

## **Dynamika obyvatelstva (5.)**

### **POTRATOVOST**

Potraty **úzce souvisejí s oběma základními demografickými procesy:**

- s *úmrtností* (jde vlastně o prenatální úmrtnost),
- s *plodností* (forma redukce, omezení plodnosti).

Za potrat se považuje **ukončení těhotenství respektive porod plodu** v takovém vývojovém stádiu, když *plod není schopen* ani s pomocí moderních přístrojů *samostatně žít*.

**Definice pojmů** (podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 11 ze dne 22.1.1988):

- **potratem** se rozumí *ukončení těhotenství ženy*, při němž:
  - plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů;
  - plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu;
  - z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.

Potratem se rozumí též *ukončení mimoděložního těhotenství* anebo *umělé přerušeni těhotenství* (dále UPT) *provedené podle zvláštních předpisů*.

Pro připomenutí:

- **narozením živého dítěte** se rozumí jeho *úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina*, jestliže *projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnosti*
  - 500 g a vyšší nebo
  - nižší než 500 g a přežije-li 24 hodin po porodu.

Známkami života se rozumějí:

- *dech* nebo
- *akce srdeční* nebo
- *pulsace pupečnicku* nebo
- *aktivní pohyb svalstva*, i když pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena.
- **narozením mrtvého dítěte** se rozumí *úplné vypuzení nebo vynětí z těla matčina*, jestliže *plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost 1000 g a vyšší*.  
(má-li nižší hmotnost a neprojevuje známky života, jde o *potrat*)

Statisticky se rozeznávají:

- a) **samovolné (spontánní) potraty**,
- b) **potraty na žádost (interrupce, UPT)** – jejich podíl na celkovém počtu potratů se v ČR dlouhodobě pohybuje *mezi 70 až 90%*,
- c) **ostatní potraty** (ojedinělé případy, kdy je bezprostředně ohrožen život ženy a není čas vyřizovat žádost nebo potraty nejasné etiologie)
- d) samostatně se také eviduje *umělé přerušeni mimoděložního těhotenství* - v letech 1987-91 byla mimoděložní těhotenství zahrnuta do UPT, od roku 1992 do ostatních potratů.

Samovolné a indukované potraty jsou svou **biologickou podstatou rozdílné**:

- *samovolné potraty* představují proces úmrtosti podmíněný biologicky,
- *indukované potraty* jsou biologicky v naprosté většině normálně se vyvíjející těhotenství, jejichž frekvence závisí především na legální možnosti těhotenství přerušit.

**Potratovost** se v populačním smyslu považuje za proces, který **negativně ovlivňuje**

**reprodukční proces**, protože *snižuje intenzitu porodnosti*. Růst potratovosti úzce souvisí s řadou *faktorů*, uvést lze např.:

- socioekonomické,
- kulturními,
- demografické.

*Potratovost je ovlivněna vztahy* s životní úrovní obyvatelstva, industrializací a urbanizací, úrovní zdravotnictví a hygieny, rozšířením antikoncepčních metod a prostředků, postavením ženy ve společnosti, náboženstvím, morálkou, věkovou strukturou obyvatelstva atd.

Vzhledem k uvedenému negativnímu vlivu potratovosti na reprodukci obyvatelstva je nutné **poznání příčin tohoto procesu považovat za velmi závažnou problematiku**.

### **Ukazatele potratovosti**

Kromě údaje o **počtu potratů** v *absolutním vyjádření* se k popisu úrovně potratovosti používá vícero *odvozených relativních měr*:

- nejjednodušší z nich je **hrubá míra potratovosti**, která se definuje jako *poměr počtu všech potratů a středního stavu obyvatelstva v daném roce*:

$$\text{hmpo} = \frac{A}{P} \cdot 1000$$

- kde:
- hmpo = hrubá míra potratovosti,
  - A = počet potratů,
  - P = střední stav obyvatel.

Pokud v čitateli použijeme *početnost potratů podle jednotlivých druhů*, získáme:

- **hrubou míru spontánní potratovosti**,
- **hrubou míru indukované potratovosti**.

Hrubé míry potratovosti jsou **nepřesné** ve stejném smyslu jako hrubá míra porodnosti, neboť jen velmi *malá část populace – pouze těhotné ženy – jsou skutečně ohroženy rizikem samovolného potratu, respektive mohou žádat o interrupci*.

Při hlubším studiu potratovosti porovnáváme počet potratů *se skupinami obyvatelstva, které mají v porovnání s celkovým počtem obyvatel k tomuto procesu silnější vztah*. K jejich vymezení lze přistoupit **dvojím způsobem** – proces potratovosti můžeme analyzovat metodicky buď jako:

- *proces úmrtnosti* = soubor žijících tvoří populace těhotných (pro zjednodušení výpočtu je lze nahradit počtem narozených nebo počtem ukončených těhotenství), soubory událostí představují potraty, časovou proměnnou je délka těhotenství (ukazatelé index potratovosti, podíl potratů ze 100 ukončených těhotenství),
- *proces porodnosti* – v tomto případě se ukazatele definují stejným způsobem jako míry plodnosti a potraty se vztahují k *počtu žen v reprodukčním věku* (obecná míra potratovosti, specifické míry potratovosti)

### **Ukazatele prvního typu (= úmrtnost)**

- **index potratovosti porovnává počet potratů a narozených v daném roce**:

$$\text{ipo} = \frac{A}{N} \cdot 100$$

- kde:
- ipo = index potratovosti,
  - A = počet potratů,
  - N = počet narozených.

Podle specifikace údajů v čitateli lze počítat:

- *index potratovosti pro všechny potraty*,
- *index potratovosti pro samovolné potraty*,
- *index potratovosti pro indukované potraty*;

podobně lze ve jmenovateli použít pouze počet živě narozených.

- podobným způsobem se sestavuje **podíl potratů na 100 ukončených těhotenství** - ten porovnává počet potratů a počet ukončených těhotenství v daném roce:

$$\text{ipo}_t = \frac{A}{t} \cdot 100$$

- kde:
- $\text{ipo}_t$  = podíl potratů na 100 ukončených těhotenství,
  - A = počet potratů,
  - t = úhrn těhotenství (součet narozených celkem a potratů celkem).

I tento ukazatel lze *samostatně počítat* pro samovolné potraty, interrupce nebo potraty celkem.

#### Ukazatele druhého typu (= plodnost)

- základním ukazatelem je **obecná míra potratovosti** daná jako *podíl počtu potratů a počtu žen v reprodukčním věku*:

$$\text{po} = \frac{A}{F_{15-49}} \cdot 1000$$

- kde:
- po = obecná míra potratovosti,
  - A = počet potratů,
  - $F_{15-49}$  = počet žen v reprodukčním věku.

Také u této míry se často *odlišuje ukazatel pro samovolné a indukované potraty*.

- ukazatel **míry potratovosti podle věku** je obdobou obecné míry potratovosti aplikované na jednotlivé věkové kategorie žen:

$$\text{po}_x = \frac{A_x}{F_x} \cdot 1000$$

- kde:
- $\text{po}_x$  = míra potratovosti podle věku,
  - $A_x$  = počet potratů u žen ve věku x,
  - $F_x$  = počet žen ve věku x.

- **úhrnná potratovost** – jde o *úhrn měř potratovosti podle věku*, udává *průměrný počet potratů připadajících na jednu ženu*.
- nejpresnější ukazatel z hlediska postižení *intenzity potratovosti v závislosti na věku ženy* představuje **index potratovosti podle věku** (v podstatě jde o ukazatel prvního typu), který *počet potratů vztahuje pouze k těhotným ženám, jejichž počet se v praxi nahrazuje počtem narozených*:

$$ipo_x = \frac{A_x}{N_x} \cdot 100$$

- kde:
- $ipo_x$  = index potratovosti podle věku,
  - $A_x$  = počet potratů u žen ve věku  $x$ ,
  - $N_x$  = počet narozených ženám ve věku  $x$ .

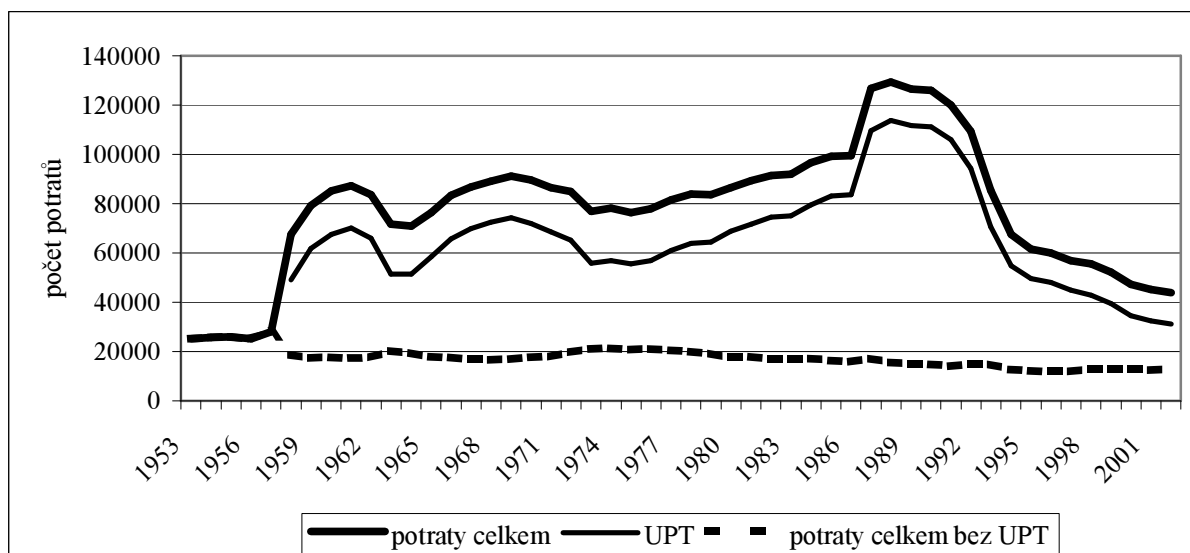
### Legislativní postavení UPT

Ač bylo UPT známé už ve *starověku*, většina historicky známých společností se k umělým potratům stavěla negativně. Zejména v oblastech, kde byl *silný vliv katolické církve*, bylo provedení umělého potratu považováno za zločin a přísně trestáno.

**Legalizace potratů**, tedy vytvoření zákonných norem pro odborné zákroky, se uskutečnila až **ve 20. století**. Prvním státem, kde bylo uzákoněno umělé přerušování těhotenství na žádost ženy, byl v roce 1920 *Sovětský svaz*.

### Vývoj legislativní úpravy interrupcí v ČR:

- **UPT bylo povoleno** v roce 1950 zákonem č. 86/1950 Sb., který připouštěl jako jediný důvod interrupce *zdravotní příčiny*; následně byla od roku 1953 zavedena i *statistika potratů*, do té doby se pracuje pouze s *odhady*;
- **roku 1958** vstoupila v platnost nová úprava potratovosti (zákon č. 68/1957 Sb.) – kromě zdravotních důvodů se interrupce povolovaly i ze *sociálních důvodů*, důsledkem byl okamžitý velmi *razantní nárůst počtu potratů* – viz obr. 1;
- **nařízení z let 1962 a 1973** – mírné zpřísnění potratové legislativy:
  - roku **1962** bylo povoleno potratu v každém okrese v rukou tzv. *interrupční komise*, avšak zhruba 90% žádostí byla vyřizována kladně, většina potratů byla uskutečňována ze sociálních důvodů,
  - roku **1973** byly přesněji *specifikovány důvody pro přerušování těhotenství* (ženy starší než 40 let, nejméně tři žijící děti, bytová nebo finanční tíseň),
 důsledkem obou popsanych omezení byly *mírné poklesy počtu potratů* – viz obr. 1, v polovině 70. let je pokles počtu potratů potřeba přičíst i dominujícímu *pronatalitnímu klimatu*;
- **v roce 1986** byla přijata nová zákonná úprava (zákon č. 66/1986 Sb.), která *přístup k potratům výrazně liberalizovala*:
  - byly *zrušeny potratové komise*, čímž byl pro všechny ženy umožněn *svobodný přístup k interrupcím až do 12. týdne těhotenství*,
  - byly *povoleny miniinterrupce* - metoda vakuové aspirace, tedy odsátí plodu z dělohy, která je šetrnější než klasické chirurgické metody;
 tato změna se opět promítla *prudkým růstem počtu potratů v druhé polovině 80. let*.



Obr. 1: Vývoj počtu potratů v ČR v období let 1953-2002  
 Pramen: Pohyb obyvatelstva v České republice za rok 2002 (www.czso.cz)

***Potratové chování v období mezi lety 1950-90***, typické pro celou oblast bývalého sovětského bloku, je nutné vnímat *v kontextu doby a vládnoucího totalitního systému. Příčiny vysoké potratovosti:*

- interrupce byly u nás povoleny v podstatě od roku 1958, tzn. *o mnoho let dříve, než začala být dostupná hormonální a nitroděložní antikoncepce*, vyráběná v ČSSR od roku 1966;
- *od počátku legalizace bylo UPT široce dostupné* - interrupce z jiných než zdravotních indikací byly prováděny za nízký poplatek na základě široce pojatých ekonomických či sociálních důvodů;
- pro celé období značného rozšíření UPT byla příznačná *absence společenské diskuse* týkající se nejen problematiky potratovosti, ale také otázek sexuálního chování, sexuální výchovy a antikoncepce – to přetrvalo i po počátečním nárůstu užívání hormonální a nitroděložní antikoncepce v 1. polovině 70. let, podíl žen ve fertilním věku používajících předepsanou antikoncepci až do počátku 90. let výrazně *nepřekročil hranici 20%*.

Díky uvedeným faktorům byly až ***do 80. let trendy umělé potratovosti inverzním odrazem trendů plodnosti.***

#### ***Moderní vývoj potratovosti v ČR v období po roce 1990***

***Nejvyšší úroveň potratovosti byla dosažena v roce 1988*** (počet UPT = 113 730), poté se začaly počty potratů i míry potratovosti snižovat. Tento trend je charakteristický pro *celé sledované období do roku 2001*. Největší pokles měr potratovosti, způsobený především rapidní redukcí počtu umělých potratů, nastal ***v letech 1992-95*** => tehdy došlo k ***poklesu úhrnné potratovosti na méně než polovinu hodnoty z roku 1991.***

V roce 2001 bylo registrováno necelých *33 tisíc interrupcí, nejméně od liberalizace legislativy v roce 1957*. Od roku 2000 se *úhrnná umělá potratovost snížila pod úroveň 0,5 interrupcí na jednu ženu*, tj. na méně než třetinu stavu z roku 1988 (1,56).

Tab. 1: Potratovost v letech 1990-2001

Ukazatel	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Interrupce (bez MDT)	109 375	94 180	54 836	49 531	48 086	45 022	42 959	39 382	34 623	32 528
Samovolné potraty	14 772	13 401	11 109	10 571	10 296	10 392	11 128	11 173	11 300	11 116
Ostatní potraty	15	19	11	12	20	7	12	12	15	2
Mimoděložní těhotenství	1 893	1 681	1 478	1 476	1 560	1 552	1 555	1 536	1 432	1 411
Hlášené potraty celkem (bez MDT)	124 162	107 600	65 114	60 114	58 402	55 421	54 099	50 567	45 938	43 646
Narození celkem	131 094	122 142	106 915	96 397	90 763	90 930	90 829	89 774	91 169	90 978
Počet ukončených těhotenství	257 149	231 423	174 349	157 987	150 725	147 903	146 483	141 877	138 539	136 035
Na 100 narozených (bez MDT)										
Interrupce	83,4	77,1	51,3	51,4	53,0	49,5	47,3	43,9	38,0	35,8
Samovolné potraty	11,3	11,0	10,4	11,0	11,3	11,4	12,3	12,4	12,4	12,2
hlášené potraty celkem	94,7	88,1	61,7	62,4	64,3	60,9	59,6	56,3	50,4	48,0
Interrupce ze 100 ukončených těhotenství	42,5	40,7	31,4	31,4	31,9	30,4	29,3	27,8	25,0	23,9
Interrupce ze zdravotních důvodů	9 533	10 332	13 217	11 838	11 036	9 709	8 896	7 756	6 472	.
jako podíl ze všech interrupcí (%)	8,7	11,0	24,1	23,9	23,0	21,6	20,7	19,7	18,7	.
Miniinterrupce	87 933	77 566	46 609	41 735	40 333	37 882	35 752	32 579	28 418	.
jako podíl ze všech interrupcí (%)	80,4	82,4	85,0	84,3	83,9	84,1	83,2	82,7	82,1	.
Úhrnná umělá potratovost	1,54	1,32	0,75	0,68	0,65	0,61	0,58	0,53	0,47	0,44
Úhrnná samovolná potratovost	0,21	0,19	0,15	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,15	0,15
Úhrnná plodnost	1,89	1,72	1,44	1,28	1,18	1,17	1,16	1,13	1,14	1,14
Úhrnná intenzita ukončených těhotenství včetně MDT	3,67	3,25	2,37	2,12	2,00	1,94	1,91	1,83	1,77	1,74

Poznámky: pokud není uvedeno jinak, jsou všechna data bez zahrnutí mimoděložních těhotenství  
MDT - mimoděložní těhotenství

Pramen: Z. PAVLÍK a kol., Populační vývoj ČR 1990-2002, UK Praha, 2002, s. 50

**Devadesátá léta 20. století tak představují radikální přechod od socialistické éry**, kdy byly umělé potraty vnímány jako běžná metoda dodatečného zabránění nechtěným těhotenství, k situaci, kdy hlavní důraz je kladen na *prevenci*, tedy na *užívání spolehlivé antikoncepce*. Interrupce dnes slouží spíše jako nouzové východisko z krizové situace.

Vzhledem k tomu, že v průběhu 90. let poklesla plodnost i potratovost, došlo k podstatné *redukci počtu ukončených těhotenství*.

**Výrazná redukce úrovně umělé potratovosti se postupně projevila:**

- *v poklesu ukazatele počtu interrupcí na 100 narozených* – ukazatel se snižoval především na počátku 90. let (z 85 v roce 1989 na 51 v roce 1994);
- o dlouhodobě se snižujícím podílu nechtěných těhotenství svědčí také pokles *podílu interrupcí na celkovém počtu ukončených těhotenství* (v roce 2001 méně než ¼);
- *po roce 1987 došlo k rychlému rozšíření potratů prováděných jako tzv. miniinterrupce* – podíl miniinterrupcí, zpoplatněných méně než ostatní metody, se pohybuje od počátku 90. let na úrovni *přes 80%* ze všech provedených umělých potratů.
- *ve zvýšení podílu samovolných potratů na celkové potratovosti* - mírný *vzestup počtu samovolných potratů na 100 narozených po roce 1994* nebyl projevem zhoršování zdravotního stavu těhotných žen, ale spíše posunu rození dětí do vyššího věku, kdy roste také riziko samovolného potratu;
- *skokový vzestup podílu interrupcí provedených ze zdravotních důvodů na dvojnásobek* mezi lety 1992 a 1993 (z 11% na 23%) také nesouvisel se zdravotním stavem žen, ale se „sociálním citěním“ některých lékařů, kteří po zavedení poplatku za interrupci provedenou z jiných než zdravotních důvodů takto „osvobodili“ část žen od jejich zaplacení.

### **Příčiny poklesu potratovosti v 90. letech:**

- nejdůležitějším faktorem snižování úrovně umělé potratovosti bylo *rozšíření moderní antikoncepce* (především hormonální) – zatímco v roce 1990 používalo lékařem předepsanou antikoncepci jen 17% žen, v roce 2000 to již bylo 39% žen fertillního věku.
- propad intenzity potratovosti byl urychlen *zpoplatněním interrupcí od roku 1993*, pouze potraty provedené ze zdravotních důvodů jsou nadále prováděny bezplatně;

**Z mezinárodního srovnání je zřejmé, že úrovní umělé potratovosti již ČR náleží mezi vyspělé evropské země.** Naše údaje navíc vycházejí z úplné registrace potratů, která spíše znevýhodňuje pozici České republiky mezi ostatními zeměmi, jejichž údaje jsou často neúplné.

Tab. 2: Úhrnná umělá potratovost ve vybraných evropských zemích kolem roku 1990 a 2000

Stát	2000	1990	Podíl žen do 25 let (%) <sup>*)</sup>	Stát	2000	1990	Podíl žen do 25 let (%) <sup>*)</sup>
Belgie	0,18 (1998)	.	45,0	Velká Británie	0,51 (1998)	0,41 (1992)	52,5
Španělsko	0,19 (1999)	0,13	44,1	Švédsko	0,56	0,65	42,8
Německo	0,24 (1999)	0,20 (1992)	38,1	Slovinsko	0,58	0,96	29,8
Nizozemsko	0,25	0,18 (1992)	43,9	Litva	0,59	.	30,7
Itálie	0,33 (1998)	0,40	32,4	Maďarsko	0,83	1,22	35,5
Finsko	0,33 (1999)	0,34	45,2	Lotyšsko	1,04	.	33,2
Francie	0,36 (1997)	0,37 (1992)	37,4	Bulharsko	1,25 (1999)	2,37	37,7
Dánsko	0,45 (1999)	0,50 (1992)	38,1	Estonsko	1,33	.	36,8
Slovensko	0,45	1,23	28,8	Rumunsko	1,51	6,07	29,2
ČR	0,47	1,54	28,7	Bělorusko	2,04 (1997)	.	35,6
Norsko	0,49	0,49 (1991)	48,7				

Poznámky: <sup>\*)</sup> podíl na úhrnné umělé potratovosti kolem roku 2000

kromě ČR a SR jsou ukazatele počítány z měr umělé potratovosti za pětileté věkové skupiny žen

Pramen: Z. PAVLÍK a kol., Populační vývoj ČR 1990-2002, UK Praha, 2002, s. 55

V roce 1990 byla *Evropa úrovní potratovosti zřetelně rozdělena na východ a západ:*

- v severní, západní a jižní Evropě úhrnná umělá potratovost zřídka kdy přesahovala hodnotu 0,5;
- v postkomunistické střední a východní Evropě naopak málokdy klesla pod úroveň 1,0.

*V některých východoevropských zemích byla úroveň potratovosti zvláště vysoká:*

- krátce po legalizaci potratového zákonodárství a při naprosto nedostatečné znalosti a dostupnosti moderní antikoncepce dosáhla úhrnná umělá potratovost v Rumunsku v roce 1990 hodnoty více než 6 potratů na jednu ženu,
- podobně vysoká byla úhrnná umělá potratovost podle některých odhadů také v Rusku a v dalších evropských republikách bývalého Sovětského svazu.

V zemích Evropské unie a v Norsku se v 90. letech intenzita potratovosti příliš neměnila, téměř ve všech východoevropských zemích byl zaznamenán její silný pokles – detailní údaje viz v tab. 2.

Přestože úroveň umělé potratovosti je již v ČR poměrně nízká, *složení interrupcí zde stále připomíná předchozí socialistický model potratového chování:*

- v západoevropských zemích případně značná část umělé potratovosti na ženy do 25 let (typicky kolem 40%, ve Velké Británii dokonce 53%),
- v ČR (a obdobně i na Slovensku, ve Slovinsku a v Rumunsku) je to stále méně než 30%.



Obr. 2: Míry potratovosti podle věku v ČR v roce 2002  
 Pramen: Pohyb obyvatelstva v České republice za rok 2002 (www.czso.cz)

Názorně je projev této skutečnosti znázorněn v obr. 2, z něž vyplývá **vrchol intenzity umělé potratovosti v ČR ve věku 29-31 let**. Lze konstatovat, že pravděpodobně jde spíše o *dočasný efekt generační změny v potratovém chování*:

- zatímco *generace žen narozených po roce 1975* si zvykly používat moderní antikoncepci od počátku svého sexuálního života,
- *ženy narozené o 5 či 10 let dříve* se brání nechtěnému těhotenství méně často a odmítají narození nechtěného dítěte spíše interrupcí; tomu odpovídá i skutečnost, že interrupce podstupuje řada vdaných žen opakovaně.

Protože je nepravděpodobné, že by se mladší generace odklonily od používání efektivních prostředků zabránění těhotenství, **zdá se, že s postupující generační obměnou se i charakteristiky umělé potratovosti přiblíží logičtější struktuře** – většina interrupcí se pak bude týkat *mladých, neprovdaných a bezdětných žen, které nikdy žádnou interrupci nepodstoupily*.

### Závěr

**Úroveň umělé potratovosti klesala v Česku výrazněji než v ostatních postkomunistických zemích střední Evropy s výjimkou Polska**, kde došlo na nátlak katolické církve a konzervativních politických kruhů od roku 1993 k téměř úplnému zákazu provádění interrupcí.

Podstatné je také konstatovat, že **po celé období poklesu úrovně potratovosti byla v ČR zachována liberální potratová legislativa**, politické pokusy o omezení přístupu žen k interrupcím byly spíše ojedinělé. Je proto zřejmé, že hladinu potratovosti lze drasticky snížit i bez použití restriktivních zákonů, tedy při **respektování práva žen rozhodnout o osudu svého těhotenství**.