

SOCIÁLNE PROSTREDIE A SOCIÁLNE DETERMINANTY OVPLYVŇUJÚCE TEHOTENSTVO V SÚČASNOSTI

Mária SOROČINOVÁ

Gynekologicko - pôrodnické oddelenie, Nemocnica s polyklinikou Štefana
Kukuru v Michalovciach a.s. (Svet zdravia a.s. Nemocnica Michalovce),
Michalovce, Slovenská republika

ÚVOD

V roku 2007 Britský národný štatistický úrad uverejnil správu, že v súčasnosti stúpa počet žien, ktoré sú rozhodnuté porodiť prvé dieťa vo vyššom veku. V Spojených štátoch amerických sú na prvých priečkach matky vo vekovej skupine 30 – 35 rokov a až za nimi nasleduje skupina matiek vo veku 25 – 30 rokov. Skupina žien vo veku nad 30 rokov sa dostáva do popredia aj v krajinách ako Spojené kráľovstvo *Veľkej Británie* a Severného Írska, Austrália či Taliansko. K tejto hranici sa už približujú aj krajiny ako Slovinsko, Kanada, Nemecko a počet krajín každoročne pribúda. V Českej republike a na Slovensku je podiel detí narodených matkám vo veku nad 30 rokov okolo 10%. V porovnaní s krajinami ako Holandsko, Fínsko, Švajčiarsko a Španielsko, kde je podiel okolo 20%, je veľmi nízky.

Čo vedie ženy k odkladaniu tehotenstva? Čo ovplyvňuje ich rozhodnutie? Formovanie spoločnosti, zmena správania, návykov a spôsobov života je tak rýchla, že uspokojovanie potrieb jednotlivcov je veľmi náročným procesom. Rebríček potrieb a hodnôt je individuálny a neustále sa mení. Ľudia nie sú spokojní s tým, čo majú. Chcú stále viac, chcú stále niečo nové. Hľadajú novinky po celom svete, chcú žiť moderne, luxusne. Zabúdame však na to, že každý z nás je jedinečná bytosť a nemôžeme mať všetko rovnaké s okolitým svetom. Hráme sa na ľudí, ktorí žijú v okolitých krajinách, no naše prostredie, zdravotná starostlivosť, ekonomická situácia je diametrálne odlišná. Prečo sa tak veľmi

chceme podobat' cudzincom? Prečo nevieme byť spokojní so sebou? Čo nás núti k tomu, aby sme zrazu prehádzali naše potreby a prevrátili ich naruby?

SOCIÁLNE PROSTREDIE A SOCIÁLNE DETERMINANTY

Povedzme si o sociálnom prostredí a sociálnych determinantoch, ktoré sú jedným y najčastejších faktorov ovplyvňujúcich počatie. Sociálne prostredie je okolie, ktoré nás obklopuje. Je to priestor, v ktorom sa pohybujeme, ľudia, ktorých stretávame, úprava okolia, budovy okolo ktorých prechádzame... To všetko nás ovplyvňuje, zanecháva v nás isté pocity, navádza nás na určité správanie sa, presviedča nás, ako máme žiť, čo si máme obliekať, ako máme tráviť voľný čas, s kým sa máme stretávať... Sociálne, tiež známe aj ako spoločenské prostredie sú aj medziľudské vzťahy a vzájomná komunikácia. V súčasnosti prevládajú skôr voľnejšie vzťahy ako manželstvá.

ŽIVOTNÝ PARTNER

Ak by sme sa vrátili o generáciu dozadu, väčšina ľudí vo veku 30 rokov by už bola v manželskom zväzku. Hoci si dnes väčšina ľudí praje prežiť celý život po boku jediného partnera, sú pre nich dôležitejšie skôr iné veci a nemusia zostať s partnerom za každú cenu. Stred záujmu sa mení. Mladí ľudia hľadajú skutočného ideálneho životného partnera. Preferencie vlastností potencionálneho životného partnera významne súvisia so základnými sociodemografickými charakteristikami každého jedinca (vek, ekonomická situácia, sociálne postavenie).

Podľa výsledkov výskumu Fialovej¹⁹⁸ pri hodnotení vlastností ideálneho životného partnera sa postoje mladých ľudí prejavili pomerne konzervatívne. Zmyslom vzťahu sú tradičné rodinné hodnoty. Medzi najdôležitejšie vlastnosti partnera patrí dobrý vzťah k deťom, zmysel pre rodinný život, zodpovednosť, tolerantnosť a poctivosť. Je zrejmé, že uvedené vlastnosti predstavujú

¹⁹⁸ Pozri FIALOVÁ, L., S. PIKÁLKOVÁ, M. KUČERA, D. HAMPLOVÁ, 2000. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 162 s.

zodpovedný prístup k manželstvu a rodine. Ženy prisudzujú najväčší význam materiálnemu zabezpečeniu rodiny a jej sociálnemu statusu.

Ďalšími vlastnosťami sú ťažiadostivosť, vysokoškolské vzdelanie, úspešnosť v zamestnaní a rozhodnosť. V značnej miere sa prejavili aj tradičné rodové diferenciácie. Najviac sympatií má obraz muža ako živiteľa rodiny a istej autority a obraz ženy ako atraktívnej a starostlivej bytosti po boku manžela. Ženy s vyšším vzdelaním majú aj vyššie nároky. Od partnera očakávajú zodpovedajúcu intelektuálnu a vzdelanostnú úroveň, charizmu, istú osobnosť a uznanie tradičných partnerských hodnôt ako tolerancia a zodpovednosť. V neposlednom rade veľkú rolu hrajú aj všeobecné a vlastné názory na manželstvo a rodičovstvo.

RODINA A JEJ SÚČASNÉ PODOBY

Rodina je základnou stavebnou jednotkou spoločnosti. Je základným článkom sociálnej štruktúry a taktiež je základnou ekonomickou jednotkou. Jej hlavnými funkciami sú reprodukcia, výchova a prenos kultúrnych vzorcov. Dnešná podoba rodiny je ešte stále vo väčšine prípadov tvorená heterosexuálnym párom a ich deťmi. Je badateľný rozdiel medzi rodinou žijúcou v meste a rodinou žijúcou na vidieku. Zatiaľ čo v meste žijú rodiny základného typu, teda rodičia s jedným až dvomi deťmi, na vidieku prevládajú rodiny rozšírené. Rozumieme tým spolunažívanie rodičov s deťmi, obvykle vo väčšom počte (3-4 deti) a ich starými rodičmi. V tradičnej rodine závisel výber manželského partnera od výberu a súhlasu rodičov. Výber bol volený z hľadiska zachovania spoločenského postavenia a udržania majetku. Dnes o svojom partnerovi rozhodujú mladí ľudia sami. Zmenil sa aj obsah a povaha mužských a ženských rolí.¹⁹⁹ (Možný, 2006).

¹⁹⁹ Pozri MOŽNÝ, I. 2006. *Rodina a společnost*. Praha : Sociologické nakladatelství, 311 s.

„Postupom času sa rozpadá model tradičnej rodiny a zvyšuje sa počet nových foriem partnerského spolunažívania. Indikátorom tohto trendu je prudký pokles sobášnosti a pôrodnosti a nárast počtu narodených detí mimo manželského zväzku.“²⁰⁰

V rámci alternatívnych partnerských vzťahov rozlišujeme dva typy. Prvý typ je tzv. predmanželské spolunažívanie alebo spolunažívanie partnerov na skúšku, ktoré sa týka predovšetkým mladých ľudí. Tento typ vzťahov netrvá dlho a smeruje buď k svadbe, alebo k rozchodu. Mladí ľudia si najprv chcú vyskúšať ako budú fungovať v spoločnej domácnosti, či sú schopní spoločne hospodáriť, uživiť sa a zamýšľajú sa aj nad tým, ako by sa vedeli postarať o spoločné dieťa a ako by ich príchod spoločného dieťaťa mohol zmeniť, či obmedziť.

K svadbe partneri najčastejšie pristupujú, keď sú rozhodnutí mať dieťa. Tento spôsob sa stáva stále rozšírenejší a obľúbenejší. Pôstojie na partnerské spolužitie sa postupne menia. Do pozadia ustupuje dôraz, ktorý sa kládol na reprodukčnú funkciu sexuality. Do úvahy sa berie jej funkcia v oblasti intimity, lásky, naplnenia osobných túžob, vzájomného porozumenia a dôvery medzi partnermi.²⁰¹ Tento spôsob spolunažívania sa nazýva aj kohabitácia. Druhý typ je skutočnou alternatívou manželstva. Rozdielom od prvého typu je, že partneri si do spoločného vzťahu deti prinášajú, alebo majú spolu deti, no nesmerujú k ďalšiemu kroku – svadbe. Túto formu partnerského spolunažívania uprednostňujú sociálne slabšie skupiny, rozvedení či ovdovelí ľudia. Rozdielom medzi kohabitáciou a manželstvom je, že v manželstve je narodenie dieťaťa plánované, zatiaľ čo v kohabitácii ide skôr o neplánovanú udalosť.

„V druhej polovici 20. storočia sa v severnej a západnej Európe objavovali demografické zmeny. Tie sa ku koncu 20. storočia objavili aj v južnej, strednej východnej Európe a dostali názov 2. demografická revolúcia, ktorá sa prejavila aj v rodinnom správaní. Spoločným znakom tohto spoločenského procesu bol individualizmus a osobná

²⁰⁰ ČERMÁKOVÁ, M. 2002. *Podmínky harmonizace práce a rodiny v České republice*. Praha : Sociologický ústav AV ČR.

²⁰¹ Pozri VÝROST, J. 2011. *Rodina a zmena rodových rolí v optike údajov medzinárodného projektu ISSP (International Social Survey Programme)*. Košice : Spoločenskovedný ústav SAV, 2011. 265 s.

sloboda. Zmeny sa prejavovali napríklad odkladaním vstupu do manželstva; nárastom počtu kohabitácií; zvyšovaním počtu nevydatých a neženatých; zvyšovaním rozvodovosti; zavádzaním hormonálnej antikoncepcie, ktorá podporila sexuálnu slobodu; poklesom manželskej plodnosti a rastom mimomanželskej plodnosti; rastom priemerného veku matky pri narodení prvého dieťaťa; zvýšením vzdelanostnej úrovne a zamestnanosti žien.²⁰²

Nevýhodou kohabitácie je, že nie je zákonom uznaným typom spolunažívania a nie sú zadefinované práva kohabitujuúcich partnerov. Môže to spôsobovať problémy v prípade choroby alebo smrti jedného z partnerov, ako aj v prípade spoluvlastníctva majetku či dedičstva.

Zatiaľ čo v 50-tych rokoch minulého storočia išlo o kohabitáciu u ľudí s nižším sociálnym statusom a s nižšou úrovňou vzdelania, v súčasnosti je to naopak. Tento typ spolunažívania uprednostňujú mladí vysokoškolsky vzdelaní ľudia ako plynulý dôsledok vzájomných sympatií a sexuálnej príťažlivosti s predstavami slobodného života, s možnosťou voľnosti a plnenie svojich tajných túžob a náhlych rozhodnutí.

Prieskum ISSP (International Social Survey Programme) z roku 2002 zisťujúci postoje k manželstvu na medzinárodnej a národnej úrovni naznačuje, že Slovensko sa radí medzi krajiny s konzervatívnejším postojom k manželstvu ako iné participujúce krajiny. V iných krajinách boli zaznamenané liberálnejšie postoje. Medzi mužmi a ženami na Slovensku nebol rozdiel v postoji k manželstvu, avšak v medzinárodnom meradle boli muži viac konzervatívni ako ženy. Liberálny postoj k manželstvu mali respondenti mladší, s vyšším vzdelaním, slobodní, rozvedení, odlúčení, zo strednej a vyššej strednej vrstvy, žijúci vo väčšej sídelnej jednotke a menej religiózni. Celkovo boli zaznamenané mierne zmeny, čo sa týka trendov, ktoré smerujú k liberálnejšiemu postoju k manželstvu.²⁰³

²⁰² MLÁDEK, J. 2003. Kohabitácie a kohabitanti na Slovensku – národnostná, religiózna, vzdelanostná a priestorová štruktúra. In *Rodina. 9. slovenská demografická konferencia*. Tajov 17. – 19. 9. 2003. (Zborník vedeckých prác). Bratislava : SŠDS, 2003. s. 61 - 67.

²⁰³ Pozri VÝROST, J. 2011. *Rodina a zmena rodových rolí v optike údajov medzinárodného projektu ISSP (International Social Survey Programme)*. Košice : Spoločenskovedný ústav SAV, 2011. 265 s.

Európska sociálna sonda (ESS) je medzinárodný výskum opakovaný v dvojročnom cykle súčasťou viac ako 30-tich európskych krajín. Snaží sa zachytiť postoje, presvedčenia a správanie obyvateľov európskych krajín a porovnať ich medzi sebou.²⁰⁴

Olsenová a Dahl²⁰⁵ spracovali údaje z ESS z roku 2003 s respondentmi z 21 európskych krajín a zistili, že manželstvo aj kohabitácia pozitívne ovplyvňujú zdravie. Zistili však aj to, muži profitujú zo vzťahu viac ako ženy. Horšie zdravie bolo zistené u mužov pri narodení spoločného dieťa, zatiaľ čo príchod dieťaťa nemal žiaden vplyv na zdravie ženy.

Výskum Soonsovej a Kalmijna²⁰⁶ sa zamerával na skupinu mladých ľudí (18 - 44 rokov). Chceli zistiť rozdiel v subjektívnej pohode medzi mladými dospelými (18-44 rokov) žijúcimi v manželstve a v kohabitácii. Použili dáta z 3 kôl ESS. Vo všeobecnosti sa zistilo, že kohabitujúci boli šťastnejší ako manželia. Autori to pripisovali tomu, že kohabitujúci žili prevažne v krajinách s celkovo vyššou mierou prežívaného šťastia.

Billiari a Liefbroer²⁰⁷ (2010) analyzovali dáta od respondentov z 26 európskych krajín. Išlo o respondentov narodených v rokoch 1930-1979, z 3. kola ESS, ktoré sa uskutočnilo v roku 2006. Autori zistili, že viaceré procesy, charakterizujúce vstup do dospelosti, ako napríklad založenie vzťahu, či narodenie detí, sa odohrávali v neskoršom veku respondentov. *„Zo žien narodených v roku 1930, iba veľmi malá skupina vo svojom živote kohabitovala, resp. ich prvý vzťah bola kohabitácia. Táto situácia bola v daných krajinách Európy veľmi podobná s výnimkou Švédska, kde bolo viac kohabitujúcich ako inde v Európe (21 %). Vyšší počet kohabitujúcich bol v skupine narodených v roku 1950. V krajinách južnej a východnej*

²⁰⁴ VÝROST, J. (2010). Projekt Európska sociálna sonda (European Social Survey, ESS). In VÝROST, J. (Ed.) (2010). *Európska sociálna sonda (ESS), 4. kolo na Slovensku*. Prešov : Universum. s. 5 - 60.

²⁰⁵ Pozri OLSEN, K. M. – DAHL, S. A. (2007). Health differences between European countries. In *Social Science & Medicine*. Elsevier, 2007, vol. 64, issue 8, p. 1665 - 1678.

²⁰⁶ Pozri SOONS, J. P. – KALMIJN, M. 2009. Is Marriage More Than Cohabitation? Well-Being Differences in 30 European Countries. In *Journal of Marriage and Family*. Vol. 71, s. 1141 - 1157.

²⁰⁷ Pozri BILLIARI, F. C. – LIEFBROER, A. C. (2010). Towards a new pattern of transition to adulthood? In *Advances in Life Course Research*. Vol. 15, s. 59 - 75.

Európy autori zaznamenali trend zvyšujúcich sa počtov žien, ktoré ako prvý vzťah uvádzali kohabitáciu.

Počet menej než 10 % u žien narodených v roku 1930 sa zvýšil na 30 % u žien narodených v roku 1970 (36 rokov). Autori taktiež zistili, že deti narodené mimo manželstva, sa najčastejšie rodili kohabituujúcim rodičom.²⁰⁸

V otázkach rozhodovania o založení rodiny sa vyskytujú isté fakty, ktoré sú preberané v každom partnerskom vzťahu. „Aj keď osobné okolnosti a sociálne očakávania do istej miery ovplyvňujú proces rozhodovania o rodičovstve, v popredí je čisto individuálne rozhodnutie pozitív a negatív, teda prínosov a obetí rodičovstva.“²⁰⁹ Prínosy a obeť rodičovstva môžeme zhrnúť do stručného prehľadu:

a) prínosy rodičovstva:

- rodičovstvo je známkou dospelosti,
- je výzvou,
- je pokračovaním rodu,
- rozvíja partnerský vzťah,
- poskytuje osobné naplnenie.

b) obeť rodičovstva:

- odmietanie rodičovstva ako ochrany dieťaťa pred globálnymi a nukleárnymi hrozbami,
- obavy z vlastného neúspechu (zlý rodič),
- rodičovstvo je nezvratné rozhodnutie,
- finančné znevýhodnenie,
- spomalenie kariéry matky,
- obmedzenie osobnej slobody,
- dopad na manželský vzťah.

²⁰⁸ LEHOTSKÁ, V. Kohabitácia : Prehľadová štúdia. In *Človek a spoločnosť*. Košice : Spoločenskovedný ústav SAV, 2012, Vol. 15, No. 1, s. 76 - 87.

²⁰⁹ SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 150 - 155.

Aj napriek zákonom neuznaného spolunažívania sa táto forma rozširuje a rozmáha sa aj v silne religióznych krajinách. Výskumy poukázali, že kohabitujúci partneri sú šťastnejší, že sú slobodnejší a viac si vychutnávajú voľnejší spôsob života, no aký vplyv to má na ich spoločné deti? Kam speje naša spoločnosť? Aký vzor dávame našim potomkom, ktorí raz tiež budú dospelí? Je tento smer našej spoločnosti správny? Tento typ spolunažívania je polovičným krokom do histórie 70 – tých rokov. Sloboda, voľnosť, spĺňanie si vlastných túžob, no čo tie túžby našich detí? Tie sú dôležitejšie. Ktovie či rozmach hormonálnej antikoncepcie pozitívne ovplyvnil zníženie pôrodnosti, alebo je to naopak? Preto, že sa rodí menej detí, ľudia sú viac sebeckí a myslia na svoje túžby, alebo vďaka, že sa nerodí viac detí, lebo ich rodičia by im nevenovali toľko pozornosti, lásky a správneho morálneho vzoru ako by potrebovali? Je nutné sa nad tým zamyslieť.

VZDELANIE

V súčasnosti sú na jednotlivca kladené stále vyššie nároky zo strany spoločnosti, hlavne v oblasti vzdelania. Vo väčších mestách, kde je konkurencia trhu práce značná a lukratívnejšie zamestnanie získa len jednotlivec, ktorý dokáže svoju kvalifikáciu doložiť, je nátlak na vzdelanie veľmi silný. Aj to je jeden z dôvodov, prečo mladí ľudia, ktorí by mali mať už vzdelávaciu fázu ukončenú, vstupujú do vzdelávacieho procesu a dopĺňajú si vysokoškolské vzdelanie. Je to z dôvodu dobrovoľného rozhodnutia, no oveľa častejšie je dôvodom udržanie si pracovnej pozície. Preto žena, ktorá sa z biologického hľadiska ocitá v optimálnom období pre počatie dieťaťa, stojí pred dôležitým rozhodnutím – vzdelanie či materstvo?

Na vzdelaní a vzdelaných jedincoch stojí celá naša súčasná spoločnosť. Stále vo väčšej miere prípadov platí, že bez vzdelania nie je isté zamestnanie, nie je žiadna kariéra, žiadna finančná istota a nič, čo dnes mladí ľudia potrebujú k zabezpečeniu rodiny. Pokiaľ žena dosiahne vyššie vzdelanie, častokrát túži po nadobudnutí určitej praxe, ktorá je pre lepšie uplatnenie na trhu práce už nutnosťou. Pre získanie určitej praxe je žena nútená nastúpiť do zamestnania

a tak odsúva materstvo do vyššieho veku. Podľa svetových výskumov je podstatný rozdiel v preferencii materstva a počtu detí u žien podľa dosiahnutého vzdelania ženy. Napríklad žena – doktorka túži získať najprv prax, mať jedno maximálne dve deti v porovnaní so ženou inžinierkou, či bakalárkou.

„Schopnosť rozmnožovania a rozhodnutia stať sa matkou, sa zložitým spôsobom premieta do života súčasnej ženy. Ženy viac vzdelané vykazujú väčšiu kontrolu nad tým, kedy a či vôbec a koľko majú detí. Kariéra, vzdelanosť, viac seberealizácia v profesijnom živote prináša nezávislosť, autonómiu, čo má za následok nižšiu pôrodnosť. Materstvo je veľká úloha, skrýva v sebe radosť, ale je i obtiažnou úlohou.“²¹⁰

Vágnerová²¹¹ tvrdí, že rola matky je jednou zo základných identít ženy. Toto obdobie poskytuje žene mnoho nových zážitkov, šťastia a pocitov uspokojenia. Materstvo je časovo náročné a ako tvrdí Tržilová²¹², materstvo obráti život ženy úplne naruby a nikdy sa nevráti do pôvodného stavu.

Vzdelanie je oficiálne sociálne uznávanou mierkou kultúrneho kapitálu a ovplyvňuje ako ekonomický potenciál jedinca, tak aj jeho kultúrnu a hodnotovú orientáciu. Vzdelanie si vyžaduje vyššie časové nároky a aj preto nepriamo mení demografické krivky. Vek prvorodičiek sa posúva na vyššie hranice a žene neostáva dostatok času kedy sa nachádza v reprodukčnom – plodnom období svojho života. Štúdium znižuje energiu a čas ženy, ktoré má k dispozícii na výkon alternatívnych rolí, hlavne časovo náročných rolí, ako je rola manželská či rodičovská. Štúdium je aj finančne náročné. Hlavným motívom je predovšetkým to, že vzdelanie zvyšuje budúci zárobkový potenciál, ktorý je základom budúcej životnej úrovne a tiež možnosti založiť si dobre fungujúcu domácnosť a rodinu.

Z hľadiska dosiahnutého vzdelania žien sa líšia aj názory žien o budúcej výchove a starostlivosti svojho dieťaťa. Taktiež sa líšia aj v preferenciách

²¹⁰ ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 359.

²¹¹ Viac pozri VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha : Karolinum, 2007.

²¹² Viac pozri TRŽILOVÁ, J. A. 2008. *Manuál pro začínající maminky. Maminky radí maminkám*. Praha : GRADA, 2008. 224 s.

informačných zdrojov o tehotenstve, výchove a starostlivosti o dieťa. Ženy s ukončeným vyšším vzdelaním kladú väčší dôraz na emočný kontakt s dieťaťom a považujú za veľmi dôležité stimulovať dieťa rôznymi podnetmi. Sú ochotné prispôbovať svoj denný režim požiadavkám dieťaťa. Oveľa častejšie vyhľadávajú informácie v odborných publikáciách alebo si dohodnú konzultáciu s odborníkom. Čím vyššie vzdelanie, tým väčší je predpoklad, že sa budú ženy behom tehotenstva a počas materstva správať zodpovednejšie na základe väčšieho množstva získaných informácií a tiež na základe lepších schopností využívať tieto informácie aj v bežnom živote.

V porovnaní so ženami s ukončeným nižším vzdelaním, tie považujú za dôveryhodný zdroj informácií bežné médiá ako televízia, rozhlasové vysielanie či časopisy. S klesajúcou úrovňou ukončeného vzdelania matky narastá podiel mimomanželsky narodených detí. Až 80% žien so základným vzdelaním rodia svoje prvé dieťa mimo manželstva. Snahou každej spoločnosti je budovať plnohodnotné rodiny. Preto je dôležité apelovať na tieto ženy a ukázať im možnosť získavať informácie o tehotenstve a materstve. Jediné, čo sa rokmi nezmenilo je, že bez ohľadu na vzdelanie či vek, všetky ženy v otázkach výchovy a starostlivosti o dieťa považujú za základný a prvotný zdroj informácií svoju matku, príbuzných alebo známych.

KARIÉRA A RODOVÁ ROVNOSŤ

„Ženy, ktoré sú zamestnané v oblasti výskumu, vedy či školstva, majú značne problematické rozhodovanie, kedy mať dieťa. Obzvlášť, keď sú prestávky v kariére považované za akúsi brzdu profesijného vývoja.“²¹³ Po väčšine ženy pracujú vo svojom zamestnaní bez ohľadu na fázu rodinného cyklu. Navyiac vykonávajú podstatnú časť prác v domácnosti a tak sa dostávajú do pozície najviac pracovne vyťaženej členky rodiny. Žena sa tu dostáva do konfliktu rolí a navzájom sa obmedzujú v stopercentnom výkone. Zo sociologických výskumov vyplynulo, že ženy vnímajú rodinu a prácu ako vzájomne previazaný celok svojich

²¹³ SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 155.

povinností. Svoj život považujú za úspešný vtedy, keď zvládajú rolu manželskú i pracovnú. Rola ženy v spoločnosti je ťažká a žena sa musí zamerať na svoju skromnosť, rozhodnosť a trpezlivosť. Prečo skromnosť? Pretože sa ženy uspokojia radšej s nižšou pracovnou pozíciou, aby sa mohli stať aj matkami a mohli sa o nich aj starať. Prečo rozhodnosť? Pretože je veľmi náročné rozhodnúť sa či sa žena stane matkou, alebo bude úspešnou v zamestnaní a postúpiť na vedúcu funkciu. A napokon prečo trpezlivosť? Pretože ak sa žena rozhodne stať sa matkou, jej kariérny postup sa posunie a budovanie kariéry trvá omnoho dlhšiu dobu, najčastejšie až po absolvovaní materskej a rodičovskej dovolenky.

Žena ako uchádzač o zamestnanie je obmedzovaná predsudkami zamestnávateľa. Keď sa žena dostaví na pohovor, nesmie sa zamestnávateľ pýtať na osobné informácie, napríklad či je vydatá, či má deti. Teda žiadne otázky, ktoré by mohli naznačovať diskrimináciu žien. No v životopise sme povinní udať všetky informácie o seba a tak sa to zamestnávateľ tak či tak dozvie a môže si hoci nevedome utvoriť diskriminačné predsudky. Hovoríme o predsudkoch typu:

- mladá absolventka ešte nemá prax, je neskúsená, môže kedykoľvek otehotnieť
- mladá matka má dieťa, to môže ochorieť, bude často vypadávať, môže byť dieťaťom obmedzovaná a tým sa môže brzdiť pracovný výkon

Celosvetovo sa hovorí, že existuje a dodržiava sa istá rodová rovnosť, rovnosť genderov, no realita je taká, že tie predsudky existujú. Že sa na nich prihliada, ak sa žena uchádza o zamestnanie. Finančné ohodnotenie v rovnakej pozícii u ženy a muža je rozdielne. Žena v rovnakej pozícii má oveľa nižší zárobok a v neposlednom rade, žena „nemá nárok“ na istý druh povolani a pracovné pozície, pretože sú spoločnosťou vnímané ako typicky mužské. A aj keď sa žena snaží zo všetkých síl, nebude rovnoprávna s mužom v rovnakej pozícii.

Za ideálny vek ženy pre počatie dieťaťa gynekológovia považujú vek medzi 22. – 30. rokom. No spomínané obdobie je pre ženu dôležitým obdobím aj z hľadiska dokončenia vzdelania, začatia kariéry, vybudovania si určitého

postavenia a sociálneho statusu, spoznávania sveta a získavania nových skúseností pri uspokojovaní svojich vnútorných potrieb, pri rozvíjaní sebarealizácie a vychutnávaní si života plného slobody a plnení svojich plánov, túžob, cieľov a snov.

„Pohlavie je biologický termín, gender je psychologicko – kultúrny pojem.“²¹⁴ V oblasti pohlavia sledujeme rozdiely z hľadiska biologického. V oblasti genderu skôr rozdiely sociálne, kultúrne a psychologické. Sociológ Giddens považuje tieto definície za zásadný rozdiel, pretože mnoho rozdielov medzi mužským a ženským pohlavím je biologického pôvodu. Ide skôr o „dočasný stupeň vývoja sociálnych vzťahov medzi mužmi a ženami“.²¹⁵

Karsten²¹⁶ (2006) s genderovými rolami spája aj vývojové úlohy ako voľba partnera a partnerstva, rodičovstvo, starostlivosť o dieťa, výber povolania. Muž a žena ponímajú svoje úlohy odlišne. Prieskum verejnej mienky spoločnosťou Ppm Factum z roku 2007, ktorý sa zaoberal vnímaním role ženy a muža v spoločnosti poukazoval na to, že spoločnosť vidí ženu ako matku a muža ako živiteľa rodiny. Názory verejnosti na rolu muža a ženy v rodine skúmal aj Sociologický ústav AV ČR v roku 2013. Zaujímavým výsledkom prieskumu bol názor 62% respondentov. Tí tvrdili, že pri starostlivosti o rodinu by sa mali angažovať obaja rodičia rovnakým dielom. Ústav empirických výskumov z roku 2015 potvrdil názor spoločnosti. Výsledky poukazujú, že až 80% respondentov nesúhlasí s tradičným rozdelením rolí v rodine a prikláňa sa k rovnosti partnerov. Stále viac sa rozmáhajú partnerstvá a manželstvá, kde funguje rovnosť v starostlivosti o rodinu. Medzi najčastejšie typy patria matka ako hlavná osoba v starostlivosti o dieťa a partner vyplňujúci voľný čas dieťaťa (športové aktivity, hry) a starajúci sa o domácnosť (opravy, drobné nákupy) alebo rovnocenní a vo všetkých oblastiach rovnocenne zastupiteľní partneri. tehotenstvo vo vyššom veku prináša mnohé perinatálne i materské komplikácie

²¹⁴ OAKLEY, J. G. 2000. Gender-based barriers to senior management positions : Understanding the scarcity of female CEOs. In *Journal of Business Ethics*. 2000, Volume 27, Issue 4, s. 321-334.

²¹⁵ Pozri GIDDENS, A. 2013. *Sociologie*. Praha : Argo, 2013. s. 25.

²¹⁶ Pozri viac KARSTEN, H. 2006. *Ženy – muži: Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha : Portál, 2006. 183 s.

ako pre plod a novorodenca, tak aj pre samotnú ženu. Ako si popíšeme ďalej v diskusii, stretneme sa s komplikáciami, ktoré sú potvrdené minimálne tridsaťročnými štúdiami po celom svete. Záleží na tom, či žena žije vo Francúzsku, v USA či na Slovensku. Komplikácie, ktoré prináša prvé tehotenstvo a vyšší vek ženy sú na celom svete rovnaké. No starostlivosť o tieto ženy je diametrálne odlišná. Síce preberáme najnovšie módné trendy v správaní z cudzích krajín, ale v klinickej praxi a vo výskume sme ešte veľmi ďaleko za tými krajinami. Môžeme si popísať niektoré štúdie, ktoré poukazujú na najčastejšie komplikácie.

V rokoch 1980-1982 prebehla pôrodnická analýza 127 prvorodičiek vo veku nad 30 rokov anglickými pôrodníkmi Cario, Fray a Morris.²¹⁷ Väčšina klientok pochádzala z vyššej socio-ekonomickej vrstvy, boli vzdelané a aktívne sa zapájali do celého priebehu tehotenstva a pôrodu. Výsledky analýzy poukázali, že tehotenstvo vo vyššom veku ohrozovalo vo väčšej miere plod ako matku.

Ďalšia retrospektívna štúdia prebehla v Detroite v USA v rokoch 1986-1990 a cieľom bolo zistiť perinatálne a materské komplikácie. Pôrodníci Prysak, Lorenz a Kislyová²¹⁸ porovnávali dve skupiny žien. Prvú skupinu tvorili ženy vo veku 25-29 rokov a druhú skupinu tvorili ženy vo veku 35 rokov a vyššie. Zistilo sa, že v druhej skupine, teda ženy vo veku 35 rokov a vyššie boli vo väčšej miere vydaté ženy a mali už skúsenosť s tehotenstvom, väčšinou negatívnu. Trpeli komplikáciami s otehotnením v dôsledku tvorby leiomyómov. Počas tehotenstva trpeli rôznymi komplikáciami (krvácanie, gestačný diabetes, gestačná hypertenzia, placenta praevia). Ďalšími komplikáciami boli hroziaci spontánny potrat, infekcie, hroziaci predčasný pôrod, vyššie riziko ukončenia tehotnosti cisárskym rezom. Počas pôrodu bol vyšší výskyt užívania Oxytocínu a po pôrode popôrodného krvácania. Medzi najčastejšie riziká pre plod a novorodenca boli abnormálne karyotypy, nízky gestačný vek, nízka pôrodná hmotnosť, nezrelý novorodenec, hypotrofický novorodenec, dlhé hospitalizácie na jednotke intenzívnej a respiračnej starostlivosti.

²¹⁷ Výsledky boli publikované v *Journal of Obstetrics*, 1985.

²¹⁸ Štúdia prebehla v r. 1995.

Približne v rovnakom čase prebiehala štúdia zameraná na možné komplikácie u prvorodičiek vo veku 20-30 rokov a prvorodičiek vo veku 40 rokov a viac. Štúdia prebehla v rokoch 1986-1995 austrálskymi pôrodníkmi Scholzom, Haasom a Petrom²¹⁹ a výsledky boli jednoznačné. Prvorodičkám vo veku 40 rokov a vyššie trvala gravidita kratšie, teda išlo o predčasný pôrod, až v 47% končil cisárskym rezom, priemerná pôrodná hmotnosť novorodenca bola výrazne nižšia, perinatálna úmrtnosť bola 5%-ná a počet zistených malformácií bol na úrovni 5%, zatiaľ čo v mladšej skupine prvorodičiek bola úroveň 1%-ná. Záverom štúdie boli zistenia, že je nutné zamerať sa na koniec 2.trimestra a začiatok 3.trimestra a včas odhaliť príznaky infekcií, predčasného nástupu kontrakcií, teda predčasného pôrodu, gestačnej hypertenzie až preeklampsie.

Retrospektívna stratifikovaná analýza 207 žien vo veku nad 35 rokov a 219 žien vo veku 25-29 rokov, ktorá sa uskutočnila v rokoch 1990-1999 v USA rozdelila ženy do dvoch skupín. Prvá skupina so ženami vo veku nad 35 rokov bola výskumná a druhá bola kontrolná skupina. Výsledky zo záznamov vedených počas gravidity, pôrodu a popôrodného obdobia ukázali, že najčastejšími komplikáciami žien vo výskumnej skupine počas gravidity boli gestačná hypertenzia, gestačný diabetes, vyšší výskyt placenta praevia, nepravidelnosti pri spontánnom pôrode, vyšší počet ukončení pôrodov operačne alebo cisárskym rezom, asfyxia plodu, prematurita plodu, nízka pôrodná hmotnosť a dlhodobá hospitalizácia na JIRS pre novorodencov.

V Kuvajte v rokoch 2000-2002 sa v zariadení Maternity Hospital pôrodníci Diejomaoh, Al-Shamali a Al-Kandari²²⁰ zamerali na retrospektívnu štúdiu 160 žien vo veku 25-30 rokov a 168 žien vo veku 40 rokov a vyššie. Najväčším štatisticky významným ukazovateľom tejto štúdie bol vyšší počet ukončení gravidít cisárskym rezom v skupine rodičiek vo veku 40 rokov a vyššie. Počet cisárskych rezov prekonal hranicu 15%.

Pôrodníci Ozalp, Tanir a Sener (2007) v rokoch 2002-2003 v retrospektívnej štúdii porovnávali možné riziká v skupinách žien vo veku 19 rokov a menej a 35

²¹⁹ Výsledky boli publikované v *Preventive medicine*, 1999.

²²⁰ Výsledky boli publikované v *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2005.

rokov a viac. Prvá skupina bola ohrozená zhoršeným prírastkom hmotnosti matky, vyšším počtom spontánnych potratov, hypertenznými poruchami a novorodenec narodený s nízkou pôrodnou hmotnosťou. U žien v druhej skupine sa vyskytovali podobné komplikácie a navyše aj gestačný diabetes, gestačná hypertenzia až preeklampsia a chromozomálne abnormality. Významným faktorom v predchádzaní týchto komplikácií sa ukázalo plánované rodičovstvo a vhodné načasovanie pomocou edukácie a poradenskej služby.

Poslednú retrospektívnu štúdiu, ktorú spomenieme, sa konala v rokoch 2008-2010 pôrodníkmi Rohfritsch, Le Ray a Anselem v Paríži vo Francúzsku. Štúdie sa zúčastnilo 722 žien, ktoré boli rozdelené do dvoch skupín. Kontrolnú skupinu tvorilo 361 žien vo veku 25-35 rokov, teda vo veku optimálnom pre graviditu a pôrod. Druhú skupinu tvorilo 361 žien vo veku nad 35 rokov. Štúdia odhalila, že ženy vo veku vyššom ako 35 rokov sú ohrozené zvýšeným rizikom vzniku gestačnej hypertenzie až preeklampsie, gestačného diebetu, počet cisárskych rezov a predčasných pôrodov je oveľa vyšší. U tejto skupiny sa preukázalo, že bol vyšší počet IVF a vyšší počet gemín.

Nezáleží na krajine, v ktorej žijeme, ale záleží na nás, ženách a na našom rozhodnutí, kedy sa rozhodneme stať sa matkami. Chyba je v nás, že stále odsúvame tehotenstvo, lebo nie sme spokojné s dosiahnutými skutočnosťami. Je pravda, že štát mladým ľuďom v produktívnom veku nepomáha a tak sa musíme striktnie rozhodnúť. Buď - Alebo a od toho sa odvíja ďalší priebeh nášho života. Z nášho výskumu nám vyplýva, že nemuselo dôjsť ku komplikáciám, ktoré boli spomenuté. Priebežne sme vykonali výskum formou prípadových štúdií. Pri zhrnutí dosiahnutých výsledkov môžeme uviesť nasledovné: V prvej kazuistike vidíme nedostatok v tom, že u klientky neprebehla celá liečba odporúčaná lekárom-imunoalergológom a gynekologička už povzbudzovala klientku k pokusom o tehotenstvo. Bolo to nesprávne rozhodnutie. Dvaja lekári sa nerešpektovali a klientka bola zmätená z podaných informácií. V druhej kazuistike išlo o špecifický prípad, kedy klientka bola zameraná na svoju krásu, na svoje telo a jeho dokonalosť. Odmietla pomoc, ktorú jej lekár poskytol, no využil ju aspoň partner klientky. Sme obklopané ideálom krásy s dôrazom na dokonalosť a tak sa trápime a v starostlivosti o seba to preháname, no v tom

naháňaní sa už nevieme, kedy presahujeme medze a tak akákoľvek malá zmena nás dokáže psychicky položiť. Našťastie to u našej klientky dopadlo dobre a našla si cestu k dieťaťu. V tretej kazuistike máme pomerne starších rodičov. Je obdivuhodné ako sa podujali k starostlivosti o dieťa, že v sebe našli silu, obrátiť svoj život naruby, no aká budúcnosť čaká na dieťa?

Ako nedostatky vidíme to, že nám chýbajú lekári-špecialisti orientovaní na tehotenstvo, ako lekár internista so špecializáciou na internistické ochorenia tehotných, lekár diabetológ so špecializáciou na diabetologické ochorenia tehotných a pod. Je nesmierne dôležité, aby takýto lekári-špecialisti boli dostupní, pretože ochorenia v tehotenstve sa prejavujú inými príznakmi a dajú sa zistiť špecifickými vyšetreniami už na začiatku tehotenstva. Najnovšie výskumy poukazujú na preventívny faktor užívania kyseliny listovej a kalcia počas celého tehotenstva ako prevencie gestačnej hypertenzie a samozrejme cvičenie ako prevencia obezity. Zistili sme, že vo vyspelejších krajinách sa rozbieha vyšší štandard starostlivosti o ženu. Ak je žena v reprodukčnom období, gynekológ jej odporučí konzultáciu v ambulancii preventívneho nutričného poradenstva, kde jej výživový poradca odporučí zdravší životný štýl, nastaví jej jedálniček podľa fyziologických potrieb (najmä u obéznych žien) a počas tehotenstva jej prispôbuje stravovací režim pre zdravý priebeh tehotenstva. Prenatálnu starostlivosť – fyziologickú vedú výlučne pôrodné asistentky. V súvislosti s vyšším vekom predpokladajú určité typy ochorenia (DM, hypertenzia), preto je tehotná žena prísne kontrolovaná špecialistami v tejto oblasti. Dôležitá je aj terénna starostlivosť v domácom prostredí, možnosť kontaktovať pôrodnú asistentku kedykoľvek na infolinke a zapájanie partnera a rodinných príslušníkov k podpore v starostlivosti o dieťa. Je veľmi dôležité podporovať puto medzi partnermi a rodičovské puto. Priebežne sledovať matku, prejavy únavy a vyčerpania a nájsť riešenie pre podporu. Či ide o Japonsko, USA, Anglicko, Švédsko, či Slovensko...je nutné poučiť sa zo skúseností z krajín, kde funguje kvalitná a široko zabezpečená starostlivosť o ženu. Naša práca má poukázať na nedostatky v starostlivosti o ženu a zároveň naznačuje aktivity, ktoré je nutné podniknúť, aby sme sa prepracovali ku rovnako kvalitnej a široko rozsiahlej starostlivosti o ženu.

Bol spomenutý aj rizikový faktor placenta praevia, ktorý sa najčastejšie vyskytuje u príliš mladých tehotných a u tehotných nad 35 rokov. Zamyslime sa nad možnosťou zmeny prístupu a nad hodnotením rizikovosti konkrétnej tehotnosti. Jednou z možností je *odhad funkcie prežitia* podľa zakladateľov *Kaplan a Meier*. Ich metóda popisuje, že od času, kedy je USG verifikovaná placenta praevia, je možné odhadnúť čas, kedy je najvyššie riziko vzniku komplikácií, teda abruptio placentae a teda aj ohrozenie života plodu in utero. Teda pomocou pozorovania rizikovosti a odhadu času, kedy môže nastať abruptio, sa dá predísť danej komplikácii včasným zásahom.

Ďalšou randomizovanou štúdiou, ktorú popisujú Svanberg a kolektív²²¹ ako preventívnu metódu vzniku abruptio placentae, je preventívne užívanie *kyseliny tranexamovej* (Exacyl, Pamba) v infúznom roztoku intravenózne u rizikových klientok od začiatku tehotnosti až do pôrodu. Ukázala sa ako účinná a život a zdravie neohrozujúca metóda.

Najnovšou metódou diagnostikovania abruptio placentae je posudzovacia škála nazývaná „*Trauma placental abruptio scale (TAPS)*“, ktorú popísali Saphier a Kopelman v časopise *Emergency Radiology*.²²² Popisujú škálu hodnotenia v štyroch stupňoch od 0-3.

Stupeň 0 – žena je asymptomatická, je diagnostikovaná až pri popôrodnom vyšetrení placenty

Stupeň 1 – žena môže mať vaginálne krvácanie a miernu citlivosť maternice, bez ohrozenia života a zdravia ženy a plodu

Stupeň 2 – žena je symptomatická, ale neupadla do šoku, monitorovanie oziev plodu pre možné ohrozenie života plodu

²²¹ Pozri SVANBERG, L., ÅSTEDT, B., NILSSON, I. M. 1980. Abruptio Placentae - Treatment with the Fibrinolytic Inhibitor Tranexamic Acid, In *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [online]. 1980, Vol. 59, s. 10-15. [2017-12-07]. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6157298>>.

²²² Pozri SAPHIER, N. B., KOPELMAN, T. 2014. Traumatic Abruptio Placenta Scale (TAPS): a proposed grading system of computed tomography evaluation of placental abruption in the trauma patient, part 1. In *Emergency Radiology* [online]. 2014, Vol. 21, s. 17-22 [2018-01-13]. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24057218>>.

Stupeň 3 - závažné krvácanie, ktoré vedie k šoku ženy a úmrtiu plodu, úplné odtrhnutie placenty

Existuje veľký výber možností, ako zlepšiť kvalitu starostlivosti a manažmentu liečby ochorení. Je potrebné vyskúšať ich, posúdiť vhodnosť danej metódy a odvážiť sa vyskúšať a presadiť v zdravotnej starostlivosti aj niečo nové, než to, načo sme už dlhé roky zvyknutí.

Ako ďalší nedostatok vidíme to, že sa lekári navzájom nerešpektujú. Ako môže gynekológ odporučiť tehotenstvo, keď žena nemá dokončenú liečbu špecialistom? Následkom toho bol predčasný pôrod a psychická trauma klientky.

Aj keď nakoniec všetky tri prípady mali šťastný koniec, boli to tri varovné upozornenia, že je potrebné niečo zmeniť v starostlivosti o tehotné ženy. Tak, ako pribúda počet prvorodičiek vo vyššom veku, tak by sa mala aj zdravotná starostlivosť transformovať na vyššiu úroveň. Tu nejde len o zo zvyku naučenú starostlivosť o ženu. Ide o väčšiu mieru predvídavosti, o vynájdení sa v špecifických vyšetreniach, ktoré môžu už v skorých štádiách tehotenstvo odhaliť možné riziká počas tehotenstva. Starostlivosť pôrodných asistentiek v popôrodnom období by mala mať svoju úroveň. Aj keď sme všetky vzdelané, neznamená to, že sa už nič nové nemusíme naučiť. Výmenné pobyty by mohli neskutočne zmeniť pohľad na poskytovanú starostlivosť. A naskytuje sa tu zvýšená potreba klinického psychológa. Nie je dôležitý len na zavolanie, mal by byť súčasťou gynekologicko-pôrodnického tímu, dostupný v istom časovom rozpätí, aby k nemu mal prístup každý, kto cíti potrebu. Mal by mať svoju vlastnú pracovňu, kde by bolo súkromie, nebol by rušený a klient by sa nehanbil k nemu prísť. Hovoríme o praxi založenej na dôkazoch, no kde sú tie sestry a pôrodné asistentky, ktoré doštudovali a neaplikovali nič nové? Boja sa alebo boli zastavené pri prvých pokusoch ukázať niečo nové, lebo všetci sa stereotypne držíme zaužívaných a dávno naučených rutinných postupov. Je smutné, že si hovoríme demokratický štát a máme viac zákazov ako povolení v realizácii nových poznatkov a skúseností.

Starostlivosť o prvorodičky vo vyššom veku sa dostáva do popredia rýchlym tempom. Je najvyšší čas zmeniť prístup v starostlivosti o tieto tehotné.

Nestačí disponovať kvalitnými a modernými prístrojmi, ale aj znalosťami ako ich efektívne využiť pri prevencii vzniku rôznych komplikácií.

Pri počte predčasne narodených detí je každoročne vyššie číslo, čo naznačuje, že bude nutné zvýšiť počet perinatologických centier i jednotiek intenzívnej starostlivosti o novorodenca. Už teraz je nedostatok lekárov špecialistov v neonatológii. Doterajšie centrá sú preplnené predčasne narodenými novorodencami a do budúcnosti ich bude pribúdať.

Čo sa týka prevencie výskytu Downovho syndrómu, americký lekár Cuckle²²³ vo svojom odbornom článku popisuje nové poznatky. V štúdiu 41 žien s deťmi s Downovým syndrómom sa zistili štatisticky významné hladiny homocysteínu v plazme a v erytrocytoch. Homocysteín je folát, ktorého hladina v plazme je korelovaná s hladinou v erytrocytoch. Zameral sa na pomer metionínu a homocysteínu. Ak je hladina metionínu nižšia a hladina homocysteínu zase vyššia sú to ukazovatele funkčného metabolizmu folátov. Ako preukázala štúdia 5404 tehotenstiev, tento pomer sa dosahuje dostatočným príjmom kyseliny listovej. Nejde však o dnešnú odporúčanú dennú dávku 600 μg, ale až o 5 mg denne. Podľa najnovších výskumov je pre dokonalý metabolizmus a pomer hladín spomínaných prvkov aj dostatok kabalaminu – vitamínu B₁₂. Pri jeho nedostatočnom metabolizme alebo zlom transporte sa môže vyskytnúť vznik Downovho syndrómu. Vitamín B₁₂ je základným kofaktorom v cykle folát – homocysteín. Kyselina listová a vitamín B₁₂ sú prvé základné prvky, ktorých nízka hladina alebo ich nepomer v krvi môžu signalizovať riziko výskytu Downovho syndrómu. Zamyslime sa preto, na aké úžasné veci prišli vedci z okolitých krajín, čo všetko už robia preventívne a kde sme my. My zatiaľ stále len hasíme, keď je už neskoro.

²²³ CUCKLE, H.S., 2005. Primary prevention of Down's syndrome, In *International Journal of Medical Sciences* [online]. 2005, Vol. 2, issues 3, p. 93-99 [2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1168873/>.

ZÁVER

Dospeli sme do obdobia, kedy si začíname všímať vlastné zdravie až vtedy, keď je už zdvihnutý varovný prst. Tehotenstvo odsúvame z rôznych príčin a keď už príde čas aj na dieťa, zistíme, že sa nám nedarí a sme prekvapení. No tváriť sa prekvapene a hasiť oheň v poslednej chvíli nestačí a je to spôsobené len našim pričinením. Nesledujeme varovné signály nášho tela, že máme čosi so sebou robiť. Myslíme si, že to nič nie je a naraz dlho zanedbávaný malý problém sa stane veľkým problémom. Problémom, ktorý nám komplikuje splodiť dieťa, donosiť dieťa či vysporiadať sa s tou obrovskou životnou zmenou, ktorá nastáva narodením dieťaťa. Zvyšuje sa počet žien s endometriózou, stále väčší počet žien trpí opakovanými infekciami pošvového prostredia, narastá počet infertilných žien pre nepriechodnosť vaječníkov a prichádza sa aj na nové ochorenia. Tehotenstvo a šestonedelie sú obdobím búrok hormónov a sú veľkou záťažou pre každú ženu. Či si to priznáme alebo nie, všeobecne stále viac jedincov minimálne raz navštívilo psychológa alebo psychiatra. Smutné je, že obrovské množstvo jedincov tento typ starostlivosti potrebuje, ale návštevu nikdy nezrealizuje, pretože sa to už dlhé desaťročia považuje za veľkú hanbu... stále pozeráme na to, čo si budú myslieť, alebo čo povedia druhí a na svoje zdravie a šťastie vydávame minimum energie. Žijeme vo svete plnom naháňania sa za niečím, častokrát nevieme ani za čím... plnom stresu, psychického nátlaku a svoju hranicu zvládania týchto vypätí posúvame stále vyššie... neuvedomujeme si, čo to urobí s našim zdravím, s našou psychikou... Kult krásy a idol ženskej postavy je v ľudskej populácii už od nepamäti všetci sa mu chceme vyrovnáť. Veď všetci musíme byť dokonalí a rovnakí, už neexistuje výnimka. Nevnímame to výnimočné, to krásne na každom z nás, ale vnímame, či sa zmestíme do šablóny krásy. Len vtedy sú dvere otvorené dokorán a máme možnosť uspieť. Preplávame životom úspešne a ľahšie ako tie „výnimočné“. Obzvlášť ženy sú pod nátlakom spoločnosti. A ďalší stres si vyrábame samé. Tlačíme na seba, stále držíme diéty, chodíme do fitness centier, pravidelne navštevujeme kozmetiku a kaderníctvo, robíme všetko preto, aby sme boli podľa šablóny. Investujeme veľké množstvo finančných prostriedkov na krásu

a pritom si stačí dať do poriadku vlastné psychické zdravie. Akceptovať sa také, aké sme. Ísť na menšie úpravy, ako nový účes, manikúra, ale dôležité je rešpektovať samu seba a.ctiť si samu seba a naučiť sa žiť so sebou. Ako nás majú rešpektovať druhí? Musíme začať od seba. Ženy chcú cestovať po svete, vidieť nové krajiny, spoznávať nových ľudí, ukázať svoje dokonalé telo v bikinách na horúcej pláži a stať sa matkou by ich mohlo zabrzdiť v realizácii svojich túžob. Veď tehotenstvo im pokazí postavu a bude ich obmedzovať. Manželstvo či kohabitácia? Tehotenstvo či kariéra? To sú dilemy mladých ľudí v súčasnosti. Naša myseľ je neustále v strehu, pretože sa musí rozhodovať. Rozhodovať o životných udalostiach, ktoré ovplyvnia celý zvyšok života mladého človeka. Výučný list pre mladých ľudí už nie je tak lukratívny, ako kedysi. Každý túži mať titul pred menom i za menom. Tajne dúfa, že nájde prácu, kde ho za získané tituly ocenia, no aká je naozaj naša cena? Kedy budeme naozaj spokojní s tým, čo nám okolie ponúka? Nemáme už príliš prehnané nároky? Nie sme už chamtiví? Ako zistiť, kde je hranica triezveho úsudku a kde sa už preceňujeme? Rozhodneme sa študovať, počas štúdia vystriedame zopár partnerov, možno prežijeme aj partnerstvo na skúšku a naraz máme ku tridsiatke a zistíme, že sme osamelí. Na Slovensku je 50%-ná rozvodovosť a prečo? Pretože hneď pri prvom probléme zutekáme, vzdáme sa a otočíme sa chrbtom každej príležitosti na urovanie konfliktu. Pretože tento spôsob správania pramení už z detstva, keď dieťaťu rodičia povedali, že nič nemusí, má slobodnú voľbu a nech si berie len to, čo sa mu páči. Žiadna zodpovednosť, žiaden ústupok, žiaden kompromis. A dieťa je obrovská zodpovednosť, čo väčšinu vystraší a tak sa schovávajú za štúdium, potom nenájdu toho „správneho“ partnera a napokon hľadajú prácu, kde ich skutočne ocenia. Koľko ľudí s titulmi stojí pri linkách? Koľko mladých sedí doma, lebo čakajú na niečo lepšie? To hlavne záleží od výchovy. Je slobodným rozhodnutím každého jedinca ako sa rozhodne prežiť svoj život a ako si ho usporiada. Zahraničné trendy nás silne ovplyvňujú, ale ich vplyv nepôsobí na modernizáciu zdravotnej starostlivosti. Dostatok lekárov špecialistov, ich spolupráca s gynekológmi, prispôsobenie zdravotníckych zariadení potrebám starších prvorodičiek, prítomnosť klinického psychológa na každom pôrodníckom oddelení, vznik podporných skupín a obnovenie

komunitnej terénnej starostlivosti v domácom prostredí sú požiadavkami zo strany žien.

Nakoniec by sme chceli upriamiť našu pozornosť na štúdie za posledných 30 rokov, kde sa opakovane potvrdzujú komplikácie vyplývajúce z tehotenstiev nad 35 rokov a viac. Je to celosvetový fenomén súčasnej doby, ktorý si so sebou nesie podstatné riziká pre ženu i pre dieťa. Tento fenomén sa vyvinul podstatne rýchlo a naša spoločnosť, naše prostredie, zdravotná starostlivosť v prenatalnej i postnatalnej dobe vôbec nie je prispôsobená požiadavkám týchto žien. Chýbajú nám lekári špecialisti zameraní na tehotné ženy. Napríklad lekár vnútorného lekárstva sa zaoberá klientmi so zdravotnými ťažkosťami z tejto oblasti, ale tehotná žena s takýmto problémom je odlišná a potrebuje špecifickú starostlivosť. Prebiehajú školenia komunikácie, ktoré sa ešte stále neefektívne nevyužívajú. Ako môže lekár ignorovať odporúčania lekára špecialistu a misť klienta. Podávajú sa mylné informácie, klienti sú zmätení a spôsobuje to nedôveru v zdravotnícky personál. Odporúčali by sme vytvoriť istú edukačnú sieť v zdravotníckych zariadeniach, rovnakú pre všetky nemocnice a zameranú aj na špecifické situácie. Medziodborová spolupráca, rešpektovanie sa navzájom a dodržiavanie základných etických a ľudských zásad by malo byť základom pre ozdravenie a podporu súčasných zmien, ktoré sú žiaľ stále zanedbávané. Ďalším prínosom by mohlo byť zvýšenie kompetencií pôrodných asistentiek, ktoré by mohli plnohodnotne viesť prenatalne poradne tehotných s fyziologickým tehotenstvom a mali by dostatočný časový priestor aj na edukáciu, komunikáciu a zdravotnú výchovu. Prínosom pre zdravotnícke zariadenia by bol klinický psychológ alebo psychologický poradca či konzultant, ktorý by bol plne k dispozícii pre potreby klientov zdravotníckych zariadení. V neposlednom rade by sme radi odporučili vznik a rozvoj podporných skupín pri zdravotníckych zariadeniach, kde by mohli klientky prichádzať aj po ukončení hospitalizácie a mohli by sa radiť s odborníkmi i s ďalšími ženami, ktoré majú podobné skúsenosti. Ozdravilo by to vzťahy medzi klientskou sférou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Prístupné odborné informácie by mohli obmedziť získavanie informácií a dôveryhodnosť internetových zdrojov u klientok a mohlo by ich nasmerovať späť k zdravotníckym pracovníkom a opäť podporiť

dôveru v zdravotníctvo. Telefonická infolinka dostupná každej klientke by mohla pozdvihnúť povedomie ľudí a odvrátiť pozornosť od pochybných informačných zdrojov.

SUMMARY

We have reached a time when we begin to notice our own health when the warning finger is already raised. We postpone pregnancy for various reasons, and when the time comes for the child, we find that we are not doing well and we are surprised. We do not follow our body's warning signals, and at the same time, a long-neglected little problem becomes a problem that complicates us from making a child, getting a child or dealing with the huge life change that occurs when a child is born. We live in a world where we all have to be perfect and the same, there is no longer an exception. Especially women are under the pressure of society: diets, fitness centers, cosmetics and hairdressers. We do everything we can to be template-based. Marriage or cohabitation? Pregnancy or Career? These are the dilemmas of young people today. Finally, we would like to draw our attention to studies over the past 30 years, where repeated pregnancy complications over 35 years and over are reaffirmed. This phenomenon has evolved substantially rapidly and our society, our environment, health care at both prenatal and postnatal times is not at all adapted to the demands of these women. We lack doctors specializing in pregnant women. For example, an internal medicine physician deals with clients with health problems in this area, but a pregnant woman with such a problem is different and needs specific care. Misinformation is being reported, clients are confused and causes mistrust in healthcare professionals. We would recommend creating a certain educational network in healthcare facilities, the same for all hospitals, and also for specific situations. The benefit for healthcare facilities would be a clinical psychologist or psychological counselor or consultant who would be fully available to the needs of healthcare facility clients. We would recommend the establishment and development of support groups in health care facilities, where clients could also come after hospitalization and could consult experts and other women with

similar experiences. For example, a telephone hotline available to every client could raise people's awareness and distract from dubious information sources.

Zoznam bibliografických odkazov

- BILLIARI, F. C. – LIEFBROER, A. C. (2010). Towards a new pattern of transition to adulthood? In *Advances in Life Course Research*. Vol. 15, s. 59 - 75.
- ČERMÁKOVÁ, M., 2002. *Podmínky harmonizace práce a rodiny v České republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 115 s. ISBN 80-7330-026-5.
- CUCKLE, H.S., 2005. Primary prevention of Down's syndrome, In *International Journal of Medical Sciences* [online]. 2005, Vol. 2, issues 3, p. 93-99 [2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1168873/>.
- FIALOVÁ, L., S. PIKÁLKOVÁ, M. KUČERA, D. HAMPLOVÁ, 2000. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 163 s. ISBN 80-85850-87-7.
- GIDDENS, A. 2013. *Sociologie*. Praha : Argo, 2013. 1052 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
- KARSTEN, H. 2006. *Ženy – muži: Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha : Portál, 2006. 183 s. ISBN 807367145.
- LEHOTSKÁ, V. Kohabitácia : Prehľadová štúdia. In *Človek a spoločnosť*. Košice : Spoločenskovedný ústav SAV, 2012, Vol. 15, No. 1, s. 76-87.
- MLÁDEK, J. 2003. Kohabitácie a kohabitanti na Slovensku – národnostná, religiózna, vzdelanostná a priestorová štruktúra. In *Rodina. 9. slovenská demografická konferencia*. Tajov 17. - 19. 9. 2003. (Zborník vedeckých prác). Bratislava : SŠDS, 2003. s. 61 - 67.
- MOŽNÝ, I. 2006. *Rodina a společnost*. Praha : Sociologické nakladatelství, 311 s. ISBN 80-86429-58-X.
- OAKLEY, J. G. 2000. Gender-based barriers to senior management positions : Understanding the scarcity of female CEOs. In *Journal of Business Ethics*. 2000, Volume 27, Issue 4, s. 321-334. ISSN 0167-4544.
- OLSEN, K. M. – DAHL, S. A. (2007). Health differences between European countries. *Social Science & Medicine*. Elsevier, 2007, vol. 64, issue 8, p. 1665–1678. ISSN 0277-9536.
- ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-802-4719-412.

- SAPHIER, N. B., KOPELMAN, T. 2014. Traumatic Abruptio Placenta Scale (TAPS): a proposed grading system of computed tomography evaluation of placental abruption in the trauma patient, part 1. In *Emergency Radiology* [online]. Vol. 21, p. 17-22 [2018-01-13]. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24057218>>.
- SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 219 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
- SOONS, J. P. – KALMIJN, M. 2009. Is Marriage More Than Cohabitation? Well-Being Differences in 30 European Countries. In *Journal of Marriage and Family*. Vol. 71, s. 1141 - 1157.
- SVANBERG, L., ÅSTEDT, B., NILSSON, I. M. 1980. Abruptio Placentae - Treatment with the Fibrinolytic Inhibitor Tranexamic Acid, In *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [online]. Vol. 59, p. 10-15 [2017-12-07]. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6157298>>.
- TRŽILOVÁ, J. A. 2008. *Manuál pro začínající maminky. Maminky radí maminkám*. Praha : GRADA, 2008. 224 s. ISBN 9788087049150.
- VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 9788024613185.
- VÝROST, J. (2010). Projekt Európska sociálna sonda (European Social Survey, ESS). In VÝROST, J. (Ed.) (2010). *Európska sociálna sonda (ESS), 4. kolo na Slovensku*. Prešov : Universum, s. 5-60. ISBN 978-80-89046-65-2.
- VÝROST, J. 2011. Rodina a zmena rodových rolí v optike údajov medzinárodného projektu ISSP (International Social Survey Programme). Košice : Spoločenskovedný ústav SAV, 2011. 265 s. ISBN 978-80-89524-02-0.

SOCIAL ENVIRONMENT AND SOCIAL DETERMINANTS AFFECTING PREGNANCY TODAY

Mária Soročinová, daily shift manager, Gynecology and obstetric department, Hospital with Polyclinic of Štefan Kukura in Michalovce a.s. (Svet zdravia a.s. Nemocnica Michalovce), Špitálska 2, 071 01 Michalovce, Slovakia, maria.sorocinova@svetzdravia.com

Abstract

What causes women to postpone pregnancy? What influences their decision? Company formation, change in behavior, habits, and lifestyles is so fast that satisfying individual needs is a very challenging process. The list of needs and values is individual and constantly changing. We play for people who live in the surrounding countries, but our environment, health care, the economic situation is diametrically different. Why do we so much like to look alien? Why can not we be happy with ourselves? What forces us to suddenly overcome our needs and turn them over? The phenomenon of a perfect life-style template today greatly affects the pregnancy of women, which is gradually shifting to a higher age.

Key words

Woman, pregnancy, social determinant, social environment, life-style, marriage