

Filip Furman



ORCID: 0000-0003-0785-7341

Słowa kluczowe: aborcja, wskaźnik śmiertelności okołoporodowej, zdrowie reprodukcyjne, prawa kobiet, prawa człowieka

Aborcja a śmiertelność okołoporodowa matek¹

1. Wprowadzenie

W dyskursie prowadzonym przez międzynarodowe gremia specjalistyczne często pojawia się teza, powtarzana później przez część polityków i liderów opinii, jakoby aborcja mogła stanowić odpowiedź na problem wysokiej śmiertelności okołoporodowej występującej w krajach słabo i średnio rozwiniętych. W broszurze Organizacji Narodów Zjednoczonych zatytułowanej *Polityka Zdrowia Reprodukcyjnego 2017* (ang. *Reproductive Health Policies 2017*) stwierdza się, że „niebezpieczna aborcja jest jedną z czołowych przyczyn śmiertelności okołoporodowej matek”². Wskazuje się tam również, że kraje regionów słabiej rozwiniętych, takich jak Afryka i Oceania, mogłyby zapobiec wielu przypadkom okołoporodowej śmierci matek „poprzez lepszy dostęp do edukacji seksualnej, informacji o antykoncepcji i środków antykoncepcyjnych oraz bezpieczne usługi aborcyjne i opiekę poaborcyjną (...)”³.

Niniejsze opracowanie ma na celu zbadanie przywoływanej zależności pomiędzy liczbą wykonywanych aborcji a śmiertelnością okołoporodową matek (*maternal mortality*) w 175 krajach świata w oparciu o analizę danych dostępnych w bazach Banku Światowego i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

1 Tekst pierwotnie opublikowany 10 marca 2020 r. pod adresem: https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Aborcja_a_śmiertelnosc_okoloporodowa_matek_0.pdf, dostęp: 9 stycznia 2023 r. Rozdział odnosi się do danych dostępnych w momencie publikacji pierwotnej wersji.

2 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017), *Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet* (ST/ESA/SER.A/396), https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/reproductive_health_policies_2017_data_booklet.pdf, s. 9, dostęp: 2 stycznia 2022 r.

3 Tamże.

2. Śmiertelność okołoporodowa matek – definicja i ograniczenia metodologiczne

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje śmiertelność okołoporodową matek jako „śmierć kobiety podczas ciąży lub do 42. dnia od zakończenia ciąży, niezależnie od czasu trwania i miejsca ciąży, z jakiegokolwiek przyczyny związanej z ciążą lub zaostrzonej przez nią lub jej przebieg, ale nie z przyczyny wypadku lub przyczyn przypadkowych”⁴. Tak więc przyjęta definicja śmiertelności okołoporodowej matek powoduje, że we wskaźnik śmiertelności wliczana jest śmiertelność podczas aborcji lub w jej wyniku. W takim wypadku próby stręczenia aborcji krajom nisko rozwiniętym jako recepty na poprawienie wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek są mefistofelicznym zabiegiem: zwiększenie dostępu do aborcji w warunkach szpitalnych może rzeczywiście przyczynić się do zmniejszenia statystyki, która nosi miano „wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek”. Jednak nie oznacza to, że zmniejszy się śmiertelność okołoporodowa, a śmiertelność okołoporodowa, która, choć autorzy wyżej wymienionego wskaźnika zdają się tego nie dostrzegać, nie jest tym samym. Brak rozróżnienia przy zbieraniu danych statystycznych powoduje wprowadzanie decydentów, a dalej opinii publicznej, w błąd. Jest to jednak wskaźnik istniejący w międzynarodowych statystykach obejmujących większość krajów świata, tak więc z przyczyn praktycznych jestem zmuszony uznać go za wystarczający.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że całkowity zakaz aborcji obowiązuje w istocie w niemal 50 krajach świata⁵, nie jest on jednak tak klasyfikowany przez ONZ ze względu na fakt, że kraje te dopuszczają ratowanie życia matki, nawet gdyby procedura ta groziła śmiercią jej nienarodzonego dziecka. Takie wypadki opisywane są często jako dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety. Opis ten nie wydaje się jednak właściwy, gdyż dopuszczalność ratowania życia kobiety nie oznacza zgody na zabiegi w swej istocie mające na celu uśmiercenie dziecka, a jedynie na podejmowanie działań leczniczych ukierunkowanych na ratowanie zdrowia kobiety, nawet jeżeli mogą jednocześnie doprowadzić do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia dziecka poczętego. Działania takie mogą być zróżnicowane i obejmują na przykład cięcia cesarskie w porodach przedwczesnych, do których wskazaniem jest stan zdrowia matki⁶. „[D]ziałanie polegające na poświęceniu jednego dobra prawnie chronionego dla ratowania innego takiego dobra, pod warunkiem,

4 World Health Organization, <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>, dostęp: 2 stycznia 2020 r.

5 *Ranking państw świata pod względem poziomu prawnej ochrony życia człowieka na prenatalnym etapie rozwoju*, oprac. N. Bernaciak, A. Czelejczyk, M. Olszówka, Aneks nr 1 do niniejszej monografii.

6 Zob. R. Poręba i in., *Wskazania do cięcia cesarskiego*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2008, t. 1, z. 1, s. 11–18; R. Czajka i in., *Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w porodzie przedwczesnym*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 2007, t. 43, z. 4, s. 53–55.

że ratowane dobro przedstawia oczywiście wyższą lub równą wartość do dobra poświęcanego (proporcjonalność dóbr chronionych)⁷ nie oznacza dopuszczalności aborcji.

Kolejnym błędem, a faktycznie zabiegiem sofistycznym stosowanym przez promotorów aborcji jako czynnika mającego zmniejszać śmiertelność okołoporodową matek jest naświetlanie korelacji pozornych. Zabieg ten ma miejsce w sytuacjach, w których na podstawie współwystępowania dwóch zmiennych wyciąga się wnioski o wynikaniu jednej zmiennej z drugiej, pomijając możliwy wpływ trzeciej zmiennej, która oddziałuje zarówno na pierwszą, jak i drugą zmienną, i to ona stanowi faktyczną przyczynę obserwowanego zjawiska – zmienne mają wspólną przyczynę, ale nie wynikają jedna z drugiej. Na przykład: „im większy pożar, tym więcej strażaków”, ergo: „zwiększenie liczby strażaków powoduje zwiększenie siły ognia” lub jeszcze lepiej: „strażacy powodują pożary”. Tego typu rozumowanie jest oczywiście absurdalne. Nie każdy przykład jest tak oczywisty, jak ten wskazany powyżej. Podobnie jest jednak w wypadku aborcji. Z dostępnych danych statystycznych dla całego świata faktycznie wyłania się obraz, zgodnie z którym wśród krajów o najwyższym wskaźniku śmiertelności okołoporodowej matek przeważają kraje o bardziej restrykcyjnym prawie aborcyjnym. Nie musi to jednak oznaczać, że restrykcje w dostępie do aborcji są przyczyną zwiększenia się tego wskaźnika. Bardzo często w tego typu przypadkach istnieją inne zmienne, które są faktycznym powodem obserwowanej zależności. W wypadku śmiertelności okołoporodowej matek może to być ogólny dostęp do usług medycznych, ich jakość, poziom życia społeczeństwa i tym podobne.

W przeprowadzonej analizie postaram się odpowiedzieć na pytanie, czy restrykcyjność prawa aborcyjnego wpływa na śmiertelność okołoporodową matek. Jeśli tak, to w jakim zakresie i jaki jest kierunek tego wpływu. Jeśli nie, to jakie inne czynniki mogą wpływać na występujące pomiędzy krajami różnice w wysokości wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek.

7 K. Jusińska i in., *Równa ochrona prawna dla każdego dziecka. Zarówno przed, jak i po urodzeniu*, Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, 2016, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/pliki/OI%20broszura%20Stop%20aborcji_final_rozkładowki.pdf, dostęp: 21 lutego 2022 r. Zob. też przypisy podane przez autorów: art. 26 § 1 polskiego kodeksu karnego (ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.; dalej: k.k.) – stan wyższej konieczności wyłączający bezprawność popełnianego czynu oraz art. 26 § 2 k.k. – stan wyższej konieczności wyłączający winę, a także: P. Daniluk, komentarz do art. 26, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. R.A. Stefański, dostęp: LEX oraz: komentarz do art. 26, [w:] J. Giezek (red.), N. Kłaczynska, G. Łabuda, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, dostęp: LEX; A. Zoll, komentarz do art. 26, [w:] A. Zoll (red.), G. Bogdan, Z. Cwiakalski, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Szewczyk, W. Wróbel, *Kodeks karny. Część ogólna. Tom 1. Komentarz do art. 1–116 k.k.*, wyd. 2, Kraków 2004, dostęp: LEX.

3. Źródła danych i metody analizy

W przeprowadzonej analizie wykorzystano dane zastane. Dane dotyczące śmiertelności okołoporodowej matek, wydatków na zdrowie jako procentu produktu krajowego brutto (PKB), wydatków na zdrowie *per capita* oraz oczekiwanej dalszej długości trwania życia w momencie narodzin pochodzą z baz Banku Światowego oraz Światowej Organizacji Zdrowia. Analizowano najnowsze dostępne dane pochodzące z 2017 roku.

Dane dotyczące dostępu do aborcji pochodzą z informatora Organizacji Narodów Zjednoczonych *Prawo aborcyjne na świecie 2013* (ang. *World Abortion Policies 2013*)⁸. Źródło to ma oczywiste ograniczenie, które stanowi jego możliwa częściowa nieaktualność. Drugim ograniczeniem wyżej wymienionego informatora jest dość duże uproszczenie, z jakim przedstawia się powody, dla których w różnych krajach aborcja jest prawnie dopuszczalna (choć w przypadku tak obszernego zestawienia tego typu uproszczenie jest zrozumiałe). Jednak, według najlepszej wiedzy autora, informator ten wciąż pozostaje najświeższym źródłem instytucjonalnie zweryfikowanych danych, które prezentowałyby przepisy prawne dla większości krajów świata w sposób zagregowany, umożliwiający przeprowadzenie analizy⁹.

W przeprowadzonej analizie wykorzystano następujące czynniki:

- 1) wskaźnik śmiertelności okołoporodowej matek (*maternal mortality ratio*, MMR) na 100 tysięcy urodzeń żywych;
- 2) wydatki na zdrowie jako procent PKB danego kraju;
- 3) wydatki na zdrowie *per capita* wyrażone w USD;
- 4) przewidywaną długość życia w momencie narodzin;
- 5) region świata;
- 6) dostępność aborcji.

8 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013), *World Abortion Policies 2013*, (ST/ESA/SER.A/329), https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf, dostęp: 2 stycznia 2022 r.

9 Warto wspomnieć w tym miejscu również o bardzo obszernym zestawieniu *Ranking państw świata pod względem poziomu prawnej ochrony życia człowieka na prenatalnym etapie rozwoju* (zob. N. Bernaciak, A. Czelejczyk, M. Olszówka, Aneks nr 1 do niniejszej monografii). Zestawienie to oparte zostało o źródłowe akty prawne wszystkich krajów świata, jest więc najwierniejszym i najobszerniejszym dokumentem prezentującym w jednym miejscu światowe prawodawstwo regulujące ochronę życia poczętego. Z uwagi na dążenie do spójności z zestawieniami powszechnie znanymi oraz ze stosowaną w nich terminologią (choć często niewłaściwą, co wyjaśniono wcześniej), w niniejszej analizie wykorzystano dane ONZ.

W klasyfikacji regionów świata, do których przypisano poszczególne kraje, posłużono się tak zwanym geoschematem ONZ, czyli schematem wykorzystywanym w statystyce Organizacji Narodów Zjednoczonych, który dzieli świat na regiony i subregiony¹⁰. W przeprowadzonej analizie wykorzystano subregiony obejmujące 22 następujące grupy: Afryka Północna, Afryka Środkowa, Afryka Południowa, Afryka Wschodnia, Afryka Zachodnia, Ameryka Północna, Ameryka Środkowa, Karaiby, Ameryka Południowa, Azja Środkowa, Azja Południowa, Azja Południowo-Wschodnia, Azja Wschodnia, Azja Zachodnia, Europa Północna, Europa Południowa, Europa Wschodnia, Europa Zachodnia, Australia i Nowa Zelandia, Melanezja, Polinezja, Mikronezja.

Dostępność aborcji zdefiniowano analogicznie do definicji zaproponowanej w wyżej wymienionym dokumencie ONZ *Prawo aborcyjne na świecie 2013*. W dokumencie tym dostępność aborcji przedstawiono za pomocą siedmiu kategorii, które miały charakter binarny – albo aborcja w danej kategorii była przez określony kraj dozwolona, albo nie. Były to następujące kategorie (wyrażające dostępność aborcji ze względu na dany czynnik): zagrożone życie kobiety, zagrożone zdrowie fizyczne kobiety, zagrożone zdrowie psychiczne kobiety, ciąża w wyniku gwałtu lub kazirodztwa, uszkodzenie płodu, względy ekonomiczne i społeczne, aborcja na życzenie.

W ramach przeprowadzonej analizy danych zastosowano metody klasycznej statystyki opisowej oraz elementy statystyki indukcyjnej (testy statystyczne w zakresie badania zależności między zmiennymi oraz różnic między grupami).

Z metod statystyki opisowej były to:

- 1) wykres jednozmiennowy;
- 2) tabele krzyżowe (trzyzmiennowe).

Z metod statystyki indukcyjnej były to:

- 1) jednoczynnikowa analiza wariancji – ANOVA;
- 2) współczynnik determinacji R-kwadrat.

W analizie danych wykorzystano program IBM SPSS Statistics.

10 United Nations, Statistic Division, *Methodology: Standard country or area codes for statistical use (M49)*, <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>, dostęp: 2 stycznia 2022 r.

4. Wyniki

4.1. Śmiertelność okołoporodowa matek a dostępność aborcji – porównanie do innych czynników

W celu zbadania związku dostępności aborcji (badanej poprzez prawną dopuszczalność tej procedury) ze śmiertelnością okołoporodową matek przeprowadzono dwukrokową, hierarchiczną analizę regresji liniowej (zob. tabela 1). W celu stwierdzenia, czy dostępność aborcji jest jednym z decydujących czynników wpływających na śmiertelność okołoporodową matek, porównano ją z innymi wskaźnikami związanymi ze zdrowiem populacji: przewidywaną długością życia w momencie narodzin, wydatkami na zdrowie wyrażonymi jako procent PKB oraz wydatkami na zdrowie wyrażonymi w wartości bezwzględnej – kwocie w USD *per capita*.

Tabela 1. Predyktory śmiertelności okołoporodowej: wyniki hierarchicznej analizy regresji

Zmienne	Krok 1			Krok 2		
	B	SE	P	B	SE	p
Przewidywana długość życia w momencie narodzin	-29,44	1,50	<0,001	-27,98	1,57	<0,001
Wydatki na zdrowie jako % PKB	9,27	4,35	<0,05	11,09	4,42	<0,05
Wydatki na zdrowie <i>per capita</i> w USD	0,02	0,01	<0,01	0,03	0,01	<0,01
Dopuszczalność uśmiercenia dziecka jako rezultat ratowania życia matki				34,09	63,92	0,59
Aborcja dopuszczalna ze względu na zdrowie fizyczne matki				-35,99	49,65	0,47
Aborcja dopuszczalna ze względu na zdrowie psychiczne matki				34,25	48,24	0,48
Aborcja dopuszczalna ze względu na gwałt lub kazirodztwo				26,87	35,16	0,45
Aborcja dopuszczalna ze względu na uszkodzenia płodu				-34,36	37,39	0,36
Aborcja dopuszczalna ze względów ekonomicznych i społecznych				-29,91	50,84	0,56
Aborcja dopuszczalna na życzenie				-31,35	49,92	0,53
F	157,28 <0,001			48,98 <0,001		
R ²	0,74			0,75		

Źródło: opracowanie własne.

W pierwszym kroku przeprowadzonej analizy wprowadzono następujące zmienne: przewidywaną długość życia w momencie narodzin, wydatki na zdrowie jako procent PKB oraz wydatki na zdrowie *per capita* w USD. W drugim kroku dodano do nich dopuszczalność aborcji ze względu na siedem przypadków wyróżnionych w zestawieniu ONZ: 1) zagrożenie życia matki, 2) zagrożenie zdrowia fizycznego matki, 3) zagrożenie zdrowia psychicznego matki, 4) ciąża będąca wynikiem gwałtu lub kazirodztwa, 5) uszkodzenie płodu, 6) względy ekonomiczne i społeczne, 7) aborcja na życzenie.

Najlepszym, spośród zbadanych, predyktorem śmiertelności okołoporodowej matek okazała się przewidywana długość życia w momencie narodzin – wykazano silny, negatywny związek pomiędzy tymi zmiennymi.

Współczynnik determinacji R-kwadrat wyniósł w pierwszym kroku 0,74, zaś w drugim kroku 0,75. Oznacza to, że wprowadzenie zmiennych opisujących dopuszczalność aborcji poprawiło dokładność modelu (już i tak bardzo wysoką) jedynie o 0,01. Co więcej, zarówno w pierwszym, jak i w drugim kroku istotność uzyskanych wyników dla przewidywanej długości życia w momencie narodzin, wydatków na zdrowie jako procentu PKB oraz wydatków na zdrowie *per capita* w USD osiągała bardzo dobre poziomy – w zależności od zmiennej od <0,05 do nawet <0,001. Z kolei zmienne określające dopuszczalność aborcji okazały się w każdym wypadku nieistotne statystycznie.

4.2. Śmiertelność okołoporodowa matek a dostępność aborcji – porównanie między krajami

Osobnej analizie poddano dopuszczalność aborcji na życzenie. Porównanie średnich dla krajów dopuszczających aborcję na życzenie i niedopuszczających jej wskazuje, że śmiertelność okołoporodowa matek w krajach dopuszczających aborcję na życzenie jest wielokrotnie niższa niż w krajach niedopuszczających procedury aborcji w ramach tej przesłanki (zob. tabela 2).

Tabela 2. Śmiertelność okołoporodowa matek a dopuszczalność aborcji na życzenie: porównanie średnich na świecie

Zmienne	M	SD
Dopuszczalność aborcji na życzenie: tak	29,00	51,42
Dopuszczalność aborcji na życzenie: nie	232,09	259,01

Źródło: opracowanie własne.

Porównywanie śmiertelności okołoporodowej matek pomiędzy krajami z różnych kręgów kulturowych, o bardzo różnym poziomie rozwoju budzi jednak bardzo duże wątpliwości metodologiczne. W celu zweryfikowania zaobserwowanej tendencji przeprowadzono również analogiczną analizę jedynie dla krajów europejskich (zob. tabela 3).

Tabela 3. Śmiertelność okołoporodowa matek a dopuszczalność aborcji na życzenie: porównanie średnich w Europie

Zmienne	M	SD
Dopuszczalność aborcji na życzenie: tak	7,88	5,22
Dopuszczalność aborcji na życzenie: nie	4,50	2,38

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przeprowadzonej analizy śmiertelności okołoporodowej matek a dopuszczalności aborcji na życzenie w Europie wskazują na tendencję odwrotną do ogólnej tendencji światowej – średnia dla wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek (MMR) jest w krajach europejskich, które w swoim prawodawstwie nie dopuszczają aborcji na życzenie, niższa niż w krajach, które procedurę tę dopuszczają.

Analizując śmiertelność okołoporodową matek w poszczególnych krajach, należy odnotować ponadto, że porównanie śmiertelności okołoporodowej matek z przewidywaną długością życia oraz z wydatkami na zdrowie przedstawionymi jako procent PKB danego kraju pozwala unaocznic, że przewidywana długość życia (będąca jednocześnie jednym z najlepszych wskaźników ogólnego poziomu życia w danym kraju) jest wyraźnie negatywnie skorelowana z MMR – wraz ze wzrostem przewidywanej długości życia spada wskaźnik śmiertelności okołoporodowej matek (zob. wykres 1¹¹). Tak wyraźna zależność nie występuje w przypadku wydatków na zdrowie wyrażonych jako procent PKB danego kraju.

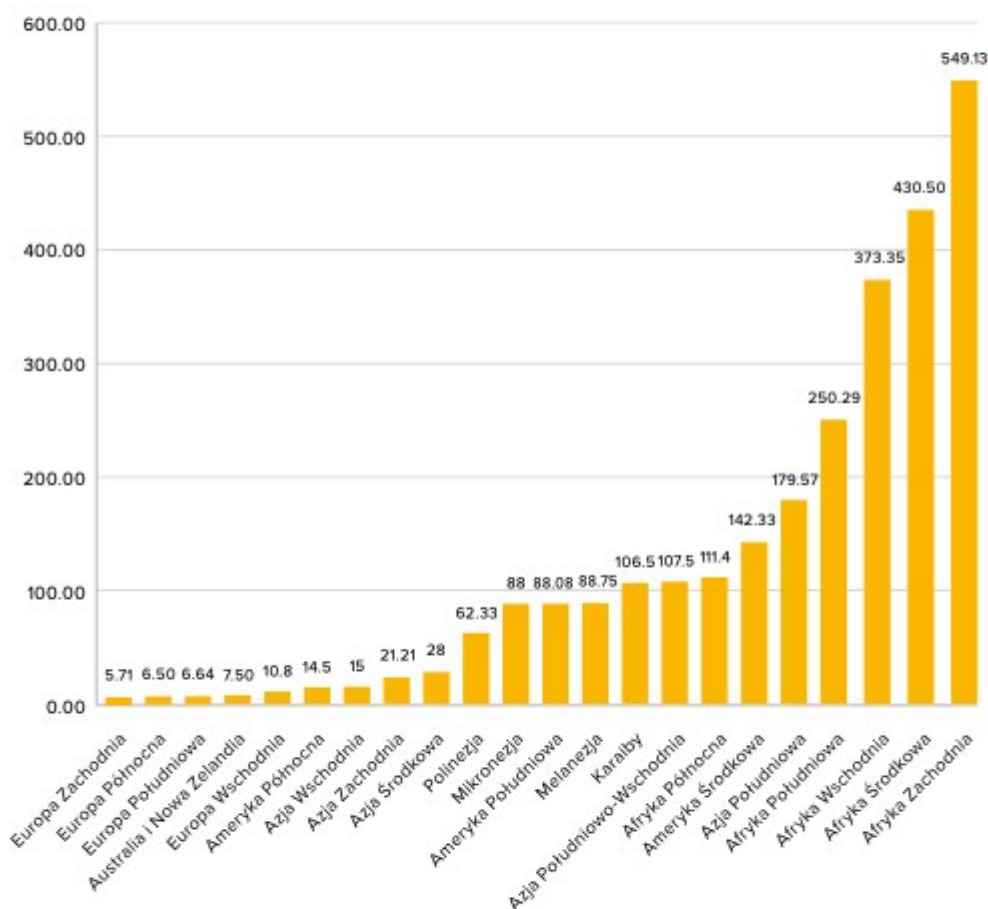
4.3. Śmiertelność okołoporodowa matek a dostępność aborcji – zróżnicowanie regionalne

Wskaźnik śmiertelności okołoporodowej matek znacząco różni się w poszczególnych regionach świata (zob. wykres 2). Dostępne dane, ułożone od wskaźnika najniższej do najwyższej śmiertelności okołoporodowej matek, tworzą kontinuum, które w uproszczeniu można by opisać jako: „stary świat i kultura Zachodu”, „nowy świat i basen Atlantyku”, „basen Pacyfiku”, „Afryka”.

¹¹ Wykres 1 dostępny w: F. Furman, *Aborcja a śmiertelność okołoporodowa matek*, Warszawa 2020, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Aborcja_a_smiertelnosc_okoloporodowa_matek_0.pdf, s. 8, dostęp: 9 stycznia 2023 r.

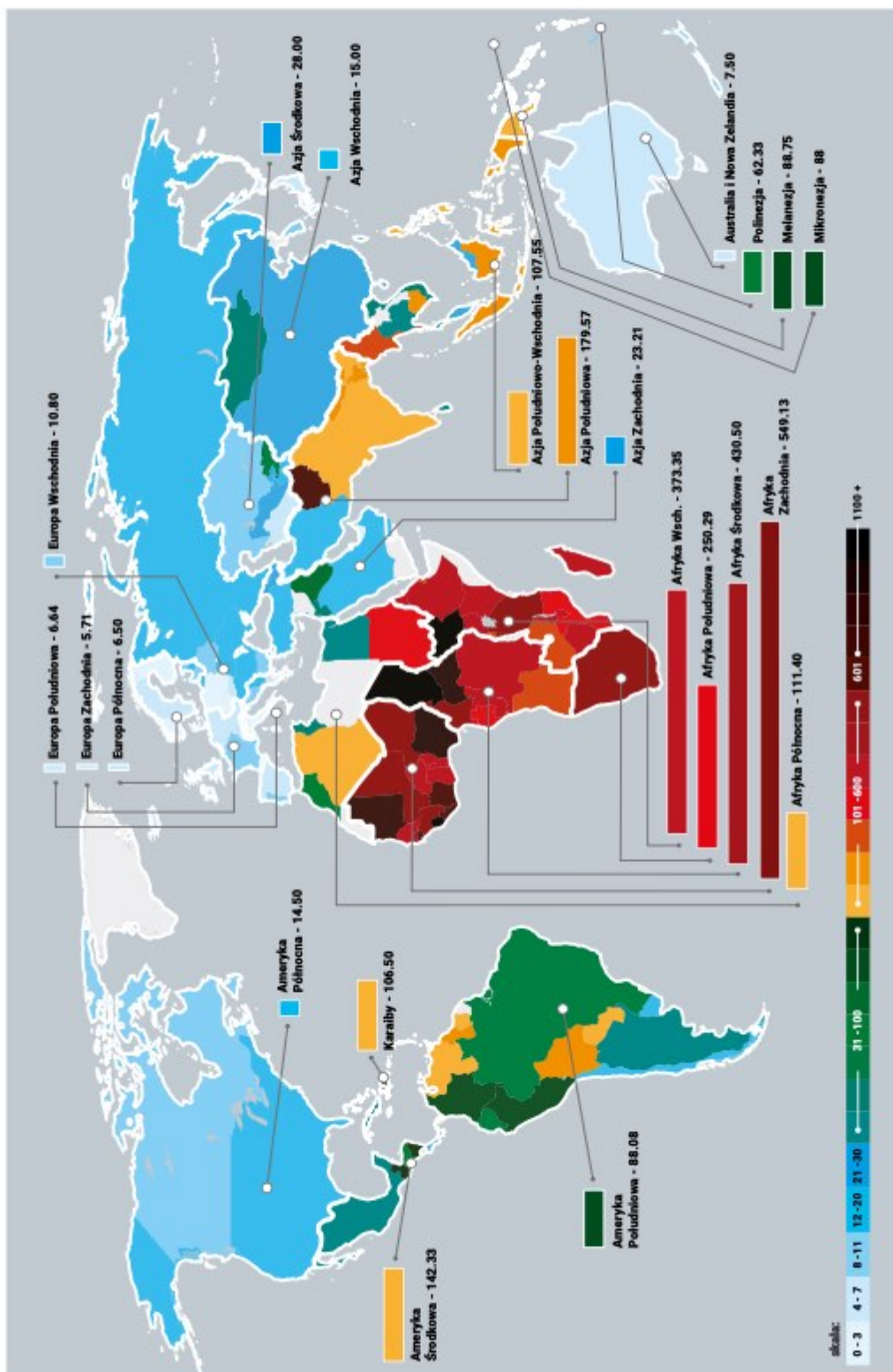
Obserwowane zróżnicowanie regionalne jest w skali świata bardzo duże. Konieczne jest odnotowanie przepaści pomiędzy Europą a Afryką *en général*, a szczególnie pomiędzy Europą Zachodnią (średnia MMR = 5,71) a Afryką Zachodnią (średnia MMR = 549,13) – różnica śmiertelności okołoporodowej matek pomiędzy tymi regionami jest niemal stukrotna!

Wykres 2. Wartości wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek (MMR) dla poszczególnych subregionów świata według klasyfikacji statystycznej ONZ



Źródło: opracowanie własne.

Rycina 1. Wartości wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek (MMR) dla poszczególnych subregionów świata według klasyfikacji statystycznej ONZ



Źródło: opracowanie własne.

5. Dyskusja wyników, podsumowanie i wnioski

W przeprowadzonej analizie regresji dla zmiennych „przewidywana długość życia w momencie narodzin” i „śmiertelność okołoporodowa matek” współczynnik B wyniósł -29,44. Wskazuje to na silny, negatywny związek pomiędzy przewidywaną długością życia w momencie narodzin a wskaźnikiem śmiertelności okołoporodowej matek. Wynik ten oznacza, że im bardziej spada przewidywana długość życia w momencie narodzin, tym bardziej rośnie śmiertelność okołoporodowa matek. Potwierdza to intuicyjne założenie o związku ogólnego poziomu życia (na który składa się bardzo wiele zmiennych skutkujących w rezultacie zwiększeniem długości życia) ze śmiertelnością okołoporodową matek.

Jednocześnie w przypadku korelacji śmiertelności okołoporodowej matek z wydatkami na zdrowie wyrażonymi jako procent PKB współczynnik B wyniósł 9,27. Tak więc wzrost śmiertelności okołoporodowej matek jest skorelowany ze wzrostem proporcji wydatków na zdrowie w stosunku do PKB danego kraju. Tego typu obserwacja na pierwszy rzut oka może wydawać się zaskakująca. Oznacza to jednak tylko tyle, że wydatki na zdrowie stanowią dla krajów biedniejszych znacznie większe obciążenie niż dla krajów bogatych, pomimo różnicy w jakości i dostępności usług zdrowotnych. W żadnym wypadku współczynnik ten nie powinien być interpretowany jako argument za zmniejszeniem wydatków na zdrowie.

Podobnie jak wyżej opisany związek wydatków na zdrowie ze śmiertelnością okołoporodową matek nie powinien być interpretowany jako argument za zmniejszeniem wydatków na zdrowie, tak związek dopuszczalności aborcji ze wskaźnikiem MMR nie powinien być interpretowany jako argument za zwiększeniem dostępu do tej procedury. Patrząc na wyniki analizy korelacji śmiertelności okołoporodowej matek z dopuszczalnością aborcji we wszystkich wyróżnionych w zestawieniu Organizacji Narodów Zjednoczonych przypadkach, na pozór wydawałoby się, że wskaźnik śmiertelności okołoporodowej matek rośnie wraz z niektórymi przypadkami, w których aborcja jest dopuszczana, wraz z innymi zaś spada. Wyniki te są jednak obciążone bardzo dużym błędem: dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety skorelowana była z MMR pozytywnie ($B = 34,09$; $SE = 63,92$), ze względu na zagrożenie zdrowia fizycznego matki – negatywnie ($B = -35,99$; $SE = 49,65$), ze względu na zagrożenie zdrowia psychicznego matki – pozytywnie ($B = 34,25$; $SE = 48,24$), w przypadku, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa – pozytywnie ($B = 26,87$; $SE = 35,16$), ze względu na uszkodzenia płodu – negatywnie ($B = -34,36$; $SE = 37,39$), ze względów ekonomicznych i społecznych – negatywnie ($B = -29,91$; $SE = 50,84$), na życzenie – negatywnie ($B = -31,35$; $SE = 49,92$). Tak więc żadna z tych korelacji nie była istotna

statystycznie. Ponadto współczynnik determinacji R-kwadrat wyniósł w pierwszym kroku przeprowadzonej analizy, to jest nieuwzględniającym dopuszczalności aborcji, 0,74, zaś w drugim kroku 0,75. Oznacza to, że wprowadzenie zmiennych opisujących dopuszczalność aborcji poprawiło dokładność modelu jedynie o 0,01. Wyniki badania przemawiają więc za tezą o braku związku dopuszczalności aborcji ze śmiertelnością okołoporodową matek.

Porównanie średniej śmiertelności okołoporodowej w krajach dopuszczających aborcję na życzenie ($M = 29,00$) i niedopuszczających aborcji w tym wypadku ($M = 232,09$) mogłoby jednak, pomimo faktycznego braku związku wykazanego w poprzednim kroku, służyć za retoryczny argument przemawiający za koniecznością prawnego dopuszczenia aborcji na życzenie. Jeśli jednak przyjrzymy się średniej śmiertelności okołoporodowej jedynie w regionie świata, gdzie poziom życia oraz jakość i dostępność opieki zdrowotnej jest *en mass* najwyższa na świecie, czyli w Europie, obserwujemy tendencję odwrotną: w krajach dopuszczających aborcję na życzenie średnia śmiertelność okołoporodowa matek wynosi 7,88, zaś w krajach jej niedopuszczających – 4,50. Ponadto jeśli przyjrzymy się krajom o najbardziej rygorystycznym prawie aborcyjnym, które nie dopuszczają tej procedury pryncypialnie, bez względu na przesłanki, to zarówno w Europie, jak i na całym świecie średnia śmiertelność okołoporodowa matek jest niższa dla krajów, w których panuje całkowity zakaz aborcji, niż dla całej reszty. Oczywiście nie dowodzi to bezpośrednio, że nie powinno się aborcji dopuszczać. Pokazuje jednak, jak nikły jest związek pomiędzy aborcją a śmiertelnością okołoporodową matek. Śmiertelność okołoporodowa kobiet i dopuszczalność aborcji są ze sobą powiązane w sposób podobny do dwóch kwiatów w jednym ogrodzie. Rosną w tej samej glebie, padają na nie te same deszcze, gdy przychodzi susza, to obie rośliny mogą obumrzeć, ale to nie znaczy, że możemy pielęgnować tylko jeden z nich i wtedy drugi też będzie miał się świetnie. Pomiedzy nimi samymi nie ma zależności przyczynowo-skutkowej.

Należy również zaznaczyć, że w wielu przypadkach dokonanie aborcji u chorej kobiety może pogorszyć stan jej zdrowia¹². Jak wskazują wyniki duńskiego badania opartego na danych z populacyjnych rejestrów z lat 1980–2002, ryzyko zgonu po dokonaniu aborcji przed 12. tygodniem ciąży łączy się z prawie dwukrotnie większym ryzykiem zgonu matki niż urodzenie dziecka. Ryzyko związane z aborcją wykonaną w późniejszej ciąży okazało się jeszcze wyższe, natomiast ryzyko po poronieniu samoistnym – mniejsze¹³.

12 D.C. Reardon, P.K. Coleman, *Short and Long Term Mortality Rates Associated with First Pregnancy Outcome. Population Register Based Study for Denmark 1980–2002*, „Medical Science Monitor” 2012, 18(9), s. 71–76, <https://doi.org/10.12659/MSM.883338>.

13 Tamże.

Dokonany podział krajów na regiony, według schematu subregionów świata wykorzystywanego w zestawieniach statystycznych ONZ, a następnie uszeregowanie regionów według wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek pozwala unaocznnić, że wciąż ogromna jest przepaść pomiędzy tak zwanym „starym światem” a światami „nowym” i „trzecim”. Różnica śmiertelności okołoporodowej matek pomiędzy regionem o najmniejszym MMR – Europą Zachodnią, a największym – Afryką Zachodnią, jest niemal stukrotna! Polskę i Europę możemy zatem nazwać uprzywilejowanymi regionami świata. W celu rozciągnięcia tego uprzywilejowania na kraje biedniejsze nie powinno się marnować zasobów na promocję aborcji i jej wykonywanie w tych krajach, a raczej przeznaczyć odpowiednie środki na pomoc ich mieszkankom, by one też mogły rodzić bezpiecznie i godnie.

Podsumowując, wyniki przeprowadzonej analizy wskazują na wymienione poniżej wnioski.

- 1) Śmiertelność okołoporodowa matek w poszczególnych krajach świata jest bardzo zróżnicowana; zróżnicowanie to pokrywa się ze zróżnicowaniem kulturowo-geograficznym.
- 2) Dla poprawienia (to jest zmniejszenia) wskaźnika śmiertelności okołoporodowej kobiet podniesienie ogólnego poziomu życia w danym kraju ma istotnie większe znaczenie niż wydatki bezpośrednio przeznaczone na zdrowie.
- 3) Zwiększenie dostępu do aborcji nie może być traktowane jako środek do zmniejszenia śmiertelności okołoporodowej matek.
- 4) Posługiwanie się wskaźnikami statystycznymi bez osadzenia w jakościowej wiedzy dotyczącej kulturowego i ekonomicznego kontekstu danego regionu, bez poparcia badaniami medycznymi ma niewielką wartość metodologiczną i nie powinno być podstawą do kształtowania przez międzynarodowe agendy wzorców, wedle których kraje miałyby konstruować swoje prawo.

Bibliografia

Literatura

- » Czajka R. i in., *Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w porodzie przedwczesnym*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 2007, t. 43, z. 4.
- » Daniluk P., komentarz do art. 26, [w:] red. R.A. Stefański, *Kodeks karny. Komentarz*, dostęp: LEX.
- » Furman F., *Aborcja a śmiertelność okołoporodowa matek*, Warszawa 2020, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Aborcja_a_smiertelnosc_okoloporodowa_matek_0.pdf, dostęp: 9 stycznia 2023 r.
- » Jusińska K. i in., *Równa ochrona prawna dla każdego dziecka. Zarówno przed, jak i po urodzeniu*, Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, 2016, https://ordoiuris.pl/sites/default/files/pliki/OI%20broshura%20Stop%20aborcji_final_rozkadowki.pdf, dostęp: 21 lutego 2022 r.
- » *Ranking państw świata pod względem poziomu prawnej ochrony życia człowieka na prenatalnym etapie rozwoju*, oprac. N. Bernaciak, A. Czelejczyk, M. Olszówka, Aneks nr 1 do niniejszej monografii.
- » Komentarz do art. 26, [w:] J. Giezek (red.), N. Kłaczyńska, G. Łabuda, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, dostęp: LEX.
- » Poręba R. i in., *Wskazania do cięcia cesarskiego*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2008, t. 1, z. 1.
- » Reardon D.C., Coleman P.K., *Short and Long Term Mortality Rates Associated with First Pregnancy Outcome. Population Register Based Study for Denmark 1980–2002*, „Medical Science Monitor” 2012, 18(9).
- » United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013), *World Abortion Policies 2013* (ST/ESA/SER.A/329), https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf, dostęp: 2 stycznia 2022 r.
- » United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017), *Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet* (ST/ESA/SER.A/396), https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/reproductive_health_policies_2017_data_booklet.pdf, dostęp: 2 stycznia 2022 r.
- » United Nations, Statistic Division, *Methodology. Standard country or area codes for statistical use (M49)*, <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>, dostęp: 2 stycznia 2022 r.
- » Zoll A., komentarz do art. 26, [w:] A. Zoll (red.), G. Bogdan, Z. Cwiągalski, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Szewczyk, W. Wróbel, *Kodeks karny. Część ogólna. Tom 1. Komentarz do art. 1–116 k.k.*, wyd. 2, Kraków 2004, dostęp: LEX.

Akty prawne

- » Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

Źródła internetowe

- » World Health Organization, <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternal-mortality/en/>, dostęp: 2 stycznia 2020 r.



Abortion and maternal mortality ratio

Keywords: abortion, maternal mortality ratio, reproductive health, women rights, human rights

Abstract

The objective of the study was to answer the question whether the restrictiveness of abortion law affects maternal mortality. Maternal mortality ratio in countries around the world is very diverse, this diversity coincides with the cultural and geographical diversity. To improve (reduce) maternal mortality ratio, raising the overall standard of living in a country is much more important than health expenditures. Increasing access to abortion cannot be considered as a mean to reduce maternal mortality. The use of statistical indicators not embedded in the qualitative knowledge of the cultural and economic context of a given region, without the support of medical research, has little methodological value and should not be the basis for international agencies to shape models according to which countries construct their law.