



ABORCJA A ŚMIERTELNOŚĆ OKOŁOPORODOWA MATEK

FILIP FURMAN



Aborcja a śmiertelność okołoporodowa matek

1. Wprowadzenie

W dyskursie tworzonym 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 wydawnictwie Organizacji Narodów Zjednoczonych pt. „Polityki Zdrowia Reprodukcyjnego 2017” (ang. *Reproductive Health Policies 2017*) stwierdza się, że *Niebezpieczna aborcja jest jedną z czołowych przyczyn śmiertelności okołoporodowej matek*¹. W wydawnictwie tym stwierdza się również, że kraje regionów słabiej rozwiniętych,

jak Afryki i Oceanii, 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* (...)².

Niniejszy artykuł ma na celu zbadanie przywoływanej zależności pomiędzy prawną dostępnością aborcji, a śmiertelnością okołoporodową matek (maternal mortality) w stu siedemdziesięciu pięciu krajach świata, na podstawie analizy danych dostępnych w bazach Banku Światowego i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

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 lub zaostrzonej przez ciążę lub jej przebieg, ale nie z przyczyny wypadku lub przyczyn przypadkowych*³.

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

1 https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/reproductive_health_policies_2017_data_booklet.pdf str. 9, [dostęp: 2.01.2020 r.]

2 Ibid.

3 <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/> [dostęp: 2.01.2020 r.]

są mefistofelicznym zabiegiem: zwiększenie dostępu do aborcji w warunkach szpitalnych może rzeczywiście przyczynić się do zmniejszenia statystyki, która nosi miano „wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek”. Nie oznacza to wcale, że zmniejszy się śmiertelność okołoporodowa, a śmiertelność okołoporodowa – która, choć autorzy ww. 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 sześćdziesięciu krajach świata⁴, 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 mające w swej istocie na celu uśmiercenie dziecka, a jedynie na podejmowanie działań leczniczych, mających na celu ratowanie zdrowia kobiety, nawet jeżeli mogą jednocześnie doprowadzić do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia dziecka poczętego. Działania takie mogą być zróżnicowane i obejmują np. cięcia cesarskie w porodach przedwczesnych, do których wskazaniem jest stan zdrowia matki⁵. Jak pisze K. Jusińska i współpracownicy: (...) *działanie polegające na poświęceniu jednego dobra prawnie chronionego dla ratowania innego takiego dobra, pod warunkiem, że ratowane dobro przedstawia oczywiście wyższą⁶ lub równą⁷ wartość do dobra poświęcanego (proporcjonalność dóbr chronionych)*⁸ ⁹ 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, czyli sytuacji, w których na podstawie współwystępowania dwóch zmiennych wyciąga się wnioski o wyeliminowaniu jednej zmiennej z drugiej, pomijając możliwy wpływ trzeciej zmiennej, która wpływa 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 jednak tak oczywisty, jak ten wskazany powyżej. Podobnie jest w wypadku aborcji. Z dostępnych danych statystycznych dla całego świata faktycznie wyłania się obraz, według którego 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 itp.

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, a jeśli nie, to jakimi innymi czynnikami wyjaśnić możemy występujące pomiędzy krajami różnice w wysokości wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek.

4 <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/miedzynarodowa-klasyfikacja-ochrony-zycia>, dostęp: 21.02.2020 r.

5 R. Poręba, M. Jędrzejko, A. Poręba, U. Sioma-Markowska, Wskazania do cięcia cesarskiego, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, tom 1, zeszyt 1, 11–18, 2008; R. Czajka, A. Torbe, R. Rzepka, S. Kwiatkowski, D. Gutowska-Czajka, y. Al.-Heib, K. Kowalski, *Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w porodzie przedwczesnym*, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, tom 43, zeszyt 4 (2007), s. 53–55.

6 Wspomina o tym polski kodeks karny w art. 26 § 1 k.k. – stan wyższej konieczności wyłączający bezprawność popełnianego czynu.

7 Art. 26 § 2 k.k. – stan wyższej konieczności wyłączający winę.

8 P. Daniluk, w: Stefański (red.), *Kodeks Karny, komentarz do art. 26*, dostęp: LEX. Zob. też: J. Giezek (red.), N. Kłaczyńska, G. Łabuda, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*. (Komentarz do art. 26 KK, dostęp: LEX); A. Zoll, *Komentarz do art. 26 KK [w:] Kodeks karny. Część ogólna. T. 1. Komentarz do art. 1–116*. Red. Andrzej Zoll. Aut.: G. Bogdan, Z. Cwiakalski, P. Kardas, J. Ma-jewski, J. Raglewski, M. Szewczyk, W. Wróbel, A. Zoll. Wyd. 2. Kraków 2004, dostęp: LEX.

9 Jusińska K., Kwaśniewski J., Pawłowska K., Szczypiński O., Walinowicz K., Zych T., *Równa ochrona prawna dla każdego dziecka. Zarówno przed, jak i po urodzeniu*, Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, 2016, źródło: https://ordoiuris.pl/sites/default/files/pliki/OI%20broshura%20Stop%20aborcji_final_rozkladowki.pdf, dostęp: 21.02.2020 r.

3. Źródła danych i metody analizy

W przeprowadzonej analizie wykorzystano dane zastane. Dane dotyczące śmiertelności okołoporodowej matek, wydatków na zdrowie jako procent 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 roku 2017.

Dane dotyczące dostępu do aborcji pochodzą z informatora Organizacji Narodów Zjednoczonych „Prawo aborcyjne na świecie 2013” (ang. *World Abortion Policies 2013*)¹⁰. Źródło to ma oczywiste ograniczenie, jakim jest jego możliwa częściowa nieaktualność. Drugim ograniczeniem ww. 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 prezentowałoby przepisy prawne dla większości krajów świata w sposób zagregowany, umożliwiający przeprowadzenie analizy¹¹.

W przeprowadzonej analizie wykorzystano następujące czynniki:

- wskaźnik śmiertelności okołoporodowej matek (*maternal mortality ratio, MMR*) na 100 tys. urodzeń żywych;
- wydatki na zdrowie jako procent produktu krajowego brutto danego kraju;
- wydatki na zdrowie *per capita* wyrażone w USD;
- przewidywana długość życia w momencie narodzin;
- region świata;
- dostępność aborcji.

W klasyfikacji regionów świata, do których przypisano poszczególne kraje, posłużono się tzw. „geoschematem ONZ”, czyli schematem wykorzystywanym w statystyce Organizacji Narodów Zjednoczonych, który dzieli świat na regiony i subregiony¹². W przeprowadzonej analizie wykorzystano subregiony. Były to dwadzieścia dwie 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 (dostępność aborcji ze względu na): zagrożone życie kobiety, zagrożone zdrowie fizyczne kobiety, zagrożone zdrowie psychiczne kobiety, ciąża w wyniku gwałtu lub kazirodztwa, uszkodzenie płodu, względy ekonomiczne i społeczne, 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).

10 https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf [dostęp: 2.01.2020 r.]

11 Warto wspomnieć w tym miejscu również o bardzo obszernym zestawieniu, pt. „Klasyfikacja państw świata pod względem poziomu prawnej ochrony życia człowieka na prenatalnym etapie rozwoju”, przygotowanym przez Nikodema Bernaciaka, analityka w Centrum Analiz Legislacyjnych Instytutu Ordo Iuris. 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. Dokument jest dostępny online: <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/miedzynarodowa-klasyfikacja-ochrony-zycia>. Chcąc jednak zachować spójność z zestawieniami powszechnie znanymi oraz ze stosowaną w nich terminologią (choć często niewłaściwą, co wyjaśniono wcześniej), w tej analizie zdecydowałem się korzystać z danych ONZ.

12 <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/> [dostęp: 2.01.2020 r.]

Z metod statystyki indukcyjnej były to:

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

W analizie danych wykorzystano program IBM SPSS Statistics.

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 (Tabela 1). Chcąc stwierdzić, 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 produktu krajowego brutto 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	<.001	-27.98	1.57	<.001
Wydatki na zdrowie jako % PKB	9.27	4.35	<.05	11.09	4.42	<.05
Wydatki na zdrowie per capita w USD	0.02	0.01	<.01	0.03	0.01	<.01
Aborcja dopuszczalna: życie kobiety				34.09	63.92	0.59
Aborcja dopuszczalna: zdrowie fizyczne				-35.99	49.65	0.47
Aborcja dopuszczalna: zdrowie psychiczne				34.25	48.24	0.48
Aborcja dopuszczalna: gwałt lub kazirodztwo				26.87	35.16	0.45
Aborcja dopuszczalna: uszkodzenia płodu				-34.36	37.39	0.36
Aborcja dopuszczalna: ekonomiczne i społeczne				-29.91	50.84	0.56
Aborcja dopuszczalna: na życzenie				-31.35	49.92	0.53
F	157.28		<.001	48.98		<.001
R ²	.74			.75		

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 w siedmiu, wyróżnionych w zestawieniu ONZ, przypadkach: zagrożeniu życia kobiety, zagrożeniu zdrowia fizycznego kobiety, zagrożeniu zdrowia

psychicznego kobiety, kiedy ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa, w przypadku uszkodzenia płodu, ze względów ekonomicznych i społecznych, na życzenie.

Najlepszym, ze 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 procent 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 i niedopuszczających aborcji na życzenie wskazuje, że śmiertelność okołoporodowa matek w krajach dopuszczających aborcję na życzenie jest wielokrotnie niższa, niż w krajach niedopuszczających procedury aborcji w tej przestanie (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

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 (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

Wyniki przeprowadzonej analizy śmiertelności okołoporodowej matek a dopuszczalności aborcji na życzenie wewnątrz Europy 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.

Zbadano również sytuację odwrotną od dopuszczalności aborcji na życzenie, tzn. całkowity zakaz aborcji, w tym ze względu na zagrożenie życia kobiety, na świecie (Tabela 4) i w samej Europie (Tabela 5).

Tabela 4. Śmiertelność okołoporodowa matek a dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety: porównanie średnich na świecie

ZMIENNE	M	SD
Dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety: tak	163.64	234.29
Dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety: nie	61.25	43.87

Tabela 5. Śmiertelność okołoporodowa matek a dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety: porównanie średnich w Europie

ZMIENNE	M	SD
Dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety: tak	7.57	5.16
Dopuszczalność aborcji ze względu na zagrożenie życia kobiety: nie	6.00	-*

* jest tylko jeden taki kraj, w związku z czym nie można zmierzyć odchylenia standardowego

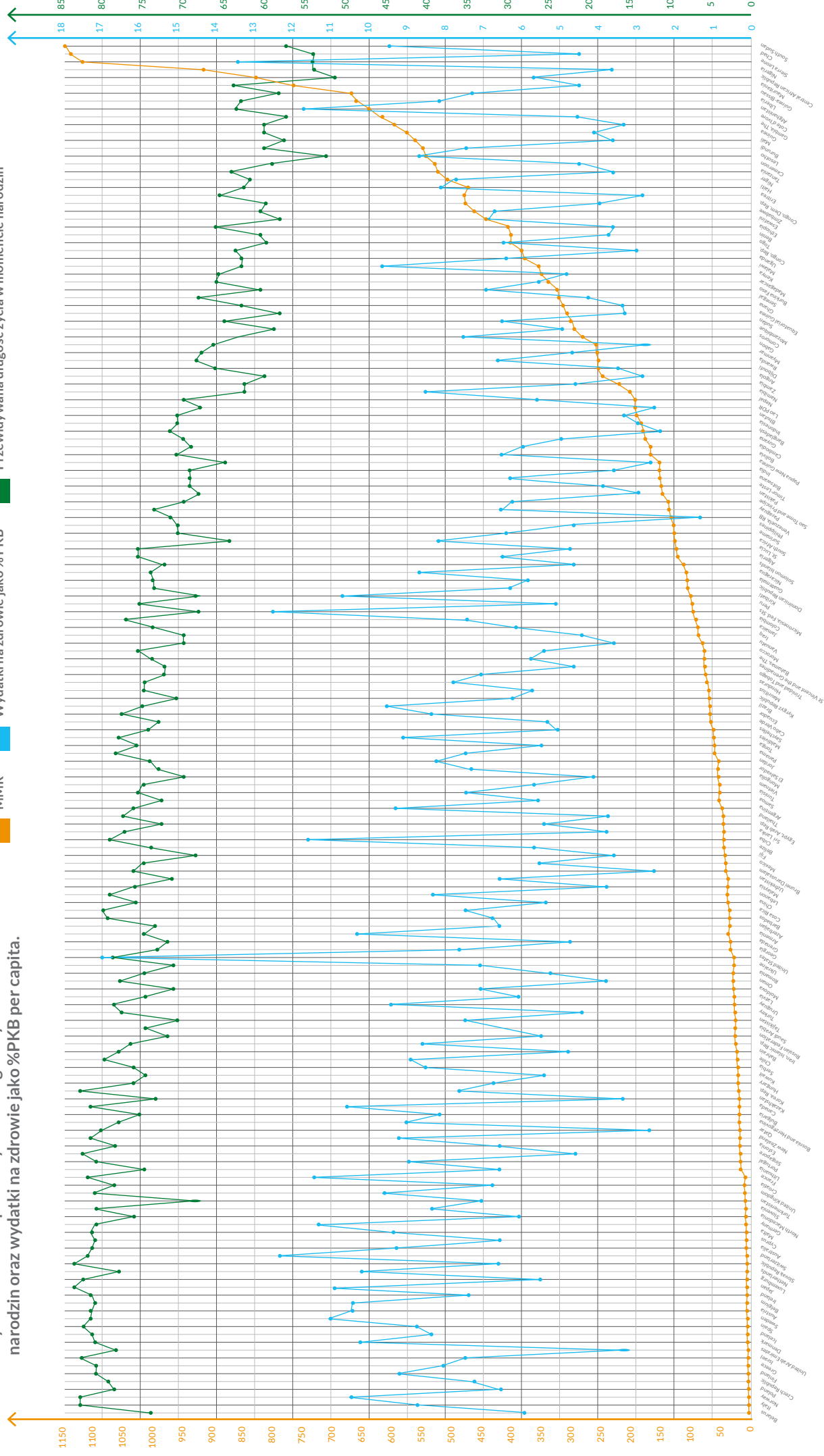
Porównanie średnich wskazuje więc, że w krajach pryncypialnie niedopuszczających aborcji średnia wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek jest znacząco niższa, niż w krajach ją dopuszczających. Ze względu jednak na małą liczbę krajów całkowicie niedopuszczających aborcji na świecie (N=4) uzyskane wyniki mogą budzić jednak wątpliwości metodologiczne, należy je jednak odnotować, wskazują one bowiem na zjawisko odwrotne od opisywanego w przytaczanym we wstępie dokumencie Organizacji Narodów Zjednoczonych.

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 (Wykres 1). Tak wyraźna zależność nie występuje w przypadku wydatków na zdrowie wyrażonych jako procent produktu krajowego brutto danego kraju.

Wykres 1. MMR a przewidywana długość życia w momencie narodzin oraz wydatki na zdrowie jako %PKB per capita.

MMR Wydatki na zdrowie jako % PKB Przewidywana długość życia w momencie narodzin

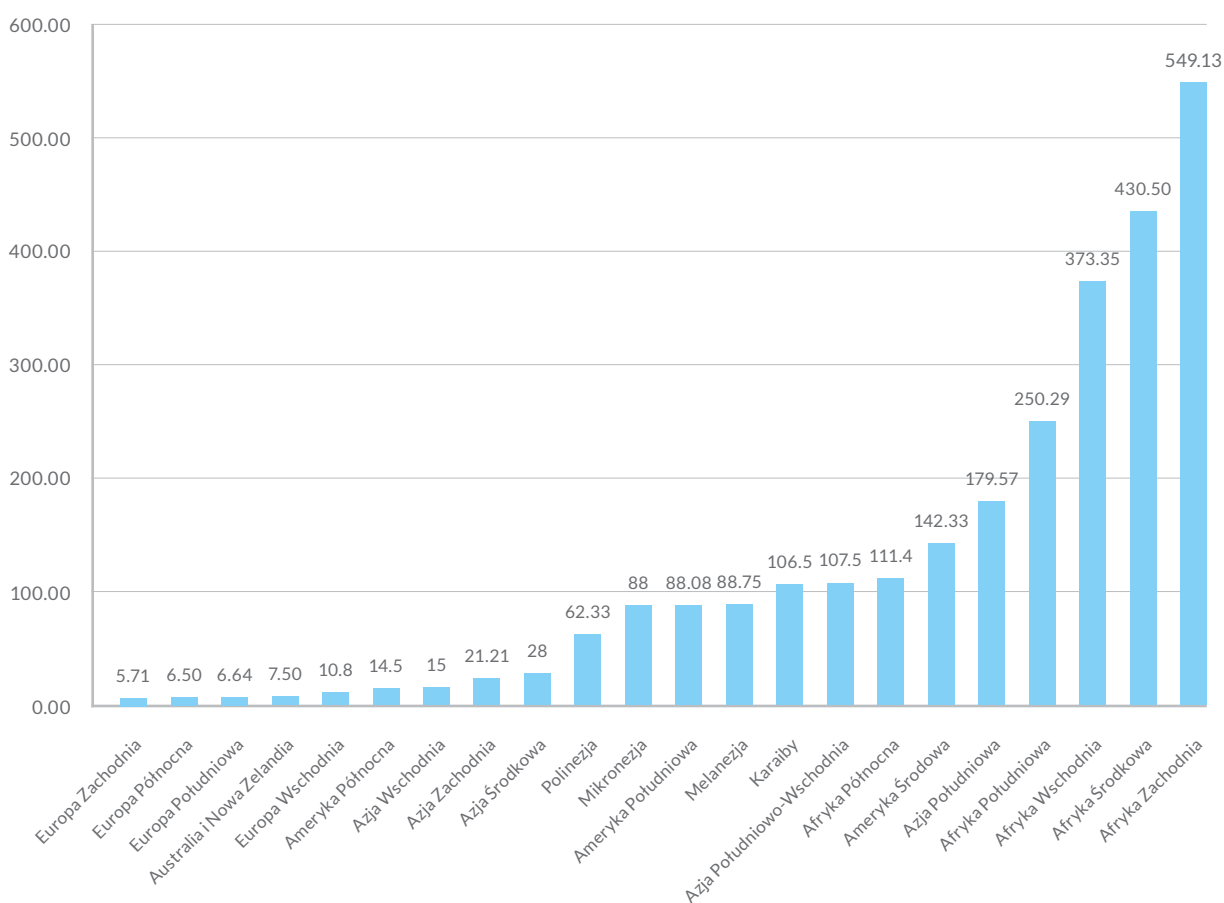


4.3. Śmiertelność okołoporodowa matek a dostępność aborcji – zróżnicowanie regionalne

Wskaźnik śmiertelności okołoporodowej matek znacząco różni się w poszczególnych regionach świata (Wykres 2). Dostępne dane, ułożone od 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”.

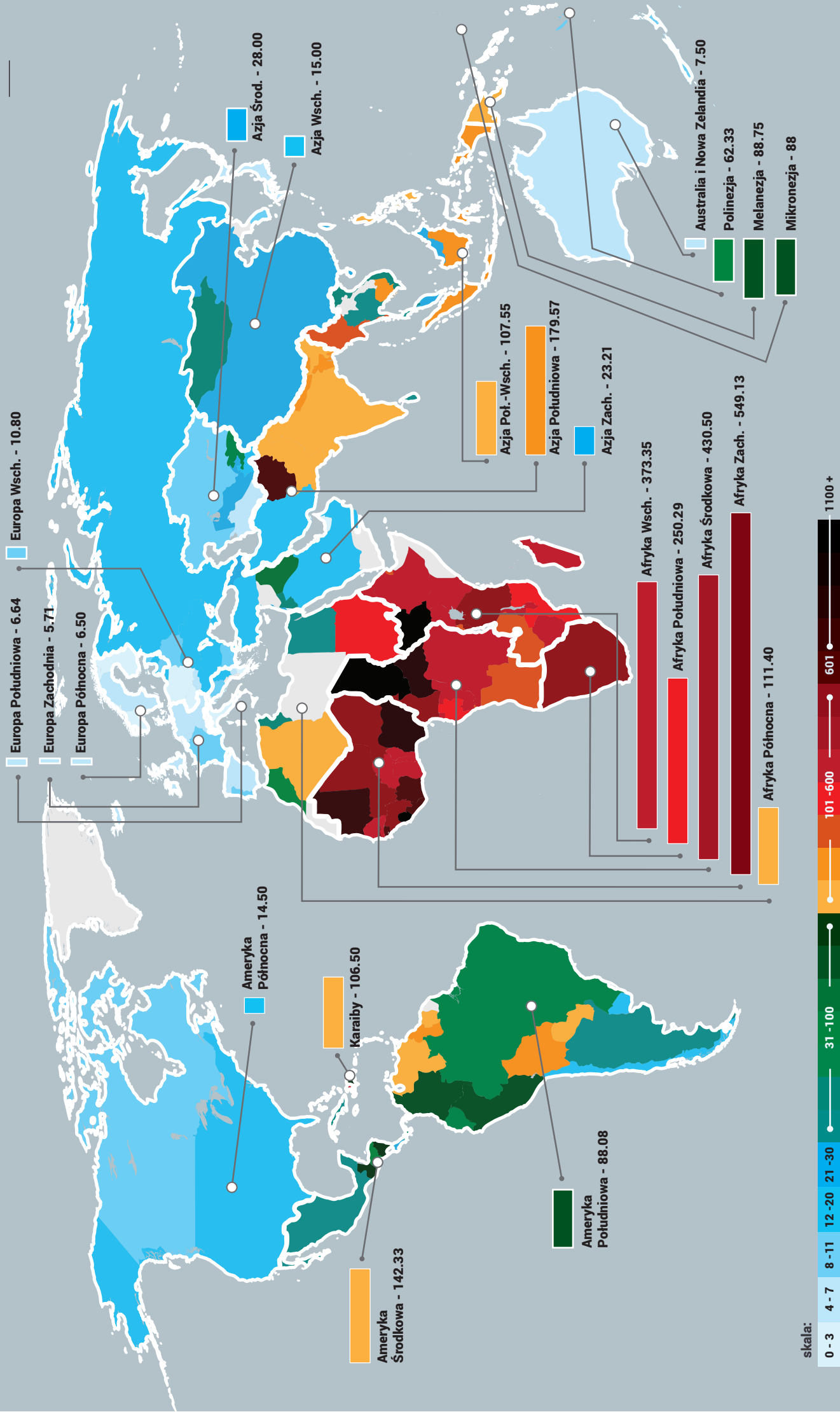
Obserwowane zróżnicowanie regionalne jest w skali świata bardzo duże. Konieczne jest odnotowanie przepaści pomiędzy Europą a Afryką *en général*, a szczególnie pomiędzy Europą Zachodnią (średnia MMR=5,71) a Afryką Zachodnią (średnia MMR=549,13) – różnica śmiertelności okołoporodowej matek pomiędzy tymi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

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



Wartości wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek (MMR)

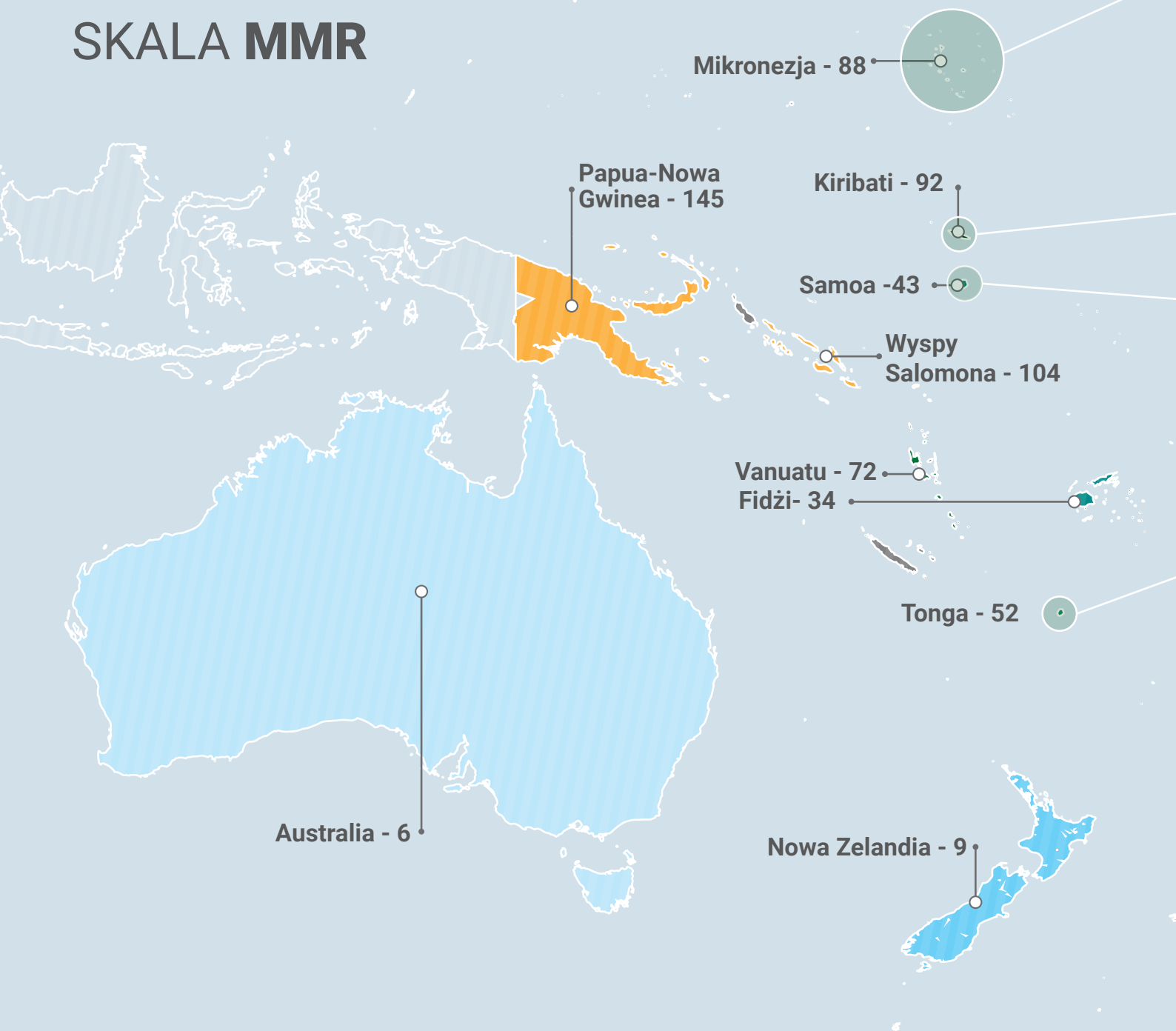
dla poszczególnych subregionów świata wg klasyfikacji statystycznej ONZ

**skala:**

Age Group	100+ (Blue)	100+ (Red)
0-3	~10%	~10%
4-7	~10%	~10%
8-11	~10%	~10%
12-20	~10%	~10%
21-30	~10%	~10%
31-100	~10%	~10%
101-600	~10%	~40%
601-1100+	~10%	~10%

AUSTRALIA I OCEANIA

SKALA MMR



skala:



EUROPA | SKALA MMR



skala:

0 - 3 4 - 7 8 - 11 12 - 20 21 - 30 31 - 100 101 - 600 601 1100 +



AMERYKA Południowa

SKALA MMR

skala:



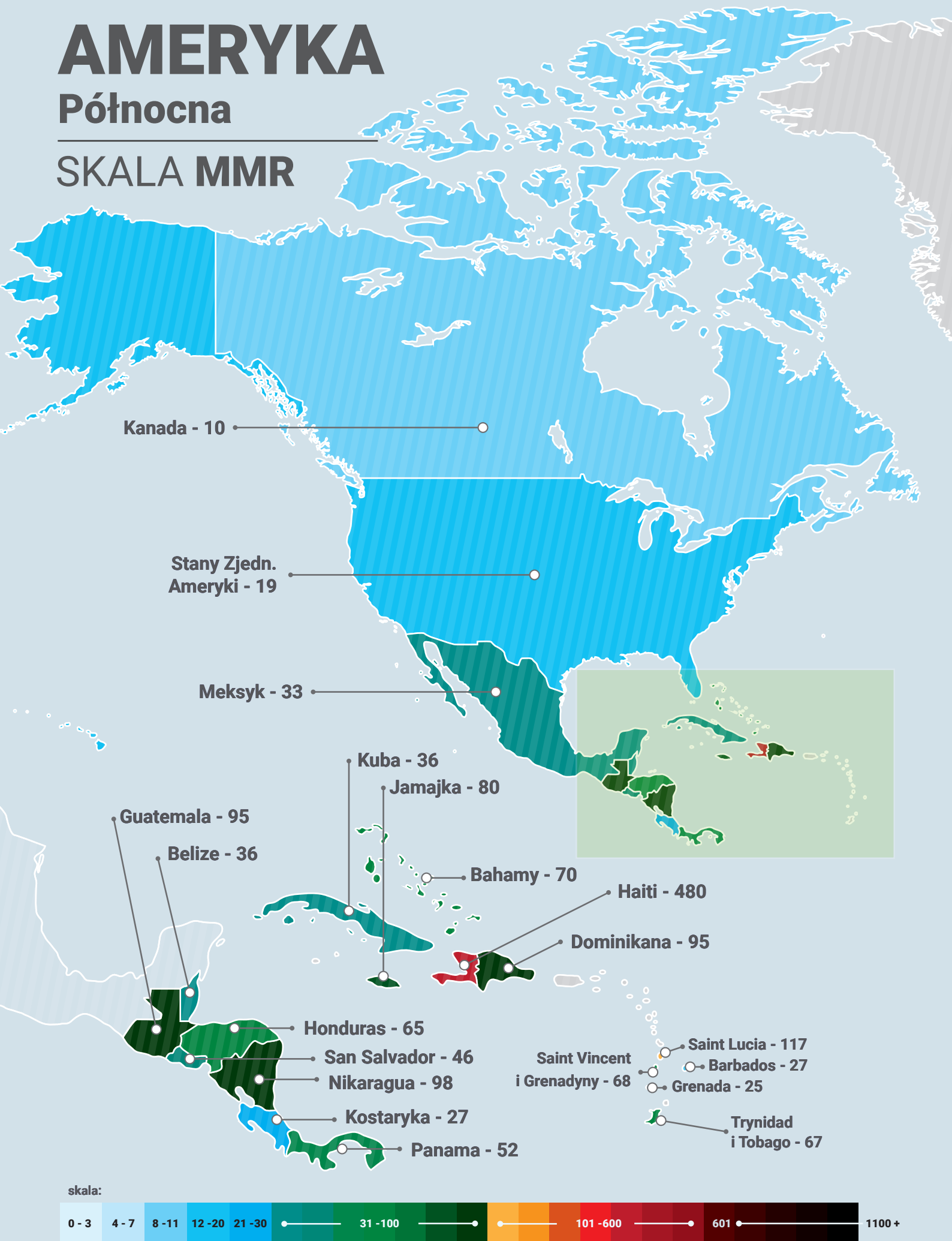
AZJA | SKALA MMR

**skala:**

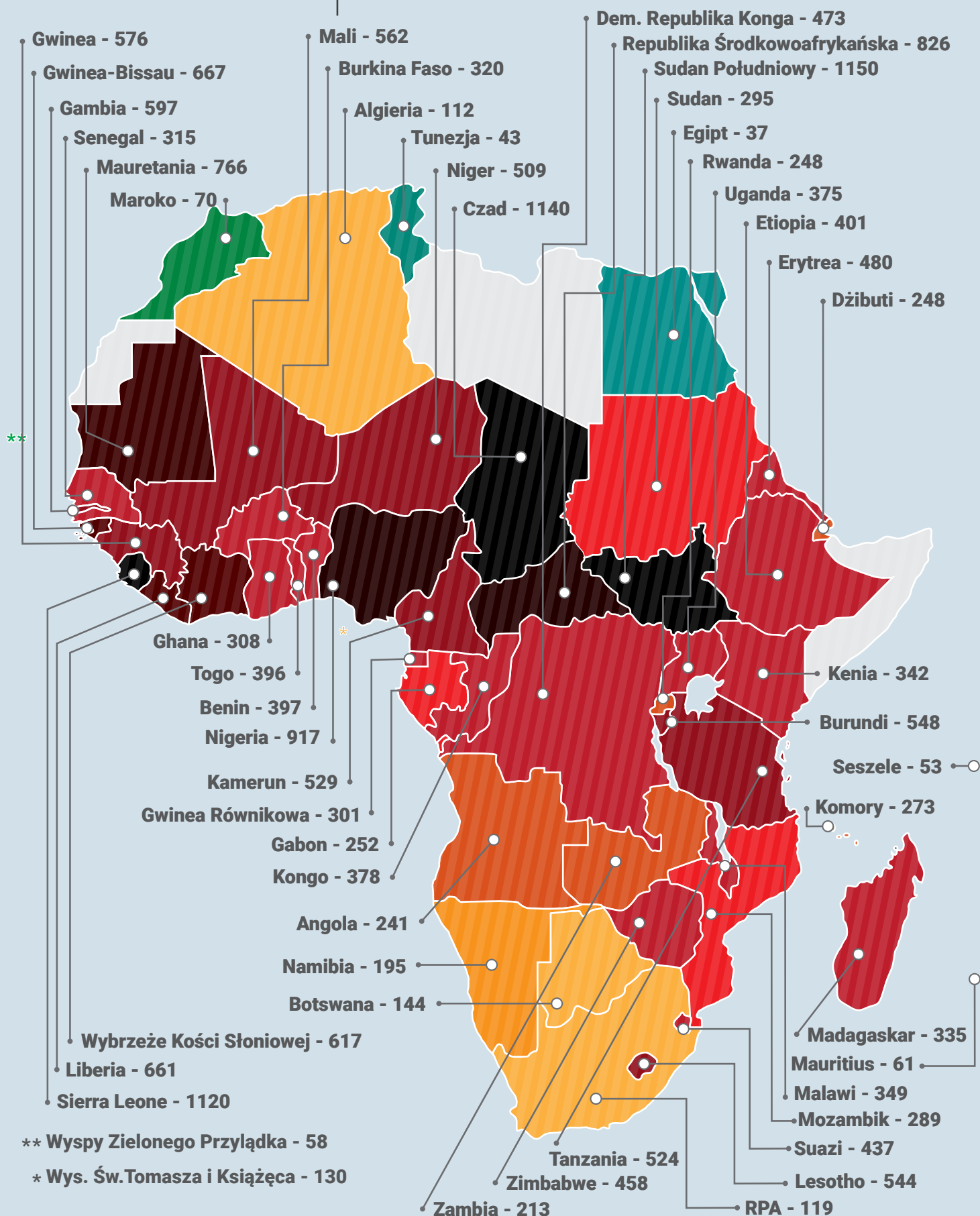
AMERYKA

Północna

SKALA MMR



AFRYKA | SKALA MMR



skala:



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 produktu krajowego brutto współczynnik B wyniósł 9,27. Tak więc wzrost śmiertelności okołoporodowej matek jest skorelowany ze wzrostem proporcji wydatków na zdrowie do PKB danego kraju. Tego typu obserwacja na pierwszy rzut oka może wydawać się zaskakująca. Oznacza to jednak jedynie 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 i 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 kobiety – negatywnie ($B=-35,99$; $SE=49,65$), ze względu na zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety – pozytywnie ($B=34,25$; $SE=48,24$), jeśli 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, tj. 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 tej różnicy jedynie w regionie świata, gdzie poziom życia i 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. Do puli tych czterech krajów świata, które pryncypialnie

nie dopuszczają aborcji, nie wpadły po prostu kraje najbiedniejsze z niskim poziomem życia i marną opieką medyczną, które znacząco zawyżają średnią MMR w grupie krajów dopuszczających aborcję. 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, jak 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. Pomiędzy nimi samymi nie ma zależności przyczynowo skutkowej.

Należy również zaznaczyć, że w wielu przypadkach dokonanie aborcji u chorej kobiety może pogorszyć stan jej zdrowia¹³. Jak wskazują wyniki duńskiego badania opartego na danych z populacyjnych rejestrów z lat 1980 – 2002, ryzyko zgonu po dokonaniu aborcji przed dwunastym tygodniem ciąży łączy się z prawie dwukrotnie większym ryzykiem zgonu matki niż urodzenie dziecka. Ryzyko aborcji wykonanej w późniejszej ciąży okazało się jeszcze wyższe, natomiast ryzyko po poronieniu samoistnym – mniejsze¹⁴.

Dokonany podział krajów na regiony, wg schematu regionów i subregionów świata wykorzystywanego w zestawieniach statystycznych ONZ, a następnie uszeregowanie regionów według wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek pozwala unaocznić, że przepaść pomiędzy tzw. „Starym Światem” a światem „Nowym” i „Trzecim” jest wciąż ogromna. Różnica śmiertelności okołoporodowej matek pomiędzy regionem o najniższym MMR – Europą Zachodnią, a naj-

wiekszym – Afryką Zachodnią, jest niemal stukrotna! Jako Polacy i Europejczycy żyjemy więc w uprzywilejowanym regionie świata. Jeśli pragniemy rozciągnąć to uprzywilejowanie na kraje biedniejsze, nie powinniśmy marnować naszych zasobów na niepotrzebne aborcje i promocję tej procedury, a raczej przeznaczyć je na pomoc rodzącym kobietom w krajach „Trzeciego Świata”, by one też mogły rodzić bezpiecznie i godnie.

Podsumowując, wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że:

1. Śmiertelność okołoporodowa matek w poszczególnych krajach świata jest bardzo zróżnicowana; zróżnicowanie to pokrywa się ze zróżnicowaniem kulturowo-geograficznym;
2. Dla poprawienia (tj. zmniejszenia) wskaźnika śmiertelności okołoporodowej matek podniesienie ogólnego poziomu życia w danym kraju ma znacznie 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.

13 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, Med. Sci. Monit. 2012, 18 (9), s. 71–76.

14 Ibid.



WSPARCIE DARCZYŃCÓW

Instytut Ordo Iuris jest fundacją i zakres naszej aktywności jest ściśle uzależniony od funduszy, które pozyskamy na działalność statutową. Ceniąc sobie niezależność, nie korzystamy ze środków publicznych i grantów, których pozyskanie mogłoby ją ograniczać. Naszą działalność prowadzimy tylko dzięki hojności naszych Darczyńców, zwłaszcza tych, którzy wspierają nas regularnie co miesiąc w ramach Kręgu Przyjaciół (więcej na: www.przyjaciele.ordoiuris.pl)

RAZEM MOŻEMY REALNIE WPŁYWAĆ NA RZECZYWISTOŚĆ!

DAROWIZNĘ MOŻNA PRZEKAZAĆ NA KONTO

32 1160 2202 0000 0002 4778 1296

Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris
ul. Zielna 39, 00-108 Warszawa
oraz za pomocą przelewów internetowych
Tpay i PayPal (szczegóły na stronie www.ordoiuris.pl)



ordoiuris.pl



[/ordoiuris](https://www.facebook.com/ordoiuris)



[@Ordoluris](https://twitter.com/Ordoluris)



[/ordoiuris](https://www.youtube.com/ordoiuris)