



REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ 2006

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

Společnost pro plánování rodičovství a sexuální výchovu, Praha

Česká společnost pro sexuální medicínu ČLS JEP

2006





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

© Hana Konečná – editor

ISBN 80-7040-855-3

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:

MUDr. Eva Domorázková, CSc.
Nadace Mateřská naděje, Praha

5

Psycholožka PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD.,
Nadace Mateřská naděje Praha,
ZSF Jihočeské univerzity České Budějovice

Být či nebýt (rodičem)?

7

Sexuolog MUDr. Radim Uzel, CSc.,
Společnost pro plánování rodičovství
a sexuální výchovu Praha

Předpoklady úspěšné koncepce

11

Gynekolog MUDr. Petr Sák, PhD.,
Nemocnice České Budějovice,
ZSF Jihočeské univerzity České Budějovice

Vliv výživy na reprodukci

14

Androlog MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.,
Centrum andrologické péče České Budějovice,
Česká společnost pro sexuální medicínu ČLS JEP

Bodybuilding a reprodukční zdraví

18

Gynekolog doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSc.,
Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Praha,
Česká společnost pro sexuální medicínu ČLS JEP

Úspěšnost asistované reprodukce

22

Ekonomka doc. Ing. Lucie Kozlová, PhD.,
ZSF Jihočeské univerzity České Budějovice

Finanční a pracovně-právní podpora rodičovství

25

Psycholožka PhDr. Blažena Papáčková,
Krajský úřad Jihočeského kraje, pracoviště náhradní rodinné péče

Adopce a pěstounská péče

29

Biochemik RNDr. Tomáš Mařík,
Organon s.r.o.

Vývoj léků v reprodukční medicíně

33





Úvodní slovo

Úvodní slovo má vždy za úkol uvést čtenáře nebo posluchače do nějaké problematiky, vysvětlit cíl nějaké akce nebo publikace. Dovolte mi, abych svůj úkol pojala poněkud zešíroka.

Jsem člověk, kterému nebylo dopřáno mít děti, a to přes maximální dlouholetou snahu a při vyzkoušení všech možností v daných době dostupných. Nebylo mi dopřáno se ani potěšit s dítětem adoptovaným. Jako pediatr jsem byla s dětmi v denním kontaktu, což mi umožnilo s nimi přece jen trávit svůj čas, ale na druhé straně mi to stále připomínalo, že já doma žádné nemám. Tato zkušenost můj život velmi poznamenala a tak když jsem po roce 1990 získala nějaký majetek, rozhodla jsem se použít ho na založení organizace, která by se věnovala lidem v podobné situaci, jakou byla ta moje. V roce 1995 jsem s několika přáteli, převážně lékaři, založila Nadaci Mateřská naděje.

Naším cílem je pomoc neplodným partnerským párům a ženám s opakovaným potrácením. Nadace klade hlavní důraz na kompletní vyšetření všemi dostupnými prostředky a na psychosociální podporu celého partnerského páru. Nabízíme kromě zajištění odborného ambulantního laboratorního vyšetření hrozeného všemi zdravotními pojišťovnami, poskytnutí všech dostupných informací o postupech, diagnostice a léčbě neplodnosti a opakovaného potrácení. Nadace nabízí pomoc formou osobních pohovorů, dále dopisování, výměnu mailových zpráv, konzultace s psycho-terapeutkou, rady týkající se správné životosprávy pro podporu otěhotnění a také adresu fyzioterapeutky cvičící metodou Mojžišové, nejbližší zájemcovu bydlišti.

Nadace je založena na dobrovolnické práci. Jsme členem SKOKu, spolku nestátních neziskových organizací působících v sociální a zdravotně sociální oblasti. Dále jsme členem Koalice zdraví, soustřeďující pacientské organizace. Nadace je tu jako ostrov solidarity, soustřeďující odborníky, kteří se snaží cítit do starostí a trápení jiných. Nejúčinnější forma pomoci je osobní kontakt v neformálním prostředí, kde se zájemce může zeptat na to, na co není v ordinaci čas nebo na co nemá odvalu. Pomoc nadace spočívá v navázání kontaktu, v důvěře, schopnosti naslouchat a spoluprožívat osudy druhých.

Desetiletá práce nám přinesla bohaté zkušenosti. Máme ohromnou radost z každé zprávy, že je další miminko na světě, máme ohromnou radost ze zpráv, že se našlo vhodné opuštěné dítě a rodina je kompletní a máme také radost, když dostaneme zprávu, že pár je po marném úsilí bez dítěte, ale tento fakt přijal a žije spokojený život. Občas se však dobré řešení hledá těžko. Nad těmito příběhy si hodně láme hlavy a někdy si říkáme: ..kdyby tak tento pár měl tyto a tyto informace! kdyby nebyli čekali tak dlouho, byly by větší šance! Hledali jsme možnost, jak by Mateřská naděje mohla ovlivnit i takové situace, a možnost se našla. Inspirací byl Měsíc neplodnosti (World Infertility Month) vyhlášený organizací American Fertility Association (AFA).





AFA je americká nezisková organizace, založená v roce 1999. Věnuje se vzdělávání a podpoře mužů i žen v oblasti reprodukčního zdraví, ochrany fertility a zakládání rodiny. Velmi významnou skupinou, které AFA pomáhá, jsou lidé trpící infertilitou. Nabízí jim například potřebné informace o diagnostice a léčbě infertility a o adoptci. AFA zaměřuje svou pozornost na zvýšení vědomostí široké veřejnosti o medicínských i sociálních tématech v oblasti reprodukčního zdraví a infertility i v oblasti prevence. Chce pomoci mladým lidem dělat kvalifikovaná rozhodnutí v jejich sexuálním životě a při zakládání rodiny. V roce 2002 AFA poprvé vyhlásila červen za Měsíc neplodnosti (World Infertility Month). Cílem této celosvětové kampaně je podpořit snahy milionů nedobrovolně bezdětných párů na celém světě, informovat o problematice infertility veřejnost a vytvářet podmínky pro lepší možnosti řešení této složité životní situace.

Našli jsme pochopení u Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a společně jsme začali organizovat Den reprodukčního zdraví. K této aktivitě se postupně přidávají další organizace. Jak český název naznačuje, cílem je nejen informovat o možnostech řešení nedobrovolné bezdětnosti, o jejich účinnosti a o související psychosociální a zdravotní problematice, ale věnovat se také prevenci v oblasti reprodukčního zdraví. Den reprodukčního zdraví zaměřuje pozornost lidí na to, jaké faktory snižují šance mít dítě a protože významným faktorem je věk partnerů, především ženy, věnuje se také psychosociálním příčinám odkládání rodičovství. Cílových skupin, pro které je Den reprodukčního zdraví určen, je více a jsou rozmanité: ti, jejichž touha po dítěti se z nějakých důvodů nenaplní; ti, kteří zatím jen uvažují o tom, zda se stát rodiči; široká veřejnost. Den reprodukčního zdraví by se také měl stát – a stává se – možností interdisciplinární komunikace a spolupráce mezi odborníky různých profesí.

Začala jsem osobně a skončím také osobně. Myslím, že jsem dobrou ukázkou toho, že i bez dítěte se dá prožít plnohodnotný a celkem šťastný život. Z celého srdce ale přeji všem kdo chtějí mít dítě, aby ho mít mohli. Snad k tomu napomůže i tato naše aktivita.

MUDr. Eva Domorázková, CSc.
předsedkyně Nadace Mateřská naděje
e-mail: info@materska-nadeje.cz

V Praze dne 22. 5. 2006





BÝT ČI NEBÝT (RODIČEM)?

Hana Konečná, psycholožka

V podtitulu této publikace je „Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít“. Zatímco ostatní příspěvky se zabývají okolnostmi toho „co dělat“, já bych ráda zaměřila pozornost čtenářů na tu část „když“. Krátký článek si neklade za cíl popsat téma, které by zabralo několik hodně tlustých svazků ve vědecké knihovně a které je stejně obsáhlým tématem pro umělecké zpracování, ale věřím, že může vyzvat k přemýšlení.

Díky dosažitelné a spolehlivé antikoncepci už dnes dítě nemusí být nežádoucím následkem sexu. Není ani existenční nutností, o osamělého starého či nemocného člověka je ve vyspělých zemích postaráno. A přesto, že demografové a ekonomové těchto zemí stále důrazněji upozorňují, že na zabezpečení starých a nemocných nebudou do budoucna zdroje, bezdětný člověk již není vnímán jako neplnohodnotný a asociální (což já, člověk věnující se nedobrovolně bezdětným lidem, velmi vítám), takže být rodičem už většinou neznamená podlehnout společenskému tlaku; impulsem vedoucím k pokusům otěhotnět nebývají neustávající dotazy rodičů či sousedky „kdy už?“

Literatura zmiňuje tyto důvody, proč člověk chce mít dítě: motivace biologická – rodičovský instinkt a motivace psychologická a sociální. O existenci rodičovského instinktu jsou však poslední době velké pochybnosti. „Pokud bychom hledali speciální instinkt pro plození dětí, nenašli bychom jej, neboť sám o sobě neexistuje. A ani nemusí. Není totiž přítomen ani v živočišné říši. Tam stačí, aby zvířata byla vybavena silným instinktem pro sexuální aktivitu, což spolu s mechanismem, který jim velí ochraňovat a ne požírat vlastní mláďata, naprosto postačuje k tomu, aby plození probíhalo zcela přirozeně. U člověka poznání, že slast ze sexu nemusí být nutně provázena (často nežádoucím) početím, a transformace tohoto poznání v pohodlné prostředky, které početí jako následku sexuální aktivity spolehlivě zabraňují, vytvořilo podmínky pro to, že děti mohou být z životního cyklu individua úplně vyloučeny.“, říká sociolog Rabušic (2001) a pokračuje: „Je pravda, že bezdětnost není ani v moderní hedonistické společnosti masovým jevem, což značí, že existence dětí musí mít v sobě něco, co nás fascinuje a co nás vede k tomu, že je plodíme.“ A další názor: „Schopnost žít v partnerském páru je v ideálním případě následována schopností přijmout důležitou životní roli, jakou je rodičovství. Tento postupný proces však není zdaleka tak jednoduchý a přímočarý. Předpokládalo se, že je řízen instinkty, že zde hraje roli tendence k zachování rodu, že existuje téměř všude přítomný mateřský instinkt, který nutí ženu, aby v určitém období svého života cítila neodolatelnou touhu naplnit svůj život narozením dítěte. Tento jednoduchý koncept však přestává postupně platit v tzv. vyvinutých zemích a zdá se, že je čím dál tím více překrýván mocnými





faktory kulturními a obecně sociálními“, píše pediatr Dunovský (1999). Vztahem k dítěti jako instinktem se zabývala francouzská socioložka Badinterová (1998). Na základě své obsáhlé analýzy historických materiálů, zachycujících především chování matek k dětem, dochází k závěru, že „...materský instinkt je mýtus. Nestretli sme sa s nijakým univerzálnym a nevyhnutným správaním matky. ...materská láska je len cit a jako takový je v svojej podstate náhodný... Všetko závisí od matky, od jej súkromných dejín a od dejin ako takých... Materská láska neprichádza sama od seba. Je „navyš“.“ Dokonce i klasici sociobiologie, vědeckého studia biologického základu všech forem sociálního chování u všech druhů organismů včetně člověka, tvrdí, že „mezi zvířaty se člověk odlišuje tím, že je ovládán kulturou, tedy naučenými a předanými podněty.“ (Dawkins, 2003).

Na mateřský (a co otcovský?) pud se zřejmě spolehnout nelze, nezabývá člověka odpovědnosti za rozhodnutí zda se stát nebo nestát rodičem. Nezbyvá, než přemýšlet o svých psychických potřebách – a rozhodnout se. Rozhodování zda být nebo nebýt rodičem, proč, kdy, případně kolikrát, je procesem svobodným. A právě proto tak těžkým. Složitost tohoto rozhodování je ještě zvýšena tím, že jde – většinou – o rozhodování dvou lidí.

Potřeby fyziologické, například hlad a žízeň, má každý, uspokojeny být musí a je jasné čím (jídlo, pití). Psychologové se sice zatím neshodli na definici a výčtu psychických potřeb (uvádí se například potřeba jistoty a bezpečí, lásky, ocenění a uznání, seberealizace, potřeba znát a rozumět, ...), ví se ale, že mohou být u každého jinak rozvinuty nebo mohou i chybět. Psycholog Matějček, známý po celém světě svými pracemi o nechtěných dětech a psychické deprivaci upozorňuje na to, že některé potřeby se narozením dítěte naplňují, ale současně jiné potřeby jsou omezovány, viz tabulka (in Dunovský 1999):

Mít děti	Nemít děti
1. stimulace	
Dítě je velmi pohyblivý živel, přináší mnoho vzruchu do života, nikdy není nouze o zábavu ani o starosti a úzkosti. Bez dítěte by byl život nudný i manželství by bylo nudné, prázdné.	Dítě brání stimulaci. Člověk je jím vázán, nemůže si života plně užít – nemůže se vyžít. Život s dítětem je monotónní a pro samé starosti o dítě není možné získat plně vyžití ani v manželském životě.
2. Učení, směna smysluplných podnětů	
Rodiče vychovávají děti, ale dítě silně ovlivňuje rodiče. Přináší jim neopakovatelné zkušenosti – vzájemně se doplňují, rostou vnitřně. Jen život s dětmi dává zkušenosti specificky lidské.	Dítě brání v získávání zkušeností, „uvazuje“ člověka u plotny, u plenek, u školních úkolů. Nic z toho člověk nemá!





3. Citový vztah (pocit životní jistoty, bezpečnosti)	
Děti přijímají lásku, ale také ji vracejí – je tu vztah. Je tu někdo, kdo je ke mně vázán nejhlubším, čistým citovým poutem. Nemůže mne opustit, do stáří bude o mne postaráno. Vždyť vztah k lidem je nejlepší záruka životní bezpečnosti.	Dítě přináší stálou frustraci potřeby bezpečnosti. Pořád budu mít strach, že se mu něco stane, že bude zlobit, dostane se na scesti. Mít děti znamená být zranitelný právě jejich prostřednictvím. Možná na mne vykonávat nátlak, nedostanou se na studia, nebudou se moci uplatnit – jsem jimi vázán a svázán.
4. Identita (autonomie osobnosti, sociální status, vědomí já)	
Mít dítě zhodnocuje člověka, dává sociální status ženě i muži. Ve vztahu k dítěti ztrácíme anonymitu a nejsme davovou anonymitou ohroženi. Dítě nás potřebuje a my potřebujeme je.	Mít dítě brání v dosažení významných společenských rolí. Kdybych neměl dítě, dokázal bych víc, staral bych se o společensky významnější věci, měl bych vyšší společenský status. „Mít dítě“ mě zařazuje do anonymního davu obyčejných lidí s obyčejnými starostmi.

Kdo se nad tabulkou zamyslí, zjistí, že neplatí, že některé potřeby jsou dítětem uspokojovány a jiné omezovány, ale že vlastně tytéž potřeby jsou uspokojovány a omezovány zároveň. Vypadá to nelogicky, ale je to přesně tak. Hodnocení „uspokojovatelnosti“ či „omezovatelnosti“ záleží na mnoha okolnostech: na osobnostních dispozicích hodnotícího, na jeho životní situaci, na jeho momentální náladě a v neposlední řadě na dítěti, ke kterému se hodnocení vztahuje a na jeho věku. Každému vyhovuje lépe jiné období u dítěte: někdo vzpomíná s hrůzou na kojenecké období svého dítěte, kdy jen sílící řev byl odpovědí na otázky po příčině pláče, a je šťastný s pubertákem, který má schopnost vyjádřit svůj názor; jiný se nemohl odtrhnout od bezmocného miminka, ale kvůli pubertákově jasně formulovaným názorům vyhledá psychoterapeutickou pomoc.

Jenže rodičovská zkušenost je nepřenositelná. Tu „uspokojovatelnost“ či „omezovatelnost“ svých potřeb tedy člověk může hodnotit až když rodičem je; před tím je to jen více či méně kvalifikovaný odhad. Člověk se tedy rozhoduje se značnou mírou nejistoty. Se značným stupněm nejistoty, s velkou mírou rizika, že se člověk rozhodne špatně, se ale dělá většina životních rozhodnutí. U mnoha rozhodnutí však není dopad tak fatální: nepřijemná dovolená se přečká, nevhodně vybranou školu je možné opustit, špatný dům prodat a nefungující manželství rozvést. Dítěte je sice možné se vzdát, ale tuto variantu volí spíš lidé, jejichž rodičovství nebylo výsledkem jejich rozhodnutí.

Přesto i v rozhodování, zda být nebo nebýt rodičem, jsou nějaké jistoty. Z výzkumu s lidmi, jejichž touha po dítěti se nenaplnuje, vyplynulo, že bezdětnost přináší svobo-





du. A to časovou, finanční a citovou. Osobní svobody jsou ve vyspělých demokraciích na vrcholu hodnotových žebříčků a někdy se za tím vidí právě důvod klesající sňatečnosti a porodnosti. Se zvyšujícím se věkem dítěte se ale zvětšuje i svoboda rodičů (pokud je dítě zdravé). Je jisté, že svoboda časová se postupně vrátí. Je jisté, že se časem vrátí i svoboda finanční. Ta citová, ta už se však nevrátí nikdy.

Podobně nezvratné jako rozhodnutí mít dítě je pro pár či přinejmenším pro ženu po uplynutí doby fertility i rozhodnutí dítě nemít. V českém seriálu *Život na zámku* říká bezdětná důchodkyně v domově důchodců k posteli své nedávno zemřelé spolubydlící (parafrázováno): „Ty sis pořád stěžovala, že děti za tebou přijedou, jen když jim máš co dát. Já bych ráda dala, ale nikdo nejde...“

Otazník v názvu možná v někom vyvolal očekávání, že příspěvek nabízí odpověď nebo aspoň její náznak. Jenže na tuto otázku neexistuje jednoznačná a pro všechny platná odpověď, žádný seriózní vědecký výzkum nedá jasnou radu, zda konkrétnímu člověku přinese rodičovství víc radosti než trápení. Každopádně je lepší najít odvahu a s vědomím odpovědnosti zariskovat, než čekat na volání rodičovského pudu; v centrech asistované reprodukce znají příliš mnoho párů, které sice k pokusům otěhotnět dohнала biologie, ale ne ve formě pudu, nýbrž v podobě dotikávajících biologických hodin....

Přesto, že jsem úmyslně psala příspěvek v neutrálním duchu, bych byla ráda, kdyby z něj vyzařoval optimismus. Těm kteří neváhají a jasně volí bezdětnost, jejich volbu zpochybnit v žádném případě nechci. Ale těm, kteří váhají a jen jim chybí odvaha přejí, aby jim příspěvek odvahy dal. Jako spokojená matka čtyř dětí vlastně ani neutrální příspěvek napsat nemohu.

Literatura

- Badinter, E. (1998): *Materská láska od 17. století po současnost*.
Vydalo Zájimové združenie žien Aspekt, Bratislava.
Dawkins, R. (2003): *Sobecký gen*. Praha, Mladá fronta.
Dunovský, J. a kol. (1999): *Sociální pediatrie*. Praha, Grada.
Konečná, H. (2003). *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Academia.
Rabušic, L. (2001): *Kde ty všechny děti jsou?* Praha, SLON.

Kontakt na autorku:

Nadace Mateřská naděje Praha, Ke Džbánu 385/17, 161 00 Praha 6
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity ČB, B. Němcové 54, 370 01
e-mail: materskanadeje@volny.cz





PŘEDPOKLADY ÚSPĚŠNÉ KONCEPCE

Radim Uzel, sexuolog

V roce 2004 vyšlo již druhé vydání mé knížky o sexuálních mýtech a pověrách. Dlouholetá spolupráce s poradenskými rubrikami různých novin a časopisů, účast v rozhlasových a televizních besedách, jakož i stále se opakující triviální problémy internetového poradenství by zcela jistě poskytly bohatý materiál k dalšímu pojednání o často mylných názorech a pověrách spojených s lidskou reprodukcí.

Dovolte, abych zde vyjmenoval ty nejčastější. Na první pohled se jedná o problémy zcela triviální; k zodpovězení těchto otázek není zapotřebí žádného speciálního vzdělání, docela dobře si s nimi poradí i poučený laik. Otázkou však zůstává, jaké procento populace disponuje alespoň základními informacemi z oblasti lidské reprodukční biologie. Výše citovaná poradenská agenda svědčí spíše o tom, že značné procento našich občanů prochází základním školstvím sexuální výchovou naprosto nedotčeno a nezbyvá tedy nic jiného, než alespoň v rámci massmedií pro ně organizovat jakési sexuologické postgraduální vzdělání. Zejména užitečné je v oblasti úspěšné koncepce.

V důsledku náboženské propagandy bývá často přeceňován význam takzvaných plodných a neplodných dnů v menstruačním cyklu ženy. Je zcela logické, že největší pravděpodobnost koncepce nastává v periovulačním období, při pravidelném 28denním cyklu je to tedy 12.–14. den cyklu počítáno od prvního dne menstruace. Sledování cervikálního hlenu a hodnocení křivky bazální teploty rozhodně napomáhá určení tzv. „neplodných“ dnů – bezprostředně po skončené menstruaci a zejména pak v druhé polovině cyklu – tři dny po trvalém vstupu křivky bazální teploty. Existence tzv. provokované ovulace, která je u některých hlodavců běžná, není ani u člověka vyloučená a jsou známy dokonce případy zdánlivě nevysvětlitelné úspěšné koncepce při menstruaci. Metoda periodické sexuální abstinence je tedy jako anti-koncepční opatření úspěšná jen do jisté míry a v určitých případech nese právem označení „vatikánské rulety“.

Také cílený termín soulože v rámci snahy o úspěšnou koncepci může být označen za diskutabilní. V četných studiích byl zaznamenán podstatný vliv psychiky a sugesce nejen na menstruační cyklus, ale také na mechanismus ovulace. V rámci prokoncepčních opatření jsme často svědky pečlivého sledování symptotermálních ukazatelů a vysoce frekventních souloží v období takzvané největší plodnosti. Právě toto úzkostlivé sledování bývá někdy příčinou anovulačního cyklu, takže triviální laické ponaučení „nelezte do postele s menstruačním kalendářem v ruce“ může být docela účelné. Také je zapotřebí zdůraznit negativní vliv příliš časté ejakulace na plodnost. Při ejakulaci se vyplavují pak ve zvýšené míře méně zralé formy spermií, ty jsou pak





méně pohyblivé a celková schopnost koncepce klesá. Tento jev může být také příčinou fyziologické takzvané „líbáňkové neplodnosti“, kdy k otěhotnění dochází teprve tehdy až frekvence posvatebních pohlavních styků poněkud klesne.

Neuvěřitelně veliký počet dotazů se pak týká vytékání semene z ženských rodidel po souloži. Mnoho lidí se domnívá, že právě tento fenomén může být příčinou neplodnosti. Zde je zapotřebí vysvětlit, že pochva v klidu není rourovité těleso, ale štěrbinu, kde přední a zadní stěna na sebe těsně naléhají a po vysunutí penisu se do tohoto prostoru v žádném případě nevejdou 3–4 ml tekutiny, což je obvyklý objem ejakulátu. Pro eventuální otěhotnění slouží především první dávka semene, v níž jsou zpravidla spermie nejpohyblivější a nejkvalitnější. Ty se pak bezprostředně smísí s hlenem v děložním hrdle, odkud pronikají do vyšších partií rodidel. Proto je také zbytečný eventuální bezprostředně prováděný výplach pochvy jako antikoncepční opatření. Jen nepatrná část semenné tekutiny zůstává v poševních klenbách, zejména v zadní klenbě a větší část ejakulátu vytéká po souloži z pochvy ven, což je možno považovat za jev naprosto normální.

Proto jsou také zbytečné různé tělocvičné manévry po souloži, které by snad zadržení většího množství semenné tekutiny v pochvě mohly umožnit. Zejména ženám s děložní retroflexí, tedy takzvanou „dělohou obrácenou dozadu“ se doporučuje souložit „ála vache“, nebo když je tento pohlavní styk ze zadu odmítán, bezprostředně po souloži se obracet na břicho. Tento tělocvik má však většinou efekt spíše psychický než aby umožnil dokonalejší průnik spermií do vnitřního genitálu ženy.

Přeceňován bývá také význam ženského orgasmu pro úspěšnou koncepci. Experimentálním výzkumem bylo sice dokázáno, že při orgasmu dochází v důsledku svalových kontrakcí k jakémusi nasávání hlenu děložního hrdla, neexistuje však žádný vědecký důkaz o tom, že by orgasmus možnost koncepce opravdu reálně zvyšoval. Naopak jsou známy četné případy opakované úspěšné koncepce u žen trvale a spolehlivě anorgastických. Žena může otěhotnět rovněž v bezvědomí, v hluboké celkové anestézii, nebo v totální alkoholické opilosti, kdy rovněž o pohlavním styku třeba vůbec ani neví. Z hlediska forensního zde dovolu konstatování, že všechny tyto případy mohou být kvalifikovány jako znásilnění, jelikož využívají fenoménu ženské bezbrannosti.

Mnoho pochybností bývá také spojeno právě s oplodněním ve stavu opilosti. Zde je zapotřebí jednoznačně konstatovat, že okamžitá hladina alkoholu v krvi v okamžiku oplodňující soulože nemá žádný vliv na kvalitu potomstva a na průběh eventuálního těhotenství. Je znám fetální alkoholický syndrom matky, který je však zaviněn opakovanou konzumací alkoholu v průběhu těhotenství. U muže se pak úspěch koncepce řídí zákonem „vše nebo nic“, což znamená, že do vyšších partií rodidel proniká jen kvalitní semeno a vajíčko oplodní ta nejzdravější spermie. Spermie dozrává asi 70 dní a je jisté, že u notorických alkoholiků je spermiogeneza ohrožena a že zdravých oplození schopných spermií bude dříve nebo později nedostatek, nicméně opilost v okamžiku soulože nehraje v kvalitě koncepce žádnou podstatnou roli.





Také termín soulože ve vztahu k vybranému pohlaví potomka nehraje žádnou roli. Někdy se vyskytují také pověry o vlivu potravy, kdy bílkovinná strava bývá dávána do souvislosti s častějším výskytem mužského pohlaví, zatímco konzumace uhlovdanů vede k počtí dívky. Tato konstatování poukazují na vyšší výskyt mužských potomků u britské šlechty, zatímco jejich služebnictvo rodí více dívek. Pečlivé sledování však nedává tomuto konstatování za pravdu. Rovněž separace X a Y spermií pomocí jiných mechanismů, jako kyselost či zásaditost poševního prostředí, je nutno odsoudit do říše pověr a mýtů.

Literatura:

Uzel, R. (2004). Mýty a pověry o sexu. Praha: Nakladatelství xyz.
www.planovanirodiny.cz

Kontakt na autora:

MUDr. Radim Uzel, CSc.
Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu
Senovážná 2, POB 399, 111 21 Praha 1
tel.: 224 231 524
e-mail: planrod@centrobox.cz





VLIV VÝŽIVY NA REPRODUKCI

Petr Sák, gynekolog

Výživa ovlivňuje reprodukci ze dvou hledisek. Z hlediska estetického a z hlediska zdravotního.

Přirozený výběr partnera je do značné míry ovlivňován fyzickou krásou partnera. U mužů se ideály příliš neliší od antiky do současnosti a není výrazných rozdílů mezi Myronovým Diskobolem a olympijským vítězem Šebrlem. Nesplňoval-li muž fyzické ideály, tak v reprodukční soutěži to mohl ještě nahradit mocí a bohatstvím. U žen se ideály krásy přece jenom v jednotlivých obdobích lišily. Od mateřsky mohutné Věstonické Venuše, přes anticky dokonalou krásu. Štíhlé gotické a renesanční ženy byly krátce nahrazeny kyprými barokními tvary, které jsou střídány v dalších stoletích ženami z dnešního pohledu klasicky krásnými. Ve 20. století pak jsou rychlé změny ideálů, vynucovány stále větším tlakem médií. Tento tlak médií v poslední době výrazně ovlivnil touhu mladých dívek přiblížit se co nejvíce prezentovanému ideálu modelek a hereček. Přes tyto dílčí odchylky lze ale zjednodušeně tvrdit, že výrazné odchylky od požadovaných norem hendikepovaly ženy nalézající se na okraji požadovaných ideálů. A to jak ve smyslu výrazné nadváhy, tak i extrémní podvýživy. Samozřejmě i zde existují výjimky, kdy se ženy stávají atraktivními svou mocí, bohatstvím a slávou. Zjednodušeně řečeno, reprodukční šance velmi otýlých a velmi hubených byly tímto přirozeným výběrem výrazně sníženy.

V současné době se poruchy příjmu potravy těší mimořádnému zájmu jednak pro doslova epidemiologický nárůst jejich incidence, jednak pro nové nálezy odchylek v oblasti hormonálních regulací. Poruchy příjmu potravy jsou svázány s historickými socioekonomickými a etnickými fenomény a mohou zvyšovat morbiditu i mortalitu postižených. Reprodukční zdraví významně ovlivňuje mentální anorexie, která je charakterizována výraznými psychicky podmíněnými abnormalitami v příjmu potravy.

Mentální anorexie je patrně nejdéle známým psychosomatickým onemocněním s mimořádně nápadnými klinickými projevy. Obraz mentální anorexie je znám již z antiky. Definitivní upřesnění přinesl Berkman v roce 1930. Mentální anorexie má vyjimečné postavení z hlediska sexuální prevalence, 95 % pacientů tvoří ženy. Různé studie se velmi liší v celkové prevalenci podle toho zda zahrnují i lehčí subklinické formy. Většina studií vycházejících z ekonomicky vyspělých zemí udává prevalenci mezi 0,2–10 %. Například v USA se 27 % adolescentních dívek s normální hmotností snaží o její redukcii.

Mezi příznaky mentální anorexie patří, za předpokladu absence somatického organického poškození:

- ztráta tělesné hmotnosti nejméně 25 %, či pokles větší než 15 % proti normální hmotnosti





- intenzivní strach z přírůstku hmotnosti či otylosti i v případě podvýživy
- neschopnost udržet alespoň dolní limit obvyklé hmotnosti.
- deformace vnímání vlastního somatického obrazu.
- trvalá a přehnaná koncentrace na tělesný vzhled.
- odmítání zdravotních rizik.
- amenorrhoea (nedostavení se menstruace), nejméně 3 po sobě následující cykly

Mentální anorexie dále zahrnuje i další příznaky:

- obstipaci (zácpu)
- suchou kůži
- intoleranci chladu
- acrocyanózu (fialové zbarvení)
- slabost
- padání vlasů
- poruchy růstu
- sklon k podlitinám
- nízký krevní tlak
- nepravidelná činnost srdeční
- anorektičky trpí typickým chováním: izolace od okolí, časté vyhledávání koupelny nebo WC – zejména po jídle, bizarní praktiky při ukrývání jídla nebo zvratků

Komplikace:

- osteoporóza páteře a periferního skeletu. Již osteopénie představuje celoživotní riziko i při úspěchu realimentační (výživné) terapie
- byly nalezeny abnormality EEG a atrofie (zmenšení) mozkové tkáně s rozšířením komor
- poškození svalu srdečního a převodního systému přispívá k zvýšené nemocnosti i náhlým úmrtím
- oslabení funkce bránice a ventilační kapacity přináší riziko zánětu plic
- drastické vyvolání zvracení vede k dramatickým komplikacím zažívacího traktu (krvácení, porušení trávicí trubice, vdechnutí)





Endokrinní odpověď na mentální anorexii:

- asi u poloviny pacientek s počínající mentální anorexií se vyvine sekundární amenorrhoea (druhotné nedostavení se menstruační), přičemž u jedné pětiny předchází klinické manifestaci choroby. U druhé poloviny se amenorrhoea vyvine až při výrazném poklesu hmotnosti
- primární odchylkou je snížení frekvence a amplitudy pulzů GnRH (hormony), pokles pulsatilního výdeje LH (hormony) má profil prepubertálního tvaru, nízké hodnoty bez rytmu
- pokles sekrece prolaktinu, estradiolu a testosteronu (hormony hypofýzy a vaječnicku)
- v mozkomíšním moku se nalézá zvýšená koncentrace kortikoliberinů (hormon), který má anorektický centrální účinek a inhibuje gonadotropní osu (hypotalamus, hypofýza)

Léčba:

- realimentace (výživa), iniciální, postačující je přírůstek 4–6 kg za hospitalizace za 14 dní
- psychiatrická
- psychologická
- farmakologie

Nadměrná fyzická zátěž může vést k obdobným změnám ve funkci hypotalamu (část mozku) jako ztráta hmotnosti, ačkoliv hmotnost může zůstat zachována. Sekundární amenorrhoea se objevuje u 2–20% atletek a u 30–50% tanečnic dle výkonnostní třídy. Jde o adaptační odpověď organismu na velké energetické nároky. Bezprostřední příčinou amenorrhoea je pokles pulsní sekrece gonadoliberinu (hormon), po kterém následuje pokles LH a estradiolu.

Studie, zabývající se prevalencí a trendy vývoje nadváhy a obezity v různých zemích světa, dokumentují výrazný **nárůst prevalence obezity** v posledních 20. letech zejména v hospodářsky vyspělých zemích. Američané publikují, že nadváhou BMI více než 25 je v současné době v USA postiženo 51 % žen. Podíl obézních BMI větší 30 vzrostl v posledních letech na 23%. Data z dalších zemí včetně České republiky ukazují obdobnou situaci. Ekonomické náklady související s tímto vývojem se odhadují v současné době na 4–10% z celkové částky vynakládané na zdravotnictví v ekonomicky vyspělých zemích. Obezita se tak stává jedním z hlavních zdravotnických problémů v těchto zemích. Není dostatek znalostí o neurohumorální regulaci příjmu potravy, nejsou dostatečně identifikovány vlivy zevního prostředí, konzumního způsobu života ani dalších psychosociálních momentů. Klíčovou roli v centrální





regulaci příjmu potravy má hypotalamus. Periferní regulace příjmu potravy zahrnuje kaskádu postupně uvolňovaných gastrointestinálních hormonů, které ovlivňují funkci a pohyblivost. Řadíme sem cholecystokinin, somatostatin, glukagon, inzulín a další.

U žen je břišní forma obezity spojena se zvýšením množství mužských pohlavních hormonů v krvi, která se dává do souvislosti s nedostatkem ženských pohlavních hormonů. Ty vedou ke zvýšenému ukládání tuku na hýždích a stehnech. U obézních dívek bývá nástup menarche posunut k mladšímu věku podle hypotézy, že menstruace se objevuje po dosažení určité tělesné hmotnosti (48kg). Obezita ovlivňuje i regulaci reprodukčních funkcí v dospělosti. Obézní pacientky mívají velmi často nepravidelný menstruační cyklus i vyšší frekvenci dalších menstruačních abnormalit. Vaječníky mají patologický vzhled. Hladina SHBG (bílkovina, na kterou se v krvi váží hormony) bývá většinou výrazně snížena, s následným zvýšením hladiny volného testosteronu. U obézních žen často zjišťujeme zvýšený poměr LH/FSH, což spolu se zvýšeným množstvím inzulinu a zmíněným poklesem SHBG vede k vývoji zvýšeného množství mužského pohlavního hormonu v krvi, projevující se mimo jiné hirsutismem, akné. Obezita, která se manifestuje v adolescenci, je relativně často spojena se syndromem polycystických ovárií. Tento syndrom je jedním z nejčastějších postižení vaječnicků žen fertilního věku. Syndrom je charakterizován anovulačními poruchami cyklu, poruchami fertility, hirsutismem. Léčba hyperandrogenních stavů a syndromu polycystických ovárií by měla začínat redukcí hmotnosti.

Z výše uvedených případů jasně vyplývá, že významné odchylky od průměrné hmotnosti žen výrazně ovlivňují jejich reprodukční možnosti a velmi se podílejí na celkovém zdravotním stavu. Lze tedy tvrdit, že udržování průměrné hmotnosti je nejlepší prevencí výše uvedených patologických stavů a zabraňuje nutnosti následné léčby.

Literatura:

u autora

Kontakt na autora:

Prim. MUDr. Petr Sák, PhD.
Gynekologicko-porodnické oddělení
Nemocnice České Budějovice
B. Němcové 54
370 01 České Budějovice
e-mail: zenske@nemcb.cz





BODYBUILDING A REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Vladimír Kubíček, androlog

Tělesná aktivita, ať jde o fyzickou práci nebo o cvičení, obecně prospívá lidskému zdraví. Nadměrná, či nesprávně směřovaná zátěž ale lidskému zdraví může škodit. Mnoho lidí současné euroatlantické civilizace má nedostatek pohybu, trpí civilizačními chorobami a obezitou. Zároveň mají málo času a jsou zahlcováni informacemi, které podporují komerčně výhodný způsob fyzické aktivity. Pokud jim jde o rekreační a kondiční pohyb, tak větší problémy většinou nehrozí. Nejproblematictější je oblast kulturistiky, zejména její „hard“ varianty. Ta se naštěstí týká relativně úzkého okruhu lidí, kteří si mohou informace o riziku tohoto sportu dobře opatřit.

Často jde více o prestiž a společenské uplatnění, a pak se nabízí škála komerčních „továren na tělesnou krásu“. Chození do fitness center je také společenská záležitost, cvičení ve skupinách nese prvky soutěže, zejména u mužů (kdo víc vydrží, kdo bude mít dříve větší svaly). Mnoho trenérů nabízí individuální programy jak zlepšit tělesnou kondici a navíc zvýraznit mužné atributy – svalovou sílu a maskulinní tělesné proporce. Pojem „dokonalosti“ mužských tělesných proporcí je vytvářen uměle, podobně jako pojem ženské krásy v soutěžích Miss. Se stavem, který se blíží domnělému ideálu roste sebevědomí a také ochota trávit více času (a utrácet více peněz) při péči o své tělo.

„Bodybuilding“ lze přeložit jako „stavění těla“ – například jako když se staví sportovní hala. Tělesné tkáně mají své fyziologické limity (podobně jako stropy sportovních hal). Pokud se neberou tyto limity v úvahu, může být výsledek dobrý do chvíle, kdy se do hry dostane nějaký faktor, se kterým „stavitel“ nepočítal (třeba sníh na střeše sportovní haly).

Důraz na harmonii těla a ducha, známý z antických dob, se mění v důraz na dosažení co největšího efektu za co nejkratší dobu.

Člověk se po tělesné stránce vyvíjel miliony let, má tělesné předpoklady pro chůzi, běh, plavání a fyzickou zátěž, kterou v té době vykonával. Zátěž je odvozena od způsobu obživy, který mu byl vlastní poslední tisíce let, tj. práce na poli, na pastvinách se zvířaty, u mužů větší fyzické dispozice umožňovaly lov zvířat, případně boj s nepřáteli. To vše jednoduchými nástroji a zbraněmi, které si byl schopen vyrobit z přírodních materiálů.

Fyzické předpoklady dnešního člověka se tedy neliší od našich předků z doby lovců mamutů, jsme stále stejný druh – Homo sapiens sapiens. Současný způsob života a možnosti medicíny vedou k výraznému prodloužení průměrné délky života, zároveň ale k výraznému snížení průměrné fyzické kondice člověka. „Přírodní výběr“





(selekce odolných a silných) se uplaňuje jen prostřednictvím ekonomických relací ve společnosti, nemá nic společného se silou fyzickou, hlavně v naší, tzv. civilizované společnosti.

Zpět k bodybuildingu. Cílené zatěžování svalových skupin, které jsou dobře vidět, tj. svaly ramen, paží, stehen, hrudní a břišní svalstvo, je zejména žádoucí. Vystupující svaly těchto oblastí odpovídají současnému ideálu mužné krásy. Nikdo nepředpokládá, že svaly kulturisty či svalovce na pláži vznikly při orání, kácení stromů, těžké fyzické práci. Jsou to svaly pro krásu, případně pro vítězství v soutěži, nejsou to svaly pro užitek.

Muži, kteří musí tvrdě a vytrvale fyzicky pracovat, mají svalstvo vyvinuté jinak, daleko méně nápadně. Podobně jsou také „nenápadné“ svaly lidí, kteří se systematicky zabývají cvičením, jehož základy vznikaly v historických souvislostech filozofických nauk starověkých východních civilizací. Tito muži mají potíže v důsledku fyzické zátěže podstatně méně často, než lidé, kteří cvičí pro krásu těla.

Z praktického hlediska: při vyšetření muže, který přijde do ordinace, lze velmi dobře poznat, zda jeho celková kondice, stav svaloviny a pohybového aparátu vznikly v důsledku krátkodobého či dlouhodobého bodybuildingu, v důsledku tréninku vrcholového sportovce, v důsledku dlouhodobé zátěže prací v přírodě, prací na stavbě či v ozbrojených složkách. Je zajímavé sledovat rozdíly v tělesné stavbě profesionálního hokejisty, závodního cyklisty, plavce, zemědělce, dřevorubce, kameníka, horníka, řidiče nákladního automobilu, dlouholetého šlechtitele koní, historika, lékaře, právníka, finančníka, myslivce, vojáka, judisty atd.

Kombinace fyzických předpokladů, s nimiž se muž narodil a jeho fyzické zátěže vytvoří „zápis“ na těle, který je možné dobře číst.

Ve cvičení pro krásu těla není nic špatného, pokud respektuje přirozené tělesné a psychické předpoklady lidského organismu, snaží se o jejich harmonii a nevytváří subkulturu, která vede na scesti podobně jako anorexie modelek.

Opatřené kloubů, ochablost svalů, které po „buildingu“ s pomocí excesivního proteinového, karnitinového, vitaminového a často i hormonálního přísunu nemají možnost udržení v kondici běžnou aktivitou, není fyziologické.

Nadměrná zátěž zejména břišní svaloviny může vést k poruchám cirkulace krve v pánvi, a tato v kombinaci s anabolií vede k potížím s plodností. Anabolické steroidy, které tlumí vlastní hormonální aktivitu varlat jsou přidávány do volně prodejných proteinových a karnitinových podpůrných doplňků stravy pro sportovce dokonce i tajně, jak ukázaly kontroly jejich složení při pozitivních dopingových testech sportovců.

Anabolické steroidy jsou syntetické deriváty testosteronu, který normálně u muže vzniká ve varlatech. Ve varlatech vznikají také mužské zárodečné buňky – spermie. Tvorba testosteronu a spermií je neoddělitelná, bez testosteronu spermie vznikají nemožou.





Hlavní mužský pohlavní hormon testosteron také výrazně podporuje stavbu bílkovinných složek tkání. Týká se to tkáně kostní, tvorby bílkovin v játrech (imunoglobuliny), tvorby červených krvinek, zárodečných buněk ve varlatech (spermii) i svalových buněk.

Pokud je podávání testosteronu spojeno s fyzickou námahou, s cvičením, podporuje růst svalů. Tyto jeho vlastnosti se nazývají **anabolický efekt**. Již v 50. a 60. letech 20. století probíhaly pokusy o oddělení tohoto anabolického účinku od jeho hlavních vlastností **androgenních – mužských**. Tak vznikly tzv. **anabolické steroidy**.

Snaha zcela vydělit pozitivní účinky testosteronu na metabolismus svalů, tvorbu červených a bílých krvinek a stavbu kostí, a omezit účinky maskulinizující (zejména u žen a dětí) se však nikdy zcela nepodařila. Výrazná svalová zátěž snižuje sice krátkodobě hladiny testosteronu v séru, ale náhradu testosteronu podáváním syntetického hormonu nevyžaduje. Při podávání syntetického hormonu je patrný zjevný přibýtek množství svalové hmoty, ale zároveň je prokazatelné výrazně negativní ovlivnění autoregulačních hormonálních procesů v těle. Dávky používané (spíše zneužívané) ve sportu jsou mnohem vyšší, než dávky léčebné (například po úrazové ztrátě obou varlat). Hladiny mužských pohlavních hormonů v krvi mají velký význam jako důležitá informace pro mozková centra – mezimozek a podvěšek mozkový. Uměle vyvolaný nadbytek mužských pohlavních hormonů v krvi vyvolá útlum těchto center, která přestanou produkovat regulační (tropní) hormony, které řídí tvorbu vlastních mužských pohlavních hormonů ve varlatech.

Mohlo by se zdát, že to nevádí, vždyť umělé hormony jsou zajištěny zvenčí. Ve tkáni varlat je však za normálního stavu hladina vlastního testosteronu 50x až 100x vyšší než v krvi, a ten se zde při podávání hormonů zvenku přestává vytvářet.

Paradoxně tak dochází k zástavě tvorby vlastního testosteronu ve varlatech, hladina zde výrazně klesá pod hodnoty nutné k tvorbě spermii a u mnoha těchto mužů se objevuje porucha spermiogeneze a neplodnost. Azoospermie – tj. absolutní nepřítomnost spermii v ejakulátu – byla popisována ještě 1 rok po ukončení užívání těchto preparátů. Současně se objevuje akné, zvětšení prsů u mužů a může dojít k zadržování vody v těle spojenému s otoky. U žen dochází k nezvratným změnám hlasu, zvětšení klitoris a virilizaci (mužský vzhled mnohých sportovkyň).

Dříve používané preparáty také často poškozovaly játra, i dnes je udáváno riziko zrychlení vývoje nádorového onemocnění jater.

U mladých jedinců s ještě neukončeným růstem kostí mohou anabolika způsobit zástavu růstu. Vědecké společnosti a organizace se již před mnoha lety vyjádřily pro zákaz používání těchto preparátů v atletice a pro diskvalifikaci sportovců, kteří je užívají. Přesto se zejména v USA a v postsocialistických zemích hovoří o epidemii zneužívání těchto léků. Jde skutečně původně o **léky**, protože jsou určeny pro povzbuzení metabolismu kostí při osteoporóze (řidnutí kostní tkáně), povzbuzení tvorby bílkovin při vysilujících onemocněních, pro rekonvalescenty po těžkých infekcích, operacích





a popáleninách, pro pacienty s pokročilými zhoubnými nádory, chudokrevností, se špatně se hojícími ranami a po léčbě nádorů cytostatiky a ozářením.

Podávání anabolik nelze zaměňovat s náhradou chybějících přirozených androgenů při některých onemocněních a ve vyšším věku. Podobně jako u žen dochází v přechodu ke snížení hormonální aktivity se známými nepříjemnými a nepříznivými vlivy na ženský organizmus, mění se hormonální poměry ve vyšším věku i u mužů.

Při nedostatku mužských pohlavních hormonů dochází k osteoporóze se zvýšenou lomivostí kostí, ochablosti svalů s omezením pohyblivosti, snížení tvorby krvinek a jaterních bílkovin s poklesem obranyschopnosti vůči nádorům a infekci a snížení sexuálních funkcí, zejména libida a erektility penisu. Kromě toho byl prokázán i úbytek schopností nervového systému – zejména mozkových buněk, jejich schopnosti učit se, uchovávat informace a vytvářet mezi nimi nová spojení. Tyto snížené kognitivní funkce mozku pak způsobují akceleraci (urychlení) biologického stárnutí. Při prokázaném nedostatku mužských pohlavních hormonů je po patřičném podrobném odborném vyšetření a vyloučení onemocnění prostaty náhrada chybějících mužských hormonů zcela na místě. Náhrada je možná užíváním tablet, v injekcích, v podkožních implantátech, které vytváří depot – zásobu na delší dobu. Jsou také k dispozici hormonální náplasti (jako u žen po menopauze), které se nalepují na záda, paže, či na kůži šourku a velmi šetrně tak nahrazují nedostačující funkce vlastních varlat.

Poruchy hormonálního stavu se objevují ve stále mladších věkových skupinách mužů, spolu s tím, jak klesá kvalita spermatu a stoupá procento neplodných párů.

Rozhodnutí o podávání jakýchkoliv hormonů je třeba svěřit do rukou odborného lékaře. Zdraví a zejména reprodukční a sexuální zdraví je hodnotou křehkou a citlivou, se kterou je nutno zacházet s největší opatrností, jinak se bude **úbytek obyvatel euroatlantické civilizace stále zvyšovat.**

Literatura:

Kubíček, V. (2006). Penis – rádce nejen pro muže. Praha: Smart Press.
www.sexmed.cz
www.ne-plodnost.cz
www.sexproblemnet.cz
www.neploidnost.cz
www.ordinace.cz

Kontakt na autora:

MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.
Centrum andrologické péče
U Tří lvů 4, 370 01 České Budějovice
e-mail: kubicekmudr@iol.cz
Telefon: 386 358 413





ÚSPĚŠNOST ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Tonko Mardešić, gynekolog

Po narození Lousie Brownové v roce 1978 se mimotělní oplodnění (in vitro fertilizace) – původně zamýšlené jako léčba sterility u žen s odstraněnými nebo nenapravitelně poškozenými vejcovody – stalo nejefektivnější léčbou neplodnosti bez ohledu na vyvolávající příčinu. V České republice je dle dostupných údajů prováděno asi 900 cyklů mimotělního oplodnění na 1 milion obyvatel, což je srovnatelné s přístupem k této indikaci v Nizozemsku či Francii, ale je to až o polovinu méně ve srovnání se skandinávskými zeměmi. Úspěšnost asistované reprodukce je v ČR srovnatelná s ostatními hospodářsky vyspělými zeměmi, lze však zaznamenat některé specifické aspekty (věková struktura, počet přenášených embryí, vícečetná těhotenství). V současné době se v ČR rodí po mimotělním oplodnění více než 3 % všech narozených dětí a lze reálně předpokládat, že se zvyšujícím se věkem prvorodiček, nárůstem počtu párů se sníženou plodností muže a díky dalším civilizačním faktorům bude počet léčených párů dále narůstat.

Způsob vykazování výsledků a hodnocení efektivity asistované reprodukce je díky nejednotnosti předmětem trvající diskuze, neboť lze hodnotit:

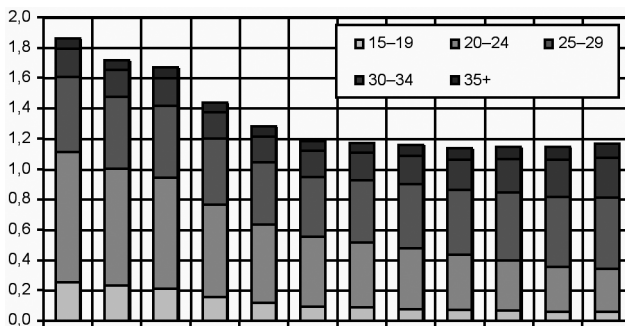
- výsledky po přenosu pouze čerstvých embryí, zvláště úspěšnost přenosu čerstvých a rozmražených embryí nebo celkovou úspěšnost kumulativně
- všechny pozitivní těhotenské testy, pouze klinická těhotenství, těhotenství ukončená porodem nebo těhotenství ukončená porodem zdravého plodu (baby-take home rate)
- výsledky vztažené k páru (kumulativní úspěšnost), úspěšnost na zahájený cyklus, na cyklus s odběrem oocytů nebo na cyklus s přenosem embrya (embryí)
- výsledky souhrnně nebo v jednotlivých věkových skupinách

Zvolenému způsobu hodnocení odpovídají vykazované výsledky. Je proto snaha nalézt nové způsoby hodnocení úspěšnosti a kvality poskytované péče: jedním z návrhů je jako úspěch léčby hodnotit pouze jednočetná těhotenství ukončená v termínu porodem zdravého plodu. Předpokladem vysoké úspěšnosti při eliminaci vícečetných těhotenství je přenos jediného embrya (eSET-elective single embryo transfer) po přísné selekci umožňující výběr embrya s nejvyšším implantačním potenciálem.

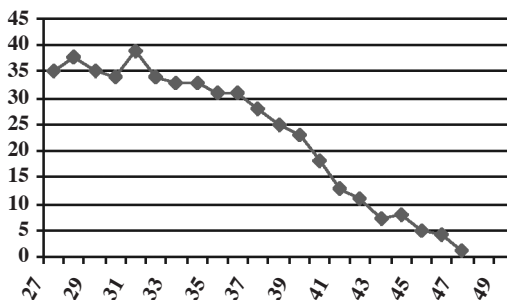
Dalšími možnými parametry mohou být: procento úspěšně implantovaných embryí, procento porodů na přenesené embryo, úspěšná implantace na oocyt, porod zdravého plodu na oocyt. Diskuze pokračuje a doposud nebylo dosaženo žádného konsenzu.



Vývoj úhrnné plodnosti a její struktury podle věku v ČR 1991–2002



Úspěšnost mimotělního oplodnění v závislosti na věku ženy



Počet IVF cyklů / 1 milion obyvatel v evropských zemích

	1997	1998	1999	2000
Dánsko	1448	1608	1659	1830
Finsko	1538	1528	1407	1446
Island	1422	1540	1383	1300
Francie	780	795	882	961
Nizozemsko	897	889	915	946
Svédsko	952	947	973	1038
	778	791	852	-
Celkem*	765	781	943	856

Dostupnost IVF (úhrada z všeobecného zdravotního pojištění) v okolních zemích

	Úhrada
Česko	3 cykly do 39 let
Slovensko	3 cykly do 38 let
Maďarsko	5 cyklů
Slovinsko	4 cykly, po porodu dalsi 4 cykly
Polsko	nehrazeno



Vzhledem k tomu, že stále neexistuje centrální registr asistované reprodukce, bylo možné vycházet pouze z analýzy vlastního souboru. Kumulativní úspěšnost léčby neplodnosti metodou mimotělního oplodnění (IVF) lze dokumentovat následujícími čísly: ze všech párů, které zahájily léčbu pomocí IVF a u kterých byl proveden alespoň jeden odběr ženských pohlavních buněk (vajíček) pro mimotělní oplodnění, otěhotnělo 58,8% a porodilo 51.4%. Z párů, které absolvovaly plný počet cyklů hrazených z všeobecného zdravotního pojištění (tzn. tři cykly IVF), otěhotnělo a porodilo plných 85%.

Mimotělní oplodnění představuje reálnou naději na otěhotnění a porod zdravého potomku pro naprostou většinu párů s poruchou plodnosti bez ohledu na příčinu.

Literatura:

u autora

Kontakt na autora:

Doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSc.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví,

Reprodukční medicína – subkatedra

Na dlouhé mezi 4/12, 147 00 Praha 4

tel. 261 082 287

e-mail: pronatal@pronatal.cz





FINANČNÍ A PRACOVNĚ-PRÁVNÍ PODPORA RODIČOVSTVÍ

Lucie Kozlová, ekonomka
Spoluautorka: Hana Francová

Úvod

Opatření rodinné politiky by měla sledovat mimo jiné slučitelnost rodinné funkce a zaměstnání, například flexibilitou pracovního času, finanční podporou rodin a dalšími nástroji personální politiky. Tento příspěvek předkládá ucelený přehled základních finančních příspěvků pro podporu rodičů pečujících o děti a poukazuje na některé nedostatky v současném modelu české sociální politiky.

Přímá podpora rodin

Do peněžitých dávek, které se týkají těhotenství a mateřství ze zákona č. 88/1968 Sb., o prodloužené mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavicích na děti z nemocenského pojištění, je zařazen *vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství a peněžitá pomoc v mateřství*. Ten se poskytuje zaměstnankyni, která konala práci, jež je těhotným ženám zakázána nebo jež podle lékařského posudku ohrožuje její těhotenství, a je proto v těhotenství dočasně převedena na jinou práci, při níž dosahuje bez svého zavinění nižšího započítatelného příjmu než na dosavadní práci. Stejně ustanovení platí obdobně pro matky do konce devátého měsíce po porodu. Vyrovnávací příspěvek se stanoví jako rozdíl denního vyměřovacího základu zaměstnankyně zjištěného ke dni jejího převedení na jinou práci a průměru jejich započítatelných příjmů připadajících na jeden kalendářní den v jednotlivých kalendářních měsících po tomto převedení.

Peněžitá pomoc v mateřství se poskytuje po dobu mateřské dovolené. V souvislosti s porodem a péčí o narozené dítě náleží zaměstnankyni mateřská dovolená po dobu 28 týdnů (porodila-li zároveň dvě nebo více dětí nebo jde-li o zaměstnankyni osamělou, náleží mateřská dovolená po dobu 37 týdnů). Mateřskou dovolenou nastupuje zaměstnankyně zpravidla od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, nejdříve však od počátku osmého týdne před tímto dnem. Peněžitá pomoc v mateřství náleží také zaměstnankyni, která do své trvalé péče nahrazující mateřskou péči převzala dítě, jež jí bylo svěřeno rozhodnutím příslušného orgánu. Výše peněžitě pomoci v mateřství za kalendářní den činí 69% denního vyměřovacího základu, s tím, že denní vyměřovací základ se zjišťuje ke dni nástupu na mateřskou dovolenou. Denní vyměřovací základ se zjistí tak, že se vyměřovací základ zjištěný z rozhodného období dělí počtem kalendářních dnů připadajících na rozhodné





období. Rozhodným obdobím je období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství. Peněžitá pomoc v mateřství náleží zaměstnankyni, jestliže byla v posledních dvou letech před porodem účastna aspoň 270 dnů nemocenského pojištění.

Připravované změny, které by měly být platné od 1. 1. 2007 se týkají výše peněžitě pomoci v mateřství, která by se měla zvýšit na 70 % (nyní 69 %) denního vyměřovacího základu a hlavně by tuto peněžitou pomoc mohl pobírat i otec dítěte a to od 7. týdne věku dítěte.

Porodné, rodičovský příspěvek a přídavky na děti jsou dávky čerpané ze systému státní sociální podpory na krytí nákladů na výživu a ostatních základních potřeb dětí a rodin. Žena, která porodila dítě, má nárok na *porodné*. Výše porodného činí při porodu jednoho dítěte částku 17 500 Kč, při porodu dvojčat částku 2 x 26 250 Kč, v případě trojčat 3 x 26 250 Kč. Na dávku vznikne nárok, jen jednalo-li se o porod dítěte, nikoli o potrat. Nárok na tuto dávku má také člověk, který převzal dítě mladší jednoho roku do trvalé péče nahrazující péči rodičů. Porodné patří mezi dávky poskytované bez ohledu na výši příjmu oprávněné osoby. Podmínkou ale je, že matka musí mít trvalý pobyt na území ČR.

Po vyčerpání mateřské dovolené má žena v souvislosti s péčí o dítě téměř ve všech evropských zemích nárok na další omluvené pracovní volno bez nároku na náhradu mzdy – další mateřskou dovolenou. V Evropě se pro tento institut začíná užívat název rodičovská dovolená, protože v souladu s platnou právní úpravou řady zemí ji může čerpat nejen matka, ale i otec dítěte. Po dobu rodičovské dovolené má rodič nárok na dávku ze státní sociální podpory – *rodičovský příspěvek*. Rodičovský příspěvek je dávkou, která má umožnit rodiči, aby se věnoval péči o dítě. Proto také základní podmínkou pro nárok na tuto dávku v kalendářním měsíci je řádná, celodenní a osobní péče o dítě ve věku do 4 let nebo do 7 let věku, jde-li o dítě s dlouhodobým zdravotním postižením nebo s dlouhodobým těžkým zdravotním postižením. Z této skutečnosti také vyplývají určitá omezení stanovená zákonem, pokud jde o návštěvu dítěte v jeslích, mateřské škole nebo jiném obdobném zařízení pro péči o dítě. Rodič pobírající rodičovský příspěvek může umístit dítě, které nedosáhlo 3 let věku, do jeslí nebo jiného obdobného zařízení nejvýše na 5 kalendářních dnů v měsíci. Děti, které dosáhly věku 3 let mají možnost navštěvovat tato zařízení v rozsahu 4 hodin denně.

Výše rodičovského příspěvku je od 1. ledna 2006 částka 3 696 Kč měsíčně. Je-li rodičem nezaopatřené dítě ve věku od 15 do 26 let, činí výši rodičovského příspěvku částka 3 897 Kč měsíčně. Od 1. ledna 2007 by se měl zvýšit rodičovský příspěvek na částku cca ve výši 7600–7900 Kč. Rodič, který tuto dávku pobírá, si může neomezeně přivydělávat, aniž by na její výplatu ztratil nárok. Doba, po kterou lze rodičovský příspěvek poskytovat, je delší než délka doby rodičovské dovolené, kdy zaměstnavatel má povinnost omluvit nepřítomnost v práci podle § 127 zákoníku práce. Delší doba poskytování rodičovského příspěvku však nezakládá nárok rodiče vůči





zaměstnavateli na poskytnutí volna v době po dovršení věku tří let. Chce-li rodič i po dosažení věku tří let dítěte pobírat rodičovský příspěvek v době, kdy mu trvá zaměstnání, má možnost požádat zaměstnavatele o poskytnutí dalšího pracovního volna z důvodu péče o dítě, zaměstnavatel mu pracovní volno poskytnout může, ale povinnost v tomto směru nemá.

Přídavek na dítě je základní dávkou pro rodiny s nezaopatřenými dětmi, která přispívá ke krytí nákladů spojených s výchovou a výživou dítěte. Od 1. ledna 1999 přídavek na dítě náleží za podmínky, že příjem rodiny v rozhodném období nepřesáhne trojnásobek životního minima rodiny. Nárok na přídavek na dítě závisí na věku dítěte, příjmu rodiny a též na výši částek životního minima. Proto ke změně nároku na dávku dochází změnou kterékoli z těchto skutečností. Přídavek na dítě je nárokem dítěte, tudíž je-li dítě zletilé, vyplácí se jemu.

Nepřímá podpora rodin

Státní podpora rodin se v České republice uskutečňuje i systémem odpočitatelných položek daně z příjmů fyzických osob. Tento systém však mohou využívat pouze plátcí daně. V souvislosti se sociálním postavením poplatníka umožňují snížit daňový základ a tím i velikost finančních prostředků odvedených státu.

Prvním je odpočet na každé vyživované dítě žijící v domácnosti s poplatníkem. Odpočet uplatňuje pouze jeden z rodičů. Druhým odpočtem podporujícím rodinu je nezdanitelná částka na manželku (manžela) žijící s poplatníkem v domácnosti, pokud nemá vlastní příjmy přesahující za zdaňovací období 38 040 Kč (tato částka platila pro r. 2004). Při uplatnění nepřímé finanční podpory systémem daní je možné použít princip tzv. úplného zdanění rodin takovým způsobem, že zdanění rodin nebo domácností se provede tak, jako by všichni měli stejný příjem.

Pracovní podmínky těhotných žen a matek

Ustanovení ze zákoníku práce jsou následující: požádá-li těhotná žena pracující v noci o zařazení na denní práci, je zaměstnavatel povinen její žádosti vyhovět; těhotné ženy a ženy pečující o děti do věku osmi let smějí být vysílány na pracovní cestu mimo obvod obce svého pracoviště jen se svým souhlasem, přeložit je může zaměstnavatel jen na jejich žádost. Toto platí i pro osamělou ženu pečující o dítě, dokud dítě nedosáhlo věku 15 let; zaměstnavatel je povinen přihlížet při zařazování zaměstnanců do směn též k potřebám žen pečujících o děti; požádá-li žena pečující o dítě mladší než 15 let nebo těhotná žena o kratší pracovní dobu nebo o jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby, je zaměstnavatel povinen vyhovět její žádosti, nebrání-li tomu vážné provozní důvody; zaměstnavatel nesmí zaměstnávat těhotné ženy a ženy, které pečují o dítě mladší než jeden rok, prací přesčas; zaměstnavatel může výpovědí rozvázat pracovní poměr s těhotnou





zaměstnankyní a se zaměstnankyní trvale pečující o dítě mladší než tři roky jen zcela výjimečně (tzn. ruší-li se zaměstnavatel nebo jeho část, eventuálně přemísťuje-li se zaměstnavatel nebo jeho část).

Postavení žen na rodičovské dovolené v české společnosti

V souvislosti s nárůstem pracovních možností žen nabývá na významu problém nazývaný slučování rodinného a pracovního života. Pracovní prostředí u nás není vstřícné vůči rodině a utvrzuje genderové stereotypy v rozdělení rolí mezi muži a ženami. I v rodinách s liberálním přístupem k rolím se pár při rozhodování o tom, kdo z partnerů převezme větší díl odpovědnosti za péči o děti často rozhodne pro ženu právě proto, že to odpovídá nastavení trhu práce. Žena na rodičovské dovolené je tak obvykle ekonomicky závislá na partnerovi či na státu. Závažnější se však jeví, že odchod ze zaměstnání pro ni znamená velmi nevýhodnou pozici z pohledu dalšího pracovního zařazení. Techniky, které se zavádějí ve firmách a organizacích v zahraničí, jako je například práce z domova, práce on-line, teleworking, upravená pracovní doba, péče o děti na pracovišti apod., se u nás zatím v širší míře neprosazují. Z výsledků projektu Women and Work Network vyplývá, že ženám by více vyhovovala práce na zkrácený úvazek nebo jinak upravená pracovní doba (Maříková, 2004). V Česku je na částečný úvazek zaměstnáno 8,3 % žen, v EU je to v průměru čtvrtina (Zavadilová, 2005). K podpoře takových úvazků Českou republiku už roky vyzývají všechny mezinárodní instituce. Zájem zaměstnavatele o zaměstnávání žen pečujících o závislé osoby, ale i lidí obecně, snižuje nepružný zákoník práce.

Literatura.

- Maříková, H. Ženy na trhu práce: Jak na nezaměstnanost a diskriminaci. Praha: Evropská kontaktní skupina v ČR, 2004.
- Zavadilová, T. České zákony a problémy matek v zaměstnání.
Dostupné z <http://www.zpravodajstvi.ecn.cz/index.stm?apc=zzvx1-310755>
- Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, v platném znění.
- Zákon č. 88/1968 Sb., o prodloužené mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění, v platném znění.
- Zákon č. 117/1995, o státní sociální podpoře, v platném znění.

Kontakt na autorky:

Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.
Mgr. Hana Francová
Katedra sociální práce a sociální politiky ZSF JU
Staroměstská 16, 370 04 České Budějovice
Telefon: 387007210
Email: lkozlova@zsf.jcu.cz; francova@zsf.jcu.cz





PŘEDPOKLADY ÚSPĚŠNÉ KONCEPCE

Blažena Papáčková, psycholožka

1. Význam náhradní rodinné péče

V naší zemi, stejně jako v podobně vyspělých státech, existuje asi 1 % celkové dětské populace (kolem 20 000 dětí), které je nuceno vyrůstat mimo vlastní rodinu. Konkrétně to znamená, že děti jsou umístěny v kojeneckých ústavech, dětských či krizových centrech, dětských domovech, v poslední době i v nově vznikajících nestátních zařízeních, ale také v nejrůznějších ústavech sociální péče. Biologičtí rodiče zmiňovaných dětí se nechťejí, neumějí nebo nemohou o své děti postarat. Překážky bránící řádné péči o děti jsou velice rozmanité a mají dlouhodobý, ale i krátkodobý charakter. Z ústavů spadajících do resortu zdravotnictví (tzn. pro děti od 0 do 3 roků) se téměř 1/2 dětí vrací do svých původních rodin, 26 % dětí je svěřováno do adopce, 8 % do jiné formy náhradní rodinné péče.

V r. 1963 u nás byla vydána kniha Josefa Langmeiera a Zdeňka Matějčka *Psychická deprivace v dětství*. Tito autoři na základě četných studií a výzkumů (patří jim světové prvenství) přicházejí s objevy a důkazy o zásadním významu výchovného prostředí pro vývoj jedince. Aby byl vývoj dítěte optimální, nestačí uspokojit jeho fyziologické potřeby, ale je nutné uspokojovat také jeho potřeby psychické. Nejsou-li potřeby dítěte saturovány, dochází v jeho vývoji k nejrůznějším specifickým důsledkům (mentální, citové a sociální opoždování, rozmanité poruchy chování, poruchy vztahové na základě ztráty důvěry v sebe i svět...). Tím nevhodnějším a nejpříroze- nějším prostředím pro zdravý vývoj dítěte je stabilní úplná rodina. Selhávají-li v péči o dítě biologičtí rodiče, může další péči o ně zabezpečit příbuzenská rodina a není-li ani ta k dispozici, bývá situace řešena náhradní rodinnou péčí (NRP).

2. Formy náhradní rodinné péče

Existuje několik forem NRP, které se od sebe odlišují v řadě aspektů; nejvýraznější odlišení spočívá v právních aspektech. O NRP rozhoduje vždy soud podle platných zákonných předpisů. Nejdůležitějším je Zákon o rodině č. 94/ 1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů a zákon o Sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů. V prvním zákoně jsou řešeny mj. otázky rodičovské zodpovědnosti (dříve „rodičovských práv“) a také osvojení (§63-§77). Druhý jmenovaný zákon je poměrně nový, týká se ochrany dětí obecně, vyjmenovává zainteresované subjekty, rozsah jejich činností a úkolů, včetně vymezení pravidel při zprostředkování NRP a posuzování žadatelů o NRP. Aktuálně je připravena novela tohoto zákona,





kteřá nabude účinnosti zřejmě v tomto roce. Zásadní význam má také Úmluva o právech dítěte, kteřá u nás vstoupila v platnost 6. 2. 1991.

Osvojení (adopce). „Osvojením vzniká mezi osvojitelem a osvojencem takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi, a mezi osvojencem a příbuznými osvojitele poměr příbuzenský. Osvojitelé mají rodičovskou zodpovědnost při výchově dětí“. Vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a původní rodinou osvojením zanikají. Osvojením dítě získává příjmení nových rodičů. Osvojit lze jen dítě nezletilé. Zákon rozlišuje osvojení „prosté, zrušitelné, I. stupně“ – vždy do 1 roku věku dítěte (ale i z jiných důvodů) a osvojení „nezrušitelné“, kdy jsou rodiče osvojitelé zapsáni do rodného listu na místo biologických rodičů. Soudu se přikazuje zkoumat (v rámci ochrany nezletilého) prospěšnost osvojení pro osvojence (stanoven je např. požadavek „přiměřeného věkového rozdílu“ mezi osvojitelem a osvojencem; při zprostředkování v praxi bývá dodržován rozdíl 35, výjimečně až 40 roků, záleží vždy na konkrétním případě). Osvojit je možné jen „právně volné dítě“.

Žadatelé o adopci jsou většinou bezdětní manželé. Pro osvojení je typická anonymita ve vztahu k biologické rodině, kteřá bývá osvojiteli vysoce ceněna (nechtějí zažívat strach, že se k dítěti bude hlásit někdo z původní rodiny a narušovat integritu a intimitu nově vzniklé rodiny). V této souvislosti se zmíníme o i „osvojení dítěte ve vztahu k určitým osvojitelům“, v praxi bývá nazýváno jako „přímé osvojení“. Znamená to, že dospělým je svěřeno dítě biologickou matkou brzy po narození a ti žádají o osvojení přímo soud. Nevýhodou a rizikem tohoto postupu je jednak skutečnost, že do pravomocného rozhodnutí soudu může matka svůj souhlas odvolat, jednak chybění anonymity.

Mezinárodní osvojení – osvojení dětí z ciziny a do ciziny. Je možným řešením situace dětí, kterým se nedaří najít rodinu v zemi původu. Je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, týká se států, které podepsaly tzv. Haagskou úmluvu, kteřá v ČR vstoupila v platnost 1. 6. 2000. Funkci zprostředkovatele mezinárodního osvojení má Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí v Brně.

Pěstounská péče. Pěstounská péče (PP) je „státem garantovaná forma NRP, kteřá zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho náležitosti jen v běžných věcech, k výkonu mimořádných záležitostí žádá souhlas zákonného zástupce dítěte“. PP je institut velice prospěšný pro dítě – dává mu možnost žít v rodině, s šancí k respektování jeho individuálních potřeb a k lepší přípravě na zvládnání úkolů dospělého života ve srovnání s ústavní péčí. V naší zemi má převážně dlouhodobý charakter. Do PP se svěřují děti, které z nějakého důvodu nemohou do osvojení nebo se nemohou najít tolerantní osvojitelé (nejčastější jsou důvody právní, ale také vyšší věk dítěte, tělesný nebo psychický handicap, jiné etnikum, sourozenecká skupina...). V „klasické“ PP jsou biologičtí rodiče účastníky řízení o PP a mají právo se svým dítětem se stýkat (v praxi se to ale často neděje).





3. Náhradní rodinná péče v praxi

Nalezení vhodné náhradní rodiny pro konkrétní dítě mají na starost státní orgány (spolupráce obecních úřadů obcí s rozšířenou působností, krajských úřadů, MPSV) – postup se nazývá „zprostředkováním NRP“. Na pracoviště krajského úřadu jsou sociálními pracovníky městských úřadů nahlašovány děti, které potřebují náhradní rodinu a zde pro ně z evidence doporučených dospělých zájemců bývá vytipována optimální rodina. Platí tedy zásada, že rodiče jsou vybíráni pro dítě a ne naopak, i když jsou pochopitelně respektovány představy dospělých o dítěti. Jak mají postupovat lidé, kteří jsou motivováni k přijetí cizího dítěte? Podají si žádost o NRP na městském úřadu podle svého trvalého bydliště. K žádosti doloží vyjádření praktického lékaře o svém zdravotním stavu, hodnocení ze zaměstnání včetně potvrzení příjmů, vyplní dotazník o „požadavcích na dítě“. Sociální pracovnice vyžádá opisy rejstříku trestů, hodnocení z místa bydliště a provede sociální šetření. Spis žadatelů (manželského páru ale i jednotlivce) je předán na krajský úřad, kde se provede odborné posouzení (jednak posouzení zdravotní způsobilosti, jednak psychologické vyšetření zaměřené na osobnostní charakteristiky, motivaci k NRP, stabilitu prostředí, představy o dítěti a výchovné předpoklady). Na základě odborného posouzení je vydáno rozhodnutí. Doporučení manželé jsou zařazeni do evidence budoucích náhradních rodičů a poté ještě absolvují tzv. kurs přípravy na přijetí dítěte (Ten má dvojí základní zaměření. Obsahuje témata vedoucí k většímu porozumění dítěti, jeho specifickým potřebám a nárokům péče a témata k prohloubenému poznání sebe sama, svých slabších i silnějších stránek a svých výchovných předpokladů. Pozornost je věnována i tématu, jak sdělovat přijatým dětem pravdu o jejich původu).

Sociálně právní ochranou dítěte (SPOD) se zabývá i řada nestátních organizací, obecně prospěšných společností, občanských sdružení (např. Středisko náhradní rodinné péče, Fond ohrožených dětí, Sdružení pěstounských rodin, Trialog...).

Každý kraj má svou evidenci dětí a evidenci vhodných žadatelů (místně příslušných). Mezi jednotlivými kraji funguje pružná spolupráce – nedaří-li se v určitém kraji nalézt vhodnou rodinu pro konkrétní dítě, hledají se rodiče v krajích ostatních. Doba, kdy manželé budou vybráni pro dítě, se v jednotlivých krajích liší. Délka čekání vždy záleží na představách a požadavcích na dítě (čím typičtější je přání /"malé, bílé, zdravé dítě"/, tím se čeká déle; při tolerantních postojích je doba čekání kratší). Průzkum v Jihočeském kraji ukazuje pro budoucí osvojitele optimistické zjištění, že nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou dětí svěřovaných do adopce je kojenecký věk (v r. 2003 to bylo 65% dětí; právní uvolnění bylo v 59% na základě souhlasu biologických rodičů; téměř v 60% nebyl ale uveden v rodném listu otec). Dlouhodobé výsledky ukazují, že počet dětí přijímaných do adopce jednoznačně převládá nad počtem dětí do PP (dětí do námi zprostředkované PP je asi 1/4 až 1/3 z celkového počtu). Pokud jde o celostátní údaje – roční počet dětí do adopce v kolísá kolem 500, počet dětí svěřených do PP kolem 850 (jsou zde ale zahrnuty i děti v příbuzenské PP, kte-





rou krajské úřady nezprostředkovávají). V r. 2002 bylo např. celkem 2369 žadatelů o osvojení a 752 žadatelů o pěstounskou péči.

Literatura:

Kovařík, J. a kol.: Náhradní rodinná péče v praxi, 2004
Matějček, Z. a kol.: Osvojení a pěstounská péče, 2002
Matějček, Z. a kol. : Náhradní rodinná péče, 1999
www.adopce.com
www.rodina.cz

Kontakt na autorku:

PhDr. Blažena Papáčková
Krajský úřad Jihočeského kraje, pracoviště náhradní rodinné péče
U Zimního stadionu 1952/2; 370 76 České Budějovice
Tel.: 386 720 644
e-mail: papackova@kraj-jihocesky.cz





VÝVOJ LÉKŮ V REPRODUKČNÍ MEDICÍNĚ

Tomáš Mařík, biochemik

Historie výzkumu, vývoje a výroby gonadotropinových přípravků pro léčbu neplodnosti se prolíná celým 20. stoletím. Již v jeho první dekádě se prokázala spojitost mezi růstem a zráním zárodečných buněk a jejich ovlivněním zvláštními působky (hormony), které se tvořily ve žlázách s vnitřní sekrecí, uložených v oblasti mozku. V následujícím období byla prozkoumána činnost tzv.hypotalamo-hypofyzární osy na zvířecích modelech.V meziválečném období byly studovány výskyt a účinky těchto působků u člověka a kromě jejich účinku na pohlavní žlázy byl popsán jejich výskyt v moči těhotných a postmenopauzálních žen (po přechodu). Již z té doby se datuje první těhotenský test založený na zvýšené koncentraci tzv.choriového gonadotropinu v moči. Naopak v moči postmenopauzálních žen byla popsána zvyšující se koncentrace dokonce dvou podobných ale přesto chemicky rozdílných sloučenin, které byly podle svého různého účinku nazvány folikulostimulační a luteinizační hormon (FSH a LH).

V té době již svou činnost vyvíjela řada firem, které svou činnost založily na extrakci různých sloučenin z biologických tkání a tekutin. Mezi nimi i holandský Organon, který v roce 1932 přichází s prvním komerčně nabízeným choriovým gonadotropinem, který se (dodnes!!) používá k indukci ovulace.V našem archivu máme krabičku Pregnylu v češtině z roku 1941: to svědčí, že ani na náš trh neměly gonadotropiny dalekou cestu.V té době byly zdrojem především tkáně: placenta a podvěsek mozkový (hypofýza). Zvláště u hypofýzy se navíc zpočátku jednalo o zvířecí orgány a to, spolu s nedokonalými extrakčními postupy a přirozeně omezenými možnostmi pro kontrolu bezpečnosti, vedlo k malé účinnosti těchto přípravků s velkými zdravotními riziky.

Na začátku 2. poloviny 20. století se na cestě k větší bezpečnosti při podání biologických extraktů přechází na lidské hypofýzy, jejich nedostatek je ale brzdou jak výzkumu tak použití v běžné praxi. Nicméně první těhotenství po jejich podání byla již v té době popsána. Alternativní zdroj gonadotropinů pro komerční využití byl koncem padesátých let minulého století objeven v moči.To však znamenalo především nutnost vybudovat síť sběrných míst v místech soustředění většího množství žen daných parametru, přičemž jistě složitější to bylo pro postmenopauzální než pro těhotenskou moč. Zvláště ženské kláštery přispěly významně k tomu, že koncem padesátých let byly vybudovány podmínky pro rentabilní komerční výrobu menopauzálního gonadotropinu (hMG) – tedy směsi zhruba stejných množství folikulostimulačního a luteinizačního hormonu.





V následujících více než 20 letech pak přípravky menopauzálního a choriového gonadotropinu umožňují léčbu anovulační sterility, tedy případů, kdy reprodukční systém ženy je v normálu kromě dozrání a uvolnění vajíčka z folikulu. Nepomáhají však v situaci, kdy vejcovody jsou neprůchodné i přes pravidelné ovulační cykly. Tento mechanický problém překonávají v roce 1978 angličtí lékaři Edwards a Steptoe, kteří bez působnosti gonadotropinů umožňují těhotenství spojením zárodečných buněk „ve zkumavce“, přenesením vzniklého embrya do dělohy a po úspěšném normálním těhotenství se rodí Louisa Brownová, první IVF dítě na světě. Práce s jedním vajíčkem přirozeně dozrálým v normálním menstruačním cyklu však velmi omezuje úspěšnost nové metody. A zde vstupují na scénu opět močové gonadotropiny: jejich podáním v určitém protokolu je možno dosáhnout dozrání většího počtu vajíček, která po fertilizaci laboratorně promytými spermii „ve zkumavce“ poskytnou více embryí a jejich společným přenosem do dělohy je možno výrazně zvýšit úspěšnost této procedury. Nastupuje období multidisciplinárního oboru, který dnes nazýváme reprodukční medicínou.

V osmdesátých letech minulého století ukázalo sledování úspěšnosti postupů asistované reprodukce, že dominantní úlohu v procesu zrání folikulů má hormon FSH a dokonce, že hormon LH může mít na kvalitu vajíček, získaných pro IVF (in-vitro-fertilizaci) negativní účinek. Na trhu se globálně objevují první gonadotropiny na bázi pouze FSH, ačkoliv obsah balastních neúčinných bílkovin je u nich stále vysoce převažující. Avšak stále úspěšnější technika asistované reprodukce umožňuje stále většímu počtu neplodných párů splnit si do té doby těžko splnitelný sen – přivést na svět biologicky vlastního potomka. Začíná být jasné, že kapacita sběru moči nebude do budoucna stačit zvyšující se poptávce po léčbě neplodnosti.

Kromě kapacitních problémů se objevuje jiný velký problém: v biologických extraktech jsou detekovány pomalé viry, působící záhadná úmrtí léčených pacientů. Dobře známým příkladem je Creutzfeld-Jacobova choroba, na niž zemřela řada pacientů, léčených extrakčním růstovým hormonem z hypofýz zemřelých. Nároky na bezpečnost léků extrakční povahy se začínají zvyšovat. Staré ženy berou stále více léků na své nemoci a jejich metabolity se přirozeně dostávají do moče. Nároky na purifikaci výsledných léků rostou, detekční techniky na průkaz biologicky aktivních cizorodých látek v extraktech se rovněž propracovávají.

Naštěstí se v téže době rodí z vědeckého pokroku v biologických vědách biotechnologie a možnosti ovlivnění tvorby bílkovin změnou genetické informace v jádře produkční buňky vedou k vývoji kultury zárodečných buněk čínské křečka, která syntetizuje podle předlohy uměle zabudované do jaderné DNA přesnou kopii molekuly folikulostimulačního hormonu. Tzv. rekombinantní FSH přichází po dlouhých letech klinického zkoušení do klinické praxe na začátku poslední dekády minulého století. Právě včas: v té době činí kapacita sběru menopauzální moči přes 200 milionů litrů na celém světě a nejde ji prakticky zvyšovat bez snížení nároků na kontrolu bezpečnosti zdrojů. Ostatně, již v tomto období je sběr moči v civilizované





Evropě minimální a hlavní tíhu přebírají kontinenty, které s moderním farmaceutickým průmyslem nespojujeme: Asie a Jižní Amerika. Rekombinantní biotechnologie umožňují bezpečnou produkci zcela čistých gonadotropinových přípravků, které jsou účinnější, bezpečnější, konsistentní šarže od šarže a komfortnější pro injekční podání ve srovnání s generací močových gonadotropinů. S Organonem je spojena letos již desetiletá historie léčby neplodnosti rekombinantním FSH.

Můžeme směle prohlásit, že naše republika vždy držela krok s vývojem reprodukční medicíny. První IVF dítě se narodilo v Brně již v roce 1982 a k dispozici byla (a je stále) jak paleta močových tak později i rekombinantních gonadotropinů. Po uvedení na trh v roce 1989 se produkt Organonu stal naším nejprodávanějším gonadotropinem již po čtyřech letech na trhu a tuto pozici drží stále. A to i přes fakt, že si na něj musí neplodné páry připlatit, na rozdíl od většiny močových gonadotropinů, které zůstávají v režimu plné úhrady zdravotními pojišťovnami.

Vývojem rekombinantních gonadotropinů se jako uzavírá možnost dalšího pokroku. V současnosti jsme spíše svědkem zdokonalování aplikačních forem a jako nejkomfortnější se jeví injekční pero, které je dobře vyzkoušeno z diabetologie. Možnost efektivní manipulace s dynamikou růstu a zrání folikulů pro získání nejvyššího bezpečného množství vajíček pro metody asistované reprodukce se dosahuje kombinací gonadotropinů s analogy gonadotropin-releasing hormonu. Jednotlivé protokoly, které je možno použít, jsou takto šity na míru individuálním potřebám jednotlivých pacientek.

Výzkumné snažení se přesouvá na možnost prodloužit biologický poločas působení gonadotropinů s cílem omezit počet nutných injekcí a zřejmě vzdálenější metou může být i vývoj orálně podávaného gonadotropinu. To je však zatím snem všech výzkumníků na tomto poli.

Reprodukční medicína se rozvíjí jako jeden z nejdynamičtějších multidisciplinárních oborů lékařství dneška. Je to dáno i potřebami zemí tzv. západního světa, v nichž přibývá nechtěně bezdětných párů jako důsledek odkládání rodičovství do let po vybudování kariéry a čím dále vyššího životního standardu. Kromě toho se lidská plodnost snižuje jako následek mnoha civilizačních vlivů (zamoření životního prostředí, stres) a nepříznivá demografická situace ve většině zemí včetně České republiky ukazuje na sociální a ekonomické problémy, které tento vývoj přináší.

Kontakt na autora:

RNDr. Tomáš Mařík

Organon, s.r.o., IBC – Pobřežní 620/3

186 00 Praha 8

e-mail: marikt@organon.cz





Reprodukční zdraví 2006
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, 2006
Náklad: 2000 ks
ISBN 80-7040-855-3

