

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Přírodovědecká fakulta  
Katedra demografie a geodemografie



**REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ A PLÁNOVANÉ  
RODIČOVSTVÍ V MEXIKU**

REPRODUCTIVE HEALTH AND PLANNED PARENTHOOD IN  
MEXICO

Bakalářská práce

Lenka Cihelková

2013

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Jiřina Kocourková, Ph.D.

**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 16. 8. 2013

Podpis

**Poděkování:**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé bakalářské práce RNDr. Jiřině Kocourkové, Ph.D. za její komentáře a cenné rady a také Mgr. Kateřině Váľkové za její ochotu, rady a konstruktivní připomínky. V neposlední řadě také děkuji své rodině a partnerovi za všeobecnou podporu.

## **Reprodukční zdraví a plánované rodičovství v Mexiku**

### **Abstrakt**

Hlavním cílem této bakalářské práce je popsat hlavní vládní programy, zaměřující se na reprodukční zdraví a plánované rodičovství v Mexiku a zhodnotit jejich vliv na plodnost, umělou potratovost, antikoncepční chování a mateřskou a kojeneckou úmrtnost. Na základě provedené analýzy a poznání zákonitostí je v práci zhodnocena efektivita programů týkajících se reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství. Lze říci, že tyto programy byly relativně úspěšné, neboť za jednotlivá sledovaná období došlo ke snížení hodnoty úhrnné plodnosti, zvýšení procenta žen, které znají některou z metod antikoncepce a také ke snížení mateřské a kojenecké úmrtnosti. Jedním z hlavních problémů, který však v Mexiku přetrvává, jsou restriktivní omezení indukovaných potratů, díky nimž je přístup k bezpečným a legálním interrupcím velmi omezen. Vytvoření nového systému interrupční legislativy a zrušení omezeného přístupu k bezpečným indukovaným potratům v Mexiku by mohlo mít příznivý vliv jak na mateřskou, tak na kojeneckou úmrtnost. Celkově lze říci, že vybrané programy zaměřené na reprodukční zdraví a plánované rodičovství v Mexiku byly celkem úspěšné.

**Klíčová slova:** reprodukční zdraví, plánované rodičovství, antikoncepce, plodnost, Mexiko

## **Reproductive health and planned parenthood in Mexico**

### **Abstract**

The main target of this bachelor's thesis is to describe the main governmental programs focusing on reproductive health and planned parenthood in Mexico and to evaluate their impact on fertility, abortion, contraceptive behavior and maternal and infant mortality. Based on the findings effectiveness of programs has been demonstrated as regards reproductive health and selected indicators. These programs have been relatively successful, because during the analysed periods the total fertility rate decreased, the percentage of women who know any method of contraception increased and also maternal and infant mortality was reduced. One of the main problems which in Mexico continues to exist, is the restrictive regulation of induced abortions that make access to safe and legal abortion limited. Creation of a new system of abortion that would enable an access to safe induced abortions in Mexico could have a positive impact on both the maternal and the infant mortality rate. Overall, the selected programs focusing on reproductive health and family planning in Mexico have been quite successful.

**Keywords:** Reproductive Health, Planned Parenthood, Contraception, Fertility, Mexico

## OBSAH

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK .....	8
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	9
<b>1 Úvod .....</b>	<b>10</b>
<b>2 Teoretické ukotvení problematiky reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství....</b>	<b>12</b>
2. 1 Definice pojmů reprodukčního zdraví a plánované rodičovství .....	12
2. 2 Programy vážící se k reprodukčnímu zdraví a plánovanému rodičovství.....	13
2.2.1 Programy reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství v Mexiku .....	14
<b>3 Analýza plodnosti a dalších procesů ovlivňujících reprodukční zdraví a plánované rodičovství.....</b>	<b>17</b>
3.1 Zdroje dat .....	17
3.2 Metodika .....	18
3.3 Analýza plodnosti .....	19
3.3.1 Úhrnná plodnost .....	20
3.3.2 Míry plodnosti dle věku .....	20
3.3.3 Průměrný věk matky při narození dítěte .....	21
3. 4 Analýza umělé potratovosti .....	22
3.4.1 Umělá potratovost v Mexiku.....	22
3.4.2 Odhady indukované potratovosti .....	23
3. 5. Analýza znalosti a užívání antikoncepce .....	24
3.5.1 Znalost antikoncepce.....	25
3.5.2 Užívání antikoncepce .....	28
3. 6. Analýza mateřské úmrtnosti.....	30
3.6.1 Ukazatel mateřské úmrtnosti a index přímé mateřské úmrtnosti .....	31
3.6.2 Hlavní příčiny mateřských úmrtí .....	32

---

3. 7. Analýza kojenecké úmrtnosti.....	34
3.7.1 Kvocient kojenecké úmrtnosti.....	34
3.7.2 Kojenecká úmrtnost dle příčin úmrtí.....	35
<b>4 Zhodnocení úspěšnosti vládních programů zaměřených na reprodukční zdraví a plánované rodičovství v Mexiku .....</b>	<b>38</b>
<b>5 Závěr .....</b>	<b>40</b>
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	42
SEZNAM POUŽITÝCH DATOVÝCH ZDROJŮ .....	45

## **PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK**

CONAPO	Consejo Nacional de Población
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
GIRE	El Grupo de Información en Reproducción Elegida
ICPD	International Conference on Population and Development
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSA	Secretaría de Salud
UNFPA	United Nations Population Fund
UPT	umělé přerušení těhotenství
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Úhrnná plodnost žen, Mexiko, 1995-2010 .....	20
Obr. 2: Míry plodnosti žen dle věkových skupin, Mexiko, 1995-2010 .....	21
Obr. 3: Průměrný věk matky při narození dítěte, Mexiko, 1995-2010 .....	22
Obr. 4: Obecná míra umělé potratovosti žen ve věku 15-44 let, Mexiko, 1990, 2006 a 2009....	23
Obr. 5: Míry indukované potratovosti žen dle věkových skupin (v ‰), Mexiko, 2009 .....	24
Obr. 6: Znalost jednotlivých metod antikoncepce ženami (15-49 let), Mexiko, 1992, 1997 a 2006.....	25
Obr. 7: Znalost jednotlivých metod antikoncepce ženami (15-49 let), Mexiko, 2006.....	26
Obr. 8: Znalost antikoncepce vdanými ženami (15-49 let) dle vzdělání, Mexiko, 1992 a 1997	26
Obr. 9: Znalost jednotlivých metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle vzdělání, Mexiko, 2006.....	27
Obr. 10: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle typů metod, Mexiko, 1992 a 1997 .....	28
Obr. 11: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle typů metod, Mexiko, 2006.....	29
Obr. 12: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle počtu dětí, Mexiko, 1992, 1997.	30
Obr. 13: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle počtu dětí, Mexiko, 2006.....	30
Obr. 14: Ukazatel (resp. index) mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených, Mexiko, 2002-2006 .....	31
Obr. 15: Index přímé mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených, Mexiko, 2002-2006....	32
Obr. 16: Mateřská úmrtí dle hlavních příčin, Mexiko, 2002-2006 .....	34
Obr. 17: Kvocient kojenecké úmrtnosti, Mexiko, 2002-2006.....	35
Obr. 18: Počet zemřelých kojenců dle hlavních příčin, Mexiko, 2002-2006.....	36
Obr. 19: Míra kojenecké úmrtnosti dle hlavních příčin, Mexiko, 2002-2006.....	37

## Kapitola 1

### Úvod

Reprodukční zdraví a plánované rodičovství již od počátku 90. let 20. století patří mezi nejvíce diskutovaná témata a to především v souvislosti s rozvojovými zeměmi, kde úroveň reprodukčního zdraví nedosahuje příliš vysoké úrovně a kde v tomto ohledu existují různá omezení. Mezi tyto státy patří také Mexiko<sup>1</sup>, kterému je věnována tato práce. Reprodukční zdraví a plánované rodičovství jsou předmětem mnoha různých vládních programů, které jsou vytvářeny za účelem zlepšení a posílení reprodukčního zdraví, rozšíření plánovaného rodičovství a poskytnutí dostatku potřebných informací týkajících se plánování rodiny, znalostí a užívání různých metod antikoncepce, prevence proti pohlavně přenosným chorobám a HIV nebo například také za účelem snížení mateřské, kojenecké a dětské úmrtnosti. Tyto programy tak mají za cíl lidem pomáhat dosáhnout zdravého reprodukčního a sexuálního života.

Hlavní výzkumnou otázkou celé práce tedy je, zda tyto vládní programy zaměřené na reprodukční zdraví a plánované rodičovství, které se v Mexiku uskutečnily, jsou úspěšné a tedy zda ovlivňují demografické chování mexických obyvatel a případně do jaké míry. Odpověď na tuto otázku byla zjišťována pomocí analýzy reprodukčního chování žen a pomocí analýzy mateřské a kojenecké úmrtnosti a je zodpovězena ve čtvrté kapitole této práce, která se přímo věnuje zhodnocení úspěšnosti vládních programů.

Reprodukční chování žen v Mexiku bylo v této práci analyzováno pomocí analýzy plodnosti za pětiletá období od roku 1995 do roku 2010, umělé potratovosti, která byla z důvodu neexistence datových zdrojů analyzována pomocí dostupných odhadů za roky 1990, 2006 a 2009, antikoncepčního chování, tedy znalosti a užívání antikoncepce mexickými ženami, které bylo analyzováno za dostupné roky 1992, 1997 a 2006 a mateřské a kojenecké úmrtnosti, které byly analyzovány za shodná období od roku 2002 do roku 2006. Období či vybrané roky u jednotlivých demografických procesů byla zvolena dle datové dostupnosti tak, aby byly u všech procesů co nejbližší a bylo tak možno postihnout celé téma reprodukčního zdraví a plánovaného

---

<sup>1</sup> Název Mexiko může označovat celé Spojené státy mexické, jeden ze států mexické federace či hlavní město spojených států mexických (Ciudad de México). V této práci je Mexikem označována první zmíněná varianta, tedy Spojené státy mexické, tvořené celkem 31 státy a jedním federálním distriktem. Pro stát mexické federace bude užíváno označení federální distrikt a pro hlavní město spojených států mexických název Ciudad de México.

rodičovství v Mexiku souhrnně, neboť nejsou k dispozici potřebné datové zdroje za shodné období či roky.

Text práce je rozčleněn do celkem pěti kapitol. První kapitola vymezuje cíl práce, zkoumané období a výzkumné otázky. Druhá kapitola je věnována teoretickému ukotvení problematiky reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství a snaží se definovat a vysvětlit obsah těchto pojmů. Dále je tato kapitola zaměřena na programy týkající se reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství a také na vybrané programy realizované v Mexiku. Třetí kapitola se věnuje samotné analýze vývoje zkoumaných demografických procesů. Nejprve jsou v této kapitole uvedeny použité zdroje dat a metodika použitých výpočtů. V rámci analýzy byl hlavní důraz kladen na analýzu plodnosti, indukované potratovosti, antikoncepčního chování a mateřské a kojenecké úmrtnosti. Následující čtvrtá kapitola je věnována zhodnocení úspěšnosti vybraných vládních programů, které se v Mexiku uskutečnily na základě poznatků zjištěných analýzou demografických procesů. Poslední pátá kapitola je věnována závěrečnému shrnutí zjištěných poznatků.

## Kapitola 2

### **Teoretické ukotvení problematiky reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství**

Jedním z nejdůležitějších a nejdůležitějších principů reprodukčního zdraví je reprodukce života. Procesy reprodukce se různě proměňují a nabývají stále složitějších podob. Člověk se o tyto procesy více zajímá, více jim rozumí a využívá je pro své potřeby. Reprodukce člověka tedy již nezávisí pouze na biologických podmínkách, ale i na jeho subjektivních potřebách. Lidé svou reprodukci cíleně plánují a využívají, snaží se rozpoznávat, léčit a předcházet různým poruchám reprodukce a posilováním svého zdraví a reprodukčního zdraví jim také předcházet (Konečná, 2005, s. 5-6).

#### **2. 1 Definice pojmů reprodukční zdraví a plánované rodičovství**

Reprodukční zdraví je pojmem, který vznikl z řady jiných pojmů jako například příprava k odpovědnému rodičovství, sexuální výchova či plánování rodičovství a dalších (Konečná, 2005, s. 6). Definice tohoto pojmu lze tedy nalézt velké množství a často se velmi překrývají s definicemi zdraví a definicemi sexuálního zdraví.

Jedna z definic reprodukčního zdraví byla ustanovena na mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji (ICPD), která se konala v Káhiře roku 1994. Definice, která zde vznikla, navazuje na definici zdraví Světové zdravotnické organizace WHO z roku 1946, která charakterizuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 2003). Reprodukční zdraví zde tedy bylo definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady, ve všech otázkách týkajících se reprodukčního systému a jeho funkcí a procesů. Reprodukční zdraví tedy znamená, že lidé jsou schopni mít uspokojující a bezpečný sexuální život a že se mohou rozmnožovat a svobodně se rozhodovat zda, kdy a jak často k tomu dojde. Implicitní v této poslední větě je právo mužů a žen, aby byli informováni a měli přístup k bezpečným, účinným, cenově dostupným a přijatelným metodám plánování rodičovství podle vlastního výběru, stejně jako k jiným metodám jejich výběru pro regulaci plodnosti, které nejsou v rozporu se zákonem, právo na přístup k odpovídající zdravotní péči, které umožní ženám projít těhotenstvím a porodem ve zdraví a zajišťovat párům, aby jejich děti měli velkou šanci na zdravý život.

V souladu s výše uvedenou definicí reprodukčního zdraví je reprodukční zdravotní péče definována jako soubor metod, technik a služeb, které přispívají k reprodukčnímu zdraví, dobré prevenci a řešení reprodukčních zdravotních problémů. To také zahrnuje sexuální zdraví, jehož účelem je posílení života a osobních vztahů, a ne pouze poradenství a péče související s reprodukcí a pohlavně přenosnými nemocemi (WHO, 2006, s. 4-5).

Další definici nabízí H. Konečná (spolu s Machovou a Hamanovou), která definuje reprodukční zdraví jako „schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě. V širším pojetí pak zajistit dostatečné zdraví nebo aspoň znalosti o jeho stavu a případných poruchách. A to v období prekoncepčním, koncepčním, v období těhotenství a porodu i v době poporodní“ (Konečná, 2005, s. 6).

Jak již bylo výše zmíněno, definice reprodukčního zdraví se často spojují či překrývají s definicemi zdraví sexuálního. Pojem sexuální zdraví (sexual health) se často preferuje v anglicky psané literatuře (Zvírotsky, 2007). Definice tohoto pojmu lze nalézt také mnoho. Například definice WHO z roku 1975 sexuální zdraví charakterizuje jako spojení somatických, emocionálních, intelektuálních a sociálních aspektů sexuálního bytí a způsoby, které člověka pozitivně obohacují a které mají pozitivní vliv na jeho osobnost, komunikaci a lásku (WHO, 2013). V roce 1994 se definice sexuálního zdraví, jak již bylo uvedeno výše, stala součástí definice reprodukčního zdraví.

Další definicí je pracovní definice WHO z roku 2006, kde je sexuální zdraví charakterizováno jako stav fyzické, emocionální, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě a ne pouze nepřítomnost nemoci, dysfunkce nebo vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a sexuálním vztahům, stejně jako možnost mít příjemné a bezpečné sexuální zkušenosti, bez nátlaku, diskriminace a násilí. Aby sexuální zdraví bylo dosaženo a udrženo, musí být respektována, chráněna a naplňována sexuální práva všech osob (WHO, 2013).

Jak již bylo výše naznačeno, reprodukční zdraví do jisté míry zahrnuje a je velmi úzce spjata s plánovaným rodičovstvím, které se dá charakterizovat jako typ demografického chování, kdy pár reguluje počet narozených dětí a intervaly mezi jednotlivými porody pomocí různých antikoncepčních metod, čímž významně ovlivňuje porodnost (Kalibová, 1998, s. 27).

## **2.2 Programy vážící se k reprodukčnímu zdraví a plánovanému rodičovství**

Reprodukční zdraví a plánované rodičovství jsou předmětem různých vládních programů, které jsou v mnoha rozvojových zemích vytvářeny za účelem zlepšení a posílení reprodukčního zdraví, rozšíření plánovaného rodičovství a poskytnutí dostatku potřebných informací týkajících se plánování rodiny, znalosti a užívání různých metod antikoncepce, prevence proti pohlavně přenosným chorobám a HIV nebo například také za účelem snížení mateřské, kojenecké a dětské úmrtnosti. Tyto programy by tak lidem měly pomáhat dosáhnout zdravého reprodukčního a sexuálního života.

Velmi významnou událostí právě pro vytváření těchto programů byla již výše zmíněná mezinárodní konference o populaci a rozvoji (ICPD) v Káhiře, která se stala významným mezníkem v dějinách vývoje obyvatelstva a také v historii ženských práv. Právě na této konferenci se začala velká pozornost věnovat postavení žen ve společnosti. Celosvětovou prioritou se zde tedy stalo posílení postavení žen, které je prostřednictvím lepšího přístupu k jejich právům a k reprodukčnímu zdraví základním krokem k vymýcení chudoby, stabilizaci populačního růstu a klíčem k udržitelnému rozvoji. V Káhiře byl tedy vytvořen tzv. Akční plán, jehož hlavními cíli je poskytnout přístup k plánování rodiny, k reprodukčnímu zdraví a reprodukčním právům, snaha o rovnost pohlaví, posílení postavení žen, rovný přístup ke vzdělání pro dívky, snížení kojenecké, dětské a mateřské úmrtnosti (UN, 1995, s. 1-59).

Státy, které Akční plán přijaly (jedním z prvních států, které plán přijaly, bylo také Mexiko), byly vyzvány, aby prostřednictvím systému zdravotní péče zpřístupnili reprodukční zdraví všem jedincům odpovídajícího věku, co nejdříve to bude možné, nejpozději do roku 2015. Tato péče by mimo jiné měla zahrnovat poradenství při plánování rodiny, informace, vzdělání a služby týkající se prenatální a postnatální péče, péče o zdraví žen, prevence a léčby neplodnosti, potratů a dalších informací, vzdělávání a poradenství týkající se lidské sexuality, reprodukčního zdraví a odpovědného rodičovství. Byla zde tedy formulována řada doporučení a bodů jak vytvořit vhodné programy týkající se reprodukčního zdraví a zdůrazněna důležitost tvorby těchto programů pro budoucnost celého světa (UN, 1995, s. 1-59).

### **2.2.1 Programy reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství v Mexiku**

V Mexiku se programy zaměřené na reprodukční zdraví jako celek nebo na plánované rodičovství přímo začaly vytvářet v 2. polovině 20. století. Od roku 1994 po konferenci v Káhiře se vytváření těchto programů začala věnovat ještě větší pozornost. Mexiko prostřednictvím ministerstva zdravotnictví vytváří tzv. Akční program (Programa de Acción) jehož součástí je soubor programů, které jsou zaměřené na vybrané problémy. Vybrané programy, které jsou zaměřené přímo na reprodukční zdraví a plánované rodičovství jsou uvedeny níže.

Jedním z programů, které byly v Mexiku realizovány, a který zahrnuje celou problematiku reprodukčního zdraví, byl program Reprodukční zdraví (*Salud reproductiva*), realizovaný v Mexiku mezi lety 2001 – 2006. Hlavním cílem bylo poskytnout univerzální přístup ke službám sexuálního a reprodukčního zdraví a snaha o snížení rozdílů v oblasti reprodukčního zdraví, které ovlivňují celé obyvatelstvo. Důraz byl kladen především na venkovské oblasti a tamější obce, neboť tyto oblasti jsou často marginalizovány. Dalšími cíli tohoto programu bylo zvyšování informovanosti a vzdělání v sexuálních a reprodukčních právech, přičemž byly brány v úvahu také kulturní rozmanitosti jednotlivých mexických regionů a také jednotlivé skupiny, tvořící populaci jako například mládež, zdravotně postižení či osoby z venkovských a městských oblastí. Program byl zaměřen také na začlenění mužů do péče o reprodukční zdraví. Cílem programu tedy mimo jiné bylo snížit výskyt neplánovaných těhotenství, interrupcí a pohlavně přenosných infekcí, zajištění přístupu k informacím, poradenství a služeb plánovaného rodičovství (například systematicky, včas a přesně nabízet informace o antikoncepčních metodách) v celé zemi (SSA, 2001a, s. 1-54).

Řada programů týkající se reprodukčního zdraví či plánovaného rodičovství, které jsou v Mexiku vytvářeny, se zaměřuje především na mladé mexické občany. Důraz je kladen zejména na správnou sexuální výchovu, díky níž mladí lidé mají povědomí o antikoncepčních metodách a o tom, jak je důležité při započetí sexuálního života tyto metody využívat, ať už z důvodu nechtěného otěhotnění dívek či rizika pohlavně přenosných chorob. Jedním z takových programů je Program zaměřující se na zdraví dospívajících (*Programa de atención a la salud de la adolescencia*), který byl v Mexiku realizován od roku 2001 do roku 2006. Tento program se zaměřoval zejména na hlavní rizikové a ochranné faktory zdraví dospívajících jedinců ve věku od 10 do 19 let. Tedy především na snížení porodnosti mladých žen ve věku 15-19 let a zvýšení výskytu moderních metod plánovaného rodičovství. Podpora zdraví byla adolescentům zprostředkována pomocí různých institucí, do které lze zařadit například školy či kostely a v neposlední řadě také pomocí jejich rodin. Hlavními cíli tohoto programu byl rozvoj akcí na podporu zdraví adolescentů, propagace zdravého životního stylu, podpora zdravotních akcí zaměřených na rodiny, zlepšení pokrytí zdravotních služeb a další. Aby bylo cílů dosaženo, byla vytvořena řada opatření, jako například podpora očkování, monitorování růstu dospívajících, nutriční poradenství, poradenství v oblasti plánování rodiny, posílení péče v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, prevence sexuálně přenosných infekcí, podpora využívání kondomů a další (SSA, 2002, s. 1-68).

Na tento program navázal od roku 2007 do roku 2012 program Sexuální a reprodukční zdraví adolescentů (*Salud sexual y reproductiva para adolescentes*), jehož cíli bylo dále pokračovat ve snaze o podporu dospívajících v získávání znalostí a zkušeností reprodukčního a sexuálního zdraví a ve snižování neplánovaných otěhotnění a pohlavně přenosných infekcí (SSA, 2008a, s. 1-54).

Programy se také zaměřují na zdraví dětí, například Program péče o děti (*Programa de atención a la infancia*), který se zaměřoval na dosažení vysoké úrovně kvality života dětí do 9 let, prevenci nemocí a ochranu zdraví. Program byl realizován mezi lety 2001 – 2006 a děti do 9 let byly rozděleny do celkem tří skupin – na novorozence, předškoláky (děti do 5 let) a školáky (děti od 5 do 9 let). Hlavním cílem pro část programu pro novorozence bylo zajistit integrovanou péči, detekce vrozených informačních nemocí a dědičných metabolických poruch, prevence a kontrola výskytu chorob pomocí očkování. Důraz byl také kladen na správnou výživu novorozenců a na poskytnutí důležitých informací, týkajících se péče o novorozence jejich matkám (SSA, 2001b, s. 1-55).

Některé programy jsou zaměřené přímo na zdraví žen, neboť ženy v Mexiku jsou oproti mužům znevýhodněné ať už ve způsobu vzdělávání či možnostmi přístupu ke službám a zdravotnictví. Například program Zdraví žen (*Mujer y salud*), který byl realizován mezi lety 2001-2006. Program měl několik hlavních cílů jako plné začlenění žen do společnosti a poskytnutí rovných příležitostí ženám k jejich plnému sociálnímu rozvoji, prostřednictvím osvětové činnosti a vzdělávání postupně zlepšovat zdraví žen i mužů, uspokojit potřeby žen jako uživatelé zdravotních programů, prevenci proti domácímu násilí, páchanému na ženách, výživové poradenství, celkové zlepšení kvality zdravotní péče a mnoho dalších. Jedním z cílů byla rovněž podpora žen v metodách regulace počtů (posílení informované volby) (SSA, 2001c, s. 1-42).

Dalším programem, který se zabýval postavením žen ve společnosti a jejich zdravím, byl program Rovnost žen a mužů v oblasti zdraví (*Igualdad de género en salud*), který byl realizován mezi lety 2007 – 2012 a rovněž jako u programu předcházejícího, bylo jedním z hlavních cílů prohloubení rovnoprávnosti mezi muži a ženami, zkvalitnění zdravotní péče poskytované ženám, prevence nemocí a úmrtí žen a další (SSA, 2008b, s. 1-64).

Mezi lety 2007 – 2012 byl také vytvořen program Start do života (*Arranque parejo en la vida*), který se zaměřoval především na snížení mateřské a kojenecké úmrtnosti, poskytování informací v oblasti zdravotnictví a zkvalitnění zdravotní péče pro matky a kojence, se snahou o zrušení rozdílů mezi ženami z různých vrstev společnosti a zajištění stejných hygienických podmínek pro všechny ženy a kojence. Důraz byl také kladen na podporu zdravého růstu a vývoje kojenců a předcházení nemocem, postižením a úmrtím (SSA, 2007, s. 1-86).

Ve stejných letech, tedy od roku 2007 do roku 2012, byl v Mexiku vytvořen program Plánování rodin a antikoncepce (*Planificación Familiar y Anticoncepcion*), jehož hlavními cíli bylo poskytování kvalitních informací a služeb plánovaného rodičovství a antikoncepce, pomoci lidem vychutnat si uspokojivý, zdravý a bezpečný sexuální a reprodukční život a také pomoci respektovat práva mužů a žen a jejich svobodnou volbu. Jedním z dalších cílů bylo například více zapojovat muže do reprodukčního rozhodování a používání metod antikoncepce a také podpora svobodného rozhodnutí mužů a žen, týkající se výběru takové metody antikoncepce, která nejvíce splňuje jejich očekávání (SSA, 2008c, s. 1-62).



## Kapitola 3

### Analýza plodnosti a dalších procesů ovlivňujících reprodukční zdraví a plánované rodičovství

Cílem této kapitoly je nastínit reprodukční a antikoncepční chování mexických žen a přiblížit poměry mateřské a kojenecké úmrtnosti a indukované potratovosti, která s výše uvedenými procesy velmi úzce souvisí. Reprodukční chování mexických žen bylo analyzováno prostřednictvím analýzy plodnosti za pětiletá období od roku 1995 do roku 2010, indukované potratovosti, která byla z důvodu neexistence datových zdrojů analyzována pomocí odhadů za roky 1990, 2006 a 2009, antikoncepčního chování, tedy znalosti a užívání antikoncepce mexickými ženami, které bylo analyzováno za dostupné roky 1992, 1997 a 2006 a mateřské a kojenecké úmrtnosti, které byly analyzovány za shodná období od roku 2002 do roku 2006.

#### 3.1 Zdroje dat

Výše zmíněná období či roky u jednotlivých procesů byla zvolena dle datové dostupnosti, tak, aby byly co nejbližší a bylo tak možno postihnout celé téma reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství souhrnně, neboť nejsou k dispozici potřebné datové zdroje za shodné období či roky.

Datovým zdrojem pro analýzu plodnosti byl mexický statistický úřad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) a zde dostupné statistické údaje za sčítání lidu v letech 1995 (*Conteo de Población y Vivienda*), 2000 (*XII Censo de Población y Vivienda*), 2005 (*II Conteo de Población y Vivienda*) a 2010 (*Censo de Población y Vivienda*). Jako hlavní ukazatele pro tuto analýzu byly použity ukazatel úhrnná plodnost, specifické míry plodnosti dle věku a průměrný věk matky při narození dítěte. Z důvodu nedostatečné datové dostupnosti byl počet žen v této analýze použit nikoli ke střednímu stavu těchto žen, ale vždy k dostupnému datu. Pro rok 1995 byly počty žen sčítány k datu 5. 11. 1995, pro rok 2000 k 14. 2. 2000, v roce 2005 k 17. 10. 2005 a v roce 2010 potom ke dni 12. 6. 2010.

Pro analýzu umělé potratovosti v Mexiku je získání datových zdrojů velmi obtížným procesem, neboť legislativa, týkající se interrupcí není jednotná pro celé Mexiko a každý ze států Mexika má svou. Protože Mexiko patří mezi země s restriktivní potratovou legislativou a umělá přerušování těhotenství jsou ve všech státech povolena pouze za určitých podmínek,

zjišťování počtu UPT je velmi obtížné. V Mexiku tedy neexistuje evidence počtu UPT a tak pro tuto analýzu byly použity studie Alan Guttmacher institutu, publikované v roce 2008 a 2012. Tyto studie jsou k dispozici pro roky 1990, 2006 a 2009 a pro zjištění počtu UPT zde byly použity odhady, vytvořené na základě dat z nemocničních záznamů, které zahrnují počty hospitalizovaných žen ve veřejných nemocnicích v důsledku komplikací po UPT a na základě dat z šetření, která zkoumala názory a odhady informovaných zdravotnických pracovníků týkající se UPT. Na základě těchto dat byla odhadnuta obecná míra indukované potratovosti a pro rok 2009 poprvé také věkově specifické míry indukované potratovosti.

K analýze antikoncepčního chování mexických žen byla použita data z průzkumu demografickým vývojem Enadid, provedeného v roce 2006 (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006) a pro roky 1992 a 1997 byly využity odhady Národní rady obyvatel (Consejo Nacional de Población).

Pro analýzu mateřské a kojenecké úmrtnosti byla použita data Národního systému zdravotnických informací ministerstva zdravotnictví (Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud) za období let od roku 2002 do roku 2006, ze kterého byly využity počty zemřelých matek a kojenců. Dále byly pro tuto analýzu použity počty živě narozených za sledované období, které publikuje mexický statistický úřad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) v databázi Narození (Natalidad).

### 3.2 Metodika

Základní ukazatel, který je použit v rámci analýzy plodnosti je úhrnná plodnost (*úp*), která je charakterizovaná následujícím vzorcem:

$$\acute{u}p = \sum_{x=15}^{49} f_x = \sum_{x=15}^{49} \frac{N_x^v}{p_x^{\text{ženy}}} \times 1000,$$

přičemž  $f_x$  jsou specifické míry plodnosti žen v reprodukčním období, které jsou definované jako poměr počtu živě narozených ku tisíci žen středního stavu, střední stav žen však z důvodu nedostatku datových zdrojů nemohl být použit, počet narozených je tedy vztažen ku tisíci žen v reprodukčním období k jednotlivým datům v použitých letech (pro rok 1995 k 5. 11. 1995, pro rok 2000 k 14. 2. 2000, v roce 2005 k 17. 10. 2005 a v roce 2010 potom ke dni 12. 6. 2010). Úhrnná plodnost tedy udává počet dětí, které by se narodily jedné ženě během reprodukčního období, kdyby se hodnoty  $f_x$  neměnily zhruba 35 let. Tento ukazatel tedy měří intenzitu plodnosti ve fiktivní generaci, jejíž řád plodnosti je složen z reálných měr plodnosti 35 generací. (Kalibová, 1997, s. 28).

Dále byl v rámci analýzy plodnosti zkoumán průměrný věk matky při narození dítěte, bez ohledu na pořadí narození dítěte, který definuje následující vzorec:

$$x_f = \frac{\sum x_s \times f_x}{\sum f_x},$$

kde  $x_s$  je střed věkového intervalu.

Pro analýzu umělé potratovosti byly použity studie Alan Guttmacher institutu, kde na základě získaných dat byla odhadnuta obecná míra indukované potratovosti, definovaná následujícím vzorcem:

$$po^u = \frac{A^u}{P_{15-44}^{\check{z}}} \times 1000,$$

kde  $A^u$  je počet indukovaných potratů.

Dále byly odhadnuty specifické míry indukované potratovosti, které definuje následující vzorec:

$$po_x^u = \frac{A_x^u}{P_x^{\check{z}}} \times 1000$$

kde  $A_x^u$  je počet indukovaných potratů ve věku  $x$ .

Antikoncepční chování bylo analyzováno pomocí znalosti antikoncepce, která je definována jako podíl žen v reprodukčním období, které uvedly, že danou antikoncepční metodu znají a dle užívání antikoncepce, které je definováno jako podíl žen v reprodukčním období, které uvedly, že danou antikoncepční metodu užívají. Jednotlivým antikoncepčním metodám byly dle vlastního uvážení pro lepší přehlednost přiřazeny zkratky, které jsou vysvětlené v poznámce pod příslušnými grafy.

Pro analýzu mateřské úmrtnosti byl použit ukazatel mateřské úmrtnosti, který je definován jako počet přímých i nepřímých mateřských úmrtí ku počtu živě narozených, násobené  $k$  (kde  $k$  je 100 000) a index mateřské úmrtnosti, definován jako počet přímých mateřských úmrtí ku počtu živě narozených, násobené  $k$  (kde  $k$  je 100 000) (ÚZIS, 2013a, s. 181).

Demografický proces kojenecká úmrtnost byl analyzován pomocí kvocientu kojenecké úmrtnosti ( $kú$ ), který je definován následujícím vzorcem:

$$kú = \frac{\sum D_0}{\sum N^p},$$

přičemž  $D_0$  je počet zemřelých ve stáří jednoho roku a  $N^p$  je počet živě narozených.

Hlavní příčiny mateřské a kojenecké úmrtnosti, které byly v této práci zkoumány, odpovídají kódování příčin dle 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, jednotlivé kódy nemocí jsou vždy uvedeny na začátku příslušného bodu podkapitoly.

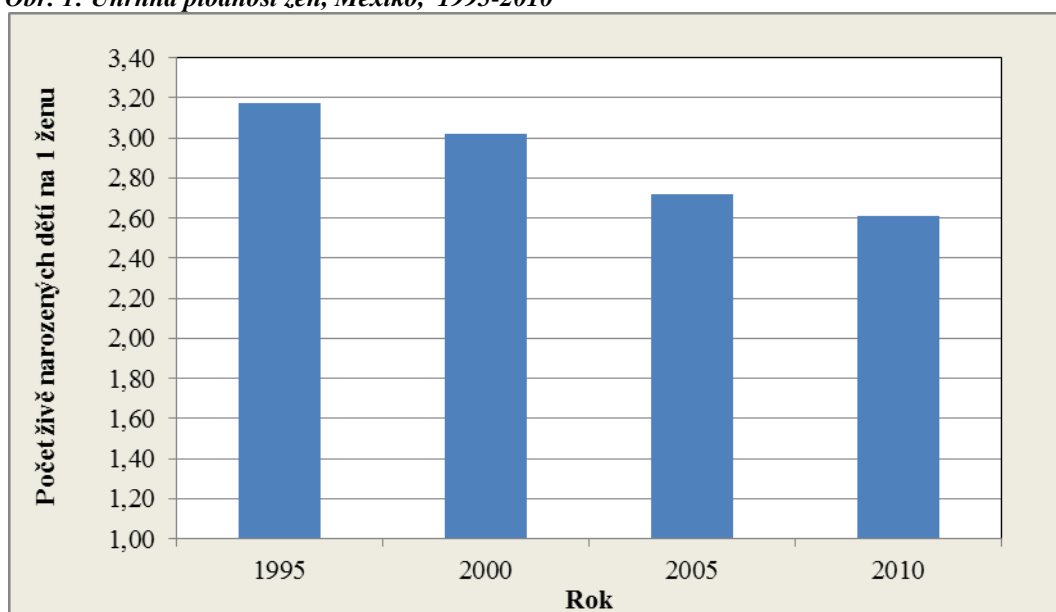
### 3.3 Analýza plodnosti

Tato podkapitola je věnovaná analýze vývoje plodnosti za pětiletá období od roku 1995 do roku 2010. Plodnost úzce souvisí jak s reprodukčním zdravím, tak s plánovaným rodičovstvím, neboť počet dětí který se párům rodí lze právě pomocí plánování rodičovství ovlivňovat. Páry tak mohou za pomoci metod antikoncepce regulovat počet svých potomků a také rozhodovat o tom, kdy potomky budou mít.

### 3.3.1 Úhrnná plodnost

V celém sledovaném období je v Mexiku patrný celkový pokles hodnoty úhrnné plodnosti. Nejvyšší hodnotu - 3,18 dítěte na 1 ženu dosahovala úhrnná plodnost v roce 1995. Následující dvě pětiletá období, tedy do roku 2000 a do roku 2005 hodnota úhrnné plodnosti klesla na 3,02 dítěte na jednu ženu v roce 2000 poté na 2,72 dítěte na jednu ženu v roce 2005. V roce 2010 pak byla zaznamenána nejnižší hodnota - 2,61 dítěte na jednu ženu za celé sledované období (Obr. 1). Vzhledem k plynulému poklesu hodnoty úhrnné plodnosti do roku 2010 se lze domnívat, že na tento pokles pravděpodobně měly značný vliv výše zmíněné programy, které byly v Mexiku realizovány a díky kterým mají ženy lepší přístup k antikoncepčním metodám a mohou tedy svou plodnost více ovlivňovat.

Obr. 1: Úhrnná plodnost žen, Mexiko, 1995-2010



Zdroj: INEGI, 2013 a vlastní výpočty

### 3.3.2 Míry plodnosti dle věku

Přes snížení úhrnné plodnosti se rozložení měr plodnosti mexických žen dle věkových skupin pořadím ve sledovaném období nezměnilo. Nejvyšší míra plodnosti byla zaznamenána u věkové skupiny žen 20-24 let a poté u věkové skupiny žen 25-29 let. Třetí věkovou skupinou žen s nejvyšší mírou plodnosti je věková skupina 30-34 let, následuje věková skupina žen 15-19 let. Nejnižší míra plodnosti je jednoznačně patrná u věkové skupiny žen 45-49 let a poté u věkové skupiny žen 40-44 let (Obr. 2).

Nejvyšší míry plodnosti bylo ve sledovaném období dosaženo v roce 1995 a to ve věkové skupině žen 20-24 let (170,38 ‰) a poté u věkové skupiny žen 25-29 let (167,66 ‰). Naopak nejnižší míru plodnosti lze v tomto roce pozorovat u žen z věkové skupiny 45-49 let (5,56 ‰) a 40-44 let (26,59 ‰) (Obr. 2).

V roce 2000 byla nejvyšší míra plodnosti zaznamenána opět u věkové skupiny žen 20-24 let (166,09 ‰) a u věkové skupiny žen 25-29 let (158,76 ‰). Nejnižší poté opět u žen ve věkových skupinách 45-49 let (4,01 ‰) a 40-44 let (26,59 ‰).

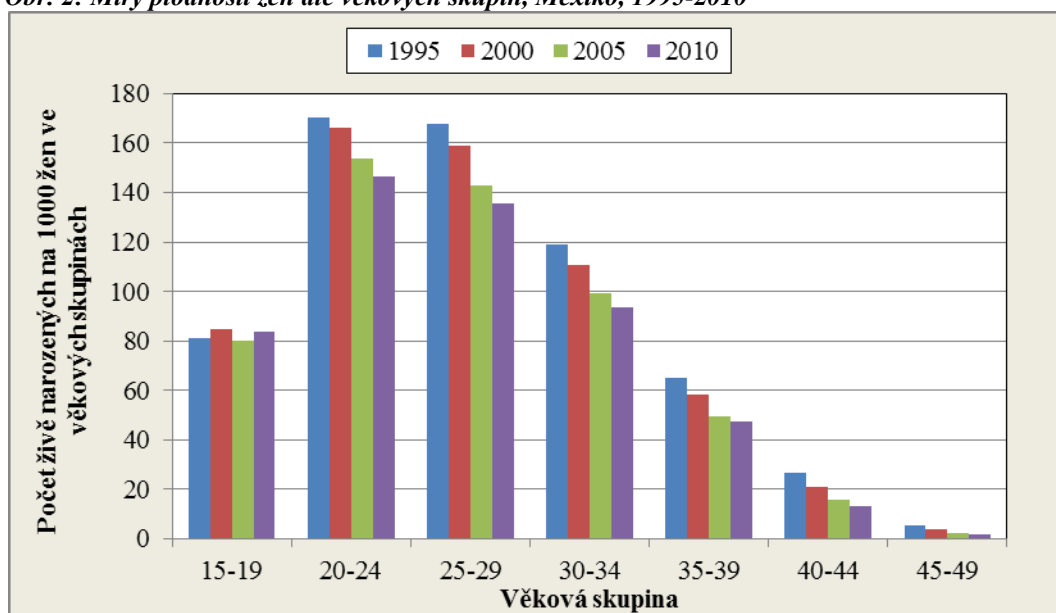
Oproti roku 1995 došlo ke zvýšení míry plodnosti na 84,50 % ve věkové skupině žen 15-19 let, která v roce 1995 dosahovala hodnoty 81,27 % (Obr. 2).

Co se týče roku 2005, nejvyšší míra plodnosti je patrná opět u věkových skupin 20-24 let (153,66 %) a 25-29 let (158,76 %) a nejnižší míra plodnosti, tak jako ve všech ostatních sledovaných letech, ve věkové skupině 45-49 let (2,35 %) a 40-44 let (15,51 %). Ve věkové skupině 15-19 let v tomto roce došlo oproti roku 2000 ke snížení míry plodnosti a to na hodnotu 79,97 %.

V posledním sledovaném roce dosahovala míra plodnosti ve věkové skupině žen 20-24 let 146,64 % a ve věkové skupině žen 25-29 let 135,60 %. Nejnižší míra plodnosti byla zaznamenána opět u žen z věkové skupiny 45-49 (dosahovala již pouze 1,64 %) a u věkové skupiny žen 40-44 let (13,40 %). U věkové skupiny žen 15-19 let došlo, podobně jako v roce 2000 ke zvýšení míry plodnosti a to na hodnotu 83,75 % (Obr. 2).

Je tedy patrné, že hodnoty všech měř plodnosti dle věkových skupin, kromě věkové skupiny žen 15-19 let, kde bylo naopak v roce 2000 a 2010 zaznamenáno zvýšení, se od roku 1995 snižují. Nicméně toto zvýšení mohl do určité míry ovlivnit také počet živě narozených dětí, který byl v roce 2000 a v roce 2010 u této věkové skupiny žen vyšší než ve zbývajících dvou letech. Přičemž nejvíce dětí rodí jednoznačně ženy z mladších věkových skupin – 20-24 let a 25-29 let.

Obr. 2: Míry plodnosti žen dle věkových skupin, Mexiko, 1995-2010

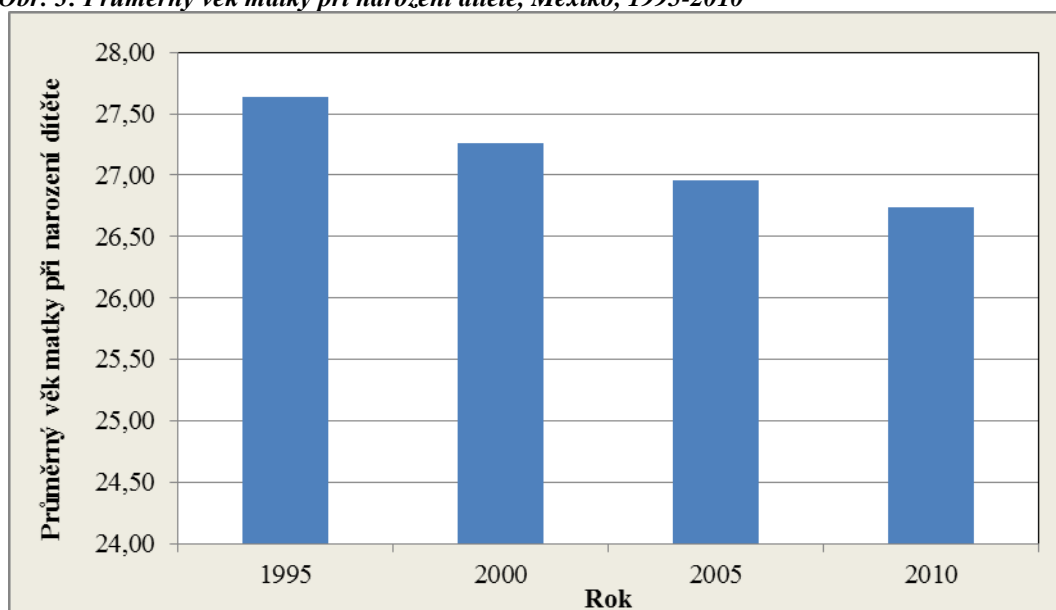


Zdroj: INEGI, 1995-2010 a vlastní výpočty

### 3.3.3 Průměrný věk matky při narození dítěte

Od roku 1995 do roku 2010 průměrný věk matky při narození dítěte klesal. Tento věk byl v roce 1995, kdy činil 27,64 let nejvyšší, následně roku 2000 klesl na 27,26 let, roku 2005 na 26,96 a roku 2010, kdy byl nejnižší, činil již 26,74 let. Za celé sledované 15 - ti leté období od roku 1995 do roku 2010 tedy průměrný věk matky při narození dítěte velmi pozvolna klesal, celkem téměř o jeden rok (Obr. 3).

Obr. 3: Průměrný věk matky při narození dítěte, Mexiko, 1995-2010



Zdroj: INEGI, 1995-2010 a vlastní výpočty

### 3. 4 Analýza umělé potratovosti

#### 3.4.1 Umělá potratovost v Mexiku

Mexiko patří mezi země s největšími restriktivními omezeními umělých přerušení těhotenství ve světě. Přístup k legálním a bezpečným UPT, které jsou dostupné v téměř všech vyspělých zemích, je tedy v Mexiku často velmi omezen několika úzkými podmínkami, které jsou uvedené v zákonech jednotlivých mexických států. Většina těchto zákonů byla vytvořena v 30. letech 20. století a zhruba jen polovina z nich byla revidována. Mexiko tedy v tomto ohledu významně zaostává za ostatními zeměmi. Podmínky, za nichž je UPT povoleno přitom nejsou v celé zemi stejné a liší se dle jednotlivých států. Umělé přerušení těhotenství není trestným činem, respektive není penalizováno pokud: je těhotenství důsledkem znásilnění, je UPT zapříčiněno nehodou, těhotenství ohrožuje život ženy, má plod závažnou vývojovou vadu, by pokračování těhotenství mohlo způsobit vážnou újmu na zdraví ženy, je těhotenství výsledkem umělé inseminace bez souhlasu, ženy žijí v chudobě a mají alespoň 3 děti či pokud se UPT uskuteční v průběhu prvních 12 týdnů těhotenství (GIRE, 2008, s. 1).

Z výše uvedených důvodů, za nichž je UPT povoleno, je pouze první (tedy těhotenství v důsledku znásilnění) platný na ve všech 32 státech Mexika. Ve 29 státech je UPT povoleno v případě, že je život ženy v ohrožení (Guttmacher Institut, 2008, s. 2). Jak již bylo výše zmíněno, podmínky, za nichž je UPT povoleno se liší dle jednotlivých států, například stát Yucatan umožňuje UPT ze sociálně – ekonomických důvodů, tedy pokud má žena nejméně 3 děti a žije v chudobě. Nejliberálnější zákony má v tomto ohledu federální distrikt Mexico City, kde byl roku 2007 schválen zákon, dle něhož je UPT umožněno v prvním trimestru a to bez ohledu na okolnosti. UPT je zde pro místní ženy zdarma, pro ostatní ženy jsou UPT zpoplatněna (GIRE, 2008, s. 2). Bohužel zde často dochází k nerovnému přístupu k bezpečným UPT, které se často stávají pouze výsadou bohatších žen, zatímco ty chudé, jejichž možnosti jsou jen velmi

omezené, jsou často nuceny uchýlit se do rukou neodborných poskytovatelů, kteří jim mohou způsobit zdravotní postižení či smrt (WHO, 2012a, s. 18).

Většina umělých přerušení těhotenství, která jsou zde prováděna, jsou tedy nebezpečná a postup ukončení těhotenství je prováděn většinou buď osobami bez potřebných dovedností, nebo v prostředí, které není v souladu s minimálními lékařskými normami, nebo obojí. Těmto nebezpečným UPT se přitom dá zabránit a to právě pomocí plánovaného rodičovství, kdy ženy díky správnému používání antikoncepce mohou zabránit nechtěnému otěhotnění a také především prostřednictvím zrušením omezení přístupu k bezpečným UPT v této zemi (WHO, 2012b, s. 1).

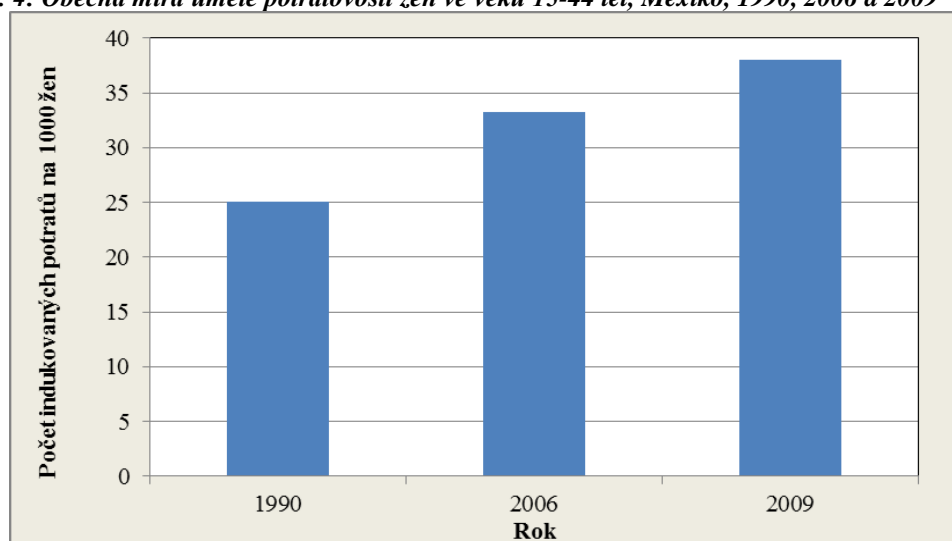
Provedení analýzy umělé potratovosti v Mexiku je tedy velmi problematické z důvodu nedostatku datových zdrojů. Pro tuto analýzu tedy byly použity studie Alan Guttmacher institutu, publikované v roce 2008 a 2012. Tyto studie jsou zaměřeny na odhady, týkající se umělé potratovosti a jsou k dispozici pro roky 1990, 2006 a 2009.

### 3.4.2 Odhady indukované potratovosti

Dle výše zmíněných odhadů došlo v roce 1990 v Mexiku k celkem 533 000 indukovaných potratů žen ve věku 15-44 let. V roce 2006 byl pak oproti roku 1990 odhadnut velmi prudký – 64% nárůst na hodnotu 875 000 indukovaných potratů, stejně jako v roce 2006, kdy dle odhadů došlo opět k nárůstu na 1 025 669 indukovaných potratů. Co se týče počtu hospitalizovaných žen ve věku 15-44 let pro komplikace v důsledku indukovaných potratů, tak v roce 1990 jich bylo zaznamenáno celkem 106 620 a v roce 2006 lze dle odhadů oproti roku 1990 pozorovat zvýšení celkem o 40 %, tedy na hodnotu 149 677. V roce 2009 potom tento počet rovněž vzrostl a to na hodnotu 159 005 (Juarez, F., Singh, S., Garcia G. S., Olavarrieta C. D., 2008, s. 158-168 a Juarez, F., Singh, S., 2012, s. 58-67).

Odhadnuta byla také obecná míra umělé potratovosti - pro rok 1990 na hodnotu 25 ‰. V roce 2006 došlo dle odhadů k nárůstu této míry a to na hodnotu 33 ‰ a v roce 2009 byl poté zaznamenán opět nárůst a to na hodnotu 38 ‰ (Obr. 4).

**Obr. 4: Obecná míra umělé potratovosti žen ve věku 15-44 let, Mexiko, 1990, 2006 a 2009**

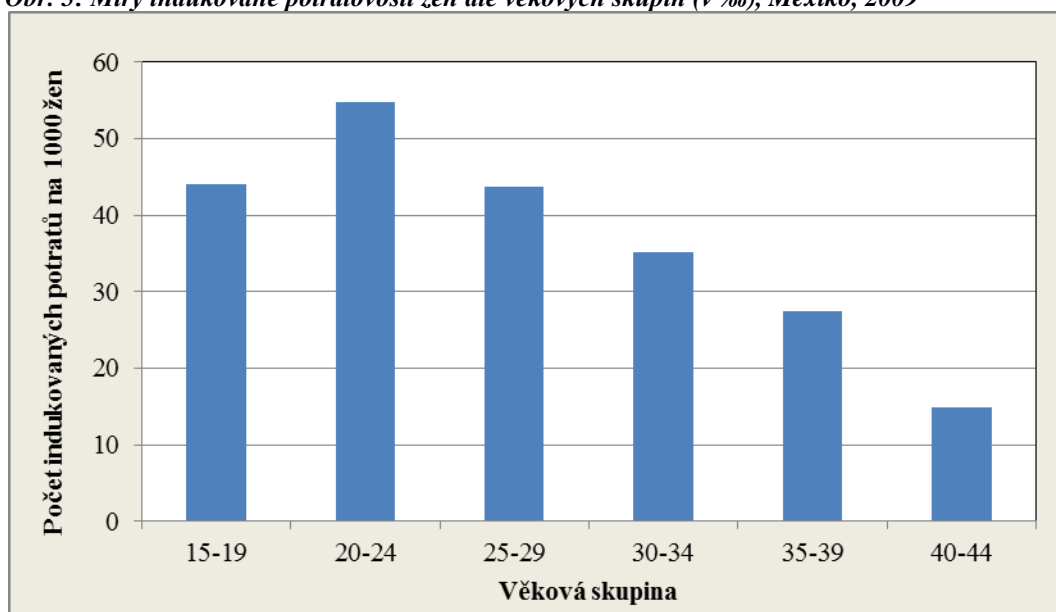


**Zdroj:** Juarez, F., Singh, S., Garcia G. S., Olavarrieta C. D., 1990 a 2006 a Juarez, F., Singh, S., 2009

V roce 2009 byly poprvé odhadovány také věkově specifické míry indukované potratovosti. Dle odhadů těchto měr je patrné, že nejvíce indukovaných potratů podstupují ženy z věkové skupiny 20-24 let (54,7 indukovaných potratů na 1000 žen této věkové skupiny), poté ženy z věkové skupiny 15-19 let (44,1 indukovaných potratů na 1000 žen této věkové skupiny) a z věkové skupiny 25-29 let (43,7 indukovaných potratů na 1000 žen této věkové skupiny). Naopak nejméně indukovaných potratů bylo odhadnuto pro věkovou skupinu 40-44 let (14,9 indukovaných potratů na 1000 žen v této věkové skupině) (Obr. 5).

Vyšší odhadovaný počet indukovaných potratů v nižších věkových skupinách, tedy ve věkové skupině 15-19 let a 20-24 může do jisté míry souviset s velmi nízkým užíváním antikoncepce ženami právě z nižších věkových skupin. Naopak u žen ve vyšším věku, tedy ve věku nad 35 let lze v roce 2009 vidět relativně o dost nižší počet indukovaných potratů a dle užívání antikoncepce v roce 2006 právě ženy ve věku 35 a více let užívaly antikoncepci nejvíce. Protože počet indukovaných potratů dle věku žen byl v Mexiku odhadován až pro rok 2009 a údaje týkající se užívání antikoncepce byly tomuto roku nejbližší pro rok 2006, nelze mezi těmito údaji hledat přímé souvislosti, neboť za tříleté období mezi těmito roky se mohly v užívání antikoncepce ženami mladších i starších věkových skupin vyskytnout různé změny.

**Obr. 5: Míry indukované potratovosti žen dle věkových skupin (v ‰), Mexiko, 2009**



**Zdroj:** Juarez, F., Singh, S., 2009

### 3. 5. Analýza znalosti a užívání antikoncepce

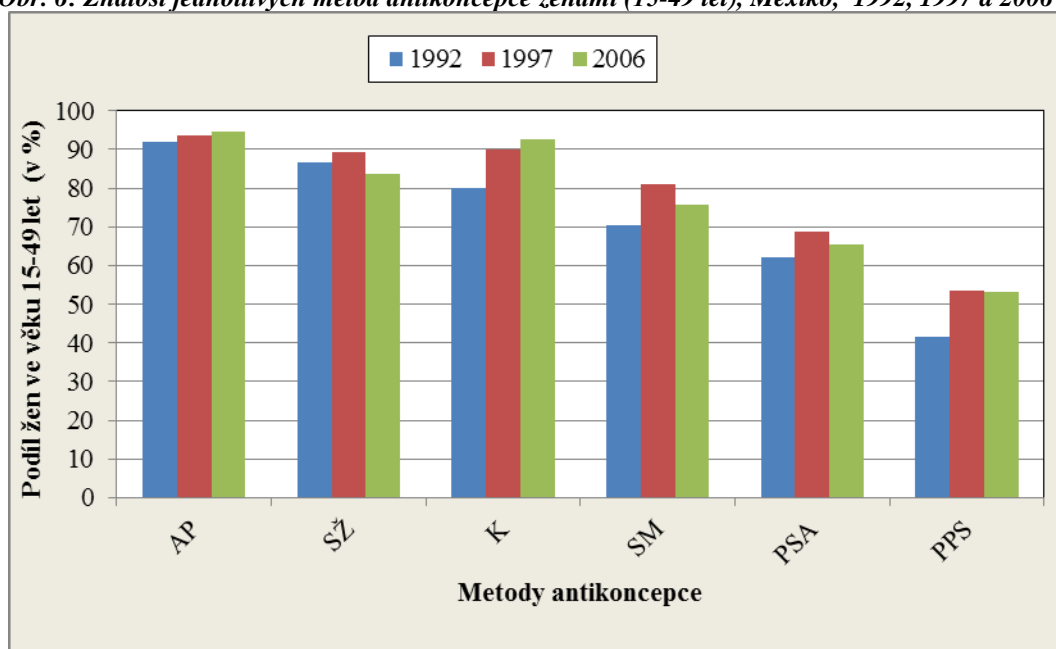
V rozvojových zemích, mezi které patří také Mexiko, je znalost a užívání antikoncepce velmi podstatnou skutečností. Díky tomu, že ženy mají povědomí o existenci antikoncepce a různých antikoncepčních metodách, které mohou využít, mohou cíleně plánovat, kdy budou mít potomky, kolik jich budou mít a případně také zabránit nechtěnému otěhotnění. Zejména důležitý je rozvoj znalosti a užívání antikoncepce u mladších věkových skupin, které začínají žít sexuální život a mnohdy nevědí, jaká rizika, jako například pohlavně přenosné choroby a také nechtěná otěhotnění, jsou s ním spojena.



### 3.5.1 Znalost antikoncepce

Ve sledovaném období, tedy v letech 1992, 1997 a 2006 znalo některou z antikoncepčních metod více než 90 % žen v reprodukčním období. Konkrétně v roce 1992 znalo jakoukoli metodu antikoncepce 94,9 %, v roce 1996 potom 96,6 % a v roce 2006 již 97,5 % žen v reprodukčním období. Přičemž nejvíce známou metodou byla v roce 1992 metoda antikoncepčních pilulek, druhou nejvíce známou metodou sterilizace žen a třetí nejvíce známou metodou kondom. V roce 1997 byla nejznámější metodou rovněž antikoncepční pilulka, ale druhou nejznámější metodou se stal kondom a třetí pak nitroděložní tělísko. V roce 2006 je nejvíce známá opět antikoncepční pilulka, poté kondom a třetí v pořadí sterilizace žen. Naopak nejméně známou metodou ve všech třech letech byly tradiční metody, tedy metoda přerušovaného pohlavního styku a metoda periodické sexuální abstinence. Znalost těchto metod se u mexických žen pohybovala v rozmezí od 40 do 70 % (Obr. 6).

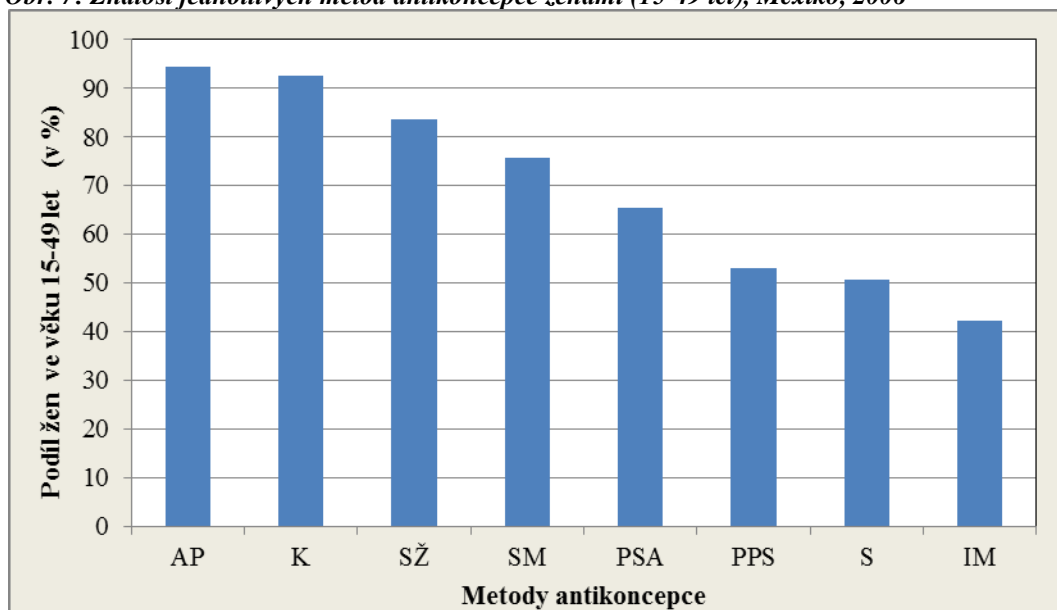
Obr. 6: Znalost jednotlivých metod antikoncepce ženami (15-49 let), Mexiko, 1992, 1997 a 2006



**Poznámky:** AP - antikoncepční pilulka, SŽ – sterilizace žen, SM – sterilizace mužů, K – kondom, PSA – periodická sexuální abstinence, PPS – přerušovaný pohlavní styk

**Zdroj:** CONAPO, 1992 a 1997, SINAIS, 2006

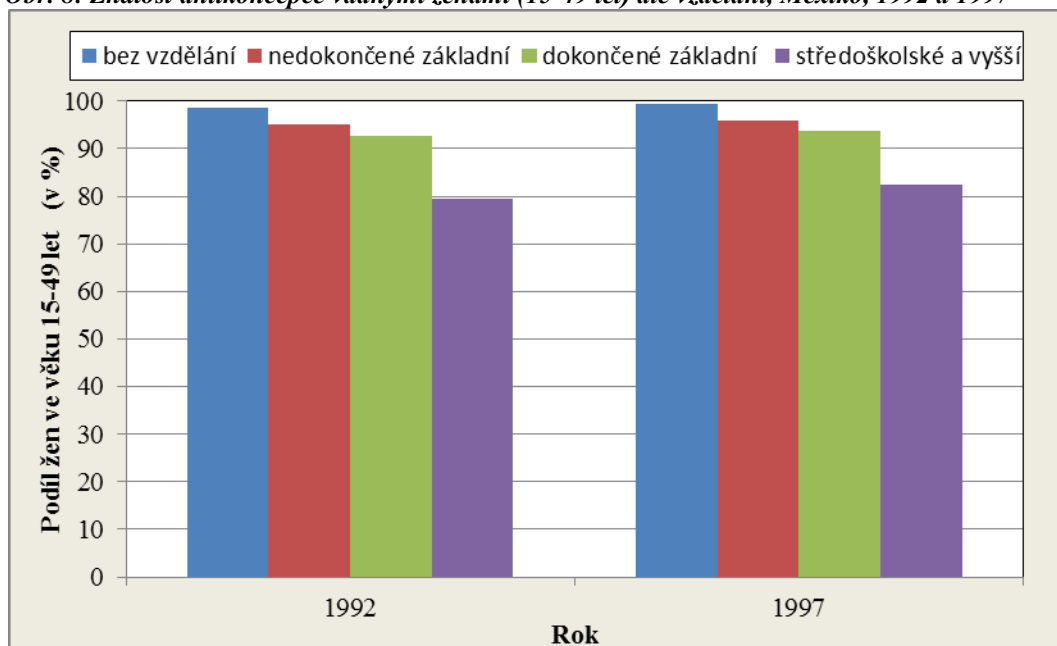
V roce 2006 byly mimo výše uvedené antikoncepční metody zaznamenávány ještě další dvě metody - implantáty a spermicidy. Metodu implantátů v tomto roce znalo 42,1 % žen a metodu spermicidů 50,6 % žen (Obr. 7).

**Obr. 7: Znalost jednotlivých metod antikoncepce ženami (15-49 let), Mexiko, 2006**

**Poznámky:** AP - antikoncepční pilulka, K – kondom, SŽ – sterilizace žen, SM – sterilizace mužů, PSA – periodická sexuální abstinence, PPS – přerušovaný pohlavní styk, S – spermicidy, IM – implantáty,

**Zdroj:** SINAIS, 2006

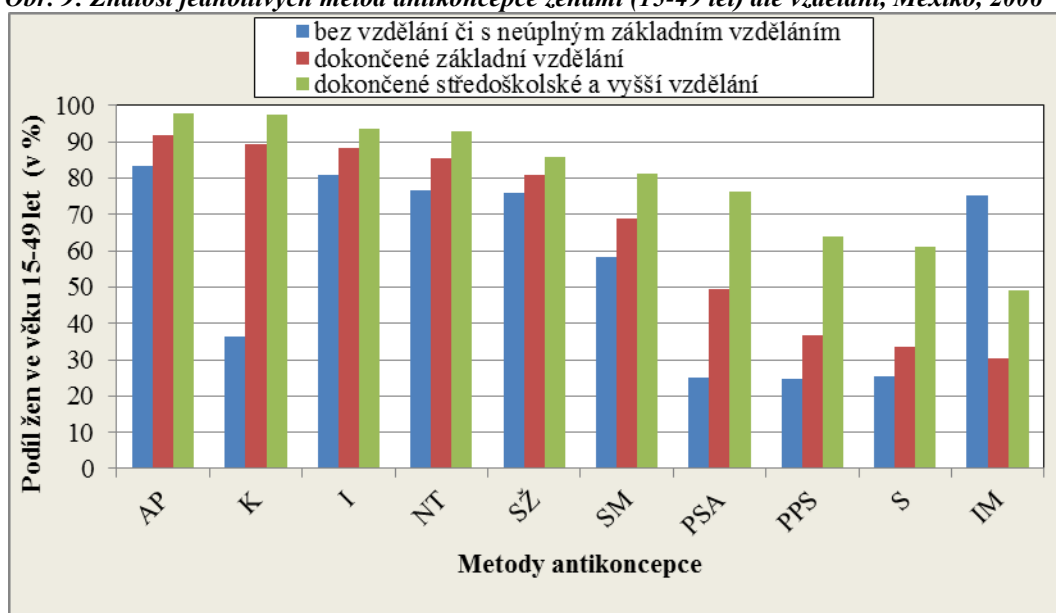
Co se týče znalosti metod antikoncepce dle vzdělání žen, tak nejnižší je ve všech sledovaných letech patrná u žen, které neabsolvovaly žádné či absolvovali neúplné základní vzdělání. V roce 1992 a 1997 byla znalost antikoncepce dle vzdělání zkoumána pouze u vdáných žen. Antikoncepci znalo 79,5 % vdáných žen se žádným vzděláním, v roce 1997 jich bylo 82,4 %, je zde tedy patrné mírné zvýšení. Naopak nejvíce znají antikoncepci vdané ženy se středoškolským a vyšším vzděláním, v roce 1992 antikoncepci znalo celkem 98,7 % a v roce 1997 celkem 99,4 % žen s tímto vzděláním (Obr. 8).

**Obr. 8: Znalost antikoncepce vdánými ženami (15-49 let) dle vzdělání, Mexiko, 1992 a 1997**

**Zdroj:** CONAPO, 1992 a 1997

V roce 2006 je také, jak již bylo výše zmíněno, patrná nejnižší znalost antikoncepčních metod u žen, které neabsolvovaly žádné či absolvovali neúplné základní vzdělání. Přičemž v roce 2006 byly zkoumány všechny ženy ve věku 15-49 let bez ohledu na rodinný stav. Nejméně žen s žádným či neúplným základním vzděláním (24,7 %) znalo metodu implantátů, spermicidů (25 %) a metodu přerušovaného pohlavního styku (25,3 %). Naopak nejvíce tyto ženy znaly metodu antikoncepčních pilulek (83,4 %) a injekcí (81 %). Kategorie žen s dokončeným základním vzděláním je kategorii předešlé velmi podobná, znalost metod antikoncepce je u těchto žen nepatrně vyšší. Tyto ženy rovněž nejméně znají metodu implantátů (30,4 %), spermicidů (33,4 %) a metodu přerušovaného pohlavního styku (36,7 %). Nejvíce naopak znají metodu antikoncepčních pilulek (91,8 %) a kondom (89,5 %). Poslední kategorii tvoří ženy v reprodukčním období s dokončeným středoškolským a vyšším vzděláním. Ženy s tímto vzděláním nejméně znají metodu implantátů (49,1 %) a spermicidů (61,1 %) a naopak nejvíce znají antikoncepční pilulky (97,8 %) a kondom (97,4 %). Mezi výše zmíněnými kategoriemi žen dle vzdělání lze vidět relativně velký rozdíl a to zejména u kategorie žen s dokončeným středoškolským a vyšším vzděláním proti zbývajícím dvěma kategoriím. Největší rozdíl je patrný u metod periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, spermicidy a implantáty, tyto metody znají ženy s dokončeným středoškolským a vyšším vzděláním více než zbývající dvě kategorie (Obr. 9).

**Obr. 9: Znalost jednotlivých metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle vzdělání, Mexiko, 2006**



**Poznámky:** AP - antikoncepční pilulka, I – injekce, NT – nitroděložní tělíčko, SŽ – sterilizace žen, IM – implantáty, SM – sterilizace mužů, K – kondom, S – spermicidy, PSA – periodická sexuální abstinence, PPS – přerušovaný pohlavní styk

**Zdroj:** SINAIS, 2006

Ve všech sledovaných letech je znalost antikoncepce mexickými ženami poměrně dost vysoká (vždy nad 90 %). Mexické ženy tedy o antikoncepci a různých metodách znalosti mají, nicméně procento těch, které ji přímo užívají už je o dost menší. Užívání antikoncepce je věnována následující část této podkapitoly.

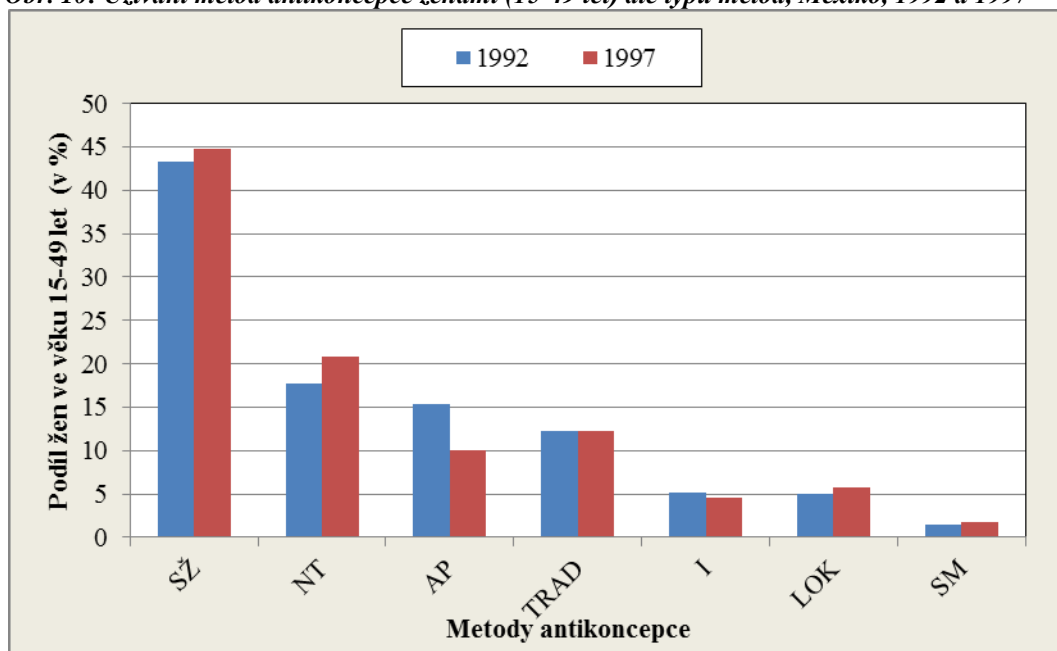
### 3.5.2 Užívání antikoncepce

V roce 1992 dle odhadů antikoncepci někdy či aktuálně užívalo celkem 63,1 % vdaných žen v reprodukčním období, v roce 1997 potom 68,5 %. V roce 2006 v Mexiku aktuálně jakoukoli metodu antikoncepce užívalo celkem 70,9 % vdaných žen, někdy užívalo 14,0 % vdaných žen a nikdy neužívalo 15,1 % vdaných žen. Celkem však v tomto roce antikoncepci aktuálně užívalo 47,1 % žen v reprodukčním období, někdy užívalo 13,1 % a nikdy neužívalo 39,8 % těchto žen.

V roce 2006 antikoncepci nejvíce užívaly ženy z věkové skupiny 35 a více let (aktuálně ji z této věkové skupiny užívalo 67,9 % z nich). Druhou skupinou žen, které v tomto roce nejvíce antikoncepci užívaly, byla věková skupina 15-24 let a 25-34 let (obě skupiny shodně 56,4 %) (CONAPO, 1992 a 1997 a SINAIS 2006).

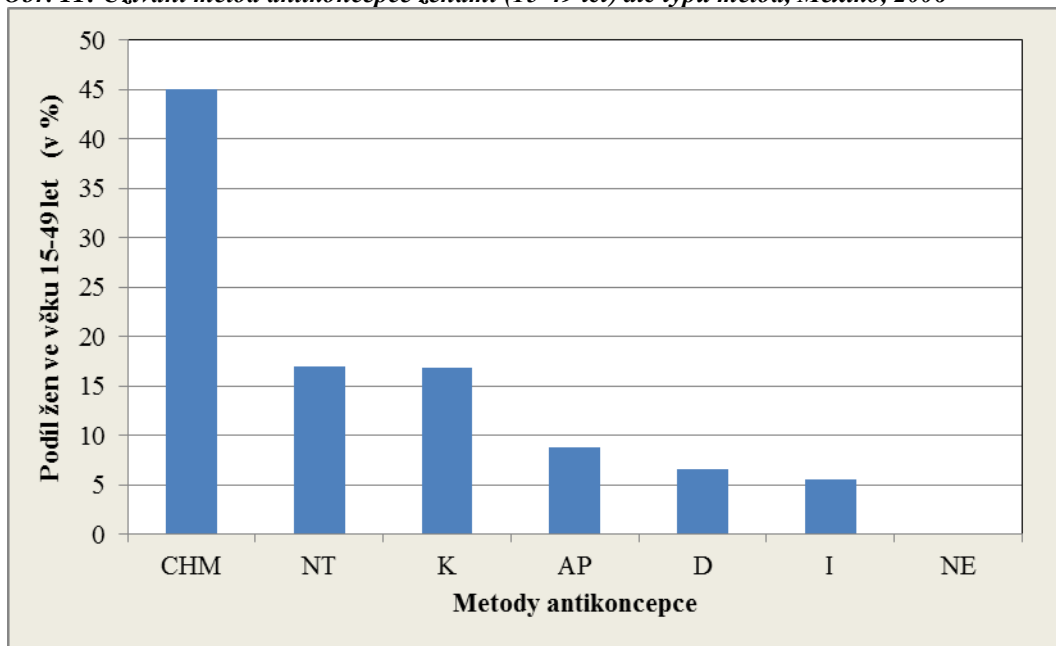
Co se týče užívaných metod antikoncepce, tak v roce 1992 a 1997 je jednoznačně nejužívanější antikoncepční metodou ženská sterilizace (viz obrázek 10). V roce 1992 ji užívalo 43,3 % a v roce 1997 44,7 % žen. Druhou nejužívanější metodou antikoncepce bylo v obou letech nitroděložní tělísko (v roce 1992 tuto metodu užívalo 17,7 % a v roce 1997 20,8 % žen), třetí nejužívanější antikoncepční metodou jsou antikoncepční pilulky, které v roce 1992 užívalo 15,3 % a v roce 1997 10 % žen. (Obr. 10) A v roce 2006 jsou nejčastěji používanou metodou jednoznačně metody chirurgické (45,1 %), poté stejně jako v letech 1992 a 1997 nitroděložní tělísko (17 %) a kondom (16,8 %) (Obr. 11).

**Obr. 10: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle typů metod, Mexiko, 1992 a 1997**



**Poznámky:** AP - antikoncepční pilulka, NT – nitroděložní tělísko, SŽ – sterilizace žen, SM – sterilizace mužů, I – injekce, LOK – lokální (chemické metody, které obsahují látky hubící spermie - spermicidy), TRAD – tradiční (metoda přerušovaného sexuálního styku a periodické sexuální abstinence)

**Zdroj:** CONAPO, 1992 a 1997

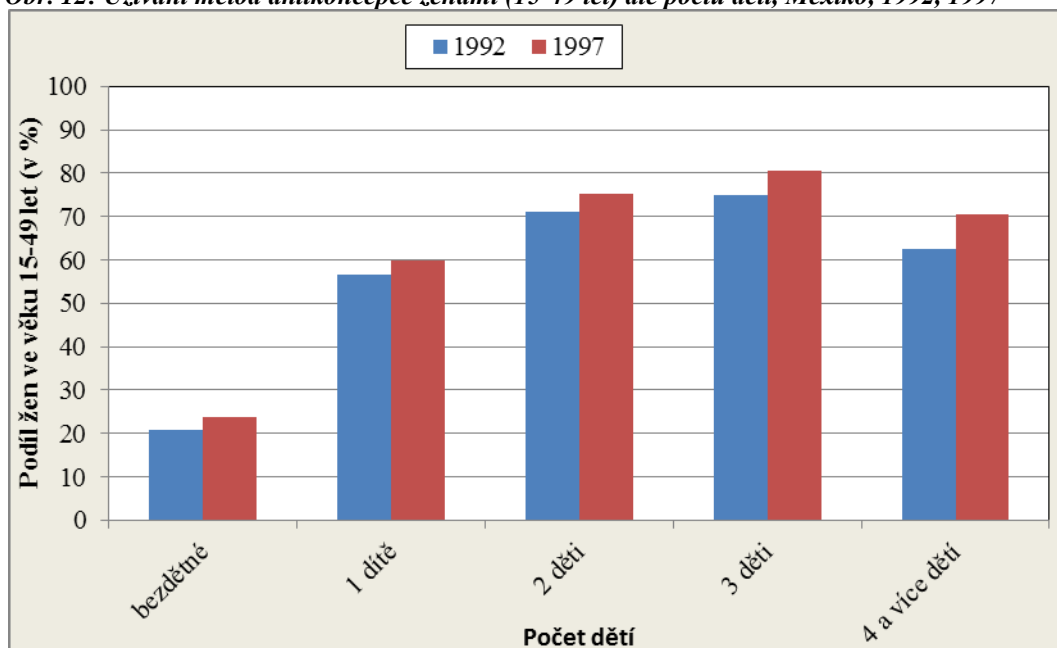
**Obr. 11: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle typů metod, Mexiko, 2006**

**Poznámky:** CHM – chirurgické metody (ženská a mužská sterilizace), AP - antikoncepční pilulka, I – injekce, NT – nitroděložní tělíčko, K – kondom, D – další, NE - neurčeno

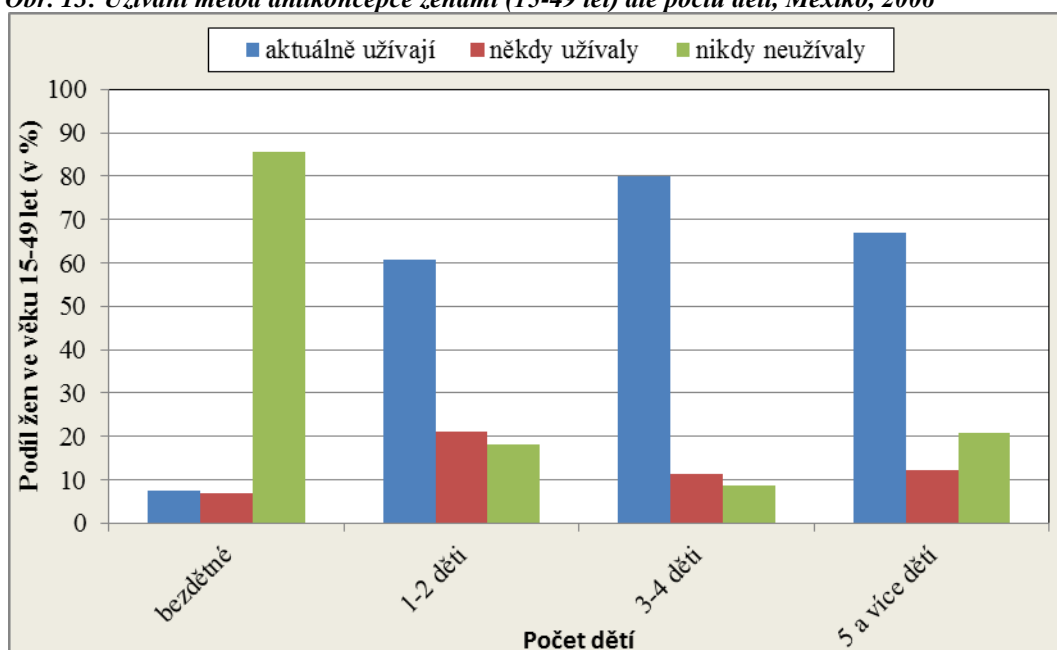
**Zdroj:** SINAIS, 2006

Zajímavá je diferenciacie užívání antikoncepce dle počtu narozených dětí těmto ženám. V roce 1992 a 1997 bylo užívání antikoncepce dle počtu narozených dětí zjišťováno opět pouze pro vdané ženy. Antikoncepci v těchto letech nejvíce užívaly vdané ženy se třemi dětmi (1992- 75%, 1997 – 80,6% žen) a vdané ženy se dvěma dětmi (1992- 71%, 1997 – 75,4% žen). Následuje kategorie vdaných žen se čtyřmi a více dětmi (1992- 62,6%, 1997- 70,4% žen). Naopak nejméně v těchto letech užívaly antikoncepci vdané ženy bezdětné (1992- 20,7%, 1997- 23,9%) a vdané ženy s jedním dítětem (1992- 56,6%, 1997- 59,8%) (Obr. 12.).

V roce 2006 lze pozorovat velmi podobný trend jako v letech 1992 a 1997 a to u všech žen bez ohledu na jejich rodinný stav. Antikoncepci aktuálně užívalo nejvíce žen z kategorie se třemi až čtyřmi dětmi (79,9%), následuje kategorie žen s pěti a více dětmi (66,9%), kategorie žen s jedním až dvěma dětmi (60,9%) a jako poslední kategorie bezdětných žen (7,4%). Je tedy patrné, že v tomto roce nejméně užívají antikoncepci ženy, které ještě nemají děti, 85,7 % z nich antikoncepci nikdy neužívalo (Obr. 13). Ženy, které v roce 2006 žádné děti neměly, užívaly antikoncepci jen velmi málo – 85,7 % z nich v tomto roce antikoncepci ještě nikdy neužívalo, přičemž lze usuzovat, že většina žen, které tvoří tuto skupinu, bude patřit do nižších věkových skupin.

**Obr. 12: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle počtu dětí, Mexiko, 1992, 1997**

Zdroj: CONAPO, 1992 a 1997

**Obr. 13: Užívání metod antikoncepce ženami (15-49 let) dle počtu dětí, Mexiko, 2006**

Zdroj: SINAIS, 2006

### 3. 6. Analýza mateřské úmrtnosti

Analýza mateřské úmrtnosti je nezbytnou částí při zkoumání reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství a to zejména v rozvojových zemích, kde kvalita zdravotní péče, která je matkám poskytována mnohdy nedosahuje příliš vysoké úrovně. Zvláště v případě zemí, ve kterých platí vysoce restriktivní potratové zákony, mezi které patří i Mexiko, je analýza mateřské úmrtnosti důležitou částí analýzy reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství této

země. Ženy, které nemají možnost legální a bezpečné interrupce, se často uchylují do rukou neodborných a nekvalifikovaných pracovníků a často pak právě díky neodborně provedené interrupci mají velmi těžké zdravotní komplikace, které často končí i smrtí.

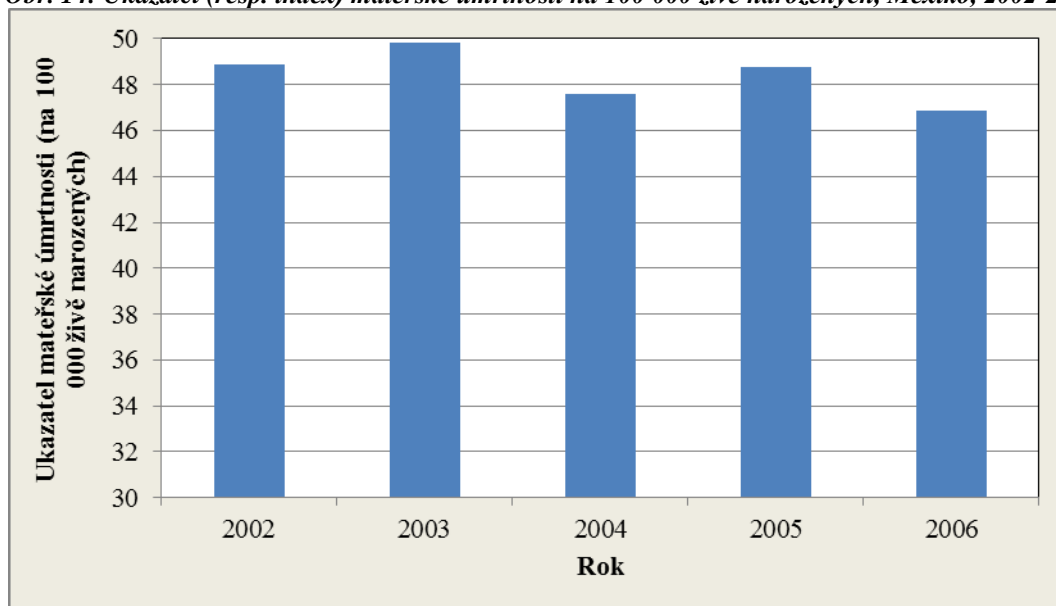
Mateřská úmrtí jsou zpravidla rozlišována na přímá a nepřímá. Přičemž přímá mateřská úmrtí vyplývají z porodnických komplikací při těhotenství, porodu a šestinedělí, ze zákroků, zanedbání, nepatřičné léčby nebo z řetězu příhod, které z výše uvedených vyplývají. Nepřímá mateřská úmrtí vyplývají z dříve existující nemoci nebo nemoci, která se vyvinula během těhotenství a která se fyziologickými účinky těhotenství zhoršila, ale nebyla způsobena přímými porodnickými příčinami (ÚZIS, 2012, s. 180).

### 3.6.1 Ukazatel mateřské úmrtnosti a index přímé mateřské úmrtnosti

Ukazatel (resp. index, název ukazatel byl ponechán z historických důvodů) mateřské úmrtnosti je velmi podstatnou charakteristikou mateřské úmrtnosti, zvláště v zemích, kde dosahuje vysokých hodnot (jedná se tedy zejména o rozvojové země), neboť poskytuje přehled a informace o stavu zdravotní péče, která je ženám poskytována (ÚZIS, 2012, s. 181).

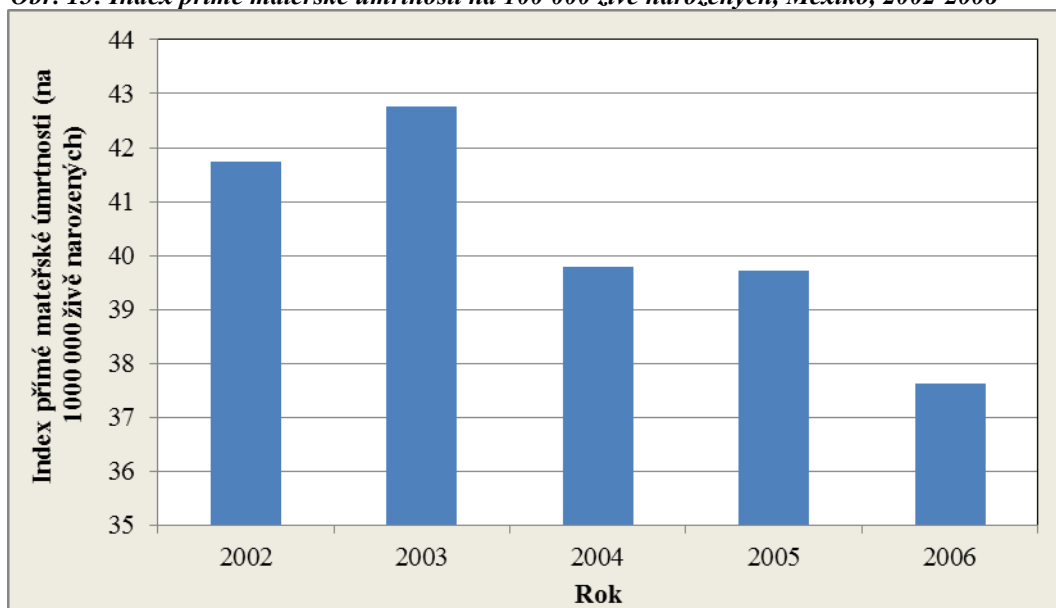
V roce 2002 bylo zaznamenáno 48,90 mateřských úmrtí na 100 000 živě narozených. Následující rok, tedy v roce 2003, byla v Mexiku mateřská úmrtnost za celé sledované období nejvyšší, zemřelo celkem 49,81 matek na 100 000 živě narozených. V roce 2004 došlo ke snížení na 47,57 mateřských úmrtí na 100 000 živě narozených a v roce 2005 potom k nárůstu na 48,75 mateřských úmrtí na 100 000 živě narozených. Nejnižší počet mateřských úmrtí, konkrétně 46,88 na 100 000 živě narozených bylo zaznamenáno v posledním roce sledovaného období, tedy v roce 2006 (Obr. 14).

**Obr. 14: Ukazatel (resp. index) mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených, Mexiko, 2002-2006**



**Zdroj:** SINAIS, 2002 – 2006a a vlastní výpočty

Přímých mateřských úmrtí na 100 000 živě narozených bylo v roce 2002 zaznamenáno 41,73, v roce 2003 42,76, v roce 2004 39,78, v roce 2005 39,72 a v roce 2006 37,63. Nejvyšší hodnota indexu přímé mateřské úmrtnosti tedy byla zaznamenána v roce 2003 a nejnižší potom v roce 2006 (Obr. 15).

**Obr. 15: Index přímé mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených, Mexiko, 2002-2006**

**Zdroj:** SINAIS, 2002 – 2006a a vlastní výpočty

Je patrné, že mateřská úmrtnost byla ve sledovaném období v Mexiku stále velkým problémem. Jak ukazatel, tak index přímé mateřské úmrtnosti dosahoval ve sledovaných letech poměrně vysokých hodnot. Pro zlepšení úmrtnostních poměrů matek je třeba, aby zdravotní péče byla dostupná všem ženám a aby došlo k jejímu zkvalitnění. Tímto by se jistě mohlo zabránit řadě těchto úmrtí, ke kterým by, pokud by byla poskytována péče dostupnější a kvalitnější, nemuselo docházet. Vyšší mateřská úmrtnost v Mexiku může být také zapříčiněna vysokým odhadovaným počtem indukovaných potratů v této zemi. Právě potrat totiž patří mezi jednu z hlavních příčin mateřských úmrtí v této zemi.

### 3.6.2 Hlavní příčiny mateřských úmrtí

Hlavními příčinami mateřských úmrtí v Mexiku v období od roku 2002 do roku 2006 byly: těhotenství končící potratem (kód O00-O06); edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění (pozdní gestóza) v těhotenství při porodu a v šestinedělí (kódy O10-O16); krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí (kódy O20, O44-O46, O67, O72); jiné těhotenské a porodní komplikace (kódy O21, O23-O43, O47-O66, O68-O71, O73-O84); porodnický tetanus, puerperální sepse a jiné puerperální infekce (kódy A34, O85-O86); žilní komplikace a hemoroidy v těhotenství a šestinedělí (O22, O87); jiné komplikace hlavně puerperální (kódy O88-O92); smrt (matky) z neznámé porodnické příčiny (kód O95); nepřímé porodnické příčiny (kódy B20-B24, F53, M830, O98-O99) (ÚZIS, 2013b).

V roce 2002 byla nejčastější příčinou úmrtí matek příčina edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění (pozdní gestóza) v těhotenství. Na tuto příčinu z celkového počtu 1309 zemřelých matek zemřelo 32,62 % z nich. Druhou nejčastější příčinou mateřské úmrtnosti byla příčina jiné těhotenské a porodní komplikace (18,72 %), následuje příčina krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí (18,18 %), nepřímé porodnické příčiny (14,67 %) a těhotenství končící potratem (7,41 %) a další příčiny (Obr. 16).



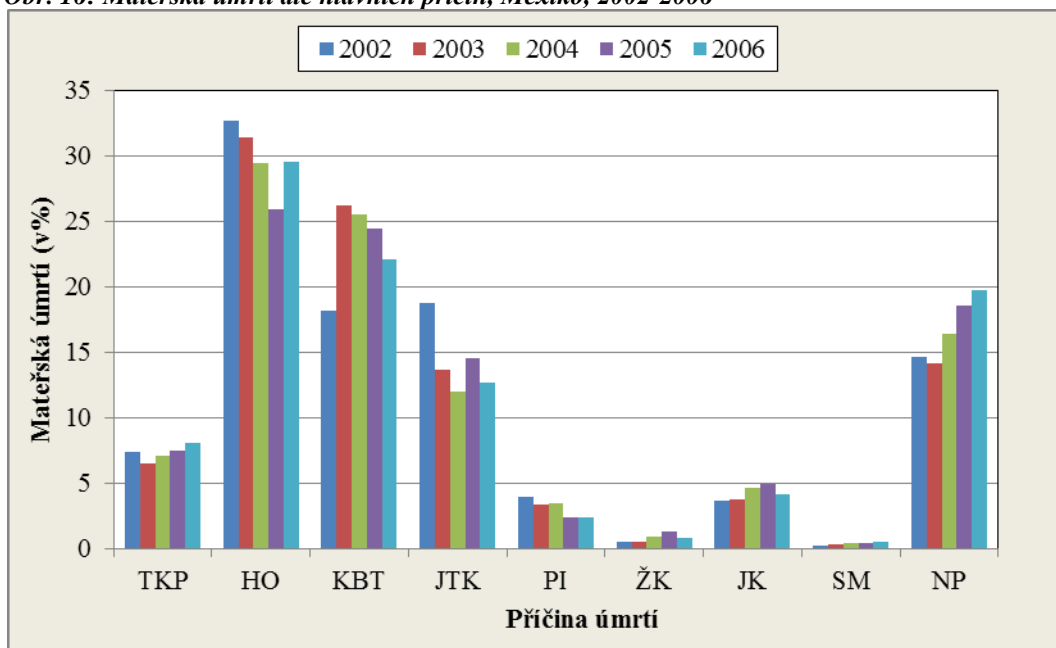
V roce 2003 byla nejčastější příčina mateřské úmrtnosti shodná s rokem předchozím, z celkového počtu 1313 mateřských úmrtí v tomto roce na tuto příčinu zemřelo 31,38 % z nich. Druhou nejčastější příčinou úmrtí matek bylo krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí (26,20 %), následují nepřímé porodnické příčiny (14,17 %), jiné těhotenské a porodní komplikace (13,63 %) a těhotenství končící potratem (6,55 %).

V roce 2004 bylo pořadí příčin mateřské úmrtnosti totožné s rokem 2003. Celkem v tomto roce zemřelo 1239 matek, z nichž 29,49% zemřelo na příčinu edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění (pozdní gestóza) v těhotenství, 25,50 % na příčinu krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí, 16,38 % na nepřímé porodnické příčiny, 12,03 % na jiné těhotenské a porodní komplikace a 7,1 % na příčinu těhotenství, končící potratem. Celkově je tedy vidět pokles mateřských úmrtí u všech výše zmíněných příčin, kromě příčiny těhotenství, končící potratem, u které došlo naopak k růstu (Obr. 16).

V roce 2005 bylo pořadí příčin mateřské úmrtnosti rovněž shodné s roky 2003 a 2004, přičemž celkem v tomto roce zemřelo 1242 matek. Z tohoto počtu jich 25,93 % zemřelo na příčinu edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění (pozdní gestóza) v těhotenství, 24,48 % na příčinu krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí, 18,57 % na nepřímé porodnické příčiny, 14,57 % na jiné těhotenské a porodní komplikace a 7,49 % na příčinu těhotenství, končící potratem. Počet mateřských úmrtí se tedy v tomto roce celkově snížil. U některých příčin jako nepřímé porodnické příčiny, jiné těhotenské a porodní komplikace a těhotenství, končící potratem se počet mateřských úmrtí zvýšil a naopak u jiných příčin jako například krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí a u příčiny edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění (pozdní gestóza) došlo ke snížení.

Co se týče roku 2006, tak v tomto roce bylo zaznamenáno celkem 1166 mateřských úmrtí. Pořadí příčin těchto úmrtí je v tomto roce opět totožné jako v letech 2003, 2004 a 2005. Na příčinu edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění (pozdní gestóza) v těhotenství zemřelo 29,50 % z nich, na příčinu krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí 22,04 %, 19,73 % na nepřímé porodnické příčiny, 12,69 % na jiné těhotenské a porodní komplikace a 8,06 % na příčinu těhotenství, končící potratem. Celkově lze říci, že od roku 2002 do roku 2006 došlo ke snížení úmrtí matek na výše zmíněné příčiny (Obr. 16).

Obr. 16: Mateřská úmrtí dle hlavních příčin, Mexiko, 2002-2006



**Poznámky:** TKP – těhotenství končící potratem, HO - edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění (pozdní gestóza) v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, KBT – krvácení během těhotenství, porodu a šestinedělí, JTK – Jiné těhotenské a porodní komplikace, PI – porodnický tetanus, puerperální sepse a jiné puerperální infekce, ŽK – Žilní komplikace a hemoroidy v těhotenství a šestinedělí, JK – jiné komplikace hlavně puerperální, SM - Smrt (matky) z neznámé porodnické příčiny, NP - Nepřímé porodnické příčiny

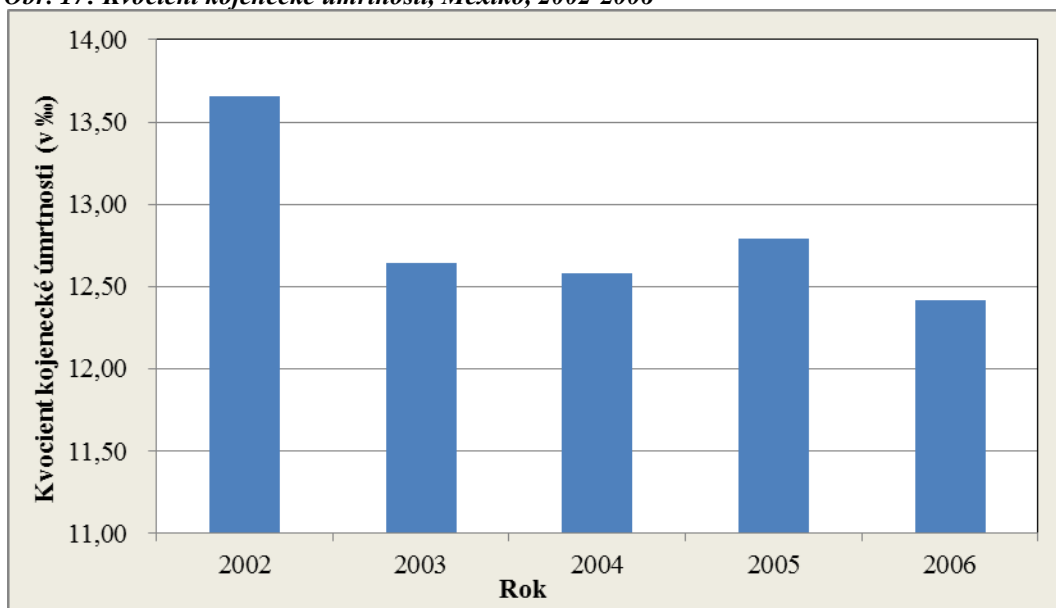
**Zdroj:** SINAIS, 2002 – 2006a a vlastní výpočty

### 3. 7. Analýza kojenecké úmrtnosti

Dle dostupnosti dat byla kojenecká úmrtnost analyzována pomocí kvocientu kojenecké úmrtnosti, který vypovídá nejen o hodnocení úmrtnosti v prvním roce života, ale také o vyspělosti země (Kalibová, 1998) a dále dle hlavních příčin kojeneckých úmrtí, díky kterým lze zjistit, jaké příčiny kojeneckých úmrtí jsou v Mexiku nejčastější a tvoří tedy největší problém.

#### 3.7.1 Kvocient kojenecké úmrtnosti

Kvocient kojenecké úmrtnosti dosáhl ve sledovaném období nejvyšší hodnoty (13,65 ‰) v roce 2002, v následujících dvou letech došlo k poklesu až na hodnotu 12,58 ‰ v roce 2004. V roce 2005 pak naopak bylo zaznamenáno mírné zvýšení tohoto kvocientu na hodnotu 12,79 ‰. Nejnížší hodnoty kvocientu kojenecké úmrtnosti za sledované období pak bylo dosaženo v roce 2006, kdy došlo k poklesu na hodnotu 12,42 ‰ (Obr. 17).

**Obr. 17: Kvocient kojenecké úmrtnosti, Mexiko, 2002-2006**

Zdroj: SINAIS, 2002 – 2006b a vlastní výpočty

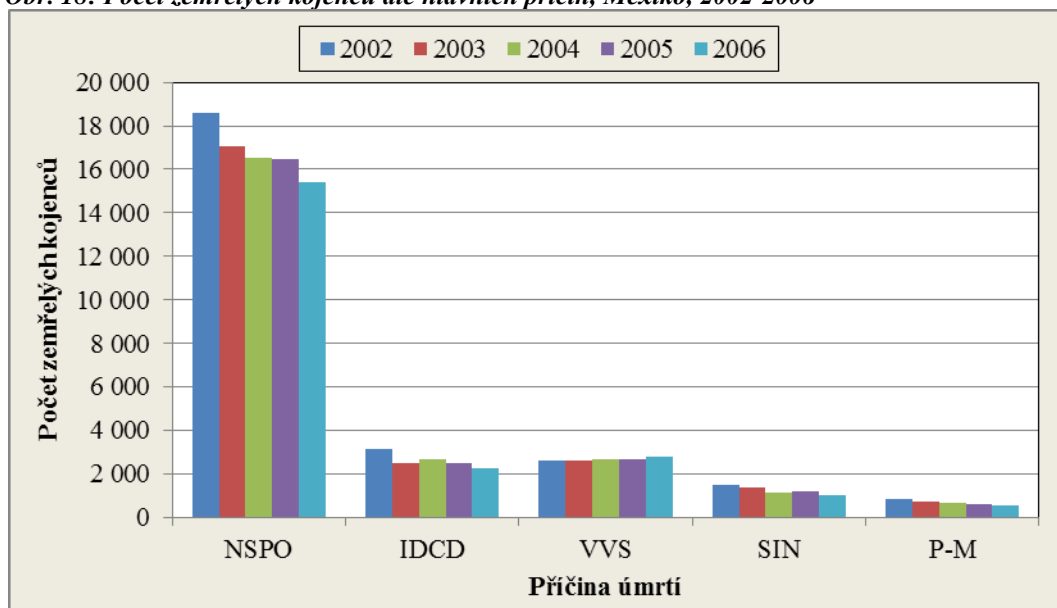
Dle vyšších hodnot kvocientu kojenecké úmrtnosti je patrné, že kojenecká úmrtnost byl ve sledovaném období v Mexiku problémem a že je stále třeba zlepšovat a zkvalitňovat péči, která je kojencům i jejich matkám poskytována.

### 3.7.2 Kojenecká úmrtnost dle příčin úmrtí

Mezi nejčastější příčiny kojenecké úmrtnosti ve sledovaném období v Mexiku mezi lety 2002 – 2006 patřily tyto příčiny: příčina některé stavy vzniklé v perinatálním období (kód P00-P96), infekce dolních cest dýchacích (kódy J10-J18, J20-J22), vrozené vady srdce (kódy Q20-Q24), střevní infekční nemoci (kódy -A00-A09), podvýživa – malnutrice (kódy E40-E46). (ÚZIS, 2013b).

Ve všech sledovaných letech jsou nejčastější příčinou úmrtí kojenců některé stavy vzniklé v perinatálním období, druhou nejčastější příčinou byla v letech 2002 a 2004 shodně infekce dolních cest dýchacích, v letech 2003, 2005 a 2006 pak příčina vrozené vady srdce (Obr. 18). Třetí nejčastější příčinou kojenecké úmrtnosti jsou ve všech sledovaných letech střevní infekční nemoci a čtvrtou podvýživa – malnutrice.

Obr. 18: Počet zemřelých kojenců dle hlavních příčin, Mexiko, 2002-2006



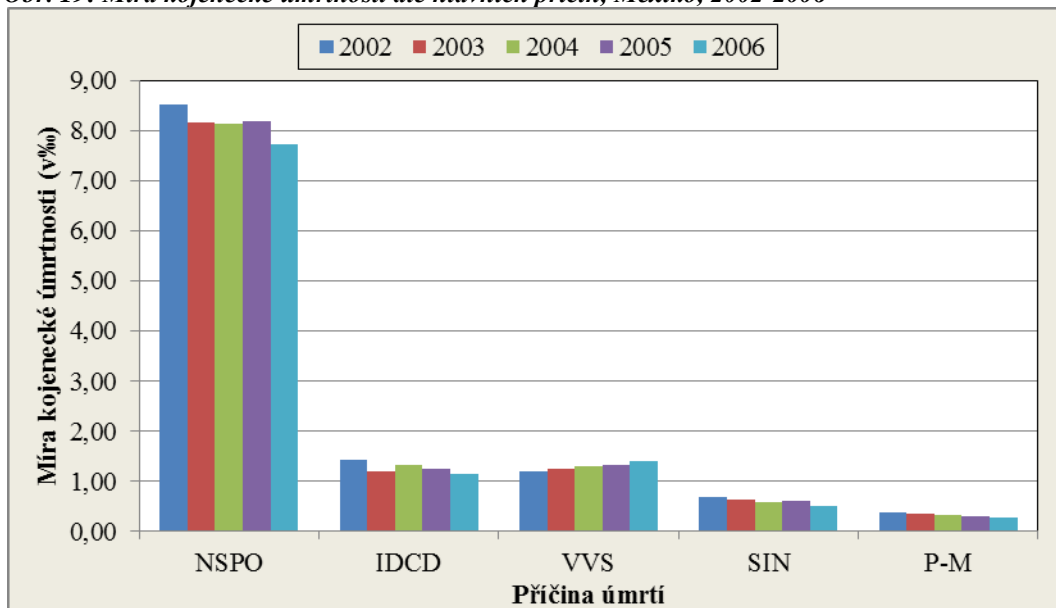
**Poznámky:** NSPO – některé stavy vzniklé v perinatálním období, IDCD – infekce dolních cest dýchacích, VVS – vrozené vady srdce, SIN – střevní infekční nemoci, P - M – podvýživa - malnutrice

**Zdroj:** SINAIS, 2002 – 2006b

V celém sledovaném období nejčastější příčinou kojenecké úmrtnosti příčina některé stavy vzniklé v perinatálním období. Od roku 2002 do roku 2006 bylo zaznamenáno celkem 166 115 úmrtí kojenců, z čehož 50,55 % z nich zemřelo právě na výše zmíněnou příčinu. Kvocient kojenecké úmrtnosti na tuto příčinu v roce 2002 dosahoval nejvyšší hodnoty (8,51 ‰) za celé sledované období. Naopak nejnižší hodnota kvocientu kojenecké úmrtnosti na tuto příčinu (7,73 ‰) byla zaznamenána v roce 2006 (Obr. 19).

Kvocient kojenecké úmrtnosti na příčinu infekce dolních cest dýchacích dosáhl nejvyšší hodnoty (1,43 ‰) v roce 2002, nejnižší hodnoty (1,15 ‰) potom v roce 2006. Kvocient kojenecké úmrtnosti na příčinu vrozené vady srdce má na rozdíl od předchozí zmíněné příčiny zcela opačný (rostoucí) průběh, nejvyšší hodnoty (1,39 ‰) bylo dosaženo v roce 2006 a nejnižší hodnoty (1,21 ‰) v roce 2002. U následující příčiny kojeneckých úmrtí – střevní infekční nemoc byla nejvyšší hodnota (0,68 ‰) kvocientu kojenecké úmrtnosti v roce 2002, nejnižší hodnota (0,51 ‰) v roce 2006. Poslední nejčastější příčinou úmrtí kojenců je podvýživa-malnutrice, kvocient kojenecké úmrtnosti opět jako u příčiny předchozí dosáhl nejvyšší hodnoty (0,38 ‰) v roce 2002 a nejnižší hodnoty (0,27 ‰) v roce 2006. Kvocient kojenecké úmrtnosti se tedy ve sledovaném období u všech příčin kojeneckých úmrtí postupně snižoval, kromě příčiny vrozené vady srdce, kde lze pozorovat naopak opačný vývoj (Obr. 19).

Obr. 19: Míra kojenecké úmrtnosti dle hlavních příčin, Mexiko, 2002-2006



**Poznámky:** NSPO – některé stavy vzniklé v perinatálním období, IDCD – infekce dolních cest dýchacích, VVS – vrozené vady srdce, SIN – střevní infekční nemoci, P - M – podvýživa – malnutrice

**Zdroj:** SINAIS, 2002 – 2006b a vlastní výpočty

## Kapitola 4

### Zhodnocení úspěšnosti vládních programů zaměřených na reprodukční zdraví a plánované rodičovství v Mexiku

Vládních programů zaměřených na reprodukční zdraví a plánované rodičovství bylo od konce 90. let 20. století v Mexiku vytvořeno poměrně značné množství. Mexiko je zemí, která má zájem a především snahu o zlepšení kvality života svých občanů prostřednictvím zlepšení zdravotní péče, která je jim poskytována. Pomocí programů, které se zaměřují právě na zlepšení reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství tak lidem pomáhají žít zdravější, delší a kvalitnější život.

Co se týče zhodnocení úspěšnosti těchto programů, tak v celém sledovaném období, za které byla provedena analýza plodnosti, tedy od roku 1995 do roku 2010 byl zaznamenán celkový pokles hodnoty úhrnné plodnosti. Přičemž největší pokles byl mezi lety 2000 a 2005, kdy byl v Mexiku realizován program, zaměřený na reprodukční zdraví. Na tomto poklesu se jistě do určité míry podílely právě programy plánovaného rodičovství, díky kterým byly ženám i mužům poskytnuty informace a poradenství o plánovaném rodičovství, o různých metodách antikoncepce atd. Právě ve znalosti i užívání antikoncepce bylo ve sledovaném období (roky 1991, 1997 a 2006) zaznamenáno zvýšení, na čemž rovněž mohou mít příznivý podíl právě vládní programy. Nicméně celkově lze říci, že ačkoliv je znalost antikoncepce u mexických žen velmi vysoká (více než 90 % všech žen nějakou z antikoncepčních metod zná), užívání některé z těchto metod antikoncepce mexickými ženami je už mnohem nižší (v roce 2006 nějakou metodu antikoncepce využívalo pouze 47,1 % žen v reprodukčním období).

Některé z uvedených vládních programů se zaměřovaly přímo na zdraví matek a novorozenců. Počet mateřských úmrtí mezi lety od roku 2002 do roku 2006 sice klesl, ale stále dosahoval poměrně vysoké hodnoty (46,88 na 100 000 živě narozených). Podobně jako kvocient kojenecké úmrtnosti, který od roku 2002 do roku 2006 rovněž klesl a to na hodnotu 12,42 ‰. Je tedy patrné, že program mohl mít na snížení mateřské úmrtnosti i kojenecké úmrtnosti v tomto období pozitivní vliv.

Mexická vláda věnuje velkou pozornost také mladým lidem, a vytváří programy zaměřené právě na reprodukční zdraví adolescentů za účelem snížení nechtěných otěhotnění mladých dívek a také za účelem snížení rizika pohlavně přenosných nemocí adolescentů. Dle provedené analýzy celkem 56,4 % žen z věkové skupiny 15-24 let ve sledovaném roce 2006 užívalo

některou z metod antikoncepce. U skupiny bezdětných žen, kde lze usuzovat, že většinu žen z této skupiny budou tvořit právě mladé dívky, bylo dle analýzy v roce 2006 zaznamenáno velmi nízké procento (7,4 %) užívání jakékoli metody antikoncepce, většina žen, patřící do této skupiny tedy antikoncepci neužívá. Dle odhadů specifických měr indukované potratovosti, které byly v Mexiku provedeny v roce 2009, bylo nejvíce UPT zaznamenáno právě u mladých žen – nejvíce u žen z věkové skupiny 20-24 a hned poté z věkové skupiny 15-19 let. Je tedy možné, že ačkoli se programy snaží informovat o užívání různých metod antikoncepce, tak dívky, které nechtěně otěhotní, většinou antikoncepci neužívají a volí raději UPT, což vzhledem k interrupční legislativě Mexika může způsobovat vyšší využívání nelegálních nebezpečných interrupcí a následně i zvýšení mateřské úmrtnosti.

Celkově tedy lze říci, že programy zaměřující se na problematiku reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství jsou relativně úspěšné a že jistě mají na mexickou populaci pozitivní vliv. Jedním z hlavních problémů, který však v Mexiku přetrvává, jsou restriktivní omezení UPT, díky nimž je přístup k bezpečným a legálním UPT často velmi omezen a každý z mexických států má navíc svou interrupční legislativu. Vytvoření nového systému interrupční legislativy a zrušení omezeného přístupu k bezpečným UPT v Mexiku by mohlo mít příznivý vliv například na mateřskou úmrtnost. Také je třeba programy neustále vylepšovat a snažit se, aby byly dostupné pro co největší počet mexických obyvatel.

## Kapitola 5

### Závěr

Reprodukční zdraví a plánované rodičovství v Mexiku je stále velmi aktuálním problémem. Programy zaměřené na tuto problematiku jsou v Mexiku realizovány dlouhodobě a stále dochází k vytváření dalších. Ve sledovaném období od roku 1995 do roku 2010 byl zaznamenán příznivý pokles plodnosti a lze usuzovat, že na tomto poklesu měly určitý podíl právě programy plánovaného rodičovství, které byly v Mexiku uskutečněny.

Prostřednictvím programů týkajících se reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství jsou mexickým ženám, mužům a dospívajícím poskytovány informace a poradenství v oblasti lidské sexuality a také v oblasti antikoncepčních metod a jejich správnému využívání. Dle výsledků analýzy pro roky 1992, 1997 a 2006 lze pozorovat příznivý trend ve znalosti antikoncepčních metod, neboť bylo zaznamenáno postupné zvyšování této znalosti. Počet žen, které nějakou z antikoncepčních metod užívají už je však mnohem nižší, přičemž mexické ženy jednoznačně nejvíce užívají antikoncepční metodu ženské sterilizace, antikoncepční pilulky, nitroděložní tělísko a kondom. Nejméně potom ženy znají i užívají tradiční antikoncepční metody (metoda přerušovaného pohlavního styku a periodické sexuální abstinence). Antikoncepci v roce 2006 nejméně užívaly ženy bezdětné, u kterých je předpoklad, že budou patřit do nižších věkových skupin. Ačkoliv se tedy v Mexiku konalo několik programů zaměřených na sexuální a reprodukční zdraví adolescentů, procento bezdětných žen, které antikoncepci v roce 2006 užívalo, bylo velmi nízké. Přičemž pro rok 2009 bylo odhadnuto, že nejvíce UPT podstupují právě ženy, patřící do mladších věkových skupin – 20 – 24 let a 15 – 19 let.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat procesu umělé potratovosti, protože Mexiko patří mezi země s největšími restriktivními omezeními umělých přerušování těhotenství ve světě a přístup k legálním a bezpečným UPT je zde ženám umožněn pouze za určitých situací, což je bohužel často nutí k využití nelegálních a nebezpečných UPT, které jsou prováděné neodborně a také v nevhodném prostředí. Ženy mnohdy po takto provedené interrupci mají zdravotní potíže, které často končí různými formami postižení či dokonce smrtí. Tyto restriktivní omezení tedy nepříznivě ovlivňují mateřskou úmrtnost, jejíž hodnota je v Mexiku stále poměrně vysoká. Vliv mají také na kojeneckou úmrtnost, neboť ženy často nemají dostatek potřebných informací jak se o novorozence správně starat a mnohdy není novorozencům poskytnuta kvalitní zdravotní



péče, která by byla potřebná. Pravděpodobně i díky programům zaměřujících se přímo na reprodukční zdraví matek a novorozených dětí byl mezi lety 2002 – 2006 zaznamenán pokles kojenecké úmrtnosti. U mateřské úmrtnosti byl od roku 2002 do roku 2006 také zaznamenán pokles, nicméně počet mateřských úmrtí dosahuje stále poměrně vysoké hodnoty. Srovnání měr indukované potratovosti dle věku nebo například rodinného stavu mexických žen je bohužel z důvodu neexistence datových zdrojů nemožné, proto bylo v práci využito odhadů, publikovaných Alan Guttmacher institutem. Nelze však říci, do jaké míry jsou tyto odhady přesné a jak vystihují skutečnou situaci v Mexiku.

Mnoho programů bylo také v Mexiku vytvořeno za účelem rovnoprávnosti mužů a žen. Již v roce 1994 na mezinárodní konferenci konané v Káhiře byla důležitost tohoto problému vystižena a bylo navrženo, aby vytvářené programy brali v úvahu především posílení postavení žen a rovný přístup ke vzdělání pro dívky. (UN, 1995, s. 1-59) Je důležité, aby do těchto programů byli zahrnováni také muži, aby ženy a muži plánovali své rodičovství dohromady a mohli tedy společně určit, kdy budou chtít mít potomky. Dle analýzy antikoncepčního chování mexických žen je také patrné, že v roce 2006 znaly ženy s vyšším vzděláním antikoncepční metody více, než ty bez vzdělání či s nedokončeným základním vzděláním.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- GIRE. 2008. *Leyes del Aborto en México*. [online]. Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2008. 2 s. [cit. 2013-05-27]. Dostupný také z WWW: <<https://www.gire.org.mx/publica2/leyesabortomexiconov08.pdf>>.
- GLASIER, Anna, A Metin GÜLMEZOGLU, George P SCHMID, Claudia Garcia MORENO a Paul FA Van LOOK *Sexual and reproductive health: a matter of life and death*. WHO. [online]. 2006. 13 s. [cit. 2013-07-14]. Dostupné z WWW: <[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_1.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_1.pdf)>.
- GUTTMACHER INSTITUTE. 2008. *Facts on Induced Abortion in Mexico*. [online]. New York: Guttmacher Institute, 2008. 2 s. [cit. 2013-05-26]. Dostupné také z WWW: <[http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB\\_IA\\_Mexico.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB_IA_Mexico.pdf)>.
- JUAREZ, F., SINGH, S., GARCIA G. S., OLAVARRIETA C. D. 2008. *Estimates of Induced Abortion in Mexico: What's Changed Between 1990 and 2006?* International Family Planning Perspectives, 2008, vol. 34, issue 04. s. 158-168. Dostupné z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3415808.pdf>>. DOI: 10.1363/3415808
- JUAREZ, F., SINGH, S. 2012. *Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology*. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2012, vol. 38, issue 02. s. 58-67. Dostupné z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3805812.pdf>>. DOI: 10.1363/3805812
- KALIBOVÁ, K. 1997. Úvod do demografie. Praha: Karolinum, 1997. 52 s. ISBN 80-246-0222-9.
- KONEČNÁ, H. 2005. *Reprodukční zdraví 2005: Co dělat aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 34 s. Dostupné také z WWW: <<http://www.hanakonecna.cz/download/rz2005.pdf>> ISBN 80-246-0222-9.
- SSA. 2001a. *Programa de Acción: Salud Reproductiva*. [online]. Secretaría de Salud, 2001. 54 s. [cit. 2013-05-24]. Dostupné také z WWW: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7102.pdf>>. ISBN 970-721047-8

- SSA. 2001b. *Programa de Acción: Programa de Atención a la Infancia*. [online]. Secretaría de Salud, 2001. 55 s. [cit. 2013-05-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/infancia.pdf>>.
- SSA. 2001c. *Programa de Acción: Mujer y Salud (PROMSA)*. [online]. Secretaría de Salud, 2001. 42 s. [cit. 2013-05-22]. Dostupný také z WWW: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/infancia.pdf>>.
- SSA. 2002. *Programa de Acción: Programa de atención a la salud de la adolescencia*. [online]. Secretaría de Salud, 2002. 68 s. [cit. 2013-05-24]. Dostupné také z WWW: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7102.pdf>>. ISBN 970-721-030-1
- SSA. 2007. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Arranque Parejo en la Vida*. [online]. Secretaría de Salud: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2007. 86 s. [cit. 2013-05-22]. Dostupný také z WWW: <<http://www.cnegsr.gob.mx/programas/salud-materna-perinatal/interes-smp/pa-smp.html>>.
- SSA. 2008a. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. [online]. Secretaría de Salud: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008. 54 s. [cit. 2013-05-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.cnegsr.gob.mx/programas/salud-sexual-adolescentes/interes-ssr/pa-ssr.html>>.
- SSA. 2008b. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Igualdad de Género en Salud*. [online]. Secretaría de Salud: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2008. 64 s. [cit. 2013-05-22]. Dostupné také z WWW: <<http://www.cnegsr.gob.mx/programas/igualdad-genero/interes-ig/pa-igs.html>>. ISBN 978-607-460-058-2.
- SSA. 2008c. *Programa de Acción Específico 2007-2012: Planificación Familiar y Anticoncepción*. [online]. Secretaría de Salud: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2007. 62 s. [cit. 2013-05-27]. Dostupné také z WWW: <<http://www.cnegsr.gob.mx/programas/salud-materna-perinatal/interes-smp/pa-smp.html>>. ISBN: 978-607-460-060-5.
- UN. 1995. *Report of the International Conference on Population and Development: Cairo, 5-13 September 1994*. [online]. New York: United Nations, 1995. 193 s. [cit. 2013-05-24]. Dostupné také z WWW: <[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf)>. ISBN 92-1-151289-1.
- ÚZIS. 2013a. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Instrukční příručka*. (aktualizovaná verze k 1. 1. 2013). [online]. Praha. 2012. 220 s. Dostupné také z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/prirucka.html>>.
- ÚZIS. 2013b. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. (aktualizovaná verze k 1. 1. 2013). [online]. 2013. Dostupné také z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
- WHO. 2003. *WHO Definition of Health*. [online]. [cit. 2013-06-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>.

- WHO. 2006. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*, Geneva. [online]. Geneva: WHO, 2006. 35 s. [cit. 2013-07-14]. Dostupné z WWW: <  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)>.
- WHO. 2012a. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. [online]. WHO, 2012. 134 s. [cit. 2013-05-26]. Dostupné také z WWW: <  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf)>. ISBN 978-92-4-154843-4.
- WHO. 2012b. *Safe and unsafe abortion: Global and regional levels in 2008, and trends during 1995-2008*. [online]. WHO, 2012. 8 s. [cit. 2013-05-26]. Dostupný také z WWW: <  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75174/1/WHO\\_RHR\\_12.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75174/1/WHO_RHR_12.02_eng.pdf)>.
- WHO. 2013. *Sexual and reproductive health: Defining sexual health*. [online]. 2013 [cit. 2013-07-01]. Dostupné z WWW: <  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html)>.
- ZVÍROTSKÝ, M. 2007. *Operační definice zdraví v oblasti lidské sexuality*. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. Sborník z kongresu Pardubice 2007. [online]. [cit. 2013-06-06]. Dostupné z WWW: <  
<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2008053001>>.

## SEZNAM POUŽITÝCH DATOVÝCH ZDROJŮ

- CONAPO. 1992 a 1997. Indicadores de Salud Reproductiva de la República Mexicana. [online]. [cit. 2013-06-10]. Dostupné z WWW: <[http://conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica\\_Mexicana](http://conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana)>.
- INEGI. 1985-2011. Natalidad. [online]. [cit. 2013-05-21]. Dostupné z WWW:<<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.aspx?p=11092&c=11109&s=est&cl=4#>>.
- INEGI. 1995. Censo de Población y Vivienda 1995. [online]. [cit. 2013-05-20]. Dostupné z WWW:<<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/tabentidad.aspx?c=33143&s=est>>.
- INEGI. 2000. Censo General de Población y Vivienda 2000. [online]. [cit. 2013-05-22]. Dostupné z WWW: <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/tabentidad.aspx?c=33144&s=est>>.
- INEGI. 2005. Censo de Población y Vivienda 2005. [online]. [cit. 2013-05-23]. Dostupné z WWW: <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/tabentidad.aspx?c=33145&s=est>>.
- INEGI. 2010. Censo de Población y Vivienda 2010. [online]. [cit. 2013-05-21]. Dostupné z WWW: <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>>.
- SINAIS. 2002-2006a. Muertes Maternas. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>>.
- SINAIS. 2002-2006b. Mortalidad. [online]. [cit. 2013-06-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>>.
- SINAIS. 2006. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. [online]. [cit. 2013-06-15]. Dostupné z WWW:<<http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/tabulados.html>>.