

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie
Studijní obor: Demografie se sociologií



Tereza Hrabcová

Plánované rodičovství v zemích Visegrádské skupiny
Planned parenthood in Visegrad Group countries

Bakalářská práce

Vedoucí práce: RNDr. Luděk Šídlo, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 3.5.2021

.....

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce RNDr. Luděkovi Šídlovi, Ph.D. za jeho cenné rady, komentáře a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat svému partnerovi, rodině a kamarádům za jejich podporu při studiu a při psaní této práce.

Plánované rodičovství v zemích Visegrádské skupiny

Abstrakt

Hlavním cílem této práce je charakterizovat měnící se přístup k plánovanému rodičovství jednotlivých zemí Visegrádské skupiny od 50. let 20. století až do současnosti a následně jej mezi sebou porovnat. Teoretická část je zaměřena na faktory, které v tomto období u studovaných zemí měly zásadní vliv jak na formování rodiny, tak také na načasování rození dětí. Analytická část se věnuje popisu vývoje demografických ukazatelů plodnosti, umělé potratovosti a odhadovanému vývoji používání antikoncepce na základě provedených šetření. Z analýzy vyplývá, že v období socialismu byl přístup k plánovanému rodičovství v zemích podobný, ale od počátku 90. let se začal více diferenciovat. Největší rozdíly od ostatních zemí byly zaznamenány v Polsku, zřejmě vlivem katolické církve.

Klíčová slova: plánované rodičovství, Visegrádská skupina, Česko, Slovensko, Maďarsko, Polsko, plodnost, umělé přerušování těhotenství, antikoncepce

Planned parenthood in Visegrad Group countries

Abstract

The main goal of this thesis is to characterise the changing approach to family planning in individual Visegrad Group countries from the 1950s to the present and then compare them to each other. The theoretical part focuses on factors that had major influence on both the formation of families and the time of having children in the countries studied. The analytical part deals with the development of demographic indicators of fertility, abortion and the estimated development of contraceptive use based on the surveys carried out. The analysis shows that during the socialist era, the approach about family planning was similar in the countries, but from the early 1990s it began to differentiate more. The biggest differences from other countries were recorded in Poland, probably due to the Catholic Church.

Keywords: planned parenthood, Visegrad Group, Czechia, Slovakia, Hungary, Poland, fertility, induced abortion, contraception

Počet znaků: 99 727

Obsah

SEZNAM OBRÁZKŮ	6
SEZNAM TABULEK	8
1 Úvod	9
2 Vybrané faktory ovlivňující plánované rodičovství v zemích Visegrádské skupiny	11
2.1 Vnější faktory	11
2.1.1 Populační a rodinná politika.....	11
2.1.2 Vývoj interrupční legislativy.....	16
2.1.3 Dostupnost antikoncepce.....	19
2.2 Vnitřní faktory	21
2.2.1 Náboženství.....	21
2.2.2 Seberealizace.....	22
2.2.3 Postoje k rodině.....	25
2.1.4 Postoje společnosti k interrupci.....	27
3 Data a metodologie	30
3.1 Zdroje dat	30
3.2 Použité demografické ukazatele	31
4 Analýza plodnosti	32
4.1 Úhrnná plodnost	32
4.2 Další ukazatele plodnosti.....	40
5 Analýza umělé potratovosti	45
6 Analýza používání antikoncepce	56
7 Závěr	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ DAT	73
PŘÍLOHY	75

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Počet živě narozených dětí a úhrnná plodnost, Česko, 1950–2019	33
Obr. 2: Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Česko, 1950–2019.....	34
Obr. 3: Počet živě narozených a úhrnná plodnost, Slovensko, 1950–2019	35
Obr. 4: Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Slovensko, 1950–2019	35
Obr. 5: Počet živě narozených dětí a úhrnná plodnost, Maďarsko, 1950–2019	37
Obr. 6: Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Maďarsko, 1952–2019	37
Obr. 7: Počet živě narozených dětí a úhrnná plodnost, Polsko, 1950–2019	38
Obr. 8: Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Polsko, 1971–2019.....	39
Obr. 9: Úhrnná plodnost ve vybraných zemích, 1950–2019	40
Obr. 10: Průměrný věk matky při porodu ve vybraných zemích, 1950–2019	41
Obr. 11: Průměrný věk matky při porodu 1. dítěte ve vybraných zemích, 1950–2019	42
Obr. 12: Konečná plodnost ve vybraných zemích, 1950–1978	43
Obr. 13: Podíl živě narozených v manželství ve vybraných zemích, 1960–2019.....	44
Obr. 14: Počet UPT, Česko, 1958–2019	46
Obr. 15: Index umělé potratovosti a úhrnná plodnost, Česko, 1958–2019.....	46
Obr. 16: Podíl UPT podle počtu živě narozených dětí, Česko, 1980–2019.....	47
Obr. 17: Počet UPT, Slovensko, 1958–2019	48
Obr. 18: Index umělé potratovosti a úhrnné plodnosti, Slovensko, 1958–2019	49
Obr. 19: Podíl UPT podle počtu živě narozených dětí, Slovensko, 1980–2019	49
Obr. 20: Počet UPT, Maďarsko, 1957–2019	50
Obr. 21: Index umělé potratovosti a úhrnné plodnosti, Maďarsko, 1957–2019	51
Obr. 22: Podíl UPT podle počtu živě narozených dětí, Maďarsko, 1975–2019	52
Obr. 23: Počet UPT, Polsko, 1957–2019	53
Obr. 24: Index umělé potratovosti a úhrnná plodnost, Polsko, 1957–2019	54
Obr. 25: Index umělé potratovosti ve vybraných zemích, 1957–2019	55
Obr. 26: Počet žen používající antikoncepci, Česko, 1990–2020.....	57
Obr. 27: Počet žen používající antikoncepci, Slovensko, 1990–2020	58

Obr. 28: Počet žen používající antikoncepci, Maďarsko, 1990–2020	59
Obr. 29: Počet žen používající antikoncepci, Polsko, 1990–2020	61
Obr. 30: Počet žen používající antikoncepci ve vybraných zemích, 1990–2020.....	62

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Ženy používající některý druh antikoncepce, Česko	57
Tab. 2: Ženy používající některý druh antikoncepce, Slovensko.....	59
Tab. 3: Ženy používající některý druh antikoncepce, Maďarsko.....	60
Tab. 4: Ženy používající některý druh antikoncepce, Polsko	61

Kapitola 1

Úvod

Plánované rodičovství je definováno jako „schopnost jednotlivců a párů předjímat a dosáhnout požadovaný počet dětí, určit si rozestup mezi dětmi a také načasovat jejich narození“ (WHO, 2001, s. 6). V současnosti je ve vyspělých zemích tento přístup k zakládání rodiny či jejímu rozšiřování považován za základní lidské právo a jeho hlavním cílem je, aby se rodily pouze takové děti, které jsou opravdu chtěné. K dosažení takovéto regulace plodnosti je důležité dostatečné vzdělávání v oblasti reprodukčního zdraví a zejména používání spolehlivých antikoncepčních metod. Přístup k plánovanému rodičovství se měnil v čase, a to zejména kvůli rozšiřování možností a metod regulace plodnosti a také na základě měnících se kulturních či socioekonomických podmínek.

Tato práce se věnuje plánovanému rodičovství v zemích Visegrádské skupiny nebo také Visegrádské čtyřky (V4), jejíž součástí jsou čtyři státy ze střední Evropy, a to: Česko, Slovensko, Maďarsko a Polsko. Toto uskupení států vzniklo v roce 1991 po ukončení komunistických režimů v jednotlivých zemích za účelem navázání blízké spolupráce, která měla vést k rychlejšímu začlenění do západní Evropy. Tyto státy mají mnohé společné, zejména však že se jedná o bývalé země Východního bloku, které si v 90. letech prošly demokratizací a ekonomickou i společenskou transformací.

Hlavním cílem bakalářské práce je charakterizovat v období od 50. let 20. století až do současnosti přístup sledovaných zemí k plánovanému rodičovství a také obecně k formování a načasování rodiny na základě dostupných dat. Dále si tato práce klade za cíl srovnat tyto země a určit, jak výrazný vliv na tento přístup mají nebo měly vybrané faktory. Období od 50. let do současnosti bylo vybráno z důvodu, že v průběhu tohoto časového úseku došlo k mnohým zásadním událostem. Především však z pohledu plánování rodičovství k legalizaci umělého přerušování těhotenství a k dostupnosti nových antikoncepčních metod, které poskytovaly nové možnosti, jak se chránit před nechtěným otěhotněním.

Rovněž si práce dává za cíl nalézt odpovědi na tyto výzkumné otázky:

- *V čem se liší postoj k plánovanému rodičovství a k formování rodiny v socialismu a po něm?*
- *Jak se liší přístup k plánovanému rodičovství na základě religiozity obyvatelstva?*

Celá práce je rozdělena do sedmi kapitol. První kapitolou je úvod, na který hned navazuje teoretická část, což je kapitola druhá. Ta se věnuje zmíněným vybraným faktorům, které ovlivňují

plánované rodičovství, tyto jsou dále rozděleny na vnější a vnitřní. Mezi vnější faktory je zařazena populační a rodinná politika, interrupční legislativa a dostupnost moderních forem antikoncepce. Vybranými vnitřními faktory jsou náboženství, seberealizace žen a postoje společnosti k rodině a k interrupcím, na základě výběrových šetření.

Do analytické části již patří třetí kapitola, ve které jsou popsány zdroje dat a použité metodologie. Následující tři kapitoly se věnují analýze plodnosti, umělé potratovosti a používání antikoncepce. Pro popis vývoje plodnosti byly použity ukazatele: úhrnná plodnost, průměrný věk ženy při porodu, konečná plodnost a manželská plodnost. Analýza indukovaných potratů zahrnuje index umělé potratovosti a počet interrupcí podle počtu narozených dětí. K popisu vývoje používání antikoncepce byly použity odhadované časové řady od United Nations a data z různých šetření, které se touto problematikou zabývaly. Poslední sedmou kapitolou je závěr, ve kterém jsou shrnuty výsledky práce.

Kapitola 2

Vybrané faktory ovlivňující plánované rodičovství v zemích Visegrádské skupiny

Faktorů, které mají vliv na plánované rodičovství, je celá řada, ale pro tuto práci jsou vybrány zejména takové, které mají největší dopad na studovanou problematiku. Dále jsou v této kapitole vybrané faktory rozděleny na vnější a vnitřní.

2.1 Vnější faktory

Mezi vnější faktory jsou vybrány politicko-ekonomická situace, populační a rodinná politika, interrupční legislativa a dostupnost moderní antikoncepce.

2.1.1 Populační a rodinná politika

Rozdíl mezi populační a rodinnou politikou není tak zřejmý. Populační politika je často spojována s totalitárními režimy a má za cíl ovlivnit populační vývoj (Kocourková, 2009). Použité nástroje populační politiky mohou mít jak charakter pronatalitní, tedy snaha zvýšit porodnost, tak také méně častý protinatalitní, při kterém dochází k přijímání takových opatření, které mají porodnost snížit. Rodinná politika se také často zaměřuje za sociální a Kocourková (2009, s. 228) ji definuje jako „komplexní systém podpory rodiny“, která v širším pojetí „stírá hranice s ostatními politikami, jako jsou politika zaměstnanosti, rovných příležitostí apod.“ S populační (pronatalitní) politikou má společné, že se obě snaží vytvořit vhodné podmínky pro rození dětí a fungování rodiny.

Jak již bylo zmíněno rodinná politika zahrnuje široké spektrum různých opatření, ale tato kapitola se bude především věnovat těm, které mají významnější vliv na reprodukční chování, jako jsou například délka mateřské a rodičovské dovolené, příspěvky na děti nebo dostupnost předškolních zařízení.

Československo

Na počátku 50. let začal utíchat poválečný babyboom, který neměl tak dlouhé a silné trvání jako v ostatních zemích vlivem odlišného populačního vývoje během druhé světové války. Zároveň se do reprodukčního věku dostávaly početně slabší generace z dob velké hospodářské krize. Měnová

reforma z roku 1953 a zvyšování životních nákladů se dotklo hlavně rodin s dětmi, což podle Kučery (1968) mělo významný vliv na další populační vývoj. Také kvůli špatné finanční situaci rodin se začal výrazně zvyšovat podíl zaměstnaných žen, na což ale nebyly připraveny předškolní zařízení a kapacity dětských jeslí i školek byly nedostatečné. Současně se také čím dál více zhoršovala situace s nedostatkem bytů. Všechny tyto faktory se více či méně podílely na postupném snižování porodnosti v průběhu 50. let.

V roce 1962 byl přijat návrh na prodloužení placené mateřské dovolené, snížení hranice důchodového věku podle počtu narozených dětí, slevy na nájem také podle počtu dětí, navýšení kapacit jeslí a školek a zajištění školního stravování dětem zaměstnaných žen. Po tomto sjezdu se v období let 1963–1965 skokově zvýšil počet narozených dětí, to však podle Rychtařikové (2008) byla pouze reakce na přijaté návrhy. Kvůli zhoršující se ekonomické situaci došlo k jejich realizaci jen částečně. Sleva na nájemném sice vícečetným rodinám trochu pomohla, ale nijak neřešila nedostatek bytů a ke zvyšování kapacit jeslí a mateřských školek sice došlo, ale mnohem pomaleji, než se očekávalo (Kučera, 1968). V plné míře návrhu tak byla pouze prodloužena placená mateřská dovolená na 22 týdnů a upravena hranice důchodového věku u žen podle počtu dětí, což ovšem nezastavilo opětovné snižování porodnosti.

K realizaci dříve slíbených opatření začalo docházet až ke konci 60. let. V roce 1968 byla prodloužena placená mateřská dovolená na 26 týdnů, byly přijaty dávky v době mateřství i přídatky na děti a také se navýšila podpora při narození dítěte na 1000 Kčs. Další opatření byla přijata v roce 1971. Mezi ty nejpodstatnější přijaté návrhy patřilo zdvojnásobení podpory při narození dítěte, příspěvek v mateřství i pro ekonomicky neaktivní ženy a prodloužení pobírání mateřského příspěvku u dalšího dítěte na 2 roky (Rychtařiková, 2008). Dále se v roce 1973 výrazně zvedly přídatky na děti druhého a vyššího pořadí (čím vyšší pořadí dítěte o to vyšší částku se jednalo) a také začaly být státem poskytovány výhodné novomanželské půjčky, u kterých se narozením dítěte odepisovalo část dluhu. Souběžně s realizací zmíněných opatření se do reprodukčního věku dostaly početně silné válečné a poválečné generace, což mělo za následek výrazný růst plodnosti, který vrcholil v roce 1974. Od tohoto roku počet živě narozených dětí stále dosahoval vysokých hodnot, ale již začal mít pomalou sestupnou tendenci.

K opětovnému oživení porodnosti v průběhu 80. let nedošlo, a to i přesto, že v letech 1979, 1982 a 1984 byly navyšovány dávky na děti podle pořadí. Snižování porodnosti od počátku 80. let si částečně Koubek (1990) odůvodňuje také zvyšováním cen například za dětskou obuv či obecně cen za energie vlivem zhoršující se ekonomické situace v Československu.

Česko

Po politických událostech v roce 1989 se Česká republika přestala orientovat na opatření, která měla za cíl ovlivnit reprodukční vývoj v zemi, a zaměřila se spíše na finanční pomoc nízkopříjmovým rodinám. V první polovině 90. let se zrušily dávky odvozené podle pořadí dětí a nově na ně měly nárok jen rodiny s nižším příjmem. V roce 1995 byla prodloužena rodičovská dovolená na 4 roky a současně byl snížen počet zařízení pro péči o předškolní děti, které byly podporovány státem, tudíž ženy neměly příliš na výběr a musely zůstat s dětmi doma (Kocourková, 2009). Ke konci 90. let nadále výrazně klesala porodnost, proto byly reakcí na tento

vývoj navýšeny dávky při narození dítěte a taktéž byla navýšena hranice částky, kterou bylo možné si přivydělat při rodičovské dovolené.

K dalším významnějším změnám došlo v roce 2004, kdy byl zvýšen rodičovský příspěvek a taktéž byla zrušena hranice přivýdělku během rodičovské dovolené, což podle Kocourkové (2009) mělo za cíl, jak zlepšit finanční situaci rodin, tak pomoci pečujícím rodičům neztratit kontakt se zaměstnáním. V období let 2006 až 2008 bylo přijato několik opatření: porodné bylo navýšeno a poté v roce 2008 znovu sníženo z částky 17,5 tisíce na 13,0 tisíc, rodičovský příspěvek nově odpovídal 40 % předchozího průměrného výdělku rodiče, dítě starší 3 let mohlo navštěvovat mateřskou školku na 4 hodiny denně bez ztráty rodičovského příspěvku, což platilo jen do roku 2008, od kterého se rodičovský příspěvek pobíral jen do 3 let dítěte.

Od roku 2011 mohly žádat o porodné jen prvorodičky s nízkými rodinnými příjmy a od roku 2015 i v případě druhého narozeného dítěte. Jedná se o částku 13 tisíc korun v při narození prvního dítěte a u druhého je to 10 tisíc korun. V roce 2012 byl rodičovský příspěvek jednotně zaveden na 220 tisíc korun, který se během rodičovské dovolené může čerpat až do 4 let dítěte. Tato možnost větší flexibility při pobírání rodičovského příspěvku má za cíl pomoci rodičům si snáze naplánovat dřívější návrat do zaměstnání (Šťastná, 2019). V průběhu let došlo k dílčím změnám při čerpání tohoto příspěvku a v roce 2020 byla částka navýšena na 300 tisíc korun. Zároveň v tomto roce bylo při rodičovské dovolené umožněno dítěti mladšímu 2 let navštěvovat dětské zařízení na 92 hodin měsíčně.

Slovensko

Na Slovensku po pádu komunismu a následně po rozdělení Československa taktéž došlo k přeorientování se z opatření propopulačního charakteru na opatření, které měly rodičům pomoci hlavně s rodinným rozpočtem. Kocourková (2002) uvádí, že v průběhu 90. let šlo především o tento typ pomoci než o snahu lépe skloubit péči o malé dítě se zaměstnáním. Tak jako v Česku i na Slovensku od roku 1994 byly přídavky na děti určeny pouze pro rodiny s nižšími příjmy. V průběhu 90. let hodnota všech klasických dávek jako je porodné, mateřský i rodičovský příspěvek v čase rostla a k významnějším změnám při jejich čerpání došlo až po přelomu tisíciletí.

Od roku 2003 plnou hodnotu mateřského či rodičovského příspěvku získali jen nepracující rodiče a pracující měli nárok jen na část tohoto příspěvku. V roce 2004 již měli nárok na přídavky na děti všichni, ale jednalo se o velmi nízkou částku. Porodné v roce 2007 činilo 4560 Sk a zároveň k němu byl příplatek ve výši 1100 Sk. V roce 2009 došlo k dalším významným změnám. Byla vyplácena nová sociální dávka s názvem příspěvek na péči o dítě, která podle Šprochy (2019) měla pomoci rodičům, který se stará o malé dítě, s aspoň částečným návratem do zaměstnání. Rodič pro získání tohoto příspěvku musel doložit výši nákladů spojených s péčí o dítě mladší 3 let a ty mu byly proplaceny, avšak maximálně bylo možné proplatit suma, která byla ve výši rodičovského příspěvku. Ovšem ve stejném roce byl rodičovský příspěvek vyplácen jen nepracujícím rodičům, tudíž si rodiče ve výsledku museli vybrat mezi péčí o dítě a prací. O dva roky později již znovu mohli pobírat příspěvek jak nepracující, tak i pracující rodiče ve výši 190 euro a zároveň také příspěvek na péči o dítě až 230 euro.

Porodné a příplatek k porodnému byl v roce 2014 sloučen a od roku 2019 je jeho výše u dětí narozených v 1–3. pořadí 830 euro a u vyššího pořadí 151 euro. Poslední nejaktuálnější úprava

z roku 2020 je navýšení rodičovského příspěvku, který se zvedl z 221 euro měsíčně až na hodnotu 370 euro.

Maďarsko

Poválečná kompenzace porodnosti v Maďarsku nebyla tak výrazná jako v jiných zemích (Spéder, 2016), proto byla v roce 1950 přijata pronatalitní opatření. Všechny těhotné ženy musely být zaevidovány, s čímž souviselo tvrdé trestání ilegálních interrupcí, byla zdaněna bezdětnost a také byla zavedena placená mateřská dovolená 3 měsíce před porodem a 6 měsíců po něm. Tato opatření ukončilo Maďarské povstání proti komunistické diktatuře v roce 1956.

Po babyboomu v 50. letech začala porodnost výrazně klesat a úhrnná plodnost na počátku 60. let dokonce spadla na až pod hranici prosté reprodukce, což se stalo mezi evropskými zeměmi poprvé (Spéder, 2016). K tak výraznému poklesu došlo podle Spédéra (2016) z důvodu vysokého počtu zaměstnaných žen a zároveň kvůli nízkému počtu předškolních zařízení. Ta se pomalu rozšiřovala, ale aby byl rychleji snížen tlak na kapacitu jeslí a školek, byla v roce 1967 prodloužena mateřská dovolená na 2,5 roku, která byla poměrně štědře placená. Jednalo se tedy o jakousi formu současné rodičovské dovolené, což podle Kocourkové (2002) byl tehdy progresivní krok v zemích střední Evropy.

V roce 1973 byl přijat populační program, který měl za cíl pozvednout plodnost nad prostou reprodukci a zpomalit populační stárnutí (Spéder, 2016). Přídatky na děti byly výrazně navýšeny hlavně na děti druhého pořadí a nově se vyplácely i rodinám s jedním dítětem. Porodné se zvýšilo z 1100 forintů v roce 1972 na 2500 forintů (McIntyre, 1975). Navýšila se také mateřská dovolená a rodinám s 3 a více dětmi bylo pronajímáno státní bydlení za velmi nízký nájem. Tak jako v Československu tak i v Maďarsku se souběžně s novými opatřeními dostaly do reprodukčního věku silně početné ročníky z 50. let, tudíž došlo opět k výraznému skoku plodnosti maďarských žen.

V průběhu 80. let se zhoršila ekonomická situace (Spéder a Kamarás, 2008) a také nadále klesala porodnost. Krátkodobě se jí povedlo oživit zavedením nové dávky v roce 1984, což byl rodičovský příspěvek, který se odvozoval od předchozího příjmu ženy. Výše příspěvku byla až 75 % průměrného výdělku a nově byla zavedena daňová úleva pro více početné rodiny (Spéder, 2016).

I přes pád komunismus je do první polovina 90. let státní podpora rodin nadále stejná (Kocourková, 2002). Došlo pouze k rozšíření placené mateřské na nezaměstnané ženy a také mohly daňové úlevy pobírat i rodiny s 1 či 2 dětmi. Změna nastala v roce 1996, kdy byl přijat úsporný balíček, který se dotkl hlavně příspěvků určených pro rodiny. Nově o ně mohly žádat jen rodiny s nízkým příjmem.

Od roku 1999 znovu mohly o příspěvky na péči o dítě žádat všechny rodiny a v roce 2000 byl mateřský příspěvek vyměřen na 70 % předchozího výdělku (Kocourková, 2002), což platí dodnes. Příspěvky na péči o dítě byly přijaty dva. Jeden je ve formě rodičovského příspěvku, který je možno pobírat do 3 let dítěte a od roku 2008 se rovná vyměřenému minimálnímu starobnímu důchodu. Druhý je určen pro rodiče, který je doma s 3 a více nezletilými dětmi a také se rovná jednomu minimálnímu starobnímu důchodu, přičemž je umožněno při jeho pobírání pracovat. V současnosti je povoleno odpracovat maximálně 30 hodin týdně a neomezeně, pokud se jedná

o práci z domova. Taktéž bylo zavedeno porodné, které se v roce 2002 rovnalo 150 % minimálního starobního důchodu a od roku 2003 až do současnosti je to u jednoho dítěte 225 % a u vícero dětí 300 %. Kvůli světové hospodářské krizi byla v roce 2009 zkrácena placená rodičovská dovolená na 2 roky (Spéder, 2016), ale následující roky poté byla opět prodloužena na původní 3 roky. Od roku 2019 jsou zavedeny státem dotované novomanželské půjčky až do výše 10 milionů forintů. V případě, že se manželům narodí dvě děti, bude prominuto z této půjčky třetina a pokud tři tak celá částka.

Polsko

Poválečný babyboom v Polsku byl velmi silný a dlouhý, což bylo ještě v první polovině 50. let vnímáno pozitivně, neboť nadále docházelo ke kompenzaci vysokých válečných ztrát. Avšak od poloviny 50. let bylo jasné, že takto vysoké přírůstky budou mít dopad na ekonomiku. Obavy byly ze zvyšování nezaměstnanosti, z nedostatečně rozvinutých služeb nebo ze špatné bytové situace, proto byly přijaty opatření protinatalitního charakteru (Kuzma-Markowska, 2020). V tomto období byla zlegalizována interrupce ze sociálních důvodů a bylo podporováno používání antikoncepce.

Od 60. let začala porodnost pomalu klesat, ale nadále byl výrazný nedostatek bytů a zároveň začala být produktivita zemědělství nedostatečná pro tak rychle rostoucí populaci (Kuzma-Markowska, 2020). Na přelomu 60 a 70. let již klesla porodnost natolik, že bylo přijato několik opatření. První změna nastala v roce 1968, kdy se zavedla roční neplacená rodičovská dovolená a od roku 1972 byla prodloužena do 3 let dítěte. V tomto roce došlo také k prodloužení placené mateřské dovolené na 16 týdnů u 1. dítěte a na 18 týdnů u vyššího pořadí dětí. Mateřský příspěvek se rovnal 100 % předchozího průměrného výdělku. Od roku 1974 bylo možné pobírat rodinný příspěvek, který byl určen pro zaměstnané rodiče a jeho hodnota se zvyšovala počtem dětí. Také bylo zavedeno porodné, které rodina mohla získat, pokud byl aspoň jeden z rodičů zaměstnaný a jednalo se o trojnásobek rodinného příspěvku. V roce 1978 bylo zavedeno porodné pro všechny, ale protože docházelo k dvojímu pobírání těchto příspěvků byla tato dávka v roce 1988 zrušena (Fratczak a kol., 2007).

Vývoj porodnosti před rokem 1989 výrazně ovlivnil přijaté populační opatření, které byly oproti Československu a v Maďarsku podle Kocourkové (2002) mnohem méně štedré, což se promítlo i do dalších let. V roce 1990 se nově porodné rovnalo dvojnásobku rodinného příspěvku. Od roku 1994 pobírají rodinný příspěvek jen rodiny s nižšími příjmy, proto se výše porodného od roku 1995 odvíjela od průměrné měsíční mzdy, který se rovnal 15 % této částky a o čtyři roky později 20 %. Od roku 1999 se zvýšila placená mateřská dovolená na 26 týdnů, ale v roce 2001 se opět snížila v případě 1. dítěte na 16 týdnů a u dítěte vyššího pořadí na 18 týdnů. K dalším významným změnám došlo v roce 2006, kdy začalo být vypláceno porodné 1000 zlotých všem rodičkám a byla prodloužena placená mateřská dovolená o dva týdny.

Kotowska a Magda (2017) říkají, že polský stát před rokem 2008 téměř vůbec nereagoval na přetrvávající velmi nízkou porodnost, ale od tohoto roku došlo ke snaze sladit placenou mateřskou dovolenou s prací. K stávajícím mateřské dovolené bylo možné prodloužení ještě o 6 týdnů, které byly nadále hrazeny 100 % předchozího výdělku a zároveň mohla žena při pobírání příspěvku

pracovat. Od roku 2013 na porodné mají nárok jen rodiny s nižšími příjmy a nově byla zavedena placená rodičovská dovolená na 26 týdnů, jejichž příspěvek činí 80 % dřívějšího výdělku.

V roce 2016 došlo hned k několika důležitým změnám. Sloučila se prodloužená mateřská dovolená s rodičovskou dovolenou, která nyní trvá 32 týdnů. Nově ženy, které dříve neměly nárok na mateřský příspěvek, pobírají po dobu jednoho roku 1000 zlotých měsíčně. Zároveň v roce 2016 byl přijat program Family 500+, který má za cíl podpořit porodnost hlavně dětí vyššího pořadí a zlepšit finanční situaci rodin (Kotowska a Magda, 2017). Rodiče s dvěma a více dětmi dostávají za každé dítě 500 zlotých měsíčně až do 18 let dítěte. Výjimka je u rodin s nízkými příjmy, které mají nárok na příspěvek už při jednom dítěti.

2.1.2 Vývoj interrupční legislativy

V této kapitole je popisován vývoj legislativy o interrupcích za jednotlivé země Visegrádské skupiny. Jednotlivé zákony se ve sledovaných zemích v čase zpříšňovaly anebo uvolňovaly, proto je nutné pro pochopení vývoje počtu uměle přerušovaných těhotenství znát také legislativní pozadí.

Československo

Umělé přerušování těhotenství ze sociálních důvodů začal v Československu povolovat zákon z roku 1957, který umožňoval interrupci provést ve zdravotnickém zařízení na žádost ženy, jejíž důvody prošetřil speciálně zřízená komise. Mezi oprávněné indikace, které interrupci povolovaly, patřily: závažné zdravotní potíže ženy, věk nad 40 let, 3 a více žijících dětí, ztráta manžela nebo jeho závažné zdravotní problémy, potíže s financemi či s bydlením, problémy v manželství, špatná situace neprovdané ženy nebo těhotenství způsobené trestným činem (Dudová, 2012).

Hlavním důvodem přijetím tohoto zákona byla snaha ochránit reprodukční zdraví žen, které ohrožovaly nelegálně prováděné interrupce. Wagnerová (2017, s. 159) zmiňuje, že legalizaci interrupcí „nebylo provázáno nadšením“, ale bylo bráno „jen jako menší zlo ve srovnání s nekontrolovanými ilegálními potraty“. Odborníci si však byli vědomi, že ani interrupce v nemocničním prostředí nejsou naprosto bezpečné, což byl také jeden z důvodů, proč nebyly zcela liberalizovány (Dudová, 2012).

V následujících letech byl tento zákon několikrát upravován. Zejména složení komise bylo často měněno, ale po celé období její činnosti byl podíl pozitivně rozhodnutých žádostí okolo 90 % (Wagnerová, 2017). K významnější změně došlo v roce 1961, kdy došlo k přísnějšímu hodnocení žádostí u žen, které ještě nerodily. V průběhu let 1962–1964 byl stanoven poplatek za interrupci v rozmezí 200 až 800 Kčs. Jednalo se o poměrně vysokou částku, neboť v roce 1965 podle ČSÚ (2019) byla průměrná mzda 1453 Kčs. Taktéž od roku 1962 žena musela podat žádost o ukončení těhotenství v nemocnici v místě trvalého bydliště. Tato změna podle Dudové (2012) měla ohlídat dodržování intervalu mezi jednotlivými zákroky. V roce 1973 došlo k změně interpretace, která interrupci nově označovala jako ohrožování ženského zdraví. Poslední změna tohoto zákona se týkala opět délky intervalu mezi podstoupenými interrupcemi. V roce 1980 se již nemusel striktně dodržovat 12měsíční interval zejména u žen, které již měly 3 a více dětí a selhalo jim nitroděložní tělísko.

Zákon z roku 1986 již interrupci plně liberalizoval a začal platit 1. července 1987. Tento zákon interrupci povoluje na základě písemné žádosti ženy a za podmínky, že je těhotenství kratší

než 12 týdnů. V případě těhotenství delšího než 12 týdnů lze interrupci provést ze zdravotních důvodů ženy nebo pokud je plod vážně poškozený anebo je neschopen života. Dudová (2012) se domnívá, že k vzniku nového zákona došlo hlavně díky rozšíření metody miniinterrupce, která je méně invazivní a bezpečnější než předchozí metody.

I po rozpadu Československa je zákon z roku 1986 nadále platný jak na území České republiky, tak také na Slovensku. V obou zemích pouze došlo v 90. letech k zpoplatnění zákroku, pokud žena není ohrožena na životě. Cena interrupce se v současnosti pohybuje okolo 5 tisíc v Česku (Tancerová, 2019) a na Slovensku v rozmezí 250 až 350 euro, což činí 6500 až 9000 korun (Kajanovičové, 2017).

Maďarsko

Roku 1956 byl přijat zákon, který povoloval interrupce jak ze zdravotních důvodů, tak i z rodinných či sociálních. Zárok musel být před provedením schválen komisí a po vzoru Sovětského svazu byl plně hrazen státem (Kamarás, 1999). Samotná interrupce byla interpretována jako osobní rozhodnutí (Szalai, 1988). Takto k ní přistupovala i komise, která byla velmi benevolentní a velkou část žádostí rozhodla pozitivně, což mělo za následek, že v některých letech přesahovalo množství provedených interrupcí počet živě narozených dětí (Cigánek, 2010).

K zprísnění zákona došlo v roce 1973. Nově schválený zákon již definoval podmínky, na jejichž základě mohla žena požádat o interrupci, avšak samotné povolení či zamítnutí bylo na komisi. Svou žádost o ukončení těhotenství mohla žena kromě zdravotních rizik odůvodnit tím, že je svobodná, rozvedená či ovdovělá nebo že má 3 a více dětí nebo je starší 35 let anebo pokud má rodina problémy s financemi nebo s bydlením. Za těchto podmínek se zákrok prováděl do 12 týdnů těhotenství a nad tento limit se interrupce povolovala jen zřídka, a to pouze z vážných zdravotních důvodů. Dále komise mohla rozhodnout o tom, zda bude zákrok bezplatný nebo zda ho žena bude muset uhradit 10–18 % ze svého platu. Po zavedení těchto opatření se počet provedených interrupcí snížil téměř o polovinu, a to i přesto že komise ročně odmítla jen 7–9 % všech žádostí (Szalai, 1988).

Po pádu komunismu začala veřejná debata o interrupční legislativě a výsledkem byl zákon z roku 1992. Podle tohoto zákona může žena podat žádost o zákrok, pokud je její těhotenství kratší než 12 týdnů a nachází se v „krizové situaci“. Poté musí podstoupit konzultaci, která se týká např. možností adopce, příspěvků v době mateřství nebo metod antikoncepce, a následně počkat 72 hodin na provedení samotné interrupce. Po 12 týdnech je možné ukončit těhotenství pouze ze zdravotních důvodů nebo pokud je žena mladší 18 let. Hrazeny byly pouze zákroky ze zdravotních důvodů a v případě, kdy žena uvedla jako důvod „krizovou situaci“ musela zaplatit poplatek.

Následně se tento zákon dostal před ústavní soud kvůli snahám protiinterrupčních skupin, podle kterých zákon dostatečně nechránil nenarozený plod (Kutová, 2006). Na podnět soudu tak došlo v roce 2000 k novelizaci zákona z roku 1992, který změnil „krizovou situaci“ na „vážnou krizovou situaci“ a podle kterého žena musí před zákrokem absolvovat již dvě konzultace a po druhé schůzce opět musí počkat 72 hodin na zákrok.

Dle současného zákona jsou interrupce hrazeny, pokud jde o zákrok ze zdravotních důvodů, pokud jde o nezletilou dívku nebo pokud je těhotenství následkem trestného činu a v případě

jiných důvodů se cena v roce 2012 pohybovala okolo 2,5 tisíce korun dle tehdejšího kurzu (IPPF European Network, 2012).

Polsko

V roce 1956 byl přijat zákon, který povoloval interrupci kromě zdravotních důvodů také pokud se těhotná žena nacházela v životně obtížných podmínkách. Zákrok byl povolen do 12. týdne těhotenství a provést ho mohl mimo lékaře v nemocnici také gynekolog ve své ambulanci. Důvody žádosti o ukončení těhotenství prověřoval ošetřující lékař, ale v praxi se nejednalo o nijak výrazně omezující požadavek, neboť se těchto zákroků i přesto provádělo velké množství (Cigánek, 2010). O pár let později v roce 1959 byla tato podmínka zrušena a žádosti o interrupci odůvodněné špatnou sociální situací nebyly nijak dál prošetřovány.

Již před rokem 1989 se ze strany zejména katolické církve začaly objevovat snahy o zpřísnění interrupční legislativy a po pádu komunismu ještě zesílily. Prvním omezením dostupnosti interrupce bylo, že lékaři v roce 1991 přijali Kodex lékařské etiky, který jim zakazoval provést ukončení těhotenství z jiných než zdravotních důvodů nebo z důvodu otěhotnění následkem trestného činu.

Právě přístup lékařů k interrupcím měl významný vliv na přijetí zákona v roce 1993 (Nowicka, 2007), který již nepovoloval provést zákrok na základě špatné sociální situace. Tímto zákonem se výrazně snížil počet legálních interrupcí na úkor zvýšení těch nezákonných, které podle Nowické (2007) poté běžně prováděli gynekologové mimo veřejné nemocnice.

Následující roky byly v polském parlamentu projednávány dva návrhy, které se týkaly liberalizace interrupčního zákona. Druhý pokus byl již úspěšný a v roce 1996 byla parlamentem přijata úprava zákona, která začala platit v lednu 1997 a která povolovala interrupci i ze sociálních důvodů. Podle tohoto zákona musela žena před zákrokem podstoupit konzultaci s lékařem a po 3 dnech od konzultace mohlo dojít k interrupci. Přijetí liberálnějšího zákona se neobešlo bez odezvy a přezkoumával ho dokonce i ústavní soud, který shledal novou úpravu za protiústavní. Soud argumentoval tím, že nebyla dodržena dostatečná ochrana lidského života, a tak došlo ještě téhož roku v prosinci k zrušení této úpravy a znovu začal platit v plné míře zákon z roku 1993.

Po přelomu tisíciletí se hovořilo jak o opětovné liberalizaci, tak také došlo na návrhy, které měly interrupci zakázat úplně. Szelewá (2016) říká, že zásadní vliv na tyto debaty mělo také to, jakého názorového proudu byly strany, které zrovna stály v čele polské vlády. I přes všechny tyto snahy došlo ke změně zákona až v roce 2020, kdy opět došlo k přezkoumání zákona ústavním soudem, který rozhodl, že možnost interrupce v případě prokázání vážného postižení nebo poškození plodu je protiústavní. I přes velkou vlnu demonstrací, kterých se zúčastnilo až statisíce osob, bylo toto rozhodnutí v lednu 2021 přijato do sbírky zákonů a od této doby je možné podstoupit interrupci pouze pokud je žena ohrožena na životě nebo pokud otěhotněla následkem znásilnění či incestu a cenu zákroku hradí státní zdravotní systém.

Postupné zpřísnování interrupční legislativy od 90. let mělo za následek, že se začalo provádět velké množství nelegálních zákroků. Nejběžnějším způsobem, jak žena může podstoupit nelegální interrupci, je na klinikách u soukromých gynekologů, kteří za tento zákrok požadují vysoký poplatek. Podle IPPF European Network (2012) se cena nelegální interrupce v roce 2012 podle tehdejšího kurzu pohybovala od 12 až po 30 tisíc korun. Další běžně praktikovanou

možností je tzn. potratová turistika, kdy ženy cestují kvůli interrupci do zemí, kde je interrupční legislativa liberálnější. V případě polských žen jsou nejčastějším cílem země jako Rakousko, Česko, Nizozemsko nebo Litva (UN, 2002). Odhadované počty ilegálních interrupcí se velmi liší. V roce 1996 se předpokládalo, že se jedná zhruba o 50 tisíc zákroků ročně (UN, 2002), ale v současnosti se již odhadují vyšší hodnoty. Hussein (2018) uvádí, že jde o 50 až 200 tisíc interrupcí ročně a dle různých organizací, které se zabývají touto problematikou, jde okolo 100 tisíc zákroků ročně (Zuk a Zuk, 2017).

2.1.3 Dostupnost antikoncepce

V této podkapitole je popsán vývoj dostupnosti moderních forem antikoncepce od 50. let minulého století až do současnosti.

Československo

V 50. letech se většina párů chránila před nechtěným otěhotněním pomocí tradičních metod jako jsou přerušovaná soulož nebo kondomy (Srb a kol., 1961b). V roce 1957 byla v Československu zřízena první těhotenská poradna, která však byla určena pouze pro ženy, kterým nebylo těhotenství doporučováno ze zdravotních důvodů a odkazovány byly především na používání kondomů a pesarů (Wagnerová, 2017), které byly v té době jedinou spolehlivější formou antikoncepce.

Moderní formy antikoncepce začaly být dostupné od poloviny 60. let. Jednalo se o hormonální antikoncepci Antigest a o nitroděložní tělísko DANA. K oběma formám přistupovala jak veřejnost, tak i lékaři s nedůvěrou, kvůli vedlejším účinkům a také spolehlivosti, proto byla předepisována pouze ženám s více dětmi a ostatním se doporučovalo opět používání kondomů a pesarů. Navíc výroba těchto druhů antikoncepce byla nedostatečná, kvůli špatné dostupnosti potřebných surovin ve východním bloku (Šprocha a kol., 2018). Wagnerová (2017) říká, že podle odhadů moderní antikoncepci v 70. letech používalo jen 3–5 % žen v reprodukčním věku.

I nadále v 80. letech převládal strach z používání moderních forem antikoncepce, a to i přesto že od roku 1986 byla bezplatná (Šprocha a kol., 2018). Změna nastala až v průběhu 90. let při přechodu na tržní systém, kdy začaly být dostupné kvalitnější moderní formy antikoncepce ze západu a ženy si k ní začaly budovat větší důvěru (Kocourková a Fait, 2011).

V současnosti je v Česku i na Slovensku možné využívat široké množství spolehlivých forem antikoncepce, avšak podle hodnocení EPF (2020) patří oba státy k jedněm z nejhorších v Evropě co se týče dostupnosti, a to především z důvodu, protože moderní formy antikoncepce nejsou hrazeny zdravotním pojištěním.

Maďarsko

Od roku 1967 začala být dostupná první hormonální antikoncepce s názvem Infecudin, která byla vyráběna v Maďarsku. Do té doby se páry spoléhaly hlavně na přerušovanou soulož, kondomy nebo na výpočet plodných dnů (Makay, 2015).

Počátkem 70. let již bylo možné používat i nitroděložní tělísko, které však bylo méně dostupné, protože bylo zaváděno pouze v nemocnicích, které v Maďarsku neměly dostatečné pokrytí (Makay, 2015). Od roku 1974 se začaly šířit poradny plánovaného rodičovství, které měly

zajistit větší informovanost a dostupnost nových forem moderní antikoncepce. Hlavním smyslem jejich zřízení, však bylo snížit počet interrupcí (Varsa, 2020). Zároveň od tohoto roku začala být hormonální antikoncepce zdarma pro ženy, které měly zdravotní pojištění. Také díky tomuto kroku zájem o tento typ antikoncepce rostl, ale nadále část žen měla obavy z vedlejších účinků. K dalšímu rozšíření používání hormonální antikoncepce došlo od počátku 90. let (Makay, 2015).

V hodnocení zemí EU, podle dostupnosti antikoncepce, se Maďarsko v současnosti umístilo na druhém nejhorším místě, zejména kvůli neproplácení moderních forem antikoncepce zdravotní pojišťovnou (EPF, 2020), také protože od roku 2015 přestala být v lékárnách volně prodejná nouzová antikoncepce, které je nyní pouze na předpis (ECEC, 2015).

Polsko

V Polsku bylo používání antikoncepce podporováno velmi brzo, kvůli rychlému populačnímu růstu. V roce 1957 byla založena organizace s názvem Společnost pro vědomé mateřství, která byla financována státem a která měla rozšířit metody plánovaného rodičovství mezi veřejnost (Ignaciuk, 2020), ale hlavním cílem byla snaha předejít co největšímu počtu interrupcí (Ignaciuk, 2014). Doporučováno bylo především používání kondomů a pesarů, ale výroba bývala často nedostatečná (Ignaciuk, 2020).

V průběhu 60. let došlo k zavedení nových metod antikoncepce. K dostání byly antikoncepční želé či houba nebo pěnící tablety a od roku 1969 také první nitroděložní tělísko Spiran, ale nadále byl problém s dostupností surovin na výrobu (Ignaciuk, 2020). Hormonální antikoncepce byla z počátku dovážena v omezeném množství z ciziny. První v Polsku vyrobenou byla v roce 1968 Polfa a o dva roky později Femigen, který byl z hormonálních antikoncepcí nejpoužívanější. Avšak většina žen, které antikoncepci používaly, raději volily jinou formu jako třeba spermicidy, neboť se bály vedlejších účinků a také kvůli názoru církve, která ji zakazovala. V 70. letech došlo ke snížení dostupnosti hormonální antikoncepce, protože se jednalo o součást přijatých pronatalitních opatření (Ignaciuk, 2014).

V roce 1993 byl přijat zákon, jehož součástí bylo zpřísnění interrupční legislativy, který zaručoval sexuální výchovu ve školách a také přístup k antikoncepčním metodám, ale v roce 1999 došlo ke zrušení této výuky. Také přístup k antikoncepci byl snížen, kvůli lékařům, kteří odmítají svým pacientkám předepsat moderní antikoncepci, na základě jejich víry. Lékaři mají na toto rozhodnutí právo díky lékařskému kodexu, ve kterém se nachází klauzule o svědomí, na kterou se můžou odvolat (Roszkowska, 2003).

Ani v současnosti se situace nezměnila. Karwowska (2019) z polských novin Wyborzca napsala, že nadále někteří lékaři odmítají předepisovat antikoncepci a také o ni informovat. Zároveň se na klauzuli o svědomí začali odvolávat i lékárníci a odmítají vydávat předepsanou antikoncepci, i přesto že na tento postup nemají ze zákona právo. I v případě Polska je od roku 2017 zakázán volný prodej nouzové antikoncepce (ECEC, 2021), což společně s předchozími zmíněnými skutečnostmi dělá z Polska podle EPF (2020) zemi s nejhůře dostupnou antikoncepcí v celé Evropě.

2.2 Vnitřní faktory

Tato podkapitola se zaměřuje na vnitřní činitele, které mají vliv na přístup k formování rodiny. Vybranými faktory, kterými se bude práce dále zabývat, jsou: náboženství, seberealizace žen a postoje společnosti k rodině a k interrupcím.

2.2.1 Náboženství

Náboženství hraje ve společnosti významnou roli. Tvoří kulturní normy a hodnoty, které ovlivňují veškeré sféry lidského života, tudíž se projevují také v rodinném chování (Nešporová, 2010). Vliv církve samotné v evropských populacích slábne, ale vzorce chování, které vycházejí z křesťanství a které jsou vnímány společností jako ty správné nadále přetrvávají.

V zemích Visegrádské čtyřky převažují věřící z římskokatolické církve, která má oproti například protestantům poměrně přísná stanoviska. Manželství je podle katolické víry posvátný svazek dvou lidí, jehož hlavním smyslem je reprodukce. Předmanželský pohlavní styk je zakázán, a i po uzavření sňatku má sloužit zejména k plození dětí, které jsou vnímány jako Boží dar. Co se týče regulace plodnosti jsou až na metodu plodných a neplodných dnů jakékoliv druhy antikoncepce nepřijatelné, naopak u protestantů jsou povoleny. S používáním antikoncepce souvisí také postoj k interrupci. Katolická nauka říká, že je nutné lidský život chránit již od početí, tudíž není umělý potrat přijatelný (Raizerová, 2007).

Jedna z hlavních myšlenek, z nichž komunismus vychází je ateismus, proto byla po nastolení komunistické moci v bývalých socialistických zemích církev pronásledována. Perzekuce církve a jejich představitelů měla v jednotlivých zemích odlišný charakter, avšak cíl byl stejný, a to odstranit vliv církve na společnost. Ke katolické víře se hlásilo po druhé světové válce v Polsku téměř celá populace a v Československu i v Maďarsku okolo 70 % osob (Šugarová, 2018). Znovu bylo možné se svobodně hlásit k náboženství až po roce 1989.

Další část oddílu se věnuje vývoji religiozity obyvatelstva od 90. let po současnost. Pro lepší srovnatelnost jsou použita data z výzkumů European Values Study (EVS), který se uskutečnil v letech 1991, 1999, 2008 a 2017. Mimo vývoje náboženského vyznání, které ne vždy koresponduje praktikováním v běžném životě, je pozornost zaměřena také na otázky týkající se důležitosti Boha v životě a také na četnost návštěv bohoslužeb.

Česko

V roce 1991 se hlásila více než třetina respondentů ke katolické církvi a 60 % osob uvedlo, že jsou bez vyznání. Podíl římskokatolických věřících v čase klesal a v roce 2017 jich byla už pouhá pětina, naopak vzrostl počet osob bez vyznání na 75 %. Oproti počtu věřících má v Česku četnost návštěv na náboženských obřadech poměrně trvalý charakter. Alespoň jednou týdně se účastní bohoslužby okolo 8 % osob, variantu pouze v případě svátků jako jsou Velikonoce či Vánoce označilo 13 % Čechů v roce 1991 a 11 % osob v roce 2017. Podíl odpovědí „prakticky nikdy“ vzrostl z 53 % v roce 1991 na 60 % v roce 2017. Na otázku: „Jak důležitý je Bůh ve vašem životě?“ v průběhu čtyř šetření vybrala na škále krajní odpověď „velmi důležitý“ vždy desetina respondentů. Druhou krajní variantu „vůbec není důležitý“ v roce 1991 označilo 47 % osob a v roce 1999 již jen 41 %, což se v dalších letech neměnilo.

Slovensko

Pouze na Slovensku počet katolických věřících do roku 2008 stoupal. V roce 1991 se za katolíky označilo 58 % respondentů, v roce 2008 již 70 %, ale o 9 let později došlo k poklesu na 64 %. Vývoj osob bez vyznání má opačný trend. V roce 1991 se takto označilo 28 % respondentů, v roce 2008 jen pětina a k roku 2017 došlo k růstu na čtvrtinu. Bohoslužeb se aspoň jednou týdně účastnila třetina osob v roce 1991, letech 1999 a 2008 okolo 40 % a v roce 2017 podíl respondentů klesl opět na třetinu. Ve všech sledovaných letech se církevních obřadů v období křesťanských svátků účastnilo okolo 14 % respondentů a téměř nikdy čtvrtina osob. V letech 1991–2008 byl Bůh velmi důležitý v životě třetiny respondentů a v roce 2017 už jen pro pětinu osob. Že pro ně není Bůh vůbec důležitý, odpověděla v roce 1991 pětina osob a v roce 2017 již jen 12 % respondentů.

Maďarsko

Počet katolíků od 90. let v maďarské společnosti pomalu klesá. Na počátku 90. let bylo 43 % respondentů katolického vyznání a v roce 2017 jen 35 %. V Maďarsku je poměrně vysoké a trvalé zastoupení protestantů, ke kterým se ve všech čtyřech výzkumech hlásilo více než desetina osob. Naopak osob bez vyznání stále roste (1991 – 42 %, 2017 – 54 %). Četnost účasti na bohoslužbách neprošla během let nijak výrazným vývojem. V roce 1991 se alespoň jednou týdně církevního obřadu účastnilo 14 % a v roce 2017 11 % osob. Okolo pětiny respondentů se v průběhu let účastnilo bohoslužby pouze v období Velikonoc či Vánoc a podíl osob, které na ní prakticky nikdy nebyly, stoupl z 32 % v roce 1991 na 41 % v roce 2017. V 90. letech odpověděla pětina respondentů, že je pro ně Bůh v životě jak velmi důležitý, tak i že pro ně vůbec důležitý není. Tento trend zrcadlových odpovědí následoval i v dalších letech, kdy v roce 2008 obě možnosti označilo necelých 17 % respondentů a v roce 2017 necelá pětina osob.

Polsko

Také v Polsku počet katolických věřících velmi mírně klesá a roste počet těch, kteří se nehlásí k žádné církvi. V roce 1991 bylo 94 % respondentů katolického vyznání a v roce 2017 jejich podíl poklesl na 89 %. Podíl osob bez vyznání od začátku 90. let stoupl ze 4 % na 9 % v roce 2017. I v případě frekvence účasti na bohoslužbách dochází k poklesu. V roce 1991 se aspoň jednou týdně účastnilo církevního obřadu 66 % respondentů a v roce 2017 už jen polovina. Na úkor pravidelných účastníků bohoslužeb roste počet osob, které se je navštěvují pouze v době důležitých křesťanských svátků (1991 – 6 %, 2017 – 16 %) nebo téměř nikdy (1991 – 4 %, 2017 – 9 %). Klesá také počet lidí, kteří vnímají Boha ve svém životě za velmi důležitého. V 90. letech těchto osob bylo přes více než polovina, poté došlo k roku 2008 k prudkému poklesu na 36 %, ale v roce 2017 podíl vzrostl na 42 % respondentů. Jen mírně stoupá počet osob, pro které Bůh není vůbec důležitý. V roce 1991 jich bylo 4 % a v roce 2017 necelá desetina.

2.2.2 Seberealizace

Hlavní myšlenkou socialismu je rovnost sociálních tříd a pohlaví. Z těchto důvodů se komunistické režimy v jednotlivých zemích snažily podporovat vzdělanost a zaměstnanost žen, což mělo vést k jejich větší emancipaci (Wagnerová, 2017). Díky finanční nezávislosti se tak ženy

mohly svobodněji rozhodovat o svém životě, ale nadále tato rozhodnutí byla poměrně přísně svázaná s tehdejšími společenskými normami. Situace se výrazně změnila až po pádu komunismu.

V průběhu 90. let došlo v bývalých socialistických zemích jak k ekonomické, tak i k společenské transformaci, která se projevovala větším důrazem na individualitu a seberealizaci jedince. Změna hodnotové orientace společnosti se odrazila také na rodinném chování mladé generace, které se projevilo zejména na výrazném snížení porodnosti, ale i jiných demografických procesů. Tento jev se často označuje jako druhý demografický přechod. (Rabušic, 2001)

Česko

Po nástupu komunismu v roce 1948, začaly být československé ženy vládní propagandou motivovány k zapojení se do pracovního procesu. Z více než třetiny tvořily ženy na území Česka pracovní sílu v roce 1946 a téměř z poloviny již v roce 1968. Avšak hlavním důvodem, proč došlo k takovému zvýšení počtu žen na pracovním trhu, byla snaha zlepšit finanční situaci rodin, která se zhoršila zejména po měnové reformě v roce 1953, a proto byly již v této době velmi běžné rodiny s dvěma příjmy (Zeman, 2018).

Zároveň se režim snažil zvýšit vzdělanost žen. Školství bylo bezplatné a dívky byly vedeny hlavně k vyššímu vzdělání v oblasti zdravotnictví, administrativy či pedagogiky. Změna struktury vzdělanosti žen byla poměrně rychlá. Polovina žen narozených v roce 1930 mělo pouze základní vzdělání, ale třetina generace z roku 1950 měla již maturitu a 16 % žen narozených v roce 1970 získalo vysokoškolské vzdělání. Reakcí na tento postupný trend byla také změna odvětví, ve kterých české ženy obvykle pracovaly. Dříve byly zaměstnány zejména v zemědělství a v průmyslu a postupným zvyšováním kvalifikace začaly pracovat převážně ve službách nebo ve zmíněné administrativě (Zeman, 2018).

K významným změnám v reprodukčním chování došlo v 90. letech. Před rokem 1989 bylo standardem, že sňatek páry uzavíraly velmi brzy a poté spolu měly dvě až tři děti, což bylo dle Rabušice (2001) jedno z mála rozhodnutí, které tehdy mohl mladý člověk svobodně udělat. Příchodem demokracie se společenské normy uvolňovaly a mladí lidé se začali realizovat i jinak. Nejvýznamnější změnou bylo odkládání rodičovství a také sňatků, které byly dříve s pořizováním dětí neodmyslitelně spjaté, do vyššího věku. Nejvyšší intenzita plodnosti se pomalu přesouvala z 20–24 let matky na 25–29 let a čím dál víc dětí se rodilo mimo manželství, s čímž souvisel také nárůst nesezdaných soužití (Rabušic, 2001).

Část českých demografů se domnívá, že za těmito změnami stojí druhá demografická revoluce a část je přesvědčena, že se jedná o reakci společnosti na nejistou ekonomickou situaci způsobenou zrychlenou transformací na volný trh (Rabušic, 2001). Podle Zemana (2018) tento vývoj byl ovlivněn také tím, že se v 90. letech do reprodukčního věku dostávaly ženy s čím dál vyšším vzděláním, které sňatek i porod odkládají kvůli vzdělání a poté následné kariéře.

Slovensko

Politické snahy zvýšit vzdělanost a zaměstnanost žen byly na Slovensku v době socialistického Československa pochopitelně totožné jako v Českých zemích, ale vývoj byl trochu odlišný. Již v roce 1948 tvořily slovenské ženy pracovní sílu ze 40 %. Okolo této hodnoty osciloval podíl

pracujících žen až do konce 60. let a od této doby se jejich počet začal zvyšovat až na necelých 50 % na počátku 80. let. Téměř všechny ekonomicky aktivní ženy na konci 40. let pracovaly v zemědělství (Čáp a Bondyová, 1985). Postupnou industrializací Slovenska a zvyšováním vzdělanosti, přestalo mít zemědělství takto majoritní postavení a ženy začaly pracovat převážně v průmyslu, zdravotnictví a školství.

Ač přes horší výchozí podmínky, byla snaha zvýšit vzdělanost žen na Slovensku úspěšnější než v Českých zemích. Kohorta narozených v roce 1930 má podle slovenského SLEDB z roku 2011 přes 60 % žen se základním vzděláním. U generace žen o dvacet let mladších měl tento typ vzdělání jen čtvrtinové zastoupení a již 35 % Slovenek získalo maturitu. Terciální vzdělání má 23 % žen narozených v roce 1970, což je o 5 procentních bodů více než u stejně starých mužů a zároveň se jedná o vyšší podíl než u stejné kohorty českých žen. (ŠÚSR, 2021)

Právě ženy narozené v 70. letech se dostaly do reprodukčního období po roce 1989 v době velkých společenských a ekonomických změn a jsou nositelkami nového demografického chování. Plodnost předchozích generací žen souviselo úzce se sňatkem, proto se téměř všechny děti rodily do manželství, zároveň svoji plodnost realizovaly velmi brzy a 85 % žen svou reprodukci ukončilo do 30 let (Potančoková, 2004). Část generace žen ze 70. let po pádu komunismu dala přednost studiu, kariéře či cestování před založením rodiny, a proto došlo k oddalování jak sňatku, tak i mateřství, což mělo za následek, že se porodnost v 90. letech výrazně snížila. Potančoková a kol. (2008) se domnívají, že díky odkladu mateřství dojde k výraznější diferenciaci realizovaného počtu dětí podle nejvyššího dokončeného vzdělání, s čímž souvisí snížení konečné plodnosti a zvýšení bezdětnosti. U kohort narozených v 70. letech by podle současných odhadů mělo dojít k růstu bezdětnosti až na 10 % (Šprocha a kol., 2017).

Maďarsko

Tak jako v případě Slovenska tak i v Maďarsku po druhé světové válce došlo k zrychlené industrializaci země, která si vyžadovala větší účast žen na pracovním trhu. Před nástupem komunismu většina žen pracovala v zemědělství, kde však často nebyly nijak finančně odměněny. Tato situace se změnila po větším zapojení žen v průmyslu a v jiných odvětvích zejména strojírenství a ve správě, ve kterých již mzdu dostávaly a staly se tak oficiálně zaměstnanými, což se projeвило na ukazatelích zaměstnanosti. K roku 1949 bylo zaměstnáno ve věku 15–54 let 35 % žen a do roku 1990 se jejich počet více než zdvojnásobil na 72 % (Szalai, 1991).

Také právě díky industrializaci byla zvýšená potřeba kvalifikovaných zaměstnanců, což se rychle projeвило ve struktuře nejvyššího dosaženého vzdělání žen (Szalai, 1991). Skoro všechny ženy narozené v letech 1926–1930, které započaly své vzdělávání před nástupem komunismu, měly pouze základní vzdělání. Během dvaceti let se počet žen se základní školou prudce snížil na méně než polovinu, a naopak se zvýšil podíl žen s maturitou na dvě pětiny. K výraznému nárůstu došlo i u vysokoškolského vzdělání, které získalo 17 % žen narozených mezi lety 1956–1960 (Brzozowska, 2015).

Přechodem Maďarska na volný trh v 90. letech se stala ekonomická situace pro mladé lidi velmi nejistá a plná obav ze ztráty zaměstnaní. Z těchto důvodů se velká část žen rozhodla raději setrvat v práci či pokračovat ve vzdělání než si založit rodinu (Spéder, 2002). Tento trend vedl k výraznému snížení porodnosti a také k zvyšování průměrného věku rodiček. S odkladem

materství a nižší plodností žen má podle Spédera (2006) souvislost také snižování počtu sňatků, ve kterých dochází k narození potomka dříve než v nesezdaných soužití, jejichž počet naopak roste.

Polsko

Polský komunistický režim se snažil motivovat ženy k zapojení do pracovního procesu jak z důvodu ideologických, tak i kvůli nedostatku mužů na pracovním trhu způsobeným válkou. Avšak i v případě Polska musela většina vdaných žen začít pracovat, aby lépe zajistila svou rodinu, ale byla také část žen, které se rozhodly vydělávat za účelem ekonomické nezávislosti (Plomien, 2004).

Ženy tvořily pracovní sílu z necelých 45 % již v roce 1931 (Fidelis, 2004) a na konci 80. let téměř z poloviny (Plomien, 2004). K výraznějšímu růstu tedy nebyl prostor, ale změnila se odvětví, ve kterých polské ženy pracovaly. Fidelis (2004) říká, že z počátku většina žen pracovala v zemědělství, ale kvůli industrializaci a válečným ztrátám byly motivovány zapojit se do dříve ryze mužských profesí jako je stavebnictví nebo těžký průmysl včetně těžby. Velká část žen také pracovala v textilním a oděvním průmyslu, který je pro Polsko tradiční.

Struktura vzdělanosti žen se za období socialismu výrazně proměnila. Generace Polek narozených v období 1926–1930 měla téměř ze 75 % základní školu. Podíl žen se základním vzděláním se snížil na třetinu u kohort narozených v letech 1946–1950 a maturitu získalo okolo 40 %. U žen o deset let mladších se již podíl vyššího sekundárního vzdělání nijak výrazně nezměnil, ale zvýšil se počet žen s vysokoškolským titulem na 13 % (Brzozowska, 2015).

Ekonomická transformace Polska v 90. letech způsobila nárůst nezaměstnanosti, která se dotkla více žen než mužů. S celkovým zhoršením ekonomické situace společně se změnou hodnotové orientace, která dávala větší důraz na individualitu, se proměnilo rodinné chování mladé generace. Hned po roce 1989 začal klesat počet sňatků a zároveň se zvýšil průměrný věk při uzavření prvního manželství z 22,8 let ženy na 24,7 let v roce 2004. S odkladem sňatku souvisel i postupný přesun nejvyšší intenzity plodnosti z 20–24 let do věkové kategorie 25–29 let. Taktéž rostl počet dětí narozených mimo manželství a počet kohabitací, ale v obou případech nešlo v evropském kontextu o nijak vysoké hodnoty (Kotowska a kol., 2008).

2.2.3 Postoje k rodině

Jak již bylo zmíněno výše, po roce 1989 se v bývalých socialistických zemích významně změnila společenské hodnoty a normy. Z tohoto důvodu se tento oddíl zabývá blíže vývojem postojem k manželství, k nesezdaným soužitím neboli kohabitacím a taktéž názorem na ideální počet dětí i na jejich hodnotu.

Aby sledované postoje byly lépe srovnatelné jak v čase, tak mezi jednotlivými zeměmi, jsou v této podkapitole použita data z European Values Study (EVS) a z International Social Survey (ISSP). Jedná se o sérii výzkumů, které se pravidelně opakují za určitý časový úsek a které sledují, jak se vyvíjí veřejné mínění v různých zemích. Výzkum EVS se uskutečnil v letech 1991, 1999, 2008 a 2017 a ISSP v letech 1994, 2002 a 2012.

Česko

S tvrzením, že „manželství je zastaralá instituce“, souhlasilo v roce 1991 jen 7 % Čechů. V roce 2008 bylo kladných odpovědí již téměř čtvrtina, ale k roku 2017 došlo k poklesu na 15 %. Na počátku 90. let souhlasilo se společným soužitím párů bez plánovaného sňatku více jak polovina respondentů. V roce 2002 se zvýšil tento podíl jen nepatrně na 58 %, ale k při dalším šetření o deset let později s tím souhlasilo již jen 41 % dotázaných. K roku 1994 sdílelo 71 % dotázaných názor, že „pokud chce mít pár děti měl by uzavřít sňatek“ a o deset let později došlo k poklesu na 56 % souhlasných odpovědí, ale v roce se podíl osob zvýšil o 5 procentních bodů.

Názor, že je dvoudětný model rodiny ideální, má v české společnosti dlouhou tradici. Již v roce 1959 podle výzkumu Srba a kol. (1961a) plánovalo 64 % žen dvě děti. Ve výzkumech ISSP z let 1991 a 2012 zvolilo jako ideální počet dětí variantu „dvě děti“ necelých 70 % dotázaných a podíl jedináčků se zvýšil z 11 % na 14 %. Názor, že „k tomu, aby žena žila naplněný život potřebuje děti“, už tak konzistentní v čase není. Na začátku 90. let s tímto názorem souhlasilo 68 % Čechů, ale v roce 1999 došlo k prudkému snížení na 46 % kladných odpovědí. K roku 2008 opět tento názor sdílelo 64 % dotázaných.

Slovensko

Podle EVS v roce 1991 souhlasilo 7 % respondentů s výrokem, že je manželství zastaralá instituce. Podíl kladných odpovědí na tuto otázku se v čase zvyšoval až na 18 % v roce 2017. Nejnižší počet osob, které souhlasily s nesezdaným soužitím bylo mezi sledovanými zeměmi na Slovensku. V roce 2002 to byla pouhá třetina dotázaných a o deset let později se podíl kladných odpovědí snížil na 28 % osob. Že by se měl pár před narozením dětí seždat, souhlasilo v letech 2002 a 2012 přes 70 % Slováků.

Více než polovina respondentů v roce 1991 ve výzkumu EVS zvolilo dvě děti jako ideální počet a třetina osob odpovědělo „tři děti“. Ve výzkumu ISSP v roce 2012 se zvýšil podíl dvou dětí na 61 % a snížila se varianta tří dětí na 29 %. Podobný trend jako v Česku je u názoru na hodnotu dětí pro ženu. Podíl souhlasných odpovědí klesl z 73 % v roce 1991 na 46 % na konci 90. let a opět se zvýšil na 59 % v roce 2008.

Maďarsko

Na počátku 90. let byl ze zemí V4 nejvyšší podíl osob, které souhlasily s tím, že je manželství zastaralá instituce, právě v Maďarsku. Tento názor ve společnosti rostl až do šetření EVS v roce 2008, kdy z 11 % v roce 1991 stoupl počet souhlasných odpovědí na 20 % a v roce 2017 podíl klesl na 16 % dotázaných. Tvrzení, že „je v pořádku, když spolu pár žije, aniž by plánoval sňatek“, má dle ISSP trvalý charakter a ve všech třech výzkumech měl přes 70 % souhlasných odpovědí. Naopak s tím, že „pokud chce mít pár děti měl by uzavřít sňatek“ podíl kladných odpovědí dle výzkumu ISSP stále klesá. V roce 1994 souhlasilo 58 % a v roce 2012 jen 40 %, což je nejnižší hodnota mezi sledovanými zeměmi.

Dvě děti vnímá jako ideální počet většina maďarské společnosti. Počet těchto odpovědí se v roce 2012 zvýšil na 67 % a zároveň se zvýšil podíl jedináčků na jednu desetinu. Na úkor tohoto trendu se však mezi lety 1994 a 2012 snížila počet odpovědí „tři děti“ ze třetiny na pětinu.

S názorem, že „k tomu, aby žena žila naplněný život potřebuje děti“, souhlasili v roce 1991 téměř všichni respondenti, a i v roce 2008 dosahoval podíl kladných odpovědí 86 %.

Polsko

S tím, že je manželství zastaralá instituce, souhlasilo v roce 1991 jen 6 % Poláků. Počet těchto odpovědí stoupl na 18 % v roce 2008 a k roku 2017 se snížil na 12 %. Nesezdané soužití vnímalo pozitivně jen polovina respondentů na počátku 90. let, ale dle posledního ISSP výzkumu v roce 2012 jejich podíl stoupl na 67 % souhlasných odpovědí. Že by pár měl před pořízením dětí uzavřít manželství, si myslelo v roce 1994 podle ISSP 76 % osob a o 18 let později se podíl kladných odpovědí snížil o 10 procentních bodů.

Ideální počet dětí se v čase nijak výrazně nezměnil. Polovina respondentů v obou šetřeních zvolilo dvě děti, ale zvýšil se podíl odpovědi „tři děti“ z 35 % v roce 1994 na 40 % v roce 2012. Výrazněji se však změnil názor na důležitost dětí v životě žen. V průběhu 90. let se podíl souhlasných snížil o jen nepatrně (1991 – 75 %, 1999 – 71 %), ale v roce 2008 sdílelo tento názor jen 56 % dotázaných.

2.1.4 Postoje společnosti k interrupci

Tato část práce je zaměřena na vývoj veřejného mínění na přerušení těhotenství a také na názor na tehdejší či současný interrupční zákon dané země. U všech čtyř sledovaných zemí je pozornost zaměřena především na období od 90. let do současnosti.

Česko

Průzkum z roku 1959 se zabýval jak samotným postojem žen k interrupci v Československu, tak také názorem na nově přijatý zákon, který vzešel v platnost v roce 1958 a který povoloval ukončení těhotenství i ze sociálních důvodů na základě rozhodnutí komise. V případě názoru na uměle přerušení těhotenství označilo 41 % žen z Českých krajů odpověď „velmi dobrá věc“, 21 % bylo odpovědí „dobré při více dětech a při nemoci ženy“ a 21 % žen považovalo ukončení těhotenství za „nezdravé“. Názor žen na tehdejší interrupční legislativu se vyhodnocoval za celé Československo a 43 % žen ji ohodnotilo za „velmi dobrou“. Možnost „dobrý při více dětech“ označilo 16 % žen a výhrady k zákonu mělo 18 % žen. (Srb a kol., 1961c)

Centrum výzkumu a veřejného mínění pravidelně od roku 1990 zjišťuje názor na interrupci. V roce 1990 vybralo 60 % osob možnost „Žena sama má právo se rozhodnout, zda má být provedeno umělé přerušení jejího těhotenství“, odpověď „Interrupce by měla být povolena jen s přihlédnutím ke zdravotním a sociálním ohledům na dítě a ženu“ zvolilo 25 % respondentů a možnost „Interrupce by měla být povolována jen v případě ohrožení života těhotné ženy“ 9 % osob. Za úplným zákazem interrupce bylo 5 % osob.

Od roku 2010 do současnosti se odpovědi příliš neliší. Názor, že by žena měla mít právo se rozhodnout, mívá hodnot okolo 70 %, možnost interrupce pouze ze sociálních důvodů volí 20 % osob a pro úplný zákaz bývá 2–3 % respondentů. (CVVM, 2019)

Slovensko

Výše zmíněného výzkumu z roku 1959 se účastnily také ženy ze slovenských krajů a výsledky byly poměrně odlišné od českých žen. Názor, že je uměle přerušené těhotenství „velmi dobrá věc“, sdílelo 30 % slovenských žen. Ukončení těhotenství je „dobrá věc při více dětech a při nemoci ženy“ označilo 15 % a za „nezdravé“ ho vnímalo 31 % žen. (Srb a kol., 1961c)

V případě Slovenska se názorem na interrupci dlouhodobě zabývá Institut pro veřejné otázky. V roce 1995 schvalovalo možnost interrupce v případě „když těhotenství ohrožuje zdraví matky“ 85 % osob, pokud se „předpokládá, že se dítě narodí postižené“ 72 % respondentů, v případě znásilnění 81 % a ze sociálních důvodů 47 % Slováků. Tato otázka byla zahrnuta také ve výzkumech z roku 2003 a 2007. Za první tři zmíněné možnosti se kladné odpovědi téměř nelišily, ale v případě sociálních důvodů se v roce 2003 pozitivně vyjádřilo 56 % osob a v roce 2007 podíl osob klesl na 48 %. (IVO, 2007)

Co se týče současného interrupčního zákona z roku 1987, který povoluje ukončení těhotenství na žádost do 12 týdnů těhotenství, se v roce 2003 vyjádřilo 85 % osob, že není potřeba zákon nijak zpříšňovat. V roce 2007 současný zákon nechtělo nijak měnit 42 % Slováků, příliš přísný připadal 18 % a jako příliš mírný ho vnímalo 16 % respondentům. Zajímavé je, že pro zpřísnění zákona bylo 20 % žen, ale pouze 11 % mužů. V roce 2020 se podíl osob, které by současný zákon neměnily, zvýšil na 55 %. (IVO, 2007; IVO, 2020)

Maďarsko

Maďarský demografický výzkumný ústav v letech 1990 a 1992 zjišťoval za jakých okolností by veřejnost souhlasila s interrupcí. Odpověď „ve všech případech“ v roce 1990 zvolilo 25 % osob a v roce 1992 tuto variantu označilo dokonce 40 % respondentů. Naopak u možnosti „v odůvodněných případech“ podíl respondentů klesl z 67 % z roku 1990 na 52 % v roce 1992 a stejnou tendenci měla i třetí možná odpověď „interrupce by neměla být vůbec povolena“, která klesla z 7 % na 4 %. (Tiborné, 1992)

Jeden z posledních výzkumů na téma interrupce je z roku 2013 od agentury MEDIAN. Jedna z otázek se zaměřila na názor na současný interrupční zákon, podle kterého žena může podstoupit umělé přerušování těhotenství do 12. týdne těhotenství, pokud prohlásí, že se nachází ve vážné krizové situaci a zároveň postoupí dvě informační schůzky před zákrokem. Podle 18 % respondentů by „měl být tento zákon zmírněn“, 53 % ho vnímá jako „přijatelný“, podle 13 % by „měl být zpřísněn“ a zbylých 16 % osob „neví“. Další otázka se zabývá tím, za jakých podmínek by interrupce měla být povolena. Odpovědi „bez omezení“ (20 %) a „podmíněno informační schůzkou“ (49 %) téměř korespondují s předchozími výsledky u názoru na současný zákon, ale možnost „pouze v případě ohrožení života“ volilo 21 % a variantu „za žádných okolností“ označily 2 % lidí. (MEDIÁN, 2013)

Polsko

Polské Centrum výzkumu a veřejného mínění (CBOS) se taktéž pravidelně zabývá názorem na interrupce a ten nejaktuálnějším pochází z roku 2020. Od roku 1992 je součástí dotazníku otázka: „Za jakých podmínek by mělo být zákonem povoleno umělé přerušování těhotenství?“, jejíž podíly kladných odpovědí na jednotlivé kategorie v čase klesal až do března roku 2016. V roce

1992 souhlasilo více než 80 % osob s interrupcí v případě ohrožení života či zdraví ženy a v případě znásilnění. V březnu roku 2016 klesl podíl souhlasu v případě ohrožení života na 80 %, v případě ohrožení zdraví na 71 % a v případě znásilnění na 73 %. Výraznější pokles je zaznamenán u možnosti „v případě postižení dítěte“, kdy od roku 1992 se podíl kladných odpovědí změnil z 71 % na 53 %, a u varianty „v případě špatných sociálních podmínek“ zprvu souhlasilo 47 % a v březnu roku 2016 už jen 14 % osob. (CBOS, 2020)

Poté v průběhu roku 2016 polský parlament projednával zpřísnění interrupčního zákona, což zvedlo ve společnosti velkou vlnu nevole a nový zákon nakonec neprošel. Kvůli těmto okolnostem CBOS udělalo téhož roku výzkum znovu a za podobných podmínek vznikl také výzkum z roku 2020, jejichž výsledky jsou téměř identické. Podíly kladných odpovědí se oproti březnu roku 2016 zvýšily u všech kategorií. V obou letech souhlasilo s interrupcí 86 % v případě ohrožení života, v případě ohrožení zdraví a znásilnění bylo téměř 80 % souhlasných odpovědí a v případě postižení dítěte se podíl pozitivních odpovědí zvedl až na 64 % v roce 2020. S variantou interrupce ze sociálních důvodů v obou letech souhlasila pouhá pětina respondentů. (CBOS, 2020)

Od roku 2011 byla respondentům kladena otázka na současný interrupční zákon. V tomto období zákon povoloval interrupci ve třech případech, a to ohrožení zdraví ženy, postižení dítěte a znásilnění. Respondentů, kteří by zákon nechali stejný, bylo do března 2016 stále okolo 30 %, zvyšoval se však podíl osob, které by zákon zpřísnily, z 44 % v roce 2011 až na 52 % v březnu roku 2016 a snižoval se počet osob, které jsou pro liberálnější zákon, z 26 % na 16 %. Po protestech v letech 2016 a 2020 došlo k otočení trendu. V roce 2020 pro svobodnější zákon bylo 23 % a pro zpřísnění 40 % osob. (CBOS, 2020)

Kapitola 3

Data a metodologie

Tato část práce se věnuje datovým zdrojům, které byly použity pro analýzu plodnosti, umělé potratovosti a používání antikoncepce. Součástí kapitoly je taktéž představení jednotlivých použitých ukazatelů.

3.1 Zdroje dat

Práce se zabývá obdobím od roku 1950 až do současnosti, což je z hlediska dostupnosti dat poměrně dlouhý časový úsek. Z tohoto důvodu bylo použito hned několik datových zdrojů. Pro analýzu plodnosti byla stěžejním zdrojem pro všechny země kromě Polska Human Fertility Database, ze které jsou převzaty počty živě narozených dětí, úhrnná plodnost, průměrný věk matky podle pořadí dítěte a konečná plodnost. Pro doplnění nekompletní časové řady byly použity data z Eurostatu, který je rovněž zdrojem pro analýzu manželské plodnosti za všechny země. Data za Polsko byly hůře dostupné, proto byly doplňovány z různých zdrojů, kterými jsou zmíněná Human Fertility Database dále Human Fertility Collection, Johnston's Archive, Eurostat a u konečné plodnosti byly převzaty hodnoty z práce Brzozowské (2014).

Datové řady za počty provedených umělých potratů za všechny země kromě Česka pocházejí převážně z Eurostatu a doplněny jsou daty z Johnston's Archive. Za Česko jsou z Českého statistického úřadu, odkud pocházejí rovněž hodnoty počtů interrupcí podle počtu živě narozených dětí. Ty jsou převzaty z národních statistických úřadů rovněž za Maďarsko a Slovensko, ale bohužel za Polsko tento typ dat není dostupný.

Pro analýzu používání antikoncepce jsou převzata data z United Nations. Jedná se o časové řady od roku 1990, které jsou modelovány pomocí Bayesovského hierarchického modelu na základě již provedených šetření o antikoncepci za jednotlivé země. K samotné analýze byly použity střední hodnoty těchto odhadů. Pro bližší rozbor používaných metod byly převzaty data hlavně z šetření Fertility and Family Survey a Generations and Gender Survey. Zbylý výčet zdrojů dat je možné najít na konci práce.

3.2 Použité demografické ukazatele

Základní ukazatel pro popis vývoje plodnosti se nazývá úhrnná plodnost (úp). Ta se skládá ze součtu měr plodnosti podle věku matky (f_x), které se vypočítají pomocí tohoto vzorce:

$$f_x = \frac{N_x^v}{P_x^z}$$

(ČSÚ, 2017)

přičemž N_x^v značí počet živě narozených dětí ve věku matky x a P_x^z je střední stav populace žen ke konkrétnímu roku ve věku x

Při následném součtu těchto měr podle následujícího vzorce, získáme úhrnnou plodnost, která „představuje počet dětí, které by se narodily souboru 1 000 žen během celého reprodukčního věku“ (Pavlík a kol., 1986, s. 296).

$$úp = \sum_{x=15}^{49} f_x$$

(ČSÚ, 2017)

Stejným způsobem je možno vypočítat ukazatel konečné plodnosti, který udává průměrný počet dětí narozených dané kohortě žen, s tím rozdílem, že se sčítají míry plodnosti jedné generace žen.

Dalším ukazatelem použitým v analytické části je průměrný věk ženy při porodu (\bar{x}), který je možné vypočítat jak za celkový počet narozených dětí, tak také za jejich jednotlivé pořadí. Počítá se jako vážený průměr jednotlivých měr plodnosti.

$$\bar{x} = \frac{\sum_{x=15}^{49} (x + 0,5) f_x}{\sum_{x=15}^{49} f_x}$$

(Chlapec, 2021)

K analýze umělé potratovosti byl použit index umělé potratovosti (ipo), který vyjadřuje počet umělých přerušení těhotenství na 100 živě narozených dětí daného roku. Jedná se tedy o další transversální ukazatel, který lze vypočítat podle tohoto vzorce:

$$ipo = \frac{A^u}{N^v} \times 100$$

(Pavlík a kol., 1986)

přičemž A^u je počet umělých přerušení těhotenství a N^v počet živě narozených dětí

Kapitola 4

Analýza plodnosti

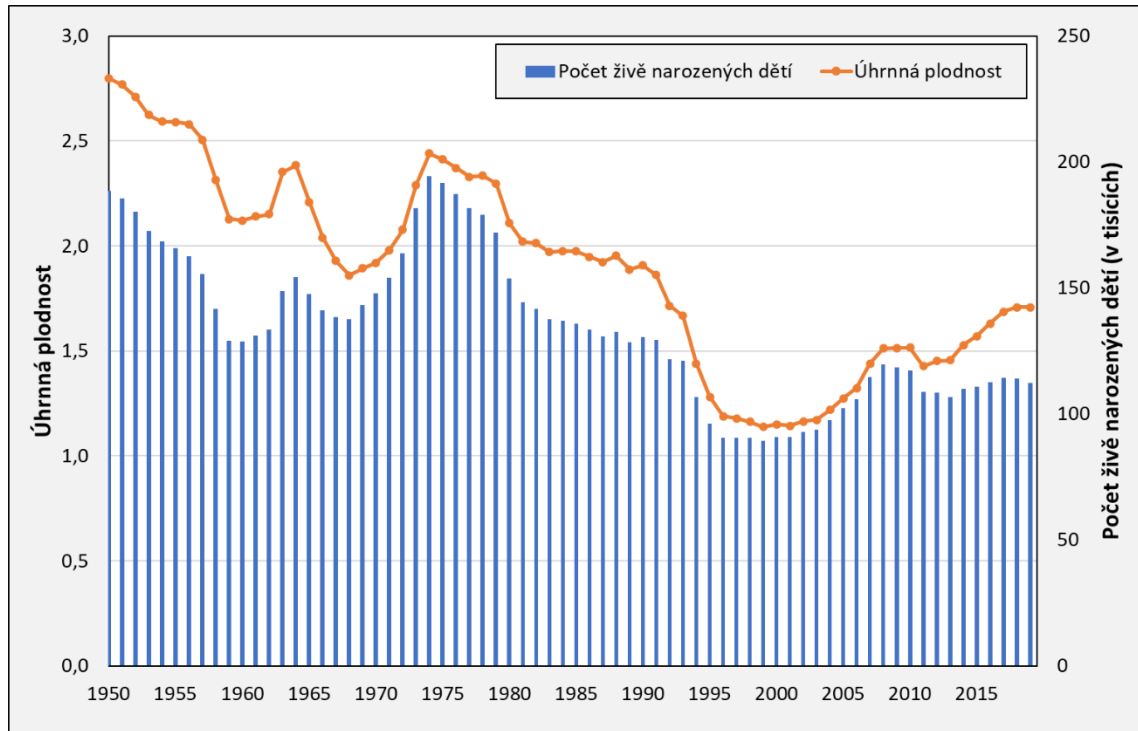
Následující kapitola se zabývá vývojem plodnosti ve studovaných zemích za pomoci vybraných ukazatelů, kterými jsou úhrnná plodnost, průměrný věk matky při porodu, konečné plodnost a podíl manželských dětí.

4.1 Úhrnná plodnost

Úhrnná plodnost je transversální ukazatel, který se hodí pro zkoumání vývoje reprodukčního chování. Zároveň je to indikátor, který zohledňuje věkovou strukturu dané populace, tudíž je vhodný i pro srovnávání s jinými zeměmi.

Česko

Poválečný babyboom počátkem 50. let v Česku začal doznívat. Úhrnná plodnost v roce 1950 dosahovala hodnoty 2,80 a k roku 1959 poklesla na hranici prosté reprodukce (obr. 1). Celkový pokles porodnosti se urychlil zlegalizováním interrupce v roce 1957. Z obrázku č. 2 je patrné, že se nový zákon se dotkl zejména úhrnné plodnosti čtvrtého a vyššího pořadí a o něco méně také třetího pořadí. Hlavním důvodem takového poklesu byla kritéria povolující ukončení těhotenství, mezi kterými byly podmínky jako 3 a více dětí nebo finanční důvody. Právě s horší finanční situací nejspíše souvisela vyšší zaměstnanost žen, což se příliš neslučovalo s pořízením dětí vyššího pořadí. Navíc rodiny trápil nedostatek bytů a nízká kapacita předškolních zařízení (Kučera, 1968).

Obr. 1 – Počet živě narozených dětí a úhrnná plodnost, Česko, 1950–2019

Zdroj: 1950–2018 HFD (2021); 2019 Eurostat (2021)

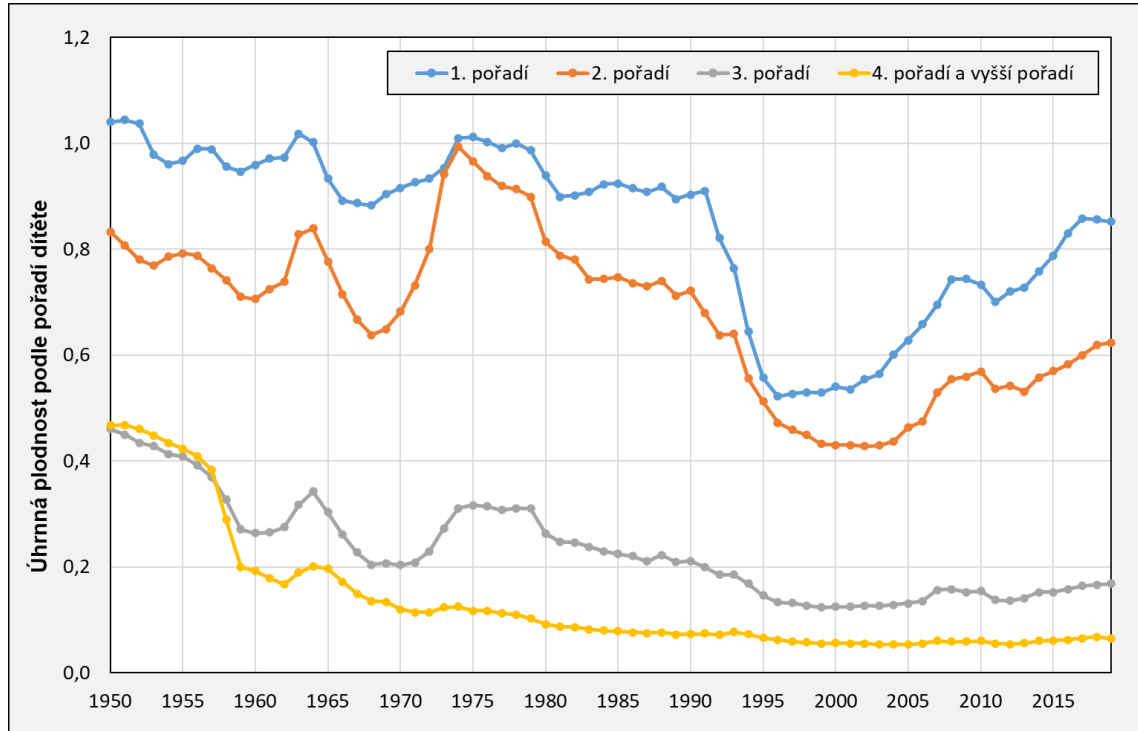
Velmi krátce porodnost oživilo zpřísnění interrupční legislativy a prodloužení mateřské dovolené v roce 1962, kdy došlo ke zvýšení úhrnná plodnost až na 2,38 dítěte v roce 1964. Následující roky však opět porodnost začala klesat, a dokonce se v roce 1966 úhrnná plodnost poprvé dostala pod 2,1.

K dalšímu růstu porodnosti na přelomu 60. a 70. let opět pomohlo přijetí nových populačních opatření, kterých tentokrát bylo výrazně více, což přispělo k mnohem delšímu babyboomu než na počátku 60. let. Určitý vliv na tento růst mělo také to, že se do reprodukčního věku dostávaly silné poválečné ročníky. Porodnost v letech 1973–1977 se vyšplhala nad 180 tisíc živě narozených dětí a nejvyšší zaznamenaná úhrnná plodnost byla 2,44 v roce 1974. Součástí opatření bylo také navýšení přídavek na děti vyššího pořadí, což se pozitivně projevilo na úhrnné plodnosti druhého a třetího pořadí. Právě růst počtu druhorozených se nejvíce projevil na celkové úhrnné plodnosti.

Vysoká úroveň porodnosti trvala až do konce 70. let. Poté začala klesat a v roce 1981 se znovu úhrnná plodnost dostala pod hranici prosté reprodukce, k čemuž zřejmě přispěla i zhoršená ekonomická situace. Daleko prudšímu poklesu však došlo po pádu komunismu v 90. letech. Velmi strmý pád nastal zejména u úhrnné plodnosti prvního pořadí, kdy z hodnoty 0,91 dítěte v roce 1991 došlo k poklesu na 0,55 v roce 1996. Velká část žen, které měly v 90. letech zakládat rodiny, se tedy rozhodla své mateřství odložit. Pokles se týkal také dětí druhého pořadí, ale méně už třetího. Historicky nejméně dětí se v Česku narodilo v roce 1999 a to necelých 90 tisíc, s čímž souvisel i propad úhrnné plodnosti na hodnotu 1,14.

K mírnému růstu porodnosti došlo až od roku 2003, kdy se začaly rodit odkládané děti z 90. let. Později se nárůst urychlil a v letech 2008–2010 se úhrnná plodnost pohybovala okolo 1,51. V roce 2011 došlo opět k poklesu, ale od tohoto roku úhrnná plodnost roste.

Obr. 2 – Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Česko, 1950–2019



Zdroj: 1950–2018 HFC (2021); 2019 Eurostat (2021), vlastní výpočty

Slovensko

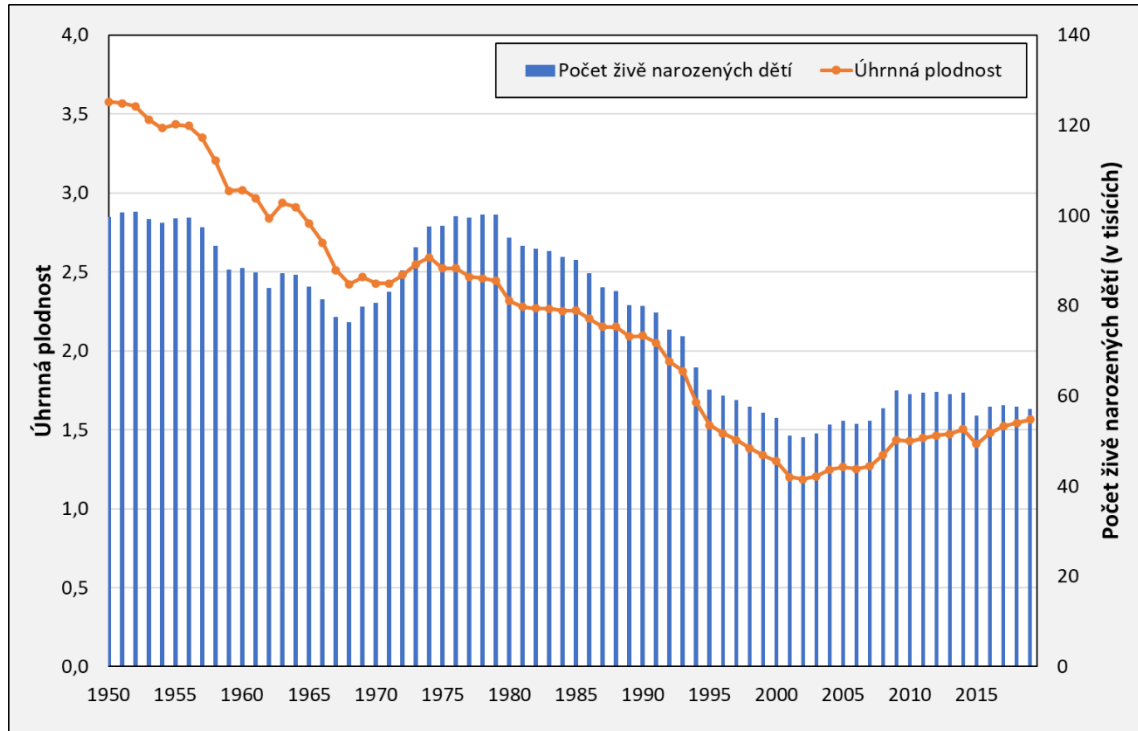
Na obrázku č. 3 lze vidět, že na začátku 50. let byla úhrnná plodnost na Slovensku vyšší než 3,50 dítěte na ženu. Důvodem takto vysoké plodnosti byla i neustále zvyšující se životní úroveň, díky rozsáhlé industrializaci Slovenska. Poté začala mírně klesat, ale k výraznějšímu poklesu došlo až legalizací umělého potratu. Ten se dotkl zejména dětí čtvrtého a vyššího řádu. Do té doby byla úhrnná plodnost čtvrtého a vyššího pořadí na úrovni prvního pořadí, ale poté prudce klesla (obr. 4). Prodloužení mateřské dovolené v roce 1962 se na porodnosti projevilo jen mírně a rovněž krátce jako v Česku. Nová opatření však pokles úhrnné plodnosti nijak nezastavilo.

Výrazně se porodnost zvýšila až přijetím populačních opatření v 70. letech. Počet narozených dětí postupně vyšplhal na stejné absolutní hodnoty jako v 50. letech. Jako první a také nejsilněji na zlepšené populační klima reagovala úhrnná plodnost druhého pořadí a až později prvního a třetího. Naopak na začátku 70. let úhrnná plodnost čtvrtého a vyššího pořadí poklesla pod úroveň úhrnné plodnosti třetího pořadí a nadále se kontinuálně snižovala. Méně se populační růst dotkl celkové úhrnné plodnosti, a to z toho důvodu, že se do reprodukčního věku dostaly ženy z poválečného babyboomu, které již výrazně méně rodily dětí třetího a vyššího řádu. Úhrnná plodnost v době přijímání populačních opatření vzrostla až na 2,59, ale poté velmi mírně i s celkovou porodností klesala až do konce 80. let, kdy se poprvé dostala pod hranici prosté reprodukce.

I na Slovensku politické, ekonomické a společenské změny z 90. let přispěly k odkladu mateřství a dotkly se hlavně úhrnné plodnosti prvního pořadí. Ta si po celý sledovaný časový úsek držela hodnotu okolo 0,90 dítěte, ale k roku 2001 poklesla až na 0,52. O rok později úhrnná plodnost činila už pouhé 1,19 a také porodnost dosáhla absolutního minima, a to necelých 51 tisíc

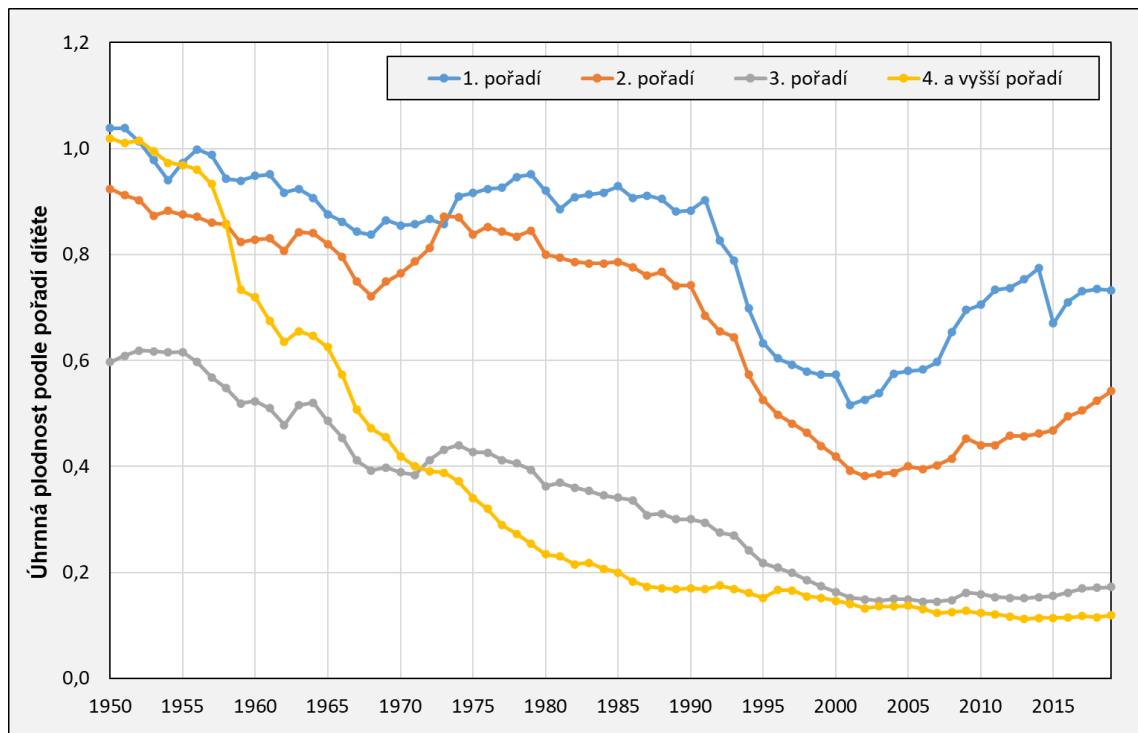
narozených. Ke kompenzaci porodnosti z 90. let začalo docházet až po roce 2007, ke kterému přispělo i postupné navyšování porodného a příspěvku k němu. Porodnost se výrazně zvýšila zejména u dětí prvního pořadí a mírněji druhého a třetího. V roce 2014 úhrnná plodnost vzrostla nad 1,50 a od té doby se okolo této hodnoty drží.

Obr. 3 – Počet živě narozených a úhrnná plodnost, Slovensko, 1950–2019



Zdroj: 1950–2014 HFD (2021); 2015–2019 Eurostat (2021)

Obr. 4 – Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Slovensko, 1950–2019



Zdroj: 1950–2014 HFD (2021); 2015–2019 Eurostat (2021), vlastní výpočty

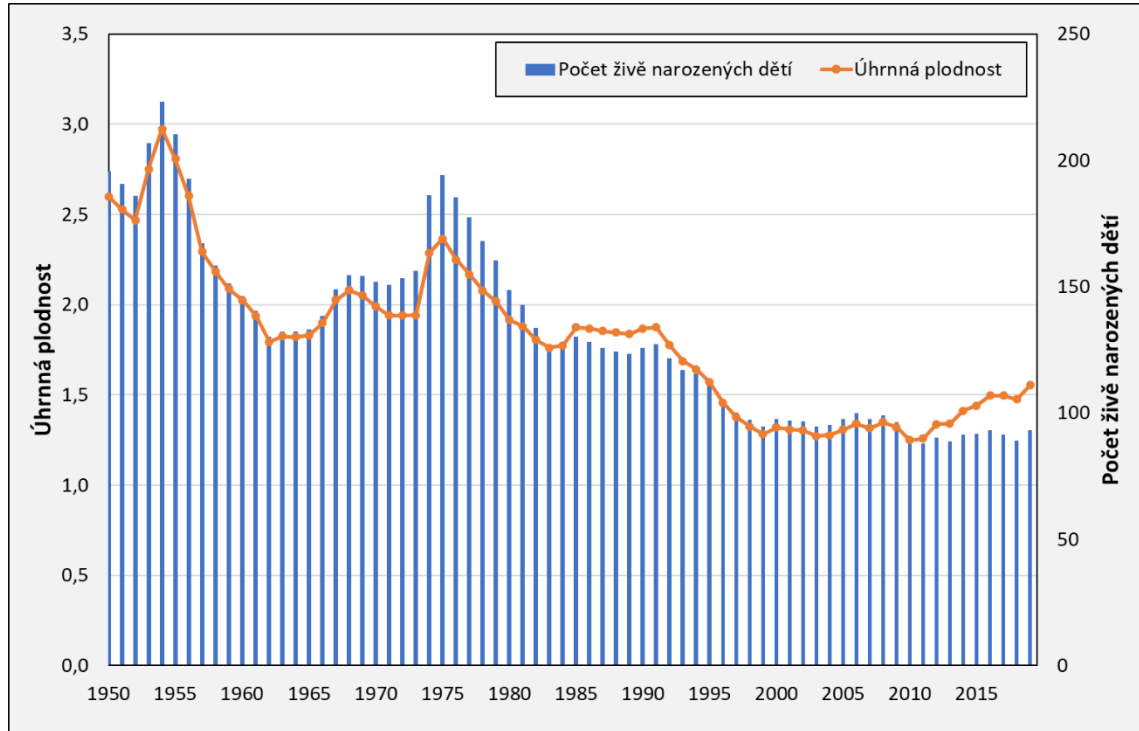
Maďarsko

Na začátku 50. let, jak je na obrázku č. 5 možné vidět, měla porodnost sestupnou tendenci. Přijetím velmi přísných opatření, které měly zejména za cíl omezit nelegální interrupce, se porodnost prudce zvýšila. Úhrnná plodnost v roce 1954 vzrostla až na 2,98 dítěte a narodilo se 223 tisíc dětí. V roce 1956 tyto opatření skončila a zároveň se zlegalizoval umělý potrat, čímž se porodnost v dalších letech výrazně snížila. Z obrázku č. 6 je vidět, že se pokles týkal hlavně úhrnné plodnosti druhého a vyššího pořadí, což zřejmě souviselo i se zaměstnaností žen a nedostatečným počtem předškolních zařízení. V roce 1962 se úhrnná plodnost snížila až na hodnotu 1,80 dítěte a okolo této hodnoty se pohybovala i další roky.

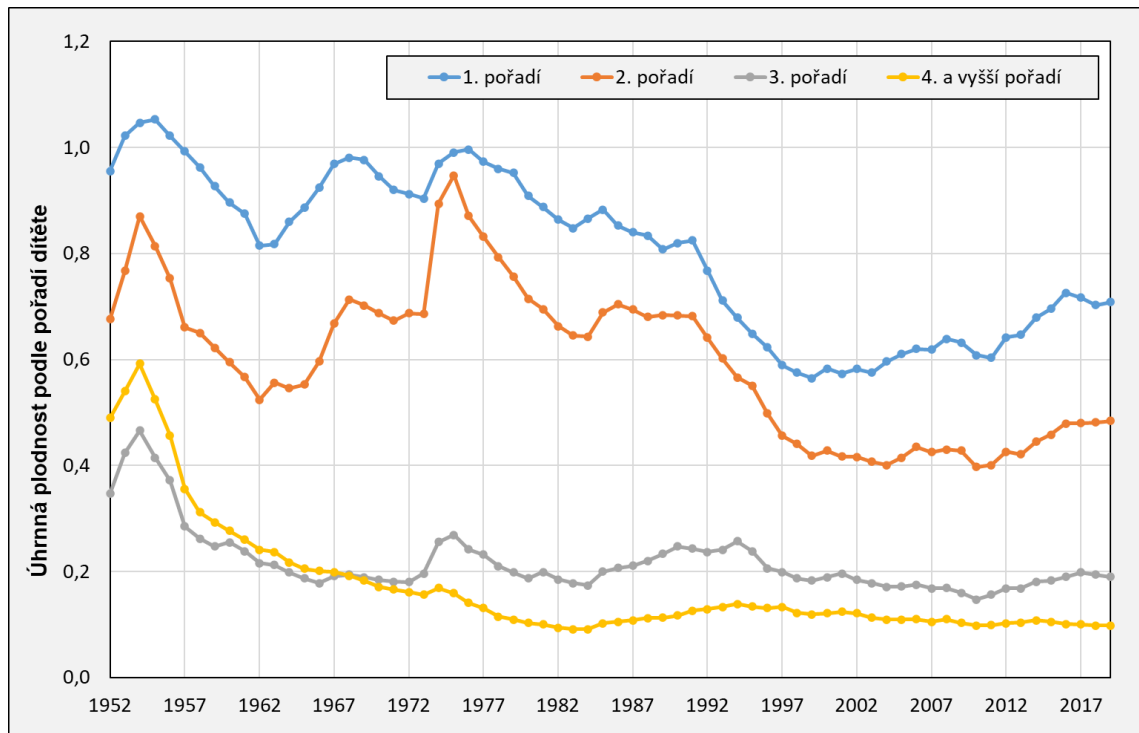
Porodnost se začala zvyšovat až po prodloužení placené mateřské na 2,5 roku v roce 1967, což vyřešilo problém jak se zaměstnáním žen, tak i nedostatečnou kapacitu jeslí či školek. Plodnost se zvýšila hlavně u dětí prvního a druhého pořadí. Jednalo se tedy zřejmě o ženy, které kvůli negativnímu populačnímu klimatu mateřství či rozšíření rodiny odkládaly. Úhrnnou plodnost žen se však nad hranici prosté reprodukce nepodařilo dostat, proto byl v roce 1973 přijat populační program, díky kterému se měla porodnost výrazně navýšit. To se podařilo a v roce 1974 úhrnná plodnost vzrostla na 2,37 dítěte. Opatření cílila zejména na děti vyššího řádu, což se výrazně projevilo na úhrnné plodnosti druhého pořadí, která ale poté opět mírně klesala. Déle se přijaté opatření projevily na úhrnné plodnosti prvního pořadí, ale i ta začala od roku 1979 výrazněji klesat.

Znovu se klesající porodnost mírně podařilo oživit zavedením rodičovského příspěvku v roce 1984 a od tohoto roku do počátku 90. let se pohybovala mezi 125 až 130 tisíci dětmi ročně. Poté však prudce klesla, kvůli ekonomické nejistotě, způsobené přechodem na volný trh a také novým životním příležitostem, které demokracie nabízela. Úhrnná plodnost se snížila z 1,88 v roce 1991 na 1,28 v roce 1999 a podíl na tomto poklesu měla podobně porodnost prvního i druhého pořadí.

Od začátku druhého tisíciletí začala porodnost velmi pomalu růst, ale světové hospodářské krize, která měla na maďarskou ekonomiku velmi negativní dopad, ji opět mírně snížila. Od roku 2011 však úhrnná plodnost roste a v současnosti se pohybuje okolo hodnoty 1,50 dítěte na ženu.

Obr. 5 – Počet živě narozených dětí a úhrnná plodnost, Maďarsko, 1950–2019

Zdroj: 1950–2017 HFD (2021); 2018–2019 Eurostat (2021)

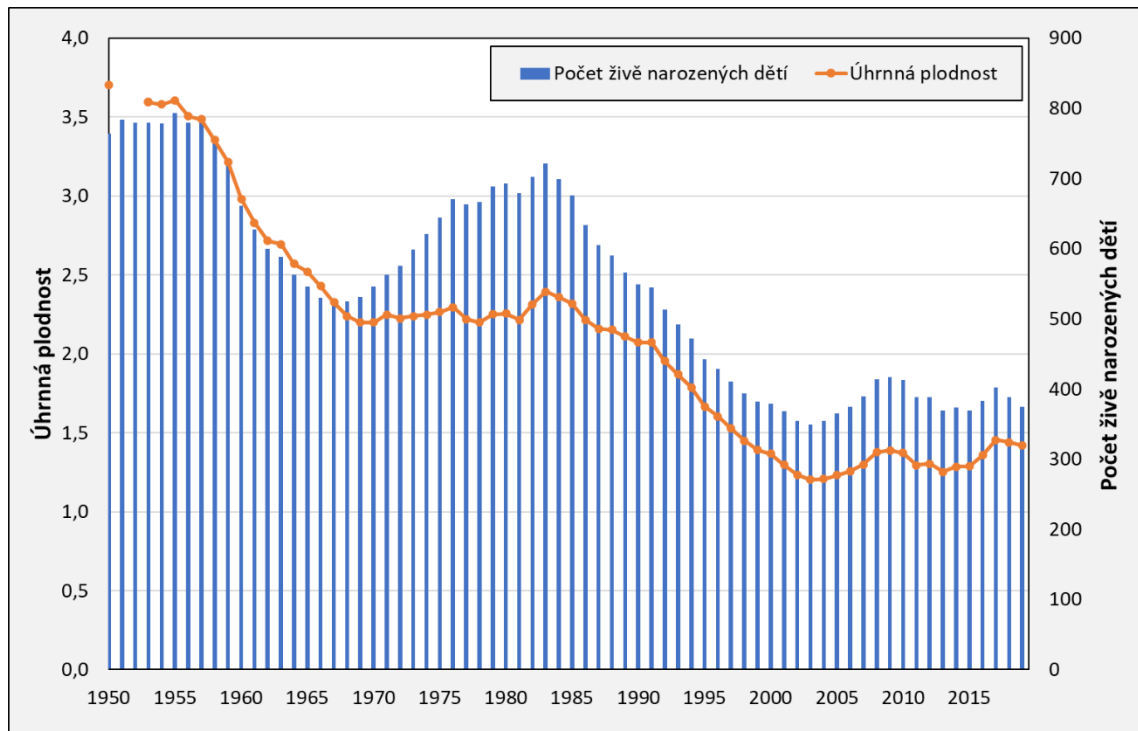
Obr. 6 – Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Maďarsko, 1952–2019

Zdroj: 1950–2017 HFD (2021); 2018–2019 Eurostat (2021), vlastní výpočty

Polsko

V Polsku se po válce porodnost držela dlouho na vysoké úrovni. Na obrázku č. 7 je možné vidět, že do roku 1958 se rodilo přes 750 tisíc dětí ročně, což budilo obavy, zda tak vysoké přírůstky nebudou mít negativní vliv na ekonomiku. I z těchto důvodů byla v roce 1956 zlegalizována interrupce a úhrnná plodnost začala velmi rychle klesat. Porodnost klesla až na 520 tisíc dětí v roce 1967 a poté začala znovu mírně růst. K čemuž zřejmě přispělo i zavedení roční neplacené mateřské v roce 1968.

Obr. 7 – Počet živě narozených dětí a úhrnná plodnost, Polsko, 1950–2019



Zdroj: Počet živě narozených – 1950–1970 Johnston's Archive (2020); 1971–2016 HFD (2021); 2017–2019 Eurostat (2021), Úhrnná plodnost – 1950–2016 HFC (2021), 2017–2019 Eurostat (2021)

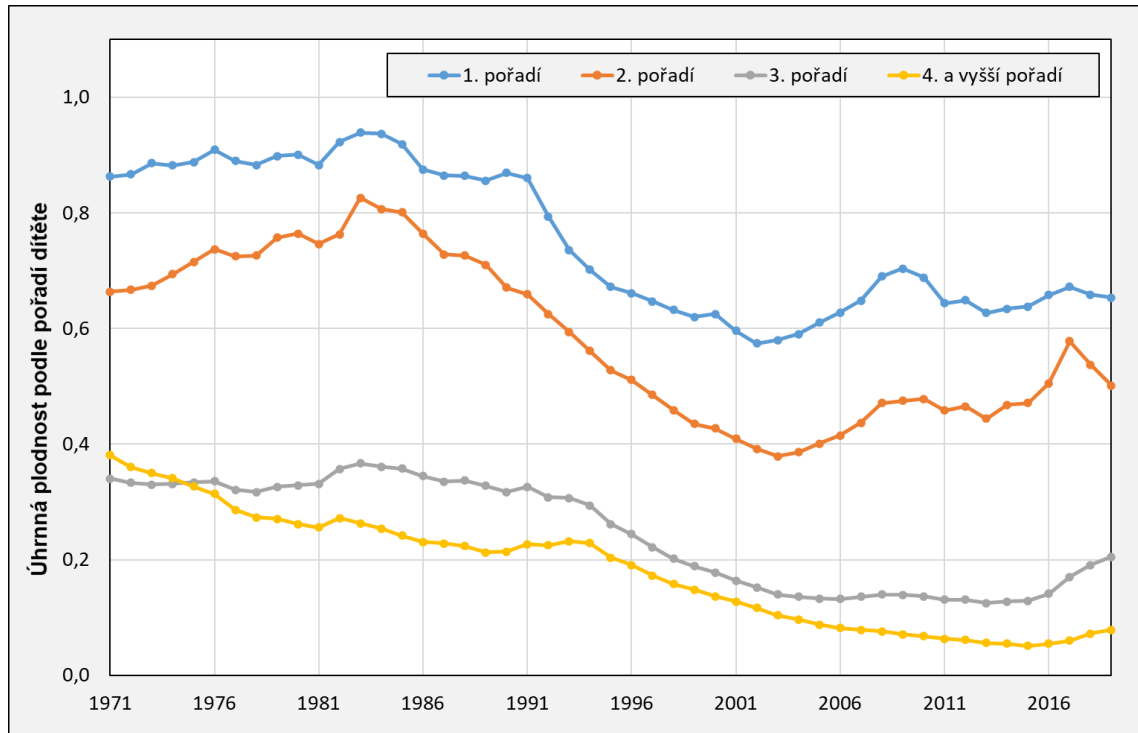
V průběhu 70. let byly přijaty další populační opatření, které podporovaly nadále rostoucí porodnost. Zároveň do se do reprodukčního věku dostaly silné poválečné generace. Úhrnná plodnost však od konce 60. let stagnovala okolo hodnoty 2,20 dítěte na ženu. Na obrázku č. 8 je vidět, že úhrnná plodnost čtvrtého a vyššího pořadí klesá a v roce 1975 se dostala pod úroveň třetího pořadí. Naopak druhého pořadí roste a významně se podílí na vzrůstu celkové úhrnné plodnosti na začátku 80. let. Následující roky však opět začíná klesat, zřejmě také z důvodu přetrvávající ekonomické krize. Poprvé se úhrnná plodnost dostane pod hranici prosté reprodukce v roce 1990.

Mnohem prudší pokles úhrnné plodnosti nastal po roce 1991, kdy z hodnoty 2,07 došlo ke kontinuálnímu snižování až na 1,20 dítěte na ženu v roce 2003. Snižování plodnosti se projevilo na všech pořadích, ale nejvýrazněji na prvním a zejména na druhém. Příčinou je jako u předchozích zemí odklad mateřství a ekonomická nejistota.

K růstu porodnosti došlo znovu až po roce 2003 a zvyšovala se hlavně úhrnná plodnost prvního pořadí, což znamená, že začínaly rodit ženy, které založení rodiny odkládaly. K růstu

zřejmě dopomohlo i prodloužení placené mateřské dovolené v roce 2008, které byla zároveň více flexibilní s prací. I přesto že se jednalo o ženy z velmi silného babyboomu ze 70. let, porodnost dosahovala výrazně nižších hodnot. Od roku 2005 se rodí v Polsku 365 až 415 tisíc dětí ročně. V roce 2016 byla zavedena nová měsíční dávka především pro rodiny s dvěma a více dětmi. Na to reagovala především úhrnná plodnost druhého pořadí, poté však opět poklesla, ale úhrnná plodnost třetího a vyššího pořadí zaznamenává neustálý růst.

Obr. 8 – Úhrnná plodnost podle pořadí dítěte, Polsko, 1971–2019



Zdroj: 1950–2016 HFC (2021), 2017–2019 Eurostat (2021), vlastní výpočty

Srovnání

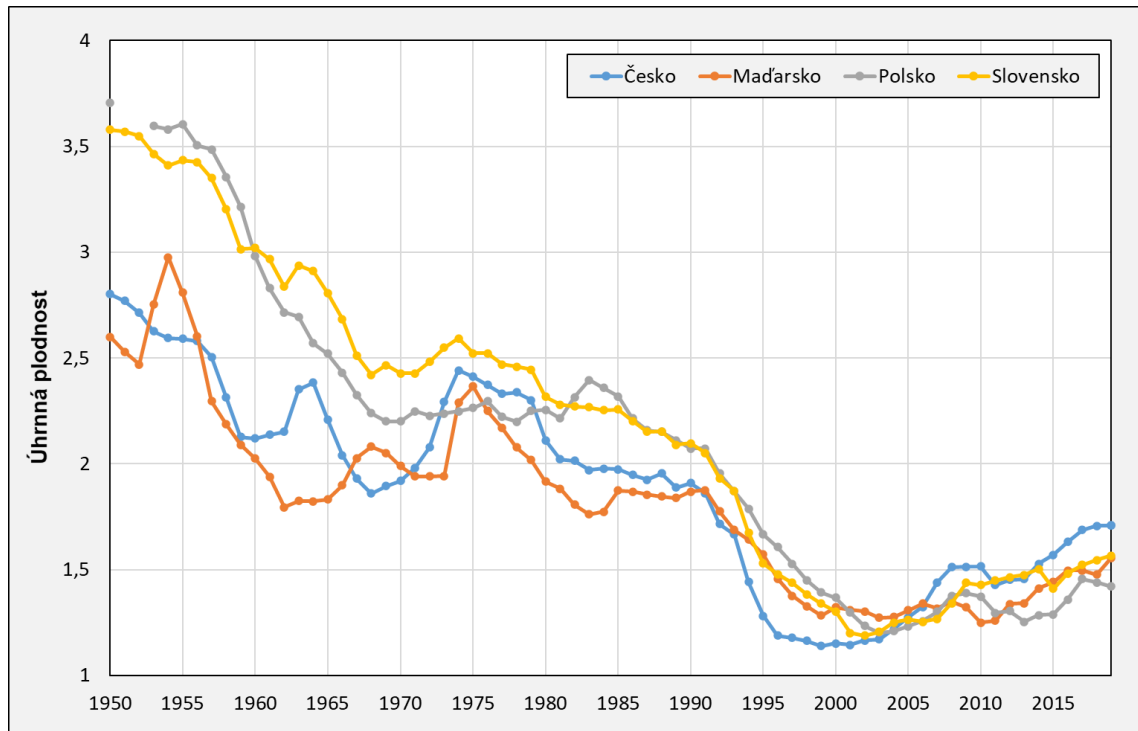
Z obrázku č. 9 je patrné, že sledované země se se svým vývojem úhrnné plodnosti v období socialismu rozdělovaly na dvě skupiny. V Česku a v Maďarsku se úhrnnou plodností neustále pohybovalo okolo hranice prosté reprodukce. Naopak Polsko a Slovensko se vyznačovalo velmi vysokou úhrnnou plodností, které u obou zemí poklesla pod hodnotu 2,10 až v roce 1989. Důvod můžeme hledat ve vlivu náboženství, kdy i v současnosti, jak již bylo zmíněno v teoretické části, je početnější rodina více preferována v polské a v slovenské společnosti, kde je podíl věřících vyšší.

Od začátku 50. let se všech zemích začala úhrnná plodnost snižovat. Jednalo se zejména o úhrnnou plodnost vyššího pořadí, protože docházelo ke zvyšování počtu zaměstnaných žen, což bylo v rozporu s péčí o vícečlennou rodinu. K snížení porodnosti přispělo i zlegalizování interrupce v druhé polovině 50. let. Později klesla úhrnná plodnost natolik, že v Československu i v Maďarsku byly v 60. letech přijata opatření, která měla ženám pomoci skloubit práci s narozením dítěte. V 70. letech již byla přijata populační opatření ve všech třech tehdejších státech, které se projeví zejména na nižší úhrnné plodnosti Česka a Maďarska. Zároveň

se v tomto období poprvé křivky úhrnné plodnosti sledovaných zemí dostaly na podobnou úroveň.

Politické a společenské změny v 90. letech se na poklesu úhrnné plodnosti projeví nejvýrazněji v Česku. V ostatních zemích měl podobný charakter. Po přelomu tisíciletí začalo docházet k opětovnému růstu, protože se začaly rodit odkládané děti početným generacím žen ze 70. let. Největší nárůst zaznamenalo Česko, které má zároveň v současnosti nejvyšší úhrnnou plodnost. Paradoxem také je, že v Polsku byla úhrnná plodnost na začátku sledovaného období nejvyšší a v posledních letech dosahuje nejnižších hodnot.

Obr. 9 – Úhrnná plodnost ve vybraných zemích, 1950–2019



Zdroj: Polsko 1950–2016 HFC (2021), Česko 1950–2018, Slovensko 1950–2014, Maďarsko 1950–2017, HFD (2021) Česko 2019, Slovensko 2014–2019, Maďarsko 2018–2019, Polsko 2017–2019 Eurostat (2021)

4.2 Další ukazatele plodnosti

Následující podkapitola se věnuje vývoji průměrného věku matky při porodu, konečné a manželské plodnosti. V tomto případě však ne za jednotlivé země, ale za všechny dohromady.

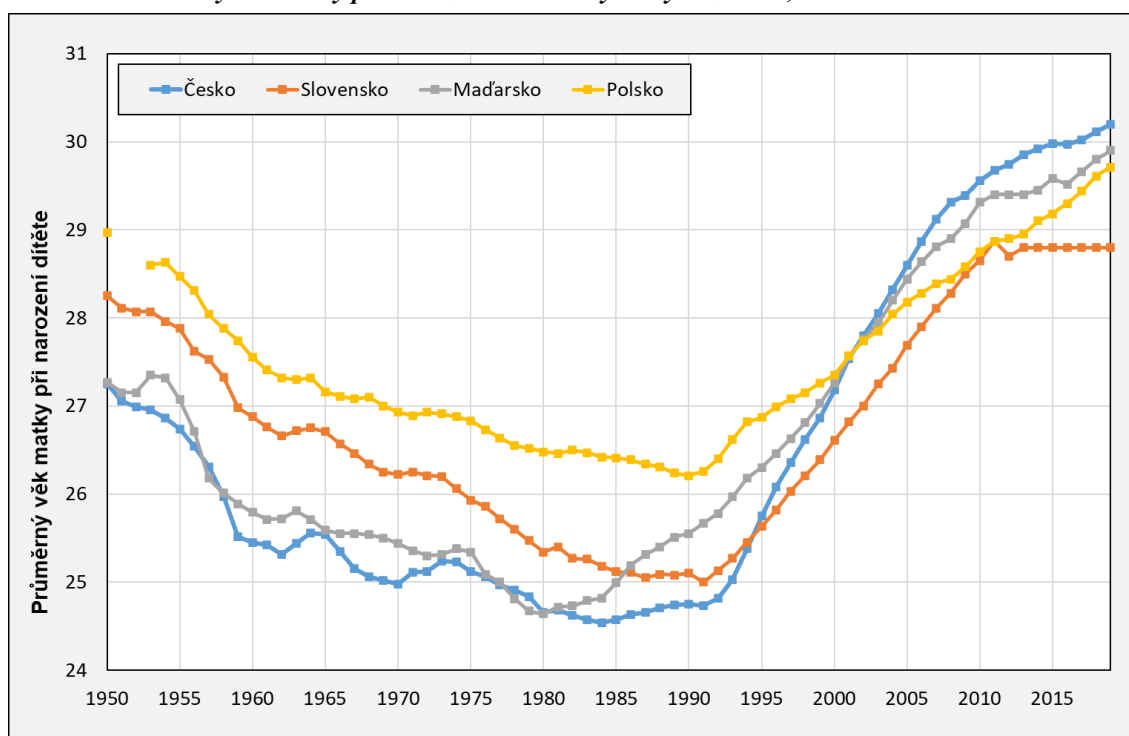
Průměrný věk matky při narození dítěte

Vývoj průměrného věku matky při narození dítěte je možné u sledovaných zemí rozdělit na dvě etapy, a to na období socialismu a na období po něm (obr. 10). V období socialismu docházelo k pomalému snižování průměrného věku rodičky, hlavně kvůli snižování počtu dětí vyššího pořadí. Naopak po jeho skončení došlo ke zlomu a věk matek se začal velmi rychle zvyšovat. Důvodem bylo odkládání založení rodiny do vyššího věku, ale i odložení narození dětí druhého a vyššího řádu (viz. příloha). Také průměrný věk ženy při narození dítěte v období socialismu dosahoval podobných hodnot v Česku a v Maďarsku a ve zbylých dvou zemích byl o něco vyšší,

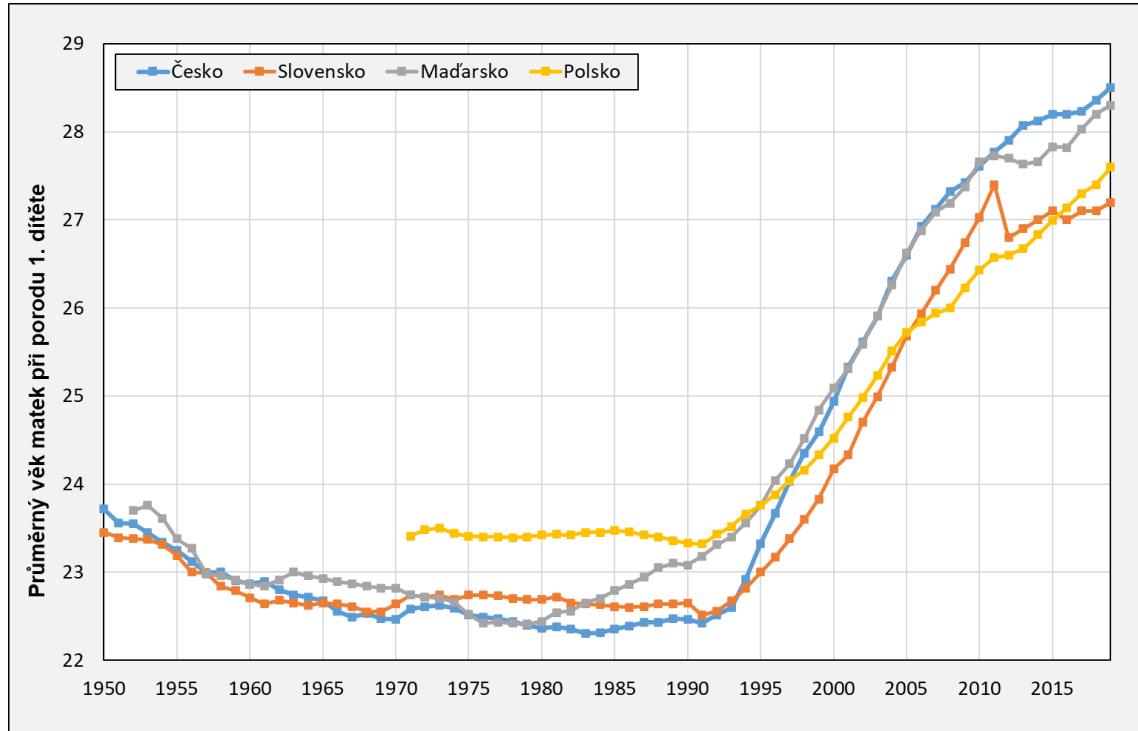
neboť se zde rodilo více dětí vyššího pořadí. V Polsku byl tento věk vyšší, také z toho důvodu, že zde ženy poprvé rodily o zhruba rok později než v ostatních sledovaných zemích, kde byl průměrný věk prvorodiček po většinu sledovaného období nižší než 23 let (obr. 11). K mírnému zvyšování průměrného věku u všech zemí docházelo vlivem přijímání populačních opatření, neboť se díky zlepšení populačního klimatu rodilo znovu více dětí vyššího pořadí.

Jako první se vlivem druhého demografického přechodu začal zvyšovat průměrný věk při porodu u maďarských žen a až o něco později i u ostatních států. K nejprudšímu poklesu od začátku 90. let došlo v Česku, kde se věk prvorodiček zvýšil o 6 let. U všech zemí kromě Polska, kde i dosud se průměrný věk matky při porodu rychle zvyšuje, dochází k výraznému zpomalení nebo ke stagnaci vývoje. V současnosti mají nejvyšší průměrný věk matky v Česku a nejnižší na Slovensku, stejně je to i u věku prvorodiček.

Obr. 10 – Průměrný věk matky při narození dítěte ve vybraných zemích, 1950–2019



Zdroj: Polsko 1950–1970 HFC (2021); Česko 1950–2018, Slovensko 1950–2012, Maďarsko 1950–1917, Polsko 1971–2016 HFD (2021); Česko 2019, Slovensko 2013–2019, Maďarsko 2018–2019, Polsko 2017–2019 Eurostat (2021)

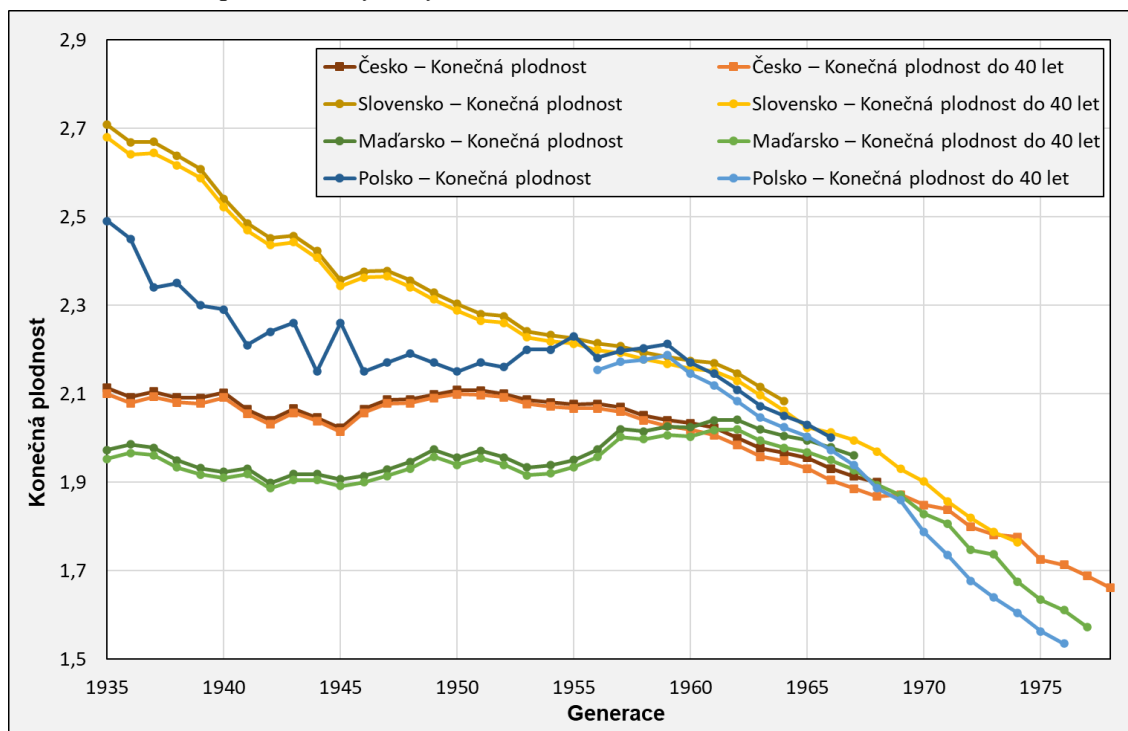
Obr. 11 – Průměrný věk matky při narození 1. dítěte ve vybraných zemích, 1950–2019

Zdroj: Česko 1950–2018, Slovensko 1950–2012, Maďarsko 1950–1917, Polsko 1971–2016 HFD (2021); Česko 2019, Slovensko 2013–2019, Maďarsko 2018–2019 Polsko 2017–2019 Eurostat (2021)

Konečná plodnost

Obrázek č. 12 ukazuje srovnání vývoje konečné plodnosti v zemích Visegrádské čtyřky. I v případě tohoto srovnání se dají země rozdělit na dvě skupiny. V jedné z nich se nachází Slovensko a Polsko, kde byla po většinu sledovaného období konečná plodnost výrazně vyšší než 2,10 dítěte. Ve druhé je Česko a Maďarsko, kde naopak byla konečná plodnost často pod hranicí prosté reprodukce. Z tohoto trendu je také zřejmé, že v Česku a v Maďarsku je dlouhodobě brán dvoudětný model rodiny jako ideální. Oproti tomu na Slovensku a v Polsku byla u starších generací žen více preferovaná početnější rodina, což se později změnilo hlavně kvůli většímu zapojení žen na trhu práce. Z tohoto důvodu konečná plodnost až do kohort žen narozených v druhé polovině 40. let poměrně rychle klesala, ale poté opět začala mírně růst díky přijatým populačním opatřením ze 70. let. Přijaté populační opatření z tohoto období se však výrazněji projeví na nižší úrovni konečné plodnosti tedy u Česka a Maďarska. Zejména v Česku díky zlepšení populačního klimatu měly ženy z generací 1950–1953 naposledy vyšší konečnou plodnost než 2,10. Pod tuto hranici se konečná plodnost v Polsku dostala až u kohorty 1962 a na Slovensku dokonce u generace 1964.

Zlom nastal u generací narozených v první polovině 60. let, na které již mohl mít vliv druhý demografický přechod, kdy konečná plodnost začala u všech zemí rychle klesat. Podle konečné plodnosti do 40 let se nejvíce v průměru narodilo dětí generacím žen z druhé poloviny 70. let v Česku, a naopak nejméně v Polsku, kde generace z roku 1976 dosáhla pouze na hodnotu 1,54 dětí.

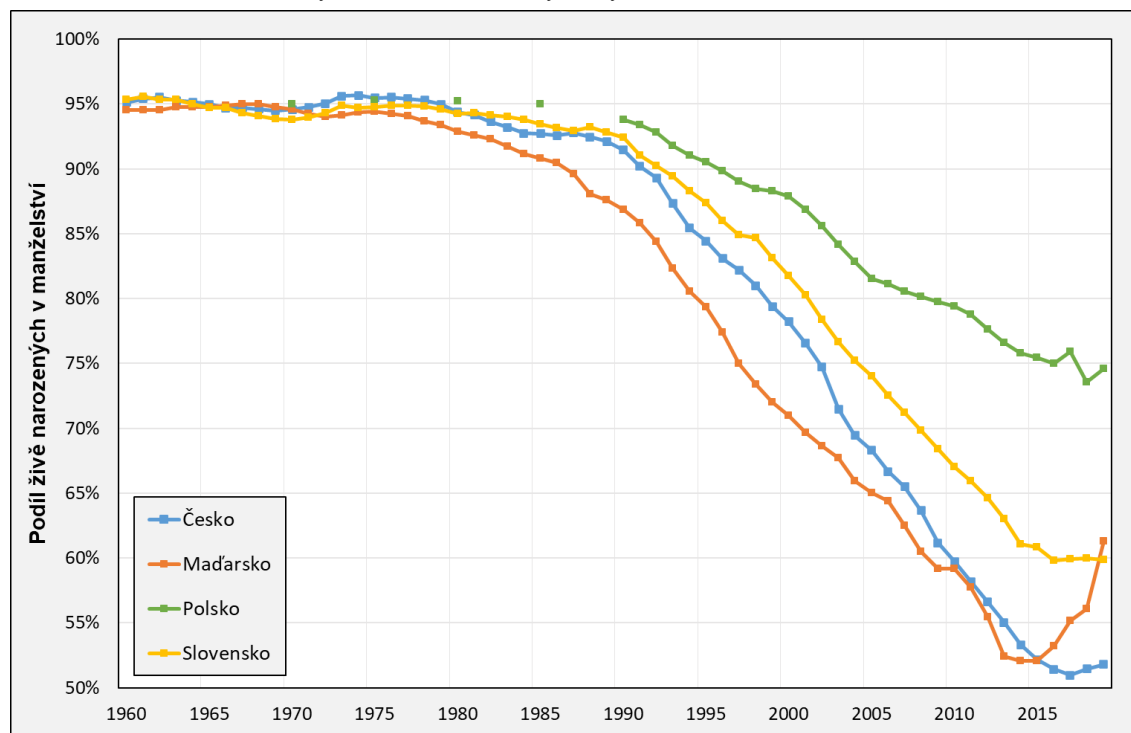
Obr. 12 – Konečná plodnost ve vybraných zemích, 1950–1978

Zdroj: Polsko 1935–1955 Brzozowska (2014); Česko 1935–1978, Slovensko 1935–1974, Maďarsko 1935–1977, Polsko 1956–1976 HFD (2021)

Manželská plodnost

Podíl dětí narozených v manželství byl na počátku sledovaného období ve všech zemích Visegrádské skupiny téměř identický (obr. 13). První zemí, u které začal počet dětí narozených v manželství klesat, bylo Maďarsko a zároveň tento pokles měl nejrychlejší průběh. Z počátku byla manželská plodnost v Česku a na Slovensku velmi podobná, ale po rozdělení země v roce 1993 se i jejich vývoj začal odlišovat. Ten v Česku se postupně začal podobat spíše vývoji v Maďarsku, kde však v posledních letech dochází k růstu, naopak v Česku ke stagnaci. Vývoj poklesu manželské plodnosti na Slovensku je oproti Česku a Maďarsku pomalejší, ale v současné době také stagnuje. Odlišný vývoj od zbytku zemí má Polsko, ve které dochází k růstu podílu mimomanželských dětí nejpomaleji a zároveň stále dosahuje výrazně nejvyšších hodnot.

Lze tedy zkonstatovat, že u všech sledovaných zemí bylo uzavření sňatku v období socialismu klíčové pro následné pořízení dětí. Situace se začala měnit až v průběhu 80. let a celý proces snižování manželské plodnosti urychlil nástup druhého demografického přechodu v 90. letech. Na následný odlišný vývoj mezi zeměmi má zřejmě vliv míra religiozity obyvatelstva, protože dle katolické nauky má k pořízení dětí dojít až po sňatku. Zda by tedy bylo možné hledat důvod, proč nedošlo k tam strmému klesání u Polska a Slovenska jako tomu bylo v případě Česka a Maďarska, kde je vyšší počet osob bez náboženského vyznání. V posledních letech je také možno pozorovat, že u všech zemí dochází buď k stagnaci nebo naopak k růstu podílu dětí narozených v manželství. V Polsku došlo k meziročnímu vzrůstu v roce 2017, kvůli přijatým zavedení nového příspěvku na děti vyššího pořadí a v Maďarsku vzrostl podíl o 5 procentních bodů v roce 2019, díky přijetí výhodných novomanželských půjček.

Obr. 13 – Podíl živě narozených v manželství ve vybraných zemích, 1960–2019

Zdroj: Eurostat (2021); vlastní výpočty

Kapitola 5

Analýza umělé potratovosti

Následující část analýzy se zabývá vývojem umělé potratovosti od prvních let legalizace až do současnosti. Hlavním ukazatelem použitým v analýze je index umělé potratovosti, který zohledňuje počet indukovaných potratů s počtem živě narozených dětí. Dále je v této kapitole popsán vývoj počtu interrupcí podle pořadí již narozených dětí, ale pouze za Česko, Slovensko a Maďarsko, neboť data za Polsko bohužel nejsou dostupné.

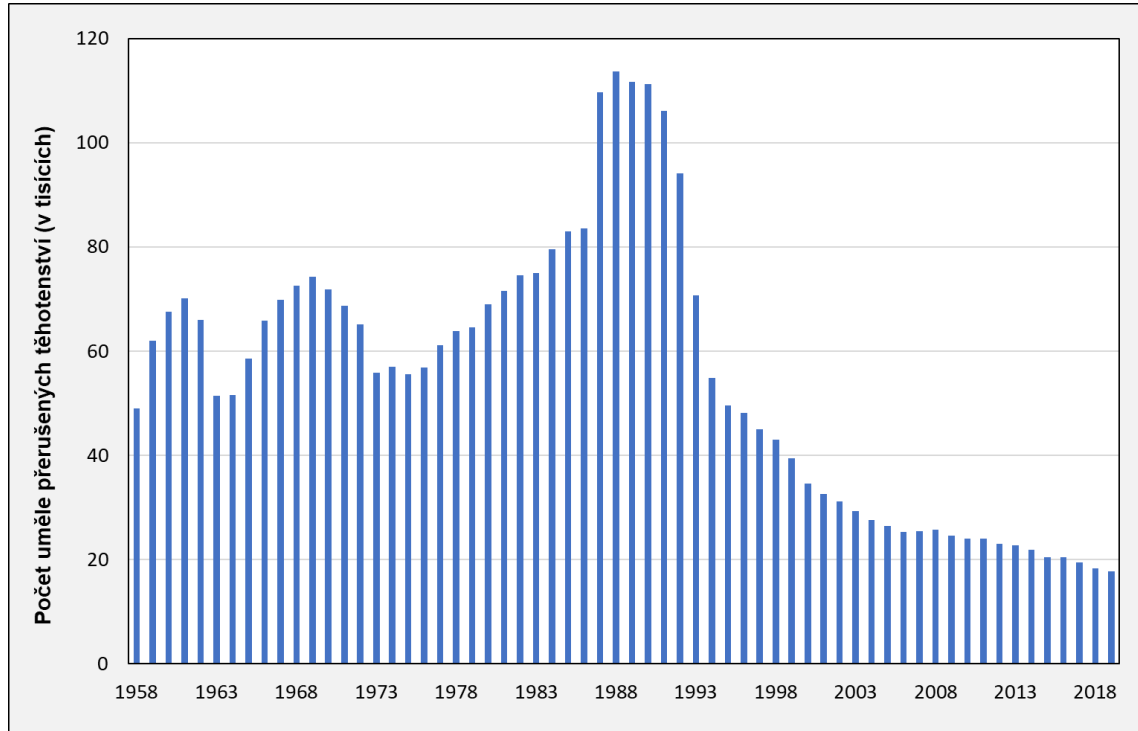
Česko

Umělé přerušování těhotenství začalo být v Československu legální od roku 1958. K žádosti o interrupci musela žena mít vážné důvody, které následně projednávala a schvalovala speciálně sestavená komise. První rok tento zákrok podstoupilo 49 tisíc českých žen a v dalších letech se počet zvyšoval (obr. 14). Růst počtu interrupcí mělo negativní vliv na porodnost, což lze vidět na obrázku č. 15 a již v roce 1960 se jednalo o více než 50 ukončených těhotenství na 100 živě narozených dětí.

V roce 1962 došlo hned k několika změnám, které měly vliv na další vývoj indukované potratovosti. Změnilo se složení komise a za zákrok se nově musel uhradit poměrně vysoký poplatek, který se o dva roky později ještě zvýšil. Zároveň byla v roce 1962 prodloužena mateřská dovolená. Tyto faktory se odrazily jak v snížení počtu zákroků, tak také k zvýšení porodnosti. Efekt těchto opatření však byl jen krátkodobý. V letech 1968–1969 byl opět index umělé potratovosti vyšší než 50, k čemuž nejspíše pomohla i nejistá politická situace, kterou způsobila okupace vojsky Varšavské smlouvy a normalizace. V dalších letech však se počet provedených interrupcí začal snižovat.

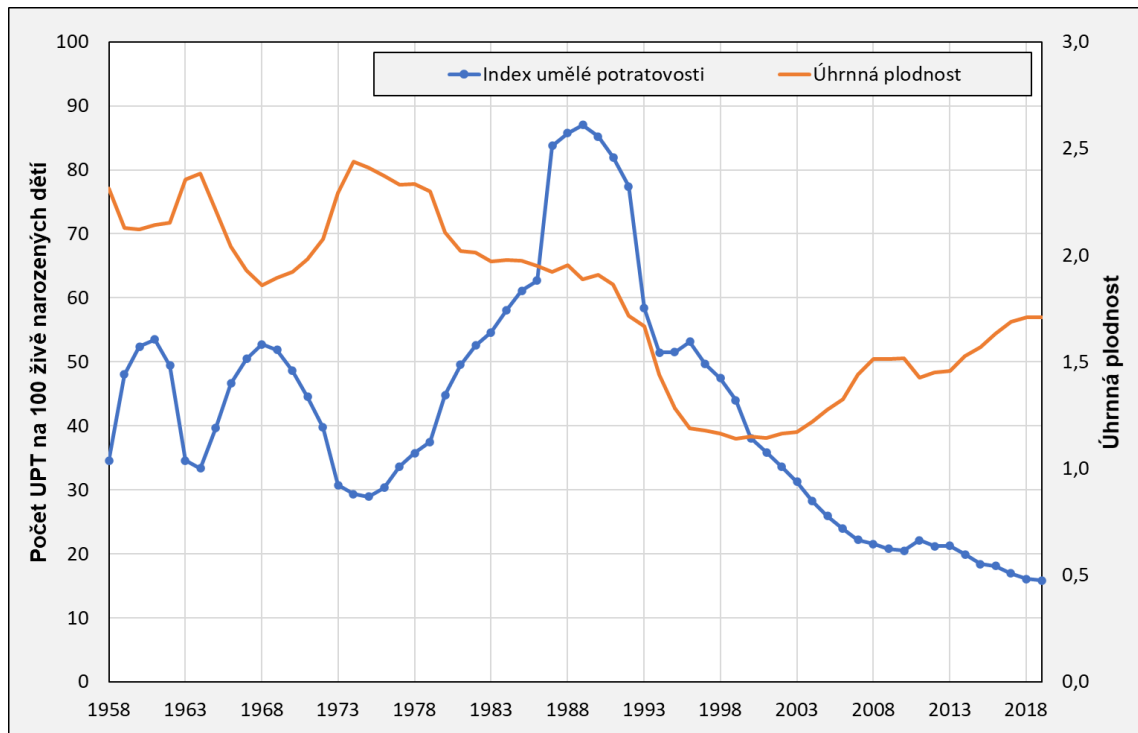
V první polovině 70. let byla přijata řada populačních opatření, které velké části žen pomohly s rozhodováním při neplánovaném otěhotnění. Index umělé potratovosti se meziročně v letech 1972–1973 snížil téměř o čtvrtinu na 31 UPT na 100 živě narozených dětí a okolo této hodnoty se držel až do roku 1976. Od tohoto roku počet zákroků opět začal růst, k čemuž v roce 1980 pomohlo i zrušení intervalu mezi dvěma interrupcemi u některých žen a také zhoršení ekonomické situace země.

Obr. 14 – Počet UPT, Česko, 1958–2019



Zdroj: ČSÚ (2021)

Obr. 15 – Index umělé potratovosti a úhrnná plodnost, Česko, 1958–2019



Zdroj: úp – 1950–2018 HFD (2021); 2019 Eurostat (2021), ipo – ČSÚ (2021), vlastní výpočty

V první polovině 70. let byla přijata řada populačních opatření, které velké části žen pomohly s rozhodováním při neplánovaném otěhotnění. Index umělé potratovosti se meziročně v letech 1972–1973 snížil téměř o čtvrtinu na 31 UPT na 100 živě narozených dětí a okolo této hodnoty se držel až do roku 1976. Od tohoto roku počet zákroků opět začal růst, k čemuž v roce 1980

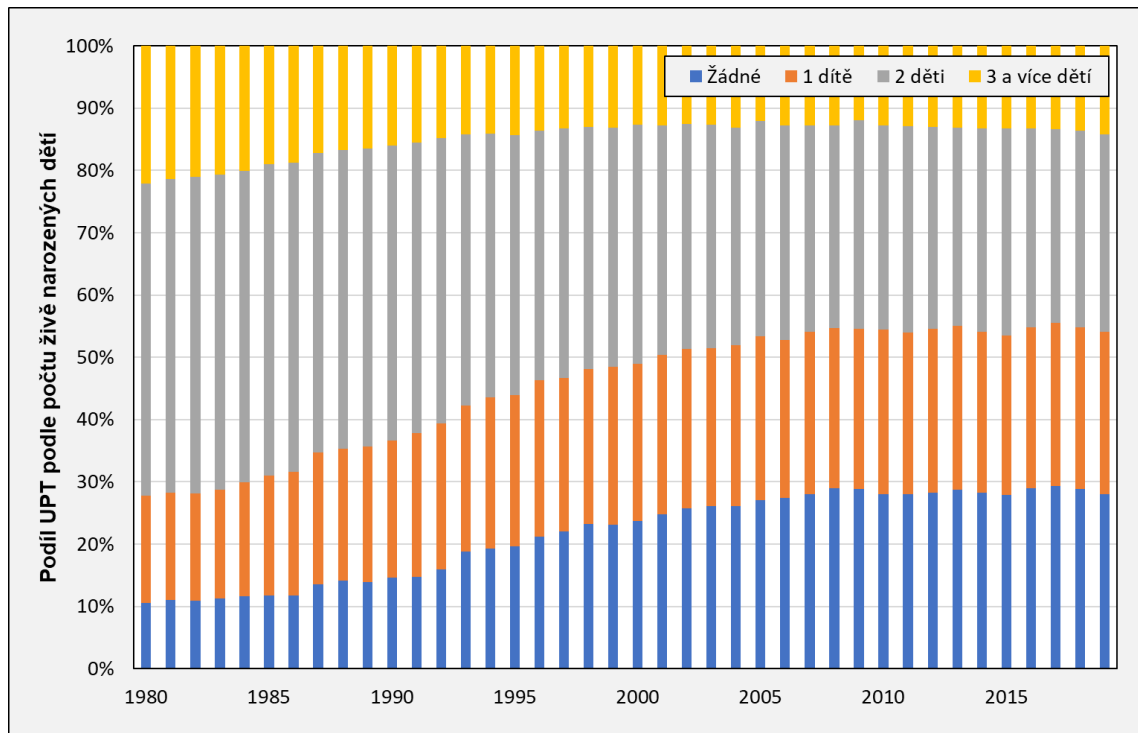
pomohlo i zrušení intervalu mezi dvěma interrupcemi u některých žen a také zhoršení ekonomické situace země.

V roce 1987 začal platit nový zákon, který ukončil činnost interrupčních komisí a nově byl zákrok proveden na žádost ženy. Počet ukončených těhotenství tak vzrostl z 84 tisíc v roce 1986 až na 114 tisíc v roce 1988, což činilo 87 indukovaných potratů na 100 živě narozených dětí. V následujících letech začal počet těchto zákroků pomalu klesat. K čemu zřejmě přispělo, že od roku 1993 přestala zdravotní pojišťovna hradit interrupce z jiných než ze zdravotních důvodů. K tomuto trendu významně pomohl i přechod v 90. letech na volný trh, díky kterému začala být větší dostupnost spolehlivých forem antikoncepce. Pomocí nich se tak mohly začít ženy lépe chránit před nechtěným těhotenstvím. V současnosti se neustále počet indukovaných potratů snižuje a v roce 2019 ho podstoupilo necelých 18 tisíc žen.

Na obrázku č. 16 je zaznamenán vývoj umělé potratovosti v Česku podle počtu dětí. Na začátku 80. let nadále platil zákon, podle kterého interrupci před provedením musela nejdříve schválit komise. V tomto období byla polovina všech zákroků povolena ženám, které měly dvě děti, okolo pětiny u žen s více dětmi, a naopak u bezdětných se jednalo o 11–12 % interrupcí.

Od roku 1987 již bylo ukončení těhotenství pouze na žádost ženy bez jakéhokoliv dalšího odůvodnění. Díky této změně se začala struktura žen podstupující interrupci měnit. Snižoval se podíl žen s dvěma a více dětmi a na jejich úkor se zvyšoval hlavně počet žen, které dítě ještě neměly. Od roku 2007 se situace stabilizovala a jednotlivé kategorie žen mají trvalý charakter. Nadále tento zákrok nejčastěji podstupují ženy s dvěma dětmi, ale v současnosti je jich jen třetina. Bezdětných žen bývá v rozmezí 28–29 % a u žen, které mají jedno dítě, se jedná o 28 % zákroků.

Obr. 16 – Podíl UPT podle počtu živě narozených dětí, Česko, 1980–2019

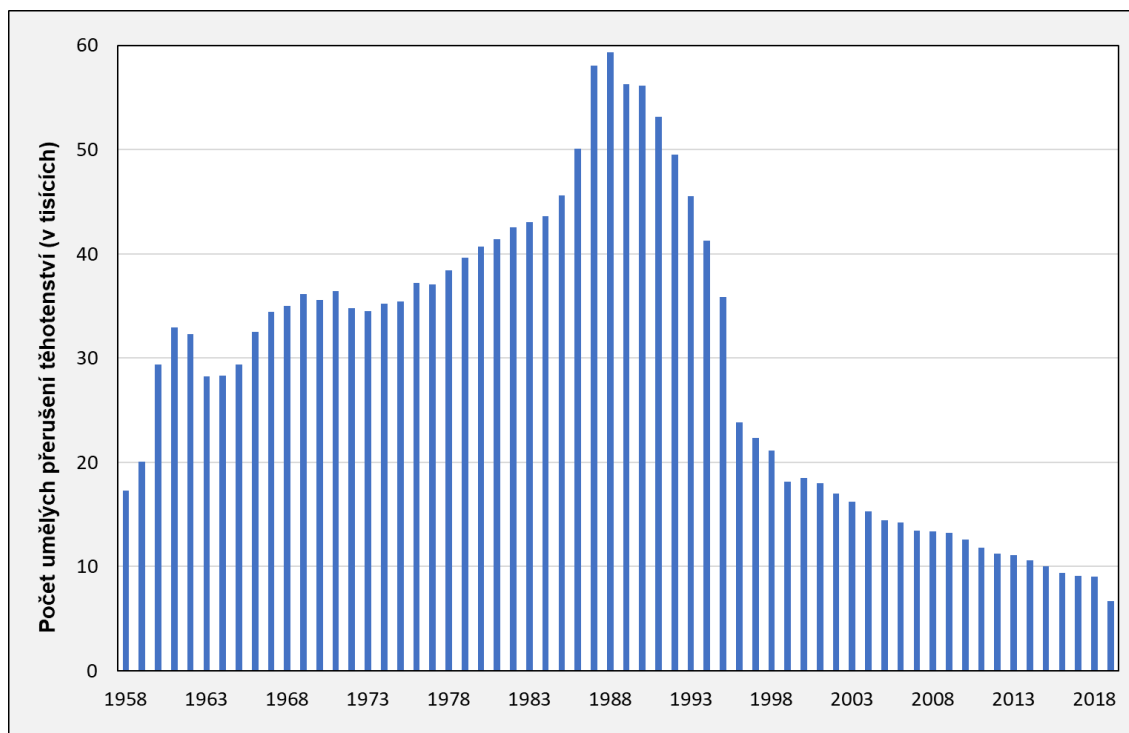


Zdroj: ČSÚ (2021)

Slovensko

Na obrázku č. 18 je zachycen vývoj indexu umělé potratovosti na Slovensku. Ten po legalizaci v roce 1958 vzrostl až na 39 UPT na 100 živě narozených dětí v roce 1962. Poté v letech 1963–1964 došlo k snížení, a to jak kvůli zhoršení dostupnosti interrupce, tak také kvůli prodloužení mateřské dovolené, které naopak zvýšilo klesající porodnost. V dalších letech však opět počet těchto zákroků začal růst a v roce 1968 byl index umělé potratovosti na 46 ukončených těhotenství.

Obr. 17 – Počet UPT, Slovensko, 1958–2019

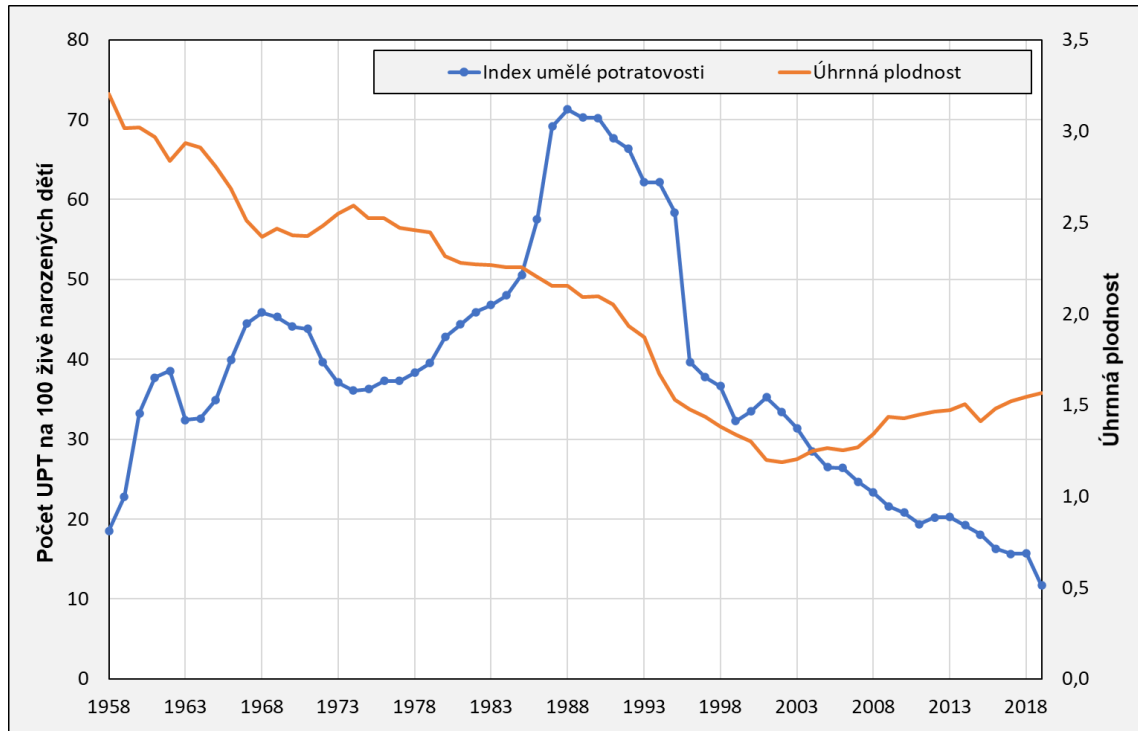


Zdroj: 1958–1959 Johnston`s Archive (2020); 1960–2019 (Eurostat, 2021)

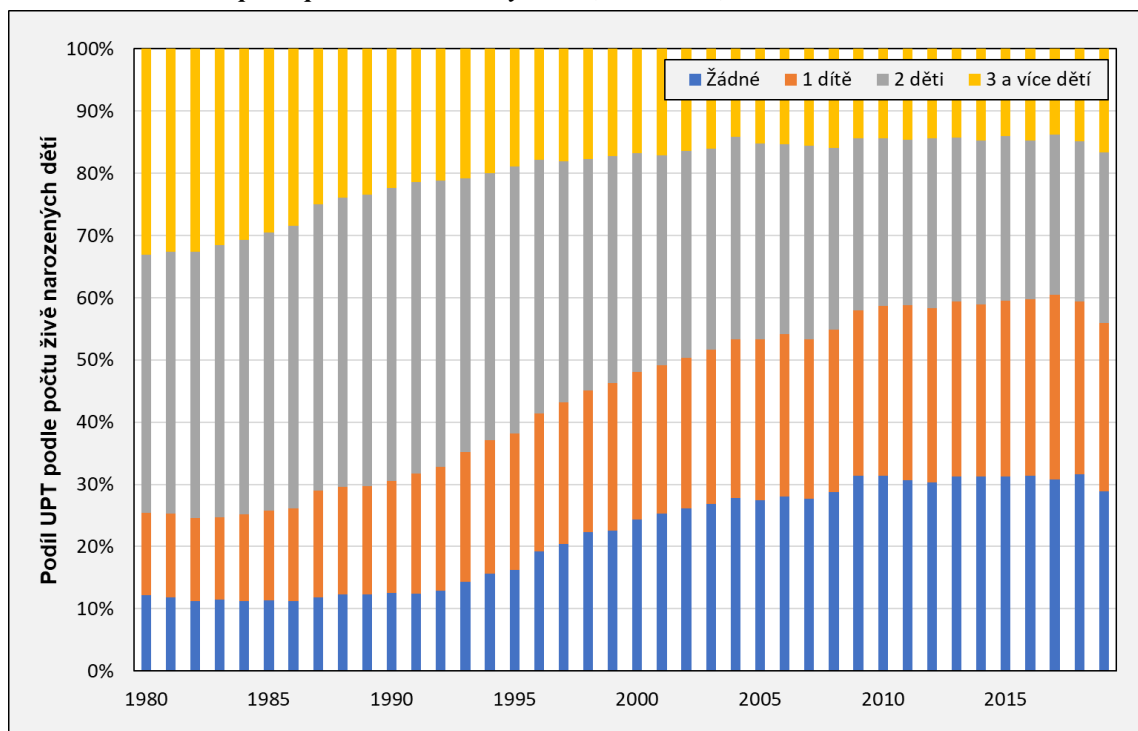
Přijaté populační opatření ze začátku 70.let tento ukazatel snížil až na 36 interrupcí. Nicméně absolutní počty interrupcí se podařilo snížit jen mírně (obr. 17), tudíž tyto opatření neměly tak pozitivní dopad na rozhodnutí o neplánovaném těhotenství jako v Česku. K pomalému růstu tak došlo už v roce 1974 a k roku 1980 přesáhl počet provedených interrupcí 40 tisíc.

Rychleji začal růst index umělé potratovosti již od roku 1985, ale přijetím nového zákona v roce 1987, podle kterého je interrupce pouze na žádost ženy, se zvýšil až na 71 UPT v roce 1988. Počet zákroků se držel nad 55 tisíci až do roku 1990 a poté se začal poměrně rychle snižovat. Rychlý pokles nastal v roce 1996, kdy přestala být interrupce hrazena zdravotní pojišťovnou. Došlo tak k meziročnímu poklesu o 12 tisíc ukončených těhotenství.

V současnosti počet zákroků neustále klesá. Svůj podíl na to má jak větší rozšíření moderních forem antikoncepce od 90. let, tak také vyšší povědomí o tom, jak se chránit před nechtěným otěhotněním. K roku 2019 se index umělé potratovosti snížil až na necelých 12 interrupcí.

Obr. 18 – Index umělé potratovosti a úhrnná plodnost, Slovensko, 1958–2019

Zdroj: úp– 1950–2014 HFD (2021); 2015–2019 Eurostat (2021), ipo – 1958–1959 Johnston's Archive (2020); 1960–2019 (Eurostat, 2021), vlastní výpočty

Obr. 19 – Podíl UPT podle počtu živě narozených dětí, Slovensko, 1980–2019

Zdroj: VDC (2021)

Na obrázku č. 19 je zachycen vývoj umělé potratovosti podle počtu živě narozených dětí od roku 1980 až do současnosti. Na začátku sledovaného období až do roku 1987 musela veškeré zákroky před provedením schválit interrupční komise. Podíl bezdětných žen (11–12 % zákroků)

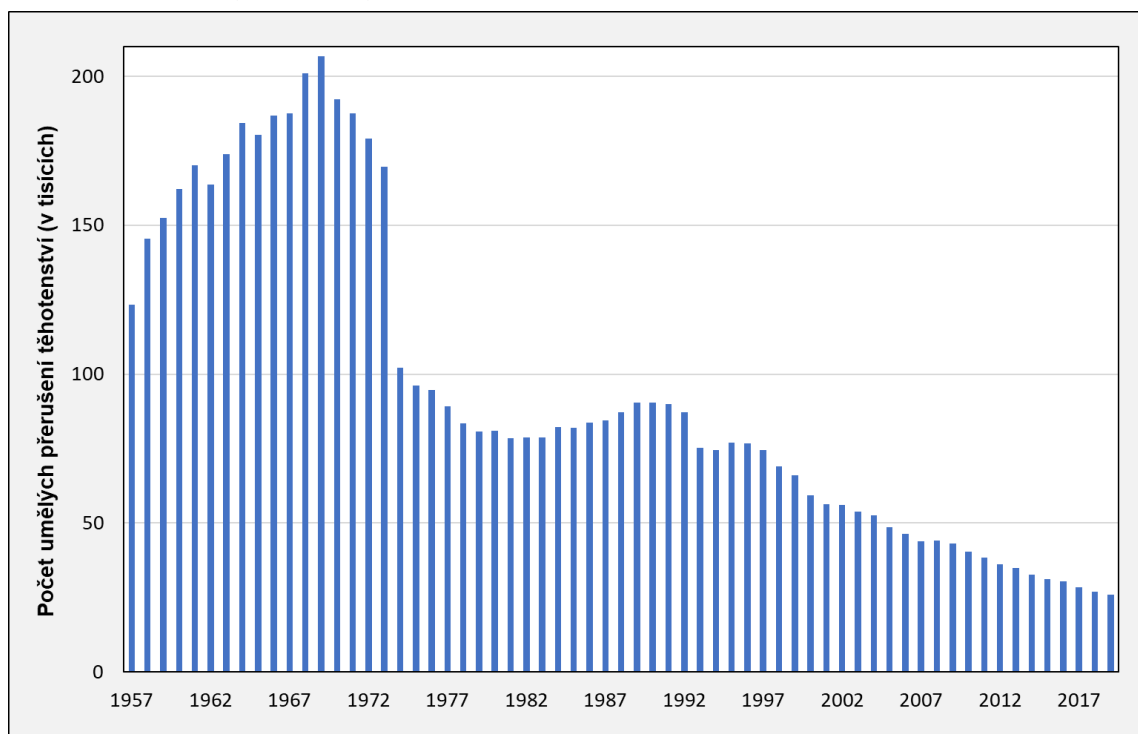
byl poměrně stabilní. Rostl však podíl žen s jedním a se dvěma dětmi, naopak klesal počet žen, které měly tři a více dětí, což byla kategorie žen, které ještě v roce 1980 podstoupily třetinu všech interrupcí.

Nový zákon, který platí od roku 1987, povoluje interrupci pouze na žádost ženy. Díky této změně se urychlil růst podílu ukončených těhotenství u žen s jedním a se dvěma dětmi. Později se začal zvyšovat i podíl bezdětných žen, a naopak snižovat podíl žen, které mají dvě děti. I na Slovensku se od roku 2009 vývoj stabilizoval. Nejvíce indukovaných potratů podstupují ženy, které děti nemají, a to okolo 30 % zákroků. O něco nižší podíl mají ženy s jedním dítětem a ženy, které mají dvě děti, se podstupují okolo čtvrtiny všech zákroků.

Maďarsko

V Maďarsku začal být indukovaný potrat legální od roku 1957. Tak jako v Československu ho nejdříve musela schválit interrupční komise, která však byla velmi shovívavá. Hned první rok ukončení těhotenství podstoupilo 123 tisíc žen (obr. 20) a již v roce 1959 byl počet zákroků vyšší než počet narozených dětí (obr. 21). Index umělé potratovosti však i další roky rychle rostl a v roce 1964 jeho hodnota byla 140 interrupcí. K poklesu došlo v roce 1967, díky prodloužení mateřské dovolené na 2 a půl roku. Na absolutní hodnoty provedených interrupcí však mělo toto opatření jen malý dopad a hned následující dva roky ukončilo těhotenství více než 200 tisíc žen. Poté se ale počet interrupcí začal pomalu snižovat.

Obr. 20 – Počet UPT, Maďarsko, 1957–2019



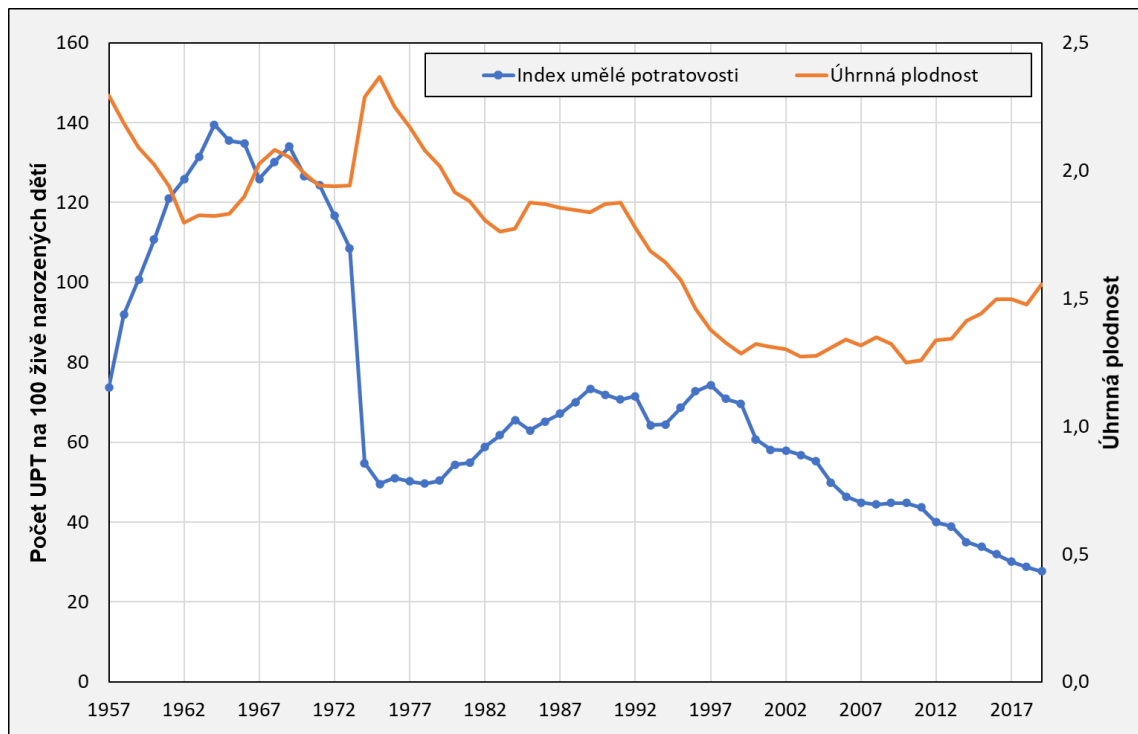
Zdroj: 1957–1959 Johnston`s Archive (2020); 1960–2019 (Eurostat, 2021)

Součástí populačních opatření ze začátku 70. let bylo také zpřísnění interrupčního zákona. Nové ženy pro schválení indukovaného potratu musely splnit některou z podmínek a zároveň jim mohla komise zákrok zpoplatnit. Kvůli této změně zákona se index umělé potratovosti mezi lety 1973–1974 snížil o polovinu. K poklesu zřejmě pomohly i přijaté populační opatření, které

výrazně zlepšily finanční situaci rodin. V průběhu 70. let tak došlo k postupnému snižování počtu interrupcí, na čemž měla podíl i větší dostupnost hormonální antikoncepce, kterou čím dál více žen začala používat. Od poloviny 80. let se začala ekonomická situace rychle horšit a počet zákroků opět rostl.

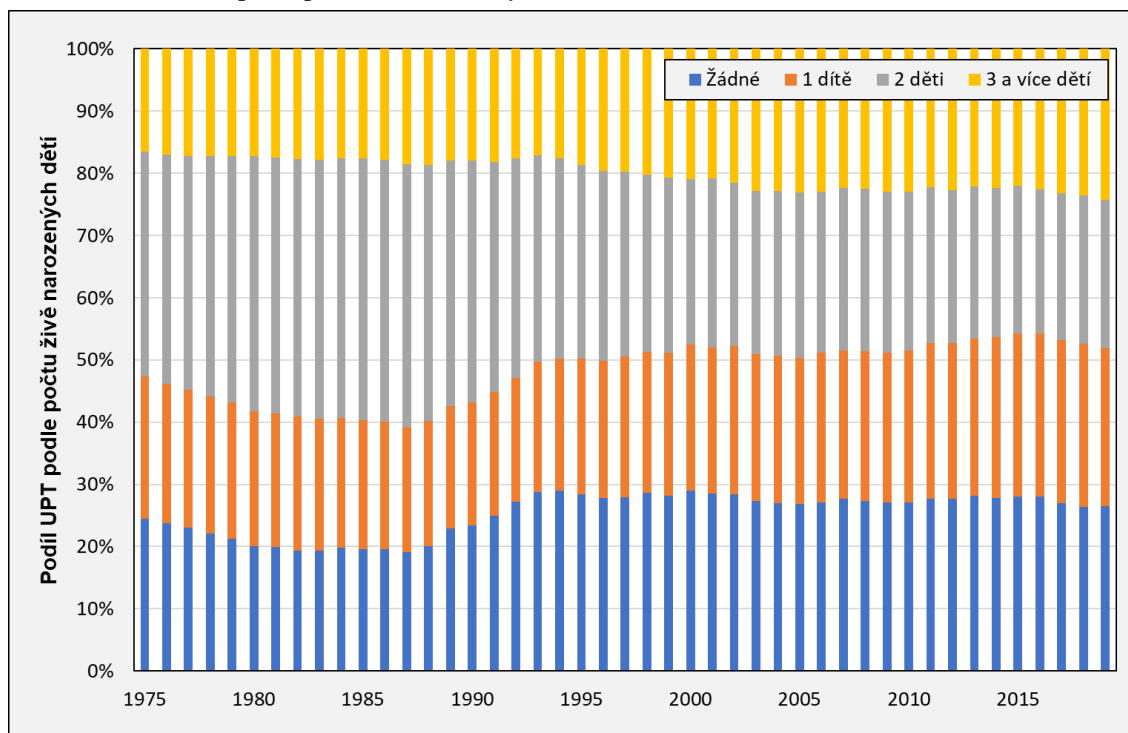
Na počátku 90. let měl index umělé potratovosti hodnotu okolo 71 interrupcí. K výraznějšímu snížení přispělo zrušení interrupčních komisí a zpoplatnění v roce 1993. Aby mohly ženy podstoupit tento zákrok, stačilo jim potvrdit, že se nacházejí v „krizové situaci“. Pokles trval pouze dva roky a poté znovu index umělé potratovosti začal růst, ale od roku 1997 již začal trvale klesat.

Obr. 21 – Index umělé potratovosti a úhrnná plodnost, Maďarsko, 1957–2019



Zdroj: úp– 1950–2017 HFD (2021); 2018–2019 Eurostat (2021), ipo – 1957–1959 Johnston’s Archive (2020); 1960–2019 (Eurostat, 2021), vlastní výpočty

K poslední změně zákona došlo v roce 2000. Prohlášení o „krizové situaci“ se přejmenovalo na „vážnou krizovou situaci“ a navíc každá žena musí před provedením zákroku na dvě konzultace. Novelizace zákona znovu pomohla snížit počty interrupcí. V současnosti klesající trend přetrvává a v roce 2019 byl index umělé potratovosti pod 28 interrupcemi.

Obr. 22 – Podíl UPT podle počtu živě narozených dětí, Maďarsko, 1975–2019

Zdroj: KSH (2021)

Na obrázku č. 22 je možné vidět vývoj relativního zastoupení umělé potratovosti podle počtu živě narozených dětí v Maďarsku od roku 1975. Začátek sledovaného období je datován jen rok od zpřísnění interrupční legislativy. Od roku 1974 musely ženy k povolení interrupce splnit zákonem definované podmínky, což se projevilo na struktuře žen, které zákrok mohly podstoupit. Postupně se snižoval počet žen, které byly bezdětné nebo měly jedno dítě. V letech 1980–1988 shodně obě kategorie žen podstoupily okolo pětiny všech zákroků, poté jejich zastoupení opět začalo růst.

Od roku 1993 je interrupce v Maďarsku téměř na žádost ženy a za poplatek, což více zpřístupnilo ukončení těhotenství ženám, které neměly děti, a již v roce 2000 měly nejvyšší podíl. Hlavně na jejich úkor se snižoval podíl žen se dvěma dětmi. Až do současnosti dochází k neustálým změnám zastoupení jednotlivých kategorií, ale trvalý trend mají pouze podíl žen s třemi či více dětmi, který stále roste. K roku 2019 měly okolo čtvrtinového zastoupení všechny čtyři sledované kategorie, ale nadále o něco více podstupují interrupci bezdětné ženy.

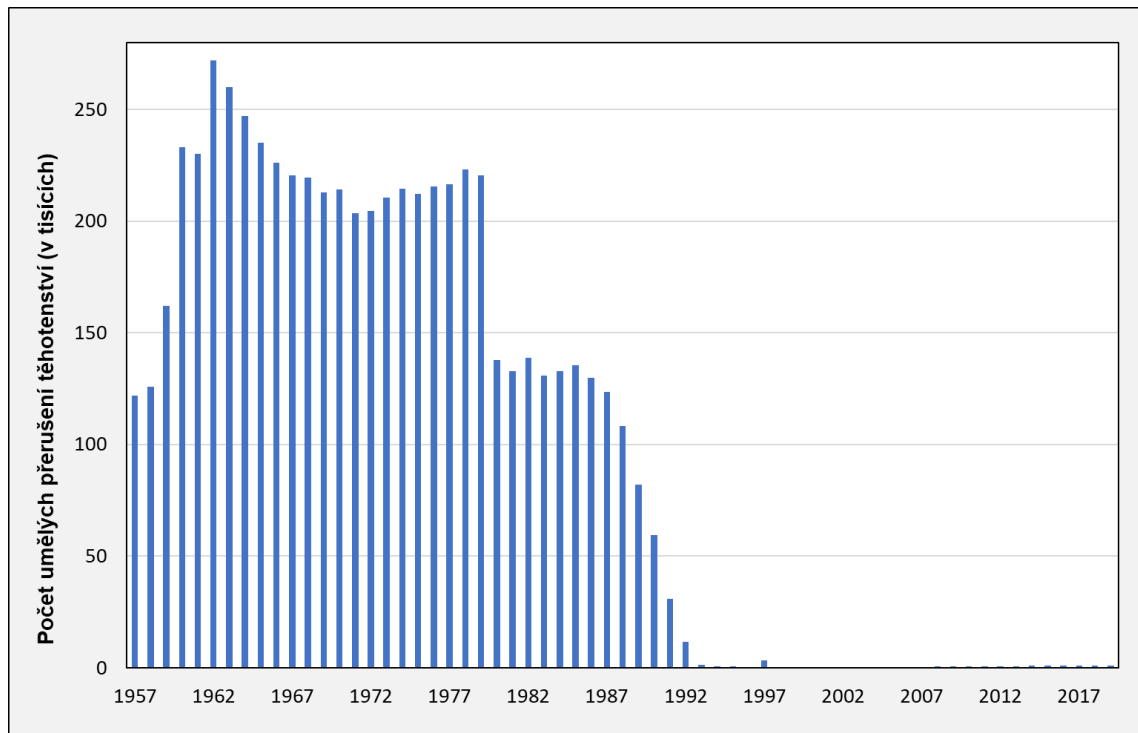
Polsko

V Polsku začalo být umělé přerušování těhotenství z jiných než zdravotních důvodů legální od roku 1956. Žádost ženy před provedením zákroku musel nejdříve schválit její ošetřující lékař. Navíc mohl interrupci provést i gynekolog mimo nemocnici. První rok byl indukovaný potrat proveden 122 tisícům žen a později se jejich počet zvyšoval (obr. 23). Schválení umělého potratu lékařem bylo od roku 1959 zrušeno, čímž se počet zákroků navýšil. Index umělé potratovosti se v roce 1962 zvýšil až na 45 interrupcí na 100 živě narozených dětí (obr. 24), poté však začal pomalu klesat.

Přijaté pronatalitní opatření z přelomu 60. až 70. let se nijak výrazně počtu indukovaných potratů nedotkl, naopak jejich počet od začátku 70. let začal znovu pomalu růst.

Mezi lety 1979 a 1980 došlo k prudkému snížení, které však nejspíše bylo způsobeno změnou sběru dat, než že by se tak výrazně proměnil přístup žen k interrupci. Podle Roszkowské (2003) byly statistiky o indukovaných potratech v Polsku v období socialismu neúplné, a to hlavně kvůli možnosti podstoupit ukončení těhotenství v ambulanci u gynekologa, které se následně málo kdy nahlašovalo.

Obr. 23 – Počet UPT, Polsko, 1957–2019

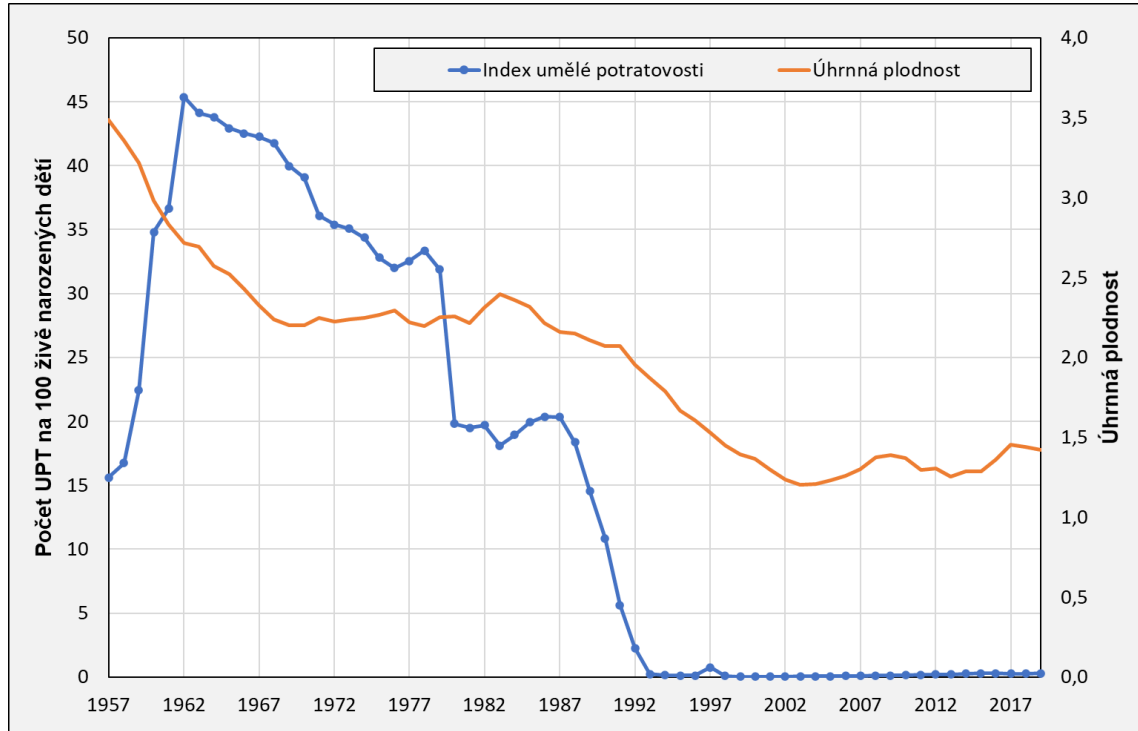


Zdroj: 1957–1990 Johnston`s Archive (2020); 1991–2019 Eurostat (2021)

Od poloviny 80. let začal počet interrupcí poměrně rychle klesat. V roce 1987 měl index umělé potratovosti hodnotu 20 zákroků a o tři roky později se snížil téměř o polovinu. Na takto rychlé klesání měl zřejmě podíl i silící vliv církve. V roce 1991 byl schválen nový lékařský kodex, který gynekologům zakazoval provést interrupci ze sociálních důvodů. Počet zákroků se tak z roku 1991, kdy se provedlo 31 tisíc interrupcí, snížil v roce 1992 na necelých 12 tisíc. O rok později přístup lékařů podpořil nový zákon, který indukovaný potrat povoloval jen ze zdravotních problémů matky či dítěte nebo v případě znásilnění. Počet ukončených těhotenství se v roce 1996 snížil až na 491 zákroků.

Zákon se znovu změnil v roce 1997, podle kterého ženy znovu mohly podstoupit interrupci i ze sociálních důvodů. Avšak zákon byl v průběhu roku soudem shledán jako protiústavní a začal opět platit zákon z roku 1993. V roce 1997 tak mohlo ukončit interrupci více než 3 tisíce žen, ale následné roky se tento počet snížil až na 123 zákroků v roce 2001. Postupem let se počet interrupcí zvyšoval, také zřejmě díky zlepšování prenatalní péče, která lépe odhalovala závažné postižení plodu. V letech 2015–2019 přesáhal počet interrupcí 1 tisíc zákroků.

Obr. 24 – Index umělé potratovosti a úhrnná plodnost, Polsko, 1957–2019



Zdroj: úp – 1950–2016 HFC (2021); 2017–2019 Eurostat (2021), ipo – Polsko 1957–1990 Johnston's Archive (2020); 1991–2019 Eurostat (2021), vlastní výpočty

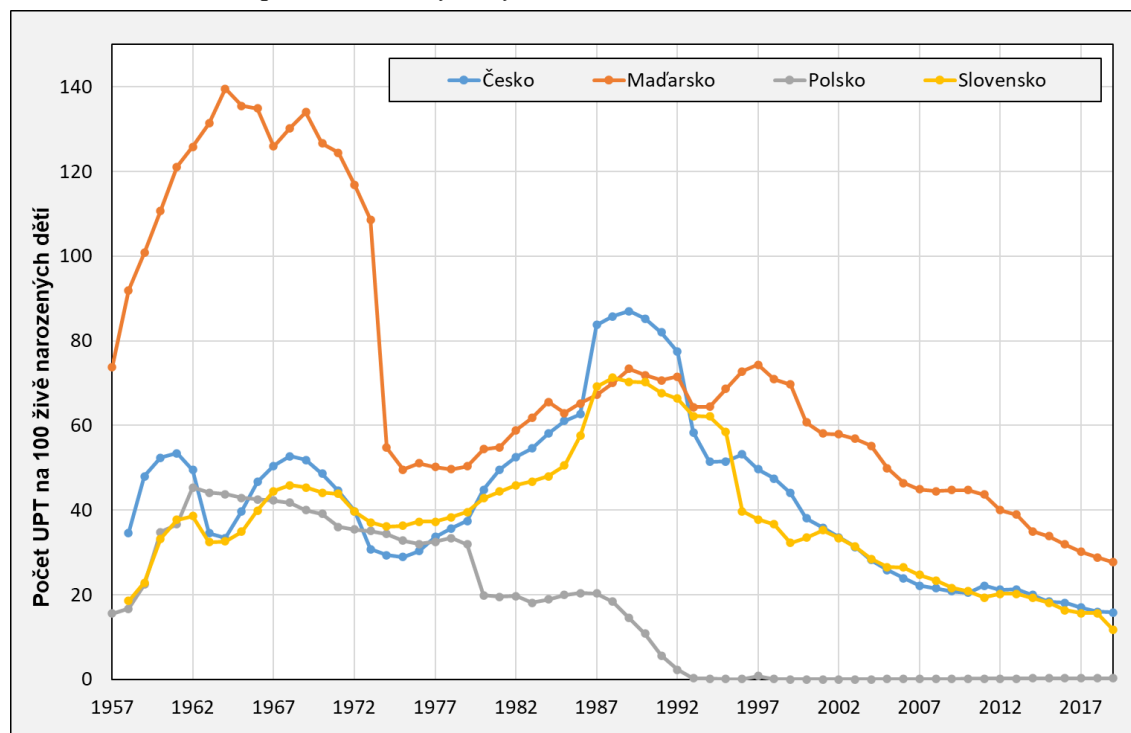
Srovnání

Na obrázku č. 25 je možné vidět srovnání indexu umělé potratovosti mezi Českem, Slovenskem, Maďarskem a Polskem. Nejbenevolentnější postoj k interrupci byl v Maďarsku, kde se hned po pár letech od zavedení legální interrupce provádělo více ukončených těhotenství, než se rodilo dětí. Opatrnější přístup mělo Slovensko a Polsko, zřejmě z důvodu většího vlivu církve, ale i u nich se postupem let počet zákroků zvyšoval. Pronatalitní opatření ze 70. let pomohla ke snížení počtu umělých potratů hlavně v Česku, ale pozitivní dopad zřejmě měly i na snížení interrupcí v Maďarsku, kde však hrálo významnou roli hlavně zpřísnění potratové legislativy. I přes tyto okolnosti zde byl index umělé potratovosti nadále nejvyšší.

Úplná liberalizace interrupčního zákona v roce 1987 v Československu způsobila prudký růst zákroků na Slovensku, kde index umělé potratovosti dosahoval vysokých hodnot Maďarska. Avšak index v Česku tyto hodnoty dokonce převýšil. Naopak v Polsku v tomto období začal počet interrupcí samovolně klesat a následně zde došlo k zákazu jejich provádění ze sociálních důvodů, který krom roku 1997 trvá až do dnes.

Zrušení interrupční komise v roce 1993 v Maďarsku měl překvapivě jiný efekt než v Československu, respektive došlo ke krátkodobému snížení indukovaných potratů. Avšak od konce 90. let můžeme u všech tří zemí, kde je interrupce legální, pozorovat neustálý klesající trend. Důvodem je jak větší dostupnost spolehlivých forem antikoncepce, díky kterým si páry můžou snáze regulovat počet dětí, tak také větší informovanost, jak se chránit před nechtěnému těhotenství. V Maďarsku je i v současnosti index umělé potratovosti nejvyšší a v Česku a na Slovensku dosahuje téměř identických hodnot.

Obr. 25 – Index umělé potratovosti ve vybraných zemích, 1957–2019



Zdroj: Česko a Slovensko 1958–1959 Johnston`s Archive (2020); 1960–2019 Eurostat (2021), Maďarsko 1957–1959 Johnston`s Archive (2020); 1960–2019 Eurostat (2021), Polsko 1957–1990 Johnston`s Archive (2020); 1991–2019 Eurostat (2021), vlastní výpočty

Kapitola 6

Analýza používání antikoncepce

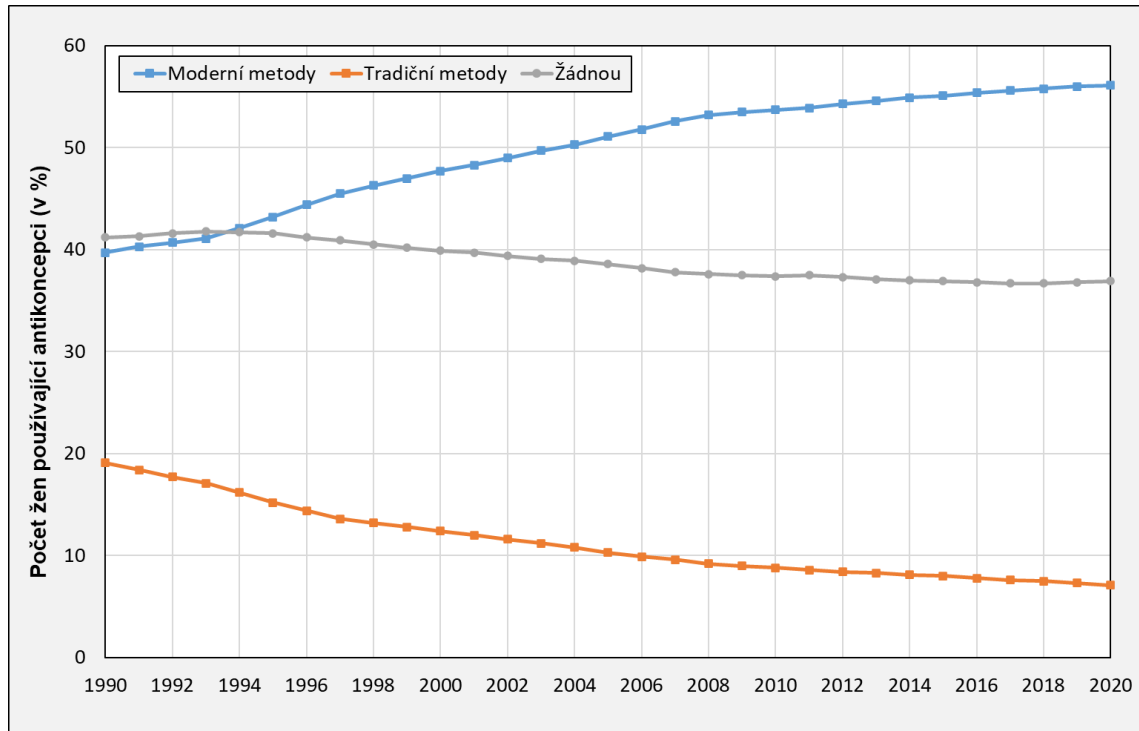
Tato část práce je zaměřena na období od 90. let, kdy došlo k většímu rozšíření moderních metod antikoncepce i v bývalých socialistických zemích. K analýze jsou použity data od United Nations, které odhadují vývoj používání tradičních metod (např. přerušovaná soulož nebo výpočet plodných a neplodných dnů) a moderních metod (např. kondom, hormonální antikoncepce, ...) antikoncepce za jednotlivé země u žen ve věku 15–49 let. Předpokládaný vývoj je odvozen na základě provedených šetření, mezi které patří hlavně výzkumy Fertility and Family Survey (FFS) a Generations and Gender Survey (GGS). Nejedná se tedy o časové řady, které by zcela odpovídaly realitě.

Dále je pozornost zaměřena také na vývoj preferencí jednotlivých metod, a to zejména pomocí již zmíněných šetření. Relativní zastoupení dílčích druhů antikoncepcí jsou v následujících tabulkách uvedeny pouze za ženy, které v jednotlivých výzkumech uvedly, že se některou uvedenou metodou před otěhotněním chrání. Zároveň jsou tyto údaje přepočítány tak, aby tvořily 100 %.

Česko

V první polovině 90. let byl podle odhadů počet žen, které používají moderní metody antikoncepce, téměř identický s těmi, které se nijak před otěhotněním nechrání (obr. 26). Tradiční metody v roce 1990 používala zřejmě necelá pětina žen a neustále se jejich počet snižoval. V roce 2006 již těchto žen mělo být méně než 10 % a v současnosti jen okolo 7 %. Počet uživatelů moderních forem antikoncepce rostl zřejmě poměrně rychle a k roku 2004 měla na ně spoléhat více než polovina žen v reprodukčním věku. Od roku 2008 se růst zpomalil a v posledních letech se počet žen používajících tyto metody má pohybovat okolo 56 %.

Obr. 26 – Počet žen používající antikoncepci, Česko, 1990–2020



Zdroj: UN (2020)

Z tabulky č. 1 je patrné, že v roce 1959 nebyly hormonální pilulka ani nitroděložní tělísko v Československu dostupné, a proto se většina párů spoléhala na tradiční metody ochrany před otěhotněním. Kondom používala čtvrtina vdaných žen a 1 % ostatní dostupné metody jako je třeba antikoncepční želé. Ke konci 90. let již byla antikoncepční pilulka poměrně rozšířená, neboť ji používalo 39 % žen a o 8 let později tento druh používala polovina žen, které se před otěhotněním chránily. Vzrostl také podíl žen, které se spoléhaly na kondom, a to na 28 %. Naopak poklesl počet žen používající nitroděložní tělísko z 23 % v roce 1997 na 10 % v roce 2005. Tradiční metody již v roce 2005 používala pouhá desetina žen.

Tab. 1 – Ženy používající některý druh antikoncepce, Česko

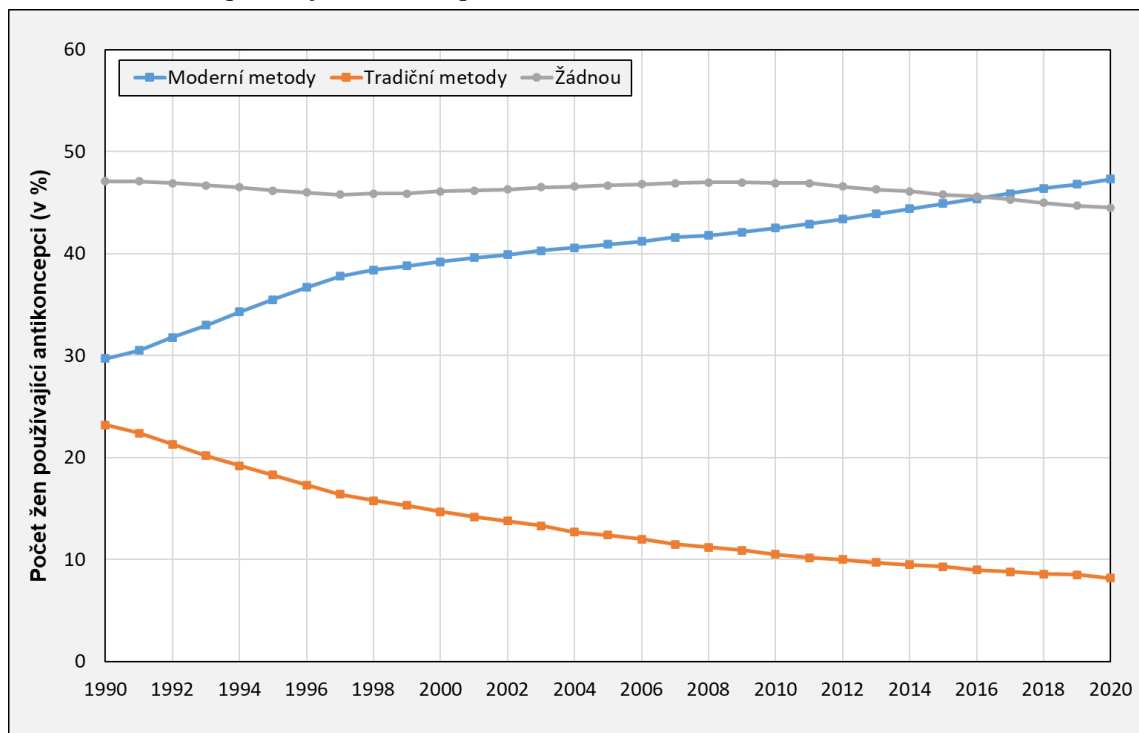
Druh používané antikoncepce	Vdané ženy	Ženy v partnerském vztahu	
	1959	1997	2005
Hormonální pilulka	–	39 %	49 %
Kondom	26 %	21 %	28 %
Nitroděložní tělísko	–	23 %	10 %
Tradiční metody	73 %	15 %	10 %
Ostatní	1 %	2 %	2 %

Zdroj: 1959 Srb, Kučera a Vysušilová (1961b); 1997 FFS (2021); 2005 GGS1 (2021)

Slovensko

Na začátku sledovaného období měla více než polovina slovenských žen používat nějakou formu ochrany před nechtěným otěhotněním (obr. 27). Z toho 30 % žen zřejmě používalo některou z moderních metod a jejich počet se v dalších letech neustále zvyšoval. Od roku 2003 se podle odhadů jednalo o více než dvě pětiny uživatelek. Naopak tradičními metodami se mělo chránit ještě v roce 1993 pětina žen, ale v současnosti se už zřejmě jedná o podobný podíl žen jako v Česku, a to okolo 8 %. Až v roce 2017 bylo podle odhadů více žen používající moderní druhy antikoncepce než těch, které nepoužívaly žádnou. A k roku 2020 se jejich podíl měl zvýšit na 43 %.

Obr. 27 – Počet žen používající antikoncepci, Slovensko, 1990–2020



Zdroj: UN (2020)

Výzkum z roku 1959, který byl prováděn na celém území Československa, měl podobné výsledky v Česku i na Slovensku (tab. 2). Téměř tři čtvrtě manželských párů regulovala svůj počet dětí pomocí tradičních metod a čtvrtina pomocí kondomů. V druhé polovině 90. let již 29 % žen používala hormonální pilulku, ale v roce 2008 se jejich počet snížil o 2 procentní body. Mezi lety 1996 a 2008 se tak mělo dojít na snížení podílu žen, které se chránily pomocí nitroděložního tělíska (1996 – 16 %, 2008 – 6 %) a kondomů, kdy v roce 1996 těchto žen byla třetina a v roce 2008 už jen čtvrtina. Naopak se podle posledního výzkumu měla velká část žen vrátit k tradičním metodám regulace plodnosti, které podle něj používalo 38 % žen ve fertilním věku.

Tab. 2 – Ženy používající některý druh antikoncepce, Slovensko

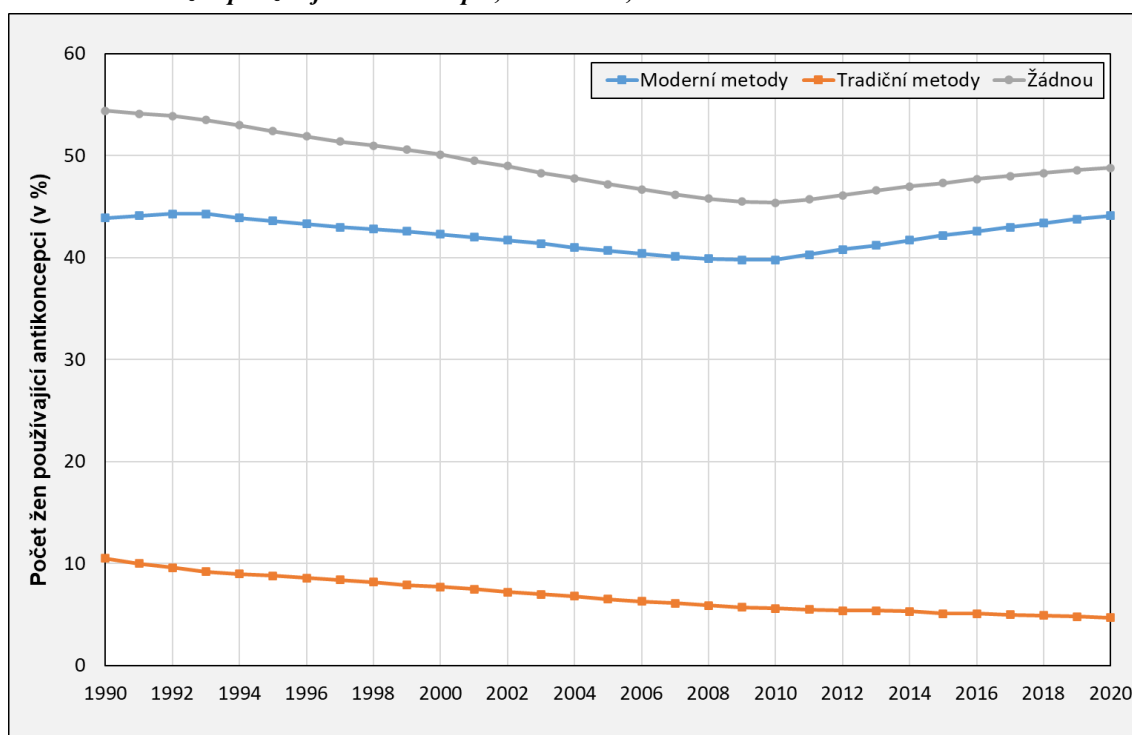
Druh používané antikoncepce	Vdané ženy	Ženy v partnerském vztahu	
	1959	1996	2008
Hormonální pilulka	–	29 %	27 %
Kondom	25 %	33 %	25 %
Nitroděložní tělíčko	–	16 %	6 %
Tradiční metody	72 %	17 %	38 %
Ostatní	2 %	6 %	5 %

Zdroj: 1959 Srb, Kučera a Vysušilová (1961b); 1996 FOCUS (1997); 2008 da Silva (2011)

Maďarsko

V Maďarsku již v roce 1990 podle odhadů používala pouhá desetina žen tradiční antikoncepční metody a od tohoto roku podíl těchto žen má mít pořád klesající charakter (obr. 28). Oproti tomu podíl uživatelů moderních forem antikoncepce byl zřejmě na počátku 90. let poměrně vysoký a v roce 1993 se mělo jednat o 43 % žen. Od tohoto roku však tento podíl nejspíše začal klesat až na hodnotu pod 40 % v roce 2010. V současnosti ovšem počet žen používající některý druh moderní antikoncepce má opět růst a k roku 2020 se zřejmě jedná o 44 % žen. Tradiční metody od roku 2018 by mělo používat méně než 5 % žen. Nadále je však zřejmě v Maďarsku skoro polovina žen v reprodukčním věku, které se před nechtěným otěhotněním nijak nechrání.

Obr. 28 – Počet žen používající antikoncepci, Maďarsko, 1990–2020



Zdroj: UN (2020)

Tabulka č. 3 uvádí vývoj používání dílčích metod antikoncepce u maďarských žen. Výsledky výzkumů z let 1958 a 1966 jsou si velmi podobné. Opět většina manželských párů používala tradiční metody, ale zároveň přes jednu desetinu párů používala jinou formu ochrany, než je

v tabulce zmíněna, a to především pesary. O 8 let později se používání jednotlivých druhů antikoncepce výrazně změnilo. V roce 1974 již bylo 36 % žen, které používaly hormonální pilulku. Zároveň se snížil počet vdaných žen, které používaly kondom a nadále bylo 43 % párů, které spoléhaly pouze na tradiční metody. Na přelomu let 1992–1993 se již polovina žen chránila před nechtěným těhotenstvím pomocí hormonální pilulky a čtvrtina nitroděložním tělískem. Do roku 2009 se však snížil podíl žen spoléhající na hormonální antikoncepci na polovinu a více než třetina se začala chránit pomocí kondomů.

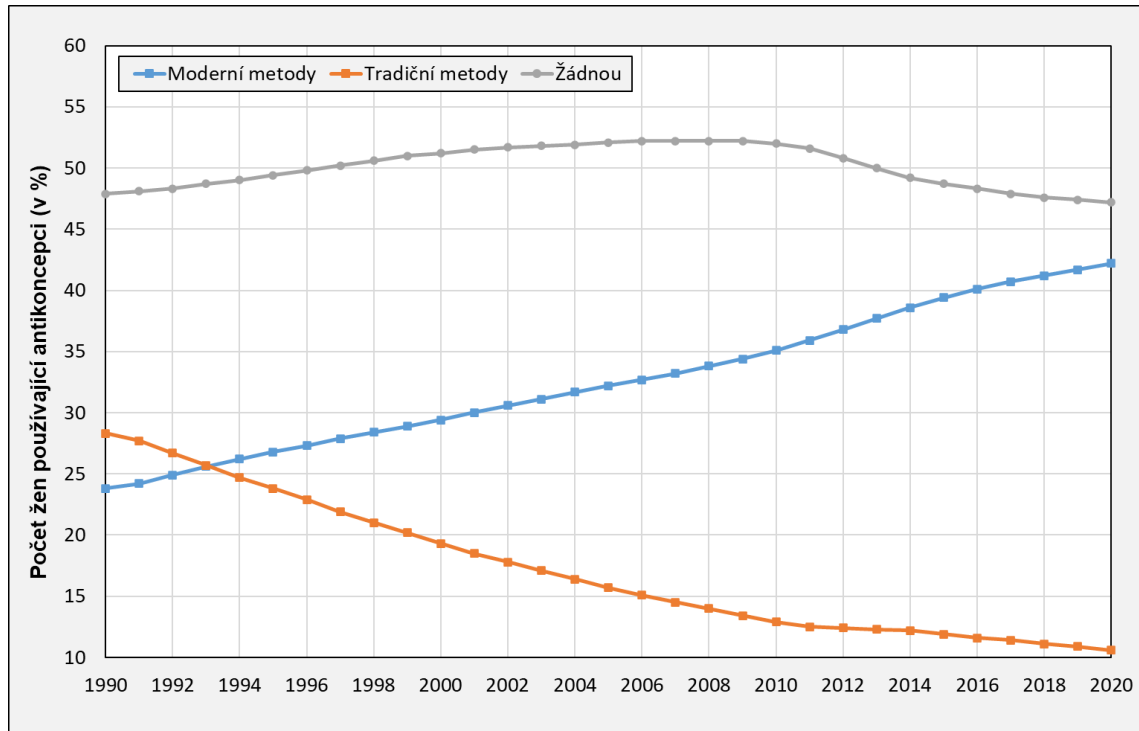
Tab. 3 – Ženy používající některý druh antikoncepce, Maďarsko

Druh používané antikoncepce	Vdané ženy			Ženy v partnerském vztahu	
	1958	1966	1974	1992–1993	2009
Hormonální pilulka	–	–	36 %	52 %	27 %
Kondom	21 %	17 %	9 %	11 %	36 %
Nitroděložní tělísko	–	–	7 %	24 %	21 %
Tradiční metody	67 %	70 %	43 %	13 %	11 %
Ostatní	12 %	13 %	5 %	0 %	4 %

Zdroj: 1958, 1966, 1974 Makay (2015); 1992–1993 FFS (2021); 2009 GGS2 (2021)

Polsko

Na začátku 90. let bylo nejspíše více žen, které se chránily pomocí tradičních metod než těch, které používaly některou z moderních (obr. 29). Podíl těchto žen měl být vyšší až od roku 1994, kdy zřejmě dosahoval hodnoty 26 % a poté nadále rostl. Naopak neustále zřejmě klesá podíl žen používající tradiční metody a v roce 2000 se jejich počet měl snížit pod pětinu. Oproti tomu se do roku 2009 nejspíše zvyšoval podíl žen, které nepoužívaly žádnou antikoncepci a až k roku 2014 se měl snížit pod polovinu. Růst podílu žen, které používají moderní způsoby antikoncepce by však měl podle odhadů nadále růst a v roce 2020 se má jednat o 42 % žen. V současnosti má být stále více než desetina žen, které se spoléhají na ochranu před neplánovaným těhotenstvím pomocí tradičních metod a zřejmě okolo 47 %, které se nechrání vůbec.

Obr. 29 – Počet žen používající antikoncepci, Polsko, 1990–2020

Zdroj: UN (2020)

Většina vdaných polských žen v roce 1972 používalo tradiční metody ochrany před početím (tab. 4). Pětina žen používala kondom a hormonální pilulku nebo nitroděložní tělíčko 4 %. Na počátku 90. let byl podíl žen používající antikoncepční pilulku nadále nízký, ale zvýšil se podíl u nitroděložního tělíška na 12 %. Nadále však více než tři pětiny žen spoléhala na tradiční metody. Počet žen používající hormonální antikoncepci se zvýšil až k roku 2005 na 25 % a okolo této hodnoty se pohyboval podíl i ve výzkumech z let 2008 a 2011. Většina žen do roku 2005 zřejmě přešla z tradičních metod na kondomy, které používala více než polovina žen v roce 2005 i 2008. K roku 2011 se však podle výzkumu měl podíl žen spoléhající na kondomy snížit na třetinu a znovu se zvýšit podíl u tradičních antikoncepčních metod.

Tab. 4 – Ženy používající některý druh antikoncepce, Polsko

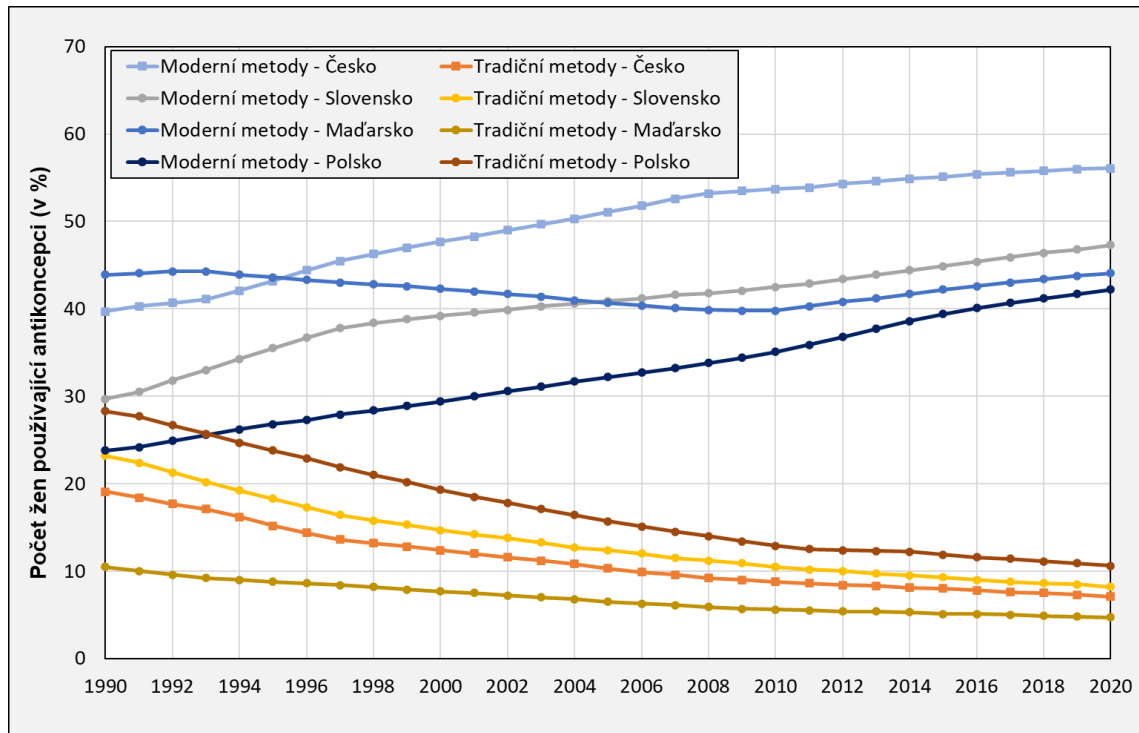
Druh používané antikoncepce	Vdané ženy	Ženy v partnerském vztahu			
	1972	1991	2005	2008	2011
Hormonální pilulka	3 %	5 %	27 %	25 %	24 %
Kondom	20 %	19 %	53 %	51 %	33 %
Nitroděložní tělíčko	1 %	12 %	0 %	7 %	2 %
Tradiční metody	76 %	64 %	20 %	17 %	41 %
Ostatní	–	4 %	15 %	4 %	0 %

Zdroj: 1972 Mazur (1981); 1991 FFS (2021); 2005 GGS1 (2021); 2008 GGS2 (2021); 2011 da Silva (2011)

Srovnání

Na obrázku č. 30 je vidět srovnání odhadovaného vývoje používání tradičních a moderních metod antikoncepce za jednotlivé země. Na počátku sledovaného období mělo mít nejnižší podíl používání tradičních metod Maďarsko a zároveň také nejvyšší u metod moderních, což je zřejmě způsobeno tím, že již od 70. let velká část žen tyto druhy antikoncepce používala. Oproti tomu Polsko zřejmě bylo jedinou ze sledovaných zemí, kde ještě v roce 1992 bylo více žen, které používaly tradiční metody regulace plodnosti, než těch spoléhajících na moderní způsoby a i v současnosti je nejspíše podíl polských žen spoléhajících na tyto metody nejnižší. Důvod tohoto vývoje lze hledat u silného vlivu katolické církve, podle které je povolena pouze metoda plodných a neplodných dnů. K nejvyššímu růstu podílu žen spoléhajících na moderní metody od roku 1990 zřejmě došlo u českých žen a zároveň by měl být jejich podíl v posledních letech nejvyšší. I na Slovensku podle odhadů došlo k poměrně výraznému nárůstu, a dokonce zde má být nyní podíl žen používajících moderní druhy antikoncepce vyšší než v Maďarsku, kde po dlouhém klesání zřejmě došlo ke zvýšení na původní hodnoty ze začátku 90. let až v současnosti.

Obr. 30 – Počet žen používající antikoncepci ve vybraných zemích, 1990–2020



Zdroj: UN (2020)

Kapitola 7

Závěr

Tématem této bakalářské práce je plánované rodičovství v zemích Visegrádské skupiny. Cílem práce bylo v období od 50. let 20. století až do současnosti charakterizovat a srovnat přístup jednotlivých států k metodám plánovaného rodičovství a zároveň k načasování založení rodiny. Dále si práce stanovila za cíl zodpovědět dvě výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla: *V čem se lišil postoj k plánovanému rodičovství a k formování rodiny v socialismu a po něm?* Sledované období by bylo možné podle poznatků této práce rozdělit na dvě etapy, a to právě na období socialismu a na období po roce 1989, kdy došlo k pádu komunismu ve všech sledovaných zemích a k jejich následné demokratizaci.

Bývalé socialistické země byly jedny z prvních, kde bylo ukončení těhotenství zlegalizováno i ze sociálních důvodů, což poměrně výrazně ovlivnilo intenzitu plodnosti. K legalizaci interrupce došlo ve všech zemích v druhé polovině 50. let, tedy v období, kdy se velká část žen zapojila do pracovního procesu, což se neslučovalo s péčí o početnou rodinu. Navíc na nástup tolika matek do zaměstnání nebyla připravená předškolní zařízení a jejich kapacity nebyly dostatečné. Tyto faktory měly vliv na postupné snižování úhrnné plodnosti a také na počáteční rychlý růst provedených interrupcí zejména v Maďarsku, kde v 60. letech bylo více ukončených těhotenství než narozených dětí. Reakcí na takto vysoké počty zákroků byla snaha, co nejdříve rozšířit moderní metody antikoncepce. Ty ve všech zemích včetně nitroděložního tělíska a hormonální pilulky začaly být dostupné od přelomu 60. a 70. let. Většina těchto metod však byla málo spolehlivá nebo u žen vyvolávaly obavy ze zdravotních následků, proto se většina párů stále uchýlovala k používání tradičních metod a jako hlavní metoda regulace plodnosti byla nadále brána interrupce. Výjimkou mezi zeměmi v používání hormonální antikoncepce bylo Maďarsko, kde na tuto metodu v první polovině 70. let spoléhala třetina všech žen, které se nějakým způsobem chránily před otěhotněním.

Větší vliv tak na snižování interrupcí mělo zpřísnění legislativy nebo populační opatření. Často docházelo k těmto krokům společně, aby daná opatření měla co největší efekt na porodnost. Díky těmto populačním opatřením opět rostla úhrnná plodnost vyššího pořadí ve všech zemích, výrazněji však v Česku a v Maďarsku, kde se úhrnná plodnost neustále pohybovala okolo hranice 2,10 dítěte. Naopak Polsko a Slovensko vykazovalo mnohem vyšší hodnoty zřejmě větším vlivem církve, ale zároveň měly v období socialismu převážně klesající trend. Dále se díky populačním opatřením zvyšovala také konečná plodnost a mírně průměrný věk ženy při porodu včetně věku

prvorodiček, který se do začátku 90. let kromě Polska pohyboval pod věkem 23 let a v Polsku byl zhruba o rok vyšší.

Zlom v přístupu k plánovanému rodičovství a v reprodukčním chování nastal po roce 1989, kdy přechodem na demokracii a na volný trh, došlo ke změně společenských norem a k větší individualizaci. Velmi rychle se u všech zemí snížila úhrnná plodnost. Velká část žen své mateřství odložila do vyššího věku a více se začala orientovat na vzdělání a kariéru. K čemuž jim pomohla také větší dostupnost spolehlivých a kvalitních antikoncepčních metod, které se do bývalých socialistických zemí dostaly díky přechodu na tržní ekonomiku a které ženám umožnily lépe regulovat a plánovat svou plodnost.

Změnil se také přístup k interrupci. V roce 1993 došlo k zákazu provádění interrupcí ze sociálních důvodů v Polsku. Naopak v Československu začala být interrupce dostupná na žádost ženy již od roku 1987 a v Maďarsku od roku 1993. Z počátku byl po liberalizaci počet provedených interrupcí nadále vysoký, ale rozšiřováním moderních metod antikoncepce a informovanosti o reprodukčním zdraví se počet zákroků neustále snižuje. V období, kdy byl přístup k interrupci regulován, měly největší zastoupení ženy s dvěma dětmi a po liberalizaci zákona jsou to v Maďarsku a na Slovensku bezdětné ženy, ale v Česku nadále ženy s dvěma dětmi.

Druhá výzkumná otázka byla: *Jak se liší přístup k plánovanému rodičovství na základě religiozity obyvatelstva?* V Polsku a na Slovensku je oproti zbylým členům V4 vyšší zastoupení věřících. V období socialismu se tento rozdíl mezi zeměmi projevoval především ve vyšší plodnosti, a to měřené jak transversálním, tak generačním přístupem. Přechodem na demokratický systém se sledované státy začaly více lišit. Výrazněji se religiozita obyvatelstva projevuje v souvislosti s manželskou plodností, kdy do 90. let se okolo 95 % dětí rodilo v manželství ve všech sledovaných zemích. Poté došlo u Maďarska a Česka k výraznému poklesu až na téměř polovinu. Naopak ve zbylých zemích došlo k pomalejšímu snižování a v Polsku se nadále rodí pouze okolo čtvrtiny mimomanželských dětí. K podobnému průběhu došlo i u průměrného věku prvorodiček, kdy u žen z Polska a ze Slovenska se tento věk zvyšoval pomaleji, tedy více žen v těchto zemích bere založení rodiny jako životní prioritu. Zároveň je v těchto zemích podle výzkumu ISSP častěji vnímán jako ideální vyšší počet dětí v rodině. V současnosti však má Polsko nejnižší úhrnnou plodnost a také se zde podle hodnot konečné plodnosti do 40 let generací žen ze 70. let narodilo nejméně dětí, naopak v Česku nejvíce.

Co se týče metod regulace plodnosti, na počátku 90. let byly dle odhadů UN mezi těmito dvěma skupinami zemí rozdíly. Méně ženy používaly moderní formy antikoncepce právě na Slovensku a v Polsku. V dalších letech se nicméně tyto odlišnosti měly zmenšovat. Významným rozdílem však mezi Polskem a Slovenskem je v jejich interrupčních legislativách. Na Slovensku nadále platí liberální interrupční zákon z roku 1986, ale v Polsku, jak již bylo zmíněno, došlo v roce 1993 k omezení přístupu k umělému přerušování těhotenství.

I přesto že od 90. let došlo ve studovaných zemích k poměrně velkému pokroku v přístupu k plánovanému rodičovství, lze v posledních letech pozorovat kroky, které vedou k čím dál většímu nedodržování reprodukčních práv. Zejména v Polsku, kde v posledních letech je hůře dostupná moderní antikoncepce, kterou odmítají předepisovat lékaři anebo vydávat lékárníci. Taktéž nouzová antikoncepce začala být pouze na předpis, což se stalo rovněž v Maďarsku, čímž

tento typ ochrany před početím téměř ztrácí smysl. Poslední událostí je změna interrupčního zákona, který polským ženám od roku 2021 povoluje ukončení těhotenství pouze v případě ohrožení jejich zdraví nebo pokud došlo k znásilnění či incestu. Zdá se tedy, že rozdíly mezi zeměmi V4 se budou nadále zvětšovat. Na budoucí vývoj však rovněž bude mít zásadní vliv zvolené politické strany v dané zemi a jejich názorová orientace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BRZOZOWSKA, Zuzanna, 2015. Female education and fertility under state socialism in Central and Eastern Europe. *Population* [online]. 70(4), 689-725 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.cairn-int.info/article-E_POPU_1504_0731--female-education-and-fertility-under.htm>
- CBOS, 2020. O dopuszczalności przerywania ciąży i protestach po wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Centrum Badania Opinii Społecznej [online]. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_153_20.pdf>
- CIGÁNEK, Radim, 2010. Legalizace umělých potratů v Československu v roce 1957. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- CVVM, 2019. Tisková zpráva: Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a prostituci – květen 2019. Centrum pro výzkum a veřejného mínění [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4954/f9/ov190617.pdf>
- ČÁP, Václav a Jana BONDYOVÁ, 1985. Historická statistická ročenka ČSSR. Praha: SNTL.
- ČSÚ, 2017. Metodické poznámky. Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-5-5]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/61566220/13006718m.pdf/ef0ebdfd-7d59-4e80-bb03-42cca517d83e?version=1.0>>
- ČSÚ, 2019. Průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců v civilním sektoru národního hospodářství podle ekonomické činnosti (sekce OKEČ) a sfér, 1955 – 1992. Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/documents/10180/60664312/1100251839.pdf/a531d6c1-596c-4b86-8993-3121aa823baa?version=1.0>>
- DUDOVÁ, Radka, 2012. Interrupce v České republice: zápas o ženská těla. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. ISBN 978-80-7330-214-6.
- ECEC, 2015. Hungary. ECEC [online]. Targu Mures: European Consortium for Emergency Contraception [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <<https://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-europe/country-by-country-information-2/hungary/>>

- ECEC, 2021. Poland. ECEC [online]. Targu Mures: European Consortium for Emergency Contraception [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <<https://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-europe/country-by-country-information-2/poland/>>
- EPF, 2020. Contraception Policy Atlas Europe 2020. In: EPF [online]. Brusel: European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-11/CCeptionInfoA3_EN%202020%20NOV2.pdf>
- FIDELIS, Malgorzata, 2004. Equality through protection: The politics of Women's employment in postwar Poland, 1945-1956. *Slavic Review* [online]. 63(2), 301-324 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/3185730>
- FRATCZAK, Ewa, Margarete KULIK, Marcin MALINOWSKI a Ewelina SLOTWINSKA-ROSLANOWSKA, 2007. Legal regulations related to demographic events and processes: social policy, pertaining to children and family – Poland, selected years 1945-2006 [online]. 2. Varšava: Sekcji Analiz Demograficznych. [cit. 2021-5-2]. ISSN 1642 - 0101. Dostupné z: <<http://www.ae.krakow.pl/~demograf/Publikacje/SAD17B.pdf>>
- HUSSEIN, Julia, Jane COTTINGHAM, Wanda NOWICKA a Eszter KISMUDI, 2018. Abortion in Poland: politics, progression and regression. *Reproductive Health Matters* [online]. 26(52), 11-14 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09688080.2018.1467361>>
- CHLAPEC, Dominik, 2021. Pronatalitní populační politika v 70. letech 20. století v zemích východního bloku. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- IGNACIUK, Agata, 2014. The Introduction and Circulation of the Contraceptive Pill in State-Socialist Poland (1960s-1970s). *Medicina nei secoli* [online]. 26(2), 509-536 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<http://www.medicinaneisecoli.it/index.php/MedSecoli/article/download/175/159>>
- IGNACIUK, Agata, 2020. No man's land? Gendering contraception in family planning advice literature in state-socialist Poland (1950s–1980s). *Social History of Medicine*[online]. 33(4), 1327-1349 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://academic.oup.com/shm/article-pdf/33/4/1327/35716914/hkz007.pdf>>
- IPPF EUROPEAN NETWORK, 2012. Abortion Legislation in Europe (updated January 2012). International Planned Parenthood Federation [online]. Brussels: International Planned Parenthood Federation [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2016-12/Final_Abortion%20legislation_September2012.pdf>
- IVO, 2007. Názory verejnosti na interrupcie sa vyznačujú veľkou zotrvačnosťou. Väčšina nevidí dôvod na sprísnenie interrupčného zákona. Inštitút pre verejné otázky [online]. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.ivo.sk/buxus/docs//vyskum/subor/vyskum_interrupcie.pdf>

- IVO, 2020. Vo verejnosti prevažuje názor, že súčasný interrupčný zákon netreba meniť. Inštitút pre verejné otázky [online]. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky [cit. 2021-04-12].
Dostupné z: <https://www.ivo.sk/buxus/docs//rozne/TS_IVO_2020_07_07_Nazory_na_interrupcny_zakon.pdf>
- KAJANOVIČOVÁ, Lucia, 2017. Interrupcia – umelé prerušenie tehotenstva. Slovenský pacient [online]. Bratislava: SLOVENSKÝ PACIENT, občianske združenie [cit. 2021-02-16].
Dostupné z: <<https://slovenskypacient.sk/interrupcia-na-slovensku-cena-zo-zdravotnych-dovodov/>>
- KAMARÁS, Ferenc, 1999. Terhességmegszakítások Magyarországon. Pongrácz Tiborné–Tóth István György (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről [online]. Budapest, 190-216 [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <<https://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a961.pdf>>
- KARWOWSKA, Anita, 2019. Polki z najgorszym dostępem do antykoncepcji w Europie. Wyborcza.pl [online]. Warszawa: Gazeta Wyborcza [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <<https://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/7,137474,24449618,polki-z-najgorszym-dostepem-do-antykoncepcji-w-europie.html>>
- KOCOURKOVÁ, Jiřina a Tomáš FAIT, 2011. Changes in contraceptive practice and the transition of reproduction pattern in the Czech population. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care [online]. 16(3), 161-172. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13625187.2011.574750>>
- KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2002. Leave arrangements and childcare services in Central Europe: policies and practices before and after the transition. Community, Work & Family [online]. 5(3), 301-318. [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1366880022000041793>>
- KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2009. Mít či nemít děti? KALIBOVÁ, Květa, Zdeněk PAVLÍK a Alena VODÁKOVÁ. Demografie (nejen) pro demografy. 3., přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), s. 226-236. ISBN 978-80-7419-012-4.
- KOTOWSKA, Irena E. a Iga MAGDA, 2017. Polityka rodzinna i podaż pracy w Polsce. LEWANDOWSKI, Piotr a Jan RUTKOWSKI. Starzenie się ludności, rynek pracy i finanse publicznie w polsce [online]. 1. Warszawa: Unia Europejska, s. 5-9. ISBN 978-92-79-66265-2. Dostupné z: <<https://ibs.org.pl/app/uploads/2017/03/Starzenie-si%C4%99-ludno%C5%9Bci-rynek-pracy-i-finanse-publiczne-w-Polsce.pdf#page=7>>
- KOTOWSKA, Irena, Janina JOZWIAK, Anna MATYASIK a Anna BARANOWSKA, 2008. Poland: Fertility decline as a response to profound societal and labour market changes: Demographic Research [online]. 19(1), 795-854. Dostupné z: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/26349263.pdf>>
- KOUBEK, Josef, 1981. Populační politika Československé republiky v letech 1945-1980. Demografie. 23(1), 32-50.
- KUČERA, Milan, 1968. Populační politika Československa. Demografie. 10(4), 307-317.

- KUTOVÁ, Petra, 2006. Interrupce – porovnání legislativy, vývoje a reflexe ve společnosti na příkladu 6 zemí. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- KUZMA-MARKOWSKA, Sylwia, 2020. Marx or Malthus? Population debates and the reproductive politics of state-socialist Poland in the 1950s and 1960s. *The History of the Family* [online]. 25(4), 576-598. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1081602X.2019.1702889>>
- MAKAY, Zsuzsanna, 2015. Contraceptive use in Hungary: Past trends and actual behavior. *Demográfia English Edition* [online]. 58(5), 65-90. Dostupné z: <<http://www.demografia.hu/en/publicationsonline/index.php/demografiaenglishedition/article/download/914/689>>
- MCINTYRE, Robert J., 1975. Pronatalist Programmes in Eastern Europe. *Soviet Studies* [online]. 27(3), 366-380. Dostupné z: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/150442.pdf>>
- MEDIÁN, 2013. Az abortusz a magyar közvéleményben. A PATENT Egyesület abortuszról szóló információs honlapja [online]. Budapest: Patent Association [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: https://abortusz.info/median_patent_abortusz_2013_09.pdf
- NEŠPOROVÁ, Olga, 2010. Jak náboženství ovlivňuje rodinný život? Rozdíly v chování a postojích k rodině mezi českými věřícími. *Lidé města* [online]. 12(1), 61-88 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.cceol.com/search/viewpdf?id=187436>>
- NOWICKA, Wanda, 2007. The struggle for abortion rights in Poland. Parker R, Petchesky R Sember R (eds): *Sex politics: Reports from the front lines* [online]. 167-196. Dostupné z: <<https://swannet.org/files/swannet/File/Documents/sexpolitics.pdf#page=167>>
- PAVLÍK, Zdeněk, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ a Alena ŠUBRTOVÁ A. 1986. *Základy demografie*. Praha: Academia, 1986.
- PLOMIEN, Ania, 2004. From socialism to capitalism: Women and their changed relationship with the labor market in Poland. Working Paper No. 68 [online]. 22. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/profile/Ania_Plomien/publication/48910630_From_socialism_to_capitalism_women_and_their_changed_relationship_with_the_labor_market_in_Poland/links/00b4953c653648bcfa000000.pdf>
- POTANČOKOVÁ, Michaela, 2004. Zmena prokratívneho správania slovenských žien po roku 1990 v transverzálnom a longitudinálnom pohľade. *Demografie*. 46(3), 177-185.
- POTANČOKOVÁ, Michaela, Boris VAŇO, Viera PILINSKÁ a Danuša JURČOVÁ, 2008. Slovakia: Fertility between tradition and modernity. *Demographic Research* [online]. 19(1), 973-1018. Dostupné z: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/26349266.pdf>>
- RABUŠIC, Ladislav, 2001. *Kde ty všechny děti jsou?: porodnost v sociologické perspektivě*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-01-6.
- RAIZEROVÁ, Tereza, 2007. *Vliv náboženství na reprodukci*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- ROSKOWSKÁ, Petra, 2003. O interrupcích v Polsku. *Demografie*. 45(4), 298-301.

- RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka, 2008. Česká republika: trendy demografického vývoje.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka a Věra KUCHAROVÁ. Rodina, partnerství a demografické stárnutí. 1. Praha: Univerzita Karlova, s. 11-41. ISBN 978-80-87007-75-4.
- SPÉDER, Zsolt a Ferenc KAMARÁS, 2008. Hungary: Secular fertility decline with distinct period fluctuations. *Demographic research* [online]. 19(1), 599-664 [cit. 2021-5-2].
Dostupné z: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/26349259.pdf>>
- SPÉDER, Zsolt, 2002. Fertility and structural change in Hungary. *Working Papers on Population, Family and Welfare* [online]. 4(1), 22. Dostupné z:
<<http://www.demografia.hu/en/publicationsonline/index.php/workingpapers/article/view/320/77>>
- SPÉDER, Zsolt, 2006. Rudiments of recent fertility decline in Hungary: Postponement, educational differences, and outcomes of changing partnership forms. *Demographic Research* [online]. 15(1), 253-288. Dostupné z:
<<https://www.jstor.org/stable/pdf/26347912.pdf>>
- SPÉDER, Zsolt, 2016. Fertility Decline and the Persistence of Low Fertility in a Changing Policy Environment—A Hungarian Case Study. CHOE, Minja Kim a Ronald R. RINDFUSS. *Low Fertility, Institutions, and their Policies* [online]. 1. Switzerland: Springer, Cham, s. 165-194. ISBN 978-3-319-32995-6. Dostupné z:
<<http://www.ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/54198/1/282.pdf#page=170>>
- SRB, Vladimír, Milan KUČERA a Dagmar VYSUŠILOVÁ, 1961a. Průzkum manželství, antikoncepce a potratů (1959) - 2. část. *Demografie*. 3(2), 139-156.
- SRB, Vladimír, Milan KUČERA a Dagmar VYSUŠILOVÁ, 1961b. Průzkum manželství, antikoncepce a potratů (1959) - 3. část. *Demografie*. 3(3), 209-222.
- SRB, Vladimír, Milan KUČERA a Dagmar VYSUŠILOVÁ, 1961c. Průzkum manželství, antikoncepce a potratů (1959) - 4. část. *Demografie*. 3(4), 311-330.
- SZALAI, Julia, 1988. Abortion in Hungary. *Feminist Review* [online]. 29(1), 98-100. Dostupné z: <<https://www.jstor.org/stable/1395151>>
- SZALAI, Julia, 1991. Some aspects of the changing situation of women in Hungary. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* [online]. 17(1), 152-170. Dostupné z:
<<https://www.jstor.org/stable/pdf/3174450.pdf>>
- SZELEWA, Dorota, 2016. Killing 'Unborn Children'? The Catholic Church and Abortion Law in Poland Since 1989. *Social & Legal Studies* [online]. 26(6), 741-764. Dostupné z:
<<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0964663916668247>>
- ŠPROCHA, Branislav, 2019. Základné črty rodinnej politiky na Slovensku po roku 1989. TIŠLIAR, Pavol. *Populačné štúdie Slovenska 12* [online]. 1. Bratislava: Muzeológia a kultúrne dedičstvo, o.z, s. 107-130. ISBN 978-80-89881-19-2. Dostupné z:
<https://www.muzeologia.sk/index_html_files/PSS_12.pdf>

- ŠPROCHA, Branislav, Pavol TIŠLIAR a Pavol ĎURČEK, 2018. Socialistický model populačnej politiky a reprodukčné správanie na Slovensku. *Studia Historica Nitriensia* [online]. 22(1), 104-131. Dostupné z: <http://www.humannageografia.sk/clanky/sprocha_tislar_durcek_2018.pdf>
- ŠPROCHA, Bronislav, Anna ŠŤASTNÁ a Luděk ŠÍDLO, 2017. Bezdetnosť – nový fenomén v životných dráhach žien na Slovensku. *Sociológia* [online]. 49(5) [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/10191026Sprocha%20-%20zalomena_DEF.pdf>
- ŠŤASTNÁ, Anna, 2019. Změny nastavení rodičovského příspěvku v Česku a jejich možný dopad na reprodukční chování. *Sociologický časopis* [online]. 55(1), 31-60 SR [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.cceol.com/content-files/document-766657.pdf>>
- ŠUGAROVÁ, Anita Sabina, 2018. Postavení církve v lidově demokratických zřízeních v Československu, v Polsku, v Maďarsku a restituční vypořádání církevního majetku. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova.
- ŠÚSR, 2021. Databázy. Štatistický úrad SR [online]. Bratislava: Štatistický úrad SR [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/Databases/>>
- TANCEROVÁ, Tereza, 2019. Potrat je třeba si řádně promyslet. Jeho důsledkem může být neplodnost i psychická porucha. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Internet Info [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <<https://zdravi.euro.cz/samovolny-potrat-a-interruptce>>
- TIBORNÉ, Pongrácz, MOLNÁR, S., ed., 1992. Összefoglaló a terhességmegszakításról tartott 1992. júliusi közvélemény-kutatás főbb eredményeiről. KSH - Népeségtudományi Kutatóintézet [online]. Budapest: KSH - Népeségtudományi Kutatóintézet [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <<https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/view/2026/2142>>
- UNITED NATIONS, 2002. Abortion Policies: A Global Review Oman to Zimbabwe [online]. 3. New York: United Nations [cit. 2021-5-2]. ISBN 92-1-151365-0. Dostupné z: <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/policy/AbortionPoliciesAGlobalReview2002_Vol3.PDF>
- VARSA, Eszter, 2020. Sex advice East and West: sex education and family planning in Cold War Austria and Hungary. *The History of the Family* [online]. 25(4), 649-670. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1081602X.2019.1702890>>
- WAGNEROVÁ, Alena, 2017. Žena za socialismu: Československo 1945-1974 a reflexe vývoje před rokem 1989 a po něm. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Gender sondy. ISBN 978-80-7419-252-4.
- WHO, 2001. Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe. World Health Organization [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108284/E68459.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

ZEMAN, Kryštof, 2018. Cohort fertility and educational expansion in the Czech Republic during the 20th century. *Demographic Research* [online]. 38(1), 1699-1732. Dostupné z: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/26457090.pdf>>

ZUK, Piotr a Pawel ZUK, 2017. Women's health as an ideological and political issue: Restricting the right to abortion, access to in vitro fertilization procedures, and prenatal testing in Poland. *Health Care for Women International* [online]. 38(7), 689-704. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07399332.2017.1322595>>

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ DAT

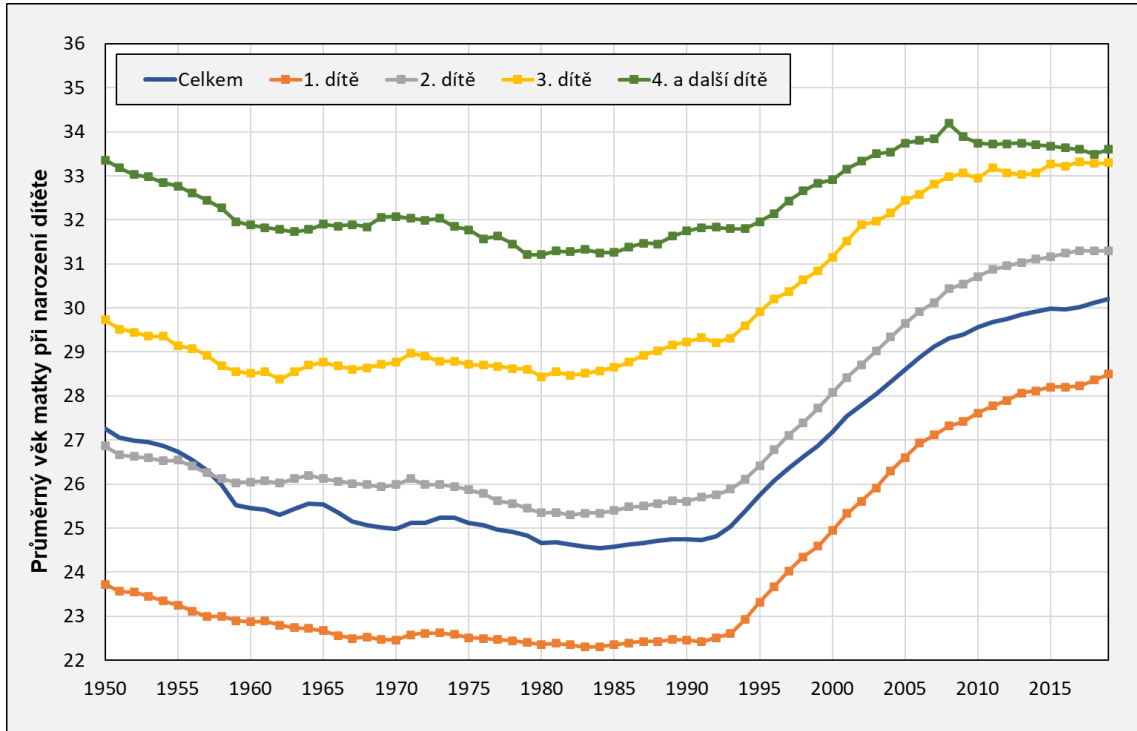
- BRZOZOWSKA, Z. 2014. Fertility and education in Poland during state socialism. Demographic Research [online]. 2014, roč. 31, č. 12, s. 319-336 [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <<https://www.demographic-research.org/volumes/vol31/12/31-12.pdf>>
- ČSÚ, 2021. Demografická příručka - 2019. Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2019>>
- ČSÚ, 2021. Demografické ročenky (pramenná díla) 1989 - 1970. Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie_1989_1970>
- ČSÚ, 2021. Demografické ročenky (pramenná díla) 2009 - 1990. Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie_2009_1990>
- ČSÚ, 2021. Demografické ročenky (pramenná díla) 2019 - 2010. Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie>
- DA SILVA, Miguel Oliveira, 2011. The Reproductive Health Report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care [online]. 16(1), S1-S70 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13625187.2011.607690>>
- European Commission [online], 2021. Eurostat 2021 [cit. 2021-04-25]. Dostupné z: <<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>>
- EVS, 2020. European Values Study Longitudinal Data File 1981-2008 (EVS 1981-2008). ZA4804 Datenfile Version 3.1.0. Köln: GESIS Datenarchiv.
- EVS, 2021. Joint EVS/WVS 2017-2021 Dataset (Joint EVS/WVS). ZA7505 Datenfile Version 1.1.0. Köln: GESIS Datenarchiv.
- FOCUS, 1997. Reprodukčné správanie žien na Slovensku. Aspekt: Ženské telo II. 5(3), 78.
- GGP, 2021. Data / Browse the GGS Data. Generations & Gender Programme [online]. Hague: GGP Central Coordination Team [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.ggp-i.org/data/browse-the-data/>>

- Human Fertility Collection [online], 2021. Max Planck Institute for Demographic Research a Vienna Institute of Demography [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.fertilitydata.org/cgi-bin/index.php>>
- Human Fertility Database [online], 2021. Max Planck Institute for Demographic Research a Vienna Institute of Demography [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.humanfertility.org/cgi-bin/main.php>>
- ISSP RESEARCH GROUP, 1997. International Social Survey Programme: Family and Changing Gender Roles II - ISSP 1994. ZA2620 Datenfile Version 1.0.0. Köln: GESIS Datenarchiv.
- ISSP RESEARCH GROUP, 2013. International Social Survey Programme: Family and Changing Gender Roles III - ISSP 2002. ZA3880 Datenfile Version 1.1.0. Köln: GESIS Datenarchiv
- ISSP RESEARCH GROUP, 2016. International Social Survey Programme: Family and Changing Gender Roles IV - ISSP 2012. ZA5900 Datenfile Version 4.0.0. Köln: GESIS Datenarchiv.
- JOHNSTON'S ARCHIVE, 2020. Abortion statistics and other data. Johnston's Archive [online]. Robert Johnston [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/index.html>>
- KSH, 2018. Induced abortions. KSH – Publication repertory [online]. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1028892&p_temakor_kod=KSH&p_lang=EN>
- KSH, 2021. Population and vital events. KSH – Hungarian Central Statistical Office [online]. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.ksh.hu/population-and-vital-events>>
- MAZUR, Peter D., 1981. Contraception and Abortion in Poland. Family Planning Perspectives [online]. 13(4), 195-198 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/2134631.pdf>>
- UN, 2020. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020. United Nations – Population division [online]. New York: United Nations [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp>
- UNECE, 2021. FFS Standard Tables. UNECE [online]. Geneva: UN Economic Commission for Europe Information Service [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <<https://unece.org/ffs-standard-tables>>
- VDC, 2021. Rozšírené tabuľky základných údajov SR. Výskumné demografické centrum [online]. Bratislava: Výskumné demografické centrum [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <http://www.infostat.sk/vdc/sk/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=13&Itemid=58>

PŘÍLOHY

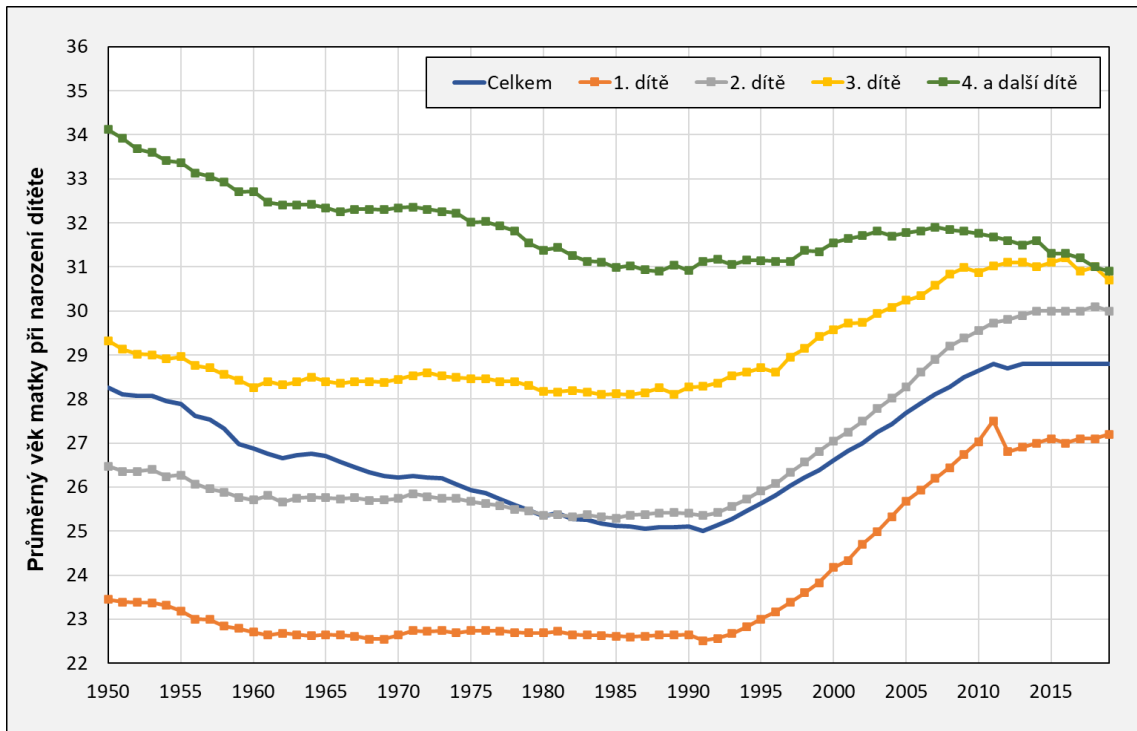
Příloha 1: Průměrný věk matky při narození dítěte, Česko, 1950–2019	76
Příloha 2: Průměrný věk matky při narození dítěte, Slovensko, 1950–2019.....	76
Příloha 3: Průměrný věk matky při narození dítěte, Maďarsko, 1950–2019.....	77
Příloha 4: Průměrný věk matky při narození dítěte, Polsko, 1950–2019	77

Příloha 1 – Průměrný věk matky při narození dítěte, Česko, 1950–2019



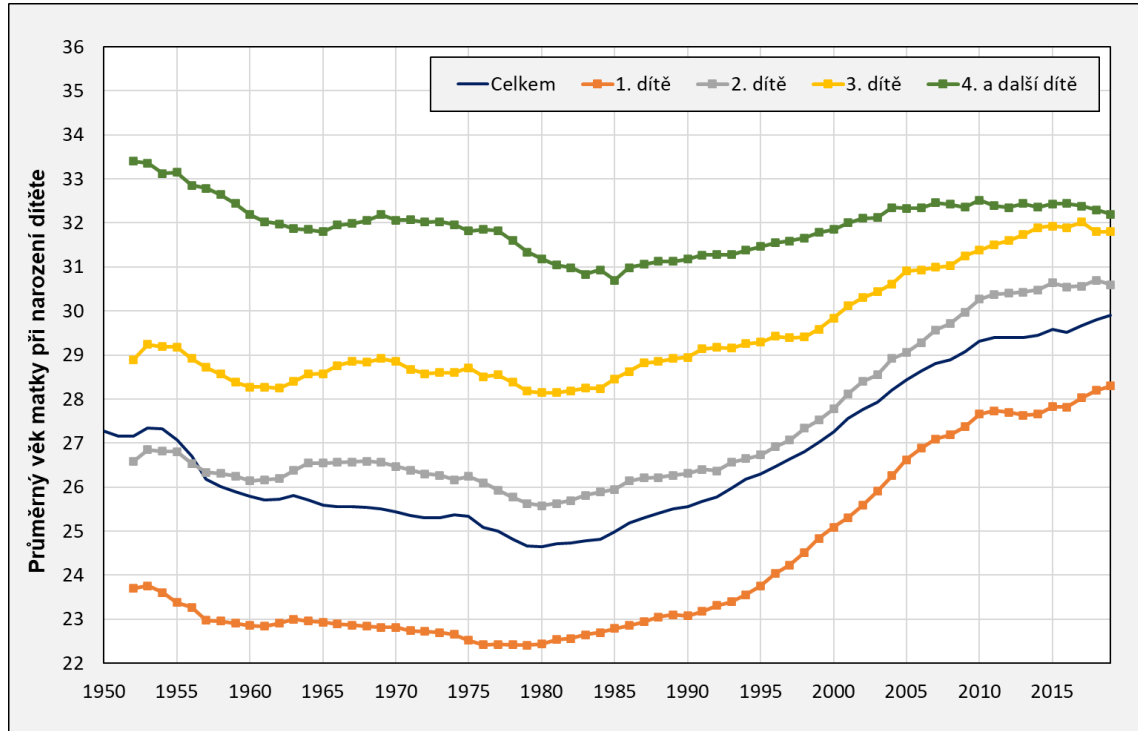
Zdroj: 1950–2018 HFD (2021); 2019 Eurostat (2021)

Příloha 2 – Průměrný věk matky při narození dítěte, Slovensko, 1950–2019



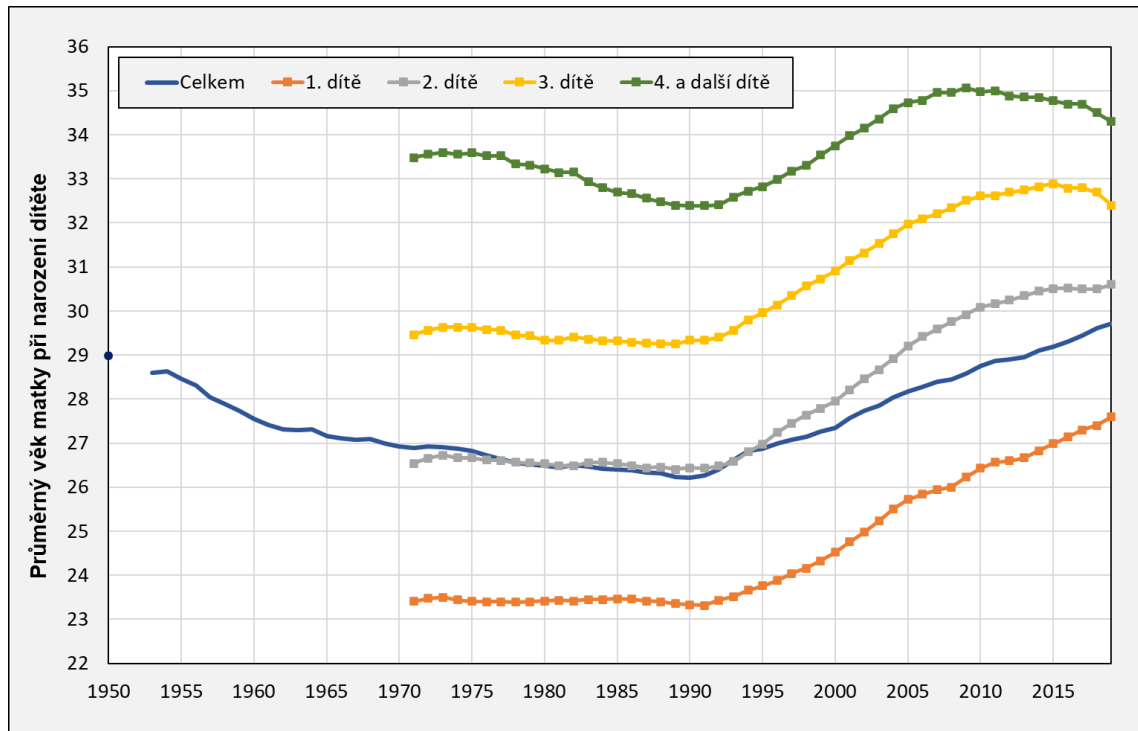
Zdroj: 1950–2012 HFD (2021); 2013–2019 Eurostat (2021)

Příloha 3 – Průměrný věk matky při narození dítěte, Maďarsko, 1950–2019



Zdroj: 1950–2017 HFD (2021); 2018–2019 Eurostat (2021)

Příloha 4 – Průměrný věk matky při narození dítěte, Polsko, 1950–2019



Zdroj: 1950–1970 HFC (2021); 1971–2016 HFD (2021); 2017–2019 Eurostat (2021)