Univerzita Karlova

Přírodovědecká fakulta

Studijní obor: Demografie

Bára Idlbeková

Porovnání interrupčního a antikoncepčního chování v roce 2009 a 2019 ve vybraných evropských zemích

Comparison of abortion and contraceptive behaviour in 2009 and 2019 in selected European countries

Diplomová práce

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

Praha, 2023

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, 29. 6. 2023

……..

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 mému příteli, rodině a přátelům za podporu při mém studiu a psaní práce.

Porovnání interrupčního a antikoncepčního chování v roce 2009 a 2019 ve vybraných evropských zemích

Abstrakt

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit do jaké míry se ve vybraných evropských zemích změnilo interrupční a antikoncepční chování mezi roky 2009 a 2019. První kapitola rozebírá cíle, výzkumné otázky práce a její strukturu. Druhá kapitola obsahuje teoretické zarámování diplomové práce a věnuje se základním informacím o interrupcích v kontextu 2. demografického přechodu, názorovým proudům, legislativě a v neposlední řadě také antikoncepci. Ve třetí kapitole jsou uvedeny zdroje a metodika. V analytické části práce ve čtvrté kapitole je hodnocena a srovnávána úroveň umělé potratovosti mezi evropskými zeměmi a následně pak provedena shluková analýza s cílem odhalit skupiny zemí s podobným interrupčním chováním a určit modely interrupčního chováni v roce 2009 a 2019. Z výsledných interrupčních modelů byly vybráni zástupci jednotlivých skupin modelů a graficky byly porovnány jejich míry umělé potratovosti a prevalence antikoncepce. Poslední kapitola analytické části práce zkoumá postoje společnosti týkající se ospravedlnění interrupcí, kde byl zjišťován vztah sociálních faktorů (pohlaví, věk, vzdělání, náboženská víra a ospravedlnění homosexuality) vůči souhlasnému vyjádření respondentů k podstoupení interrupce u žen.

Klíčová slova: úroveň umělé potratovosti, prevalence antikoncepce, interrupční legislativa, postoje společnosti k interrupcím, modely interrupčního chování

Počet znaků bez mezer: 113 965

Comparison of abortion and contraceptive behaviour in 2009 and 2019 in selected European countries

Abstract

The main objective of this thesis is to determine to what extent abortion behaviour contraceptive patterns have changed from 2009 to 2019 in selected European countries. The first chapter discusses the aims, research questions and structure of the thesis. The second chapter contains the theoretical framing of the thesis and focuses on basic information about abortion in the context of the 2nd demographic transition, opinion trends, legislation and last but not least contraception. In the third chapter, resources and methodology are presented. In the analytical part of the thesis, Chapter 4 outlines the level of abortion rates among European countries and then conducts a cluster analysis in order to detect groups of countries with similar abortion behaviour and to identify patterns of abortion behaviour in 2009 and 2019. From the resulting abortion patterns, representatives of each group of patterns were selected and their abortion rates and contraceptive prevalence were compared graphically. The last chapter of the analytical part of the thesis examines societal attitudes towards justification of abortion, where the relationship of social factors (gender, age, education, religious beliefs and justification of homosexuality) to respondents' endorsement of women undergoing abortion was investigated.

Keywords: level of artificial abortion, prevalence of contraception, abortion legislation, society’s attitudes towards abortion, models of abortion behavior

OBSAH

Seznam tabulek **7**
Seznam použitých zkratek **8**
1 Úvod **9**
1.1 Cíle práce a výzkumné otázky **11**
1.2 Struktura práce **12**
2 Teoretické ukotvení problematiky umělé potratovosti v rámci užívání metod kontroly plodnosti **14**
2.1 Metody regulace plodnosti **14**
2.2 Antikoncepce **15**
2.3 Interrupce **17**
2.4 Interrupční legislativa **20**
2.5 Názorové proudy (společenské klima) **22**
2.6 Pokles interrupcí v reakci na změny spojené s druhým demografickým přechodem **23**
3 Zdroje dat a metodika **25**
4 Analýza umělé potratovosti a užívání antikoncepce **30**
4.1 Interrupční chování v Evropě **30**
4.1.1 Srovnání úrovně umělé potratovosti v letech 1989 a 2009 ..... **31**
4.1.2 Srovnání úrovně umělé potratovosti v letech 2009 a 2019 ..... **33**
4.2 Modely interrupčního chování v roce 2009 ..... **39**
4.3 Modely interrupčního chování v roce 2019 ..... **42**
5 Srovnání zástupců výsledných modelů interrupčního chování v roce 2009 a v roce 2019 ..... **46**
5.1 Charakteristika modelů interrupčního chování v roce 2009 ..... **46**
5.1.1 Věkově specifické míry interrupcí v roce 2009 47
5.1.2 Prevalence antikoncepce 2009 ..... **48**
5.2 Charakteristika modelů interrupčního chování v roce 2019 ..... **50**
5.2.1 Věkově specifické míry modelů interrupcí v roce 2019 ..... **50**
5.3 Hodnocení vývoje mezi roky 2009 a 2019 dle jednotlivých zástupců modelů interrupčního chování **51**

6 Postoje společnosti vůči interrupcím 55

6.1 Vliv vybraných faktorů na ospravedlnění interrupcí **58**

Závěr……63

Přílohy…… 72

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Obecná míra umělé potratovosti žen za roky 1989 a 2009 ve vybraných evropských zemích 31
Graf 2 – Obecná míra umělé potratovosti žen v roce 2009 ve vybraných evropských zemích 33
Graf 3 – Obecná míra umělé potratovosti žen za roky 2009 a 2019 ve vybraných evropských zemích 34
Graf 4 – Obecná míra umělé potratovosti žen ve věku 15–49 let v roce 2019 ve vybraných
Graf 5 – Míra umělé potratovosti žen ve věku 15–19 let ve vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019 36
Graf 6 – Míra umělé potratovosti žen ve věku 20–24 let ve vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019 37
Graf 7 – Míra umělé potratovosti žen ve věku 25–29 let ve vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019 38
Graf 8 – Prevalence moderních metod antikoncepce žen vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019 39
Graf 9 – Dendrogram se třemi výslednými klastry z evropských zemí v roce 2009 40
Graf 10 – Dendrogram se třemi výslednými klastry z evropských zemí v roce 2019 43
Graf 11 – Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Česku, Bulharsku a Francii v roce 2009 47
Graf 12 – Procentuální rozložení žen zástupců modelů podle metody praktikující antikoncepce 49
Graf 13 – Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Česku, Bulharsku, Lotyšsku a Francii v roce 2019 50
Graf 14 – Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Lotyšsku v roce 2009 a 2019 51
Graf 15 – Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Bulharsku v roce 2009 a 2019 52
Graf 16 – Věkově specifické míry umělé potratovosti žen ve Švédsko v roce 2009 a 2019 53
Graf 17 – Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Česku

v roce 2009 a 2019..... 54

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Právní podmínky umělé přerušení těhotenství v evropských zemích 21
Tabulka 2: Rozdělení 18 evropských států do tří shluků v roce 2009 41
Tabulka 3: Rozdělení 18 evropských států do tří shluků v roce 2009 41
Tabulka 4: Rozdělení 21 evropských států do tří shluků v roce 2019 44
Tabulka 5: Rozdělení 21 evropských států do tří shluků v roce 2019 45
Tabulka 6: Postoje společnosti k interrupcím ve vybraných evropských zemích k roku 2017 56
Tabulka 7: Postoje společnosti k interrupcím ve vybraných evropských zemích k roku 2017 …. 58
Tabulka 8: Efekt vybraných charakteristik na ospravedlnění interrupcí v roce 2017 ve vybraných evropských zemích, výsledky binární logistické regrese 61

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ART	Asistovaná reprodukce
CRR	Center for Reproductive Rights (Centrum pro reprodukční práva)
ČSÚ	Český statistický úřad
EVS	European Value survive (Evropské šetření hodntot)
HA	Hormonální antikoncepce
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Mezinárodní federace pro plánování rodičovství)
ICPD	International Conference on Population and Development (Mezinárodní konference o populaci a rozvoji)
IUD	Nitroděložní tělísko
LAM	Laktační amenorey
SDGs	Sustainable Development Goeals (cíle udržitelného rozvoje)
UN	United Nation (Organizace spojených národů)
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fond OSN pro populační aktivity)
UPT	Umělé přerušení těhotenství
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Kapitola 1
Úvod

Interrupce jsou prastará a univerzální praxe. V průběhu dějin na sebe vzala různé formy v různých politických, sociálních a kulturních kontextech (Guillaume, Rossier 2018). Tato problematika je důležitým tématem pro zdravotníky i demografy. Stloukal (1995) označil interrupce jako sociální fenomén, jakožto objekt veřejné politiky s pozoruhodnou historií, která je bezpodmínečně důležitá pro pochopení role, jenž v současném světě interrupce hraje. V posledních desetiletích je interrupcím věnována značná pozornost a jejich legislativa a dostupnost často vyvolávají kontroverze.

Zatímco přijímání dobrovolné bezdětnosti a nerodinných životních uspořádání rychle vzrostlo a manželství a rodinný život se stávají více „nepovinnými“, tak v celé Evropě zůstalo rodičovství téměř všeobecně kladně hodnoceno, ale stále častěji se na něj pohlíželo jako na zdroj seberealizace, než jako na „povinnost vůči společnosti“ (Sobotka, 2008). Páry po celém světě stále častěji ovládají svůj reprodukční život, avšak i přes tento trend však zůstává výskyt neúmyslných těhotenství vysoký. Odhaduje se, že jedno ze čtyř těhotenství je neúmyslné. Počet požadovaných dětí je jedním z klíčových faktorů ovlivňujících v populaci úroveň neúmyslných těhotenství. Ve společnostech, kde jsou žádány velké rodiny, má potenciální míra neúmyslného těhotenství tendenci být nízká. Roli také hrají meziporodní intervaly, kdy ženy, které preferují delší meziporodní intervaly, jsou vystaveny většímu riziku nechtěného těhotenství (Bongaarts, Westoff, 2003).

Přesné informace o úrovních a trendech legálních interrupcích mohou pomoci při tvoření a plánování politik a programů zhodnotit, do jaké míry ženy prožívají nechtěné těhotenství a mohou usnadnit vývoj politik a programů, které budou reagovat na nenaplněnou potřebu účinných antikoncepčních služeb (Sedgh, Stanley, Henshaw, 2007). Celosvětově je každoročně tolik nezamýšlených těhotenství, kolik je plánovaných, což je zhruba 60 miliónů těhotenství (WHO, 2023) a více než polovina těchto neúmyslných těhotenství končí interrupcí (Bongaarts, Westoff, 2003). Šest z deseti nechtěných těhotenství a tři z deseti všech těhotenství končí umělým přerušením těhotenství.

Světová zdravotnická organizace (WHO), je společenství, jejíž primárním cílem je učinit zdraví pro všechny skutečností a směřovat k progresivní realizaci lidských práv tak, aby všichni jednotlivci měli přístup ke kvalitní zdravotní péče, a to včetně komplexních služeb interrupční péče, což zahrnuje informace, zřízení interrupcí a pointerrupční (postaborativní) péče. Nedostatek

přístupu k bezpečné, včasné, cenově dostupné a ohleduplné péči o umělé přerušení těhotenství představuje riziko nejen pro fyzické, ale také pro duševní a sociální blaho žen a dívek (WHO, 2023). Nebezpečné potratové praktiky zůstávají hlavní příčinou mateřské úmrtnosti (WHO, 2011) a zdravotní důsledky jsou stále v centru debat v mnoha zemích. Problém veřejného zdraví, který představuje nebezpečné interrupce, vedl k vytvoření programů postinterrupční péče zaměřené na snížení nemocnosti a úmrtnosti matek. Ohledně tohoto typu péče existuje mezinárodní konsensus, jehož potřeba byla znovu potvrzena na Káhirské konferenci v roce 1994. Část akčního programu zní: „Všechny vlády a příslušné mezivládní a nevládní organizace se vyzývají, aby posílily svůj závazek ohledně zdraví žen, vypořádat se s dopadem nebezpečných interrupcí na zdraví jako hlavní problém veřejného zdraví a omezit používání interrupcí prostřednictvím rozšířených a zlepšených služeb plánovaného rodičovství“. Péče o ženy byla zdůrazněna: „Ve všech případech by ženy měly mít přístup ke kvalitním službám pro zvládání komplikací vyplývajících z umělého přerušení těhotenství. Poradenství po interrupci, vzdělávání a služby plánovaného rodičovství by měly být nabízeny okamžitě, což také pomůže vyhnout se opakovaným interrupcím“ (United Nations, 1994).

Až donedávna byly všechny nelegální interrupce považovány za nebezpečné, ale tato klasifikace byla nedávno zpochybněna. Zatímco zákonnost a bezpečnost byly úzce spojeny v roce 1980, to již není striktní případ díky rozšíření nových interrupčních technik v letech 1990 a 2000, včetně zemí s restriktivními zákony o interrupcích. V důsledku toho jsou nyní uznávány tři kategorie rizik: bezpečné, méně bezpečné a nejméně bezpečné (Guillaume, Rossier, 2018).

Ať už interrupce legální či nikoliv, těhotné ženy se k ní uchylují stále příliš často. Data ukazují, že omezení přístupu k interrupcím nebrání ženám v tom, aby ji vyhledaly a uskutečnily. Jak odhaluje zpráva UNFPA o stavu světové populace za rok 2022, téměř 45 % všech interrupcí na celém světě je nebezpečných, což z nich činí hlavní příčinu úmrtí matek. Téměř všechny nebezpečné interrupce se v současnosti odehrávají v rozvojových zemích a UNFPA se obává, že pokud se přístup k umělému přerušení těhotenství více omezí, bude na celém světě docházet k dalším nebezpečným interrupcím. Rozhodnutí zvrátit dosažený pokrok mají širší dopad na práva a volby žen a dospívajících na celém světě. Stejně jako Agentura OSN pro sexuální a reprodukční zdraví a opatrovnictví ICPD se UNFPA zasazuje o právo všech párů a jednotlivců svobodně a zodpovědně rozhodnout o počtu, rozestupech a načasování svých dětí a mít k tomu informace a prostředky. Hrozí, že cíle udržitelného rozvoje OSN, zejména SDG 3, ke kterým se zavázaly všechny členské státy OSN, nebudou splněny, pokud budou pokračovat nebezpečné interrupce (UNFPA, 2022). Zajištění toho, aby ženy a dívky měly přístup k interrupční péči, což zahrnuje bezpečnost, respekt a nediskriminaci, je zásadní pro splnění cílů udržitelného rozvoje (SDGs) týkajících se dobrého zdraví a pohody (SDG 3) a rovnost pohlaví (SDG 5) (WHO, 2023). Nicméně tyto cíle neřeší otázku interrupcí přímo.

Nejpřímějším způsobem, jak snížit míru umělých potratů, je zabránit nechtěnému těhotenství zvýšením používání účinné antikoncepce. Programy plánování rodiny, které jsou nyní implementovány v mnoha rozvojových zemích, přispěly k dosažení tohoto cíle zvýšením přístupu k antikoncepčním službám prostřednictvím klinik a distribučních systémů založených na komunitě a poskytnutím vzdělávání a poradenství k odstranění sociálních a psychologických překážek přijetím antikoncepce (Bongaarts, Westoff, 2003).

Před rokem 1990 byly rozdíly mezi Východem a Západem v Evropě patrné nejen ve vývoji plodnosti a užívání metod kontroly a plodnosti, ale také v interrupčním chování. V západní Evropě změny v plodnosti probíhaly již od 70. let 20. století. Intenzivnější užívání moderní antikoncepce přispělo k odložení plození dětí do pozdějšího věku žen a ke snížení počtu dětí a poklesu plodnosti pod úroveň prosté reprodukce. Naproti tomu ve východní Evropě byl ustálen model časné plodnosti charakterizovaný nejvyššími mírami plodnosti žen ve věku 20-24 let a plodnost kolem reprodukční úrovně se udržela ve východní Evropě až do počátku 90. let 20. století (Sobotka, 2008). V souladu s tím časná plodnost a pozdní umělá potratovost spolu úzce souvisely. Protože prevalence antikoncepce byla nízká, trendy úhrnné plodnosti a umělé potratovosti byly nepřímo úměrné (Kocourková, Fait, 2011).

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).

1.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Práce se zabývá pouze uměle přerušeným těhotenstvím (UPT) na úrovni vybraných evropských zemí, za které jsou dostupné relevantní data o počtech provedených interrupcí. V této práci se termín „interrupce“, pokud není uvedeno jinak, vztahuje na legálně podstoupené interrupce. Slovo „potrat“, jehož význam je zavádějící a laická veřejnost ho často používá jako ekvivalent spontánního nebo náhodného ukončení těhotenství, je ve vědeckém kontextu poněkud zastaralý a z tohoto důvodu se mu práce vyhýbá, s výjimkou citací (Stloukal, 1995).

Devadesátá léta jsou považována za období velkých diskontinuit a rostoucí diferenciace ve východní Evropě (Kocourková, 2019). 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). Do první poloviny 20. století byly interrupce téměř všeobecně nezákonné. Po roce 1950 byly ve většině evropských zemí liberalizovány zákony 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 interrupce povoleny bez omezení téměř ve všech evropských zemích (Frejka, 2008).

Cílem překládané práce je zjistit, zda pokračuje snižování úrovně umělé potratovosti, konkrétně pak porovnává intenzitu výskytu interrupcí pro rok 2009 a 2019. Dalším cílem je zjistit, jak se mezi těmito lety změnilo interrupční a antikoncepční chování. Kromě toho byly zkoumány faktory, které stojí za nedávnými změnami v užívání antikoncepce, zejména do jaké míry byly poklesy interrupcí doprovázeny změnami v postojích k uměle přerušeným těhotenstvím. Na základě literatury byly v této práci vytyčeny následující dílčí cíle a výzkumné otázky:

(1) *Jak se vyvíjela intenzita a struktura umělé potratovosti ve vybraných evropských zemích mezi roky 2009 a 2019?*

(2) *Vývoj do roku 2009 naznačil, že rozdíl mezi Východem a Západem v interrupčním chování se zmírnil, ale ne zcela vymizel. Kromě bývalých východních a západních modelů interrupčního chování vznikl nový „model nízké intenzity interrupcí" (Kocourková, 2019). Práce si na základě tohoto poznatku dává za cíl, zjistit, zda se model interrupčního chování z roku 2009 do roku 2019 proměnil a také zda rozdělení mezi Východem a Západem v interrupčním chování zůstalo do roku 2019 relevantní.*

(3) *V evropských zemích byly od roku 1990 identifikovány konvergentní trendy směrem k nižší úrovni umělé potratovosti a zůstaly rozdíly v antikoncepčním chování (Kocourková, 2019). Na základě těchto závěrů si práce pokládá následující otázky: Pokračují konvergentní trendy v interrupčním chování směrem k nižší úrovni umělé potratovosti a zůstávají odlišnosti v antikoncepčním chování?*

(4) *Studie Jozkowského a kol. (2018) ukazuje, že existuje celá řada faktorů ovlivňující názory lidí na přístup k bezpečným a legálním interrupcím. Výsledky výzkumu nepotvrzují, že by legislativní politika týkající se přístupu k bezpečným a legálním interrupcím přesně odrážela názory pro ospravedlnění interrupcí. Na základě toho byla do práce zařazena výzkumná otázka týkající se zjištění významnosti vybraných sociálně demografických faktorů na postoje k interrupcím.*

1.2 Struktura práce

Diplomová je rozdělena do dvou základních částí, a to do teoretické části a části analytické. První kapitola uvádí cíle práce a výzkumné otázky. Druhá kapitola obsahuje teoretické ukotvení problematiky umělé potratovosti Je zde stručně popsaná definice a druhy umělého přerušení těhotenství a také metody uměle přerušeného těhotenství. Dále jsou zde podkapitoly týkající se metod regulace plodnosti, antikoncepce, interrupcí, interrupční legislativy, názorovým proudům společnosti a druhému demografickému přechodu v kontextu se změnami týkajících se poklesu interrupcí. Kapitola třetí rozebírá použitá data, jejich specifika a dostupnost a také metodiku využitou v analytické části.

Druhý úsek práce obsahuje analytickou část, jenž je rozdělena do tří kapitol navazujících na číst teoretickou. Čtvrtá kapitola srovnává úrovně umělé potratovosti pro roky 1989, 2009 a 2019 pomocí demografických ukazatelů. Tyto demografické ukazatele, a navíc také prevalence moderních metod antikoncepce následně vstupují do shlukové analýzy, díky které jsou vytvořeny skupiny evropských zemí, které jsou si podobné v interrupčním a antikoncepčním chování. V páté kapitole byl z každé skupiny zemí vybrán jeden zástupce jak za modely z roku 2009, tak z roku 2019. Jednalo se o tři zástupce za rok 2009 (Česko, Franci, Bulharsko), tak čtyři země za rok 2019 (Česko, Bulharsko, Lotyšsko, Švédsko), které byly srovnány jak z hlediska prevalence antikoncepce, tak podle věkově specifických měr umělé potratovosti. V závěrečné šesté kapitole byly zkoumány faktory, které stojí za nedávnými změnami v interrupčním chování. Konkrétně

bylo zkoumáno, do jaké míry byl pokles interrupcí doprovázen změnami v postojích k nim ve čtyřech evropských zemích (Česko, Bulharsko, Lotyšsko, Švédsko), kde každá země reprezentovala vždy jeden ze vzniklých modelů interrupčních vzorců. Za tímto účelem proto byla analyzovaná data Evropské studie hodnot (EVS), což je nadnárodní, longitudinální, průzkumný program poskytující pohledy, postoje, hodnoty a názory občanů v celé Evropě od roku 1981. Byla provedena binární logistická regrese s cílem zjistit, zda je statisticky významná závislost mezi ospravedlněním interrupcí a vybranými sociálními charakteristikami jako je pohlaví, věk, vzdělání, ospravedlnění homosexuality a náboženská víra.

Kapitola 2

Teoretické ukotvení problematiky umělé potratovosti v rámci užívání metod kontroly plodnosti

Koncem 80. let 20. století byla v Evropě zjištěna polarizace na Západ a Východ na základě kontroly plodnosti z důvodu odlišných antikoncepčních praktik a mírou umělé potratovosti. Toto rozdělení mezi Východem a Západem bylo důsledkem rozdílných historických trendů mezi oběma regiony (Kocourková, 2019). Rozdělení mezi východem a západem“ v prevalenci antikoncepce vyplývá z odlišných historických trendů mezi těmito dvěma regiony (Lesthaeghe, 2000). K charakterizování povahy regulace plodnosti v bývalých socialistických zemích sovětského bloku, tedy ve východní Evropě byl použit termín „potratová kultura“, jenž zde byla praktikována až do konce 80. let 20. století (Stloukal. 1999). Liberální interrupční legislativa umožňovala snadnou dostupnost umělých potratů a také jejich společenskou přijatelnost. Ve většině zemí ženy podstoupily v průměru jeden až dvě interrupce za život. V Sovětském svazu a Rumunsku však nebyly neobvyklé ani ženy se třemi až pěti interrupcemi (Frejka, 2008).

2.1 Metody regulace plodnosti

Pod pojmem regulace plodnosti byly obvykle zahrnovány pouze prostředky k prevenci početí, a tudíž i porodu. Předčasný nástup sexuální aktivity vedoucí k delšímu sexuálnímu a reprodukčnímu rozpětí má tendenci pozitivně souviset s mírou interrupcí. Kromě toho požadovaný počet dětí a délka laktační amenorey negativně souvisí s mírou interrupcí (Marston, Cleland, 2003). Hlavními prostředky regulace plodnosti v Evropě byly obvykle považovány antikoncepce a interrupce (Frejka, 2008). Moderní antikoncepční prostředky jsou považovány za obzvláště důležité při odkladu plodnosti, i když nejsou považovány za hlavní příčinu současné nízké úrovně plodnosti (Van de Kaa, 2011). Zároveň je potřeba zmínit fakt, že úroveň plodnosti by nikdy nemohla klesnout na tak nízkou úroveň bez rozšířeného používání účinných metod kontroly porodnosti (Fait a kol., 2008). Studie vztahů mezi intenzitou plodnosti, interrupcí a užíváním antikoncepce nepřinesly konzistentní zjištění, jelikož zvýšené užívání antikoncepce nemusí nutně vést k nižší míře umělého přerušení těhotenství (Marston, Cleland, 2003). Bylo

prokázáno, že když plodnost rychle klesá, může dojít ke zvýšení prevalence antikoncepce bez významného snížení interrupcí (Marston, Cleland, 2003).

Jako další metodou regulace plodnosti je zajisté legislativa, na jejíž změny úroveň umělé potratovosti velmi citlivě reaguje. Je zajímavé, že rozšířené používání liberálního interrupčního zákona v tehdejších socialistických zemích přispělo k poklesu míry plodnosti pouze na úroveň prosté reprodukce, tj. na celkovou míru plodnosti kolem 2,1, a ne na extrémně nízkou úroveň hluboko pod hodnotu prosté reprodukce (Fait, Kocourková, 2009). Na druhou stranu za určitých okolností může právní omezení umělého přerušení těhotenství ještě v kombinaci s omezeným přístupem k antikoncepci výrazně ovlivnit plodnost. Příkladem toho je Rumunsko po roce 1966, kde byla plodnost do konce 80. let zachována na relativně vysoké úrovni ve srovnání s většinou ostatních dříve socialistických zemí (Frejka, 2008).

Moderní antikoncepce a liberální interrupční právní předpisy umožnily ženám odložit mít děti do vyššího věku. Následkem toho bylo zvýšení míry neplodnosti, a tím i vyšší poptávku po užívání asistované reprodukce (ART) (Fait, Kocourková, 2009). V posledních desetiletích páry, které čelí neplodnosti metody ART používají stále častěji a tyto metody se staly relevantní pro trendy plodnosti (Frejka, 2008).

Interrupce je metoda „regulace porodu“, což je koncept, který v současné době zahrnuje nejen antikoncepci, tj. další prostředky k zabránění početí a narození dítěte, ale také metody asistované reprodukce, tj. prostředky na pomoc neplodným párům při početí (Fait, Kocourková, 2009). Na plodnost lze však pohlížet i z jiného úhlu pohledu, než je zdravotní a demografický, a tím je hledisko ekonomické, jež je možné zahrnout do další metody regulace plodnosti. Lze tvrdit, že náklady na nemít děti, jakožto kontrola plodnosti jsou úzce spojeny s náklady na to děti mít. Podle ekonomických teorií by děti měly být považovány za zvláštní druh spotřebního zboží, jehož rodiče porovnávají užitek a náklady s náklady na jiné zboží. Hoffman a kol., (1973) rozšířili toto čisté ekonomické hledisko přidáním do výpočtu nákladů a přínosů hodnoty dětí pro blaho rodičů, kde byla zahrnuta hlediska jako náklonnost, rozvoj sám sebe, sociální identity, kreativity atd. Liberální interrupční legislativa, moderní technologie umělých potratů a moderní antikoncepce zvyšují zdraví žen, napomáhají při odkladu dětí a jsou faktorem změn partnerských vztahů a při vývoji hodnot týkajících se sexuality, reprodukce a porodu. (Frejka, 2008).

2.2 Antikoncepce

Náznaky pokusů o ovlivnění lidské plodnosti antikoncepcí jsou staré téměř jako lidstvo samo. Určité formy antikoncepce nebo její náznaky jsou známy již ve starověkých kulturách Egypta, Řecka, Říma a dalších zemí (Frejka, 2008). Jako příklady historických antikoncepčních praktik lze uvést například krokodýlí trus, kravská moč, nastrouhané jelení parohy nebo až téměř bizarní metoda plivnutí žábě třikrát do tlamy. Tyto prastaré metody patří spíše mezi kuriozity a mají od účinnosti logicky dosti daleko, a především fungují na bázi placebo efektu (Uzel, 2006).

Van de Kaa (1997) identifikoval moderní antikoncepci jako prostředek vedoucí nejen k nízké plodnosti, ale také jako možný katalyzátor chování, který vedl k pozorovaným změnám. Antikoncepční praxe je zakotvena v kontextech se specifickými charakteristikami (Dereuddre, Bracke, Putte, 2016).

První nitroděložní tělíska (IUD) se vyskytla ve 20. letech minulého století, ale před 60. lety se obecně nepoužívala. Skutečné odstartování éry moderní antikoncepce přišlo v roce 1960, kdy americký úřad pro kontrolu léčiv schválil orální hormonální antikoncepci. Obecně přijímaná současná klasifikace moderních antikoncepčních prostředků zahrnuje kromě nitroděložních tělísek také sterilizaci, kondomy a bariérové metody a různé formy hormonální antikoncepce jako jsou pilulky, injekce a implantáty. Ostatní metody lze řadit do skupiny tradičních metod (Frejka, 2008).

Nejzásadnějším rozdílem mezi tradičními a moderními metodami antikoncepce je především v jejich účinnosti při prevenci početí. Tradiční metody mají tendenci vysoké míry selhání oproti metodám moderním (Frejka, 2008). Právě účinnost antikoncepce zapříčiňuje velice úzký vztah s mírou interrupcí. Nízká míra interrupcí v zemích, kde jsou uměle přerušená těhotenství snadno dostupná, naznačuje vysoké procento žen užívajících moderní antikoncepci. Šíření moderních antikoncepčních metod usnadnilo mnoho změn souvisejících s plodností a vyústilo ve změnu norem týkajících se regulace plodnosti, ale také v opačném směru se postoje k užívání antikoncepce posunuly. Empirické důkazy potvrzují, že jedinci s tradičnějšími postoji jsou obecně méně ochotní používat antikoncepci a naopak. Studie v rozvojových zemích ukázaly příznivé účinky makroekonomického a proaktivního úsilí vlád o posílení postavení žen a párů v přístupu k moderní antikoncepci (Dereuddre, Bracke, Putte, 2016).

V současnosti je prevalence užívání antikoncepce nejvyšší v severní a západní Evropě (Frejka, 2008). Na počátku 21. století se moderní antikoncepční metody, a to především hormonální antikoncepce, nitroděložní tělíska, sterilizace a kondomy staly hlavním nástrojem v severní a západní Evropě a postupně i v jižní Evropě a dříve socialistických zemích střední a východní Evropy (Frejka, 2008). V západní Evropě se moderní antikoncepce stala primárním nástrojem v sedmdesátých a osmdesátých letech, zatímco ve východní Evropě byly interrupce stále ještě velmi rozšířené, především protože byly k dispozici na vyžádání a většinou zdarma (Stloukal, 1995). Tento přechod k dominantnímu používání moderní antikoncepce u většiny populace v západní Evropě se obvykle označuje jako „antikoncepční revoluce“. Tento přechod k moderním antikoncepčním metodám způsobil nejen značný pokles úrovně umělých potratů, ale také učinil využívání interrupcí do značné míry jako záložní opatření (Frejka, 2008). V tomto období ve východní Evropě mimo vysoké úrovně umělého přerušení těhotenství dominovaly především tradiční nebo žádné metody antikoncepce, což vedlo k více než 50 provedeným interrupcím na 100 koncepcí (Kocourková, Fait, 2009). Většina žen odmítla užívat hormonální antikoncepci především ze strachu z vedlejších účinků nebo z obecnějších obav o zdraví. Negativní roli hrála média, neboť možné vedlejší účinky byly přehnané zdůrazněním konkrétních případů s komplikacemi. Nicméně východoevropské varianty hormonální antikoncepce vyvolaly skutečně více vedlejších účinků než značky vyráběné v západních zemích (Kocourková a Fait, 2011). V celé Evropě byla identifikována propast „Východ-Západ“ ve vzorcích užívání antikoncepce, přičemž západoevropské země se vyznačují rozšířeným používáním moderní antikoncepce a země střední a východní Evropy se vyznačují vysokou prevalencí tradičních metod (Dereuddre, Bracke, Putte, 2016).

Zatímco prevalence tradičních antikoncepčních prostředků je obecně vyšší ve všech zemích střední a východní Evropy a v zemích západní Evropy je prakticky nulová. Vzorce pro moderní

antikoncepci a nepoužívání žádné ochrany před početím jsou méně přímočaré. Více používají moderní antikoncepci páry západní Evropy, ale prevalence v Rakousku a Německu je blízká prevalenci v České republice a Ruské federaci (Dereuddre, Bracke, Putte, 2016). V severní Evropě a západní Evropě používá moderní metody antikoncepce až přes 70 % párů. V bývalých socialistických zemích střední a východní Evropy je prevalence užívání antikoncepce poměrně nižší, i když se od 90. let podstatně zvýšila (Kocourková, Fait, 2009). Zemích západní Evropy vykazují vyšší úroveň připravenosti, ochoty a schopnosti používat moderní antikoncepci než země střední a východní Evropy (Dereuddre, Bracke, Putte, 2016).

Prevalence antikoncepce nesouvisí pouze s plodností, ale také do jisté míry odráží interrupční chování. Bylo zjištěno, že pokles míry interrupcí nemusí nutně vyplývat ze zvýšeného používání moderních antikoncepčních prostředků. Při dané úrovni plodnosti má antikoncepční účinnost stále větší vliv na úroveň umělé potratovosti. Především tak, že při zvýšení prevalence antikoncepce selhání antikoncepce nebo její neužívání se stává důležitým faktorem při určování úrovně interrupcí (Marston a Cleland, 2003).

Dereuddre, Bracke, Putte (2016) ve svém článku nastiňují faktory, které nepřímo ovlivňují antikoncepční chování a plodnost populace. Jedním z prediktorů v antikoncepčním chování je religiozita. Pokud jde o užívání antikoncepce, římskokatolická církev je jediným významným náboženstvím, které jasně zakazuje antikoncepci jako „hřích proti přírodě“. V ostatních křesťanských vírách jako je východní ortodoxní a protestantismus používají podobné úvahy i konzervativnější. Jiná náboženství jako je judaismus a islám, si zachovávají specifická omezení užívání antikoncepce. Obecně lze tedy brát v potaz, že jedinci bez vyznání se zdají být více ochotni používat antikoncepci. Další souvislost lze hledat mezi dosaženým vzděláním, kdy se zvyšujícím se dosaženým vzděláním se zvyšuje i pravděpodobnost užívání moderní antikoncepce. Určitý pozitivní vztah je také mezi příjmem domácnosti a používáním moderní antikoncepce. Přímá souvislost je také mezi životem v městském prostředí a spoléhání se na moderní antikoncepci, zatímco ve venkovských oblastech se pravděpodobněji používají tradiční metody. Nelze nezmínit také rovnost mužů a žen, jelikož omezený přístup žen k moderním antikoncepčním metodám jde interpretovat jako projev nerovnosti v jejich postavení. Studie v rozvojových zemích ukázaly příznivé účinky makroekonomického a proaktivního úsilí vlád o posílení postavení žen a párů v přístupu k moderní antikoncepci. Proto je výslovně zpochybňován předpoklad, že lze očekávat lineární přechod od „iracionálních“ tradičních k „racionálním“ moderním metodám. 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, Bracke, Putte, 2016).

2.3 Interrupce

Lékařský slovník definuje potrat (samovolný) jako předčasný odchod plodu, fetálních membrán a placenty z dělohy. Indukovaný potrat neboli interrupce (UPT) je předčasně ukončené těhotenství pomocí léků nebo jiných látek, které způsobují vypuzení z matčina těla nebo pomocí chirurgického zákroku, který odstraní obsah dělohy matky (Shiel, Stoppler, 2008).

Potraty lze rozdělit na dvě hlavní skupiny a tím jsou potraty umělé a spontánní. Umělé potraty jsou takové, které byly zahájeny záměrným jednáním prováděným s úmyslem ukončit těhotenství. Potraty, které nejsou záměrně vyvolávány, se naopak nazývají spontánní, i když se jedná o vnější faktor, jako je trauma nebo přenosná nemoc. Umělé potraty prováděné podle práva konkrétní země jsou legální potraty. Postupy vyvolané v rozporu se zákonem se nazývají nezákonné nebo trestné potraty; mohou být prováděny za nebezpečných, nehygienických podmínek nebo mohou být stejně bezpečné jako legální potraty, zejména a pokud jsou prováděny vyškolenými lékaři působícími mimo zákon (Stloukal, 1995).

Při užším zaměření pouze na interrupce neboli uměle přerušená těhotenství, dělí se metody jejich provedení do dvou hlavních typů, a to na tradiční metody a lékařské/chirurgické. Tradiční metody se opírají o „laické" znalosti a mají proměnlivou účinnost. Spočívají v použití tradičního lékopisu, vyrobených nástrojů nebo farmaceutických produktů, které nebyly původně určená k interrupcím, jakož i fyzických a duchovních metod. Používají se především tehdy, když ženy nemají přístup k lékařskému, chirurgickému přerušení těhotenství, protože je v jejich zemi nezákonné nebo protože čelí překážkám souvisejícím s jejich ekonomickou situací, věkem, nebo rodinnými poměry (Guillaume, Rossier, 2018). V tradičním lékopisu existují rostliny známé svými údajnými antikoncepčními, aborativními vlastnostmi nebo schopností „vyvolat" opožděnou menstruaci (Singh a kol., 2009). Zakoupené nebo předepsané tradičními léčiteli se připravují buď jako čaj nebo nálev k pití nebo použití jako klystýr či ve formě pesarů. Existují i některé produkty, které se také používají pro své aborativní účinky. Mezi ně patří chemikálie, kyselé látky jako ocet a žíraviny, bělidlo, prací modř, manganistan draselný atd. Alkoholické nápoje, horké, kořeněné, projímavé nebo sladké věci užívané buď samotné nebo ve směsi s jinými produkty požitých ve vysokých dávkách jsou také považovány za látky s aborativními vlastnostmi. Některé farmaceutické produkty (nezahrnující misoprostol a mifepriston) jsou také známé pro své aborativní vlastnosti. Jedná se především o přípravky obecně kontraindikované v případě těhotenství, jako jsou antimalarika, hormony, aspirin nebo paracetamol, antibiotika, projímadla apod. Mezi fyzikálními metodami je jednou z běžných technik vkládání pevných, tupých předmětů do dělohy za účelem protržení membrány obklopující embryo. Mohou to být stonky nebo kořeny rostlin, kovové nebo plastové předměty, jako jsou katetry, pletací jehly, lžíce, přezky, ramínky na šaty, kostra deštníků atd. Mezi další techniky patří masáž nebo manipulace s dělohou, extrémní fyzická námaha, údery a pády. Takové metody často představují riziko pro zdraví žen, zejména ty, které zahrnují chemické přípravky, předávkování léky nebo rostlinami nebo vkládání předmětů do pochvy, Jejich používání má nejčastěji za následek neúspěšné nebo neúplně interrupce a komplikace (Guillaume, Rossier, 2018).

V současnosti jsou hlavními lékařskými metodami ukončení těhotenství vakuová aspirace, Mifepriston (RU-486) a dilatace a kyretáž (D&C) (Frejka, 2008). Interrupce podle metody provedení se dělí na chemickou a chirurgickou metodu. WHO (2014) ve své příručce klinické praxe pro bezpečnou interrupci rozděluje obě metody provedení navíc ještě podle týdnu těhotenství. Konkrétně definuje chemickou interrupci od 9. do 12. týdne těhotenství včetně, kam patří Misoprostol, který se buďto podává samostatně nebo v kombinaci s Mifepristonem a dále chemickou interrupci od 12. týdne těhotenství, kde se podává pacientce pouze Misoprostol a se užívá častěji v odlišných časových intervalech. Chirurgická interrupce, jenž je prováděna mezi

12. a 14 týdnem a je v příručce rozdělena na též podle délky těhotenství do 12. týdne a po 12. týdnu těhotenství. V prvním případě do 12. týdne je využíváno metody manuální vakuové aspirace (MVA) nebo elektrické vakuové aspirace (EVA). Při délce těhotenství, která překročila 12. týden těhotenství se využívá k provedení interrupce dilatace a kyretáž (D&E).
Až do druhé poloviny 20. století byla zdravotní rizika spojená s umělými potraty značná. Právě s vývojem antisepse se D&C stala relativně bezpečným postupem, když byla prováděna kvalifikovaným zdravotnickým personálem. RU-486 též známý jako mifepriston byl vyvinut ve Francii v roce 1980 a stal se široce používanou metodou v řadě evropských zemí. Tato metoda byla použita například u 57 % umělých potratů v roce 2005 ve Švédsku (Frejka, 2008).

Při porovnávání úrovně umělé potratovosti mezi zeměmi je třeba vzít v úvahu dostupnost interrupcí. Mezinárodní srovnání dále komplikují rozdíly v kulturním, sociálním a náboženském prostředí srovnávaných zemí. Přestože obecně existují určité výjimky (Malta,Vatikán), interrupce jsou dobře dostupné z hlediska interrupčních zákonů téměř v Evropě (Pinter a kol., 2005).

Před rokem 1990 byly interrupce ve střední a východní Evropě velmi rozšířené (Kocourková, 2016) a jejich míra klesá až po transformaci společnosti od 90. let. 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). V souvislosti s vysokým výskytem interrupcí v této části Evropy se začal objevovat pojem „potratová kultura“ (Frejka, 2008). „Potratová kultura“ byl termín používaný k charakterizaci povahy chování regulující narození dětí v dříve socialistických zemích střední a východní Evropy po čtyři desetiletí do konce 80. let (Stloukal, 1999). Životní podmínky pro různé sociálně-ekonomické vrstvy populace se nerovnoměrně a postupně zlepšovaly a modernizace chování zabraňující početí si vyžadovala čas (Frejka, 2008). Současnost a budoucnost bývalého komunistického bloku nikdy nepřestala záviset na hloubce porozumění komunistické minulosti regionu (Stloukal, 1995). Díky zákonům o liberálním zastoupení a zdravotnickým systémům podporujícím spíše léčebnou než preventivní medicínu, byly umělé potraty snadno přístupné a společensky přijatelné (Fait, Kocourková, 2009). S výjimkou Maďarska, NDR a části bývalé Jugoslávie bylo těžké získat moderní antikoncepci, zejména orální (pilulku) a většina párů používala tradiční neúčinnou antikoncepci (Stloukal, 1995).

Spolu s používáním moderních antikoncepčních prostředků je umělá potratovost významným faktorem při určování úrovně reprodukčního zdraví v dané populaci. Interrupce jsou demograficky významné, a to především z toho důvodu, jelikož jejich vysoká míra může vést k nežádoucí reprodukční ztrátě. Ve východoevropských zemích docházelo k poklesu úrovně umělé potratovosti koncem 20. století až do začátku 90. let (Kocourková, 2016). Široká dostupnost a přijatelnosti umělých potratů z nich učinila prvek reprodukční kultury s morální legitimitou a byly vnímány jako právo ženy a součást socialistické emancipace žen (David, 1999).

Zdá se, že umělé potraty na vyžádání samy o sobě nehrají katalytickou roli, ale s píše fungují jako marker nového chování při plodnosti (Fait, Kocourková, 2009). Vztah mezi úrovní užívání antikoncepce a výskytem umělého přerušení těhotenství nadále vyvolává vášnivou diskusi, při čemž někteří pozorovatelé tvrdí, že zvyšování úrovně interrupcí klesá s rostoucí prevalencí

antikoncepce a jiní tvrdí, že rozšíření metod plánování rodiny způsobuje nárůst výskytu interrupcí. Tento vztah lze opodstatnit nahlíží-li se na úroveň plodnosti. Rostoucí užívání antikoncepce vede ke snížení výskytu interrupcí v podmínkách, kde je konstantní samotná plodnost. K paralelnímu nárůstu interrupcí a antikoncepce v některých zemích došlo, protože samotné užívání antikoncepce nedokázalo uspokojit potřebu regulace plodnosti v situacích, kdy plodnost rychle klesá. Nástup moderní antikoncepce je spojen s destabilizací vysokých neboli „fatalistických" preferencí plodnosti. Jak tedy prevalence antikoncepce stoupá a plodnost začíná klesat, zvyšuje se podíl párů, kteří již nechtějí více dětí nebo chtějí značné rozestupy mezi nimi, a v důsledku toho se zvyšuje i expozice riziku nechtěného těhotenství (Marston a Cleland, 2003).

2.4 Interrupční legislativa

Do první poloviny 20. století byl přístup k umělému přerušení těhotenství téměř všeobecně zakázaný. Až v roce 1950 byly zákony týkající se interrupcí ve většině evropských zemí liberalizovány. 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).

Přístup k umělému přerušení těhotenství je vždy omezen gestačním věkem nebo délkou těhotenství (v týdnech). Tyto limity lze prodloužit nebo od nich upustit v případě ohrožení života nebo zdraví ženy a v některých dalších situacích (znásilnění, malformace atd.) (WHO, 2017). Nutno též zmínit, že lhůta pro umělé přerušení těhotenství není v jednotlivých zemích jednotná. Ve většině členských států EU je to do 10. až 14. týdne těhotenství, nejčastěji však země povolují podstoupení interrupce do 12. týdne těhotenství. Existují ale výjimky, jako je například Švédsko, kde je lhůta pro podstoupení zákroku až 18. týdne. Do 22. týdne těhotenství je možné podstoupit umělé přerušení těhotenství v Nizozemsku. Nejdelší lhůtu do 24. týdne pro podstoupení zákroku umožňuje Spojené království (Guilaume, Rossier, 2018).

Každá země má také různé politiky a postupy, pokud jde o časový limit pro umělé přerušení těhotenství plodu nebo indikace matky. Ve 25 evropských zemích je u ženy, která nedosáhla plnoletosti, vyžadován souhlas rodiče nebo opatrovníka (WHO, 2017).

Omezení, jež se týkají provedení interrupcí jsou obsažena v legislativě každého státu. Organizace Spojených národů (United Nations, UN) vymezuje sedm základních právních podmínek, pro které je provedení UPT povoleno. Tyto právní podmínky pro podstoupení umělého přerušení těhotenství se v posledních letech v rámci evropských zemí často měnily.

V tabulce 1 jsou rozřazeny všechny evropské státy podle těchto právních podmínek. V současnosti zakazuje svým ženám podstoupit interrupci za žádných okolností Vatikán, Malta a Andorra. Katolické Irsko, kde donedávna platil úplný zákaz ve svém referendu v květnu 2018, které bylo převážně ve prospěch interrupcí (Guillaime, Rossier, 2018) povolilo podstoupit interrupci ženám na vyžádání (Center for reproductive rights, 2023). Do skupiny států, v nichž právní podmínky umožňují provedení interrupce jen při ochraně života ženy a jejího fyzického a psychického zdraví spadá Lichtenštejnsko, Monako a Polsko. V Polsku platí od roku 2020 jeden z nejpřísnějších interrupčních zákonů v Evropské unii. V roce 2023 byl zamítnut návrh na další zpřísnění pravidel pro interrupce. Hlasovalo se o tom, zda má být trestné i poskytování informací

o možnostech umělého přerušení těhotenství. Tyto zmíněné důvody, a navíc ještě ekonomické nebo sociální důvody jsou uzákoněny pouze ve Finsku. V Evropě v této době není žádný stát, kde by byly povoleny interrupce pouze v případě znásilnění ženy. Ostatní země Evropy mají liberální interrupční legislativu a jejich ženy mají přístup k umělému přerušení těhotenství na vyžádání. Tyto zákony jsou vykládány tak, aby umožňovaly interrupce za široké škály okolností a často tyto země při zvažování potenciálního dopadu těhotenství a porodu berou v úvahu skutečné nebo rozumně předvídatelné prostředí ženy a její sociální nebo ekonomickou situaci (Center for reproductive rights, 2023).

Tabulka 1

Právní podmínky umělého přerušení těhotenství v evropských zemích

Úplný zákaz	Ochrana života ženy	Ochrana života ženy a jejího fyzického a psychického zdraví	Uvedené důvody + ekonomické nebo sociální důvody	Pouze v případě znásilnění	Na vyžádání
Vatikán, Malta, Andorra	-	Lichtenštejnsko, Monako, Polsko	Finsko	-	Albánie, Belgie Rakousko, Bosna-Hercegovina, Bělorusko, Bulharsko, Chorvatsko, Česko, Dánsko, Estonsko, Francie, Irsko, Itálie, Německo, Řecko, Lotyšsko, Litva, Lucembursko, Maďarsko, Makedonie, Moldavsko, Nizozemsko, Norsko, Portugalsko, Rumunsko, Srbsko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Ukrajina, Velká Británie

Zdroj: *WHO 2017: Center for reproductive rights, 2023 + vlastní zpracování*

Právní status interrupcí může mít různé důsledky, například zvýšené zdravotní riziko nebo nutnost cestovat za interrupcí do jiných zemí. Tam, kde platí omezující zákony, mohou být zdravotní rizika značná, protože umělé přerušení těhotenství nemusí být prováděna v optimálních hygienických podmínkách s pokročilými lékařskými postupy (Frejka, 2008).

Zavedení omezení zákonů o interrupcích tedy není proveditelným způsobem, jak zvýšit úroveň plodnosti v zemích s extrémně nízkou plodností. V těchto zemích se opakovaně ukazuje velká „dětská mezera“, tím je myšlen rozdíl mezi požadovaným a skutečným počtem dětí. Vysoká potratovost ve většině těchto zemí současně podporuje představu, že odráží malý počet požadovaných dětí (Pinter a kol., 2005).

Podle Marstona a Clelanda se nezdá, že by právní status interrupcí ovlivňoval úroveň interrupcí v populaci přímo. Příkladem mohou být země s nejnižšími úrovněmi interrupcí na světě, kde je interrupce legální a jiné s nejvyššími úrovněmi se vyskytují v zemích, kde je interrupce nelegální. Změny v legislativě mohou mít dramatické účinky na míru legálních interrupcí. Pokud tyto změny nebudou doprovázeny odpovídajícími změnami úrovní antikoncepčního chování nebo plodností, je pravděpodobnější, že legální interrupce nahradí nelegální interrupce nebo naopak, než se celková úroveň interrupcí změní.

2.5 Názorové proudy (společenské klima)

Společenský nesouhlas s interrupcemi, jež prosazuje významná část společnosti, je vyjádřen mnoha způsoby: od popírání práva na interrupci a vynechání této otázky z mezinárodní agendy například v Cílech trvale udržitelného rozvoje OSN až po zablokování financování programů a organizací souvisejících s interrupcemi (Singh a Karim, 2017). Projevuje se také neochotou žen mluvit o svých interrupcích. V některých zemích to vede k tomu, že jsou ženy trestány a někdy i vězněny (Guillaume, Rossier 2018). V případě umělých potratů navíc výběr a používání termínů často odhaluje společenské postoje k nim (Stloukal, 1995). Společenské odsouzení interrupcí souvisí s pojetím role žen ve společnosti. Ti, kteří považují mateřství za hlavní roli ženy, vnímají volbu nemít děti jako deviantní. Vzhledem k tomu, že vztahy mezi pohlavími zůstávají v mnoha zemích nerovné a že pohled na ženy je stále silně spojen s rozením dětí, je interrupční praxe často stigmatizována, i když v různé míře v různých společnostech. Liberalizace interrupcí je předmětem intenzivních sporů a jakmile je jednou zavedena, je někdy zpochybňována. Někteří obhajují přístup k uměle přerušeným těhotenstvím jako lidské právo, právo ženy, sexuální a reprodukční právo a právo na zdraví vzhledem k nebezpečí nelegálních interrupcí, zatímco jiní je odsuzují ve jménu práva embrya na život (Guillaume, Rossier 2018).

Názory na podstoupení interrupce jsou polarizovanější než názory na většinu jiných morálních otázek (Domurat, Nováková, 2023). V obecném hledisku je společnost celého světa rozdělena na dva odlišné přístupy v kontroverzní otázce týkající se počátku lidského života. Tato otázka je předmětem sporů dvou protichůdných přístupů, a to „pro-choice“ a „pro-life“. Tyto dva odlišné přístupy jsou utvořeny na základě určitého náboženského, morálního, politického a praktického přesvědčení o interrupcích jednotlivce. Názory na interrupce byly vždy polarizované a jsou také velmi stabilní.

Skupiny zastávající argumenty hnutí „pro-choice“, neboli „pro volbu“ zastávají názor, že plod se stává dítětem až po porodu a za lidskou bytost nelze považovat embryo neschopné samostatného života mimo tělo matky (Alcorn, 2000). Mezinárodní federace pro plánování rodičovství (International Planned Parenthood, IPPF) a Centrum pro reprodukční práce (Center for Reproductive Rights, CRR) je příkladem jedné z mezinárodních organizací zastávající přístup

„pro-choice“. Hnutí „pro-life“ považuje plod za samostatnou lidskou bytost od okamžiku početí. Vědomé usmrcení plodu považují za vraždu. Největší organizací propagující „pro-life“ postoj Human Life International je pod záštitou katolické církve (David, 1992).

Postoje k interrupcím však mohou souviset i s morálními názory jednotlivce a někdy mohou být morální základy dokonce stejně dobrým prediktorem postojů k interrupcím jako náboženská praxe, resp. politický konzervatismus. Důležitou roli při utváření postojů k interrupcím hraje religiozita a politické preference. Religióznější a konzervativnější lidé jsou obvykle ochotnější deklarovat k morálním základům. „Pro-life“ ženy jsou takové, které se intenzivně starají o závazné základy, což taky souvisí s jejich vitálnějšími náboženskými praktikami a vyšším konzervatismem v sociálních otázkách. Záleží jim na tom, aby byly loajální, naslouchaly autoritám a neporušovaly základ čistoty, který je úzce spjat s náboženskou posvátností. Celkově náboženství a konzervativnost hraje ústřední roli v problému interrupcí a je tedy významný vztah mezi silnějším praktikováním náboženství, konzervativními názory na sociální otázky a odmítavým postojem k interrupcím. Postoje k interrupcím překračují abstraktní morální principy a při morálním úsudku záleží na kontextu skutečného života (Paruzel-Czachura a kol., 2023).

2.6 Pokles interrupcí v reakci na změny spojené s druhým demografickým přechodem

Od 60. let 20. století se vytvořil nový reprodukční režim jako výsledek druhého demografického přechodu (Sobotka, 2008). Nový model plodnosti začal vznikat v západoevropských zemích od 60. let 20. století. Jedním z nejcharakterističtějších rysů demografických změn v Evropě byl postupný přechod k pozdějšímu rození dětí. Tento pokračující odklad plození dětí do vyššího věku žen zúžil časové období, během kterého je možná reprodukce a současně prodloužilo období před prvním porodem, kdy je nutná účinná antikoncepce. Ve výsledku se konflikt mezi přirozenou plodností a preferencemi plodnosti prohloubil. Odkladu rození dětí do vyššího věku napomohla jak rostoucí prevalence, tak vyšší účinnost antikoncepce. Na druhé straně tento trend pozdějšího mateřství učinil bezpečnou a účinnou antikoncepci mnohem relevantnější (Kocourková, Fait, 2011).

Koncept druhého demografického přechodu byl rozpracován v mnoha publikacích a byl obecně spojen s řadou strukturálních změn (modernizace, růst ekonomiky služeb a sociálního státu, rozšiřování vysokoškolského vzdělávání), kulturní změny (sekularizace, vzestup individualistických hodnot, význam sebevyjádření a seberealizace) a technologické změny (přijetí moderní antikoncepce, pokrok v asistované reprodukci, exploze nových informačních technologií) (Sobotka, 2008). Podle van de Kaa (1996) se druhý demografický přechod stal kvintesenčním vyprávěním ideových a kulturních změn, jehož hlavním rozdílem od prvního demografického přechodu je starost o seberealizaci, osobní svobodu volby, osobní rozvoj a životní styl a emancipaci, jak se odráží ve vytváření rodiny, v postojích k regulaci plodnosti a v motivaci k rodičovství. Dalším důležitým aspektem přechodu byl vnímán pokles míry plodnosti hluboko pod úroveň prosté reprodukce a usnadnění síření moderní antikoncepce (Sobotka, 2008).

Od roku 1990 změny v regulaci porodnosti proběhly také ve střední a východní Evropě a chápou se v kontextu společenské transformace, která provázela politické a ekonomické transformace každé země (Sobotka, 2008). Tato změna úzce souvisela s podstatnými posuny hodnot týkajících se rodinného života a dětí a byla poznamenána oslabením „tradiční" rodiny jako instituce (Sobotka, 2008). Používání moderních antikoncepčních prostředků doplněné relativně snadným přístupem k legálním interrupcím poskytuje ženám (párům) nástroje, jež jim umožňují načasovat těhotenství efektivněji, než bylo dříve možné a mít tak větší kontrolu nad událostmi životního cyklu, jako je například vzdělávání, zaměstnání, kariérní rozvoj a manželství (Sobotka, 2004; Frejka, 2008). Moderní antikoncepční metody s liberální interrupční legislativou představují jednu z řady základních složek, fází druhého demografického přechodu (van de Kaa, 2001). Aplikace moderních antikoncepčních prostředků a liberální interrupční právní předpisy současně napomáhají k vytváření dalších charakteristik druhého demografického přechodu, konkrétně k odložení sňatků a rození dětí do vyššího věku žen. Tyto charakteristiky jsou zase předpoklady pro nové formy partnerství a rodinného chování, jakož i změny hodnot a norem v oblasti sexuality, reprodukce a porodu. Tento vývoj lze považovat za důkaz toho, že moderní antikoncepce a liberální právní předpisy týkající se interrupcí měly nezaměnitelné a vysoce významné účinky na plodnost i širší sociální účinky. Tyto nástroje pro plánování rodiny zlepšily životy lidí, zlepšily zdraví žen a byly nápomocny při načasování a odkladu rození dětí. Navíc posílená kontrola nad plodností byla faktorem při změně partnerských vztahů a při vývoji hodnot a norem týkajících se sexuality, reprodukce a rození dětí (Frejka, 2008).

V současné době evropské populace zřídka využívají více (a často méně) než 10 % své schopnosti reprodukovat se (Van de Kaa, 2002). Je to projev hlubokých společenských změn. Nástroje pro plánování rodiny zvýšily kontrolu nad plodností a vedly ke změnám hodnot a norem týkajících se sexuality a reprodukce (Fait, Kocourková, 2009).

Obecně je ale model druhého demografického přechodu těžce uchopitelný. Myšlenka „přechodu" zdánlivě naznačuje, že existuje „konečný stav", nový demografický režim, ke kterému se nakonec různé společnosti přiblíží. Lesthaeghe a van de Kaa však ani formálně nedefinují výchozí bod, ani nepředpokládají žádný kvantifikovatelný koncový bod přechodu. V jejich argumentech nezáleží na předpokládané rovnováze na konci přechodu, ale spíše na směru změn a trajektorii, které jsou obecně sdíleny napříč zeměmi. Nakonec může nastat problém se samotným termínem, kdy někteří autoři tvrdí, že druhý demografický přechod se týká změn v životním uspořádání, a proto jej lze stěží označit jako „demografický". Pozoruhodné je, že děti a rodičovství jsou nadále téměř všeobecně oceňovány i ve společnostech, které ve druhém demografickém přechodu pokročily nejdále. Rodičovství postupně přestává být hlavním cílem v životě mužů a žen. Souběžně s tím roste význam volného času a přátel, a šíří se přijetí dobrovolné bezdětnosti a mít děti již není považováno za předpoklad dosažení štěstí a seberealizace (Sobotka, 2008).

Kapitola 3
Zdroje dat a metodika

Zjišťování počtu provedených interrupcí v jednotlivých zemích a jejich následné srovnání je značně náročný proces, který je provázen mnoha překážkami, a to nejen při získávání dat, která jsou ne vždy dostatečná, nýbrž i při jejich vyhodnocování. Problém nastává zejména v zemích s nelegálním podstoupením interrupce, kde jsou dostupné pouze odhady počtů provedených interrupcí. Proto je nutné brát v potaz možné nepřesnosti při vyhodnocování a vytváření závěrů z provedených analýz. Interrupční legislativa napříč evropskými zeměmi je dosti podobná, avšak jsou zde drobné odlišnosti.

Získávání informací a údajů o úrovni umělé potratovosti a jejich následná analýzy je důležitým prvkem ve výzkumu této problematiky a je nedílnou součástí reprodukčních práv žen. Kvalitní odhady úrovně umělé potratovosti mohou jednak zvýšit politický zájem o právní postavení umělého přerušení těhotenství a také ukazují, do jaké míry dochází k nechtěným těhotenstvím. Díky těmto informacím je též možné zlepšit poskytování moderních antikoncepčních služeb (Warriner, Shah, 2006).

Jak již bylo zmíněno, zdroje dat o interrupcích a metodách antikoncepce jsou různé kvality, a proto bylo použito několik mezinárodních zdrojů dat. Mezinárodní databáze zahrnující počty interrupcí publikuje Eurostat, ze kterého byly mimo dat o uměle přerušených těhotenství shromážděna také data o počtu obyvatel ve vybraných zemích. Při práci s daty je potřeba uvažovat o spolehlivosti dat, která není jako u všech dat tohoto charakteru dokonalá. Tento fakt dokládá i ne vždy dostačující dostupnost dat za počet provedených interrupcí, se kterou se průběh výzkumu potýkal. Roli hraji též evidence interrupcí v rámci evropských zemí. Příkladem mohou být „miniinterrupce“, které jsou tímto pojmem označovány v Česku, avšak v jiných zemích jsou považovány za regulaci menstruace. Podmínkou pro takový zákrok (odsátí obsahu děložní dutiny krátce po vynechání menstruace) je v Česku zjištění těhotenství, nicméně ve většině jiných zemí je regulace menstruace ambulantně prováděna, aniž by se zjišťovalo, jde-li o ženu těhotnou. Regulace menstruace nejsou tedy ve většině zemí považovány za přerušení těhotenství, a to ani u těhotných žen. Totožné zákroky jsou v Česku pokládány za přerušení těhotenství a jsou tak i statisticky sledovány. Při pozorování počtu vykonaných interrupcí je postavení Česka a tím pádem i jiných sledovaných zemí zkresleno. S jistotou ovšem nelze předpokládat, že všechny země, které miniinterrupci nepokládají za přerušení těhotenství, zahrnují do svých statistik pouze

interrupce provedené jinou technikou. Proto je důležité respektovat, že legislativa interrupcí, formovaná někdy i politickými tlaky, je různorodá, a právě proto se definice napříč zeměmi mohou lišit a statistiky lze porovnávat jen velmi opatrně (ČSÚ, 2004). Pokud jde o užívání antikoncepce, byly relevantní údaje shromážděné z datového souboru *World Contraceptive Use 2022* v rámci Populační divize, jež zaštiťuje Organizace spojených národů (OSN). Tento soubor obsahuje odhady vypočítané z národních reprezentativních průzkumů domácností. Data jsou za ženy ve věku 15–49 let a je-li to možné, jsou obvykle ukazatele rozčleněny podle rodinného stavu.

Pro analytické účely jsou antikoncepční metody klasifikovány jako moderní nebo tradiční. Moderní metody antikoncepce zahrnují ženskou a mužskou sterilizaci, nitroděložní tělíska (IUD), implantáty, injekce, perorální antikoncepční pilulky, mužské a ženské kondomy, vaginální bariérové metody, metoda laktační amonorey (LAM), nouzová antikoncepce a další moderní metody neuvedené samostatně (např.: antikoncepční náplast, nebo vaginální kroužek). Tradiční metody antikoncepce zahrnují rytmus (např.: metody založené na povědomí o plodnosti, pravidelná abstinence), vysazení a další tradiční metody, které nejsou uvedeny samostatně (United Nation, 2019).

Dále byly použity pro analýzu závislosti postojů společnosti vůči interrupcím na vybraných charakteristikách respondentů ve vybraných evropských zemích údaje z evropského šetření hodnot (European Value Survive) z roku 2017. Jedná se o poslední pátou vlnu výzkumu, který se od roku 1981 opakuje každých 9 let. Výzkumu se účastnilo 40 evropských zemí a jedná se o nejaktuálnější data z posledních let. Výzkum šetření byl zaměřen na srovnání hodnot a postojů k rodinnému životu, výchově dětí, religiozitě, toleranci k různým sociálním skupinám a post-materialismu. Součástí šetření je otázka týkající se ospravedlnění podstoupení umělého přerušení těhotenství. Respondenti odpovídají pomocí škály v rozmezí hodnot 1–10, přičemž hodnota 10 znamená „vždy bych ospravedlňoval podstoupení interrupce“ a hodnota 1 „nikdy bych neospravedlňoval podstoupení interrupce“. Data byla shromážděna na webové stránce německého Leibniz institutu pro sociální vědy. Počet respondentů z vybraných států Evropy se pohybuje od jednoho až do tří tisíc. Konkrétně byly počty respondentů, kteří se výzkumu účastnily následující: Bulharsko 1 323 respondentů, Česko 1 475 respondentů, Švédsko 1 098 respondentů a Lotyšsko 1 119 respondentů.

Při analýzách mezi jednotlivými státy musely být při jejich srovnání zohledněny rozdíly v legislativě týkající se interrupcí. Pouze 21 zemí s liberální legislativou a dostupnými údaji o interrupcích byly pro analýzy vzaty v úvahu. Malta a Polsko nebyly do analýzy zahrnuty, z důvodu restriktivní legislativy. Také Rakousko, Kypr, Chorvatsko (pro rok 2009) a Lucembursko nebyly zahrnuty z důvodu chybějících národních i mezinárodních údajů o interrupcích. Nutno též zmínit, že lhůta pro umělé přerušení těhotenství není v jednotlivých zemích jednotná. Úplnost dat za počet provedených interrupcí je definovaná jako pokrytí alespoň 90 % všech legálních interrupcí (Sedgh, Stanley, Henshaw, 2011). Tento požadavek byl splněn u 10 zemí západní, severní a jižní Evropy (Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Itálie, Německo, Španělsko, Nizozemsko, Švédsko a Spojené království), u 8 zemí východní Evropy (Bulharsko, Česko, Estonsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Slovensko a Slovinsko). Do analýzy pro rok 2009 byly zahrnuty všechny státy (18), které využila Kocourková (2019) ve své studii, z níž tato práce vychází a také především proto, že jsou za tyto vybrané státy dostupná data. Analytická část

zabývající se rokem 2019 obsahuje mimo těchto 18 států z roku 2009 také tři země navíc (Chorvatsko, Švýcarsko a Portugalsko), za které existují relevantní data pro rok 2019. V některých zemích je třeba brát v úvahu určité vyšší riziko nedostatečného hlášení případů interrupcí. Týká se to zejména interrupcí provedených na soukromých klinikách nebo potratů u migrantů. Některé národní statistiky nemusí zahrnovat lékařské potraty.

Průběh analýzy se potýkal s určitými omezeními, které byly brány v potaz a je vhodné je zmínit. Nejdůležitějším je absence určitých dat, a to především počtu provedených interrupcí za jednotlivé země pro rok výzkumu nebo počty obyvatel pro výpočet ukazatelů nutných ke komparaci úrovně interrupcí za jednotlivé země. Nedostupnost dat za požadovaný rok byla řešena použitím dat za nejbližší možný rok, kdy byla data dostupná. Do analýzy byly zahrnuty pouze země, které disponovaly údaji potřebným k výpočtům. Dále se jedná o využitá data o prevalenci antikoncepce podle metod. Ačkoli použitý datový soubor *World Contraceptive Use 2022* s údaji o prevalenci antikoncepce moderních metod je nejnovějším dokumentem vydán United Nations, údaje o prevalenci za jednotlivé země jsou za odlišný rok, podle toho, kdy byl ukončen se výzkum.

Každá země má také různé politiky a postupy, pokud jde o časový limit pro umělé přerušení těhotenství plodu nebo indikace matky. Ve většině evropských zemích je u ženy, která nedosáhla plnoletosti, vyžadován souhlas rodiče nebo opatrovníka (WHO, 2017).

Srovnávací analýza zahrnovala jak změny úrovně, tak struktury umělé potratovosti a změny v antikoncepční praxi. Analýza vztahu mezi antikoncepcí a interrupcí byla založena na údajích, které byly získány pro 18 evropských zemí za rok 2009 a 21 zemí za rok 2019. Tento počet evropských zemí, jež byl do analýzy zahrnut závisel především na dostupnosti dat o interrupcích a prevalenci antikoncepce a v neposlední řadě hrála roli současná legislativa týkající se interrupcí.

Do shlukové analýzy, která byla provedena za roky 2009 a 2019, vstupovaly tyto čtyři ukazatele: obecná míra umělé potratovosti, míra umělé potratovosti žen ve věku 15–19 let, poměr měr umělé potratovosti věkových skupin žen 20–24 a 25–29 let a míra prevalence antikoncepce moderních metod (poslední dostupná data). Tyto ukazatele byly vybrány tak, aby zachycovaly specifický aspekt interrupčního chování. Obecná míra umělé potratovosti je definovaná jako počet legálně provedených interrupcí (A^u) na 1 000 žen v reprodukčním věku 15–49 let.

$$po = \frac{A^u}{P^{\check{Z}}_{15-49}} * 1000$$

Věkově specifická míra indukovaných potratů neboli míra umělé potratovosti dle věku ženy je dána poměrem počtu interrupcí v daném věku ženy (A^u_x) (nebo věkové skupiny), na 1 000 žen středního stavu tohoto věku nebo věkové skupiny. Z těchto specifických měr umělé potratovosti byly následně počítány poměry, konkrétně za věkové skupiny žen 20–24 a 25–29 let.

$$po_x = \frac{A^u_x}{P^{\check{Z}}_x} * 1000$$

(Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986)

Prevalence antikoncepce ($pa_{(m)}$) udává podíl žen, které v současné době užívají nebo jejichž sexuální partner v současné době používá alespoň jednu metodu antikoncepce ($P_{15-49}^{\check{z}ij\acute{i}c\acute{i}\ s\ partnerem,u\check{z}\acute{i}vaj\acute{i}c\acute{i}\ antikoncepci\ (m)}$). Nejčastěji se ukazatel uvádí v procentech s odkazem na všechny ženy v reprodukčním věku ($P_{15-49}^{\check{z}ij\acute{i}c\acute{i}\ s\ partnerem\ celkem}$) (United Nation, 2011). Obecně platí, že pokud žena v průzkumu uvádí použití více než jedné metody v kombinaci, použije se pro tabelaci výsledků pouze nejúčinnější metoda (United Nation, 2019). Práce využívá pouze prevalenci moderních metod antikoncepce.

$$pa_{(m)} = \frac{P_{15-49}^{\check{z}ij\acute{i}c\acute{i}\ s\ partnerem,u\check{z}\acute{i}vaj\acute{i}c\acute{i}\ antikoncepci\ (m)}}{P_{15-49}^{\check{z}ij\acute{i}c\acute{i}\ s\ partnerem\ celkem}} * 100$$

(United Nation, 2019).

Pro rozdělení zemí do skupin podle interrupčního chování byla zvolena statistická metoda shlukové analýzy. Shluková analýza je založena na odhalování podobnosti mezi objekty do ní vstupujícími. Díky této metodě lze rozklasifikovat objekty do určitého systému kategorií (shluků), jež zachycuje určitou podobnost objektů patřících do téže kategorie na jedné straně a nepodobnost objektů patřících do různých kategorií na straně druhů (Hendl, 2006).

Pro výpočet byl využit software IBM SPSS Statistics. Vstupující hodnoty proměnných byly v různých jednotkách, bylo nutné data upravit tak, aby byly všechny hodnoty souměrné. Toho bylo dosaženo pomocí standardizace dat na tzv. z-skóry. Pro shlukování byl zvolen hierarchický postup shlukování, který hierarchicky uspořádává objekty a jejich shluky. Tento postup se graficky znázorňuje pomocí dendrogramu (vývojového stromu). Metrika shlukování byla zvolena Wardova metoda, jenž vychází z analýzy rozptylu a jejím základem je čtverec Euklidovské vzdálenosti (Hendl, 2006).

V kapitole, která se věnuje postojům společnosti k interrupci, byla rovněž využita binární logistická regrese, pro jejíž výpočet byla použita již výše zmíněná data z Evropského šetření hodnot (EVS). Dle Řehákové (2000) je cílem všech regresích metod statistické analýzy nalezení takového modelu, který by nejlépe a nejvýstižněji popsal vztah mezi závislou proměnnou a nezávisle proměnnými. Přičemž závislá proměnná je taková proměnná, kterou se snažíme predikovat na základě nezávislých proměnných. Při binární logistické regresi se vychází z toho, že závisle proměnná nabývá dichotomických hodnot, respektive že v nastalé situaci je buď nastane situace či nikoli. Rovnice binární logistické regrese má následující tvar:

$$Logit\ (Y) = \alpha + \beta_1 X_1 + \ \ldots\ldots\ldots + \beta_K X_K$$

Y ..... predikovaná hodnota závislé proměnné
α ..... regresní konstanta
β ..... regresní koeficient
X ..... nezávislá proměnná

V této práci je závisle proměnnou (Y) to, zda respondent ospravedlňuje podstoupení interrupce či neospravedlňuje. Pro účely v této práci platí Y=1, pokud respondent ospravedlňuje interrupce a Y=0, pokud respondent podstoupení interrupce u ženy neospravedlňuje. V rámci evropského šetření (EVS) byla respondentům položena následující otázka: *„Uveďte prosím pro každý z následujících výroků, zda dané jednání je vždy ospravedlnitelné, není nikdy ospravedlnitelné nebo něco mezi tím, použijte stupnici této karty 1-10“*. Odpovědi na škále 1-10 byly následně překódovány. Souhlas pro podstoupení interrupce (Y=1), které je na škále odpovědí reprezentováno hodnotami 9 a 10, naopak za neospravedlnění interrupcí (Y=0) jsou považovány na škále odpovědí hodnoty 1 až 8. Na základě literatury byly stanoveny základní sociální ukazatele, jako nezávisle proměnné, respektive vysvětlující proměnné, kdy se jedná o pohlaví respondenta, věk, vzdělání, zda je věřící a zda ospravedlňuje homosexualitu. Některé proměnné měly v datovém souboru spojitý charakter, a tak je bylo pro potřeby tohoto výzkumu překódovat na kategoriální proměnné. Věk respondenta byl zakódován do čtyř věkových skupin: 18–29 let, 30–44 let, 45–59 let a 60+ let. Proměnná vzdělání byla rozdělena do tří kategorií na nízké (základní, učňovské a střední bez maturity) střední vzdělání (střední s maturitou, vyšší odborné) a vysoké (bakalářské a vyšší). Proměnná týkající se náboženského vyznání, byla upravena tak, aby měla dvě hodnoty, kdy buďto respondent je nebo není věřící. Poslední proměnnou vstupující do regrese je ospravedlnění homosexuality, kde byla respondentům položena otázka *„Uveďte prosím pro každý z následujících výroků, zda dané jednání je vždy ospravedlnitelné, není nikdy ospravedlnitelné nebo něco mezi tím, použijte stupnici této karty 1-10“*. Tato proměnná byla definována obdobně jako závisle proměnná – na škále 1 až 10 byla proměnná překódována tak, že odpověď prezentována hodnotami 1-8 vyjadřuje neospravedlnění homosexuality a hodnoty 9-10 se považovaly za ospravedlnění. Veškeré úpravy byly prováděny v programu SPSS.

Kapitola 4

Analýza umělé potratovosti a užívání antikoncepce

Devadesátá léta jsou považována za období velkých diskontinuit a rostoucí diferenciace ve východní Evropě. Přestože se objevilo několik studií o trendech umělé potratovosti po roce 1990, většina z nich se týkala srovnání mezi jednotlivými světovými regiony bez specifické pozornosti věnované západoevropským a východoevropským zemím (Guilaume, Rossier, 2018). Nicméně větší pozornost byla věnována evropskému srovnání mezi jednotlivými zeměmi v antikoncepčních praktikách (Skouby, 2004), avšak v těchto studiích se pokračování rozdělení západu a východu uvažovalo jako předpoklad, který je třeba potvrdit a zvýšené regionální rozdíly zejména v rámci východní Evropy nebyly brány v potaz.

4.1 Interrupční chování v Evropě

Jak již bylo nastíněno výše, interrupce a jejich výskyt, legislativa a role byly v regionech západní a východní Evropy výrazně odlišné. Ve východoevropských zemích se interrupce využívaly k omezení velikosti rodiny a jakmile bylo dosaženo určité velikosti, umělé přerušení těhotenství tak bylo nejčastějším řešením při nechtěným těhotenství a nejčastější bylo u vdaných žen se dvěma a více dětmi. Nejvyšší míra umělé potratovosti byla zaznamenána u žen ve vyšším věku a tvořila tak spíše „pozdní model interrupcí“. Na druhou stranu v západoevropských zemích byla interrupce využívána především při nesprávně načasovaným těhotenství, takže většina žen, které podstoupily interrupci, byly mladé, bezdětné a svobodné. Nejvyšší úroveň umělé potratovosti byla nejtypičtější pro mladé věkové kategorie žen a tvořily tak vzorec, jenž by se dal označit jako „časný model interrupcí“ (Kocourková, 2019). Rozdíly mezi východem a západem nejsou promítnuty pouze do interrupčního chování, nýbrž jsou patrné i v antikoncepčním chování společnosti. Tyto rozdíly zůstávají relevantní dodnes, nejsou ale již tak ostré, avšak toto rigidní rozdělení mezi východem a západem má tendenci ignorovat regionální rozdíly mezi evropskými zeměmi (Dereuddre, Bracke, Putte, 2016).

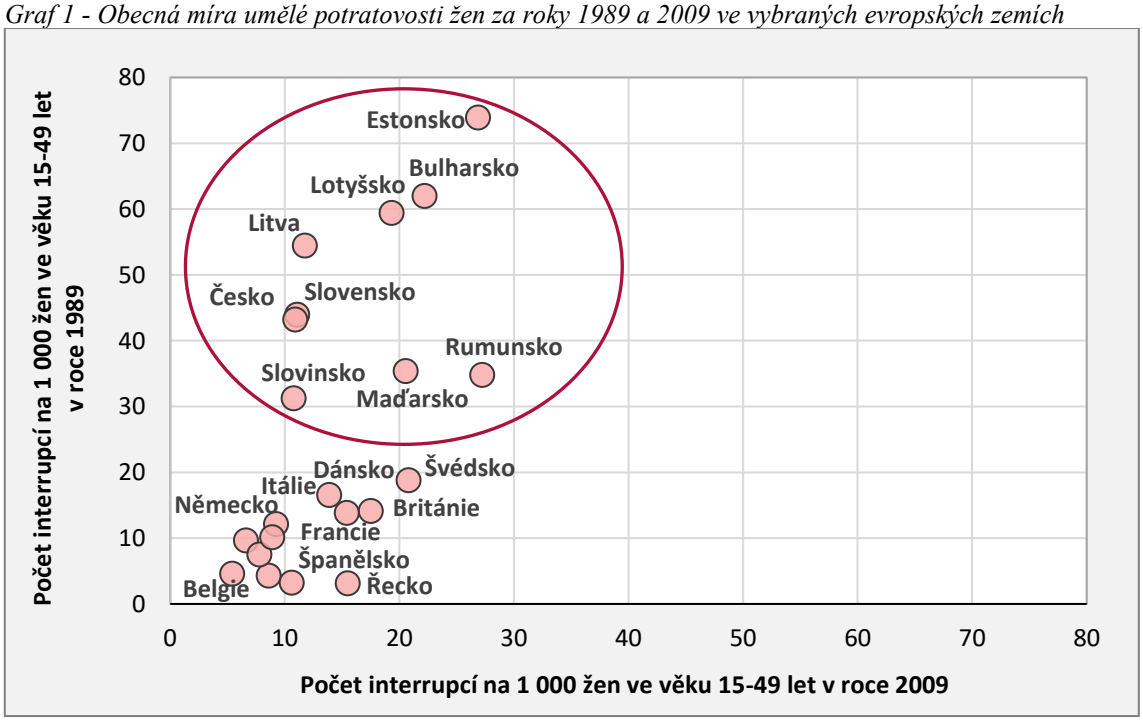
Před samotnou analýzou a interpretací výsledků trendů interrupcí je třeba určité nastínění souvislostí v období před námi zkoumaným obdobím. Nejrazantnější poklesy úrovní interrupcí probíhaly především po roce 1989 a v devadesátých letech. Kocourková (2019) ve svém článku řeší otázku relevantnosti rozdělení východu a západu z hlediska úrovně interrupcí a interrupčního

chování evropské společnosti, konkrétně zaměřuje svou analýzu na komparaci roků 1989 a 2009. Z výsledků, o které se opírá i tato analýza a bere je jako své předpoklady, vyplývá razantní pokles úrovně umělé potratovosti mezi těmito roky současně se zachováním odlišnosti východoevropských zemí od západoevropských jak v míře umělé potratovosti, tak v trendech umělé potratovosti v rámci Evropy. Ačkoli bylo zjištěno zachování tohoto rozdělení, rozdíly mezi nimi byly v tomto období významně redukované, především v důsledku hlubokého pokles míry umělé potratovosti v celém východoevropském regionu. Pro nastínění změn, které nastaly v modelech interrupčního chování napříč evropskými zeměmi v letech 2009 a 2019 a lepší návaznost na vývoj umělé potratovosti byla provedena analýza i pro roky 1989 a 2009. Jedná se tak o identickou analýzu, která vychází ze článku Kocourkové (2019).

4.1.1 Srovnání úrovně umělé potratovosti v letech 1989 a 2009

Změny v mezinárodních rozdílech úrovně umělé potratovosti lze posoudit při vykreslení hodnot obecné míry umělé potratovosti evropských zemí za roky 2009 a 2019 (graf 1). Je zajímavé sledovat skupinu východoevropských zemí, která je jasně oddělena od skupiny zemí západoevropských, což naznačuje pokračování rozdělení Východ-Západ. Je zřejmé, že v letech 1989 až 2009 se východoevropské země lišily od západního regionu jednak mírou umělé potratovosti a také jejich trendem. V tomto období zaznamenaly všechny východoevropské země hluboký pokles a také významnou redukci rozdílů v míře umělé potratovosti. Rozdělení zemí na Východ a Západ je dosti zřetelné v roce 1989, avšak již od té doby změny a samotné trendy do roku 2009 naznačuje stírání rozdílů mezi Východem a Západem.

Graf 1 - Obecná míra umělé potratovosti žen za roky 1989 a 2009 ve vybraných evropských zemích



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

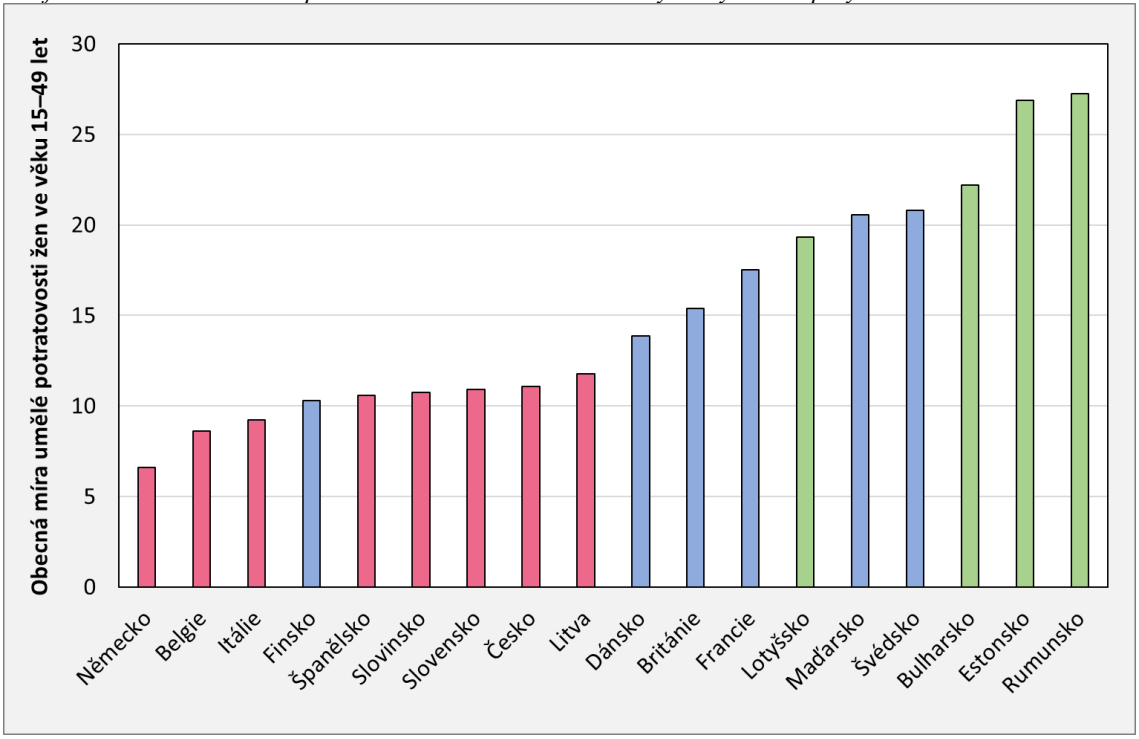
Poznámky: *Hodnoty států v kruhu řadíme do skupiny Východ, státy mimo kruh reprezentují skupinu Západ*

Zatímco obecná míra umělé potratovosti v roce 1989 dosahovala hodnot ve skupině států reprezentujících Východ mezi 32 (Slovinsko) a 74 (Estonsko) interrupcemi na 1 000 žen ve věku 15–49 let, v roce 2009 bylo toto rozmezí pouze mezi 11 (Slovensko) a 27 (Rumunsko a Estonsko) interrupcemi na 1 000 žen ve věku 15–49 let. V ostatních státech řadících se do skupiny Západ se vyznačují nízkým počtem interrupcí na 1 000 žen ve fertilním věku jak v roce 1989, tak i v roce 2009, a to i přes zvýšení u téměř všech zemí. Zajímavé je, že míra umělé potratovosti klesla nejstrměji nejen ve státech, které zaznamenaly nejvyšší výskyt interrupcí, ale také tam, kde zpočátku nedosahovala vysokých hodnot (Litva, Česko, Slovensko). Ve většině zemí došlo k poklesu umělé potratovosti převážně kolem roku 1990 a po roce 2003 se tempo zpomalilo (Sedgh, Singh, Henshaw a kol., 2011).

V západním regionu nebyly rozdíly v počtu interrupcí v roce 1989 tak markantní jako ve východním regionu, především protože západoevropské země většinou registrovaly nízkou míru umělé potratovosti, a to mezi 3 (Řecko) a 19 (Švédsko) interrupcemi na 1 000 žen ve věku 15–49 let. Kromě toho, i když se míra umělé potratovosti držela v Dánsku, Itálii, Švédsku a Británii na poměrně stabilních hodnotách a došlo zde i k mírnému snížení, dominantním trendem v tomto regionu bylo zvýšení míry umělé potratovosti. Nejprudší nárůst za toto období (ze 3 na 16 interrupcí na 1 000 žen ve věku 15–49 let) proběhl v Řecku a také ve Španělsku (ze 3 na 11 interrupcí na 1 000 žen ve fertilním věku), což bylo přičítáno rychle rostoucí přistěhovalecké populaci. Podobně tak imigrace stojí za nárůstem interrupcí i v jiných zemích západního regionu (Kocourková, 2019). Nedávné studie ukázaly, že 25–36 % interrupcí ve Finsku, Nizozemsku a Švédsku byly požadovány ženami narozených v cizině s neevropským původem (Sedgh, Singh, Henshaw a kol., 2011).

Na rozdíl od zjištění z předešlého grafu 1 naznačuje jasněji pořadí zemí podle míry interrupcí v roce 2009 v následujícím grafu 2 mizení bývalého rozdělení mezi Východem a Západem (graf 2). Výjimkou bylo Švédsko, které si drželo úroveň umělé potratovosti značně stabilní od roku 1989 a do roku 2009 si udrželo téměř stejnou úroveň. Díky tomu zde nenastal pokles obecné míry umělé potratovosti jako u většiny zemí, a tím se Švédsko zařadilo mezi východoevropské státy s nejvyšší úrovní interrupcí.

Graf 2: Obecná míra umělé potratovosti žen v roce 2009 ve vybraných evropských zemích



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

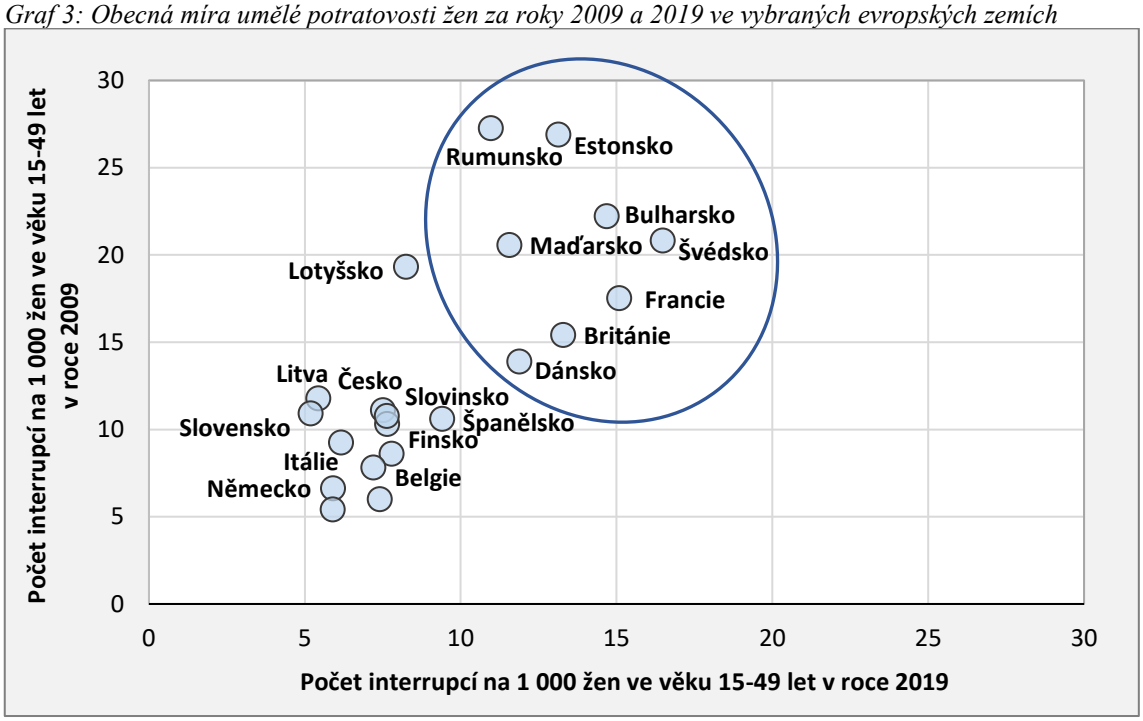
Ačkoli nejvyšší míra interrupcí byla zjištěna ve východoevropských zemích (Estonsko, Rumunsko a Bulharsko) a nejnižší u západoevropských zemí (Německo, Řecko, Nizozemsko, Portugalsko a Belgie), Slovensko spolu s Českem, Slovinskem a Litvou dosáhly úrovně dokonce nižší než v pěti zemích bývalého západního regionu, tedy ve Švédsku, Francii, Británii, Dánsku a Španělsku (Kocourková, 2019). Pokud jde o interrupce v roce 2009, jednalo se o skupinu čtyř zemí, které byly dříve součástí východní Evropy a v současnosti nepatří do východního regionu.

4.1.2 Srovnání úrovně umělé potratovosti v letech 2009 a 2019

Z grafu 3 je na první pohled patrné, že se skupiny při porovnání hodnot obecné míry umělé potratovosti v jednotlivých evropských zemích pro roky 2009 a 2019 značně mění. Evropské země jsou rozděleny stejně jako v prvním případě na dvě skupiny, nicméně v tomto případě již ale hraje roli, zda počty interrupcí v dané zemi v roce 2009 dosahovaly takové úrovně, aby byl možný pokles i za následné zhruba desetiletí. Obecně lze uvést, že v tomto období došlo k poklesu počtu interrupcí ve všech sledovaných zemích. Země, jež vykazovaly nízkou míru umělé potratovosti, nezasáhl tak rapidní pokles. Jak již ukazuje předchozí graf, obecná míra umělé potratovosti v roce 2009 ve východním regionu se pohybovala mezi 11 (Slovensko) a 27 (Rumunsko a Estonsko) interrupcemi na 1 000 žen ve fertilním věku. V regionu západním se hodnoty pohybovaly na nižších úrovních mezi 8 (Belgie a Portugalsko) a 21 (Švédsko) interrupcemi. V roce 2019 země již netvoří rozdělení na Západ a Východ, ale vznikly zde dvě skupiny. Přičemž první skupina zemí se vyznačuje nízkou obecnou mírou umělé potratovosti, tj. do 10 interrupcí na 1 000 žen ve fertilním věku. Druhá skupina zemí je charakteristická vyšším

výskytem interrupcí tedy 12 až 17 interrupcí. Rozdělení do nových skupin je výsledkem odlišného tempa poklesu míry umělé potratovosti.

Graf 3: Obecná míra umělé potratovosti žen za roky 2009 a 2019 ve vybraných evropských zemích

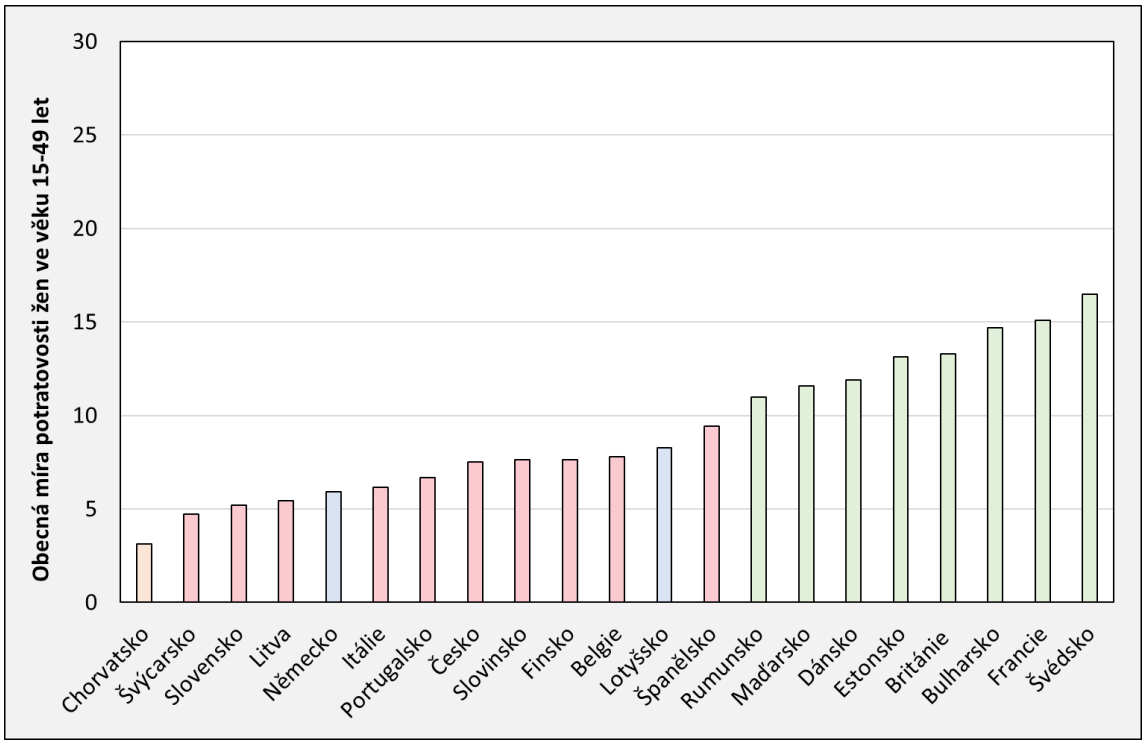


Zdroj: *Eurostat + zpracování a vlastní výpočty*

Nejvýraznější pokles proběhl v zemích s nejvyšším výskytem interrupcí (Estonsko, Rumunsko), přesto zůstaly ve skupině zemí s nejvyšší mírou umělé potratovosti. Tato skutečnost evokuje změnu dosavadních modelů interrupčního chování, které se vyskytovaly v období 1989 až 2009. Na první pohled zde zaniká zbytek rozdělení Západ-Východ a začínají se zde vytvářet vcelku nové skupiny zemí, které se jednoznačně liší úrovní umělé potratovosti.

Pokračující rozpad rozdělení Východ-Západ v interrupčním chování v evropských zemích popisuje graf 4, v němž jsou vyneseny opět hodnoty obecné míry umělé potratovosti v roce 2019. Na první pohled zde nejsou jakékoliv hranice mezi Východem a Západem. Jak již bylo jednou zmíněno v některých zemích došlo ke značnému poklesu úrovně umělé potratovosti. Zároveň se změnilo pořadí států podle výše provedených interrupcí, a to tak, že se mezi země s nejnižší úrovní umělé potratovosti neřadí jen země z bývalé skupiny západních zemí, ale země představující dříve východní region, čímž je Slovensko a Litva. Naopak nejvyšší úrovně dosahují země západní Evropy, konkrétně Švédsko a Francie a zároveň však přední příčky obsazují svou úrovní umělé potratovosti též východoevropské země Bulharsko a Estonsko.

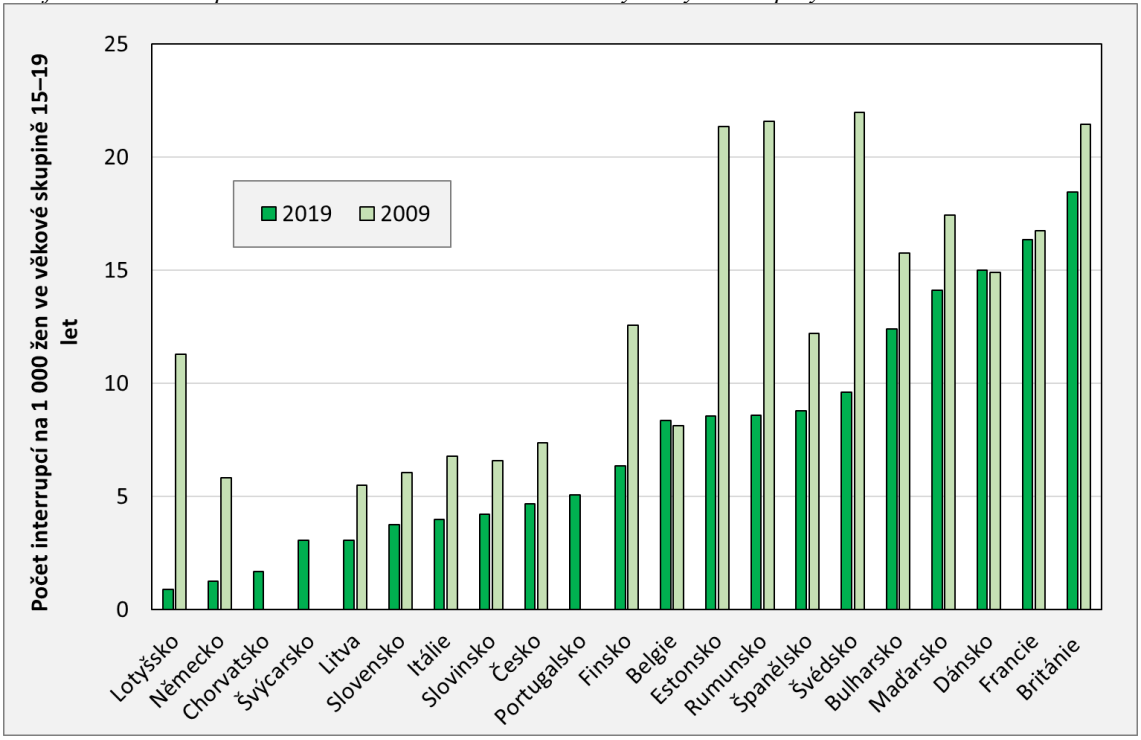
Graf 4: Obecná míra umělé potratovosti žen ve věku 15–49 let v roce 2019 ve vybraných evropských zemích



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Následuje podrobnější pohled do vývoje struktury umělé potratovosti dle nejdůležitějších věkových skupin žen. Graf 5 znázorňuje srovnání úrovně měr umělé potratovosti ve věkové skupině žen 15–19 let v roce 2009 a 2019. Mezi zeměmi byly poměrně značné rozdíly, avšak rozložení zemí nenaznačuje výskyt rozdělení na západní a východní země. Nejnižší úroveň umělé potratovosti v roce 2009 v této věkové skupině byla v Litvě, kde připadalo na 1 000 dívek ve věku 15–19 let kolem 5 podstoupených interrupcí. Naopak nejvyšší počet interrupcí připadajících na 1 000 žen v této nejmladší věkové kategorii v roce 2009 byl ve Švédsku.

Graf 5: Míra umělé potratovosti žen ve věku 15–19 let ve vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019

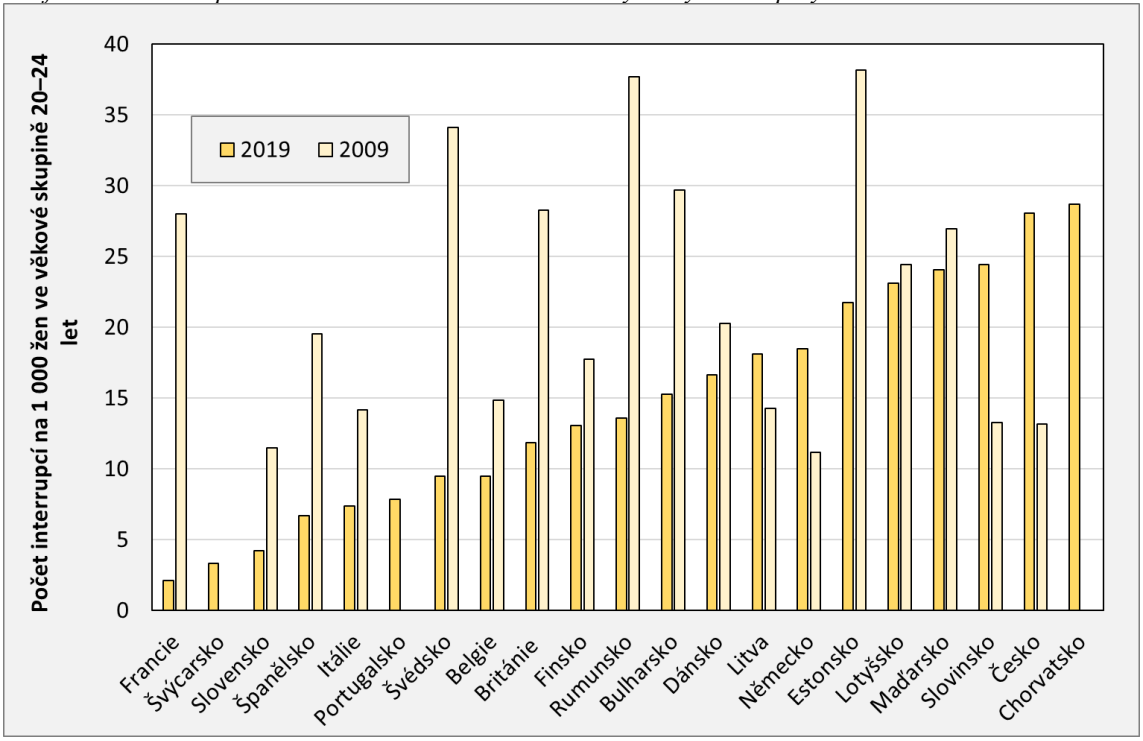


Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Ve všech sledovaných zemích došlo do roku 2019 ke snížení umělé potratovosti u žen v nejmladší věkové kategorii 15–19 let. Markantní pokles zaznamenalo například Lotyšsko, které se díky razantnímu poklesu stalo zemí s nejnižší mírou umělé potratovosti ze všech sledovaných zemí. Dalšími zeměmi, kde došlo k výraznému poklesu je Estonsko, Rumunsko a Švédsko. Nejvyšší míru interrupcí žen ve věku 15–19 let v roce 2019 zaznamenala Británie, u níž nedošlo od roku 2009 k tak razantnímu poklesu, a naopak nejnižší úroveň interrupcí byla v Lotyšsku, kde byl značný pokles do roku 2019. V Belgii, Dánsku a Francii neproběhla větší změna a úroveň interrupcí do roku 2019 se zachovala na velmi podobných hodnotách.

Z hodnot umělé potratovosti u žen ve věku 20–24 let v roce 2009 je patrné, že v této věkové kategorii bylo v roce 2009 kumulováno nejvíce interrupcí (graf 6). Nejnižší hodnoty v tomto roce vykazovalo opět Německo (11 provedených interrupcí na 1 000 žen ve věku 20–24 let), jako tomu bylo u nižší věkové kategorie. Švédsko s Rumunskem zaujímají příčky s nejvyšší úrovní umělé potratovosti stejně, jako v roce 2009 ve věkové skupině žen 15–19 let. Suverénně nejvyšší intenzitu interrupcí v této věkové kategorii byla u žen z Estonska, kde míra interrupcí dosahovala téměř 40 interrupcí na 1 000 žen ve věku 20–24 let. Při porovnání úrovně s rokem 2019 je na první pohled patrné, že u většiny zemí proběhl pokles úrovně umělé potratovosti. Nejvýraznější pokles v této věkové skupině byl zaznamenám u Francie, Švédska a Rumunka, kde činil pokles až zhruba 25 interrupcí na 1 000 žen v této věkové kategorii. I přesto jsou země, kde naopak došlo do roku 2019 ke zvýšení úrovně interrupcí a tím je Litva, Slovinsko, Německo a Česko. U českých žen v tomto věku se jednalo dokonce o zvýšení více než dvojnásobné (ze 13 provedených interrupcí na 1 000 žen ve fertilním věku na 28 provedených interrupcí). Podobná úroveň umělé potratovosti byla při porovnání úrovně v letech 2009 a 2019 v Lotyšsku a Maďarsku.

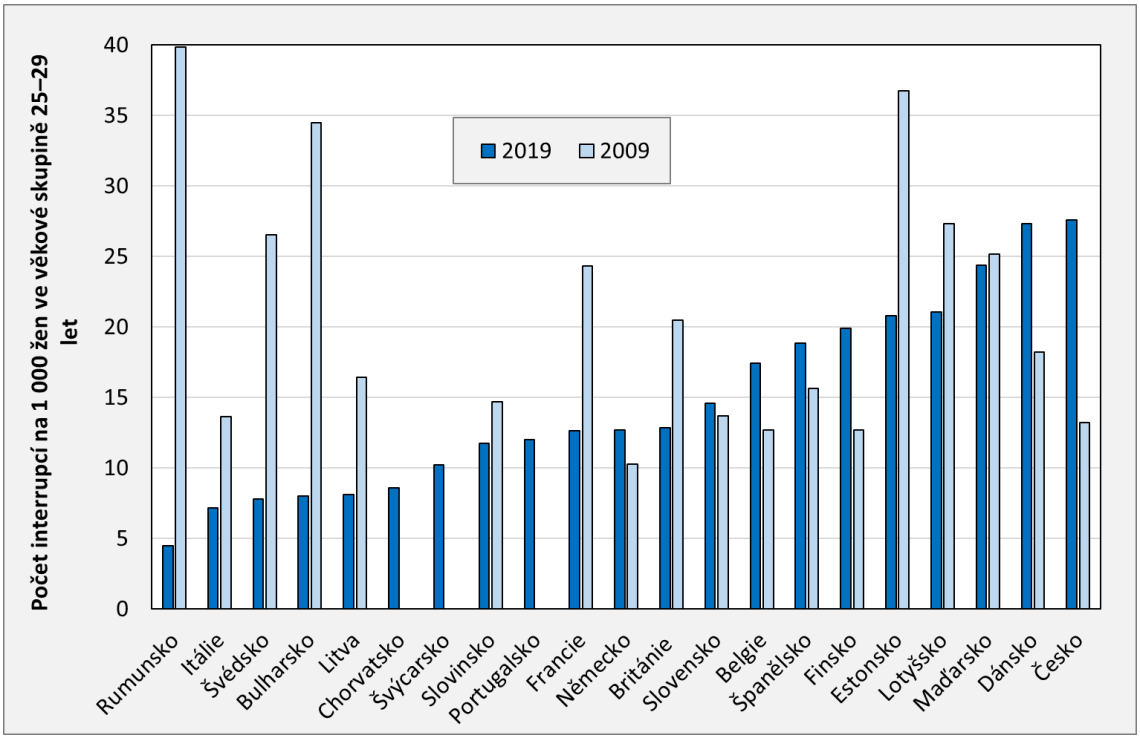
Graf 6: Míra umělé potratovosti žen ve věku 20–24 let ve vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Graf 7 znázorňuje podobný vývoj úrovně umělé potratovosti, který proběhl mezi lety 2009 a 2019 ve věkové skupině žen 25–29 let. I zde jsou země, kde došlo jak k razantnímu poklesu v míře interrupcí, tak mírnému zvýšení. V roce 2009 byly hodnoty míry umělé potratovosti nejnižší v Německu a Belgii, a naopak nejvíce podstupovaly ženy interrupce v této věkové kategorii v Rumunsku a Estonsku. Zajímavý je vývoj v případě Rumunska. Jak již bylo zmíněno v roce 2009 zaujímalo Rumunsko první příčku s nejvyšší úrovní umělé potratovosti žen ve věku 25–29 let. Do roku 2019 zde došlo k rapidnímu poklesu, přičemž pokles byl z téměř 40 provedených interrupcí na 1 000 žen na zhruba 4 interrupce, a tím se Rumunsko v roce 2019 řadilo k zemím s nejnižší mírou umělé potratovosti žen ve věkové skupině 25–29 let. Další země, které zaznamenaly do roku 2019 razantnější pokles úrovně interrupcí bylo Švédsko a Bulharsko. Naopak v mnoha zemích došlo ke zvýšení míry umělé potratovosti, a to nejvíce v Česku a Dánsku a dále potom ve Finsku, Slovensku, Belgii, Španělsku a v Německu.

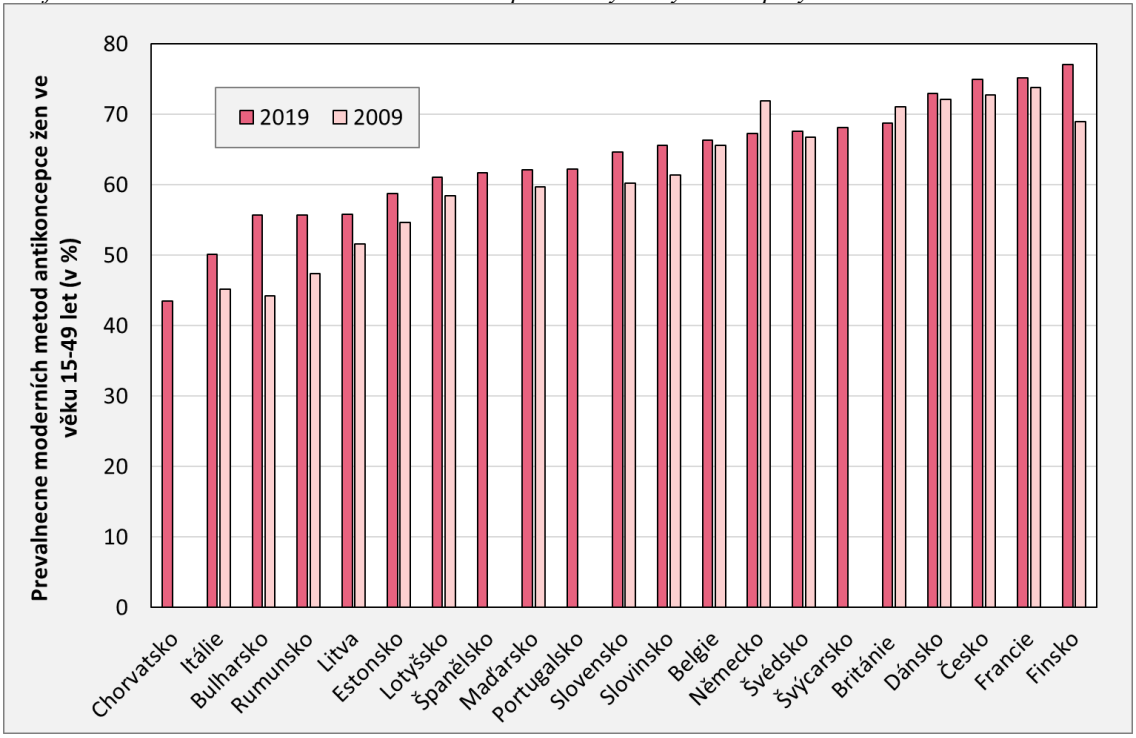
Graf 7: Míra umělé potratovosti žen ve věku 25–29 let ve vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Co se týká porovnání prevalence moderních metod antikoncepce mezi jednotlivými státy, v roce 2009 je patrný rozdíl mezi zeměmi a je zde naznačené rozdělení na východní a západní země Evropy v důsledku pozdějšího nástupu antikoncepční revoluce u východoevropských států (graf 8). Výjimkou je ovšem Česko, kde bylo v roce 2009 užíváno moderních metod antikoncepce natolik, že se úrovní prevalence (72 %) zařadilo mezi západoevropské země. Východoevropské země většinou v roce 2009 většinou nepřesahují hodnotu 60 % v prevalenci moderních metod antikoncepce. Západoevropské státy vykazovaly v roce 2009 poměrně vysoké hodnoty prevalence moderních antikoncepčních prostředků pohybujících se mezi 65-74 %. Nejvyšší prevalenci moderních metod antikoncepce v roce 2009 vykazovala Francie (74 %) a dále pak Česko a Dánsko, a naopak nejméně užívají moderní antikoncepci obyvatelé Bulharska, Itálie a Rumunska. Jelikož se úroveň prevalence moderní antikoncepce již v roce 2009 pohybovala na poměrně vysokých hodnotách, při srovnání s rokem 2019 nejsou patrné výraznější rozdíly. Nicméně téměř u všech zemí došlo ke zvýšení prevalence kromě Británie a Německa, kde proběhl mírný pokles. Nejvyšší nárůst v užívání moderních prostředků antikoncepce do roku 2019 nastal v Bulharsku (o 11,5 %), Rumunsku (o 8,3 %) a Finsku (o 8,1 %). I přes toto zvýšení se Bulharsko spolu s Rumunskem řadí do zemí s nejnižší mírou spoléhání se na moderní metody antikoncepce. Naproti tomu Finsko se po razantním vzrůstu prevalence moderní antikoncepce zařadilo na první místo s nejvyšším procentuálním zastoupením žen užívajících moderních metody antikoncepce.

Graf 8: Prevalence moderních metod antikoncepce žen vybraných evropských zemích v roce 2009 a 2019



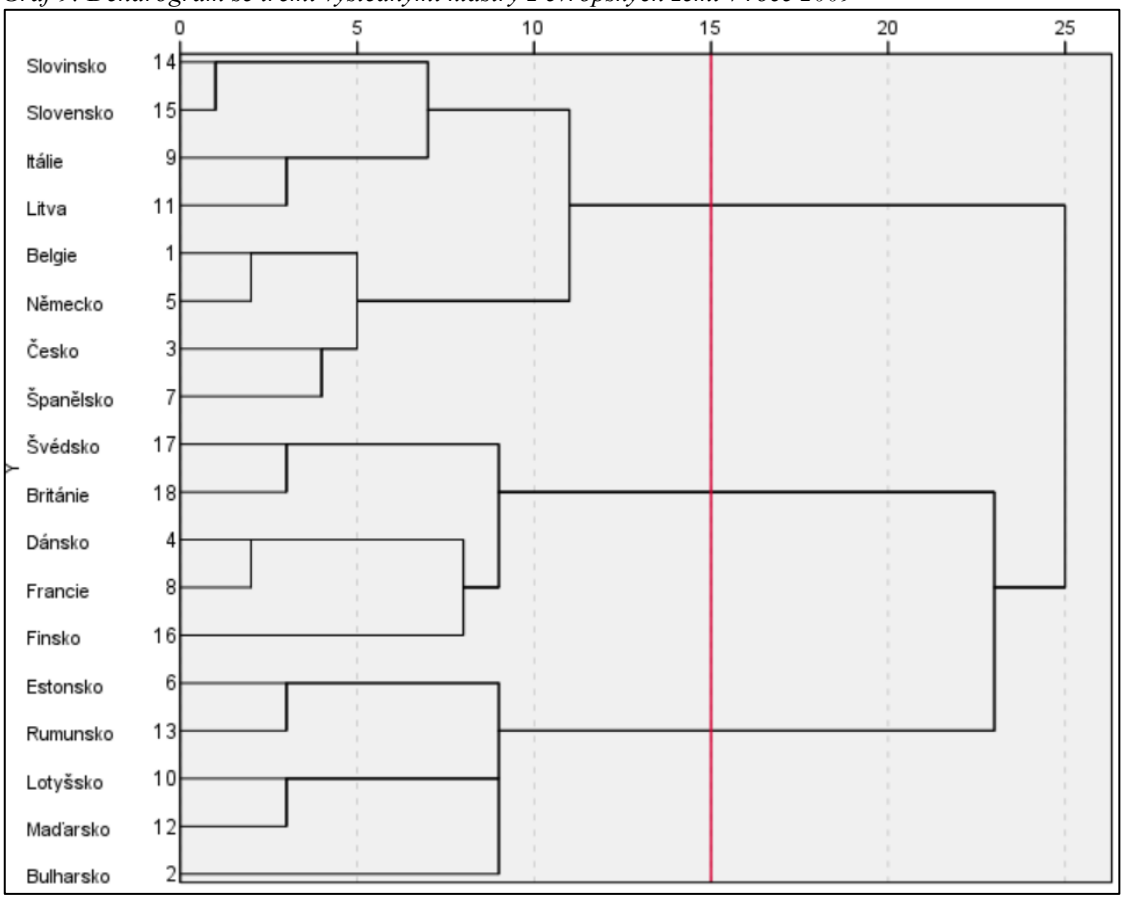
Zdroj: *United Nation, Population Divison: Data Portal – Contraceptive prevalence + vlastní zpracování*

Používání moderních metod antikoncepce závisí spíše na strukturálních makroúrovních faktorech a na kontextuálních pobídkách a bariérách jako na vlivu jednotlivých charakteristiky užívání antikoncepce se mezi zeměmi příliš neliší. (Kocourková, 2019). 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, jako například Bulharsko.

4.2 Modely interrupčního chování v roce 2009

Shluková analýza založená na ukazatelích interrupčního chování a užívání antikoncepce v 18 evropských zemí v roce 2009 odhalila existenci tří skupin zemí, které se liší, jak úrovní, tak strukturou interrupcí i prevalencí moderních metod antikoncepce (graf 9). Země byly rozděleny do klastrů na základě dendrogramu. Podrobný popis metodiky využité ke shlukové analýzy je popsán výše v kapitole metodika.

Graf 9: Dendrogram se třemi výslednými klastry z evropských zemí v roce 2009



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Tabulka 2 obsahuje již země rozdělené do skupin, přičemž na základě vstupních ukazatelů vznikly tři skupiny zemí. Výsledné skupiny jsou charakterizovány rozdíly v průměrných hodnotách obecné míry umělé potratovosti, míry interrupcí dospívajících žen ve věku 15–19 let, poměru umělé potratovosti žen ve věku 20–24 a 25–29 let a v prevalenci moderních metod antikoncepce (tabulka 3). První klastr lze považovat za pokračování dřívějšího „časného modelu interrupcí", charakterističtějšího pro západní země, neboť se skládal převážně ze zemí západní a severní Evropy a tím bylo Dánsko, Švédsko, Finsko, Británie a Francie. Hlavní charakteristikou této skupiny zemí je vysoký poměr umělé potratovosti ve věku žen 20–24 a 25–29 let. Koncentrace interrupcí především do nejmladších věkových skupin žen je nejvyšší ze všech vzniklých skupinách zemí, což vyplývá z průměrné hodnoty ukazatele podílu měr umělé potratovosti žen věků 20–24 a 25–29 let, která je vyšší než jedna, tudíž je míra umělé potratovosti vyšší ve věku žen 20–24 let. „Časný model interrupcí" se vyznačuje také nejvyšší mírou umělé potratovosti u dospívajících dívek tj. ve věku 15–19 let, a to i přes vysokou antikoncepční prevalenci moderních metod, jenž přesahuje 70 %. Nutno ale zmínit, že průměrná hodnota míry interrupcí ve věku žen 15–19 let v tomto modelu nedosahuje jednoznačně nejvyšší hodnoty, ale je téměř totožná se skupinou zemí představující model „vyšší intenzity interrupcí". Co se týká průměrné hodnoty obecné míry umělé potratovosti (počet interrupcí na 1 000 žen ve věku 15–49 let) v zemích tohoto klastru, činí tyto země v průměru téměř 16 interrupcí na 1 000 žen v reprodukčním věku a nepředstavuje skupinu s nejvyšším výskytem interrupcí. Tento model je

tedy obecně v ostrém kontrastu s ostatnímu modely hlavně kvůli situaci jako ve většině západoevropských zemí, kde interrupce využívají především dívky v mladém věku jejichž pokusy vyhnout se těhotenství selhaly (Fait, Kocourková, 2009).

Tabulka 2: Rozdělení 18 evropských států do tří shluků v roce 2009

Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3
Švédsko, Británie, Dánsko, ***Francie***, Finsko	Estonsko, Rumunsko, Lotyšsko, Maďarsko, ***Bulharsko***	Slovinsko, Slovensko, Itálie, Litva, Belgie, Německo, ***Česko***, Španělsko

***Zdroj**: Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Velice podobná a dá se říct, že stejná míra interrupcí u dospívajících žen ve věku 15–19 let jako ve skupině „časného modelu interrupcí" byla i v zemích zastupující druhý model „vyšší intenzity interrupcí". Tento vzorec zahrnuje Bulharsko, Rumunsko, Estonsko a Lotyšsko, tedy země, které představují východoevropský region. Tato skupina zemí zaznamenala v posledních letech nejrazantnější pokles míry interrupcí, avšak jejím hlavním rysem zůstala nejvyšší úroveň umělé potratovosti ve všech věkových skupinách v porovnání s ostatními evropskými zeměmi a současně je zde relativně vysoká míra umělých potratů u žen ve věku 15–19 let. Průměrná hodnota podílu měr interrupcí věků 20–24 a 25–29 let nepřesahuje hodnotu jedna, z toho plyne, že míra umělé potratovosti je podobná v obou věkových skupinách a není zde intenzita interrupcí koncentrovaná jen do mladších věkových kategorií . Dle dřívějších souvislosti týkajících se antikoncepční praxe ve východoevropských zemí, se zde stále promítá trend nejnižší prevalence moderních metod antikoncepce, která se pohybuje kolem 50 % (tabulka 3).

Tabulka 3: Rozdělení 18 evropských států do tří shluků v roce 2009 podle průměrných hodnot obecné míry umělé potratovosti, míry umělé potratovosti ve věk 15–49 let, podílu měr umělé potratovosti věku 20–24 a 25–29 let a prevalence moderní antikoncepce (v %)

Shluky	Obecná míra umělé potratovosti	Míra umělé potratovosti ve věku 15–19 let	Podíl měr umělé potratovosti věků 20–24 a 25–29 let	Prevalence antikoncepce (v %)
1 Časný model interrupcí	15,58	17,53	1,25	70,56
2 Model vyšší intenzity interrupcí	23,24	17,48	0,98	51,86
3 Model nižší intenzity interrupcí	9,95	7,30	0,94	61,84

***Zdroj:** Eurostat + vlastní výpočty a zpracování, United Nations: World Contraceptive Use 2022*

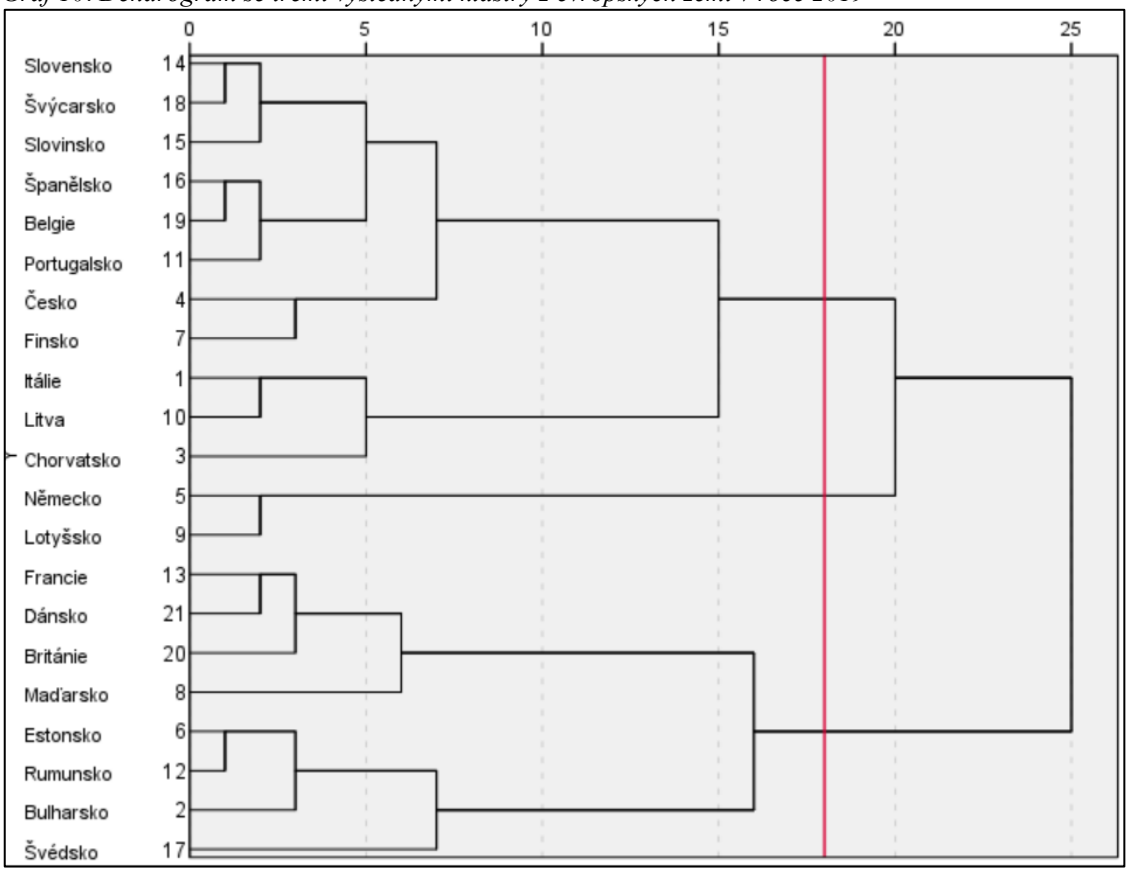
***Poznámka**: obecná míra interrupcí je definována jako počet interrupcí na 1 000 žen ve věku 15–49 let; prevalence antikoncepce zahrnuje pouze moderní metody antikoncepce*

Specifická je nova třetí skupina „model nižší intenzity interrupcí“, který se utvořil kombinací zemí západního a východního regionu, tj. Itálie, Belgie, Německo, a Litva, Slovinsko, Slovensko a Česko. Tyto země mají společně nejnižší míru umělé potratovosti ze všech vzniklých skupin a zároveň dosahují celkem vysoké prevalence moderní antikoncepce, která činí téměř 62 %. Zajímavé je také sledovat rozložení úrovně interrupcí ve věkových skupinách žen, kde se tato skupina zemí odlišuje od ostatních mimo celkové nejnižší míry umělé potratovosti také nejnižší mírou v nejmladších věcích žen 15–19 let.

4.3 Modely interrupčního chování v roce 2019

Patrné změny v trendech a úrovni interrupcí naznačovalo již srovnání evropských zemí v úrovni obecné míry umělé potratovosti v letech 2009 a 2019. Shluková analýza založena na stejných ukazatelích jako pro rok 2009 provedena za rok 2019 tyto změny potvrzuje (graf 10). Do analýzy byly nově zařazeny země Chorvatsko, Portugalsko a Švýcarsko. Opět zde vznikly tři skupiny zemí (tabulka 4), jejichž složení se mírně proměnilo oproti roku 2009 a opět se odlišují v hodnotách ukazatelů interrupcí, nicméně v prevalenci moderních metod antikoncepce již nejsou tak ostré rozdíly.

Graf 10: *Dendrogram se třemi výslednými klastry z evropských zemí v roce 2019*



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

První model dříve „časný model interrupcí“ se spojil s druhým modelem „vyšší intenzity interrupcí“ a byl nazván jako „časný model vyšší intenzity interrupcí“. Do této skupiny se řadí Francie, Dánsko, Británie, Maďarsko, Estonsko, Rumunsko, Bulharsko a Švédsko, nicméně již se sem neřadí Finsko a Lotyšsko jako tomu bylo v roce 2009. Nově se utvořila skupina zemí, jenž byla nazvána jako „pozdní model interrupcí“. Do této skupiny se vyčlenily pouze dvě země, a to Německo a Lotyšsko. Je zajímavé pozorovat, že každá země v interrupčních vzorcích v roce 2009 patřila do jiné skupiny zemí s jinými charakteristikami interrupčního chování. Německo se řadilo do modelu „nižší intenzity interrupcí“ a Lotyšsko naopak do „modelu vyšší intenzity interrupcí“. Oddělení Německa a Lotyšska a vznik tohoto pozdního vzorce mohla zapříčinit z určité části moderní antikoncepce, která snížila výskyt nechtěných a nesprávně načasovaných těhotenství, což v závislosti na tom snížilo výskyt legální i nelegální interrupcí. Ve většině zemí byl tento pokles nejvýraznější právě u mladších žen, zejména u žen dospívajících (Frejka, 2008). Zbylý model „nižší intenzity interrupcí“ se zachoval, avšak i zde proběhly nějaké změny mezi zeměmi řadících se do této skupiny. Model již neobsahuje Německo a nově se sem zařadilo Finsko. Zároveň je zde také Portugalsko, Chorvatsko a Švýcarsko, přičemž tyto země byly do analýzy zařazeny až při analýze interrupčního chování pro rok 2019 (tabulka 4).

Tabulka 4: Rozdělení 21 evropských států do tří shluků v roce 2019

Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3
Německo, ***Lotyšsko***	Francie, Dánsko, Británie, Maďarsko, Estonsko, Rumunsko, ***Bulharsko***, ***Švédsko***	Slovensko, Švýcarsko, Slovinsko, Španělsko, Belgie, Portugalsko, ***Česko***, Finsko, Itálie, Litva, Chorvatsko

Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Pro detailnější zachycení rozdílů mezi jednotlivými skupinami obsahuje tabulka 5 průměrné hodnoty obecné míry umělé potratovosti, míry interrupcí dospívajících žen (15–19 let), poměru měr interrupcí věků žen 20–24 a 25–29 let a prevalence antikoncepce moderních prostředků. Pro nově vzniklou skupinu zemí představující „pozdní model interrupcí", kterou tvoří jen dva státy, je charakteristická vcelku nízká obecná míra umělé potratovosti, avšak co ji odlišuje od ostatních skupin je velmi nízká úroveň interrupcí v nejmladším věku žen. Nejnižší je hlavně ve věku žen 15–29 let, kde průměrná hodnota míry umělé potratovosti v tomto věku činí pouze zhruba jednu podstoupenou interrupcí na 1 000 žen v této věkové skupině. Co se týká prevalence moderních metod antikoncepce, průměrné hodnoty v rámci všech třech skupin se v podstatě odlišují pouze minimálně a lze tyto skupiny zemí označit za podobné užíváním moderních metod antikoncepce, což naznačuje od roku 2009 pokračující konvergentní tendence mezi Východem a Západem. Další skupina zemí představuje „časný model vyšší intenzity interrupcí", který vznikl spojením „modelu vyšší intenzity interrupcí" a „časného modelu interrupcí". Tato skupina zemí je, jak název napovídá, specifická vysokou obecnou mírou umělé potratovosti a jelikož je obohacena zeměmi z „časného modelu interrupcí", jsou pro něj charakteristické vysoké průměrné hodnoty míry umělé potratovosti ve věku žen 15–19 let a také průměrné hodnoty podílu měr umělé potratovosti ve věku 20–24 a 25–29 let.

Tabulka 5: Rozdělení 21 evropských států do tří shluků v roce 2019 podle průměrných hodnot *obecné míry umělé potratovosti, míry umělé potratovosti ve věk 15–49 let, podílu měl umělé potratovosti věku 20–24 a 25–29 let a prevalence antikoncepce (v %)*

Shluky	Obecná míra umělé potratovosti	Míra umělé potratovosti ve věku 15–19 let	Podíl měr umělé potratovosti věků 20–24 a 25–29 let	Prevalence antikoncepce (v %)
1 Pozdní model interrupcí	7,08	1,07	0,26	64,20
2 Časný model vyšší intenzity interrupcí	13,39	12,88	0,96	64,61
3 Model nižší intenzity interrupcí	6,48	4,81	0,88	67,73

Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování, United Nations: World Contraceptive Use 2022*

Poznámka: *obecná míra interrupcí je definována jako počet interrupcí na 1 000 žen ve věku 15–49 let; prevalence antikoncepce zahrnuje pouze moderní metody (IUD, pilulka, kondom)*

Poslední třetí skupina představuje „model nižší intenzity interrupcí“ a jeho složení je velice podobné tomu jako to, které se utvořilo i v roce 2009. Z předchozího modelu „časných interrupcí“ se pouze Finsko přesunulo do „modelu nižší intenzity interrupcí“. Finsko je speciálním případem, kde došlo k výraznému poklesu intenzity umělé potratovosti především v nejnižších věkových skupinách. Tato změna by mohla být připisována zvýšenému prosazování sexuální výchovy ve finských školách. Toto potvrzuje v příspěvku ve sborníku Šilerová (2016), který vychází pod záštitou společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu. Finsko je v tomto příspěvku zmiňované jako země s velice odlišnou situací týkající se sexuální výchovy oproti jiným evropským zemím. Sexuální výchova je zde povinnou součástí výuky. Rodiče škole obvykle důvěřují, takže finská organizace se věnuje širší podpoře rodiny v různých kontextech. Velice aktuálním tématem je téma sexuální identity nebo empatie. Ve Finsku je obecně podpora rodiny a rodičovství na velice vysoké úrovni. Probíhá zde také různá forma poradenství, jak pro páry, tak pro rodiče, a to i online formou (Šilerová, 2016). Dále je skupina zemí řadících se do vzorce nízkých interrupcí navíc posílena o země Portugalsko, Švýcarsko a Chorvatsko, jenž v analýze pro rok 2009 nebyly zařazeny. Především díky těmto nově příchozím zemím má tato skupina nejvíce reprezentantů. Od ostatních dvou modelů se vymyká velmi nízkou obecnou mírou umělé potratovosti (6,5 interrupcí na 1 000 žen ve věku 15–49 let), zároveň nejvyšší prevalencí moderních prostředků antikoncepce (68 %). Co se týká úrovně interrupcí v nejmladším věku žen, nevykazují tyto státy příliš vysoké hodnoty.

Kapitola 5

Srovnání zástupců výsledných modelů interrupčního chování v roce 2009 a v roce 2019

Ze zjištěných modelů interrupčního chování v evropských zemí vycházejících z úrovně věkově specifických měr umělé potratovosti a prevalence moderních metod antikoncepce, byly vybrány země jakožto představitelé jednotlivých modelů. V roce 2009 se evropské země rozdělily do tří skupin dle modelů interrupčního chování. Za zástupce prvního „modelu časných interrupcí" byla zvolena Francie. Bulharsko bylo vybráno jako představitel „modelu vyšší intenzity interrupcí" a naopak „model nižší intenzity interrupcí" zastupuje Česko. V roce 2019 došlo nejen k markantnímu poklesu úrovně umělé potratovosti ve většině zemí, ale i k určitým změnám interrupčního chování. Přes tyto změny se zachoval „model nižší intenzity interrupcí", a tím i jeho představitel, kterým je Česko. „Časný model vyšší intenzity interrupcí", jenž vznikl spojením již dvou existujících skupin zemí z roku 2009 zastupuje Bulharsko z tehdejší samostatného modelu „vyšší intenzity interrupcí" a Švédsko, jakožto reprezentant bývalého modelu „časných interrupcí". Nově vzniklý „pozdní model interrupcí" zastupuje Lotyšsko, které se do této skupiny přesunulo z „modelu vyšší intenzity interrupcí". Do srovnání bylo začleněno namísto Francie, která reprezentovala „časný model interrupcí" Švédsko, též jako zástupce bývalého „časného modelu interrupcí". Důvodem nezařazení Francie jako zástupce modelu interrupcí v roce 2019 je nedostupnost dat za požadované roky pro analýzu, přičemž pokud by bylo do komparace s ostatními zeměmi zařazena, výsledky by byly zkreslené. Dostupná data za počet interrupcí ve Francii jsou publikována jen do roku 2007 a pro rok 2019 nejsou zveřejněna.

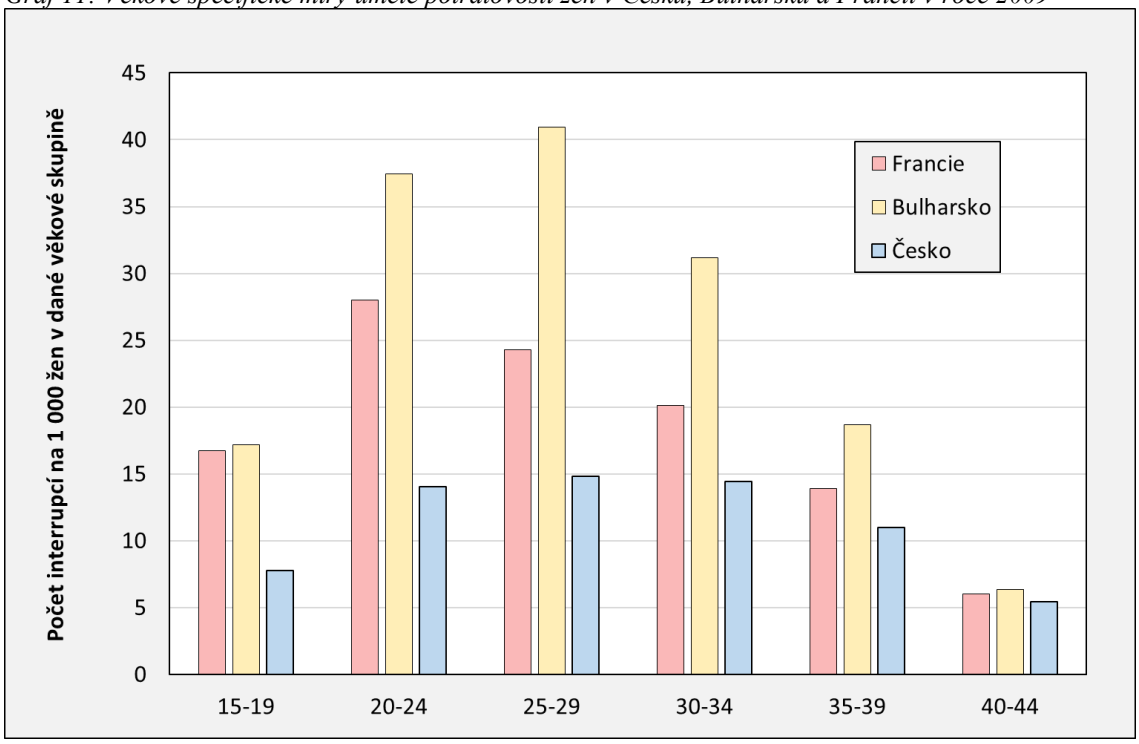
5.1 Charakteristika modelů interrupčního chování v roce 2009

Jak již bylo výše zmíněno pro lepší názornost a identifikaci všech zmíněných skupin zemí a jejich jednotlivých charakteristických rysů byl vybrán zástupce z každého interrupčního modelu a následně byly mezi sebou porovnáni z hlediska věkově specifický měr umělé potratovosti a z hlediska prevalence antikoncepce podle metody.

5.1.1 Věkově specifické míry interrupcí v roce 2009

V grafu 11 jsou vyneseny věkově specifické míry umělé potratovosti za Francii, Bulharsko a Česko. Z první skupiny zemí byla vybrána Francie jako představitel bývalé skupiny zemí západní Evropy „časného modelu interrupcí" charakterizovaného vysokou mírou interrupcí u žen mladších 25 let a zejména u dospívajících žen ve věku 15–19 let.

Graf 11: Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Česku, Bulharsku a Francii v roce 2009



Zdroj: *Eurostat, vlastní výpočty a zpracování*

Bulharsko bylo vybráno z druhého klastru jako zástupce „modelu vyšší intenzity interrupcí". Nejčetnější byly interrupce u žen ve věku 20–29 let. Výrazně vysoká úroveň umělé potratovosti je též ve věkové skupině žen 30–34 let. Zajímavé je pozorovat míru interrupcí u nejmladších žen ve věku 15–19 let, jenž je srovnatelná s mírou francouzských dívek v dospívajícím věku. Za vysokou mírou interrupcí v Bulharsku stojí pomalé zlepšení antikoncepční praxe. Celkově praktikovalo v roce 2009 v Bulharsku nějakou z metod moderní antikoncepce jen kolem 40 % žen. Zatímco tyto dvě skupiny zemí potvrzují pokračování dřívějších západních a východních modelů, vznikl nově model třetí, a to především v důsledku rychlého nárůstu používání účinných antikoncepčních metod. Za představitele tohoto „modelu nižší intenzity interrupcí" by mohlo být považováno Česko. Hlavními znaky je zde vysoká antikoncepční prevalence moderních metod a nízká obecná míra interrupcí. Pokles interrupcí byl nejvýraznější ve věkové skupině s nejvyšší mírou interrupcí, tedy mezi 20 a 34 lety, což vedlo ke snížení rozdílů v úrovni umělé potratovosti mezi všemi věkovými skupinami (Kocourková, 2019).

Co se týká současné interrupční legislativy v Bulharsku, Francii a Česka, platí všude liberální interrupční zákon, kdy ženy mohou podstoupit interrupci na žádost, a to do 12. týdně těhotenství (Center for reproductive rights, 2023). Vývoj interrupční legislativy v Bulharsku byl podobný jako v jiných zemích východní Evropy. Interrupce na žádost byly legalizovány v roce 1956.

V roce 1968 bylo podstoupení interrupcí vládou zakázáno bezdětným ženám ze strachu z vylidnění a následně pak byly zavedeny omezující podmínky. Počínaje rokem 1990, po konci komunistického režimu, byly interrupce opět povoleny na žádost v prvním trimestru. Od roku 1996 míra umělých interrupcí v Bulharsku razantně klesla. Tento pozoruhodný pokles byl přisuzován zavedení účinných programů sexuálního a reprodukčního zdraví na počátku 90. let (Guillaume, Rossier 2018).

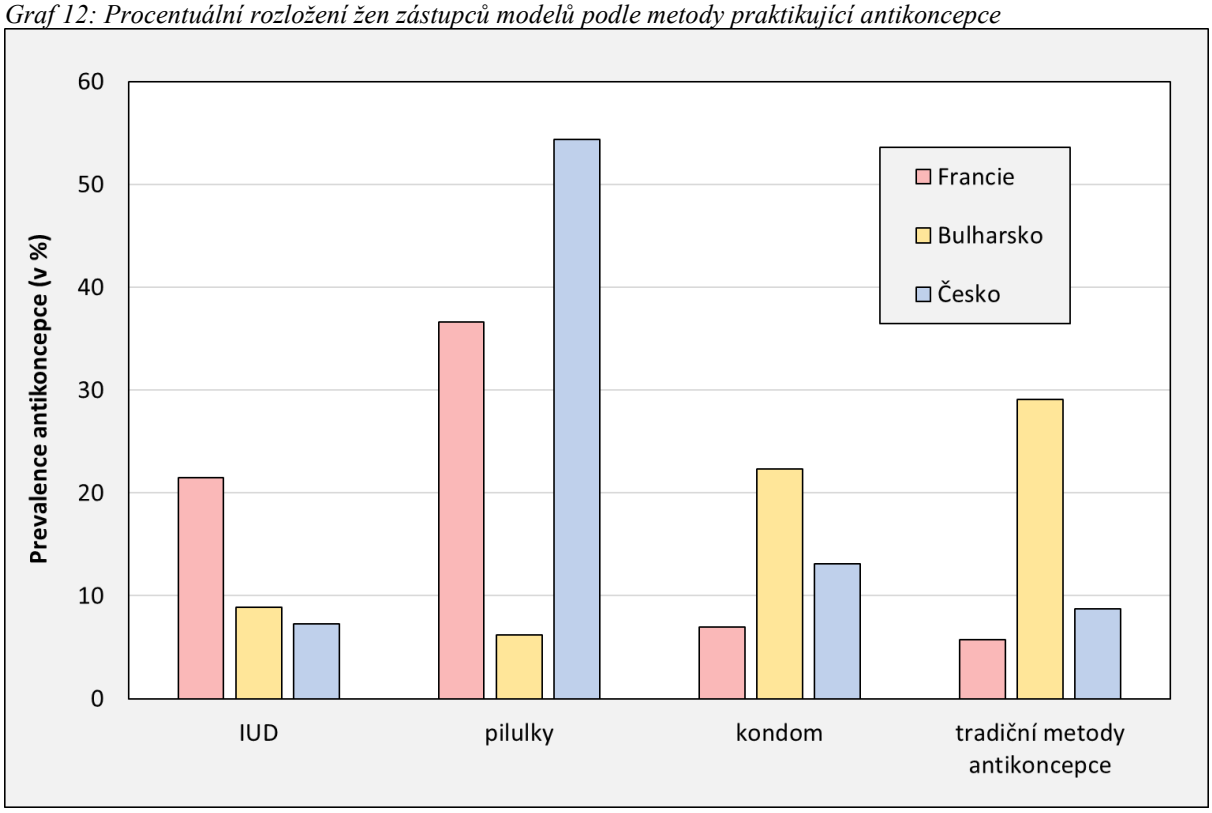
Právní situace ve Francii je poněkud odlišná. Lhůta pro podstoupení interrupce u žen je až do 14. týdne těhotenství, pokud se žena domnívá, že je ve „stavu tísně" kvůli svému těhotenství. Žena se musí poradit s lékařem a nezletilí jsou také povinni vyhledat radu sociálního pracovníka. Pokud si žena přesto přeje ukončit těhotenství, měla by svou žádost písemně obnovit, a to nejdříve týden od podání první žádosti. Od roku 2004 lze lékařskou interrupci provést i mimo nemocnice, a to lékařem v soukromé praxi. Interrupce se neprovádí ve všech nemocnicích a ženy si často mohou vybrat metodu provedení (lékařskou nebo chirurgickou) (Abortion clinics in Europe, 2023).

5.1.2 Prevalence antikoncepce 2009

Srovnání antikoncepčního chování mezi zástupci všech tří skupin modelů interrupčního chování, tj. Česka, Francie a Bulharska bylo graficky znázorněno na základě datového souboru *World Contraceptive Use 2022* obsahující srovnatelné a aktuální ukazatele plánovaného rodičovství za ženy v reprodukčním věku od 15 do 49 let (graf 12). Prevalence antikoncepce byla vyšší v severní a západní Evropě než ve východní a jižní. Používání moderních antikoncepčních prostředků bylo v severním a západním regionu téměř univerzální, a přestože je ve východní a jižní Evropě na relativně nízké úrovni, v posledních letech došlo k podstatnému zvýšení zejména v jižní Evropě (Frejka, 2008).

Zatímco jak v Česku (54 %), tak ve Francii (37 %) nejvyšší procento žen užívalo pilulku, v Bulharsku byla dominantní účinnou metodou antikoncepce kondom (22 %). Na rozdíl od Česka a Francie spoléhá v Bulharsku až 29 % žen na tradiční a méně efektivní metodu antikoncepce. Kromě toho v Bulharsku pravděpodobně existuje vysoká míra neuspokojené potřeby antikoncepce a téměř 20 % bulharských žen nepraktikuje žádnou kontrolu plodnosti, ačkoli nemají v úmyslu mít dítě (Kocourková, 2019). Ačkoli bylo ve Francii zjištěno vysoké procento žen užívajících pilulku (orální antikoncepci) a IUD (nitroděložní tělísko), je toto spojeno s vysokým sklonem ukončit těhotenství především mezi dospívajícími ženami, což naznačuje dosud neuskutečněný nárůst poptávky po kontrole plodnosti v důsledku odložení plodnosti do vyššího věku (Kocourková, 2019).

Graf 12: Procentuální rozložení žen zástupců modelů podle metody praktikující antikoncepce



Zdroj: *United Nations: Contraceptive Use 2022, vlastní výpočty a zpracování*
Poznámka: data byla použita z nejnovějšího dokumentu; použité údaje za jednotlivé země jsou z roku ukončení posledního výzkumu: Česko (2008), Francie (2010), Bulharsko (2007)

Kocourková (2019) ve svém článku analyzovala vliv jednotlivých charakteristik na použití moderní metody antikoncepce (IUD, pilulka) pomocí binární logistické regrese. Z výsledků vyplývá, že ve všech třech zemích souvisí použití pilulky s typem partnerství, věkem a vzděláním. U českých žen v nejmladším věku byla osmkrát vyšší pravděpodobnost, že užijí tyto ženy pilulku, resp. IUD než ženy ve věku 40–44 let, zatímco bulharské ženy v nejmladším věku méně než čtyřikrát. Nesdílení s partnerem jednu domácnost výrazně předpovídá užívání pilulky stejně jako dosažené vzdělání. Zajímavé je, že počet dětí se neprokázal být statisticky významným prediktorem ve všech zkoumaných zemích. Používání moderních metod antikoncepce závisí spíše na strukturálních makroúrovních faktorech a na kontextuálních pobídkách než na vlivu jednotlivých charakteristik na užívání antikoncepce, které se mezi zeměmi příliš neliší.

Zjištění, která plynou z prevalence antikoncepce podle metody, jsou v souladu s výsledky studie od Dereuddre, Bracke a Putte (2016), kde bylo upozorněno na Bulharsko v souvislosti s vykazováním nejnižší prevalencí moderních metod antikoncepce. Celkově to bylo objasněno tím, že jedinci, kteří mají spíše modernější rodinné hodnoty a projevují nízkou náboženskou, se spíše spoléhají na moderní metody, místo aby nepoužívali žádnou antikoncepci nebo její tradiční metody. Dále studie naznačuje, že respondenti z regionů s více nábožensky angažovanými obyvateli pravděpodobně nepoužívají antikoncepci namísto používání moderních metod, bez ohledu na svou vlastní náboženskou víru nebo praxi.

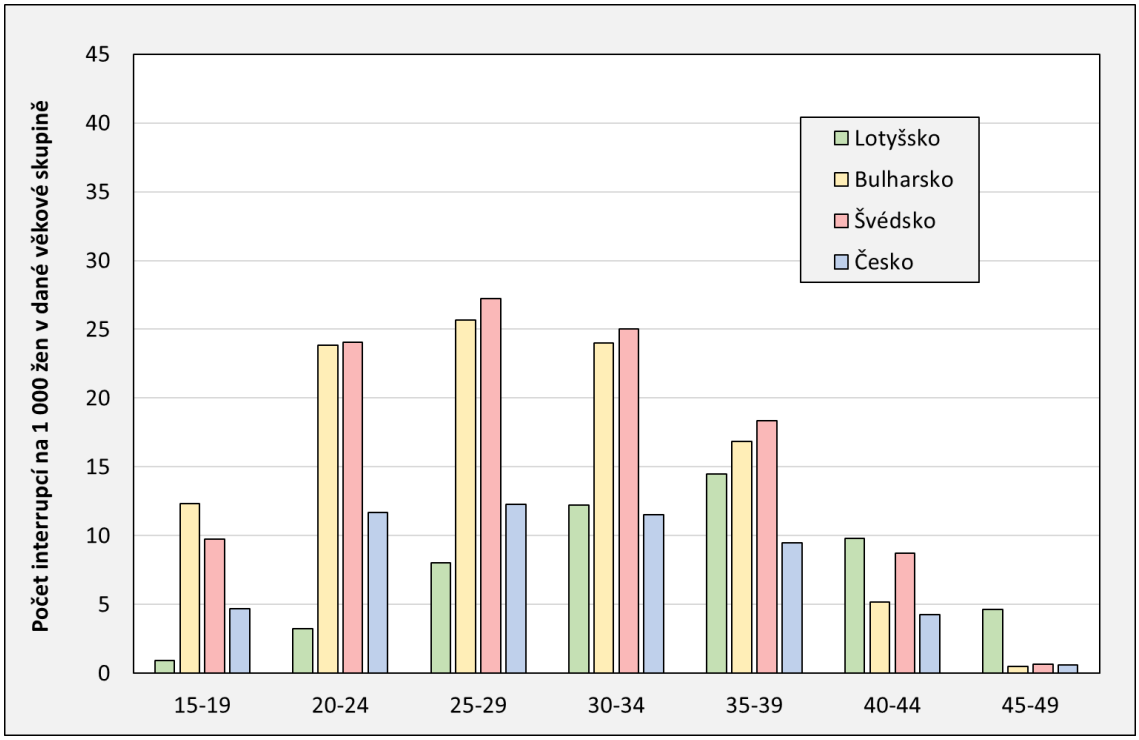
5.2 Charakteristika modelů interrupčního chování v roce 2019

Obdobně jako to bylo provedeno výše při komparaci modelů interrupční chování v roce 2009, tak i pro vzniklé modely interrupčního chování za rok 2019 byly vybráni zástupci z jednotlivých interrupčních modelů a následně byly mezi sebou porovnáni z hlediska věkově specifický měr umělé potratovosti a z hlediska prevalence antikoncepce podle metody.

5.2.1 Věkově specifické míry modelů interrupcí v roce 2019

Graf 9 porovnává míry interrupcí žen ze vybrané země všech tří modelů v jednotlivých věkových kategoriích, přičemž každá země reprezentuje vzniklý model. Bulharsko je zástupcem „vysokého interrupčního vzorce“ s vysokými mírami umělé potratovosti téměř ve všech věkových skupinách. Švédsko, vykazující podobný trend rozložení úrovně interrupcí v jednotlivých věkových kategoriích, bylo do srovnání zařazeno jako zástupce bývalého vzorce „časné umělé potratovosti“, nicméně v současných trendech patří do skupiny vysokých interrupcí, která jak již bylo zmíněno vykazuje i tendenci „časného vzorce interrupcí“. Zástupcem „nízkého vzorce interrupcí“ je Česko, které mimo věkovou skupinu 20–29 let disponuje nejnižší úrovní interrupcí. Poslední „pozdní interrupční model“ reprezentuje Lotyšsko, kde je nejvíce patrná kumulace úrovně interrupcí ve vyšších věkových skupinách.

Graf 13: Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Česku, Bulharsku, Lotyšsku a Francii v roce 2019

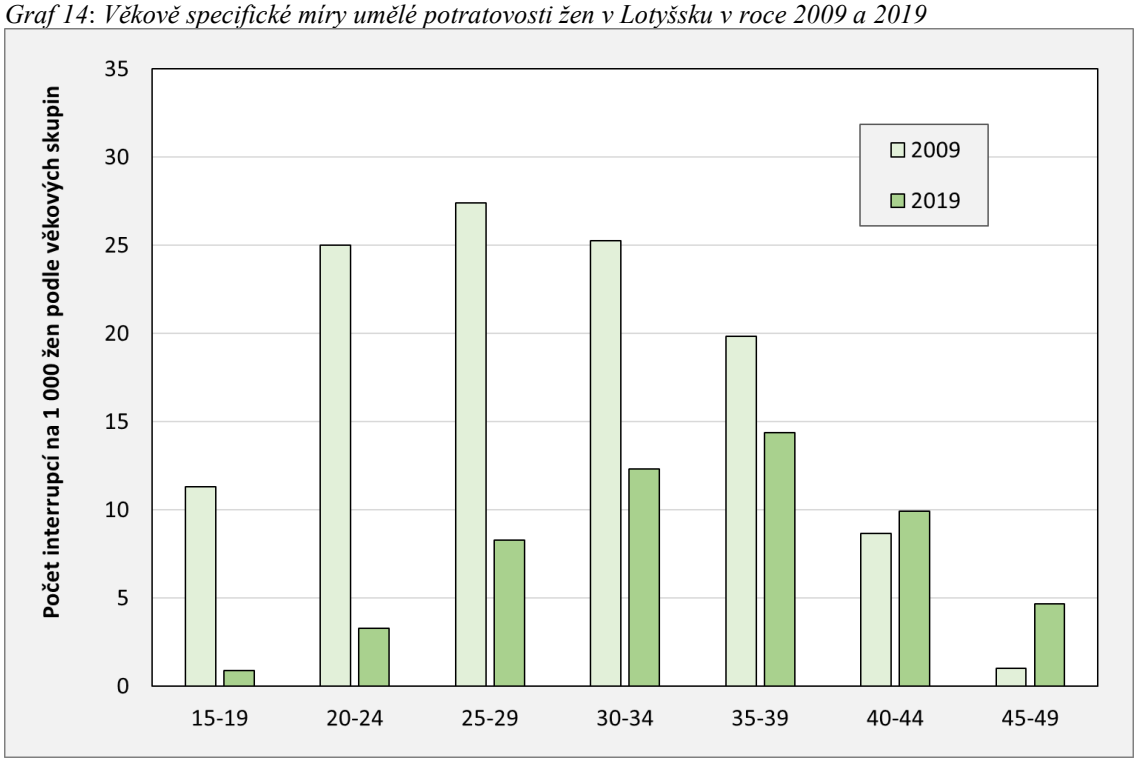


Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

5.3 Hodnocení vývoje mezi roky 2009 a 2019 dle jednotlivých zástupců modelů interrupčního chování

Pro zachycení změn u jednotlivých zástupců modelů interrupčního chování srovnává následující podkapitola tyto země z hlediska míry umělé potratovosti podle věkových skupin žen v roce 2009 a 2019. Graf 10 porovnává úroveň umělé potratovosti za oba roky lotyšských žen. Lotyšsko, jak již bylo zmíněno výše, se v roce 2009 řadilo do skupiny zemí představující „model vyšší intenzity interrupcí". V následujícím období se interrupční chování změnilo tak, že se tato země zcela vyčlenila do nové skupiny se specifickými charakteristikami, a tím byl „pozdní model interrupcí". Právě tuto změnu lze identifikovat v níže přiloženém grafu. V roce 2009 byly míry interrupcí značně vysoké, a to převážně v nižší věkových skupinách žen. Nejvyšší úroveň interrupcí bylo koncentrováno do věkové kategorie 25–29 let. Do roku 2019 došlo k výraznému poklesu míru umělé potratovosti kromě věkových skupin 40–44 let a 45–49 let, kde naopak došlo ke zvýšení míry interrupcí. V roce 2019 podstupovaly nejvíce interrupcí ženy mezi věky 35–39 let. Tento markantní posun koncentrace úrovně umělé potratovosti do vyšších věkových skupin byl jednou z příčin vyčlenění se Lotyšska do jiného modelu interrupčního chování.

Graf 14: *Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Lotyšsku v roce 2009 a 2019*

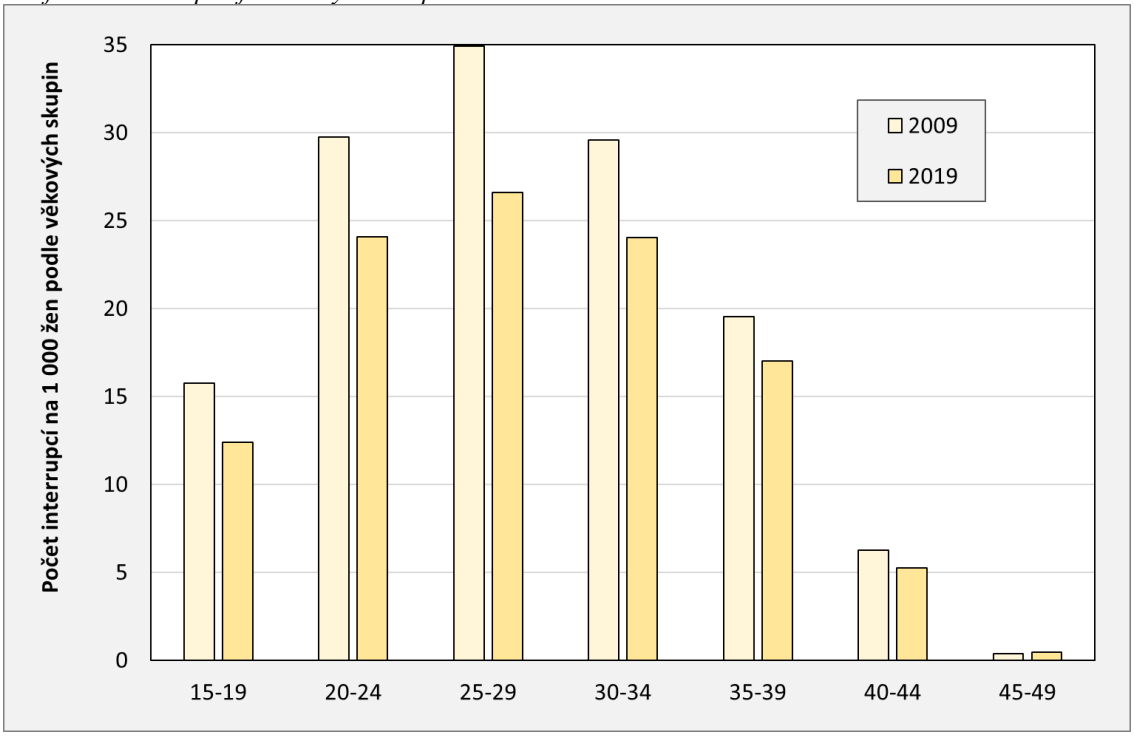


Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Odlišný vývoj při porovnání let 2009 a 2019 probíhal v Bulharsku. Co se týká interrupčního chování, nedošlo zde k tak výrazným změnám jako v případě Lotyšska (graf 11). V roce 2009 se Bulharsko řadilo mezi země představující „model vyšší intenzity interrupcí" a v úrovni umělé potratovosti tedy zaujímalo přední příčky v porovnáním s ostatními evropskými zeměmi. Nejvyšší koncentrace interrupcí se vyskytovala mezi ženami ve věkové skupině 25–29 let. Jinak tomu nebylo ani v roce 2019, kdy se mimo úroveň umělé potratovosti zachovala původní

charakteristika Bulharska z roku 2009. A ačkoli země zaznamenala pokles míry interrupcí napříč všemi věkovými kategoriemi, stále se i v roce 2019 řadila mezi evropské země s nejvyšší mírou umělé potratovosti, a proto stále zastupovala „model vyšší intenzity interrupcí“, který se navíc spojil s „časným modelem intenzity interrupcí“. Tato země celkově vykazuje nejnižší prevalenci spoléhání se na moderní metody antikoncepce (Dereudrre, Bracke, Putte, 2016), což může být jedna z příčin stále vysoké míry interrupcí u žen. Bulharsko je zemí, kde míra umělých interrupcí klesala nejrychleji za poslední dvě desetiletí a má kompletní statistiku interrupcí (Sedgh a kol., 2011). Jakožto reprezentant „časného modelu vyšší intenzity interrupcí“ je jeho charakteristickým rysem koncentrace míry umělé potratovosti převážně do nižších věků žen a celkově vysoká obecná míry umělé potratovosti.

Graf 15: *Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Bulharsku v roce 2009 a 2019*

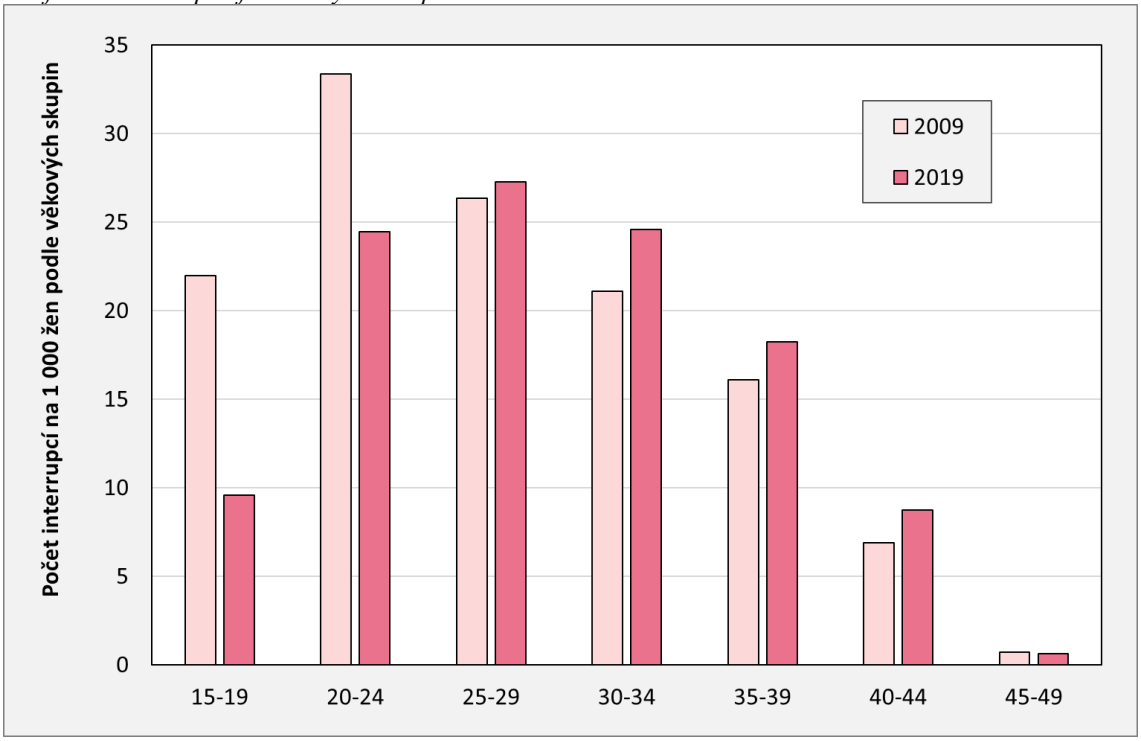


Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Švédsko bylo vybráno jako zástupce skupiny zemí ryze „časného modelu interrupcí“ z roku 2009 a v roce 2019 rozšířeného o „model vyšší intenzity interrupcí“. V roce 2019 tedy patřil do stejného modelu jako Bulharsku, avšak každá země svým interrupčním chováním patřila v roce 2009 do jiného interrupčního modelu. V roce 2009 se úroveň umělé potratovosti u švédských žen koncentrovala spíše do mladších věků, přičemž nejvyšší míry interrupcí dominovala ve věkové kategorii 20–24 let. Zajímavé je, že obecně ve Švédsku do roku 2019 proběhl mírný pokles úrovně umělé potratovosti, avšak ne ve všech věkových skupinách, ale pouze ve skupinách 15–19 a 20–24 let. V ostatních věkových kategoriích došlo dokonce ke zvýšení úrovně interrupcí. Díky tomuto mírnému poklesu do roku 2019 se dokonce Švédsko dostalo v úrovni obecné míry umělé potratovosti před Bulharsko, které se doposud mezi evropskými zeměmi řadilo na přední pozice. Podstoupení interrupce ve Švédsku je jako u ostatních zástupců na vyžádání. Výjimkou je zde právní situace týkající se délky těhotenství, do které může žena podstoupit interrupci na vyžádání

a činí 18. týden těhotenství a až do 22. týdne těhotenství, pokud uvede „silné důvody“. Provedení interrupcí ve druhé trimestru podléhají schválení Národním výborem pro zdraví a sociální péči. Interrupce musí být provedena ve všeobecné nemocnici a kvalifikovaným lékařem. Náklady jsou téměř plně hrazeny Národním zdravotním pojištěním a pacienti tak musí platit jen malý poplatek (Abortions Clinisc in Europe, 2023).

Graf 16: *Věkově specifické míry umělé potratovosti žen ve Švédsko v roce 2009 a 2019*

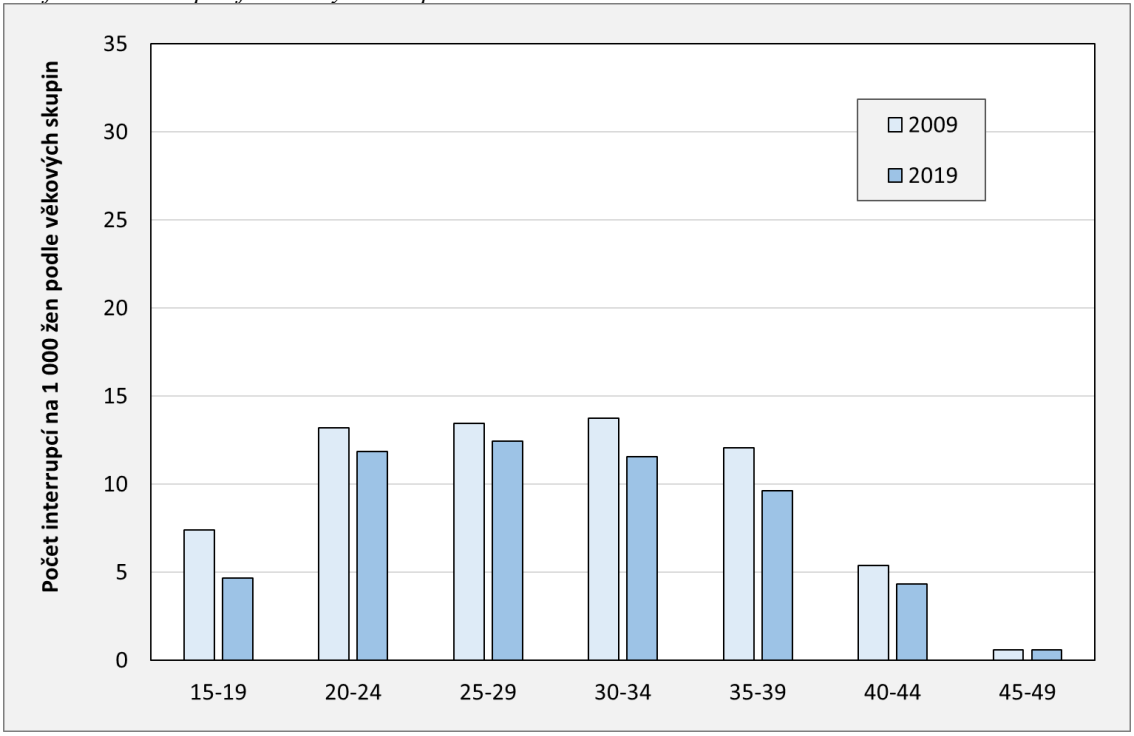


Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Nejmenšími změnami mezi roky 2009 a 2019 prošlo Česko (graf 17). Jak napovídá název skupiny zemí, tedy „model nižší intenzity interrupcí“, do kterého se země řadila v obou letech, úroveň umělé potratovosti zde byla suverénně nejnižší oproti úrovni v ostatních zemích. Míra umělé potratovosti byla rovnoměrně koncentrovaná mezi věkovými skupinami. Nejvýraznější pokles míry interrupcí proběhl ve věkové kategorii 15–19 let.

Lhůtou pro podstoupení interrupce se Česko od ostatních sledovaných států neliší a je tedy stanovená do 12. týdne těhotenství. Podstoupení umělého přerušení těhotenství u žen je z právního hlediska umožněno na žádost. V roce 1993 bylo v Česku zavedeno zpoplatnění interrupcí z jiných než zdravotních důvodů, konkrétně právě na žádost. 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. 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).

Graf 17: *Věkově specifické míry umělé potratovosti žen v Česku v roce 2009 a 2019*



Zdroj: *Eurostat + vlastní výpočty a zpracování*

Kapitola 6

Postoje společnosti vůči interrupcím

V tabulce 6 jsou zobrazeny hodnoty vyjadřující procentuální rozložení postojů k podstoupení interrupce v zemích reprezentujících výsledné interrupční modely z roku 2019. Na první pohled jsou mezi zeměmi značné odlišnosti. Nejvíce tolerantní přístup ohledně podstoupení interrupcí je patrný u respondentů ze Švédska, kde více než polovina z nich zvolila při položení otázky, zda ospravedlňují u žen podstoupení interrupce možnost „vždy“. Opačný postoj „nikdy“ uvedlo 4,3 % respondentů, což je nejméně ze všech států. Vážený průměr odpovědí se na škále 1 až 10 pohyboval mezi respondenty ze Švédska na hodnotě 8,3. Další zemí, kde poměrně značné procento respondentů uvedlo možnost „vždy“ oproti ostatním zkoumaným zemím je Česko, přesto tuto variantu v porovnání s názory švédské společnosti zvolilo jen 22 % ze všech 1 665 respondentů. Vážená průměrná hodnota odpovědí u Čechů činí hodnotu 6,2.

Dosti podobné jsou si, co se týká názorů na interrupce Bulharsko s Lotyšskem, a to především menší tolerancí k podstoupení interrupce a v Bulharsku je nejvyšší zastoupení respondentů, kteří uvedli ve své odpovědi možnost „nikdy“. U obou zemí zastává tento vyhraněný názor „vždy“ na podstoupení interrupce přes 7 % dotázaných osob. Rovněž mají tyto země nejvyšší procentuální zastoupení respondentů (kolem 25 %) neutrálního názoru nepřiklánějících se ani k jedné straně. Co se týká opačných postojů vůči této problematice, nejvíce striktní je bulharská společnost, kde ze vzorku respondentů uvedlo přes 22 % možnost „nikdy“. Příčinou odmítavějších názorů na podstoupení interrupce u žen bude pravděpodobně silnější vliv náboženství (Jozkowski a kol., 2018). V Lotyšsku se pohybovalo procento nesouhlasných odpovědí („nikdy“) na podobné úrovni jako v Česku kolem 15 %. Jak v Lotyšsku, tak v Bulharsku se mezi respondenty vyskytovala nejčastěji odpověď „5“, jež na škále 1 až 10 odráží respondentovu nestrannost. Toto se odráží i na hodnotách váženého průměru odpovědí v obou zemí, který je 5.

Tabulka 6: – Postoje společnosti k interrupcím ve vybraných evropských zemích k roku 2017

Postoje společnosti k UPT	Lotyšsko	Bulharsko	Švédsko	Česko
Počet respondentů	1212	1424	1167	1665
Ospravedlnění interrupcí (podíl souhlasných odpovědí v %)				
1 „nikdy“	15,3	22,4	4,3	14,4
2	5,5	2,6	1,5	3,7
3	11,1	4,2	1,5	3,5
4	9,2	5,5	1,7	4,1
5	26,1	25,5	7,4	17,8
6	8,1	11,0	3,0	7,4
7	7,2	9,3	4,9	8,7
8	6,4	7,3	12,9	11,5
9	3,9	4,6	10,7	8,5
10 „vždy“	7,2	7,6	52,1	20,3
Vážený průměr odpovědí	4,9	5,0	8,3	6,2
Směrodatná odchylka (v %)	2,6	2,8	2,5	3,1

Poznámky: *věk respondentů je 18+; respondentům byla položena otázka: „Uveďte prosím pro každý z následujících výroků, zda dané jednání je vždy ospravedlnitelné, není nikdy ospravedlnitelné nebo něco mezi tím, použijte stupnici této karty 1-10“.*

Zdroj*: EVS (2020) + vlastní zpracování a výpočty*

Na základě tvrzení ve studii Jozkowského a kol. (2018), jenž uvádí, že legislativní politika týkající se přístupu k bezpečným a legálním interrupcím se nezdá být odrážející názory pro ospravedlnění interrupcí. A přestože jsou názory společnosti na přístup k interrupcím velice četné a složité, pro jednoduchý přehled obecných faktorů, které by mohly souviset s postoji lidí byly u zástupců jednotlivých modelů interrupčních vzorců zkoumán vliv vybraných sociodemografických charakteristik. V tabulce 7 jsou zobrazeny struktury odpovědí respondentů podle kritérií jako je pohlaví, věkové skupiny respondentů, vzdělání, ospravedlnění homosexuality a otázka týkající se náboženství. Uvedeny jsou podíly souhlasných odpovědí, tedy podíly respondentů ospravedlňujících podstoupení interrupce u ženy ze všech respondentů celkově v dané kategorii. Jedná-li se o zohlednění pohlaví mezi podíly souhlasných odpovědí, ve všech zemích mimo Česka je tolerantnější přístup u žen. Ve Švédsku je to dokonce přes 65 % žen, které ospravedlňují podstoupení umělého přerušení těhotenství. Naopak nejnižší podíl žen ospravedlňujících UPT je v Lotyšsku (11,8 %). U mužů je největší zastoupení opět ve Švédské společnosti (60,1 %) a následuje hned Česko (30,3 %).

Pokud se jedná o rozložení podílů respondentů ospravedlňujících UPT podle věkových kategorií, nejvyšší podíly respondentů ospravedlňujících interrupce jsou převážně v mladších věkových skupinách. V případě Bulharska a Lotyšska se jedná o věkovou kategorii 18–29 let, která obsahuje nejvyšší podíl ospravedlňujících odpovědí a čím vyšší věková skupina, tím klesá podíl osob zastávající názor o ospravedlnění interrupcí. V Česku má nejvyšší podíl souhlasných

odpovědí ve věková skupina 30–44 let a Švédsko má nejvyšší zastoupení souhlasných odpovědí mezi věky 45–59 let. Nejvyšší podíl osob ospravedlňující podstoupení umělého přerušení těhotenství ve věkové skupině 60+ se vyskytoval ve Švédsku (58,1 %) a následně pak v Česku (22,3 %).

Dále bylo do analýzy zařazeno dosažené vzdělání. Podle hodnot uvedených v tabulce je na první pohled patrné, že výše souhlasných odpovědí se zvyšuje s dosaženým vzděláním. Nejvyšší podíl respondentu ospravedlňujících interrupce je ve skupině s vysokým dosaženým vzděláním, tj. bakalářským a vyšším. Nejvýraznější rozdíl v podílech souhlasných odpovědí je ve švédské společnosti, a naopak v Bulharsku nejsou rozdíly mezi podíly v jednotlivých kategoriích podle vzdělání tak markantní.

Dalším rozhodujícím faktorem, který může ovlivnit postoje respondentů k UPT je ospravedlnění homosexuality, které bylo kódováno identicky jako ospravedlnění interrupcí, tedy neospravedlnění homosexuality je na škále odpovědí definováno hodnotami 1-8 a ospravedlnění hodnotami 9-10. Podle rozdělení podílu souhlasných odpovědí lze uvést, že respondenti, kteří jsou tolerantnější ohledně ospravedlnění homosexuality, jsou rovněž tolerantní, co se podstoupení interrupce týče. Nejvyšší podíl osob, kteří uvedli, že jsou pro ospravedlnění homosexuality a zároveň ospravedlňují interrupce se vyskytovalo ve Švédsku, kde podíl činil přes 70 %, rovněž je ve Švédsku nejvyšší respondentů (27,8 %) vyjádřených se pro nesouhlas s homosexualitou, ale se souhlasem pro podstoupení UPT. Nejméně výrazné jsou rozdíly mezi podíly v Bulharsku. Zajímavé je sledovat rozdíl v podílu respondentů ospravedlňujících homosexualitu a zároveň i interrupce v Česku a Bulharsku. Ačkoli se obě země dříve řadily spíše do východní Evropy, jsou mezi nimi v současnosti patrné větší rozdíly, přičemž se Česko jeví být o něco více tolerantnější v tomto ohledu. To potvrzuje Sobotka (2008), který uvádí, že rodinné postoje ve střední a východní Evropě se v průběhu let pohybovaly směrem předpokládaným konceptem druhého demografického přechodu a tento posun je obzvláště pozoruhodný v Česku, kde se většina lidí stala vysoce tolerantní v postojích k interrupcím, předmanželskému sexu, rozvodu nebo partnerství osob stejného pohlaví.

Tabulka 7: Postoje společnosti k interrupcím ve vybraných evropských zemích k roku 2017

Postoje společnosti k UPT	Lotyšsko	Bulharsko	Švédsko	Česko
Ospravedlnění interrupcí (podíl souhlasných odpovědí v %)				
Pohlaví				
Muž	9,5	10,9	60,1	30,3
Žena	11,8	12,9	65,5	27,8
Věková skupina				
18–29	19,4	15,7	66,9	33,0
30–44	15,1	15,3	65,3	35,7
45–59	9,2	13,2	68,2	30,4
60+	7,8	9,4	58,1	22,3
Vzdělání				
Základní	5,8	9,0	40,2	21,2
Střední	8,3	12,5	61,0	29,2
Vysoké	16,6	13,7	70,8	31,1
Ospravedlnění homosexuality				
Ano	54,3	53.8	76,1	54,6
Ne	4,8	10,7	21,6	29,4
Věřící				
Ano	8,3	9,6	50,3	22,4
Ne	15,6	16,1	68,0	33,1

Poznámky: počet respondentů: Lotyšsko (1212), Bulharsko (1424), Švédsko (1167), Česko (1665); věk respondentů je 18+; Ospravedlnění homosexuality: neospravedlnění homosexuality (1-8), ospravedlnění homosexuality (9-10) na škále odpovědí
Zdroj: EVS (2020) + vlastní zpracování a výpočty

Posledním faktorem zařazeným do sociálních charakteristik je otázka týkající se víry, jelikož religiozita poměrně silně ovlivňuje jak užívání moderních metod antikoncepce i úroveň interrupcí. Respondentům byla položena otázka, zda jsou věřící. Podle hodnot z tabulky je patrné, že náboženství má vliv na postoje vůči interrupcím. Ve všech zemích je vyšší podíl osob, kteří ospravedlňují interrupce a nevyznávají žádnou víru a méně tolerantnější přístup je u věřících osob. Zajímavé je v tomto ohledu pozorovat Švédsko, kde souhlas na ospravedlnění interrupcí uvedlo přes 50 % věřících respondentů.

6.1 Vliv vybraných faktorů na ospravedlnění interrupcí

Následně byla využita binární logistická regrese s cílem zjistit, do jaké míry jsou zjištěné rozdíly v odpovědích v rámci vymezených kategorií v daných zemích statisticky významné. Přestože se podíly souhlasných odpovědí liší podle zvolených charakteristik jako je pohlaví, věk a vzdělání ve všech sledovaných zemích, vliv těchto proměnných na postoj u interrupcím se překvapivě

prokázal jako statisticky významný jen u některých zemí. Hodnocení vztahu těchto sociálních faktorů s postoji k UPT je uvedeno v tabulce 8, kde jsou zakomponovány i další proměnné jako je vliv náboženské víry, tj. zda respondent je nebo není věřící a ospravedlnění homosexuality, jež je v šetření položeno stejným typem otázky jako ospravedlnění interrupcí, tedy škálou s hodnotami 1 až 10, kdy hodnota 10 představuje souhlas, tedy ospravedlnění homosexuality a hodnota 1 nesouhlas.

Hned prvním překvapujícím zjištěním je, že se signifikantní vliv pohlaví na postoje k umělému přerušení těhotenství prokázal pouze v případě Česka, kde je vyšší šance na ospravedlnění interrupcí u mužů než u žen. Podobný výsledek lze pozorovat i u vztahu mezi postoji k interrupcím a věkem respondenta. Ani u jedné z věkových kategorií se neprokázal vliv věku v postojích společnosti k interrupcím. Z historických souvislostí by se dalo předpokládat signifikantní rozdíly v ospravedlnění interrupcí podle věku respondentů bude patrné alespoň v zemích bývalého východního regionu (Lotyšsko a Česko). Přesto se však jeví věk jako nevýznamným faktorem vůči postojům k umělého přerušení těhotenství.

Vztah mezi vzděláním a názory na interrupce se opět neprokázal větší souvislost u všech zemí mimo Švédska, kde se dá říct, že z hlediska postojů k UPT hraje poměrně významnou roli. Sobotka (2008) zmiňuje, že vyšší vzdělání je vnímáno jako zástupce kultury a je spojeno s poklesem tradičních náboženských přesvědčení, vyšší tolerancí v osobních záležitostech jako je homosexualita nebo interrupce, otevřeností ohledně sexuality a vysokými hodnotami na osobní seberealizaci v souvislosti se zaměstnáním. Tento poznatek lze potvrdit pouze ve švédské společnosti, kde je statisticky významný vliv vzdělání vůči ospravedlnění interrupcí, a to ve všech kategoriích. S vyšším dosaženým vzděláním se zvyšuje i šance na ospravedlnění umělého přerušení těhotenství. Konkrétně pak je u osob se středním vzděláním ve Švédsku téměř dvakrát vyšší šance k ospravedlnění interrupcí než osoby, které mají pouze základní vzdělání, a ještě vyšší šance (2,1krát), že bude respondent uvádět souhlasnou odpověď na podstoupení interrupce u ženy, pokud je jeho dosažené vzdělání vysoké (tj. bakalářské a vyšší vzdělání).

Co se týká ospravedlnění homosexuality zde byl prokázán statisticky velice významný vliv ve všech státech. Pokud respondent ospravedlňuje homosexualitu znamená to, že je výrazně vyšší šance, že bude ospravedlňovat i podstoupení interrupcí. V Česku je tato šance devět krát vyšší, ve Švédsku více jak osm krát vyšší. V případě Bulharska je dokonce více jak čtrnáct krát vyšší šance pro ospravedlnění interrupcí v případě, že je respondent tolerantní v názoru na homosexualitu. Ovšem nejvyšší šance k tomu, aby respondent při ospravedlnění homosexuality zároveň ve svém názoru vyjadřoval ospravedlní umělého přerušení těhotenství se projevila mezi respondenty z Lotyšska, kde šance činí hodnotu 20, čili pokud bude tolerantní k homosexualitě je dvacet krát vyšší šance, že bude tolerantní i k postoupení i interrupce u žen.

Jednoznačně u všech zkoumaných států hraje roli v postojích vůči interrupcím religiozita, a to zejména u respondentů ze Švédska a Česka, kde se vztah ukázal být nejsilnější. Ve Švédsku je šance na ospravedlnění interrupcí až 1,6krát vyšší u nevěřících než u respondentů hlásících se k nějaké víře a v Česku je to 1,5 vyšší šance. Toto platí i u respondentů jiných zemí. V Lotyšsku je šance téměř 1,9 vyšší, ačkoli se vztah nejeví tak silný jako u Švédska nebo Česka. Stejná šance je pak i v případě respondentů z Bulharska. Náboženství společně s ospravedlněním

homosexuality se ukázalo být jako nejstěžejnějším faktorem určující postoje vůči umělému přerušení těhotenství žen.

Jak naznačují výsledky analýzy, role faktorů se z hlediska formování a směru názorů a postojů společnosti k interrupcím ukázala jako důležitá, ovšem ne ve všech zemích byl vliv faktorů prokázán jako statisticky významný a v mnoha případech se ukázalo, že ani s postoji nesouvisí. V žádném ze zkoumaných zemí kromě Česka se nepotvrdil vliv pohlaví jako statisticky významný, i přesto bylo z podílů v ostatních zemích patrné, že vyšší podíl souhlasných odpovědí se vyskytoval u žen. Pohlaví se prokázalo statisticky významné v Česku, a to tak, že u mužů je vyšší šance ospravedlnění interrupcí než u žen. Velice podobně na tom byl faktor věku, který se ukázal jako statisticky nevýznamný ve všech analyzovaných zemích. Vzdělání naprosto dominovalo ve Švédsku, kde se projevil silný vztah ve všech kategoriích. Velice silným prediktorem pro ospravedlnění interrupcí vyšel faktor ospravedlňující homosexualita, přičemž je-li respondent tolerantní k ospravedlnění homosexuality, pak je výrazně vysoká šance tolerantnějšího přístupu i k ospravedlnění interrupcí. Jako dalším důležitým faktor ovlivňující postoj společnosti vůči interrupcím bylo potvrzeno náboženství, respektive víra, a to ve všech zemích.

Podíl vysvětlené variability závisle proměnné ve výsledném modelu se pohybuje na velmi odlišných, a přesto poměrně nízkých hodnotách mezi zkoumanými zeměmi, konkrétně mezi 13,2 až 34,0 %. To naznačuje, že vysvětlení proměnné ospravedlnění interrupcí nebylo zvolenými proměnnými (nezávisle proměnnými) dostatečné. Díky tomuto výsledku se nabízí možnost zařazení jiných vysvětlujících proměnných odlišného charakteru do budoucího výzkumu, než byly využity v této studii.

Tabulka 8: Efekt vybraných charakteristik na ospravedlnění interrupcí v roce 2017 ve vybraných evropských zemích, výsledky binární logistické regrese

Postoje společnosti k UPT	Lotyšsko	Bulharsko	Švédsko	Česko
	Exp (B)	Exp (B)	Exp (B)	Exp (B)
Pohlaví				
Muž	1	1	1	1
Žena	0,961	1,350	1,302	0,649**
Věková skupina				
18–29	1	1	1	1
30–44	0,647	1,077	0,923	1,568
45–59	0,565	0,819	1,459	1,490
60+	0,592	0,502	0,910	1,058
Vzdělání				
Nízké	1	1	1	1
Střední	0,942	1,310	1,991**	1,167
Vysoké	1,338	1,219	2,055 **	0,915
Ospravedlnění homosexuality				
Ano	20,216***	13,082***	8,290***	9,201***
Ne	1	1	1	1
Věřící osoba				
Ano	1	1	1	1
Ne	1,874*	1,832*	1,653**	1,581**

Poznámky: *závisle proměnná: 1=hodnota 9 a 10, 0=hodnota 1 až 8 na škále ospravedlnění UPT; binární logistická regrese, *<0.05, **<0.01, ***<0.001; počet respondentů: Lotyšsko (1212), Bulharsko (1424), Švédsko (1167), Česko (1665); věk respondentů je 18+; Nagelgerke R na druhou: 34,0 % Lotyšsko, 13,2 % Bulharsko, 24,3 % Švédsko, 27,0 % Česko*

Zdroj: *EVS (2020) + vlastní zpracování a výpočty,*

Z výsledků vztahů mezi postoji k interrupcím a sociálními faktory vyplývá, že tento výzkum slouží spíše jako zjednodušený pohled na tuto problematiku. Budoucí výzkumy by bylo možné postavit spíše na faktorech odlišného charakteru, než který nabízí evropské šetření hodnot (EVS), které obsahuje především sociální ukazatele. Směr pohledu na ospravedlnění interrupcí mohou do jisté míry také předurčovat i faktory ekonomického nebo politického charakteru. Při analýze ohledně postojů k interrupcím je potřeba uvažovat na různými omezeními. Především je nutné brát v potaz, že respondenti mohou mít silnější pocity ohledně určitých scénářů ve srovnání s jinými. Například ve studii Jozkowského (2018) byly zjištěny komplexnější pohledy na ospravedlnění interrupcí při zohlednění různých okolností, bez kterých by výzkum postojů k interrupcím mohl vést ke konfliktní názorům. Respondenti mohou mít silnější pocity v případě znásilnění nebo incestu. Budoucí výzkumy tedy mohou mít prospěch při začlenění mechanismu vážení, který zohlední sílu názorů na různé scénáře či okolnosti. Přesnější výsledky na

ospravedlnění interrupcí by mohly přinést výzkumy zaměřené na přesnější vyjádření individuálních postojů na toto kontroverzní téma, založené nejlépe na kvalitativním výzkumu obsahujícím co možná nepřesnějším vyjádření individuálního postoje k interrupcím se zohledněním možných okolností a podmínek vedoucím k rozhodnutí o podstoupení umělého přerušení těhotenství.

Závěr

Navzdory již zmíněným trendům týkajících se zvyšování prevalence antikoncepce a liberalizace legislativy atd., zůstává výskyt nechtěného těhotenství vysoký hlavně proto, že počet chtěných dětí poklesl (Bongaarts, Westoff, 2003). Nechtěným těhotenstvím, a tudíž výskytu interrupcím se nelze zcela vyhnout, především proto že s poklesem plodnosti na úroveň prosté reprodukce, nebo dokonce nižší se zvyšuje délka potenciální expozice nechtěným těhotenstvím (Marston, Cleland, 2003). Jejich výskyt lze však snížit různými způsoby jako je zlepšení společenské přijatelnosti, přístupu k antikoncepci, vývoje nových antikoncepčních technologií, vzdělávání a poradenství ke snížení partnerského násilí a zvýšení vlastní účinnosti ve výběru antikoncepce pro ženy a zlepšení služeb, které usnadňují nepřetržité a účinné používání antikoncepce (Sedgh, Stanley, Henshaw, 2007). Ke skutečnosti, že ve všech společnostech budou mít některé ženy a páry nechtěná těhotenství i přes značně vysokou prevalenci antikoncepce přispívá důkaz toho, že všechny antikoncepční metody, včetně sterilizace, selhávají a je tedy na místě zajistit přístup k bezpečným interrupcím. Nedokonalá antikoncepční praxe proto může být důležitou příčinou nechtěných těhotenství a následných interrupcí (Bongaarts, Westoff, 2003).

Rozdělení mezi Východem a Západem v úrovni interrupcí do roku 2009 se zmírnilo, ne však zcela vymizelo. Od roku 1990 byly v rámci evropských zemích byly zaznamenány konvergentní trendy směrem k nižší úrovni umělé potratovosti. Pokud jde však o strukturu interrupcí, byly patrné naopak trendy divergentního rázu, především kvůli rozdílům v přechodu na moderní metody antikoncepce, které se do roku 2009 lehce zmírnily, avšak stále značně přetrvávaly mezi zeměmi v rámci Evropy.

V závislosti na výši prevalence moderních prostředků antikoncepce a ukazatelů týkajících se interrupcí se utvořily v roce 2009 tři skupiny evropských zemí představující odlišné modely interrupčního chování. Mimo bývalého východního „modelu vyšší intenzity interrupcí“ (Estonsko, Rumunsko, Lotyšsko, Maďarsko, Bulharsko) a západního „časného modelu interrupcí“ (Švédsko, Británie, Dánsko, Francie, Finsko) se objevil nový model interrupčního chování, a to „model nižší intenzity interrupcí“ (Slovinsko, Slovensko, Itálie, Litva, Belgie, Německo, Česko, Španělsko), který byl specifický především tím, že se do něj řadily jak země východoevropské, tak i západoevropské.

Změny, které proběhly do roku 2019 byly značné, avšak ne tak rozsáhlé. Do roku 2019 došlo k poklesu úrovně umělé potratovosti ve všech sledovaných státech. Jisté odlišnosti byly zjevné při podrobnějším prozkoumání věkově specifických měr umělé potratovosti. Jednotný směr

změny zaznamenaly všechny země ve věkové skupině žen 15–19 let, kde proběhl do roku 2019 pokles úrovně interrupcí. Odlišné změny pak probíhaly v ostatních věkových kategoriích, přičemž v některých zemích došlo k poklesu míry interrupcí, a naopak jsou země, kde došlo k razantnímu zvýšení. Co se týká prevalence moderních metod antikoncepce v roce 2019, kromě Británie a Německa došlo ve všech státech k nárůstu v užívání moderních antikoncepčních prostředků. Nejvyšší nárůst byl pak pozorován v případě Bulharska a Rumunska.

Po aplikaci shlukové analýzy za rok 2019 na základě týž antikoncepčních a interrupčních ukazatelů jako v roce 2009 se země seskupily opět do tří skupin, které byly nazvány podle jejich typu specifického interrupčního chování. Vzniklé interrupční modely byly dosti podobné, nicméně se značné proměnilo jejich složení. Jako jediný se zachoval „model nižší intenzity interrupcí“, jež obsahoval stejné země jako v modelu původním. Nově se sem z bývalého „modelu časných interrupcí“ přesunulo Finsko a také země, které byly zařazeny do analýzy až v roce 2019 z důvodu nedostupnosti dat za rok 2009, a tím bylo Chorvatsko, Švýcarsko a Portugalsko. Bývalý „časný model interrupcí“ a „model vyšší intenzity interrupcí“ se spojily v jeden společný „časný model vyšší intenzity interrupcí“, kam se vyčlenily země: Francie, Dánsko, Británie, Maďarsko, Estonsko, Rumunsko, Bulharsko a Švédsko. Zcela nově se oddělila skupina zemí představující „pozdní model interrupcí“, skládající se pouze ze dvou zemí, a to Lotyšska a Německa. Lotyšsko se vyčlenilo z bývalého „modelu vyšší intenzity interrupcí“ a Německo z bývalé „modelu nižší intenzity interrupcí“. Toto promíchání zemí značí postupný zánik rozdělení na Východ a Západ v interrupčním chování.

Z každého modelu byla vybrána jedna země jakožto reprezentant skupiny. Tyto země byly pak blíže srovnány z hlediska věkově specifických měr umělé potratovosti za roky 2009 a 2019 a prevalence antikoncepce podle metody. U všech zástupců modelů byl zkoumán vliv vybraných sociálně demografických faktorů k ospravedlnění interrupcí. Reprezentantem „pozdního modelu interrupcí“ bylo Lotyšsko, u kterého do roku 2019 proběhl pokles obecné míry umělé potratovosti o téměř polovinu a zařadilo se tak mezi země s nižší úrovní umělé potratovosti. Věkově specifické míry interrupcí se koncentrují především ve věkové skupině 35–39 let, avšak prevalence moderních antikoncepce je na poměrné nízké úrovni kolem 60 %. Společnost v Lotyšsku se řadí mezi tu méně tolerantní k interrupcí a silný vliv na postoje k interrupcím má religiozita a ospravedlnění homosexuality.

Jako zástupce „časného modelu vyšší intenzity interrupcí“ bylo vybráno Bulharsko, kde do roku 2019 proběhl výrazný pokles úrovně interrupcí, nicméně i přes tento pokles se země stále držela mezi zeměmi s nejvyšší úrovní umělé potratovosti v Evropě. Věkově specifické míry jsou vysoké ve všech věkových skupinách, a především v těch nižších. Vysoký počet interrupcí u bulharských žen odráží nízká antikoncepční prevalence moderních metod a stále spoléhání se na tradiční metody antikoncepce. Navíc v Bulharsku jsou lidé spíše proti podstoupení interrupcí u žen a významnou roli k tomto postoji hraje náboženství.

Do analýzy bylo vybráno také Švédsko řadící se též do „časného modelu vyšší intenzity interrupcí“, ale v roce 2009 do „časného modelu interrupcí“. Je zajímavé, že ačkoli zaznamenalo Švédsko do roku 2019 pokles obecné míry interrupcí jako u všech evropských, tímto poklesem se stalo zemí v nejvyšší úrovní interrupcí mezi evropskými zeměmi. Řadí se mezi země s vyšší prevalencí antikoncepce, nicméně řada jiných zemí dosahuje vyšší. Stejně jako v případě

Bulharska jsou míry interrupcí vysoké ve všech věkových skupinách a nejvýraznější koncentrace je v nejmladších věcích žen. Specifikem je ve Švédsku právní legislativa umožňující ženám podstoupit interrupci až do 18. týdne těhotenství (ve výjimečných situacích do 22. týdne těhotenství), oproti ostatním zemím, kde je z právního hlediska lhůta do 12. týdne těhotenství. Vysoká úroveň interrupcí jde objasnit také tím, že švédská společnost je velice tolerantní vůči ospravedlnění interrupcí a je zároveň ve Švédsku důležitým faktorem k ospravedlnění interrupcí výše dosaženého vzdělání. A stejně jako u všech analyzovaných zemí je i zde silný vliv religiozity vůči postojů společnosti.

Posledním zástupcem ze třetí skupiny „modelu nižší intenzity interrupcí" je Česko, které má velice nízkou úroveň umělé potratovosti, která je nejpravděpodobněji do jisté míry způsobená velmi vysokou prevalencí moderních moderní antikoncepce, která činí přes 75 %. Míry interrupcí jsou rovnoměrně rozložené mezi věkovými skupinami. Zdá se česká společnosti není tak tolerantní v otázce na podstoupení interrupce jako v případě Švédska, ale podíl souhlasných odpovědí je značně vyšší než v případě Lotyšska a Bulharska.

Zdá se, že na postoje společnosti k ospravedlnění interrupcí má velmi silný vliv religiozita, která má, jak se ukázalo na individuální úrovni stále podstatný dopad. Zároveň se ukázalo, že pokud je společnost tolerantní k homosexualitě, většinou vyjadřuje i souhlasný postoj k ospravedlnění interrupcí. Vzdělání ve vztahu k postojům vůči interrupcím má vliv pouze ve Švédsku a to tak, že čím vyšší dosažené vzdělání, tím vyšší vyjádřený souhlas k ospravedlnění interrupcí. Při rozdělení společnosti v postojích na interrupce nemá v žádné ze zemí větší význam věk. Až překvapivě vyšel výsledek faktoru pohlaví, přičemž se potvrdil vztah pouze v Česku, a to tak, že více tolerantnější jsou v otázce postoupení interrupce muži. Avšak vzhledem k důležitosti problému interrupcí v našem každodenním životě potřebujeme více studií, abychom porozuměli možným rozdílům v postojích vůči interrupcím nad rámec jednoduchých vysvětlení, že interrupce jsou jen otázkou náboženství nebo politiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABORTION CLINICS IN EUROPE, 2023. Legal situations in Europe: Counties with easy access. [online]. [cit. 20.6.2023]. Dostupný z: https://abortion--clinics-eu.translate.goog/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=cs&_x_tr_hl=cs&_x_tr_pto=sc.

ALCORN, Randy, 2000. Pro-Life Answers to Pro-Choice Arguments. Massachusetts: Multnomah Books. [online]. 464 s. ISBN 1576737519. [cit. 9. 5. 2023] Dostupný z: https://openlibrary.org/authors/OL540492A/Randy_C._Alcorn.

BENAGIANO, Giuseppe, BASTIANELLI, Carlo, FARRIS, Manuela, 2007. Contraception: A social revolution. The *European Journal of Contraception and Reproductive Health and Care*. [online]. 12, (1). s. 3-12. [cit. 27. 3. 2023]. Dostupný z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17455038/.

BONGAARTS, John, WESTOFF, Charles, F, 2000. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* [online] 31, (3), s. 193-202 [cit. 19. 5. 2023]. Dostupný z: https://www.jstor.org/stable/172261.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2023. The World's Abortion Laws: The definitive record of the legal status of abortion in countries the globe, update in real time. [online]. [cit. 29. 3. 2023]. Dostupný z: https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/.

Český statistický úřad, 2004. Vývoj potratovosti v České republice – 1964–2002: Postavení ČR v mezinárodním srovnání potratovosti. [online]. Praha. *Český statistický úřad* [cit. 5. 4. 2023]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-potratovosti-v-ceske-republice-n-7heombmuc4.

Český statistický úřad, 2015. Vývoj potratovosti v České republice 2003–2014. [online]. Praha. *Český statistický úřad* [cit. 25. 4. 2023] s. 4–6. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20562549/13008315a.pdf/7833dad4-0cbd-42ee-8e4f-91d717eb53a8?version=1.1.

DAVID, H.P. and A.A.Popov. 1999. Russian Federation and USSR Successor States. 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, s. 23-37. Westport Connecticut: Greenwood Press. [cit. 5. 2. 2023].

DAVID, Henry, P., 1992. Abortion in Europe, 1920–91: A Public Health Perspectivec. Studies in Family Planning. 1992. [online]. 23, (1), s. 1–22. [cit. 2. 5. 2023]. Dostupný z: https://www.jstor.org/stable/pdf/1966824.pdf.

DEREUNDDRE, Rozemarijn, VAN DE PUTTE, Bart a BRACKE, Piet, 2016. Ready, Willing, and Able: Contraceptive Use Patterns Across Europe. *European Journal od Population*. *Health and Demohraphic Research, Department of Sociology*. *University of Ghent* [online]. 32, s. 543-573 [cit. 29. 3. 2023]. Dostupné z: https://link.springer.com/article/10.1007/s10680-016-9378-0.

EUROSTAT, 2023. Legally induced abortions by mother's age – Data browser [online]. [cit. 20. 3. 2023]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_FABORT/default/table?lang=en.

EUROSTAT, 2023. Population on 1 January by sex and age – Data browser [online]. [cit. 20. 3. 2023]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/DEMO_PJAN.

EVS, 2020. European Values Study 2017: Integrated Dataset. GESIS Data Archive, Cologne [online]. ZA7500 Data file Version 4.0.0 [cit. 5. 3. 2023]. Dostupné z: https://europeanvaluesstudy.eu/methodology-data-documentation/survey-2017/full-release-evs2017/.

FANTYSOVÁ, Markéta, 2006. Nechcete mít dětí? Kolik to stojí? *Aktuálně.cz*. [online] [cit. 15. 6. 2023]. Dostupné z: https://zpravy.aktualne.cz/finance/nakupovani/nechcete-mit-deti-kolik-to-stoji/r~i:article:136790/.

FREJKA, Tomáš, 2008. Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution. [online]. *Demographic Research* 19, 73-84 [cit. 25.2.2023]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/pdf/26349246.pdf.

FREJKA, Tomáš, WESTOFF, Charles, F., 2008. Religion, Religiousness and Fertility in the US and in Europe. [online]. *European Journal of Population*. 24, (1). s. 5-31. [cit. 2. 4. 2023]. Dostupný z: https://www.jstor.org/stable/40271476.

GUILLAUME Agnès, ROSSIER Clémentine, REEVE, Paul, 2018. Abortion around the world An overview of legislation, measures, trends, and consequences. [online]. *Population*, 73, (2), s 2017-306. [cit. 19. 3. 2023]. Dostupný z: https://www.cairn-int.info/article-E_POPU_1802_0225--abortion-around-the-world-an-overview.htm?contenu=article.

HENDL, Jan, 2006. Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat. Praha: *Portál,* 2006. 583 s. ISBN 80-7367-123-9. [cit. 19. 3. 2023].

HOFFMAN, Lois, Wladis, THORNTON, Arland, MANIS, Jean, Denby, 1978. The value of children to parents in the United States. [online]. *Journal of Population*, 1, (2), s. 91-131. [cit. 19. 5. 2023]. Dostupný z: https://www.jstor.org/stable/27507564.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERARATION, 2013. Network Regional Office (2013). Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 10 EU countries. [online]. [cit. 5. 6. 2023]. Dostupný z: https://europe.ippf.org/resource/barometer-womens-access-modern-contraceptive-choice-2013.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, 2012. Network Regional Office (2012). Key factors influencing contraceptive use in Eastern and Central Asia.

[online]. [cit. 5. 6. 2023]. Dostupný z: https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Rep_Keyfactorsinflcontractusein7ctries_Dec2012.pdf.

JOZKOWSKI, Kristen, N., CRAWFORD, Brandon, L., HUNT, Mary, E., 2018. Complexity in Attitudes Toward Abortion Access: Results from Two Studies. [online]. *Sexuality Research and Social Policy*. 15, s. 464–482. [cit. 5. 6. 2023]. Dostupný z: https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-018-0322-4#citeas.

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. 2023]. 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. 8.3.202]. Dostupné z: https://doi.org/10.3109/13625187.2011.574750.

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.

KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2019. East-West divide in abortion behaviour in the EU countries since 1990: Ongoing or vanished differentiation? [online]. *Induced abortion and spontaneous early pregnancy loss – focus on management*. [cit. 8.3.2020]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/336514894_East-West_Divide_in_Abortion_Behaviour_in_the_EU_Countries_Since_1990_Ongoing_or_Vanished_Differentiation.

LESTHAEGHE, Ron, 2000. Europe's demographic issues: Fertility, household formation and replacement migration. Expert group meeting on policy responses to population ageing and population decline. *United Nations, Population Divison*. [online]. New York. [cit. 22. 6. 2021]. Dostupný z: https://canucklaw.ca/wpcontent/uploads/2020/06/replace.european.population.pdf.

MARSTON, Cicely and CLELAND, John, 2003. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*. [online]. 29, (1), s. 6-13 [cit. 12.3.2023]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/3180995?seq=1#metadata_info_tab_contents.

PARUZEL-CZACHURA Mariola, DOMURAT Artur, NOWAK Marta, 2023. Moral foundations of pro-choice and pro-life women. Current Psychology. [online]. Springer. s. 1-11. [cit. 24. 4. 2023] Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/371222372_Moral_foundations_of_pro-choice_and_pro-life_women

PAVLÍK, Zdeněk, RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka, ŠUBRTOVÁ, Alena, 1986. Základy demografie: celostátní vysokoškolská příručka pro studenty přírodovědeckých, ekonomických, filozofických a lékařských fakult. *Academia*, Praha, 84 s. [cit. 3. 3. 2023].

PINTER, B., AUBENY, E., BARTFAI, G., LOEBER, O., OZAPL, S., WEBB, A., 2005. Accessibility and availability of abortion in six European countries. *The European Journal*

of Contraception and Reproductive Health Care. [online]. 10 (1): s. 51–58. [cit. 14.5.2023]. Dostupný z: https://www.researchgate.net/publication/7709605_'Accessibility_and_Availability_of_Abortion.

ŘEHÁKOVÁ, Blanka, 2000. Nebojte se logistické regrese. Sociologický časopis [online]. 19, (14). s. 403-454. [cit. 11.3.2023]. Dostupný z: https://www.jstor.org/stable/pdf/41131581.pdf?refreqid=excelsior%3A178e06944d804ae94739eaa6ef1cee54&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1.

SEDGH, Gilda, SINGH Susheela, HENSHAW K. Stanley, BANKOLE, Akinrinola, DRESCHER, Joanna, 2007. Legal abortion Worldwide in 2008: Incidence and recent trends. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* [online]. 43, (3). s. 188-198. [cit. 19. 5. 2023]. Dostupný z: https://www.jstor.org/stable/23048853.

SHIEL, William, C., STOPPLER, Melissa, Conrad, 2008. Webster's new world medical dictionary. New Jersey. [online]. *Wiley Publishing*, 2008. 483 s., III. [cit. 26. 2. 2023]. Dostupný z: https://www.moscmm.org/uploads/userfiles/Webster_s%20New%20World%20Medical%20Dictionary%20(1).pdf.

SINGH, Jerome, A., KARIM, Salim, S., Abdool, 2017. Trump's "global gag rule": implications for human rights and global health. The Lancet Global Health. [online]. 5,(4). [cit. 1. 4. 2023]. Dostupný z: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30084-0/fulltext.

SINGH, Susheela, WULF, Deirdre, HUSSAIN, Rubina, BANKOLE, Akinrinola, SEDGH, Gilda, 2009. Abortion Worldwide: A Decade Uneven Progress. [online]. New York. *Guttmache Institute*, s. 1-68. [cit. 16. 6. 2023]. Dostupný z: https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-decade-uneven-progress.

SKOUBY, SO., 2004. Contraceptive use and behaviour in the 21st century: A comprehensive study across five European countries. [online]. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.* 9(2). s. 54-68. [cit. 1. 5. 2023]. Dostupný z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15449817/.

SOBOTKA, Tomáš, 2008. The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe. [online]. *Demographic Research. Res* 19. s. 171-224. [cit. 5.2.2023]. Dostupný z: https://www.jstor.org/stable/pdf/26349249.pdf?refreqid=excelsior%3A2bb57af78385cf2db5f4aed1acdd77e6&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1.

SOBOTKA, Tomáš, 2003. Re-Emerging diversity: Rapid fertility change in Central and Eastern Europe after the collapse of the communist regimes. [online]. *Population*. 58(4-5), s. 451-486. [cit. 19. 5. 2021]. Dostupný z: https://www.cairn-int.info/journal-population-2003-4-page-451.htm.

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. [cit. 2.2.2023].

STLOUKAL, Libor, 1995. Demographic aspects of abortion in Eastern Europe: a study with special reference to the Czech Republic and Slovakia. Doctor thesis. [online]. s. 420. *The Australian National University*. [cit. 17.2.2023]. Dostupný z: https://openresearch-repository.anu.edu.au/handle/1885/117543.

ŠILEROVÁ, L. (2016). Rodina a sexuální výchova, postřehy a inspirace ze zahraničí. Regionální Council IPPF Larnaca. [online]. Sborník 2016, *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu*. [cit. 19. 5. 2021]. Dostupný z: https://www.planovanirodiny.cz/sbornik-2016/24-rodina-a-sexualni-vychova-postrehy-ze-zahranici.

UNITED NATIONS POPULATION FUND FOR POPULATION ACTIVITIES, 2022. UNFPA statement on the global implications of new restrictions to access to abortion. [online]. [cit. 18. 6. 2023]. Dostupný z: https://www.unfpa.org/press/unfpa-statement-global-implications-new-restrictions-access-abortion.

UNITED NATIONS, 1994. Report of the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994, New York. [online]. *United Nations*. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupný z:https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/a_conf.171_13_rev.1.pdf.

UNITED NATIONS, 2019. Contraceptive Use by Method 2019. Data Booklet. [online]. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. [cit. 15. 5. 2023]. Dostupný z: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf.

UNITED NATIONS, 2022. World Contraceptive Use 2022 and Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022. Data portal. [online]. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. [cit. 2. 3. 2023]. Dostupný z: https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-contraceptive-use.

UNITED NATIONS, 2022: Contraceptive prevalence: any modern method. [online]. Data portal, Population Division. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupný z: https://population.un.org/dataportal/data/indicators/2/locations/100,203,233,246,276,348,428,440,642,703,705,724,752,56,208,250,380,826/start/2009/end/2019/table/pivotbylocation.

UZEL, Radim, 2006. Sexuální výchova. [online]. *Vzdělávací institut ochrany dětí.* Praha. 28 s. [cit. 25.5.2023]. Dostupné z: http://ww.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385374360.pdf.

VAN DE KAA, Dirk, Jan, 1997. Option and Sequences: Europe´s Demographic Patterns. *Journal of the Australian Population Association*. Springer [online]. 14, s. 1-29. [cit. 2. 4. 2023]. Dostupný z: https://link.springer.com/article/10.1007/BF03029484.

VAN DE KAA, Dirk, Jan, 1997. Option and sequences: Europe's demographic patterns. *Journal of the Australian Population Association*. [online]. 14(1):1-29. [cit. 8.5.2023]. Dostupný z: https://link.springer.com/article/10.1007/BF03029484.

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.

VAN DE KAA, Dirk, Jan, 2011. On the societal impact of modern contraception. In: The future of motherhood in Western societies – Late fertility and its consequences. ed. G. Beets, J. Schippers, and E.R. te Velde, s. 49-60. *Springer.* [cit. 5.6.2023].

WARRINER, Ina, K., SHAH, Iqbal, H., 2006. Preventing unsafe abortion ant its consequences priorities for research and action. [online]. *Guttmacher Institute.* [cit. 5.5.2023]. Dostupný z: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/preventingunsafeabortion_0.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, 6th edition. Geneva, [online]. WHO. s. 56. [cit. 19. 4. 2023]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. [online]. Geneva: WHO, 2011. 67 s. [cit. 13. 3. 2023]. Dostupný z: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf;jsessionid=44838462120429BB3AF85F1DF72A3FD5?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014. Clinical practice handbook for safe abortion [online]. *World Health Organization.* Geneva. [cit. 8. 3. 2023]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, Global Abortion Policies Database, Geneva, WHO. [online]. [cit. 10. 6. 2023]. Dostupný z:http://srhr.org/abortion-policies/

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023: Health topics: Abortion. [online]. *World Health Organization.* [cit. 7. 4. 2023]. Dostupný z: https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1.

Přílohy

Tabulka 9: Hodnoty vstupních ukazatelé shlukové analýzy za jednotlivé evropské státy v roce 2009

Stát	Obecná míra umělé potratovosti	Míra umělé potratovosti žen 15-19 let	Poměr interrupcí žen 20-24 a 25-29 let	Prevalence moderních metod antikoncepce
Belgie	8,2	8,1	1,1	65,6
Bulharsko	22,2	15,4	0,8	44,2
Česko	11,1	7,4	0,9	72,7
Dánsko	13,9	14,9	1,1	72,1
Německo	6,6	5,8	1,1	71,9
Estonsko	26,9	21,4	1,1	54,6
Španělsko	10,6	12,2	1,0	66,1
Francie	17,5	16,8	1,1	73,8
Itálie	9,2	6,8	0,9	45,2
Lotyšsko	19,3	11,3	1,0	58,4
Litva	11,8	5,5	1,0	51,6
Maďarsko	20,6	17,4	1,0	59,7
Rumunsko	27,2	21,6	1,0	47,4
Slovinsko	10,8	6,6	0,8	61,4
Slovensko	10,9	6,1	0,8	60,2
Finsko	10,3	12,6	1,3	69,0
Švédsko	20,8	22,0	1,3	66,8
Británie	15,4	21,5	1,4	71,1

Zdroj: *Eurostat, United Nations: Contraceptive prevalence (Data portal) + vlastní výpočty a zpracování*

Tabulka 10: Hodnoty vstupních ukazatelé shlukové analýzy za jednotlivé evropské státy v roce 2019

Stát	Obecná míra umělé potratovosti	Míra umělé potratovosti žen 15-19 let	Poměr interrupcí žen 20-24 a 25-29 let	Prevalence moderních metod antikoncepce
Itálie	6,2	4,0	0,9	50,1
Bulharsko	14,7	12,4	0,7	55,7
Chorvatsko	3,1	1,7	1,0	43,5
Česko	7,6	4,7	0,7	75,0
Německo	5,9	1,3	0,2	67,3
Estonsko	13,1	8,6	0,8	58,8
Finsko	7,7	6,3	1,0	77,1
Maďarsko	11,6	14,1	1,1	62,1
Lotyšsko	8,3	0,9	0,3	61,1
Litva	5,4	3,1	0,7	55,8
Portugalsko	6,7	5,1	1,0	62,2
Rumunsko	11,0	8,6	0,9	55,7
Francie	15,1	16,4	1,1	75,2
Slovensko	5,2	3,8	0,8	64,6
Slovinsko	7,6	4,2	0,7	65,6
Španělsko	9,4	8,8	1,0	61,7
Švédsko	16,5	9,6	0,7	67,6
Švýcarsko	4,7	3,0	0,9	68,1
Belgie	7,8	8,3	1,1	66,3
Británie	13,3	18,5	1,3	68,8
Dánsko	11,9	15,0	1,1	73,0

Zdroj: *Eurostat, United Nations: Contraceptive prevalence (Data portal) + vlastní výpočty a zpracování*