



REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ 2005

Co dělat,
aby člověk měl děti,
když a až je bude
chtít mít

Hana Konečná



JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

NADACE MATEŘSKÁ NADĚJE Praha

2005

Recenzent:
prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc.
prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

© Hana Konečná – editor

ISBN 80-7040-765-4

Tato publikace vznikla za podpory firmy Organon s.r.o.
a neprošla jazykovou úpravou.
Za věcnou a jazykovou správnost díla odpovídají autoři.

OBSAH

Úvodní slovo:

Prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc., pediatr
Zdravotně sociální fakulta JU České Budějovice
Společnost pro plánování rodičovství a sexuální výchovu Praha

5

Gynekolog MUDr. Petr Linhart
Nemocnice České Budějovice

Ženské reprodukční zdraví

9

Androlog MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.
Centrum andrologické péče České Budějovice

Mužské reprodukční zdraví

15

Fyzioterapeutka Hana Volejníková
Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů Brno,
Nadace Mateřská naděje Praha

Rehabilitační metoda Mojžíšové jako prevence i terapie v reprodukční medicíně

20

Pediatr MUDr. Lubomír Kukla, CSc.
Zdravotně sociální fakulta JU České Budějovice
Odd. preventivní a sociální pediatrie Lékařské fakulty MU Brno
Rizikové chování rodičů v době očekávání dítěte a po jeho narození

23

Psycholožka PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD.
Zdravotně sociální fakulta JU České Budějovice
Nadace Mateřská naděje Praha

Potíže s otěhotněním jako zátěžová situace

26

Andragog Ing. Bc. Vít Janků
Centrum pro rodinu a sociální péči Brno

Služby rodinám jako příspěvek k zdravému reprodukčnímu chování

30

Sponzor RNDr. Tomáš Mařík, Organon

Den reprodukčního zdraví a World Infertility Month

34

Úvodní slovo

Rozmnožování, reprodukce života, je jeho jedním z nejvýznamnějších a nejdůležitějších – vedle vzrůstivosti a metabolismu – principů. Ten jej udržuje ve svých fylogenetických a ontogenetických strukturách, současně však respektuje jejich proměny, směřující ke stále složitějším podobám. Tyto proměny rozmnožování dosahují však u člověka nové kvality. Člověk totiž začíná rozumět i procesům své reprodukce, hledá a také nalézá způsoby a možnosti, jak je a další jejich vývoj ovlivňovat a hlavně jak je využívat pro své potřeby.

Živelná, na vůli člověka nezávislá reprodukce končí. Začíná se otvírat a uplatňovat reprodukce plánovitá, závislá nikoli jen na pouhých biologických podmínkách, ale také – a to stále více – i na jeho subjektivních potřebách. To mu umožňuje záměrně využívat své zkušenosti a poznatky pro reprodukci svého života.

Věda umožnila určit nové cesty ke kvalitní reprodukci života člověka. Při tom tu přehrála od přirozených forem a způsobů rozmnožování k arteficiálním. V tomto úsilí se setkáváme s celou řadou až neuvěřitelných postupů a jevů takto pojaté reprodukce. Úspěchy nových medicínských postupů s sebou přinesly nutnost vzít na zřetel další otázky a problémy z jiných oblastí a disciplin, týkajících se této problematiky. Etické, psychologické, sociální a právní aspekty zde hrají významnou roli, mnoha lidem přináší často značné rozpaky a nejistoty v přístupu k nim, odsouzení, obvinění z rouhání a ze svévolného a neodpovědného zasahování do oblastí, kam člověk zasahovat nemá. Nové medicínské technologie ale přinášejí také mnoho nadšení a radosti, když umožňují narození dítěte a tím naplnění života rodičů.

Při tom současně vystupují do popředí nejenom závažné problémy v základním reprodukčním prostředí člověka, jež spočívá především v rodině, ale i v jiných společenských prostředích jako je škola, zaměstnání, skupina vrstevníků atd. Zároveň je třeba vzít v úvahu rozdílnou populační situaci v jednotlivých regionech, zemích a kontinentech. Ty se totiž významně liší v souvislostech se stupněm společenského rozvoje toho kterého státu a uspokojování alespoň těch základních potřeb jeho občanů, hlavně pak matek a dětí. Existují dva základní reprodukční či přesněji populační modely rozvinutých a rozvíjejících se společností. První je charakterizovaný demograficky relativně nízkou natalitou a úmrtností, vysokou délkou očekávaného dožití, nízkou sňatečností a vysokou rozvodovostí, vysokým počtem nesezdaných rodin a dětí narozených mimo manželství. Druhý model, vlastní nerozvinutým společnostem, se v podstatě projevuje obrácenými hodnotami. To se týká také hmotného zabezpečení rodin, úrovně zdraví a vzdělávání dětí a dospělých. Tyto skutečnosti současně kladou pak otázky na kvantitu a kvalitu populace; otázky, na něž se stále obtížně hledají odpovědi, ale jimž se vyhnout nelze. Z nich nejvýznamnější je reprodukční zdraví a jeho zajištění, jemuž je věnována tato publikace.

Pojem reprodukčního zdraví postupně vykrystalizoval z řady dřívějších či dnes již jen ze zúžených pojmů jako je příprava k odpovědnému rodičovství, sexuální

výchova, plánování rodičovství a další. Reprodukčním zdravím v základním pojetí dnes rozumíme spolu s Machovou a Hamanovou 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. Při tom nelze přistupovat k této problematice jen z hlediska biologického či medicínského, ale též ze všech dalších hledisek pojetí zdraví, především jako jednoty tělesného, psychického a sociálního blaha jedince či různě definovaných společenských skupin.

V přírodě včetně nerozvinutého lidského společenství je zdraví, zvláště pak reprodukční zdraví, převážně imanentní daností v životě jedinců a jejich skupin. Ti nejsou schopni je jakkoli ovlivňovat. Naproti tomu v rozvinutém lidském společenství se stále více snaží rozumět dějům své reprodukce a také pečovat o ně. To znamená rozpoznávat a léčit jeho poruchy a soustavně své zdraví včetně reprodukčního posilovat a poruchám předcházet.

Toto úsilí lidského společenství bylo zahájeno na racionální úrovni na přelomu 19. a 20. století, kdy se objasnila fyziologie a patologie rozmnožovacích orgánů a jeho dějů i zásahů do nich. Hlavní roli zde sehrála možnost účinné antikoncepce. Od negativních přístupů k reprodukci cílených k zábraně početí se však stále více v posledních několika desetiletích obrací pozornost odborníků k dosažení početí a k překonání nemožnosti mít dítě. Sterilita a její léčba se stává rubem antikoncepce a ukončení těhotenství. Většina těchto procesů bohužel leží převážně na ženách. Tato oblast je spojena s celou řadou problémů a těžkostí. A to hlavně emocionálního, etického a sociálního charakteru – ať osobního nebo celospolečenského.

Osobní těžkosti – a někdy velmi závažné (např. výčitky, že nemohu či nemůžeme mít dítě, že jsem podstoupila interrupci nebo že nemohu či nesmím použít antikoncepci) se promítají do nepříznivé společenské situace kraje, země, státu, kontinentu i různých snah propopulačních či protipopulačních (např. nacistické Německo svou „Mutterpflicht“ či rumunské totalitní odmítnutí umělého ukončení těhotenství v šedesátých až osmdesátých letech s neobyčejně vysokou mateřskou a kojeneckou úmrtností a ohromným množstvím nemanželských dětí či umístěných v dětských domovech, unesených nebo prodaných do zahraničí.)

Péče o reprodukční zdraví tedy není již zdaleka jen záležitostí každé jednotlivé ženy a muže, ale i řady odborníků v rámci multidisciplinární spolupráce. Významné v tomto směru jsou stále větší mezinárodní vědecké a v neposlední řadě i exekutivní aktivity. Z nich třeba uvést Rezoluci Evropského parlamentu z roku 2002 o sexuálních a reprodukčních právech každého jedince. Vychází z agendy Mezinárodní konference o populaci a rozvoji (1994) a ze 4. Celosvětové Konference žen (2000). Hlavním tématem je naplnění základního lidského práva na plánované rodičovství, které zaručuje všem jednotlivcům a dvojicím svobodné rozhodnutí o počtu dětí; s tím pak souvisí právo na informace i vzdělání v tomto směru. Cílem je, aby každé dítě bylo dítětem chtěným, aby jeho příchod na světě byl plánován a s láskou očekáván.

Výchovné zaměření se tedy týká především zábrany negativních jevů v reprodukční problematice. Patří sem hlavně nechtěné těhotenství, sexuálně přenosné nemoci, antikoncepce, umělé ukončení těhotenství, arteficiální reprodukce a všechny další otázky a problémy související s péčí o reprodukční zdraví.

V pozadí tohoto úsilí již od r. 1959, kdy byla přijata Charta práv dítěte, je pečovat o matku a dítě, u něhož to platí i před porodem. V Úmluvě o právech dítěte je pak požadováno mimo tyto okruhy i právo na plánované rodičovství. Tím se otevírá i důležitá oblast, jež stále více vystupuje do popředí – a to je biologické, psychické a sociální sepětí matky s dítětem v časném dětství. A to je dnes považováno za jednu rozhodujících složek vývoje dítěte, ovlivňující vlastně jeho celý život (attachment, imprinting, apod.). Současně pomáhá dozrát plnému mateřství při dobrém vztahu matky s otcem i kvalitní otcovství a v celkovém pojetí i kvalitnímu rodičovství.

Přestože se mnozí politici domnívali, že závěry uvedených setkání a mezinárodních dokumentů se týkají hlavně rozvojových zemí, potvrdil Evropský parlament, že se týkají také všech evropských zemí. A to i těch nejbohatších, v nichž často žijí velké skupiny chudých, nepřízpůsobených, zapomenutých – mnohdy na horší úrovni než v zemích nerozvinutých. V této souvislosti se ukazují jako důležité mezinárodně i národně řízené výchovné aktivity, informační a preventivní programy. Nejlépe na tom v tomto směru jsou USA, Francie a Británie. I u nás se naštěstí začínají tyto aktivity zavádět a rozhojňovat, hlavně vzdělávací programy, poradenské služby a výzkumné projekty. Největší důraz je přitom kladen na co nejužší spolupráci klientů a odborných pracovníků, vzájemný respekt a plnou angažovanost všech, jichž se nějak reprodukční zdraví a péče o ně dotýká.

Setkání, ke kterému je tato publikace, je ostatně jedním z dokladů tohoto úsilí.

Prof. MUDr. Jiří Dunovský, DrSc.

Praha, 11. 4. 2005

ŽENSKÉ REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Petr Linhart, gynekolog

Reprodukční schopnost, a zvláště její poruchy jsou problémem, kterým se lékařská věda zabývá již dlouho. Teprve však v posledních letech došlo v tomto směru k poměrně značnému vývoji. Nyní proto můžeme lépe identifikovat jednotlivé příčiny poruch plodnosti, tím je současně i dopodrobna studovat a konečně léčit. Tlak, který vedl k tak bouřlivému rozvoji reprodukční medicíny, vzešel zejména ze zjištění, že dochází k postupnému nárůstu počtu dvojic s poruchou plodnosti a také ze stoupajícího zájmu lidí o léčbu. Z různých výzkumů vyplývá, že asi 15–20% dvojic si nemůže splnit své přání mít dítě bez lékařské pomoci. Jen u 5% párů, které vyhledají lékaře, se nezjistí zjevné příčiny poruchy plodnosti. Bezdětné manželství potom představuje pro společnost závažný problém psychologický, sociální, populační, zdravotnický a etický.

Pochopení, diagnostika i terapie poruch plodnosti vychází ze znalosti základních procesů fyziologie lidské reprodukce. Hypotalamus – součást mezimozku, hypofýza – podvěsek mozkový a ovarium tvoří systém, který reguluje reprodukční funkce ženy. Regulace jsou uskutečňovány pomocí hormonů a neurotransmiterů – přenašečů. Z hypotalamu se uvolňuje GnRH – gonadoliberin, který ovlivňuje hypofýzu. Ta poté vylučuje dva hormony FSH – folikulostimulační hormon a LH – luteinizační hormon, které řídí činnost ovaria. V ovariu se tvoří ženské pohlavní hormony – estrogen a progesteron. Jednotlivé úrovně této kaskády se ovlivňují i opačným směrem. Cyklické změny, které jsou způsobeny vylučováním jednotlivých hormonů představují opakovanou přípravu organismu k fertilizaci – oplodnění a těhotenství.

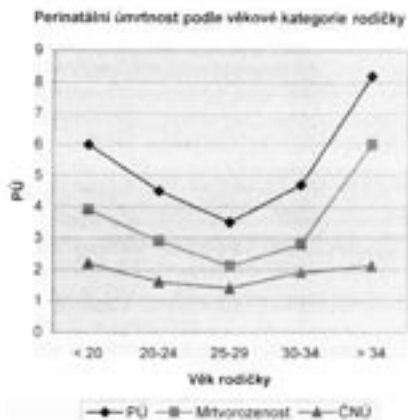
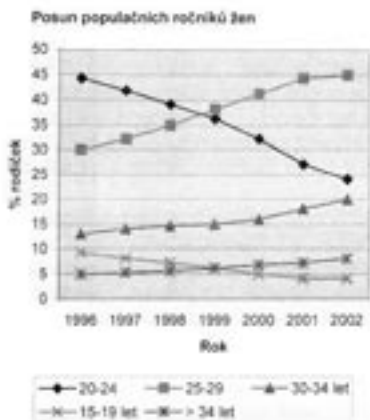
Menstruační cyklus se dělí do fází: folikulární fáze – do 14. dne cyklu. Díky FSH a LH při ní dochází k růstu a zrání několika folikulů na vaječniku a k tvorbě estrogenů. Estrogeny mají mnoho funkcí, jednou z hlavních v souvislosti s menstruačním cyklem je stimulace růstu děložní sliznice. Uprostřed cyklu dochází čtrnáctý den pod vlivem LH k ovulaci, tedy k prasknutí většinou jednoho dominantního, tzv. Graafova folikulu. Vajíčko z tohoto folikulu je transportováno vejcovodem do dělohy. K oplození dochází zpravidla ve vejcovodu, zde se vajíčko spojí se spermií. Po ovulaci nastává 15.–26. den druhá fáze cyklu – luteální. V luteální fázi začíná stoupat hladina progesteronu, jehož hlavním úkolem je příprava a udržení těhotenství. Vede také ke zrání děložní sliznice, aby byla schopna oplozené vajíčko přijmout. Ze zbytků Graafova folikulu vzniká žluté tělísko, které je hlavním producentem estrogenů a progesteronu v luteální fázi. Nedojde-li k oplození, žluté tělísko atrofuje, klesá hladina hormonů a dochází k poslední – menstruační fázi, a to 27.–28. den, kdy je děložní sliznice společně s neoplozeným vajíčkem odplavena menstruační krví. Aby k oplození vůbec došlo, musí se spermie k vajíčku nejprve dostat. K tomu je třeba správná funkce a průchodnost dělohy a vejcovodů, nehledě na kvalitu spermií. Výše uvedený proces je o poznání složitější, ale již tento malý náhled nám ukazuje,

že v ženském reprodukčním systému je zapotřebí souhra mnoha faktorů a že porucha na kterékoli úrovni může znamenat omezení, nebo dokonce ztrátu plodnosti.

Mezi faktory ovlivňující plodnost řadíme

Věk. Ten je nejdůležitějším faktorem ovlivňující ženskou plodnost. Optimum plodnosti je mezi 20–30 rokem. Nejlépe však kolem 25. roku. Je potom biologickou skutečností, že fertilitní potenciál ženy od 30. roku začíná klesat a tato tendence nabírá po 35. roce dokonce prudký pád. Ženy začínají čím dál více odkládat své první těhotenství do pozdějšího věku, protože se snaží nejdříve budovat svou životní kariéru, naplnit své touhy po cestování a studiu. V poslední době dochází k posunu ročníků žen, které mají své první dítě (jak ukazuje graf). Pokles zaznamenáváme ve věkové kategorii 15–19 let a 20–24 let. Významný nárůst je pak v kategorii 25–29 let, mírný nárůst potom u žen věku 30–34 a více jak 34 let. S věkem však přibývá komplikací, které ohrožují plodnost ženy – klesá počet menstruačních cyklů, kdy dojde k ovulaci, vyskytují se děložní abnormality (myomy, změny v cévním řečišti, patologie děložní sliznice, atd.), klesá sexuální aktivita, větší výskyt spontánních potratů v důsledku chromozomálních poruch embrya. Zvětšené riziko u žen vyššího věku se nachází nejen při početí dítěte, ale i v průběhu těhotenství a porodu, kdy se zvyšuje (viz druhý graf) perinatální úmrtnost-PÚ, která je vyjadřována na 1000 živě a mrtvě rozených novorozenců. Složky PÚ jsou mrtvorozenost a časná novorozenecká úmrtnost-ČNÚ. Mrtvorozenost je porod mrtvého dítěte o hmotnosti vyšší než 1000g, ČNÚ je úmrtí živě rozených novorozenců zemřelých do 7. dne po porodu.

Koitační aktivita – pro otěhotnění je nutnost pohlavního styku alespoň 2–3× týdně, je podmíněná omezenou životností vajíčka, a to 24 hod. U zdravých párů dojde k spontánnímu oplodnění u 22% v jednom cyklu, během jednoho roku, tedy po dvanácti menstruačních cyklech je toho schopno 85–90% párů. O poruše plodnosti se uvažuje do roce pravidelného nechráněného pohlavního styku.



Negativní vlivy zevního prostředí mají také určitý vliv na reprodukční schopnosti ženy. Kontaminace těžkými kovy: rtuť, kadmium, mangan, olovo, chrom, dále radiace, kouření, drogy, at lehké nebo tvrdé.

Psychosociální faktor – stres, duševní přepracovanost, nervové vyčerpání – mohou promlouvat do reprodukčního zdraví.

Pod **stavem výživy** rozumíme extrémní stavy výživy jako je podvýživa, či naopak obezita. Obě vedou k poruchám plodnosti. U podvýživy se jedná o záchranou reakci vzhledem k opakovaným ztrátám krve při menstruaci. U obezity to je hormonální nerovnováha.

Genetický faktor může být jak příčinou potíží s otěhotněním či donošením dítěte, tak může způsobit různě závažné vrozené vývojové vady dítěte.

Příčiny poruch plodnosti u ženy jsou

Ovariální faktor. Díky poruše hormonů, které se podílejí na regulaci menstruačního cyklu nemohou ve vaječnicích dozrávat folikuly nebo nedochází k jejich uvolnění, tedy nenastává ovulace (jako u syndromu PCO – polycystických ovarii).

Tubární faktor – tuba uterina (vejcovod) zajišťuje transport zárodečných buněk a také oplozeného vajíčka do dělohy. Nutná je tedy průchodnost vejcovodů a fungující mechanismy podílející se na transportu. Příčiny uzávěru jsou: vývojové odchylky, nádory, poškození při vyšetřeních a operacích, endometriosa – viz dále, appendicitis – zánět slepého střeva a pozánětlivé uzávěry (sexuálně přenosné choroby (kapavka, chlamydiová a mycoplasmatická infekce, smíšené infekce).

Děložní faktor. V děloze dochází k uhnízdění vajíčka a následně k vývoji nového jedince. Děloha může být postižena několika poruchami: vv – vrozené vývojové vady (aplazie – nevyvin, porucha vývoje dělohy, porucha průchodnosti), děložní myom, Ashermanův syndrom – srůsty uvnitř dělohy následkem lékařského nitroděložního zákroku, polyp sliznice.

Cervikální faktor. Cervix – hrdlo děložní může být rovněž postiženo vv, nebo zde hrají roli faktory ovlivňující kvalitu hlenu, který je příliš hustý a tvoří tak překážku pro spermie.

Endometriosa je onemocnění, které je způsobeno výskytem endometria (sliznice dělohy) mimo dutinu dělohy. Tato ložiska podléhají stejným cyklickým změnám jako endometrium uvnitř dělohy a působí například srůsty v dutině břišní, uzávěry vejcovodů, poruchu vývoje folikulů.

Imunologický faktor. Imunitní systém ženy tvoří protilátky proti spermii nebo proti vlastním zárodečným buňkám.

Potrácivost. Žena otěhotní, ale není schopná těhotenství donosit a porodit životaschopný plod. Příčiny jsou obvykle multifaktoriální, proto je obtížné jednoznačnou příčinu určit. Podílet se mohou jak defekty plodového vejce, tak vlastní

organismus matky (patologické nálezy na děloze nebo celková onemocnění matky) anebo zevní prostředí.

Idiopatická porucha plodnosti. Jedná se o případy, kdy se všemi dostupnými vyšetřovacími metodami nedaří příčinu objasnit

Diagnostika poruch plodnosti ženy

Základem diagnostiky je **anamnéza**, při níž zjišťujeme počet dosud narozených dětí nebo počatých těhotenství ženy, dobu snah o dítě, operace, choroby, užívání léků, drog, stav výživy, nadměrné ochlupení (nadprodukce mužských pohlavních hormonů). Dále je to **gynekologické vyšetření** – zjištění anatomických odchylek a vad, záněty pochvy atd. Nezbytným základním vyšetřením je **ultrazvuk**, který stanoví růst folikulů – folikulometrie, růst endometria a samozřejmě odchylky v anatomii ženských pohlavních orgánů. Důležitá je také **diagnostika ovulace**. Anamnesticky zjišťujeme bolest v podbříšku uprostřed menstruačního cyklu. Při gynekologickém vyšetření nalézáme transparentní, řídký cervikální hlen. Ultrazvukem lze měřit velikosti folikulů a po proběhlé ovulaci pozorovat žluté tělísko. Zda dochází k ovulaci si mohou ženy zjistit i samy, měřením bazálních teplot nebo ovulačními testy, některé ženy umí ovulaci poznat i z kvality děložního hlenu. **Bazální teplota** (BT) – měří se v pochvě ráno po probuzení ještě na lůžku po nejméně šesti hodinovém spánku. Tato teplota stoupá o cca 0,3 stupně právě během ovulace a zvýšení trvá po celou dobu, až do menstruace (nedojde-li k otěhotnění). **Ovulační testy** jsou testy, které z moči stanoví vzestup LH krátce před ovulací. Tyto testy jsou běžně dostupné v lékárnách, mají vysokou spolehlivost, používají se podobně jako gravitesty. K dalším lékařským vyšetřením patří měření hladiny progesteronu v krvi, a to 21. den cyklu. Při podezření na hormonální poruchu lze ale vyšetřit i hladiny dalších hormonů podílejících se na regulaci menstruace. **Mikroobrazí** – získáním vzorku endometria – sledujeme dynamiku růstu sliznice během druhé fáze cyklu. Vyšetření dutiny děložní: ultrazvuk, **HSG** – hysterosalpingografie (rentgenkontrastní látka se vstříkne do dutiny děložní pod RTG kontrolou. Pozorujeme tvar dutiny děložní, její strukturu a průchodnost vejcovodů. **Hysteroskopie** – optikou zavedenou do dělohy přímo sledujeme děložní dutinu. Zhodnocení průchodnosti vejcovodů: HSG, **laparoskopie** – optikou pronikneme do dutiny břišní malým řezem. Hodnotíme uložení a vzhled orgánů dutiny břišní, řešíme případné patologie. Barevnou kontrastní látkou, vstříknutou do dělohy, můžeme přímo pozorovat vytékání barvy z ústí vejcovodů do dutiny břišní. K možnostem diagnostiky neplodnosti patří také **imunologické vyšetření**.

Terapie poruch ženské plodnosti

Pokud známe příčinu poruch ženské plodnosti, můžeme ji také léčit. Taktiku léčby volíme logicky od těch nejjednodušších, nejméně zatěžujících neinvazivních a samozřejmě nejméně nákladných postupů až po náročnější. Jestliže však klasickou

terapií neuspějeme, nezbyvá nám než obejít příčinu poruchy plodnosti a zvolit metody asistované reprodukce.

Hormonální léčba. Nedochází-li k ovulaci, potom ji můžeme stimulovat různými hormonálními preparáty (antiestrogeny, v případě neúspěchu účinnější gonadotropiny). Pro poslední fázi dozrávání vajíčka lze ještě použít hCG – lidský choriový gonadotropin. Pomocí hormonů můžeme léčit také lehkou formu endometriosisy.

Protizánětlivá léčba. Léčení ložisek ať již akutních nebo častěji chronických a zánětů s minimálními projevy je nezbytná součást komplexní léčby poruch plodnosti.

Chirurgická léčba. Některé faktory podílející se na vzniku poruch plodnosti lze odstranit chirurgickou terapií. V dnešní době se navíc používá asi v 90% již jen minimálně invazivní chirurgie – operační laparoskopie. Tou provádíme například protnutí zesílené povrchové vrstvy vaječníku, díky které nemůže dojít k ovulaci. Velkou roli hraje u operativy na vejcovodech. Laparoskopicky se též odstraňují ložiska endometriosisy, cysty, myomy, rozrušují se srůsty atd.. Operace se mohou provádět i hysteroskopicky – myomy, polypy, rozrušení srůstů dutiny děložní

Imunologická terapie. V případě, že sterilita vzniká na základě tvorby protilátek proti spermii, doporučuje se kondomová terapie po dobu 6–12 měsíců, která zabrání kontaktu spermií s imunitním systémem ženy. Druhou možností je imunosupresivní terapie – potlačující imunitní reakci ženy na vlastní nebo mužské zárodečné buňky.

Psychoterapie Psychoterapie je v posledních letech často zmiňovanou léčbou v souvislosti s poruchami plodnosti. Nenaplnující se touha po dítěti je natolik zátěžová situace, že ať už je příčina poruchy plodnosti jakákoliv, psychologická pomoc bývá potřeba.

Metody asistované reprodukce vzbudily velkou pozornost zejména od r. 1978, kdy se narodilo první tzv. „dítě ze zkumavky“. Tím dostaly novou naději manželské páry, kterým není klasická medicína schopna pomoci a které byly jinak odsouzeny k nedobrovolné bezdětnosti.

Nejčastěji užívaným principem asistované reprodukce je IVF+ET, tedy in vitro fertilizace (oplodnění vajíček mimo pohlavní systém ženy) a transfer embrya (zavedení nakultivovaných embryí zpět do dělohy). Zjednodušený postup užívaný při této metodě je následující. Nejprve se pomocí hormonální léčby (používají se různé dlouhé stimulační protokoly) stimulují vaječníky tak, aby došlo k dozrání několika vajíček najednou (tím získáme větší pravděpodobnost vzniku životaschopného embrya při kultivaci). V druhé fázi dojde k odběru vajíček. Ve stejný den se musí odebrat i spermie. Následuje oplodnění vajíček spermii a kultivace embryí. Obvykle za 2–3 dny se zavedou 1–2, maximálně 3 vykultivovaná embrya do dutiny děložní. Zbytek embryí se zmrazí.

Pravděpodobnost oplodnění během jednoho cyklu IVF je po transferu jednoho embrya v průměru 15%, dvou 25%, tří 30% (procentuální úspěšnost záleží také na kvalitě toho kterého centra asistované reprodukce). Pravděpodobnost otěhotnění po transferu 2 embryí je potom velice podobná pravděpodobnosti spontánní

reprodukce během jednoho menstruačního cyklu. Zdravotní pojišťovny u nás hradí tři cykly léčby metodami asistované reprodukce. Po těchto třech cyklech je kumulativní pravděpodobnost otěhotnění kolem 50 %. Případné další cykly si musí žadatelé hradit sami. Významný vliv na úspěšnost léčby má stejně jako u spontánního otěhotnění věk. Výrazné snížení pravděpodobnosti nacházíme zejména u věkové skupiny nad 40 let.

Závěrem podotkněme, že ačkoli je obor zabývající se problematikou ženské reprodukce relativně mladý, zaznamenal zásadní vývoj nejen v diagnostice a léčbě samotné, ale i v úspěšnosti léčby. Dnes dokážeme pomoci většině párů. Stále ale existují ženy, které si svůj sen o dítěti nikdy nesplní. Zde potom může pomoci adoptivní rodičovství, ale tato otázka přesahuje rámec našeho příspěvku. Důležitá je samozřejmě prevence, to znamená využívat všechny dostupné prostředky související s řádnou a včasnou prevencí onemocnění a funkčních poruch, které způsobují poruchy plodnosti, napravovat hormonální poruchy, a to již v době dospívání (zde byl prokázán pozitivní vliv hormonální antikoncepce). Dál je to prevence a včasné léčení gynekologických zánětů a chronických zánětů slepého střeva. Podstatná je osvěta týkající se abúzu nikotinu, alkoholu, drog a sexuálně přenosných chorob. Základním kamenem prevence jsou přednášky na školách a preventivní prohlídky u gynekologa, kde se může žena se svými problémy svěřit a se svým praktickým gynekologem je potom řešit. Lékař sestaví algoritmus vyšetření, který povede k odhalení příčiny poruch plodnosti i k jejich léčení. V oboru gynekologie, tak jako v jiných medicínských oborech, hraje důležitou roli čas. Čím dříve si žena svůj problém uvědomí, tím dříve se začne řešit a tím spíše a s lepšími výsledky je možno je vyléčit. Nezbytné je také připomenout, aby ženy příliš neodkládaly své těhotenství do pozdějšího věku. Sníží tak rizika, která mohou ovlivnit nejen plodnost, ale i již vzniklé těhotenství ohrozit.

Užitečné informace najdete například na:

www.levret.cz

www.gynstart.cz

Kontakt na autora:

MUDr. Petr Linhart

Gynekologicko porodnické oddělení

Nemocnice České Budějovice

Boženy Němcové 54

České Budějovice

e-mail: linhartp@email.cz

MUŽSKÉ REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Vladimír Kubíček, androlog

Medicínský obor **andrologie** se zabývá mužským pohlavním zdravím a celkovým zdravotním stavem, který souvisí s funkcemi pohlavních orgánů. Správná funkce varlat, správná tvorba spermií a hormonů jsou jedním z hlavních zájmů andrologie. Na početí dítěte má správná tvorba spermií stejný vliv jako tvorba vajíčka. Hledání příčin problémů s plodností jen na straně ženy patří mezi pověry, které mají velmi tuhý koříněk. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je příčina poruch plodnosti páru na straně ženy pouze ve 25% případech. Mužský faktor samotný je odpovědný ve 33% a postižení obou partnerů najednou se vyskytuje ve 20%. Příčinu poruch plodnosti se při základním vyšetření nepodaří zjistit asi u 15% párů. Při podrobném vyšetření této skupiny převažuje postižení muže. Mužský faktor se tedy podílí na poruchách plodnosti páru nejméně v 53%. Při problémech s plodností je první vyšetření tradičně gynekologické. Současně by mělo být provedeno základní andrologické vyšetření muže, a to vyšetření spermatu. Častou chybou je to, že při pozitivním gynekologickém nálezu se vyšetření muže opomine, vždyť jednu příčinu již známe. Výskyt současného postižení muže a ženy je však, jak výše uvedeno, relativně značný.

Mnohé současné studie dokazují pomalou, ale setrvalou tendenci ke snižování kvality mužského ejakulátu během posledních čtyř desetiletí. Za příčinu je považován zvýšený výskyt a tedy i účinek umělých estrogenů v prostředí i v organismu muže. Jde zde také o látky estrogenům jen vzdáleně podobné, syntetické, které ale mohou velmi účinně nepříznivý vliv estrogenů na mužský organizmus napodobovat.

Co se při oplození děje, jaká je úloha vajíčka a spermie?

Každý přibližně 14. den menstruačního cyklu proniká jedno ztenčenou částí stěny vaječníku, je unášeno řasinkami vejcovodu směrem k děloze a „očekává“ svoji spermii. K oplodnění musí dojít do 24 hodin po ovulaci. Spermie obvykle v ženských pohlavních cestách žijí až 72 hodin. Při ejakulaci jich do vaginy vstupují za normálních okolností až stovky milionů. Pokud proběhne styk v téže době jako ovulace, pak část z nich putuje vstříc vajíčku, ale jen jedna z nich do něj může vstoupit a oplodnit jej. Spermie nemá vůbec snadnou cestu. Musí putovat z pochvy do dělohy a vejcovodem k vajíčku a tuto vzdálenost musí urazit během několika hodin. Musí být odolná vůči spermicidnímu účinku kyselého prostředí vaginy a plout proti proudu tekutin, které směřují z dělohy a vejcovodů směrem ven. Není proto překvapující, že mortalita spermií je enormně vysoká. Množství spermií je důležité také proto, že k průniku spermie do vajíčka je nutné dostatečné množství velmi důležitého enzymu z hlaviček

spermii – akrozinu. Teprve tisíce spermii (50 000), které dosáhnou okolí vajíčka, jej poskytují dostatečné množství.

Jaká by měla být „úspěšná spermie“?

Ta nejlepší. Pro úspěch oplodnění je správná stavba spermie parametrem o nejvyšší důležitosti. V každém ejakulátu je totiž velké množství spermii s abnormální stavbou. Normální spermie má pravidelnou, oválnou hlavičku, přímo nasedající střední část – „krček“ bez rozšíření či zalomení, a dlouhý, štíhlý, rovný bičík. Za normální je považováno sperma, které má alespoň 30% spermii s normální stavbou.

Z předchozích řádek vyplývá, že zdárný průběh oplodnění je kolektivní zásluhou, proto záleží na mnoha faktorech z okolí potenciálního favorita. Spermie jsou totiž jen malou částí z objemu ejakulátu. Proto také z množství ejakulátu (či spermatu, česky semene) nelze usuzovat na plodnost muže. Spermie představují jen 5–15 objemových procent ejakulátu, zbytek je tvořen tekutinou produkovanou v prostatě, semenných váčcích a Cowperových žlázkách. Tyto žlázy a jejich sekrety jsou pro spermie velmi důležitým zdrojem tekutého prostředí, které má optimální stupeň zásaditosti (na rozdíl od kyselé sekrece vaginální), jsou zdrojem minerálů (např. zinku) a energie (fruktózy), které spermie nezbytně potřebují k životu a zejména k aktivnímu pohybu směrem k vajíčku. Nadměrný objem ejakulátu znamená pro spermie vždy „zředění“ a riziko rychlejšího opuštění pochvy po styku. Optimální objem ejakulátu je mezi 2 až 5 mililitry.

Jaký má být správný vzhled spermatu?

Normální sperma je **barvy** perlově až šedavě opalescentní, homogenní (stejnorodé), a po ejakulaci se během několika desítek vteřin sráží (koaguluje), aby po několika minutách zkapalnělo. Při pokojové teplotě by mělo zkapalnět nejdéle do jedné hodiny. Mohou v něm být přítomna gelová zrna, která nezkapalní. Nemělo by být průhledné, zakalené, či zbarvené do hněda či do červena. Při delší přestávce od poslední ejakulace může být lehce světle žluté (vanilková barva), nikoli však okrové. **Vůně** ejakulátu má připomínat kaštanový květ. Aby spermie dorazila k vajíčku, je velmi důležitá **schopnost pohybu**. Nejlepší šanci na oplodnění mají spermie pohybující se nejrychleji, tj. rovně a rychle, jako šíp. Touto rychlostí (stupeň a) by se mělo pohybovat alespoň 25% spermii. Poněkud pomaleji se pohybují spermie, které připomínají pohybem hada – hbitou užovku (stupeň b). Zachovávají sice dobře směr pohybu a jejich pohyb je hbitý, ale jejich dráha je meandrovitá, a tak za časový úsek urazí kratší vzdálenost, přičemž spotřebují více energie. Mělo by jich být také alespoň 25% z celkového počtu spermii. Skupiny a) + b) jsou označovány jako spermie s progresivní pohyblivostí. Skupina spermii, pohybující se rychlostí c) se sice pohybuje, ale neprogresivně, to znamená, že pohyb spermii nesměruje k určitému cíli. Poslední skupina je označována d), a jsou v ní zastoupeny spermie, které se nepohybují vůbec. Spermie nesmí navzájem tvořit shluky, protože to jim zamezuje v účinném pohybu.

Větší než 10% shlukování spermií může svědčit pro imunitní poruchu, přítomnost antispermatických protilátek. Jak jsme již výše zmínili, k tomu, aby spermie mohla oplodnit vajíčko, potřebuje pomoc svých kolegů, a musí jich být skutečně dostatek. Za normální je považována koncentrace spermií nad 20 miliónů na jeden mililitr; a celkové množství spermií v ejakulátu nad 40 miliónů. V každém ejakulátu jsou také přítomny buňky, které se uvolnily z výstelky vývodných pohlavních cest muže, a bílé krvinky. Pokud je více než jeden milion na mililitr bílýchrvinek, je nutno pátrat po případné infekci.

Spermatologické vyšetření

To, zda ejakulát a spermie jsou v pořádku, je možné zjistit vyšetřením spermatu. Při tomto vyšetření se zjišťují zejména výše popsané náležitosti spermií, ale pokud nejsou základní parametry v pořádku, je nutné další, podrobnější vyšetření, zaměřené na zjištění příčiny abnormality. Před vyšetřením je zapotřebí konstantní doba pohlavní zdrženlivosti, optimálně 4–5 dnů. Vzorek spermatu má být získán masturbací, nikoli přerušením styku. Není možné k odběru použít běžné kondomy, neboť obsahují látky, které zabíjí spermie. Nejlepší je okamžité zpracování čerstvého ejakulátu, odebraného v laboratoři. Pokud muž není schopen v prostorách laboratoře dosáhnout ejakulace, je možný odběr v domácím prostředí, přesně podle pokynů. Nádoba s ejakulátem musí být transportována bez přístupu světla, při tělesné teplotě, a nejdéle po dobu 60 minut. Při poruchách mužské plodnosti jsou nutná opakovaná vyšetření.

Spermiogram, tj. základní vyšetření spermatu, při němž je hodnocen objem, pH (zásaditost), počet a procento pohyblivých spermií, provádí často laboratorní pracoviště poliklinik a nemocnic (podobně jako např. krevní obraz). Podrobné vyšetření spermatu s hodnocením stupně pohyblivosti, stavby spermií a funkční testy provádí specializovaná pracoviště andrologická, pracoviště reprodukční medicíny a pracoviště výzkumná. Pracoviště asistované reprodukce často hodnotí sperma jen z pohledu „použitelnosti“ k určité technice asistované reprodukce. Správný postup by měl být takový, že pokud se při základním vyšetření spermatu zjistí problém, mělo by být provedeno kompletní tzv. spermatologické vyšetření podle protokolu Světové zdravotnické organizace. Andrologická pracoviště, specializovaná na vyšetřování funkcí mužských pohlavních orgánů mají často k dispozici přesné analyzátoary spermatu a také potřebné zkušenosti. O vyšetření může požádat muž sám, na doporučení svého ošetřujícího lékaře či gynekologa partnerky. Základní vyšetření spermatu je většinou hrazeno zdravotními pojišťovnami, specializovaná vyšetření většinou musí pacient hradit sám. Podle rozsahu a nákladnosti použitých metod se řídí ceny vyšetření, jsou většinou srovnatelné s cenami v západní Evropě.

Příčiny poruch plodnosti u mužů

Porucha plodnosti u muže může nastat z různých příčin. Obecně je lze rozdělit takto: 1. porucha tvorby spermií, 2. porucha transportu spermií, 3. poruchy sexuálních

funkcí, 4. kombinované poruchy. V minulosti byly velmi časté poruchy průchodnosti vývodných cest semenných po zánětech. Nyní, v době léčby zánětů antibiotiky jsou tyto příčiny zřídka. Většinou je problém ve tvorbě spermií, která může být poškozena poruchou prokrvení při křečové žile šourkové (varikokéla), po operaci, zánětu či při poruše sestupu varlat, při poruchách hormonální regulace funkcí varlat nebo jako následek užívání některých léků. Zjištění příčiny je pro účinnou léčbu velmi důležité. Varlata mají dvě hlavní funkce – tvorbu spermií a tvorbu hormonů. Tyto funkce spolu úzce souvisí, a kromě plodnosti jsou varlata velmi důležitá pro celkové zdraví muže, protože mužské pohlavní hormony potřebují i další orgány: svaly, mozková tkáň, tkáň vyrábějící protilátky proti infekci, červené krvinky. Důležité jsou i funkce sexuální a ve druhé polovině života problémy s prostatou, močením a osteoporózou.

Rizikové faktory vzniku mužských poruch plodnosti a jejich prevence

Kromě kouření cigaret, vysoké teploty a chemických látek mohou hrát roli i faktory fyzické zátěže – sporty či jiná fyzická aktivita nadměrně zatěžující břišní svalstvo, která zhoršuje odtok žilní krve z pánevních orgánů (zdvihání činek, závaží). Podobně sporty, při nichž je nadměrně zatěžována oblast hráze (rozkrok) – např. dlouhé jízdy či terénní jízdy na kole, motocyklu i na koni. Prevence v dětství a správný vývoj pohlavních orgánů je důležitým úkolem pro dětské lékaře, ale také maminky samy by měly mít o vývoji od dětství do dospívání základní znalosti. Jakou roli hraje věk muže je relativně častá otázka u mužů, kteří chtějí mít děti až po 45. roce života či později. Často jsou to tzv. „druhé děti“, kdy muž již jednu generaci dětí vychoval a s novou partnerkou si přeje mít děti další. S věkem u člověka bohužel přichází často problémy zdravotní. U muže tedy nejde o věk, u muže jde o zdravotní stav. Je-li muž v pořádku, může mít děti někdy i po šedesátce. Pokud má nějaký zdravotní problém, mohou být potíže s plodností již ve věku mladém.

Základním vyšetřením plodnosti u muže je vždy vyšetření spermatu, poté vyšetření hormonálního prostředí a podle výsledků pak vyšetření odborným lékařem, která jsou vedena cíleně podle výsledků předchozích testů. Každému muži, který přichází s problémem neplodnosti vysvětlujeme, že jsou dvě hlavní cesty, jak problém vyřešit:

1. obnovit plodnost a normální funkce pohlavních orgánů, což je řešení optimální, ale bohužel není možné u každého pacienta. Čím větší je šance na úspěch, tím více toto řešení podporujeme.
2. snažit se o oplodnění za pomoci metod asistované reprodukce. Ani zde není jistý úspěch, procento úspěšnosti velmi záleží na zdravotním stavu obou partnerů, jejich odpovědi na léčbu a na zkušenostech pracoviště.

Součástí poučení partnerského páru by mělo být i reálné zhodnocení všech možností a jejich naděje na úspěch, zhodnocení pozitivních a negativních stránek

všech léčebných postupů, včetně časových a finančních faktorů. Výsledek této predikce se může velmi lišit u různých párů, a proto také neexistuje „univerzální řešení“ neplodnosti.

V léčbě mužské neplodnosti pomáhá výkonná technika: mikrochirurgickými operacemi se daří obnovit průchodnost uzavřených mužských semenných cest a za pomoci speciálních digitálních mikrokamer se daří odběry spermií přímo z tkáně varlat, aby pak mohly být ultratenkou skleněnou jehlou pod mikroskopem vstříknuty do vajíčka po propíchnutí jeho obalu (IVF – ICSI). Konečné slovo má mít však nakonec člověk a jeho zdravý rozum. Ve hře je nejen současné i budoucí zdraví konkrétního muže a partnerského páru, ale i zdraví dětí, které se ještě nenarodily. Proto je nutné myslet i na genetické souvislosti, řada problémů je dědičných. Jinak nebude brzy problémem zdraví, ale spíš existence „pána tvorstva“.

Literatura:

u autora

Kontakt na autora:

prim. MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.

Centrum andrologické péče, U Tří lvů 4, České Budějovice

GEST – centrum reprodukční medicíny, Nad Budánkami II/24, Praha 5

kubicekmudr@iol.cz, www.ne-plodnost.cz, www.sexproblemnet.cz

Na stránkách www.ne-plodnost.cz je bezplatná anonymní poradna v otázkách plodnosti a neplodnosti.

REHABILITAČNÍ METODA MOJŽÍŠOVÉ JAKO PREVENCE I TERAPIE V REPRODUKČNÍ MEDICÍNĚ

Hana Volejníková, fyzioterapeutka

Stav kosterně svalového aparátu euroamerické populace není dobrý, stále se snižuje věková hranice těch, kteří si stěžují na bolesti zad a po padesátce je už ten koho záda nebolí, téměř výjimkou. Nikdo nepochybuje o tom, že hlavní příčinou je špatný životní styl, tedy špatné stravovací návyky a málo pohybu či pohyb nevhodný. Málokdo, včetně lékařů, si ale uvědomuje, že stav kosterně svalového aparátu má vliv i na jiné orgánové systémy, například na reprodukční funkce.

Jak se těmto potížím vyhnout nebo alespoň zmenšit riziko jejich vzniku? Kromě všeobecně známých doporučení zdravého životního stylu je nutné do denního režimu zařadit pohyb, důležitý je výběr vhodných sportů. Rizikové sporty jsou takové, kde dochází k častým pádům na záda a hýždě: bruslení, judo, lyžování, jízda na kole na nerovném terénu, jízda na koni (zvláště bez sedla, kde může docházet i k poranění kostrče). A pokud se už nějaké potíže objeví nebo se dají předpokládat, měly by se ženy po třicítce vyhýbat sportům, kde dochází k tvrdým dopadům na nohy.

Jako terapie těchto poruch se osvědčila Rehabilitační metoda Ludmily Mojžíšové. Paní Mojžíšová pracovala na Fakultě tělesné výchovy a sportu v Praze, v 80. letech ji znali i naši špičkoví sportovci, reprezentanti. Její vlastní rehabilitační postupy byly totiž velmi účinné pro vertebrogenní potíže (potíže s páteří). Časem se ukázalo, že její metoda má nečekané „vedlejší účinky“: některé pacientky léčba zbavila bolestivé menstruace, bolesti při pohlavním styku, bolesti v pánvi a dokonce se objevily ženy, které se po dlouhodobé léčbě neplodnosti dočkaly dítěte. Metoda byla tedy vědecky ověřena a v roce 1990 jí bylo uděleno osvědčení Ministerstvem zdravotnictví, které podepsal tehdejší ministr M. Bojar. Léčbu hradí všechny zdravotní pojišťovny.

Jaké je podstata této léčby? Metoda Mojžíšové je fyzioterapeutická, reflexní metoda, patřící do oblastí měkkých technik. Využívá poznatků vzájemného ovlivňování mezi funkcí pohlavních orgánů a mezi funkcí určitých úseků páteře a tonusu svalů pánevního dna. Jestliže dojde ke špatné funkci páteře, může dojít rovněž ke špatné funkci příslušného orgánu a naopak. Dlouhodobé a nadměrné dráždění nervových vláken způsobuje zvýšené napětí (spasmus) svalů kolem páteře. Zvýšené napětí svalů pánevního dna vzniká například úrazem, opakovanými minitraumaty, zánětlivými procesy v pánvi, poruchami postavení obratlů a civilizačními chorobami, zvláště psychickým stresem. Pacient přichází s doporučením lékaře na rehabilitační oddělení, je vyšetřen, naučí se cvičit aktivní domácí cvičení a seznámí se s dalšími

pravidly léčby. Dostane doporučení pro pitný režim, pro vyhnutí se určitým sportům a pohybům a je mu vysvětleno správné držení těla. Cvičení provádí dvakrát denně zhruba dvacet minut doma sám pacient (cviky jsou uvolňovací a posilovací). V další fázi léčby provádí fyzioterapeut u pacienta uvolnění svalů pánevního dna a mobilizaci páteře. Tento zásah je velmi důležitý, někdy se totiž mluví o „cvicích Mojžíšové“, ale ty samy o sobě nestačí. Pravidelné cvičení uvolňovacích a posilovacích cviků a mobilizace odstraňuje nežádoucí napětí svalů podél páteře a svalů pánevního dna, zlepšuje prokrvení v pánvi a pravděpodobně odstraňuje změny napětí v pohlavních orgánech. Délka trvání léčby je závislá na diagnóze, obvykle se provádí do odeznění potíží, u některých diagnóz až 6 měsíců.

Metoda je ověřena u těchto poruch: některé druhy funkční ženské sterility (neplodnosti), některé druhy infertility (neschopnost donosit plod), některé druhy dysmenorei (bolestivá menstruace), některé druhy dyspareunie (bolestivý pohlavní styk), některé druhy obstipace (zácpy), některé druhy retence a inkontinence moči (neschopnost se vymočit a neschopnost zadržet moč), cocygodynie (bolesti kostrče), bolesti v pánvi nejasného původu, dětské skoliosy a většina vertebrogenních onemocnění (potíže s páteří). Úspěšnost metody závisí na typu diagnózy, na věku pacienta, na schopnosti fyzioterapeuta a na ochotě pacienta zapojit se do léčby (například u sterilít 30%, u dysmenorey 75%).

Metoda je neagresivní, neinvazivní, nikdy nepoškozuje pacienta. Je velmi levná v porovnání s ostatními metodami terapie v reprodukční medicíně. Vyžaduje jen lékaře, který je ochoten a schopen zvolit tuto metodu (nejlépe jako metodu první volby) a dále vyškoleného a angažovaného terapeuta. Je výhodné ji použít hned po zjištění potíží. U toho, pro koho je vhodná, se účinek po pár měsících objeví, komu k dítěti nepomůže, může pomoci zvládnout dlouhou dobu vyšetřování (hledání příčiny neúspěšných snah), kdy se může cítit hodně bezmocný. Metoda má totiž výrazné psychoterapeutické účinky. Je vhodné ji nabídnout i tam, kde se léčba řeší mimotělním oplodněním.

Existuje riziko v používání této metody osobami patřičně nevyškolenými. V lepším případě je snížena skutečná účinnost terapie nebo je zákrok neúčinný, v horším případě může dojít k poškození na zdraví při neodborně prováděných mobilizačních technikách. Zásadním předpokladem je proto léčba u odborně vyškoleného fyzioterapeuta. Kdo může metodou Mojžíšové léčit? Fyzioterapeuti, které školila sama Ludmila Mojžíšová, dále ti fyzioterapeuti, kteří byli vyškoleni v kurzech pořádaných žáky Mojžíšové, majících povolení k vyučování této metody. Tyto kurzy pořádá, mimo jiné, brněnské Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů. Databanku zde vyškolených fyzioterapeutů má Nadace Mateřská naděje (Ke Džbánu 17/385, Praha, tel. 235 364 682, e-mail: info@materska-nadeje.cz, která zájemcům poskytne kontakt na fyzioterapeuta pracujícího co nejbližší zájemcovu bydlišti.

Základní literatura:

- Kolektiv autorů. (1996). Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové. Praha: Grada.
- Konečná, H. (2003). Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla. Praha: Academia.
- Mojžíšová, L. (1990). Children of Your Own: The Mojzis Method. Colorado: Richmond Bay Publishers, Boulder.
- Volejníková, H. (1992). Studie zur Objektivierung der Erfolgsraten nach der Behandlungsmethode von L. Mojžíšová bei weiblicher Sterilität infolge von Funktionsstörungen im Beckenbereich. Manuelle Medizin (1992) 30:96–98, Springer-Verlag.

Kontakt na autorku:

Hana Volejníková
Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů
Vinařská 6, Brno
Nadace Mateřská naděje
Ke Džbánu 17
161 00 Praha-Dolní Liboc

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ RODIČŮ V DOBĚ OČEKÁVÁNÍ DÍTĚTE A PO JEHO NAROZENÍ

Lubomír Kukla, pediatr
(Spoluautoři: D. Hrubá, M. Tyrlík)

Kouření je pokládáno za hlavní rizikový faktor poškozující zdraví a zkracující život obyvatel Země, zejména států s vyspělým hospodářstvím. Řada zdravotních následků kouření je stejná u mužů i žen: zvýšené riziko rakoviny plic, nemocí srdečně – cévního systému, emfysemu plic, chronického zánětu průdušek, mozkových cévních příhod.

K dalším četným poškozením v důsledku kouření jsou ženy vnímavější než muži: kouření snižuje hladinu estrogenů s následným zvýšeným rizikem osteoporózy a srdečně – cévních chorob, přispívá ke zvýšenému výskytu rakoviny děložního čípku. Je významným rizikovým faktorem neplodnosti, mimoděložních těhotenství, komplikací v těhotenství, potratů a předčasných porodů, růstového opoždění plodu, některých vrozených vývojových vad, syndromu náhlé smrti novorozenců (SIDS) a kojenců a dalších.

SIDS je nejčastější příčinou úmrtí ve věku od dvou týdnů do roku věku. A představuje 30% veškerých úmrtí v této věkové skupině. Výskyt SIDS je celosvětový, nejvíce je ve věku 2–4 měsíce, zvyšuje se v chladných měsících, v nižších socioekonomických skupinách obyvatel, u nedonošených dětí, především které prodělaly období apnoických pauz vyžadujících resuscitaci, dětí z rodin, kde je předchozí anamnéza SIDS, a u kojenců matek, které v průběhu těhotenství kouřily.

Zpomalený tělesný vývoj postihuje nejen svalově-kosterní soustavu, ale také vývoj a funkci plic a mozku: podle poměru hmotnosti mozku a těla mají novorozenci kuřaček sníženou hmotnost mozku o 1,6–2,6 g. U dětí kuřaček se častěji vyskytují některé typy vrozených vývojových vad: defekty břišní stěny, horních končetin, srdeční vady, rozštěpy rtů a patra, vbočené a vybočené nožičky, Downův syndrom apod. Četnost výskytu této vady má vztah k počtu vykouřených cigaret. Za určitou hranici se bere 5 cigaret denně. Vyšší počty než pět denně jsou se zvyšujícím se číslem stále významnějším rizikem. Riziko se také násobí, pokud matka-kuřačka užívala před početím orální antikoncepci. V poslední době jsou častěji publikovány zprávy o vlivu expozice cigaretovému kouři v době těhotenství na poruchy vývoje sluchu, řeči, na problémové chování dětí kuřaček v předškolním a školním věku (zejména hyperaktivita, impulzivnost, neposlušnost, poruchy pozornosti, agresivita) a dokonce i na vyšší frekvenci kriminality mezi pubescenty, adolescenty a dospělými.

Podobně také alkohol je pokládán za prokázaný rizikový faktor pro lidskou reprodukci a jeho negativní působení na plod je označováno jako fetální alkoholový syndrom. Konzumace alkoholu bývá s kouřením často kombinována. Bývá diagnostikován především u novorozenců žen s chronickým alkoholismem, které v průběhu těhotenství pily větší množství alkoholických nápojů. Za rizikové množství alkoholu je považováno to, které přesahuje 1 pivo nebo 2 deci vína nebo 1 malou odličku tvrdého alkoholu. Neví se zatím přesně, kdy v průběhu těhotenství alkohol nejpravděpodobněji poškozuje plod. Proto by se mělo těhotným ženám doporučit, aby alkohol užívaly velmi střídavě nebo vůbec.

Také kuřáci otců se na zdraví novorozenců a dětí podílí významně negativním způsobem. Existují již studie, které prokázaly vyšší výskyt malých i velkých vrozených poškození u dětí, které počali kouřící otcové. Jedna studie z Oxfordu prokázala statisticky významný pozitivní trend mezi denní intenzitou kouření otců a rizikem dětských nádorů. Oba způsoby poškození dětí vlivem kouření otců jsou biologicky vysvětlitelné: cigaretový kouř obsahuje vysoké koncentrace látek (oxidantů), které vyvolávají změny DNA s následnými různými klinickými projevy. Častější oxidativní poruchy spermiálních DNA i snížené hladiny antioxidantů v ejakulátu kuřáků byly opakovaně prokázány. Podíl alkoholu na vyšším výskytu dětských nádorů se vylučuje. Nikotin, kterému jsou plody kouřících matek exponovány, snadno přechází přes placentální bariéru a jeho koncentrace v krevním séru vyvíjejícího se plodu jsou jen o málo nižší než v krvi matky. Poločas biologického rozpadu nikotinu se u dospělých kuřáků pohybuje kolem 2,6 hodin, u novorozenců je třikrát až čtyřikrát delší, zatímco poločas cotininu je u obou věkových skupin podobný.

Cigarety a alkohol mají prokazatelné teratogenní účinky na lidský plod: fetální alkoholový syndrom a fetální tabákový syndrom jsou uznávanými a nejčastěji diagnostickými klinickými následky prenatální expozice tabáku a alkoholu. Nejzávažnějším následkem alkoholismu matky je mentální postižení, které je způsobeno postižením vývoje mozku. Kromě toho mají novorozenci často mnohočetné malformace – mikrocephalii (malou hlavu), krátké štěrbiny víček, zmenšenou střední část obličeje, abnormální rýhování dlaní, srdeční defekty, atd. . .

Proto protikuřácká a protialkoholní výchova mužů a žen v reprodukčním věku a naprostá abstinence během těhotenství a po porodu, především pokud žena kojí, patří k základním pravidlům zdravé životosprávy každé matky. Některé škodlivé účinky cigaretového kouře na těhotenství a plod byly zjištěny i u pasivního kouření, a proto je působení na partnery nastávajících matek rovněž velmi opodstatněné. Samozřejmě by mělo být respektovat nezakouřené prostředí na všech pracovištích, kulturních, zdravotnických a veřejných zařízeních, kam těhotné ženy docházejí. Je možné, že lékaři hovoří o kouření s těhotnými, ale jejich informace jsou nedůrazné a nepřesvědčivé, takže si je budoucí matky nezafixují a nepřikládají jim patřičnou důležitost. Ve studii ELSPAC je pozoruhodné zjištění, že řada žen kouřících po celé těhotenství (více než třetina), zanechala kouření po porodu. Podobně

pozorování uvádějí i norští autoři. Toto období je tedy minimálně stejně významné jako těhotenství pro úspěšnou protikuřáckou intervenci zdravotníků (porodníků, neonatologů, dětských lékařů), neboť motivace rodiček a matek udělat vše pro zdraví dítěte, je velmi silná.

V zásadě platí, že čím dříve přestane žena v těhotenství kouřit, tím více se redukuje riziko těhotenských komplikací a poruch vývoje plodu až na úroveň, která se vyskytuje u žen, které nikdy nekouřily. Většina antropometrických ukazatelů používaných pro hodnocení tělesného vývoje při narození, s výjimkou délky, byla stejná u dětí nekuřáček a těch kuřáček, které zanechaly kouření do 32. týdne těhotenství: autoři vysvětlují, že období nejrychlejšího lineárního růstu plodu je v prvních 15 týdnech, zatímco rychlý nárůst svalové a tukové masy pokračuje ještě i v 3. trimestru.

Zcela nezaslouženě zůstává obvykle stranou zájem o kuřáctví otců. Je však mnoho důvodů, pro které by měla být této problematice věnována zvýšená pozornost. Předně to jsou důvody zdravotní: kromě již výše zmíněných podílů kouření otců na zvýšeném výskytu vrozených vývojových vad a zhoubných nádorů v dětství, ovlivňuje kouřící partner své okolí produkty spalování cigaret a jimi ohrožuje těhotnou a kojící ženu, plod i kojence. Přestane-li otec kouřit, poskytuje velkou morální a etickou podporu své kouřící partnerce, která se rozhodla kouření zanechat.

Příspěvek vychází z výsledků mezinárodně koordinované studie ELSPAC (European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood), která sledovala mj. vývoj kuřáckého chování rodičovských partnerů během těhotenství, po porodu, i v dalším období růstu dítěte a srovnávala soubor České republiky s populací dalších zemí participujících na projektu.

Použitá literatura:

K dispozici u autora

Kontakt na autora:

MUDr. Lubomír Kukla, CSc.,
Oddělení preventivní a sociální pediatrie
ÚSLVZ LF MU v Brně
Bieblova 16, 613 00 Brno
tel.: 545 212 125, 545 211 529
fax: 545 214 146
e-mail: lubomir:kukla@ tiscali.cz

POTÍŽE S OTĚHOTNĚNÍM JAKO ZATĚŽOVÁ SITUACE

Hana Konečná, psychologka

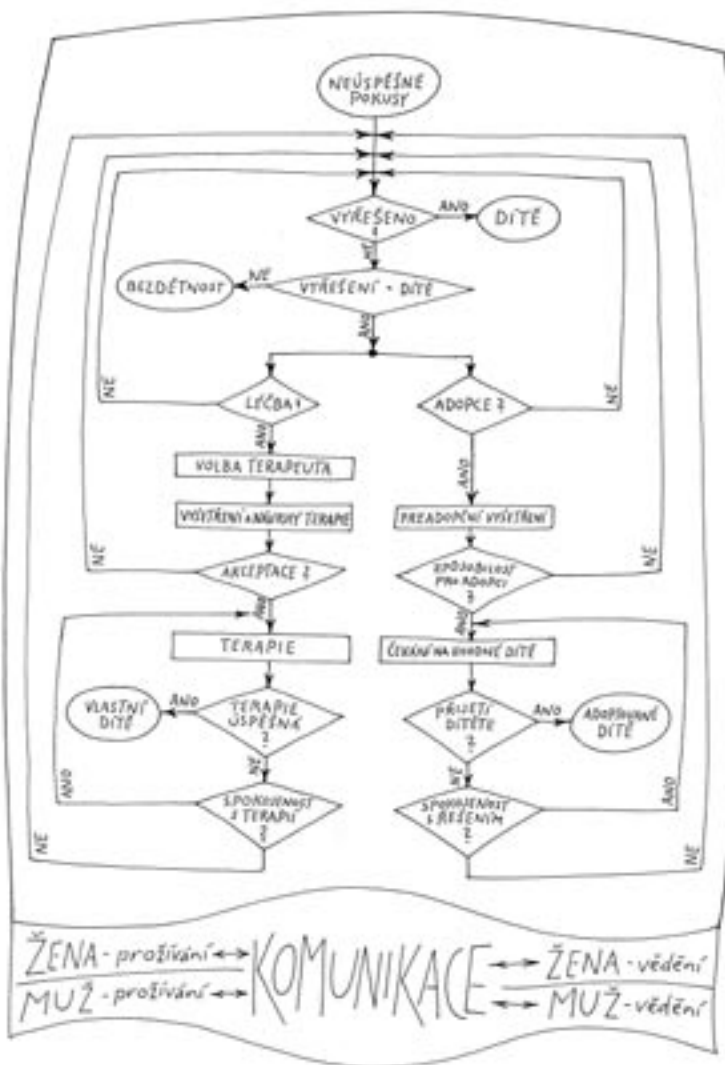
Příspěvek na Dni reprodukčního zdraví o problematice spojené s poruchami plodnosti nemá být zastrašováním, že pokud člověk nebude věnovat pozornost prevenci a nebo bude odkládat dítě do vyššího věku, špatně dopadne. Ani prevence totiž není všemocná a nízký věk ženy není zárukou úspěchu. Ke znalostem co dělat, aby člověk dítě měl, až ho bude chtít mít, tedy určitě patří i představa jak zvládnout situaci, kdy se cesta za dítětem zkomplikuje.

Jakoukoli subjektivní zátěž, řešení nenaplňující se touhy po dítěti nevyjímaje, činí snesitelnější její předvídatelnost a možnost vlastní kontroly situace, tedy orientace v ní a znalost možností jejího řešení. **Proto je dobré se na cestu za dítětem vybavit mapou a aspoň teoreticky vědět, kde jsou jaké pěšiny, silnice, kopce, černé lesy a srázy, které cesty jsou slepé a které jsou pro koho schůdné.** Hlavním zdrojem informací je samozřejmě ošetřující lékař, ale je vhodné mít informace i z dalších zdrojů. Těmi mohou být další terapeuti, psycholog, na problém zaměřené organizace, internet, časopisy, letáčky a zkušenosti současných i bývalých spolupacientů. Mapa může vypadat jako na následující straně.

Co lze z mapky vyčíst? Začnu cíli. **Cesta za dítětem má tři možné cíle:** dítě biologicky vlastní, adoptované dítě a bezdětnost (tentokrát jako vlastní volba). **Ani jeden z cílů není méněcenný.** Čím dříve si to člověk uvědomí a přijme za své, tím lépe. To že člověk hned na začátku cesty přemýšlí o alternativách neznamená, že se vzdává boje o dítě biologicky vlastní. Naopak, je třeba nevzdávat to, neztrácet naději a bojovat, seč síly stačí. A proto, aby síly stačily co nejdéle, je potřeba uvažovat dál, vědět, že problém má i jiná dobrá řešení. **Případné neúspěchy v léčbě pak tolik nezaskočí a nezdrtní.**

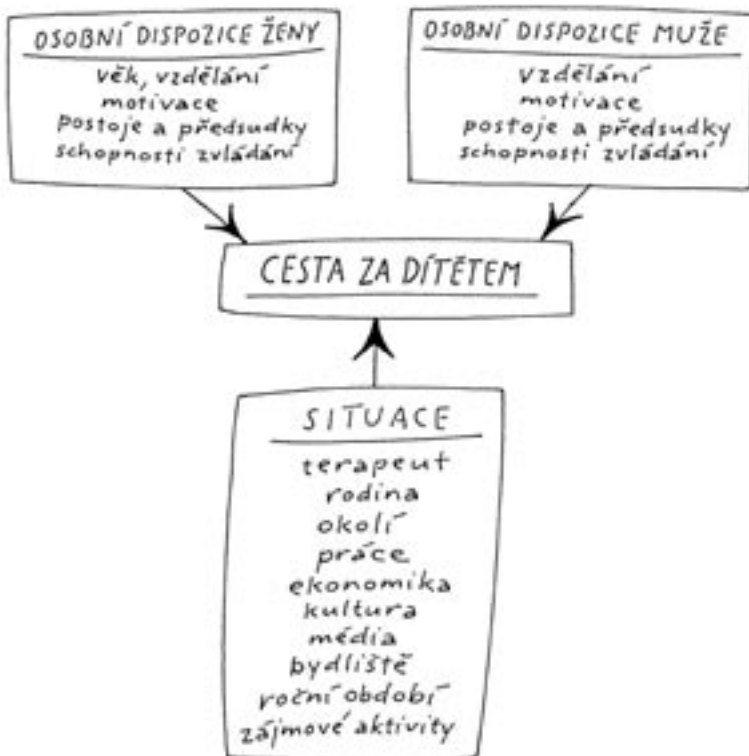
Cesta za dítětem je – téměř vždy – **cesta dvou lidí**, kteří mají odlišné prožívání a odlišné představy a informace o problému. Nezáleží na tom, zda příčina neúspěchů je nalezena na straně ženy či muže, následky – tedy nedobrovolnou bezdětnost – nesou oba. Pro optimální rozhodování a jednání, které je společné, **je potřeba spolu komunikovat.** I to, že se lidi o problémech spolu nebaví, je komunikací; jenže pravděpodobnost, že takovou komunikací najdou společné optimální řešení, se snižuje. Přítomnost obou partnerů by měla být samozřejmostí alespoň u diagnostických a terapeutických konzultací a podle zvážení i u některých léčebných výkonů. Zároveň se tím předejde pocitům viny, které by mohly vzniknout u jednoho z partnerů.

Porucha plodnosti nemá většinou zjevné příznaky, často ji jako nemoc nevnímají ani partneři ani jejich okolí. Není zde zlepšení nebo ústup choroby, existuje zde jen



„bud a nebo“. Nejhorší bývá pocit bezmoci a stálé čekání. Pomocí proti tomu je **hledat místa a způsob, jak sami volit směr cesty**. Možností je hodně, jen si je uvědomit: volba cíle, volba terapeuta, volba metody léčení, přístup k terapii, shánění informací, psychoterapie, zdravý životní styl,... Když si člověk uvědomí, že on to je, kdo se svobodně a vědomě rozhodl, má lepší pocit, že má věci více ve vlastních rukou. Ať už je zvolen kterýkoliv cíl, je pro další život důležité, aby si člověk mohl říci „udělal jsem co jsem mohl“.

Přidrží-li se metafory o mapě, pak předchozí obrázek byl turistickou mapou, kde byly naznačeny cesty a křižovatky a byly tam i vrstevnice, podle kterých se dá odhadnout náročnost trasy. Jenže zvládnutí cesty ovlivňuje ještě spousta dalších vlivů, vnějších a vnitřních, nazvu je metaforicky třeba klimatické podmínky a zdatnost poutníků, některé jsou v následující mapce.



U konkrétních lidí se jednotlivé vlivy projevují v různé míře. Například finanční otázky nejsou pro lidi procházející rehabilitační léčbou problémem, pro jiného, který absolvuje léčbu asistovanou reprodukcí, už mohou být zásadní pro pokračování léčby. Stejně tak kulturní klima a osobní postoje ovlivňují etickou přijatelnost jednotlivých řešení. Vnější a vnitřní vlivy je možné ovlivňovat jen do určité míry, je ale důležité o nich vědět.

Člověk nežije osamocen, je součástí různých společenství, která si – do různé míry – všímají a zasahují do jeho života. Cesta za dítětem je cesta dvou lidí, výjimečně

jednoho, ale ne více. **Jen na poutnících** a na nikom jiném (lékař, rodiče, kamarádi, okolí, ...) **záleží, kudy se vydají, pro jaké řešení se rozhodnou a co o své cestě budou komu vyprávět.** Je to jen jejich cesta.

Diagnostika a léčba poruch plodnosti a proces od žádosti k adopci nebývá sprint, kde je celá trasa viditelná a cíl na dosah, ale náročný dálkový pochod. Je potřeba přijmout tuto skutečnost a přizpůsobit jí své tempo a výdej sil. Proces někdy značně omezuje další aktivity páru, především však žen. **Je potřeba udělat vše, ale nikoliv obětovat vše,** vzdát se všech svých aktivit, koníčků a radostí, ty totiž mohou být velkou oporou, zdrojem psychických sil. Neplodnost biologická nemá nic společného s neplodností ve smyslu filozofickém, tedy že život nemá smysl. Ani čas strávený bojem o dítě nemusí být ztracený, může přinášet nové zážitky, lepší poznání partnera, intenzivnější prožívání vztahů, radost ze společně zvládnutých překážek, objevení nových oblastí, ...

Cesta za dítětem bývá někdy vnímána jako cosi nepatřičného. Nějak se domníváme, že když dítě „nepřijde samo“, je člověk méně hodnotný. Stydí se, cítí se být izolovaný. Pomocí je **nezůstávat se svým trápením sami, mluvit o něm, vyjádřit svoje pocity, pochybnosti i nejistoty. Je to součást psychohygieny.** Kromě partnera, který je nejdůležitější, je dobré mít ve svém okolí někoho, komu lze důvěřovat, hodně pomáhá přátelství s člověkem, který řeší podobný problém. Jednou z osob, která v těžkých chvílích „podrží“, může být psycholog.

Dostupné informace:

Konečná, H. (2003): Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla. Praha: Academia.

Řežábek, K. (2004): Léčba neplodnosti. Praha, Grada.

Matějček, Z., a kol. (2002): Osvojení a pěstounská péče. Praha: Portál.

Kovařík, J., a kol. (2005): Náhradní rodinná péče v praxi. Praha, Portál.

www.materska-nadeje.cz

www.rodina.cz/SNRP

www.adopce.com

www.ne-plodnost.cz

www.ferti-net.com

www.isz.cz/ratolest.cz

www.neplodnost.cz

Kontakt na autorku:

PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD.

Katedra klinických oborů ZSF JU

Boženy Němcové 54

370 01 České Budějovice

Nadace Mateřská naděje, Ke Džbánu 17

161 00 Praha – Dolní Liboc

e-mail: materskanadeje@cz

SLUŽBY RODINÁM JAKO PŘÍSPĚVEK K ZDRAVÉMU REPRODUKČNÍMU CHOVÁNÍ

Vít Janků, andragog
(spoluautorka Hana Konečná)

Podle řady výzkumů jsou rozhodující pro založení rodiny a realizaci přání mít dítě příznivé socioekonomické podmínky jako je bydlení, dostatečně vysoké sociální dávky, úlevy na daních apod. Praxe však ukazuje, že i přes lepší se podmínky ekonomické se rodí stále méně dětí a uzavírá stále méně sňatků. Je tedy třeba hledat ještě jiné motivy, které by mladé lidi povzbuzovaly k rozhodnutí mít děti a vytvořit rodinu. Jedna z možností je zlepšit prorodinné klima ve společnosti mj. tím, že budou rodinám přístupné takové služby, které jim rodičovství usnadní a umožní jim i jiné než rodičovské zdroje osobnostního rozvoje. Jako vedoucí jedné z prorodinných organizací bych zde rád nabídl zkušenosti s některými službami, které se podařilo rozvinout.

Co získají mladí lidé, když se rozhodnou založit rodinu a mít děti?

- Budou mít více peněz?
- Společnost si jich bude více vážit?
- Budou mít více času na osobnostní rozvoj, vzdělání?
- Získají lepší pozici v zaměstnání?
- Budou mít méně starostí?

Nic takového se nekoná. Můžeme tedy posuzovat dnešní rozhodování mladých lidí jako sobecké, podmíněné rostoucím individualismem nebo můžeme vzít jejich námitky vážně. Moje zkušenost mne vede k té druhé variantě. Dítě nemělo nikdy v dějinách tak velkou hodnotu jako dnes (dokazuje to i Úmluva o dětských právech) a zároveň nikdy asi nebylo tak náročné být dobrým rodičem. Nelze se tedy divit a odsuzovat lidi, kteří po zvážení svých schopností a možností nevěří, že by uměli být dobrými rodiči a rozhodnou se pro život bez dětí. „Učinit rozhodnutí a obětovat se pro rodičovství jakožto profesi nebo rodičovství a profesi vyvážit je stále více hrdinským činem.“, říká psycholog West.

Podle některých našich a mnoha zahraničních autorů je důležité pro reprodukční chování mladé generace to, jak společnost rodičovství oceňuje, jaký mu dává význam a jak se to projevuje konkrétními „prorodinnými“ opatřeními. Pro tento fenomén se v našich podmínkách ustálil pojem „prorodinné klima“. Brněnský psycholog Zeman

říká, že jen takovéto klima zvýší pravděpodobnost, že mladí lidé najdou odvahu mít děti. A přání „mít dobrou rodinu s dětmi“ zaujímá podle všech výzkumů stále ještě jednu z nejvyšších příček na žebříčku osobních hodnot.

Podívejme se co tedy budoucí rodiče mimo jiné čeká:

1. Nutnost vyrovnat se úkoly rodičovské role, vzít v potaz změnu sociálního statusu
2. Přijmout osobní zodpovědnost za budování optimálních podmínek pro zdravý rozvoj osobnosti dítěte
3. Sladit profesní a rodičovskou roli
4. Sladit rodičovskou a partnerskou roli

Čím mohou přispět organizace zaměřené na rodinu v jednotlivých výše popsaných bodech?

Nutnost vyrovnat se úkoly rodičovské role, vzít v potaz změnu sociálního statusu

Z našich zkušeností vyplývá, že mladí rodiče mají značnou nejistotu při očekávání prvního dítěte i v období po jeho narození. A to přesto, že existuje velké množství literatury věnující se tomuto životnímu období. Jejich nejistota vyplývá z toho, že chybí nejen model rodičovství, ale i osobní zkušenost s výchovou, která byla dříve ve vícečetných rodinách normou. Děti běžně zažívaly těhotenství, porod a rodičovství u svých nejstarších sourozenců a ti zase u své matky (rodičů). Na kursech přípravy na porod, různých cvičeních před a po porodu vidíme, že jsou důležité nejen kvalitní informace, ale hlavně možnost vzájemného sdílení dobrých i špatných zkušeností a pocitů, potvrzení rodičovské identity. Ač žijeme v době boomu komunikačních technologií, ve skutečnosti jako by byl člověk stále více izolován. Mladá maminka nebo tatínek jsou znejistěni obrovskou masou informací o vývoji dítěte a rad jak být dokonalým rodičem, ale neví, že ve vedlejších domě žijí mladí rodiče stejně nejistí. Začínající rodiče potřebují jakoby vrůst do pomyslné „rodičovské komunity“ a zažít přijetí touto sociální skupinou, vědět, že ostatní jsou na tom stejně nebo velmi podobně. Velmi potřebná jsou osobní setkávání rodičů, kteří mají rodičovství ztížené, například rodiče postižených dětí, osamělí rodiče, pěstounské rodiny, rodiny sociálně znevýhodněné atd.

Toto sebepotvrzení nastoupené cesty zdá se být stejně důležité jako odborné informace a vine se jako červená nit všemi programy i v období kojeneckém a batolecím (svěpomocné skupiny – kluby maminek), předškolním a školním – týdenní pobyty pro rodiny, celoměstské akce pro veřejnost, vzdělávací semináře. Populární australský psycholog Steve Biddulph k tomu píše: „Je nutné mít napaměti, že rodiny potřebují někam patřit. Cokoli, co pomáhá spojovat rodiny dohromady a budovat silná místní společenství, ušetří stonásobně peníze i problémy a povede

ke společnosti, v níž se lidé budou spoléhat více sami na sebe.“ Náš autor Matoušek (1997) k tomu přidává: „Schopnost rodiny vychovávat děti a vyrovnávat se s těžkostmi je závislá na tom, jak je rodina napojena na své sociální okolí – sociální síť.“ Popisuje ji jako koalici rodin na sobě závislých, do níž se počítají ještě jiní nepřibuzní lidé (přátelé, známí, profesionální pracovníci v institucích). Nejde o to vytvořit ghetta rodin, která by se se svými problémy uzavřela světu a sama sebe a svoje starosti povýšila nad jiné. Jde o to vytvořit spontánní svépomocné skupiny kterých se mohou rodiče zúčastnit podle své potřeby a být v nich tak dlouho jak to budou pokládat pro sebe za užitečné.

Sladování profesní a rodičovské role

V povědomí společnosti je velmi zakořeněný obraz spokojené maminky na mateřské dovolené, která si pouze žvatlá se svým dítětem, za svoje teritorium si zvolila pískoviště, s pokorou přijímá ekonomickou závislost na manželovi a na jakýkoliv jiný osobnostní rozvoj rezignovala. Jenže to je jen obraz, skutečnost je jiná. Bohužel i stát svými opatřeními dává jasně najevo, že tento obraz je pro něj jediný správný. Potvrzuje to i několikaletý boj za možnost umístit dítě ve školce na omezenou dobu bez ztráty rodičovského příspěvku nebo neochota umožnit ženám přivydělávat si neomezeně v době rodičovské dovolené

Díky aktivitám mnoha organizací v této oblasti se situace žen zlepšila natolik, že mnohé nemusí zcela přerušit svoji pracovní kariéru. Přibývá firem příznivých rodině, kde existují různé formy zkrácených úvazků tak, aby ženy na rodičovské dovolené neztratily kontakt s profesí, existují profesní organizace, které poskytují poradenství a doprovázení ženám, které se rozhodly podnikat, nabízejí se rekvalifikační kurzy pro ženy s malými dětmi, jiné organizace se snaží přímým jednáním s firmami zbořit mýtus o tom, že matka s dětmi je méně schopný, spolehlivý a výkonný pracovník, další organizace pořádají kurzy, kde se ženy připravují k návratu na trh práce a k předávání rodinných kompetencí na jednotlivé členy rodiny. Záměrem těchto aktivit je umožnit ženám spokojené mateřství a péči o dítě bez obav ze ztráty profesní kontinuity a možností vlastního mimorodinného rozvoje.

Posílit úlohu otcovství

Stále více otců se chce, případně musí, podílet na výchově. Úloha otce se však stejně jako úloha rodiny změnila a chybí vzory, kterých by se muži mohli přidržet. Zdá se, že podstatná je účast otců na výchově už od počátku, v některých zemích je zavedena dokonce otcovská dovolená. Dnešní matky ale kvůli vlastní rodičovské nejistotě často otcům brání být samostatně aktivní. Tomu mohou napomoci víkendy a akce pro táty s dětmi. Stále více mužů je schopno převzít nejen část starosti o domácnost a výchovu, ale také zažívat uspokojení s kontaktem se svými dětmi a být v tom dostatečně „úspěšný“. Vývoj v této oblasti je zřetelný, i když možná pro mnohé ženy pomalý.

Jak se na výše popsané psychosociální problémy připravit sám?

- Zásadní je volba partnera/partnerky. Je důležité, aby se choval/a partnersky v pravém slova smyslu.
- Podstatné je vědět, jaké možnosti nabízí pro rodiče malých dětí stávající zaměstnavatel, dopředu o nich jednat a hledat je, jak pro budoucí matku, tak pro budoucího otce.
- Dopředu zjistit, jaké prorodinné aktivity nabízí různé organizace v místě bydliště.

Na závěr bych rád dodal, že z praxe dobře vím, že se rodiče často dostávají do stavu, kdy mají pocit, že jsou na hranici svých fyzických a hlavně psychických sil. To však paradoxně umožňuje jejich osobnostní rozvoj a poznání sebe sama. Se spoluautorkou tohoto textu říkáme, že přes všechnu námahu a starosti rozhodně stojí za to mít děti.

Kontakt na autora:

Bc. Ing. Vít Janků
Centrum pro rodinu a sociální péči
Josefská 1
Brno
www.rodiny.iol.cz
e-mail: prorodinu@iol.cz

DEN REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ A WORLD INFERTILITY MONTH

Tomáš Mařík, zástupce sponzora

Červen roku 2005 byl již po čtvrté vyhlášen americkou neziskovou organizací AFA (American Fertility Association, www.theafa.org/wim) jako „**Měsíc reprodukčního zdraví**“ (WIM=World Infertility Month). Tato tradice se rodí jako výraz odhodlání apelovat na podporu snahy milionů nechtěně bezdětných párů na celém světě jejich rodinný stav změnit a dosáhnout porodu vytouženého potomka. Jistě se však v této iniciativě obráží i snaha čelit nepříznivému demografickému vývoji ve většině zemí tzv. vyspělého západního světa. Odhadem 15% párů ve fertilním věku naráží na problém zplodit dítě do alespoň jednoho roku po rozhodnutí založit či rozšířit rodinu. Dříve byla neplodnost vnímána jako ženská záležitost, v posledním období se však ukazuje, že ze strany muže je příčina neplodnosti páru minimálně ve stejném procentu případů. Komplikovaně řešitelné jsou pak případy párů, u nichž se příčiny neplodnosti kombinují nebo kde ani při použití moderních diagnostických metod není možno příčinu neplodnosti jednoznačně stanovit.

Poslední půlstoletí jsme byli svědky prudkého rozvoje medicínských přístupů a prostředků k léčbě neplodnosti a dnes existují ve světě i u nás efektivní metody, které velké většině neplodných párů mohou pomoci. Díky mnoha objevům v lékařství se do reprodukčních procesů dnes dá „lépe nahlédnout“ a do rukou odborníků se dostaly léky a metody, jejichž efektivita, bezpečnost a komfort použití dávají většině dříve beznadějně neplodných párů šanci počít a porodit biologicky vlastního zdravého potomka.

Mezníkem v tomto směru se stalo narození Louise Brownové ve Velké Británii v roce 1978. Její příchod na svět zůstane navždy spojen s průkopníky metod asistované reprodukce J. Edwardse a P. Steptoea. Původní indikací pro IVF byla neprůchodnost vejcovodů (tubární faktor), časem se ale škála případů, u nichž se k metodám asistované reprodukce sahá, významně rozšířila. Úspěšnost léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce se posunula nad úspěšnost početí normálně plodného páru při snaze o spontánní otěhotnění! Metody manipulace s jednotlivými gametami (mikromanipulace) umožnily otcovství mužům, kteří by bez nich byli prohlášeni za beznadějně neplodné. Přitom se zdá, že z hlediska genetického zatížení budoucích generací riziko nepřevyšuje stav při spontánní koncepci a pojistku této důležité okolnosti dávají metody preimplantační genetické diagnostiky (PGD), u nichž se do dělohy přenášejí pouze embrya předtím vyšetřená na nejčastější geneticky přenosné abnormality.

Česká republika nebyla nikdy příliš pozadu za světovým vývojem a první „dítě ze zkumavky“ se u nás narodilo již v roce 1982. Otevřením se světu na začátku

90. let minulého století se do rukou českých specialistů na reprodukční medicínu dostaly i všechny moderní léčebné prostředky. Naším specialistům se otevřely možnosti konfrontace jejich zkušeností s kolegy z ostatních zemí západního světa a farmaceutický průmysl nabídl i u nás celou širokou paletu moderních léků. Povědomost o možnostech současné reprodukční medicíny rychle pronikla do laické veřejnosti a dnes je běžná komunikace na vysoké úrovni mezi léčeným párem a lékařem. Významnou úlohu v šíření zdravotnických informací sehrál internet. Páry toužící po vlastní rodině se navíc k odborníkovi dostávají ve vyšším a tím zralejším věku poté, co vyřeší základní existenční potřeby a dosáhnou alespoň částečného osobního uspokojení co do cestování a koníčků a uvědomí si, že k plnému a šťastnému životu náleží i úplná rodina.

Vysoká úroveň asistované reprodukce u nás je na místě, protože se do věku okolo třicítky dostává silná generace narozená okolo poloviny sedmdesátých let minulého století, která dosud rodičovství odkládala. Za posledních 10 let u nás totiž došlo k bezprecedentně hlubokému poklesu porodnosti a pokud by tento trend pokračoval, vymírání naší populace by se velmi urychlilo. Již z prostých příčin poklesu biologické plodnosti ženy po 30., a zvláště po 35. roku věku, lze v nejbližších 5–10 letech očekávat velkou poptávku po metodách asistované reprodukce. Již dnes se rodí po IVF každý rok přes 2000 dětí a pokud bereme tuto metodu jako poslední (tedy jistý vrchol pyramidy při řešení stavu neplodnosti) na žebříčku snah o otěhotnění je nasnadě, že jednoduššími léčebnými postupy prochází daleko vyšší počet párů a odhadem 8–10% dětí se může родit po nějakém léčebném zákroku (včetně psychologických a paramedicínských přístupů).

Aktivity spojené s Měsícem reprodukčního zdraví jako obvykle zaštiťuje skupina sponzorů, kteří se na pokrocích reprodukční medicíny podílejí a jejichž cílem je vytvořit okolo této lékařské disciplíny prostředí informovanosti, dobré komunikace a pocitu, že postižené páry nejsou ve svém snažení osamoceni. Firmě Organon patří globálně nejvyšší stupeň sponzorského zajištění (platinový sponzor), což je i oceněním jejího dlouholetého úsilí o výzkum a výrobu efektivních léků pro ovariální stimulaci (tzv. gonadotropinů), které v současné době patří k nejrozšířenějším na celém světě (Puregon-rekombinantní folikulostimulační hormon). Kromě prodeje léků pro léčbu neplodnosti (Puregon, Orgalutran, Pregnyl), provozuje Organon u nás i internetové stránky www.neplodnost.cz, které patří k nejnavštěvovanějším v tomto oboru. Je nám ctí, že i v rámci českých aktivit Měsíce reprodukčního zdraví můžeme stát za stěžejními aktivitami včetně vydání brožurky, která se Vám tímto dostává do rukou.

Kontakt na autora:

RNDr. Tomáš Mařík
Organon, s.ro.
IBC Building, Pobřežní 3
186 00 Praha 8
e-mail: marikt@organon.cz

Reprodukční zdraví 2005

Editor – Hana Konečná

Vydavatel: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Obálka a grafická úprava:

Magdalena Říčná

Tisková příprava: Metoda spol. s r.o.

Tisk: Jihočeský Inzert Expres, s.r.o.

I. vydání, 2005

Náklad: 1000 ks

ISBN 80-7040-765-4