

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 5. května 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**
Zadávající 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

Anotace

Bakalářské práce se zabývá vztahem mezi plánovaným rodičovstvím, antikoncepcí a rozvojovou politikou. Cílem práce je analyzovat vztah mezi plánováním rodičovství, populačním růstem a ekonomickým rozvojem. Bakalářská práce obsahuje rozdílné přístupy k populačnímu růstu u národních populačních politik v rozvojových i rozvinutých zemích. Tato práce také zhodnotí vývoj rozdílných přístupů k antikoncepci, plánovanému rodičovství a k populačnímu růstu v čase. V poslední sekci práce srovná i regionální rozdíly v rozvojových politikách zemí Subsaharské Afriky, Latinské Ameriky a Asie.

Abstract

The bachelor thesis deals with the relationship between family planning, contraception and development policy. The aim of this thesis is to analyze the relationship between family planning, population growth and economic development. Bachelor thesis contains different approaches to population growth in national population policies in both developing and developed countries. This thesis also evaluate the development of different approaches to contraception, family planning and population growth over time. The last section of thesis comparing regional differences in development policies of countries in sub-Saharan Africa, Latin America and Asia.

Klíčová slova

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

Key words

Family planning, contraception, population policies birth kontrol, natalist policy, anti-natalist policy, demografic infromation, population approaches

Obsah

Anotace.....	6
Abstract	6
Klíčová slova.....	6
Key words	6
Seznam zkratk	7
Úvod.....	8
Cíle práce.....	9
Metodika.....	10
1. Populační růst a ekonomický rozvoj	11
1. 1 Současná světová populace	11
1. 1. 1 Věková struktura obyvatelstva	13
1.2 Demografické charakteristiky	14
1. 2. 1. Základní demografické ukazatele.....	16
1. 2. 2. Demografický přechod a demografická dividenda	16
1. 3 Ekonomický růst a růst populace	17
1. 3. 1 Srovnání teoretických populačních přístupů v čase	18
2. Antikoncepce a plánování rodiny.....	21
2. 1 Antikoncepce.....	21
2. 1. 1 Antikoncepce a rozvojové země	22
2. 2 Plánování rodiny	25
2. 2. 1 Plánované rodičovství a rozvojové země	26
2. 2. 2 Vliv antikoncepce a plánování rodiny na problémy v rozvojových zemích	27
2. 2. 3 Neuspokojená potřeba pro plánování rodiny	31
2. 2. 4 Mezinárodní organizace angažující se v oblasti antikoncepce a plánování rodiny	34
3. Plánované rodičovství v rozvojové politice	36
3. 1 Analýza mezinárodních populačních politik v čase	36
3. 1. 1 Natalitní populační politiky.....	39
3. 1. 2 Anti-natalitní populační politiky	40
3. 2 Rozložení populačních politik v dnešním světě.....	41

3.2.1 Natalitní politiky ve vyspělých zemích	41
3. 2. 2 Anti-natalitních politiky v rozvojových oblastech světa.....	42
3. 2. 3 Regionální srovnání populačních politik v rozvojových regionech.....	49
Závěr.....	52
Shrnutí	53
Summary	53
Bibliografie.....	54
Seznam obrázků, tabulek, grafů	59

Seznam zkratk

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)
UNICEF	United Nation Children´s Fund (Dětský fond)
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)

Úvod

Problematika přelidnění je jedním s nejožehavějších globálních problémů lidstva. Problém přelidnění úzce souvisí s vývojem počtu lidstva, se základními demografickými ukazateli, s počtem obyvatel v rozvojových zemích a s kontrolou světové populace.

Rozvojová spolupráce v oblasti antikoncepce a plánování rodiny nepatří mezi nejznámější druhy rozvojové pomoci. Česká spolupráce v oblasti projektů kontroly populace nedosahuje tak velkého významu jako v jiných sférách, například v zemědělství. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala antikoncepci, plánované rodičovství a rozvojovou politiku z důvodu mého zájmu nahlédnout do užšího kontextu mezinárodních populačních politik. Nejvyšší počet obyvatel planety Země se nachází v zemích procházejících rozvojem. Proto jsem primárně zaměřila mou práci právě na tyto země. Pro porovnání se zeměmi rozvinutými obsahuje práce i informace o vyspělých státech a jejich populačních politikách.

S kontrolou populace jsou spojeny antikoncepční metody a plánované rodičovství, jakožto konkrétní nástroje kontroly populace pro individuální jedince. Tyto nástroje jsou velmi účinné a jejich šíření do nejzaostalejších zemí světa je cestou vpřed k rozvoji. Z tohoto důvodu je část mé práce věnována právě antikoncepci a plánovanému rodičovství.

Komplexním nástrojem kontroly populace jsou populační politiky nastavované vládami států. Tyto nástroje si vláda volí podle svého uvážení pro své obyvatele. Rozvojové oblasti světa nejsou stejné a liší se i jejich populační politiky, proto bych chtěla ve své práci nahlédnout na regionální rozdíly v počtu obyvatelstva a na rozdílnou úspěšnost nasazených populačních politik.

Cíle práce

Cílem mé bakalářské práce je pokusit se analyzovat vztah mezi plánovaným rodičovstvím, plodností, populačním růstem a ekonomickým rozvojem. Další téma, které práce zahrnuje, je zkoumání rozdílných přístupů k plánování rodičovství v národních rozvojových politikách. Celkově práce zhodnotí nejen vývoj přístupů v čase k antikoncepci, porodnosti a plodnosti, ale i regionální rozdíly v rozvojových zemích Subsaharské Afriky, Latinské Ameriky a Asie. Součástí této práce je komparace světových populačních politik v prostoru a čase.

První kapitola této práce se zaměřuje na uvedení do populační problematiky. Základním podkladem pro kapitolu číslo jedna je souvislost mezi dvěma růsty, ekonomickým a populačním růstem. Tato kapitola zahrnuje popis demografického vývoje obyvatelstva, světového rozložení obyvatelstva, základní demografické charakteristiky a pojmy, kontext růstu obyvatel a chudoby, teoretické přístupy k populačnímu a ekonomickému růstu v čase podle významných světových ekonomů.

Druhá kapitola bakalářské práce zkoumá metody antikoncepce a plánované rodičovství, jako možnosti kontroly populace. Kapitola číslo dva zahrnuje i problém neuspokojené potřeby plánování rodiny v rozvojových zemích.

Třetí a zároveň poslední kapitola je zaměřena na analýzu národních a mezinárodních 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. Z hlediska úspěšnosti porovnání anti-natalitních politik je část třetí kapitoly věnována porovnání anti-natalitních politikám dvou nejlidnatějších zemí světa.

Metodika

Bakalářská práce je psaná pomocí metody sběru dat a následné práce se zdroji. Prvním krokem k psaní práce byl výběr vhodné literatury a internetových serverů. Většina zdrojů je původně v anglickém jazyce. Tato práce zahrnovala překlad zdrojů z anglického jazyka do jazyka českého.

Součástí bakalářské práce jsou tabulky, grafy a obrázky. Tyto přílohy usnadňují orientaci v problematice díky 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.

Nejpřínosnější zdroje, z kterých má práce vycházet, jsou následující: odborné ekonomické články v anglickém jazyce z knih nebo z internetových serverů, ekonomická populační studie od Marka Loužka (2003), internetové publikace Organizace spojených národů (OSN, 2014), Světové banky (SB, 2014) a světové zdravotnické organizace (WHO, 2014).

1. Populační růst a ekonomický rozvoj

1. 1 Současná světová populace

Dnešní svět je plný paradoxů a protikladů. Jedním z paradoxů je i počet a rozmístění světové populace. V nejrozvinutějších státech světa mají lidé problém se zajištěním pokračování budoucích generací.¹ V těchto státech vznikají různé populační programy pro podporu obnovy obyvatelstva. Naopak v rozvojových zemích probíhá velký populační boom. Miliony obyvatel v rozvojových zemích žijí pod hranicí chudoby² a mají problém uživit sebe i své potomky. Ženy v nejchudších zemích plodí další obyvatelstvo a přirozený přírůstek, úhrnná plodnost a kojenecká úmrtnost v nejchudších regionech světa dosahují vysokých čísel (Veselá, 2003).

Otázkou je, jaké řešení by tyto dva odlišné světy mohlo sjednotit, jakým způsobem lze zvýšit obnovu populace v zemích plně rozvinutých a naopak jak můžeme redukovat porodnost žen v nejchudších částech světa. V současnosti svět prochází populační explozí.

Z velkého počtu obyvatel naší planety se stal jeden z největších globálních problémů lidstva. S růstem populace rostou i nároky na přírodní zdroje, půdu, vodu, práci a místo pro život.³ Velikost populace se zvětšuje, ale přístup k většině lidských potřeb se zmenšuje. Tato situace není dlouhodobě udržitelná a vede k sociálním, ekologickým i ekonomickým problémům.

Téma populačního růstu se dotýká i otázek politických. Populační problém nelze řešit izolovaně ani v globálním měřítku. Proto je na každém státě, jakou si zvolí populační politiku pro obnovu obyvatelstva v nejrozvinutějších státech světa nebo pro zpomalení nadměrného růstu populace v rozvojových zemích a jak dosáhne stabilizace populace. Při tomto procesu by měla vláda daného státu dbát na zachování lidských a reprodukčních práv, zároveň se pokusit vyhnout negativním dopadům na ekonomiku a životní prostředí.

Z hlediska kontinentálního rozložení počtu obyvatel na světě podle serveru worldometers.info (2014) žije nejvíce obyvatel v Asii, a to 60 %. V Asii se nachází nejlidnatější státy světa: Čína, Indie, Bangladéš a Pákistán. Druhým nejvíce zalidněným kontinentem je Afrika, která čítá 15,5 % obyvatel planety Země.

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

² Hranice chudoby je nejnižší možný příjem na osobu za den. Podle definice Světové banky (2009) žije pod hranicí chudoby každý člověk s příjmem nižším než 1,25 USD za den, v přepočtu na paritu kupní síly.

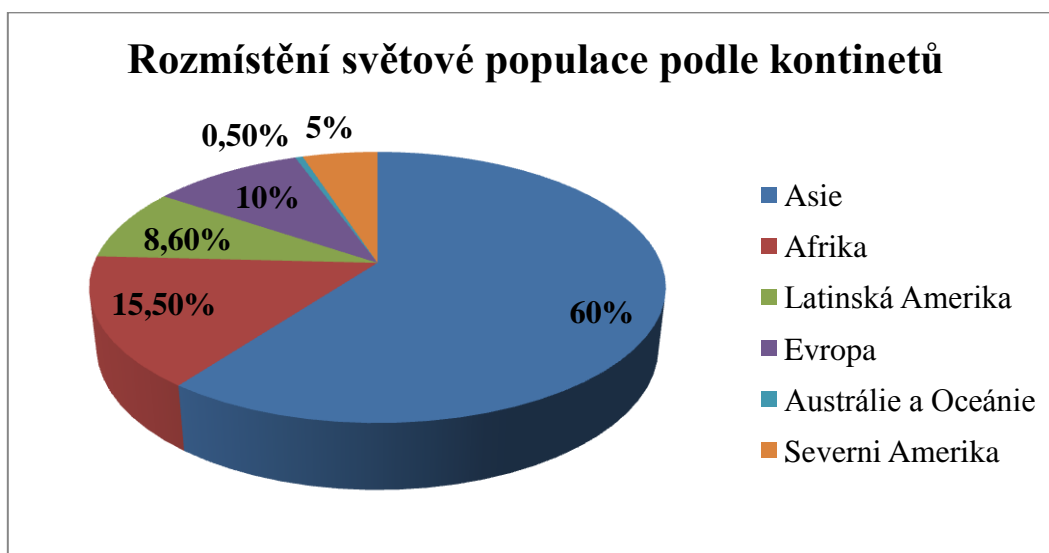
³ Růst populace znamená změny v celkovém počtu obyvatel, opakem růstu populace je termín depopulace neboli úbytek počtu obyvatel (Roubíček, 1997).

Z Afrických zemí je nejvíce zalidněná oblast Subsaharské Afriky, kde leží nejlidnatější země světa, jako Nigérie a Etiopie.

Vzhledem k vysoké plodnosti a přirozenému přírůstku v afrických zemích se v blízké budoucnosti očekává největší nárůst obyvatel právě v tomto regionu. Třetím nejlidnatějším rozvojovým regionem je Latinská Amerika a Karibik, kde se vyskytuje 8,6 % světové populace.

Ve vyspělých částech světa je situace poněkud odlišná. V Evropě žije 10 % světové populace a v Severní Americe 5 % celosvětového obyvatelstva. Nejméně zalidněným kontinentem Země je Austrálie a Oceánie, kde žije pouze 0,5 % populace (worldometers.info, 2014). Rozmístění světového obyvatelstva podle kontinentů popisuje graf číslo jedna.

V komplexním měřítku rozložení globální populace 84 % obyvatel žije v rozvojových regionech s nízkými nebo středními příjmy a pouze 16 % populace se nachází v zemích vyspělých s vysokými příjmy⁴. Většina budoucích generací se bude vyskytovat i nadále v rozvojových zemích. S vzrůstající počtem obyvatel se očekává, že bude docházet k umocnění současných problémů spojených s přelidněním a budou vznikat problémy nové. Proto je potřeba zaměřit se především na kontrolu porodnosti a na populační programy rozvojových zemí.



Graf 1: Světová populace podle kontinentů

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

⁴ Klasifikace zemí podle příjmu za měsíc na osobu. Vysoký příjem na osobu dle světové banky (2009) činí 12 000 USD na osobu, vyšší střední příjem 12 000-3900 USD/osoba/měsíc, nižší střední příjem 3 900- 1000 USD/ osoba/měsíc, nízký příjem pod 1000 USD na osobu za měsíc.

1. 1. 1 Věková struktura obyvatelstva

Věková struktura populace je ukazatelem současného i budoucího vývoje obyvatelstva v daném státě. Ukazatelem věkové struktury populace jsou věkové pyramidy, které se dělí na tři typy. Těmito typy jsou progresivní, stacionární a regresivní věková pyramida. Viz obrázek číslo jedna a následná interpretace grafu věkových pyramid.

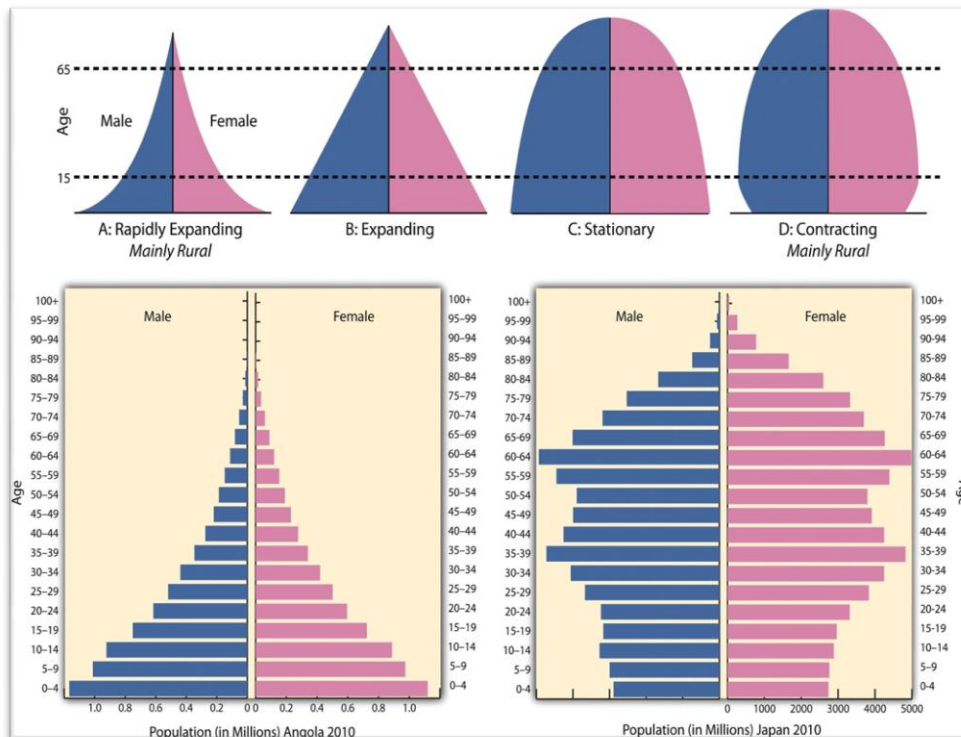
V současné době v *rozvojových zemích* dochází k výraznému zvýšení podílu mladé populace ve věkové struktuře obyvatel. K tomuto procesu přispívá snížení kojenecké a dětské úmrtnosti. V nejzaostalejších zemích světa tvoří obyvatelstvo do 15 let 30-43 % z celkového počtu obyvatel, senioři nad 64 let tvoří pouze 3 % obyvatel (Exnerová a Wolfová 2008). Tento stav obyvatelstva zapříčinila vysoká úhrnná plodnost žen v nejméně rozvinutých zemích a nízká úhrnná plodnost žen v zemích rozvinutých. Dnes je úhrnná plodnost v rozvojových zemích dvakrát vyšší než v zemích rozvinutých a podíl světové mladé populace zajišťuje populační potenciál na několik dalších desetiletí, a to bez ohledu na určitý pokles plodnosti a kojenecké úmrtnosti v následujících letech.

Takto vysoký podíl mladé populace ve věkové struktuře obyvatelstva rozvojových zemí 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.

Nejvyspělejší země se potýkají s opačným problémem. Tímto problémem je stárnutí populace. *V rozvinutých regionech roste počet lidí ve středním a starším věku* a klesá počet dětského obyvatelstva. Obyvatelstvo do patnácti let je zastoupeno v 17 % z celkové populace a senioři nad 64 let tvoří přibližně 15 % obyvatel (Exnerová a Wolfová, 2008). Hlavními příčinami stárnutí populace jsou snížení plodnosti a prodloužení průměrné délky života.

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. Díky vzrůstajícímu rozvoji by měl proces stárnutí populace postupem času dorazit i do rozvojových zemí.



Obrázek 1: Grafy věkových pyramid

Zdroj: Berglee (2012)

- Interpretace grafu

Pyramida na obrázku vlevo je progresivní věkovou pyramidou, které je typická pro rozvojové země s vysokým podílem mladého obyvatelstva.

Pyramida se na obrázku vpravo znázorňuje stárnutí populace u vyspělých států světa. Tato pyramida se označuje jako regresivní.

V horní části obrázku můžeme vidět přechodové typy věkových pyramid, které se mění spolu s rozvojem země od progresivní, přes stacionární až po regresivní.

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 se zaznamenal v období průmyslové revoluce a druhým růstem současná populace stále prochází, a to již od 2. poloviny 20. století. Od tohoto období podle světových statistik přesahuje přírůstek obyvatel 2 % za jeden rok (Exnerová a Volfová, 2008).

První miliardy obyvatel naše planeta dosáhla v roce 1804. Další roky s nárůstem obyvatelstva o miliardu jsou uvedeny v tabulce číslo jedna. V současné době přesahuje počet světové populace 7 miliard a přirozený přírůstek tvoří 1,1 % populace (worldometers.info, 2014). Každou minutu se narodí 250 dětí a zemře 100 osob (Exnerová a Volfová, 2008). V roce 2050 by podle prognóz měla světová populace přesáhnout 9 miliard (worldometers.info 2014). Za 100 let se očekává, že světová populace dosáhne 10 až 15 miliard.

Pozitivem světového populačního vývoje a růstu počtu obyvatel na Zemi je dosažení vyššího ekonomického rozvoje, lepší kvality života i vyšší naděje na dožití. V rozvojových zemích se za posledních 20 let zvedla očekávaná délka života o 8 let, v rozvinutých zemích průměrně o 3 roky (Jeníček a Foltýn, 2003). Ke změně došlo i v oblasti úhrnné plodnosti. Od 50. let minulého století klesla úhrnná plodnost v rozvojových zemích z počtu 6,1 dítěte na ženu, na dnešní 3,5 dítěte na ženu (Jeníček a Foltýn, 2003). Většina zemí v dnešní době směřuje k nízké porodnosti i úmrtnosti, avšak děje se tak odlišným tempem a proto dochází k diferenciaci demografické situace, která s sebou nese určitá negativa.

Největším negativem spojeným s velikostí populace je zvyšující se migrace obyvatel. Lidé migrují hlavně z rozvojových zemí do rozvinutějších států světa nebo z oblasti ohniska napětí do zemí s politickou stabilitou. Tyto dva druhy migrace rostou rychlým tempem.

V současné době pochází 125 milionů přistěhovalců z nejchudších 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 znečištění ovzduší.

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

Tabulka 1: Vývoj počtu obyvatel od dosažení první miliardy

Zdroj dat: Jeníček a Foltýn (2003)

1. 2. 1. Základní demografické ukazatele

Mezi základní demografické ukazatele, které ovlivňují změny v populaci, patří mechanický pohyb obyvatelstva. Mechanický pohyb obyvatelstva je veškerý prostorový, regionální, mezistátní i vnitrostátní migrační pohyb obyvatel (Roubíček, 1997). K populačnímu tématu je důležité znát čistou míru migrace neboli migrační saldo, které vypočítáme jako rozdíl mezi počtem imigrantů a emigrantů. Pokud je saldo kladné, znamená to příliv obyvatel do země, pokud 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 1000 obyvatel středního stavu obyvatelstva.⁵
- Plodnost (fertilita) je porovnání počtu živě narozených dětí s počtem žen v reprodukčním věku 15-49 let. Hrubá fertilita je počet narozených dětí na 1000 žen a čistá fertilita je počet živě narozených dětí na 1000 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 1000 obyvatel středního stavu. Od úmrtnosti se odvozuje průměrná střední délka života, což je pravděpodobnost naděje na dožití se určitého věku.

1. 2. 2. Demografický přechod a demografická dividenda

Demografický přechod je známý i pod pojmem demografická revoluce.⁶ Pokud populace prochází demografickým přechodem, dochází k fázím poklesu úmrtnosti, kojenecké úmrtnosti, porodnosti a ke zvýšení naděje na dožití (Loužek, 2003). Populace přechází z klasického režimu reprodukce, vyznačující se vysokou porodností i úmrtností na nový, moderní režim reprodukce. Pro nový režim reprodukce je typická nízká porodnosti i nízká úmrtnost.

⁵ Středním stavem obyvatelstva je myšlen průměrný stav obyvatel za určité časové období.

⁶ Demografická revoluce je možná pouze za dlouhodobého vývoje a růstu populace.

Existují tři typy demografického přechodu a pět fází, kterými demografický přechod prochází. Těmito typy jsou francouzský typ, anglický typ a japonsko-mexický typ (Roubíček, 1997). Všechny tři druhy demografického přechodu mají odlišné fáze, v kterých nastává pokles porodnosti i úmrtnosti. I když fáze probíhají odlišně, všechny typy vedou ke stejnému výsledku, kterým je postupné stárnutí obyvatelstva a zmenšování počtu mladých lidí. Změny ve věkové struktuře obyvatel vedou ke změnám věkových pyramid populace ve státě.

Demografická dividenda je proces demografické změny v populaci určitého státu. Stát prochází dividendou po dobu 20 až 30 let. Země se dostává do stavu demografické dividendy, pokud je ve státě málo dětské populace, málo starších lidí a největší podíl obyvatelstva tvoří ekonomicky aktivní lidé v reprodukčním věku. V tomto období dochází ke zmenšování rodin, zvyšuje se průměrná délka života obyvatel a klesá porodnost (The Economist, 2009).

Proces demografické dividendy je provázen změnami v sociální i ekonomické struktuře státu. Demografická dividenda vede ke zvýšení hospodářského růstu díky velkému počtu pracovníků v produktivním věku, relativně nízkým mzdám a vysokým úsporám. Počet výrobců v populaci roste, zvyšuje se poptávka po výrobcích, roste HDP⁷ na osobu a dochází k nárůstu počtu spotřebitelů (The Economist, 2009).

Podle Masona (2003) byly v posledních čtyřiceti letech 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

1. 3 Ekonomický růst a růst populace

Hlavní příčinou velkého populačního růstu v rozvojových zemích je chudoba. Chudobu jako takovou odstranit úplně nelze, ale vlády mohou přispět k její redukci zlepšením přístupu k základním lidským potřebám, především ke vzdělání a zdravotním službám (Jeníček a Foltýn, 2003). Chudoba je relativní pojem a určit její míru vzhledem k populaci je složité.

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 stružuje nejchudší a nejzaostalejší rozvojové země světa. V současné době do této skupiny patří 48 států.

Chudoba úzce souvisí s ekonomickým růstem, protože počet obyvatel má vliv na státní hospodářství. S růstem obyvatel může růst HDP, ale není to podmínkou. Podle Světové banky (2009) více obyvatel znamená pro stát větší zátěž, protože národní bohatství musí být rozděleno mezi více obyvatel. Tento problém může mít za důsledek snižování HDP i HNP⁹ na osobu. Různými populačními přístupy a existencí vztahu 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 pesimistické teorie je negativní vliv růstu populace na růst ekonomický. Mezi významné ekonomy, příklánějící se k pesimistickým teoriím patří Malthus, Ricardo a Ehrlich.

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. Výsledkem těchto problémů bude vyšší úmrtnost. Populační růst se zastaví a populace se zmenší do přijatelných čísel.

Výsledným poznatkem Thomase Malthuse¹⁰ 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

⁹ HNP je zkratka pro hrubý národní produkt. HNP je celková peněžní hodnota statků a služeb vytvořená v určitém čase v daném státě občany tohoto státu.

¹⁰ 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 Malthusianství.

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 je třeba vyprodukovat potravin. S produkcí potravin souvisí více obdělané půdy, která se postupně vyčerpává, to vede 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.¹¹ Podle Ehrlicha bude celosvětové 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, která by měla snížit populační růst a negativní dopady početné populace na ekonomiku i životní prostředí. Příliš velká populace představuje hrozbu pro přežití člověka a celkově pro naši planetu Zemi.

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 a růstu populace. Růst populace podporuje růst ekonomický, protože růst populace nastane v případě, že roste příjem na osobu (Loužek, 2003). Současný svět prochází obrovským technologickým pokrokem, ke kterému dochází právě díky růstu populace, neboť s populací roste i poptávka. K technologickým inovacím a růstu příjmu na osobu by nemohlo dojít v případě, že by populace klesala. S růstem populace je spojen i princip génia (Easterly, 2001). Více lidí může mít 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 populační teorií, která stojí za zmínku je *neutrální populační teorie*. Neutrální populační teorie se opírá o tvrzení, že populace a změny v populaci neovlivňují ekonomický růst. Tato teorie se zabývala mimo jiné i zkoumáním sféry vyčerpatelnosti přírodních zdrojů. Hlavním předmětem byla otázka, jestli má více populace větší nároky na tyto zdroje.

¹¹ Dílo Paula Ehrlicha Populační boom je základem jeho pesimistické teorie. Hlavní myšlenkou Ehrlicha, interpretovanou v již zmíněné knize, je kritická předpověď masového vymírání lidstva do roku 1980.

Souvislost mezi možným vyčerpáním přírodních zdrojů a populačním růstem se ve výzkumu nepotvrdila. Dle výsledků výzkumu není zřejmé negativní ovlivnění ekonomického růstu růstem populace. V současné době se k této teorii přiklání nejvíce ekonomů. Neutrální teorie má velký vliv na mezinárodní rozvojové politiky i na politiky rozvinutých států světa.

Prozatím se katastrofické předpovědi pesimistů nenaplnily a pravděpodobně se ani nenaplní. V rozvojových zemích dochází pomalu, ale jistě k poklesu porodnosti i úhrnné plodnosti. Díky vládním i nevládním organizacím angažujících se v oblasti rozvoje se šíří prostředky kontroly populace i do nejchudších regionů. Díky těmto poznatkům se většina populace přiklání se spíše k neutrální teorii.

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.

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 populace je pro svět důležité zaměřit se na kontrolu populace. Tato kontrola populace, zvláště pak populace v rozvojových zemích probíhá za pomoci nástrojů zvaných antikoncepce a plánování rodiny. Podrobněji si tyto nástroje a témata, která s antikoncepcí a plánováním rodiny souvisí, popíšeme v kapitole číslo dva.

2. Antikoncepce a plánování rodiny

2.1 Antikoncepce

Antikoncepce je obecný název pro veškeré metody a přípravky, které zabraňují početí dítěte. Existuje mnoho způsobů, jak se bránit početí. Moderní antikoncepční přípravky jsou dostupné pro muže i ženy. Dnešní nabídka antikoncepce ve světě je pestrá, a to zejména pro ženy. Existuje velké množství moderních metod, které můžeme rozdělit do následujících dvou skupin, podle doby užívání na dlouhodobou a krátkodobou antikoncepci (antikoncepce.cz, 2014).

Krátkodobá antikoncepce

- Hormonální antikoncepční metody (antikoncepční pilulky, hormonální injekce a hormonální náplasti)
- Bariérové metody antikoncepce (kondomy, pesary, vaginální kroužek)

Dlouhodobá antikoncepce

- Nevratné antikoncepční metody, které vedou k úplné ztrátě plodnosti (sterilizace u žen a vasektomie u mužů)
- Nitroděložní tělísko, označované jako IUD

Pro muže není nabídka moderní antikoncepce tak pestrá jako pro ženy. Jedinou osvědčenou metodou pro muže je pánský kondom, vasektomie a v posledních letech spermicidní gely.

Kromě moderních antikoncepčních metod existují metody tradiční, které jsou málo spolehlivé. Mezi tradiční antikoncepční metody patří pouze dvě metody. Těmito metodami jsou výpočty plodných dní a přerušovaná soulož.

V rozvinutých zemích je používání moderních antikoncepčních metod běžnou záležitostí a široká nabídka metod je dostupná pro každého, kdo jeví o antikoncepci zájem. Naopak v rozvojových zemích je dostupnost antikoncepčních přípravků menší, nabídka méně obsáhlá a osvěta žen ohledně reprodukčního chování a zdraví nedostačující.

Proto je třeba zaměřit se na rozšíření antikoncepčních přípravků a na osvětu obyvatel rozvojových regionů, viz podkapitola 2.1.1

Ve vyspělých státech světa používá antikoncepci 68,5 % žen v reprodukčním věku. Nejčastější metodou antikoncepce ve vyspělých zemích jsou hormonální antikoncepční pilulky. Hormonální pilulky užívá 15,7 % žen. Druhou nejčastější metodou jsou kondomy, které používá 13,2 % mužů a žen. Dalšími oblíbenými metodami je sterilizace, v zastoupení 10 %, a nitroděložní tělíčko, které používá 8 % žen (Kováčková, 2005). Zbytek žen uznává méně spolehlivé tradiční antikoncepční metody.

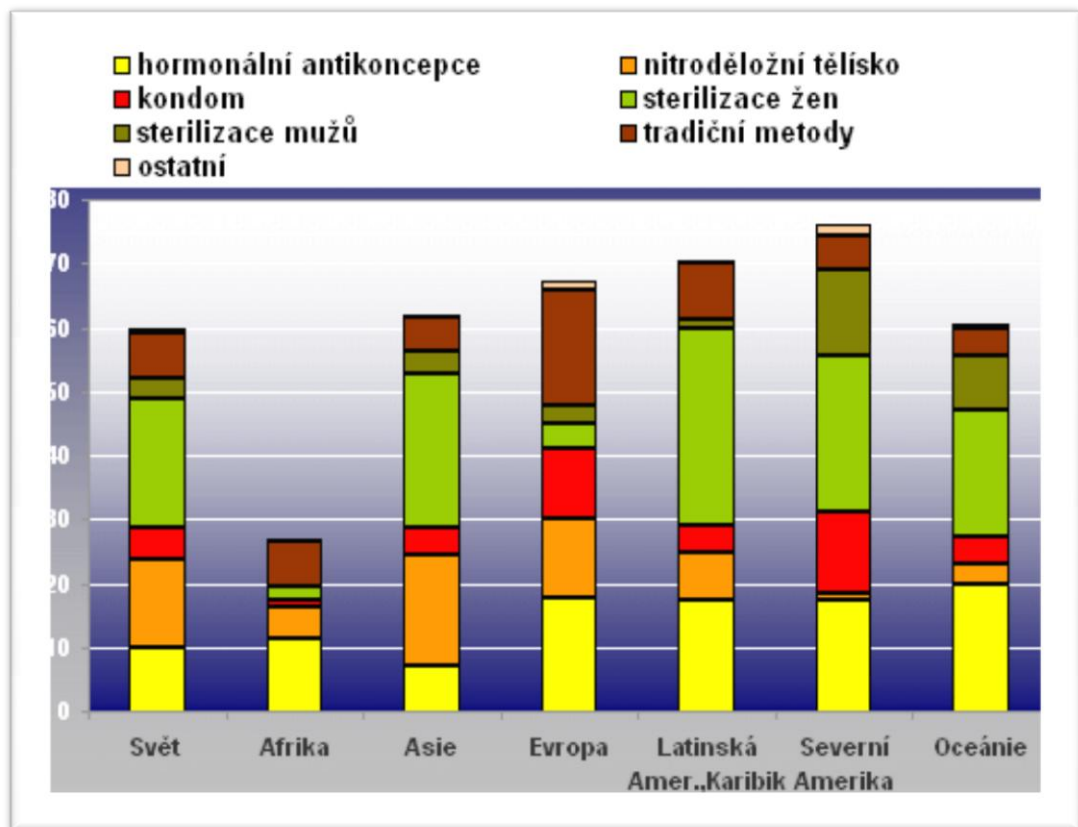
2. 1. 1 Antikoncepce a rozvojové země

V rozvojových zemích používá nějakou antikoncepci 59,4 % žen. Nejčastěji zastoupenou antikoncepční metodou je sterilizace u 22,2 % žen. Dalším oblíbeným způsobem ochrany je nitroděložní tělíčko, na které se spoléhá 15 % žen. Antikoncepční pilulky jsou v rozvojových zemích zastoupeny pouze v 5,7 % (Kováčková, 2005).

Užívání různých moderních antikoncepčních metod v rozvojových zemích se liší nejen mezi státy, ale i mezi kontinenty, viz graf číslo dva. U afrických žen je nejčastější ochranou hormonální antikoncepce, nitroděložní tělíčko a metoda přerušované soulože. 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 v Subsaharské Africe užívá antikoncepci pouze 20 % žen. V Asii je nejoblíbenější antikoncepcí mezi ženami nitroděložní tělíčko a sterilizace. Jakýkoliv druh antikoncepční metody používá 63 % asijských žen. V regionu Latinské Ameriky a Karibiku užívá antikoncepci 70 % žen a nejčastěji zastoupenou metodou je sterilizace a nitroděložní tělíčko (Kováčková, 2005)

Popularizace antikoncepce v rozvojových zemích má pozitivní vliv na pokles potratovosti, snížení úmrtnosti matek, reprodukční zdraví dívek a žen (UNFPA, 2013). Globální rozšíření antikoncepce může vést k celkovému snížení růstu populace.

Rozložení užívání různých antikoncepčních metod je nerovnoměrné a v každém regionu dávají ženy i muži přednosti jiné ochraně. Takto dochází k nerovnováze kombinace metod antikoncepce. Lepší kombinace antikoncepčních metod povede k vyšší dostupnosti moderní antikoncepce pro všechny ženy, které mají o tento druh ochrany zájem (OSN, 2013).



Graf 2: Regionální rozdíly v užívání antikoncepčních metod

Zdroj: Kováčková (2005)

Celosvětově je nejvyhledávanějším způsobem ochrany sterilizace a nitroděložní tělísko. Například v Indii je metodou sterilizace chráněno před nechtěným těhotenstvím 65 % žen (Heitzman a Worden, 1995). Při porovnání tradičních a moderních antikoncepčních metod na grafu číslo tři, můžeme vidět, že moderní antikoncepční metody mají ve všech světových regionech vyšší zastoupení než metody tradiční. Moderní metody antikoncepce jsou spolehlivější než tradiční způsoby ochrany, proto by se do rozvojových zemí měly šířit druhy moderní antikoncepce. I když v posledních letech došlo k nárůstu užívání moderních antikoncepčních přípravků, stále existuje mnoho žen, které nemají možnost moderní antikoncepci užívat nebo z určitého důvodu ochranu odmítají.

Dle statistik UNFPA (2013) se odhaduje počet existence 222 milionů žen v rozvojových zemích z celého světa, které by chtěly zastavit porodnost nebo aspoň naplánovat si graviditu ve vyšším věku. Tyto ženy z nejchudších koutů světa nepoužívají žádnou metodu antikoncepce nebo se uchylují pouze k méně spolehlivým tradičním metodám ochrany.

Jedním z hlavních důvodů, proč ženy v chudých zemích neužívají moderní antikoncepci je chybějící správná osvěta a nedostatečná informovanost o jiných možnostech, než je neuvážené plození potomků již od mladistvého věku. Druhým hlavním důvodem je nedostatečný přístup k moderním antikoncepčním metodám. Nespokojenost s přístupem k moderní antikoncepci u žen v rozvojových zemích je poměrně vysoká.

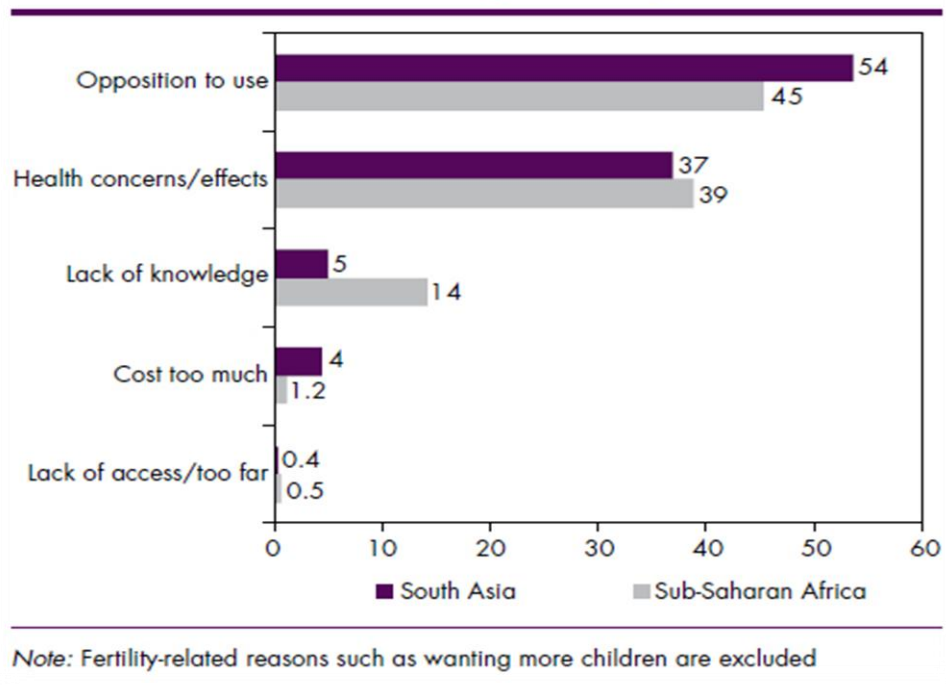
Existuje mnoho dalších důvodů, které vedou ženy k odmítání antikoncepce. Mezi další důvody nežívání moderních antikoncepčních metod dle OSN (2013) patří příliš vysoká cena pro obyvatele rozvojových zemí, obavy z vedlejších účinků antikoncepce (tento problém se týká především hormonálních metod antikoncepce), kulturní aspekty a náboženská přesvědčení. V nejhudších zemích světa nechtějí ženy užívat moderní antikoncepci zejména kvůli komunikační bariéře mezi pohlavími a generové nerovnosti. Častou příčinou odmítnutí antikoncepce u žen je neschopnost domluvit se s partnerem na určitém postupu k výběru antikoncepce. V některých státech nemají ženy dostatečnou míru autonomie a v rodině mají podřízené postavení. Muž nebo vláda jim nedovolí se rozhodnout samostatně o možnosti antikoncepční ochrany. Pokud muž nesouhlasí s antikoncepcí (muži nechtějí používat zejména kondom), žena se podřídí a antikoncepci dále nevyžaduje.

Porovnání důvodů, proč ženy v rozvojových zemích odmítají antikoncepci, můžeme vidět na grafu číslo čtyři. Tento problém se nejvíce dotýká žen v nejhudších státech Subsaharské Afriky.¹²

V nejhudších částech Subsaharské Afriky nemá přístup k moderním antikoncepčním metodám 53 % žen v reprodukčním věku, v zaostalejších částech Latinské Ameriky je tento počet 22 % žen (OSN, 2013). I přes tato čísla se celosvětově i regionálně se zvyšuje poptávka po moderní antikoncepci a za poslední dvě dekády se zvedl i celkový počet žen, které užívají jakýkoliv způsob ochrany. Nejvyšší nárůst v užívání antikoncepce za posledních dvacet let zaznamenaly státy v Asii a Latinskoamerické země. V předchozích dvaceti letech se zvedl počet globálního užívání antikoncepce z 55 % v roce 1990 na 63 % v roce 2011 (OSN, 2013).

¹² Mezi tyto státy patří například Somálsko, Lesotho, Senegal, Rwanda, Malawi a ostatní africké LDCs.

Figure 3. Reasons currently married women who are not using contraception do not intend to use in future, 2000–2008 DHS reports, regional means



Graf 3: Důvody žen k odmítnutí antikoncepce v procentuálním zastoupení

Zdroj: Světová Banka (2010)

2. 2 Plánování rodiny

Plánované rodičovství je strategie, kterou mohou svým rozhodnutím uskutečňovat lidé žijící v páru nebo manželství. Pomoci 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).

Podle Bondestama a Bergstöma (1980) Plánování rodiny můžeme rozdělit do následujících čtyř skupin:

- Pozitivní plánované rodičovství má za cíl stanovit vhodnou dobu, kdy se žena rozhodne počít dítě a zahrnuje svobodné rozhodnutí o počtu dětí v rodině. Pokud se žena rozhodne pro pozitivní plánování rodiny, chce záměrně otěhotnět.

- Negativní plánování rodiny znamená zamezování porodnosti, plodnosti, zmenšování rodin a šíření užívání antikoncepčních metod. Při rozhodnutí ženy pro negativní plánování rodiny jde o snahu zabránit otěhotnění.
- Individuální plánování, při kterém rozhodování o možnosti mít děti je jen na samotných budoucích rodičích.
- Národní plánování, které provádí svými politikami vlády a hlavy států. Národní plánování může být dvojího způsobu, a sice jako kontrola růstu populace nebo podpora populačního růstu. K národnímu plánování se dostaneme ve třetí kapitole.

Hlavního cílem plánování rodiny je redukce nebo podpora plodnosti. Přiklonění se k podpoře plánovaného rodičovství má kladné dopady na obyvatelstvo. Plánování rodiny 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, dětí a zvýšit naději na dožití ženám v reprodukčním věku. Jedním z dalších cílů plánování rodiny je šíření všech druhů antikoncepce do rozvojových zemí a edukace žen, jak tyto prostředky správně používat a kde si je mohou obstarat. To by ve výsledku mohlo zamezit početným interrupcím, násilím na nechtěných dětech a také pomoci ke snížení počtu jedinců a dětí nakažených virem HIV (Kliment, 2008).

Bohužel plánované rodičovství s sebou nese i jistá negativa v podobě lhostejnosti vládnoucích orgánů rozvojových zemí čelit této problematice, jejich nezájmu o 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 to řešení problému místní obyvatelstvo a organizace angažující se v oblasti antikoncepce by měly spolupracovat s vládami rozvojových zemí.

2. 2. 1 Plánované rodičovství a rozvojové země

Termín plánované rodičovství je v posledních letech 21. století úzce spojován s problematikou populačního boomu v rozvojových zemích (Pritchett, 1994). Tato strategie nabízí jedno z možných řešení redukce vysoké plodnosti a porodnost tamějších žen. Plánování rodiny se těší velké oblibě díky své vysoké účinnosti, nenásilnosti a jednoduchosti.

V současné době je plánované rodičovství v rozvojových zemích spojené se zlepšením postavení žen ve společnosti a posílením lidských práv tím, že se ženy mohou samy svobodně rozhodnout o své reprodukci a graviditě (UNFPA, 2013).

Podpora plánovaného rodičovství v nejchudších zemích světa je velice důležitá v rámci mezinárodní rozvojové politiky, jelikož zajišťuje ženám v rozvojových regionech jistou míru blahobytu, svobody, nezávislosti, podpory zdraví a jejich psychické pohody (Kliment, 2008). Plánování rodiny má pozitivní vliv na rozvoj regionálních komunit a je jedním z klíčů ke zpomalení růstu populace v zemích s nejvyšším přírůstkem.

V nejlidnatějších rozvojových regionech jsou pro obyvatele se zájmem o plánování rodiny přínosná poradenská centra, zabývající se plánovaným rodičovstvím. Nelze opomenout zajištění dostatku vyškolených pracovníků v oblasti zdravotnictví, kteří mohou poskytovat poradenství sexuálně aktivnímu obyvatelstvu v již zmíněných centrech. Organizace působící v oblasti antikoncepce a plánování rodiny by měla zajistit dostatek porodních asistentek, vyškolených sociálních pracovníků a komunitních zdravotníků. 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 a měli by zvládnout zodpovídat otázky ohledně antikoncepce a plánování rodiny.

Podle světové zdravotnické organizace (2013) by rozvojová spolupráce v oblasti plánování rodiny měla odstranit sociální marketing antikoncepce a zajistit dostupné ceny různých antikoncepčních metod pro veškerou populaci.

2. 2. 2 Vliv antikoncepce a plánování rodiny na problémy v rozvojových zemích

Z historického hlediska lidstvo plodilo pro přežití a reprodukce je brána jako přirozené chování. V dnešní době je plodnost vyšší než 2,1 dítěte na ženu považováno za znak chudoby (Perkins et al, 2006). V některých rozvojových zemích ženy a muži odmítají antikoncepci či plánování rodiny.

Podle Bondestama a Bergstoma (1980) existují tři typy teorií, vysvětlující rozhodnutí rodin pro velký počet potomků. První možností pro odmítnutí antikoncepce mohou být ekonomické a sociální aspekty. Zemědělské, farmářské a rolnické rodiny mají hodně dětí, protože potomci pro ně představují ekonomický užitek. Děti pracují na rodinných polích, plantážích nebo se zvířaty zadarmo a zajistí rodině určitou ekonomickou bezpečnost. V těchto případech hrozí dítěti úmrtí v mladším věku na následky nadměrného pracovního vytížení.

V urbanizovaných oblastech je situace lepší, ale ve městech děti pracují pro rodinu v továrnách a manufakturách, aby přispěly svým příjmem do rozpočtu početné rodiny. Tyto rodiny sice žijí ve městech, ale pouze v městských chudinských čtvrtích.

Dalším typem rodin, které mají odmítavý postoj k antikoncepci a plánování rodiny jsou lidé z tradičních společností. Místní lidé jsou ovlivněni názory v komunitě, mají strach nebo jsou nedůvěřiví k moderním antikoncepčním metodám. Některým společenstvím brání tradice k přijetí antikoncepce či možnosti plánovaného rodičovství a také určitá hluboce zakořeněná idea o důležitosti velké rodiny a jejich tradiční koncept přežití. Odmítají západní model rodiny a kontrolu plodnosti populace. Svou roli zde hraje i genderová nerovnost. V těchto společnostech je často zastáván názor (zejména u mužů) preference mužské linie. Žena rodí co nejvíce synů, aby bylo zajištěno pokračování rodu. Dívky jsou opomíjeny a mají podřadné postavení. V některých zemích jde žena na potrat, pokud zjistí, že čeká dívku. Preference synů vede k efektu chybějících žen.¹³ Třetím modelem rozhodnutí se pro velké rodiny jsou náboženské aspekty a to zejména v zemích, kde převažuje náboženství Islám. V muslimských zemích je plánované rodičovství a určitá 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 a jsou zastánci možnosti mít co nejvíce dětí.

Dnes mají ženy v rozvojových regionech velký počet dětí také z důvodu vysoké dětské a kojenecké úmrtnosti. Kojenci a děti umírají předčasně kvůli špatným životním podmínkám, infekcím spojeným se špatnou hygienou, nedostatkem čisté vody, nemocem, podvýživě a nevyhovujícímu prostředí pro život (Bondestam a Bergström, 1980).

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.

¹³ Efekt chybějících žen popsal ve své ekonomické studii *missing women* S. Klasen. 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.

Bohužel v nejchudších státech, často i ve zhroutených státech,¹⁴ nemají vládní orgány prostředky či možnosti, aby zajistily vhodnou politiku kontroly plodnosti, osvětu o antikoncepci pro své obyvatele a mezinárodní spolupráci s humanitárními organizacemi, které by mohly zabezpečit antikoncepční přípravky a své pracovníky na proškolení obyvatel o možnosti plánování rodiny.

Dle UNFPA (2013) by se měl v tématu plánování rodiny klást velký důraz na *dospívající matky a mladé rodičky*. U gravidních adolescentních dívek se rizika potratovosti, kojenecké úmrtnosti i úmrtí rodičky zvyšují. 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 úplně opustit školu. Dívky, které do školy nechodí, nemají jiné životní vyhlídky než zajistit pokračování rodu a starat se o rodinu.

Dětem, především dívkám by osvěta a informovanost o možnosti plánovaného rodičovství mohla pomoci v tom, že se jim naskytnou i jiné možnosti než se brzo vdát a plodit potomstvo. Dívky mohou nejprve dosáhnout vzdělání a až později se vdát a založit rodinu. Gramotnost posílí život ženy, rodiny a celé komunity.

Antikoncepce a plánování rodiny má příznivý vliv na *reprodukční zdraví* populace (Kliment, 1995). Během uplynulých dvou desetiletí se zvýšil počet lidí i dětí nakažených AIDS. Pokud se více rozšíří používání mužského a ženského kondomu do LDCs, může dojít ke snížení rizika nákazy AIDS. Plánovaným rodičovstvím se mohou ženy nakažené HIV vyhnout možnosti porodu infikovaného potomka. Takovou cestou se sníží počet nakažených dětí od narození a sníží se i počet sirotků, jejichž rodiče na AIDS zemřeli.

Správným užíváním kondomu se vir HIV nebude šířit dál a počet nakažených může stagnovat a poté 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 správně kondomy 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 dva a plísňová onemocnění.

¹⁴ Zhroutené státy jsou země, ve kterých vlády neplní své funkce vzhledem ke svému obyvatelstvu a nemá kontrolu nad svým územím. Vládní orgány nezajistí lidem přístup k základním potřebám, bezpečnostní situace je vypjatá, ekonomická situace státu velice špatná.

U obyvatel rozvojových krajín je riziko nákazy pohlavními infekcemi vysoké, kvůli nedostatečné hygieně, horkému počasí a nekvalitní vodě (WHO, 2014). Léčba nakaženého člověka je dražší než zajištění kondomů.

Užívání antikoncepce v oblastech se zvýšenou možností nákazy HIV má i svou negativní 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 (2014) prováděných v Subsaharské Africe může užívání hormonálních antikoncepčních pilulek u extrémně citlivých jedinců zvýšit možnost nákazy HIV. Výzkumy prováděné na ženách v Keňi, Nigérii a Thajsku potvrdili skutečnost, že hormonální antikoncepce může u citlivých žen zvýšit možnost nákazy virem HIV. Zkoumané ženy a dívky užívali 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. Virem HIV je nejvíce lidí nakaženo v Subsaharské Africe, proto se problematika dotýká především afrického kontinentu.

Podle výzkumu, provedeném organizací CONRAD¹⁵ (2002) obsahují spermicidní gely látku, která při častém použití může zvýšit riziko nákazy u oslabených žen v prostředí se zvýšenou možností nákazy infekcí.

Podpora plánování rodiny a poradenské služby v oblasti zakládání rodin u nakažených žen a integrační centra s pečovatelskými službami mohou být jednou z možností řešení situace nedostatečného přístupu k antikoncepci. Služby a poradenství v plánovaném rodičovství mohou pomoci odhalit nově nakažené a těmto lidem poradit, jak svou nemoc řešit a jak se starat o své zdraví. Lidé, kteří jsou již nakaženi nebo žijí v prostředí se zvýšeným rizikem nákazy, mohou využívat služeb pečovatelského centra a nákaza se nemusí šířit dál. Díky plánovanému rodičovství v oblastech s vysokým rizikem nákazy HIV dochází k prevenci a ochraně obyvatel, což povede v horizontu několika let ke snížení počtu nakažené populace.

¹⁵ 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.

Reprodukční zdraví a reprodukční práva by měl svému obyvatelstvu, především ženám, zajistit každý stát (UNFPA, 2013). Pokud má žena v pořádku reprodukční systém, přispívá to k její fyzické, duševní i sociální pohodě (Kliment, 1995). Nedochozí k žádným omezením v životě žen. Aby ženy v tomto ohledu byly v pořádku, je důležitá funkce státního zdravotního systému, pokud možno bezplatného.

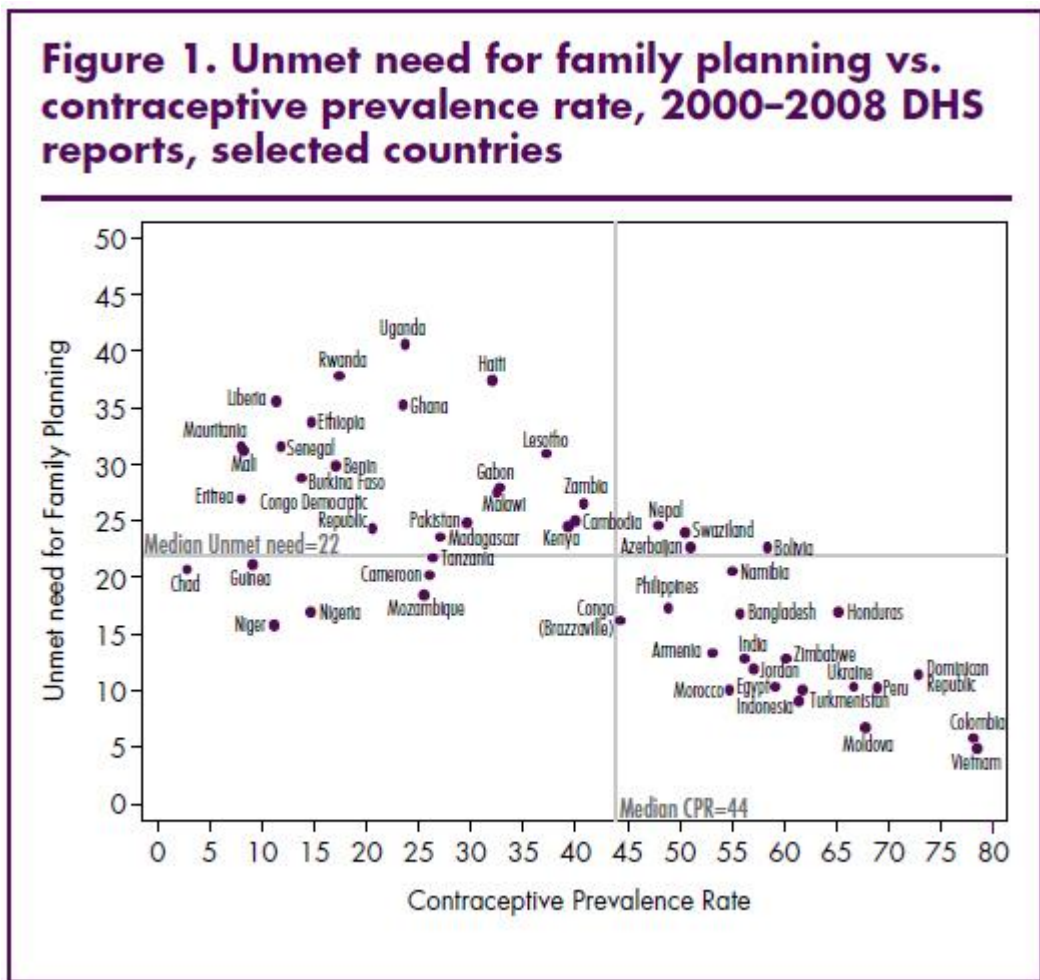
Reprodukční zdraví souvisí i s *růstem počtu neplodných mužů a žen*. Neplodnost smnoha párů není dnes problém jen vyspělých zemí. Bezdětnost je globální zdravotní problém spousta žen a tvoří nezanedbanou složku plánovaného rodičovství. Ve vyspělých zemích bývá příčinou bezdětnosti upřednostnění kariéry před rodinou, hledání vhodného partnera, čas, finance a zajištění zázemí pro děti

V zemích, procházejících rozvojem, je neplodnost žen často trvalým následkem po prodělání nemoci pánevního ústrojí nebo po špatně provedené, často nelegální interrupci (Bondestam a Bergstrom, 1980). Dle databáze světové zdravotnické organizace (2013), 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.

2. 2. 3 Neuspokojená potřeba pro 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 nechtějí další děti. Ženy v některých rozvojových zemích nemají přístup k poradenství ohledně plánování rodiny a nejsou dostatečně informované o tom, jak zabránit nechtěným těhotenstvím. 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, 2013).

Neuspokojená potřeba dostupnosti antikoncepce je nadměrně vysoká u zejména skupin, jako jsou migranti, uprchlíci, mladiství, obyvatelé chudinských čtvrtí a slumů, ženy v době do jednoho roku po porodu (SB, 2010). Nejvyšší neuspokojenou potřebou po plánování rodiny trpí země LDCs.



Graf 4: Neuspokojená potřeba plánování rodiny versus míra užívání antikoncepce u vybraných rozvojových zemí

Zdroj: Světová banka (2010)

I přes mírné snížení neuspokojené potřeby plánování rodiny v posledních dvaceti letech z 15,4 % (1990) na 13,2 % (2010), neuspokojená potřeba pro plánování rodiny 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 25 % žen (OSN, 2011). V Oceánii trpí neuspokojenou potřebou plánování rodiny 20 % žen. V Asii a Latinské Americe jsou tato čísla menší. A sice asijské ženy mají 8 % a ženy v Latinské Americe pouze 4 % neuspokojeného plánování (OSN, 2011). V současné době je 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 (UNFPA, 2013).

Organizace spojených národů provádí průzkum v oblasti plánovaného rodičovství, jehož hlavním úkolem je shromažďování dat o neuspokojené potřebě plánování rodiny. Podle OSN (2011) se tento průzkum se uskutečňuje jednou za tři až pět let. Zjištěné data slouží pro orientaci v rozvojové problematice a také pro dosažení 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. Taktéž poukazuje na jakousi mezeru v řešení ženských reprodukčních záměrů a jejich antikoncepčnímu chování. Když sečteme neuspokojenou potřebu a užívání antikoncepce, dostaneme celkovou poptávku po plánovaném rodičovství.

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

Vzorec č. 1

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

- Interpretace vzorce podle OSN (2011)

A. Výsledná cifra neuspokojené potřeby plánování rodiny

B. Dělnec 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. Ženy, které již jsou těhotné, ale těhotenství bylo nechtěné nebo špatně načasované. 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. A také ženy, které otěhotněly buďto úmyslně nebo selháním určité antikoncepční metody se do vzorce výpočtu nezahrnují.

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

Návrhy na zlepšení situace a zajištění šíření povědomí o plánování rodiny se zabývá odbor pro ekonomické a sociální záležitosti, známý pod zkratkou UN ESA. Hlavním cílem odboru je rozšířit plánování rodiny do nejhudších koutů Země a zajistit plánované rodičovství jako nejvíce nákladově-efektivní investici na zmírnění chudoby a zlepšení zdraví obyvatel v nejhudších regionech světa.

Podle výzkumu OSN (2011) došla rada spojených národů k několika návrhům, jak situaci neuspokojené potřeby plánovaného rodičovství řešit. Organizace se snaží zaměřit na pochopení potřeb a perspektiv komunit, kterých se problémem neuspokojené potřeby plánování rodiny dotýká nejvíce. Na základě testovacích intervencí chce rozšířit metody plánovaného rodičovství za pomoci svých pracovníků a dobrovolníků mezi komunitní obyvatele. Aby byl plán uskutečněn, je potřeba podpory vlády, ať už finančními příspěvky nebo politikou prosazování plánovaného rodičovství.

Další činností UN ESA je školení vlastních rozvojových pracovníků v oblasti přizpůsobení přístupů k různým skupinám, které mají o plánování rodiny zájem. A v poslední řadě ESA zajišťuje i rozvoj zdravotnických informačních zařízení, která mohou přispět k lepší orientaci obyvatelstva ve zdravotně-reprodukční oblasti.

2. 2. 4 Mezinárodní organizace angažující se v oblasti antikoncepce a plánování rodiny

Organizace spojených národů uvedla program spojený s plánovaným rodičovstvím, známý jako *konference Káhira*. Konference Káhira je sponzorována a realizována pod záštitou organizace spojených národů. Návrh na akční program byl poprvé předveden na Mezinárodní konferenci OSN o populaci a vývoji světové populace v roce 1994 v Egyptské Káhiře. Hlavním bodem programu bylo zavést vysoce účinný systém koordinace a globální, regionální i sub-regionální zařízení pro zadávání veřejných zakázek antikoncepce, který měl vést ke snížení růstu populace a zvýšení sociálního a ekonomického rozvoje v rozvojových zemích (The Economists, 2012). Dalším bodem programu bylo zajištění dostatku zboží, nezbytného pro sexuální a reprodukčního zdraví obyvatel v nejhudších oblastech světa. (Easterly, 2001) Konference navazuje svým obsahem na populační summit OSN v roce 1974 v Bukurešti a v roce 1987 v Mexiku. Program konference Káhira obsahuje kromě návrhu řešení populačního problému také směrnice řešící respekt k jiným etnikům, národnostem, vztah růstu populace v korelaci se životním prostředím a tlakem na přírodní zdroje, ovlivnění socio-ekonomického rozvoje a také snížením počtu lidí žijících v chudobě.

Ve Velké Británii se dne 11. července 2012 konal *Summit o plánovaném rodičovství*. Summit je podporován britskou vládou a charitativní organizací Gates Foundation. Všeobecně je Summit vnímán jako velká šance prosadit dostupnost moderních antikoncepčních metod do nejzaostalejších míst světa. Na tomto setkání byl schválen příslib darování 4,6 miliard od různých světových donorů na poskytnutí pilulek, antikoncepčních injekcí, kondomů a tělísek pro 120 milionů žen v rozvojových zemích (Economist, 2012). Program je v jednání a projekt prochází realizací. Celkově se má plán Summitu naplnit do roku 2020.

Organizace pod záštitou OSN UNFPA, v českém překladu populační fond organizace spojených národů, se zabývá znalostí antikoncepce ve světě. Dále provádí výzkumy v rozvojových zemích. Za pomoci těchto výzkumů organizace hledá odpovědi na otázku, jak může dostupnost antikoncepce ovlivňovat plodnost. Výzkumem v 50 rozvojových zemích světa, které se nacházely v odlišných regionech s rozdílnými kulturami i náboženstvím, byl zjištěn fakt, že 90 % žen nechce více dětí (UNFPA, 2013). Zato většina mužů v těchto zkoumaných zemích chce co nejvíce potomků.

Podporou plánovaného rodičovství se zabývá organizace UNICEF, známá pod názvem Dětský fond organizace spojených národů. Humanitární pracovníci v organizaci UNICEF informují obyvatele rozvojových zemí o výhodách, které plánování rodiny přinese pro dítě narozené do menší rodiny. Správné načasování početí potomka přináší výhody pro lidi s nižšími náklady na život více než jakákoliv jiná verze pomoci (Easterly, 2001). Rodiče, kteří mají méně dětí, mohou každému potomkovi zajistit naději na lepší budoucnost, než kdyby měli dětí více. Mohou do každého dítěte více investovat. Děti pak mají nárok žít plnohodnotný život, mají zajištěné vzdělání, místo dětské práce se věnují volnočasovým aktivitám a dostane se jim kvalitnější výživy

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 antikoncepční přípravků právě od této organizace a je na dodávkách USAID prakticky závislá. Poskytování antikoncepčních metod v tak velkém měřítku funguje na systému předvídání a plánování výběru druhu antikoncepce, množství výroby a šíření do určené prioritní rozvojové země (Easterly, 2001). Systém plánuje na dobu jednoho roku. Tento způsob pomoci je vysoce účinný, ale 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 válí na ulici nebo je děti nafukují jako balonky.

3. Plánované rodičovství v rozvojové politice

3.1 Analýza mezinárodních populačních politik v čase

V předchozí kapitole bylo zkoumáno reprodukční chování párů. Primárně si reprodukční chování řídí každý člověk individuálně. Díky rozšíření moderních metod antikoncepce a plánování rodiny záleží na každém páru, jestli bude mít děti a pro kolik potomků se rozhodne. V následující kapitole se budeme věnovat populačním politikám řízených státem. Sekundárně může reprodukční rozhodování řídit stát, který prosazuje určitou populační politiku. Populační opatření musí být veřejně přijata obyvateli státu. 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.

Mezinárodní populační politiky jsou vykládány jako nástroj vládní moci, který obsahuje shrnutí různých dlouhodobých opatření sloužících k redukci nebo naopak podpoře populačního růstu určitého státu (Roubíček, 1997). Existují různé přístupy a koncepty, jak se státy staví k rapidnímu populačnímu růstu a jakou používají populační politiku vzhledem k růstu populace.

Populační politiky můžeme rozdělit podle cílů, ke kterým tyto politiky směřují, do následujících skupin podle Loužka (2003).

- Mezinárodní populační politiky strukturální, zabývající se strukturálním vývojem obyvatelstva a jeho redukcí.
- Mezinárodní politiky kvantitativní, které se zabývají počtem obyvatel a možnostmi, jak počet obyvatel snížit.

Populační politiky se mohou v užším měřítku rozdělit podle předmětu působení na stimulační a represivní populační politiky.

- Mezi stimulační politiky patří státy, které svou populační politiku řídí podle ekonomických, sociálních nebo psychologických podnětů.
- Represivní a selektivní politika se vyznačuje zvýhodněním určité skupiny obyvatelstva oproti ostatní populaci. Selektivní politika zahrnuje migrační politiku obyvatelstva, podporu nebo naopak omezování přestěhování nových obyvatel do státu a omezení vnitřní migrace.

Do skupiny politik rozdělených podle předmětu působení, se řadí i politiky anti-natalitní a natalitní, které mají pozitivní nebo negativní vliv na předmět působení, kterým jsou děti. Anti-natalitními a natalitními populačními politikami se budeme zabývat do hloubky v podkapitolách 3. 1. 1 a 3. 1. 2.

Každý stát si volí svůj individuální přístup k celosvětovému populačnímu růstu a liší se i koncepty populačních politik, které si státy zvolí pro své obyvatelstvo. Rozhodnutí každé země závisí na několika *vnitřních a vnějších faktorech*. Podle Bondestona a Bergtröma (1980) mezi tyto faktory národního rozhodnutí se řadí velikost populace v daném státu, hustota zalidnění, přírodní bohatství, hospodářská vyspělost, prostor pro život, urbanizace a sociální stratifikace. Svou roli v populační politice hraje náboženství a kultura. Nástroje populačních politik byly nastíněny v druhé kapitole této bakalářské práce. Nástroji mezinárodních populačních politiky se v širším pojetí myslí antikoncepce, plánované rodičovství, interrupce, zdravotnické služby, sociální služby a vzdělání. Mezi sociální služby v této oblasti patří podpora náhradní péče, materiální podpory pro děti, finanční podpory početných rodin, sociální dávky a zajištění dětských volnočasových aktivit

V současnosti je velký rozdíl v politikách vyspělých zemí a zemí procházejících rozvojem. Vyspělé země prochází poklesem porodnosti, plodnosti i přirozeného přírůstku. Rozvojových země trpí opačným problémem. Buď jsou ve fázi stagnace plodnosti, porodnosti i přirozeného přírůstku nebo obě tyto veličiny dosahují vysokých čísel. Nasazení populačních nebo anti-populačních politik závisí i na systému vlády. Liberální demokratické systémy jsou spíše pro omezení plodnosti. Pouze v případě, když se obyvatelstvo ve státě dostane pod hranici obnovy populace, nasadí vládní systém politiku pro mírnou stimulaci k růstu počtu obyvatel. Liberální systémy brzdí nebo stimulují populační růst prostřednictvím nepřímé intervence vůči obyvatelům ve státě. Socialistické, totalitní a autoritářské režimy podporují natalitní populační politiky, až na některé výjimky jako například Čína. Autoritativní režimy provádí natalitní politiku přímou státní intervencí. Zemí s vysokým populačním růstem je větší počet než těch s nízkým. V rozvojových zemích a LDCs je problém příliš vysokého růstu obyvatel. Vlády LDCs populační růst nezajímá a neuplatňují vůči růstu obyvatel žádná opatření. Jejich populační politika je neutrální. Vyspělé země, zejména země bývalého Východního bloku mají opačnou problém. Tyto státy trpí velkým poklesem porodnosti, plodnosti a nízkým populačním růstem, proto se snaží růst navýšit.

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).

Historicky se první zmínky o kontrole populace v tradičních společnostech politice dochovaly z Byzantské říše, starověkého Řecka a Říma. V Antice existoval propracovaný systém podpory populačního růstu, zahrnující finanční dary pro rodiče, zvýhodnění lidí ve svazku manželském, podpora imigrace a jiné. Velikost populace byla z historického hlediska brána jako symbol moci. Čím větší byl národ ve státě, tím silnější mohl stát být. Populace tvořila národní sílu (Bondeston a Bergtröm, 1980). Více obyvatel znamenalo pro stát nárůst počtu vojáků, silnější armádu a možnost nárokovat si větší území. Důležitosti nabyla i hustota obyvatel, protože hustěji zalidnění oblasti lépe odolávaly nájezdům nepřátel.

Význam populační politiky vzrostl v době merkantilismu, kdy byl kladen důraz na velikost a sílu národa. Do počátku 19. století se populační problém všeobecně neřešil a vládní tlak na omezení plodnosti neexistoval. Po příchodu průmyslové revoluce a přišel populační boom, spojeným s velkou poptávkou po pracovní síle a s růstem významu měst. Po Malthusově pesimistické esejí o populaci se zvýšil počet vlád, které se zabývaly populační otázkou. Vzrostl i počet institucí, které měly zájem řešit otázku vztahu mezi velikostí populace a hospodářským růstem. Vlády začaly kontrolovat nebo naopak podporovat populační růst. Velkou roli v rozšíření kontroly populace hráli nekolonialisté, kteří šířili do zaostalých zemí západní model velikosti rodiny (Demeny, 2003). V ohlédnutí se v čase všeobecně platilo, že státy dávaly přednost národnímu obyvatelstvu, před podporou imigrace do svého státu.

Ke kontrole populace dochází také po zaznamenání populačního tlaku na přírodní zdroje. Motivace institucí k uchýlení se k určité populační politice jsou vskutku pestré. Institucí vede k nastavení určité politiky vzhledem k populaci vzestup demokracie, důraz na veřejný zájem, populační trendy, nárok na lepší život, centralizace, urbanizace, politická svoboda, společenský zájem, technologický pokrok a ekonomický rozvoj. Od 20. století vzrostl význam kontroly mortality, jakožto veličiny důležité ke kontrole populace. Pokles mortality zrychluje populační růst.

3. 1. 1 Natalitní populační politiky

Natalitní populační politiky jsou pozitivní populační politiky. K jejich nastavení vládou dochází, pokud dochází k úbytku populace a vládní instituce chce zvýšit počet obyvatel ve státě nebo by ráda zachovala současný stav populace na stejném čísle (Pivoda, 2012).

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 míry obnovy populace. 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. V Německu po první Světové válce začal růst nacionalismus. Vznikala zde propagandistická hnutí za podporu porodnosti, zvýhodňování manželských párů s dětmi, byly zřízeny rady pro plodnost a zákaz antikoncepce i interrupce. Ve fašistické Itálii se ve stejné době objevily plány na podporu plodnosti. Italské rodiny dostávaly příspěvky na děti. Byla zakázána emigrace a existoval trest za bezdětnost. Dalšími zeměmi, které prosazovaly natalitní politiky bylo Japonsko a Švédsko.

Švédsko mělo nejnižší světovou porodnost na světě mezi světovými válkami, protože procházelo ekonomickou depresí. Většina Evropských i jiných světových států začala uplatňovat natalitní politiky mezi světovými válkami, protože se cítila v ohrožení. Budovali své obyvatelstvo pro zajištění obrany státu (Demeny, 2003).

Po skončení 2. Světové války opět globálně poklesl počet obyvatel. Některé evropské státy se dostaly pod hranici reprodukce. Došlo k rozšíření a legalizaci antikoncepce a potratů. Z finančního hlediska se rodiny uchýlovaly k menšímu počtu dětí. Západní demokratické země se odklonily od natalitních politik. K situaci nízkého populačního růstu zachovaly neutrální postoj. Určitou podporu porodnosti mělo Finsko, Řecko a Francie. Socialistické komunistické režimy v zemích bývalého Východního bloku a Střední Asie se naopak začaly k natalitním politikám přiklánět. 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.

V současné době má většina vyspělých států, zejména zemí v Evropě, problém s reprodukci a obnovou obyvatelstva. Některé státy jsou dlouhodobě pod hranicí úhrnné plodnosti 1,3 dítěte na ženu. Celkově Evropa ztrácí jednu třetinu obyvatel v horizontu jedné generace. Pobídky vlád k ochotě rodin plodit potomky jsou nedostačující. Ženy ve vyspělých zemích často dávají přednost budování kariéry před osobním životem. V USA a Austrálii je nízký počet národních obyvatel kompenzován vysokým počtem imigrantů ze všech koutů světa (Heitzman a Worden, 1995). Tento způsob měny obyvatelstva není dlouhodobě udržitelný a může vést k etnickým, náboženským a národnostním konfliktům. Většina ostatních zemí s ubývajícím populací zachovává v tomto ohledu klid a nejsou úbytkem obyvatel znepokojené. Obecně by se měla zvýšit kompatibilita natalitních služeb a zlepšit programy pro národní přežití.

3. 1. 2 Anti-natalitní populační politiky

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 anti-natalitní (Loužek, 2003).

Anti-natalitní populační politiky jsou státními úřady nastavovány v případě velkého počtu obyvatel. Jejich cílem je dlouhodobě snížit míru porodnosti, plodnosti a následně docílit menšího populačního růstu obyvatel ve státě. Anti-natalitní politiky jsou popisovány jako negativní populační politiky (Pivoda, 2012).

K možnosti uchýlení se k programům anti-natalitních politik dochází v případě vyšší porodnosti než úmrtnosti. Úmrtnost obyvatel pozvolna klesá, ale porodnost stagnuje. Tento problém se vyskytuje u zemí, které prochází rozvojem. Anti-natalitní politiky se nasazují jako nástroj kontroly populace v chudých zemích, ve kterých dochází k problémům spojeným s vysokým počtem obyvatel. Tento způsob populační politiky může pomoci rozvojovým zemím nastartovat jejich ekonomický růst a zvýšit životní úroveň místní populace.

Již v dřívějších letech byl populační problém spojen s přelidněním v rozvojových zemích. Avšak nešlo o problém globální, ale pouze lokální. Dnes z lokálního problému, týkajícího se center s vysokou populací stal problém celosvětový. Anti-natalitní politiky se dostaly do popředí mezi lety 1970-1980, kdy se rozšířilo plánování rodiny a nabídka moderních antikoncepčních metod. Od roku 1981 se anti-populační politiky prosazují v různých obměnách a s rozdílnými programy ve většině rozvojových zemí až doposud.

Anti-nataliní programy byly zpočátku nastavovány prostřednictvím mezinárodními organizací. Instrukce si vybrala určitou rozvojovou zemi, kde vyhledala populační problém. Pokud problém našla, stanovila strategii jeho řešení.

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, Population Council a UNFPA. Úspěšnost těchto programů byla více jak 10:1000. V zemích jako například Čína, Indie, Singapur, Costa Rica, Barbados, Hongkong, Jižní Korea, Taiwan, Mauricius, Trinidad a Tobago se anti-populační politiky setkaly s velkou úspěšností. Došlo zde k dlouhodobému omezení plodnosti, porodnosti i přirozeného přírůstku. K úspěchu populačních politik v již zmíněných státech se vrátíme v podkapitole 3. 2. 1.

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, schopná vést svůj stát a umí zapojit do procesu místí populaci i lékařskou podporu, anti-nataliní politika dosáhne vyššího stupně efektivity.

Pokud se stát přikloní k anti-nataliní politice, může to být někdy kontraproduktivní vzhledem k určitým negativním dopadům na obyvatelstvo a dynamiku demografického vývoje. Kritika anti-nataliních politik se stává z omezení dobrovolnosti plodit děti, zabránění přirozené změny obyvatelstva, odklon od zvyků a tradic.

3. 2 Rozložení populačních politik v dnešním světě

3.2.1 Nataliní politiky ve vyspělých zemích

Špatné vyhlídky do budoucna a obavy o zachování národní populace vedou některé vyspělé státy, především státy evropské, k nasazení nataliních politik. V severovýchodních skandinávských zemích jsou zavedené fungující programy pro podporu rodin s dětmi. Švédsko má jeden z nejpropracovanějších systémů podpory rodin. Udržet porodnost na míře obnovy obyvatelstva se snaží finanční podporou rodin, daňovými úlevami pro rodiny s dětmi, bytovými a školními dotacemi a zajištěním dovolené pro matky s dětmi (Loužek, 2003).

Francie rovněž patří mezi státy, které v současnosti prosazují natalitní postoje. Francie podporuje porodnost porodními přídávky, slevami na veřejné služby a finanční podporou volnočasových aktivit dětí. Z mimoevropských zemí, uchylujících se k natalitní populační politice, je možno zmínit například Japonsko a Izrael.

V Izraeli existuje natalitní politika z důvodu tlaku veřejnosti na vládní systémy skrz nespokojenost obyvatel s reprodukčními službami. Izraelská vláda finančně podporuje rodiny s dětmi a omezuje interrupce (Avasarkar, 2012). Japonsko původně zaujímal anti-natalitní postoj, v současné době velkého úbytku a stárnutí japonského obyvatelstva 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). Maďarsko i Rumunsko 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.

3. 2. 2 Anti-natalitních politiky v rozvojových oblastech světa

Subsaharská Afrika

Průměrná úhrnná plodnost v Subsaharské Africe je pět dětí na jednu ženu. Tempo populačního růstu tohoto regionu je 3 % (Sullivan, 2007). Subsaharská Afrika prochází rychlým populačním růstem a naopak velmi pomalým socioekonomickým 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 a v různých zemích mají stejnou či podobou charakteristiku (Sullivan, 2007).

Odklon od natalitních politik se datuje k roku 1980, kdy africké země připouští populační problém. Do této doby přijaly politiku plánování rodiny a distribuce antikoncepce pouze Kongo, Ghana, Keňa, Mauricius, Madagaskar, Zambie a Uganda. Do osmdesátých let minulého století se populační problém neřešil, protože přetrvával diskurs o řídcích 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 jako strategie k rozvoji.

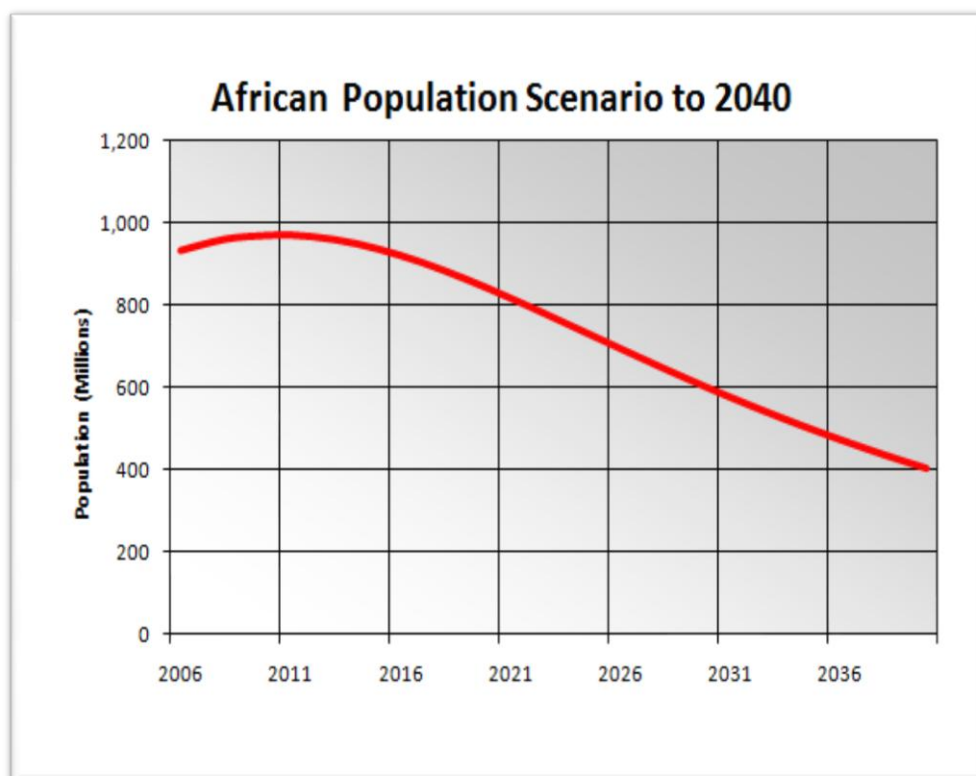
Subsaharské země se snaží cestou snížení plodnosti získat pro své obyvatelstvo lepší zdravotní stav, vzdělání, vyšší HDP na osobu a celkovou modernizaci a prosperitu státu. Subsaharské národní populační politiky se snaží spíše o individuální než kolektivní zaměření svého působení.

Existují rozdíly v podpoře i v úspěšnosti anti-natalitních politik. Na Jihu a Severu Afrického kontinentu jsou politiky velice úspěšné a došlo k trvalému snížení růstu obyvatel. Střední a Západní Afrika nedisponuje velkou vládní podporou a situace je zde poměrně špatná. Bohužel překážkou v úspěšnosti anti-natalitních politik v Subsaharské Africe jsou vnitřní problémy jako například konflikty, AIDS, potravinový problém a dluhové břemeno.

Celkově můžeme anti-natalitní 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 o antikoncepci.

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 Středoafrická republika. V dnešní době jsou na Africkém kontinentě státy, které nepřijaly kontrolu populace, nedistribují antikoncepci ani nespolupracují v oblasti plánování rodiny. Tento problém se týká zejména Libye, Gabonu a Rovnické Guinei.

Populační politiky na africkém kontinentu se těší velkému úspěchu. Největší úspěch anti-natalitních programů zaznamenaly podle OSN (2013) země: Jihoafrická republika, Botswana, Zimbabwe a Keňa. Efektivnosti programy dosáhly díky silnému vůdci státu. V příštích letech se úspěch očekává i u zemí jako například 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.



Graf 5: Růst africké populace v čase

Zdroj: Chefurka (2008)

Asie

Asie je nejlidnatější kontinent, který se vyznačuje svou kulturní i náboženskou rozmanitostí. V Asii najdeme paradox nejvyspělejších států světa s nízkou porodností i nízkou úhrnnou plodností do 1,3 dítěte na ženu (Japonsko, Brunej), nově industrializované země, známé jako Asijští tygři, které snížili svou porodnost v návaznosti na rychlý ekonomický rozvoj (Taiwan, Jižní Korea, Hongkong, Singapur) a země procházející rozvojem, u nichž je porodnost poměrně vysoká, ale v návaznosti na sociálně-ekonomický rozvoj a zaměření zemí na export surovin klesá (Indonésie, Malajsie, Vietnam). Poslední skupinou zemí jsou nejchudší země, které program kontroly populace 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 ESA, 2011).

Na asijském kontinentě 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 Bankoku v roce 2002 (OSN ESA, 2011).

Po této konferenci začaly asijské vlády zajišťovat pro své obyvatele služby v oblasti plánování rodiny, podpory zdraví a vzdělání jakožto součást zajištění základních lidských práv. Překážkou úspěšnosti asijských anti-natalitních politik je tradiční nastavení vládních systémů, náboženství, tradice v komunitách a stále velká negramotnost. V budoucnu se očekává zapojení soukromého sektoru a obyvatel asijských států do programů. Očekává se vyšší úspěšnost v komparaci s africkými politikami. Protože doposud měly asijské politiky vyšší úspěšnost díky rychlé industrializaci a zapojení se do mezinárodního obchodu. Africké státy tento proces teprve čeká.

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.

Čína

Čínská lidově-demokratická republika je nejlidnatější zemí světa a její program kontroly populace 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 1,7 dítěte na jednu ženu.

V zalidnění Čínské lidově-demokratické republiky je velký rozdíl mezi hustotou zalidnění na venkovech a ve městech. 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 kvalitnější život byla v roce 1979 zavedena politika jednoho dítěte. Hlavním cílem populační 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). Pro ostatní etnika žijící v Číně, obyvatele v horách, vesnicích a v řídko 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. Třetí dítě je povoleno pouze etnickým menšinám, žijících v odlehlých oblastech. Na druhé dítě si musí počkat 4 až 5 let po narození prvního.

Rodiny, které dodržení politiku jednoho dítěte jsou státem podporovány vyššími mzdami, finančními příspěvky, zajištěním bydlení a zvýhodněním v sociálním systému. Páry, které politiku nedodrží, jsou nuceni platit 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 první 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). Od nasazení čínské kontroly populace dochází ke stabilnímu poklesu plodnosti a zvedla se průměrná délka života. 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 obchod se ženami. Dalším negativním aspektem je velká potratovost a zabíjení novorozených děvčátek (Hesketh, 2005).

V posledních letech nátlakem veřejnosti a po nařčení z porušování lidských práv byla Čína nucena přehodnotit svůj státní populační program na politiku dvou dětí. Hnacím pohonem byl i strach o udržení obnovy populace, zachování sociální stability a omezení migrace.

Indie

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. Tempo růstu indické populace mírně pokleslo, ale stále dosahuje vysokých čísel. 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). Po roce 1980 vzrostl počet vládních programů na financování výzkumu pro zlepšení vlastností nitroděložního tělíska a založení zdravotnických center v každé vesnici. Do roku 1990 nebyly programy moc účinné a indická populace byla stále nejrychleji rostoucí populací světa, tempem 2 %. 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. Podle vládního Jamkhed plánu vzniká v každé vesnici ženský klub, ve kterém působí vyškolení zdravotní pracovníci, kteří zajišťují ženám kondomy, pilulky, provádí sterilizace a poradenství ohledně plánovaného rodičovství. Projekt je velmi úspěšný. Úhrnná plodnost mírně poklesla na 2,3 dítěte na ženu (Hetzman a Worden, 1995). Druhotným pozitivním výsledkem projektu je zlepšení postavení žen jejich zapojením do komunitní činnosti.

Dalšími nejlidnatějšími státy jsou *Bangladéš*, se 166 miliony obyvatel a *Pákistán*, který čítá 196 miliony obyvatel (CIA.gov, 2014). Bangladéšská vláda zavedla v 80. letech program na plánování rodiny, který přispěl ke snížení porodnosti. V osnovách programu byla povinná školní docházka a odstranění diskriminace žen. Bangladéšský program situaci mírně vylepšil, ale je zastaralý a žádá si inovaci. Pákistánu zatím chybí účinný program snížení plodnosti a populačního růstu. Překážku antinatalitních programů v těchto zemích tvoří ortodoxní náboženský režim, vysoká negramotnost a nerovné postavení žen.

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). Mezi lety 1970-1980 prošly některé země Latinské Ameriky nestabilními politickými totalitními a vojenskými režimy.

Za totalitních vlád došlo k mírnému poklesu porodnosti a zpomalení populačního růstu, ale podíl latinskoamerických obyvatel na celkové světové populaci se nezměnil. Rozvoj anti-natalitních 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 ESA, 2011). Po tomto prvotním úspěchu přišla dluhová, hospodářská krize spojená s chvilkovým odklonem od populačních politik. V devadesátých letech minulého století Latinská Amerika a Karibské státy přijaly kontrolu populace jako rozvojovou strategii. Hlavním cílem rozvojové strategie kontroly populace je zlepšení podmínek pro život obyvatelstva regionu a šíření antikoncepce i plánované rodičovství do venkovských oblastí.

Latinskoamerická strategie kontroly populace byla velmi úspěšná, neboť proběhla nenásilným způsobem, s respektem ke kulturní rozmanitosti regionu, přímou vládní podporou latinskoamerických států a svobodnou volnou občanů. V této oblasti můžeme nalézt státy, jejichž populační růst dosahuje dnes pouze 1 %. Tyto státy jsou Martinik, Portoriko, Costa Rica a Barbados (ECLAC, 2002). 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).

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 ESA, 2011).

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).¹⁶

¹⁶ 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 elektrina ani voda. Nejvíce slumů je v zázemí měst v Brazílii, kde se označují termínem favely.

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. 2. 3 Regionální srovnání populačních politik v rozvojových regionech

Populační programy v Latinské Americe jsou sice úspěšné, ale postrádají přesnější rámec a interakci mezi demografickým a sociálně-ekonomickým rozvojem (ECLAC, 2002). Účinnost Latinskoamerických populačních programů snižuje sociální nerovnosti a migrace obyvatel. Antikoncepce i povědomí o možnostech ochrany je v tomto regionu v současnosti na poměrně vysoké úrovni.

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 do populačních programů.

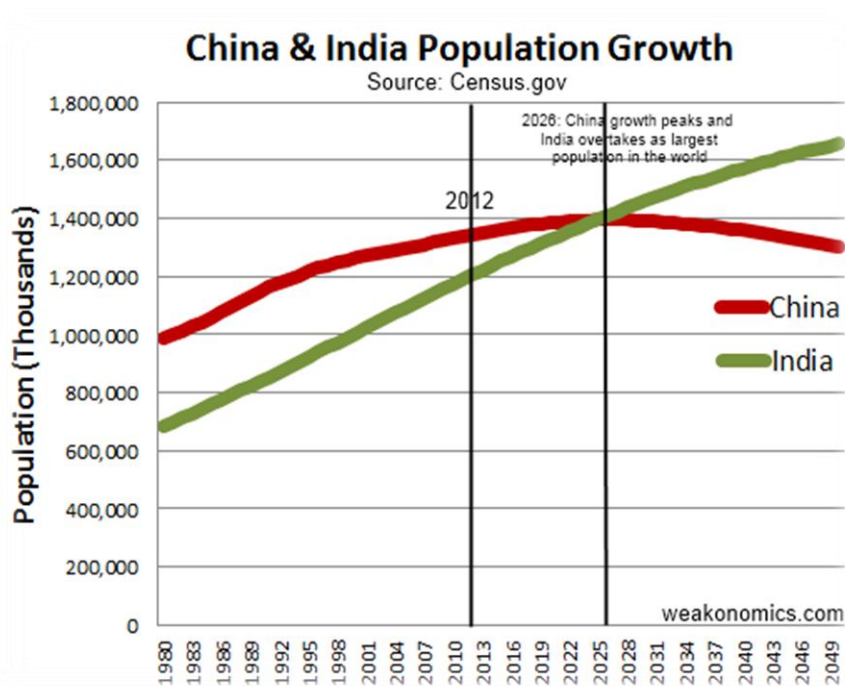
Tyto dva regiony spojuje rostoucí počet podílu mladých osob v reprodukčním věku na věkové struktuře obyvatelstva, lze vidět na grafu číslo sedm. V dalších desetiletích se bude zvyšovat demografický poměr závislosti a nedostatek pracovních míst.

Asijské programy jsou regionálně odlišné a nemají ucelenou strukturu. Na populačních programech Asie je vidět populační kontrast zemí s vysokými příjmy (Japonsko), rychlý populační pokles u nově industrializovaných zemí (Taiwan) a pomalý pokles růstu populace u zemí s nízkými příjmy (Laos). Jako nejlidnatější, kulturně nehomogenní kontinent má Asie úspěšné populační politiky oproti africkým. Ovšem zpomalení populačního růstu není tak markantní jako u latinskoamerických programů. Dostupnost antikoncepce v asijských regionech je na dobré úrovni, ale v nejchudších zemích regionu existuje určitá neuspokojená potřeba jak po antikoncepci, tak po plánování rodiny.

Indický populační program s sebou nese jisté negativní důsledky. Jedním z negativních aspektů je preference synů a následný nerovný počet mužů a žen. Rozdíl v počtu obou pohlaví není tak zásadní, jako v Číně, ale není zanedbatelný. V indické společnosti je 934 žen na 1000 mužů (Heitzman a Worden, 1995).

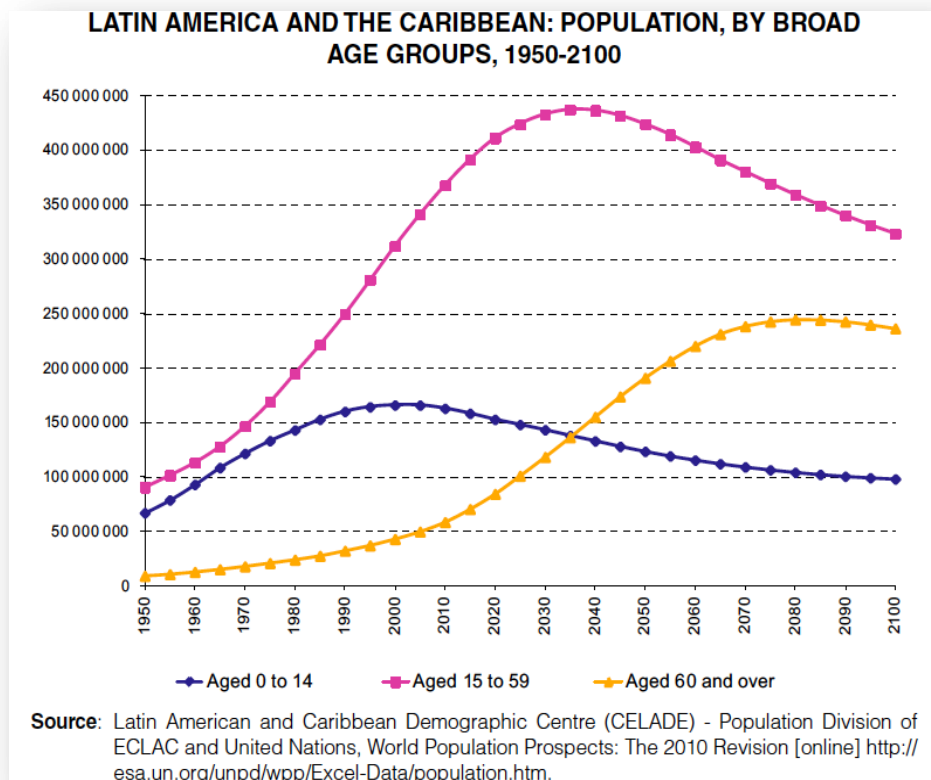
Dalším problémem je vysoká kojenecká i dětská úmrtnost. Míra porodnosti klesá, ale zatím jen málo. Celkově by Indie měla sjednotit své regionální rozdíly mezi federativními státy. Rozdíl v gramotnosti, porodnosti i přirozeném přírůstku v jednotlivých státech brzdí ekonomický rozvoj celého státu jako celku a činí jej nestabilním. Studie předpokládají, že v roce 2020 dosáhne Indická i Čínská populace 1,4 miliardy obyvatel (Hesketh, 2005). Po dosažení takového čísla, by teoreticky mělo dojít ke snižování populačního růstu Číny. Čínská jednotná politika je účinnější než Indická. Indie by v roce 2050 měla svou populací Čínu přerůst, protože její úhrnná plodnost je 2,8 dítěte, zatímco čínská 1,4 dítěte na ženu (Hesketh, 2005). Populační růst těchto dvou zemí v minulosti, současnosti i v budoucích letech popisuje graf číslo sedm.

V celkovém shrnutí dlouhodobého horizontu mají celosvětové populační politiky se zaměřením na programy s kontrolou populace úspěch. Celosvětový přírůstek obyvatel klesá, v mnoha rozvojových zemích dochází ke stagnaci a následnému zpomalení populačního růstu. Avšak stále existuje velký počet států, které zažívají populační boom, a jejich populace neuváženě roste. Populační programy by se měly díky organizacím dostávat do těchto zemí za účelem navázání spolupráce s místním obyvatelstvem. Zaměřením na jedince by mohlo dojít k vyšší úspěšnosti kontroly populace než při zaměření se na komunity.



Graf 6: Srovnání populačního růstu Číny a Indie

Zdroj: Gruber (2012)



Graf 7: Podíl mladého obyvatelstva ve věkové struktuře Latinské Ameriky a Karibiku

Zdroj: HelpAge USA (2010)

Závěr

Světová populace vzrostla na sedm miliard v krátkém časovém horizontu. V současné době si je lidstvo vědomo faktu, že tento stav není dlouhodobě udržitelný. Jako reakce na velký populační růst začaly vznikat národní i individuální možnosti, jak tento růst kontrolovat. Velikost populace má negativní dopady na životní prostředí. Pokud by nedocházelo k řízení růstu populace, zvláště u nejlidnatějších zemí, byly by environmentální, ekonomické i sociální dopady ještě umocněny a mohly by vznikat nové globální problémy.

Příčinou populačního růstu v rozvojových zemích je chudoba. V boji s chudobou lze použít zbraně jako vládní investice do zdravotnictví, vzdělání (především edukace dívek), poradenských center a snaha státu o rozvoj infrastruktury. Klíčovým řešením může být zlepšení spolupráce v oblasti šíření moderní antikoncepce a plánování rodiny mezi vládami rozvojových zemí a mezinárodními organizacemi. Antikoncepce a plánování rodiny je cesta k redukci plodnosti, k zlepšení reprodukčního zdraví žen. V dlouhodobém časovém horizontu má plánování rodiny pozitivní účinek na rozvoj jedinců, komunit i státu.

V budoucnu se podle statistik očekává stálý pokles obyvatelstva v rozvinutých zemích a přírůstek obyvatel v zemích rozvojových. Proto je třeba, zaměřit se na rozvojovou spolupráci v oblasti antikoncepce a plánování rodiny do států s nejvyšším populačním růstem. Pro lepší úspěšnost kontroly populace je důležité se zaměřit spíše na jedince, než na komunitu.

Při pohledu na účinnost národních populačních politik natalitních a anti-natalitní jsou výsledky rozdílné. Natalitní populační politiky jsou účinné spíše v krátkém časovém období. V delším časovém horizontu mohou vést k rozkolísání demografického cyklu. Naopak politiky anti-natalitní dosáhnou účinnosti v dlouhém časovém období, kdy lze vidět výsledek snížení populačního růstu, jako například u Číny. Kontroly populace mohou mít i 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.

Jestli je antikoncepce a kontrola populace cestou k rozvoji není jisté. Jedno však jisté je, a to jsou pozitivní dopady populačních politik na život obyvatel v rozvojových zemích. Díky vládnímu zájmu o kooperaci s mezinárodními organizacemi se zlepšil život mnoha lidí v některých rozvojových zemích.

Shrnutí

Práce zhodnotila regionální přístupy k populačním politikám v čase. Bakalářská práce popsala demografické charakteristiky, vývoj světové populace a teoretické přístupy ke kontrole populace v časové ose. Část práce byla věnována antikoncepci a plánovanému rodičovství se zaměřením na rozvojové země. Dále práce zanalyzovala dnešní i minulé populační politiky natalitní i anti-natalitní v různých oblastech světa. Závěr práce obsahuje porovnání regionálních populačních přístupů v čase.

Summary

Bachelor thesis evaluated regional approaches to population policies over time. This thesis described the demographic characteristics, the development of the world's population and theoretical approaches to population control in the timeline. Part of the thesis was devoted to contraception and family planning, with a focus on developing countries. The thesis also analyzed the present and past population policy natalist and anti-natalist approaches to population in different regions of the world. The conclusion contains a comparison of regional population approaches in time

Bibliografie

Literatura

- BONDESTON, Lars a Staffan BEGTRÖM.: *Poverty and population control*. 1. vyd. Londýn: Academia Press, 1980. ISBN 0-12-114252-3
- EASTERLY, W. *The Elusive Quest for Growth: Economists' Adventures and Misadventures in the Tropics*. Cambridge: MIT Press, 2011, s. 87-97. ISSN 0043-2636
- JENÍČEK, Vladimír a Jaroslav FOTLTÝN.: *Globální problémy a světová ekonomika*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. ISBN 80-7179-795-2.
- LOUŽEK, Marek.: *Populační ekonomie a její důsledky pro účinnost pronatalitní politiky*. 1.vyd. Praha: CEP, 2003, ISBN 80-86729-01-X
- PERKINS, RADELET a LINDAUER.: *Economics of Development*. England: W. W. Norton & Company, 2006. 6. ISBN 0393926524.
- ROUBÍČEK, Vladimír.: *Úvod do demografie*. 1. vyd. Praha: Codex bohemia, 1997. 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 Economists [online]. 2009, č. 1 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: <<http://www.economist.com/node/14302837>>
- Antikoncepce.: *Přehled metod* [online]. 2014, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/prehled-metod/>>
- AVASARKAR. *What is Pro-natalist Policies of Population?*. Preserve Articles [online]. 2012, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.preservearticles.com/2011120718189/what-is-pro-natalist-policies-of-population.html>>
- BERGLEE, Royal. *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>>
- DEMENY, Paul. 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>>
- Department of Economic and Social Affairs: United Nations Secretariat. *Fertility, contraception and population policies*. Population Division (ESA) [online]. 2003, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.un.org/esa/population/publications/contraception2003/Web-final-text.PDF>>
- ECLAC.: Latin American and Caribbean consensus 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, Věra a VOLFOVÁ, Andrea. *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, James.: *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, Jean-Pierre a John 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, James a Robert L. WORDEN. *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, Therese, Li LU a Zhu Wei XING. *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, Paul. *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/>>
- KLIMENT, Michal. *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>
- MASON, Andrew a Sang-Hyop LEE. *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, Andrew. *Applied Population and Policy 2003: Population change and economic development: what have we learned from the East Asia experience?*. The University of Hawai System [online]. 2013, s. 3-14 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <<http://www2.hawaii.edu/~amason/Research/Mason.APP.pdf>>
- PIVODA, Jan. *Studentský summit OSN ECOSOC. Populační politika* [online]. 2012 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <http://www.studentsummit.cz/data/1352500355211ECOSOC_Populacni-politika.pdf>

- PRITCHETT, Lant 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, Matt.: *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, Marek.: *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, Steven.: *Population, poverty and economic development*. The royal society. 2009 [on-line]. 2014. [cit. 2014-04-02]. ISSN: 1471-2970 Dostupné z: <<http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/364/1532/3023.full>>
- SULLIVAN, Rachel.: *The Global, the Local, and Population Policy in Sub-Saharan Africa*. Institute for research on labor and employment: University of California, Berkeley [online]. 2007, č. 1 [cit. 2014-05-05]. Dostupné z: <<http://www.irle.berkeley.edu/culture/papers/sullivan07.pdf>>
- TESÁRKOVÁ, HODOVNÍKOVÁ a KOHOUTOVÁ. Geografické rozhledy. *Populační vývoj světa: Amerika* [online]. 2009, 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, č. 1 [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>>

- TSUI, Amy Ong.: *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: *United Nations Populations Fund*, [on-line]. 2013 [cit. 2014-04-02].
Dostupné z: <<https://www.unfpa.org/pds/trends.htm>>
- VESELÁ, Jana.: *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/reproductivehealth/topics/family_planning/hc_hiv/en/>
- Worldometeres: *real time world statistics*. In: [online]. 2014 [cit. 2014-05-05]
Dostupné z: <<http://www.worldometers.info/world-population/>>

Seznam obrázků, tabulek, grafů

Obrázek 1: Grafy věkových pyramid	14
Tabulka 1: Vývoj počtu obyvatel od dosažení první miliardy	15
Graf 1: Světová populace podle kontinentů	12
Graf 2: Regionální rozdíly v užívání antikoncepčních metod.....	23
Graf 3: Důvody žen k odmítnutí antikoncepce v procentuálním zastoupení	25
Graf 4: Neuspokojená potřeba plánování rodiny versus míra užívání antikoncepce	32
Graf 5: Růst africké populace v čase.....	44
Graf 6: Srovnání populačního růstu Číny a Indie	50
Graf 7: Podíl mladého obyvatelstva ve věkové struktuře Latinské Ameriky a Karibiku	51