



národní
úložiště
šedé
literatury

Reprodukční práva žen a mužů

Sovová, Petra; Königsmarková Ivana; Doleželová-Jachanová; Alexandra; Sokáčová, Linda (ed.)
2006

Dostupný z <http://www.nusl.cz/ntk/nusl-393183>

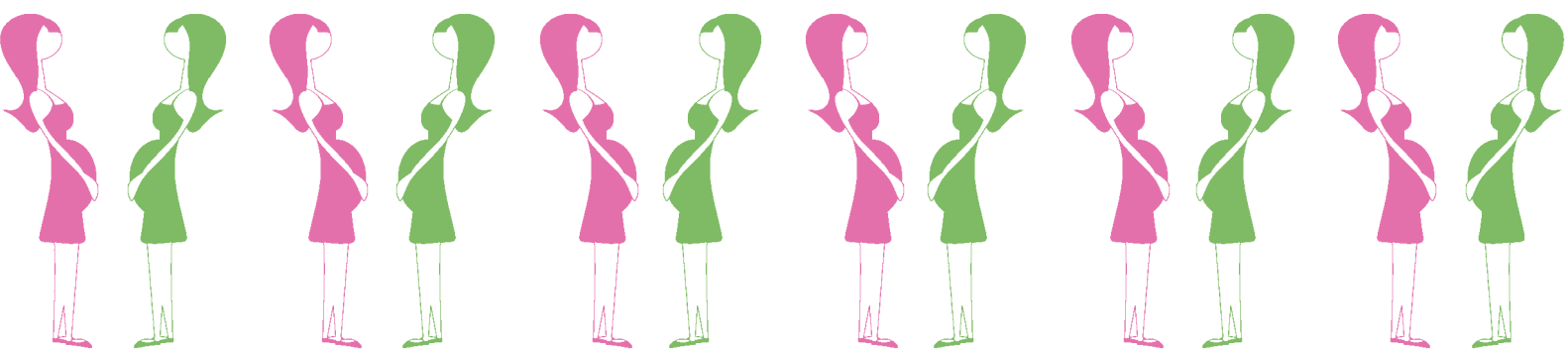
Dílo je chráněno podle autorského zákona č. 121/2000 Sb.

Tento dokument byl stažen z Národního úložiště šedé literatury (NUŠL).

Datum stažení: 26.03.2019

Další dokumenty můžete najít prostřednictvím vyhledávacího rozhraní nusl.cz .

REPRODUKČNÍ PRÁVA ŽEN A MUŽŮ



REPRODUKČNÍ PRÁVA ŽEN A MUŽŮ:

Vydává Gender Studies, o.p.s., Gorazdova 20, 120 00 Praha 2 v roce 2006.

<http://www.feminismus.cz>

<http://www.genderstudies.cz>



Editorka: Linda Sokačová

Jazyková redakce: Alena Králíková

ISBN: 80-86520-16-1

OBSAH:

Úvod: proč se zajímat o reprodukční práva?

Linda Sokačová

Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče

Petra Sovová

Genetický screening: Svobodná volba?

Ivana Königsmarková

Sexuální výchova → prevence interrupcí, AIDS a cesta k odpovědnému partnerství a rodičovství

Alexandra Jachanová Doleželová

REPRODUKČNÍ PRÁVA ŽEN A MUŽŮ

POSILOVÁNÍ REPRODUKČNÍCH PRÁV JE CESTOU K ODPOVĚDNÉMU RODIČOVSTVÍ A PARTNERSTVÍ
LINDA SOKAČOVÁ – GENDER STUDIES, O.P.S.

Reprodukční práva žen a mužů znamenají, že jakákoli osoba nebo pár se může svobodně a odpovědně rozhodnout kolik, v jakém intervalu, kdy a zda mít děti. Zahrnují také možnost rozhodnout se o podstoupení či nepodstoupení interrupce. Nedílnou součástí je právo na informace a prostředky, které přispívají k sexuálnímu a reprodukčnímu zdraví žen i mužů.

Jak jsou reprodukční práva ošetřena v mezinárodních dohodách?

Právo na reprodukční zdraví, plánované rodičovství, na informace a vzdělávání v oblasti reprodukčních práv je zakotveno v řadě mezinárodních dokumentů a dohod. Jedním z nejzásadnějších přelomů byla v této souvislosti Mezinárodní konference o populaci a rozvoji, jež se konala v Káhiře v roce 1994. Zúčastněné vlády se shodly na důležitosti všeobecného přístupu ke službám zajišťujícím reprodukční zdraví. Zde i na dalších mezinárodních kongresech (jako např. na 4. konferenci o ženách v Pekingu) byl rovněž definován obsah pojmu reprodukční práva: právo rozhodnout se o tom, zda, kolik a kdy mít děti, svobodně se rozhodnout o manželství a založení rodiny atd.

Kde je problematika reprodukčních práv obsažena?

- ▶ dokumenty přijaté na Mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji (1994)
- ▶ 4. konference o ženách v Pekingu (1995)
- ▶ Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (CEDAW) klade na reprodukční práva stěžejní důraz, když říká, že role ženy v rození dětí by neměla být základem pro diskriminaci. K tomuto ustanovení se vrací různé části této úmluvy.
- ▶ Listina základních práv Evropské unie (např. právo na tělesnou a duševní integritu, právo na soukromý a rodinný život, svoboda projevu a právo na informace, právo na přístup ke zdravotním službám).
- ▶ Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Co se za pojmem reprodukční práva skrývá?

- ▶ Reprodukční zdraví žen a mužů: právo na přístup ke zdravotním službám
- ▶ Reprodukční rozhodování: zda, kdy a kolik dětí mít, právo na informace a prostředky, které jsou důležité pro toto rozhodování

- ▶ Sexuální a reprodukční bezpečí, včetně ochrany před sexuálním násilím a práva na soukromí

Podpora sexuální výchovy a informovanosti v oblasti reprodukčního a sexuálního chování a rodičovství

Důležitým prostředkem k odpovědnému rozhodování žen a mužů v oblasti rodičovství je sexuální výchova dětí a mládeže, stejně jako informační kampaně zaměřené na plánované rodičovství a odpovědné sexuální chování. Efektivní sexuální výchova by se měla rovnou měrou zaměřovat na dívky a chlapce, ženy i muže.

Právo mládeže na zdraví, jež zahrnuje také reprodukční zdraví, je také součástí Úmluvy o právech dítěte z roku 1990. Na Mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji souhlasily zúčastněné státy s přijetím iniciativ v poskytování informací vedoucích k pochopení vlastní sexuality a informací, které umožňují ochranu mládeže před nechtěným těhotenstvím a sexuálně přenosnými chorobami.

Propagace antikoncepce

Antikoncepce je prostředkem plánovaného rodičovství, prevencí interrupcí a sexuálně přenosných chorob. Z hlediska odpovědného sexuálního a reprodukčního života je důležité zvyšovat informovanost o různých antikoncepčních metodách a prostředcích a usnadňovat dostupnost antikoncepce pro dospělé i mládež.

Reprodukční zdraví

Reprodukční zdraví je součástí celkové fyzické, mentální a sociální pohody, a ne pouze stavem bez nemocí či vad. Reprodukční zdraví umožňuje vést uspokojivý a bezpečný sexuální život a reprodukci, stejně jako svobodně se rozhodnout, zda, kdy a kolik dětí mít.

Nezbytnou podmínkou je zajištění přístupu žen a mužů ke kvalitní zdravotní péči zohledňující reprodukční zdraví, jež na základě partnerského přístupu zprostředkovává služby a informace týkající se reprodukčního zdraví a života (např. ty vztahující se k období před/ při a po porodu, těhotenství, asistované reprodukci apod.).

Svobodné rozhodování v otázce interrupcí

Nedílnou součástí reprodukčních práv je rozhodnutí, zda mít či nemít děti. Svobodná volba v otázce interrupcí znamená, že každá žena má mít právo se v případě neplánovaného těhotenství rozhodnout, jestli podstoupí, nebo nepodstoupí interrupci. Legislativa by pak měla zaručovat možnost bezpečné interrupce, jež za standardních podmínek neporuší reprodukční zdraví. Rozhodující roli hraje

i přístup k dostatečnému množství informací a odborné pomoci, které umožní skutečně odpovědné rozhodnutí.

Koncept dostupnosti svobodné volby vychází z předpokladu, že řada žen v současné společnosti řeší interrupcí problém neplánovaného či nechtěného těhotenství ze sociálních, ekonomických či psychologických důvodů, a proto je vhodnější zajistit jejich odborné a bezpečné provádění. To omezuje nelegální a často nebezpečné provádění interrupčních zákroků v sektoru černé či šedé ekonomiky, k němuž dochází, pokud jsou interrupce legislativně zakázány.

Svobodná volba v otázce interrupcí rozhodně neznamená propagaci interrupcí jako běžné součásti života či „antikoncepčního prostředku“.

Cesty k omezování počtu interrupcí:

- ▷ včasná a kvalitní sexuální výchova (především na základních a středních školách)
- ▷ zvyšování informovanosti v oblasti sexuálního chování, rodičovství, partnerství a antikoncepčních metod
- ▷ vytváření prostředí vstřícného rodičovství (rozvoj rodinné politiky apod.)
- ▷ podpora rovných příležitostí pro ženy a muže (včetně odstraňování diskriminace na základě pohlaví)
- ▷ podpora opatření zajišťující sladování osobního a pracovního života (např. různé formy flexibilního pracovního uspořádání apod.)

Boj proti HIV/AIDS

V globálním měřítku je součástí činnosti organizací a institucí, které se zaměřují na reprodukční práva, také boj proti HIV/AIDS. V posledních dvaceti letech zemřelo na tuto nemoc dvacet milionů lidí a osiřelo kolem patnácti milionů dětí. Nejohroženějšími skupinami jsou ženy a mladé ženy (mezi 15 a 24 roky). V subsaharské Africe je tímto virem nakaženo o pět milionů více žen než mužů. To má za následek také zvýšení počtu nakažených dětí.

Aktivity proti násilí na ženách

Pekingská deklarace a Platforma pro akci definují násilí na ženách jako „jakýkoli akt genderového násilí, který má za následek, nebo by mohl mít za následek, fyzické, sexuální a psychologické poškození“. Sexuální násilí na ženách je porušením základních lidských práv a svobod. Sexuální násilí také zahrnuje porušování ženských reprodukčních práv (jako např. vlastní kontrolu sexuality a reprodukce). Mezi zásadní porušování reprodukčních práv patří znásilnění, ženská obřízka nebo nucená sterilizace.

Ochrana před sexuálním násilím je zakotvena v řadě mezinárodních úmluv a dohod, které se zabývají lidskými právy. Jde např. o Úmluvu o odstranění všech forem diskriminace žen – CEDAW (zákaz obchodu se ženami), Úmluvu o právech dítěte (zákaz sexuálního zneužívání a vykořisťování dětí) a Římskou smlouvu ustanovující Mezinárodní trestní tribunál z roku 1998. Tato smlouva říká, že znásilnění, sexuální otroctví, nucená prostituce, nucené těhotenství a sterilizace a všechny další formy sexuálního násilí jsou považovány za zločin proti lidskosti a za válečný zločin.

Vzdělávání v oblasti reprodukčních práv a zprostředkovávání všech relevantních informací laické veřejnosti významně přispívá k odpovědnému sexuálnímu a reprodukčnímu chování, partnerství a rodičovství. Spolupráce neziskových organizací s osobami v rozhodovacích pozicích a odbornou veřejností pak vede k rozvoji politik a opatření, které napomáhají odpovědnému rozhodování v oblasti plánovaného rodičovství, interrupcí, a k vytváření prostředí vstřícného rodičům, ale také těm, kteří se rozhodnout děti nemít či těm, kdo je mít nemohou.

Na následujících stranách vám přinášíme základní informace o právech žen a mužů před/při a po porodu, genetickém screeningu i sexuální výchově. Tyto informace jsou nedílnou součástí reprodukčních práv a dotýkají se života a informovaného rozhodování každého z nás.

PRÁVA ŽEN V TĚHOTENSTVÍ, BĚHEM PORODU A PRÁVA RODIČŮ V POPORODNÍM OBDOBÍ Z HLEDISKA VOLBY MEDICÍNSKÉ PÉČE

Petra Sovová – Hnutí za aktivní mateřství

OBSAH

Úvod

Perinatální péče v zemích EU

Porody v České republice

České porodní aktuality

Problematické postupy běžně užívané v českých porodnicích pohledem výzkumů

Použitá a doporučená literatura

Úvod

Jakmile žena v České republice otěhotní a navštíví svého gynekologa či gynekoložku, stává se pacientkou. Během těhotenství absoluuje sérii početných invazivních i neinvazivních vyšetření, která vyvrcholí porodem – často vysoce medikalizovanou záležitostí. Mnohé ženy jsou přesvědčeny, že je jejich povinností se celé této mašinérii podřídit a že nemohou průběh těhotenství ani porodu po odborné stránce ovlivnit. Mnohé mají rovněž zato, že aplikované postupy jim zaručí živé a zdravé dítě.

Vidíme zde dva základní okruhy otázek: **Mají české rodičky zákonnou možnost ovlivnit odbornou péči? Jednoduše – jsou svéprávné? A jak obstojí některé rutinní či nadužívané postupy v konfrontaci s výsledky odborných výzkumů?**

Tyto dva okruhy otázek spolu souvisejí. Vyspělá lékařská věda často pro některé specifické situace nabízí dvě i více různých řešení. Kdo jiný by měl rozhodnout o volbě některého z nich, když ne řádně informovaný pacient/pacientka, zde rodička, respektive po porodu oba rodiče? Postupy používané rutinně v České republice shrnuje a z hlediska bezpečnosti vyhodnocuje stručná příloha „Problematické postupy běžně užívané v českých porodnicích pohledem výzkumů“.

Z právního hlediska můžeme problematiku shrnout jednoduše: po celé těhotenství až do okamžiku porození je plod součástí těla matky a tak ho vnímá i náš právní řád. Jen matka může rozhodovat o všech vyšetřeních a zákrocích s výjimkou situací, kdy je bezprostředně ohrožen její život.

„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informová-

na o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může svůj souhlas kdykoliv svobodně odvolat.“ *Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. M. s., o přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (Kap. II, Čl. 5)*

Po porodu se zákonnými zástupci dítěte (dětí) stávají oba rodiče – opět jen oni mohou rozhodovat o péči, která mu bude poskytována, i zde s výjimkou život ohrožujících situací. Pokud dojde k situaci, že lékařské zařízení hospitalizuje či léčí proti vůli pacienta/pacientky či jejich zákonných zástupců, je povinno do 24 hodin informovat příslušný soud.

Obecně závazné předpisy, vztahující se ke zdravotní péči:

- ▶ Listina základních práv a svobod (2/1993 Sb.)
- ▶ Úmluva o lidských právech a biomedicíně (96/2001 Sb.)
- ▶ Úmluva o právech dítěte (104/1991 Sb.)
- ▶ Zákon o ochraně veřejného zdraví (258/2000 Sb.)
- ▶ Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (96/2004 Sb.)
- ▶ Zákon o veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.)
- ▶ Zákon o rodině (94/1963 Sb.)
- ▶ Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.)
- ▶ Zákon o umělém přerušení těhotenství (66/1986 Sb.)
- ▶ Zákon o matrikách, jménu a příjmení (301/2000 Sb.)

- ▶ Vyhláška MZ o očkování proti infekčním nemocem (439/2001 Sb.)
- ▶ Směrnice rady ES o porodních asistentkách (80/155/EHS)

Jak může vypadat putování ženy těhotenstvím k porodu? Pomocí těhotenského testu či podle typických příznaků si žena diagnostikuje těhotenství, případně ho diagnostikuje na základě vyšetření její gynekolog/gynekoložka. Brzy začne gynekologickou ordinací pravidelně navštěvovat, většinou jednou měsíčně. Preventivní perinatální péče během 20. století nemalou měrou přispěla ke snížení mateřské a novorozenecké mortality a morbidity. Dnes však často připomíná přehlídku technických vynálezů a složitých zákroků, jejichž přemíra může naopak komplikace spíše přinášet: častá ultrazvuková vyšetření, vnitřní vyšetřování, amniocentéza (odběr plodové vody jehlou skrz břišní stěnu), plošné a velmi rozšířené předepisování syntetických vitamínů a minerálů, rutinní screening genetických vad (a vybízení žen k interrupci, pokud vyšetření ukazuje na možné postižení dítěte), téměř rutinní test výskytu těhotenského diabetu atd.

V posledních týdnech je těhotná zvána na kontroly častěji; poslední měsíc většinou dochází do porodnice, kterou si zvolila. Na velkém pracovišti se nacházejí přístroje ještě vyspělejší a dále přibývá „technických“ vyšetření na úkor osobní péče: porodní asistentky ani lékařky/lékaři nemají prostor věnovat se ženám ve velkých zařízeních individuálně. Žena je pravidelně připojována na „monitor“, který sleduje děložní činnost a ozvy dítěte, častá jsou i vyšetření ultrazvukem.

Žena tím spíše ztrácí pocit, že těhotenství a porod jsou přirozenou součástí jejího života. Ztrácí kontrolu nad svým stavem i tělem a předává ho vyspělé technice. Porod je jen pokračováním tohoto děje: žena je přesvědčena, že bez vysoce odborného dozoru (a zejména bez vysoce odborných zásahů a vyspělé techniky) není její tělo schopno porodit. Porod je na ní doslova „proveden“. Vyústěním této jen zdánlivě extrémní situace je nespokojenost se sebou, špatné přijetí dítěte, problémy s kojením a velmi rozšířené poporodní deprese. Žena ovšem může mít pocit, že „to tak musí být“.

Jak by mohlo vypadat harmoničtější těhotenství a porod? Česká legislativa považuje plod za součást matčina těla – jen ona tedy rozhoduje, jakým vyšetřením a zásahům se podrobí. Může využít svobodné volby poskytovatele péče a vybrat si lékaře/lékařku či porodní asistentku podle svých představ. V každém případě může těhotná i rodící žena péči ovlivňovat – je jen na ní, kolik ultrazvukových vyšetření podstoupí, jak často bude navštěvovat odborníka a ve kterém stadiu těhotenství k němu začne docházet.

Na trhu je dostatek kvalitní vědecké i „populární“ literatury na toto téma, je vhodné navštěvovat i dobrý předporodní kurz. Těhotné a rodící ženy mají právo se svých lékařů/lékařek a porodních asistentek ptát, a oni mají zpětně povinnost ji informovat nejen o přínosech, ale i rizicích všech vyšetření a zákroků.

Obecně lze říci, že náš systém a zdravotnický přístup spíše uspokojí ženu, která si přeje být pod kontrolou nejnávšpělejší techniky a pro jistotu absolvovat nejnáročnější (v neposlední řadě i nejdražší) vyšetření, i když je její zdravotní stav třeba vůbec nevyžaduje, než ženu, která požaduje základní, přirozenější a osobnější péči. Ta bude mít rozhodně problémy s prosazováním svých (ač legitimních) požadavků.

PERINATÁLNÍ PÉČE V DALŠÍCH ZEMÍCH EU

Ve většině zemí EU si žena může vybrat ze široké nabídky péče v těhotenství, během porodu i po něm – může docházet ke svému praktickému lékaři/lékařce, gynekologovi/gynekoložce, může si zvolit i péči porodní asistentky, s níž – pokud se těhotenství dobře vyvíjí – může prožít i porod. Žena si volí i místo porodu: v nabídce jsou bohatě technicky vybavené kliniky, kde lze родit ambulantně (tj. 5 – 12 hodin po porodu odejít domů), ale lze si připlatit i delší, „hotelový“ pobyt. Dále si ženy vybírají z velkého množství porodních center či porodních domů (jichž je např. v Německu kolem 70), zde se rodí většinou ambulantně, ale pobyt navíc si lze rovněž přikoupit. I porod doma je v oficiální nabídce – podíl žen, které ho volí, je průměrně kolem 1 – 3 % žen (kromě Nizozemí, kde rodí doma průměrně 35 % prvorodiček a 60 % vícerodiček). Pro porod doma ženy většinou využívají péči porodní asistentky.

Ženy si z nabídky péče vybírají nejen dle svého naturelu, ale samozřejmě i s přihlédnutím ke svému zdravotnímu stavu. Pokud je žena v péči porodní asistentky a ta během těhotenství zjistí odchylky od normálního stavu či jiné varovné signály, odešle ženu na vyšetření ke specialistovi nebo ji předá do sekundární péče (tj. na pracoviště, specializované na patologii). Podobně porodní asistentka postupuje během porodu. V případě předzvěstí komplikací, které jen výjimečně nastávají náhle a nečekaně, odveze ženu do porodnice (většinou svým vozem nebo vozem rodiny, kde se porod odehrává, zřídka volá vůz záchranné služby). S nemocnicí se často v průběhu transportu rodící ženy porodní asistentka telefonicky spojí, aby nedošlo k časové prodlevě (když je kupříkladu třeba rychle připravit operační sál k císařskému řezu, svolat personál atd.). Pokud se během cesty do porodnice stav ženy upraví a vyšetření to potvrdí, žena se v doprovodu své porodní asistentky může vrátit domů a porodit tam.

PORODY V ČESKÉ REPUBLICE

Vraťme se do České republiky. I zde se nabídka rozšiřuje, zejména tím, že svou péči nabízejí i samostatné porodní asistentky. Rychle se zlepšuje zdravotnický přístup v porodnicích, zčásti pod vlivem přílivu informací ze zahraničí, zčásti pod tlakem uvědomělých a vzdělaných žen, respektive rodičů. Rigidní přístup ale stále převládá, ačkoliv je v rozporu jak s obecně závaznými dokumenty (mezinárodními smlouvami, zákony a vyhláškami), tak s odbornými doporučeními, která vyplývají z nejnovějších spolehlivých výzkumů. Lékaři/lékařky se většinou odvolávají na stanoviska a doporučení ministerstva zdravotnictví a svých profesních organizací (zejména České gynekologicko-porodnické společnosti) a vydávají je za zákonnou normu, ačkoli tato doporučení nejsou pro rodičky právně závazná.

Projevuje se závažný nedostatek na straně českých zdravotníků – jejich právní povědomí je velmi nízké. Zejména to platí u těch, kdo pracují ve velkých zařízeních. Během dlouhého studia medicíny se medicí/medičky, ale i budoucí porodní asistentky, s tématy jako jsou práva pacientů, komunikace s nimi a lékařská etika setkávají minimálně.

Porodnice lze v této souvislosti rozdělit z hlediska „autoritativnosti“ přístupu a „lidskosti“, přičemž nemusí nutně platit, že ty „lidské“ jsou méně rigidní – zdravotníci v nich často jen dovedou vnucovat nevyžádanou péči a manipulovat s klientkami obratněji a s úsměvem. Rozdíly v přístupu porodnic jsou značné – některé se blíží zařízením západního střihu (tzn. žena je respektována ve svých roz-

hodnutích); jiné jsou stále velmi „nedemokratické“ – a takových je většina.

Speciální kapitolou je ambulantní porod. V obdobích, kdy české porodnice úpí pod náporom rodiček, by se zdálo, že jde o ideální řešení: ženy, které dávají přednost poporodní péči v domácím prostředí, prostě odejdou s dětmi domů a péči o ně převezmou samostatné porodní asistentky a pediatři/pediatřičky. Prosadit si ovšem ambulantní porod je v praxi velmi obtížné. Přestože neexistuje žádná zákonná norma, která by tomu zabráňovala, rodiče se většinou při vyřčení tohoto požadavku v porodnici dozví, že „u nás se to nesmí“, případně „vy můžete odejít, ale dítě tu musí zůstat“. Kromě „bezprostředního ohrožení života dítěte“ (což je argument, který z právního hlediska u fyziologického novorozence neobstojí) se zdravotníci odvolávají na doporučení Ministerstva zdravotnictví z roku 2002, v němž se uvádí, že zdravý novorozenec může být propuštěn z porodnice až po uplynutí 72 hodin. Zapomínají přitom na fakt, že jde pouze o doporučení, rodiče tedy nemají zákonnou povinnost se jím řídit. Ve skutečnosti je rozhodnutí odejít s dítětem domů jen na rodičích jako zákonných zástupcích dítěte.

Manželé M. přivedli své dítě na svět na jaře 2006 v jedné pražské porodnici. Vše proběhlo v pořádku a matka s dítětem se brzy po porodu rozhodla odejít domů a využít péče samostatné porodní asistentky, k níž docházela už do těhotenské poradny. Ošetřující lékař byl rozhodně proti. Tvrdil, že porodnice nese za matku i dítě zodpovědnost a propustit je nesmí. Odvolával se přitom na výše zmíněné doporučení ministerstva zdravotnictví, podle něhož by ani zdravý novorozenec neměl porodnici opustit dříve než po 72 hodinách. Rodiče marně trvali na svém, přesvědčovali, argumentovali domluvenou péčí porodní asistentky i pediatra. Nakonec odešli z ústavu tajně, bez souhlasu zdravotníků, matka se nedůstojně převlékla ve výtahu.

Ředitelství porodnice oznámilo událost policii a příslušnému sociálnímu odboru. Policie se odmítla případem zabývat (zcela v souladu se zákonem – rodiče nespáchali žádný trestný čin ani přestupek), obvodní sociální pracovnice rodinu doma navštívila a s omluvami „provedla šetření“ (tj. zkontrolovala „věci na miminko“).

Navzdory potížím, které jim volba ambulantního porodu přinesla, hodnotí rodiče své rozhodnutí pozitivně.

ČESKÉ PORODNÍ AKTUALITY

Z možností využívaných v zahraničí zatím v České republice chybí zejména dostatek samostatně registrovaných porodních asistentek a porodní domy. Porodní dům je zařízení poskytující ambulantní primární porodnickou péči. Atmosférou a prostředím navozuje pocit domova a zároveň zajišťuje odbornou péči profesionálních zdravotníků (zejména porodních asistentek).

Dosud není v ČR oficiálně povoleno rodit v porodním domě, ač už jeden existuje a sílí snahy založit další. Přibývá ovšem žen, které volí porod v bezpečí domova a za odborné pomoci porodní asistentky. Narozdíl od většiny ostatních zemí EU však u nás tato péče není hrazena zdravotními pojišťovnami, rodiče ji musí hradit přímo.

Zatímco porodní dům rodičky přijímat nesmí, porodům doma legislativa nijak nebrání. I porodní asistentka pomáhá ženě při porodu doma v souladu se zákonem (viz Zákon č. 96/2004 Sb.).

Úskalím porodů doma je fakt, že zájemkyň z řad matek sice přibývá, počet vzdělaných a zkušených registrovaných porodních asistentek ochotných k porodům doma docházet však stagnuje. Důvodů je celá řada: obávají se profesní nesvobody a existenčních potíží, ale i neochoty zdravotních pojišťoven podepisovat s nimi smlouvy.

Podle odhadů Hnutí za aktivní mateřství a Unie porodních asistentek proto více než polovina domácích porodů proběhne bez náležité odborné péče. Není tomu snad proto, že by tyto ženy péči odmítaly, ale proto, že v jejich regionu není dostupná. Samostatně registrované porodní asistentky (oficiální název zní „nestátní zdravotnické zařízení porodní asistentka“) sídlí zejména v Praze a dalších velkých městech: nemohou tedy přijímat klientky ze vzdálenějších míst, protože by jim nemohly zajistit bezpečnou péči.

Dalším velkým problémem je špatně fungující návazná péče v případě, že porodní asistentka na základě zjištěných komplikací převezme ženu do nejbližší porodnice. I dnes se stává, že se personál nezačne ihned věnovat rodičí ženě, která potřebuje odbornou pomoc, ale řeší „nezodpovědnost“ porodní asistentky (případně rodičů, pokud u porodu porodní asistentka nebyla). Tato časová prodleva může vážně ohrozit zdraví ženy i dítěte. Přesto si domov jako optimální místo pro svůj porod vybírá každým rokem více žen. Tento údaj bohužel není statisticky samostatně sledován. Statistiky vyspělých zemí však potvrzují, že porod doma se zkušenou porodní asistentkou je jednou z nejbezpečnějších forem péče.

Zpět do porodnice – přes rozšiřování nabídky porodnické péče zůstane právě porodnice místem, jež si zvolí většina žen. Z hlediska prosazování základních lidských práv a svobod je ovšem dosud místem nejproblematictější. Řešením je nejen větší informovanost veřejnosti, ale zejména vůle dodržovat zákony na straně lékařů/lékařek i porodních asistentek.

PROBLEMATICKÉ POSTUPY BĚŽNĚ UŽÍVANÉ V ČESKÝCH PORODNÍCH POHLEDEM VÝZKUMŮ

Odborná supervize: Ivana Königsmarková –
Unie porodních asistentek

Oholení pubického ochlupení

Předpokládalo se, že snižuje riziko infekce a usnadňuje sešití případných porodních poranění.

Pro tuto hypotézu neexistují žádné důkazy. Rutinní užívání může naopak zvýšit pravděpodobnost infekce virem HIV nebo hepatitidou (žloutenkou) jak pro poskytovatele péče, tak pro ženu.

Klystýr

Předpokládalo se, že stimuluje děložní stahy a prázdná střeva umožňují sestup hlavičky. Také se věří, že snižuje znečištění a tím riziko infekce matky i dítěte.

Klystýr je nepříjemný a představuje určité riziko poškození střev. Bez klystýru je případné znečištění většinou jen mírné a snadněji se odstraní než znečištění, které nastane po klystýru. Nebyly zjištěny žádné účinky na délku trvání porodu nebo neonatální infekci či na infekci vzniklou po poranění hráze.

Názor WHO:

Rutinní provádění klystýru je praktika jednoznačně škodlivá, která by měla být eliminována. Výjimkou může být výskyt zácpy, pokud v rané

fázi porodu spontánně neustoupí. V tomto případě však ženě postačí uvolnit malým klyzmatem či k tomu určeným gelem jen anální oblast.

Umělé vyvolání porodu

Lékaři/lékařka k němu může přikročit z více důvodů:

- ▷ obavy o stav dítěte
- ▷ větší pohodlí
- ▷ podezření na příliš velké dítě
- ▷ předčasný odtok plodové vody
- ▷ nález streptokoka skupiny B
- ▷ přenášení

Porod je uměle vyvoláván z mnoha důvodů, ale jen malé procento je skutečně opodstatněné.

Zde se zaměříme na poměrně časté umělé vyvolání porodu z důvodu „přenášení“: těhotenství trvá zpravidla 40 týdnů +- 2 týdny. Do ukončení 42. týdne nelze mluvit o přenášení. Uměle vyvolaný porod v době, kdy na něj matka není připravena, často končí císařským řezem.

Omezování jídla a pití

Řada lékařů se stále domnívá, že jíst a pít během porodu je riskantní, protože v případě podání celkové anestezie (operačního porodu) by mohlo vzácně dojít ke vdechnutí částíček jídla do plic (aspiraci).

Hladovění nezaručuje, že žaludek bude dostatečně prázdný. Celková anestezie se při porodech užívá čím dál méně.

Názor WHO:

Dehydratace a hladovění je pro ženu zdrojem značného nepohodlí a stresu a může nežádoucím způsobem ovlivnit průběh porodu.

Odpírání jídla a pití rodičkám nemá opodstatnění a je zbytečnou a neúčelnou praxí.

Amniotomie (dirupce vaku blan)

Lékaři tento zákrok zdůvodňují tím, že urychluje porod a umožňuje určit kvalitu plodové vody, která je ukazatelem stavu dítěte. Může rovněž porod vyvolat a v neposlední řadě umožňuje zavést tzv. skalpovou elektrodu na hlavičku dítěte.

Rutině prováděná amniotomie má zanedbatelný a těžko odhaditelný přínos a mnoho potenciálních rizik. Časná amniotomie zvyšuje riziko infekce u matky i dítěte a riziko, že bude porod ukončen císařským řezem indikovaným pro tíseň plodu. Amniotomie může být příčinou prolapsu (výhřezu) pupečníku.

Názor WHO:

Amniotomie zkracuje porod o poměrně krátkou dobu a není faktorem, který by měl na délku porodu zásadní vliv. Výzkumy nepotvrdily prospěšnost amniotomie.

Epidurální analgezie a anestezie

Tzv. „epidurál“ je metoda, při níž se vstříkuje chemická látka (anestetikum) kanylou zavedenou do dolní části zad. Dočasně znecitliví nervy od místa vpichu dolů – pokud správně funguje, žena necítí bolestivost stahů.

Mnozí lékaři a lékařky jsou přesvědčeni, že rodička porodními bolestmi zbytečně trpí a považují epidurální analgezi za vhodnou úlevu.

Provádění epidurálů vydělává porodnicím poměrně hodně peněz. O rizicích se příliš nehovoří, proto se jim zde budeme věnovat šířeji.

Epidurální analgezie (EA) zpomaluje porod, vede k častějšímu používání oxytocinu, zvyšuje počet epiziotomií, klešťových porodů, vakuových extrakcí, pravděpodobnost vaginálního instrumentálního porodu a ukončení porodu císařským řezem. EA může výjimečně vyvolat i život ohrožující komplikace (ztráta vědomí, křeče, srdeční zástava, prudký pokles krevního tlaku, nevolnost, zvracení, potíže s dýcháním, poškození mozku, alergický šok, poranění nervů, vznik abscesu, prudké bolesti zad či hlavy, problémy s močením, zimnice, svědění, senzorické potíže, funkční svalové poruchy a úmrtí u matky, tíseň plodu) u matky i dítěte, zvýšit jejich tělesnou teplotu (způsobit horečku) a riziko infekce. Matce může způsobovat dlouhodobé nebo chronické problémy, jako jsou dočasná urinární inkontinence, vznik hematomů, poranění nebo poškození nervů a ovlivňuje její (i partnerovo) vnímání porodu. Možnými, i když dosud nepotvrzenými komplikacemi, jsou neurologické následky, dysfunkce močového měchýře, chronická bolest hlavy, dlouhodobá bolest zad, hučení v uších, nedoslýchavost a senzorické potíže.

Epidurálně podávaná analgetika a anestetika pronikají do organismu dítěte, negativně ovlivňují jeho okysličování, mohou způsobit závažné poruchy srdečního rytmu, vyvolávat dýchací potíže při porodu a komplikovat začátek kojení. Můžou mít nežádoucí vliv na fyzické i psychické zdraví novorozence. Neexistuje ani náznak vědeckého důkazu pro hypotézu, že EA chrání dítě před vznikem plodové tísně. EA narušuje fyziologický proces porodu a negativně ovlivňuje první kontakty a vytváření citového pouta mezi matkou a dítětem.

Porodní bolesti jsou normálním fyziologickým jevem a mají svůj smysl; existuje mnoho přirozených a bezpečných technik, jak utlumit vnímání bolesti při porodu:

- ▷ svobodná volba polohy v 1. i 2. době porodní
- ▷ teplá koupel nebo sprcha
- ▷ masáže, doteky, hypnóza, hudba
- ▷ užívání technik na odvádění pozornosti (určitý rytmus dýchání, vizualizace aj.)

Názor WHO:

Mnoho žen tyto přirozené praktiky hodnotí jako užitečné, nemohou ženu poškodit, lze je tedy doporučit. Farmakologické metody by nikdy neměly nahradit osobní pozornost a láskyplnou péči o rodící ženu.

Řízené tlačení

Rutinním postupem některých porodnic je stanovit počátek 2. doby porodní diagnostikováním úplné dilatace (otevření) děložního hrdla a rodičku povzbuzovat k tlačení bez ohledu na její vlastní pocity.

Názor WHO:

Fyziologický postup spočívá ve vyčkávání, dokud žena sama necítí potřebu tlačit, tj. dokud se reflex tlačení neobjeví spontánně. Tento postup je pro ženu snazší, nemá ani žádné nebezpečné následky pro plod nebo výsledek porodu a celkovou dobu tlačení zkracuje. Tlačení řízené personálem porodnice nepřináší žádné výhody. WHO řadí tento postup mezi postupy nevhodně používané.

Episiotomie (nástřih hráze)

Předpokládá se, že nástřih je méně bolestivý než natržení. Má se za to, že je také prevencí inkontinence a vzniku hlubokých trhlin, zasahujících do řitního svěrače.

Ve srovnání se spontánně vzniklými trhlami není méně bolestivý, naopak je mnohem bolestivější. Anální poranění zřídka vznikají jinak než jako samovolné pokračování nástřihu a zvyšují pravděpodobnost fekální inkontinence, vzniku infekce a bolesti při pohlavním styku.

Názor WHO:

Neexistují žádné spolehlivé důkazy o tom, že liberální nebo rutinní provádění episiotomie má příznivé účinky, existují však jasné důkazy o tom, že může způsobit škodu.

Přerušovaný kontakt matky a dítěte

V mnoha porodnicích dochází k separaci dětí a matek z důvodů odnášení dětí na různá vyšetření a zákroky, k observaci na novorozeneckém oddělení či zahřátí podchlazených dětí v inkubátoru. Častým důvodem je rovněž snaha, aby si matky odpočinuly.

Názor WHO:

Tělesný kontakt s matkou je nejlepším prostředkem k udržování tělesné teploty dítěte. Tento kontakt je doporučován i z důvodů psychologických: podněcuje vzájemné seznámení matky a dítěte a poskytuje dítěti důležitý pocit bezpečí. Pro zdravotní stav novorozence je výhodné, když se setkává s bakteriemi na kůži své matky, nikoliv s bakteriemi poskytovatelů péče. Dítě by mělo být v těsné blízkosti své matky ve dne i v noci a mělo by k ní mít neustále neomezený přístup.

WHO radí omezení kontaktu matky a dítěte po porodu mezi praktiky prokazatelně škodlivé, které by se měly vyloučit.

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA:

GOER, Henci: *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. One Woman Press, 1999

ODENT, Michel: *Znovuzrozený porod*. Argo, 1995 a 2000

STADELMANNOVÁ, Ingeborg: *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. One Woman Press, 2001

SIMKINOVÁ, Penny: *Partner u porodu*. Argo, 2000

WHO (kolektiv autorů): *Péče v průběhu normálního porodu*. Ministerstvo zdravotnictví, 2002

Při své práci jsme vycházela nejen z rozboru textů obecně závazných předpisů vztahujících se ke zdravotní péči (výčet je uveden v textu výše), ale zejména z několika knih:

U posuzování vhodnosti a bezpečnosti zdravotní péče v těhotenství, porodu a v poporodním období jsem využila dvou stěžejních publikací vycházejících pouze z výsledků výzkumů – **M. Enkin, M. J. N. C. Keirse, M. Renfrew, J. Neilson: Efektivní péče v perinatologii** (česky Grada a Avicenum, 1998).

Kolektiv autorů nashromáždil výsledky výzkumů za posledních dvacet let a podrobil je systematickému hodnocení. Kniha je příručím sumářem doporučení, plynoucích z těchto výzkumů.

Strategické dokumenty WHO – Péče v průběhu normálního porodu a Poporodní péče o matku a novorozence – edice Bezpečné mateřství (česky Ministerstvo zdravotnictví 2002)

Příručky jsou určeny pro porodní asistentky a podobně jako předchozí titul vyhodnocují užívané postupy z hlediska užitečnosti, účinnosti, nevhodnosti a škodlivosti a třídí je do 4 kategorií: Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány.

Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a měly by být eliminovány.

Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní.

PRAKTIKY, KTERÉ SE ČASTO POUŽÍVAJÍ NEVHODNĚ.

Tváří v tvář doporučením plynoucím z výsledků výzkumů mnohé v ČR zhusta používané postupy neobstojí, mnohé najdeme v textu příručky právě v kategorii praktik jednoznačně škodlivých nebo neefektivních (např. rutinní provádění klystýru, holení pubického ochlupení, poloha na porodním lůžku s podpěrkami i bez podpěrek, rutinní aplikace ergometrinu ve III. době porodní a další). Rozpory najdeme i v ostatních kategoriích.

Občas slyším námitku, že publikace je určena jen porodním asistentkám v rozvojových zemích – na mezinárodní konferenci Přivádíme děti na svět (Praha 2001) nás Anne Thompson, zástupkyně WHO, ujistila, že nikoliv – výsledky jsou aplikovatelné obecně.

Ještě je třeba zmínit významnou knihu americké autorky **Henci Goer: Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu** (česky One Woman Press 1999). Jde opět o knihu vycházející pouze z výsledků výzkumů; je však napsána přístupnější formou a určena i široké laické veřejnosti.

GENETICKÝ SCREENING SVOBODNÁ VOLBA?

Ivana Königsmarková – soukromá porodní asistentka,
viceprezidentka Unie porodních asistentek

OBSAH:

Úvod

Prenatální diagnostika

Podmínky pro provádění prenatálního screeningu

Jak hodnotí těhotenské screeningu ženy a jak zdravotníci?

Doporučení

ÚVOD

V ČR v současné době zákon řadí těhotenství mezi nemoci nebo stavy ohrožující zdraví, neboť péče o těhotnou je péčí dispenzární nikoli preventivní. Tento postoj se automaticky promítá i do množství vyšetření, přístupu k nim a ceny péče během těhotenství.

Prenatální diagnostika (vyšetřování v těhotenství) se mimo jiné zabývá i zjišťováním vrozených vad dítěte tzv. screeningovým vyšetřením, které slouží k vyhledání osob s významným rizikem určité choroby, v případě těhotenství se jedná o vrozené vývojové vady.

Na rozdíl od jiných států, více či méně vyspělých, je genetický screening v ČR prováděn plošně, často bez souhlasu, ba dokonce vědomí, ženy. Těhotná žena je tak postavena tváří v tvář těžkému rozhodování co dál.

V EU je běžné, že se genetický screening provádí pouze v odůvodněných případech (např. vyskytuje-li se v rodině vrozená vada). Pokud si žena sama přeje, aby jí byl screening proveden, musí si ho obvykle zaplatit. Tato skutečnost vychází z rozdílné filozofie pohledu na těhotenství. Těhotenství není choroba, ale jen „jiný“ fyziologický (normální) stav v životě ženy.

Mnohé studie ukazují, že pokud je dítě postiženo vrozenou vadou, je pro psychiku ženy lepší, porodí-li takové dítě, i když jsou jeho vady neslučitelné se životem a ono třeba několik hodin po porodu zemře. Poskytnutí šance a možnosti důstojného rozloučení pomáhá ženě lépe se vyrovnat s nelehkou situací. V opačném případě se velmi často žena dostává do střetu s „postinterrupční depresí“ z pocitu, že zabila a s tímto pocitem většinou žije až do konce života.

Pokud uvažujeme o genetickém screeningu, ptáme se:

Máme právo rozhodovat za těhotné ženy?

Přejí si těhotné ženy plošné genetické screeningu?

Co nám vyšetření prozradí?

Je spolehlivé?

PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Jak již bylo řečeno výše, prenatální diagnostika se mimo jiné zabývá i zjišťováním vrozených vad dítěte, tzv. screeningovým vyšetřením. Vrozené vady provázejí 3 – 5 % všech diagnostikovaných těhotenství. Cílem primárního screeningu je identifikace těhotenství s vyšším rizikem vrozené vady.

Lékařský screening slouží k vyhledání osob s významným rizikem určité choroby před klinickou manifestací (projevení příznaků). Pozitivní výsledek screeningového vyšetření jednoduchou, dostupnou a levnou screeningovou metodou zahajuje sérii specifických a náročnějších diagnostických vyšetření nebo preventivních opatření.

Před zahájením screeningového programu by měly být posouzeno, zda:

- ▶ je screenovaná choroba jasně definována.
- ▶ má významnou incidenci.
- ▶ časná diagnóza nebo preventivní režim pozitivně ovlivňují prognózu.
- ▶ mají parametry screeningu vysokou senzitivitu a specifitu.
- ▶ jsou náklady na screening nižší než náklady na léčení choroby v dané populaci.
- ▶ je test jednoduchý a snadno proveditelný.
- ▶ není test spojen s nepříjemnými pocity či bolestí.
- ▶ je bez vedlejších negativních vlivů.

PODMÍNKY PRO PROVÁDĚNÍ PRENATÁLNÍHO SCREENINGU

- ▷ souhlas těhotné
- ▷ odběr v přesně (ultrazvukově) zjištěné délce gravidity
- ▷ údaje o hmotnosti těhotné
- ▷ údaje o četnosti těhotenství

Nyní se podívejme na jednotlivé okolnosti a podmínky podrobněji

Je screenovaná choroba jasně definována a má významnou incidenci (1)?

Prenatálním screeninem zjišťujeme především riziko:

- ▷ defektů neurální trubice (NTD) a stěny břišní (AWD)
- ▷ chromozomálních aberací
- ▷ komplikací ve III. trimestru

Defekty neurální trubice (NTD) a stěny břišní (AWD)

Neurální trubice vzniká ve 4. týdnu těhotenství. Poruchy uzávěru neurální trubice jsou spojeny s poruchami přilehlého skeletu a patří k nejčastějším vrozeným morfologickým vadám s incidencí 0,3 – 3 ‰.

Polovinu NTD tvoří anencefalie, kdy je z lebky postiženého plodu vytvořena pouze obličejová část. Druhou polovinu NTD tvoří porucha uzávěru páteřního kanálu. Jde o poruchu, při níž část neurální trubice není uzavřena a plošně zeje. Defekt neurální trubice vzniká nejčastěji v bederní oblasti a může být kryt kůží.

Anencefalie je vada neslučitelná s životem, zatímco v případě poruchy uzávěru páteřního kanálu záleží na typu a lokalizaci defektu. Asi 85 % postižených má otevřený defekt. Většina (80 %) postižených, kteří přežijí, mají významné neurogení postižení (paraplegie, inkontinence) a 20 % je postiženo i mentálně.

Screeningovým markerem (ukazatelem) pro defekty kožního krytí je alfafetoprotein v krevním séru matky (AFP). Obecně platí, že riziko postižení stoupá s rostoucí hodnotou AFP.

Při otevřených defektech neurální trubice dochází také k významnému zvýšení AFP v plodové vodě, avšak souvislost byla prokázána i u jiných vrozených vývojových vad a porodnických komplikací.

Zvýšenou hodnotu AFP nalézáme přibližně u 2 – 4 % výsledků biochemického screeningu ve II. trimestru.

AFP se používá jako screeningový test NTD mezi 16. – 19. týdnem gravidity od roku 1977. Při samotném vyšetření AFP je možno detekovat přes 70 % otevřených NTD a spolu s ultrazvukem je senzitivita až 90 %.

Chromozomální aberace

- ▷ trisomie chromozomu č. 21 – Downův syndrom
- ▷ trisomie chromozomů č. 13 a 18 – Patauův syndrom (výskyt 1:5000 novorozenců) a Edwardsův syndrom (výskyt 1:3500 novorozenců)
- ▷ aberace pohlavních chromozomů, nejčastěji XXY nebo XO (Klinefelterův syndrom a syndrom Turnerové)
- ▷ méně obvyklé nálezy

Downův syndrom (DS), dříve označovaný jako mongolismus, je nejčastější chromozomální aberací. Označení získal po anglickém lékaři Langdonu Downovi, který jej na základě společných znaků

vrozené mentální retardace popsal v roce 1866. Vlastní příčina DS – ztrojení chromozomu 21, je známa od roku 1959. Postižení se často pojí s dalšími vrozenými vadami (srdce, zažívací ústrojí). Lidé s DS se dnes dožívají cca 60 let věku.

Více než polovinu patologických nálezů při invazivní prenatální diagnostice (amniocentéze – AMC) z indikace vyššího věku matky (věk 35 let v době porodu) tvoří trisomie chromozomu č. 21 – Downův syndrom (DS). Dalších asi 15 % patologických nálezů tvoří skryté numerické aberace (odchylna v počtu), např. trisomie chromozomů č. 13, Patauův č. 18 – Edwardsův syndrom. Ve 25 % jsou diagnostikovány aberace pohlavních chromozomů, nejčastěji XXY (Klinefelterův syndrom) a XO (syndrom Turnerové). Asi 10 % připadá na méně obvyklé nálezy.

Věk těhotné nad 35 let v době porodu je platným indikačním kritériem AMC nebo alespoň indikací ke genetické konzultaci. Riziko porodu dítěte s DS 35 leté matky je 1:380, riziko ostatní populace je asi 1:800. Se zvyšujícím se věkem toto riziko stoupá. Hranice 1:100 dosáhne riziko DS asi ve věku 40 let matky. Rodičky ve věku nad 35 let tvoří v České republice necelých 6 % všech rodiček s 0,25 % nárůstem v posledních letech. Při předpokladu, že všechny těhotné této věkové kategorie podstoupí invazivní vyšetření, bychom mohli očekávat prenatální detekci asi 20 – 30 % plodů s DS. Zbýlých 70 – 80 % postižených plodů by se v této situaci narodilo matkám mladším.

Porodnické komplikace a vrozené vývojové vady (VVV) při abnormálních hodnotách screeningových markerů.

Riziko komplikací a vrozených vývojových vad při abnormálních výsledcích v I. – II. trimestru, především zvýšení hodnoty nuchální translucence (NT), může znamenat zvýšené riziko:

- ▷ spontánního potratu.
- ▷ vrozených srdečních vad – je indikací k fetálnímu echokardiografickému vyšetření (speciální vyšetření srdce).

Riziko komplikací ve III. trimestru spočívá v postižení dítěte zejména následujícími vadami:

- ▷ intrauterinní (nitroděložní) růstová retardace (IUGR)
- ▷ nízká porodní hmotnost obecně
- ▷ perinatální (během těhotenství) smrt plodu
- ▷ další komplikace gravidity
- ▷ nespecifické vrozené vady

Obecně se má za to, že riziko komplikací stoupá se zvyšováním hodnot AFP a hCG ve II. trimestru. Významným ukazatelem ohrožení gravidity ve III. trimestru se zdá být specifický těhotenský protein SP1, vyšetřovaný ve II. trimestru.

Nízká porodní hmotnost obecně

Zvýšení hodnot markerů ve II. trimestru identifikuje pouze asi 10% z celé skupiny plodů nízké porodní hmotnosti ať již následkem hypotrofie, nebo předčasného porodu.

Intrauterinní růstová retardace

Hypotrofie znamená zaostání ve váhovém přírůstku ve III. trimestru. Děti dosahují při normální délce nízké porodní hmotnosti. Relativní riziko pro extrémní IUGR při současném zvýšení MS AFP a hCG bylo 10,9.

Perinatální smrt plodu

Relativní riziko perinatální smrti při zvýšení MS AFP je 4,7. Vaginální krvácení v průběhu gravidity toto relativní riziko zvyšuje na hodnotu 12,6.

Další komplikace gravidity

Některé studie vykazují u 13% těhotných se zvýšeným AFP gestózu EPH (otoky + bílkovina v moči + zvýšený krevní tlak). Další komplikací spojenou s elevací AFP může být předčasné odloučení placenty.

Nespecifické vrozené vady

Další studie zaznamenaly při zvýšení AFP u 6,2 % plodů alespoň jednu vrozenou vadu jinou než defekt neurální trubice nebo chromozomální aberaci.

Co pozitivně ovlivňuje prognózu: včasná diagnóza, nebo preventivní režim?

Diagnóza Downova syndromu je klinicky nejobtížnější a **úspěšnost sekundární prevence** této chromozomální vady, stejně jako u ostatních chromozomálních vad a defektů neurální trubice, **je dána možnostmi genetické prenatalní péče**. Poruchám tedy nelze předcházet ani je nijak léčit, těhotenství lze pouze ukončit potratem v poměrně pokročilém stádiu gravidity.

U ostatních porodnických komplikací a vrozených vývojových vad se přes veškerou snahu prenatalní diagnostiky incidence nedaří dlouhodobě snížit.

Mají parametry screeningu vysokou senzitivitu a specifitu?

Ve všech současných antenatálních (těhotenských) screeningových systémech je nutno počítat s falešnou pozitivitou, což znamená, že test identifikuje většinou těhotenství se zdravým plodem. V optimálně vyladěných systémech je skutečně postižen vrozenou vadou jen asi každý dvacátý plod s pozitivním výsledkem screeningu. Naopak určitá část skutečně postižených těhotenství má výsledek screeningu negativní. Falešná negativita u vrozených vad činí 10 – 30 %.

Z výše uvedeného vyplývá, že z 20 matek, které podstoupí screeningové vyšetření krve ve druhém trimestru, v probíhajícím 17. týdnu těhotenství, a které mají pozitivní výsledek, znamená pouze jeden z těchto „pozitivních“ testů skutečně postižené dítě. U ostatních žen je výsledek falešně pozitivní. Naopak jedno ze tří dětí s Downovým syndromem není vyšetřením rozpoznáno. Detekční citlivost Triple testu pro rozštěpové vady páteře se pohybuje okolo 70 %.

Další příčinou falešně pozitivních výsledků bývá nepřesné datování těhotenství. Po upřesnění stáří plodu podle UZ se často zjistí, že původně patologické hodnoty hormonů jsou v normě. Takto falešně pozitivních výsledků bývá nalezeno 20 – 40 %. Falešná pozitivita znamená pro těhotnou ženu poměrně velkou psychickou zátěž.

V praxi je situace taková, že většina gynekologů nemá dostatečně kvalitní přístroje a dostatek zkušeností ke spolehlivé detekci vrozených vad.

Dále je třeba vzít v úvahu to, že neexistují informace, které by svědčily o teratogenním či mutagenním vlivu diagnostického použití ultrazvuku. Užití ultrazvuku v I. trimestru je považováno za bezpečné, ale přesto je žádoucí vyšetřovat co nejkratší dobu a co nejnižší

zvukovou intenzitou. Nadále trvá potřeba nových studií dlouhodobých biologických efektů použití ultrazvukových vln.

Parametry screeningu definují, zda screeningový test identifikuje významnou část postižených nebo ohrožených (má vysokou senzitivitu) a zároveň zda má nízkou falešnou pozitivitu (tedy vysokou specifitu).

- ▷ falešná pozitivita je procentuální část screeningů s pozitivním výsledkem testu, který však specifická diagnostická vyšetření ani pozdější průběh onemocnění nepotvrdí (jednotka = %).
- ▷ skutečná pozitivita vyjadřuje, kolik specifických diagnostických vyšetření je nutno provést u žen s pozitivním screeningem ke stanovení jedné diagnózy (jednotka = 1: n).
- ▷ senzitivita je procentuální část všech skutečně postižených, kteří byli detekováni pomocí screeningu (jednotka = %)

V praxi se užívají dva typy screeningu vrozených vývojových vad, doplněné anamnestickými údaji s ohledem na věk těhotné ženy:

- ▷ časný – ultrazvukové měření NT a biochemické markery v krevním séru matky v I. trimestru
- ▷ pozdní – biochemické markery v krevním séru matky ve II. trimestru – Triple test

Kombinovaný screening vrozených vývojových vad pomocí ultrazvukového měření nuchální translucence a biochemických markerů v séru matky v I. trimestru je hlavně zaměřen na zjištění rizika:

- ▷ chromozomálních aberací plodu, nejvýznamnější jsou trisomie chromozomu č. 21 (Downův syndrom) a trisomie chromozomu č. 18 (Edwardsův syndrom)
- ▷ morfologických vad – hlavně vad kardiovaskulárních
- ▷ porodnických komplikací (hrozící potrat)

Test se provádí v období mezi 8. – 13. týdnem těhotenství, kdy se v období mezi 8. – 11. týdnem těhotenství vyšetřuje krev těhotné ženy na plazmatický protein A (PAPP-A) a volnou beta podjednotku hCG (Fβ-hCG) a následuje ultrazvuková nuchální translucence (NT). Předpokládáme téměř 90% záchyt postižených při 5% falešné pozitivitě.

Ultrazvuková nuchální translucence – novější metoda genetického screeningu

Ultrazvuková nuchální translucence (NT) je novější metodou screeningu vrozených vývojových vad, která se doplňuje vyšetřením z krve. Provádí se v období mezi 11. a 13. týdnem těhotenství. Vyšetření specializovaným ultrazvukem měří tloušťku kožní řasy na dorsální (zadní) straně krku dítěte. Děti s Downovým syndromem a některými jinými méně obvyklými odchylkami mívají právě v tomto období těhotenství kožní řasu vzadu na krku silnější.

Stejně jako při ostatních vyšetřeních získáme i nuchální translucenci pouze odhad rizika Downova syndromu, nikoli jeho diagnózu.

NT má vyšší senzitivitu než Triple test. Je však prováděno v období, kdy je plod ještě málo vyvinutý, takže přesná diagnóza abnormalit těla, kůže, ledvin, srdce a páteře při tomto testu není možná. Proto je nutné provést nové UZ vyšetření mezi 18. a 20. týdnem. NT může odhalit až 85 % chromozomálních aberací – trisomie 18 (Edwardsův syndrom), trisomie 13 (Patauův syndrom).

Prenatální screening vrožených vývojových vad pomocí biochemických markerů v séru matky ve II. trimestru je hlavně zaměřen na zjištění rizika:

- ▷ defektů kožního krytí plodu (defekty neurální trubice, rozštěpy břišní stěny)
- ▷ chromozomálních aberací plodu, nejvýznamnější jsou trisomie chromozomu č. 21 (Downův syndrom) a trisomie chromozomu č. 18 (Edwardsův syndrom)
- ▷ porodnických komplikací ve III. trimestru

Vyšetření se provádí z krevního séra matky, v němž zjišťujeme hladiny lidského gonadotropinu (Total hCG), fetálního proteinu MS AFP a estriolu (uE3), tzv. Triple test.

Amniocentéza – odběr plodové vody

Tzv. screeningově pozitivní ženy následně obvykle absolvují amniocentézu (AMC). AMC je invazivní metoda, při které se většinou v období mezi 17. a 18. týdnem těhotenství pod kontrolou UZ odebírá jehlou přes břišní stěnu malé množství plodové vody a poté je provedeno genetické vyšetření buněk dítěte. Genetické abnormality se zjišťují zkoumáním chromozomů, které jsou součástí jádra buněk. AMC je nabízena ženám, jejichž riziko, že budou mít postižené dítě, je 1 : 250 – 300, často ale i 1 : 500. Výsledky jsou známy zhruba za dva týdny.

Tento test má svá rizika jak pro dítě, tak pro matku. Obecně lze provádět operaci či jakýkoliv jiný zákrok pouze tehdy, není-li riziko zákroku vyšší než riziko vlastního onemocnění. Cca v 1 % případů končí těhotenství potratem z důvodu předčasného odtoku plodové vody, krvácení nebo infekce. K potratu dochází až tři týdny po vyšetření i déle. Velmi vzácně se také stává, že vyšetřující jehla poškodí plod a následky, někdy i velmi závažné, se mohou objevit až při porodu.

V ČR je ročně statisticky počato 150 dětí s Downovým syndromem, cca v 70 případech je těhotenství přerušeno tzv. pozdní interrupcí kolem 20. týdne těhotenství a cca 70 dětí se narodí obvykle proto, že žena screeningu z různých důvodů unikla. K dobrovolnému informovanému donošení se rozhoduje minimum žen.

Je test skutečně jednoduchý, snadno proveditelný a bez vedlejších negativních vlivů? Není spojen s nepříjemnými pocity či bolestí?

Prenatální screening se provádí sběrem anamnestických dat, odběrem krve těhotné ženy a ultrazukovým vyšetřením. Obecně se dá říci, že všechny kroky screeningu jsou jednoduché, snadno proveditelné a nejsou spojené s pocity bolesti. To vše za předpokladu, že laboratorní zpracování vzorků krve odpovídá stanoveným kvalitativním požadavkům a laboratoř úzce spolupracuje s oddělením prenatální diagnostiky a lékařské genetiky.

Otázkou zůstává, zda je genetický screening bez vedlejších negativních vlivů a zda není spojen s nepříjemnými pocity.

V současné době neexistuje žádný univerzální screeningový test, který by byl schopen odhalit všechny druhy možného postižení plodu.

Před odběrem krve na biochemický screening by měl být těhotné ženě srozumitelně vysvětlen smysl vyšetření. Zejména proto, že test je v 5 – 7% pozitivní. V případě špatné informovanosti může dojít k psychickému stresu z obav o normální průběh těhotenství.

Nedostatkem biochemického screeningu ve II. trimestru je také to, že jeho výsledky jsou k dispozici až v poměrně pokročilém stadiu těhotenství a případné ukončení gravidity je pro těhotnou velkou zátěží.

V případě pozitivního výsledku je ženám doporučována konzultace genetika a invazivní diagnostika – amniocentéza.

Dodatečně se zjistilo, že v praxi je provádění biochemického screeningu velkým problémem. Test je velkou psychickou zátěží pro těhotné. Právě tento aspekt byl při zavádění biochemického screeningu podceňen. Těhotná většinou buď není seznámena s podstatou testu nebo jeho smysl nechápe. Lékař často zaměňuje výsledek testu diagnostického, který přímo ukazuje na přítomnost choroby, za výsledek testu screeningového, který pomáhá jen vyčlenit skupinu žen s vyšším rizikem postižení plodu.

Problémem screeningu na základě věku matky se jeví neochota starších žen k prenatální invazivní diagnostice. Starší žena může odmítnout nést riziko amniocentézy či odběru choria, protože se může jednat o její poslední těhotenství, zejména otěhotněla-li po léčbě sterility či nepovažuje-li ukončení těhotenství za akceptovatelné z důvodů náboženských. U nás je zatím procento odmítnutí vyšetření 5 – 10 %. (Calda P. – *Moderní gynekologie, Screening vrožených vad v graviditě*)

Kromě toho se zdá být velkým problémem, že zdravotníci/-ce nejsou ochotni a schopni akceptovat svobodné rozhodnutí ženy nepodstoupit vyšetření spojená s prenatální diagnostikou, popř. s předčasným ukončením gravidity.

JAK HODNOTÍ TĚHOTENSKÉ SCREENINGY ŽENY

A JAK ZDRAVOTNÍCI/-CE?

Pro potřeby tohoto sdělení bylo použito dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 47 žen, náhodných návštěvnic A-centra, Vítkova 10, Praha 8, a 46 zdravotníků/-ic, dobrovolných respondentů z řady oslovených prostřednictvím e-mailu. Z tohoto počtu bylo 6 lékařek, 9 lékařů a 31 porodních asistentek. Každá skupina, ženy a zdravotníci/-ce, obdržela jiný dotazník.

Průměrný věk žen byl 31,72 let. 31 žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání a 16 žen ukončilo střední vzdělání s maturitou. 34 žen bylo vdáných, 9 svobodných, 2 rozvedené a 2 vdovy.

Jen 11 žen odpovědělo správně, co se vyšetřením zjišťuje.

Přestože si 45 ze 46 zdravotníků/-ic myslí, že by měla mít žena právo svobodné volby, bylo o odběru krve na genetický screening informováno jen 37 žen; pouze 9 z celkového počtu 47 bylo požádáno o souhlas s odběrem.

38 zdravotníků si myslí, že by měl být screening prováděn plošně.

25 zdravotníků ze 46 rutinně doporučuje AMC z důvodu věku a 36 při pozitivním výsledku Triple testu, přičemž 2 neinformují o mož-

ných rizicích AMC, z toho v 1 případě, protože se AMC neprovádí přímo u nich.

24 zdravotníků preferuje screening časný, 2 pozdní, 19 oba současně, v 1 případě není možnost volby a je možné provádět pouze pozdní screening.

V případě pozitivního výsledku biochemických markerů doporučují 3 zdravotníci konzultaci s matkou dítěte, eventuálně partnerským párem, 1 další vyšetření, 6 genetickou konzultaci, 4 opakovat screening a provést další vyšetření, 2 specializované UZ vyšetření, 7 AMC, 3 AMC společně s genetickou konzultací, 2 AMC se specializovaným UZ vyšetřením, 1 zvážit dopady a ukončit těhotenství, 1 interrupci, 6 zdravotníků doporučuje postup dle konkrétního výsledku, 1 nedoporučuje nic a 9 neodpovědělo.

27 zdravotníkům z celkového počtu 46 se stalo, že žena odmítla Triple test, a 40 se stalo, že žena odmítla AMC.

V případě pozitivního výsledku AMC volí ženy u 40 zdravotníků většinou ukončení těhotenství, u 3 vždy, 3 zdravotníci neodpověděli.

Celkem 41 žen ze 47 absolvovalo odběr krve na genetický screening, 6 žen test odmítlo.

V 7 případech byl výsledek pozitivní.

Všem ženám byl pozitivní výsledek sdělen telefonicky, 3x výsledek sdělila porodní asistentka či sestra v ordinaci a 4x lékař. Z toho 2x se musela sama žena zajímat o výsledky vyšetření.

1 žena na otázku „Co vám bylo sděleno?“ odpověděla: „...volá kvůli tomu, jak jsme o tom mluvili. Já jsem ale nic netušila. Pak mi řekli, že mám zavolat do Genetu a mám jít na AMC. Že oni už mi řeknou.“

3 ženám byla nabídnuta genetická konzultace, 1 AMC s genetickou konzultací, 3 AMC a 1 ženě AMC z důvodu věku

3 ženy odmítly AMC, ostatní s návrhem souhlasily, u všech bylo rozhodnutí respektováno.

Na otázku „Proč se domníváte, že by žena měla mít právo svobodné volby?“ 5 zdravotníků neodpovědělo, ostatní odpovědali v duchu citací, které zde uvádíme.

Žena by měla mít právo se rozhodnout, zda genetické vyšetření a AMC podstoupit, protože jsou ženy, pro které by i v případě pozitivního nálezu nepřicházelo ukončení gravidity v úvahu, přijmou jakékoliv dítě. To je třeba respektovat (s obdivem). Ženě pouze vysvětlit situaci, rozhodnutí nechat na ní a dále ženu podporovat, ať už se rozhodne jakkoliv.

Protože pokud se rozhodne si dítě ponechat, bude to ona, kdo se o něj bude celoživotně starat.

Jedná se o její dítě, o její život a psychické trauma si ponese ona sama. Je to její volba, zda ukončí těhotenství, nebo porodí postižené dítě a bude se o něj starat či zvolí jiný způsob péče. Jedná se o velice citlivou otázku a my nemáme právo ženě diktovat, jak má postupovat. V takovou chvíli nejvíce potřebuje psychickou podporu a pochopení.

Poněkud rozporuplně se pak jeví odpovědi zdravotníků na otázku, co udělají, když žena odmítne Triple test či AMC:

Vysvětlím jí podstatu vyšetření, abych si byla jistá, že ví, co odmítá. Zaznamenám situaci do dokumentace a dále o ženu pečuji.

Vysvětlím jí možná rizika, ale plně respektuji její rozhodnutí.

Toleruji její názor. Přijímá děcko takové, jaké bude.

Vysvětlím rizika, když se neodebere na vyšetření.

Vysvětlím možná rizika, vhodnost testu. Je na ní, aby si uvědomila závažnost situace, rozhodla se a byla ochotna nést zodpovědnost za své rozhodnutí.

Vysvětlím jí rizika plynoucí z odmítnutí testu a odkáži ji s podrobným vysvětlením na lékaře.

Snažíme se vysvětlit důsledky.

Snažím se jí vysvětlit důležitost tohoto vyšetření, aby sama svého rozhodnutí nelitovala.

Vysvětlím jí důsledky a zjistím, proč tak činí. Snažím se jí vysvětlit důvody, proč tento test podstoupit. Konečné rozhodnutí je na ní.

Napišeme do dokumentace, že pacientka odmítá vyšetření. Vysvětlíme jí všechna pro a proti a dále se rozhodne sama.

Znovu vysvětlím, proč je test důležitý. Potom respektuji její rozhodnutí.

Zavolám lékaře, který se jí pokusí znovu objasnit důvod odběru. Má větší pravomoc.

Vysvětlím, jaké jiné možnosti odhalení VVV jsou k dispozici. Jedná se o často věřící páry, které akceptují jakékoliv, i poškozené dítě a diagnostiku neuznávají.

Zvýším pozornost při UZ, poučím ji. Jinak nic.

Ženě znovu vysvětlím možné důsledky jejího rozhodnutí, přesvědčím se, že mi porozuměla, případně jí poskytnu čas na rozmyšlení, poradu s rodinou atd. Dále pak budu respektovat její rozhodnutí. Vše zdokumentuji a nechám si dotýčnou podepsat.

Sama si zhodnotím, zda je z hlediska rodinné anamnezy genetická zátěž a podle toho postupuji dál.

Je velice důležitá dokonalá informovanost ženy. Porodní asistentka má za úkol umět ženu kvalitně informovat. Důvody proč se vyšetření provádí, postup a vše co s tím souvisí.

Nechám si podepsat negativní revers do dokumentace. Dále ji nabídnu konziliární UZ vyšetření.

Nabídnou jí jiné testy.

Nenaberu ho, zapíše do dokumentace a respektuji její přání.

Nechám si podepsat revers.

Pokusím se jí to rozmluvit a uvedu jí rizika, která mohou nastat.

Poučím ji o rizicích a problémech s výchovou postiženého jedince a zátěži pro společnost.

...na rozdíl od žen, které v části „Chcete ještě něco dodat?“ odpovídaly téměř jednoznačně:

Informovaná jsem byla asi 2 vteřiny před odběrem. Každá žena by měla být předem plně informovaná o tom, co test obnáší a měla by mít právo se sama rozhodnout, zda ho chce podstoupit. Rozhodně by to neměl být test lékařem nařízený.

Poté, co jsem odmítla Triple test, jsem na UZ dostala vynadáno, že jsem nezodpovědná, moje gynekoložka neměla problém, respektovat naše rozhodnutí.

Test by měl být prováděn na vyžádání, ne rutinně.

Matka by si měla postup zvolit sama svobodně. Podle mého názoru je to psychicky náročný postup pro všechny, ale někdo jej radši podstoupí, aby měl potvrzení od vědy.

Přijde mi zbytečný, protože bych si dítě stejně nenechala vzít.

Každá žena by měla mít právo test odmítnout.

Mám informace, že test je nespolehlivý, pokud bych mohla, neabsolvovala bych ho. Nicméně vítám možnost testu kombinovaného, i tento mi byl proveden bez vyžádání souhlasu.

Pouze rozřídovací test, zbytečně stresující.

Test jsem odmítla a svému lékaři vysvětlila, proč odmítám. Řekl, že se s tím ještě nesetkal, ale netlačil na mě.

Po výsledcích jsem se musela pít, ani sestry ani lékař by mi sami o sobě neřekli, jak výsledek dopadl.

Ženy by měly mít možnost si vybrat, zda tento test podstoupí, vzhledem k velkému množství chybných výsledků, které je pak zbytečně stresují.

S testem souhlasím, pokud je matka předem o všem informována a souhlasí. V naší rodině bylo děcko s Downovým syndromem, test jsem přivítala.

Myslím, že vyšetření nemá smysl.

Nejhorších 14 dní mého života.

Odběry byly podruhé negativní. Období, které žena prožívá mezi 1. a 2. testováním, je velice stresující. Hlavou prochází vše hrozné, proč se to stalo zrovna mně, proč nemůže být vše v pohodě, co všechno mě čeká, strach z AMC.

Doporučila bych jen jako dobrovolný.

Test by měl být dobrovolný a žena by měla být předem informována o jeho důsledcích. O tom, že není 100% a že v případě pozitivního výsledku může být postavena před rozhodnutí nechat si ukončit těhotenství.

Jsem molekulární biolog a vím o tom vše, znám i princip a proč se to dělá. Ale stejně si myslím, že je to zbytečné a stresující.

Dítě mělo zablokovanou krční páteř, takže nehýbalo jednou rukou, ale to se stalo během porodu, tak by se to stejně nezjistilo. Jinak Triple test ano, ale ne paušálně všem, pouze pokud je třeba ho udělat.

Nebylo mi nic vysvětleno, já jsem pouze odmítla, moc informací jsem neměla, vím, že to nechci. Moje sestra se dozvěděla, že její chlapeček je nemocný. Lékaři jí doporučovali potrat a dnes je synovci 8 let a je zdravý jako řípa.

Týká se 2. těhotenství, při prvním mi test byl udělán, odmítnutí AMC bylo bez problémů akceptováno, podruhé jsem odmítla i AFP a také to prošlo bez problémů.

Můj gynekolog mě předem upozornil, že výsledky mohou dopadnout špatně, ale abych se neděsila, že to může být jen tím, že mám o pár dní jinak termín a tím pádem se jim nevejdou do tabulek.

V případě, že by výsledek byl špatný, hodně bych se stresovala a nevedlo by to k ničemu. Dle mého je to zbytečné, stresující v případě špatného výsledku. Kamarádka má zkušenost, že výsledek byl špatný, byla z toho hotová, dítě je v naprostém pořádku.

Přikláním se k tomu, aby se žena mohla sama rozhodnout, zda test podstoupí a sdělovat by to měl i někdo jiný než jen lékař (snad porodní asistentka).

Tento test jsem odmítla v 1. i 2. těhotenství, poprvé se gynekoložka zlobila, podruhé jsem se vymluvila, že budu 2 měsíce v cizině.

Myslím, že je velmi prospěšné informovat veřejnost o této problematice, protože by tím spousta maminek – těhotných mohla předejít stresu, strachu, nepříjemností... A opravdu hodně maminek, kterých jsem se ptala, si tímto prošlo (z 10 těhotných 7). A každé z nich se narodilo zdravé dítě. Kamarádce, které nezjistili během těhotenství nic takového, se narodila holčička s Downovým syndromem. Triple test vzhledem k nízkým procentům úspěšnosti je podle mne nesmysl a velmi škodlivý. Potvrdil mi to dokonce lékař na ultrazvuku. Je to zbytečné strašení maminek. I když já sama jsem se předem více méně informovala, přesto to pro mne byl stres a tíživé chvíle, nemluvě o prožívání dítěte. Považuji za důležité, či přímo nutné, o tomto ženy předem informovat, požádat je o souhlas a ze strany lékařů respektovat životní postoj maminek, rodičů.

Jen jedna žena napsala, že chtěla test absolvovat.

Závěr

Mým cílem nebylo zhodnotit ani rozhodnout, zda plošné genetické screeniny ANO nebo NE. Spíše jsem chtěla upozornit na problematiku plošného screeningu a pokusit se vyvolat veřejnou diskusi na toto téma.

Ve vyspělých státech je běžnou praxí, že se screening provádí pouze na výslovné přání ženy nebo je-li k tomu zvláštní zdravotní indikace, což znamená, že žena má primárně vyšší riziko vrozené vady např. z důvodu rodinné zátěže.

Dotazníkové šetření poukázalo na to, že:

- ▶ samotný test je velkou psychickou zátěží pro těhotné.
- ▶ těhotná většinou buď není seznámena s podstatou testu, nebo jeho smysl nechápe.

- ▷ zdravotníci často zaměňují výsledek testu diagnostického, který přímo ukazuje na přítomnost choroby, s výsledkem testu screeningového, který pomáhá jen vyčlenit skupinu, v tomto případě žen s vyšším rizikem postižení plodu.
- ▷ výsledky jsou k dispozici až v poměrně pokročilém stadiu těhotenství a rozhodování o případném ukončení gravidity je pro těhotnou opět velkou zátěží.
- ▷ dalším problémem screeningu na základě věku matky je neochota starších žen k prenatalní invazivní diagnostice. Starší žena může odmítnout nést riziko amniocentezy.
- ▷ zdravotníci/-ce nejsou ochotni a schopni akceptovat svobodné rozhodnutí ženy nepodstoupit vyšetření spojená s prenatalní diagnostikou, popř. s předčasným ukončením gravidity.

Zároveň je třeba vzít v úvahu, že:

- ▷ v současné době neexistuje žádný univerzální screeningový test, který by dokázal odhalit všechny druhy možného postižení plodu.
- ▷ v praxi je situace taková, že většina gynekologů nemá dostatečně kvalitní přístroje a dostatek zkušeností ke spolehlivé detekci vrozených vad.
- ▷ ve všech současných antenatálních (těhotenských) screeningových systémech je nutno počítat s falešnou pozitivitou.
- ▷ příčinou falešně pozitivních výsledků bývá také nepřesné datování těhotenství.
- ▷ chromozomálními poruchám nelze předcházet ani je léčit, lze pouze těhotenství ukončit potratem v poměrně pokročilém stadiu gravidity. U ostatních porodnických komplikací a vrozených vývojových vad přes veškerou snahu prenatalní diagnostiky se incidence nedaří dlouhodobě snížit.
- ▷ cca 1% těhotenství po AMC končí potratem z důvodu předčasného odtoku plodové vody, krvácení nebo infekce. K potratu dochází až tři týdny po vyšetření i déle. Velmi vzácně se také stává, že vyšetřující jehla poškodí plod a následky, někdy velmi závažné, se mohou objevit až při porodu.

DOPORUČENÍ:

Ptejte se zdravotníků:

- ▷ Co Vám dělají?
- ▷ Proč to dělají?
- ▷ Co se tím zjistí?
- ▷ Chci to vědět?
- ▷ Co z toho vyplývá?
- ▷ Jaká existují řešení?
- ▷ Jaké jsou výhody a nevýhody?
- ▷ Jaké mohou nastat komplikace?

Ptejte se samy sebe:

- ▷ Budu chtít v případě pozitivního výsledku ukončit těhotenství?
- ▷ Budu schopná se případně o postižené dítě starat?
- ▷ Budu schopná se vyrovnat s důsledky interrupce?

Přemýšlejte, informujte se a rozhodujte. Vezměte odpovědnost za sebe a své děti do vlastních rukou. Nakonec rozhodnutí bude stejně na Vás a důsledky svých rozhodnutí si neseme každý sám, resp. každá sama.

A zcela na závěr nezbývá než citovat:

„Záleží na rozhodnutí každé těhotné, zda podstoupí doporučené prenatalní diagnostické vyšetření. My můžeme nabídnout provedení prenatalní diagnostiky všem ženám se zvýšeným rizikem postižení plodu, vyjádřeným již na základě anamnesy, věkového, biochemického či ultrazvukového screeningu. Narození dítěte postiženého těžkou mentální retardací je nesdělitelnou zkušeností v životě rodiny, která se s nepřízní osudu vyrovnává jen velmi obtížně. Děti, které jsou vychovávány doma ve spolupráci se specializovanými centry, mají lepší naději na úspěšnou integraci. Horší prognózu mají trizomici vychovávaní od narození v ústavech. Komplexní péče o trizomiky po porodu a pomoc jejich rodičům ve zvládnutí nelehké situace se sice zlepšuje, vyžaduje však větší míru tolerance a pochopení jak v postižených rodinách, tak i ve společnosti. Vzorem nám může být stav integrace trizomiků v evropských západních zemích. Nelze očekávat, že v blízké budoucnosti se podaří zcela vyřešit primární prevenci Downovy choroby, takže vedle sebeúspěšnější prenatalní diagnostiky bude stát i stejně důležitá adekvátní péče o narozené trizomiky.“

(Calda P. – *Moderní gynekologie, Screening vrozených vad v graviditě*)

Poznámky:

- 1) Nemocnost, demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel.

Zdroje:

Sarah J. Buckley: Prenatal Diagnosis – Technological Triumph or Pandora's box?, *Midwifery Today*, jaro 2006.

Moderní gynekologie a porodnictví, vol. 7, číslo 2, únor 1998

Kompendum/Prenatální diagnostika a zobrazovací metody: Screening VVV v

I. a II. trimestru – přehled, www.gynstart.cz – zpracováno dle zahraničních materiálů.

SEXUÁLNÍ VÝCHOVA → PREVENCE INTERRUPCÍ, AIDS A CESTA K ODPOVĚDNÉMU PARTNERSTVÍ A RODIČOVSTVÍ

Alexandra Jachanová Doleželová – Gender Studies, o.p.s.
Odborná konzultace: Jozef Miskolci, M. A. – Žába na prameni, o.s.

OBSAH

Úvod
Sexuální výchova v ČR
Proč je v ČR sexuální výchova nedostatečná?
Zjištění, nedostatky
Ze sešitu žákyně
Genderové stereotypy
Stereotypy
Kdo má vychovávat?
Příklad dobré praxe
Homosexualita
Závěr
Závěrečná doporučení
Doporučená literatura
Vzdělávání pro žáky na internetu (inspirace ze zahraničí)
Další použitá literatura

Úvod

Základem pro odpovědné chování v oblasti reprodukčních práv je dostatečná informovanost, která by měla být poskytována již v dětství. Na sexuální vzdělávání dětí je důležité se zaměřit ještě v období, kdy neprovozují sexuální styk s druhou osobou. O tématech jako neplánované rodičovství a sexuálně přenosné choroby by se děti a mládež měly dozvědět dříve, než se s nimi setkají v praxi. Třeba se pak těmto setkáním podaří zcela zabránit.

Sexuální výchova (SV) formuje postoje a názory na sexualitu, sexuální identitu, vztahy a intimitu. Rozvíjí schopnosti mládeže, která pak jedná podle vlastního uvážení a cítí se ve svém rozhodování soběstačná. Mládež má na sexuální výchovu právo a to především proto, že jí pomáhá chránit se před zneužíváním, nechtěným těhotenstvím, sexuálními nemocemi a pěstuje v nich zodpovědný a pozitivní vztah k vlastní sexualitě.

Odborné studie dokazují, že díky sexuální výchově mládež začíná se sexuálním stykem později. Sexuální výchova má dále příznivý vliv na snížení výskytu sexuálně přenosných nemocí (včetně AIDS) a nechtěných těhotenství, vede k tolerantnějším sexuálním postojům a ke snížení pocitu viny v souvislosti se sexualitou. Sexuální výchova by proto měla provázet život každého člověka již od útlého dětství.

Důvody sexuální výchovy:

- ▶ prevence nežádoucího otěhotnění
- ▶ snížení nebezpečí sexuálně přenosných nemocí (včetně AIDS)
- ▶ boj proti zneužívání dětí a sexuální kriminalitě
- ▶ kultivace mezilidských a partnerských vztahů
- ▶ respekt k sexuálním menšinám
- ▶ prevence násilí v intimních vztazích
- ▶ vytvoření pozitivního vztahu k vlastní sexualitě (snížení pocitu viny za sexuální tužby detabuizací sexuality – převážně u žen)
- ▶ vytvoření odpovědného vztahu k vlastní sexualitě a svému sexuálnímu chování
- ▶ podpora zdravého životního stylu (prevence anorexie, bulimie, depresí, frustrací a komplexů)

„Četné výzkumy v oblasti sexuální výchovy potvrdily, že poučená mládež začíná s pohlavními styky později než nepoučená. A nejen to. Sexuální výchova má zřetelně blahodárný vliv na snížení výskytu sexuálně přenosných nemocí a nechtěných těhotenství...“

(Uzel, 2006)

V tomto informačním balíčku se zaměřujeme na sexuální výchovu v České republice. Balíček proto není aplikovatelný na jiné země a kultury. Cílem tohoto materiálu je shrnout, jak probíhá sexuální výchova v České republice a poskytnout doporučení k jejímu zlepšení. Zaměříme se nejen na školu a rodinu, ale také na média, především časopisy, kampaně a internet. Naším cílem není vytvořit metodiku sexuální výchovy, na to nejsme dostatečně kompetentní, ale porovnat situaci s názory odborné veřejnosti a vyvodit základní doporučení. Nehodnotíme ani sexuální výchovu v rodině, která je podobně důležitá. V tomto ohledu jsme se zaměřili pouze na vzdělávací literaturu pro rodiče.

Pro potřeby informačního balíčku jsme použili data ze Slovenska a to konkrétně ze dvou výzkumů Univerzity Komenského v Bratislavě: *Poznanie žiakov a učiteľov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv: kvalitatívna analýza* a *Poznanie žiakov a učiteľov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv: kvantitatívna analýza*. Žádné podobné výzkumy realizované v ČR se nám nepodařilo nalézt. Při používání těchto dat jsme vzali v potaz, že na Slovensku je větší procento věřících nežli v ČR, což má na určitá témata a souvislosti vliv. Proto jsme data, která by mohla být tímto faktem ovlivněna, nepoužili.

SEXUÁLNÍ VÝCHOVA V ČR

Abychom mohli posoudit situaci v České republice, byly osloveny vyučující základních a středních škol.(1) První zjištění bylo takové, že SV se v České republice na středních školách nevyučuje téměř vůbec, na základních se většinou soustřeďuje na jednu či dvě externí přednášky.

Sexuální výchova je v osnovách základních škol zařazena do výchovy rodinné. Propojenost těchto dvou předmětů ale není zcela logická. K tomu se ve své studii *Sexuální výchova* vyjadřuje sexuolog Radim Uzel: „Odborníci právem poukazují na to, že je sexuální výchova širším pojmem než tradiční rodinná výchova, kterou v sobě zahrnuje. Bylo by totiž naivní předpokládat, že třeba problémy předmanželské sexuality, onanie, homosexuality, ale i důrazná prevence sexuálního zneužívání dětí můžeme jednoznačně zahrnout pod pojem rodinná výchova. Naproti tomu kultivace partnerských vztahů, vzájemná úcta, pocit zodpovědnosti, ale i láska jsou nesporně sexuální výchovou par excellence.“ Je důležité také podotknout, že spojení sexuální výchovy s rodinnou ukazuje, že „rodičovství je zde považováno za základní hodnotu a cíl každého jedinca.“ (Uzel, 2006)

Pokud je sexuální výchova zařazena pod výchovu rodinnou, může se stát (a podle našich rozhovorů s učiteli a učitelkami se tak i děje), že je z výuky úplně vynechána. Na místo je pozván odborník/ice, který/-á přednese jednu, velmi neosobní, přednášku. A to i přesto, že SV je součástí osnov základní školy. Ve 4. – 5. třídě je sexuální výchova součástí *Výchovy ke zdraví*. V 6. – 9. třídě je SV součástí *Rodinné výchovy*. Na střední škole už je pouze na rozhodnutí konkrétní školy, jestli sexuální výchovu poskytne, nebo ne. V rámci rozhovorů s vyučujícími středních škol jsme se nesetkali ani s jedinou, která by se tématem zabývala více než již zmíněnou odbornou externí přednáškou nebo jednou vyučovací hodinou, která je zařazena do občanské výchovy či předmětu jí odpovídající.

Také mezi základními školami jsou v sexuálním vzdělávání značné rozdíly. Některé školy se SV věnují v rámci určených předmětů a věnují jí dostatek času. Některé školy ji díky zařazení pod jiný předmět v podstatě vynechají.

Sexuální výchova se netýká pouze rodiny a školy. Týká se také médií a to např. časopisů, internetu, ale i různých kampaní. V ČR není informačním kampaním zaměřeným na SV věnován dostatek prostoru, internetové stránky se zaměřují převážně na rodiče a učitele. Chybí internetové sexuálně vzdělávací portály pro děti a mládež. Časopisy pro mládež se tématu věnují, ale jsou většinou určeny pouze dívkám; chlapci jsou v tomto směru spíše přehlíženi, ač tvoří významnou cílovou skupinu.

PROČ JE V ČR SEXUÁLNÍ VÝCHOVA NEDOSTATEČNÁ?

Někteří rodiče a vyučující se domnívají, že když budou děti informovat o sexu, zvýší se jejich sexuální aktivita. Proto děti raději neinformují.

„Podle údajů Světové zdravotnické organizace totiž nejméně třetina učitelů není schopna sexuální výchovu učit. Tito pedagogové pak většinou vítají tabuizaci sexuálních témat a sexuální výchovu často redukují jenom na jakési povšechné poučení o nebezpečí sexu spojené se zmínkou o kapavce a kondomech.“ (Uzel, 2006)

ZJIŠTĚNÍ, NEDOSTATKY

- ▷ Žáci a žákyně přicházejí na věci související se sexuální výchovou a sexualitou spíše z vlastní zkušenosti nebo rozhovory s kamarády/-kami. Nejčastějšími zdroji informací jsou přátelé, časopisy a televize, nikoli škola či rodiče. (Lukšík a Lukšíková – <http://www.rodicovstvo.sk>)
- ▷ Vyhýbáním se sexuálním tématům ve školním prostředí se utvrzuje tabuizace sexuality, která má vážný dopad na psychiku dětí a jejich sexuální vývoj (např. pocity viny z vlastních sexuálních tužeb, pocity méněcennosti v případě probouzejících se homosexuálních tužeb atd.). Utvrzují se tím také existující genderové stereotypy týkající se „mužské“ a „ženské“ sexuality – muži podle nich nemají nad vlastní sexualitou kontrolu, ženská sexualita je stereotypně podřízena roli matky a pečovatelky, je nutně spjata s citem nebo romantickým příběhem a soustředěna na uspokojování muže.
- ▷ V otázce sexuálního zneužívání dětí vyučující přiznali, že nemají dostatečné znalosti, jak dětem pomoci či poradit. To se týká také např. znásilnění. Stejnou neznalost přiznali učitelé a učitelky v oblasti sexuálních a reprodukčních práv. (Lukšík a Lukšíková – <http://www.rodicovstvo.sk>)
- ▷ Dívky mají větší znalosti – dostávají informace v hygienických balíčcích; také časopisy obsahující témata sexuálního vzdělávání jsou častěji zaměřeny na dívky (např. *Dívka a Bravo Girl*).
- ▷ Střední školy se sexuální výchově v podstatě vůbec nevěnují, tématu jsou řešena pouze externími přednáškami. Je zajímavé, že ve věku, kdy se mládež sexualitou nejvíce zabývá a začíná se jí aktivně věnovat, ji nikdo v tomto tématu nevzdělává.

ZE SEŠITU ŽÁKYNĚ (2)

Toto jsou zápisky z hodiny sexuální výchovy žákyně osmiletého gymnázia. Sexuální výchova zde byla součástí Občanské výchovy. Dívka se vyjádřila, že sexuální výchova byla vyučována pouze dvakrát – jedna hodina proběhla v sekundě, jedna v sextě. Právě ze sexty jsou tyto zápisky, které poukazují na nedostatečné seznámení s tématem. Hodina byla pouze formou přednášky a nebyla interaktivní. Žáci mohli na závěr hodiny klást otázky. „Většinou se stydíme klást otázky i na jiných předmětech, protože když je otázka hloupá, je nám to dostatečně naznačeno. Proto jsme se samozřejmě neptali ani při sexuální výchově.“

LÁSKA A EROTIKA

- ▷ erotika = umění odhalovat a skrývat sexuální vnady
- ▷ sexuální vnady = to, co nás přitahuje k druhému pohlaví
- ▷ milostná poetika = poeticky sdělovaná láska a opěvování milovaného objektu

SEXUALITA V PUBERTĚ

- ▷ probuzení hormonů ⇒ zvýšený zájem – o sebe a svoje tělo
- ▷ o opačné pohlaví
- ▷ erotogenní zóny: rty, krk, prsní bradavky, okolí pohlavních orgánů
- ▷ masturbace = onanování = sebeuspokojování = autoerotika

SEZNAMOVÁNÍ CHLAPCŮ A DÍVEK V PUBERTĚ

- ▷ dívka → nejprve citový vztah a pak sex
- ▷ kluci → nejprve sex a pak city

Fáze navazování vztahů:

1. platonické zamilování = snění a fantazie
2. bližší seznámení a první dotyky
3. polibky
4. necking
5. petting
6. soulož

Rizika zahájení pohlavního života:

1. nechtěné těhotenství vs. plánované rodičovství
antikoncepční prostředky: dívky: hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko
chlapci: prezervativ = kondom
2. sexuální choroby

GENDEROVÉ STEREOTYPY

Genderové stereotypy se stále prolínají celou společností a tudíž i vzdělávacím systémem. Objevují se rovněž v sexuální výchově. Jedním z cílů efektivní sexuální výchovy by mělo být genderové stereotypy bourat; často tomu tak bohužel není. Snaha o potlačení genderových stereotypů v sexuální výchově může přispět

k podpoře odpovědného rodičovství a partnerství, sdílení rodičovských rolí či posilování aktivní péče o děti nejen u žen, ale i mužů. Genderově nestereotypní sexuální výchova rovněž posiluje odpovědné sexuální chování nejen u dívek, ale i chlapců, předchází násilí v intimních vztazích a rozvíjí jejich znalosti v této oblasti.

Zde zmíněné genderové stereotypy jsme našli v literatuře (knihy a internet), která je určena jak dětem, tak rodičům:

- ▷ „Chlapci považují za důležité fyzické kouzlo a cítí, že je přitahuje sexualita. Děvčata zase mají sklony ke snění a snadněji se poddají milostným citům.“ (Joyeux, 2000) Výrok o chlapcích jako o „tvorech sexuálních“ a dívkách jako „tvorech citových“ vytváří dojem „mužské neovladatelnosti sexuálního pudu“, čímž jsou celospolečensky ospravedlňované jejich násilné sexuální činy páchané na ženách. Je nezbytné tento stereotyp o mužské „pře-sexualizované“ psychice systematicky bořit a vychovávat chlapce k zodpovědnosti za sexuální chování. Chlapci jsou schopni zodpovědného chování do stejné míry jako dívky.
- ▷ „Vedte je k rozlišení shod mezi kluky a holčičkami, kluci nosí kalhoty, krátké vlasy, zajímají se o auta a stavebnice, často se perou. Holčičky často nosí culíky, sukně nebo zástěry a hrají si více s kočáry a panenkami.“ (Javůrková, Alena – www.skolaonline.cz)
- ▷ Dívka → nejprve citový vztah a pak sex. Kluci → nejprve sex a pak city. (zápisky z hodin sexuální výuky)

STEREOTYPY

SV se často mívá účinkem, protože děti vychovává ke stereotypům, vyučující se snaží žákům a žákyním zakazovat a přikazovat, často moralizují. Již sám fakt, že sexuální výchova je zařazena do výchovy rodinné je velmi stereotypní. „Rodičovství je zde považováno za základní hodnotu a cíl každého jedince.“ (Uzel, 2006)

- ▷ „Ve vašem věku (14 – 15) jistě neriskujete, že se nakazíte AIDS. To až později.“ (Joyeux, 2000) – Tato věta jednak není pravdivá a zároveň potírá jeden z principů SV a to obeznamenit mládež o sexuálně přenosných chorobách dříve než začnou praktikovat sexuální styk s druhou osobou.
- ▷ 17 % žáků/-kyň si myslí, že homosexuály je třeba léčit. U chlapců je to dokonce 24 %. To vypovídá o chlapecké školní kultuře, která není v tomto směru rodiči kultivována. (Lukšík a Lukšíková – <http://www.rodicovstvo.sk/>)
- ▷ „Prvním krokem ke vzniku rodiny je sňatek dvou lidí, muže a ženy, kteří se milují, chtějí být spolu celý život a chystají se spolu mít svoje děti.“ (Javůrková, Alena – www.skolaonline.cz) Tato věta opomíjí homosexuální formu spoluzití, dále dvojice, které nechtějí vstoupit do manželského svazku nebo neplánují či nemohou mít děti.
- ▷ Mnoho učitelů a učitelek vychovává děti k tomu, že proti AIDS mohou bojovat jen tím, že nebudou často střídat partnery nebo budou mít čistě monogamní vztah. Tato výchova vede studenty/-ky k názorům, že postižení HIV žijí nemorálně (častý pohlavní styk, berou drogy) a nemotivuje je k HIV testům. Žáci a žákyně mají pocit, že oni, protože jsou „morální“, jsou nenakazitelní. Daleko účinnější je výchova k bezpečnému sexu.

- ▷ Onemocnění AIDS je často dáváno do souvislosti s homosexualitou. Heterosexuální jedinci jsou ovšem touto nemocí ohroženi stejně.
- ▷ Celková tabuizace masturbace – je nutné vést chlapce i dívky k odtabuizování různých sexuálních témat, aby byli schopni o nich otevřeně mluvit a přestali se vnímat kvůli určitým projevům své sexuality jako „nenormální.“

KDO MÁ VYCHOVÁVAT?

Nejen škola by měla vést děti k odpovědnému sexuálnímu životu a chování. Sexuální výchova by měla začít už v útlém dětství a zodpovědnost za ni spočívá na rodičích. V dnešní době velkého vlivu médií a to jak časopisů, televize, plakátů, tak internetu, je třeba, aby právě média brala zřetel na sexuální vývoj osobnosti.

Doma – rodiče nebo opatrovníci – sexuální vzdělávání je dlouhodobé, dítě se může ptát na konkrétní situace: rodiče a dítě musí mít takový vztah, aby se před sebou navzájem nestyděli.

Ve škole – vyučovací hodiny, školní aktivity (např. výlety), zařazení rodičů, individuální poradenství.

Ve společenských centrech – v rámci různých kroužků a mimoškolních aktivit, méně formální než ve škole.

V lékařské ordinaci – lékař/-ka by měl/-a své pacienty/-ky informovat o sexuálně přenosných chorobách a o reprodukčních právech a zodpovědném chování, respektive plánovaném a neplánovaném rodičovství.

PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE

Fakt, že výuka sexuální výchovy často závisí opravdu na individuální zainteresovanosti vyučujících, dokazuje i jeden z příkladů dobré praxe, na který jsme narazili na jedné základní škole. Místní učitelka SV absolvovala dvouletý kurz výuky sexuální výchovy: „*Já jsem začala se sexuální výchovou ještě dříve, než to bylo v osnovách. Teď když sleduji učebnice, zjišťuji, že jsem ji učila správně.*“

Sexuální výchovu vyučuje v šesté až deváté třídě. Nejdříve začíná tématy jako puberta a pohlavní orgány. K vyučování používá učebnici rodinné výchovy pro 6., 7. a 8. třídu. Strukturu si však připravuje převážně sama. V šesté třídě vyučuje SV 3 hodiny, rozsah se však postupně zvyšuje. Nejvíce se věnuje sexuální výchově v osmé třídě – asi polovinu hodin *Rodinné výchovy*. Vyučuje společně dívky i chlapce. Často využívá videa.

HOMOSEXUALITA/BISEXUALITA/PARTNERSTVÍ OSOB STEJNÉHO POHLAVÍ

„Sexuální a citová touha po osobě stejného pohlaví“, kterou cítí homosexuální a bisexuální osoby, je v sexuální výchově v ČR jasně opomíjena. Stále se objevuje řada předsudků a stereotypů, učitelé často nevědí, jak tyto koncepty pojmout. V sexuální výchově jsou konkrétní situace udávány vždy na příkladech párů – dívka a chlapec. Mladé lesby a gayové či bisexuální chlapci a dívky můžou mít pocit, že SV je pouze o heterosexuálních vztazích a cítí se vyloučení.

Občas je dětem vysvětlováno, že je nutné homosexuální chování tolerovat, ale vyučující se už nedostanou k otázce „*Jsem já gay či*

lesba?“. Mladí homosexuální a bisexuální muži a ženy nedostávají dostatečné informace, jak se svým zaměřením nakládat. Nacházejí se v těžkém období a potřebují podporu. Vyloučení tématu o sexuální a citové touze po osobě stejného pohlaví ze sexuální výchovy (jako předmětu, kde by se děti měly dozvědět o tématu podrobnější informace) může výrazně přispět k tomu, že děti, které se už identifikují nebo v budoucnosti začnou identifikovat jako homosexuální nebo bisexuální, mohou cítit intenzivní deprese, frustraci a komplex méněcennosti, protože jejich sexuální a citová preference není považována za rovnocennou a plnohodnotnou.

Všichni žáci by měli být informováni o homosexualitě. Bez toho nejsou dobře připraveni na různorodost dospělosti a mohou se cítit nepříjemně v situacích, které je čekají. Také se jim může stát, že si vytvoří negativní pohled na některé vztahy nebo sexuální chování. Aby byly dostatečně představeny genderové role, postoje a názory na sexualitu, pocity a vztahy, musí se také hovořit o různých sexuálních postojích.

Homosexualita, resp. bisexualita by měla být zařazena do celého konceptu rodinné výchovy. Není vhodné představovat pouze muže a ženu, kteří mají své vlastní biologické děti, dětem by měly být představovány také alternativní modely rodiny. Jedním z důvodů pro takovou praxi je i to, že byl v ČR před nedávnem přijat zákon o registrovaném partnerství osob stejného pohlaví. Je nutné reflektovat tento legislativní akt a zařadit jeho souvislosti do výuky na školách.

ZÁVĚR

Jak je zřejmé z tohoto dokumentu, sexuální výchova není v ČR dostatečná, shodují se na tom mnozí odborníci a odbornice. Rovněž souhlasí s tím, že SV je důležitou součástí výchovy žáků, vede je k bezpečnějšímu sexuálnímu chování, které eliminuje možnost neplánovaného těhotenství, sexuálně přenosných chorob a násilí v intimních vztazích. Správná SV vede děti k psychickému i fyzickému zdraví, plnohodnotnému sexuálnímu a citovému životu, větší sebejistotě a lepší orientaci ve vztazích. Je tedy otázkou, proč SV stále není součástí každé výuky.

To, aby se výuka více zaměřovala na sexuální vzdělávání, by mělo být v zájmu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR a také jednotlivých škol. Dokud zůstane SV součástí rodinné výchovy, bude vždy bude možnost ji vynechat. Vyučující musejí odbourat své předsudky a být v problematice proškolení, to je zásadní krok ke zlepšení.

Většina literatury (i internetových zdrojů), která se zaměřuje na rodiče a děti/mládež, je velice stereotypní. Tradiční rodina je stále brána jako základ vztahu, v příkladech je používán pouze vztah muže a ženy. Literatura se často snaží moralizovat. Autoři/-ky této literatury jsou většinou sexuologové/-žky vycházející z výlučně medicínského paradigmatu s tím, že opomíjejí společenskovední úhel pohledu. Proto doporučujeme proškolit je v genderové citlivosti nebo je vybídnout ke spolupráci na psaní učebních textů s odborníky a odbornicemi z oblasti genderových studií a sociologie.

Na závěr předkládáme několik doporučení, která by mohla přispět ke zlepšení sexuálního vzdělávání v ČR.

ZÁVĚREČNÁ DOPORUČENÍ

1. Uskutečnit šetření mezi vyučujícími a žactvem. Mezi vyučujícími – jak sexuální výchovu učí a co o ní vědí. Mezi žactvem – co vědí a jaká témata je zajímají, na jaké otázky hledají odpovědi. Na základě těchto poznatků vytvořit školení pro učitele/-ky a výukový modul pro žáky a studenty.
2. Povinné a pravidelné proškolení vyučujících v problematice sexuální výchovy. Toto proškolení by mělo zahrnout také intenzivní školení v oblasti gender, genderových stereotypů a rovných příležitostí v partnerských vztazích.
3. Homosexualita musí být zařazena do SV jako standard rovnocenný k heterosexuální formě citových a sexuálních vztahů. Nejen jako samostatné téma, ale musí prolínat celým konceptem SV.
4. Sexuální výchova musí být interaktivní, doporučuje se využívat různé typy her. Pro výuku sexuální výchovy jsou vhodné neformální školní situace (např. lyžařské výcviky, výlety apod.). Vytvářet zábavné a obrázkové materiály, které budou studentům rozdávány.
5. Sexuální výchova by měla reagovat na různé charakteristiky mládeže jako např. pohlaví, věk, místo bydliště, náboženské vyznání apod.
6. V oblasti sexuality je nutné vzdělávat celou společnost – pomocí literatury a médií, aby se v této otázce vyvinulo celkové společenské klima.
7. Někteří odborníci upozorňují na to, že pro teenagery může být vhodné číst časopisy jako je *Dívka* či *Bravo*. Tyto časopisy mohou obohatit jejich sexuální vzdělávání.
8. Vzhledem k tomu, že děti a mládež vyjádřili zájem vyhledávat si informace na internetu, je třeba tyto informace podstatně rozšířit právě v tomto prostředí. (Lukšík a Lukšíková – <http://www.rodicovstvo.sk/>)
9. Zaměřit se na mediální kampaně proti HIV/AIDS a dalším sexuálně přenosným nemocem a na témata spojená se sexuálním životem a rodičovstvím soustředěné na mládež.
10. Žáci a žákyně by měli být vedeni k větší komunikaci (a to i v jiných předmětech).
11. Sexuální výchově by měl věnovat základní i střední vzdělávací stupeň.
12. Sexuální výchova by se měla zabývat:
 - a. rolí muže a ženy/otce a matky (odbourávání genderových stereotypů)
 - b. vývojem pohlavních orgánů a sexuality (odbourávání stereotypů o "mužské" a "ženské" sexualitě)
 - c. sexuálním stykem, masturbací
 - d. pohlavními chorobami a možnou ochranou

- e. formami ochrany před nechtěným otěhotněním (otázka odpovědnosti; obeznámení s možností umělého oplodňování)
- f. pornografií
- g. různými formami spolužití (manželství/partnerské soužití osob opačného pohlaví, registrované partnerství/partnerské soužití osob stejného pohlaví, soužití přátel, soužití s dětmi/bez dětí, atd.)

Poznámky:

- 1) Autorka infobalíčku e-mailem oslovila pražské základní a střední školy. S učiteli dvou základních škol byl uskutečněn telefonický rozhovor. S ostatními probíhala komunikace e-mailem.
- 2) Tyto zápisky pocházejí od žákyně sexty osmiletého gymnázia a byly poskytnuty na žádost autorky infobalíčku.

DOPORUČENÁ LITERATURA:

- Cviková, Jana a Juráková Jana. *Růžový a modrý svět*. Aspekt. 2003.
- Lukšík, Ivan a Lukšíková, Lubica. *Poznanie žiakov a učiteľov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv: kvalitatívna analýza*. <http://www.rodicovstvo.sk/>
- Lukšík, Ivan a Lukšíková, Lubica. *Poznanie žiakov a učiteľov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv: kvantitatívna analýza*. <http://www.rodicovstvo.sk/>
- Rakušanová, Miluše. *Pohledy na sexuální výchovu dětí*. <http://www.portal.cz>
- Täuber, Vladimír. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. Fortuna. 1997.
- Täuber, Vladimír. *Principy sexuální výchovy*. <http://www.portal.cz>
- Uzel, Radim. *Sexuální výchova*. Vzdělávací institut ochrany dětí. 2006 <http://planovanirodiny.cz/>
- www.rodicovstvo.sk
- Gender ve škole*. Otevřená společnost.

VZDĚLÁVÁNÍ PRO ŽÁKY NA INTERNETU (INSPIRACE ZE ZAHRANIČÍ):

- <http://www.scarleteen.com/>
- <http://www.avert.org/>

DALŠÍ POUŽITÁ LITERATURA:

- Javůrková, Alena. *Jak mluvit se dětmi o sexu a rodičovství I.- III.* <http://www.skolaonline.cz>
- Joyeux, Henri. *City, sexualita, AIDS*. Portál. 2000.
- Kompletní pedagogická dokumentace vzdělávacího programu ZÁKLADNÍ ŠKOLA, čj. 16 847/96-2, včetně všech změn a doplňků – aktualizace k 1. září 2006*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=104044&CAI=2701
- Pšenička, Oldřich. *Sexuální výchova v rodině*. Hnutí rodina. 1995.

GENDER STUDIES, o.p.s.

Gender Studies, o.p.s. je nevládní neziskovou organizací, která slouží především jako informační, konzultační a vzdělávací centrum v otázkách vztahů mužů a žen a jejich postavení ve společnosti. Cílem organizace je shromažďovat a dále zpracovávat a rozšiřovat informace související s genderovou tematikou. Prostřednictvím specifických projektů GS aktivně ovlivňuje změny týkající se rovných příležitostí v různých oblastech, mezi něž patří např. institucionální mechanismy, trh práce, politická participace žen, informační technologie apod. GS také provozuje knihovnu obsahující množství publikací a materiálů k feminizmu, gender studies, právům žen a mužů atp.

Poskytujeme:

- ▶ konzultace v oblasti sladování rodinného a pracovního života (work/life balance), postavení žen a mužů na trhu práce a oblasti rovných příležitostí pro ženy a muže
- ▶ informační servis pro genderovou problematiku: sladování rodinného a pracovního života, postavení žen v řídicích pozicích, vzdělávání v oblasti rovných příležitostí pro ženy a muže, účast žen v rozhodovacích procesech a politice
- ▶ vydávání a distribuci zpravodajů Rovné příležitosti do firem a Rovné příležitosti ve strukturálních fondech
- ▶ knihovnické a informační služby v oblasti genderové tematiky: největší knihovna zaměřená na genderovou tematiku a rovné příležitosti pro ženy a muže ve střední Evropě (7 tisíc titulů)
- ▶ přednášky, školení a semináře na téma rovné příležitosti pro ženy a muže (trh práce, politika, ICT apod.)

Kontakt: Gender Studies, o.p.s.
Gorazdova 20
120 00 Praha 2
Tel.: / fax: +420-224-915-666
e-mail: office@genderstudies.cz
<http://www.genderstudies.cz>
<http://www.rovneprilezitosti.cz>
<http://www.feminismus.cz>

Hnutí za aktivní mateřství

Občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství bylo založeno v roce 1999 s cílem usilovat o zlepšení podmínek v českých porodnicích a šířit informace, které by tomu napomáhaly.

Usiluje o to, aby lékaři/lékařky ženám nenutili některé zbytečné či dokonce škodlivé zákroky a postupy a řídili se doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO), které mají matku i dítě chránit před škodlivou nemocniční rutinou. Zároveň šířením informací přispívá k tomu, aby si ženy byly vědomy svých práv a svobody volby a slušné zacházení v porodnicích samy vyžadovaly.

Provozuje zdravotně-sociální poradnu, organizuje pravidelná setkání pro odborníky i rodiče, vydává osvětové materiály. Pořádá diskuzi v mateřských centrech a školách, zapůjčuje a promítá filmy s tematikou přirozeného porodu. Oslovuje zákonodárce, pojišťovny a lékařské společnosti. Podporuje a propaguje mezinárodní iniciativu Mother-friendly hospital (Porodní služby matce přátelské).

Je otevřené každému, kdo se zajímá o problematiku přirozených porodů a o zodpovědnou a aktivní roli rodičů v péči o své děti.

V roce 2006 se H.A.M. poprvé připojuje ke Světovému týdnu respektu k porodu – uspořádalo velkou multimediální výstavu UMĚNÍ PORODIT (Letohrádek Portheimka, Praha,

15. – 21. května 2006). Akce ke Světovému týdnu respektu k porodu hodlá připravovat i v příštích letech.

Při své práci vychází důsledně z důvěryhodných odborných zdrojů – výsledků výzkumů, randomizovaných studií Cochrane collaboration a doporučení WHO.

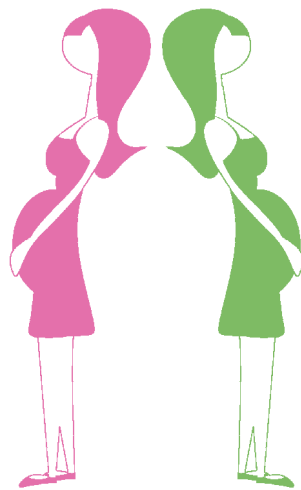
Kontakt: Hnutí za aktivní mateřství

Dlouhá 27
Praha 1
110 00
Tel.: 603 561 609
www.iham.cz
ham@iham.cz

UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK

Profesní sdružení porodních asistentek, ve kterém se mohou porodní asistentky sdružovat i na základě individuálního členství. Všechny údaje, které potřebujete k tomu, abyste se mohla rozhodnout pro členství naleznete ve stanovách. UNIPA se pravidelně účastňuje dohodovacích řízení. Spolupracuje s časopisem *Porodní asistence* a *Sestra*. Pořádá odborné konference, na které zve přední odborníky z oboru.

Kontakt: unipa@unipa.cz,
www.unipa.cz



REPRODUKČNÍ PRÁVA ŽEN A MUŽŮ:

Vydává Gender Studies, o.p.s., Gorazdova 20, 120 00 Praha 2
za finanční podpory Slovak-Czech Women's Fund v roce 2006.

GENDER
STUDIES 

