

Univerzita Karlova

Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie

Studijní obor: Demografie se sociální geografii



Helena Budilová

Současné reprodukční chování rwandské populace

Current reproductive behavior of Rwandese population

Bakalářská práce

Vedoucí práce: RNDr. Klára Hulíková Tesárková, Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce a žádná její část nebyla využita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

Praha, 10.8.2020

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí této bakalářské práce, RNDr. Kláře Hulíkové Tesárkové, Ph.D., za pomoc, ochotu, odborné vedení a cenné připomínky, díky nimž jsem tuto bakalářskou práci vypracovala. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za jejich podporu a velké díky také patří respondentům za ochotu účastnit se výzkumu.

Současné reprodukční chování rwandské populace

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá současnými trendy reprodukčního chování obyvatel afrického státu Rwanda. Práce zkoumá především současný stav porodnosti a plodnosti (základní ukazatele jako jsou hrubá míra porodnosti a úhrnná plodnost, průměrný věk při porodu), kojenecké úmrtnosti a přístupu obyvatel k metodám ovlivňování plodnosti, například antikoncepce nebo metody plánovaného rodičovství. Jedním z hlavních cílů práce je nastínit demografický vývoj státu Rwanda v souvislosti s historickými událostmi a dopady genocidy, která proběhla v 90. letech 20. století a charakterizovat jejich dopady na současnou situaci týkající se porodnosti a plodnosti ve Rwandě, se stručným představením programů plánovaného rodičovství, které jsou jedním z klíčových aktérů v ovlivňování reprodukčního chování rwandské populace. Data vychází převážně ze statistik provedených v rámci Demography and Health Surveys a práce je doplněna kvalitativním pohledem založeným na vyjádření místních obyvatel. Na základě analýzy dat a kvalitativního výzkumu je doloženo, že demografický vývoj byl ve Rwandě důsledkem konfliktů a genocidy značně narušen, což zapříčinilo pozastavení průběhu demografické revoluce a dalšího rozvoje. V současnosti se ve Rwandě na základě programů plánovaného rodičovství a dalších vládních intervencí daří snižovat míru úhrnné plodnosti a zvyšovat například podíl žen užívajících alespoň jednu z moderních antikoncepčních metod, což také přispívá k celkovému ekonomickému rozvoji země.

Klíčová slova: Rwanda, populace, plodnost, porodnost, genocida, programy plánovaného rodičovství, rozvojové státy

Current reproductive behavior of Rwandese population

Abstrakt

The bachelor thesis deals with current trends in the reproductive behavior of the population in African country Rwanda. The thesis examines the current level of natality and fertility (indicators such as birth rate and total fertility rate, the average age at birth), infant mortality and the population's approach to the methods influencing fertility, such as contraception methods or programs of family planning. One of the main objectives of the thesis is to introduce and describe the demographic development of Rwanda in connection with the historical events and genocide that took place in the 1990s and characterize the current situation natality and fertility in Rwanda, with a brief introduction to family planning that is one of the key actors in influencing the reproductive behavior of the Rwandan population. The data are used from Demography and Health Surveys, and the thesis includes short statements from Rwandese citizens. The data analysis and qualitative research confirm that past conflicts and genocide disrupted the demographic development in Rwanda, leading to the suspension of the demographic revolution and further development. Rwanda has been recently succeeding in reducing total fertility rate and increasing the proportion of women using at least one of the modern contraceptive methods, mainly through the programs of family planning and other government interventions, that results in overall economic development.

Keywords: Rwanda, population, fertility, natality, genocide, programs of family planning, developing countries

Počet znaků: 138 148

Obsah

Seznam obrázků	8
Seznam tabulek	9
Seznam použitých zkratk	10
1. Úvod	12
2. Rešerše literatury	14
3. Metodika a zdroje dat	18
3.1. Demografické a zdravotnické šetření (DHS)	18
3.2. Další zdroje dat	20
3.3. Definice reprodukce	20
3.3.1. Porodnost a plodnost – vybrané ukazatele.....	21
4. Historie, socioekonomická a demografická charakteristika Rwandy	24
4.1. Historický vývoj Rwandy a důsledky koloniální éry, konfliktů a genocidy	25
4.2. Současná socioekonomická a demografická charakteristika Rwandy	32
4.3. Demografická charakteristika Rwandy	38
4.3.1. Plánované rodičovství.....	45
4.3.2. Programy plánovaného rodičovství ve Rwandě – současná situace	48
5. Demografická revoluce a demografická dividenda	52
5.1. Demografická revoluce	52
5.2. Demografická dividenda	53
5.2.1. Možné využití demografické dividendy ve státech subsaharské Afriky	54
6. Analýza reprodukčního chování ve Rwandě	57
6.1. Analýza vývoje a současného stavu porodnosti a plodnosti ve Rwandě	57
6.1.1. Porodnost.....	57
6.1.2. Úhrnná plodnost	59
6.2. Zhodnocení programů plánovaného rodičovství a užívání antikoncepce	64

6.3. Faktory ovlivňující reprodukční chování	68
6.3.1. Vzdělání.....	68
6.3.2. Ekonomická situace.....	69
6.3.3. Náboženství a víra	70
7. Závěr	72
Seznam použité literatury.....	76
Seznam příloh.....	82

Seznam obrázků

Obr. 1 – Administrativní dělení Rwandy	24
Obr. 2 – Vývoj počtu rwandských uprchlíků, 1960–2000	30
Obr. 3 – Pohlavně věková struktura obyvatel Rwandy v roce 1990	31
Obr. 4 – Pohlavně věková struktura obyvatel Rwandy v roce 1995	31
Obr. 5 – Vývoj hodnoty HDP ve Rwandě, 1960–2015.....	33
Obr. 6 – Skladba indexu lidského rozvoje (HDI).....	34
Obr. 7 – Skladba indexu nerovnosti pohlaví.....	36
Obr. 8 – Skladba multidimenzionálního indexu chudoby.....	37
Obr. 9 – Vývoj počtu obyvatel, Rwanda, 1950–2050.....	39
Obr. 10 – Vývoj obyvatelstva dle věkových skupin, Rwanda 1950–2050	40
Obr. 11 – Věková a pohlavní struktura rwandského obyvatelstva 2015, 2050 a 2100	41
Obr. 12 – Vývoj naděje dožití při narození ve Rwandě, 1950–2015	42
Obr. 13 – Používané moderní antikoncepční metody ve Rwandě, 2014–2015	49
Obr. 14 – Vývoj hodnoty hrubé míry porodnosti, Rwanda, 1955–2015.....	58
Obr. 15 – Vývoj úhrnné plodnosti, Rwanda, 1955–2015.....	60
Obr. 16 – Hodnoty úhrnné plodnosti v jednotlivých regionech Rwandy, 2014–2015.....	61
Obr. 17 – Preference ohledně ideálního počtu narozených dětí v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020.....	62
Obr. 18 – Preference ohledně ideálního věku při prvním porodu v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020.....	64
Obr. 19 – Hodnocení úspěšnosti programů plánovaného rodičovství ve Rwandě v rámci vlastního výzkumu, 2019–2020	66
Obr. 20 – Znalost moderních metod antikoncepce u mužů a žen v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020.....	67
Obr. 21 - Znalost přirozených metod antikoncepce u mužů a žen v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020.....	67
Obr. 22 – Úhrnná plodnost na základě dosaženého vzdělání, Rwanda, 2014–2015.....	68
Obr. 23 – Úhrnná plodnost na základě příjmové skupiny, Rwanda, 2014–2015.....	69

Seznam tabulek

Tab. 1 – Počty rwandských uprchlíků a emigrantů v sousedních státech, srpen 1994.....	29
Tab. 2 – Vývoj indikátorů a HDI, Rwanda, 1990–2018	34
Tab. 3 – Vývoj nerovnosti v dimenzích IHDI, Rwanda, 2010–2018.....	35
Tab. 4 – Předpokládaný vývoj naděje dožití při narození ve Rwandě, subsaharské Afriče a skupině zemí Least Developed Countries, 2010–2050.....	42
Tab. 5 – Porovnání novorozenecké, kojenecké a dětské úmrtnosti ve vybraných afrických státech v roce 2019	44
Tab. 6 – Vývoj hodnot hrubé míry porodnosti a obecné míry plodnosti, Rwanda, 1992–2015	59
Tab. 7 – Vývoj a současný stav specifické plodnosti dle věku, Rwanda, 1992–2015	63
Tab. 8 – Podíl uživatelů antikoncepce dle náboženské příslušnosti a metody v procentech, Rwanda, 2014-2015	71

Seznam použitých zkratk

DHS	Demographic and Health Survey
GII	Gender Inequality Index
HAI	Human Assests Index
HDP	Hrubý domácí produkt
HDI	Human Development Index
IBM	International Business Machines Corporation
IHDI	Inequality-adjusted Human Development Index
ICFP	The International Conference on Family Planning
INED	Institut national d'études démographiques
MIC	Middle Income Countries
MPI	Multidimenzionální index chudoby
NISR	National Institute of Statistics of Rwanda
OAU	Organization of African Unity
OSN	Organizace spojených národů
PRB	Population Reference Bureau
RANU	The Rwandese Alliance for National Unity
RPF	Rwandese Patriotic Front
SDGs	Sustainable Development Goals (Cíle udržitelného rozvoje)
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
UN	United Nations
UNAMIR	United Nations Assistance Mission for Rwanda
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children´s Fund

USAID U.S. Agency for International Development

WB The World Bank

WHO The World Health Organization

WPP World Population Prospects

Kapitola 1

Úvod

V dnešní době řešíme především ve vyspělých státech nízkou porodnost a stárnutí obyvatelstva. Mnoho současných nebo nedávných výzkumů ukazuje na fakt, že mladí z vyspělejších evropských států odkládají zakládání rodiny, rodí se méně dětí a stále častěji se děti narodí do rodiny, kde otec a matka nejsou manželé nebo osoba otce úplně chybí (Morgan, 2001, Giddens, 1999). Když se ale řekne Afrika, mnozí si většinou představí přesný opak, to znamená velké domácnosti, které se skládají z otce, matky a vysokého počtu dětí. Nicméně globalizace se postupně dostává do všech částí a oblastí světa a může významně ovlivnit mentalitu a chování obyvatelstva daného státu. Současné reprodukční chování se tak v mnoha rozvojových státech může od našich představ lišit. Předložená bakalářská práce se proto zabývá současným reprodukčním chováním obyvatel východoafrického státu Rwanda.

Rwanda je zajímavým státem ke zkoumání a analýze aktuálních trendů v reprodukčním chování, a to hlavně kvůli své minulosti. V roce 1994 došlo v zemi ke genocidě, kdy příslušníci etnika Hutu zmasakrovali příslušníky etnika Tutsi (Staveteig, 2011). Genocida měla závažné socioekonomické a demografické důsledky. Došlo ke dramatickému úbytku obyvatelstva. Mnoho lidí emigrovalo do okolních států a byl zaznamenán vysoký pokles porodnosti. Množství dětí osiřelo a rodiny přišly o své blízké (Scorgie, 2004). To dramaticky poznamenalo nejen minulý, ale především současný a budoucí demografický vývoj. I proto se Rwanda nabízí jako zajímavý stát pro analýzu současného reprodukčního chování, a to i kvůli porovnání s ostatními státy, které takto dramatickou minulostí neprošly. Rwanda byla také vybrána z osobních důvodů. Měla jsem možnost stát navštívit a práce tak bude kromě kvantitativního výzkumu doplněna kvalitativním pohledem založeným na řízených rozhovorech s rwandskými obyvateli.

Hlavním cílem práce je charakterizovat a představit současnou situaci v reprodukčním chování ve Rwandě a nastínit, jaký dopad měly na demografický vývoj státu a reprodukční chování historické události, především genocida, která se odehrála v 90. letech 20. století. Práce se tedy zaměřuje na období od první poloviny dvacátého století do současnosti. Prvním z dílčích cílů je stručný nástin historie, především dob koloniální éry, okolnosti rwandské genocidy a dopady na demografický vývoj a s ním související demografickou revoluci.

V rozvojových státech existuje rozličná škála faktorů ovlivňujících reprodukční chování obyvatel, například ekonomický rozvoj, ale také programy plánovaného rodičovství, jež jsou

převážně ve Rwandě velmi podporovány a týká se jich řada vládních intervencí (Solo, 2008). Dalším dílčím cílem je tak stručně charakterizovat současný socioekonomický a demografický profil státu a zaměřit se též na představení programů plánovaného rodičovství, jejich využití ve Rwandě a přístupu rwandského obyvatelstva k těmto programům.

Třetím dílčím cílem a důležitou součástí práce je též zhodnocení vývoje a současného stavu hodnot vybraných ukazatelů, s jejichž pomocí se sleduje populační vývoj a reprodukční chování ve Rwandě a nalezení souvislostí nebo odlišností v plodnosti a porodnosti z hlediska vybraných faktorů, například náboženství nebo úrovně vzdělání. Vybrané ukazatele, které budou využity v této práci, slouží hlavně k popisu populačního vývoje a reprodukčního chování obyvatelstva Rwandy a budou blíže představeny v kapitole, která se zabývá metodikou a zdrojem dat.

V práci jsou využita převážně data z Demographic Health Surveys (DHS) za roky 1992, 2000, 2005, 2010 a 2014–2015. Roky byly vybrány účelově, v roce 1992 se konalo poslední DHS před genocidou, v roce 2000 první šetření DHS po genocidě, šetření z roku 2005 bylo rozšířeno o důležité poznatky, které se týkají malárie a anémie a v roce 2014–2015 je dostupné zatím poslední DHS (DHS, 2020). Rok 2010 byl vybrán jako doplňkový rok pro lepší analýzu vývoje. V současnosti probíhá šetření DHS pro Rwandu pro rok 2019–2020 (DHS, 2020), nicméně data ještě nejsou dostupná. Důležitými zdroji dat jsou také Světová banka, Organizace spojených národů, Statistický institut Rwandy a Světová zdravotnická organizace.

Práce se skládá celkem ze sedmi částí. V úvodu práce jsou stručně nastíněny motivy, cíle a skladba práce. Druhá část se zabývá rešerší příslušné literatury. Třetí část uvádí užitou metodiku, zdroje použitých dat a vymezení základních ukazatelů a pojmů, které budou použity při analýze v analytické části. Ve čtvrté části jsou představeny základní charakteristiky státu Rwanda. Historická část je věnována historickému vývoji státu Rwanda. Socioekonomická charakteristika je dána hrubým domácím produktem (HDP), indexem lidského rozvoje, indexem lidského rozvoje upraveným podle nerovnosti, indexem nerovnosti pohlaví a multidimenzionálním indexem chudoby. Demografická charakteristika je přiblížena základními demografickými ukazateli, jako jsou naděje dožití, úhrnná plodnost nebo kojenecká úmrtnost. Čtvrtá část také tvoří podkapitoly zabývající se současnými nařízeními a vládními opatřeními, zahrnující například programy plánovaného rodičovství. Pátá část práce se poté zabývá definicí demografické revoluce, demografické dividendy a jejího průběhu a využití v rozvojových státech. Šestá část obsahuje analýzu dat, sledování vývoje vybraných ukazatelů a zhodnocení současné situace, jednotlivá zjištění a výsledné hodnoty jsou poté uváděny v samostatných podkapitolách. Poslední částí je závěr, který obsahuje shrnutí veškerých získaných poznatků, zhodnocení naplnění cílů a zodpovězení výzkumných otázek. Práce je doplněna o důležité socioekonomické ukazatele a indexy, jenž doplňují popis vývoje státu Rwanda. Dále jsou v práci přidány obrázky, grafy a tabulky, které znázorňují vývoj hodnot vybraných ukazatelů a společně s jejich interpretací dopomáhají k pochopení současné situace ve Rwandě.

Kapitola 2

Rešerše literatury

Vzhledem k tématu práce a zaměření se na africkou zemi bylo čerpáno především ze zahraničních a cizojazyčných zdrojů. Jak již zbylo zmíněno v úvodu, jedním z hlavních cílů práce je uvést a popsat současné reprodukční chování rwandské populace. Bližší analýzou trendů v reprodukci rwandských obyvatel se zabývá ve své publikaci *Trends in Reproductive Behavior in Rwanda* z roku 2017 americký demograf Charles Westoff, který představil především základní a klíčové poznatky zjištěné ze šetření DHS uskutečněného v letech 2014–2015 (Westoff, 2017). Druhým hlavním cílem je vylíčit historické události a zhodnotit, jaký měly vliv na demografický vývoj ve Rwandě. Historie státu Rwanda je dobře popsána v knize *Dějiny Rwandy a Burundi* z roku 2012, kterou napsal český afrikanista Jan Záhořík. Autor knihy zmiňuje, že již v dobách kolonialismu byl vývoj velmi ovlivňován danými koloniálními velmocemi, které upřednostňovaly jeden z rwandských původních kmenů před ostatními kmeny a přispívaly tak k raným konfliktům (Záhořík, 2012). Rwanda si procházela od získání nezávislosti složitým obdobím, kdy se snažila o další rozvoj, ale neustálé konflikty mezi jednotlivými etniky, jež byly podněceny především bývalými kolonizátory, rozvoj spíše zpomalovaly (Prunier, 1999). Pro hlubší pochopení a objasnění komplikované rwandské historie byla pro práci využita publikace *The Rwanda Crisis: History of a Genocide* od francouzského historika Gérarda Pruniera, jenž se zabývá nejen samotnou genocidou, ale právě i událostmi, které genocidě předcházely (Prunier, 1999). Klíčová se poté stala v devadesátých letech genocida, jenž měla významný dopad nejen na celkový demografický vývoj, ale též na vývoj ekonomický (Ternon, 2007). Genocidu můžeme definovat jako účelné vybíjení určité skupiny lidí na základě určité sociální odlišnosti nebo i v rámci jiného přesvědčení (Ternon, 1995). Rwandská genocida, které proběhla mezi etniky Hutů a Tutsi ve Rwandě, je považována za jednu z nejhorších genocid moderních dějin a společně s arménskou nebo židovskou genocidou zároveň za jednu z nejhorších genocid lidských dějin (Ternon, 2007). Pro přesnější vysvětlení pojmu genocida, jednotlivých faktorů, které zapříčinily vznik genocidy, její průběh a důsledky byla v této práci využita kniha *Guerres et génocides au XXe siècle* (Ternon, 2007) a kniha *L'Etat criminel: Les génocides au XXe siècle* od francouzského lékaře a historika Yvese Ternona (Ternon, 1995).

Rwandské genocidě a jejím možným následkům se věnuje mnoho publikací, z nichž inspirativním článkem pro tuto práci byla doktorská práce *Genocide, Nuptiality, and Fertility in Rwanda and Bosnia-Herzegovina* od americké demografky Sarah Elizabeth Staveteig z roku 2011, jež se zabývá dopady genocidy ve Rwandě a Bosně a Hercegovině na reprodukční chování, konkrétně sňatečnost a porodnost u rwandských žen (Staveteig, 2011). Podobně jako v uvedené práci byly pro výzkum a analýzu dat provedeny rozhovory s místními a využita zároveň data z *Demographic and Health Surveys* (Staveteig, 2011). Na základě deskriptivní statistiky dat z DHS a provedených rozhovorů autorka hodnotí, jak byly ženy v reprodukčním věku genocidou ovlivněny v oblasti porodnosti a sňatečnosti. Autorka dochází k závěrům, že genocida měla značný vliv na reprodukční chování v obou státech, nicméně kvůli odlišnému přístupu v systému vyvražďování a podmínkám došlo v každém státě k jiným důsledkům. Například jednou z odlišností obou genocid byla ta, že v Bosně a Hercegovině byli vyvražďováni spíše muži, zatímco ve Rwandě nebyly vraždění ušetřeny ani ženy nebo děti (Staveteig, 2011). Článek byl pro tuto práci též inspirací, jelikož nenahlíží na genocidu pouze z pohledu obětí nebo viníků, ale zabývá se genocidou i z populačního hlediska, snaží se zkoumat, jak byly ovlivněny ženy v rolích matky, dcery nebo třeba manželky politických vůdců, kteří organizovali genocidu. Reprodukce není otázkou pouze ženy, ale též mužů. Pokud ženy přišly během genocidy o manžela, přítele, syna nebo byli jejich partneři vězněni po genocidě například za pomoc při organizování masakrů, znamenalo to odlišné reprodukční chování, než kdyby jejich partneři byli přítomni (Staveteig, 2011). Publikace využívá data z DHS, ale pouze do roku 2005, zatímco zbytek dat využívá z vyplněných dotazníků a rozhovorů, které byly učiněny během pobytů v obou státech. Podobný přístup a metody zpracování dat jsou voleny v této práci, nicméně data jsou volena z DHS až do roku 2014–2015, kdy je dostupné poslední aktuální šetření, zbytek dat je využit z ostatních zdrojů a rozhovory nejsou zaměřeny pouze na ženy, ale též na muže. Tato práce se zabývá zmíněnou problematikou v menším a omezenějším rozsahu než výše představená dizertační práce. Nabízí také pohled na aktuálnější období a větší zahrnutí pohledu mužů na zmíněné otázky.

S demografickým vývojem souvisí demografická revoluce, jež byla zaznamenána v rozvojových státech v druhé polovině 20. století. Demografická revoluce je charakteristická změnou hodnot v porodnosti a úmrtnosti, kdy postupně v jednotlivých fázích dochází k poklesu jejich původně vysokých hodnot (Caldwell, 2006). Jednotlivé charakteristické rysy, časování, průběh a důsledky demografické revoluce jsou popsány za pomoci především cizojazyčných zdrojů, například *Demographic Transition Theory* od Johna Caldwellova z roku 2006 nebo publikace *La transition démographique – Etapes, formes, implications économiques* od francouzského demografa Jean-Claudea Chesnaise. S demografickou revolucí souvisí též demografická dividenda, jež by pro africké státy mohla být důležitým a klíčovým zdrojem k rychlejšímu ekonomickému rozvoji (Gribble, 2012). K interpretaci pojmu a klíčových aspektů správného využití slouží především článek *Achieving a Demographic Dividend* z roku 2012. Zatímco se při zkoumání demografického vývoje a možnosti využití demografické dividendy pracuje především s ekonomickým vývojem, autoři článku zdůrazňují také další důležité aspekty, například vládní intervence, programy plánovaného rodičovství a další sociální faktory (Gribble, 2012). Klíčový je také článek *Africa's prospects for enjoying a demographic dividend*, který se

zabývá možnostmi afrických zemí ohledně demografické dividendy a jaké výhody nebo možnosti by mohla na africkém kontinentě přinést (Bloom, 2017).

Jako jeden z hlavních faktorů, které ovlivňují reprodukční chování by se dal označit socioekonomický rozvoj a lepší životní podmínky. Dříve se předpokládalo, že míry plodnosti se mění kvůli postupné modernizaci (Coale, 1973). Ekonomickému růstu a jeho možné souvislosti s demografickým přechodem, což se týká také změn měř plodnosti a porodnosti, se dále věnuje článek *Crecimiento económico del Ecuador bajo el enfoque de la teoría de la transición demográfica* z roku 2019. Autor dochází k výsledku, že zlepšení socioekonomické situace a životních podmínek obyvatelstva výrazně ovlivňuje reprodukční chování obyvatelstva, především co se úhrnné plodnosti týče (Tapia, 2019). Každopádně odlišné studie ukázaly, že i když spojitost mezi poklesem měř týkajících se plodnosti a socioekonomickým rozvojem existuje, tak plodnost může klesnout i bez významnějšího socioekonomického růstu a zlepšení situace (Coale, 1973). Kromě socioekonomického vývoje můžou mít vliv na reprodukční chování také kulturní návyky nebo mentalita daných obyvatel. Odlišné zvyky, víra a naučené praktiky dokážou mít vliv na plodnost dívky nebo ženy (Chitereka a Nduna, 2010).

V posledních letech proniká intenzivněji do rozvojových států globalizace, která často mění životní priority, cíle a plány do budoucna. Dívky se více zajímají a soustředí na vzdělání, ženy jsou sebevědomější a cílevědomější, co se budoucích plánů například ohledně povolání týče. Pomocí především sociálních sítí a nejrůznějších multimédií, filmů, hudby nebo tisku se i do méně rozvinutých částí světa šíří myšlenky především rozvinutých zemí, kde žena již není předurčena vdát se co nejdříve, zůstat doma a starat se o děti, ale má své vlastní plány, může se rozhodnout, zda dá přednost kariéře nebo dětem (Adhikari, 2010). Ženy a dívky v rozvojových státech se tak stále častěji zajímají, jak můžou snížit počet dětí nebo ovlivnit možnosti početí (Starbird, 2016).

Programy plánovaného rodičovství jsou v současnosti jednou z úspěšných možností, jak regulovat plodnost především v rozvojových státech. Díky programům plánovaného rodičovství jsou ženám poskytovány cenné rady týkající se především antikoncepce, ale také například těhotenství nebo potřebné lékařské péče (Starbird, 2016). Moderní způsoby užívání antikoncepce jsou v rozvojových státech stále více rozšířeny, i když mnohdy se stává, že především kvůli určitým předsudkům nebo již zaběhlým názorům, co se antikoncepce týče, se mnoho žen jejímu užívání vyhýbá (Ajaero a kol., 2013). Jedním z hlavních důvodů, proč se ženy v rozvojových státech obávají užívat především moderní způsoby antikoncepce je dle výzkumu provedeného Johnem Clelandem velmi špatná informovanost a oprávněná obava z určitého neznámého, dívky a ženy si většinou nejsou vědomy, co užívání antikoncepčních metod obnáší, například jak přesně antikoncepce funguje, jak se užívá, jaké jsou pozitivní účinky. S vyšší mírou užívání těchto metod se ale míra strachu snižuje, nicméně stále převládají obavy ohledně určitých nežádoucích účinků a zdravotních rizik, které antikoncepce přináší (Cleland, 2014). Vzhledem k tomu, že se práce z určité části zabývá také programy plánovaného rodičovství, důležitým článkem pro tuto práci byl také článek *Are men well served by family planning programs*, ve kterém se autoři zaměřují nejen na ženy, jakožto hlavní aktéry v programech plánovaného rodičovství a celkově ovlivňování plodnosti, ale také na muže. Dle autorů je důležité, že i muži mají zajištěný přístup k informacím týkajících se reprodukčního zdraví a lékařské péče (Hardee, 2017). Ve Rwandě jsou

programy plánovaného rodičovství v současnosti považovány za jednu z národních priorit a je jim věnována velká pozornost (Schwandt, 2018).

Výzkumné otázky byly zformulovány na základě práce s odbornou literaturou. Hlavní výzkumné otázky jsou následující:

- Jaký měly vliv historické události na demografický vývoj a reprodukční chování ve Rwandě, především genocida, která proběhla v 90. letech 20. století?

Tato otázka byla položena na základě prostudování příslušných historických děl a publikací zabývajících se dopady genocidy na demografický vývoj a reprodukční chování obyvatelstva, především pak již zmíněné publikace od Sarah Elizabeth Staveteig, která se zabývala dopady genocidy ve Rwandě na chování rwandských žen v oblasti sňatečnosti a porodnosti do roku 2005 (Staveteig, 2011). Kromě dopadů na demografický vývoj a reprodukční chování se tato práce též zaměřuje na programy plánovaného rodičovství a určité faktory, které mohly nadále ovlivnit nebo v současnosti ovlivňují reprodukční chování obyvatelstva. Většina prostudovaných prací se zaměřuje hlavně na ženy, především v otázkách týkajících se programů plánovaného rodičovství nebo užívání antikoncepce, rozhovory nebo provedená šetření jsou cílena na ženy, zatímco v této práci byli zahrnuti i muži.

- Jakou roli hrají programy plánovaného rodičovství ve Rwandě, jsou úspěšné a věnují se dostatečně jak ženám, tak mužům?

Otázka ohledně programů plánovaného rodičovství vychází především z článků, které se týkají zavádění, přístupu a fungování programů plánovaného rodičovství. K zformulování otázky sloužily především publikace zabývající se situací programů plánovaného rodičovství v afrických státech a jejich potenciálního využití ve Rwandě (Starbird, 2016). Současnou situací programů plánovaného rodičovství se zabývá dále publikace od Hilary Schwandt, která upozorňuje, že programy plánovaného rodičovství ve Rwandě nejsou vnímány pouze jako způsob omezování plodnosti, ale i jako způsob, jak podpořit především mladé lidi v plnění svých cílů (Schwandt, 2018). Důležitým podnětem k otázce byl také článek od Hardee a Gay z roku 2017, který se zabývá nejen ženským přístupem k programům plánovaného rodičovství, ale zmiňuje, že důležití jsou též muži (Hardee, 2017).

- Jaké jsou preference ohledně plodnosti (fertility preferences) obyvatel Rwandy?
- Liší se hodnoty úhrnné plodnosti a užívání antikoncepce na základě určitých sociálních rozdílů, jako je například vzdělání, náboženství nebo třeba ekonomická situace?

Jak již bylo zmíněno výše, mnohé studie již dokázaly, že míra úhrnné plodnosti se liší na základě různých sociálních rozdílů, vládních intervencí nebo prostředí, ve kterém se daný jedinec nachází a vyrůstá (Chitereka a Nduna, 2010). Rwanda si v minulosti prošla událostmi, které významně zasáhly její ekonomický a populační rozvoj, nicméně v posledních letech se situace stabilizuje a v současnosti je její ekonomika jednou z nejrychleji rostoucích v Africe (World Bank, 2020b). Socioekonomický růst je považován za jeden z faktorů ovlivňujících míru plodnosti, což je jedna ze složek reprodukčního chování (Coale, 1973).

Kapitola 3

Metodika a zdroje dat

V této kapitole je uvedena metodika a zdroje dat použité pro vypracování bakalářské práce. V první části jsou představeny základní zdroje dat. Stručně je popsána jejich charakteristika a dostupnost. V druhé části je stručně definována reprodukce, plodnost a porodnost, společně se základními ukazateli. Analýza porodnosti a plodnosti je uskutečněna pomocí daných vybraných ukazatelů. Dále byly uskutečněny polostrukturované rozhovory se čtyřiceti místními obyvateli Rwandy v období 2019–2020. Rozhovory byly provedeny osobně nebo prostřednictvím videohovoru. Jejich odpovědi byly poté v práci vztaženy k aktuálním výzkumným tématům a byly z nich čerpány dodatečné informace. Otázky, které byly položeny během rozhovoru, jsou uvedeny na konci práce v příloze (viz Příloha 1). Zároveň lze v příloze nalézt základní charakteristiku dotázaných respondentů (viz Příloha 2). Rozhovory probíhaly převážně v angličtině, nicméně využita byla také rwandština nebo francouzština, především v komunikaci se staršími obyvateli. U rozhovorů, kde respondenti odpovídali ve rwandštině, byly odpovědi přeloženy do angličtiny pomocí místních překladatelů.

Hlavním zdrojem dat je databáze Demografických a zdravotnických šetření (Demographic and Health Surveys – DHS), dále byla pro získání dat použita internetová databáze World Population Prospects 2019 (OSN, 2019) od OSN, cenným zdrojem dat byly také statistické ročenky (Statistical Yearbooks) od National Institute of Statistics of Rwanda (NISR) nebo data organizace World Bank. Hodnoty jednotlivých ukazatelů byly přebírány z publikací uveřejněných zmíněnými databázemi a organizacemi. Jejich přesná specifikace je uváděna na relevantních místech dalšího textu.

Pro setřídění a organizaci dat, početní a analytické úkony, vytváření grafů a tabulek byly použity programy Statistical Product and Service Solutions (SPSS) a Microsoft Excel.

3.1. Demografické a zdravotnické šetření (DHS)

Program DHS je mezinárodní program, který slouží především ke shromažďování a šíření dat týkajících se plodnosti, plánování rodiny, zdravotního stavu matek a dětí, statistik týkajících se pohlaví, HIV/AIDS, malárie a výživy. Od roku 1984 až do současnosti se pomocí DHS

uskutečnilo přes 400 šetření ve více než devadesáti rozvojových státech po celém světě (DHS, 2020). Projekt DHS je realizován společností Inner City Fund (ICF), což je mezinárodní konzultační a technologická společnost, která poskytuje své služby například v oblasti analýzy, strategického plánování nebo marketingu. Aktuálně zaměstnává přes 7 000 odborníků ve více než sedmdesáti zemích po celém světě (ICF, 2020). Co se týče pomoci při DHS, společnost ICF spolupracuje s vnitrostátními vládními institucemi, ministerstvy a tamními statistickými úřady a zajišťuje hlavně podporu v potřebných organizačních službách. Program je financován organizací U.S. Agency for International Development (USAID) a dalšími organizacemi zabývajícími se rozvojem, například UNICEF nebo WHO, využívány jsou také finance samotných zemí, které se šetření účastní. Výsledky DHS slouží hlavně k analýze a zhodnocení zdravotních a populačních trendů v rozvojových státech (DHS, 2020).

Standardní DHS šetření se většinou provádí v pětiletých intervalech, jedná se tudíž o průřezová data. Zahrnuje větší počet vzorků, obvykle zahrnuje kolem 5 000–30 000 domácností. Hlavním cílem je sledování nejnovějších změn a trendů v demografických a zdravotnických ukazatelích (DHS, 2020). Kromě standardních DHS šetření probíhají také tzv. průběžná DHS šetření, jež se soustředí na sběr dat týkajících se hlavních klíčových ukazatelů ohledně zdravotního a demografického vývoje, nicméně nezahrnují všechny údaje, které jsou uvedeny ve standardních DHS. Průběžná DHS jsou prováděna v období mezi standardními DHS, jsou ale kratší a méně obsáhlejší než standardní DHS, slouží tak spíše jako doplňková šetření v případě, že byla zjištěna určitá nová skutečnost nebo trend (DHS, 2020).

Výsledky jsou volně k zobrazení ve formě nejrůznějších publikací obsahujících grafy a tabulky. Publikace a samotné grafy nebo tabulky lze vyhledat na internetových stránkách programu, kde jsou jednotlivá šetření rozdělena podle země, roku, typu šetření, obsahujících charakteristik a aktuálnosti. Pro získání přístupu ke konkrétním datům a použití k vědeckým účelům je nutné provést registraci a vyplnit formulář, kde se zadají základní informace o vědecké práci, pro kterou budou data použita. Po schválení žádosti jsou zpřístupněna data v několika odlišných formátech. Pro Rwandu jsou dostupná šetření z let 1992, 2000, 2005, 2007–2008 (jednalo se o průběžné šetření, viz uvedeno výše), 2010 a 2014–2015. V současnosti probíhá aktuální šetření pro období 2019–2020, nicméně sběr dat teprve probíhá a nejsou tak ještě dostupná k analýze. Rok 1992 byl prvním šetřením, které se ve Rwandě konalo a zároveň jediným šetřením provedeným před genocidou. Zúčastnilo se jej tehdy 6 252 domácností a celkem 7 149 obyvatel. Šetření z roku 1992 je důležité nejen kvůli tomu, že bylo prvním provedeným šetřením, ale také z hlediska zhodnocení životních podmínek rwandského obyvatelstva před genocidou. Pro zhodnocení situace po genocidě bylo využito šetření uskutečněné v roce 2000. Zúčastnilo se jej tehdy 9 696 domácností (DHS, 2020). Pro zhodnocení současné situace byla vybrána data z posledního dostupného šetření, které bylo provedeno v letech 2014–2015. Do posledního šetření se zapojilo 12 699 domácností a 19 714 obyvatel ve věku 15–49 let (DHS, 2020). První a druhé šetření bylo navíc dostupné pouze ve francouzštině, v roce 2005 bylo dostupné již v angličtině a od roku 2010 je publikováno pouze v angličtině. Je to následek změny úředního jazyka ve Rwandě, kdy během let 2009–2010 byla francouzština nahrazena angličtinou (DHS, 2020).

3.2. Další zdroje dat

Kromě Demografických a zdravotnických šetření byla pro analýzu využita data z internetové databáze World Population Prospects 2019 od OSN a statistických ročenek publikovaných NISR. Data slouží především k doplnění DHS. Internetová databáze World Population Prospects je projektem OSN, současná verze je 26. vydáním (UN, 2019e). Výsledky jsou prezentovány pomocí tabulek vytvořených v Excelu, které zobrazují klíčové demografické ukazatele. Výsledky jsou tříděny podle různých kritérií a skupin, zahrnujíc podle geografické polohy, úrovně rozvoje, výše příjmu nebo regionů cílů udržitelného rozvoje (SDGs). Data jsou volně ke stažení, není nutná žádná registrace (UN, 2019e). Pro tuto práci byla využita především základní data týkající se například počtu obyvatel a data za období 2016–2019, které DHS aktuálně nepokrývá.

Statistické ročenky jsou ve Rwandě publikovány NISR od roku 2009. Ročenky jsou publikovány jednou za rok a kladou si za úkol seznámit veřejnost s aktuálními daty týkajícími se rozličných sektorů. Hlavními sektory jsou zdraví, vzdělávání, životní prostředí, voda a elektřina, doprava a komunikace, cestování a turistický ruch, příjmy, výdaje a ekonomická situace, pojištění, bankovníctví a finance, obchod a kriminalita. Ročenku je možné stáhnout ve formátu PDF nebo konkrétní data lze také volně stáhnout jako sešit v Excelu. Pro stažení dat není nutná žádná registrace (NISR, 2020). Kromě statistických ročenek byl portál NISR využit k získání dat, které DHS neobsahují nebo zatím nepokrývají.

3.3. Definice reprodukce

Tato práce se zaměřuje na současné reprodukční chování rwandské populace v oblasti plodnosti a porodnosti. Následující kapitola má za cíl stručně definovat pojem reprodukce, porodnost a plodnost a jejich ukazatele, které budou poté využity v analytické části.

Termín reprodukce pochází z latinského *re* = znovu, *producere* = přivádět, produkovat, tudíž přesný význam by se dal vysvětlit jako opětovná produkce, znovuoobnovení (Sociologická encyklopedie, 2020). Reprodukce se nejčastěji používá ve spojení s lidskou reprodukcí, kterou se zabývá vědní obor demografie. Pod pojmem demografická reprodukce obyvatelstva si tak můžeme představit přirozený proces obnovy lidských populací rozením a vymíráním (INED, 2020). Rozlišit můžeme hrubou reprodukci a čistou reprodukci, kdy v hrubé reprodukci na rozdíl od čisté reprodukce nepřehlédneme k úmrtnosti žen během reprodukčního období (Pavlík, 2005). Při studiu demografické reprodukce jsou využívány takzvané míry reprodukce, což jsou ukazatele, které pomáhají zkoumat reprodukční chování v populaci. Zahrnují například čistou míru reprodukce nebo míru manželské reprodukce (Pavlík, 2005).

Reprodukční chování je ovlivněno různými biologickými nebo environmentálními faktory. Výrazně na lidské chování působí kultura, náboženství, systém zvyků a norem nebo životní prostředí, ve kterém se jedinec nachází (Morgan, 2001). Kromě toho lze reprodukci v současnosti regulovat i pomocí rozsáhlých a stále vyspělejších antikoncepčních metod nebo procedury, která je legalizována ve stále více státech, interrupce čili umělé přerušení těhotenství (Morris, 2015). Co se týče biologických faktorů, je reprodukční chování ovlivněno hlavně biologickou hranicí plodnosti, délkou lidského života nebo také určitými nemocemi reprodukčních orgánů, například

onemocnění vaječníků (Boulier, 1978). Za faktory ovlivňující reprodukční chování, které nejsou biologického původu můžeme označit například úroveň vzdělání, ekonomický status, náboženství, populační politiku státu nebo osobní žebříčky hodnot obou partnerů (Chandiok, 2016).

3.3.1. Porodnost a plodnost – vybrané ukazatele

Porodnost můžeme chápat jako jeden z klíčových demografických procesů, který společně s úmrtností představuje základní složku demografické reprodukce. Úroveň porodnosti je závislá na plodivosti, což je schopnost muže a ženy rodit děti. Při zkoumání porodnosti se zabýváme frekvencí a časováním rození dětí v dané populaci včetně charakteristik dětí a jejich rodičů. Pokud je tento proces omezen na studium ženské části populace, synonymem je termín plodnost (Pavlík, 2005). Jak již bylo uvedeno výše, vývoj plodnosti může být značně ovlivněn rozsahem plánování rodičovství a jeho realizací pomocí antikoncepce, respektive možnosti provedení interrupce (Kučera, 1985). V následující části bude představeno několik základních ukazatelů, které se týkají porodnosti a plodnosti a které byly později použity v analytické části této práce.

Hrubá míra porodnosti (anglicky Crude Birth Rate – CBR) je nejjednodušším ukazatelem porodnosti. Udává počet živě narozených dětí na 1000 obyvatel středního stavu dané sledované populace za daný rok (PRB, 2019). Hrubá míra porodnosti se hodí převážně k mezinárodnímu srovnání populací, které mají podobnou věkovou strukturu (Hinde, 1998). Kromě hrubé míry porodnosti existuje také hrubá míra celkové porodnosti, která zahrnuje všechny narozené, ne pouze živě narozené, nicméně v této práci nebude použita. Vzorec pro výpočet hrubé míry porodnosti je následující:

$$hmp = \frac{N^v}{1.7.P} \times 1000$$

hmp – hrubá míra porodnosti

N^v - živě narození

$1.7. P$ – střední stav obyvatel dané populace

Obecnou míru plodnosti můžeme definovat jako poměr počtu všech živě narozených dětí na 1000 žen v reprodukčním věku (15–49 let) v daném roce (Pavlík, 2005, s. 94). Obecná míra plodnosti je vhodnějším ukazatelem než hrubá míra porodnosti, jelikož zahrnuje pouze skupinu, která nejpravděpodobněji porodí, což jsou ženy ve věku 15–49 let. Při zahrnutí pouze určité části populace je možné zamezit nepřesnostem ve výpočtech, které by mohly vzniknout kvůli nerovnostem v pohlavní a věkové struktuře odlišných populací (PRB, 2018). Vzorec pro obecnou míru plodnosti můžeme definovat následovně:

$$f = \frac{N^v}{1.7.P_{15-49}^{ženy}} \times 1000$$

f – obecná míra plodnosti

N^v – živě narození

$1.7. P_{15-49}^{ženy}$ – střední stav žen ve věku 15–49 let v dané populaci

Důležitým ukazatelem pro porovnání změn v plodnosti nebo také přístupu k plánování rodičovství jsou míry plodnosti podle věku, nazývané též specifické míry plodnosti (Pavlík, 2005). Míry plodnosti ve věku x definujeme jako poměr počtu živě narozených dětí, které se narodily ženám v určitém věku x ke střednímu stavu žen v určitém věku x (Pavlík, 1986). V této práci budou míry plodnosti podle věku využity hlavně pro sledování změny v přístupu k plodnosti během daných časových období a v současnosti. Vzorec (Hinde, 1998, s. 98) je zapsán následovně:

$$f_x = \frac{N_x^v}{1.7.P_x^{\text{ženy}}}$$

f_x – míra plodnosti ve věku x

N_x^v – živě narození matkám ve věku x

$1.7.P_x^{\text{ženy}}$ – střední stav žen dané populace ve věku x

Úhrnná plodnost je součtem měr plodnosti podle věku v transversálním pohledu a vyjadřuje tak intenzitu plodnosti v daném časovém období. Udává počet dětí, které by se narodily jedné ženě během jejího reprodukčního období, kdyby se hodnoty míry plodnosti dle věku neměnily zhruba 35 let. Jde tedy o počet živě narozených dětí připadajících na jednu ženu ve věku 15–49 let (Pavlík, 2005, s. 96). Vývoj úrovně úhrnné plodnosti je v práci zkoumán v souvislosti s historickými událostmi, vládními nařízeními a opatřeními, například co se týče programů plánovaného rodičovství nebo také působením dalších faktorů, jako je náboženství nebo úroveň vzdělání. Vzorec pro výpočet úhrnné plodnosti lze vyjádřit následovně (Hinde, 1998, s. 100):

$$\text{úp} = \sum f_x$$

úp – úhrnná plodnost

f_x – míry plodnosti ve věku x

Čím dříve porodí žena své první dítě, tím větší pravděpodobnost je, že bude mít v budoucnu více dětí. Průměrný věk ženy při narození prvního dítěte je důležitým demografickým ukazatelem, protože přímo souvisí s tím, kolik dětí by mohla žena do budoucna mít a také s tím, jak je používána antikoncepce (DHS, 2020). Věk, ve kterém matka poprvé porodí, je také důležitý kvůli možným zdravotním rizikům a případným komplikacím u matky a dítěte (Cohen, 1993). Vzorec pro výpočet průměrného věku při narození prvního dítěte je následující (PRB, 2019):

$$x^{(1)} = \frac{\sum((x + 0,5) \times f_x^{(1)})}{\sum f_x^{(1)}}$$

$$f_x^{(1)} = \frac{N_x^{v(1)}}{1.7.P_x^{\text{ženy}}}$$

$x^{(1)}$ – průměrný věk matky při narození prvního dítěte

$f_x^{(1)}$ – míry plodnosti při narození prvního dítěte ve věku x

$N_x^{v(1)}$ – živě narození 1. pořadí matkám ve věku x

$1.7.P_x^{\text{ženy}}$ – střední stav žen dané populace ve věku x

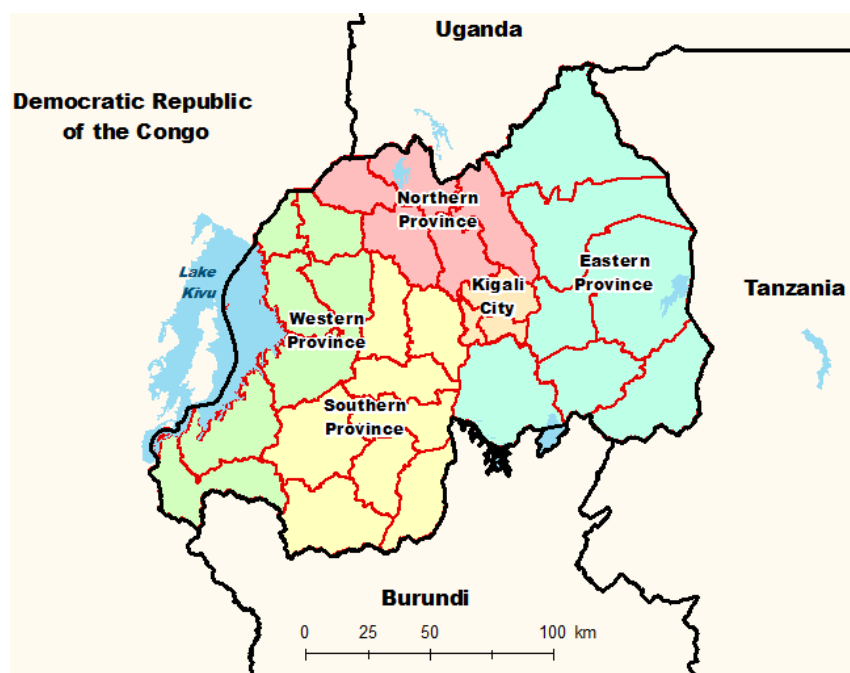
Diferenční plodnost je zkoumání plodnosti dle dalších kritérií, například dle vzdělání, podle různých sociálních skupin, například venkovským nebo městským obyvatelstvem či podle úrovně vzdělání (UN, 2019b). Především v rozvojových státech si můžeme všimnout rozdílné úrovně plodnosti například na základě urbanizace nebo úrovně dosaženého vzdělání. Obecně je také známo, že například katolíci mají větší plodnost než ateisté (Adedini, 2018). Diferenční plodnost často prohlubuje již dané nerovnosti obyvatelstva, což může vyústit v další nepokoje nebo konflikty (Tossou, 2002). Práce se zaměřuje na několik základních kategorií, podle kterých můžeme diferenční plodnost třídit, a to především na to, zda obyvatelé žijí ve městě nebo na venkově, jakou mají nejvyšší dosaženou úroveň vzdělání, dále je plodnost rozřazena podle náboženství a podle provincie.

Kapitola 4

Historie, socioekonomická a demografická charakteristika Rwandy

V této kapitole jsou uvedeny základní údaje o státu Rwanda, dále je zmíněna historie a vývoj a socioekonomické a demografické charakteristiky. Země, která je díky svému hornatému povrchu také známa jako „země tisíce kopců“, má za sebou nelehkou minulost, která se podepsala nejen na socioekonomických aspektech, ale také na psychice a mentalitě místního obyvatelstva. Rwanda je vnitrozemským státem ve východní Africe a sousedí s Burundi, Ugandou, Tanzanií a Demokratickou republikou Kongo. Úředními jazyky jsou angličtina, francouzština, rwandština a svahilština. V současnosti má země okolo 12,6 milionů obyvatel (World Bank, 2020a). Hlavním městem je Kigali, ve kterém sídlí 1,3 milionů obyvatel (Encyclopedia Britannica, 2020). Dalšími velkými a významnými městy jsou například Butare nebo Musanze. Země se dělí na pět provincií, které jsou poté rozděleny na 30 menších distriktů.

Obr. 1 – Administrativní dělení Rwandy



Zdroj: I, SteveRwanda, 2020

Historická část se zaměřuje na situaci a demografický vývoj v před-koloniální, koloniální a post-koloniální éře. Pozornost je také věnována rwandské genocidě, která propukla v roce 1994 a výrazně poznamenala nadcházející demografickou situaci v zemi. Socioekonomická a demografická část se zaměřuje na současnou situaci ve Rwandě, co se týče rozvoje, hospodářství nebo zkoumané porodnosti. V práci jsou využity ke zhodnocení aktuálního stavu index lidského rozvoje (HDI), hrubý domácí produkt (HDP), index lidského rozvoje upravený podle nerovnosti (IHDI), multidimenzionální index chudoby a údaje poskytnuté organizacemi World Bank a Rwanda Development Board. K popisu demografické charakteristiky je použit například počet obyvatel a jeho vývoj, dále naděje dožití a kvůli zaměření práce i ukazatele týkající se reprodukce, jako je úhrnná plodnost. Jednotlivé ukazatele a charakteristiky jsou podrobněji vysvětleny a rozpracovány v následujících podkapitolách.

4.1. Historický vývoj Rwandy a důsledky koloniální éry, konfliktů a genocidy

Rwanda byla jedním z posledních afrických území, které bylo kolonizováno. Před koloniální érou bylo rwandské království spravováno králem, který pocházel z etnika Tutsi, a na území spolu žily tři etnické skupiny – Hutové (85 %), Tutsiové (14 %) a Twaové (1 %). Původně mezi nimi nebyly žádné závažnější konflikty, i když kulturní nebo politické rozdílnosti u nich existovaly (Falola, 2002). Dělili se také podle společenské vrstvy a zaměstnání – Tutsiové představovali vyšší třídu, byli to převážně pastevcí, kteří vlastnili dobytek, kdežto Hutové byli spíše nižší třídou a zemědělci (Scorgie, 2004.) Tutsiové tak v království zaujímalí vyšší pozice, kdežto Hutové byli spíše podřízenými. Během první poloviny 19. století docházelo ve východní Africe k populačnímu růstu, ale v druhé polovině došlo k výraznějšímu poklesu. K úbytku obyvatelstva přispělo zprvu vyvážení místních obyvatel jako otroků především arabskými obchodníky podél východního pobřeží Afriky a o snížení populačního růstu se zasadilo rovněž několik epidemií cholery nebo neštovic, které byly na území zavlečeny na sklonku devatenáctého století evropskými kolonizátory. Rwanda kvůli pozdější kolonizaci a díky lepším podnebným podmínkám byla zmíněných epidemií a otrokářství částečně ušetřena a k poklesu došlo až později. Koncem devatenáctého století se tak vlivem hladomoru, stoupajícího násilí a epidemií výrazně snížil podíl afrického obyvatelstva na celkové světové populaci (Iliffe, 2007).

V roce 1884 se Rwanda stala součástí Německé východní Afriky (Záhořík, 2012). Během německé kolonizace dochází k prvotnímu náznaku nadřazování jednoho etnika nad druhým. Němci výrazněji favorizovali etnikum Tutsi před etnikem Hutů. Německým kolonistům se Tutsiové zalíbili údajně rovněž kvůli fyzickým rysům, například lepší tělesné konstituci – Tutsiové byli spíše vyšší postavy a měli protáhlejší obličej, což prý z nich dělalo jedince podobnější evropské rase, než byli menší a tmavší Hutové. Tutsiové také častěji konvertovali k římskokatolické církvi, což oceňovali němečtí katoličtí misionáři (Suhrke, 1999). Po první světové válce, kdy došlo k porážce Německa, se kolonie dostala do rukou Belgie. Pro snazší uspořádání a přehled se Rwanda spojila v jednu kolonii se sousední Burundi a společně vytvořily území nesoucí název Ruanda-Burundi (Prunier, 1995).

Během belgické koloniální nadvlády se v zemi začalo více hospodařit, začaly se stavět silnice, rozšiřovalo se zemědělství a důraz byl kladen především na produkci bavlny a kávy. Do té doby hospodářsky zaostalé území začalo pociťovat mírné zlepšení své ekonomické situace. Díky exportu plodin jako je káva, bavlna nebo tabák započal pozvolný hospodářský rozvoj (Pedersen, 2015). Pro seznámení se s novým územím a jeho základními sociálními a environmentálními podmínkami bylo provedeno první sčítání obyvatel, což nebylo příliš snadné. Obyvatelstvo bylo nerovnoměrně roztroušeno po celém území, neexistovala žádná významnější a větší města nebo vesnice, nebyla přítomna žádná vyspělejší a rozsáhlejší organizace společnosti (Záhořík, 2012).

Podobně jako Němci, Belgičané využívali k správě území tutsijské monarchie. Domnívali se, že kmen Tutsi je nadřazený ostatním kmenům na daném území, proto jim také přikládali větší důležitost a pravomoci, zatímco příslušníci kmene Hutu byli utlačováni do nižších a podřadných funkcí, dalo by se říct, že byli belgickou vládou diskriminováni (Rumiya, 1992). Zatímco před koloniálním obdobím měli Hutové alespoň určité pravomoci a reprezentace ve vládním systému, během období belgického mandátu měli možnosti velmi omezené. V letech 1926 až 1932 byly vydávány identifikační karty, které obsahovaly kromě základních údajů i příslušnost k jednomu z etnik, což napomáhalo k lepší orientaci v tom, kdo patří k jakému etniku a jak s ním může být zacházeno. Tutsi měli možnost dosáhnout lepšího vzdělání, zaměstnání nebo zastávat důležité pozice v organizacích a společnostech (Suhrke, 1999). Veškeré omezení a diskriminace z belgické strany podněcovala u Hutů stále větší nenávisť vůči příslušníkům etnika Tutsi (Pedersen, 2015). Dle sčítání, které proběhlo v roce 1955 žilo na území Ruandy-Urundi okolo 4,4 milionů obyvatel (Záhořík, 2012).

Napětí mezi oběma etniky se nadále stupňovalo zhruba do 50. let 20. století, kdy se objevily první konflikty, vyvolané především ze strany Hutů. V roce 1959, kdy se zvyšovaly snahy o získání nezávislosti, byla Tutsi zformována politická strana Union Nationale Rwandaise. Belgičané si chtěli nadvládu udržet, proto pobídli Huty k vytvoření jejich samostatné politické strany Parti de l'émancipation du peuple Hutu (Staveteig, 2011). Tutsiové byli stále větší silou Hutů znepokojení a rostoucí napětí v letech 1959–1960 vedlo k prvním provokacím a násilnostem, kdy začaly pobídky ze strany Hutů k masakru etnika Tutsi. Konkrétně v listopadu 1959 došlo k jednomu z větších násilných incidentů, během kterého byly povražděny stovky obyvatel etnika Tutsi a tisíce dalších byly nuceny opustit své domovy a vyhledat útočiště v sousedních zemích. Mnozí historikové zmíněné období a uvedené prvotní konflikty označují jako první rwandskou genocidu, jelikož již tehdy postupně docházelo k významnějšímu vyvražďování etnika Tutsi. Kvůli obavám z nadvlády a utlačování Huty uprchlo ze země v těchto letech stovky až tisíce členů etnika Tutsi (Ternon, 1995). V roce 1961 proběhly parlamentní volby, ve kterých s velkým náskokem zvítězila strana Parti de l'émancipation du peuple Hutu zastupující zájmy Hutů (African Elections Database, 2011). Vítězství potvrdilo silné postavení, které si Hutové postupně vybudovali a zároveň vedlo k ukončení monarchie, kterou Tutsiové na území Rwandy udržovali.

Po získání nezávislosti v roce 1962 bylo území rozděleno na dva samostatné nezávislé státy, Rwandu a Burundi. Postupně docházelo k dalšímu odchodu příslušníků etnika Tutsi kvůli sílení etnika Hutů. V době získání nezávislosti byla Rwanda kvůli nepřestávajícím konfliktům sociálně a ekonomicky nestabilní zemí, kde vyplývaly na povrch výsledky a důsledky budování jediné

etnické identity a nenávistných projevů vůči jiným etnikům (Ternon, 1995). Tutsi, kteří se nacházeli v exilu v okolních státech, zformovali menší vojenská uskupení a v letech 1962–1964 podnikali ozbrojené výpady proti tehdejší rwandské vládě. Odpovědí vlády na útoky byly další násilnosti cílené na Tutsi, kteří se nadále nacházeli na území Rwandy, z nichž největší vyvraždění v té době proběhlo v prosinci 1963 a lednu 1964, kdy bylo zavražděno okolo 10–15 tis. příslušníků etnika Tutsi (Prunier, 1999). Dalo by se říct, že daný masakr Tutsi zastrašil a o další výpady se nadále nepokoušeli. Násilnosti způsobily novou vlnu uprchlíků, kteří se usídlili v okolních státech. Dle statistik OSN se jednalo v roce 1964 zhruba o 336 000 obyvatel etnika Tutsi, sídlících převážně ve státech Burundi, Uganda, Tanzanie a Zaire (UNHCR, 2000).

V roce 1973 nastal vojenský převrat, který měl za následek svrnutí prezidenta Grégoirea Kayibandu a jeho nahrazení tehdejším ministrem obrany Habyarimamou. Juvenal Habyarimana zavedl nový centralizovaný systém administrativy a ustanovil novou vládu, která se skládala pouze z jediné vládnoucí strany nesoucí název Mouvement Démocratique Républicain (Prunier, 1999). Během následujících let Tutsiové v exilu žádali o možnost návratu do Rwandy, což ale bylo zamítnuto. Tehdejší prezident, Juvenal Habyarimana, je odmítal s vysvětlením, že Rwanda je malým státem s omezenými ekonomickými a populačními kapacitami, a tak velký počet uprchlíků by nezvládla přijmout (Staveteig, 2011). Koncem 80. let se nacházelo v okolních státech údajně okolo 480 tisíc uprchlíků (UN, 2020b). Důsledkem konfliktů, bojů a odchodu uprchlíků do sousedních zemí klesl podíl obyvatel kmene Tutsi z dřívějších 17 % na pouhých 9 % z celkového počtu obyvatel (Kuperman, 2004). Uprchlíci byli v některých sousedních zemích vítáni, například v Tanzanii, zatímco třeba v Ugandě čelili diskriminaci. Mnozí Tutsiští uprchlíci se v zemích usídlili na delší dobu, založili rodiny a začlenili se do společnosti (Staveteig, 2011).

The Rwandese Alliance for National Unity (RANU) byla založena v roce 1979 rwandskými uprchlíky žijícími v Ugandě. Hlavním cílem bylo nejen dát možnost Tutsiům vrátit se do Rwandy, ale také zasáhnout proti nespravedlivé politice a ideologii genocidy, opakovaným násilnostem, masakrům a nedostatečné mírové politice. V roce 1988 se z RANU stalo hnutí Rwandese Patriotic Front (RPF) (Ilfie, 2007). Hnutí RPF bylo pro genocidu, která se odehrála v roce 1994, důležité ze dvou důvodů. Jejich první invaze a výpady podniknuté na severu Rwandy v začátcích 90. let podnítily Hutu k vyhlazení etnika Tutsi a zároveň hrálo hnutí RPF jednu z klíčových rolí v ukončení genocidy v červenci 1994 (Suhrke, 1999). Původně se RPF snažilo o mírové vyjednávání, prezident Rwandy ale nijak nereagoval (Záhořík, 2012).

V říjnu roku 1990 podniklo hnutí RPF první ozbrojený výpad do Rwandy s přibližně 7 000 bojovníky. Další invaze a výpady oslabovaly rwandskou stabilitu, co se politické moci a zároveň ekonomiky týkalo. Rwandská vláda započala cílenou propagandu proti Tutsiům, ale také proti Hutům, kteří byli členy opozičních stran. Ti byli označováni za zrádce a čelili podobné perzekuci jako Tutsiové. Pomocí různých forem médií, především přes rádio, byly šířeny zprávy, které pouze prohlubovaly neshody a nenávist mezi etnickými skupinami (UN, 2020b). V srpnu roku 1993 došlo v Arushe, Tanzanii za pomoci Organization of African Unity (OAU) k uzavření mírové dohody mezi rwandskou vládou a RPF a v říjnu téhož roku byla ustanovena takzvaná United Nations Assistance Mission for Rwanda (UNAMIR), která byla určena k dohlížení plnění mírových dohod a zabránění případným dalším konfliktům. Dohoda nicméně nebyla nikdy plně naplněna a obě strany byly později obviněny z jejího porušení (Scorgie, 2004). Následující úryvek

jednoho z provedených rozhovorů s obyvateli Rwandy přibližuje situaci, která se odehrávala krátce před genocidou.

„Ty prvotní konflikty začaly někdy počátkem roku 1990. Jako Tutsi jsme nemohli chodit do školy, bylo pro nás těžké najít si nějakou práci, pouze Hutu měli povolení studovat a pracovat ve všech sektorech. Chlapci, kteří nemohli studovat, začali utíkat do Ugandy, kde se cvičili u rebelů. Vládě se toto vůbec nelíbilo, šířily se zprávy, že rodiny těchto chlapců budou vyhledány a pobity. Události, které vedly ke genocidě, pak nabraly rychlý spád. Už někdy v roce 1992 jsme slyšeli od známých, že v některých regionech začali Hutové vybíjet mačetami sousedy a známé, kteří byli Tutsi. U nás doma se začali scházet příbuzní z regionů, kde se tyhle masakry odehrávaly. Maminka pracovala jako zdravotní sestra a když k ní na kliniku dorazili zranění Tutsi, nebylo jí dovoleno, aby se o ně postarala. Násilí se postupně stupňovalo, stále častěji se v novinách nebo jen tak na ulici objevovaly soupisky se jmény rodinných příslušníků občanů, kteří odešli do Ugandy, aby se připojili k rebelům nebo jednoduše uprchli do jedné ze sousedních zemí. Můj otec byl zrovna v tu dobu pracovně v Burundi, ale i tak se jméno naší rodiny objevilo na jedné ze soupisek a my jsme museli vyhledat úkryt. Ze začátku jsme se schovávali v kostelech blízko hranic s Burundi, i tam nás ale vojáci rwandské armády vyhledali. Ze začátku slibovali, že nám neublíží a nikdo nebude zabit, byly nám odebrány veškeré cennosti a majetek a byl nám zamítnut veškerý přísun potravin a vody. Mnoho uprchlíků, kteří se skrývali s námi, umíralo hladem a žízní. Těsně před vypuknutím genocidy v roce 1994 se nám podařilo uprchnout za otcem do Burundi, kde jsme zůstali až do konce roku 1995.“ vzpomíná na události předcházející genocidě 40letá Josephine z regionu Bugesery.

Z demografického hlediska došlo během bojů v letech 1990–1993 k menším počtům obětí, než v 50.–60. letech 20. století. Nicméně konflikty měly za důsledek především vysoký počet vnitřně vysídlených osob, především uprchlíků po celé zemi a v sousedních státech. Napětí mezi oběma etniky prudce vzrostlo a v roce 1994 došlo k jedné z nejhorších genocid moderních dějin (Ternon, 1995).

Za první podnět k začátku genocidy byla letecká havárie, při níž zahynuli prezident Rwandy, Juvenal Habyarimana a prezident Burundi, Cyprien Ntaryamira. Letadlo, kterým cestovali z mírových hovorů v Tanzanii, bylo sestřeleno večer, 6. dubna 1994, v blízkosti letiště hlavního města Kigali. V zemi okamžitě vypukl chaos a jen hodinu po havárii se ozývaly v různých místech země exploze a výstřely (Pedersen, 2015). Kdo letadlo sestřelil, nebylo v tu chvíli jasné, nicméně Hutové této události využili k zahájení honu a vybíjení Tutsiů a opozičních Hutů. Jen několik hodin po sestřelení letadla se na silnicích objevily zátarasy a hned druhý den ráno, 7. dubna 1994, došlo k zavraždění premiérky Agathe Uwilingiyimany a deseti belgických strážců, kteří k ní byli přiděleni jako osobní ochranná služba (Prunier, 1999). Tento incident podnítil Belgie ke stažení svých vojsk z rwandského území, v následujících týdnech stáhly své jednotky i ostatní země, které v zemi působily. Uvádí se, že z původních 2 165 mírových jednotek UNAMIR jich zůstalo ve Rwandě koncem dubna pouze 270 (UN, 2020b). Francie a Belgie přistoupily k evakuaci svých a dalších cizích obyvatel nacházejících se ve Rwandě, nicméně striktně odmítaly pomoci Tutsiům, kteří je prosili, zda by také nemohli být evakuováni. Rozděleny byly také rodiny, kdy jeden

z rodinných příslušníků byl Tutsi. Oba státy, především Francie, byly kvůli tomu později kritizovány (Ternon, 2007). Drastický a krutý rozměr genocidy byl především způsoben nezájmem a neochotou členských států OSN posílit jednotky UNAMIR nebo se nějak jinak zasadit o stabilizaci situace ve Rwandě. Dalo by se říct, že zatímco ve Rwandě probíhala jedna z nejhorších etnických čistek v moderních dějinách, ostatní státy a média tomu jen lhostejně přihlížely (Ternon, 1995). Pobídky k vraždění byly šířeny pomocí rádia a masakry byly organizovány ve všech městech a vesnicích po celé zemi. Tutsiové často hledali úkryty v kostelích, farách, hotelech nebo školách (Suhrke, 1999).

Konec genocidy nastal 18. července 1994, kdy se RPF zmocnila vlády nad celým rwandským územím (Prunier, 1999). Ještě před konečnou porážkou a koncem genocidy vybízela rwandská vláda hutské obyvatelstvo, aby uprchlo do sousedních zemí právě kvůli obavám z možné perzekuce a odplaty (Ternon, 2007). Počty obětí se různí, ale odhaduje se, že během genocidy bylo zavražděno okolo 800 tisíc až 1 milion obyvatel. Z tehdejších původních 7 milionů obyvatel Rwandy byla genocidou zasažena alespoň polovina z nich (UNHCR, 2000). Největší ztráty utrpěli příslušníci etnika Tutsiů, jejichž podíl na celkové populaci se snížil o zhruba 80 procent. Masakru nebyli ušetřeni ani příslušníci etnika Twa, kteří před vypuknutím genocidy čítali okolo 30 tisíc příslušníků, po genocidě jich bylo o 10 tisíc méně (Kuperman, 2004). Vítězství RPF a ukončení genocidy způsobilo novou uprchlickou vlnu, tentokrát ze strany Hutů, kteří nyní mířili do stejných zemí jako předtím Tutsiové. Během několika týdnů a měsíců uprchlo ze Rwandy zhruba 2 miliony emigrantů. Hlavními cílovými zeměmi byly především Burundi, Tanzanie, Uganda nebo Zaire (Tab. 1). Především uprchlická situace v Kongu vyvolala během následujících let ještě několik ozbrojených konfliktů s Rwandou, což vedlo k vyvolání dalších menších uprchlických vln (UNHCR, 2000).

Tab. 1 – Počty rwandských uprchlíků a emigrantů v sousedních státech, srpen 1994

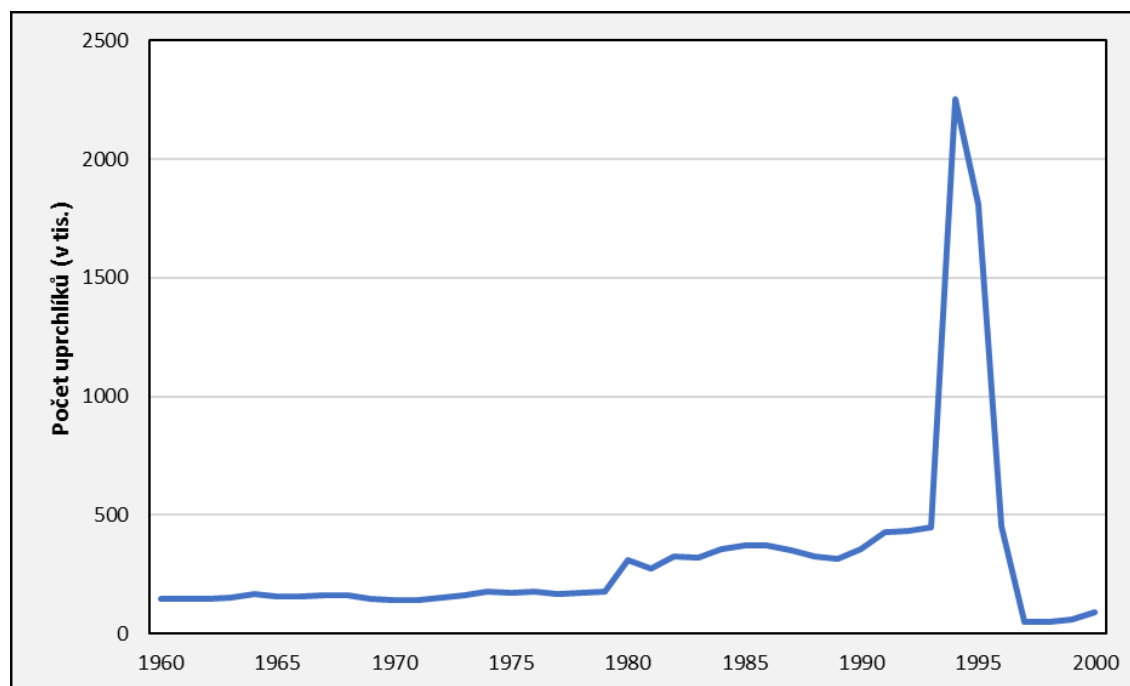
Oblast	Počet uprchlíků a emigrantů
Severní Burundi	270 000
Západní Tanzanie	577 000
Jihozápadní Uganda	10 000
Zaire (Bukavu)	332 000
Zaire (Goma)	850 000
Zaire (Uvira)	62 000
Celkem	2 101 000

Zdroj: UNHCR, 2000, vlastní zpracování

Vývoj počtu uprchlíků a vnitřně vysídlených osob od roku 1960 až do roku 2000 můžeme sledovat na grafu níže (Obr. 2). Od 60. let se číslo nijak významně neměnilo, nicméně nárůst je vidět s blížící se genocidou, kdy se vyostřovaly vztahy a docházelo ke stále větším konfliktům. Největší nárůst byl zaznamenán v roce 1994, kdy došlo k odchodu především příslušníků etnika Hutů, kteří se báli o své životy a případnou odplatu za činy provedené během genocidy. Většina těchto uprchlíků byla ale do roku 1996 navrácena a číslo uprchlíků se dramaticky snížilo, nicméně pozdější konflikty vyvolané se sousedním Zaire, později Demokratickou republikou Kongo,

přispěly k nové vlně, což můžeme vidět v grafu, že koncem 90. let se objevuje nový nárůst počtu uprchlíků (UNHCR, 2020).

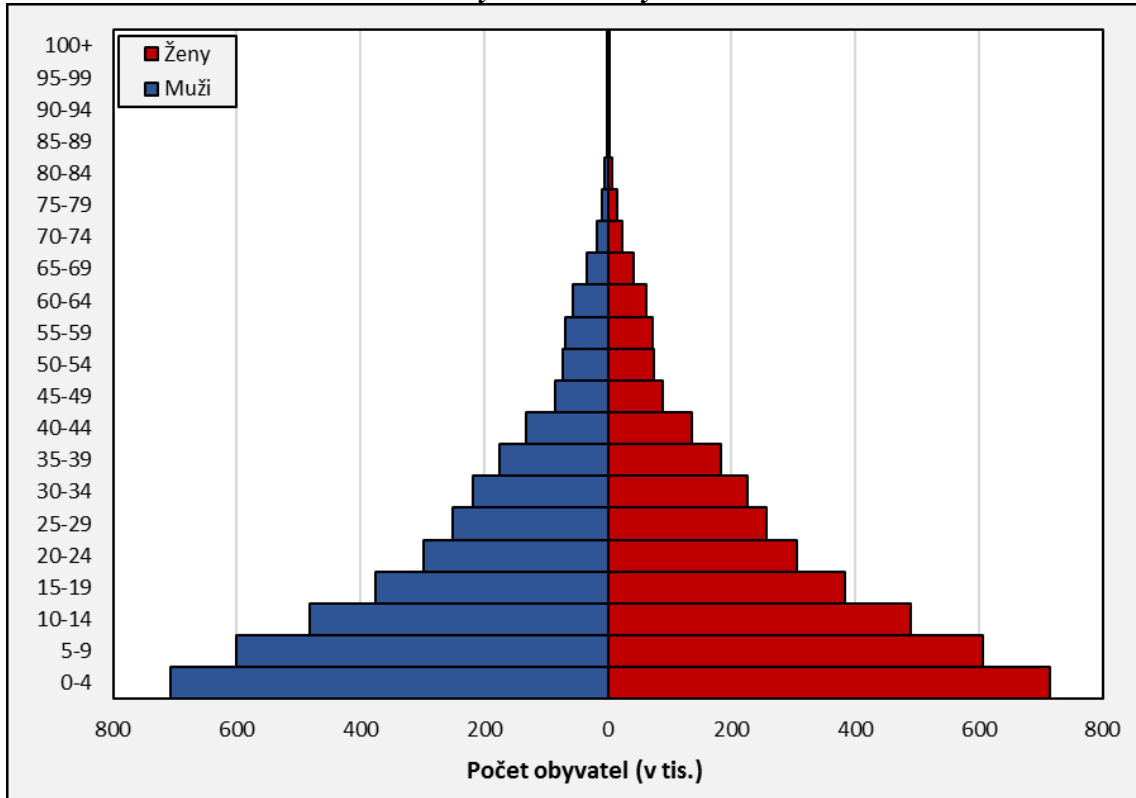
Obr. 2 – Vývoj počtu rwandských uprchlíků, 1960–2000



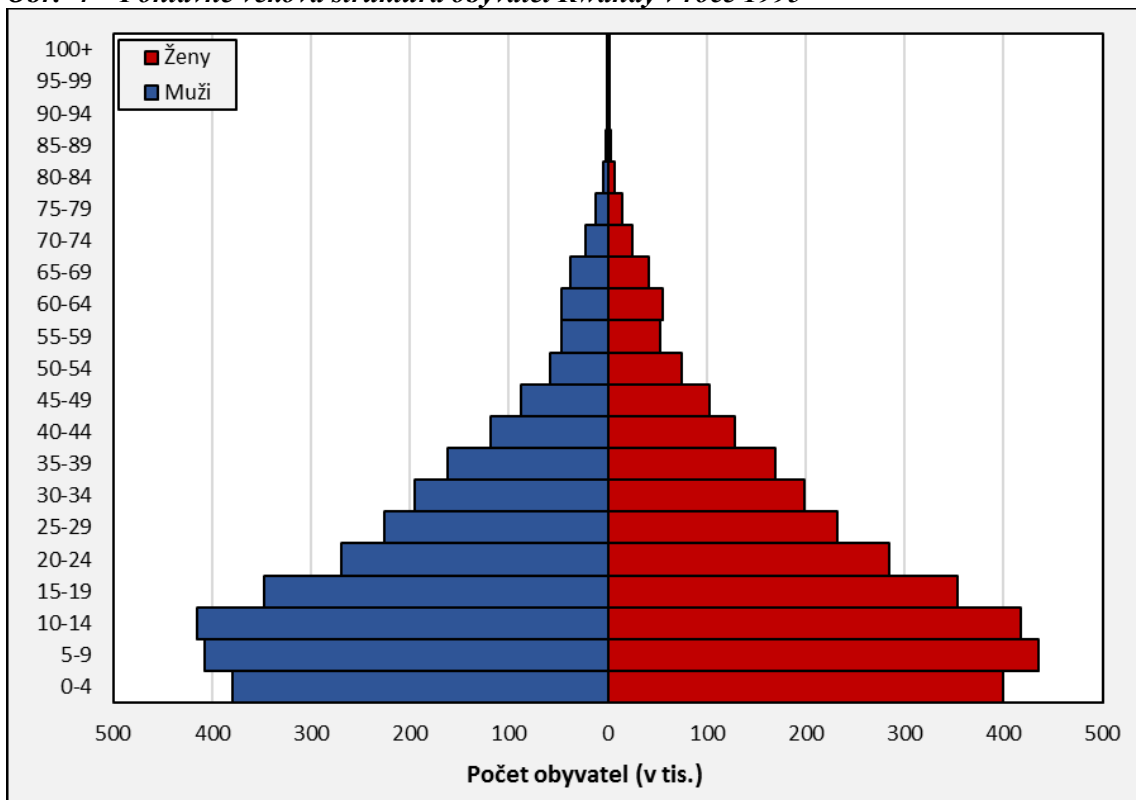
Zdroj: UNHCR, 2020, vlastní zpracování

Ozbrojené konflikty a genocidy si vyžádaly mnoho obětí a několik významných uprchlických vln, což významně poznamenalo demografický vývoj a demografickou strukturu rwandského obyvatelstva. Pro odhadnutí možných následků je důležité porovnat věkové struktury podle pohlaví před a po genocidě. Zatímco během válečných a ozbrojených konfliktů je často nepsaným pravidlem, že děti a ženy jsou násilností ušetřeny nebo alespoň nejsou postiženy tolik, jako muži, ve Rwandě byla situace jiná. Masakrů tehdy nebyl ušetřen nikdo. Pokud se podíváme na pohlavně věkovou strukturu ve Rwandě před a po genocidě, můžeme si všimnout, že se změnila hlavně dětská kategorie ve věkovém intervalu 0–4 let. Zatímco před genocidou měla pyramida širokou základnu a se zvyšujícím se věkem se postupně zmenšovala, po genocidě byla dětská složka velmi oslabená.

Pokud bychom chtěli hledat, jak to může souviset s porodností a plodností a jaký to může mít dopad na budoucí vývoj, musíme vzít v úvahu, že vyvraždění žen v reprodukčním věku sice může ovlivnit porodnost (počet porodů), ale míry plodnosti by tolik být ovlivněny neměly. Každopádně usmrcení mužů v produktivním věku bude mít na míry plodnosti do budoucna významnější vliv, než by tomu bylo u žen (Pörtner, 2001). Věková struktura se mění i v případě vysoké dětské úmrtnosti. Rodiče, kteří přišli o své děti během genocidy nebo ozbrojených konfliktů, se můžou snažit o nahrazení potomků, o které přišli. To může být jeden z podnětů ke zvýšení plodnosti a porodnosti i u ostatních rodičů, kteří se bojí rizika potenciální ztráty potomků (Kraehnert, 2019). Podrobnější vývoj ukazatelů, týkajících se porodnosti a plodnosti a představených v metodické části, bude zkoumán v příslušných kapitolách níže.

Obr. 3 – Pohlavně věková struktura obyvatel Rwandy v roce 1990

Zdroj: United Nations, 2019, vlastní zpracování

Obr. 4 – Pohlavně věková struktura obyvatel Rwandy v roce 1995

Zdroj: United Nations, 2019, vlastní zpracování

Důsledky týkající se dalšího demografického vývoje, především jakou hrály roli konflikty a genocida v demografickém přechodu, jsou uvedeny v příslušné kapitole zabývající se danou problematikou.

4.2. Současná socioekonomická a demografická charakteristika Rwandy

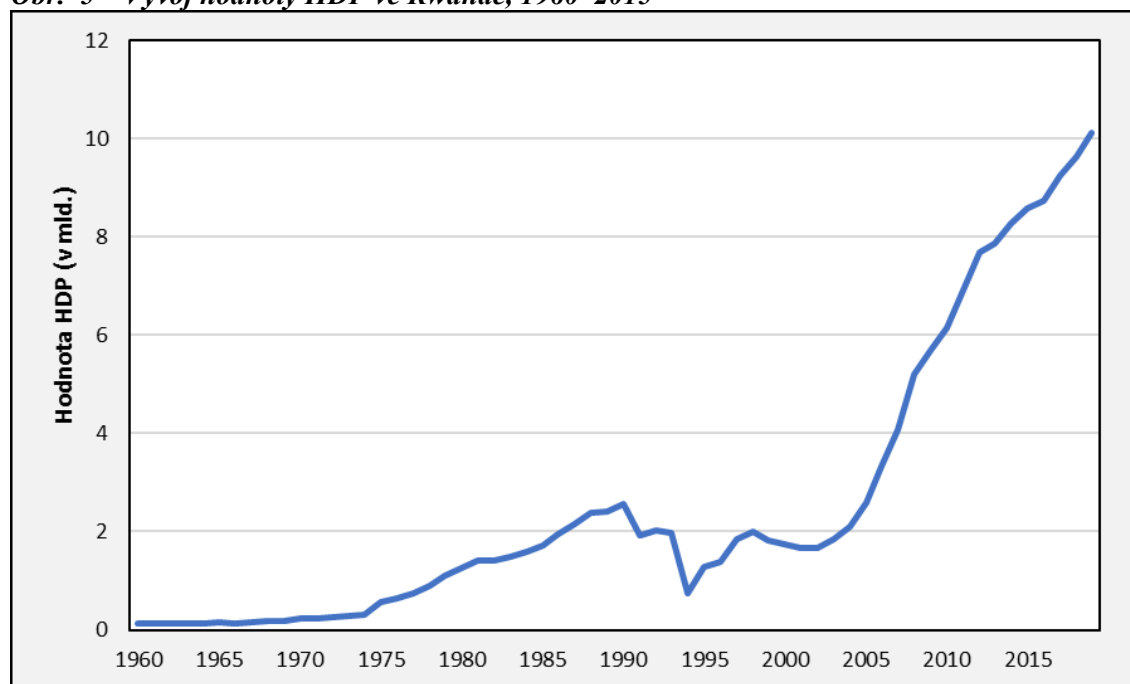
Rwanda byla v devadesátých letech dvacátého století poznamenána krutou genocidou, která si kromě mnoha životů vyžádala také značný ekonomický a demografický zásah. Se zahraniční pomocí se Rwandě podařilo znovu nastartovat ekonomický růst a rozvoj země. V současnosti je Rwanda nicméně považována Organizací spojených národů za jeden z nejméně rozvinutých států světa (anglicky jako Least-Developed Countries.) Společně s Rwandou se v roce 2018 nacházelo na světě 47 nejméně rozvinutých států. Většina z nich, celkem 33, leží v Africe. Jsou to například sousední Tanzanie, Burundi a Uganda, dále Etiopie, Senegal nebo Sierra Leone. Menší část z nich, 9 států, se nalézá v Asii, například Nepál, Kambodža nebo Bhútán, v Oceánii pak 4 státy, například Tuvalu nebo Kiribati, a v Americe se mezi nejméně rozvinuté státy řadí pouze jediný stát – Haiti (UN, 2019d). Pro zařazení mezi nejméně rozvinuté státy musí daná země splňovat tři kritéria, která se týkají výše HDP, indexu lidských zdrojů (HAI – Human Assets Index) a indexu ekonomické zranitelnosti (EVI – Economic Vulnerability Index). Každé tři roky je seznam revidován a pokud země splňuje určité dané hodnoty ve všech kategoriích, je přesunuta do vyšší kategorie. V posledních letech Rwanda dokázala splnit kategorii týkající se ekonomické zranitelnosti a rychle se blíží k požadované hodnotě v dalších kategoriích (UN, 2019d).

V současnosti má Rwanda za cíl dosáhnout do roku 2035 kategorie Middle income countries (MIC), což jsou země, které se vyznačují vyšší hrubého národního příjmu na obyvatele v hodnotách 1 006 až 12 235 amerických dolarů (UN, 2019a). K dosažení tohoto cíle provozuje Rwanda v současnosti širokou škálu rozvojových projektů, které mají pomoci obyvatelům zlepšit životní podmínky a rozproudit rychlejší ekonomický růst. Projekty se týkají především snížení chudoby, vybudování lepší infrastruktury a zajištění základního vzdělání pro všechny. Jeden z úspěšných projektů, které byly realizovány především za pomoci Světové banky, je například Electricity Access Rollout Program (EARP), jenž pomohl zlepšit přístup obyvatel k elektřině v zemi. Zatímco v roce 2009 mělo přístup k elektřině jen 9 % z celkového počtu obyvatelstva, v roce 2019 to již bylo 47 % z celkového počtu obyvatelstva (World Bank, 2020b).

Vyspělost, ekonomická výkonnost a rozvoj států se dá měřit podle několika indikátorů, které budou nyní představeny. Jedním z hlavních a klíčových ukazatelů ekonomického a hospodářského rozvoje je hrubý domácí produkt (HDP), který je definován jako konečná celková peněžní hodnota služeb a statků vytvořená za dané období na určitém území (ČSÚ, 2020). Jak již bylo nastíněno lehce v historické části, Rwanda si prošla několika významnějšími konflikty a genocidou, což mělo významný a zásadní vliv na její ekonomický vývoj. Po získání nezávislosti byl ekonomický a hospodářský růst podmíněn především díky mezinárodnímu obchodu a exportu kávy nebo tabáku. První problémy a nepravidelnosti v růstu se začaly objevovat v letech 1980–1990, kdy se začaly stupňovat konflikty a také drasticky poklesla cena kávy. V roce 1994, tudíž

v roce genocidy, poklesla hodnota HDP až o 49 % ze své původní hodnoty před genocidou (Rutayisire, 2013). Po genocidě se díky mezinárodní pomoci od různých organizací, zahrnujících Světovou banku nebo Mezinárodní měnový fond dokázala Rwanda stabilizovat a ekonomicky rozvíjet a rychlý ekonomický růst, což znamená i růst hodnoty HDP, přetrvává do současnosti (viz. Obr 5). V roce 2019 dosahovala hodnota HDP ve Rwandě 10 miliard dolarů, což bylo zhruba 833 dolarů na obyvatele (World Bank, 2020b). Největší podíl na HDP má sektor služeb, který v roce 2017 tvořil 51,5 % z celkového HDP, dále zemědělství, které tvořilo 30,9 % z celkového HDP a nejmenší podíl má sektor průmyslu, který tvoří 17,6 %. Průměrný roční nárůst hodnoty HDP je aktuálně okolo 8 % (The World Factbook, 2020). Zatímco HDP slouží k porovnání vývoje ekonomické výkonnosti, není vhodným ukazatelem pro srovnání vyspělosti a životních podmínek obyvatelstva daného území. Indikátor HDP zahrnuje hlavně vyrobené statky a služby, nicméně se už nezaměřuje na důsledky nebo okolnosti výroby, například pokud vyrobíme auto, tak se do HDP započítá vyrobené auto, ale už se do něj nezapočítá například emise, které bude auto vypouštět nebo jaké dosažené vzdělání měl dělník pracující v továrně na auta (Kapoor, 2019).

Obr. 5 – Vývoj hodnoty HDP ve Rwandě, 1960–2015



Zdroj: World Bank, 2020a, vlastní zpracování

Ukazatel Human development index (HDI), v češtině index lidského rozvoje, je prostředek sloužící ke srovnání klíčových dimenzí lidského rozvoje, jimiž jsou dlouhý a zdravý život, přístup ke vzdělání a celková životní úroveň. Výsledkem je geometrický průměr indexů vycházejících z jednotlivých dimenzí uvedených výše. Výpočet se provádí pomocí tří indexů – index naděje dožití, index vzdělání a index hrubého národního produktu. Jednotlivé indexy jsou tvořeny různými indikátory, jako je například naděje dožití, školní docházka nebo hrubým národním příjmem na obyvatele (viz Obr. 6). Hodnoty se nachází v rozmezí 0–1, kdy hodnota 1 určuje nejvyšší možnou úroveň rozvoje, zatímco hodnoty blízko 0 určují nízkou úroveň rozvoje (UN, 2019c).

Obr. 6 – Skladba indexu lidského rozvoje (HDI)

Zdroj: UN, 2019c, vlastní zpracování

Před genocidou se index lidského rozvoje Rwandy pohyboval na velmi nízkých hodnotách, což bylo způsobeno především nízkou hodnotou všech indikátorů a indexů, ze kterých je index složen. Po genocidě, díky zlepšení ekonomické situace a pozvednutí životní úrovně, začal index lidského rozvoje stoupat (UN, 2019c). Zatímco v roce 1990, před vypuknutím genocidy, dosahoval HDI hodnoty 0,244, v roce 2018 dosahoval index hodnoty 0,536. Rwanda se tak umístila na 157. pozici ze všech 189 států a teritorií, kde se měření indexu provádí. Mezi roky 1990 až 2018 zaznamenala naděje dožití při narození ve Rwandě nárůst o 35,3 roků, průměr roků strávených vzděláváním vzrostl o 2,7 roků, očekávaná doba vzdělávání¹ vzrostla o 5,5 roků a HNP byl zvýšen o zhruba 126 % (viz Tab. 2) (UN, 2019c).

Tab. 2 – Vývoj indikátorů a HDI, Rwanda, 1990–2018

	Naděje dožití při narození za muže a ženy (roky)	Očekávaná doba vzdělání (roky)	Průměrná doba vzdělávání (roky)	HNP na obyvatele (v dolarech)	Hodnota HDI
1990	33,4	5,7	1,8	865	0,245
1995	31,0	6,2	2,0	694	0,228
2000	48,6	7,2	2,3	796	0,337
2005	55,3	9,4	2,8	1 052	0,409
2010	63,4	11,1	3,8	1 386	0,488
2015	67,5	10,8	4,0	1 731	0,515
2018	68,7	11,2	4,4	1 959	0,536

Zdroj: UN, 2019c, vlastní zpracování

Kromě HDI je mezinárodními organizacemi zabývajícími se rozvojem zveřejňován také Inequality-adjusted Human Development Index (IHDI), takzvaný index lidského rozvoje upravený podle nerovností v oblastech lidského života. Stejně jako HDI měří tento index rozvoj daného státu na základě tří klíčových dimenzí týkajících se lidského života – zdraví, vzdělávání a příjem, nicméně se také zaobírá tím, jak jsou jejich indikátory přerozdělovány ve společnosti vybrané země na základě určitých nerovností, které v zemi převládají. Dalo by se tak říct, že rozdíl mezi oběma indexy je takový, že IHDI při výpočtu zohledňuje nerovnosti v daných zemích.

¹ Očekávaný průměr roků, které dítě stráví školní docházkou

Při totální rovnosti nabývá IHDI stejné hodnoty jako HDI, pokud nerovnost vzroste, hodnota IHDI ale klesne. Čím větší je rozdíl mezi oběma indexy, tím větší je nerovnost ve společnosti ohledně daných indikátorů (UN, 2019c).

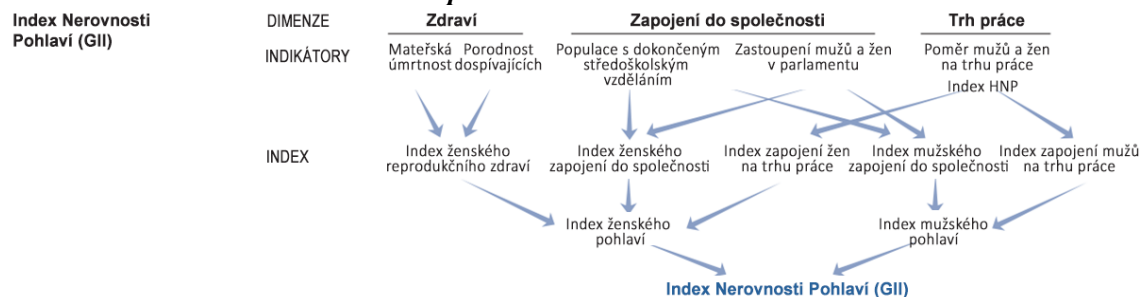
Rwanda v roce 2018 dosahovala HDI hodnoty 0,536, nicméně co se týče IHDI, hodnota dosahovala pouze 0,382, což znamená, že když uvážíme nerovnost, která se v daných třech dimenzích vyskytuje, klesne tím hodnota indexu lidského rozvoje. Nejvyšší nerovnost byla zaznamenána v oblasti příjmu, dále ve vzdělání a nejnižší nerovnost byla zjištěna v oblasti zdraví (naděje dožití při narození) (viz Tab.3) (UN, 2019c). V porovnání s ostatními zeměmi patřícími do kategorie Least-Developed Countries, která byla představena na začátku této podkapitoly, a v rámci regionu subsaharské Afriky, se Rwanda drží lehce nad průměrem. Země z kategorie LDCs dosahují průměrné hodnoty 0,377, zatímco země ze subsaharské Afriky dosahují průměrné hodnoty 0,376 (UN, 2019c). Za povšimnutí stojí, že rwandské vládě se úspěšně daří snižovat nerovnost co se zdravotní péče nebo přístupu ke vzdělání týče. Právě zvýšení úrovně vzdělání a zlepšení přístupu ke zdravotní péči ovlivňuje reprodukční chování obyvatel, tímto se budeme zabývat v jedné z dalších kapitol této práce.

Tab. 3 – Vývoj nerovnosti v dimenzích IHDI, Rwanda, 2010–2018

	Zdraví (v %)	Vzdělání (v %)	Příjem (v %)
2010	47,4	30,7	31,5
2012	41,3	29,4	30,2
2014	30,2	29,4	35,2
2016	23,8	29,3	36,4
2018	19,5	29,3	36,4

Zdroj: UN, 2019c, vlastní zpracování

V posledních letech se stále více hovoří o rovnosti mezi mužem a ženou. Po světě jsou zakládána různá hnutí, která se snaží bojovat o rovnoprávnost žen a jejich postavení ve společnosti. Především v rozvojových státech je toto často diskutované téma a zároveň je mnohdy upozorňováno, že ženy jsou ve státech s nízkým indexem lidského rozvoje utlačovány nebo jsou jim odepírány jejich základní práva. Rovnost mezi mužem a ženou v dané zemi se dá měřit podle indexu Gender Inequality Index (GII), který byl stejně jako IHDI představen v roce 2010. Tento index je vyhodnocen, podobně jako předchozí indexy týkající se lidského rozvoje, na základě tří dimenzí – reprodukčního zdraví, zapojení do společnosti a ekonomické aktivity na trhu práce. Každá z těchto dimenzí obsahuje několik indikátorů, které spolu navzájem souvisejí a utvářejí se z nich jednotlivé indexy, které pak slouží k výpočtu GII (viz Obr. 7) (UN, 2019c).

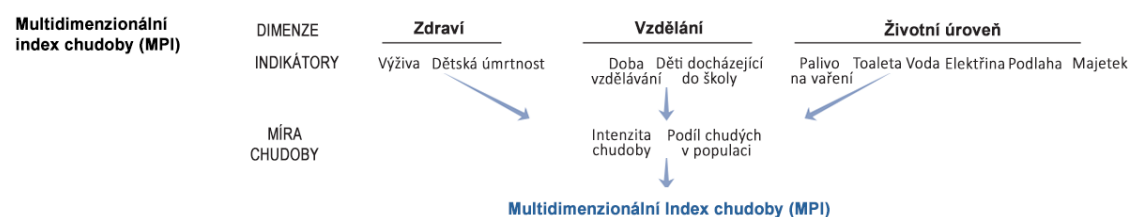
Obr. 7 – Skladba indexu nerovnosti pohlaví

Zdroj: UN, 2019c, vlastní zpracování

Rwanda dosáhla v roce 2018 hodnoty 0,412 a umístila se tak na 95. pozici ze 162 zemí. Co se týče jednotlivých indikátorů, největším překvapením je indikátor týkající se zastoupení mužů a žen v parlamentu (UN, 2019c). V roce 2019 byl rwandský parlament tvořen z 61,3 % ženami, Rwanda tak má největší zastoupení žen v parlamentu na světě. Pro porovnání, v Česku v roce 2019 tvořilo podíl v českém parlamentu pouze 22,3 % žen (IPU, 2019). Ve Rwandě dosáhlo v roce 2019 alespoň středoškolského vzdělání 12,9 % ze všech dospělých žen, zatímco u mužů to bylo 17,9 %. Na každých 100 000 živě narozených připadalo 290 mateřských úmrtí a porodnost dospívajících, což jsou ženy ve věku 15–19 let, činila 39,1 porodů na 1 000 žen. Celkem 84,2 % žen bylo zapojeno na trhu práce, zatímco u mužů tato hodnota byla o něco nižší, 83,6 % (UN, 2019c).

Jak bylo uvedeno dříve, rwandské vládě se úspěšně daří snižovat nerovnosti v klíčových oblastech lidského rozvoje a života, ale v některých oblastech nerovnosti stále přetrvávají. S nerovnostmi mezi obyvateli úzce souvisí chudoba. Chudoba se dá definovat jako nedostatek příjmů nebo životně důležitých zdrojů (UNESCO, 2005). Nedostatek příjmů nebo důležitých životních zdrojů znemožňuje lidem žít a zajistit si důstojný život. Existuje mnoho faktorů, které přímo nebo nepřímo ovlivňují výši a podobu chudoby v dané zemi nebo společnosti. Za některé z příkladů mohou být uvedeny války, konflikty, politika daného státu, dále různé environmentální faktory, jako je globální oteplování. Chudoba je spojována především s rozvojovými státy, týká se ale i rozvinutých států. Dle poslední zprávy OSN se na světě vyskytovalo v roce 2019 okolo 800 milionů lidí žijících v chudobě, z nichž nejvíce jich žilo v subsaharské Africe a jižní Asii (UN, 2020a).

Chudoba se dá měřit pomocí multidimenzionálního indexu chudoby, značeným jako MPI. Funguje na podobném principu, jako již výše zmíněné indexy. Skládá se ze tří dimenzí týkajících se lidského rozvoje, a to zdraví, vzdělání a životní úrovně. Jednotlivé oblasti jsou opět charakterizovány určitými indikátory (viz Obr. 8), na jejichž bázi se vypočítají indexy za dané oblasti a z těch je pak vypočítán konečný multidimenzionální index chudoby.

Obr. 8 – Skladba multidimenzionálního indexu chudoby

Zdroj: UNDP, 2019, vlastní zpracování

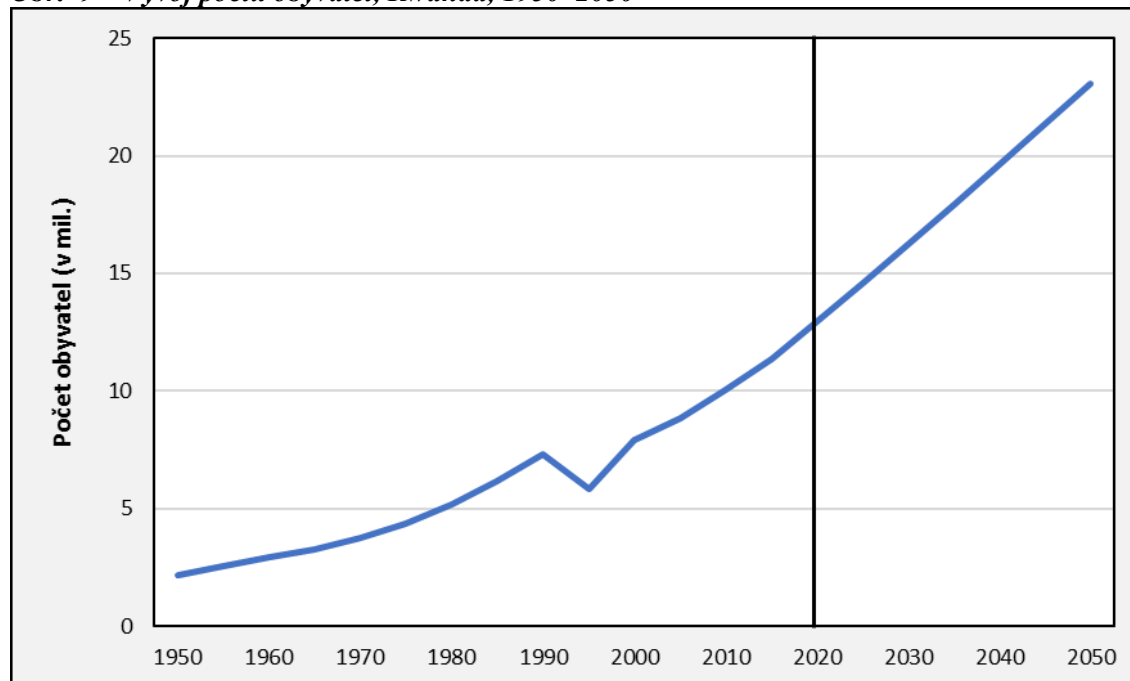
Index se vypočítává za jednotlivé domácnosti, kdy každé osobě je přiděleno takzvané „deprivační skóre“, které je vypočítáno na základě nedostatků v dané domácnosti v každém z deseti uvedených indikátorů. Bere se tak například v potaz, čím daná domácnost topí, zda děti v domácnosti chodí do školy nebo zda některá z osob v domácnosti trpí podvýživou. Maximální hodnota deprivačního skóre je 100 procent, každá z dimenzí se tak podílí z jedné třetiny na celkovém indexu, přesněji z 33,3 procent. Konečná hodnota indexu pak dosahuje hodnot v intervalu 0–1, kdy hodnoty blízké nule značí menší ohroženost chudobou, zatímco hodnoty blízké hodnotě jedna znamenají větší ohroženost chudobou. Zatím poslední údaj pro Rwandu pochází z roku 2015, kdy hodnota MDI byla 0,259, což bylo zlepšení oproti roku 2005, kdy index dosahoval hodnoty 0,481 (UNDP, 2019). Hodnoty indexu a deprivačních skóre jednotlivých dimenzí je možné také využít ke zhodnocení situace a zaměřit se na nejvíce problémové oblasti v dané společnosti. Index multidimenzionální chudoby je vhodnějším nástrojem na porovnávání chudoby, než je třeba HNP nebo další indexy týkající se příjmů, jelikož zohledňuje i podmínky, ve kterých lidé v dané zemi žijí (UNDP, 2019). V roce 2017 žilo okolo 38 % obyvatel Rwandy v chudobě a 16 % žilo v extrémní chudobě. Situace se tak od roku 2000 zlepšila, v tomto roce žilo totiž v chudobě 58 % obyvatel a 40 % obyvatel žilo v extrémní chudobě (NISR, 2019). Nejchudším regionem je Western Province, kde je chudobou postiženo 47,1 % obyvatel, nejméně postiženým chudobou je region Kigali City, tudíž hlavní město, kde je chudobou postiženo 13,9 % z celkového obyvatelstva (NISR, 2019).

Chudoba je jedním z největších problémů rozvojových států a mnohé organizace staví svůj program především na snížení nebo kompletním vymýcení chudoby. V roce 2015 bylo představeno 17 Cílů udržitelného rozvoje (SDGs), z nichž první cíl se zaměřuje na vymýcení chudoby ve všech jejích formách po celém světě (UN, 2020a). Mnohdy ke snížení chudoby přitom stačí dokončení alespoň základního vzdělání. Právě vzdělání dokáže kromě snížení chudoby zlepšit povědomí obyvatelstva ohledně zdravotní péče, stravování, životního prostředí, hygieny, možnosti uplatnění na trhu práce nebo reprodukčního chování. Negramotnost občanů dané země brzdí hospodářský vývoj a ekonomický rozvoj, zároveň vyšší vzdělání žen může snížit kojeneckou a mateřskou úmrtnost a snížit míru úhrnné plodnosti (Chandiok, 2016). Je dokázáno, že pokud je především dívkám dopřáno alespoň základní vzdělání, snižuje se šance předčasného sňatku, otěhotnění a případných komplikací při porodu nebo při výchově dětí. Ženy s ukončeným základním nebo středoškolským vzděláním jsou lépe informované o svém zdraví a zdraví dítěte, mají větší ponětí o antikoncepčních metodách nebo jsou schopnější postarat se o domácnost a svou budoucí rodinu než ženy bez jakéhokoliv vzdělání. Zajistit všem dostupné a kvalitní

vzdělání je jednou z priorit rwandské vlády a zřizuje různé programy, stipendia a granty, díky kterým se zvyšuje školní docházka a zlepšuje se dostupnost vzdělání i ve venkovských a méně rozvinutých sídlech. V roce 2005 dosahovala gramotnost obyvatel v zemi 77 %, v roce 2016 to již bylo 86,5 % (NISR, 2019). I proto, že se snížila chudoba, negramotnost a zlepšila se úroveň vzdělání, se dle rwandské vlády státu daří v ekonomii a určitých demografických oblastech, jako je snižování porodnosti a úmrtnosti (NISR, 2019).

4.3. Demografická charakteristika Rwandy

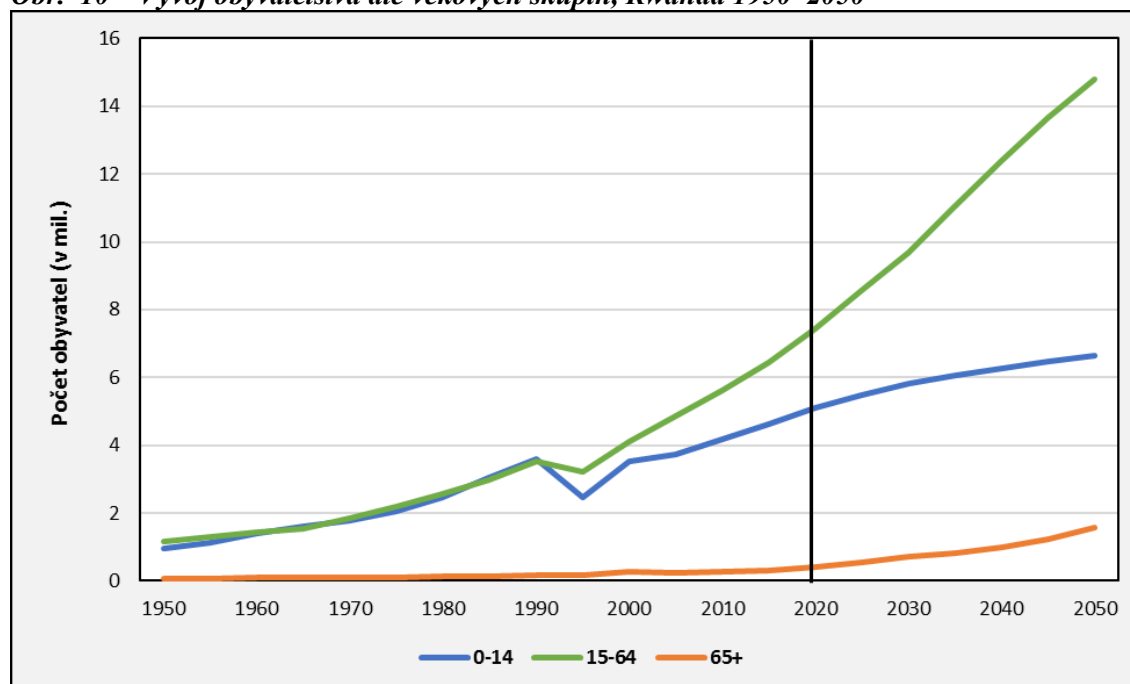
Populace Rwandy by se dala popsat jako rychle rostoucí, s mladou věkovou strukturou a rychle se zvyšující urbanizací. Vysoký populační přírůstek je způsoben vysokou a pomalu klesající plodností, společně s rychle se snižující mírou dětské, a především kojenecké úmrtnosti. Urbanizace je způsobena zvyšujícím se přírůstkem obyvatel v městských oblastech, migrací venkovského obyvatelstva do měst a rozšiřováním městské zástavby. V současnosti se nachází ve Rwandě přibližně 12,6 milionů obyvatel a do roku 2050 by se celková populace měla ještě zdvojnásobit a dosáhnout okolo 24 milionů obyvatel. Od roku 1950 se populace rychle zvětšovala, což byl důsledek především vyšší úhrnné plodnosti, významný pokles byl zaznamenán v roce 1994, jenž byl následek genocidy a zvýšeného počtu uprchlíků, nicméně po repatriaci uprchlíků a emigrantů v letech 1995–1996 se růst populace vrátil k dalšímu nárůstu, tentokrát ale pomalejšímu, než bylo v období před genocidou (viz Obr. 9) (NISR, 2019). Dle Organizace spojených národů by populace měla rychleji narůstat až do roku 2050, kdy by se měl růst zpomalit a do roku 2100 by mělo být ve Rwandě okolo 33 milionů obyvatel (UN, 2019e). Rychle rostoucí populace by mohla v budoucnu způsobit problémy. Rwanda je poměrně malým státem, rozloha činí pouhých 26 379 km² a hustota zalidnění je 445 obyvatel na jeden kilometr čtvereční. Zvyšující se hustota zalidnění představuje hrozbu nejen pro hospodářský rozvoj, ale též pro ochranu životního prostředí (NISR, 2019).

Obr. 9 – Vývoj počtu obyvatel, Rwanda, 1950–2050

Zdroj: NISR, 2019, vlastní zpracování

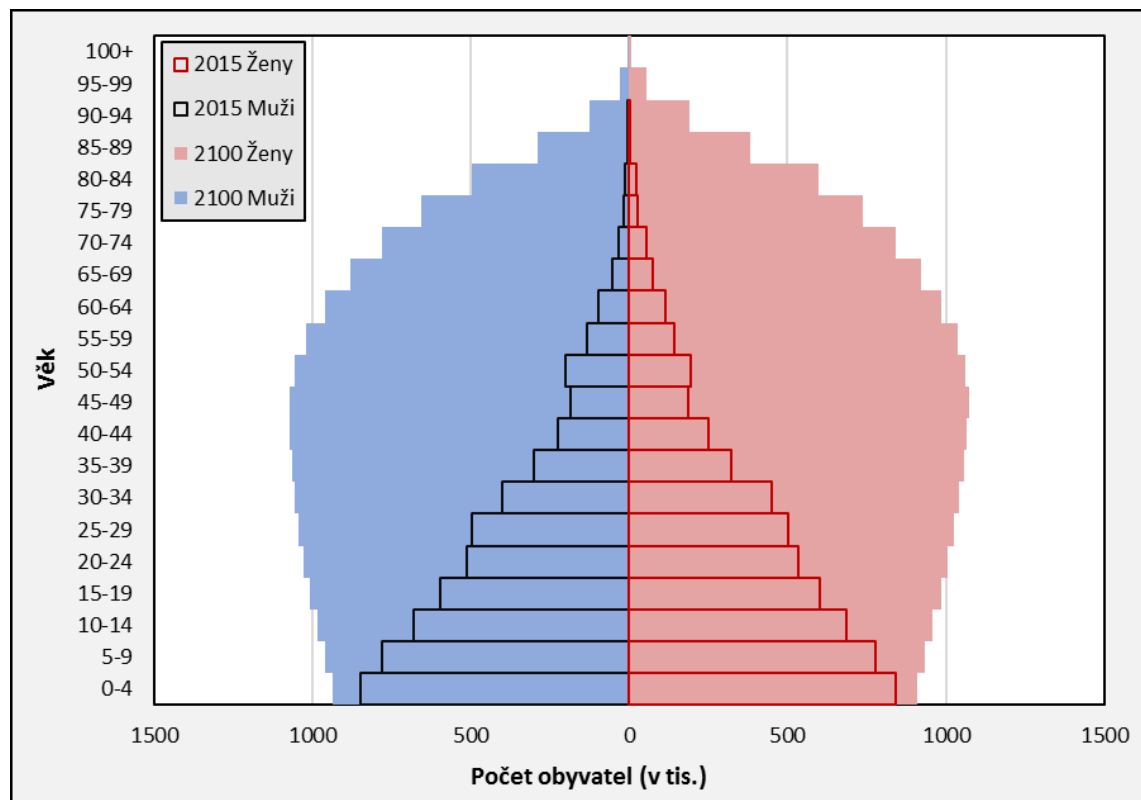
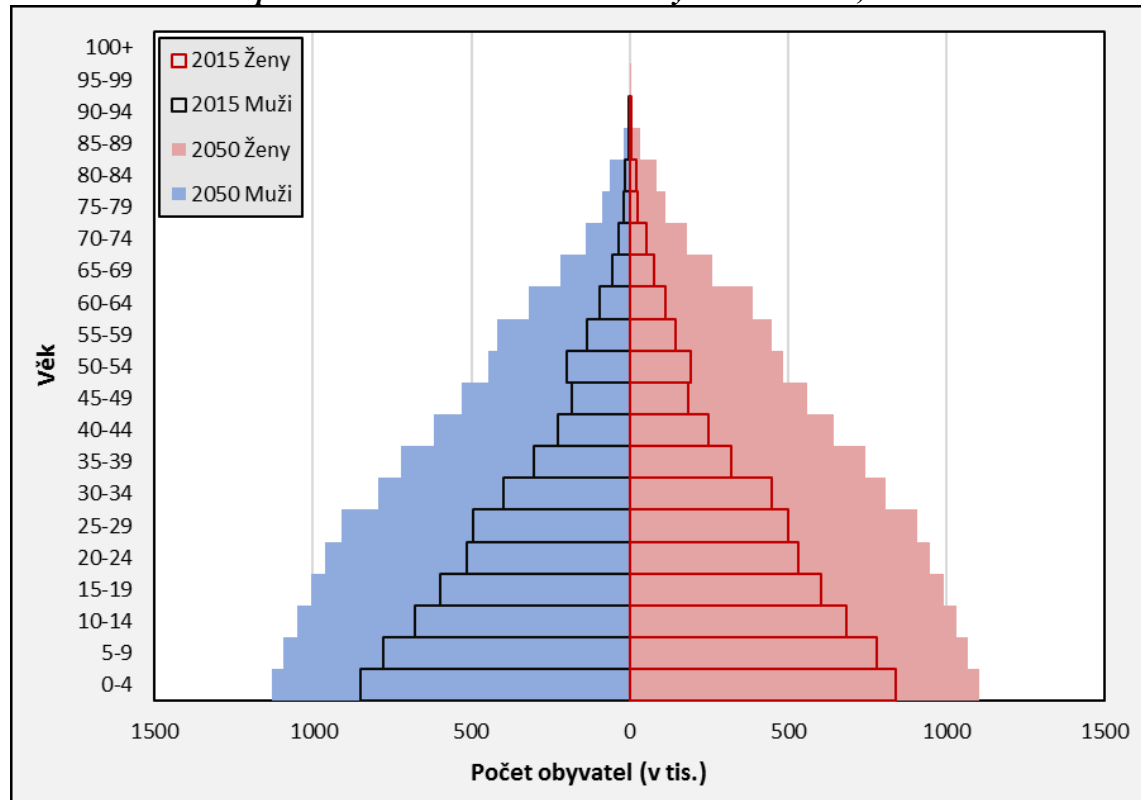
V posledních letech došlo k výraznému snížení úhrnné plodnosti, což bylo zapříčiněno především zaměřením se na programy plánovaného rodičovství, zvýšením užívání antikoncepce a snahou vlády o zvýšení úrovně vzdělávání. Zatímco v roce 1950 činila úhrnná plodnost 8 dětí na ženu, v roce 2019 byla úhrnná plodnost 4,1 dítěte na ženu (World Bank, 2020a). Rwanda se svou aktuální hodnotou úhrnné plodnosti je pod průměrem úhrnné plodnosti skupiny zemí v subsaharské Africe, kde hodnota úhrnné plodnosti dosahuje 4,72 dětí na ženu, zatímco země v regionu východní Afriky mají dohromady hodnotu úhrnné plodnosti 4,43 dětí na ženu (UN, 2019e). Dle prognóz NISR a OSN by měla úhrnná plodnost ve Rwandě nadále klesat a v roce 2100 dosáhnout hodnoty 2,44 dětí na ženu (UN, 2019e).

Kromě snížení úhrnné plodnosti dochází také ke snižování úmrtnosti a zvyšování naděje dožití, což bude mít v budoucnu vliv na věkovou strukturu obyvatelstva. Se stoupající nadějí dožití, klesající úmrtností a úhrnnou plodností bude stoupat zastoupení populace starší 65 let, růst dětské složky (0–14 let) se zpomalí a stabilizuje, zatímco složka ekonomicky aktivního obyvatelstva (15–64 let) bude rychleji narůstat a zvyšovat se její podíl na celkovém obyvatelstvu (viz Obr. 10).

Obr. 10 – Vývoj obyvatelstva dle věkových skupin, Rwanda 1950–2050

Zdroj: United Nations, 2019e, vlastní zpracování

Změnu můžeme sledovat též na věkových pyramidách. Nyní má věková pyramida Rwandy tvar progresivního typu, jenž je typický především pro rozvojové země. V progresivním typu věkové pyramidy převažuje dětská složka nad reprodukční složkou a ta převažuje nad postreprodukční složkou (Boucher, 2016). Při změnách plodnosti a úmrtnosti se počítá i se změnou populační pyramidy, v roce 2050 by se měla věková struktura obyvatelstva Rwandy blížit stacionárnímu typu a v roce 2100 by věková struktura měla připomínat regresivní typ věkové pyramidy (viz Graf 1) (NISR, 2019). Stacionární typ věkové pyramidy má dětskou složku podobně velkou jako reprodukční složku, zvyšuje se podíl v postreprodukčním věku a nedochází k výraznějšímu růstu populace. Regresivní typ pyramidy je přesný opak progresivního typu pyramidy a dochází naopak ke snižování velikosti populace. Dětská složka je velmi malá, naopak vysoký podíl zaujímá postreprodukční složka společně s reprodukční složkou (Boucher, 2016). Na věkových pyramidách můžeme sledovat, že v roce 2050 bude reprodukční složka a dětská složka podobně veliká, bude se pomalu zvyšovat počet osob dožívajících se vyššího věku. V roce 2100 by reprodukční složka měla vyrovnat dětskou složku či ji dokonce početně přesáhnout a zvýší se také podíl osob starších 65 let, což bude souviset také s nižší úmrtností a vyšší nadějí dožití. Změna ve věkové struktuře je důležitá pro demografickou dividendu, která bude zmíněna v nadcházející kapitole.

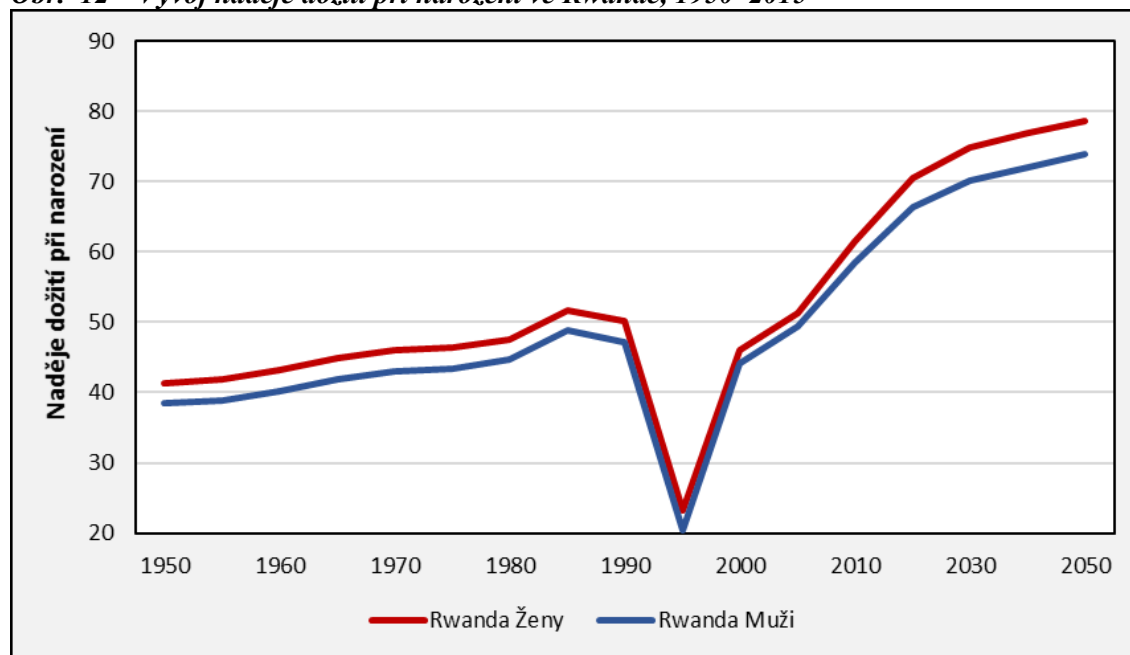
Obr. 11 – Věková a pohlavní struktura rwandského obyvatelstva 2015, 2050 a 2100

Zdroj: United Nations, 2019e, vlastní zpracování

Se změnou věkové struktury souvisí již zmíněná naděje dožití. Naděje dožití je označována též jako střední délka života a udává počet roků, které má před sebou jedinec v určitém věku za předpokladu zachování úmrtnostních poměrů v daném sledovaném období (ČSÚ, 2015). V roce

2018 byla dle World Bank a OSN naděje dožití při narození v subsaharské Africe okolo 60 let, což byl výraznější nárůst od 90. let 20. století, kdy se naděje dožití při narození pohybovala okolo 45–50 let. Vyšší naděje dožití by se dala připsat kvalitnější zdravotní péči a lepší ekonomické situaci. Naděje dožití při narození se ve Rwandě postupně zvyšovala od roku 1950, kdy dosahovala okolo 41 let pro ženy a 38 let pro muže. Následkem konfliktů a genocidy v 90. letech se naděje dožití prudce snížila pouze na 20 let pro ženy a muže, nicméně díky lepším socioekonomickým poměrům se naděje dožití opět začala zvedat (viz Obr. 11). Ve Rwandě dosahovala v roce 2018 naděje dožití při narození pro ženy 70 let, pro muže 66 let (UN, 2019e).

Obr. 12 – Vývoj naděje dožití při narození ve Rwandě, 1950–2015



Zdroj: UNDP, 2019

Průměr zemí skupiny LDCs byl v roce 2018 zhruba 66 let pro ženy a zhruba 62 let pro muže, což znamenalo, že Rwanda byla nad průměrem a také se pohybovala nad průměrem zemí subsaharské Afriky. Do budoucna se předpokládá postupný nárůst, v roce 2050 by se hodnoty měly pohybovat kolem téměř 80 let pro ženy a kolem 70 let pro muže (viz Tab. 4) (UN, 2019e).

Tab. 4 – Předpokládaný vývoj naděje dožití při narození ve Rwandě, subsaharské Africe a skupině zemí Least Developed Countries, 2010–2050

	Rwanda		LDC's		Subsaharská Afrika	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži
2010	61,5	58,5	60,9	57,8	55,5	52,6
2020	70,5	66,3	66,5	62,8	62,3	58,8
2030	74,8	70,1	74,8	70,7	66,9	62,9
2040	76,9	72,1	76,9	72,8	69,3	65,0
2050	78,7	73,9	78,9	74,6	71,3	66,7

Zdroj: UN, 2019e, vlastní zpracování

S nadějí dožití souvisí úmrtnostní poměry dané země nebo oblasti. V subsaharské Africe je míra úmrtnosti ovlivněna především rozličnými onemocněními nebo epidemiemi, mezi které patří například HIV, malárie, tuberkulóza nebo průjem (WHO, 2018). WHO dělí příčiny smrti do tří skupin, kdy první skupina jsou úmrtí způsobená přenosnými nebo infekčními nemocemi, druhou skupinu tvoří úmrtí způsobená nepřenosiými nebo chronickými onemocněními a třetí skupina jsou úmrtí způsobená zraněními. Hlavní příčinou úmrtí na africkém kontinentě jsou především onemocnění dýchacích cest, jako zápal plic nebo bronchitida, dále HIV a průjem. Velká míra úmrtnosti také souvisí s dopravními nehodami (WHO, 2018). V poslední době si lze všimnout, že se v afrických státech začíná projevovat takzvaný epidemiologický přechod, především jeho druhá fáze. Tento jev můžeme vysvětlit jako změnu ve struktuře úmrtnosti podle příčin, kdy epidemie infekčních a parazitárních chorob jsou postupně nahrazovány degenerativními chorobami na základě lidského rozvoje v oblasti zdravotní péče nebo životní úrovně (Trescastro-López, 2005). Teorie epidemiologického přechodu byla představena v roce 1971 Abdelem R. Omranem, který v rámci ní definoval tři základní fáze. První fází je období moru a hladomoru, druhou fází je období ústupu pandemií a třetí fází je období degenerativních a civilizačních nemocí. Později byla teorie postupně upravena a přidány další fáze, kdy čtvrtá navazující fáze byla označena jako období snižování úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci, stárnutí, posměnění životního stylu a vznikajících a opět propukajících nemocí a poté pátá fáze označená jako období snahy o kvalitní způsob života se spornou dlouhověkostí a přetrváváním nerovností, což je označováno také jako futuristická fáze (Agyei-Mensah, 2010). Epidemiologický přechod se projevuje především ve druhé skupině příčin úmrtí dle WHO. Největší zastoupení tvoří úmrtí v důsledku ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu a cirhózy jater (WHO, 2018).

Na základě zlepšení ekonomické situace, zdravotní péče, vzdělání a celkové životní úrovně se lepší úmrtnostní poměry. Problémem v rozvojových státech je především dětská úmrtnost. Dětská úmrtnost je vyjádřena několika ukazateli, z nichž hlavní jsou především novorozenecká úmrtnost, kojenecká úmrtnost a dětská úmrtnost do 5 let. Novorozeneckou úmrtnost je možné definovat jako úmrtnost dětí v prvním měsíci života, kojeneckou úmrtnost je možné definovat jako úmrtnost do jednoho roku života a dětskou úmrtnost, která je vyjádřena jako úmrtnost dětí mladších 5 let (UNICEF, 2019). Kojenecká úmrtnost je vyjádřena kvocientem kojenecké úmrtnosti, který se počítá jako počet zemřelých do jednoho roku života na 1 000 živě narozených v daném roce, výsledek je vyjádřen v promile (PRB, 2019). Novorozenecká úmrtnost je definována jako počet zemřelých do 27 dnů života na 1 000 živě narozených a míra dětské úmrtnosti jako počet zemřelých mladších než 5 roků života na 1 000 živě narozených v daném roce (WHO, 2020a).

Kojenecká úmrtnost je jedním z ukazatelů vyspělosti a rozvoje daného státu. Zatímco ve vyspělých zemích se hodnoty kojenecké úmrtnosti pohybují velmi nízko již od 60–70. let 20. století, u rozvojových států jsou v některých případech hodnoty ještě stále velmi vysoké. Dětská úmrtnost je ovlivněna různými faktory, jedná se především o biodemografické faktory, které se týkají například věku a zdravotního stavu obou rodičů dítěte, další faktory jsou spíše socioekonomické, mezi které lze zařadit ekonomickou situaci rodičů, stav domu nebo místo bydliště (Durowade, 2017). V druhé polovině 20. století a později na přelomu tisíciletí docházelo

postupně ke snižování kojenecké úmrtnosti v rozvojových státech, což bylo zapříčiněno především rozvojem medicíny, rozšířením očkování nebo povědomím o antikoncepci a hygienických návycích (Winston, 2018).

Rwanda se již delší dobu zaměřuje na snížení dětské úmrtnosti, a především dosažení nízké hodnoty kojenecké úmrtnosti jsou jedním z hlavních cílů rwandského prezidenta Paula Kagameho. Nejhorší byla situace v letech 1990–1995, v období genocidy, kdy hodnota kojenecké úmrtnosti dosáhla 196 promile a dětská úmrtnost dosahovala hodnoty 286 promile (UNICEF, 2019). V porovnání s vybranými státy subsaharské Afriky s podobnou demografickou strukturou a rozlohou se Rwanda vyznačuje nižšími hodnotami novorozenecké, kojenecké a dětské úmrtnosti (viz Tab. 5) (UNDP, 2019). Pro srovnání s vyspělými státy, aktuální hodnota kvocientu kojenecké úmrtnosti pro Českou republiku je podle posledních dostupných údajů 2,56 promile (ÚZIS, 2018). Této hodnotě by se dle aktuálních předpokladů mohla Rwanda přiblížit až v roce 2100, kdy by měla dosáhnout hodnoty 5 promile (UN, 2019e).

Tab. 5 – Porovnání novorozenecké, kojenecké a dětské úmrtnosti ve vybraných afrických státech v roce 2019

	Novorozenecká úmrtnost (v ‰)	Kojenecká úmrtnost (v ‰)	Dětská úmrtnost (v ‰)
Burundi	21,7	41,0	58,5
Guinea	31,1	64,9	100,8
Rwanda	15,9	27,0	35,3
Togo	24,9	47,4	69,8

Zdroj: IGME, 2019, vlastní zpracování

S mírou úmrtnosti, především té dětské, je spojena urbanizace. Zatímco ve vyspělých státech mezi městem a venkovem nejsou zase takové rozdíly, co se různých demografických ukazatelů týče, v rozvojových státech lokalita a bydliště často hraje důležitou roli. Děti rodící se ve venkovských sídlech mají menší šanci na přežití než děti, které se narodily ve městě (Adhikari, 2010). S tímto souvisí proces urbanizace, který můžeme definovat jako zvětšování podílu obyvatel, kteří bydlí ve městech a též jako nárůst podílu počtu lidí, kteří žijí městským způsobem života (Sociologická encyklopedie, 2019). Urbanizace se ve Rwandě zvýšila především mezi lety 1990–2005, kdy došlo k nárůstu míry urbanizace z 5 % na 16,9 %. Od té doby se urbanizace zvýšila pouze nepatrně, v roce 2019 tvořilo městské obyvatelstvo 17,3 % z celkového obyvatelstva (World Bank, 2020a). Významnými a největšími městy jsou především hlavní město Kigali, Butare, Musanze nebo Gisenyi. Jednou z věcí, kterou se rwandská města význačně odlišují od ostatních afrických měst, je především jejich čistota a organizovanost. Zatímco ve většině afrických měst je často komplikované vůbec přejít silnici, podél silnic se povalují odpadky a chodníky jsou neupravené nebo rovnou neexistující, ve Rwandě jsou chodníky pěkně upravené, nikde nejsou odpadky a při přecházení silnice se člověk nemusí bát o život. Především v Kigali se poslední dobou více staví a z venkovských měst migruje více obyvatel do měst, proto se očekává, že v budoucnosti míra urbanizace poroste (Westoff, 2017).

„Jedním z důvodů, proč jsou naše ulice tak čisté a bezpečné je především „Umuganda“. Ve rwandštině to znamená něco jako pracovat společně na nějakém společném problému. Vlastně všichni obyvatelé Rwandy ve věku 18–65 let musí, nebo aspoň měli by, poslední sobotu v měsíci pomoci při nějakém projektu v jejich okolí. Probíhá to od nějakých osmi ráno do oběda. Chodíš po ulici a uklízíš, pomáháš opravit střechu sousedovi, okopáváš záhonky, prostě taková susedská pomoc. Je to povinné, ale nikdo nekontroluje, zda se toho účastníš nebo ne. Hlavně mladí se toho moc neúčastní, ale když chceš vypomoct, tak je to dobrá příležitost, není nějak dáno, co musíš dělat. A ještě jedna věc, proč je naše země tak čistá. Už před hodně roky jsme zakázali používání igelitových sáčků, prostě igelitky a plastové pytlíky, jak to dostáváš v supermarketu a tak, to je tady zakázáno. Všude v obchodech dostaneš pouze plátěné nebo papírové tašky. Může se zdát, že je to, jak nějaký totalitární stát, ale ještě před 25 lety jsme se vraždili a teď společně uklízíme na ulicích, stavíme zahradní domky nebo umýváme graffiti z domů. Přinutí nás to i trochu přemýšlet nad tím, jak nakládáme s odpadem a zároveň jaké jsou naše susedské vztahy.“ – popisuje současnou situaci 29letý René z Kigali

Na rozdíl od ostatních afrických států, jejichž současné hranice byly vytvořeny během koloniální éry a nekorrespondují tak s etnickým původem nebo uspořádáním před-koloniálních království, hranice Rwandy byly vymezeny dle rwandského uspořádání, což mělo za důsledek, že je Rwanda především jednotná, většina jejích obyvatel patří do kulturní a jazykové skupiny Banyarwanda. Daná skupina se dělí na již tři zmíněná etnika – Hutu, Tutsi a Twa (Prunier, 1999). Rwanda je křesťanským státem (93,2 % obyvatel), hlavní místo zaujímá římskokatolická církev, druhé zastoupení mají evangelíci a poté následují Adventisté sedmého dne. Menší zastoupení mají muslimové, tvořící pouhé 2 % z celé populace (NISR, 2014). Hlavním jazykem je rwandština, kterým mluví prakticky všichni Rwandané, dalším hlavním jazykem je angličtina, která je úředním jazykem a jazykem výuky na středních a vysokých školách, dalšími oficiálními jazyky je francouzština, kterou zavedli v zemi Belgičané během koloniální éry a svahilština, která je používána především bývalými uprchlíky, kteří se vrátili v 90. letech z dalších států východní Afriky. V roce 2015 byla svahilština ustanovena jako povinný předmět, který se má vyučovat na školách (Tabaro, 2015). V současnosti mluví francouzsky především starší generace, angličtina je rozšířena převážně mezi mladší generací, svahilsky mluví hlavně obyvatelé bydlící u hranic s ostatními státy, podstatná část obyvatelstva ovládá všechny čtyři jazyky.

Rwanda je rychle a dynamicky se vyvíjejícím státem, který se, jak bylo vidět z různých ukazatelů, snaží o ekonomický a hospodářský rozvoj, zlepšení životní úrovně svých obyvatel a zajištění lepší budoucnosti. Velký podíl na tom má nejspíše tvrdá ruka prezidenta Kagameho, který se pomocí různých nařízení a opatření snaží Rwandu dostat do popředí světové ekonomiky a ze rwandského obyvatelstva udělat pracovitě, ambiciózní a vzdělané občany. Hlavně Kagame stojí za úspěšnou politikou, při které se snaží zlepšit poměry ve vzdělání, snížení plodnosti a zvýšení ekonomického a hospodářského rozvoje. Jedním z nástrojů, který k tomu má dopomoci, je program plánovaného rodičovství, který bude představen v následující podkapitole.

4.3.1. Plánované rodičovství

Plánované rodičovství je strategií, která vede k regulaci, kontrole a plánování těhotenství. Pomáhá tak páru nebo ženě ovlivnit počet potomků, věk při porodu, meziporodní intervaly a jakými

prostředky toho dosáhne. Plánované rodičovství můžeme dělit na pozitivní a negativní. Při pozitivním plánování se rodič nebrání početí, spíše se naopak o početí snaží, plánuje počet a dobu narození svých potomků, zatímco při negativním plánování se pár nebo jedinec snaží o zabránění otěhotnění, což je spojováno s antikoncepcí (Pařízek, 2009). Administration for Children and Families definuje plánované rodičovství jako soubor edukačních, zdravotnických a sociálních aktivit, které dovolují jedincům svobodně se rozhodovat o svém budoucím reprodukčním chování. Faktory, které ovlivňují plánování rodiny zahrnují například manželskou situaci, kariéru, finanční situaci nebo zdravotní stav. Souvisí s tím také sexuální výchova, prevence sexuálně přenosných chorob nebo řešení případné neplodnosti nebo nemožnosti početí (WHO, 2020a). Plánované rodičovství je dle organizací United Nations a World Health Organization soubor praktik vedoucí k otěhotnění, případně zabránění nechtěnému otěhotnění. V roce 2012 bylo na světě okolo 85 milionů těhotenství neplánovaných a nechtěných (Starbird, 2016). Potrat neboli umělé ukončení těhotenství není vnímán jako součást plánovaného rodičovství, ale používání efektivních způsobů antikoncepce může zabránit budoucím potratům, především způsobům potratů, které by ohrozily život matky a dítěte (WHO, 2020a).

Jako výhody jsou vnímány především možnosti ženy vybrat si kdy a za jakých okolností otěhotní, snižování populačního růstu, zabraňování přenosu sexuálních a dalších nebezpečných chorob, jako je například HIV/AIDS nebo také snižování těhotenství u nezletilých. Ohroženy jsou převážně mladé dívky a ženy v pokročilejším věku, u nichž může těhotenství komplikovat zdravotní stav a vést až k případnému úmrtí dítěte nebo matky. Plánované rodičovství je příležitostí pro ženy uspořádat si své priority a životní cíle. Mladé dívky mohou studovat, budovat kariéru nebo se celkově zapojovat do veřejného života bez jakéhokoliv omezení. Snižování počtu narozených dětí zpomaluje populační růst, což znamená snížení negativních vlivů na ekonomiku, životní prostředí a další rozvojové aktivity země nebo regionu.

Plánované rodičovství závisí na mnoha faktorech, jako je finanční situace, politika státu, kultura a mentalita nebo další sociokulturní faktory. Jeden z dalších faktorů, o kterém se ale mnohé studie moc nezmiňují nebo s ním příliš nepočítají, je komunikace mezi manžely nebo partnerským párem. Lasee a Becker uvádějí, že jedním z důležitých principů fungování plánovaného rodičovství je právě partnerská komunikace. Pokud spolu manželé nebo partneři nekomunikují ohledně svých budoucích plánů týkajících se nejen rodiny, ale vzdělání nebo kariéry, může dojít k problémům a správnému fungování plánovaného rodičovství (Lasee, Becker, 1997).

I přes mnohé výhody, které programy přinášejí se stále můžeme setkat s některými kritikami. Převážně tradiční společnosti často odmítají moderní způsoby antikoncepce, obyvatelé chudších rozvojových států a oblastí zase upřednostňují vyšší počet potomků kvůli zajištění pracovní síly (Durowade, 2017). Další z kritik tvrdí, že při programech plánovaného rodičovství se převážně zaměřuje na ženy, jakožto uživatelky antikoncepčních metod nebo hlavních aktérek v programech plánovaného rodičovství. Muži jsou spíše vnímáni jako vedlejší aktéři, mají ženy podporovat a pomáhat v dosažení společně vymezených cílů v rodičovství a plánování otěhotnění. Přitom je dokázáno, že muži projevují zájem o programy plánovaného rodičovství a chtějí se zapojit (Hardee, 2017). Zajímá je možnost antikoncepčních metod, ptají se na otázky ohledně sexuální výchovy nebo se chtějí jednoduše dozvědět více o dalších tématech souvisejících s reprodukčním

chováním. V různých státech světa existují telefonní linky, kam mohou muži volat ohledně informací k antikoncepci, dostupných službách a dalších zdravotních problémech. Například v Demokratické republice Kongo funguje linka Ligne Verte, která je sice určena převážně pro ženy, nicméně hlavními uživateli jsou muži (okolo 80 % z 20 000 hovorů za rok), které zajímá, jak fungují různé metody antikoncepce a jejich dostupnost (Hardee, 2017).

S plánovaným rodičovstvím souvisí také čtvrtý cíl z iniciativy Cíle udržitelného rozvoje (SDGs) od OSN, jehož jedním podcílem je zajistit do roku 2030 všeobecný přístup ke službám pro sexuální a reprodukční zdraví, zahrnující programy plánovaného rodičovství, informace a vzdělávání a zahrnutí problematiky reprodukčního zdraví do národních strategií a programů (UN, 2020a). OSN podporuje mnohé země právě v zapojení se do programů plánovaného rodičovství, jelikož v něm vidí jako jednu z možností, jak alespoň trochu zpomalit rychlý populační nárůst především v rozvojových státech světa. Programy plánovaného rodičovství souvisí s kvalitní a dostupnou zdravotní péčí, dobrou infrastrukturou a vyškoleným zdravotnickým personálem, schopným zajistit odbornou péči a potřebné informace (Dupuy, 2018).

Pro správné fungování programů plánovaného rodičovství je důležitá podpora lokálních vlád a politiků, protože díky jejich podpoře je možné vybudovat kvalitní zázemí, které sestává z dostupné zdravotní péče a dalších podpůrných programů, jenž zajišťují plynulejší chod plánovaného rodičovství. Různé státy po celém světě se k programům plánovaného rodičovství nebo omezování plodnosti staví rozdílně a vykládají si je po svém. Určité politiky týkající se omezování plodnosti a programy plánovaného rodičovství byly představeny například v Číně nebo Vietnamu, kde to ale vedlo k drastickým dopadům, kdy při nedodržení určitého limitu dětí následovaly sankce, které například znemožňovaly dětem z více početných rodin chodit do školy, byla jim odmítána základní zdravotní péče nebo jejich rodiče byli postiženi nižším platem nebo horšími životními podmínkami (Dupuy, 2018). V Nigeru se programům plánovaného rodičovství věnují intenzivněji od roku 1990 a v posledních 30 letech bylo v zemi představeno několik různých několikaletých plánů, které se zaměřovaly na postupné šíření informací o plánovaném rodičovství mezi nigerské občany (Guengant, 2017). I tak až do roku 2012 byl pokles plodnosti jen velmi pozvolný a pokrok byl zaznamenán až převážně od roku 2012, kdy se země zapojila do iniciativy FP2020 (FP2020, 2020).

Plánovaným rodičovstvím se zabývají různé iniciativy a programy, z nichž jeden je například Family Planning 2020, který v současnosti pracuje v 69 státech světa a podporuje lokální vlády a jejich programy v oblasti antikoncepce a plánovaného rodičovství (FP2020, 2020). Program byl poprvé představen v roce 2012 na summitu v Londýně, kdy se jej zúčastnilo pouze dvacet zemí. Hlavním cílem programu je zajistit všem ženám bezpečné a cenově dostupné antikoncepční metody, kvalitní a ucelené informace o plánování rodičovství, odstranění rozdílů a spolupráce lokálních iniciativ, společností a vlád (FP2020, 2020). Plánováním rodičovství se zabývá také konference International Conference on Family Planning (ICFP), která se bude konat v listopadu 2021 v Pattaya City v Thajsku. Hlavním tématem konference jsou současné a nově se objevující překážky, kterým čelí programy a výzkumy ohledně plánovaného rodičovství. Hlavními body programu budou například financování programů plánovaného rodičovství nebo jaký vliv na

zmíněné programy má třeba víra nebo nerovnost pohlaví v daných zemích, kde programy plánovaného rodičovství probíhají (ICFP, 2020).

4.3.1.1 Antikoncepce – metody a rozšíření ve světě

S plánovaným rodičovstvím souvisí užívání antikoncepce a jejích různých prostředků. Na světě je údajně okolo 270 milionů žen v reprodukčním věku, které si přejí oddálit nebo se vyhnout otěhotnění, a přitom nepoužívají žádnou z možností ochrany před otěhotněním (WHO, 2020b). Kromě oddálení a zabránění otěhotnění přináší některé z druhů antikoncepce další kladné účinky. Antikoncepční metody, jako jsou kondomy, dokážou totiž nejen zabránit nechtěnému početí, ale také zabránit přenosu HIV/AIDS, což vede ke snížení počtu infikovaných novorozenců a jeho dalšímu šíření (WHO, 2020a). Kromě toho mnoho mladých dívek užívá hormonální antikoncepci pro srovnání hormonální nerovnováhy v těle, což znamená například zlepšení pleti, pravidelné menstruační cykly nebo může sloužit jako prevence některých vážných onemocnění, jako je rakovina vaječníků (Pasha, 2015).

Metody antikoncepce můžeme dělit na přirozené nebo moderní metody antikoncepce. Jako přirozené metody antikoncepce jsou uváděny a používány především přerušovaná soulož nebo metoda plodných a neplodných dnů. Mezi moderní metody antikoncepce se řadí ostatní metody, které můžeme dělit z různých hledisek, například zda jsou dlouhodobé nebo krátkodobé, hormonální nebo nehormonální a další kritéria. Mezi dlouhodobé se dají řadit například nitroděložní tělíška, podkožní implantáty nebo sterilizace, mezi krátkodobé například injekce, pilulky nebo antikoncepční náplasti. Kromě těchto metod lze ještě mezi moderní metody řadit bariérové metody, což jsou například kondomy (WHO, 2020a).

Užívání moderních způsobů antikoncepce se během posledních 20–30 let ve světě zvýšilo z původních 54 % z celkových uživatelů antikoncepce v roce 1990 na 57,4 % celkových uživatelů v roce 2015. Mezi roky 2008–2015 zaznamenal výrazný nárůst africký kontinent, kdy se užívání moderních způsobů antikoncepce zvýšilo z 23,6 % užívajících antikoncepci na 28,5 %, zatímco v Asii byl nárůst pouze o jeden procentní bod z 60,9 % na 61,8 % a v Latinské Americe a oblasti Karibiku zůstala hodnota nezměněna na 66,7 % (WHO, 2020b).

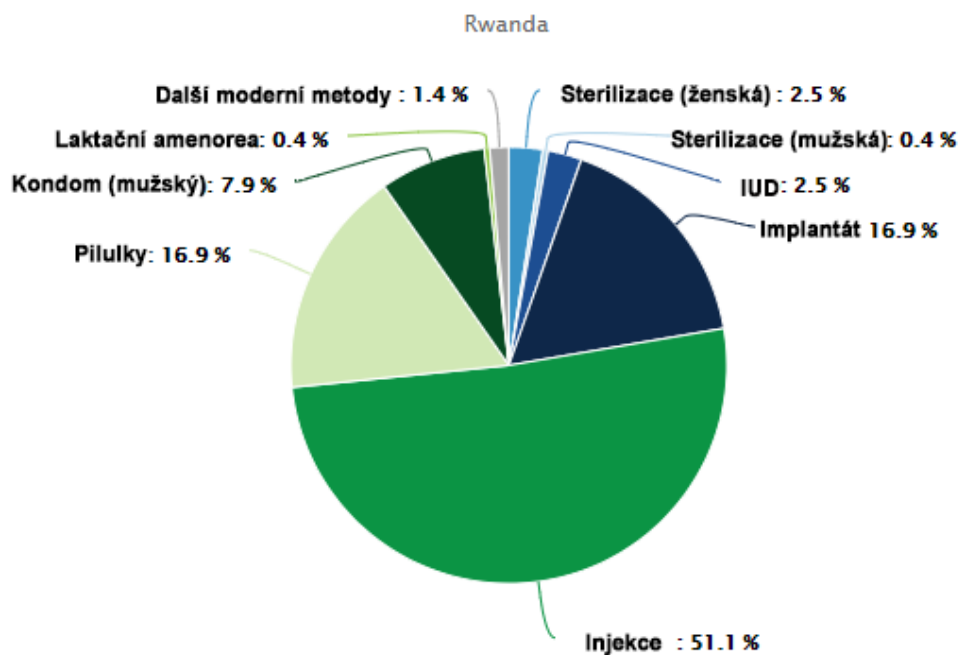
4.3.2 Programy plánovaného rodičovství ve Rwandě – současná situace

Rwanda se do programu plánovaného rodičovství zapojila již před více než 20 lety. První náznaky programů plánovaného rodičovství se objevily v roce 1962 a v roce 1970 bylo provedeno první šetření ohledně plodnosti, kdy byla zjištěna hodnota úhrnné plodnosti 7,7 dětí na ženu (Solo, 2008). Rwandská vláda se již před genocidou v 90. letech 20. století snažila o rozšíření užívání antikoncepce a omezení plodnosti, zavedeno bylo několik programů a projektů týkajících se snížení úhrnné plodnosti, bohužel kvůli genocidě byla tato činnost pozastavena. Ke striktnějšímu režimu ohledně plánovaného rodičovství se vláda navrátila začátkem nového tisíciletí. Jako hlavní zlom by se dal označit rok 2005, kdy došlo k významnému nárůstu podpory finančních a investičních dárců ze stran mezinárodních organizací a vlády, což znamenalo rozjezd programů plánovaného rodičovství a jejich zavádění na národní úrovni (Solo, 2008). V roce 2007 byla v rámci programů plánovaného rodičovství vládou představena kampaň za pětičlenné rodiny, kdy byli rodiče podporováni mít pouze tři děti. Kampaň se šířila především prostřednictvím médií

a komunitních shromáždění. Zatímco v roce 2005 užívalo antikoncepci pouze 10 % vdaných žen, v následujících pěti letech se podíl zvýšil na 45 % a v roce 2020 používalo ve Rwandě 51,9 % vdaných žen alespoň jeden z moderních způsobů antikoncepce (FP2020, 2020).

V současnosti převažují především krátkodobější způsoby, jako jsou hormonální injekce (Depo Provera) a hormonální antikoncepce v podobě pilulek (tablet). Z dlouhodobějších jsou používány především implantáty nebo hormonální tělíska (viz Obr. 12) (FP2020, 2020). Rwandská vláda podporuje užívání antikoncepce, různé metody jsou dostupné ve všech zdravotních střediscích a některé antikoncepční prostředky jsou poskytovány zadarmo.

Obr. 13 – Používané moderní antikoncepční metody ve Rwandě, 2014–2015



Zdroj: FP2020, 2020, vlastní překlad

„Kondomy jsou všude dostupné, klidně i zadarmo. Pokud tedy nechceš nějaké ty speciální. Hlavně v blízkosti univerzit nebo nějakých barů s ubytováním lze sehnat kondomy zdarma, ale není problém ani kdekoliv jinde, v lékárně, zdravotním středisku nebo na ulici prodávají kondomy velmi levně v takových malých stáncích. U nás na univerzitě jsou na toaletách a v umývárkách balíčky s kondomy, aby si je kdokoliv a kdykoliv mohl vzít, pokud je zrovna potřebuje. Je dobré, že to jde i takto v anonymitě, protože někteří mladí se za to stále ještě stydí,“ uvádí 25letý rwandský student Jules z Musanze.

Rwandský prezident Paul Kagame vnímá program plánovaného rodičovství a snižování úhrnné plodnosti jako jednu z hlavních priorit. Zavedením kvalitnější a dostupnější zdravotní péče společně s programy plánovaného rodičovství vede ke snížení kojenecké, a především mateřské úmrtnosti, což také souvisí se zlepšením ekonomické situace a snížením míry úmrtnosti (Schwandt, 2018). Ministr zdravotnictví uvedl, že dokud neuvidí zlepšení v hodnotách kojenecké a mateřské úmrtnosti, neoznačí programy plánovaného rodičovství za úspěšné (Solo, 2008). Jak již bylo zmíněno dříve v této práci, hodnoty kojenecké, novorozenecké a dětské úmrtnosti

dlouhodobě klesají a aktuálně jsou jedny z nejnižších na africkém kontinentě, což dokazuje, že programy plánovaného rodičovství evidentně fungují a jsou úspěšné (IGME, 2019).

„Vláda nicméně nelpí na tom, abychom za žádnou cenu neměli děti nebo měli třeba jen jedno dítě, jako to bylo zavedeno například v Číně. Spíše se snaží podpořit a motivovat nás k tomu, abychom měli správný počet dětí, abychom měli tolik dětí, kolik dokážeme reálně a bez problémů užít,“ komentuje postoj vlády 35letá Claudette z Kigali, matka dvou dětí.

Claudette před narozením svých dvou synů neužívala žádnou antikoncepci, nyní užívá hormonální antikoncepci ve formě pilulek. Vysazení zatím nijak neplánuje, třetí dítě by prý byla již větší finanční zátěž. Rwandská vláda pevně věří, že pro další vývoj je důležité monitorování aktuální situace a ocenění pozitivního výsledku. Pokud se určitému okresu daří dobře, je odměněn a zástupci z okresu, který se umístil na horší pozici, se do něj jezdí vzdělávat (Schwandt, 2018). Přístup vlády a její angažovanost v programech plánovaného rodičovství jsou důležité pro správné fungování těchto programů a pro výsledný efekt, který je od nich požadován. Rwandská vláda zahrnuje finance potřebné k fungování programů plánovaného rodičovství do státního rozpočtu a částečně je tak zastřešuje, což výrazně ulehčilo různým organizacím, které programy plánovaného rodičovství v zemi provozují (Schwandt, 2018). V rozhovorech, které byly pro tuto práci provedeny, bylo často zmíněno, že ostatní země by se od Rwandy mohly učit, především co se přístupu země k plánovanému rodičovství týče.

Kromě antikoncepce se ve Rwandě programy plánovaného rodičovství týkají též interrupce neboli umělého přerušování těhotenství. I přes stále se zvyšující podíl žen užívajících jakoukoliv metodu antikoncepce je stále okolo 47 % těhotenství neplánovaných a nechtěných (NISR, 2020). S neplánovaným těhotenstvím souvisí provádění interrupce. V současné době je legislativa ohledně provedení interrupce ve Rwandě celkem přísná. Dalo by se říct, že provedení interrupce je nelegální a protizákonné. Pro provedení zákroku je nutné dostat potvrzení a schválení od doktora, které není příliš snadné získat. Interrupce se provádí pouze v případě, kdy jsou k tomu vážné důvody, například ohrožení života matky, při vadě plodu nebo dalších komplikacích (Basinga, 2012). Mnoho žen se tak často rozhoduje podstoupit zákrok ilegálně a v utajení, což ale může vést k určitým budoucím komplikacím, především ze zdravotního hlediska.

„Není možné se rozhodnout, že dítě nechci. Pokud žena otěhotní a chce těhotenství ukončit, musí si zajít k doktorovi a pak to jde ještě před radu nebo komisi toho zdravotního střediska nebo zařízení, kde chce nechat zákrok provést. Pak se rozhodne, zda zákrok provedou nebo ne. Ale prakticky vždy to jde provést pouze ve vážných případech. Sousedky dcera otěhotněla v 19 letech, chtěla jít na potrat, protože chtěla pokračovat ve studiu a dítě si nemohla dovolit. Jenže jí zákrok nepovolili, prý studium a finanční problémy nejsou závažným důvodem k přerušování těhotenství. Bylo jí řečeno, že si měla dávat pozor a byla jí předepsána hormonální injekce, na kterou musí po porodu pravidelně docházet. A není ojedinělým případem. Je to celé takové komplikované, rozhodně by stálo za to s tím něco dělat.“ – komentuje situaci 37letá Ange z Cyangugu.

Rwanda v současnosti zavádí nové projekty, které mají za cíl do roku 2030 snížit míry úhrnné plodnosti a zvýšit podíl žen užívajících alespoň jednu moderní a bezpečnou metodu antikoncepce.

Hlavní prioritou pro rozvojové státy je zaměřit se především na mezináboženské dialogy, jelikož z provedených studií v různých státech subsaharské Afriky je patrné, že jedním z hlavních faktorů ovlivňujících programy plánovaného rodičovství a užívání antikoncepce je především víra a náboženství vůdcové (Abedini, 2018, Ruark, 2019). Jako největší problém a nedostatek byl obyvateli Rwandy vnímán především právě vliv církve a určitá pravomoc, kterou církevní organizace v zemi mají. Vláda sice v zemi schvaluje a představuje určité kampaně a plány, nicméně na jejich distribuci mezi občany se podílí již z menší části. Velká část zdravotních středisek a škol je v afrických státech, nejen ve Rwandě, vlastněna nejrůznějšími církevními organizacemi a hnutími, které často tvrdí, že určitá nařízení nebo stanoviska vlády jsou proti jejich nauce (Abedini, 2018). Během rozhovorů byla víra a postavení náboženství ve společnosti často zmiňováno jako něco, co zabraňuje dalšímu poklesu plodnosti a rozvoji společnosti. I když všichni respondenti uváděli, že je pro ně víra důležitá nebo že jsou věřícími, i když třeba nepraktikujícími, tak uznávali, že náboženské osobnosti nebo celkově náboženské společnosti, do kterého docházejí, se jejich reprodukční chování snaží ovlivnit.

„Je to taková zajímavá a trochu úsměvná situace. Na jednu stranu od vládních představitelů slyšíte, že je potřeba mít jen tolik dětí, kolik užíváte, ideálně dvě až tři děti. Jenže pak přijдете do kostela a tam vám říkají, jak máte mít hodně dětí a že Bůh se přeci postará a nenechá vás strádat. Prezident řekne, že je potřeba, abyste užívali různé antikoncepční prostředky a snažili se zabránit nechtěnému otěhotnění. Jenže pak v kostele slyšíte, jak je to všechno špatné a hřešíte, když se snažíte zabránit nechtěnému otěhotnění. Od ministra zdravotnictví slyšíte, jak je jednoduché získat jakoukoliv moderní antikoncepční metodu a jak je to všude dostupné, ale pak když jdete do nemocnice, která je třeba vlastněná nějakou církevní organizací, tak musíte počítat s tím, že to tak jednoduché nebude a může se stát, že vám nic nedají nebo vás pošlou do nějaké jiné nemocnice, nejčastěji do státní. Což je problém, pokud jste třeba z vesnice a ve vašem okrsku je jen jedno zdravotní středisko, které vám odmítne pomoci a pošle vás třeba do Kigali, které je vzdálené několik desítek kilometrů. Velký problém je také ve školách. Často se ve školách, kde třeba vyučují řádové sestry nebo kněží, nevyučuje sexuální výchova, případně se přeskakují pasáže týkající se sexu nebo reprodukčního zdraví a chování, protože jsou vnímány církvemi jako něco nevhodného, špatného. Bohužel se toto děje spíše ve venkovských oblastech, v městských oblastech tolik ne.“ – popisuje situaci 26letý Jean z Musanze.

Víra a náboženství hrají v programech plánovaného rodičovství a celkovém reprodukčním chování důležitou roli. Vysoce náboženské obyvatelstvo často odmítá určité antikoncepční metody, jelikož je vnímá jako prohřešek proti Bohu, zároveň důvěřuje Bohu, že děti jsou určitým „požehnáním“ do rodiny a čím více dětí bude rodina mít, tím bude lepší jejich situace v životě (Ruark, 2019). Ruark ve své práci zmiňuje, že je velmi důležitá spolupráce s náboženskými vůdci a jejich případnými komunitami, jelikož to může napomoci k rychlejšímu šíření antikoncepce a rychlejšímu poklesu porodnosti v dané zemi (Ruark, 2019).

Kapitola 5

Demografická revoluce a demografická dividenda

V této kapitole je vysvětlena teorie demografické revoluce a demografické dividendy. V současnosti si Rwanda demografickou revolucí teprve prochází. Důsledkem demografické revoluce je změna měr úmrtnosti a porodnosti, což vede ke změně věkové struktury obyvatelstva, což poté souvisí s demografickou dividendou.

Pro rozvojové státy jako je Rwanda je správné využití demografického přechodu a demografické dividendy klíčem k rychlému hospodářskému růstu. Příkladem zemí, které úspěšně využily demografický přechod, jsou takzvané asijské tygři, mezi které se řadí státy jako Singapur nebo Hong Kong. Právě Singapur je vzorem pro rwandského prezidenta Paula Kagameho a proto je pro něj důležité zdárné dokončení demografického přechodu a správné využití demografické dividendy. Důležitými faktory hrajícími roli ve zdárném využití demografické dividendy jsou především zlepšení zdravotnického systému a zdraví obyvatel, vládní nařízení a opatření týkající se například vzdělání nebo zaměření se na programy podporující rozvoj dané země (Ochoa-Vázquez, 2018).

5.1. Demografická revoluce

Teorie demografické revoluce se zabývá přeměnou vlastností demografické reprodukce. Charakteristická je změnami v mírách porodnosti a úmrtnosti, které během demografické revoluce postupně klesají a zároveň roste naděje dožití. Poprvé byla teorie zpracována v roce 1934 francouzským demografem Adolphem Landrym, postupně na něj pak navázali další autoři (Coale, 1984). Demografická revoluce je spojována i s dalšími historickými procesy a souvisí tak například s urbanizací, industrializací, zrovnoprávněním žen a mužů, lepší zdravotní péčí, zlepšením infrastruktury nebo rozvojem vědy a dalších technologií (Pavlík, 2005).

Jak již bylo zmíněno, hlavní změny se projevují v mírách úmrtnosti a porodnosti. Vysoké míry porodnosti a úmrtnosti poklesnou až k velmi nízkým hodnotám, kde stagnují. Společně s tím klesá také kojenecká úmrtnost a roste naděje dožití (Caldwell, 2006).

Demografický přechod lze rozdělit do čtyř na sebe navazujících částí. První fáze se vyznačuje vysokou porodností a úmrtností, což zapříčiňuje stabilní a nízký populační růst. Vysoká mortalita souvisí především se špatnými hygienickými podmínkami, špatnou lékařskou péčí nebo

hladomory (Chesnais, 1986). Druhá fáze je charakteristická poklesem úmrtnosti, ale stále vysokou mírou porodnosti, která může dokonce i mírně stoupnout, důsledkem je rychlý a vysoký populační nárůst (Chesnais, 1986). Faktory působící v druhé fázi souvisejí s určitou modernizací dané populace a oblasti, například zlepšením hygienických podmínek nebo způsobů obživy (Trescastro-López, 2005). Pro třetí fázi je společně s klesáním úmrtnosti také klesání porodnosti (Chesnais, 1986). Faktory, které způsobují pokles porodnosti, by mohly být postupná zvyšující se urbanizace a také uvědomění si rodičů, že potřebují méně dětí, než měly původně (Caldwell, 2006). Poslední, čtvrtou fázi, charakterizuje nízká porodnost a nízká úmrtnost. Důsledkem je nízký přirozený přírůstek, populace zestárla (Chesnais, 1986). Poslední fázi si prošly již všechny vyspělé země, většina rozvojových států se stále nachází v druhé fázi nebo se postupně transformuje do třetí fáze.

Demografickou revoluci lze také rozlišovat na tři odlišné typy, které jsou anglický, francouzský a typ pro rozvojové země. Každý z typů se liší na základě různě dlouhých období a průběhu revoluce. Anglický typ je charakterizován populačním růstem, kdy v prvním období klesá úmrtnost, nicméně porodnost je stále na vysoké úrovni, v druhém období poté nastává prudký pokles porodnosti. Ve francouzském typu dochází k poklesu porodnosti a úmrtnosti téměř současně, jak v prvním, tak i druhém období revoluce, což způsobuje malý populační růst (Chesnais, 1986). Třetím typem je typ pro rozvojové země, který je známý také jako japonsko-mexický typ, kdy v prvním období klesá úmrtnost a narůstá porodnost, což by mohlo být zapříčiněno zlepšením podmínek ve zdravotnictví a lepší evidencí narozených. Ve druhém období poté porodnost klesá (Caldwell, 2006).

Důsledkem demografické revoluce je změna věkové struktury, kdy poklesne počet osob v dětské složce a zvýší se podíl osob v reprodukční a poreprodukční složce (González, 2015). Při větším podílu osob v ekonomicky aktivním věku se vytváří ideální rozložení populace pro využití demografické dividendy. Větší podíl obyvatelstva v produktivním věku znamená zvýšení ekonomické aktivity a příležitost k hospodářskému rozvoji daného státu, zároveň ale není taková zátěž na sociální a zdravotní systém, jelikož podíl osob v dětské a poreprodukční složce stále není tak vysoký (Garenne, 2016). Možný způsob využití a klíčové aspekty demografické dividendy budou popsány v následující subkapitole.

5.2. Demografická dividenda

K využití demografické dividendy dochází, když se v populaci nachází velký podíl osob v produktivním věku, není to ale jediná podmínka využití dividendy. Stát se musí též aktivně zapojit a snažit se vyvíjet a investovat do určitých oblastí, především do vzdělání, zdravotní péče a ekonomického systému (Delaunay, 2019). Demografická dividenda by se dala definovat jako zrychlený hospodářský růst, jenž je způsoben poklesem měr porodnosti a úmrtnosti (Gribble, 2012). Změny ve věkové struktuře obyvatelstva jsou důsledkem demografické revoluce a jejich jednotlivých fází, do popředí se dostávají především mladí lidé, kteří představují pro stát sílu, jenž představuje příležitost zrychlit a zvýšit ekonomický a hospodářský rozvoj státu (Delaunay, 2019).

V současnosti se většina rozvojových států nachází v druhé nebo třetí fázi demografické revoluce, které se vyznačují vysokým přirozeným přírůstkem na základě snížení měr úmrtnosti,

zlepšením životních podmínek a zdravotní péče. Děti, které se narodily během populačního boomu, se v určitém období dostanou do produktivního věku, což znamená, že se vytvoří silná generace schopná práce a ekonomické aktivity (Bloom, 2017). Za období demografické dividendy tak můžeme označit období, kdy je věková struktura dané populace příznivá pro ekonomický rozvoj státu (Garenne, 2016).

Pro uchopení a využití demografické dividendy je důležité snížit míry porodnosti (Gribble, 2012). Děti a osoby starší 65 let mají své potřeby, které musí být uspokojeny. Čím větší je dětská složka a poreprodukční složka, tím větší je nátlak a závislost na populaci v produktivním věku na uspokojení jejich potřeb, což znamená větší ekonomickou zátěž (Delaunay, 2019). To je problém především pro rozvojové státy, kde dětská složka tvoří významný podíl z celé věkové struktury. K popisu těchto vztahů se používá index ekonomického zatížení, který můžeme vyjádřit jako poměr počtu osob v ekonomicky neaktivním věku (0–14 let a 65+ let) k osobám v ekonomicky aktivním věku (15–64 let). Čím nižších hodnot index ekonomického zatížení nabývá, tím lepší by situace v daném státě měla být. Index ekonomické zátěže lze vyjádřit následujícím vzorcem (Garenne, 2016):

$$\text{index ekonomického zatížení} = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}}$$

P_{0-14} – počet obyvatel v předproduktivním věku

P_{65+} – počet obyvatel v postproduktivním věku

P_{15-64} – počet obyvatel v produktivním věku

5.2.1. Možné využití demografické dividendy ve státech subsaharské Afriky

Většina rozvojových států, do kterých se řadí i Rwanda, se aktuálně nachází mezi druhou až třetí fází demografické revoluce, které jsou charakteristické klesající úmrtností, ale stále vysokou mírou porodnosti. Jak již bylo zmíněno výše, jedním z hlavních faktorů pro demografickou dividendu je snížení měr porodnosti a plodnosti (Gribble, 2012).

S vysokým populačním nárůstem souvisí také nárůst podílu mladých lidí, kteří pro zemi představují velký ekonomický potenciál, ale pouze pokud jsou jejich rodiny a vláda daného státu schopné investovat do jejich zdraví, vzdělání a vytvořit pro ně nové pracovní příležitosti. Proto je důležité snížit míru úhrnné plodnosti, protože každé dítě představuje určitý ekonomický závazek a pokud bude příliš mnoho dětí, vláda bude moct investovat pouze do určitého počtu dětí, ne do všech. Pokud budou v domácnosti pouze dvě nebo tři děti místo třeba šesti dětí, bude pro rodiče snazší sehnat pro ně dostatek jídla, zaplatit školné a školní pomůcky nebo zajistit zdravotní péči (Garenne, 2016).

Dosažení demografické dividendy není něco, co přijde automaticky při dosažení nějaké fáze demografické revoluce nebo nějaké hodnoty úhrnné plodnosti. Věková struktura sice může vypadat příznivě pro demografickou dividendu, ale je pouze určitým startovním bodem. Pro dosažení demografické dividendy je potřeba zájmu a cílených intervencí ze strany vlády. Za prvé je ale nutné, aby vláda byla ochotna do demografické dividendy investovat svůj čas a peníze.

Prvním důležitým cílem je tak zajistit kvalitní a spravedlivou vládu, která se nezabývá pouze ziskem, ale i životní úrovní a statusem svých občanů (Bloom, 2017).

Vláda by měla hlavně investovat do zdravotního stavu a vzdělání svého obyvatelstva (Gribble, 2012). Právě dobré zdraví, především mladých lidí a dětí, je klíčové pro budoucí rozvoj země. Zajištění vzdělání se netýká pouze dosazení všech dětí do školních lavic, ale také rozvíjení potřebných znalostí a dovedností, které bude mladá generace v budoucnu potřebovat. S tím souvisí i zajištění stabilního ekonomického systému, zajištění dostatku nových pracovních míst pro novou generaci a podpoře podnikání a zahraničního obchodu (Bloom, 2017).

Překážkou, která může bránit v plném využití demografické dividendy, může být i nerovnost mužů a žen. Ženy jsou často podhodnocovány a nemají přístup k rovnocenným příležitostem týkajících se vzdělávání, zdravotní péče nebo trhu práce. Faktory, které ovlivňují jejich plodnost, jsou právě například nízká úroveň vzdělání, neinformovanost ohledně metod antikoncepce nebo špatná zdravotní péče (Ndahindwa, 2014). Pokud není ženám zajištěno rovnocenné vzdělání, uplatnění na trhu práce nebo přístup v oblasti zdraví, míra úhrnné plodnosti bude klesat mnohem pomaleji, než by bylo žádoucí pro efektivní využití demografické dividendy, což bude překážkou k budoucímu ekonomickému rozvoji.

Proto je důležité podporovat kromě vzdělání a uplatnění žen na trhu také programy plánovaného rodičovství, které ženám dokážou zprostředkovat základní informace a dovednosti v oblasti zdraví matky a dítěte. Pokud je matka příliš mladá nebo trpí zdravotními obtížemi, může to vést ke komplikacím s porodem nebo plodem dítěte, což by mohlo v horších případech skončit i úmrtím matky nebo dítěte (Mukabutera, 2016). Čím větší pravděpodobnost úmrtí dítěte, tím větší bude porodnost. Proto je důležité podporovat zdravotní stav obyvatelstva, jenž zahrnuje i programy plánovaného rodičovství. Podceňování tohoto faktu politiky a hlavami států mnohdy vede k neschopnosti země využít demografickou dividendu (Gribble, 2012).

Africké státy se nyní pomalu blíží k ideální věkové struktuře potřebné pro demografickou dividendu. Jejich úhrnná plodnost klesá a do produktivního věku se dostávají silné ročníky. Vládní představitelé daných zemí stojí před příležitostí rozjetí silného ekonomického rozvoje, důležité ale bude, jak ji využijí. Kromě zajištění potřebných oblastí lidského rozvoje, jako je zdravotnictví, vzdělání nebo spravedlivého a dostatečného příjmu a snížení nerovností je také důležité, aby země byla stabilní a připravena na demografickou dividendu (Bloom, 2017).

Ne vždy je vhodná věková struktura dostačující pro efektivní využití demografické dividendy. Příkladem mohou být státy v Asii nebo Latinské Americe. Zatímco některým státům, jako je například Singapur, se podařilo demografické dividendy úspěšně využít, Filipíny, které měly podobné podmínky, byly v době možné demografické dividendy sužovány vysokou korupcí a útoky extremistických islámistů, což destabilizovalo celou zemi. Podobně „promarnily“ efektivního využití vysokého podílu mladé populace země Latinské Ameriky, které v době potenciálního demografického přechodu trpěly nestabilitou a nekvalitními vládami. Africké státy, pokud chtějí z demografické dividendy vytěžit maximum, se tak musí soustředit na stabilitu situace, kvalitní a spravedlivou vládu a vládní intervence, které podporují a zlepšují životní úroveň svých obyvatel (Garenne, 2016).

Rwanda má v současnosti velký potenciál pro využití demografické dividendy, a to nejen díky početné skupině obyvatel v produktivním věku, ale také vládním intervencím zabývajících se

rozvojem v oblastech lidského rozvoje, snižováním nerovností a určitou stabilitou, která je potřebná k efektivnímu využití demografické dividendy.

Kapitola 6

Analýza reprodukčního chování ve Rwandě

Práce se zabývá trendy v současném reprodukčním chování rwandské populace s hlavním zaměřením na porodnost a plodnost. Tato kapitola se zaměřuje na analýzu dat ze šetření DHS, dostupných zdrojů populačních statistik a také na data získaná během rozhovorů s místními obyvateli. Analyzován bude vývoj a současný stav dříve představených ukazatelů, dále role programů plánovaného rodičovství a přístup obyvatel k daným programům a užívání antikoncepce u rwandských žen a mužů. Zároveň bude zhodnoceno, zda byl vývoj hodnot daných ukazatelů ovlivněn konflikty a genocidou a jaké faktory hrají u rwandského obyvatelstva roli v ovlivňování jejich plodnosti a počtu dětí.

Jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách, Rwanda je rychle se rozvíjející stát, který si uvědomuje, že jedním z důležitých kroků k dosažení rychlejšího a účinnějšího hospodářského rozvoje je snížit úhrnnou plodnost. Současná úhrnná plodnost činí ve Rwandě 4,03 dítěte (UN, 2019e). Nejvyšší úhrnná plodnost se vyskytuje především ve venkovských sídlech, kde dosahuje 4,3 dětí na ženu, zatímco v městských sídlech se číslo pohybuje okolo 3,6 dětí (DHS, 2020). V posledních letech se Rwanda snaží o výrazné snížení plodnosti především prostřednictvím programů plánovaného rodičovství (Muhoza, 2016). Pokroky, kterých v této oblasti Rwanda dosáhla, jsou mezinárodně uznávány a v roce 2018 se v hlavním městě Kigali díky tomu uskutečnila mezinárodní konference ohledně plánovaného rodičovství (Westoff, 2017).

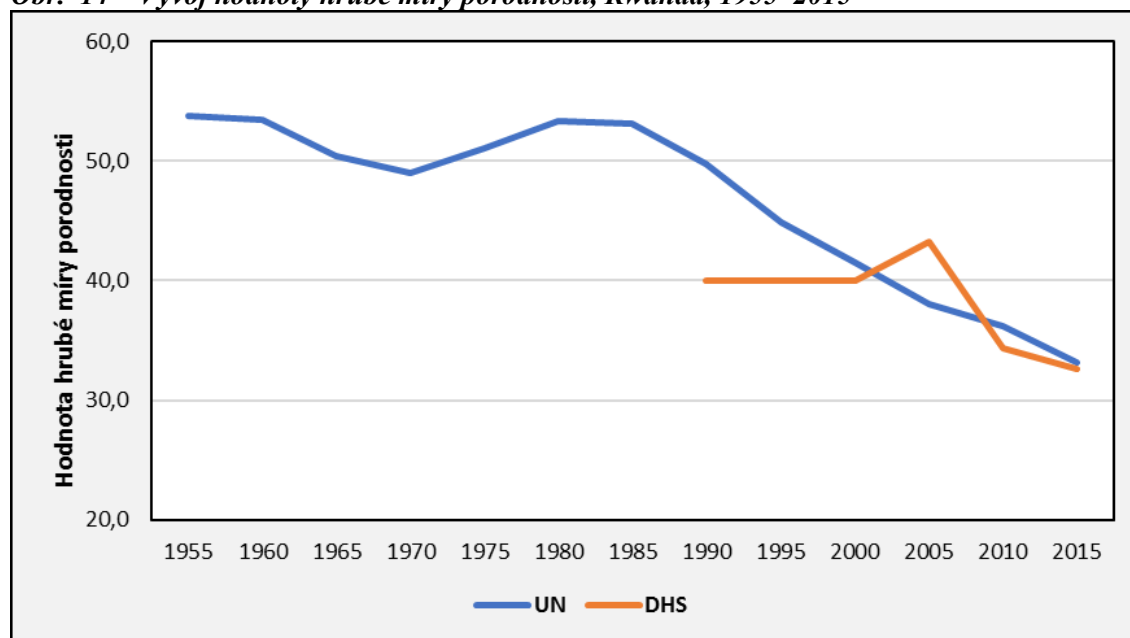
6.1. Analýza vývoje a současného stavu porodnosti a plodnosti ve Rwandě

6.1.1. Porodnost

Hrubá míra porodnosti od 60. let 20. století pomalu klesala (viz Obr. 13). Dle Dat z United Nations v roce 1955 dosahovala hodnoty 53,8 promile, přičemž v roce 2015 dosahovala hodnoty 33,1 promile (UN, 2019e). Mírný nárůst lze pozorovat v letech 1970–1980, kdy se hodnota vyšplhala na 53,4 promile v roce 1980, což by se dalo přikládat období, kdy byl v zemi relativně klid bez větších konfliktů (Ternon, 2007). Koncem osmdesátých let nicméně poté začala hrubá míra porodnosti opět klesat. V období genocidy a v následujících letech nebyly žádné výraznější

výkyvy hodnot (UN, 2019e). Dle předpovědí OSN by měla hodnota hrubé míry dosáhnout okolo 19,1 promile v roce 2050 (UN, 2019e). Mírně odlišné hodnoty lze sledovat za pomoci dat ze šetření DHS, která ukazují, že hrubá míra porodnosti před genocidou dosahovala hodnoty 40 promile a hodnota hrubé míry porodnosti po genocidě dokonce mírně stoupla, pak ale začala klesat a aktuálně je na hodnotě 32,6 promile (DHS, 2020).

Obr. 14 – Vývoj hodnoty hrubé míry porodnosti, Rwanda, 1955–2015



Zdroj: United Nations, 2019e, DHS, 2020, vlastní zpracování

Obecná míra plodnosti, která byla vysvětlena jako počet živě narozených na 1 000 žen ve věku 15–49 let a popsána jako lepší ukazatel pro měření stavu porodnosti v zemi, dosahovala dle DHS z roku 2014–2015 hodnoty 142 promile, což znamená, že na 1 000 žen připadalo 142 živě narozených (DHS, 2020). Obecná míra plodnosti se stejně jako hrubá míra porodnosti a úhrnná plodnost, postupně snižovala. Nejvyšší obecná míra plodnosti byla začátkem 90. let, kdy dosahovala 190 dětí na 1 000 žen, od té doby se snižovala, mírný nárůst byl poté zaznamenán po genocidě, začátkem 21. století (DHS, 2020). V Tab. 6 lze vidět srovnání vývoje hrubé míry porodnosti a obecné míry plodnosti z dostupných DHS šetření. Lze si povšimnout, že vyšší míry porodnosti a plodnosti se vyskytují především ve venkovských oblastech, i když v poslední době je mírný nárůst i u městských oblastí, což je vysvětlováno především migrací mladých žen do měst, buď za studiem nebo za prací, což později bylo zmíněno i v prováděných rozhovorech (DHS, 2020).

Tab. 6 – Vývoj hodnot hrubé míry porodnosti a obecné míry plodnosti, Rwanda, 1992–2015

Roky šetření DHS	Hrubá míra porodnosti (v promile)			Obecná míra plodnosti (v promile)		
	Městské oblasti	Vesnické oblasti	Celkem	Městské oblasti	Vesnické oblasti	Celkem
1992	38	41	40	154	200	197
2000 ²	.	.	.	161	184	180
2005	39,8	43,8	43,2	152	198	190
2007–2008	36,8	39,6	39,2	150	184	178
2010	30,6	35,0	34,4	115	157	151
2014–2015	34,3	32,3	32,6	124	146	142

Zdroj: DHS, 2020, vlastní zpracování

„Hodně mladých poslední dobou odchází do velkých měst, nejčastěji do Kigali, ale často i do měst jako jsou Musanze nebo Huye. Je to především kvůli studiu, univerzita má kampusy právě v těchto městech. Například fakulta pro přírodní vědy má velkou část svého kampusu v Musanze, zatímco pro určitá odvětví medicíny je vyhrazen kampus v Huye. Poslední roky se také objevuje stále více internátních škol, kam rodiče posílají své děti. Tyhle školy jsou jak ve městech, tak i na vesnicích, často hůře dostupné. Stává se tak, že jste třeba původně z nějaké malé vesnice a jakmile začnete školní docházku, pošlou vás do internátní školy třeba do Kigali a vy už tam zůstanete. Nebo nemusí to být ani studium, ale jdete do měst i za prací. Užít se někde v rurálních oblastech je velmi těžké, prakticky jediné, co můžete dělat, je zemědělství, což se poslední dobou mladým moc nelíbí. Mladí mají vysoké cíle a ambice, chtěli by dělat doktory, právníky, herce nebo zpěváky, mnoho mladých chce také natáčet na YouTube nebo cestovat, rozmáhá se vliv sociálních sítí. Hodně mladých tak odchází do měst, kde cítí, že své cíle můžou lépe realizovat než někde na venkově. Navíc infrastruktura tady stále není na tak vysoké úrovni, aby se člověk dostal všude za pár minut nebo hodin. Cesta do Kigali například z Musanze trvá třeba 2–3 hodiny, přitom na evropských dálnicích by tam byl člověk zhruba za hodinu. Odchodem do měst si lidé slibují lepší dostupnost služeb a zlepšení životní úrovně.“ - popisuje pravděpodobné důvody migrace 32letý Carl z Musanze.

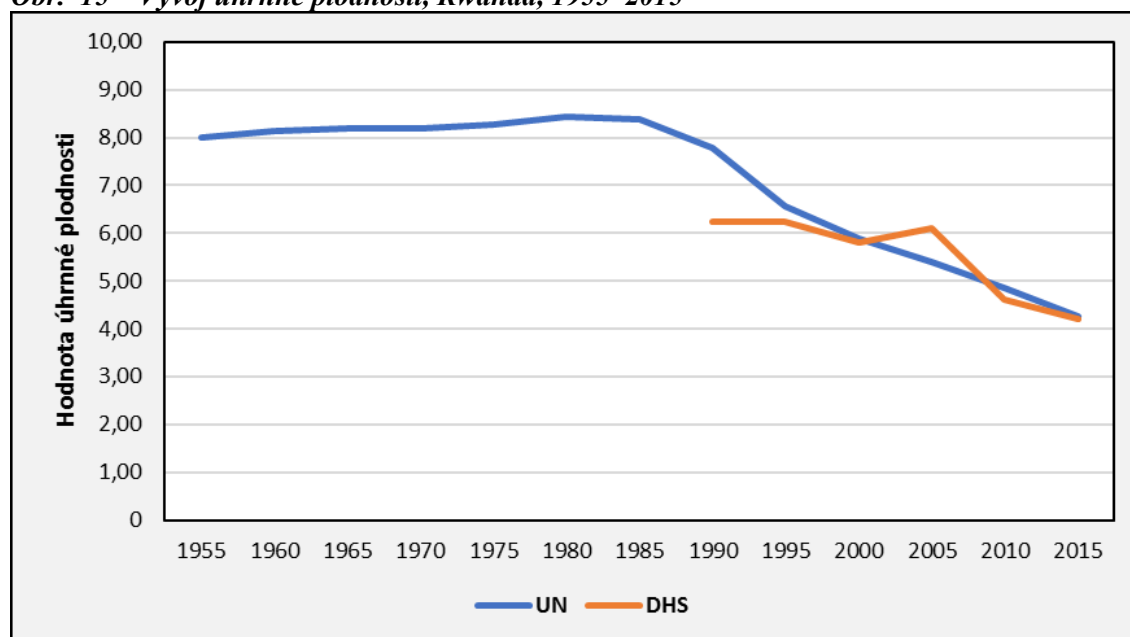
6.1.2. Úhrnná plodnost

Jak již bylo zmíněno na začátku této kapitoly, v současnosti dosahuje úhrnná plodnost hodnoty 4,03 dítěte na ženu (UN, 2019e). Hodnota úhrnné plodnosti během let 1960–1990 klesala jen velmi pomalu. Jak lze vidět na Obr. 14, hodnota se držela kolem 8 dětí na ženu. Během let 1980–1990 byly představovány první vládní intervence, které se snažily o rozšíření antikoncepce a snížení úhrnné plodnosti, během tohoto období dochází k rychlejšímu poklesu než předtím. Konflikty a genocida plodnost žen z určité části ovlivnily, především kvůli tomu, že ženy se najednou ocitly v nejisté situaci ohledně jejich budoucnosti, velká část žen také ztratila partnera

² Pro rok 2000 byla pro některé ukazatele v šetření z daného roku nedostupná data

nebo celou rodinu (Staveteig, 2011). Můžeme si tak všimnout, že pokles plodnosti se na určitou dobu zastavil. Po genocidě se mnoho žen navíc ocitlo v situaci, kdy se snažily nahradit usmrčené potomky, případně se znovu vdávaly a tvořily se nové rodiny, proto následoval takzvaný „baby boom“, kdy úhrnná plodnost příliš neklesla, spíše naopak i mírně narostla. Před genocidou byla úhrnná plodnost okolo 6,2 dítěte na ženu, zatímco v roce 2000, 5–6 roků po genocidě, byla úhrnná plodnost zhruba 5,9 dítěte na ženu a mezi lety 2000–2005 plodnost narostla na 6,1 dítěte na ženu, v letech 2014–2015 byla úhrnná plodnost okolo 4,2 dítěte na ženu (UN, 2019e, DHS, 2020).

Obr. 15 – Vývoj úhrnné plodnosti, Rwanda, 1955–2015



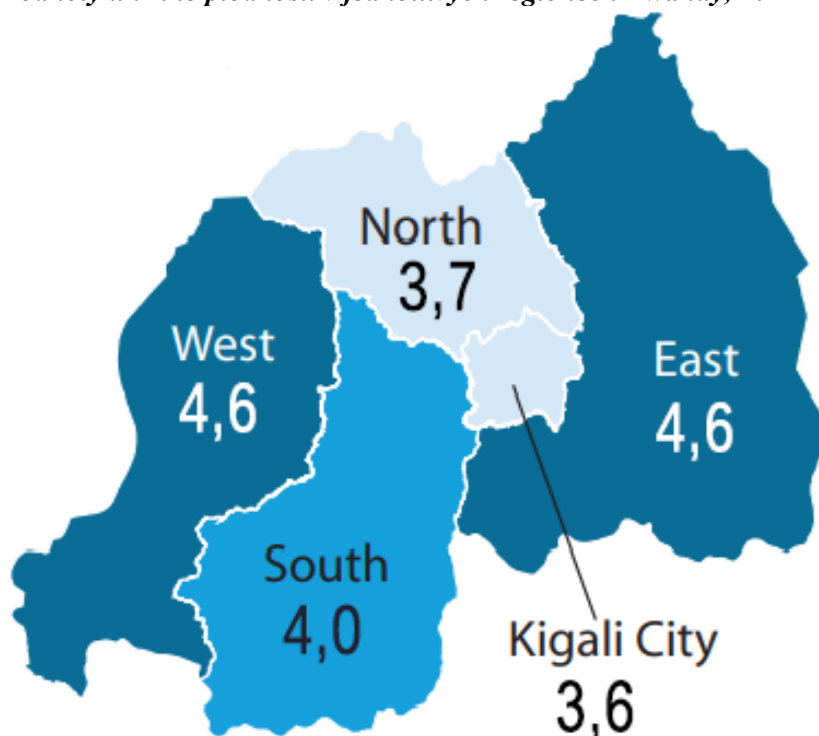
Zdroj: UN, 2019e a DHS, 2020, vlastní zpracování

Úhrnná plodnost je, podobně jako hrubá míra porodnosti a obecná míra plodnosti, nižší v městských oblastech, kde dosahuje 3,6 dítěte na ženu, zatímco ve venkovských oblastech dosahuje 4,3 dítěte na ženu (DHS, 2020). Nejvyšší úhrnná plodnost se vyskytuje v regionech West a East, zatímco nejnižší úhrnná plodnost je v regionu města Kigali – Kigali City (viz Obr. 15). Při provádění rozhovorů a zkoumání dalších šetření byla zjištěna určitá spojitost, proč je v některých regionech úhrnná plodnost vyšší nebo nižší. Kigali City je region, kde mladí lidé dosahují vyššího vzdělání a mají kvalitnější přístup ke zdravotní péči nebo programům plánovaného rodičovství, než mladí lidé v ostatních regionech. Region North je považován za nejméně rozvinutý s nízkou úrovní vzdělání, špatnou infrastrukturou a v posledních letech i nevhodnými podmínkami k zemědělství, což zapřičiňuje migraci obyvatel do regionu East, kde je lepší půda (NISR, 2020). Úbytek nebo nárůst zastoupení mladých lidí v reprodukčním věku tak znamená snížení nebo zvýšení porodnosti v dané oblasti.

„Dalo by se říct, že region North je jedním z nejméně rozvinutých regionů Rwandy. Nemají tam tak dobrou a rozsáhlou infrastrukturu, tamní obyvatelé nemají tak dobré vzdělání a celkově se region umísťuje vždy na těch horších pozicích, co se týká různých žebříčků rozvoje naší země. V poslední době se navíc objevují kvůli globálnímu oteplování i problémy s půdou, v regionu East je půda v lepším stavu a dá se s ní lépe hospodařit než s půdou v regionu North. Migrace je též

podstatná v regionu West, jelikož tam často migrují obyvatelé sousedních států, například Demokratické republiky Kongo, kteří mají trochu jiné zvyky a vyšší úhrnnou plodnost.“ – vysvětluje 29letý René z Kigali.

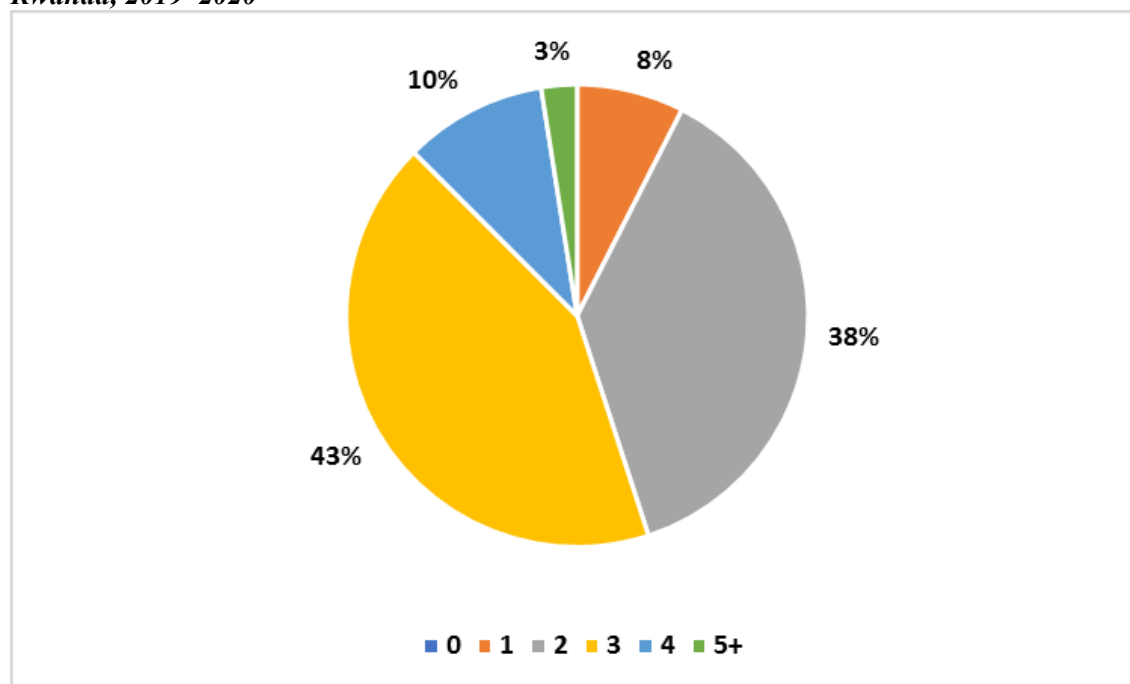
Obr. 16 – Hodnoty úhrnné plodnosti v jednotlivých regionech Rwandy, 2014–2015



Zdroj: DHS, 2020

Z vlastního provedeného výzkumu převládá názor, že ideální počet dětí jsou dle dotázaných rwandských obyvatel dvě až tři děti, kdy pro tři děti se vyslovilo 43 % z dotázaných a pro dvě děti 38 % z dotázaných (viz Obr. 16). Menší zastoupení má jedno dítě nebo čtyři děti, nejmenší zastoupení má 5 a více dětí. Výzkum potvrzuje trend, na který poukázalo již DHS šetření z roku 2014–2015, kdy průměrný ideální počet dětí byl 3,4 dítěte u žen a u 92 % dotázaných mužů byl ideální počet mezi dvěma až čtyřmi dětmi (DHS, 2020). Tato hodnota se příliš neliší ani na základě odlišného sociálního zázemí nebo rozdílů. Ženy z vesnických oblastí vnímají jako ideální průměr 3,4 dítěte, zatímco ženy z městských oblastí vnímají jako ideální 3,3 dítěte, hodnota se nemění ani při zvažování ekonomické situace dotázaných žen. Co se týče náboženského vyznání, ani tam není zaznamenán žádný velký rozdíl, preferovaný počet dětí se pohybuje u všech respondentů kolem 3 dětí. Jediný větší rozdíl je u žen s odlišným stupněm vzdělání, kdy ženy s vyšším vzděláním vnímají jako ideální počet dětí v průměru 3 děti, zatímco ženy s nižším nebo žádným vzděláním vnímají jako ideální počet dětí v průměru 3,9 dětí (DHS, 2020).

Obr. 17 – Preference ohledně ideálního počtu narozených dětí v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020



Zdroj: vlastní výzkum a zpracování

Důležité pro analýzu plodnosti jsou též míry plodnosti dle věku. Ve Rwandě byl v roce 2014–2015 průměrný věk při prvním porodu okolo 21–22 let, což je zhruba o jeden rok více než v roce 2005, kdy průměrný věk při prvním porodu byl okolo 20–21 let. V roce 1992 byl průměrný věk při prvním porodu 20 let (DHS, 2020). Od roku 1992 do současnosti se průměrný věk při prvním porodu zvýšil o téměř dva roky. Situace se samozřejmě liší mezi ženami na základě sociálních rozdílů a nerovností, kdy ženy z bohatších domácností mají v současnosti první dítě zhruba ve věku 23,6 letech, zatímco ženy z chudších³ domácností mají první dítě zhruba ve 22,1 letech (DHS, 2020). Dle OSN činil ve Rwandě v roce 2019 průměrný věk při porodu 30 let (UN, 2019e). Průměrný věk nejen při prvním porodu, ale porodu jakéhokoliv pořadí, se postupně zvyšuje, což je především z důvodu vládních opatření týkajících se podpory dívek ve vzdělání a jejich zapojení do pracovního trhu (Muhoza, 2016). Z tabulky Tab. 7 si lze povšimnout, že od roku 1992 až do současnosti jsou nejvyšší míry plodnosti dle věku ve věkové skupině 25–29 let, zatímco nejnižší jsou u žen ve věku 45–49 let. Hodnoty v šetření před genocidou a v šetření po genocidě se mírně odlišují, a v období mezi roky 2000–2005 můžeme v určitých věkových skupinách sledovat nárůst, který ale netrvá dlouho a přichází pokles. Nárůst plodnosti po genocidě v letech 2000–2005 by se dal vysvětlit různými důvody, například snahou o nahrazení zabitých potomků nebo uzavíráním nových manželství, což přinášelo do rodin nové potomky (Staveteig, 2011). Následný pokles plodnosti je následkem především znovuoobnovení snahy o snížení plodnosti prostřednictvím programů plánovaného rodičovství (Schwandt, 2018). V regionu Kigali City je matkám při prvním porodu zhruba 23,5 let, nejmladší jsou matky v regionu East, kde je matkám při prvním porodu 22,1 let (DHS, 2020).

³ Domácnosti patřící do nižších příjmových skupin

Tab. 7 – Vývoj a současný stav specifické plodnosti dle věku, Rwanda, 1992–2015

Věk matky	1992	2000	2005	2007–2008	2010	2014–2015
15–19	60	52	42	40	41	44
20–24	227	240	235	211	195	179
25–29	294	272	305	272	248	207
30–34	270	257	273	246	217	182
35–39	214	190	211	209	164	131
40–44	135	123	117	105	98	66
45–49	46	33	32	20	21	14

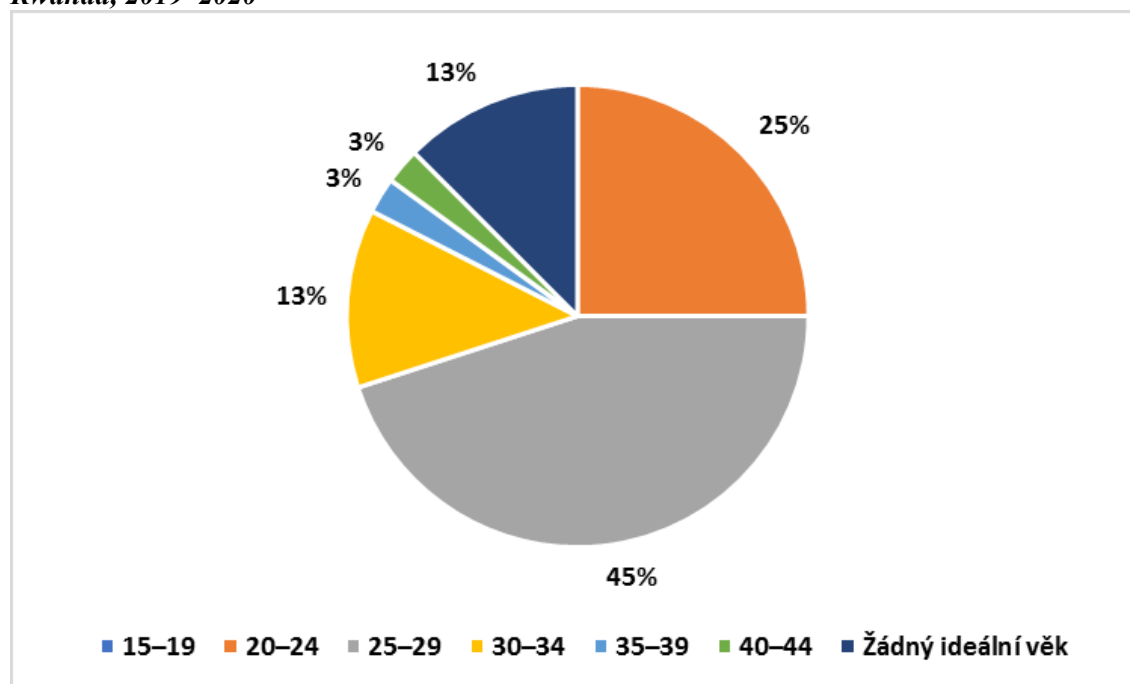
Zdroj: DHS, 2020, vlastní zpracování

Poznámka: Míry specifické plodnosti dle věku jsou přepočítány na 1 000 žen

Při rozhovorech s obyvateli Rwandy se většina obyvatel shodla na tom, že ideální věkový interval pro první dítě je 25–29 let. Interval 15–19 let nebyl zvolen žádným z dotázaných obyvatel jako ideální, 20–24 let bylo vybráno celkem deseti z dotázaných, interval 25–29 let byl vybrán osmnácti z dotázaných, interval 30–34 let byl vybrán pěti z dotázaných, zbývající intervaly 35–39 let a 40–44 let měly po jednom z dotázaných a pět z dotázaných uvedlo, že neexistuje ideální věkový interval nebo věk pro první dítě a vše záleží na souhře dalších faktorů, jako je například finanční zajištění, dokončené vzdělání, zaměstnání nebo stabilní zázemí (viz Obr. 16).

„Rozhodně bych nechtěla mít dítě, kdybych věděla, že se o něj nedokážu dostatečně postarat. Jsem už ve věku, kdy bych mohla dítě mít a rodina se mě stále ptá, kdy už nějaké dítě budu mít. Ale s přítelem ještě nejsme svoji, bydlíme v podnájmu, ani jeden z nás nemáme dobrou prosperující práci a nějaký vyšší pravidelný příjem, který by nás a dítě uživil. S přítelem svatbu plánujeme, to ano, ale nejdříve chci dokončit školu, přítel si chce najít lepší práci a ideální by bylo taky přestěhovat se do většího bytu nebo domku, protože teď máme jen menší garsonku a potřebovali bychom aspoň dvoupokojový byt. Ideální věk je dle mého názoru 25–29 let, ale zároveň si myslím, že člověk by měl být na dítě finančně připravený a mít určité zázemí, než to dítě opravdu mít bude.“ – popisuje situaci 28letá Michelle z Kigali.

Obr. 18 – Preference ohledně ideálního věku při prvním porodu v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020



Zdroj: vlastní výzkum a zpracování

5.2 Zhodnocení programů plánovaného rodičovství a užívání antikoncepce

Ve Rwandě působí již delší dobu programy plánovaného rodičovství, jež mají za úkol pomoci při regulaci úhrnné plodnosti a celkově se postarat o zlepšení životních podmínek obyvatelstva. Jedním z hlavních cílů a úkolů programů plánovaného rodičovství je především distribuce prostředků pro zabránění otěhotnění, případně postarat se o možnosti ženy při neplánovaném otěhotnění a případném přerušení těhotenství (Solo, 2008).

Co se týče antikoncepce, v roce 2019 používalo ve Rwandě alespoň jednu z moderních metod celkem 973 tis. žen (FP2020, 2020). Programy plánovaného rodičovství se starají o šíření znalostí týkající se antikoncepce a zároveň o zdroje, kde je možné antikoncepci získat. Jak vyplývá ze šetření v roce 2014–2015, všechny dotázané ženy a většina dotázaných mužů znala alespoň jednu antikoncepční metodu, ať už se jednalo o moderní způsob nebo přirozené metody antikoncepce. Populárnější a známější jsou především moderní způsoby antikoncepce, z nichž nejznámější jsou mužské kondomy, hormonální injekce a hormonální pilulky. Nejméně známé jsou z moderních metod takzvaná postkoitální neboli nouzová antikoncepce⁴ (DHS, 2020).

Od roku 1992 se užívání především moderních metod antikoncepce a celkové povědomí ohledně antikoncepce postupně zvyšovalo. Při šetření v roce 1992 bylo uvedeno, že alespoň jednu moderní metodu antikoncepce užívalo 24,8 % vdaných žen a ze všech dotázaných žen okolo 98 % mělo základní povědomí o fungování antikoncepce a kde případně získat další informace (DHS,

⁴ Nouzová antikoncepce je typ antikoncepce, která zabraňuje případnému otěhotnění po nechráněném sexuálním styku nebo selhání jiné antikoncepční metody, užívá se většinou do 72 hodin od nechráněného styku

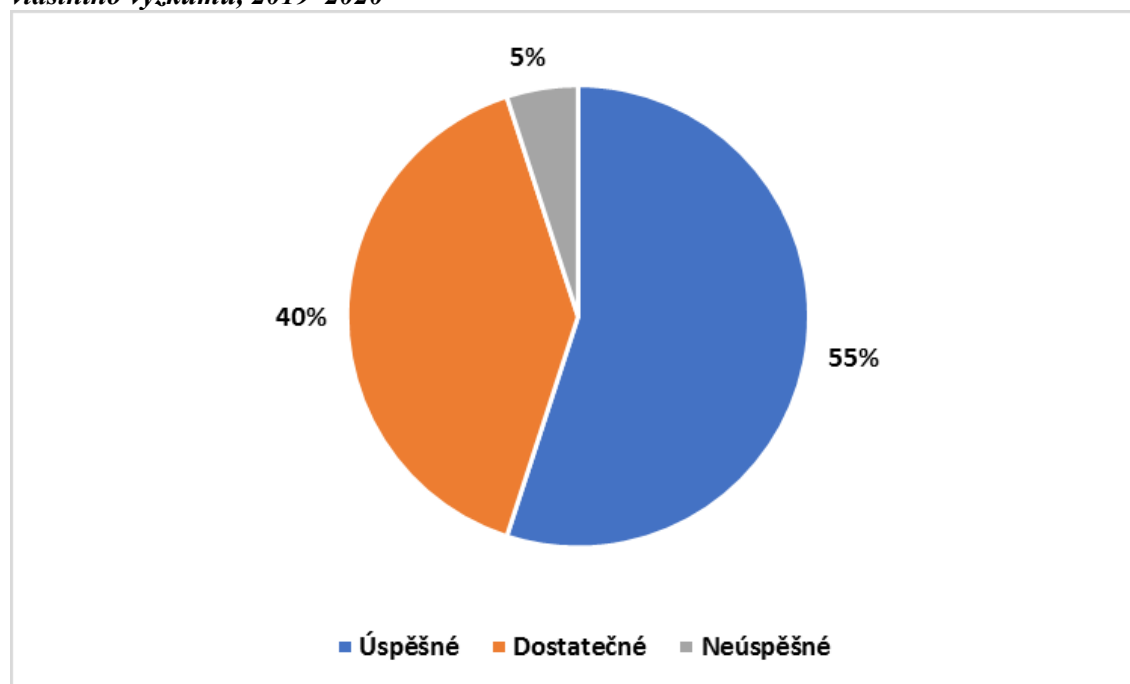
2020). Ze šetření v roce 2005 bylo patrné, že programy plánovaného rodičovství a užívání antikoncepce bylo v důsledku genocidy a konfliktů narušeno, jelikož jakoukoliv metodu antikoncepce tehdy užívalo pouhých 17 % vdaných žen (DHS, 2020). Během rozhovorů to jedna žena, která se věnuje práci v zdravotnickém sektoru, vysvětlila následovně:

„Během konfliktů a genocidy bylo hodně programů plánovaného rodičovství poznamenáno. Když jsem v roce 1990 nastupovala do nemocnice jako zdravotní sestřička, tak se tehdy všechny tyhle programy rozjízděly. Denně k nám chodily matky, které žádaly o radu, jak neotěhotnět. Byl vidět zájem a zároveň podpora ze strany vlády. Jenže jak začalo více konfliktů a poté se odehrála genocida, zájem už nebyl. I podpora ze strany vlády najednou nebyla. Ale bylo to pochopitelné, stát se musel nejdříve dát do pořádku, hodně matek bylo poznamenaných psychicky i fyzicky, myslet tehdy na zabránění otěhotnění nebyla ničí priorita, spíše naopak. Mnoho žen přišlo o děti, ta bolest byla veliká. Sama jsem ztratila dítě a manžela, naštěstí přežila mladší dcera. V tu chvíli člověk nemyslí na antikoncepci, hodně matek antikoncepci odmítalo, především kvůli tomu, že třeba chtělo další děti, aby byla například vynahrazena ztráta usmrcených dětí nebo aby se pojistily, že v případě, že se něco takového bude opakovat, měly dostatek potomstva, které by přežilo. Po genocidě a konfliktech nicméně začala opět růst porodnost, jak se situace více stabilizovala. Tehdy vláda začala opět podporovat programy plánovaného rodičovství a více tlačit, aby byla propagována antikoncepce, hlavně moderní metody antikoncepce, protože jsou spolehlivější. Nedivím se, že mezi lety 2005 až 2010 byl největší nárůst, to byl také jeden z největších nátlaků vlády ohledně programů plánovaného rodičovství.“ – 49letá Claudice z Rubavu.

V roce 2019 užívalo alespoň jednu antikoncepční metodu 53 % vdaných žen, z nichž 48 % užívalo jakoukoliv moderní metodu antikoncepce a zhruba 5–6 % užívalo tradiční metodu antikoncepce, povědomí ohledně antikoncepce je už prakticky univerzální (FP2P20, 2020). Ze zbývajících 43 % vdaných žen celkem 72 % žen udalo, že by chtělo alespoň jednu z metod začít užívat (FP2020, 2020). Kromě vdaných žen je antikoncepce též rozšířena mezi svobodné ženy, které jsou sexuálně aktivní. Okolo 35 % sexuálně aktivních žen ve věku 15–49 let užívalo v roce 2018 alespoň jednu z metod antikoncepce, kdy pouze jedno procento žen užívalo tradiční metodu, zatímco zbývajících 34 % žen užívalo moderní metody antikoncepce, převážně injekce, implantáty a mužské kondomy (DHS, 2020). Moderní způsoby antikoncepce jsou užívané převážně ženami z městských oblastí, dále je velmi důležitá dosažená úroveň vzdělání. Ženy s dokončeným středoškolským nebo vyšším vzděláním využívají moderní metody antikoncepce častěji a pravidelněji než ženy, které nemají dokončené vzdělání nebo mají vzdělání pouze základní (DHS, 2020).

Všichni z respondentů si byli vědomi, že programy plánovaného rodičovství ve Rwandě fungují a jejich roli a fungování hodnotili kladně. Na dotaz, jakou úspěšnost mají programy plánovaného rodičovství ve Rwandě, odpovědělo 55 % respondentů, že si myslí, že jsou programy plánovaného rodičovství úspěšné, 40 % respondentů odpovědělo, že snahy programů plánovaného rodičovství jsou dostatečné a mohly by být zlepšeny a 5 % respondentů si myslí a pociťuje, že jsou programy plánovaného rodičovství neúspěšné a nedostatečné (viz Obr. 17).

Obr. 19 – Hodnocení úspěšnosti programů plánovaného rodičovství ve Rwandě v rámci vlastního výzkumu, 2019–2020



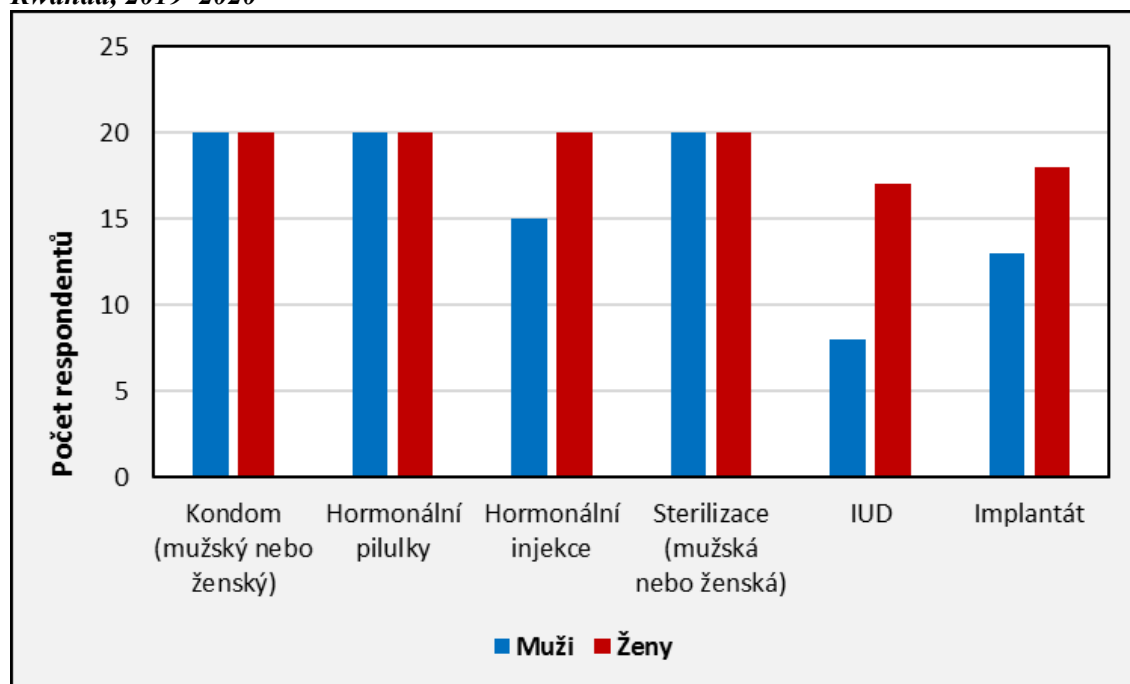
Zdroj: vlastní výzkum a zpracování

Na otázky ohledně plánovaného rodičovství a antikoncepce byli během tohoto výzkumu dotazováni též muži. Všichni respondenti mužského pohlaví odpověděli, že byli s programy plánovaného rodičovství spokojeni a případně pociťovali pouze minimální omezování přístupu k informacím nebo samotným antikoncepčním metodám na základě jejich pohlaví⁵. Ohledně znalosti a užívání antikoncepce, všichni dotázaní respondenti dokázali vyjmenovat alespoň dvě moderní metody a dvě tradiční metody antikoncepce. Mezi nejznámější moderní metody patřil kondom (mužský) nebo hormonální pilulky. Ve srovnání s ženskými respondentkami se znalost moderních metod antikoncepce nijak moc neliší (viz Obr. 18). Rozdíl se nicméně projevil ve znalosti přirozených metod antikoncepce. Muži z přirozených metod antikoncepce dokázali všichni vyjmenovat pouze jednu metodu, 17 respondentů dokázalo vyjmenovat dvě metody a jen velmi nízký podíl mužů dokázal vyjmenovat alespoň tři nebo čtyři metody, které byly uvedené v seznamu. V porovnání s ženskými respondentkami znali muži přirozené metody antikoncepce výrazně méně (viz Obr. 19). Nicméně si můžeme všimnout, že ani některé přirozené metody antikoncepce nejsou příliš známé mezi ženami, jedná se o hlenovou a teplotní metodu⁶.

⁵ Pokládána byla otázka „Myslíte si, že kvůli tomu, že jste mužského pohlaví, jste nějak znevýhodňován v přístupu k antikoncepčním metodám a informacím ohledně reprodukčního chování?“

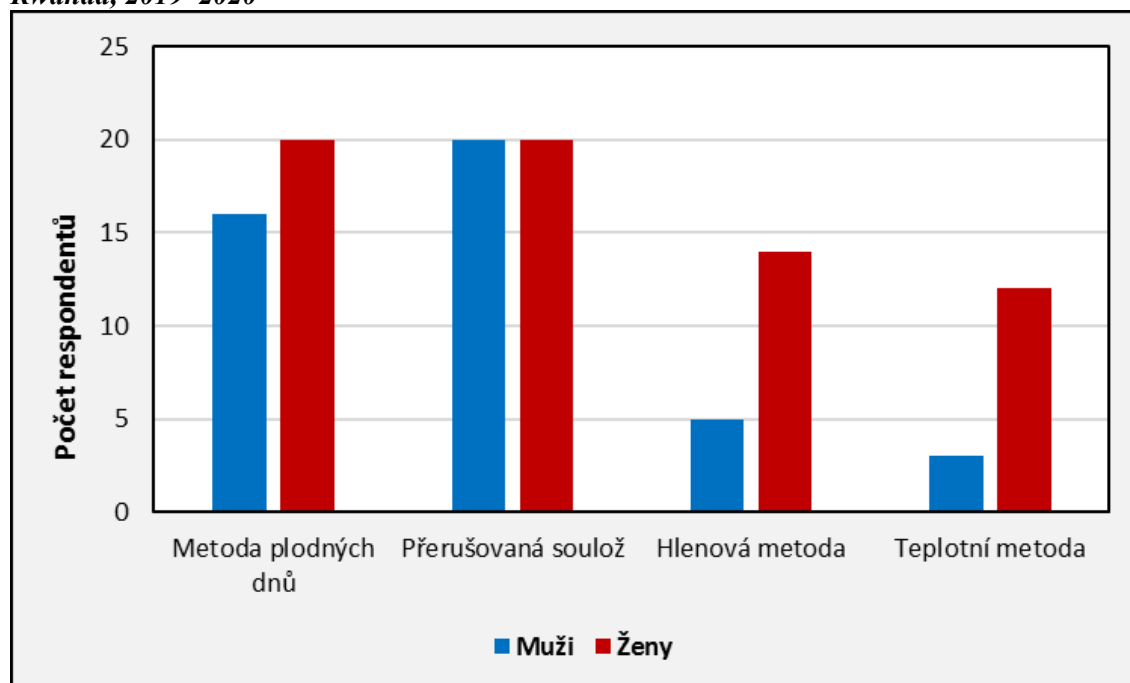
⁶ Hlenová metoda a teplotní metoda jsou přirozené metody antikoncepce, kdy žena sleduje svůj poševní hlen a bazální teplotu a podle toho určuje plodné a neplodné dny

Obr. 20 – Znalost moderních metod antikoncepce u mužů a žen v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020



Zdroj: vlastní výzkum a zpracování

Obr. 21 - Znalost přirozených metod antikoncepce u mužů a žen v rámci vlastního výzkumu, Rwanda, 2019–2020



Zdroj: vlastní výzkum a zpracování

Co se týče užívání antikoncepce, mužští respondenti uvádí, že své případné partnerky v užívání podporují nebo by podporovali, případně sami užívají některé ze zmíněných metod, které jsou pro muže dostupné, v současnosti se ve Rwandě jedná pouze o mužské kondomy, sterilizaci nebo přerušovanou soulož. Z dotázaných respondentů jich 20 % užívá mužský kondom

a zároveň praktikuje přerušovanou soulož, 55 % užívá pouze mužský kondom a 25 % praktikuje pouze přerušovanou soulož. Žádný z respondentů nepodstoupil sterilizaci a žádný z respondentů ani nezná nikoho ve svém okolí, kdo by mužskou sterilizaci podstoupil.

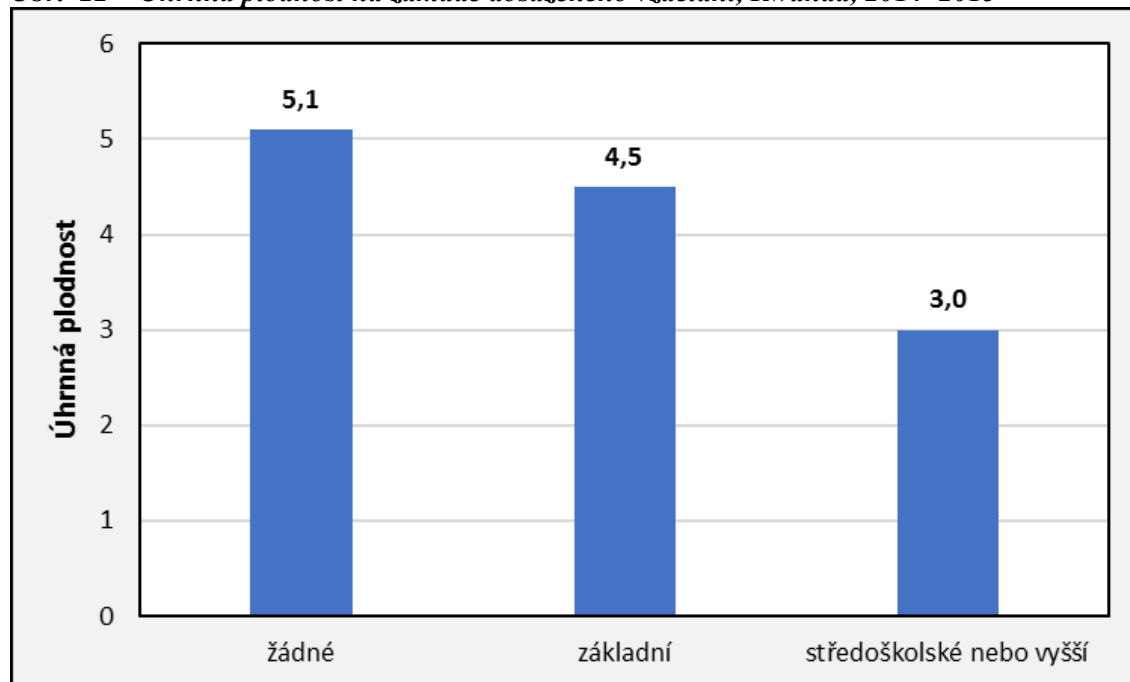
6.3. Faktory ovlivňující reprodukční chování

6.3.1. Vzdělání

Úhrnná plodnost, a celkově reprodukční chování, jsou ovlivněny různými faktory, například ekonomickými podmínkami, vzděláním nebo náboženstvím. Ve Rwandě hraje úroveň vzdělání stále důležitou roli, především co se úhrnné plodnosti týče. Ženy s vyšším vzděláním mají méně dětí než ženy s nižším vzděláním, což lze sledovat z dat DHS šetření, kdy ženy se žádným nebo nedokončeným vzděláním měly úhrnnou plodnost 5,1 dítěte na ženu, ženy se základním vzděláním měly 4,5 dětí na ženu a ženy s dokončeným středoškolským a vyšším vzděláním měly v průměru 3 děti (viz Obr. 18) (DHS, 2020). K situaci ohledně školství se vyjádřila jedna ze studentek následovně:

„Rozhodně nechci mít dítě dříve, než dokončím aspoň střední školu. A i potom bych chtěla jít na vysokou školu a pak teprve zakládat rodinu. Což znamená, že první dítě bych mohla mít tak ve 22–23 letech. V tu dobu tady většinou dokončíš bakaláře. Naše vláda dělá vše pro to, aby udržela dívky ve škole, takže se v poslední době objevuje, že třeba přispívá na některé programy podporující vzdělání pro dívky. Taková nejhorší situace je samozřejmě na venkově, ve vesnicích a odlehlých oblastech, tam mají dívky děti mnohem dříve než ve městech, protože často nedokončí školu nebo se vdají příliš brzy, kvůli ekonomickým důvodům.“ – uvádí 18letá Marie z Huye.

Obr. 22 – Úhrnná plodnost na základě dosaženého vzdělání, Rwanda, 2014–2015



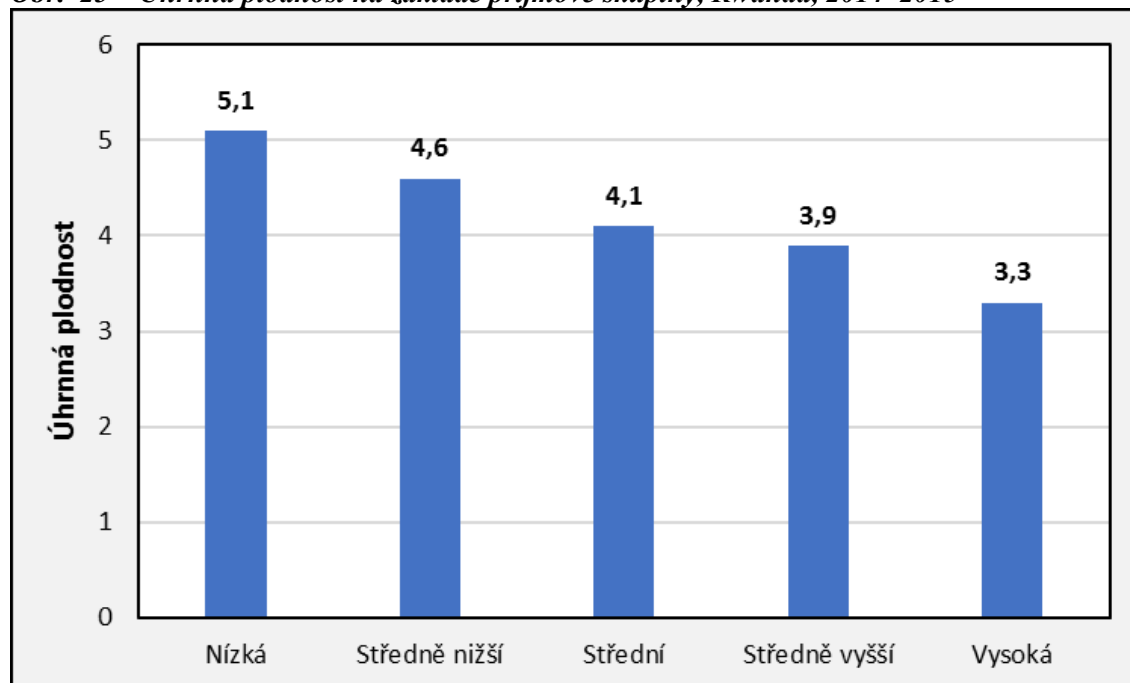
Zdroj: DHS, 2020, vlastní zpracování

Úroveň vzdělání nicméně neovlivňuje nijak informovanost nebo znalost antikoncepčních metod. Ze všech dotázaných žen a mužů během šetření DHS v roce 2014–2015 znalo alespoň jednu z moderních metod 99,8 % žen bez jakéhokoli vzdělání a 100 % žen se základním nebo středoškolským a vyšším vzděláním, u mužů znalo alespoň jednu z moderních metod 100 % mužů bez vzdělání, se základním vzděláním nebo středoškolským a vyšším vzděláním (DHS, 2020). Co se ale týče užívání samotné antikoncepce, ženy s vyšším vzděláním tvoří o něco větší podíl z celkového počtu uživatelky antikoncepce než ženy s nižším nebo žádným vzděláním (DHS, 2020). Ženy, které studují déle často posouvají plodnost do vyššího věku. Průměrný věk žen při prvním porodu, které nemají žádné vzdělání, byl zhruba o dva až tři roky nižší než průměrný věk žen při prvním porodu, které mají středoškolské nebo vyšší vzdělání (DHS, 2020).

6.3.2. Ekonomická situace

Kromě vzdělání se též na porodnosti a plodnosti podílí ekonomická situace dané domácnosti. Jak již bylo zmíněno výše, prezident Rwandy často zmiňuje, že snížení úhrnné plodnosti je důležité vzhledem k ekonomickému rozvoji státu a zároveň méně dětí znamená menší finanční zátěž domácnosti. S lepší ekonomickou situací domácnosti klesá též úhrnná plodnost. Ženy, které se nacházejí v nejnižší příjmové skupině a žijí v nejhudších domácnostech, mají úhrnnou plodnost 5,1 dítěte, zatímco ženy, které se nachází v nejbohatších domácnostech mají úhrnnou plodnost 3,3 dítěte. Ženy pocházející ze střední příjmové třídy mají v průměru 4,1 dítěte (DHS, 2020).

Obr. 23 – Úhrnná plodnost na základě příjmové skupiny, Rwanda, 2014–2015



Zdroj: DHS, 2020, vlastní zpracování

Ekonomická situace ovlivňuje též užívání a znalost antikoncepce. Jakoukoliv metodu antikoncepce užívalo celkem 48,4 % vdaných žen pocházejících z nejhudších domácností, zatímco u vdaných žen pocházejících z vysoké příjmové skupiny tvořily uživatelky antikoncepce 56,8 % žen (DHS, 2020). Co se týče vybavení domácnosti a stavu obydlí, obecně byla zjištěna

vyšší plodnost v domácnostech, jejichž obydlí bylo postaveno z méně kvalitních materiálů a základní vybavení domácnosti částečně chybělo nebo chybělo úplně (DHS, 2020). Dané zjištění ale může být ovlivněno i tím, že největší zastoupení respondentů z DHS šetření bydli v takovýchto typech obydlí a zároveň i tím, že dané domácnosti se nachází v nízké nebo středně nižší příjmové skupině. Ekonomická situace byla též zmiňována během rozhovorů, kdy většina respondentů uznala, že by si děti nepořídila, kdyby na to neměla dostatek peněz. Mnozí respondenti též uváděli, že svým dětem chtějí dopřát opravdu jen to nejlepší a zajistit jim důstojný život, proto by si děti pořídili až když budou finančně zajištěni.

„První dvě děti se mi narodily ještě za studií, když jsem se teprve vdala a snažila se dokončit bakalářské studium na univerzitě. Tehdy jsme s manželem bydleli v malém bytě v oblasti univerzitního kampusu, měli jsme k dispozici pouze dvě menší místnosti, kdy jedna sloužila jako ložnice a jedna sloužila jako kuchyně, jídelna a společenská místnost zároveň. Neměli jsme ani vlastní koupelnu nebo záchod, ta byla společná s dalším bytem naproti nám. Když jsme byli my dva, tak nám to stačilo, ale jakmile se narodilo první dítě, tak jsme si uvědomili, že to asi nebude zrovna ideální místo pro zakládání rodiny. První rok jsme to nějak zvládali, ale pak přišlo druhé dítě, a to už byl problém. Oba dva jsme byli stále studenti, žili jsme pouze z příspěvků našich rodičů. Tehdy ještě nebylo jednoduché sehnat nějakou brigádu nebo práci na poloviční úvazek. Manžel naštěstí dostudoval krátce po narození druhého dítěte, takže si poté našel práci a mohli jsme se přestěhovat do lepšího bytu. Ale bylo to velmi špatné období, než jsme se nějak finančně stabilizovali a srovnali, první roky našich dětí jsme často neměli dostatek jídla pro nás všechny, pleny a další dětské potřeby byly velmi drahé. Když bych mohla, tak bych si v dnešní době dítě nepořídila, dokud nebudu mít jistotu, že dítě budu schopná nakrmit, obléct, přebalit a nebudu muset přitom hladovět nebo chodit v roztrhaném oblečení.“ – popisuje 48letá Janice z Gisenyi.

6.3.3. Náboženství a víra

Jak již bylo zmiňováno výše, náboženství a víra je především v afrických státech velmi důležitá a ovlivňuje různé aspekty denního života tamních obyvatel. Ve Rwandě jsou nejpočetnější náboženskou skupinou katolíci, následují protestanté, menší zastoupení mají muslimové nebo ateisté (NISR, 2019).

Nejvyšší plodnost mají mezi jednotlivými náboženskými skupinami protestanté, jejichž úhrnná plodnost dosahuje v průměru 4,3 dětí na ženu, zatímco nejnižší úhrnnou plodnost dosahují muslimové s 3,7 dětmi na ženu. Katolíci mají úhrnnou plodnost 3,9 dětí na ženu, zatímco ateisté dosahují hodnoty 4,0 dětí na ženu (NISR, 2019). Z vybraných studií je známo, že křesťané a muslimové mají většinou vyšší úhrnnou plodnost než ateisté (Adedini, 2018). Nižší úhrnná plodnost rwandských katolíků by se zde ale dala vysvětlit speciální podporou, kterou v posledních letech hlavně římskokatolická církev vyslovuje k programům plánovaného rodičovství (NISR, 2019). V případě muslimských žen je současná situace taková, že muslimská menšina se pohybuje ve Rwandě převážně v hlavním městě Kigali, což jim umožňuje dosažení vyššího stupně vzdělání a zároveň lepšímu ekonomickému postavení ve společnosti, zatímco velký podíl katolických nebo protestantských žen žije ve vesnických oblastech (NISR, 2019).

Užívání antikoncepce se mezi jednotlivými náboženskými skupinami výrazně neliší, nicméně menší rozdíly tam jsou. Nejvyšší zastoupení v užívání moderního způsobu antikoncepce mají ateisté, u kterých užívá moderní metodu antikoncepce okolo 54,78 % příslušníků. Z věřících je největší podíl uživatelů alespoň jedné metody antikoncepce, ať už přirozené nebo moderní, u katolíků, kde přirozené metody antikoncepce používá 6,72 % a moderní metody antikoncepce 44,55 % věřících (viz Tab. 8) (DHS, 2020).

Tab. 8 – Podíl uživatelů antikoncepce dle náboženské příslušnosti a metody v procentech, Rwanda, 2014–2015

	Žádná metoda	Přirozená metoda	Moderní metoda
Ateisté	45,2	0,0	54,8
Katolíci	48,7	6,7	44,6
Muslimové	50,4	3,8	45,8
Protestanté	55,7	5,9	38,4

Zdroj: DHS, 2020, vlastní zpracování

Z vývoje hodnot jednotlivých ukazatelů získaných z DHS a dalších populačních šetření lze pozorovat, že míry porodnosti a plodnosti v druhé polovině 20. století pomalu klesaly. Genocida a konflikty reprodukční chování v určité míře ovlivnily, pokles hodnot měř porodnosti a plodnosti byl pomalejší nebo se zastavil, z DHS šetření nám vyplývá, že po genocidě následoval i menší nárůst porodnosti a úhrnné plodnosti. Programy plánovaného rodičovství byly pozastaveny nebo fungovaly omezeně, což znamenalo též pokles podílu žen užívajících antikoncepci. Po ustálení a stabilizaci situace začaly hodnoty opět klesat, v současnosti se úhrnná plodnost drží na zhruba 4 dětech na ženu. Prudce se mezi lety 2005–2015 zvýšil podíl žen užívajících antikoncepci, z původních 17 % v roce 2005 na 53 % v roce 2015.

Úhrnná plodnost a užívání antikoncepce se na základě různých faktorů odlišují, bylo doloženo, že čím jsou matky vzdělanější a bohatší, tím mají méně dětí a více užívají antikoncepci. Rozdíly lze také sledovat mezi městským a venkovským obyvatelstvem. Hodnoty úhrnné plodnosti a užívání antikoncepce se příliš neliší na základě náboženského přesvědčení. Vzdělání, výše příjmu a zda žije dotyčný člověk ve městě nebo na vesnici hrají v reprodukčním chování větší roli.

Kapitola 7

Závěr

Práce je zaměřena na africký stát Rwanda, jenž byl od dob koloniální éry zmítán etnickými konflikty, které vyústily v roce 1994 v genocidu, která různými způsoby ovlivnila životy všech rwandských obyvatel a výrazně zasáhla do ekonomického a demografického vývoje státu. Po genocidě se ale díky rozsáhlé zahraniční pomoci a přísným vládním intervencím státu podařilo nastartovat ekonomiku a zajistit si rychlý hospodářský růst, s čímž souvisí i demografický vývoj. Cílem této práce bylo zhodnotit, jaké měly tyto historické události dopady, především genocida, na demografický vývoj Rwandy a reprodukční chování a zároveň představit a charakterizovat trendy v současném reprodukčním chování rwandského obyvatelstva.

Rwandská genocida je považována za jednu z nejkrutějších genocid 20. století, jež si vyžádala velké populační ztráty. Jedním z dílčích cílů bylo nastínit historii státu a pomocí určitých ukazatelů a měr zhodnotit, zda konflikty a genocida ovlivnily demografický vývoj a reprodukční chování, čehož se týkala i jedna z výzkumných otázek. Během raných konfliktů se důsledky projevovaly především v počtu a složení obyvatelstva. Příslušníci etnika Tutsi, jež bylo během koloniální éry favorizováno, byli stále více utlačováni etnikem Hutů, které se snažilo získat nad státem moc a dožadovalo se určitých pravomocí ve vládě (Ternon, 1995). Hutové často vybízeli k nenávisti vůči etniku Tutsi, což zapříčinilo první uprchlické vlny a úbytek obyvatelstva. Genocida v roce 1994 pak měla za následek výrazný pokles počtu obyvatelstva, odhaduje se, že byl zabit téměř 1 milion obyvatel a okolo 2 milionů obyvatel ze státu uprchlo, převážně do sousedních zemí (UNHCR, 2000). Změna v demografickém vývoji byla patrná též u naděje dožití při narození. Před genocidou naděje dožití při narození postupně rostla a dosahovala hodnot 50 let pro ženy a 47 let pro muže, během genocidy se ale prudce snížila o zhruba 25 let pro obě pohlaví (UN, 2019e). Po skončení genocidy naděje dožití při narození opět začala růst a v současnosti dosahuje 70 let pro ženy a 66 let pro muže (UN, 2019e). Zhoršení situace bylo zaznamenáno též v dětské a kojenecké úmrtnosti, kdy během genocidy hodnoty kojenecké úmrtnosti dosahovaly 196 promile a hodnoty dětské úmrtnosti dosahovaly 286 promile. V současnosti dosahuje kojenecká úmrtnost ve Rwandě 15,9 promile a dětská úmrtnost 35,3 promile (IGME, 2019). Určitý důsledek byl zaznamenán též v reprodukčním chování obyvatelstva. Zatímco do 90. let 20. století úhrnná plodnost klesala, během ostřejších konfliktů a genocidy hodnota spíše stagnovala a začátkem 21. století, kdy se situace více stabilizovala, došlo dokonce k mírnému

nárůstu úhrnné plodnosti, což by se dalo vysvětlit jako moment, kdy přeživší ženy uzavíraly nové sňatky, zakládaly nové rodiny a případně se snažily dalšími dětmi nahradit potomky, kteří byli usmrceni během genocidy (Staveteig, 2011).

Další z dílčích cílů se zaměřoval na charakteristiku socioekonomické situace země, se kterou souvisejí též výzkumné otázky týkající se programů plánovaného rodičovství a odlišného reprodukčního chování na základě určitých sociálních rozdílů. Programy plánovaného rodičovství jsou v zemi zaváděny již od 90. let, první vládní intervence nicméně započaly již v 80. letech 20. století (Solo, 2008). Během vlastního výzkumu bylo důležité zaměřit se nejen na ženy, jakožto uživatelky programů plánovaného rodičovství, ale též na muže, jelikož jak bylo zmíněno v některých studiích, programy plánovaného rodičovství se často soustředí pouze na ženy, ale vynechávají ze svých kampaní muže (Hardee, 2017). Všichni respondenti mužského pohlaví odpověděli, že se cítí být dostatečně zahrnutí do kampaní a vládních intervencí týkajících se programů plánovaného rodičovství a necítí žádnou diskriminaci na základě svého pohlaví v přístupu k informacím týkajícím se reprodukčního zdraví nebo možností antikoncepce. Programy plánovaného rodičovství byly respondenty hodnoceny především kladně, 55 % respondentů si myslí, že programy plánovaného rodičovství jsou v zemi úspěšné a odvádí dobrou práci, 40 % respondentů uvedlo, že programy plánovaného rodičovství odvádí dostatečnou práci, ale je tam prostor pro zlepšení a 5 % respondentů uvedlo, že jsou programy pro plánované rodičovství neúspěšné a měly by se v mnohém zlepšit.

Úspěšnost programů plánovaného rodičovství ve Rwandě lze hodnotit například na základě podílu žen užívajících jakoukoliv metodu antikoncepce. V roce 1992, v období před genocidou, užívalo alespoň jednu z moderních metod antikoncepce okolo 24,8 % vdaných žen a 98 % všech žen mělo základní povědomí o užívání antikoncepce (DHS, 2020). Podíl vdaných žen užívajících antikoncepci se následkem genocidy výrazně snížil, v roce 2005 užívalo alespoň jednu z moderních metod antikoncepce okolo 17 % vdaných žen (DHS, 2020). Dalo by se tak říct, že genocida a konflikty ovlivnily výrazně i programy plánovaného rodičovství a vládní intervence týkající se snižování plodnosti, což bylo potvrzeno i provedenými rozhovory s místními. Po stabilizaci země se následně obnovily snahy o snížení úhrnné plodnosti, především prostřednictvím již osvědčených programů plánovaného rodičovství. Podíl vdaných uživatelek antikoncepce se z původních 17 % v roce 2005 během téměř deseti let prakticky ztrojnásobil na 53 % v roce 2014–2015 (DHS, 2020). Od té doby se ale hodnota výrazně nezměnila a zůstává relativně stejná. Dnes je ve Rwandě znalost alespoň jedné moderní nebo přirozené antikoncepční metody prakticky všeobecná a univerzální. Všichni dotázaní respondenti znali alespoň jednu moderní metodu a jednu přirozenou metodu antikoncepce. Mezi nejvíce užívané patří u žen z moderních metod hormonální injekce, implantáty nebo pilulky, zatímco u mužů, kde jsou možnosti limitované, patří mezi nejužívanější moderní metody mužský kondom. Se zvýšeným užíváním antikoncepce a zaváděním určitých vládních intervencí, které jsou součástí zmíněných programů, úhrnná plodnost od roku 2005 klesala a dostala se v roce 2019 na hodnotu zhruba 4 dětí na ženu (UN, 2019e). Ženy jsou vládou podporovány ke vzdělání, kariéernímu růstu a prostřednictvím programů plánovaného rodičovství i k oddálení nebo omezení počtu narozených dětí. Nižší úhrnná plodnost se během posledních let projevila ve všech věkových skupinách žen v reprodukčním věku, mírně narostl i průměrný věk při prvním porodu, který je

v současnosti okolo 22–23 let. Problémem je dle místních především, jak jsou programy plánovaného rodičovství v zemi provozovány. Hlavní překážkou je vlastnictví sociálních a zdravotnických zařízení církvemi a náboženskými skupinami, což často znamená odlišné přístupy k distribuci antikoncepce nebo provádění některých zákroků. Respondenti účastníci se výzkumu uvedli, že je často těžší získat například nějakou z moderních metod antikoncepce, protože to církev neuznává a neschvaluje. Programy plánovaného rodičovství jsou ve Rwandě celkem úspěšné, místní je přijímají kladně a schvalují je, což je velmi důležité pro další fungování a rozvoj státu.

Jednou z dalších výzkumných otázek, které byly položeny, je otázka, zda se liší míry úhrnné plodnosti a užívání antikoncepce na základě určitých sociálních rozdílů, jako je výše příjmu, vzdělání nebo náboženství. Na základě porovnání hodnot úhrnné plodnosti a měr užívání antikoncepce žen z odlišných sociálních skupin bylo dokázáno, že vyšší úroveň vzdělání a lepší ekonomická situace zmíněné indikátory ovlivňují. Ženy s dosaženým středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním mají v průměru o 2,1 dítě méně než ženy bez jakéhokoliv vzdělání, to samé platí pro ženy z vyšší příjmové skupiny, které mají též v průměru o 2 děti méně než ženy z nejnižší příjmové skupiny (DHS, 2020). Vyšší vzdělání a vyšší příjem též znamenají zvýšený podíl uživatelů antikoncepce a vyšší věk při prvním porodu. Míry úhrnné plodnosti a podíl užívání antikoncepce se u jednotlivých náboženských církví příliš neliší, hodnoty jsou velmi podobné, patrné rozdíly lze zaznamenat především v užívání antikoncepčních metod. Rozdíly v reprodukčním chování lze též sledovat mezi jednotlivými regiony samotné Rwandy a mezi městským a vesnickým obyvatelstvem. Porodnost a úhrnná plodnost jsou nižší v městských oblastech v porovnání s vesnickým obyvatelstvem, užívání antikoncepce je mezi městským obyvatelstvem častější než mezi vesnickým obyvatelstvem. Nejvyšší úhrnná plodnost je v regionech West a East, což je dáno především migrací do daných oblastí obyvatelstvem v reprodukčním věku, naopak nejnižší hodnoty lze nalézt v regionu Kigali City, což je oblast, kde se nachází hlavní město Kigali.

Poslední výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké jsou preference plodnosti rwandského obyvatelstva a zda se odlišují na základě již výše zmíněných sociálněekonomických faktorů. Při provádění rozhovorů bylo možné si všimnout, že mladí ve Rwandě často mají jasně rozmyšlené, kolik dětí by si do budoucna přáli. Ve vícero studiích bylo zmíněno, že například víra nebo dosažená úroveň vzdělání souvisí s počtem dětí, kolik se jich ženě narodí (Chitekera a Nduna, 2010, Adhikari a kol., 2013), nicméně po provedených rozhovorech a analýze dat z dostupných šetření se ukázalo, že v případě Rwandy se preference plodnosti mezi jednotlivými sociálně rozdílnými skupinami výrazně neliší. Jako ideální počet dětí respondenti ve výzkumu uváděli nejčastěji tři děti, což se shodovalo i s hodnotou dostupnou z DHS šetření, která činí v průměru 3,4 dítěte pro ženy a 3,0 děti pro muže. Nejvýraznější rozdíl se vyskytuje u faktoru vzdělání, kde ženy s vyšším vzděláním vnímají jako ideální počet dětí průměrně 3 děti, zatímco ženy bez jakéhokoliv dosaženého vzdělání vnímají jako ideální počet dětí v průměru 3,9 dětí (DHS, 2020). Ideální věk pro první dítě je dle respondentů výzkumu v intervalu 25–29 let, tento interval byl zvolen jako ideální u 45 % respondentů.

Výsledky této práce dokazují, že konflikty mezi jednotlivými etniky a genocida výrazně ovlivnily demografický rozvoj a reprodukční chování obyvatel. Zároveň bylo dokázáno, že

programy plánování rodičovství jsou úspěšnou strategií k snížení porodnosti a úhrnné plodnosti v zemi, což též znamená rychlejší demografický přechod a dosažení demografické dividendy, které se nyní Rwanda přibližuje. Vhodná věková struktura a správné vládní intervence dokážou zajistit úspěšný ekonomický rozvoj, jak tomu bylo u některých asijských států (Gribble, 2012).

V práci bylo též doloženo, že reprodukční chování se na základě určitých sociálních rozdílů a sociálního zázemí může odlišovat, v práci byla zkoumána úroveň dosaženého vzdělání, ekonomický status, náboženství, bydliště (město nebo vesnice) a stav bydliště. Úroveň dosaženého vzdělání, místo a stav bydliště a výše příjmu měla na počet narozených dětí významný vliv, zatímco u příslušnosti k církvi nebo náboženské skupině byl vliv o něco menší a nepříliš rozdílný.

I když si Rwanda prošla krizí a těžkou minulostí, dokázala se během několika let rychle vypracovat a v současnosti má jednu z nejrychleji rostoucích ekonomik v Africe a jednu z nejnižších hodnot úhrnné plodnosti (World Bank, 2020b). Jak již bylo zmíněno výše, konflikty a krize mají hluboký dopad na fungování státu a chování obyvatelstva. Bylo by zajímavé srovnat, jak se reprodukční chování změnilo například u obyvatel okolních států nebo států s podobnou demografickou charakteristikou, kteří si traumatickou událostí v minulosti neprošli. V následujících letech by také bylo zajímavé zjistit nebo analyzovat, zda se na demografickém vývoji nebo reprodukčním chování ve Rwandě nebo jiného afrického státu odrazí současná pandemie koronaviru COVID-19.

Seznam použité literatury

- ADEDINI, S., BABALOLA, S., IBEAWUCHI, C., OMOTOSO, O., AKIODE, A., ODEKU, M. *Role of religious leaders in promoting contraceptive use in Nigeria: evidence from the Nigerian Urban Reproductive Health Initiative*. *Global Health: Science and Practice*, vol. 6, 2018, s. 500–514.
- ADHIKARI, R. *Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 10, 2010.
- AFRICAN ELECTIONS DATABASE. *Elections in Rwanda*, 2011, [cit. 2020-05-04]. Dostupné online na: <<http://africanelections.tripod.com/rw.html>>.
- AGYEI-MENSAH, S., DE-GRAFT AIKINS, A. *Epidemiological Transition and the Double Burden of Disease in Accra, Ghana*. *Journal of Urban Health*, vol. 87, 2010, s. 879–897
- AJAERO, C. K., ODIMEGWU, C., AJAERO, I. D. *Access to mass media messages, and use of family planning in Nigeria: a spatio-demographic analysis from the 2013 DHS*. *BMC Public Health*, vol. 16, 2016, s. 427.
- BASINGA, P., MOORE, A. M., SINGH, S. D., CARLIN, E. E., BIRUNGI, F., NGABO, F. *Abortion Incidence and Postabortion Care in Rwanda*. *Studies in Family Planning*, vol. 43, 2012, s. 11–20.
- BLOOM, D., KUHN, M., PRETTNER, K. *Africa's prospects for enjoying a demographic dividend*. *Journal of Demographic Economics*, vol. 1, 2017, s. 63–76.
- BOUCHER, L. *What are the different types of population pyramids?* 2016, [cit. 2020-06-12]. Dostupné online na: <<https://populationeducation.org/what-are-different-types-population-pyramids/>>.
- BOULIER, B., ROSENZWEIG, M. R. *Age, biological factors, and socioeconomic determinants of fertility: A new measure of cumulative fertility for use in the empirical analysis of family size*. *Demography*, vol. 15, 1978, s. 487–497.
- CALDWELL, J. C. *Demographic Transition Theory*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2006
- CLELAND, J., HARBISON, S., SHAH, I. H. *Unmet need for contraception: issues and challenges*. *Studies in family planning*, vol. 2, 2014, s. 105–122.
- COALE, A. J. *The demographic transition reconsidered*. In *International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) Proceedings of the international population 76conference Liege: Editions Ordina*, vol. 1, 1973, s. 53–73.
- COALE, A. J., Coale, A.J. *The demographic transition*. *The Pakistan Development Review*, 1984, s. 531–552.

- COHEN, B. *Fertility levels, differentials, and trends*. Demographic change in sub-Saharan Africa, 1993, s. 8–67.
- ČSÚ. *Naděje dožití a průměrný věk*. Statistika a my, Český statistický úřad, vol. 3, 2015, [cit. 2020-07-03]. Dostupné online na: <<http://www.statistikaamy.cz/2015/03/nadeje-doziti-aprumerny-vek/>>.
- ČSÚ. *Hrubý domácí produkt (HDP) – Metodika*, Český statistický úřad, 2020 [cit. 2020-06-28]. Dostupné online na: <https://www.czso.cz/csu/czso/hruby_domaci_produk_t_-hdp->
- DELAUNAY, D., GUENGANT, J-P. *Le dividende démographique en Afrique subsaharienne*, Collection Monographies Sud-Nord, vol. 9, 2019, s. 120.
- DHS, *Demographic and Health Surveys, Data*, 2020, [cit. 2020-07-01]. Dostupné online na: <<https://dhsprogram.com/Data/>>.
- DUPUY, A., ROUX, S., *Sur le chemin de la sérénité*, Sociologie, vol. 9, 2018.
- DUROWADE, K. A., OMOKANYE, L.O., ELEGBEDE, O.E. *Barriers to Contraceptive Uptake among Women of Reproductive Age in a Semi-Urban Community of Ekiti State, Southwest Nigeria*. Ethiopian Journal of Health Sciences, vol. 27, No. 2, 2017, s. 121–128.
- ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. Rwanda, 2020, [cit. 2020-05-24]. Dostupné online na: <<https://www.britannica.com/place/Rwanda>>.
- FALOLA, T. *The challenges of history and leadership in Africa: the essays of Bethwell Allan Ogot*, Africa World Press, Trenton, 2002, s. 84.
- FP2020. *Family planning goals*. Official website, 2020, [cit. 2020-07-07]. Dostupné online na: <<http://www.familyplanning2020.org/rwanda>>
- GARENNE, M. *La question du dividende démographique en Afrique au sud du Sahara*, Note Brève, No. 164, 2016.
- GIDDENS, A. *The Consequences of Modernity*, Stanford University Press, Stanford, 1999.
- GONZÁLEZ, K. *Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*, La situación demográfica de México 2015. CONAPO, 2015.
- GRIBBLE, J., BREMNER, J. *Achieving a demographic dividend*. Population Reference Bureau. 2012, Vol. 67, No. 2.
- GUENGANT, J-P., ISSAKA MAGA, H. *Bilan des activités de planification familiale au Niger depuis les années 1990*, Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2017, s. 84.
- HARDEE, K., GAY, J. *Are men well served by family planning programs?*. Reproductive Health vol. 14, No. 14, 2017.
- HINDE, A. *Demographic Methods*, Oxford University Press, New York, 1998.
- CHANDIOK, K., MONDAL, P. *Biological and Social Determinants of Fertility Behaviour among the Jat Women of Haryana State, India*, Journal of Anthropology, vol. 2016, 2016.
- CHESNAIS, J-C. *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*, I.N.E.D. Annales de démographie historique, 1986, s. 393–396.
- CHITEREKA, J., NDUNA, B. *Determinants of unmet need for family planning in Zimbabwe*. Harare: Zimbabwe National Family Planning Council and Liverpool School of Tropical Medicine, 2010.
- ICF. *Inner City Fund*. Official Website, 2020, [cit. 2020-07-02]. Dostupné online na: <<https://www.icf.com/>>

- ICPF. *International Conference on Family Planning*, Official Website, 2020, [cit. 2020-07-02]. Dostupné online na: <<https://icfp2021.org/>>
- IGME. *Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*, Official Website, 2019 [cit. 2020-06-28]. Dostupné online na: <<https://childmortality.org/>>
- ILIFFE, J. *Africans – The history of a continent, second edition*, Cambridge University Press, 2007, s. 307–309.
- INED. Ined – Institut national d'études démographiques. *Ined – Institut national d'études démographiques*, 2020 [online]. Dostupné online na: <<https://www.ined.fr/>>
- IPU. *Women in national parliaments*, Inter-parliamentary union, 2019 [cit. 2020-05-28]. Dostupné online na: <<http://archive.ipu.org/wmn-e/classif.htm>>
- KAPOOR, A., DEBROV, B. *GDP Is Not a Measure of Human Well-Being*, 2019 [cit. 2020-07-08]. Dostupné online na: <<https://hbr.org/2019/10/gdp-is-not-a-measure-of-human-well-being>>
- KRAEHNERT, K., BRUCK, T., DI MAIO, M. *The Effects of Conflict on Fertility: Evidence From the Genocide in Rwanda*. *Demography*, No. 56, 2019, s. 935–968.
- KUČERA, M. *Rozdíly v úrovni plodnosti (diferenční plodnost)*. *Demografie*, 1985, č. 2.
- KUPERMAN, A. *Provoking Genocide: A revised history of the Rwandan Patriotic Front*. *Journal of Genocide Research*, vol. 6, no. 1, 2004.
- LASEE, A., BECKER, S. *Husband-Wife Communication About Family Planning and Contraceptive Use in Kenya*. *International Family Planning Perspectives* vol. 23, no. 1, 1997, s. 15-33.
- MORGAN, P. *Why Have Children in the 21st Century? Biological Predisposition, Social Coercion, Rational Choice*, *European Journal of Population*, vol. 17, no. 1, 2001, s. 3–20.
- MORRIS, J., RUSHWAN, H. *Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges*, *World Report on Women's Health 2015: The unfinished agenda of women's reproductive health*, vol. 131, no. S1, 2015.
- MUHOZA, D. N., RUTAYSIRE, P. C., UMUBYEYI, A., *Measuring the Success of Family Planning Initiatives in Rwanda: A Multivariate Decomposition Analysis*, *Journal of Population Research*, vol. 33, 2016, s. 361–377.
- MUKABUTERA, A., THOMSON, D.R., HEDT-GAUTHIER, B. L., *Risk factors associated with underweight status in children under five: an analysis of the 2010 Rwanda Demographic Health Survey (RDHS)*. *BMC Nutrition*, vol. 2, 2016.
- NISR, National Institute of Statistics of Rwanda, Official Website, 2020 [cit. 2020-06-29]. Dostupné online na: <<https://www.statistics.gov.rw/>>
- NISR, *Rwanda Statistical YearBook 2019*, 2019.
- NISR, *Rwanda Fourth Population and Housing Census 2012 – Thematic Report: Fertility*, 2014.
- NDAHINDWA V., KAMANZI, C., SEMAKULA, M. *Determinants of fertility in Rwanda in the context of a fertility transition: a secondary analysis of the 2010 Demographic and Health Survey*. *Reproductive Health*, vol. 11, no. 1, 2014.
- OCHOA-VÁZQUEZ, J., CRUZ-ORTIZ, M., PÉREZ-RODRÍGUEZ, M.C. *El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud*. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 26, no. 4, 2018, s. 273–280

- PASHA, O., GOUDAR, S. S., PATEL, A. *Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries*. *Reproductive Health*, vol. 12, no. S11, 2015.
- PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*, Galén, Praha, 2009.
- PAVLÍK, Z., KALIBOVÁ, K. *Mnohojazyčný demografický slovník*, Česká demografická společnost, 2. vydání, Praha, 2005.
- PAVLÍK, Z., RYCHTAŘÍKOVÁ, J., ŠUBRTOVÁ, A., *Základy demografie*, Academia Praha, 1. vydání, Praha, 1986.
- PEDERSEN, S. *The Guardians: The League of Nations and the Crisis of Empire*, Oxford University Press. Oxford, 2015.
- PÖRTNER, C. C. *Children as Insurance*, *Journal of Population Economics*, vol.14, 2001, s. 119–36.
- PRB, *Glossary of Demographic Terms*, Population Reference Bureau, 2019 [cit. 2020-07-02]. Dostupné online na: <<https://www.prb.org/glossary/>>
- PRUNIER, G. *The Rwanda Crisis: History of a Genocide*, Fountain Publishers Limited, 1999.
- RUARK, A., KISHOYIAN, J., BORMET, M., HUBER, D. *Increasing Family Planning Access in Kenya Through Engagement of Faith-Based Health Facilities, Religious Leaders, and Community Health Volunteers*. *Global Health: Science and Practice*, vol. 7, no. 3, 2019, s. 478–490.
- RUMIYA, J. *Le Rwanda sous le régime du mandat belge, 1916-1931*. L'Harmattan, Paříž, 1992.
- RUTAYISIRE, P. C., BROEKHUIS, A., HOOIMEIJER, *Role of conflict in shaping fertility preferences in Rwanda*, *African Population Studies*, vol. 27, no. 2, 2013, s. 105–117.
- RWANDA DEVELOPMENT BOARD, Official Website, 2020, [cit. 2020-07-04]. Dostupné online na: <<https://rdb.rw/>>
- SCORGIE, L. *Rwanda's Arusha Accords: A missed opportunity*. *Undercurrent*, vol. 1, 2004
- SCHWANDT, H. M., FEINBERG, S., AKOTIAH, A. *Family planning in Rwanda is not seen as population control, but rather as a way to empower the people: examining Rwanda's success in family planning from the perspective of public and private stakeholders*. *Contraception and Reproductive Medicine*, vol. 3, no. 18, 2018.
- SOCIOLOGICKÁ ENCYKLOPEDIÉ, *Porodnost*, 2020 [online] [cit. 2020-07-01]. Dostupné online na: <<https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Porodnost>>
- SOLO, J. *Family planning in Rwanda: How a taboo topic became priority number one*, Intrahealth International, 2008.
- STARBIRD, E., NORTON, M., MARCUS, R. *Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals*, *Global Health: Science and Practice*, vol. 4, no. 2, 2016, s. 191–210.
- STAVETEIG, S. E., *Genocide, Nuptiality, and Fertility in Rwanda and Bosnia-Herzegovina*. UC Berkeley, 2011.
- SUHRKE, A. *The Path of a Genocide, The Rwanda Crisis from Uganda to Zaire*, 1999.
- TABARO, J. *Rwanda Introduces Kiswahili in Curriculum*, KT Press, 2015.
- TAPIA, D. E. *Crecimiento económico del ecuador bajo el enfoque de la teoría de la transición demográfica*, Universidad Técnica del Norte, 2019.
- TERNON, Y. *L'Etat criminel: les génocides au Xxe siècle*, Seuil, Paříž, 1995.
- TERNON, Y. *Guerres et génocides au Xxe siècle*, Odile Jacob, Paříž, 2007.

- THE WORLD FACTBOOK, Rwanda, 2020, [cit. 2020-05-29]. Dostupné online na: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/rw.html>>
- TOSSOU, A. *Fécondité différentielle des immigrants et des natifs : Québec, 1976-1996*, Cahiers québécois de démographie, vol. 31, no. 1, 2002, s. 95–122.
- TRESCATRO-LÓPEZ, E. M. *Transición epidemiológica-nutricional y cambios demográficos en la España contemporánea*, Panorama social, no. 23, 2005, s. 63–71.
- UNDP, *Multidimensional poverty index*, 2019, [cit. 2020-05-10] Dostupné online na: <<http://hdr.undp.org/en/indicators/38406>>
- UNESCO, *UNESCO programme for eradication of poverty, especially extreme poverty* [online], 2005, [cit. 2020-07-10]. Dostupné online na: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000141598>>
- UNHCR. *The State of The World's Refugees 2000: Fifty Years of Humanitarian Action – Chapter 10: The Rwandan genocide and its aftermath*. The UN Refugee Agency, 2000, [cit. 2020-05-15]. Dostupné online na: <<https://www.unhcr.org/publications/sowr/3ebf9bb60>>
- UNICEF, *Data source*, 2019, [cit. 2020-07-07]. Dostupné online na: <<https://data.unicef.org/resources/resource-type/datasets/>>
- UNITED NATIONS. *Conference on trade and development – Statistics*, 2019a, [cit. 2020-06-08]. Dostupné online na: <<https://unctad.org/en/Pages/statistics.aspx>>
- UNITED NATIONS. *Glossary of Demographic Terms*, 2019b, [cit. 2020-05-25]. Dostupné online na: <<https://population.un.org/wpp/GlossaryOfDemographicTerms/>>
- UNITED NATIONS. *Human Development Report*, 2019c, [cit. 2020-05-20]. Dostupné online na: <<http://www.hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>>
- UNITED NATIONS. *List of Least Developed Countries*, 2019d, [cit. 2020-05-28]. Dostupné online na: <<https://unctad.org/en/Pages/ALDC/Least%20Developed%20Countries/UN-list-of-Least-Developed-Countries.aspx>>
- UNITED NATIONS. *World Population Prospects*, 2019e, [cit. 2020-06-28]. Dostupné online na: <<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>>
- UNITED NATIONS, *Sustainable Development Goals*, 2020a, [cit. 2020-06-29]. Dostupné online na: <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/>>
- UNITED NATIONS, *Outreach Programme on the 1994 Genocide Against the Tutsi in Rwanda and the United Nations*, 2020b, [cit. 2020-06-01]. Dostupné online na: <<https://www.un.org/en/preventgenocide/rwanda/historical-background.shtml>>
- ÚZIS, *Narození a zemřelí do 1 roku*, 2019, [cit. 2020-07-05]. Dostupné online na: <<https://www.uzis.cz/res/f/008279/narzem2018.pdf>>
- WESTOFF, CH. *Trends in Reproductive Behavior in Rwanda: Further Analysis of the 2014-15 Demographic and Health Survey*. DHS Further Analysis Reports, no. 107. 2017.
- WHO, *The Top 10 Causes of Death*, 2018 [cit. 2020-06-28] Dostupné online na: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>
- WHO, *Family Planning*, 2020a, [cit. 2020-07-02]. Dostupné online na: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/>
- WHO, *Family planning/contraception methods*, 2020b, [cit. 2020-06-28]. Dostupné online na: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>>

WINSTON, J., CALHOUN, L. M., CORROON, M. *Impact of the Urban Reproductive Health Initiative on family planning uptake at facilities in Kenya, Nigeria, and Senegal*. BMC Women's Health vol. 18, no. 9, 2018.

WORLD BANK. *Data bank – Rwanda*. 2020a, [cit. 2020-05-30]. Dostupné online na: <https://data.worldbank.org/country/rwanda?view=chart>

WORLD BANK, *Rwanda – Overview*. 2020b, [cit. 2020-06-30] Dostupné online na: <https://www.worldbank.org/en/country/rwanda/overview>

ZÁHORŮK, J. *Dějiny Rwandy a Burundi*, Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2012.

Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky pokládané během výzkumu (přeloženo do češtiny)	83
Příloha 2 – Základní charakteristika respondentů z provedeného vlastního výzkumu	85

Příloha 1 – Otázky pokládáné během výzkumu (přeloženo do češtiny)

<p>1. Bydliště a původ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kde jste se narodil/a? - Kde jste vyrůstal/a? - Jakého jste náboženského vyznání?
<p>2. Datum narození</p> <ul style="list-style-type: none"> - Měsíc, rok
<p>3. Rodinný status</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jste vdaná/ženatý, zadaný/á, svobodný/á? - Pokud jste vdaná/ženatý, kolikáté je toto vaše manželství? - Pokud jste zadaný/á, plánujete se svým partnerem/partnerkou budoucnost? - Pokud svobodný/á, jste takto šťastní?
<p>4. Vzdělání a zaměstnání</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? - Čelil/a jste při vzdělávání nějakým překážkám? Bylo těžké dokončit školu? - Pracujete aktuálně nebo aktuálně studujete? - Pokud pracujete, jakou práci vykonáváte? - Pokud studujete, jakou školu studujete?
<p>5. Rodina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Máte děti? (Pokud ano, kolik?) - Kolik máte sourozenců? Jsou všichni vaši vlastní? - Přišli jste někdy o člena své rodiny? <i>(pouze pokud respondent souhlasí se zodpovězením otázky)</i>
<p>6. Děti (pouze pokud má respondent děti)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaká je aktuálně situace vašich dětí? Studují, pracují? - Změnil/a byste něco ohledně vašich dětí? Například počet dětí?
<p>7. Antikoncepce a programy plánovaného rodičovství</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaké moderní a přirozené metody antikoncepce znáte? - Jste seznámení s tím, jak antikoncepce funguje nebo kde třeba antikoncepci získat? - Užíváte v současnosti nějakou z metod antikoncepce? Pokud ano, jakou? - Jak vnímáte programy plánovaného rodičovství? Jako úspěšné, dostatečně úspěšné nebo neúspěšné? - <i>Pro mužské respondenty</i> – Myslíte si, že na základě vašeho pohlaví jste znevýhodňován v přístupu k antikoncepčním metodám nebo informacím ohledně reprodukčního zdraví?

- Myslíte, že programy plánovaného rodičovství ve Rwandě fungují dobře? Jsou nějaké problémy v jejich fungování?
- Jak fungují ve Rwandě interrupce? Jsou legální?

8. Plodnost a preference v plodnosti

- Jaký je dle Vás ideální počet dětí?
- Jaký je dle Vás ideální věk pro první dítě?
- Co by měl mladý pár splňovat, aby mohl mít dítě? Je důležité být finančně zabezpečený nebo vzdělaný?
- Jakou roli hraje v plodnosti vzdělání, příjem a náboženství?

9. Rwanda

- Jaký máte vztah ke Rwandě? Cítíte se bezpečně v této zemi?
- Co byste na Rwandě změnili? Co byste naopak nezměnili?
- Jste spokojeni se životem, který žijete, nebo byste něco změnili?
- Stalo se vám v životě něco, co vás donutilo přemýšlet o odchodu z Rwandy?

Příloha 2 – Základní charakteristika respondentů z provedeného vlastního výzkumu**Rozdělení dle pohlaví a věkové skupiny**

		Muž	Žena	Celkem
15–19	počet	1	3	4
	%	25,0 %	75,0 %	
20–24	počet	5	4	9
	%	55,6 %	44,4 %	
25–29	počet	5	6	11
	%	45,5 %	54,5 %	
30–34	počet	3	3	6
	%	50,0 %	50,0 %	
35–39	počet	3	2	5
	%	60,0 %	40,0 %	
40–44	počet	2	1	3
	%	66,7 %	33,3 %	
45–49	počet	1	1	2
	%	50,0 %	50,0 %	
Celkem	počet	20	20	40

Rozdělení dle pohlaví a bydliště

		Muž	Žena	Celkem
Město	počet	15	16	31
	%	48,4 %	51,6 %	
Vesnice	počet	5	4	9
	%	55,6 %	44,4 %	
Celkem	počet	20	20	40

Rozdělení dle pohlaví a dosaženého vzdělání

		Muž	Žena	Celkem
Základní	počet	3	2	5
	%	60,0 %	40,0 %	
Středoškolské	počet	7	9	16
	%	43,8 %	56,3 %	
Vysokoškolské	počet	10	9	19
	%	52,6 %	47,4 %	
Celkem	počet	20	20	40

Rozdělení dle pohlaví a náboženského vyznání

		Muž	Žena	Celkem
Adventista sedmého dne	počet	2	0	2
	%	100,0 %	0,0 %	
Katolík	počet	11	15	26
	%	42,3 %	57,7 %	
Muslim	počet	1	1	2
	%	50,0 %	50,0 %	
Protestant	počet	6	4	10
	%	60,0 %	40,0 %	
Celkem	počet	20	20	40