

Tabulka 2: Vybrané charakteristiky populačního vývoje obyvatelstva ČR v závěru 20. století

Ukazatel		1930	1950	1970	1991	2001	2003
Průměrný věk při prvním sňatku (z dat sčítání)	muži	27,6	26,1	24,4	25,1	28,3	30,2*
	ženy	25,9	21,8	21,1	21,8	25,8	27,2*
Podíl osob, které vstoupí alespoň jednou do manželství do 30 let věku (z dat sčítání)	muži	74	82	88	82	70	63*
	ženy	77	77	94	93	86	47*
Podíl osob, které vstoupí alespoň jednou do manželství do 50 let věku (z dat sčítání)	muži	94	95	95	94	92	62*
	ženy	92	90	95	97	97	69*
Úhrnná plodnost		2,15	2,83	1,93	1,86	1,15	1,18
Průměrný věk ženy při narození prvního dítěte (reálná populace)	mimo manželství	22,7	22,8	20,9	21,9	24,3	24,8
	v manželství	25,2	23,8	22,4	22,4	26,3	26,8
Ze 100 dětí narozených v prvním pořadí se narodilo v manželství		79,2	91,2	93,9	89,1	69,1	64,6
Doba uplynulá od sňatku do narození prvního dítěte		1,46	1,42	1,32	1,16	1,89	2,00
Střední délka života při narození	muži	53,7**	62,1***	66,1	68,2	72,1	72,0
	ženy	57,5**	67,0***	73,0	75,7	78,4	78,5
Střední délka života v 60 letech	muži	14,4**	15,0***	14,1	15,2	17,3	17,3**
	ženy	15,6**	16,9***	18,0	19,7	21,2	21,2**

* tabulky sňatečnosti (Kretschmerová 2004: 157)

** 1929–1932

*** 1949–1951

vá S. *České ženy. Vzdělání, partnerství, reprodukce*. Praha: Sociologický ústav AV ČR 2003, s.

Kretschmerová, T. 2004. „Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2003“. *Demografie* 46, č. 3, s. 153–165.

Kučera, M. 1994. *Populace české republiky 1918–1991*. Acta demographica XII. ČDS, Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Pavlík Z., Kučera M. (eds.) 2002. *Populační vývoj České republiky 1990–2002*. Praha: Katedra demografie a geodemografie přírodovědecké fakulty UK.

Rychtaříková J. 2003. „Generační plodnost v České republice na základě sčítání 2001“. *Demografie* 45, č. 4, s. 255 až 262.

Vereš, P. 1991. „Několik úvah o současném a budoucím vývoji“. *Demografie* 33, č. 2, s. 97–105.

Poznámky

1 Zpracováno v rámci řešení Výzkumného záměru MSM 0021620831.

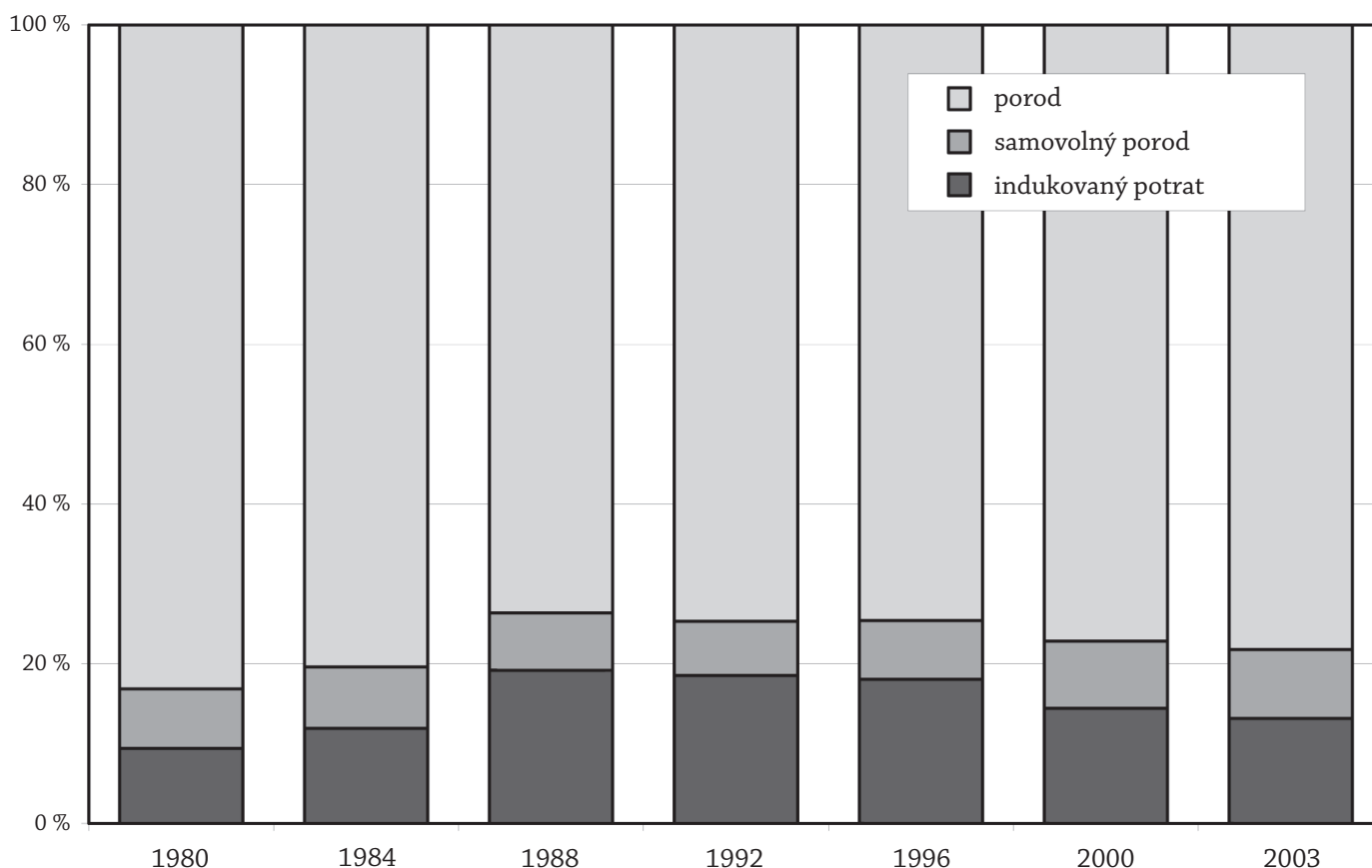
2 Zde i dále publikovaná data jsou založena na datech demografické statistiky nebo vycházejí z výsledků sčítání. Kde je tomu jinak, je pramen uveden.

I Ludmila Fialová působí od roku 1997 jako odborná asistentka na katedře demografie a geodemografie

POTRATOVOST BEZDĚTNÝCH ŽEN¹ / Petra Šalamounová, Gabriela Šamanová

Po celé období socialismu byla pro Českou republiku charakteristická vysoká úroveň potratovosti. Většina žen používala umělé přerušování těhotenství jako antikoncepci ex-post. Charakteristické pro české ženy bylo, že první těhotenství, zpravidla v nízkém věku ženy, vedlo k uzavření sňatku a narození manželského dítěte; do krátké doby (nejčastěji tři roky) následovalo narození sourozence, a tím byly převáž-

ně naplněny reprodukční cíle páru. Následující těhotenství byla obvykle řešena vyvolaným potratem. Na vysoké míře indukované potratovosti se tak podílely především vdané matky dvou dětí, nejčastěji ve věku 25–35 let. Vzhledem k tomu, že od devadesátých let začalo docházet k výrazným změnám demografického chování populace, vyvstává otázka, jestli s prudkým poklesem počtu interrupcí dochází i ke

Graf 1: Struktura způsobu ukončení těhotenství bezdětných žen

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1980 až 2003.

změně struktury potratovosti. Naše stať je zaměřena konkrétně na potratovost bezdětných žen. Tyto ženy se do začátku devadesátých let podílely na celkové potratovosti jen malým dílem. První otázkou je, nakolik je neplánované těhotenství pro dnešní ženy, které dosud nezaložily rodinu, skutečně nežádoucí, a nakolik se tak odlišují od vrstevnic z osmdesátých let. Druhým předpokladem je, že se zpřístupněním moderní antikoncepce by se těžiště indukované potratovosti mělo posouvat stále více do extrémních věků. V případě nežádoucího těhotenství mladých dívek může hrát velkou roli sexuální nezkušenost mladých párů. U starších žen pak není používání hormonálních prostředků vzhledem k zvýšeným rizikům lékařskou obcí doporučováno.

V České republice je možné zjišťovat informace o potratovosti ze dvou zdrojů. Prvním je publikace Pohyb obyvatelstva, kterou vydává každoročně Český statistický úřad. Tato data jsou tříděna za všechny obyvatele s trvalým pobytem v České republice. Druhým zdrojem dat jsou ročenky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. V tomto případě jsou informace tříděny zvláště pro „tuzemky“ (ženy s českým občanstvím) a pro ženy s cizí státní příslušností. V našem příspěvku pracujeme pouze s daty ČSÚ.

Potrasy se zpravidla dělí do tří skupin. První jsou potraty samovolné, které nejsou ovlivňovány vůlí matky. Druhá kategorie jsou umělá přerušení těhotenství. Ta bývají ještě členěna na miniinterrupce a ostatní legální umělá přerušení těhotenství. V případě interrupcí by bylo velmi zajímavé srovnávat ty, které byly provedeny ze zdravotních důvodů.

Vzhledem k tomu, že v případě zdravotních důvodů nemusí žadatelka platit poplatek, mohou být údaje velmi zkreslené. Po zavedení poplatku v roce 1993 tak došlo mezi dvěma lety ke zdvojnásobení podílu interrupcí ze zdravotních důvodů, z 11 % na 23 % (Populační vývoj České republiky 1990–2002, 2002). Třetí skupina bývá obecně označována jako „ostatní“. Od roku 1992 sem patří ukončení mimoděložního těhotenství (v letech 1987–1991 byla mimoděložní těhotenství zahrnuta do umělých přerušení těhotenství). Posledně jmenovaná skupina je velmi málo početná a tyto úkony lze považovat spíše za operaci než potrat v pravém slova smyslu. Proto se jim v článku nevěnujeme.

V České republice byla umělá přerušení těhotenství zlegalizována zákonem č. 68/1957 Sb. Od této doby byly v průběhu času uvolňovány a zpříšňovány podmínky, za jakých žena může interrupci podstoupit. K úplnému zákazu však ve sledovaném období nedošlo. Od roku 1986 byly zrušeny potratové komise a umělé přerušení těhotenství se stalo dostupné na žádost ženy. V této době také dosahovala úroveň potratovosti v české společnosti svého maxima. Pro popis dat v naší stati jsme zvolily roky 1980, 1984 (v těchto letech ještě fungovaly potratové komise), 1988 (rok s maximálními hodnotami potratovosti), 1992 (počátek nového společenského systému), dále roky 1996, 2000 a 2003 (poslední dostupné údaje).

Podíl bezdětných žen na celkové potratovosti od osmdesátých let plynule roste, a to především v případě umělých přerušení těhotenství. Ještě začátkem osmdesátých let byla jen jedna z deseti žen, které podstoupily interrupci, bezdět-

ná. Podle posledních dat je to již každá čtvrtá žena. Zatímco celkové počty umělých přerušení těhotenství v první polovině devadesátých let začaly prudce klesat, pokud uvažujeme jen ženy, které se dosud nestaly matkami, je pokles méně výrazný a od začátku nového tisíciletí již není patrný vůbec. Tento rozdíl je zřejmý i v relativních údajích. Počty všech interrupcí se snížily za posledních 15 let na čtvrtinu, ale umělá přerušení těhotenství bezdětných žen klesla za stejný časový úsek jen na polovinu.

V případě samovolných potratů dochází rovněž k nárůstu podílu bezdětných žen na celkové úrovni samovolné potratovosti, ale méně výraznému než v případě interrupcí. V současné době se již téměř polovina samovolných abortů týká žen, které neporodily ani jednoho potomka. Nárůst v tomto případě může být způsobován zejména odkládáním mateřství do vyššího věku. S rostoucím věkem se riziko samovolného potratu zvyšuje. Dalšími negativními faktory může být i stres a stav životního prostředí. Viz tabulku 1.

Dalším ukazatelem, který jsme použili k ilustraci vývoje potratovosti bezdětných žen, je počet potratů (interrupcí a samovolných) na 100 narozených dětí prvního pořadí. Index samovolné potratovosti po celé sledované období nepatrně roste, z důvodů nastíněných v předchozím odstavci. Nejvíce interrupcí bezdětných žen na sto narozených dětí prvního pořadí bylo zaznamenáno na konci osmdesátých let. Od té doby tento ukazatel klesá, ale ještě v roce 2003 byly hodnoty vyšší než počátkem sledovaného období (17 interrupcí na 100 narozených). Ještě přehlednější ukazatel je struktura všech těhotenství podle způsobu ukončení – těhotenství může být ukončeno porodem, interrupcí, nebo samovolným potratem (ostatní formy potratu jsou velmi málo zastoupeny a proto je zvlášť neuvádíme). Tento ukazatel jsme použily i odděleně pro ženy vdané a nevdané. Z grafu 1 je dobře patrné, že největší podíl žen, které před těhotenstvím neměly žádné děti, se rozhodl pro vyvolaný potrat na přelomu osmdesátých a devadesátých let. Nyní stále více bezdětných žen volí porod dítěte, ale i na tomto ukazateli je vidět, že ještě v roce 2003 nebyl stav snížen na úroveň z počátku osmdesátých let. Se zrušením potratových komisí vzrostl podíl bezdětných vdaných žen, které ukončily těhotenství interrupcí – zhruba 2 ženy z deseti. Naopak těhotenství nevdaných žen stále častěji končí narozením potomka, jen zhruba 25 % zvolí umělé přerušení těhotenství. Důvodem tohoto poklesu je, že v poslední dekádě 20. století začal prudce růst počet žen, které jsou v době porodu neprovdané. Dříve tedy těhotné ženy, které se rozhodly pro narození potomka, vstoupily do manželství ještě před narozením dítěte, a rodily tudíž jako vdané. Viz graf 1.

Podle věkových skupin byla po celé sledované období tříděna jen umělá přerušení těhotenství. O změnách podle věku v případě samovolných potratů nelze hovořit. Indukované potraty na 100 narozených dětí prvního pořadí v nejmladších věkových skupinách do 25 let trvale rostou. Zatímco v roce 1980 bylo ženám ve věku 20–24 let provedeno jen 7 potratů na 100 porodů prvorozených dětí, poslední údaj je již přes 20 interrupcí na 100 narozených prvního pořadí. V případě starších věků dosahoval index potratovos-

ti bezdětných žen svých maxim na přelomu osmdesátých a devadesátých let a od té doby dochází k trvalému poklesu. I u žen ve věku 40–44 let, které dosud neporodily potomka, je pravděpodobnost interrupce v případě těhotenství menší než mezi dívkami ve věku 20–24 let. Hlavním důvodem této změny je patrně fakt, že mateřství v pozdním věku se stává společností stále přijatelnější. Dalším důvodem může být ale také to, že se dříve většina žen snažila založit rodinu v nižším věku, a tak bezdětné zůstávaly zejména ty, co měly různé zdravotní problémy související s reprodukcí, a vyvolání potratu mohlo být zapříčiněno v těchto případech zdravotními komplikacemi. Bohužel, jak již bylo zmíněno v úvodu, informace o interrupcích ze zdravotních důvodů jsou velmi zkreslené, a tudíž jsme se jimi ani nezabývaly (kromě toho se dají zjistit jen z dat publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, které se metodologicky odlišují od námi používaných dat).

I v případě srovnání indukované potratovosti jsme použili ukazatel, který znázorňuje, jaký podíl počatých těhotenství skončil porodem a jaký podíl vyvolaným potratem. Vzhledem k tomu, že údaje za jiné druhy ukončení těhotenství podle věku nejsou dostupné, použily jsme do jmenovatele jen součet dvou zmíněných způsobů ukončení těhotenství. Nejvíce těhotenství bezdětných žen skončí umělým přerušením těhotenství v nejmladší věkové skupině, 15–19 let, v tomto případě je to každé druhé počaté dítě. V osmdesátých letech byla maxima indexů potratovosti v nejstarších věkových skupinách, u žen 35letých a starších. Během posledních dvou dekád dvacátého století došlo také k přesunu minimálních hodnot. Zatímco na počátku sledovaného období to byly především bezdětné ženy v rozmezí 20–29 let, kdo upřednostňoval ukončit těhotenství narozením prvního potomka, nyní jsou to častěji ženy ve věku 25–34 let (s minimem ve věkové skupině 30–34 let, vyvolaným potratem skončí těhotenství jen šesti bezdětných žen ze sta). V případě provdaných žen došlo v posledních dvaceti letech k nárůstu indexu potratovosti bezdětných žen jen v nejmladších věkových kategoriích, v ostatních případech dochází od počátku devadesátých let k trvalému poklesu. U bezdětných žen, které se nikdy nevdaly, nebo se rozvedly či ovdověly, klesá od osmdesátých let podíl těhotenství ukončených interrupcí ve všech věkových skupinách. Nejčastěji končí těhotenství neprovdané ženy narozením prvního potomka ve věkové kategorii 30–34 let. Viz tabulku 2.

Další ukazatel, kterým se dají měřit změny v indukované potratovosti, je průměrný věk bezdětné ženy při interrupci. Během vybrané etapy se průměrný věk bezdětné ženy při interrupci zvýšil o jeden rok (z 21,8 let na 22,8 let). Křivka ale neměla tvar lineárního nárůstu. Během osmdesátých let se průměrný věk žen bez dětí při první interrupci lehce snižoval a minima dosáhl v roce 1992 (20,6 let) a teprve od této doby průměrný věk roste. Průběh změn průměrného věku ženy při narození prvního dítěte byl velmi podobný jako v případě potratovosti, jen nárůst v devadesátých letech byl výraznější. Průměrný věk matky při prvním porodu se navýšil za sledované dvě dekády téměř o tři a půl roku (z 22,7 let na 26,1), minimum v roce 1992 bylo 22,2 let.

Tabulka 1: Počet potratů bezdětných žen podle druhu na sto narozených dětí prvního pořadí

	1980	1984	1988	1992	1996	2000	2003
celkem potratů na 100 narozených	20,3	24,4	35,9	34,7	35,4	30,9	29,0
samovolných potratů na 100 narozených	9,0	9,6	9,8	9,1	9,9	10,9	11,0
indukovaných potratů na 100 narozených	11,3	14,8	26,0	24,8	24,2	18,7	16,8

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1980 až 2003.

Velký rozdíl v úrovni indukované potratovosti žen s dětmi a těch bez dětí byl i v pořadí interrupce, kterou žena podstoupila. Tento údaj je dostupný až od roku 1992, takže není možné zanalyzovat celé sledované období. Během jedenácti let, které umožňují srovnání, však nedošlo prakticky k žádným změnám. Bezdětné ženy nejčastěji ukončily potratem své první těhotenství. Jen zhruba 15 % bezdětných žen podstoupilo potrat opakovaně (dvakrát či vícekrát). Bezdětné ženy žijící v manželství absolvovaly opakovaný potrat častěji než ženy neprovdané (v roce 2003 to bylo zhruba 20 %). Ženy, které mají již alespoň jedno dítě, ve více než v polovině případů podstupují druhou a další interrupci. V případě žen s dětmi jsou to hlavně ženy nemající manžela, kdo absolvuje tento zákrok opakovaně – více než šest žen z deseti. Česká společnost zaujímá k umělým přerušením těhotenství dlouhodobě tolerantní postoj. Například ve výzkumech Institutu pro výzkum veřejného mínění a později Centra pro výzkum veřejného mínění neklesla podpora názoru, že „žena má právo rozhodnout se, zda má být provedeno umělé přerušení jejího těhotenství“ od roku 1990 pod šedesát procentních bodů.² Z výzkumu ISSP provedeného v roce 2002 vyplývá, že důležitou roli v rozhodování se respondentů o tom, zda by mělo být umělé přerušení těhotenství povoleno či zakázáno, hraje důvod, kvůli kterému chce žena zákrok podstoupit. Naprosto jednoznačně ve prospěch povolení interrupce se dotázaní vyjadřovali při posuzování situace, při níž by hrozilo vážné poškození plodu, bylo by vážné ohroženo zdraví matky, nebo by k otěhotnění došlo následkem znásilnění. Přesto, že u dalších důvodů byly reakce rozporuplnější (značná část dotázaných se buď nedokázala k otázce vyjádřit a uvedla odpověď „neumím posoudit“, nebo neodpovíděla vůbec), podporu povolení interrupcí vyslovily ve všech případech vždy alespoň dvě třetiny dotázaných (viz tabulku 3). V souvislosti se zaměřením příspěvku nás zajímalo, zda se postoj k povolení a zákazu umělých přerušení těhotenství liší podle toho, jestli dotázaní mají či nemají děti. Statisticky významný vliv této skutečnosti nebyl prokázán ani v šetření CVVM (IVVM) ani ve výzkumu ISSP. Viz tabulku 3.

V loňském roce byla do výzkumu CVVM zařazena otázka, jejímž cílem nebylo zjistit, jaké zaujímají respondenti postoje k zákazu či povolení umělých přerušení těhotenství, ale jak by se žena rozhodla v případě otěhotnění. Respondenti muži odpovídali na otázku, co by v takovém případě doporučili své partnerce. Dotázaní měli na výběr z několika variant odpovědí (viz tabulku 4). V souvislosti s naším tématem potratovosti nás zajímala především situace neplánovaného otěhotnění. V dalších analýzách budeme tedy brát zřetel pouze na první a druhou možnost odpovědi. Porod dítěte

a následné svěření do péče někomu jinému je sice také řešení situace neplánovaného otěhotnění, počet respondentů, který uvedl tuto odpověď, je však velmi malý, a tudíž nevhodný k podrobnějším analýzám. V dalším textu se nebudeme zabývat ani oslovenými, kteří nebyli rozhodnutí, nebo uvedli, že se jich tato problematika netýká. Viz tabulku 4.

Z 210 mužů, pro něž by bylo těhotenství jejich partnerky nečekanou událostí, by se pro umělé přerušení těhotenství rozhodlo necelých 45 %. Většina, tedy 55 % mužů, by volila narození neplánovaného dítěte. Mezi 194 ženami, které dítě zatím neplánovaly, by se pro porod dítěte rozhodla také většina dotázaných (61 %). Potrat by byl východiskem z této situace pro 39 % respondentek. Odpovědi se výrazně lišily podle věku dotázaných. Neplánované dítě by si ponechali častěji ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi ženy ve věku 20–29 let a muži ve věku 20–44 let. Pětačtyřicetiletí a starší muži by nejčastěji doporučili své partnerce umělé přerušení těhotenství. Zajímavé je, že tento sociodemografický znak diferencoval odpovědi dotázaných jako jediný.

Přestože z údajů Českého statistického úřadu můžeme zjistit, které ženy řeší svou situaci umělým přerušením těhotenství nejčastěji, sociologická data tohoto výzkumu závislost na počtu již narozených dětí, vzdělání ani dalších sociodemografických charakteristikách neprokázala. Situace, kdy je respondentům předložen hypotetický problém, do něhož se mají vžít a vyjádřit se k němu, se od reálného rozhodování zřejmě velmi liší. Stručně pojatý sociologický výzkum nemůže postihnout všechny faktory, které takové závažné rozhodování ve skutečně nastalé situaci ovlivňují.

Literatura:

Populační vývoj České republiky 1990–2002. 2002. Praha: Přírodovědecká fakulta UK.

Poznámky

1 Tento článek vznikl v rámci grantu „Fenomén bezdětnosti v kontextu sociálních změn v české společnosti“ podpořeného Grantovou agenturou AV ČR (reg. č.: KJB7028402), jehož řešitelkou je Mgr. H. Hašková a spoluřešitelkou PhDr. L. Zamykalová.

2 Před rokem 1990 nebyla tato otázka zařazena do pravidelných šetření IVVM (CVVM).

Petra Šalamounová a Gabriela Šamanová vystudovaly demografii na Přírodovědecké fakultě UK a nyní zde pokračují v doktorském studiu. Obě pracují v Sociologickém ústavu od roku 2001. Zaměřují se na demografické analýzy a na výzkum rodinného chování.

Tabulka 2: Podíl těhotenství, které byly ukončeny interrupcí, podle věkových skupin

	1980	1984	1988	1992	1996	2000	2003
15–19	17,4	21,9	31,9	31,4	36,7	39,6	41,5
20–24	6,8	8,6	15,3	13,8	15,7	16,2	18,2
25–29	7,7	7,7	13,9	10,8	10,4	7,4	7,1
30–34	11,4	12,3	19,6	15,0	14,1	8,8	6,0
35–39	22,6	23,6	32,8	25,9	19,7	14,9	13,8
40–44	41,4	49,6	52,9	52,0	40,7	21,1	16,1

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1980 až 2003.

Tabulka 3: Postoje k povolení (či zákazu) umělého přerušení těhotenství za různých okolností

	má být povoleno	má být zakázáno	N
Vysoká pravděpodobnost vážného poškození plodu	95	5	1465
Žena je vdaná a nechce už žádné další děti	76	24	1333
Těhotenstvím je vážně ohroženo zdraví matky	95	5	1492
Rodina má nízký příjem a nemůže si dítě dovolit	72	28	1268
Žena otěhotněla důsledkem znásilnění	95	5	1473
Žena není vdaná a nechce si vzít otce dítěte	64	36	1306
Žena je příliš mladá	77	23	1323
Žena si to z nějakého důvodu přeje	71	29	1278

Znění otázky: Těhotná žena může čelit různým životním situacím, v nichž má rozhodnout o tom, jestli si ponechá dítě. Myslíte si, že za jmenovaných okolností má být ženě zákonem povoleno nebo zakázáno podstoupit potrat?

Zdroj: výzkum ISSP 2002.

Tabulka 4: Preferované řešení v případě otěhotnění (v %)

	muž	žena
porod, i když dítě nyní neplánuji	33,9	41,5
umělé přerušení těhotenství	27,5	26,8
porod, dítě si přeji	10,2	10,2
porod, ale chci svěřit dítě do péče někomu jinému z rodiny	0,6	1,4
porod, ale chci svěřit dítě do péče někomu jinému mimo rodinu	0	0
netýká se mě	14,9	8,1
nevím	12,9	12,0

Znění otázky: I v případě používání moderní antikoncepce může dojít k neplánovanému otěhotnění. Pokud byste v současné době zjistil, že je Vaše partnerka těhotná, doporučil byste jí (I v případě používání moderní antikoncepce může dojít k neplánovanému otěhotnění. Pokud byste v současné době zjistila, že jste těhotná, rozhodla byste se pro) porod, i když dítě nyní neplánujete, umělé přerušení těhotenství, porod, dítě si přejete, porod, ale chcete svěřit dítě do péče někomu jinému z rodiny, porod, ale chcete svěřit dítě do péče někomu jinému mimo rodinu.

Zdroj: CVVM, výzkum Naše společnost 2004, šetření 04–04.