval a já mu řekla, že si dítě nenechám, jsem rozbila srdce. Váháte, zdali jít na potrat? Prosím, přečtěte si můj příběh.

Potrat je možná rychlá úleva, ale dlouhotrvající bolest, deprese a výčitky. Po deseti měsících bolestí, depresí a nenávisti píšu tento text. Nejsem hodna někomu mluvit do života, ani někoho přesvědčovat, ale toto je můj příběh, a pokud bych zachránila jednu dětskou duši, tak tento text smysl má. Ráda bych se podělila o mou zkušenost s rozhodnutím, které již nelze vrátit.

Slovo potrat mi bylo cizí, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela. Nemyslela bych si, že se to dotkne mého života a chápala jsem potrat spíš z dálky, jako úlevu pro ženy, které se třeba stanou obětmi znásilnění.

Já, žena milující, žena, která si vždy přála děti, ale čekala jsem na toho pravého nebo na to, až situace bude perfektní. Jenže takhle nám to život nepřináší. Stalo se, že jsem otěhotněla s mužem, s nímž jsem být nechtěla a který mě ani nepřitahoval. Ano. Prostě se to stalo. Byl to takový kamarád v době, kdy jsem se cítila sama.

Měla jsem nefungující vztah na dálku. O to víc se věci zamotaly a zlomila jsem nejedno srdce.

Po noci strávené s cizincem, kterému budu říkat Greg, jsem cítila hrozný odpor, naštvání a první myšlenky, které v mé hlavě běhaly, byla nenávist vůči němu i sobě. Měla jsem obavu, zda jsem náhodou nemohla získat nějakou chorobu. Greg říkal, že si „dával pozor“. Řešila jsem spíše testy na pohlavní choroby. Napadlo mě, kolik žen mě odsoudí, až tohle budou číst, ale to je jedno. Já jsem se taky odsoudila.

Ve čtyřiceti letech jít na potrat! „Jsi normální kráva,“ slyšela jsem nespočetněkrát. Takže jsem po nějaké době, kdy jsem byla rozhodnutá, že Grega již neuvidím, začala mít stavy, kdy se mi při pomyslení na něj chtělo zvracet. A taky že jsem zvracela. Ráno, odpoledne. Nejdříve jsem to brala jako psychickou reakci na to, co se stalo. Až po nějaké době mě napadlo jít do lékárny pro těhotenský test, protože jsem zvracela hodně a celkově mi bylo zle. Test jsem si za dobu, kdy jsem měla vztahy, ve kterých bych si přála mít dítě, dělala mnohokrát. Vždy byl negativní. Říkala jsem si, co kdyby náhodou...

Test, **gynekologie,** **strach**

Test byl pozitivní. Podlomily se mi nohy, začalo mi být ještě hůř. Takže rychle na gynekologii. Gynekoložka mi blahopřála a řekla mi o rizicích potratu v mém věku.

Doporučovala mi si miminko nechat. Měla z toho radost větší než já. Viděla, jak jsem zničená, protože moje hlava dítě nechtěla. Ne takto, ne s tímto mužem. Ne, protože jsem nechtěla být single máma, protože jsem se bála, že dopadnu jako moje máma, která to měla opravdu těžké. Bála jsem se, že to nedám, že dítě nebudu milovat, že nebudou peníze.

Příliš mnoho otázek, na které člověk nemá odpověď. Strach – ten nejhorší nepřítel a špatný rádce. Začala jsem hledat informace o potratu, co všechno může způsobit, a začala jsem řešit, co s tím. Našla jsem si Linku pomoci „Čekáte nečekaně dítě“ a tam mě moc milá paní povzbudila, že já to dám, že miminko zvládnou vychovat. Ptala se, jestli moje srdce miminko chce. A také mě varovala, že potrat není dobré řešení. Ano, moje srdce miminko chtělo a jak moc! Jenže hlava to nechtěla akceptovat. Ne takhle. Kolikrát jsem se modlila, kolikrát jsem brečela, prosila Boha, aby mi pomohl být milující matkou. Vždyť i tu krabici pro miminko mám připravenou. Když se mě občas neomalení lidé ptali, proč ještě děti nemám, tak jsem odpovídala, že jsem ještě nepotkala toho pravého. A co bych jim řekla dneska? Jo, zabila jsem svoje dítě.

Žádné informace o potratu dostatečně nepopíšíou hrůzu, kterou zažijete!

Na internetu se dočtete o postabortivním syndromu, o rizicích, ale pokud potrat opravdu podstoupíte, zažijete tu hrůzu na vlastní kůži. A teď to nejhorší. Pocit viny. Pocit studu. Všechny kamarádky, kterým jsem volala a které mají děti, mi říkaly: „Ty to dáš! Vždyť ty jsi silná ženská.“ Pak tu byli i tací, kteří mi říkali, že je lepší si to nenechat, že potrat nic není. Je to jednoduché. Proč já to tolik řešila se všemi okolo?! Byla jsem jak mezi mlýnskými kameny. Chvilí mě přepadaly nálady, kdy jsem se viděla s miminkem, hladila jsem si břicho a měla jsem radost. Pak mě zase hlava a strach a stres přesvědčovaly, abych si ho nenechala. Vyhledala jsem odbornou pomoc. Dvě hodiny urgentní konzultace mě stály asi 4500 Kč. Paní psychologka mi sdělila, že v mé situaci je to 50 na 50. Buď to dítě milovat budu, anebo nebudu. Ať se rozhodnu jakkoliv, bude to těžké. Šla jsem také do porodnice, poradit se s lékařem. Ten viděl, že nejsem stoprocentně rozhodnutá pro potrat a otázku mi položil několikrát. Odpověď byla NE. Nechci. Řekl mi, abych šla domů, že na pilulku je čas, abych to promyslela, ale zase ne moc dlouho.

Místo **přemýšlení** **jsem** **jednala** **zbrkle**

Jak jsem už psala, měla jsem komplikovaný vztah na dálku. A co jsem udělala? Na místo toho, abych se od všech odřízla a dala si čas to všechno vstřebat a promyslet, tak jsem mu to ve výčitkách sdělila. Muži, kterého jsem řadu měsíců neviděla, jsem sdělila, že jsem spala s jiným a že jsem těhotná. Vyslechla jsem si toho hodně: „To dítě si nemůžeš nechat! Skončíš

sama. Ty bys nechala kohokoliv na sebe skočit, abys otěhotněla. To dítě si nenecháš! Je ti čtyřicet, to dítě nebude zdravé! Pořádíme si jiné spolu.“

A do toho druhý muž, který mě evidentně miloval, ale jeho situace nebyla příznivá, chtěl, abych si miminko nechala. Jeho vidina byla, že spolu budeme. Cítila jsem velký tlak. Obrovský tlak na to, že se musím rychle rozhodnout. Tlak od doktorů na pilulku, tlak od chlapa, který mě měl za děvku, a tlak od muže, co miminko chtěl a viděl nás spolu, a tlak mého strachu, co udělat.

Bylo mi hrozně. Zvracela jsem, nespala, křičela, brečela. Šla jsem do porodnice s tím, že to ukončím, abych se ten samý den vrátila domů, protože jsem toho nebyla schopná.

V hlavě zmatek, v srdci prázdno

A další den, když jsem mluvila s Gregem a ten moje zoufalství už také nemohl unést, řekl: „Udělej to!“ Tak jsem druhý den ráno, jako „kráva na porážku“, bez emocí, šla znova k lékaři. Celou dobu, co jsme seděla v čekárně, jsem to miminko chtěla, ale myslela jsem si, že ten potrat prostě bude rychlovka a že všechno bude jako dřív. Doktor se mě znovu ptal, zda jsem si opravdu jistá. Říkám mu NE, ale už ten tlak nevydržím.

Nechci na nikoho svalovat vinu, ale kdyby to nebyl tak mladý doktor, ale muž či žena v mém věku, určitě by mě znovu poslal domů, protože já jsem rozhodnutá nebyla. Jdu si zaplatit dalších x tisíc za pilulku. S brekem a obrovskou bolestí polykám, a v tu chvíli zabívám život, který ve mně začal žít. Život, který je dar a my nemáme právo ho brát!

Šla jsem domů. Nevím přesně, snad za tři dny jsem musela přijít, aby mi řekli, že ten plod, to malé nevinné dítě, jsem zabila. Dali mi další tabletku, aby se dítě vypudilo. Dokážete si představit ten tlak? To čekání na něčí smrt? To malé cosi, které necháte spláchnout do záchodu! A to nejhorší? Já to chtěla zastavit. Došlo mi, co jsem udělala. O co všechno jsem se připravila.

Když ten STRACH opadl a začala jsem vnímat svoji duši a svoje srdce, přišla obrovská bolest. Záplava výčitek. Já jsem ve čtyřiceti letech, kdy moje srdce a duše toužily po tom být milující matkou, zabila svoje dítě. Až nyní mi začalo docházet, co jsem udělala. Vždyť to bylo moje dítě. Moje součást, naše geny, náš rod. Jsem jedináček.

Nejhorší je vědomí nevratnosti

Pak vám dojde, že se to nedá vrátit. Že život nebude jako předtím, protože tělo si projde hormonální bouří, kdy vaše vnitřní žena touží být matkou a vy jste udělala něco, co je proti přírodě, proti ochranným pudům většiny žen – dítě ve svém lůně ochraňovat.

Možná po těch deseti měsících se to píše „lehce“, ale to, co jsme si všichni zúčastnění včetně mých rodičů prožili, se jen těžko popisuje. Moje nevlastní matka mi napsala: „Mohla jsi udělat všechny šťastnými, ale ty jsi to zabila, bude tě to pronásledovat do konce života.“

Cítím se jako zrůda. Já jsem zabila svoje dítě. Rodiče mi řekli: „Zabila jsi naše vnouče.“ Muži, který mě miloval, a já mu řekla, že si dítě nenechám, jsem rozbila srdce. Muži, kterého jsem milovala já, jsem dovolila, aby mi řekl, jaká jsme děvka, a nechala ho, aby rozhodl o mém těle.

Já si prošla obdobím depresí, výčitek, které tu jsou stále, a můj život ztratil smysl. Položilo mě to víc, než jsem si myslela, a to už jsem toho v životě ustála hodně.

Můj velmi vysoký účet!

Co si o potratu myslím dnes? Je to vražda. Není to nic hezkého, protože to ženu změní, zraní, rozbije. Protože ten plod, ta hromada buněk je vaše dítě. Tvoreček, za kterého bych dnes dýchala.

Bože, kdyby to šlo, vrátila bych to zpět! Ale jak mi bylo řečeno již několikrát, nejde nahradit jedno dítě druhým. A já teď ani nevím, jestli mi Bůh tu šanci dá a smiluje se nade mnou, abych tou milující matkou mohla být.

Dnes bych všem řekla: NECHTE MĚ BÝT, JÁ SI TO MIMINKO NECHÁM!!! Nejsmutnější na tom všem je, že ten, kdo o mojí bolesti, o osudu té malé dušičky rozhodl, jsem byla Já. Já jsem svolila. Já jsem ten největší viník. Moje ruka, ne ta Boží. Při každém setkání s nějakou maminkou, při každém pohledu na kočárek prožívám bolest nebo aspoň vzpomínku, že jsem byla pár týdnů matkou a že to nebyl osud, ani vyšší moc, kdo mě připravil o tu nádhernou čistou duši, ale já sama. Zaplatíte za potrat, zaplatíte za psychology a léky, aby vám pomohli utěšit bolest, kterou utišit nelze. A jak si odpustit a jít dál? To zatím nevím.

Klientka Linky pomoci, anonymizováno (HPŽ ČR, © 2022).

PŘÍLOHA P VII: DĚTSKÝ HLAS

Maminko, Ty mě nechceš?
Necháš mě zemřít dřív, než se narodím?
Vždyť ani nevíš, jsem-li dcera nebo syn.
A což jsem z lásky nevzešel?
Jen vzpomeň, jak vyznávalas lásku komusi,
tma chodila co noční hlídka kolem,
milence nikdo vidět nemusí.

Maminko, Ty mě nechceš?
Bojíš se, že máš příliš malý byt?
Mohu se jenom v koutku příkrčit,
však kolik lidí spalo kdysi venku,
kdy zbyly z domů trosky tesklivé,
maminka skryla dítě pod halenku
a vyšla ze sklepa jako z jeskyně.

Maminko. Ty mě nechceš?
Bojíš se, že vezmu si víc lžiček?
Vždyť já bych z odrobinek jenom žil,
jak žije vrabec prosebníček.
Natrhal bych si lesních ostružin.
Za války jedli kdysi lidé kořínky
a matka přec dala dítě do plínky.

Maminko, Ty mě nechceš?
Bojíš se, že uberu Ti krásy?
Já si Tě celou přemaluji jen.
A jestli trochu krásy nasbírám si,
shlížej se ve mně každý den,
jak v dítěti se shlíží matka,
nemusíš se ani dívat do zrcátka.

Maminko, Ty mě nechceš?
A co když budeš chtít vody podat

a osamělá marně zvoláš stokrát.
A co když zmenšíš se na stařenku,
kdo se Tě zeptá: „maminko, co je Ti“
a komu umřeš jednou v objetí?

Maminko, Ty mě nechceš?
Tak rád bych viděl nejdražší dva šperky:
zlaté slunko a pozlacený měsíček.
Tak rád bych viděl sýkorky a čejky,
když vyletují z hnízd jak z jesliček.
Tak rád bych viděl růži, oblak, nebe,
a nejvíc Tebe, maminko má, Tebe.

Maminko, Ty mě nechceš?
Bojíš se, že tatínka mít nebudu?
Můžeš mi lhát, že odešel nám do války,
že výstřel roztrhl vás jak pár holoubků,
že zanechal Ti dopis, brož a korálky.
Nepřiznávej se, že jste se rozešli.
Až půjdeš do práce, tak mně dáš do jeslí.

Maminko, Ty mě nechceš?
Snad najdu proti rakovině lék
i proti stárnutí a začnu nový věk.
Popluji k hvězdám na kosmické lodi,
pro kmín Ti půjdu pěšky, jak se chodí.
Kosmický světáček budu už snad,
domů se vrátím, s Tebou se polaskat. (Karel Kapoun, 1959)

PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Petra Rajová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií ve Zlíně, obor: sociální pedagogika. Touto formou bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujících položek. Dotazník je anonymní, získané údaje nebudou použity na jiné účely, než na zpracování diplomové práce na téma: *Postoje k interrupci v kontextu výchovy k rodičovství u dvou generací.*

U položek prosím zakroužkujte pouze **1 možnost** (pokud není uvedeno jinak) a na označených místech napište odpověď vlastními slovy.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas!

1) Věk:

- a) 20-35 let
- b) po 75. roce

2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Střední bez maturity/vyučena
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné/ vysokoškolské

3) Máte děti?

- a) Ne
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 a více

4) Víte, jaká je hranice k umělému ukončení těhotenství na žádost ženy?

- a) Do 24. týdne těhotenství
- b) Do 22. týdne těhotenství
- c) Do 12. týdne těhotenství
- d) Není dána hranice
- e) Nevím

5) Z následujícího seznamu způsobů provedení interrupce, prosím, vyberte ten, kterým se podle vás provádí interrupce.

- a) Pouze operativním odstraněním
- b) Podáním potratových léků
- c) Chirurgickým i nechirurgickým (medikamentózním) způsobem
- d) Nevím

6) Myslíte si, že má interrupce vliv na psychiku ženy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7) Víte, co znamená pojem postabortivní (postinterrupční) syndrom?

- a) Soubor psychických příznaků a obtíží, které se u části žen dostavují po prodělaném potratu, ať už samovolném či uměle vyvolaném
- b) Syndrom způsobující potrat u nevyvinutého plodu
- c) Nevím, co by tento pojem mohl znamenat

8) Jaká znáte rizika interrupce? (můžete označit více možností)

- a) a) Velká krevní ztráta
- b) b) Poranění – ruptura hrdla děložního, perforace stěny děložní
- c) c) Selhání interrupce s pokračováním těhotenství
- d) d) Záněty
- e) e) Poruchy menstruačního cyklu
- f) f) Poruchy plodnosti
- g) g) Hormonální změny v těle ženy
- h) h) Snížení sexuálního libida
- i) i) Jiné...

9) Pokud jste se zajímala o interrupci, z jakých zdrojů jste čerpala?

- a) Internet
- b) Knihy
- c) Od známých

- d) Gynekolog
- e) Jiný zdroj, jaký.....
- f) O téma jsem se zatím nezajímala

10) V jakých případech byste povolila umělé ukončení těhotenství? (můžete označit více možností)

- a) Kriminální čin (př. znásilnění)
- b) Těhotenství ohrožuje život matky
- c) V případě postižení dítěte
- d) Nízký věk matky
- e) Ekonomické důvody
- f) Nemusí být udán důvod
- g) V žádném případě nepovolila
- h) Jiné

11) Znáte někoho, kdo měl zkušenost s nechtěným otěhotněním?

- a) Ano
- b) Ne

12) Pokud ano, jak se v dané situaci zachovali/a?

- a) Dítě si nechali/a
- b) Rozhodli/a se pro interrupci
- c) Rozhodli/a se pro adopci
- d) Nikoho takového neznám
- e) Jiné

13) Co si obecně myslíte o interrupci?

- a) Žena se může svobodně rozhodovat, je to její věc
- b) Zakázala bych interrupci
- c) Nikdy bych ji nepodstoupila, ale některé ženy chápu
- d) Dovolila bych interrupci pouze z lékařských indikací
- e) Nemám na interrupci názor

14) Myslíte si, že podstoupit interrupci by mělo být se souhlasem otce?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

15) Využila byste nějakou formu poradenství, kde by s vámi vyškolený odborník probral otázku nechtěného těhotenství? (poradil, jaké máte možnosti, vysvětlil samotný zákrok, seznámil s následky a riziky s interrupcí apod.)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16) Máte dojem, že dnešní výchova dospívajících k plánovanému rodičovství a k prevenci nechtěného otěhotnění je dostatečná?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

17) Jaké pocity ve Vás vyvolává slovo interrupce (umělé ukončení těhotenství)?

- a) Žádné
- b) Lítost
- c) Hrozba zneužití
- d) Úlevu – vyřešení situace
- e) Jiné

18) Jste věřící?

- a) Ano
- b) Ne

19) Jaké emoce cítíte k ženám, které podstupují interrupci?

- a) Opovržení
- b) Hněv
- c) Smutek
- d) Podporu
- e) Jiné.....

20) Myslíte si, že byste zvládla pečovat o handicapované dítě?

- a) Spíše ano
- b) S pomocí ano
- c) Ne
- d) Nevím

21) Vy sama jste se již někdy rozhodla pro umělé ukončení těhotenství?

- a) Ano, ze zdravotních důvodů
- b) Ano, z osobních důvodů
- c) Ne

22) Souhlasíte, aby děti na ZŠ druhého stupně, byly seznámeny s průběhem interrupcí a demonstrací takového zákroku např. formou videa?

- a) Ano
- b) Ne

23) Víte, co propaguje organizace Hnutí Pro život v ČR?

- a) Možnost vybrat si způsob smrti
- b) Úctu k lidskému životu od početí do přirozené smrti
- c) Rozšíření interrupce
- d) Nikdy jsem o Hnutí pro život neslyšela

24) Dala byste raději přednost interrupci před prevencí pomocí antikoncepce?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nikdy jsem nad tím takto neuvažovala