

Univerzita Karlova

Přírodovědecká fakulta

Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje

Globální migrační a rozvojová studia



Bc. Natalie Ratajová

**Zhodnocení plnění Cílů udržitelného rozvoje zaměřených na zdraví v zemích s nízkým
příjmem**

Assessing the implementation of the health-focused Sustainable Development Goals
in low-income countries

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: RNDr. Jiří Hasman, Ph.D.

Praha, 2022

Prohlášení

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

V Praze dne 29.7.2022

Bc. Natalie Ratajová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce za odborné vedení práce, tipy na články, a především nesmírnou trpělivost RNDr. Jiřímu Hasmanovi, Ph.D, jehož připomínky a cenné rady byly pro zhotovení práce nepostradatelné. Dále děkuji všem v mém okolí, své rodině a kamarádům za neustálou podporu a pomoc během psaní této práce.

Abstrakt

Práce zkoumá úspěšnost naplňování Cílů udržitelného rozvoje (dále SDGs) na příkladu 46 států skupiny Nejméně rozvinutých zemí světa. Konkrétně se práce zabývá SDGs věnovaným zdraví – SDG 3.1. a SDG 3.2. a jejich indikátorům. Na základě výzkumných otázek jsou představeny klíčové strategie pro dosažení cílů ve sledované skupině zemí. Následuje hodnocení vybraných ukazatelů a jejich indikátorů, ze kterých je v rámci poslední výzkumné otázky vybráno šest nejúspěšnějších zemí (zemí s největším pokrokem v rámci nejhůře naplňovaného indikátoru). Na jejich příkladu jsou představeny zavedené intervence, které zemím nejvíce pomohly. Motivací k tomuto zaměření práce je aktuálnost a nezpracovanost tohoto tématu. SDGs jsou nyní ve své polovině a málokterá literatura se věnuje analýze mnou zvoleného SDG 3 ve vybrané skupině Nejméně rozvinutých zemí světa. Text vychází z poznatků představených SDGs a jejich kontextu ve sledovaných zemích. Pro potřeby práce bylo zpracováno množství dat z různých datových zdrojů, z nichž byly vyhodnocovány výzkumné otázky. Práce potvrdila zlepšení hodnot ve sledovaných indikátorech SDGs v Nejméně rozvinutých zemích světa. Byl však zaznamenán velký rozdíl v plnění SDGs v rámci vybrané skupiny a rozdílný přístup v zaváděných intervencích indikátoru mateřské úmrtnosti v šesti nejúspěšnějších zemí výběru práce.

Klíčová slova: cíle udržitelného rozvoje; dětská úmrtnost do pěti let; mateřská úmrtnost; nejméně rozvinuté země; novorozenecká úmrtnost

Abstract

The thesis examines the success of meeting the Sustainable Development Goals (SDGs) on the example of 46 countries among least developed countries in the world. Specifically, the thesis focuses on SDGs dedicated to health – SDG 3.1. and SDG 3.2. and their indicators. Based on the research questions, key strategies for achieving the goals in the monitored group of countries are presented. The following chapter is an evaluation of selected parameters and their indicators. Six most successful countries are selected based on the last research question (the countries with the most progress in the worst-performing indicator). Their example shows the established interventions that have helped the countries the most. The motivation for this focus of work is the topicality and lack of other documentation of this topic. The SDGs are now in their midst, and few literature analyzes SDG 3, which I have chosen in the least developed group of the world. The text is based on the findings of the SDGs and their context in the monitored countries. For the needs of the thesis, a lot of data from various data sources were processed, from which research questions were evaluated. The analysis confirmed the improvement of values in the monitored SDG indicators in the least developed countries of the world. However, there was a large difference in the implementation of SDGs within the selected group and a different approach in the implemented interventions of the maternal mortality indicator in the six most successful job selection countries.

Keywords: sustainable development goals; infant mortality up to five years; maternal mortality; least developed countries; neonatal mortality

Seznam zkratk	7
1. Úvod	8
2. Představení Cílů udržitelného rozvoje	12
2.1. Historie	12
2.1.1. Miléniové cíle tisíciletí	12
2.1.2. Vznik Cílů udržitelného rozvoje	15
2.2. Představení Cílů udržitelného rozvoje	16
2.2.1. Agenda 2030	18
2.3. Měření pokroku směrem k místní cílům Cílům udržitelného rozvoje	20
2.4. Výzvy Cílů udržitelného rozvoje	25
2.4.1. Vybrané indikátory SDG 3	30
3. Kontext sledovaných zemí	35
3.1. Vymezení rozvojových zemí	35
3.2. Klasifikace rozvojových zemí	37
3.2.1. Nejméně rozvinuté země světa	38
3.3. Aktuální situace rozvojových zemí z pohledu sledovaných cílů	40
3.4. Výzkumné otázky	45
4. Metodika a data	47
4.1. Zdroje informací o volbě strategií k naplnění sledovaných cílů	47
4.2. Výběr ukazatelů sledovaných cílů	48
4.2.1. Mateřská úmrtnost	48
4.2.2. Podíl porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem	49
4.2.3. Dětská úmrtnost dětí do pěti let	50
4.2.4. Novorozenecká úmrtnost	51
4.3. Problematika volby kritického indikátoru a výběr modelových zemích	52
5. Postupy naplnění Cílů udržitelného rozvoje 3.1 a 3.2	54
5.1. Klíčové strategie dosažení Cílů udržitelného rozvoje 3.1 a 3.2	54
5.1.1. Modely a programy WHO	57
5.1.2. Intervence WHO	57
5.1.3. Konkrétní ukázky intervencí z Nejméně rozvinutých zemí světa	61
5.2. Hodnocení ukazatelů v Nejméně rozvinutých zemí světa	65
5.2.1. Mateřská úmrtnost	66
5.2.2. Podíl porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem	70
5.2.3. Úmrtnost dětí mladších pět let	72
5.2.4. Novorozenecká úmrtnost	75
5.2.5. Shrnutí	78
5.3. Příklady intervencí, které napomohly v plnění cílů udržitelného rozvoje v nejhůře plněném indikátoru	80
5.3.1. Čad	84

5.3.2. Guinea-Bissau	86
5.3.3. Jižní Súdán	87
5.3.4. Sierra Leone	89
5.3.5. Somálsko	91
5.3.6. Středoafriická republika	93
5.3.7. Shrnutí	94
6. Závěr	96
Použité zdroje	99

Seznam zkratk

CHD	Kardiovaskulární choroba (Coronary health disease)
FSI	Index křehkých států (Fragile States Index)
HND	Hrubý národní důchod
LDCs	Nejméně rozvinuté státy světa (Least Developed Countries)
MDGs	Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals)
MMF	Mezinárodní měnový fond
OSN	Organizace spojených národů
QOL	Hodnocení kvality života (Quality of Life)
RMNCH	Reprodukční, mateřské, novorozenecké a dětské zdraví (Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health)
SDGs	Cíle udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals)
SRH	Sexuální a reprodukční zdraví (sexual and reproductive health)
UHC	Všeobecné zdravotní pokrytí (Universal Health Coverage)
UNDP	Rozvojový program OSN (United Nations Development Programme)
UNICEF	Dětský fond OSN (United Nations Children's Fund)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHOQOL-BREF	Dotazník kvality života (World Health Organization Quality of Life)

1. Úvod

Pan Ki-mun řekl, že zaměření na specifické oblasti rozvoje, které představovaly Rozvojové cíle tisíciletí, by neměly odvést pozornost od složitého procesu rozvoje (OSN 2016). Ten, je komplikovaným procesem, kdy se problémy vzájemně propojují a silně spolu souvisí. Tuto myšlenku potvrzuje i Kissinger (2016), který upozorňuje na to, že se vzájemnou provázaností může hrozit chaos, kdy může dojít k rozpadu státu. Ukazuje se, že i země skupiny Nejméně rozvinutých států světa (LDCs¹) jsou v současnosti vystaveny globálním problémům společnosti. Nemůžeme tvrdit, že globální problémy se týkají pouze států s vyššími příjmy. Proto také Cíle udržitelného rozvoje (SDGs) nejsou zaměřeny primárně na rozvoj, ale jsou zaměřeny na celý svět a na všechny společnosti planety. To proto, že s globálními riziky se nevyoprádá sám rozvojový svět, ani sám rozvinutý svět.

Současný svět je plný výzev pro udržitelný rozvoj. Stále žijí miliony lidí v chudobě a tím je jim odepřen důstojný život. V rámci zemí i mezi lidmi samotnými roste nerovnost a existují obrovské rozdíly jak v příležitostech, tak bohatství (příjmech), ale i moci, kterou každý stát či jedinec má na tomto světě (Jeníček, Foltýn 2010). Klíčovou výzvou, jak tento trend zpomalit, je řešení problémů genderové nerovnosti nezaměstnanosti (především mladých lidí) či globálního ohrožení zdraví. Díky absenci udržitelného rozvoje dochází postupně ke změně klimatu, která s sebou postupně přináší nárůst globální teploty, vzestup hladin moří, acidifikaci (=okyselování vodního prostředí) oceánů, změny klimatu pobřežních oblastí a malých ostrovních rozvojových států, ale i desertifikace, sucha, degradace půd, nedostatek sladké vody a ztrátu biologické rozmanitosti (Jeníček, Foltýn 2010). Tím se zhoršují naše možnosti, jak se těmto změnám bránit a čelit jim.

Jeníček a Foltýn (2010) poukazují na to, že každý z globálních problémů, pokud se rozvine, může ohrozit celou lidskou civilizaci. Globální problémy ale nemůžeme chápat jen z negativní stránky, ale i z pozitivní, protože jen tak tyto dvě strany problému napomůžou k jeho řešení. Autoři uvádějí termín globalistka, který představuje současnou nauku o možnostech řešení globálních problémů. Pokud tento pojem budeme chápat "aktivně", najdeme cestu a nástroje právě ke zmírnění důsledků globálních problémů. Je otázkou, jak ale do společného hledání řešení zahrnout různé zájmy jednotlivých států světa, tedy různé vztahy národních projevů ke globálním problémům.

¹ Pro podrobnější diskusi k označení tohoto typu zemí viz kapitola 3

Globalizace s sebou nepřináší jen globální problémy, ale také větší a větší propojení světa. To znamená, že regiony svým aktivním zapojením mohou vytvořit konkurenční výhodu a zlepšit tak svou pozici v současném světě. Nejen proces evropské integrace, ale i integrace v jiných regionech je spojena s určitými výzvami a riziky. Ty je třeba chápat jako kontext globalizace. Rosling (2018) zmiňuje pět dle něho nejdůležitějších globálních rizik globální pandemii, finanční kolaps, vznik třetí světové války, klimatickou změnu a extrémní chudobu. Je až neuvěřitelné, že v roce 2018, kdy kniha vyšla, byl již autor Hans Rosling rok po smrti, a přesto do kolika problémů současnosti se střelil. V době psaní mé diplomové práce celou planetu již tři roky sužuje pandemie COVID-19 či nyní současný konflikt na Ukrajině, které s sebou mohou snadno přinést finanční kolaps nejedné domácnosti. Všechny globální problémy spolu navzájem souvisejí a jejich přehlížení může vést k selhání lidské civilizace. Jeníček a Foltýn (2010) zmiňují, že došlo k dramatické změně klasické polarity mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi. K tomu došlo především proto, že asijské země a země Latinské Ameriky dosáhly obrovského pokroku a ekonomického růstu. Především růst zemí takzvaných “Asijských tygrů” přináší s sebou oslabení pozic vyspělých států světové ekonomiky. Blažek (2012) tvrdí, že pokud by tento trend měl pokračovat, budeme svědky proměny ekonomické a politické mapy světa. Významnou roli i nadále bude mít zesilování vnitřní konkurence na úrovni globálního systému. V současné době jsme tak svědky postupného oslabování pozice evropských zemí ve světovém systému a je vyvíjen tlak na zvýšený důraz na výkonnost politik.

Blažek (2012) dobře zmiňuje i skutečnost, že nejvíce ohrožena polarizačními tendencemi jsou právě periferní území země, která by na sebe měla vzít více pozornosti. Tuto problematiku však je třeba řešit co nejdříve, protože nejde pouze o jednu věc, která by se změnila, ale jde o kombinaci hodnocení vnějšího prostředí i hodnocení sociokulturních poměrů těchto území. Rozvoje periferních oblastí ale nelze dosáhnout pouze pomocí globálních sil, ale je třeba změnu provádět od těch nejbližších, tedy od místních komunit, aktérů a postupně zvyšovat lidský i sociální kapitál dané oblasti (Blažek 2012). Z diskuse výše vyplývá, že výzvou dnešního světa je snaha o větší propojení některých částí světa, které jsou nyní vyloučeny z globálního systému jen díky jejich pomalejšímu rozvoji. Naštěstí iniciativa Cílů udržitelného rozvoje již zahrnuje do svých ambiciózních cílů většinu zemí světa.

Právě probíhající Cíle udržitelného rozvoje představují program rozvoje na patnáct let (2015-2030), a proto jsou nesmírně důležitým globálním tématem. Pro neukončený stav tohoto programu je tomuto tématu věnováno zatím málo pozornosti. Rozhodla jsem se zhodnotit prozatímni plnění vybraných ukazatelů dle vybraných indikátorů ve sledovaných zemích. V této

diplomové práci bych chtěla zjistit, jaký z ukazatelů třetího cíle udržitelného rozvoje je v Nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován a jaké intervence dané státy v plnění cíle praktikují. Tento hlavní cíl jsem si stanovila na základě mého zájmu o toto téma již v mé bakalářské práci a nyní bych ho ráda rozvedla, doplnila a zdokumentovala jeho plnění v dalších sledovaných letech.

Cíle udržitelného rozvoje (Sustainable Development goals, SDGs) navazují na již ukončené Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals, MDGs) a se svými 17 cíli se snaží o řízený plán míru a prosperity pro lidstvo i planetu. Agenda 2030 byla přijata všemi členskými státy OSN (Organizace spojených národů, OSN) v roce 2015, které se zavázali následovat naléhavou potřebu organizace udržitelného rozvoje. Již nyní lze nalézt různé studie autorů, které se zaměřují na různé části a zajímavosti v tématu ohledně SDGs. Růžičková (2019) sleduje ve svém článku, zda změna konceptualizace rozvoje s Agendou 2030 pro udržitelný rozvoj proměnila institucionální strukturu OSN. Také dokumentuje, jak moc je Agenda 2030 průlomovým konceptem pro lidstvo. Pizzi a kol. (2020) systematicky zkoumají vědecké poznatky o SDGs a podnikatelském sektoru. Zjišťují, že mezerou na trhu se zdají být technologické inovace, příspěvky firem v rozvojových zemích, šedá ekonomika a vzdělávání pro cíle udržitelného rozvoje. Ve výsledku je již relativně hodně studií, které se nějakým způsobem věnují tématu SDGs. Určitě je to dáno jejich povahou, kdy k roku 2030 by měly ovlivňovat výzkumnou činnost po celém světě.

V práci se pokouším odpovědět na hlavní tři vzájemně provázané výzkumné otázky. Zaměřuji se pouze na SDG 3.1 (snížení globální úmrtnosti matek) a SDG 3.2 (ukončení úmrtí novorozenců a dětí mladších pěti let). Proto jsem si výzkumné otázky stanovila takto:

- 1) *“Jaké strategie zvolily země pro zlepšení sledovaných indikátorů?”*
- 2) *“Který z ukazatelů SDG 3.1. či 3.2. je v nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován?”*
- 3) *“Jakou intervenci zavedla nejúspěšnější země skupiny LDCs pro to, aby naplnila cíl, který je nejhůře naplňován?”*

Na všechny tyto otázky v práci hledám odpovědi na základě dostupných dat ve zkoumaném území států skupiny Nejméně rozvinutých států světa (Least Developed Countries, LDCs). Díky těmto otázkám si vytrídím země úspěšné a neúspěšné a doplním práci o ukázkou intervencí, které dané úspěšné státy zavedly pro to, aby naplnily daný indikátor.

SDGs jsou definovány jako inspirativní a globální, každá vláda si stanovila své vlastní národní cíle řídicí se globální ambicí, ale zohledňující vnitrostátní okolnosti (OSN 2015). Díky provázanosti všech cílů SDGs je potřeba systémového přístupu, který hledá více prospěšné

strategie, aby bylo možné dosáhnout cílů současně. Na příkladu SDG 3, který má za cíl zajistit zdravý život a podporovat pohodu pro všechny bez rozdílu věku, je klíčové, aby bylo zachováno zdravé životní prostředí. Dalším rizikem může být, že neudržitelné využívání zdrojů může vést k podpoře vojenských konfliktů. Proto Bringezu (2018) dochází k názoru, že je potřeba vývoj k co nejsynergičtějšimu sledování SDGs prostřednictvím využívání zdrojů ve více měřících, tedy zejména monitorování globálního využívání zdrojů.

Ratajová (2019) zjistila, že většina rozvojových zemí nesplnila již Rozvojové cíle tisíciletí (MDGs). Je proto nutné zvolit strategie a cíle v jednotlivých zemích tak, aby byly splnitelné a vhodně ukotvené, abychom mohli realisticky očekávat jejich splnění do roku 2030. OSN (2021a) uvádí, že každá vláda by si měla zvolit vhodnou úroveň pro jednotlivý cíl, protože každá země nemůže dosáhnout stejné absolutní hodnoty v daném cíli. Proto je třeba použít rámec, který je navržen pro použití v zemích s širokou škálou charakteristik. Nezaměřuje se pouze na téma zdraví, ale pokrývá oblasti, jako jsou například snižování chudoby, infrastruktura, vzdělání či změna klimatu (Gable 2015). Snazší je samozřejmě vymezení malých oblastí, které spolu budou geograficky, kulturně a ekonomicky provázány a budou tak vykazovat pevnější soudržnost, díky které bude společný konsensus funkční. Pojem "světová komunita" v sobě zahrnuje všechny kultury a velké regiony světa. Díky tomuto postavení může budovat síť mezinárodních organizačních struktur, které jsou nezbytné pro řešení mezinárodních sporů (Kissinger 2016).

2. Představení Cílů udržitelného rozvoje

Cílem této kapitoly je podrobně představit všechny důležité informace týkající se zavádění SDGs. Nejdříve krátce zmiňuji historii, kde nesmí chybět předchozí Rozvojové cíle tisíciletí, které předcházely právě SDGs a podrobně sleduji pokrok cílů, které se již dříve věnovaly zdravotním ukazatelům. Poté představuji samotný vznik SDGs, po kterém přichází řada na celkové představení SDGs. Dále představuji také akční plán Agenda 2030, který jde ruku v ruce společně s SDGs. Další část je zaměřena na pokrok zdravotních indikátorů dle vybraných studií zaměřených na národní cíle a také výzvam, které samotné SDGs čelí. V závěru kapitoly představuji SDG 3 a jeho indikátory, které jsem si pro tuto práci vybrala.

2.1. Historie

Prvními předchůdci Rozvojových cílů tisíciletí byly takzvané rozvojové dekády OSN, které byly celkem čtyři, ovšem ani jedna z dekad nebyla zaměřena na globální výsledky, bylo třeba jednat o jiném nastavení (Jeníček, Foltýn 2010). V červnu v roce 1992 na Summitu Země v Brazílii (Rio de Janeiro) přijalo více než 178 zemí Agendu 21, která představovala akční plán pro vybudování globálního partnerství, a to nejen pro udržitelný rozvoj, ale i pro zlepšení lidských životů a ochranu životního prostředí.

2.1.1. Miléniové cíle tisíciletí

V New Yorku v září roku 2000 na Summitu milénia přijaly členské státy OSN Miléniovou deklaraci. Celý Summit vedl k vypracování hlavních osmi rozvojových cílů, které společně měly vést ke snížení extrémní chudoby do roku 2015. Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals, MDGs) byly platným programem OSN od roku 2000, který se snažil odstranit největší problémy rozvojového světa. Miléniová deklarace tyto problémy vymezila do jednotlivých osmi cílů (viz tabulka 1) a dalších 20 dílčích cílů s 60 indikátory. Počátečním rokem sledování jednotlivých indikátorů byl rok 1990, od kterého se odvíjelo plnění jednotlivých cílů, tedy zlepšení ukazatelů do roku 2015 (Jeníček, Foltýn 2010).

Tabulka 1: Seznam cílů MDGs

Cíl 1	Vymýtit extrémní chudobu a hlad
Cíl 2	Zpřístupnit základní vzdělání všem
Cíl 3	Prosazovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen
Cíl 4	Snížit dětskou úmrtnost
Cíl 5	Zlepšit zdraví matek
Cíl 6	Bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem
Cíl 7	Zajistit trvalou udržitelnost životního prostředí
Cíl 8	Vytvořit globální partnerství pro rozvoj

Zdroj: vlastní zpracování dle OSN (2015)

Tyto cíle vyvolaly bezprecedentní úsilí, aby uspokojily potřeby nejchudších lidí světa. Cíle byly zaměřeny především na chudobu, zdravotní situaci obyvatel či zlepšení životního prostředí a rozvojové pomoci. Boj proti chudobě začíná již daleko dříve. Kvůli populačnímu boomu je potřeba zpomalit plodnost a začít osvětové kampaně na kontrolu plodnosti.

Pro splnění Rozvojových cílů tisíciletí Lindner a Strnad (2006) zmiňují, že je potřeba hospodářská spolupráce s rozvojovými a rozvinutými státy v globálním měřítku, aby se již dále nezadlužovaly nejchudší státy světa. Dále poukazují na nutnost reform, které začínají již u příprav rozvojových projektů. Pokud se zapojí občanská společnost a státní správa na lokální úrovni, pomůže to místním, na které daný projekt cílí. Poté dle autorů není možné, aby z hospodářského růstu profitovaly jen světové velmoci a jiní byly stále na nebo dokonce pod hranicí chudoby 1 USD na den. Poslední reformu, kterou autoři sledují, je boj s HIV/AIDS, kdy je potřeba celosvětová osvěta o této pandemii a potřeba přístupu léků pro všechny obyvatele. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) je agentura Organizace spojených národů, která usiluje o nejlepší možné zdraví světové populace. Každoročně se schází na kongresech WHO světoví státníci, aby naplánovali zdravotní systémy na další rok. Pokud by farmaceutické společnosti dokázaly přizpůsobovat ceny podle země a zákazníků, dosáhly by nejen vyšších zisků, ale i více zákazníků, které by si jejich léky mohli finančně dovolit.

V době MDGs většina zemí světa vykazovala ekonomický růst, přesto země subsaharské Afriky sužovala pandemie AIDS a bylo třeba tuto situaci zlepšit a vypořádat se s ní, což se zdaleka ne ve všech zemích povedlo (Ratajová 2019). OSN spolupracovala

s občany, vládami a dalšími partnery tak, aby mohla ve své ambiciózní rozvojové agendě pokračovat a navázat na dynamiku vytvořenou MDGs v podobné formě i po roce 2015.

Moucheraud, Owen a Singh (2016) identifikují průřezová témata, jak vybrané země dosáhly pokroku při plnění MDG. Toto téma MDG úzce souvisí právě s mým cílem práce, proto je důležité zmínit faktory, které již v době MDGs napomáhaly zemím v plnění cílů. MDG 4 je definován jako snížení dětské úmrtnosti a MDG 5 je zaměřen na zdraví matek. Přesně tyto dva cíle odpovídají nyní SDG 3.1 (snížení globální úmrtnosti matek) a SDG 3.2 (ukončení úmrtí novorozenců a dětí mladších pěti let).

Autoři se zaměřili na prozkoumávání faktorů přispívajících k lepšímu reprodukčnímu zdraví, zdraví matek, novorozenců a dětí v případové studii pro země, jako jsou Afghánistán, Bangladéš, Čína, Etiopie, Keňa, Niger, Pákistán, Peru a Tanzanie. Všechny země dosáhly snížení ve všech faktorech s různou mírou pokroku, ovšem k největšímu zlepšení došlo v úmrtnosti dětí ve věku 1-59 měsíců, kdy průměrně se tento ukazatel snížil o 5,4 % od roku 1990. Bohužel žádná ze sledovaných zemí nedosáhla cíle MDG 5, ale každé se podařilo tento cíl alespoň snížit. Jediný Pákistán nedokázal navýšit financování zdravotnictví. Jako hlavní překážku pokroku směrem k MDG studie v případě čtyř zemí uvádí nedostatek kvalifikované pracovní síly, vinou čehož posléze dochází k nespravedlivé geografické distribuci dostupných zdravotníků. Léky a komodity jsou v rozvojových zemích často vyčerpány a jejich distribuce není včasná a kvalitní. Díky rozšířenému programu pro imunizaci a zavedení integrovanějšího přístupu ke službám reprodukčního, mateřského, novorozeneckého a dětského zdraví (RMNCH) dochází postupně ke zlepšování kvality a poskytování zdravotních služeb. Poslední sledovanou oblastí je kontext jednotlivých zemí, kdy ve všech zemích došlo k ekonomickému růstu, který vede ke snižování chudoby, politické stabilitě a větší dostupnosti potravin (Moucheraud, Owen a Singh 2016). Intervence zavedené v MDGs měly vysoký dopad na zlepšení zdraví dětí v zemích s nízkou úrovní zdravotního systému. Avšak podpůrné programy pro mateřskou a novorozeneckou úmrtnost dorazily později, proto nebylo dosaženo stanovených výsledků. Moucheraud, Owen a Singh (2016) tvrdí, že měření je klíčem k efektivní implementaci a monitorování globálních iniciativ nejen MDGs, ale později i SDGs. Výsledky měření naznačují, že změny úmrtnosti v populaci nejsou závislé jen na přijímání politických rozhodnutí či správě programů, ale jde spíše o změnu faktorů. Ty určí intervenční krytí a spravedlnost, které následně ovlivní zdravotní výsledky a dopad v jednotlivých zemích (Moucheraud, Owen a Singh 2016).

2.1.2. Vznik Cílů udržitelného rozvoje

Na Konferenci udržitelného rozvoje OSN (s názvem Rio + 20) v červnu roku 2012 v Brazílském Riu de Janeiru přijaly členské státy dokument “The Future We Want”. V tomto dokumentu se rozhodly, že začnou proces souboru SDGs. Budou v něm stavět na MDGs a pro jejich rozvoj zřídily Politické fórum OSN na vysoké úrovni pro udržitelný rozvoj. V roce 2013 nechalo OSN zřídit malou pracovní skupinu, která měla vypracovat návrh cílů SDGs. Valné shromáždění zahájilo již v lednu 2015 proces vyjednávání o rozvojové agendě. V září 2015 tento proces vyvrcholil na Summitu OSN o udržitelném rozvoji v New Yorku, kde byla přijata Agenda pro udržitelný rozvoj 2030 s rozhodnutím o nových globálních cílech udržitelného rozvoje (17 SDGs). Cíle jsou výsledkem více než dvou let intenzivní veřejné konzultace, do které se zapojily strany po celém světě, které se převážně věnovaly hlasům a názorům těch nejchudších a nejzranitelnějších osob této planety. Tuto práci vykonávala Otevřená pracovní skupina Valného shromáždění pro Cíle udržitelného rozvoje a OSN. Generální tajemník Pan Ki-mun v prosinci roku 2014 poskytl souhrnnou zprávu o zjištěních, ke kterým skupina došla. Dále bylo přijato několik dohod, z nichž nejvýznamnější je dohoda podepsaná až v prosinci roku 2015 - Pařížská dohoda o změně klimatu. Nové cíle vstoupily v platnost 1.1.2016 a řídí se společným rozhodnutím Agendy 2013 po dalších 15 let.

Nyní již každoroční Politické fórum na vysoké úrovni o udržitelném rozvoji slouží jako ústřední platforma OSN pro sledování a revizi Cílů udržitelného rozvoje. Národy přijaly historické rozhodnutí o komplexním, dalekosáhlém a transformačním souboru cílů zaměřeném na lidi. Zavázaly se neúnavně pracovat na plné implementaci schválené agendy do roku 2030. Všechny státy přijaly za své skoncovat s chudobou a hladem všude, bojovat proti nerovnostem v rámci jednotlivých členských zemí i mezi nimi navzájem, budovat mírovou společnost, chránit lidská práva a podporovat rovnost pohlaví a posílení postavení žen a dívek a zajistit trvalou ochranu planety a přírodních zdrojů. Snaží se také o vytvoření takových podmínek, které zajistí udržitelný ekonomický růst, sdílenou prosperitu a důstojnou práci pro všechny. Dále se zavazují, že na této společné cestě se vynasnaží, aby žádný ze států nezůstal pozadu.

V současnosti pod záštitou Ministerstva ekonomických a sociálních věcí OSN (United Nations Department of Economic and Social Affairs, UNDESA) poskytuje Divize pro Cíle udržitelného rozvoje (The Division for Sustainable Development Goals, DSDG) podstatnou podporu v budování kapacit pro SDGs a související otázky. Snaží se pomáhat v otázkách ohledně vody, energie, klimatu, oceánů, urbanizace, dopravy, vědy a technologie, zprávě o globálním vývoji a partnerství i pro malé ostrovní rozvojové státy. Tato Divize je klíčovou

pro hodnocení systémové implementace Agendy 2030 a hraje klíčovou roli při osvětových aktivitách a prosazování související s SDGs. Má za cíl pomoci usnadnit zapojení všech zúčastněných zemí do Agendy 2030, které je nutné pro možnost realizování globálních cílů. Stejně tak je nutná kreativita, know-how a finanční zdroje celé společnosti, aby mohly být naplňovány cíle SDGs v každém svém kontextu (SDG 2021).

2.2. Představení Cílů udržitelného rozvoje

Cíle udržitelného rozvoje (Sustainability Development Goals, SDGs), známé také jako globální cíle, byly přijaty v roce 2015 Organizací spojených národů (dále jako OSN) jako univerzální výzva s cílem skoncovat s chudobou, chránit planetu a zajistit, aby se do roku 2030 všichni lidé světa těšili míru a prosperitě. Iniciativa SDGs uznává, že akce v jedné oblasti ovlivní výsledky v jiných a pro nutný rozvoj je třeba vyvažovat sociální, ekonomickou a environmentální udržitelnost. Cíle udržitelného rozvoje mají být relevantní pro všechny země chudé, bohaté i země se středním příjmem a mají podporovat prosperitu a zároveň chránit životní prostředí a bojovat proti změně klimatu. Kladou důraz na zlepšení spravedlnosti, aby byly uspokojeny potřeby zejména žen a dětí a znevýhodněných skupin obyvatelstva a aby nikdo nezůstal pozadu. Jsou navrženy tak, aby ukončily chudobu, hlad, AIDS a diskriminaci žen a dívek.

17 SDGs (viz tabulka 2) představuje ideu 193 členských států OSN o udržitelném rozvoji. Každý cíl má své dílčí cíle, kterých je celkem 169, a lze je měřit pomocí 232 indikátorů.

Tabulka 2: Seznam cílů SDGs

Cíl 1	Vymýtit chudobu ve všech jejích formách všude na světě
Cíl 2	Vymýtit hlad, dosáhnout potravinové bezpečnosti a zlepšení výživy, prosazovat udržitelné zemědělství
Cíl 3	Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku
Cíl 4	Zajistit rovný přístup k inkluzivnímu a kvalitnímu vzdělání a podporovat celoživotní vzdělávání pro všechny
Cíl 5	Dosáhnout genderové rovnosti a posílit postavení všech žen i dívek
Cíl 6	Zajistit všem dostupnost vody a sanitační zařízení a udržitelné hospodaření s nimi
Cíl 7	Zajistit přístup k cenově dostupným, spolehlivým, udržitelným a moderním zdrojům energie pro všechny
Cíl 8	Podporovat trvalý, inkluzivní a udržitelný hospodářský růst, plnou a produktivní zaměstnanost a důstojnou práci pro všechny
Cíl 9	Vybudovat odolnou infrastrukturu, podporovat inkluzivní a udržitelnou industrializaci a inovace
Cíl 10	Snížit nerovnost uvnitř zemí i mezi nimi
Cíl 11	Vytvořit inkluzivní, bezpečná, odolná a udržitelná města a obce
Cíl 12	Zajistit udržitelnou spotřebu a výrobu
Cíl 13	Přijmout bezodkladná opatření na boj se změnou klimatu a zvládnání jejích dopadů
Cíl 14	Chránit a udržitelně využívat oceány, moře a mořské zdroje pro zajištění udržitelného rozvoje
Cíl 15	Chránit, obnovovat a podporovat udržitelné využívání suchozemských ekosystémů, udržitelně hospodařit s lesy, potírat rozšiřování pouští, zastavit a následně zvrátit degradaci půdy a zastavit úbytek biodiverzity
Cíl 16	Podporovat mírové a inkluzivní společnosti pro udržitelný rozvoj, zajistit všem přístup ke spravedlnosti a vytvořit efektivní, odpovědné a inkluzivní instituce na všech úrovních
Cíl 17	Oživit globální partnerství pro udržitelný rozvoj a posílit prostředky pro jeho uplatňování

Zdroj: vlastní zpracování dle SDG (2021)

Cíle udržitelného rozvoje jsou cíli integrovanými a nedělitelnými. V celkovém pojetí mají globální význam a jsou univerzálně použitelné. Přesto zohledňují národní cíle, priority

a možnosti. To proto, že každá vláda má právo si stanovit své vlastní národní cíle, které přizpůsobí svým vnitrostátním podmínkám, které se budou snažit držet udržitelným rozvojem a relevantními ekonomickými, sociálními a environmentálními procesy. Zvláštní pozornost bude upřena na země rozvojové, nejzranitelnější státy světa a jiné, které je třeba podpořit více než jiné. Tam se možná potkáme ale s problémem, kdy ne všechny indikátory bude možné sledovat pro nedostatek základních dat. Proto se OSN snažilo ještě před spuštěním tohoto programu zařídit posílení sběru dat a budování kapacit ve všech zapojených státech, aby ve výsledku byl možný jak národní, tak především globální obraz daného indikátoru (SDG 2021).

2.2.1. Agenda 2030

Agenda 2030 je akčním plánem pro lidi, planetu a prosperitu. Jejím záměrem je posílit všeobecný mír. Je vidět, že vymýcení chudoby ve všech jejích formách a rozměrech je jednou z největších globálních výzev. Zdůrazňuje kroky, které jsou naléhavě třeba pro posunutí světa na udržitelnou a odolnou cestu. Cíle vyvažují tři rozměry udržitelného rozvoje ekonomický, sociální a environmentální. Od roku 2015 na dalších 15 let mají cíle stimulovat činnost kriticky důležitou pro lidstvo a planetu.

Agenda 2030 se po dobu 15 let zapojí do systematického sledování a přezkumu tak, aby byl rámec pevný, dobrovolný, účinný, participativní, transparentní a integrovaný a pomohl zemím maximalizovat sledování jejich pokroku. Cíle a indikátory jsou sledovány a přezkoumávány pomocí souboru globálních ukazatelů, které jsou doplněny o ty regionální či národní. Všechny byly již na začátku nové éry schváleny Statistickou komisí OSN a přijaty Hospodářskou a sociální radou OSN i Valným shromážděním OSN.

OSN zdůrazňuje důležitý krok celosystémového strategického plánování, který je nutný pro implementaci do členských států i rozvojového systému OSN. Agenda 2030 vede všechny členské státy, aby pravidelně hodnotily pokrok na národní a nižší úrovni. Následné průběžné hodnocení na globální úrovni má dlouhodobě zařídit, aby cíle byly i nadále relevantní a ambiciózní, a navíc bude možnost sdílet zkušenosti úspěšných či propojit účinná opatření. Celkově by tato průběžná reflexe měla napomoci celosystémové soudržnosti a koordinaci politik udržitelného rozvoje. OSN navíc vydává i výroční zprávy připravované generálním tajemníkem, kde spolu se systémem OSN, kde informuje o pokroku SDGs. Závěrem se potvrzuje závazek snahy o dosažení Agendy 2030 a její plné využití k přeměně našeho světa do roku 2030 k lepšímu (OSN 2021a).

SDGs uvádí několik oblastí, v čem se budou snažit pomoci. Lidé by měli být odhodláni skoncovat s chudobou a hladem ve všech jejích podobách a rozměrech. Chtějí, aby všichni lidé mohli naplnit svůj potenciál ve zdravém životním prostředí. Oblast týkající se planety by chtěla chránit planetu před degradací, zařídit udržitelnou spotřebu a hospodaření s přírodními zdroji a přijmout opatření proti změně klimatu. Členské státy si nastolily cíl podpory mírové, spravedlivé a inkluzivní společnosti bez strachu a násilí. Chtějí mobilizovat prostředky k realizaci globálního partnerství pro rozvoj všech zúčastněných zemí, zaměřeného na potřeby nejzranitelnějších a nejchudších. Vzájemná propojenost a integrovaná povaha SDGs má zásadní význam pro zajištění realizace nové agendy.

Agenda 2030 je velkého rozsahu, přesto byla přijata všemi zeměmi. Proto se berou v potaz různé národní skutečnosti, kapacity a úrovně rozvoje a jsou respektovány národní priority a politiky. Univerzální cíle zahrnují celý svět od rozvinutých zemí až k rozvojovým a naopak. Přesto jsou integrované a nedělitelné a snaží se vyvažovat tři rozměry udržitelného rozvoje.

K pokroku dochází, ale nerovnoměrně. V nejméně rozvinutých zemích světa, ve vnitrozemských rozvojových zemích či na malých rozvojových ostrovních státech či ve většině zemí Afriky se nedařilo plnit již Rozvojové cíle tisíciletí. Nová agenda staví na MDGs a snaží se postupně dosáhnout těch cílů, které nebyly naplněny v minulé éře, a to především v oblasti nejzranitelnějších států a občanů světa. Agenda je toho názoru, že je třeba vyvinout ukazatele, které kvalitně, včas a spolehlivě rozdělí data a zjistí, kdo je pozadu a komu je třeba pomoci nejvíce v danou chvíli. To se dle Agendy podaří pouze tehdy, obnoví-li se globální partnerství, které podpoří realizaci všech záměrů a cílů, spojí vlády a občanskou společnost a mobilizuje dostupné zdroje. Valné shromáždění proto již v červenci roku 2015 schválilo akční agendu na mezinárodní konferenci v Addis Abebě, která nastiňuje zásadní kroky a implementace pro realizaci cílů SDGs. Nejde jen o mírné kroky, které, pokud budou dodržovány globálně, pomůžou ve všech státech světa. Je třeba zahrnout mobilizaci finančních zdrojů, budování kapacit, ale i přenos technologií šetrných k životnímu prostředí do rozvojových zemí. Samozřejmě agenda podporuje místní strategie, které mají akční programy speciálně zaměřené na danou lokalitu. Mezi těmi, které určitě stojí za zmínku, jsou Agenda Africké unie 2063 nebo Nové partnerství pro rozvoj Afriky. Pro nejchudší země světa je důležité využívat mezinárodní veřejné finance a správně zužitkovat oficiální rozvojovou pomoc. Uvědomění, že je třeba pomoci rozvojovým státům při dosahování dlouhodobé udržitelnosti, která je zaměřená nejen na finanční pomoc, ale i na podporu financování,

odpouštění a restrukturalizaci dluhu. Rozvojové země zůstávají často zranitelné právě proto, že je stále trápí dluhové krize.

Agenda chce spojit světové lídry ve společné cestě k udržitelnému rozvoji, se snahou o globální rozvoj a vzájemnou spolupráci. Toto spojení by mělo přinést zisky všem zemím ve všech částech světa. Každý stát sám za sebe bude implementovat Agendu v rámci svého národa (na regionální i globální úrovni), zohledňující své politiky a priority. Každá země při snaze o plnění bude čelit specifickým výzvám, proto je třeba pomoci těm, kteří budou ve složité situaci (země v konfliktních situacích, nejméně rozvinuté země, zranitelné země a další...). Stejně tak je nutné zohledňovat v plnění osoby, které jsou zranitelné (děti, mládež, osoby se zdravotním postižením, osoby žijící s HIV/AIDS, starší lidé ale i původní obyvatelé, uprchlíky či vnitřně vysídlené osoby). Všem těmto kategoriím je třeba pomoci bez výjimky. Navíc jsou více ohroženy chudobou, hladem nebo podvýživou, proto se Výbor pro světovou potravinovou bezpečnost věnuje právě těmto skupinám. Dle Agendy je potřeba zrychlit pokrok v boji proti nemocem jako jsou HIV/AIDS, malárie, tuberkulóza, hepatitida, ebola a další přenosné nemoci včetně epidemií (např. již i proti COVID-19). Agenda zmiňuje samozřejmě řadu dalších oblastí, ve kterých se země zavazují k plnění pravidel a kroků, které si společně nastavili. Mimo jiné je v programu i kapitola věnující se migraci. OSN uznává pozitivní přínos migrantů pro růst udržitelného rozvoje. Je jasné, že mezinárodní migrace je multidimenzionální realitou dnešních let a má zásadní vliv jak na rozvoj původních zemí, tak i tranzit samotných osob. Spolupráce na mezinárodní úrovni pomůže zajistit bezpečnou, řízenou a pravidelnou migraci s respektováním lidských práv a humanitární zacházení s migranty bez rozdílu jejich statusu. Díky společnému přístupu lze zařídit, aby migranti, uprchlíci i vysídlené osoby posílili svou komunitu v hostitelských zemích, zejména v zemích rozvojových. Migranti mají právo na návrat do země jejich občanství a státy, do kterých se vrací, mají povinnost zajistit řádné přijetí těchto osob. Agenda potvrzuje v souladu s Chartou organizace OSN nutnost respektování územní celistvosti a politickou nezávislost států. Charta je organizací, která přijímá hodnoty míru, dialogu a mezinárodní spolupráce. Jejím cílem je, abychom jako první generace na světě skoncovali s chudobou a pokusili se zachránit planetu, dokud k tomu máme ještě prostor (OSN 2021b).

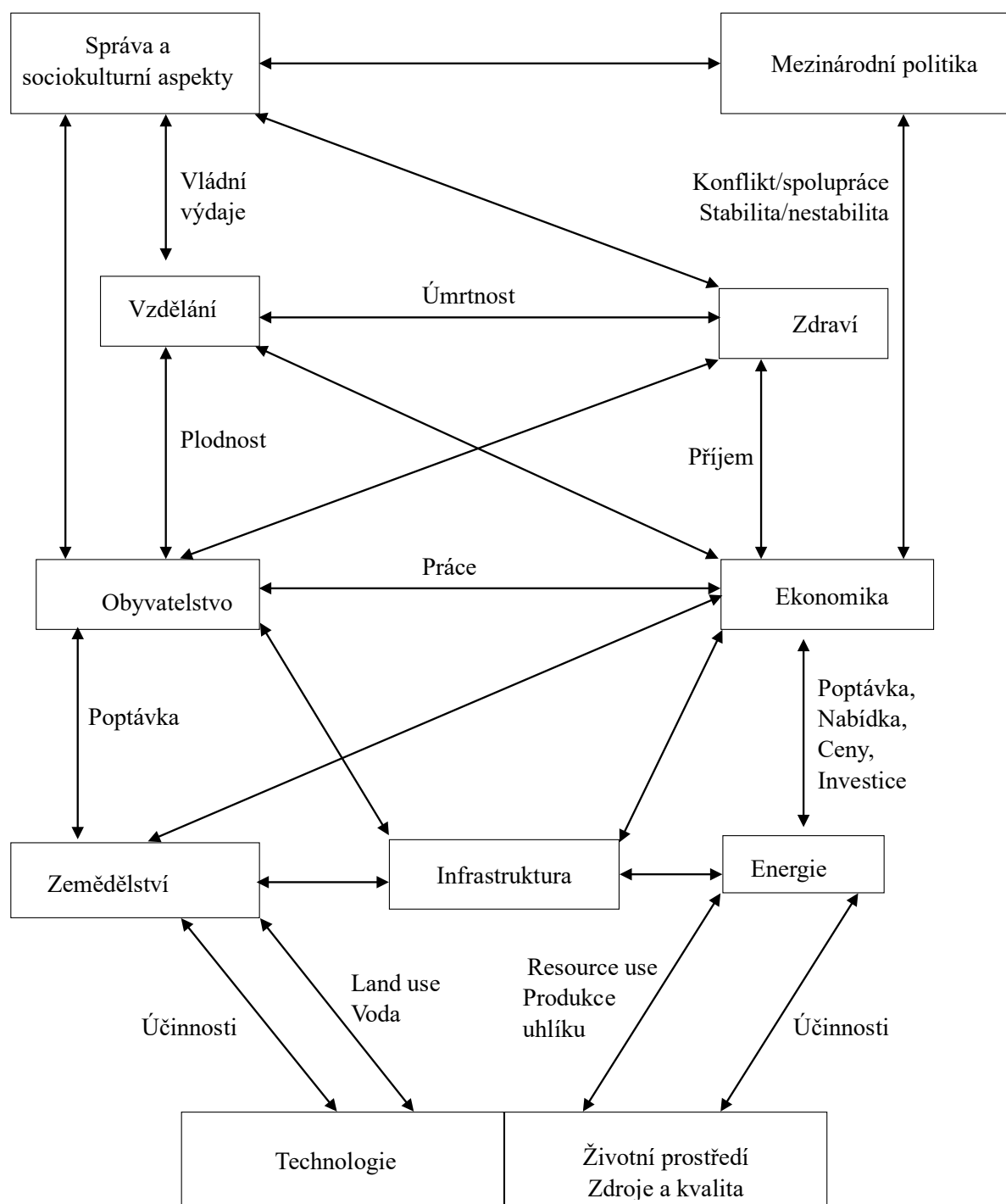
2.3. Měření pokroku směrem k místní cílům Cílům udržitelného rozvoje

Následující část představuje vybrané studie, které již sledovaly pokrok směrem k místním SDGs. Zjišťují, jak SDGs měřily, co navrhují, či představují a jaké výsledky v oblasti

zdravotních indikátorů můžeme očekávat. SDGs jsou definovány jako „invisible whole“ (takzvaný nedělitelný celek), které zahrnují pilíře, díky kterým lze poskytnout celkový obraz a vzdálenost k dosažení cílů. Chen a kol. (2020) měli za cíl své studie změřit celkový pokrok směrem k SDGs na místní úrovni. Ten zjišťovali prostřednictvím integrace geoprostorových a statistických informací. Chtěli určit, jak daleko je daná oblast od dosažení sledovaného indikátoru SDGs. Chen a kol. (2020) rozpoznali problém, který ukazuje na nedobré hodnocení v místním prostředí, pokud máme vysoký počet indikátorů. V takovém případě je potřeba upravit indikátory pro úplné pokrytí dané oblasti všemi SDGs. Klíčovým prvkem úspěchu je tak navázání kooperativního partnerství (Chen a kol. 2020).

Moyer a Heeden (2019) se snažili vyhodnotit podskupinu SDGs, které souvisejí s lidským rozvojem (extrémní chudoba, hlad, podváha dětí, úmrtnost dětí, dokončení základní školy, dokončení nižší střední školy, přístup k nezávadné pitné vodě, přístup k hygieně, přístup k elektřině) na národní úrovni v roce 2015 a následně projektovali související ukazatele do roku 2030 pomocí základního scénáře v integrovaném modelu hodnocení. Model IF (model mezinárodní budoucnosti, Modul of International futures) prozkoumává 9 proměnných (viz obr.1), kdy každý z indikátorů má formální datový soubor přidělený UNDP. Tento model na základě dostupnosti předpovídá stovky interagujících proměnných napříč zeměmi zapojených do SDGs. Zahrnuje jak demografický model (pohlaví, věk, plodnost, migrace), tak také zdravotní model (úmrtnost, nemocnost). Autoři v článku sice neurčili jasný model, ale pracovali pouze s existujícím scénářem, který byl formován pomocí modelu IF (Moyer, Heeden 2019).

Obrázek 1: Model mezinárodní budoucnosti



Zdroj: Vlastní zpracování dle Moyer, Hedden 2019

Moyer, Hedden (2019) použili model IF, aby určili, zda jsou země na dobré cestě k dosažení vybraných indikátorů SDGs. Pro příklad, jak model funguje, jsem vybrala indikátor dětské úmrtnosti, který je pod záštitou SDG 3. Právě indikátor SDG 3.2.1 je úmrtnost dětí do 5 let. Model zdraví využívá a rozšiřuje metodiku, a i projektování v demografickém modelu. To proto, že se v cílech SDGs vyskytuje celkem 15 typů úmrtnosti a nemocnosti a je třeba mít

je jasně ohraničené. Pro výpočet úmrtnosti je klíčový věk, pohlaví, příčiny a země daného jedince. Doplňující informace, jako jsou vzdělání dospělých a příjem, se k výpočtu úmrtnosti také dají využít. Hlavním zdrojem dat pro dětskou úmrtnost jsou data z UNICEF. Autoři zmiňují, že můžeme identifikovat tři charakteristiky, které znesnadňují dosažení cílů SDGs. První charakteristika odráží přechod, ke kterému má docházet až v pozdější fázi vývojového procesu (například dokončeného sekundárního vzdělání, ke kterému je nutné mít nejdříve dokončené primární vzdělání). Druhá charakteristika odráží preference rozvoje založené na lidských prioritách, kdy přístup k hygieně se obvykle vyskytuje až po bezpečném přístupu k nezávadné vodě. Poslední charakteristika je strukturálního charakteru (např. konflikty).

Podle předpokladů je Asie lépe připravena na plnění SDGs než Afrika. U té se předpokládá, že dokáže splnit nejméně z cílů, protože právě nejzranitelnější země světa se nacházejí převážně v subsaharské Africe (13 zemí je na seznamu takzvaných "fragile states"²). Svět v současnosti není na dobré cestě k dosažení SDGs souvisejících s lidským rozvojem, protože se stále vyskytují značné regionální rozdíly (Moyer, Heeden 2019).

Allen, Metternich, Widmann (2016) řešili, že cíle SDGs jsou univerzální, proto je třeba nastavení národních cílů, které stanoví vlastní priority, ambice a tempo transformace. Vlády tak čelí mnoha výzvám při výběru realistických národních cílů, kdy musejí stanovit ty nejefektivnější cesty k jejich dosažení pro dlouhodobý horizont změny. V rámci SDGs ovšem chybí jednotný přístup (Allen, Metternich, Widmann 2016). Dosažení cílů SDGs bude dle mnoha studií nejhorší v interakcích s problémovými oblastmi. Největší problém se očekává v tématu zdraví a životního prostředí. Široce používaným scénářem je takzvaný scénář Sdílené socioekonomické cesty (Shared socioeconomic paths, SSP). Představuje však mírně optimistický svět, ve kterém ekonomiky rostou a země s nízkými příjmy se sblíží vůči zemím s vysokými příjmy (Moyer, Heeden 2019).

Ahmed a kol. (2016) zjišťovali, jak ve vybraných zemích s nízkými a středními příjmy pomohly ke zrychlenému pokroku cíle MDG 4 a MDG 5a (zdraví žen a dětí). Tato studie mohla ukázat na přístupy úspěšných zemí, které mohou být vzorem pro pokrok v SDGs, protože je důležité poučit se z chyb a použít takové strategie, které již dříve fungovaly. Snížení úmrtnosti tak bylo spojeno s důslednou koordinovanou politikou a vstupem do programů. V oblasti vedení partnerství pomohla politiky v oblasti lidských práv a zlepšila se transparentnost a odpovědnost. Byla navázána spolupráce napříč vládami. Ve zdravotnictví vlády zajistili jak zdravotní péči (včetně léků a vakcín), tak i zdravotní služby. Díky tomu se zlepšila kvalita péče,

² Fragile states = takzvané nestabilní státy, které nedokážou plně uspokojit klíčové potřeby svých občanů

došlo k monitoringu služeb či se implementovaly akreditační programy. Například v Nepálu se začalo testovat na novorozeneckou sepsi, ve Rwandě zřídili specializované školení pro zdravotní sestry a lékaře a v Kambodži napomohly k podpoře exkluzivity kojení a předporodní péče. Dále se ve sledovaných státech nejvíce investovalo do vzdělání dívek, snižování chudoby, bezpečnosti jídla. Důležitou součástí je i investice do vody, kdy zlepšení kanalizační infrastruktury pomůže s odstraněním problému nepoužívání toalet. V neposlední řadě země začaly přesouvat zdravotní informace do elektronických systémů s centralizovanou správou dat, tedy měly najednou daleko větší dohled nad zdravím matek a dětí a mohli snáze registrovat narozené nebo naopak zemřelé. Ahmed a kol. (2016) zmiňují, že SDGs a Globální strategie pro ženy, děti a dospívající nabízí příležitost pro více holistický a integrovaný přístup k provádění hodnocení napříč odvětvími. Shodují se, že přístupy používané úspěšnými zeměmi mají význam pro jiné země, které by chtěli urychlit svůj pokrok.

Dále Ahmed a kol. (2016) zdůrazňují jednu ze strategických oblastí – zdravotní sektor. Tento výčet je ukázkou intervencí, které by napomohly dle autorů v sektoru zdravotnictví. V Bangladéši byl začleněn do zdravotního systému imunizační program, který oslovil komunity s omezeným přístupem ke službám. K tomu byl zaveden také centralizovaný online systém registrace narození a úmrtí, tedy nyní dokáží registrovat více než polovinu dětí mladších 5 let. Kambodža dramaticky zlepšila svou míru kvalifikované porodní péče a dotáhla strategii na podporu výhradního kojení a prenatální péče. Nepál dosáhl výrazného zlepšení v neonatální péči a Rwanda investovala do specializovaného školení pro zdravotní sestry a lékaře. Autoři zmiňují i celkové zlepšení ve sledovaných zemích financování zdravotnictví. Byl posílen dohled na zlepšení kvalitní péče, kdy byly začleněny do systému monitorovací systémy, které pomohou v poskytování služeb, lepší mechanismus doručení zdravotních potřeb atd. (Ahmed a kol. 2016).

Z výše uvedené diskuse vyplývá, že pokud země chce docílit pokroku, je třeba, aby zlepšila koordinaci zdravotnictví, stanovila si priority a zavedla si dlouhodobé strategie, kterými se bude řídit. K tomu jí napomůžou ukazatele stanovující priority a plánování, aby měla jasný cíl, kterého chce dosáhnout. Pokud chce země dosáhnout pokroku v oblasti zdraví žen a dětí, je známo pár společných charakteristik, které je dobré zlepšit, či je nepřehlížet v rozvoji země. Jsou to například jasné politiky, strategie a technické normy, zlepšení koordinace, relativní politická stabilita, kultura odpovědnosti za lepší využívání zdrojů, a především vytvoření vysoce účinné intervence, díky které bude mít daný stát přehled o datech a stejně tak lepší dostupnost lidských zdrojů pomocí investic do školení potřebného personálu. A navíc je třeba investovat do infrastruktury, která povede ke zlepšení dostupnosti zdravotní

péče. Díky multisektorovému zlepšení je možnost investice správně rozdělit a dojde ke snížení socioekonomických, geografických a genderových rozdílů (Moyer, Heeden 2019).

Agenda 2030 byla přijata s cílem dosáhnout lepší a udržitelné budoucnosti. Miola a Schiltz (2019) upozorňují na slabé stránky, které by měly být řešeny ještě před měřením plnění SDGs. Docházejí k tomu, že homogenní cíle SDGs jsou zachyceny srovnatelnějšími ukazateli a rozdíly v prioritách politik mezi zeměmi by mohly umocnit důležitost výběru metody nebo ukazatelů. Pokud však chybí cíle, použité ukazatele se budou lišit a je důležité, aby se politika zemí dohodla na souboru hmatatelných cílů, které pomohou ke srovnání zemí mezi sebou. Autoři však došli k závěru, že hodnocení zemí není úplně tak vhodným přístupem k Agendě 2030, jak předpokládali. Agenda 2030 tedy nemá za cíl hledání nejvýkonnějších zemí, ale chce především dosáhnout udržitelné budoucnosti.

2.4. Výzvy Cílů udržitelného rozvoje

Již v období MDGs se projevily nedostatky ve sběru dat u sledovaných ukazatelů přinášející problémy s jejich porovnáním na úrovni časové i mezinárodní. Nyní před námi stojí nová výzva monitorování SDGs. Jde o to, že za dob MDGs rostla poptávka po statistické informovanosti o zdravotním plánování, monitorování a odpovědnosti. V současnosti se tato poptávka nejen urychlila, ale je nyní i snaha o to předat více ukazatelů a vyžadovat podrobnější členění, než bylo u MDGs. I proto došlo v posledních letech k obrovskému nárůstu zdravotních hodnocení, která se snaží co nejlépe využít dostupné údaje i přes jejich slabiny (AbouZahr, Boerma, Hogan 2017).

K dosažení udržitelného rozvoje je důležité propojit sektory ekonomické, environmentální a socio-politické. Pokud chceme docílit pokroku v SDGs, je nutné zavést multidisciplinární výzkumy napříč všemi sektory. Bohužel ne všechny státy světa, především vlády, spolupracují tak, aby bylo možné docílit v nejbližší době cílů SDGs. Cílem OSN je oslovit komunitu, která je nejdále. Je potřeba, aby závazky, které si státy předsevzaly, opravdu plnily a ty byly přeměněny tak, aby o nich měli povědomí ti, kterých se to týká a měli šanci na daném cíli spolupracovat a dosáhnout jeho splnění.

V této kapitole se zabývám hlavními kritickými výzvami oblasti zdraví, se kterými se musí SDGs popasovat. Ahmed a kol. (2016) zmiňují první doporučení, uložit stejně ambiciózní cíle každé zemi tak, jako tomu bylo za doby MDGs. Nepopírá ale vysokou míru pokroku ukazatelů za posledních 20 let. Poučením tak je, že specifické cíle pro jednotlivé země mohou lépe naplnit cíle globální. Dalším důležitým aspektem je zajištění spravedlivého přístupu

k základním a kvalitním zdravotním službám. Je třeba nasměrovat pozornost především k těm, kteří jsou vystaveni z důvodu své marginalizace větším zdravotním rizikům. Pokud dokážeme snížit úmrtnost ohrožených skupin, můžeme předpokládat pokrok jak společnosti, tak dané země jako celku. Také je třeba si uvědomit, že s klesající perinatální úmrtností (dětské úmrtí do 7 dnů po porodu) se úměrně zvyšuje podíl novorozenecké úmrtnosti. Předposlední zmiňovanou výzvou je pokračování snížení mateřské úmrtnosti, které vyžaduje trvalé investice a zlepšení přístupu, stejně tak i pokrytí kvalitní péčí, aby se předcházelo komplikovaným porodům a pomohlo se je zvládat. Proto jsou nezbytné již zmiňované velké investice do zdravotnictví. Poslední výzvou jsou vnější faktory. Ty představují dopady na to, jak efektivně programy poskytují intervence ženám a dětem a jak je ovlivní sociální, ekonomické a environmentální otřesy. Ponaučení, které by si z těchto výzev měla vzít iniciativa SDGs a Globální strategie pro zdraví žen, dětí a dospívajících pro roky 2016 až 2030, by mělo být, že ony samy nabízejí příležitost pro holističtější a integrovanější přístup k zavádění a hodnocení pokroku napříč sektory, a právě na nich závisí, jak se situace bude nadále vyvíjet (Ahmed a kol. 2016).

Globální odhady týkající se zdraví jsou přímo vázány na hodnoty indikátorů zdraví sledované ve více zemích. V praxi jsou spíše využitelné koncepčně pomocí procesů odhadů. Dále je potřeba predikovat chybějící data, která se běžně generují pro všechny země v čase, i když data neexistují. Tím se dokáží přizpůsobit data se statistickými modely země s údaji jiné proměnné pro predikci dat, které nejsou k dispozici (AbouZahr, Boerma, Hogan 2017).

Zdraví se řeší v mnoha SDGs, víceméně cíle SDG 1 až SDG 6 jsou velmi úzce (především v rozvojových zemích) se zdravím provázány. Cíl SDG 3 je ten, který se zdraví věnuje naplno a ve všech svých ukazatelích. Všechny tyto cíle jsou postaveny tak, aby společně napomáhaly otázkám globálního zdraví, chudoby, hladu, potravinové bezpečnosti, bezpečném přístupu k pitné vodě, hygieně, ale i již zmiňované rovnosti pohlaví či vzdělávání. Skevington a Epton (2018) zkoušeli zjistit, jaké změny v blahobytu by mohly přinést SDGs. Říkají, že cílem SDG 3 je přeci zajištění zdraví a blahobytu pro všechny. Je třeba si však nejdříve představit pojmy, se kterými autoři pracovali. WHOQOL-BREF (Dotazník kvality života, v originále World Health Organization Quality of Life) je měřítkem subjektivním a obecným, které má představovat hodnocení kvality života (QOL). Jeho skóre by mělo reagovat na změny vyvolané léčením, intervencemi či významnými životními událostmi (v oblasti zdraví). Jako efektivní intervence, které fungovaly již v době MDGs, zmiňují autoři například školení vesnických zdravotních pracovníků, eliminaci poplatků za zdravotní služby v zemích s nízkými příjmy, zlepšení přístupu k sexuální a reprodukční péči nebo insekticidní ošetření postelí

zdarma. Pro SDGs vymyslel panel OSN další nová pokroková opatření – subjektivní indikátory blahobytu (např. pozitivní nálada). WHOQOL měly za cíl prosazovat standardy v mezikulturním měření a vytváření globálních opatření, které by splňovaly “objektivní” indexy životní úrovně a zdraví (např. HDP, úmrtnost). Specifický pro SDG 3 je well-being. Ovšem otázkou je: Jaký je rozdíl mezi blahobytem a QOL? Koncepční rozdíly mezi těmito dvěma ukazateli jsou téměř neprůhledné. QOL je měřeno pomocí WHOQOL, a proto je vhodným řešením pro velmi širokou škálu životních kvalit adresovaných všem cílům SDGs. Silnou stránkou WHOQOL je jeho metodologie “spoke-wheel”, která navrhuje nadnárodní spolupráci, aby současně bylo vytvořeno několik vysoce ekvivalentních jazykových verzí se společným konceptem. Nabízí pohled do myšlenek, pocitů a osobních zkušeností kvality života, a navíc je i mezikulturní, proto je globálně použitelný. Soustředí se na sociální vztahy, prostředí (fyzická bezpečnost jedince, finanční zdroje, domácí prostředí), náboženské a osobní přesvědčení, které pomůže odhalit nastavení priorit a posléze i použít ke snížení nerovností (např. dle věku, vzdělání, pohlaví nebo kultury). Je důležité, aby skóre bylo schopné reagovat a mělo schopnost se citlivě měnit v souladu s danou osobou. Stanovené schopnosti musí reagovat na sociální a environmentální domény v kvalitě života, protože to je důležité pro porozumění šíření dopadů na QOL. Autoři zjistili, že domény se mění v čase s reakcí na zásah, léčbu či životní událost. Fyzické a psychické oblasti mají malé až střední dopady, zatímco velké dopady mají sociální vztahy a životní prostředí. WHOQOL-BREF má schopnost detekovat i malé změny vyvolané léčením či událostmi, protože je měřen napříč širokými mezikulturními variacemi. SDGs se využívá k měření dopadu na QOL. Výsledná data ze studie autorů ukazují, že doména WHOQOL-BREF je všestranným nástrojem hodnocení, kdy dospělá kvalita života může být použita v mnoha různých kulturách a podmínkách. Díky tomu ji lze použít v mnoha různých kontextech, které řeší cíle SDGs (Skevington, Epton 2018).

World Health Statistics³ nabízí pravidelné statistické zprávy o aktuálních trendech a stavech v prioritních zdravotních otázkách. Zahrnuje hodnoty pro 34 indikátorů SDGs souvisejících se zdravím. Mnoho z těchto hodnot je modelových a založených na omezených vstupech údajů o dané zemi. Na ukázkou lze ukázat na údaje o dětské úmrtnosti, které v Kambodži, Guine-Bissau a Nigérii jsou odvozeny pomocí kombinace upraveného sčítání lidu a údajů z průzkumů domácností, které jsou syntetizovány statistickým modelem. Je tak třeba brát v potaz různé úrovně přesnosti dat. AbouZahr, Boerma, Hogan (2017) doporučují zavedení takzvaného GATHER kontrolního seznamu o 18 položkách, které musejí být v každé

³ Viz odkaz <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

studii, která publikuje globální zdravotní odhady. Dále požadují společný závazek více globálních zdravotních partnerů a přizpůsobení svých finančních a technologických zdrojů tomuto závazku. I oni upozorňují na to, že je třeba, aby se posílila správa zdravotnických a statistických systémů. Je nutné, aby všude pravidelně docházelo k elektronické registraci narozených a zemřelých, byla zajištěna pitva pro zjištění příčiny úmrtí mimo nemocniční zařízení, byly stanoveny metody pro zajištění dat (analýza, interpretace a komunikace dat) (AbouZahr, Boerma, Hogan 2017).

Přestože je tato práce zaměřena především na zdravotní situaci rozvojových zemí, ani těm se nevyhýbá úmrtí na koronární srdeční chorobu (dále jen CHD), která je jednou z hlavních a nejčastějších příčin chronických chorob po celém světě (Callow 2006) a Ferdushi a kol. (2020) ji dokonce nazvali "tichým zabijákem" především proto, že má málo snadno pozorovatelných příznaků. Zdálo by se, že rizikové faktory, které jsou obezita a vysoký krevní tlak, nejsou těmi, které bychom hledali v rozvojových zemích. Přesto údaj, že na tuto chorobu zemře 73,3 % lidí ve věku 60-79 let je vysokým procentem. Do roku 2020 Ferdushi a kol. (2020) očekávali, že 85 % celosvětové zátěže CHD ponесou rozvojové země a vzroste úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční u žen o 120 % a o 137 % u mužů. Článek byl zaměřen na náhodný výběr 230 lidí starších 60 let z městských, venkovských a etnických oblastí regionu Sylhet v Bangladéši. To proto, že Ferdushi a kol. (2020) věděli o hlavních faktorech vzrůstu úmrtí na CHD v Bangladéši díky drsnému epidemiologickému přechodu. I když v Bangladéši chybí nová data o velikosti starší populace, k roku 2011 jí bylo 16,5 % a předpokládá se další procentuální nárůst. Většina této populace má špatné stravovací návyky, nadměrně se stravují nenasycenými a transformovanými tuky, mají vysoký příjem soli a nízkou úroveň fyzické aktivity. Tyto faktory společně s nedostatkem přístupu ke zdravotní péči napomáhají větší pravděpodobnosti úmrtí starších lidí. Dle autorů hlavní zátěží Bangladéše je právě úmrtí na CHD, které tvoří až 75 % všech úmrtí této věkové skupiny. Proto se snaží ve výzkumu najít účinek faktorů, které by mohly napomoci snížení úmrtí. Z respondentů bylo 72,2 % negramotných, 83,9 % mělo roční příjem nižší než v přepočtu 12 700 Kč a 50,4 % jí v rychlém občerstvení i přesto, že ví, že mají CHD. Ti, kteří vědí, že mají CHD, mají i cukrovku (47 %), hypertenzi (51 %) a depresi (49 %). Tyto zmíněné doprovodné nemoci mají jasný vztah s onemocněním srdce. Ferdushi a kol. (2020) došli k závěru, že venkovské komunity mají nižší rizikové faktory srdečních chorob. Protože konzumace potravin je nejdůležitějším faktorem, zjistili že jde u nich o příjem jídla s menším obsahem tuku spojeným s fyzicky více náročným povoláním. Studie také došla k závěru, že nezaměstnaní lidé v Bangladéši mají větší šanci na srdeční chorobu, protože právě neaktivní lidé (respektive lidé s vysokým BMI) jsou častěji

napadání srdečními chorobami. Studie zjistila, že většina zdravotní péče v zemi probíhá formálně i neformálně (vyškolení nebo tradiční zdravotníci) a je tak třeba, aby byli všichni proškoleni o prevenci CHD, protože si obyvatelé neuvědomují důsledky nedodržování zdravé výživy (Ferdushi a kol. 2020).

Karimuzzaman, Hossain a Rahman (2020) se věnují identifikaci socioekonomických a demografických faktorů ovlivňujících děti, které se narodily ženám v Bangladéši. Tuto zemi si autoři vybrali pro vysoké procento dětské populace, a také z důvodu přelidnění země. Dle autorů se k roku 2053 předpokládá až 200 milionů obyvatel žijících v Bangladéši, a proto je nezbytné, aby vláda vedla již nyní své občany k zodpovědnému přístupu k plánování rodiny. Studie došla k závěru, že významný pozitivní dopad na narození dítěte mají věk respondentky, bydliště, velikost rodiny a používání antikoncepce. V takovém případě dochází k tomu, že daná rodina má spíše méně dětí, než je průměrný počet dětí na jednu matku v Bangladéši. Naopak negativní dopad mají faktory jako nízké vzdělání obou partnerů, přístup k pitné vodě, náboženství, index bohatství nebo věk při prvním narození potomka. (Karimuzzaman, Hossain a Rahman 2020).

Bangladéši se v osmnácté kapitole věnují i Zahangir a Nahar (2020), kteří podobně sledují ovlivňující faktory mateřství v Bangladéši. Zaměřují se především na plánování rodiny. Uvádějí, že 62 % žen je v 18 a méně letech již těhotná či matkou. Autoři věří, že prevalenci mateřství v dětství lze snížit hlavně vzděláním žen, zmírněním chudoby a omezením ustaveného raného manželství. Mateřství v dětství, tedy ve věku od 10 do 19 roku ženy, je obrovským globálním problémem. Pokud žena porodí již v dětství, respektive dospívání, nemá dostatečný prostor se rozvíjet, sníží se kvalita jejího života, která se netýká jen jejího nedokončeného vzdělávání, ale i psychické či fyzické zátěže (problémy při porodu). Hlavním důvodem raného mateřství jsou tradiční dětské sňatky v rozvojových zemích, proto 95 % dětí narozených dospívajícím ženám pochází právě ze zemí s nízkým příjmem. Zahangir a Nahar (2020) zjistili, že vyšší vzdělání žen, zpožděný věk v prvním manželství a mediální kontakt má silný vliv na zpožděný věk narození dětí v Bangladéši mezi dospívajícími ženami. Autoři tak hledali návrhy konkrétních intervencí, které by napomohly k oddálení mateřství dospívajících. Protože porod mimo manželství je v zemi nezákonný, vyšlo ze studie, že čím dříve se žena vdá, tím dříve porodí. Tedy je potřeba oddálit její vstup do manželství. Další intervencí by mělo být zvýšení vzdělání žen, protože i díky tomu se u nich zvýší povědomí o nepříznivých důsledcích mateřství v dětství. V neposlední řadě je nutné poskytnout mladým ženám v celé zemi uživatelsky přívětivé služby reprodukčního zdraví, jako jsou integrované programy sociálního povědomí, sociální kampaně nebo tištěná média a další. Autoři upozorňují na fenomén

rozvojových zemí, kdy ženy při prvním porodu nehlásí svůj skutečný věk (Zahangir a Nahar 2020).

2.4.1. Vybrané indikátory SDG 3

V této práci jsem si vybrala sledovat pouze jeden ze všech 17 SDGs, a to právě SDG 3, který je zaměřený na zdraví. Důvodem tohoto výběru a zaměření celé diplomové práce je především aktuálnost a nezpracovanost tohoto tématu nejen v českém jazyce, ale i ve vědecké literatuře. SDGs jsou nyní v polovině, a prozatím málokdo zpracoval analýzu tohoto komplexního cíle. Velmi málo autorů sleduje právě takovou skupinu zemí, jako jsem si vybrala já pro tuto práci. Prozatím se v literatuře mnoho neřeší, zda jdou země správným směrem a jaký ten správný směr vůbec je.

Cíl SDG 3 je věnovaný zdraví, konkrétně dle OSN jeho cíl je: “Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku” (OSN 2021c). SDG 3 má pod sebou dalších 13 podcílů, které si OSN stanovuje pro dosažení hlavního cíle. Indikátory, které jsou považovány komisí OSN pro udržitelný rozvoj jako důležité pro zdraví, jsou rozděleny do 4 skupin (dle Jeníček, Foltýn 2010, s. 305, viz tabulka 3).

Tabulka 3: Indikátory důležité pro zdraví dle United Nations Division for Sustainable Development

Skupina dle United Nations Division for Sustainable Development	Klíčový indikátor	Přidružený indikátor
Úmrtnost	Míra úmrtnosti dětí do 5 let	Očekávaný počet let zdravého života
	Očekávaná délka života při narození	
Dostupnost zdravotní péče	Procento lidí, kteří mají přístup k primární zdravotní péči	Míra používání antikoncepce
	Očkování proti dětským nemocem	
Výživa	Stav výživy dětí	
Zdravotní stav a rizika	Rozšíření pohlavních nemocí (AIDS, malárie, tuberkulóza)	Počet kuřáků
		Počet sebevražd
		Rozšíření hlavních dětských nemocí (malárie, zápal plic)

Zdroj: Vlastní zpracování dle Jeníček, Foltýn 2010, s. 305

Z tabulky 3 je zřejmé, že OSN za důležité hodnoty, které přispívají k zdravému životu a jsou závislé na dobrém žití obyvatel na zemi, považuje úmrtnost, dostupnost zdravotní péče, výživu a zdravotní stav a rizika. Konkrétně z komplexního cíle SDG 3 vybírám dva hlavní indikátory, které se týkají skupiny úmrtnosti. Prvním z nich je ukazatel 3.1, tedy indikátor, který má za cíl do roku 2030 snížit globální úmrtnost matek na méně než 70 na 100 000 živě narozených dětí. Druhým vybraným ukazatelem je indikátor 3.2, který požaduje do roku 2030 zabránit úmrtí novorozenců a dětí mladších 5 let, kterým lze předejít. Všechny země by měly usilovat o snížení novorozenecké úmrtnosti na alespoň 12 na 1000 živě narozených dětí a na snížení úmrtnosti dětí mladších 5 let na 25 na 1000 živě narozených dětí (SDG 2021).

Proč právě tyto podcíle? Jsou nejlépe měřitelné a skutečně důležité pro rozvoj země. Snadno se u nich ukáže, jakým směrem daná země postupuje, a poměrně rychle se projeví zvolené intervence. Díky tomu lze zhodnotit plnění těchto cílů i v rámci této diplomové práce relativně krátce poté, co byly stanoveny. Opět jde o aktuální téma, kterým bych chtěla dokázat

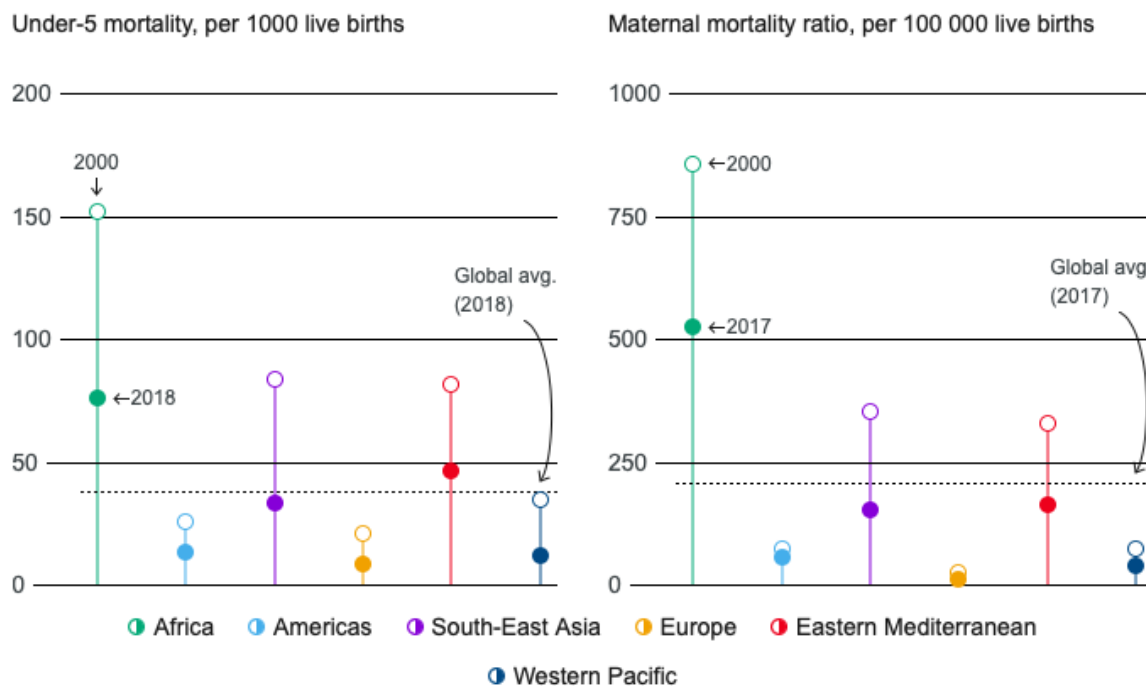
důležitost sledování intervencí, které mohou fungovat a pomoci lepšímu životu matek a dětí nejen v rozvojových zemích světa.

Můj výběr dokládá i Rosling (2018), který ukazuje globální úspěchy, jichž bylo postupně od 60. let 20. století dosaženo právě v oblasti dětské úmrtnosti. Ovšem, abych byla i kritická, Berggren (2018) poukazuje na Roslingův spíše popularizační zájem o dětskou úmrtnost a veřejné zdraví a jejich vztah ke vzdělávání a globálnímu růstu příjmů, který však není pojednáván úplně přesně. V Roslingových výstupech chybí materiální základna tohoto růstu globálních příjmů a jeho náročnost na zdroje není v knize vůbec diskutována. Stejně tak je zjednodušující Roslingovo tvrzení, že nižší dětská úmrtnost je příčině spojena s nižší porodností a populačním růstem. Opět to nelze takto zobecňovat. OSN v roce 2010 předpověděla, že na přelomu století bude mít Afrika 3,6 miliardy obyvatel a o sedm let později se tato prognóza zvýšila na 4,5 miliardy. Takovéto předpovědi naznačují, že bez poklesu porodnosti ve většině států subsaharské Afriky jsou vyhlídky na zastavení růstu populace v tomto století malé. Kombinace snížené dětské úmrtnosti s vyšší porodností a neustálým růstem populace v Africe svědčí o nevyskytování se příčinné souvislosti mezi nižší dětskou úmrtností a nižší porodností (jak také tvrdí Rosling 2018). Proto se mnoha zemích Afriky se v průběhu tohoto století očekává až čtyřnásobný nárůst počtu obyvatel.

Zpráva Světové zdravotnické statistiky (WHO Report, 2021) ukazuje, že celosvětové úsilí posledních desetiletí se vyplácí. Při pohledu na nejaktuálnější údaje, které máme k dispozici o některých životně důležitých ukazatelích cílů udržitelného rozvoje, odhaluje trendy v oblasti zdraví napříč členskými státy, regiony i celým světem. Zdravotní indikátory se postupně zlepšují, přesto přetrvává nerovnost a některé regiony stále zaostávají. Naléhavou výzvou však stále zůstává nedostatek dostupných údajů a řídký sběr dat (WHO 2022c).

OSN se pomocí MDGs a nyní SDGs snaží o snižování úmrtnosti i o ukončení epidemií infekčních nemocí. WHO (2022c) ukazuje na pokrok dosažený od začátku tisíciletí v oblasti největších výzev, tedy počátek nového života (obrázku 2). Jedná se o kojenecký věk do pátého roku života dítěte a o mateřství.

Obrázek 2: Snížení úmrtnosti dětí mladších 5 let a mateřské úmrtnosti od roku 2000 do roku 2017 (respektive 2018) v jednotlivých regionech světa



Zdroj: WHO (2022c)

Přestože v obou grafech na obrázku je vidět klesající trend, tedy významný pokrok v obou ukazatelích, WHO tvrdí, že zásadnější pokrok byl zaznamenán v době MDGs. Je však třeba brát v potaz, že MDGs vstoupily v platnost v horší době, tedy v době, kdy se snižování těchto ukazatelů teprve začalo řešit a čísla šla rychle zlepšit zavedením známých intervencí (např. ze Západu). Navíc tento graf ukazuje změnu za 18 let, tedy za dobu delší, než za jakou máme nyní data za SDGs. Podíváme-li se na africký region (zelená barva v grafech), vidíme snížení dětské úmrtnosti do pěti let na polovinu. Dle WHO (2022c) je to především díky postupné proočkovanosti na konkrétní nemoci. Jejich data uvádějí, že za dvě desetiletí se zvýšila proočkovanost proti spalničkám z 18 % na 69 %, což je obrovský pokrok směrem k lepšímu zdraví dětí. Přesto i nadále zůstává dětská úmrtnost v africkém regionu nejvyšší, vysoko nad globálním průměrem. Proto, přestože je cílem SDG snížit dětskou úmrtnost do pěti let na úroveň 25 na 1 000 živě narozených, již nyní víme, že to nebude nikterak jednoduché.

Druhý graf, představující úmrtnost matek, také ukazuje na značné rozdíly mezi jednotlivými regiony. WHO věří, že lze úmrtí matek předcházet například kvalifikovaným zdravotnickým personálem, který se podílí na porodech. Přestože data WHO ukazují, že se v celosvětovém měřítku kvalifikovaný personál podílel na 81 % porodů, toto procento se v jednotlivých regionech výrazně liší a odráží globální nerovnost v přístupu ke kvalitní

zdravotní péči. Graf opět ukazuje na velký pokrok, avšak africký region (525 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí) je i v tomto ukazateli vysoko nad celosvětovým průměrem. Afrika tak potřebuje ke splnění SDGs, které je 70 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí, snížit hodnoty mateřské úmrtnosti sedmkrát. Samozřejmě je třeba brát v potaz i infekční nemoci (malárie, tuberkulóza a především HIV), které dlouhodobě patří k největším světovým zabijákům. Právě africký region je opět v těchto ukazatelích úmrtnosti na různé nemoci vysoko nad celosvětovým průměrem, i když k pokroku dochází i v tomto regionu. Úmrtí na infekční nemoci není jen otázkou zemí s vysokými příjmy. Tento trend se týká všech zemí světa. Další možnosti úmrtí jsou na neinfekční nemoci, a přestože těmto nemocem lze předcházet, počet úmrtí na ně se díky demografickým změnám stále zvyšuje (WHO 2022c).

3. Kontext sledovaných zemí

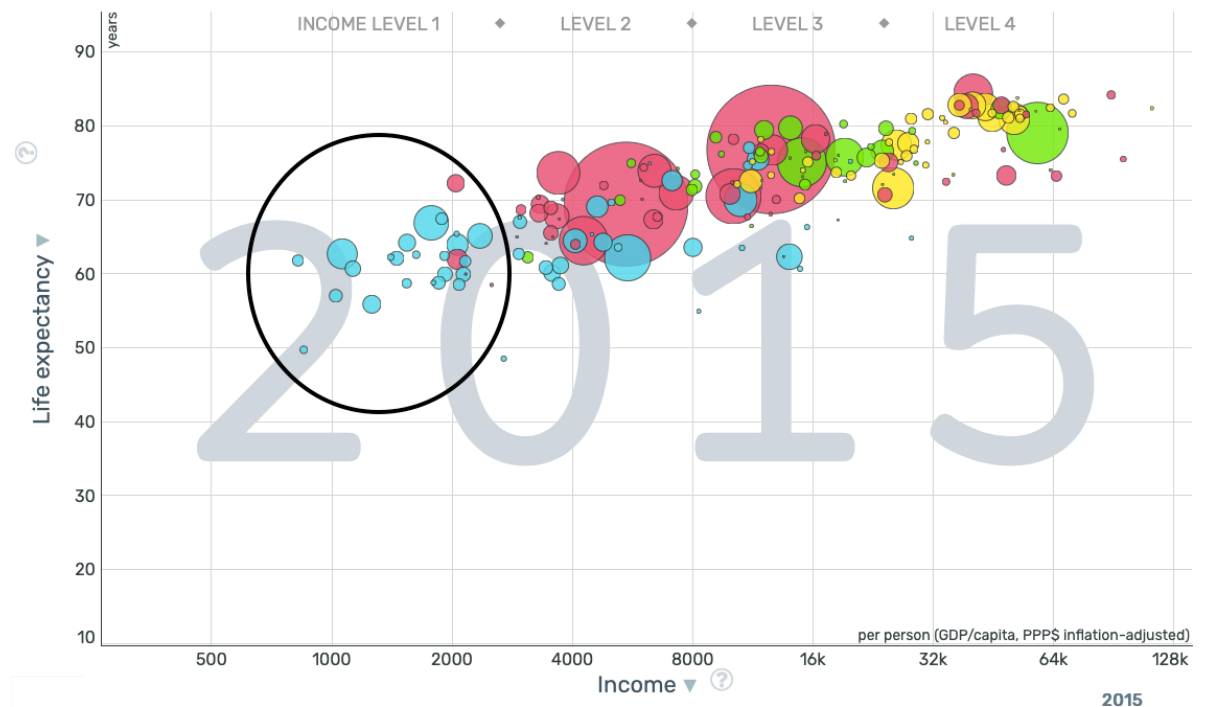
3.1. Vymezení rozvojových zemí

Vymezení a přesná definice rozvojových zemí není vůbec jednoduchá. Každá instituce a autor definuje rozvojové země jinak. Přijímám názory autorů, které zmiňuji dále, že neexistuje všeobecně jasně daný soubor parametrů, podle kterých bych snadno rozlišila rozvojové země od rozvinutých. Nováček (2014) definuje rozvoj jako pozitivní změnu v určité společnosti. Ovšem ve vztahu k rozvojovým zemím rozvoj chápe jako omezování stavu chudoby. Dušková (2011) považuje za rozvojové země většinu států světa. Uvádí, že “z geografického hlediska lze rozvojové země nalézt na všech trvale obydlených světadílech a bývají označovány sjednocujícím pojmem rozvojový svět” (Dušková 2011, s. 278). Tvrdí, že rozvojové země jsou typické chudobou, hladomory, negramotností, koloniální minulostí, výskytem epidemií či častými nepokoji a válkami v zemi. Jeníček a Foltýn (2010) ji doplňují, že je pro tyto země i charakteristické hospodářství založené na zemědělské produkci, spolu s infrastrukturou na velmi nízké úrovni. Země nejsou schopny měřit se s vyspělými ekonomikami na globálním trhu a většinou jsou tak závislé na mezinárodní finanční a materiální pomoci. Země jsou typické svým pomalejším socio-ekonomickým rozvojem. Protože právě ekonomický růst má pozitivní vliv na společnost, je třeba rozlišovat, jakým způsobem daná země tento ekonomický růst přetvoří k růstu blahobytu obyvatel dané země. Jeníček a Foltýn (2010) jsou toho názoru, stejně jako OSN a další světové instituce, že za rozvojový svět lze brát většinu států subsaharské a severní Afriky, Asie, Latinské Ameriky, Oceánie a vybrané země východní Evropy.

Na příkladu názoru popularizátora globálních faktů Roslinga (2018) ukazují, že není definice rozvojových zemí jednoduchá. Rosling se ve svém životě snažil o osvětu, mluvit o faktech a “pravdě” naší doby. Tvrdil, že termín “rozvojový svět” by se již neměl používat. To dokazuje i institut Světové banky, který již tento termín nepoužívá a rozděluje svět podle svých vlastních pravidel. Rosling (2018) to ve své knize komentuje takto: “trvalo 17 let, než veřejně oznámila, že přestává používat termíny “rozvinuté” a “rozvojové” země a bude nadále rozdělovat svět do čtyř příjmových skupin” (Rosling 2018, s. 47). Světová banka a Rosling (2018) tak za rozvojové země považují ty země, které jsou v nejnižší příjmové skupině dle Světové banky. To prezentují graficky na obrázku 3, kde jsem zakroužkovala skupinu států, které Rosling (2018) uvádí. Obrázek ukazuje pohled na rozdělení zemí, ale neukazuje na rostoucí nerovnost uvnitř jednotlivých zemí. Právě to je klíčové téma současnosti. Nejen

jednotlivá různorodost zemí světa, ale již i velká propast mezi jednotlivými regiony v jednotlivých zemích, které Rosling úplně přehlíží. Typicky Rosling ve svých bublinkových grafech zvýrazňuje jednotlivé státy dle barev a velikosti. Čím větší je bublina, tím více má stát obyvatel.

Obrázek 3: Skupina států na úrovni 1 v roce 2015



Zdroj: Gapminder 2022

Poznámka: barvy odpovídají jednotlivým světadílům (modrá = region Afrika, červená = region Asie, žlutá = region Evropa a zelená = region Amerika)

Vyvstává však otázka, jaké procento obyvatel světa tvoří takzvané rozvojové a rozvinuté země. Takto dichotomicky OSN stále drží rozdělení rozvojových a rozvinutých zemí. Dušková (2011) uvádí, že takzvaný Majoritní svět neboli Třetí svět, tedy rozvojové země, tvoří většinu populace světa (až 80 %). To by znamenalo, že na rozvinuté země neboli Minoritní svět zbývá 20 % světové populace. S tím Rosling (2018) nesouhlasí, protože dle něho 75 % obyvatel žije v zemích se středním příjmem a jen 9 % v “rozvojovém světě”. Jak vidíme, není snadné rozhodnout, jaká klasifikace je ta správná a dle jakých klasifikací je vhodné se řídit. Došla jsem k závěru, že každá mezinárodní organizace má jiný názor a rozeznává tak rozdílný počet rozvojových zemí. Přesto dále v práci sama pracuji s pojmem „rozvojové země“ a vysvětluji, jaké státy tím právě já myslím.

3.2. Klasifikace rozvojových zemí

Není vůbec jednoduché klasifikovat země dle jednoho či více kritérií a opomíjet jiné aspekty. Přesto je nutná alespoň nějaká kategorizace, i když víme a bereme na vědomí, že bude zjednodušená a vlastně i částečně zavádějící. Rozdělit rozvojové země je důležité, abychom měli přehled, které země světa potřebují naši největší pozornost a pomoc.

Světová banka ke svému hodnocení zemí používá hrubý národní důchod (HND) na 1 obyvatele v USD. Podle něho následně rozděluje země do čtyř příjmových skupin. Kategorie zemí jsou země s nízkým důchodem, země s nižším středním důchodem, země s vyšším středním důchodem a země s vysokým důchodem. Ovšem za rozvojové země Světová banka bere všechny země, které svým HND nespádají do kategorie vysokého důchodu. Navíc se tato klasifikace každý rok mění, tedy je platná pouze po dobu jednoho roku, dle stanovení Světovou bankou rozmezí HND jednotlivých skupin.

Mezinárodní měnový fond (MMF) rozděluje země do kategorií vyspělé ekonomiky a vynořující se a rozvojové ekonomiky (neboli “advanced economies” a “emerging market and developing economies”). Do těchto skupin státy světa rozděluje podle několika kritérií důchod na osobu, struktura vývozu, míra (stupeň) integrace do globálního finančního systému. Nováček (2014) nepovažuje toto rozdělení za nejšťastnější. Díky nejasným kritériím může být výsledný ukazatel země zkreslený. Shrneme-li uvedenou diskusi, zjistíme, že například jednostranný ukazatel struktura vývozu, nijak doplněn o strukturu dovozu, zkresluje a nadhodnocuje trvale vývozní země. Navíc Nováček (2014) i vyčíslil, že do první kategorie vyspělých ekonomik patřilo v roce 2012 pouze okolo 15 % populace, a tak druhá kategorie musela být pro zbývající obyvatelstvo stejně rozčleněna na vícero podkategorií. Tedy ani jedna z těchto klasifikací se nezdá jako úplně vhodnou pro sledování pokroku rozvojových zemí.

Posledním, kdo rozděluje země dle ekonomické aktivity na osobu, je klasifikace Rozvojového programu OSN. Ten určuje kategorie dle indexu lidského rozvoje (Human development index, HDI), který v sobě zahrnuje tři další: index očekávané délky života, index HND (stejně jako Světová banka) a index vzdělání. Poté OSN klasifikuje země do specifických skupin dle různých kritérií. První skupinu států, které jsou představovány jako Nejméně rozvinuté země světa (LDCs) představím níže. Díky relativně přesnému vymezení této skupiny mohou tyto státy LDCs brát jako ty země, které je vhodné dále v této práci analyzovat a zabývat se jejími pokroky v jednotlivých vybraných ukazatelích.

Vysoce zadlužené země představuje skupina států, které sužuje vysoký zahraniční dluh a iniciativa sdružení zemí HIPC by jim měla pomocí navrženého mechanismu tento dluh

odpustit. Země, která spadá do tohoto uskupení, musí splňovat nízkou ekonomickou úroveň země (kterou stanoví Světová banka nebo MMF), využívat reformní hospodářskou politiku, mít vypracovanou strategii pro snížení chudoby a mít neudržitelné dluhové břemeno. To je definováno jako podíl zahraničního dluhu na vývozu minimálně 150 % a podíl dluhu na celkových příjmech státu minimálně 250 %. I přesto, že stát takové podmínky splní, je potřeba, aby ho Světová banka spolu s MMF do skupiny oficiálně přijala (Nováček 2014) a dluh zemi odpustila. Skupina HIPC je často kritizována, protože dostatečně nemotivuje země ke splacení svého dluhu.

Nově industrializované země jsou rozvojové země, které již úspěšně prošly procesem industrializace a ze zemí založených na zemědělství se staly zeměmi průmyslovými. Skupina rozvojových zemí vynořujících se ekonomik je skupina zemí, která se díky svému prudkému ekonomickému rozvoji stává potencionální ekonomicky úspěšnou zemí. Skupina malých ostrovních rozvojových států je skupinou, která nemá určitá kritéria stanovené OSN, ale má podobné ekonomické, sociální či environmentální charakteristiky. Jde o izolované malé státy s omezeným přístupem přírodních zdrojů a větší pravděpodobností výskytu přírodních katastrof (tropické cyklóny, tsunami...), které by mohly způsobit fatální existenční problémy dané země. Vnitrozemské rozvojové země je další skupina zemí, které jsou závislé na sousedních státech, právě díky geografické vzdálenosti od moře (Nováček 2014).

3.2.1. Nejméně rozvinuté země světa

Poslední skupinou Rozvojového programu OSN je skupina, která vymezuje sledované státy mé diplomové práce. Jde o skupinu nejméně rozvinutých zemí, v originále Least Developed Countries neboli LDCs. Tuto skupinu OSN vymezuje pomocí kritérií extrémní chudoby, strukturálně slabé ekonomiky, nedostatku kapacit pro hospodářský růst a nedostatku jak institucionálních zdrojů, tak i kvalifikovaného lidského kapitálu. Díky tomu mi tato skupina přijde nejobsáhlejší sledovanými znaky, a proto pro mě má i nejvyšší vypovídající hodnotu jako země, kterým je opravdu třeba pomoci. Navíc země do této skupiny mohou vstoupit, ale i vystoupit, pokud splní stanovené hodnoty.

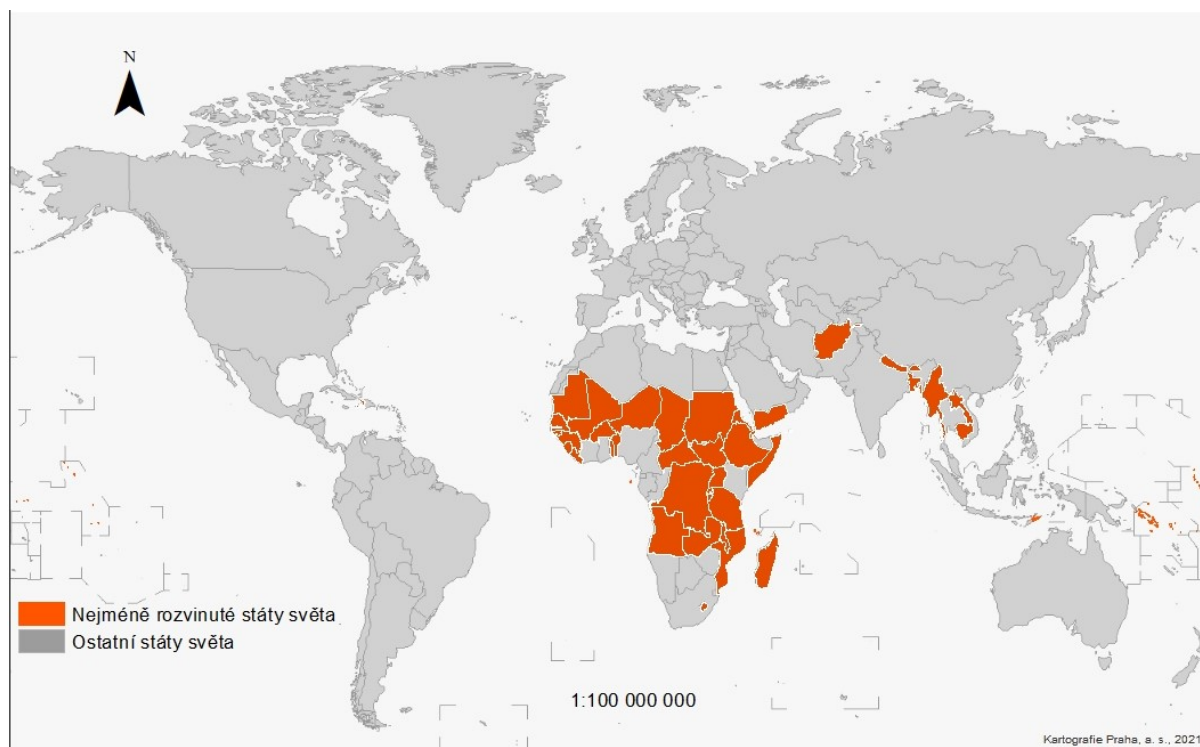
Již na prvním zasedání na jaře roku 1968 při Konferenci OSN o obchodu a rozvoje se členské státy (United Nations Conference on Trade and Development, UNCTAD) dohodly, že je potřeba věnovat pozornost méně rozvinutým a rozvojovým zemím k zajištění trvalého růstu, se spravedlivými příležitostmi pro každého. V listopadu roku 1971, na 26. zasedání Valného shromáždění OSN představili formální seznam prvních 25 států, které spadaly v dané chvíli do LDCs. Ovšem až v roce 1990 se dohodla jasná kritéria, dle kterých půjde do této

skupiny zemí, jak vstupovat, tak i vystupovat. Do roku 1994 země pouze přibývaly, a právě v tomto roce dosáhla první země (Botswana) kritérií, kterých bylo potřeba dosáhnout pro výstup z této skupiny. Do roku 2021 se to povedlo pouze pěti dalším zemím (OSN 2021b).

Vezmeme-li za počáteční rok sledování rok, kdy začínají platit SDGs (rok 2016), můžeme ve skupině LDCs najít celkem 46 států. V mé bakalářské práci (Ratajová 2019) zmiňuji, že cílem do roku 2020 bylo docílit vyřazení alespoň poloviny zemí z této skupiny. To se určitě nepovedlo, ovšem postupně odešly v roce 2017 Rovnicková Guinea, v roce 2020 Vanuatu a následovat by měly v roce 2023 Bhútán, v roce 2024 Angola, Šalamounovy ostrovy a Svatý Tomáš a Princův ostrov. Poslední předpokládaným rokem výstupu je rok 2026, kdy skupinu LDCs mají opustit Nepál, Laos a Bangladéš (OSN 2021b). Na obrázku 4 představuji země, které dále budu sledovat. Je z nich již vyřazena Rovnicková Guinea a Vanuatu, které v současnosti již nespádají do LDCs.

Nováček (2014) však varuje, že pokud země vystoupí z této skupiny, která celosvětově přitahuje donory, které země chtějí finančně pomoci, je třeba počítat s tím, že po vystoupení se donorský zájem o zemi s největší pravděpodobností sníží. Sám Nováček (2014) říká, že postoje donorských zemí: “jsou především z politického pohledu velmi důležité dobře naplánované strategie pro gradující země, pro něž by tuto přechodnou dobu měly být preference také přístupné” (Nováček 2014, s. 87). Tím chtěl říci, že je důležité dbát na to, aby odcházející země z tohoto seskupení nepřišla zcela o důležitou rozvojovou pomoc. Přesto je nadále důležité tyto země a celou skupinu LDCs nepodcenit a věnovat jim nadstandardní pozornost, aby nezůstaly pozadu, protože cílem je vyrovnaný pokrok a vyvarování se nerovnoměrnosti rozvoje.

Obrázek 4: Mapa států LDCs k roku 2022

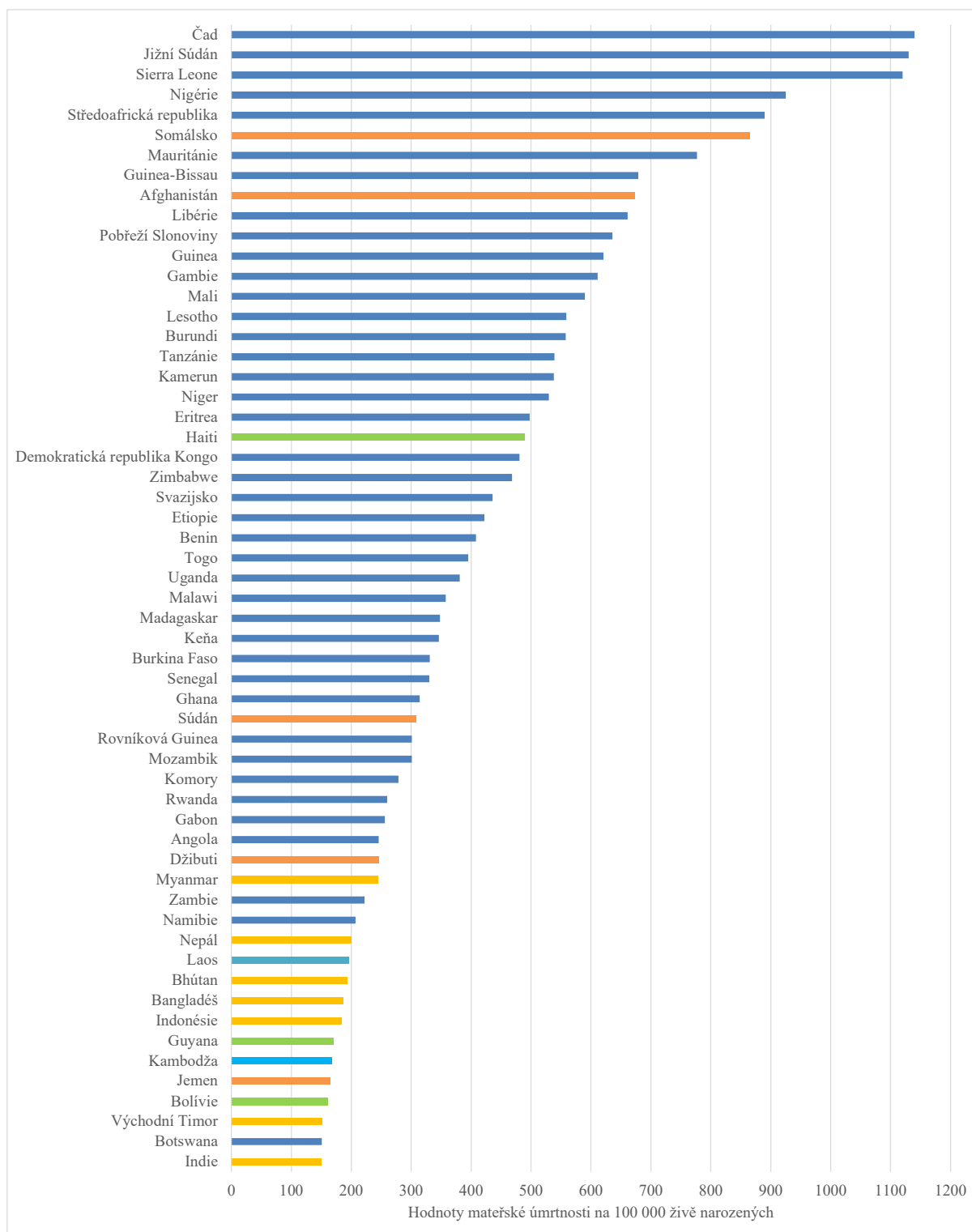


Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS 22.3.2022

3.3. Aktuální situace rozvojových zemí z pohledu sledovaných cílů

Z grafů dostupných na stránkách WHO lze jasně vidět, které země mají k roku 2016 (tedy roku, kdy začínají platit SDGs) nejvyšší mateřskou úmrtnost. Není náhodou, že přední příčky grafu zastupují právě státy LDCs především z regionů Afriky (modrá v grafu) a jihovýchodní Asie (oranžová v grafu). WHO (2022d) uvádí, že v roce 2017 každý den zemřelo přibližně 810 žen na příčiny, kterým se dalo předejít. Jak představuje graf, k 94 % úmrtí všech matek dochází v zemích s nízkými a nižšími středními příjmy. Jak jsem již zmiňovala výše, kvalifikovaná péče před, během i po porodu může zachránit mnoho životů jak žen, tak i dětí. Z grafu (viz obr. 5), který jsem sestavila na základě dat WHO (2022d), vyplývá, že přibližně 86 % (respektive 254 000) celosvětových úmrtí připadalo na subsaharskou Afriku (196 000) a jižní Asii (58 000).

Obrázek 5: Mateřská úmrtnost na 100 000 živě narozených v roce 2016 ve vybraných státech světa dle WHO 2022



Zdroj: vlastní zpracování dle WHO 2022d

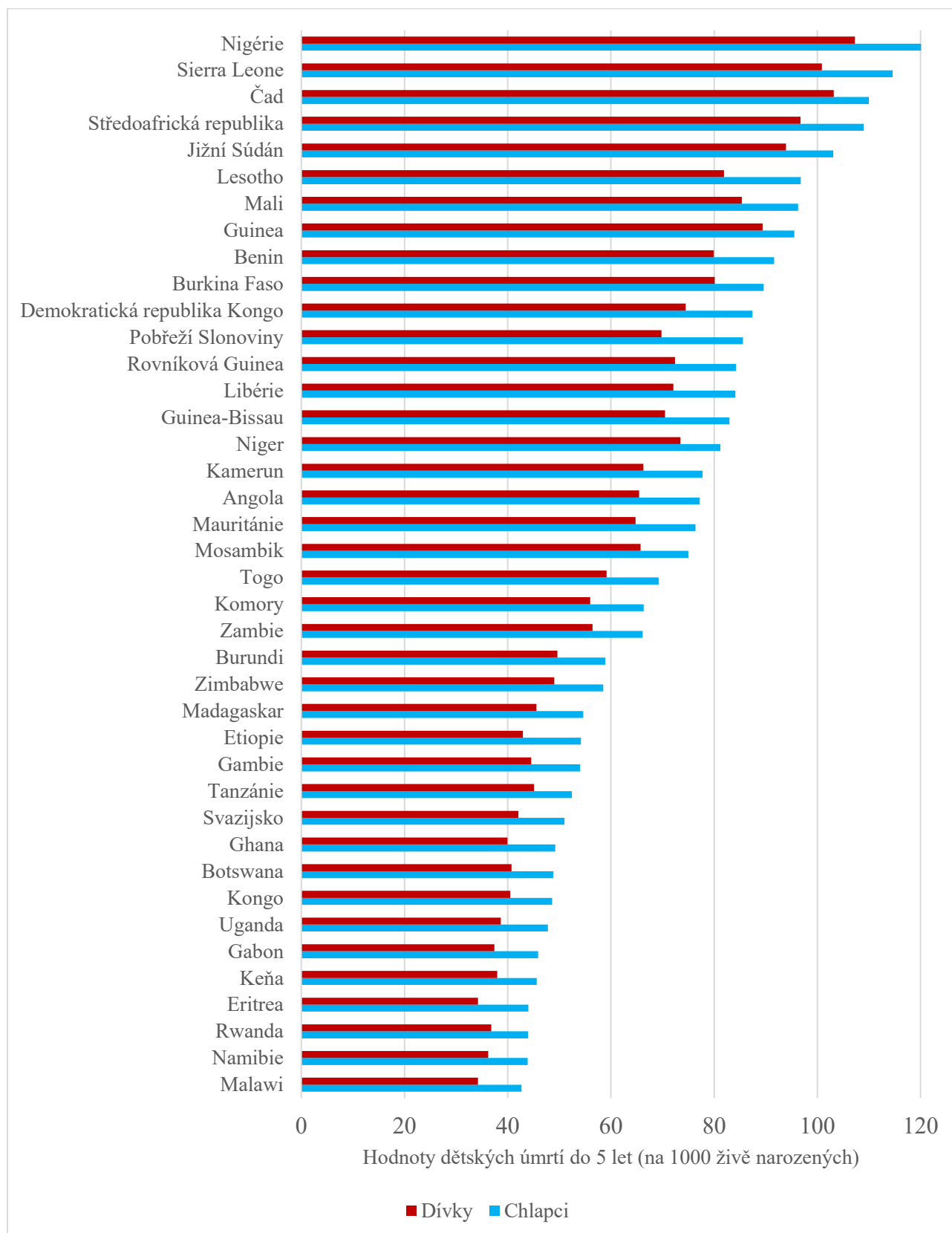
Přestože oba zmiňované regiony během éry MDGs zvládly snížit mateřskou úmrtnost o 60 % (jižní Asie), respektive 40 % (subsaharská Afrika), stále v těchto regionech umírá zbytečně příliš mnoho matek na komplikace, které ve vyspělém světě máme již podchycené.

Úmrtí matek v takových oblastech světa odráží nerovnosti v přístupu ke kvalitním zdravotnickým službám a zdůrazňují rozdíly mezi bohatými a chudými. WHO zmiňuje nejčastější příčiny úmrtí matek (jde o 75 % všech úmrtí). Jde o závažné krvácení (nejčastěji krvácení po porodu), infekce (po porodu), vysoký krevní tlak během těhotenství či komplikace při nebezpečném potratu. Další úmrtí matek jsou způsobeny infekcemi, jako je malárie nebo chronickými onemocněními (srdeční choroby, cukrovka). Otázkou je, proč se ženám všude na světě nedostává potřebná péče, aby se úmrtím předešlo? Z údajů WHO (2022d) vyplývá, že v zemích s vysokými či vyššími středními příjmy je u více než 90 % porodů zajištěna přítomnost vyškoleného personálu. V zemích LDCs je však takovýto vyškolený personál přítomen u méně než 50 % případů porodů. Hlavními důvody, proč ženy v rozvojových oblastech nevyhledávají dostatečnou péči jsou chudoba, vzdálenost od zdravotního zařízení, nedostatek informací, nedostatečné a nekvalitní zdravotnické služby, ale také kulturní přesvědčení a zvyky.

V rámci SDG považuje WHO cíl 3 za klíčovou prioritu. Proto se WHO aktivně zapojuje a řeší, jak v nejzranitelnějších zemích účinně pomoci. Zveřejňuje klinické a programové pokyny založené na důkazech, stanovuje globální standardy, poskytuje technickou podporu při vytváření i provádění účinných politik a programů. A především spolupracuje s partnery na podpoře zemí při dosahování cílů jako jsou řešení nerovností v přístupu ke službám reprodukční, mateřské, novorozenecké péče a jejich kvalitě, zajištění všeobecného zdravotního pokrytí a řešení všech příčin mateřské úmrtnosti (WHO 2022d).

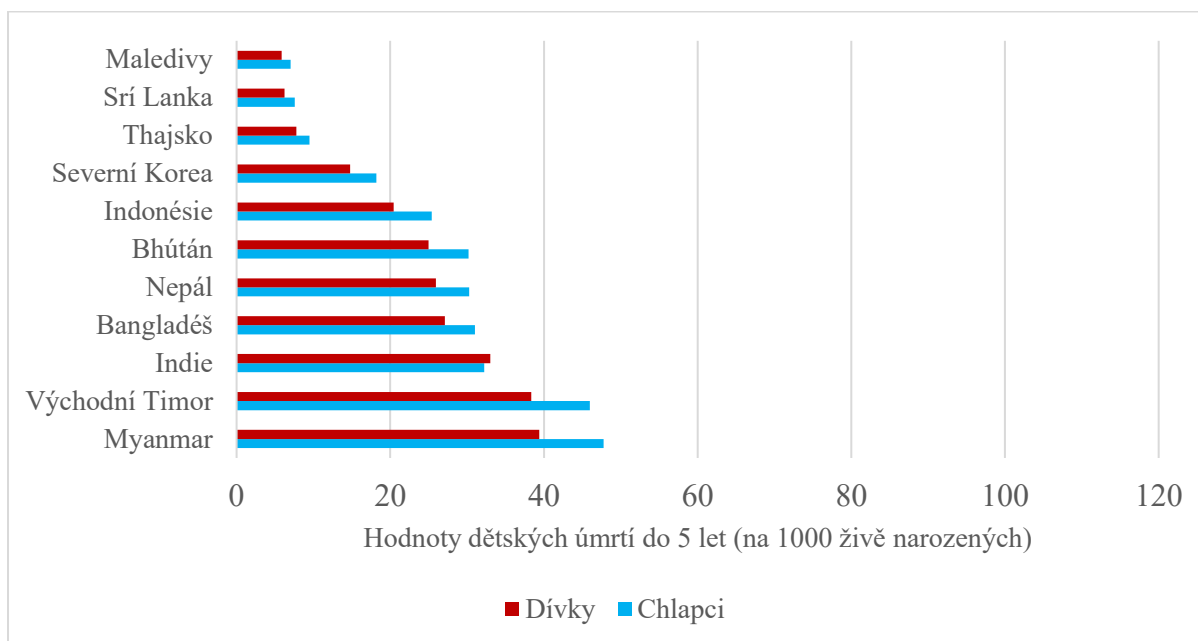
Dětská úmrtnost dětí mladších 5 let je, stejně jako mateřská úmrtnost, nejvyšší především v zemích LDCs. V grafickém provedení na stránkách WHO jsou data rozdělena do jednotlivých světových regionů. V regionu Afriky jsou na tom nejhůře státy Sierra Leone, Čad, Nigérie a Středoafriická republika, které k roku 2016 mají nejvyšší úmrtnost chlapců a dívek mladších 5 let. Ukazatel úmrtí dětí těchto států sahá přes 100 úmrtí obou pohlaví na 1000 živě narozených. Oproti tomu region jihovýchodní Asie vypadá dle grafu (viz obr. 7) uvedeném níže výrazně lépe, kdy jeho nejhorší stát Myanmar (47 úmrtí chlapců, 39 úmrtí dívek na 1000 živě narozených dětí) je na úrovni státu Uganda v subsaharské Africe (sedmá nejlepší země z výběru zemí v obrázku 6). Cílem je k roku 2030 snížit hodnoty alespoň k 25 úmrtí na 1000 živě narozených. K takové hodnotě má v regionu Asie nejbližší Bhútán (viz obr. 7), který k roku 2016 má jen 38 úmrtí chlapců a 28 úmrtí dívek na 1000 živě narozených. Tohoto cíle již dosáhly státy nacházející se v grafu za ním (Indonésie, Severní Korea, Thajsko, Srí Lanka, Maledivy). V regionu subsaharské Afriky se tomuto cíli zatím neblíží žádná ze zemí regionu (WHO 2022e).

Obrázek 6: Úmrtnost dětí do pěti let v regionu subsaharské Afriky k roku 2016 (na 1000 živě narozených)



Zdroj: WHO 2022e

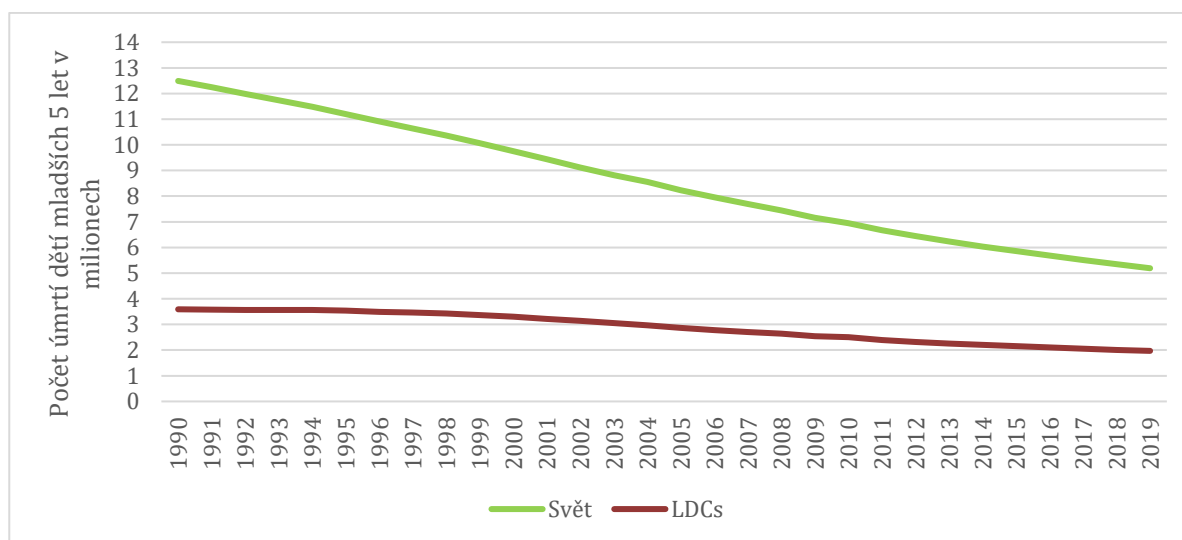
Obrázek 7: Úmrtnost dětí do pěti let v regionu jihovýchodní Asie k roku 2016 (na 1000 živě narozených)



Zdroj: WHO 2022e

WHO v nejnovějších datech zmiňuje, že k roku 2020 zemřelo celosvětově pět milionu dětí do pěti let, a to většinou z příčin, kterým lze předcházet. Na grafu z portálu Our World in Data (2022a) vidíme, že počet úmrtí dětí od roku 1990 (12,5 milionu) do roku 2019 celosvětově soustavně klesá (5,19 milionu). Graf názorně ukazuje výrazně pomalejší pokles úmrtí dětí do pěti let v zemích LDCs, přesto v celosvětovém měřítku představují nyní stále zhruba 40 % všech úmrtí této věkové kategorie na světě.

Obrázek 8: Počet dětských úmrtí do 5 let od roku 1990 do roku 2019 ve světě a v zemích LDCs



Zdroj: vlastní zpracování Our World in Data (2022a)

Polovina těchto úmrtí přitom připadá na novorozence (do 28 dní života dítěte). Jak dokazují data WHO za rok 2016, je i nadále nejvyšší úmrtnost dětí právě v Africe, kdy průměrně jde o 74 úmrtí na 1 000 živě narozených. WHO opět zmiňuje nejčastější příčiny úmrtí, kterými jsou komplikace při předčasném porodu, porodní úraz, zápal plic, průjem a malárie. Všem těmto uvedeným příčinám lze zabránit, pokud budou ve společnosti k dispozici cenově dostupné intervence v oblasti zdravotnictví a hygieny. Zajímavým porovnáním je dle WHO (WHO 2022e) celosvětový trend poklesu úmrtí dětí. Zatímco v roce 1990 zemřelo na světě jedno dítě z 11 před dosažením věku pěti let, o 30 let později (k roku 2020) jde o jedno úmrtí dítěte na 27 dětí. Tedy celosvětově se snížila dětská úmrtnost o 60 %. Bohužel na subsaharskou Afriku a jižní Asii připadá stále více než 80 % ze všech úmrtí dětí pod pět let. Navíc více než polovina úmrtí těchto dětí se vyskytuje pouze v pěti zemích Nigérii, Indii, Pákistánu, Demokratické republice Kongo a Etiopii (WHO 2022e).

3.4. Výzkumné otázky

Správné zvolení jednotlivých výzkumných otázek považuji za klíčové pro další postup této diplomové práce. V návaznosti na výše uvedený text očekávám, že jednotlivé státy (pro moji práci sledované státy LDCs) zavedou takové národní strategie v oblasti zdraví, díky kterým dokáží splnit hodnoty jednotlivých indikátorů, ke kterým se zavázaly po dobu patnácti let platnosti SDGs (2015-2030). Předpokládám, že každá země zvolí jinou strategii k dosažení jednotlivých cílů. Soudím, že každá země je v jiné fázi zdravotní reformy iniciované SDGs a sama si určí, jaké strategie povedou ke zlepšení ve sledovaném indikátoru. Pokud by všechny země LDCs spoléhaly pouze na jednu společnou strategii, je možné, že i to by vedlo ke snižování hodnot jednotlivých cílů, ale nešlo by o maximální využití potenciálu ke zlepšení v dané zemi. Proto bych chtěla posoudit co možná nejvíce různých zaváděných strategií. První výzkumnou otázkou, kterou si pokládám je:

1) *Jaké strategie zvolily země pro zlepšení sledovaných indikátorů?*

Následně mě zajímá, jak si momentálně vedou jednotlivé státy. Jak a kde jsou dostupná data sledovaných indikátorů SDG 3, jak jsou kvalitní, jaké mají nedostatky, jak s nimi lze pracovat, ale především jak je můžu vyhodnotit. Usuzuji, že právě státy LDCs trpí nedostatkem statistických dat pro sledování různých indikátorů a mnohdy spoléhají na pomoc s průzkumy různých světových organizací (např. UNICEF). Ze svých dosavadních hodnocení indikátorů MDGs (Ratajová 2019) usuzuji, že země dosud nejsou příliš úspěšné ve snaze o zlepšení indikátorů mateřské, dětské a novorozenecké úmrtnosti. Indikátor „podíl porodů vedených

kvalifikovaným zdravotnickým personálem” dosud nefiguroval v MDGs a je proto otázkou, jak kvalitní data budou dostupná. Ráda bych zjistila, kterého z ukazatelů SDGs je v současné chvíli nejproblematičtější dosáhnout. Druhá výzkumná otázka tedy zní:

2) *Který z ukazatelů SDG 3.1. či 3.2. je v nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován?*

Po zjištění nejhůře naplňovaného indikátoru ve vybraných zemích LDCs bych ráda přišla i na to, jaké intervence v rozvojových zemích nejlépe fungují pro dosažení rychlého zvratu hodnot indikátorů. Nemá přirozeně sledovat ty země, které daný cíl již splnily, a tedy v rámci SDGs již nemají žádné povinnosti. Chci se zaměřit na takové země, které za velmi krátkou dobu, kdy SDGs platí, dokázaly velmi výrazně snížit ten indikátor, s kterým má tato vybraná skupina zemí největší problémy. Neočekávám, že by plošně v zemích s vysokými hodnotami platila jedna intervence, kterou by stačilo zavést a dodržovat a snadno by se dosáhlo požadovaných hodnot. Předpokládám spíše různé strategie, které cílí na podobný problém, ale v každé zemi budou pojety rozdílně, aby se přizpůsobily kontextu dané země a konkrétním problémům, které země musejí řešit. Třetí výzkumnou otázku formuluji:

3) *Jakou intervenci zavedla nejúspěšnější země LDCs pro to, aby naplnila cíl, který je nejhůře naplňován?*

4. Metodika a data

Níže v empirické části přejmu data z různých světových organizací. Pro řešení první výzkumné otázky použiji především data ze stránek WHO, ty dle potřeb práce doplním o dostupné studie různých autorů, které se již v minulosti zabývaly stejným tématem a jsou přínosem i pro tuto práci. Vyhodnocování druhé výzkumné otázky s sebou přinese mnoho hledání těch správných, kvalitních a co nejnovějších dat za jednotlivé indikátory, které v práci sleduji. Za nejkvalitnější data považuji data organizací WHO, UNICEF a Světové banky, které se problematikou zdraví (matek a dětí) přímo zabývají. Jejich data přejímá i stránka Our World in Data, která tvoří veřejnosti přístupné a snadno pochopitelné grafy a mapy pro rychlejší pochopení trendů na dané téma indikátoru. Pokud nebudou dostupná data od těchto organizací, najdu novější data (mateřské úmrtnosti) na stránkách Goalkeepers, které použiji právě pro vyhodnocení mého prvního sledovaného indikátoru v empirické části – pro co možná největší aktuálnost. Odpověď na poslední výzkumnou otázku se budu opět snažit najít nejdříve na ověřených stránkách známých organizací WHO, UNICEF a Světové banky. Nalezené informace následně doplním údaji přidruženými pod organizací těchto zdravotních skupin. Použiji také studie autorů, kteří již hodnotili stav v zemi po zavedení jednotlivých intervencí, nebo kteří doporučují další možné intervence pro zlepšení situace v zemi. Celá práce a především empirická část (kapitola 5) bude strukturovaná dle trojice výše stanovených výzkumných otázek. Níže uvedené podkapitoly pak uvedou, jakým způsobem bude pro zodpovězení jednotlivých otázek postupováno.

4.1. Zdroje informací o volbě strategií k naplnění sledovaných cílů

Klíčové bude se zaměřit právě na přístupy, které povedou k dosažení zvolených hodnot SDGs souvisejících se zdravím. Nejlepšími zdroji mi tak budou mimo různých studií především informace, které poskytují zdravotní organizace (např. WHO, UNICEF). WHO představuje modely a programy, které řeší jak finanční investice do zdraví v rámci jednotlivých zemí, tak především poskytované komplexní služby v oblasti zdravotnictví v členských státech. Proto lze na stránkách organizace WHO najít doporučené intervence, kterými se mohou státy světa inspirovat a v upravené podobě je v zemi zavést, aby pomohly vyřešit daný problém. V práci představím pomocí tabulek pouze příklady těch intervencí, které mohou být zavedeny v rámci mateřského a dětského zlepšení zdraví, především v rozvojových oblastech. Navíc se budu snažit představit i jednotlivé intervence, které již byly zavedeny v několika vybraných zemích LDCs. Tím nastíním, co je v zemích pravděpodobně nejvíce potřeba a jak to lze řešit.

Přímo popíši i intervence, které byly zavedeny v Šalamounových ostrovech. Výběr právě této země vyberu pro jejich dlouhodobě nízké hodnoty sledovaných indikátorů (Ratajová 2019). Chci ukázat na zemi, která zavedla takové intervence, které fungují jak na konkrétní problémy, tak i v dlouhodobém hledisku v rámci strategického plánu země.

4.2. Výběr ukazatelů sledovaných cílů

Již nyní máme k dispozici údaje a shrnutí, které představuje na svých oficiálních stránkách UNDP. Agenda 2030 je zásadním bodem pro strategii dobrého zdraví i udržitelný rozvoj. Uvažuje nad rozšiřujícími se hospodářskými a sociálními nerovnostmi, rychlou urbanizací, změnou klimatu a životního prostředí, zátěží HIV i dalšími infekčními nemocemi a reaguje na nově objevující se výzvy (ukončení chudoby, snížení nerovností). Důležité bude i zahrnutí nových globálních výzev týkajících se oblasti zdraví, které nejsou výslovně zahrnuty v SDGs. Výběr ukazatelů diplomové práce odpovídá tomu, jaké konkrétní cíle v práci sleduji.

4.2.1. Mateřská úmrtnost

Mateřskou úmrtností organizace UNICEF rozumí úmrtí v důsledku komplikací v těhotenství nebo při porodu. Přesné měření mateřské úmrtnosti je ale stále náročné a mnoho úmrtí zůstává nezapočítáno. V mnoha zemích stále chybí dobře fungující systémy civilní registrace a statistiky života. Tam, kde takové systémy existují, ukazují často na chyby ve výkazech. Jedná se především o neúplnost dat (neregistrovaná úmrtí, známá také jako "chybějící") nebo chybné klasifikace příčiny úmrtí. Proto je i nadále velká výzva pro SDGs přesnost údajů. Co je to tedy přesně míra mateřské úmrtnosti, kterou se dále v empirické části zabývám? Je definována jako počet úmrtí matek v daném časovém období na 100 000 živě narozených dětí ve stejném časovém období. Zachycuje riziko úmrtí matky na jedno těhotenství na jedno živě narozené dítě. Počítají se všechna úmrtí těhotných žen a žen zemřelých 42 dnů po ukončení těhotenství v průběhu roku, které zemřely v důsledku přímých nebo nepřímých příčin souvisejících s těhotenstvím. Neřeší se délka či místo těhotenství. Rozsah mateřské úmrtnosti v populaci je v podstatě kombinací dvou faktorů. Prvním je riziko úmrtí matky v průběhu těhotenství nebo při porodu živého dítěte, druhým je úroveň plodnosti. Tu si můžeme představit jako počet těhotenství či porodů, která žena prožije v reprodukčním věku (UNICEF 2022g).

WHO (2019) poukazuje na některé hlavní problémy, které se často týkají právě těch zemí, které mají vyšší mateřskou úmrtnost. Data u marginalizovaných subpopulací často

nemají dostatečnou výpovědní hodnotu. Tento nedostatek přesných a reprezentativních informací neumožňuje určit, jak nejlépe řešit potřeby v oblasti mateřského zdraví u nejzranitelnějších skupin. Novým problémem je zvyšující se takzvaná pozdní mateřská úmrtnost. Pozdní mateřskou úmrtností se rozumí úmrtí z přímých nebo nepřímých porodnických příčin, ke kterému došlo po více než 42 dní, ale méně než jeden rok po ukončení těhotenství. Pokud dokáží tyto země problémy řešit, pomůže to snížit počet úmrtí matek, kterým by šlo předejít (WHO 2019). Jak se postupně zdravotní systémy v zemích zlepšují a jsou schopny lépe zvládat bezprostřední komplikace při porodu, proporcionálně spíše přibývá úmrtí během prvních 48 hodin po porodu. Podobně úmrtí matek do 42 dnů po porodu se také snižuje, ale procentuálně se zvyšuje podíl úmrtnosti (a také nemocnosti) způsobené pozdními následky porodu nebo pozdními komplikacemi u matek. Pro další sledování celkového zdravotního stavu matek je stále důležitější zajištění přesné dokumentace, aby bylo možné odhalit měnící se dynamiku v mateřské nemocnosti a úmrtnosti, a to až do jednoho roku po ukončení těhotenství.

V empirické části čerpám z dat dostupných ze stránek Goalkeepers (2021), protože mají nejaktuálnější data o všech sledovaných zemích mé vybrané skupiny států. Organizace UNICEF, WHO i Světová banka mateřskou úmrtnost sledují podrobně pouze do roku 2017, což není relevantní rok vyhodnocování pro mou práci. Ze stránek Goalkeepers přejímám data za rok 2020 a za rok 2016 pro možnost následného srovnání posunu ve snížení mateřské úmrtnosti jednotlivých států.

4.2.2. Podíl porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem

UNICEF (2022i) definuje kvalifikovaný zdravotnický personál jako komplexní pracovníky v oblasti zdraví matek a novorozenců, kteří jsou vzděláni, vyškoleni a regulováni dle národních a mezinárodních standardů. Jejich úkolem je veškerá pomoc matce. Musejí poskytovat kvalitní a zároveň důstojnou péči o ženu z hlediska lidskoprávního a sociokulturního. Mají usnadňovat fyziologické procesy během porodu a po porodu. Cílem je zajistit čistý a pozitivní porodní zážitek každé matce. Jejich práce je identifikovat komplikace matky či novorozence a řešit je. Dokáží rozpoznat příznaky potíží a včas matku nasměrovat na pohotovostní péči. Mezi nejčastější příčiny úmrtí matek patří krvácení nebo sepsa během porodu nebo po něm (UNICEF 2022i). Asistence kvalifikovaného zdravotnického personálu u maxima porodů je zásadní strategií při plnění SDG 3.1. Tak bude možné postupně snižovat mateřskou i novorozeneckou úmrtnost. Pro zlepšení přežití matek a dětí všech věkových kategorií je ale nezbytné, aby většina porodů byla bezpečně vedena kvalifikovaným

personálem. Tím se myslí lékaři, zdravotní sestry a vzdělané porodní asistentky. Nepatří sem však tradiční porodní pomocnice, které projdou pouze neodborným školením. To proto, že nekvalifikovaný personál nedokáže předvídat ani vhodně řešit závažné problémy.

Bohužel data tohoto indikátoru jsou velmi špatná a nekompletní. Celkový počet porodů v zemi mimo zdravotnická zařízení je obvykle založen na údajích z průzkumů šetření v domácnostech. Tím dochází ke zkreslení procenta porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem, navíc není možné zjistit, zda kvalifikace zdravotnického personálu odpovídá výše zmíněné definici. Mnohdy se pravděpodobně jedná pouze o odhad tohoto indikátoru, který je potřebný pro globální databázi SDGs. Navíc je nutno počítat s možnými rozpory ve vedení dat, které vznikly na národní úrovni. Data, která přejímám dále v empirické části, jsou sice čerpána z dat organizace UNICEF, jsou však velmi nekompletní. V empirické části představuji graf složený z dostupných dat za roky 2015-2019. Hodnoty u jednotlivých států nelze relevantně vyhodnotit, protože jsou uvedeny u různých států za různé roky. Nelze je tedy brát v potaz pro vyhodnocování výzkumných otázek této práce.

4.2.3. Dětská úmrtnost dětí do pěti let

Úmrtnost dětí do pěti let je klíčovým ukazatelem zdraví a blahobytu dětí. V širším smyslu ukazuje jak na sociální, tak ekonomický rozvoj země. Jedná se o celosvětově pečlivě sledovaný ukazatel veřejného zdraví, který odráží přístup komunit k základním zdravotnickým opatřením (očkování, lékařská léčba infekčních onemocnění a odpovídající výživa). Dětská úmrtnost je definována jako pravděpodobnost úmrtí mezi narozením a přesnými pěti lety věku dítěte, vyjádřeno na 1 000 živě narozených dětí. UNICEF uvádí tři různé možnosti, jak je možné evidovat dětskou úmrtnost. První možností je občanská evidence, kdy lze z údajů evidence obyvatel po půl roce lze vypočítat míru úmrtnosti specifického věku. Druhou možností je sčítání lidu a průzkumy, kdy se používá nepřímá metoda na souhrnné anamnéze porodů žen (v reprodukčním věku). Poslední variantou je přímá metoda průzkumů, která je založena na sérii podrobných otázek na každé narozené dítě, které žena během svého života porodila (UNICEF 2022j).

WHO ukazuje na provázanost a úzké spojení mezi cíli SDG 3.1.1 (mateřská úmrtnost) a SDG 3.2.1 (dětská úmrtnost), dále také na SDG 2.2.1 (ukončení všech forem podvýživy). K roku 2020 již 125 zemí světa dokázalo splnit cíl týkající se úmrtí dětí mladších pěti let. Pokud bude možné v tomto trendu celosvětově pokračovat, lze předpokládat splnění tohoto cíle dalšími 16 státy do roku 2030. Je pravděpodobné, že 54 zemí světa stanovený cíl nedokáže splnit včas (WHO 2022e). Jedná se především o nestabilní a konfliktní území a také mnohé

země subsaharské Afriky, jižní Asie. Právě do těchto oblastí je třeba soustředit maximální úsilí. Bohužel pandemie COVID-19 trend snižování dětské úmrtnosti značně zpomalila. Současnou snahou organizace WHO je zajistit v členských státech rovnost v přístupu k zdravotní péči prostřednictvím všeobecného zdravotnického pojištění. Díky tomu by měly všechny děti přístup k základním zdravotním službám bez ohledu na jejich finanční status. K dosažení tohoto cíle je nezbytná spolupráce WHO se všemi dotčenými složkami státní správy jednotlivých zemí (WHO 2022e).

Přestože organizace UNICEF je dětským fondem, a tedy by měla mít nejaktuálnější data, přebírám údaje ze Světové banky, která již nyní zveřejnila data pro rok 2020. Stejně tak jsem z databáze Světové banky převzala data pro rok 2016 (rok, kdy již začaly platit SDGs), díky kterým jsem mohla provést srovnání hodnot právě s rokem 2020. V empirické části představuji data převzatá od Světové banky za roky 2016 a 2020. U nich sleduji posun v dětské úmrtnosti, ke které země dospěly za zatím krátkou platnost Cílů udržitelného rozvoje. Narozdíl od dat podílu porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem považuji data týkající se dětské úmrtnosti za kvalitní, protože se nejedná pouze o odhady. Nepoužívám data UNICEF pouze pro to, že v době tvorby práce nebyly dostupná právě ty nejnovější.

4.2.4. Novorozenecká úmrtnost

UNICEF (2022j) definuje novorozeneckou úmrtnost jako pravděpodobnost, že dítě narozené ve sledovaném roku zemře během prvních 28 ukončených dnů života, a je vyjádřena na 1000 živě narozených dětí. Novorozeneckou úmrtnost můžeme dělit na časnou novorozeneckou úmrtnost, kdy k úmrtí dítěte dojde během prvních sedmi dnů života, a pozdní novorozeneckou úmrtnost, kdy k úmrtí novorozence dojde mezi sedmým až 28 ukončeným dnem života. Data jsou obvykle sbírána různými metodami. UNICEF (2022j) uvádí tři nejpoužívanější. První je občanská evidence, kdy se zjistí celkový počet narozených dětí, a spočítají se děti, které zemřely během prvních 28 dní života. Z těchto údajů lze následně vypočítat míru novorozenecké úmrtnosti. Druhou metodou je výpočet pomocí odhadů, který je odvozen od sčítání lidu a průzkumů, které v sobě zahrnují právě otázky na úmrtí v domácnosti během posledních 12 měsíců. Poslední metodou jsou průzkumy směřované na matky, u kterých se sérií otázek zjišťují informace o každém jejím narozeném dítěti. Mnoho zemí nemá k dispozici údaje z občanské evidence. Údaje jsou celosvětově získávány odlišnými metodami výpočtu a mohou tak být zatíženy různými chybami (například náhodnými chybami ve výběrových šetřeních). Průzkumy tak poskytují značně nekonzistentní odhady novorozenecké úmrtnosti v daných časových obdobích. Cílem aktivit UNICEF je tlak

na minimalizaci chyb každého odhadu, harmonizovat trendy v čase a vytvářet aktuální a řádně vyhodnocené odhady novorozenecké úmrtnosti (UNICEF 2022j). V empirické části přejímám hodnoty z databáze organizace UNICEF. V současnosti jsou nejaktuálnějšími daty hodnoty novorozenecké úmrtnosti pro rok 2019, proto jsem se rozhodla použít ve vyhodnocení indikátoru data pro roky 2015 a 2019. Dodržuji tak nastolený trend ostatních indikátorů, kdy hodnotím údaje po čtyřech letech sledování daného indikátoru. V empirické části proto i tak mohu vyhodnotit, zda došlo ve sledovaných zemích ke zlepšení či zhoršení situace v ukazateli novorozenecké úmrtnosti.

4.3. Problematika volby kritického indikátoru v modelových zemích

Definovat si, který indikátor a jaké země budou obsahem poslední výzkumné otázky, nebylo vůbec jednoduché. Závisí totiž na předchozí otázce a výsledcích, k nimž jsem dospěla. Je potřeba vyhodnotit, který ze sledovaných ukazatelů je nejhůře naplnitelným, tedy se kterým indikátorem má vybraná skupina zemí největší problémy a má ho nyní splněno nejméně zemí. Po takovém vyhodnocení následuje přezkum všech zemí, jak moc se v hodnotách takového indikátoru zlepšily ve sledovaném období. Předpokládám totiž, že pokud se země za krátkou dobu dokáže výrazně zlepšit v dlouho sledovaných indikátorech, mohlo by jít o zavedení velmi účinné intervence. Zvolila jsem si proto hranici, kdy do dalšího sledování v práci budou zahrnuty ty země, které za sledované období radikálně zvrátily trend daného indikátoru. Takovou mezí je snížení hodnoty indikátoru o více než pětinašobek hodnoty, které chce do roku 2030 dle SDGs dosáhnout. Pokud si to představíme na prvním indikátoru mateřské úmrtnosti, jednalo by se o ty země, které dokázaly snížit hodnoty mateřských úmrtí v zemi o více než 350 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí za sledované období. To proto, že cíl mateřské úmrtnosti dle SDGs je snížit mateřskou úmrtnost na méně než 70 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí.

Po upřesnění dalších sledovaných zemí následuje opět důkladná rešerše všech dostupných zdrojů. Jejím cílem je zjistit, co má vybraná skupina zemí společného nebo jaké jsou výrazné odlišnosti v těchto zemích. Zásadní ovšem bude přijít na informace, které mi pomohou k nalezení takových intervencí, jež byly v dotyčných zemích zavedeny. Důležité bude i sledovat jednotlivé země zvlášť. Jak se jim daří nyní, co je dobré v zemi zlepšit a jaké intervence navrhují zdravotní organizace (WHO, UNICEF). Mým předpokladem je, že by se mohlo jednat o země s vysokými hodnotami indikátoru na začátku SDGs. Správně zvolenou

intervencí země dokáže velmi rychle dospět k výraznému pokroku ve sledování daného indikátoru.

5. Postupy naplnění Cílů udržitelného rozvoje 3.1 a 3.2

V této kapitole se postupně snažím najít odpovědi na hlavní tři výzkumné otázky mé práce:

- 1) „*Jaké strategie zvolily země pro zlepšení sledovaných indikátorů?*”
- 2) „*Který z ukazatelů SDG 3.1. či 3.2. je v nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován?*”
- 3) „*Jakou intervenci zavedla nejúspěšnější země skupiny LDCs pro to, aby naplnila cíl, který je nejhůře naplňován?*”

Celá kapitola je strukturována do jednotlivých podkapitol, kdy se každá věnuje jedné výzkumné otázce a snaží se na ni nalézt odpověď.

5.1. Klíčové strategie dosažení Cílů udržitelného rozvoje 3.1 a 3.2

V samotném reportu zdraví od WHO (WHO Report 2021) jsou uvedeny jednotlivé příklady příležitostí, které by mohly napomoci k naplnění cílů SDG 3, tedy i k SDG 3.1. a SDG 3.2. V reportu se objevuje několik hlavních rad. První je aktualizace nebo revize národních nebo subnárodních strategií udržitelného rozvoje. S tím souvisí i kontrola politik, strategií a plánů spojených nejen s SDG 3, ale i s jinými sektory relevantními pro zdraví. Další zmiňovanou příležitostí je spolupráce s globálními a regionálními mechanismy, jako jsou mezinárodní zdravotnická jednání a zahraniční debaty. Je také třeba vypracovat dobrovolný národní přezkum do roku 2030. Tím je myšleno především sledování pokroku v SDGs v členském státě, včetně úspěchů, výzev, mezer v implementaci různých strategií, možných řešení nebo nově vznikající problémy. V neposlední řadě jde i o lepší připravenost na řešení pandemie COVID-19, který poslední roky zasáhl nepřipravenou celou planetu. Narušení zavedených postupů ukázalo, jak rychle se může změnit ekonomické a sociální chování nejen státu, ale i celé planety. V reportu je převzata myšlenka Menne a kol. (2020), která ukazuje přístupy k dosažení cílů SDG souvisejících se zdravím. Tyto přístupy ukazují v následující tabulce 4, kterou jsem sestavila pro snazší představení jednotlivých zmiňovaných přístupů.

Tabulka 4: Přístupy k pokroku plnění SDG 3

Zapojení se do hodnocení	Posouzení pokroku v plnění směrem k SDGs
	Posouzení integrace SDG
	Porozumění rozvojovému prostředí
Zapojení se do sladování	Usilování o soudržnost politik v oblasti zdraví a blahobytu a udržitelného rozvoje
	Podpora zdraví ve všech politikách v rámci více odvětvového a meziodvětvového mechanismu
	Uplatňovat hledisko spravedlnosti
	Chránit budoucí generace
Zapojit se do odpovědnosti	Prvky odpovědnosti
	Využívat a zlepšovat dostupnost údajů
Zapojit se do urychlení pokroku	Definovat priority
	Určit akcelerátory a intervence
	Identifikovat společná úzká místa a jejich řešení

Zdroj: vlastní zpracování Menne a kol. (2020)

Kategorií zapojení se do hodnocení zamýšlejí potřebu posouzení pokroku a integrace v rámci země a SDGs a porozumění danému rozvojovému prostředí. Kategorie o sladění přístupů stojí na tom, že je potřeba soudržnosti v oblasti politiky a zdravotních přístupů, které pomohou k dobrým výsledkům jednoho cíle, ale mohou znesnadnit pokrok jiných cílů. Také je potřeba, aby přístupy jednotlivých zemí společně chránili budoucí generace. Tím se země zapojují automaticky do odpovědnosti, která je další kategorií dle autorů. V neposlední řadě poslední fázi je zapojení se do rychlejšího pokroku, který může nastat, pokud se definují priority, určí akcelerátory a intervence a společně se identifikují problémové oblasti a jejich možná řešení.

Report byl zaměřen především na země Evropské unie a na případových studiích právě ze zemí EU autoři ukazovali, jak fungují jednotlivé přístupy a strategie. Pro své účely jsem převzala právě strategické naplánované zapojení zúčastněných stran, které lze použít ve všech fázích procesu i v zemích LDCs. Dle WHO je potřeba informovat a provádět politiky v oblasti zdraví a pohody ve všech odvětvích a dimenzích udržitelného rozvoje. Je nutná úzká spolupráce v prováděných politikách v oblasti zdraví a dobrých životních podmínek Agendy

2030. Díky zvyšování povědomí, které s sebou nese informovanost, zapojení a konzultování aspektů přímo se týkajících prováděných politik, se posílí postavení tohoto tématu na celosvětové úrovni. Dojde dříve a snáze k podpoře a zvýšení rozhodovacích pravomocí a mandátů k činnostem, které jsou v danou chvíli potřeba v dané zemi (Report WHO 2021).

Globální strategie pro zdraví žen, dětí a dospívajících popisuje vizi zlepšení zdraví žen a dětí v každém státě v letech 2016 až 2030. Některé z faktorů úspěchu při snižování mateřské úmrtnosti sahají od zlepšení na úrovni poskytovatelů zdravotního systému až po provádění intervencí zaměřených na snižování sociálních a strukturálních překážek. Takové strategie jsou součástí strategického rámce pro plánování politik a programů (Kuruvilla a kol. 2016). Yaya (2021) zmiňuje, že mateřská úmrtnost je v Africe velmi vysoká, zejména v zemích středoafriického a západoafriického subregionu. Pro dosažení SDG 3.1 je třeba navrhnout účinné strategie, které budou řešit genderové nerovnosti či nedostatek zdravotníků.

Následující část podkapitoly představuje klíčové strategie, které jsou potřeba pro dosažení Cílů udržitelného rozvoje 3.1 a 3.2 a jejich indikátorů. Klíčovými strategiemi můžeme chápat jednotlivé modely nebo programy, které nejdříve navrhují a posléze praktikují jednotlivé světové či neziskové organizace v potřebných zemích. Jsou jimi také intervence, které zavedou země buď na základě doporučení nějakého programu, který již v zemi funguje, nebo praxi, která funguje v jiné zemi a je pravděpodobné, že by mohla pomoci i zde. Obě tyto oblasti jsou spolu úzce spjaty a často jedna předchází druhé a naopak. Níže představuji zpočátku modely, programy a intervence organizace WHO (sekce 5.1.1 a 5.1.2), která by se jako světová zdravotnická organizace měla zaměřovat na celý svět včetně specializace na oblast zdraví. Příkladem vyčlenění jsou pak jednotlivé neziskové organizace, které jsou specificky zaměřeny na jednotlivá témata a výběr oblastí, které jsou pro dané téma nejzásadnější. Poté se v sekci 5.1.3. se dostávám i k představení jednotlivých programů v zemích LDCs, které s sebou přinášejí jednotlivé intervence. Vysvětluji i výsledky vybraných studií, které řeší úspěšnost či neúspěšnost a zavedení nových přístupů do běžné praxe v zemi. V závěru kapitoly jsem si vybrala jeden stát ze skupiny LDCs – Šalamounovy ostrovy, protože mají dlouhodobě nejlepší hodnoty cílů z oblasti zdraví z vybrané skupiny států. Na něm představuji problém země, zvolené intervence a popis řešení. V sekci zmiňuji také intervence na Šalamounových ostrovech, které byly zavedeny díky programu “Národní strategický plán zdraví pro rok 2019”. Takovouto ukázkou chci naznačit možnosti, které mají země při sestavování svých postupů v plnění jednotlivých cílů SDG 3.1 a 3.2.

5.1.1. Modely a programy WHO

Model WHO (2022b) “Cena za zdraví” v rámci SDGs je model, který odhaluje finanční investice potřebné k posílení zdravotních systémů, aby bylo do roku 2030 dosaženo právě cílů v oblasti zdraví. Ukazuje oblasti, v nichž jsou zapotřebí významné investice a předpovídá, do jaké míry si je mohou jednotlivé země dovolit. Analýza WHO ukazuje, že 85 % nákladů na tyto investice lze pokrýt z domácích zdrojů, ačkoliv až 32 nejchudších zemí světa (převážně země LDCs) čelí ročnímu nedostatku a budou nadále potřebovat také vnější pomoc. WHO tak vybízí země, aby si stanovily na národní úrovni přiměřené cíle výdajů na kvalitní investice do základních veřejných služeb ve zdravotnictví i v dalších sociálních sektorech v souladu s národními strategiemi udržitelného rozvoje. Země mohou požádat WHO o pomoc při stanovení priorit a odhadu potřeb zdrojů prostřednictvím pracovního programu. Ani když země splní úroveň výdajů, WHO není schopno zaručit dosažení SDGs v oblasti zdraví. To proto, že dosažení cíle nestojí pouze na správných výdajích, ale zásadní je především politický závazek k jejich plnění, rozumné investice do zdravotního systému a posílení institucí, které společně mohou přinést požadovanou změnu (WHO 2022b).

Program, kterému WHO (2021) vydalo vzdělávací brožuru, a tak zpřístupnilo zemím možnost se zapojit, je komplexní přístup služeb v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví (Sexual and Reproductive Health, SRH), a to v kontextu všeobecného zdravotního pokrytí. Zkratkou SRH mají autoři na mysli přístup všech lidí ke zdravotním službám, kdykoli je potřebují a bez finančních obtíží. Shodují se s SDGs, že je nutné, aby každý člověk měl možnost rozhodovat o svých právech (počet a načasování dětí, činit svá reprodukční rozhodnutí bez strachu z diskriminace, nátlaku nebo násilí). WHO si myslí, že velmi málo zemí bude schopno integrovat komplexní balíček služeb SRH do svých zdravotních balíčků, proto navrhuje poskytnout zemím jen částečné, které budou mít šanci využít a s postupem času budou moci balíček rozšiřovat. Takovýto balíček bude pro každou zemi obsahovat soubor zdravotních služeb, které chrání zranitelné a podporuje práva žen a mužů a zároveň umožní dostupnost stávajících služeb. Intervence zahrnují procesy podpory zdraví, prevence, screeningu, diagnostiky, léčby. Díky nim lze definovat zdravotní služby, které jsou potřebné k dosažení zdravotních cílů v příslušných kategoriích intervencí.

5.1.2. Intervence WHO

Na stránkách WHO lze dohledat, jaké intervence země zavedly dle programových oblastí. Dle zaměření práce jsem si vybrala kategorii mateřské a dětské úmrtnosti a sestavila

tabulky příkladů, které lze najít na stránkách WHO. Níže představené tabulky (5 a 6) ukazují možnosti intervencí, které navrhuje WHO, a které chce po zemích zavést ke zlepšení hodnot indikátorů SDG 3.1. a SDG 3.2. Jde pouze o potenciální možnosti, kterými by se dané země měly inspirovat a zavést pak takovou intervenci, která by dané situaci v zemi pomohla. V tabulce zmiňují intervenci, dále kategorii, do které spadá možné řešení, a následnou možnost neboli akci, jak daná intervence může být vyřešena (WHO 2022a).

Tabulka 5: Ukázka intervencí v oblasti mateřské úmrtnosti

Intervence	Kategorie akce	Akce
Péče související s potraty	Podpora zdraví a prevence	Poradenství v oblasti umělého přerušení těhotenství, včetně potratu a intrauterinní smrti porodu
	Procedury (včetně operací)	Ženská sterilizace
Řešení prenatalních komplikací	Nefarmakologické léčby	Posouzení výživy podle konkrétního stavu
Běžná péče během těhotenství	Podpora zdraví a prevence	Poradenství v oblasti výživy kojenců pro prevenci přenosu HIV z matky na dítě
Podpora zdravého růstu a vývoje	Nefarmakologická léčba	Poradenství spolu s praktickou ukázkou vyloučeného kojení
Rutinní péče během porodu a po porodu	Monitoring	Monitorování děložní činnosti
	Diagnostické postupy	Ultrazvuk k potvrzení polohy plodu
Rutinní poporodní péče o matku	Monitoring	Zhodnocení tonusu dělohy
Péče o poporodní komplikace matky	Procedury (včetně operací)	Opravy cervikálních a perineálních tržných ran
Doplňování mikro – a makroživin pro prevenci	Podpora zdraví a prevence	Denní suplementace železa u dospělých žen a dospívajících dívek
Očkování na základě individuálních charakteristik	Podpora zdraví a prevence	Očkování: vakcína obsahující tetanový toxoid (TTCV) pro dospělé

Zdroj: vlastní zpracování dle WHO (2022a)

Abawollo a kol. (2021) zmiňují, že 75 % všech úmrtí matek je způsobeno závažným krvácením, infekcemi, vysokým krevním tlakem během těhotenství, porodními komplikacemi a nebezpečnými potraty. I proto je mnoho intervencí zaměřeno na tyto opakující se problémy. Hlavní prioritou je vždy péče o matku a její zdraví. Potraty prováděny v nemocnici kvalifikovaným personálem, stejně tak jako řešení komplikací při potratu, těhotenství, nebo po porodu. Mělo by být samozřejmostí, že je matka po celou dobu těhotenství monitorována a chodí na pravidelné screeniny a kontroly k lékaři, jako je tomu zvykem v rozvinutých zemích. Díky tomu lze předejít mnoha špatným scénářům, které v nejhorších případech vedou k úmrtí dítěte nebo matky (viz tabulka 6). V některých částech světa je dlouhodobě slabě využívána poporodní péče. Subsaharská Afrika je nejvíce postiženým regionem světa, kde důsledkem nerovností v příležitostech chybí využívání kvalitních zdravotních služeb (Abawollo a kol. 2021). Obvykle je to spojeno se špatnou dostupností nemocniční péče, chudobou, nízkou úrovní vzdělání, nedostatečnou informovaností o komplikacích souvisejících s těhotenstvím, nedostatečným povědomím žen o důležitosti poporodní péče, nízké kvalitě služeb či negativním kulturním přesvědčením. Výše (tabulka 5) zmiňují možnosti, jak například podpořit zdraví matky: doplněním živin či očkováním matky vakcínou TTCV pro dospělé. Pro porovnání dynamiky v národním měřítku s vývojem v nižších měřítcích je potřeba, aby klíčové ukazatele byly konzistentně používány napříč jednotlivými úrovněmi.

Tabulka 6: Ukázka intervencí v oblasti dětské úmrtnosti

Intervence	Kategorie akce	Akce
Léčba prenatálních komplikací	Nitrožilní léky	Anti-D imunitní globulin
	Procedury (včetně operací)	Transfúze krve a krevních produktů
Zvládání komplikací během porodu a po porodu	Procedury (včetně operací)	Císařský řez
	Monitoring	Monitorování srdeční frekvence plodu
Rutinní péče během porodu a po porodu	Monitoring	Cervikální vyšetření
	Nefarmakologické léčby	Poradenství v oblasti nefarmakologické úlevy od bolesti
	Diagnostické postupy	Auskultace plodu
Péče o neonatální komplikace	Cílové hodnocení	Léčba retinopatie nedonošených

	Procedury (včetně operací)	Novorozenecká resuscitace
Prevence tuberkulózy	Podpora zdraví a prevence	Očkování: TBC
Screening a diagnostika poruch spojených s užíváním alkoholu	Screening	Identifikace a hodnocení kojenců vystavených alkoholu
Podpora zdravého růstu a vývoje	Nefarmakologická léčba	Poradenství v pokračování kojení a příkrmování
Podélné hodnocení růstu a vývoje	Doporučení	Odkazují na zvláštní péči o vývojové opoždění
	Screening	Screening pro sluch
Prevence malárie	Podpora zdraví a prevence	Poskytování chemoprevence sezónní malárie
Podpora zdravého rodičovství	Podpora zdraví a prevence	Komunitní skupinové poradenství v oblasti rodičovských dovedností
Screening a diagnostika stavu výživy	Hodnocení cíle	Hodnocení stavu mikroživin
Očkování na základě individuálních charakteristik	Podpora zdraví a prevence	Očkování: Cholera
		Očkování: Žloutenka typu A nebo B
		Očkování: Spalničky
		Očkování: Příušnice
		Očkování: Obrna
		Očkování: Tyfus

Zdroj: vlastní zpracování dle WHO (2022a)

Studie Kolahari, Abbasi-Kangevari a Abadi (2021) ukazuje, že až tři miliony kojenců zemřou v prvním měsíci života každý rok, většinou na příčiny, kterým lze předejít. Je jasné, že tento trend by šel zvrátit prevencí či včasnou diagnostikou léčitelných poruch. Zmiňují se často problémy jako jsou předčasný porod, porodní komplikace, průjem, neonatální seps nebo malárie. Výše opět představují výběr jednotlivých intervencí, které by měly dle WHO předcházet zbytečným problémům s dětským zdravím (viz tabulka 6). Péče již začíná v prenatálním období, kdy mohou přijít první komplikace a je třeba, aby matka chodila na pravidelné kontroly a případné komplikace v těhotenství řešila ihned. Intervencí, která je

pro rozvinutý svět automatická, je i možnost císařského řezu, pokud nastanou komplikace přímo během porodu. Nadále je nutné podporovat a sledovat zdravý růst a vývoj dítěte, ať už jde o kojení, příkrmování či sledování dostatku mikroživin. Nejen v zemích LDCs, ale ve všech zemích světa je nutná vakcinace novorozenců doporučených v dané zemi, čímž lze předejít následným potížím.

5.1.3. Konkrétní ukázky intervencí z Nejméně rozvinutých zemí světa

Nyní se dostáváme k představení některých konkrétních intervencí přímo v zemích LDCs, které již napomáhají v dané problematice zdraví žen a dětí. Program na snížení úmrtnosti matek a dětí, který byl zaveden v Senegalu, zahrnuje programy Národního plánu rozvoje zdraví, Lepší zdraví matek a rozhlasový pořad o reprodukčním zdraví. Tyto programy napomáhají ženám zvyšovat jejich povědomí o možných rizicích a nebezpečných příznacích těhotenství. Například program “Lepší zdraví matek” měl za cíl přispět ke snížení mateřské a dětské úmrtnosti v regionu a zlepšit kvalitu zdravotních služeb (Ndiaye a kol. 2021). Samotné WHO se samozřejmě také snaží vymyslet takový program, který bude v zemích prospěšný a napomůže zdravému průběhu porodu. Kontrolní seznam pro bezpečný porod (WHO Safe Childbirth Checklist, SCC) je právě takovou intervencí, do které WHO vkládá naděje na úspěšné zavedení do běžné praxe. Jedná se o seznam, který poskytuje oporu celkem ve 29 základních postupech, které jsou bezpodmínečně nutné pro bezpečný porod. Po zavedení tohoto programu ve Rwandě došlo již po třech týdnech praxe k zvýšení používání těchto postupů o 10 % (Tuihime a kol. 2018). V Etiopii se tato intervence do zdravotnictví vyhodnocovala až po roce po zavedení a Abawollo a kol. (2021) zjistili, že celkově došlo k výraznému posunu, především v kategorii úkonů krátce (do jedné hodiny) po porodu. Na přelomu roků 2017 a 2018 také v Etiopii probíhal výzkum vlivu vzdělání matek na kojeneckou úmrtnost. Kiross a kol. (2019) poukazují na to, že pochopení dlouhodobého vlivu vzdělání matek může přispět ke snížení kojenecké úmrtnosti. Autoři odkazují na studii Asefa a kol. (2000) kteří identifikovali v jihozápadní Etiopii právě vzdělání matek jako jeden z faktorů, který předurčuje kojeneckou úmrtnost. Tvůrci politik by proto měli věnovat větší pozornost podpoře role žen prostřednictvím odstraňování institucionálních a kulturních překážek, které ženám brání v přístupu ke vzdělání.

Intervence, která sleduje vliv poskytování vzdělání při péči o novorozence, má za cíl informovat (ve studii ženy v Teheránu) o nutnosti docházky na alespoň tři kontrolní návštěvy lékaře u matky a dítěte po porodu (Kolahari, Abbasi-Kangevari a Abadi 2021). Nigérie zavádí velmi podobnou intervenci, která cílí také na docházku matek po porodu, ovšem pracuje

s vlivem mobilních zařízení na zdravotní intervence. Mají představu, že díky vysokému mobilnímu pokrytí v Nigérii, by mohly ženám napomáhat právě telefony. Jejich idea je, že pomocí zpráv do mobilních telefonů by ženy nabádali ke kontrolním návštěvám po porodu (upomínkové zprávy) a mimo to by jim chodily i vzdělávací zprávy již od 35. týdne těhotenství do konce šestinedělí. Tato intervence bohužel nejde zavést ve všech rozvojových zemích, protože je potřeba vysokého počtu mobilních telefonů v populaci. Ukazuje se, že tato intervence je již nyní velice úspěšná, došlo ke zvýšení kontrolních návštěv po porodu o 27 % (Olajubu, Fajemilehin a Afolabi 2020). Další studie od autorů Mugo a kol. (2018) se zaměřila na determinanty dětské úmrtnosti v nestabilním a válkou postiženém prostředí Jižního Súdánu. V Jižním Súdánu hrají významnou roli v dětské úmrtnosti nerovnosti v oblasti zdraví a nerovné podmínky každodenního života. Mezi mnoha zmiňovanými faktory, které v nestabilním regionu zvyšují pravděpodobnost úmrtnosti dětí, jsou děti narozené dospívajícím matkám (15-19 let), děti žijící v městských oblastech nebo děti mužského pohlaví. Ti mají dle studie o 20 % větší šanci úmrtí do věku pěti let proto, že jsou náchylnější k infekčním nemocem či vrozeným vadám. I tato studie potvrzuje, že gramotnost matek má vliv na dětskou úmrtnost. Momentální snahou Jižního Súdánu v oblasti zdraví je tedy investovat do vzdělání matek, které pomůže jak jejich gramotnosti, tak i pozdějším sňatkům, a tedy pozdějšímu věku porodu prvních potomků. To vše s sebou ponese nižší riziko komplikací v celé době těhotenství včetně péče o dítě až do jeho pátých narozenin. Stejně tak je i potřeba, aby vláda přijala opatření k uplatňování právních předpisů pro zákonný věk dívek při uzavírání manželství a dlouhodobě ochraňovala dívky před předčasnými nebo nucenými sňatky, čímž zajistí naplnění jejich lidských práv. Tomu pomůže zavedení programu podmíněných peněžních převodů zaměřeného na chudé rodiny. Tyto intervence a programy je potřeba zavést do každodenního života, aby postupně i v nestabilních regionech docházelo ke zlepšování situace.

Ukázkou toho, kde uvedené již funguje, jsou například Šalamounovy ostrovy. Tosif a kol. (2020) v jejich studii popisují jaké jednotlivé intervence se začaly praktikovat a kde fungují. Mnohostranný národní novorozenecký program je popisován jako realizace intervence zaměřené na zlepšení kvality péče o novorozence. Pro přehlednost zde přejímám tabulku ze studie (viz tabulka 7), která představuje jednotlivé překážky a intervence zavedené k jejich překonání.

Tabulka 7: Použité intervence na Šalamounových ostrovech

Překážka	Zvolená intervence	Popis řešení
Bariéry organizační a pracovní struktury	Zapojení, změny a podpora v rámci zdravotního systému a jeho kultury	Zprostředkování zapojení zúčastněných stran do politických rozhodnutí a místního konsenzuálního procesu prostřednictvím řídicího výboru pro novorozence. Zapojení místního názorového vůdce v rámci Ministerstva zdravotnictví, pediatrických a porodnických oddělení. Byla jmenována kontaktní osoba pro péči o novorozence jako hlavní koordinátor a zdrojová osoba pro školení a podporu novorozenců.
Strukturální problémy: Základní vybavení, organizace a údržba	Poskytování vybavení, školení a technické podpory	Dodání dalšího zdravotního vybavení, aby bylo dosaženo minimálních standardů. Poskytnutí školení. Resuscitační vybavení umístěné v blízkosti porodních prostor. Zapsání vybavení do národního registru zdravotních prostředků a technické podpory.
Znalostní a dovednostní nedostatky zdravotnických pracovníků	Školení v péči o novorozence a odborný dohled	Realizování vzdělávacího programu a distribuce vzdělávacích materiálů prostřednictvím vzdělávacích návštěv v jednotlivých provinciích. Ve všech provinčních nemocnicích proběhla malá skupinová školení se zdravotnickými pracovníky z každé provincie.

Zdroj: Vlastní zpracování dle Tosif a kol. (2020)

Studie autorů Kelly a kol. (2021), která se zaměřovala na různé státy Tichomoří a Karibiku, mimo jiné i na Šalamounovy ostrovy, sledovala především pokrytí antikoncepčními a mateřskými zdravotními službami. Řeší, jak byly cenově dostupné a jaká byla ekonomická návratnost prostředků vložených do intervencí. Národní strategický plán zdraví, který na Šalamounových ostrovech platil do roku 2020, měl například za cíl 100% porodnost ve zdravotních zařízeních nebo také zlepšení mateřského zdraví matek v obtížně dostupných komunitách. Ze studie vyplývá, že by měla na Šalamounových ostrovech klesnout o 31 % mateřská úmrtnost k roku 2030 a tím splnit cíl SDG 3.1. Je však třeba brát v potaz malou velikost populace (656 000 obyvatel k roku 2019) a nízký počet porodů za rok. Proto je potřeba mateřskou úmrtnost interpretovat opatrně.

Tabulka 8: Výběr zavedených intervencí na Šalamounových ostrovech z Národního strategického plánu zdraví pro rok 2019

Služby bezpečného potratu	Očkování proti tetanu	Detekce a léčba syfilis	Řešení případů malárie
Čisté porodní prostředí	Ruční odstranění placenty	Parenterální podání antibiotik	Porod císařským řezem
Transfuze krve	Míra prevalence antikoncepce	Poptávka po plánování rodiny uspokojená moderními metodami	Ženská sterilizace

Zdroj: Vlastní zpracování dle Kelly a kol. (2021)

Rozvojové státy mají ale výhodu, že se již ví, co je potřeba a co funguje v zemích rozvinutých. Tím by se měly řídit i další země, u kterých sice je snaha zlepšit svoji situaci v indikátorech, ale stále se nedaří spojit všechny potřebné strany za společným cílem. Šalamounovy ostrovy jsou nyní dobrým příkladem všem zemím LDCs, i když jak zmiňují výše, mají určitou výhodu ve velikosti země.

Poslední indikátor, který sleduji v této práci, je novorozenecká úmrtnost. Přestože dle dat má Svatý Tomáš a Princův ostrov relativně dobré hodnoty oproti jednotlivým státům LDCs, stále jsou velmi vysoké. Proto Vasconcelos a kol. (2022) zjišťovali, jaké předporodní screeniny v zemi provádějí a jaké předporodní problémy se následně zjistí. Předporodní péče je totiž jednou ze strategií, jak dosáhnout snížení novorozenecké úmrtnosti. Na Svatém Tomáši a Princově ostrově nemá mnoho těhotných žen přístup k celému spektru doporučených předporodních vyšetření. Studie vyhodnocuje jako nejčastější nepříznivé výsledky pro novorozence anémii matek a bakteriurie. Střevní paraziti jsou hlavními zdravotními problémy (u více jak poloviny žen), které by se měly v zemi naléhavě řešit, aby se zabránilo mortalitě novorozenců. Přesto je třeba zmínit, že země dosáhla pokroku předporodní péče matek, kdy k ní má přístup každá, bohužel však nejsou vždy provedena všechna potřebná vyšetření. A tak je těžké vyhodnotit, zdali je bezplatná předporodní péče, kterou autoři navrhují, skutečně tou intervencí, která jež pomůže ke kýžené hodnotě novorozenecké úmrtnosti SDG 3.2.2. k roku 2030.

V této kapitole jsem představila jak jednotlivé ukázky programů a intervencí, které navrhuje všem zemím světa samotná organizace WHO, tak i intervence, které zapojily vybrané země na národní úrovni. Interpretuji i výsledky různých studií, které řešily úspěšnost či neúspěšnost intervencí a jejich zavedení do běžné praxe v zemi. Není možné očekávat,

že použitím jedné intervence ve všech zemích LDCs se vyřeší všechny problémy sledované v této práci. Úmrtnost dětí i matek je tak komplexním tématem a jde o mnoho společných věcí, nelze určit žádný dokonalý postup, který by měla země LDCs za 15 let trvání SDGs podstoupit, aby dosáhla 100% úspěchu v hodnocení v roce 2030. Země LDCs mají k dispozici jak postupy, které fungují v rozvinutých zemích, tak metody úspěšné v okolních zemích nebo v zemích podobné ekonomické situace (země LDCs). Vždy je ale potřeba znát možnosti, výzvy a slabé stránky vlastní země a uzpůsobit jim své národní zájmy a postupy. To je však v současné chvíli především právě na tvůrcích národních politik. Ti budou zodpovídat za výsledky, které představí k roku 2030.

5.2. Hodnocení ukazatelů v nejméně rozvinutých zemích světa

V následujících kapitolách se zabývám plněním vybraných ukazatelů, které jsem si vybrala na podrobnější analýzu. Každý ukazatel (SDG 3.1.1, SDG 3.1.2, SDG 3.2.1 a SDG 3.2.2) sleduji na úrovni zemí LDCs a snažím se přijít na to, proč mají jednotlivé země taková data a jaké z toho plynou závěry. UNSTATS (2022) uvádí, že již nyní můžeme říct, že i přes pandemii COVID-19, která narušila pokrok jednotlivých zdravotních ukazatelů, zdraví matek a dětí se zlepšilo. I když ne dostatečně rychle, aby všechny země splnily cíle do roku 2030.

Cílem SDG 3.1 je do roku 2030 snížit globální úmrtnost matek na méně než 70 na 100 000 živě narozených dětí (SDG 3.1.1). To se bohužel žádné zemi LDCs nepodařilo doposud splnit (k roku 2020). Druhým ukazatelem, který by měl pomoci k naplnění tohoto cíle a se zlepšením by mělo docházet i k menší úmrtnosti matek, je podíl porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem (SDG 3.1.2). Tento ukazatel nemá žádnou stanovenou hodnotu, které by bylo nutné dosáhnout ke splnění k roku 2030 v rámci SDGs, ale i tak je snahou mít ideálně 100 % pokrytí porodů s kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Bohužel tento ukazatel nemá kompletní dostupná data, a proto se mu dále nevěnuji tak dopodrobna, protože není relevantní porovnávat údaje za různé roky u jednotlivých zemí. Přesto jsem vytvořila graf, kde je přehledně vidět, jak na tom dle dostupných dat země je a máme tak představu, jak si stojí.

Cíl SDG 3.2 je již více sledován, a tedy i jeho data jsou dostupnější a přesnější. Požaduje do roku 2030 eliminovat úmrtí novorozenců a dětí mladších 5 let, přičemž všechny země mají za cíl snížit novorozeneckou úmrtnost na maximálně 12 na 1000 živě narozených dětí (SDG 3.2.2) a úmrtnost dětí mladších 5 let na maximálně 25 na 1000 živě narozených dětí (SDG 3.2.1). Cíl snížení dětské úmrtnosti dětí mladších 5 let dokázaly na požadovanou hodnotu

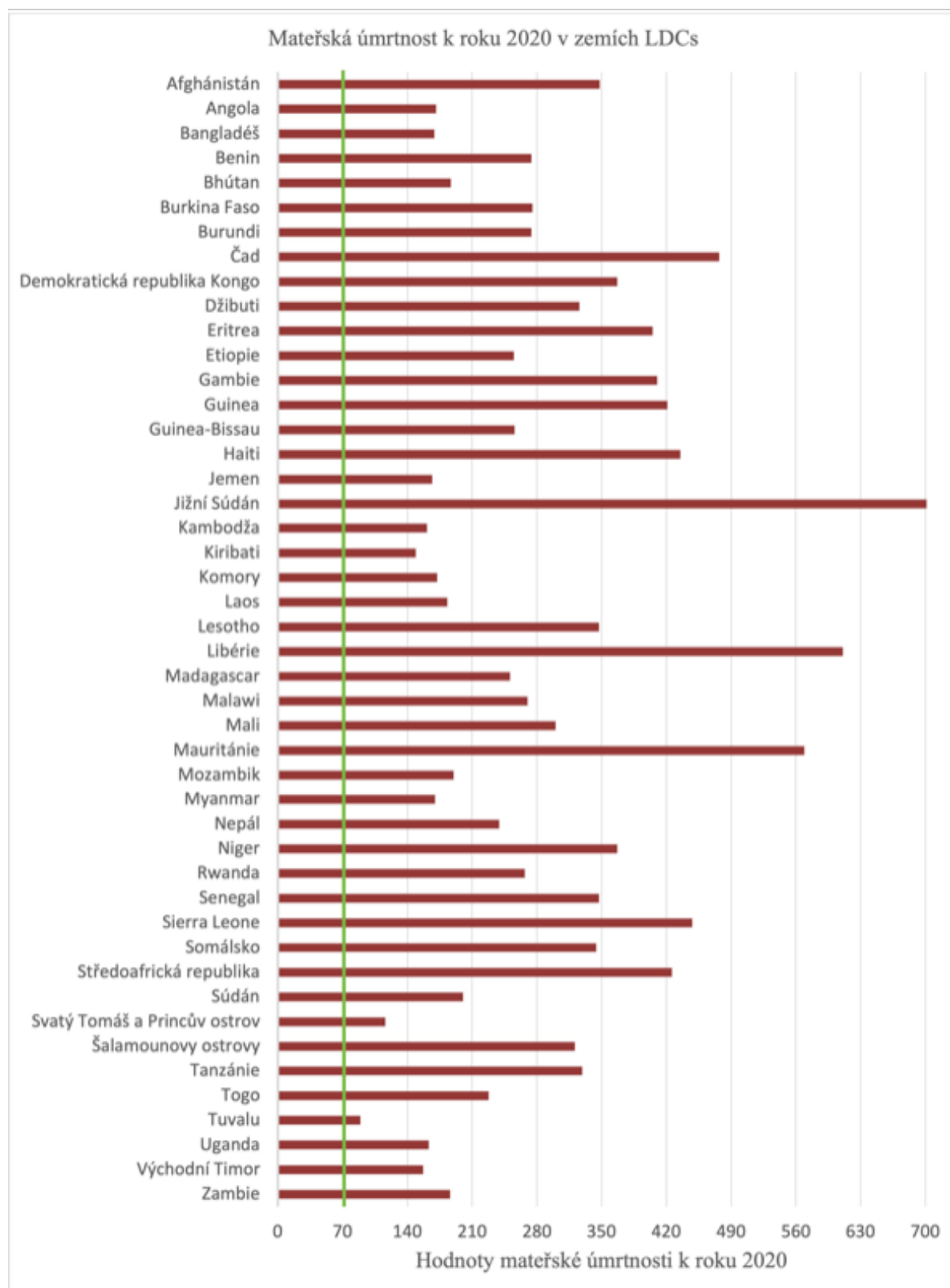
snížit nyní (pro rok 2020) již tři státy a několik dalších má dobře našlápnuto k tomu, aby se k roku 2030 staly také úspěšnými zeměmi. Cíl novorozenecké úmrtnosti prozatím dosáhl dle dat UNICEF pro rok 2019 (2022g) splnit pouze jeden stát, ovšem odhady Světové banky pro rok 2020 ukazují na splnění již dvou ostrovních států.

Výše jsem uváděla spíše úspěšnost jednotlivých indikátorů, ale dále v práci více rozebírám i ty neúspěšné země, které mají v současnosti nejdále ke splnění včetně důvodů, proč tomu tak může být.

5.2.1. Mateřská úmrtnost

Následující graf (obr.9) ukazuje, jak si jednotlivé země LDCs stály v tomto ukazateli v roce 2020. Z grafu je patrné, že cíl snížit mateřskou úmrtnost na méně než 70 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí se zdá dle dostupných dat velmi ambiciózní.

Obrázek 9: Mateřské úmrtnost na 100 000 živě narozených dětí k roku 2020



Zdroj: vlastní zpracování dle dat Goalkeepers 2021

Graf názorně ukazuje, že méně než 70 úmrtí na 100 000 živě narozených dětí nedosáhla jediná země. Záměrně jsem osu x grafu vyznačila po dílech 70, aby bylo jasně vidět, jak daleko

má daný stát ke splnění. Mezi nejlepšími ze zemí, jejichž hodnoty jsou maximálně dvakrát vyšší nalezneme Kiribati, Tuvalu a Svatý Tomáš a Princův ostrov. Ovšem hodnoty států Jižní Súdán, Libérie a Mauritánie jsou více než šestinásobné oproti žádanému výsledku k roku 2030. Pokud srovnáme průměrnou hodnotu úmrtí matek k roku 2015 zemí Evropské unie (8 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí) s hodnotami LDCs (436 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí), jasně vidíme propastný rozdíl. Na subsaharskou Afriku a jižní Asii připadalo dle WHO (2019) v roce 2017 přibližně 86 % odhadovaného celosvětového počtu úmrtí matek, přičemž na samotnou subsaharskou Afriku připadalo zhruba 66 %. Na tento region připadá také největší podíl (89 %) celosvětových nepřímých úmrtí matek souvisejících s HIV (WHO 2019). Celkově v jejich vizualizaci lze vidět obrovský nepoměr úmrtí matek mezi jednotlivými zeměmi světa, nejen těmi, které spadají do skupiny zemí LDCs. Portál Our World in Data (2022b) také uvádí pět zemí (Sierra Leone, Středoafriická republika, Čad, Nigérie a Jižní Súdán), kde je největší pravděpodobnost, že žena v daném těhotenství zemře na nějaké komplikace.

V dalších odstavcích se snažím odpovědět na otázky, proč právě tyto země tolik zaostávají nejen oproti cílové hodnotě k roku 2030, ale i oproti ostatním zemím LDCs. První věc, která tyto země spojuje, je samozřejmě členství v uskupení zemí LDCs, ovšem právě tyto tři země byly v roce 2017 a dále i na předních příčkách takzvaných Fragile States Indexu (respektive v indexu křehkých států). Právě v roce 2017 Jižní Súdán představoval dle žebříčku indexu nejhorší hodnotu na světě (113,9 = souhrn všech dvanácti kategorií, které se hodnotí na stupnici 0-10) a společně se zeměmi jako Somálsko, Středoafriická republika, Jemen, Sýrie a Súdán patřil do skupiny velmi vysoké pohotovosti. Proč je tedy na čele i tohoto žebříčku právě Jižní Súdán? Reliefweb (2017) vidí největší jeho problém v prohlubující se potravinové nejistotě, pokračujícím konfliktu mezi stoupenci prezidenta Salvy Kiira a viceprezidenta Rieka Machara a také zprávami o etnických čistkách a pozastavenými volbami. K roku 2021 se Jižní Súdán (skóre indexu kleslo na hodnotu 109,4) již posunul do skupiny zemí vysoké pohotovosti, na čtvrté celkové místo, ve které je společně s Demokratickou republikou Kongo, Středoafriickou republikou, Čadem, Súdánem a Afghánistánem. Nestabilita v regionu Afrického rohu, uprchlická krize, soupeření o přeshraniční zdroje, terorismus, pirátství, klimatické otřesy, komunitní konflikty, nelegální přeshraniční obchod a další problémy jen každým dnem zhoršují regionální stabilitu. Africký roh v poslední době utrpěl několik po sobě jdoucích otřesů, které zvýšily jeho zranitelnost. Patří k nim mimo jiné záplavy, nedostatek srážek, invaze pouštních sarančat, pandemie COVID-19, které vážně ovlivnily zaměstnanost a živobytí. Dále je pravděpodobné, že navrhovaná opatření keňské vlády k repatriaci uprchlíků

z obou táborů ovlivní živobytí statisíců žadatelů o azyl a uprchlíků z různých sousedních zemí, kteří čelí podobné a horší míře nestability. Mezi ně patří Etiopie, Demokratická republika Kongo, Jižní Súdán, Súdán, Burundi a Uganda. Navíc hrozí, že konflikt v Tigraji přeroste v plnohodnotnou válku a destabilizuje již tak křehký region Afrického rohu (Report Fragile States Index 2021).

Jak porozumět tomuto Fragile States Indexu (dále jen FSI)? Jde o každoroční žebříček 179 zemí založený na různých vlivech, který ovlivňuje křehkost jednotlivých států. Skóre FSI interpretujeme tak, že čím je skóre nižší, tím je země více stabilní. Naopak vyšší skóre FIS naznačuje větší nestabilitu země a její křehkost zvládnout neočekávatelné situace v zemi (Report Fragile States Index 2021). Tyto země dlouhodobě můžeme nazvat i jako takzvané zhroucené státy (collapsed states). Rotberg (2016) říká, že slabé státy zahrnují široké kontinuum států, které jsou napjaté, hluboce konfliktní, nebezpečné a jsou předmětem tvrdých sporů mezi válčícími frakcemi. Občanské války, které charakterizují zhroucené státy, obvykle vycházejí z etnického, náboženského, jazykového nebo jiného mezi komunitního nepřátelství. Na rozdíl od silných států nemohou selhávající státy kontrolovat své hranice. Ztrácejí autoritu nad částmi území. Takovým případem je i Somálsko, respektive mezinárodně neuznaný Somaliland na severu Somálska. Navzdory rozparcelování zhrouceného státu na léna válečných oligarchů zde stále převládá nepořádek, chaos, anarchická mentalita, nezákonné podnikatelské aktivity (zejména obchod se zbraněmi a drogami), které jsou slučitelné s vnějšími teroristickými sítěmi (Rotberg 2016).

Přesto se vrátím zpět k problému Jižního Súdánu, který má nejhorší hodnoty i mateřské úmrtnosti, sledované v této podkapitole. Jižní Súdán se po referendu v lednu 2011 rozhodl osamostatnit a 9.7.2011 vznikl samostatný stát. Ovšem i tak v zemi zůstávají nevyřešené různé otázky, například spory se Súdánem o oblast Abyei, ozbrojené boje mezi vládou a původními povstaleckými skupinami nebo etnické násilí spojené s konflikty. Navíc je stále problémem rozdělování příjmů z těžby ropy se Súdánem, se kterým se stále vedou i boje při hranicích o území, která jsou bohatá právě na ropu. Těmto všem problémům odpovídal i FSI, který byl v roce 2012 na hodnotě 108,4 (tedy stát na stupni vysoké pohotovosti, který nemůžeme považovat za stabilní). Ovšem koncem roku 2013 vypukla v zemi občanská válka, a i přes snahu OSN a různých mírových smluv a domluv se v zemi válčilo až do roku 2020, kdy 20.2.2020 se Salva Kiir Mayardit a Riek Machar dohodli na mírové dohodě. Od roku 2012 FSI strmě rostl a jeho maximum bylo v roce 2015 (114,9), od té doby pomalu klesá, ale stále nemůžeme o Jižním Súdánu říct, že by šlo o stabilní zemi. Pořád je v žebříčku indexu křehkosti států mezi čtyřmi nejhoršími zeměmi světa (Report Fragile States Index 2021).

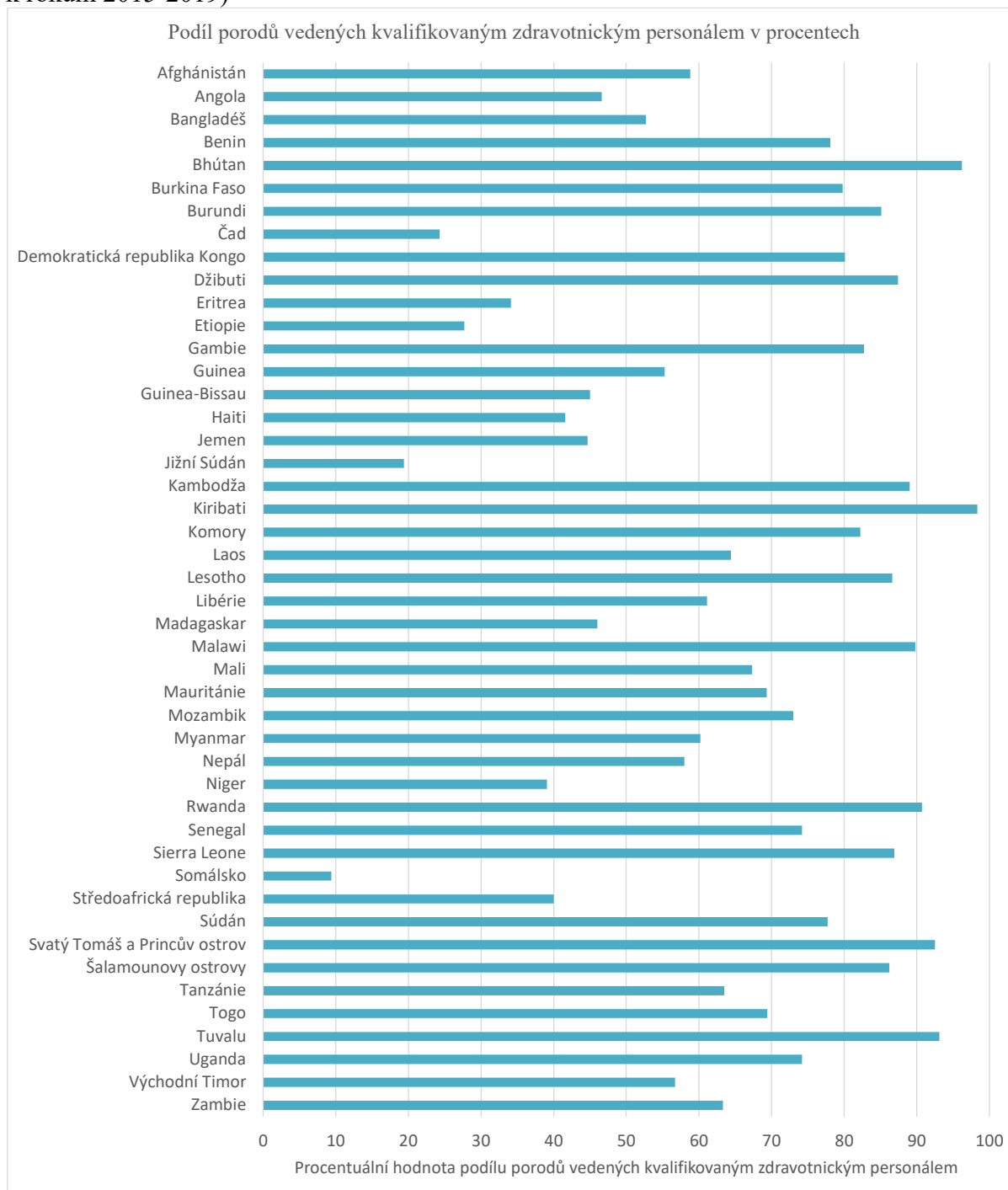
Naopak mezi relativně úspěšné země můžeme zahrnout země, které k roku 2020 vykazují nižší hodnoty než dvojnásobek daného cíle. Jedná se tedy o státy, které mají hodnotu nižší než 140 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí. Dle dostupných dat toto kritérium splňují pouze dva státy, Tuvalu (89) a Svatý Tomáš a Princův ostrov (116). Hodnotím je jako úspěšné země dle ukazatele mateřské úmrtnosti.

Martin a kol. (2020) zmiňují, že výrazný vliv na zdraví matek má zapojení rodinných příslušníků do pomoci matkám. Ukazuje se, že pokud matkám pravidelně pomáhají i jiní rodinní příslušníci mimo otců dítěte, zdravotní stav matek není tolik ohrožen. Wilson a kol. (2020) sledují vícero intervencí a snaží se přijít na to, které z nich zlepšují péči o matku a novorozence. Samotné relativně vysoké pokrytí zdravotní péče, které například v Tuvalu je až 80 %, nemusí nutně znamenat lepší zdraví matek a novorozenců. Je třeba poskytovat kvalitní péči, která je bezpečná, účinná, včasná, efektivní, spravedlivá a zaměřená na každou jednotlivou matku a její dítě. Rumsey a kol. (2016) uvádí program, při kterém pracovníci Australského programu předávají své zkušenosti v oblasti ošetrovatelství a porodní asistenci ve státech jižního Pacifiku. Cílem tohoto programu bylo určit cíl pro celou zemi, učit se, jak být vedoucím pracovníkem, vyjednávat o překážkách a mít účinného mentora. Tento program proběhl nejen v Tuvalu, ale i na Šalamounových ostrovech a Kiribati. Pro účinné posílení kvality péče o matku a novorozence v celém regionu je třeba rozšířit snahy tak, aby zahrnovaly poznatky od žen a jejich komunit, udržitelné vzdělávací programy a zlepšení vedení zdravotního systému. Svatý Tomáš a Princův ostrov, jak zmiňují již výše, se zaměřuje především na dostupnost předporodních vyšetření pro těhotné ženy. V tomto se zemi podařilo za poslední roky zlepšit, ovšem stále přetrvává problém, že předporodní vyšetření nejsou provedena všechna nebo v potřebné kvalitě. Bylo třeba mít také více proškoleného personálu ve všech zdravotních zařízeních.

5.2.2. Podíl porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem

Zásadní strategií při plnění SDG 3.1. je zajištění, aby u všech porodů asistoval kvalifikovaný zdravotnický personál. V následujícím grafu (viz obr. 10) nejsou data striktně u každé země k roku 2019, ale je to souhrn nejnovějších dat, které jsou v tomto indikátoru na úrovni jednotlivých zemí k dispozici. To proto, že právě tato data jsou velmi zřídka uvedena a nejsou aktualizována u mnou vybraných zemí každý rok.

Obrázek 10: Podíl porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem (souhrnně k rokům 2015-2019)



Zdroj: vlastní zpracování dle dat UNICEF 2022i

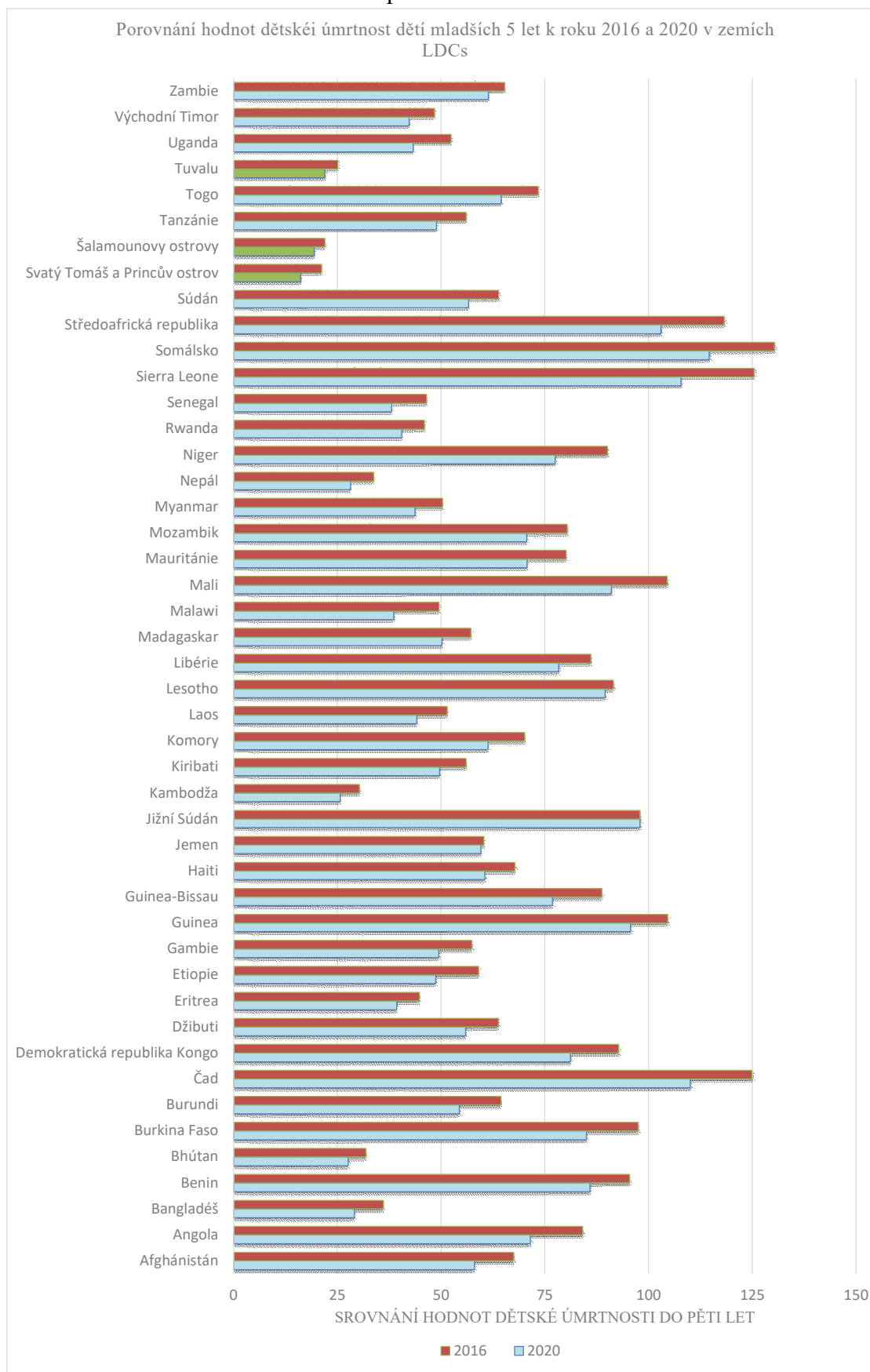
Graf ukazuje na velké nerovnosti mezi jednotlivými sledovanými zeměmi. Na první pohled je patrný propad jednotlivých zemí, avšak musíme brát na zřetel i souvislosti těchto dat. K roku 2019 má data pouze Sierra Leone a to hodnotu 86,9 % porodů, při kterých je přítomen kvalifikovaný zdravotnický personál. Tento ukazatel bohužel nejde nikterak brát jako průkazný, protože v mnoha zemích mají starší data než z roku 2015, tedy roku, kdy začínají

platit SDGs. To je velký problém a porovnávat hodnoty zmiňované Sierra Leone z roku 2019 a například Somálska z roku 2006 je pro tuto diplomovou práci nevhodné. Relevantní nová data z éry SDGs chybí u 15 států ze 46 LDCs, tedy jde o třetinu zemí, které nejdou adekvátně porovnat. Přesto je určitě úspěchem, že u zemí LDCs můžeme najít i takové státy, u kterých je procento porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem vyšší než 90 % (Bhútán, Kiribati, Rwanda, Svatý Tomáš a Princův ostrov a Tuvalu).

5.2.3. Úmrtnost dětí mladších pět let

Cílem SDG 3.2 do roku 2030 je ukončit úmrtí novorozenců a dětí mladších 5 let (jimž lze předcházet), přičemž všechny země mají za cíl snížit novorozeneckou úmrtnost na maximálně 12 na 1000 živě narozených dětí a úmrtnost dětí mladších 5 let na maximálně 25 na 1000 živě narozených dětí. V následujícím grafu (obr.11) jsem se zaměřila na plnění hodnot dětské úmrtnosti k roku 2020, které napovídají, jak si jednotlivé země stojí a jakou mají šanci do roku 2030 skutečně dosáhnout hodnot menších než 25 úmrtí dětí mladších pěti let na 1000 živě narozených dětí. Rok 2020 srovnávám s hodnotami roku 2016, kdy začínají platit SDGs a mohu tak hodnotit postup plnění SDG 3.2.1. jednotlivých zemí od roku 2016 k nejnovějším hodnotám roku 2020.

Obrázek 11: Úmrtnost dětí mladších pět let k roku 2016 a 2020



Zdroj: vlastní zpracování dle dat Světové banky 2022

Z grafu je patrné, že tento indikátor lze i v zemích LDCs splnit, ovšem u států převažují hodnoty, kde je již nyní jasné, že za 10 let se naplnění tento cíl nedočká. Záměrně jsem osu x grafu vyznačila po 25 dílech, aby bylo jasné vidět, jak daleko má daný stát ke splnění. Již nyní tento cíl splnily země, které jsem v grafu zvýraznila zelenou barvou Svatý Tomáš a Princův ostrov (16,1), Šalamounovy ostrovy (19,4) a Tuvalu (22). Bohužel jde tedy pouze o tři země a u ostatních hodnoty často nejsou takové, které bychom deset let před ukončením čekali. Naopak mezi nejhorší státy patří ty, které mají i v roce 2020 hodnoty dětské úmrtnosti dětí mladších pěti let nad hodnotou 100 na 1000 živě narozených dětí (Čad, Sierra Leone, Somálsko a Středoafrická republika).

Tímto grafem hodnotím pokrok jednotlivých států. Cílem SDG 3.2 je samozřejmě snižovat dětskou úmrtnost ve všech státech světa. V příloženém grafu tomu tak opravdu u většiny zemí je. Přesto jsou výjimky, kde došlo ke stagnaci hodnot nebo velmi nízkému snížení oproti roku 2016, kdy začaly platit cíle SDGs. Dvě země, které z grafu vycházejí jako problematické, jsou Jemen a Jižní Súdán. V Jemenu sice hodnota z roku 2016 (60,3) klesla na hodnotu (59,6) k roku 2020, ale podívám-li se na přesnější data tohoto státu, jsou prakticky totožné. Úmrtnost dětí do pěti let v posledních letech ve státě kolísá a od roku 2012 mírně roste či mírně klesá. To si ale umíme odůvodnit současnou politickou situací v zemi. Již od “arabského jara” v zemi není stabilní politická situace, to dopadá i na dětskou úmrtnost. Situaci potvrzuje i výše zmiňovaný FSI (Fragile states index), který v reportu roku 2021 má hodnotu 111,7, tedy jde o nejvyšší index. Ač by se zdálo, že pandemie COVID-19 v roce 2020 vytlačila ostatní problémy světa na druhou kolej, konflikty, které ve světě probíhaly, nezmizely tak rychle jako z předních titulků masmédií.

V Jižním Súdánu hodnoty dětské úmrtnosti stagnují, již od roku 2014 se hodnota dle UNICEF drží stále na čísle 97,9 úmrtí dětí do pěti let na 1000 živě narozených dětí. I tuto zemi od roku 2013 sužuje občanská válka, tedy je otázkou, zdali se statistika úmrtnosti dětí stále vede anebo zda jde jen o odhady UNICEF, které uvádí pro přehlednost.

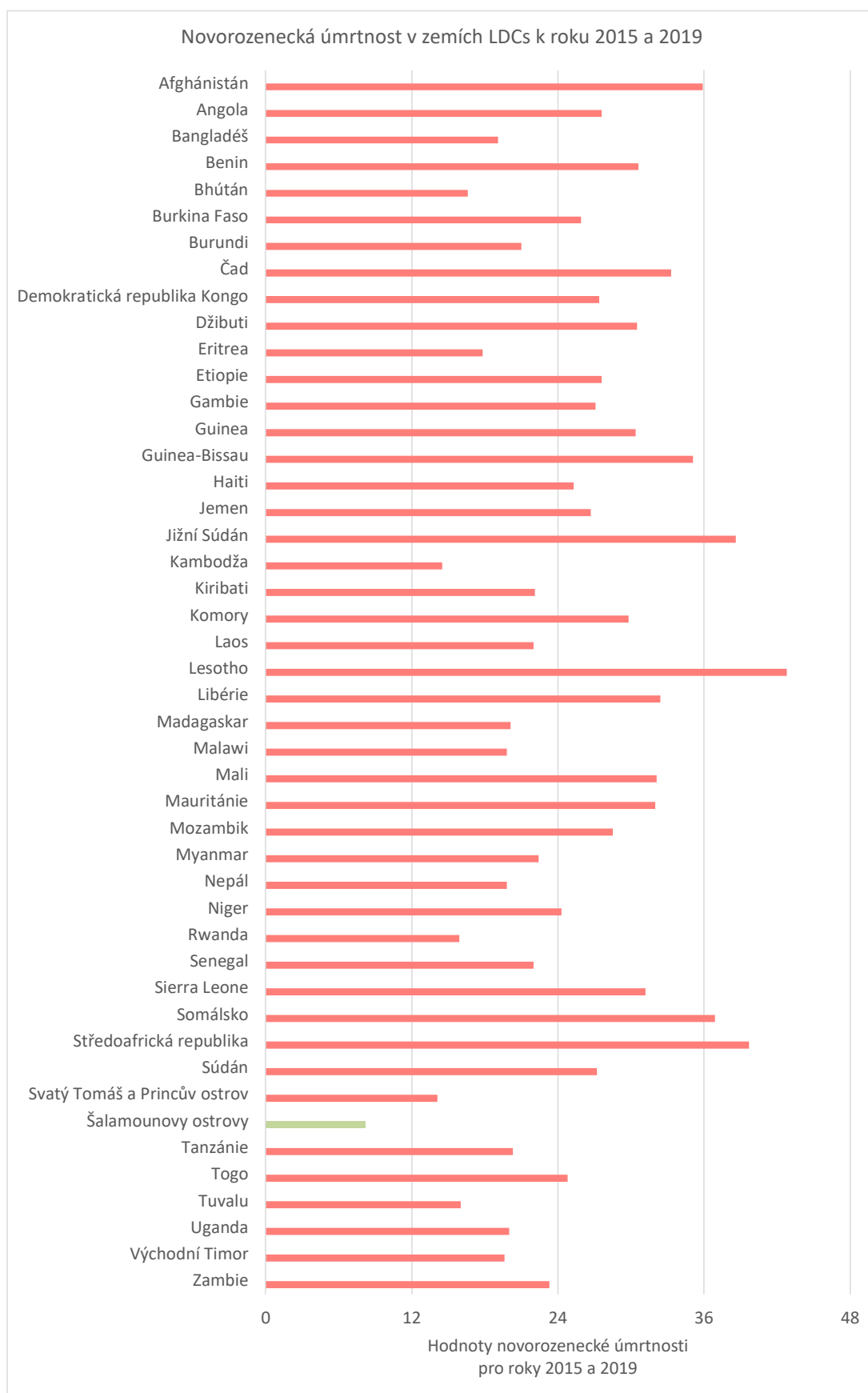
Opět se v následujících odstavcích pokusím vysvětlit souvislosti, proč právě Somálsko má nejvyšší hodnoty ukazatele dětské úmrtnosti dětí do pěti let a co dělá pro zvrácení tohoto trendu. Již výše jsem zmiňovala současné problémy Afrického rohu, které předurčují nestabilitu v tomto regionu a zhroucení Somálska jako takového. Navíc Somálsko vede s Keňou spor o námořní hranici. V uprchlickém táboře Dadaab žije početná somálská komunita a keňská vláda spřádá plány na uzavření právě tohoto tábora. Uzavření tohoto tábora, včetně dalších by znamenalo pro tisíce uprchlíků z různých nestabilních zemí právě v Africkém rohu nemožnost utéci před probíhajícím či hrozícím konfliktem. UNICEF (2022h) předpokládá,

že pracovní místa, příležitosti k obživě a další intervence v oblasti hospodářského rozvoje mají schopnost omezit konflikty a násilí tím, že odrazují nezaměstnané od zapojení se do trestné činnosti či násilí, tedy je větší pravděpodobnost míru v dané lokalitě. Kromě hospodářského rozvoje podporujícího začlenění nezaměstnaných závisí udržitelný mír i na dalších faktorech. Somálsko je od roku 2007 mezi prvními třemi zeměmi FSI, které jsou považovány za nejméně stabilní země světa. Hlavními příčinami dle UNICEF (2022h) jsou zápal plic, průjem, infekční nemoci, dětská obrna, spalničky a poruchy novorozenců (těmi se rozumí poruchy normálního stavu těla, orgánů a abnormální funkce novorozence). Nedostatečná vládní bezpečnost a rozsáhlý vnitřní konflikt v Somálsku v posledních několika desetiletích ztížily pokrok a způsobily, že země se ocitla v extrémní chudobě. Humanitární zásahy podporované UNICEF v jižní části centrálního Somálska a v některých oblastech Puntlandu a Somalilandu chrání přibližně 2,5 milionu osob. UNICEF poskytl humanitární pomoc potřebným tím, že zajistil zdravotní služby a zásoby pro plán očkovací kampaně proti dětské obrně a spalničkám a poskytování primárních zdravotních služeb na klinikách zdraví matek a dětí. Prostřednictvím klinik Mother and Child Health a Health Post podporuje UNICEF přibližně 70 % primárních zdravotních služeb v Somálsku tím, že vybavuje zemi léky, zdravotnickým vybavením a vakcínami. V říjnu 2015 byla prohlášena epidemie spalniček v zemi za ukončenou, a to především díky intervenci očkovacích kampaní pro děti. Somálsko také rozšiřuje svůj základní balíček zdravotních služeb (EPHS). Tyto balíčky, podporované UNICEF, přijaly somálské zdravotní úřady jako primární program. EPHS je hlavním zdrojem používaným k posílení programů zdravotní péče o děti a bezpečného mateřství, které zahrnují očkování dětí, mateřské, reprodukční a novorozenecké zdraví a léčbu běžných onemocnění a HIV. Program byl zahájen již ve 39 lokalitách v sedmi oblastech Somálska a dále se rozrůstá. Služby EPHS může využít potenciálně 4,2 milionu lidí (The Borgen Project 2022).

5.2.4. Novorozenecká úmrtnost

Cílem SDG 3.2.2. je snížit novorozeneckou úmrtnost na maximálně 12 na 1000 živě narozených dětí. V následujícím grafu (obr. 12) představují data novorozenecké úmrtnosti k roku 2015 a 2019. Tedy sledují posun zemí čtyři roky poté, co začínají platit SDGs.

Obrázek 12: Novorozenecká úmrtnost na 1000 živě narozených dětí k roku 2015 a 2019



Zdroj: vlastní zpracování dle dat UNICEF 2022j

Z grafu vyplývá, že jedinou zemí, která měla již v roce 2015 splněno a splněno má i v roce 2019, jsou Šalamounovy ostrovy. V oba roky jsou zvýrazněny různými odstíny zelené. Dlouhodobě tak tento stát má hodnoty pod 12 novorozeneckých úmrtí na 1000 živě narozených dětí. Ostatní země se úspěšně snaží o postupné snižování hodnot, kdy modrá barva v grafu značí hodnoty pro rok 2015 a červená barva v grafu jsou hodnoty pro rok 2019. Jedinou zemí, kde novorozenecká úmrtnost vzrůstá je Lesotho. To mělo k roku 2015 hodnotu 36,8 novorozeneckých úmrtí, zatímco k roku 2019 je tento údaj zvýšen o šest novorozeneckých úmrtí (42,8) na 1000 živě narozených dětí. To mě přivedlo na otázku, jak se tyto hodnoty postupně vyvíjely od počátku 21. století ve všech sledovaných zemích. V roce 2000 (tedy v roce, kdy začaly platit MDGs) nejvyšší novorozeneckou úmrtnost měl Afghánistán (60,9) a nejlepší byly již tehdy Šalamounovy ostrovy (12,8). Lesotho v té době uvádělo hodnotu 39,9. V roce 2015 (rok začátku SDGs) mělo nejhorší novorozeneckou úmrtnost Lesotho (44,7, kdežto Šalamounovy ostrovy dále pokračovaly ve snižování tohoto ukazatele (9,2) (UNICEF 2022j). Světová banka (2022) již uvádí i odhady pro rok 2020, kdy opět nejhorší zemí je dle ní Lesotho (44,3) a nejlepší společně Šalamounovy ostrovy a Svatý Tomáš a Princův ostrov (7,8). Z toho vyplývá, že stabilně jsou téměř jednoznačně dány nejhorší a nejlepší země tohoto ukazatele. Proč tomu tak je?

Začnu nejdříve s nejlepšími zeměmi, tedy zvolím si oba poslední zmiňované ostrovy. Šalamounovy ostrovy jsou součástí Melanésie a geograficky leží v rovníkovém pásmu Korálového moře. Již v kapitole 5.1. zmiňuji (v tabulce 8) intervence, které v zemi zavedli právě pro snížení novorozenecké úmrtnosti a péči o matku v těhotenství. Svatý Tomáš a Princův ostrov leží téměř přesně na rovníku v Guinejském zálivu a je bývalou portugalskou kolonií. Nove a kol. (2021) docházejí k závěru, že porodní asistentky mohou přispět k výraznému snížení mateřské a novorozenecké úmrtnosti a počtu mrtvě narozených dětí v zemích s nízkou životní úrovní. K využití tohoto potenciálu však porodní asistentky potřebují mít dovednosti a kompetence v souladu s doporučeními Mezinárodní konfederace porodních asistentek, být součástí dostatečně velkého a kvalifikovaného týmu a pracovat v příznivém a vybaveném prostředí. Stále je potřeba zvýšit pokrytí intervencí poskytovaných porodními asistentkami. Poté budou zdravotní systémy lépe schopny zajistit efektivní pokrytí základních intervencí v oblasti sexuálního, reprodukčního, mateřského a novorozeneckého zdraví a zdraví dospívajících.

Oproti tomu Lesotho je vnitrozemským státem ležícím v Dračích horách, obklopen Jihoafrickou republikou. A tak musí bojovat s velmi drsnými podmínkami, kdy jako jediná země na světě má celé území státu více než 1000 m n.m. Dokonce jeho nejnižší bod je ve výšce

1400 m n.m. a tomu odpovídá i rozmístění obyvatel v zemi. Většina obyvatel žije v malých vesnicích a služby jsou často vzdáleny na míle daleko. Proto zaostává Lesotho nejen hospodářsky (jedna z nejchudších zemí světa), ale i zdravotní služby jsou často značně vzdáleny. Ukazuje se však, že v několika rozvojových zemích, například právě v Lesothu, došlo k zastavení poklesu novorozenecké úmrtnosti. A to i přesto, že se jedná o oblast, na kterou se zaměřují SDGs. Stadig (2021) se snaží zjistit a vysvětlit faktory, které stojí za zastavením poklesu novorozenecké úmrtnosti v Lesothu. Jeho výsledky ukazují, že příčinou je kombinace HIV, sucha a prohloubená chudoba. Tvrdí, že pokud bychom chtěli zlepšit novorozeneckou úmrtnost v Lesothu, je potřeba zaměřit se nejen na zlepšení zdravotní péče, ale i na přímé příčiny úmrtí novorozenců. Jak ale Stadig (2021) správně uvádí, jde spíše o jednu významnou událost, která byla posílena dalšími nepříznivými faktory. Epidemie HIV znamenala další zátěž v podobě špatného zdravotního stavu v Lesothu. Jde o společnost, která má již tak problematické a neúplné zdravotní instituce, nedostatek lidských i materiálních zdrojů a rozšířenou nerovnost v oblasti zdraví. Zranitelnost žen v Lesothu mohla rovněž přispět k novorozenecké úmrtnosti. Některé z rizikových faktorů novorozenecké úmrtnosti, jako je znečištění vnitřních prostor, nedostatek pitné vody a krátké porodní intervaly, jsou relevantní při popisu vysokého výskytu novorozenecké úmrtnosti, ale nenabízejí žádné vysvětlení pravděpodobného nárůstu. Navíc vlivu těchto faktorů nebo opatření mohla pomoci vláda. Bohužel relativně nově zavedené demokracie ani velké množství zahraniční pomoci nedokázaly zvrátit prozatímni trend novorozenecké úmrtnosti.

5.2.5. Shrnutí

Touto kapitolou bych chtěla shrnout výše zmiňované indikátory a jejich vyhodnocení v rámci mé výzkumné otázky *“Který z ukazatelů SDG 3.1. či 3.2. je v nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován?”*.

Cíl mateřské úmrtnosti na požadovanou hodnotu žádný ze států nesplnil, ale i přesto jsem vyhodnotila, které státy zvolily relativně efektivní intervence, jež postupně pomáhají ke zlepšení požadovaných hodnot. Jako úspěšnější země jsem posoudila ty, které se od cílové hodnoty vzdálily maximálně na dvojnásobek. Tuvalu, Svatý Tomáš a Princův ostrov zapojuje rodinné příslušníky do pomoci matce s dítětem a pomocí vzdělávacích programů, poznatků žen a ženských komunit posilují kvalitu péče o matku a dítě. Nyní pracují především na dostupnosti předporodních vyšetření a jejich dostatečné kvalitě. Naopak především díky nestabilitě v regionu a větší zranitelnosti žen mají až šestnásobně vyšší mateřskou úmrtnost (než je stanovený cíl do roku 2030) v zemích Jižní Súdán, Libérie a Mauritánie. Cíl zaměřující se

na podíl porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem bohužel nejde relevantně vyhodnotit, protože u 15 států z 46 LDCs, které sleduji, nejsou žádná data za éru SDGs. Přesto jsem z dat, která jsou k dispozici, zhodnotila, že úspěchu 90 % pokrytí porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem dosáhlo pět zemí mého výběru.

Cíl dětská úmrtnost do pěti let, jejíž data jsou nejpřesnější, a proto s nimi šlo nejsnáze pracovat. Cíl dětské úmrtnosti mající hodnoty splňující zadané SDG, splnily tři státy Svätý Tomáš a Princův ostrov, Šalamounovy ostrovy a Tuvalu. Opět je však vidět velký rozdíl i mezi jednotlivými zeměmi LDCs. Země, jako jsou Čad, Sierra Leone, Somálsko či Středoafriická republika, mají stále extrémně vysoké hodnoty dětské úmrtnosti oproti cíli, kterého měly dosáhnout do roku 2030. Díky dostupným parametrům jsem mohla sledovat i pokrok, který za dobu SDGs země udělaly. U většiny zemí je opravdu patrný kýžený pokles, ovšem u Jižního Súdánu a Jemenu od roku 2016 do roku 2020 došlo ke stagnaci snižování dětské úmrtnosti. Cíl novorozenecké úmrtnosti již v roce 2015 (a tedy i nyní) splňuje jeden jediný stát ze všech LDCs, tím jsou Šalamounovy ostrovy. Spolu se zemí Svätý Tomáš a Princův ostrov se již dlouhodobě daří mít relativně nízké hodnoty a nyní se soustředí na doškolování porodních asistentek pomocí vzdělávacích programů a jejich práci v příznivém prostředí. To pomůže k ještě nižší novorozenecké úmrtnosti, a především lepšímu komfortu matek při porodech. Ostatní země dlouhodobě snižují novorozeneckou úmrtnost, přesto však v Lesothu došlo naopak od roku 2015 k výraznému nárůstu. To si vysvětlují kombinací různých faktorů, především epidemie HIV/AIDS, suchu a chudobě, které s sebou přinášejí nedostatek materiálních i lidských zdrojů. Vyšší zranitelnost žen v tomto regionu zároveň narůstají hodnoty novorozenecké úmrtnosti.

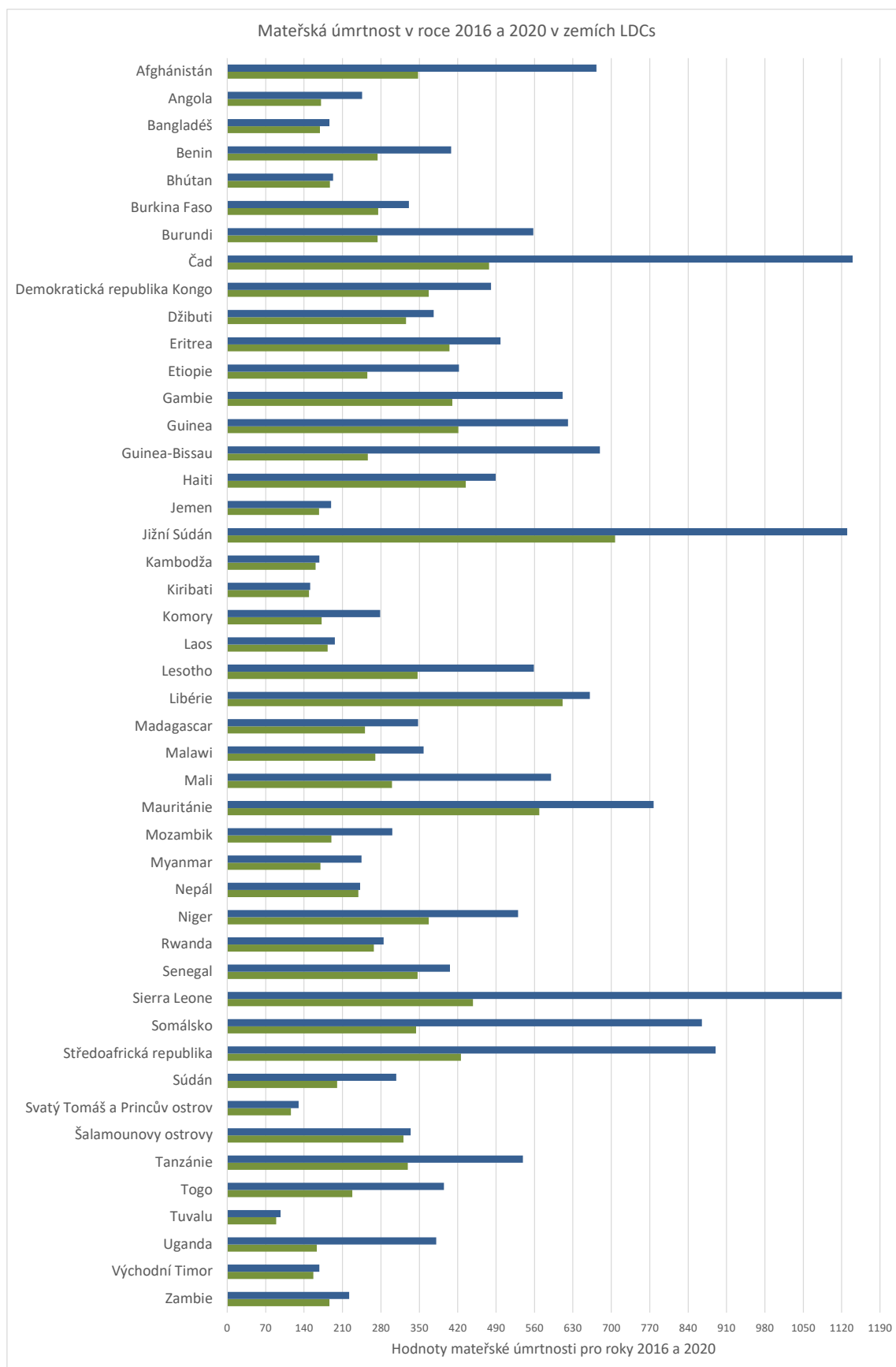
Který z ukazatelů SDG 3.1. či 3.2. je v nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován? Z dat vyplývá, že jde o ukazatel SDG 3.1.1., který nespĺnila zatím žádná vybraná země skupiny států LDCs. Je třeba brát v potaz i předčasné vyhodnocování cíle. V práci sleduji všechny indikátory po velmi krátkém časovém úseku, kdy se země snaží docílit daný ukazatel k roku 2030. Je tedy logické, že ne každá země je nyní (osm let před ukončením SDGs) již velmi blízko splnění. Navíc sledované zdravotní ukazatele, zpomalila pandemie COVID-19, ty však narušily různé intervence, které byly v zemích zavedeny na začátku éry SDGs. Mateřskou úmrtnost více rozebírám v následující kapitole. Ta má za cíl přijít na intervence napomáhající naplnění tohoto indikátoru.

5.3. Příklady intervencí, které napomohly k plnění cílů udržitelného rozvoje v nejhůře plněném indikátoru

V této kapitole se snažím najít odpověď na poslední výzkumnou otázku. *Jakou intervenci zavedla nejúspěšnější země skupiny LDCs pro to, aby naplnila cíl, který je nejhůře naplňován?* V předchozí kapitole jsem došla k závěru, že nejhůře naplňovaným ukazatelem je mateřská úmrtnost. Zatím žádná země LDCs nedokázala splnit potřebnou hodnotu méně než 70 úmrtí na 100 000 živě narozených dětí. Ostatní sledované indikátory dětské úmrtnosti již dokázala vždy alespoň jedna z vybraných zemí splnit. V případě podílu porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem nebyla stanovena žádná hodnota, která by byla určující pro naplnění SDGs do roku 2030.

Pro připomenutí, proč jsem si vybrala věnovat se v této části právě mateřské úmrtnosti, je dobré opět zmínit obrázek 9. Z něj jasně vychází státy Jižní Súdán, Libérie a Mauritánie jako ty, které mají momentálně nejvyšší mateřskou úmrtnost na světě. Nejviditelnějším problémem, který významně brání snížení mateřské úmrtnosti, je probíhající humanitární krize po přírodních katastrofách a konfliktech v daných zemích. V grafu je vidět obrovský nepoměr mateřské úmrtnosti i mezi jednotlivými státy uskupení LDCs. Proto přikládám obrázek 13, ve kterém sleduji vývoj hodnot u jednotlivých států od roku 2016 (rok implementace SDGs) do roku 2020. Jde o hodnocení dosud krátkého časového úseku éry SDGs. Pro lepší přehlednost a posun v plnění tohoto indikátoru by bylo dobré hodnotit hodnoty mateřské úmrtnosti od začátku éry MDGs, která však není tématem této diplomové práce.

Obrázek 13: Mateřská úmrtnost na 100 000 živě narozených dětí k roku 2016 a 2020



Zdroj: vlastní zpracování dle dat Goalkeepers 2021

Graf (viz obr. 13) modrou barvou vyznačuje hodnoty mateřské úmrtnosti k roku 2016 a zeleně k roku 2020. U všech zemí LDCs pozorujeme pokles hodnot mateřské úmrtnosti tak, jak stanovuje SDG 3.1.1. U některých států ovšem zaznamenáváme pouze velmi malý posun. Abychom mohli relevantně posuzovat trendy v mateřské úmrtnosti, je třeba hodnotit data za delší časové období. Proto zpráva WHO (2019) uvádí pokrok v období mezi lety 2000 až 2017. WHO tím dokazuje, že je zatím poněkud předčasné posuzovat pokrok jednotlivých zemí z hlediska SDG 3.1.1. V posuzovaném období 17 let zaznamenali pokles mateřské úmrtnosti v pěti zemích (Angola, Kambodža, Nepál, Rwanda a Východní Timor) minimálně o 66 % a podobný trend se projevuje i u ostatních států LDCs. Nejvyšší odhadované celoživotní riziko mateřské úmrtnosti bylo pro průměrnou patnáctiletou dívku v roce 2017 v Čadu (1 ku 15) a Jižním Súdánu (1 ku 18). Dalšími zeměmi s vysokým rizikem mateřské úmrtnosti byly Sierra Leone a Somálsko (1 ku 20) (WHO 2019).

Pro řešení poslední výzkumné otázky jsem potřebovala vypovídající vzorek úspěšných zemí, protože právě u těch lze předpokládat optimální mix zavedených intervencí. Jako hraniční hodnotu snížení mateřské úmrtnosti jsem zvolila pokles o více než 350 úmrtí matek, což je právě pětinašobek cílové hodnoty mateřské úmrtnosti SDGs, která činí maximálně 70 úmrtí matek na 100 000 živě narozených. Pod tuto hranici se zařadilo právě šest států, které dokázaly radikálně zvrátit trend mateřské úmrtnosti, a to za pouhé čtyři roky sledování SDGs. Všechny mnou sledované země začínaly na velmi vysokých hodnotách mateřské úmrtnosti. Ukazuje se, že zavedení vhodné intervence a v ideálním případě i ukončení konfliktu může znamenat výrazný posun směrem k nižším hodnotám mateřské úmrtnosti. Tato kapitola je věnována intervencím, které zřetelně pomohly k pokroku v Čadu, Gunei-Bissau, Jižním Súdánu, Sierra Leoně, Somálsku a Středoafričké republice (viz obr. 14). Snažím se nalézt odpověď na to, co tyto země spojuje a zda je reálná šance, že splní cíl SDG 3.1.1. do roku 2030.

Obrázek 14: Mapa vybraných skupiny zemí LDCs s nejlepším zlepšením mateřské úmrtnosti k roku 2020 na mapě Afriky



Zdroj: vlastní zpracování v programu ArcGIS 20.5.2022

Co tyto země tedy spojuje – kromě příslušnosti k zemím LDCs? Určitě jejich geografické umístění v subsaharské Africe. Všechna zmíněná společenství jsou pod záštitou Afrického ekonomického společenství (Africká unie), které má za cíl vzájemný hospodářský rozvoj členských afrických států. Pod křídly ECOWAS je i Západoafrická zdravotnická organizace (West Africa Health Organization, dále WAHO). Jedná se o regionální agenturu, která je pověřena ochranou zdraví obyvatel tohoto subregionu. Pomocí různých programů buduje partnerství, šíří informace, podporuje spolupráce, využívá informačních a komunikačních strategií a také zajišťuje jejich koordinaci. WAHO iniciovala rozvoj opatření k boji proti malárii, podvýživě, HIV/AIDS, mateřské a dětské úmrtnosti, či školení a řízení zdravotních informací v subregionu. Prostřednictvím svých dalších strategických plánů WAHO iniciuje také vznik jiných programů (WAHO 2022).

Všechny výše uvedené země jsou součástí plánování organizace WHO AFRO, která pomáhá v africkém regionu s plánovacími procesy zdravotních systémů. Země mají k dispozici strategii plánování WHO AFRO (2020) s názvem “Health Sector Planning for Attainment

of UHC and Other Health-Related SDGs” (Plánování sektoru zdravotnictví pro dosažení UHC (všeobecné zdravotní pokrytí) a dalších SDGs v oblasti zdraví). Ta byla vytvořena organizací WHO s cílem poskytnout zdravotním subjektům v africkém regionu nástroj, který jim pomůže s plánovacími procesy na všech národních úrovních zdravotních systémů. Zohledňuje nejen situaci v zemi, ale i současné globální a regionální problémy ve zdravotnictví, kterým země právě čelí.

Přestože lze najít společné rysy vybraných států, v následujících odstavcích se snažím spíše jednotlivě představit problémy a možná řešení zemí odděleně. To proto, že každá země regionu má jiné kulturní zvyky a tradice, a ne každá se potýká se stejnými problémy. Neexistuje jedna intervence, která by pomohla všem zemím stejně dobře.

5.3.1. Čad

Při porovnání se stavem potřebným pro dosažení SDGs, hodnotí organizace WHO (WHO Report 2018) zdravotní stav obyvatel země za dosud neuspokojivý. To i přesto, že se v Čadu podařilo snížit počty úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí (viz obr. 13) z 1140 na 477, to znamená snížení o 663 úmrtí za pouhé čtyři roky. WHO se přesto dále snaží přicházet s inovativními přístupy zlepšení zdraví v zemi. Obiang-Obounou a Fuh (2020) se ve své studii věnují problematice rizik způsobujících mateřskou úmrtnost a jejich snižování. Ve své studii předpokládají, že zvýšené vládní výdaje na zdravotnictví jsou obvykle spojeny se zlepšením zdravotního stavu obyvatel a následně i průměrnou délkou života čadských obyvatel. Navýšení vládních výdajů do zdravotnictví jde zpravidla jen na zvýšení počtu kvalifikovaných zdravotnických pracovníků a jen minimální část jde na úhrady zdravotních služeb. Ve studii ukazuje, že v roce 2015 činily vládní výdaje na zdravotnictví pouze 6,28 %, zatímco výdaje obyvatelstva z vlastních úspor dosahovaly více než 56 %. Zarážející je také informace, že v roce 2015 v nemocnicích rodilo pouze 20 % žen. Proto Obiang-Obounou a Fuh (2020) doporučují tři hlavní oblasti, díky kterým by se mohlo zlepšit zdraví matek a dětí v Čadu. Jde o školení kvalifikovaných porodních asistentek, posílení společenského postavení zdravotních sester a rozvoj programu doplňkové výživové péče pro ženy (Obiang-Obounou a Fuh 2020).

Studie Marquis a kol. (2022) definuje nejčastější překážky využívání zdravotních služeb pro čadské matky. Jedná se o faktory související s dopravou, s kulturou a vírou obyvatel. Marquis a kol. (2022) proto požadují zavedení takových intervencí, které zahrnou zlepšení infrastruktury, a také změnu přístupu komunit k řešení zdravotních otázek z kulturního a náboženského hlediska. Kim (2019) usiluje o podporu aktivit v oblasti mateřského zdraví na komunitní úrovni, do kterých by se zapojily jak ženy, tak muži. V dlouhodobějším horizontu

je zapotřebí, aby se budoucí programy zaměřily i na ženy z oblastí s nižším socioekonomickým statusem a periferních oblastí země. Programy by řešily nerovnosti v oblasti zdraví uvnitř země, zatímco vláda by usilovala o zlepšení celkového socioekonomického statusu země a zlepšení zdravotní infrastruktury (Kim 2019).

Danavi a kol. (2016) poukazují na problém, kdy v Čadu umírá každá patnáctá žena na porodní komplikace. Na tuto příčinu zemře až 6,7 % žen, což řadilo Čad na první místo mateřské úmrtnosti na světě. Pokud by v zemi byl dostatek vyškoleného personálu, úmrtnost by se výrazně snížila a obešla by se bez potřeby zvýšené urgentní péče. V Čadu nebyla nastíněna politika týkající se péče o matky a mateřské úmrtnosti. Zavedení mezistátní intervence, s cílem zvýšit investice a pokrytí v této oblasti, by přineslo rychlé výsledky. Vláda nevěnovala dostatečnou pozornost zdravotní situaci. Jediné skutečné úsilí, které bylo v Čadu vyvíjeno, vykonávaly nevládní organizace (NGO) poskytující dary, zboží či omezené služby. Rufai (2014) navrhuje technologickou inovaci, což by přineslo rychlé výsledky. Jde o využití potencionálního trhu s telekomunikačními službami, který by měl vyrůst až o 1,5 miliardy lidí. Za předpokladu, že mobilní věže a telefony budou snadno dostupné, může být snazší předávat zdravotní informace a sociálně vzdělávat obyvatelstvo, včetně budoucích matek, pomocí telemedicíny a mobilního zdravotnictví. Ženy v plodném věku by mohly být cíleně vzdělávány. Konečným cílem těchto intervencí má být snížení mateřské úmrtnosti na požadovanou hodnotu dle SDGs.

Na všechny tyto výše zmíněné vědecké studie navazuje projekt, se kterým přišla RBF Health pod záštitou Světové banky. Cílem projektu “Posílení služeb v oblasti zdraví matek a dětí” je zvýšení využívání služeb a zlepšení kvality služeb v oblasti zdraví matek a dětí ve dvanácti okresech Čadu. Již výše zmiňuji, že geografická dostupnost zdravotních služeb je v zemi na velmi omezené úrovni. Například přes 30 % domácností je vzdáleno více než dvě hodiny chůze od nejbližšího zdravotního zařízení. Kombinace špatné dostupnosti, finanční nouze obyvatel a nekvalitních služeb tak vede k velmi nízkému využívání stávajících zdravotních služeb na primární úrovni (u žen a dětí). Projekt Světové banky se snaží zlepšit poskytování zdravotních služeb v nemocnicích pomocí financování založeného na výkonech zdravotního personálu (Performance-Based Financing). Prostřednictvím tohoto projektu uzavírá ministerstvo zdravotnictví smlouvy s NGOs, které působí jako zprostředkovatelé nákupu potřebných výkonů. Jednotlivé nevládní organizace pak uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními, aby rozšířily kvalitu a rozsah zdravotních služeb pro matky a děti. Problém geografických rozdílů je řešen pomocí poskytování dodatečných bonusů pro zdravotnická zařízení působící ve zvláště odlehlých a chudých oblastech. Lepší realizaci tohoto

projektu brání komplikovaná bezpečnostní situace v zemi. Dalším krokem projektu v rámci SDGs je nyní školení zaměřené na 1000 komunitních zdravotnických pracovníků, které probíhá ve spolupráci s agenturami OSN, Globálním fondem a GAVI (RBF Health 2022a).

5.3.2. Guinea-Bissau

Také Guinea-Bissau má dlouhodobě jednu z nejvyšších hodnot mateřské úmrtnosti na světě. Proto i v případě této země hodnotí WHO (WHO Report 2018) zdravotní stav obyvatel jako neuspokojivý, v porovnání se stavem potřebným pro dosažení cílů SDGs. Připomínám, že toto hodnocení WHO uvádí i přes to, že hodnoty z grafu (viz obr. 13) ukazují na výrazné snížení úmrtnosti matek o 423 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí (z 679 na 256) mezi roky 2016 a 2020. Proto tuto zemi zařazují do výběru států s nejvyšším snížením mateřské úmrtnosti za období SDGs.

Každá žena na světě má právo na zdravé těhotenství a bezpečný porod. Světová banka (2019b) zveřejnila výzkum, který hledá překážky přístupu ke zdravotním službám pro matky a děti v Guineji-Bissau. Cílem výzkumu bylo identifikovat hlavní sociální a kulturní omezení v přístupu ke zdravotním službám a následné zlepšení jejich využívání. Mimo toto téma se studie zabývala také aspekty souvisejícími s ženskou obřízkou a přístupem dívek k informacím o reprodukčním zdraví. Hlavní překážkou porodu žen ve zdravotních zařízeních je vzdálenost a špatné dopravní spojení k nejbližšímu středisku. Proto ženy ve vzdálenějších oblastech volí možnost porodu doma, v lepším případě za přítomnosti tradiční porodní asistentky. Bohužel závažným problémem v zemi (muslimské skupiny) je mrzačení ženských pohlavních orgánů. Jde o velmi choulostivé téma, které je nutné dále řešit, i když ženská obřízka je již oficiálně zakázána. Prioritou organizace UNICEF (2022a) je překonávání rozdílů v kvalitě poskytovaných zdravotních služeb ženám v porovnání s muži. A také zlepšování míry přežití matek a novorozenců během těhotenství, porodu a novorozeneckého období. Ebolou způsobená regionální zdravotní krize s sebou přinesla potřebu zavedení Strategie UNICEF, která pomáhá v zemi účinně využívat dostupné zdroje. Naléhavou výzvou je zavedení takových inovativních přístupů, které pomohou k řešení zátěže státu způsobené přenosnými nemocemi (WHO Report 2018). K posílení zdravotního systému země je potřeba budování kapacit zdravotníků v oblasti prevence infekcí a epidemiologického dozoru (UNICEF 2022a). Yaya (2019) ve své studii zkoumá souvislost mezi volbou zdravotního porodnického zařízení a socioekonomickým statusem ženy (dále SES). Komplikacím spojených s porodem a mateřskou úmrtností by se dalo předejít zvýšeným přístupem žen ke kvalifikované péči (během celého těhotenství). Guinea-Bissau vztah mezi SES a využíváním zdravotních zařízení

k porodu zatím příliš nezkoumá. Studie Yaya (2019) ukazuje, že podíl žen rodících doma je vyšší než podíl porodů ve zdravotním zařízení. Jde o nepřekvapivé zjištění studie, které dokládá, že podíl porodů v Guineji-Bissau ve zdravotních zařízení je velmi nízké. Tento trend lze zvrátit zvýšením SES žen. To však za předpokladu, že by se politika země zabývala problémem nekvalifikovaných porodních služeb (tradiční porodní asistentky) a aktivně se snažila zavádět takové intervence, kterými by znevýhodněným ženám pomohla s porody ve zdravotních zařízeních s kvalifikovanou péčí (Yaya 2019).

Intervenci, kterou ve své studii probírají Thysen a kol. (2019), je “Bandim Health Project”, která sleduje zdraví a přežití žen a dětí v celostátním venkovském systému v Guineji-Bissau. Tato intervence byla zavedena pro lepší sledování dat, díky kterým lze pak určovat další nezbytné intervence. Studie autorů navrhuje využít získaná data z projektu k zavedení návazných programů pro matky. Díky proběhlému sběru dat a intenzivnímu sledování lze realizovat například lepší očkovací programy (mateřský tetanus) než doposud (Thysen a kol. 2019). Reynolds (2017) bojuje za intervenci, která by pomohla vytvořit vzdělávací program v oblasti péče o matku a novorozence pro zdravotnické pracovníky v zemi. Tvrdí, že přinese pozitivní výsledky použitím interaktivní a praktické pedagogické metodiky. Klíčové je však přizpůsobit všechna školení místním potřebám. Je nutné adaptovat osnovy vzdělávání zdravotnického personálu podle profesních kategorií a zkušeností. Výsledky studie odůvodňují další rozvoj a hodnocení vzdělávacích programů v oblasti péče o matku a novorozence, které je v Guineji-Bissau potřeba (Reynolds 2017).

5.3.3. Jižní Súdán

Jižní Súdán je další zemí s jednou z nejvyšších hodnot mateřské úmrtnosti na světě. Také zde WHO (WHO Report 2018) hodnotí zdravotní stav země za neuspokojivý v porovnání se stavem, kterého chce země dosáhnout k naplnění SDGs. To i přes to, že se od roku 2016 do roku 2020 snížily hodnoty o 423 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí (z 1130 na 707 viz obr. 13). Komplikace během těhotenství a při porodu jsou zde nejčastější ze všech příčin úmrtí žen v zemi. Světová banka (2015) prezentuje takzvané záchranné sítě, které představují obrovský objem humanitární pomoci distribuovaný přímo k obyvatelům země. Tato intervence byla zavedena v oblastech, které jsou dlouhodobě (od roku 2013) zasaženy konfliktem a je zde humanitární pomoc nejvíce potřeba. Válka, která v zemi probíhala až do roku 2020, zanechala v zemi křehký zdravotní systém, který i po nezávislosti země nadále zůstává bez potřebných zdrojů.

Bayo a kol. (2020) ve své studii upozorňují na problém přijímání neoficiálních plateb pro zdravotnický personál. Tvrdí, že je potřeba zavést takovou intervenci, která by znemožnila dále přijímat úplatky. Úplatkový systém totiž diskriminuje ženy na základě jejich socioekonomického postavení. Studie autorů Mugo a kol. (2015) poukazují na potřebu zachování investic do péče o RMNCH a podpory rozvíjejících se systémů, institucí a programů. Autoři zdůrazňují výzvy, kterých je potřeba dosáhnout. Jde o zajištění míru, budování makroekonomické a politické stability, komplexní řešení determinantů zdraví, budování zdravotních služeb a systémů odpovídajících místní realitě. Pro dosažení těchto výzev je nutná trvalá, vícevrstvá a spolehlivá podpora Jižního Súdánu mezinárodními organizacemi. Studie Sami a kol. (2020) se zabývá intervencemi UNICEF, které souvisejí s událostmi konfliktu. Během absence legitimní vlády v průběhu válečného konfliktu pro humanitární aktivity chyběly jak lidské zdroje, tak možnosti koordinace. Autoři vyhodnocují, jak v zemi pomohla organizace UNICEF v rámci programu “Reprodukční zdraví matek, novorozenců, dětí a dospívajících”. I přes zavedenou intervenci zůstává pokrytí zdravotními službami v zemi nízké a neexistují důkazy, že by se situace zlepšila po humanitární vlně pomoci v roce 2014. Nadále je potřeba vyvíjet úsilí k vybudování stabilní vlády, která poskytování zdravotních služeb bude mít jako jednu z priorit.

Organizace UNICEF a její partneři kladou důraz na snížení rizik při samotném porodu, který představuje kritický moment života matky i dítěte. Příkladem rizika může být poporodní krvácení, které je jednou z hlavních příčin úmrtí matek na světě. Lze jim však zabránit, pokud porody vedou kvalifikovaní zdravotníci s adekvátním vybavením. Splnění těchto základních standardů však v Jižním Súdánu zůstává stále velkou výzvou. Pouze u každého pátého porodu v zemi je přítomen kvalifikovaný zdravotnický pracovník. Organizace UNICEF a její partneři poskytují zdravotním zařízením po celé zemi porodnické soupravy, aby pomohly většímu počtu žen porodit bez komplikací. Soupravy pro bezpečný porod obsahují klíčové položky k ošetření těhotných pacientek porodními asistentkami, ale také porodní soupravy pro nastávající matky. Ty obsahují základní potřeby, jako je mýdlo, nové oblečení pro miminko, deky a igelitové prostěradlo. Takový standard je však stále mnohdy nedosažitelný pro obyvatele, kteří žijí v těžko dostupných či vnitřně vysídlených lokalitách státu. V takových případech je velmi obtížné dostat k nim potřebnou zdravotní péči ve chvíli, kdy je zapotřebí. Dostupnost služeb zhoršují také sezónní záplavy anebo pokračující regionální násilí. Další překážkou v zajištění zdravotní péče je zničená zdravotní infrastruktura (válečný konflikt), která zvyšuje výskyt a riziko propuknutí nemocí nejen u dětí, ale i u zranitelných matek. UNICEF proto (společně s vládou a partnery) realizuje programy, které pomáhají zlepšit

přístup k základním zdravotnickým službám pro ženy a děti v celé zemi. Jeden z dlouhodobých programů podporuje komunitní zdravotnické pracovníky a dodává zdravotní materiál a léky, které jsou v zemi právě zapotřebí (UNICEF 2022b).

Aktivita WHO (WHO Report 2018) se zaměřuje i na urychlení pomoci těžko dostupným skupinám obyvatel zasaženým nepřenosnými nemocemi. Organizace WHO chce přijít na inovativní přístupy, které pomohou vyřešit vysoké zatížení obyvatel různými nemocemi. Jeden z mnoha očkovacích programů, který v zemi probíhá, je například “Očkovací kampaň na záchranu životů žen a dětí před mateřským a novorozeneckým tetanem”. Ten je zaměřený pouze na ženy v plodném věku. Očkování je potřebné pro ochranu před tetanem jak u matek a jejich kojenců, tak i u nenarozených dětí. Pokud by těhotná žena během těhotenství či při porodu byla infikována tetanovým toxoidem, může tato infekce vést i k úmrtí. Při tradičních porodech je toto riziko mnohem vyšší, protože se k přestřížení pupeční šňůry dítěte používají mnohdy hrubé, nedezinfikované nástroje, z nichž se dítě i matka mohou velmi pravděpodobně nakazit. Jak již bylo řečeno výše, většina žen v zemi rodí stále doma za podpory pouze nekvalifikovaného personálu (tradiční porodní asistentky). UNICEF a WHO se proto snaží poskytovat logistickou, technickou a finanční podporu ministerstvu zdravotnictví. Usilují o zlepšení špatné zdravotní infrastruktury, ať už financováním či podporou překonávání logistických překážek (př. letecká doprava do oblastí odříznutých vodou při záplavách). Organizace UNICEF navíc pravidelně dodává letecky vakcíny pro očkovací a rutinní kampaně a vysílá kvalifikované zdravotníky i do nedostupných oblastí (UNICEF 2022c).

5.3.4. Sierra Leone

Konec období MDGs (2014-2015) byl v zemi poznamenán epidemií eboly. Ta si vynutila nutnost kvalitní podpory a investic do zdraví a větší snahu o snížení dětské a mateřské úmrtnosti. Přestože v roce 2016 patřila země mezi první tři země světa s nejvyšší mateřskou úmrtností, dokázala do roku 2020 snížit úmrtnost matek na 100 000 živě narozených dětí o 672 úmrtí (z 1120 na 448 viz obr. 13). Jde o obrovský posun, který byl zapříčiněn mnoha faktory, které zmiňuji níže. WHO (2018) však stále hodnotí zdravotní situaci země za neuspokojivou v porovnání se stavem, kterého potřebuje dosáhnout k naplnění SDGs.

Studie Sochas, Channon a Nam (2017) sleduje pokles využívání reprodukčních, mateřských, novorozeneckých a zdravotních služeb, ke kterému došlo během epidemie eboly. Zjišťuje, že v důsledku epidemie došlo k největšímu poklesu především v pokrytí předporodní péče. Díky ebole se snížilo také využívání služeb plánování rodiny, porodů v zařízeních

a poporodní péče. Pomocí výsledků studie můžeme nyní nasměrovat již tak omezené množství zdrojů do regionů, kde jsou nejvíce potřeba.

Pod záštitou organizace FAO (2016) byl v Sierra Leoně vypracován plán “Národní strategie podpory zdraví” (2017–2021), který usiloval o koordinaci nejrůznějších aktivit podpory zdraví v zemi. Snažil se zvýšit informovanost a znalost občanů o různých zdravotních službách. Díky Strategii se postupně zaváděla školení na zdravotních pracovištích, rozšiřovala se partnerství s NGOs, proběhly různé zdravotní kampaně a využívala se média ke komunikaci zdravotní problematiky. UNICEF (2022d) se v rámci této strategie zapojil do informačního programu pro mládež, zejména dospívající dívky. Cílem bylo zapojit je do rozhodování o zdravotních otázkách. Díky podpoře ministerstev a dárcovských partnerů došlo k zavádění zdravotních intervencí především na komunitní úrovni. Národní strategie se nově snažila zapojit rodiny do rozhodování v otázkách ochrany zdraví. Další program organizace UNICEF (2022d) “Nedostatek kvalitního a nepřetržitě poskytovaného poskytování komplexních, života zachraňujících služeb” byl projekt, který se zaměřil na přežití znevýhodněných dětí a jejich matek. Soustředil se na skutečné a stále přítomné problémy, kterým ženy a děti v Sierra Leone čelí. Jedná se o důsledky špatné zdravotní péče, nevyhovujících a špatně vybavených zdravotních zařízení. Mateřská úmrtí v zemi představují 36 % všech úmrtí žen ve věku 15-49 let. UNICEF za hlavní příčinu mateřské úmrtnosti považuje porodní krvácení, které způsobí až 46 % mateřských úmrtí v zemi. Zavedením “Iniciativy za bezplatnou zdravotní péči” zaznamenala Sierra Leone výrazné zlepšení ukazatelů pokrytí RMNCH. Podíl porodů vedených kvalifikovanými porodními asistentkami se zvýšil z 61 % (rok 2013) na 93 % (rok 2017). Přesto se zvýšené využívání služeb prozatím dostatečně nepromítlo do pozitivních zdravotních výsledků. UNICEF uvádí, že 79 % mateřských úmrtí (rok 2017) se odehrálo ve zdravotní zařízení. To svědčí o špatné kvalitě poskytování péče v nemocnicích a v periferních zdravotních centrech.

Možnou nekvalitní péči ve zdravotních zařízeních v zemi dokládá také studie Holmer a kol. (2019). Ta se zaměřila na nízkou dostupnost porodů provedených pomocí císařského řezu v zemi a na vysokou míru úmrtnosti při takových porodech. Autoři tvrdí, že pokud žena rodila pomocí císařského řezu a zemřela, nejčastější příčinou jejího úmrtí bylo krvácení (73 %). Z těch, které zemřely během operace nebo po ní, bylo 80 % v celkové anestezii, 75 % dostalo krevní transfuzi a u 22 % byla diagnostikována ruptura dělohy. Přestože se počet císařských řezů rychle zvyšuje, jejich správné provedení a kvalita stále není na dostatečné úrovni. Jejich dostupnost je stále zaměřena na jádrové oblasti země a periferní oblasti nemají vůbec možnost této volby porodu. Mnohé porodů matek v odlehlých oblastech s nedostatečnou

péči často končí úmrtím i při menších porodních komplikacích. Snaha o rozšíření císařského řezu je spojena s úsilím o eliminaci pozdních porodů. Studie Gennaro (2020) navazuje na Holmer a kol. (2019) a snaží se zjistit rizikové faktory infekce v místě chirurgického výkonu po císařském řezu u žen přijatých do porodnic ve Freetownu (hlavní město Sierra Leone). Studie ukazuje, že nejdůležitější složkou při císařském řezu a jeho léčení je úloha antibiotik, které je nyní potřeba do země dodat v dostatečném množství a předat do míst, kde jsou zapotřebí.

5.3.5. Somálsko

Z obrázku 13 vidíme, že také Somálsko dokázalo od roku 2016 do roku 2020 výrazně snížit svou mateřskou úmrtnost o 521 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí (z 865 na 344). Data ukazují na postupné zlepšování zdravotních ukazatelů země, ve které probíhá občanská válka již od roku 1991. Jedním z jejích důsledků je výrazně privatizovaný zdravotní systém země, který je omezen pouze na jádrová města v zemi. Aden a kol. (2019) označuje zemi jako výrazně nízkopříjmovou a její zdravotní infrastrukturu stále za velmi křehkou. Gele (2020) přichází na to, že i v současnosti má pouze méně než 30 % somálské populace přístup ke zdravotním službám. Nutnou intervencí je proto umožnění zdravotní péče obyvatelům venkovských a periferních oblastí Somálska. Základem potřebné zdravotní intervence je podle této studie značná investice do zdravotního průzkumu. Ten by pomohl k oživení výzkumné instituce v oblasti veřejného zdraví obyvatel země. Největší výzvou Somálska je nyní novorozenecká a dětská úmrtnost, ale zároveň zde každoročně umírá v důsledku komplikací souvisejících s těhotenstvím či porodem 1 z 20 žen (ve věku 15-49 let). Pokud budou v zemi k dispozici kvalifikované porodní asistentky a zdravotní sestry, které odhalí a vyřeší případné problémy žen v těhotenství, porodu i v šestinedělí, lze většinu úmrtí předejít. Pro odstranění života ohrožujících rizik je potřeba, aby ženy navštěvovaly zdravotní zařízení, měly přístup k dezinfekčním prostředkům a dodržovaly základní hygienu. V období vleklé nestabilní situace somálské ženy již často nevěří ani zdravotníkům ve zdravotních zařízeních a spoléhají na tradiční domácí péči.

Autoři Brown a kol. (2010) zkoumali nechuť a strach z císařského řezu somálských přistěhovalek v USA. Jejich studie ukazuje strach žen ze smrti po porodu císařským řezem a značný odpor týkající se dalších porodnických zákroků v nemocnicích. Zkoumaná skupina žen nevěří v bezpečné provedení zákroku ani ve zdravotních zařízeních v USA. Mají v sobě hluboce zakořeněné obavy, že dle jejich přesvědčení prenatální či porodnický zákrok končí úmrtím. Aden a kol. (2019) zmiňují nejčastější příčiny úmrtí matek v Somálsku. Ty jsou

nejčastěji způsobeny nedostatečnými zdravotními znalostmi žen, jejich finanční situací a špatnou dostupností zdravotních služeb. Je zapotřebí komplexního intervenčního programu, který by zahrnoval zdravotní osvětu a strategickou modernizaci zdravotních služeb. Autoři vidí klíč ke snížení mateřské úmrtnosti v dostupnosti porodů ve zdravotních zařízeních a s tím spojenou případnou péčí pro těhotné i ženy po porodu.

Somálská vláda úzce spolupracuje s organizací UNICEF (2022e) na rozšíření poskytování vysoce kvalitních zdravotních služeb pro matky, novorozence, děti a dospívající. Podporuje primární zdravotní péči (zejména na komunitní úrovni), aby bylo dosaženo všeobecného zdravotního pokrytí v zemi. UNICEF spolupracuje společně s dalšími partnery NGOs na posilování zdravotních systémů. Snaží se o poskytování sjednocených a inovativních služeb pro somálské děti, mládež a ženy v reprodukčním věku. Toto úsilí by mělo přinést snížení počtu úmrtí matek, novorozenců a dětí v případech, kdy jim lze předejít. Somálsko je příkladem země, kde jsou služby organizace UNICEF velmi zapotřebí. Organizace pomáhá s rozšířením pokrytí a kvalitou služeb v oblasti mateřského zdraví. Je nezbytná podpora ze strany vlády a její zapojení v otázkách zdravotních problémů či rozvoje odolných zdravotních systémů. Všechny zmíněné služby se snaží UNICEF poskytovat v místech postižených probíhajícím konfliktem nebo v místech přírodních katastrof. Nové systémy, které se v zemi snaží nyní nastolit, musí být schopny odolat krizím, které mohou dále propuknout (zdravotní, ekonomické, politické) (UNICEF 2022e).

Jedním z center, kde pomáhá UNICEF, je jeden z největších uprchlických táborů v Kabase (Dollow). Níže uvádím příklad mnohonásobné matky, která podcenila příznaky problémů v těhotenství (UNICEF 2022e). Jde o ženu, která všechny své předchozí porody porodila bez komplikací s tradiční porodní asistentkou v místě svého bydliště. Nyní ji však již v osmém měsíci postihlo vaginální krvácení. Díky zdravotní intervenci a dostupnosti zdravotníků v táboře jí byla doporučena návštěva referenčního zdravotního střediska v Dollow, kde dokážou poskytnout potřebnou specializovanou péči. Zde jí byl proveden ultrazvuk, na jehož základě byl ženě doporučen porod císařským řezem, ale také pravidelné návštěvy předporodní poradny. Matka však toto doporučení ignorovala. Již po týdnu se u ní projevil akutní předporodní problémy (u plodu docházelo k selhání dýchání, a navíc měl slabou srdeční frekvenci). Matka musela podstoupit akutní císařský řez, pro záchranu svého i dětského života. Dítě bylo okamžitě resuscitováno a napojeno na kyslík. Matka byla ve stabilizovaném stavu převezena na pooperační pokoj. Díky včasnému zásahu a připravenosti nemocnice vše dopadlo dobře. Matka porodila ve zdravotním zařízení, kde byla dostupná kvalifikovaná zdravotní péče, která jí i jejímu jedenáctému dítěti dokázala zachránit život.

Organizace Trocaire realizuje v Somálsku program s názvem “Gedo Somali Health and Nutrition Programme”. Díky finanční podpoře Úřadu pro zahraniční styky a rozvoj, se podařilo poskytnout základní, komplexní porodnickou a novorozeneckou péči mnoha ženám po celé zemi. Díky programu se již podařilo zachránit životy mnoha těhotným ženám a výrazně snížit mateřskou úmrtnost. Tuto možnost využít lékařskou péči má však pouze hrstka žen v rozvojových zemích, pokud ji však přesto odkládají, vystavují se zbytečnému riziku. To je umocňováno nefunkčním zdravotním systémem, řadou kulturních stereotypů a mnohými škodlivými kulturními praktikami v zemi (UNICEF 2022f).

5.3.6. Středoafriická republika

Poslední sledovaná země, Středoafriická republika, dokázala od roku 2016 do roku 2020 snížit své hodnoty mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených dětí o 464 úmrtí matek (viz obr. 13). Stále však jde o zemi s jednou z nejvyšších mateřských úmrtností na světě a WHO (WHO Report 2018) hodnotí zdravotní stav obyvatel země jako neuspokojivý v porovnání se stavem potřebným pro dosažení cílů SDGs. V roce 2013 v zemi vypukla válečná krize, kterou nedokázal zastavit ani nově zvolený prezident v roce 2016. Nyní je asi 60 % území pod kontrolou ozbrojených sil a statistiky uvádějí, že do konce roku 2017 bylo vysídleno 1,24 mil obyvatel (25 % obyvatelstva země). Každé další násilí v zemi s sebou přináší další a další civilní oběti a vysídlování obyvatel (Světová banka 2019a). Organizace WHO se snaží přijít na inovativní přístupy ke zlepšení zdraví v kontextu dlouhodobého konfliktu v zemi.

Vleklá válečná situace v zemi, která nebyla ukončena ani podepsáním mírové dohody v únoru 2019, zaujala autory Robinson a kol. (2021). Ve své studii se snaží nastínit cesty vedoucí ke snížení mateřské úmrtnosti, jejíž míra překračuje hranici humanitární nouze. Násilí a nepokoje jsou hlavní hrozbou pro život, fyzickou i duševní pohodu obyvatel. Další příčiny úmrtí vypovídají o špatných životních podmínkách a špatném přístupu ke zdravotní péči a preventivním opatření. Jako v předchozích částech práce se u zmíněných zemí se ukazuje, že hlavními překážkami jsou vzdálenost, dostupnost zdravotní péče a finanční situace domácností. Studie se věnuje i neuspokojivé kvalitě dostupné péče. Z výzkumu vyplývá, že většina následně zemřelých se snažila péči vyhledat, ale ta jim přesto nepomohla. Tento výzkum zvyrazňuje nutnost posílit dostupnost zdravotní péče, která bude bezplatná, geograficky dostupná a především kvalitní. Bohužel v prosinci 2020 konflikt v zemi opět zesílil a dá se předpokládat, že k poskytování kvalitní zdravotní péče bude potřeba širších opatření, než bylo původně zamýšleno. Země každoročně nedosahuje stanovených cílů v rámci výzev OSN a konflikt jen dále prohlubuje humanitární krizi země. Je zapotřebí komplexní

humanitární pomoc, která bude zaměřena na zlepšení základních životních podmínek, zajištění přístupu ke kvalitní zdravotní péči a preventivním opatřením. Taková humanitární pomoc s sebou přinese lepší životní podmínky obyvatel, tedy i snížení mateřské úmrtnosti. Studie vyjadřuje naději v dosažení brzkého míru v zemi (Robinson a kol. 2021).

Projekt, se kterým přišla RBF Health pod záštitou Světové banky, má za cíl podpořit právě zdravotní systém země. Snaží se rozšířit pokrytí a kvalitu kritických služeb v oblasti reprodukčního, mateřského a dětského zdraví (RMCH). Tento projekt je zaměřen především na venkovské obyvatelstvo v pěti regionech Středoafričké republiky. Důvodem projektu je snaha zvrátit mimořádně špatné výsledky v oblasti zdraví matek a dětí v době válečného konfliktu. Periferní oblasti z hlediska zdraví jsou na tom dlouhodobě podstatně hůře než městské oblasti. Z průzkumu v domácnostech vyplynulo, že více než 50 % uživatelů je nespokojeno s dostupnými zdravotními službami v zemi. Důvody nespokojenosti jsou často spojeny s cenou péče, nedosažitelnými léky, vzdáleností do zdravotního zařízení a dlouhou čekací dobou v zařízeních. Finanční tíseň obyvatel omezuje efektivní poptávku po zdravotních službách. Výdaje z vlastní kapsy představují téměř 50 % celkových výdajů na zdravotnictví, což si mnoho domácností nemůže dovolit. Projekt "Podpory zdravotního systému" zahrnuje složku financování založeného na výkonnosti. V rámci projektu RBF Health uzavírá smlouvy se zdravotními pracovišti, středisky, či okresními a regionálními nemocnicemi. Díky tomu je možné poskytovat dohodnutý balíček služeb RMCH tam, kde je potřeba. V roce 2013 byl projekt pozastaven z důvodu panující humanitární krize. Následně však byl v roce 2015 restrukturalizován a pod vedením OSN přispěl k pomoci. Po obnovení stability byl znovu zahájen se zvýšeným financováním (tj. 12 milionů USD od IDA). Vzhledem ke stále trvající konfliktní situaci v zemi bylo hodnocení dlouhodobých dopadů zrušeno pro bezpečnost tazatelů. Tyto intervence ale značně rozšířily zdravotní služby do míst, kde bylo nejvíce zapotřebí (RBF Health 2022b).

5.3.7. Shrnutí

Sledované země se z pohledu mateřské úmrtnosti za velmi krátkou dobu výrazně zlepšily, přesto jde v současné době stále o země s největší mateřskou úmrtností na světě. Ve většině zemí nadále přetrvává dlouhodobý konflikt, proto i přes zlepšení jsou velmi daleko od splnění požadované hodnoty stanovené OSN (méně než 70 úmrtí matek na 100 000 živě narozených dětí). Z vybraných států největšího posunu dosáhlo Sierra Leone, které snížilo o 672 úmrtí matek na 100 000 živě narozených (na 448 úmrtí matek) za čtyři roky. I přes výrazný posun (o 423 úmrtí matek) je stále mezi třemi nejhoršími státy světa Jižní Súdán s 707

úmrtními matek na 100 000 živě narozených. Ten je tak stále na desetinásobku cílové hodnoty, které chce dle SDGs dosáhnout k roku 2030.

Hlavním problémem mé šestice států je především zdravotní péče o matku, komplikace spojené s těhotenstvím a v průběhu poporodní péče. Oba tyto aspekty je nutné řešit dalšími potřebnými intervencemi. Navíc tyto země se především snaží o dosažení míru a zároveň s ním i akutní zdravotní pomoc potřebným. Přestože sledované země zavedly různé intervence pro snížení mateřské úmrtnosti, ne vždy je právě toto téma v současnosti tou hlavní prioritou. Stále tak dochází ke zbytečným mateřským úmrtím.

Odpoď na výzkumnou otázku *“Jakou intervenci zavedla nejúspěšnější země skupiny LDCs pro to, aby naplnila cíl, který je nejhůře naplňován?”* tedy nemůž být zcela jednoznačná. Už proto, že nejde o nejúspěšnější zemi, ale o skupinu nejúspěšnějších států, které zavedly různé intervence. Přesto můžeme pozorovat opakující se témata a problémy, ke kterým země přistupují podobným způsobem. Jedním z takových je především důraz na zlepšení kvality zdravotních služeb pro těhotné ženy a děti. Zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb státy obvykle řeší vyššími výdaji do zdravotnictví (například vybavení nemocnic, dovoz léčiv, školení zdravotního personálu). Mnohé, především řídké osídlené země, pocítují nutnost zlepšit dostupnost zdravotní péče i v odlehlých vesnických oblastech (Čad, Středoafriká republika). Řešením může být systém podobný tomu, který probíhal v Čadu (dodatečný bonus lékařům působícím ve zvláště odlehlých a chudých oblastech). Opakujícím se problémem je také potřeba zpřístupnění kvalitní zdravotní služby i ženám z nižších sociálně-ekonomických vrstev společnosti (Čad, Guinea-Bissau, Jižní Súdán, Středoafriká republika). Některé země chtějí zavést bezplatnou zdravotní péči (Guinea-Bissau, Sierra Leone), která by dle nich zvýšila využití mateřské péče i pro ty ženy, pro které je nyní finančně nedostupná. Sierra Leone pocítuje však nedostatečné pokrytí dostupnosti možnosti porodu císařským řezem. O kvalitě lékařských zákroků (například císařského řezu) se obávají ženy v Somálsku. Většina vlád si uvědomuje nutnost vzdělávacích programů pro ženy, přestože priority se v různých státech i jejich oblastech liší (ženská obřízka – Guinea-Bissau, strach z porodů císařským řezem – Somálsko). Takové vzdělávací programy navazují na intervence do zvýšení celkové zdravotní osvěty žen (Somálsko), která je v těchto státech velmi žádoucí.

6. Závěr

Práce zkoumá mnou stanovené tři výzkumné otázky, které jsem si stanovila a pomocí dostupných informací zpracovala.

Tabulka 9: Výzkumné otázky a jejich vyhodnocení

Výzkumná otázka	Odpověď
<i>Jaké strategie zvolily země pro zlepšení sledovaných indikátorů?</i>	Existuje široká škála strategií, z nichž si mohou země LDCs zvolit na základě svého kontextu.
<i>Který z ukazatelů SDG 3.1. či 3.2. je v nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován?</i>	Mateřská úmrtnost
<i>Jakou intervenci zavedla nejúspěšnější země skupiny LDCs pro to, aby naplnila cíl, který je nejhůře naplňován?</i>	Státy si volily různé intervence, jejichž společným rysem je především navýšení investic v oblasti zdraví, které ve výsledku pomohly k vyšší úspěšnosti snížení indikátoru mateřské úmrtnosti.

Na první výzkumnou otázku ve tvaru “*Jaké strategie zvolily země pro zlepšení sledovaných indikátorů?*” nelze jednoznačně odpovědět. Není možné zvolit takovou strategii, nebo soubor strategií, který by v každé ze sledovaných zemí LDCs napomohl splnění indikátorů stejnou měrou. Všechny sledované ukazatele jsou komplexními problémy rozvojových zemích, které je nutné postupnými strategiemi a intervencemi postupně zlepšovat. Proto jsem v kapitole představila možné ukázky programů a intervencí, které jsou pro všechny země dostupné v rámci organizace WHO. Stejně tak mají země LDCs k dispozici postupy a metody, které již pomohly ke snížení indikátorů v okolních rozvojových zemích nebo které dlouhodobě fungují v rozvinutých státech světa. Ke splnění SDGs je nutné znát slabé a silné stránky dané země a na jejich základě zvolit své národní strategie v oblasti zdraví. Každá země si je vždy vědoma kontextu své situace a je důležité, aby dokázala zvolit správnou kombinaci strategií, které pomáhají postupně zlepšovat ty ukazatele, v kterých země nejvíce zaostává (nemusí vždy být zaměřeny pouze na SDG 3, případně indikátory sledované v této práci). Proto existuje mnoho strategií, přístupů (Menne a kol. 2020), modelů, programů a intervencí (viz zmíněné WHO 2022a), které jsou vždy zaměřené na daný problém, který země právě řeší. Množství různých strategií odpovídá rozdílnému kontextu (a potřebám) pestré skupiny sledovaných zemí. Přesto prioritou každé sledované země je docílit blahobyt populace.

Druhá výzkumná otázka *“Který z ukazatelů SDG 3.1. či 3.2. je v nejméně rozvinutých státech světa nejhůře naplňován?”* je jedinou z otázek, na kterou lze na základě dostupných dat konkrétně i krátce odpovědět. Nejhůře naplňovaným indikátorem v zemích LDCs je SDG 3.1.1., tedy ukazatel mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených, který za sledované období nesplnila žádná sledovaná země skupiny LDCs. V kapitole 5.2. rozebírám důvody vysoké zranitelnosti států LDCs. Jde nejen o zranitelnost vlivem přírodních podmínek (záplavy, nedostatek srážek, pandemie), ale i nestabilní situaci v zemi (konflikty, potravinová nejistota). Státy LDCs jsou na vysokých příčkách v žebříčku FSI (Reliefweb 2017 a 2021). Vlivem toho často není prostor řešit pomoc matkám v rodinách (Martin a kol. 2020), lepší zdravotní péči o matku a novorozence (Wilson a kol. 2020) či dostupnost předporodních vyšetření těhotným ženám a zajištění jejich kvality s pomocí kvalifikovaného zdravotnického personálu (Rumsey a kol. 2016). Je třeba mít na paměti, že nejnovější dostupná data jsou k roku 2020 a mé hodnocení tak vychází z prvních čtyř let SDGs. Země tak stále mají 10 let k dosažení požadovaných cílů. Nejbližší ke splnění jsem v práci zmínila ty země, které jsou k roku 2020 na maximálně dvojnásobných hodnotách. Jde o země Svatý Tomáš a Princův ostrov a Tuvalu. Naopak na šestinásobných hodnotách ukazatele mateřské úmrtnosti oproti požadované hodnotě jsou nyní státy Jižní Súdán, Libérie a Mauritánie, které mají stále ještě velmi daleko ke splnění SDGs.

Třetí výzkumnou otázku jsem si zformulovala *“Jakou intervenci zavedla nejúspěšnější země skupiny LDCs pro to, aby naplnila cíl, který je nejhůře naplňován?”*. V průběhu výzkumu jsem došla k názoru, že hledat jednoznačnou odpověď na tuto otázku je velmi složité. Proto jsem se spíše snažila najít alespoň nějaké společné prvky intervencí zemí, které můžu představit jako širší odpověď na tuto otázku. V hledání intervencí, které by bylo možné doporučit méně úspěšným zemím, neexistuje jedna univerzální. Společným problémem se jeví nestabilní situace v zemích, nutnost zlepšení kvality služeb poskytovaná ženám a dětem, potřeba zvýšení kvality zdravotní a porodní péče, dosažení vyššího počtu kvalifikovaného zdravotního personálu či zvýšení zdravotní osvěty a informovanosti žen. Podstatou řešení většiny těchto problémů jsou vyšší investice v oblasti zdraví a jejich vhodná distribuce.

Z celkových výsledků je zřejmé, že iniciativa SDGs určitě napomohla k výraznému zlepšení hodnot ve sledovaných indikátorech. Je však třeba poukázat na limity, kterým tato práce musela čelit. Nejzásadnějším problémem je hodnocení indikátorů příliš brzy po zavedení SDGs. Dalším problémem byla dostupnost a kvalita dat, která jsou zveřejňována se zpožděním

(dle mého názoru i vinou pandemie COVID-19 a stále trvajících konfliktů v některých zemích), a tak jsem mohla sledovat posun zemí tří indikátorů pouze za čtyřleté období. Problémem také může být, že data, jež jsem srovnávala, mohou být vlivem různé metodiky sběru dat navzájem nesrovnatelná (například u ukazatele novorozenecké úmrtnosti). Zároveň si myslím, že by bylo vhodné, provést podobné vyhodnocení za další čtyřleté období. Oproti původnímu záměru jsem nemohla vyhodnotit vývoj všech indikátorů. Data ukazatele podílu porodů vedených kvalifikovaným zdravotnickým personálem jsou nekonzistentní, většina zemí LDCs nemá data aktuální a každoročně kompletní. Nedostatek s dostupnými informacemi jsem zaznamenala i u první a třetí výzkumné otázky. U první výzkumné otázky víme o celosvětově dostupných strategiích organizace WHO, ale není jasně stanoveno, který stát je plánuje využít nebo je již dokonce zavedl. Stejně tak informace o zavedených intervencích ve státech sledovaných třetí výzkumnou otázkou jsou často nedostupné či velmi zastaralé, tedy nesouvisející s nynějšími SDGs. Pro vyhodnocení, zda nově zavedené intervence jsou skutečně tím správným řešením i z dlouhodobého hlediska (například bezplatná zdravotní péče) by bylo potřeba každou zavedenou intervenci či strategii sledovat hlouběji. To by znamenalo nastudování si jednotlivých situací a možností jednotlivých zemí, což překračuje možnosti této diplomové práce. Optimální by bylo navázat na tuto práci dalšími výzkumy s podrobnějšími analýzami zavedených intervencí ve vybraných státech LDCs. Avšak je třeba mít na paměti, že mé výsledky jsou jistě ovlivněny i výběrem států. Za prvé, země, které se nyní nejvíce zlepšily na tom byly logicky nejhůře ve sledovaném období. Za druhé, pokud bych zvolila jinou metodiku výběru úspěšných států, narazila bych jistě na země, které řeší jiné problémy a zavádějí proto i rozdílné intervence než ty, které zmiňuji.

Nepochybně při závěrečném hodnocení výsledků SDGs budou vyhodnoceny neúspěšnější strategie a intervence v zemích. Domnívám se však, že má smysl průběžně sledovat vývoj ve stanovených indikátorech. Vyhodnocování úspěšnosti jednotlivých strategií se může stát vodítkem zemím, které dosud výrazného posunu nedosáhly. V této práci jsem se musela vypořádávat s řadou obtíží při hledání informací a je pravděpodobné, že s podobnými problémy se budou potýkat i budoucí studie. S přibývajícimi lety by však měla být zaručena vyšší vypovídací schopnost podobných prací díky delší časové řadě se stejným vzorkem zemí. Následné práce by měly nasměrovat naše akce takovým směrem, který bude mít pro zlepšení zdravotní situace těch nejzranitelnějších zemí světa největší význam.

Použité zdroje

ABAWOLLO, H. S., TSEGAYE, Z. T., DESTA, B. F., MAMO, T. T., MAMO, H. G., MEHARI, Z. T., GEBREMEDHIN, Z. K., BESHIR, I. A. (2021): Implementing a modified World Health Organization safe childbirth checklist in health centers of Ethiopia: a pre and post intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21, s. 77.

ABOUZAHAR, C., BOERMA, T., HOGAN, D. (2017): Global estimates of country health indicators: useful, unnecessary, inevitable?. *Global Health Action*, 10, č. 1, s. 3-17.

ADEN, J. A., AHMED, H. J., ÖSTERGREN, P-O. (2019): Causes and contributing factors of maternal mortality in Bosaso District of Somalia. A retrospective study of 30 cases using a Verbal Autopsy approach. *Global Health Action*, 12, č. 1.

AHMED, S. M., RAWAL, L. B., CHOWDHURY, S. A., MURRAY, J., ARSCOTT-MILLS, S., JACK, S., ALAM, P. M., KURUVILLA, S. (2016): Cross-country analysis of strategies for achieving progress towards global goals for women's and children's health. *Bulletin of the World Health Organization*, 94, č. 5, s. 351-361.

ALLEN, C., METTERNICHT, G., WIEDMANN, T. (2016): National pathways to the Sustainable Development Goals (SDGs): A comparative review of scenario modelling tools. *Environmental Science and Policy*, 66, s. 199-207.

BAYO, P., BELAID, L., TAHIR, E. O., OCHOLA, E., DIMITI, A., GRECO, D., ZAROWSKY, CH. (2020): "Midwives do not appreciate pregnant women who come to the maternity with torn and dirty clothing": institutional delivery and postnatal care in Torit County, South Sudan: a mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, s. 250.

BERGGREN, CH. (2018): *Good Things on the Rise: The One-Sided Worldview of Hans Rosling*. Linköping University, Sweden.

BLAŽEK, J. (2012): Regionální inovační systémy globální produkční sítě: Dvojitá optika na zdroje konkurenceschopnosti v současném světě?. *Geografie*, 117, č. 2, s. 209–233.

BRINGEZU, S. (2018): Key Strategies to Achieve the SDGs and Consequences of Monitoring Resource Use. In: Hülsmann, S. a kol.: *Managing Water, Soil and Waste Resources to Achieve Sustainable Development Goals*. Springer, Cham, s. 11-34.

BROWN, E., CAROLL, J., FOGARTY, C., HOLT, C. (2010): “They Get a C-Section . . . They Gonna Die”: Somali Women’s Fears of Obstetrical Interventions in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 21, č. 3, s. 220–227.

CALLOW, A. D. (2006): Cardiovascular disease 2005 — the global picture. *Vascular Pharmacology*, 45, č. 5, s. 302-307.

DANA VI, H., DEEN, S., HASBINI, T. (2016): Maternal mortality in Chad. *International Journal of Childbirth Education*, 31, č. 2, s. 21-25.

DUŠKOVÁ, L., HARMÁČEK, J., KRYLOVÁ, P., OPRŠAL, Z., SYROVÁTKA, M., ŠAFAŘÍKOVÁ, S. (2011): *Encyklopedie rozvojových studií*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

FAO (2016): *National Health Promotion Strategy of Sierra Leone (2017-2021)*. Government of Sierra Leone, Freetown.

FERDUSHI, K. F., KAMIL, A. A., HASAN, M. N., ISLAM, T. (2020): Factors Associated with Coronary Heart Disease among Elderly People in Different Communities. In: *Statistics for Data Science and Policy Analysis*. Springer, Singapore, s. 207-220.

GABLE, S.E., LOFGREN, H., OSORIO-RODARTE, I. (2015): Trajectories for sustainable development goals: framework and country applications. *The World Bank. Economics*, s. 5-19.

GELE, A. (2020): Challenges Facing the Health System in Somalia and Implications for Achieving the SDGs. *European Journal of Public Health*, 30, č. 5, ckaa165.1147.

GENNARO, F., MAROTTA, C., PISANI, L., VERONESE, N., PISANI, V., LIPPOLIS, V., PELLIZER, G., PIZZOL, D., TOGNON, F., BAVARO, D. F., OLIVA, F., PONTE, S., NANKA BRUCE, P., MONNO, L., SARACINO, A., KOROMA, M. M., PUTOTO, G. (2020): Maternal caesarean section infection (MACSI) in Sierra Leone: a case–control study. *Epidemiology and Infection*, 148, č. E40, s. 1-6.

HOLMER, H., KAMARA, M. M., BOLKAN, H. A., DUINEN, A., CONTEH, S., RORNA, F., HAILU, B., HANSSON, S. R., KOROMA, A. P., KOROMA, M. M., LILJESTRAND, J.,

LONNEE, H., SESAY, S., HAGANDER, L. (2019): The rate and perioperative mortality of caesarean section in Sierra Leone. *BMJ Global Health*, 4, č. 5, e001605.

CHEN, J., PENG, S., CHEN, H., ZHAO, X., GE, Y., LI, Z. (2020): A Comprehensive Measurement of Progress toward Local SDGs with Geospatial Information: Methodology and Lessons Learned. *International Journal of Geo-Information*, 9, č. 9, s. 522.

JENÍČEK, V., FOLTÝN J. (2010): Globální problémy světa: v ekonomických souvislostech. C.H. Beck. Beckovy ekonomické učebnice, Praha.

KARIMUZZAMAN, Md., HOSSAIN, Md. M, RAHMAN, A. (2020): Finite Mixture Modelling Approach to Identify Factors Affecting Children Ever Born for 15–49 Year Old Women in Asian Country. In: *Statistics for Data Science and Policy Analysis*. Springer, Singapore, s. 221-236.

KIM, S., KIM, S-Y. (2019): Exploring factors associated with maternal health care utilization in Chad. *Journal of Global Health Science*, 1, č. 1, s. 31.

KIRROS, G. T., CHOJENTA, C., BARKER, D., TIRUYE, T. Y., LOXTON, D. (2019): The effect of maternal education on infant mortality in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14, č. 7, e0220076.

KISSINGER, H. Přeložil POKORNÝ M. (2016): Uspořádání světa: státní zájmy, konflikty a mocenská rovnováha. *Prostor, Obzor (Prostor)*, Praha.

KOLAHARI, AA., ABBASI-KANGEVARI, M., ABADI, A. (2021): Effect of maternal education and encouragement on newborn care utilization: a health system intervention. *BMC Pediatric*, č. 21, s. 321.

KURUVILLA, S., BUSTREO, F., KUO, T., MISHRA, C. K., TAYLOR, K., FOGSTAD, H., GUPTA, G. R., GILMORE, K., TEMMERMAN, M., THOMAS, J., RASANATHAN, K., CHAIBAN, T., MOHAN, A., GRUENDING, A., SCHWEITZER, J., DINI, H. S., BORRAZZO, J., FASSIL, H., GRONSETH, L., KHOSLA, R., CHEESEMAN, R., GORNA, R., MCDUGALL, L., TOURE, K., REGERS, K., DODSON, K., SHARMA, A., SEOANE, A., COSTELLO, A. (2016): The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 94, č. 5, s. 398–400.

LINDNER, T., STRNAD, M. (2006): Světová banka a vývoj jejích strategií v boji proti chudobě. *Mezinárodní vztahy*, 41, č. 2, s. 120-142.

MARQUIS, A., O'KEEFFE, J., JAFARI, Y., MULANDA, W., MARTIN, A. I. C., DALY, M., KAM, S., ARITI, C., GAMAOU, A. B., BAHARADINE, CH., PENA, S. J., RINGTHO, L., KUEHNE, A. (2019): Use of and barriers to maternal health services in southeast Chad: results of a population-based survey. *BMJ Open*, 12, č. 3, e048829.

MARTIN, S. L., MCCANN, J., GASCOIGNE, E., ALLOTEY, D., FUNDIRA, D., DICKIN, K. L. (2020): Mixed-Methods Systematic Review of Behavioral Interventions in Low – and Middle-Income Countries to Increase Family Support for Maternal, Infant, and Young Child Nutrition during the First 1000 Days. *Current Developments in Nutrition*, 4, č. 6, nzaa085.

MENNE, B., LEON, E. A., BEKKER, M., MIRZIKASHVILI, N., MORTON, S., SHRIWISE, A., TOMSON, G., VRACKO, P., WIPPEL, CH. (2020): Health and well-being for all: an approach to accelerating progress to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) in countries in the WHO European Region. *European Journal of Public Health*, 30, č. 1, s. i3-i9.

MOIOLA, S., SCHILTZ, F. (2019): Measuring sustainable development goals performance: How to monitor policy action in the 2030 Agenda implementation?. *Ecological Economics*, 164, s. 106-373.

MOUCHERAUD, C., OWEN, H., SINGH, N. S., KUONIN NG, C., REQUEJO, J., LAWN, J. E., BERMAN, E. (2016): Countdown to 2015 country case studies: what have we learned about processes and progress towards MDGs 4 and 5?. *BMC Public Health*, 16, č. 2, s. 33-49.

MOYER, J. D., HEDDEN, S. (2020): Are we on the right path to achieve the sustainable development goals?. *World Development*, č. 127, 104749.

MUGO, N., ZWI, A. B., BOTFIELD, J. R., STEINER, C. (2015): Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda. *SAGE Open*, 5, č. 2, s. 1-14.

MUGO, N. S., AGHO, K.E., ZWI, A. B., DAMUNDU, E. Y., DIBLEY, M. (2018): Determinants of neonatal, infant and under-five mortality in a war-affected country: analysis of the 2010 Household Health Survey in South Sudan. *BMJ Global Health*, č. 3, e000510.

NDIAYE, B., THIAM, L., HAM, G., CHOI, Y., LEE, E., KANG, K., YANG, Y. (2021): The Effects of the Maternal Health Improvement Project in the Louga Region of Senegal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, č. 1, s. 1-15.

NOVÁČEK, P., ARMAND, P. (2014): *Rozvojová studia – vybrané kapitoly*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

NOVE, A., FRIBERG, I. K., BERNIS, L., MCCONVILLE, F., MORAN, A. L., NAJJEMBA, M., HOOPE-BENDER, P., TRACY, S., HOMER, C. S. E. (2021): Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health*, č. 9, s. 24-32.

OBIANG-OBOUNOU, B. W., FUH, M. E. (2020): The State of Maternal and Infant Health and Mortality in Chad. *African Journal of Reproductive Health*, 24, č. 1, s. 26-34.

OLAJUBU, A. O., FAJEMILEHIN, B.R., OLAJUBU, T. O., AFOLABI, B. S. (2020): Effectiveness of a mobile health intervention on uptake of recommended postnatal care services in Nigeria. *PLOS ONE*, 15, č. 9, e0238911.

PIZZI, S., CAPUTO, A., CORVINO, A., VENTURELLI, A. (2020): Management research and the UN sustainable development goals (SDGs): A bibliometric investigation and systematic review. *Journal of Cleaner Production*. č. 276, 124033.

RATAJOVÁ, N. (2019): *Analýza dopadů rozvojových cílů tisíciletí (MDGs 4-6) ve vybraných státech Afriky a Asie*. Bakalářská práce. Katedra geografie ZČU, Plzeň.

REYNOLDS, A., ZAKY, A., MOREIRA-BARROS, J., BERNARDES, J. (2017): Building a Maternal and Newborn Care Training Programme for Health-Care Professionals in Guinea-Bissau. *Acta Médica Portuguesa*, 30, č. 10, s. 734-741.

ROBINSON, E., LEE, L., ROBERTS, L. F., POELHEKKE, A., CHARLES, X., OUABO, A., VYNCKE, J., ARITI, C., GBANZI, M. C. A., OUAKOUMA, M. T., GRAY, N., DALY, M., WHITE, K., TEMPLEAN, S., HEJDENBERG, M., HERSEVOORT, M., PENA, S. J., KUENE, A. (2020): Mortality beyond emergency threshold in a silent crisis– results from a population-based mortality survey in Ouaka prefecture, Central African Republic. *Conflict and Health* 15, č. 50, s. 1-15.

ROSLING. H, ROSLING O., ROSLING RÖNNLUND A. Přeložil NEVRLÁ E. (2018): Faktomluva: deset důvodů, proč se mýlíme v pohledu na svět – a proč jsou věci lepší, než vypadají. Jan Melvil Publishing, Brno.

ROTBURG, I., R. (2016): Failed States, Collapsed States, Weak States: Causes and Indicators. Brookings, Chapter 1, s. 1-25.

RUFAL, I. A. (2014): The Impact of Communication Technologies on the Performance of SMEs in a Developing Economy: Nigeria as a Case Study. The Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries, 65, č. 1, s. 1-22.

RUMSEY, M., CATLING, C., THIESSEN, J., NEILL, A. (2016): Building nursing and midwifery leadership capacity in the Pacific. International Nursing review, 64, č. 1, s. 50-58.

RŮŽIČKOVÁ, B. (2019): Konceptualizace rozvoje a změna institucionální struktury OSN v kontextu Agendy 2030 udržitelného rozvoje. Studia Politica Slovaca, č. 1, s. 19-33.

SAMI, S., MAYAI, A., SHEEHY, G., LIGHTAM, N., BOERMA, T., WILD, H., TAPPIS, H., OCHAN, W., WANYAMA, J., SPIEGEL, P. (2020): Maternal and child health service delivery in conflict-affected settings: a case study example from Upper Nile and Unity states, South Sudan. Conflict and Health, 14, č. 34.

SKEVINGTON, S. M., EPTON, T. (2018): How will the sustainable development goals deliver changes in well-being? A systematic review and meta-analysis to investigate whether WHOQOL-BREF scores respond to change. BMJ Global Health, č. 3, e000609.

SOCHAS, L., CHANNON, A. A., NAM, S. (2017): Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone. Health Policy and Planning, 32, č. 3, s. iii32–iii39.

STADIG, M. (2021): The increasing neonatal mortality in Lesotho: An explorative case study. Dissertation. School of Natural Sciences, Technology and Environmental Studies, Development Studies, Stockholm.

Světová banka (2015): Alternative Social Safety Nets in South Sudan: Costing and Impact on Welfare Indicators. WB (World Bank), Washington, DC.

Světová banka (2019a): Central African Republic – Systematic Country Diagnostic: Priorities for Ending Poverty and Boosting Shared Prosperity. WB (World Bank), Washington, DC.

Světová banka (2019b): Guinea Bissau: Qualitative Assessment of Demand Side Constraints to Access Maternal and Child Health Services. WB (World Bank), Washington, DC.

THYSEN, S. M., FERNANDES, M., BENN, C. S., AABY, P., BAERENT, F. (2019): Cohort profile: Bandim Health Project's (BHP) rural Health and Demographic Surveillance System (HDSS)—a nationally representative HDSS in Guinea-Bissau. *BMJ Open*, 9, č. 6, e028775.

TOSIF, S., JATABATU, A., MAEPIOH, A., GRAY, A., GILBERT, K., HODGSON, J., DUKE, T. (2020): Implementation Lessons from a Multifaceted National Newborn Program in Solomon Islands: A Mixed-Methods Study. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 102, č. 3, s. 667–675.

TUYISHIME, E., PARK, H., ROULEAU, D., LIVINGSTON, P., BANHUTI, P. R., WONG, R. (2018): Implementing the World Health Organization safe childbirth checklist in a district Hospital in Rwanda: a pre – and post-intervention study. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 4, č. 7.

VASCONCELOS, A., SOUSA, S., BANDEIRA, N., CARVALHO, E., ALVES, M., PAPOILA, A. L., MACHADO, M. C., PEREIRA, F. (2021): Antenatal Care in Sao Tome and Principe: Beyond the Number of Visits. Preprint available at Research Square, s. 1-24.

WHO (2019): Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, Switzerland. WHO (World Health Organization), Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595> (cit. 4.5. 2022).

WHO AFRO (2020): Health Sector Planning for the Attainment of UHC and Other Health-Related SDG Targets: A Country Toolkit for Action. AFRO AHO, Central African Republic Health Observatory.

WHO Report (2018): The state of health in the WHO African Region: An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals. WHO (World Health Organization), Congo.

WHO Report (2021): World Health Statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO (World Health Organization), Geneva.

WILSON, A. N., SPOTSWOOD, N., HAYMAN, G. S., VOGEL, J. P., NARASIA, J., ELIJAH, A., MORGAN, C., MORGAN, A., BEESON, J., HOMER, C. S. E. (2020): Improving the quality of maternal and newborn care in the Pacific region: A scoping review. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, č. 3, 100028.

YAYA, S., ANJORIN, S. S., ADEDINI, S. A. (2021): Disparities in pregnancy-related deaths: spatial and Bayesian network analyses of maternal mortality ratio in 54 African countries. *BMJ Global Health* ,6, č. 2, e004233.

YAYA, S., BISHWAJIT, G., GUNAWARDENA, N. (2019): Socioeconomic factors associated with choice of delivery place among mothers: a population-based cross-sectional study in Guinea-Bissau. *BMJ Global Health*, 4, č. 2, e001341.

ZAHANGIR, M. S., NAHAR, M. Z. (2020): An Assessment of Influencing Factors for Motherhood During Childhood in Bangladesh Using Factor Analysis and Logistic Regression Methods. In: *Statistics for Data Science and Policy Analysis*. Springer, Singapore, s. 237-252.

Elektronické zdroje

ADEBAYO, Z. (2018): UNICEF works to reduce the child mortality rate in Somalia. <https://borgenproject.org/child-mortality-rate-in-somalia/> (cit. 21.3.2022).

Downloads. Natural Earth. (online). Natural Earth, © 2022 <https://www.naturalearthdata.com/downloads/> (cit. 20.5.2022).

Gapminder Tools. Gapminder.org (online). Sweden: Stiftelsen Gapminder, 2000 [https://www.gapminder.org/tools/#\\$model\\$markers\\$bubble\\$encoding\\$frame\\$value=2015;;;;;&chart-type=bubbles&url=v1](https://www.gapminder.org/tools/#$model$markers$bubble$encoding$frame$value=2015;;;;;&chart-type=bubbles&url=v1) (cit. 12.12. 2021).

Fragile States Index (2021). Country Dashboard, South Sudan. <https://fragilestatesindex.org/country-data/> (8.3.2022).

Goalkeepers (2021). Maternal mortality, Least Developed Countries 2021 <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2021-report/progress-indicators/maternal-mortality/> (cit. 4.5.2022).

Goalkeepers (2022). Maternal mortality, Tuvalu 2016-2020 <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2021-report/progress-indicators/maternal-mortality/> (cit. 2.3.2022).

KELLY, S.L., WALSH, T., DELPORT, D. et col. (2021): Health and Economic Benefits of Achieving Contraceptive and Maternal Health Targets in Small Island Developing States in the Pacific and Caribbean. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3950268 (cit. 12.4.2022).

OSN (2015): Millenium Development Goals, United Nations, New York. <https://www.un.org/millenniumgoals/> (cit. 12.12.2021).

OSN (2016): Pan Ki-mun k státníkům ve Valném shromáždění: Pracujte ve prospěch lidí!. New York. <https://www.osn.cz/pan-ki-mun-k-valnemu-shromazdeni-jednejme-okamzite/> (cit. 30.10.2021).

OSN (2021a): Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, United Nations, New York. <https://sdgs.un.org/2030agenda> (cit. 12.12.2021).

OSN (2021b): Least Developed Countries (LDCs), United Nations, New York. <https://www.un.org/development/desa/dpad/least-developed-country-category.html> (cit. 12.12.2021).

OSN (2021c): 3. Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku, Informační centrum OSN, Praha <https://www.osn.cz/sdg-3-zajistit-zdravy-zivot-a-zvysovat-jeho-kvalitu-pro-vsechny-v-jakemkoli-veku/> (cit. 12.12.2021).

Our World in Data (2022a). Child and Infant Mortality, University of Oxford <https://ourworldindata.org/child-mortality> (cit. 2.3.2022).

Our World in Data (2022b). Maternal Mortality, University of Oxford <https://ourworldindata.org/maternal-mortality> (cit. 2.3.2022).

RBF HEALTH (2022a). Project, Chad, RBF Health <https://www.rbfhealth.org/project/chad> (cit. 4.5.2022).

RBF HEALTH (2022b). Project, Central African Republic (CAR), RBF Health <https://www.rbfhealth.org/rbfhealth/content/central-african-republic-car> (cit. 4.5.2022).

SDG (2021): Sustainable Development Goals, United Nations, New York. <https://sdgs.un.org> (cit. 12.12.2021).

Světová banka (2022). Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births), The World Bank Data <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?view=chart> (cit. 2.3.2022).

The Borgen Project (2022): Examining Human Trafficking in Somalia - Global Poverty, Human Trafficking, Somalia, The Borgen Project <https://borgenproject.org/tag/somalia/> (cit. 4.5.2022).

The Fund for Piece (2017): Fragile States Index Annual report 2017. Washington, D.C. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/951171705-Fragile-States-Index-Annual-Report-2017.pdf> (cit. 8.3.2022).

The Fund for Piece (2021): Fragile States Index Annual report 2021. Washington, D.C. <https://fragilestatesindex.org/wp-content/uploads/2021/05/fsi2021-report.pdf> (cit. 8.3.2022).

UNDP (2021): Goal 3: Good health and well-being, United Nations Development Programme, New York. <https://www.undp.org/sustainable-development-goals#good-health> (cit. 12.12.2021).

UNICEF (2022a). Child and maternal health, Guinea-Bissau, UNICEF <https://www.unicef.org/guineabissau/child-and-maternal-health> (cit. 4.5.2022).

UNICEF (2022b). Support essential health care for all, South Sudan, UNICEF <https://www.unicef.org/southsudan/support-essential-health-care-all> (cit. 4.5.2022).

UNICEF (2022c). Saving lives of women and babies from maternal and neonatal tetanus, South Sudan, UNICEF <https://www.unicef.org/southsudan/stories/saving-lives-women-and-babies-maternal-and-neonatal-tetanus> (cit. 4.5.2022).

UNICEF (2022d). Maternal, neonatal and child health, Sierra Leone, UNICEF <https://www.unicef.org/sierraleone/maternal-neonatal-and-child-health> (cit. 4.5.2022).

UNICEF (2022e). Health, Somalia, UNICEF <https://www.unicef.org/somalia/health> (cit. 4.5.2022).

UNICEF (2022f). Guiding hands during complex births in Dollow, Somalia, UNICEF <https://www.unicef.org/somalia/stories/guiding-hands-during-complex-births-dollow> (cit. 4.5.2022).

UNICEF (2022g). Goal 3: Good health and well-being, UNICEF Data Warehouse https://data.unicef.org/sdgs/goal-3-good-health-wellbeing/#cme_mry0t4 (cit. 2.3.2022).

UNICEF (2022h): Health: Every child has the right to survive and thrive, Somalia, UNICEF <https://www.unicef.org/somalia/health> (cit. 4.5.2022).

UNICEF (2022i). SDG Progress assesment – Indicator: 3.1.2 Proportion of births attended by skilled health personnel (%), UNICEF Data Warehouse https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=SDG_PROG_ASSESSMENT&dq=.C030102&ver=1.0&startPeriod=2000&endPeriod=2022 (cit. 2.3.2022).

UNICEF (2022j). SDG Progress assesment - Indicator: 3.2.2. Neonatal mortality rate (deaths per 1000 live births) https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=SDG_PROG_ASSESSMENT&dq=.C030202&ver=1.0&startPeriod=2016&endPeriod=2022 (cit. 2.3.2022).

UNSTATS (2022): SDGs Report 2021 Goal 3, United Nations, New York. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/goal-03/> (cit. 1.2.2022).

WAHO (2022): Programs/Projects, Burkina Faso. WAHO (West African Health Organization). <https://www.wahooas.org/web-ooas/en/programmes> (cit. 4.5. 2022).

WHO (2021): E4As Guide for Advancing Health and Sustainable Development – Summary (2021), World Health Organization, Kodaň. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342345/9789289055772-eng.pdf> (cit. 12.12.2021).

WHO (2022a). UHC Compendium database, WHO. <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database> (cit. 2.3.2022).

WHO (2022b). SDG 3 Global Action Plan, WHO. <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan> (cit. 2.3.2022).

WHO (2022c). World Health Statistics 2020—A visual summary, WHO. <https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary> (cit. 2.3.2022).

WHO (2022d). SDG Target 3.1, WHO <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/sdgtarget3-1-reduce-maternal-mortality> (cit. 2.3.2022).

WHO (2022e). SDG Target 3.2, WHO <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.2-newborn-and-child-mortality> (cit. 2.3.2022).