

Potrat představuje jeden ze způsobů ukončení těhotenství. Česká statistika rozlišuje čtyři druhy potratu: samovolný, interrupce, ostatní a ukončení mimoděložního těhotenství. Z českých legislativních norem vyplývá povinnost hlásit všechny druhy potratů, čímž se Česká republika řadí na přední místo ve světě z hlediska úplnosti jejich registrace. Podle mezinárodního srovnání úrovně potratovosti se však jedná spíše o nevýhodu, neboť statistika potratovosti většiny států je podhodnocená a jejich výsledné srovnávací ukazatele udávají hodnoty nižší než odpovídá skutečnosti. V předkládané analýze byla použita data z publikace Českého statistického úřadu Pohyb obyvatelstva, zahrnující na rozdíl od údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) potraty všech žen s trvalým pobytem v ČR, tj. včetně cizinek.

Analýze potratovosti byla v demografické literatuře věnována mnohem menší pozornost než studiu plodnosti. Zatímco rození dětí je považováno za přirozený projev lidské reprodukce, názory na potraty vždycky byly a dosud zůstávají nejednotné. V České republice bylo zjišťování počtu potratů znemožněno tím, že až do roku 1950 bylo podle trestního zákona každé umělé ukončení těhotenství trestné. Od roku 1950 bylo povoleno ukončit těhotenství v odborných zařízeních, ale jen ze zdravotních důvodů. Demografové se o problematiku potratovosti začali více zajímat až od roku 1958, kdy vstoupila zákonem č. 68/1957 Sb. v platnost nová právní úprava umožňující provedení interrupce na žádost ženy i ze sociálních důvodů. Tehdy se nárůst počtu interrupcí projevil v prudkém poklesu plodnosti žen a úroveň potratovosti tím nabyla na charakteru významné reprodukční ztráty. Až do poloviny 80. let vývoj úrovně plodnosti a potratovosti spolu úzce souvisel. Výkyvy ve vývoji úrovně obou jevů časově odpovídaly době přijímání opatření týkajících se buď zpřísnování či zmírňování prováděcích předpisů potratového zákona nebo pronatalitní populační politiky. Pokles úrovně plodnosti se odrážel v růstu intenzity umělé potratovosti a naopak. Přestože se oba efekty z velké části vyrovnávaly, v přepočtu na jednu ženu počet všemi způsoby ukončených těhotenství se zvýšil z úrovně 3,3 v roce 1958 na 3,8 v roce 1988. Tento přírůstek byl způsoben vzestupem počtu interrupcí, neboť jak úhrnná plodnost, tak úhrnná samovolná potratovost z dlouhodobého pohledu klesala. Možnosti používání moderních antikoncepčních prostředků byly tehdy omezené. Většina žen v reprodukčním věku byla odkázána na tradiční, málo spolehlivé metody zábrany početí. Poměrně snadno dosažitelné interrupce byly obecně přijímaným východiskem ze situace, kdy tyto metody zábrany početí selhaly. Interrupce se staly jednou z nejdůležitějších metod omezování počtu narozených a byly považovány za metodu antikoncepce ex post.

Dalším významným mezníkem ve vývoji potratovosti v České republice byl rok 1986, kdy vstoupil v platnost nový zákon o umělém ukončení těhotenství, jímž byly zrušeny interrupční komise (zákon ČNR č. 66/1986 Sb.). Ženám tak bylo přiznáno v podstatě neomezené právo rozhodovat o osudu vlastního těhotenství. Tento zákon je dosud v platnosti a řadí Českou republiku mezi padesát zemí světa umožňujících každému svému občanovi svobodně rozhodovat o počtu svých dětí. Toto právo na plánované rodičovství je považováno v civilizovaných zemích za základní lidské právo a bylo opakovaně deklarováno na mezinárodních konferencích OSN; je rovněž v souladu s legislativou Evropské unie. Nejen liberalizace potratových zákonů je znakem vyspělé demokratické země, ale také snaha o bezpečné provádění interrupcí a hlavně snižování jejich počtu pomocí spolehlivé antikoncepce a prostřednictvím sexuální výchovy k zodpovědnému partnerství a rodičovství.

Po roce 1989 byly v České republice vytvořeny podmínky pro rozšíření používání moderních antikoncepčních prostředků. Plánovanému rodičovství se dostalo podpory ve sdělovacích prostředcích, od mnohých pedagogických pracovníků a rovněž ze strany některých nevládních organizací. Nově vytvořené podmínky pro účinnější režim plánovaného rodičovství přispěly po roce 1990 k zásadnímu zlomu ve vývoji úrovně umělé potratovosti. Maximum v počtu interrupcí, kterého bylo dosaženo na konci 80. let bezprostředně po přijetí nového zákona (téměř 114 tis.), bylo následováno jejich prudkým poklesem. Z hlediska úrovně umělé potratovosti se během posledního desetiletí Česká republika přiblížila vyspělým západoevropským státům.

Zajistit uznání přístupu k bezpečné a legální interrupci jako reprodukčního práva je jeden z hlavních cílů Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF). Přes liberální charakter zákonů o interrupcích ve většině vyspělých zemích nabývá existence této organizace na významu v souvislosti s působením tzv. „anti-choice“ skupin, jež usilují o zákaz interrupcí. Tyto snahy se objevily také v České republice a jejich konkrétním projevem bylo slavnostní vyhlášení deklarace na ochranu počatého dítěte v Poslanecké sněmovně v roce 1999. Mezi iniciátory deklarace patřila většina církevních organizací, poslanci KDU-ČSL a Občanský institut. Na protest proti této deklaraci byl na jaře 2000 v Poslanecké sněmovně uskutečněn

Pokles počtu interrupcí pokračuje

Snahy zakázat interrupce nebo moderní antikoncepci jsou pochybné

seminář o plánovaném rodičovství, jehož cílem bylo poukázat na negativní důsledky striktní potratové legislativy, tj. především nárůst trestné činnosti spojené s ilegálními potraty, zdravotní komplikace a psychická újma žen podstupujících ilegální potrat, potratová turistika a opuštění nebo dokonce zabíjení nechtěných dětí. Jednou z dalších iniciativ Občanského institutu je boj proti moderní antikoncepci. Některé církevní organizace zorganizovaly petiční akci, jež vedla v České republice ke znemožnění užívat bezpečnou metodu umělého přerušení těhotenství prostřednictvím tablety RU 486. V České republice také existuje soukromé zdravotnické zařízení, jehož vedení z ideologicky náboženských důvodů rozhodlo neprovádět pacientkám interrupce. Zmíněné snahy jsou spíše ojedinělé a nenalezly v české společnosti širší podporu.

Tab. 5.1: Potratovost v letech 1990–2000

Ukazatel	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Interrupce (bez MDT)	109 375	54 836	49 531	48 086	45 022	42 959	39 382	34 623
Samovolné potraty	14 772	11 109	10 571	10 296	10 392	11 128	11 173	11 300
Ostatní potraty	15	29	40	50	43	60	71	70
Mimoděložní těhotenství (MDT)	1 893	1 460	1 448	1 530	1 516	1 507	1 477	1 377
Hlášené potraty celkem (bez MDT)	124 162	65 974	60 142	58 432	55 457	54 147	50 626	45 993
Narození celkem	131 094	106 915	96 397	90 763	90 930	90 829	89 774	91 169
Počet ukončených těhotenství	257 149	174 349	157 987	150 725	147 903	146 483	141 877	138 539
Na 100 narozených (bez MDT)								
– interrupce	83,4	51,3	51,4	53,0	49,5	47,3	43,9	38,0
– samovolné potraty	11,3	10,4	11,0	11,4	11,5	12,3	12,4	12,4
– hlášené potraty celkem	94,7	61,7	62,4	64,4	61,0	59,6	56,3	50,4
Interrupce ze 100 ukončených těhotenství	42,5	31,5	31,4	31,9	30,4	29,3	27,8	25,0
Interrupce ze zdravotních důvodů	9533	13 217	11 838	11 036	9 709	8 896	7 756	6 472
– jako podíl ze všech interrupcí (%)	8,7	24,1	23,9	23,0	21,6	20,7	19,7	18,7
Miniinterrupce	87 933	46 609	41 735	40 333	37 882	35 752	32 579	28 418
– jako podíl ze všech interrupcí (%)	80,4	85,0	84,3	83,9	84,1	83,2	82,7	82,1

Poznámka: Pokud není uvedeno jinak, jsou všechna data bez zahrnutí mimoděložních těhotenství (MDT).

Společenské změny po roce 1989 vytvořily v České republice předpoklady pro transformaci reprodukčního chování, jehož součástí byl i neustále se snižující počet interrupcí. Zatímco před rokem 1989 patřila Česká republika spolu s většinou bývalých socialistických států východní Evropy k zemím s vysokou úrovní umělé potratovosti, na konci 90. let se Česká republika spolu se Slovenskem nachází již na přechodu mezi východoevropským a západoevropským modelem demografického chování. K tomuto vývoji došlo bez jakýchkoliv legislativních změn, což potvrzuje důležitost účinné prevence nechtěných těhotenství rozvojem moderní antikoncepce. Za bezprostřední příčiny poklesu počtu interrupcí lze považovat rychlé rozšíření informovanosti o otázkách reprodukce a plánovaného rodičovství, včetně informací o ochraně před přenosem pohlavních chorob a AIDS, zlepšení nabídky a propagace spolehlivějších prostředků antikoncepce. Intenzita umělé potratovosti není jen záležitostí dostupnosti alternativních metod kontroly plodnosti, ale také odrazem toho, do jaké míry jsou lidé motivováni tyto metody používat. Součástí změn v reprodukčním chování po roce 1989 bylo rovněž zvýšení poptávky po antikoncepci. Podstatou tohoto posunu bylo odpovědnější sexuální chování vycházející z poznání, že je výhodnější nechtěným těhotenstvím předcházet než riskovat a spoléhat se na možnost interrupce.

Počet statisticky zachycených potratů poklesl v letech 1990–2000 o 78 tisíc, tj. zhruba na jednu třetinu. Hlavním činitelem tohoto trendu bylo významné snížení počtu interrupcí především v letech 1992–1994. Největší meziroční úbytek v počtu interrupcí (téměř o čtvrtinu) byl zaznamenán v roce 1993; mohl být ovlivněn mimo jiné též zavedením poplatku za umělé přerušování těhotenství z jiných než zdravotních důvodů. Dynamický vývoj v první polovině 90. let byl posléze vystřídán postupným zpomalením poklesu a ustálením meziročních úbytků na 5–7 %. V posledních dvou letech 1999 a 2000 bylo opět zaznamenáno větší tempo poklesu počtu interrupcí. Meziroční úbytek v roce 2000 činil již více než 10 %. Do roku 1997 se snižoval rovněž počet samovolných potratů, avšak ve srovnání s poklesem počtu interrupcí pouze mírnějším tempem. V období 1998–2000 došlo k nepatrnému nárůstu počtu samovolných potratů. Během posledních deseti let se snížila váha interrupcí v struktuře potratů z 88 % na 75 %. Existenci potratové turistiky potvrzuje zjištění, že v posledních třech letech bylo provedeno cizinkám vždy více než 2 000 interrupcí: zatímco u žen s českým občanstvím bylo registrováno 3 x více interrupcí než samovolných potratů, u cizinek jich bylo 6 x více.

Během roku 2000 se snížil počet interrupcí více než o 10 %

Posuzování důvodů interrupce nabylo na významu v souvislosti se zavedením poplatku za provedení ukončení těhotenství z jiných než zdravotních důvodů. Důsledkem bylo zdvojnásobení podílu interrupcí ze zdravotních důvodů v roce 1993 oproti předchozímu roku. V posledních letech podíl interrupcí ze zdravotních důvodů klesal jen velmi pozvolně a zdaleka nedosáhl hodnot z počátku 90. let. Vyšší podíl těhotenství ukončených ze zdravotních důvodů nelze přičítat zhoršenému zdravotnímu stavu žen v reprodukčním věku, ale spíše přetrvávající snaze žen vyhnout se poplatku za provedení interrupce. Příznivou stránkou vývoje umělé potratovosti v první polovině 90. let byl růst podílu miniinterrupcí. Ten byl zčásti podmíněn novými předpisy o umělém ukončení těhotenství, podle nichž je poplatek za miniinterrupci nižší než za normální zákrok. Nejvyšší podíl 85 % byl dosažen v roce 1994, v dalších letech se nepatrně snižoval.

Vývoj potratovosti je vhodné analyzovat v souvislosti s vývojem plodnosti. Odlišné tempo poklesu intenzity obou procesů se během 90. let odrazilo v nepravidelném vývoji hodnot potratového indexu. Výsledkem rychlejšího poklesu počtu interrupcí než počtu narozených dětí na počátku období bylo významné snížení poměru mezi počtem interrupcí a narozených dětí. Zatímco v roce 1990 připadalo na 100 narozených dětí 83 interrupcí, v roce 1994 již jen 51. V období 1994–1996 byl významnější pokles úrovně plodnosti, proto hodnoty potratového indexu stagnovaly a v roce 1996 došlo dokonce k nepatrnému zvýšení. Od roku 1997 byl ve vývoji potratového indexu zaznamenán opět klesající trend, který byl v posledních dvou letech urychlen v důsledku zvýšeného tempa úbytku počtu interrupcí. V roce 2000 připadalo na 100 narozených dětí jen 38 interrupcí. Pokles plodnosti a potratovosti se významně odrazil také ve snížení celkového počtu registrovaných těhotenství. Zatímco v roce 1990 ukončilo těhotenství o něco více než čtvrt milionu žen, o deset let později to bylo už jen necelých 140 tisíc žen, přičemž přes 60 % tohoto poklesu bylo způsobeno právě úbytkem interrupcí.

Pokles úhrnné plodnosti a úhrnné umělé potratovosti probíhá bez zjevné souvislosti

Tab. 5.2: Úhrnné ukazatele potratovosti a reprodukce

Ukazatel	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Úhrnná umělá potratovost	1,54	0,75	0,68	0,65	0,61	0,58	0,53	0,47
Úhrnná samovolná potratovost	0,21	0,15	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,15
Úhrnná plodnost	1,89	1,44	1,28	1,19	1,17	1,16	1,13	1,14
Úhrnná intenzita mrtvě narozených	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Úhrnná intenzita ukončených těhotenství včetně MDT	3,67	2,37	2,12	2,00	1,94	1,91	1,83	1,78

Obdobný vývoj zaznamenaly také intenzitní ukazatele potratovosti, přičemž těžiště poklesu spočívalo ve snížení intenzity umělé potratovosti. Ve srovnání s rokem 1990, kdy na jednu ženu připadalo 1,5 interrupce, došlo do roku 2000 k poklesu průměrného počtu interrupcí na jednu ženu téměř o 70 %. V roce 2000 tak na jednu ženu připadalo 1,1 narozeného dítěte a 0,5 interrupcí, a to z průměrného počtu 1,8 ukončených těhotenství. Z hlediska vývoje úrovně umělé potratovosti bylo období 1992–1994 nejdynamičtějším, neboť v něm byly koncentrovány přibližně dvě třetiny z celkových změn hodnot ukazatelů. Zatímco pokles úrovně umělé potratovosti pokračoval mírnějším tempem i ve druhé polovině 90. let, intenzita samovolné potratovosti se stabilizovala na hodnotě 0,15.

Nejvýraznější změny ve struktuře umělé potratovosti podle věku žen byly zaznamenány v první polovině 90. let. Před rokem 1990 nejvyšší intenzitu interrupcí vykazovaly ženy v širokém intervalu 20 až 34 let. Ženy ve věku nad 35 let podstupovaly interrupce méně často, stejně jako dívky do 20 let. Většina interrupcí byla následkem nechtěných otěhotnění žen, které svou plodnost považovaly za již ukončenou. Jen v menšině případů byly umělé potraty nástrojem odmítání časově nevhodných těhotenství. Vývoj po roce 1990 znamenal především zásadní snížení úrovně umělé potratovosti ve většině věkových skupin a zároveň sblížení jejich rozdílů. Nejhlubší pokles specifických měr byl do roku 2000 zaznamenán u žen ve věku 21–26 let. Tento pokles činil téměř 80 %. Vzhledem k tomu, že ženy mladší 26 let zaznamenaly také největší a stále trvající pokles intenzity sňatečnosti, je nejpravděpodobnějším vysvětlením zlepšování prevence otěhotnění u bezdětných žen. V druhé polovině 90. let se nejvyšší intenzita interrupcí postupně posouvala do vyššího věku. V roce 2000 byla jako maximální míra umělé potratovosti zaznamenána hodnota 23 promile u žen ve věku 29–31 let. Intenzita interrupcí žen starších 30 let se snižovala pozvolněji. Starší ženy spoléhají při nechtěném těhotenství na interrupci častěji než mladší ženy. Interrupce jsou stále používány převážně jako prostředek zábrany porodů u žen, které již dosáhly plánovaného počtu dětí.

Nejvíce se snižuje úroveň potratovosti mladších žen

Pokles úrovně umělé potratovosti během 90. let probíhal u žen všech kategorií rodinného stavu, avšak odlišným tempem. Pomocí metody dekompozice lze určit, do jaké míry se na poklesu úhrnné

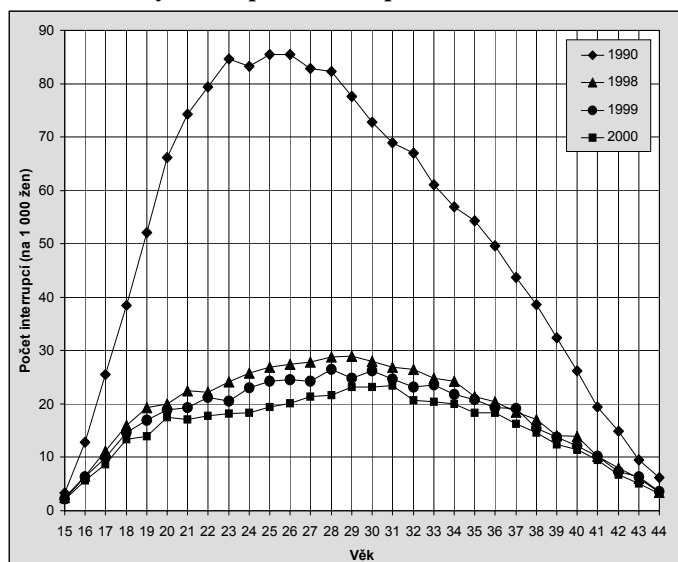
umělé potratovosti podílely změny ve věkové struktuře vdaných a nevdaných žen a změny v intenzitě interrupcí vdaných a nevdaných žen. Na počátku sledovaného období byl pokles úhrnné umělé potratovosti způsoben ze 75 % snížením úrovně potratovosti vdaných žen. V dalších letech se vliv pokračujícího poklesu úrovně potratovosti vdaných žen snižoval, avšak do roku 2000 neklesl pod 60 %. Pokles intenzity interrupcí vdaných žen byl tudíž určující pro vývoj úhrnné umělé potratovosti během celého období. Naopak změny ve věkové struktuře vdaných a nevdaných způsobené snížením zastoupení vdaných žen v populaci ovlivnily vývoj úhrnné míry jen zanedbatelně; jejich vliv na pokles nepřesáhl 5 %. Snížení intenzity interrupcí nevdaných žen nabylo na významu až ve druhé polovině 90. let a to především v posledních dvou letech v souvislosti s urychlením poklesu úhrnné míry umělé potratovosti.

Tab. 5.3: Míry umělé potratovosti (počty interrupcí na 1 000 žen dané věkové kategorie)

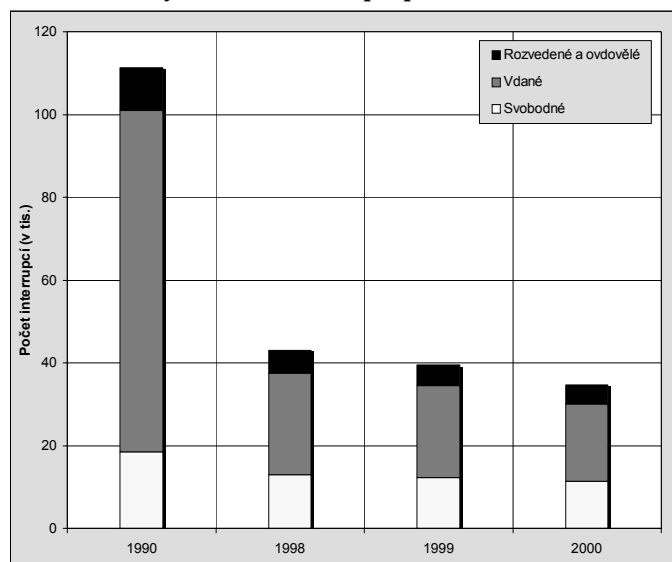
Věková skupina	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
15–19	24,5	14,8	12,4	12,5	11,2	11,6	10,3	8,9
20–24	76,2	33,1	28,9	27,6	25,2	22,9	20,6	17,8
25–29	81,2	37,3	33,5	32,3	29,8	27,9	24,8	21,0
30–34	63,6	32,0	30,3	29,1	27,4	26,0	23,8	21,5
35–39	42,8	22,6	20,6	19,4	19,2	18,3	17,8	16,1
40–44	15,1	9,8	8,8	8,8	8,2	8,2	7,7	6,9
45–49	1,4	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,7
15–49 celkem	42,1	20,6	18,6	18,1	17,0	16,3	15,1	13,3
Úhrnná umělá potratovost	1,54	0,75	0,68	0,65	0,61	0,58	0,53	0,47

Z hlediska intenzitních ukazatelů podle rodinného stavu zůstala úroveň potratovosti nejvyšší u rozvedených a ovdovělých žen, a to ve věkové skupině 20–29letých, v nichž převažují ženy rozvedené. Nejčastějšími důvody vysoké incidence interrupcí bývá zřejmě obtížná situace nevdané ženy. Nízká stabilita partnerských vztahů těchto žen se pravděpodobně odráží v méně zodpovědném rozhodování o rodičovství a antikoncepci. K nejrychlejšímu poklesu měr umělé potratovosti došlo u vdaných žen ve věku 20–29 let. V roce 2000 připadalo na 1 000 vdaných žen v reprodukčním věku 15–49 let jen necelých 13 interrupcí, což bylo nepatrně méně než připadalo na svobodné ženy. Během deseti let došlo k výraznému snížení rozdílů měr potratovosti vdaných a svobodných žen starších 20 let. Nicméně ve všech věkových skupinách svobodné ženy a družky zatím vykazují o něco nižší intenzitu interrupcí než ženy vdané.

Obr. 5.1: Míry umělé potratovosti podle věku



Obr. 5.2: Počty a složení interrupcí podle rodinného stavu



Vývoj struktury interrupcí podle rodinného stavu se vyznačoval neustálým snižováním podílu vdaných žen a naopak růstem podílu svobodných žen. Tento vývoj byl důsledkem souběhu dvou faktorů, rychlejšího poklesu intenzity interrupcí vdaných žen a zároveň snižováním podílu vdaných žen v populaci. Přesto ještě v roce 2000 interrupce vdaných žen početně převládaly. Do roku 2000 podíl interrupcí vdaných žen klesl na 54 %, zatímco podíl interrupcí svobodných žen se zvýšil na 33 %. Těžiště problematiky nechtěného otěhotnění se postupně přesouvá do mimomanželské sféry. Také

rozložení interrupcí podle pořadí se mění jen pozvolna. Zvyšuje se podíl prvních a snižuje podíl opakovaných interrupcí. V letech 1990–2000 došlo ke snížení podílu opakovaných interrupcí jen o 4 %. Předpoklad, že ženy, které již podstoupily jednu interrupci, se budou snažit zabránit dalšímu nechtěnému těhotenství účinnou antikoncepcí, se zatím nenaplní. Větší podíl prvních interrupcí byl registrován u nevdaných žen (u vdaných 49 %, u nevdaných 61 %: zřejmě to bylo vlivem zahrnutí rozvedených žen a družek).

Tab. 5.4: Míry umělé potratovosti (počty interrupcí na 1 000 žen dané věkové skupiny a rodinného stavu)

Věková skupina	Svobodné ženy				Vdané ženy				Rozvedené a ovdovělé ženy			
	1990	1998	1999	2000	1990	1998	1999	2000	1990	1998	1999	2000
15–19	21,4	11,2	10,0	8,6	63,6	33,5	33,9	32,0	x	x	x	x
20–24	56,5	20,5	18,2	16,3	85,2	26,2	25,3	21,0	120,7	50,9	43,7	43,6
25–29	54,7	23,5	20,9	18,3	82,8	27,6	24,6	20,6	102,7	40,6	38,0	34,5
30–34	45,3	22,0	20,1	19,7	63,7	24,8	23,1	20,4	72,0	35,2	30,2	28,8
35–39	26,5	15,5	13,6	14,4	42,7	17,7	17,4	15,3	48,8	22,2	21,4	20,5
40–44	9,0	6,0	6,1	6,0	15,1	8,0	7,4	6,6	16,4	9,4	9,2	8,4
45–49	1,4	0,9	0,5	0,6	1,4	0,9	0,7	0,7	1,5	0,8	0,9	0,7
15–49 celkem	30,6	16,0	14,6	13,2	46,3	16,1	15,0	12,9	40,5	18,4	16,7	15,5

Poznámka: Za roky 1994–1999 jsou mezi svobodné zařazeny i družky a ženy nezjištěného rodinného stavu.

x – extrémně malé soubory událostí

Změny v přístupu k antikoncepci a v rozhodování o nechtěném těhotenství ukazuje vývoj hodnot potratových indexů podle počtu dětí narozených před interrupcí. Situace se nezměnila v případě vdaných bezdětných žen, které stále přistupují k interrupci jen výjimečně. Zásadně se změnilo rozhodování nevdaných bezdětných žen a žen s jedním dítětem. Zatímco na počátku 90. let řešily nechtěné těhotenství interrupcí dvakrát až třikrát častěji než narozením dítěte, od roku 1998 převažuje rozhodnutí o narození dítěte a to jak v případě prvního, tak druhého dítěte. Během sledovaného období se odmítání narození dětí vdanými i nevdanými ženami postupně snižovalo. V případě narození dětí druhého a vyššího pořadí se rozdíl mezi vdanými a nevdanými ženami do roku 2000 vyrovnaly. Přes zmíněný pokles ženy se dvěma dětmi přistupují k interrupci stále ještě 1,5krát častěji než k narození třetího dítěte. V souvislosti s převládajícím dvoudětným modelem reprodukce je třetí těhotenství stále většinou nechtěné. Ženy začaly spolehlivou antikoncepcí využívat více k oddálení prvního a druhého těhotenství než k zabránění dalšího nechtěného těhotenství.

Třetí těhotenství končí častěji interrupcí než narozením dítěte

Tab. 5.5: Interrupce podle pořadí a rodinného stavu (v %)

Pořadí interrupce	Všechny ženy				Vdané ženy				Nevdané ženy			
	1990	1998	1999	2000	1990	1998	1999	2000	1990	1998	1999	2000
První	50,3	52,3	52,6	54,4	47,0	46,5	47,3	48,7	60,4	60,6	60,1	61,0
Druhá	29,5	26,9	26,7	26,3	31,5	29,9	29,6	29,4	23,5	22,8	22,7	22,5
Třetí	13,2	12,8	12,8	11,9	14,2	14,8	14,4	13,6	10,0	9,8	10,5	10,0
Čtvrtá a další	7,0	8,0	7,9	7,4	7,3	8,8	8,7	8,3	6,1	6,8	6,7	6,5

Poznámka: Za rok 1990 včetně mimoděložních těhotenství.

Antikoncepce předepsaná lékařem se v České republice sleduje od 70. let. Přestože se nabídka moderních prostředků zabránění početí postupně zlepšovala, vědomí snadné dostupnosti interrupcí bránilo zvýšení zájmu ze strany žen o účinnější metody antikoncepce. Ve srovnání se západoevropskými státy zůstalo používání moderní antikoncepce v České republice během 70. a 80. let na velmi nízké úrovni a převažoval podíl žen užívající antikoncepci nitroděložní. Výrazná dominance nitroděložní antikoncepce přetrvávala až do počátku 90. let. V roce 1990, kdy antikoncepci předepsanou lékařem používalo ještě pouhých 17 % žen v reprodukčním věku, tři čtvrtiny z nich měly zavedené nitroděložní tělísko. V souvislosti s liberalizací ekonomiky a vstupem zahraničních farmaceutických firem na náš trh se rozšířila nabídka kvalitnějších a účinnějších prostředků kontroly plodnosti. Od roku 1993 začaly ženy upřednostňovat antikoncepci hormonální. V roce 2000 již 32 % žen v reprodukčním věku užívalo hormonální antikoncepci, což během deseti let představovalo téměř osminásobné zvýšení. Přes uvedený nárůst Česká republika zatím nedosáhla hodnot běžných v západoevropských státech, kde celkový podíl žen reprodukčního věku užívající lékařem předepsanou antikoncepci přesahuje 50 %. V první polovině 90. let se snížil zájem o nitroděložní antikoncepci, což lze mimo

Téměř třetina žen v reprodukčním věku užívá hormonální antikoncepci

jiné dát do souvislosti s transformací zdravotnictví a přechodem na výkonový systém hodnocení, který motivuje lékaře k častému kontaktu s pacientkami. Pacientky, kterým byla předepsaná hormonální antikoncepce, jsou nuceny se k lékaři dostavit nejméně jednou za tři měsíce, zatímco ženy, kterým bylo zavedeno nitroděložní tělísko, mohou přijít k lékaři na kontrolu až za dva roky. Další důvod lze spatřovat v tom, že se jednalo především o mladé bezdětné ženy, které začaly více používat hormonální antikoncepci. Nitroděložní tělísko se většinou zavádí ženám, které si nepřejí mít další dítě. Vzhledem k tomu, že nejvýraznější pokles měr plodnosti a potratovosti byl zaznamenán u žen mladších 25 let, lze usoudit, že tyto generace mladých žen byly iniciátory nejen změn v reprodukčním chování, ale také změn v metodách kontroly plodnosti. V druhé polovině 90. let podíl žen užívajících nitroděložní antikoncepci již neklesal a pohyboval se na úrovni 6 až 7 %. V souvislosti s rozšířením nového typu nitroděložního tělíska, který zároveň využívá i vlastnosti hormonální antikoncepce, lze v budoucnu přepokládat opětovný nárůst podílu těchto žen.

Tab. 5.6: Počty a složení interrupcí podle počtu živě narozených dětí před umělým potratem

Počet živě narozených dětí	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Celkem	109 375	54 836	49 531	48 086	45 022	42 959	39 382	34 623
Žádné	15 759	10 609	9 720	10 198	9 902	10 008	9 100	8 231
Jedno	23 874	13 274	12 053	12 052	11 138	10 644	9 971	8 709
Dvě	52 197	23 202	20 666	19 268	18 008	16 710	15 127	13 292
Tři	14 436	6 266	5 637	5 196	4 661	4 354	4 030	3 378
Čtyři a více	3 109	1 485	1 455	1 372	1 313	1 243	1 154	1 013
Průměrné pořadí	1,70	1,55	1,55	1,50	1,49	1,46	1,46	1,45
Podíl (v %)								
Žádné	14,4	19,4	19,6	21,2	22,0	23,3	23,1	23,8
Jedno	21,8	24,2	24,3	25,1	24,7	24,8	25,3	25,1
Dvě	47,7	42,3	41,7	40,1	40,0	38,9	38,4	38,4
Tři	13,2	11,4	11,4	10,8	10,4	10,1	10,3	9,8
Čtyři a více	2,9	2,7	3,0	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9

Tab. 5.7: Potratové indexy podle počtu dětí narozených před interrupcí (počet interrupcí na 100 živě narozených dětí)

Počet živě narozených dětí před interrupcí	Všechny ženy				Vdané ženy				Nevdané ženy			
	1990	1998	1999	2000	1990	1998	1999	2000	1990	1998	1999	2000
Celkem	83,8	47,5	44,0	38,1	67,9	33,4	31,3	26,3	253,9	107,3	93,1	80,5
Žádné	25,3	23,2	21,1	18,7	2,1	2,3	2,3	2,1	214,8	94,2	78,1	64,7
Jedno	49,2	30,9	29,7	25,7	38,5	20,3	19,6	15,9	283,2	108,4	96,4	85,7
Dvě	361,4	184,4	170,3	145,4	357,0	188,4	174,8	145,6	404,0	169,5	155,3	144,8
Tři a více	337,3	141,6	132,4	110,1	354,7	156,6	143,0	114,1	251,8	110,3	110,3	101,4

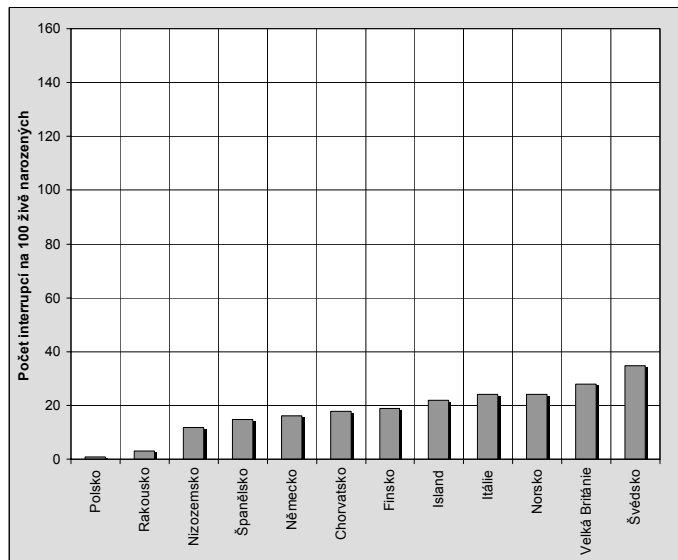
Tab. 5.8: Podíl žen v reprodukčním věku užívajících antikoncepci (k 31.12.; v %)

Druh antikoncepce	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nitroděložní	13,0	8,2	7,7	7,5	7,4	7,4	7,4	7,1
Hormonální	4,2	16,2	19,4	22,0	24,6	27,5	30,1	31,9
Celkem	17,2	24,4	27,1	29,5	32,0	34,9	37,5	39,0

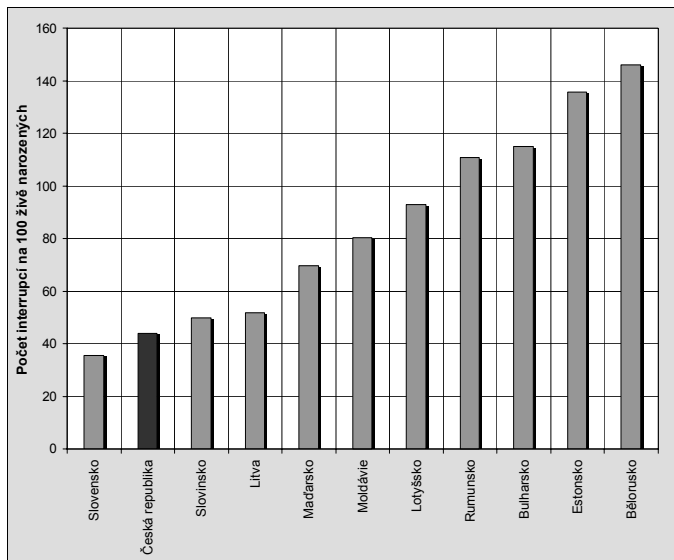
Z hlediska úrovně potratovosti patřila Česká republika před rokem 1989 do východoevropského typu reprodukčního chování (vyšší úroveň plodnosti a vysoká úroveň potratovosti). V průběhu 90. let se vývoj úrovně potratovosti v těchto zemích vyznačoval velkou různorodostí, jež byla odrazem především odlišného vývoje socioekonomických a legislativních podmínek a míry prosazování kulturních a náboženských norem ve společnosti. Z důvodu nedostatku podrobnějších dat byl pro vývojové srovnání použit potratový index. Omezením tohoto ukazatele je jeho závislost na vývoji počtu narozených. Ve srovnání s Českou republikou byl větší pokles potratového indexu zaznamenán pouze v Polsku, Chorvatsku a Rumunsku. V těchto státech došlo k významným změnám v legislativě. Polsko je příkladem státu, kde široké zastoupení katolických představitelů v parlamentu vyústilo v roce 1993 v zásadní zpřísnění potratové legislativy. Zvyšující se vliv katolických kruhů na obdobné zpřísnění byl během 90. let zaznamenán rovněž na Slovensku, avšak k prosazení legislativních změn nedošlo.

V Rumunsku byly interrupce do roku 1989 zakázány. Obnovení možnosti umělého přerušení těhotenství způsobilo v roce 1990 více než pětinašobný nárůst počtu interrupcí. Tento vzestup byl pouze dočasný a v následujících letech došlo k postupnému úbytku jejich počtu. Ostatní bývalé socialistické státy zaznamenaly nižší pokles potratového indexu než Česká republika. V Bulharsku a Maďarsku byl počáteční pokles v první polovině 90. let dokonce vystřídán opětovným nárůstem ve druhé polovině 90. let. V Estonsku a Litvě byla na konci 90. let zaznamenána vyšší hodnota potratového indexu než na počátku sledovaného období.

Obr. 5.3a: Potratový index ve vybraných evropských zemích (období 1997–1999)



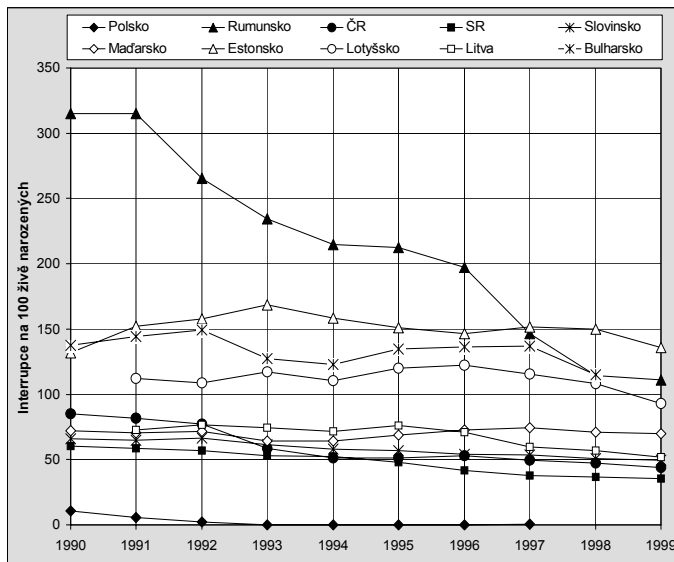
Obr. 5.3b: Potratový index ve vybraných evropských zemích (období 1997–1999)



Z tohoto srovnání je zřejmé, že vývoj úrovně potratovosti v České republice v 90. letech byl příznivější než ve většině bývalých socialistických států. Nicméně podíl těhotenství zakončených interrupcí stále ještě přesahuje úroveň registrovanou ve vyspělých západoevropských zemích. V posledních dvou letech se opět objevily náznaky zrychlení poklesu úrovně umělé potratovosti. Těžiště tohoto poklesu je především v pokračujícím snižování intenzity interrupcí mladých žen. Starší ženy mění metody kontroly plodnosti obtížněji, proto významnější změny lze očekávat až s generační obměnou. Další vývoj bude záviset na účinnosti sexuální výchovy a rozšiřování zodpovědného přístupu k rodičovství.

Znovu se objevující snahy zpřísnit provádění interrupcí nebo dokonce omezit užívání hormonální antikoncepce svědčí o naivní představě, že by se tím mohla zvýšit úroveň plodnosti. V takové situaci by se naopak prováděla nelegální ukončení těhotenství a docházelo by k častějšímu rození nechtěných dětí. Interrupci je proto nutné přijmout jako menší zlo než narození dítěte, které by rodiče považovali za nechtěné. Zvýšená životní rizika takového dítěte byla prokázána již před 20–30 lety. Je nutné zásadně odmítnout jakékoliv snahy o zpochybňování hormonální antikoncepce.

Obr. 5.4: Vývoj potratového indexu ve 90. letech ve vybraných východoevropských zemích



Tab. 5.9: Statistika potratů podle Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky

Rok	Údaje ČSÚ za ženy s trvalým pobytem v ČR					
	Interrupce			Samovolné potraty	Ostatní potraty	Mimoděložní těhotenství (MDT)
	celkem (bez MDT)	ze zdravotních důvodů	miniinterrupce			
1989	109 743	10 008	86 732	14 805	19	1 940
1990	109 375	9 533	87 933	14 772	15	1 893
1991	104 293	8 929	84 711	13 985	23	1 749
1992	94 180	10 332	77 566	13 401	19	1 681
1993	70 634	15 896	57 938	13 228	23	1 560
1994	54 836	13 217	46 609	11 109	29	1 460
1995	49 531	11 838	41 735	10 571	40	1 448
1996	48 086	11 036	40 333	10 296	50	1 530
1997	45 022	9 709	37 882	10 392	43	1 516
1998	42 959	8 896	35 752	11 128	60	1 507
1999	39 382	7 756	32 579	11 173	71	1 477
2000	34 623	6 472	28 418	11 300	70	1 377

Rok	Údaje ÚZIS za ženy s českým občanstvím („tuzemky“)					
	Interrupce			Samovolné potraty	Ostatní potraty	Mimoděložní těhotenství (MDT)
	celkem (bez MDT)	ze zdravotních důvodů	miniinterrupce			
1989	107 403	9 871	85 216	14 689	18	1 940
1990	107 131	9 428	86 444	14 656	15	1 893
1991	103 124	8 836	83 915	13 892	23	1 749
1992	93 435	10 270	77 040	13 324	4	1 681
1993	69 398	15 738	56 982	13 076	3	1 560
1994	53 674	13 046	45 694	10 958	8	1 460
1995	48 286	11 679	40 755	10 397	12	1 448
1996	46 506	10 884	39 125	10 129	19	1 530
1997	43 261	9 578	36 497	10 188	6	1 516
1998	40 935	8 742	34 193	10 844	12	1 507
1999	37 157	7 634	30 834	10 824	11	1 477
2000	32 530	6 338	26 785	10 972	15	1 377

Rok	Údaje ÚZIS za ženy s cizí státní příslušností					
	Interrupce			Samovolné potraty	Ostatní potraty	Mimoděložní těhotenství (MDT)
	celkem (bez MDT)	ze zdravotních důvodů	miniinterrupce			
1989	2 436	130	1 595	140	1	0
1990	2 231	76	1 489	116	0	14
1991	1 157	55	798	94	0	15
1992	769	44	546	96	0	15
1993	1 237	135	957	152	1	19
1994	1 162	171	915	151	3	18
1995	1 245	159	980	174	0	28
1996	1 580	152	1 208	167	1	30
1997	1 761	131	1 385	204	1	36
1998	2 024	154	1 559	284	0	48
1999	2 225	122	1 745	349	1	59
2000	2 093	134	1 633	328	0	55

MDT – mimoděložní těhotenství