

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie
Studijní obor: Demografie se sociální geografii



Bára Idlbeková

**Potrátovost v kontextu nízké plodnosti: vývoj v Česku a na Slovensku
po roce 1993**

**Abortions in the context of low fertility: development of abortions in
Czechia and Slovakia after 1993**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
doc. RNDr. Jiřina Kocourková, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 5. 5. 2021

.....

Bára Idlbeková

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala doc. RNDr. Jiřině Kocourkové, Ph.D. za cenné rady, konzultace, věnovaný čas, trpělivost a odborné vedení této práce. Velký dík patří také mé rodině a přátelům za podporu při mém studiu a psaní práce.

Potratovost v kontextu nízké plodnosti: vývoj potratovosti v Česku a na Slovensku po roce 1993

Abstrakt

Hlavním cílem této bakalářské práce je podat ucelený přehled o vývoji úrovně a struktur potratovosti v Česku a na Slovensku po rozpadu Československa, tj. od roku 1993 do roku 2019 a trendy, které se v obou státech objevují, porovnat. První část bakalářské práce se věnuje základním informacím o potratech jako je definice, druhy potratů, metody provedení a legislativa. Druhou část tvoří teoretické ukotvení tématu, a to konkrétně vývoj interrupcí v souvislosti s interrupční legislativou, metody regulace plodnosti, potratovost v kontextu 2. demografického přechodu a antikoncepční revoluci. Následně jsou analyzovány trendy a struktury umělé potratovosti jak v Česku, tak na Slovensku pomocí ukazatelů demografické analýzy a vizualizace v podobě srovnávacích grafů. Komparační metoda analýzy pracuje i s prevalencí antikoncepce, jejíž výše značně ovlivňuje vývoj umělé potratovosti a současně i plodnosti, a proto je důležitým faktorem ve studiu a interpretaci trendů umělé potratovosti.

Klíčová slova: umělá potratovost, antikoncepce, plodnost, Česká a Slovenská republika

Počet znaků bez mezer: 81 281

Abortion in the context of low fertility: development of abortion in the Czech Republic and Slovakia after 1993

Abstract

The main goal of this bachelor thesis is to provide a comprehensive overview of the development of abortion rates and structures in the Czech Republic and Slovakia after the collapse of Czechoslovakia i.e. from 1993 to 2019 and to compare trends that occur in both countries. The first part of the bachelor thesis consists of the basic information about abortion, such as its definitions, types and methods of implementation, and legislations. The second part frames the theory of the topic, specifically the development of abortions in connection with abortion legislation, methods of fertility regulation, abortion in the context of the 2nd demographic transition and contraceptive revolution. Subsequently, trends and structures of induced abortions in both Czechia and Slovakia are analyzed using indicators of demographic analysis and visualization in the form of comparative graphs. The comparative method of analysis also works with the prevalence of contraception, its level significantly affects the development of abortion and fertility at the same time and therefore ranks among the main factors in the study and interpretation of abortion trends.

Keywords: induced abortion, contraception, fertility, Czech and Slovak Republic

OBSAH

Seznam grafů	4
Seznam použitých zkratk	6
1 Úvod	7
2 Potrat, metody umělého přerušeni těhotenství a legislativa	10
2.1 Definice potratu	10
2.2 Druhy potratů	11
2.3 Metody umělého přerušeni těhotenství	12
2.3.1 Chirurgická interrupce	12
2.3.2 Chemická interrupce	12
2.4 Legislativa týkající se interrupcí	12
3 Teoretické ukotvení tématu	15
3.1 Vývoj interrupčního chování v souvislosti s vývojem interrupční legislativy	15
3.2 Metody regulace plodnosti	16
3.2.1 Antikoncepce.....	17
3.3 Potratovost v kontextu 2. demografického přechodu	18
3.3.1 Vývoj plodnosti v Česku a na Slovensku po roce 1993	20
3.4 Antikoncepční revoluce v Česku a na Slovensku.....	21
4 Analýza potratovosti	23
4.1 Výzkumné otázky práce	23
4.2 Zdroje dat	24
4.3 Ukazatele potratovosti.....	24
4.4 Srovnávací analýza potratovosti Česko a Slovensko	26
4.4.1 Struktura potratů.....	27
4.4.2 Míry potratovosti.....	38
4.4.3 Obecná míra potratovosti	46
4.4.4 Index potratovosti.....	47
4.4.5 Průměrný věk žen při potratu.....	49

4.4.6 Úhrnná potratovost.....	50
4.4.7 Prevalence antikoncepce	51
4.4.8 Souvislosti vývoje umělé potratovosti, antikoncepční prevalence a úhrnné plodnosti.....	52
5 Závěr.....	56
Seznam použité literatury.....	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Vývoj úhrnné plodnosti a průměrného věku žen při narození dítěte v Česku a na Slovensku	20
Graf 2 – Vývoj struktury ukončených těhotenství v Česku	27
Graf 3 – Vývoj struktury ukončených těhotenství na Slovensku	28
Graf 4 – Vývoj počtu samovolných a umělých potratů v Česku	29
Graf 5 – Vývoj počtu samovolných a umělých potratů na Slovensku	30
Graf 6 – Porovnání vývoje počtu narozených a počtu ukončených těhotenství v Česku a na Slovensku	31
Graf 7 – Vývoj podílu interrupcí na 100 ukončených těhotenství v Česku a na Slovensku.....	32
Graf 8 – Vývoj podílu interrupcí na celkovém počtu potratů v Česku a na Slovensku.....	33
Graf 9 – Vývoj podílu registrovaných těhotenství končících samovolným potratem v Česku a na Slovensku.....	34
Graf 10 – Podíl interrupcí podle počtu živě narozených před interrupcí v Česku ve vybraných letech	35
Graf 11 – Podíl interrupcí podle počtu živě narozených před interrupcí na Slovensku ve vybraných letech	36
Graf 12 – Vývoj podílu miniinterrupcí z celkového počtu UPT	37
Graf 13 – Míry umělé potratovosti na 1 000 žen v Česku ve vybraných letech	38
Graf 14 – Míry umělé potratovosti na 1 000 žen na Slovensku ve vybraných letech.....	39
Graf 15 – Míry umělé potratovosti svobodných na 1 000 žen v Česku v roce 1993 a 2019	40
Graf 16 – Míry umělé potratovosti svobodných na 1 000 žen na Slovensku v roce 1993 a 2019.....	41

Graf 17 – Míry umělé potratovosti vdaných na 1 000 žen v Česku v roce 1993 a 2019	42
Graf 18 – Míry umělé potratovosti vdaných na 1 000 žen na Slovensku v roce 1993 a 2019	43
Graf 19 – Míry spontánní potratovosti na 1 000 žen v Česku ve vybraných letech.....	44
Graf 20 – Míry spontánní potratovosti na 1 000 žen na Slovensku ve vybraných letech.....	45
Graf 21 – Vývoj obecné míry v Česku a na Slovensku	46
Graf 22 – Index umělého přerušení těhotenství žen v Česku ve vybraných letech.....	47
Graf 23 – Index umělého přerušení těhotenství žen na Slovensku ve vybraných letech.....	48
Graf 24 – Vývoj průměrného věku žen při potratu na Slovensku a v Česku	49
Graf 25 – Vývoj Úhrnná potratovosti v Česku a na Slovensku	50
Graf 26 – Vývoj užívání antikoncepce na 1 000 žen reprodukčního věku v Česku a na Slovensku	51
Graf 27 – Vývoj užívání antikoncepce na 1 000 žen v reprodukčním věku v závislosti na úhrnné umělé potratovosti v Česku a na Slovensku	52
Graf 28 – Vývoj podílu miniinterrupcí z celkového počtu interrupcí a podílu žen užívající nitroděložní tělíčko v Česku a na Slovensku	53
Graf 29 – Vývoj prevalence hormonální antikoncepce, úhrnná umělé potratovosti a úhrnné plodnosti v Česku a na Slovensku	54

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR	Česká republika
SR	Slovenská republika
UPT	umělé přerušení těhotenství
ČNR	Česká národní rada
ČSR	Československá republika
NZIS	Národní zdravotnické informační středisko
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
NCZI	Národné centrum zdravotnických informací
ČSÚ	Český statistický úřad
NRPOT	Národní registr potratů
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
HA	Hormonální antikoncepce
SSSR	Sovětský svaz socialistických republik

Kapitola 1

Úvod

Problematika umělého přerušení těhotenství přináší do společnosti celou řadu mnohých diskusí, jak z pohledu odborníků jako jsou lékaři, vědci nebo také politici, tak napříč širokou veřejností. Toto téma vždy bylo, je a nejspíše i nadále bude terčem odlišných pohledů a postojů a ačkoli se to nemusí zdát, je poměrně široké z toho důvodu, že se zde střetávají roviny etické, morální a v neposlední řadě i právní. Názory na interrupce nejsou odlišné jen na úrovni jedinců, ale podstatně se také liší v jednotlivých státech ve světě. Jistým důvodem mohou být i odlišnosti v historickém vývoji interrupční legislativy. Příkladem je Polsko, kde v 90. letech došlo k výraznému zpřísnění interrupcí, které však není akceptováno širokou veřejností, což se projevuje častými protesty s cílem obnovit legalitu umělých potratů.

Společnost je polarizovaná na dva odlišné názory a postoje k umělému přerušení těhotenství. Jeden proud prosazuje názory, že umělé potraty mohou ohrozit zdraví žen, které je podstupují a zároveň je tím upíráno právo na život nenarozeného dítěte. Upozorňují hlavně na následky a posun morálních norem a krizi mezilidských vztahů (Soukupová, 2002). Protipól tohoto postoje naopak zastává názor toho, že má každá žena právo na svobodnou volbu a na kontrolu své reprodukce. Existují i dvě hnutí propagující tyto dva odlišné názorové proudy. Jedním je hnutí „pro-life“, bojující za právo na život, a naopak hnutí hájící zájmy žen a jejich svobodné volby nese název „pro-choice“.

Práce se zaměřuje na zkoumání vývoje potratovosti ve Česku a na Slovensku po roce 1993. Předchozí studie dokumentují, že i v těchto dvou státech existují rozdíly v názorech na umělé přerušení těhotenství, a to i přesto, že se jejich historie vyvíjela stejně do rozdělení Československa v roce 1993. Slovenská populace se obecně vyznačuje nižší tolerancí interrupcí než populace česká především díky vyššímu podílu obyvatel hlásících se ke katolické církvi (Kocourková, 2016). Výzkum veřejného mínění o interrupci v Česku z roku 2019 dokazuje, že přibližně sedm z deseti občanů (68 %) je toho názoru, že právo rozhodnout o přerušení vlastního těhotenství má mít žena sama (Čadová, 2019). Téměř pětina respondentů (19 %) se domnívala, že by interrupce měla být povolena jen s přihlédnutím ke zdravotním a sociálním ohledům na dítě a ženu. 7 % populace tvrdí, že by měla být interrupce povolována jen v případech ohrožení života těhotné ženy a pro úplný zákaz se vyslovila jen 3 % respondentů. Od roku 2010 jsou tyto postoje české veřejnosti vůči tomuto tématu stabilní (Čadová, 2019).

Přetrvávající zájem o toto téma dokládá velké množství odborných publikací, vysokoškolských prací a mezinárodních studií zabývajících se nejen vývojem a analýzou potratovosti samotné, nýbrž i reprodukčními právy žen. Kontroverzní charakter této problematiky je ovlivněn řadou aspektů, které se v čase mění. Dostupnost služeb umělého přerušování těhotenství se za posledních několik desetiletí dosti rozšířila, v celosvětovém pohledu jsou však v některých státech výrazně ovlivněny platnou legislativou. Stále ještě existují státy, kde je dostupnost interrupcí velmi omezená a nastává zde problém, kdy se těhotné ženy uchylují k nelegálním a nebezpečným metodám umělého přerušování těhotenství (Kortanová, 2013). Tyto postupy vyvolané v rozporu se zákonem se nazývají nezákonné nebo trestné potraty a mohou být prováděny v nehygienických nebo nebezpečných podmínkách (Stloukal, 1995).

Mnoho historických společností se k umělému přerušování těhotenství stavělo negativně a v zemích, kde se uplatňoval silný vliv katolické církve, se tento čin dokonce trestal. Interrupce byly zakazovány ve většině zemí do první světové války. Prvenství v uzákonění umělého přerušování těhotenství na žádost ženy, a to konkrétně v roce 1923, nese bývalá SSSR. Nicméně, větší pozornost začala být umělé potratovosti věnována od padesátých let dvacátého století, kdy se zvyšovala její intenzita v důsledku změn v legislativách, které postupně proběhly ve vyspělých státech. Ve většině bývalých socialistických státech probíhalo zlegalizování interrupcí už od 50. let, zatímco v západoevropských státech až od 60. let dvacátého století (Kocourková a Fait, 2011). Co se týká bývalého Československa, zde vešel zákon v platnost v roce 1958, nicméně obsahoval řadu úprav a předpisů, mimo jiné i zavedení interrupčních komisí, které provedení potratů značně omezovaly. Potratovost, dříve tématem spíše jen lékařů a gynekologů, se tak zařadila jako nepostradatelná součást demografických procesů (Soukupová, 2002). Tento proces nabral svou významnost v demografické rovině hlavně z toho důvodu, že při vysoké míře potratů může docházet k reprodukční ztrátě, která je nežádoucí, a to jak pohledu demografického, tak širšího.

V roce 1987 byly v Československu zrušeny interrupční komise a tím bylo ženám umožněno rozhodovat o době a počtu narozených dětí (Kalibová a kol., 2009). V důsledku tohoto uvolnění intenzita interrupcí letech 1987–1991 v historii Československa kulminovala (Kocourková, 2010). Po rozdělení Československa se legislativa v obou státech nezměnila. Cílem práce je proto analýza vývoje intenzity a struktury potratovosti, umělé i samovolné, po roce 1993 v Česku a na Slovensku. V obou státech zároveň došlo po roce 1993 k významným změnám v reprodukčním chování, které se projeví hlubokým propadem úrovně plodnosti v 90. letech a následně pomalým růstem po roce 2000 (Šprocha 2014). Příčinou nízké plodnosti byl v obou státech nástup odkladu reprodukce do vyššího věku žen, který se projevil rychlým zvyšováním průměrného věku matek při narození dítěte. Proto je cílem zároveň zhodnotit, jak se intenzita umělé a samovolné potratovosti vyvíjela v kontextu nízké plodnosti a vzniku modelu pozdní plodnosti.

Úroveň umělé potratovosti úzce souvisí nejen s výskytem liberální legislativy, ale také se způsoby omezování plodnosti jako je míra užívání, dostupnost a propagace moderních forem antikoncepce, a s celkovým populačním klimatem v zemi (Kalibová a kol., 2009). Významný pokrok v antikoncepčních metodách a jejich snadná a rozšířená dostupnost měly zásadní dopad nejen na úroveň umělé potratovosti, ale také na úroveň plodnosti a jejich trendů (Kocourková a Fait, 2011). Tyto změny přinesly mladým lidem efektivnější plánování vlastního života a rození

převážně chtěných dětí (Kocourková, 2009). Vědci naznačují, že zejména sociální a kulturní očekávání, stejně jako přístup a dostupnost, mohou být hlavními faktory při změně chování, pokud jde o tradiční užívání antikoncepce (Dereuddre a kol., 2016). Účinná antikoncepce zbavila ženy obav, že se musí vdávat a díky tomu získaly možnost zařídit si život podle svých představ (Kocourková, 2009). Proto dalším cílem je zhodnocení vývoje užívání moderní antikoncepce a vlivu na úroveň potratovosti a plodnosti.

Kapitola 2

Potrat, metody umělého přerušení těhotenství a legislativa

2.1 Definice potratu

Snahy o standardizaci definic pojmů jako „potraty“ nebo „živě a mrtvé narozené dítě“ se poprvé rozmohly na konci devatenáctého a počátku dvacátého století v důsledku činnosti Mezinárodního statistického institutu a Zdravotnické organizace. Slovo „potrat“ (angl. abortion) pochází z latinského abortiri, což v překladu znamená zemřít, zmizet nebo zahynout v důsledku předčasného narození. V minulosti nabýval pojem potrat různých významů a definic a také mnoho konkrétních konotací, které byly závislé na jeho kontextu (Stloukal, 1995). Jak již bylo výše uvedeno, Slovenská i Česká republika měly totožný vývoj potratové legislativy, tudíž zde platí i stejná definice potratu.

Povinnému hlášení podléhají všechny druhy potratů. Žádosti o umělé přerušení těhotenství, které nebyly realizovány, nepodléhají hlášení. Definice potratů byly dány vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 11/1998 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky. Tuto vyhlášku zrušil zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Aktuálně platné definice vychází ze Závazných pokynů Národního zdravotnického systému a zní takto:

1. Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž:
 - a) *plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů,*
 - b) *z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.*
2. Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/ 1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství).

(Zdravotnická statistika Potraty 2017–2018, ÚZIS, s. 8)

2.2 Druhy potratů

Dělení potratů prošlo v minulosti obdobně jako samotná definice potratu několika změnami. Data o potratech jsou čerpána z Národního registru potratů (NRPOT), který je veden v Ústavu zdravotnických informací (ÚZIS) ČR. V roce 2012 vstoupil v platnost zákon č. 372/2011 Sb., který vedl ke změně sledování potratů. Díky této změně od roku 2012 byli narození bez známek života s porodní hmotností mezi 500 g a 1 000 g, případně délky těhotenství od 22 týdnů do 28 týdnů považováni za mrtvě narozené. Dnes je vymezení druhů potratu podrobnější, než bylo dříve, kdy se dělily pouze na tři typy. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky se potraty člení podle následující klasifikace:

1. *Samovolný potrat*: spontánní vypuzení plodu z dělohy, kdy plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.
2. *Mimoděložní těhotenství*: umělé ukončení mimoděložního těhotenství. Vzniká při uhnízdění oplodněného vajíčka mimo dělohu, většinou ve vejcovodu případně též ve vaječniku či dutině břišní.
3. *Umělé přerušeni těhotenství (UPT)*: provádí se na základě písemné žádosti ženy a rozlišují se na dva druhy:
 - *Miniinterrupce*: jsou umělá ukončení těhotenství prováděná vakuovou aspirací. Tato metoda je pro ženy šetrnější a lze ji provést v raném stádiu těhotenství, tj. do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky.
 - *Interrupce po 8. týdnu těhotenství*: zahrnuje ukončení těhotenství jinou metodou než interrupcí do 12. týdnu těhotenství a u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství. Po uplynutí 12 týdnů těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo je prokázáno, že plod je neschopen života. Nepatří sem ukončení mimoděložního těhotenství.
4. *Ostatní potraty*: tj. potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou – jedná se převážně o tzv. kriminální potraty.

(Zdravotnická statistika Potraty 2017–2018, ÚZIS, s. 8.)

2.3 Metody umělého přerušeni těhotenství

2.3.1 Chirurgická interrupce

Nejčastější chirurgickou metodou do prvního trimestru těhotenství je miniinterrupce. Z chirurgických metod se řadí mezi nejméně a nejbezpečnější. Je proto prováděna do 8. týdne těhotenství a probíhá rozšířením děložního hrdla pomocí tzv. vakuové aspirace neboli odsátí, které pod tlakem odsaje z dělohy plodové vejce s děložní sliznicí (Wikipedie 2020). Nejvyšší podíl miniinterrupcí byl zaznamenán v polovině 90. let a od té doby proběhl mírný pokles toho podílu (Kocourková a Fait, 2009). Interrupce podtlakovým odsátím nahrazuje riskantnější kyretáž. Na roztažení děložního hrdla a následnou kyretáž se pro vyprázdnění dělohy používá speciální přístroj. Kyretáž čistí stěny dělohy nástrojem, kterému se říká kyreta. Kyretáž se vykonává také z mnoha jiných důvodů patřících do běžných gynekologických postupů, jedná se například o vyšetření (Ferahli Süsser, Novák Matějková, 2019).

Klasická interrupce se provádí od 8. do 12. týdne a jedná se o dilataci děložního hrdla a následným vyprázdněním dělohy za pomoci tupé kyrety. Interrupce v tomto stádiu těhotenství je poněkud složitější než samotná miniinterrupce, po které žena po několika hodinách odchází, a proto je zde nutná alespoň jednodenní hospitalizace (Ferahli Süsser, Novák Matějková, 2019).

Interrupce ve třetím trimestru (po 12. týdnu těhotenství) se objevují jen ojediněle, jelikož se jedná už o rizikový zákrok, při kterém může dojít k poškození zdraví ženy. Tento úkon lze provést jen ze zdravotních důvodů, a to konkrétně při ohrožení života ženy nebo při prokázání těžkého poškození plodu (Wikipedie, 2020).

2.3.2 Chemická interrupce

Chemické neboli farmakologické ukončení těhotenství je odlišná varianta chirurgického ukončení těhotenství plnicí totožný účel, nicméně rozdíl tkví v odlišném způsobu provedení. K ukončení těhotenství tímto způsobem se podávají farmaceutické přípravky mifepriston (RU-486) a misoprostol, jenž první přivodí usmrcení plodu a druhý vypuzení z těla ženy (Lubušký, 2018). Mifepriston byl vynalezen ve Francii v roce 1980 a používá se od roku 1988. V České republice se léčiva, která tyto látky obsahují, nazývají laicky potratová pilulka. Jedná se o možnost ukončení těhotenství do 49. dne od poslední menstruace. Z rozhodnutí SÚKL musí být tyto farmakologické přípravky k ukončení těhotenství ženy vydány pouze na základně předpisu od lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví. V ojedinělých případech tato metoda nemusí zafungovat a v takovém případě je provedena chirurgická interrupce (Wikipedie, 2020).

2.4 Legislativa týkající se interrupcí

V roce 1957 přijalo Československo liberální zákon umožňující ženám podstoupit interrupci, a to zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušeni těhotenství, díky kterému byl zaveden institut okresních a krajských interrupčních komisí. Komise mohly přihlídnout kromě zdravotních indikací ještě k tzv. „indikacím zvláštního zřetele hodným“, tam patřila i „obtížná situace

neprovdané ženy“. Pod tuto indikaci bylo možné zahrnout i mimomanželské početí, a to vedlo k častým kamuflážím a podvodům při jednání těchto komisí (Uzel, 2002).

Druhá vlna liberalizace ohledně interrupcí v rámci Evropy nastala v roce 1986, kdy také v Československu byl přijat nový zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství (Uzel, 2002). Tento zákon je více spjatý s analyzovaným obdobím, jelikož je v platnosti dodnes a je totožný pro obě sledované země, které byly v době jeho uvedení v platnost součástí jednoho státního celku. Změna, kterou jeho zavedení přineslo, se týká zrušení interrupčních komisí, a díky tomu ženy již mohly požádat o umělé přerušení těhotenství bez udání důvodu. Prováděcí předpis k danému zákonu vymezuje tyto podmínky:

Za zdravotní důvody, pro které nelze na žádost ženy uměle přerušit těhotenství (kontraindikace), se považují:

- a) zdravotní stav ženy, kterým se podstatně zvyšuje zdravotní riziko spojené s umělým přerušením těhotenství, zejména zánětlivá onemocnění,
 - b) umělé přerušení těhotenství, od něhož neuplynulo šest měsíců, s výjimkou případů, kdy
 1. žena alespoň dvakrát rodila nebo
 2. žena dovršila 35 let věku nebo
 3. je důvodné podezření, že žena otěhotněla v důsledku trestné činnosti, která vůči ní byla spáchána.
- Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody pro umělé přerušení těhotenství, je uveden vyhláškou *MZ ČSR č. 75/1986 Sb.* Po uplynutí dvanácti týdnů délky těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu nebo že plod je neschopen života.
 - K umělému přerušení těhotenství na žádost ženy ve věku do šestnácti let je třeba souhlasu zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy (dále jen "zákonný zástupce"); souhlas zákonného zástupce se vyžádá též k umělému přerušení těhotenství této ženě ze zdravotních důvodů.

(Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky, kterou provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství)

V roce 1993 bylo v Česku zavedeno zpoplatnění interrupcí z jiných než zdravotních důvodů, konkrétně na žádost ženy. Zavedení poplatku za výkon vychází z právního rámce, který je stanoven Zákonem České národní rady č. 66/1986 Sb., upřesněný vyhláškou č. 75/1986 Sb. Za umělé přerušení těhotenství uhradí žena zdravotnickému zařízení poplatek, který se v různých zařízeních liší (ČSÚ, 2015). Interrupce provedené ze zdravotních důvodů hradí ženám pojišťovna. Potrat cizí státní příslušníci je možné provést jen, pokud má žena povolení k trvalému pobytu v Česku. Úkon umělého přerušení těhotenství ženy je hrazen částkou pohybující se v Česku

v rozmezí od 3 000 do 6 000,- Kč (v případě tzv. „medikamentózně vedené interrupce“ vyvolané léky ještě vyšší) (Fantysová, 2006).

Na Slovensku byla přijata změna týkající se zavedení poplatku za umělé přerušování těhotenství o něco později než v Česku. Stejně jako v případě Česka vychází tato změna ze zákona Slovenské národní rady č. 73/1986 Sb. o umělém přerušování těhotenství, upřesněného vyhláškou č. 74/1986 Sb. I na Slovensku není výše poplatku pevně stanovena a závisí na jednotlivých klinikách, které interrupce vykonávají. Pojišťovny za interrupce ze zdravotních důvodů hradí zhruba 300–600 euro (7 500–15 600,- Kč), pokud jde o výkon bez dalších komplikací. Pokud si žena výkon platí sama, poplatek činí kolem 250 euro (6 500,- Kč) (bratislavská Univerzitní nemocnice). V soukromých nemocnicích ženy zaplatí za interrupci v rozmezí 390–600 euro tj. 9 750–15 600,- Kč (Potocký, 2020).

Kapitola 3

Teoretické ukotvení tématu

3.1 Vývoj interrupčního chování v souvislosti s vývojem interrupční legislativy

Do první poloviny 20. století byly umělé potraty téměř všeobecně nezákonné. Po roce 1950 proběhla ve většině evropských zemí liberalizace zákonů týkající se interrupcí. Nejprve od poloviny 50. let ve střední a východní Evropě a od 60. let také v západní Evropě. Do konce 20. století byly umělé potraty povoleny bez omezení téměř ve všech evropských zemích (Frejka, 2008).

Historický vývoj úrovně umělé potratovosti probíhal odlišně v zemích západní a východní části Evropy. Východoevropské země se potýkaly s vysokou úrovní umělé potratovosti až do počátku 90. let, což bylo způsobeno tím, že možnost podstoupit interrupci zde byla většinou zdarma k dispozici na vyžádání a také tím, že zdravotnický systém byl založen spíše na léčebné než preventivní medicíně (Stloukal, 1995). Jinak tomu nebylo ani v bývalém Československu, kde se míry umělé potratovosti držely na vysokých hodnotách až do rozdělení státu. Jedním z hlavních důvodů této situace byla pronatalitní populační politika, do značné míry liberální legislativa a v neposlední řadě také obtížná dostupnost moderní antikoncepce (Stloukal, 1995).

Po roce 1990 vysoká úroveň umělé potratovosti přetrvávala v některých z post-sovětských zemích, například v Ruské federaci, kde i po roce 2000 míra interrupcí zůstala vysoká, a kde téměř 50 % těhotenství končilo interrupcí (Kocourková a Fait, 2009). V souvislosti s touto odlišností mezi východem a západem definoval Stloukal (1999) termín „potratová kultura“, který byl používán k charakterizování reprodukčního chování v socialistických zemích střední a východní Evropy od 50. let do konce 80. let.

Úhrnná plodnost a úhrnná umělá potratovost vykazovaly v období před rokem 1993, kdy Slovensko a Česko ještě sdílely jeden stejný stát, takzvaný „zrcadlový vývoj“ (Kocourková, 2016), což v praxi znamenalo, že při poklesu jedné křivky v závislosti na to stoupla druhá křivka a naopak. Hodnoty úrovně umělé potratovosti i počet žen užívajících moderní antikoncepci se v českém a slovenském státě do roku 1993 odlišovaly, což ale nejde vysvětlit rozdílností příslušných politik nebo nerovnostmi v legální přístupnosti interrupcí, jelikož do roku 1992 měly

obě populace, jak česká, tak slovenská, stejný stát i identickou zdravotní péči (Kocourková, 2016). Velikou roli v rozdílu úrovně umělé potratovosti a odlišných postojích vůči interrupcím v obou zemích hrála religiozita. Navzdory tomu, že probíhala tzv. sekularizace, vliv náboženství je možné považovat za důležitý vysvětlující faktor. A je obecně známo, že katolická církev zakazuje užívání antikoncepce i podstupování interrupcí.

Jak již bylo nastíněno, Česko a Slovensko sdílelo v rámci společného státu stejný vývoj zákonů týkajících se umělého přerušování těhotenství. Po zavedení liberálního zákona o interrupcích v roce 1957 úhrnná umělá potratovost prudce vzrostla, a nakonec se v průběhu 60. a 70. let ustálila na přibližně 1,0 interrupci na jednu ženu v Česku a na 0,8 interrupci na jednu ženu na Slovensku (Kocourková, 2016). Výskyt umělých potratů také významně vzrostl v obou státech po roce 1987, kdy byla zavedena konečná opatření k liberalizaci interrupcí a zrušeny zvláštní interrupční komise zřízené v roce 1957, které musely každou žádost o interrupci schválit. Tento zákon navíc stanovil bezplatné poskytování antikoncepčních prostředků (Kocourková a Fait, 2011). Je zajímavé, že liberálnější zákon o interrupcích vedl k méně odpovědnému chování, což mělo za následek zvýšení míry indukovaných potratů a snížení prevalence antikoncepce.

3.2 Metody regulace plodnosti

Metody regulace plodnosti je koncept zahrnující všechny prostředky k zabránění početí a porodu. Užívání jakýchkoliv metod antikoncepce společně s interrupcemi jsou hlavními prostředky k regulaci plodnosti (Frejka, 2008). Míra užívání moderních antikoncepčních prostředků a úroveň umělé potratovosti jsou velmi důležité pro posouzení úrovně reprodukčního zdraví v dané zemi. V současnosti je moderní antikoncepce klíčový prvek v plánování rodiny a obzvláště důležitá je při odkladu plodnosti do vyššího věku žen (Kocourková, 2016). Bez rozšíření používání účinných metod kontroly by plodnost prakticky nikdy nemohla klesnout na tak nízké hodnoty, které jsou dnes pozorovány v některých zemích. Antikoncepce společně s indukovanými potraty představují alternativní prostředky k dosažení stejné agregované úrovně plodnosti v populaci (Marston a Cleland, 2003). Užívání moderní antikoncepce nevede jen k nízké plodnosti, ale i ke změně celkového reprodukčního chování.

Velmi často je diskutován vztah mezi úrovní antikoncepčního užívání a výskytem umělé potratovosti. Pokud úroveň plodnosti a její další determinanty zůstanou konstantní, je očekáváno, že nárůst užívání antikoncepce nebo zvýšení účinnosti antikoncepce povede k poklesu indukované potratovosti a naopak (Marston a Cleland, 2003). S poklesem plodnosti na úroveň prosté reprodukce nebo dokonce nižší se délka potenciální expozice nechtěným těhotenstvím dále zvyšuje. Úroveň umělé potratovosti v populaci souvisí s počtem let, ve kterých jsou ženy plodné, sexuálně aktivní a vystavené riziku otěhotnění. Například ve společnosti, ve které je průměrná žena sexuálně aktivní ve věku od 20 do 45 let a chce dvě děti, bude asi 20 z těchto 25 let stráveno pokusem vyhnout se těhotenství (Marston a Cleland, 2003). Celosvětově je každoročně téměř tolik nezamýšlených těhotenství, kolik je plánovaných, a více než polovina těchto těhotenství končí potratem (Bongaarts a Westoff, 2000). V současnosti by se výše míry

potratovosti mohla uvažovat jakožto indikátor vyspělosti země tak, že vysoký počet umělých potratů naznačuje sníženou kulturní a civilizační vyspělost obyvatel (Uzel, 2006).

Mezi další metody regulace plodnosti se nyní řadí i asistovaná reprodukce, která má mírně pozitivní dopad na úroveň plodnosti (Frejka, 2008), neboť slouží jako pomoc neplodným párům při početí. Metody asistované reprodukce se rozmáhají v důsledku zvyšující se neplodnosti žen, která je způsobena odkladem rození dětí do vyššího věku žen. Poruchy plodnosti postihuje zhruba 15–20 % párů (Uzel, 2006). Stále probíhající odklad rodičovství do pozdějšího věku naznačuje, že asistovaná reprodukce bude pro budoucí trendy plodnosti důležitá, a to zejména v zemích s nízkou plodností (Kocourková a Fait, 2009).

3.2.1 Antikoncepce

Při náhledu do samotné historie výskytu antikoncepce by se dalo říct, že pokusy o ovlivnění lidské plodnosti antikoncepcí jsou téměř stejně staré jako lidstvo. Nejstarší zmínky sahají až do starověkého Egypta, přičemž ženy v této době věřily, že je před nechtěným těhotenstvím ochrání krokodýlí trus. Tato dnes poměrně neakceptovatelná praktika ale jisté účinné hodnoty nabývala, jelikož krokodýlí trus působil opravdu jako spermicidní látka, ale nešlo o jediné doložené recepty. V české středověké kronice se vyskytovaly praktiky jako pití kravské moči, nastrohané jelení parohy nebo plivnutí žábě třikrát do tlamy. Nicméně tyto jakési antikoncepční postupy patří mezi už jakési kuriózní případy, které mají od účinnosti logicky dosti daleko a spíše fungují na bázi placebo efektu (Uzel, 2006).

Účinné antikoncepční postupy se začaly v západoevropských zemích rozšiřovat v 70. a 80. letech, zatímco ve východní Evropě přetrvávaly tradiční nebo žádné metody antikoncepce. Střední a východní Evropa zaznamenala prudký nárůst užívání antikoncepce až v 90. letech (Fait a Kocourková, 2009). První nitroděložní tělíška byla použita ve dvacátých letech minulého století, ovšem před šedesátými lety dvacátého století se obecně nepoužívala. Skutečné zahájení éry moderní antikoncepce přišlo v roce 1960, kdy americký úřad pro kontrolu potravin a léčiv schválil orální hormonální antikoncepci. V Československu započala její výroba roku 1966 (Sobotka, 2002). Pro upřesnění se ale do moderních antikoncepčních prostředků řadí mimo nitroděložního tělíška také sterilizace, kondomy a bariérové metody a formy hormonální antikoncepce (injekce, pilulky, implantáty). Terminologie „moderní“ není historicky přesná, přesto se ale používá. Zásadní rozdíl mezi moderními a tradičními antikoncepčními prostředky tkví v jejich účinnosti a spolehlivosti, kdy moderní metody jsou při správném používání vysoce účinné, oproti tomu tradiční metody mají tendenci selhat (Frejka, 2008).

Stále ale existují země, kde jsou indukované potraty i po nedávném zvýšení dostupnosti antikoncepce běžnou praxí mnoha žen (Fait a Kocourková, 2009). Patří mezi ně i některé bývalé státy Východního bloku, a především post-sovětské státy. Tato propast mezi západem a východem v prevalenci antikoncepce vychází z odlišných historických trendů a celkového vývoje mezi těmito dvěma regiony. Významné mezery v antikoncepčním chování ve východoevropských zemích se vyskytují jak u tradičních, tak i moderních antikoncepčních metod (Dereuddre a kol., 2016). Obecně západní Evropa vykazuje vyšší úroveň připravenosti, ochoty a schopnosti používat moderní antikoncepci, než tomu je v zemích východní a střední Evropy. Tyto tři faktory hrají důležitou roli při předpovídání užívání moderní antikoncepce. Země střední

a východní Evropy byly oproti západu pozadu v užívání moderní antikoncepce z důvodu omezeného přístupu, protože se dovážela právě ze západu a byla nákladná. Zároveň lékaři zaujímalí vůči užívání hormonální antikoncepce negativní a skeptický postoj a tím se zakořenilo vnímání hormonální antikoncepce jako nepřírozené a zdraví škodlivé (Dereuddre a kol., 2016). Odmítání užívání, strach z vedlejších účinků a obavy o zdraví byly oprávněné, jelikož východoevropské varianty hormonální antikoncepce vyvolávaly skutečně vedlejší účinky oproti značkám vyráběných v západních zemích (Kocourková a Fait, 2011).

Co se týká užívání různých metod antikoncepce, i přes poměrně brzký začátek používání nitroděložního tělíška, a to už v 60. letech, většina párů v Československu zůstávala u tradičních méně účinných metod. Jak již bylo uvedeno, negativní postoj k moderní antikoncepci ať už k hormonální, tak ale i k bariérové metodě kondomu, znamenalo, že nejrozšířenější metodou byla méně efektivní metoda přerušované soulože, a to až do počátku 90. let (Kocourková a Fait, 2011).

Dereuddre a kol. (2016) upozorňují, že při zkoumání aspektů, které jsou významné v určování antikoncepčního chování a jeho vzorců, je třeba rozlišovat i mezi pohlavím, a ne se zaměřovat jen na ženy. Potvrdilo se, že u těch, kteří netouží po dětech, nebo u těch, u kterých by narození dalšího dítěte představovalo vyšší náklady, je méně pravděpodobné, že nebudou používat efektivní antikoncepci. Dále se na moderní antikoncepci budou spoléhat spíše muži a ženy s modernějšími rodinnými hodnotami, nebo ti, kteří nevyznávají žádné náboženství, lidé s vyšším vzděláním a žijící spíše v městských oblastech. A pouze u žen se potvrdila vyšší pravděpodobnost použití moderních metod, pokud jsou studentkami, nebo zaměstnané spíše než nezaměstnané. Svou roli také hraje příjem, typ pracovního úvazku, míra rovnosti mezi muži a ženami a zastoupení žen v regionální politice (Dereuddre a kol., 2016).

Přijetí liberálních zákonů umožňující ženám podstoupit interrupci v Československu předcházelo šíření moderní antikoncepce a tento fakt je vnímán jako jeden z hlavních faktorů přispívajících k opožděnému přijetí a užívání hormonální antikoncepce českou a slovenskou populací oproti zemím v západní Evropě (Kocourková a Fait, 2011). Celkově je velice zajímavé, že rozšířené používání liberálního interrupčního zákona v tehdejších socialistických zemích přispělo k poklesu míry plodnosti jen na úroveň prosté reprodukce, a ne na extrémně nízké hodnoty plodnosti hluboko pod úroveň prosté reprodukce.

3.3 Potratovost v kontextu 2. demografického přechodu

Užívání moderních antikoncepčních prostředků doplněné relativně snadným přístupem k legálně provedeným interrupcím představuje jednu z řady základních složek teoretického konceptu druhého demografického přechodu (van de Kaa, 2001). Druhý demografický přechod je charakterizovaný odkladem sňatků a narození dětí do vyššího věku žen a poklesem úrovně plodnosti. Podstatou změn v rodinném a reprodukčním chování je zvýšená snaha o seberealizaci, důraz na svobodu volby, osobní rozvoj, životní styl a emancipaci, což se promítá do hodnot a postojů k regulaci plodnosti a do motivace k rodičovství (Sobotka, 2008).

Tyto změny v reprodukčním chování jako je odklad rodičovství do pozdějšího věku nebo přechod na nízkou úroveň plodnosti a mnoho dalších demografických změn, probíhaly v Evropě během druhé poloviny 20. století (Dereuddre a kol., 2016). Tento koncept vychází i z řady

strukturálních změn jako je modernizace, růst ekonomiky, služeb, rozšiřování vzdělání a také kulturních změn jako je sekularizace a růst individualismu, a dále z technologických změn v podobě přijetí moderní antikoncepce, pokroku v asistované reprodukci a intenzivnějšího využívání nových informačních technologií (Sobotka, 2008).

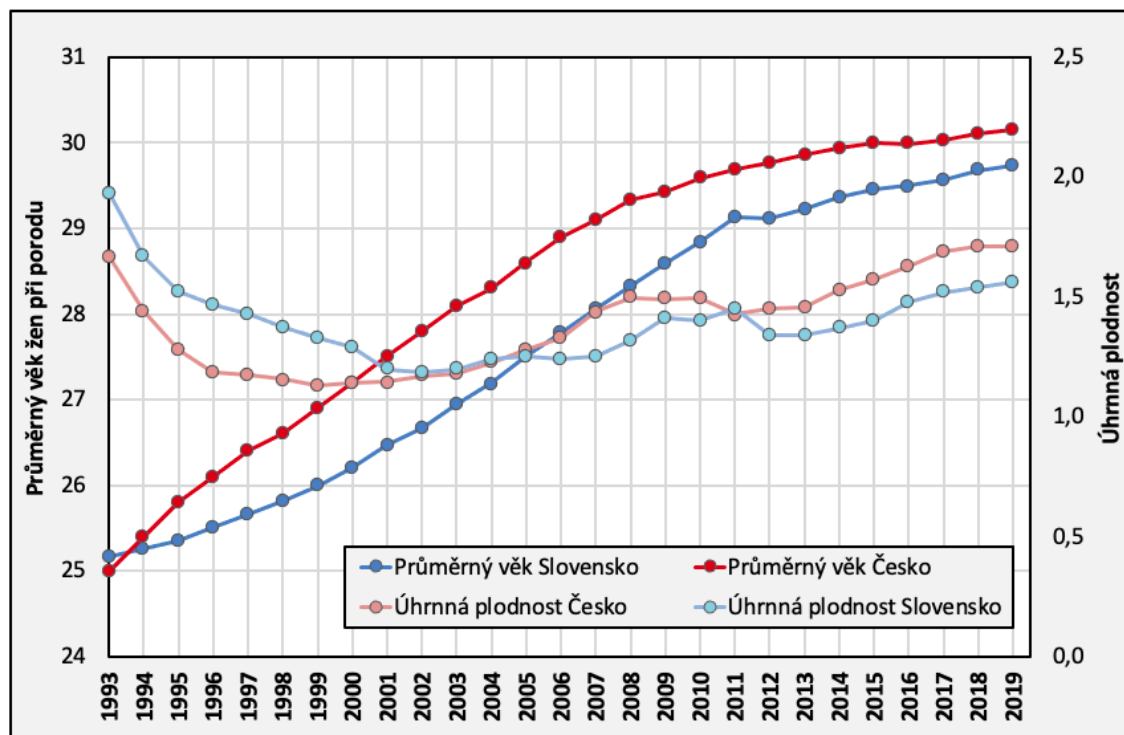
Probíhající odklad rození dětí do pozdějšího věku zúžil časové období, ve kterém je žena schopna reprodukce, a současně prodloužil období před prvním porodem, kdy je nutná antikoncepce (Kocourková a Fait 2011). Od konce 60. let dvacátého století byl postupný přechod k rození dětí ve vyšším věku žen jedním z nejcharakterističtějších rysů demografických změn v Evropě a vznikl tak nový reprodukční model právě jako výsledek druhého demografického přechodu (Kocourková a Fait 2011). Při této změně zůstalo rodičovství v celé Evropě stále vysokou hodnotou, nicméně častěji se něj pohlíží jako na jednu z možností seberealizace než na jakousi povinnost vůči společnosti (Sobotka 2008).

Změny v regulaci plodnosti a v reprodukčním chování, které je možné charakterizovat jako součást druhého demografického přechodu, začaly ve střední a východní Evropě probíhat až od počátku 90. let dvacátého století, a to v kontextu společenské transformace, která byla provázena politickými a ekonomickými transformacemi. Postupně byl nový reprodukční režim jako výsledek druhého demografického přechodu zaveden i v Česku a na Slovensku (Sobotka 2008). Odklad rození dětí do pozdějšího věku žen a snížení úrovně plodnosti se nepromítlo jen do vývoje umělé potratovosti, ale úzce souvisí také s vývojem samovolné potratovosti (Kocourková 2010).

3.3.1 Vývoj plodnosti v Česku a na Slovensku po roce 1993

Změny v reprodukčním chování po roce 1993 si byly v Česku a na Slovensku značně podobné. Jednalo se o odklad plodnosti do vyššího věku žen, jenž byl doprovázen prudkým poklesem úhrnné plodnosti hluboko pod úroveň prosté reprodukce.

Graf 1 – Vývoj úhrnné plodnosti a průměrného věku žen při narození dítěte v Česku a na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování

Od roku 1993 rostl průměrný věk žen při narození dítěte po celé sledované období, avšak v Česku byl nárůst rychlejší než na Slovensku. Vývoj úhrnné plodnosti v období 1993–2019 probíhal v několika etapách. V roce 1993 dosahovala úhrnná plodnost na Slovensku 1,93 a v Česku 1,67 dítěte v průměru na jednu ženu. V 90. letech došlo k výraznému poklesu, který byl v Česku intenzivnější, což vedlo k dočasnému zvětšení rozdílů mezi úhrnnou plodností v Česku a na Slovensku. Minimum zaznamenalo Česko v roce 1999 (1,3). Následně došlo k jejich konvergenci, kdy minimum zaznamenalo i Slovensko v roce 2002 (1,18). Od tohoto roku začaly hodnoty úhrnné plodnosti opět růst a v letech 2002–2005 dosahovaly téměř stejných hodnot. Pak následovala mírná divergence ve vývoji způsobená zastavením růstu úhrnné plodnosti na Slovensku od roku 2006. Zatím naposledy se hodnoty úhrnné plodnosti sblížily v roce 2011. V roce 2019 úhrnná plodnost v Česku dosáhla podobných hodnot jako na začátku sledovaného období (1,71). Na Slovensku zůstala hodnota úhrnné plodnosti v roce 2019 nižší než na počátku sledovaného období (1,56).

3.4 Antikoncepční revoluce v Česku a na Slovensku

Významné změny v antikoncepčním chování se označují jako „antikoncepční revoluce“ a představují přechod k dominantnímu používání moderní antikoncepce. Antikoncepční revoluce probíhala v západní Evropě od konce 60. let dvacátého století a v jižní Evropě od 80. let a stále pokračuje (Frejka, 2008). V bývalých socialistických zemích střední a východní Evropy došlo k zásadním změnám v antikoncepčním chování až po rozpadu autoritářských režimů (Frejka, 2008).

Od roku 1990 došlo v Česku i na Slovensku jak ke změnám ve způsobech, díky kterým ženy kontrolují plodnost, tak i ve volbě metod antikoncepce z tradičních méně účinných metod na moderní formy antikoncepce, což mělo za následek prudký pokles plodnosti a současně i intenzity interrupcí (Soukupová 2002, Kocourková 2016). Intenzivnější užívání moderních a efektivních antikoncepčních metod lze v Česku označit za antikoncepční revoluci. Změny v antikoncepčním chování slovenské populace nebyly tak zásadní jako u české populace. I po roce 2000 slovenská populace značně zaostávala za českou populací v používání moderních antikoncepčních metod (Kocourková, 2016).

Vztah mezi vývojem úrovně plodnosti, intenzitou interrupcí a užívání antikoncepce je v úzké souvislosti, ale nedá se s jistotou prohlásit, že při poklesu jednoho z těchto tří prvků se zvýší ostatní a naopak. To znamená, že při zvýšení užívání antikoncepce nemusí nutně klesat míra umělé potratovosti. Marston a Cleland (2003) dokázali, že pokud klesá plodnost, může dojít ke zvýšení prevalence antikoncepce, a to bez většího snížení intenzity interrupcí. Pokles míry umělého přerušování těhotenství nemusí nutně vyplývat ze zvýšeného používání antikoncepčních prostředků.

Odlišný vývoj byl zjištěn u analyzovaných zemích. Přestože Česko i Slovensko zaznamenaly do konce 90. let dvacátého století paralelní pokles úhrnné umělé potratovosti a úhrnné plodnosti, došlo ke zlepšení antikoncepčních postupů jen v Česku (Kocourková 2016). Na Slovensku stále převažovalo používání tradičních metod antikoncepce, a tím byly na Slovensku zjištěné specifické vztahy mezi vývojem plodnosti, umělé potratovosti a prevalence antikoncepce (Kocourková, 2016). Zlepšení v plánování rodiny a zvýšení povědomí o sexuálním reprodukčním zdraví hrálo klíčovou roli v podpoře odpovědného sexuálního chování v Česku. Na Slovensku to byla katolická církev, jejíž vliv přispěl k prevenci interrupcí a nižšímu přijímání moderních antikoncepčních prostředků.

Frejka (2008) dále poukazuje na to, že s nejvyšší pravděpodobností by trendy plodnosti v posledních několika desetiletích byly podobné tomu, co se skutečně stalo i bez liberální legislativy týkající se interrupcí, vakuové aspirace a potratové pilulky (RU-486) a vylepšení antikoncepčních technologií. Jsou to motivace formované životními podmínkami i hodnotami, normami a postoji, které mění chování (Frejka, 2008). Zdá se tedy, že souvislost mezi vývojem plodnosti a používání metod regulace plodnosti není úplně přímá, ale výše zmíněné faktory spíše působí jako katalyzátory a stimulanty snižující či zvyšující umělou potratovost či celkovou plodnost.

Tak či onak, působení těchto metod a jiných nepřímých faktorů ve vztahu k umělé potratovosti se mění v čase, v odlišných společnostech i na regionálních úrovních. Mnohdy se změny a možné výkyvy umělé potratovosti a celkové reprodukce jeví jako racionální chování, které lze předvídat, nicméně existují situace, kdy se náhlé změny dají interpretovat jako iracionální a lze je vysvětlit jen odhalením skrytého doprovodného faktoru.

Kapitola 4

Analýza potratovosti

4.1 Výzkumné otázky práce

Před rokem 1990 byly interrupce ve východní Evropě, včetně Československa, velmi rozšířené. Po roce 1990 došlo u české a slovenské populace k výraznému poklesu intenzity interrupcí. Vzhledem k tomu, že oba státy mají úplnou statistiku potratů i po rozdělení v roce 1993 a identickou historii interrupčních zákonů, lze trendy v potratovosti mezi lety 1993 a 2019 podrobně porovnat pomocí metod demografické analýzy.

Z primárních dat o umělém přerušení těhotenství za sledované období je patrný pokles počtu UPT. V 90. letech došlo v obou státech k souběžnému poklesu úrovně plodnosti a umělé potratovosti. Tento masivní pokles byl umožněn nárůstem užívání moderní antikoncepce, který byl v Česku intenzivnější než na Slovensku (Kocourková 2016). Po roce 2000 se úroveň plodnosti začala v obou státech postupně zvyšovat, ale hodnot z počátku 90. let bylo dosaženo pouze v Česku. Je otázkou, jak se postupná realizace odložených reprodukčních plánů promítla do dalšího vývoje intenzity interrupcí a antikoncepčního chování. Frejka (2008) zmiňuje, že liberální legislativa, moderní technologie umělých potratů a moderní antikoncepce přispívají k reprodukčnímu zdraví žen a pomáhají při odkladu narození dětí do vyššího věku žen, zároveň ovlivňují partnerské vztahy a hodnoty týkající se sexuality a reprodukce. Nicméně nejsou hlavní příčinou současné nízké plodnosti. V práci byly vytyčené následující výzkumné otázky:

- *Dosavadní výzkum ukázal, že z hlediska ukazatelů umělé potratovosti si populace ČR a SR byla po roce 2000 podobnější než před rokem 1993, tj. v době společného státu (Kocourková 2016). Pokračovalo sblížení (konvergence) populace ČR a SR v interrupčním chování i po roce 2008?*
- *ČR dosáhla v roce 2008 vysoké míry antikoncepční prevalence srovnatelné se státy západní Evropy (přes 50 %), zatímco SR vykazovala asi poloviční úroveň užívání hormonální antikoncepce (Kocourková 2016). Jak se vyvíjela intenzita užívání moderních antikoncepčních metod po roce 2008 a do jaké míry došlo ke sblížení v antikoncepčním chování obou populací?*

- *Jak se změnila role metod kontroly plodnosti v kontextu nízké plodnosti a v souvislosti s pozdním reprodukčním modelem?*

4.2 Zdroje dat

Data za potraty a antikoncepci jsou každoročně publikována Českým statistickým úřadem (ČSÚ) a Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS). ÚZIS ČR provádí sběr hlášení a zpracování v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) a vydává Závazné pokyny NZIS pro vyplňování, sběr a zpracování vstupních formulářů (ÚZIS, 2016, s. 5).

Tato hlášení jsou povinná a podléhají mu jak české státní příslušnice, které mají trvalé bydliště na území ČR, tak i cizinky, a to bez ohledu na formu a délku pobytu (ÚZIS, 2016, s. 5). Změna zahrnující cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem do zpracování a publikování dat o potratech nastala od roku 2005 a cílem je zkvalitnění ukazatelů, kde jsou potraty vztahovány k počtu žen ve fertilním věku v Česku. Do roku 2004 publikoval ÚZIS ČR pouze data o potratech českých státních příslušnic. ÚZIS ČR následně čtvrtletně předává soubor o potratech Českému statistickému úřadu pro potřeby demografické statistiky (ÚZIS, 2016, s. 5).

Obdobně statistiku potratů provádí i Slovensko. Statistické zjišťování Ministerstva zdravotnictví SR je založeno na hlášení o spontánním potratu a umělém přerušení těhotenství (MZ SR) 7-12, které vede a zpracovává Národní centrum zdravotnických informací (NCZI, 2017, s. 5), což je obdoba Ústavu zdravotnických informací České republiky (ÚZIS). Informace jsou potom předávány Statistickému úřadu Slovenské republiky.

Pro zpracování analytické části práce byla použita data pro Česko z Českého statistického úřadu konkrétně demografické ročenky a demografické příručky za sledované časové období. Data za slovenskou populaci byla shromážděna ze Statistického úřadu Slovenské republiky za použití obou dostupných databází *DATAcube* a *STATdata*. Data o užívání antikoncepce českých žen byla zpracovávána z publikace *Potraty a Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví* za určitá období nacházejících se na stránkách Ústavu zdravotnických informací ČR (ÚZIS), údaje za Slovensko pochází z Národního centra zdravotnických informací (NCZI).

Získaná data byla použita k výpočtu ukazatelů potratovosti pomocí vzorců, které jsou uvedeny a vysvětleny v následující části. Výsledné ukazatele byly vyneseny do komparačních grafů, a to jak za Slovensko, tak za Česko. Data za ženy v plodném období (15–49 let) byla uvažována jako uzavřená skupina, tj. údaje za věk 15 let byly brány samostatně bez přičtení údajů za nižší věky, a to samé bylo provedeno pro věk 49 let, který byl brán jako poslední věk uzavírající interval.

4.3 Ukazatele potratovosti

Potratovost je demografický jev úzce související s porodností. Jedná se o úmrtnost plodu v době od početí do vývojového stádia, kdy je plod již považován za dítě. Demografická analýza zabývající se potratovostí, sleduje potraty vztahující se buďto k živě narozeným, k celé populaci

anebo k ženám v jejich reprodukčním věku (Kalibová a kol., 2009). V práci jsou použité následující ukazatele: míra potratovosti dle věku ženy (po_x), která je dána poměrem počtu potratů (podle druhu) v daném věku ženy na 1 000 žen středního stavu tohoto věku.

$$po_x = \frac{A_x}{P_x^{\bar{z}}} * 1000$$

V práci je využíván také ukazatel úhrnná potratovost ($úpo$), který lze získat při sečtení všech měr potratovosti podle věku ženy a uvádí průměrný počet potratů (specificky dle druhu), který připadá na jednu ženu za její celé reprodukční období.

$$úpo = \sum_{x=15}^{x=49} po_x$$

Obecná míra potratovosti dává do poměru počet potratů (podle druhu) na 1 000 žen v reprodukčním věku (15–49 let).

$$po = \frac{A}{P_{15-49}^{\bar{z}}} * 1000$$

Dosavadní ukazatele byly vztahovány k exponované populaci. Dalším použitým ukazatelem je index potratovosti (ipo), jehož jmenovatel obsahuje na rozdíl od předchozích vzorců počty živě narozených dětí. Konkrétně tedy dává do poměru počty potratů (podle druhu) k počtu živě narozených dětí nejčastěji v určitém kalendářním roce.

$$ipo = \frac{A}{N_v} * 100$$

Posledním použitým ukazatelem pro srovnání obou států je průměrný věk ženy při potratu (\bar{x}), jež dosáhneme při součtu násobků středu věkové intervalu a měr potratovosti podle věku k úhrnu měr potratovosti podle věku. Ukazatel může být počítán opět dle specificky dle druhu potratu.

$$\bar{x} = \frac{\sum(x_c * po_x)}{po_x}$$

Veškeré předložené demografické vzorce byly v práci použity pro výpočet z primárních dat. Ukazatele byly navíc počítány specificky podle věkových skupin, rodinného stavu a počtu živě narozených dětí před interrupcí.

(Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986)

K hodnocení úrovně umělé potratovosti byl použit ukazatel antikoncepční prevalence, jež byl počítán jako počet žen užívajících danou antikoncepci ($P_{UA}^{\check{z}}$) k celkovému počtu žen ve fertilním věku.

$$pa = \frac{P_{UA}^{\check{z}}}{P_{15-49}^{\check{z}}}$$

Konkrétně je prevalence antikoncepce počítána specificky podle druhu, a to hormonální antikoncepce a nitroděložní tělísko.

4.4 Srovnávací analýza potratovosti Česko a Slovensko

Nedostatečné hlášení potratů je hlavním problémem statistik a průzkumů po celém světě. Výhodou analyzovaných zemí je, že mají po dlouhou dobu úplnou statistiku potratů. Kromě toho je interrupce již dlouho široce dostupná ženám a nezpůsobuje žádné závažné stigma, což eliminuje problém nedostatečného vykazování. Jak Česko, tak Slovensko měly v rámci společného státu před rokem 1993 identickou historii, pokud jde o zákony umožňující ženám podstoupit umělé přerušování těhotenství. Od roku 1993 se v České i Slovenské republice zákony o interrupcích nezměnily. A právě tyto podmínky poskytují jedinečnou příležitost pro srovnání obou států.

V období před rokem 1953 lze počty potratů jen odhadovat, jelikož se jejich počet začal sledovat právě až od roku 1953, kdy byla zavedena statistika umělých přerušování těhotenství ze zdravotních důvodů a samovolných potratů.

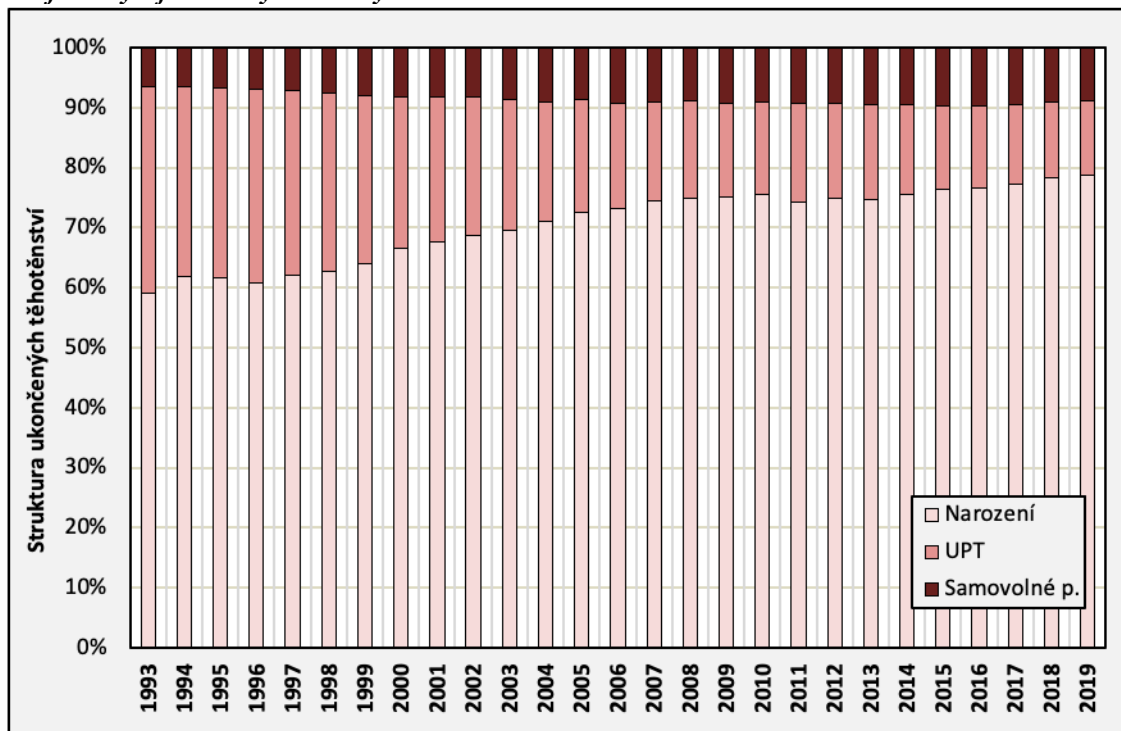
Vývoje umělé potratovosti v Česku a na Slovensku v době společného státu probíhal v několika etapách v důsledku ekonomických změn a populační politiky (Soukupová, 2002). Nárůst incidence interrupcí v Česku i Slovensku odstartoval první zákon z roku 1957 umožňující ženám podstoupit interrupci. Tato možnost ale nepředstavovala úplné povolení, nýbrž po rozhodnutí ženy o podstoupení interrupce musela být žádost ještě schválena komisí. Náhlý, ale dočasný pokles interrupcí byl zaznamenán v letech 1963–1964 v souvislosti především s prodloužením mateřské dovolené z 18 na 22 týdnů, kdy zároveň získalo více žen při narození dítěte nárok na finanční podporu (Soukupová, 2002). To zapříčinilo impuls pro ženy rozhodující se mezi interrupcí a porodem k přiklonění se častěji k narození dítěte než interrupci.

Další výkyv na stal v souvislosti s pronatalitními opatřeními v první polovině 70. let, kdy intenzita interrupcí opět dočasně klesla (Kocourková, 2010). Úroveň umělého přerušování těhotenství dosáhla svého historického maxima v roce 1988, kdy každá Češka za svůj život podstoupila v průměru 1,6 interrupce a každá Slovenka 1,3 (Kocourková, 2016). Důvodem byla úplná legalizace zákonů umožňující ženám interrupci podstoupit, neboť došlo ke zrušení interrupčních komisí. Snazší přístup k interrupcím vedl k méně odpovědnému chování jednotlivců, což mělo za následek zvýšení počtu interrupcí (Stloukal, 1995). Intenzita interrupcí začala klesat až po roce 1990 a snižovala se po celé sledované období od roku 1993 do roku 2019, které je předmětem podrobnějšího zkoumání v následujících kapitolách. Cílem je zjistit, jak se měnila struktura a intenzita potratovosti a do jaké míry se vývoj v obou státech odlišoval.

4.4.1 Struktura potratů

Nejprve byl analyzovaný vývoj struktury ukončených těhotenství. Ze struktury ukončených těhotenství je hned na první pohled patrné, že vývoj byl v obou zemích podobný (graf 2 a 3). Do celkové struktury ukončení těhotenství se řadí porod, interrupce a samovolný potrat.

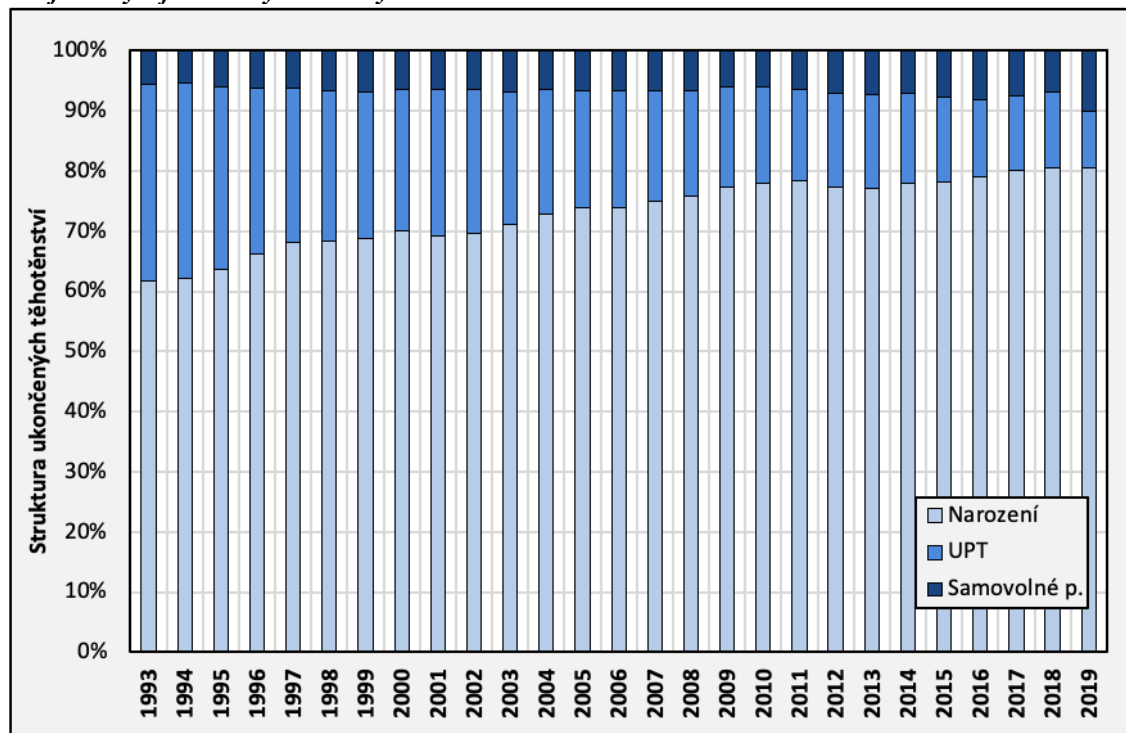
Graf 2 – Vývoj struktury ukončených těhotenství v Česku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Procentuální zastoupení umělého přerušení těhotenství z celkových ukončených těhotenství zaznamenávalo v celém průběhu soustavný pokles bez jakýkoliv větších změn (graf 2). Zatímco v roce 1993 34 % registrovaných těhotenství skončilo interrupcí, v roce 2007 tvořily interrupce ze všech ukončených těhotenství již jen 16 %. Na konci sledovaného období v roce 2019 klesl podíl umělých přerušení těhotenství ze všech ukončených těhotenství o další čtyři procentní body na 12 %. Oproti tomu těhotenství, která končila porodem v čase narostla. Těhotenství končící porodem představovala v roce 1993 necelých 60 % a v posledním roce sledovaného období dosáhla téměř 80 %. Nejméně do celkové struktury svým zastoupením přispívají samovolné potraty, jejichž podíl zaznamenal nepatrný nárůst ze 6 % na 9 %.

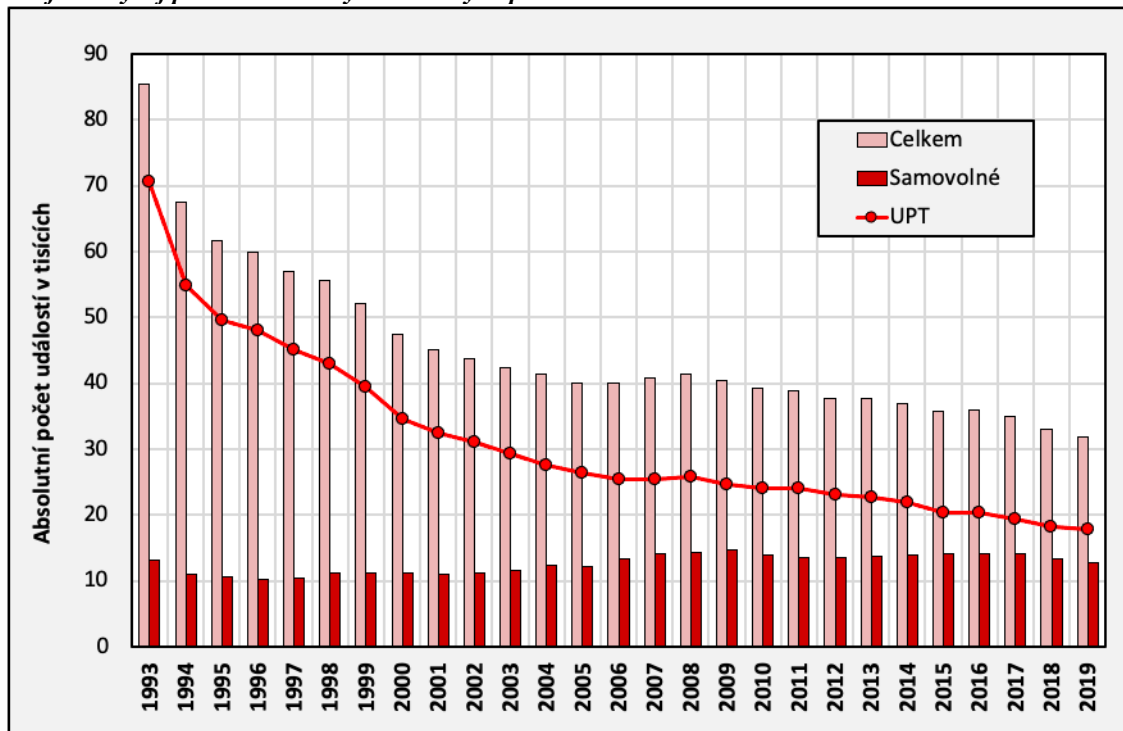
Graf 3 – Vývoj struktury ukončených těhotenství na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Velice podobný vývoj struktury ukončených těhotenství proběhl i na Slovensku (graf 3). Co se týče těhotenství, která skončila porodem, lze říct, že nárůst jejich podílu byl téměř totožný, přičemž v Česku byl za sledované období nárůst o celých dvacet procentních bodů a na Slovensku tento nárůst představuje devatenáct procentních bodů, konkrétně ze 62 % na 81 %. V obou zemích proběhl celkem znatelný pokles podílu žen, které se rozhodly pro umělé přerušování těhotenství. Na Slovensku byl ale tento pokles razantnějšího charakteru. Ze 33 % v roce 1993 se tento podíl snížil, a to až na hodnotu 9 % za rok 2019. Samovolné potraty se ve struktuře ukončených těhotenství držely po celé období zhruba mezi 5–8 %, jen v roce 2019 zde byl lehký výkyv, a to zvýšení ze 7 % na 10 %.

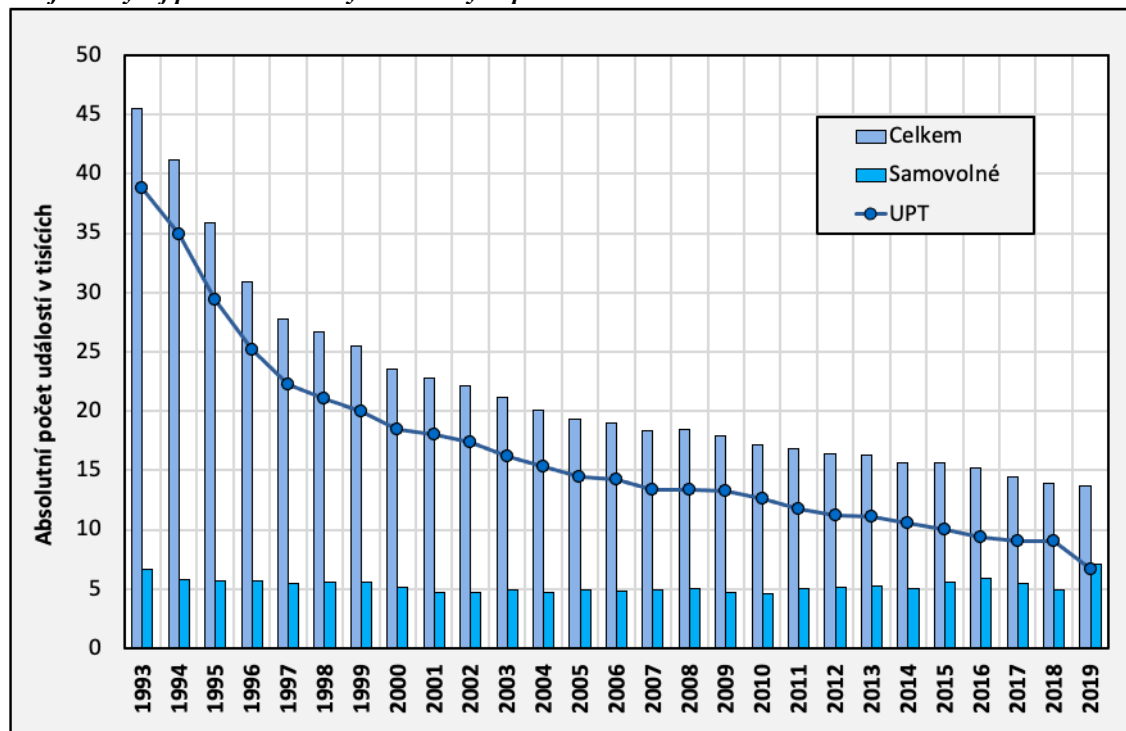
Graf 4 – Vývoj počtu samovolných a umělých potratů v Česku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Graf 4 znázorňuje vývoj absolutních událostí v Česku. Za sledované období již neprobíhaly žádné změny týkající se interrupčních zákonů, což naznačuje i vývoj počtu událostí, který nezaznamenává žádné výkyvy. Jedinou změnou na začátku analyzované řady v roce 1993 bylo zavedení poplatku za interrupci, která nebyla vyžadována ze zdravotních důvodů (Kocourková, 2016). Díky tomuto opatření se dá vysvětlit náhlý pokles umělých přerušeni těhotenství mezi lety 1993 a 1994. Počet evidovaných interrupcí klesl více než o 15 tisíc, a to ze 70 634 v roce 1993 na 54 836 v následujícím roce 1994. Zpoplatnění interrupcí od roku 1993 mělo za následek vzestup podílu interrupcí provedených ze zdravotních důvodů až na dvojnásobek (22,3 v roce 1993), avšak tento nárůst nesouvisel se zdravotním stavem žen, nýbrž s jakýmsi „soucitem“ některých lékařů, kteří takto ženám „ulevovali“ ženám od placení za výkon (Sobotka, 2002). Dalo by se to také vysvětlit stálým výskytem umělých potratů u vrozených vad plodu, které jsou indikovány po diagnostice během screeningu v prvním nebo druhém trimestru těhotenství (Kocourková a Fait, 2009). Do roku 2019 se tento podíl nepatrně snížil na hodnotu 19,6 %. Počty samovolných potratů se na začátku a na konci časové řady pohybovaly na podobných hodnotách okolo 12 000–13 000. Minimum samovolných potratů z celkového ukončení těhotenství bylo dosaženo v roce 1996 (10 296) a naopak maximum bylo dosaženo v roce 2016 (14 212).

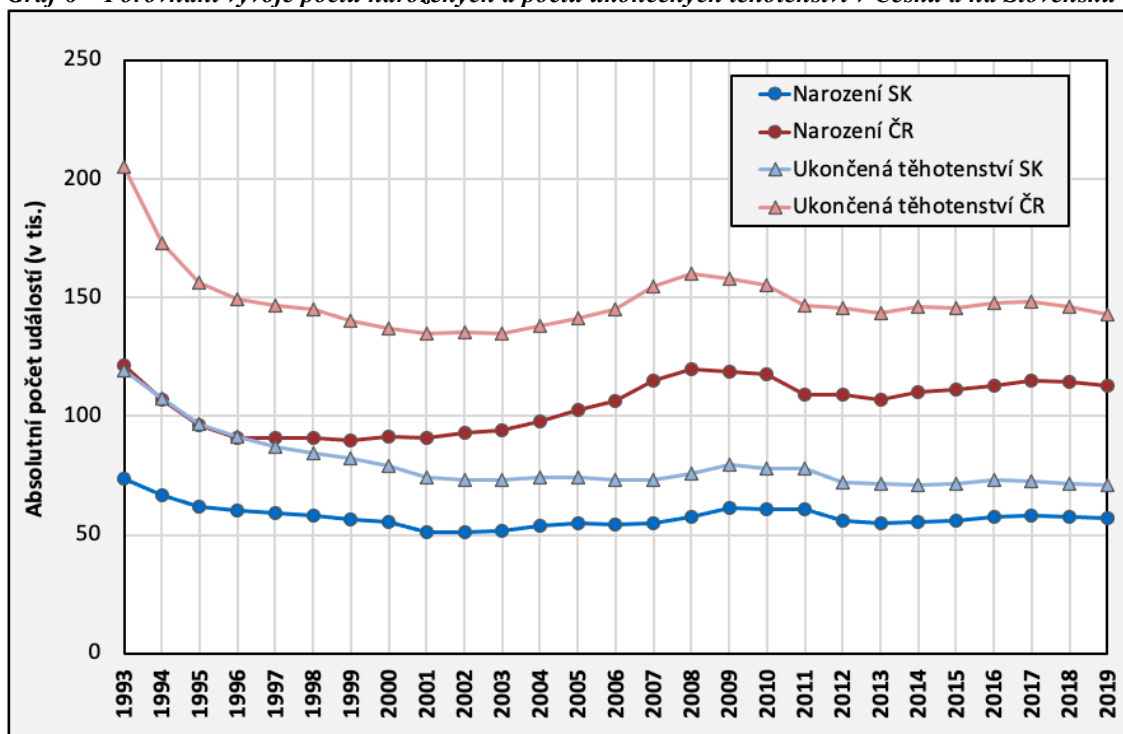
Graf 5 – Vývoj počtu samovolných a umělých potratů na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Vývoj počtu absolutních událostí na Slovensku probíhal podobně jako v Česku (graf 5). Po rozdělení Československa došlo k prudkému poklesu počtu interrupcí i celkového počtu potratů. Zpoplatnění interrupcí proběhlo na Slovensku o trochu později než v Česku, a to až v roce 1995. Nicméně pokles interrupcí nastal od roku 1993 pomalejším tempem než v Česku. V roce 1993 podstoupilo interrupci 38 791 žen a v roce 2019 jich bylo 6 676, což je téměř o šestinu méně. Zpoplatnění interrupcí od roku 1995 mělo v porovnání s Českem za následek mírnější vzestup podílu interrupcí provedených ze zdravotních důvodů (zvýšení z 12,1 % v roce 1994 na 16,2 % v roce 1995). Vývoj samovolných potratů byl v čase stabilnější, než tomu bylo v Česku, kromě roku 2019, který eviduje nárůst počtu samovolných potratů ze 4 880 na 7 071. Vyšší výskyt samovolných potratů nelze vysvětlit zhoršováním zdravotního stavu těhotných žen, ale rostoucím odkladem rození dětí do vyššího věku žen, které s sebou nese vyšší riziko samovolného potratu (Sobotka, 2002).

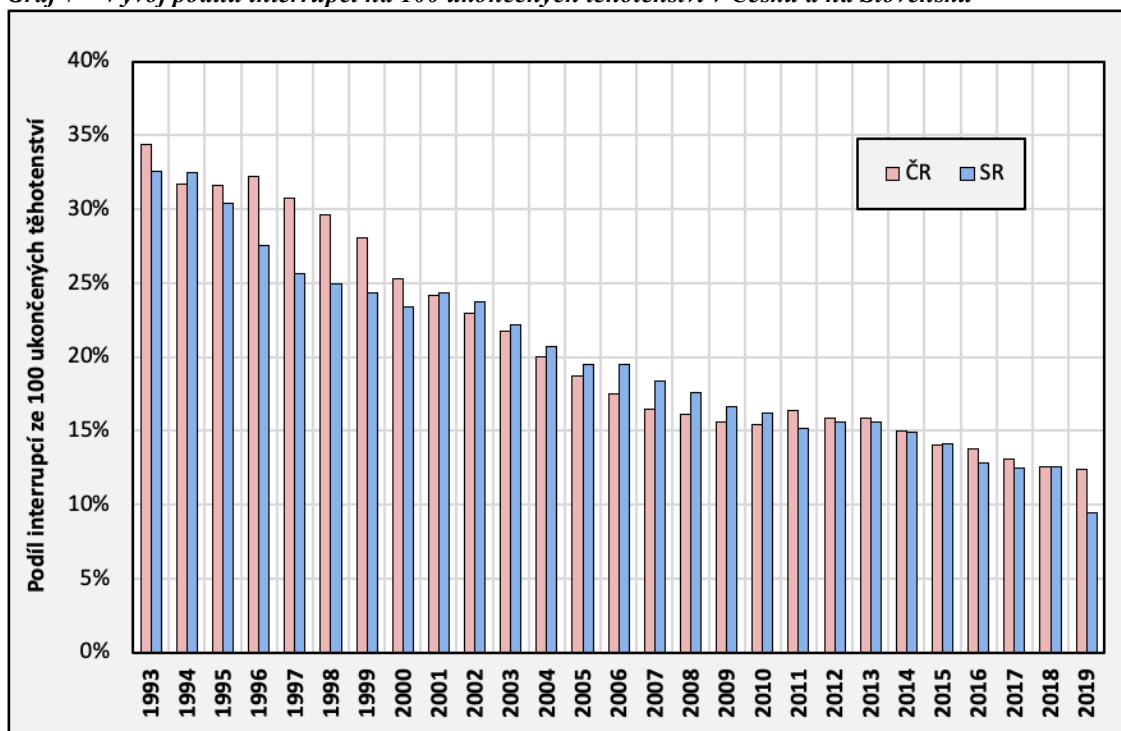
Graf 6 – Porovnání vývoje počtu narozených a počtu ukončených těhotenství v Česku a na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Vývoj potratovosti před rokem 1993 probíhal podle odlišných schémat. Na Slovensku panovaly konzervativnější názory na regulaci plodnosti než v Česku (graf 6) (Soukupová, 2002). V 90. letech v obou státech zaznamenaly propad nejen úroveň potratovosti, ale i plodnosti, což vedlo k značné redukci počtu ukončených těhotenství (Sobotka, 2002). Tento propad ilustruje graf 5, znázorňující absolutní počty všech ukončených těhotenství a zvláště počty narozených (živě i mrtvě). Pokles počtu ukončených těhotenství probíhal v závislosti na snižování celkové plodnosti i umělé potratovosti a vliv mělo i zvýšené užívání hormonální antikoncepce. Počet ukončených těhotenství i počty narozených ve slovenské populaci po roce 1993 klesly a od roku 2000 jsou poměrně stabilizované (pokles počtu ukončených těhotenství z 119 065 v roce 1993 na 70 976 v roce 2019). Vývoj v Česku zpočátku kopíroval vývoj na Slovensku. Na rozdíl od Slovenska došlo po roce 2004 k výraznému navýšení počtu narozených v Česku, což se projevilo i ve zvýšení počtu ukončených těhotenství. Přes mírný následný pokles po roce 2010 dosáhly počty narozených i počty ukončených těhotenství v Česku v roce 2019 vyšší hodnoty než na konci 90. let. Oproti Slovensku byl v Česku od začátku do konce časové řady zaznamenán menší úbytek těhotenství, která skončila porodem, a to ze 121 470 na 112 633 narozených.

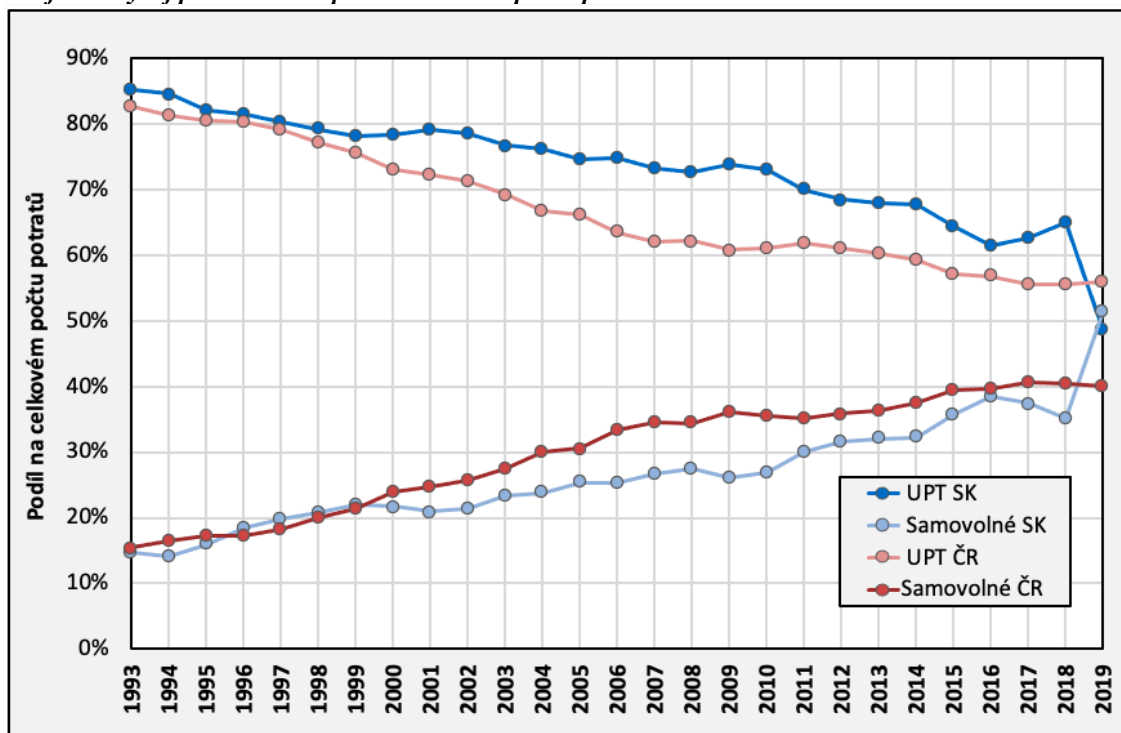
Graf 7 – Vývoj podílu interrupcí na 100 ukončených těhotenství v Česku a na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Dalším zkoumaným ukazatelem, který slouží ke srovnání vývoje v Česku a na Slovensku je podíl interrupcí na 100 ukončených těhotenství. Graf 7 ukazuje, že podíl interrupcí ze 100 ukončených těhotenství se v obou státech dlouhodobě snižuje. V Česku není znatelný úbytek interrupcí po zavedení poplatku za výkon interrupce, jelikož zpoplatnění bylo ustanoveno tentýž rok, kterým začíná sledované období. Snížení počtu umělého přerušování těhotenství jako následek zpoplatnění jeho vykonání je zřejmý na Slovensku, kde úroveň interrupcí v letech 1993 a 1994 ještě zůstala na vyšší úrovni a až s rokem 1995 přinášejícím tuto změnu tento ukazatel klesá. Nedá se říct, že by podíl interrupcí na 100 ukončených těhotenství v jedné zemi vždy převyšoval podíl interrupcí v té druhé, spíše se střídají období s vyšším podílem v jedné zemi a naopak. Nejpodobnější si byly obě země z hlediska tohoto ukazatele v roce 2001, kdy podíl interrupcí ze 100 ukončených těhotenství tvořil v obou zemích kolem 24 %, a potom v letech 2012–2015, kdy se hodnoty pohybovaly okolo 14–15 %. Naopak nejvíce odlišné si byly země v roce 1997, kdy rozdíl tvořil zhruba pět procentních bodů (graf 7). Patrný intenzivnější pokles interrupcí po roce 1996 na Slovensku pravděpodobně neměl souvislost jen se zavedením poplatku za interrupci, ale je možné jej vysvětlit také jako zpožděnou reakci Slovenské populace na nové populační klima a celkové pomalejšího přibližování se západoevropské populaci, oproti české populaci, kde kolem roku 1996 dochází už spíše ke zmírnění poklesu interrupcí (Soukupová, 2002; Kocourková, 2016).

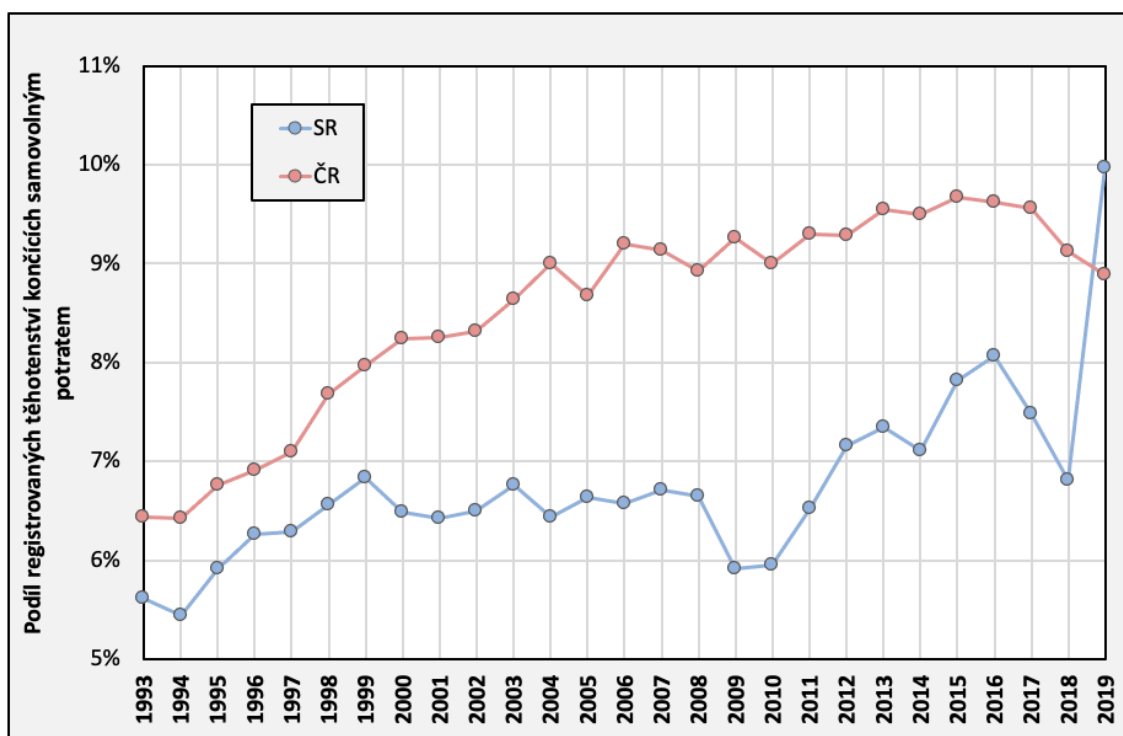
Graf 8 – Vývoj podílu interrupcí na celkovém počtu potratů v Česku a na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

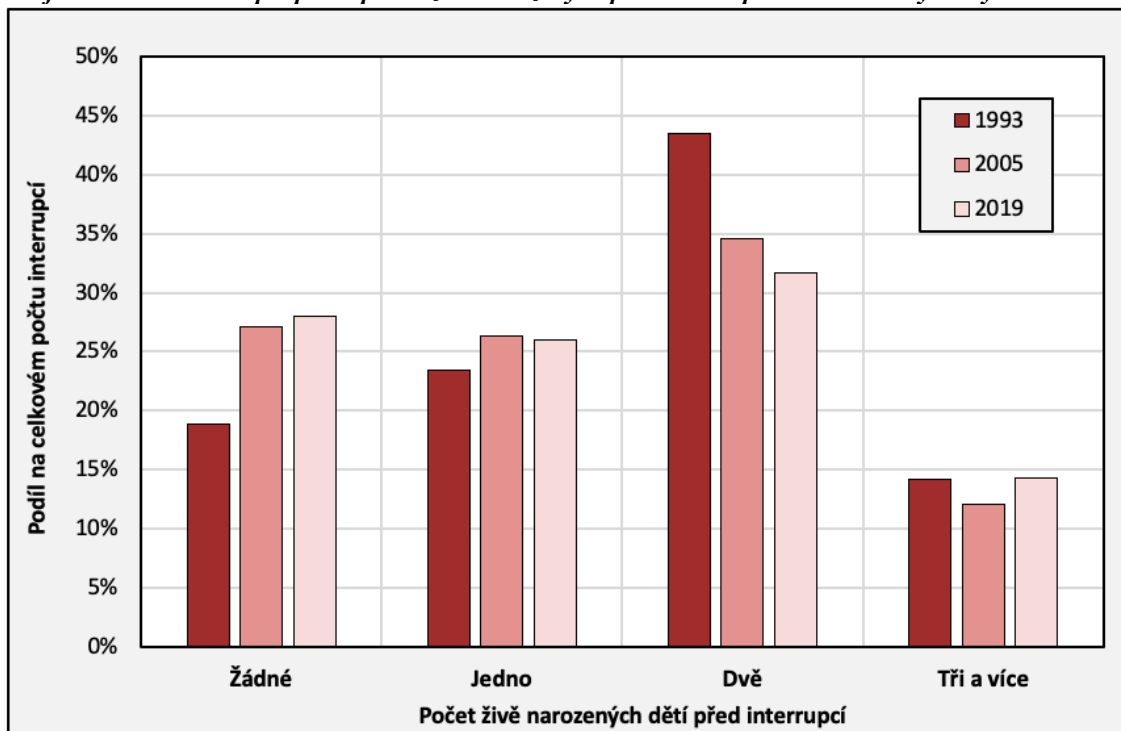
V grafu 8 jsou vztahovány počty uměle přerušovaných těhotenství k celkovému počtu potratů, a i zde je viditelná podobnost trendů potratovosti analyzovaných států. Tvar křivek připomíná svým průběhem „zavřené kleště“. Na počátku sledovaného období bylo jak Slovensko, tak Česko charakterizováno velkým rozdílem v podílu interrupcí a samovolných potratů na celkovém počtu potratů. Umělá přerušování těhotenství jak u české, tak u slovenské populace tvořila v roce 1993 85 % z celkového počtu potratů. Postupně se jejich zastoupení snižovalo, a naopak podíl samovolných potratů narůstal. Na Slovensku v roce 2019 byly interrupce i samovolné potraty již rovnoměrně zastoupeny (interrupce tvořily 49 % a samovolné potraty 51 %). V Česku byly hodnoty pro rok 1993 velice podobné Slovensku, kdy podíl samovolných potratů dosahoval 15 % a do roku 2019 stoupl až na 40 %. Jak je uvedeno výše, jedním z možných vysvětlení zvýšení podílu samovolných potratů na celkovém počtu potratů je pokračující odklad rození dětí do vyšším věku žen, nesoucí s sebou vyšší riziko zdravotních komplikací, tudíž i vyšší riziko spontánních potratů (Sobotka, 2002).

Graf 9 – Vývoj podílu registrovaných těhotenství končících samovolným potratem v Česku a na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

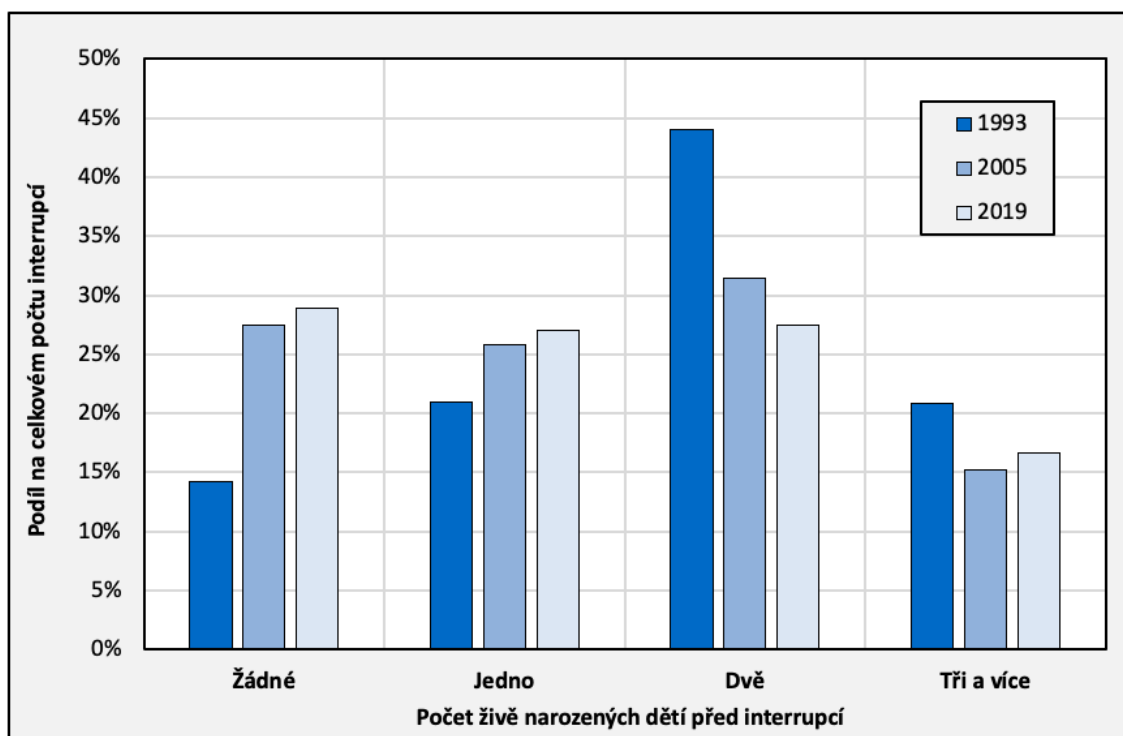
Klíčový vliv na intenzitu spontánních potratů, jak již bylo uvedeno, má odklad reprodukce do vyššího věku žen. Kromě toho je uváděn vliv i dalších aspektů, jako je fyzický a psychický stav, prostředí a celkový životní styl žen. Weisová (2020, s. 32) ve své práci shrnuje, že na vlivu věku matky se studie shodují, ale naopak na vliv věku otce jsou rozdílné názory. V minulosti, kdy interrupce byly zakázány, měly samovolné potraty tendenci narůstat především, neboť byla snaha spontánní potrat vyvolat „vlastním zaviněním“. Jak v Česku, tak na Slovensku podíl samovolných potratů ze všech registrovaných těhotenství v čase narůstal, avšak ve slovenské populaci měl průběh značné výkyvy (graf 9). Nejpodobnější si byly země na začátku a na konci sledovaného období. Na Slovensku dosahoval podíl spontánních potratů v roce 1993 5,6 % a v Česku 6,4 % ze všech registrovaných těhotenství. Nejvíce se hodnoty odlišovaly v roce 2009, kdy na Slovensku tvořil podíl spontánních potratů ze všech registrovaných těhotenství pouze 5,9 %, zatímco v Česku 9,2 %. Již výše byl zmíněn faktor pokročilejšího věku žen, nesoucí s sebou zvýšené riziko spontánních potratů (Weisová, 2020). Je zřejmé, že růst podílu spontánních potratů úzce souvisí s časováním porodů, kdy roste podíl těhotných žen ve věku 30 a více let (Sobotka, 2002).

Graf 10 – Podíl interrupcí podle počtu živě narozených před interrupcí v Česku ve vybraných letech

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

I přesto, že se úroveň plodnosti zvýšila a zvýšil se podíl bezdětných žen, dominuje v obou zemích stále ještě dvoudětný model (Kocourková, 2016). Jakmile mají ženy dvě děti a dosáhnou vyššího věku, velká většina žen považuje reprodukční období za ukončené (Van de Kaa, 2001). Graf 10 poměrně dokazuje přetrvávající ukotvení dvoudětného modelu, přestože se podíl interrupcí snižuje u žen, které mají dvě děti. Ve sledovaném období došlo u těchto žen ke snížení podílu interrupcí ze 44 % v roce 1993 na 32 % v roce 2019. Naopak podíl interrupcí vzrostl u žen, které měly před interrupcí buďto jedno dítě nebo byly bezdětné. U bezdětných žen vzrostl podíl z 19 % v roce 1993 na 28 % v roce 2019, což naznačuje, že v současnosti tyto ženy volí častěji umělé přerušení těhotenství než ženy, které již jedno dítě mají. U žen, které měly před podstoupením umělého přerušení těhotenství jedno dítě, se podíl interrupcí významněji nezměnil.

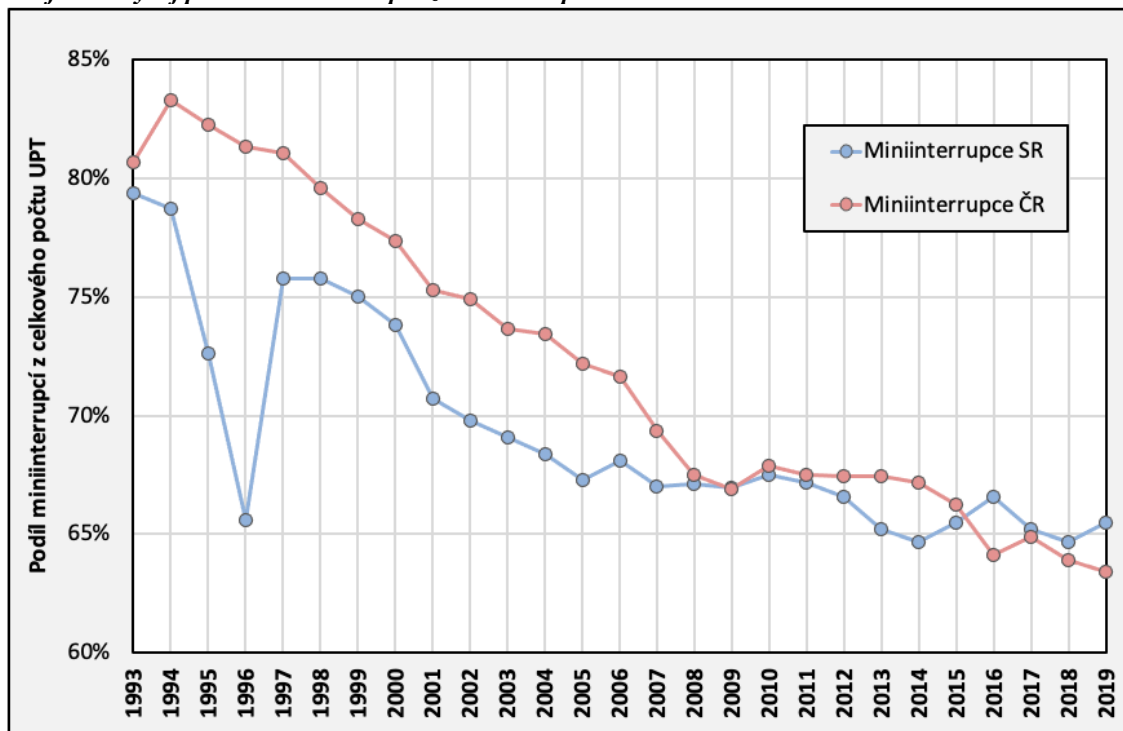
Graf 11 – Podíl interrupcí podle počtu živě narozených před interrupcí na Slovensku ve vybraných letech



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Podobné vzorce interrupčního chování jako v Česku se uplatňují i na Slovensku (graf 11). Zde ale proběhly změny s o něco větší razancí než v české populaci. Podíl umělých přerušení podle počtu živě narozených dětí zaznamenal největší změnu v populaci žen se dvěma dětmi, kdy od roku 1993 klesl ze 44 % na 27 % v roce 2019. Přesto se jedná o nejpočetnější skupinu žen podstupující interrupci stejně jako v Česku. Větší nárůst oproti Česku zaznamenala skupina bezdětných žen, a to o patnáct procentních bodů (v období 1993–2005 byl tento nárůst největší, a to ze 14 % na 27 %). Tyto vzorce je také vhodné sledovat v kontextu rodinného stavu, kdy umělé přerušení těhotenství podstupují většinou ženy vdané a u nevdaných je interrupce podstupována především bezdětnými ženami jak na Slovensku, tak v Česku.

Graf 12 – Vývoj podílu miniinterrupcí z celkového počtu UPT



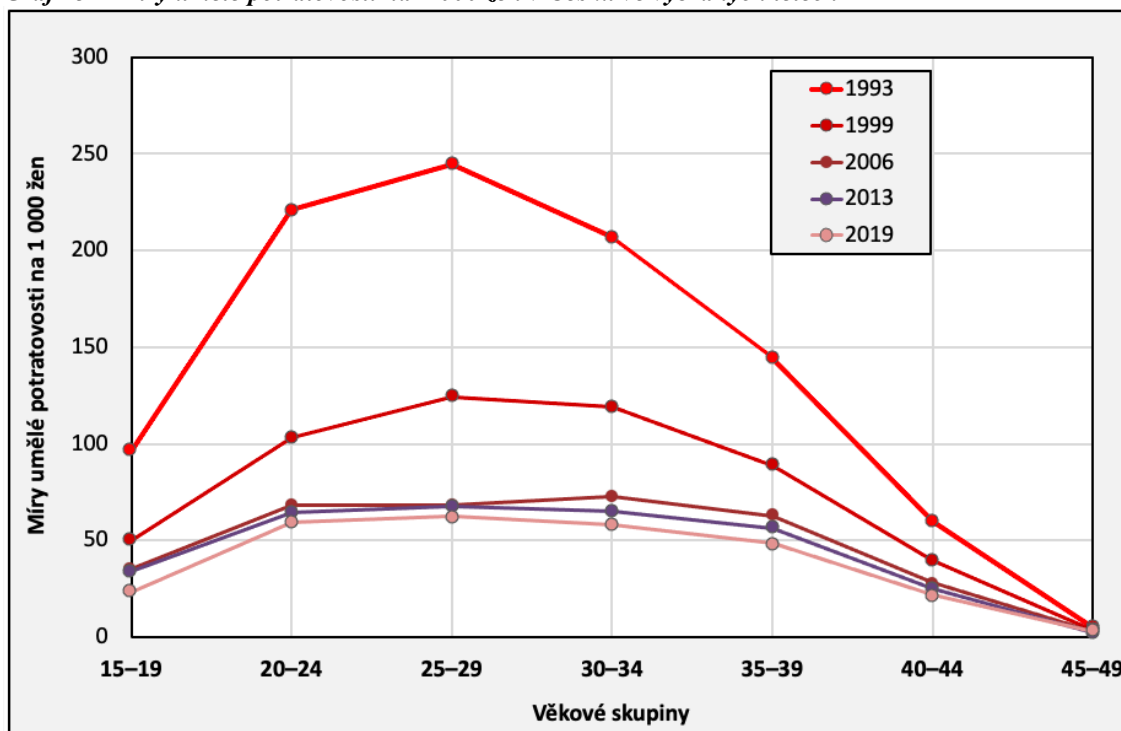
Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Na začátku sledovaného období tvořily miniinterrupce v obou státech zhruba 80 % z celkového počtu interrupcí (Kocourková a Fait, 2009). Jejich zařazení do celkové statistiky počtu interrupcí mělo tedy zcela zásadní vliv na celkový počet umělých přerušení těhotenství (ČSÚ, 2014). Vysoký podíl miniinterrupcí (nazývaných také časné potraty, do 8. týdne těhotenství) se udržoval po celá 90. léta, kdy ještě v roce 2000 tvořily 78 % v Česku a 74 % na Slovensku (graf 12). Po roce 2000 došlo k rychlejšímu poklesu v Česku a následně ke sblížení hodnot se Slovenskem na úrovni asi 67 %. Na Slovensku došlo k dočasnému propadu podílu miniinterrupcí až na 65 % v období 1995–1996 v důsledku zavedení poplatku za interrupci. V roce 2019 dosahují podíly miniinterrupcí v obou státech podobných hodnot (Slovensko 65 %, Česko 63 %).

4.4.2 Míry potratovosti

Vývoj věkově specifických měr umělé potratovosti v Česku znázorněný grafem 13 poukazuje jednak na celkový razantní pokles měr umělé potratovosti ve všech věkových skupinách žen, tak na postupné snižování rozdílu mezi věkovými skupinami. Nejvyšší kontrast mezi věkově specifickými měry umělé potratovosti byl zaznamenán v úplném počátku sledovaného období v roce 1993, kdy byla jasně majoritní věkovou skupinou ženy ve věku 25–29 let dosahující hodnot 244 interrupcí na 1 000 žen.

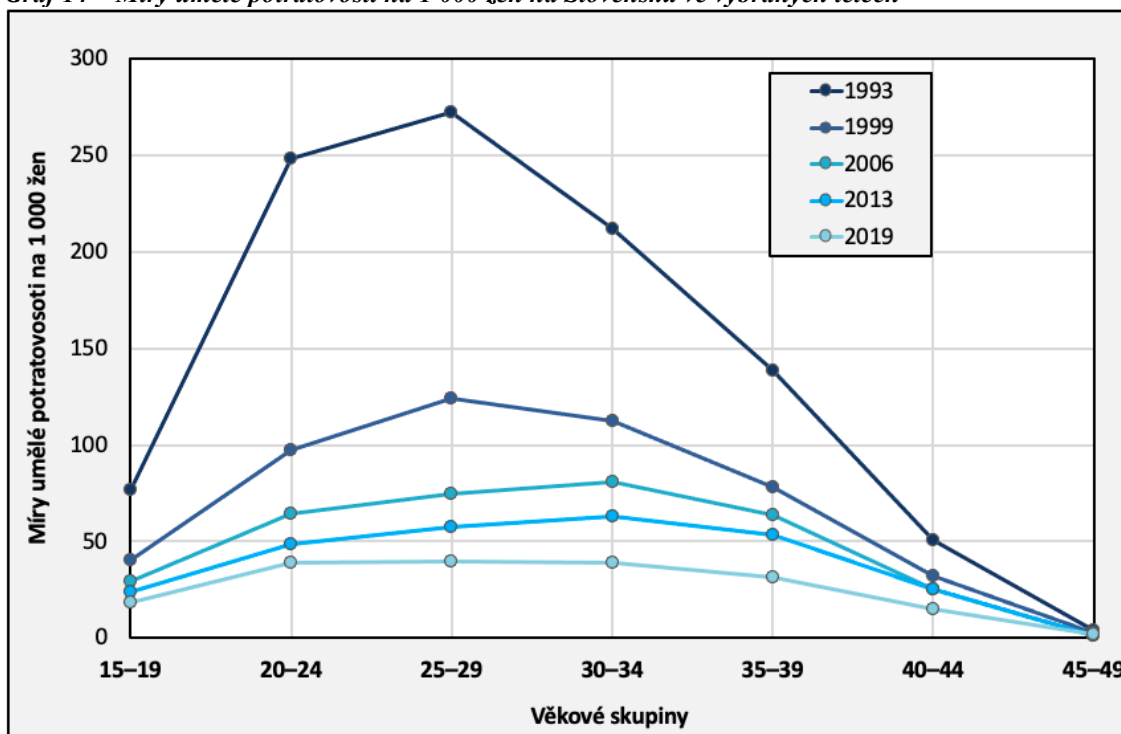
Graf 13 – Míry umělé potratovosti na 1 000 žen v Česku ve vybraných letech



Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování

Postupem času klesly hodnoty u této věkové skupiny až na 62 interrupcí na 1 000 žen v roce 2019 a až do roku 2013 stále dominovala. Nicméně v porovnání s ostatními věkovými skupinami byly rozdíly hodnot v podstatě minimální. Za poslední tři analyzované roky si hodnoty byly nejpodobnější právě ve věkové skupině žen 25–29 let. Výrazný pokles hodnot měr umělé potratovosti zaznamenala také mimo jiné skupina žen 15–19 let. Tento pokles by se dal vysvětlit zvýšením povědomí o reprodukčním zdraví a zlepšení plánování rodiny vedoucí k odpovědnějšímu sexuálnímu chování právě mezi ženami v nejmladší věkové kategorii (Kocourková, 2016). Pro porovnání vyššího rizika potratu mezi ženami v pokročilejším věku se u žen ve věkové kategorii 20–24 let samovolný potrat vyskytl u necelých 9 % z nich, u více než poloviny žen ve věku 42 let a u žen starších než 45 let končí samovolným potratem téměř 75 % těhotenství (Weisová, 2020).

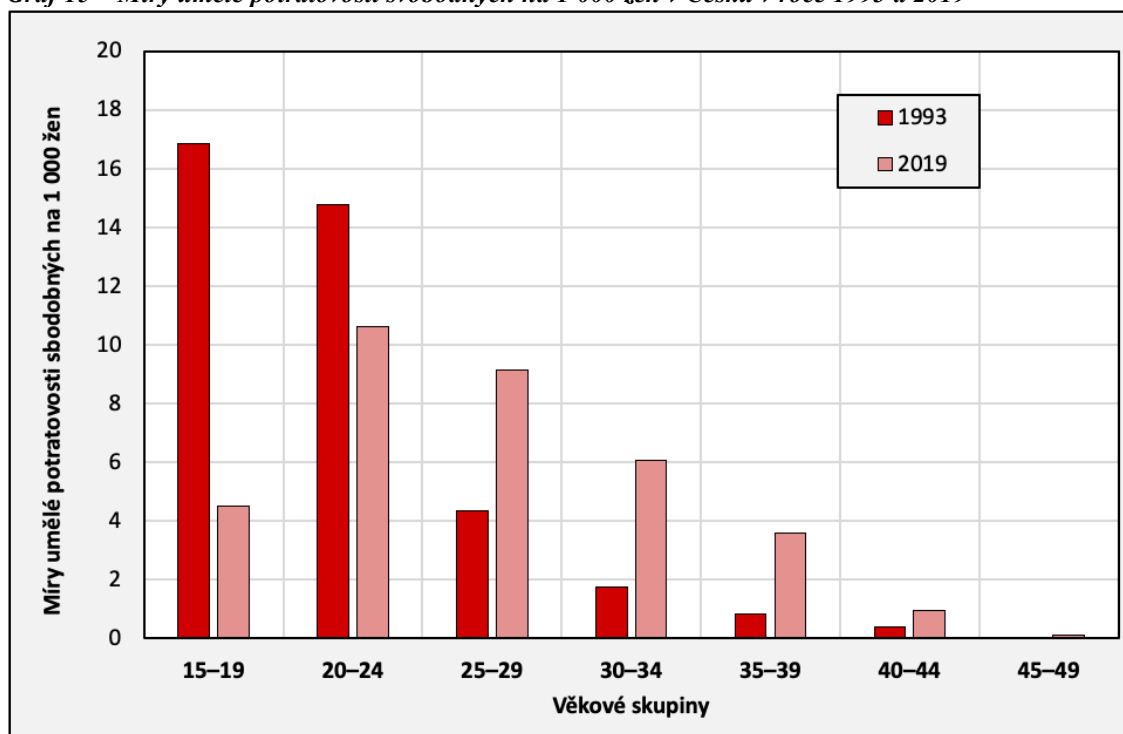
Graf 14 – Míry umělé potratovosti na 1 000 žen na Slovensku ve vybraných letech



Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování

Na Slovensku stejně jako v Česku nejvyšších hodnot specifických měr umělé potratovosti v roce 1993 dosahovala věková kategorie žen 25–29 let, nicméně mírně vyšší, a to 272 interrupcí na 1 000 žen (graf 14). V roce 2019 míra umělé potratovosti v této věkové skupině klesla na 39 interrupcí na 1 000 žen a dosáhla tak téměř totožných hodnot jako věková skupina žen 30–34 let. Relativně menší změnu ve věkové skupině 15–19 let lze přičítat faktu, že se často jedná o nechtěná těhotenství nepříliš zkušených žen (Soukupová, 2002). Nicméně v současnosti je již sexuální výchova na Slovensku praktikována více než dříve. Tímto poklesem hodnot měr interrupcí a zároveň posunem do vyššího věku žen se vývoj měr umělé potratovosti slovenské populace podobá vývoji v české populaci, avšak tento pokles proběhl na Slovensku pomalejším tempem. Vzhledem k tomu, že průměrný věk prvorodiček od roku 1993 vzrostl, je prudký pokles míry interrupcí u žen mladších 30 let s největší pravděpodobností důsledkem lepší ochrany před nechtěným těhotenstvím u bezdětných žen, ať už kvůli odložení mateřství do vyššího věku nebo úplnému zabránění těhotenství (Kocourková a Fait, 2011).

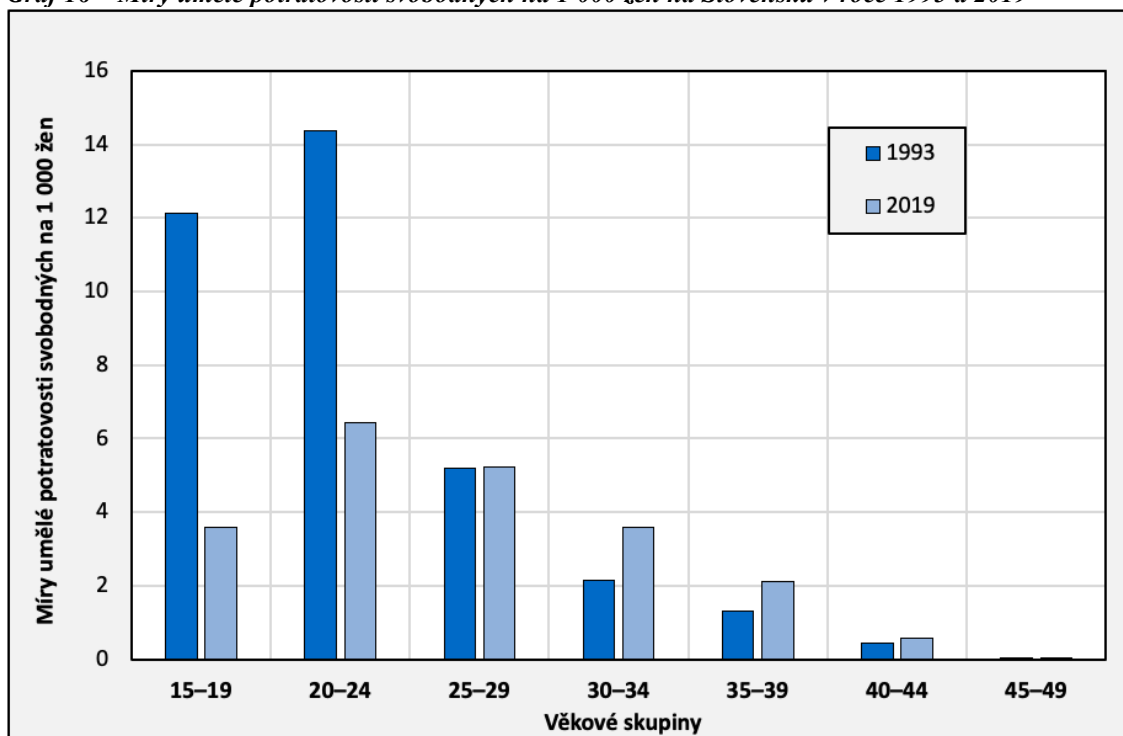
Graf 15 – Míry umělé potratovosti svobodných na 1 000 žen v Česku v roce 1993 a 2019



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Značné změny týkající vývoje intenzity interrupcí nastaly v souvislosti s rodinným stavem. Tyto změny úzce souvisí se změnami vzorců rodinného chování typického pro druhý demografický přechod (Sobotka, 2008). Od roku 2011 jsou uměle přerušena těhotenství žádaná nejčastěji mezi svobodnými ženami (Křest'ánová a Kurkin, 2019), přičemž v roce 2019 bylo evidováno u svobodných žen celkem 10 444 interrupcí, to je skoro jednou tolik interrupcí, kolik jich podstoupilo v roce 2019 vdaných žen (graf 15). Nejrazantnější pokles intenzity interrupcí svobodných žen v Česku byl zaznamenán ve věkové kategorii 15–19 let a také 20–24 let, což jen potvrzuje postupem času více odpovědné chování u mladých žen. Naproti tomu svobodné ženy ve věku 25 let a starší zaznamenaly výrazný nárůst měr interrupcí. Až do poloviny 90. let byla pravděpodobnost, že svobodné ženy požádají o interrupci vyšší, než se rozhodnou pro narození dítěte (Kocourková a Fait, 2009). Nedávný pokles indukovaných potratů u neprovdaných žen souvisí s novým reprodukčním chováním charakterizovaným vyšší tolerancí vůči zvyšujícímu se počtu dětí narozených mimo manželství a rovněž se změnil rozhodovací proces vdaných žen (Kocourková a Fait, 2009).

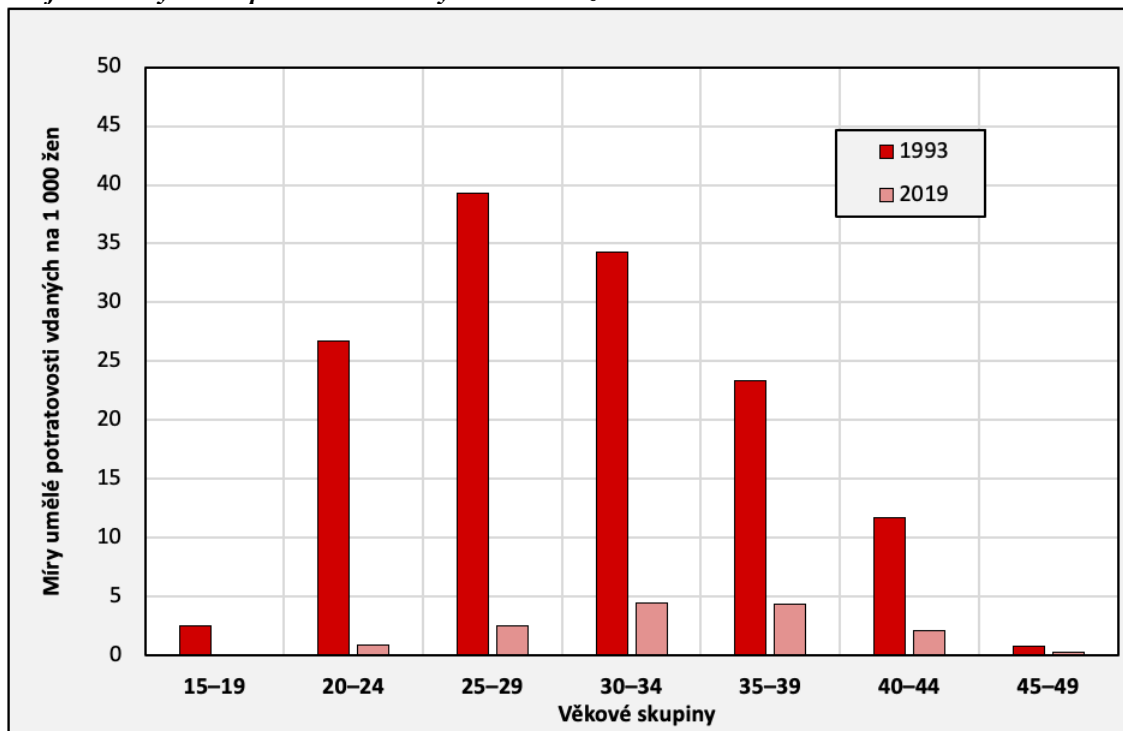
Graf 16 – Míry umělé potratovosti svobodných na 1 000 žen na Slovensku v roce 1993 a 2019



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Graf 16 ukazuje podobný vývoj měr umělé potratovosti svobodných žen na Slovensku jako v Česku. Nejmarkantnější pokles měr umělé potratovosti stejně jako v Česku proběhl ve věkových kategoriích svobodných žen 15–19 let a 20–24 let. Nicméně v Česku věková skupina 20–24 let nezaznamenala tak silný pokles. Dále na Slovensku na rozdíl od Česka si věková skupina 25–29 let udržela stejné hodnoty měr umělé potratovosti po celé analyzované období. Celkový počet uměle přerušovaných těhotenství svobodných žen v roce 1993 dosahoval 7 045 a v roce 2019 jen 3 663. Struktury měr umělé potratovosti úzce souvisí s tím, do jaké míry a jak moc si jednotlivé věkové skupiny žen osvojují užívání antikoncepčních prostředků a zároveň nespolehají na interrupci jako jediné řešení nechtěného těhotenství (Soukupová, 2002). Tyto změny probíhají jako reakce na druhý demografický přechod, jenž s sebou přinesl také změny struktur populace podle rodinného stavu. Páry častěji, než kdy dříve nevstupují do manželství a žijí spíše v kohabitaci, a pokud vstoupí do manželství, tak obvykle ve vyšším věku (Končická, 2020).

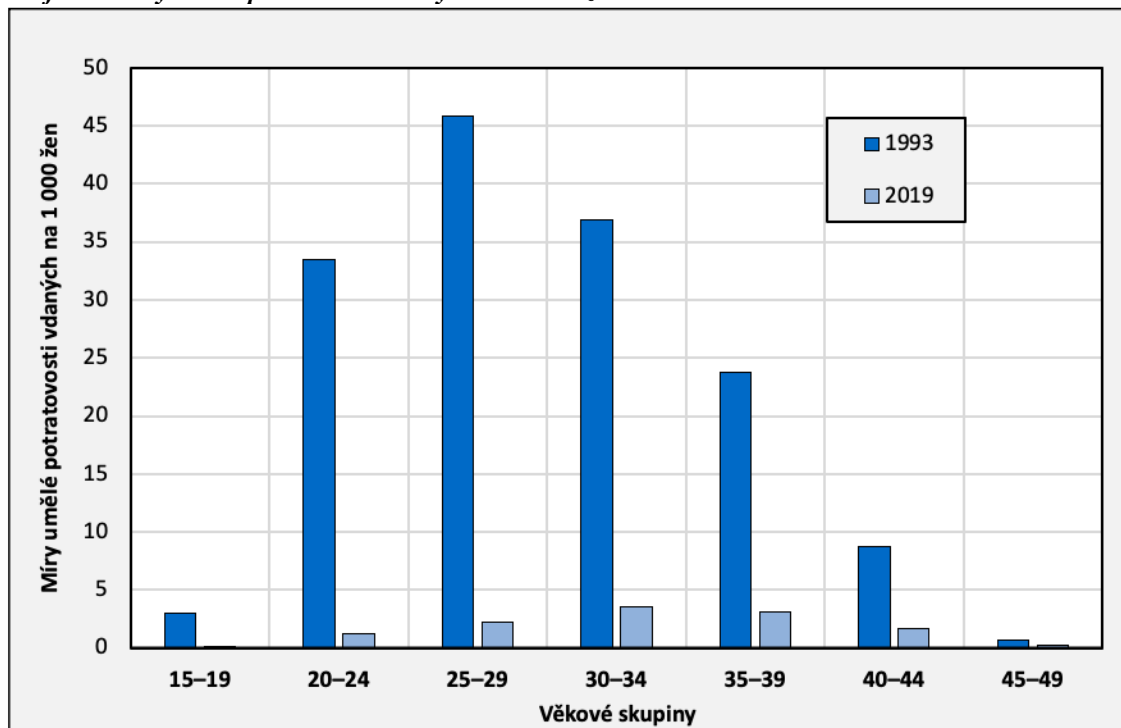
Graf 17 – Míry umělé potratovosti vdaných na 1 000 žen v Česku v roce 1993 a 2019



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Zásadní pokles zaznamenaly míry umělé potratovosti vdaných žen ve všech věkových kategoriích, a to jak v Česku, tak na Slovensku (graf 17 a 18). Z vývoje struktury indukovaných potratů dle rodinného stavu v Česku je zřejmé, že došlo k výraznému poklesu počtu interrupcí u vdaných žen (pokles ze 42 758 v roce 1993 na 5 320 v roce 2019). V Česku stejně jako na Slovensku zaznamenaly nejvyšší hodnoty umělé potratovosti vdaných žen v roce 2019 věkové skupiny 30–34 let a 35–39 let.

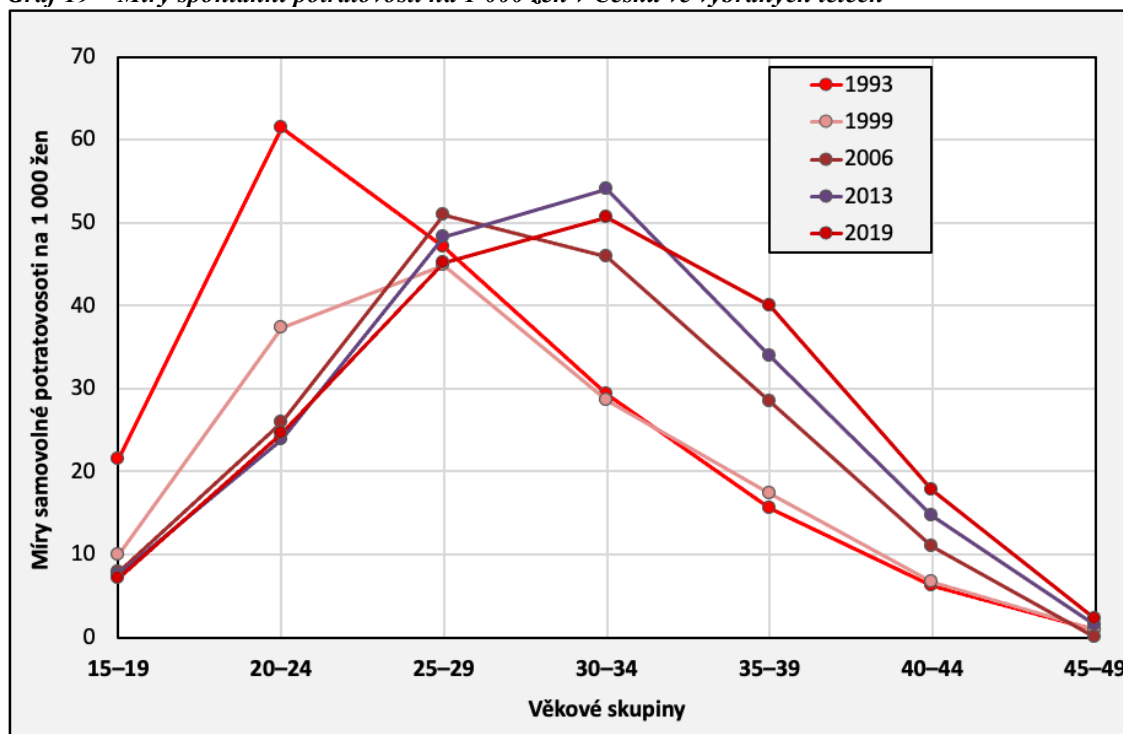
Graf 18 – Míry umělé potratovosti vdáných na 1 000 žen na Slovensku v roce 1993 a 2019



Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování

Struktury měr umělého přerušeni těhotenství žen, které podstoupily interrupci a byly v manželském vztahu, se v obou zemích podobají více než struktury žen svobodných. Míry umělé potratovosti vdáných žen dosahovaly na Slovensku v roce 1993 dosti vysokých hodnot pro všechny věkové skupiny (graf 18). Po roce 1993 klesaly indukované potraty u vdáných žen více než u svobodných (z 29 418 v roce 1993 na 2 400 v roce 2019). Obdobně jako v české populaci proběhl posun maxima interrupcí z nižších věků žen do vyšších, konkrétně z kategorie 25–29 let do věkové kategorie 30–34 let a 35–39 let. Budoucí vývoj bude záviset na tom, nakolik se problém nechtěného těhotenství posune do nemanželské sféry, a to jak ve slovenské, tak v české populaci (Kocourková a Fait, 2009). Rodinný stav je bezpodmínečně neopomenutelný v celkovém hodnocení trendu umělých přerušeni těhotenství a k pochopení interrupčního chování žen.

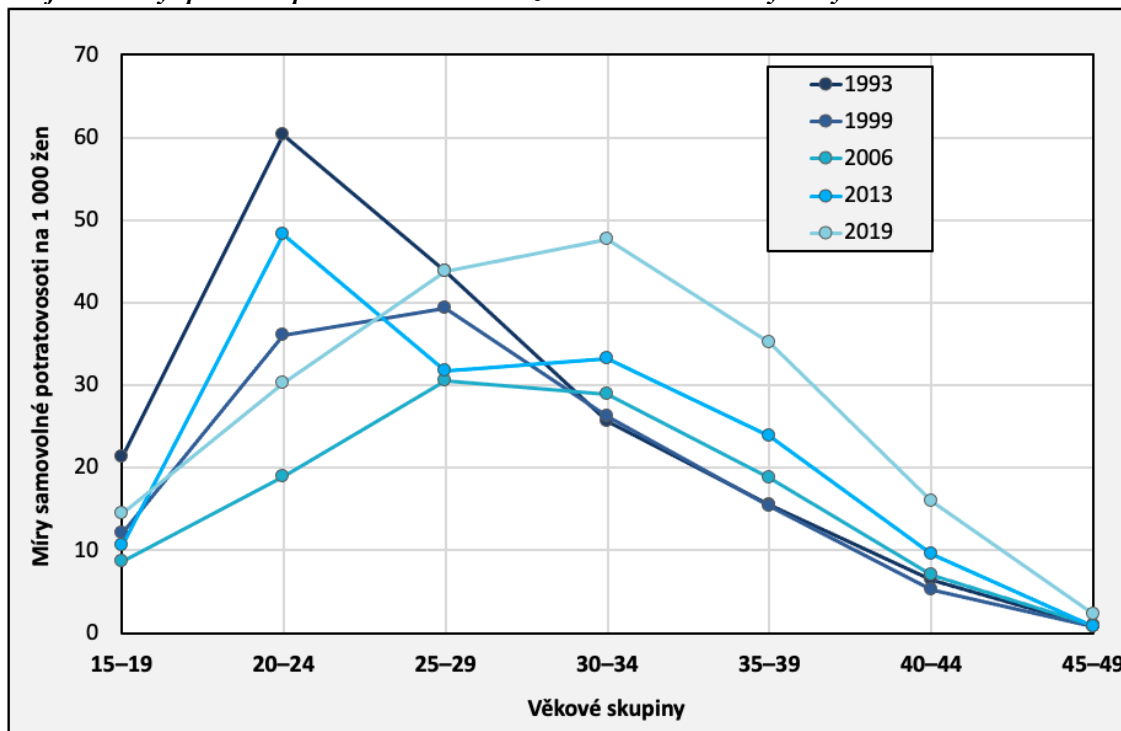
Graf 19 – Míry spontánní potratovosti na 1 000 žen v Česku ve vybraných letech



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Co se týče měr spontánní potratovosti specificky podle věkových skupin žen, probíhal vývoj po rozpadu Československa v obou zemích podle podobných vzorců jako u interrupcí. V grafu 19 jsou vyneseny míry spontánní potratovosti v Česku. Míry spontánní potratovosti se posunuly do vyššího věku žen. V roce 1993 byly majoritní věkovou skupinou ženy 20–24 let, u nichž došlo k ukončení těhotenství samovolným potratem. Následně pak po zbytek analyzovaného období byly majoritní věkovou skupinou nejprve 25–29 let a poté 30–34 let. Do roku 1999 proběhla změna v tomto rozložení poklesem míry spontánní potratovosti ve věku 20–24 let a byl to tak nejvýraznější pokles zaznamenaný v tom období. Od roku 1999 se míry samovolné potratovosti měnily jen minimálně. Výše specifických měr spontánní potratovosti podle věku je dosti závislá na úrovni plodnosti a tím pádem dosahuje nejvyšších hodnot ve věkových kategoriích žen s nejvyšší plodností (Soukupová, 2002). Míry umělé potratovosti jsou naopak v současnosti nejvyšší u svobodných žen.

Graf 20 – Míry spontánní potratovosti na 1 000 žen na Slovensko ve vybraných letech



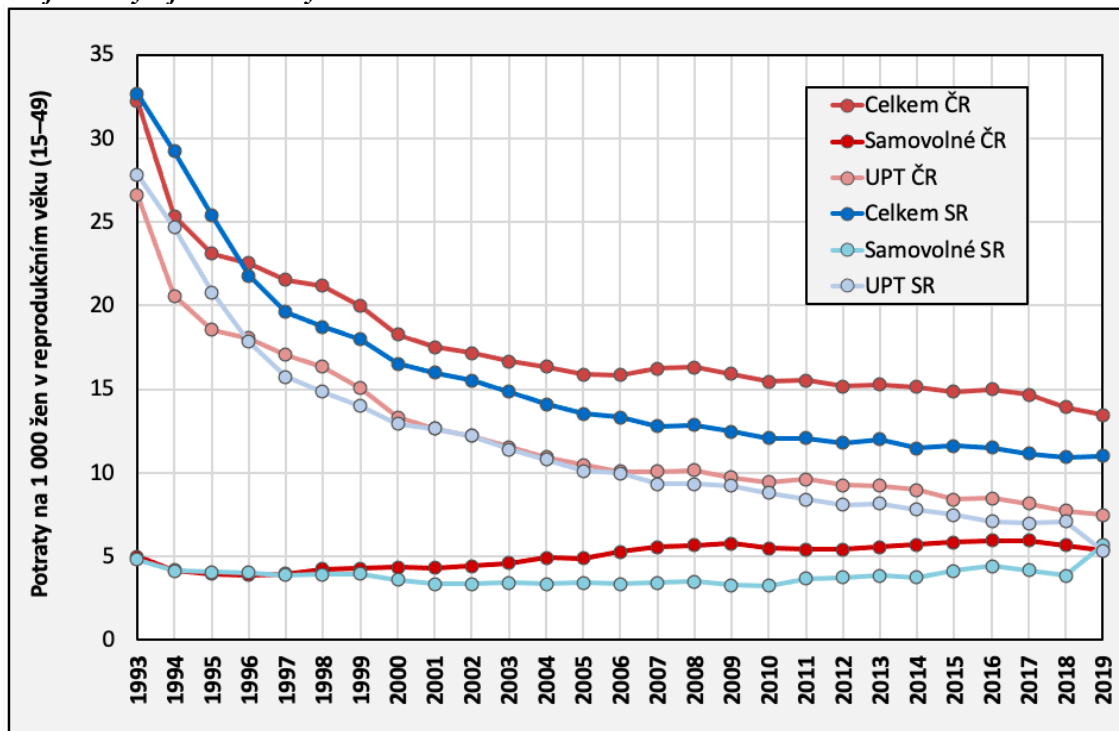
Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Graf 20 představuje vzorce míry samovolné potratovosti pro slovenskou populaci, jež naznačuje ve sledovaném období obdobné změny struktur. Nejvyšší hodnoty měř samovolné potratovosti byly evidovány v roce 1993, a to ve věkové skupině žen 20–24let, která byla v tomto roce nejdominantnější. Postupem času se přesunulo maximum měř spontánní potratovosti z této věkové kategorie do skupin 25–29 a 30–34 let. Vývoj proběhl podobně jako v Česku ale s určitým zpožděním. Věkové rozložení měř samovolné potratovosti v Česku a na Slovensku se nejvíce odlišovalo v roce 2013, kdy nejvyšší intenzita spontánní potratovosti byla na Slovensku soustředěna do věkové kategorie 20–24 let a v Česku do věkové kategorie 30–34 let.

4.4.3 Obecná míra potratovosti

Dříve byla uměle přerušená těhotenství jako metoda regulace plodnosti k zabránění nechtěného těhotenství, dnes slouží spíše jako „záložní plán“ při selhání metod regulace plodnosti (Sobotka, 2002).

Graf 21 – Vývoj obecné míry v Česku a na Slovensku



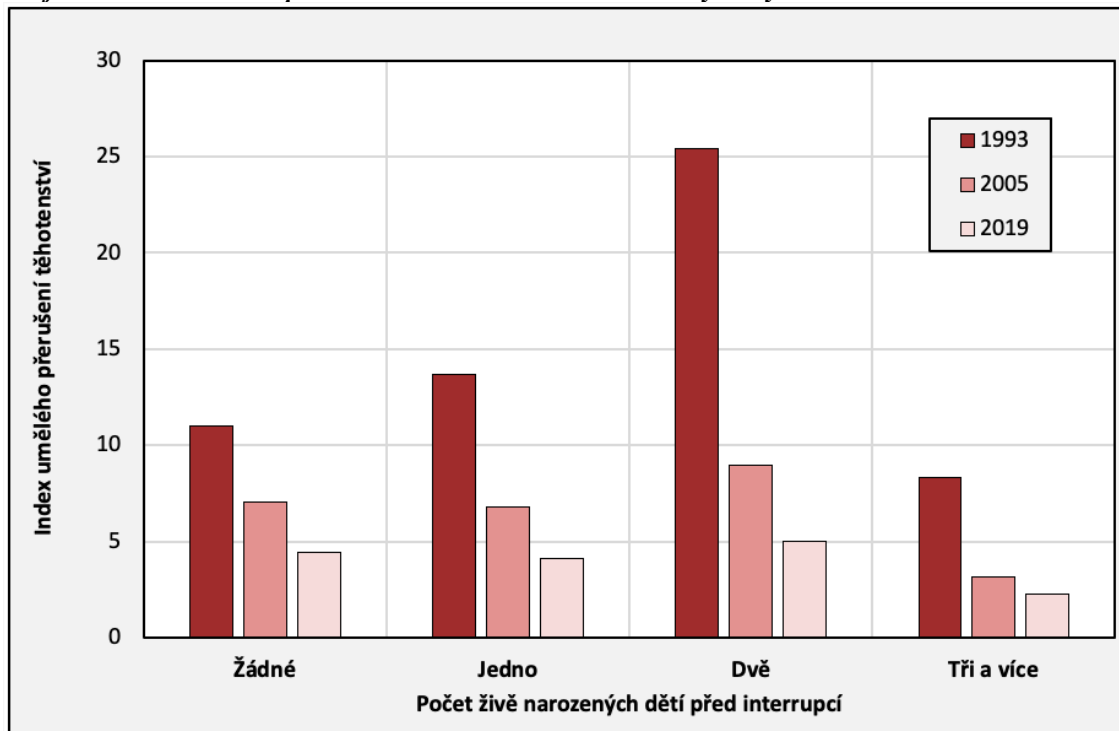
Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Postupující pokles intenzity indukovaných potratů dokládá graf 21 znázorňující vývoj obecné míry umělé potratovosti v Česku a na Slovensku. Zatímco vývoj umělé potratovosti lze hodnotit jako sblížení trendů v obou zemích až do roku 2006, tak v případě samovolné potratovosti dochází od konce 90. let naopak ke zvětšení rozdílů. V počátku sledovaného období začínala obecná míra umělé a spontánní potratovosti téměř na stejných hodnotách. Hodnoty obecné míry samovolné potratovosti se až do roku 1999 téměř překrývaly. Postupně nastalo jejich oddalování a na konci sledovaného období již opět dosahovaly velice podobné úrovně. Co se týká obecné umělé potratovosti, na počátku období na Slovensku proběhl intenzivnější pokles oproti Česku. Tato prudší změna proběhla již před rokem 1993 a tím je Slovensko hodnocené jako pomalejší ve změně reprodukčního chování (Soukupová, 2002). Hodnoty obecné míry umělé potratovosti se nejvíce přiblížily v období od roku 2001 zhruba do roku 2004.

4.4.4 Index potratovosti

Index potratovosti není ovlivněn změnami v počtu těhotenství, jelikož vztahuje počty potratů k počtu narozených dětí, v tomto případě k živě narozeným, na rozdíl od měr potratovosti, které jsou vztaženy pouze ke střednímu stavu žen (Křesťanová a Kurkin, 2019).

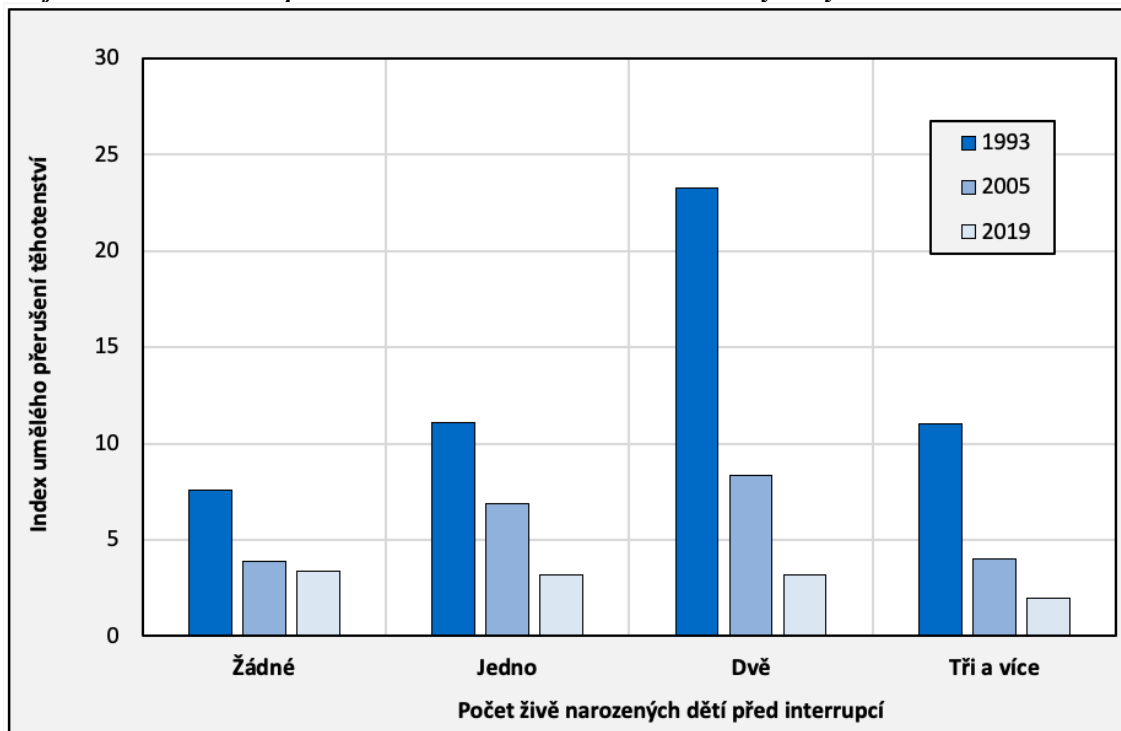
Graf 22 – Index umělého přerušení těhotenství žen v Česku ve vybraných letech



Zdroj: ČSÚ vlastní výpočty

V grafu 22 jsou zaneseny hodnoty indexu umělé potratovosti v Česku odděleně pro ženy dle počtu živě narozených dětí před interrupcí. Oproti grafům s podílem interrupcí podle počtu živě narozených dětí před interrupcí, které ukazovaly, jaké je strukturální zastoupení uměle přerušovaných těhotenství na celkovém počtu interrupcí, poukazuje index na trochu odlišné vzorce v rozložení indukovaných potratů v závislosti na počtu živě narozených dětí před interrupcí. Zde je patrný naprosto jednoznačný pokles hodnot indexu ve všech kategoriích žen podle počtu dětí, a přestože lze pozorovat, že vedoucí skupinou žen s nejvyššími hodnotami je po celé období kategorie žen se dvěma živě narozenými dětmi před podstoupením interrupce, hodnoty této skupiny se poslední sledovaný rok výrazněji neliší oproti ostatním skupinám. Při porovnání hodnot všech tří sledovaných let klesal index umělé potratovosti bez výjimky v průběhu celého období ve všech skupinách žen. Stejně jako při interpretaci vývoje podílu interrupcí podle živě narozených před interrupcí, lze i zde uvést, že ženy se rozhodnou podstoupit umělé přerušování těhotenství, pokud již dosáhly požadovaného počtu dětí. To se promítá s největší intenzitou do kategorie žen se dvěma dětmi, jelikož model dvou dětí je v Česku stále ještě poměrně zakořeněný. V absolutních číslech tato skupina žen zaznamenala pokles z 30 747 interrupcí v roce 1993 postupně na 9136 v roce 2005 až na minimum 5 627 v roce 2019.

Graf 23 – Index umělého přerušení těhotenství žen na Slovensku ve vybraných letech



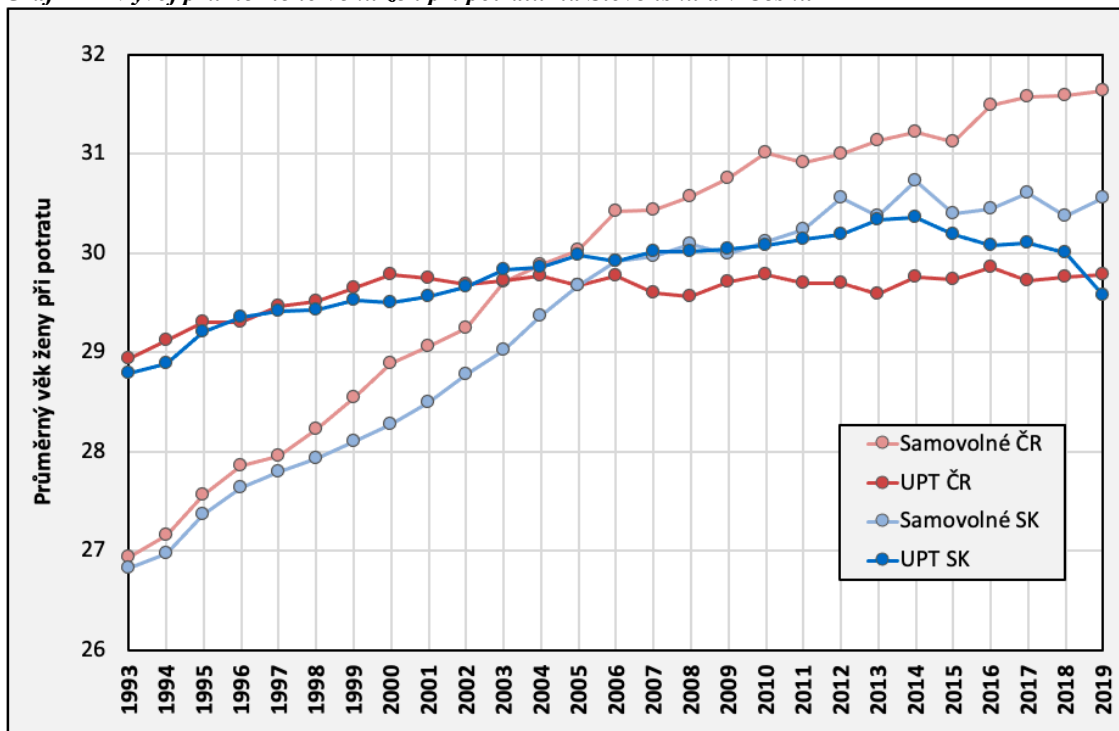
Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Nijak zvlášť odlišné to není při pohledu na vývoj indexu umělé potratovosti ve slovenské populaci (graf 23). V roce 1993 na Slovensku stejně jako v Česku měly vedoucí pozici ženy se dvěma dětmi před podstoupením interrupce, avšak na Slovensku byly tyto hodnoty o něco nižší. Do roku 2019 klesly hodnoty indexu ve všech skupinách a již v posledním sledovaném roce vykazovaly poměrně nízké hodnoty, které nebyly už tak diferencované, jako na počátku období. V roce 2019 však již nebyla majoritní kategorií ve výši indexu umělé potratovosti skupina žen, jež měla před podstoupením interrupce dvě děti, ale kategorie žen, která dosud žádné dítě neměla, nicméně se nejedná o nějaký výraznější rozdíl. Při pohledu na absolutní čísla na začátku období bylo ve skupině bezdětných žen 5 536 incidencí interrupcí a v roce 2019 jen 1 928. Na vysokých hodnotách začínala i skupina žen se dvěma dětmi, konkrétně pro rok 1993 hodnota činila 17 066 uměle přerušovaných těhotenství a do roku 2019 poklesla na 1 832. Lze shrnout, že u obou analyzovaných zemí ženy postupně více upřednostňují při neplánovaném otěhotnění narození dítěte před interrupcí, a to ve všech kategoriích podle počtu dětí před interrupcí.

4.4.5 Průměrný věk žen při potratu

Dalším významným aspektem k posouzení vývoje potratovosti se podobně jako u analýzy plodnosti používá průměrný věk žen při potratu. V situaci, kdy bylo umělé přerušování těhotenství preferováno až po narození plánovaného počtu dětí, byl průměrný věk žen při interrupci v porovnání v průměrném věku žen při narození dítěte významně vyšší (Soukupová, 2002), což naznačuje i porovnání hodnot v roce 1993 v grafu 1 a grafu 24. Průměrný věk ženy při interrupci v Česku se řadil dokonce mezi jeden z nejvyšších v evropských zemích (Mistrová, 2013) a jinak tomu nebylo ani v případě Slovenska.

Graf 24 – Vývoj průměrného věku žen při potratu na Slovensku a v Česku



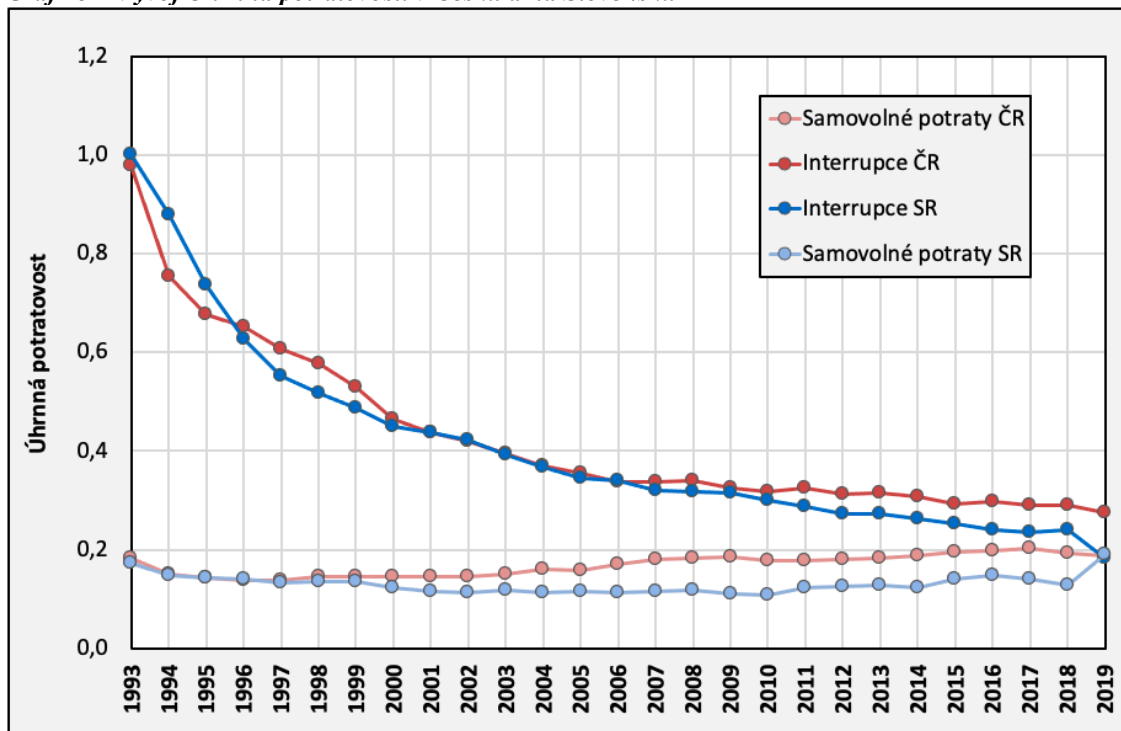
Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování

Průměrný věk žen při umělém přerušování těhotenství v celém průběhu sledovaného období v obou zemích různě mírně kolísá, nicméně celkově měl spíše rostoucí tendenci (graf 24). Hodnoty jak na Slovensku, tak v Česku si po celou sledovanou dobu byly velmi podobné. Daleko intenzivnější nárůst průměrného věku žen proběhl ve slovenské i české populaci v případě samovolného potratu, kdy došlo ke zvýšení z 27 let v roce 1993 na 30,5 let na Slovensku a 31,6 let v Česku. V letech 2003 a 2004 se křivky průměrných věků umělého přerušování těhotenství v obou zemích a křivka průměrného věku samovolných potratů téměř překrývaly a dosahovaly hodnoty, která atakovala hranici 30 let. Od roku 2004 si vedoucí pozici vyššího průměrného věku při interrupci drželo Česko až do roku 2018, a rok následující se pozice obrátily. Nutno ale podotknout, že se průměrný věk žen při interrupci v průběhu analyzovaných let zvýšil jen o pouhý jeden rok. V současnosti se průměrný věk žen podstupující interrupci u obou zemí pohybuje mezi 29,6 let a 29,8 let. Větší rozdíly mezi Českem a Slovenskem zaznamenal vývoj průměrného věku žen při samovolném potratu, kdy v roce 2019 tento rozdíl dosáhl téměř jednoho roku.

4.4.6 Úhrnná potratovost

Jak již bylo uvedeno dříve, do počátku devadesátých let vývoj úrovně úhrnné plodnosti a umělé potratovosti tvořil sobě navzájem zrcadlové obrazy. Od devadesátých let se již trendy umělé potratovosti vyvíjely nezávisle na změnách v úrovni plodnosti (Sobotka, 2002). Vývoj úhrnné umělé potratovosti v obou státech pokračoval podobným směrem i po roce 2000.

Graf 25 – Vývoj Úhrnná potratovosti v Česku a na Slovensku



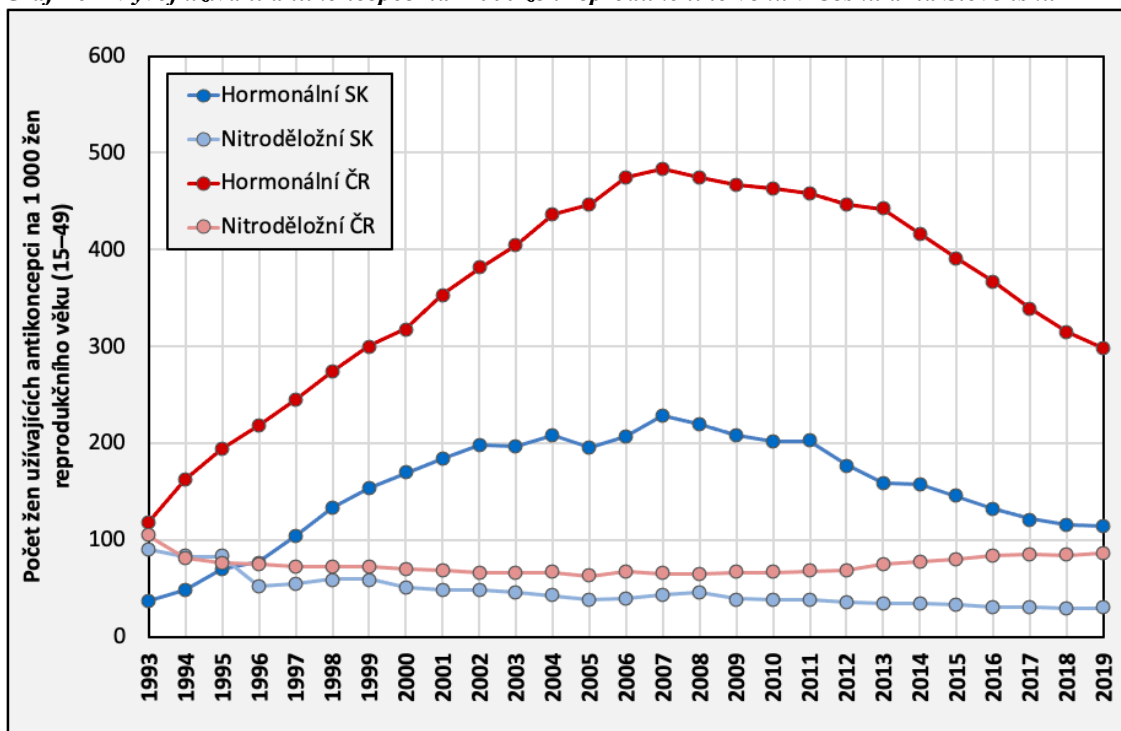
Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

V roce 1993 dosahovaly hodnoty úhrnné umělé potratovosti kolem 1, to znamenalo, že téměř každá žena podstoupila za svůj reprodukční život v průměru jednu interrupci, a to jak na Slovensku, tak v Česku (graf 25). Hned v následujících letech probíhal intenzivní pokles hodnot tohoto ukazatele. Od roku 2000 se úhrnná umělá potratovost snížila pod úroveň 0,5 interrupcí na jednu ženu u obou sledovaných populací, tj. na méně než třetinu stavu z roku 1988 (1,56) (Sobotka, 2002). V letech 2001–2006 si byly hodnoty úhrnné umělé potratovosti v obou zemích nejpodobnější a zhruba od konce tohoto období pokles ubral na intenzitě v Česku, zatímco na Slovensku dál pokračoval. V roce 2019 tak byla sice evidovaná v obou státech nejnižší úhrnná umělá potratovost, která činila pro Česko 0,25 a pro Slovensko 0,18 interrupcí na jednu ženu, ale zároveň nejvyšší rozdíl obou hodnot. Samovolná potratovost zaznamenala odlišný vývoj, neboť se měnila jen minimálně. Nejprve došlo v obou státech k mírnému poklesu. Po roce 2000 umělá potratovost v Česku postupně roste a vzdaluje se od hodnot na Slovensku. Nejvyšší hodnoty v Česku dosáhla v roce 2017, konkrétně 0,20 a na Slovensku 0,18 v roce 2019. Konečný sledovaný rok 2019 přinesl splynutí křivek úhrnné samovolné potratovosti obou států a úhrnné umělé potratovosti Slovenska na hodnotě 0,18 interrupce na ženu.

4.4.7 Prevalence antikoncepce

Prevalence antikoncepce je velice důležitým aspektem v hodnocení celkového vývoje umělé potratovosti. Jelikož jsou k dispozici data o ženách užívajících lékařem předepsanou antikoncepci, nabízí se možnost využití těchto dat k vysvětlení vývoje interrupčního chování. Antikoncepce předepsaná lékařem se v Česku začala sledovat od 70. let (Soukupová, 2002).

Graf 26 – Vývoj užívání antikoncepce na 1 000 žen reprodukčního věku v Česku a na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

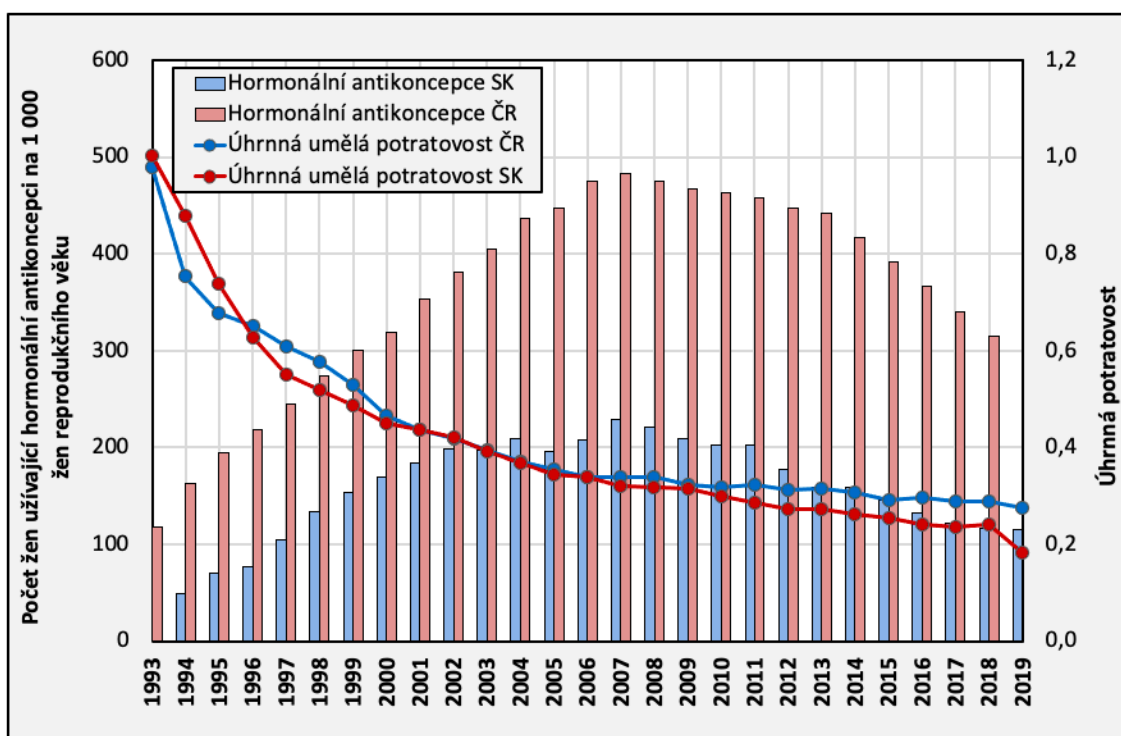
Graf 26 znázorňuje vývoj užívání hormonální antikoncepce a nitroděložního tělíska na 1 000 žen reprodukčního věku (15–49 let), kde je zřejmé, že v celém průběhu sledovaného období byl u těchto dvou metod zaznamenán značně odlišný vývoj. Ačkoli po značnou část analyzovaného období převyšovalo užívání hormonální antikoncepce užívání nitroděložního tělíska, nebylo tomu tak vždy. V Česku převyšovala prevalence nitroděložního tělíska do roku 1992 a od roku 1993 přibývalo uživatelék hormonální antikoncepce v takovém množství, že ji ženy začaly upřednostňovat před nitroděložním tělískem. Ženy na Slovensku začaly spoléhat více na hormonální antikoncepci v porovnání s nitroděložním tělískem o něco později. Tento přelom nastal konkrétně v roce 1996. Nárůst prevalence hormonální antikoncepce probíhal následně v obou zemích vysokým tempem. Absolutního maxima bylo v Česku dosaženo v roce 2007, kdy se z 1 000 žen reprodukčního věku chránilo před nechtěným otěhotněním 483 žen užívajících hormonální antikoncepci, což je téměř polovina. Byl dosažen i nejvyšší absolutní počet žen užívající lékařem řízenou antikoncepci (hormonální nebo nitroděložní tělíska), a to 1 383 tisíc. Ve stejném roce bylo dosaženo vrcholu i na Slovensku, avšak s maximálními hodnotami činících 228 žen z 1 000 žen v reprodukčním věku, čímž Slovensko značně zaostávalo za Českem, a to o více jak polovinu. Od tohoto maxima obě země pak následně zaznamenávaly soustavný pokles probíhající dodnes a z grafu není patrný žádný náznak dohánějící tendence Slovenska v užívání tohoto typu antikoncepce. Jiný vývoj mělo užívání nitroděložního tělíska, jehož nejvyšší

zastoupení bylo dosaženo opět ve stejném roce 1993 pro obě země, tj. na začátku sledovaného období, s počtem žen 91 na Slovensku a 105 v Česku z 1 000 žen nacházejících se v reprodukčním věku. Na Slovensku zastoupení této metody antikoncepce po celé období průběžně klesalo. V české populaci započal rokem 1993 také pokles v intenzitě užívání nitroděložního tělíska, ale od roku 2008, kdy z 1 000 žen ve fertilním věku spoléhalo na tuto antikoncepci jen 65 žen, tento počet opět rostl, a to až do konce sledovaného období a v roce 2019 se počet žen s nitroděložním tělískem zvedl na téměř 87 žen. Zvýšení zavedení poplatku za interrupci z jiných než lékařských důvodů pravděpodobně představovalo silnou pobídku nejen ke snížení počtu umělých potratů, ale i pro podstatnou změnu v antikoncepční praxi (Kocourková a Fait, 2011) v obou sledovaných zemích, znamenající přechod na užívání modernější a spolehlivější hormonální antikoncepce.

4.4.8 Souvislosti vývoje umělé potratovosti, antikoncepční prevalence a úhrnné plodnosti

Z grafu 27 je zřejmé, že zatímco vývoj interrupčního chování u obou populací ve sledovaném období zaznamenal nejen stejné trendy, ale i konvergenci ke stejné úrovni, tak vývoj antikoncepčního chování navzdory stejným trendům konvergenci nezaznamenal. Míra prevalence hormonální antikoncepce v Česku a na Slovensku zůstala až do roku 2019 značně odlišná.

Graf 27 – Vývoj užívání antikoncepce na 1 000 žen v reprodukčním věku v závislosti na úhrnné umělé potratovosti v Česku a na Slovensku

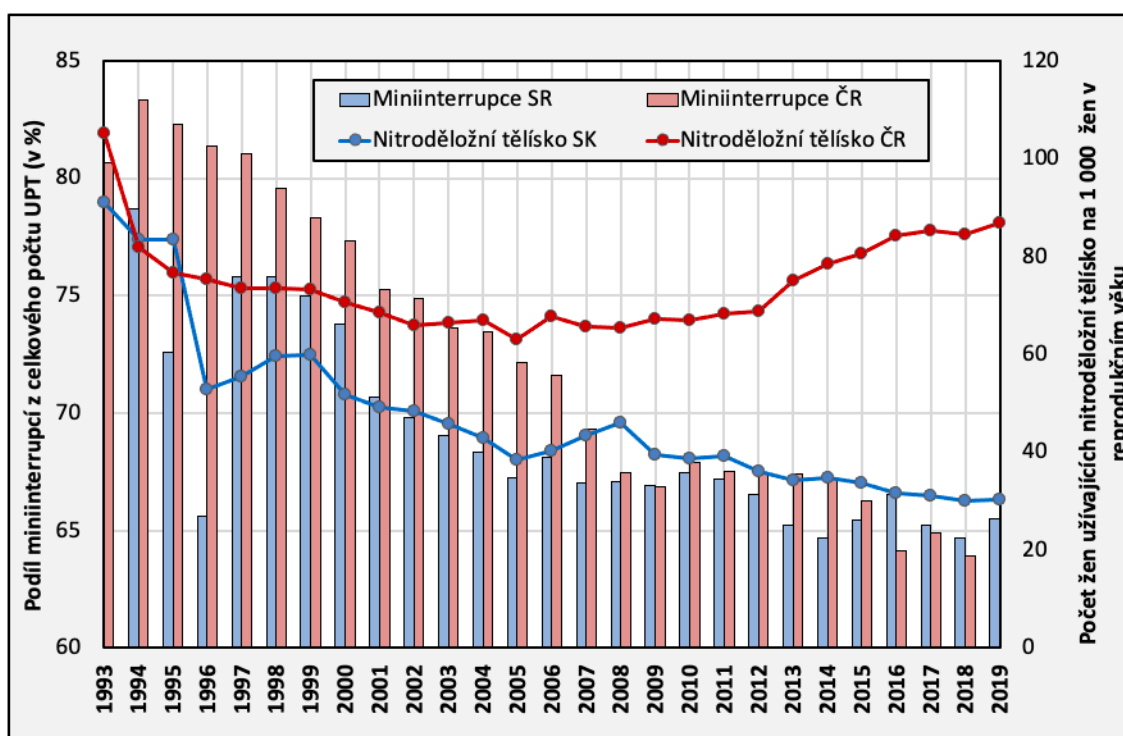


Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování

Jedním z vysvětlení přetrvávající nízké míry antikoncepční prevalence na Slovensku je rozšíření vlivu katolické církve v důsledku opuštění pronatalismu na počátku 90. let dvacátého století (Kocourková, 2016). Ukazuje se, že právě římskokatolická církev hraje důležitou roli ve formování postojů slovenské populace (Stloukal, 1995). Odlišná úroveň religiozity u obou

populaci se projevuje nejen v rozdílech v postojích k interrupcím, ale také v rozdílných postojích k užívání moderní antikoncepce. Vyšší podíl katolických věřících mezi Slováky pravděpodobně vedl k obecně nižší toleranci interrupcí na Slovensku a upřednostňování spíše tradičních metod antikoncepce (Kocourková, 2016). Lze očekávat, že role církve spočívající v ochraně rodinných tradic a prevenci interrupcí přispívá k poklesu umělé potratovosti. Zatímco česká společnost je značně sekularizována a ačkoli zde nebyly k dispozici žádné speciální programy plánovaného rodičovství, zvýšení prevalence antikoncepce a nahrazení tradičních metod účinnějšími alternativy byly výsledkem větší dostupnosti vysoce kvalitních moderních antikoncepčních prostředků a také dostupností informací o sexuálním a reprodukčním zdraví (Kocourková a Fait, 2011).

Graf 28 – Vývoj podílu miniinterrupcí z celkového počtu interrupcí a podílu žen užívající nitroděložní tělísko v Česku a na Slovensku



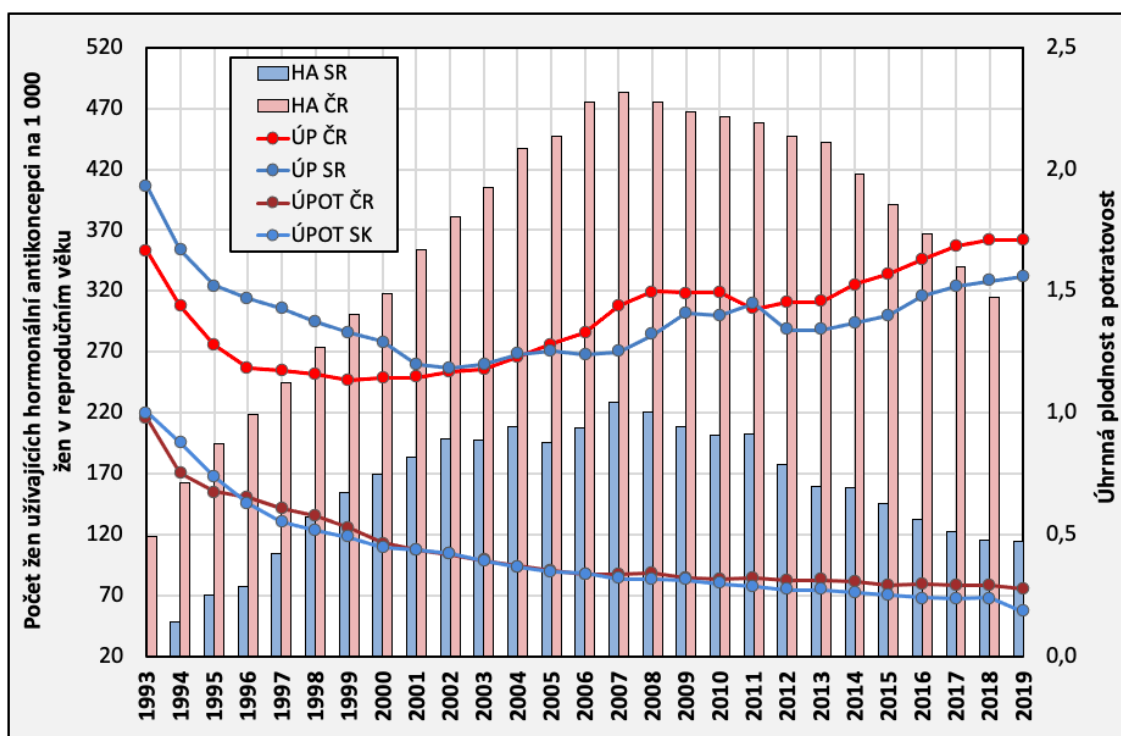
Zdroj: ČSÚ a vlastní zpracování

Graf 28 znázorňuje závislost podílu miniinterrupcí a počtu žen užívajících nitroděložní tělísko na 1 000 žen ve fertilním věku. Od roku 1993 česká i slovenská populace opouštěla od užívání nitroděložních tělísek. Z části lze tento úbytek připsat faktu, že pokles užívání nitroděložních tělísek probíhal v souvislosti s nárůstem uživatelů hormonální antikoncepce a tento nárůst byl počátkem 90. let zaznamenán převážně mezi mladými ženami a tedy bezdětnými, a právě pro bezdětné ženy je tělísko nevhodné (Sobotka, 2002). Následně se vývoj v obou zemích rozešel, přičemž v Česku byl zhruba od poloviny analyzovaného období evidován nárůst v užívání nitroděložních tělísek souběžně s opačným efektem, a to poklesem v užívání hormonální antikoncepce. Slovensko zaznamenalo pokles v užívání nitroděložního tělíska po celé sledované období. Slovensko a Česko lze porovnat i z hlediska vývoje podílu miniinterrupcí na celkovém počtu interrupcí. To je při mezinárodním srovnání značně složité, jelikož mnoho evropských států miniinterrupce neevidují. Přestože se podíl miniinterrupcí v obou zemích snížil

z hodnoty kolem 80 % v roce 1993, tak stále tvoří miniinterrupce více než 60 % ze všech uměle přerušovaných těhotenství, a tak je zřejmé, že jejich započtení má zásadní vliv na celkový počet interrupcí (ÚZIS, 2018). Vývoj podílu miniinterrupcí měl v české populaci daleko hladší průběh než u slovenské populace, u které došlo v průběhu sledovaného období k několika výkyvům.

Je zajímavé, že pokles míry umělé potratovosti nemusí nutně vyplývat ze zvýšeného používání moderních antikoncepčních prostředků (Kocourková, 2016), což vyplývá z výsledků komparačních grafů pro sledované populace. Přestože obě země zaznamenaly paralelní pokles úhrnné umělé potratovosti a úhrnné plodnosti, došlo k významnému zlepšení antikoncepčního chování pouze v Česku. Slovensko tak představuje zemi se specifickými vztahy mezi vývojem úhrnné plodnosti, intenzitou interrupcí a antikoncepční prevalencí, u níž bylo na rozdíl od Česka dosaženo nízké úhrnné plodnosti s nižším spoléháním na moderní antikoncepční metody (Kocourková, 2016).

Graf 29 – Vývoj prevalence hormonální antikoncepce, úhrnná umělé potratovosti a úhrnná plodnosti v Česku a na Slovensku



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Závěrečný komparační graf 29 propojuje ukazatele úhrnné umělé potratovosti, úhrnné plodnosti a míru prevalence hormonální antikoncepce. Na rozdíl od vztahu mezi vývojem úhrnné plodnosti a úhrnné umělé potratovosti, jejichž vývoj je v obou státech od roku 1993 na sobě nezávislý, tak vývoj úhrnné umělé potratovosti byl až do roku 2007 v obou zemích zrcadlovým obrazem vývoje prevalence užívání moderních antikoncepčních prostředků, neboť pokles úhrnné umělé potratovosti byl doprovázen zvyšováním prevalence užívání předepsaných antikoncepčních prostředků. Po roce 2007 došlo v obou zemích k výraznějšímu růstu úhrnné plodnosti a zároveň míra antikoncepční prevalence začala klesat. Ukazuje se, že v podmínkách nízké úhrnné plodnosti a vysoké míry antikoncepční prevalence je vývoj plodnosti a antikoncepční prevalence na sobě závislý, a to zrcadlově obrácený. Protože se nárůst plodnosti

projevil v poklesu užívání antikoncepce, tak lze očekávat, že mladé ženy, které začaly v 90. letech dvacátého století intenzivně užívat hormonální antikoncepci s cílem odložit plodnost do vyššího věku žen (Kocourková a Fait 2011) se již dostaly do věku, kdy zakládaly rodiny a přestaly antikoncepci užívat.

Otázkou ale zůstává, proč nastupující mladá generace již neužívá hormonální antikoncepci v takové intenzitě jako generace předchozí. Jedno z možných vysvětlení poklesu užívání hormonální antikoncepce spočívá v tom, že se vrací společenské podvědomí o tom, že užívání hormonální antikoncepce není zdraví prospěšné, ale naopak škodí a může vyvolat nežádoucí vedlejší účinky. Lze se opřít o nedávný průzkum nezávislé edukační platformy s názvem *Fórum antikoncepce*, kterou zaštiťuje Česká gynekologická a porodnická společnost spolupracující s řadou lékařů a odborníků. Jejím cílem je, jak uvádí, poskytnout ženám komplexní informace, možnost porovnání mýtů s fakty, a umožnit jim se svobodně a odpovědně rozhodnout o pro ně nejvhodnějším způsobu antikoncepce. Průzkum probíhal v Česku v roce 2019 a reprezentativním vzorku žen ve věku 18 až 24 let. Výsledky ukázaly, že nejpočetnější skupina respondentek odpovídajících na otázku, proč ženám tento způsob ochrany před nechtěným těhotenstvím nevyhovuje, uvedla nepříznivý vliv na své zdraví, negativní postoj k syntetickým hormonům či lékům obecně, avšak dvě třetiny z nich uvedly, že nemají své obavy či pocity nijak vědecky podloženy a že jde spíše o jejich vnitřní pocity (Fórum antikoncepce, 2019). Tento názor mladých žen je patrný i z laických diskusí vedených na internetových fórech, kde právě ženy z nejmladších věkových kategorií zaujímají negativní postoje k hormonální antikoncepci.

Dalším možným vysvětlením mohou být změny v sexuálním životě a partnerském chování. Dle zjištění ze stejného průzkumu projektu *Fórum antikoncepce* jedna pětina respondentek neužívá žádnou antikoncepci z důvodu buďto sexuální abstinence nebo plánování gravidity. Z těchto poznatků lze také soudit, že stále méně žen má v průběhu svého reprodukčního života stálého partnera, a tak se v podstatě „nevyplatí“ dlouhodobě užívat hormonální antikoncepci. Lze také podotknout, že klesající zájem o hormonální antikoncepci může v určitých případech způsobovat celkový nižší zájem o sex v populaci, díky faktorům jako je přesun sexuálního života do virtuální reality, nárůst mladých lidí neochotných žít v trvalém svazku, velké množství nejrůznějších nabídek zábavy a v neposlední řadě i díky změně v tradičních rolích žen a mužů.

Kapitola 5

Závěr

Po celé analyzované období docházelo k soustavnému poklesu intenzity interrupcí jak v Česku, tak na Slovensku. Větší pokles počtu interrupcí zaznamenaly sledované populace v letech, kdy došlo k zavedení poplatku za interrupce, která nebyla ze zdravotních důvodů, a to konkrétně v Česku v roce 1993 a na Slovensku se zpožděním až v roce 1995. Tato změna měla za následek zvýšení podílu interrupcí ze zdravotních důvodů především u české populace, a to až na dvojnásobek (22,3 % v roce 1993). Nárůst podílu interrupcí ze zdravotních důvodů proběhl především z důvodu „osvobození“ žen od poplatku za výkon ze strany lékařů (Sobotka, 2002).

V průběhu 90. let proběhl v obou zemích zásadní pokles jak úrovně umělé potratovosti, tak i úrovně plodnosti, což mělo za následek i redukci počtu ukončených těhotenství (Sobotka, 2002). Intenzivnější pokles interrupcí nastal na Slovensku až po roce 1996, nicméně spíše než reakci na zavedení poplatku za interrupci jej lze vysvětlit jako zpožděnou reakci slovenské populace na přebírání nového populačního klimatu (Kocourková, 2016). Po roce 2000 došlo v obou zemích ke zpomalení poklesu úrovně umělé potratovosti.

Vývoj struktur potratů (umělých a samovolných) probíhal v obou populacích podobně. Vývoj věkově specifických měr umělé potratovosti v Česku i na Slovensku poukázal jednak na celkový razantní pokles měr umělé potratovosti ve všech věkových skupinách žen, tak na postupné snižování rozdílů mezi věkovými skupinami. Analýza podílu interrupcí podle počtu živě narozených dětí před interrupcí potvrdila stále ještě dominující model dvou dětí pouze v Česku. Ve sledovaném období došlo u českých žen se dvěma dětmi ke snížení podílu interrupcí ze 44 % v roce 1993 na 32 % v roce 2019, zatímco u slovenských žen se dvěma dětmi k poklesu ze 44 % v roce 1993 až na 27 % v roce 2019. Naopak podíl interrupcí vzrostl u žen, které měly před interrupcí buďto jedno dítě nebo byly bezdětné, nejvíce na Slovensku. Odlišný vývoj oproti vývoji intenzity interrupcí v obou zemích zaznamenala úroveň samovolné potratovosti. Zvyšující se podíl samovolných potratů na celkovém počtu potratů může být připisován pokračujícímu odkladu reprodukce do vyššího věku žen, který zvyšuje riziko zdravotních komplikací, tedy riziko spontánního potratu. Narůstá totiž podíl těhotných žen ve věku 30 let a více (Sobotka, 2002).

Výrazný pokles úroveň umělé potratovosti v obou zemích dokumentuje zlepšení v plánování rodiny a zvýšení povědomí o sexuálním reprodukčním zdraví a tím i odpovědnější sexuální chování. Na Slovensku k prevenci interrupcí a méně intenzivnímu přijímání moderních antikoncepčních prostředků přispívá pravděpodobně větší vliv katolické církve. Na Slovensku došlo k výraznému nárůstu počtu katolíků, oproti Česku, kde došlo k poklesu. Vyšší podíl katolických věřících oproti spíše ateistickému Česku se projevil na odlišných postojích, tak že na Slovensku je nižší tolerance, pokud jde o schválení interrupce u nevdaných žen než v Česku (Kocourková 2016).

Úrovní umělé potratovosti patří Česko i Slovensko již mezi evropské země vyznačující se nízkými hodnotami. Přestože byla do roku 2019 u obou populací dosažena nízká úroveň umělé potratovosti (v Česku 0,25 interrupcí na jednu ženu na Slovensku 0,18 interrupcí na jednu ženu), tak mírný pokles stále pokračuje. Tento vývoj potvrzuje, že umělé potraty přestaly být v Česku i na Slovensku formou antikoncepce, jak tomu bylo před rokem 1993 (Kocourková 2016). Nicméně, lze očekávat, že vždy budou existovat nějaká selhání v antikoncepčním chování, která budou určitou úroveň umělé potratovosti udržovat. Jako odpověď na první výzkumnou otázku lze uvést, že po roce 2008 již k dalšímu sblížení interrupčního chování populace Česka a Slovenska nedocházelo. Populace si byly v interrupčním chování nejpodobnější do roku 2008.

Lze tedy konstatovat, že klesající trend umělé potratovosti stále pokračuje u obou analyzovaných zemí, avšak již ne v přímé závislosti na zvyšování prevalence hormonální antikoncepce. Ta od roku 2008 klesá v obou státech, pravděpodobně v souvislosti s formováním pozdního reprodukčního modelu, kdy ženy, které začaly v 90. letech dvacátého století intenzivně užívat hormonální antikoncepci s cílem odložit plodnost do vyššího věku žen (Kocourková a Fait, 2011) se již dostaly do věku, kdy zakládaly rodiny a přestaly antikoncepci užívat. Klesající trend v užívání hormonální antikoncepce je ale pravděpodobně výsledkem i dalších aspektů souvisejících se změnami v partnerském a sexuálním chování a uplatňování zdravého životního stylu, který je v rozporu s užíváním syntetických hormonů a léků. Pro pochopení těchto změn bude potřeba dalších výzkumů. Značný přínos by přinesla data o užívání metod antikoncepce specificky podle věku, díky kterému by se tyto změny daly nejen lépe interpretovat, ale i identifikovat negativní prvky, jejichž prevenci by se měla věnovat následná pozornost.

Česko dosáhlo v roce 2008 maximální míry prevalence hormonální antikoncepce (téměř 50%), která byla srovnatelná se státy západní Evropy, zatímco Slovensko vykazovalo asi poloviční úroveň. Odpovědí na druhou výzkumnou otázkou je zjištění, že pokles v užívání moderní antikoncepce zaznamenaly oba státy se stejnou intenzitou a ke sblížení v antikoncepčním chování obou populací do roku 2019 nedošlo.

Poslední výzkumnou otázkou bylo, jak se změnila role metod kontroly plodnosti v kontextu nízké plodnosti a v souvislosti s pozdním reprodukčním modelem. Nejvyšší hodnoty prevalence hormonální antikoncepce byly dosaženy v obou státech po roce 2000, kdy přetrvávala nízká úroveň plodnosti. Nízká úroveň plodnosti byla tedy „udržována“ efektivními moderními antikoncepčními metodami, když úroveň umělé potratovosti byla již nízká. Ukázalo se, že v podmínkách efektivního antikoncepčního chování je vývoj úrovně plodnosti zrcadlově obrácený vývoji antikoncepční prevalence. Z toho lze usuzovat, že hormonální antikoncepce je

užívána mladými ženami především s cílem posunutí časování plodnosti do vyššího věku a tím se tato metoda kontroly plodnosti podílí na formování pozdního reprodukčního modelu.

V obou zemích lze již hovořit o odpovědnějším antikoncepčním chování, přesto je důležité zachovat liberální legislativu umožňující ženám podstoupit interrupci. Nicméně, v současné době, kdy jsou dostupné moderní antikoncepční prostředky, může mít případné zpřísnění zákonů o interrupcích pouze okrajové účinky. Pokud by ale došlo také k omezení přístupu k antikoncepci, pak by takové změny mohly dosáhnout větších účinků na vývoj intenzity plodnosti (Frejka 2008).

Závěrem je třeba podotknout, že ačkoli bude úroveň umělé potratovosti dále mírně klesat v obou sledovaných zemích, je nanejvýš pravděpodobné, že nikdy neklesne na nulu. Úplná absence umělého přerušení těhotenství by nastala je v případě, že by ženy užívaly stoprocentně účinnou antikoncepci. Tohoto stavu „dokonalé antikoncepce“, s výjimkou relativně krátkých období, kdy chtějí ženy otěhotnět, se ale ve skutečnosti nikdy nedosáhne. Vždy tu bude reziduální požadavek žen na interrupci, protože se i populace s nízkou plodností značně liší podle úrovně užívání antikoncepce a možností výběru metod, a tak je dokonalá antikoncepční prevalence pouze ideálem (Bongaarts, Westoff, 2000). Sexualita je úzce spjatá s rozmnožováním, a proto je otázka sexuálního zdraví úzce spojena s otázkou zdraví reprodukčního (Uzel, 2006). A spíše než zamezit úplnému výskytu interrupcí, je třeba dospět ke stavu, kdy každé těhotenství je žádoucím těhotenstvím.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BONGAARTS, John a WESTOFF, Charles, F, 2000. The potential role of contraception in reducing abortion. *Stud Fam Plann* [online]. 31, (3), 193-202 [cit. 10. 3. 2021].
- ČADOVÁ, Naděžda, 2019. Tisková zpráva: Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a prostituci – květen 2019. CVVM [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 10.3.2021]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4954/f9/ov190617.pdf.
- Český statistický úřad, 2015. Vývoj potratovosti v České republice 2003–2014. [online]. Praha. Český statistický úřad [cit. 25. 4. 2021] s. 4–6. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20562549/13008315a.pdf/7833dad4-0cbd-42ee-8e4f-91d717eb53a8?version=1.1>.
- Český statistický úřad, 2016. *Potratovost*. In: Vývoj obyvatelstva České republiky. Praha: Český statistický úřad [cit.29.3.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/45964328/1300691705.pdf/1049d92f-50c8-4d14-b988-7c83ddd72af3?version=1.0>.
- Český statistický úřad, 2019 [online]. *Potraty*. In: Demografická příručka – 2018. Praha: Český statistický úřad [cit. 10.3.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka>.
- Český statistický úřad, 2021 [online]. *Demografické ročenky (pramenná díla) 1990–2009*. Praha. Český statistický úřad [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie_2009_1990.
- Český statistický úřad, 2021 [online]. *Demografické ročenky (pramenná díla) 2010–2019*. Praha. Český statistický úřad [cit. 5. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie.
- DEREUNDDRE, Rozemarijn, VAN DE PUTTE, Bart a BRACKE, Piet, 2016. Ready, Willing, and Able: Contraceptive Use Patterns Across Europe. *European Journal of Population, Health and Demographic Research, Department of Sociology, University of Ghent* [online]. 32, 543-573 [cit. 29. 3. 2021]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10680-016-9378-0>.
- FANTYSOVÁ, Markéta, 2006. Nechcete mít děti? Kolik to stojí? *Aktuálně.cz*. [online] [cit. 15. 3. 2021]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/finance/nakupovani/nehcete-mit-deti-kolik-to-stoji/r~i:article:136790/>.

- Fórum antikoncepce, 2019. Světový den antikoncepce: Výsledky unikátního průzkumu. [online]. *Společnost MEDIBAY s.r.o.* [cit. 15. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.forumantikoncepce.cz/novinky/svetovy-den-antikoncepce-vysledky-unikatniho-pruzkumu>.
- FREJKA, Tomáš, 2008. Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution. *Demographic Research* 19, 73-84 [cit. 25.3.2021]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/pdf/26349246.pdf>.
- KAČEROVÁ, Eva, 2014. Statistika potratů zrcadlí společenskou změnu. *Český statistický úřad* [online]. Praha. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/52002eb1aa>.
- KALIBOVÁ, Květa, PAVLÍK, Zdeněk a VODÁKOVÁ, Alena, ed. *Demografie (nejen) pro demografy*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 226–236. Sociologické pojmosloví. ISBN 978-80-7419-012-4.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina a FAIT, Tomáš, 2009. Induced abortions: Still important reproduction loss in the Czech Republic? *Neuroendocrinology Letters*. 30, (1), 101-108 [cit. 21. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.nel.edu/userfiles/articlesnew/NEL300109A02.pdf>.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina a FAIT, Tomáš, 2011. Changes in contraceptive practice and the transition of reproduction pattern in the Czech population. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* [online]. 16, (3), 161–172 [cit. 8.3.2020]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.574750>.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2009. Mít či nemít děti? In: KALIBOVÁ, Květa, Zdeněk PAVLÍK a Alena VODÁKOVÁ, ed. *Demografie (nejen) pro demografy*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 226–236. Sociologické pojmosloví. ISBN 978-80-7419-012-4.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2010: Plánované rodičovství a reprodukční ztráty In: BURCIN, Boris, FIALOVÁ, Ludmila, RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka a kol. 2010: Demografické situace České republiky, *SLON*, Praha.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2016. Relationship between abortion and contraception: a comparative socio-demographic analysis of Czech and Slovak populations. *Women and Health*. Taylor and Francis Group. 56., 8. 885-905. ISSN: 0363-0242.
- KONČICKÁ, Anna, 2020. Současné trendy a struktury umělé potratovosti se zaměřením na Českou republiku po roce 1986. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie, Praha.
- KORTANOVÁ, Jana, 2013. Umělá potratovost ve světě. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie, Praha.
- KŘEŠŤANOVÁ, Jana a KURKIN, Roman, 2019. Populační vývoj v České republice v roce 2018. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje* [online]. Praha: Český statistický úřad. 61, (3), 190–210 [cit. 25.3.2021]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/91917738/13005319q3_190.pdf/1e9753a2-47a5-4ea1-a027-aecaa2b4c2ad?version=1.1.
- LUBUŠKÝ, Marek, 2018. Umělé přerušování těhotenství na žádost pacientky farmakologickou metodou, nepřesahuje-li těhotenství sedm týdnů. *Gynekologie a porodnictví* [online]. 2, (5), 314-316 [cit. 21. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.lubusky.com/clanky/120.pdf>

- MARSTON, Cicely and CLELAND, John, 2003. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *Int Fam Plan Perspect* [online]. 29, (1), 6-13 [cit. 12.3.2021]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/3180995?seq=1#metadata_info_tab_contents.
- MISTROVÁ, Aneta, 2013. Charakter umělé potratovosti v České republice, Francii, Itálii a Švédsku. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie, Praha.
- Národné centrum zdravotníckých informácií, 2018 [online]. Potraty v Slovenskej republike 2017. Bratislava. *Národné centrum zdravotníckých informácií*. s. 5. [cit. 23. 3. 2021] Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2017/zs1807.pdf>.
- Národné centrum zdravotníckých informácií, 2019 [online]. *Ženy užívajúce antikoncepciu na území SR za obdobie rokov 1991 – 2019*. In: Činnosť gynekologicko-pôrodných ambulancií v Slovenskej republike 2019. Mesto: Národné centrum zdravotníckých informácií [cit. 10. 3. 2021]. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Gynekologia_Porodnictvo_Potraty/Gynekologia/Pages/default.aspx.
- Národní zdravotnický informační systém – ambulantní péče, 2019 [online]. Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007–2019. Praha. *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [cit. 5. 3. 2021] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008326/nzis-rep-2020-k08-a018-gynekologie-porodnictvi-2019.pdf>.
- PAVLÍK, Zdeněk, RYCHTAŘÍKOVÁ, J., ŠUBRTOVÁ, A. 1986. Základy demografie: celostátní vysokoškolská příručka pro studenty přírodovědeckých, ekonomických, filozofických a lékařských fakult. *Academia*, Praha, 84 s.
- POTOCKÝ, Erik, 2020. Cena života / Kolko stojí potrat: Hoci sa život človeka nedá odmerať peniazmi, na potratech sa dá aj dobre zarobiť [online]. *Deník Postoj* [cit. 25. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.postoj.sk/62164/kolko-stoji-potrat>.
- SOBOTKA, Tomáš, 2002. Potraty. In: PAVLÍK, Zdeněk a KUČERA, Milan. *Populační vývoj České republiky 1990–2002* [online]. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, s. 49–56. ISBN 80–902686–8–4. Dostupný z: http://popin.natur.cuni.cz/html2/publications/papers/popdev02cz/population_development_czech_all.pdf.
- SOBOTKA, Tomáš, 2008. The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe. *Demographic Research* [online] 19, 171–224 [cit. 12.3.2021]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/pdf/26349249.pdf>.
- SOUKOPOVÁ, Eva, 2002. Srovnání vývoje potratovosti v ČR a SR. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie. Praha.
- STLOUKAL, L. 1995. Demographic aspects of abortion in Eastern Europe: a study with special reference to the Czech Republic and Slovakia. Doctor thesis. The Australian National University. 420 s.

- STLOUKAL, L. 1999. Understanding the “abortion culture” in Central and Eastern Europe. In *From abortion to contraception: A resource to public policies and reproductive behaviour in Central and Eastern Europe from 1917 to the present*, ed. H.P. David, 23-37. Westport Connecticut: Greenwood Press.
- ŠPROCHA, Branislav, 2014. Odkladanie a rekuperácie plodnosti v Českej republike a na Slovensku. *Demografie*. 56 (3), 219–233.
- Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2021. DATAcube: Demografia a sociálne štatistiky. Bratislava. *Štatistický úrad Slovenskej republiky* [cit. 1. 3. 2021] Dostupné z: <http://datacube.statistics.sk>.
- Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2021. Preddefinované tabuľky: Pramenné dielo – Potraty 1993–2019. Bratislava. *Štatistický úrad Slovenskej republiky* [cit. 1. 3. 2021] Dostupné z: <https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/demography/population/>.
- Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2021. STATdat: Obyvateľstvo a migrácia. Bratislava. *Štatistický úrad Slovenskej republiky* [cit. 1. 3. 2021] Dostupné z: <http://datacube.statistics.sk>.
- Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky ČR, 2018. Potraty 2016. [online]. Praha. *Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky ČR* [cit. 20. 3. 2020]. 6 s. ISBN 978-80-7472-172-4. Dostupný z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/potraty2016.pdf>.
- UZEL, Radim, 2002. Antikoncepcie a potraty v ČR a ve svete. [online]. Praha. *Interní medicína – mezioborové přehledy* [cit. 26. 4. 2021]. s. 4–6 Dostupný z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>.
- UZEL, Radim, 2006. Sexuální výchova. *Vzdělávací institut ochrany dětí*. Praha. 28 s. [cit. 25.3.2021]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385374360.pdf>.
- VAN DE KAA, Dirk, Jan, 2001. On the Societal Impact of Modern Contraception. In: BEETS, Gijs, SCHIPPERS, Joop, TE VELDE, Egbert R. (eds). *The Future of Motherhood in Western Societies: Late Fertility and its Consequences* [online]. Springer. s. 49–60 [cit. 10. 4. 2021]. Dostupné z: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/21838/1/45.pdf#page=57>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej socialistickej republiky č. 74/1986 Zb. zo dňa 6. novembra 1986, ktorou sa vykonáva zákon Slovenskej národnej rady č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/1986-74>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctví České republiky č. 258/1992 Sb. ze dne 29. dubna 1992, ktorou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Dostupné z: https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/archiv/sb055-92.pdf.
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctví České socialistické republiky č. 75/1986 Sb. ze dne 7. listopadu 1986. ktorou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umelém prerušení těhotenství. In: *Sbírka zákonů* 28. listopadu 1986, roč. 1986, částka 24. Dostupné z: https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/archiv/sb24-86.pdf.
- WEISOVÁ, Kateřina, 2020. Genetická analýza spontánních potratů. Bakalářská práce. Ústav experimentální biologie. Lékařská genetika a molekulární diagnostika, Brno.
- Wikipedie, otevřená encyklopedie. 2021. *Interrupce* [online]. Wikipedie, otevřená encyklopedie, 2021 [cit. 29. 3. 2021]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Interrupce>.

Zákon č. 66/1986 Sb. ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. In: Sbírká zákonů 3. listopadu 1986, roč. 1986, částka 22. Dostupné z: https://www.epravo.cz/%20_dataPublic/sbirky/archiv/sb22-86.pdf.

Zákon č. 73/1986 Zb. zo dňa 6. novembra 1986 o umelom prerušení tehotenstva. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/1986-73>.

Zdravotnická statistika ČR, 2019. Potraty 2017–2018: Vývoj užívání antikoncepce absolutně a v relativních číslech-údaje z Ročního výkazu o činnosti ZZ-obor gynekologie A (MZ) 1-01. [online]. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 20. 3. 2021] s. 7–9. ISSN 1210-8642. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008349/potraty2017-2018.pdf>.