

Univerzita Palackého v Olomouci

Přírodovědecká fakulta

Katedra rozvojových studií

Aneta ANTOŠOVÁ

**Antikoncepce, plánované rodičovství
a
rozvojová politika**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Syrovátka Dis.

Olomouc 2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškeré použité materiály a elektronické zdroje jsou odcitovány v sekci bibliografie.

V Olomouci dne 12. prosince 2014

.....

podpis

Poděkování

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce, panu Mgr. Miroslavovi Syrovátkovi Dis, za podněty a připomínky při tvorbě práce.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Přírodovědecká fakulta
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Aneta ANTOŠOVÁ**
Osobní číslo: **R11354**
Studijní program: **B1301 Geografie**
Studijní obor: **Mezinárodní rozvojová studia**
Název tématu: **Plánované rodičovství, antikoncepce a rozvojová politika**
Zadávací katedra: **Katedra rozvojových studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Tématem práce je vztah mezi plánováním rodičovství, antikoncepcí a rozvojovou politikou. Cílem práce je analyzovat vztah mezi plánováním rodičovství, plodností a ekonomickým rozvojem a rozdílné přístupy k plánování rodičovství v národní a mezinárodní rozvojové politice. Práce zhodnotí jak vývoj přístupů v čase, tak regionálně v subsaharské Africe, Latinské Americe a Asii.

Rozsah grafických prací: dle potřeby
Rozsah pracovní zprávy: 10 - 15 tisíc slov
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

Mason, A., E. 2003. Population change and economic development. What have we learned from the East Asia experience? Applied Population and Policy. 1 (1), 3-14. Pritchett L. H. 1994. Desired fertility and the Impact of Population policies. Population and development review. 20 (1), 1-55. LOUŽEK, Marek. Populační ekonomie a její důsledky pro účinnost pronatalitní politiky. 1.vyd. Praha: CEP, 2004, ISBN 80-86547-35-3 ANALÝZA: Užívání antikoncepce ve světě a v rozvojových zemích. In: Demografie [online].2009. ISSN 1801-2914 Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=552

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslav Syrovátka, DiS.
Katedra rozvojových studií

Datum zadání bakalářské práce: 9. května 2013
Termín odevzdání bakalářské práce: 16. dubna 2014

L.S.

Prof. RNDr. Juraj Ševčík, Ph.D.
děkan

Doc. RNDr. Pavel Nováček, CSc.
vedoucí katedry

V Olomouci dne 9. května 2013

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá vztahem mezi plánovaným rodičovstvím, antikoncepcí a rozvojovou politikou. Cílem této práce je analýza vztahu mezi plánovaným rodičovstvím, populačním růstem a rozvojovými politikami. Jsou zde uvedeny rozdílné přístupy k populačnímu růstu v národní a mezinárodní rozvojové politice. Práce zhodnotí vývoj různých přístupů k antikoncepci, k plánovanému rodičovství a k populačnímu růstu v časové i prostorové ose. V poslední části mé práce jsou srovnány regionální rozdíly rozvojových politik zemí Subsaharské Afriky, Latinské Ameriky a Asie. Závěr práce je věnován výsledným poznatkům vztahu antikoncepce, plánovaného rodičovství a rozvojové politiky.

Abstract

Bachelor thesis deals with the relationship between family planning, contraception and development policies. The aim of this work is to analyze the relationship between family planning, population growth and development policies. There are presented different approaches to population growth in national and international development policy. Thesis to review the development of different approaches to contraception, family planning and population growth in the temporal and spatial axis. In the last part of my work are compared to regional differences in development policies of the countries of sub-Saharan Africa, Latin America and Asia. The conclusion of this work is devoted to the relationship resulting knowledge of contraception, family planning and development policies.

Klíčová slova

Plánované rodičovství, antikoncepce, populační politiky, kontrola populace, natalitní politiky, antinatalitní politiky, demografické charakteristiky, populační přístupy

Key words

Family planning, contraception, population policies birth kontrol, natalist policy, antinatalist policy, demografic information, population approaches

Obsah

Seznam zkratk.....	6
Seznam tabulek, obrázků a grafů.....	107
Úvod	8
Cíle práce a metodika	9
1. Populační a ekonomický růst.....	10
1. 1 Současná světová populace	10
1.1.1 Rozložení obyvatel podle kontinentů	10
1. 1. 2 Věková struktura populace	11
1.2 Demografické charakteristiky.....	13
1. 2. 1. Základní demografické ukazatele.....	14
1. 2. 2. Demografický přechod a demografická dividenda.....	15
1. 3 Ekonomický růst a růst populace	16
1. 3. 1 Srovnání teoretických populačních přístupů v čase	16
2. Antikoncepce a plánování rodiny	20
2. 1 Antikoncepce	20
2. 1. 1 Antikoncepce a rozvojové země.....	22
2. 2 Plánování rodiny.....	24
2. 2. 1 Plánované rodičovství a rozvojové země	25
2. 2. 2 Příčiny vysoké plodnosti žen v rozvojových zemích	26
2. 2. 3 Vliv plánovaného rodičovství na problémy v rozvojových zemích.....	27
2. 2. 4 Neuspokojená potřeba plánování rodiny	29
2. 2. 5 Mezinárodní organizace angažující se v oblasti antikoncepce a plánování rodiny.....	31
3. Plánované rodičovství v rozvojové politice	34
3. 1 Analýza populačních politik.....	34
3. 1. 1 Natalitní populační politiky vyspělých zemí	37
3. 1. 2 Antinatalitní populační politiky rozvojových zemí	38
3. 2 Regionální srovnání antinatalitních populačních politik v rozvojových oblastech světa.....	39
3. 2. 1 Subsaharská Afrika.....	39
3. 2. 2 Asie.....	40
3. 2. 3 Latinská Amerika a Karibik	43

3. 3 Výsledná komparace populačních politik v rozvojových regionech.....	44
Závěr.....	46
Bibliografie.....	47
Seznam příloh.....	53
Přílohy	54

Seznam zkratek

AIDS	Acquired immune deficiency syndrom (syndrom získaného imunodeficitu)
CONRAD	Contaception research and development (organizace zabývající se výzkumem v oblasti antikoncepce a rozvoje)
ECOSOC	Economic and social council (ekonomická a sociální rada Organizace spojených národů)
ECLAC	Latin American and Caribbean demographic center (demografické centrum Latinské Ameriky a Karibiku)
HDP	Hrubý domácí produkt
HIV	Human immunodeficiency virus (virus lidské imunní nedostatečnosti)
HNP	Hrubý národní produkt
IUD	Intrauterine device (nitroděložní tělísko)
LDCS	Least developed countries (nejméně rozvinuté země světa)
SSSR	Svaz Sovětských socialistických republik
UN ESA	United nation department of economic and social affairs (oddělení Organizace spojených národů pro ekonomické a sociální záležitosti)
UNFPA	United nation population fund (Populační fond OSN)
UNICEF	United nation children´s fund (Dětský fond OSN)
UN (OSN)	United nations (Organizace spojených národů)
USAID	The United States agency for international development (agentura Spojených států amerických pro mezinárodní rozvoj)
WB (SB)	World bank (Světová banka)
WHO	Word health organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam tabulek, obrázků a grafů

Graf 1: Rozmístění světové populace, str. 11

Obrázek 1: Věkové pyramidy, str. 12

Tabulka 1: Vývoj počtu obyvatel od dosažení první miliardy, str. 13

Tabulka 2: Ženské krátkodobé antikoncepční metody, str. 20

Tabulka 3: Ženské a mužské dlouhodobé antikoncepční metody, str. 21

Tabulka 4: Mužské dlouhodobé antikoncepční metody, str. 21

Vzorec 1: Míra neuspokojené potřeby plánování rodiny, str. 30

Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala antikoncepci, plánované rodičovství a rozvojovou politiku. K výběru tématu mě dovedl můj zájem o reprodukční zdraví obyvatelstva a o populační problematiku. Dalším vodítkem k výběru tématu mé práce byl fakt, že rozvojová spolupráce v oblasti antikoncepce a plánování rodiny nepatří mezi nejznámější druhy rozvojové pomoci.

V současné době patří problematika přelidnění a kontroly populace mezi nejožehavější globální problémy lidstva. Primárně jsem mou práci zaměřila na rozvojové země, protože právě zde je vysoký počet obyvatel největším problémem. Práce obsahuje informace o vyspělých státech a jejich populačních politikách. V práci nalezneme ekonomické přístupy k populaci a jejich porovnání v čase. Ekonomické přístupy k populaci jsou součástí první kapitoly, která zkoumá vztah populačního a ekonomického růstu.

Problém přelidnění úzce souvisí s demografickým vývojem světové populace, počtem a rozmístěním obyvatelstva na Zemi a se základními demografickými ukazateli. Jako řešení populačního boomu se nabízí různé metody, prostředky a přístupy ke kontrole populace. Mezi prostředky kontroly populace řadíme antikoncepci a plánované rodičovství. Antikoncepce a plánování rodiny slouží jako konkrétní nástroje kontroly populace pro individuální jedince. Z tohoto důvodu je část mé práce věnována právě antikoncepci a plánovanému rodičovství.

Komplexním nástrojem kontroly populace jsou populační politiky nastavované vládami jednotlivých států. Tyto nástroje si vláda volí podle svého uvážení pro domácí obyvatelstvo. Rozvojové oblasti světa nejsou stejné a liší se i jejich populační politiky. Proto bych chtěla ve své práci nahlédnout na regionální rozdíly v nasazení populačních politik a na rozdílnou úspěšnost těchto populačních politik.

Cíle práce a metodika

Cílem mé bakalářské práce je analýza vztahu mezi plánovaným rodičovstvím, antikoncepcí, populačním růstem a rozvojovými politikami. Součástí této analýzy je průzkum rozdílných přístupů k plánování rodiny a k antikoncepčním metodám ve světových národních rozvojových politikách. Další částí práce je komparace světových populačních politik. Celkově bude v práci zhodnocen vývoj přístupů k antikoncepci, plánování rodiny a také zde budou porovnány přístupy ke kontrole populace ve světě.

První kapitola bakalářské práce je zaměřená na uvedení do populační problematiky. Základním tématem je souvislost mezi ekonomickým a populačním růstem. Kapitola číslo jedna zahrnuje popis demografického vývoje obyvatelstva, základní demografické charakteristiky a pojmy, teoretické přístupy k populačnímu a ekonomickému růstu v čase podle významných světových ekonomů.

Druhá kapitola bakalářské práce zkoumá antikoncepci a plánované rodičovství, jakožto individuální možnosti kontroly populace. Dále se kapitola zabývá vlivem antikoncepce a plánování rodiny na problémy v rozvojových zemích. Kapitola dva popisuje i neuspokojenou potřebu plánování rodiny v rozvojových zemích. Nalezneme zde výčet organizací, angažujících se v oblasti antikoncepce a plánování rodiny.

Třetí a zároveň poslední kapitola je zaměřena na analýzu populačních politik v čase. V této kapitole bude prezentováno regionální srovnání světových politik v časové ose a úspěšnost natalitních i anti-natalitních populačních politik v různých oblastech světa. Kapitola je zakončena komparací anti-natalitních programů v rozvojových regionech. Část třetí kapitoly je věnována porovnání antinatalitních politik dvou nejlidnatějších zemí světa, Indie a Číny.

Bakalářská práce je psána kompilačně-rešeršní metodou. Součástí bakalářské práce jsou přílohy, tabulky, grafy a obrázky. Tyto přílohy usnadňují orientaci v tématu, díky jednoduššímu grafickému vyjádření. Informace v přílohách jsou převzaty z internetových zdrojů a dále upraveny. Součástí práce je systém poznámek pod čarou. Poznámky pod čarou vysvětlují zkratky, pojmy nebo odborné termíny. Citace použitých zdrojů jsou uvedeny průběžně mezi textem v závorkách, poté na konci práce v sekci bibliografie.

1. Populační a ekonomický růst

První kapitola má za cíl zjistit existenci vztahu ekonomického a populačního růstu. Jako uvedení do populační problematiky nalezneme v této kapitole informace o světové populaci, základní demografické charakteristiky a pojmy.

1.1 Současná světová populace

Dnešní svět je plný paradoxů a protikladů. Mezi tyto paradoxy můžeme zařadit počet a rozmístění světové populace. V nejrozvinutějších státech světa mají lidé problém se zajištěním pokračování budoucích generací.¹ Naopak v rozvojových zemích probíhá velký populační boom. Miliony obyvatel v rozvojových zemích žijí pod hranicí chudoby². Tito lidé mají problém uživit sebe i své potomky. V rozvojových zemích je vysoký přirozený přírůstek, vyšší úhrnná plodnost a také vysoká kojenecká úmrtnost. Proto dochází k nejvyššímu populačnímu růstu v rozvojových zemích.

S růstem populace zároveň narůstají nároky na místo pro život³, přírodní zdroje, půdu, vodu a práci. Velikost populace se zvětšuje, ale přístup k některým základním lidským potřebám se zmenšuje. Tato situace není dlouhodobě udržitelná a vede k sociálním, ekologickým i ekonomickým problémům.

Otázkou je, jaké řešení by mohlo tyto dva odlišné světy sjednotit, jakým způsobem lze zvýšit obnovu populace v zemích plně rozvinutých a naopak, jak lze redukovat porodnost žen v nejchudších částech světa. Pokus odpovědět na tuto otázku budou popisovat následující tři kapitoly.

1.1.1 Rozložení obyvatel podle kontinentů

Podle serveru worldometers.info (2014) žije nejvíce obyvatel v Asii. Na asijském kontinentě se nachází 60 % celosvětové populace. Druhým nejvíce zalidněným kontinentem je Afrika, která čítá 15,5 % obyvatel.

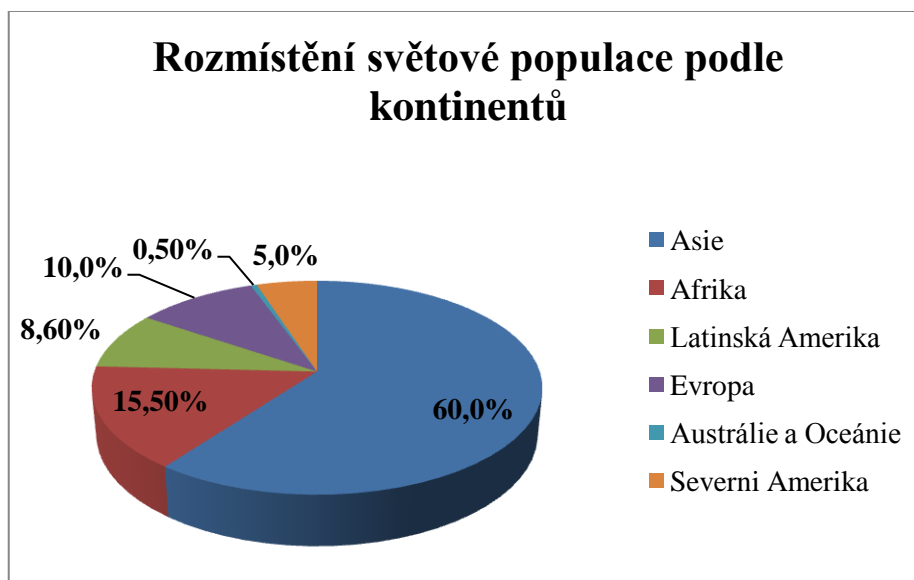
¹ Reprodukce obyvatelstva v populačním kontextu znamená obnovu určité populace střídáním zemřelých generací s nově narozenými (Roubíček, 1997).

² Hranice neboli práh chudoby je nejnižší možný příjem na osobu za den, který je ještě považován v dané zemi za dostačující. Podle definice Světové banky (2014) žije pod hranicí chudoby každý člověk s příjmem nižším než 1,25 USD za den, v přepočtu na paritu kupní síly.

³ Růst populace znamená změny v celkovém počtu obyvatel, tím, že dochází k zvyšování celkového počtu obyvatelstva. Opakem růstu populace je termín depopulace neboli úbytek počtu obyvatel (Roubíček, 1997).

Nejméně zalidněným rozvojovým regionem je Latinská Amerika a Karibik. Žije zde 8,6 % světové populace. Procentuální rozložení obyvatel podle kontinentů je znázorněno na grafu č. 1.

Graf č. 1: Rozmístění světové populace



Zdroj dat: Worldometers: real time world statistics (2014)

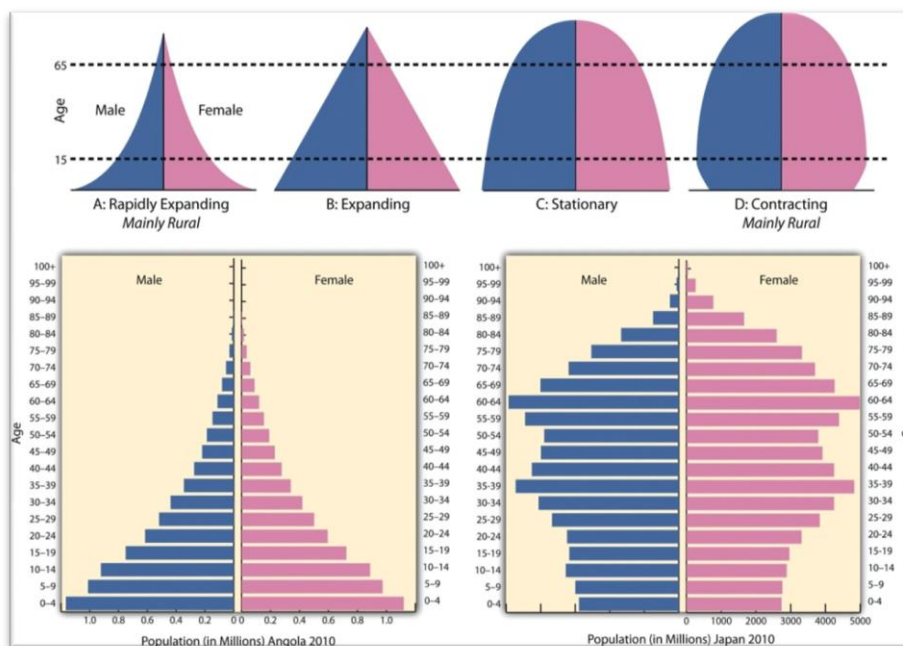
Ve vyspělých částech světa je situace poněkud odlišná. V Evropě žije 10 % světové populace a v Severní Americe se nachází 5 % celosvětového obyvatelstva (worldometers.info, 2014). Nejméně zalidněným kontinentem planety Země je Austrálie, kde se vyskytuje pouze 0,5 % populace (worldometers.info, 2014).

1. 1. 2 Věková struktura populace

Věková struktura populace je ukazatelem současného i budoucího vývoje obyvatelstva v daném státě. Grafickým znázorněním věkové struktury populace jsou věkové pyramidy, které se dělí na tři typy. Mezi tyto typy můžeme zařadit progresivní, stacionární a regresivní věkové pyramidy. Typy věkových pyramid jsou znázorněny na obrázku číslo 1, který můžeme vidět na 12. straně této práce. Pyramida na obrázku 1, dole vlevo, se označuje jako progresivní věková pyramida a je typická pro rozvojové země s vysokým podílem mladého obyvatelstva. Pyramida na obrázku dole se označuje jako regresivní věková pyramida. Regresivní věkovou pyramidu mají vyspělé státy.

V horní části obrázku 1 můžeme vidět přechodové typy věkových pyramid. Spolu s rozvojem země se v průběhu let mění věková pyramida od progresivní, přes stacionární až po regresivní věkovou pyramidu.

Obrázek 1: Věkové pyramidy



Zdroj: Berglee (2012)

V současné době dochází v rozvojových zemích k výraznému zvýšení podílu mladé populace ve věkové struktuře obyvatel. K tomuto procesu přispívá snížení kojenecké a dětské úmrtnosti, vysoká úhrnná plodnost žen v rozvojových zemích. V nejzaostalejších zemích světa tvoří obyvatelstvo do 15 let 30-43 % z celkového počtu obyvatel. Senioři nad 64 let zastupují pouze 3 % obyvatel (Exnerová a Wolfová, 2008). Takto vysoký podíl mladé populace v rozvojových zemích není produktivní a má hospodářské, politické, sociální i demografické dopady na obyvatelstvo dané země. Nadměrně vysoký podíl obyvatel do patnácti let zatěžuje nevykonné ekonomiky rozvojových států, protože ve většině případů toto obyvatelstvo ještě není ekonomicky aktivní a potřebuje státní investice do vzdělání. Vysoký podíl mladé populace má zvýšený nárok na pracovní místa, a to může vést ke zvýšení nezaměstnanosti v rozvojové zemi.

Vyspělé země se potýkají s opačným problémem. Tímto problémem je stárnutí populace. V rozvinutých zemích roste počet lidí ve středním a starším věku. Dochází k poklesu počtu dětského obyvatelstva.

Hlavními příčinami stárnutí populace jsou snížení plodnosti a prodloužení průměrné délky života. Obyvatelstvo do patnácti let je v rozvinutých státech zastoupeno v 17 %, z celkového počtu obyvatel a senioři nad 64 let tvoří přibližně 15 % obyvatel (Exnerová a Wolfová, 2008). Populační stárnutí má negativní vliv na ekonomický růst. Vysoký počet staršího obyvatelstva je spojen s vyplácením penze, zajištěním zdravotní péče, postavením státních zařízení pro obyvatele v důchodovém věku a s poklesem produktivity pracovní síly.

1.2 Demografické charakteristiky

Světová populace neustále roste a časové úseky mezi růstem obyvatelstva o jednu miliardu se zmenšují. K největšímu růstu obyvatelstva došlo ve dvou vlnách. První velký růst populace byl zaznamenán v období průmyslové revoluce a druhým růstem současná populace stále prochází, a to již od 2. poloviny 20. století. Podle serveru worldometers.info (2014) nyní přesahuje počet celosvětové populace 7,2 miliard. Přirozený přírůstek dnešní populace je 1,1 % (Exnerová a Volfová, 2008). Narůst obyvatel v čase o jednu miliardu zaznamenává následující tabulka číslo jedna.

Tabulka 1: Vývoj počtu obyvatel od dosažení první miliardy

Rok	1804	1927	1960	1974	1987	1999	2011	2050
Počet obyvatel (mld.)	1	2	3	4	5	6	7	9,2

Zdroj dat: Jeníček a Foltýn (2003)

Rychlý růst populace s sebou nese určité pozitivní i negativní aspekty. Pozitivem světového populačního vývoje a růstu počtu obyvatel na Zemi je dosažení vyššího ekonomického rozvoje, lepší kvality života, vyšší naděje na dožití. Došlo také ke snížení úmrtnosti a úhrnné plodnosti.

Největším negativem spojeným s velikostí populace je vzrůstající migrace obyvatel. Lidé migrují hlavně z rozvojových zemí do rozvinutějších států světa nebo z oblastí ohniska napětí do zemí s politickou stabilitou. Tyto dva druhy migrace rostou nejrychlejšími tempem. V současné době pochází 125 milionů přistěhovalců z nejhudších světových oblastí (Jeníček a Foltýn, 2003). S růstem tohoto druhu migrace je spojen problém nelegálního přistěhovalectví.

Dalším problémovým druhem migrace je stěhování lidí z venkova do měst. S rostoucí urbanizací se sice zvyšuje rozvoj země, ale vznikají nové aglomerace a světové konurbace, které směřují k nerovnostem mezi lidmi, ztrátě tradičních hodnot venkovského obyvatelstva, k vzniku slumů a chudinských čtvrtí v zázemí měst. Koncentrace zdrojů ve městech vede k degradaci životního prostředí a ke znevýhodnění venkovských obyvatel na pracovním trhu.

1. 2. 1. Základní demografické ukazatele

Mezi základní demografické ukazatele, které ovlivňují změny v populaci, patří mechanický a přirozený pohyb obyvatelstva. Mechanický pohyb je podle Roubíčka (1997): „*Veškerý prostorový, regionální, mezistátní i vnitrostátní migrační pohyb obyvatel.*“ K populačnímu tématu je důležité znát čistou míru migrace (migrační saldo), které vypočítáme jako rozdíl mezi počtem imigrantů a emigrantů. Pokud je saldo kladné, znamená to příliv obyvatel do země. V případě, že je saldo záporné, domácí obyvatelé stát opouštějí.

Další významnou demografickou proměnnou je přirozený pohyb obyvatelstva, zahrnující následující veličiny. Tyto veličiny jsou definovány podle Roubíčka (1997).

- Porodnost (natalita) je proces, který se podílí na celkové změně počtu obyvatelstva. Míra obecné porodnosti je počet narozených dětí na 1 000 obyvatel středního stavu obyvatelstva.⁴
- Plodnost (fertilita) je porovnání počtu živě narozených dětí s počtem žen v reprodukčním věku 15-49 let. Hrubá fertilita je počet narozených dětí na 1 000 žen a čistá fertilita je počet živě narozených dětí na 1 000 žen. Úhrnná plodnost je počet dětí na 1 ženu během jejího reprodukčního období.
- Přirozený přírůstek je rozdíl mezi počtem živě narozených dětí a zemřelých obyvatel ve zkoumané populaci. Pokud je přirozený přírůstek kladný, populace roste. Pokud je záporný, populace prochází fází úbytku.
- Úmrtnost (mortalita) udává počet zemřelých osob na 1 000 obyvatel středního stavu. Od úmrtnosti se odvozuje průměrná střední délka života, což je pravděpodobnost naděje na dožití se určitého věku.

⁴ Středním stavem obyvatelstva je myšlen průměrný stav obyvatel za určité časové období.

1. 2. 2. Demografický přechod a demografická dividenda

Demografický přechod je známý i pod pojmem demografická revoluce.⁵ Pokud se populace nachází ve fázi demografického přechodu, dochází k poklesu úmrtnosti, kojenecké úmrtnosti a porodnosti (Loužek, 2003). Zároveň se obyvatelům ve státě zvyšuje naděje na dožití. Populace přechází z klasického režimu reprodukce na nový moderní reprodukční režim.⁶ Existují tři typy demografického přechodu a pět fází, kterými demografický přechod prochází. Těmito typy jsou: francouzský typ, anglický typ, japonsko-mexický typ (Roubíček, 1997). Všechny tři druhy demografického přechodu mají odlišné fáze, ve kterých nastává pokles porodnosti i úmrtnosti. I když fáze probíhají odlišně, všech pět typů vede ke stejnému výsledku. Výsledkem demografické revoluce je postupné stárnutí obyvatelstva a snižování počtu mladých lidí v populaci.

Demografická dividenda je proces demografické změny v populaci určitého státu. Stát prochází obdobím dividendy po dobu 20 až 30 let. Země se dostává do stavu demografické dividendy, pokud dětská populace a senioři mají nízké procentuální zastoupení z celkové populace ve státě. Naopak nejvyšší počet obyvatelstva zastupuje ekonomicky aktivní obyvatelstvo v reprodukčním věku. Podle periodika *The Economist* (2009) dochází v období demografické dividendy ke zmenšování rodin, zvyšuje se průměrná délka života obyvatel a klesá porodnost. Demografická dividenda je provázána změnami v sociální i ekonomické struktuře státu. Tento proces vede ke zvýšení hospodářského růstu díky vysokému počtu pracovníků v produktivním věku, relativně nízkým mzdám a vysokým úsporám. Počet výrobců v populaci roste, zvyšuje se poptávka po výrobcích a roste HDP⁷ na osobu (*The Economist*, 2009).

Podle Masona (2003) byly za posledních čtyřicet let příjemci dividendy asijské země a státy Latinské Ameriky. Evropa prošla demografickou dividendou mezi lety 1945-1975, státy Západní Asie byly příjemci dividendy mezi lety 1980-2010. V dalších letech se nástup dividendy očekává ve státech Subsaharské Afriky. V průběhu budoucích dvou dekad by tato demografická změna měla proběhnout i v nejzaostalejších zemích světa, které se označují zkratkou LDCs.⁸

⁵ Demografická revoluce je možná pouze za dlouhodobého vývoje a růstu populace.

⁶ Klasický režim reprodukce se vyznačuje vysokou porodností i úmrtností. Pro nový, moderní režim reprodukce je typická nízká porodnost i nízká úmrtnost.

⁷ HDP je zkratka hrubého domácího produktu. HDP znamená celkovou peněžní hodnotu všech statků a služeb vytvořenou v daném státě za určitý čas.

⁸ LDCs je zkratka anglického termínu *least developed countries*. LDCs sdružuje nejchudší a nejzaostalejší rozvojové země světa. V současné době do této skupiny patří 48 států.

1. 3 Ekonomický růst a růst populace

Ekonomické veličiny a demografické proměnné spolu úzce souvisí a navzájem se ovlivňují. Každá změna v demografické struktuře státu má určitý vliv na jeho ekonomický růst. Z demografických jevů má největší vliv na populační růst demografický proces stárnutí populace. Proto je pro zkoumání ekonomického a populačního růstu důležité orientovat se v demografických charakteristikách, které byly probrány v předchozí podkapitole.

Ekonomický růst a ekonomický rozvoj nejsou totožné pojmy. Důležité je znát rozdíl mezi těmito veličinami. Ekonomický růst je dlouhodobý růst produktu. S růstem produktu se zvyšují produkční možnosti ekonomiky. Ekonomický růst je základním předpokladem pro ekonomický rozvoj. Ekonomický rozvoj zahrnuje další možné aspekty ekonomiky. Mezi tyto aspekty se řadí technologické změny, strukturální změny národního hospodářství a zvyšování životní úrovně populace.

Nejvyšší populační růst je v rozvojových zemích. Hlavní příčinou velkého populačního růstu v rozvojových zemích je chudoba. Chudoba úzce souvisí s ekonomickým růstem, protože počet obyvatel má vliv na státní hospodářství. S růstem obyvatel může růst HDP⁹, ale není to podmínkou. Podle Světové banky (2014) více obyvatel znamená pro stát větší zátěž, protože národní bohatství musí být rozděleno mezi více obyvatel. Výsledkem tohoto problému může být snižování HDP i HNP¹⁰ na osobu. Podle ekonomických výzkumů v následujících podkapitolách existuje však i opačná možnost. Více obyvatel může mít na stát za určitých okolností pozitivní vliv.

Různými populačními přístupy a vztahem mezi ekonomickým a populačním růstem se zabývali ekonomové již od klasické školy. Porovnání ekonomických přístupů v čase obsahuje následující podkapitola.

1. 3. 1 Srovnání teoretických populačních přístupů v čase

Prvotní přístupy k populačnímu růstu jsou označovány jako pesimistické populační teorie. Hlavní myšlenkou pesimistických populačních teorií je negativní vliv populačního růstu na růst ekonomický. Mezi významné ekonomy, příklánějící se k pesimistickým teoriím, patří Thomas Malthus, David Ricardo a Paul Ehrlich.

⁹ HDP je zkratka pro hrubý domácí produkt. HDP je celková peněžní hodnota statků a služeb, vytvořená na území daného státu občany tohoto státu, za určitý čas.

¹⁰ HNP je zkratka pro hrubý národní produkt. HNP je celková peněžní hodnota statků a služeb, vytvořená v určitém čase nejen na území daného státu, ale i na území mimo daný stát, avšak občany tohoto státu.

Podle Thomase Malthuse je lidský blahobyt odvozen od hospodářského růstu i od růstu populace. Světová populace roste geometrickou řadou a produkce potravin aritmetickou řadou. Proto existuje nesoulad mezi populačním a ekonomickým růstem. Příčinou této disharmonie je lidská reprodukční potřeba a přirozená potřeba zajištění potravy. Růst populace je rychlejší než produkce potravin (Loužek, 2003). Populace může překročit hranici možnosti uživení obyvatel, což by mohlo ve výsledku vést k problémům, jako jsou hladomory, nemoci, globální chudoba a války. Reakcí na tyto problémy bude vyšší úmrtnost. Populační růst se zastaví a populace se zmenší do přijatelných čísel.

Výsledným poznatkem Thomase Malthuse¹¹ jsou tři fakta:

- Nadměrný růst populace omezuje a brzdí ekonomický rozvoj.
- Samotný hospodářský růst nemůže odstranit chudobu.
- Pokud populace poroste rychlým tempem, bude to mít negativní důsledky pro ekonomiku.

Britský ekonom klasické školy David Ricardo se nezabýval přímo populačním růstem, avšak stojí za zmínku jeho pesimistický pohled na hospodářský růst ve spojení s růstem populace. Podle Ricarda je populační růst příčinou zastavení růstu ekonomického. Důvodem zastavení hospodářského růstu je nadměrný počet světové populace. Čím více populace roste, tím více potravin je třeba vyprodukovat. S produkcí potravin souvisí více obdělávané půdy, která se postupně vyčerpává. Vyčerpání úrodnosti půdy by mohlo vést až k zastavení akumulace kapitálu a k následnému zastavení hospodářského růstu (Loužek, 2003).

Mezi zastánce pesimistických teorií patří i americký demograf a ekolog Paul Ehrlich.¹² Podle Ehrliche bude celosvětová populace umírat na hlad a dojde k vyčerpání přírodních zdrojů.

Tento demograf tvrdil, že svět je přelidněné místo a proti velké populační explozi navrhoval okamžitá radikální opatření. Jeho navrhovaná radikální opatření by měla snížit populační růst a zmírnit negativní dopady početné populace na ekonomiku i životní prostředí. Jedním z Ehrlichových názorů je tvrzení, že příliš velká populace představuje hrozbu pro přežití člověka jako jedince a zároveň je velkou hrozbou pro naši planetu Zemi.

¹¹ Thomas Malthus byl ekonomem klasické britské školy. Proslavil se svými pesimistickými náhledy na populační a ekonomický růst. Své názory publikoval v jeho stěžejním díle Esej o principu populace. Toto dílo se stalo základem pro vytvoření Malthusovy populační teorie. Z Eseje o principu populace vychází sociálně-ekonomický myšlenkový směr Malthusiánství.

¹² Dílo Paula Ehrliche Populační boom je základem jeho pesimistické teorie. Hlavní myšlenkou Ehrliche, interpretovanou v již zmíněné knize, je kritická předpověď masového vymírání lidstva do roku 1980.

Po éře negativních populačních přístupů se významní světoví ekonomové jako Keynes, Hensen a Harrod začali přiklánět k optimistickým populačním teoriím. Základem pozitivních populačních teorií je předpoklad kladné závislosti ekonomického růstu na růstu populace. Růst populace podporuje růst ekonomický, protože růst populace nastane v případě, když roste příjem na osobu (Loužek, 2003). Současný svět prochází obrovským technologickým pokrokem, ke kterému dochází právě díky růstu populace. S populací roste i poptávka po zboží a výrobcích, rozvíjí se trh a hospodářství. K technologickým inovacím a růstu příjmu na osobu by nemohlo dojít v případě, že by populace klesala.

S růstem populace je spojen princip génia (Easterly, 2001). Podle Easterlyho (2001) může mít více lidí lepší nápady, dochází k vyšší vynalézavosti a světovým objevům. Optimisté se nezabývají jen negativními dopady nadměrného růstu populace, které samozřejmě nevyvrací a jsou si jich vědomi, ale hledají pozitiva, která mohou negativní dopady určitým způsobem vykompenzovat.

Poslední známou populační teorií je neutrální populační teorie. Neutrální populační teorie se opírá o tvrzení, že populační změny a ekonomický růst na sebe vzájemně nepůsobí. Tato teorie se zabývala mimo jiné i zkoumáním sféry vyčerpatelnosti přírodních zdrojů. Hlavním předmětem zkoumání zastánců neutrální populační teorie byla otázka, jestli má početnější populace větší nároky na přírodní zdroje. Souvislost mezi možným vyčerpáním přírodních zdrojů a populačním růstem se ve výzkumu nepotvrdila. Dle výsledků výzkumu není zřejmé negativní ovlivnění ekonomického růstu růstem populace.

Prozatím se katastrofické předpovědi pesimistů nenaplnily a pravděpodobně se tyto scénáře ani v budoucnu nenaplní. Světové empirické výzkumy prozatím nepotvrdily existenci určitého vztahu mezi růstem populace a ekonomickým růstem.

Žádný z významných ekonomů (Hagen, Simon, Thirwall), kteří zkoumali vztahy mezi populačním a ekonomickým růstem, nedokázal určit významnou kooperaci mezi těmito dvěma zkoumanými veličinami (Loužek, 2003).

Z celosvětové běžně dostupné ekonomické literatury není zřejmé, že by existoval nějaký negativní nebo pozitivní vztah mezi populačním a ekonomickým růstem. Spíše než populační růst ovlivňuje hospodářský růst věková skladba obyvatelstva. Stárnutí populace nebo naopak vysoký počet mladých lidí v populaci může ovlivnit ekonomický růst nejvíce. I když vztah mezi ekonomickým a populačním růstem není zřejmý, jedno je jisté. A to je fakt, že populace roste rychlým tempem a nelze být k tomuto problému lhostejní.

Vzhledem k počtu a rozložení světové populace je důležité zaměřit se na kontrolu populace. Kontrolu populace můžeme zajistit pomocí nástrojů zvaných antikoncepce a plánování rodiny. Podrobněji si tyto nástroje a témata, která s antikoncepcí a plánováním rodiny souvisejí, popíšeme v kapitole číslo dvě.

2. Antikoncepce a plánování rodiny

Tato kapitola má za úkol popsat metody antikoncepce a plánování rodiny, jakožto individuální možnosti kontroly populace. Ve druhé kapitole se čtenáři práce mohou dozvědět informace o různých antikoncepčních metodách, plánovaném rodičovství, souvislosti antikoncepce a reprodukčního zdraví populace. Dále zde popíší neuspokojenou potřebu plánování rodiny a organizace angažující se v oblasti antikoncepce v rozvojových zemích.

2.1 Antikoncepce

Podle profesora Rokyty (2008) je antikoncepce: „*Obecný název pro veškeré metody a přípravky, které zabraňují početí dítěte. Existuje mnoho způsobů a metod, jak zabránit nechtěné graviditě. Antikoncepce je však nejvýhodnější způsob regulace počtu nenarozených dětí.*“

Moderní antikoncepční přípravky jsou dostupné pro muže i ženy. Dnešní nabídka antikoncepčních přípravků ve světě je pestrá, a to zejména pro ženy. Antikoncepčních metod pro muže není takové množství, jako antikoncepce pro ženy. Existuje velké množství moderních metod, které můžeme rozdělit do různých skupin. Základním dělením antikoncepce je rozdělení mezi mužské a ženské způsoby ochrany. Dále podle doby užívání ochrany můžeme antikoncepci jednoduše rozdělit na dlouhodobou a krátkodobou antikoncepci. V užším, složitějším rozdělení se antikoncepce dělí na tradiční přirozené metody, bariérové a chemické antikoncepce, hormonální antikoncepce a kombinované antikoncepční metody. Pro jednodušší orientaci v různých antikoncepčních metodách slouží tabulky 2, 3, 4.

Tabulka 2: Ženské krátkodobé antikoncepční metody

Přirozené metody	Bariérové a chemické	Hormonální antikoncepce
kalendářní metoda	spermicidy	antikoncepční metoda
hlenová metoda	diafragma	gestagenní injekce
teplotní metoda	pesar	perorální hormonální pilulky
kojení, menstruace	femidom	vaginální kroužky
	vaginální hubky	podkožní implantáty
		postkoitální antikoncepce

Zdroj informací do tabulky: Rokyta (2008)

Tabulka 3: Ženské i mužské dlouhodobé antikoncepční metody

Dlouhodobé ženské metody	Dlouhodobé mužské metody
sterilizace	vazektomie
nitroděložní tělísko (IUD)	

Zdroj informací do tabulky: Rokyta (2008)

Tabulka 4: Mužské krátkodobé antikoncepční metody

Metody Supresivní (do budoucna)	Bariérové a chemické metody	Přirozená metoda
mužská hormonální antikoncepce	spermicidní gely	přerušovaná soulož
	kondomy	

Zdroj informací do tabulky: Rokyta (2008)

Každé ženě či páru vyhovuje jiná antikoncepční metoda. Pro různé typy osob je vhodný jiný druh antikoncepce, protože všechny metody mohou mít nežádoucí účinky. Pokud se jedinci rozhodnou antikoncepci užívat, měli by se o těchto nežádoucích účincích informovat. Zvolení vhodné antikoncepce záleží na věku, počtu partnerů, počtu porodů, zdravotním stavu, frekvenci pohlavních styků a svou roli hraje i světové rozšíření dané metody (Rokyta, 2008).

Při výběru vhodné antikoncepce je důležité zaměřit se na spolehlivost vybrané metody. Spolehlivost všech antikoncepčních metod je odlišná. Celková spolehlivost antikoncepční metody se vyjadřuje těhotenským číslem.¹³ Účinnost antikoncepce se vyjadřuje Pearlovým indexem¹⁴, kdy nízký index znamená vysokou spolehlivost a vysoký index nízkou spolehlivost (Rokyta, 2008).

Ve vyspělých zemích je užívání moderních antikoncepčních metod běžnou záležitostí a nabídka různých metod je dostupná pro každého, kdo jeví o antikoncepci zájem. V rozvinutých státech světa používá antikoncepci 71,4 % vdaných i svobodných žen, v reprodukčním věku 15-49 let (OSN, 2012). Nejčastější užívanou metodou antikoncepce ve vyspělých zemích jsou hormonální antikoncepční pilulky. Hormonální pilulky užívá 15,7 % žen (Kováčková, 2008). Mezi druhou nejrozšířenější antikoncepční metodu patří kondomy, které používá 13,2 % párů. Oblíbenou metodou je sterilizace, v zastoupení 10 % a nitroděložní tělísko, pro které se rozhodlo 8 % žen (Kováčková, 2008). Zbytek žen uznává méně spolehlivé tradiční antikoncepční metody.

¹³ Podle Rokyty (2008) se těhotenské číslo vyjadřuje počtem nežádoucích otěhotnění, což je selhání antikoncepce u 100 žen, které používají vybranou antikoncepční metodu nepřetržitě 1 rok.

¹⁴ Pearlův index se počítá jako počet nežádoucích otěhotnění x 12 x 100 / počet sledovaných cyklů.

2. 1. 1 Antikoncepce a rozvojové země

V rozvojových zemích používá nějaký způsob ochrany 51,8 % žen v reprodukčním věku 15-49 let, které jsou vdané nebo svobodné (OSN, 2012). V Africe užívá nějakou metodu antikoncepce 32,5 % žen (OSN, 2012). Regionální rozšíření moderní antikoncepce v Africe se liší i mezi jednotlivými regiony. V severní a jižní Africe spoléhá na nějakou metodu ochrany 50 % žen v reprodukčním věku, zatímco ve východní Africe 30 % žen. Ve střední Africe užívá antikoncepci pouze 20 % žen (OSN, 2012). Nejmenší procentuální zastoupení má západní Afrika, kde se chrání nějakou antikoncepční metodou 16 % žen (OSN, 2012).

V Asii je situace lepší než na africkém kontinentě. Někjaký druh antikoncepční metody používá 67 % asijských žen (OSN, 2012). Z asijského kontinentu má nejmenší procentuální zastoupení užívání antikoncepce v jižní, jihovýchodní a západní Asii. V těchto regionech užívá nějaký způsob ochrany 50 % žen (OSN, 2012).

Země Latinské Ameriky a Karibiku mají nejvyšší procentuální zastoupení užívání nějaké antikoncepční metody u žen ze všech rozvojových regionů. V této oblasti zvolilo nějakou metodu antikoncepce 71 % žen (OSN, 2012).

Nejrozšířenější antikoncepční metodou v rozvojových zemích je sterilizace. Sterilizaci zvolilo jako způsob ochrany 22,2 % žen. Sterilizace je trvalá a nevratná chirurgická metoda. Dnes se v moderním gynekologickém prostředí od sterilizací upouští. Další oblíbenou metodou ochrany je nitroděložní tělíčko, na které se spoléhá 15 % žen. Nitroděložní tělíčko je vysoce spolehlivé, ale může ženě poškodit rodidla. Po dlouhodobém užívání této metody vzniká zvýšené riziko samovolných potratů.

Ve vyspělých zemích tyto metody ustoupily do pozadí a vpřed se dostávají moderní přípravky, viz tabulky 2, 3, 4. Proto by se i do rozvojových zemí měly dostat jiné, modernější způsoby antikoncepce, které jsou ve vyspělých zemích dnes běžně užívané. Mezi tyto metody patří především prezervativy, hormonální antikoncepce a bariérové prostředky jako pesar či diafragma.

Procentuální zastoupení antikoncepčních metod v rozvojových zemích dosahuje menších čísel než v zemích rozvinutých (viz příloha 1 na str. 54). K tomuto rozdílu dochází proto, že v zemích procházejících rozvojem je dostupnost antikoncepčních přípravků menší, nabídka méně obsáhlá, osvěta žen ohledně jejich reprodukčního chování a zdraví nedostačující. Informovanost o možnostech ochrany před nechtěným těhotenstvím není valná.

Dalším důvodem nízkého procentuálního zastoupení antikoncepčních metod v rozvojových zemích je nerovnoměrné rozložení užívání odlišných antikoncepčních metod. V každém regionu dávají ženy i muži přednost jiné ochraně. Takto dochází k nerovnováze kombinace metod antikoncepce. Lepší kombinace antikoncepčních metod by mohla vést k vyšší dostupnosti moderní antikoncepce v rozvojových zemích (OSN, 2012).

V současné době existuje mnoho žen, které nemají možnost moderní antikoncepci užívat nebo ji z určitého důvodu odmítají. Podle statistik světové zdravotnické organizace (2013) se odhaduje existence minimálně 222 milionů žen v rozvojových zemích, které by chtěly zastavit porodnost nebo si naplánovat graviditu ve vyšším věku.

Jedním z hlavních důvodů, proč ženy v chudých zemích neužívají moderní antikoncepci, je chybějící správná osvěta a nedostatečná informovanost o možnostech ochrany. Druhým důvodem je nedostatečný přístup k moderním antikoncepčním metodám. Mezi další důvody neužívání moderních antikoncepčních metod dle OSN (2013) patří příliš vysoká cena pro obyvatele rozvojových zemí, obavy z vedlejších účinků, kulturní aspekty a náboženská přesvědčení. V nejchudších zemích světa nechtějí ženy užívat moderní antikoncepci zejména kvůli komunikační bariéře mezi pohlavími a genderové nerovnosti.

Častou příčinou odmítnutí antikoncepce u žen je neschopnost domluvit se s partnerem na určitém postupu při výběru antikoncepce. V některých státech nemají ženy dostatečnou míru autonomie a v rodině mají podřízené postavení. Pokud muž nesouhlasí s antikoncepcí, žena se podřídí a antikoncepci dále nevyžaduje.

I když stále existuje mnoho žen, které antikoncepci nemohou nebo nechtějí užívat, zaznamenal se v šíření moderní antikoncepce velký pokrok. Celosvětově i regionálně se zvedl počet žen, které užívají jakýkoliv způsob ochrany. Nejvyšší nárůst v užívání antikoncepce za posledních dvacet let zaznamenaly asijské státy a latinskoamerické země. V předchozích dvaceti letech se zvedl počet globálního užívání antikoncepce z 55 % v roce 1990 na 63 % v roce 2012 (OSN, 2012). V rozvojových zemích se zvedl počet užívání určité metody antikoncepce z 51,2 % na 62,4 % (OSN, 2012).

2. 2 Plánování rodiny

Plánované rodičovství je definováno podle Rokyty (2008, 117) jako: „*Snaha mít děti v období pro rodinu z nejrůznějších důvodů optimálním a naopak snaha zamezit nežádoucímu otěhotnění.*“

Plánované rodičovství lze vnímat jako určitou strategii, kterou mohou svým rozhodnutím uskutečňovat lidé žijící v páru nebo manželství. Pomocí při prosazování plánovaného rodičovství v politice státu může vláda, vládní a nevládní organizace. Základní myšlenkou plánování rodiny je svobodná volba, informovanost, respekt a rovnost pohlaví (Kliment, 2008). Každá rodina se může svobodně, bez jakýchkoliv vnějších tlaků, rozhodnout o počtu svých dětí i o čase, kdy se jim jejich budoucí potomci narodí.

Plánování rodiny můžeme rozdělit do následujících čtyř skupin podle autorů Bondestama a Bergströma (1980).¹⁵

- Pozitivní plánované rodičovství má za cíl stanovit vhodnou dobu, kdy se žena rozhodne počít dítě. Zahrnuje svobodné rozhodnutí o počtu dětí v rodině. Pokud se žena rozhodne pro pozitivní plánování rodiny, chce záměrně otěhotnět. Partneři se snaží počít potomka.
- Negativní plánování rodiny znamená zamezování porodnosti, plodnosti, snahu o menší počet členů v rodině. Při rozhodnutí ženy pro negativní plánování rodiny jde o snahu zabránit otěhotnění.
- Individuální plánování je plánované rodičovství, při kterém je rozhodování o možnosti mít děti jen na samotných budoucích rodičích.
- Národní plánování provádí prostřednictvím svých politik stát. Národní plánování může být dvojího způsobu. Stát provádí buď kontrolu růstu populace, nebo podporu populačního růstu. Národním plánováním se zabývá celá třetí kapitola této práce.

Primárním cílem plánování rodiny je redukce nebo podpora plodnosti. Mezi sekundární cíle plánování rodiny patří šíření všech druhů antikoncepce do rozvojových zemí a edukace žen, jak tyto prostředky správně používat a kde si mohou antikoncepci obstarat.

¹⁵ Pozitivní a negativní plánování rodiny nese svůj název kvůli negativnímu nebo naopak pozitivnímu vlivu na nenarozené dítě. Pokud se zamezuje narození dítěte, má to na něj negativní vliv a plánované rodičovství je negativní. Pokud se podporuje narození dítěte, má to na něj pozitivní vliv a plánované rodičovství je pozitivní.

Výsledným výstupem druhotných cílů plánovaného rodičovství je snaha omezit početné interrupce, vymýtit násilí na nechtěných dětech a také pomoci ke snížení počtu jedinců nakažených virem HIV (Kliment, 2008). V celkovém zhodnocení přináší plánování rodiny jak kladné, tak i záporné výsledky.

Plánované rodičovství, jako nenásilná a nenáročná forma ochrany, vede ke snížení úmrtnosti žen při porodech, nemocech nebo při možných komplikacích spojených s těhotenstvím a porodem. Dále pak správnou péčí a osvětou lze díky plánování rodiny snížit úmrtnost kojenců a dětí do 15 let. Velkým pozitivem plánovaného rodičovství je snížení potratovosti.

Bohužel plánované rodičovství s sebou nese i jistá negativa v podobě lhostejnosti vládnoucích orgánů rozvojových zemí čelit této problematice a jejich nezájem o šíření antikoncepci, plánování rodiny a populační témata jako taková. Tento problém se vyskytuje hlavně ve státech LDCs. Pokud má být šíření antikoncepce a možnosti plánování úspěšné, musí se zapojit do řešení problému místní obyvatelstvo a organizace angažující se v oblasti antikoncepce by měly spolupracovat s vládami rozvojových zemí. Problematika plánovaného rodičovství je více rozvinuta v následujících podkapitolách 2. 2. 1 a 2. 2.2.

2. 2. 1 Plánované rodičovství a rozvojové země

Podle Pritchetta (1994) je termín plánované rodičovství ve 21. století úzce spojen s problematikou populačního boomu v rozvojových zemích. Plánování rodiny nabízí jedno z možných a zároveň jednoduchých, nenásilných řešení redukce vysoké porodnosti tamějších žen. V současné době se plánované rodičovství v rozvojových zemích snaží zaměřit nejen na redukci porodnosti, ale především na zlepšení postavení žen ve společnosti a posílení lidských práv.

Díky možnosti plánování rodiny se ženy mohou vydat vlastní cestou. Dochází k posilování ženských rolí ve společnosti. Ženy mají možnost svobodně rozhodovat o své sexualitě, reprodukci a graviditě (UNFPA, 2013). Plánování rodiny má pozitivní vliv na rozvoj regionálních komunit a je jedním z klíčů ke zpomalení růstu populace v zemích s nejvyšším přirozeným přírůstkem. Podpora plánovaného rodičovství v nejchudších zemích světa je velice důležitá i v rámci mezinárodní rozvojové politiky. Na mezinárodním rozvojovém poli zajišťuje plánované rodičovství ženám v rozvojových zemích určitou míru blahobytu, svobody, nezávislosti, podpory zdraví a jejich psychické pohody (Kliment, 2008).

Aby metoda plánovaného rodičovství dosáhla již nastíněných výsledků, je třeba šířit možnosti plánování rodiny do povědomí obyvatel ve všech částech světa. Krokem vpřed, v šíření metody plánování rodičovství, je existence poradenských center pro obyvatele všech rozvojových regionů se zájmem o plánování rodiny. Tato centra jsou přínosná, avšak je jich malé množství. Nachází se pouze ve městech, což znevýhodňuje venkovské obyvatelstvo. Nelze opomenout finančně náročné zajištění dostatku vyškolených pracovníků v oblasti zdravotnictví, kteří mohou poskytovat poradenství sexuálně aktivnímu obyvatelstvu v již zmíněných centrech. Tito pracovníci mohou pomoci ženám získat moderní antikoncepční přípravky, informují obyvatele o reprodukčním chování a zdraví, mohou pomoci ve správné péči o dítě i o ženu po porodu. Aby bylo dosaženo již zmíněných cílů na začátku této kapitoly, měly by funkce komunitních pracovníků a vyškolených asistentů provádět místní obyvatelé, především ženy.

2. 2. 2 Příčiny vysoké plodnosti žen v rozvojových zemích

V minulých stoletích byl průměrný počet 6 dětí na 1 ženu běžnou záležitostí. Avšak doba jde dál a civilizace se vyvíjí. Ve 21. století je průměrný počet dětí ve vyspělých zemích 1,5 dítěte na 1 ženu. V rozvojových zemích je průměrný počet 3,5 dítěte na jednu ženu. Podle Perkinse et al (2006), je v dnešní době plodnost vyšší než 2,1 dítěte na ženu považována za znak chudoby.¹⁶

Velký počet dětí v rodině může souviset s účelovým odmítnutím antikoncepce nebo plánovaného rodičovství. Podle Bondestama a Bergströma (1980) existují tři typy teorií, které vysvětlují rozhodnutí rodin v rozvojových zemích mít velký počet potomků.

První možností pro odmítnutí antikoncepce mohou být ekonomické a sociální aspekty. Farmářské a rolnické rodiny mají velký počet dětí, protože potomci pro ně představují ekonomický užitek. Děti pracují na rodinných polích, plantážích nebo se zvířaty. Za práci nedostanou zapláceno. Zajistí tak své rodině určitou ekonomickou bezpečnost. V těchto případech hrozí dítěti úmrtí v mladším věku na následky nadměrného pracovního vyčerpání. Tento problém se nejvíce týká venkovských oblastí. V urbanizovaných oblastech je situace o něco lepší, ale i ve městech děti pracují v továrnách a manufakturách, aby přispěly svým příjmem do rodinného rozpočtu.

¹⁶ Úhrnná plodnost 2, 1 dítěte na ženu je počet dětí potřebný k tomu, aby docházelo k obměně obyvatelstva.

Dalším typem rodin, které mají odmítavý postoj k antikoncepci a plánování rodiny, jsou lidé z tradičních společností. Tito lidé jsou ovlivněni názory v komunitě nebo jsou nedůvěřiví k moderním antikoncepčním metodám. Svou roli zde hraje určitá hluboce zakořeněná idea o důležitosti velké rodiny a jejich tradiční koncept přežití. V těchto společnostech je často zastáván názor preference mužské linie. Žena rodí co nejvíce synů, aby bylo zajištěno pokračování rodu. Dívky jsou opomíjeny a mají podřadné postavení. Preference synů vede k efektu chybějících žen.¹⁷

Třetím modelem rozhodnutí se pro velké rodiny jsou náboženské aspekty. K odmítnutí antikoncepce dochází především v zemích, kde převažuje jako náboženství islám. V muslimských zemích je plánované rodičovství a kontrola plodnosti kontroverzní téma. Nejen koncepty islámu přihlíží na kontrolu plodnosti skepticky, ale i někteří ortodoxní katolíci se odvrací od kontroly plodnosti a šíření antikoncepce.

Velký počet dětí v rozvojových zemích souvisí s dalšími problémy, s kterými se tyto země musí potýkat. Dnes mají ženy v rozvojových zemích velký počet dětí z důvodu vysoké dětské a kojenecké úmrtnosti. Kojenci a děti umírají předčasně kvůli špatným životním podmínkám, infekcím spojených se špatnou hygienou, nedostatkem čisté vody, nemocemi, podvýživě a nevyhovujícímu prostředí pro život. Ženy chtějí mít co více potomků, aby měly jistotu, že se aspoň jeden z nich dožije dospělosti.

Lidé v rozvojových zemích si neuvědomují, že pokud budou mít méně dětí, mají jejich potomci šanci na lepší budoucnost. Rodiny s malým počtem dětí, kdy ideální počet dětí na jednu rodinu jsou dva potomci, mají více možností svým dětem zajistit lepší budoucnost ohledně vyššího vzdělání, zdravotního zajištění a celkové investice do každého dítěte, aby v ničem nestrádalo a mělo dostačující míru blahobytu.

2. 2. 3 Vliv plánovaného rodičovství na problémy v rozvojových zemích

Antikoncepce a plánované rodičovství mají příznivý vliv na ostatní problémy v rozvojových zemích. Jedním z těchto problémů je nízký věk matek v rozvojových zemích. Dle OSN (2012) by se měl v oblasti plánování rodiny klást důraz na dospívající matky a mladé rodičky. U gravidních adolescentních dívek se rizika potratovosti, kojenecké úmrtnosti i úmrtí rodičky zvyšují.

¹⁷ Efekt chybějících žen popsal ve své ekonomické studii *missing women* S. Klasen (2003). Problém chybějících žen se nejvíce týká asijského kontinentu. Ve zkratce jde o problém nerovného počtu mužů a žen, v poměru muži 105:100 ženy, který v některých zemích dosahuje vyšší nerovnosti např. 114:100. Tito muži mají problém najít si partnerku a založit rodinu.

Mladým dívkám se často rodí děti předčasně nebo s nízkou porodní váhou, protože jejich tělo není vzhledem k jejich věku schopné dítě donosit nebo prodělat přirozený porod bez komplikací. Mnoho dívek v adolescentním věku musí kvůli nechtěnému těhotenství přerušit nebo opustit školu. Dívky, které do školy nechodí, nemají jiné životní vyhlídky, než zajistit pokračování rodu a starat se o rodinu. Dívky mohou nejprve dosáhnout vzdělání a až později se vdát a založit si rodinu. Gramotnost posílí život ženy, rodiny a celé komunity.

Antikoncepce a plánování rodiny mají pozitivní vliv na reprodukční zdraví populace (Kliment, 1995). Reprodukční zdraví a reprodukční práva by měl svému obyvatelstvu zajistit každý stát (OSN, 2013). Pokud má žena v pořádku reprodukční systém, přispívá to k její fyzické, duševní i sociální pohodě (Kliment, 1995). Aby byly ženy v tomto ohledu v pořádku, je důležitá funkce státního zdravotního systému, pokud možno bezplatného.

Reprodukční zdraví souvisí i s růstem počtu neplodných mužů a žen. Neplodnost mnoha párů není jen problémem vyspělých zemí. Neplodnost je celosvětový zdravotní problém spousty žen i mužů a tvoří nezanedbatelnou složku plánovaného rodičovství. V zemích, procházejících rozvojem, je neplodnost žen často trvalým následkem po prodělání nemoci pánevního ústrojí nebo po špatně provedené, často nelegální interrupci (Bondestam a Bergström, 1980). Dle databáze Světové zdravotnické organizace (2012) se v rozvojových zemích vyskytuje až 25 % žen s vážnými gynekologickými potížemi, které mohou skončit neplodností. Bezdětné ženy v rozvojových zemích jsou často vyloučeny na okraj společnosti a stávají se terčem násilí.

S reprodukčním zdravím úzce souvisí pohlavně přenosné choroby. Nejnebezpečnější a nejrozšířenější pohlavně přenosnou chorobou je nákaza virem HIV, který způsobuje nemoc AIDS. Během uplynulých dvou desetiletí se zvýšil počet lidí i dětí nakažených právě tímto virem. Plánovaným rodičovstvím se mohou ženy vyhnout nákaze HIV a možnosti porodu infikovaného potomka. Takovou cestou se sníží počet nakažených dětí od narození a sníží se i počet sirotků, jejichž rodiče na AIDS zemřeli.

Nejúčinnější zbraní v boji proti HIV je kondom. Správným používáním kondomu se virus HIV nemůže dál šířit, počet nakažených by měl stagnovat a postupně se snižovat. Tohoto cíle lze dosáhnout správnou osvětou dětí ve školách, kde se poučí o nebezpečí nákazy, možnostech ochrany, umožněním přístupu adolescentů ke kondomům a dostane se mladistvým vysvětlení, jak kondomy správně používat.

Kondom chrání i před jinými pohlavně přenosnými chorobami, než je HIV. Mezi tyto choroby patří například syfilis, kapavka, chlamydie, různé druhy pohlavních infekcí, jako například herpes simplex 2 a plísňová onemocnění. U obyvatel rozvojových zemí je riziko nákazy různými pohlavními infekcemi vysoké, kvůli nedostatečné hygieně, horkému počasí a nekvalitní vodě (WHO, 2012).

Užívání některých druhů antikoncepce v oblastech se zvýšenou možností nákazy HIV má i svou stinnou stránku. Od počátku výskytu HIV byla relevantní otázka, zda může antikoncepce nějakým způsobem ovlivnit nákazu tímto virem. Prozatím existuje pouze kondom, jakožto jediná ochrana proti nákaze pohlavními chorobami. Dle výzkumu WHO (2012) prováděného v Subsaharské Africe může užívání hormonálních antikoncepčních metod u extrémně citlivých jedinců zvýšit možnost nákazy HIV. Výzkumy prováděné ve spolupráci s místními ženami v Keni, Nigérii a Thajsku tuto skutečnost potvrdily. Zkoumané ženy a dívky užívaly jako antikoncepci hormonální injekce a náplasti. Tyto ženy byly náchylnější k přenosu infekce. Ženy, které jsou již nakažené HIV nebo v kritických oblastech nákazy by ze zdravotního hlediska neměly používat jako metodu antikoncepce nitroděložní tělísko.

Hormonální antikoncepce a nitroděložní tělísko nejsou jediné rizikové antikoncepční metody. Podle výzkumu, provedeném organizací CONRAD¹⁸ (2014), obsahují spermicidní gely látku, která při častém použití může zvýšit riziko nákazy virem HIV u oslabených žen v prostředí se zvýšenou možností infekční nákazy.

2. 2. 4 Neuspokojená potřeba plánování rodiny

Neuspokojená potřeba plánování rodiny se týká žen, které jsou v reprodukčním věku a jsou sexuálně aktivní. Tyto ženy nepoužívají žádnou moderní antikoncepční metodu, avšak chtějí oddálit početí prvního dítěte nebo nechťejí další děti. Pokud žena chce používat antikoncepci a má zájem o plánované rodičovství, ale bohužel nemá k tomu možnosti ani přístup, nastává pro ni fáze, zvaná jako neuspokojená potřeba plánování rodiny (OSN, 2012).

¹⁸ CONRAD (contraception research and development) je americká nezisková organizace, která se angažuje v oblasti zlepšení reprodukčního zdraví obyvatel v rozvojových zemích a zabývá se problematikou nákazy a prevence HIV.

Neuspokojená potřeba dostupnosti antikoncepce a plánovaného rodičovství je vysoká zejména u skupin, jako jsou migranti, uprchlíci, mladiství, obyvatelé chudinských čtvrtí a slumů (WB, 2010). Nejvyšší neuspokojenou potřebou po plánování rodiny trpí země LDCs.

Snížením neuspokojené potřeby dojde ke snížení nechtěných těhotenství, snížení počtu interrupcí a sníží se zdravotní rizika pro ženy v rozvojových zemích (RAND, 1998).

I přes mírné snížení neuspokojené potřeby plánování rodiny v posledních dvaceti letech z 15,4 % (1990) na 13,2 % (2010), stále dosahuje vysokých čísel v 75 rozvojových zemích a 107 nejchudších regionech světa. Největší poptávka po plánování rodiny je na africkém kontinentu, kde trpí neuspokojenou potřebou plánování rodiny 53 % žen (WHO, 2012). V současné době je známo 13 zemí, kde plánování rodiny chybí nejvíce. Mezi tyto země patří například Svazijsko, Bhútán, Ekvádor, Egypt, Írán, Malawi, Rwanda, Vietnam, Samoa a Komory. Do roku 2015 by se měl počet zemí trpících neuspokojenou potřebou plánování rodiny snížit na polovinu (OSN, 2012).

Organizace spojených národů provádí průzkum v oblasti plánovaného rodičovství, jehož hlavním úkolem je shromažďování dat o neuspokojené potřebě plánování rodiny. Podle OSN (2012) se tento průzkum uskutečňuje jednou za tři až pět let. Zjištěná data slouží pro orientaci v rozvojové problematice a také pro dosazení do vzorce při výpočtu míry neuspokojené potřeby plánování rodiny. Zdroje dat jsou získávány prostřednictvím vnitrostátních demografických a zdravotnických průzkumů prováděných mezi domácnostmi zkoumaného státu. Výsledek výpočtu lze brát jako ukazatel vhodný ke sledování pokroku ohledně řešení reprodukčního zdraví.

Míru neuspokojené potřeby plánování rodiny můžeme vypočítat podle vzorce číslo 1. Vzorec je měřítkem rozsahu plánovaného rodičovství v čase.

Vzorec 1: Neuspokojená potřeba plánování rodiny

$$A = \frac{B}{C} * 100$$

Zdroj dat: OSN (2012)

- Interpretace vzorce podle OSN (2012)

A. Výsledná cifra neuspokojené potřeby plánování rodiny.

B. Dělenec zahrnuje všechny svobodné i vdané ženy, které nepoužívají žádnou metodu antikoncepce. Tyto ženy jsou plodné a v reprodukčním věku (15-49 let), ale plánují mít dítě nejdříve v horizontu následujících dvou let. Patří sem i ženy, které již jsou těhotné, ale těhotenství bylo nechtěné. Dále vzorec zahrnuje ženy v poporodním období, které v době otěhotnění nepoužívaly žádnou antikoncepci. V době početí dítěte žena neměla v plánu otěhotnět a chtěla těhotenství oddálit.

C. Dělitel zahrnuje všechny svobodné i vdané ženy v reprodukčním věku.

2. 2. 5 Mezinárodní organizace angažující se v oblasti antikoncepce a plánování rodiny

Rozvojové země patří mezi příjemce rozvojové pomoci v oblasti plánovaného rodičovství a antikoncepce. Dárci rozvojové pomoci jsou buď dárcovské země nebo organizace, které mají jako náplň rozvojovou spolupráci v oblasti antikoncepce a plánování rodiny. Až jedna čtvrtina finančních prostředků vynaložených na programy, týkajících se antikoncepce a podpory plánovaného rodičovství v rozvojových zemích, pochází ze zemí dárcovských (RAND, 1998).

Podle RAND (1998) existují tři základní motivace dárcovských zemí:

- Zlepšení politické stability země a vzájemná spolupráce s touto rozvojovou zemí.
- Dosažení humanitních cílů.
- Podpora hospodářského růstu země, jakožto svého potenciálního obchodního partnera.

Dalšími poskytovateli finančních prostředků na rozvojovou spolupráci v oblasti antikoncepce a plánování rodiny jsou organizace, angažující se v této problematice. Organizace se snaží zaměřit spíše na humanitární cíle než na cíle ekonomické.

Mezi nejvýznamnější dárce v oblasti antikoncepce a plánování rodiny patří Organizace spojených národů (OSN). V roce 1994 OSN uvedla program spojený s plánovaným rodičovstvím, známý jako Káhirska konference. Na této konferenci byl poprvé předveden akční program o vývoji populace. Hlavním bodem programu bylo zavést vysoce účinný systém koordinace pro zadávání veřejných zakázek antikoncepce. Koordinační systém by mohl vést ke snížení růstu populace a zvýšení socio-ekonomického rozvoje v rozvojových zemích (The Economists, 2012).

Dále se program zabýval vztahem růstu populace v korelaci se životním prostředím, tlakem na přírodní zdroje a také snížením počtu lidí žijících v chudobě.

Pod záštitou OSN fungují další organizace, které zaměřují své programy na kontrolu populace. Mezi tyto organizace patří UNFPA (Populační fond Organizace spojených národů), která se zabývá šířením informací o antikoncepci do celého světa. UNFPA provádí výzkumy v rozvojových zemích o dostupnosti antikoncepce.

Podporou plánovaného rodičovství se zabývá organizace UNICEF (Dětský fond Organizace spojených národů), která funguje pod záštitou OSN. Humanitární pracovníci v organizaci UNICEF informují obyvatele rozvojových zemí o výhodách, které plánování rodiny může přinést pro dítě narozené do menší rodiny. Správné načasování početí potomka přináší více výhod pro obyvatelstvo s nižšími náklady na život než jakákoliv jiná verze pomoci (Easterly, 2001).

Další světově známou humanitární organizací, která podporuje plánování rodiny, je vládní organizace USAID neboli agentura Spojených států amerických pro mezinárodní rozvoj. Organizace řídí globální poskytování antikoncepčních prostředků, především kondomů. Většina zemí spoléhá na příjem antikoncepčních přípravků právě od této organizace a je na dodávkách od USAID prakticky závislá. Poskytování antikoncepčních metod v tak velkém měřítku funguje na systému předvídání a plánování výběru druhu antikoncepce, množství výroby a následné šíření vybrané metody do určené prioritní rozvojové země (Easterly, 2001). Tento způsob pomoci je vysoce účinný. Země, do kterých se dodávky antikoncepce dostanou, jsou v tomto ohledu zabezpečené a mají dostatek určité metody a ví, jak ji používat. Avšak systém má i své trhliny. Některé prioritní země USAID, jako například Egypt a Salvador, trpí přebytkem kondomů. Kondomy se zde stávají hračkou pro děti, volně se válejí na ulici nebo je děti nafukují jako balonky.

Antikoncepce a plánování rodiny jsou z individuálního hlediska spolehlivé a účinné metody kontroly populace. Jejich šíření za pomoci rozvojové spolupráce je cestou vpřed pro spokojený život žen a dětí v rozvojových zemích. Aby programy plánovaného rodičovství fungovaly dobře i v budoucnu, je třeba přizpůsobovat se změnám a dbát na efektivitu těchto programů. U šíření metod antikoncepce je dobré zaměřit se na trendy¹⁹, nové metody, sledovat poptávku a vývoj nových metod antikoncepce.

¹⁹ Trendy antikoncepce je myšleno sledování nabídek nových antikoncepčních metod a inovací v programech kontroly populace. Pokud lidé mají zájem o novinky na trhu, měla by organizace zajistit dostupnost těchto metod, o které obyvatelstvo jeví zájem.

Antikoncepce a plánování rodiny pomáhají k naplnění MDGs.²⁰ Primárně pomáhají k naplnění bodu pět, který se zaměřuje na zlepšení zdraví matek, prevenci chorob žen, zajištění zdravotní péče vztahující se k reprodukčnímu zdraví. Dále plánované rodičovství a antikoncepce pomáhají splnit bod čtyři (snížit dětskou úmrtnost) a bod šest (bojovat s HIV). Popularizace antikoncepce v rozvojových zemích má pozitivní vliv na pokles potratovosti, snížení úmrtnosti matek, reprodukční zdraví dívek a žen (OSN, 2013). Globální rozšíření spolehlivé antikoncepce může vést k celkovému snížení růstu populace.

Na úspěšnost antikoncepce a plánování rodiny má vliv přístup jednotlivých vlád. Na vládě je rozhodnutí, jakou nasadí populační politiku, jestli se rozhodne pro kontrolu populace, podporu růstu populace nebo zastává neutrální pozici k růstu populace. O tomto tématu se čtenář může dozvědět více v kapitole číslo tři.

²⁰ MDGs (Millenium Development Goals) neboli rozvojové cíle tisíciletí jsou rozvojovým programem, který obsahuje osm základních bodů a několik dalších dílčích cílů. Splnění těchto cílů má dojít k odstranění největších problémů rozvojových zemí. Výchozím rokem pro splnění těchto cílů je rok 2015. V roce 2000 podpisem dokumentu Miléniové deklarace přislíbili všichni členové OSN a Vatikán spolupráci na jejich naplnění.

3. Plánované rodičovství v rozvojové politice

V předchozí kapitole bylo zkoumáno reprodukční chování párů. Primárně si reprodukční chování řídí každý člověk sám, podle svého rozhodnutí. Sekundárně může reprodukční chování obyvatel řídit stát prostřednictvím populační politiky. Třetí kapitola se bude věnovat mezinárodním populačním politikám. V této kapitole nalezneme analýzu populačních politik, také si zde můžeme prostudovat porovnání antinatalitních a natalitních populačních politik. Závěr této kapitoly obsahuje popis a komparaci populačních politik ve vybraných oblastech.

3.1 Analýza populačních politik

Základem pro orientaci v populačním tématu je pochopení, co to vlastně populační politika je, a k čemu slouží. Definice populační politiky je poměrně složitá. Zde jsou dvě nejpřesnější definice populační politiky od dvou různých autorů. Roubíček ve své knize Demografie (1997) definuje mezinárodní populační politiku jako: *„Nástroj vládní moci, který obsahuje shrnutí různých dlouhodobých opatření sloužících k redukci nebo naopak podpoře populačního růstu určitého státu.“*

Paul Demeny (2003) vytvořil poněkud složitější definici. *„Populační politiky jsou záměrně vykonstruované a institucionálně upravené uspořádání. Jsou to specifické programy, jejichž prostřednictvím mohou vlády přímo či nepřímo ovlivňovat změny v populaci tzv. demografické změny.“*

Základní a zároveň nejjednodušší rozdělení populačních politik je rozdělení podle Demenyho (2003) na přímou a nepřímou populační politiku.

- Nepřímá populační politika působí na obyvatelstvo nepřímo, přes určité mechanismy. Těmito mechanismy mohou být sociální podpory, vyplácení porodného, zvýhodnění menších rodin a podobně.
- Přímá populační politika má přímý dopad na obyvatelstvo. Tato populační politika je méně častá než nepřímá.

Dále můžeme populační politiky rozdělit podle cílů, ke kterým tyto politiky směřují na strukturální a kvantitativní populační politiky (Loužek, 2003).

- Mezinárodní populační politiky strukturální zabývající se strukturálním vývojem obyvatelstva.

- Mezinárodní politiky kvantitativní zkoumají počet obyvatel a způsoby, jakými lze tento počet změnit.

Do skupiny politik rozdělených podle předmětu působení můžeme zařadit i politiky natalitní a antinatalitní. Antinatalitní a natalitní populační politiky budou popsány do hloubky v následujících dvou podkapitolách.

- Natalitní neboli propopulační politiky jsou pozitivní populační politiky. Jako pozitivní se označují proto, že mají příznivý vliv na předmět působení. Předmětem působení jsou v tomto případě děti. Natalitní politiky podporují jejich plození.
- Antinatalitní populační politiky jsou negativní populační politiky, z důvodu svého negativního vlivu na předmět působení. Tyto politiky se snaží omezit plodnost i porodnost.

Existují různé přístupy a koncepty, jak se státy staví k populačnímu růstu a jakou nastavují populační politiku, vzhledem k růstu populace. Neexistuje jeden univerzální model pro všechny státy. Každá země si musí najít svůj vlastní vhodný institucionální přístup (McDonald, 2006). Základem pro nastavení určité populační politiky státu je teorie, která má za úkol vysvětlit, proč právě v tomto státu došlo k růstu obyvatel nebo k poklesu růstu obyvatel.

Každý stát by měl mít představu, kam hodlá svou populační politikou směřovat a čeho chce ve výsledku dosáhnout (McDonald, 2006). Peter F. McDonald (2006) popisuje ve své studii, že konečným cílem pro všechny země se stává demografická udržitelnost, neboli minimálně nulový růst populace.²¹

Rozhodnutí každé země pro určitou populační politiku závisí na vnitřních a vnějších faktorech.

- Mezi vnější faktory řadíme velikost přírodní bohatství a prostor pro život.
- Mezi vnitřní faktory můžeme zařadit hospodářská vyspělost, velikost populace v daném státu, hustotu zalidnění, urbanizaci, etnické složení a sociální stratifikaci. Populační politiky může stát prosazovat za pomoci určitých nástrojů. Mezi nástroje mezinárodních populačních politik patří politické nástroje²², zdravotnické služby, sociální služby²³ a vzdělání.

²¹ Nulový populační růst je stav, kdy se počet obyvatel ve státě nemění. Tedy obyvatel neubývá ani nepřibývá.

²² Politickými nástroji je myšleno např. vytváření zákonů, týkajících se rodin, rovnost pohlaví ve státě a jiné.

Stát učiní nástroji mezinárodních populačních politik určitá populační opatření. Populační opatření musí být veřejně přijata obyvateli daného státu. Obyvatelé, žijící ve státě by měli s danými opatřeními souhlasit. Tato opatření by neměla nijak omezovat jejich svobodu a základní lidská práva. Bohužel ne vždy tomu tak je.²⁴ Na prosazování různých populačních politik má vliv situace, ve které se stát nachází. Ať už se jedná o bezpečnostní situaci, ekonomickou situaci státu, sociální postavení obyvatel nebo prostorové rozložení obyvatel. Svou roli v populační politice hrají náboženství a kultura.

Nasazení vybrané populační politiky závisí na vládním systému. Demokratické systémy jsou spíše pro omezení populačního růstu. Ve většině případů tyto vládní systémy nasazují antinatalitní populační politiky. Pouze v případě, když se obyvatelstvo ve státě dostane pod hranici obnovy populace, nasadí vládní systém politiku pro mírný růst počtu obyvatel.²⁵ Demokratické systémy brzdí nebo stimulují populační růst prostřednictvím nepřímé intervence vůči obyvatelům státu. Socialistické, totalitní, nacistické a autoritářské režimy většinou podporují natalitní populační politiky. Existují výjimky, například Čína. Autoritativní režimy provádí natalitní politiku přímou státní intervencí.

Formulace státní populační politiky je rozdílná mezi vyspělými a rozvojovými zeměmi. Největší populační růst a zároveň nejvyšší počet obyvatel se nachází v rozvojových zemích. Většinu vlád rozvojových zemí, zejména států LDCs, populační růst nezajímá. Neuplatňují vůči růstu obyvatel žádná opatření a jejich populační politika je neutrální. Některé země mají v současnosti opačný problém. Tyto vyspělé státy trpí velkým poklesem porodnosti, plodnosti a nízkým populačním růstem, proto se snaží populační růst navýšit nebo zachovat na stejné úrovni. Ve většině těchto případů prosazují vyspělé státy natalitní populační politiku. V zemích jako Austrálie a Spojené státy americké je porodnost místních obyvatel velice nízká, ale populační růst je vykompenzován vysokým podílem přistěhovalců, kteří mají více dětí než domácí obyvatelé. Tento způsob vyrovnání počtu obyvatel se nazývá imigrační politika (Loužek, 2003).

²³ Mezi sociální služby, jako nástroje populační politiky, můžeme zařadit podporu náhradní péče, materiální podporu pro děti, finanční podpory početných rodin, vyplácení sociálních dávek a zajištění bezplatných volnočasových aktivit pro děti.

²⁴ Například v Číně tomu tak není, více popsáno v podkapitole 3. 2. 2. Dalším příkladem jsou nucené hromadné sterilizace v Indii, na přelomu 70. a 80. let. minulého století.

²⁵ K této situaci dochází v posledních letech u většiny evropských států a Ruska.

3. 1. 1 Natalitní populační politiky vyspělých zemí

Vláda daného státu nastaví natalitní populační politiky, pokud ve státě klesá porodnost, úhrnná plodnost a populační růst je velmi nízký, nulový až záporný. Vládní instituce se snaží pomocí natalitní politiky zvýšit počet narozených dětí, zpomalit nebo zastavit pokles populačního růstu.

Natalitní politiky byly na vzestupu v období mezi světovými válkami. Po první světové válce hrubě klesla porodnost i celosvětový počet obyvatel. V Západních zemích se reprodukce dostala pod hranici obnovy populace.²⁶ Státy začaly uplatňovat podporu porodnosti různými způsoby. Nejznámějším příkladem zemí s prosazováním natalitních politik v období mezi světovými válkami byly Itálie, Německo a Japonsko. Jejich politická hnutí byla spojena s nacismem, fašismem a rasovou diskriminací. Dalším státem, který prosazoval natalitní politiku bylo Švédsko. Většina Evropských i jiných světových států začala uplatňovat natalitní politiky mezi světovými válkami, protože se cítila v ohrožení. Státy budovaly své obyvatelstvo pro zajištění obrany státu (Demeny, 2003).

Po ukončení 2. Světové války došlo ke globálnímu poklesu počtu obyvatel. Některé evropské státy se dostaly pod hranici obnovy obyvatelstva. Většina zemí si k situaci nízkého populačního růstu zachovala neutrální postoj.

Po 2. Světové válce mělo určitou podporu porodnosti Finsko, Řecko a Francie. Socialistické komunistické režimy v zemích bývalého Východního bloku a Střední Asie se rovněž začaly přiklánět natalitním politikám. Od 60. let minulého století zažily státy bývalého SSSR populační boom (Loužek, 2003). V komunistických zemích východu byly zřízeny populační komise a stát přispíval finančními přídávky na děti. Centrálně plánované ekonomiky se nezabývaly zkoumáním demografických charakterů vzrůstající populace.

Dnes natalitní populační politiky nasazují hlavně státy Evropy. Ve skandinávských zemích jsou zavedené fungující populační programy. Švédsko má jeden z nejpropracovanějších systémů podpory rodin, kterým se snaží udržet porodnost na míře obnovy obyvatelstva. Systém zahrnuje finanční podporou rodin s dětmi, daňové úlevy pro rodiny s dětmi, školní dotace a zajištění dovolené pro matky s dětmi (Loužek, 2003). Francie rovněž patří mezi státy, které v současnosti prosazují natalitní postoje. Francie podporuje porodnost prostřednictvím přídávků na děti a slevami na veřejné služby (rodinné slevy do muzeí, do zoo atd.). Francie se snaží o finanční podporu volnočasových aktivit pro děti.

²⁶ Hranicí obnovy populace je myšlena nižší úhrnná plodnost než 2,1 dítěte na jednu ženu.

Rusko, Maďarsko a Rumunsko rovněž patří mezi země, které podporují porodnost a rodiny s dětmi. V těchto zemích se rodinám dostane porodních bonusů, záloh na bydlení a dotací pro děti ve školním věku. Příklad propagačního letáku natalitní politiky v Rusku lze vidět v příloze 3, na straně 55.

Z mimoevropských zemí, uchylujících se k natalitní populační politice, lze zmínit například Japonsko a Izrael. V Izraeli existuje natalitní politika z důvodu tlaku veřejnosti na vládní systémy. Izraelská vláda finančně podporuje rodiny s dětmi a omezuje interrupce (Avasarkar, 2012). Japonsko původně zaujímal antinatalitní postoj. V současné době trpí Japonsko úbytkem a stárnutím obyvatelstva. Z tohoto důvodu obrátilo na natalitní politiku. Natalitní politika v Japonsku se vyznačuje vládním omezením potratů, které byly v Japonsku hojně rozšířené a na interrupci chodila každá čtvrtá žena (Avasarkar, 2012).

3. 1. 2 Antinatalitní populační politiky rozvojových zemí

Ve 21. století se pozornost vlád obrátila od natalitních politik k politikám zaměřeným na snížení populačního růstu. Natalitní populační politiky ustoupily do pozadí a do centra populační kontroly se dostaly politiky antinatalitní (Loužek, 2003).

Antinatalitní populační politiky jsou vládními orgány nastavovány v případě vysokého populačního růstu ve státě. Cílem těchto politik je dlouhodobé snížení porodnosti a úhrnné plodnosti. Stát se uchýlí k antinatalitní politice v případě vyšší porodnosti než úmrtnosti. Úmrtnost obyvatel pozvolna klesá, ale porodnost stagnuje.

Již v dřívějších letech byl populační problém spojen s přelidněním v rozvojových zemích. Avšak nešlo o problém globální, ale pouze lokální. Dnes se z lokálního problému stal problém celosvětový. Antinatalitní politiky se dostaly do popředí mezi lety 1970-1980. V těchto letech se začalo šířit povědomí o možnosti plánování rodiny a rozšířila se nabídka moderních antikoncepčních metod. Antinatalitní programy byly zpočátku nastavovány prostřednictvím mezinárodních organizací. Jako nástroj řešení byla nejčastěji používaná metoda plánovaného rodičovství. Organizace, které zajišťovaly rozvojovou spolupráci v oblasti tvorby programů s náplní kontroly populace, byly Světová banka a UNFPA. První populační programy byly úspěšné například v Číně, Indii, Singapuru, Kostarice, Barbadosu, Hongkongu, Jižní Koreji, Tchaj-wanu, Mauritiu, Trinidadu a Tobagu (OSN, 2013).

V současnosti se způsob prosazování populačních politik poněkud liší. Do reprodukčních programů se mezinárodní organizace snaží zapojit místní vládní orgány. Vlády jednotlivých zemí kooperují s domácím obyvatelstvem. Takto situované programy mají naději na vyšší úspěšnost i u nejchudších vrstev obyvatel.

Pokud je ústřední vláda země silná a schopná vést svůj stát, umí zapojit do procesu místní populaci i lékařskou podporu, antinatalitní politika má šanci dosáhnout vyššího stupně efektivity.

Nastavení antinatalitní politiky může vést k určitým negativním dopadům na obyvatelstvo a dynamiku demografického vývoje. Kritika antinatalitních politik sestává z omezení dobrovolnosti plodit děti, omezování lidských práv a svobod, zabránění přirozené změny obyvatelstva a odklonu od zvyků a tradic.

3. 2 Regionální srovnání antinatalitních populačních politik v rozvojových oblastech světa

3. 2. 1 Subsaharská Afrika

Průměrná úhrnná plodnost v Subsaharské Africe je pět dětí na jednu ženu (OSN, 2013). Tempo populačního růstu tohoto regionu dosahuje 3 % (Sullivan, 2007). Subsaharská Afrika prochází rychlým populačním růstem a naopak velmi pomalým socio-ekonomickým růstem. Nejvyšší věkové zastoupení v afrických státech tvoří mladá populace v produktivním věku. Region se potýká s vysokou kojeneckou i dětskou úmrtností. Subsaharské země postupně přijímají programy kontroly populace jako reakce na demografické problémy. Africké populační programy nejsou regionálně odlišné, v různých zemích mají stejnou či podobnou charakteristiku (Sullivan, 2007). Subsaharské země se snaží cestou snížení plodnosti získat pro své obyvatelstvo zlepšení zdravotního stavu, vzdělání, vyšší HDP na osobu, celkovou modernizaci a prosperitu státu.

Odklon od natalitních politik se datuje k roku 1980, kdy si africké země připouští populační problém. Do této doby přijaly politiku plánování rodiny a distribuce antikoncepce pouze Kongo, Ghana, Keňa, Mauritius, Madagaskar, Zambie a Uganda (OSN, 2013). Do 80. let minulého století se populační problém neřešil, protože přetrvával diskurz o řídké osídleném regionu a přelidnění bylo bráno jako otázka prostorového rozložení. Po roce 1980 většina afrických vlád přehodnotila svůj postoj k populačnímu růstu a zařadila do vládního systému šíření antikoncepce a plánování rodičovství. Průkopníkem antinatalitních programů v Africe byla Keňa.

Celkově můžeme antinatalitní politiky v Subsaharské Africe rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny řadíme státy s vládní podporou programů kontroly populace. Do této skupiny můžeme zařadit země jako Lesotho, Tanzanie, Senegal a Nigérie.

Vládní orgány Lesotha, Tanzanie i Nigérie zajišťují proškolené pracovníky v oblasti poskytování podpory plánování rodiny a šíří informačně vzdělávací kampaně, týkající se antikoncepce.

Druhá skupina sdružuje státy, které mohou prosazovat programy na kontrolu populace pod záštitou mezinárodních nevládních organizací. Mezi tyto státy patří Čad, Somálsko, Sierra Leone, Kamerun a Středoafriická republika.

V dnešní době stále existuje několik afrických států, které nepřijaly kontrolu populace, nedistribují antikoncepci ani nespolupracují v oblasti plánování rodiny. Tento problém se týká zejména Libye, Gabonu a Rovnickové Guiney.

3. 2. 2 Asie

Z hlediska populačních politik a počtu obyvatel v jednotlivých státech je asijský kontinent velmi rozmanitý. V Asii leží nejvyspělejší státy světa s nízkou porodností, nízkým populačním růstem a nízkou úhrnnou plodností do 1,3 dítěte na ženu (Japonsko, Brunej). Dále se na asijském kontinentu vyskytují nově industrializované země, známé jako asijské tygři. Tyto země snížily svou porodnost v návaznosti na rychlý ekonomický rozvoj (Tchaj-wan, Jižní Korea, Hongkong, Singapur). V Asii leží i země, které právě procházejí rozvojem. U nich je porodnost poměrně vysoká, ale v návaznosti na sociálně-ekonomický rozvoj země pozvolna klesá (Indonésie, Malajsie, Vietnam). Poslední skupinou zemí jsou nejchudší země, které program kontroly populace prozatím nepřijaly nebo jsou populační projekty v počátcích. Mezi tyto země se řadí Laos, Turkmenistán, Pákistán, Irák, Írán, Mongolsko, Kambodža, SAE, Jemen, Omán a Kuvajt (OSN, 2013).

Na asijském kontinentu začala podpora plánování rodiny a šíření antikoncepce počátkem roku 1970. Do roku 1994 politiky nebyly úspěšné a stále přetrvávala vysoká kojenecká i dětská úmrtnost a rychlý populační růst. Do širšího podvědomí se populační problém dostal až po asijské a tichomořské konferenci o populaci v Bangkoku, roku 2002 (OSN, 2013). Po této konferenci začaly asijské vlády zajišťovat pro své obyvatele služby v oblasti plánování rodiny, podpory zdraví a vzdělání jakožto součást zajištění základních lidských potřeb a práv.

Překážkou úspěšnosti asijských antinatalitních politik je tradiční nastavení vládních systémů, místní náboženství a tradice v komunitách. V budoucnu se očekává zapojení soukromého sektoru a obyvatel asijských států do populačních programů.

Z asijských států jsem vybrala pro srovnání úspěšnosti populačních programů dvě nejlidnatější země Čínu a Indii. Jejich politiky jsou netradiční a z hlediska úspěšnosti poněkud odlišné.

Čínská lidově-demokratická republika je nejlidnatější zemí světa a její program kontroly populace je velice známý. Čínská populace čítá 1,35 miliard obyvatel (CIA.gov, 2014). Z celkového počtu světové populace je 20 % obyvatel světa z Číny a úhrnná plodnost v tomto státě čítá 1,5 dítěte na jednu ženu (CIA.gov, 2014).

Již od počátku 20. století se tato země potýká s velkým populačním růstem. V padesátých letech minulého století uvedla čínská vláda svou první kampaň na kontrolu porodnosti, v těchto letech zatím bez konkrétních nástrojů. V roce 1956 vycházela úhrnná plodnost 6 dětí na jednu čínskou ženu (Řezanka, 2007). Vláda posílila šíření antikoncepce, zavedla legalizaci potratů a zvýšila se nabídka dostupného vzdělání pro všechny obyvatele.

Se zvyšujícím se socio-ekonomickým rozvojem a s vyššími nároky obyvatelstva na kvalitu života byla v roce 1979 zavedena politika jednoho dítěte. Hlavním cílem politiky jednoho dítěte je, že každý pár může mít pouze jednoho potomka. Tento zákon platí pro etnické Han Číňany, kterých žije v Číně 92 % (Rosenberg, 2012). Propagační leták antinatalitní čínské politiky lze vidět v příloze 3, na straně 55.

Pro ostatní etnika žijící v Číně, obyvatele v horách, vesnicích a v řídké obydlených oblastech tento zákon neplatí. Na venkově a v odlehlých oblastech mohou mít čínské rodiny dvě děti, v případě, že ani jeden z rodičů nemá sourozence. Na druhé dítě si musí počkat 4 až 5 let po narození prvního. Třetí dítě je povoleno pouze etnickým menšinám, žijících v odlehlých oblastech.

Rodiny, které dodržují politiku jednoho dítěte, jsou státem podporovány vyššími mzdami, finančními příspěvky, zajištěním bydlení a zvýhodněním v sociálním systému. Páry, které politiku nedodrží, jsou nuceny platit státu vysoké sankce. Za každé další narozené dítě musí rodiče státu odvést určitou peněžní částku. Dochází k zabavování majetku u rodin s více než jedním potomkem. Gravidní ženy jsou nuceny chodit na interrupce a po prvním potomkovi se nechávají sterilizovat. Z tohoto důvodu užívá nějakou metodu antikoncepce 87 % čínských žen (Hesketh, 2005).

Celkově je politika jednoho dítěte úspěšným vládním programem. Avšak nese s sebou i negativní aspekty. Původně byla tato politika nastavena jako krátkodobé opatření, které se prodloužilo o čtvrt století. Cílem bylo dosáhnout populačního růstu 0,4 % a úhrnné plodnosti 1,4 dítěte na ženu. V tomto ohledu lze vidět výsledek (Rosenberg, 2012).

Negativní důsledky jsou viditelné převážně v oblasti sociální rovnováhy. Vzhledem k prosazování mužských potomků je v Číně poměr mužů oproti ženám 114:100 (Rosenberg, 2012). Spousta mužů si nemůže najít partnerku a založit rodinu. Z tohoto důvodu jsou v čínských městech časté únosy žen a je zde rozšířen nelegální obchod se ženami. Dalším negativním aspektem čínské politiky jednoho dítěte je vysoká potratovost a zabíjení novorozených děvčátek (Hesketh, 2005).²⁷ V posledních letech pod nátlakem veřejnosti a po nařčení z porušování lidských práv byla Čína nucena přehodnotit svůj státní populační program na politiku dvou dětí.

V porovnání s Čínou je druhým nejlidnatějším státem Indie, která čítá 1,24 miliard obyvatel (CIA.gov, 2014). Indický program kontroly populace je založen na principu šíření plánování rodiny. Program vládní podpory plánování rodiny v Indii začal v roce 1950 jako reakce na rychlý populační růst. Vláda se snažila o západní model rodiny podle vyspělých zemí za pomoci industrializace, růstu průměrné délky života a zvýšení životní úrovně obyvatel. V již zmíněném roce došlo k šíření antikoncepčních metod. Nové programy spojené s kontrolou populace se objevily v roce 1966, kdy růst populace byl považován za překážku rozvoje.

Mezi lety 1970-1980 se populační otázka stala hlavním předmětem strategie indického rozvoje. Vláda podporovala vzdělání, antikoncepci a v některých částech Indie chodily ženy na nucené sterilizace (Heitzman a Worden, 1995). Do roku 1990 nebyly programy moc úspěšné a indická populace byla stále nejrychleji rostoucí populací světa, tempem 2 % růstu za rok. Indická vláda požadovala snížení tempa růstu na 1,3 % (Heitzman a Worden, 1995).

V současnosti je předmětem indického programu plánování rodiny šíření moderních, zároveň i cenově dostupných antikoncepčních metod prostřednictvím komunitních zdravotnických center pro ženy v každém indickém městě i vesnici. Důležitou činností programu je projekt pro komunitní akce v oblasti plánování rodiny.

²⁷ Po vynalezení ultrazvuku se situace v Číně zhoršila a počet potratů se rapidně zvýšil. Jakmile žena zjistila, že čeká holčičku, šla na potrat. Některé ženy absolvovaly několik potrat, než se dočkaly potomka mužského pohlaví.

Podle vládního Jamkhed plánu vzniká v každé vesnici ženský klub, ve kterém působí vyškolení zdravotní pracovníci, kteří zajišťují ženám kondomy, pilulky, provádí gynekologické poradenství ohledně plánovaného rodičovství a reprodukčního zdraví.

Projekt je velmi úspěšný. Rychlost růstu populace poklesla na 1,25 % a úhrnná plodnost žen klesla na 2,5 dítěte na jednu ženu (CIA.gov, 2014).

3. 2. 3 Latinská Amerika a Karibik

Latinská Amerika zaznamenala nejdynamičtější vývoj obyvatel na světě mezi lety 1950-2000. Vrcholného počtu obyvatel tento region dosáhl v roce 1960. Do roku 1960 byla průměrná úhrnná plodnost latinskoamerických žen 7,5 dítěte na ženu (Tesárková et al, 2009). Rozvoj antinatalitních politik v Latinské Americe a na karibských ostrovech se datuje k roku 1980, kdy Latinská Amerika zaznamenala velký sociální i ekonomický pokrok. Vlády jihoamerických zemí vytvořily populační jednotky a rady, které měly za úkol řídit systém kontroly populace. V této době došlo k velkému poklesu kojenecké úmrtnosti, vzestupu vzdělání, zlepšení zdraví matek a dětí. Hlavní prioritou populačních politik v tomto regionu bylo zaměření na lepší kvalitu života. Do roku 1980 z náboženských důvodů nepřijaly kontrolu populace Argentina, Belize, Bolívie, Guyana, Uruguay a Surinam (OSN, 2013).

Po tomto prvotním úspěchu přišla dluhová krize spojená s chvilkovým odklonem od populačních politik. V 90. letech 20. století Latinská Amerika a karibské státy přijaly kontrolu populace jako rozvojovou strategii. Hlavním cílem rozvojové strategie kontroly populace je zlepšení podmínek pro život obyvatelstva celého regionu a šíření antikoncepce i plánované rodičovství do venkovských oblastí. Na přelomu nového tisíciletí zůstala jen hrstka států s nedostatečným přístupem k antikoncepci. Mezi tyto státy patří Argentina, Belize, Guatemala, Haiti a některé malé ostrovní státy v Karibiku (OSN, 2013).

Akční program šíření antikoncepce, který v současnosti sbírá úspěch, má Mexiko. Během padesáti let dynamického růstu populace v zaostalejších částech Latinské Ameriky a Karibiku klesla úhrnná plodnost z 6 dětí na ženu na 3 děti, ve vyspělejších oblastech tohoto území na 1,5 dítěte na jednu ženu. Populační růst klesl z 2 % na 1 % (ECLAC, 2002).

Latinskoamerický pokrok v kontrole populace s sebou nese i jisté negativní dopady. V tomto regionu je oblíbeným trendem vnitřní i vnější migrace. Zvláště vnitřní migrace s sebou nese problémy, neboť lidé, kteří se migrují do zázemí měst, zakládají chudinské čtvrti na okrajích měst (slumy, favely).²⁸

V oblastech slumů panuje vysoká kriminalita, nezaměstnanost a stále vysoká plodnost. Mezi chudinským obyvatelstvem je nízká úroveň vzdělání, generová nerovnost, diskriminační přístupy k ženám a dívkám. Vzhledem k této sociální stratifikaci neexistuje dostatek sociální spravedlnosti od státního systému vůči obyvatelům slumů.

3. 3 Výsledná komparace populačních politik v rozvojových regionech

Latinskoamerická strategie kontroly populace byla velmi úspěšná, neboť proběhla nenásilným způsobem, s respektem ke kulturním rozmanitostem regionu, přímou vládní podporou latinskoamerických států a se svobodnou volbou občanů. Populační programy v Latinské Americe jsou sice úspěšné, ale postrádají přesnější rámec a interakci mezi demografickým a sociálně-ekonomickým rozvojem (ECLAC, 2002). Metody antikoncepce i plánované rodičovství jsou v tomto regionu v současnosti na poměrně vysoké úrovni.

Populační politiky na africkém kontinentu se těší velkému úspěchu. Největší úspěch antinatalitních programů zaznamenaly podle OSN (2013) Jihoafrická republika, Botswana, Zimbabwe a Keňa. Efektivnosti programy dosáhly díky silnému vůdci státu. V příštích letech se úspěch očekává i u států Ghana, Mosambik a Côte d'Ivoire. V populačních programech Subsaharské Afriky hrají důležitou roli mezinárodní organizace, především USAID a UNFPA. U programů kontroly populace zajišťovaných organizacemi je problém zaměření se na správný cíl a vhodné načasování politiky. Existují rozdíly v podpoře i v úspěšnosti antinatalitních politik. Na jihu a severu afrického kontinentu jsou politiky úspěšné a došlo k trvalému snížení růstu obyvatel. Střední, východní a západní Afrika nedisponuje velkou vládní podporou a situace zde je horší. Bohužel překážkou v úspěšnosti antinatalitních politik v Subsaharské Africe jsou vnitřní problémy, jako například konflikty, boj s HIV, problém potravinové bezpečnosti a dluhové břemeno.

²⁸ Slumy jsou označení pro okrajové chudinské části měst. Ve slumech žijí lidé přistěhovaní z venkova, kteří nemají dostatek financí zajistit si bydlení v centru. Ve slumech není elektřina ani voda. Nejvíce slumů je v zázemí měst v Brazílii, kde se označují termínem favely.

V porovnání s africkými zeměmi jsou latinskoamerické programy kontroly populace úspěšnější, protože mají vypracovaný systém zapojení místních vlád do populačních programů. To u spousty subsaharských zemí chybí, i když africké země spolupracují v oblasti plánovaného rodičovství s mezinárodními organizacemi, pořád zde chybí lepší zapojení místních vlád a obyvatel do populačních programů.

Asijské programy jsou regionálně odlišné a nemají ucelenou strukturu. Na populačních programech Asie lze dobře vidět populační kontrast mezi rozdílně vyspělými zeměmi. Ve státech s vysokými příjmy (Japonsko) je populační růst nízký. Dále můžeme sledovat rychlý populační pokles nově industrializovaných zemí (Tchaj-wan) a pomalý pokles růstu populace u zemí s nízkými příjmy (Laos). Jako nejlidnatější, kulturně nehomogenní kontinent, má Asie úspěšnější populační politiky oproti africkým. Ovšem zpomalení populačního růstu není tak markantní jako u latinskoamerických programů. Dostupnost antikoncepce v asijských regionech je na dobré úrovni, to se bohužel nedá říct o afrických zemích.

V celkovém zhodnocení populačních politik v rozvojových regionech jsou zatím neúspěšnější populační politiky v zemích Latinské Ameriky a Karibiku. Právě zde je dosaženo nejmenšího populačního růstu ze všech rozvojových regionů. Dalšími úspěšnými politikami jsou asijské populační politiky, avšak situace u Asijských zemí je nehomogenní a problematická v oblasti porušování lidských práv (viz. Čínská politika jednoho dítěte). Prozatím jsou nejméně úspěšné populační politiky v afrických zemích.

Závěr

Světová populace vzrostla na sedm miliard v krátkém časovém horizontu. Problém přelidnění se týká celého světa a žádá si určitá řešení. Myslím si, že plánované rodičovství a antikoncepce jsou nenásilnými a velice účinnými nástroji kontroly populace. Pokud by došlo ke zlepšení spolupráce v oblasti šíření moderní antikoncepce a plánování rodiny mezi vládami rozvojových zemí a mezinárodními organizacemi, mohl by populační populace klesat rychleji. Mezinárodní organizace, působící v populační oblasti by měli dbát na interakci s místním obyvatelstvem a snažit se tyto obyvatele zapojit do procesu kontroly populace. Mělo by se tak stát hlavně proto, že obyvatelé v rozvojových zemích spíše věří domorodcům než cizincům. Tímto způsobem by mohlo dojít ke zvýšení poptávky po antikoncepci a plánování rodiny, zvýšení užívání moderních antikoncepčních metod a také ke snížení neuspokojené potřeby plánování rodiny. Velice důležité je existence poradenských center v rozvojových zemích. V těchto centrech mohou obyvatelé rozvojových zemí dostat od vyškolených pracovníků potřebné informace a také antikoncepční přípravky.

Účinnost a výsledky natalitních i antinatalitních populačních politik jsou rozporuplné. Účinnost populační politiky závisí na schopnosti vládního systému. Natalitní populační politiky jsou účinné spíše v krátkém časovém období. V delším časovém horizontu mohou vést k rozkolísání demografického cyklu. Naopak politiky antinatalitní dosáhnou účinnosti v delším časovém období. Po delším čase (horizont 5-10 let) lze vidět výsledek snížení populačního růstu, jako například u Číny. Populační politiky mohou mít negativní dopady na populaci, jako je například omezování lidských práv a násilné řízení života druhých. Proto by se měl koncept některých anti-natalitních politik upravit.

V celkovém shrnutí dlouhodobého horizontu mají celosvětové populační politiky se zaměřením na programy s kontrolou populace úspěch. Celosvětový přírůstek obyvatel klesá. Dnes dochází v mnoha rozvojových zemích ke stagnaci a následnému zpomalení populačního růstu. Avšak stále existuje velký počet států, které zažívají populační boom. Proto je třeba systém šíření antikoncepce, plánování rodiny neustále inovovat, sledovat jeho vývoj a snažit se přizpůsobit potřebám obyvatel v rozvojových zemích.

Bibliografie

Literatura

- Bondestam, L., Bergström S. 1980. *Poverty and population control*. 1. vyd. Londýn: Academia Press, ISBN 0-12-114252-3
- Easterly, W. 2001. *The Elusive Quest for Growth: Economists' Adventures and Misadventures in the Tropics*. Cambridge: MIT Press, s. 87-97, ISSN 0043-2636
- Jeníček, V., Foltýn J. 2003. *Globální problémy a světová ekonomika*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, ISBN 80-7179-795-2.
- Loužek, M. 2003. *Populační ekonomie a její důsledky pro účinnost pronatalitní politiky*. 1.vyd. Praha: CEP, ISBN 80-86729-01-X
- Malthus, T. 1998. *An essay on the principle of population*. 4. vyd. NY: Prometheus book, ISBN 1-57392-255-2
- Perkins, D. H., Radelet, S., Lindauer, D. L. 2006. *Economics of Development*. England: W. W. Norton & Company, 6. ISBN 0393926524.
- Rob, L., Martan, A., Citterbat, K., Rokyta, Z. 2008, s. 117-128. *Gynekologie: Druhé, doplněné a přepracované vydání*. 2. vyd. Praha: Galen, ISBN 978-80-7262-201-7.
- Roubíček, V. 1997. *Úvod do demografie*. 1. vyd. Praha: Codex bohemia. ISBN 80-5963-43-4.

Elektronické zdroje

- Africa's population.: *Is Africa an exception to the rule that countries reap a "demographic dividend" as they grow richer?* The Economist [online]. 2009 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <<http://www.economist.com/node/14302837>>
- Antikoncepce.: *Přehled metod* [online]. 2014 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/prehled-metod/>>
- Avaskar. *What is Pro-natalist Policies of Population?* Preserve Articles [online]. 2012 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.preservearticles.com/2011120718189/what-is-pro-natalist-policies-of-population.html>>

- Berglee, R. *World Regional Geography: People, Places, and Globalization: population pyramid*. In: Flat World Knowledge [online]. 2012 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <http://catalog.flatworldknowledge.com/bookhub/reader/10997?e=berglee_1.0-ch01_s03>
- Bioline internacional: African Journal of Reproductive Health. *Rethinking Contraception in Africa in the Era of HIV/AIDS*. [online]. 2004 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.bioline.org.br/request?rh04021>>
- Central intelligent agency. *The world factbook* [online]. 2014, č. 1 [cit. 2014-05-13]. Dostupné z: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>>
- CONRAD. *Contraception research* [online]. 2014 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.conrad.org/contraception.html>>
- Davanzo, J., D. M. Adamson. *Family planning in developing countries: An Unfinished Success Story. RAND: Objective analysis. Effective solution*. [online]. 1998, č. 1 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: <http://www.rand.org/pubs/issue_papers/IP176/index2.html>
- Demeny, P. *Population policy: A concise summary*. Popcouncil: research division [online]. 2003, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/wp/173.pdf>>
- ECLAC: Latin American and Caribbean concensus on population and development: *In. The situation of population and development in Latin America and the Caribbean in the early 1990s*. Latin American and Caribbean Demographic Center (CELADE / ECLAC) [online]. 2002, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.eclac.cl/Celade/ingles/reginit/CONSENSOi.html>>
- Exnerová, V., Volfová A. *Demografický vývoj ve světě*. Rozvojovka: globální problémy [online]. 2008, č. 1 [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: <<http://www.rozvojovka.cz/demograficky-vyvoj-ve-svete>>
- Gruber, J. *Will China Ditch Mao To Save The Party?*. Asia Confidential. Advisor perspectives [online]. 2012, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <http://www.advisorperspectives.com/commentaries/asiaconf_110912.php>

- Guengant, J. P. aj. F. May. Demographic Challenges in sub-Saharan Africa: *Population growth in sub-Saharan Africa must not subvert economic development*. Think Africa Press [online]. 2011, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://thinkafricapress.com/population-matters/demographic-challenges-sub-saharan-africa>>
- Heitzman, J., Worden R., L. *India: country study: Population and Family Planning Policy*. GPO for the Library of Congress [online]. 1995, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://countrystudies.us/india/>>
- HelpAge USA. *Latin America*. [online]. 2010, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.helpageusa.org/where-we-work/latin-america/>>
- Hesketh, T., LU, L., XING., Z.,W. *The Effect of China's One-Child Family Policy after 25 Years*. The new england journal of medicine: Health policy report [online]. 2005, č. 1 [cit. 2014-05-05]. DOI: 10.1056/NEJMhpr051833. Dostupné z: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr051833>>
- Chefurka, P. *Africa in 2040: The Darkened continent*. [online]. 2008, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.paulchefurka.ca/Africa/Africa.html>>
- Investiční web. *Nevyhnutelný růst významu Afriky pro světovou ekonomiku*. [online]. 2013, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.investicniweb.cz/2013/7/28/nevyhnutelny-rust-vyznamu-afriky-pro-svetovou-ekonomiku/>>
- Klasen, S., Wink. C. *Missing woman: revisiting the debate*. Feminist economics [online]. 2003, č. 1, s. 263-299 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <<https://csde.washington.edu/~scurran/files/readings/April28/recommended/MissingWomen.pdf>>
- Kliment, M. *Plánované rodičovstvo v materiáloch Káhirskej konferencie OSN*. Prometheus [online]. 2008, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <http://slovakia.humanists.net/planvan_rodic.html>
- Kováčková, Š. *Analýza: Užívání antikoncepcie ve světě a v rozvojových zemích*. Demografie [online]. 2008, č. 1 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=552>

- Mason, A., Lee, S., H. *The demographic dividend and poverty reduction*. University of Hawaii at Manoa and the East-West Center [online]. 2004, s. 1-8 [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://www2.hawaii.edu/~amason/Research/mason_popmdg19_rev.pdf>
- Mason, A. *Applied Population and Policy 2003: Population change and economic development: what have we learned from the East Asia experience?*. The University of Hawaii System [online]. 2013, s. 3-14 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <<http://www2.hawaii.edu/~amason/Research/Mason.APP.pdf>>
- McDonald, P., F. *Možnosti státní politiky k udržení plodnosti*. In: *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 1. vyd. Praha: Český statistický úřad, 46. ISSN 0011-8265. [online]. 2004, s. 1-21 [cit. 2014-12-13] Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/10003101A4/\\$File/demografie_1_2004.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/10003101A4/$File/demografie_1_2004.pdf)>
- Pivoda, J. *Studentský summit OSN ECOSOC: Populační politika* [online]. 2012 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <http://www.studentsummit.cz/data/1352500355211ECOSOC_Populacni-politika.pdf>
- Pritchett, L., H. *Desired Fertility and the Impact of Population Policies* [online]. 1. vyd. Washington: office of the vice president development economics, 1994 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=je6gIrlwZsoC&pg=PP1&dq=pritchett+desired&hl=cs&sa=X&ei=7h1YU777MYXm4wSk_YCIBw&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=pritchett%20desired&f=false>
- Rosenberg, M. *China One Child Policy Facts: Ten Essential Facts About China's One Child Policy*. About geography[online]. 2012, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://geography.about.com/od/chinamaps/a/China-One-Child-Policy-Facts.htm>>
- Řezanka, M.: *Populační vývoj: Čína ve druhé polovině 20. století*. *Demografie* [online]. 2007, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=443>
- Sinding, S.. *Population, poverty and economic development*. The royal society. [online]. 2014. [cit. 2014-04-02]. ISSN: 1471-2970 Dostupné z: <<http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/364/1532/3023.full>>

- Sullivan, R.. *The Global, the Local, and Population Policy in Sub-Saharan Africa*. Institute for research on labor and employment: University of California,[online]. 2007, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.irlle.berkeley.edu/culture/papers/sullivan07.pdf>>
- Tesárková, Hodovníková, Kohoutová. *Geografické rozhledy. Populační vývoj světa: Amerika* [online]. 2010, č. 4 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://geography.cz/geograficke-rozhledy/wp-content/uploads/2010/04/22-23.pdf>>
- The economists: *Contraception and development Choice not chance: Family planning returns to the international development agenda*. The Economists [online]. 2012, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z:<<http://www.economist.com/node/21558564>>
- The World Bank: *Unmet Need for Contraception* [online]. 2010 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPHAAG/0,,contentMDK:22546157~pagePK:64229817~piPK:64229743~theSitePK:672263,00.html>>
- The World Bank: *International debt statistics* [online]. 2014 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <<http://data.worldbank.org/products/ids>>
- Tsui, A., O. *Population policies, family planning programs and fertility: The record*. Social science computing cooperative [online]. 2012, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.ssc.wisc.edu/~walker/wp/wpcontent/uploads/2012/02/Tsui2001.pdf>>
- United nations: *Contraception prevalence*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [online]. 2012 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <<http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>>
- United nations: *Fertility, contraception and population policies*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [online]. 2003, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.un.org/esa/population/publications/contraception2003/Web-final-text.PDF>>
- United nations: *Unmet need for family planning*. Department of economic and social affairs. Population division. [online]. 2012 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <<http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>>

- United nations: *World contraceptive use*. Department of economic and social affairs. Population division. [online]. 2009 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contracept2009_wallchart_front.pdf>
- United nations: *World population policies*. Department of economic and social affairs. Population division. [online]. 2013 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2013/wpp2013.pdf>>
- United nations population fund: *Family planning*. [online]. 2013 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <<http://www.unfpa.org/family-planning>>
- United nations population fund: *HIV and AIDS*. [online]. 2013 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <<http://www.unfpa.org/hiv-aids>>
- Veselá, J.: *Pedagogicko-demografický pohled na aktuální otázku přelidněnosti světa* [online]. Pardubice, 2003 [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <<http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/32432/1/CL424.pdf>>
- World Health organization: *Family planning*. [on-line]. 2013 [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>>
- World Health organization: *Hormonal contraception and HIV*. Sexual and reproductive health [on-line]. 2012 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/hc_hiv/en/>
- Worldometers: *Real time world statistics*. In: [online]. 2014 [cit. 2014-05-05] Dostupné z: <<http://www.worldometers.info/world-population/>>

Seznam příloh

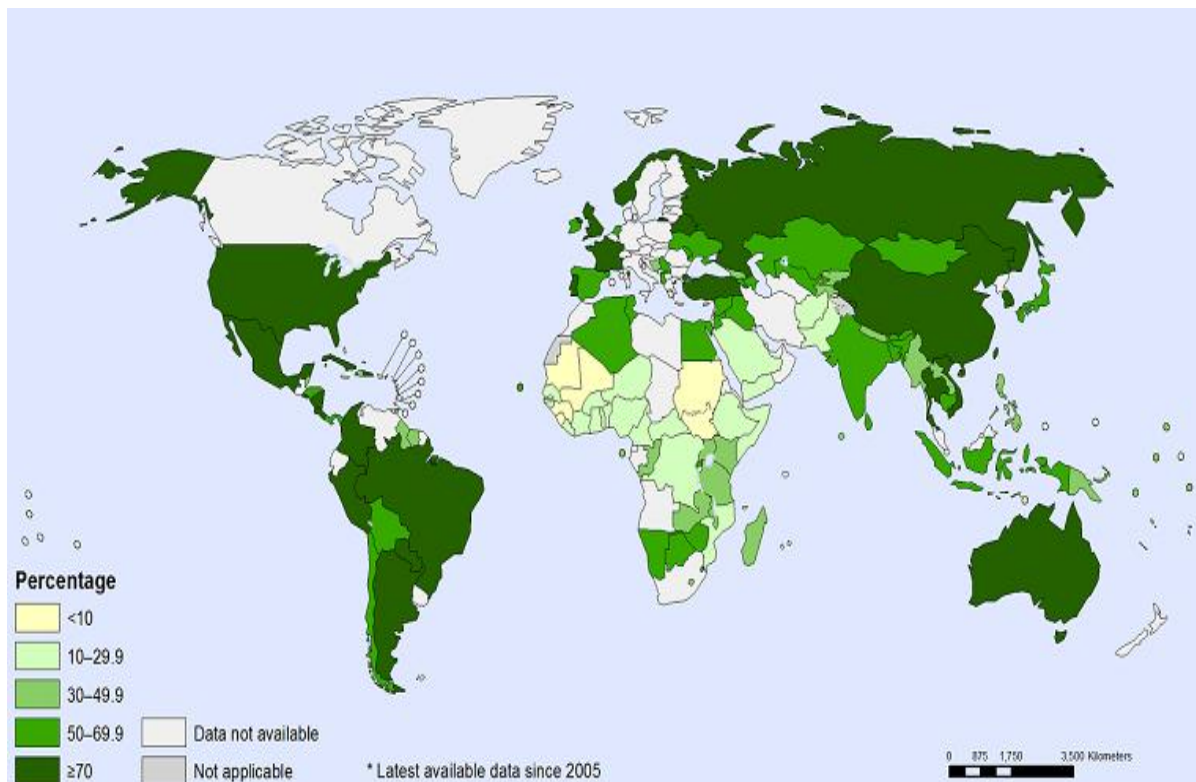
Příloha 1: Procentuální zastoupení užívání nějaké moderní antikoncepční metody ve světě, str. 54

Příloha 2: Příklad propagačního letáku antinatalitní populační politiky v Číně, str. 55

Příloha 3: Příklad natalitního propagačního letáku v Rusku, str. 55

Přílohy

Příloha 1: Procentuální zastoupení užívání nějaké moderní antikoncepční metody ve světě



World health organization: *Global maternal health contraceptive prevalence*

[online]. 2013 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z:

<http://gamapserv.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_maternal_health_contraceptive_prevalence.png>

Příloha 2: Příklad propagačního letáku antinatalitní populační politiky v Číně



KROCK, Lexi. *Population Campaigns*. NOVA [online]. 2004 [cit. 2014-12-13].
Dostupné z: <<http://www.pbs.org/wgbh/nova/earth/population-campaign.html>>

Příloha 3: Příklad natalitního propagačního letáku v Rusku



KOUPRIANOVA, Nina. *Motherland*. Taki's magazine
[online]. 2009 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z:
<<http://takimag.com/article/motherland/print#axzz30yajObgq>>