**Śmiertelność matek a aborcja**

**Raport Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka**

**Kraków 2014**

**Punkty kluczowe:**

* Wśród krajów delegalizujacych aborcję znajdują się takie państwa (m.in. Polska, Irlandia, Malta, Chile, Salwador), w których poziom wskaźników śmiertelności matek należy do najniższych w danym rejonie świata.
* Wśród krajów z legalną aborcją są takie państwa (m.in. USA, Rosja, Wietnam, RPA, Gujana), w których wskaźniki śmiertelności matek są niepokojąco wysokie lub ulegają podwyższeniu.
* Nie ma naukowych dowodów na to że, legalizacja aborcji jest czynnikiem zmniejszającym śmiertelność matek.
* Istnieje szereg dowodów naukowych wykazujących, że aborcja nawet w tych krajach, w których ją zalegalzowano jest niebezpieczna nie tylko dla zdrowia, ale także dla życia kobiety.

Jednym z najczęstszych argumentów zwolenników legalizacji aborcji jest powoływanie się na konieczność zalegalizowania przerywania ciąży w celu ochrony kobiet przed śmiercią wskutek nielegalnej, tzw. niebezpiecznej aborcji. Przeciwnikom leglizacji aborcji imputuje się działania prowadzące do dziesiątek tysięcy przypadków śmierci matek na całym świecie. Ten argument - jak większość demagogicznych stwierdzeń - na pierwszy rzut oka chwyta za serce. Zwolennicy legalności aborcji podpierają się stwierdzeniami, występującymi często w publicystyce czy polityce, sprowadzającymi się do porównania wskaźników śmiertelności matek w krajach Zachodu w warunkach legalości aborcji w czasach po II wojnie światowej z wskaźnikami śmiertelności matek w tych krajach w czasach przed legalizacją aborcji, czyli pół wieku wcześniej. Innym źródłem mitu, jakoby nielegalność aborcji zwiększała liczbę śmierci matek jest porównywanie wskaźników śmiertelności matek w warunkach nielegalności aborcji w krajach rozwijających się ze wskaźnikami śmiertelności matek w krajach rozwiniętych, z legalną aborcją. Przykładem takiej nierzetelności intelektualnej jest choćby publikacja z „International Family Planning Perspectives” z 2003 roku: „Istnieją przykłady związku pomiędzy legalnością aborcji i śmiertelnością matek. W Szwecji umieralność związana z aborcją była 99,9% niższa w latach 1970. niż w latach 1930”. (C. Marston, J. Cleland, *Relationship Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence*, w: „International Family Planning Perspectives”, Vol. 29, Nr. 1, 2003, s. 6-13). Takie uproszczone wnioski są zupełnie nieuprawione. Równie dobrze można by wysunąć wniosek, że śmiertelność spowodowana gruźlicą w Szwecji w latach 1970. spadła w stosunku do lat 1930. właśnie z powodu legalizacji aborcji. Porównywanie krajów o diametralnie różnych poziomach opieki medycznej (z powodu uwarunkowań geograficznych czy historycznych) jest niedopuszczalne. Jak więc jest naprawdę: Czy istnieje związek pomiędzy legalnością aborcji a poziomem wskaźnika śmiertelności matek? Lub stawiając pytanie inaczej: czy faktycznie delegalizacja aborcji jest przyczyną śmierci dziesiątek tysięcy kobiet rocznie?

Międzynarodowe organizacje pozarządowe oraz inne instytucje (jak np. Unia Europejska) finansujace wykonywanie aborcji w krajach rozwijających się, uzasadniają swoje działania chęcią zmniejszenia występującego tam bardzo wysokiego poziomu śmiertelności matek. Uważają, że jego przyczyną jest „niebezpieczna aborcja”, nielegalna, przeprowadzana przez niewykwalifikowany personel i w nieodpowiednich warunkach, prowadząca do komplikacji i w konsekwencji do śmierci kobiety. Według definicji WHO *niebezpieczna aborcja* „jest to procedura mająca na celu zakończenie niepożądanej ciąży, wykonana bądź przez osoby nieposiadające odpowiednich umiejętności, bądź w warunkach niespełniających podstawowych standardów medycznych, albo przy występowaniu obu tych czynników jednocześnie”. WHO szacuje, że „niebezpieczna aborcja” jest odpowiedzialana za 47 000 przypadków śmierci matek rocznie. (WHO, *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed., Geneva: WHO, 2011, s.2) Instytucje międzynarodowe, łożąc znaczne sumy na wykonywanie „bezpiecznej aborcji” oraz wywierając polityczne naciski na jej legalizację w krajach, w których jest ona nielegalna, uważają, że przyczyniają się do ratowania życia kobiet. Tymczasem nie istnieją dowody naukowe potwierdzające, że nielegalne wykonywanie aborcji jest przyczyną wysokich wskaźników śmiertelności matek. Prawdziwą przyczyną tragicznej sytuacji kobiet w krajach rozwijajacych się jest brak odpowiedniej, podstawowej opieki medycznej, powszechna bieda i brak edukacji. Kobiety, które wskutek nielegalnej aborcji stoją tam w obliczu ryzyka śmierci z powodu braku dostępu do lekarza, szpitala czy antybiotyków, nie zdobędą dostępu do tych podstawowych standardów medycznych po je legalizacji. Legalizacja abborcji nie zmieni tych tragicznych okoliczności, natomiast przyczyniając się do zwiększenia liczby aborcji w danym kraju może spowodować, że kobiety częściej będą się znajdować w zagrażających ich życiu okolicznościach.

Istnieją bowiem dowody wskazujące na to, że wśród krajów nie zezwalających na dokonywanie aborcji są i takie państwa, w których wskaźniki śmiertelności matek osiągają najniższe poziomy w danym regionie świata. I odwrotnie, istnieją kraje, w których aborcja jest legalna, a wskaźniki śmiertelności matek są niepokojąco wysokie, a nawet ulegają podwyższeniu.

Te dowody powinny skłaniać do szukania rzeczywistych przyczyn wysokich wskaźników śmiertelności matek w krajach rozwijających się, by móc zaproponować im rzeczywiście skuteczne rozwiązania. W tym celu należy zadać kilka pytań:

**Gdzie leży przyczyna błędów w szacunkach dotyczących związku aborcji ze śmiertelnością matek?**

Opublikowana w maju 2014 roku w „Lancet Global Health” metaanaliza publikacji naukowych dotyczących problemu śmiertelności matek obejmowała badania z lat 2003-2012 przeprowadzone w różnych krajach oraz badania WHO. Przeanalizowano 23 badania oraz 417 baz danych ze 115 krajów, zawierających 60 799 przypadów śmierci matek. Stwierdzono, że 73% (1 771 000 z 2 443 000) wszystkich przypadków śmierci matek mających miejsce w latach 2003-2009 wynikało z przyczyn położniczych. Kategoria „aborcja” była odpowiedzialna za 7,9% zgonów matek. Autorzy badania stwierdzają jednak wyraźnie, że kategoria “aborcji” zawiera zarówno przerwanie ciąży, jak i naturalne poronienia oraz ciąże ektopiczne. Oznacza to, że prawdziwa liczba dotycząca udziału zabiegów przerywania ciąży jako przyczyny śmiertelności matek jest trudna do określenia. Można przypuszczać, że jest ona niższa niż 7,9%. (L. Say, D. Chou, A. Gemmill, et al., *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*, w: „Lancet Global Health”, published online 6 May 2014)

**W jakim stopniu aborcja jest odpowiedzialna za śmiertelność matek?**

W wspomnianej powyżej publikacji znajduje się informacja, że największy udział zgonów matek jako konsekwencji przeprowadzonej aborcji (zawierającej również, przypomnijmy, naturalne poronienia i ciąże ektopiczne) wśród ogółu zgonów ma miejsce w dwóch regionach świata: Afryce Subsaharyjskiej (9,6%) oraz w Ameryce Łacińskiej (9,9%). W krajach obu tych regionów aborcja, generalnie biorąc, jest nielegalna. Warto natomiast podkreślić, iż w omawianym badaniu wykazano, że w krajach rozwiniętych udział zgonów spowodowanych aborcją w ogólnej liczbie zgonów matek (7,5%) był tylko minimalnie niższy od średniej światowej (7,9%). W krajach rozwiniętych aborcja jest generalnie biorąc legalna. Wynika stąd, że legalność aborcji nie zmniejsza znacząco procentowego udziału zgonów spowodowanych aborcją w ogólnej liczbie zgonów matek. Z omawianego badania wynika również, że najważniejszymi przyczynami śmierci matek na świecie są: krwotok (27,1%), choroby związane z nadciśnieniem (14%) i sepsa (10,7%). Realizacja celów millenijnych ONZ (UN Millennium Development Goals), zmierzających do obniżenia o 75% śmiertelności matek do roku 2015, powinna więc być skupiona przede wszystkim na eliminacji tych największych „zabójców” kobiet. (L. Say, D. Chou, A. Gemmill, et al., *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*, w: „Lancet Global Health”, published online 6 May 2014)

Badacze z Uniwersytetu w Birmingham (Wielka Brytania) oraz z Instytutu Rosarino w Argentynie opublikowali w czasopiśmie „Lancet” artykuł, w którym dociekali przyczyn śmiertelności matek na świecie. Przebadali wiele medycznych baz danych - zarówno naukowych, jak i baz WHO. Stwierdzili, że udział procentowy aborcji (bez rozróżnienia na legalną i nielegalną) jako przyczyny zgonów matek przedstawia się w poszczególnych regionach świata następująco: kraje rozwinięte – 8,2%, Afryka – 3,9%, Azja – 5,7%, Ameryka Łacińska I Karaiby – 12%. Z tego zestawienia wynika, że największy udział aborcji jako przyczyny śmierci matek nie występuje w krajach afrykańskich, z których większość nie uznaje legalnej aborcji, a jednocześnie jest adresatem działań organizacji międzynarodowych dostarczających tzw. bezpiecznej aborcji. To kraje rozwinięte (które w ogromnej większości dopuszczają legalną aborcję) charakteryzuje ponad dwukrotnie większy niż w Afryce udział aborcji jako przyczyny zgonów matek. (K.S Khan, D. Wojdyla, L. Say, et al., *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review*, w: „Lancet”, Vol. 367, Nr. 9516, 2006, s. 1066 – 1074)

**Jakie argumenty wskazują na fakt, że prawdziwą przyczyną wysokich wskaźników śmiertelności matek w krajach rozwijających się jest niski poziom opieki medycznej, nie zaś nielegalna aborcja?**

Nie jest przypadkiem, że wśród 10 krajów, które są odpowiedzialne za 66% światowej liczby martwych urodzeń, znajdują się kraje odpowiedzialne również za większość występujących w skali świata zgonów matek. Oczywistym jest, że takie kraje jak Afganistan, Indie, Etiopia, Kongo, Nigeria i Pakistan charakteryzuje niski poziom opieki medycznej, który stanowi podstawową przyczynę wysokich wskaźników śmiertelności matek. W tym samym raporcie, który zawiiera statystyki dotyczące śmiertelności matek, mowa jest także o zaniedbanym problemie martwych urodzeń. „Miliony martwych urodzeń, rejestrowane co roku nie znajdują odzwierciedlenia w globalnej polityce. Do dzisiaj systemy gromadzenia informacji ONZ nie obejmują martwych urodzeń. Brak ich też w dokumentach określających cele globalnej polityki, jak Milenijne Cele Rozwoju (Millenium Development Goals, MDGs) czy Globalne Obciążenie Chorobami (Global Burden of Disease). W czasach, w których podejmuje się globalne wysiłki na rzecz zdrowia kobiet, światowa oganizacja zajmująca się sprawami zdrowia pomija dążenia kobiet do urodzenia żywego dziecka” – napisano w artykule wstępnym do raportu specjalnego nt. martwych urodzeń zamieszczonym w czasopiśmie „Lancet”. (*Stillbirths. An Executive Summary for The Lancet’Series*, w: „Lancet” April 14, 2011)

Tabela 1. Kraje świata charakteryzujące się wysokim poziomem martwych urodzeń i zgonów matek.

|  |  |
| --- | --- |
| Kraje świata odpowiedzialne za 66% światowej liczby martwych urodzeń | Kraje świata odpowiedzialne za wiecej niż 50% światowej liczby zgonów matek |
| Indie | Indie |
| Pakistan | Nigeria |
| Nigeria | Pakistan |
| China | Afganistan |
| Bangladesz | Etiopia |
| Kongo | Kongo |
| Etiopia |  |
| Indonezja |  |
| Tanzania |  |
| Afganistan |  |

Źródło: (*Stillbirths. An Executive Summary for The Lancet’Series*, w: “Lancet” April 14, 2011); M.C. Hogan, K.J. Foreman, M. Naghavi, et al., *Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progres towards Millenium Development Goal 5*, w: „Lancet”, Vol. 375, 2010, s. 1609-23)

**Co jest odpowiedzią na wysokie wskaźniki śmiertelności matek?**

Ciekawe wnioski płyną z analizy Irvine Loudona opublikowanej w “The American Journal of Clinical Nutrition” dotyczącej śmiertelności matek w Wielkiej Brytanii w XIX I XX wieku. Autor analizując spadek przypadków śmierci matek stwierdza: „wśród czynników, które mogły być za to odpowiedzialne, należy wymienić przede wszystkim sulfamidy i penicylina stosowane przy infekcjach; po drugie: użycie ergometryny dla zahamowania krwotoku poporodowego; po trzecie: powszechne transfuzje krwi; a po czwarte: znacząco lepszą współpracę i wyższy poziom edukacji medycznej”. W badaniach Loudona zwraca uwagę statystyka dotycząca udziału procentowego aborcji jako przyczyny śmierci matek w latach 1976-1981 (czyli po legalizacji aborcji w Wielkiej Brytanii, która miała miejsce w 1968 roku). W tych latach aborcja była odpowiedzialna za 8% śmierci matek – mimo przeprowadzania jej w warunkach legalności oraz w kraju będącym w czołówce najbardziej rozwiniętych państw świata. W podsumowaniu badań autor – w kontekście pytania o aktualne metody redukcji śmiertelności matek w krajach rozwijających się - apeluje o diagnozowanie rzeczywistych przyczyn śmiertelności matek, aby można było im zapobiegać. (I. Loudon, *Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today*, w: “The American Journal of Clinical Nutrition”, Vol. 72 (suppl):241S–6S, 2000)

Tabela 2. Śmiertelność matek w wybranych krajach świata

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wskaźnik śmiertelności matek na 100 000 żywych porodów dla poszczególnych krajów | | | | |
| Kraj | 1980 | 1990 | 2000 | 2008 |
| Chile (N) | 70 | 44 | 24 | 21 |
| Egipt (N) | 352 | 195 | 74 | 43 |
| Etiopia (L) | 1061 | 968 | 937 | 590 |
| Guatemala (N) | 189 | 178 | 111 | 88 |
| Gujana (L) | 216 | 162 | 164 | 143 |
| Indonezia (L) | 423 | 253 | 290 | 229 |
| Iran (N) | 101 | 64 | 35 | 28 |
| Irlandia (N) | 11 | 7 | 7 | 6 |
| Kanada (L) | 7 | 6 | 6 | 7 |
| Malta (N) | 21 | 15 | 9 | 6 |
| Mauritius (L-od 2012) | 122 | 65 | 34 | 28 |
| Meksyk (N) | 124 | 73 | 60 | 52 |
| Nepal (L) | 865 | 471 | 343 | 240 |
| Nikaragua (N) | 145 | 101 | 124 | 103 |
| Norwegia (L) | 7 | 7 | 7 | 8 |
| Polska (N) | 22 | 21 | 10 | 7 |
| Południowa Afryka (L) | 208 | 121 | 155 | 237 |
| Rosja (L) | 60 | 48 | 45 | 34 |
| Salwador (N) | 216 | 135 | 63 | 37 |
| Somalia (N) | 1061 | 963 | 837 | 675 |
| Sri Lanka (N) | 92 | 52 | 40 | 30 |
| Syria (N) | 251 | 156 | 67 | 50 |
| USA (L) | 12 | 12 | 13 | 17 |

Źródło: (M.C. Hogan, K.J. Foreman, M. Naghavi, et al., *Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progres towards Millenium Development Goal 5*, w: „Lancet”, Vol. 375, 2010, s. 1609-23)

N – aborcja nielegalna lub ograniczona możliwość jej wykonywania

L – aborcja legalna

Z powyższej tabeli wynika, że nie ma bezpośredniej korelacji pomiędzy legalnym statusem aborcji w danym kraju a wskaźnikiem śmiertelności matek.

**Czy istnieje związek pomiędzy legalnością aborcji a wskaźnikami śmiertelności matek w danym kraju?**

Raport dotyczący śmiertelności matek w latach 1990-2008 opublikowany wspólnie przez Światową Organizację Zdrowia, UNICEF, UNFPA oraz Bank Światowy przynosi szacunki dotyczące wskaźnika śmiertelności matek. Wśród krajów z nielegalną aborcją są również takie, które mogą pochwalić się niskimi wskaźnikami śmiertelności matek (na 100 000 żywych porodów). I tak przykładowo w roku 2010 wskaźniki kształtowały się następująco: Irlandia – 6 (1990: 6), Malta – 8 (1990: 14; spadek o 42%), Polska – 5 (1990: 17; spadek o 72%). Wśród krajów Południowej Ameryki jednym z najniższych wskaźników może pochwalić się Chile, w którym aborcja jest nielegalna – 25 (w 1990: 56; spadek o 56%). Warto zestawić wskaźnik Chile ze wskaźnikiem z Gujany, w której aborcja jest dostępna na żądanie kobiety od 1995 roku (wcześniej była całkowicie zakazana na podstawie tamtejszego kodeksu karnego). W 1990 roku w Gujanie wskaźnik śmiertelności matek wynosił 180, w 1995 roku – 170, a po legalizacji aborcji w 2000 roku – 220. Najnowsze dane z roku 2010 mówią o wskaźniku na poziomie 280. Przykład Gujany pokazuje, że legalizacja aborcji nie wpłynęła na obniżenie wskaźnika śmietelności matek w tym kraju. Kolejnym interesującym krajem dla porównania jest Salwador, w którym w 1997 roku zdelegalizowano aborcję. Ta zmiana prawa nie przeszkodziła temu krajowi w znaczącym obniżeniu wskaźnika śmiertelności matek (w 1990 roku wynosił on: 150, w 1995 roku: 130, w 2000 roku: 110, a w 2010 roku: 81.

Warto zwrócić uwagę na dwa kraje: Etiopię i RPA leżące Afryce subsaharyjskiej, gdzie problem śmiertelności matek jest najbardziej palący. W pierwszym z nich aborcję zalegalizowano w 2005 roku. Poziom wskaźnika śmiertelności matek obniżył się przed legalizacją: w 1990 roku wynosił on 950, w 2005 roku – 510, a w 2010 - 350. Z kolei RPA, w której zalegalizowano aborcję w 1996 roku, jest jednym z niewielu krajów regionu, doświadczającym pogorszenia sytuacji: w 1990 roku – wskaźnik wynosił 250, w 1995 roku: 260, w 2000 roku: 330, w 2005 roku: 360, w 2010 roku: 300.

Mauritius, w którym aborcja była nielegalna do 2012 roku (kiedy to wskutek nacisków ze strony ONZ zalegalizowano przerywanie ciąży), miał w 2010 roku wskaźnik śmiertelności matek na poziomie 60 (1990: 68, spadek o 12%). W Azji podobnie niski wskaźnik ma Sri Lanka (z nielegalną aborcją), która w 2010 roku miała wskaźnik na poziomie 35. Natomiast położona na tym montynencie Indonezja z legalną aborcją miała wskaźnik na poziomie 220 w 2010 roku. Z kolei przykład Nepalu (kraju, w którym pod naciskiem ONZ w 2002 roku zalegalizowano aborcję) pokazuje, że wystarczająco szybki spadek wskaźnika śmiertelności matek można uzyskać bez legalizacji aborcji – wskaźnik ten kształtował się następująco: w 1990 roku: 770, w 2000 roku: 360, a w 2010 roku: 170. Przykładowe kraje, również spośród krajów rozwiniętych, które mają zalegalizowaną aborcję, natomiast charakteryzują je również wyższe wskaźniki śmiertelności matek (za rok 2010): Stany Zjednoczone – 21 (1990: 12; wzrost o 65%), Łotwa – 34 (1990: 57; spadek o 40%), Rumunia – 27 (1990: 170; spadek o 84%), Rosja – 34 (1990: 74; spadek o 55%), Ukraina – 32 (1990: 49; spadek o 34%). (World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*, 2012, Geneva, Switzerland)

**Jakie wnioski można wysnuć z analizy sytuacji poszczególnych krajów (zarówno z zalegalizowaną, jak i z niezalegalizowaną) w kontekście śmiertelności matek?**

Chile

Dane z Chile stanowią przykład konsekwencji rzadkiego i naturalnego eksperymentu, umożliwiającego ocenę wpływ czynników populacyjnych, legalnego statusu aborcji i innych historycznych uwarunkowań na śmiertelność matek. Wprowadzony w 1989 r. zakaz aborcji w tym kraju, często krytykowany z powodu rzekomych negatywnych konsekwencji dla śmiertelności matek „nie spowodował wzrostu wskaźnika śmiertelności matek. Wprost przeciwnie, po wprowadzeniu zakazu aborcji wskaźnik śmiertelności matek spadł z 41,3 do 12,7 na 100 000 żywych urodzeń – co oznacza spadek o 69,2% w ciągu 14 lat.” Eksperyment chilijski dowodzi, że „poprawa sytuacji w zakresie śmiertelności matek w krajach rozwijających się jest funkcją następujących czynników: wzrostu poziomu wykształcenia kobiet, dożywiania kobiet w ciąży i ich dzieci w placówkach podstawowej opieki medycznej i w szkołach, powszechnego dostępu do ulepszonych świadczeń w zakresie zdrowia matek, zmian w zachowaniach reprodukcyjnych kobiet, umożliwiających im kontrolowanie płodności i ulepszania systemu sanitarnego, jak np. dostęp do wody pitnej czy urządzeń sanitarnych”.

Autorzy artykułu prezentującego eksperyment chilijski podkreślają, że takie ubogie kraje Ameryki Łacińskiej jak Salwador, Gwatemala, Nikaragua, Ekwador i Boliwia (gdzie aborcja jest zakazana lub dozwolona jedynie ze względów „terapeutycznych” uczyniły znaczący postęp w redukcji wskaźnika śmiertelności matek. Zestawiają oni szacunki WHO dotyczące wskaźnika śmiertelności matek w krajach obu Ameryk. Chile ze wskaźnikiem 16/100 000 żywych urodzeń zajmuje drugie miejsce w tym rankingu (po Kanadzie, a przed USA). (E. Koch, J. Torp, M. Bravo, et al., *Women’s Education Level, Maternal Heath Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths*: *A Natura Experiment in Chile from 1957 to 2007*, w: „PLoS ONE”, May 2012, Vol. 7, No. 5)

Wnioski autorów przytaczanego powyżej artykułu są zbieżne z wnioskami innych badaczy, opublikowanymi w „American Journal of Public Health” (2009), którzy stwierdzili, że istnieje: „bezpośredni związek pomiędzy poziomem edukacji kobiet a spadkiem wskaźnika śmiertelności matek”. (R. Gonzalez, J.H. Requejo, J.K. Nien, et al., *Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant, and Child Mortality Between 1990 and 2004*, w: „American Journal of Public Health”, Vol. 99, 2009, s. 1220–1226)

Natomiast Ruiz Rodriquez (i koledzy) poddając analizie przyczyny chilijskiego sukcesu w obniżeniu wskaźnika śmiertelności matek napisali: „istnieją ewidentne dowody, że - biorąc pod uwagę poziom dochodu danego kraju – dostęp do opieki medycznej związanej ze zdrowiem matek wpływa na redukcję śmiertelności matek”. (M. Ruiz-Rodríguez, V.J. Wirtz, G. Nigenda, *Organizational elements of health service related to a reduction in maternal mortality: the cases of Chile and Colombia,* w: „[Health Policy”](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18995922), Vol. 90(2-3), 2009, s. 149-55)

Meksyk

Zespół badaczy z Meksyku i Stanów Zjednoczonych wykazał w jednym ze swoich artykułów, że ma miejsce znaczne przeszacowanie zarówno wskaźników śmiertelności matek związanych z aborcją w ciągu ostatnich lat (nawet o 35%), jak i samych wskaźników aborcyjnych (nawet dziewięciokrotne) w Dystrykcie Federalnym Meksyku, gdzie aborcja została zalegalizowana w 2007 roku. W latach 1990-2010 nastąpił spadek wskaźnika śmiertelności matek o ponad 30%, zaś w latach 2002-2008 – o 22% spadła związana z aborcją wartość wskaźnika śmiertelności matek. Badacze wskazują, że podobnie jak w Chile, wskaźnik śmiertelności matek spadł w latach 1957-2010 o ponad 82% (z 216 do 37/100 000) i stwierdzają, że „około 98% przypadków śmiertelności matek jest aktualnie związanych z innymi przyczynami niż aborcja”. Przeprowadzając analizę przy zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) oszacowali oni, że w 2009 roku aborcja była przyczyną jedynie 2,1% zgonów matek w Meksyku i 2,3% w Chile. Głównymi przyczynami tych zgonów są: krwawienie, nadciśnienie i stan rzucawkowy. Naukowcy dementują informacje budowane na bazie proaborcyjnej propagandy i opublikowane w „Family Planned Perspectives” (Juares et al., 2008), z których wynika, że liczbę aborcji w Meksyku przed jej legalizacją w 2007 roku szacowano na 700 000 do miliona w całym kraju, zaś 137 do 194 000 w Dystrykcie Federalnym. Tymczasem w latach 2007-2012 przeprowadzono w tym Dystrykcie średnio 78 000 aborcji, co stanowi około 50% liczby rocznych szacunków (Juares et al., 2008). Nawet biorąc pod uwagę możliwość niedoszacowania oficjalnych statystyk odnośnie do liczby aborcji, stwierdzają, że powyższe szacunki są przesadzone 2-5 krotnie. Wykazują również, że szacunki dotyczące śmiertelności matek związanej z aborcją były zawyżone o około 35%. Działo się to wskutek włączania do statystyk śmiertelności związanych z aborcją takich przyczyn jak: poronienie czy ciąże pozamaciczne (E. Koch, P. Aracena, S. Galica, et al., *Fundamental discrepancies in abortion estimates and abortion-related mortality: A reevaluation of recent studies in Mexico with special reference to the International Classification of Diseases*, w: „International Journal of Women’s Heath” 2012:4, s. 613-623)

Polska

Od 1993 roku, kiedy w Polsce wprowadzono prawo chroniące życie i delegalizujące aborcję, liczba zgonów związanych z ciążą, porodem i połogiem spadła: w 1993 wynosiła 44, w 2007- 11, w2008 - 19 (*Sprawozdania Rady Ministrów z realizacji ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* za lata: 2002, 2003, 2004, 2008, 2010). Z badań opublikowanych w czasopiśmie „Lancet” w 2010 roku (por. tabela nr) wynika, że w Polsce wskaźnik śmiertelności matek na 100 000 żywych urodzeń kształtował się następująco: w 1980 roku: 22, 1990: 21, 2000: 10, 2008: 7. Od 1993 roku w Polsce zmarła w wyniku aborcji tylko jedna kobieta. Dla porównania trzeba podkreślić, że w USA, w warunkach legalności aborcji, tylko wskutek przerwania ciąży za pomocą pigułki aborcyjnej Mifepristone w latach 2000-2011 zmarło 14 kobiet. (FDA, *Mifepristone U.S. Postmarketing Adverse Events Summary* through 04/30/2011, RCM 2007-525, NDA 20-687)

**Rosja**

**Przypadki zgonów matek z powodu aborcji są w Europie znacząco rzadsze niż w krajach rozwijających się. Tym bardziej interesujący jest przykład Rosji, w której wskaźnik śmiertelności matek jest na zaskakująco wysokim (jak na ten region świata) poziomie. Zgodnie z informacją podaną w czasopiśmie „Lancet” z roku 2010, Rosja ma najwyższy poziom wskaźnika śmiertelności matek (34 na 100 000 żywych urodzeń) ze wszystkich wymienionych krajów europejskich. Poziom tego wskaźnika ulega obniżeniu, co można tłumaczyć m.in. konsekwentną polityką władz rosyjskich zmierzającą do zmniejszenia liczby aborcji w tym kraju. Z badań przeprowadzonych przez centrum położniczo-ginekologiczno-perinatologiczne Rosyjskiej Akademii Nauk w Moskwie wynika, że śmiertelność matek spowodowana aborcją jest problemem narodowym. W Rosji ryzyko śmierci w wyniku legalnej aborcji po 21. tygodniu ciąży wynosi 45,1 na 100 000. Natomiast ogólne ryzyko śmiertelności matek wskutek aborcji jest w Rosji 10 razy wyższe niż w krajach Europy zachodniej bądź też w Ameryce Północnej. Przykład Rosji wskazuje więc, że legalność aborcji nie chroni przed wysokimi wskaźnikami zgonów kobiet. (E. Ketting, *Why women still die of abortion in a country where abortion is legal? The case of the Russian Federation*, w: The United Nations Population Fund (UNFPA), New York, World Health Organization, „Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health”, Nr. 59, 2005, s. 20-22)**

**Z badań naukowców z Rosyjskiej Akademii Nauk wynika, że wśród przypadków śmierci kobiet wskutek aborcji, większość (67%) miała miejsce wskutek aborcji przeprowadzonej poza specjalistycznymi medycznymi placówkami natomiast aż 24% stanowiły przypadki śmierci kobiet wskutek aborcji przeprowadzonej legalnie, w odpiwiednich placówkach.** (I. A. Zhirova, O.G. Frolova, T.M. Astakhova, E. Ketting, *Abortion-Related Maternal Mortality in the Russian Federation*, w: „Studies in Family Planning”, Vol. 35, Nr. 3, 2004, s. 178-188)

Poniższa tabela ukazuje przyczyny zgonów kobiet wskutek aborcji w warunkach legalności w Federacji Rosyjskiej w roku 1999. Analiza przyczyn zgonów kobiet wskutek aborcji wykonanych w specjalistycznych placówkach medycznych przyniosła rosyjskim badaczom następujące wnioski. Wśród czynników, które przyczyniły się do śmierci kobiet były: błędna diagnoza komplikacji (67%), niewłaściwe leczenie (59%), niewłaściwie przeprowadzona procedura aborcji (41%) oraz inne czynniki włączając w to towarzyszące ciąży schorzenia (41%).

Tabela 3. Procentowy udział poszczególnych przyczyn śmiertelności po aborcji, Federacja Rosyjska, 1999.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przyczyna śmierci | Aborcja w placówce medycznej (%) | Aborcja wykonana poza medyczną instytucją (%) |
| Infekcja | 25,9 | 84,2 |
| Krwotok | 7,4 | 6,6 |
| Zator | 11,1 | 3,9 |
| Perforacja macicy | 18,5 | 2,6 |
| Choroby układu krążenia komplikujące ciążę | 7,4 | 1,3 |
| Nadciśnienie tętnicze ciążowe | 7,4 | 0,0 |
| Gruźlica | 3,7 | 0,0 |
| Inne niezidentyfikowane komplikacje | 18,5 | 1,3 |

Źródło tabeli: (I. A. Zhirova, O.G. Frolova, T.M. Astakhova, E. Ketting, *Abortion-Related Maternal Mortality in the Russian Federation*, w: „Studies in Family Planning”, Vol. 35, Nr. 3, 2004, s. 178-188)

USA

Warte przeanalizowania są też pochodzące ze Stanów Zjednoczonych statystyki zgonów kobiet spowodowanych przeprowadzoną legalnie aborcją w pierwszej dekadzie po jej legalizacji (aborcja w całym okresie ciąży w USA została zalegalizowana 22 stycznia 1973 r. po sprawie Roe v. Wade). Oficjalne dane Centers for Disease Control and Prevention pokazują spadek wskaźnika śmiertelności związanej z legalną aborcją dopiero w kolejnej dekadzie po legalizacji. W latach 1972-1979 wskaźnik ten wynosił 2,2 na 100 000 legalnych aborcji, natomiast w latach 1980-1987 - 0,8. W poszczególnych latach wskaźnik tek kształtował się następująco: 1972 – 4,1, 1973 – 4,1, 1974 – 3,4, 1975 – 3,4, 1976 – 1,1, 1977 – 1,6, 1978 – 0,8, 1979 – 1,8. Dopiero od roku 1980 systematycznie osiągał wartość poniżej 1 na 100 000. Liczby bezwzględne ukazują drastyczny spadek zgonów związanych z aborcją przed legalizacją aborcji. W 1942 roku zmarły w wyniku aborcji 1232 amerykańskie kobiety, w 1947 – 583, w 1957 – 260, w 1968 – 130, 1972 – 90, 1973 (data legalizacji) – 57, w 1974 – 54, 1975 – 48. Dopiero od roku 1980 liczba ta zaczyna utrzymywać się na poziomie około 20 rocznie. Prześledzenie tych danych wskazuje raczej, że to nie legalizacja aborcji była przyczyną zmniejszenia śmiertelności kobiet (nie obserwujemy gwałtownego spadku od roku 1973) lecz raczej ogólny rozwój medycyny i poziomu higieny. Znacząca poprawa tego wskaźnika ma miejsce w latach 1940. i 1950., a następnie w latach 1980. (rozpowszechnienie USG, zmniejszenie częstości najbardziej niebezpiecznych metod aborcji). Badacze zajmujący się analizą śmiertelności kobiet po aborcji wskazują, że ryzyko śmierci zwiększa się o 30% z każdym kolejnym tygodniem rozwoju ciąży. Z danych amerykańskich za lata 1988-1997 wynika, że relatywne ryzyko śmierci związanej z aborcją wynosi 14,7 na 100 000 w 13-15. tygodniu ciąży, wzrasta natomiast do 76,6 po 21. tygodniu ciąży (L.A. Bartlett, C.J. Berg, H.B. Shulman, et al., *Risk Factors for Legal Induced Abortion-Related Mortality in the United States*, w: „American College of Obstetricians and Gynecologists”, Vol. 103, Nr. 4, April 2004, s. 729-737)

Tabela 4. Liczba zgonów kobiet związanych z aborcją w USA w latach 1973-2009

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok** |  |
| **Typ aborcji** | | **Ogółem\*** |
| **Legalna** | **Nielegalna (wykonana przez osobę bez licencji)** |
| 1973 | 25 | 19 | **47** |
| 1974 | 26 | 6 | **33** |
| 1975 | 29 | 4 | **34** |
| 1976 | 11 | 2 | **14** |
| 1977 | 17 | 4 | **21** |
| 1978 | 9 | 7 | **16** |
| 1979 | 22 | 0 | **22** |
| 1980 | 9 | 1 | **12** |
| 1981 | 8 | 1 | **9** |
| 1982 | 11 | 1 | **12** |
| 1983 | 11 | 1 | **12** |
| 1984 | 12 | 0 | **12** |
| 1985 | 11 | 1 | **13** |
| 1986 | 11 | 0 | **13** |
| 1987 | 7 | 2 | **9** |
| 1988 | 16 | 0 | **16** |
| 1989 | 12 | 1 | **13** |
| 1990 | 9 | 0 | **9** |
| 1991 | 11 | 1 | **12** |
| 1992 | 10 | 0 | **10** |
| 1993 | 6 | 1 | **9** |
| 1994 | 10 | 2 | **12** |
| 1995 | 4 | 0 | **4** |
| 1996 | 9 | 0 | **9** |
| 1997 | 7 | 0 | **7** |
| 1998 | 9 | 0 | **9** |
| 1999 | 4 | 0 | **4** |
| 2000 | 11 | 0 | **11** |
| 2001 | 7 | 1 | **8** |
| 2002 | 10 | 0 | **10** |
| 2003 | 10 | 0 | **10** |
| 2004 | 7 | 1 | **8** |
| 2005 | 7 | 0 | **7** |
| 2006 | 7 | 0 | **7** |
| 2007 | 6 | 0 | **6** |
| 2008 | 12 | 0 | **12** |
| 2009 | 8 | 0 | **8** |
| **Suma** | **411** | **56** | **480** |

Źródło: K. Pazol, A. A. Creanga, K. D. Burley, et al., CDC, *Abortion Surveillance — United States, 2010, Surveillance Summaries,* **November 29, 2013 / 62(ss08);1-44**

\* Nie uwzględniono aborcji o nieznanym typie

Wielka Brytania vs Irlandia

Amerykańscy naukowcy, którzy przeanalizowali narodowe statystyki dotyczące Wielkiej Brytanii, Szkocji, Republiki Irlandii i Irlandii Północnej od roku 1968 stwierdzili, że przykład Wielkiej Brytanii, w której od ponad 40 lat możliwe jest dokonywanie legalnej aborcji wskazuje, iż im wyższy jest wskaźnik aborcji, tym częstsza występowalność martwych urodzeń, przedwczesnych porodów, porodów z niską masą urodzeniową, porażeń mózgowych i zgonów matek jako konsekwencji aborcji. Tymczasem zarówno w Republice Irlandii, jak i w Irlandii Północnej, gdzie obowiązują bardziej restrykcyjne przepisy prawne, konsekwentnie wykazywane są niższe wskaźniki zachorowalności i śmiertelności związanych z legalną aborcją. „Republika Irlandii w ostatniej dekadzie posiadała wskaźnik śmiertelności matek 3/100 000 w porównaniu z około 6/100 000 w Anglii i Walii; wskaźnik martwych urodzeń 3,8/1000 żywych urodzeń w porównaniu 5,1/1000 w Wielkiej Brytanii; wskaźnik porodów przedwczesnych (poniżej 37. tygodnia) w 2010 roku wyniósł 42,7/1000 żywych urodzeń w porównaniu do 48/1000 w Anglii i Walii i 72/1000 w Szkocji. Legalna aborcja jest skorelowana z wyższymi wskaźnikami śmiertelności matek, martwych i przedwczesnych urodzeń”- stwierdzili autorzy artykułu. Wykazują oni również, że w Irlandii znacząco mniej dzieci rodzi się z niską wagą urodzeniową (poniżej 2 500 gram). W Irlandii wskaźnik ten wynosi 50/1000 urodzeń, w Anglii i Walii 69,4/1000 urodzeń. (B.C. Calhoun, J.M. Thorp, P.S. Carroll, *Maternal and Neonatal Heath and Abortion: 40-Year Trends in Great Britain and Ireland*, w: ,,Journal of American Physicians and Surgeons”, Vol. 18, No. 2, 2013, s.42-46)

Wietnam

Publikacja WHO dotycząca śmiertelności matek w Wietnamie wśród pośrednich przyczyn ich zgonów wymienia wielokrotną aborcję. Badanie przeprowadzone w 1995 roku przez Thai Binh Medical School (TBMS) oraz Ministerstwo Zdrowia wykazało, że „bezpośrednimi przyczynami śmierci matek są: krwotok – 29,7% zgonów, infekcja – 17,2%, nadciśnienie ciążowe – 6,3%. Pośrednimi przyczynami zgonów matek były niedożywienie, choroby przenoszone drogą płciową (w tym HIV) oraz duża liczba wcześniej dokonanych aborcji”. Autorzy publikacji stwierdzają, że w warunkach legalności aborcji w Wietnamie aborcje przeprowadzane w prywatnych klinikach wiążą się z krwotokami i infekcjami. Wskazują także na przyczyny śmiertelności matek w tym kraju: „obecnie do najpoważniejszych trudności, z którymi boryka się wiele klinik medycznych należą: brak profesjonalnego zespołu medycznego, brak wyposażenia i medykamentów oraz brak informacji mogących wspierać działania medyczne. Te problemy mają znaczący wpływ na opiekę medyczną nad matką oraz dzieckiem i są pośrednimi przyczynami śmiertelności matek (…). Wiele przypadków zgonów matek ma związek z brakiem wiedzy wśród osób sprawujących opiekę medyczną (…). Braki w stawianiu diagnozy bądź błędne diagnozy mogą prowadzić do zgonów matek”. (WHO, *Maternal Mortality in Viet Nam 2000-2001. An In-Depth Analysis of Causes and Determinants*, WHO 2005)

**Czy legalna aborcja naprawdę nie zagraża życiu matek?**

Lobby proaborcyjne wiąże problem śmiertelności matek wskutek aborcji jedynie z pojęciem tzw. niebezpiecznej aborcji. Tymczasem każda aborcja jest niebezpieczna i niesie ryzyko zagrożenia zdrowia i życia kobiety. Podejście zwolenników legalnej aborcji opiera się na definicji „śmierci matki”, przez którą rozumie się zgon kobiety, który następuje albo podczas ciąży albo w przeciągu 42 dni od jej zakończenia (poprzez poród, poronienie czy aborcję). Tymczasem według definicji amerykańskiego stowarzyszenia ginekologów i położników (American College of Obstetricians and Gynecologists) śmierć matki to zgon kobiety, który następuje w trakcie ciąży lub w ciągu roku po jej zakończeniu. Z kolei definicja amerykańskiego Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (CDC) definiuje śmierć związaną z aborcją jako m.in. skutek „pogorszenia wcześniej istniejącej przypadłości wskutek fizjologicznego lub psychologicznego wpływu aborcji, niezależnie od czasu, jaki minął pomiędzy aborcją a zgonem”. Istnieje szereg badań dotyczących ryzyka zgonu kobiety po aborcji według tego ostatniego ujęcia, których celem jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie czy legalna aborcja (według lobby proaborcyjnego „bezpieczna”) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem śmierci kobiety.

Fińskie badanie miało na celu analizę zgonów kobiet w ciąży lub po roku od jej zakończenia spowodowanych przyczynami zewnętrzymi jak: zranienia, samobójstwa czy zabójstwa) wśród. Przebadano ponad 5 000 przypadków zgonów kobiet w wieku reprodukcyjnym , które zmarły między rokiem 1987 a 2000 z przyczyn zewnętrznych. W badaniach wykazano, że w latach 1991-1995 wskaźnik śmiertelności kobiet, które dokonały aborcji wyniósł 75 (na 100 000 ciąż), a wśród kobiet które urodziły – 9,6 (na 100 000 ciąż). Po skorygowaniu wyników uwzgędniającym wpływ czynnika wieku otrzymano następujące dane: 60 zgonów na 100 000 ciąż wśród kobiet po aborcji i 10 zgonów wśród kobiet, które urodziły (M. Gissler, C. Berg, Marie-Helene Bouvier-Colle, P. Buekens, *Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000*, w: „European Journal of Public Heath”, Vol. 15, Nr. 5, s. 459-463)

W Finlandii przeprowadzono badania nad przypadkami zgonów kobiet związanych z ich ciążą. Zestawienie danych z rejestrów zgonów wszystkich kobiet w wieku rozrodczym w latach 1987-1994 z danymi z rejestru urodzeń oraz aborcji miało służyć wykazaniu statystycznego związku pomiędzy ciążą a śmiertelnością kobiet. Wzięto pod uwagę te przypadki zgonów kobiet, które nastąpiły do jednego roku po zakończeniu ciąży. Z zestawienia wynika, że odnotowano 281 takich przypadków. Wskaźnik śmiertelności wyniósł 41/100 000 ciąż, przy czym w przypadku zakończenia ciąży przez urodzenie - 27, w przypadku zakońcenia ciąży poronieniem – 48 i w przypadku zakończenia przez aborcję - 101. Zatem w warunkach legalnej aborcji w wysoko rozwiniętym kraju, jakim jest Finlandia, prawdopodobieństwo śmierci kobiety w rok po zakończeniu ciąży było ponad trzykrotnie większe w przypadku, gdy ta ciąża zakończyła się aborcją niż porodem (M. Gissler, R. Kauppila, J. Meriläinen, H. Toukomaa, E. Hemminki, *Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994 – definition problems and benefis of record linkage*, w: „Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica”, Vol. 76, 1997, s. 651-657)

Podobne wyniki uzyskano kilka lat później w kolejnych fińskich badaniach, analizując śmiertelność kobiet w latach 1987-2000. Wskaźnik śmiertelności po porodzie wynosił 28 na 100 000 ciąż, po poronieniu - 52, a po aborcji 83. (M. Gissler, C. Berg, M.H. Bouvier-Colle, P. Buekens, *Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000*, w: „American Journal of Obstetrics and Gynecology”, Vol. 190, 2004, s. 422-427)

Z badań nad samobójstwami kobiet dokonanych w latach 1987-1994 w Finlandii wynika, że około 5,4% wszystkich samobójstw ma związek z przebytą ciążą. Wskaźnik samobójstw średnio w ciągu roku wynosił średnio 11,3/100 000. Wskaźnik samobójstw związany z urodzeniem dziecka był znacząco niższy (5,9/100 000), zaś wskaźnik samobójstw powiązanych z poronieniami wynosił 18,1/100 000, a z aborcją - 34,7/100 000. Ryzyko popełnienia samobójstwa było znacznie wyższe w niższych klasach społecznych i wśród kobiet niezamężnych (M. Gissler, E. Hemminki, J. Lönnqvist, *Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study*, w: „British Medical Journal”, Vol. 313, 1996, s. 1431-1434)

W badaniu przeprowadzonym w Danii zestawiono dane z rejestru całej populacji kobiet urodzonych w tym kraju pomiędzy rokiem 1962 a 1991 z danymi z rejestru zgonów. Wyliczono wskaźniki śmiertelności związanej z pierwszą ciążą po skorygowaniu ze względu na wiek kobiety, w którym zaszła w ciążę. W porównaniu z kobietami, które urodziły, kobiety, z doświadczeniem aborcji miały znacznie wyższe wskaźniki śmiertelności w kolejnych 10 latach. Wśród kobiet, które dokonały aborcji w 1. trymestrze ryzyko śmierci w ciągu 180 dni po aborcji było 1,84 razy większe, zaś w ciągu 10 lat 1,39 razy większe. Natomiast wśród kobiet, które dokonały późnej aborcji ryzyko śmierci po roku było 4,31 razy wyższe, a po 10 latach - 2,41 razy wyższe. (D.C. Reardon, P.K. Coleman, *Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: Population register based study for Denmark 1980-2004*, w: „Medical Science Monitor”, Vol. 18, Nr. 9, 2012, PH71-76)

W ogólnonarodowym badaniu duńskim poddano analizie ponad milionowy rejestr kobiet urodzonych w latach 1962-1993, aby zidentyfikować związek pomiędzy poszczególnymi rodzajami zakończenia ciąży a wskaźnikami śmiertelności w przeciągu 25 lat. Ryzyko śmierci było o 45%, 114% i 191% większe wśród kobiet, które miały na swym koncie odpowiednio 1, 2 i 3 aborcje. W porównaniu z kobietami, które urodziły dziecko, te, które przeszły aborcję, miały 5,7 razy większe ryzyko śmierci w ciągu 25 lat po tym wydarzeniu (P.K. Coleman, D.C. Reardon, B.C. Calhoun, *Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study*, w: „European Journal of Public Heath”, Vol. 23, Nr. 4, 2013, s. 569-574)

W badaniu przeprowadzonym w Kalifornii zestawiono dane z rejestru medycznego tego stanu dotyczące 173 000 kobiet, które dokonały aborcji lub urodziły w 1989 roku z danymi z rejestru zgonów z lat 1989-1997. Wyniki analizy dowiodły, że kobiety, które dokonały aborcji charakteryzowało znacząco wyższe ryzyko śmierci (skorygowane ze względu na wiek) niż te kobiety, które urodziły. Przy uwzględnieniu wszystkich przyczyn zgonów było ono 1,62 razy wyższe, w przypadku samobójstwa – 2,54 razy wyższe, nieszczęśliwego wypadku – 1,82 razy wyższe, zgonu z przyczyn naturalnych – 1,44 razy wyższe, w przypadku AIDS – 2,18 razy wyższe, chorób układu krążenia – 2,87 razy wyższe i chorób sercowo-naczyniowych – 5,46 razy wyższe. (D.C. Reardon, P.G. Ney, F. Scheuren, J. Cugle, P.K. Coleman, T.W. Strahan, *Deaths Associated With Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of Low Income Women*, w: „Southern Medical Journal”, Vol. 95, Nr. 8, s. 834-841)

Ryzyko zgonu kobiety, która dokonała aborcji wzrasta ze względu na prawdopodobieństwo wystąpienia problemów psychicznych. Wskazują na to wyniki metaanalizy 8 publikacji dotyczących związku aborcji z wzrostem uczucia niepokoju, wystąpieniem depresji, nadużywaniem alkoholu oraz nielegalnych substancji oraz zachowaniami samobójczymi, przedstawione w czasopiśmie stowarzyszenia australijskich i nowozelandzkich psychiatrów. Wskazują one, że aborcja popwoduje 69% wzrost ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych. (D.M. Fergusson, L.J. Horwood, J.M. Boden, *Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence*, w: “Australian & New Zealand Journal of Psychiatry”, Vol. 47, Nr. 9, s. 819-827)

W angielskim okręgu Sounth Glamorgan Health Authority przebadano kobiety przyjęte w latach 1991-1995 do szpitali z powodu poronienia i aborcji. Relatywne ryzyko próby samobójczej u kobiet przyjętych do szpitala z powodu poronienia w porównaniu z kobietami przyjętymi do szpitala z powodu porodu było 2,84 razy większe przed i 2,29 razy większe po tym wydarzeniu. W przypadku aborcji relatywne ryzyko wynosiło 1,72 przed i 3,25 po tym wydarzeniu. Wskaźnik przyjęcia do szpitala kobiet w wieku rozrodczym wyniósł wśród kobiet, które przeszły aborcję 13,1/1000, wśród tych, które przeszły poronienie 12,2/1000, a wśród tyvh kobiet, które urodziły - 4,8/1000. Badacze piszą, że „zwiększone ryzyko samobójstwa po aborcji może więc być konsekwencją samej procedury” (M. Evans, J.R. Peters, C. Currie, *Suicides after pregnancy*, w: „British Medical Journal”, Vol. 314, 1997, s. 902-903)

**Unia Europejska i finansowanie “bezpiecznej aborcji”**

Posługując się argumentem o zapobieganiu zgonom matek w krajach rozwijających się poprzez udostępnianie “bezpiecznej aborcji”, instytucje międzynarodowe otrzymują znaczące dofinansowania swoich działań od rządów poszczególnych krajów oraz od Unii Europejskiej. Największa organizacja aborcyjna świata, International Planned Parenthood Federation (IPPF), osiąga roczne dochody rzędu 145 milionów dolarów, z czego 62% pochodzi z grantów rządowych, m.in. od Unii Europejskiej. Z kolei organizacja Marie Stopes International (MSI) deklaruje dochód na poziomie 79 milionów funtów, głównie również z rządowych dotacji. Ta organizacja jest także wspierana przez Unię Europejską – w latach 2005-2010 Unia przekazała jej minimum 12,5 miliona euro. Przykładowo: projekt Bangladesz realizowany przez organizację aborcyjną Marie Stopes od roku 2005 zyskał z Unii 743 877 euro. W ramach tego projektu wykonano „regulację miesiączki” na 12 278 kobietach. Aborcje wykonywane dzięki finansowaniu UE mają również miejsce w krajach, w których aborcja jest nielegalna. Przykładowo Unia Europejska w 2005 roku wsparła wykonanie przez IPPF 1 102 aborcji za pomocą środków wczesnoporonnych kwotą 1,7 miliona euro w: Boliwii, Guatemali i Peru. Komisja Europejska przyznała fundusze na projekty m.in. w Kambodży (przykładowo w 2006 roku w projekcie współfinansowanym przez Unię w tym kraju wykonano 6 807 aborcji), RPA, Bangladeszu (przykładowo w roku 2005 dla organizacji IPPF Unia przekazała 1,4 miliona euro) czy Papui-Nowej Gwinei (przykładowo w roku 2005 Unia przeznaczyła 730 000 euro). Warto zaznaczyć, że w tych dwóch ostatnich krajach aborcja jest legalna wyłącznie w przypadku ratowania życia matki. (European Dignity Watch, *The Funding of Abortion through EU Development Aid. An analysis of EU’s sexual and reproductive health policy*, Bruksela 2012). W maju 2014 roku Komisja Europejska odrzuciła największą w historii Unii Europejskiej inicjatywę obywatelską „Jeden z nas”, domagającą się m.in. zaprzestania finansowania aborcji z pieniędzy podatników.

Można więc powiedzieć, że fałszywa argumentacja, jakoby legalna i „bezpieczna” aborcja ratowała życie matek, przekłada się de facto na działanie międzynarodowych instytucji aborcyjnych, w tym na finansowanie aborcji przez polskich podatników (poprzez struktury Unii Europejskiej).