

Ewa Frączak, Aneta Ptak-Chmielewska „, Demograficzny wymiar aborcji”
w pracy :

**Aborcja. Przyczyny , następstwa, terapia. Red. Naukowa B.Chazan,
W.Simon. Wyd. Wektory 2009, s. 63 – 73.**

Niniejszy tekst jest pełnym tekstem wysłanym do publikacji. Redaktorzy wydania pracy: **Aborcja. Przyczyny , następstwa, terapia (2009)** zamieścili tekst z pominięciem niektórych fragmentów tekstu, który został przesłany do publikacji. **Ponieważ nie dysponujemy tekstem publikacji, zatem zamieszczamy naszą pełną wersję testku wysłaną do druku 2 czerwca 2006 roku.**

Ewa Frączak e-mail: ewaf@sgh.waw.pl

Aneta Ptak-Chmielewska e-mai: aptak@sgh.waw.pl

Instytut Statystyki i Demografii
Szkoła Główna Handlowa – SGH

Aborcja – wymiar demograficzny

1. Wprowadzenie
 2. Pomiar zjawiska, źródła informacji
 3. Aborcja – wybrane aspekty: świat, Europa
 4. Aborcja – wybrane aspekty, Polska
- Literatura

Streszczenie

Artykuł zamieszczona ogólną dyskusję na temat miejsca aborcji w kontekście: płodność – antykoncepcja – aborcja – polityka ludnościowa. W prezentacji ogólnego zarysu polityki ludnościowej wspomniano o aspekcie prawnym aborcji i o dostępności danych statystycznych które stanowią podstawę do oceny zjawiska w czasie i przestrzeni. Kolejno, podana jest odpowiedź na pytanie: Co należy rozumieć pod pojęciem „demograficzny wymiar aborcji”? Z listy możliwych do wykorzystania miar i wskaźników wybrano te, które są dostępne na podstawie bieżących statystyk: krajowych, ONZ, WHO i innych organizacji międzynarodowych. Analiza empiryczna aborcji przeprowadzona jest w dwóch zakresach. Pierwszy zakres obejmuje analizę zjawiska w podziale na: świat, Europa, w tym Europa Środkowa i Wschodnia , Polska. Drugi zakres to analiza zjawiska aborcji w Polsce w jej demograficznym wymiarze. Na zakończenie podano ogólne wnioski i wykaz literatury.

1. Wprowadzenie

W publikacji ONZ „*Abortion Policy: A Global View*” UN, 2002¹, w jej wstępie czytamy: „Chociaż przerwanie ciąży jest zwykle stosowane w praktyce przez większość krajów świata i było stosowane w praktyce od dawna, to jest tematem, który budzi namiętność i spór. Przerwanie ciąży podnosi zasadnicze pytania o ludzkim istnieniu, takie jak: kiedy zaczyna się życie i co ono oznacza? Przerwanie ciąży jest bardzo blisko spornych zagadnień takich jak: kwestie prawne, zagadnienia kontroli własnego życia przez kobiety i granic tej kontroli, istoty i natury obowiązku państwa by ochronić nie narodzone dzieci, napięcie między świeckimi i religijnymi poglądami na życie ludzkie życia ludzkiego i jako społeczeństwa, praw małżonków i rodziców i ich zaangażowania w decyzje o przerwaniu ciąży i kolidujące prawa matki i płodu. Zagadnienie przerwania ciąży jest jednym z najbardziej spornych problemów społecznych, związanych z płciowością i seksualnością. U progu nowego stulecia pytania i problemy związane z aborcją nadal pozostają i nadal zajmują znaczące miejsce w publicznych debatach na całym świecie.”

Jednocześnie Autorzy publikacji we wstępie zastrzegają, że nie podejmują odpowiedzi na sporne kwestie. Ich zdaniem praca dostarcza obiektywnej informacji o naturze praw i polityk odnośnie aborcji, które funkcjonują w poszczególnych krajach i ich zmianach w czasie.

Zagadnienie aborcji i jej różnych aspektów stanowią od czasu do czasu temat dyskusji międzynarodowych. Przykładem takich dyskusji są międzynarodowe konferencje o tematyce ludnościowej jak: Międzynarodowa Konferencja Ludność i Rozwój w Kairze, 1994²; Czwarta Światowa Konferencja Narodów Zjednoczonych na temat Kobiet, Pekin 1995³, czy też 37 Sesja Komisji Ludność i Rozwój ONZ o temacie „Przegląd i ocena realizacji programu działania międzynarodowej konferencji” Ludność i Rozwój (ICPD) Kair 1994”, która odbyła się w Nowym Jorku w dniach 22-26 marca 2004 roku⁴.

Na tych dwóch wymienionych konferencjach, po raz pierwszy w historii tego typu konferencji czas poświęcony na dyskusję na temat przerywania ciąży był bezprecedensowy, być może nawet niewspółmierny do czasu innych dyskutowanych zagadnień. To świadczy z

¹ Por. *Abortion Policies. A Global Review* UN, <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/Intro.doc>, s. 1.

² Por. Program of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13.09.1994, UNDP 1994.

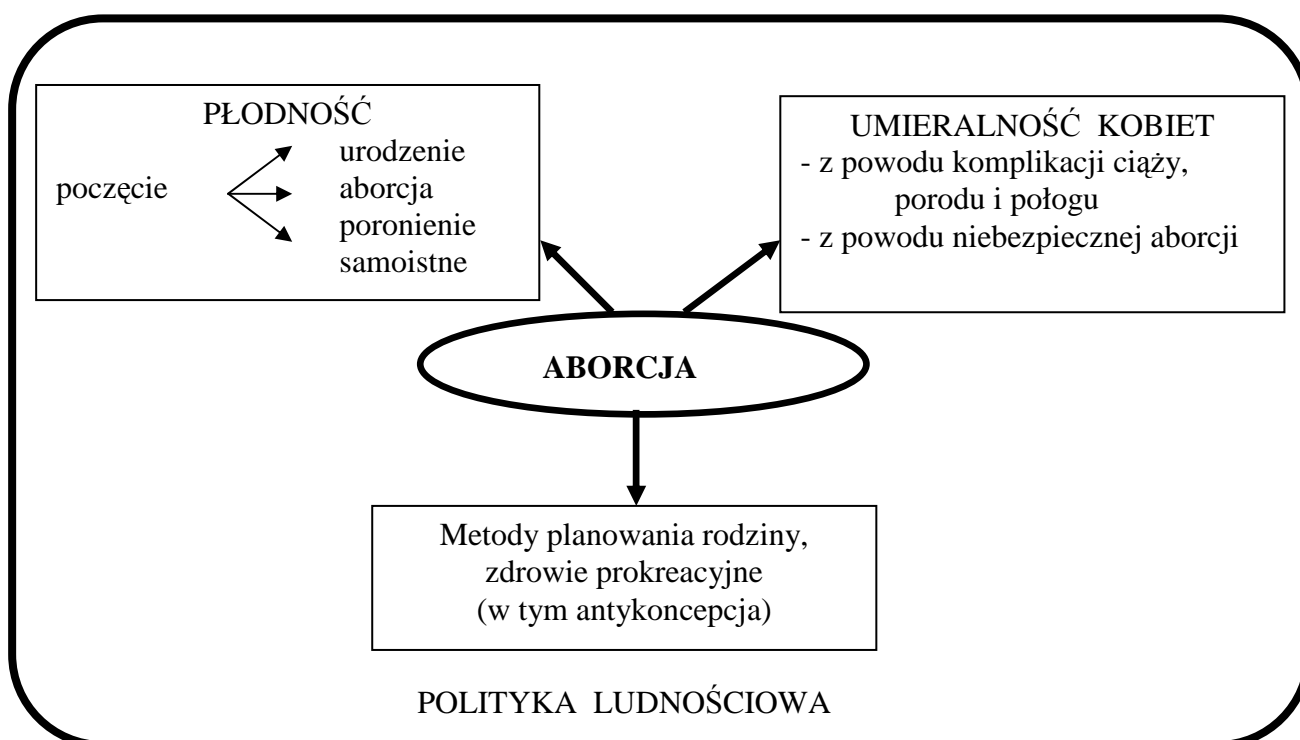
³ Por. Fourth Conference on Women, Beijing, China 4-15 September 1995. Platform for Action and Beijing Declaration, UN, Department of Public Information, New York 1996.

⁴ Por. Rządowa Rada Ludnościowa. Biuletyn Nr. 49, Warszawa 2005, str. 7 – 20.

jednej strony o wadze problemu, z drugiej zaś o trudności w przyjęciu jednoznacznych ustaleń i rozwiązań.

Mówiąc o aborcji nie sposób nie powiedzieć o procesach demograficznych, z którymi jest powiązana. Chodzi o dwa z trzech podstawowych procesów demograficznych: to jest płodność (proces rodności, urodzenia) oraz umieralność (zgony). Poniżej zamieszczono schemat, na którym starano się przedstawić umiejscowienie aborcji w odniesieniu do procesów demograficznych jak i do szeroko pojętej polityki ludnościowej (w skład których wchodzi również różnego rodzaju regulacje prawne).

Schemat 1. Płodność (urodzenia) – antykoncepcja – aborcja - umieralność-polityka ludnościowa i zdrowotna



Źródło: opracowanie własne.

Jak można wnioskować z przedstawionego schematu aborcja jest zjawiskiem odnoszącym się zarówno do procesów demograficznych jak i określonych polityk. Mówiąc o politykach nie sposób pominąć regulacje prawne, które są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania polityk, w tym polityki ludnościowej, zdrowotnej, społecznej. Mówiąc o regulacjach prawnych mamy na myśli zarówno te, które zapobiegają zjawisku aborcji, jak i te, które na nią z różnych względów przyzwalają. Jakość i dostępność danych statystycznych o aborcji zależy m.in. od regulacji prawnych. Występuje bardzo duże zróżnicowanie regulacji

prawnych aborcji na świecie od całkowitego zakazu jej wykonania aż do usuwania ciąży na żądanie. Tablica pierwsza zamieszcza informacje na temat dopuszczalności aborcji na świecie.

Tablica 1. Warunki dopuszczalność aborcji na świecie

Procent państw dopuszczających aborcję (według warunków dopuszczalności)	
Zagrożenie życia	98
Zagrożenie zdrowia fizycznego	63
Zagrożenie zdrowia psychicznego	62
Gwałt i kazirodztwo	43
Uszkodzenie płodu	39
Względy społeczno-ekonomiczne	33
Na żądanie	27

Źródło: *Abortion Policies: A Global Review*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002, Vo.1 s. 8 ; Press Release, POP/830 14 June 2002
“ UN Population Division Issues updated Study on Abortion Policies.

Warunki dopuszczalności aborcji różnią się dość znacznie ze względu na rozwój społeczno-ekonomiczny kraju czy regionu. Według publikacji ONZ najczęstszym powodem do aborcji jest zagrożenie życia, w 98% państw (w tym 99% kraje rozwinięte i 96% kraje rozwijające się). Drugim i trzecim powodem jest zagrożenie zdrowia fizycznego (63%) oraz zagrożenie zdrowia psychicznego(62%). Jedna trzecia państw na świecie (33%) dopuszcza aborcję ze względów społecznych. Na żądanie aborcja jest dostępna w 27% krajów współczesnego świata, w tym w: 65% kraje rozwinięte i 19% kraje rozwijające się.

2. Pomiar zjawiska, źródła informacji

Można postawić pytanie: *Co należy rozumieć pod pojęciem demograficzny wymiar aborcji?* Generalnie mówiąc o demograficznym wymiarze aborcji mamy na uwadze:

1. Ocenę zjawiska aborcji według określonych cech demograficznych jak: wiek kobiety, jej stan cywilny, kolejność urodzenia dziecka.
2. Ocenę zjawiska według cech społecznych, geograficznych, jak poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania kobiety.
3. Ocenę zjawiska aborcji w relacji do: poczęć, liczby urodzeń.
4. Ocenę umieralności kobiet związaną z ciążą, porodem i tzw. niebezpieczną aborcją.

5. Pośrednio – umieralność około-porodowa kobiet.

Dane o faktach aborcji pochodzą z oficjalnych statystyk państwowych odniesionych do regulacji prawnych funkcjonujących w danym państwie. Ich jakość i zakres dostępnych informacji jest bardzo zróżnicowana według krajów i kontynentów. Zebrane informacje statystyczne stanowią podstawę do wyznaczenia różnego rodzaju mierników, które są podstawą do oceny zmian zjawiska w czasie jak i do porównań międzynarodowych.

Najczęściej wykorzystywane mierniki do analizy aborcji i umieralności kobiet to:

1. Współczynnik aborcji (*abortion rate*) – liczba aborcji na 1000 kobiet w wieku 15-44(49) lat,
2. Częstkowe współczynniki aborcji według wieku, stanu cywilnego i kolejności urodzenia u kobiety,
3. Wskaźnik aborcji (*abortion ratio*) – liczba aborcji na 100 zarejestrowanych ciąż (zarejestrowane (rozpoznane) ciążę to suma urodzeń żywych i aborcji),
4. Proste wskaźniki będące relacją liczby aborcji do: urodzeń żywych, poronień samoistnych, struktury: urodzenia żywe, poronienia sztuczne i poronienia samoistne.

Do tej grupy miar należy zaliczyć miary umieralności kobiet z tytułu ciąży, porodu i położu oraz pomiar zjawiska tzw. niebezpiecznej aborcji ⁵.

1. Wskaźnik umieralności kobiet z powodu ciąży, porodu i położu (*maternal mortality ratio*): liczba zgonów na 100 000 urodzeń żywych,
2. Wskaźnik umieralności kobiet z powodu ciąży, porodu i położu (*maternal mortality rate*): liczba zgonów na 100 000 kobiet w wieku prokreacyjnym (15-49 lat),
3. Życiowe ryzyko zgonu z powodu ciąży, porodu i położu (*lifetime risk of maternal death*). Oblicza się mnożąc współczynnik umieralności razy 35 (lat),
4. Współczynnik niebezpiecznej aborcji (*incidence rate*) – liczba niebezpiecznych aborcji na 1000 kobiet w wieku 15-49 lat,
5. Wskaźnik niebezpiecznej aborcji (*incidence ratio*) – liczba niebezpiecznych aborcji do liczby urodzeń żywych wyrażona w %,
6. Wskaźnik umieralności spowodowanej niebezpieczną aborcją (*mortality ratio*) - liczba zgonów z tytułu niebezpiecznej aborcji na 1000 urodzeń żywych,
7. Proporcja (udział) zgonów z tyt. niebezpiecznej aborcji w ogólnej liczbie zgonów z tyt. ciąży, porodu i położu.

⁵ Termin „niebezpieczna aborcja” (*unsafe abortion*) według definicji WHO 2004 jest określana jako: „ zabieg przerywania niechcianej ciąży przez osoby niewykwalifikowane i/lub w warunkach niespełniających podstawowych norm medycznych”.

8. Współczynnik zgonów z powodu niebezpiecznej aborcji (*case fatality rate*) – liczba zgonów z tytułu niebezpiecznej aborcji na 100 procedur aborcji.

Zakres mierników jest bardzo bogaty, gorzej jest z dostępnością danych statystycznych, które stanowią podstawę ich wyznaczenia. W dwóch kolejnych częściach tego artykułu w bardzo ogólnym zakresie zostanie scharakteryzowane zjawisko aborcji w aspekcie demograficznym w odniesieniu do świata i Europy oraz scharakteryzowana sytuacja w Polsce.

3. Aborcja – wybrane aspekty: świat, Europa

Na początek, kilka statystyk ogólnych (dane około roku 2000):

Z prawie 50 milionów przerwania ciąży wykonanych na świecie każdego roku ⁶:

- 30 miliony z nich mają miejsce w krajach rozwijających się,
- 20 (25) miliony są to tzw. „, aborcje niebezpieczne” .

Blisko 90% (95%) ze wszystkich niebezpiecznych przerwania ciąży ma miejsce w krajach rozwijających się.

Ryzyko zgonu z powodu niebezpiecznego przerwania ciąży:

- w krajach rozwijających się jest 1 na 250 procedur ,
- w krajach rozwiniętych jest to 1 na 3700 procedur.

Ponad 70 000 kobiet umiera każdego roku z powodu niebezpiecznego przerwania ciąży. Stanowi to około 13% przypadków zgonów związanych z ciążą.

Znacznie dużo więcej kobiet przeżywa różne doświadczenia aborcji, jej konsekwencje, w tym przewlekłe problemy zdrowotne włącznie z bezpłodnością.

W każdej części świata, kobiety, które doświadczyły przerwania ciąży dają zasadniczo podobne przyczyny swojej decyzji.

Najczęściej podawane powody to⁷:

1. Chęć zakończenia wcześniej okresu rozrodczego,
2. Chęć odłożenia w czasie decyzji o urodzeniu dziecka,
3. Powody natury społeczno-ekonomicznej,
4. Problemy relacji z mężem, partnerem,

⁶ Dane: WHO, ONZ pochodzące głównie z publikacji: 1. AbouZahr C., Wardlaw T., Hill K., Choi Y., Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA, WHO Geneva, 2002.; 2. Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>

⁷ Por. Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>, s.17.

5. Wiek, zwykle młody wiek,
6. Z powodów zdrowotnych,
7. Z powodu gwałtu, kazirodztwa.

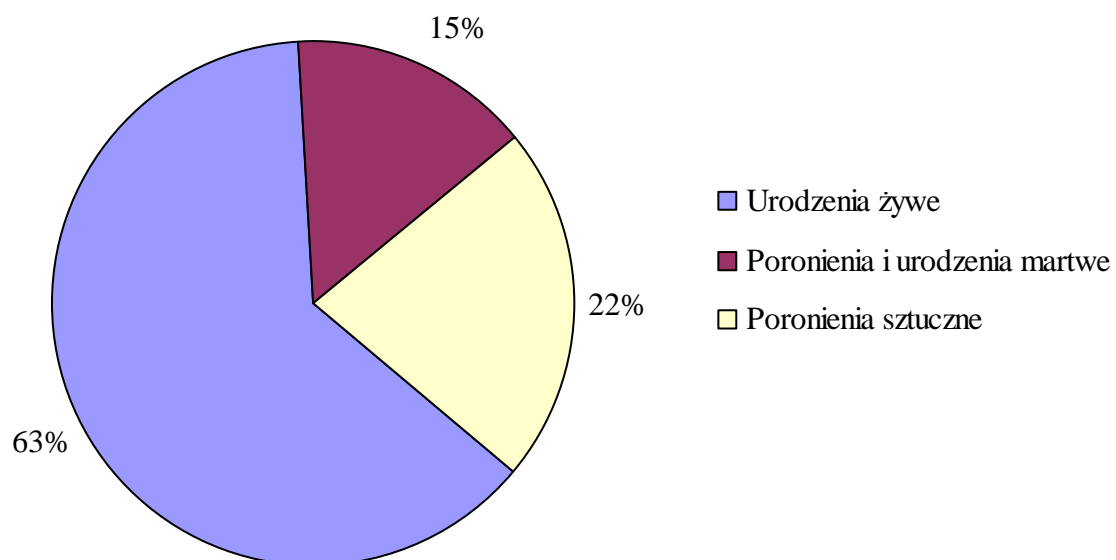
Z badań amerykańskich⁸ wynika, że średnio najczęściej podawanych jest około trzech powodów.

Poniżej zamieszczona jest w formie graficznej lub tabelarycznej (wykresy 1-6, tablica 2) informacja charakteryzująca zjawisko aborcji na świecie i w Europie oparta na statystyce Światowej Organizacji Zdrowia i innych międzynarodowych instytucji działających w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych, według stanu na rok 1995.

Około 1/3 ciąż na świecie nie kończy się urodzeniem (por. wykres 1.). Tylko 63 % wszystkich ciąż kończy się urodzeniem dziecka, 15% to poronienia i urodzenia martwe, pozostałe 22 % to poronienia sztuczne. Współczynnik aborcji definiowany jest jako liczba aborcji na 1000 kobiet w wieku 15-44 lat. Na świecie na każde 1000 kobiet będących w wieku prokreacyjnym, każdego roku przypada 35 aborcji, w tym 20 są to aborcje legalne, 15 – nielegalne (por. wykres 2). W krajach rozwiniętych współczynnik wynosi 39/1000 (w tym 35 to aborcje legalne , 4 aborcje nielegalne). W krajach rozwijających się współczynnik aborcji wynosi odpowiednio 34/1000 (w tym 16 legalne i 18 nielegalne). Struktura współczynników ze względu na legalność aborcji z podziałem na dwie podgrupy krajów jest odmienna. W krajach rozwiniętych dominują aborcje legalne, zaś w krajach rozwijających się przeważają aborcje nielegalne. Współczynnik aborcji jest bardzo zróżnicowany ze względu na regiony, podregiony i państwami na świecie ze względu na wartość oraz ze względu na strukturę (aborcje legalne i nielegalne – por wykresy: 3,4,5,6, tablica 2). Najwyższy współczynnik aborcji posiada Europa Wschodnia 90/1000 przy średnim poziomie współczynnika dla Europy na poziomie 48/1000 (ponad dwukrotną przewagę). Regiony rozwinięte z wyłączeniem Europy Wschodniej mają współczynnik aborcji na poziomie 20 . Pozostałe kontynenty mają współczynniki aborcji odpowiednio: Afryka – 33/1000; Azja – 33/1000; Ameryka Łacińska – 37/1000. Zdecydowana przewaga aborcji w tych częściach świata to aborcje nielegalne. Wykres 6 zamieszcza współczynniki aborcji dla wybranych krajów na świecie. Trzy kraje na świecie o najwyższym współczynniku aborcji to: Wietnam, Rumunia i Kuba. Miejsce czwarte zajmuje Rosja, piąte Białoruś, szóste – Ukraina. Najniższe wartości współczynników posiadają kraje: Hiszpania, Irlandia, Holandia, Belgia, Niemcy, Szwajcaria, Tunezja i Finlandia.

⁸ Por. An Overview of Abortion in the United States, developed by Physicians for Reproductive Choice and Health (PRCH) and the Guttmacher Institute, January 2003.

Wykres 1. Wynik zakończenia ciąży – sytuacja na świecie



Źródło: Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf> , wykres 1.1., str 7.

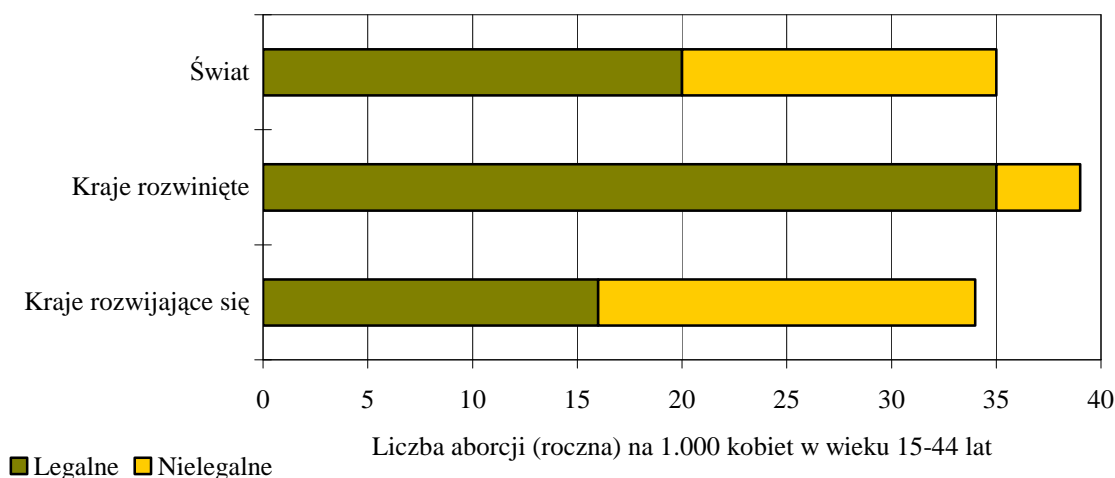
Tablica 2. Szacunki liczby niebezpiecznych aborcji wg legalności, procent aborcji nielegalnych, współczynnik i wskaźnik aborcji wg regionów i podregionów w 1995 roku.

Regiony i podregiony	Liczba aborcji (w mln.)			% nielegalnych	Współczynnik*	Wskaźnik**
	Ogółem	Legalnych	Nielegalnych			
Ogólnie	45,5	25,6	19,9	44	35	26
Regiony rozwinięte	10,0	9,1	0,9	9	39	42
Wyłączając Wschodnią Europę	3,8	3,7	0,1	3	20	26
Regiony rozwijające się	35,5	16,5	19,0	54	34	23
Wyłączając Chiny	24,9	5,9	19,0	76	33	20
Afryka	5,0	+	5,0	99	33	15
Wschodnia Afryka	1,9	+	1,9	100	41	16
Środkowa Afryka	0,6	+	0,6	100	35	14
Północna Afryka	0,6	+	0,6	96	17	12
Południowa Afryka	0,2	+	0,2	100	19	12
Zachodnia Afryka	1,6	+	1,6	100	37	15
Azja	26,8	16,9	9,9	37	33	25
Wschodnia Azja	12,5	12,5	+	-	36	34
Południowo-Centralna Azja	8,4	1,9	6,5	78	28	18
Południowo-wschodnia Azja	4,7	1,9	2,8	60	40	28
Zachodnia Azja	1,2	0,7	0,5	42	32	20
Europa	7,7	6,8	0,9	12	48	48
Wschodnia Europa	6,2	5,4	0,8	13	90	65
Północna Europa	0,4	0,3	+	8	18	23
Południowa Europa	0,8	0,7	0,1	12	24	34
Zachodnia Europa	0,4	0,4	+	-	11	17
Ameryka Łacińska	4,2	0,2	4,0	95	37	27
Karaiby	0,4	0,2	0,2	47	50	35
Środkowa Ameryka	0,9	+	0,9	100	30	21
Południowa Ameryka	3,0	+	3,0	100	39	30
Północna Ameryka	1,5	1,5	+	-	22	26
Oceania	0,1	0,1	+	22	21	20

* Aborcje na 1000 kobiet w wieku 15-44; ** Aborcje na 100 ciąży tzn. aborcje plus żywe urodzenia; + nie mniej niż 50,000; - mniej niż 0,5%.

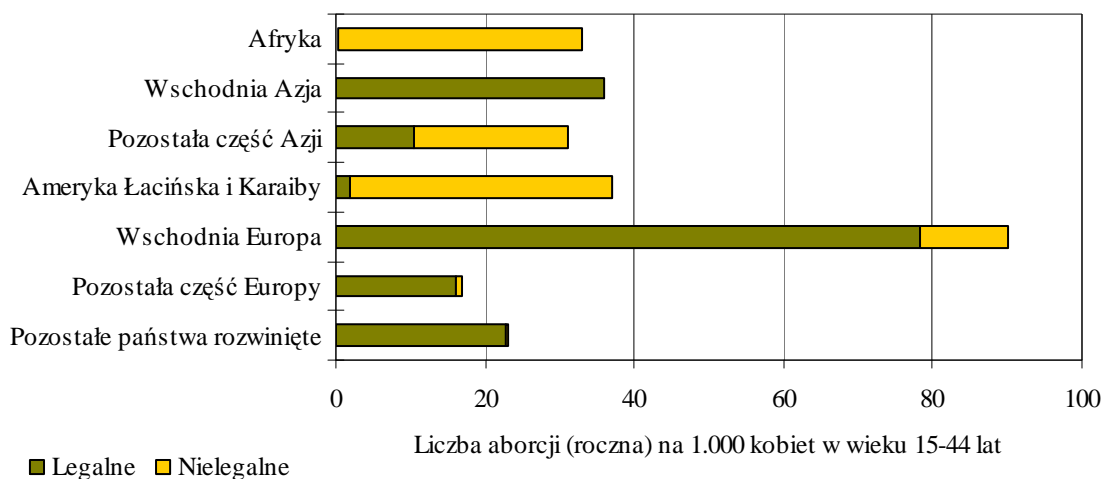
Źródło: Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>, Appendix tablica 3, str 53.

Wykres 2. Współczynniki aborcji: świat, kraje rozwinięte, kraje rozwijające się z podziałem na legalne i nielegalne



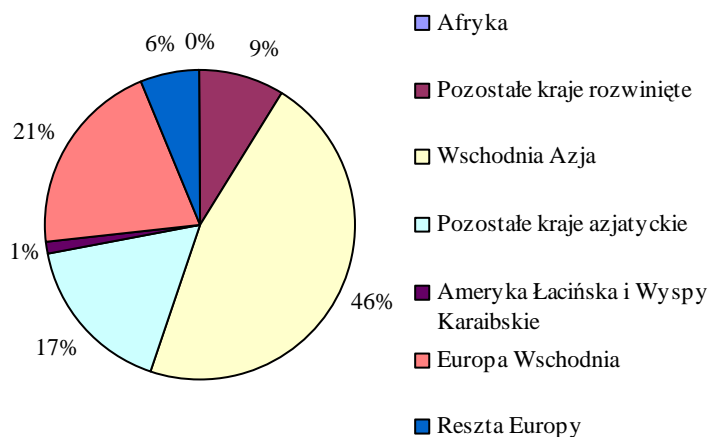
Źródło: Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>, wykres 4.3., str 27.

Wykres 3. Współczynniki aborcji według regionów świata z podziałem na legalne i nielegalne

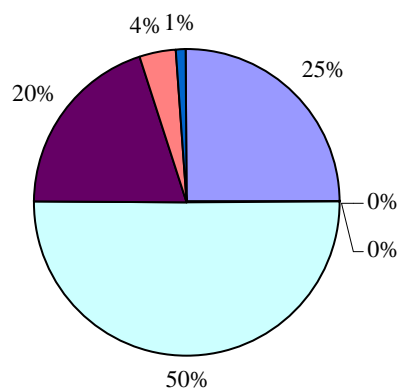


Źródło: Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>, wykres 4.4. str 27.

Wykres 4 a. Legalne aborcje

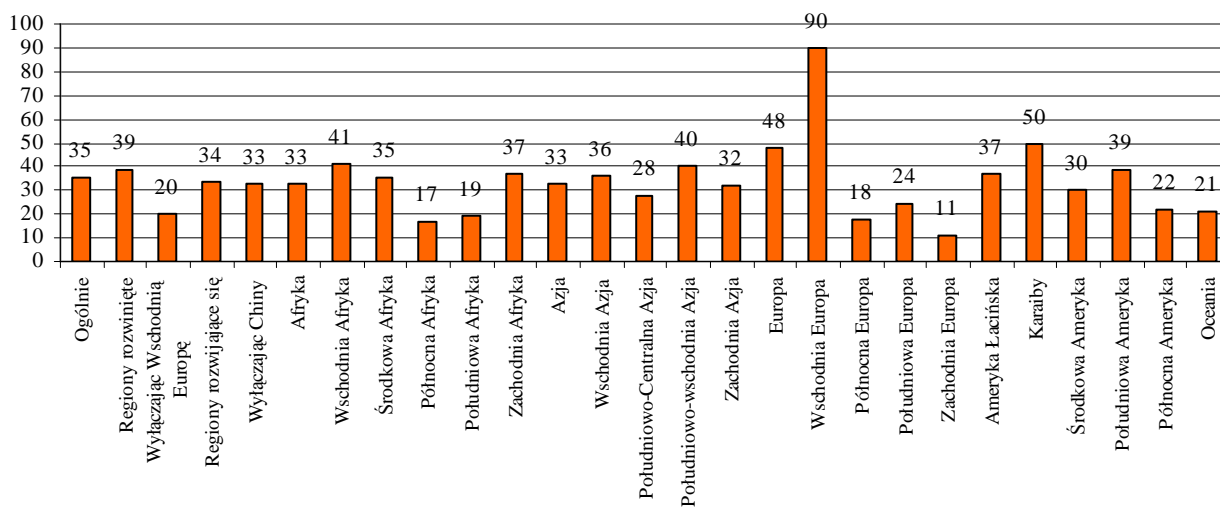


Wykres 4b. Nielegalne aborcje



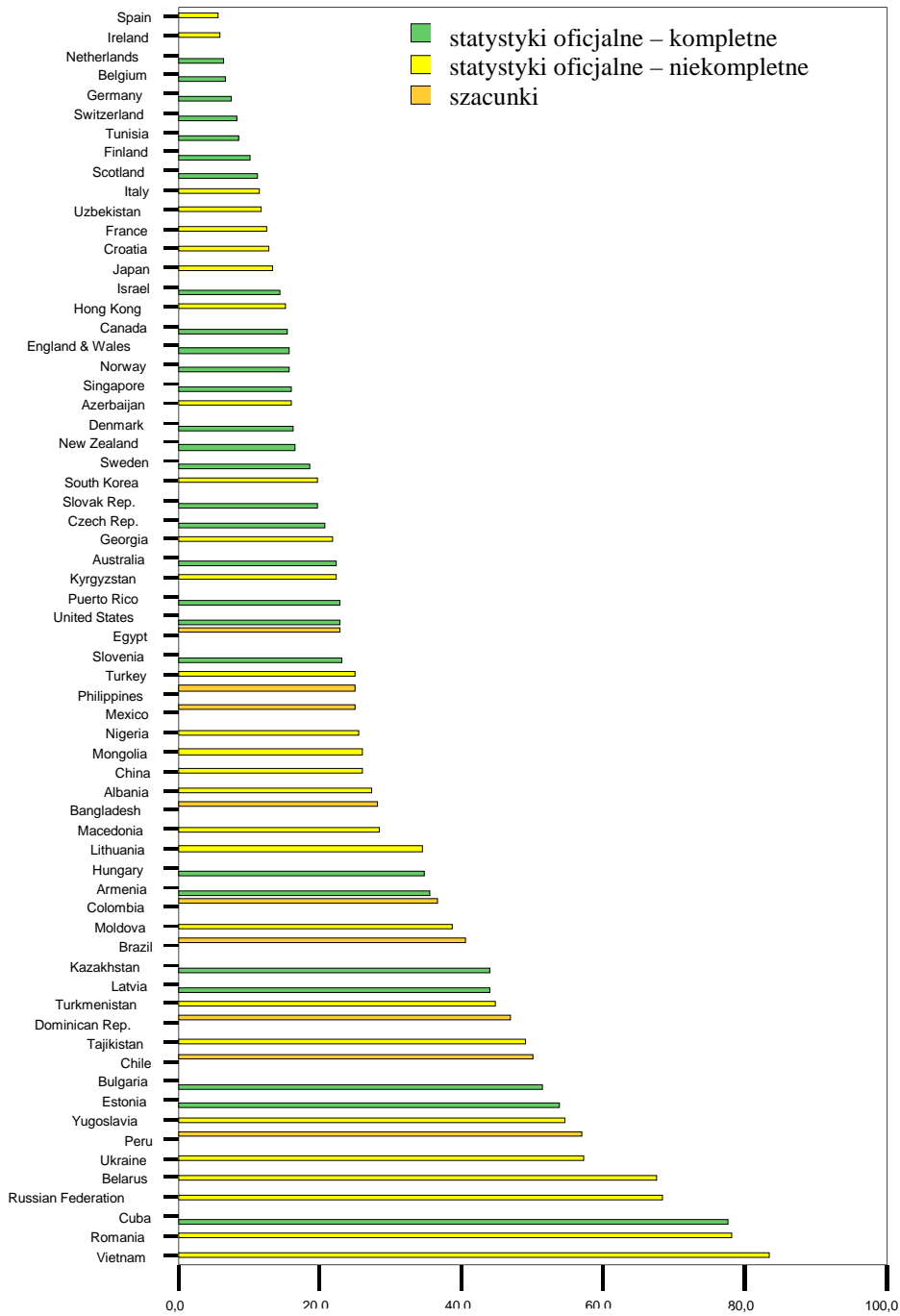
Źródło: Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>, wykres 4.2., str 26.

Wykres 5. Współczynnik aborcji wg regionów i podregionów w 1995 roku



Źródło: Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>, Appendix tablica 3, str 53.

Wykres 6. Współczynnik aborcji według krajów



Liczba aborcji (roczna) na 1.00 kobiet w wieku 14-44 lata

Źródło: Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>, wykres 4.5, str 28.

Zagadnienie umieralności

Szacowana liczba zgonów kobiet z powodu ciąży, porodu i połogu na świecie w roku 2000 przez Światową Organizację Zdrowia jest na poziomie 529.000. Znaczna część tej liczby przypada na Afrykę i Azję, odpowiednio jest to 251.000 i 253.000 co stanowi 95,3% ogólnej liczby zgonów. Wskaźnik umieralności kobiet dla całego świata jest szacowany na poziomie 400, w tym wartość jego osiąga poziom 440 w regionach rozwijających się i poziom 20 w krajach rozwiniętych (skala rozpiętości jest olbrzymia). Wśród kontynentów najwyższy wskaźnik umieralności posiada Afryka (830), w tym Afryka Sub-Saharyjska (920). Kraje, które posiadają najwyższą szacowaną liczbę zgonów kobiet z tytułu: ciąży, porodu i połogu to⁹: Indie (136 tys.), Nigeria (37 tys.), Pakistan (26 tys.), Republika Demokratyczna Kongo (20 tys.), Etiopia (24 tys.), Tanzania (21 tys.), Afganistan (20 tys.), Bangladesz (16 tys.), Angola, Chiny, Kenia po 11 tys. Te 13 krajów dają ogólną liczbę zgonów równą 333 tys. co stanowi 63% ogólnej liczby zgonów.

Z porównania liczb absolutnych i wskaźników umieralności dla lat 1995 i 2000 (por. dane tablicy 3) wynika, że:

1. nastąpił nieznaczny wzrost absolutnej liczby zgonów z poziomu 515 tys. do poziomu 529 tys.,
2. absolutny wzrost liczby zgonów nie przełożył się na wzrost wskaźnika umieralności, który w obu okresach jest taki sam i wynosi 400 zgonów na 100.000 urodzeń żywych,
3. nastąpiła zmiana pomiędzy kontynentami, polegająca na spadku liczby zgonów i wskaźnika zgonów dla Afryki (z 273 tys. do 251 tys.; wskaźnik z 1000 do 830) i wzroście liczby zgonów i wskaźnika dla Azji (z 217 tys. do 253 tys., wskaźnik z 280 do 330).

W tablicy 3 dla roku 2000 zamieszczono wartości miernika określanego jako życiowe ryzyko zgonu z powodu ciąży porodu i połogu. Nazwa miernika w języku angielskim to "life time risk of maternal death", jest to miernik kohortowy liczony na podstawie danych przekrojowych. Szacowanie wartości miernika przeprowadza się mnożąc wskaźnik umieralności kobiet z powodu ciąży, porodu i połogu przez długość okresu prokreacyjnego kobiety to jest 35 lat. Jest to miara syntetyczna kumulująca ryzyko zgonu w czasie całego życia prokreacyjnego kobiety. Ryzyko zgonu jest największe w Afryce (1 na 20) w tym w Afryce Sub-Saharyjskiej (1 na 16). Najmniejsze ryzyko jest w krajach regionów rozwiniętych

⁹ Por. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, WHO, Genewa, 2002, str. 13.

1 na 2800. Interpretacja miernika jest następująca: średnio jedna kobieta na 16 w Afryce Sub-Saharyjskiej i jedna kobieta na 2 800 doświadcza ryzyka zgonu z powodu ciąży, porodu i położu w ciągu cyklu życia.

Tablica 3. Umieralność kobiet z powodu ciąży, porodu i położu według regionów ONZ. Porównanie lat 1995 i 2000: świat ogółem, regiony.

Region	2000			1995	
	Wskaźnik umieralności kobiet z powodu ciąży, porodu i położu	Zgony kobiet z powodu ciąży, porodu i położu	Życiowe ryzyko zgonu z powodu ciąży, porodu i położu 1 na	Wskaźnik umieralności kobiet z powodu ciąży, porodu i położu	Zgony kobiet z powodu ciąży, porodu i położu
ŚWIAT OGÓŁEM	400	529,000	74	400	515,000
ROZWINIĘTE REGIONY	20	2,500	2,800	21	2,800
Europa	28	1,700	2,400	28	2,200
ROZWIJAJĄCE SIĘ REGIONY	440	527,000	61	440	512,000
Afryka	830	251,000	20	1,000	273,000
Północna Afryka	130	4,600	210	200	7,200
Sub-Saharyjska Afryka	920	247,000	16	1,100	265,000
Azja	330	253,000	94	280	217,000
Wschodnia Azja	55	11,000	840	55	13,000
Południowo-Środkowa Azja	520	207,000	46	410	158,000
Południowo-Wschodnia Azja	210	25,000	140	300	35,000
Zachodnia Azja	190	9,800	120	230	11,000
Ameryka Łacińska & Karaiby	190	22,000	160	190	22,000
Oceania	240	530	83	260	600

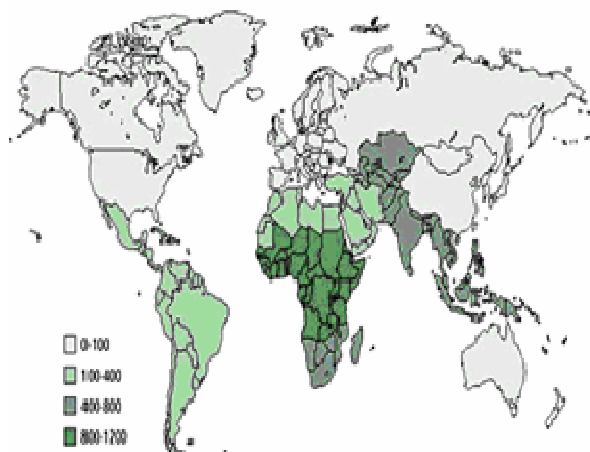
Źródło: Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, Genewa, 2002, tabl.5 str. 14, tabl. 6 str. 16.

Kolejne wykresy 7 i 8 przedstawiają regionalne zróżnicowanie wskaźnika umieralności i zgonów z powodu niebezpiecznej aborcji. Terminem niebezpiecznej aborcji (por. str 5, przypis 5) określa się zabieg, który jest przeprowadzony przez osoby nie

posiadające odpowiednich kwalifikacji lub przeprowadzany jest w warunkach zagrażających zdrowiu lub życiu kobiety.

Wykres 7. Wskaźniki umieralności kobiet z powodu ciąży porodu i połogu

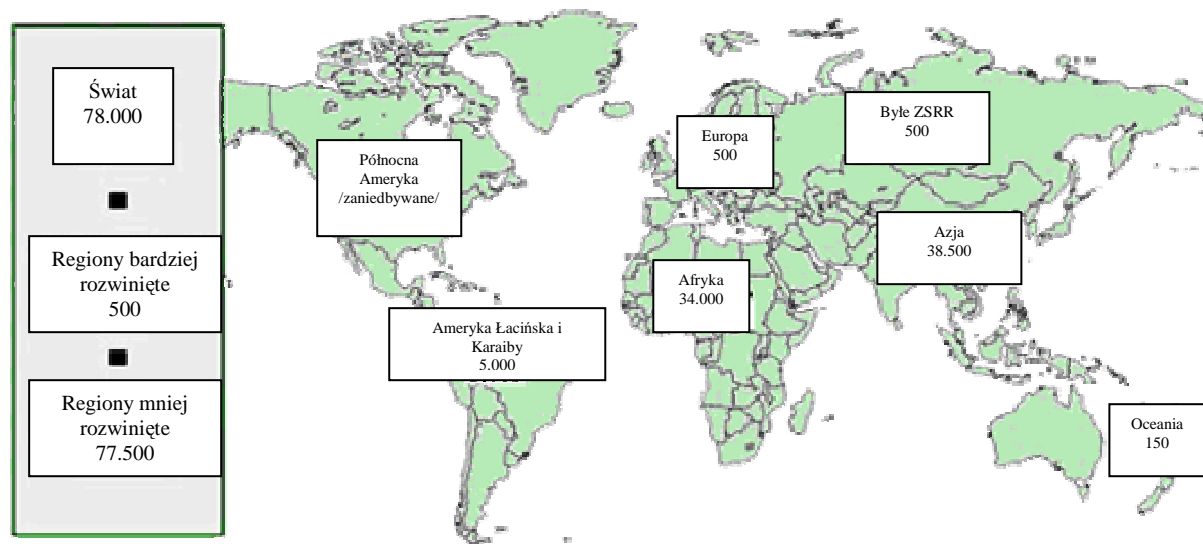
Liczba zgonów matek na 100.000 urodzeń żywych wg regionów



Świat 400			
Regiony bardziej rozwinięte 20		Regiony mniej rozwinięte 440	
Afryka	830	Europa	28
Wschodnia Afryka	1.061	Wschodnia Europa	61
Środkowa Afryka	944	Północna Europa	11
Północna Afryka	130	Południowa Europa	15
Południowa Afryka	437	Zachodnia Europa	17
Zachodnia Afryka	1.023	Ameryka Łacińska i Karaiby	190
Azja	330	Karaiby	408
Wschodnia Azja	55	Środkowa Ameryka	137
Południowo-Środkowa Azja	520	Południowa Ameryka	197
Zachodnia Azja	190	Ameryka Północna	11
		Oceania	240
		Australia i Nowa Zelandia	12
		Malezja/Mikronezja/Polinezja	1.123

Źródło: Maternal mortality in 2000, Estimates developer by WHO, UNCEF and UNFPA.

Wykres 8. Zgony z powodu niebezpiecznej aborcji: 1995 – 2000.



Źródło: Global and Regional Annual Estimates of Incidence and Mortality, Unsafe Abortions, United Nations Regions, 1995 – 2000. .

4. Aborcja – wybrane aspekty, Polska

W 1960 roku zanotowano w Polsce 223 tys. aborcji a w 2002 159 zabiegów. Skala zmian co do liczby zarejestrowanych aborcji jest ogromna. Prawo zezwalające na aborcję ze względów społecznych i zdrowotnych funkcjonuje w Polsce od 1956 roku. Nowe regulacje prawne obowiązują w Polsce od roku 1993, dokładniej od 7 stycznia 1993 roku to jest daty wprowadzenia *Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Ustawa zezwala na przerywanie ciąży w sytuacji zagrożenia życia zdrowia matki, ciężkiego uszkodzenia płodu potwierdzonego przez badania prenatalne i gdy ciąża powstała w wyniku gwałtu kazirodztwa i jest postrzegana jako ustawa restrykcyjna. Istotnie od daty wprowadzenia ustawy w Polsce obserwuje się istotne zmniejszenie liczby aborcji. W roku 2002 legalnie zarejestrowana liczba aborcji wynosiła tylko 159, co w porównaniu do liczby urodzeń żywych i sztucznych poronień wydaje się niezmiernie mała. Stosowne dane zamieszcza tablica 4.

Od 1993 roku kiedy wprowadzono *Ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* oficjalna liczba rejestrowanych zabiegów przerywania ciąży zmalała do poziomu 1240 (1993) i 874(1994). Wyjątek stanowi rok 1997 kiedy obowiązywało złagodzenie ustawy. W roku tym liczba aborcji wzrosła 6-krotnie w stosunku do roku poprzedniego (por. tablica 4). Złagodzenie ustawy zostało zawetowane i skierowane do Trybunału Konstytucyjnego, który orzekł niezgodność z Konstytucją przytaczając liczne argumenty¹⁰. Według nowej ustawy (Dz. U. Nr 157) aborcja jest zgodna z prawem tylko w razie zagrożenia życia i zdrowia matki, ciężkiego uszkodzenia płodu, potwierdzonego przez badania prenatalne, i gdy ciąża powstała w wyniku gwałtu lub kazirodztwa, nastąpił więc powrót do ustawy z 1993 roku. Zarejestrowana liczba aborcji w roku 2002 jest na poziomie 159 , natomiast faktyczna liczba pozostaje w dalszym ciągu nieznana i w sferze spekulacji, domysłów lub szacunków.

¹⁰ Omówienie i dyskusje na temat tych argumentów można znaleźć w pracy J. Balicki, E. Frątczak, Ch. B. Nam Przemiany ludnościowe. Fakty-Interpretacje-Opinie, Warszawa 2003. s. 390 i dalsze.

Tablica 4. Ogólna liczba urodzeń żywych, aborcji i poronień samoistnych, Polska – wybrane lata

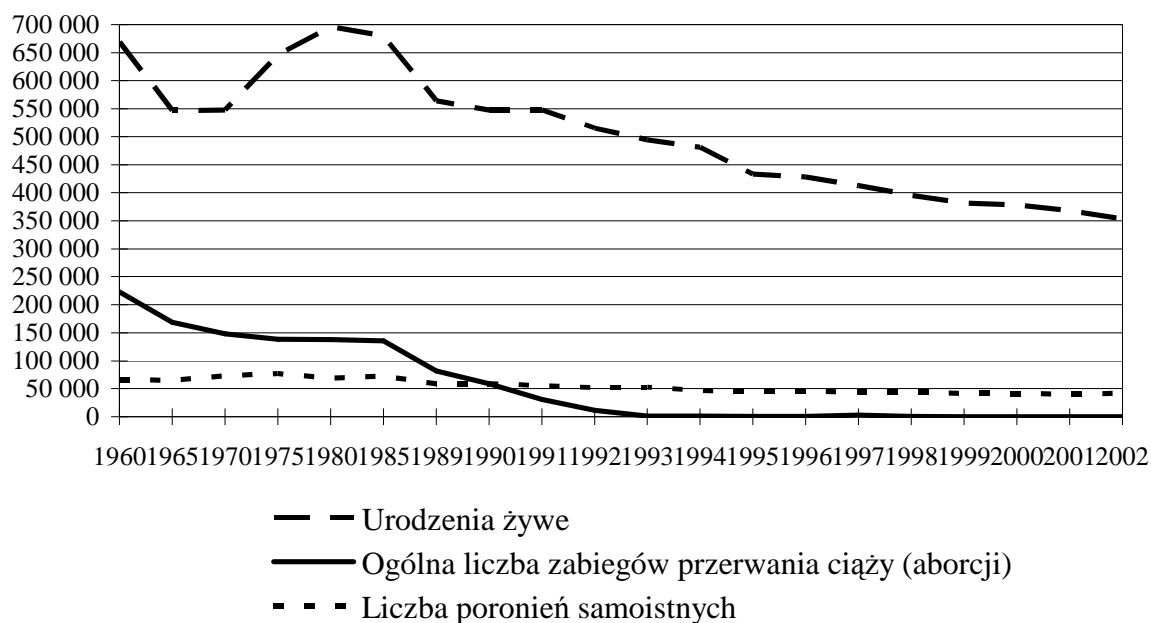
Lata	Urodzenia żywe w tys.	Ogólna liczba zabiegów przerwania ciąży (aborcji)	Liczba poronień samoistnych	Poronienia samoistne jako % urodzeń żywych	Zabiegi przerywania ciąży jako % urodzeń żywych
1960	669,5	223000	66 800	9,9	33,3
1965	547,4	168600	65 700	12	30,8
1970	547,8	148300	73 300	13,3	27
1975	646,4	138800	77 700	12	21,4
1980	695,8	137 950	68 757	9,9	19,8
1985	680,1	135 564	72 758	10,7	19,9
1989	564,4	82137	59 549	10,6	14,5
1990	547,7	59417	59 454	10,9	10,8
1991	547,7	30878	55 992	10,2	5,6
1992	515,2	11640	51 802	10,1	2,2
1993	494,3	1240	53 057	10,7	0,2
1994	481,3	874	46 970	9,8	0,001
1995	433,1	570	45 300	10,5	0,001
1996	428,2	505	45 054	10,5	0,001
1997	412,7	3047	44 185	10,7	0,007
1998	395,6	310	43 959	11,1	0
1999	382	151	41 568	10,9	0
2000	378,3	138	41 007	10,8	0
2001	368,2	124	40 559	11	0
2002	353,7	159	41 707	11,7	0

Źródło: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa, 27 październik 2003, tablica 1.9, s .61.

Liczba urodzeń żywych wykazuje w latach 1960-2002 stałą tendencję spadkową podobnie jak liczba zabiegów przerywania ciąży (aborcji) (por. wykres 9). Liczba poronień

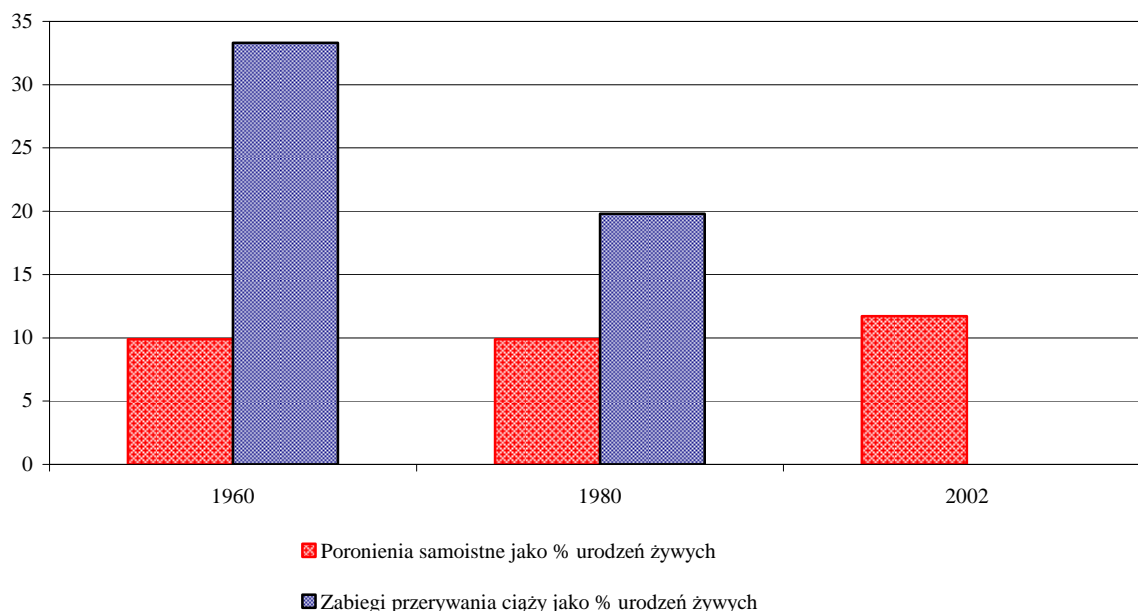
samoistnych pozostaje w omawianych latach na podobnym poziomie z niewielką tendencją spadkową (por wykres 9 i 10).

Wykres 9. Liczba urodzeń żywych, aborcji i poronień samoistnych



Źródło: Dane tablica 4.

Wykres 10. Poronienia samoistne i zabiegi przerywania ciąży w % ogółu urodzeń żywych



Źródło: Dane tablica 4.

Dla przykładu w latach 1980 i 1985, kiedy obowiązywała ustawa dopuszczająca aborcję ze względów społecznych liczba aborcji stanowiła 20% ogólnej liczby urodzeń żywych. Z

danych tablicy 4 wynika, że udział sztucznych poronień w odniesieniu do urodzeń żywych oscyluje na poziomie około 10-11%, wtedy kiedy liczba urodzeń była na poziomie 680 tys. w roku 1985 i w roku 2001, kiedy liczba urodzeń zmniejszyła się do poziomu 368 tys. Powstaje zatem pytanie o polski fenomen prawie zerowej liczby aborcji? Oczywiście nie ma jednoznacznej odpowiedzi na tak postawione pytanie, a zagadnienie aborcji jest tematem dyskusyjnym, zarówno dla jej zwolenników jak i przeciwników. Nie ma w Polsce wiarygodnych badań, które dotyczyłyby zagadnień niezamierzonych poczęć ich uwarunkowań jak i nielegalnych aborcji.

Według pozarządowej organizacji, Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny “Ustawa antyaborcyjna nie zlikwidowała i prawdopodobnie nie zmniejszyła aborcji . Szacowana przez Federację liczba nielegalnych aborcji waha się w granicach 80 – 200 tys. rocznie. Oznaczałoby to, że podziemie aborcyjne w Polsce jest dość dobrze rozwinięte.”¹¹. Ale są też inne argumenty przemawiające za tak niską liczbą aborcji to wzrost: poziomu edukacji seksualnej, większa znajomość metod planowania rodziny i zapobiegania nieplanowanej ciąży, powszechna dostępność środków antykoncepcyjnych, skuteczność stosowanych metod zapobiegania ciąży. To wszystko prowadzi do zmian w kulturze i zachowaniach pro-zdrowotnych i pro-świadomościowych (świadomość niebezpieczeństw związanych z aborcją)¹² co wraz z niezmienną wobec aborcji postawą Kościoła w Polsce może przyczyniać się do coraz rzadszego występowania aborcji.

Pomimo rozbieżności ideologii i poglądów zarówno *Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny* jak i *Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka* zgodni są do co do masowego występowania zjawiska podziemia aborcyjnego w Polsce. Rozbieżności powstają na etapie oceny skali tego zjawiska jak również metodologii szacunków jego rozległości i rozmiarów.

Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka szacuje wielkość podziemia aborcyjnego w Polsce na ok. 7-13 tysięcy zabiegów przerywania ciąży rocznie¹³, natomiast wg oceny *Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny* jest to jak wspomniano wcześniej poziom 80 do 200 tysięcy zabiegów rocznie. Wobec braku wiarygodnych informacji o

¹¹ Por. Ustawa antyaborcyjna w Polsce. Raport, wrzesień 2000, s. 2.
<http://www.federa.org.pl/publikacje/raporty/aborcja2000/>.

¹² Por. W. Wróblewska, Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce. *Studia Demograficzne* 1 (141), 2002, s. 11-42.

¹³ Por. Podziemie aborcyjne – mity i fakty. *Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka*. Kraków 2003., www.life.net.pl

poronieniach w Polsce Józwiak i Paradysz (1993) przeprowadzili szacunki ich liczby w Polsce wykorzystując dane dla Czechosłowacji dla wybranych lat okresu 1960-1990. Konkluzja autorów jest następująca ¹⁴: „ szacunki liczby sztucznych poronień, które otrzymaliśmy , świadczą o tym jak dalece dane o aborcji są zafałszowane” . Wniosek ten świadczy o tym, że jest to obszar badań , który wymaga pogłębionych studiów.

W kontekście porównań międzynarodowych Polska należy do grupy rajów regionu Europy Środkowej i Wschodniej. Analizy rozmiarów aborcji za okres 1950 –1980 w krajach Europy Wschodniej w latach 1950 –1980 wskazują , że poziom legalnych aborcji w tym regionie był najwyższy na świecie, a aborcja pełniła rolę środka “nowoczesnej antykoncepcji” (por. Frejka 1983) lub inaczej “ narzędzia kontroli urodzeń” (por. Kulczycki 1995).

Wobec znanej powszechnie historii aborcji w Polsce, kiedy funkcjonowała ustawa dopuszczająca aborcję w bardzo szerokim zakresie i doświadczeń funkcjonowania nowej ustawy od roku 1993 otwartym pozostają pytania: jakie są aktualnie postawy i zachowania dotyczące aborcji i antykoncepcji w Polsce ? W jakim kierunku zmierzają zmiany i o czym one świadczą? Odpowiedź na nie, choć pośrednio związana z tematem niniejszego artykułu stanowi jednak oddzielny temat ¹⁵.

Zakończenie

Aborcja jest zjawiskiem dość silnie zróżnicowanym regionalnie, uwarunkowanym regulacjami prawnymi o różnym zakresie. Najbardziej korzystne wskaźniki odnoszą się do Europy z wyjątkiem Europy Wschodniej. Szansą na działania zmierzające do ograniczenia aborcji i umieralności z nią związanej są m.in. zapisy w różnych dokumentach międzynarodowych, których efektywne wdrażanie może przyczynić się do ograniczenia skali zjawiska i jego niekorzystnych następstw.

Podczas *Milenijnego Szczytu ONZ (2000)* wszystkie państwa uznały konieczność zmniejszenia ubóstwa i nierówności społecznych. Za jeden z kluczowych *Milenijnych Celów Rozwoju* uznano poprawę stanu zdrowia matek i zmniejszenia o ¾ umieralności kobiet z przyczyn związanych z ciążą w latach 1990-2015 .

W Polskim Raporcie *Milenijnych Celów Rozwoju (2002)*¹⁶ założono dla lat 1990- 2015.

¹⁴ Por. J.Józwiak, J.Paradysz, 1993, s. 40.

¹⁵ Więcej na ten temat Czytelnik może znaleźć w pracy: E.Frątczak, J.Balicki., Postawy i zachowania rodzinne i prokreacyjne młodego i średniego pokolenia kobiet i mężczyzn w Polsce, w: Sytuacja Demograficzna Polski 2001. Raport Rządowej Rady Ludnościowej, RCSS, Warszawa 2003.

¹⁶ Raport na temat Milenijnych Celów Rozwoju, Polska. Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Przedstawicielstwo Narodów Zjednoczonych w Polsce. Warszawa 2002, s. 6.

Spadek współczynnika zgonów z tyt. ciąży, porodu i położu z poziomu 31,5 do 8,0 (zmniejszenie umieralności okołoporodowej o 75%).

Spadek współczynnika płodności wśród nastolatek (w wieku 15-19 lat) o 75% z poziomu 15,2 do poziomu 4. Realizacja tych celów w warunkach polskich wymaga aktywnych działań w obszarze co najmniej trzech polityk: ludnościowej, zdrowotnej i społecznej. Działania te powinny być włączone w spójną, wielopłaszczyznową platformę działań skupiających się wokół polityki ludnościowej, społecznej i zdrowotnej.

Literatura

1. Abortion in Context: United Nations and Worldwide. Issues in Brief. Reports June 1999,
2. Abortion Policies. A Global Review UN, <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/Intro.doc>.
3. Abortion Policies. A Global Review. United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs, UN, New York, 2002.
4. AbouZahr C., Wardlaw T., Hill K., Choi Y., Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA, WHO Geneva, 2002.
5. An Overview of Abortion in the United States, developed by Physicians for Reproductive Choice and Health (PRCH) and the Guttmacher Institute, January 2003.
6. Balicki J., Frączak E., Józwiak J., Latuch K., Ptak-Chmielewska A., Sienkiewicz K. 2002, Zmiany w postawach i zachowaniach reprodukcyjnych młodego i średniego pokolenia Polek i Polaków. Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Sesja Końcowa I. Kongresu Demograficznego w Polsce, 25 – 26 listopada 2002 r. Warszawa.
7. Balicki J., Frączak E., Nam Ch. N., PRZEMIANY LUDNOŚCIOWE: FAKTY – INTERPRETACJE – OCENY, t. 1: Mechanizmy przemian ludnościowych. Globalna polityka ludnościowa, Instytut Politologii UKSW, Warszawa 2003.
8. Berer M., Making Abortions Safe: A Master of Good Public Health Policy and Practice. Biulletin of the World Health Organization, 2000, 78, (5).
9. Bezpieczne przerywanie ciąży. Wskazówki techniczne i dotyczące polityki zdrowotnej dla systemów ochrony zdrowia. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa , Warszawa 2004.
10. Fourth Conference on Women, Beijing, China 4-15 September 1995. Platform for Action and Beijing Declaration, UN, Department of Public Information, New York 1996.
11. Frączak E., J.Balicki., Postawy i zachowania rodzinne i prokreacyjne młodego i średniego pokolenia kobiet i mężczyzn w Polsce, w: Sytuacja Demograficzna Polski 2001. Raport Rządowej Rady Ludnościowej, RCSS, Warszawa 2003.
12. Frejka T., 1983: Induced Abortion and Fertility: a Quarter Century of Experience in Eastern Europe. Population and Development Review; 9(3):s.. 494-520.
13. Human Life International – Europa: www.hli.org.pl
14. Induced Abortion Worldwide. Facts in Brief, Reports 1999, The Alan Guttmacher Institute , http://www.guttmacher.org/pubs/fb_0599.html
15. Józwiak J., J.Paradysz, Demograficzny wymiar aborcji. Studia Demograficzne , Studia Demograficzne, Nr 1/111, 1993, s. 31-42.
16. Kulczycki A.,1995, Abortion policy in Postcommunist Europe: the Conflict in Poland. Population and Development Review; 21(3): s. 471-505.

17. Niebezpieczna aborcja a zdrowie kobiet, http://www.federa.org.pl/publikacje/at_info/aborcja/abor2.htm.
18. Opinie o prawnej regulacji przerywania ciąży. Komunikat z badań CBOS BS/139/2003. Wrzesień 2003, Warszawa. <http://www.cbos.pl>
19. Podziemie aborcyjne – mity i fakty. Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka. Kraków 2003., www.life.net.pl
20. Polska Federacja Ruchów Obrony Życia: www.prolife.com.pl
21. Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka: www.life.net.pl
22. Program of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13.09.1994, UNDP 1994.
23. Raport na temat Milenijnych Celów Rozwoju, Polska. Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Przedstawicielstwo Narodów Zjednoczonych w Polsce. Warszawa 2002.
24. Rządowa Rada Ludnościowa. Biuletyn Nr. 49, Warszawa 2005.
25. Serbanescu F., Goldberg H., Morris Leo, Reproductive health in Transition Countries in the European Context; paper prepared for the European Population Forum 2004, the session on “Morbidity, Mortality and Reproductive Health: Facing Challenges in Transition Countries” Geneva, Switzerland 12 – 14 January, 2004.
26. Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide, The Alan Guttmacher Institute. Reports 1999 <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing/pdf>
27. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa, lipiec 2002
28. The Alan Guttmacher Institute , http://www.guttmacher.org/pubs/ib_0599.html
29. Unsafe Abortion, Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000, Fourth edition, World Health Organization, Geneva, 2004.
30. Ustawa antyaborcyjna w Polsce. Funkcjonowanie, skutki społeczne, postawy i zachowania, praca zbiorowa pod red. W. Nowickiej. Federacja na Rzecz kobiet i Planowania Rodziny, Raport – Wrzesień 2000, <http://www.federa.org.pl/>.
31. Wróblewska W., Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce. Studia Demograficzne 1 (141), 2002, s. 11-42.