

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce

**Interrupce
– porovnání legislativy, vývoje a reflexe
ve společnosti na příkladu 6 zemí**

**Vypracovala: Petra Kutová
Vedoucí práce: Ing. Libor Prudký**

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 29. září 2006

.....
podpis

Za podnětné rady, laskavou pomoc a podporu bych chtěla velmi poděkovat vedoucímu své práce, panu Ing. Liboru Prudkému. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům statistických úřadů a nestátních organizací za jejich ochotu poskytnout informace.

Obsah:

Úvod	1
Metodika.....	1
Přehled jednotlivých zemí	
1. Česká republika (+ bývalé Československo)	
Vývoj legislativy.....	3
Statistické údaje	5
2. Litva	
Vývoj legislativy.....	9
Statistické údaje.....	12
3. Maďarsko	
Vývoj legislativy.....	17
Statistické údaje.....	19
4. Polsko	
Vývoj legislativy.....	23
Statistické údaje.....	28
5. Švédsko	
Vývoj legislativy.....	31
Statistické údaje.....	34
6. Spojené království	
Vývoj legislativy.....	39
Statistické údaje.....	42
Celkové porovnání	
Legislativa.....	47
Veřejné mínění.....	48
Index potratovosti.....	49
Míra potratovosti.....	52
Závěr.....	54
Přehled použité literatury a zdrojů.....	57

Úvod

Práce se pohybuje v diskurzu sociologického výzkumu a zabývá se problematikou interrupcí v šesti evropských zemích. Ve své práci jsem chtěla popsat situaci v těchto zemích, tedy vývoj legislativy týkající se interrupcí a její současnou podobu, dále pak předestřít vývoj počtu interrupcí v dané zemi, porovnat ho s vývojem legislativy a přidat ještě veřejné mínění občanů. Při volbě zemí jsem se řídila především dostupností dat o interrupcích, ale také stavem interrupční legislativy v zemi. Zařadila jsem samozřejmě Českou republiku, abychom měli možnost vidět i rozdíly mezi námi a jinými zeměmi. Zbýlých pět zemí tvoří Litva, Maďarsko, Polsko, Švédsko a Spojené království. Cílem práce bylo vykreslit situaci v jednotlivých zemích a pokusit se zjistit, zda je nějaká souvislost mezi legislativní úpravou, vývojem počtu interrupcí a reflexí interrupce veřejností.

Metodika:

U každé země nejdříve uvádím vývoj interrupční legislativy. Informace pocházejí z několika publikací a dále také od zástupců různých organizací zabývajících se (mj.) problematikou interrupcí v jednotlivých zemích. Na tyto organizace mi poskytl kontakt pracovník ČSÚ Vojtěch Čížík, napsala jsem do přibližně patnácti zemí - do těch, u kterých bylo dost dat na Eurostatu. Odepsalo pět (Litva, Maďarsko, Švédsko, Spojené království a Slovensko). Slovensko jsem však mezi zkoumané země nezařadila, protože situace je tam dost podobná jako u nás. Poskytli mi však publikaci se zápisem přednášky místopředsedkyně Společnosti pro záležitosti žen a plánování rodiny ve Varšavě, rozhodla jsem se tedy zařadit Polsko vzhledem k jeho odlišné legislativě. Dále ohledně Spojeného království - je na Eurostatu uvedeno jako „United Kingdom“, tedy včetně Severního Irsku, které má však odlišnou interrupční legislativu. Data jsou uvedena za celé království, ovšem co se týče interrupcí, Severní Irsko neposkytuje v tomto směru žádné oficiální statistiky. Data o interrupcích se tudíž týkají vlastně pouze Velké Británie (kam však mnohé ženy ze Severního Irsku za interrupcí cestují, takže jsou zde vlastně „obsaženy“, jen přesně nevíme, kolik jich je.)

Po legislativě následují tedy statistické údaje. Postupně zkoumám vývoj počtu interrupcí v dané zemi, vývoj počtu interrupcí u jednotlivých věkových skupin, dále

porovnávám vývoj celkového počtu interrupcí s vývojem celkového počtu živě narozených dětí a také uvádím vývoj indexu potratovosti u jednotlivých věkových skupin. Index potratovosti v našem případě značí počet interrupcí na 100 živě narozených dětí (v tomto případě u jednotlivých věkových skupin). Takto můžeme určit, nakolik je daná věková skupina reprodukčně aktivní. Pomůže nám to udělat si o jednotlivých věkových skupinách podrobnější představu. Je logicky rozdíl v tom, pokud by ve dvou věkových skupinách byl stejný absolutní počet interrupcí, ale v jedné z nich např. dvojnásobek narozených dětí. Stejný počet interrupcí by pak měl u každé z těchto skupin poněkud jinou hodnotu. Ne u všech zemí je však bohužel k dispozici dlouhodobější věkové rozvrstvení těchto indikátorů. V těchto grafech neuvádím okrajové věkové skupiny (tedy „pod 15 let“ a „50 a více let“), neboť je u nich nejen nízký počet interrupcí, ale hlavně velmi nízký počet narozených dětí, a tudíž je index potratovosti velmi vysoký. Měřítka grafu by tedy bylo kvůli těmto skupinám zbytečně velké a nedovolovalo by vyniknout rysům ostatních křivek. Data pro toto zkoumání jsem získala z Eurostatu, kde jsou obsaženy všechny evropské země, jen u některých však data sahají do minulosti a je u nich možnost strukturalizace. Posledním statistickým údajem je reflexe interrupce ve společnosti. Data pocházejí z výzkumu EVS (European Value Study), který byl proveden v roce 1991 a znovu v roce 1999. Mne zajímala otázka „Považujete interrupci za ospravedlnitelnou?“ („Do you justify abortion?“). Odpovědi se nacházely na 10-ti bodové škále, kde 1 = nikdy, 10 = vždy.

Na závěr uvádím celkové porovnání legislativy, veřejného mínění všech šesti zemí, dále vývoj celkového indexu potratovosti všech šesti zemí a porovnání vývoje jejich hrubé míry potratovosti. Ta značí počet interrupcí na 1000 obyvatel země. U jednotlivých zemí ji neuvádím, protože sama o sobě není příliš přesným indikátorem, vzhledem k tomu, že interrupce se netýkají mužů ani dětí či žen v neplodném věku. Přesnější je specifická míra potratovosti, tedy počet interrupcí na 1 000 žen fertilního věku, ovšem pro srovnání zemí je v našem případě hrubá míra výhodnější, neboť dostupnost každoročních dat o počtu žen fertilního věku není do minulosti ve všech zemích tak dobrá, jako celkový počet obyvatel. A k účelu porovnání míry potratovosti u různých zemí je hrubá míra dostačující.

Přehled jednotlivých zemí

1. Česká republika (+ bývalé Československo)

Vývoj legislativy:

Československo v době, kdy patřilo mezi země bývalého Sovětského bloku, svou legislativní úpravou interrupcí do velké míry kopírovalo tamní vývoj. Jako první se zabýval tématem umělých přerušení těhotenství zákon č. 86/1950. Interrupci povoloval pouze v případech, že hrozila **smrt těhotné ženy, její těžké zdravotní poškození, nebo některý z rodičů trpěl dědičnou chorobou**. Žena, která tento zákrok podstoupila ilegálně, mohla být uvězněna až na 1 rok, a osobě, která nelegální zákrok provedla, hrozilo vězení až na 10 let.

Další úpravou, která představovala důležitý mezník v tehdejší legislativě, byl zákon č. 68/1957 Sb. Interrupce se stala přípustnou nejen ze zdravotních důvodů, ale také z **důvodů „zvláštního zřetele hodných“** a bylo ji možné provést do ukončeného 12. týdne těhotenství. Pouhá žádost ženy však nestačila, povolení bylo vázáno na činnost interrupčních komisí. Mezi uznávané důvody patřily: věk ženy nad 40 let, minimálně 3 děti, těhotenství následkem zločinu, ale také např. složitá situace kvůli mimomanželskému vztahu.¹ Ženy braly tyto komise často jako formalitu. Byly spojeny s falešnými prohlášeními či dokonce korupcí. Často před komise chodili profesionální „tatínkové“, kteří si za své služby nechali platit (tedy za prohlášení, že dítě bylo počato v rámci mimomanželského styku). Existence komisí a z ní plynoucí nutnost pokořujícího veřejného projednávání osobních problémů však také mnoho mladých žen odrazovala. Přitom ale činnost těchto komisí byla stále více formální a povolovaly naprostou většinu žádostí, až 95%.

ČSSR se však oddalovala vývoji ve světě (včetně jiných „socialistických“ států) a byla tedy vytvořena nová právní úprava, zákon č. 66/1986 Sb. K zákroku stačí pouhá **žádost ženy** bez uvádění různých sociálních či ekonomických důvodů. Interrupce může být provedena, pokud těhotenství nepřesahuje dvanáct týdnů a pokud tomu nebrání ženin zdravotní stav. Pokud těhotenství trvá již déle než 12 týdnů, je žádost o interrupci přezkoumána zdravotní komisí. Tento zákon nebyl dodnes novelizován, byly k němu přidány pouze tři vyhlášky. Zásadnější změna byla provedena v roce 1992, kdy byla přijata vyhláška stanovující platbu za

¹ Abortion Policies: A Global review / Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York : United Nations, 2001-2002, str. 118

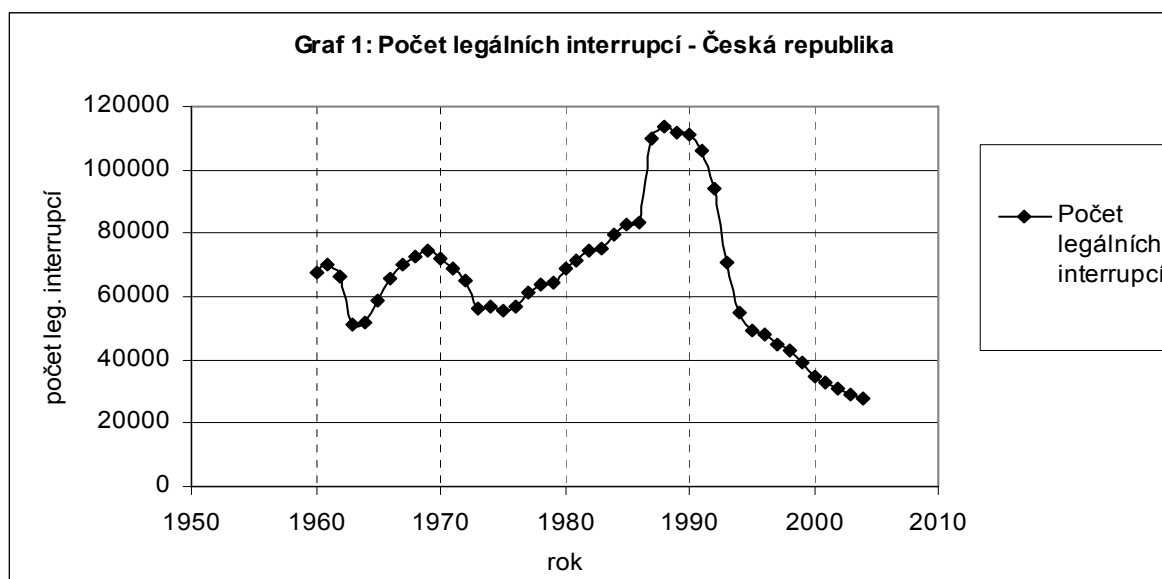
tento zákrok. Ze zdravotního pojištění je zákrok hrazen pouze v případě, že je výkon zdravotně indikovaný.

I přes liberální postoj české veřejnosti a historickou zkušenost se však po změně režimu v roce 1989 začaly objevovat i tendence usilující o změnu stávající legislativy. Často zmiňovaným důvodem pro tyto aktivity byl kromě důvodů etických také strmý pokles porodnosti. Byl předložen návrh zákona skupinou poslanců v čele s Jiřím Karasem (poslanec KDU-ČSL) v roce 2003. Na jeho vznik mělo velký vliv Hnutí Pro život ČR. Základní navrhovanou změnou bylo nahrazení termínu *umělé přerušení těhotenství* termínem *usmrcení počatého, ale dosud nenarozeného dítěte*. Podle návrhu zákona by za provedení interrupce hrozilo lékařovi pět let vězení, případně zákaz činnosti. Mohl by být rovněž odsouzen člověk, který ženu k potratu navede nebo jí k němu napomáhá. Žena, která by potrat podstoupila či se zbavila nenarozeného dítěte sama, by trestána nebyla. Důvodem pro předložení návrhu bylo také to, že platná právní úprava údajně porušuje první a základní lidské právo – právo na život. Vláda ČR tento návrh posoudila jako podnětný, ale neaktuální, a tvrzení předkladatelů o snížení počtu interrupcí označila za velice nepravděpodobné. Zdůraznila také negativní dopady legislativního zákazu interrupcí jako např. časté zdravotní komplikace, zvýšení nákladů na zdravotní péči v těchto případech apod. Návrh byl Poslaneckou sněmovnou zamítnut.²

Specifikem Československa a dalších zemí Sovětského bloku bylo využívání interrupcí jako „antikoncepční“ metody, což způsobovalo vysoké počty těchto zákroků. Na rozdíl od západních demokracií jako např. USA, Kanada nebo bývalé západní Německo neprobíhala v naší společnosti před rokem 1989 intenzivní debata, které by se účastnily občanské iniciativy různého typu. Princip právní úpravy interrupcí tu tedy nebyl dlouhodobě zpochybňován. Důležitou roli sehrálo také potlačování náboženských názorových proudů ve společnosti a ateistická tradice. Tyto faktory přinesly zakořenění názoru o „normálnosti“ interrupcí. Interrupce jsou naší veřejností chápány jako „přirozené právo“ a má o ní rozhodovat především žena.

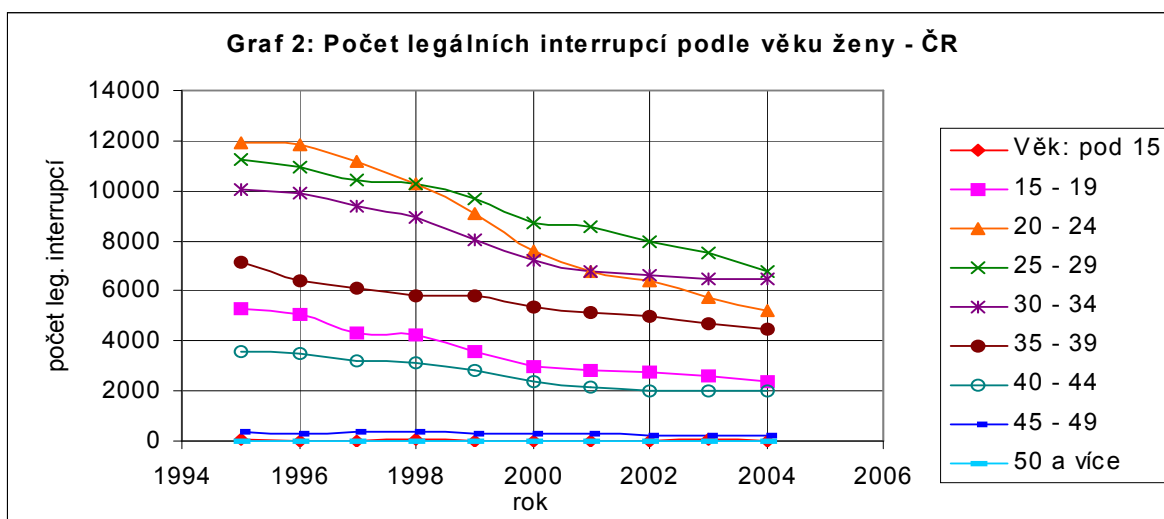
² viz. Linda Stokačová: Česká Republika: něco málo z historie interrupcí, in: Britské Listy, 5. 1. 2006

Statistické údaje:

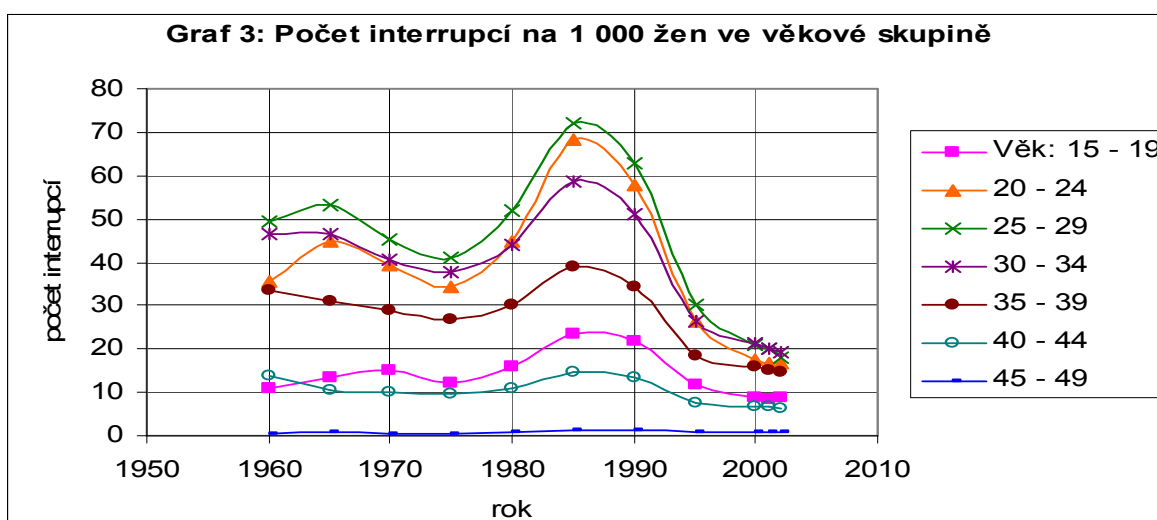


Zdroj dat: Eurostat

Počet interrupcí u nás se do konce 70. let držel s výkyvy v rozmezí 51 470 – 74 263 zákroků ročně. V 80. letech však výrazně stoupá, k největšímu skoku došlo roku 1987, kdy počet interrupcí vzrostl z 83 564 (v předchozím roce) na 109 626. Pravděpodobně je zde souvislost mimo jiné i s tím, že roku 1986 byl přijat zákon rušící interrupční komise a povolující interrupci na žádost ženy. Ovšem po tomto skoku již stoupl počet interrupcí jen mírně následující rok a poté již začal klesat. Největší pokles vidíme v letech 1991 – 1994, během těchto 3 let klesl počet interrupcí ze 106 042 na 54 836, tedy téměř na polovinu. Od té doby dále klesá a roku 2004 bylo provedeno 27 574 interrupcí.

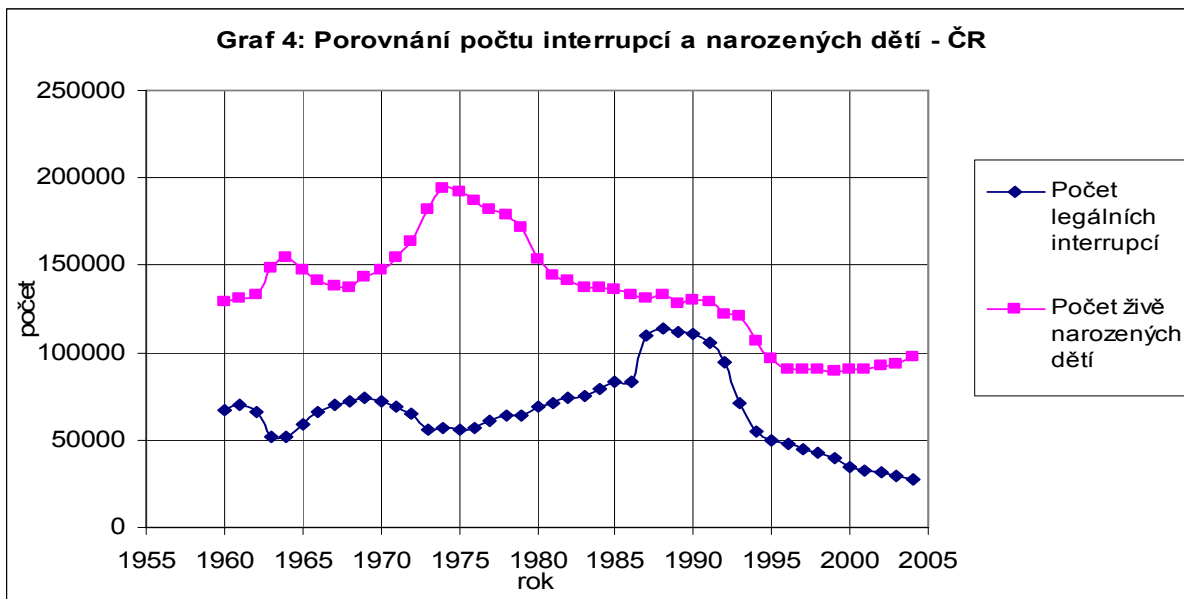


Zdroj dat: Eurostat



Zdroj dat: ČSÚ

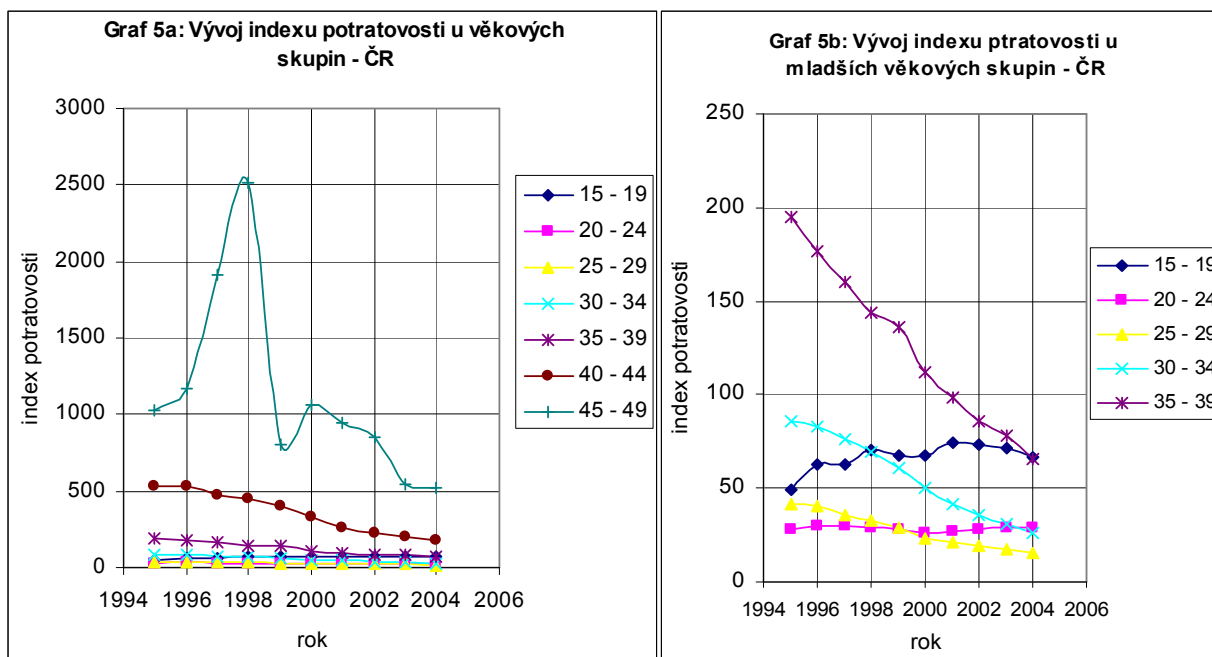
U všech věkových skupin dochází ke konci 80. let ke zvýšení počtu interrupcí, vidíme tedy, že onen skok nebyl zásluhou pouze jedné či dvou věkových skupin. Po roce 1990 se počet interrupcí snižuje ve všech věkových skupinách, relativně nejvíce ve skupinách 20-24 a 25-29 let, u nichž roční počet umělých potratů po roce 2000 jen mírně převyšuje třetinu ročního počtu z období 1985-89. U žen ve věku 25-39 let, který ještě na začátku 90. let byl těžištěm interrupcí, jejich podíl zásadně poklesl. Podle ČSÚ jde většinou o vdané ženy, které se v současnosti nežádoucím otěhotnění brání antikoncepcí. Relativně nejméně se výskyt interrupcí zmenšil u nejmladších žen do 19 let věku a u žen starších čtyřiceti let.



Zdroj dat: Eurostat

Počet interrupcí až do konce osmdesátých let v podstatě nepřímo koreloval s počtem narozených dětí. Klesl v polovině sedmdesátých let za vlny vysoké natality, na maximum vzrostl koncem osmdesátých let, kdy podíl těhotenství, ukončených interrupcí, přesáhl 40 % a jejich počet se téměř vyrovnal s počtem narozených dětí. Byl to důsledek tehdejšího populačního klimatu. Ekonomická opatření, stimuluji porodnost v sedmdesátých letech, ztratila účinnost a míra využívání moderní antikoncepce byla v této době relativně nízká.

V devadesátých letech podíl interrupcí začal výrazně klesat a od roku 2000 je nejnižší za celou dobu jejich statistického sledování. Úbytek umělých přerušení těhotenství proběhl v době, kdy se výrazně snižovala porodnost, interrupce však ubývaly rychleji než porody. Někdejší situace, kdy se úbytek narozených přelával do přírůstku interrupcí, se neopakovala. Podíl těhotenství ukončených narozením dítěte, je po roce 2000 nejvyšší od roku 1958 a naopak podíl těhotenství, která byla uměle ukončena, klesl na nejnižší úroveň od uzákonění možnosti interrupce. Základní příčinou radikálního úbytku umělých přerušení těhotenství od roku 1990 je rozšíření moderních antikoncepčních prostředků. Od sedmdesátých let 20. století statisticky sleduje ÚZIS rozšíření antikoncepce předepsané lékařem v České republice.



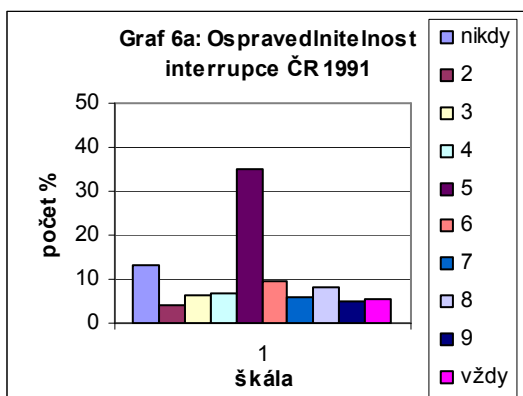
Zdroj dat: Eurostat

Zdroj dat: Eurostat

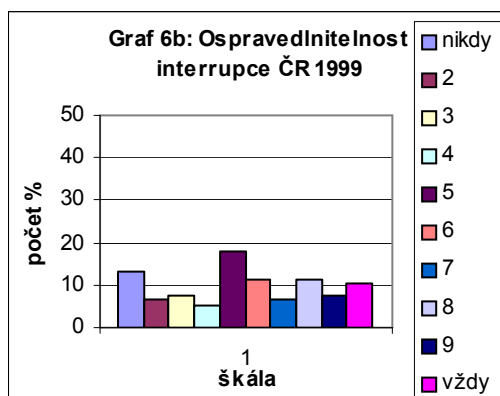
Významným kritériem je vztah počtu umělých přerušení těhotenství k počtu narozených dětí (index potratovosti). Jak bylo již řečeno, interrupce ubývají od začátku devadesátých let 20. století souběžně s porody. Úbytek interrupcí je však hlubší než úbytek narozených. Jinak je tomu jen u nejmladších žen ve věku do 19 let, u kterých počet interrupcí, připadající na 100 narozených dětí, výrazně vzrostl. Tato skutečnost je zřejmou součástí všeobecného přesunu mateřství do vyššího věku žen.

Index potratovosti u skupiny 35 – 39 se od roku 2001 dostal pod hranici 100, tedy počet interrupcí je u ní menší než počet narozených dětí.

Zajímavý je vývoj podílu umělých přerušení těhotenství ze zdravotních důvodů. Na začátku devadesátých let tvořily přibližně jen desetinu, od roku 1993, kdy byl zaveden poplatek za provedení interrupce z jiného než zdravotního důvodu, se však jejich podíl a dokonce i absolutní počet zvýšil (roku 1992 bylo ze zdravotních důvodů provedeno 12,76% interrupcí, roku 1993 již 24,71%). Poté však opět k postupnému klesání, ovšem stále je to více než před rokem 1993 (v roce 2002 to bylo 18%; podle ČSÚ).



Zdroj dat: EVS 1991



Zdroj dat: EVS 1999

Průměrné mínění veřejnosti týkající se interrupcí se během let 1991 – 1999 posunulo z 5,09 na 5,49. Není to příliš velká změna, navíc je tato hodnota stále téměř středem škály, ovšem posun vidíme v rozložení odpovědí. Zatímco roku 1991 udalo 35% respondentů střední hodnotu 5, v roce 1999 se značné množství přesunulo do pravé poloviny škály a středových odpovědí bylo již pouze 17,7%. Žádná výrazná převaha se v naší zemi nevyskytla.

2. Litva

Vývoj legislativy:

Do roku 1992 byla Litva součástí Sovětského svazu a podléhala jeho zákonům. Zde byly interrupce **legalizovány roku 1920**. Zákon z roku **1936** však provádění interrupcí opět zakazoval, povoloval je pouze z důvodu **vážného ohrožení zdraví či života ženy a z důvodu existence vážné choroby**, která by mohla být zděděna po rodičích. Interrupce musela být provedena v nemocnici či porodnici. Lékař, který provedl interrupci mimo tato zařízení nebo z jiných než uvedených důvodů, mohl být odsouzen na rok až dva vězení. Pokud interrupci provedl člověk bez zdravotního vzdělání, trest byl minimálně 3 roky vězení. Žena, která interrupci podstoupila, trestána nebyla, bylo jí uděleno pouze napomenutí a v případě opakování prohřešku pokuta do 300 rublů.

V zákonu z roku **1955** vláda bývalého SSSR zrušila obecný zákaz interrupcí z r. 1936 a povolila provádění interrupcí **na žádost ženy** během prvních 12 týdnů těhotenství, pokud neexistovala žádná kontraindikace, a po této době byly interrupce povoleny, pokud by pokračování těhotenství poškodilo matku (sem bylo zahrnuto i vážné poškození plodu).

Interrupce musela opět být provedena lékařem v nemocnici. Při provedení interrupce mimo nemocnici či osobou bez lékařského vzdělání, hrozilo této osobě vězení až na 2 roky. Při opakovaném porušování zákona či v případě úmrtí nebo vážného poranění ženy pak až 8 let vězení. Žena podstupující ilegální interrupci nijak postihována nebyla.³

Navzdory přijetí zákona z roku 1955 problém ilegálních interrupcí nezmizel. Tato situace byla částečně následkem rozporuplného přístupu vlády k antikoncepci. Ačkoliv místy vyjadřovala podporu antikoncepci, neudělala téměř nic, aby byla antikoncepce dostupnější, a roku 1974 dokonce obecné používání orální antikoncepce dočasně zakázala. Dále také vláda v tuto dobu podporovala pronatalitní přístup a dívala se proto i na interrupce negativně. Výsledkem tedy bylo, že interrupce (a často i ilegální) se stala hlavní metodou plánovaného rodičovství.

Vláda byla znepokojena vysokou mírou ilegálních interrupcí, a proto roku 1982 povolila provádět tzv. miniinterrupce (do 20 dnů od vynechané menstruace) ambulantním způsobem a dále interrupce ze zdravotních důvodů povolila vykonávat až do 28. týdne těhotenství. V tomto přístupu rozšiřujícím okruh podmínek pro provedení legální interrupce vláda pokračovala a roku 1987 stanovila širokou škálu ne-zdravotních indikací pro interrupce prováděné do 28. týdne. Ty zahrnovaly např. smrt manžela během těhotenství ženy, uvěznění těhotné ženy nebo jejího manžela, zbavení mateřských práv, vysoký počet dětí v rodině (více než 5), rozvod během těhotenství, těhotenství následkem znásilnění a postižení dítěte v rodině. Dále působily speciální komise, s jejichž schválením mohla být interrupce provedena i z jiného důvodu.

Po získání samostatnosti (r. 1990 vyhlášení samostatnosti, r. 1992 vydána Ústava) byla v Litvě roku **1994** vydána vyhláška ministra zdravotnictví. Interrupce je povolena **na žádost ženy** opět do 12. týdne. Do 22. týdne může být provedena pouze pokud je ohroženo ženino zdraví či život nebo je pravděpodobná deformace plodu. Je zajímavé, že v Litvě tedy neexistuje interrupční zákon, pouze vyhláška, která by mohla být jednoduše zrušena či změněna ministrem zdravotnictví, který zastává jiný názor.

Roku 1992 bylo založeno Státní Centrum pro plánované rodičovství, které poskytuje služby týkající se reprodukčního zdraví. Jsou začleněny do základního souboru obecných zdravotních služeb, takže jsou pojištěným osobám poskytovány zdarma. Roku 1994 ministerstvo zdravotnictví vyvinulo a přijalo Národní program plánovaného rodičovství. Nicméně na jeho realizaci nebyly vyčleněny žádné finance. Hlavním cílem tohoto programu

³ Abortion Policies: A Global review, str. 111

bylo zajistit, aby každé narození dítěte bylo plánované a chtěné, a aby se populace, zejména ženy, těšila dobrému reprodukčnímu zdraví a byla připravena na rodičovství. Program předpokládal rozvoj sítě center pro plánované rodičovství a otevření speciálních mládežnických konzultačních center ve velkých městech.

V roce 1995 byla založena Společnost pro plánované rodičovství a sexuální zdraví. Je to jediná nevládní organizace v zemi pracující v oblasti sexuálně-reprodukčního zdraví a práv. Tato společnost zahájila program zřizování mládežnických sexuálně-zdravotních center v pěti největších městech, kde speciálně vycvičení mladí lidé informují své vrstevníky o sexuálně-reprodukčním zdraví včetně plánovaného rodičovství. Dále tato společnost pracuje na vývoji legislativy, politiky týkající se reprodukčního zdraví, na různých programech atd.

Roku 1996 připravilo ministerstvo zdravotnictví návrh zákona o péči o rodinné zdraví. Tento návrh předložil liberální definici plánovaného rodičovství a antikoncepce a ustanovil pravidla týkající se interrupcí, sexuální výchovy mladistvých, veřejné sexuální výchovy, umělého oplodnění a sterilizace. Návrh byl vytištěn a poskytnut k veřejné debatě, ovšem v parlamentu předložen nebyl.

V roce 2000 muselo Státní centrum plánovaného rodičovství téměř zastavit svou činnost kvůli nedostatku financí. V roce 2002, ve spolupráci s Centrem reprodukčních práv (USA), vytvořila Společnost pro plánované rodičovství a sexuální zdraví návrh zákona o reprodukčním zdraví. Ustanovení tohoto zákona obsahovalo legalizaci dobrovolné sterilizace coby metody plánovaného rodičovství. Dále bylo cílem tohoto zákona, aby interrupce a antikoncepce byly dosažitelné pro všechny ženy s nízkým příjmem a také jedincům z rizikových skupin (např. sexuálně aktivní mládež). V návrhu se také uvádí, že sexuální výchova by měla být povinná ve všech školách. Tento zákon však nakonec litevskou vládou schválen nebyl, a to hlavně kvůli silnému odporu organizací katolické církve. Ta zde klade poměrně mnoho překážek zavedení moderní sexuální výchovy, službám ve zdravotnictví vycházejícím vstříc mládeži, legalizaci dobrovolné sterilizace i umělému oplodnění.

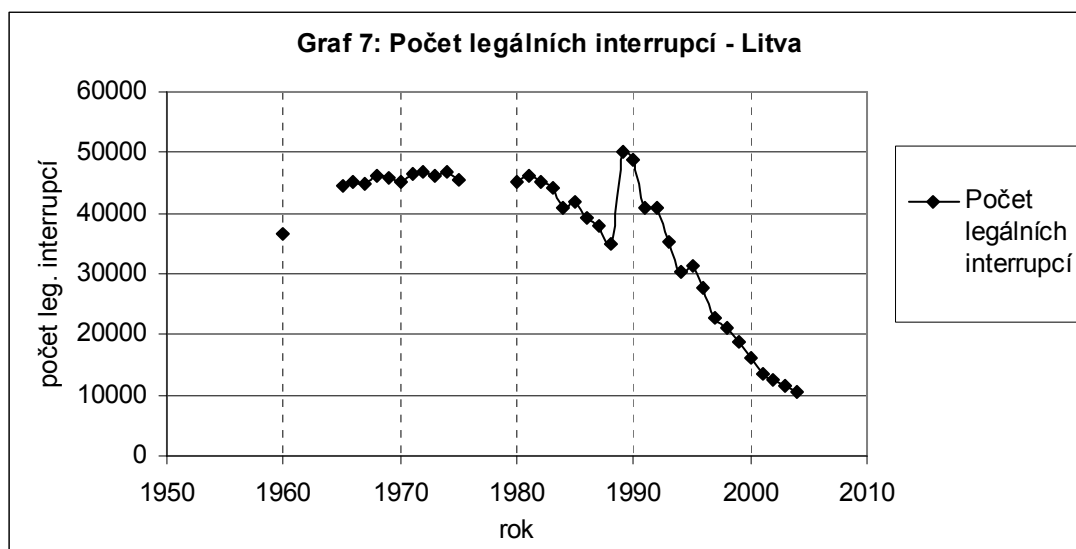
Opozice je také aktivní, a to ve snaze nedovolit legalizaci nechirurgické interrupce (tj. vyvolané podáním orálního medikamentu, používá se v brzkých stadiích těhotenství v prvním trimestru a vyznačuje se velmi nízkým výskytem následných komplikací). Ministerstvo zdravotnictví je přesvědčeno, že tato látka představuje pro ženy zdravotní riziko, včetně možného zvýšení sebevraždy.⁴

⁴ Evert Ketting: The Case of the Russian Federation, in: *Entre Nous* 59, 2005

Ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů je zdarma, u všech ostatních důvodů se platí poplatků. Ve veřejných nemocnicích je to cca 70 LTL (25 US\$), na soukromých klinikách je zákrok dražší.⁵

Podle Esmeraldy Kuliesyte, výkonné ředitelky Společnosti pro plánované rodičovství, se situace v Litvě spíše zhoršuje, stále méně klinik a lékařů je ochotno provádět interrupce, téma interrupce se tabuizuje a i nácileté dívky jsou tlačeny k tomu, aby v případě otěhotnění dítě donosily a popř. předaly k adopci. V roce 2005 byl dokonce předložen návrh zákona na zákaz interrupcí, podle kterého by lékař, který provedl interrupci, mohl být uvězněn na dva roky.⁶

Statistické údaje:



Zdroj dat: Eurostat

Vývoj počtu interrupcí v Litvě vidíme od roku 1960. V této době tedy platil v bývalém Sovětském Svazu zákon z roku 1955, který již povoloval interrupci na žádost ženy do 12. týdne těhotenství. Od roku 1960 do roku 1968 počet umělých potratů postupně narostl z 36 500 na 46 250, ale potom se do roku 1982 držel na dosti konstantní úrovni, přičemž spíše mírně klesal.

Od roku 1982, resp. 1983 začal počet klesat výrazněji a to se dělo až do roku 1988. Je překvapivé, že po rozšíření možností interrupce roku 1982, kdy bylo povoleno ambulantní

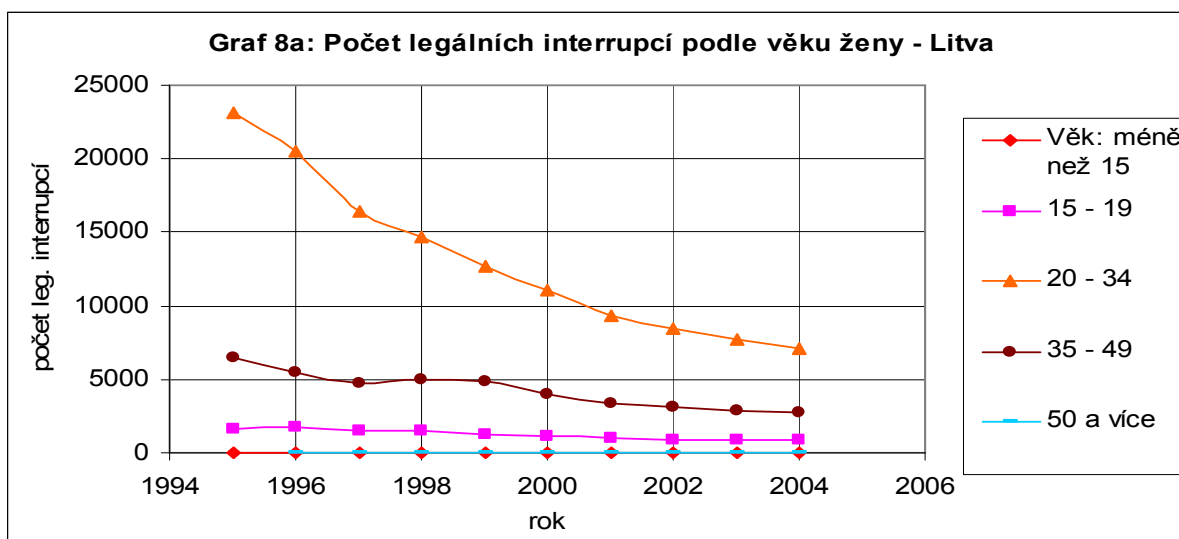
⁵ Abortion Legislation in Europe, IPPF European Network, Brussels, 2004, str. 30

⁶ Esmeralda Kuliesyte: Lithuania – Where is the public support?, in: Abortion: Making it a right for all women in the EU, 2005, str. 30 - 31

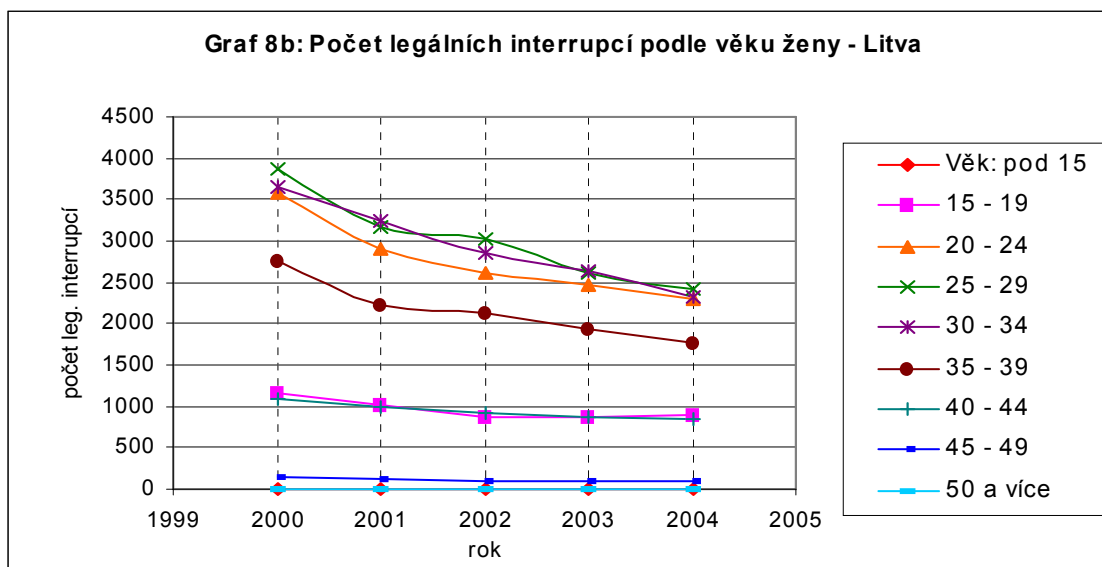
provádění miniinterrupcí a byla zvýšena časová hranice pro provedení potratu ze zdravotních důvodů na 28 týdnů, počet interrupcí nejen že nestoupl, nýbrž začal klesat. Je možné, že u části miniinterrupcí kvůli jejich brzkému vykonání a ambulantnímu způsobu provedení bylo zanedbáno jejich nahlášení a celkový počet interrupcí se tedy snížil. V letech 1982 – 1988 se počet umělých potratů tedy snížil ze 45 100 na 34 845.

V roce 1989 však počet interrupcí prudce stoupl, a to na 50 117, což je vůbec nejvíce za celou dobu našeho sledování. V legislativě se však žádné změny neudály, je možné, že tento vysoký počet souvisí s politickými ději, kdy vrcholily revoluční snahy Litvy o nezávislost a atmosféra v zemi byla neklidná. Ovšem v Estonsku, které bylo v podobné situaci, se tento trend nevyskytl (podle dat na Eurostatu).

Hned v roce 1990 však počet interrupcí již mírně klesl a v následujících letech klesal prudčeji a klesající trend trvá dodnes. V roce 2004 byl počet interrupcí 10 644, což představuje méně než čtvrtinu ročního množství z předrevoluční doby.



Zdroj dat: Eurostat

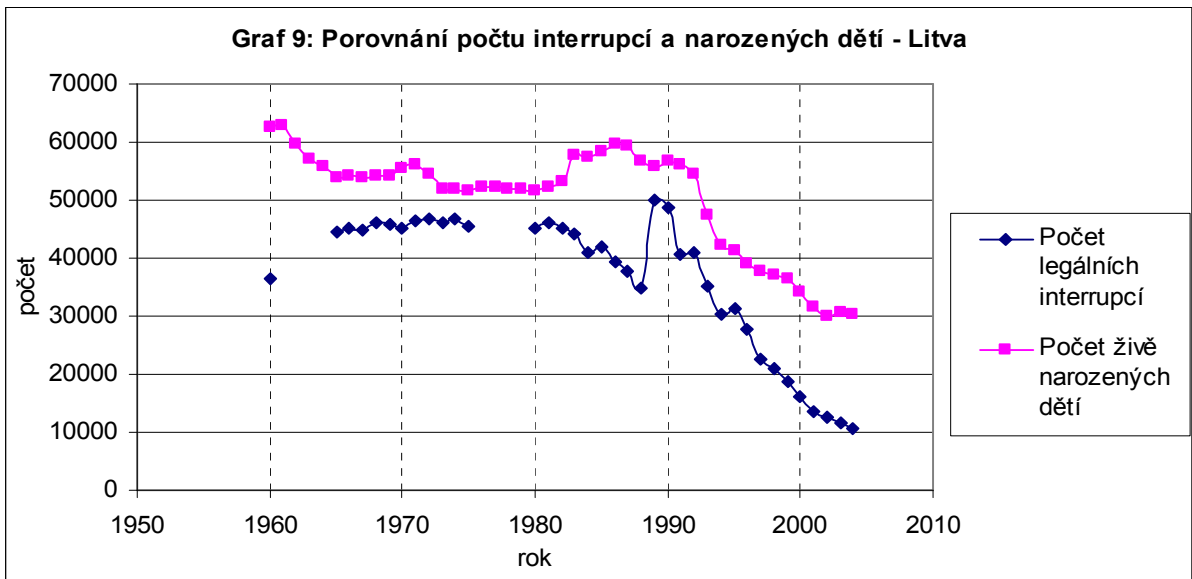


Zdroj dat: Eurostat

Data pro počet interrupcí podle věkových skupin žen začínají až rokem 1995, takže bohužel nemůžeme určit, u které věkové skupiny (či skupin) došlo k rapidnímu zvýšení počtu interrupcí roku 1989.

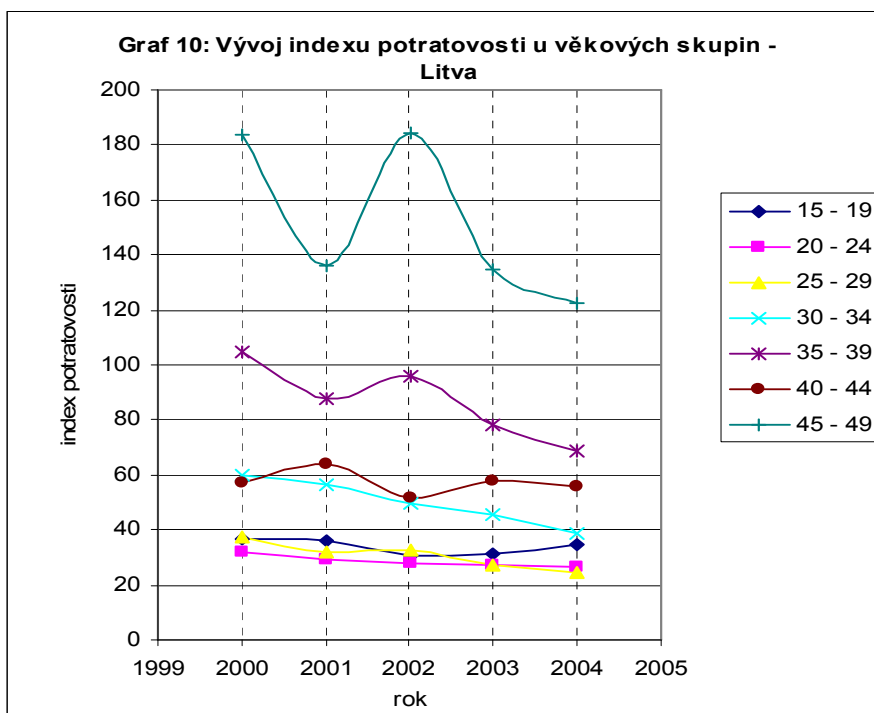
Nejvýraznější změnu můžeme vidět u věkové skupiny 20 – 34 let (viz graf 8a), kde v letech 1995 – 2004 klesl počet interrupcí z 23 096 na 7 049 ročně, tedy na méně než třetinu. Podrobnější věkové rozdělení vidíme na druhém grafu (8b), který ovšem začíná až rokem 2000. Tři věkové skupiny v rámci 20 - 34 let jsou si dosti blízké, nejméně interrupcí je v nejmladší skupině 20 – 24 let. Pokles interrupcí souvisí se zaváděním moderní antikoncepce spíše než že by tyto mladé ženy rodily více dětí, neboť porodnost nestoupá (viz dále).

Počet interrupcí klesá i ve vyšších věkových skupinách, zejména skupina 35 – 39 let, kde počet interrupcí klesl v letech 2000 – 2004 ze 2 747 na 1 758 ročně. Ostatní věkové skupiny zůstávají poměrně konstantní, ačkoliv k mírnému poklesu dochází i zde.



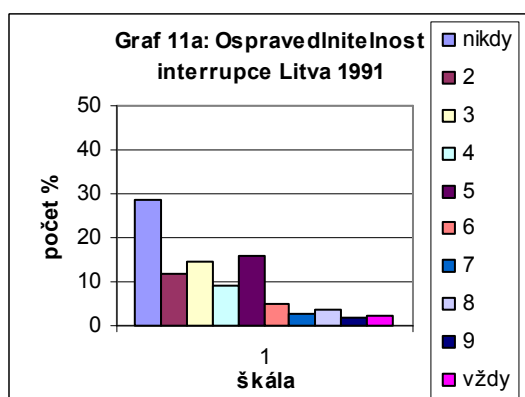
Zdroj dat: Eurostat

V Litvě se během námi sledovaného období narodilo průměrně 50 357 dětí ročně. Sledujeme-li vývoj počtu interrupcí a počtu živě narozených dětí v Litvě, můžeme říci, že do r. 1990 existoval určitý stupeň nepřímé úměry mezi těmito indikátory. Po roce 1990 však křivky nabírají stejný sklon. Jedním z důvodů pravděpodobně je, že za Sovětského svazu byla interrupce jedním z hlavních způsobů regulace porodnosti, a tedy logicky čím víc bylo interrupcí, tím méně narozených dětí a naopak. Se zaváděním moderní antikoncepce klesá počet narozených dětí, ale i počet interrupcí. Od roku 1990 do roku 2002 klesal počet narozených dětí výrazně (nejvýrazněji v letech 1992 – 1994), z 56 868 na 30 014. Od té doby se však prozatím relativně ustálil, zatímco počet interrupcí nadále klesá.

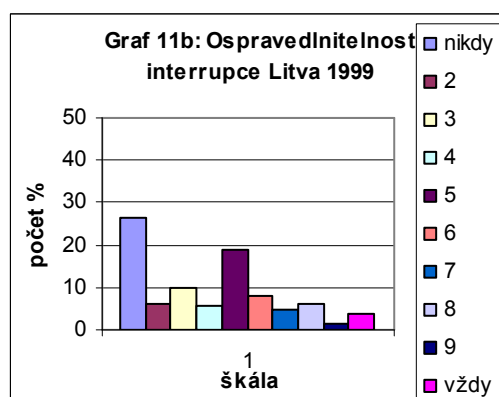


Zdroj dat: Eurostat

Index potratovosti v letech 2000 – 2004 je v Litvě nejvyšší u věkové skupiny 45 – 49 let, který však začíná klesat v roce 2004 to bylo 122,6 interrupcí na 100 narozených dětí). Následuje skupina 35 – 39 také s klesající tendencí. Klesání vidíme i u skupiny 30 – 34. Poměrně nejstabilnější je skupina 20 – 24 (hodnoty 31,9 – 26,5). Nejnižší index (24,4) v roce 2004 je u skupiny 25 – 29 let, který od roku 2000 klesl o 12,9. Ačkoliv je tedy u této skupiny největší počet provedených interrupcí, v porovnání s počtem narozených dětí je to relativně nejméně.



Zdroj dat: EVS 1991



Zdroj dat: EVS 1999

Průměr veřejného mínění o ospravedlnitelnosti interrupce v Litvě klesl ze 3,48 na 4,04. Největší pokles vidíme u hodnot 2 a 3 (cca o 5%), zatímco počet odpovědí „nikdy“ se snížil pouze o 2% a tento sloupec zůstal nejvyšší (ovšem přece jen se jedná o pokles). Vypadá to tedy, že skupina lidí s vyhraněným názorem na nepřijatelnost interrupce je v Litvě o něco stálejší, zatímco lidé s méně vyhraněným názorem se spíše přesouvají k liberálnějšímu postoji.

3. Maďarsko

Vývoj legislativy:

Podle zákona z roku **1878** byla interrupce v Maďarsku ilegální kromě případů **vážného ohrožení zdraví či života těhotné ženy**. Tato restriktivní povaha zákona byla zčásti následkem snah vlády čelit klesající míře porodnosti. V nemocnicích byly tedy prováděny umělé potraty pouze ze zdravotních důvodů v nejužším slova smyslu a ročně jejich počet nepřekročil 2 tisíce. To však mělo podle odhadů za následek 100 až 115 tisíc ilegálních interrupcí ročně.⁷ Roku 1953 tedy navíc k existujícímu zákonu přibylo ještě nařízení ministra zdravotnictví, které tyto ilegální interrupce trestalo. Přísná prohibice však trvala jen rok, poté byla zmírněna a roku **1956** byl interrupční zákon podstatně liberalizován (důležitou roli zde hrál fakt, že i v Sovětském svazu se r. 1955 interrupční politika dosti uvolnila.). Důvody pro interrupci byly rozšířeny o oprávněné **rodinné a sociální důvody** a byly zavedeny komise, které měly uznávat interrupce ze zdravotních, osobních a rodinných důvodů. Interrupce tedy mohla být během prvních 12 týdnů těhotenství provedena na žádost ženy. Od 60. let se v Maďarsku začíná objevovat moderní orální antikoncepce.

V roce **1973** byl však interrupční zákon opět poněkud zpřísněn. Ačkoliv byly interrupce nadále legální ze sociálních důvodů, nový výnos tyto **důvody přesně vymezoval**: a) žena je svobodná, rozvedená či vdova; b) žena je oddělena od svého partnera na více než 6 měsíců; c) těhotenství je následek zločinu; d) žena nemá žádné dostupné ubytování; e) ženě je více než 40 let (roku 1982 sníženo na 35); f) žena již má 3 děti; g) její manžel slouží v armádě; h) žena či její manžel vykonává trest minimálně 6 měsíců; i) jiné výjimečné sociální důvody. V případech a) – f) pokud bylo těhotenství kratší než 12 týdnů byla komise povinna interrupci povolit,

v ostatních případech měla možnost rozhodnout. (Roku 1986 byl přidán požadavek povolit interrupci v případě vady plodu.)⁸ Jedním z důvodů zpřísnění byla pro-populační opatření přijímaná v té době. Na jedné straně to byla omezení v povolování umělých potratů, na druhé opatření povzbuzující ženy, aby děti porodily. V této době se také se rozšířil sortiment moderní antikoncepce a zvýšila se její dostupnost. Navzdory velkému poklesu množství interrupcí se výrazně nezměnil podíl odmítnutých žádostí. Roku 1974 byla odmítnuta 3% z celkového počtu žádostí o interrupci a 4% představovala případy, kdy interrupce nebyla vykonána z důvodu stažení žádosti, samovolného potratu či nedostavení se. Později se tyto podíly ještě snižovaly.⁹

Na konci roku **1988** bylo vydáno další nařízení regulující interrupce. Podmínky byly převážně stejné, nicméně schvalování interrupce komisí bylo nahrazeno schválením zdravotního odborníka, který schvaloval všechny interrupce, kromě těch z „jiných sociálních důvodů“. Ty schvaloval ženin ochranný poradce. Toto uvolnění od nutnosti schválení komisí v praxi interrupce více **zpřístupnilo**.

Krátce po zavedení těchto opatření je anti-interruptční skupiny podrobily maďarskému ústavnímu soudu. Tvrdily, že tato vyhláška dostatečně neochraňuje život plodu, který je chráněn zajištěním práva na život v ústavě. Soud nakonec tuto vyhlášku zrušil, ovšem z jiného důvodu. Upozorňoval na to, že podle ústavy je nutné záležitosti zahrnující základní práva regulovat parlamentní legislativou a nikoli ministerskými vyhláškami, a protože záležitost interrupcí základní práva zahrnuje, jakákoliv legislativa, jež se jich týká, musí být schvalována Národním shromážděním. Vyhlášku však soud nechal v platnosti po dobu jednoho roku, během něhož mělo Národní shromáždění možnost ustanovit novou legislativu, která bude však platná pouze tehdy, pokud zaujme střední pozici mezi zákazem interrupcí a jejich neomezeným povolením.

V roce **1992** parlament přijal nový interruptční zákon. Ačkoliv zdůrazňoval ohled k životu plodu a fakt, že interrupce by neměla být považována za způsob plánování rodičovství, přece jen povoloval interrupci na žádost ženy do 12. týdne, pokud byla v „**krizové situaci**“ a pod podmínkou, že obdrží poradenství a počká 3 dny po podání žádosti, než bude interrupce provedena. Dále zákon povoloval interrupci v pozdějším stadiu těhotenství, a to ze zdravotních důvodů, při poškození plodu, těhotenství následkem zločinu, pokud žena trpěla částečnou či úplnou invaliditou, pokud těhotenství nebylo dříve rozpoznáno kvůli lékařské chybě nebo

⁷ Ferenc Kamarás: Birth Control Practise in Hungary, Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 1997, str. 2

⁸ Abortion Policies: A Global review, str. 52

⁹ F. Kamarás: Birth Control Practise in Hungary, str. 3

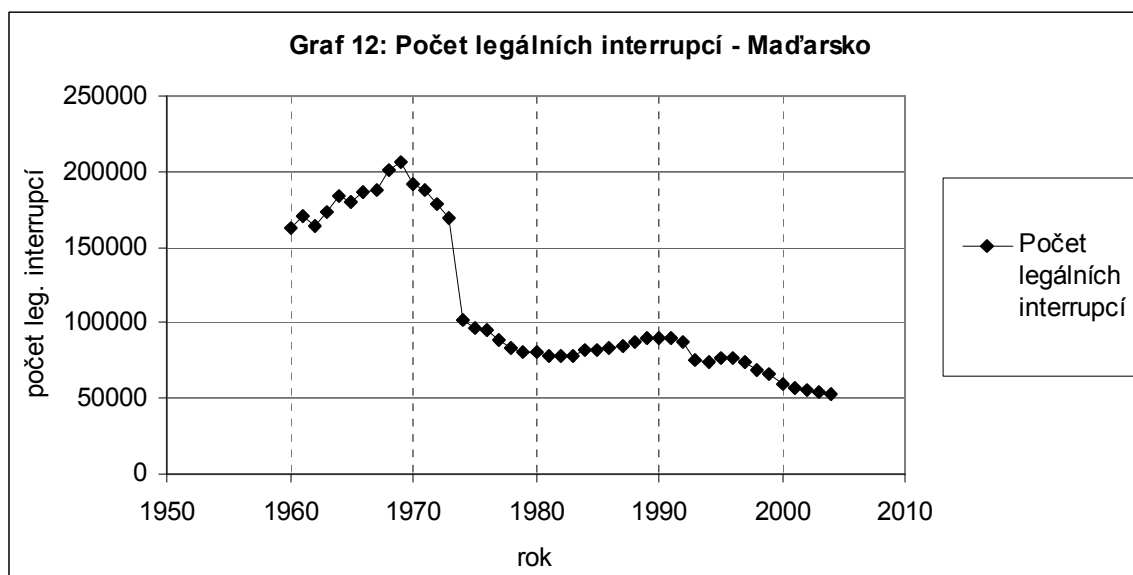
pokud doba pro možnost interrupce vypršela kvůli nedbalosti nemocnice či administrativních orgánů.

Stejně jako předchozí vyhláška, i tento zákon byl postaven před ústavní soud anti-interrupčními skupinami, které opět tvrdily, že dostatečně nechrání život plodu. Soud ve svém rozhodnutí v roce 1998 opět tento argument odmítl, pouze upozornil, že výraz „krizová situace“ není dostatečně konkrétně vymezena a tedy dovoluje ženě docílit interrupce na základě pouhého prohlášení bez bližšího určení svých problémů a možnosti je ověřit. Národní shromáždění dostalo lhůtu do konce června 2000, aby vymežilo „krizovou situaci“ a podmínky, za nichž může být z tohoto důvodu provedena interrupce.

V roce **2000** byl přijat zákon nazvaný „Zákon na ochranu života plodu“. Žena je povinná projít dvěma poradenstvími, čekací doba 3 dnů zůstává. Ovšem pojem „krizová situace“ se pouze změnil na „**vážnou krizovou situaci**“ a tu má právo vymežit žena sama. Během žádosti se o ní tedy příliš nediskutuje a je považována za soukromou záležitost ženy.¹⁰ Název tohoto zákona je tedy poněkud zavádějící, v praxi je interrupce stále běžně dostupná.

Interrupce je hrazena státem u zdravotních důvodů a pro postižené ženy. V ostatních případech si ji ženy platí samy, cena je přibližně 18 000 HUF (87,6 US\$).¹¹

Statistické údaje:



Zdroj dat: Eurostat

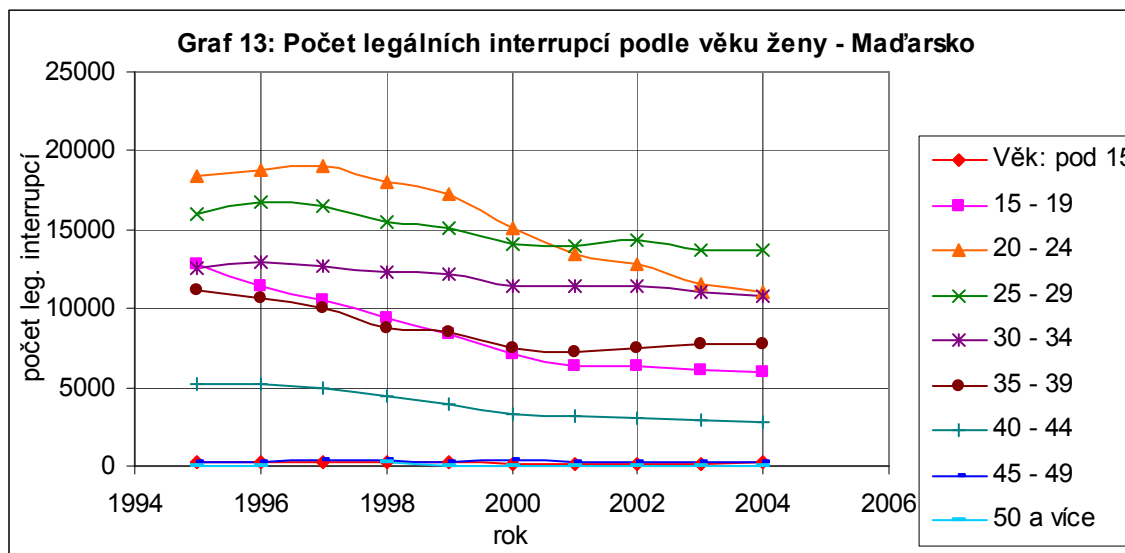
¹⁰ Abortion Legislation in Europe, str. 22

¹¹ tamt.

V Maďarsku se po zavedení nové legislativy roku 1956 množství interrupcí prudce zvýšilo, protože z důvodu nedostatku moderních antikoncepčních prostředků se potrat stal pro ženy hlavním prostředkem regulace porodnosti. Počet interrupcí se zvýšil ze 162 160 (r. 1960) na 206 817 (r. 1969).

Od počátku 70. let již vykazuje klesající trend, což lze přičítat mj. rostoucímu užívání antikoncepce. Během let 1969 – 1973 se počet potratů snížil o 18%, během roku 1974 klesl dokonce o 40% (ze 169 650 v roce 1973 na 96 212), v čemž hrála významnou roli pro-populační opatření přijímaná v té době. Také se rozšiřuje sortiment i dostupnost antikoncepce. Klesající trend v množství interrupcí trval až do počátku 80. let, i když v poněkud mírnějším tempu.

V 90. letech se trend znovu otočil, pokles začal r. 1992 a v roce 1993 se množství snížilo o 15% během jediného roku. To lze částečně připsat zákonu přijatému roku 1992, znovu stanovujícímu pravidla schvalování interrupcí (ta se však v praxi přísnějšími nestala), nařizujícímu povinné poradenství a 3-denní čekací lhůtu. Roku 1994 se tempo poklesu velmi snížilo a o rok později se trend změnil na pomalý vzestup. Od roku 1995 však počet interrupcí opět klesá a děje se tak až do současnosti. Od maxima v roce 1969 se počet interrupcí snížil o 75% a v roce 2004 bylo provedeno 52 539 interrupcí.

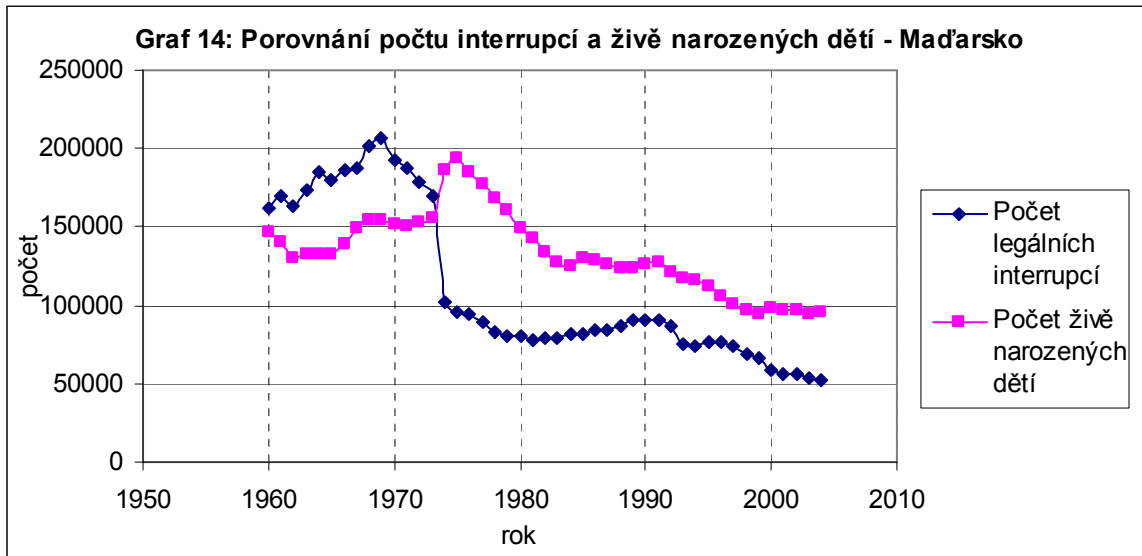


Zdroj dat: Eurostat

V počtu interrupcí v letech 1995 – 2004 můžeme sledovat pokles u všech věkových skupin. V poslední době zesilují opačné trendy. Zatímco průměrný věk rodičích žen roste, ženy podstupující interrupci jsou stále mladší. V devadesátých letech se interrupce staly

poprvé nejčastější u věkové skupiny 20 – 24 let. Dříve to bylo u žen starších 25 let.¹² Od roku 2001 je to však opět skupina 25 – 29 let, u které je nejvíce interrupcí.

Zajímavý je výkyv u věkové skupiny 50 a více let, u které bylo během námi sledovaného období provedeno ročně 0 – 12 interrupcí, ovšem roku 1998 to bylo 203.

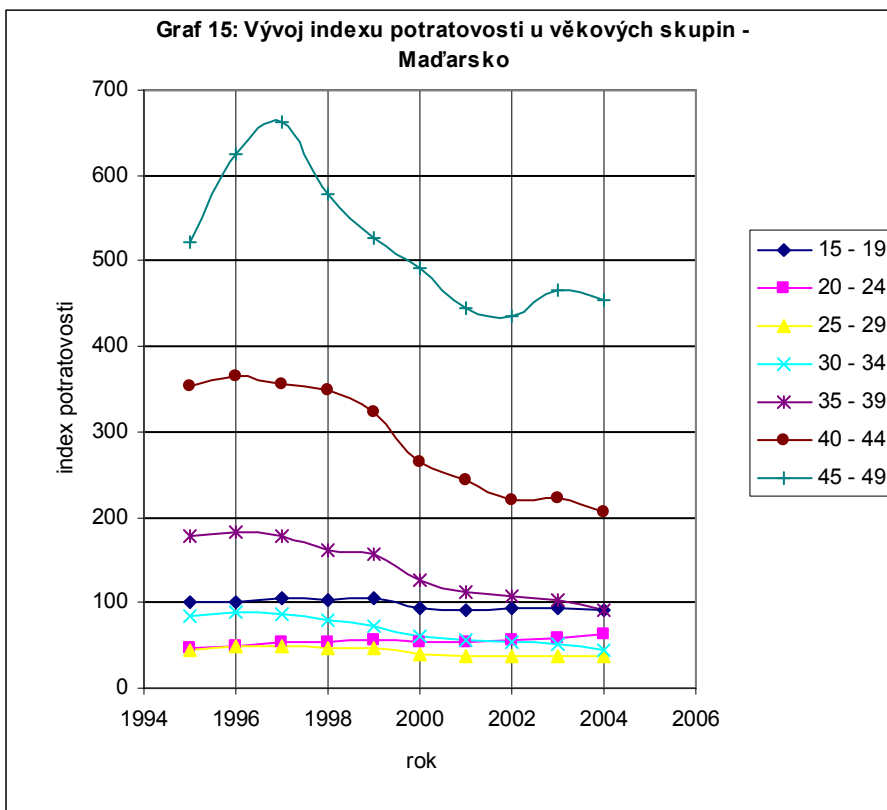


Zdroj dat: Eurostat

Maďarsko je jediná ze skupiny námi zkoumaných zemí, kdy počet interrupcí převýšil počet narozených dětí. Navíc se to zde dělo poměrně výrazně. Jedná se o období po přijetí liberálního zákona roku 1956 do jeho zpřísnění roku 1973. Významnou roli zde ovšem hraje fakt, že interrupce v této době vlastně zastupovaly funkci antikoncepce.

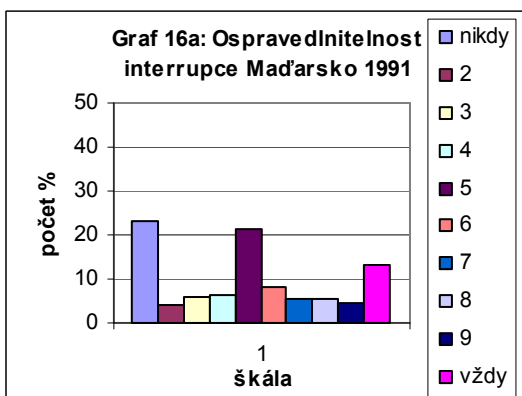
Průměrný roční počet narozených dětí v námi sledovaném období je 133 380. Zlom v poměru narozených dětí a interrupcí vidíme v roce 1974, tedy po zpřísnění interrupčního zákona. Počet dětí stoupl ještě v roce 1975, kdy dosahuje maxima (194 240), poté ovšem začíná opět klesat. Od počátku 90. let klesá společně s počtem interrupcí, což ukazuje na zodpovědnější užívání antikoncepce. Od roku 2000, po přijetí nového interrupčního zákona, se však pokles velmi zmírnil a roku 2004 dokonce mírně stoupl (z 94 647 v roce 2003 na 95 137).

¹² F. Kamarás: Birth Control Practise in Hungary, str. 4

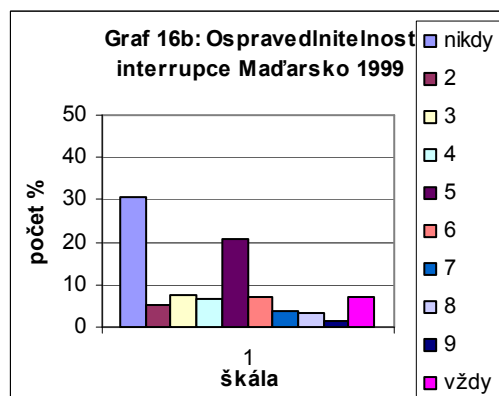


Zdroj dat: Eurostat

Data o indexu potratovosti u věkových skupin jsou bohužel dostupná až od roku 1994, tudíž nemůžeme sledovat situaci v letech 1973 – 74. U všech věkových skupin vidíme klesající trend, kromě skupiny 20 – 24, kde index od roku 1995 vzrostl ze 46,1 na 62,2. Skupina 15 – 19 vykazuje překvapivě trend také klesající, i když mírně. Oproti 100,2 v roce 1995 byl roku 2004 její index potratovosti 92,4, téměř shodný se skupinou 35 – 34, kde byl 92,2. Obě tyto křivky se během této doby dostaly pod hranici 100, tedy počet narozených dětí je u nich vyšší než počet interrupcí.



Zdroj dat: EVS 1991



Zdroj dat: EVS 1999

Co se týče veřejného mínění, i zde má Maďarsko mezi zkoumanými zeměmi výjimečnou pozici. Pouze u něj totiž průměr klesl, a to ze 4,96 na 3,99. Množství středních odpovědí přitom zůstává téměř totožné (cca 21%). Největší změnu můžeme pozorovat v odpovědích „nikdy“ a „vždy“. Oproti roku 1991 vzrostl podíl odpovědí „nikdy“ ze 23% na 30,6% a podíl odpovědí „vždy“ klesl ze 13% na 6,9%. V Maďarsku, jak se zdá, lidé více volí možnost „buď a nebo“ a snahy o zpřísnění legislativy v minulých letech zde pravděpodobně mají určitou oporu i u veřejnosti.

4. Polsko

Vývoj legislativy:

Do roku 1932 byla interrupce v Polsku obecně zakázána. V roce **1932** byla restriktivní legislativa přeformulována tak, že povolovala interrupci, pokud **těhotenství ohrožovalo život či zdraví ženy nebo pokud bylo následkem zločinu** (znásilnění či incestu). Zákon požadoval, aby interrupce byla provedena lékařem se souhlasem dalších dvou lékařů.

V roce **1956** přijal polský parlament další zákon (zákon č. 61), který dále liberalizoval interrupční legislativu a povolil interrupci také při „**obtížných životních podmínkách**“. Ačkoli při poškození plodu interrupce explicitně povolena nebyla, vážné defekty u dítěte často představovaly pro těhotnou ženu „obtížné životní podmínky“. Velká většina interrupcí byla prováděna právě kvůli „obtížným životním podmínkám“, což díky stanoveným pravidlům nechávalo rozhodnutí víceméně na ženě, pokud dokázala najít lékaře ochotného operaci provést. Ačkoliv byly během let přidávány další podmínky, které musela žena splňovat, aby mohla být interrupce legálně provedena (1956, 1959, 1969 a 1990), přístup k interrupci zůstal od r. 1956 víceméně konstantní až do r. 1990.

V tomto roce byla v Polsku zvolena první nekomunistická vláda od konce II. světové války. Přívrženci katolické víry, z nichž mnozí byli poslanci, vypracovali návrh zákona, který by uzákonil úplný zákaz interrupcí. To znamená, že kdyby byl přijat, interrupce by byla protizákonná za všech okolností, dokonce i v případě ohrožení života matky v době těhotenství. Tuto skupinu lidí velmi podporovala katolická církev v Polsku. Návrh zákona byl odůvodňován třemi důvody: za prvé, že povinností ženy je i obětovat zdraví, aby porodila dítě, za druhé, že těhotenství nemůže být pro zdraví ženy žádným nebezpečím, protože

lékařské poznatky jsou v dnešní době tak rozsáhlé, že lékař ženě dokáže vždy pomoci. Třetím argumentem bylo, že v Polsku je nízká porodnost, což povede k problémům v budoucnosti, nebude dostatek mladých lidí, kteří by se postarali o starší generaci. Zastáncům těchto názorů se podařilo ovlivnit většinu společenských skupin v Polsku. Výsledkem jejich snah nebylo sice přijetí jejich návrhu zákona, r. **1990** však bylo vydáno nařízení, které nařizovalo **potvrzení žádosti o interrupci z důvodu „složitých životních podmínek“ dvěma gynekology a praktickým lékařem**. Rok nato byl však přijat kodex lékařské etiky, který lékařům zcela zakazoval vykonávat interrupce.

Zastáncům protiinterrupčního zákona trvalo tři roky, aby ho prosadili. Byl schválen r. **1993**. Kodex lékařské etiky zakazující lékařům provádět interrupce byl díky protestům lékařů zrušen. Interrupce byly od této chvíle legální jen ve třech případech: pokud těhotenství představovalo **vážné ohrožení zdraví či života ženy**, pokud bylo **těhotenství výsledkem trestného činu** nebo pokud šlo o skutečně **závažně poškozený plod**. Ze sociálních důvodů interrupce nemohla být vykonána. Ohrožení zdraví či života muselo být potvrzeno dvěma lékaři, poškození plodu muselo být doloženo testy potvrzenými dvěma lékaři a znásilnění či incest musely být potvrzeny prokurátorem. Zákon nestanovoval časový limit pro provedení interrupce.

Reakce na tento zákon byly různé. Ženské spolky a levicové strany ho považovaly za příliš omezující a začaly pracovat na modifikaci. Někteří z nejodhodlanějších odpůrců ho naopak chtěli ještě zpřísnit, neboť tvrdili, že interrupce je nemorální za všech okolností.

V září roku 1993 se konaly volby a byla ustanovena nová, levicově orientovaná vláda. Rok po volbách schválila vláda návrh zákona, který povoloval interrupci ze sociálně-ekonomických důvodů. Zákon však nevstoupil v platnost, protože nebyl schválen polským prezidentem, který byl proti interrupcím, a v platnosti tedy zůstal restriktivní zákon z roku 1993. Roku **1995** byl ovšem zvolen nový prezident, který byl interrupcím nakloněn, a vláda znovu předložila liberální interrupční zákon. Parlament odhlasoval, aby byl předchozí zákon doplněn o povolení interrupce ženě do 12. týdne těhotenství z **důvodu složitých životních podmínek či tísnivé osobní situace**. Těhotná žena musela projít poradenstvím, dát písemný souhlas k zákroku a počkat tři dny, než bude zákrok proveden. Zákon povoloval interrupce na veřejných (bezplatně) i soukromých klinikách a nařizoval vládě subvencovat levnější antikoncepci a zavést sexuální výchovu na školách.

Ustanovení tohoto nového zákona zvýšilo odpor skupin „pro-life“ k provádění interrupcí. Mnoho zákonodárců, náboženských představitelů i zaměstnanců zdravotnictví se zavázalo mu odporovat. Zároveň se v této době zvyšoval počet lékařů i celých nemocnic, kde

interrupce odmítali provádět, což díky klauzuli o svědomí, obsažené v zákoně, mohli. V některých městech nebyly žádné veřejné nemocnice ochotny provést interrupci a zbývaly tudíž pouze soukromé kliniky s vysokými poplatky. Podle některých odhadů toto stanovisko zaujala téměř polovina všech veřejných nemocnic v Polsku.¹³

Kromě toho krátce po schválení dodatků se několik zákonodárců rozhodlo prověřit ústavní validitu nového interrupčního zákona u ústavního soudu. Argumentovali tím, že protože zákon povoluje provádět interrupce, porušuje tak ústavu, která zaručuje demokratické právo a spravedlnost. Porušuje v ústavě zahrnutou záruku práva na život. Soud s tímto v roce 1997 souhlasil a ve svém usnesení poukazoval zejména na to, že zákon umožňuje interrupci ze sociálně-ekonomických důvodů. Chybělo vymezení kritérií určujících, co přesně tvoří obtížné životní podmínky či tísnivou osobní situaci. Soud poukazoval na to, že bez těchto kritérií zákon dostatečně nechrání život od početí, což je podle něj hodnota chráněná ústavou, i když explicitně nevyjádřená. Učinil tedy závěr, že tento zákon se rovná uznání interrupce na požádání. Společnost pro záležitosti žen a plánování rodiny toto velmi překvapilo, protože v Polské ústavě žádný výrok o ochraně lidského života od početí není. Soud však argumentoval tím, že Polsko je demokratickým právním státem a nejvyšší hodnotou takového státu je ochrana lidského života od jeho početí. A lidská práva ženy mají být během těhotenství omezena ve prospěch plodu.

Vládě byla poskytnuta lhůta šesti měsíců, aby buď přijala nový zákon přizpůsobený soudnímu rozhodnutí, nebo toto rozhodnutí přehlasovala dvoutřetinovou většinou v parlamentu. Během této lhůty zákon nadále platil. Vláda však nebyla schopna přehlasovat soudní příkaz požadovanou většinou a po volbách, které přinesly opět většinu zastánců stanoviska „pro-life“, bylo rozhodnuto souhlasit s rozhodnutím soudu a znovu **zavést zákon z roku 1993, který je tedy po roce 1997 znovu v platnosti.**

Přesný počet interrupcí v Polsku lze určit obtížně. Oficiální statistiky pravděpodobně skutečný rozsah interrupcí podhodnocují, protože je známo, že mnoho interrupcí se provádí na soukromých klinikách a mnohé z nich jsou ilegální. Vykonávají je stejní lékaři, kteří je oficiálně ve své pracovní době vykonávat odmítají, a v rámci soukromé praxe si účtují vysoké částky. Podle Společnosti pro záležitosti žen a plánování rodiny je tento obchod velmi rozsáhlý a dobře rozvinutý, protože v denním tisku lze běžně nalézt inzerci gynekologů, kteří si podávají inzeráty nebo malé reklamy v tom smyslu, že vykonávají „plnou škálu gynekologických služeb“, a kromě toho má Společnost i informace od žen volajících na její

¹³ Abortion Policies: A Global review, str. 39

tísňovou linku, kterou zřídila v roce 1992, že se tyto interrupce provádějí. Potvrdili to i lékaři, kteří byli ochotni vyplnit anonymní dotazníky. Je běžnou praxí, že lékař odmítne ve státním zařízení vykonat interrupci, ale ženě poradí, že jí může poskytnout soukromé služby. Podle Společnosti je toto jedním z důvodů, proč lékařská obec nepodporuje možnost svobodných interrupcí. Za další důvod považuje silnou hierarchizaci zdravotnických zaměstnanců v nemocnicích. Ředitel má právo nařídít, že nikdo v nemocnici nesmí vykonat interrupci, navzdory tomu, že v interrupčním zákoně je to individuální lékař, kdo může z důvodu svědomí odmítnout provádět interrupce. Neboli, tato klauzule v zákoně je, ovšem platí pro individuálního lékaře, nikoliv pro celou nemocnici.

V Polsku se také se rozmáhá „potratová turistika“ do sousedních zemí, např. Rakouska, Běloruska, Belgie, Německa, Litvy, Ruska, Slovenska, Ukrajiny, i do České republiky. Existuje mnoho cestovních agentur, které ženám nabízejí „zahraniční exkurze“, aby jim tam byl zákrok proveden. Odhadovaný počet ilegálních interrupcí je 40 - 50 000 ročně, z toho 16 000 v zahraničí.¹⁴ K tomuto počtu se Společnost pro záležitosti žen a plánování rodiny dopracovala na základě odhadu podle počtu cestovních agentur a jejich inzerce v novinách a také na základě informací, které tajně dostala od dvou takových agentur. Podle jiných odhadů¹⁵ je tento počet dokonce 200 000 ilegálních interrupcí ročně. To, že je interrupcí v Polsku hodně, je způsobeno několika faktory, např. nedostatkem cenově dostupné kvalitní moderní antikoncepce, spoléháním na „přirozené“ metody ochrany proti početí a nedostatečnou sexuální výchovou na školách. Ta sice v důsledku protiinterrupčního zákona musela být do škol zavedena, ovšem vláda splnila tuto svou povinnost tak, že poskytla školám pouze učebnice zastávající katolický názor na tuto problematiku, které tedy prezentují, co si katolická církev oficiálně myslí o antikoncepci, o sexu, o vztahu mezi mužem a ženou. Tyto učebnice jsou tedy velmi jednostranně zaměřeny, hovoří o tom, že antikoncepce je morálně nesprávná a i neefektivní, že žena, která ji používá, si nezaslouží úctu svého partnera, ztrácí důstojnost apod.

Míra porodnosti je podle polské vlády příliš nízká. Vláda se proto snaží podporovat rodiny, např. rozsáhlým systémem sociálních výhod - mateřská dovolená, tříletá dovolená na výchovu dětí, ročně dovolená až 60 dní na péči o nemocné dítě, porodné, dávky pro rodiny s nízkým příjmem a půjčky a školné na pomoc studentským manželstvím. Alimentační fond poskytuje minimální příjem rozvedeným matkám, které nedostávají alimenty. Dále byla ve

¹⁴ Aleksandra Solik: Interrupčné zákony v Polsku, in: Reprodukčné práva žien, Spracované pre Alianciu žien Slovenska, Bratislava, 2002, str. 42

školách zavedena rodinná výchova. V rozporu s očekáváními podpůrců protiinterrupčního zákona však míra porodnosti nestoupá.

Podle Společnosti pro záležitost žen a plánování rodiny je zákon v praxi přísnější než na papíře. Na tísňovou linku volají ženy i jejich partneři a sdělují své zkušenosti s tím, že jim bylo odmítnuto vykonání zákonem povolené interrupce, dále líčí své zkušenosti s ilegální interrupcí. Společnost dostává i mnoho dopisů. Mnoho ustanovení zákona se v praxi neuplatňuje. Jak již bylo řečeno, mnoho lékařů i celých nemocnic odmítá interrupce vykonávat, i když je zákonem povolena. Ženy mají také problémy sehnat potvrzení o tom, že jim interrupce může být vykonána. Společnost pro záležitosti žen zaznamenala případy, kdy ani nemocným ženám nebyla interrupce povolena (např. ženy se srdečními problémy, mozkovým nádorem, onemocněním ledvin..). Některé zemřely, jiné odcestovaly za interrupcí do zahraničí, kde byli tamní lékaři šokováni, že jim v Polsku interrupce nebyla povolena. Lékaři se údajně také často chovají k pacientkám, které žádají o interrupci, dost hrubě.

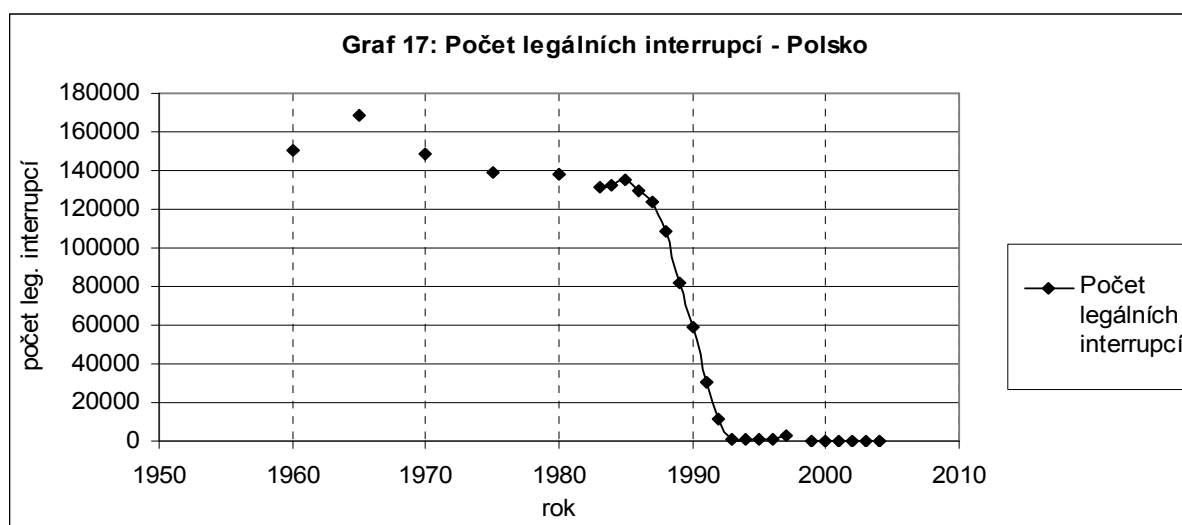
V Polsku je tedy situace poměrně vypjatá. Aleksandra Solik na závěr svého příspěvku upozorňuje, že jakmile se v zemi jednou schválí protiinterrupční zákon, je velmi těžké vrátit se zpět, což ví z vlastní zkušenosti - sama byla přítomna zasedáním v parlamentu a varuje, že fundamentalisty a extrémně nábožensky orientované lidi bychom neměli podceňovat.

Co se týče ceny interrupce, pak legální jsou hrazeny státním zdravotnickým systémem a za nelegální se platí přibližně 2000 – 5000 zlotých (525 – 1312 US\$).¹⁶

¹⁵ Wanda Nowicka : Introduction to the situation in Poland, in: Abortion: Making it a right for all women in the EU. Report from the hearing in Brussels, 18th of October 2005, str. 11

¹⁶ Abortion Legislation in Europe, str. 36

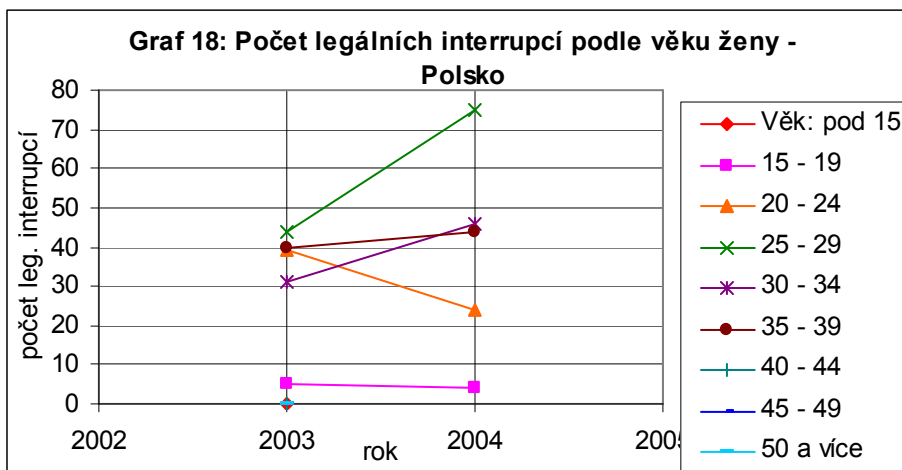
Statistické údaje:



Zdroj dat: Eurostat

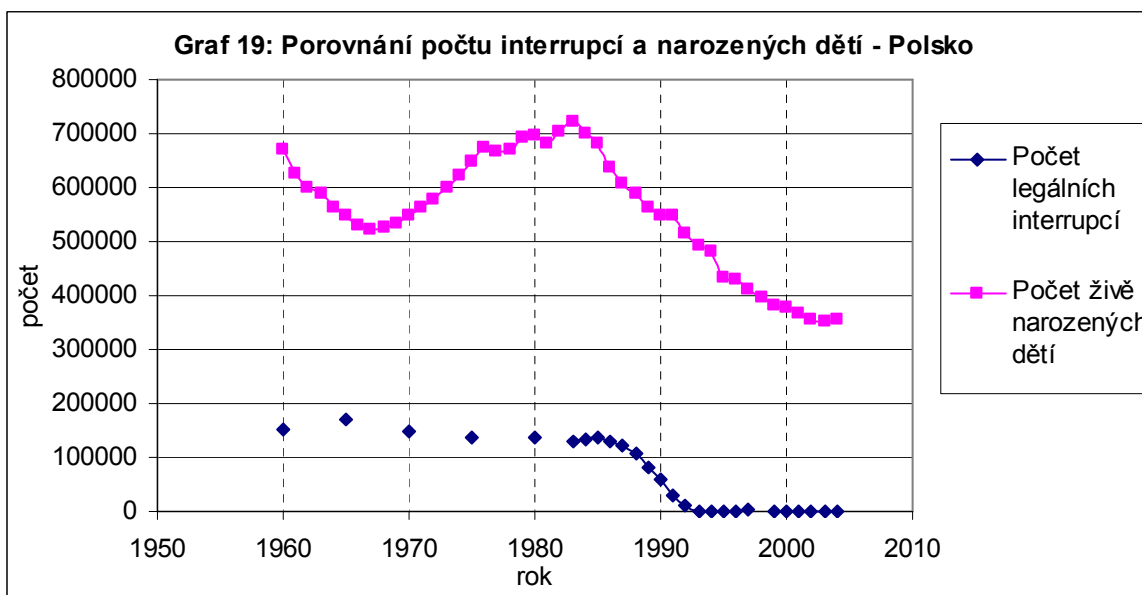
Počet interrupcí v Polsku během námi sledovaného období byl nejvyšší roku 1965, kdy dosahoval 168 587 interrupcí za rok. V této době byl v platnosti zákon z r. 1956 umožňující interrupci vedle případu ohrožení zdraví a života ženy či těhotenství následkem zločinu také z důvodu „obtížných životních podmínek“. Počet interrupcí se pak v letech 1970 - 1985 držel na relativně stabilní úrovni (148 219 – 135 564), přičemž vykazoval spíše klesající trend.

Po roce 1985 však začal počet interrupcí výrazně klesat a to až do roku 1996, kdy dosáhl pouhých 491 interrupcí ročně. Za pozornost stojí, že relativně liberální zákon z roku 1956 začal být zpřísnován až po roce 1990, ovšem počet interrupcí do této doby velmi poklesl (ze 150418 v roce 1960 na 59417 v roce 1990, tedy se zmenšil na pouhých 39,5%). Vláda se však přesto rozhodla zákon zpřísnit. V roce 1997 počet interrupcí opět mírně stoupl (3171), ovšem po znovuzavedení restriktivního zákona z roku 1993 klesl počet interrupcí na velmi nízké hodnoty a od té doby se drží v rozmezí 100 – 200 ročně. Je však nutno mít na paměti, že toto číslo představuje interrupce legální a řádně nahlášené, tudíž zdaleka ne všechny.



Zdroj dat: Eurostat

Data pro vývoj počtu interrupcí v Polsku podle věkových skupin jsou k dispozici pouze pro rok 2003 a 2004, z čehož bohužel nelze usuzovat na žádný vývoj. Vidíme však, že nejvíce interrupcí bylo provedeno u věkové skupiny 25 – 29 let. Přece jen však je tento počet zanedbatelný, pro ilustraci v roce 2004 bylo v této věkové skupině pouhých 75 legálních interrupcí a index potratovosti by tedy byl 0,59. Pro věkové skupiny pod 15 a nad 40 let jsou uvedeny nulové hodnoty.

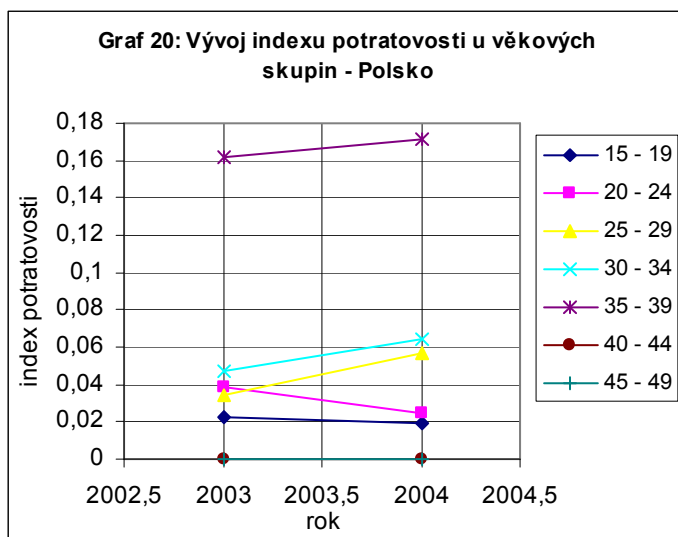


Zdroj dat: Eurostat

Průměrný počet narozených dětí v Polsku v letech 1960 – 2004 byl 555 589 ročně. V roce 1960 byl jejich počet 669 485, poté klesal až do roku 1967 na 521 817 a pak opět stoupal, až v roce 1983 dosáhl 723 605, což je nejvíce za celé námi sledované období. Od

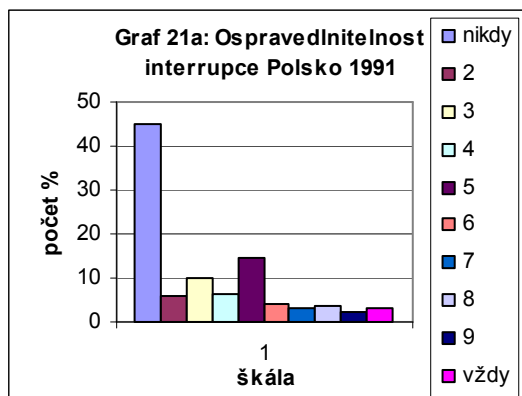
tohoto roku však znovu klesá, tentokrát však společně s počtem interrupcí. Je však možné, že tento fakt polská vláda nevnímala jako pozitivní vývoj klesání potratovosti, nýbrž jako celkový fakt klesání porodnosti, a došlo ke zpřísnění legislativy. Příčina však zdaleka nebyla pouze zde, díky velkému vlivu katolické církve v Polsku byly důvody hlavně morální.

Počet narozených dětí však i přes přísný interrupční zákon nestoupl, naopak trvale klesá. Teprve v roce 2004 mírně stoupl (o 5 059 dětí) na hodnotu 356 131, což však rozhodně nemusí znamenat změnu trendu. Fakt, že počet legálních interrupcí je zcela zanedbatelný a porodnost přesto nestoupá (ba ani nezůstává na stejné úrovni) ukazuje na to, že tato situace souvisí buď se zaváděním moderní antikoncepce nebo stále velkým (ne-li rostoucím) množstvím ilegálních potratů. Vzhledem k vysoké ceně antikoncepce a k jejímu spíše negativnímu veřejnému prezentování nebude její široké zavádění pravděpodobně převažujícím důvodem.

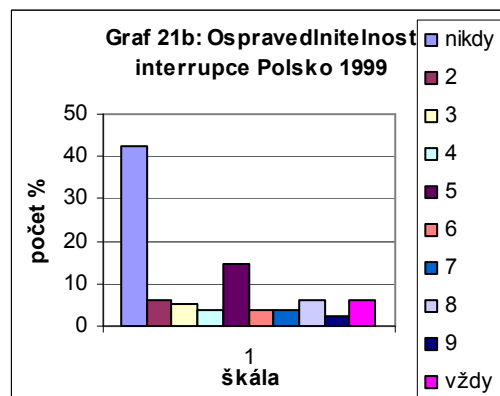


Zdroj dat: Eurostat

Index potratovosti je v Polsku nejvyšší u věkové skupiny 35 – 39 let (přece jen však je to pouhých 0,16 – 0,17 interrupcí na 100 narozených dětí). Nejnižší index je u skupiny 15 – 19, resp. u skupin nad 40 let, kde jsou hodnoty nulové. Vzhledem k tomu, že zde bereme v úvahu pouze interrupce legální (a jejich počet je velmi malý), a při vědomí množství nelegálních interrupcí, nemůžeme z hodnot indexu potratovosti u věkových skupin dělat příliš velké závěry. Fakt, že skupina 35 – 39 let převyšuje ostatní skupiny, může znamenat relativně největší úspěch žen této skupiny při žádosti o legální interrupci, nebo ovšem také vysoký podíl ilegálních interrupcí v této skupině, snižující počet narozených dětí.



Zdroj dat: EVS 1991



Zdroj dat: EVS 1999

U Polska průměr veřejného mínění stoupl ze 3,2 na 3,59. Podíl odpovědí „nikdy“ se změnil relativně málo (45% - 42,2%), stále je zdaleka nejvyšší. Podíl středních odpovědí zůstal téměř totožný (14,4% - 14,7%), změnu vidíme především na článku 3 (9,9% - 5,2%), článek 8 mírně stoupl, stoupl i podíl odpovědí „vždy“ (3,2% - 5,9%). Vidíme tedy, že v Polsku dochází k postupnému přesunu z levé části škály na pravou, ovšem skutečně mírnému, neboť podíl odpovědí „nikdy“ je stále výrazně dominantní.

5. Švédsko

Vývoj legislativy:

Ve Švédsku byla interrupce do 30. let 20. století **nelegální**, kromě případů, kdy bylo potřeba **zachránit život ženy či ji ochránit před závažnými zdravotními následky**. Většina lidí chtěla tento stav udržet či alespoň interrupce velmi omezit. Ovšem každoročně docházelo tudíž k tisícům nelegálních umělých potratů.

Požadavky antikoncepce se začaly klást již ke konci 19. století, ale žádostem o právo žen na interrupci se nepřikládala důležitost až do 20. let 20. století. Žádali o něj hlavně komunisté, sociální demokraté, feministky a také právě vznikající Společnost pro sexuální vzdělávání (RSFU). Ministr spravedlnosti navrhl v roce 1938 změnu v zákonu o interrupci, aby interrupce mohla být provedena z humanitárních důvodů (např. znásilnění), a dále ze sociálních důvodů. Interrupce ze sociálních důvodů byla nejkontroverznější a tato záležitost byla švédskou společností hodně projednávána, bylo ustanoveno i několik komisí a provedena zkoumání.

Podle RSFU byly interrupce otázkou třídní příslušnosti. Bohaté ženy měly peníze na interrupce, sice ilegální, ale bezpečné, zatímco ženy z nižších společenských vrstev byly nuceny dítě donosit nebo podstoupit někdy až životu nebezpečnou ilegální interrupci. Veřejná debata pokračovala, nakonec byl roku **1938** přijat nový zákon, kde se ženám povolovala interrupce nejen ze zdravotních důvodů, ale také při výskytu **vrozených vad plodu**, v případech **těhotenství následkem zločinu** a v případech **zdravotně – sociálního strádání, které bylo označeno jako „křehkost matky“**. Interrupce vykonávány ze zdravotních důvodů mohly být vykonány v jakoukoli dobu během těhotenství po schválení dvěma lékaři. Interrupce z jiných důvodů musely být schváleny zdravotnickým úřadem a musely být provedeny do 20. týdne těhotenství. Ženy, které těmto požadavkům nevyhovovaly, se uchýlovaly k ilegálním interrupcím.

Jedním z hlavních důvodů dalšího boje za liberalizaci interrupcí byly škody napáchané ilegálními interrupcemi. Tyto interrupce měly různé důvody – např. nemajetnost, nezaměstnanost, špatné bydlení, příliš mnoho dětí v rodině či špatné manželství. Mnoho žen a dívek také podstupovalo interrupci proto, že byly svobodné – svobodné matky měly v této době problémy se uživit a společnost se od nich distancovala. RSFU a další, kteří bojovali za liberalizaci interrupcí, to tehdy činili z poněkud jiných důvodů, než jak je na problém pohlíženo dnes. Cílem bylo zlepšit život nemajetných, nemocných a slabých žen, které si dítě nemohly dovolit. Důvodem tedy nebyla emancipace žen, prosazování jejich práva kontrolovat vlastní život a tělo či zdůrazňování jejich práva na svobodu. V této době bylo obecně mateřství pro ženu jednou z nejdůležitějších záležitostí v životě, a tento argument byl používán na obou stranách. Bojovníci liberalizaci interrupcí považovali právě předpoklad ženiny vůle mít dítě za určitou záruku toho, že zákon by nebyl zneužíván.¹⁷

Komise sestavená r. 1940 dospěla k závěru, že je nutno investovat více do prevence a sexuální výchovy, aby se zabránilo vysokému počtu nechtěných těhotenství a ilegálních interrupcí. Roku **1946** byla provedena revize interrupčního zákona. **Definice zdravotně – sociálního strádání byla rozšířena** a interrupce byly povoleny, pokud, vzhledem k životním podmínkám a jiným okolnostem, by fyzická či psychická stabilita matky byla vážně oslabena porodem či výchovou dítěte. Tento dodatek také obsahoval, že žena požadující interrupci musela projít konzultací se sociálním pracovníkem, který prozkoumá její situaci a pomůže jí připravit žádost. Tito sociální pracovníci měli ženě nabídnout sociální a ekonomickou pomoc, aby žena mohla znovu zvážit své rozhodnutí, nebo jí zajistit podporu, pokud byla její žádost

¹⁷ Informace poskytla Lina Granlund z RSFU

odmítnuta. Dále byla prodloužena doba možnosti provedení interrupce z jiných než zdravotních důvodů, a to na 24 týdnů.

V 60. letech prosazovali mladí sociální demokraté volnou interrupci coby otázku svobody a ženina práva zacházet se svým tělem. Organizovali dokonce i „interrupční cesty“ do Polska pro švédské ženy, kterým doma nebyla interrupce povolena. (Zde vidíme zajímavý obrat, dnes je situace opačná.) To vedlo k policejnímu zkoumání situace a mnoho žen, které jely do Polska, bylo vyšetřováno. Nakonec byly tyto cesty prohlášeny za nelegální.

V roce **1963** byl interrupční zákon doplněn o „**prenatální zranění plodu**“ coby důvod k provedení interrupce. Roku 1965 byla sestavena vládní komise, aby přezkoumala interrupční zákon, a trvalo téměř 10 let, než předložila **zákon o volné interrupci**. Tento zákon je známý jako švédský interrupční zákon ze 14. června 1974. V platnost vstoupil roku **1975**. Během těchto deseti let se veřejné mínění změnilo a moralističtí lékaři, kteří dříve ženám bránili, povolovali stále více interrupcí.

Dnes lze tedy interrupci provést na žádost ženy, do 18. týdne těhotenství (pokud není žádná kontraindikace), ze zvláštních důvodů do 22. týdne. Díky tomuto zákonu se cesta k interrupci zjednodušila a ženy mají lepší možnost podstoupit zákrok v brzkém stadiu těhotenství. 95% interrupcí je provedeno před 12. týdnem těhotenství¹⁸, většina dokonce před 9. týdnem. Interrupci lze provést pouze švédským občankám či trvale bydlícím obyvatelkám, v ostatních případech je nutné zvláštní povolení národního zdravotnického úřadu. Do 18. týdne je interrupce téměř plně hrazena ze zdravotního pojištění. Ženy platí pouze poměrně nízký poplatek, který se v různých provinciích liší a každý rok je revidován. Pohybuje se mezi 260 – 380 švédských korun (36 – 53 US\$). Ilegální interrupce jsou nyní ve Švédsku velmi vzácné. Zákon je dále skombinován s poradenstvím o antikoncepci zdarma, některé formy ochrany jsou také zdarma¹⁹.

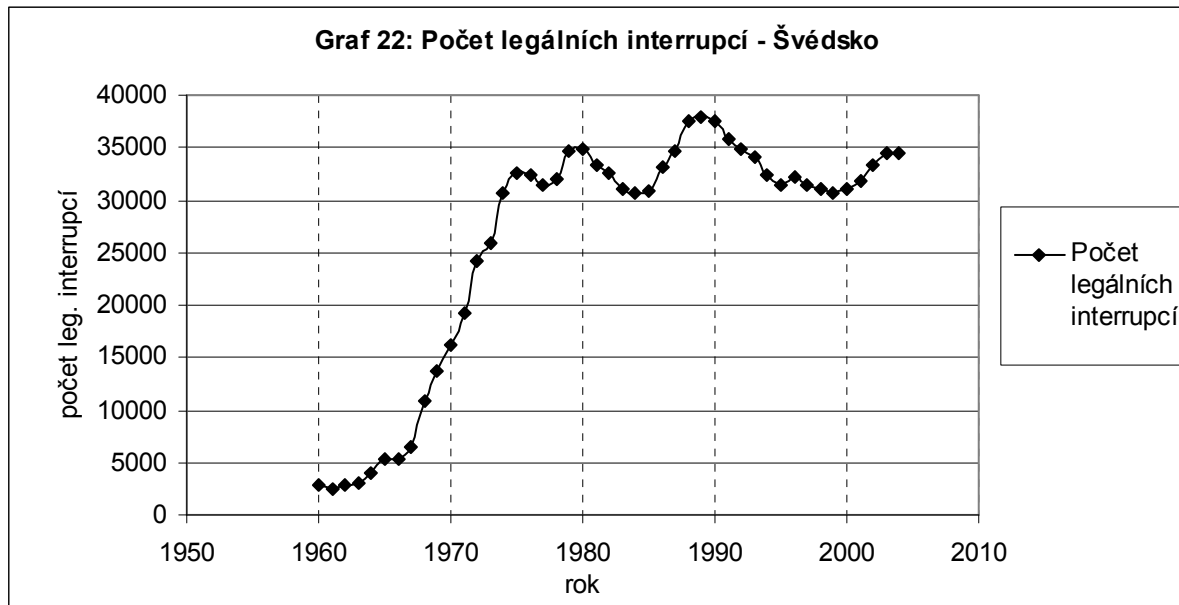
Interrupční zákon ve Švédsku tedy funguje velmi dobře, ovšem i zde se vyskytují odpůrné aktivity proti němu. Skupiny aktivistů jsou sice malé, ale dost hlasité, mají okolo 17 000 členů. Většinou jsou spojeni s náboženskou sektou nazvanou „Svět života“.²⁰

¹⁸ Abortion Policies: A Global review, str. 115

¹⁹ Abortion Legislation in Europe, str. 42

²⁰ tamt.

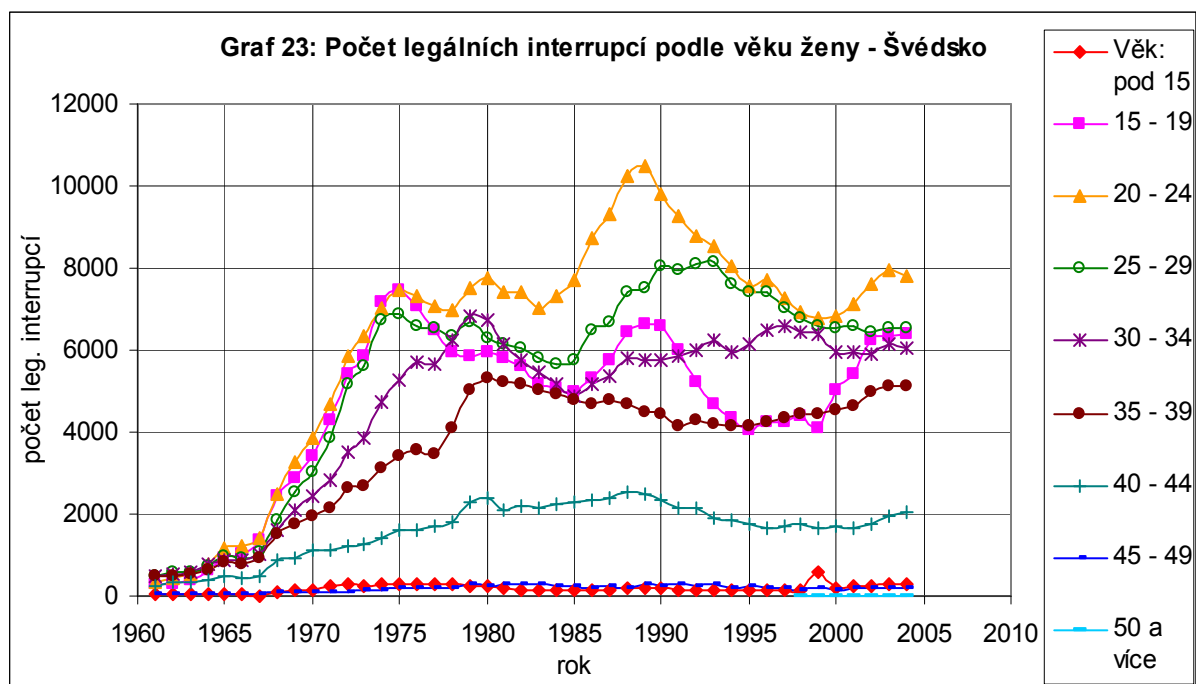
Statistické údaje:



Zdroj dat: Eurostat

Počet interrupcí ve Švédsku od roku 1960 do roku 1975 trvale rostl. Během této doby v legislativě téměř k žádným změnám nedocházelo. V platnosti byl zákon z roku 1946 povolující interrupce vedle zdravotních důvodů také v případě „křehkosti matky“ (rozšířená definice), a to do 24. týdne těhotenství. V tomto období vzrostl počet interrupcí ze 2 792 na 32 526, tedy na více než jedenáctinásobek. Roku 1964 byla ve Švédsku zavedena hormonální antikoncepce, zastavení růstu interrupcí se však v nejbližších 10 letech nekonalo.

Po zavedení zákona o volné interrupci v roce 1975 počet interrupcí překvapivě klesl, ovšem jen mírně a po 2 letech začal opět růst. Nejvyšší hodnoty dosahoval roku 1989, kdy bylo provedeno 37 920 interrupcí. Od té doby se však počet interrupcí opět klesl a zatím se drží pod hranicí 34 500 ročně.



Zdroj dat: Eurostat

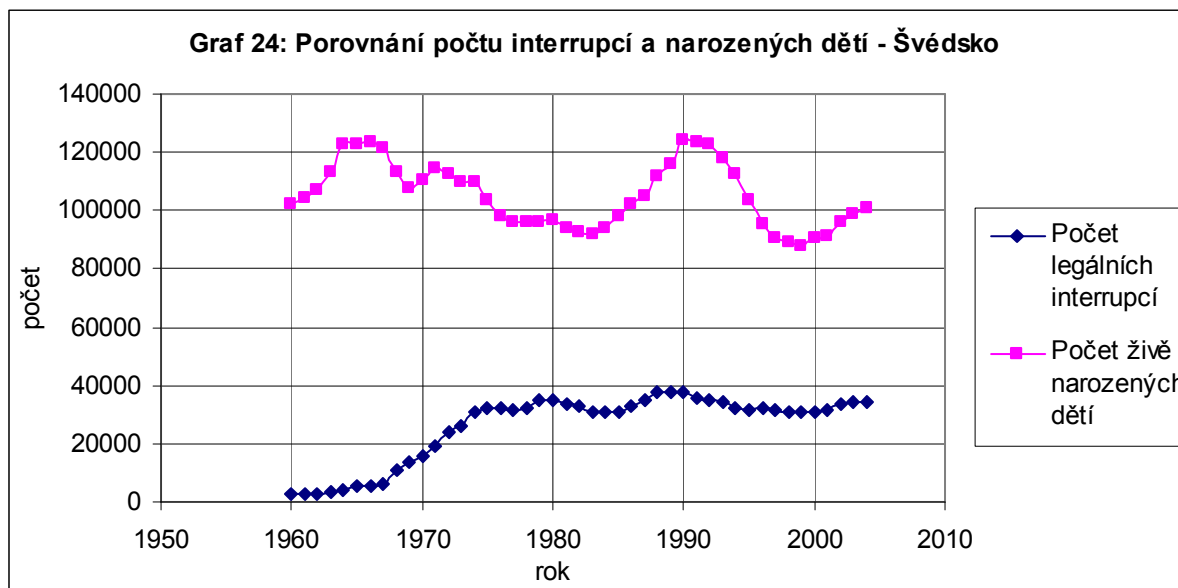
Pro Švédsko jsou data o vývoji počtu interrupcí podle věku ženy dostupná již od roku 1961. U některých věkových skupin vidíme výrazný vzestup, jiné zůstávají na podobné úrovni. Obecně proměnlivější jsou počty interrupcí u mladších věkových skupin.

Křivka skupiny 20 – 24 let dosahuje maxima v roce 1989, kdy bylo u této věkové skupiny provedeno 10 512 interrupcí. U této skupiny také počet interrupcí představuje největší podíl v celém sledovaném období (kromě let 1974 a 1975, kdy ji „předčila“ skupina 15 – 19 let o 139 a 31 interrupcí). Byla to tedy především tato věková skupina, díky níž se nachází maximum všech interrupcí právě v tomto roce. Vysokých hodnot dosahuje také skupina 25 – 29 let, u které bylo nejvíce interrupcí provedeno roku 1993, a to 8 167.

Skupina 15 – 19 let vykazuje největší proměnlivost. Zajímavé je, že počet interrupcí u ní dosahuje svého maxima v letech 1974 a 1975 (7 184 a 7 471 interrupcí), poté zase výrazněji klesá. Přitom po zavedení zákona o volné interrupci roku 1975 by se dal očekávat spíše opak. A pokud se podíváme na graf, vidíme, že k poklesu či alespoň zmírnění růstu počtu interrupcí dochází v této době u většiny věkových skupin. Ke konci 80. a začátkem 90. let počet interrupcí u většiny věkových skupin kulminuje (výjimkou jsou skupiny 35 – 39 a méně než 15 let). Po různých následných proměnách můžeme dnešní situaci (resp. z roku 2004) u většiny křivek prohlásit za podobnou jako v letech 1980, 1981.

U věkové skupiny pod 15 let došlo v roce 1999 k prudkému vzestupu počtu interrupcí (v roce 1998 jich bylo 143, zatímco roku 1999 již 583). V roce 2000 však počet opět klesl na 216, což

je však stále o téměř více než před rokem 1999. Hodnota z roku 2004 je 280 interrupcí u této věkové skupiny, což je 0,8% všech interrupcí.



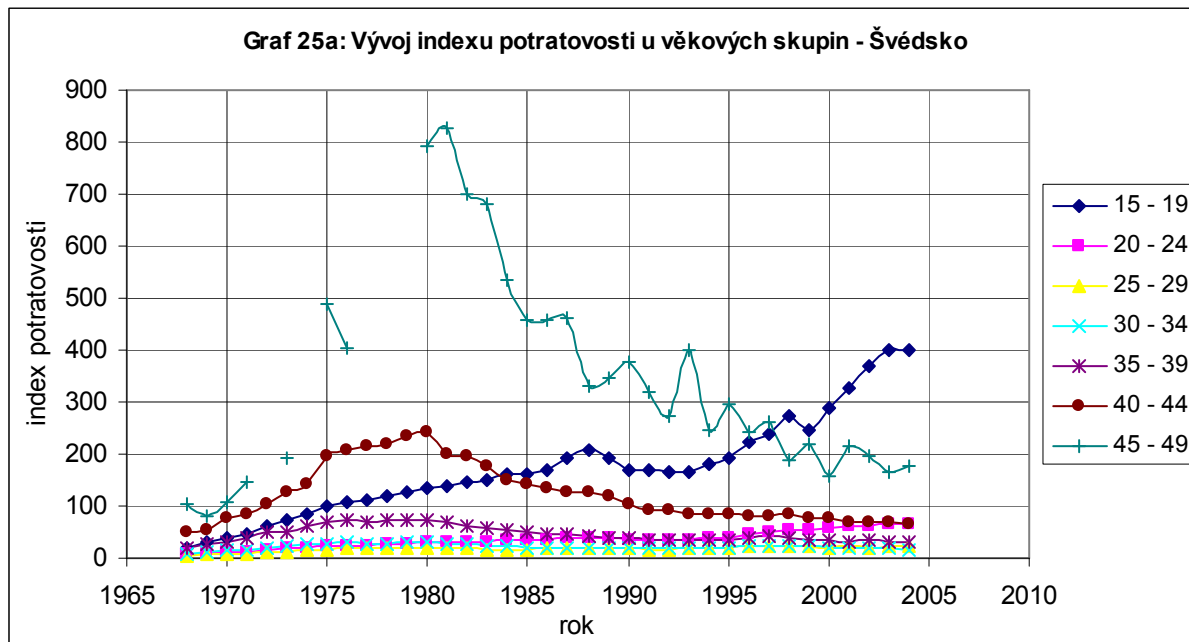
Zdroj dat: Eurostat

V námi sledovaném období se ve Švédsku ročně narodilo průměrně 105 167 dětí. Křivka vývoje počtu narozených dětí je sice dosti proměnlivá, ovšem nevykazuje žádný dlouhodobější trend klesání či růstu. Jsou na ní dvě výrazná maxima a dvě minima. První maximum bylo v roce 1966, kdy se narodilo 123 354 dětí, druhé roku 1990, kdy to bylo ještě více – 123 938 dětí. Je velmi zajímavé, že rok po té, co bylo ve Švédsku provedeno historicky nejvíce interrupcí, se narodilo také nejvíce dětí v námi sledovaném období. Dalo by se spíše očekávat, že vysoký počet provedených interrupcí se na následujícím roce projeví úbytkem porodů. Konec 80. a začátek 90. let se vůbec vyznačuje vysokým počtem interrupcí i narozených dětí.

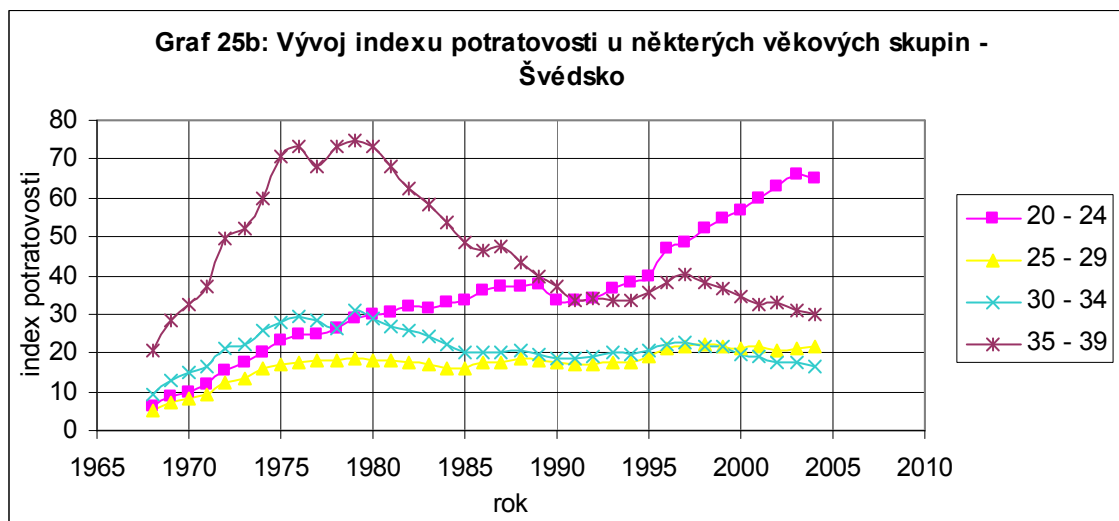
Mezi těmito dvěma maximy se nachází první minimum křivky, a to roku 1983 s počtem 91 780 narozených dětí. Druhé minimum je v roce 1999, kdy se narodilo pouze 88 173 dětí. Počet interrupcí byl v těchto letech v rámci změn křivky (již nepočítáme část křivky prudšího vzrůstu po počátečním nízkém počtu interrupcí) také spíše na nižších hodnotách.

Křivka počtu narozených dětí se nakonec po poměrně výrazném kolísání během námi sledovaného období nacházela roku 2004 na hodnotě 100 928 narozených dětí, a vrátila se tedy na podobnou hodnotu jako byla na začátku období, kdy se narodilo 102 219 dětí. A to

přesto, že počet interrupcí od té doby stoupl z 2792 na 34 454 ročně, tedy na více než dvanáctinásobek.



Zdroj dat: Eurostat



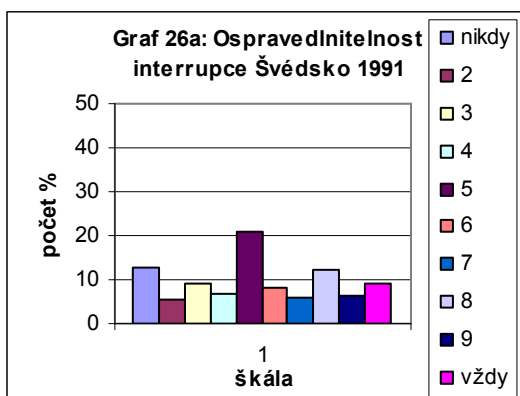
Zdroj dat: Eurostat

Grafu vývoje indexu potratovosti (25a) dominuje křivka skupiny 45 – 49 let, která nejdříve prudce stoupá a roku 1981 dosahuje hodnoty 826,5 interrupcí na 100 narozených dětí (bylo provedeno 231 interrupcí a narodilo se 34 dětí). Potom však křivka klesá a podobný průběh mají i křivky skupin 40 – 44 a 35 – 39. Křivky mladších skupin naopak stoupají,

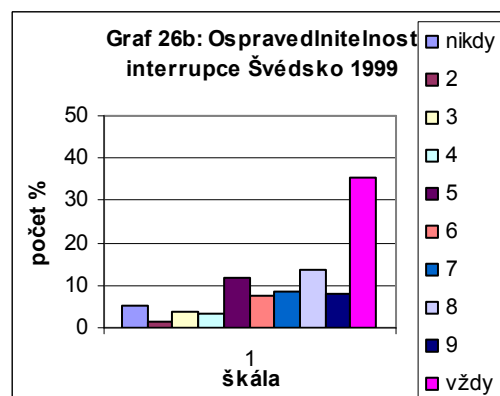
nejvýrazněji u věkové skupiny 15 – 19 let, kde roku 2004 dosahuje hodnoty 401,5 oproti např. zmíněnému roku 1981, kdy byla tato hodnota 140.

Z tohoto vývoje můžeme usoudit, že u vyšších věkových skupin po obecném zavedení interrupcí jejich počet nejdříve stoupl, protože čím vyšší byl věk ženy, tím bylo těhotenství považováno za větší riziko. Postupem času však s pokrokem zdravotní vědy mají i tyto ženy větší možnost porodit zdravé dítě, a počtu interrupcí na počet narozených dětí v těchto věkových skupinách ubývá (u věkové skupiny 40 – 44 let je křivka od roku 1991 pod hranicí 100). U mladších skupin bylo dříve naopak pravděpodobně upřednostňováno spíše donošení dítěte, zatímco dnes dívky raději založení rodiny odloží na později. Tento fakt se projevuje u téměř všech sledovaných zemí (viz. závěr práce).

V dnešní době je tedy nejvyšší index potratovosti u skupiny 15 – 19 let (401,5), zajímavé je téměř splnutí věkových skupin 20 – 24 a 40 – 44, které dosahují hodnot 65,2 a 65,1. Nejnižší index potratovosti má skupina 30 - 34 let, u které na 100 narozených dětí připadá 16,4 interrupcí a počet narozených dětí je ze všech věkových skupin nejvyšší. Můžeme tedy usoudit, že v tomto věku je u ženy nejpravděpodobnější rozhodnutí ve prospěch donošení dítěte. V 70. – 80. letech to však byla skupina mladší, tedy 25 – 29 let. Tyto dvě skupiny (25 – 29 a 30 – 34) jsou během celého období nejstabilnější a jejich index potratovosti je nejvyšší.



Zdroj dat: EVS 1991



Zdroj dat: EVS 1999

V případě Švédska vidíme největší zvýšení průměru, a to z 5,37 na 7,42. V rozložení vidíme nepochybný přesun z levé strany škály na pravou. Podíl odpovědí „vždy“ stoupl z 9,1% na 35,2%, což je velmi výrazný vzestup. Podíl odpovědí „nikdy“ klesl ze 12,7% na 5,1%. Klesla i prostřední hodnota, kterou převážil článek 8. Zatímco tedy ve Švédsku byla roku 1991 škála poměrně vyrovnaná s převažujícím středem, v roce 1999 jednoznačně

převažuje pravá polovina, s více než třetinou respondentů, kteří si myslí, že interrupce je ospravedlnitelná vždy.

6. Spojené království

Vývoj legislativy:

Před 19. stoletím nebyla interrupce nijak legislativně podchycena a usmrcení plodu nebylo považováno za zločin, pokud ještě nedosáhl stadia „zrychlení“, tedy kdy byl cítit jeho pohyb. Poté již bylo provedení interrupce považováno za prohřešek, nicméně vyskytlo se velmi málo stíhání za tento prohřešek.

První interrupční stanovy byly přijaty roku 1803. Nařizovaly trest smrti pro toho, kdo vykonal interrupci ve stadiu „zrychlení“ a trest až 14 let vyhnanství nebo zbičování pro toho, kdo provedl interrupci před tímto stadiem.

Roku **1861** schválil parlament Zákon o proviněních proti člověku (Offences Against The Person Act). Článek 58 odsuzoval **interrupci coby kriminální přečin** trestaný 3 lety vězení až doživotím, a to i v případě, že byla interrupce provedena ze zdravotních důvodů. Žádné další právní změny se neděly až do r. **1929**. V tomto roce doplnil stávající zákon ještě Zákon o ochraně života dítěte (Infant Life Preservation Act), v němž již interrupce nebyla považována za těžký zločin, pokud byla provedena v dobré víře z jediného důvodu – **záchrana života matky**. Tento zákon zakazoval zabít dítě „schopné narodit se živé“ a ustanovil 28 týdnů coby věk, kdy se plod pokládá za životaschopný. Lékař mohl provést legálně interrupci, pokud „shledal, že další postup těhotenství by pravděpodobně vážně ohrozil zdraví nastávající matky“.

Roku 1936 vznikla Společnost pro reformu interrupčního zákona (Abortion Law Reform Association). Tvořili ji lidé, kteří požadovali vyjasnění zákona, neboť v platnosti byl oficiálně stále zákon z r. 1861 s dodatkem z r. 1929.

V roce 1938 provedl doktor Alec Bourne interrupci mladé ženě, která byla znásilněna skupinou vojáků. Před soudem obhájil, že by toto těhotenství ženu poškodilo, a nebyl odsouzen. Tento případ se stal právním precedentem pro provedení interrupce v případě ohrožení nejen fyzického, ale i mentálního zdraví ženy. Po tomto případu i některé další ženy podstoupily interrupci z důvodu rizika poškození mentálního zdraví.²¹ Majetnější ženy měly

²¹ viz. History of UK Abortion Law, Education For Choice, www.efc.org.uk

větší možnost zaplatit psychiatrovi, aby jim odsouhlasil provedení interrupce, ovšem mnoho jiných žen nemělo jinou možnost než vyhledávat ilegální metody ukončení těhotenství. Daň za to byla vysoká a každý rok umíralo přibližně 40 žen a mnoho dalších bylo zraněno. Lékaři, politici a členové některých náboženských komunit spolupracovali na přípravě nového zákona.

Nový interrupční zákon byl přijat r. 1967, v době živé politické agitace, a někdy se na něj pohlíží jako na jeden z triumfů ženského hnutí. Ve skutečnosti však tento zákon nebyl přijat proto, aby dal ženám práva, ale coby reakce na veřejný zdravotní problém. Dával možnost volby lékařům, nikoli ženám. Interrupci nelegalizoval, pouze umožňoval výjimky z její nelegálnosti. Většina tohoto zákona umožňuje interpretaci, požaduje, aby doktoři posoudili každý případ na základě zvážení rizik, spíše než že by stanovoval konkrétní podmínky, kdy by interrupce byla legální. V parlamentu se objevilo několik pokusů tento zákon učinit více omezující. Usilovali o to odpůrci práva žen zvolit si interrupci. Ovšem ani ti, kdo toto právo podporovali, nebyli spokojeni – zákon jim připadal nejasný a naopak příliš omezující.

V roce 1990 byl stávající zákon doplněn Zákonem o lidské plodnosti a embryologii (Human Fertilisation and Embryology Act), který pro většinu interrupcí zkrátil původní časový limit 28 týdnů na 24 týdnů. Ačkoliv dnes většina lidí ve Spojeném království podporuje možnost legální interrupce, stále se vede debata o budoucnosti interrupcí v zemi s různými skupinami, které se aktivně zasazují o omezení či úplné odstranění možnosti interrupce.

Poslední debata o interrupčním zákoně vyústila ve dvě možné změny stávající legislativy: buď odstranění nařízení, že žena musí mít povolení od dvou lékařů, aby mohla podstoupit interrupci (to z toho důvodu, aby se zmenšily prodlevy u žen chtějících podstoupit interrupci do 12. týdne těhotenství), nebo další snížení horního časového limitu interrupce.

Dnešní situace tedy vypadá následovně. V platnosti je zákon z roku **1967**, doplněn zákonem z r. **1990**. Pro legální provedení interrupce je nutné rozhodnutí dvou lékařů, že **riziko pro ženino fyzické či mentální zdraví je větší, pokud bude těhotenství pokračovat**, než v případě jeho ukončení. Pokud se dva lékaři shodnou, že v případě pokračování těhotenství je zdraví či život ženy vážně ohrožen nebo je pravděpodobné, že se plod narodí s vážnými fyzickými či psychickými abnormalitami, může být interrupce provedena mimo časový limit. Pokud musí být interrupce provedena v nouzové situaci, není potřeba souhlas druhého lékaře. Žena nepotřebuje k interrupci souhlas svého lékaře, partnera ani rodiny. Při odhadování rizika pro zdraví ženy mohou lékaři vzít v úvahu také **ženiny „aktuální či**

přiměřeně předvídatelné životní podmínky“. Díky tomuto a také velké volnosti zákona umožňující interpretaci je ve Velké Británii interrupce dostupná téměř na žádost ženy (i když oficiálně ne). Ovšem záleží hodně na lékaři.²²

Jak vypadá praxe. Navzdory oficiálnímu časovému limitu 24 týdnů se 87% interrupcí provádí do 12. týdne těhotenství²³. V mnoha částech země je dokonce složité uspět se žádostí po 12. týdnu. Interpretace zákona je různá. Někteří lékaři věří, že ženy jsou těmi nejlepšími soudci vlastního těhotenství, a proto každé ženě, která požádá o interrupci, dají souhlas, který odůvodňují, že pokud bude pokračovat v těhotenství, které nechce, její mentální zdraví utrpí. Někteří lékaři zase říkají, že statisticky je interrupce bezpečnější než donošení dítěte a porod, tudíž představuje menší hrozbu ženě zdraví, a tedy každá žena, která požádá o interrupci, by k ní měla dostat souhlas ze zdravotních důvodů. Jiní lékaři uchopují zákon úžeji a chtějí konkrétní důkazy, že zdraví ženy bude těhotenstvím ohroženo, a neodsouhlasí automaticky každou žádost o interrupci. A poslední skupina lékařů odmítá interrupci zcela a neodsouhlasí ji žádné ženě. Zákon jim toto povoluje, ovšem zároveň nařizuje, že nesmějí ženě bránit v tom, aby navštívila jiného lékaře, který toto stanovisko nezastává.

Interrupce je hrazena státní zdravotní péčí, ovšem na soukromých klinikách se platí 350 – 450 liber (585 – 750 \$). V roce 2005 bylo státem hrazeno 84% interrupcí, což je více než 82% a 78% v předchozích dvou letech²⁴.

Interrupční zákon se však nevztahuje na Severní Irsko. Zde je stále v platnosti Zákon o prohřešcích proti člověku s dodatkem z r. 1929. I zde se však již vyskytují náznaky alespoň mírného uvolnění situace. V roce 1993 a 1994 soud uznal dva případy provedení interrupce, v nichž aplikoval jako precedens Bournův případ. Šlo o 14letou dívku, která otěhotněla a hodlala spáchat sebevraždu, pokud by nemohla podstoupit interrupci, a dále těžce mentálně postiženou 23letou ženu, která byla znásilněna a z postupujícího těhotenství jevila známky zoufalství. V obou případech soud rozhodl, že lze legálně provést interrupci z vážných mentálně zdravotních důvodů. Dnes je tedy interrupci možné povolit při riziku vážného ohrožení zdraví (fyzického či mentálního) nebo života ženy, ovšem pouze na základě soudního precedentu, zákon zůstává nezměněn. V praxi se obvykle rozhodnutí o provedení potratu vynášší po konzultaci se dvěma lékaři a s informovaným souhlasem těhotné ženy. Ačkoliv se v Severním Irsku každoročně nějaké legální interrupce provádějí, strach z možného obvinění z nelegálního jednání a fakt, že interrupce jsou zde emočně nabitou

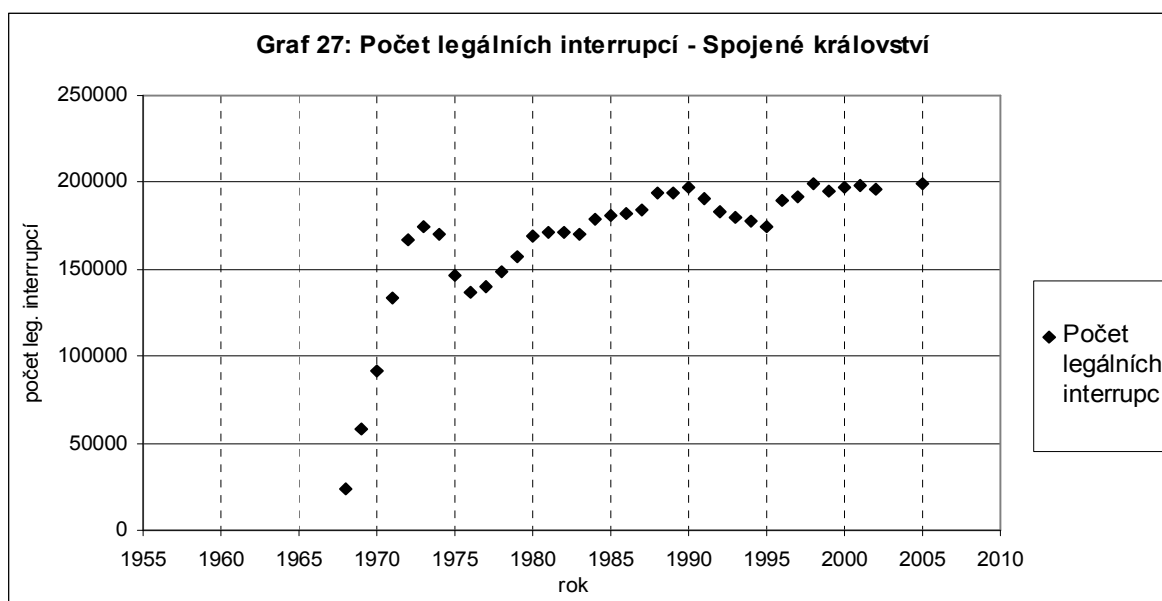
²² Abortion Policies: A Global review, str. 155

²³ zdroj: www.efc.org.uk

²⁴ tamt.

otázkou, brání zdravotnickému personálu zveřejňovat přesná data o interrupcích. Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí neposkytuje žádné oficiální statistiky. Ženy, které v Severním Irsku nemohou interrupci podstoupit, většinou jezdí za tímto účelem do Anglie. V roce 2005 to bylo 1 164 žen, ovšem tento odhad je založen na adresách, které ženy udaly na klinikách, a je pravděpodobné, že skutečné množství těchto žen je vyšší.²⁵

Statistické údaje:



Zdroj dat: Eurostat

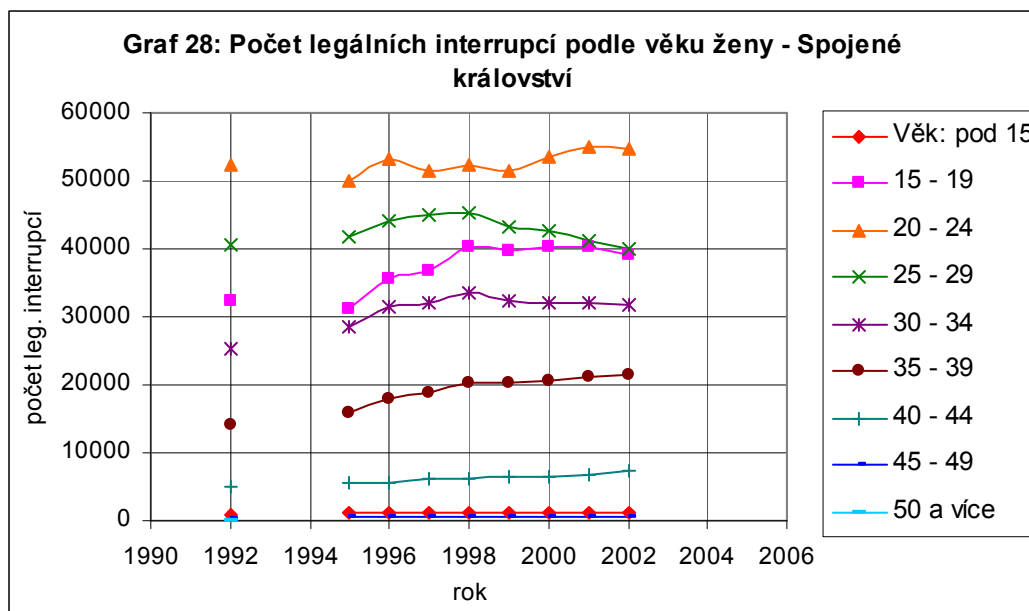
Data o počtu interrupcí ve Spojeném království začínají až rokem 1968, tedy po přijetí interrupčního zákona. Ovšem podle hodnoty, kde křivka začíná (23 600), můžeme říci, že před přijetím tohoto zákona byl počet interrupcí ve Spojeném království oproti současnosti relativně nízký. Během let 1968 – 1973 dochází k prudkému růstu počtu interrupcí, který vzrostl z 23 600 na 174 600, tedy se zvýšil o 151 000 interrupcí ročně. Roku 1973 se však tento prudký růst zastavil a naopak došlo k tříletému poklesu až na 136 800 interrupcí ročně. Poté počet opět rostl, ovšem již mírněji, což trvalo do roku 1990. V tomto roce byl zkrácen časový limit na provedení interrupce z 28 na 24 týdnů.

Nastává dočasný pokles počtu interrupcí, ale případná souvislost není vůbec jasná, neboť po 24. týdnu se „běžných“ interrupcí provádělo naprosté minimum a pro interrupce

²⁵ Factsheet on Abortion, 2006, Family Planning Association, www.fpa.org.uk

prováděné ze zvláštních důvodů časový limit neplatí ani v současné době. Navíc po roce 1990 křivky klesají u všech námi sledovaných zemí.

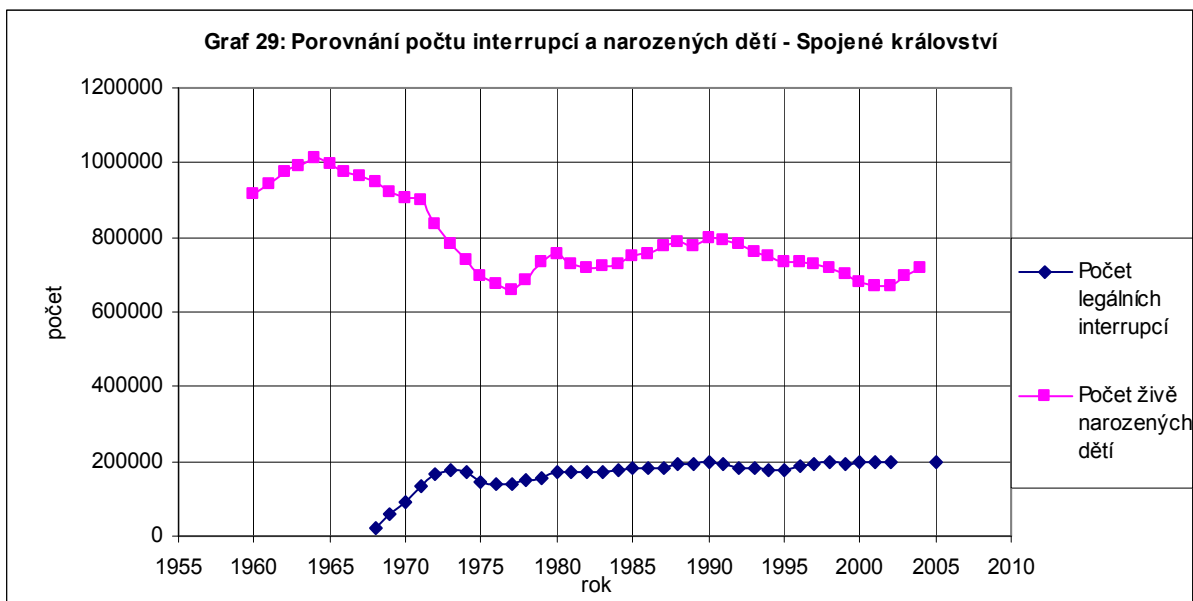
Maxima dosahuje křivka roku 1998 v hodnotě 199 887 a od té doby zatím stále nepřekročila hranici 200 000 interrupcí ročně.



Zdroj dat: Eurostat

Vývoj počtu interrupcí podle věku ženy lze ve Spojeném království sledovat v letech 1992 – 2002. Během těchto deseti let křivky neprojevují žádné výrazné změny. U věkových skupin žen ve fertilním věku (15 - 44 let) se počet interrupcí v této době spíše zvýšil, kromě skupiny 25 – 29 let, kde po růstu počet opět klesl pod počáteční úroveň.

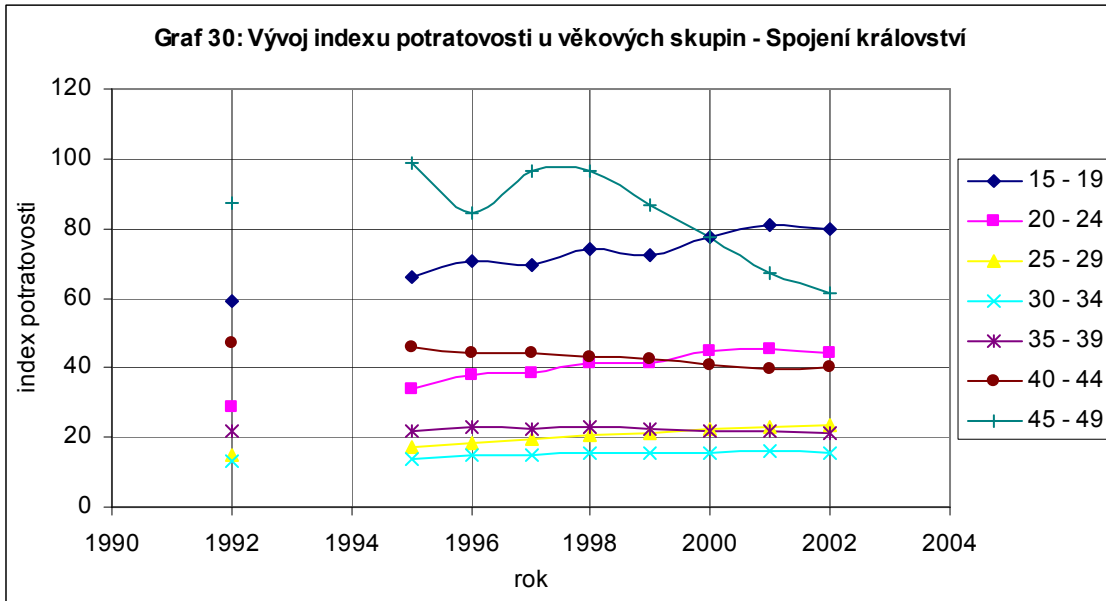
Nejvyšší počet interrupcí je u věkové skupiny 20 – 24 let, kde v roce 2002 dosahoval hodnoty 54 763, což představuje přibližně 28% všech interrupcí v tomto roce. Nejméně je to u věkové skupiny 45 – 49, kde se počet interrupcí ročně pohybuje v rozmezí 438 – 575 a u skupiny pod 15 let je to mezi 978 a 1 231 interrupcemi ročně. U věkové skupiny 50 a více let máme k dispozici pouze jednu hodnotu, a to 31 provedených interrupcí v roce 1992.



Zdroj dat: Eurostat

Počet narozených dětí je ve Spojeném království v rámci námi sledovaného období průměrně 792 834, nejvyšší byl roku 1964, a to 1 014 700. Poté následoval pokles do roku 1977 na 657 038, tedy o 35,2 %. V roce 1967, kdy byl zaveden moderní interrupční zákon, však k žádnému zvýraznění poklesu porodnosti nedošlo (v letech 1970 a 1971 tomu bylo spíše naopak). V letech 1977 – 1990 počet narozených dětí celkově postupně stoupal a poté následoval opět pokles. Od roku 2002 však znovu stoupá.

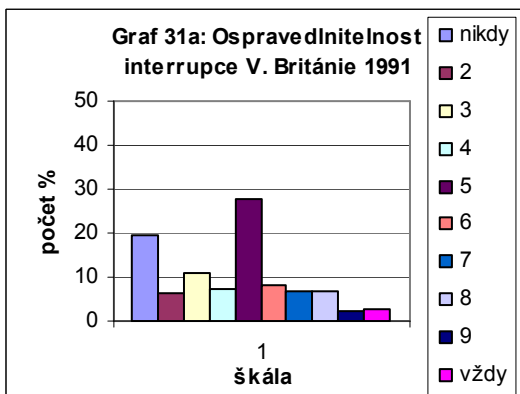
Pokud porovnáme tyto dvě křivky, pak křivka počtu narozených dětí vykazuje větší proměnlivost než křivka počtu interrupcí. V roce 1990 je hodnota na obou křivkách relativně vysoká, ovšem v roce 1998, kdy křivka interrupcí dosahuje maxima, křivka počtu narozených dětí je ve stadiu klesání bez výrazných výkyvů. Celkově počet narozených dětí od zavedení moderního interrupčního zákona klesl z 961 800 na 715 996, tedy přibližně o čtvrtinu, mezitím však prodělal několik výkyvů. V současné době vykazuje opět spíše rostoucí trend.



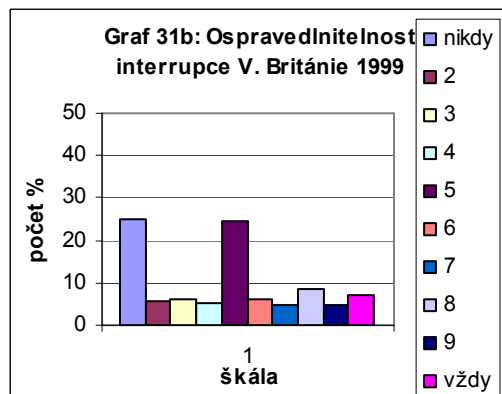
Zdroj dat: Eurostat

Nejvíce interrupcí na 100 narozených dětí je u skupin 15 – 19 let (v roce 2002 to bylo 79,8) a 45 – 49 let (61,5). Zatímco však u první skupiny stoupá, u druhé klesá a jejich hodnoty si během 10 let téměř vyměnily pozice. Nejnížší index je po celou dobu u skupiny 30 – 34 let, ovšem mírně stoupá (z 13,5 v roce 1992 na 15,6 v roce 2002).

Zajímavé je, že u Spojeného království je v letech 1992 - 2002 index potratovosti pod hranicí 100 u všech věkových skupin, a to včetně skupiny 45 - 49 let. (Není tomu tak u věkové skupiny pod 15 let, které není na grafu vyobrazena a její index se pohybuje mezi 300 – 400).



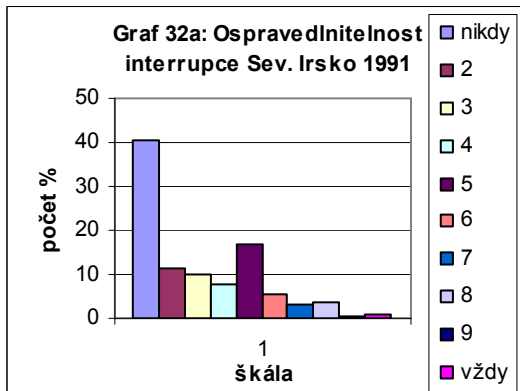
Zdroj dat: EVS 1991



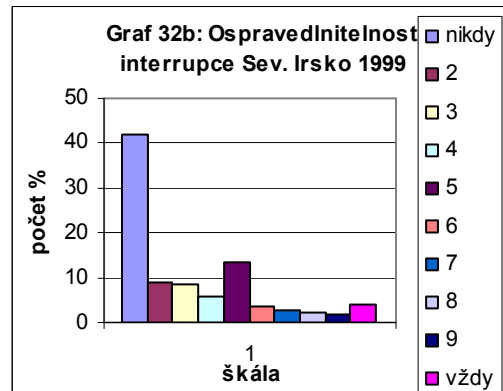
Zdroj dat: EVS 1999

Pro Spojené království máme k dispozici data ohledně veřejného mínění o ospravedlnitelnosti interrupce odděleně z Velké Británie a Severního Irska. U Velké Británie

průměr mírně stoupl ze 4,37% na 4,62%. Při pohledu na rozložení odpovědí vidíme jasný vzestup odpovědi „nikdy“ (19,7% – 25,2%), zároveň však vzestup odpovědi „vždy“ (2,7% - 7,3%) a pokles středních odpovědí z 27,8% na 24,4%. Vidíme zde tedy jakési zpolarizování společnosti, kdy roku 1999 ubylo středních odpovědí, které v roce 1991 převažovaly, a přibýlo odpovědí na okrajích škály, přičemž největší podíl tvoří odpovědi „nikdy“.



Zdroj dat: EVS 1991



Zdroj dat: EVS 1999

Ačkoliv u Severního Irsku došlo také k poklesu průměru, naprosto zde převažují odpovědi „nikdy“, které dokonce stoupají (40,5% – 42,1%). Nicméně, ač v jiném měřítku, zde vidíme podobný vývoj jako ve Velké Británii. Také zde klesla prostření úroveň (16,8% – 13,2%) a stouply okrajové typy odpovědí. Veřejné mínění se také více polarizovalo, ovšem stále zde naprosto dominuje sloupec odpovědí „nikdy“. Lze tedy vidět, že v Severním Irsku jsou interrupce stále velmi odsuzovány.

Celkové porovnání

Legislativa:

Podle stávající interrupční legislativy můžeme zkoumané země rozdělit do tří skupin. Za prvé země, kde je interrupce povolena na žádost ženy, bez toho, aby musela vysvětlovat své důvody. Sem by patřila Česká republika, Litva a Švédsko. Vývoj v těchto zemích probíhal relativně bez zádrhelů od restriktivní legislativy k liberální. (Jediný krok opačným směrem vidíme v Litvě, kdy v rámci bývalého SSSR byly interrupce v období 1936 - 55 omezeny na zdravotní důvody). I v těchto zemích však fungují skupiny, které se snaží docílit změny zákona k restriktivnější podobě.

Druhou skupinu tvoří země, kde je interrupce také poměrně dobře dostupná, ovšem cesta k jejímu schválení je ženě přece jen poněkud zkomplikována. Nelze již jednoduše požádat o interrupci a mít téměř stoprocentní jistotu, že k ní také dojde. Do této skupiny by patřilo Maďarsko (žena musí být ve „vážné krizové situaci“) a Velká Británie (těhotenství musí představovat „riziko pro fyzické či mentální zdraví ženy“). V těchto zemích je tedy interrupce virtuálně dostupná na žádost ženy, žena však nemůže žádat o interrupci jednoduše proto, že dítě nechce. I když tomu tak ve skutečnosti může být, musí se žena oficiálně zařadit do kolonky „vážné krize“, „ohrožení mentálního zdraví“ apod.

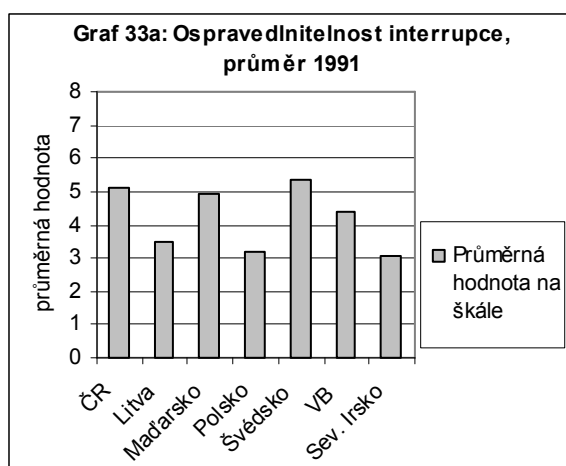
V tomto stadiu se během legislativního vývoje nacházely i dvě země z první skupiny (Československo 1957 – 83 důvody „zvláštního zřetele hodné“, Švédsko 1938 – 75 „křehkost matky“, u Litvy toto stadium není). V případě těchto zemí to vypadá, že toto stadium představovalo jakýsi postupný „bezbolestný“ přechod od restriktivní k liberální legislativě.

Na rozdíl od Velké Británie však prošlo Maďarsko bouřlivým legislativním vývojem, počínaje rokem 1956 se legislativa změnila 5krát. Do roku 1988 probíhal vývoj liberalizačním směrem, poté však díky aktivitě anti-interrupčních skupin dochází k mírnému zpříšňování, maďarští zákonodárci se však očividně snaží, seč můžou, aby si tuto alespoň částečně liberální interrupční legislativu udrželi. Současná situace má tedy poněkud jinou vypovídací hodnotu než u Velké Británie, kde je současný stav výsledkem přímého vývoje liberalizačním směrem. Je to vývoj dlouhý, probíhající již od 19. století, bez častých změn a bez kroků zpět. U Velké Británie bychom tedy mohli dovolit předpokládat, že dalším krokem bude úplná liberalizace interrupcí (ovšem vzhledem k veřejnému mínění obyvatel to není vůbec jisté, viz. dále).

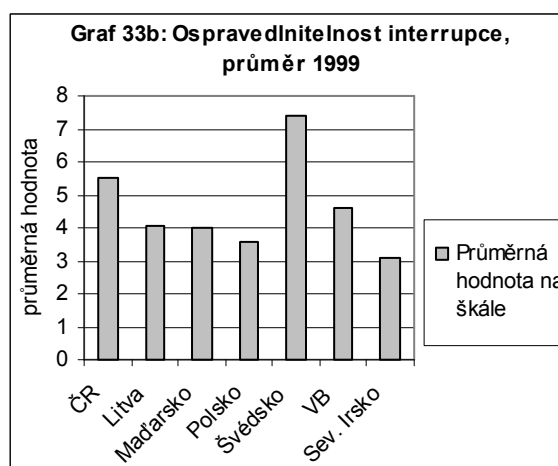
Třetí skupina sestává ze zemí, kde je interrupce z osobních důvodů zakázána, a neexistuje zde ani žádná „krizová“ kolonka, kam by se tyto důvody mohly vtěsnat. Sem patří Polsko a Severní Irsko, přičemž v Polsku jsou možné důvody tři (ohrožení zdraví či života, těhotenství následkem zločinu, deformace plodu) a v Irsku pouze ohrožení zdraví či života. Tyto důvody musejí být spolehlivě potvrzeny dvěma lékaři a možnost nějakého obehnutí zákona je tedy velmi malá. Tato situace je však živnou půdou pro nelegální interrupce. Zvláště v případě Polska, kde se v tisku běžně objevují rádobý maskované inzeráty na tyto služby, se jedná o poněkud pokryteckou praxi.

Právní vývoj v těchto svou zemích je také odlišný. Zatímco Severní Irsko svůj legislativní vývoj týkající se interrupcí roku 1929 v podstatě zastavilo ve stadiu, ve kterém v té době byla většina zemí, v Polsku se až do roku 1990 legislativa vyvíjela liberalizačním směrem. (Mimochodem, v letech 1956 – 1990 můžeme říci, že se Polsko nacházelo ve fázi onoho „bezbolestného přechodu“. Zde se ona kolonka nazývala „obtížné životní podmínky“). Poté však začal boj s opačně orientovanými skupinami a poměrně časté změny zákona zrcadlí, kdo v té době vítězí. Momentálně jsou to tedy odpůrci liberalizace interrupce.

Veřejné mínění:



Zdroj dat: EVS 1991



Zdroj dat: EVS 1999

Na grafech je znázorněna průměrná hodnota pohledu na ospravedlnitelnost interrupce na 10-ti bodové škále. Připomeňme si, že čím vyšší hodnota, tím ospravedlnitelnější je interrupce. Téměř u všech zemí během 8 let tato hodnota stoupla, což teoreticky znamená, že se interrupce stávají přijatelnější. Překvapivě klesl průměr u Maďarska, a to o celý jeden stupeň škály.

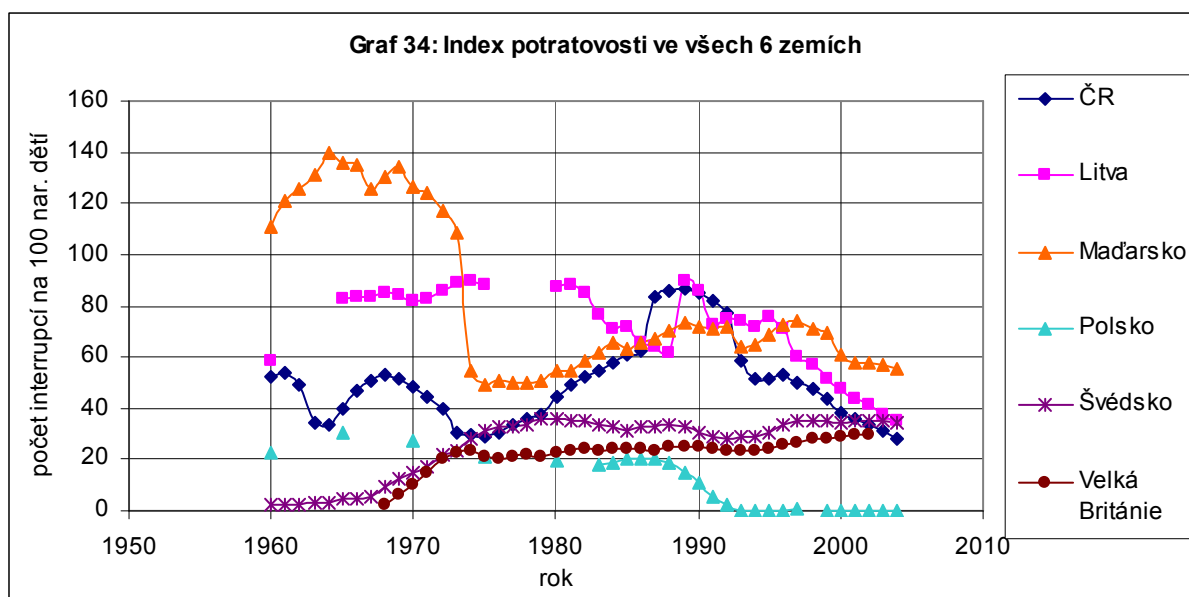
Ovšem neméně důležité, ne-li důležitější, je dívat se na změny v rozložení odpovědí na škále (viz. grafy u jednotlivých zemí). Pokud převažují odpovědi ve středu škály (např. u nás), můžeme se domnívat, že v této zemi obyvatelstvo nemá na tuto problematiku nijak radikální názor, nebo se o ni ani příliš nezajímá. V jiných zemích však (a je jich dokonce většina) převažuje názor „nikdy“, a i když těchto odpovědí nemusí být nijak drtivá většina, je pravděpodobné, že právě tito lidé mají nejvyhraněnější názor a tudíž nejvíce „křičí“, pokud se o tématu jedná. Platí to však i o opačném konci škály, který nevidaně vzrostl ve Švédsku. Zvyšují-li se obě okrajové hodnoty, lze se domnívat, že lidé se obecně o problematiku více zajímají a chtějí ji ovlivnit.

Podíváme-li se na průměry zemí podle legislativních skupin, jak jsme je rozdělili dříve, vidíme, že průměr Švédska a ČR je nejvyšší. Zároveň jsou to však překvapivě jediné dvě země, kde v roce 1999 nepřevažovaly odpovědi „nikdy“. V Litvě je průměr nižší než ve Velké Británii (z druhé skupiny).

Druhá skupina, tedy Velká Británie a Maďarsko je poměrně překvapující. U obou zemí došlo ke zvýšení podílu odpovědi „nikdy“ a snížení středních odpovědí. U Británie se zvýšily i odpovědi „vždy“. Nevypadá to však, že by se občané těchto zemí příliš hrnuli do další liberalizace legislativy.

U třetí skupiny, tedy Polska a Severního Irska, je veřejné mínění jednoznačně proti interrupcím, což koresponduje se stavem legislativy.

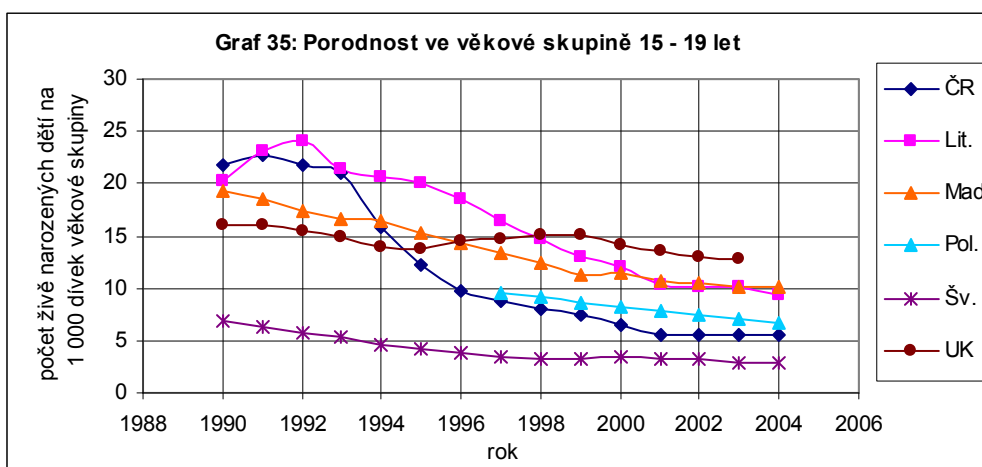
Index potratovosti:



Zdroj dat: Eurostat

Index potratovosti (počet interrupcí na 100 narozených dětí) svým vývojem víceméně kopíruje hrubou míru potratovosti (viz. dále). Pořadí zemí zůstává stejné, pokud se díváme na současný stav, tak poněkud výrazněji se oddálilo Maďarsko.

Zajímavý pohled se nám naskytne při porovnání vývoje indexu potratovosti u věkových skupin (viz. grafy u jednotlivých zemí). Vzhledem k tomu, že u většiny zemí máme v tomto směru data až od cca 90. let, budeme hovořit o tomto období. Ze začátku dominuje všem grafům křivka 45 – 49 let. Ovšem u západních zemí, tedy Švédska a Spojeného království, se již v této době nachází na druhém místě křivka nejmladší věkové skupiny 15 – 19. Poté se dokonce dostává na první místo a zvláště u Švédska dále prudce stoupá (zatímco křivka 45 – 49 klesá, k tomu však dochází u všech zemí).



Zdroj dat: Eurostat

Pokud srovnáme počet živě narozených dětí na 1 000 dívek této věkové skupiny, dozvíme se, že u Švédska je tento počet nejnižší (2,9 dětí na 1 000 dívek) a v minulosti projevoval klesající trend (poté je spíše konstantní). Absolutní počet interrupcí v této věkové skupině je zde spíše vyšší než u jiných zemí a od roku 2000 silně vzrostl, zatímco míra porodnosti zůstává poměrně neměnná. Vysoké hodnoty u indexu potratovosti tu lze tedy připisovat nejen vyššímu počtu interrupcí, ale také nízké porodnosti v této věkové skupině. Jinak je tomu ovšem u Spojeného království. Zde je porodnost v této věkové skupině v současnosti naopak ze všech zemí nejvyšší (12,9) a i absolutní počet interrupcí je v této skupině poměrně vysoký. U Spojeného Království je tedy problém větší, a země si toho je vědoma.²⁶

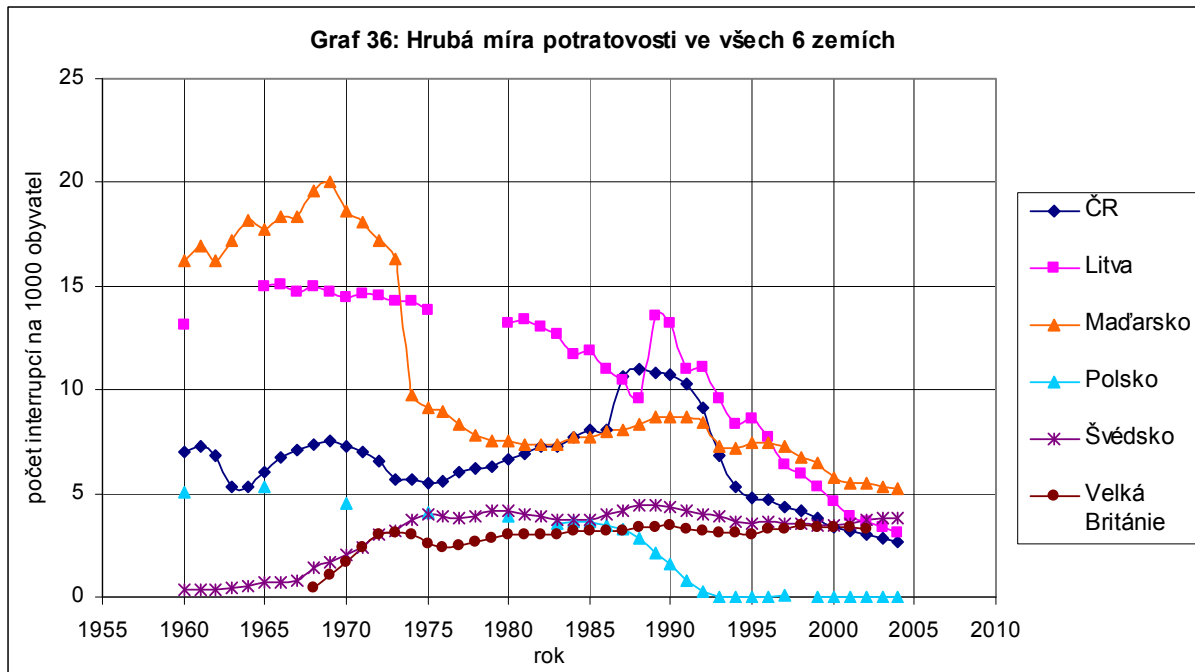
²⁶ Abortion rates continue to rise, BBC, 22.7.2005

U postkomunistických zemí je v této věkové skupině index potratovosti poměrně nízký, křivka se objevuje spíše v dolní části grafů. Křivka porodnosti se přitom v této věkové skupině nachází mezi porodnostmi Švédska a Spojeného království. Můžeme se tedy domnívat, že v těchto zemích se dívky rozhodnou pro donošení dítěte častěji než v zemích západních. Porodnost však u všech těchto zemí vykazuje v této věkové skupině klesající trend, což ukazuje na lepší kontrolu porodnosti, pravděpodobně růst užívání antikoncepce.

Nejnižší index potratovosti ve všech zemích (kromě Polska) je u žen ve věku 25 – 34 let. To znamená, že pokud žena otěhotní v tomto věku, je u ní největší pravděpodobnost, že se rozhodne pro donošení dítěte. (V Polsku je tento index nejnižší u žen nad 40 let, kde je ovšem nulový, což samo o sobě naznačuje, že tato informace nejspíše nebude spolehlivá).

Obecně lze říci, že index potratovosti klesá u starších žen a stoupá u mladších. Nabízí se vysvětlení, že starší ženy se dříve rozhodovaly při otěhotnění v tomto věku raději pro interrupci, neboť těhotenství bylo považováno za rizikové. V dnešní době s pokrokem lékařské vědy již mají tyto ženy mnohem větší šanci dítě donosit a také je mnohem méně rizik pro ženu v případě komplikací. Je tedy možné, že starší ženy se častěji v případě otěhotnění rozhodují využít tuto poslední možnost mít ještě dítě. U mladých žen je situace opačná. Vypadá to, že zatímco dříve byl přece jen u více dívek upřednostňován sňatek a založení rodiny, dnes se častěji řeší nechtěné otěhotnění interrupcí a rodičovství se odkládá na pozdější věk.

Míra potratovosti:



Zdroj dat: Eurostat

Hrubá míra potratovosti představuje počet interrupcí na 1 000 obyvatel v zemi. Z grafu je zřejmé, že nejvyšší je u Maďarska (roku 1960 zde bylo 16,2 interrupcí na 1 000 obyvatel, roku 1969 dokonce 20,1. Po jejím prudkém poklesu roku 1974 byla sice nižší než v Litvě a jednu dobu i než u nás, v současnosti je však opět na prvním místě, i když s výrazně menší hodnotou (5,2 roku 2004), čímž se přibližuje Švédsku, kde je počet interrupcí na 1 000 obyvatel víceméně stabilní od přijetí zákona o volné interrupci roku 1975. Nejnižší míru vidíme v současnosti u Polska, což je však následek přísné legislativy a mnoho interrupcí se vyskytuje v oblasti ilegality. I před začátkem zavádění restriktivní legislativy roku 1990, resp. 1993, však zde byl počet interrupcí v porovnání s ostatními zeměmi poměrně nízký a vykazoval klesající trend.

Pokud porovnáme země podle našich legislativních skupin, uvidíme, že země z první skupiny (ČR, Litva, Švédsko) začínaly v roce 1960 každá na velmi odlišných pozicích. V této době byla u tehdejšího Československa a Švédska legislativa na poměrně stejné úrovni, tedy ve stadiu důvodů „zvláštního zřetele hodných“ a „křehkosti matky“, přičemž ovšem jejich hodnoty míry potratovosti se dost lišily (ČS 7, Švédsko 0,4). V Litvě byla interrupce dostupná na žádost ženy a míra potratovosti byla dokonce 13,1. Toto by bylo možno částečně zdůvodnit politikou Sovětského Svazu, kde interrupce vlastně nahrazovala antikoncepci a vztah lidí k ní byl jiný než ve Švédsku. Postupně se však míry potratovosti zemí první

skupiny začaly přibližovat a v současnosti jsou si velmi blízko. Nejbliže si byly roku 2001, kdy jejich hodnoty byly 3,2 (ČR), 3,6 (Švédsko) a 3,9 (Litva). Po tomto roce pokračuje u ČR a Litvy klesající trend, zatímco u Švédska míra potratovosti mírně stoupá. Velmi blízko těmto zemím je i Spojené království z druhé skupiny (roku 2001 byla jeho míra potratovosti 3,3). Maďarsko si ponechává mírný odstup, který se však každým rokem zmenšuje. U Polska vidíme jasný pokles na téměř nulové hodnoty.

Zajímavé je i srovnání postkomunistických zemí (ČR, Litva, Maďarsko a Polsko) se zeměmi západními. Postkomunistické země prodělaly v potratové míře poněkud bouřlivý vývoj. Oproti západním zemím začínaly na poměrně vysokých hodnotách (obzvl. Maďarsko a Litva), začáteční hodnoty jsou u všech těchto zemí vyšší než hodnoty současné. Poté následovaly různé výkyvy, související s interrupční legislativou (u nás rok 1987, 1988; Maďarsko 1974) či nesouvisející (Litva 1989). Po pol. 90. let však u všech zemí míra potratovosti poklesla téměř na úroveň západních zemí. U těchto zemí probíhal vývoj potratovosti odlišně. Na začátku byla míra potratovosti velice nízká (v roce 1968 – Spojené Království 0,4; Švédsko 1,4 a rok předtím 0,8), pak následuje poněkud prudší vzestup (ovšem v rámci vývoje těchto zemí; v porovnání s postkomunistickými zeměmi je to vývoj mírný) a od poloviny 70. let je vývoj velmi mírný, téměř nezatelný. U postkomunistických zemí začala míra potratovosti vesměs klesat po revoluci roku 1989 a nyní se přidružuje k míře západních zemí (ne Polsko).

Hrubá míra potratovosti všech námi zkoumaných zemí (kromě Polska) je v současnosti poměrně podobná, pohybuje se v rozmezí 2,7 – 5,2 interrupcí na 1 000 obyvatel. Mohli bychom se domnívat, že toto je určitá „přirozená“ míra potratovosti, která se objeví v zemi s liberální (ať již více či méně) interrupční legislativou a dostupnou antikoncepcí. Abychom si však byli jistější, museli bychom počkat na vývoj v následujících letech.

Zcela jinou kategorii představuje Polsko. Zde je od roku 1993 míra potratovosti téměř nulová, což je však důsledek restriktivní legislativy a její možná ještě přísnější praktické aplikace. Dnešní nulové hodnoty jsou vyvažovány mnohými nelegálními interrupcemi, jejichž přesný počet však bohužel neznáme. Míra potratovosti byla v této zemi vždy poměrně nízká, v naší skupině postkomunistických zemí nejnižší. Od pol. 70. do pol. 80. let se pak držela těsně pod Spojeným královstvím a ke konci 80. let, v době, kdy v ostatních postkomunistických zemích míra kulminovala, ještě klesla. Tento fakt je pravděpodobně způsoben mj. silným vlivem církve v Polsku a negativním pohledem na interrupce. Lze se tedy domnívat, že i v případě nezpřísnění legislativy by míra potratovosti zůstala nízká.

Přesto, jak již bylo řečeno, se v Polsku přes mnohé snahy zatím nedaří legislativu zliberalizovat.

Závěr

Prozkoumali jsme interrupční legislativu, vývoj interrupcí a veřejné mínění o nich v šesti evropských zemích. Země jsme nakonec rozdělili do tří skupin podle způsobu legislativy, neboť v ní se nejvíce odráží vžitý postoj státu k problematice: šlo o legislativu liberální (ČR, Švédsko, Litva), „pseudo-liberální“ (Maďarsko, Velká Británie) a restriktivní (Polsko, Severní Irsko). I v rámci těchto skupin jsou však mezi zeměmi rozdíly např. ve způsobu, jakým k současné legislativě dospěly, v její stabilitě atd. (viz. Celkové porovnání).

Pokud se podíváme na vývoj hrubé míry potratovosti u zemí první skupiny poté, co byla legislativa zliberalizována (ČS 1986, Švédsko 1975, v Litvě to bylo již r. 1955 a tudíž vývoj bezprostředně následující nevidíme), naskytne se nám následující pohled: u Československa míra prudce stoupá během jediného roku, pak se ale zastavuje a klesá. U Švédska daný rok naopak překvapivě ukončuje prudší růst a míra potratovosti od této chvíle zůstává poměrně konstantní dodnes. U Litvy žádné další výraznější změny v legislativě nenásledují, potratová míra po počátečním mírném vzrůstu zde sleduje dlouhodobě klesající trend, až na výrazný výkyv na přelomu 80. a 90. let. Logicky očekávaný vliv zliberalizování legislativy (tedy výraznější vzrůst počtu interrupcí) vidíme pouze u Československa, ovšem krátkodobý. U Švédska je následek spíše opačný. Litva má na začátku dlouho míru potratovosti celkově vysokou, což za následek liberální legislativy považovat lze, společně s nerozšířeností antikoncepce.

Druhá skupina je ukázkou dvou extrémů hodnot míry potratovosti, přes to, že legislativa je podobná. U Maďarska vidíme velký pokles roku 1974 po zpřísnění legislativy, další pokles roku 1993 (menší) po dalším zpřísnění. Zde tedy určitý vliv legislativy vidíme. Ve Velké Británii se statistika interrupcí vede až po zavedení liberálnější legislativy, žádný obrovský nárůst interrupcí se však nekoná, míra potratovosti je u ní naopak dlouhou dobu nejnižší a poměrně konstantní.

U Polska ze třetí skupiny se počet interrupcí rapidně snížil po zavedení striktní legislativy, ovšem hodně interrupcí se pouze přesunulo do ilegality. Jak již bylo řečeno, míra

potratovosti zde dost klesala ještě před uzákoněním restrikce (byla nejnižší ze všech sledovaných zemí), a zavedení přísné legislativy zde tedy působí přinejmenším zbytečně.

Země podle výše průměrné hodnoty
reflexe interrupce

1991	1999
1. Švédsko - 5,37	Švédsko - 7,42
2. ČR - 5,09	ČR - 5,49
3. Maď. - 4,96	VB - 4,62
4. VB - 4,37	Litva - 4,04
5. Litva - 3,48	Maď. - 3,99
6. Polsko - 3,2	Polsko - 3,59
7. Sev. I. - 3,05	Sev. I. - 3,11

Zdroj dat: EVS 1991, 1999

Reflexe obyvatelstva na ospravedlnitelnost interrupce stavu legislativy víceméně odpovídá. Země z první a druhé skupiny jsou na prvních místech (zelená, modrá - viz. tab.), země ze třetí na konci. Zmenšení tolerance k interrupci v Maďarsku odpovídá snahám o zpřísnění legislativy, které se v tu dobu v zemi projevovaly. V první skupině vidíme podobnost mezi ČR a Švédskem, Litva se z ní spíše vymyká, a to celkově. I přes liberální legislativu je zde téma interrupcí poněkud tabuizováno, ve veřejném mínění se v tabulce nachází až na 5., později 4. místě (to ovšem jen díky poklesu Maďarska).

Máme-li tedy vyjádřit vztah mezi legislativou a vývojem počtu interrupcí, pak můžeme říci, že legislativa jistě vliv má, ovšem stejná legislativa nemusí mít u všech zemí také stejný vliv. Liberální legislativa měla ze začátku odlišný vliv u každé ze tří zemí v 1. skupině, stejně tak „pseudo-liberální“ u každé ze dvou zemí ve druhé skupině. O třetí skupině příliš mluvit nemůžeme z důvodu nedostačujících statistik, ovšem můžeme vyslovit domněnku, že zde měla legislativa vliv následující – pokles legálních interrupcí, vzrůst interrupcí ilegálních či provedených v zahraničí. Celkově však počet interrupcí pravděpodobně klesl, protože přístup k nim je rozhodně velmi komplikovaný a ženy, které interrupci nepotřebují nutně, to pravděpodobně odradí. Negativním důsledkem však je, co musí podstupovat ty, které se odradit nenechají.

Vývoj počtu interrupcí spíše než vývoji legislativy závisí na tom, jak se obyvatelstvo v té které zemi vyrovnává s faktem, že možnost využití umělého přerušování těhotenství zde je. Ve Švédsku a Velké Británii tento fakt lidé pravděpodobně považovali spíše za krajní možnost a porodnost se snažili regulovat jinak. O tomto svědčí fakt nízkého, a od poloviny

70. let téměř konstantního počtu interrupcí na 1 000 obyvatel. Nízký byl tento počet i v Polsku a kdyby nedošlo k restrikci legislativy, je možné se domnívat, že i zde by zůstal konstantní či dále klesal. Zde je tato situace způsobena pravděpodobně silným vlivem církve a pohnutky jsou tedy jiné než u dvou předchozích zemí. Ostatní země bývalého východního bloku si však musely projít bouřlivějším obdobím, než si „zvykly“ porodnost regulovat spíše jinými způsoby než interrupcí. Dnes však, jak jsme již řekli, jsou si jejich míry potratovosti velmi blízké nehledě na legislativu a jsou blízké i Švédsku a Velké Británii. K tomuto stavu dospěly v posledních deseti letech, ačkoliv více či méně liberální legislativa je v nich zavedena již déle.

Je tedy zřejmé, že legislativa míru interrupcí sice částečně ovlivňuje (viděli jsme výkyvy po jejích změnách), ovšem nikterak výrazně a po určité době se křivka vrací k dlouhodobějšímu trendu. Vliv má hlavně celkový způsob, jak obyvatelstvo chápe problematiku kontroly porodnosti, nechtěného otěhotnění, interrupcí. Velmi důležité je proto zavedení sexuální výchovy, odstranění tabu a poskytnutí objektivních informací. Různé nestátní organizace toto vědí již dávno. Legislativa sama o sobě na regulaci počtu interrupcí zdaleka nestačí.

Mírně zarážející je stále poměrně hodně odmítavé veřejné mínění ve většině zemí. Bylo by zajímavé navázat na tuto práci detailnějším rozбором těchto společenských reflexí, což by materiál z výzkumu EVS umožňoval.

Přehled použité literatury a zdrojů

Abortion Policies: A Global review, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York : United Nations, 2001-2002., 3. v.

Abortion Legislation in Europe, IPPF European Network, Brussels, 2004

European Value Study 1991 a 1999, průzkum hodnotových struktur v evropských zemích

Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Wikipedia, www.wikipedia.cz

ČR:

Český statistický úřad, www.czso.cz

Linda Stokačová: Česká Republika: něco málo z historie interrupcí, in: Britské Listy, 5.1.2006 www.blisty.cz

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, www.uzis.cz

Litva:

Esmeralda Kuliesyte: Lithuania – Where is the public support?, in: Abortion: Making it a right for all women in the EU. Report from the hearing in Brussels, 18th of October 2005

Evert Ketting: The Case of the Russian Federation, in: Entre Nous 59., WHO Copenhagen 2005

Hillary Bracken and Beverly Winikoff: The State of Medical Abortion in Europe Today, in: Entre Nous 59., WHO Copenhagen 2005

Women's Reproductive Rights in Lithuania: A Shadow Report, The Center for Reproductive Law and Policy, New York, 2000

Maďarsko:

Ferenc Kamarás: Birth Control Practise in Hungary, Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 1997

Ferenc Kamarás: Planned and Unplanned Pregnancies in Hungary, Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 2004

Polsko:

Aleksandra Solik: Interrupčné zákony v Polsku - Prednáška viceprezidentky Spoločnosti pre záležitosti žien a plánovanie rodiny vo Varšave, in: Reprodukčné práva žien, Spracované pre Alianciu žien Slovenska, Bratislava, 2002:

Wanda Nowicka : Introduction to the situation in Poland, in: Abortion: Making it a right for all women in the EU. Report from the hearing in Brussels, 18th of October 2005

Švédsko:

Silvia Sjö Dahl: Abortion Safety Challenged in Sweden, in: Entre Nous 59., WHO Copenhagen 2005

Women and Men in Sweden, Facts and Figures, SCB 2004

The Swedish Association for Sexuality Education, (Riksförbundet för sexuell upplysning – RSFU), www.rfsu.se

UK:

Education For Choice, www.efc.org.uk

Family Planning Association - www.fpa.org.uk

Chtěla bych také velmi poděkovat následujícím lidem za jejich ochotu:

Vojtěch Čížek, Český statistický úřad

Ferenc Kamarás, Hungarian Central Statistical Office

Esmeralda Kuliesyte, Family Planning and Sexual Health Association Lithuania

Lina Grandlund, The Swedish Association for Sexuality Education

Margaret McGovern, Family Planning Association UK

Olga Pietruchová, Spoločnosť pre plánovanie rodicovstva Bratislava