

**PRENATÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE NA POČÁTKU
21. STOLETÍ**

Bakalářská práce

JANA JANEKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

JANEKOVÁ, Jana. *Prenatální péče v České republice na počátku 21. století*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová. Praha. 2011. s. 52.

Hlavním tématem bakalářské práce je struktura prenatální péče v České republice v současné době. Zabývá se smyslem a cíli prenatální péče, vyjmenovává moderní diagnostické metody k odhalování zejména vrozených vývojových vad plodu a různých dalších patologií jak u matky, tak u plodu. V práci je zmíněna také historie porodnictví u nás i ve světě. Zahrnuta je rovněž psychologie v těhotenství, působení somatických změn v průběhu těhotenství na psychiku budoucí matky, a v neposlední řadě je zde rozebrána etická stránka prenatální péče. Jedna z kapitol také obsahuje zákony týkající se mateřské a rodičovské dovolené nebo výše porodného.

Klíčová slova: Diagnostické metody. Gravidita. Mateřská dovolená. Prenatální péče. Vrozené vývojové vady.

ABSTRACT

JANEKOVÁ, Jana. *Prenatal Care in the Czech Republic at the Beginning of the 21st Century*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., the stage of the qualification: Bachelor. The head of the theses: PhDr. René Hanušová. Prague. 2011. s. 52.

The main theme of my bachelor theses is the structure of the prenatal care in the Czech Republic today. It is concerned with the purpose and the aims of the prenatal care, it enumerates the modern diagnostics methods to detect particularly congenital abnormalities of the fetus and other various pathologies both by the expectant mother and by the fetus. In the theses there is also mentioned the history of the obstetrics in our country and in the world. It also involves the psychology in the pregnancy and the impingement of the somatic changes during the pregnancy for the psyche of the expectant mother. Last but not least the theses analyses the ethic aspect of the prenatal care. One of the chapters also contains the laws that are concerned in the maternity leave and in the rate of the birth grant.

Keywords: Diagnostics methods. Pregnancy. Maternity leave. Prenatal care. Congenital abnormalities.

PŘEDMLUVA

Medicínské poznatky v oblasti prenatalní péče v posledních desetiletích přinesly velké pokroky v oblasti prenatalní diagnostiky. Rychlý technický rozvoj vedl k vytvoření ultrazvukové diagnostiky s vysokou rozlišovací schopností a kardiografických přístrojů schopných detekovat základní životní projevy plodu. Smyslem prenatalní péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy, zejména prevence všech chorobných stavů, včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace, a to vše díky velkému množství špičkových diagnostických a terapeutických metod. Prenatální péče a její rozvoj tak zásadně ovlivnila snížení novorozenecké nemocnosti a úmrtnosti.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam ošetrovatelské činnosti porodních asistentek a lékařů v prenatalní péči o těhotnou ženu. Zabývá se významem prenatalní péče, jednotlivými kroky vedoucími ke zdárnému konci těhotenství. Popisuje jednotlivá vyšetření, která jsou poskytována těhotné ženě porodní asistentkou.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence v programu ošetrovatelství a absolvováním praxe v různých pražských porodnicích. Podklady pro práci jsem převážně čerpala z knižních a z časopisových pramenů.

Práce je určena budoucím porodním asistentkám i porodním asistentkám z praxe, které aplikují ošetrovatelskou péči o těhotnou ženu.

Touto cestou bych chtěla vyslovit poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Reně Hanušové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytovala při zpracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	11
1 HISTORIE BABICTVÍ A PORODNICTVÍ	12
1.1 Průřez jednotlivými obdobími babictví a porodnictví	12
1.2 Historie českého porodnictví	13
2 PRENATÁLNÍ PÉČE	15
2.1 Historie prenatální péče	15
2.2 Cíle prenatální péče	16
2.3 Systém prenatální péče	17
2.4 Diagnostické metody	18
2.4.1 Diagnóza těhotenství	18
2.4.2 Stanovení termínu porodu	20
2.4.3 Stanovení rizikového těhotenství	20
2.4.4 Rizikové a patologické těhotenství v prenatální péči	21
2.5 Harmonogram prenatální péče	21
2.5.1 Doporučené postupy v prenatální péči	24
2.6 Prenatální diagnostika	25
2.6.1 Metody prenatální diagnostiky	26
2.7 Pozitiva a negativa prenatální péče	27
3 MATEŘSKÁ DOVOLENÁ, RODIČOVSKÁ DOVOLENÁ	29
3.1 Mateřská dovolená	29
3.2 Rodičovská dovolená	30

3.3 Peněžitá pomoc v mateřství	30
3.4 Rodičovský příspěvek	32
3.5 Porodné	34
4 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE	36
4.1 Psychické změny v jednotlivých trimestrech	37
4.2 Somatické změny a vliv na psychiku	38
4.3 Vliv nepříznivých psychosociálních faktorů na těhotenství.....	42
5 PSYCHOPROFYLAZE V TĚHOTENSTVÍ	44
5.1 Psychoprofylaxe na českém území	45
6 ETICKÉ ASPEKTY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY	47
6.1 Etické aspekty prenatalní diagnostiky z hlediska plodu	47
6.2 Etické aspekty prenatalní diagnostiky z pohledu těhotné ženy.....	48
ZÁVĚR	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH	adrenokortikotropní hormon
AFP	alfa-fetoprotein
AIDS	syndrom získané imunodeficiencie
AMC	amniocentéza
BWR	Bordetova-Wassermanova reakce
CNS	centrální nervový systém
CRL	temenokostrční délka plodu
CTG	kardiotokografie
CVS	odběr vzorku choriových klků
E3	estriol
FSH	folikuly stimulující hormon
GBS	streptokoky skupiny B
GDM	gestační diabetes mellitus
HBsAg	protilátky infekční hepatitidy B
hCG	lidský choriový gonadotropin
HIV	virus lidské imunodeficiencie
LH	luteinizační hormon
NT	šíjové projasnění
oGTT	orální glukózový toleranční test

P pulz

PAPP-A pregnancy associated plasmatic protein A

TK krevní tlak

USG ultrasonografie

VVV vrožené vývojové vady

ÚVOD

Prenatální péče spočívá ve sledování zdravotního stavu těhotné, kontrole vývoje plodu a všestranné přípravě porodu. Prenatální poradny se nacházejí v porodnicích, žena si může sama zvolit, kterou bude chtít navštěvovat a ve které následně porodí. Při první návštěvě je sepsána anamnéza, celkové vyšetření (tělesná hmotnost, výška, krevní tlak, moč, krevní obraz, krevní skupina včetně Rh faktoru, BWR). Následuje porodnické vyšetření, vyšetření prsů, změření zevních rozměrů pánve. Určí se stáří těhotenství a je stanoven termín porodu. Ženě je vydána těhotenská průkazka, do které jsou zapisovány sledované údaje.

Ve své bakalářské práci se zabývám systémem prenatální péče v České republice. Uvádím jednotlivá vyšetření, která musí těhotná žena absolvovat. Dále rozebírám diagnostické metody, které nám pomáhají odhalovat patologie matky i plodu. Uvádím rovněž zákony týkající se mateřské a rodičovské dovolené. Nedílnou součástí mé bakalářské práce je psychologie, psychické změny, které žena prožívá během těhotenství.

Cílem mé bakalářské práce je popsat systém prenatální péče u nás ve 21. století. Podrobně rozebírám jednotlivé speciální diagnostické metody, které nám pomáhají odhalovat vrozené vývojové vady a patologie neslučitelné se životem plodu.

1 Historie babictví a porodnictví

„V dávnověku žena pravděpodobně rodila v osamění bez jakékoliv zevní pomoci. Byla tak vydána velkému nebezpečí, zvláště při složitějších situacích, které nebyla schopna sama řešit.

Teprve později, když se začali lidé sdružovat a organizovat, počaly rodičkám, především v období matriarchátu, poskytovat pomoc starší zkušené ženy z rodiny. Tak je to zachyceno v našem bájesloví. Tato laická pomoc však byla nedostatečná a postupně se začaly porody zabývat některé ženy jako povoláním. Jejich činnost se však zpočátku opírala pouze o vlastní zkušenosti a poznatky předávané mezi generacemi. Pomalu tak vzniklo nové povolání určené pouze ženám, jehož název se odvozoval od slovesa babiti – rodit (báby pupkořezné, ženy babicí), až se ustálil na termínu porodní báby či babičky, a to bez ohledu na jejich věk. Pro muže to bylo povolání nedůstojné, pouze při komplikacích byli přivoláváni lazebníci, bradýři, ranhojiči či felčaři. Ti pak, většinou při minimálních znalostech, celou záležitost často dramaticky dokončili. Při častém výskytu křivice a osteomalacie nebyla o tyto komplikace nouze, navíc při velice špatných hygienických podmínkách bylo velké nebezpečí infekce. Oficiální medicína se prakticky porodnictvím nezabývala, některé přednášené poznatky byly v chirurgii okrajově tradovány z učení Hippokrata a Galéna a z pozdějších prací Rhazese a Avicenny. Tak tomu bylo celý středověk a začátek novověku.“ (ČECH a kol., 2006, s. 17).

1.1 Průřez jednotlivými obdobími babictví a porodnictví

V pravěku docházelo za porodu k velkým ztrátám, což by bylo v současnosti neúnosné. Za kult plodnosti byla považována tzv. Venuše, která znázorňovala ženské tělo s velkými prsy a mohutnými boky.

Ve starověku se vyskytovaly porodní báby již ve starém Egyptě, později v Řecku a Římě, i u Aztéků a Inků. Mezi významné lékaře tehdejší doby je pokládán Hippokrates, který byl jediným porodníkem a gynekologem antického Řecka. Ve svých spisech popisuje příčiny porodů a potratů. Důležitým antickým encyklopedistou medicíny byl Aurelius Cornelius Celcus, který přeložil téměř všechny Hippokratovy

spisy do latiny. Sestavil spis obsahující znalost obratu na konec pánevní a extrakci plodu. Dalším řeckým ženským lékařem byl Sorános z Effesu. Sepsal rozsáhlé dílo O umění porodnickém a nemocech ženských. Tato kniha je pokládána za jednu z nejlepších antických prací. Sorános je také autorem dochované starověké práce o gynekologii a porodnictví určené porodním bábám O věcech ženských. Dle Sorána má pomocnice při porodu mít řadu vlastností: dobrá paměť, pracovitost, vytrvalost, mravnost, dlouhé a jemné prsty, krátce ostříhané nehty (VRÁNOVÁ, 2007).

V raném středověku se hlavním představitelem gramotnosti stala církev. Středověk vnímal ženu z pohledu lékařství jako slabší, náchylnější k chorobám než mužské tělo. Menstruační krev byla považována za nestrávenou potravu, která takto odchází. Proto se porodnictvím a gynekologií lékařská věda nezabývala. Veškerá péče o ženu těhotnou, rodící a nedětku je v rukou porodní báby. Bohužel některé byly nevzdělané, jiné už byly školsky poučené. Nejčastěji se mladá porodní bába učila od starší okoukáním nebo pomáháním. Ke vzdělaným porodním bábám patřila Trotulla, která se zabývala porodnickou praxí a vydala dílo O utrpení ženy před, během a po porodu. Dalším významným představitelem tohoto období je Eucharius Roesslin, který sepsal první tištěnou učebnici pro porodní báby Růžová zahrada těhotných žen a porodních bab (DOLEŽAL, 2001).

V novověku se porodnictví neustále prolínalo s přírodními vědami, nástup a rozvoj nastal od renesance. Na vznik vědeckého porodnictví měla klíčový vliv anatomie. Leonardo da Vinci společně s anatomem Marcem Antonio della Torre vytvořili anatomické dílo podle 30 pitev. Zobrazují například zevní genitál ženy, dělohu, mužský genitál nebo držení plodu (ROZTOČIL a kol., 2008).

1.2 Historie českého porodnictví

O první porodní bábě jsou u nás zprávy v závěti krále Václava II. z roku 1284. Václav II. odměňuje svoji vychovatelku slovy: „Alžbětě, která nás od nejútlejších let jako bedlivá porodní bába vychovala až do chlapectví, postupujeme naše stavení.“ (VRÁNOVÁ, 2007).

V našich zemích byl vzestup porodnictví složitý. Příčinou byly politické a náboženské nepokoje, které vyvrcholily s nástupem Habsburků. Anatomické poznatky z poloviny 16. století se k nám dostaly se značným zpožděním. Proto došlo v 18. století k nápravě a snaze vzdělat porodní báby, a tím i zvýšit jejich sociální postavení. První institucí starající se o těhotné ženy a jejich děti na počátku 17. století byl „Vlašský špitál“ na Menším Městě pražském. V roce 1765 byl otevřen ústav na Novém Městě pražském, který pečoval o opuštěné děti a později i o svobodné matky. Ve druhé polovině 18. století se tento ústav přesouvá do upravené porodnice a nalezince u kostela sv. Apolináře. Dále byly vybudovány porodnice v Brně a Olomouci.

Obtížná byla i výuka porodnictví na pražské lékařské fakultě. Výuka probíhala na základě starých latinských spisů. Ve druhé polovině 18. století byl zaveden zvláštní medicínský obor zabývající se výhradně porodnictvím. První velkou osobností pražského porodnictví byl J. Melič, který dobře znal porodnictví teoreticky i prakticky. Další velkou postavou byl A. Jungmann, který zavedl pevný medicínský řád a administrativní systém. Za jeho více než čtyřicetileté působení na klinice bylo odvedeno 50 000 porodů. Napsal učebnice v češtině i němčině pro porodní báby i pro studenty medicíny (ČECH a kol., 2006).

„Jednou z nejvýznamnějších osobností historie se nepochybně stal profesor K. Pawlík, který stál od roku 1889 celých 26 let v čele první pražské kliniky. Byl vynikajícím porodníkem, popsal původní postup při zevním vyšetření (tzv. Pawlíkův hmat). Na svoji dobu měl díky výborné operační technice neobyčejně dobré výsledky při porodu císařským řezem, který byl ještě tehdy považován za smrtící operaci. Velké úspěchy Pawlík získal při gynekologické operativě – mj. transvaginálně radikálně operoval karcinom děložního hrdla řadu let před Schautou, kterému je neprávem přisuzována priorita.“ (ČECH a kol., 2006, s. 19).

2 Prenatální péče

Smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy a včasný záchyt vrozených vývojových vad plodu a jiných odchylek od normálního průběhu gravidity s následným zajištěním terapeutických a diagnostických opatření (HÁJEK, 2004).

Žena je po stanovení diagnózy těhotenství zařazena do prenatální poradny dle vlastního výběru. Ne zvolí-li si žena prenatální poradnu sama, musí péči zajistit poradna, která je nejbližší jejímu bydlišti. I když je v našem zdravotnictví zaručena možnost svobodné volby lékaře, naopak zvolený lékař má povoleno poskytovat péči ženě výhradně tehdy, splňuje-li podmínky podle svých vlastních možností, podle své kvalifikace a hlavně podle stavu těhotné samotné.

Těhotná je při první návštěvě poučena o významu prenatální péče a pravidelných lékařských prohlídkách. Poučení je rozšířeno i na rizika, týkající se onemocnění AIDS a jiných infekcí, kouření, alkoholu, toxikomanie atd. Po založení ambulantní dokumentace je těhotné vystaven těhotenský průkaz, do kterého lékař zaznamenává veškeré požadované údaje (ČECH a kol., 2006).

2.1 Historie prenatální péče

Základní prvky systému prenatální péče se postupně utvářely po roce 1945. Mezi tyto prvky patřilo zřizování prenatálních poraden, přesun porodů do zdravotnických zařízení, specializační příprava gynekologů a porodníků, postupný vznik neonatologických pracovišť, zavedení principů rizikového přístupu a diferencované péče, epidemiologie vrozených vývojových vad atd. Podpora tohoto dlouhodobého vývoje byla rozvíjena základní myšlenkou perinatologie – spoluprací mezi porodníkem a specializovaným pediatrem. Důsledkem bylo zlepšení ukazatelů kojenecké, mateřské a perinatální úmrtnosti. Byl vytvořen fungující systém, který se opíral o síť zdravotnických zařízení, schopných poskytovat péči všem těhotným ženám a novorozencům, díky kvalifikovaným odborníkům.

Systém prenatální péče byl na počátku 90. let jednou ze dvou nejlépe hodnocených oblastí našeho zdravotnictví. Existovaly ale nedostatky, zejména v koncentraci rizikových těhotných a novorozenců do nemocnic, které by byly schopné

poskytovat specializovanou perinatální péči na vysoké úrovni. Dalším nedostatkem bylo špatné technické vybavení porodnic.

Na základě každoročních analýz, prováděných Sekcí perinatální medicíny, byly stanoveny čtyři základní priority (s ohledem na jejich ovlivnění):

- Snižování podílu vrozených vývojových vad (VVV) na celkové perinatální úmrtnosti.
- Snižování podílu časně novorozenecké úmrtnosti u novorozenců s porodní hmotností 2000 g a více bez VVV.
- Snižování podílu časně novorozenecké úmrtnosti u novorozenců s porodní hmotností nižší než 2000 g bez VVV.
- Snižování podílu mrtvorozenosti u novorozenců s porodní hmotností 2000 g a vyšší bez VVV.

Vývoj perinatální péče od roku 1990, který navázal na úspěchy předcházejících let, s poklesem perinatální úmrtnosti na hodnotu srovnatelnou se zeměmi s nejlepšími výsledky, prokázal správnost výše uvedených priorit. K rozhodujícím faktorům patřilo vytvoření sítě perinatologických center a zlepšení výsledků jejich práce, a současně celkové zvýšení úrovně klinické práce na všech úrovních zdravotnických zařízení. Významné byly také úspěchy perinatální diagnostiky, které přispěly ke snížení podílu vrozených vývojových vad na perinatální mortalitě (HÁJEK, 2004).

2.2 Cíle perinatální péče

- Poskytování fyzické péče a zajištění optimálního průběhu gravidity.
- Zjištění poruch vývoje plodu a rizikových faktorů u matky.
- Prevence předčasného porodu a zajištění bezpečného porodu pro matku i dítě.
- Podpora a výchova matky a otce k rodičovské odpovědnosti.
- Rady těhotné, jak má pečovat sama o sebe.

- Působení na matku, aby zachovávala zdravé návyky, a tím se redukovaly rizikové faktory (LEIFER, 2004).

2.3 Systém prenatální péče

Každá žena by měla navštívit svého gynekologa dva až tři týdny po vynechání menstruace. Pokud se potvrdí těhotenství, je sledována v poradně pro těhotné. Poradna bývá ambulancí gynekologa, který má obvykle pro těhotné stanoveny ordinace hodiny. V těchto poradnách se odborným vyšetřením potvrzuje těhotenství, vypočítává se délka trvání těhotenství a stanovuje se i termín porodu, lékař sleduje stav organismu těhotné ženy a vývoj dítěte v těle matky.

V České republice je v současnosti dobře vypracovaný systém péče o těhotné ženy. Po celé zemi je pro těhotné organizována síť poraden, které se dělí na poradny základní péče o těhotné, poradny s intermediární péčí o těhotné a poradny v perinatologickém centru.

Poradny základní péče navštěvuje naprostá většina žen. Jsou určeny pro těhotné ženy, které jsou zcela zdravé. Hlavní osobou, která pečuje o těhotnou ženu, je privátní gynekolog. Dále pak může poskytovat těhotné ženě péči spádová nemocnice, která je nejbližší bydliště těhotné (tyto nemocnice nekoncentrují patologie, vedou pouze fyziologické porody).

Poradny s intermediární péčí jsou ambulance pro ohrožená a patologická těhotenství a běžně se nazývají Poradna pro riziková těhotenství. Jejich provoz zajišťují některá gynekologicko-porodnická oddělení. Hospitalizují lehké a střední patologie, jsou zde přijímány předčasné porody od 33. týdne do dokončeného 36. týdne gravidity. Měli by zde být porození a ošetřeni předčasně narození novorozenci vážící mezi 1500 až 2500 g.

Poradny v perinatologickém centru jsou pro těhotné s nejzávažnějšími riziky. Perinatologická centra bývají součástí gynekologicko-porodnické kliniky nebo krajské porodnice. Koncentrují výrazné těhotenské patologie a předčasné porody od 23. týdne do ukončeného 32. týdne těhotenství. Měli by zde být porození a ošetřeni předčasně narození novorozenci s tělesnou hmotností pod 1500 g. Je zde široká nabídka diagnostických a léčebných metod, spolupracují zde lékaři (specialisté) i z jiných

lékařských oborů, zejména genetici, neonatologové, internisté, anesteziologové, hematologové, biochemici, mikrobiologové apod. V České republice je 12 perinatologických center (PAŘÍZEK, 2008).

2.4 Diagnostické metody

Od pravidelného vyšetření v prenatalní poradně očekáváme odpovědi na následující otázky:

- Diagnóza gravidity při první návštěvě. Je žena těhotná? Jaký je její postoj ke graviditě?
- Délka trvání gravidity a výpočet termínu porodu.
- Jde o těhotenství bez rizika, rizikové nebo patologické?
- Stav organismu ženy a jeho odchylky od normy.
- Stav fetoplacentární jednotky (ROZTOČIL a kol., 1998).

2.4.1 Diagnóza těhotenství

Těhotenství, jako projev lidské reprodukce, vyvolává v organismu ženy řetězec funkčních změn a adaptačních pochodů, které mají charakteristický obraz. Současná medicína umožňuje nejranější diagnózu těhotenství pomocí ultrasonografických a biochemických metod. Z řady příznaků, které nás dříve primárně postupně vedly ke konečné diagnóze, se staly pouhé průvodní znaky již potvrzeného jevu. Nicméně tyto příznaky dělíme na nejisté, pravděpodobné a jisté známky těhotenství (ČECH a kol., 2006).

Podle nejistých známek nemůžeme diagnostikovat těhotenství, protože se vyskytují i mimo těhotenství. Známky nejisté jsou morfologické a funkční změny, které se projevují mimo rodidla ženy. Jsou to změny psychické, a to proměnlivost nálad, podrážděnost, pak změny neurovegetativní (závratě, únava, mdloby, bušení srdce, ranní nevolnost, změny chuti, zácpa, průjem) a somatické, mezi které patří pigmentace na kůži, hyperemie kůže a sliznic.

Pravděpodobné známky se vztahují k morfologickým a funkčním změnám rodidel. Patří mezi ně amenorrhoea (hlavní příčina návštěvy ženy u gynekologa), lividní zbarvení vulvy a poševní sliznice, zvětšení a prosáknutí čípku a také dělohy, zvětšení prsů a jejich zvýšená pigmentace. Při palpaci dělohy mohou některé znaky prokázat přítomnost plodového vejce:

- Dickinson – Braunovo znamení – v místě implantace vajíčka vzniká okrsek se sníženou konzistencí, mírně se vyklenující nad okolní svalovinu
- Piskáčkovo znamení – vyklenutí rohu děložního v místě implantace plodového vejce
- Holzapferovo znamení – při bimanuálním vyšetření můžeme měkkou těhotnou dělohu jen pomalu vysunout mezi prsty

Mezi jisté známky patří projevy plodu v těle matky. Jde o průkaz velkých a malých částí plodu, srdeční akci plodu a pohyby plodu.

Všechny v současné době používané testy na průkaz těhotenství stanovují buď pouze kvantitativně nebo i kvalitativně přítomnost lidského choriogonadotropinu (hCG). Získávají se z moči nebo ze séra. Choriogonadotropin je produkován Langhansovými buňkami syncytiotrofoblastu lidského choria. Pozitivita testu se může objevit ve výjimečných případech, jako jsou mola hydatidosa a chorioepiteliom. Ke kvantitativnímu průkazu hCG v moči se v současné době ambulantně používá imunochromatografický těhotenský rychlotest (simple hCG). Zaznamená už 4. týden těhotenství.

Úplnou jistotu těhotenství nám umožní ultrasonografické vyšetření (USG). Po vynechání menstruace můžeme pozorovat zvýšenou sliznici děložní, v 5. týdnu menstruačního stáří lze vidět tzv. gestační váček, od 6. týdne lze zaznamenat srdeční akci plodu. Samotné embryo je detekovatelné již v 8. týdnu. Stáří těhotenství určujeme dle délky embrya, která se měří od temene hlavy ke kaudálnímu konci páteře (tzv. CRL). Od 12. týdne určujeme stáří těhotenství podle rozměrů hlavičky, objemu trupu, délky femuru atd (ČECH a kol., 2006; ROZTOČIL a kol., 1998).

2.4.2 Stanovení termínu porodu

Podle prvního dne poslední menstruace určíme trvání těhotenství tak, že vezmeme v úvahu, že těhotenství trvá 280 dní (40 týdnů, 10 lunárních měsíců). Tento výpočet je dle Naegeleho. Provádíme ho tak, že k prvnímu dni poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce, a tak získáme termín porodu.

Podle termínu koncepce lze určit termín porodu, protože některé ženy znají datum oplodňující soulože. K tomuto datu přičteme 263-273 dnů. V běžné praxi odečteme od pravděpodobné koncepce 3 kalendářní měsíce, avšak nevýhodou je nepřesný subjektivní údaj těhotné.

Termín porodu můžeme dále stanovit podle prvních pohybů plodu, vnímaných těhotnou ženou. U prvorodiček (primipar) přičteme k tomuto dni 4,5 kalendářních měsíců, u vícerodiček (multipar) přičteme 5 kalendářních měsíců. Údaje jsou značně nepřesné, jsou závislé na subjektivních zkušenostech a vjemech těhotné ženy.

Porodní termín přesněji odečteme na speciálním kotouči – gravidometru.

Podle výšky děložního fundu můžeme určit stáří těhotenství s přihlédnutím k velikosti dělohy v jednotlivých lunárních měsících těhotenství. Výška děložního fundu se stanovuje ve vztahu k symfýze, k pupku a k mečovitému výběžku. Přesnější je gravidometrie, kdy krejčovským metrem měříme vzdálenost vyklenující se břišní stěny mezi horním okrajem stydké spony (S) a nejvyšším bodem na konvexitě děložního fundu (F). Případné rozdíly S-F v gravidometrické křivce jsou důležitým signálem možné poruchy růstu plodu, množství plodové vody nebo vícečetného těhotenství.

Podle ultrazvukové biometrie v prvním trimestru těhotenství lze stanovit termín porodu (ČECH a kol., 2006).

2.4.3 Stanovení rizikového těhotenství

Při odebírání anamnézy bychom měli pátrat po rizicích v předchozím těhotenství, v nynějším těhotenství a v osobní anamnéze ženy. Sleduje se jejich kvalifikace (míra rizika jednotlivých faktorů) a kvantifikace (výskyt).

Na základě zjištěných údajů je žena sledována buď v základní prenatalní poradně nebo v ambulanci pro rizikové těhotenství. Pro nepravidelně probíhající těhotenství se vžilo označení „rizikové“ nebo „ohrožené“ těhotenství. Není to úplně správné označení, protože i rizikové těhotenství může proběhnout pravidelně a bez problémů. Musíme tedy rozlišovat těhotenství riziková od těhotenství patologických.

5 % žen vstupuje do těhotenství se závažným onemocněním (diabetes mellitus, kardiopatie, nefropatie atd). U dalších 5 % žen se patologické těhotenství rozvíjí až po určité době, aniž jsou u těhotné přítomny rizikové faktory. U zbývajících 90 % žen bychom měli abnormální průběh gravidity zachytit na podkladě výskytu rizikových faktorů v průběhu těhotenství nebo na podkladě základních vyšetření (HÁJEK, 2004).

2.4.4 Rizikové a patologické těhotenství v prenatalní péči

Hlavním problémem při rizikovém těhotenství je zvýšené nebezpečí pro matku a plod. Těhotenství je velmi dynamický děj. I při fyziologickém těhotenství může vzniknout situace, která zkomplikuje jeho fyziologický průběh. Mnoho rizikových a patologických stavů je způsobeno samotnou těhotnou. Některé těhotné navštěvují prenatalní poradny pouze nepravidelně, neboť to považují za nedůležité. Obvykle jde o ženy s nechtěným těhotenstvím nebo o ženy sociálně slabší. Výjimkou nejsou ani ženy závislé na drogách a jiných návykových látkách, které komplikují průběh gravidity a současně ohrožují novorozence abstinenčními příznaky po porodu. Cílenou péčí a prevencí můžeme riziko u ženy i u plodu snížit (HÁJEK, 2004).

2.5 Harmonogram prenatalní péče

Při první prohlídce, na které je definitivně diagnostikována gravidita, provede lékař celkovou gynekologickou prohlídku (včetně kolposkopie a cytologie). Zjišťuje se anamnéza, žena je změřena, zvážena a zjistí se velikost její pánve. Dále by měl lékař ženě vyšetřit prsy, jestli nemá vpáčené bradavky. Toto vyšetření však řada lékařů nedělá. Ženě je rovněž doporučena návštěva stomatologa. Na dalších pravidelných prohlídkách se vždy zjišťuje hmotnost ženy, měří se její krevní tlak a kontroluje se moč na přítomnost cukru a bílkoviny. Lékař by měl také sledovat případné otoky končetin. K prohlídce patří také zevní vyšetření břicha, které slouží k odhadu růstu plodu

a později také polohy plodu. V průběhu gravidity je pravidelně prováděno vaginální vyšetření, při kterém se stanovuje cervix skóre podle Bishopa.

V České republice byla vypracována následující doporučení pro návštěvy těhotné v poradně. Do 23. týdne gravidity navštěvuje prenatální poradnu těhotná každé 4 týdny, od 24. do 32. týdne gravidity každé 3 týdny. Od 33. do 36. týdne gravidity se tento interval zkracuje na každé 2 týdny, od 37. do 40. týdne gravidity jsou kontroly nutné každý týden. Při každé návštěvě žena musí absolvovat povinná vyšetření, která může lékař individuálně přizpůsobovat podle zdravotního stavu těhotné ženy.

8.-10. týden těhotenství:

- Krevní tlak (TK), puls (P), tělesná hmotnost a vyšetření moči chemicky pomocí papírkových proužků (tato vyšetření se opakují při každé návštěvě).
- Krevní skupina, Rh faktor matky a výskyt protilátek v krvi matky.
- HBsAg (sérová žloutenka typu B), HIV, BWR (syfilis).
- Zarděnky (rubeola); při doložení očkovacím průkazem se nemusí zjišťovat.
- Cytologické a kolposkopické vyšetření.

10.-12. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- Doporučená vyšetření pro vyloučení genetických poruch, a to USG vyšetření včetně kontroly ztlustění šíjového svalstva plodu, tzv. nuchální translucence (NT), a vyšetření některých hormonů (hCG a PAPP-A). Všechna uvedená vyšetření mohou již v 1. trimestru naznačit poruchy vývoje plodu.
- Porodnické vyšetření, kde se sleduje růst dělohy až do konce těhotenství (zaznamenává se naměřená vzdálenost mezi horním okrajem dělohy a sponou stydkých kostí). Vaginální vyšetření, při němž lékař kontroluje uzavření děložního hrdla, změření zevních rozměrů pánve a vyšetření prsů.

16. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- Odběr krve ze žíly matky na genetické vyšetření, při němž se stanovují hladiny tří hormonů (proto tripple test), jde o hormony hCG, AFP a E3. Podle nálezu lze usoudit, zda je těhotenství v normě či nikoliv. Výsledky nemusí být stoprocentně přesné.

20. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- Opětovná kontrola protilátek u Rh negativních žen.
- Krevní obraz, USG (první těhotenský screening).

24. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- Kultivace mikrobů z pochvy a hrdla dělohy, kultivace moči u žen, kde hrozí předčasný porod.
- Orální glukózový toleranční test (oGTT).

28. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- Další kontrola protilátek u Rh negativních žen.

28.-32. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- USG (druhý těhotenský screening).

36. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- Další kontrola protilátek u Rh negativních žen.

- Kardiotokogram (CTG) u žen s rizikovým těhotenstvím.
- Krevní obraz.
- Kultivace z pochvy na přítomnost beta-hemolytického streptokoka (GBS).

37. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- CTG u žen s rizikovým těhotenstvím.

38.-40. týden těhotenství:

- TK, P, tělesná hmotnost a vyšetření moči.
- CTG.

Po 40. týdnu těhotenství:

- CTG každé 3 dny.
- Častější vaginální vyšetření, zda se začíná zkracovat a otevírat hrdlo děložní.
- USG stavu plodu.
- 10. den po termínu porodu se provádí oxytocinový zátěžový test.
- Pokud žena přenáší více než 12 dní, přijímá se k hospitalizaci a vyvolává se porod (ČECH a kol., 2006; PAŘÍZEK, 2008).

2.5.1 Doporučené postupy v prenatální péči

Komplexní prenatální vyšetření by se mělo provádět nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Jeho součástí jsou pravidelná vyšetření (prováděná při každé návštěvě gynekologa), k nimž samozřejmě patří změření zevních pánevních rozměrů a vystavení těhotenské průkazky. Dále jsou nedílnou součástí i nepravidelná vyšetření (provádí se jen v určitém týdnu těhotenství).

K pravidelným vyšetřením patří podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné, dále zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku, chemická

analýza moči, bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix skóre. Od 24. týdne gravidity detekce známek vitality plodu.

Nepravidelná vyšetření:

- V 16. týdnu se stanoví krevní skupina + Rh faktor, vyšetření titru erytrocytárních protilátek, stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu, sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis. Biochemický screening vrozených vývojových vad (VVV) ve 2. trimestru, vyšetření močového sedimentu střední porce moči.
- V 18.-20. týdnu je první USG screening plodu.
- Ve 24.-28. týdnu se provádí oGTT. Pokud je hladina glykémie nalačno vyšší než 5,6 mmol/l, vyšetření se opakuje s odstupem několika dní. Je-li i při druhém vyšetření hladina vyšší než 5,6 mmol/l, není třeba další vyšetření, pacientka má diagnózu gestační diabetes mellitus (GDM).
- Ve 30.-32. týdnu je vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0, stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu. Sérologické vyšetření protilátek proti syfilis a pouze výběrově HBsAg a HIV. Následuje druhý USG screening.
- Ve 36.-37. týdnu lékař detekuje streptokoky skupiny B v pochvě.
- Ve 36., 37., 38., 39. a 40. týdnu CTG (non-stress test), od 38. týdne je povinný (MĚCHUROVÁ, 2010).

2.6 Prenatální diagnostika

V České republice se vyskytne u 3-5 % dětí závažná vrozená vývojová vada (VVV). Cílem prenatální diagnostiky je detekovat plody s VVV, především neslučitelné se životem. Rizikové faktory vzniku VVV stále přibývají, velkou roli zde hrají znečištěné životní prostředí a trend k rodičovství v pozdějším věku.

Indikace k prenatální diagnostice by měla být pečlivě zvažována jak ze strany gynekologa, tak klinického genetika. Je zde sice určité riziko potratu jako následek

invazivní metody prenatalní diagnostiky, ale na druhé straně stojí riziko narození poškozeného plodu.

Mezi nejčastější indikace patří:

- Věk matky nad 35 let a pod 17 let, věk otce vyšší než 45-50 let, součet věku obou rodičů nad 70 let.
- Pozitivní výsledek biochemického screeningu.
- Výskyt chromosomální aberace v rodině, předchozí porod dítěte s prokázanou nebo suspektní chromosomální aberací.
- Předchozí gravidita skončila intrauterinní smrtí plodu nebo neonatálním úmrtím.
- Přímý styk s mutageny a teratogeny.
- VVV zjištěné USG vyšetřením.
- Nepřímé USG známky chromosomální aberace u plodu (intrauterinní růstová retardace plodu, změny množství plodové vody, nuchální prosáknutí).
- Choroby matky, například diabetes mellitus, fenyketonurie (ROZTOČIL a kol., 1998; PAŘÍZEK, 2008).

2.6.1 Metody prenatalní diagnostiky

Rozdělují se do dvou základních skupin podle toho, zda nenarušují nebo narušují kontinuitu těla matky – neinvazivní a invazivní.

Mezi neinvazivní metody patří vyšetření plodu pomocí USG. Tato metoda je využívána jako screeningová a u vybraných těhotných i jako cílené vyšetření plodu. USG jako screeningové vyšetření je rozdělena do tří období. První USG vyšetření se provádí ve 13. týdnu gravidity a stanovuje se jí délka gravidity, vitalita plodu, akce srdeční, a hlavně záchyt některých závažných VVV. Druhé USG vyšetření se provádí ve 20. týdnu gravidity a je zaměřeno hlavně na VVV a srdeční vady. Třetí USG vyšetření se provádí mezi 30. a 34. týdnem gravidity, slouží k určení polohy plodu, detekci růstové retardace, patologie placenty, hydrocefalu (ROZTOČIL a kol., 1998).

Mezi invazivní vyšetřovací metody patří amniocentéza, biopsie choria, kordocentéza a fetoskopie.

Amniocentéza (AMC) je odběr plodové vody. Podle délky gravidity v době odběru se AMC rozdělovala na časnou a pozdní. Časná amniocentéza není považována nyní za bezpečnou alternativu a neprovádí se. Pozdní se provádí ve 2. trimestru od 15. týdne gravidity. Odběr se provádí transabdominálním přístupem pomocí punkční jehly pod kontrolou USG. Získáváme vzorek plodové vody (15-20 ml). Výkon se provádí za sterilních podmínek bez anestezie či sedace matky. Rizika lze rozdělit na rizika pro plod a pro matku. Pro matku je největší nebezpečí možného vzniku amnionitidy. Frekvence této komplikace je ale nízká (1:1000). Nebezpečím pro plod je především jeho potrat nebo poranění. Riziko ztráty těhotenství je 1:100-200 odběrů. Podle použité sondy lze diagnostikovat konkrétní poruchy (trisomie chromosomů 21, 18, 13). Detekce Downova syndromu (trisomie chromosomu 21) dosáhla v České republice 70 % v celostátním měřítku (ČECH a kol., 2006).

Biopsie choria (CVS) se provádí buď transabdominálně jako u AMC nebo transcervikálně, kdy se používá speciální katétr dobře vizualizovatelný USG. U nás se spíše používá transabdominální technika. Riziko ztráty těhotenství u CVS je stejné jako u AMC.

Kordocentéza neboli punkce pupečnicku se provádí transabdominálně pod kontrolou USG. V současné době jde o nejpoužívanější a nejbezpečnější metodu přístupu k fetální cirkulaci. Riziko je srovnatelné jako u AMC (ČECH a kol., 2006).

Fetoskopie umožní sledovat fetus a placentu ve 2. trimestru gravidity přímo vizuálně. Provádí se jen na specializovaných pracovištích mezi 17. a 20. týdnem gravidity (ROZTOČIL a kol., 1998).

2.7 Pozitiva a negativa prenatální péče

V České republice je prenatální péče na vysoké úrovni. V prenatálních poradnách je péče zajišťována atestovaným specialistou v oboru gynekologie a porodnictví. Podle statistické ročenky Ministerstva zdravotnictví ČR navštěvuje prenatální poradny 97 % těhotných žen. Smyslem prenatální péče je všestranné

zabezpečení těhotné ženy, zejména prevence všech chorobných stavů. Díky velkému rozvoji prenatální péče došlo ke snížení novorozenecké nemocnosti a úmrtnosti.

Na druhou stranu, prenatální péče vedená ambulantními gynekology nezohledňuje rozdíl v péči o fyziologicky těhotné, o které by mohly pečovat porodní asistentky, a ženy s rizikovým těhotenstvím, jejichž sledování náleží pod kontrolu lékaře. Individuální přístup k těhotné, všestranná příprava k porodu i poučení o tom, jak má žena pečovat o dítě, zůstávají spíše výjimkou. Lékaři to nemají ve své pracovní náplni a porodní asistentky nemají pro všechny tyto činnosti dostatečné legislativní a organizační zajištění.

3 Mateřská dovolená, rodičovská dovolená

V souvislosti s porodem a péčí o dítě umožňuje zákoník práce (§195-§198) čerpání mateřské a rodičovské dovolené. Mateřskou a rodičovskou dovolenou může čerpat pouze zaměstnaná osoba. Pokud otec nebo matka práci nemají, mateřskou nebo rodičovskou dovolenou z povahy věci čerpat nemohou. To však nebrání tomu, aby čerpali peněžitou pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek. Vznik nároku na tyto dávky není vázán na mateřskou nebo rodičovskou dovolenou, ale na splnění zákonem stanovených podmínek.

Zatímco žena obvykle čerpá teprve mateřskou a následně rodičovskou dovolenou, muž může čerpat pouze rodičovskou dovolenou. Vzhledem k tomu, že mateřská a rodičovská dovolená jsou překážky v práci, je třeba jejich čerpání předem projednat se zaměstnavatelem, a to jak počátek mateřské a rodičovské dovolené, tak také jejich ukončení.

3.1 Mateřská dovolená

Mateřskou dovolenou nastupuje těhotná žena nejdříve 6 až 8 týdnů před samotným termínem porodu. Mateřskou dovolenou může čerpat maximálně v rozsahu 28 týdnů, v případě dvojčat a více dětí v rozsahu 37 týdnů. Pokud z mateřské dovolené vyčerpá před porodem méně než 6 týdnů, protože nastal porod dříve, než určil lékař, přísluší mateřská dovolená ode dne jejího nástupu až do uplynutí stanovené doby 28 týdnů, resp. 37 týdnů. V případě zdravotních problémů ženy, může již před tímto termínem nastoupit na takzvané „rizikové těhotenství“, to je klasifikováno jako nemocenská. Mateřská dovolená v souvislosti s porodem je povinná a nesmí být nikdy kratší než 14 týdnů a nemůže v žádném případě skončit ani být přerušena před uplynutím 6 týdnů ode dne porodu.

Nástup na mateřskou dovolenou oznamuje zaměstnankyně na předepsaném formuláři podepsaném příslušným lékařem. Po dobu, kdy je zaměstnankyně na mateřské dovolené, je zaměstnavatel povinen omluvit její nepřítomnost v práci. Pokud vznikl zaměstnankyni nárok na peněžitou pomoc v mateřství, čerpá tuto peněžitou pomoc v mateřství ze systému nemocenského pojištění nebo rodičovský příspěvek, pokud jí nevznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství.

Otec nikdy nečerpá mateřskou dovolenou, může však čerpat rodičovskou dovolenou, a to od narození dítěte v rozsahu, v jakém je matka oprávněna čerpat mateřskou dovolenou. V období šestinedělí mohou být s dítětem doma zároveň matka i otec dítěte, kdy žena je na mateřské dovolené a muž na rodičovské dovolené. Po uplynutí šestinedělí se žena může vrátit do práce a muž může nastoupit na rodičovskou dovolenou (pokud nenastoupil již dříve), plně převzít péči o dítě a čerpat peněžitou pomoc v mateřství. Zaměstnavatel je povinen žádosti zaměstnance o rodičovskou dovolenou vyhovět.

3.2 Rodičovská dovolená

Zaměstnankyně i zaměstnanec mohou čerpat rodičovskou dovolenou. Matka dítěte (zaměstnankyně) může čerpat rodičovskou dovolenou po skončení mateřské dovolené. Otec dítěte (zaměstnanec) může čerpat rodičovskou dovolenou od narození dítěte. Rodičovskou dovolenou lze čerpat až do doby, kdy dítě dosáhne věku 3 let, a nemusí být čerpána v celku. Rodiče dítěte se mohou střídat, a to i vícekrát například po půl roce, nebo ukončit v jednom roce dítěte a následně o ni znovu požádat ve dvou letech dítěte. Rodičovskou dovolenou je možné čerpat do dosažení 3 let věku dítěte, ale rodičovský příspěvek lze čerpat až do dosažení 4 let dítěte. Matka nebo otec se musí ovšem dohodnout se zaměstnavatelem na neplaceném volnu. Na toto volno není nárok, záleží na zaměstnavateli, zda vyhoví.

3.3 Peněžítá pomoc v mateřství

Peněžítá pomoc v mateřství je upravena zákonem č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších právních předpisů, který nabyl účinnosti od 1. ledna 2009.

Podmínky vzniku nároku na peněžitou pomoc v mateřství jsou následující:

- Trvání účasti na nemocenském pojištění před porodem alespoň 270 kalendářních dnů v posledních dvou letech před tím dnem, od něhož je dávka přiznána.
- Účast na nemocenském pojištění v den, od něhož je dávka přiznávána, nebo trvání ochranné doby.

Ochranná doba, tj. kdy je zaměstnankyně těhotná nebo kdy zaměstnankyně čerpá mateřskou dovolenou nebo kdy zaměstnankyně nebo zaměstnanec čerpají rodičovskou dovolenou

K tomu, aby vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství, je tedy nezbytné, aby daná osoba byla zaměstnaná. Osoba, která je nezaměstnaná, nebude mít nárok na peněžitou pomoc v mateřství, a to ani tehdy, když je evidována na úřadu práce. Osobě, které nevznikne nárok na peněžitou pomoc v mateřství, bude od narození dítěte náležet rodičovský příspěvek. Výjimkou, kdy i nezaměstnané osobě vznikne nárok na peněžitou pomoc v mateřství, je situace, kdy tato je v tzv. ochranné lhůtě. Ochranná lhůta u žen činí tolik kalendářních dnů, kolik činilo jejich poslední zaměstnání, maximálně však 180 kalendářních dnů. Trvá-li poslední zaměstnání méně než 180 dní, trvá i ochranná lhůta méně, a to tolik dní, kolik trvalo poslední zaměstnání. Pokud den vzniku nároku na dávku nastane v ochranné lhůtě, vznikne nárok na peněžitou pomoc v mateřství.

Výše peněžitě pomoci v mateřství se odvozuje od výše mzdy nebo platu. Poskytuje se za kalendářní dny a její výše činí 70 % denního vyměřovacího základu. Denní vyměřovací základ se zjišťuje tak, že se vyměřovací základ za rozhodné období (období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém nastoupila na peněžitou pomoc v mateřství), dělí počtem kalendářních dnů připadajících na rozhodné období. Nezapočítávají se kalendářní dny nepřítomnosti v práci, za které nenáleží mzda, dočasná pracovní neschopnost, v níž náleží náhrada mzdy, nemocenské, ošetřovné.

Takto stanovený průměrný denní příjem podléhá redukci. V případě, že denní vyměřovací základ převyšuje určenou výši, je prostřednictvím redukčních hranic omezen.

V roce 2010 se denní vyměřovací základ redukuje takto:

1. z částky do 791 Kč se počítá 90%
2. z částky od 791 Kč do 1186 Kč se počítá 60%
3. z částky od 1186 Kč do 2371 Kč se počítá 30%
4. k částce nad 2371 Kč se nepřihlíží.

3.4 Rodičovský příspěvek

Nárok na rodičovský příspěvek má rodič, který osobně, celodenně a řádně po celý kalendářní měsíc pečuje o dítě mladší 4 let. Rodičovský příspěvek také čerpá rodič, kterému nevznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství.

Rodičovský příspěvek je stanovený ve čtyřech výměrách, které se poskytují v pevných měsíčních částkách:

- zvýšené (11 400 Kč),
- základní (7 600 Kč),
- snížené (3 800 Kč),
- nižší (3 000 Kč).

Výše rodičovského příspěvku tak není na rozdíl od peněžitě pomoci v mateřství přímo závislá na výši mzdy nebo platu.

Matka nebo otec dítěte, kterým vznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství, si mohou zvolit rychlost čerpání rodičovského příspěvku, zda je budou čerpat po dobu dvou, tří nebo čtyř let. Výše příspěvku se potom odvozuje od zvolené délky jeho čerpání:

- Rychlejší čerpání do 2 let věku dítěte – po peněžitě pomoci v mateřství ve výši 11 400 Kč do 24 měsíců věku dítěte. O tuto formu čerpání však může požádat pouze rodič, který má nárok na peněžitou pomoc v mateřství ve výši alespoň 380 Kč za kalendářní den, to znamená, že rychlejší čerpání si může dovolit pouze rodič, který dosahuje určitého příjmu.
- Klasické čerpání do 3 let věku dítěte – po peněžitě pomoci v mateřství ve výši 7 600 Kč do 36 měsíců věku dítěte. O klasické čerpání může požádat pouze rodič, který má nárok na peněžitou pomoc v mateřství.
- Pomalejší čerpání do 4 let věku dítěte – po peněžitě pomoci v mateřství nebo od narození dítěte (pomalejší čerpání automaticky náleží rodičům, kterým nevznikl nárok na peněžitou pomoc v mateřství) ve výši 7 600 Kč do 21 měsíců věku dítěte a dále ve výši 3 800 Kč do 48 měsíců věku dítěte.

V případě, že oba rodiče čerpají rodičovskou dovolenou současně, náleží rodičovský příspěvek jen jednomu z nich.

V roce 2011 dochází ke změně u rodičovského příspěvku čtyřleté varianty a jedná se o jeho snížení. Spočívá v tom, že výše 7 600 Kč bude rodiči náležet jen od narození nejmladšího dítěte do 9. měsíce jeho věku. Od 10. měsíce (dříve od 22. měsíce) do 4 let bude výše snížena na 3 800 Kč měsíčně.

Rodič, který dosud neprovedl volbu tříleté varianty a jeho dítě má v lednu 9 měsíců, musel tak učinit do konce ledna 2011. Pokud je dítě starší 10 měsíců a mladší 23 měsíců a rodič volbu také neprovedl a chce volit tříletou variantu (tj. 7 600 Kč do tří let věku dítěte), musí ji provést do konce února 2011.

Pro volbu nároku tříleté varianty stále platí, že rodiči musí vzniknout nárok na peněžitou pomoc v mateřství dle zákona o nemocenském pojištění. Pokud nárok rodiči nevznikl, nemá možnost volby a má nárok jen na čtyřletou variantu rodičovského příspěvku.

U dětí zdravotně postižených je prodloužena doba pro nárok na rodičovský příspěvek:

- Rodičovský příspěvek v základní výměře (7 600 Kč) do 7 let věku dítěte může čerpat rodič ode dne, kdy bylo dítě posouzeno jako dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené, přičemž na dříve zvolenou možnost čerpání rodičovského příspěvku se nebere ohled, pokud dítěti náleží příspěvek na péči, má rodič nárok na rodičovský příspěvek v poloviční výši (3800 Kč).
- Rodičovský příspěvek v nižší výměře (3 000 Kč) od 7 do 10 let věku dítěte, může pobírat rodič, pokud pečuje o dítě dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené, přičemž dítě nepobírá příspěvek na péči.

3.5 Porodné

Nárok na porodné má žena, která porodila dítě, a vzniká dnem porodu. Nárok na porodné zaniká, pokud nebyl uplatněn do jednoho roku od narození dítěte. Pro vyplacení porodného není důležité, zda žena před porodem pracovala, nebo ne, ani kolik vydělávala. Každá matka dostane porodné ve stejné výši. Tento příspěvek má ženě pokrýt náklady související s narozením dítěte. Pokud při porodu žena zemře, má nárok na příspěvek otec dítěte.

V roce 2010 výše porodného činí 13 000 Kč, vyplácí se jednorázově, tedy celé najednou pro každé narozené dítě.

V roce 2011 se bude vyplácet jen na první dítě a zároveň musí být splněna podmínka, že příjem manželů nebude vyšší než 2,4 násobek životního minima. Výše porodného zůstává 13 000 Kč a u vícečetného porodu je výše stanovena na 19 500 Kč. Ať už se jí narodí čtyřčata nebo dvojčata, více než 19 500 Kč nedostane.

Rodinou se považuje narozené první dítě (děti) a jeho rodiče. Pokud jde o osamělou matku, tak dítě a jeho matka. Životní minimum narozeného dítěte je 1600 Kč, prvního rodiče 2880 Kč a druhého rodiče 2600 Kč. To znamená, že na porodné u prvního dítěte dosáhnou pouze rodiny s příjmem pod 16 992 Kč měsíčně (matka a otec žijící ve společné domácnosti bez dalších osob kromě narozeného dítěte). Příklad výpočtu $(2\ 880 + 2\ 600 + 1\ 600) \times 2,4$. U matky samoživitelky se hranice snižuje na 10752 Kč, tj. $(2\ 880 + 1\ 600) \times 2,4$.

Příjem se bude zjišťovat za období předešlého kalendářního čtvrtletí předcházející kalendářnímu čtvrtletí, kdy se dítě narodilo. Do limitu čistých příjmů se počítají nejen výdělky ze zaměstnání nebo podnikání, ale také sociální dávky, podpora v nezaměstnanosti či výživné.

Související právní předpisy:

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších právních předpisů.

Nářízení vlády č. 590/2006 Sb., kterým se stanoví okruh a rozsah jiných důležitých osobních překážek v práci.

Zákon 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí byl přijat 12. listopadu 2010.

4 Prenatální psychologie

Vývoj psychických změn a reakcí ženy v době těhotenství a při porodu je z velké části podmíněn osobností těhotné, věkem, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky. Těhotná se učí a přivyká nové životní roli. Dochází k vývoji mateřské identity, kdy těhotná začleňuje vlastní já do nové role matky. Těhotná postupně ztrácí statut ekonomické soběstačnosti, profesní růst je pozastaven, stává se více závislá na svém partnerovi. Skoro každá žena potřebuje v tomto období plném změn pozornost a podporu. Potlačené psychické problémy mohou vytvářet tlak v psychice a mohou mít podíl na vzniku některých potíží v průběhu těhotenství.

Během těhotenství se mění tělo ženy, zvyšuje se tělesná hmotnost, mění se tvar těla, zvyrazňuje se pigmentace, mohou se vytvářet strie, prsy jsou napjaté. Somatické změny přijímá většina žen negativně. Ke konci těhotenství se mohou objevovat obavy ze ztráty atraktivity, možnosti poškození těla, ztráty kontroly nad svým tělem.

Fyziologické těhotenství s sebou přináší i obtíže, jako třeba bolesti zad, nevolnost, zvracení, křečové žíly. Objevují se změny nálad od euforie po deprese, přehnané emoční reagování, hyperkritičnost, podrážděnost. Negativní pocity jsou častější než pozitivní.

Prenatální psychologie je relativně nová vědecká disciplína, snaží se integrovat rozdílné obory zabývající se základními otázkami života (medicína, psychologie, antropologie, sociologie, filozofie atd.) Prenatální psychologie se zabývá souvislostmi prenatálního života, vlivů emocí matky na plod, prožívání během těhotenství, sociálními vazbami.

Psychický vývoj jedince začíná už v období intrauterinního života plodu, toto období se stává hlavním zájmem prenatální psychologie. Prenatální komunikace je součástí předporodní přípravy, kdy dochází k cílenému rozvoji komunikace matky s plodem. Poznatky prenatální psychologie ovlivnily celý pohled moderní společnosti na těhotenství a porod (RATISLAVOVÁ, 2008).

Nevyřešené problémy je vhodné vyřešit, neboť narušují nejen psychiku těhotné, ale i fungování fyziologických pochodů, například neprospívání placenty. Žena by si měla uvědomit, co je pro ni zátěž, čeho se bojí, co jí trápí, a měla by tyto problémy řešit

s partnerem nebo někým blízkým, popřípadě s psychologem. Důležitou roli hraje i to, zda je těhotenství chtěné či nechtěné. Žena, která miluje svého partnera a těhotenství si přeje, se lépe připravuje k porodu než žena osamělá. Výsledkem je porod, který probíhá s menšími komplikacemi a obtížemi. Proto je vhodná i přítomnost partnera, který pomůže ženě odstranit pocity osamělosti a strachu.

V těhotenství se může objevit strach ze ztráty partnera, zejména kvůli obavám ze ztráty sexuální atraktivity. Dalším problémem je, když žena z obav před poškozením plodu odmítá sexuální styk. Komunikace v této oblasti se zcela změní oproti tomu, jak to bylo před těhotenstvím. Ženy se často zahledí do sebe a své gravidity a přestanou vykonávat v rodině jakékoliv funkce. Důležité jsou pochopení a tolerance partnera. Díky těmto problémům mohou být položeny základy rozpadu partnerství nebo manželství (MAREK, 2007).

4.1 Psychické změny v jednotlivých trimestrech

Gravidita je provázena somatickými a psychickými změnami, jedná se o významné vývojové období v životě ženy. Změnami jsou postiženy oblasti endokrinní, somatické, sociální i psychické. Toto se projeví hlavně v emocionalitě (citové reaktivitě). Míra projevů změněné emocionality závisí na osobnostních kvalitách těhotné, jejím věku, připravenosti na novou roli matky, postojem k těhotenství, finančním zázemí apod. V průběhu těhotenství dochází v životě ženy k velkým změnám (NORTHRUPOVÁ, 2008).

Porucha kognitivních funkcí se vyskytuje až u 50 % žen. Označuje se jako benigní těhotenská encefalopatie, při níž jsou poruchy paměti, problémy s učením, únavnost, nespavost, potíže se čtením, poruchy koncentrace a dezorientace. Těhotné však tyto potíže nesdělují svému lékaři, nepovažují je za patologické. Po porodu se tento stav spontánně upravuje.

V prvním trimestru se často žena soustředí sama na sebe, na své tělo, pozoruje známky těhotenství. Přijímá fakt, že v ní žije plod, který po narození změní život celé rodiny. Žena uvažuje o změnách ve svém životě, o tom, čeho se bude muset vzdát. Objevují se úvahy, které mohou vést k pocitům provinění. Objevují se ambivalentní pocity s pochybami a strachem z časně ztráty plodu, rozladěnost, přecitlivělost. V tomto

období může žena řešit problém, jak sdělit informaci o svém těhotenství svému partnerovi. Žena je citlivá na reakce partnera ohledně těhotenství, jak s ní prožívá těhotenské obtíže. Úkolem porodní asistentky je dopřát dostatek prostoru pro rozhovor se ženou, vyslechnutí, popřípadě doporučení pomoci.

V druhém trimestru začne žena vnímat pohyby plodu, zřetelně přibývá objem břicha, může vidět plod na USG vyšetření. Protikladné pocity z těhotenství se často mění v pozitivní. Čím je gravidita starší, tím více žen udává, že těhotenství bylo chtěné. Těhotná se začíná aktivně zapojovat do podpory zdárného průběhu těhotenství zdravým životním stylem, cvičením pro těhotné a informováním v předporodních kurzech. Zvyšuje se fyzická výkonnost, emoční prožitky jsou intenzivnější. Těhotná často prožívá nejistotu ohledně pohlaví a vzhledu dítěte. Tato fáze přináší především pozitivní zážitky. Důležité je začlenění těhotných do skupiny těhotných žen, kde si mohou sdělovat pocity, obavy, plány. Ženy mohou dostávat informace, které je můžou buď uklidnit nebo znervóznit. Porodní asistentka by měla veškeré informace uvést na pravou míru a získat důvěru těhotné.

Pro třetí trimestr je typické zařizování prostředí pro dítě, nakupování vybavičky, přípravy na porod. Pokud by příprava chyběla, může naznačovat vážnou psychickou poruchu. Toto období se zas navrácí k emocionálně náročnému, organismus ženy je zatížen fyzicky, a to únavou, špatným spánkem. Velikost břicha může u ženy vyvolávat pocity nemotornosti až nepřitažlivosti, těhotenství na ženu působí jako nekonečné. Na jedné straně se žena těší příchodu dítěte, na druhé straně se obává porodu (z bolesti, strach z komplikací a obavy o zdraví dítěte). Někdy žena může cítit strach o život (RATISLAVOVÁ, 2008).

4.2 Somatické změny a vliv na psychiku

Těhotenství vyvolává v organismu ženy velké změny, nutné pro úspěšný vývoj plodu nebo dané vývojem plodu. Přírůstek hmotnosti je způsoben růstem plodu, zvětšováním dělohy, přibýváním amniové tekutiny a zvětšováním prsů. Vzestup metabolismu gravidní ženy se projevuje zvýšením srdečního výdeje o 30 až 40 %. Srdeční frekvence se zvyšuje o 10 až 16 tepů za minutu. Zvyšuje se sedimentace červených krvinek, objem krve stoupá až o 30 %. Minutová ventilace se zvýší o 50 %. V ledvinách stoupá glomerulární filtrace a zvyšuje se průtok krve ledvinami o 35 %.

Hlavní změny v endokrinním systému se týkají hypotalamo-hypofyzárního systému, nadledvin, štítné žlázy. Tvorba ovariálních hormonů a placentárních hormonů je pro zajištění těhotenství nezbytná (TROJAN a kol., 2003).

Těhotná děloha hypertrofuje, zvětšuje svou hmotnost z 50 g na přibližně 1000 g v termínu porodu. V druhé polovině těhotenství se děloha zvětšuje převážně rozpínáním, stěny děložní se ztenčují, díky progesteronu zůstává děloha měkká a relaxovaná. Růst dělohy je výsledkem vlivu estrogenů a progesteronu, později v těhotenství pak i přímého působení rostoucího plodového vejce. Následkem hormonálních změn je děloha překrvená, mění svoji konzistenci, barvu, a svým růstem v dutině děložní mění svůj tvar a uložení v malé pánvi, později v dutině břišní.

Děložní hrdlo si po celé těhotenství zachovává svoji délku 2,5 až 3 cm. V těhotenství vzniká prosáknutí, hypertrofie a překrvení hrdla. Žlázy hrdla v době těhotenství hypertrofují a produkují velké množství cervikálního hlenu, který působí jako zátky proti vstupu infekce do dělohy. U primipary má hrdlo kónický tvar, zevní a vnitřní branka zůstává uzavřena až do začátku porodu. U žen, které rodily, je hrdlo cylindrické a zevní branka může být prostupná pro prst, vnitřní branka zůstává uzavřena.

Pochva v těhotenství hypertrofuje a prodlužuje se, což vede k vzestupu rostoucí dělohy z malé pánve. Poševní sliznice je ztlustělá, překrvená a prosáklá, při palpaci je měkká, sliznice se zbarvuje fialovomodře. Vaginální sekret má v těhotenství nízké pH, což zabraňuje vniku patogenních mikroorganismů, ale naopak může podpořit růst plísní.

Vulva je překrvená a prosáklá, mohou se objevovat varikózní podkožní žíly, zvyšuje se pigmentace kůže, což způsobuje tmavé zbarvení stydkých pysků. Zevní struktury hráze se zvětšují.

Zvětšování prsů a bradavek patří k prvním známkám těhotenství, dochází ke zvýšené pigmentaci dvorců prsních bradavek. Od 10. týdne těhotenství můžeme pozorovat tvorbu nažloutlé tekutiny (kolostrum), kterou lze vytlačit z bradavky lehkou masáží.

V hypofýze je blokována sekrece FSH a LH kvůli vysoké hladině placentárních hormonů. Dochází k vzestupu prolaktinu a tím k potlačení cyklické ovariální hormonální aktivity (ČECH a kol., 2006).

Srdce je vytlačeno nahoru a doleva a současně lehce rotováno kolem své podélné osy díky nárůstu objemu dělohy. Puls se zrychluje o 10 až 15 úderů za minutu. Poloha matky může výrazně ovlivnit krevní tlak, v poloze na zádech může dojít k syndromu dolní duté žíly, objevuje se spíše v druhé polovině těhotenství. Dochází ke vzniku hypotenze, což se projevuje nevolností, pocením, bledostí, výjimečně až ztrátou vědomí. Poloha na levém boku je ideální.

Dochází k tvorbě otoků dolních končetin díky zvýšenému tlaku těhotné dělohy na venózní systém odvádějící krev z dolní poloviny těla. Stáza krve v žilních pleteních způsobuje vznik varixů dolních končetin, vulvy a hemoroidů. Zvyšuje se krevní objem a srdeční výdej. Společně se vznikem placenty se utváří uteroplacentární oběh, který zajišťuje výměnu látek mezi matkou a plodem.

Bránice mění svou polohu přibližně o 4 cm díky zvětšující se děloze, tím stoupá spotřeba kyslíku. Dochází ke zvýšení respiračního objemu při zachování dechové frekvence. Většina těhotných ke konci těhotenství pociťuje dyspnoi, která je vyvolána tlakem těhotné dělohy na bránici (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Objem krve se zvětšuje o 1000 až 1500 ml, produkce leukocytů se zvyšuje, dochází k poklesu plasmatických bílkovin a zvyšuje se srážlivost krve.

Zvýšení průtoku krve ledvinami je spojeno se zvýšenou glomerulární filtrací, která stoupá o 60 %. Dochází k rozšíření močového vývodného systému, tím dochází k těhotenské fyziologické hydronefróze. Stáza moči a vezikouretrální reflux jsou vyvolány tlakem těhotné dělohy. Objevuje se častější močení, hlavně v prvním trimestru, kdy působí děloha na močový měchýř. Progesteron má natriuretický účinek, což vede ke ztrátě sodíku v těhotenství.

Většina těhotných trpí mezi 6. a 14. týdnem těhotenství nauzeou až zvracením. V pozdější době se objevuje pálení žáhy způsobené relaxací sfinkteru kardia. Tvorba žaludeční šťávy i motilita žaludku jsou sníženy. Snížená motilita postihuje střeva, což vede k zácpě. K zácpě přispívá zvýšená reabsorpce sodíku a vody v tlustém střevě.

U těhotných se mění chuť k jídlu a zvyšuje se pocit žízně, někdy se objevuje nezadržitelná chuť na neobvyklé látky (pica syndrom). Dutina ústní a dásně jsou náchylnější k poranění, zvyšuje se produkce slin, dochází k častějšímu výskytu zubního kazu (ČECH a kol., 2006; SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Těhotenství ovlivňuje všechny endokrinní orgány matky, hormony jsou ovlivňovány tvorbou pohlavních hormonů v placentě. V hypofýze klesá tvorba gonadotropinů, zatímco sekrece prolaktinu, tyreotropního hormonu, ACTH se zvyšuje. Funkcí zadního laloku hypofýzy je sekrece oxytocinu při porodu a během laktace. V nadledvinách celková koncentrace kortikosteroidů stoupá, což pravděpodobně souvisí s tvorbou strií, glykosurií a tendencí k hypertenzi. Hladiny adrenalinu a noradrenalinu z dřeně nadledvin se nemění. Štítná žláza se v těhotenství zvětšuje až na dvojnásobek velikosti.

Bazální metabolismus stoupá během gravidity o 15 až 20 %. Tělesná hmotnost se v těhotenství zvyšuje u zdravých žen o 9 až 15 kg, největší přírůstek je v druhé polovině těhotenství. Po porodu dochází rychle k úbytku tělesné hmotnosti. K největšímu úbytku dochází během 6 týdnů po porodu (ČECH a kol., 2006).

U mnoha žen vznikají žlutohnědé kožní pigmentace na tvářích, na horním rtu a čele (chloasma gravidarum), objevují se také na prsních dvorcích, břiše, podpaží, vulvě a hrázi. Vlivem napínání kůže a zvýšené hladiny kortikosteroidů vznikají strie, což je porušení kolagenních vláken podkožní tkáně. Je zde i individuální predispozice. Často se objevuje poporodní ztráta vlasů, příčina je dosud neznámá.

Postoj a chůze se mění z důvodu zvýšené tělesné hmotnosti a změny těžiště těhotné ženy. Zvětšuje se bederní lordóza, uvolňuje se pletenec pánevní. Může docházet k bolestem zad (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Somatické změny v organismu těhotné ženy vedou ke zvýšené nervozitě, podrážděnosti, nepatřičným reakcím na stresující situace. Může docházet až k poruchám spánku, plačtivosti, depresím až ke zvýšené agresivitě. Všechny tyto poruchy může zhoršovat výskyt somatických obtíží. Mezi ně patří nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky a varixy dolních končetin, bolesti zad až omezená pohyblivost (ČECH a kol., 2006).

4.3 Vliv nepříznivých psychosociálních faktorů na těhotenství

Současný pacient tvoří komplikovaný soubor faktorů, podmínek geneze, vývoje onemocnění a symptomatologie. V praktickém pohledu se stále více uplatňují psychosociální aspekty v prevenci a léčbě zdravotních problémů matky a dítěte. Rizika spojená se zdravím matky a dítěte zahrnují demografické faktory, zdravotní rizika a mateřské chování.

Životní úroveň a etnický původ mohou velice často ovlivňovat průběh těhotenství. Psychický stav a fyziologické faktory můžou vést až k předčasnému porodu, není známa přesná patogeneze. Výskyt nízké porodní hmotnosti u černé populace je dvojnásobný ve srovnání s bílou. Etiologie rasových rozdílů je multifaktoriální, nižší vzdělání, vyšší počet neprovdaných žen a častější požívání návykových látek, či z důvodu jiných onemocnění (VĚTR, 2001).

Mezi negativní faktory, které ovlivňují graviditu, patří věk ženy. Na straně jedné může být příliš nízký (menší než 20 let). V těchto případech se často jedná o těhotenství nechtěné, neplánované, a ženy jej často tají ze strachu před okolím. V případě, že těhotenství je chtěné, v pozadí někdy stojí potřeba urychlit proces dospění v ženu a osamostatnit se od rodiny. Má pocit, že mateřstvím získá vyšší prestiž, větší zájem od okolí. Výsledek je však opačný, nastupují pocity bezmoci, hněvu, izolace od vrstevníků, pocit nedostatečné podpory ze strany partnera a rodiny. Nezralá matka mívá omezenou schopnost rozeznat potřeby dítěte a citlivě na ně reagovat. Matky v adolescentním věku ještě bojují o vlastní identitu. Mladistvé a neprovdané ženy rodí častěji děti s nízkou porodní hmotností a tyto děti pak mají tendenci k trestné činnosti v mladistvém věku.

Starší ženy nad 35 let jsou zralejší a mají vyřešený vztah k vlastní matce. Pokud se objeví první gravidita v tomto věku matky, je většinou doprovázena většími obavami a strachem, že těhotenství může skončit neúspěšně. Žena je podrobena amniocentéze, která jí přináší psychologické problémy, především v době čekání na výsledek. Starší těhotné mají už svůj ustálený žebříček hodnot a větší sebevědomí.

Psychologicky nepříznivě ovlivňuje ženu v těhotenství, hlavně když předchází těhotenství skončilo potratem nebo porodem mrtvého plodu. Žena může být i pod větším psychickým tlakem z důvodu většího sledování těhotenství (rizikové). Velice

stresující je situace žen, které potrácejí habituálně, riziko dalšího potratu u ženy, která již třikrát potratila, je 30 až 70 %. Porodní asistentka musí být velmi citlivá, naslouchat obavám a pomalu tyto obavy oslabovat.

Do těžké sociální nebo ekonomické situace můžeme zařadit matky svobodné, opuštěné, sociálně izolované, tedy ženy, kterým schází emočně sociální podpora. Porodní asistentka při práci s takovou ženou by měla spolupracovat se sociální pracovníci. Tyto ženy z důvodu izolace často trpí depresivními stavy, často rodí předčasně. Určitým řešením problematiky těchto žen jsou programy na motivaci matky. Do skupiny těchto žen patří ženy žijící v konfliktním rodinném prostředí, někdy spojené i s násilím. U týraných těhotných žen se často vyskytuje nižší porodní hmotnost nebo trauma iniciující abrupci placenty.

Svízelná situace pro ženu nastává, když dojde k nechtěnému otěhotnění, stojí před ní otázka, zda těhotenství ukončit nebo si dítě ponechat. Když už je na interrupci pozdě nebo si žena ponechá těhotenství z jiného důvodu, je vystavena stresu a silným negativním nebo ambivalentním emocím.

Abusus drog v těhotenství vystavuje riziku matku i plod. Rizikovou skupinu tvoří především mladé ženy, které užívají nelegální drogy i řadu let. Menstruují nepravidelně a díky tomu zjišťují graviditu pozdě, často až kolem 5. měsíce. K nejčastějším komplikacím patří anémie, endokarditis, hepatitis, eklampsie, potraty, abrupce placenty, nízká porodní váha dítěte, VVV plodu až poškození CNS plodu. Spolupráce s takto závislou ženou je velice obtížná.

Alkohol ovlivňuje růst plodu, hlavně v prvních třech měsících má teratogenní účinek. Vysoká spotřeba alkoholu v těhotenství vyvolává u plodu fetální alkoholový syndrom (VVV v oblasti hlavy a obličeje, nižší porodní váha, neurologické odchylky, hyperaktivita, mentální retardace atd).

Ve skupině těhotných žen se vyskytují kuřačky a v souvislosti s tím se častěji objevují předčasné porody a předčasné odtoky plodové vody. Je zde zvýšená perinatální úmrtnost, morbidita, retardace růstu plodu, předčasné odlučování placenty. Tachykardie plodu je způsobena nikotinem, který snižuje prokrvení placenty. I při vykouření jedné cigarety lze prokázat tachykardii plodu (RATISLAVOVÁ, 2008).

5 Psychoprofylaxe v těhotenství

„Možnost, že porod lze ovlivnit aktivní přípravou na něj, vycházela ze skutečnosti, že prožívání a průběh porodu, je v určité míře závislý na kulturních vlivech. Existují kultury, kde ženy porod neprožívají v bolestech. Prakticky ve všech kulturách je ale porod opředen rituály, jsou používány metody, které mírní porodní bolesti (potravin, byliny, masáže, koupele, trans, aktivity apod.). To znamená, že porod byl vždy vnímán jako náročná životní situace, na kterou je třeba se připravit, byť jen předáváním ženské životní moudrosti z generace na generaci. Evropští cestovatelé se však skutečně vraceli ze svých cest se zkušeností, že domorodé ženy rodí snadněji a krátce. Zatímco v západní kultuře se od 18. století dostávají porody do rukou lékařů, rozšiřuje se strach a přesvědčení, že porod ohrožuje život matky a dítěte, stupňuje se úzkost žen z porodu, rodí v bolestech.“ (RATISLAVOVÁ, 2008, s. 49).

Psychoprofylaktická příprava těhotných žen k porodu vznikla počátkem 20. století současně v Anglii i v sovětské Ukrajině. U nás vychází psychoprofylaktická příprava z učení I.P.Pavlova.

Příprava těhotných žen k porodu se provádí v posledních třech měsících těhotenství v několika sezeních. Smyslem psychoprofylaktické přípravy je odstranit strach z porodu a z bolesti. Jejím cílem je navodit pozitivní postoj a důvěru v možnosti léčebné péče. Ženám je zde vysvětlen průběh porodu, účelnost klidu a uvolnění, význam správného dýchání. Smyslem této přípravy je snaha získat důvěru ve zdravotnické zařízení, v němž žena má родit. Součástí kurzů přípravy k porodu je i fyzická příprava, která spočívá v předvedení cviků pro těhotné, v nácviku správného dýchání a relaxace, účelného použití břišního lisu (MACKŮ, 1998).

Cílem psychoprofylaktické přípravy nemůže být odstranění porodních bolestí ani jiných komplikací, ale naučení se způsobu, jak proti bolesti bojovat. Důležitý je nácvik chování za porodu, správná svalová relaxace a způsob dýchání. Správná příprava obou rodičů navozuje lepší důvěru jak v porodníky, tak v léčebnou péči.

Ženy v předporodních kurzech jsou informovány:

- o těhotenství, porodu a šestinedělí
- o nepříjemných pocitech, bolesti během porodu a způsobu jejich tlumení
- o způsobu relaxace a klidu
- o těhotenském cvičení
- o způsobu odvozu do nemocnice
- o věcech, které matka potřebuje do porodnice
- o péči o novorozence

V přípravě porodu se kromě gynekologa angažují specializované agentury domácí péče zaměřené na ženy v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. Důležitá je zde i spolupráce se sociálními pracovníky (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

5.1 Psychoprofylaxe na českém území

V Československu začíná rozkvět v roce 1949. Přípravy byly podporovány politicky, těhotné ženy se shromažďovaly i v kinosálech. To vše vedlo postupně k tomu, že metoda byla používána formálně a nepřinášela očekávané výsledky. Brzy byla zdiskreditována a opuštěna. V západních zemích měla lepší efekt. K rozkvětu došlo až na konci 80. let díky MUDr. Čepickému a PhDr. Pečené, kteří vypracovali nové schéma. Cílem bylo snížit úzkost a strach z porodu a získání pozitivního postoje k porodu. Šlo o přípravu ženy na porod a situace s ním spojené. Jde o celkovou přípravu ženy na roli mateřskou. Příprava je rozdělena na základní úroveň a na úroveň nadstavbovou. Základní úroveň vede porodní asistentka formou besedy a diskusí. Nadstavbová úroveň je poskytována ženám, které cítí, že základní úroveň jim neposkytla uspokojení. Vede je psycholog, psychoterapeut nebo gynekolog se zkušeností s psychosomatickou problematikou. Nyní jsou kurzy nabízeny soukromými gynekologickými organizacemi i porodnicemi, často jsou vedeny spíše jen porodními asistentkami. Program by měl být stejný, jen s malými odchylkami. V předporodních kurzech by žena měla získat nejen informace a dovednosti, ale hlavně sociální oporu jak

ve skupině těhotných žen, tak v porodní asistentce, na kterou se vždy může obrátit s jakýmkoliv problémem (RATISLAVOVÁ, 2008).

6 Etické aspekty prenatální diagnostiky

Prenatální vyšetření se stala důležitou součástí prenatální péče. Tato vyšetření jsou spojena s řadou etických otázek, které jsou v mnohém společné i dalším oborům, jako je řádné informování a souhlas těhotné, zachování soukromí, lékařské tajemství, dostupnost návazných vyšetření a možnosti následné léčby. Prenatální diagnostika se týká nejen matky, ale i plodu, proto zde vznikají etické otázky. Je plod považován za pacienta s vlastními právy, i když je součástí matčina těla? Je názor, že plod získává nezávislý morální statut od momentu koncepce nebo implantace. Na druhé straně stojí, že plod nezískává nezávislý morální statut, dokud je v děloze. Došlo se k závěru, že pacientem je podle této teorie ten, kdo má prospěch z léčby, ten, komu lékař může svojí aktivitou prospět.

6.1 Etické aspekty prenatální diagnostiky z hlediska plodu

Diagnostické vyšetření má za cíl přinést prospěch osobě, která toto vyšetření podstupuje. V případě prenatálního vyšetření plodu je tato koncepce z pohledu plodu problematická a možný prospěch plodu z tohoto vyšetření je nejasný. Skutečný prospěch pro plod je možno realizovat jen v několika málo situacích. Například při fetální anémii v důsledku izoimunizace může být efektivní prenatální léčba intraumbilikální transfuzí. Dalším prospěchem pro plod je, když je diagnostikována v předstihu určitá patologie, která může vést ke změně porodnického přístupu, například při hemofilii u plodu se nedoporučuje používání skalpových elektrod či vakuumextraktoru. Bohužel, většina stavů detekovaných prenatální diagnostikou nevede k efektivní terapii plodu. Hlavně Downův syndrom, ten se zřejmě nikdy nepodaří léčit prenatálně. Zde vyvstává možnost předčasného ukončení takto postiženého plodu, což vede k otázce, zda prenatální diagnostické postupy jsou z hlediska plodu přínosem. Eticky není zcela jasné, zda vykonáváme dobro tím, že přerušíme těhotenství a zabráníme narození dítěte například s Turnerovým syndromem či závažnějším vrozeným onemocněním. Abychom mohli toto konstatovat, museli bychom být schopni jednoznačně rozhodnout, zda i život s tímto postižením stojí za žití a zda potrat chrání dítě před utrpením. Současné metody prenatální diagnostiky, které vyžadují získání materiálu k vyšetření plodu, znamenají pro něj vždycky určité riziko.

I když dochází k neustálému rozvoji léčebných metod, nelze jednoznačně říct, že tyto aktivity jsou pro plod prospěšné.

6.2 Etické aspekty prenatální diagnostiky z pohledu těhotné ženy

Materiál, který potřebujeme k prenatální diagnostice, je sice fetálního původu, ale k jeho získání musí dojít ke kontaktu s mateřským tělem. Těhotná vždy podstupuje s prenatální diagnostikou určitý stupeň rizika jak fyzicky, tak psychicky. Je to daň za získání více informací o plodu. Veškerá rozhodnutí v těhotenství se dotýkají nejen těhotné ženy, ale i ostatních členů rodiny. Samostatný ošetrovatelský proces může mít vliv na mnoho oblastí života ženy. Součet těchto pozitivních a negativních vlivů rozhoduje o tom, zda prenatální diagnostika má přínos pro těhotnou. Prenatální diagnostika musí být přístupná i ženám, které neuvažují o ukončení těhotenství při pozitivním nález postižení plodu. Normální nález má v této situaci velice pozitivní efekt. Výsledek prenatálního vyšetření má zásadní vliv na plod, a proto toto vyšetření následně použité v klinické praxi musí být stoprocentně přesné a spolehlivé. Jedním pozitivem pro těhotnou je ujištění o normálním vývoji plodu a jeho stavu, celkově zbavení obav o zdraví plodu. Například stanovení alfa-fetoproteinu, hCG a volného estriolu zvýší obavy těhotné před chromozomálním vyšetřením, naopak sdělení příznivých výsledků znamená pokles napětí a obav. Psychika ženy reaguje na určité informace o stavu těhotenství různým způsobem. Otázkou je zde, zda prenatální diagnostika neposkytuje falešné informace vedoucí k uklidnění, například při normálním výsledku prenatálního vyšetření na přítomnost muskulární dystrofie zůstává tříprocentní možnost, že dítě se narodí s některým druhem vrozeného postižení. Otázkou je, zda ženy podstupující tato vyšetření jsou schopné akceptovat, že i při pozitivním výsledku nelze zcela vyloučit i další možná postižení plodu.

Závěrem lze říci, že prenatální diagnostika přináší více prospěchu těhotné ženě než plodu, který je objektem vyšetření. Porodník má zde odpovědnost nejen k matce, což předurčuje jeho rozhodnutí v konkrétních situacích. Musí brát v úvahu zájmy plodu i matky (CALDA, 2003).

ZÁVĚR

Díky této bakalářské práci jsem se dozvěděla více z oblasti prenatální péče, léčebných postupů, o roli porodní asistentky při péči o těhotnou ženu. Velice mě zaujala především problematika diagnostických metod odhalujících vrozené vývojové vady plodu. Myslím si, že dnešní doba přináší stále větší množství rizik a komplikací v průběhu těhotenství. Je to určitě dáno tím, že přibývá stále více matek nad 35 let, u kterých je nutné provádět amniocentézu zejména kvůli možnému postižení plodu Downovým syndromem. Nepříznivý vliv má rovněž škodlivé prostředí a špatný životní styl.

Každá žena, která očekává narození dítěte, si přeje, aby vše „dobře dopadlo“, aby porod proběhl bez komplikací, a aby ona i dítě byly v pořádku. Ženy ale vnímají těhotenství rozdílně. Některé zcela změň svůj dosavadní životní styl a návyky, vše podřídí zdárnému ukončení těhotenství, tedy narození zdravého dítěte. S napětím sledují „růst břicha“, psychicky prožívají návštěvy, vyšetření a testy u lékaře. V době gravidity pro ně v podstatě nic „jiného“ neexistuje, nemyslí na nic „jiného“ než na své dítě. Některé budoucí matky si naopak s probíhajícím těhotenstvím tolik starostí nedělají.

Vrozené vývojové vady jsou zde s člověkem již po tisíce let. Díky kosterním pozůstatkům víme, že různé vývojové vady se vyskytovaly i u našich předků. Ovšem i ve 21. století zůstávají vrozené vývojové vady významným zdravotním problémem, tedy i sociálním a ekonomickým. Vrozené vývojové vady mohou postihnout prakticky jakoukoliv tkáň či orgán lidského těla.

V současné době je otázce prevence vrozených vývojových vad věnována velká pozornost již v jejich diagnostice v prenatálním období včetně prenatální diagnostiky. Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad prodělala v posledních letech obrovský vývoj a dnes máme možnost identifikovat větší spektrum vrozených vývojových vad, a to v časnějších fázích těhotenství, než to bylo možné před rokem 2000. Včasná a přesná diagnostika vrozených vývojových vad umožňuje podrobně informovat rodiče o povaze a prognóze vady a nabídnout jim varianty dalšího postupu.

Vrozené vývojové vady jsou stále významným tématem nejen medicínským, ale i společenským. Zatímco rozvoj prenatální diagnostiky významně snížil počty vrozených vad u narozených, umožnil rozvoj perinatální a postnatální lékařské péče přežívání jedinců i s takovými vadami, u kterých dříve nebyla velká šance na přežití. Například mnoho vrozených vývojových vad srdce je možné dnes diagnostikovat již prenatálně, což umožňuje zajistit vhodné podmínky pro vedení porodu a neodkladný kardiochirurgický zákrok po porodu. Prohlubující se znalosti o etiologii vrozených vývojových vad umožnily zavést řadu preventivních opatření, např. speciální farmakoterapie pro těhotné, suplementace kyselinou listovou atp. Další výzkum v této oblasti a zejména identifikace dalších genetických faktorů v budoucnosti pravděpodobně umožní ještě lepší preventivní opatření. Každopádně, 21. století je stále teprve na začátku - cesta je otevřená.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANALÝZA – mateřská, rodičovská dovolená, čerpání peněžité pomoci v mateřství, rodičovského příspěvku [online]. [cit. 2010-12-04]. Dostupné z WWW: <http://www.genderstudies.cz/download/ANALYZA.pdf>.
2. CALDA, Pavel. 2003. Etické problémy prenatalní diagnostiky a terapie na počátku 3. tisíciletí. *Supplementum interní medicíny pro praxi*, 2003, č. 2, s. 6-10. ISSN 1212-7299.
3. ČECH, E. a kol. 2006. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. DOLEŽAL, Antonín. 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6.
5. HÁJEK, Z. a kol. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
6. KÁBRT, Jan; VALACH, Vladislav. 1979. *Stručný lékařský slovník*. Praha : Avicenum, 1979. ISBN 08-004-79.
7. LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
8. MACKŮ, František. 1989. *Gynekologie a porodnictví*. Praha : Avicenum, 1989. ISBN 08-021-89.
9. MACKŮ, František; MACKŮ, Jaroslava. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
10. MAREK, Vlastimil. 2007. *Nová doba porodní*. Praha : Eminent, 2007. ISBN 80-7281-090-1.
11. MARTIUS, G. a kol. 1997. *Gynekologie a porodnictví*. Martin : Osveta, 1997. ISBN 80-88824-56-7.

12. MĚCHUROVÁ, A. a kol. 2010. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství – doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2010, roč. 75, č. 1, s. 3-4. ISSN 1210-7832.
13. NĚMCOVÁ, Jitka.; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
14. NORTHRUPOVÁ, Christiane. 2008. *Od prvního početí po stáří*. 2. vydání. Praha : Columbus, 2008. ISBN 978-80-7249-250-3.
15. PAŘÍZEK, Antonín. 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-594-9.
16. RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha : AREA, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
17. ROZTOČIL, A. a kol. 1998. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. Brno : IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-255-8.
18. ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
19. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
20. TROJAN, S. a kol. 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
21. VĚTR, M. 2001. Psychosociální rizika v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2001, roč. 10, č. 1, s. 115-127. ISSN 1211-1058.
22. VOKURKA, M. a kol. 2009. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha : Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.
23. VRÁNOVÁ, Věra. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.