

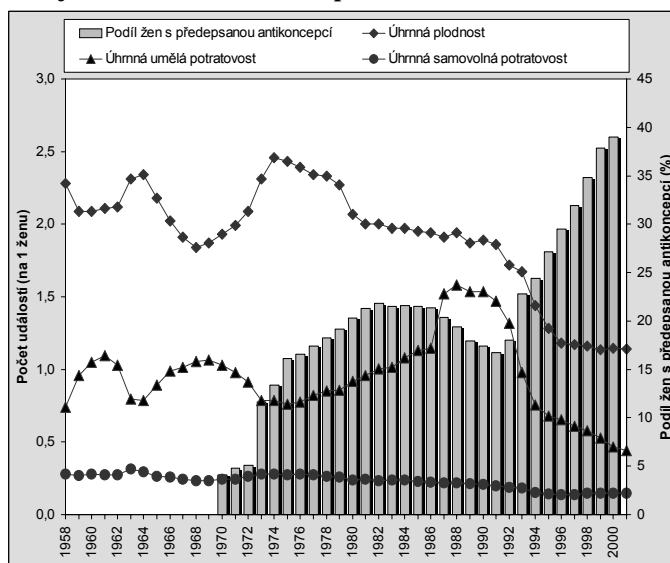
Nejvyšší úroveň potratovosti byla dosažena v roce 1988, poté se začaly počty potratů i míry potratovosti snižovat. Tento trend je charakteristický pro celé sledované období do roku 2001. Největší pokles měr potratovosti, způsobený především rapidní redukcí počtu umělých potratů, nastal v letech 1992–1995, kdy došlo k poklesu úhrnné potratovosti na méně než polovinu hodnoty z roku 1991. V roce 2001 bylo registrováno 33 tis. interrupcí, nejméně od liberalizace 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). Nejdůležitější je proto především hodnocení trendu umělé potratovosti, neboť intenzita samovolné potratovosti je ovlivňována úrovní plodnosti a je tedy na umělé potratovosti téměř nezávislá.

**Trend snižování počtu interrupcí stále pokračuje**

Devadesátá léta představují radikální přechod od socialistické éry, kdy byly umělé potraty vnímány jako běžná metoda dodatečného zabránění nechtěným těhotenstvím, k situaci, kdy hlavní důraz je kladen na prevenci, tedy na užívání spolehlivé antikoncepce. Interrupce slouží spíše jako nouzové východisko z krizové situace. Předchozí potratové chování, typické pro celou oblast bývalého sovětského bloku, je nutné vnímat v kontextu doby a vládnoucího totalitního systému. Interrupce byly u nás legalizovány zákonem č. 68/1957 Sb. o mnoho let dříve než začala být dostupná hormonální a nitroděložní antikoncepce, vyráběná v Československu od roku 1966. Od počátku legalizace bylo umělé ukončení těhotenství široce dostupné; interrupce z jiných než zdravotních indikací byly prováděny za nízký poplatek na základě široce pojatých ekonomických či sociálních důvodů. Absence společenské diskuse týkající se nejen problematiky potratovosti, ale také otázek sexuálního chování, sexuální výchovy či antikoncepce byla příznačná pro celé období značného rozšíření umělých potratů. To přetrvalo i po počátečním nárůstu užívání hormonální a nitroděložní antikoncepce v první polovině 70. let. Téměř neexistující sexuální výchova, slabá informovanost o moderní antikoncepci, neschopnost nabídnout širokou škálu a dostatečné množství hormonální antikoncepce i strach

z jejich vedlejších efektů způsobily, že podíl žen ve fertilním věku používajících předepsanou antikoncepci až do počátku 90. let výrazně nepřekročil hranici 20 %. Přestože potratová legislativa odrážela tendenci poněkud omezit přístup k umělým potratům (nařízení v letech 1962 a 1973) a žádost o interrupci musela být schválena tzv. potratovou komisí, dlouhodobě kolem 90 % žádostí bylo vyřizováno kladně a většina interrupcí byla uskutečňována ze „sociálních důvodů“. Potratové komise byly zrušeny až od roku 1987 (zákon č. 66/1986 Sb.), čímž byl pro všechny ženy umožněn svobodný přístup k interrupcím do 12. týdne těhotenství. Díky nedostatečnému používání antikoncepce, hraničícímu až s fatalismem, byly až do 80. let trendy umělé potratovosti inverzním odrazem trendů plodnosti. Určitá omezení přístupu k umělým potratům (1962, 1973), stejně jako pronatalitní klima (především v polovině 70. let) přinesly krátkodobý růst úrovně plodnosti a dočasné snížení intenzity umělé potratovosti. Úhrn ukončených těhotenství dosahoval dlouhodobě 3,1–3,5 na jednu ženu. Uvolnění legislativy v roce 1987 mělo za následek spíše méně zodpovědné chování odrážející se v přechodném snížení používání antikoncepce a zvýšení četnosti potratů, které se však výrazněji neprojevovalo v poklesu úrovně porodnosti.

**Obr. 5.1: Vývoj plodnosti, potratovosti a podílu žen užívajících moderní antikoncepci v letech 1958–2001**



V devadesátých letech se již trendy potratovosti vyvíjely nezávisle na změnách plodnosti, a úroveň plodnosti i potratovosti zaznamenaly výrazný propad, vedoucí k podstatné redukcí počtu ukončených těhotenství. Úhrnná intenzita ukončených těhotenství se od roku 1990 snížila na méně než polovinu a v roce 2001 (úhrn 1,74) byla nižší než hodnota samotné úhrnné plodnosti o deset let dříve. Propad intenzity potratovosti byl urychlen zpoplatněním interrupcí od roku 1993. Pouze potraty provedené ze zdravotních důvodů jsou nadále prováděny bezplatně. Nejdůležitějším faktorem snižování úrovně umělé potratovosti bylo rozšíření moderní antikoncepce. Zatímco v roce 1990 používalo lékařem předepsanou antikoncepci jen 17 % žen, v roce 2000 to již bylo 39 % žen fertilního věku. Zvýšilo se především používání hormonální antikoncepce, z pouhých 4 % na 31 %. Podobně jako v západní Evropě o dvě desetiletí dříve mladé generace žen si zvykly používat pilulku od počátku svého sexuálního života. Široká nabídka umožňuje ženám vybrat si hormonální antikoncepci s minimálními

nežádoucími dopady; mimoto mnozí gynekologové ji předepisují přednostně, neboť vyžaduje častější kontakt s klientkami a kromě toho pomáhá také regulovat menstruační cyklus u žen trpících jeho nepravidelností. Naopak podíl žen užívajících nitroděložní tělísko se snížil ze 13 % na 8 %, což souvisí zčásti s tím, že největší nárůst používání antikoncepce byl zaznamenán mezi mladými a tedy většinou bezdětnými ženami, pro které je tělísko nevhodné. Po určitém nárůstu na počátku 90. let se podle všeho stabilizovalo používání kondomů (kolem 15 % párů), naopak nastal zřetelný pokles používání tradičních antikoncepčních metod, především tzv. přerušované soulože, která byla ještě v roce 1993 praktikována pětinou žen ve fertilním věku.

**Tab. 5.1: Potratovost v letech 1990–2001**

Ukazatel	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001p
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 (MDT)	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	65 956	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

MDT – mimoděložní těhotenství.

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

**Interrupce již představují pouze necelou čtvrtinu ukončených těhotenství**

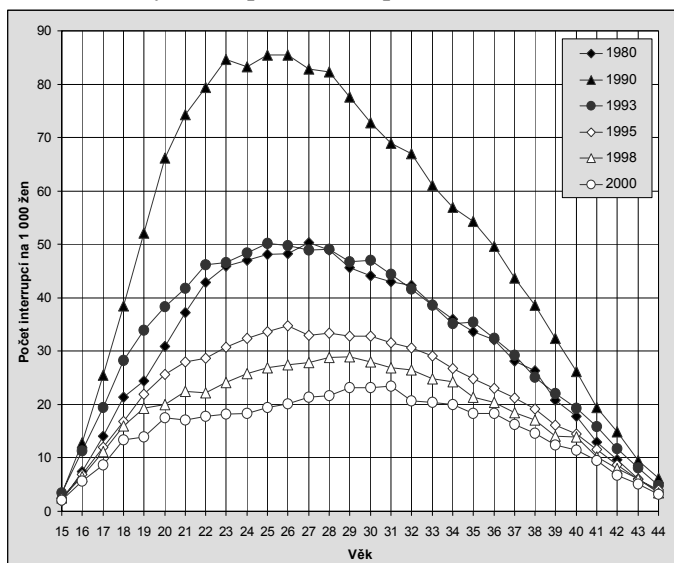
Výrazná redukce úrovně umělé potratovosti se postupně projevila i v poklesu ukazatele počtu interrupcí na 100 narozených a ve zvýšení podílu samovolných potratů na celkové potratovosti. Počet interrupcí na 100 narozených se snižoval především na počátku 90. let (z 85 v roce 1989 na 51 v roce 1994) a dále pak po zastavení poklesu úrovně plodnosti od roku 1997 až na hodnotu 36 v roce 2001. Stejně tak i klesající podíl interrupcí z celkového počtu ukončených těhotenství (v současnosti méně než čtvrtina) svědčí o dlouhodobě se snižujícím podílu nechtěných těhotenství. 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. Rovněž tak skokovitý vzestup podílu umělých potratů provedených ze zdravotních důvodů na dvojnásobek mezi lety 1992 a 1993 (z 11 % na 23 %) nesouvisel se zdravotním stavem žen, ale se „sociálním cítěním“ některých lékařů, kteří po zavedení poplatků za interrupci provedenou z jiných než zdravotních důvodů takto „osvobodili“ část žen od jejich placení. Po roce 1987 došlo k rychlému rozšíření potratů prováděných jako tzv. miniinterrupce (metoda vakuové aspirace, tedy odsátí plodu z dělohy, která je šetrnější než klasické chirurgické metody). Podíl miniinterrupcí, zpoplatněných méně než ostatní metody, se pohybuje od počátku 90. let na úrovni přes 80 % ze všech provedených umělých potratů. Na rapidním snížení úhrnné intenzity ukončených těhotenství na jednu ženu z hodnoty 3,67 v roce 1990 na 1,74 v roce 2001 měl rozhodující vliv pokles intenzity umělé potratovosti (57 %) a v menší míře pak pokles plodnosti (39 %); zanedbatelný byl vliv snížení počtu samovolných potratů (3 %) a snížení počtu mimoděložních těhotenství a mrtvě narozených (méně než 1 %).

Přestože došlo k silné redukci úrovně umělé potratovosti ve všech věkových skupinách žen, vývoj umělé potratovosti podle věku je poměrně překvapivý. Nejvyšší pokles, o 78 % v období 1990–2001, nastal ve skupině žen ve věku 20–24 let, u kterých zároveň došlo i k velmi silné redukci intenzity plodnosti. Naopak u žen nad 30 let, a především u žen ve věku 40–49 let, byl pokles úrovně umělé potratovosti relativně pomalejší, o 65 % ve věku 35–39 a o 57 % ve věku 40–44 let. Snížení téměř o dvě třetiny

v nejmladší skupině žen (15–19 letých) lze hodnotit velmi pozitivně, neboť tato skupina je teoreticky nejvíce ohrožena nedostatkem antikoncepční praxe a neplánovaným nechráněným pohlavním stykem, vedoucím často k nechtěnému těhotenství. Křivky intenzity umělé potratovosti podle věku ilustrují snížení extrémně vysoké úrovně potratovosti po roce 1990, zprvu na hodnoty blízké stavu v roce 1980, dosažené opět v roce 1993 a dále až na současné nízké hodnoty. Rozdíly v intenzitě umělé potratovosti ve věku 20–36 let se téměř setřely, maximum měr potratovosti – jakkoliv nevýrazné – se nicméně posunulo z věku 23–26 do věku 29–31 let. Oproti očekávání, že se těžiště umělé potratovosti posune do nižšího věku, dnes vykazují nejvyšší úroveň potratovosti ženy, které žijí většinou v trvalém partnerském soužití a pro které by neměl být problém bránit se s předstihem nežádoucímu početí. Umělá potratovost, dosahující mezi ženami ve věku 40–44 let téměř stejných hodnot jako u „teenagerek“ ve věku 15–19 let je anomálií, která pravděpodobně nemá v Evropě obdobu.

Tyto trendy se odrážejí v postupném růstu průměrného věku žen při potratu, především u samovolných potratů (+ 2,5 roku mezi lety 1990 a 2000), kopírujících posun rození dětí do vyššího věku, ale také u interrupcí vdaných žen (+ 2,6 roku), kde se projevil jak efekt odsouvání sňatků do vyššího věku, tak i efekt „stárnutí“ matek. Tak k potratům – poněkud nelogicky – stejně jako k uzavírání sňatků či k porodům dochází u žen ve vyšším věku než v minulosti.

Obr. 5.2: Míry umělé potratovosti podle věku



Tab. 5.2: Míry umělé potratovosti (na 1 000 žen)

Věková skupina	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001p
15–19	24,5	24,3	14,8	12,4	12,5	11,2	11,6	10,3	8,9	8,5
20–24	76,2	63,0	33,1	28,9	27,6	25,2	22,9	20,6	17,8	16,6
25–29	81,2	68,0	37,3	33,5	32,3	29,8	27,9	24,8	21,0	19,8
30–34	63,6	55,4	32,0	30,3	29,1	27,4	26,0	23,8	21,5	19,9
35–39	42,8	36,7	22,6	20,6	19,4	19,2	18,3	17,9	16,1	15,0
40–44	15,1	14,0	9,8	8,8	8,8	8,2	8,2	7,7	6,9	6,5
45–49	1,4	1,3	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,7	0,7
15–49 celkem	42,1	35,8	20,6	18,6	18,1	17,0	16,3	15,1	13,3	12,6
Úhrnná umělá potratovost	1,54	1,32	0,75	0,68	0,65	0,61	0,58	0,53	0,47	0,44

Po roce 1990 nastupuje postupné sblížení úrovně umělé potratovosti vdaných a svobodných (včetně kohabitujiících) žen. Nicméně věkově-specifické míry stále zůstávají vyšší u vdaných žen, především těch nejmladších, což opět poukazuje na značnou setrvačnost potratového chování charakteristického pro období „reálného socialismu“. Relativně vysoké zůstávají míry potratovosti rozvedených a ovdovělých žen, a to přes rychlejší pokles ve věku nad 25 let. Zmíněná skupina je tvořena především rozvedenými ženami, u kterých bývá narození dítěte zpravidla nežádoucí a přetrvání vyšší úrovně umělé potratovosti mezi nimi lze tedy očekávat i v budoucnosti. Zatímco u svobodných žen je nejvyšší intenzita umělé potratovosti ve věku 30–34 let, vdané ženy mají maximum v nejnižší věkové kategorii 15–19 let (což je dnes již početně malá a složením velmi specifická skupina); stejně tak i rozvedené ženy mají maximum v nízkém věku.

Tab. 5.3: Průměrný věk žen při potratu a při narození dítěte

Druh potratu, narození	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Interrupce	28,7	28,7	29,1	29,3	29,3	29,5	29,5	29,6	29,8
– první interrupce	26,8 <sup>1</sup>	26,6	26,8	27,0	27,0	27,1	27,1	27,2	27,2
– interrupce vdané ženy	29,7	29,9	30,7	31,0	31,2	31,6	31,9	32,1	32,3
Samovolný potrat	26,4	26,6	27,2	27,6	27,9	28,0	28,2	28,5	28,9
Narození dítěte	24,8	24,8	25,4	25,8	26,1	26,4	26,6	26,9	27,2
– první dítě	22,5	22,5	22,9	23,3	23,7	24,0	24,4	24,6	24,9
– dítě v manželství	24,8	24,9	25,5	25,9	26,3	26,6	26,9	27,2	27,5

<sup>1</sup>Včetně mimoděložních těhotenství.

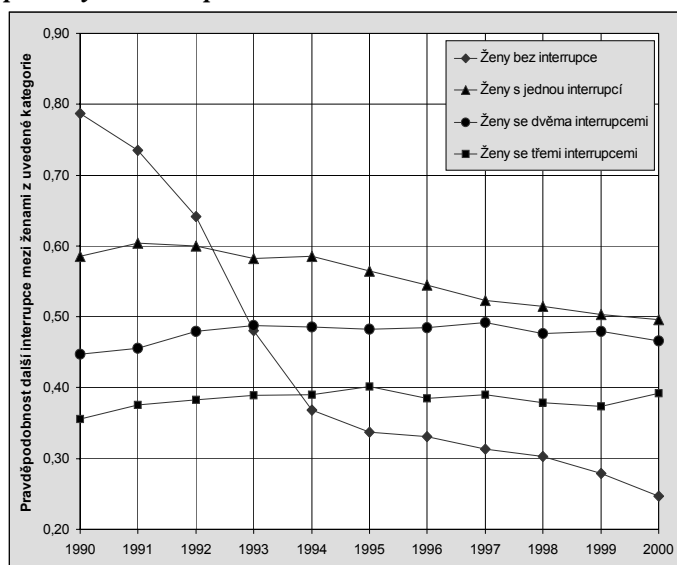
Tab. 5.4: Míry umělé potratovosti (počty interrupcí na 1 000 žen dané věkové skupiny a rodinného stavu)

Věková skupina	Svobodné ženy				Vdané ženy				Rozvedené a ovdovělé ženy			
	1990	1995	1998	2000	1990	1995	1998	2000	1990	1995	1998	2000
15–19	21,4	11,6	11,2	8,6	63,6	33,6	33,5	32,0	x	x	x	x
20–24	56,5	24,3	20,5	16,3	85,2	32,4	26,2	21,0	120,7	53,7	50,9	43,6
25–29	54,7	26,9	23,5	18,3	82,8	33,0	27,6	20,6	102,7	48,6	40,6	34,5
30–34	45,3	22,6	22,0	19,7	63,7	29,3	24,8	20,4	72,0	41,6	35,2	28,8
35–39	26,5	15,6	15,5	14,4	42,7	20,3	17,7	15,3	48,8	23,9	22,2	20,5
40–44	9,0	6,0	6,0	6,0	15,1	8,7	8,0	6,6	16,4	9,9	9,4	8,4
45–49	1,4	0,3	0,9	0,6	1,4	0,9	0,9	0,7	1,5	0,8	0,8	0,7
15–49 celkem	30,6	16,4	16,0	13,2	46,3	19,2	16,1	12,9	40,5	20,4	18,4	15,5

x – extrémně malé soubory událostí.

Poznámka: Za roky 1994–2000 jsou mezi svobodné zařazeny i družky a ženy nezjištěného rodinného stavu.

Obr. 5.3: Pravděpodobnost další interrupce podle počtu předešlých interrupcí



**Rozšíření spolehlivé antikoncepce vedlo k prudkému poklesu rizika první interrupce**

Změny složení interrupcí podle pořadí se vyznačují očekávaným trendem – růstem podílu interrupcí prvního pořadí. Nicméně tento trend probíhá jen velmi pozvolna; poloviční podíl prvních interrupcí v roce 1990 vzrostl do roku 2000 pouze na 54 %. Příliš mnoho žen, které podstoupily interrupci, není ani poté k používání moderní antikoncepce dostatečně motivováno. Podle dostupných údajů je navíc v Česku jednoznačně převažující příčinou nechtěných těhotenství nepoužívání antikoncepce, nikoliv její selhání: mezi ženami, které podstoupily interrupci v roce 2000, celých 94 % nepoužívalo žádnou antikoncepci. Mezi vdanými ženami je i nadále více než polovina interrupcí druhého a vyššího pořadí, u neprovdaných žen se tento podíl přibližuje hodnotě 40 %. Stále existuje i specifická skupina žen, které interrupce používají dlouhodobě jako substituci antikoncepce; stabilně podíl více než 7 % připadá na interrupce čtvrtého a dalšího pořadí. Pravděpodobnosti další interrupce podle počtu předchozích interrupcí, vypočítané z úhrnu redukováných měr umělé potratovosti podle pořadí, naznačují, že největší změny v chování nastaly u žen bez předchozí interrupce. Z transverzálního pohledu byl propad pravděpodobnosti, že žena podstoupí během svého reprodukčního

období alespoň jednu interrupci, výrazně pozitivní. Při zachování měr potratovosti z roku 1990 by pouhých 21 % žen nikdy nepodstoupilo interrupci, zatímco v roce 2000 by to již bylo celých 75 %. Na druhou stranu se pravděpodobnosti další interrupce příliš nezměnily. Pravděpodobnost, že žena s jednou dřívější interrupcí podstoupí další, se poněkud snížila na hodnotu 50 % (59 % v roce 1990), pravděpodobnosti dalších interrupcí se naopak nepatrně zvýšily – pravděpodobnost třetí interrupce na 47 %, pravděpodobnost čtvrté interrupce ještě na 39 %. Předchozí model potratového chování, charakteristický vysokou pravděpodobností podstoupení alespoň jedné interrupce a vysokými, nicméně postupně klesajícími pravděpodobnostmi další interrupce, byl nahrazen modelem s nízkou pravděpodobností podstoupení první interrupce a relativně mnohem vyššími pravděpodobnostmi absolvování další mezi ženami, které podstoupily první. Zřejmě je to způsobeno rozšiřováním počtu žen používajících moderní bezpečnou antikoncepci (žádná interrupce) na rozdíl od početně se snižujícího souboru žen nepoužívajících antikoncepci nebo omezujících se na nespolehlivé způsoby ochrany před nežádoucím těhotenstvím (opakované interrupce).

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

Pořadí interrupce	Všechny ženy				Vdané ženy				Nevdané ženy			
	1990	1995	1998	2000	1990	1995	1998	2000	1990	1995	1998	2000
První	50,2	51,5	53,9	54,3	46,5	46,0	47,6	48,7	60,8	61,3	62,3	61,0
Druhá	29,4	27,4	26,4	26,3	31,6	30,2	29,6	29,4	23,1	22,3	22,3	22,5
Třetí	13,3	12,9	12,2	11,9	14,4	14,7	14,4	13,6	10,0	9,9	9,2	10,0
Čtvrtá	4,8	5,2	4,6	4,6	5,1	5,7	5,1	5,1	4,0	4,2	3,8	4,0
Pátá a další	2,3	3,0	2,9	2,9	2,4	3,4	3,3	3,2	2,1	2,3	2,4	2,5

Poznámka: Za rok 1990 včetně mimoděložních těhotenství.

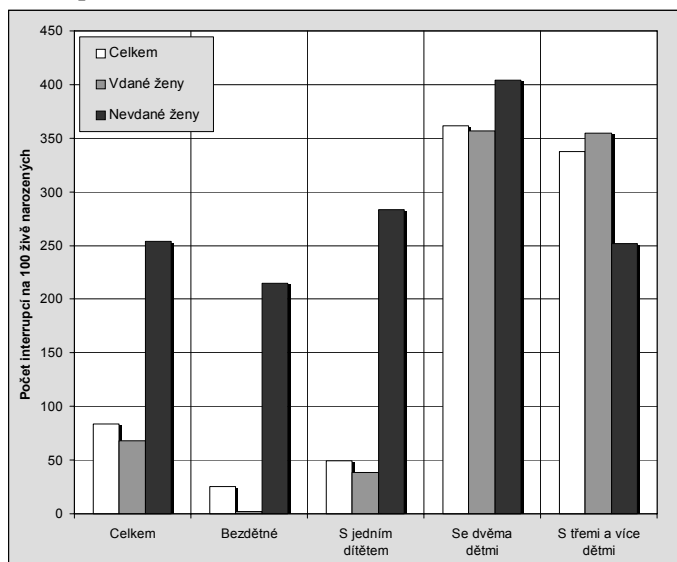
**Tab. 5.6: Složení interrupcí podle počtu živě narozených dětí před umělým potratem (v %)**

Počet dětí	Všechny ženy			Vdané ženy			Nevdané ženy			Podíl nevdaných žen		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Žádné	14,4	19,6	23,8	1,4	2,4	3,6	51,5	50,3	47,5	92,6	92,4	91,9
Jedno	21,8	24,3	25,1	22,0	24,6	24,8	21,2	23,8	25,5	25,2	35,3	46,7
Dvě	47,7	41,7	38,4	57,6	54,9	55,0	19,4	18,3	18,9	10,6	15,8	22,6
Tři	13,2	11,4	9,8	15,8	14,6	13,1	5,9	5,7	5,9	11,5	17,9	27,6
Čtyři a více	2,9	3,0	2,9	3,2	3,5	3,5	2,0	1,9	2,2	17,8	23,5	35,6
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	25,9	36,0	46,0

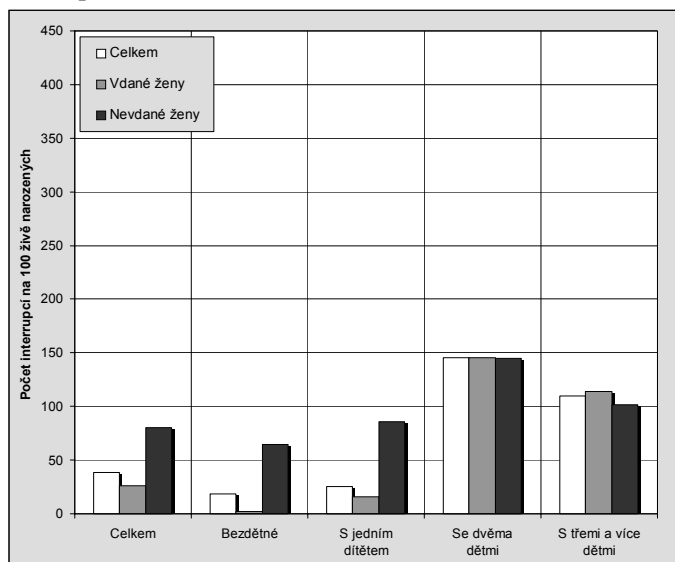
Rozložení interrupcí podle počtu živě narozených dětí odráží pozvolný růst podílu interrupcí mezi bezdětnými ženami (24 % v roce 2000), nejsilnější skupinou žen podstupující umělý potrat však nadále zůstávají ženy se dvěma dětmi (38 %). Tento vzorec chování přetrvává zvláště mezi vdanými ženami, kde plných 55 % umělých potratů podstupují ženy se dvěma dětmi. U nevdaných slouží interrupce stále především k ukončení nechtěného těhotenství bezdětných žen (48 %), díky rostoucímu významu nesezdaného soužití a mimomanželské plodnosti dochází k velmi mírnému růstu podílu interrupcí žen s dětmi. Potratové indexy umožňují detailněji analyzovat rozdíly v rozhodování žen mezi potratem a narozením dítěte. Ve všech skupinách žen klesá počet interrupcí na 100 narozených a zároveň dochází ke sblížení potratového chování vdaných a nevdaných žen. Výrazný pokles potratových indexů u nevdaných žen opět souvisí nejen se snižováním umělé potratovosti, ale i s častějším rozením dětí mimo manželství. V roce 1990 byla u nevdaných žen interrupce mnohem běžnější než narození dítěte bez ohledu na počet dětí: čtyřnásobně častější u žen se dvěma dětmi a dvoj- až trojnásobně častější u ostatních žen. V současnosti je již narození dítěte častější než interrupce i mezi nevdanými ženami bez dětí a s jedním dítětem. Potratové indexy jsou nadále nejvyšší u žen se dvěma dětmi, v roce 2000 dosáhly u vdaných i nevdaných žen hodnoty 145 na 100 narozených. Tyto vysoké hodnoty ilustrují přetrvávající orientaci na dvojdětný model rodiny; narození třetího dítěte se v případě těhotenství snaží většina žen zabránit. Především vlivem změn složení populace podle rodinného stavu došlo ke zvýšení podílu nevdaných žen na počtu provedených interrupcí, který se projevil především u interrupcí žen s dětmi. Celkově však v roce 2000 vdané ženy stále měly nadpoloviční podíl (54 %) v celkovém počtu provedených interrupcí.

**K nechtěnému těhotenství a tím k riziku interrupce dochází u nevdaných žen bez nebo s jedním dítětem výrazně častěji než u žen vdaných**

**Obr. 5.4a: Potratové indexy podle počtu dětí narozených před interrupcí v roce 1990**

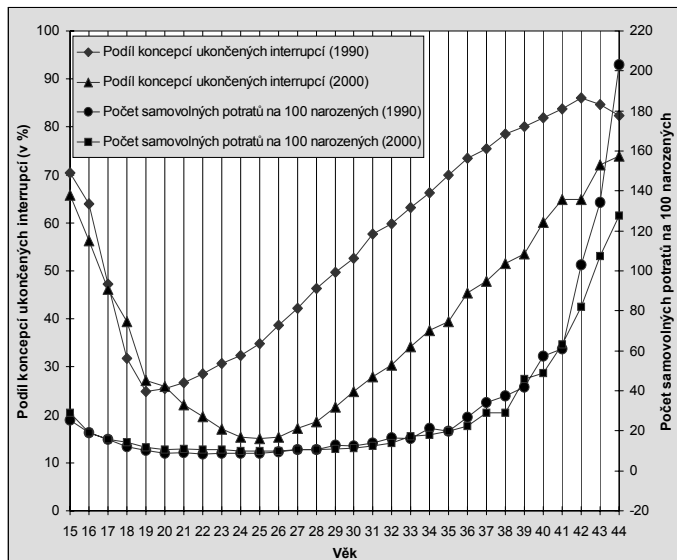


**Obr. 5.4b: Potratové indexy podle počtu dětí narozených před interrupcí v roce 2000**

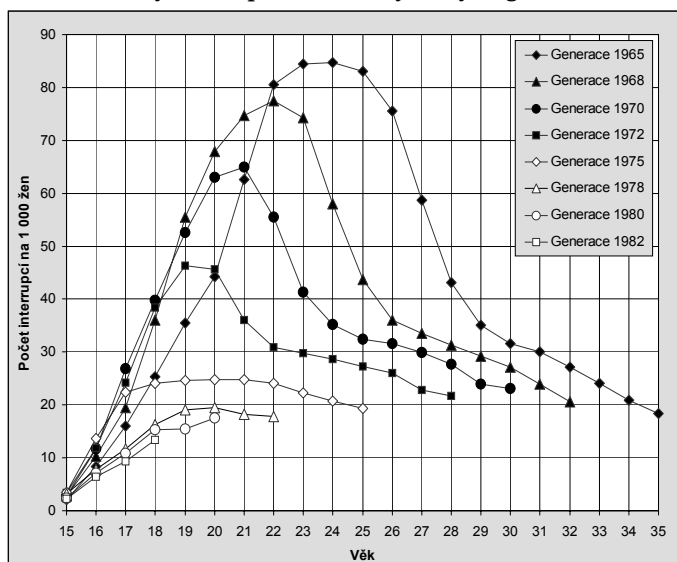


Jak se změnila podíly žen, které se rozhodly ukončit své těhotenství umělým potratem? Vzhledem k souběžnému rychlému poklesu úrovně plodnosti i potratovosti nejmladších žen se tyto podíly prakticky nezměnily u žen ve věku do 20 let: mezi patnáctiletými a šestnáctiletými dává většina přednost interrupci, následně pak rozhodnutí pro interrupci prudce klesá s věkem. V roce 1990 se minimum nacházelo ve věku 19 let (25 % koncepcí vyústilo v umělý potrat), v roce 2000 došlo k dalšímu poklesu až na hodnotu 15 % ve věku 25 let a následně k pozvolnému růstu, nicméně na výrazně nižší hladině než v roce 1990. Více než polovina těhotenství byla ukončena interrupcí teprve ve věku 38 a více let (v roce 1990 již ve věku 30 let a více). Křivky počtu samovolných potratů na 100 narozených podle věku ilustrují

**Obr. 5.5: Podíl koncepcí ukončených interrupcí (v %) a počet samovolných potratů na 100 narozených podle věku**



**Obr. 5.6: Míry umělé potratovosti vybraných generací žen**



roce 1990, tedy v době zvyšující se dostupnosti spolehlivých antikoncepčních prostředků. Ještě mezi ženami narozenými v roce 1965 připadne výsledně téměř jedna interrupce na jednu ženu. Pokud zůstane zachován naznačený průběh křivky potratovosti u žen narozených v roce 1978 a později, připadne na tyto ženy v průměru jen 0,3 interrupce.

Z mezinárodního srovnání je zřejmé, že úroveň umělé potratovosti již Česko 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. V roce 1990 byla Evropa úrovní potratovosti zřetelně rozdělena na východ a západ; v severní, západní a jižní Evropě úhrnná umělá potratovost zřídka 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 liberalizaci 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 podle některých odhadů 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. Kolem roku 2000 byla úroveň umělé potratovosti v Česku a na Slovensku nižší než v Norsku, Velké Británii a Švédsku, úhrnná umělá potratovost ve Slovinsku a Litvě se pak blížila hodnotám ve Švédsku, kde zůstala nejvyšší ze zemí Evropské unie (0,56).

dlouhodobou stabilitu intenzity samovolné potratovosti. Je zřejmé, že výkyvy spontánní potratovosti úzce souvisí s časováním porodů a do budoucna lze očekávat pozvolný růst úrovně samovolné potratovosti jako negativní efekt rostoucího podílu těhotenství třicetiletých a starších žen. V roce 2000 připadlo na 100 narozených 11 samovolných potratů u 30 letých žen, 20 u žen 35 letých a 49 samovolných potratů u 40 letých.

V posledním desetiletí se v České republice zvyšovaly počty cizinců a souběžně rostl i jejich podíl z počtu provedených potratů. V roce 2001 se ženy s jinou než českou státní příslušností podílely ze 3,1 % na celkovém počtu samovolných potratů a z 6,7 % na celkovém počtu interrupcí. Vyšší podíl „cizinek“ v úhrnu umělých potratů signalizuje buď jejich nižší úroveň plodnosti, případně vyšší úroveň potratovosti; nejspíše však obojí spolu s možnou existencí tzv. „potratové turistiky“.

Zajímavým vývojem prošla úroveň umělé potratovosti jednotlivých generací žen. Na průběhu křivek umělé potratovosti podle věku u vybraných generací narozených v roce 1965 a později jsou znát velmi výrazné mezigenerační rozdíly. Graf zároveň odráží vzájemné propojení tří efektů – věku, kalendářního roku a generace – které ovlivňovaly výsledné generační míry umělé potratovosti. Věkové rozložení měr potratovosti se posouvalo z výrazného maxima ve věku kolem 25 let u generace 1965 až po maximum ve věku mezi 19 a 22 lety, poměrně výrazné u generace 1972 a velmi nevýrazné u generací 1975 a mladších. Efekt kalendářního roku je zřejmý jednak v rychlém růstu intenzity potratovosti u mladých žen dospívajících ve druhé polovině 80. let (především generace 1967–1970), ale hlavně v prudkém poklesu měr umělé potratovosti v období 1992–1995, který se silně projevil u všech generací žen narozených v letech 1965–1973. Generační efekt se odráží v rychlém snižování úrovně umělé potratovosti z generace na generaci, vedoucím k tomu, že generace žen, které se nacházejí ve věku dřívějších maximálních měr umělé potratovosti (například generace 1975), mají nižší úroveň potratovosti než kterou starší generace stále vykazují ve vyšším věku. Zdá se, že ženy narozené po roce 1975 si osvojily již od počátku svého sexuálního života spolehlivé metody zabránění početí a mají tedy velmi nízké míry potratovosti. Jde o generace se začátkem sexuálního života po

**Úrovní umělé potratovosti se Česko zařadilo mezi evropské země s nízkou intenzitou potratovosti**

**Tab. 5.7: Úhrnná umělá potratovost ve vybraných evropských zemích kolem roku 1990 a 2000**

Země	2000	1990	Podíl žen do 25 let (%) <sup>1</sup>	Země	2000	1990	Podíl žen do 25 let (%) <sup>1</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
Česko	0,47	1,54	28,7	Bělorusko	2,04 (1997)	.	35,6
Norsko	0,49	0,49 (1991)	48,7				

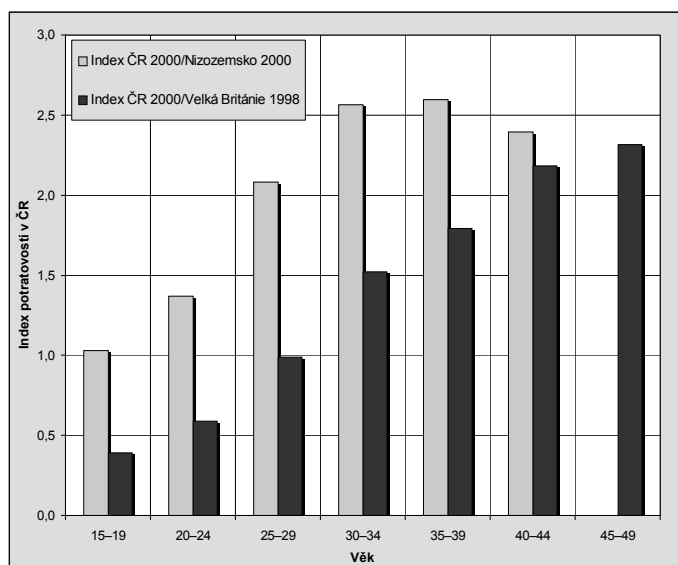
<sup>1</sup>Podíl na úhrnné umělé potratovosti kolem roku 2000.

. – údaj není dostupný.

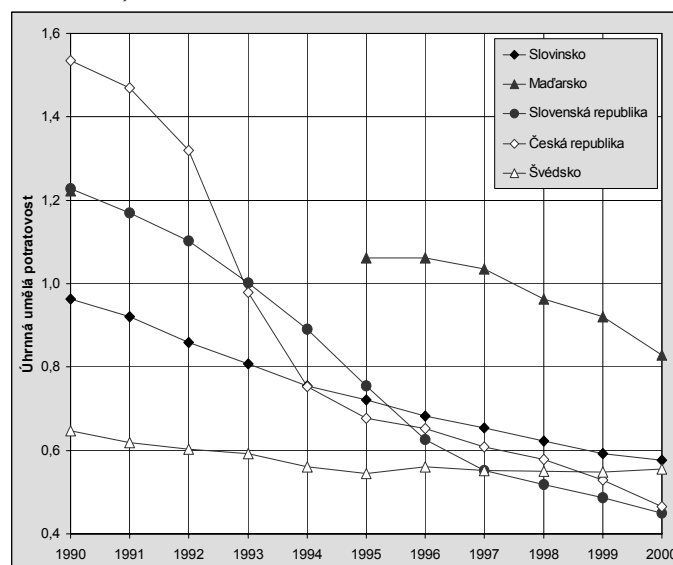
Poznámka: Kromě Česka a Slovenska jsou ukazatele vypočítány z měr umělé potratovosti za pětileté věkové skupiny žen.

Přestože úroveň umělé potratovosti je již v Česku poměrně nízká, složení interrupcí zde stále připomíná předchozí socialistický model potratového chování. Zatímco v západoevropských zemích připadne značná část umělé potratovosti na ženy do 25 let (typicky kolem 40 %, ve Velké Británii dokonce 53 %), v České republice, a obdobně i na Slovensku, ve Slovinsku a v Rumunsku je to stále méně než 30 %. Rozdíl ve věkových intenzitách mezi Českem a západní Evropou je zřetelný z indexu srovnávacího míry umělé potratovosti v Česku v roce 2000 s Nizozemskem, známým dlouhodobě nízkou úrovní umělé potratovosti, a Velkou Británií (1998). Ženy 15–19 leté měly u nás srovnatelnou intenzitu umělé potratovosti s Nizozemskem a o 60 % nižší než ve Velké Británii, ve věku 25–29 let pak byla úroveň umělé potratovosti v Česku stejná jako ve Velké Británii a dvakrát vyšší než v Nizozemsku. Úroveň potratovosti ve věku nad 30 let zůstává ve srovnání s Nizozemskem i Velkou Británií vysoká.

**Obr. 5.7: Index úrovně umělé potratovosti podle věku v Česku ve srovnání s Nizozemskem a Velkou Británií**



**Obr. 5.8: Úhrnná umělá potratovost v Česku, Slovensku, Maďarsku, Slovinsku a Švédsku 1990–2000**



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 do roku 1993 k téměř úplnému zákazu provádění interrupcí. V roce 1990 mělo Česko podstatně vyšší úhrnnou umělou potratovost (1,54) než Slovensko (1,23), Maďarsko (1,22) a Slovinsko (0,96). Především díky prudkému poklesu kolem roku 1993 se tento ukazatel u nás snížil do roku 2000 téměř na úroveň Slovenska a pod úroveň zaznamenanou ve Slovinsku (0,58) a v Maďarsku (0,83). S výjimkou 70. let se umělá potratovost v Česku udržovala na vyšší úrovni než na Slovensku. V současnosti se tyto rozdíly setřely a Česko má dnes nejen stejnou hladinu umělé potratovosti jako Slovensko, ale zároveň téměř totožné rozložení měr umělé potratovosti podle věku.

Po celé období poklesu úrovně potratovosti byla v Česku zachována liberální potratová legislativa a politické pokusy o omezení přístupu žen k interrupcím byly spíše ojedinělé. Je zřejmé, že hladinu

**Příští generace budou mít jinou věkovou strukturu žen podstupujících interrupci**

potratovosti lze drasticky snížit i bez použití restriktivních zákonů, tedy při respektování práva žen rozhodnout o osudu svého těhotenství. Jak vyplývá z různých průzkumů, silně sekularizovaná česká společnost zůstala tolerantní vůči interrupcím; například podle průzkumu Evropské studie hodnot provedeného v letech 1991 a 1999 většina populace schvaluje potrat, pokud manželé nechtějí mít další dítě. Souhlas s potratem za této situace dokonce vzrostl z 66 na 76 %, přičemž rozdíly mezi názory žen a mužů byly zanedbatelné. Zdá se, že rychlý pokles intenzity umělé potratovosti je již ukončen, nicméně pozvolný pokles ještě může dále pokračovat. To signalizuje i stávající struktura interrupcí, která stále odráží potratové chování totalitní éry: příliš mnoho žen podstupuje interrupci opakovaně a většina interrupcí připadá na vdané ženy s dětmi. Tyto charakteristiky, kontrastující se složením potratovosti ve většině vyspělých zemí, stejně jako vrchol intenzity umělé potratovosti ve věku 29–31 let, jsou nejspíše dočasným efektem 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 pět či deset let dříve se brání nechtěnému těhotenství méně často a odmítají narození nechtěného dítěte spíše interrupcí. 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. Zároveň by bylo pozitivní, kdyby se v Česku podařilo prosadit uvolnění velmi striktní regulace sterilizace, která představuje efektivní možnost zabránění těhotenství pro ženy, které již nechtějí mít další děti, a legalizaci tzv. „potratové pilulky“ RU 486; ta je levným a bezpečným prostředkem pro vyvolání spontánního potratu u žen v raném stadiu těhotenství.

**Tab. 5.8: 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		11		1 478	
1995	49 531		11 838		41 735		10 571		12		1 476	
1996	48 086		11 036		40 333		10 296		20		1 560	
1997	45 022		9 709		37 882		10 392		7		1 552	
1998	42 959		8 896		35 752		11 128		12		1 555	
1999	39 382		7 756		32 579		11 173		12		1 536	
2000	34 623		6 472		28 418		11 300		15		1 432	
2001	32 528						11 116		2		1 411	

Rok	Údaje ÚZIS za ženy s českým občanstvím („tuzemky“) a za ženy s cizí státní příslušností											
	Interrupce						Samovolné potraty		Ostatní potraty		Mimoděložní těhotenství (MDT)	
	celkem (bez MDT)		ze zdravotních důvodů		miniinterrupce							
	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C
1989	107 403	2 436	9 871	130	85 216	1 595	14 689	140	18	1	1 940	0
1990	107 131	2 231	9 428	76	86 444	1 489	14 656	116	15	0	1 893	14
1991	103 124	1 157	8 836	55	83 915	798	13 892	94	23	0	1 749	15
1992	93 435	769	10 270	44	77 040	546	13 324	96	4	0	1 681	15
1993	69 398	1 237	15 738	135	56 982	957	13 076	152	3	1	1 560	19
1994	53 674	1 162	13 046	171	45 694	915	10 958	151	8	3	1 460	18
1995	48 286	1 245	11 679	159	40 755	980	10 397	174	12	0	1 448	28
1996	46 506	1 580	10 884	152	39 125	1 208	10 129	167	19	1	1 530	30
1997	43 261	1 761	9 578	131	36 497	1 385	10 188	204	6	1	1 516	36
1998	40 935	2 024	8 742	154	34 193	1 559	10 844	284	12	0	1 507	48
1999	37 157	2 225	7 634	122	30 834	1 745	10 824	349	11	1	1 477	59
2000	32 530	2 093	6 338	134	26 785	1 633	10 972	328	15	0	1 377	55
2001	30 358	2 170	5 877	.	24 483	.	10 769	347	2	.	1 352	59

T – údaje za ženy s českým občanstvím („tuzemky“).

C – údaje za ženy s cizí státní příslušností.