

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie



**BIOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ CHARAKTERISTIKY
RODIČEK V ČESKÉ REPUBLICE**

Diplomová práce

Helena Kaplanová

2010

Vedoucí práce: Prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně, pod vedením školitele Prof. RNDr. Jitky Rychtaříkové, CSc., a že jsem všechny použité prameny řádně citovala. Jsem si vědoma toho, že případné využití výsledků, získaných v této práci, mimo Univerzitu Karlovu v Praze je možné pouze po písemném souhlasu této univerzity.

Svoluji k zapůjčení této práce pro studijní účely a souhlasím s tím, aby byla řádně vedena v evidenci vypůjčovatelů.

V Praze dne: 30. 4. 2010

.....

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce Prof. RNDr. Jitce Rychtaříkové, CSc. za cenné rady a připomínky při vedení diplomové práce.

Název: *Biologické a sociální charakteristiky rodiček v České republice*

Autor: *Helena Kaplanová*

Katedra: *Demografie a geodemografie*

Vedoucí: *Prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.*

Abstrakt:

Cílem práce je postihnout vývoj vybraných demografických ukazatelů a jejich srovnání v dlouhodobém časovém období nebo ve vybraných letech charakterizující narozené děti a jejich matky – rodičky na území České republiky. Ukazatele jsou rozděleny podle toho, co popisují, na biologické charakteristiky, sociální charakteristiky a zdravotní charakteristiky. Mezi analyzované biologické charakteristiky patří věk, četnost, pořadí narozených a parita rodiček. Mezi zkoumané sociální charakteristiky patří rodinný stav a vzdělání. V rámci zdravotních charakteristik se práce věnuje těhotenství a porodu, užívání návykových látek a bezdětnosti. Dále je popsán vývoj zmiňovaných charakteristik a jejich kombinací pro kraje České republiky podpořený shlukovou analýzou, která potvrdila regionální diferenciaci. K významným zjištěním patří, že stále pokračuje posun rodiček do vyšších věkových skupin, stoupá podíl narozených mimo manželství, zvyšuje se zastoupení žen s vyšším vzděláním a zvyšuje se podíl ukončení porodů císařským řezem. Na závěr práce je připojen popis současné typické rodičky.

Klíčová slova: *živě narození, rodička, plodnost, biologické charakteristiky, zdravotní charakteristiky, sociální charakteristiky*

Title: *Biological and social factors related to reproduction in the Czech Republic*

Author: *Helena Kaplanová*

Department: *Demography and geodemography*

Supervisor: *Prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.*

Abstract:

The aim is to describe the development of selected demographic characteristics and their comparison in the long term or in selected years characterizing the babies and their mothers in the Czech Republic. The indicators are divided according to what they described to the biological factors, social factors and health factors. The analysis of biological characteristics includes age, frequency, order of birth and mothers parity. Social characteristics examined include marital status and education. Health characteristics in the thesis deal with pregnancy and childbirth, addictive substances use and childlessness. This thesis also describe the evolution of the mentioned characteristics and their combinations for the region NUTS II. in the Czech Republic supported by cluster analysis, which confirmed the regional differentiation. The major finding is that mothers still continuing moving to higher age groups, increasing the proportion of births outside marriage, increasing the representation of women in higher education and increasing the proportion of childbearing by caesarean section. In conclusion, this work also includes a description of the current typical woman, who has a children

Key-words: *live births, mothers, fertility, biological factors, health factors, social factors*

OBSAH

Seznam grafů:	3
Seznam obrázků:	5
Seznam tabulek:	5
1 Úvod	6
1.1 Cíle práce	7
1.2 Výzkumné otázky	7
1.3 Obsah práce.....	8
2 Data a metodika	9
Zpráva o rodiče (ZR).....	10
Zpráva o novorozenci (ZN).....	11
Hlášení o narození.....	11
3 Rodičky v České republice – populační vývoj	13
4 Biologické charakteristiky rodiček	22
4.1 Narození podle věku matek a rodičky podle věku	22
4.2 Rodičky podle parity a narození podle pořadí	29
4.3 Rodičky podle četnosti porodů a narození podle četnosti.....	33
5 Sociální charakteristiky rodiček	37
5.1 Narození podle legitimacy a rodičky podle rodinného stavu	37
5.2 Rodičky podle vzdělání a struktura narozených podle vzdělání matky	43
5.3 Narození podle vzdělání matky a legitimacy	46
5.4 Narození podle legitimacy a četnosti	48
5.5 Narození podle pořadí a legitimacy.....	48
5.6 Narození podle rodinného stavu matek a pořadí	50
5.7 Narození podle pořadí a vzdělání matek	50
6 Zdravotní charakteristiky rodiček	52
6.1 Těhotenství a porod.....	52
6.2 Návykové látky užívané v těhotenství	59
6.3 Bezdětnost.....	65
6.3.1 Biologická bezdětnost	65
6.3.2 Sociální bezdětnost.....	67

7 Rodičky v ČR podle místa bydliště a narození podle bydliště matky.....	70
7.1 Živě narození podle pořadí a podle bydliště matky	77
7.2 Porody podle četnosti a podle bydliště matky.....	78
7.3 Živě narození podle legitimacy a podle bydliště matky	79
7.4 Živě narození podle rodinného stavu a bydliště matky	80
7.5 Živě narození podle vzdělání matky a bydliště matky.....	81
7.6 Předmanželské koncepce v jednotlivých krajích ČR	82
7.7 Živě narození s porodní hmotností do 2500 g podle bydliště matky	83
8 Shluková analýza krajů ČR	86
9 Závěr	89
9.1 Závěrečné shrnutí (zhodnocení výzkumných otázek).....	89
9.2 Současná typologie rodičky	91
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	92
SEZNAM ZDROJŮ DAT:	100

Seznam grafů:

Graf č. 3. 1: Počet živě narozených a podíl mrtvě narozených na území České republiky v letech 1950–2008 (v tis.)	14
Graf č. 3. 2: Index maskulinity (im) pro živě a mrtvě narozené v letech 1950–2008	15
Graf č. 3. 3: Úhrnná plodnost, úhrnná samovolná a úhrnná indukovaná potratovost v letech 1950–2008.....	17
Graf č. 3. 4: Počet uměle přerušovaných těhotenství (UPT) podle věku žen v letech 1987, 1999 a 2008 (v tis.)	18
Graf č. 3. 5: Vývoj míry kojenecké úmrtnosti a míry mrtvoroznosti v letech 1950–2008(%) .	19
Graf č. 3. 6: Podíl předmanželských koncepcí (%) v letech 1950–2008	20
Graf č. 4. 1. 1: Průměrný věk žen při narození prvního dítěte a průměrný věk matek v letech 1950–2008.....	23
Graf č. 4. 1. 2: Průměrný věk mužů a žen při prvním sňatku v letech 1961–2008.....	24
Graf č. 4. 1. 3: Průměrný věk při narození prvního dítěte a průměrný věk při prvním sňatku žen v letech 1961–2008	24
Graf č. 4. 1. 4: Živě narození podle věku matky ve vybraných letech (v tis.)	25
Graf č. 4. 1. 5: Podíly živě narozených dětí podle věku žen v letech 1987, 1999 a 2008 (%)....	26
Graf č. 4. 1. 6: Míry plodnosti podle věku (‰) v letech 1987, 1999 a 2008	27
Graf č. 4. 1. 7: Vývoj počtu živě narozených a podílu živě narozených matkám ve věku nad 35 let v letech 1970– 2008	27
Graf č. 4. 2. 1: Počet živě narozených dětí podle pořadí v letech 1950–2008 (v tis.).....	29
Graf č. 4. 2. 2: Podíl živě narozených dětí podle pořadí v letech 1950–2008 (%).....	30
Graf č. 4. 2. 3: Podíl předchozích porodů podle věku matky v roce 1997 (%).....	31
Graf č. 4. 2. 4: Podíl předchozích porodů podle věku matky v roce 2008 (%).....	31
Graf č. 4. 3. 1: Podíl porodů vícерčat v letech 1950–2008 (%).....	34
Graf č. 4. 3. 2: Podíl porodů vícерčat podle hlavních věkových skupin žen ve vybraných letech (%).....	34
Graf č. 5. 1. 1: Živě narození (Nv) podle legitimacy v letech 1950–2008	38
Graf č. 5. 1. 2: Podíl živě narozených mimo manželství podle věku matky v letech 1987, 1999, 2008 (%).....	39
Graf č. 5. 1. 3: Podíl živě narozených v manželství podle věku matky v letech 1987, 1999, 2008(%).....	40
Graf č. 5. 1. 4: Podíl rodiček podle rodinného stavu (%) v letech 1997 a 2008	41
Graf č. 5. 1. 5: Podíl rodiček podle rodinného stavu a věku v roce 1997 (%)	42
Graf č. 5. 1. 6: Podíl rodiček podle rodinného stavu a věku v roce 2008 (%)	42
Graf č. 5. 2. 1: Podíl živě narozených (Nv) dětí podle vzdělání matek v letech 1976–2008(%)	44
Graf č. 5. 2. 2: Rodičky podle vzdělání a věku v roce 1997 (%)	45
Graf č. 5. 2. 3: Rodičky podle vzdělání a věku v roce 2008 (%)	46

Graf č. 5. 3. 1 a: 1987 (%).....	47
Graf č. 5. 3. 1 b: 1999 (%).....	46
Graf č. 5. 3. 1 c: 2008 (%).....	47
Graf č. 5. 4. 1 Podíl narozených vícercát podle legitimacy v letech 1987, 1999 a 2008 (%).....	48
Graf č. 5. 5. 1: 1987 (%).....	49
Graf č. 5. 5. 2: 1999 (%).....	48
Graf č. 5. 5. 3: 2008 (%).....	49
Graf č. 5. 6. 1: 1999.....	50
Graf č. 5. 6. 2: 2008.....	49
Graf č. 5. 7. 1: 1987 (%).....	51
Graf č. 5. 7. 2: 1999 (%).....	50
Graf č. 5. 7. 3: 2008 (%).....	51
Graf č. 6. 1. 1: Hospitalizace v těhotenství podle věku matky v roce 1997 (%).....	53
Graf č. 6. 1. 2: Hospitalizace v těhotenství podle věku matky v roce 2008 (%).....	53
Graf č. 6. 1. 3: Podíl živě narozených do 38. týdne těhotenství v letech 1987, 1999 a 2008 (%).....	55
Graf č. 6. 1. 4: Vývoj podílu živě narozených s porodní hmotností do 2500 g v letech 1960–2008 (%).....	56
Graf č. 6. 1. 5: Způsob ukončení porodu podle věku matky v roce 1997 (%).....	57
Graf č. 6. 1. 6: Způsob ukončení porodu podle věku matky v roce 2008 (%).....	57
Graf č. 6. 1. 7: Vývoj počtu a podílu porodů císařským řezem v letech 1990 - 2008.....	58
Graf č. 6. 2. 1: Podíl těhotných žen užívajících návykové látky v letech 2000–2008 (%).....	60
Graf č. 6. 2. 2: Podíly věkových skupin těhotných žen – kuřáček v letech 2000–2008 (%).....	61
Graf č. 6. 2. 3: Podíly věkových skupin těhotných žen užívajících alkohol v letech 2000–2008 (%).....	62
Graf č. 6. 2. 4: Podíly věkových skupin těhotných žen užívajících drogy v letech 2000–2008 (%).....	63
Graf č. 7. 1: Počet živě narozených v krajích ČR v letech 1987, 1999 a 2008 (v tis.).....	72
Graf č. 7. 2: Podíl živě narozených v krajích ČR v letech 1987, 1999 a 2008 (%).....	72
Graf č. 7. 3: Podíl živě narozených podle věku a bydliště matky v roce 1987 (%).....	73
Graf č. 7. 4: Podíl živě narozených podle věku a bydliště matky v roce 1999 (%).....	74
Graf č. 7. 5: Podíl živě narozených podle věku a bydliště matky v roce 2008 (%).....	75
Graf č. 7. 6: Průměrný věk rodiček v letech 1987, 1999 a 2008 v jednotlivých krajích ČR.....	76
Graf č. 7. 1.1: 1987.....	77
Graf č. 7. 1.2: 1999.....	76
Graf č. 7. 1. 3: 2008.....	78
Graf č. 7. 2. 1: Podíl vícečetných porodů podle bydliště matky v letech 1987, 1999 a 2008 (%).....	78
Graf č. 7. 3. 1: Podíl dětí živě narozených mimo manželství podle bydliště matek v letech 1987, 1999 a 2008 (%).....	79
Graf č. 7. 4. 1: 1987.....	80
Graf č. 7. 4. 2: 1999.....	79
Graf č. 7. 4. 3: 2008.....	81
Graf č. 7. 5. 1: 1987.....	82
Graf č. 7. 5. 2: 1999.....	81
Graf č. 7. 5. 3: 2008.....	82
Graf č. 7. 6. 1: Podíl předmanželských koncepcí v letech 1987, 1999 a 2008 (%).....	83

Graf č. 7. 7. 1: Podíl živě narozených dětí s porodní hmotností do 2500 g (%) podle bydliště matky v letech 1987, 1999 a 2008	84
---	----

Seznam obrázků:

Mapa č. 7. 1: Kraje České republiky od 1. 1. 2000	71
Obr. 8. 1: Dendogram krajů ČR pro rok 2008	87

Seznam tabulek:

Tab. 3. 1: Podíl rodiček z populace žen ve věku 15–49 let k 1. 7. daného roku	16
Tab. 8. 1: Rozpis shlukování (Agglomeration schedule)	88

Kapitola 1

Úvod

„Ačkoliv rodina představuje základní jednotku společnosti, jejíž fungování je podmínkou soudržnosti a rozvoje celé společnosti, v ČR nejsou doposud soukromé investice rodičů do rodiny a jejich celospolečenský přínos odpovídajícím způsobem oceněny“ (Národní koncepce podpory rodin s dětmi). Česká společnost se stejně jako i jiné státy potýká s nízkou úrovní plodnosti, jejíž růst je klíčový pro zpomalení budoucího razantního stárnutí české populace. Záslouhou realizace plodnosti žen silných populačních ročníků 70. let se úhrnná plodnost od roku 1999, kdy dosáhla svého minima, zvyšuje. Současná úroveň ale nedosahuje hranice prosté reprodukce. V založení rodiny mladým lidem často brání různé překážky, ať už jde o složitou finanční dostupnost bydlení, obtíže se zapojením se na trhu práce nebo vzrůstající požadavky na vzdělání či narůstající tendence k méně stabilním typům soužití. Nejenom to přispívá k trendu odkladů sňatků i porodů do vyššího věku. Žen, tedy budoucích matek, se problematická situace dotýká nejvíce. V současné době se rozvíjí individualismus, je mnoho jiných možností než se vdát a mít děti. Ženy jsou vzdělanější, pracují a mateřství je stále limitujícím faktorem při jejich rovnocenném zapojení se na pracovním trhu. Překážkou je i tradiční dělba práce v domácnosti, kdy péče o domácnost a děti velkou měrou spočívá stále ještě na ženě. Mezi další často diskutované problémy patří málo využitý postupný přechod žen z rodičovské dovolené zpět do zaměstnání (např. ve formě práce z domova či formou zkráceného úvazku) a také nedostatek služeb nabízejících péči o dítě do 3 let věku, což by nejenom usnadnilo ženám návrat do práce ale i jinak podpořilo jejich individuální potřeby. Podle Národní koncepce podpory rodin s dětmi i přes zvýšenou pozornost, která je v posledních letech ze strany státu podpoře rodiny věnována, není institucionální podpora rodiny dostatečně komplexní a zůstává v převážné míře u úvah a záměrů (Národní koncepce podpory rodin s dětmi, Zaměstnání, vzdělání, rodina a mateřství). Tato diplomová práce se týká jednoho z aspektů plodnosti, a to struktury a charakteristik narozených dětí a jejich matek v populaci České republiky. V následujícím textu je pozornost soustředěna na charakteristiky rodiček a narozených dětí, které nám pomáhají přiblížit či charakterizovat typ ženy, která porodila v uplynulých letech dítě nebo děti. Jedná se především o charakteristiky biologické, sociální a zdravotní, pro jejichž popis jsou využívána data ze statistiky Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky, sbíraná při narození dítěte či v průběhu hospitalizace jeho matky.

1.1 Cíle práce

Prvním cílem práce je shromáždit a analyzovat dostupná statistická data o narozených a rodičkách v České republice. Pozornost je zaměřena na vývoj ukazatelů, jejich vybraných biologických, sociálních a zdravotních charakteristik, mezi které patří věk, rodinný stav, vzdělání, užívání návykových látek, parita rodiček, pořadí narozených dětí apod. Záměrem je postihnout vývoj ukazatelů a jejich srovnání v dlouhodobém časovém období, či pro vybrané roky, a charakterizovat tak různá období vývoje české společnosti v závislosti na dostupnosti dat. Pro vystižení vývoje porodnosti jsou použity vybrané tři roky. Prvním vybraným rokem je rok 1987 charakterizující reprodukční režim druhé poloviny minulého století, typický před nastalými změnami v devadesátých letech minulého století, označovanými jako druhý demografický přechod. Druhým vybraným rokem je rok 1999, v tomto roce byla zaznamenána minimální intenzita plodnosti a třetím vybraným rokem je rok 2008, poslední rok, za který jsou pro uvedené ukazatele dostupná data. Pro postižení charakteristik rodiček jsou vybrány roky 1997 (počátek vydávání publikace Rodička a novorozenec) a 2008 (poslední dostupná data). Dalším dílčím cílem diplomové práce je porovnání ukazatelů vybraných biologických, sociálních a zdravotních charakteristik narozených a rodiček na úrovni krajů České republiky, se záměrem ukázat na případné rozdíly mezi kraji. Cíl postihnout regionální diferenciaci vybraných demografických charakteristik narozených a rodiček na úrovni krajů České republiky je podpořen shlukovou analýzou.

Cílem práce není zabývat se všemi charakteristikami narozených dětí, ale pouze těmi, které mají přímou souvislost s vybranými charakteristikami rodiček (vzdělání rodiček, narození podle vzdělání matky, atd.).

1.2 Výzkumné otázky

Formulace dílčích otázek mého studia odpovídá stanoveným cílům, a proto budou hledány odpovědi na následující otázky týkající se struktury a charakteristik narozených a rodiček:

1. Jaké jsou rozdíly ve vybraných charakteristikách mezi sledovanými lety?
2. Jaké jsou rozdíly mezi jednotlivými kraji ČR?
3. Jaká je současná struktura narozených?
4. Jaký je typ (charakteristika) současné rodičky z hlediska biologických, sociálních a zdravotních charakteristik?

1.3 Obsah práce

V úvodu práce jsou nastíněny hlavní cíle a výzkumné otázky, kterými se diplomová práce zabývá. Ve druhé kapitole je analyzována dostupnost a kvalita použitých dat a také diskutována citovaná literatura. Třetí kapitola uvádí vývoj vybraných demografických ukazatelů. Pro utvoření si lepší představy o demografickém vývoji populace celé České republiky, potažmo rodiček, se tato kapitola zabývá vývojem počtu obyvatelstva, vývojem počtu narozených, velikostí populace rodiček, vývojem plodnosti a potratovosti, vývojem kojenecké úmrtnosti a mrtvorozenosti a podílem předmanželských koncepcí. Čtvrtá kapitola se věnuje biologickým charakteristikám rodiček. První část je věnována narozeným podle věku matek a rodičkám podle věku, ve druhé části jsou zkoumány rodičky podle parity a narození podle pořadí a třetí část přibližuje narozené podle četnosti a rodičky podle četnosti porodů. Pátá kapitola je věnována sociálním charakteristikám rodiček. Na začátku je popsán vývoj narozených podle legitimacy a rodiček podle rodinného stavu. Další část se zabývá strukturou narozených podle vzdělání matky a rodičkami podle vzdělání. Třetí část se věnuje srovnání vývoje narozených podle vzdělání matek a legitimacy. Následující podkapitoly se zabývají kombinací biologických a sociálních charakteristik, popisují strukturu narozených podle legitimacy a četnosti, podle legitimacy a pořadí narození, podle rodinného stavu matek a pořadí narození a podle pořadí narození a vzdělání matek. Šestá kapitola se nazývá Zdravotní charakteristiky rodiček a její úvodní část se zabývá těhotenstvím a porodem, následuje část věnovaná užívání návykových látek v těhotenství a závěr kapitoly seznamuje s tématem bezdětnosti, a to jak sociální, tak biologické. Sedmá kapitola popisuje vývoj zmiňovaných charakteristik na regionální úrovni krajů České republiky a věnuje se narozeným podle místa bydliště matek a rodičkám podle místa bydliště. Konečně osmá kapitola navazuje na předchozí kapitolu a za pomoci provedení shlukové analýzy potvrzuje její závěry. Na závěr jsou shrnuty hlavní výsledky této práce.

Kapitola 2

Data a metodika

Údaje využitě pro tuto práci pochází z publikace „Rodička a novorozenec“, která je vydávána Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), a z publikací Českého statistického úřadu (ČSÚ).

Hlavním posláním ÚZIS je realizace Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), jehož úkolem je sběr a zpracování informací o zdravotním stavu obyvatelstva, o zdravotnických zařízeních, jejich činnosti a ekonomice a zároveň také vedení národních zdravotních registrů. ÚZIS také od roku 1991 vede Národní registr rodiček a Národní registr novorozenců. Národní registr rodiček a novorozenců získává data dle zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu, později upravený vyhláškou č. 552/2004 Sb. o předávání osobních a dalších údajů do národního zdravotnického informačního systému pro potřeby národních zdravotních registrů, a dále dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. NZIS využívá Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize, zkráceně označované jako MKN – 10. Tato aktualizace je v ČR zavedena od 1. 1. 1994, novelizovanou verzi vydal ÚZIS v roce 2008 (Závazné pokyny NZIS).

Zpravodajskými jednotkami pro Národní registr rodiček jsou gynekologicko–porodnická oddělení lůžkových zdravotnických zařízení, která provedla porod případně poporodní ošetření rodičky a novorozence, a v případě porodu doma je to zdravotnický pracovník, který byl u porodu nebo provedl poporodní ošetření rodičky. Vstupním dokladem pro Národní registr rodiček je „Zpráva o rodiče“. Zpravodajskými jednotkami pro Národní registr novorozenců jsou novorozenecké úseky dětských a ženských oddělení a novorozenecké úseky lůžkových oddělení zdravotnických zařízení. Vstupním dokladem je „Zpráva o novorozenci“. (Rodička a novorozenec, 2007, 2008) Z těchto dat Národního registru rodiček a novorozenců jsou pak Ústavem (ÚZIS) zpracovávány výstupy. Od roku 1997 vychází každoročně publikace „Rodička a novorozenec“, dřívější roky (1994–1996) jsou zpracovány v jedné souhrnné publikaci. Vedle „Zprávy o rodiče“ a „Zprávy o novorozenci“ přebírá tato publikace také data z Českého statistického úřadu a to údaje ze statistiky narozených. V obou statistikách mohou být rozdíly. Ty jsou dány použitím jiné metody sběru dat i odlišnostmi ve zdrojových formulářích. ČSÚ používá tiskopis „Hlášení o narození“ s označením OBYV 2 – 12 a sleduje obyvatelstvo České republiky, tedy občany ČR včetně těch, kteří se narodí mimo ČR, a cizince s trvalým nebo dlouhodobým pobytem v ČR (Rodička a novorozenec 2007). Poprvé

vyšla publikace „Rodička a novorozenec“ s daty za jeden kalendářní rok v roce 2000 a to „Rodička a novorozenec 1997“ (Wiesnerová, 1997). Ve srovnávání charakteristik rodiček jsou používána data za rok 1997 v porovnání s rokem 2008. Poslední a již poněkud obsáhlejší díl publikace „Rodička a novorozenec“ vyšel v roce 2010 a to „Rodička a novorozenec 2008“, proto jsou tato data za rok 2008 používána ve srovnávání charakteristik rodiček jako nejnovější.

Osoby podléhající hlášení „Zpráva o rodičce“ jsou všechny rodičky, které porodily v České republice. Za správné vyplnění povinného hlášení odpovídá přednosta porodnického oddělení. Hlášení do NZIS se podávají elektronicky, výjimečně na tištěném formuláři. Ke každé „Zprávě o rodičce“ musí náležet „Zpráva o novorozenci“ v počtu odpovídajícím četnosti těhotenství. Základním identifikačním znakem rodičky ve zprávě je rodné číslo. Hlášení podléhají všechny rodičky a všichni živě i mrtvě narození novorozenci včetně cizinců bez ohledu na typ jejich pobytu, jejichž porod či poporodní vyšetření proběhly na území České republiky (Rodička a novorozenec 2007). K identifikaci obce se používá číselný kód přidělený ČSÚ (Závazné pokyny NZIS).

Zpráva o rodičce (ZR)

„Zpráva o rodičce“ je rozdělena na pět částí. První z nich se zabývá identifikací rodičky. Zde se zjišťuje jméno a rodné číslo rodičky, bydliště, kód zdravotní pojišťovny. Druhá část „Matka“ rozšiřuje identifikaci rodičky, uvádí se zde datum přijetí rodičky do zdravotního zařízení, rodinný stav, vzdělání a informace o předcházejících těhotenstvích (počet porodů, zemřelých dětí a potratů). Další část jménem „Těhotenství“ zjišťuje počátek prenatální péče a počet kontrol v těhotenství, přírůstek hmotnosti matky, ultrazvukové vyšetření matky, užívání návykových látek matky, výskyt diabetes a závažné komplikace těhotenství a porodu. Čtvrtá část uvádí informace o porodu. Je zde uvedeno datum porodu, datum odtoku plodové vody, četnost těhotenství, indukce, stav plodu, příznaky rizika u plodu, CTG (kardiograf)¹, indikace k SC (císařskému řezu), způsob anestezie, typ ukončení porodu, ukončení porodu per SC (císařským řezem), komplikace za porodu, léky podávané za porodu, kdo porod vedl, datum ukončení ZR (rovná se datu propuštění rodičky), důvod ukončení ZR a případné komplikace v šestinedělí. Poslední část se jmenuje „Dítě“ a vyplňuje se zde pohlaví narozeného dítěte, vitalita, porodní hmotnost, Apgarové skóre² a stav dítěte při propuštění matky (Zpráva o rodičce).

¹ Kardiograf – zaznamenává srdeční činnost plodu a činnost (kontrakce) dělohy.

² Apgarové skóre – je mezinárodní bodovací systém (pojmenovaný podle anestezioložky Virginie Apgarové), který se používá k orientačnímu hodnocení zdravotního stavu novorozence v době těsně po narození. Sleduje se: puls, dech, svalové napětí, reakce na podráždění, zabarvení kůže a to v 1., 5. a 10. minutě po narození. Za každý ze sledovaných faktorů dítě dostává 0–2 body.

Zpráva o novorozenci (ZN)

„Zpráva o novorozenci“ je rozdělena do čtyř částí. První z nich se zabývá identifikací dítěte a matky. Uvádí se zde jméno a příjmení dítěte a matky, četnost těhotenství, pořadí dítěte, bydliště matky, kód zdravotní pojišťovny, rodné číslo matky a dítěte a rok narození otce. V druhé části „Porodní sál“ se zjišťuje místo porodu, způsob porodu, poloha plodu, datum narození, vitalita a pohlaví, porodní údaje – hmotnost, délka a gestační stáří, léčba na sále a Apgarové skóre². Třetí část nese název „Oddělení“ a uvádí se zde datum a přijetí dítěte, léčba dítěte, vrozené vady, vybrané nemoci a komplikace, kalmetizace³, provedený screening⁴. Poslední část zprávy se nazývá „Propuštění, překlad, úmrtí“ a zjišťuje datum a hodinu ukončení ZR, hodnoty při propuštění, výživu, důvod ukončení ZN, v případě překladu také důvod a kód následujícího zdravotnického zařízení (Zpráva o novorozenci).

Hlášení o narození

Hlášení o narození vyplňuje každé zdravotnické zařízení, kde došlo k porodu, anebo kde byly matka a dítě ošetřeny po porodu. Hlášení je poté předáno obecnímu úřadu pověřenému vedením matrik, který jedno vyhotovení tohoto formuláře pošle na Český statistický úřad. Hlášení o narození je rozděleno do několika částí. První část vyplňuje matrika na obecním úřadě, patří sem jméno a příjmení dítěte, jméno obecního úřadu, matriční číslo a rodné číslo dítěte. Další část vyplňuje zdravotnické zařízení, kde k porodu dítěte došlo. Zde se vyplňuje: okres, místo narození, spisová značka, porodní kniha, datum narození (hodina, minuta), pohlaví dítěte, vitalita, pořadí dítěte v porodu (dvojče, trojče, jedno dítě), porodní hmotnost, porodní délka, týden těhotenství, státní občanství rodičů, pořadí porodu, datum narození předchozího dítěte, rodinný stav matky, datum sňatku rodičů, nejvyšší vzdělání otce, nejvyšší vzdělání matky, rodné číslo otce, rodné číslo matky, trvalé bydliště otce, trvalé bydliště matky (okres, obec, část obce, ulice, číslo popisné). Další údaje o rodičích, které hlášení zjišťuje, jsou: jméno, příjmení, rodné příjmení, datum narození a místo narození. Také je zde část evidující dohodu rodičů o jménu a příjmení dítěte, kterou oba rodiče stvrzují podpisem. Na základě tohoto hlášení poté matrika vyhotovuje rodný list dítěte.

Počet narozených dětí (živě narozených, mrtvě narozených) je získáván sumarizací individuálních statistických hlášení o narození. Nezahrnuje děti narozené při utajených porodech (vč. nalezených dětí) podle zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 422/2004 Sb. Dle zákona se do knihy narození na matrice zapisuje: jméno, popřípadě jména a příjmení dítěte, den, měsíc a rok narození, rodné číslo, místo narození a pohlaví dítěte, dále pak jméno, popřípadě jména, příjmení, popřípadě rodná příjmení, data a místa narození, rodná čísla, státní občanství a místo trvalého pobytu rodičů. Uvedené údaje se do knihy narození nezapisují v případě, že matka dítěte požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem. Zápis do knihy se obvykle provádí na základě písemného hlášení o narození živého či mrtvého dítěte (Vyhláška č. 11/1988 Sb.).

³ Kalmetizace – očkování proti tuberkulóze

⁴ Screening – vyšetření odběru krve, ortopedické vyšetření kyčelních kloubů, vyšetření zraku a sluchu.

V kapitole číslo 3 byla také využita data z publikace „Narození a zemřelí do jednoho roku“ pro rok 2000, resp. 2008 (z let 2001 a 2010), která je také publikovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS).

Data čerpaná z Českého statistického úřadu pocházejí z několika různých publikací. V kapitole číslo 3, kde jsou uvedeny obecné demografické charakteristiky populace České republiky, byla využita data z publikace „Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1975 – 2008, analytické údaje“ dostupné na internetových stránkách ČSÚ. Dále v této kapitole, a také ve všech následujících, využívám data z publikací „Pohyb obyvatelstva“ pro rok 1987 a 1999, „Demografická ročenka“ pro rok 2008 a „Demografická příručka“ z roku 2007. Převážně jsem využívala části publikací obsahující data za narozené. Základem informací o demografické struktuře obyvatelstva a jejích změnách zůstávají periodická sčítání lidu, domů a bytů, z nich poslední proběhlo k 1. březnu 2001. Na data zjištěná sčítáním navazují intercenzální statistické bilance počtu obyvatel a každoročně zpracovávané statistiky sňatků, rozvodů, narozených, zemřelých, potratů a stěhování. Tyto statistiky vychází z individuálních statistických hlášení o uzavření manželství, o narození, o úmrtí, o rozvodu a o stěhování, poskytovaných Českému statistickému úřadu zákonem stanovenými zpravodajskými jednotkami (matrikami, soudy, ohlašovnými pobytu a Cizineckou a pohraniční policií, resp. stěhování je od roku 2005 nově přebíráno z Informačního systému evidence obyvatel (ISEO)).

V kapitole 7 využívám data z publikací „Demografická ročenka krajů České republiky 1991–2003“ a „Demografická ročenka krajů 1999–2008“. Data za rok 1987 byla po osobním kontaktu poskytnuta Ing. Vladimírem Poláškem z Českého statistického úřadu, autorem obou předchozích publikací. Kapitola 8 obsahuje shlukovou analýzu, která byla provedena v programu SPSS. Metody provedení shlukové analýzy spolu s přehledem použitých proměnných jsou podrobně popsány v kapitole 8.

Pro další informace a rozšíření komentářů byly využity jak tištěné, tak také elektronické české a zahraniční odborné publikace a periodika (v českém i anglickém jazyce).

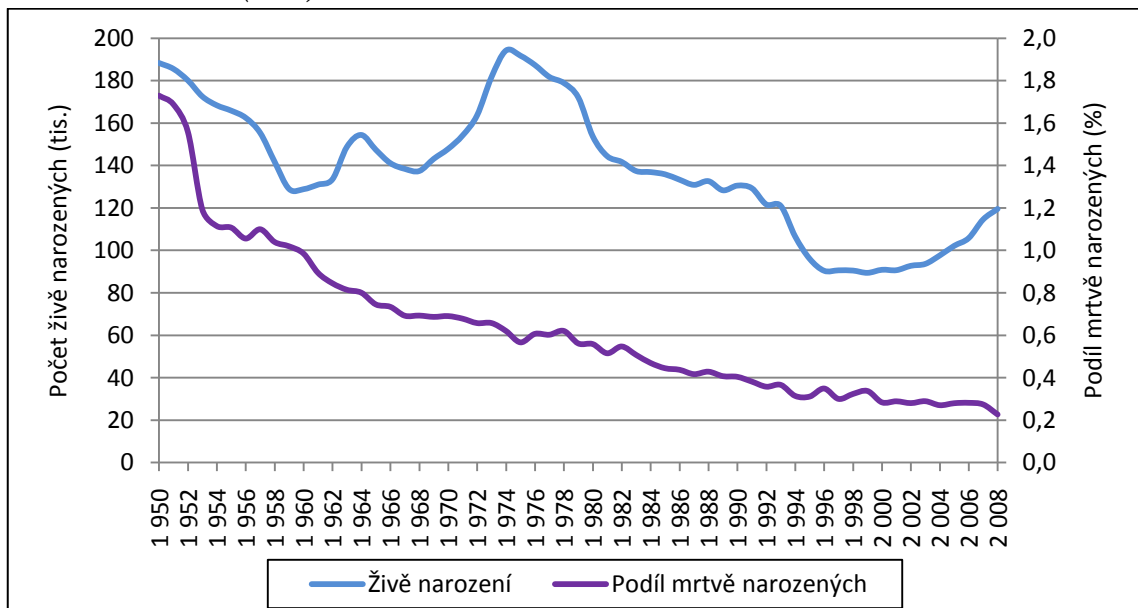
V této práci jsou srovnávána data o narozených za roky 1987, 1999 a 2008. Rok 1987 zde reprezentuje demografický režim, který byl v České republice před demografickými změnami, které nastaly v průběhu devadesátých let. Rok 1999 je zde srovnáván z toho důvodu, že jde o rok, kdy byla v České republice zaznamenána historicky nejnižší plodnost. Rok 2008 je zvolen proto, že to je poslední rok, za který jsou dostupná data pro všechny srovnávané ukazatele.

Kapitola 3

Rodičky v České republice – populační vývoj

Počet obyvatel, žijících na území České republiky, se v posledních 58 letech zvýšil. Došlo k nárůstu z 8 925 122 obyvatel v roce 1950 na 10 469 692 v roce 2008, tj. o 17 %. Počet mužů a žen se ve sledovaném období zvýšil rovnoměrně, zůstal zachovaný i vyšší počet žen v průběhu celého období. Období po druhé světové válce přineslo změny v rozmístění obyvatelstva související s odsunem Němců. Na následném dosídlování pohraničí se podílelo obyvatelstvo z vnitrozemí, ale také ze Slovenska a ze zahraničí. Ve srovnání s takto rozsáhlými přesuny obyvatelstva lze konstatovat, že v období 1961–1991 nedocházelo v rozmístění obyvatelstva k podstatným změnám. Mezi sčítáními lidu v letech 1961 a 1991 vzrostl počet obyvatel České republiky o 7,6 %. V průběhu šedesátých let se vysoký přirozený přírůstek dosahovaný v padesátých letech postupně snižoval a část obyvatelstva byla odčerpána zahraniční migrací. Celkový přírůstek mezi lety 1961 a 1970 činil necelých 2,5 %. Sedmdesátá léta znamenala výrazné zvýšení plodnosti a tím i přirozeného přírůstku obyvatelstva. Zásahu na tom měla přijatá propopulační opatření a také skutečnost, že do plodného věku nastupovaly silné generace narozené po válce. V letech 1970–1981 se počet obyvatel zvýšil o 4,9 %. Po prudkém nárůstu v sedmdesátých letech plodnost klesala a přirozený přírůstek mezi lety 1980 a 1991 byl jen 0,1 %. V období 1961–1991 docházelo ke stálému růstu obyvatelstva, po roce 1991 však nastaly výrazné změny. Dochází k celkovému úbytku obyvatelstva, přirozený přírůstek, klesající od konce sedmdesátých let se nadále snižoval a v roce 1994 se poprvé objevil úbytek přirozenou měrou. Od roku 2003 dochází opět k celkovému přírůstku obyvatelstva a od roku 2006 dochází i k přirozenému přírůstku obyvatelstva souvisejícímu s realizací plodnosti silných ročníků sedmdesátých let (Rozmístění a koncentrace obyvatelstva ČR časová řada 1961–2001).

Graf č. 3. 1: Počet živě narozených a podíl mrtvě narozených na území České republiky v letech 1950–2008 (v tis.)



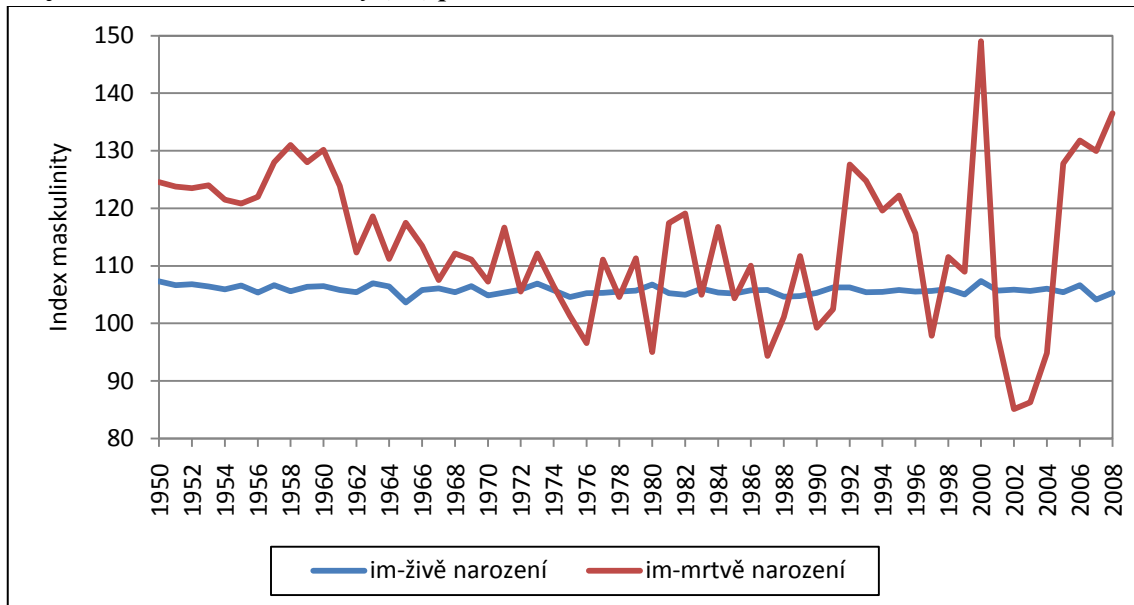
Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Podle vyhlášky č. 11 Ministerstva zdravotnictví ČSR ze dne 22. 1. 1988 se narozením živého dítěte rozumí jeho úplné vypuzení nebo vynětí z matčina těla, jestliže dítě projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost a) 500 g a vyšší nebo b) nižší než 500 g a přežije-li 24 hodin po porodu. Známkami života se rozumějí dech nebo akce srdeční nebo pulsace pupečníku nebo aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena (Pohyb obyvatelstva – metodika). Vývoj počtu živě narozených, znázorněný grafem č. 3. 1 spolu s podílem mrtvě narozených, je po druhé světové válce velmi nepravidelný. Poválečná kompenzační vlna narozených se během padesátých let stabilizovala a pozdější vzestupy (1963–65, 1973–79) byly ovlivněny státní politikou. Vývoj úrovně porodnosti byl ovlivněn především dvěma skutečnostmi: přijetím zákona o umělém přerušení těhotenství v roce 1958 (což mělo za následek prudký pokles realizované plodnosti žen) a přijetí pronatalitních opatření v letech 1968–1973 (to znamenalo rychlý vzestup počtu narozených a poměrně dlouhé období udržení vysoké úrovně plodnosti v sedmdesátých letech). Během osmdesátých let se úroveň porodnosti stabilizovala. Vývoj porodnosti po roce 1989 byl charakterizován především prudkým poklesem počtu narozených dětí, který započal v roce 1992, přičemž minima počtu narozených bylo dosaženo v roce 1999. Tento pokles souvisí s výraznými změnami reprodukčního chování české populace, které souvisely se změnami vnějších sociálních a ekonomických podmínek demografické reprodukce (Porodnost – historie). Od roku 2004 můžeme pozorovat opětovaný nárůst počtu narozených, související s realizací plodnosti silných ročníků sedmdesátých let.

Narozením mrtvě narozeného dítěte se rozumí podle poslední definice z vyhlášky č. 11 Ministerstva zdravotnictví ČSR z roku 1988 vypuzení či vynětí dítěte z matčina těla, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost vyšší než 1000 g. Podíl mrtvě narozených, vypočítaný jako procentuální podíl mrtvě narozených dětí ze všech

narozených, od počátku sledovaného období klesal. Nejprve proběhl prudký pokles z 1,73 % v roce 1950 na 1,06 % v roce 1956. Od roku 1956 následuje již pozvolnější pokles na hodnotu 0,23 % v roce 2008.

Graf č. 3. 2: Index maskulinity (im) pro živě a mrtvě narozené v letech 1950–2008



Zdroj: Narození a zemřelí do jednoho roku 2000, 2008; Rodička a novorozence 1997

Index maskulinity, který je znázorněn v grafu číslo 3. 2, značí počet narozených chlapců na 100 narozených dívek. Index maskulinity u živě narozených dosahuje v průběhu celého sledované období hodnot 104–107. To značí, že se v České republice živě rodí 104–107 chlapců na 100 dívek. Index maskulinity u mrtvě narozených má velmi nepravidelný průběh a to zejména v posledních letech v souvislosti s malým počtem případů (272 v roce 2008). Do roku 1960 se rodilo mrtvě 120–130 chlapců na 100 dívek, Po roce 1960 došlo ke snížení a až do roku 1992 se mrtvě rodilo 100–120 chlapců na 100 dívek, výjimkou jsou roky 1976, 1980, 1987 a 1990, kdy se narodilo mrtvě více děvčat než chlapců a index tedy dosahoval hodnot 94–99. Maximum nastalo v roce 2000, kdy se mrtvě narodilo 149 chlapců na 100 dívek a minimum nastalo v roce 2002, kdy se mrtvě narodilo 85,11 chlapců na 100 dívek.

Následující tabulka ukazuje podíl rodiček z populace žen ve věku 15–49 let neboli tzv. reprodukčního období, k 1. 7. daného roku. V roce 1950 žilo v České republice 2 232 718 žen ve věku 15–49 dokončených let, v tom samém roce bylo 189 391 porodů (Demografická příručka 2007). Počítejme, že se tyto děti narodily ženám ve věku 15–49 let, i když se pravděpodobně velmi malá část z nich narodila ženám mladším patnácti a starším 45 let. V roce 1950 se mladším patnácti let narodilo 0,09 % dětí a starším čtyřiceti pěti let 0,05 % dětí, v roce 2008 to bylo 0,07 %, resp. 0,05 % (podrobněji v kapitole Biologické charakteristiky rodiček). Pokud spočítáme podíl porodů na populaci žen v reprodukčním období za předpokladu, že žádná neabsolvovala více než jeden porod v tom daném roce, vyplývá z toho, že v roce 1950 porodilo 8,14 % z nich. Oproti tomu v roce 2008 to bylo 4,63 % z nich.

Tab. 3. 1: Podíl rodiček z populace žen ve věku 15–49 let k 1. 7. daného roku

	Počet porodů celkem	ženy 15 - 49	podíl rodiček %
1950	189 391	2327 181	8,14
1955	165 880	2249 231	7,37
1960	128 860	2238 414	5,76
1965	147 082	2307 598	6,37
1970	147 453	2459 252	6,00
1975	191 057	2435 921	7,84
1980	153 194	2435 437	6,29
1985	135 172	2459 586	5,50
1990	129 908	2594 107	5,01
1995	95 344	2666 201	3,58
2000	89 754	2595 195	3,46
2005	100 546	2519 440	3,99
2006	103 985	2516 411	4,13
2007	112 605	2519 711	4,47
2008	117 429	2535 688	4,63

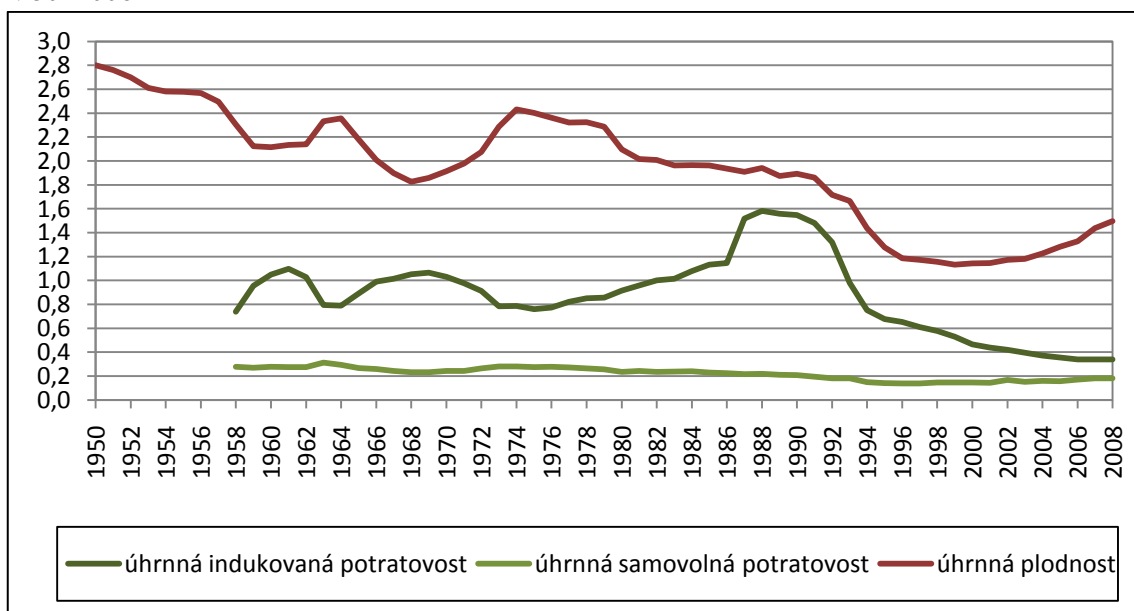
Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Proces plodnosti je základní složkou demografické reprodukce. Počet dětí nezávisí pouze na plodivosti (fekunditě), ale ve vyspělých zemích zejména na reprodukčním chování, používání antikoncepce, populační politice státu, úrovni vzdělání a emancipace žen, postavení žen ve společnosti, jejich ekonomické aktivitě, hodnotových orientacích atd. Ke znázornění vývoje plodnosti byl použit ukazatel úhrnná plodnost. Úhrnná plodnost vyjadřuje průměrný počet živě narozených dětí připadajících na 1 ženu – za předpokladu stejné plodnosti po celé její reprodukční období, jako v daném roce. Hodnota 2,1 teoreticky zajišťuje prostou reprodukci. Dosahuje-li úhrnná plodnost hodnoty přibližně 2,1, plodnost zajišťuje prostou reprodukci obyvatelstva bez významnějšího přirozeného přírůstku nebo úbytku. Klesne-li pod tuto hodnotu, početní stav populace nabývá tendenci k dlouhodobému snižování (Demografická ročenka 2008). Ve sledovaném období 1950–2008 klesla úhrnná plodnost pod tuto hodnotu v letech 1966–1972 a trvale je pod touto hranicí od roku 1981. K dramatickému poklesu úhrnné plodnosti došlo na počátku devadesátých let, kdy v České republice nastaly významné změny v demografickém chování, jejichž výsledkem jsou změny v úrovni demografické reprodukce, někdy označovány jako druhý demografický přechod. Lze odlišit dvě skupiny příčin poklesu plodnosti na počátku devadesátých let a to kulturní (změna hodnotové orientace) a ekonomickou (negativní dopady transformace). Kulturní změny lze chápat jako změny v postojích populace směrem k posílení individualismu a zdůrazňování seberealizace jedince a jeho práv. Součástí tohoto procesu byly rovněž změny v oblasti rodiny a partnerských vztahů. Sociálně ekonomické příčiny je možno hledat v negativních důsledcích společenské transformace a v omezení státní podpory rodinám projevující se především zvýšenou ekonomickou nejistotou rodin. Pokles úhrnné plodnosti může být výsledkem omezování počtu dětí v rodinách, anebo výsledkem změn v časování narození dětí, tj. odkladu narození dětí do pozdějšího věku. Změny v reprodukčním chování ve většině západoevropských zemí probíhaly ve dvou fázích. V první fázi docházelo ke snižování průměrného věku matky při narození dítěte při současném poklesu úhrnné plodnosti. Z toho lze vyvodit, že pokles plodnosti byl způsobem snižováním velikosti rodin, neboť mladší matky rodí děti nižších pořadí. Jakmile došlo ke

stabilizaci úhrnné plodnosti na určité hodnotě reprodukce, začal se průměrný věk matky při narození dítěte zvyšovat. Pomalé zvyšování podílu žen odkládajících narození prvního dítěte do vyššího věku je v současnosti typickým ve většině západoevropských zemí (Kocourková, 2002; Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2003).

V České republice bylo pořadí změn opačné. Za prvotní příčinu poklesu plodnosti po roce 1990 lze považovat odklad založení rodiny do vyššího věku žen. Poklesla nejprve plodnost prvního a následně druhého pořadí. Za hlavní příčinu toho, že v České republice klesla úhrnná plodnost na nižší hodnoty, než jaké lze pozorovat v Západní Evropě, lze tedy považovat změnu v časování narození dětí (Kocourková, 2002; Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2003). V roce 2008 dosahovala úhrnná plodnost hodnoty 1,5.

Graf č. 3. 3: Úhrnná plodnost, úhrnná samovolná a úhrnná indukovaná potratovost v letech 1950–2008

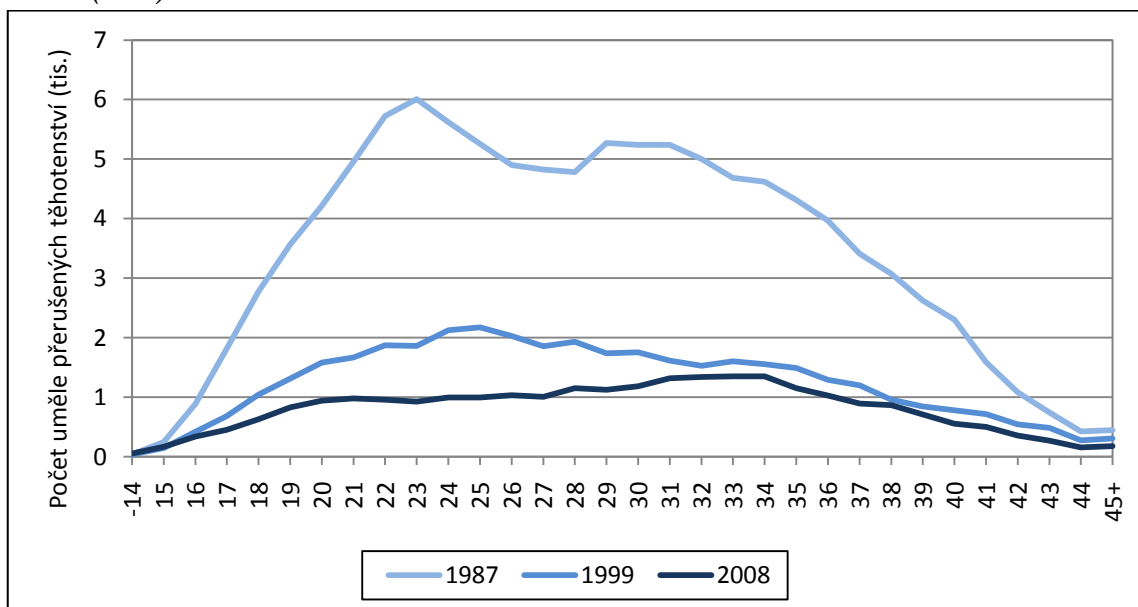


Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Podrobná statistika potratovosti je vedena od roku 1958 v souvislosti s účinností zákona č. 68/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství. Graf č. 3. 3 také zachycuje křivky vývoje úhrnné samovolné potratovosti a úhrnné indukované potratovosti. Samovolné potraty jsou definovány jako spontánní vypuzení plodu před ukončením 28. týdne těhotenství. V případě indukovaného (umělého) potratu se jedná o legální ukončení těhotenství metodou miniinterrupce, kterou lze provést v raném stádiu těhotenství (tj. do sedmého týdne u prvorodičky a do osmého týdne u druhorodičky) a metodou jinou než miniinterrupcí do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství (Demografická příručka 2007). Úhrnná potratovost se počítá jako součet jednotlivých měr potratovosti podle věku, dává dohromady průměrný počet potratů na jednu ženu v jejím reprodukčním období. Úroveň úhrnné indukované potratovosti v roce 2008 činila 0,34 potratu na jednu ženu. Vývoj indukované potratovosti v České republice souvisel s vývojem populačního klimatu, změnami legislativy a rozšiřováním antikoncepčních prostředků. Prudký nárůst úhrnné potratovosti v roce 1958 vznikl v důsledku přijetí zákona č. 68/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství (UPT), který velmi usnadnil

přístup k ukončení nechtěných těhotenství, a to za situace, kdy moderní antikoncepce v Česku téměř neexistovala. Regulátorem počtu potratů měli tehdy být tzv. interrupční komise, které posuzovaly oprávněnost každé žádosti o umělé přerušování těhotenství. Obdobím s nejvyšší potratovostí byl v ČR konec osmdesátých let. V této době značně zesláblo pronatalitní populační klima, typické pro sedmdesátá léta. Metody antikoncepce stagnovaly a interrupce se staly rozšířeným prostředkem obrany před nechtěnými porody. K zásadnímu růstu počtu umělých přerušování těhotenství ve druhé polovině osmdesátých let výrazně přispělo přijetí vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 66/1986 Sb., kde byly mj. zrušeny interrupční komise. Prudký pokles na počátku devadesátých let a pokračující pokles až do současnosti je dán hlavně značným úbytkem umělých přerušování těhotenství. Mezi hlavní důvody změny patří samozřejmě změna celkového populačního klimatu. To je spojeno také s masivním rozšířením užívání moderních antikoncepčních prostředků. Od sedmdesátých let 20. století sleduje ÚZIS rozšíření antikoncepce předepsané lékařem. Podle zjištění ÚZIS po roce 1970 užívalo antikoncepci jen něco přes 100 000 žen a z nich zhruba dvě třetiny používaly antikoncepci nitroděložní. Postupem času přibývalo stále více uživatelů antikoncepce hormonální. Od roku 2000 používá v České republice některou z moderních antikoncepčních metod více než milion žen, z nich více než 900 tisíc volí antikoncepci hormonální a asi 100 tisíc antikoncepci nitroděložní (Vývoj potratovosti v České republice). Na křivce vývoje úhrnné samovolné potratovosti je patrné, že od počátku sledovaného období v roce 1958 má poměrně stabilní průběh, došlo jen k malému poklesu. Úroveň samovolné potratovosti činila v roce 1958 0,27 potratu na jednu ženu a v roce 2008 0,18 potratu na jednu ženu.

Graf č. 3. 4: Počet uměle přerušovaných těhotenství (UPT) podle věku žen v letech 1987, 1999 a 2008 (v tis.)

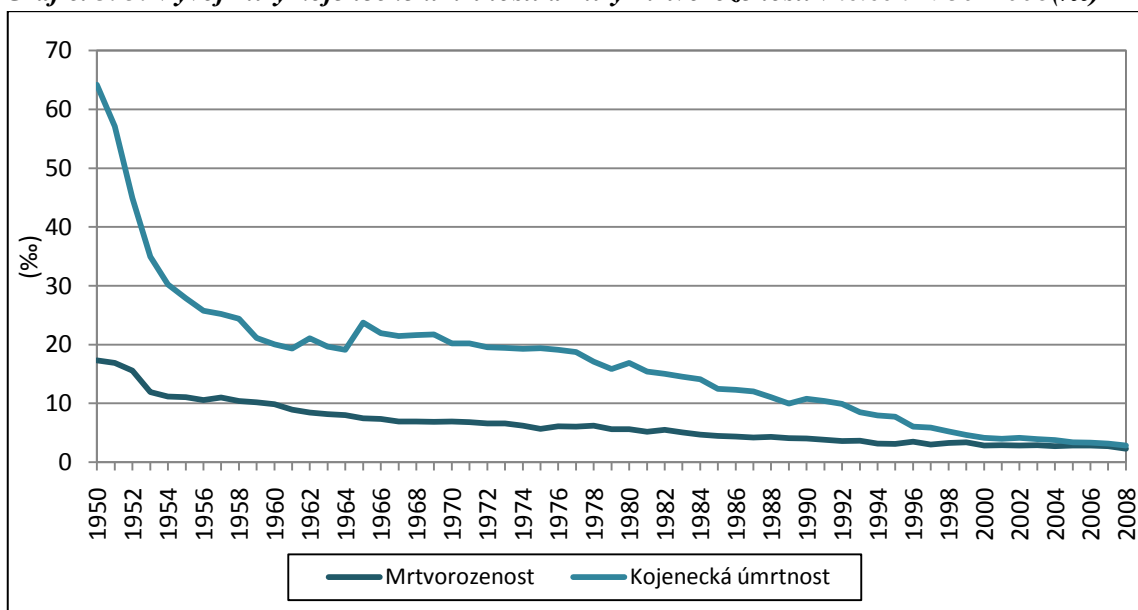


Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987, Pohyb obyvatelstva 1999, Demografická ročenka 2008

V grafu č. 3. 4 vidíme znázorněn počet uměle přerušovaných těhotenství v letech 1987, 1999 a 2008 podle věku žen. Počet uměle přerušovaných těhotenství v roce 1987 byl ovlivněn přijetím zákona č. 66/1986 o umělém přerušování těhotenství, který začal platit od 1. 1. 1987.

V souvislosti s přijetím zákona byl v roce 1987, 1888 a 1989 byl zaznamenán největší počet uměle přerušených těhotenství. Je patrné, že mezi sledovanými lety došlo vždy ke snížení počtu uměle přerušených těhotenství a to v každém věku. Relativně došlo mezi lety 1987 a 2008 ke snížení o 77 %. Skupinou s největším počtem uměle přerušených těhotenství byla v roce 1987 skupina 20–24 let, nejvíce uměle přerušených těhotenství bylo ve 23 letech, a to 6008. V roce 1999 měla největší počet uměle přerušených těhotenství skupina žen ve věku 25–29 let, nejvíce uměle přerušených těhotenství bylo 2175 u žen ve věku 25 let. V roce 2008 měla nejvíce umělých přerušení těhotenství skupina žen ve věku 30–34 let, nejvíce uměle přerušených těhotenství bylo 1351 u žen starých 34 let. Došlo tedy k posunu do starších věkových skupin, stejně jako u počtu živě narozených. Je zajímavé, že k nárůstu podílu UPT došlo v nejmladších věkových skupinách a to z 0,04 % v roce 1987 na 0,21 % v roce 2008 u dívek mladších patnácti let a z 8,47 % na 9,38 % v roce 2008 u skupiny dívek starých 15–19 let.

Graf č. 3. 5: Vývoj míry kojenecké úmrtnosti a míry mrtvorozenosti v letech 1950–2008(‰)

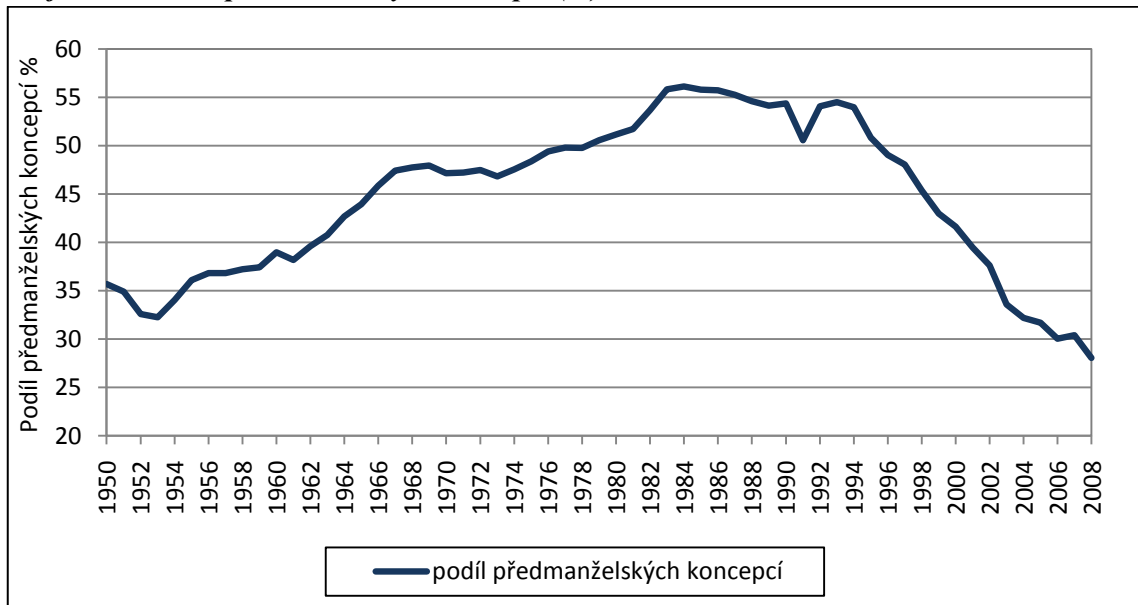


Zdroj: Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1785–2008

Kojenecká úmrtnost vyjadřuje úmrtnost v prvním roce života, tzn. v prvních 365 dnech života dítěte. Kvocient kojenecké úmrtnosti je definován jako počet zemřelých do jednoho roku života na celkový počet živě narozených dětí v daném roce vynásobený tisícem, nazývá se také mírou kojenecké úmrtnosti. Období po druhé světové válce je charakterizováno výrazným poklesem úrovně kojenecké úmrtnosti. Nejvýraznější pokles nastal na počátku období, kdy došlo ke snížení míry kojenecké úmrtnosti z počáteční hodnoty 64,2 ‰ na 20 ‰ v roce 1959. Do roku 1977 míra kojenecké úmrtnosti stagnovala a poté nastal další pokles až na hodnotu 10,8 ‰ v roce 1990. V roce 2008 byla míra kojenecké úmrtnosti 2,8 ‰. Hodnotami ukazatelů kojenecké úmrtnosti patří Česká republika k nejvyspělejším státům. Díky tradičně dobré péči zdravotnického personálu o těhotnou ženu, matku i dítě se u nás rodí poměrně málo mrtvých dětí. Míra mrtvorozenosti je vhodným ukazatelem pro mezinárodní i regionální srovnávání, vyjadřuje počet mrtvě narozených dětí na celkový počet narozených dětí vynásobený tisícem

(na rozdíl od míry kojenecké úmrtnosti, kde jsou ve jmenovateli všichni narození mrtvě i živě). Úroveň mrtvorozenosti vypovídá o kvalitě životního prostředí a lékařské péče v dané zemi. Na počátku sledovaného období dosahovala hodnoty 17,3 ‰. Nejprve následoval strmý pokles na hodnoty okolo 10 ‰ a poté pozvolný pokles až na hodnotu 2,3 ‰ v roce 2008. Úroveň mrtvorozenosti v ČR je jednou z nejnižších v Evropě (Vitalita narozených dětí).

Graf č. 3. 6: Podíl předmanželských koncepcí (%) v letech 1950–2008



Zdroj: Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1975 – 2008

Následující graf č. 3. 6 se zabývá podílem předmanželských koncepcí ve sledovaném období. Předmanželská koncepce je podíl dětí, které se narodí v manželství do osmého měsíce po sňatku. Jde tedy o děti, které byly počaty před uzavřením sňatku. Na začátku padesátých let se tento podíl pohyboval okolo 35 %. V průběhu šedesátých let začal stoupat a v roce 1979 překonal hranici 50 %. Nad 50 % hranicí zůstal až do poloviny devadesátých let. Poté dochází ke snižování podílu předmanželských koncepcí a v roce 2008 byl tento podíl 28,1 %. Sňatek byl tedy často vynucen početím dítěte, neboť až do konce 80. let nebyla v tehdejší společnosti nesezdaná soužití jakožto dlouhodobá, či dokonce celoživotní forma svazku plně přijímána. Za nesezdané soužití označujeme takovou formu svazku, kdy pár žije i bydlí ve společné domácnosti a zpravidla také společně hospodaří. V šetření reprodukčního chování provedeném Českým statistickým úřadem v roce 1993, tedy v době, kdy změna demografického a sňatkového chování teprve začínala, označili tři čtvrtiny respondentů manželství jako nejdůležitější věc na světě, jako základ a klíčovou podmínkou osobního štěstí. Život v nesezdaném soužití více jak polovina z nich označila jako nesprávnou volbu (Fialová a kol., 2000). Ze sociologických výzkumů sice vyplývá, že v dnešní době jsou neformální svazky mladých lidí již všeobecně akceptovány, přesto je však i nadále preferováno narození dítěte v manželství (Černá, 2005).

Vývoj počtu živě narozených byl v druhé polovině dvacátého století nepravidelný. Od poloviny sedmdesátých let docházelo ke snižování počtu živě narozených, až na historické

minimum v roce 1999. Od roku 2004 můžeme sledovat opět nárůst počtu živě narozených, který je dáván do souvislosti s realizací plodnosti silných ročníků sedmdesátých let. Po celé sledované období se živě rodí stabilně 104–107 chlapců na 100 dívek. Podíl mrtvě narozených klesal, v roce 2008 se mrtvě narodilo 0,23 % dětí. Index maskulinity u mrtvě narozených dětí nemá žádnou pravidelnost, obecně se dá říci, že se mrtvě rodilo více chlapců než dívek. Od počátku devadesátých let dochází v České republice k mnoha změnám v demografickém chování obyvatelstva, bývají označovány jako druhý demografický přechod. Jednou z těchto změn je dramatický pokles úrovně úhrnné plodnosti až na minimum v roce 1999, od té doby je zaznamenán mírný nárůst na hodnotu 1,5 v roce 2008. Dalším projevem změn je prudký pokles úhrnné indukované potratovosti na 0,34 potratu na jednu ženu v reprodukčním období. Úhrnná samovolná potratovost zaznamenala jen malý pokles na konečnou hodnotu 0,18 potratu na jednu ženu v jejím reprodukčním období. Celé období druhé poloviny dvacátého století je charakterizováno poklesem ukazatele kojenecké úmrtnosti, jehož hodnota v roce 2008 dosahovala 2,8 ‰. Touto hodnotou se řadíme k nejvyspělejším státům světa. Na velmi dobré úrovni je také ukazatel míra mrtvoroznosti, která v roce 2008 dosáhla hodnoty 2,3 ‰. Úroveň obou ukazatelů patří k nejnižším na světě a svědčí mimo jiné i o kvalitní lékařské péči. Snížil se i podíl předmanželských koncepcí, což souvisí s tím, že ubývá sňatků z důvodu těhotenství partnerky a společnost více akceptuje nesezdaná soužití.

Kapitola 4

Biologické charakteristiky rodiček

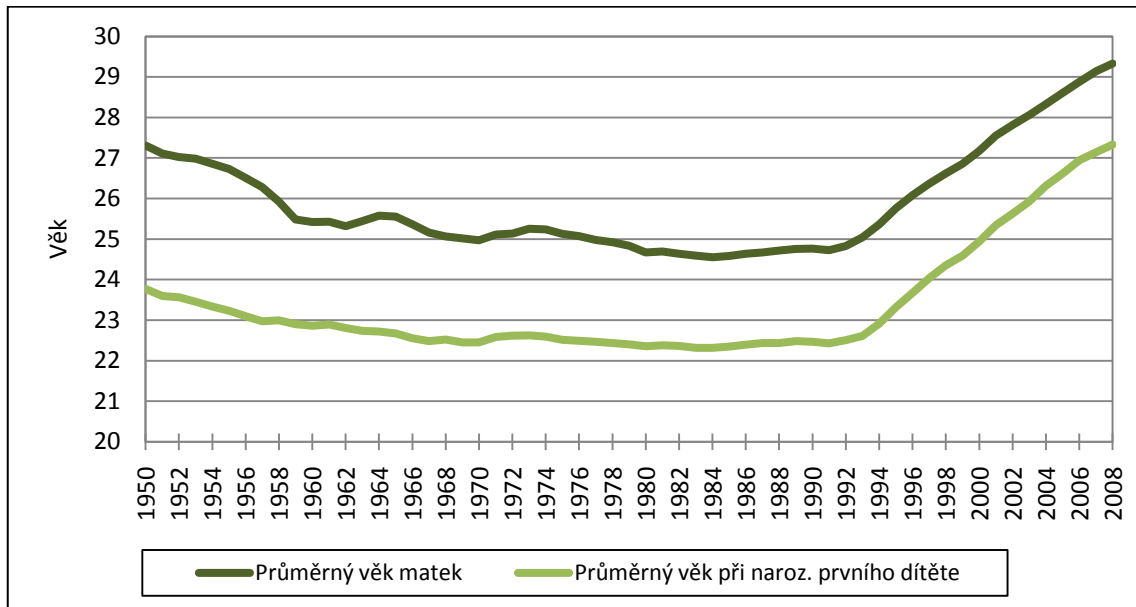
4.1 Narození podle věku matek a rodičky podle věku

Rozhodnutí o načasování plodnosti může být dvojího charakteru. Na straně jedné jde o součást životního plánu jedince a na straně druhé to může být emocionální rozhodnutí. Rozhodnutí zda mít či nemít dítě, stejně jako rozhodnutí týkající se jeho načasování, je v životě většiny lidí součástí promyšleného plánování. V dnešní době je těhotenství často odkládáno až na pozdější dobu. U žen oproti dřívější době došlo ke změně priorit. V současné době chtějí nejprve vystudovat školu, najít si zaměstnání, cestovat, vyřešit svojí bytovou situaci, najít si vhodného partnera a v neposlední řadě si užívat života. Teprve poté přichází na řadu dítě. Schopnost ženy mít dítě ale v průběhu jejího života klesá. Na vrcholu plodivosti je žena ve svých dvaceti letech. Podle statistik má každá druhá žena nad čtyřicet problém s otěhotněním. U žen ve věku 35–39 let toto nebezpečí hrozí každé čtvrté a ve věku kolem třicítky jedné z šesti žen. Standardně se těhotenství u prvorodiček starších 35 let označuje jako rizikové. Záleží však zejména na fyzickém a psychickém stavu konkrétní ženy. Je-li žena zdravá a v dobré kondici, může těhotenství probíhat zcela bezproblémově. Z emocionálního a také praktického hlediska je třeba uvážit, jaká horní hranice věku je ještě přijatelná pro první těhotenství. Jedná se o věk, po němž se člověk už cítí být starým, nejen na péči o malé dítě, ale také na výchování dítěte až do jeho dospělosti. U žen leží tato horní věková hranice v mladším věku než u mužů, a je dána spíše fyziologicky než psychicky (Těhotenství ve vyšším věku; Wijssen, 1994; Fialová a kol., 2000).

V grafu č. 4. 1. 1 je znázorněn vývoj průměrného věku matek a průměrného věku matek při narození prvního dítěte. Průměrný věk matek i průměrný věk při narození prvního dítěte je vypočten z měr plodnosti podle jednotek věku. Průměrný věk při narození prvního dítěte v letech 1949–1959 byl spočten z měr za všechny (živě plus mrtvě) narozené (Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920–2008). Průměrný věk při narození prvního dítěte od počátku sledovaného období přibližně do poloviny 60. let klesal, a to z úrovně 23,8 let na hodnoty 22,4–22,7, kde se udržel až do počátku 90. let. Od roku 1993 následoval prudký nárůst – a to z hodnoty 22,6 v roce 1993 na 27,3 let v roce 2008. Na křivce průměrného věku matek můžeme pozorovat velmi podobný průběh. Na počátku sledovaného období dosahoval tento věk hodnoty 27,3 let. Následoval prudký pokles na hodnotu 25,3 let v roce 1962, poté pozvolný pokles trvající až do počátku 90. let. V roce 1993 (25 let) nastal výrazný vzestup až na věk 29,3

v roce 2008. Dochází tedy k růstu průměrného věku ženy při narození prvního dítěte, stejně jako růstu průměrného věku matek.

Graf č. 4. 1. 1: Průměrný věk žen při narození prvního dítěte a průměrný věk matek v letech 1950–2008

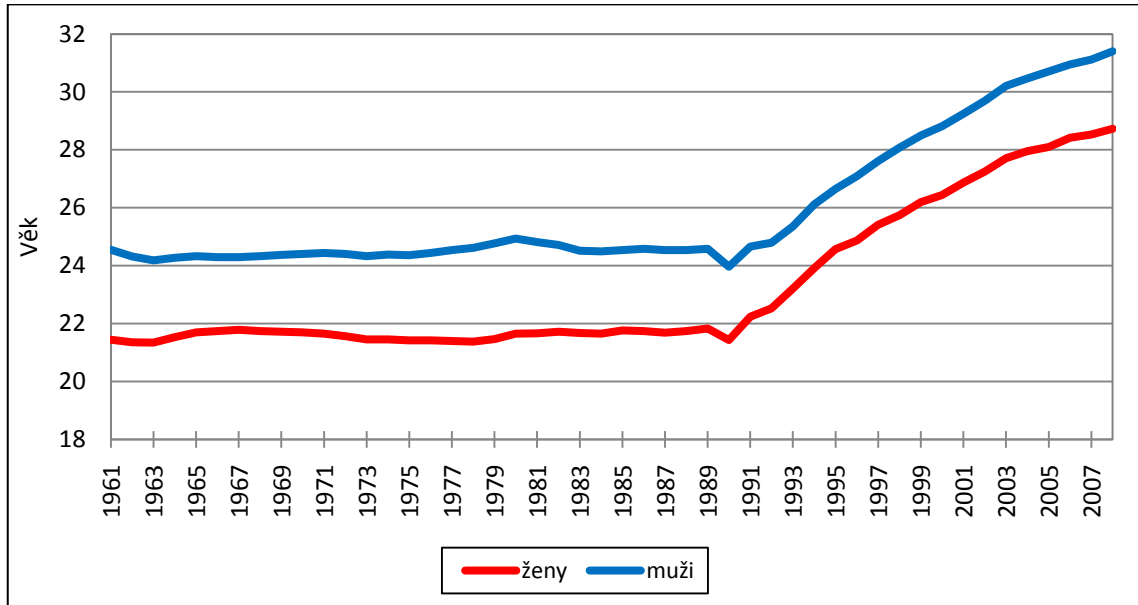


Zdroj: Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920–2008.

Graf číslo 4. 1. 2 sleduje průměrný věk mužů a žen při prvním sňatku v letech 1961–2008. Průměrný věk při prvním sňatku je převzatý z jednovýchodných tabulek sňatečnosti, za roky 1961–1988 publikovaných v Tabulkách vydaných Federálním statistickým úřadem a od roku 1989 vypočtených z dat ČSÚ (Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920–2008). Na počátku sledovaného období byl průměrný věk mužů při prvním sňatku 24,6 let a žen 21,4 let. Tento průměrný věk byl u obou pohlaví s malými odchylkami stabilní až do roku 1990. V roce 1990 byl zaznamenán malý jednoletý pokles – a to u žen na 21 let a u mužů na 24 let. Od roku 1991 zaznamenal průměrný věk při prvním sňatku prudký nárůst a to na hodnoty 28,7 let u žen a 31,4 let u mužů (2008). Je zajímavé, že věkový rozdíl u průměrného věku mužů a žen se v celém sledovaném období pohybuje mezi dvěma a třemi lety. V průzkumu Fialové a kol. shodně považovali respondenti obou pohlaví za ideální věkový rozdíl manželů 3,2 roku (Fialová a kol., 2000). Podle Bartošové (Bartošová, 2008) je období 27–28 let pro některé ženy důležité ve smyslu uvědomění si blížící se třicítky. Některé z žen si začínají v tomto období plánovat dítě anebo alespoň připravovat podmínky pro jeho narození, ať už jde o materiální zabezpečení či dokončení určité životní fáze (vzdělání, práce, nalezení vhodného partnera). Dosažení třiceti let je pak přelomem zejména pro ty ženy, které nemají perspektivu stálého partnera a budoucího otce dítěte. Část z nich se cíleně zaměřuje na hledání vhodného partnera nebo se připravuje na život svobodné matky, jiné naopak na hledání partnera částečně rezignují. S přibývajícím věkem bylo častějším způsobem vyrovnání se s danou situací postupné smířování se s vlastní bezdětností spíše než varianta stát se svobodnou matkou. Hranice 40 let byla definována již jako počínající závěr reprodukčního období v životě ženy a tedy vnímána i jako konečný mezník v možnosti najít si partnera a založit rodinu (Bartošová, 2008). Změny v časování porodů

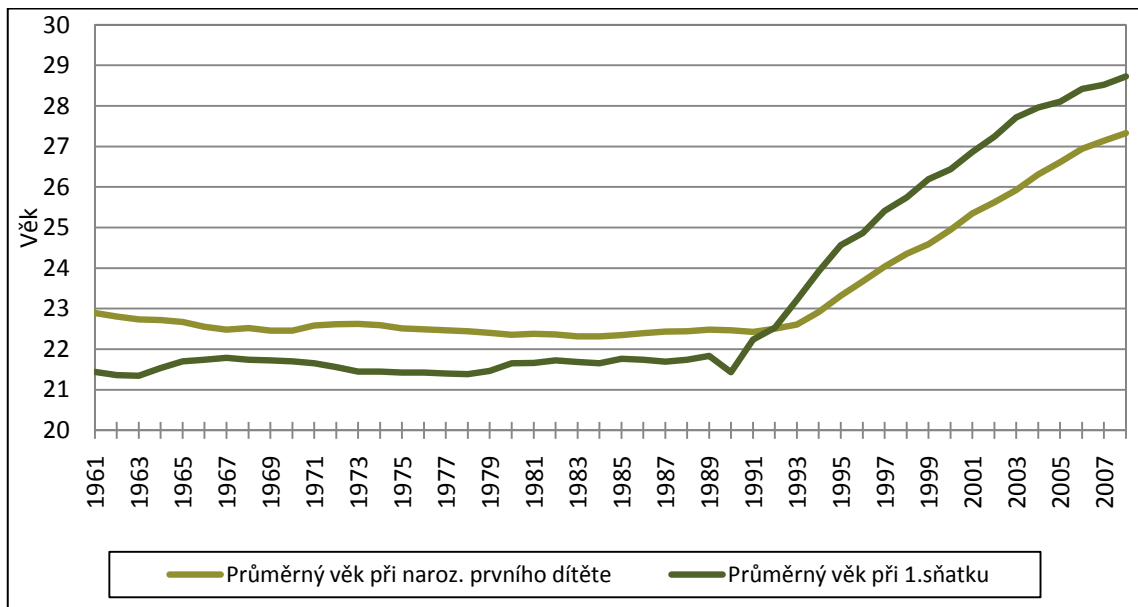
tvorily významný aspekt druhého demografického přechodu. Odkládání sňatků do vyššího věku mělo vliv i na zvýšení se věku matky při narození prvního dítěte (Partnership and Reproductive Behaviour, 2003).

Graf č. 4. 1. 2: Průměrný věk mužů a žen při prvním sňatku v letech 1961–2008



Zdroj: Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920–2008.

Graf č. 4. 1. 3: Průměrný věk při narození prvního dítěte a průměrný věk při prvním sňatku žen v letech 1961–2008



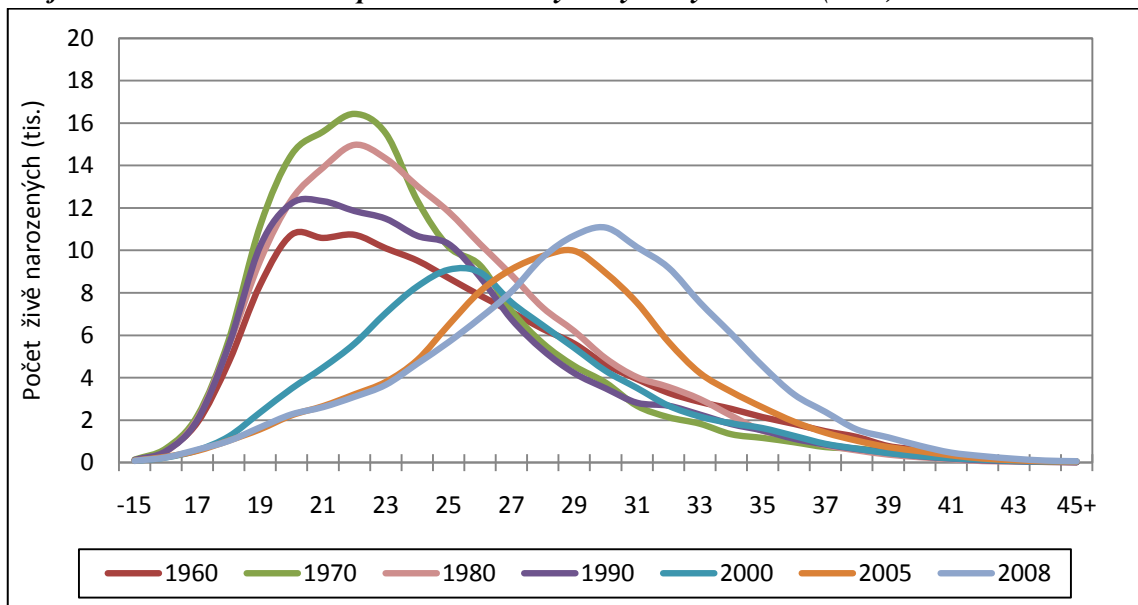
Zdroj: Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920–2008.

Graf č. 4. 1. 3 znázorňuje vývoj průměrného věku ženy při prvním sňatku a průměrného věku ženy při narození prvního dítěte. Průměrný věk ženy při prvním sňatku byl až do počátku osmdesátých let přibližně o rok vyšší než průměrný věk ženy při narození prvního dítěte. Od počátku osmdesátých let se rozdíl začal snižovat a v roce 1992 byly oba průměrné věky identické hodnotou 22,5 let. Od roku 1992 je vyšší průměrný věk při narození

prvního dítěte než průměrný věk při prvním sňatku ženy. Maximální rozdíl byl 1,8 roku v roce 2003. V roce 2008 byl průměrný věk při prvním sňatku ženy 28,7 let a průměrný věk při narození prvního dítěte 27,3 let.

Graf č. 4. 1. 4 zobrazuje narozené podle věku matky ve vybraných letech. Je zajímavé, že křivky pro roky 1960 až 1990 mají stejný tvar, rozdíl je jen v počtu narozených v jednotlivých skupinách. Od roku 1970 počty narozených ve všech věkových skupinách klesaly a to až do roku 2000. Po roce 2000 dochází opět k nárůstu počtu narozených dětí až na 119 570 v roce 2008. Do roku 1990 se nejvíce dětí rodilo ženám ve věkové skupině 20–24 let. Konkrétně se v letech 1970 a 1980 rodilo nejvíce dětí ženám ve věku 22 let, v roce 1960 ve věku dvaceti let a v roce 1990 v jednadvaceti letech. Druhá nejpočetnější skupina rodiček byla ve věku 25–29 let. V roce 2000 se nejvíce dětí narodilo ženám ve věkové skupině 25–29 let, druhá nejpočetnější skupina byla 20–24 let. Konkrétně se v roce 2000 narodilo nejvíce dětí ženám ve věku 25 a 26 let. V roce 2005 a v posledním sledovaném roce 2008 se nejvíce dětí narodilo ženám ve věkové skupině 30–34 let. V roce 2005 byl pak nejčastějším věkem rodiček 29 let a v roce 2008 30 let. Druhou nejpočetnější skupinou byla skupina 25–29 let. Posun rození dětí do vyššího věku od roku 2000 je v grafu jasně patrný. V průzkumu Fialové a kol. odpovídali respondenti také na otázky o nejvhodnějším věku pro začátek a konec reprodukce. Ženy stanovily jako nejvhodnější věk prvoroďičky 24,5 roku a muži jako nejvhodnější věk proto stát se poprvé otcem věk 28 let. Jako horní hranici pro narození prvního dítěte ženy nejčastěji volily interval mezi 26 a 28 lety a muži 31–32 let. Pro ukončení reprodukce, tj. pro věk, který je ještě přijatelný pro narození posledního dítěte, volily ženy 35 let a muži 40 let (Fialová a kol., 2000).

Graf č. 4. 1. 4: Živě narození podle věku matky ve vybraných letech (v tis.)

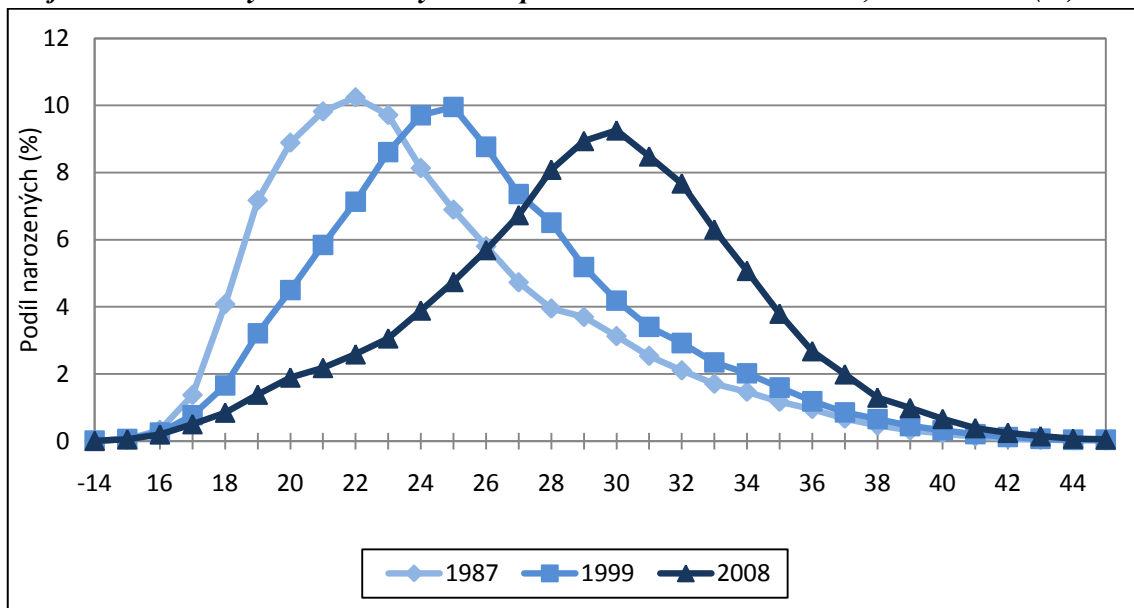


Zdroj: Rodička a novorozenec 2008, Demografická příručka 2007

V následujícím grafu č. 4. 1. 5 jsem se zaměřila na roky 1987, 1999 a 2008. Z grafu vyplývá, že v průběhu devadesátých let došlo ve věkové struktuře rodiček k poměrně dramatickým změnám. Podíl narozených dětí ženám mladším 25 let se mezi lety 1987 a 2008

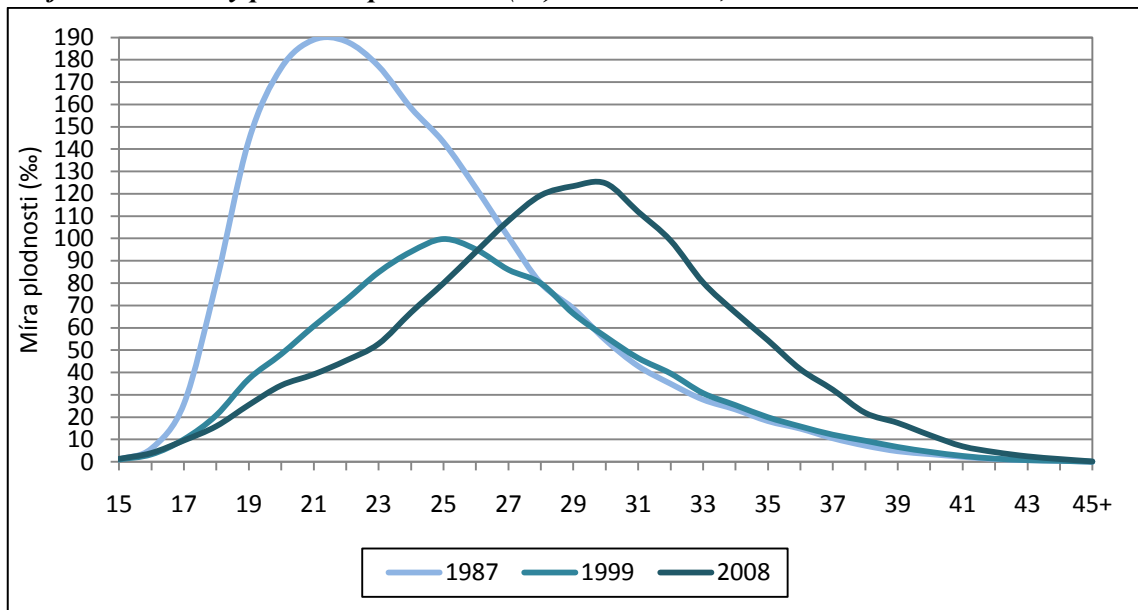
snížil. Naopak zvýšil se podíl skupin 25–29 let od roku 1999 a poté se opět snížil do roku 2008. V roce 1987 se nejvíce dětí narodilo ženám ve věku 20–24 let, největší podíl živě narozených byl u žen starších 22 let a to 10,24 % ze všech živě narozených. V roce 1999 se největší podíl dětí narodil ženám ve věku 25–29 let, nejvíce ve věku 25 let a to 9,95 %. V roce 2008 došlo opět k posunu a nejvíce narozených připadlo na věkovou skupinu 30–34 let, která měla po celé sledované období vzestupnou tendenci. Největší podíl dětí se narodil ženám ve věku 30 let a to 9,26 % ze všech živě narozených dětí. Věková skupina 35+ zaznamenává výraznější nárůst po roce 1999.

Graf č. 4. 1. 5: Podíly živě narozených dětí podle věku žen v letech 1987, 1999 a 2008 (%)



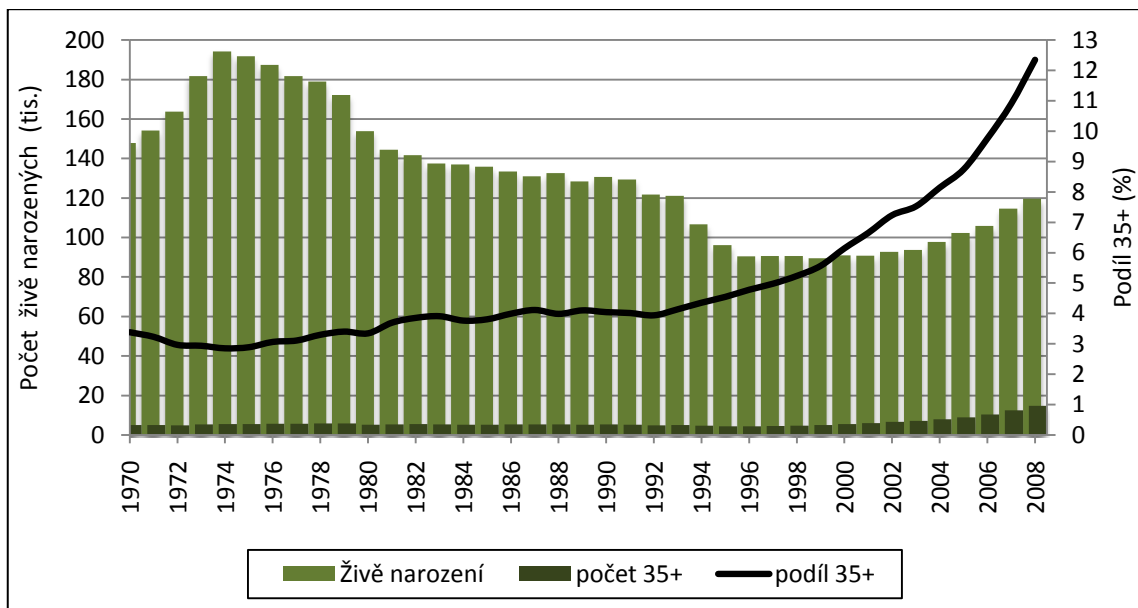
Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Následující graf znázorňuje rozložení měr plodnosti podle věku žen v letech 1987, 1999 a 2008. Při studiu změn plodnosti v závislosti na věku matek se používají míry plodnosti podle věku, neboli také specifické míry plodnosti, definované jako poměr počtu živě narozených dětí ženám v určité věkové kategorii ke střednímu stavu žen v dané věkové kategorii násobený 1000. Součet měr plodnosti podle věku vyjadřuje intenzitu plodnosti dané populace (Kalibová, 2001). Nejvyšší míry plodnosti byly v roce 1987 u žen ve věku 19–27 let, nevyšší intenzita plodnosti byla 188,9 ‰ a to ve věku 21 let. V roce 1999 dosahovaly míry plodnosti nejvyšších hodnot ve věku 22–29 let, nejvyšší byla 99,7 ‰ ve věku 25 let. V roce 2008 dosahovaly míry plodnosti nejvyšších hodnot v intervalu 27–32 let, nejvyšší intenzita plodnosti byla ve věku 30 let a to 124,6 ‰. Došlo tedy k poklesu intenzity plodnosti u žen nižšího věku a naopak nárůstu u žen vyššího věku.

Graf č. 4. 1. 6: Míry plodnosti podle věku (%) v letech 1987, 1999 a 2008

Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Následující graf č. 4. 1. 7 zobrazuje vývoj počtu živě narozených a podílu živě narozených matek ve věku nad 35 let. Podíl živě narozených matek ve věku nad 35 let se od roku 1970 do počátku devadesátých let pohybuje mezi 2,8 a 4 %. Po roce 1992 je patrný nárůst podílu živě narozených ženám starším 35 let a to ze začátku pozvolnější a později, po roce 2000 prudčeji. V roce 2008 byl tento podíl 12,35 %. Vidíme, že počet matek starších 35 let stoupá i absolutně.

Graf č. 4. 1. 7: Vývoj počtu živě narozených a podílu živě narozených matek ve věku nad 35 let v letech 1970–2008

Zdroj: Rodička a novorozenec 2008, Demografická ročenka 2007

Cleary – Goldman ve svém článku zkoumá vliv věku matek na těhotenství a porod. Podle jejího výzkumu, ve kterém rozdělila skupinu rodiček na tři podskupiny podle věku (méně než 35 let, 35–39 let a 40 let a starší), 7 % ze sledovaných rodiček mělo předčasný porod a u 4 % rodiček měl v předchozím těhotenství plod nějaké anomálie. Všechny tyto tři zmíněné komplikace byly pravděpodobnější u žen starších třiceti pěti let, tzn. v obou skupinách 35–39 i 40+. Také u nich byla vyšší pravděpodobnost využití asistované reprodukce při početí. Naopak autorka ve svém výzkumu nenašla statisticky významné spojení mezi věkem rodiček 35 + a zvýšeným rizikem samovolného potratu či gestačních hypertenzí⁵. Statisticky významný v této věkové skupině byl vliv na výskyt vrozených vad, gestační diabetes, odtržení placenty, makrosomie⁶ a také byla u těchto žen vyšší pravděpodobnost porodu císařským řezem. Podle výzkumu má až věk matky větší než čtyřicet let statisticky významný vliv na zvýšené riziko samovolného potratu a chromozomálních onemocnění (Cleary – Goldman, 2005). Riziko předčasného porodu u rodiček starších čtyřiceti let potvrzuje svým výzkumem z konce osmdesátých let Milner (Milner, 1992). Ten také vyzoroval vyšší podíl porodů císařským řezem, nižší porodní hmotnost a dvojnásobně vyšší pravděpodobnost vícečetného těhotenství ve věkové skupině 40+ (včetně nebo bez asistované reprodukce). Také u těchto rodiček zaznamenal zvýšené riziko chromozomálních onemocnění (např. Downův syndrom⁷) a perinatální úmrtnosti⁸. Vyšší riziko perinatální úmrtnosti zaznamenal autor výzkumu také u žen po čtyřiceti letech věku, které rodily císařským řezem. Jako příčina úmrtí u perinatální úmrtnosti se nejvíce vyskytovaly vrozené vady jako Edwardův syndrom⁹, anencefalie¹⁰, spina bifida¹¹ apod. Dle článku dále čtyřicetiletým ženám hrozí trojnásobně vyšší nebezpečí samovolného potratu než jejich o deset let mladším kolegyním. Komplikace v těhotenství při věku nad čtyřicet let potvrzuje ve svém článku i Cleary – Goldman. Častěji se objevovala těhotenská cukrovka, poruchy dýchání a nižší porodní hmotnost dítěte (Cleary – Goldman, 2005). Podle Chena (Chen, 2008), který se ve svém článku zabývá otázkou, zda je riskantnější mateřství ve věku nad čtyřicet let nebo u teenagerů, je mateřství v pokročilém věku spojováno s vyšším rizikem mrtvorozenosti, předčasným porodem a nízkou porodní hmotností. Oproti tomu u dětí narozených teenagerům je vyšší riziko nízkého Apgarového skóre¹², předčasného porodu, nízké porodní váhy a vyšší novorozenecké úmrtnosti¹³ (Chen, 2008).

Ženy v České republice odkládají svá těhotenství do vyššího věku. V posledních patnácti letech došlo ke zvýšení průměrného věku při prvním sňatku jak u mužů, tak i u žen. Průměrný věk při narození prvního dítěte se také každoročně zvyšuje. V roce 2008 došlo k posunu a nejvíce dětí se narodilo ve věkové skupině 30–34 let. Současně roste i věková

⁵ Zvýšený tlak po porodu.

⁶ Zvětšení celého těla či některých orgánů.

⁷ Geneticky podmíněné onemocnění zapříčiněné genovou mutací, jejímž výsledkem je trizomie 21. chromozómu.

⁸ Úmrtnost zahrnující mrtvě narozené a zemřelé do 7 dnů života.

⁹ Genetická porucha, trizomie na 18. chromozomu.

¹⁰ Nález, kdy v důsledku defektu uzávěru mozkových váčků následuje defekt měkkých i tvrdých tkání lebky.

¹¹ Vrozený rozštěp páteře.

¹² Mezinárodní bodovací systém, který se používá k orientačnímu zhodnocení zdravotního stavu novorozence v době těsně po narození.

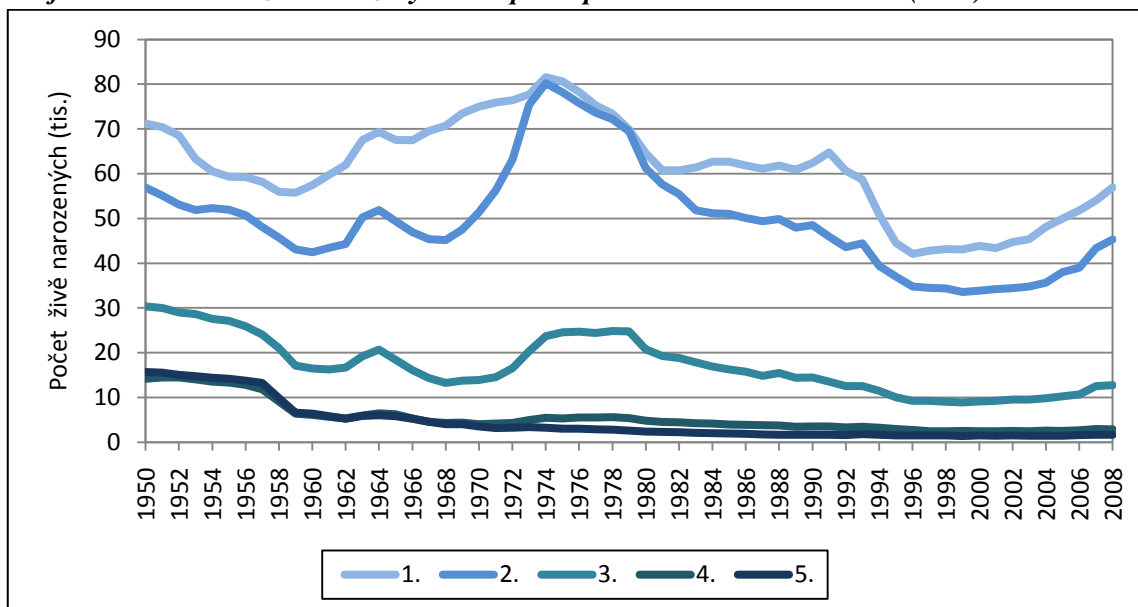
¹³ Počet zemřelých do 28 dnů po narození na 1000 dětí živě narozených.

skupina rodiček starších 35 let. Těhotenství po 35. narozeninách bývají označovány jako riziková. Uvedené články založené na lékařských výzkumech potvrzují zvýšená zdravotní rizika, hlavně po čtyřicátém roku věku. Hlavně upozorňují na zvýšené riziko potratu, perinatální úmrtnosti a předčasného porodu u matek. U dětí pak na riziko nižší porodní váhy a vyššího výskytu vrozených vad. V České republice mají těhotné ženy starší 35 let nárok na genetické prenatální vyšetření i bez přítomnosti jiných rizikových faktorů. Vyšetřuje se karyotyp (soubor všech chromozomů v jádru buňky) plodu. Materiál k cytogenetickému vyšetření je zapotřebí získat některou invazivní metodou prenatální diagnostiky jako je: amniocentéza¹⁴, CVS¹⁵ a nebo kordocentéza¹⁶. Vyšetření se provádí ambulantně mezi 15. až 20. týdnem těhotenství a jeho úkolem je odhalit vývojové vady plodu (Gerychová; Trča, 2009).

4.2 Rodičky podle parity a narození podle pořadí

Česká republika prošla v průběhu devadesátých let mnohými změnami v demografickém chování obyvatelstva. Rozložení narozených dětí podle pořadí však zůstalo poměrně stabilní. Lze ovšem říci, že významný pokles porodnosti v letech 1993–1996, ačkoli zasáhl děti všech pořadí, se ve vyšší míře týkal prvorozených, tedy založení rodiny jako takové. V následujícím grafu vidíme vývoj počtu narozených dětí podle pořadí v letech 1950–2008 (Poppová, Radolfová).

Graf č. 4. 2. 1: Počet živě narozených dětí podle pořadí v letech 1950–2008 (v tis.)

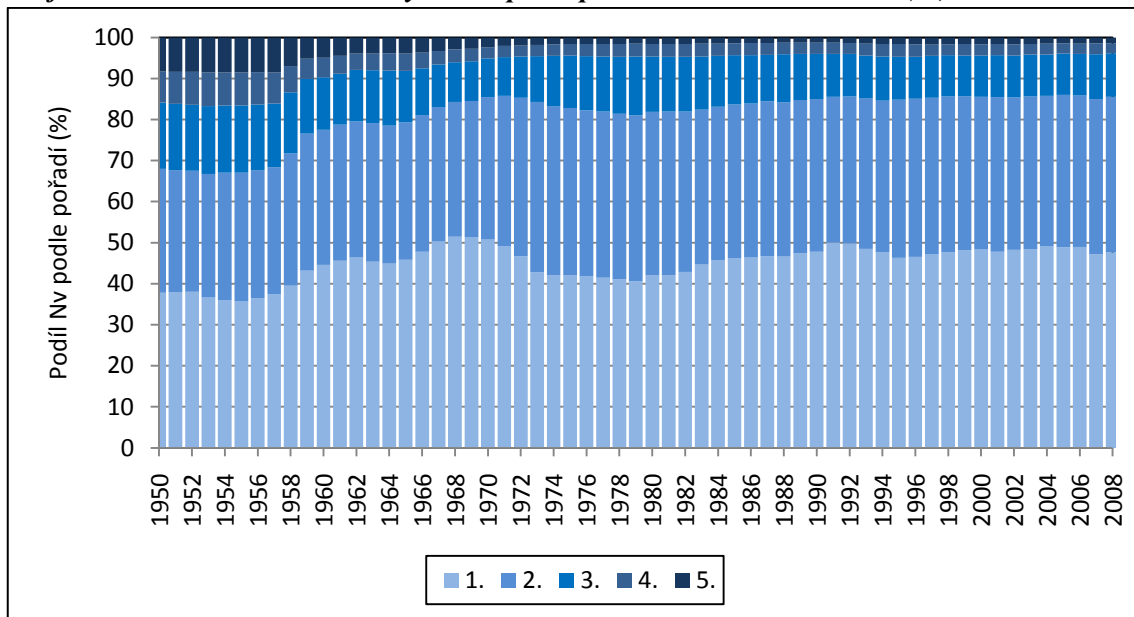


Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

¹⁴ Odběr plodové vody.

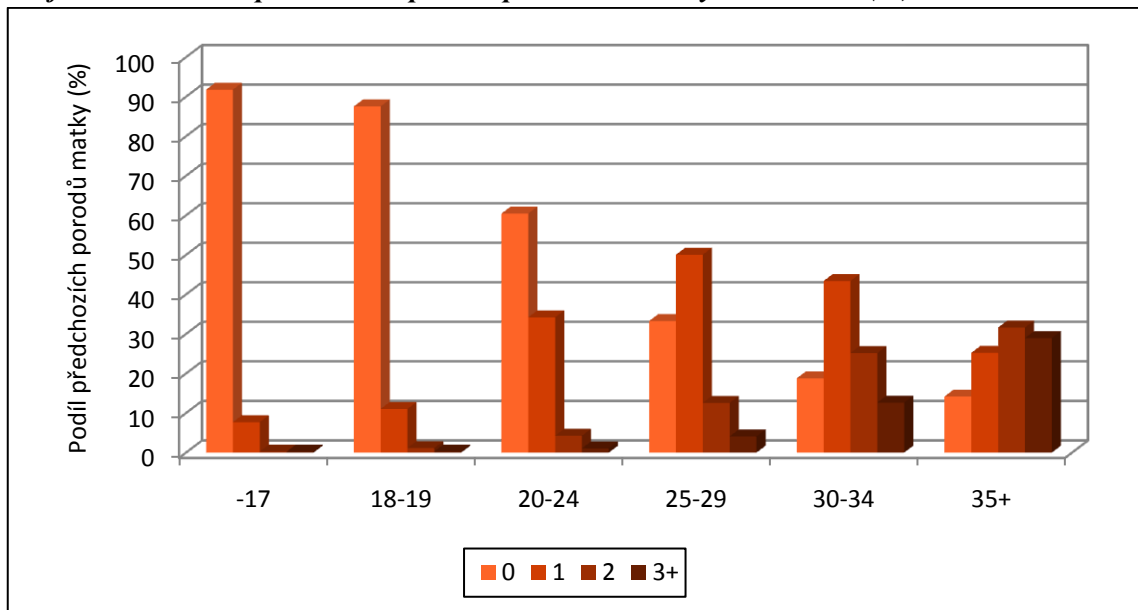
¹⁵ Odběr choriových klků – součásti vyvíjející se placenty

¹⁶ Metoda získání vzorku z pupeční žíly.

Graf č. 4. 2. 2: Podíl živě narozených dětí podle pořadí v letech 1950–2008 (%)

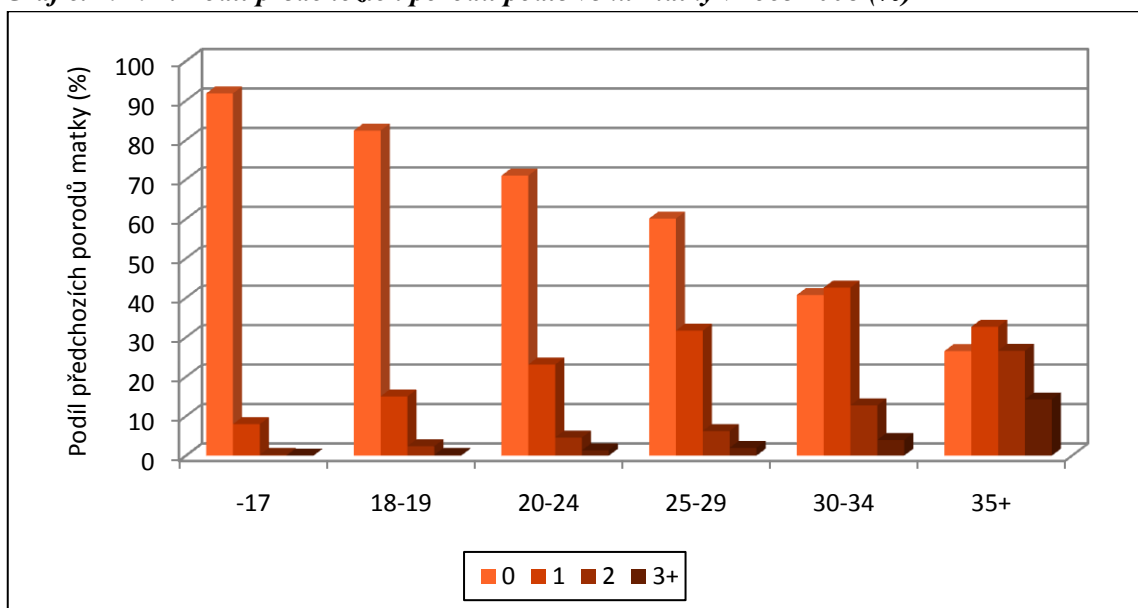
Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

V grafu č. 4. 2. 2 je znázorněn vývoj podílu živě narozených dětí podle pořadí. V roce 1950 se narodilo 38 % dětí prvního pořadí, 30 % druhého pořadí, 16 % třetího pořadí, 7,5 % čtvrtého pořadí a 8,5 % pátého a vyššího pořadí. Je patrné, že v celém sledovaném období se rodilo nejvíce dětí prvního pořadí, také pořadí dalších pořadí narození zůstala zachována. U dětí narozených čtvrtého a vyššího pořadí došlo k poklesu podílu v roce 1959, pravděpodobně v důsledku přijetí zákona o uměle přerušovaných těhotenství. Od počátku sedmdesátých let se podíl narozených čtvrtého a vyššího pořadí pohybuje pod 5 % z celkového počtu živě narozených. U dětí třetího pořadí došlo k pozvolnému poklesu podílu a od počátku devadesátých let se pohybuje okolo 10 % z celkového počtu živě narozených. U dětí druhého pořadí došlo k postupnému nárůstu podílu až k maximu v letech 1972–1982 (40 %), pravděpodobně v důsledku příznivých populačních opatření; od té doby se pohybuje okolo 37 % z celkového počtu živě narozených. Podíl živě narozených prvního pořadí dosáhl maxima v letech 1967–1970 (nad 50 %), poté nastal pokles v letech 1972–1982, poté nárůst opět nad 50 % v roce 1991. Posledních 10 let se podíl dětí prvního pořadí pohybuje okolo 48 % z celkového počtu živě narozených. V letech 1973, 1974 a 1978 se narodil téměř stejný podíl dětí prvního a druhého pořadí. Pokud sečteme podíl dětí narozených prvního a druhého pořadí, pak v roce 1950 dosahoval 68 %. Hranici 70 % překonal v roce 1959 a v roce 1966 hranici 80 %. Do roku 1974 se podíl dětí prvního a druhého pořadí pohyboval okolo 85 %, v letech 1975–1983 dočasně poklesl na hodnoty mezi 80–82 % (v tomto období dočasně nepatrně vzrostl podíl dětí třetího pořadí), poté následoval návrat na hodnoty okolo 85 %, na kterých setrvává dodnes.

Graf č. 4. 2. 3: Podíl předchozích porodů podle věku matky v roce 1997 (%)

Zdroj: Rodička a novorozenec 1997

Počet porodů u žen se nazývá parita. V případě, že žena rodí své první dítě je primipara, při druhém porodu je sekundipara, při třetím porodu je tercipara a při čtvrtém porodu quartipara. Pro rodičky, které mají čtvrtý a další porod se také používá termín multipary. V roce 1997 bylo 10,8 % tercipar a quarti a vícepar pouze 4,9 %. Podíl sekundipar byl 38,2 % a podíl primipar 46 %. V roce 2008 byl podíl tercipar 10,7 % a podíl quarti a vícepar 4 %. Sekundipary měly podíl 34 % a primipary měly podíl 51,2 %. U primipar tedy došlo k nárůstu o 5 %, na úkor sekundipar, kde došlo k poklesu. Oproti roku 1997 se tedy v roce 2008, zvýšil počet prvorodiček a snížil počet druhořodiček.

Graf č. 4. 2. 4: Podíl předchozích porodů podle věku matky v roce 2008 (%)

Zdroj: Rodička a novorozenec 2008

Grafy 4. 2. 3 a 4. 2. 4 ukazují podíl předchozích porodů matek v hlavních věkových skupinách. V obou sledovaných letech bylo do věku 17 let nejvíce primipar. V roce 1997 ve skupinách matek do 24 let převažovaly primipary, tzn. ženy, které absolvovaly první porod. Ve věku do 17 let jich bylo 92 %, ve věku do dvaceti let 87 % (a 11 % sekundipar) a ve věku do 25 let 60 % (34 % sekundipar a 4% terciar). V roce 2008 zůstává podílové rozložení nejmladší skupiny do 17 let stejné. Oproti tomu ve věkové skupině 18–19 let bylo 82 % primipar a 15 % sekundipar. V tomto věku tedy došlo k poklesu primipar a nárůstu sekundipar. U matek ve věkové skupině 20–24 let bylo 70 % primipar, 23 % sekundipar a 4,5 % terciar. Došlo tedy k nárůstu primipar a poklesu sekundipar. V roce 1997 bylo ve věku 25–29 let 33 % primipar a 50 % sekundipar, oproti tomu bylo ve stejném věku v roce 2008 60 % primipar a 31 % sekundipar. Podobně na tom byl i věková skupina 30–34 let, kdy bylo v roce 1997 18,8 % primipar a 43 % sekundipar, v roce 2008 40,7 % a 42,6 %. Podíl terciar klesl z 25 na 12,7 % a podíl quarti a více par z 12 na 4 %. V nejstarší věkové skupině žen 35 + let bylo v roce 1997 14 % primipar, 25 % sekundipar, nejvíce bylo terciar a to 31,6 %, podíl quarti a více par byl pak 29 %. V roce 2008 bylo 26,5 % primipar, 32 % sekundipar, 26,5 % terciar a 14 % quarti a více par. Menší podíl terci a více par u žen starších třiceti let značí, že se rodí méně dětí vyššího pořadí. Vyšší podíl primipar u žen ve věku nad 25 let značí odkládání narození prvního dítěte do vyššího věku.

Nejplodnější ženská generace 1919 vykazovala stejný podíl žen se dvěma dětmi a žen se třemi a více dětmi, v této generaci bylo 12 % bezdětných a průměrný počet dětí na jednu ženu byl 2,53. Nejnižší bezdětnost vykazovaly ženy narozené v roce 1949 (6 %). Až do generace 1962 činil podíl bezdětných žen 7 %, u mladších generací postupně narůstal, až na 17 % u generace 1970. Počínaje generací 1941 ženy inklinovaly k vytváření dvoudětných rodin (více než 50 %). Nejmladší ženské generace nemají ještě ukončenou reprodukci a rodí děti ve vyšším věku než generace předchozích let. Nárůst bezdětnosti u nejmladších žen v kohortní perspektivě souvisí s výrazným poklesem úhrnné plodnosti prvního pořadí v devadesátých letech. Podle Rychtařikové lze uvažovat o tom, že současnou českou populaci lze charakterizovat třemi reprodukčními modely. První model orientovaný na dvě děti, druhý orientovaný na vícedětné rodiny a třetí typ bezdětných (Rychtařiková, 2003) .

Seidman ve svém článku (Seidman, 1991) zkoumá vliv vyššího pořadí těhotenství na stav novorozenců, průběh těhotenství a průběh porodu. Při výzkumu se věnoval skupině rodiček, které porodily dítě sedmého a vyššího pořadí. Jeho výsledky ukázaly, že vyšší pořadí těhotenství samo o sobě není pro rodičku a dítě riskantní. Stav novorozence, průběh porodu a těhotenství závisí spíše na vnějších socioekonomických podmínkách a na věku matky při porodu. Porod císařským řezem také závisí spíše na stáří matky. Nižší výskyt porodu císařským řezem byl zaznamenán u rodiček se stabilním socioekonomickým zázemím. U starších rodiček dětí vyššího pořadí byl častěji zaznamenán těžký zdlouhavý porod a u novorozence byla pak častěji nutná podpora kyslíkem (Seidman, 1991).

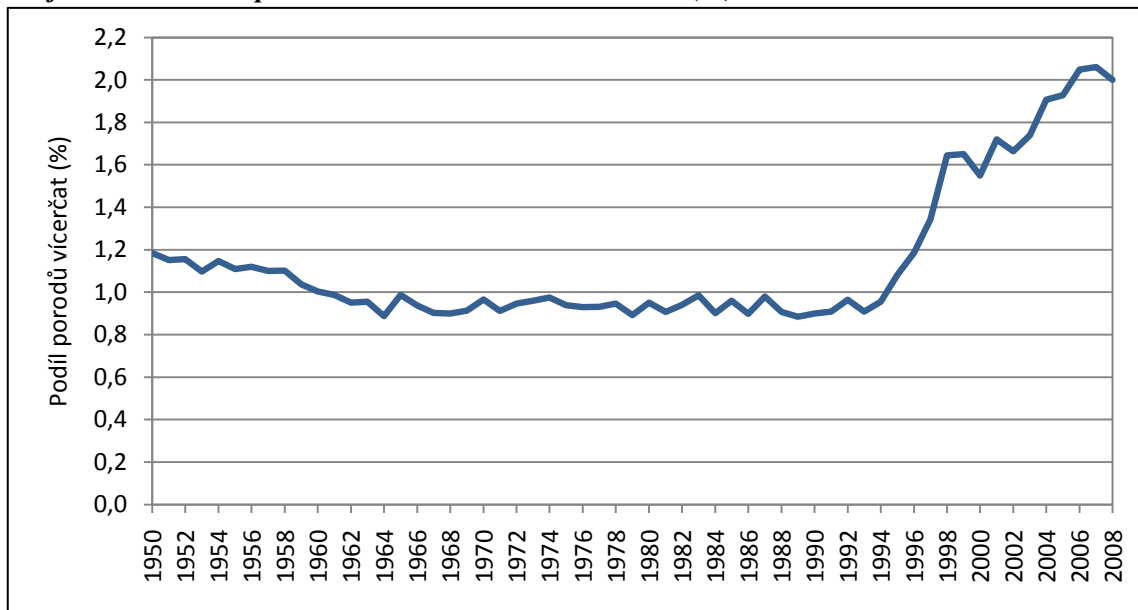
Mor – Yosef se zabýval vlivem socioekonomického statutu matky na stav dítěte u rodiček vyššího pořadí. U žen nižšího socioekonomického statutu zaznamenal vyšší perinatální úmrtnost a nižší porodní hmotnost dětí, ale bez ohledu na to, jestli jde o rodičky vyšší parity nebo ne. Komplikace v těhotenství, diabetes a hypertenze byly častější u matek dětí

vyššího pořadí. K rození dětí vyššího pořadí obecně podle něj mají sklon ženy nižšího ekonomického statutu (Mor – Yosef, 1989). Stejně výsledky zaznamenal ve své studii i Roman (Roman, 2004). U matek nižšího ekonomického statusu, které rodily děti vyššího pořadí, navíc zaznamenal větší sklony ke konzumaci alkoholu a kouření, horší prenatální péči, více předchozích potratů a také vyšší prenatální úmrtnost (Roman, 2004).

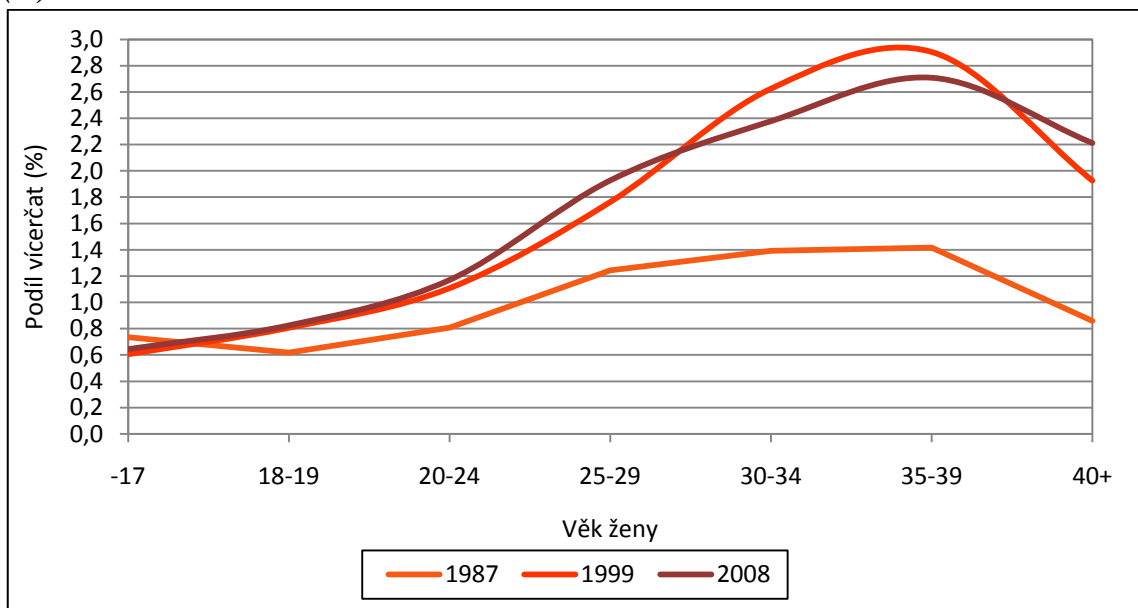
4.3 Rodičky podle četnosti porodů a narození podle četnosti

V průběhu 90. let postupně přibývalo vícečetných porodů a tento nárůst pokračoval i v dalším období. Tato skutečnost je dávana do souvislosti především s rozšířením asistované reprodukce, užíváním hormonálních přípravků a rovněž zvyšováním věku matek při porodu. Ještě v letech 1994–1995 připadal na každých 100 porodů přibližně jeden vícečetný porod, tento trend nadále vzrůstal a v roce 2005 to byly již téměř dva případy. Jedná se zejména o porody dvojčat. Počty trojčat kolísají mezi 10–30 porody ročně a porody čtyřčat se vyskytují jen výjimečně. Na počátku devadesátých let bylo ročně zaznamenáno asi 1000 porodů dvojčat ročně, zatímco v roce 2008 to bylo 2381. To znamená přibližně každý 110. porod (rok 1993) narození dvojčat, v roce 2008 to již byl každý 48. porod. Na jeden porod dvojčat tedy připadá stále méně jednočetných porodů. Podle dosavadního vývoje lze předpokládat, že vícečetné porody budou stále častější a především počet narozených dvojčat se bude zvyšovat (Sezónnost a vícečetné porody; Mateřství).

Z grafu č. 4. 3. 1 je na první pohled patrné, že koncem sledovaného období (zhruba od roku 1994) vzrostl podíl porodů vícčat na skladbě porodů celkem. Do té doby se podíl vícečetných porodů pohyboval stabilně od 0,8 do 1 % ze všech porodů. Nejvíce porodů trojčat bylo v roce 1997 a to 35, dále 29 v roce 1996 a 1999. Nejvíce porodů čtyřčat bylo v roce 1974, a to čtyři. Zajímavé je, že v letech 1950–58, 1960–1973 a 1975–1982 nebyly porody čtyřčat zaznamenány vůbec. Po roce 1982 již byly ve statistice zaznamenány čtenější. Nejvíce porodů dvojčat bylo v roce 2008 – 2381, přes 2000 porodů dvojčat pak bylo jen v letech 2007 (2298), 2006 (2115) a 1950 (2222 porodů). Vícečetné porody jsou tedy stále častější a na konci sledovaného období v roce 2008 dosáhly podílu 2 %.

Graf č. 4. 3. 1: Podíl porodů vícetčet v letech 1950–2008 (%)

Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Graf č. 4. 3. 2: Podíl porodů vícetčet podle hlavních věkových skupin žen ve vybraných letech (%)

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987, Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Graf číslo 4. 3. 2 znázorňuje podíl vícečetných porodů z počtu porodů v dané věkové skupině. Z hlediska věku připadal ve všech sledovaných letech největší podíl porodů vícetčet na rodičky ve věku 35–39 let, v roce 1987 činil 1,42 %, v roce 1999 2,91 %. Stejně tomu bylo i v roce 2008, kdy podíl činil 2,71 %. Naopak nejmenší podíl porodů vícetčet zaznamenaly nižší věkové skupiny žen a to do dvaceti pěti let. Celkově se tedy podíl vícečetných těhotenství rok od roku zvyšuje. Nejvyšší podíl vícečetných porodů ve sledovaných letech byl ve starších věkových skupinách rodiček. Podle publikace „Rodička a novorozenec“ můžeme toto

pozorování spojovat s častějším výskytem vícečetných těhotenství žen po asistované reprodukci (Rodička a novorozenec 2008).

Rolett ve svém článku publikuje výsledky zkoumání vlivu sociodemografických charakteristik na předčasné narození dítěte u dvojčetných a jednočetných porodů. Předčasný porod je jedna z hlavních příčin perinatální úmrtnosti¹⁷, novorozenecké úmrtnosti¹⁸ a následného postižení dítěte. Za předčasný porod ve svém výzkumu považuje porody před 35 týdnem těhotenství. Podle této definice byla stanovena čtvrtina dvojčetných a 3 % jednočetných porodů za předčasný porod. Sociodemografické charakteristiky, které Rollet zkoumal, jsou: věk matky při porodu, dosažené vzdělání, rodinný stav, rasa, etnická příslušnost, místo narození a kouření během těhotenství. Svůj výzkum provedl na 23 588 476 jednočetných porodech a 574 261 dvoučetných porodech v USA v letech 1990–1995. Z jeho článku vyplývá několik zajímavých závěrů. U jednočetných porodů mají bílé matky 2,9 krát nižší riziko předčasného porodu než matky černošky a u dvojčat je toto riziko 1,5 krát nižší. Matky mladší dvaceti let a matky starší než 35 let mají u jednočetných porodů vyšší riziko předčasného porodu, než ženy starší resp. mladší. U dvojčetných porodů mají také vyšší riziko předčasného porodu, ale nižší než u jednočetného. Ženy se základním vzděláním mají vyšší riziko předčasného porodu u jednočetných i dvojčetných porodů než ženy s vyšším vzděláním. Nevdané ženy mají vyšší riziko předčasného porodu než vdané ženy, u jednočetných porodů je toto riziko vyšší než u porodů dvojčat. Pokud srovnáme kuřačky a nekuřačky, mají kuřačky větší riziko předčasného porodu u jednočetných těhotenství i u dvoučetných porodů než kuřačky. Po použití všech proměnných v analýze se, jako nejrizikovější skupina matek pro předčasný porod u dvojčat, ukázaly být ženy černošky do dvaceti let, které kouří. Tento svůj výzkum autor porovnával s výzkumem provedeným v Evropě p.Buekensem. Oba shodně potvrdili, že v obou populacích mají vyšší riziko předčasného porodu ženy nižších sociálních vrstev. Také potvrzují, že se zvyšuje výskyt vícečetných těhotenství po umělém oplodnění či jiné metodě asistované reprodukce. V posledních letech je nárůst těhotenství díky metodám asistované reprodukce zaznamenán u bílých žen, které jsou starší a mají vyšší vzdělání. Častěji mají vícečetné těhotenství (dvojčata) a bývají narozena předčasně (Buekens, 1991; Rollet, 2000).

Od počátku devadesátých let docházelo k růstu průměrného věku při narození prvního dítěte, v roce 2008 dosáhl hodnoty 27,3 let. Stejně tak docházelo k růstu průměrného věku matek, který byl v roce 2008 29,3 let. Souběžně docházelo i k růstu průměrného věku při prvním sňatku a to jak u mužů na 31,4 let v roce 2008, tak i u žen na 28,7 let v roce 2008. Nejvíce dětí se rodilo ženám ve věku 30–34 let a nejčastějším věkem rodiček bylo 30 let. Snížil se podíl dětí narozených matkám mladším 25 let a naopak stále větší podíl narozených dětí má skupina starších 35 let. U narozených podle pořadí zůstalo i přes změny v demografickém chování, které Českou republiku provázely v průběhu devadesátých let, pořadí poměrně stabilní. Největší podíl narozených tvořili v roce 2008 narození prvního pořadí, spolu s narozenými druhého pořadí zaujímali 85% podíl narozených. Rozložení porodů podle věku matky a pořadí značí odkládání narození prvního dítěte do vyššího věku, než tomu bylo před deseti lety. Až do

¹⁷ Počet plodů mrtvě narozených a zemřelých do 7 dnů po porodu na 1000 narozených dětí.

¹⁸ Počet zemřelých do 28 dnů života na 1000 dětí živě narozených.

třiceti let převažují primipary a od třiceti let převažují sekundipary. V průběhu devadesátých let postupně narůstal podíl vícečetných těhotenství, což je dáváno do souvislosti s rozšířeným využíváním asistované reprodukce, užíváním hormonálních přípravků a zvyšováním věku matek při porodu. V roce 2008 připadal nejvyšší podíl vícečetných těhotenství na věkovou skupinu 35–39 let. Vícečetné porody jsou stále častější a v roce 2008 dosahovaly podílu 2 %.

Kapitola 5

Sociální charakteristiky rodiček

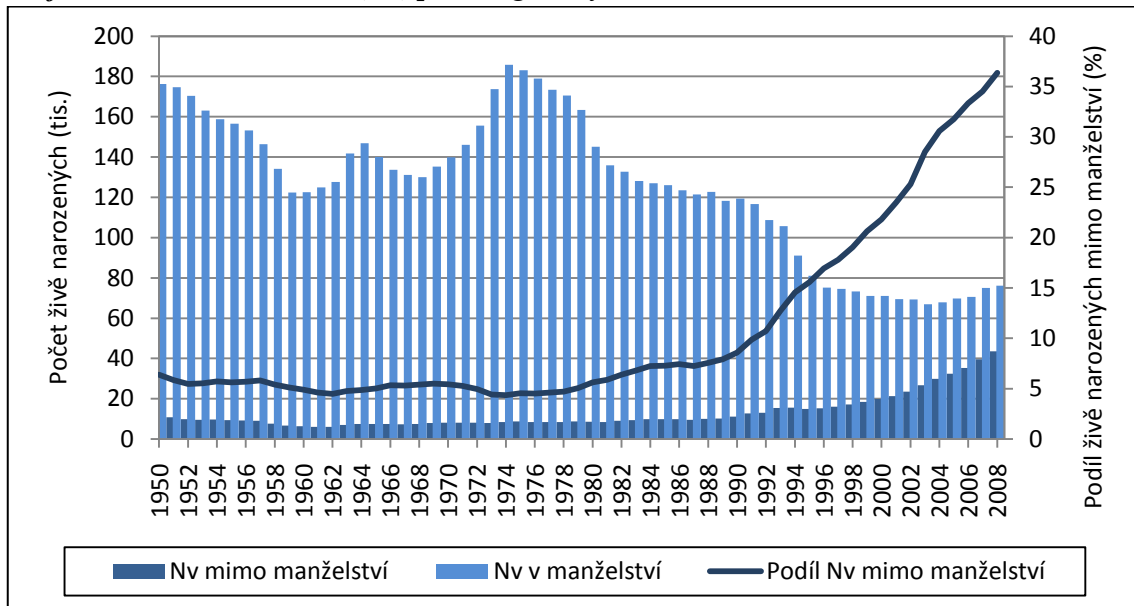
Rodinný stav a vzdělání jsou dva velmi důležité faktory v životě lidí. Oba tyto faktory tradičně patří mezi vysvětlující faktory. Je tomu tak proto, že jak vzdělání, tak rodinný stav jsou snadno měřitelné faktory a informace o nich bývají dostupné. Rodinný stav se ve statistikách rozlišuje na čtyři typy: svobodná, vdaná, rozvedená a ovdovělá. Vzdělání se dělí podle nejvyššího dokončeného stupně na čtyři kategorie: základní, střední bez maturity, střední s maturitou a vysokoškolské. Rodinný stav je významným faktorem, který ovlivňuje jak fyzické a psychické zdraví člověka, tak jeho celkovou životní pohodu, spokojenost a kvalitu života (Hamplová, 2006). Rozdělení populace podle rodinného stavu ovlivňuje všechny demografické ukazatele například plodnost či naději dožití. Závislost mezi vstupem do manželství a plodností byla výraznější před změnami v demografickém chování v průběhu devadesátých let, nicméně v menším měřítku stále trvá. Lidé žijící v manželství mají vyšší naději dožití (Demografie Info – Rodinný stav). Vzdělání je oficiálním a sociálně uznávaným měřítkem kulturního kapitálu a jako takové ovlivňuje nejenom ekonomický potenciál člověka, ale také jeho kulturní a hodnotovou orientaci. Demografické chování ovlivňuje také nepřímo, a to tím, že vyšší vzdělání vyžaduje delší školní docházku. Souvislost mezi vzděláním a vstupem do manželství či rodičovstvím je pochopitelná. Sociální dospělost se v evropském kulturním prostoru definuje v souvislosti s dokončením školy. Kromě ekonomických překážek studium snižuje i množství času a energie, které má člověk k dispozici k vykonávání alternativních rolí, zvláště pokud se jedná o role tak časově náročné jako je manželská nebo rodičovská. Významným motivem je, že vzdělání zvyšuje budoucí výdělečný potenciál, budoucí životní úroveň a tedy i možnost založit vlastní domácnost. Odchod ze školy může znamenat i to, že jedinec ztratí relativní postavení na sňatkovém trhu a získá partnera s nižším vzděláním, než jakého by získal, pokud by ve studiu pokračoval (Hamplová, 2003).

5.1 Narození podle legitimacy a rodičky podle rodinného stavu

Rozlišování dětí narozených mimo manželství a v manželství, tedy podle legitimacy, je vhodné například pro hodnocení vývoje manželské a mimomanželské plodnosti, z čehož lze vyvozovat poznatky o vývoji reprodukční funkce rodiny v porovnání s ostatními formami partnerského soužití. Legitimita narozených se posuzuje podle rodinného stavu matky v době narození dítěte,

přičemž je rozhodný právní rodinný stav, nikoliv forma faktického soužití (Příručka demografické statistiky, 2001).

Graf č. 5. 1. 1: Živě narození (Nv) podle legitimacy v letech 1950–2008

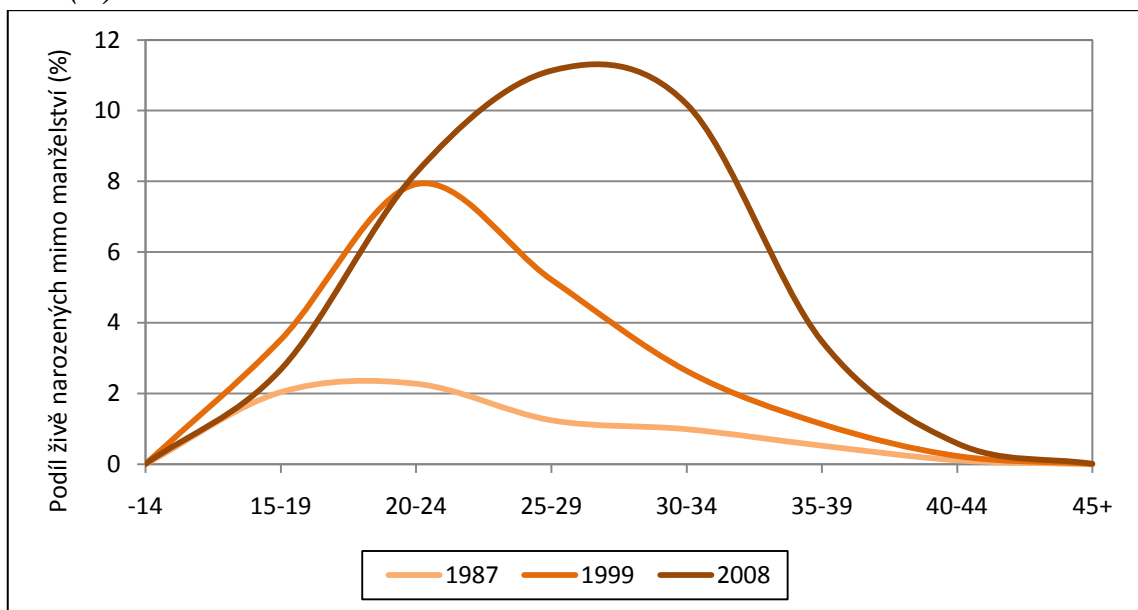


Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

V grafu č. 5. 1. 1 je zachycen vývoj počtu živě narozených podle legitimacy v letech 1950 až 2008. Počet dětí živě narozených v manželství kopíruje počet živě narozených dětí celkem. Vidíme, že vysoký počet dětí narozených v manželství po válce se do roku 1960 snižoval. Podruhé počet živě narozených v manželství výrazněji vzrostl v sedmdesátých letech, kdy se v roce 1974 narodilo nejvíce dětí za celé poválečné období. Od tohoto roku následoval opět pokles, výraznější mezi lety 1990 a 1996. V roce 1999 Česká republika dosáhla minima v počtu narozených dětí celkem. Od roku 2000 vidíme opět nárůst počtu dětí, v manželství i celkem. V České republice se po druhé světové válce podíl dětí narozených mimo manželství snížil na 5–7 % oproti situaci za první republiky, kdy se pohyboval okolo 12 %. Až do počátku devadesátých let se podíl narozených mimo manželství pohyboval mezi 4–8 %. Od počátku devadesátých let 20. století dochází k rychlému růstu podílu dětí narozených mimo manželství, což lze považovat za součást významných demografických změn, které od té doby zaznamenáváme. V devadesátých letech pokračoval trend vzestupu podílu dětí narozených neprovdaným matkám. Podíl se zvyšoval takřka pravidelně z roku na rok a v roce 2006 přesáhl 1/3. Této vysoké úrovně je podle Fialové dosahováno spíše než růstem intenzity plodnosti nevdaných žen poklesem úrovně manželské plodnosti (Fialová, 2007). V roce 1990 bylo dětí narozených mimo manželství pouze 8,6 %, v roce 2000 stoupl tento podíl na 21,8 % a v roce 2008 již na 36,4 %. Narůstající podíl mimomanželsky narozených dětí v České republice bývá někdy interpretován jako projev westernizace demografického chování obyvatel. Je tím myšlena liberalizace chování. Jedním z jejích projevů je pluralizace rodinných forem a to zejména ve smyslu posunu ke kohabitaci, jako alternativě soužití legalizovaného sňatkem. V řadě zemí poklesl počet sňatků a současně narostl podíl dětí narozených mimo manželství. Pokles sňatků

může být provázen jak nárůstem počtu dětí žijících v nesezdaném soužití, tak nárůstem počtu dětí žijících jenom s jedním rodičem. Vzestup procenta dětí narozených mimo manželství může být výsledkem rozdílnosti trendů mimomanželské a manželské plodnosti, nebo odrazem změny struktury obyvatelstva podle rodinného stavu (Rychtaříková, 2007). Úroveň mimomanželské plodnosti závisí na několika kulturních, náboženských a dalších faktorech (Rychtaříková, 2003). Faktory mohou být demografické (změna intenzit, struktur a jejich vzájemná interakce) nebo behaviorální (změna hodnotového systému), přičemž obě skupiny faktorů mohou být ovlivněny vnějším populačním klimatem (změna systému podpory rodin) (Rychtaříková, 2007). Podle Chaloupkové je nárůst počtu dětí narozených mimo manželství v průběhu devadesátých let vysvětlován dvěma typy důvodů: hodnotovými a ekonomickými. První vysvětlení vychází z teorie druhého demografického přechodu a chápe nárůst mimomanželské plodnosti jako projev změny hodnot a důsledek rostoucího individualismu ve společnosti. To by mělo vést ke zvyšování frekvence nesezdaných soužití. Nositeli těchto demografických změn by měli být mladí vzdělaní lidé zastávající liberální hodnoty. Negativní souvislost úrovně české mimomanželské plodnosti se vzděláním a ekonomickou situací regionu vede spíše k vysvětlení, která zdůrazňují vliv ekonomických faktorů na rodinné chování. Tato vysvětlení spojují pokles sňatečnosti a růst mimomanželské plodnosti s nejistotou na trhu práce a růstem ekonomických těžkostí některých sociálních skupin (Chaloupková, 2007).

Graf č. 5. 1. 2: Podíl živě narozených mimo manželství podle věku matky v letech 1987, 1999, 2008 (%)



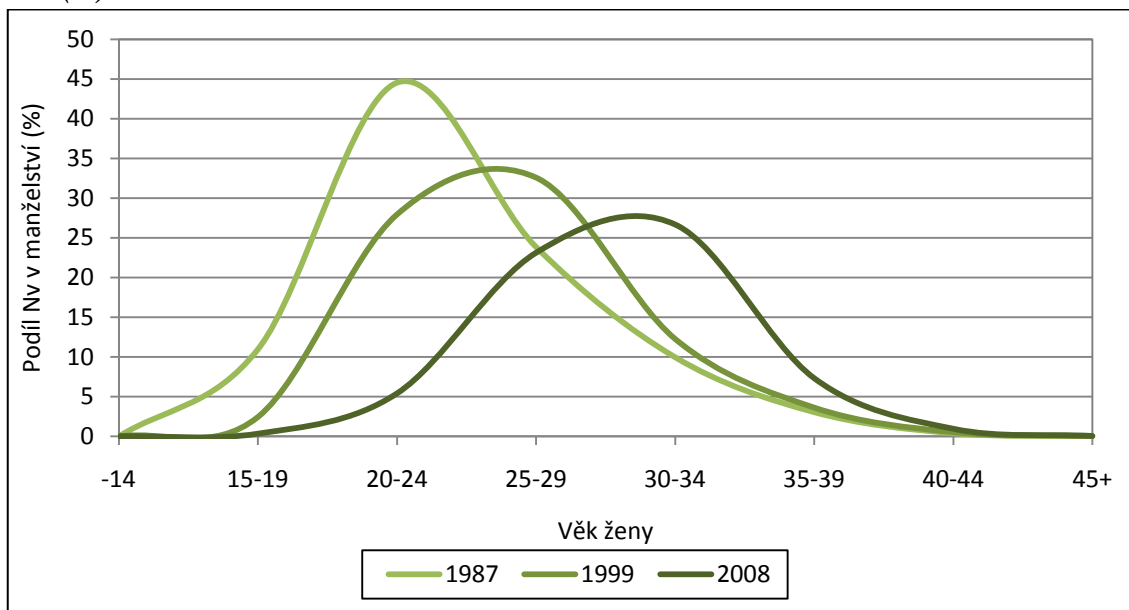
Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987, Pohyb obyvatelstva 1999, Demografická ročenka 2008,

Z grafu č. 5. 1. 2, zachycujícího podíl živě narozených mimo manželství podle věku matky, je na první pohled patrný nárůst podílu živě narozených mimo manželství. V roce 1987, kdy byl celkový podíl dětí živě narozených mimo manželství 7,23 %, se největší podíl 2,28 % narodil ženám ve věkové skupině 20–24 let. Nejmenší podíl měla věková skupina do patnácti a nad čtyřicet pět let. V roce 1999, kdy se mimo manželství narodilo 20,7 % dětí, měla věková skupina žen 20–24 let také největší zastoupení a to 7,9 %. Nejmenší podíl měly opět skupiny

mladších patnácti let a starších čtyřiceti pěti let. V roce 2008, kdy se mimo manželství narodilo 43,5 tisíce dětí, tedy 36,3 %, největší podíl připadl na skupinu žen ve věku 25–29 let (11,1 %). Druhý největší podíl měla skupina 30–34 let (10 %), nejmenší podíl měla opět skupina mladších patnácti let a starších 45 let.

Pro srovnání uvádím v grafu číslo 5. 1. 3 podíl živě narozených v manželství ve stejných letech. V roce 1987 se v manželství narodilo celkem 92,3 % dětí. Největší podíl z nich, stejně jako tomu bylo u dětí narozených mimo manželství, připadl na věkovou skupinu 20–24 let (44,5 %), druhou nejpočetnější skupinou byla skupina ve věku 25–29 let (25 %). Nejmenší podíl se narodil rodičkám starším 35 let (3,4 %). Rodičky do 15 let mají nulový podíl, neboť v České republice je sňatek povolen až od 18 let, výjimečně od 16 let. V roce 1999, kdy celkový podíl dětí živě narozených v manželství činil 79,2 %, se nejvíce dětí v manželství narodilo ženám ve věku 25–29 let (32,5 %), dále ve věku 20–24 let 27,9 %. Nejméně se opět narodilo ženám starším 35 let 4,3 %. V roce 2008, kdy byl celkový podíl dětí narozených živě v manželství 63,78 %, se nejvíce narodilo ženám ve věku 30–34 let a to 26,6 %. Dále se nejvíce dětí v manželství narodilo ženám ve věku 25–29 let (23 %), ženám starším 35 let se narodilo 8,3 % dětí v manželství.

Graf č. 5. 1. 3: Podíl živě narozených v manželství podle věku matky v letech 1987, 1999, 2008(%)

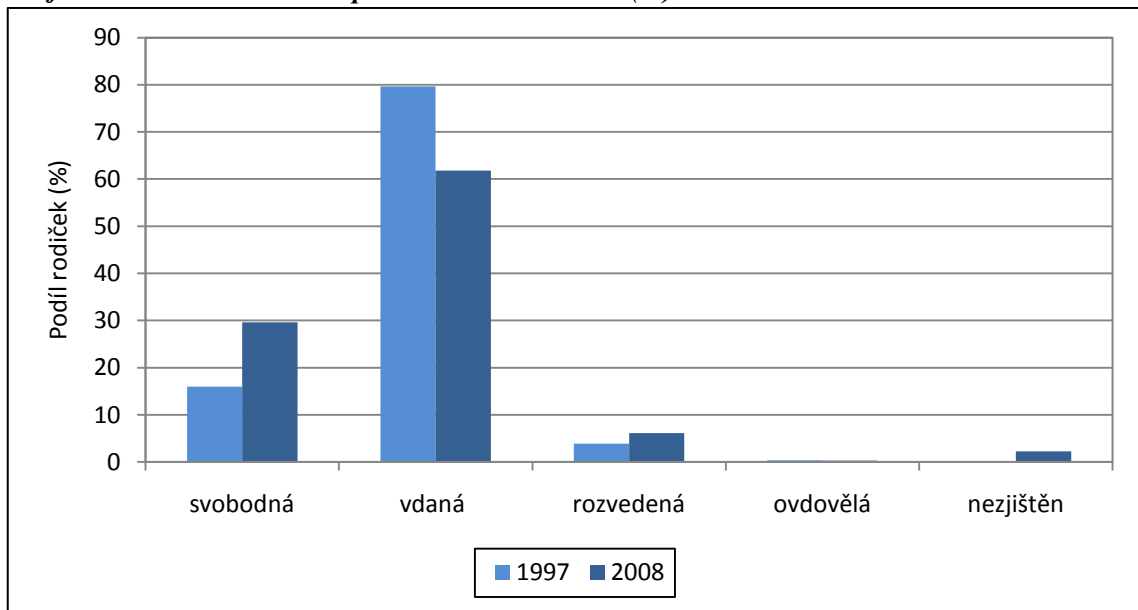


Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987, Pohyb obyvatelstva 1999, Demografická ročenka 2008

Graf číslo 5. 1. 4 ukazuje rodičky podle podílů jednotlivých typů rodinného stavu v letech 1997 a 2008. Jak patrné, že mezi lety 1997 a 2008 se podíl svobodných rodiček zvýšil, a to z 16 na 29,6 %. U rozvedených rodiček rovněž došlo ke zvýšení podílu, a to z 3,9 na 6,1 %. Stalo se tak na úkor vdaných rodiček, jejichž podíl se mezi sledovanými lety snížil, a to ze 79,7 % na 61,8 %. Podíl ovdovělých rodiček byl v roce 1997 i v roce 2008 nízký, dosahoval 0,3 %. V roce 1997 byl rodinný stav nezjištěn u 0,1 % rodiček, v roce 2008 u 2,2 %. Děti narozené svobodným matkám představují většinu mimomanželsky narozených. Svobodné mateřství má

tedy v České republice převažující váhu v mimomanželské plodnosti a tato váha v čase narůstá (Rychtaříková, 2007; Štyglerová, 2009). Bez podrobnějšího výzkumu reprodukčního chování lze ovšem těžko odhadovat, nakolik se u dětí rozených mimo manželství jedná o skutečně osamělé matky, nebo o případy, kdy partneři spolu fakticky žijí (nebo alespoň udržují kontakty) bez uzavření sňatku. V této souvislosti se hovoří o přibližování rodinného chování k západoevropskému modelu volnějšího soužití (Radolfová, Poppová 2006).

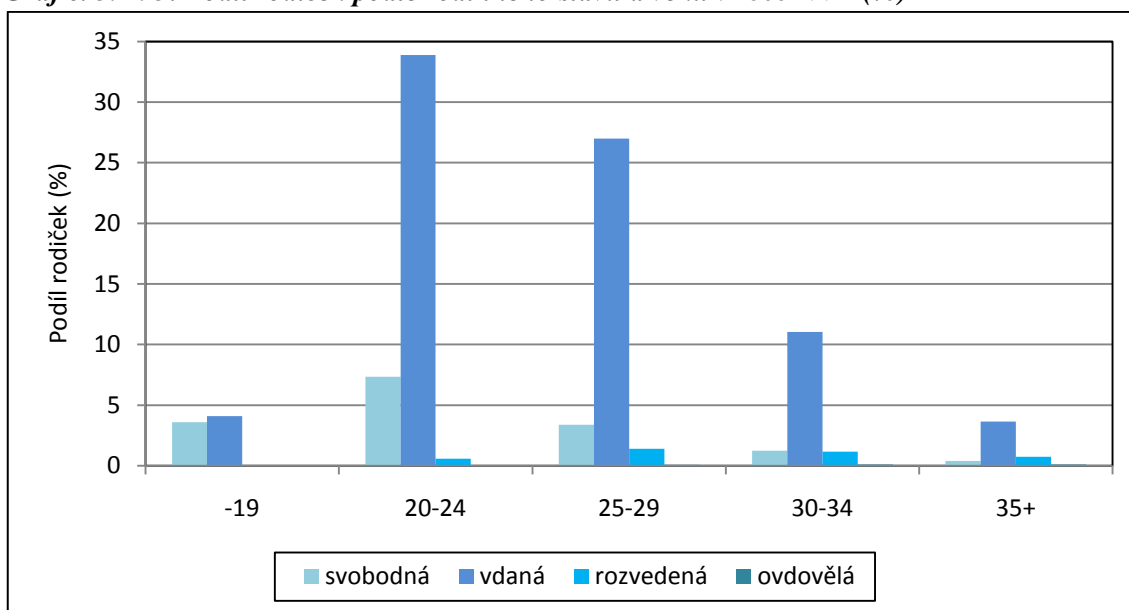
Graf č. 5. 1. 4: Podíl rodiček podle rodinného stavu (%) v letech 1997 a 2008



Zdroj: Rodička a novorozenec 1997, Rodička a novorozenec 2008

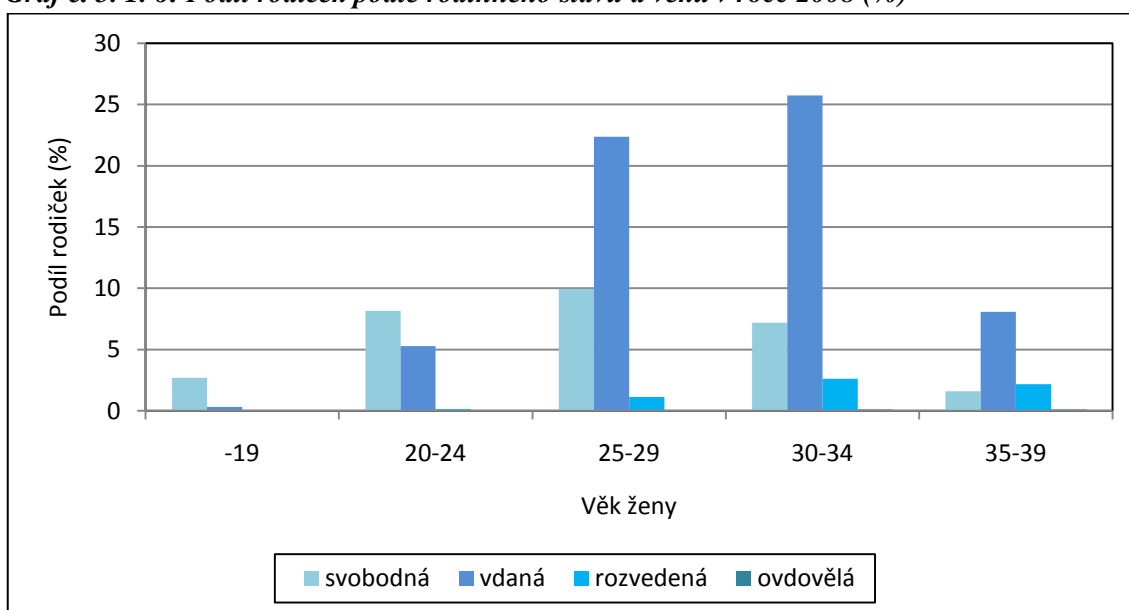
Kohortní analýzou plodnosti podle rodinného stavu žen ze sčítání 2001 se zabývá ve svém článku Rychtaříková (Rychtaříková, 2003). Až do generace 1964 představoval průměrný počet dětí na jednu vdanou a ovdovělou ženu 2 děti. Vyšší plodnost ovdovělých žen u starších generací v porovnání s vdanými naznačuje, že se vdávaly mladší, možná se starším partnerem, a potvrzují tak známou korelaci o mladším věku při sňatku a vyšší konečné plodnosti. Rozvedené ženy měly nižší průměrný počet dětí, patrně v důsledku přerušení manželského svazku nerealizovaly zcela své rodičovské plány. Plodnost svobodných žen dlouhodobě mírně rostla. Výsledky sčítání spíše potvrzují závěry založené na analýzách měř manželské a mimomanželské plodnosti, že podíl dětí narozených mimo manželství souvisí s výrazným poklesem úrovně manželské plodnosti a změněnou skladbou žen podle rodinného stavu (Rychtaříková, 2003).

Grafy č. 5. 1. 5 a 5. 1. 6 ukazují podíly rodiček podle věku a rodinného stavu v letech 1997 a 2008. Podíl je vždy k celkovému počtu rodiček za ten daný rok. V roce 1997 vidíme, že většina rodiček byla vdaných. Téměř 34 % rodiček bylo vdaných ve věku 20–24 let, druhou nejpočetnější skupinou (27 %) byly také vdané rodičky ve věku 25–29 let. Rozvedených rodiček byly necelé 4 % a největší podíl zaujímaly ve skupině 25–29 let a to 1,4 %. Skupina ovdovělých rodiček měla naprosto minimální zastoupení 0,34 %. Skupina svobodných rodiček představovala dohromady 16 % rodiček. Největší podíl jich byl ve věku 20–24 let a to 7,4 %.

Graf č. 5. 1. 5: Podíl rodiček podle rodinného stavu a věku v roce 1997 (%)

Zdroj: Rodička a novorozenec 1997

V roce 2008 byla nejpočetnější skupina rodiček vdané ve věku 30–34 let (25,7 %), druhá nejpočetnější také vdané ve věku 25–29 let a to 22,4 %. Došlo k nárůstu svobodných rodiček a to nejvíce ve věku 25–29 let, ty zaujímaly podíl 10 % z celkového počtu rodiček. Také došlo k nárůstu podílu rozvedených rodiček na celkový podíl 6,1 %, nejvíce ve věkové skupině 30–34 let (2,6 %). Podíl ovdovělých rodiček zůstává minimální (0,26 %). Došlo ke snížení podílu vdaných rodiček a nárůstu podílu rodiček svobodných. Změnila se tedy struktura podle věku a rodinného stavu v podílu dětí narozených mimo manželství. Také došlo k posunutí nejpočetnější věkové skupiny rodiček ze skupiny 20–24 do skupiny 30–34 let.

Graf č. 5. 1. 6: Podíl rodiček podle rodinného stavu a věku v roce 2008 (%)

Zdroj: Rodička a novorozenec 2008

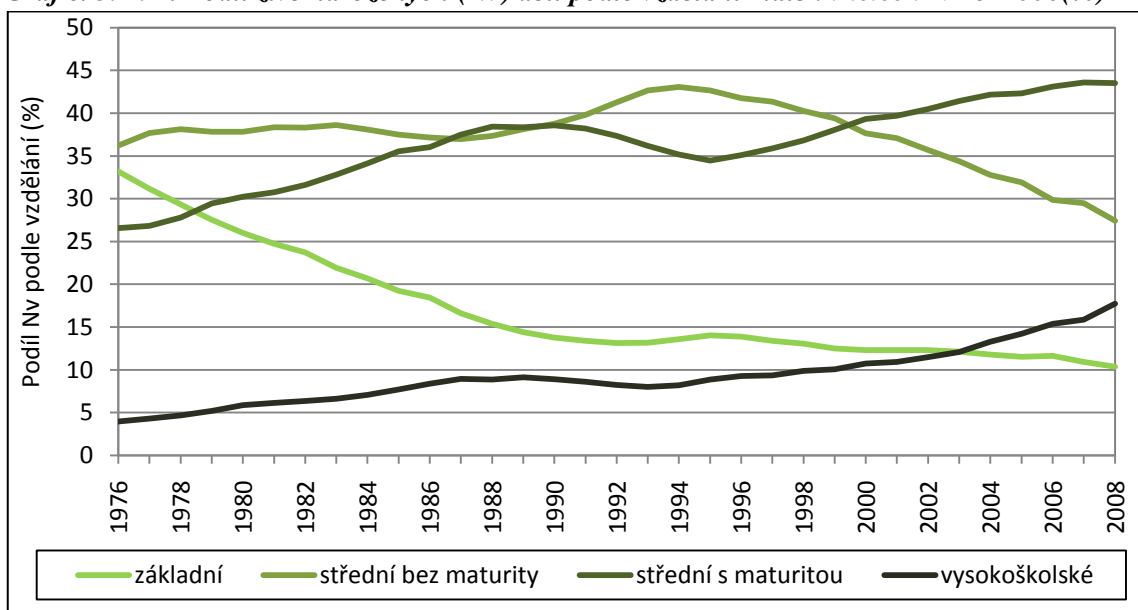
Motivy a důvody, proč ženy před narozením dítěte nevstupují do sňatku, zkoumá ve své stati, která vychází z dat výzkumného šetření „Sociální a ekonomické podmínky mateřství“ provedeného Sociologickým ústavem AV ČR v letech 1995 až 2006, Chaloupková. Největší podíl dotazovaných žen uvedl, že nevstoupily před narozením svého prvního dítěte do manželství, protože si nebyly jisté budoucností vztahu s otcem dítěte a protože otec dítěte sňatek odmítal. Druhým nejčastějším důvodem bylo, že ženy podle svých slov považovaly manželství za zbytečnou formalitu, jež nepřináší žádné výhody. Dále se ženy obávaly finančních nákladů na sňatek, ztráty nezávislosti, nechtěly se vdávat těhotné či důvodem bylo neukončené manželství otce dítěte. Autorka výzkumu dělí rodičky podle jejich ztotožnění se s různými motivy na tři skupiny: nedobrovolné svobodné matky, liberální svobodné matky a pragmatické svobodné matky (svobodné se v tomto rozdělení rovná nevdané). Ze skupiny nedobrovolné svobodné matky jich pouhá čtvrtina žila s otcem dítěte v nesezdaném soužití a na celkovém počtu neprovdaných žen se podílela 30 %. Nejčastější důvody svobodného mateřství této skupiny byli odmítání sňatku partnerem a nejistý vztah s partnerem. Druhá skupina liberálních svobodných matek se podílela na celkovém počtu neprovdaných žen 33 % a 67 % z nich žilo v nesezdaném soužití. Nejčastějšími důvody pro volbu svobodného mateřství pro ně byl důvod, že manželství je jen formalita, anebo uvedli, že manželství pro ně není výhodné. Třetí skupina žen – pragmatické svobodné matky se na podílu neprovdaných podílely 38 % a 59 % z nich žilo v nesezdaném soužití. Jejich nejčastějšími důvody pro setrvání mimo manželství byl nejistý vztah s partnerem, partnerovo odmítání sňatku či shledali manželství nevýhodné. Na rozdíl od nedobrovolně svobodných matek nebyla tato skupina žen manželství příliš nakloněna. Téměř polovina z neprovdaných manželství později uzavřela. To naznačuje, že ne všechny neprovdané matky zcela odmítají instituci manželství. Ačkoliv tedy roste společenská tolerance k různým formám partnerského a rodinného uspořádání, česká společnost stále preferuje manželství, byť stále častěji po předchozí zkušenosti v nesezdaném soužití (Chaloupková, 2007).

5.2 Rodičky podle vzdělání a struktura narozených podle vzdělání matky

Mezi důležité sociální znaky, které ovlivňují reprodukční chování žen, patří vzdělání. Podle Bartoňové se přes celkově rychlejší tempo úrovně vzdělanosti žen, která se projevuje neustálým sbližováním podílu vyššího vzdělání obou pohlaví, přetrvávala i při posledním censu v roce 2001 stále celkově nižší vzdělanost žen. Počet žen s vysokoškolským vzděláním sice od roku 1961 vzrostl z necelého procenta na více než 7 %, stále to ale nedokázalo překonat více než 11% podíl mužů. Ženy mají nejčastěji úplné střední vzdělání, mají i rychlejší tempo růstu podílu s úplným středním vzděláním než muži. Autorka se domnívá, že je na vzdělanostní struktuře žen stále patrný vliv tradičních postojů k ženskému vzdělávání a dědictví z minulých let, i když u mladých generací se podíly žen a mužů s vyšším vzděláním vyrovnávají (Bartoňová, 2007). Diferenciace plodnosti podle vzdělání matky do značné míry závisí na možnostech ženy sladit profesní kariéru a péči o dítě. V České republice byla intenzita plodnosti negativně korelována s výší vzdělání. Podle Rychtaříkové (Rychtaříková, 2004), přestože generace žen rodily děti v různých politických, ekonomických a sociálních strukturách (období první republiky, 2. světová válka, komunistický systém, období přechodu k tržnímu hospodářství), vždy platilo, že

čím nižší vzdělání matky, tím vyšší plodnost. V čase se však měnila variabilita plodnosti podle vzdělání. Větší variabilita v úrovni plodnosti podle vzdělání byla u nejstarších a nejmladších generací, naopak generace žen 1949–1965 se lišily průměry narozených dětí v závislosti na vzdělání nejméně. Tyto ženy rodily děti v období tzv. druhého babyboomu (sedmdesátá léta) až do změny politického režimu v roce 1989. V té době neexistovala nezaměstnanost a byla dostupná široká síť předškolních zařízení pro děti. Ekonomická aktivita žen byla obecně vysoká a vysokoškolačky měly relativně omezenou možnost budovat profesní kariéru. Během komunistického období byl typický pro všechny skupiny obyvatel České republiky model nízké bezdětnosti a vysoké koncentrace na dvě děti. Období změn nastalo v devadesátých letech a projevovalo se poklesem plodnosti bez rozdílu vzdělání (Rychtaříková, 2004).

Graf č. 5. 2. 1: Podíl živě narozených (Nv) dětí podle vzdělání matek v letech 1976–2008(%)

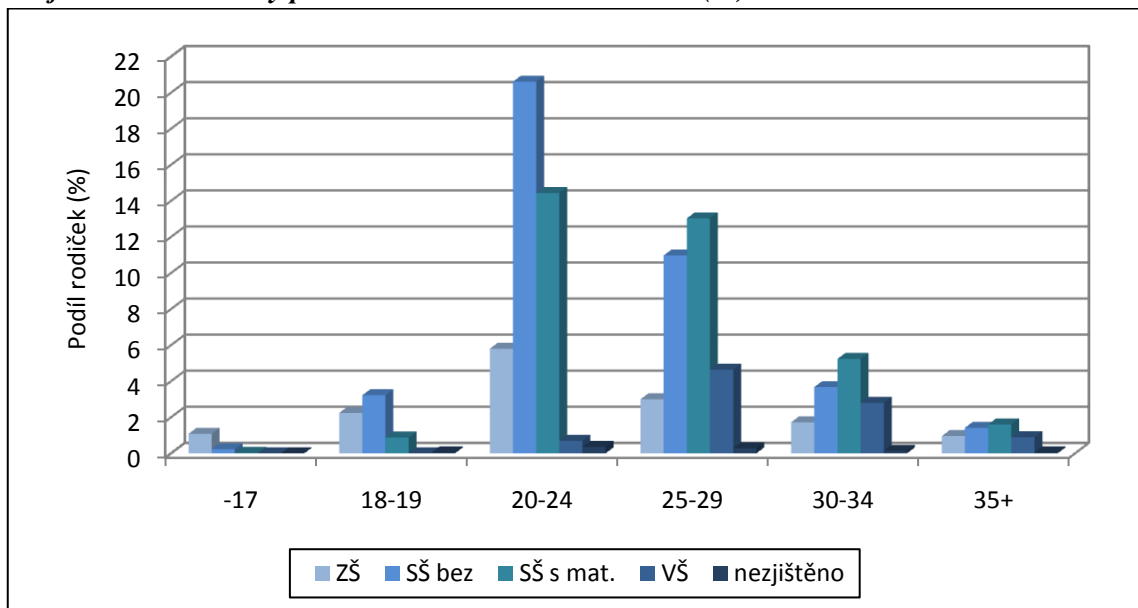


Zdroj: Demografická příručka 2007, Demografická ročenka 2008

Živě narození podle vzdělání matky jsou podle dosažené úrovně vzdělání rozděleny do čtyř skupin: základní včetně neukončeného, střední bez maturity, střední s maturitou a vysokoškolské. Podle grafu č. 5. 2. 1 znázorňujícího strukturu živě narozených dětí podle dosaženého vzdělání matek v letech 1976–2008 vidíme, že od počátku 90. let došlo ke změnám. Na počátku 90. let se nejvíce dětí rodilo ženám, které měly střední vzdělání bez maturity. V jejich zastoupení došlo v průběhu sledovaných let k největšímu poklesu a to cca o 20 tisíc dětí. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií byli ženy se středním vzděláním s maturitou, u nich došlo nejprve k poklesu a pak k nárůstu. V současné době se nejvíce dětí rodí ženám se středním vzděláním s maturitou. Je patrné, že došlo k poklesu narozených ve skupině žen se základním vzděláním a to včetně neukončeného a naopak pozvolnému nárůstu počtu narozených ženám ve skupině s vysokoškolským vzděláním. Od druhé poloviny devadesátých let vidíme, že se zvyšoval podíl dětí narozených ženám s vyššími stupni vzdělání. V roce 1976 bylo 31 % živě narozených ženám s maturitou a vyšším vzděláním, v roce 1990 to bylo 47 %

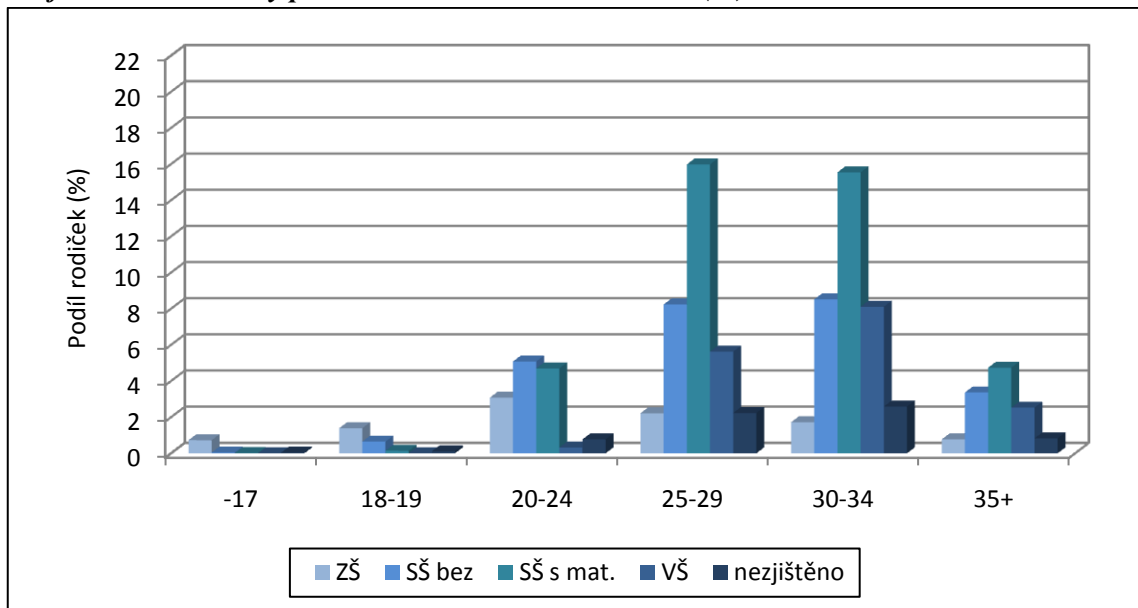
a v roce 2008 to bylo už 62 % dětí. Změny v podílech živě narozených podle vzdělání matek jsou dány i změnami ve vzdělanostní struktuře žen (Demografie Info – Vzdělání).

Graf č. 5. 2. 2: Rodičky podle vzdělání a věku v roce 1997 (%)



Zdroj: Rodička a novorozenec 1997

Grafy č. 5. 2. 2 a 5. 2. 3 znázorňují podíly rodiček podle věku a stupně vzdělání v letech 1997 a 2008. Po srovnání obou grafů je na první pohled patrný posun porodů do vyšších věkových skupin a to u všech stupňů vzdělání matek kromě základního. Také je patrný pokles rodiček se základním vzděláním a nárůst rodiček vysokoškolsky vzdělaných na celkovém počtu rodiček v ČR. Nejpočetnější skupinou rodiček z hlediska věku a vzdělání byly v roce 1997 středoškolačky bez maturity ve věku 20–24 let a 25–29 let (31,5 % dohromady) a středoškolačky s maturitou ve věku 20–24 let a 25–29 let (27,5 % dohromady). Dohromady tyto čtyři skupiny představovaly téměř 60 % všech rodiček. V roce 2008 byly nejpočetnějšími skupinami středoškolačky s maturitou ve věku 25–29 let a 30–34 let (31,5 %) a stejně staré středoškolačky bez maturity (16,7 %). Největší nárůst podílu rodiček získaly skupiny středoškolaček s maturitou ve věku 30–34 let a stejně staré vysokoškolačky.

Graf č. 5. 2. 3: Rodičky podle vzdělání a věku v roce 2008 (%)

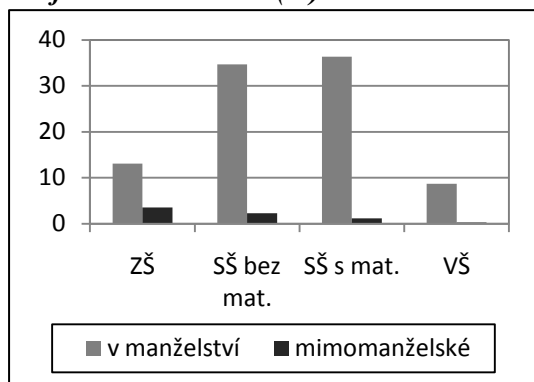
Zdroj: Rodička a novorozenec 2008

Často se poukazuje na to, že lidé s vyšším vzděláním volí takový životní styl, který jim dává více nezávislosti. Ženy, díky vyššímu vzdělání a tím i vyšším ekonomickým potencionálem, mají více alternativ vedle tradiční rodiny. U zaměstnaných, ekonomicky nezávislých a tedy i vzdělanějších žen, se snižuje pravděpodobnost, že vstoupí do sňatku, jsou častěji bezdětné a mají méně dětí. Demografické změny jsou přisuzovány ekonomické samostatnosti žen. Vysokoškolačky vzhledem k náročnější profesní kariéře obtížněji kombinují výchovu dětí se zaměstnáním. Více dětí pro ně znamená vyšší ztrátu na výdělku a přerušování jejich pracovní kariéry. Prodloužená doba studia vysokoškolaček také zkracuje možný interval pro rození dětí, přičemž vyšší věk narození prvního dítěte s sebou nese riziko nenarození dalších dětí. Odkládání narození prvního dítěte je navíc zesilováno snahou dosáhnout nejdříve určitého pracovního postavení a teprve potom mít děti. Nesezdaná soužití s sebou nutně nenesou dlouhodobé závazky, nevyžadují vysoké investice do vztahu a jsou méně spojena s rozením dětí (Rychtaříková, 2004; Rychtaříková, 2003; Hamplová, 2003).

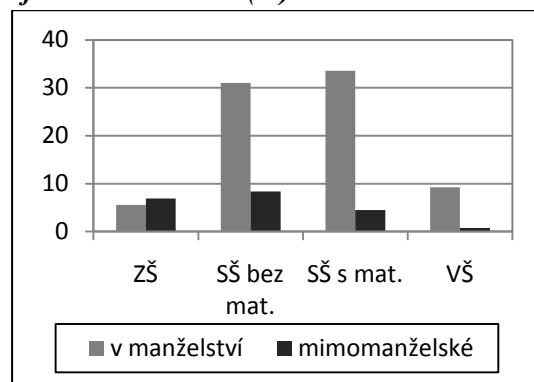
5.3 Narození podle vzdělání matky a legitimacy

Závislost mezi vzděláním matek a podílem dětí narozených mimo manželství je velmi významná. Ženy s vyšším vzděláním výrazně častěji preferují rození dětí v manželství (Poppová, Radolfová, 2006). Následující tři grafy č. 5. 3. 1 (a, b, c) označené vždy daným rokem znázorňují podíl živě narozených podle vzdělání matky a legitimacy. V roce 1987 se narodilo v manželství 92,8 % dětí. Největší podíl živě narozených dětí tvořili děti narozené vdaným ženám se středním vzděláním s maturitou (36,4 %) a bez maturity (34,7 %). Nejvyšší podíl dětí narozených mimo manželství byl u žen se základním vzděláním a to 3,5 %. Naopak nejméně bylo živě narozených dětí mimo manželství u žen s vysokoškolským vzděláním, pouhých 0,25 %. V roce 1999 jsou opět nejpočetnějšími skupinami narozených dětí děti narozené vdaným matkám se středním vzděláním a to vdaným matkám s maturitou 33,5 %

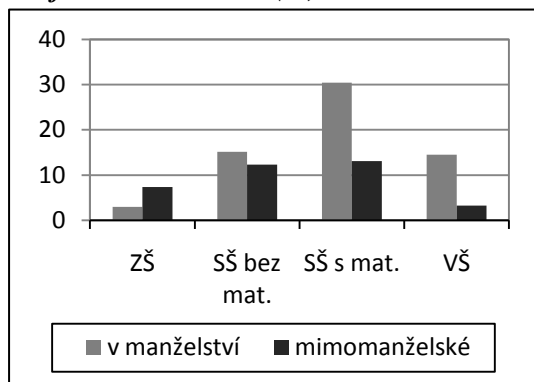
a vdaným matkám bez maturity 31 %. V roce 1999 došlo oproti roku 1987 k poklesu a v manželství se narodilo 79,4 % dětí, tedy narodil se větší podíl dětí mimo manželství. Nejvíce dětí mimo manželství se narodilo ženám se základním vzděláním (6,9 %) a se středním vzděláním bez maturity (8,4 %). Nejnižší podíl narozených dětí připadá opět na mimo manželsky narozené děti vysokoškolaček (0,8 %). Následoval další pokles do roku 2008 a v manželství se narodilo 63,7 % dětí. Největší podíl z nich se narodil ženám se středním vzděláním s maturitou (30,5 %) a došlo téměř k vyrovnání podílu dětí narozených vysokoškolačkám a matkám se středním vzděláním bez maturity 15 %, resp. 14,5 %. Nejvyšší podíl dětí mimo manželství se narodil ženám se středním vzděláním (s maturitou 13 %, bez maturity 12,3 %).

Graf č. 5. 3. 1 a: 1987 (%)

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987

Graf č. 5. 3. 1 b: 1999 (%)

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1999

Graf č. 5. 3. 1 c: 2008 (%)

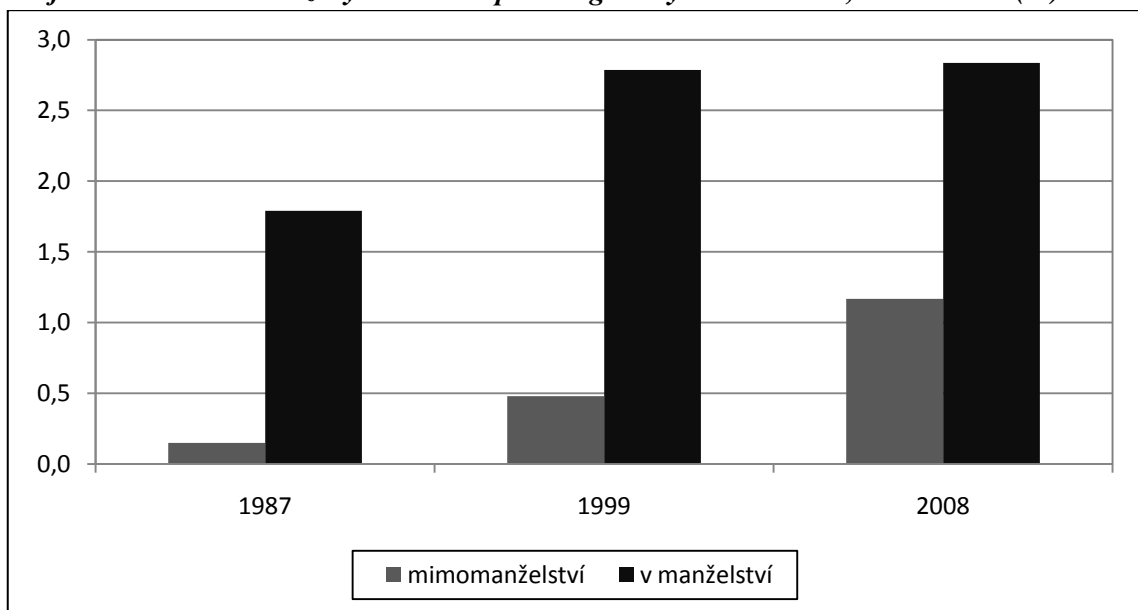
Zdroj: Demografická ročenka 2008

Nejvíce dětí se tedy stále rodí ženám se středním vzděláním, roste ovšem podíl narozených vysokoškolačkám na úkor narozených ženám se středním vzděláním bez maturity. Ve všech vzdělanostních skupinách se zvýšil podíl dětí narozených mimo manželství.

5. 4 Narození podle legitimacy a četnosti

Jak již bylo zmíněno v kapitole zabývající se narozeními podle četnosti, dochází ke zvyšování podílu vícečetných porodů. V roce 2008 zaujímaly podíl 2 % ze všech porodů. Nárůst podílu vícerčat je patrný z následujícího grafu. Mimo manželství se v roce 1987 narodilo 0,2 % vícerčat a 1,8 % se narodilo v manželství. Do roku 2008 stoupl podíl narozených vícerčat mimo manželství na 1,2 %, což je o 1 % více oproti roku 1987. Podíl vícerčat narozených v manželství se zvýšil do roku 1999 na 2,8 % a do roku 2008 se pak pohybuje okolo hodnoty 2,8 %.

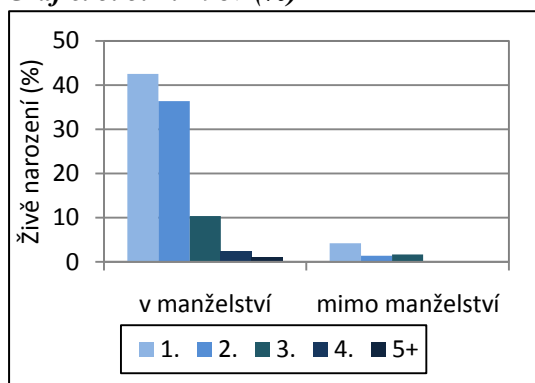
Graf č. 5. 4. 1 Podíl narozených vícerčat podle legitimacy v letech 1987, 1999 a 2008 (%)



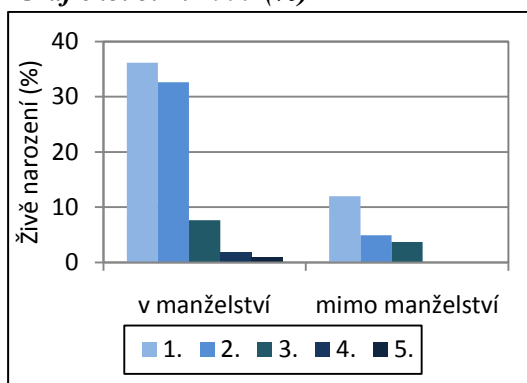
Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987, Pohyb obyvatelstva 1999, Demografická ročenka 2008

5. 5 Narození podle pořadí a legitimacy

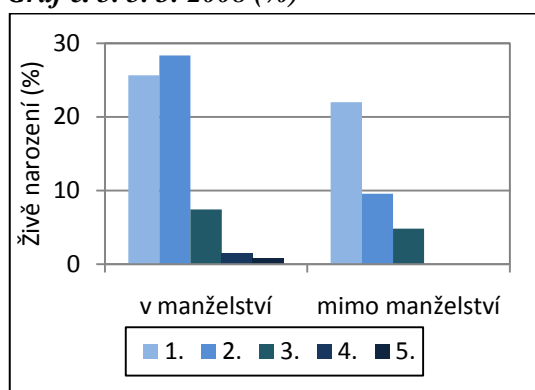
Následující tři grafy znázorňují podíly narozených podle pořadí a legitimacy v letech 1987, 1999 a 2008. Podíly narozených v manželství jsou rozděleny podle pořadí od 1. až po 5+ pořadí. Podíly narozených mimo manželství jsou rozděleny od 1. po 3+ pořadí.

Graf č. 5. 5. 1: 1987 (%)

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987

Graf č. 5. 5. 2: 1999 (%)

Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1999

Graf č. 5. 5. 3: 2008 (%)

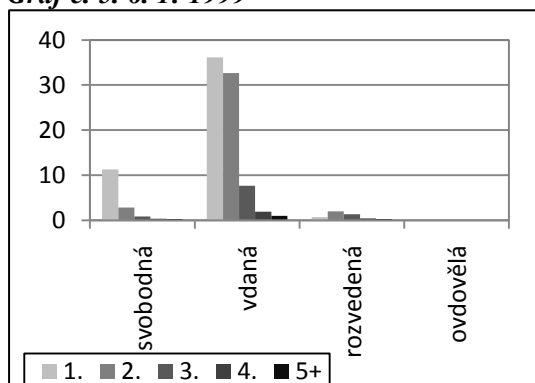
Zdroj: Demografická ročenka 2008

Z uvedených grafů pro tři vybrané roky 1987, 1999 a 2008 je a první pohled patrné, že došlo k poklesu podílu narozených v manželství a nárůstu podílu narozených mimo manželství a to ve všech pořadích. Ve všech sledovaných letech bylo nejvíce narozených v manželství prvního a druhého pořadí. V roce 1987 to bylo 79 % ze všech narozených a v roce 1999 69 % ze všech narozených, vidíme tedy, že došlo k poklesu o 10 %. Oproti tomu se v roce 1999 narodilo o 8 % více dětí prvního pořadí mimo manželství a o 3,5 % více dětí druhého pořadí. V roce 2008 se v manželství prvního a druhého pořadí narodilo 54 % dětí, což je od roku 1987 pokles o čtvrtinu. Také i nadále stoupal podíl dětí narozených mimo manželství a v roce 2008 jich prvního pořadí bylo 22 % a druhého pořadí 9,5 %, což je oproti roku 1987 nárůst o čtvrtinu. U dětí narozených ve třetím pořadí v manželství došlo mezi lety 1987 a 1999 k poklesu o 3 %, ale mezi lety 1999 a 2008 už k poklesu nedošlo a děti třetího pořadí narozené v manželství tvoří 7,5 % všech narozených. U dětí narozených třetího a vyššího pořadí mimo manželství následoval nárůst podílu o dvě procenta do roku 1999 a poté o 1 % do roku 2008. Podíl dětí čtvrtého, pátého a vyššího pořadí v manželství se nijak výrazně nezměnil.

5. 6 Narození podle rodinného stavu matek a pořadí

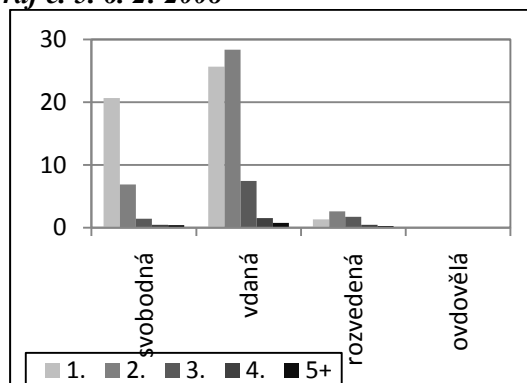
Data za narozené podle pořadí a rodinného stavu za rok 1987 publikována nejsou, proto následuje srovnání mezi lety 1999 a 2008.

Graf č. 5. 6. 1: 1999



Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1999

Graf č. 5. 6. 2: 2008



Zdroj: Demografická ročenka 2008

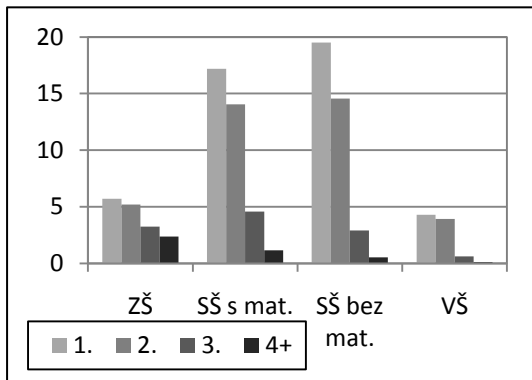
Vidíme, že mezi roky 1999 a 2008 došlo k nárůstu podílu svobodných matek. Děti prvního pořadí se svobodným matkám narodilo o 9 % a druhého pořadí o 4 % více. Poměr vyšších pořadí u svobodných matek zůstává stejný, okolo 2 % ze všech živě narozených. U vdaných matek došlo k poklesu podílu narozených prvního a druhého pořadí, v roce 1999 to bylo 68,8 % a v roce 2008 jen 54 % živě narozených dětí. Skupina narozených druhého pořadí vdaným matkám byla v roce 2008 vůbec nejpočetnější skupinou narozených. Poměr narozených u vdaných matek ve třetím a vyšším pořadí zůstává stejný jako v roce 1999, tvoří asi 9 % ze všech živě narozených. U rozvedených matek došlo k největšímu nárůstu u narozených druhého pořadí o 0,6 % na 2,6 % z celkového počtu živě narozených. Narozené děti ovdovělých matky zaujímají jen velmi nízký podíl 0,3 % ze všech živě narozených.

5.7 Narození podle pořadí a vzdělání matek

V následujících třech grafech vidíme srovnání živě narozených podle pořadí a vzdělání matek. Vidíme, že mezi lety 1987 a 1999 nedošlo k nijak výrazným změnám. Snížil se podíl živě narozených druhého pořadí ženám se základním vzděláním o 1,5 % a o 1 % narostl podíl narozených prvního pořadí matkám se středním vzděláním s i bez maturity. V porovnání s rokem 2008 jsou změny v narození podle pořadí a vzdělání již trochu výraznější. Došlo k poklesu živě narozených ženám se základním vzděláním a to ve všech pořadích – dohromady o 3 %. Došlo také k poklesu živě narozených ženám se středním vzděláním bez maturity a to nejvíce u dětí narozených v prvním pořadí (7 %) a druhém pořadí (5 %). U živě narozených dětí prvního a druhého pořadí ženám se středním vzděláním a s maturitou došlo k nárůstu podílu dohromady o 5 %. Také u žen s vysokoškolským vzděláním se zvýšil podíl narozených, hlavně u dětí prvního a druhého pořadí. Nejpočetnější skupinou narozených podle vzdělání a pořadí se

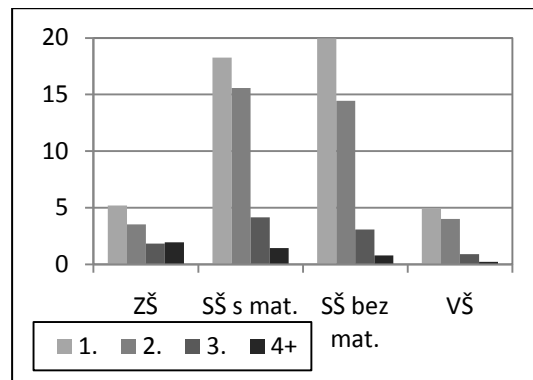
v roce 2008 stali narození prvního pořadí matkám se středním vzděláním s maturitou, naopak nejméně dětí bylo čtvrtého pořadí u matek s vysokoškolským vzděláním.

Graf č. 5. 7. 1: 1987 (%)



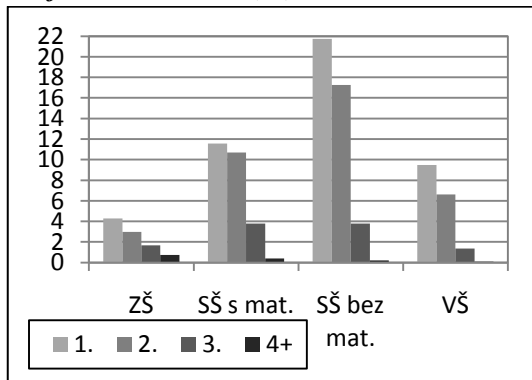
Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1987

Graf č. 5. 7. 2: 1999(%)



Zdroj: Pohyb obyvatelstva 1999

Graf č. 5. 7. 3: 2008 (%)



Zdroj: Demografická ročenka 2008

V období druhé poloviny dvacátého století se většina živě narozených rodila v manželství, podíl dětí narozených mimo manželství činil 4–8 %. Od počátku devadesátých let dochází k rychlému nárůstu podílu narozených mimo manželství, je to jeden z projevů změn v demografickém chování obyvatelstva, které od té doby zaznamenáváme. V roce 2008 se mimo manželství narodilo 36,4 % dětí oproti 8,6 % z roku 1990. Nejvíce dětí mimo manželství se narodilo ženám ve věku 25–29 let, nejvíce dětí ženám v manželství se narodilo skupině ve věku 30–34 let. Pokud analyzujeme rodičky podle rodinného stavu, došlo v uplynulých deseti letech hlavně k nárůstu podílu svobodných rodiček, zvýšil se ovšem i podíl rodiček rozvedených, stalo se tak na úkor rodiček vdaných. Nejpočetnější skupinou rodiček v roce 2008 byly vdané ženy ve věku 30–34 let, následované vdanými ženami ve věku 25–29 let. Ve struktuře živě narozených podle vzdělání matky došlo od počátku devadesátých let také ke změnám. V současné době se nejvíce dětí rodí ženám se středním vzděláním s maturitou. Došlo k poklesu narozených ve skupině žen se základním vzděláním a nárůstu ve skupině žen s vysokoškolským vzděláním. Nejpočetnější skupinou rodiček z hlediska vzdělání byla skupina středoškolaček s maturitou ve věku 25–29 let a 30–34 let.

Kapitola 6

Zdravotní charakteristiky rodiček

6. 1 Těhotenství a porod

Těhotenství je náročný fyziologický proces, který se ženy dotýká jak fyzicky, tak i emocionálně. Všechny tělesné systémy se adaptují a slouží rostoucímu plodu. Normální těhotenství trvá 40 týdnů, tedy devět kalendářních měsíců a je rozděleno do tří trimestrů. Začátek těhotenství se počítá od prvního dne poslední menstruace. Těhotenství s běžným průběhem poté končí porodem. Existuje mnoho různých potíží, které mohou průběh těhotenství zkomplikovat. Ženy mohou v těhotenství trpět těhotenskou cukrovkou (gestační diabetes), žloutenkou, vysokým krevním tlakem, preeklampií¹⁹, různými typy infekcí, onemocněním močových cest, či různými komplikacemi plodové vody (Leifer, 2004). Může také nastat předčasný porod. Podle publikace „Rodička a novorozenec 1997“, byl v roce 1997 nejčastější komplikací u těhotných žen právě hrozící předčasný porod, dále krvácení do 20. týdne těhotenství, virové infekce, nedostatečnost děložního hrdla – nutnost cerkláže²⁰ a raná gestóza²¹. 32 % rodiček mělo více než jednu komplikaci v těhotenství a celkový podíl rodiček s komplikacemi v těhotenství činil 41 %. Z těchto 41 % rodiček jich bylo hospitalizovaných 25 %. Z hospitalizovaných rodiček jich bylo 12,5 % v nemocnici maximálně jeden týden, 8 % dva až tři týdny a 2 % čtyři až pět týdnů. Déle než 21 týdnů strávilo v nemocnici 0,3 % těhotných žen. Graf č. 6. 1. 1 ukazuje podíly délky hospitalizace z dané věkové skupiny. Vidíme, že většina rodiček nebyla hospitalizovaná vůbec. Ve věku 25–34 nebylo vůbec hospitalizováno 77 % rodiček, šlo tedy o nejzdravější skupinu rodiček. Ve věku do 18 let nebylo hospitalizováno 67 %, u rodiček starších 35 let to bylo 70 %. Ve všech věkových kategoriích rodiček jich největší podíl byl hospitalizovaný 1–3 týdny, průměrně 13 % z každé věkové skupiny, větší podíl byl rodiček starších 30 let a mladších 20let. Rodičky mladší 20 let byly i nejpočetnější skupinou hospitalizovaných po dobu 2–3 týdnů.

V roce 2008 byl nejčastější komplikací v těhotenství podle publikace Rodička a novorozenec 2008, stejně jako v roce 1997, hrozící předčasný porod. Dále se častěji objevovala gestační hypertenze a komplikace v souvislosti s umělým oplodněním (IVF – in vitro fertilizace). U 16,5 % žen byly zaznamenány komplikace v průběhu těhotenství a to

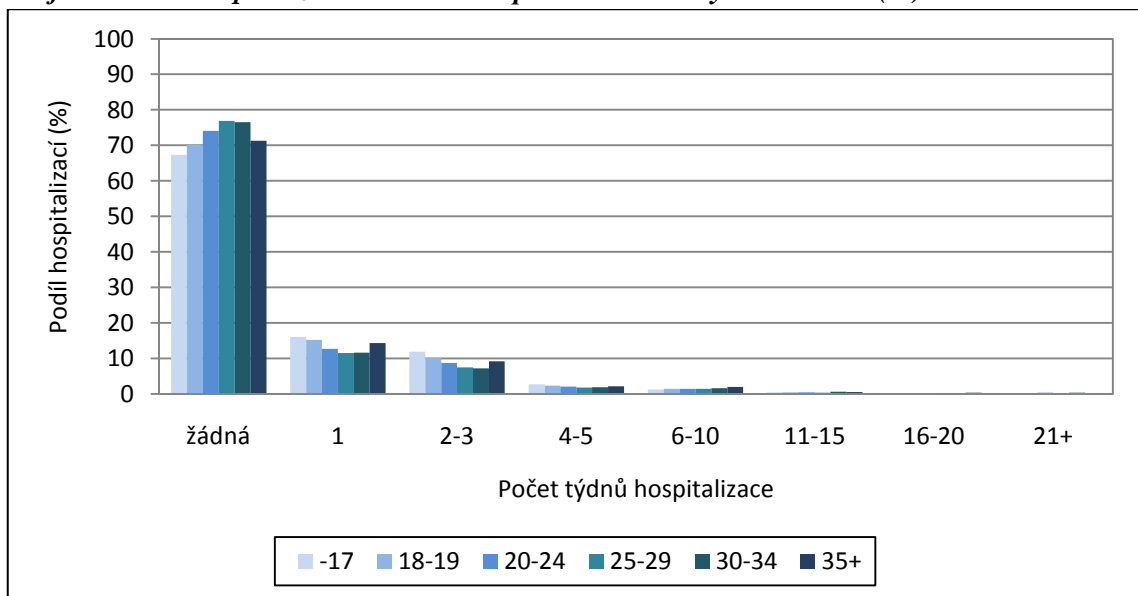
¹⁹ Onemocnění charakterizované vysokým krevním tlakem, bílkovinou v moči a otoky.

²⁰ Operační sešití, stažení kruhové struktury děložního hrdla.

²¹ Těhotenská toxikóza. Projevuje se nadměrným sliněním a zvracením.

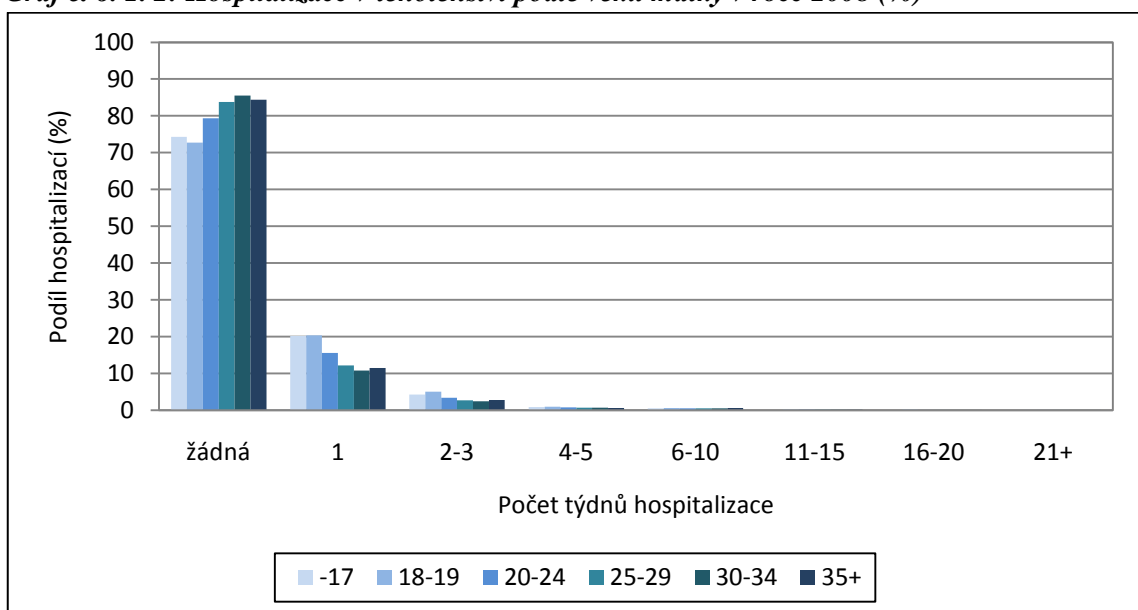
takové, že musely být hospitalizovány. 83,5 % těhotných žen nebylo hospitalizováno v průběhu jejich těhotenství vůbec. Z hospitalizovaných rodiček jich 12,3 % bylo v nemocnici méně než jeden týden, 2,8 % dva až tři týdny a jen 0,07 % jich strávilo v nemocnici více než 21 týdnů. Od roku 1997 došlo tedy ke snížení podílu hospitalizovaných rodiček v populaci. Z grafu č. 6. 1. 2 vidíme, že nejzdravější skupinou rodiček, tedy tou, co byla nejméně hospitalizována, je skupina rodiček ve věku 25–34 let. 20 % rodiček do dvaceti let věku bylo hospitalizováno jeden týden, oproti 11,5 % rodiček starších 35 let. Dva až tři týdny byly hospitalizované nejčastěji opět nejmladší rodičky, do 18 let věku to bylo 12 % a do 20 let 10 %. Rodičky starší 35 let neměly vyšší podíl hospitalizovaných.

Graf č. 6. 1. 1: Hospitalizace v těhotenství podle věku matky v roce 1997 (%)



Zdroj: Rodička a novorozenec 1997

Graf č. 6. 1. 2: Hospitalizace v těhotenství podle věku matky v roce 2008 (%)

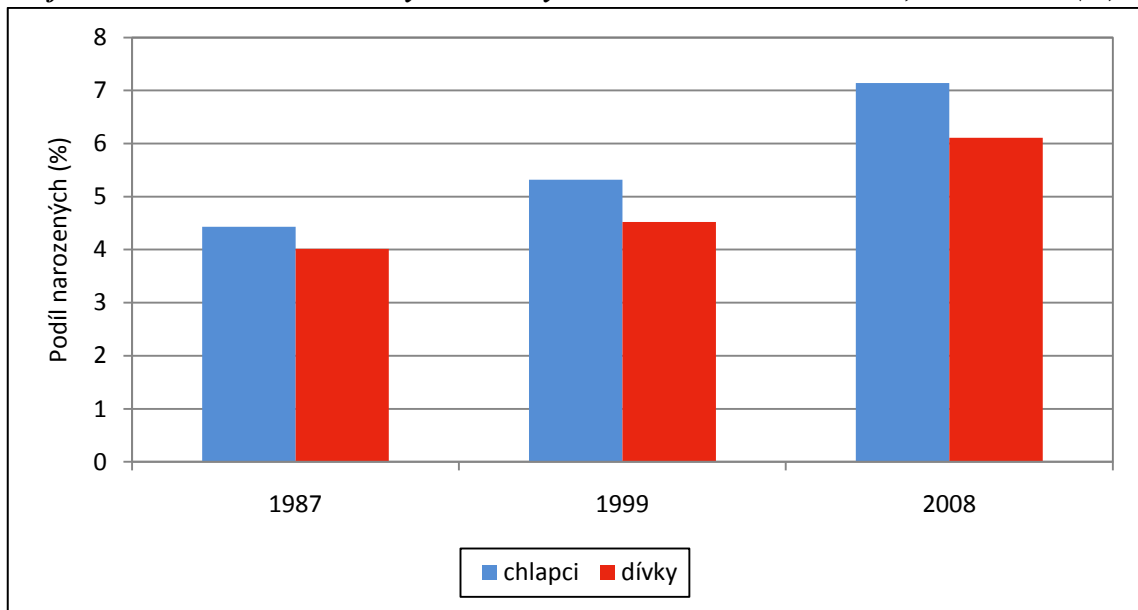


Zdroj: Rodička a novorozenec 2008

V obou sledovaných letech byl nejčastější komplikací v těhotenství hrozící předčasný porod. Jako předčasný porod se označuje porod dítěte, který je definován jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity (28. – 36. týden), nebo porod plodu s hmotností menší než 2500 gramů. Porod včasný neboli porod v termínu se označuje porod ve 39. – 41. týdnu těhotenství. Po 41. dokončeném týdnu těhotenství se porod označuje jako opožděný (Diderot, 1999). Jako velmi nezralé plody se označují plody vážící méně než 1000 gramů. Nejčastěji se uvádí tyto příčiny vedoucí k předčasnému porodu: předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody, iatrogenní²² příčiny, předčasně vyvolaný porod z důvodů onemocnění matky nebo plodu a fetální stres. Za hlavní příčinu předčasného porodu je dnes považována infekce. Další příčiny, které se mohou v procesu předčasného porodu projevit, jsou: věk matky, parita, četnost těhotenství, sociální faktory, špatná prenatální péče, kouření, drogy a alkohol, vliv tělesné námahy a zaměstnání. Děti předčasně narozené mohou být nezralé, s nedokonale vyvinutými adaptačními mechanismy a s nízkou porodní hmotností. Jejich životaschopnost je tím nižší, čím dříve se narodily. Nedonošené děti bývají po celý novorozenecký i kojenecký věk ohroženy větší nemocností a některé i poruchami tělesného a duševního vývoje. Vyšší frekvence vícečetných porodů jsou následkem metod asistované reprodukce a tedy dětí narozených s nižší porodní hmotností (Pařízek¹; Hájek; Bočánková, 2009). Předčasně narozené děti ve Vietnamu v letech 1999–2002 podrobil výzkumu ve svém článku Wang (Wang, 2008). Věnoval se dětem narozeným do dokončeného 37. týdne těhotenství a vážícím méně než 1500 g a to až do jejich dvou let. Vyzoroval, že u těchto dětí je větší pravděpodobnost toho, že se narodí s nějakým vývojovým poškozením. 15–25 % dětí mělo vývojové poškození jako je mentální retardace, mozková obrna, hluchota nebo slepota. U 50–70 % dětí byla diagnostikována lehčí vývojová poškození jako jazykové dysfunkce, poruchy učení, špatná vizuální koordinace apod (Wang, 2008). Sparks (Sparks, 2009) ve svém článku zkoumá vedle biologických ještě sociodemografické charakteristiky a chování matky v těhotenství u předčasně narozených dětí s ohledem na rasu/etnickou příslušnost jejich matek. Dané charakteristiky zkoumá na populaci matek v USA, rodičích v roce 2001. V biologických charakteristikách předčasně narozených dětí se autorka shoduje s Wangem. Mezi sociodemografické charakteristiky mající vliv na předčasné narození dětí patří věk matky, socioekonomický status, dosažené vzdělání, rodinný stav a dostupnost lékařské péče. Chování matky během těhotenství ovlivňuje případné předčasné narození. Autorka udává jako příklad nedostatečnou výživu matek (ženy s podváhou nebo naopak s nadváhou mají vyšší pravděpodobnost rizikového těhotenství), kouření, konzumaci drog a alkoholu, počet návštěv lékaře v průběhu těhotenství a začátek prenatální péče (Sparks, 2009).

Následující graf č. 6. 1. 3 znázorňuje podíl živě narozených do počátku 38. týdne těhotenství, tedy podíl předčasných narození podle délky trvání těhotenství v letech 1987, 1990 a 2008. Vidíme, že v roce 1987 měli větší podíl na předčasných narozeních chlapani (4,4 % ze všech narozených). Dívky měly po celé sledované období menší podíl předčasných narození. Podíl předčasných porodů na celkovém počtu narozených u obou pohlaví pozvolna stoupal. V roce 2008 tvořil podíl předčasně narozených chlapců 7 % a předčasně narozených dívek 6 %.

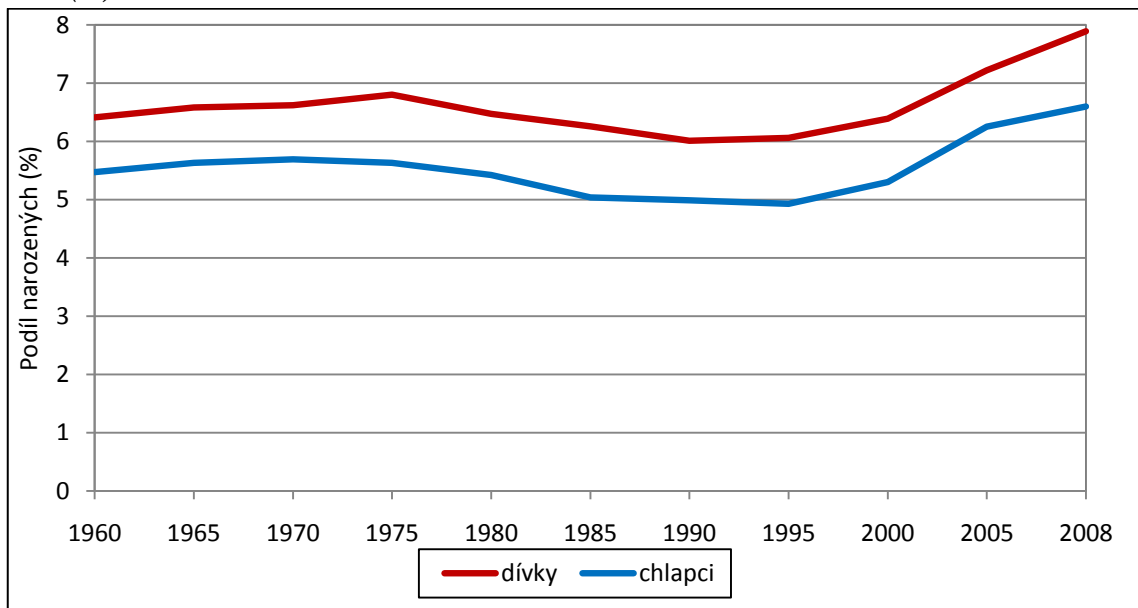
²² Vyvolané lékařem, jeho neuváženým jednáním, špatným vyšetřením, chybným léčením.

Graf č. 6. 1. 3: Podíl živě narozených do 38. týdne těhotenství v letech 1987, 1999 a 2008 (%)

Zdroj: Pohyb obyvatelstva ČR 1987, 1999; Demografická ročenka 2008

Jako předčasný porod je označován i porod dítěte vážícího méně než 2500 g při narození. Jsou zde zahrnuty i hypotrofičné děti²³ (Growth and growth hormone). Příčiny narození dětí s nízkou porodní hmotností jsou stejné, jako jsou již uvedené u předčasných porodů. Průměrná porodní hmotnost se pohybuje okolo 3,2 kg. Obvyklá porodní váha je v rozmezí 2,5 a 3,5 kg, pokud dítě váží více než 4,5 kg, jde o vyšší porodní hmotnost, pokud méně než 2,5 kg jde o dítě s nižší porodní hmotností (Porodní váha; Leifer, 2004). Podle Abrevayae (Abrevaya, 2008) je potřeba se u nastávajících matek zaměřit na prenatální péči, informovat o škodlivých účincích kouření, konzumace alkoholu a drog a dodržování správné výživy, protože tyto faktory mají negativní vliv na porodní váhu dítěte. Například matky, které v průběhu těhotenství kouřily, měly děti s porodní hmotností v průměru o 250 g nižší než nekuřačky. Děti, které se narodily s nízkou váhou, mají podle autora problémy například s pozorností, poznávacími schopnostmi a neuromotorickými funkcemi, které přetrvávají až do dospělosti. V dospělosti pak pracují spíše jako podřízení, častěji jsou nezaměstnaní a mají nižší mzdy (Abrevaya, 2008). Graf č. 6. 1. 4 ukazuje vývoj dětí narozených s porodní hmotností menší než 2500 g v letech 1960–2008. Na počátku sledovaného období v roce 1960 mělo porodní váhu nižší než 2500 g 6,41 % dívek a 5,47 % chlapců. Od roku 1975 podíl pomalu klesal (do roku 1990) a následně stagnoval až do roku 2000, od kdy je zaznamenán nárůst dětí s nižší porodní hmotností. Po celé období byl vždy vyšší podíl dívek s nižší porodní hmotností než chlapců. Rozdíl se pohyboval okolo 1 %, kromě roku 2008, kdy byl 1,29 %. V roce 2008 se narodilo 7,89 % dívek a 6,6 % chlapců s hmotností nižší než 2500 g. Porodní hmotností dítěte je ovlivňována nejen pohlavím, pořadím narození, četností porodu, ale i například rasou/etnickou příslušností či obezitou matky (Cnattingius, 2009; Hemming, 2009; Abrevaya, 2008).

²³ Děti, jejichž hmotnost nebo délka je nižší než 2 směrodatné odchylky od průměru pro daný gestační věk.

Graf č. 6. 1. 4: Vývoj podílu živě narozených s porodní hmotností do 2500 g v letech 1960–2008 (%)

Zdroj: Rodička a novorozenec 1997, Rodička a novorozenec 2008

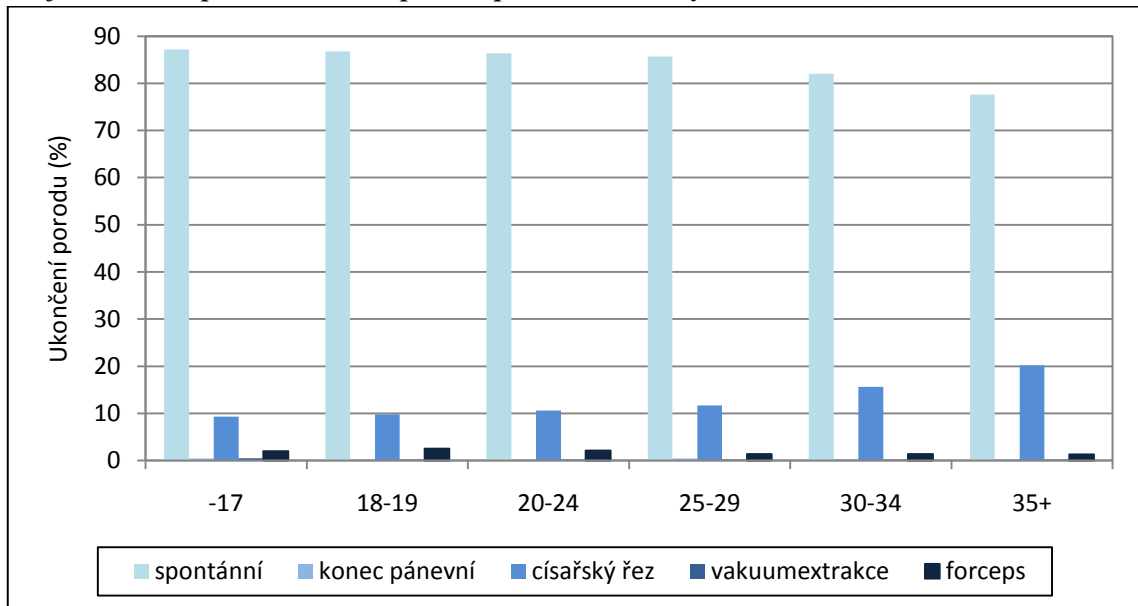
Graf č. 6. 1. 5 ukazuje strukturu porodů podle způsobu ukončení v roce 1997. Je patrné, že největší množství porodů proběhlo spontánně (85,2 %), a to ve všech věkových skupinách matek. Druhé nejčastější ukončení porodu byl ve všech věkových skupinách porod císařským řezem (12 %). Forceps (použití porodnických kleští) bylo třetí nejčastější zakončení porodu (1,8 %). Dále se rodilo koncem pánevním (0,3 % porodů) a vakuumextrakcí²⁴ (0,2 % porodů). Vidíme, že od třiceti let věku klesá podíl porodů uskutečněných spontánně a stoupá počet porodů provedených operativně – císařským řezem. Nejvíce je to patrné u rodiček starších 35 let, kdy byl porod spontánně u 77,6 % matek a císařský řez u 20,2 % rodiček. Nejvíce porodů koncem pánevním bylo u skupiny žen mladších 18 let (0,4 %), oproti 0,2–0,3 % v ostatních věkových skupinách. Stejně tak i porodů vakuumextrakcí (0,5 %) u mladších 18 let, oproti ostatním věkovým skupinám (0,2 %). Nejvíce porodů forcepsem bylo ve věkové skupině 18–19 let, a to 2,5 %, mladších 18 let bylo 2 %.

Graf č. 6. 1. 6 znázorňuje procentuální zastoupení způsobu ukončených porodů v roce 2008. Vidíme, že ve všech věkových skupinách došlo k poklesu porodů spontánně ukončených (celkem 79 %) a zvětšení podílu porodů císařským řezem (celkem 22,4 %). Došlo i mírnému zvýšení podílu porodů koncem pánevním (0,6 % celkem) a vakuumextrakcí (celkem 0,6 %). Zato došlo k poklesu podílu porodů metodou forceps (1 % celkem). Nejvíce dětí se rodí spontánně a to ve všech věkových skupinách žen. Největší podíl dětí se rodí spontánně do 20 let věku rodičky – přes 80 % se rodí do 20 let – přes 80 %, zato ženám starším 30 let méně než 77 % dětí. Více než 20 % žen starších 25 let rodí císařským řezem, u žen starších 35 let je to dokonce 27,7 %. Koncem pánevním se nejméně rodí děti ženám ve věku 35 + (0,3 %),

²⁴ K hlavičce plodu přiloží přísavný zvon, vytvoří se podtlak a poté se plynulým tahem usnadní vybavení plodu

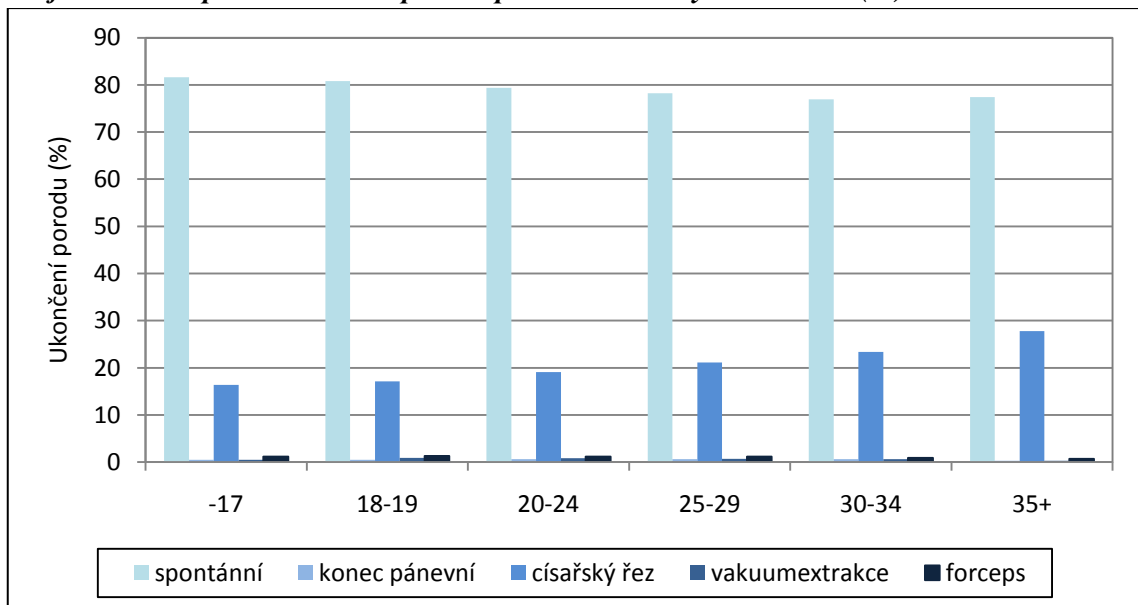
vakuumextrakce je nejčastější u žen 18 – 24 let (0,8 %). Forceps je nejméně častou metodou porodu u žen ve věku 35+ (0,7 %).

Graf č. 6. 1. 5: Způsob ukončení porodu podle věku matky v roce 1997 (%)



Zdroj: Rodička a novorozenec 1997

Graf č. 6. 1. 6: Způsob ukončení porodu podle věku matky v roce 2008 (%)



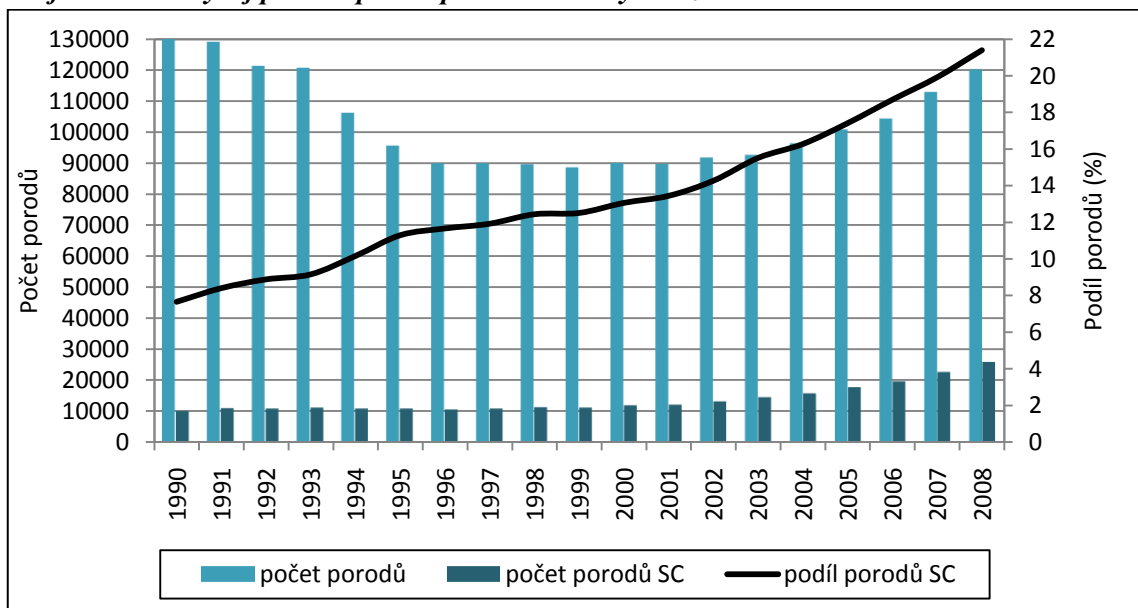
Zdroj: Rodička a novorozenec 2008

Císařský řez je porodnická operace, během které je novorozenec vyjmut z děložní dutiny skrze otevřenou břišní stěnu. Indikací k císařskému řezu je celá řada. Obecně se rozlišují na plánované a neplánované a u obojích je nutný souhlas rodičky. V České republice není porod císařským řezem na přání rodičky legální, jako je tomu například v USA, důvodem k provedení císařského řezu jsou tedy pouze zdravotní indikace. Důvodem k plánovanému císařskému řezu mohou být onemocnění matky (cukrovka, preeklampsie, astma, herpes v oblasti genitálií,

srdeční onemocnění či oční onemocnění), nepoměr velikosti dítěte k velikosti pánve, předcházející úrazy v oblasti pánve a některé gynekologické operace. Příčiny pro volbu císařského řezu mohou být také na straně dítěte. Bývá vykonán pokud je dítě příliš velké (nad 3,5 kg u prvoroďičky a 3,8 kg u víceroďičky) nebo naopak příliš malé (pod 1,5 kg), pokud má plod nepravidelnou polohu či v případě vícečetného těhotenství. Ukončení předchozího těhotenství císařským řezem nemusí nutně znamenat jeho provedení u dalšího těhotenství, záleží na konkrétních příčinách. K císařskému řezu také vedou některé akutní komplikace při porodu (Hamplová, 2009; Pařízek²).

Graf č. 6. 1. 7 znázorňuje vývoj počtu a podílu porodů císařským řezem (porody SC) v letech 1990–2008. Vidíme, že ve sledovaném období došlo k nárůstu podílu ukončení porodů císařským řezem. V roce 1990 to bylo necelých 8 %, v roce 2008 více než 22 %. To znamená nárůst o 13 %. Podle publikace *Rodička a novorozenec 2008* při diferenciaci podle doporučení WHO do čtyř následujících skupin připadl v roce 2008 nejvyšší podíl ze všech porodů císařským řezem na plánovaný císařský řez (37,7 %), akutní porody SC za porodu (34,9 %). Třetí podíl připadl na akutní SC v těhotenství (15,7 %) a poslední podíl tvořil plánovaný SC za porodu (11,7 %) (*Rodička a novorozenec 2008*).

Graf č. 6. 1. 7: Vývoj počtu a podílu porodů císařským řezem v letech 1990 - 2008



Zdroj: *Rodička a novorozenec 2008*, *OECD Health data 2009*, *Demografická příručka 2007*

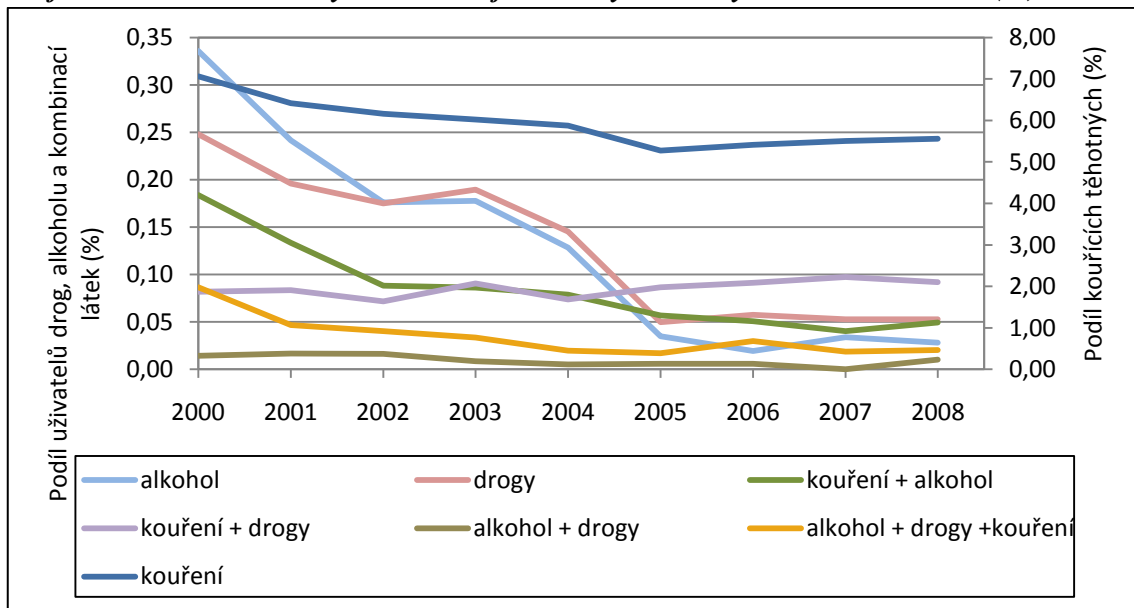
Jistě je na místě otázka, proč císařských řezů tolik přibývá. Labusová se ve svém článku (Labusová, 2008) domnívá, že na císařský řez lékaři čím dál více pohlížejí jako na běžnou operaci. Plánovaný a nekomplikovaný císařský řez je hotový za cca 30 minut a může být jak pro rodičku, tak i pro lékařský personál méně náročný než mnohahodinový porod přirozenou cestou. Důvodem je i to, že jak matka, tak rodící se dítě jsou od začátku porodu velmi pečlivě monitorovány a při jakýkoliv problémech nebo odchylce lékaři z bezpečnostních důvodů volí operativní porod. Roli hraje i fakt, že přirozený porod zcela bez intervencí začíná být raritou. Jen málo porodů proběhne zcela bez vnějších zásahů, stále více žen žádá epidurální anestezii,

aby unikly bolestem. Souvisí to i s jejich nižší fyzickou zdatností, danou sedavým způsobem života. Zvyšuje se také počet těhotenství po asistované reprodukci (Labusová, 2008).

6.2 Návykové látky užívané v těhotenství

Tato mimořádně důležitá oblast rizik ohrožujících zdravý vývoj plodu, je poprvé evidovaná v publikaci *Rodička a novorozenec* v roce 2000. Z návykových látek užívaných ženami v průběhu těhotenství v České republice se v publikaci uvádí kouření, alkohol a drogy. Hranice stanovená pokyny NZIS pro vyplňování „Zprávy o rodiče“ jsou nastaveny takto. Žena je považována za kuřačku pokud kdykoliv během těhotenství vykouřila za den 5 cigaret a více nebo opakovaně vykouřila méně než 5 cigaret. Žena je považována za požívající alkohol, pokud opakovaně v těhotenství požívala tvrdý alkohol nebo pravidelně požívala 0,5 l dvanácti stupňového piva či 0,3 l vína. Žena je považována za uživatelku drog, pokud v těhotenství užívala jakékoliv drogy i ojediněle. Ve zprávě je možné uvést více možností, tudíž některá z žen může být např. jak uživatelka drog, tak kuřačka. (Závazné pokyn NZIS) Ženy, které užívají návykové látky v těhotenství, jsou většinou závislé. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že závislost by měla být diagnostikována u lidí, kteří mají potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek, ukončení či množství látky, pokud se objeví odvykací stav při snížení či vynechání dávky, silná touha látku užívat, pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků atd. (Sedláčková, 2007). Návykové látky se třídí do kategorií podle somatického a psychického účinku. Základní rozdělení drog je na legální (alkohol, tabák, kofein,...) a nelegální (halucinogeny, opiáty a další).

Graf číslo 6. 2. 1 znázorňuje podíl těhotných uživatelek návykových látek na celkovém počtu těhotných žen. Těhotné ženy jsou podle užívání návykových látek rozděleny do šesti skupin. Ve skupinách kouření, drogy a alkohol jsou těhotné ženy užívající jednu návykovou látku, ve skupině alkohol + drogy jsou těhotné ženy užívající alkohol a drogy zároveň. Ve skupině alkohol + kouření jsou těhotné ženy, které současně užívají alkohol a kouří. Skupina kouření + drogy zahrnuje těhotné ženy kuřačky a zároveň uživatelky drog. Poslední skupina zobrazuje podíl těhotných kombinujících užívání všech tří návykových látek. Jak je na první pohled patrné, nejpočetnější skupinou jsou těhotné ženy, které kouří. V roce 2000 kouřilo 7,1 % těhotných a na konci sledovaného období v roce 2008 5,6 %. Ostatní skupiny těhotných užívajících návykové látky, znázorněné v grafu, nepřesáhly 0,35 %. Vidíme ale, že ve všech definovaných skupinách došlo v průběhu sledovaného období k poklesu užívání návykových látek i jejich kombinací, a to pod 0,1 %.

Graf č. 6. 2. 1: Podíl těhotných žen užívajících návykové látky v letech 2000–2008 (%)

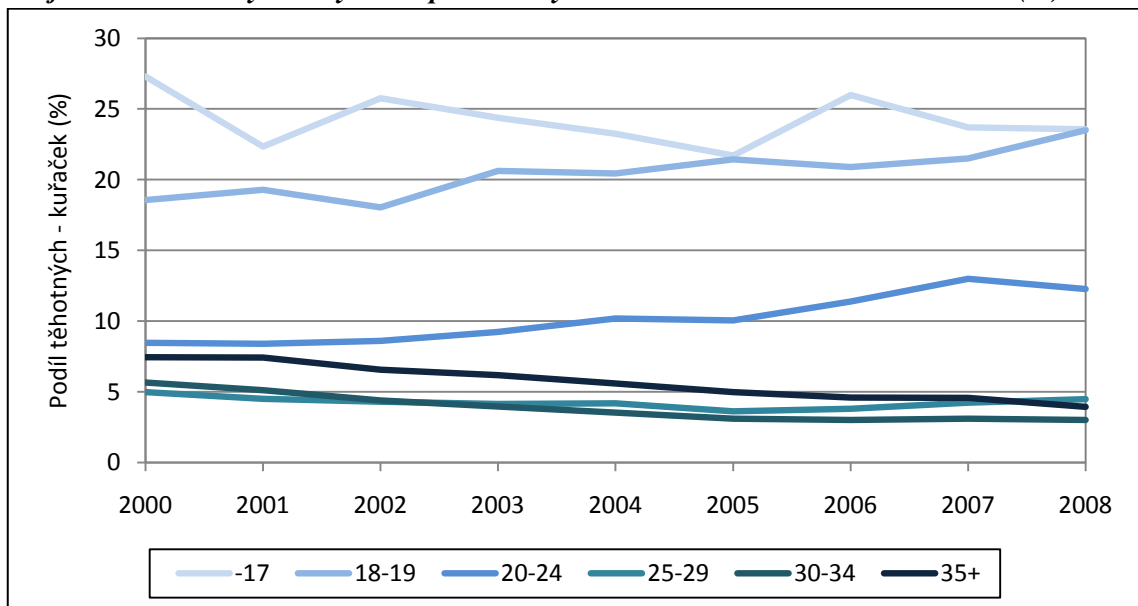
Zdroj: Rodička a novorozenec 2000–2008

Následující graf č. 6. 2. 2 zobrazuje podíly jednotlivých věkových skupin těhotných žen, které kouří, na celkovém počtu rodiček v daném věku. Celkový podíl těhotných kuřáček činil v roce 2000 7,1 % a v roce 2008 5,6 %. Vidíme, že v průběhu celého sledovaného období mají největší podíl nejmladší věkové skupiny (do osmnácti let a skupina 18–19 let). Z celkového počtu rodiček do osmnácti let věku jich v roce 2000 kouřilo 27,3 %, v roce 2008 23,5 %. Ve věku 18 – 19 let kouřilo v roce 2000 18,6 % rodiček a v roce 2008 23,5 %. Stejně tak se zvýšil i podíl těhotných kuřáček ve věku 20–24 z 8,5 % na 12,2 %. Ve věkové skupině 25–29 se podíl těhotných, které kouří, nezměnil, dosahuje hodnoty okolo 4,5 %. Podíl kouřících rodiček starších třiceti let se snížil téměř o polovinu. Změnila se také struktura narozených podle věku. O negativních účincích kouření v těhotenství se ví už řadu let. Jedná se o jednu z nejrozšířenějších závislostí v České republice. Nežádoucí účinky kouření jsou spojovány především s vdechováním oxidu uhelnatému a nikotinu, látkám obsaženým v cigaretách. Oxid uhelnatý se váže na hemoglobin a to nejen u matky, ale i u plodu. Tím dochází ke snižování oxidační kapacity krve a v důsledku toho též snížení uvolňování kyslíku v tkáních. Také dochází k menšímu průtoku krve do placenty a ke snížení placentární cirkulace (Staňková, 2009). Výsledkem je růstová retardace plodu. Kouření zpomaluje fetální růst, porodní hmotnost je redukována o 150–300 g. Přestane-li těhotná žena kouřit v 7–8 měsíci, je patrný kladný efekt na fetální růst. Mezi další následky kouření v těhotenství patří poruchy soustředění, behaviorální problémy či lehké mozkové dysfunkce u dětí. Účinky pasivního kouření ukazují na zvýšenou frekvenci respiračních infekcí a projevy alergií u dětí, vystavených tomuto prostředí (Sedláčková, 2007). Nikotin samotný snižuje průtok krve dělohou. V případě užívání nikotinu je 1,4 x vyšší riziko samovolného potratu, 1,9 x vyšší riziko prenatální úmrtnosti plodu, hypotrofie a u novorozenců častějšího SIDS (syndrom náhlého úmrtí novorozence) (Fišerová, 2008). Podle Thompsona (Thompson, 2002), který vychází z výzkumu provedeného v USA, ženy kuřáčky mohou mít problémy s početím a s primární i sekundární neplodností. Dále mají větší pravděpodobnost mimoděložního těhotenství a spontánního potratu. Kouřící těhotné ženy mají

zvýšené riziko odtržení placenty, jejího narušení a předčasného porodu. Je zde také zvýšená pravděpodobnost problémů s kojením. U těhotných kouřících žen více hrozí narození mrtvého dítěte nebo jeho úmrtí krátce po porodu (SIDS). Upozorňuje také na pravděpodobnost nižší váhy novorozence, možnost jeho onemocnění rakovinou, rozedmou plic, srdečními chorobami a chorobami nervového systému. U žen kuřáček také hrozí předčasná menopauza (Thompson, 2002).

Fingerhut (Fingerhut, 1990) čerpal pro svůj rozsáhlý výzkum data z telefonického výzkumu, který proběhl v druhé polovině osmdesátých let ve Spojených státech. Dotazováno bylo 1550 bílých žen ve věku 20–44 let. Výzkum prokázal, že 39 % z těch žen, které kouřily předtím, než otěhotněly, přestaly, když zjistily, že jsou těhotné. Dále zjistil, že mladší ženy kouří častěji než starší (potvrzuje i následující graf č. 6. 2. 2. pro rodičky v České republice v letech 2000–2008), svobodné kouří častěji než vdané a pravděpodobnost kouření u žen se snižuje s jejich zvyšujícím se vzděláním (Fingerhut, 1990).

Graf č. 6. 2. 2: Podíly věkových skupin těhotných žen – kuřáček v letech 2000–2008 (%)

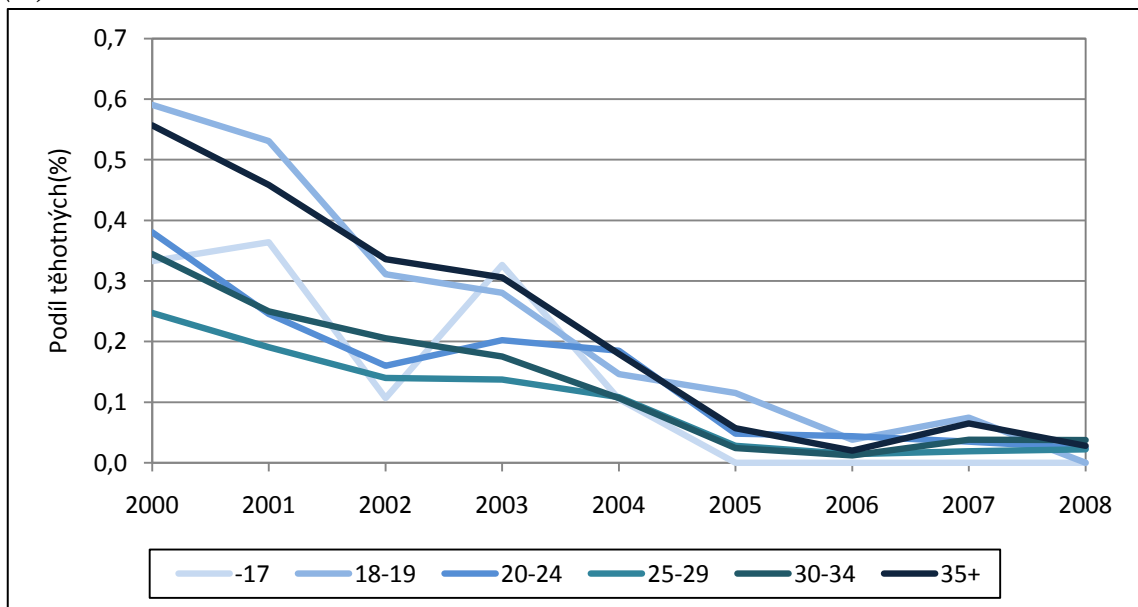


Zdroj: Rodička a novorozenec 2000–2008

Graf č. 6. 2. 3 ukazuje podíly jednotlivých věkových skupin těhotných žen požívajících alkohol, vždy z celkového počtu rodiček v dané věkové skupině. Celkový podíl těhotných žen požívajících alkohol v roce 2000 činil 0,34 % těhotných. Do roku 2008 tento ukazatel zaznamenal pokles na 0,03 %. Největší podíl těhotných užívajících alkohol měla v roce 2000 věková skupina rodiček starších 35 let a také rodičky ve věku 18–19 let. V průběhu sledovaného období došlo k poklesu ve všech věkových skupinách pod 0,05 %. Požívání alkoholu je specifickým problémem a zvláště v těhotenství nelze žádnou dávku považovat za bezpečnou. Ženy by měly během těhotenství a laktace dodržovat naprostou abstinenci. Alkohol má i v malých dávkách nepříznivý vliv na vývoj kojenců. Alkohol požitý matkou přechází volně z krevního oběhu matky do krevního oběhu dítěte a poškozuje jeho mozkovou tkáň. Prokazatelně má škodlivý vliv 60 – 80 g čistého alkoholu denně, ale může ho mít i poloviční dávka (Fišerová, 2008). Pokud těhotná žena alkohol požívá v nadměrné míře, s velkou

pravděpodobností porodí defektní dítě. Nejzávažnějším poškozením je postižení centrálního nervového systému s poruchou intelektu. Lze pozorovat i zřetelné změny vzhledu dítěte. Onemocnění je označováno jako FAS neboli fetální alkoholový syndrom. Typická je nízká porodní hmotnost s nedostatečným vývojem tukového polštáře, projevuje se hypotrofií²⁵, prematuritou²⁶, menším obvodem hlavy, širším sedlovitým nosem, úzkým horním rtem, malformací²⁷ kloubů a končetin, vrozenými srdečními vadami či mentální retardací (Sedláčková, 2007). Opakovaně se prokázalo, že vrozené vady vzniklé účinkem alkoholu představují více než 50 % všech vrozených vad (Trávníčková, 2009). Nízkou porodní hmotnost dítěte vlivem požívání alkoholu potvrzuje ve své studii Vliv konzumace alkoholu matkami na hmotnost plodu a předčasný porod i O'Leary. Podíl dětí narozených před 37. týdnem těhotenství je nejvyšší pro skupiny dětí, jejichž matky požívaly alkohol v třetím trimestru a ty, jejichž matky požívaly velké množství alkoholu, ale přestaly před druhým trimestrem (O'Leary, 2009).

Graf č. 6. 2. 3: Podíly věkových skupin těhotných žen užívajících alkohol v letech 2000–2008 (%)



Zdroj: Rodička a novorozenec 2000–2008

Graf č. 6. 2. 4 znázorňuje podíly věkových skupin těhotných žen užívajících drogy, vždy z celkového počtu rodiček v dané věkové skupině. Celkový podíl těhotných žen užívajících drogy byl v roce 2000 0,25 % a do roku 2008 klesl na 0,05 %. V roce 2000 zaujímala největší podíl věková skupina do 18 let a 18–19 let. Tyto dvě věkové skupiny zaznamenaly také největší meziroční výkyvy. V roce 2008 největší podíl zaujímala věková skupina 18–19 let a 20–24 let. Podíl rodiček starších 25 let měl celé období klesající tendenci. Staňková (Staňková, 2009) ve své práci uvádí, že těhotné ženy s drogovou závislostí mají ve

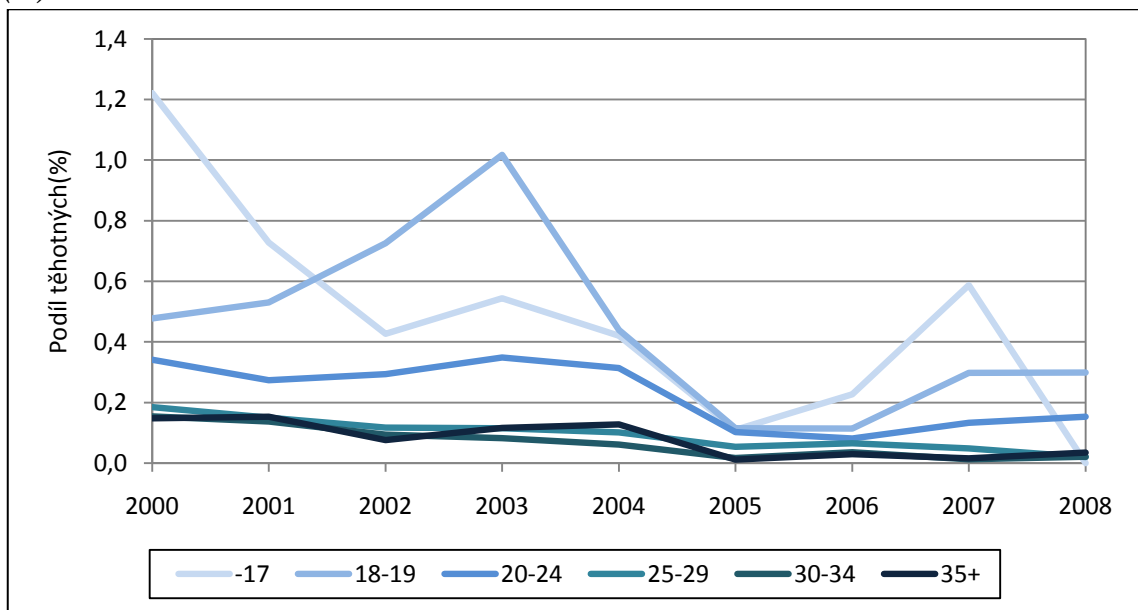
²⁵ Porodní hmotnosti je nižší, pod 2800 g. Novorozenec má vzhled vyhublého dítěte, kůže je svařtělá, podkožního tuku je málo. Minimální zásoby glykogenu (v játrech, v srdci) podstatně snižují jeho odolnost při porodní tísní

²⁶ Předčasné narození

²⁷ Vrozená vývojová úchylka tvarů

většinu případů vážné problémy v celé řadě oblastí. Pro jejich situaci je typické zatížení nelehkou minulostí (např. špatné rodinné zázemí, umístění mimo rodinu, nedostatečná školní docházka aj.) a také nesnadná psycho – sociální situace (např. násilí, špatná bytová situace, nedostatek financí aj.). Četné studie ukazují, že drogově závislé těhotné ženy jsou mladšího věku, často bez partnera, z nižších socioekonomických tříd a s nižším vzděláním. V ČR se u lékařů gynekologů nejčastěji vyskytují těhotné uživatelky drog ve věku 15–19 let a 20–24 let. Průměrný věk těchto pacientek je u uživatelky pervitinu 22,7 let, u uživatelky opiátů 23 let.

Graf č. 6. 2. 4: Podíly věkových skupin těhotných žen užívacích drogy v letech 2000–2008 (%)



Zdroj: Rodička a novorozenec 2000–2008

Z epidemiologických studií mapujících vývoj drogové scény v České republice vyplývá, že poměr mužů a žen užívajících drogy se vyrovnává. Ženy plní nezastupitelnou funkci matky a s tím souvisí i nejdůležitější otázka vztahující se k zneužívání drog v ženské populaci. Podle jakých společenských kritérií se má řešit zacházení s těhotnou toxikomankou? Do jaké míry může společnost omezit svobodnou volbu a práva matky, nebo jakými způsoby může chránit práva ještě nenarozeného dítěte? Řešení této situace dle odborníků spočívá ve specializovaných programech a zařízeních, jejichž snahou je budoucí matku zachytit ještě před porodem a začít s léčbou. Děti matek užívajících drogy v těhotenství patří do rizikové skupiny z hlediska porodnictví, dětského lékařství, psychologie a sociologie (Trávníčková 2009, Sedláčková, 2007). Způsob života drogově závislých žen je velmi neuspořádaný a bývá ovlivněn stresovými faktory, jako je nezaměstnanost, prostituce a kriminalita. Užívání návykových látek v těhotenství zhoršuje stav ženy a jejího dítěte. Drogově závislé ženy nevyhledávají příliš často poradny pro těhotné, ani nedochází pravidelně na lékařské prohlídky. Ženy, které užívají například heroin, mají často poruchy menstruačního cyklu, často jsou i neplodné. To mohou být také důvody, že si těhotenství nepřipouštějí a návštěvu lékaře nevyhledávají vůbec nebo až později. S drogovou závislostí úzce souvisí i změna psychiky, nedostatečná výživa a hygiena,

promiskuita, která může vést k zánětlivým onemocněním, snížená obranyschopnost organismu, nezáměr o vlastní zdravotní stav a o vývoj plodu. To vše může vést, a většinou také vede, ke zvýšenému riziku infekcí. Nejčastější komplikace v těhotenství u drogově závislých žen jsou: samovolný potrat, předčasný porod, záněty porodních cest, anemie²⁸, hepatitida, sexuálně přenosné choroby, TBC, endokarditis²⁹. U těhotných žen užívajících heroin je častý předčasný odtok plodové vody. Návykové látky se dostávají do těla ženy přes placentu, která má transportní, metabolickou, hormonální a imunologickou funkci. Většinou návykové látky prostoupí poměrně lehce a v krvi plodu pak dosahují stejných i vyšších látek než v krvi matky. Krátce po narození dítěte se u dítěte mohou začít projevovat abstinenci příznaky. Ty, kromě typu drogy, kterou matka užívá, závisí také na dávce drogy užívané matkou, časovém intervalu od poslední dávky, délce trvání drogové závislosti matky a gestačním věku³⁰ dítěte. Z klinických projevů abstinenci syndromu u novorozenců jsou nejčastější poruchy dýchání, třes končetin, zvracení, slintání, škytavka, kýchání, svalový tonus, silné pocení, průjem, poruchy spánku, poruchy příjmu výživy, později také poruchy s chováním, učením, agresivita či retardace růstu. Děti žen závislých na opiátech mají také obvykle nižší porodní váhu (Trávníčková, 2009; Fišerová, 2008). Léčba symptomů u dítěte drogově závislé matky je obtížná. Dle lékařských zkušeností 40 % z nich nepotřebuje medikaci. Symptomy se léčí šetrnou manipulací s dítětem, doporučuje se klidná, ztemnělá místnost, příjem hyperkalorických živin, sledování vitálních funkcí a projevů dítěte a monitoring příjmu a výdeje tekutin. V případě nezbytnosti medikamentózní léčby se používá mj. diazepam, neonatální morfinový roztok, neonatální opiový roztok či lorazepam. Cílem léčby dítěte drogově závislé matky vykazujícího abstinenci příznaky je, aby bylo klidné, utišitelné, nezvracející, zdravě spící, bez průjmů, dobře přijímající potravu (Fišerová, 2008).

Závislost není pouze zdravotnickým problémem. Novorozenci matek užívajících návykové látky jsou častými adepty na umístění v kojeneckých ústavech či jiných sociálních zařízeních, v lepším případě se dostávají do náhradní rodiny. Úmrtnost novorozenců s abstinenci syndromem matek závislých na drogách je nižší než 5 %. Jejich další prognózu ovlivňují rizikové faktory během těhotenství, porodu a přímého působení jednotlivých návykových látek na vývoj plodu (Trávníčková, 2009). Těhotná žena užívající návykové látky by měla být vyšetřena nejen lékařem a porodní asistentkou, ale v případě užívání drog i drogovým specialistou. Součástí léčby by měl být kontakt s nízkoprahovým střediskem zabývajícím se touto tematikou. V Praze je to například Centrum pro rodinu (Sedláčková, 2009). Jeho činnost se zaměřuje na ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů. Jednou z priorit je i prevence vůči HIV infekci mezi osobami, které si drogu aplikují intravenózně. Další prioritou jsou různé typy prevenční činnosti (Žižková, Sedláčková, 2003).

²⁸ Soubor příznaků, při kterém je v krvi snížený počet červených krvinek (erytrocytů) a množství krevního barviva

²⁹ Závažná nitrosrdeční infekce

³⁰ Stáří plodu v děloze, udává se v týdnech

6.3 Bezdětnost

V posledních letech přibývá bezdětných žen. Roste počet neplodných párů a také žen, které se pro bezdětnost samy rozhodly. Mezi šedesátnicemi je dnes jen pět procent bezdětných. V generaci jejich dcer, dnešních třicátnic, to bude možná až sedmáct procent (Juříčková, 2005). Bezdětnost lze vnímat ze dvou pohledů, a to jako bezdětnost dobrovolnou a nedobrovolnou. V prvním případě se dá také hovořit o bezdětnosti sociální, v druhém případě o bezdětnosti biologické. Logicky platí, že největší podíl bezdětných nalezneme mezi svobodnými ženami a muži bez stálého partnera, zatímco mezi vdanými a ženatými je jich naopak nejméně. V této části kapitoly jsou zahrnuty oba typy bezdětnosti. Sociální bezdětnost není sice ovlivněna zdravotními příčinami, ale je v této kapitole zahrnuta pro srovnání jako protipól k bezdětnosti biologické. Ve statistikách bezdětných jsou zahrnuty oba dva typy bezdětných žen.

6.3.1 Biologická bezdětnost

Téma biologické bezdětnosti nebo také neplodnosti se hodně překrývá s tématem léčby neplodnosti. Zatímco dříve byla léčba neplodnosti popisována jako revoluční zásah do přírodních procesů, dnes je naopak zdůrazňována její snaha co nejvěrněji přirozenost napodobit, případně vyhovět přirozené touze člověka po dítěti. Západní společnosti se ocitají v paradoxní situaci, zatímco jejich plodnost se pohybuje pod hranicí prosté reprodukce, stoupá počet těch, kteří zůstávají celoživotně dobrovolně bezdětnými. Také se zvyšuje počet párů, které jejich touha po rodičovství přivádí do ordinací lékařů. Odhaduje se, že celosvětově má problémy s plodností 10–15 % párů a předpokládá se, že tento podíl bude stoupat. (Slepičková, 2006) Přestože neplodnost neohrožuje život ani zdraví, má často pro pár, který neúspěšně projde léčbou neplodnosti, celoživotní psychické a sociální následky. Reprodukční medicína díky rychlému rozvoji umožňuje zkoumat neplodnost jako neustálý otevřený proces. Léčba neplodnosti je ale fyzicky i psychicky vyčerpávající a finančně náročný proces s nejistým výsledkem. Neplodnost přestala být v západních společnostech v době rozvoje technik asistované reprodukce čistě soukromým problémem. Je z ní záležitost vědeckého zájmu, problém, který vyžaduje léčení za pomoci nových medicínských technologií. Lékařská léčba neplodnosti není jednoznačně vytyčenou cestou, vedoucí k cíli, ale neustále otevřeným a revidovaným procesem. Dnes jen málokterý lékař vysloví konečnou diagnózu absolutní sterility a pro neplodné páry je těžké rozhodnout se, kdy přestat prodělávat terapii a smířit se s tím, že se jim nepodaří mít vlastní dítě. Mnohé páry se dnes stávají biologickými rodiči, i když jsou z medicínského hlediska neplodní, u jiných párů se naopak příčinu neplodnosti nikdy zjistit nepodaří (Slepičková, 2006). Pravděpodobnost dosažení těhotenství v jednom měsíčním cyklu je totiž pouze asi 20–25 %. Dosažení těhotenství vyžaduje určitý čas. Na druhé straně by však případná konzervativní léčba neměla přesáhnout dobu jednoho roku a dvojice by měla být předána do péče specializovaného pracoviště asistované reprodukce (Neplodnost a její léčba).

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí neplodnost do následujících kategorií. Za prvé jde o primární neplodnost, která je definována jako naprostá absence početí i přes

nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku. Sekundární neplodnost je definovaná tak, že i přes nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku nedošlo k žádnému novému početí poté, co v minulosti k oplodnění došlo. Poslední je „neobjasněná neplodnost“, charakterizovaná jako absence početí způsobená faktory jakými jsou laktace, antikoncepce, snížená sexuální aktivita, nebo z neznámých příčin. Mezi fyziologické problémy, které mohou způsobovat neplodnost u žen, patří ucpání či poškození vejcovodů, chromozomální problémy, hormonální problémy, endometrióza³¹, příliš hustý cervikální hlen, imunologická rejekce spermatu, předčasná menopauza či problémy s uhnížděním oplodněného vajíčka. V České republice je podle Řezábka nejčastější příčinou u žen nedozrání vajíčka (Řezábek, 2008). Mezi fyziologické příčiny u mužů patří pokles kvality spermatu (příliš málo spermií, azoospermie³², špatná pohyblivost spermií, neúspěšná penetrace), chromozomální problém, autoimunita k vlastním spermiím, epididymální blokáda chámovodů³³, Kartagenerův syndrom³⁴, koitální problémy (impotence, ejakulační selhání) (Slezáková, 2007; Trča, 2009; Neplodnost a její léčba).

V České republice je léčba neplodnosti legislativně ošetřena základními zákony souvisejícími s léčbou neplodnosti: Zákon o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. a Zákon o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů č. 227/2006 (novelizuje zákon o rodině a o zdraví lidu v oblasti týkající se asistované reprodukce). Statistiky říkají, že neplodnost, tedy stav, kdy žena neotěhotní po pravidelném pohlavním styku dvakrát až třikrát týdně ani po uplynutí jednoho roku, se vyskytuje u deseti až patnácti procent párů. Provede-li se podrobné vyšetření, obvykle se v 50 % zjistí příčina u žen, u 40 % u mužů a u 10 % párů se příčina nenalezne. U části párů je porucha přítomna u obou (asi u 20 %) (Řezábek, 2008; Trča, 2009). Spolu s nárůstem počtu neplodných párů se dá očekávat i zvýšení poptávky po způsobech řešení neplodnosti a nedobrovolné bezdětnosti. Ty mohou být v zásadě dvojí – asistovaná reprodukce a adopce. Možnosti léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce jsou široké. Jde o techniky indukce ovulace a časovanou koncepci³⁵, intrauterinní inseminace³⁶, in vitro fertilizaci³⁷, intracytoplasmatickou injekci spermií³⁸, mikrochirurgické techniky získu spermií z nadvarlete a varlete u mužů s vážnou poruchou spermatogeneze. V současné době působí v ČR téměř 30 center asistované reprodukce. Celkový počet cyklů umělého oplodnění je více než 15 000 ročně. Celkový počet narozených dětí po technikách asistované reprodukce je 2–3 % ze všech narozených. Dle demografických průzkumů lze očekávat další nárůst takto

³¹ Přítomnost sliznice dělohy v sousedních reprodukčních tkáních

³² Absence spermatozoí ve spermatu, může nastat jako primární selhání varlat, zablokování vývodních kanálků

³³ Ucpání kanálků nadvarlete způsobené infekcí

³⁴ Syndrom vyznačující se vadnou stavbou bičíku spermií, kde chybí charakteristický protein – dynein, který umožňuje spermiím potřebný pohyb

³⁵ Medikamentózní léčba vedoucí k vyvolání ovulace

³⁶ Procedura, při které lékař aplikuje spermií přímo do dělohy za pomoci katetru zaváděného děložním hrdlem

³⁷ Vajíčka produkovaná po podávání léků pro terapii neplodnosti jsou odebrána a následně oplodněna spermiemi v laboratoři. Vzniklé embryo je přeneseno pomocí tenkého katetru do dělohy

³⁸ Mikromanipulační procedura prováděná pomocí speciálního mikroskopu, při které je jedna spermií vsunuta přímo do vajíčka. Používá se při velmi nízkém počtu spermií nebo v případě nepohyblivosti spermií. Embryo je následně přeneseno do dělohy

počatých dětí. V současné době neotěhotní bez pomoci lékaře 15–20 % všech párů, které se snaží o koncepci (Stop neplodnosti; Slepíčková, 2009). Pro mnohé páry se stává poslední volbou adopce, která je většinou aktuální, pokud všechny lékařské způsoby léčby neplodnosti selžou (Slepíčková, 2009). Podle Haškové (Hašková, 2006) je páry biologické rodičovství nadřazováno adopci, protože u rodičovství realizovaného pomocí asistované reprodukce je možnost ovlivnit prenatální vývoj a zažít těhotenství a porod. Také svou roli bezpochyby hraje fakt, že proces adopce podléhá přísným legislativním omezením. Dlouhé adopční procesy a s tím spojené negativní dopady dlouhodobé ústavní péče na vývoj dětí jsou podle autorky další příčinou malé oblíbenosti adopce (Hašková, 2006).

6. 3. 2 Sociální bezdětnost

Sociální bezdětnost nebo také dobrovolná bezdětnost je brána jako svobodná volba ženy nebo muže. Motivace k mateřství nebo bezdětnosti jsou součástí celého souboru nejrůznějších rozhodnutí, vztahujících se k životnímu stylu ženy, výběru partnera a soužití s ním a představám o budoucnosti. Po mnohá desetiletí existoval pro ženu klasický model. Vdát se a porodit dvě děti. Dnes přibývá žen, které mít děti nechtějí a rozhodly se zůstat dobrovolně bezdětné. Podle výzkumu provedeného Bartošovou (Bartošová, 2009) lze rozlišit dva odlišné typy podmínek mateřství. Jeden typ podmínek by se dal označit jako podmínky racionálně zvažované a vědomě promyšlené. Do této kategorie autorka zařadila především materiální a finanční zabezpečení, bydlení, ale také správný věk a částečně i vhodného partnera. Hašková ve své práci Reprodukční preference a bezdětnost (Hašková, 2009) tyto podmínky nazývá jako situační a ekonomický faktor. Mimo již zmiňované sem řadí také aktuální zdravotní stav partnerů. Druhým typem podmínek jsou podmínky, které by se daly označit jako emocionální nebo pudové. Jedná se o pocity žen, instinkty a pudy, které mohou přicházet nebo se objevovat nezávisle na plánech a představách jednotlivých žen. Pro lepší představu bych do těchto podmínek zařadila například mateřský pud, který ženy vymezují jako biologickou touhu po těhotenství a mateřství. Dále například pocit připravenosti a touhy po dítěti, který dle výzkumu Bartošové není na rozdíl od mateřského pudu podmiňován biologickou touhou a přichází jako naplnění ostatních podmínek mateřství a jako impulz ke konečnému rozhodnutí stát se matkou (Bartošová, 2009). Hašková tyto podmínky pojmenovává jako faktor okolí a faktor touhy po dítěti. Mezi další důvody bezdětnosti či bariéry mateřství mohou ženy považovat nenalezení vhodného otce pro svoje děti, nebo neshodu reprodukčních představ s představami partnera. Rabušic ve své knize „Kde ty všechny děti jsou?“ uvádí tyto motivy vedoucí páry k tomu dobrovolně nemít děti: osvobození se od odpovědností spojených s výchovou dítěte, což umožňuje větší příležitost pro seberealizaci a pro spontánní mobilitu, spokojenější vztahy v manželství, ohled na pracovní kariéru ženy, finanční výhody, obavy z populačního růstu, všeobecná nechuť k dětem, negativní zkušenost z vlastního dětství, které vedou k pochybnostem o schopnostech být dobrým rodičem, obavy z fyzických následků porodu a z fyzické rekonvalescence a obavy plodit děti do takového světa, v němž se nyní nacházíme (Rabušic, 2001).

V životní fázi ženy, která bývá zpětně hodnocena, jako příprava na mateřství, by mělo docházet k optimalizaci ovlivnitelných podmínek mateřství. Dle výše uvedeného výzkumu za tuto část ženy označují věk před třicátými narozeninami. V současné době jsou, ale většinu tohoto období, ženy bezdětné. Využívají nabytý čas pro naplňování jiných životních zkušeností a potřeb. Jde o období nezávislosti, flexibility, různých partnerských zkušeností a naplňování aktivit zaměřených na sebe samu a své potřeby. Tato nově vyčleňující se životní fáze je označována jako post-adolescence (pozdní mladost, mladá dospělost). Pro ženy a také pro muže, kteří touto fází procházejí, jsou charakteristické pouze některé znaky tradičně spojované s dospělostí (finanční nezávislost na rodičích, vlastní zaměstnání, vlastní bydlení apod.) a jiné, jako je vlastní rodina a děti naopak chybí. K činnostem, které tuto životní fázi naplňují, patří dle výzkumu vzdělávání se, zaměstnání, realizace nejrůznějších koníčků. Obecněji to lze pojmenovat jako prostor upevňování a vyjasňování vlastní identity a životních priorit (Hašková, 2006, 2009).

Některé ženy se zvyšujícím se věkem odklání od mateřství. Nabyté zkušenosti nebo zvyk na dosavadní bezdětný život vedou k volbě bezdětnosti, k odkládání mateřství nebo nerozhodnosti o něm. Stejně tak není pro všechny ženy, které už dítě mají, mateřství tou nejdůležitější životní zkušeností (Hašková, 2006). Některé ženy chápou mateřství jako jednu z mnoha životních alternativ. Co také může ženy vést k odkládání mateřství a poté v některých případech i k bezdětnosti? Může se jednat o vidinu, že mateřství mohou zrealizovat kdykoliv a zaneprázdněnost v zaměstnání a další aktivity pak mohou vést k tomu, že o mateřství vůbec nepřemýšlí. Další věc, která ženu může ovlivnit při rozhodování se o tom, zda mít či nemít dítě, je strach či odmítání těhotenství a porodu. Některé ženy si sebe samy neumí v těchto biologicky podmíněných situacích představit a raději by se jim vyhnuly. Některé z nich pak mohou být otevřeny variantě nebiologického mateřství, anebo bezdětnosti (Hašková, 2006).

Jako hlavní nevýhody bezdětnosti ženy dle výzkumu Bartošové (Bartošová, 2009) vidí neustálý boj proti tlaku rodiny i okolí, nevýhodou může být i osamělost ve stáří. Také na sebe berou bezdětné ženy riziko, že později po dítěti zatouží a budou litovat. Roli hraje také rostoucí emancipace a samostatnost žen, postupné oslabování schopnosti partnerského soužití a přizpůsobování se jinému člověku, partnerské zkušenosti neperspektivní pro založení rodiny, neochota společného sdílení domácnosti, upřednostňování vlastní svobody a nezávislosti, nerovné rozdělení rolí v domácnosti, neochota dělat kompromisy. Dle výzkumu schopnost partnerského kompromisu roste spolu s mateřskou touhou a vědomím přibývajících věku, výchova dítěte ve společné domácnosti je pro ženy stále prioritou. Dle Haškové bude mít partnerství a partnerské soužití v otázkách bezdětnosti a rodičovství do budoucna stále větší vliv. Vysoká míra rozvodovosti, střídání partnerů i tzv. nové formy soužití (nesezdaná soužití, partneři žijící každý ve svém bytě apod.), se zdají podporovat spíše bezdětný životní styl než dlouhodobé závazky plynoucí z rodičovství, a to zejména vícedětného (Hašková, 2009). Téměř každý člověk stojí v životě před volbou založit či nezaložit rodinu. Množství možností a příležitostí, které život v dnešní době přináší, může pro některé ženy a i muže být dostatečnou alternativou, náhradou či důvodem pro život bez dětí.

Závěrem kapitoly 6 je připojeno malé shrnutí. Těhotenství je zcela jedinečná událost v životě ženy a existuje mnoho různých potíží, které ho mohou zkomplikovat. Podíl žen, které byly v průběhu těhotenství hospitalizované klesl v roce 2008 na 16,5 %. 12,3 % žen strávilo v nemocnici maximálně jeden týden, zbylé 4,3 % žen delší dobu. Nejčastější skupinou hospitalizovaných rodiček byly rodičky do 20 let a rodičky starší 35 let. Nejčastější komplikací v těhotenství byl hrozící předčasný porod. Předčasně podle délky těhotenství se častěji rodili chlapi (7 % v roce 2008) oproti dívkám (6 % v roce 2008). S nižší porodní hmotností než 2500 g se častěji rodily dívky (7,9 % v roce 2008) oproti chlapcům (6,6 % v roce 2008). Porod nejčastěji probíhal spontánně a to u 79 % rodiček, rok od roku se ovšem zvyšuje podíl porodů provedených císařským řezem, v roce 2008 tvořil 22,4 %. I přes veřejně známou škodlivost účinku návykových látek se uživatelé najdou i mezi těhotnými ženami. Nejpočetnější skupinou těhotných žen z hlediska užívání návykových látek byly těhotné ženy, které kouří. V roce 2008 zaujímaly podíl 5,6 % z celkového počtu těhotných žen. Největší podíl těhotných kuřaček byl v nejmladších věkových skupinách, nejvíce ve skupině do 20 let, a to přes 20 % těhotných. Podíly těhotných užívajících ostatní návykové látky (alkohol, drogy) a jejich kombinace klesl v roce 2008 pod 0,1 %. Nejvyšší podíl těhotných žen požívajících alkohol byl u rodiček do 18 let a u starších 35 let, v obou skupinách činil pod 0,05 %. Celkový podíl uživatelů drog byl v roce 2008 0,05 % těhotných žen. Nejvyšší podíl z nich zaujímaly ženy do 20 let. Oproti roku 2000, kdy ÚZIS začal tuto kategorii sledovat, došlo mezi těhotnými ženami k poklesu podílu uživatelů návykových látek. Čím dál tím více diskutovaným problémem je bezdětnost. U bezdětných párů, jejichž počet v populaci roste, rozlišujeme bezdětnost dobrovolnou a nedobrovolnou. Nedobrovolnou bezdětností (neplodností) je postiženo asi 10–15 % párů, tito lidé se často obrací o pomoc na odborníky z center pro asistovanou reprodukci. Na druhé straně stojí dobrovolná bezdětnost. Motivací a důvodů k dobrovolnému životu bez dětí může být celá řada, ať už jde o důvody racionálně zvažované a vědomě promyšlené či důvody emocionálního charakteru.

Kapitola 7

Rodičky v ČR podle místa bydliště a narození podle bydliště matky

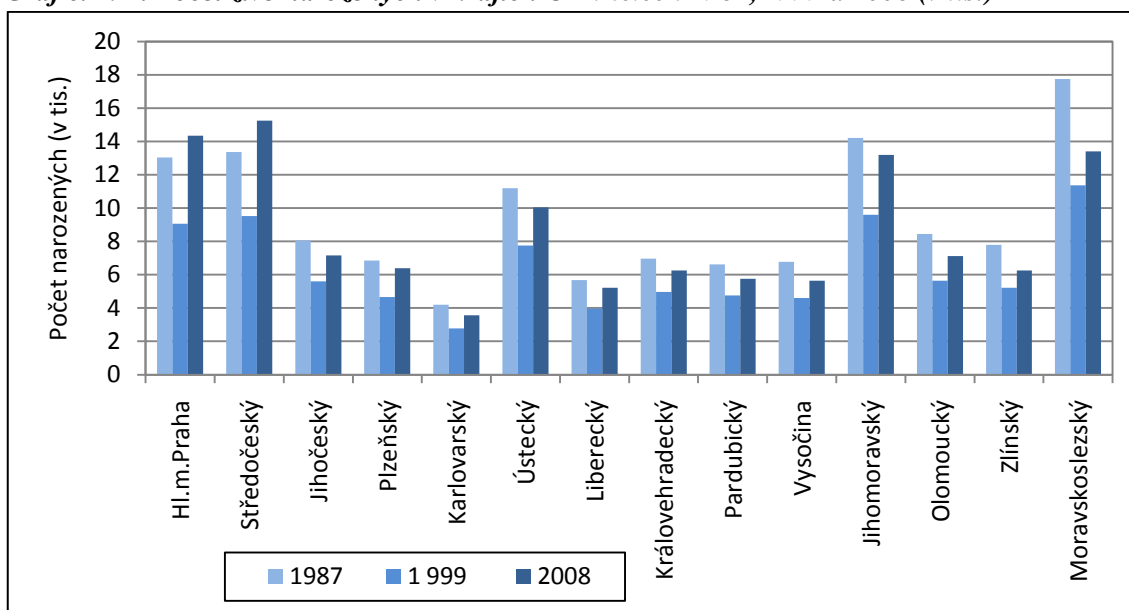
Český statistický úřad zpracovává data o narozených v České republice z formuláře „Hlášení o narození“ a ÚZIS zpracovává data o rodičkách z formuláře „Zpráva o rodičce“. Oba zjišťují místo bydliště ženy rodičky. Místo bydliště rodiček zde bude analyzováno na úrovni krajů.

Území České republiky se podle Zákona č. 36/1960 Sb. o územním členění státu v novelizovaném znění dříve dělilo na 8 krajů. Tyto kraje byly zavedeny 11. dubna 1960 ještě s dalšími kraji na území Slovenska. Od 1. ledna 2000 je Česká republika na základě zákona č. 47/1997 Sb. o vytvoření vyšších územních samosprávných celků, rozdělena na čtrnáct samosprávných krajů (NUTS III). Tyto kraje zhruba kopírují kraje z let 1948–1960, zřízené zákonem 280/1948 Sb. Pro lepší představu toho, jak je území České republiky na kraje rozděleno, je zde uvedena mapa rozdělení od 1. 1. 2000. Převod na stejné území, tak aby kraje byly mezi sebou porovnatelné, byl proveden následovně. Český statistický úřad sleduje demografický pohyb výhradně za obce, nikoliv za části obcí. Každá obec v České republice má svoje jednoznačné identifikační číslo, které je propojeno vazbami k dalším údajům (nejen statistickým, ale dalším územním, například informace o příslušnosti do nadřazené územní jednotky). V databázi ČSÚ se pak jednoduše změnila vazba a definuje se příslušnost dané obce k novému kraji. Takto se změnila vazba všem jednotkám (obcím) v databázi a přeskupí se do nových krajů, čímž vznikne i přepočítání. Problém souvisí s některými slučováním a rozpojováním obcí. Pokud se rozdělí obec a každá její část bude následně patřit do různých územních celků, nevíme, kolik se například přesně narodilo dětí v jednotlivých částech, máme jen údaj za celou obec. Když ČSÚ dělal přepočty území od roku 1991, kdy nebylo případů rozlučování obcí mnoho a případy, kdy bylo třeba „nějakou“ metodou udělat rozdělení původních údajů, byly ojedinělé. Ovšem za dřívější období, pro naše potřeby za období mezi lety 1987 až 1991, byl však rozdíl v počtu obcí větší (rozpojováním jich hodně přibylo), tudíž se zvýšilo i riziko, že nové jednotlivé části mohou patřit do více územních celků. Proto ČSÚ publikoval data za kraje jen pro roky 1991–2008 (Demografická ročenka krajů ČR 1991–2003 a Demografická ročenka krajů 1999–2008). Data za rok 1987 byla po osobní domluvě poskytnuta Ing. Poláškem z ČSÚ, autorem Demografických ročenek krajů.

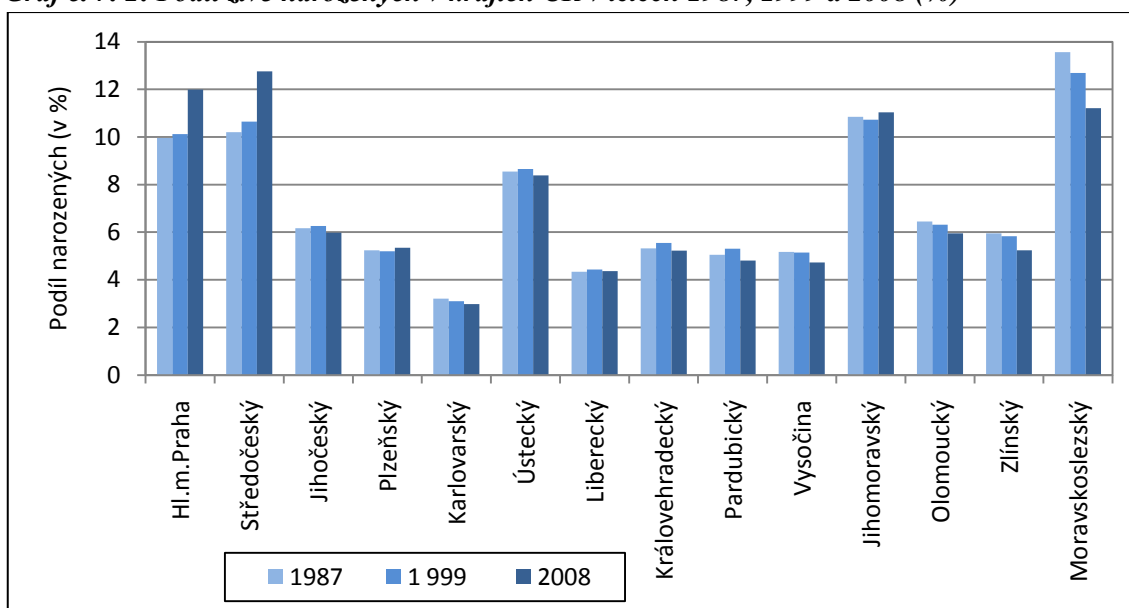
Mapa č. 7. 1: Kraje České republiky od 1. 1. 2000

Zdroj: ČSÚ

Diferenciace demografického chování může být určována i polohou a typem regionu. Většinou tyto celky odpovídají administrativnímu členění státu, což odráží spíše potřeby veřejné správy (Šídlo, 2008). Graf č. 7. 1 ukazuje počet živě narozených v letech 1987, 1999 a 2008. Je patrné, že mezi lety 1987 a 1999 došlo ve všech krajích k poklesu počtu živě narozených. Nejvyšší počet živě narozených byl v letech 1987 a 1999 v kraji Moravskoslezském, Jihomoravském, Hlavním městě Praha a Středočeském, nejnižší počet dětí měly kraje Karlovarský a Liberecký. V roce 1999 se v České republice živě narodilo celkem 89 481 dětí (historické minimum) a v roce 2008 to bylo 119 570. Z toho vyplývá, že v tomto období došlo k nárůstu o 25 %, oproti poklesu o téměř 32 % mezi lety 1989 a 1999. V roce 2008 se nejvíce dětí živě narodilo v Hl. městě Praha a Středočeském kraji, nejméně v Karlovarském a Libereckém kraji. Ve všech krajích došlo k nárůstu počtu obyvatel oproti roku 1999. V Hlavním městě Praha a ve Středočeském kraji se narodilo více dětí, než tomu bylo v roce 1987, v ostatních krajích méně.

Graf č. 7. 1: Počet živě narozených v krajích ČR v letech 1987, 1999 a 2008 (v tis.)

Zdroj: Demografická ročenka krajů 1999–2008, data 1987

Graf č. 7. 2: Podíl živě narozených v krajích ČR v letech 1987, 1999 a 2008 (%)

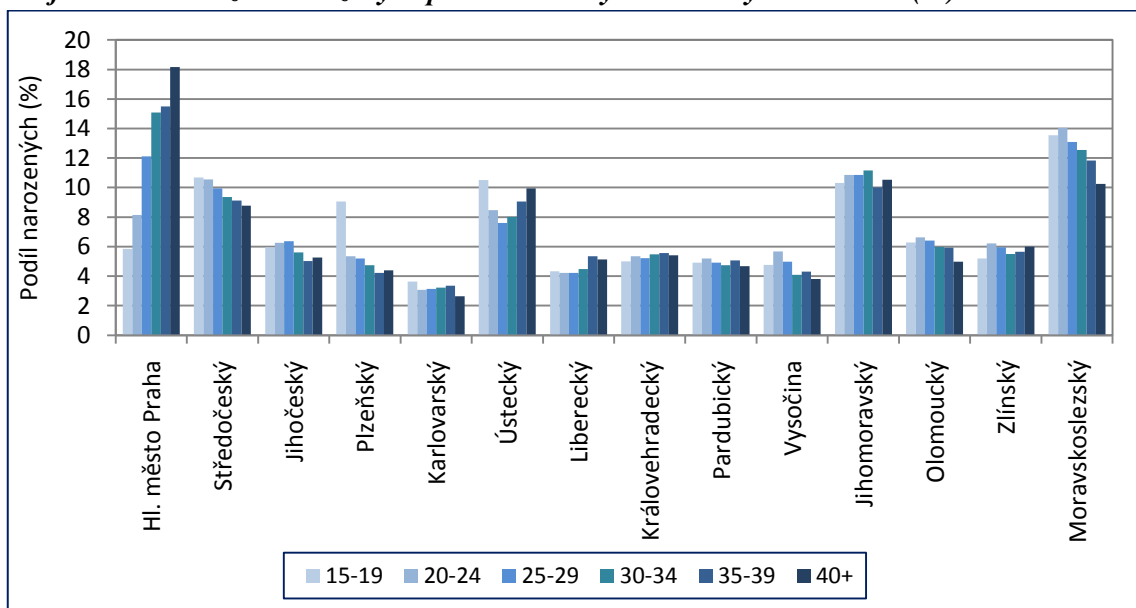
Zdroj: Demografická ročenka krajů 1999–2008, data 1987

Graf č. 7. 2 znázorňuje podíly živě narozených v letech 1987, 1999 a 2008 v jednotlivých krajích ČR. Ve všech sledovaných letech se největší podíl živě narozených dětí narodil v Hl. městě Praze, Středočeském, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji. Hlavní město Praha a Středočeský kraj jsou jediné kraje, kde podíl narozených mezi všemi sledovanými lety stoupal. V Karlovarském, Olomouckém, Zlínském, Moravskoslezském kraji a na Vysočině podíl živě narozených dětí mezi sledovanými lety naopak klesal. Nejvíce klesl podíl v Moravskoslezském kraji a to o 2,35 % na 11,2 % živě narozených. Nejmenší podíl dětí se narodil v Karlovarském a Libereckém kraji (dohromady 7,3 % v roce 2008). V Jihomoravském a Plzeňském kraji došlo mezi lety 1987 a 1999 ke snížení podílu narozených

a poté mezi lety 1999 a 2008 naopak ke zvýšení podílu živě narozených dětí. V ostatních krajích ČR (Jihočeském, Pardubickém, Ústeckém, Libereckém a Královéhradeckém) tomu bylo naopak. Nejprve došlo ke zvýšení podílu narozených dětí a poté ke snížení.

Graf č. 7. 3 zobrazuje podíl živě narozených podle věku matky a bydliště matky v roce 1987. Největší podíl dětí ve věkové skupině matek do dvaceti let se narodil v Moravskoslezském, Středočeském, Ústeckém a Jihomoravském kraji (dohromady 45 %). Ve věku matek 20–24 let se nejvíce dětí narodilo ve Středočeském, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji. Ve všech starších věkových skupinách matek se největší podíl dětí narodil v Hlavním městě Praha a Moravskoslezském kraji. Největší podíl narozených dětí nad čtyřicet let, měly také ženy v Praze a to více než 18 %. Nejmenší podíl dětí se narodil v Karlovarském kraji, a to ve všech věkových skupinách matek, a dále pak v kraji Libereckém. Pokud zkoumáme podíly narozených v rámci jednoho kraje, tak ve všech krajích se největší podíl dětí rodil ve věkové skupině matek 20–24 let a to 45–51 %, nejmenší podíl měla Praha 38 %. Hlavní město Praha mělo také nejmenší podíl narozených v nejmladší věkové skupině matek (8 %). Největší podíl narozených ve skupině do dvaceti let měl Plzeňský kraj (21 %). Ve všech věkových skupinách matek starších 25 let měla Praha největší podíl živě narozených. Ve skupině nejstarších matek měla podíl narozených 0,95 %.

Graf č. 7. 3: Podíl živě narozených podle věku a bydliště matky v roce 1987 (%)



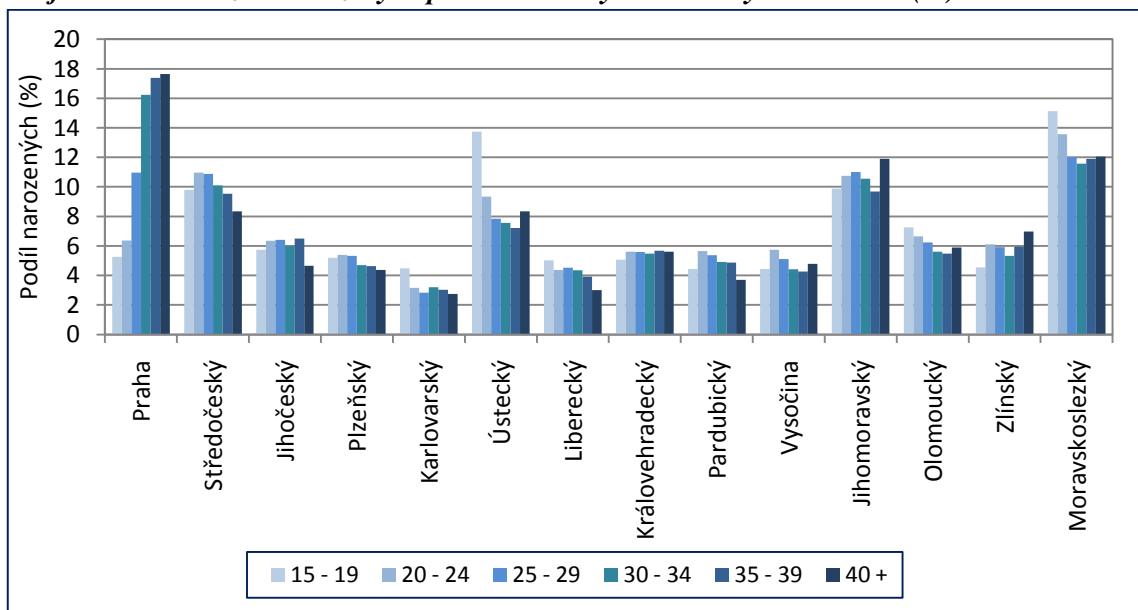
Zdroj: Data pro rok 1987.

V grafu číslo 7. 4 je znázorněn podíl živě narozených v jednotlivých krajích podle hlavních věkových skupin matek v roce 1999. Ve věku do dvaceti let se v celé České republice narodil největší podíl dětí rodičkám v Ústeckém a Moravskoslezském kraji, 13,8 % resp. 15,1 % ze všech narozených v dané věkové skupině. Nejméně dětí matkám do dvaceti let se narodilo v Pardubickém kraji a na Vysočině. Ve věkové skupině matek 20–24 let se největší podíl dětí z celé České republiky narodil v Moravskoslezském a Středočeském kraji, nejméně v Karlovarském a Libereckém kraji. Ve věkové skupině matek 25–29 let bylo nejvíce

narozených v Jihomoravském a Moravskoslezském kraji. Narození ženám starším 30 let mají nejvyšší podíl v Hlavním městě Praha a v Moravskoslezském kraji. Nejmenší podíl narozených ve všech starších věkových skupinách matek má Karlovarský a Liberecký kraj. V těchto krajích se celkově narodil nejmenší podíl dětí. V Karlovarském kraji se narodilo 3,1 % a v Libereckém 4,3 % dětí, počítáno ze všech narozených dětí v České republice v roce 1999.

Ve všech krajích kromě Karlovarského, Ústeckého, Vysočiny a Olomouckého byl největší podíl živě narozených ženám ve věkové skupině 25–29 let, druhou nejpočetnější věkovou skupinou narozených byly ženy ve věku 20–24 let. Jedinou výjimku tvoří Hlavní město Praha, kde byla druhou nejpočetnější skupinou 30–34 let. Ve všech krajích kromě Prahy byl také podíl narozených ženám mladším 20 let mezi 5–7 % ze všech narozených daného kraje, v Praze 3 %. Praha má také největší podíl narozených ženám ve věku 30–34 let a to 24 %, oproti ostatním krajům, které mají 13–15 %. Praha má i nejvyšší podíl narozených v nejstarší věkové skupině žen 35 + a to 8 %. Nejmladší rodičky má Ústecký kraj, kde je 48 % narozených ženám do 25 let. Oproti Praze, kdy je tento podíl 26 % ze všech narozených pražským rodičkám.

Graf č. 7. 4: Podíl živě narozených podle věku a bydliště matky v roce 1999 (%)

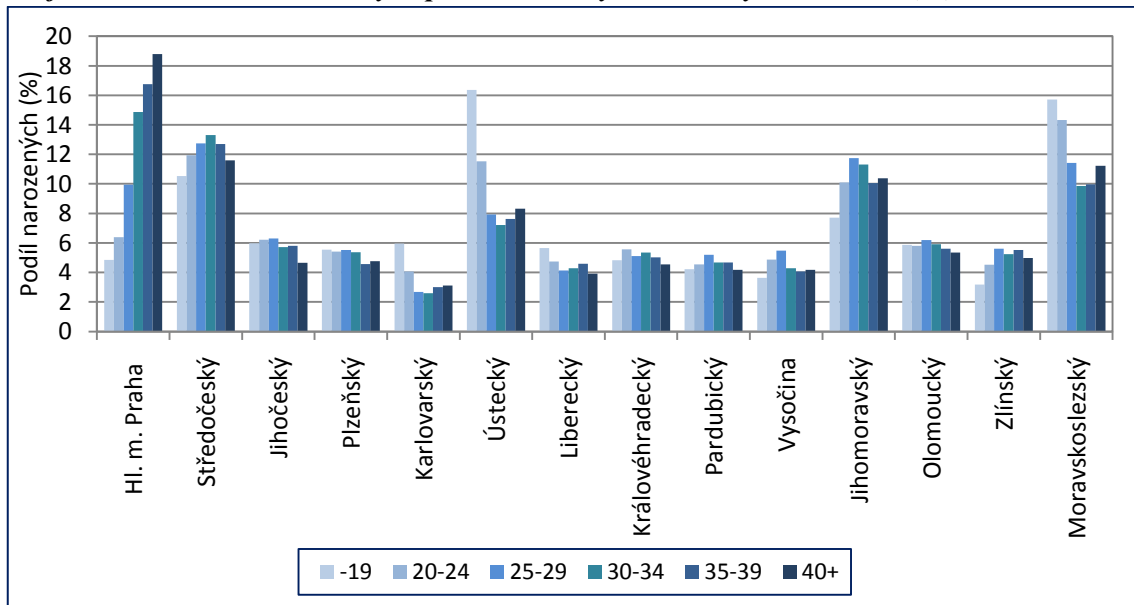


Zdroj: Demografická ročenka krajů 1991–2003

V roce 2008, jak je patrné z grafu číslo 7. 5, se situace změnila. Z nejmladší věkové skupiny do 20 let připadá 16,4 % narozených z celé České republiky na Ústecký kraj a 15,7 % na Moravskoslezský kraj. Nejméně narozených dětí rodičkám do 20 let připadá na Pardubický kraj a Vysočinu (4,2 % a 3,6 %). Z věkové skupiny 20–24 let připadlo nejvíce narozených dětí na Moravskoslezský, Ústecký a Středočeský kraj. Středočeský kraj má druhý největší podíl i ve všech starších věkových skupinách. Největší podíl narozených ve věkových skupinách 30–34, 35–39 a 40 + má Hlavní město Praha. Nejmenší podíl na všech věkových skupinách starších 20 let má Karlovarský kraj. Na věkové skupině 20–24 let má druhý nejmenší podíl kraj Liberecký.

Na věkové skupiny 30–34 let a 35–39 let má nejnižší podíl kraj Vysočina a na věkové skupině 40 + opět Liberecký kraj.

Graf č. 7. 5: Podíl živě narozených podle věku a bydliště matky v roce 2008 (%)



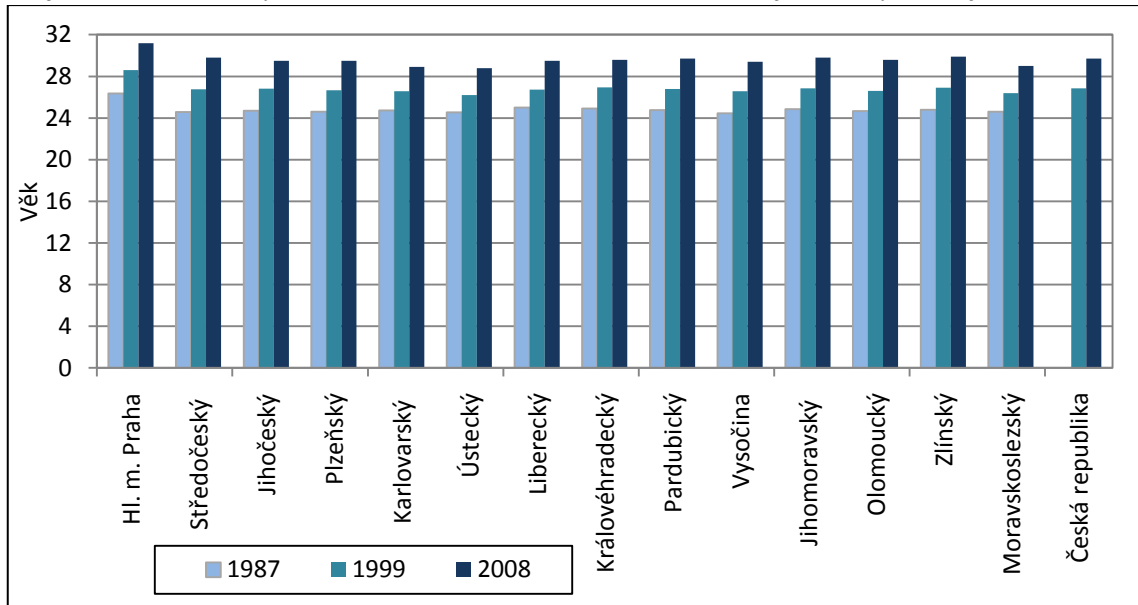
Zdroj: Demografická ročenka krajů 1999–2008

Ve všech krajích České republiky se v roce 2008 nejvíce dětí rodilo matkám ve věku 25–29 let a 30–34 let. Hlavní město Praha mělo nejvíce narozených ve věkové skupině rodiček 30–34 let (45,7 %), ke čtyřiceti procentům narozených se tato věková skupina matek blížila v krajích Středočeském, Plzeňském, Královéhradeckém a Jihomoravském. Dále měla nejvyšší podíl v Karlovarském, Libereckém, Olomouckém a Zlínském kraji. Narození věkové skupině žen 25–29 let byli nejpočetnější na Vysočině (39,6 %), dále pak v Jihočeském kraji (36 %), Ústeckém (32,3 %), Pardubickém (37 %) a Moravskoslezském kraji (34,8 %). Dále je zajímavé, že jediné Hlavní město Praha mělo menší podíl narozených rodičkám mladším 25 let než starším 35 let, 8,5 % resp. 17,5 %. Ostatní kraje měli větší podíl narozených rodičkám mladším 25 let než rodičkám starším 35 let. Z toho vyplývá, že hlavní město Praha má nejstarší věkovou strukturu rodiček. Nejvyšší podíl narozených u nejstarších rodiček byl v roce 2008 tedy v Praze, oproti 10,6 % v Plzeňském kraji. Nejvyšší podíl narozených rodičkám mladším 25 let byl v Karlovarském kraji, následovaném Ústeckým krajem, obojí 24,6 %, oproti nejnižšímu v Praze 8,5 %. Zlínský kraj má procentuální zastoupení těchto dvou skupin poměrně vyrovnané. Narozených ženám starším 35 let je 12,9 % a mladším 25 let 13,6 %.

Graf číslo 7. 6 znázorňuje vývoj průměrného věku rodiček v jednotlivých krajích České republiky. Průměrný věk matek ve všech krajích (stejně jako v celorepublikovém úhrnu) ve sledovaných letech neustále rostl. Nejvíce se svým vyšším věkem matek od ostatních krajů dlouhodobě odlišovalo Hlavní město Praha. V roce 1987 zde průměrný věk při narození dítěte činil 26,3 roku. Po celé sledované období byl o přibližně rok a půl vyšší než průměr celé České republiky. V roce 2008 zde byl průměrný věk matky 31,2 let. Na druhém místě s odstupem následoval Zlínský kraj. Nejnižší věk při porodu byl v roce 1987 zaznamenán v krajích

Ústeckém a na Vysočině. Rozdíly mezi dalšími kraji byly ovšem velmi malé, dalších osm krajů mělo průměrný věk rodiček 24,5–24,7 let. V roce 2008 měly oproti celorepublikovému průměru (29,7 let) vyšší průměrný věk Praha, Středočeský, Jihomoravský a Zlínský kraj. Nejnižšího průměrného věku dosahovaly kraje Ústecký a Karlovarský kraj. Nejvíce narostl průměrný věk rodiček ve Středočeském kraji o 5,2 let a nejméně v Karlovarském kraji o 4,2 let.

Graf č. 7. 6: Průměrný věk rodiček v letech 1987, 1999 a 2008 v jednotlivých krajích ČR



Zdroj: Demografická ročenka krajů 1999–2008, Data pro rok 1987

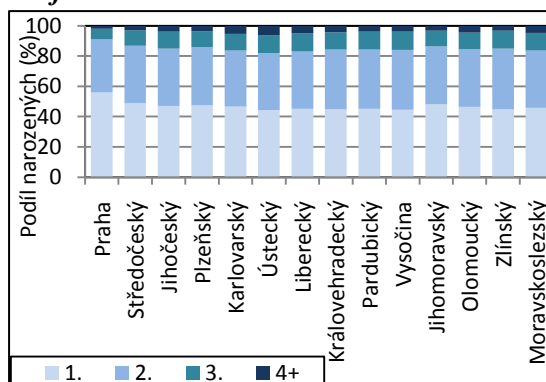
Faktory ovlivňující regionální diferenciaci plodnosti v České republice zkoumal ve svém článku Šídlo (Šídlo, 2008). Na konci osmdesátých let byla oblast s nejvyšší intenzitou plodnosti oblast pomezí Čech a Moravy, na počátku 21. století to byla oblast severozápadních a středočeských okresů. Tyto oblasti se naopak dříve vyznačovaly nejnižší úrovní plodnosti. Na počátku jednadvacátého století měly nejnižší úroveň plodnosti oblasti jihovýchodní a střední Moravy. Autor se ve svém článku věnoval faktorům, které mají největší vliv na úroveň a intenzitu reprodukčního chování. Nejvýznamnějším faktorem se ukázal být faktor kvalitativní, který v sobě zahrnuje ukazatele věkové struktury (průměrný věk matek, průměrný věk při narození prvního dítěte), ukazatele vzdělanostní struktury (podíl osob bez vzdělání, s ukončeným základním vzděláním) či ukazatele odrážející kvalitu zdravotnictví (novorozenecká úmrtnost, dostupnost lékařské péče, samovolná potratovost). Jedná se vždy o ukazatele, které v sobě odrážejí kvalitu, ať už kvalitu obyvatelstva z hlediska vzdělání či kvalitu poskytované lékařské péče. Druhým nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím diferenciaci plodnosti v krajích České republiky byl tzv. sociokulturní faktor. Tento faktor byl nejvíce sycen ukazateli rozvodovosti, umělého přerušování těhotenství, nadějí dožití žen při narození, podílem narozených mimo manželství, podílem věřících osob a zastoupením osob romské národnosti v populaci. Po použití shlukové analýzy autor potvrdil specifické postavení Prahy. Hodnoty pro kvalitativní faktor byly u Prahy diametrálně odlišné než pro ostatní kraje, což je způsobeno starší věkovou strukturou, vyšší vzdělanostní strukturou i lepší dostupností

zdravotnické péče. Socioekonomický faktor pro Prahu nevybočoval z průměrných hodnot. Specifickým regionem se ukázal být severozápad České republiky tvořený Ústeckým a Karlovarským krajem se specifickými hodnotami sociokulturního i kvalitativního faktoru. Po celé transformační období devadesátých let byly tyto kraje postiženy restrukturalizací průmyslu, jejímž důsledkem byla i řada socioekonomických problémů, které se projeví i dále. Je zde nižší vzdělanostní struktura obyvatelstva, vyšší zastoupení minoritních menšin, vysoký podíl dětí narozených mimo manželství, vyšší úroveň potratovosti a rozvodovosti apod. Tento region by se dal označit jako problematický. Spolu s tím se také vymykají Moravskoslezský a Liberecký kraj. Mají podobné hodnoty jako „problematický“ region, ale v daleko nižší intenzitě. Tradičními kraji by se daly označit Vysočina a Zlínský kraj, kde hodnoty sociokulturního faktoru nejvíce odráží zachování tradičních kulturních norem a vzorců chování (podíl věřícího obyvatelstva, postoj k potratovosti a rozvodovosti, rození dětí mimo manželství apod.). Díky vlivu Brna a jeho okolí se do tohoto shluku nezačlenil Jihomoravský kraj, spadá s ostatními kraji do shluku s průměrnými hodnotami (Šídlo, 2008).

7.1 Živě narození podle pořadí a podle bydliště matky

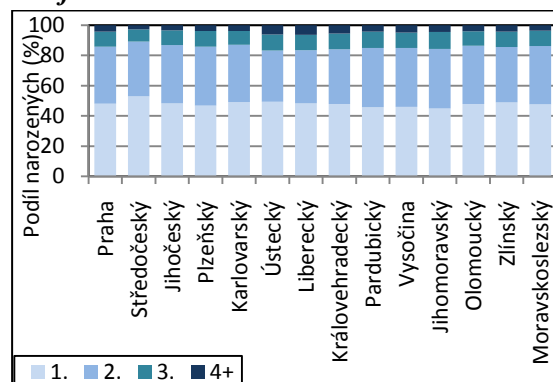
Následující tři grafy znázorňují podíl živě narozených podle pořadí a bydliště matky. Největší podíl narozených prvního pořadí byl v roce 1987 v Hlavním městě Praha – 51 %. Podíly ostatních krajů se pohybovaly mezi 44 a 47 %. Podíl dětí narozených v druhém pořadí se ve všech krajích pohyboval mezi 36 a 39 %. Podíl dětí živě narozených ve třetím pořadí se pohyboval mezi 11 a 13 %, krom Prahy, kde byl 8 %. Podíl dětí narozených ve čtvrtém pořadí byl nejvyšší v Karlovarském a Ústeckém kraji – téměř 7 % dětí, oproti ostatním krajům, kde byl 3–5 %. V roce 1999 vybočuje oproti ostatním krajům svými hodnotami Středočeský kraj, s vyšším podílem narozených prvního pořadí a nižším podílem narozených třetího pořadí. U narozených čtvrtého pořadí mají nejvyšší podíl tentokrát kraje Ústecký a Liberecký. V roce 2008 se na místo kraje s odlišnými hodnotami dostává opět Hlavní město Praha. Má vyšší podíl narozených prvního pořadí, o téměř 10 % vyšší než je celorepublikový průměr a osm dalších krajů. U narozených druhého a třetího pořadí má menší podíl než ostatní kraje, o 2–4 %, resp. o 3–5 %.

Graf č. 7.1.1: 1987

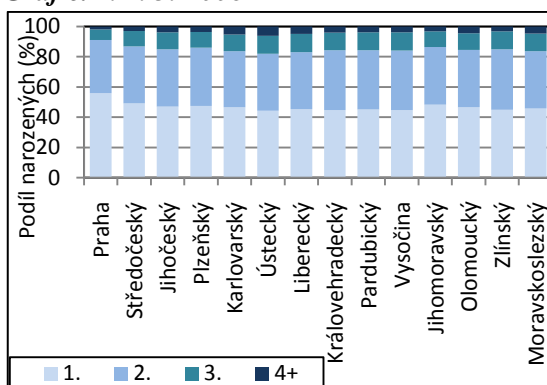


Zdroj: Data 1987

Graf č. 7. 1. 2: 1999



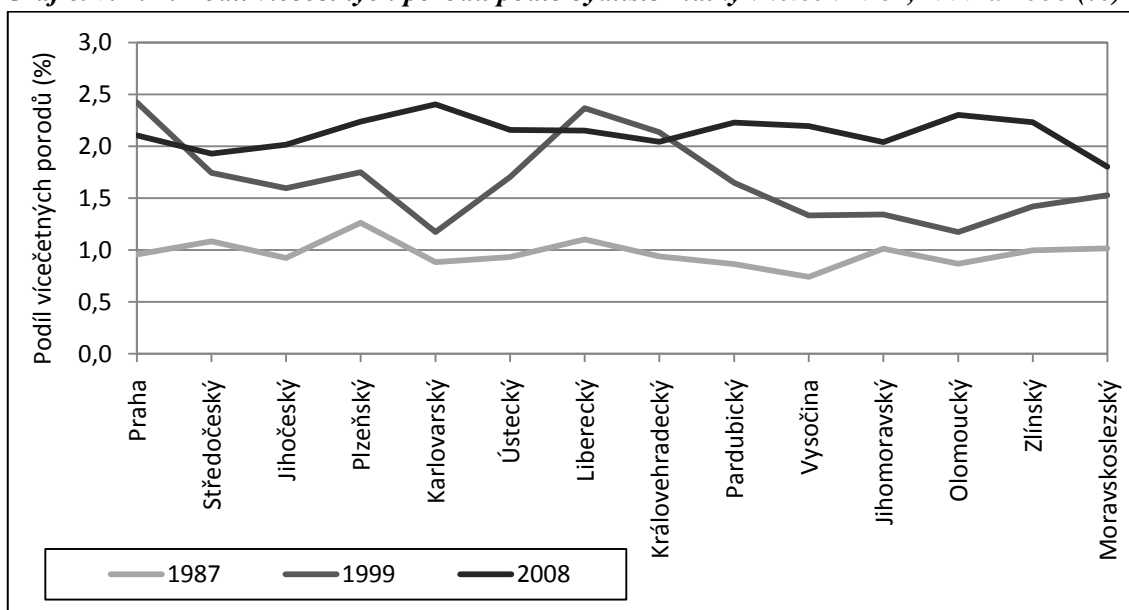
Demografická ročenka krajů 1991–2003

Graf č. 7. 1. 3: 2008

Zdroj: Demografická ročenka krajů ČR 1999–2008

7. 2 Porody podle četnosti a podle bydliště matky

Pokud se blíže podíváme na porody podle četnosti a kraje, v kterém má matka narozeného trvalé bydliště, vidíme mezi kraji rozdíly. V České republice došlo mezi sledovanými lety ke zvýšení podílu vícečetných porodů. V roce 1987, kdy celorepublikový podíl vícečetných porodů dosahoval necelého jednoho procenta, měl nejvyšší podíl Plzeňský kraj s hodnotou 1,26 % vícečetných porodů. Nadprůměrná hodnota byla zaznamenána i u Libereckého, a Středočeského kraje. Vůbec nejnižší podíl vícečetných porodů byl v kraji Vysočina 0,74 % porodů. V roce 1999 byly podíly vícečetných porodů vyšší, celorepublikový průměr činil 1,67 %. Nejvyšší podíly vícečetných porodů byly zaznamenány v Praze, Královéhradeckém a Libereckém kraji, a to dokonce vyšší než v roce 2008, kdy byl celorepublikový podíl vícečetných porodů 2,1 %, tedy vyšší než v roce 1999. Nejmenší podíl vícečetných porodů v roce 1999 měly Karlovarský a Olomoucký kraj, oba shodně 1,17 %. V roce 2008 to byly Středočeský a Moravskoslezský kraj, kde hodnoty dosahovaly těsně pod 2 %.

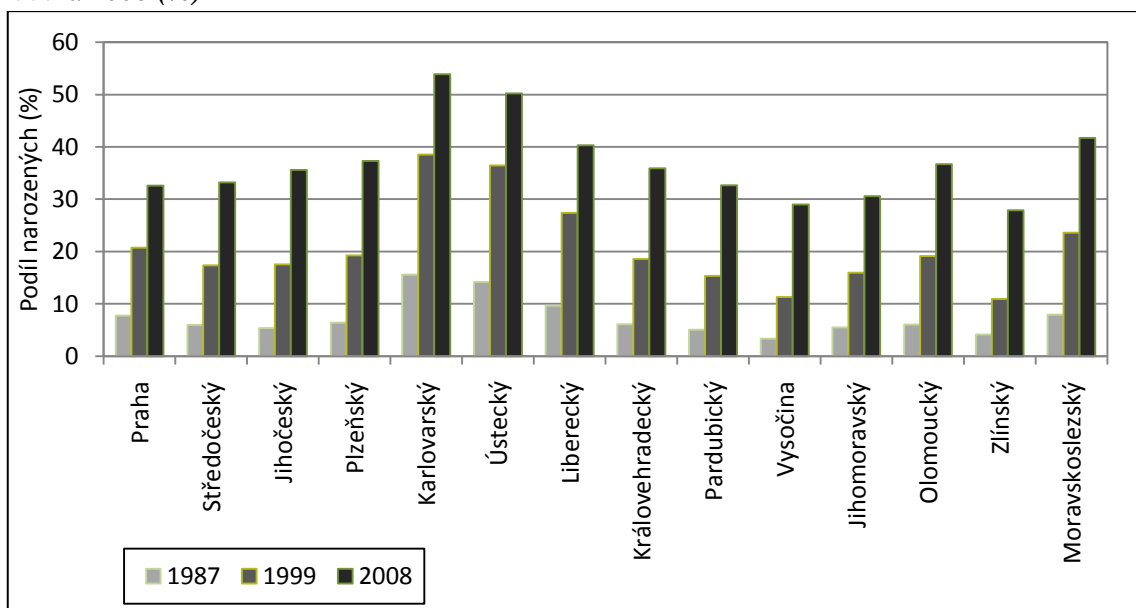
Graf č. 7. 2. 1: Podíl vícečetných porodů podle bydliště matky v letech 1987, 1999 a 2008 (%)

Zdroj: Data pro rok 1987, Demografická ročenka krajů ČR 1999–2008

7.3 Živě narození podle legitimacy a podle bydliště matky

Podíl dětí živě narozených mimo manželství se v jednotlivých krajích České republiky značně liší. V roce 1987 se narodilo mimo manželství celkem necelých 8 % dětí ze všech živě narozených v celé České republice. V Karlovarském a Ústeckém kraji byl podíl živě narozených mimo manželství výrazně nadprůměrný oproti ostatním krajům. V Karlovarském kraji činil 15 % a v Ústeckém 14 % z živě narozených v daném kraji. Naopak v kraji Vysočina a ve Zlínském kraji se mimo manželství rodilo jen necelých 5 % dětí. Po celé sledované období se podíl mimo manželsky živě narozených dětí ve všech krajích neustále zvyšoval. Rozdíly mezi nimi ale zůstaly zachovány. Rozdíl mezi maximálním podílem živě narozených mimo manželství v Karlovarském kraji a minimálním podílem narozených mimo manželství na Vysočině a Zlínském kraji zůstal zachován i v roce 1999, kdy činil 27 %, i v roce 2008, kdy byl 25 %. V roce 2008 se na celorepublikové úrovni živě narodilo 36,4 % dětí mimo manželství, v Karlovarském a Ústeckém kraji to však byla již více než polovina dětí. Vysoký podíl živě narozených mimo manželství zůstal i v Libereckém a Moravskoslezském kraji a mírně nadprůměrnou úroveň zaznamenal Plzeňský kraj (průměr 36,98 %). Trvale nejnižší zastoupení mimo manželsky živě narozených dětí zůstávalo v kraji Zlínském a na Vysočině, ale i tady se jejich podíl blíží 30 %. Poppová a Radolfová v publikaci *Porodnost a plodnost 2001–2005* uvádějí, že na základě zjištěných skutečností jsou příčiny nárůstu mimo manželské plodnosti poměrně rozmanité. Nejvyšší podíl narozených mimo manželství i tempo růstu tohoto ukazatele trvale zaznamenávaly regiony s dlouhodobě vysokou nezaměstnaností, nízkou vzdělanostní úrovní obyvatelstva a s vyšším zastoupením sociálně slabých skupin osob (Karlovarský, Ústecký a částečně Moravskoslezský kraj) (Poppová, Radolfová, 2006).

Graf č. 7. 3. 1: Podíl dětí živě narozených mimo manželství podle bydliště matek v letech 1987, 1999 a 2008 (%)

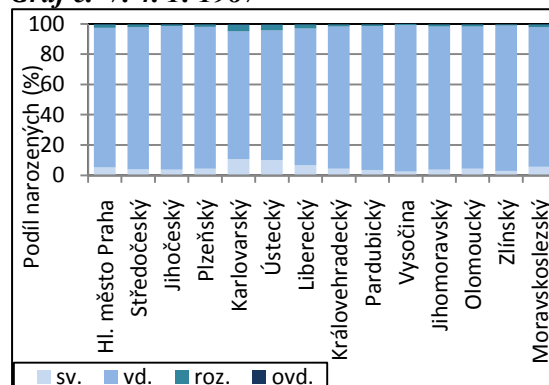


Zdroj: Data pro rok 1987, Demografická ročenka krajů ČR 1999–2008

7.4 Živě narození podle rodinného stavu a bydliště matky

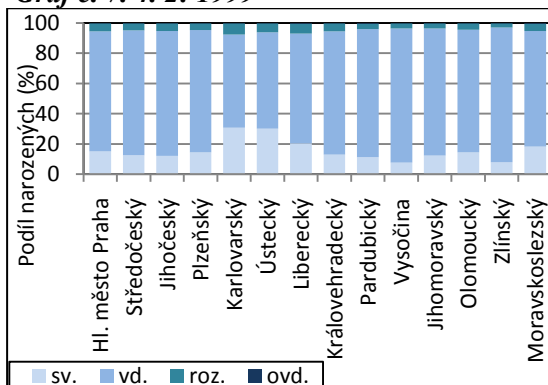
Následující tři grafy znázorňují podíl živě narozených podle rodinného stavu matky a podle bydliště matky. Rozdíly mezi lety 1987, 1999 a 2008 jsou na první pohled patrné. V roce 1987 se nejvíce dětí narodilo v manželství, tedy vdaným ženám, a to ve všech krajích České republiky. Nejvyšší podíl narozených mimo manželství byl, jak víme z předchozí části, v Karlovarském a Ústeckém kraji. V těchto krajích se narodilo nejvíce dětí svobodným matkám v Karlovarském 10,6 % a v Ústeckém 10 %. Nad celorepublikovým průměrem dětí narozených svobodným matkám, který v roce 1987 činil 5,1 %, se ocitl ještě Liberecký a Moravskoslezský kraj. Nejnižší hodnotu zaznamenal kraj Zlínský. Karlovarský, Ústecký a Liberecký kraj spolu s Hlavním městem Prahou měly také vyšší podíl dětí živě narozených rozvedeným ženám a Karlovarský a Liberecký kraj měly i vyšší podíl dětí narozených ovdovělým ženám než ostatní kraje. V roce 1999 zůstává zastoupení krajů v minimálních i maximálních hodnotách stejné. Opět nadprůměrnými hodnotami u svobodných a rozvedených matek dominuje Karlovarský a Ústecký kraj, následovaný Libereckým, jen podíly se oproti roku 1987 zvýšily. Svobodné ženy v Karlovarském i Ústeckém kraji porodily 30 % dětí. U narozených ovdovělým matkám došlo k vyrovnání podílů a žádný kraj výrazně nepřevažuje svými hodnotami nad ostatními. Do roku 2008, kdy se mimo manželství narodilo více než 36 % dětí, se situace mezi krají také nezměnila. Opět mají maximální hodnoty narozených svobodným matkám kraje Karlovarský (45,7 %) a Ústecký (42,5 %). Vůbec nižší hodnotou 22,3 % se může pochlubit kraj Zlínský. U narozených rozvedeným ženám mají nejvyšší podíl opět Karlovarský a Ústecký kraj, tentokrát následovanými krajem Královéhradeckým a Jihočeským, všichni přesahovaly podíl 7 %. Podíly narozených ovdovělým matkám zůstaly rozloženy poměrně rovnoměrně.

Graf č. 7. 4. 1: 1987



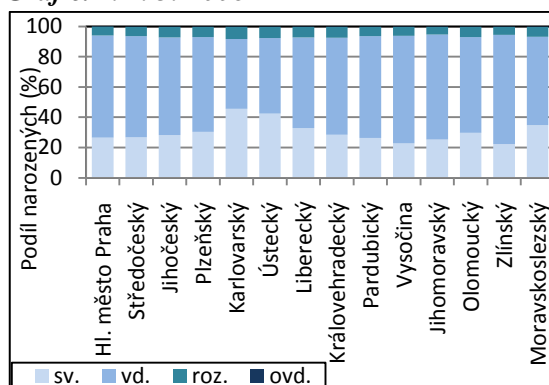
Zdroj: Data pro rok 1987

Graf č. 7. 4. 2: 1999



Zdroj: Demografická ročenka krajů 1991–2003

Graf č. 7. 4. 3: 2008

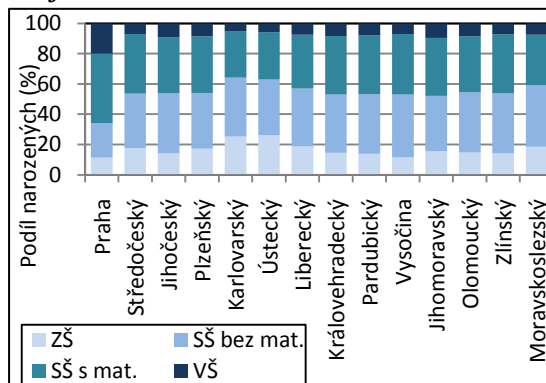


Zdroj: Demografická ročenka krajů ČR 1999–2008

7.5 Živě narození podle vzdělání matky a bydliště matky

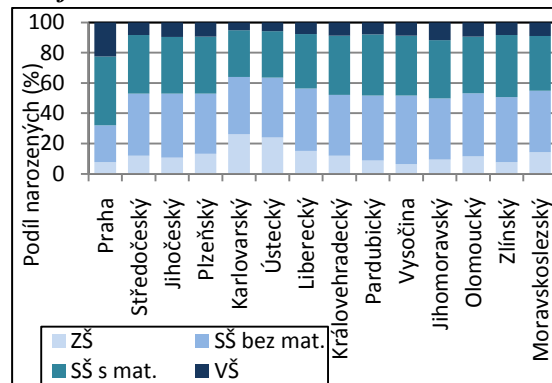
Data o dosaženém vzdělání matek za kraje České republiky byly poskytnuty Ing. Poláškem z Českého statistického úřadu. Podíly živě narozených podle vzdělání matek jsou počítány vždy z daného kraje (1 kraj rovná se 100 % narozených). V roce 2008 vzdělání matek nebylo zjištěno u 1 % živě narozených, nebyli tedy započítáni. Vidíme, že v roce 1987 (graf č. 7. 5. 1.) tvořili dominantní podíl živě narození matek se středním vzděláním, a to přibližně tři čtvrtiny všech narozených. Výjimku tvoří Praha, která měla podíl živě narozených matek se středním vzděláním 69 %, Ústecký a Karlovarský kraj 68 % a Vysočina 81 %. Ústecký a Karlovarský kraj měly nejvyšší podíl narozených matek s nejvyšším dosaženým základním vzděláním a nejmenší podíl narozených matek s vysokoškolským vzděláním, naopak tomu bylo v Praze. Do roku 1999 došlo ve všech krajích kromě Ústeckého a Karlovarského k poklesu narozených matek se základním vzděláním a nárůstu živě narozených matek s vyšším vzděláním. V roce 1999 (graf č. 7. 5. 2.) byl opět největší podíl živě narozených u žen se středním vzděláním, rozložení na matky s maturitou a bez maturity zůstalo přibližně stejné. Došlo k nárůstu podílu narozených matek s vysokoškolským vzděláním. Do roku 2008 (graf č. 7. 5. 3) se ve struktuře živě narozených podle vzdělání matek objevily výraznější změny. Znovu došlo k poklesu podílu narozených matek se základním vzděláním, tentokrát ve všech krajích, dále k poklesu podílu narozených matek se středním vzděláním bez maturity a nárůstu podílu narozených matek se středním vzděláním s maturitou a vysokoškolským vzděláním. Celorepublikově se od roku 1987 zvýšil podíl živě narozených matek s vysokoškolským vzděláním o 8 %, nejvíce v Jihomoravském kraji, Praze a Středočeském kraji. Nejvyšší podíl vysokoškolsky vzdělaných matek je v Praze, skoro 20 %, ostatní kraje mají podíl živě narozených matek s vysokoškolským vzděláním 7–9 %, pod průměrem je Karlovarský a Ústecký kraj s 5,5 %. Většina živě narozených se narodila matek se středním vzděláním s maturitou, průměrně 44 %. Živě narozených matek se základním vzděláním bylo průměrně 10 %, v Praze 4 % a naopak v Ústeckém a Karlovarském kraji 25,5 %. Došlo tedy k nárůstu podílu živě narozených vzdělanějších matek.

Graf č. 7. 5. 1: 1987



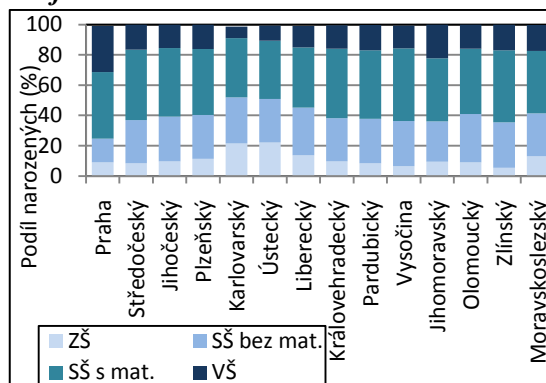
Zdroj: Data pro rok 1987

Graf č. 7. 5. 2: 1999



Zdroj: Data pro rok 1999

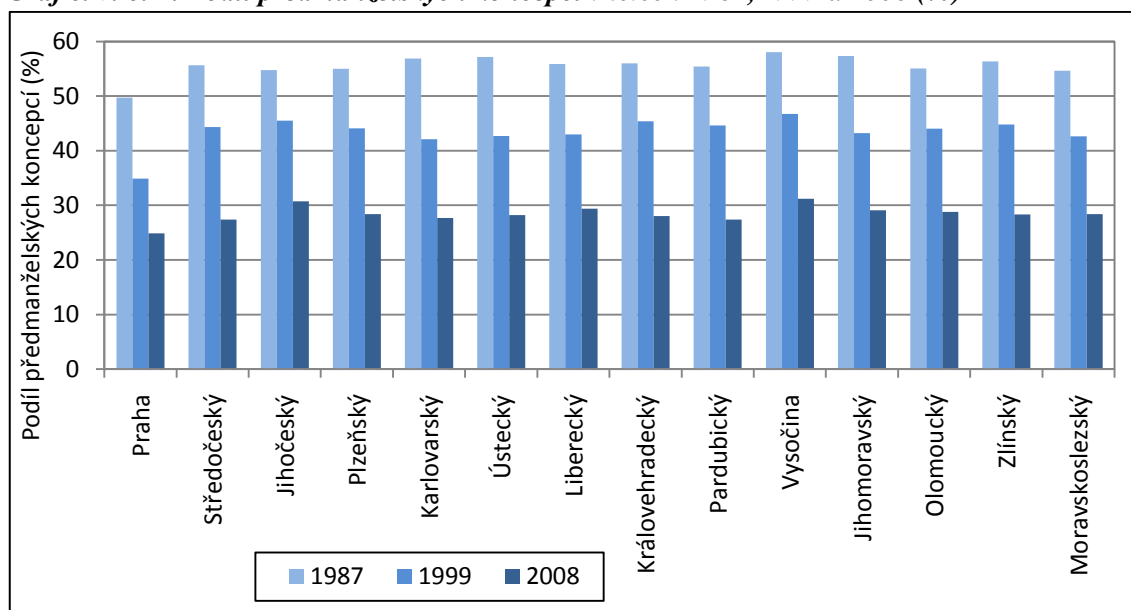
Graf č. 7. 5. 3: 2008



Zdroj: Data pro rok 2008

7.6 Předmanželské koncepce v jednotlivých krajích ČR

V následujícím grafu vidíme podíl předmanželských koncepcí ve sledovaných letech, tedy podíl živě narozených dětí v manželství, v době 0–7 měsíců po svatbě. Jde tedy o děti počaté mimo manželství. Na první pohled je patrné, že zcela jednoznačně byl tento podíl nejvyšší ve všech krajích České republiky v roce 1987. Ve všech krajích kromě Hlavního města Prahy se podíl předmanželských koncepcí pohyboval nad 50 %. Z toho tedy vyplývá, že ve více než polovině případů byl sňatek pravděpodobně vynucen otěhotněním partnerky. Největší podíl předmanželských koncepcí byl zaznamenán na Vysočině, v Jihomoravském kraji a v Ústeckém kraji. V roce 1999 se celorepublikově snížil podíl předmanželských koncepcí na 43 %, největší podíl z krajů zaznamenaly Jihočeský a Královéhradecký kraj. Nejmenší podíl mělo Hlavní město Praha a to 34,9 %. V roce 2008 došlo opět ke snížení podílu předmanželských koncepcí, celorepublikový průměr činil 28,1 %. Nejnižší podíl zaznamenalo opět hlavní město a nejvyšší podíly Vysočina a Jihočeský kraj. Rozdíly mezi krají jsou již ovšem menší než v předchozích dvou sledovaných letech. Jak ukazuje statistika, podíly předmanželských koncepcí se snižují, ale zároveň je třeba brát v potaz, že podíly narozených mimo manželství se každoročně zvyšují. Očekávání dítěte tedy přestává být důvodem uzavření sňatku.

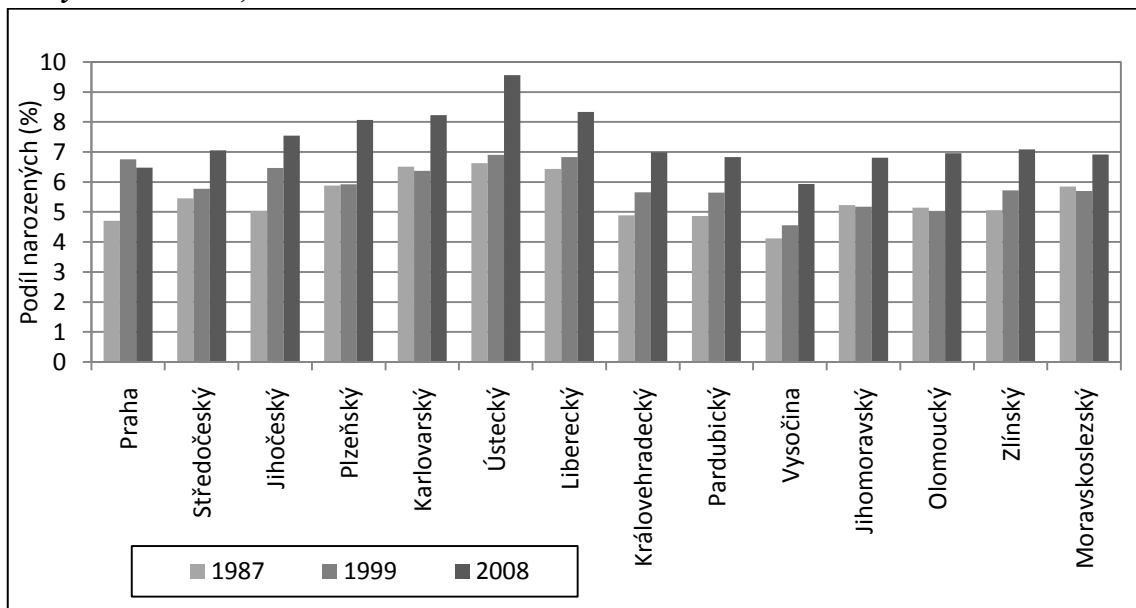
Graf č. 7. 6. 1: Podíl předmanželských koncepcí v letech 1987, 1999 a 2008 (%)

Zdroj: Data pro rok 1987, Demografická ročenka krajů ČR 1999–2008

7. 7 Živě narození s porodní hmotností do 2500 g podle bydliště matky

Děti narozené s porodní váhou nižší jsou obvykle narozené předčasně. Jako předčasný porod se označuje porod dítěte, který je definován jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity, nebo porod plodu s váhou menší než 2500 gramů (Pařízek). Vidíme, že mezi sledovanými lety došlo k nárůstu podílu dětí s nižší porodní hmotností. V roce 1987 byl celorepublikový průměr podílu živě narozených s porodní hmotností nižší než 2500 g 5,4 %, v roce 1999 byl tento průměr 5,9 %. Mezi lety 1999 a 2008 došlo k výraznějšímu nárůstu podílu živě narozených s porodní hmotností nižší než 2500 g a v roce 2008 činil celorepublikový průměr 7,3 %. Nejvyšší podíly ve všech třech sledovaných letech měly kraje Karlovarský, Ústecký a Liberecký. Oproti tomu nejnižší podíl dětí živě narozených s nižší porodní hmotností než 2500 g měl kraj Vysočina. V roce 2008 byl tento podíl o 4,5 % nižší než Ústecký kraj s nejvyšší hodnotou 9,6 %.

Graf č. 7. 7. 1: Podíl živě narozených dětí s porodní hmotností do 2500 g (%) podle bydliště matky v letech 1987, 1999 a 2008



Zdroj: Data pro rok 1987, Demografická ročenka krajů ČR 1999–2008

Diferenciace demografického chování může být určována polohou i typem regionu. V České republice jsou rozdíly mezi hodnotami demografických ukazatelů v jednotlivých krajích. Ve všech krajích došlo k poklesu počtu živě narozených. Nejvíce dětí se v současnosti rodí ženám ve věku 25–29 let a 30–34 let, došlo tedy k posunu do vyšších věkových skupin, než tomu bylo v roce 1987 a 1999. Nejvíce dětí se narodilo v Praze a Středočeském kraji, nejméně naopak v Karlovarském a Ústeckém kraji. Hlavní město Praha má nejstarší věkovou strukturu rodiček, ženy tady rodí nejčastěji ve věku 30–34 let, zároveň se zde ženám rodí nejmenší podíl dětí z celé republiky ve věku do 25 let a nejvyšší ve starších věkových skupinách. Naopak nejvyšší podíl dětí narozených ve věku do 25 let byl v kraji Karlovarském a Ústeckém. Průměrný věk matek v jednotlivých krajích ČR roste, nejvyšší byl zaznamenán v Hlavním městě Praha, ostatní kraje následují s mírným odstupem. Nejnižší průměrný věk měly ženy v Ústeckém a Karlovarském kraji. U živě narozených podle pořadí nedošlo ve sledovaných letech k žádným výrazným změnám. Krajem s odlišnými hodnotami byla v roce 2008 Praha, která měla výrazně vyšší podíl narozených prvního pořadí než ostatní kraje a nižší podíly narozených v ostatních pořadích. Nad celorepublikovým průměrem se z hlediska vícečetných porodů pohyboval kraj Karlovarský a Olomoucký. Výrazně nadprůměrný podíl dětí narozených mimo manželství se rodí v Karlovarském a Ústeckém kraji. Naopak nejmenší podíl dlouhodobě zaznamenaly kraje Zlínský a Vysočina. Po celé sledované období se podíl mimo manželsky narozených dětí zvyšoval a to ve všech krajích. Nejvyšší podíl z dětí narozených mimo manželství, jsou děti narozené svobodným matkám, nejvíce těchto dětí se rodí v Karlovarském a Ústeckém kraji, nejméně ve Zlínském. Většina živě narozených se narodila matkám se středním vzděláním s maturitou, průměrně 44 %. Živě narozených matkám se základním vzděláním bylo průměrně 10 %, v Praze 4 % a naopak v Ústeckém a Karlovarském kraji 25,5 %. Nejvyšší podíl vysokoškolsky vzdělaných matek je v Praze, skoro 20 %, ostatní kraje mají podíl

živě narozených matkám s vysokoškolským vzděláním 7–9 %, pod průměrem je Karlovarský a Ústecký kraj. Došlo tedy k nárůstu podílu živě narozených vzdělanějších matkám. Mezi sledovanými lety došlo k poklesu podílu předmanželských koncepcí, nejméně se vyskytovaly v Hlavním městě Praha a nejvíce naopak na Vysočině. Podíly předmanželských koncepcí se sice snižují, ale oproti tomu stoupá podíl dětí narozených mimo manželství. Očekávání narození potomka tedy přestává být důvodem ke sňatku. V úhrnu republiky představují nesezdaná soužití asi 5,5 % z počtu úplných rodin. Mezi kraji jsou podle Morávkové (Morávková, 2005) významné rozdíly. Podle sčítání v roce 2001 jich nejvíce bylo zaznamenáno v kraji Ústeckém (9,7 %) a Karlovarském (10,4 %). Nejméně ve Zlínském kraji a na Vysočině, 3,1 % resp. 3,2 %. Nejvyšší podíl narozených dětí s porodní hmotností byl v Karlovarském a Ústeckém kraji, nejnižší na Vysočině. Vývoj uvedených ukazatelů naznačil zvláštní postavení Karlovarského a Ústeckého kraje, Šídlo je ve své analýze označuje jako kraje problematické či specifické (nadprůměrný podíl narozených mimo manželství, nejvyšší podíl narozených s nižší porodní hmotností). Na druhé straně stojí se svými hodnotami kraje Vysočina a Zlínský kraj, které Šídlo označuje jako kraje, kde se odráží zachování tradičních kulturních norem a vzorců chování.

Kapitola 8

Shluková analýza krajů ČR

Shluková analýza byla vybrána pro prezentaci výsledků z kapitoly 7: Rodičky v České republice podle místa bydliště a narození podle bydliště matky. Cílem bylo zjistit, zdali shluková analýza provedená v programu SPSS podpoří výsledky kapitoly 7. Shluková analýza je souhrnným názvem pro celou řadu výpočetních technik, jejichž cílem je rozklad daného souboru dat na několik relativně homogenních skupin. Rozklad množiny dat by měl být proveden takovým způsobem, aby objekty uvnitř jednotlivých shluků byly co nejvíce podobné. Objekty patřící do různých shluků aby si naopak byly podobné co nejméně. Shlukování může být dvojího typu hierarchické nebo nehierarchické. V této práci je využito shlukování hierarchické. U hierarchického shlukování jsou vytvářeny shluky buď postupným rozdělováním větších shluků, nebo slučováním menších shluků. Vytváří stromovou hierarchii shluků známou jako dendrogram. Proces výstavby dendrogramu je zastaven splněním určité podmínky (typicky dosažením určitého počtu shluků). Vertikální řezy dendrogramem jsou rozklady ze shlukovací sekvence a horizontální řez představuje vzdálenost mezi shluky (Metody shlukové analýzy). Vhodnost shluku pro rozdělení či spojení závisí na podobnosti jeho prvků. Pro množiny prvků se podobnost vyjadřuje pomocí míry vazby. Míra vazby dvou množin se počítá pro každé dva prvky těchto množin. Podle požadovaných vlastností se vybírá buď maximální, minimální nebo průměrná hodnota (Lorenc; Dzúrová, Spilková).

Shluková analýza krajů České republiky byla provedena v programu SPSS. Byly použity všechny kraje České republiky: Hl. město Praha, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Liberecký, Královéhradecký, Pardubický, Vysočina, Moravskoslezský, Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský.

Každý kraj byl charakterizován hodnotami následujících proměnných pro rok 2008:

- Počet živě narozených (absolutní počet)
- Velikost kraje (km²)
- Průměrný věk žen při narození dítěte
- Podíl živě narozených mimo manželství (%)
- Podíl živě narozených dětí ženám do 20 let (%)
- Podíl živě narozených dětí ženám starším 35 let (%)
- Podíl předmanželských koncepcí (%)

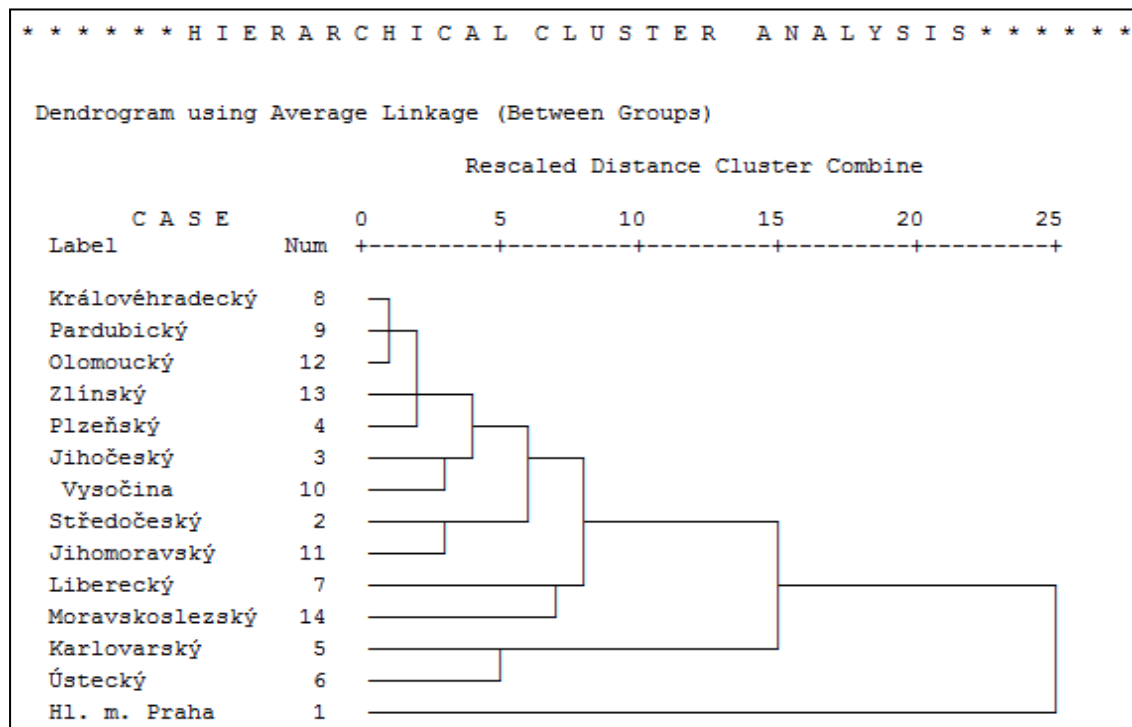
- Podíl živě narozených s porodní hmotností nižší než 2500 g (%)
- Podíl živě narozených matek s nejvyšším dosaženým vzděláním ZŠ (%)
- Podíl živě narozených matek s nejvyšším dosaženým vzděláním VŠ (%)
- Podíl živě narozených třetího a vyššího pořadí (%)
- Podíl živě narozených svobodným matek ze všech narozených mimo manželství (%)
- Úhrnná plodnost
- Podíl mrtvě narozených (%)
- Podíl vícečetných porodů (%)

Hodnoty jednotlivých znaků jsou často v různých jednotkách, to může způsobit, že se určité znaky jeví jako dominující a jiné znaky jen málo ovlivňují průběh shlukování. Někdy je proto vhodné upravit tak, aby byly všechny znaky souměřitelné. Jedním ze způsobů, jak toho docílit, je standardizace dat (Řezanková, 2003). Standardizace dat byla provedena příkazem v programu SPSS převedením na Z-skóry (průměr=0 a směrodatná odchylka=1).

V programu SPSS byla použita jako metoda shlukování metoda průměrné vzdálenosti (Average linked method) a jako způsob měření vzdálenosti čtverec euklidovské vzdálenosti (squared Euclidean distance). Vzdálenost mezi dvěma shluky (metoda průměrné vzdálenosti) lze definovat jako průměrnou vzdálenost mezi všemi dvojicemi objektů, které náleží do dvou různých shluků.

Výstupem shlukové analýzy je dendrogram. Na ose y jsou znázorněny jednotlivé kraje ČR podle toho, jak se shlukovaly. Na ose x je znázorněna vzdálenost.

Obr. 8. 1: Dendrogram krajů ČR pro rok 2008



Zdroj: program SPSS

Součástí výstupu je možné si v programu SPSS navolit i výstup rozpisu shlukování (agglomeraton schedule) viz tabulka 8. 1. Zde je popsáno postupné shlukování krajů po jednotlivých krocích, „coefficients“ nám znázorňují vzdálenost mezi shluky.

Tab. 8. 1: Rozpis shlukování (Agglomeration schedule)

Stage	Cluster Combined		Coefficients	Stage Cluster First Appears		Next Stage
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	Královéhradecký	Pardubický	2,660	0	0	2
2	Královéhradecký	Olomoucký	3,617	1	0	3
3	Královéhradecký	Zlínský	5,726	2	0	4
4	Plzeňský	Královéhradecký	7,341	0	3	7
5	Jihočeský	Vysočina	9,042	0	0	7
6	Středočeský	Jihomoravský	10,097	0	0	9
7	Jihočeský	Plzeňský	11,186	5	4	9
8	Karlovarský	Ústecký	13,705	0	0	12
9	Středočeský	Jihočeský	16,755	6	7	11
10	Liberecký	Moravskoslezský	21,454	0	0	11
11	Středočeský	Liberecký	23,712	9	10	12
12	Středočeský	Karlovarský	42,301	11	8	13
13	Hl.m.Praha	Středočeský	70,415	0	12	0

Zdroj: SPSS

V dendrogramu vidíme, že nejprve došlo ke spojení krajů Královéhradeckého, Olomouckého a Pardubického v jeden shluk. Tyto tři kraje mají tedy nejpodobnější hodnoty výše uvedených proměnných. Postupně se k nim v dalších krocích připojovaly kraje Zlínský a Plzeňský, dále Jihočeský a Vysočina. V následujícím kroku se připojil shluk Středočeského a Jihomoravského kraje. Poté byly připojeny kraje Moravskoslezský a Liberecký. Následovalo připojení shluku krajů Karlovarského a Ústeckého, která mají od ostatních krajů proměnné odlišné a na závěr připojení Hlavního města Prahy, která hodnotami svých proměnných od ostatních krajů také vybočuje. Vidíme tedy, že v České republice jsou mezi danými proměnnými na úrovni krajů rozdíly. První čtyři kraje, u kterých došlo k vytvoření shluku nejdříve, měly podle předchozí kapitoly (č. 7) hodnoty zvolených proměnných spíše průměrné. Naopak kraj Karlovarský a Ústecký a u hodnot některých proměnných i Liberecký kraj měly hodnoty vybraných proměnných výrazně odlišné od ostatních krajů. V předchozí kapitole, kde jsou jejich specifické hodnoty uvedeny konkrétně, ať už se jedná o nadprůměrný podíl narozených mimo manželství, nejvyšší podíl narozených s nižší porodní hmotností apod., je tento shluk označen jako specifický (problematický). Specifické hodnoty proměnných (starší věkovou strukturu rodiček, vyšší průměrný věk při narození dítěte apod.) má i podle výsledků předchozí kapitoly Hlavní město Praha, což prokazuje i výsledek shlukové analýzy.

Kapitola 9

Závěr

9.1 Závěrečné shrnutí (zhodnocení výzkumných otázek)

Od počátku devadesátých let se v české společnosti odehrávají významné změny, které zasahují do všech oblastí života. Patří mezi ně i změny v demografickém chování obyvatelstva. Jednou z oblastí, která změnami prošla a stále prochází je reprodukční chování obyvatel. Problematika dopadů nízké úrovně plodnosti je v popředí zájmu nejen odborníků, politiků a veřejnosti v České republice vůbec, ale i ve většině vyspělých států dnešního světa. Dlouhodobě se snižující počet narozených, který svého historického minima dosáhl v roce 1999, zaznamenal v posledních letech obrat. Dochází k opětovnému nárůstu počtu narozených vlivem realizace plodnosti silných populačních ročníků žen sedmdesátých let. Jedním z projevů změn je pokles úrovně úhrnné plodnosti, která svého minima dosáhla v roce 1999. Od té doby zaznamenal tento ukazatel mírný nárůst na hodnotu 1,5 v roce 2008. Stabilně se rodí 104–107 chlapců na 100 dívek. Přetrvává kontinuální pokles podílu mrtvě narozených, v roce 2008 dosáhl 0,23 %, mrtvě se více rodí chlapci než dívky. Dalším projevem změn je pokles umělých přerušení těhotenství na 0,34 UPT na jednu ženu v roce 2008, úhrnná samovolná potratovost zaznamenala jen malý pokles na hodnotu 0,18 potratu na jednu ženu v jejím reprodukčním období v roce 2008. Po celé období druhé poloviny dvacátého století dochází k poklesu úrovně kojenecké úmrtnosti až na 2,8 ‰ v roce 2008. Nízkých hodnot dosahuje také ukazatel míra mrtvorozenosti. Snižoval se podíl předmanželských koncepcí.

Analýza zaměřená na biologické charakteristiky rodiček a novorozenců dospěla k následujícím závěrům a zjištěním. K významnému demografickému zjištění se dále počítá skutečnost, že pokračuje přesun rodiček do vyšších věkových skupin a rodičky starší 30 let tvoří již téměř polovinu rodiček ČR. V posledním desetiletí se výrazně zvýšil věk rodiček, průměrný věk rodiček v roce 2008 dosahoval 29,3 let a nejčastějším věkem porodu byl v roce 2008 věk 30 let. Příčinou současného nárůstu starších rodiček je především zvýšení věku snoubenců při sňatku (ten u žen v roce 2008 dosahoval 28,7 let) a odklady narození dítěte na pozdější dobu od sňatku. U narozených podle pořadí zůstalo i přes změny v demografickém chování, které Českou republiku provázely v průběhu devadesátých let, pořadí poměrně stabilní. Největší podíl narozených tvořili v roce 2008 narození prvního pořadí a spolu s narozenými druhého pořadí

zaujímal 85% podíl narozených. Rozložení narozených podle věku matky značí odkládání narození prvního dítěte do vyššího věku, než tomu bylo před deseti lety. Až do třiceti let převažují primipary a od třiceti let převažují sekundipary. Zajímavé je také to, že se zvýšil podíl vícečetných porodů na skladbě porodů celkem. Tuto skutečnost si lze vysvětlit důsledky masového používání hormonální antikoncepce a zavedením umělých oplodnění. Příčinou může být i fakt, že se zvyšuje věk rodiček. V roce 2008 připadal nejvyšší podíl vícečetných těhotenství na věkovou skupinu 35–39 let.

Rozbor sociálních charakteristik narozených dětí a rodiček přinesl takovéto závěry. Rodinný stav matky patří k charakteristikám, které zaznamenaly výrazný posun. Razantně se zvýšil počet dětí narozených mimo manželství, v roce 2008 dosáhl podíl živě narozených v manželství 36,4 %. Pokračoval kontinuální nárůst podílu svobodných rodiček, toto procento narůstá s klesajícím věkem. Nejvíce dětí mimo manželství se narodilo ženám ve věku 25–29 let, nejvíce dětí ženám v manželství se narodilo ve věku 30–34 let. Narůstá i podíl rodiček žijících v trvalém partnerském svazku bez oficiálně uzavřeného manželství. Nejvíce dětí se celkově narodilo ženám vdaným ve věku 25–34 let. Vzdělanostní struktura narozených podle nejvyššího ukončeného vzdělání matky se průběžně měnila v souladu s všeobecným růstem vzdělanosti populace. Zvyšovalo se zastoupení žen s vyššími stupni vzdělání. Pokračoval plynulý pokles podílu rodiček s pouze základním vzděláním, naopak se zvyšoval podíl rodiček s vysokoškolským vzděláním. Nejvíce dětí se rodilo ženám se středním vzděláním s maturitou.

Při orientaci na zdravotní charakteristiky rodiček můžeme vyvodit několik následujících závěrů. Klesl podíl žen, které byly v průběhu těhotenství hospitalizované (16,3 %), hlavní podíl připadá na hospitalizace trvající jeden týden a méně. Nejčastější skupinou hospitalizovaných rodiček byly rodičky do 20 let a rodičky starší 35 let. Nejčastější komplikací v těhotenství byl hrozící předčasný porod. Podle délky těhotenství (do 38. týdne) se předčasně častěji rodí chlapeci než dívky, podle nižší porodní hmotnosti (do 2500 g) se častěji rodí dívky než chlapeci. Podle publikace „Rodička a novorozenec 2008“ pozvolna klesá podíl předčasných porodů, roste ale podíl novorozenců s nižší porodní hmotností. Porod dítěte nejčastěji proběhl spontánně a to u 79 % rodiček, souvisle ale narůstá výskyt porodů SC (císařským řezem), v roce 2008 tvořil více než pětinu porodů. I přes veřejně známou škodlivost účinku návykových látek se uživatelé najdou i mezi těhotnými ženami. Podíl uživatelů návykových látek, od roku 2000, kdy je tato kategorie sledována, plynule klesá. V roce 2008 návykové látky užívalo 5,8 % těhotných žen, z čehož hlavní podíl připadl na ženy kouřící v těhotenství. S věkem procento kuřáček klesá. Klesl také podíl uživatelů drog a požívatelů alkoholu na populaci rodiček ČR, s věkem procento uživatelů taktéž klesá.

Určité rozdíly v biologických, sociálních i zdravotních charakteristikách jsou z geografického hlediska v České republice patrné. Nejvíce dětí se narodilo ženám v Praze a Středočeském kraji. Průměrný věk při narození dítěte stoupá ve všech krajích ČR. Po celé sledované období se ve všech krajích zvyšoval podíl mimo manželsky narozených dětí, nejvyšší podíl z nich tvoří narození svobodným matkám. Vývoj sledovaných charakteristik rodiček

a narozených dětí ukázal specifické postavení Hlavního města Prahy. Praha má nejstarší věkovou strukturu rodiček, nejvyšší průměrný věk, vykazuje největší zastoupení 35letých a starších rodiček a nejnižší zastoupení rodiček mladších 20let. Má také výrazně vyšší podíl narozených prvního pořadí oproti ostatním krajům a nižší podíly narozených dalších pořadí. Nejvíce dětí se narodilo matkám se středním vzděláním a nejvyšší podíl vysokoškolsky vzdělaných matek pochází z Prahy.

Vývoj uvedených ukazatelů také naznačil zvláštní postavení Karlovarského a Ústeckého kraje, Šídlo je ve své analýze označuje jako kraje problematické či specifické. Oproti ostatním krajům ČR vykazovaly nejnižší podíl živě narozených, nadprůměrný podíl narozených mimo manželství, nejvyšší podíl narozených dětí s nižší porodní hmotností, nejvyšší podíl rodiček mladších 20let, nejnižší podíl narozených matkám s vysokoškolským vzděláním a nejvyšší podíl narozených matkám se základním vzděláním. Na druhé straně stojí se svými hodnotami kraje Vysočina a Zlínský kraj, které Šídlo označuje jako kraje, kde se odráží zachování tradičních kulturních norem a vzorců chování. Uvedené výsledky pro kraje České republiky potvrdila shluková analýza pro rok 2008 tvořící kapitolu 8 této práce.

9.2 Současná typologie rodičky

Na základě výsledků analýzy biologických, sociálních a zdravotních charakteristik rodiček a narozených dětí na území České republiky by se současná rodička dala charakterizovat jako třicetiletá vdaná žena, která porodila dítě prvního pořadí. Je pravděpodobné, že bydlí v Praze, Středočeském, Jihomoravském nebo Moravskoslezském kraji. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Těhotenství probíhalo bez závažných komplikací a k porodu došlo spontánně.

Seznam použité literatury:

- ABREVAYA, J. (2008): The Effects of Birth Inputs on Birthweight: Evidence from Quantile Estimation on Panel Data. *Journal of Business & Economic Statistics*, 2008, Vol. 26, No. 4. 379 – 397.
- Asociace krajů ČR. Dostupné z WWW: <http://www.asociacekrajů.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id_org=450022&id=64787&pl=60>
- BARTOŇOVÁ, D. (2007): Vzestup úrovně vzdělání podle dat sčítání lidu 1961–2001 v České republice. *Demografie*, 2007, ročník 49, číslo 1: 25–40.
- BARTOŠOVÁ, M. (2008): Životní dráhy prvorodiček po třicítce: proč mít dítě později? *Gender Sociologie*. 2008. Dostupné z WWW: <<http://www.genderonline.cz/view.php?cislocclanku=2008012714>>
- BARTOŠOVÁ, M. (2009): Ženy po třicítce – příklad specifických reprodukčních strategií a jejich zdrojů. *Sociologický časopis*. Sociologický ústav AV ČR, Praha 2009, Vol. 45, No. 1:147–176.
- BOČÁNKOVÁ, R. (2009): Předčasný porod. *Babyweb.cz*, 2009. Dostupné z WWW: <<http://babyweb.cz/Clanky/a899-Predcasny-porod.aspx>>
- BUEKENS P. a kol. (1991): Social differences in low birthweight and preterm deliveries in twins. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1991; 5: 276 – 285.
- CLEARY – GOLDMAN, J. a kol. (2005): Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol. 105, No. 5, Part 1. 2005
- CNATTINGIUS, S. a kol. (2009): Prepregnancy weight and the risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 2009, Vol. 338, No. 3, 147 – 153.
- ČAKIOVÁ, E. (2004): Vzdělání a zaměstnanost v ČR podle výsledků SLBD z pohledu genderu. *Demografie*, 2004, ročník 46, číslo 3: 199 – 204.
- ČERNÁ, K. (2005): Analýza: Nesezdaná soužití v ČR podle výsledků SLBD. *Demografické informace, analýzy a komentáře*, 2005. Dostupné z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=65>
- Demografie Info – Rodinný stav. *Demografické informace, analýzy a komentáře*. Dostupné z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_rodinnystav>

- Demografie Info – Vzdělání. Demografické informace, analýzy a komentáře. Dostupné z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_vzdelani>
- DZÚROVÁ D., SPILKOVÁ J., (2006, 2007): Materiály z přednášek a cvičení předmětu Statistická analýza dat I a Statistická analýza II.
- ETTLEROVÁ, S., ŠŤASTNÁ, A. (2006): Harmonizace rodinných a pracovních povinností rodičů se závislými dětmi. Demografie, 2006, ročník 48, číslo 1: 1 – 21.
- FIALOVÁ a kol. (2000): Představy mladých lidí o manželství a rodičovství. Sociologické nakladatelství, Praha 2000.
- FIALOVÁ, L. (2007): Změny charakteristiky mimomanželské plodnosti v českých zemích od 18. Století. Demografie, 2007, ročník 49, číslo 4: 230–243.
- FIALOVÁ, L., HAMPLOVÁ, D., KUČERA, M., VYMĚTALOVÁ, S. (2000): Představy mladých lidí o manželství a rodičovství. Sociologické nakladatelství. Praha 2000.
- FINGERHUT, L. A., KLEIMAN, J. C., KENDRICK, J. S. (1990): Smoking before, during and after Pregnancy. American Journal Public Health; 1990, Vol. 80, No: 5, 541 – 544.
- FIŠEROVÁ, L. (2008): Drogová závislost v těhotenství – vliv na plod a novorozence. Fakultní nemocnice Brno, 2008. Dostupné z WWW: <www.fnbrno.cz/Data/files/NO/Drogov%C3%A1%20z%C3%A1vislost%20v%20t%C4%9Bhotenstv%C3%AD%20-%20Lucka.ppt>
- GERYCHOVÁ, R.: Amniocentéza. Vyšetření v těhotenství. Dostupné z WWW: <<http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/prohlidky-vysetreni/amniocenteza.html>>
- Growth and growth hormone treatment in short stature children born small for gestational age. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2009 Feb; 6 Suppl 3: 350–7. Dostupné z www: <<http://www.rustovyhormon.cz/novinky-pro-odborniky/rust-a-lecba-rustovym-hormonem-u-hypotrofických-deti-s-malým-vzrůstem-433>>
- HÁJEK, Zdeněk: Předčasný porod. *Porodníci.cz*, 2006–2009. Dostupné z WWW: <<http://www.porodnici.cz/sos-porodnice/predcasny-porod-141>>
- HAMPLOVÁ, D. (2003): Vstup do manželství a vzdělání českých žen: generace 1952 – 1982. In Hamplová, D., Rychtaříková, J., Pikálková, S.: České ženy vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina. Sociologický ústav AV ČR, 2003.
- HAMPLOVÁ, D. (2006): Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis.* Sociologický ústav AV ČR, 2006, Vol. 42, No. 1: 31–55.
- HAMPLOVÁ, L. (2009): Císařský řez – manuál pro spokojené uživatelky. *Vitalia.cz*, 2009. Dostupné z WWW: <<http://www.vitalia.cz/clanky/cisarsky-rez-manual-pro-spokojene-uzivatelky/>>
- HAŠKOVÁ, H. (2004): Reprodukční preference a bezdětnost v české společnosti ve světe kvantitativních dat. Sociologický ústav AV ČR, 2004. Dostupné z WWW: <<http://www.soc.cas.cz/projects/cz/16/34/Fenomen-bezdetnosti-v-kontextu-socialnich-zmen-v-ceske-spolecnosti.html>>

- HAŠKOVÁ, H. (2009): Reprodukční preference a bezdětnost, zkrácená verze článku Reprodukční preference a bezdětnost v české společnosti ve světle kvantitativních dat, Sociologický ústav AV ČR, Praha. Dostupné z WWW: <www.soc.cas.cz/reprodukni%20preference%20a%20bezdetnost.pdf>
- HAŠKOVÁ, H. a kol. (2006): Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě. Sociologické studie 2006 (4). Sociologický ústav AV ČR, 2006.
- HEMMING, K. a kol. (2009): A comparison of customized and population – based birth-weight standards: The influence of gestational age. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2009, Vol. 146, 41 – 45.
- Hlášení o narození. 2003. Obyv 2–12 ČSÚ ČV 26/04 ze dne 12. 5. 2003. ČSÚ. Dostupné z WWW: <<http://apl.czso.cz/pll/vykwww/pdf.download?xid=720&xmutace=0>>
- HREŠANOVÁ, E., HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J. (2008): Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. *Sociologický časopis*. Sociologický ústav AV ČR, 2008, Vol. 44, No. 1: 87 - 111.
- CHALOUPKOVÁ, J. (2007): Diferenciace motivů svobodného mateřství: proč neprovdané matky nevstoupily před narozením svého prvního dítěte do manželství? *Data a výzkum – SDA Info*. Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.. Praha 2007, Vol. 1, No. 2: 127-140.
- CHEN, X. a kol. (2008): Paternal age and adverse birth outcomes: teenager or 40+, who is at risk? *Human Reproduction* Vol. 23, No. 6 pp. 1290–1296, 2008.
- Je bezdětnost normální? (2007) autoři redakce časopisu *Žena.cz*, 2007. Dostupný z WWW: <<http://zena.centrum.cz/rodicovstvi/deti-a-rodina/2007/6/4/clanky/je-bezdetnost-normalni/>>
- JUŘIČKOVÁ, L. (2005): ANALÝZA: Bezdětnost v České republice, Demografický informační portál. *Demografie Info*, 2005. Dostupná z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=118> 7. 1. 2010
- KALIBOVÁ, K. (2001): Úvod do demografie. Nakladatelství Karolinum. Praha 2001. 52 str.
- KELBEL, J., ŠILHÁN D.: Shluková analýza. Dostupné z WWW: <<http://staff.utia.cas.cz/nagy/skola/Projekty/Classification/ShlukovaAnalyza.pdf>>
- KOCOURKOVÁ, J. (2002): Má populační politika v České republice perspektivu? In Kocourková J., Kučera M., Loužek M., Rabušic L. (2002): Propopulační politika - ano či ne, Sborník textů č. 21. 2002. Dostupné z WWW: <www.cepin.cz/docs/dokumenty/sbornik21.pdf>
- Kolektiv autorů: Všeobecná encyklopedie. DIDEROT. Praha, 1999.
- KRAUS, J. (2007): Územní diferenciace plodnosti – geostatistický přístup. *Demografie*, 2007, ročník 49, číslo 3.
- KREIDL, M., ŠTÍPKOVÁ, M. (2009): Jaký byl vliv složení populace rodiček na zdraví novorozenců v ČR mezi roky 1992 a 2004? *FF ZČU*. 2009. 2–16.

- KVASNÍČKOVÁ, A. (2009): Těhotenství a porod prvního dítěte ve vyšším věku ženy. Bakalářská práce. Lékařská fakulta. Masarykova univerzita. Brno, 2009.
- KYZLINKOVÁ (2008): Okolnosti prvního pohlavního styku a antikoncepční chování těhotných žen a matek ve věku do dvaceti let. *Demografie*, 2008, ročník 49, číslo 1: 1 – 12.
- LABUSOVÁ, E. (2008): Porod na operačním sále. *Rodičovství, psychologie, zdraví*, 2008. Dostupné z WWW: <<http://www.evalabusova.cz/clanky/porod.php>>
- LEIFER, G. (2004): Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. Grada Publishing a.s. Praha, 2004. 988 str.
- Lékaři online. Gynekologie a porodnictví. Dostupné z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/zakroky/kleste-za-porodu-forceps-vex>>
- LORENC, L.: Ziskávání znalostí z databází. Shlukování. Dostupné z WWW: <<http://www.fit.vutbr.cz/study/courses/ZZD/public/seminar0304/Shlukovani2.pdf>>
- Mateřství. In *Ženy v České republice*. 2002. Kód: 4015–02. ČSÚ, 2002. Dostupné z WWW: <<http://czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/p/4015-02>>
- MC LANAHAN S. (2006): Prohlubující se rozdíly aneb jak se vede dětem za druhého demografického přechodu. *Demografie*, 2006, ročník 48, číslo 2: 77 – 96.
- Metody shlukové analýzy. Aplikované kvantitativní metody pro zemědělskou praxi. Západočeská univerzita v Plzni, 2005–2006. Dostupné z WWW: <http://www2.zf.jcu.cz/public/departments/kmi/MSMT_05/metody%20shlukove%20analyzy.pdf>
- MILNER, M. a kol. (1992): The impact of maternal age on pregnancy and its outcome. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 38, 281 – 286.
- Ministerstvo zahraničních věcí. Sdělení č. 47 ze dne 27. března 1997 o sjednání Dohody mezi vládou České republiky a vládou Spolkové republiky Německo o hraničních přechodech na společných státních hranicích. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 15, s. 1178–1184 Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1997/sb015-97.pdf>>
- Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 11 ze dne 22. ledna 1988 o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky. In *Sbírka zákonů České socialistické republiky*. 1988, částka 1, s. 19–20. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=11%2F1988&number2=&name=&text=>>
- Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 11 ze dne 29. ledna 1988 o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky. In *Sbírka zákonů České socialistické republiky*. 1988, částka 1, s.1–32. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1988/sb01-88.pdf>>
- MOR – YOSEF, S. a kol. (1989): The effects of the socioeconomic status on the perinatal outcome of grand multipara. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 36, 117 – 123.

- MORÁVKOVÁ (2005): Vybrané charakteristiky faktických manželství v datech sčítání lidu 2001. *Demografie*, 2005, ročník 47, číslo 3: 188 – 195.
- MURPHY M. a kol. (1997): Social, biological and reproductive characteristics of mothers of twins: implications for breast cancer risk. *Annals of Human Biology*, 1998; vol. 25: 77 – 85
- Národní koncepce podpory rodin s dětmi. [online]. 2009. MPSV ČR, 2009. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7958/Narodni_koncepce_podpory_rodin_s_detmi.pdf>
- Národní koncepce podpory rodin s dětmi. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2009. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7958/Narodni_koncepce_podpory_rodin_s_detmi.pdf>
- Neplodnost a její léčba. Neplodnost.org. Naděje umírá poslední. Dostupné z WWW: <www.neplodnost.org>
- O'LEARY, C., NASSAR, N., KURINCZUK, J., BOWER, C. (2009): Impact of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *BJOG (An International Journal of Obstetrics and Gynaecology)*, 2009, Vol. 116, 390 – 400.
- Partnership and Reproductive Behaviour in Low – Fertility Countries. United Nations NY 2003. Department of Economic and Social Affairs.
- PAŘÍZEK¹, A.: Hrozící předčasný porod. Nefyziologický porod. *Porodnice.cz*, 2002–2006. Dostupné z WWW: <<http://www.porodnice.cz/predcasny-porod-0>>
- PAŘÍZEK², A.: Císařský řez. Nefyziologický porod, operativní porod. *Porodnice.cz*, 2002–2006. Dostupné z WWW: <<http://www.porodnice.cz/cisarsky-rez>>
- Plodnost a sňatečnost žen. 2003. Kód: 4118–03. ČSÚ, 2003. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4118-03>>
- Pohyb obyvatelstva – Metodika. 2009. ČSÚ, 2009. Dostupné z WWW: <http://notes2.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/pohyb_obyvatelstva>
- POPPOVÁ, M., RADOLFOVÁ, M. (2006): Porodnost a plodnost 2001 – 2005. 2006. Kód: 4008–06. ČSÚ, 2006. Dostupné z WWW: <<http://czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4008-06>>
- Porodní váha. Kolik může vaše dítě vážit po narození. eMimino.cz Dostupné z WWW: <<http://www.emimino.cz/denicky/porodni-vaha-102/>>
- Porodnost – historie. Demografické informace, analýzy a komentáře. Dostupné z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_porodnosthistorie=>>
- Příručka demografické statistiky. ČSÚ, 2001. Dostupné z WWW: <<http://web.natur.cuni.cz/~mak/gos/demmetodika/www.czso.cz/cz/cisla/0/02/020100/narozeni.htm>>
- RABUŠIC, L. (2001): Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě. Sociologické nakladatelství. Praha, 2001. 265 str.
- Rodička a novorozenec 1997, 2007, 2008. ÚZIS. 1998, 2008, 2010.

- ROLETT, A., KIELY L. (2000): Maternal sociodemographic characteristics as risk factors for preterm birth in twins versus singletons. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2000, 14, 211 – 218.
- ROMAN, H. a kol. (2004): Obstetric and Neonatal Outcomes in Grand Multiparity. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol. 103, No. 6, 1294 – 1299.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. (2003): Diferenční plodnost v České republice podle rodinného stavu a vzdělání v kohortní perspektivě. In V Hamplová, D., Rychtaříková, J., Pikálková, S.: *České ženy vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. Sociologický ústav AV ČR, 2003.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. (2004): Změny generační plodnosti v České republice se zaměřením na vzdělání žen. *Demografie*, 2004, ročník 46, číslo 2, 77 – 87.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. (2007): Dvacet let svobodného mateřství v České republice (1986 – 2005). *Demografie*, 2007, ročník 49, číslo 1, 1-12.
- ŘEZÁBEK, K. (2008): *Léčba neplodnosti*. Grada Publishing a.s. Praha, 2008. 171 str.
- ŘEZANKOVÁ, H. (2003): *Klasifikace pomocí shlukové analýzy*. Vysoká škola ekonomická v Praze, 2003. Dostupné z WWW: http://nb.vse.cz/~REZANKA/Shlukova_analyza2003.pdf
- SEDLÁČKOVÁ, K., ŽIŽKOVÁ, B. (2007): Dopad užívání psychotropních látek v těhotenství. *Drogový informační server*, 2007. Dostupné z WWW: http://www.drogy.net/clanek/dopad-uzivani-psychoaktivnich-latek-v-teshotenstvi_2007_07_11.html 12.1.2010
- SEIDMAN, D. (1991): The effects of high parity and socioeconomic status on obstetric and neonatal outcome. *Gynecology and Obstetrics*. 1991. 249: 119 - 127.
- Sezónnost a vícečetné porody. In Poppová M., Randolphová M. (2006): *Porodnost a plodnost 2001 – 2005*. 2006. Kód: 4008–06. ČSÚ, 2006. Dostupné z WWW: <http://czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4008-06>
- SLEPIČKOVÁ, L. (2006): Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma. *Sociologický časopis*. Sociologický ústav AV ČR, 2006, 42: 937 – 951.
- SLEPIČKOVÁ, L. (2009): Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Czech Sociological Review*. Sociologický ústav AV ČR, 2009. Vol. 45 (1). pp. 177-204.
- SLEPIČKOVÁ, L.; FUČÍK, P. (2009): Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis*. Sociologický ústav AV ČR, 2009. Vol. 45 (2). pp. 267-291.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. (2007): *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Grada Publishing a.s. Praha, 2007. 214 str.
- *Slovník cizích slov*. ABZ.cz. Dostupné z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/>
- SPARKS, J. (2009): Do biological, sociodemographic, and behavioral characteristics explain racial/ethnic disparities in preterm births? *Social Science & Medicine* 68, 2009, Vol. 68, 1667 – 1675.

- STAŇKOVÁ, B. (2009): Negativní důsledky drogové závislosti v těhotenství - fetální alkoholový syndrom. Brno, 2009 55s. příl. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita v Brně, Fakulta pedagogická, Katedra sociální pedagogiky.
- Stop neplodnosti. Neplodnost. Léčba neplodnosti. Dostupné z WWW: <<http://www.stopneplodnosti.cz/>>
- ŠÍDLO, L. (2008): Faktory ovlivňující regionální diferenciaci plodnosti v Česku na počátku 21. století. Demografie, 2008, ročník 50, číslo 3: 186 – 198.
- ŠTYGLEROVÁ, T. (2009): Vývoj obyvatelstva v České republice v roce 2008. Demografie, 2009, ročník 51, číslo 3: 153 – 172.
- Těhotenství ve vyšším věku. 2008. Gynekologie. Internetový časopis ženy.cz Dostupný z WWW: <<http://www.zeny.cz/magazin/gynekologie/tehotenstvi-ve-vyssim-veku.aspx?Action=ShowAll>>
- THOMPSON, T. G.(2002): Women and smoking: A Report of the Surgeon General. Nicotine & Tobacco Research 4, 2002, Vol. 4, 7 – 20.
- TRÁVNÍČKOVÁ, I. (2009): Problémy drogové závislosti v těhotenství. Asociace záchranný kruh, 2009. Dostupné z WWW: <www.zachrannykruh.cz/rizikove_chovani/problemy_drogove_zavislosti_v_tehotenstvi.html>
- TRČA, S. (2009): Budeme mít dět'átko. Grada Publishing a.s. Praha, 2009. 263 str.
- TRČA, S. (2009): Plánované rodičovství. Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte. Grada Publishing a.s. Praha, 2009. 155 str.
- Typy a příčiny neplodnosti. Ženská neplodnost. Dostupné z WWW: <<http://zenska-neplodnost.cz/typy-a-priciny>>
- VAŠKOVÁ (2005): Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné jednotky u náctiletých matek. Demografie, 2005, ročník 47, číslo 4: 251 – 264.
- Vitalita narozených dětí. 2006. ČSÚ, 2006. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2001edicniplan.nsf/itisk/130032A366>>
- VOKURKA, M. a kol. (2009): Velký lékařský slovník. Maxdorf, 2009 Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/>>
- VONDRÁČKOVÁ, P. (2009): Bezdětnost – volba i osud. Baby web, 2009. Dostupný z WWW: <www.babyweb.cz/Clanky/a2328-Bezdetnost-volba-i-osud.aspx>
- Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2003. 2004. Kód: 4007–04. ČSÚ, 2004. Dostupné z WWW: <[www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/D800380070/\\$File/4007rra.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/D800380070/$File/4007rra.pdf)>
- Vývoj potratovosti v České republice. 2004. Kód: 4028–04. ČSÚ, 2004. Dostupné z WWW: <[www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E500444C07/\\$File/1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E500444C07/$File/1.pdf)>
- WANG, L. a kol. (2008): Preterm infants of educated mothers have better outcome. Acta Paediatrica, 2008. Vol. 97, 567 – 573.
- WIESNEROVÁ, J. (1997): Rodičky a novorozenci z pohledu zdravotnické statistiky. ÚZIS, 1997. Dostupné z WWW: <www.uzis.cz/download_file.php?file=2423>

- WIJSEN, C. (1994): *Motherhood Motivations in Fertility Decision Making*. PDOD.Paper No. 7. University of Amsterdam, 1997.
- Zákon č. 101 ze dne 25. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 44, s. 1521–1532. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb032-00.pdf>>
- Zákon č. 20 ze dne 17. března 1966 o péči a zdraví lidu. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1966, částka 7, s. 74–91. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1966/sb07-66.pdf>>
- Zákon č. 280 ze dne 24. prosince 1948 o krajském zřízení. In *Sbírka zákonů Československé republiky*. 1948, částka 101, s.1581–1610. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1948/sb101-48.pdf>>
- Zákon č. 36 ze dne 9. dubna 1960 o územním členění státu. In *Sbírka zákonů Československé republiky*. 1960, částka 15, s. 98–100. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1960/sb15-60.pdf>>
- Zákon č. 422 ze dne 10. června 2004, kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 138, s. 8090–8092. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb138-04.pdf>>
- Zákon č. 66 ze dne 20. října 1986 České rady o uměle přerušném těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1986, částka 22, s. 484–485. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=66%2F1986&number2=&name=&text=>>
- Zákon č. 68 ze dne 30. prosince 1957 o umělém přerušném těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé republiky*. 1957, částka 33, s. 289–290. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1957/sb33-57.pdf>>
- Zaměstnání, vzdělání, rodina a mateřství. In: *Vzdělání a zaměstnanost žen v ČR podle výsledků SLBD 2001*. Kód: 4199–03. ČSÚ, 2003. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4119-03>>
- Závazné pokyny NZIS. Národní registr rodiček. Pokyny k obsahu datové struktury. 2009. ÚZIS ČR, 2009. verze 007-20091001. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/info.php?article=362&mnu_id=7300>
- Zpráva o novorozenci
- Zpráva o rodiče
- ŽIŽKOVÁ, B., SEDLÁČKOVÁ, S. (2003): *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé ženy a jejich děti v ČR*. DROPIN, 2003. Dostupné z WWW: <www.dropin.cz/odbornetexty.shtml>

Seznam zdrojů dat:

- Demografická příručka 2007. 2008. Kód: 4032–08. ČSÚ, 2008. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/4032-08-2007>>
- Demografická ročenka ČR 2008. 2009. Kód: e–4019–09. ČSÚ, 2009. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/4019-09-2008>>
- Demografická ročenka krajů 1999 až 2008. 2009. Kód: w–4027–09. ČSÚ, 2009. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4027-09>>
- Demografická ročenka krajů České republiky 1991–2003. 2004. Kód: 4027–04. ČSÚ, 2004. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/publ/4027-04-1991_2003>
- Narození a zemřelí do jednoho roku 2000. ÚZIS ČR, 2001. ISSN: 1211-071X
- Narození a zemřelí do jednoho roku 2008. ÚZIS ČR, 2010. ISSN: 1211-071X
- OECS Health data 2009. OECD Health Data 2009 – Frequently requested data. Dostupné z WWW: <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html>
- Pohyb obyvatelstva v České republice 1993, 1994, 1995, ..., 2008. ČSÚ, 1994, ...,2009. Dostupné z WWW: <http://czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie>
- Pohyb obyvatelstva v České republice 1999. 2000. ČSÚ, 2000. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie>
- Pohyb obyvatelstva v České socialistické republice 1987. 1988. ČSÚ, 2008. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie>
- Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920 – 2008, analytické údaje. 2009. ČSÚ, 2009. Dostupné z WWW: <http://czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu>
- Pohyb obyvatelstva v Českých zemích v 1785 – 2008, analytické údaje. 2009. ČSÚ, 2009. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu>
- POPIN Czech Republic. Czech Republic Population Information. Dostupné z WWW: <<http://popin.natur.cuni.cz/html2/index.php?item=3.6>>
- Rodička a novorozenec 1997. ÚZIS ČR, 1998. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 1998. ÚZIS ČR, 1999. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 1999. ÚZIS ČR, 2000. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2000. ÚZIS ČR, 2001. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2001. ÚZIS ČR, 2002. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2002. ÚZIS ČR, 2003. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2003. ÚZIS ČR, 2004. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2004. ÚZIS ČR, 2005. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2005. ÚZIS ČR, 2006. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2006. ÚZIS ČR, 2007. ISSN 1213-2683.

- Rodička a novorozenec 2007. ÚZIS ČR, 2008. ISSN 1213-2683.
- Rodička a novorozenec 2008. ÚZIS ČR, 2010. ISSN 1213-2683.
- Rozmístění a koncentrace obyvatelstva ČR časová řada 1961-2001. 2003. Kód: 4120-03. ČSÚ, 2003. Dostupné z WWW:
<<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4120-03>>