

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*.

V jiném případě - má-li „narozené dítě“ 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%*, z celkového počtu UPT se ještě zvlášť vyčleňují tzv. *miniinterrupce* (umělé přerušeni těhotenství v nejranějším stádiu),
- 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 (v publikaci „Pohyb obyvatelstva“ je počet umělých přerušeni mimoděložních těhotenství zařazen právě do této kategorie).

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

- *samovolné potraty* představují proces úmrtnosti 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* (vzhledem k tomu je studium potratovosti významnou součástí demografie). Velikost potratovosti úzce souvisí s řadou *faktorů*, uvést lze např.:

- socioekonomické,
- kulturními,
- demografické,
- *legislativní* (potratová legislativa).

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.

Ukazatele potratovosti

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

- 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* – metodicky přesnější), soubory událostí představují *potraty*, časovou proměnnou je délka těhotenství (ukazatelé index potratovosti, podíl potratů ze 100 ukončených těhotenství);

jinými slovy: v tomto případě analyzujeme potratovost vzhledem k *událostem*, pro něž představuje *potrat jednu ze tří možných forem ukončení*;

- **proces porodnosti** – v tomto případě se ukazatele definují stejným způsobem jako míry plodnosti a potraty se vztahují k nositelům události, tzn. k *počtu žen v reprodukčním věku* (obecná míra potratovosti, specifické míry potratovosti);

jinými slovy: v tomto případě analyzujeme potratovost vzhledem k *osobám*, jež jsou *potenciálním potratem ohroženy*.

Ukazatele prvního typu (= úmrtnost)

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

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

- 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:

$$ipo_t = \frac{A}{t} \cdot 100$$

- kde:
- 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.

Srovnáme-li vzájemně velikost ipo a ipo_t, lze konstatovat, že *ipo_t je vždy systematicky nižší* (t je vždy větší než N).

Ukazatele druhého typu (= plodnost)

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

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

- kde:
- po = obecná míra potratovosti,
 - A = počet potratů,
 - F₁₅₋₄₉ = počet žen v reprodukčním věku.

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

Dalším ukazatelem potratovosti (stojícím mimo výše uvedené typy) je **úhrnná potratovost** – ten udává *průměrný počet potratů připadajících na jednu ženu* (v podstatě jde o *úhrn měr potratovosti podle věku* = analogie specifických měr plodnosti a úhrnné plodnosti).

Ukazatele potratovosti lze také vztáhnout k **věku žen**, jimž se potraty udály:

- *index potratovosti podle věku*
- *míra potratovosti podle věku*

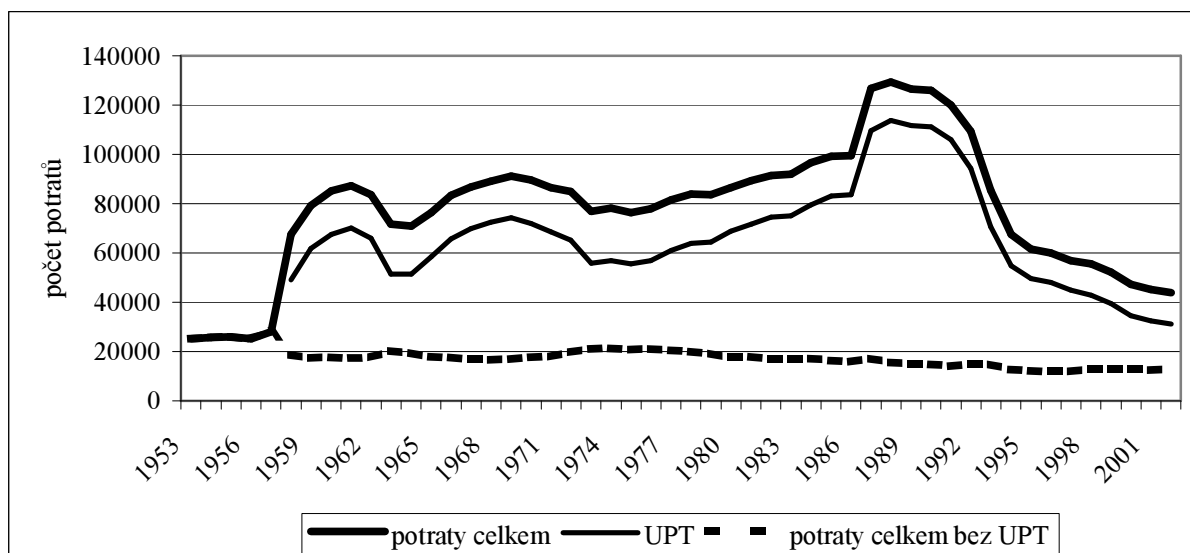
Legislativní postavení UPT

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 přerušení 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 přerušení 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

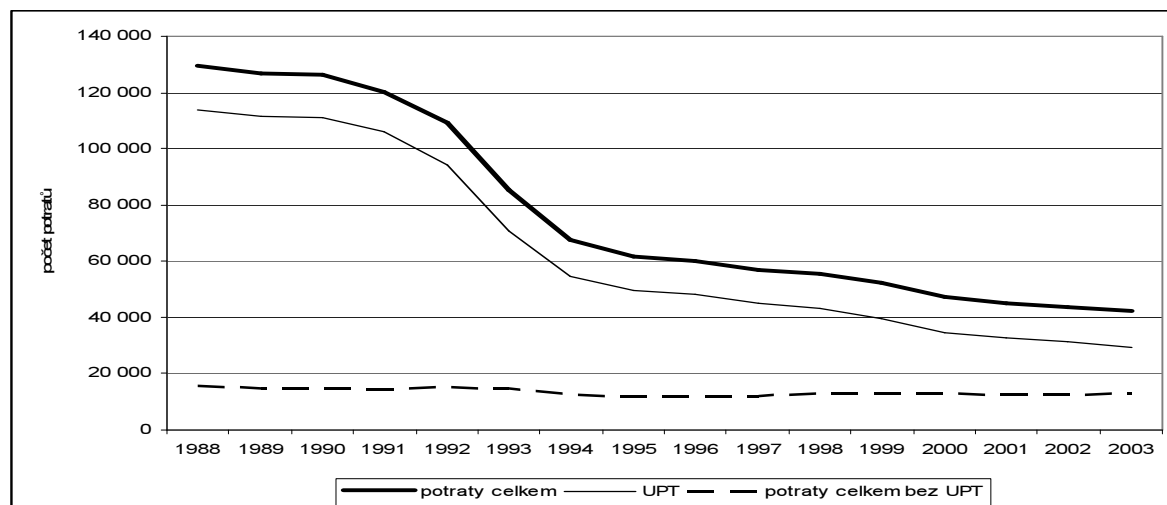
Nejvyšší úroveň potratovosti byla dosažena v roce 1988 (počet UPT = 113 730), poté se začaly počty potratů i míry potratovosti snižovat. Tento trend je charakteristický pro *celé sledované období až do současnosti (roku 2003)*. Největší pokles měř potratovosti, způsobený především *rapidní redukcí počtu umělých potratů*, nastal **v letech 1992 - 95** => tehdy došlo k *poklesu úhrnné potratovosti na méně než polovinu hodnoty z roku 1991*. Blíže viz údaje v tab. 1 a obr. 2.

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

Tab. 1: Potratovost v letech 1990-2001

Ukazatel	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Interrupce (bez MDT)	109 375	94 180	54 836	48 086	42 959	34 623	32 528	31 142	29 298
Samovolné potraty	14 772	13 401	11 109	10 296	11 128	11 300	11 116	11 256	11 660
Ostatní potraty	15	19	11	20	12	15	2	1 345	1 346
Mimoděložní těhotenství	1 893	1 681	1 478	1 560	1 555	1 432	1 411		
Hlášené potraty celkem (bez MDT)	124 162	107 600	65 114	58 402	54 099	45 938	43 646	43 743	42 304
Narození celkem	131 094	122 142	106 915	90 763	90 829	91 169	90 978	93 047	93 957
Počet ukončených těhotenství	257 149	231 423	174 349	150 725	146 483	138 539	136 035	136 790	136 261
Index potratovosti (bez MDT)									
interrupce	83,4	77,1	51,3	53,0	47,3	38,0	35,8	33,5	31,2
samovolné potraty	11,3	11,0	10,4	11,3	12,3	12,4	12,2	12,1	12,4
hlášené potraty celkem	94,7	88,1	61,7	64,3	59,6	50,4	48,0	47,0	45,0
Interrupce ze 100 ukončených těhotenství	42,5	40,7	31,4	31,9	29,3	25,0	23,9	22,8	21,5
Interrupce ze zdravotních důvodů	9 533	10 332	13 217	11 036	8 896	6 472	6 019	5 606	5 385
jako podíl ze všech interrupcí (%)	8,7	11,0	24,1	23,0	20,7	18,7	18,5	18,0	18,4
Miniinterrupce	87 933	77 566	46 609	40 333	35 752	28 418	26 253	25 147	23 325
jako podíl ze všech interrupcí (%)	80,4	82,4	85,0	83,9	83,2	82,1	80,7	80,7	79,6
Úhrnná umělá potratovost	1,54	1,32	0,75	0,65	0,58	0,47	0,44	.	.
Úhrnná samovolná potratovost	0,21	0,19	0,15	0,14	0,15	0,15	0,15	.	.
Úhrnná plodnost	1,89	1,72	1,44	1,18	1,16	1,14	1,14	.	.
Úhrnná intenzita ukončených těhotenství včetně MDT	3,67	3,25	2,37	2,00	1,91	1,77	1,74	.	.

Pramen: Z. PAVLÍK a kol., Populační vývoj ČR 1990-2002, UK Praha, 2002, s. 50
 Pohyb obyvatelstva v ČR v roce 2002, 2003, ČSÚ Praha, 2003, 2004



Obr. 2: Vývoj počtu potratů v ČR v období let 1988-2003

Pramen: Pohyb obyvatelstva v České republice za rok 2003 (www.czso.cz)

Výrazná **redukce úrovně umělé potratovosti se postupně projevila** (viz tab. 1):

- v poklesu indexu umělé potratovosti – 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 (z 2/5 na počátku 90. let na zhruba 1/5 v roce 2003);
- 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 kolem 80 % ze všech provedených umělých potratů;

- ve zvýšení podílu samovolných potratů na celkové potratovosti - mírný vzestup indexu samovolné potratovosti po roce 1994 (vzestup z cca 10,5 až 11,0 na 12,5) 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 cítěním“ některých lékařů, kteří po zavedení poplatku za interrupci provedenou z jiných než zdravotních důvodů takto „osvobodili“ část žen od jejich zaplacení.

V roce 2003 tak bylo registrováno pouze *něco málo přes 29 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).

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.

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 fertálního věku.
- propad intenzity potratovosti byl urychlen *zpoplatněním interrupcí od roku 1993*, pouze potraty provedené ze zdravotních důvodů jsou nadále prováděny bezplatně;

Z mezinárodního srovnání (viz tab. 2) **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 (%) ^{*)}	Stát	2000	1990	Podíl žen do 25 let (%) ^{*)}
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	Slovensko	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: ^{*)} 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.

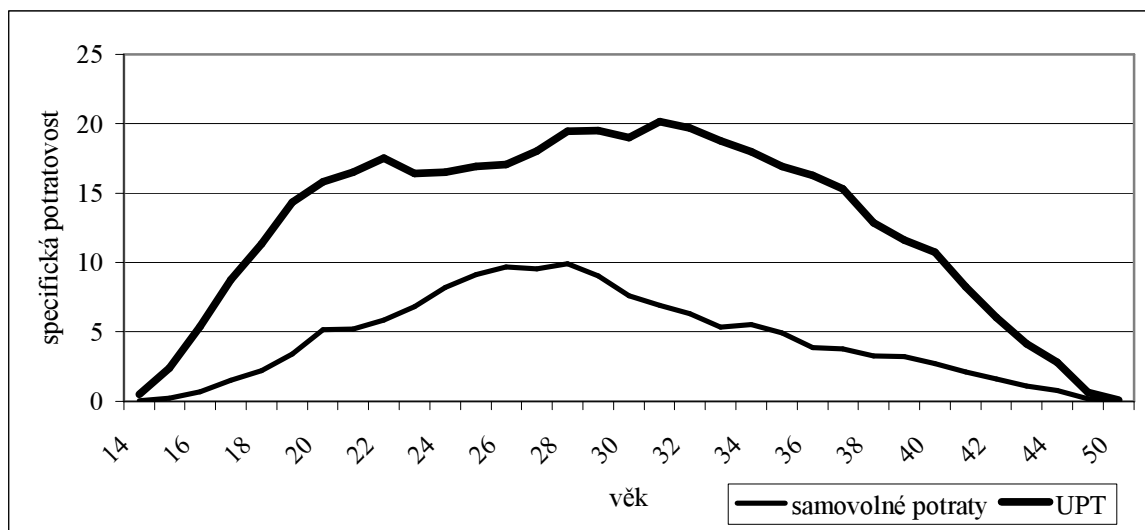
V některých východoevropských zemích byla úroveň potratovosti zvláště vysoká:

- 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 téměř 53 %),
- v ČR (a obdobně i na Slovensku, ve Slovinsku a v Rumunsku) je to stále méně než 30 %.



Obr. 3: 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. 3, 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.***