

**20** Stojí jistě za povšimnutí i za budoucí analýzu způsobů prolínání diskursu AIDS a konceptů etnické a rasové jinačnosti, že tato preventivní publikace se objevila v několika jazykových mutacích, a jako jediná i ve vietnamštině.

**21** Normativnost této publikace v mnohém odráží naši diskuzi nad kampaní nadace Michaela Sticha, přesto je zde důležitý rozdíl: tento preventivní materiál neinterpeluje všechny ženy s odkazem na jejich budoucí mateřství, ale obrací se pouze na ženy, které již těhotné jsou.

**22** Jestliže přechod o termínu „rizikové skupiny“, který byl po právu shledán jako stigmatizující a velmi problematický, k termínu „rizikové chování“ byl motivován právě snahou o snížení stigmatizujícího potenciálu, argument, který

představuji v tomto textu poukazuje na to, že i tento termín zůstává problematický, neboť opět odkazuje na selhání, na nezvládnutí rizika.

*Kateřina Kolářová, PhD. v současné době přednáší feministická kulturní studia na katedře genderových studií FHS UK. Mezi její dlouhodobé výzkumné a pedagogické zájmy patří sexualita a „queer“ teorie, kulturní reprezentace AIDS/HIV a zvláště pak oblast kritických studií „postižení“ (disability studies) a teorie „kritického křiploštví“ („crip theory“).*

## INTERRUPCE V SOCIALISTICKÉM ČESKOSLOVENSKU Z FOUCAULTOVSKÉ PERSPEKTIVY<sup>1</sup> / RADKA DUDOVÁ

### Abortion in Socialist Czechoslovakia – A Foucauldian Perspective

**Abstract:** The right to end an unwanted pregnancy as an integral part of the full citizenship of women has been influenced, reinfluenced, and questioned by different actors in the Czech Republic since the 1950s. Until 1986 the right to abortion was not viewed as a woman's personal right, but depended upon the decision of abortion commissions and was influenced by the current demographic and political situation. The decision-making process was a very embarrassing experience for many women, who in fact had no other means of contraception available to them. In this paper, I analyse the legal and political regulation of abortion from the perspective of Foucault's theory of governmentality and biopower. Abortion regulation is an example of how state power influences and disciplines the bodies of its subjects, how it regulates the population and shapes it according to the government's needs. Through the regulation of abortion, the state not only attempted to restrict a woman's right to make decisions about her own body, but also defined which of its citizens should or should not become a parent and under what circumstances, and who should or should not have the right to be born. In the text I first present the theory of governmentality, then I analyse the periods of the regulation of abortion in socialist Czechoslovakia, and finally I show how this regulation can be understood as an instrument of a specific form of governmentality typical of totalitarian communist regime.

**Keywords:** abortion, body, reproductive rights, governmentality

### Úvod

Otázka umělého přerušení těhotenství není v současné době v České republice nijak významně tematizována ani v oblasti sociálních věd, ani ve sféře médií (s výjimkou opakujících se vln pokusů o omezení daného právního stavu ze strany některých představitelů konzervativní KDU-ČSL). I z mezinárodního pohledu se případ České republiky nejeví jako nijak výrazně zajímavý, zejména ve srovnání s Polskem, kde po dlouhé době legálnosti interrupcí byl přes značnou aktivizaci feministických organizací v roce 1993 přijat přísný restriktivní zákon. Umělé přerušení těhotenství z jiných než medicínských důvodů bylo v ČR (tedy v socialistickém Československu) legalizováno v roce 1957, zákon byl dále liberalizován v roce 1986 a v této podobě platí do dneška. Interrupce na žádost ženy je široce dostupná a provádí se v kvalitních zdravotnických zařízeních, počet provedených interrupcí se přitom od 90. let razantně snížil

a dále snižuje. Pokusy o zpřísnění zákona nebyly nikdy skutečně úspěšné.

Podíváme-li se ale na tuto problematiku blíže, vidíme, že realita je poněkud komplikovanější. Právo ukončit nechtěné těhotenství, které lze pokládat za zásadní součást „tělesného občanství“ ženy, bylo tradičně tvarováno, regulováno i popíráno různými aktéry – a to i po přijetí benevolentního zákona v roce 1957. Až do roku 1986 nebylo legální umělé přerušení těhotenství koncipováno jako osobní právo ženy, ale záviselo na rozhodnutí politicky motivovaných interrupčních komisí. Od roku 1989 se zase (s otevřením prostoru pro demokratickou diskusi a občanskou společnost) začaly objevovat nové debaty týkající se interrupce. Ty přinesly nejen možnost konstruovat interrupci prostřednictvím feministického diskursu jako základní právo ženy, ale také opakující se pokusy připravit ženy o toto právo.

Analýza právní a politické regulace interrupce v období druhé poloviny 20. století vypovídá nejen o tom, jak bylo v České republice v tomto období vytvářeno a přetvářeno tělesné občanství žen, právo žen disponovat svým tělem a rozhodovat o něm. Tato analýza představuje rovněž jednu z cest, jak studovat samotnou povahu státní moci – jako příklad, jak se stát snažil a snaží ovlivňovat a disciplinovat těla a tělesnost svých občanů, jak působí na populaci a tvaruje ji podle svých potřeb. Prostřednictvím právní regulace interrupcí stát nejen reguluje právo ženy nakládat se svým tělem, ale také určuje, kdo z jeho občanů má právo stát se či naopak nestat se rodičem a za jakých okolností; kdo se má či nemá narodit a kdy, případně kdo je a kdo není „správným“ občanem.

Při analyzování těchto otázek vycházím z teorie gouvernementality Michela Foucaulta, z jeho konceptu biomoci a nástrojů gouvernementality. Nejprve v textu představím tuto teorii a poté budu s její pomocí analyzovat jednotlivé etapy regulace interrupcí v České republice. V poslední části představím způsob, jakým lze o interrupční legislativě v socialistickém Československu uvažovat jako o nástrojích specifické gouvernementality, typické pro totalitní komunistický režim.

### **Teorie: biomoc a koncept gouvernementality**

Lidé jsou vtělené (embodied) bytosti, nejen aktéři se svými postoji a hodnotami. K tělům se vážou různé kulturní významy, těla jsou kontrolována, regulována a reprodukována. I pojmy „zdraví“ a „nemoc“ jsou sociálně konstruovány; nejsou to inherentní vlastnosti jedince, ale jsou vyjednávány v rámci sociálních interakcí.

Pojem těla začal být v sociologii populární relativně nedávno, ve druhé polovině 80. let a v 90. letech. Anne Witz (2000) hovoří o „tělesném obratu“ (corporeal turn), ke kterému došlo v sociologii a filozofii. Někteří autoři (Turner 1996; Shilling 1993) poukázali na to, že tělo a tělesnost se ze sociologie v jejích samotných počátcích postupně vytratilo a „vtělenost“ sociálních aktérů byla zapomenuta či skryta. V současnosti se tělo podle dalších sociologů stalo „reflexivním projektem“ (Giddens 1991; Shilling 1993), kterým se snažíme vyjádřit svou osobní identitu například s pomocí praktik dietního stravování, cvičení a režimů zdraví a krásy.

Anne Witz (2000) upozorňuje na nedostatky a rizika tohoto „tělesného obratu“ z pohledu feministické sociologie. Poukazuje na to, že toto ztracené a znovu nalezené tělo v sociologické teorii je ve skutečnosti tělo mužské, nikoliv trvale vyloučené tělo ženské. Ženské tělo bylo v klasické sociologické teorii zpravidla přítomno ve své „tělesnosti“ (corporality) jako protiklad mužského sociálního světa. Ženy zde existovaly jako sexuální a reprodukující těla, byly identifikovány s organismem, tělem, instinkty a přírodou. Oproti „tělesnosti“ staví A. Witz „vtělenost“ (embodiment), kterou rozumí „zakotvené sociologické vědomí těla jako podmínky a základy jednání“ (Witz 2000). Ta je ovšem, zdá se, i nadále v sociologii vyhrazena mužům, což

je zřejmé například z toho, že pokud se v těchto textech hovoří o těle, není nikdy uveden jeho gender – pokud se nehovoří explicitě o ženském těle. Pokud máme pokračovat v duchu tohoto obratu k tělu, je nutné vzít v úvahu, že hlavní snahou feministické sociologie bylo naopak vzdálit se od tělesnosti nebo ji dekonstruovat – například skrze kategorii genderu. Pokud studujeme ženské tělo, musíme se zaměřit nikoli na tělesnost samu o sobě, ale na to, jak byla těla žen prožívána, zakoušena, kontrolována a vykořisťována v rámci patriarchy. Jedním z možných nástrojů je právě teorie gouvernementality Michela Foucaulta, která se zabývá vysvětlením mechanismů ovládnutí v moderní společnosti, a to prostřednictvím disciplinace těl.

M. Foucault nejprve zavádí pojem „disciplinární moc“ (pouvoir disciplinaire). Na rozdíl od „pouvoir souverain“, moci typické pro feudální společnosti, tento typ moci provádí individualizaci směrem odshora dolů. Musí individualizovat a identifikovat své poddané v maximální míře a přitom si zachovat podobu a zdání moci anonymní, moci bez konkrétního pána. Disciplinární moc je proto charakterizována totální a neustálou kontrolou těla a času těch, které ovládá (Foucault 2003: 48; 2004a).

M. Foucault tuto novou ekonomii moci analyzuje do hloubky v knize *Dohlížet a trestat*: jedinec se v moderním vězení stává předmětem vyšetřování a pokusů, tj. předmětem moderního vědeckého vědění. Cílem není trest samotný, ale „převýchova“ a přizpůsobení jednotlivce, ke které dochází prostřednictvím působení nejen na jeho tělo, ale i veškerý jeho čas, jednotlivá gesta a každodenní zvyky. K tomu dochází prostřednictvím aplikace moderního vědění, klasifikace a sledování, které zdaleka překračuje rozsah samotného trestu. Na těla individuí je použita technologie, jejímž hlavním cílem je přivést je k přijetí obecně rozšířených myšlenek, které jsou ve shodě s imperativy průmyslové a kapitalistické společnosti (Foucault 2004b: 122, 144).

Dalším krokem v jeho myšlení je zavedení pojmu biomoc (biopouvoir) (Malette 2006). Jím charakterizuje rozšíření disciplinární moci z úrovně individuální na úroveň sociální, ke kterému dochází prostřednictvím progresivní medicalizace nenormality. Jedná se o normalizující moc, jejímž cílem je zajistit ochranu a upevnění sociálního útvaru proti „nenormálním“ či potenciálně nebezpečným jedincům. Tato moc ale již nedisciplinuje prostřednictvím mechanické kontroly tělesných gest, časových úseků či opakujících se činností, ale preventivně sleduje veškeré potenciální známky nepořádku již v samotných biologických počátcích. Pozornost se přesouvá od individuálního těla k faktorům prostředí, genetickým či mezigeneračním faktorům. Disciplinární moc tak proniká do samotných struktur živého světa (Foucault 1999).

Globální strategie biomoci je přímo spojená s vpádem medicínských mocí do oblasti politické kontroly populace. Disciplinární mechanismy a mechanismy regulace populace se tak vzájemně překrývají a spojují. Způsob, jakým k tomu

dochází, ukazuje M. Foucault na příkladu dělnického předměstí, kde se kontrola prostoru a těl kloubí s hygienickými požadavky omezujícími populaci. Druhým příkladem je lidská sexualita: ta je kontrolována a regulována nejen na úrovni jednotlivce (různými omezeními či hrozbami sexuální přenosných chorob), ale i na úrovni populace (jelikož „úchylný“ jedinec může plodit další úchylné jedince, kontrola nabírá podobu eugenických úvah a opatření). Biomoc se tedy jeví jako ekonomie moci, která se vztahuje na celou populaci totálním způsobem, přičemž integruje nahodilé a individuální prvky a rekonstruuje je do strategií celku (např. porodnost, stárnutí či nemoc). Zabývá se globálními fenomény, které se objevují jen na úrovni masy lidí; fenomény, které by zůstaly neviditelné, kdyby zůstaly samy sebou, ale které se stávají významnými, či dokonce předvídatelnými, jsou-li pozorovány a vypočítávány z makropohledu. Disciplinární moc v tomto případě již nepůsobí na individuální tělo, ale na globalitu lidského druhu, se snahou zajistit jeho rovnováhu a regularitu (příkladem jsou snahy o snížení úrovně úmrtnosti, prodloužení délky života, povzbuzování porodnosti či redukce vrozených a dědičných chorob). Cílem je vytvořit populaci, jejíž biologické charakteristiky umožňují nové politické intervence.

Specifický způsob, jakým je tato moc vykonávána, pak M. Foucault nazývá „gouvernementalita“. Jedná se o soubor různých technologií a celkových strategií, které se rozvíjejí jako instance produkující specifická vědění a pravdy, zajišťující vládu a disciplínu. Gouvernamentalita má podle M. Foucaulta dlouhou historii, přičemž moderní stát je jen jednou z jejích podob. Stát je výsledkem souhry množství režimů gouvernementality (Foucault 2004b).

M. Foucault formuloval teorii gouvernementality právě v souvislosti s uvažováním o státu. Stát podle jeho přístupu není nic, co by existovalo už předem nebo mělo nějakou podstatu – je to souhrn sociálních praktik vládnutí. Stát je tak jen imaginární jednota. „Vládnutím“ ale M. Foucault nemyslí jen ovlivňování a řízení chování jiných lidí, ale i „ovládání“ sebe sama. Stát je pak souhrnem sociálních praktik, které jsou vedeny určitým konkrétním typem racionality – a tuto racionalitu M. Foucault nazývá gouvernementalita.

Tato nová politická racionalita se opírá o dva základní prvky: o soubor zvláštních aparátů vládnutí a o soubor různých vědění či systémů znalostí. Tyto techniky a vědění jsou aplikovány na nový celek, „populaci“, která je chápána jako soubor potřeb a zdrojů. Cílem pak již není zmocnit se a vlastnit, ale produkovat a organizovat populaci tak, aby co nejlépe rozvinula své schopnosti (Lascoumes 2004).

M. Foucault zaměřuje pozornost nikoli na abstraktní pojem státu, ale na konkrétní praktiky či „technologie vládnutí“. Nástroj veřejné politiky definuje jako technické a sociální opatření, které organizuje sociální vztahy mezi veřejnou institucí a jejími klienty ve shodě s reprezentacemi a významy, které s sebou nese. Patří k nim například zákony a nařízení, finanční nástroje (daně a dávky) a formy poznání a srovnávání populace (statistická pozorování) (Lascoumes 2004).

Tyto nástroje čili instrumenty se ovšem neomezují jen na důsledky, které jejich autoři plánovali či zamýšleli. Mají také své vlastní originální důsledky či dopady, mnohdy nezamýšlené. Každý nástroj vytváří určitou reprezentaci problému či otázky, kterou se zabývá nebo má řešit. Instrumentalizace tak poskytuje určitou mřížku pro popis sociální, jistou kategorizaci dané situace (to je zvláště zřejmé u statistik a jejích kategorií). Nástroje s sebou dokonce nesou určitou problematizaci dané otázky či problému, a někdy dokonce i její vysvětlení (které nemusí být správné a úplné).

Instrumenty tak v podstatě představují implicitní politickou teorii – teorii vztahu mezi vládnoucím a ovládaným. Každý nástroj veřejné politiky je kondenzovanou formou gouvernementality, tj. vědění o výkonu sociální moci – stejně jako jakýkoli nástroj je „konkretizací teorie“ (Bachelard 1970). Z tohoto pohledu analýza regulace a opatření týkajících se umělého přerušování těhotenství umožňuje identifikovat způsob, jakým bylo ve druhé polovině minulého století vládnoucí elitou chápáno a konceptualizováno ženské tělo, a zároveň i odhalit něco z povahy vládnutí v komunistickém Československu.

Analýza jednotlivých legislativních opatření týkající se umělého přerušování těhotenství ukazuje způsob, jakým bylo medicínou a posléze mocenským aparátem konstruováno ženské tělo jako tělo určené pro reprodukci. Jak uvidíme, k tomu směřovala nařízení určující podmínky, za jakých bylo umělé ukončení těhotenství povolováno a prováděno, a zároveň opatření, která tato pravidla doprovázela.

Regulace plodnosti a reprodukce na společenské úrovni není jistě vynálezem státního socialismu. Všechny společnosti určitým způsobem do tohoto jevu zasahují. „Procesy rození a vychovávání dětí jsou příliš důležité na to, aby je společnosti ponechaly bez kontroly, ačkoliv kontroly ne vždy fungují“ (Heitlinger 1984: 15). Nejedná se ani o nijak historicky nový fenomén, jak ukazuje Daniela Tinková (2004) – v minulosti sloužilo jako kontrola či omezení např. ztížení dostupnosti sňatků pro jistý okruh lidí. D. Tinková také právě na příkladu potratu a infanticidia názorně ukazuje, jak se měnila povaha této společenské kontroly – od exemplárně krutého trestání jednotlivých odhalených případů k důmyslnému systému kontroly a prevence, který zahrnoval „celý komplex drobných sankcí a preventivně disciplinárních opatření, v nichž hrál ústřední roli permanentní, anonymní a mnohonásobný dozor“ (Tinková 2004: 335). S tím, jak infanticidium postupně přestalo být součástí diskursu náboženského, morálně-teologického či sociálně-preventivního a začalo být konceptualizováno v první řadě v rámci psycho-biologického diskursu lékařů, docházelo k nárůstu oné biomoci, o které píše M. Foucault.

Ačkoli tedy všechny společnosti regulují svou reprodukci a legislativně definují či omezují právě např. přístup k interrupci, mohou tak činit různými způsoby. Alena Heitlinger (1984: 19) si všímá toho, že ačkoli srovnání populačních politik zemí západní a východní Evropy (v 50.–70. letech 20. století) je komplikované, jelikož existují západoevropské země s velmi restriktivním přístupem k potratům a antikoncep-



ci a s rozvinutou pronatalitní politikou (např. Francie) a zároveň existují velmi permissivní socialistické země (NDR), přesto je možné vysledovat odlišný přístup socialistických a nesocialistických zemí k problému nízké porodnosti. Žádná ze západních zemí si nemohla dovolit vytvořit tak systematický, široký a sebejistý program pronatalitní politiky (Heitlinger 1984: 267), jaký připravily východoevropské vlády. Vzhledem k politickému pluralismu v západních zemích vždy koexistovaly různorodé ideologie a taková politika nezískala jednoznačnou podporu. Zejména od konce 60. let se zde začal projevovat vliv feministického hnutí, které proti takové politice otevřeně vystupovalo. Byla zde proto zaváděna pouze dílčí opatření v rámci „omezeného vládnutí“ (limited government). Reprodukční rozhodování zde bylo více chápáno jako soukromá záležitost párů. Navíc se tyto země nemusely v této době se snižující se mírou porodnosti tolik trápit, jelikož řešení populačního vývoje spatřovaly v importování pracovní síly ze zahraničí (které nebylo pro socialistické země v takové míře dostupné) (Heitlinger 1984: 21).

Totalitní státy tedy nejsou jediné, které do reprodukce zasahují, mohou to ale dělat otevřeněji a s většími účinky než společnosti demokratické. V komunistickém režimu se tak biomoc a gouvernementalita jako její nástroj vyjevuje ve značně syrové podobě. Její totalizující potenciál je ještě umocněn nástroji, které má v tomto typu mocenského uspořádání k dispozici: tajná policie jako absolutní nástroj sbírání informací a vytváření znalostí o populaci, přesné statistiky získané v důsledku absence ochrany soukromí, výkonný donucovací státní aparát. Příklad interrupce je ilustrací, jak tento systém režimů gouvernementality fungoval v socialistickém Československu v praxi v průběhu 50. až 80. let 20. století, tj. jak byly režimy vládnutí uplatněny přímo na ženské tělo. Ženy jako skupina neměly možnost se na rozhodování o těchto politikách podílet; to ovšem neznamená, že nemohly uskutečňovat svá reprodukční práva individuálně (Heitlinger 1984).

### **Interrupční legislativa v Československu od 50. do 80. let 20. století**

V průběhu 50. let 20. století Československo čelilo kritické ekonomické situaci. Ještě v roce 1953, osm let po konci druhé světové války, nebylo dosaženo pokrytí základních životních potřeb. Vzhledem k neefektivnímu fungování průmyslu a ztrátám způsobeným válkou země zakoušela nedostatek pracovních sil ve všech pracovních oblastech a na ženy byl vyvíjen obrovský tlak k nástupu do práce. Zároveň se ale od nich očekávalo, že jejich pracovní aktivita nebude zasahovat do jejich „poslání“ stát se matkami (Kalinová 2007). V posledních letech války a několik let bezprostředně po válce se míra porodnosti překvapivě držela na poměrně vysoké úrovni, ovšem zdraví matek bylo často charakterné a novorozenecká úmrtnost značně vysoká. Ženy neměly k dispozici žádnou účinnou antikoncepci a potrat byl kvalifikován jako trestný čin<sup>2</sup>.

Počet nelegálních potratů byl vysoký, což bylo známo jak demografům, tak zákonodárcům i široké veřejnosti. Potra-

ty byly prováděny nelegálně, lékaři, mediky, případně „anděličkářkami“ za poplatek. Ten se v té době pohyboval mezi 1500–2000 Kčs<sup>3</sup> a zvyšoval se s vyšším rizikem odhalení (Voda 1957). Podle výzkumu F. Pachnera 24,9 % žen, které byly ve fertilním věku v období 1870–1954, prodělalo alespoň jeden potrat (jakéhokoli druhu) (Srb, Kučera et al. 1961). I nelegální potrat představoval pro tuto generaci žen relativně častou zkušenost.

Viditelným impulsem ke změně interrupčního zákona byl rok 1955, kdy byl potrat na žádost ženy legalizován v SSSR, a v následujících letech také v některých dalších zemích východního bloku (v Bulharsku, Maďarsku, Polsku). Vláda začala zvažovat možnost otevření legální interrupce z jiných než zdravotních důvodů. Veřejná diskuse před přijetím zákona byla ve svém charakteru velmi omezená. Podle Aleny Heitlinger (1984) byly vládnoucími stranickými orgány k diskusi vyzváni zejména medicínští odborníci, o kterých se vědělo, že legalizaci interrupce podporují; ostatní sice mohli vyjádřit svůj názor, ten ale nebyl brán v potaz (1984: 147). V médiích (novinách a rozhlase) proběhla také značně omezená debata k tématu.

První článek se objevil v Literárních novinách 6. července 1957 (Radvanová, Nezkusil et al. 1957). Jeho autory byli Senta Radvanová, Jiří Nezkusil a Oto Novotný. S. Radvanová se jako právní odbornice účastnila (a stále účastní) diskusí o podobě většiny československých zákonů týkajících se žen a rodiny a spolupracovala jako expertka s vládou i s Českým svazem žen.

Článek představil nedostatky platného zákona a konstatoval potřebu reformy. Autoři uvedli různorodé argumenty pro i proti liberalizaci interrupcí a navrhli řešení v podobě ustavení tzv. interrupčních komisí, složených z lékařů a sociálních pracovníků, které by schvalovaly žádosti jednotlivých žen. Vzhledem k tomu, že přesně toto řešení bylo později přijato, lze se domnívat, že o tomto řešení bylo rozhodnuto předem.

V následné diskusi byly použity tyto argumenty a protiargumenty:

#### **Pro:**

Nelegální potraty znamenají příliš vysoké riziko pro zdraví a životy žen.

K potratům dochází v každém případě, ať jsou legální či nikoli.

Nechtěné děti by čekal obtížný život plný utrpení (dětí narozené svobodným matkám, raná manželství vynucená těhotenstvím nevěsty, rodiny s vysokým počtem dětí, opuštěné děti).

Žena je plnohodnotný člen socialistické společnosti, se stejnými právy a povinnostmi, musí mít možnost rozhodnout o svém těhotenství.

#### **Proti:**

I legální interrupce mají negativní zdravotní důsledky, zejména na plodnost mladých žen (potraty mají za následek „pohlavní chladnost až po bezdětnost a mnohdy

traumatizaci duševního života ženy po celý život“ (Hnátek 1957).

Legalizace potratů povede k poklesu úrovně porodnosti; vysoká porodnost je nutná pro obnovu národa a pracovní síly.

Život začíná v okamžiku početí, v zájmu všech dětí je v první řadě narodit se.

Potrat je zpravidla výrazem sobectví a lehkomyšlnosti.

Dostupné interrupce budou mít negativní dopad na morálku mladých mužů, kteří se na ně budou spoléhat a nutit dívky k pohlavnímu styku.

Tytéž argumenty byly použity řečníky a řečnicemi v diskusi v Národním shromáždění před hlasováním o připravěném zákonu. Zdůrazňovány byly ovšem hlavně pozitivní dopady nového zákona. Bylo konstatováno, že zákaz potratů neznamena vysokou porodnost a že trestání žen za interrupce není slučitelné s jejich postavením v socialistické společnosti. Přesto potraty nemohou být ponechány zcela na rozhodnutí žen – za prvé proto, že i legální interrupce jsou velmi nebezpečné pro jejich zdraví, zejména pro plodnost mladých žen, a za druhé proto, aby bylo možno případně zabránit snížení porodnosti. Ženy tak byly v diskusi konstruovány jako nezodpovědná stvoření, která by se mohla rozhodovat sobecky a nezodpovědně a která potřebují ochranu státních činitelů. Muži se jako objekt diskuse objevili také: nejprve jako mladí muži, kteří by se měli chovat zodpovědně a nezneužívat legality interrupce ve svém sexuálním chování, a za druhé jako spolurodiče, kteří by měli mít své slovo při rozhodování o interrupci a vzít na sebe díl odpovědnosti v péči o dítě. Muži jako účastníci diskuse vesměs vyslovovali konzervativnější názory než ženy; ve všech případech odmítali ponechání rozhodnutí jen na ženě samotné.

Nový zákon (1957) a související vyhlášky nakonec stanovily vedle zdravotních důvodů pro interrupci i tzv. další zvláštního zřetele hodné důvody. K nim patřil mimo jiné věk přes 40 let, alespoň tři děti, obtížná situace neprovdané těhotné ženy, rozvrat rodiny a ohrožení životní úrovně. Komise rozhodující o povolení interrupce měly mít tři členy: dva zdravotní pracovníky a jednu ženu „požívající důvěry a vážnosti“, která byla jmenována Okresním výborem KSČ. Časový limit pro interrupci nebyl výslovně určen, ovšem těhotenství trávající déle než tři měsíce bylo pokládáno za zdravotní kontraindikaci, stejně jako skutečnost, že žena podstoupila jinou interrupci před méně než šesti měsíci. V případě těžké dědičné choroby jednoho z rodičů či ohrožení života ženy ale tento limit neplatil.

Co mělo největší podíl na přijetí tohoto zákona? Svou roli v tom jistě hrála celková liberalizace východního bloku po Stalinově smrti, společně s liberalizací interrupčních zákonů v SSSR a okolních zemích. Tomu napovídá zejména shodné časování přijetí liberálních zákonů v dalších zemích socialistického bloku. Není toho mnoho známo o způsobu, jakým byly vytvářeny politiky v tomto období; A. Heitlinger uvádí, že podle jí interviewovaných lékařů „iniciativa přišla shora“ (Heitlinger 1984: 28). Důležité bylo i to, že v deseti-

letí po 2. světové válce panovala uspokojivá úroveň porodnosti. Velký význam hrálo také uznání faktu, že předchozí zákon nebyl vzhledem ke své přísnošti naplňován a ztratil tak svůj smysl (Heitlinger 1984: 147). Domnívám se, že určitou roli v československém kontextu mohla hrát i potřeba ženské pracovní síly v průmyslu, zejména v odvětvích lehkého průmyslu s extenzivním využíváním pracovní síly a s nízkými platy, kde ženy měly nahradit muže přesunuté do těžkého průmyslu. Pokud měly na přijetí zákona nějaký vliv ženy samotné, pak snad jediné formou jakéhosi nepřímého tlaku vyjádřeného jejich volbou nelegálního přerušování těhotenství. Ženské či feministické hnutí v tomto období v Československu neexistovalo a působení opozičních politických skupin nebylo povoleno. Odborové organizace reprezentující ženy, Výbory žen či organizace mladých se do tohoto typu politiky nezapojovaly a zabývaly se spíše lokálními každodenními problémy spojenými např. s provozem podniků.

Již v této době byla vyjádřena souvislost mezi interrupcemi a dostupností účinné antikoncepce, ta však v ČR dostupná nebyla. Podle výzkumu z roku 1959 (Srb, Kučera et al. 1961) byly nejčastěji užívanou metodou antikoncepce „coitus interruptus“ a kondom. Důvěra žen v tyto metody ale byla relativně nízká a rovněž demografy byly tyto metody hodnoceny jako značně nespolehlivé (z 35 % těhotných žen ve vzorku označilo 65 % žen své těhotenství jako nechtěné). Snad také právě proto byl interrupční zákon pozitivně přijat 75,5 % žen.

Po přijetí zákona byla vyhlášena roční lhůta, po které měly být zhodnoceny jeho dopady a důsledky pro zdraví žen. Výsledky byly alarmující; ještě koncem 70. let studie ukazovaly značné procento případů, kdy interrupce vedla ke komplikacím, jež měly za následek neplodnost, případně předčasný porod (Heitlinger 1984: 158). Riziko se jevílo větší u mladých žen a u žen, které ještě nerodily. Proto docházelo od samého počátku diskuse o interrupčním zákonu ke zdůrazňování rizik umělého přerušování těhotenství pro budoucí plodnost mladých žen a tato hrozba byla následně v legislativních textech stále opakována. Častá přítomnost komplikací byla s velkou pravděpodobností způsobena technikami, kterými se ještě v 70.–80. letech v Československu interrupce prováděly (dilatace čípku a kyretáž místo vakuového odsátí či později miniinterrupce) (Heitlinger 1984: 158–159). V současné době mezinárodní lékařské studie nepoukazují na souvislost mezi interrupcí a neplodností (viz např. Thorp et al. 2002; Hamy et al. 2008; Chen et al. 2004), přesto v českém kontextu stále přetrvává všudypřítomné (common-sense) přesvědčení, že potrat v mladém věku znamená zásadní riziko neplodnosti v budoucnu.

V době platnosti zákona (v letech 1958–1986) došlo formou vyhlášek a nařízení Ministerstva zdravotnictví k mnoha změnám v praktických detailech, které však mohly mít dalekosáhlé následky na životy jednotlivých žen. Tyto změny závisely zejména na aktuální úrovni porodnosti a politické situaci.

Koncem 50. let a v průběhu 60. let se míra porodnosti začala postupně snižovat. Podle K. Jechové představoval zákon 68/1957 významný zásah do reprodukce. Důsledky prudkého nárůstu potratů v letech následujících schválení zákona se projeví v prudkém poklesu porodnosti, což vedlo k ustavení státní a později vládní populační komise jako poradního a koordinačního orgánu vlády v oblasti populační politiky (Jechová 2008). Prvním úkolem Státní populační komise bylo monitorování aplikace a důsledků interrupčního zákona, dále provádění výzkumů, příprava vzdělávacích a propagandistických materiálů, sledování populačního vývoje – zejména klesající křivky porodnosti a navrhování opatření ke zlepšení situace (Heitlinger 1984: 31). Komise také zpracovávala informace od interrupčních komisí, přičemž její snahou bylo odstraňovat důvody zmiňované v žádostech o interrupci. Mnoho z jejích návrhů bylo později skutečně uvedeno do praxe (prodloužení mateřské dovolené a zavedení další mateřské dovolené, zavedení mateřského příspěvku), i když časování bylo odlišné, než komise předpokládala<sup>4</sup>.

Již v roce 1961 byl zákon modifikován další vyhláškou Ministerstva zdravotnictví. Změny směřovaly k omezení počtu povolených interrupcí interrupčními komisemi. V případě žen, které ještě nerodily, měly komise důkladně zvážit zdravotní a jiné důvody s přihlédnutím k riziku vzniku neplodnosti po potratu u mladých žen. Osobu „požívající důvěry a vážnosti“ nahradil/a představitel/ka Národního výboru. Komise mohla ke svému jednání přizvat i manžela ženy či muže, který způsobil těhotenství, případně rodiče u dívek mladších 18 let. Některým ženám, zejména svobodným matkám, měla komise doporučit, aby dítě porodily a svěřily je k výchovnému ústavu či dětskému domovu, s tím, že by jim dítě bylo později vráceno nebo svěřeno k adopci. Toto doporučení z pozdějších legislativních textů zmizelo, pravděpodobně zároveň v souvislosti s tím, jak psychologické studie dětské deprivace ukázaly negativní důsledky ústavní výchovy.

V následujícím roce (1962) se změnilo složení interrupčních komisí a tím se přesunul důraz ze složky odborné na složku politickou (místo dvou zdravotních odborníků měl být přítomen jeden lékař). Komise měly být zřizovány Okresními národními výbory jako součást Zdravotní komise, zpravidla pro každou nemocnici. Komise byly složeny z předsedy – člena Zdravotní komise Národního výboru, z jednoho člena Okresní populační komise (a pokud neexistovala, pak člena či členky Národního výboru či Výboru žen), a jednoho lékaře, zpravidla vedoucího gynekologického oddělení nemocnice. Pro lékaře představovala práce v komisích značnou časovou zátěž (komise se scházela obvykle jednou týdně na celý den), přičemž se od nich očekávala rozhodnutí, která z velké části neměla s medicínou nic společného (viz Heitlinger 1984: 166).

Další změny se týkaly dostupnosti interrupcí. Časový limit byl upřesněn na 12 týdnů trvání těhotenství. Interrupce přestala být zdarma a byl stanoven poplatek pohybující se mezi 200 a 500 Kčs. O dva roky později byl horní limit

ještě zvýšen, a to na 800 Kčs. Vzhledem k tomu, že průměrná mzda v roce 1964 podle ČSÚ činila 1400 Kčs, se jednalo o poměrně vysokou částku. Ve výjimečných případech ale nebyl poplatek vybírán.

Od roku 1962 musela navíc žena žádat o interrupci jen v nemocnici v místě svého trvalého bydliště. To může být interpretováno jako pokus o lepší kontrolu počtu a intervalů interrupcí, které jedna žena podstupovala. Podle demografky Ludmily Fialové<sup>5</sup> statistika indikuje, že mnoho žen žádalo postupně na různých místech, aby se tak vyhnuly omezení šestiměsíčního intervalu mezi dvěma interrupcemi nebo riziku nepovolení další interrupce. Omezení na okres místa bydliště tak znamenalo zpřísnění kontroly v době, kdy informační systémy nebyly centralizovány.

Toto zpřísněné rozhodování o interrupcích v letech 1962–1965 se projevilo zpomalením nárůstu počtu indukovaných potratů, zároveň ale také nárůstem počtu neodborně navozených potratů a mateřské mortality (David, McIntyre 1981: 235).

Regulace interrupcí nebyla ovlivňována jen vývojem míry porodnosti a následnými reakcemi vlády. Velký vliv mělo také politické dění a situace ve státě, zejména po potlačení reformních snah v letech 1968–1969. V prvním období normalizace byl realizován štedrý program podpory mladých rodin, původně připravený odborníky a odbornicemi v průběhu 60. let. Ačkoli jeho původním záměrem bylo zlepšit postavení rodičů a napomoci nastartování míry porodnosti, normalizační vládou byl využit zejména jako určitá kompenzace politické represe a jako způsob, jak získat mladou generaci na svou stranu (Kalinová 2007). Součástí programu bylo zavedení jednoleté a posléze dvouleté další mateřské dovolené, zvýšení přídavků na děti a znovuzavedení novomanželských půjček. Opatření, přijatá navíc v době, kdy do fertilního věku vstupovaly silné poválečné ročníky, měla za následek ostrý nárůst porodnosti v letech 1972–1977.

Dá se říci, že pravidla týkající se interrupcí odrážela normalizační atmosféru společnosti. Ačkoliv míra porodnosti vzrostla, regulace umělého přerušování těhotenství se zpřísnila. Úvod vyhlášky Ministerstva vnitra z roku 1973 přímo uvádí, že rozhodování interrupčních komisí by mělo být zodpovědnější, čímž se dá rozumět přísnější. Legální interrupce již nebyla interpretována jako způsob ochrany zdraví žen (před důsledky interrupcí nelegálních), ale naopak jako ohrožení ženského zdraví a také jako ohrožení rozvoje populace.

Další „zřetele hodné důvody“, kvůli nimž žena může žádat o provedení interrupce, se v této době příliš nezměnily: věk přes 40 let, alespoň tři děti, neprovdaná žena, ztráta manžela, špatné ekonomické či bytové podmínky a doložený rozpad rodiny. Vyhláška ale také stanovuje, že vdané ženy bezdětné či s jedním dítětem mohou získat povolení k interrupci ze sociálních důvodů jen ve velice výjimečných případech. Nárok na interrupci z jiných než zdravotních důvodů ztrácejí ženy, které nemají trvalý pobyt na území ČSSR. Nutný minimální interval mezi dvěma interrupcemi je prodloužen ze šesti na dvanáct měsíců a pouze ženy se



čtyřmi a více dětmi jsou vyňaty z tohoto pravidla. (V jejich případech je interrupce zřejmě chápána jako legitimní způsob antikoncepce ex post.)

Z důvodů ohrožení dědičnou chorobou může být interrupce provedena až do 24. týdne těhotenství. Genetická postižení jsou definována velmi obecně, pravděpodobně jako důsledek eugenického uvažování spojeného s komunistickou ideologií. Pokud by těhotenství ohrožovalo život ženy, není stanoven časový limit pro interrupci.

Tato nová pravidla tedy ještě více vstupují do cesty svobodné volbě ženy, přinášejí větší míru státní regulace těl a jsou zdrojem vyššího tlaku ukončit nechtěné těhotenství porodem. Je sice pravdou, že rozhodování komisí bylo ve svém výsledku značně benevolentní a postupem času se stalo jen formalistickou procedurou, přičemž naprostá většina žádostí byla minimálně v druhé instanci vyřízena kladně. Počet skutečně vykonaných interrupcí na 100 podaných žádostí se pohyboval mezi 91,9 v roce 1965 a 94,8 v roce 1982 (Heitlinger 1984: 151). Přesto podle dobových svědectví předstoupení před komisí pro ženy představovalo značně stresující a často i ponižující zkušenost, mnohdy více než zákrok samotný (Scott 1974; Heitlinger 1979; Fukalová 1981). Jakékoli zpřísnění bylo provázeno nárůstem počtu samovolných potratů (Šalda 1978, citováno podle Heitlinger 1984: 148); v longitudinálních studiích žen, kterým byla interrupce odmítnuta, se objevilo poměrně velké procento těch, u kterých neexistují záznamy ani o porodu, ani o potratu – zdá se tedy, že mnoho z nich si našlo způsob, jak nechtěné těhotenství „vyřešit“ bez oficiální pomoci (Heitlinger 1984: 169).

V porovnání s evropskými zeměmi západního bloku byla interrupce v Československu legalizována brzy, v podstatě jakmile došlo k určitému uklidnění po bouřlivých letech následujících po 2. světové válce. Na rozdíl od západní Evropy k tomu ale nedošlo v důsledku tlaku občanské společnosti a feministického hnutí, ale jednalo se o byrokratické rozhodnutí vyplývající z makrosociálních a politických souvislostí. Zejména je nutné zdůraznit, že rozhodování o možném ukončení nechtěného těhotenství nebylo dáno do rukou přímo ženám, ale procházelo přes autorizaci oficiálních komisí. Tyto komise nefungovaly (jen) jako poradenské orgány nabízející ženám pomoc a podporu, nýbrž měly právo konečného rozhodnutí o reprodukčních právech každé jednotlivé ženy. Navíc byly propojeny s politickými orgány země; jejich prostřednictvím si státní moc uchovávala možnost ovlivňovat počet povolených potratů a podmínky, za jakých k povolování docházelo. Interrupční komise se nacházely v ideální pozici, ze které mohly získávat od občanek a občanů informace velmi důvěrného a intimního charakteru, a také mohly dále užívat tyto informace k politicky represivním akcím. Jejich členové a členky drželi v rukou moc rozhodovat o nejintimnějších záležitostech lidí. Je důležité také zdůraznit, že přerušování těhotenství bylo od počátku konstruováno jako záležitost výhradně ženy (podobně jako celá sféra péče o děti) – žena podávala žádost, žena předstoupila před komisí, byla komisí náležitě „poučena“ a zapla-

tila poplatek. Mužská zodpovědnost za reprodukční chování tak byla minimalizována (Heitlinger 1984: 165).

Podoba regulace umělých přerušování těhotenství v Československu v letech 1958–1986 je příkladem fungování gouvěrnementality, tak jak o ní uvažuje Michel Foucault. Vyhlášky a nařízení Ministerstva zdravotnictví představovaly nástroje gouvěrnementality – společně s institucí interrupčních komisí, jejichž úkolem bylo o interrupcích rozhodovat a také shromažďovat informace o ženách, které je podstupovaly (společně se statistickým sledováním). Tyto informace sloužily k vytváření vědění, jež pak mohlo být přímo nebo nepřímo využito při prosazování moci.

Počet provedených interrupcí byl na území České republiky od roku 1958, kdy zákon legalizující interrupce vstoupil v platnost, velmi vysoký. Ženy narozené v 50. letech podstupily za svůj život 0,928 potratů; na 1000 žen narozených v 60. letech připadalo dokonce 1008 umělých přerušování těhotenství do 40 let jejich věku (Fialová 2003). Míra potratovosti byla ovlivněna momentálními postoji vládnoucí strany k potratům, a tudíž mírou přísnosti interrupčních komisí. Pokles v letech 1963 a 1964 byl důsledkem zpřísnění pravidel týkajících se umělého přerušování těhotenství, podobně jako snížení umělé potratovosti v polovině 70. let, které bylo ale také ovlivněno celkovou pronatalitní náladou ve společnosti. Zvýšení umělé potratovosti koncem 70. let a v 80. letech odráželo uvolnění přístupu interrupčních komisí, které v této době povolovaly takřka všechny interrupce (Fialová 2003). Podle L. Fialové<sup>6</sup> záleželo ale rozhodování komisí (kromě politické objednávky) také na konkrétním složení komise a na míře, v jaké byla žena rozhodnutá, že dítě mít nechce.

Interrupce představovala řešení zejména pro vdané ženy, které neužívaly žádnou antikoncepci. Účinná ženská antikoncepce (nitroděložní tělísko a první hormonální antikoncepce) byla relativně nedostupná a navíc byla pokládána za riskantní pro zdraví ženy. Hormonální pilulky a nitroděložní tělísko české produkce se objevilo až ve druhé polovině 60. let. Produkce ale zdaleka nedostačovala pro celou cílovou populaci a navíc podléhala periodickým výpadkům. Důvodem bylo, že dovoz pilulek z Jugoslávie ve druhé polovině 70. let byl vyhodnocen jako příliš nákladný a byl zastaven. Používání nitroděložního tělíska bylo provázeno častými zdravotními komplikacemi a nebylo stoprocentně spolehlivé. Pilulky české provenience měly více negativních vedlejších účinků než pilulky západní.

Na rozdíl od situace v SSSR měli velký podíl na postupném zlepšení situace v Československu lékaři, zejména gynekologové. Právě gynekologové měli zásadní podíl na formulaci nového zákona (1986), který uzákonil antikoncepci zdarma. V Sovětském svazu naopak lékaři společně s Ministerstvem zdravotnictví trvale blokovali rozšíření moderních metod antikoncepce (Nechemias 2009). Důvodem byla neznalost a nedostatečná kvalifikace lékařského personálu, opozice vůči všemu, co mohlo být spojováno se „Západem“, i osobní zájmy lékařského establishmentu – potratové služby představovaly nezanedbatelný zdroj příjmu pro Minis-

terstvo zdravotnictví i samotné lékaře. K tomu se přidával strach, že hormonální antikoncepce povede ke snížení porodnosti, a zejména hrozba, že rozšíření spolehlivé antikoncepce bude také znamenat rozšíření práv jednotlivců a ztrátu státní kontroly nad reprodukčním chováním (Nechemias 2009). Je otázkou, zda a nakolik se mohl tento postoj odrážet v přístupu tehdejší československé vlády.

V první polovině 80. let došlo nejen k poklesu a zastavení ekonomického růstu, ale také k významnému snížení porodnosti. Pronatalitní opatření ze 70. let ztratila svou účinnost a negativní dopad na porodnost měl také pomalý rozvoj sektoru služeb, představující základní pomoc pro pracující matky (Kalinová 2007). Přísná regulace přístupu žen k umělému přerušování těhotenství problém neřešila, naopak se ukázala jako dále neudržitelná. S mírným povolením normalizační politiky, zvyšující se úroveň vzdělanosti žen a s rozvojem medicínské vědy se vynořila potřeba změkčit pravidla regulující interrupce.

První krok v tomto směru představovala vyhláška Ministerstva vnitra z roku 1980. Podle ní se zkrátil minimální interval mezi dvěma interrupcemi z dvanácti zpět na šest měsíců pro matky tří a více dětí. Pravidlo dvanácti měsíců také neplatilo, jednalo-li se o otěhotnění v důsledku selhání nitroděložní antikoncepce; v případě, kdy by narození dítěte vedlo k významnému zhoršení fyzického nebo psychického zdraví ženy či k významnému zhoršení sociálního postavení její rodiny. Tyto výjimky poskytovaly interrupčním komisím poměrně volný prostor v jejich rozhodování. Potrat z důvodu těžkého zdravotního poškození plodu mohl být proveden až do 26. týdne těhotenství (dříve 24. týden).

Počátkem 80. let ale také začal být připravován nový zákon, který měl nahradit již téměř 30 let starý zákon z roku 1957. U jeho přípravy stál kromě dalších tehdejší ministr zdravotnictví Jaroslav Prokopec, lékař a profesor na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Mezi odborníky panoval konsenzus, že starý zákon je nevyhovující a vyžaduje zásadní úpravy. I v médiích byla implicitně kritizována praxe interrupčních komisí: proces byl příliš komplikovaný a zdoluhavý, byl degradující pro ženy i pro členy komisí, aktivita komisí byla již jen formální a dlouhé časové lhůty znemožňovaly užití nové technologie miniinterrupce.

Přijetí zákona prosazovali zejména lékařští odborníci. Ve světě se již na počátku 70. let začala prosazovat nová metoda provádění interrupce v raném stadiu těhotenství, v československém kontextu nazývaná „miniinterrupce“. V Československu začala být experimentálně prováděna v letech 1977–1980 ve vybraných nemocnicích. Ukázalo se, že má mnohem méně nežádoucích zdravotních důsledků než běžná praxe (5 % oproti 30–40 %). Hlavní překážkou rozšíření této metody ale představovaly právě interrupční komise. Vyřizování jednotlivých případů trvalo zpravidla dva až tři týdny a hranice pro provedení miniinterrupce tak byla často překročena. Již v roce 1980 proto někteří lékaři volali po zrušení těchto komisí. Vyzývali přitom k řešení problematiky komplexnějším způsobem, včetně

rozšíření výchovy k zodpovědnému rodičovství a užívání antikoncepce. Poukazovali i na nižší ekonomické náklady spojené s miniinterrupcemi (Heitlinger 1984: 168–171). Nový zákon byl nakonec schválen 20. října 1986 a vstoupil v platnost v červenci 1987, jen dva roky před listopadovým převratem.

Přesto debata o návrhu zákona trvala déle než pět let. K tomu, aby zákon doputoval do Národního shromáždění, bylo potřeba, aby se všichni představitelé ministerstva, vlády a strany shodli o jeho podobě. Následné schvalování v Národním shromáždění mělo již jen formální charakter – všechny zákony byly jednohlasně schváleny. Podle Jitky Rychtařkové<sup>7</sup> představovala sporný bod právě antikoncepce. Zákon v úvodu výslovně stanovuje, že nežádoucímu těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému rodičovství a využíváním prostředků k zabránění těhotenství (§ 2). Antikoncepční prostředky na lékařský předpis se navíc mají ženám poskytovat bezplatně (§ 3). Právě tento třetí paragraf, bezplatnost antikoncepčních prostředků, nejvíce vzbuzoval diskuse.

V debatě v Národním shromáždění byly podobně jako při projednávání předchozího zákona zdůrazňovány v první řadě zdravotní důvody: miniinterrupce představuje mnohem šetrnější zákrok z hlediska dalšího reprodukčního zdraví ženy. Svou roli zde hrály i argumenty ekonomické: miniinterrupce znamená nižší náklady pro zdravotnická zařízení a kratší absenci ženy v zaměstnání. Ministr Prokopec dále zdůraznil zájmy dítěte být narozeno jako chtěné (cituje přitom výsledky výzkumů prof. Z. Matějčka a jeho týmu dětí narozených z nechtěných těhotenství, jehož výsledky byly publikovány v průběhu 70. let a které v Československu získaly mediální publicitu). Ženy a jejich zájmy ale výslovně nevedl. Argumenty zdůrazňující právo ženy na rozhodnutí ohledně svého mateřství zazněly až od posledních dvou řečnic, gynekoložky Marcely Černé a představitelky Českého svazu žen – Miroslavy Němcové. Ty označily právo ženy na umělé přerušování těhotenství za „základní lidské právo“ či za „nezadatelné právo ženy“.

Podle dodnes platného zákona 66/1986 o umělém přerušování těhotenství může být těhotenství ukončeno na písemnou žádost ženy, pokud netrvá déle než 12 týdnů a nebrání-li tomu zdravotní důvody. Dívky mladší 16 let potřebují souhlas odpovědného zástupce. Ženy mezi 16 a 18 lety sice nepotřebují souhlas rodičů, ale zdravotnické zařízení má za úkol je uvědomit o provedení zákroku. Za provedení interrupce měla žena uhradit příplatek, který závisel na délce trvání těhotenství, vyhláškou byl stanoven na 500 Kčs. Miniinterrupce byla původně zdarma. Podle důvodové zprávy mělo toto rozvržení ženy motivovat, aby podstupovaly interrupci co nejdříve a minimalizovaly tak její zdravotní dopady. Interrupci nesměla podstoupit žena, která nemá trvalý pobyt na území České socialistické republiky. Toto ustanovení je stále platné a omezuje tělesná občanská práva žen-imigrantek ještě v současnosti.

Následná vyhláška Ministerstva vnitra (1986) zákon dále upřesnila: minimální interval mezi dvěma interrupcemi byl



stanoven na šest měsíců. Omezení se ale nevztahovalo na ženy, které už rodily dvakrát či vícekrát, případně byly starší 35 let. Dvanáctitýdenní limit se nevztahuje na interrupce ze zdravotních důvodů, k nimž patří ohrožení života ženy či poškození plodu, ale také věk ženy nižší než 15 let a vyšší než 40 let. V případě genetických důvodů lze těhotenství přerušit až do 24. týdne.

Tyto podmínky umělého ukončení těhotenství byly platné v době, kdy došlo k pádu komunistického režimu v listopadu 1989. V souladu s očekáváním došlo v prvních dvou letech platnosti zákona k výraznému zvýšení počtu interrupcí. V této době míra umělé potratovosti dosáhla na území České republiky svého maxima – ze 100 ukončených těhotenství jich bylo cca 43 % ukončeno interrupcí. Již v roce 1989 ale začal absolutní počet interrupcí mírně klesat a v roce 1992, kdy bylo umělé přerušování těhotenství kompletně vyřazeno z veřejného pojištění, došlo k rapidnímu poklesu počtu interrupcí. Vedle zpoplatnění všech zákroků včetně miniinterrupcí na tom mělo zásluhu v první řadě rozšíření kvalitních prostředků antikoncepce a jejich masové využívání.

Období po listopadu 1989 je obdobím opakujících se diskusí o morální přijatelnosti či nepřijatelnosti umělého ukončení těhotenství. Přestože se interrupce stala pro převážnou většinu českých žen posledním řešením obtížné situace, na politické scéně se objevily opakované pokusy zpřísnit českou legislativu ve shodě s restriktivním polským zákonem. Zatím se nesetkaly s výraznějšími úspěchy, zejména proto, že ve veřejném mínění převládá postoj podporující svobodnou volbu ženy. Odpůrci svobodné volby přitom interpretují zákon 66/1986 jako komunistický zákon a volný přístup k možnosti umělého přerušování těhotenství jako negativní pozůstatek komunistického režimu. Bližší pohled ale ukazuje opak: komunistický režim se přes značnou benevolenci ve svém přístupu k umělému přerušování těhotenství snažil kontrolovat a regulovat počty interrupcí a tím i rozhodovat o tom, kdo bude donucen donosit dítě i proti své vlastní vůli. Podobně jako v Polsku, ani v Československu nebylo umělé přerušování těhotenství dostatečně dáno do souvislosti s konceptem lidských práv a nebylo diskursivně konstruováno jako právo ženy kontrolovat svou reprodukci. Místo toho se stalo součástí mateřské ideologie – vedlo k posílenému chápání mateřství jako povinnosti, přičemž přístup k interrupci závisel na materiálních a sociálních podmínkách rodiny a na posouzeních cizích osob (Fidelis 2008: 214). Oproti tomu v demokratických společnostech sice až do 60. let platila v oblasti reprodukce velmi přísná pravidla a zákazy, ale v období konce 60. a počátku 70. let došlo ve většině z nich zejména díky působení ženského hnutí k úplnému uvolnění a zpřístupnění interrupce na přání ženy a k definování práva na rozhodování o vlastním těle jako základního lidského práva. Teprve určité rozvolnění režimu ve druhé polovině 80. let 20. století umožnilo podobné uvolnění interrupčního zákona a zároveň vytvoření podmínek pro rozšíření antikoncepce i v Československu (na rozdíl od Polska).

### 3. Regulování interrupcí jako nástroj gubernementality

Interrupční zákony a jejich uvedení do praxe v socialistickém Československu v období 1957–1989 je nutné podle mého názoru analyzovat a interpretovat odlišně od toho, jak je tato problematika zkoumána v jiných evropských zemích či v USA. Tyto zákony nejsou totiž na rozdíl od demokratických zemí výdobytkem působení ženského hnutí, kterému by se za určitých podmínek podařilo mobilizovat zdroje a aktéry a využít otevřeného „okna příležitosti“ (viz resource mobilisation theory), případně by dokázaly formulovat své požadavky prostřednictvím takového rámce (frame), aby se jim podařilo dosáhnout rezonance u širší veřejnosti a prosadit tak svou vlastní konstrukci problematiky (tj. nezpochybnitelnost práva ženy rozhodovat o procesech odehrávajících se v jejím těle) (viz frame analysis). Ženy a ženské hnutí se sice pokusily svou politickou snahou a organizovanou aktivitou prosadit změnu právní úpravy interrupce již v meziválečném Československu, v té době ale nebyly úspěšné (viz Musilová 2007: 76–83). Bylo připraveno několik různých návrhů, z nichž některé počítaly s úplným uvolněním interrupcí na přání ženy, jiné stanovovaly určitá omezení. Zákon přijatý v ČR v roce 1957 a další navazující úpravy již ale vycházely z odlišného kontextu a jiných politických motivací. Je proto vhodné je analyzovat jako nástroje gubernementality: nástroje, které se komunistická strana snažila používat ke kontrole a regulaci populace, přímo skrze těla a reprodukční osudy žen. Je přitom zřejmé, že legislativní regulace reprodukce nebyla vlastní jen komunistickému režimu a že hrála roli gubernementality ve shodě s Foucaultovou teorií v rámci jakéhokoli typu státu. Přesto právě v prostředí totalitního státu ovládaného jednou politickou stranou, v situaci absence opozičních skupin a hnutí, bylo působení gubernementality otevřenější a „viditelnější“.

Politiky týkající se umělého přerušování těhotenství se měnily v čase tak, jak vláda prosazovala své cíle. Cílem bylo ovládat populaci a ženy představovaly její „stavební kostky“. Interrupce byla sice již na počátku legalizována „na žádost ženy“, ale tato žádost podléhala schválení interrupční komise. Umělá přerušování těhotenství byla přísně statisticky sledována. To umožňovalo pozorování, kvantifikování a případně i manipulaci žen, které o ně žádaly.

Ženská těla byla legislativou konstruována jako materiál zajišťující nejen ekonomickou produkci, ale i reprodukci populace. Důraz byl kladen na „funkční kvalitu“ tohoto stavebního materiálu, tedy na reprodukční zdraví žen. Při přijímání prvního (1957) i druhého (1986) zákona a při formulaci dalších vyhlášek a nařízení byly v argumentaci využívány v první řadě argumenty zdravotních důvodů: nejprve pro legalizaci interrupcí (potraty se dostaly pod kontrolu zdravotnických zařízení), ovšem zároveň pro jejich omezení (i lékařsky vedené interrupce jsou zdraví nebezpečné, proto nemohou být ponechány volně na žádost ženy) a posléze i pro úplné uvolnění (potraty v raném stadiu těhotenství jsou méně ohrožující pro reprodukční zdraví

ženy, proto je potřeba proces urychlit). Rozhodování o tom, co bude definováno jako zdraví prospěšné či zdraví ohrožující, bylo ponecháno expertům – lékařům. Takto byla daná *gouvernementalita* propojena s diskursem vědění/moci. Jiné než zdravotní argumenty hrály v diskusi jen vedlejší úlohu. „Zdravotní“ argumenty byly užívány pro racionalizaci cílů biomoci; ovšem i „zdraví“ bylo konstruováno specifickým totalizujícím způsobem a mnohé z argumentů nebyly podloženy objektivními vědeckými výzkumy nebo byly omezeny uzavřeností komunistického režimu. Nešlo přitom jen o to, zda a komu bude povolena interrupce, ale o definování správné „zdravé“ matky (věk 18–35; ne méně než dvě děti, ovšem nikoli více než cca pět; úplná rodina, dostatečné materiální zázemí) a také správného „zdravého“ dítěte (absence jakýchkoli dědičných chorob, včetně těch méně vážných, dostačující socio-ekonomické podmínky rodiny).

Domnívám se, že vzhledem k existujícím materiálům a dokumentům (Závěrečné stanovisko ochránce veřejných práv 2005; Charta 77: dokumenty č. 23/1978 a 3/1990; Body and Soul 2003) lze konstatovat, že v socialistickém Československu existovala snaha ovlivňovat prostřednictvím reprodukční politiky „kvalitu populace“, která může být klasifikována až jako eugenická. Tato snaha byla na centrální úrovni vyjádřena jen mlhavě<sup>8</sup>, na úrovni Národních výborů již však velmi jasně<sup>9</sup>. Cílem bylo „ozdravit“ romskou populaci jako takovou a přiblížit její model reprodukce a péče o děti majoritnímu modelu, a to i za cenu omezení jejich tělesného občanství – o tom vypovídají zejména kauzy sterilizace romských žen. Interrupce byly velmi snadno dostupné pro ženy, které již porodily více dětí (nejprve čtyři, později tři) a žádosti romských žen byly podle hlášení Národních výborů vyřizovány zdarma a přednostně (viz Závěrečné stanovisko 2005). K ideálu 2–3dětné rodiny směřovala také konstrukce peněžité či věcné dávky pro ženy, které podstoupily dobrovolně sterilizaci a které splňovaly kritéria sociální potřeby (zavedené v roce 1973 ve výši do 2000 Kčs, v roce 1988 zvýšené až na 10 000 Kčs) a návrhy na odstupňování dětských přídatků, které „by se měly soustředit na podporu prvních tří dětí a končit pátým dítětem“ (Sojka 1966). K tomu se přidávalo definování ideálního věku pro reprodukci, jenž byl zakotven i v zákonech (horní limit 40, případně 35 let). Velmi široká definice zdravotních problémů, které opravňovaly k interrupci, společně s tlakem ze strany lékařů-gynekologů na využívání těchto definic, měla za cíl vyprodukovat „kvalitní populaci“<sup>10</sup>. Tyto tendence vlivem path-dependency stále přetrvávají v současně paušálně aplikovaných a široce rozšířených praktikách prenatalního vyšetřování, společně s tlakem na podstoupení umělého přerušování těhotenství, pokud se výsledky ukážou jako pozitivní (viz Hasmanová Marhánková 2008).

### **Závěr: Gouvernentalita v totalitním komunistickém státě**

*Gouvernentalita* jako určitá politická racionalita se podle Michela Foucaulta zakládá na určitém komplexu vědění/moci a zároveň tento komplex vědění/moci produkuje.

*Gouvernentalita* navíc neurčuje jen sociální praktiky, které v souhrnu vytvářejí stát, ale určuje i formování subjektu, jedince, který tento stát tvoří; „vláda“ je tak aplikována i zevnitř jako „sebeovládání“. Stát je pak „nejen hmotná struktura a způsob myšlení, ale také žitá a vtělená zkušenost“ (Lemke 2007). Prostřednictvím hegemonických diskursů moci/vědění jsou státem iniciované normy obráceny na jednotlivce; státní moc je takto vtělena do psychických a tělesných omezení a regulací (Ludwig, Wohl 2009). Při používání perspektivy *gouvernentality* nelze tedy brát v úvahu jen strategie vládnutí odshora dolů, ale i způsoby, jakými jsou subjekty vytvářeny a zevnitř ovlivňovány danou politickou racionalitou.

Při analýze *gouvernentality* je třeba položit si podle G. Ludwiga a S. Wohla tři otázky: 1. Jaká racionalita leží za daným způsobem (za danými instrumenty) vládnutí? 2. Jaký typ subjektivity je touto racionalitou a jejími nástroji vytvářen a podporován? 3. Pomocí jakých technologií a strategií je daná *gouvernentalita* prosazována?

V období 1948–1989 lze v souladu s Foucaultovou teorií uvažovat o existenci specifické totalitní *gouvernentality*. Ta představovala politickou racionalitu, která v této době řídila sociální praktiky vytvářející ve svém důsledku totalitní komunistický stát. Totalitní *gouvernentalita* byla souborem institucí, postupů, úvah a taktik, umožňující výkon totalitní moci na populaci Československa. Zákony a opatření týkající se interrupcí představovaly jedny z mnoha nástrojů této totalitní *gouvernentality*. Tato *gouvernentalita* se vzájemně podporovala s lékařským komplexem moci/vědění, který byl představován lékařskými experty a který stanovoval, co je vhodné a nevhodné pro zdraví žen, a vůbec definoval, co lze pod „zdravím žen“ rozumět. Racionalitu, která tento typ *gouvernentality* prezentovala, je možno charakterizovat snahou maximalizovat ekonomickou produkci, vyjádřenou zejména makroukazateli těžkého průmyslu, a zároveň i reprodukci, vyjádřenou růstem (zdravé a „kvalitní“) populace. Ta byla vtělena do snahy centrálně ovládat reprodukční osudy žen.

Typ ženské subjektivity, který tato *gouvernentalita* vytvářela, je možné ve zkratce charakterizovat termínem „socialistická superžena“. Žena byla konstruována jako sice rovná muži ve sféře práce, ale stále sama zodpovědná za oblast reprodukce v soukromé sféře. Svě tělo měly ženy vnímat jako reprodukční nástroj; jako poddané lékařskému dohledu a intervenci nebo jako objekt, na který je aplikováno vědění. Ženy internalizující tento typ femininity se snažily co nejlepším způsobem zvládnout obě role a chápaly samy sebe jako odpovědné za reprodukci společnosti. Tím, jak reprodukovaly tyto normy subjektivity, umožňovaly v podstatě i reprodukci daného stavu.

Technologie a strategie, pomocí nichž byla totalitní *gouvernentalita* prosazována, pak konkrétně v této oblasti představovaly výše analyzované legislativní texty a zákonné regulace; praxe interrupčních komisí, ale také samotné lékařské zákroky v daných podmínkách. Ženy ve svých individuálních příbězích tyto praktiky pravděpodobně vnímaly

jako značně agresivní zásahy vyšší moci – státu – do svého života. Vláda tak byla prostřednictvím interrupčních opatření a praktik aplikovaná přímo na (ženské) tělo.

## Literatura

- Bachelard, G. 1970. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia*. Center for Reproductive Rights and Poradňa pre občianske a ľudské práva in consultation with Ina Zoon, 2003. Center for Reproductive Rights. Dostupné na: <http://reproductiverights.org/en/document/body-and-soul-forced-sterilization-and-other-assaults-on-roma-reproductive-freedom>. (Naposledy navštíveno: 1. 5. 2009).
- David, H. P., McIntyre, R. J. 1981. *Reproductive Behavior. Central and Eastern European Experience*. New York: Springer.
- Fialová, L. 2003. „Obrat ve vývoji umělé potratovosti.“ *Zpravodaj české demografické společnosti* (29): 1–3.
- Fidelis, M. 2008. „A Nation Strengthen Lies Not in Numbers.“ Destalinisation, Pronatalism and the Abortion law of 1956 in Poland.“ Pp. 203–216 in C. Kraft (ed.). *Geschlechterbeziehungen in Ostmitteleuropa nach dem zweiten Weltkrieg: Soziale Praxis und Konstruktionen von Geschlechterbildern*. Oldenbourg: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Foucault, M. 1999. *Les anormaux: Cours au Collège de France. 1974–1975*. Paris: Gallimard, Hautes Études.
- Foucault, M. 2003. *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France. 1973–1974*. Paris: Gallimard, Hautes Études.
- Foucault, M. 2004a. *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. 2004b. *Naissance de la biopolitique: Cours au Collège de France. 1978–1979*. Paris: Gallimard, Hautes Études.
- Fukalová, D. 1981. „Přednosti regulace menstruace z psychologického hlediska.“ *Československá gynekologie* 46 (6): 490–492.
- Giddens, A. 1991. *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Hamy, A.-S., Mayenga, J.-M., Grefenstette, I. et al. 2008. „Etude comparative sur les antécédents d'interruption volontaire de grossesse dans une population de femmes infertiles et dans une population de femmes accouchées.“ *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité* 36: 395–399.
- Hasmanová Marhánková, J. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů.“ *Biograf* (47): 56. Dostupné na: <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v4702>. (Naposledy navštíveno 28. 4. 2009).
- Heitlinger, A. 1979. *Women and State Socialism. Sex inequality in the Soviet Union and Czechoslovakia*. London: Macmillan Press.
- Heitlinger, A. 1984. *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. London: Macmillan Press.
- Hnátek, L. 1957. „O slovo se hlásí ženský lékař.“ *Literární noviny* VI (33): 9.
- Charta 77: Dokumenty*. 2007. Praha: Ústav pro soudobé dějiny AV ČR.
- Chen, A., Yuan, W., Meirik, O. et al. 2004. „Mifepristone-induced Early Abortion and Outcome of Subsequent Wanted Pregnancy.“ *American Journal of Epidemiology* 160 (2): 110–117.
- Jechová, K. 2008. „Cesta k emancipaci. Postavení ženy v české společnosti 20. století. Pokus o vymezení problému.“ Pp. 69–129 in O. Tůma, T. Vilímek (ed.). *Pět studií k dějinám české společnosti po roce 1945*. Praha: Ústav pro soudobé dějiny AV ČR.
- Kalinová, L. 2007. *Společenské proměny v čase socialistického experimentu. K sociálním dějinám v letech 1945–1969*. Praha: Academia.
- Lascoumes, P. 2004. „La Gouvernamentalité: de la critique de l'État aux technologies du pouvoir.“ *Le Portique* (12–13): Retrieved Access Date, Access 2004. Dostupné z: <http://le-portique.revues.org/document625.html#global>.
- Lemke, T. 2007. „An Indigestible Meal? Foucault, governmentality and state theory.“ *Distinktion* 15: 43–64.
- Ludwig, G., Wohl, S. 2009. *Governmentality and Gender: Current transformations of gender regimes revisited from a Foucauldian perspective*. ECPR Conference on Gender and Politics. Belfast, UK.
- Malette, S. 2006. *La gouvernementalité chez Michel Foucault*. MA thesis. Faculté de philosophie. Quebec: Université Laval.
- Musilová, D. *Z ženského pohledu. Poslankyně a senátorky Národního shromáždění Československé republiky 1918–1939*. České Budějovice, Hradec Králové: Veduta.
- Nechemias, C. 2009. *Russia's Drift towards Authoritarianism: The Impact on Women's Reproductive Rights*. ECPG Conference Gender and Politics. Belfast, UK.
- Radvanová, S., Nezkusil, J., Novotný, O. 1957. „Pro zdraví žen.“ *Literární noviny* VI (27): 9. 6/7/1957.
- Scott, H. 1974. *Does Socialism Liberate Women? Experiences from Eastern Europe*. Boston: Beacon Press.
- Shilling, C. 1993. *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Sojka, J. 1966. „Problém nejen populační.“ *Vlasta* 9/11.
- Srb, V., Kučera, M., Vysušilová, D. 1961. „Průzkum manželství, antikoncepce a potratů (1959). 3. část.“ *Demografie* 3 (3): 209–222.
- Srb, V., Kučera, M., Vysušilová, D. 1961. „Průzkum manželství, antikoncepce a potratů (1959). 4. část.“ *Demografie* 3 (4): 311–330.
- Thorp, J. M., Hartmann, K. E., Shadigian, E. 2002. „Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: Review of the Evidence.“ *Obstetrical nad Gynecological Survey* 58 (1): 67–79.
- Tinková, D. 2004. *Hřích, zločin, šílenství v čase odkouzlování světa*. Praha: Argo.
- Turner, S. 1996. *The Body and Society*. Oxford: Blackwell.
- Voda, P. 1957. „Dvě rovnice.“ *Literární noviny* VI (34): 9. 24/8. *Vládní nařízení* 126/1962; 95/1964; 54/1966; 69/1973. *Vyhláška ministerstva zdravotnictví* 71/1957; 104/1961; 71/1973; 80/1980; 75/1986; 467/1992.



Witz, A. 2000. „Whose Body Matters? Feminist sociology and the Corporeal Turn in Sociology and Feminism.“ *Body and Society* 6 (1): 1–24.

*Zákon o umělém přerušení těhotenství 66/1986 Sb.*

*Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizací prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě.*

Veřejný ochránce práv, Brno. 2005. Dostupné na: <http://www.ochrance.cz/documents/doc1135861291.pdf>. (Naposledy navštíveno 1. 5. 2009).

### Poznámky

**1** Tento text byl vytvořen v rámci výzkumného projektu „Sexual and Bodily Citizenship and Feminist Body Politics in a Multicultural Europe“, který je dílčím tématem projektu FEMCIT (Gendered Citizenship in Multicultural Europe: the Impact of the Contemporary Women's Movements), financovaném 6. rámcovým programem Evropské Unie, Priority 7, Networks of Excellence and Integrated Projects: Citizens and Governance in a Knowledge-based society, 2007–2011 (i.č. 028746).

**2** Trestní zákoník z roku 1950 pouze umožnil medicínsky indikovaný potrat v případě, že těhotenství ohrožovalo život ženy nebo by jí způsobilo trvalé vážné zdravotní následky, případně byla prokázána dědičná choroba rodičů.

**3** Průměrná měsíční hrubá mzda zaměstnanců/kyň v civilním sektoru v roce 1955 činila 1192 Kčs. (ČSÚ, [http://www.czso.cz/csu/2001edicniplan.nsf/t/130032A12A/\\$File/t11.pdf](http://www.czso.cz/csu/2001edicniplan.nsf/t/130032A12A/$File/t11.pdf)).

**4** Expertní rozhovor s Miladou Bartošovou, květen 2008.

**5** Expertní rozhovor 17. 12. 2008.

**6** Expertní rozhovor 17. 12. 2008.

**7** E-mailová komunikace s Ludmilou Fialovou, 14. 1. 2009.

**8** „Proto je třeba využít všech prostředků k tomu, aby rodiče pochopili smysl plánovaného rodičovství, aby se snažili o regulaci porodnosti a také o to, aby své děti řádně vychovali ve zdravé, šťastné a společnosti platné občany. ... Pokud je sterilizace nejen v zájmu ženy, ale i v zájmu kvality populace, může jí okres-

ní národní výbor poskytnout příspěvek, a to diferencovaně podle celkové situace žadatele.“ (Příručka Ministerstva práce a sociálních věcí ČSR *Práce s cikánským obyvatelstvem*, 1976. Kapitola „Zdravotně výchovná péče o cikánské občany“. Cit. podle *Závěrečné stanovisko* 2005.)

**9** „...Výrazně se zlepšila péče o matku a dítě. Přes tyto klady je stále vysoká a nežádoucí natalita provázena nárůstem mentálně defektní mládeže. Právě oligofreničky z řad cikánské populace mají největší počet dětí a zásobují tak nejen zvláštní školy, ale především ÚSP. Zdravotnická propaganda se zaměřila i zde na možnost sterilizace a omezení těchto negativních jevů.“ (Nedatovaný návrh zprávy Západočeského krajského národního výboru o plnění usnesení vlády č. 279/1970 za léta 1971–1974, cit. podle *Závěrečné stanovisko* 2005.)

**10** Ze soukromého rozhovoru s prof. Miroslavem Mertou, CSc., nefrologem 1. Lékařské fakulty UK, vyplynulo, že v 70.–80. letech existoval projekt, který měl vést k vymizení specifické dědičné choroby z československé populace. Všem rodičům, kteří byli nositeli daného genu, bylo nabízeno genetické vyšetření a při prokázání nemoci pak interrupce (ve 22.–24. týdnu těhotenství). Lékaři přitom zpravidla velmi tlačili na to, aby tato možnost byla využita. V tomto případě se přitom jedná o chorobu, která je dobře slučitelná s kvalitním životem.

Radka Dudová, Ph.D. je od roku 2001 členkou týmu *Gender a sociologie Sociologického ústavu AV ČR*, v. v. i. Ve své odborné práci se zaměřuje na problematiku změn v oblasti soukromého života a pracovního trhu, zejména v postavení žen a mužů v rodině a v práci, na vznik nových typů soužití a nových rodinných strategií. V současnosti působí jako postdoktorandka v rámci projektu „Sexuální a tělesné občanství a feministická politika těla v multikulturní Evropě“ (FEMCIT) na Leidenské univerzitě v Nizozemsku.