

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Kateřina Hůlková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Poskytovaná prenatální péče v České republice a Indii

Bakalářská práce

2023

Kateřina Hůlková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Hůlková**
Osobní číslo: **Z20060**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Poskytovaná prenatální péče v České republice a Indii**
Téma práce anglicky: **Antenatal care provided in the Czech republic and in India**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ANDREWS, Margaret a Joyceen S. BOYLE. *Transcultural concepts in nursing care*. 7. vydání. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-1-4511-9397-8.

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST (ČGPS), ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ (ČLS JEP), 2021. *Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP: Zásady dispenzární péče v těhotenství. Sbíрка doporučených postupů č. 1/2021*. In: GynUltrazvuk.cz [online]. Sekce ultrazvukové diagnostiky 2023 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy>.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.

MATERNAL HEALTH DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2021. *Training Manual on Care During Pregnancy and Child Birth for Community Health Officer at Ayushman Bharat – Health and Wellness Centres*. In: National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare [online] National Health Mission Department of Health and Family Welfare 2023 [cit. 2023-2-12]. Dostupné z: <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=3&sublinkid=839&lid=377>.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Poláčková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **13. července 2023**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 21. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Poskytovaná prenatální péče v České republice a Indii jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách

a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10.7.2023

Kateřina Hůlková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Velice děkuji paní Mgr. Heleně Poláčkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její ochotu, pomoc a za rady, které mi po celou dobu poskytovala.

Děkuji informantkám, které si našly čas odpovědět na všechny mé otázky.

Nakonec bych velice ráda poděkovala své rodině, manželovi a přátelům za jejich podporu v průběhu celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá prenatální péčí, která je poskytována ženám v České republice a v Indii. V úvodu teoretické části práce jsou vysvětleny základní pojmy týkající se multikulturního ošetrovatelství, dále jsou nastíněna specifika multikulturního ošetrovatelství a péče o ženu vyznávající hinduismus. Poté práce seznamuje se základními informacemi o hinduismu a kastovním systému. Nakonec jsou shrnuta specifika poskytované prenatální péče, která vycházejí z doporučených postupů platných v daných zemích. Materiálem pro průzkumnou část byly přepsané rozhovory s informantkami, které mají osobní zkušenost s prenatálními poradnami. Tato data byla analyzována pomocí kvalitativní metody otevřeného kódování.

KLÍČOVÁ SLOVA

Prenatální péče, specifika multikulturní péče, hinduismus, kastovní systém, systém zdravotní péče

TITLE

Antenatal care provided in the Czech republic and in India

ANNOTATION

This Bachelor thesis deals with antenatal care, which is provided to women in the Czech Republic and in India. In the beginning of the theoretical part, the basic concepts related to multicultural nursing are explained. Then the specifics of multicultural nursing and care for a woman practicing Hinduism are outlined. After that this work introduces the basic informations about Hinduism and the caste system. Finally, the specifics of the antenatal care provided in both countries are summarized. The material for the research part was transcribed interviews with informants who have personal experience with antenatal care. Data were analyzed using a qualitative open coding method.

KEYWORDS

Antenatal care, specifics of the multicultural care, Hinduism, caste system, health care system

OBSAH

Úvod	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Teoretické cíle práce	12
1.2 Průzkumné cíle	12
1.3 Metody k dosažení cíle	12
2 Teoretická část	13
2.1 Základní pojmy multikulturního ošetrovatelství.....	13
2.2 Specifika multikulturního ošetrovatelství.....	15
2.3 Specifika péče o ženu vyznávající hinduismus.....	16
2.4 Indie	18
2.4.1 Hinduismus	19
2.4.2 Kastovní systém.....	19
2.5 Prenatální péče v Indii	20
2.5.1 Včasná registrace	21
2.5.2 Detekce těhotenství.....	21
2.5.3 Prenatální poradny	22
2.5.4 Profylaxe během těhotenství.....	23
2.5.5 Zevní a vnitřní vyšetření	24
2.5.6 Další prováděná vyšetření primárními poskytovateli péče.....	24
2.5.7 Edukace.....	24
2.5.8 Vyšetření prováděná v nemocnicích.....	25
2.6 Systém zdravotní péče v Indii.....	25
2.7 Prenatální péče v České republice	27
2.7.1 Pravidelná vyšetření.....	28
2.7.2 Nepravidelná vyšetření	28
2.7.3 Screeningová vyšetření v těhotenství	31

2.8	System zdravotní péče v České republice.....	31
3	PRŮZKUMNÁ část.....	33
3.1	Průzkumné otázky	33
3.2	Metodika průzkumu.....	33
3.3	Charakteristika průzkumného souboru.....	34
3.4	Zpracování dat	35
3.5	Analýza a interpretace výsledků.....	36
3.5.1	Zkušenost s poskytovanou prenatální péčí	36
3.5.2	Prenatální poradna	38
3.5.3	Materiální vybavení poskytovatele péče.....	45
3.5.4	Faktory ovlivňující prenatální péči.....	46
3.5.5	Financování péče	49
3.5.6	Důležitost prenatálních poraden	51
4	Diskuze	52
5	Závěr	59
6	Použitá literatura	61
6.1	Tištěné zdroje.....	61
6.2	Odborné články.....	62
6.3	Internetové zdroje	63
6.4	Bakalářské práce	67
7	Přílohy.....	68

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AC	abdominal circumference; obvod břicha
AFP	alfa-feto-protein
ANMs	Auxiliary Nurse Midwives
ASHAs	Accredited Social Health Activists
atd	a tak dále
BPD	biparietal diameter; příčný průměr hlavy
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
CRL	crown to rump length; temeno-kostrční vzdálenost
ČR	Česká republika
EFW	estimated fetal weight; váhový odhad plodu
FL	femur length; délka femuru
g	gram
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen; povrchový antigen viru hepatitidy B
HC	head circumference; obvod hlavy
hCG	lidský choriový gonadotropin
HCV	virus hepatitidy C
HIV	Human Immunodeficiency Virus
CHOs	Community Health Officers
IT	informační technologie
kg	kilogram
LHVs	Lady Health Visitors
ml	mililitr
mmHg	milimetr rtuťového sloupce

OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PAPP-A	pregnancy associated plasma protein-A
PMSMA	Pradhamn Mantri Sarakshit Matritva Abhiyan
SNs	Staff Nurses
STD	Sexually Transmitted Diseases; sexuálně přenosné choroby
tzn	to znamená
tzv	takzvaný

ÚVOD

V současné době dochází stále více a více k migraci obyvatelstva. Ať už je to z důvodu práce či studia, nebo z více závažných důvodů, jako je válka nebo živelné katastrofy. V roce 2020 byl globální odhadovaný počet migrantů 281 milionů, což odpovídá 3,6 procentům celosvětové populace (International Organization for Migration, 2021, s. 37). Z těchto 281 milionů je 135 milionů žen (3,5 procent ženské světové populace), které budou ve většině případů vyhledávat určitou formu zdravotní péče (International Organization for Migration, 2021, s. 3).

Jinak tomu není ani v České republice. Počet cizinců čerpající zdravotní péči každoročně stoupá, v roce 2021 se jednalo konkrétně o 148,5 tisíc osob. Výjimkou byl pouze rok 2020, který byl značně ovlivněn pandemií COVID-19 (ÚZIS, 2022, s. 1). I přes fakt, že Indové nepatří mezi nejpočetnější národnostní menšiny v České republice, nelze je úplně opomenout. Jejich počet také meziročně roste. V roce 2010 byl celkový počet Indů žijících v České republice 1170, v roce 2021 už 6948 (ČSÚ, 2023).

Bohužel je i v dnešní době stále velké procento zdravotnického personálu, které nemá dostatečné znalosti ohledně jiných kultur a etnik. Jelikož se Indové neřadí mezi nejpočetnější národnostní menšiny, neznalost ohledně péče o klientky této národnosti je o to větší. Péče o takové ženy pak nemusí být dostatečná. Sama jsem byla jednou ze zdravotníků poskytující prenatalní péči těhotné ženě pocházející z Indie. Rozdílnost našich kultur byla znát již při našem prvním kontaktu. Tato zkušenost byla jednou z motivací zajímat se o problematiku multikulturního ošetřovatelství.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a průzkumné části. Teoretická část této práce se zabývá základními pojmy z oboru multikulturního ošetřovatelství, následují základní specifika multikulturního ošetřovatelství a specifika péče o ženu vyznávající hinduismus. Dále jsou zpracovány kapitoly týkající se Indie, poskytované prenatalní péče v této zemi a systému zdravotní péče. Konec teoretické části je věnován prenatalní péči v České republice a systému zdravotní péče u nás. Pro průzkumnou část byly použity rozhovory s ženami z České republiky a Indie, které měly určitou zkušenost s poskytovanou prenatalní péčí v dané zemi.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Teoretické cíle práce

1. Seznámit se specifiky multikulturního ošetrovatelství.
2. Zjistit základní informace o hinduismu a kastovním systému.
3. Zjistit specifika prenatální péče v České republice a v Indii.
4. Popsat systém financování zdravotní péče v České republice a v Indii.

1.2 Průzkumné cíle

1. Zjistit, jak probíhají prenatální poradny v České republice a v Indii
2. Určit, jaká vyšetření jsou součástí prenatální péče?
3. Zjistit, jakým způsobem probíhá financování poskytované péče.
4. Prozkoumat, jakým způsobem ovlivňuje náboženství a socioekonomické postavení ženy poskytovanou prenatální péči.
5. Prozkoumat, jak hodnotí ženy poskytovanou prenatální péči.

1.3 Metody k dosažení cíle

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. V teoretické části práce jsou sepsány poznatky z literární rešerše. Literatura byla vybírána tak, aby bylo možné se co nejlépe seznámit s danými tématy. V průzkumné části jsou analyzovány přepisy nestandardizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Analýza probíhala kvalitativně metodou otevřeného kódování.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Základní pojmy multikulturního ošetřovatelství

Multikulturalitu můžeme vnímat jako dokonalou společnou existenci různých kultur a etnických skupin, které se mohou navzájem odlišovat. V politice pak můžeme multikulturalitu pochopit jako prosazování lidských práv a svobod nehledě na náboženství, kulturu, etnicitu nebo rasu (Kutnohorská, 2013, s. 14).

Dále by se multikulturalita dala vysvětlit jako určitý systém přesvědčení a chování uznávající všechny skupiny ve společnosti. Tyto skupiny se navzájem respektují a váží si vzájemných odlišností. Multikulturalismus pak znamená určitý cíl vzájemné tolerance (Kutnohorská, 2013, s. 14-15).

Malý etnologický slovník (2011, s. 68-69) pak definuje multikulturalismus jako: *„Popis a výklad etnické různorodosti a soužití odlišných kulturních a sociálních, případně náboženských skupin založených na odlišných kulturních vzorcích.“*

Etnicitu můžeme chápat jako: *„Sociální konstrukt, tj. soubor představ, na jejichž základě se lidé rozčleňují na skupiny, jež by se měly odlišovat způsobem života a kulturou.“* (Národní ústav lidové kultury, 2011, s. 18-19).

O etnicitě tedy hovoříme, pokud se jakožto člen určité skupiny odlišujeme kulturně, nábožensky, rasově či zvyky od člena skupiny jiné. Etnicita je důležitá především ve vztahu k osobní totožnosti člověka. Toto je důležité především tam, kde jsou si etnické skupiny blízké a pravidelně se setkávají (Kutnohorská, 2013, s. 17).

Pojem **etnikum** úzce souvisí s již zmiňovanou etnicitou. Etnikum je soubor jednotlivců sdílejících etnicitu. Etnikum lze zaměnit za etnickou skupinu, oba pojmy znamenají totéž. **Etnická skupina** jsou lidé sdílející společný původ, jazyk, historii a kulturu, díky které se liší od skupin jiných (Národní ústav lidové kultury, 2011, s. 20).

Dle definice Jandourkova Slovníku sociologických pojmů (2012, s. 75-76) je etnikum: *„Skupina jednotlivců, kteří se od jiných skupin odlišují svou etnicitou neboli souhrnem faktorů kulturních, rasových, teritoriálních a jazykových, dále pak svou historií, sebepojetím, vědomím společného původu a také tím, že jsou jako etnicky odlišní vnímáni druhými.“*

Dále by se etnická skupina dala definovat jako menšina odlišující se kulturně od většiny. Tato skupina se vyznačuje určitými etnickými prvky, jako je rasa, náboženství nebo například geografický původ (Kutnohorská, 2013, s. 20).

S pojmem etnikum nebo etnická skupina se pojí i označení **rasa**. Ne však ve smyslu vědeckém, kde se lidstvo rozděluje do čtyř základních skupin – ras, ale v rámci sociálních věd, kdy hovoříme o tom, že dané genetické charakteristiky rasových skupin nemohou zcela vysvětlovat kulturní rozdíly mezi nimi. Pojem rasa nás pak zajímá zejména ve vztahu k **rasismu**, tedy situaci, kdy vědecky vnímaný koncept ras přímo ovlivňuje chování lidí (Eriksen, 2012, s. 22-23).

Rasismus je pak koncept, kdy zástupci určité skupiny věří, že existuje souvislost mezi fyzickými rysy člověka a jeho osobností nebo intelektem a že právě díky těmto rysům je jejich rasa nadřazená té druhé (Jandourek, 2012, s. 188).

Stejně jako ostatní zmíněné termíny nemají pevně stanovenou definici, nemá ji ani pojem **kultura**. Kulturu lze vnímat jako určité zvyky, hodnoty, ve spojitosti se zdravotnictvím i jako způsob léčby a péče. Kultura se pojí s lidmi a prostředím, ve kterém je v čase předávána. Je tedy něčím, co se v průběhu života učíme v prostředí, ve kterém vyrůstáme (Kutnohorská, 2013, s. 23).

Kulturou lze nazvat všechny činnosti, které přímo ovlivňují určitý materiál, jako je technika, umění nebo duchovní výtvořky, kam například řadíme právo, náboženství, zvyky nebo vědu. Definice kultury pak hovoří o tom, že lidé nežijí pouze podle přírodních zákonitostí, ale také dle svého sebou vytvořeného světa, který může být od přírodních zákonitostí odlišný (Jandourek, s. 136-137, 2012).

Kulturní šok prožívá jedinec či skupina, která se musí potýkat s kulturou, která je jim neznámá (Národní ústav lidové kultury, 2011, s. 53).

Lidé přicházející do cizího státu, čelící cizímu jazyku, zvykům, klimatu, ale i například jiným stravovacím návykům, zažívají proces přizpůsobení se, který je pro ně často traumatizující. Takový proces nazýváme kulturním šokem. Důležité je uvědomit si, že pokud s takovým traumatem dostatečně nepracujeme, může mít dlouhodobé následky (Kutnohorská, 2013, s. 73).

Fáze kulturního šoku

Literatura definuje čtyři základní fáze:

1. Líbánková fáze (honeymoon) nebo také turistická, či fáze medových týdnů, hovoří o počáteční euforii. Jedinec je nadšený z nové společnosti, prožívá pocity fascinace a okouzlení z neznámého prostředí.
2. Fáze krize (crisis) se vyznačuje náhlou změnou pocitů ohledně prostředí, ve kterém se jedinec nachází, začíná se seznamovat s místními zvyklostmi, pociťuje úzkost či frustraci. Takový člověk se může chovat nepřátelsky nebo až agresivně, což může vyvrcholit až v psychické problémy.
3. Fáze zotavení (recovery), kdy je jedinec odhodlaný učit se kulturním odlišnostem, dochází k jakémusi psychickému vyrovnání.
4. Fáze přizpůsobení se (adjustment) pojednává o stavu, kdy se jedinec plnohodnotně realizuje ve společnosti a uznává zvyky země (Kutnohorská, 2013, s. 74; Řiháková, 2010).

2.2 Specifika multikulturního ošetřovatelství

Je důležité uvědomit si, že každý klient má svou kulturu a každý poskytovatel péče má také svou kulturu, která může být často odlišná od kultury klienta. Nesmíme ale zapomenout ani na to, že každá z lékařských či nelékařských zdravotnických specializací má svou určitou subkulturu. Pokud se všechny tyto odlišnosti setkají, může dojít ke střetu, který při kulturně nekompetentní péči významně ovlivní jak klienta, tak poskytovatele péče (Purnel, 2013, s. 45).

Chceme-li, aby byla péče o klientky celistvá, kvalitní a efektivní, je důležité, aby byla poskytována individuálně a specificky pro danou ženu. Nelze ale individualizovanou a kulturně specifickou péči poskytovat pouze ženám z České republiky, nutné je poskytovat ji všem ženám bez rozdílu na vyznávané náboženství, kulturu nebo etnikum (Kutnohorská, 2013, s. 38).

Synonymem k ošetřovatelství multikulturnímu je často ošetřovatelství transkulturní. Předpona trans- nám vypovídá o jakémsi překračování hranic, v tomto případě kultur, o pronikání jedné kultury do druhé. Transkulturní ošetřovatelství se tedy zabývá porozuměním jednotlivých kultur, hledáním společných i odlišných zvyklostí ve vztahu ke zdraví a vyhověním z toho plynoucích specifických potřeb (Kutnohorská, 2013, s. 36-37).

Jak by tedy měla multikulturní péče vypadat? Jedním ze základních pravidel je respektovat danou kulturu. Jednotlivé kultury mají odlišné zvyklosti, hodnotový systém, způsob léčby a poskytované péče. Důležité tedy je snažit se porozumět a nabyté znalosti použít pro poskytovanou péči. Ke klientce bychom měli přistupovat s respektem. Stejně tak, jako se ženy snaží sžít se zvyklostmi v České republice, měli bychom se snažit my nepodhodnocovat jejich zvyky a nebrat naše jako ty důležitější. Toto neplatí pouze ve vztahu k víře jako takové, my jakožto poskytovatelé péče bychom měli respektovat i dietní zvyklosti nebo zvyky ohledně oblékání (Kutnohorská, 2013, s. 38).

Při poskytování adekvátní péče ale nejde pouze o pochopení kulturních potřeb klientky, stejně tak je důležité najít způsob, jakým s ženou komunikovat. I přes fakt, že v dnešní době celosvětově mluví přibližně 1,5 miliardy lidí anglicky, nelze předpokládat, že ženy přicházející z jiných zemí mluví tímto nebo jiným běžně používaným jazykem, stejně jako ne všichni zdravotnický personál v České republice. V takovém případě je vhodné vymyslet jiný způsob komunikace, ať už verbální nebo neverbální (Andrews, Boyle, 2016, s. 33; Myers, 2015).

A jak je tomu konkrétně v gynekologii a porodnictví? Mnoho tradičních, lidových nebo náboženských přesvědčení výrazně ovlivňuje postoj k oplození, těhotenství, porodu nebo poporodnímu období. Důvodem může být fakt, že se některá přesvědčení předávají z generace na generaci a jsou přijímána bez ohledu na správnost daných tvrzení nebo bez úplného pochopení. Kulturní praxe v oblasti těhotenství zahrnuje obecně tzv. kulturně schválené a neschválené praktiky. Mezi schválené můžeme zařadit například vyváženou stravu v průběhu těhotenství, dostatek odpočinku, popřípadě předporodní preventivní péči, mezi neschválené pak řadíme například víru, že by žena neměla pobývat dlouhou dobu v hlučném prostředí. Dále můžeme mluvit o omezujících a tabuizovaných kulturních praktikách, zde bychom pak zmínili kouření, pití alkoholu, pití velkého množství kofeinu nebo užívání drog (Purnell, 2013, s. 32-34).

2.3 Specifika péče o ženu vyznávající hinduismus

Víra a zvyky indických žen často výrazně ovlivňují pohled na poskytovanou zdravotní péči a zda vůbec zdravotnické zařízení žena vyhledá. V zásadě by se dalo říct, že zda žena vyhledá nebo nevyhledá zdravotnické zařízení a s jakými úkony bude souhlasit, ovlivňuje její socio-ekonomický status. Nelze ale generalizovat. Víru v to, že jakési nadpřirozeno reagující na

chování jedince ovlivňuje zdravotní stav, můžeme pozorovat i u velice vzdělaných Hindů (Purnel, 2013, s. 297).

Hinduismus nemusí být vnímán pouze jako náboženství, ale také jako určitý styl života. S tím souvisí praktikování meditačních cvičení nebo jógy. Mnoho Hindů žijících na vesnicích uctívá bohyni Země, která má na svědomí plodnost a nemoci, tudíž je zodpovědná za život a smrt. Cílem Hindů je dosáhnout tzv. mókšy, jakéhosi spasení, které ukončí koloběh života a smrti a znovuzrození – reinkarnace. Tento koncept by měla mít sestra pečující o osoby vyznávající hinduismus na paměti. Hinduisté totiž vnímají tělo pouze jako prostředek pro jakousi přepravu duše na cestě k Bohu. Jakmile tělo doslouží svému účelu, duše si buď najde jiné tělo, nebo svou cestu k Bohu ukončí. Z tohoto konceptu pak vyplývají specifika poskytované péče (Berenson, 2014, s. 390).

Hinduisté obecně nepodporují asistovanou sebevraždu, věří totiž v zachování těla do jeho úplného konce. Zároveň ale věří, že jejich pravé já neumírá společně s tělem. Mimo asistované sebevraždy často nesouhlasí ani s krevní transfúzí. Naopak darování a přijímání orgánů a genetické inženýrství jakožto prevence nemoci může být povoleno. Není tomu tak vždy, někteří mohou vnímat darování orgánů jako formu znemožnění úplného uvolnění duše daného dárce. Potraty jsou vnímány negativně, povoleny mohou být pouze v případě lékařské indikace (Berenson, 2014, s. 390).

Mezi nejčastěji používané antikoncepční metody patří intrauterinní tělísko, kondom nebo metoda výpočtu plodných a neplodných dní. Často je ale v tomto směru problém v nedostatečné edukaci. Díky indické kultuře mají ženy v mnoha případech jako jediný zdroj informací vlastní rodinu. I tam bývá edukace nedostatečná. Ve většině případů ženy nejsou dostatečně informovány až do doby po prvním porodu. Z tohoto důvodu může být pro mnoho žen první těhotenství a porod velmi stresující. V případě, že by žena vyžadovala po prvním nebo nějakém dalším porodu antikoncepci, musí se nejprve lékař setkat s manželem a zajistit jeho svolení (Purnel, 2013, s. 299).

Muži ženu běžně na vyšetření během těhotenství nedoprovázejí, stejně tak často nebývají přítomni ani při porodu. Z rodinných příslušníků bývá nejčastěji doprovodem matka. Během porodu je u ženy pouze porodní asistentka a lékařka, matka může být poblíž, aby v případě potřeby ženě pomohla. Manžel je obvykle přítomen ve zdravotnickém zařízení, má ale zakázáno být u porodu. Dle doporučení ministerstva zdravotnictví v Indii z roku 2016 je v indických státních nemocnicích doprovázející osoba povolena, musí to však být žena, která

má sama s porodem zkušenost a je schopna poskytnout rodící ženě dostatečnou podporu. Ve velké většině státních nemocnic však tato doporučení nejsou respektována a na porodní sál doprovázející osoba nesmí (Purnel, 2013, s. 299; Sarwal et al, 2023; Government of India, 2016).

Dále hinduisté často vyžadují léčebný plán zahrnující ajurvědu a homeopatii. Při poskytování péče, podávání medikace nebo jídla by porodní asistentka měla, pokud je to možné, omezit používání levé ruky, která je hinduisty vnímána jako nečistá (Berenson. 2014, s. 390).

Indické ženy vyjadřují použitím červené tečky nebo kapky na čele, že jsou v manželství. Zároveň ji používají k odehnání nemoci a zlých sil. K vyjádření manželství ale používají také náramky, náhrdelníky nebo prstýnky na palcích nohy. V případě, že po ženě chceme, aby cennosti sundala, musíme ji vysvětlit, proč tomu tak je (Berenson. 2014, s. 391).

V neposlední řadě je vhodné spolupracovat s nutričním terapeutem. Většina žen vyznávající hinduismus jsou vegetariánky. Některé dokonce odmítají i cibuli a česnek. V období těhotenství ženy mohou mít ještě vyšší dietní nároky. Na podkladě víry tradiční medicíny v tzv. hot and cold theory (teorie horka a chladu) by měla žena na počátku těhotenství konzumovat „studené“ potraviny, jako například mléko, jogurt nebo některé ovoce, na konci těhotenství pak „teplé“ potraviny, například vejce, kokos, mango, čočku atd. Maso je povětšinou během těhotenství odmítáno úplně, ženy se obávají případného potratu nebo intrauterinního krvácení (Purnel, 2013, s. 300; Berenson. 2014, s. 391; Greene, 2007).

2.4 Indie

Indie, země s druhou nejvyšší populací na světě, je domovem velmi různorodé skupiny obyvatel. Indická populace se sestává z tisíců etnických skupin, které mluví až stovkou různých jazyků. Již v minulosti byla učiněna opatření, která měla napomoci sjednocení tak rozmanité země. Značné odlišnosti a napětí mezi jednotlivými skupinami ale přetrvává dodnes (Raikar et al., 2023).

Pro správné pochopení potřeb indických žen a pro pochopení poskytované péče je důležité znát, na jakém podkladě tyto potřeby vznikají. Ať už se jedná o hinduismus, náboženství, ke kterému se hlásí přes 80 % indické populace, nebo kastovní systém, který v Indii s obměnami funguje už více než 3000 let (Sahgal et al., 2021; Buitenen et al., 2023).

2.4.1 Hinduismus

K hinduismu jakožto nejstaršímu světovému náboženství se v dnešní době po celém světě hlásí přibližně miliarda lidí. Je to tak třetí největší náboženství po křesťanství a islámu. Z této miliardy lidí pak zhruba 94 % žije v Indii. Hinduismus je pak jedinečný, neboť se nejedná o jediné náboženství, ale o kompilaci mnoha různých tradic, rituálů a filozofií. Z tohoto důvodu se často o hinduismu nemluví jako o náboženství, ale jako o způsobu života (Buitenen et al., 2023; Hackett, 2015).

Většina forem hinduismu uctívá pouze jediného boha známého jako Brahmá. Přesto ale hinduisté uznávají i jiné bohy a bohyně. Následovníci totiž věří, že existuje hned několik cest, jak dosáhnout svého boha (Martell, 2022).

Dalším všeobecně uznávaným přesvědčením je nepřetržitý cyklus života, smrti a následná reinkarnace – samsary. A karmy jakožto univerzálního zákona příčiny a následku (Buitenen et al., 2023).

Jednou z klíčových myšlenek hinduismu je atman neboli víra v duši. Tato filozofie tvrdí, že všichni živí tvorové mají duši a všichni jsou součástí jedné, té nejvyšší duše. Cílem těchto tvorů je pak dosáhnout mókša, tedy spasení, které ukončí cyklus znovuzrození, aby se stal součástí absolutní duše (Buitenen et al., 2023).

Jedním ze základních principů náboženství je, že činy a myšlenky lidí přímo určují jejich současný a budoucí život. Hinduisté se snaží dosáhnout dharmy, což je kodex života, který klade důraz na dobré chování a morálku. Zároveň tvrdí, že je třeba pravdu hledat ve více zdrojích, nikoli pouze slepě hlásat již vyřčené (Buitenen et al., 2023).

2.4.2 Kastovní systém

Náboženství není jediným diskriminačním prvkem v Indii. V určitých regionech nezanedbatelné množství lidí vnímá segregaci obyvatelstva na základě kast, kterých je v dnešní době po celé Indii přes 2 000 (Sahgal et al., 2021; Schwartzberg et al, 2023).

Kastovní systém představuje jakýsi hierarchický žebříček založený na socioekonomickém postavení člověka. Lidé se do určité kasty rodí, dědí se z generace na generaci a je obtížné kastovní postavení změnit. Kasty ovlivňují mnoho aspektů života, často určují práci, jakou může daný člověk vykonávat, výrazně ovlivňují i společenský život, například koho si člověk může vzít. V minulosti byly mezikastovní sňatky téměř nemožné. Přestože se historicky kasty

vázaly na náboženství, dnes se lidé řadí k určitým kastám bez ohledu na to, jaké náboženství vyznávají (Sahgal et al., 2021).

Na vrcholu kastovního žebříčku jsou tzv. Bráhmani, historicky se jedná o kněží a jiné náboženské vůdce. V průběhu časů se Bráhmani pasovali do role hlavních ideologů a ochránců. Sociální skupiny, které jejich názory odmítaly, byly odsunuty na dno společenského žebříčku a byly jim dávány podřadné práce. V dnešní době se k Bráhmanům hlásí přibližně 4 % Indů. Zhruba 30 % Indů se pak řadí do vysoce postavených kast. Až 70 % uvádí, že patří do některé z nízko postavených kast. Zhruba 25 % z nich pak patří do kasty zvané Dalitové, historicky byla tato kasta nazývána „nedotknutelní“. Nedotknutelní byli lidé na pomyslném dně socioekonomického žebříčku. Tito lidé byli velice znevýhodňováni, uvádí se, že dokonce nesměli pít stejnou vodu jako ostatní. (Sahgal et al., 2021, Hons, 2019, s. 169).

Po staletí kastovní systém určoval každý aspekt života. Po tom, co se stala Indie nezávislým státem, ústava zakázala diskriminaci na základě kast. Sociální struktura se ve městech rychle mění. V dnešní době kastovní systém stále existuje, není však tak striktně určující, jako tomu bylo v minulosti. Mezikastovní a mezináboženské sňatky mezi vzdělanými jsou stále častější. Nelze ale říci, že protidiskriminační zákony vyřešily kastovní problémy. I dnes spousta Bráhmanů tvrdí, že by za svého souseda nechťeli osobu, která patří k Dalitům (Buitenen et al., 2023, Sahgal et al. 2021).

2.5 Prenatální péče v Indii

Ministerstvo zdravotnictví v Indii vydalo doporučené postupy pouze pro primární poskytovatele péče: Community Health Officers (CHOs, zdravotnický pracovník poskytující základní terénní zdravotnickou péči v komunitách), Auxiliary nurse midwives (ANMs, zdravotnická pracovníce pracující v komunitách zaměřující se na ženské zdraví), Lady Health Visitors (LHVs, jedná se o ANMs s minimálně pětiletou praxí, které navíc splnily šestiměsíční školicí program), Staff nurses (SNs, absolventky čtyřletého studijního programu pracující jako zdravotní sestry ve zdravotnických zařízeních) (Government of India, 2021, s. 9; Selvaraj, 2022, s. 140-141). Tyto doporučené postupy definují několik základních komponent, které jsou nezbytné k poskytnutí co nejkvalitnější a nejefektivnější prenatální péče, a tím snížení míry mateřské a novorozenecké, popřípadě kojenecké, úmrtnosti (v roce 2020 byla mateřská úmrtnost 98-99/100 000 živě narozených dětí, v roce 2019 pak kojenecká

úmrtnost 30/1000 živě narozených dětí) (Meh et al., 2022; Ministry of Health and Family Welfare, 2022). Každá z těchto komponent bude rozebrána níže.

2.5.1 Včasná registrace

První návštěva a následná registrace těhotné by měla proběhnout co nejdříve po tom, co žena začne předpokládat těhotenství. Každá taková žena by měla být podporována v navštívení poskytovatele prenatální péče. Nejlépe pokud tak učiní do 12. týdne těhotenství. Péče je však poskytnuta každé ženě, nehlédě na to, v kterém gestačním týdnu první prenatální poradnu navštíví. Důležitá je i konzultace s manželem a tchýní těhotné ženy, kteří jsou vyzýváni k podpoře ženy během těhotenství, porodu, šestinedělí, ale i po případném potratu (Government of India, 2010, s. 9).

2.5.2 Detekce těhotenství

Nejjednodušším způsobem detekce těhotenství v prvním trimestru je provedení těhotenského testu z moči ženy, který funguje na principu detekce hCG (human chorionic gonadotropin, choriový gonadotropin). Takový test by měl být nabídnut každé ženě v reprodukčním věku, která přichází s amenoreou a symptomy těhotenství (Government of India, 2010, s. 10).

Testovací sadu na detekci těhotenství lze zakoupit v obchodech, popřípadě je vlastní ASHAs pracovníci (accredited social health activist, akreditované pracovnice v oblasti ženského zdraví), kteří je mohou poskytnout během návštěv v daných komunitách. V případě pozitivního těhotenského testu je nutné konzultovat s ženou nastalou situaci a poskytnout jí potřebné informace (Government of India, 2010, s. 10).

Včasná detekce těhotenství je důležitá z následujících důvodů:

- usnadňuje plánování a poskytování adekvátní péče matce a plodu,
- lze kontrolovat zdravotní stav matky v průběhu celého těhotenství, popřípadě odhalit dříve nezaznamenanou nemoc, která by mohla mít vliv na průběh těhotenství, a tím předejít možným komplikacím,
- zároveň umožňuje ženě včasný potrat v případě nechtěného těhotenství.

Pokud je těhotenství detekováno včas a je ženě poskytnutá náležitá péče od počáteční fáze těhotenství, dochází k prohlubování vztahu mezi ženou a zdravotnickým personálem, a tím k větší důvěře. Taková žena bude pravděpodobněji konzultovat své potřeby a přání ohledně

porodu se zdravotnickým personálem (Government of India, 2010, s. 9; Government of India, 2021, s. 14).

2.5.3 Prenatální poradny

Každá těhotná žena by během svého těhotenství měla navštívit prenatální poradnu alespoň čtyřikrát, a to včetně registrace. Čtyři prenatální poradny jsou ale doporučené minimum, které by měla žena podstoupit. Dle zdravotního stavu těhotné může být nezbytné počet kontrol zvýšit, v takovém případě je ale vhodné obrátit se na vyšší pracoviště (Government of India, 2010, s.13).

První návštěva probíhá do 12. gestačního týdne, nejlépe však hned, jak je předpokládáno těhotenství. Druhá návštěva probíhá mezi 14. a 26. týdnem těhotenství, třetí mezi 28. a 34. týdnem a poslední mezi 36. týdnem a termínem porodu. V druhém a třetím trimestru je navíc vhodná kontrola v rámci Pradhan Mantri Surakshit Matritva Abhiyan (kontroly pořádané ve veřejných zdravotnických zařízeních vždy 9. den v měsíci), kde je ženě navíc provedeno ultrazvukové vyšetření (Government of India, 2021, s. 15; Centre for Health Informatics, 2021).

Během každé poradny je odebírána anamnéza, ať už lékařem nebo výše zmíněnými zdravotnickými pracovníky. Zaměřovat by se poskytovatelé péče měli především na současný stav těhotné, komplikace během předešlých těhotenství a další komplikace nebo onemocnění, která by mohla mít vliv na současný těhotenství, jako je například vysoký krevní tlak nebo diabetes (Government of India, 2010, s.13; Government of India, 2021, 17-18).

V první řadě se zdravotnický pracovník při odebírání anamnézy zaměřuje především na věk ženy, graviditu, paritu a dataci těchto těhotenství a porodů. Dále se aktivně dotazuje na fyziologické symptomy těhotenství a rozpoznává ty patologické. Stejně tak řeší současná a zaznamenává prodělaná onemocnění během gravidity. Dále se pracovník dotazuje na rodinná onemocnění, alergie a případně užívání návykových látek. V případě komplikované osobní anamnézy je vhodné doporučit ženě navštěvovat veřejné primární nemocniční zařízení (Government of India, 2021, s. 18).

Během prenatální poradny dále probíhá fyzikální vyšetření ženy. Jedním ze základních vyšetření je aspekce. Kontrolovat je možné například barvu kůže. Anemii jakožto rozšířený problém těhotných indických žen lze rozpoznat bledostí kůže, sliznic, jazyka, nehtů nebo dlaní. V případě žlutého zbarvení kůže a sklér je možné předpokládat přítomnost žloutenky.

Se zvyšující se hladinou bilirubinu se žluté zbarvení mění na hnědé (Government of India, 2021, s. 19).

Na každé poradně jsou kontrolovány fyziologické funkce těhotné. Vysoký krevní tlak je diagnostikován buď v případě dvou po sobě naměřených hodnotách systolického tlaku nad 140 mmHg nebo více, nebo diastolického tlaku 90 mmHg a více. Vysoký krevní tlak může znamenat gestační nebo chronickou hypertenzi, popřípadě preeklampsii. Z tohoto důvodu je důležité zároveň kontrolovat přítomnost albuminu v moči (Government of India, 2010, s. 18).

V případě, že si žena stěžuje na dušnost, je vhodné zkontrolovat i dechovou frekvenci. Norma je 18-20 dechů za minutu. Pokud je dechová frekvence vyšší než 30 dechů za minutu, může se jednat o již zmíněnou anemii, popřípadě nějakou ze srdečních chorob. Taková žena by měla být podrobena dalším vyšetřením (Government of India, 2010, s. 17).

Kromě fyziologických funkcí je na prenatálních poradnách kontrolován i váhový přírůstek. Jako výchozí je brána váha z úvodní poradny. Fyziologický váhový přírůstek je během těhotenství 9-11 kg. Ideálně pak dva kilogramy za měsíc po ukončeném prvním trimestru. Pokud žena přibírá méně než 2 kilogramy za měsíc, měl by ji zdravotnický personál nabídnout doplňky stravy a poučit o vhodných potravinách s dostatečnou kalorickou hodnotou. Při nedostatečném kalorickém příjmu lze očekávat intrauterinní růstovou restrikci plodu. Naopak měsíční váhový přírůstek vyšší než 3 kg může značit vícečetné těhotenství, diabetes mellitus nebo preeklampsii. Jak už bylo zmíněno výše, u každé ženy je kontrolována přítomnost bílkoviny v moči. Mimo to v moči stanovujeme i přítomnost cukru jakožto příznak gestačního diabetu (Government of India, 2010 s. 18).

2.5.4 Profylaxe během těhotenství

Každé ženě je doporučováno užívat jednu tabletu kyseliny listové denně během celého prvního trimestru. Kyselina listová slouží jako prevence defektů neurální trubice u plodu. Ve druhém a třetím trimestru je navíc ke kyselině listové přidáno železo. Tato kombinace je ženě doporučena po dobu šesti měsíců jako prevence anemie. Ve stejném časovém období je vhodné užívat kalcium pro prevenci hypertenze a předčasného porodu. Při první prenatální poradně je ženě aplikována první dávka očkovací látky proti tetanu, druhá dávka by měla být podána v odstupu jednoho měsíce. Jako prevence malnutrice způsobené červy je ženám podána jedna tableta Albendazolu. Tato tableta může být podána nejdříve po dokončeném prvním trimestru. Těhotné ženy trpící malnutricí mají dále nárok na každodenní balíčky

potravin dle nutričních norem po 300 dní. Ženám je dále poskytnuta ložní síť s insekticidy (Government of India, 2021, s. 21-22; Mazhar et al., 2021).

2.5.5 Zevní a vnitřní vyšetření

Zevní vyšetření napomáhá ke sledování průběhu těhotenství, růstu plodu, polohy plodu a poslechu srdečních ozev. Žena by měla být před zevním vyšetřením vymočená, mělo by být zajištěno soukromí a vysvětlen postup vyšetření. Samotné vyšetření probíhá v leže na zádech s mírně pokrčenýma nohama. V první řadě je měřena výška děložního fundu, dle naměřené délky lze datovat těhotenství a odhalit případné patologie. Dle palpačně zjištěné polohy plodu pracovnice CHO měří srdeční ozvy, které by se měly pohybovat v rozmezí 120-160 tepů za minutu. Ozvy jsou měřeny pomocí stetoskopu nebo fetoskopu. Po proběhlém zevním vyšetření může být dle uvážení zdravotnické pracovnice ženě provedeno vaginální vyšetření. Vaginální vyšetření je kontraindikováno v případě vaginálního krvácení, předchozích potratů v anamnéze nebo při časném odtoku vody plodové (Governmento of India, 2021, s. 23-27).

2.5.6 Další prováděná vyšetření primárními poskytovateli péče

Mimo výše zmíněných vyšetření zdravotničtí pracovníci provádí základní diagnostické testy na onemocnění negativně ovlivňující průběh těhotenství, porod nebo poporodní stav matky a narozeného dítěte. Mezi taková vyšetření patří měření krevního cukru pomocí glukometru. Tento test je prováděn dvakrát, poprvé během prvního prenatalního vyšetření a podruhé mezi 24. a 28. týdnem těhotenství. V případě pozdního zachytu těhotenství je test prováděn také, podruhé by však měl být proveden v odstupu alespoň čtyř týdnů. Dále je ženám prováděno testování na syfilis. Testování opět probíhá při první prenatalní poradně. Ženy, které jsou vystaveny vysokému riziku rozvoje tohoto onemocnění, jsou dále testovány i ve třetím trimestru nebo v době porodu. Pracovnice CHO mají dále prostředky k detekci povrchového antigenu hepatitidy B v séru, stejně tak test HIV. Pro vyšetření krevní skupiny, Rh faktoru a krevního obrazu je ženě doporučeno navštívit primární zdravotnické zařízení (Government of India, 2021, s. 28-29).

2.5.7 Edukace

V neposlední řadě je zdravotnickými pracovníky každá žena během prenatalních poraden edukována. Edukace probíhá v několika oblastech. Během těhotenství je především zaměřena na rozpoznání patologických stavů a následné nutnosti vyhledat zdravotnické zařízení. Dále je kladen důraz na dostatečný odpočinek a příjem potravin. Pracovnice edukují také v následné

péči o novorozence a o antikoncepčních metodách po porodu. Ženám je po prvním porodu doporučováno intrauterinní tělísko, po druhém pak sterilizace (Mazhar et al., 2021).

2.5.8 Vyšetření prováděná v nemocnicích

Jedním z prováděných screeningů v zařízeních disponujících laboratoří je **screening na syfilis**. Screening by měl proběhnout na první prenatalní poradně. Testování probíhá z odebrané žilní krve. Ženy, které spadají do skupiny s vysokým rizikem nákazy, tedy ženy žijící v oblastech s vysokým výskytem onemocnění, ženy s anamnézou předchozí nákazy nebo například ženy s více sexuálními partnery, popřípadě ženy, které nebyly testovány na počátku těhotenství, by měly podstoupit test ve třetím trimestru nebo při porodu. V případě positivity screeningu je nutno léčit ženu již v průběhu těhotenství, stejně tak by měl být testován a léčen její partner. Mimo syfilis by měly být ženy testovány i na HIV (Government of India, 2014, s. 8).

Z odebrané venózní krve jsou rizikové ženy dále testovány na **hypotyreózu**. Mezi rizikové faktory patří například obezita, diagnostikovaná mentální retardace v rodině těhotné, infertilita v anamnéze. Ženy, kterým byla diagnostikována hypotyreóza, by měly užívat Levothyroxin (Government of India, 2014, s. 4-6).

Posledním prováděným vyšetřením je **screening na gestační diabetes**. Screening by měly podstoupit všechny těhotné ženy na první prenatalní poradně. Těhotná žena přijde nalačno a vypije roztok 75 gramů glukózy rozpuštěné v 300 mililitrech vody. Po dvou hodinách je měřena hodnota krevního cukru glukometrem. V případě pozitivního výsledku je žena dále brána jako diabetička. V případě negativního výsledku je test znovu opakován mezi 24. a 28. týdnem těhotenství (Government of India, 2018, s. 4-6).

Screening na streptokokové onemocnění skupiny B není v Indii prováděn. Antibiotická profylaxe během porodu je pak poskytována jen u rizikových rodiček (Ghia C. et al., 2021).

2.6 Systém zdravotní péče v Indii

Indie se vyznačuje velkou mírou odlišných poskytovatelů zdravotní péče, ať už ve veřejném, nebo soukromém sektoru. Soukromé poskytovatele péče lze navštěvovat především ve větších městech. Jejich péče však není dostupná všem bez rozdílu. Dovolit si ji mohou především lidé vysoce postavení a bohatí. Lidé z vesnic a chudších nebo odlehlejších částí Indie vyhledávají péči především u poskytovatelů zdravotní péče z veřejného sektoru, kde jim je péče

poskytována zcela zdarma, popřípadě za malý poplatek. Takových poskytovatelů je velké množství na různých úrovních (Chokshi et al., 2016).

Veřejné zdravotnictví jakožto státní subjekt podléhá zákonům, rozhodování a plánování ústředním národním a státním vládám. Vláda pak poskytuje vizi a nabízí programy pro zlepšení péče. Především se ale zabývá financováním systému. V soukromém sektoru je tomu jinak. Přestože se současné vlády snaží o regulaci, kontrola soukromých poskytovatelů péče v podstatě neprobíhá (Selvaraj et al., 2022, s. 35).

S ohledem na ústavní rozdělení byla tvorba legislativy, vize a rozpočtů především záležitostí státních vlád, ovšem se zásahy vlád ústředních. Stejně tak je financování rozděleno mezi státní a úřední vlády, kde dvě třetiny výdajů pochází od vlád státních. Může se však stát, že jsou programy navrhnuté vládou ústřední, ale financování a odpovědnost za jejich realizaci byla na vládě státní (Selvaraj et al., 2022, s. 36-37).

Zdravotní služby ve veřejném zdravotnictví zahrnují jak léčebné, tak preventivní služby. Rozdělují se dle velikosti zařízení a počtu obyvatel v dané oblasti. Nejnižší úroveň, tzv. subcentra, jsou zřízena tak, aby sloužila v oblastech se zhruba třemi až pěti tisíci obyvatel. Nad nimi jsou primární zdravotní střediska pro populaci 20-30 tisíc, komunitní zdravotní střediska pro 80-120 tisíc obyvatel, pro větší počty obyvatel jsou zřizovány okresní nemocnice. Poslední tři zmíněná zdravotnická zařízení slouží pro kritičtější stavy, provozují totiž nepřetržitou pohotovost, stejně tak služby pro neodkladnou porodnickou péči a péči o novorozence (Selvaraj et al., 2022, s. 37; Chokshi et al., 2016).

Nad úroveň okresních nemocnic poskytují tzv. terciální péči zdravotnická zařízení lékařských vysokých škol nebo nadodborné státní nemocnice. Tyto nemocnice jsou zřizovány a provozovány státní vládou, financovány jsou ale z prostředků vlády ústřední. Ministerstvo zdravotnictví ale není jediným zřizovatelem zdravotnických zařízení. Své nemocnice mají také jiná ministerstva. Například Ministerstvo obrany nebo Ministerstvo železnic, policie a přístavních úřadů, které přímo vlastní a řídí jimi provozované nemocnice. Mimo to mají zaměstnanci ministerstev pracující nebo v důchodu přístup k péči, lékům a diagnostickým službám soukromých zařízení, které nejsou zřizovány ministerstvy, ale jinými soukromými subjekty (Selvaraj et al., 2022, s. 37-38).

Hlavním zdrojem financí pro zřizování a provozování státních zdravotnických zařízení a poskytování další zdravotní péče jsou příjmy z daní a cel. V posledních letech je snaha o

zlepšení kvality poskytované péče a zvýšení dostupnosti péče všem obyvatelům. Výdaje na tuto péči činí zhruba 4-5 % celkového vládního rozpočtu (Selvaraj et al., 2022, s. 83).

2.7 Prenatální péče v České republice

I přes fakt, že většina těhotenství probíhá fyziologicky, může dojít k situacím, kdy se od fyziologie odchýlí. V takovém případě je nutné stav odhalit včas, abychom ochránili matku, popřípadě vyvíjející se plod. Z tohoto důvodu je vhodné během těhotenství podstupovat pravidelné kontroly, fyzikální a laboratorní vyšetření (Roztočil et al., 2017, s. 120).

Díky zjištěným klinickým a laboratorním výsledkům můžeme rozhodnout o dalším postupu vedení prenatálních poraden, vedení porodu nebo zajistit specifickou péči, kterou vyžaduje matka nebo dítě po porodu. Stejně tak můžeme podat ženě relevantní informace o jejím zdravotním stavu, popřípadě zdravotním stavu nenarozeného dítěte (Dubová, Zikán, 2022, s. 647).

Žena by měla v ideálním případě vyhledat gynekologa 2-3 týdny po vynechání menstruace. V současnosti většina žen přichází k potvrzení těhotenství ve chvíli, kdy už si doma sama provedla graviditest z moči. Taková návštěva lékaře bývá okolo 6. týdne těhotenství (Roztočil et al., 2017, s. 120).

Úvodní prenatální poradnu nazýváme komplexním prenatálním vyšetřením. Ideálně by mělo proběhnout do 12. gestačního týdne. Součástí je stanovení termínu porodu a vystavení těhotenské průkazky s osobními a významnými anamnestickými údaji, jako jsou onemocnění těhotné ženy, ale i onemocnění v rodině, která mohou mít negativní vliv na probíhající těhotenství. Mezi tato onemocnění řadíme například hypertenzní onemocnění, diabetes mellitus, vrozené vývojové vady a jiné. Dále se ženy ptáme na gynekologickou anamnézu, kde nás zajímají především nepravidelné menstruační cykly, léčená sterilita, gynekologické záněty nebo vrozené vývojové vady. V neposlední řadě nás zajímá sociální situace těhotné (Roztočil et al., 2017, s. 120).

Pro správně poskytovanou prenatální péči je třeba ženu dle odebraných anamnestických údajů zařadit do skupiny těhotných s nízkým rizikem (low risk pregnancy), nebo těhotných s konkrétně definovaným rizikem (risk pregnancy). Těhotná s nízkým rizikem je taková, která nemá žádné rizikové faktory v anamnéze a žádné abnormální výsledky prováděných

vyšetření. Žena může být do skupiny s konkrétně definovaným rizikem zařazena kdykoliv v průběhu těhotenství (ČGPS ČLS JEP, 2021; Wilhelmová et al., 2021).

Ženy s nízkým rizikem navštěvují prenatální poradny do 34. gestačního týdne jednou za 4-6 týdnů, od 34. gestačního týdne jedenkrát za 1-2 týdny a od 40. týdne těhotenství minimálně dvakrát za týden. Prenatální poradny mohou být poskytovány lékařem nebo porodní asistentkou (ČGPS ČLS JEP, 2021; Wilhelmová et al., 2021).

Počet návštěv u těhotných ze skupiny risk pregnancy závisí na konkrétních výsledcích klinických i laboratorních vyšetření. Ke každé ženě je zde potřeba přistupovat individuálně dle jejího zdravotního stavu. Poradny pro ženu s definovaným rizikem vede lékař, spolupracuje však s porodní asistentkou (ČGPS ČLS JEP, 2021; Wilhelmová et al., 2021).

Daná vyšetření u těhotných z obou zmíněných skupin můžeme rozdělit na pravidelná a nepravidelná (ČGPS ČLS JEP, 2021).

2.7.1 Pravidelná vyšetření

Žena taková vyšetření podstupuje při každé prenatální poradně poskytované lékařem nebo porodní asistentkou. Mezi pravidelná vyšetření můžeme zařadit:

- sběr anamnézy a následné zařazení klientky do již zmíněných skupin,
- zevní vyšetření,
- určení hmotnosti a hmotnostního přírůstku,
- změření krevního tlaku,
- chemická analýza moči na přítomnost bílkoviny a cukru testovacím papírkem,
- potvrzení vitality plodu,
- bimanuální vaginální vyšetření a současné určení cervix score dle uvážení lékaře či porodní asistentky (Procházka et al., 2020, s. 197-198; ČGPS ČLS JEP, 2021).

2.7.2 Nepravidelná vyšetření

Nepravidelná vyšetření jsou taková, která se provádějí jen v určitém týdnu těhotenství.

Mimo pravidelná vyšetření prováděných na každé prenatální poradně je součástí **komplexního prenatálního vyšetření do 14. týdne** vystavení těhotenské průkazky obsahující důležité anamnestické údaje ženy. Zároveň by měl lékař nebo porodní asistentka vysvětlit průběh dalších prenatálních poraden a informovat o následujících nepravidelných vyšetřeních (ČGPS ČLS JEP, 2021).

Dále je žena seznámena s metodami screeningu nejčastějších morfologických a chromozomálních vývojových vad. Přednost by měla být dávana kombinovanému screeningu v I. trimestru, který ale není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. V případě nejasných nebo patologických výsledků indikuje lékař jedno z invazivních vyšetření. (ČGPS ČLS JEP, 2021).

Do 14. týdne těhotenství odebíráme ženě krev v rámci **laboratorního vyšetření** pro stanovení její krevní skupiny a RhD faktoru, dále vyšetřujeme nepravidelné antierytrocytární protilátky (pomocí nepřímého Coombsova testu). Dále vyšetřujeme krevní obraz těhotné, konkrétně hematokrit, erytrocyty, leukocyty, trombocyty a hladinu hemoglobinu. Odebranou krev ještě posíláme na sérologické vyšetření na sexuálně přenosná onemocnění (STD, sexually transmitted diseases) z důvodu ochrany zdravotnického personálu a narozeného dítěte. Zde vyšetřujeme antigen hepatitidy B (HBsAg, Hepatitis B surface Antigen), lidský virus imunitní nedostatečnosti (HIV, Human Immunodeficiency Virus), protilátky proti syfilis (BWR, Bordetova-Wassermannova reakce) a u rizikových těhotných navíc virovou hepatitidu C (HCV). Jako poslední je stanovena glykémie nalačno (Procházka et al., 2020, s. 198; Dubová, Zikán, 2022, s. 644).

Při **ultrazvukovém vyšetření do 14. týdne těhotenství** je hodnocen počet plodů přítomných v těhotné děloze a jejich vitalita, v případě vícečetného těhotenství je dále hodnocena chorionicita a amnionicita. U plodu je změřen CRL (crown-rump length), tedy temeno-kostrční délka. Z naměřené délky je určeno stáří těhotenství a stanoven termín porodu (Procházka et al., 2020, s. 198; ČGPS ČLS JEP, 2022).

Při **ultrazvukovém vyšetření ve 20+0 až 22+0** je opět hodnocen počet plodů a jejich vitalita. U plodu měříme jeho biometrii, tzn. biparietální průměr (BPD, biparietal diameter), HC (head circumference, obvod hlavy), AC (abdominal circumference, obvod břicha), FL (femur length, délka femuru), z naměřených hodnot je stanovena EFW (estimated fetal weight), tedy odhadovaná hmotnost plodu. V případě nesouladu odhadované hmotnosti se stářím těhotenství je vhodné další vyšetření. U plodu je dále hodnocena jeho morfologie. Při vyšetření je dále určeno množství plodové vody a lokalizace placenty. V případě, že placenta zasahuje do dolního děložního segmentu, je měřena vzdálenost dolního pólu placenty od vnitřní branky (Procházka et al., 2020, s. 198; ČGPS ČLS JEP, 2022).

Dalším nepravidelným vyšetřením je **orální glukózo-toleranční test ve 24+0 až 28+0**. Žena k vyšetření přichází po 8 hodinovém lačnění s vynechanými léky, které dopředu určí lékař, zpravidla se jedná o léky, které ovlivňují hodnoty glykémie, tedy kortikoidy, tyroxin nebo progesteron. Žena je dále poučena, aby tři dny před testem nijak výrazně neměnila své stravovací návyky a den před testem vynechala vyšší fyzickou námahu. Při samotném testu je těhotná změřena glykémie nalačno, následně dán k vypití roztok 300 ml vody se 75 g glukózy a měřena glykémie po jedné hodině a dvou hodinách. V případě hodnot mimo stanovené normy je žena dále doporučena do diabetologické porady (Procházka et al., 2020, s. 198).

U RhD negativních žen je dále prováděna **antepartální profylaxe RhD aloimunizace**. Profylaxe je prováděna v termínu od 27+1 do 28+0 pomocí anti-D-imunoglobulinu aplikovaného RhD negativní matce (Procházka et al., 2020, s. 198).

Ve 27+1 až 32+0 je prováděno další **laboratorní vyšetření** ženy. Z odebrané žilní krve je ženě stanoven hematokrit, hladina hemoglobinu a počty krevních elementů, tedy erytrocytů, trombocytů a leukocytů. Dále je znovu provedeno sérologické vyšetření HIV, HBsAG a BWR (ČGPS ČLS JEP, 2021).

Ultrazvukové vyšetření ve 30+0 až 32+0 probíhá stejným způsobem jako ve 20. až 22. týdnu těhotenství. Je tedy opět zhodnocen počet plodů, jejich vitalita a změřena biometrie se stanovením odhadované hmotnosti plodu. Odhadovaná hmotnost je dále posuzovaná s konkrétní datací těhotenství. U plodu v tomto stádiu těhotenství hodnotíme i jeho polohu. Při vyšetření je opět hodnoceno množství plodové vody a uložení placenty s případným změřením vzdálenosti od vnitřní branky dolního děložního segmentu (ČGPS ČLS JEP, 2022).

V neposlední řadě je prováděn **vaginorektální stěr na detekci streptokoků skupiny B** v rozmezí od 35. do 38. týdne těhotenství. Samotný stěr je odebrán štětičkou z dolní třetiny pochvy a poté stejnou štětičkou z rekta. Vzorek je odeslán ke kultivaci, kde je hodnocena přítomnost streptokoků skupiny B. V případě pozitivity je nutné edukovat těhotnou o důležitosti včasného příjezdu do porodnice, aby byla možná dostatečná antibiotická profylaxe před porodem plodu (Procházka et al., 2020, s. 198).

V termínu kolem 36. týdne těhotenství probíhá zaevidování těhotné do porodnice, ve které má v plánu родit. Dle uvážení lékaře je od 40+0 proveden **kardiotokografický non-stress test**. Těhotenství by mělo být ukončeno do 42+0 (ČGPS ČLS JEP, 2021).

2.7.3 Screeningová vyšetření v těhotenství

Mimo zmiňovaná pravidelná a nepravidelná vyšetření probíhají během těhotenství prenatalní screeniny k odhalení případných patologií. V ideálním případě by měly probíhat u každé těhotné ženy.

Kombinovaný prvotrimestrální screening je preferován před ostatními vyšetřeními. Při zmiňovaném screeningu je ženě v rozmezí 10+0 až 11+3 odebrána žilní krev s následným stanovením hodnot plasmatického specifického těhotenského proteinu A (PAPP-A, pregnancy associated plasma protein-A) a volné podjednotky beta choriového gonadotropinu (hCG, human chorionic gonadotropin). V případě Downova syndromu je hodnota PAPP-A snížena a hodnota volného beta hCG zvýšena. Součástí kombinovaného prvotrimestrálního screeningu je také ultrazvukové vyšetření, které probíhá zhruba 2 týdny po odběru krve. Výsledky tedy bývají k dispozici. Na ultrazvuku je v tomto případě posuzováno šíjové projasnění plodu nebo přítomnost nosní kůstky (Dubová, Zikán, 2022, s. 648-649).

V případě, že těhotná žena nepodstoupí prvotrimestrální screening, je doporučeno podstoupit **Triple test**. Triple test je prováděn mezi 14. a 16. týdnem těhotenství. Jedná se o biochemickou analýzu AFP (alfa-1-fetoprotein), placentárního estriolu a celkového hCG. V případě Downova syndromu je hodnota AFP a estriolu snížena, hodnota celkového hCG zvýšena. Nevýhodou Triple testu je jeho nízká senzitivita a poměrně vysoká falešná pozitivita (Dubová, Zikán, 2022, s. 649).

2.8 Systém zdravotní péče v České republice

V České republice je zdravotní péče dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Dle uvedeného zákona je zdravotní péče poskytována všem z fondů zdravotních pojišťoven. Každá osoba s trvalým pobytem v České republice, nebo osoba zaměstnaná na území České republiky bez trvalého pobytu, má však povinnost odvádět do fondů určitou část svého platu. Konkrétně se jedná o 13,5 % z vyměřovacího základu. Povinnost odvádět platbu platí jak pro zaměstnance, tak pro osoby samostatně výdělečně činné nebo osoby bez zdanitelných příjmů (MZČR, 2023).

Za studenty, nezaopatřené děti, osoby na rodičovské dovolené, osoby pobírající starobní nebo invalidní důchod, osoby registrované na Úřadu práce atd. hradí zdravotní pojištění stát.

V případě, že jsou osoby z vyjmenovaných skupin zároveň zaměstnanci, hradí pojistné mimo stát i pojištěnec.

Takto nastavený systém péče zaručuje financování zdravotních služeb všem osobám nezávisle na jejich finanční situaci nebo zdravotním stavu. To znamená, že rozsah poskytované zdravotní péče nezávisí na výši pojistného. Spoluúčast na platbě zdravotních služeb činí maximálně 15 %. Většinou jde o doplatky za léky či zdravotní pomůcky (MZČR, 2023; MZČR, 2020).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Průzkumné otázky

Na podkladě zkoumaného tématu a prostudované literatury byly stanoveny tyto průzkumné otázky:

1. Jak probíhají prenatalní poradny v České republice a v Indii?
2. Jaká vyšetření jsou součástí prenatalní péče?
3. Jakým způsobem probíhá financování poskytované péče?
4. Jakým způsobem ovlivňuje náboženství a socioekonomické postavení ženy poskytovanou prenatalní péčí?
5. Jak hodnotí ženy poskytovanou prenatalní péčí?

3.2 Metodika průzkumu

Pro účely tohoto průzkumu byl použit rozhovor. V mém případě se jedná o metodu smíšeného výzkumu, tedy kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Při němž průzkumník získává data ve formě textu, který je nutno později analyzovat. Rozhovor je formou verbální komunikace mezi průzkumníkem a informantem. Pojem rozhovor lze zaměnit za anglické „interview“. Velkým kladem rozhovoru oproti jiným metodám je především možnost navázání blízkého osobnějšího vztahu průzkumníka s informantem. V takovém případě má průzkumník během rozhovoru šanci získat více informací. Další výhodou rozhovoru oproti jiným metodám je možnost reagovat v danou chvíli na danou situaci. Průzkumník má možnost doptávat se na doplňující otázky. Stejně tak má informant více prostoru ke sdělení svých myšlenek nebo například kladení otázek průzkumníkovi v případě nejasností (Chráska, 2016, s. 176; Kutnohorská, 2009, s. 22-23).

Pro tuto bakalářskou práci byl vybrán rozhovor polostrukturovaný. Polostrukturovaný rozhovor je jakýmsi kompromisem mezi strukturovaným rozhovorem, kde jsou pevně dané otázky, od kterých se tazatel neodchyluje a pevně dodržuje jejich znění a pořadí, a mezi rozhovorem nestrukturovaným, který je více podobný běžné komunikaci a kde jsou otázky pouze orientační a není potřeba zachovat jejich pořadí. U polostrukturovaného rozhovoru jsou stanoveny hlavní otázky, na které tazatel musí získat odpovědi. K tomuto jasně danému minimu se přidávají otázky vyplývající z dané situace. Informant tak má větší možnost vyjádřit své myšlenky a tazatel možnost doptávat se na otázky doplňující. (Chráska, 2016, s. 176-177; Knechtová et al., 2019).

Tak tomu bylo i v případě této bakalářské práce. Již před rozhovory byly stanoveny základní otázky polostrukturovaného rozhovoru, které byly s mírnými obměnami neměnicí význam dané otázky pokládány informantkám. Všechny informantky byly s těmito otázkami seznámeny již před rozhovorem. Po těchto jasně stanovených otázkách následovaly otázky doplňující, které informantky dopředu neznaly.

Informantky pak byly vybrány metodou Sněhové koule. Tato metoda spočívá v kontaktu s několika málo počátečními informanty, kteří dále odkazují na další, které je možné v rámci průzkumu oslovit (Řehák, 2018).

3.3 Charakteristika průzkumného souboru

Informantkami pro tuto bakalářskou práci byly výhradně ženy, které byly těhotné a navštěvovaly určitou formu prenatalních poraden. A to konkrétně v průběhu posledních maximálně pěti let (mezi lety 2019 a 2022). Ženy z České republiky pak navštěvovaly prenatalní poradny alespoň při jednom jejich těhotenství mezi lety 2021 a 2023. Tyto informantky byly vybrány záměrně. A to z důvodu měnících se doporučených postupů v průběhu let. V České republice tomu bylo naposledy právě v roce 2021. V Indii jsou pak poslední komplexní aktualizované doporučené postupy z roku 2010. Indické informantky tedy byly vybrány spíše na základě podobnosti termínů posledních těhotenství s ženami z České republiky. Jednou z informantek byla navíc lékařka pracující jako gynekolog a porodník v Indii. Tato žena byla vybrána z důvodu lepšího náhledu na indické zdravotnictví a pochopení fungování systému. Zároveň poskytovala pomoc při hledání informací pro teoretickou část bakalářské práce (ČGPS ČLS JEP, 2021; Government of India, 2010).

Celkový počet žen byl 10. Z toho 5 (50 %) pocházejících z České republiky, kterým byla současně poskytována prenatalní péče v České republice. A 5 (50 %) z Indie. U žen z České republiky došlo k saturaci dat, nebylo tedy třeba dalších informantek. U žen z Indie se některé odpovědi mírně lišily, další oslovené ženy ale nechtěly být do průzkumu z různých důvodů zahrnuty.

Informantkám z České republiky bylo 30 až 35 let. 3 z nich (60 % informantek z České republiky) žijí na vesnici a 2 (40 %) žijí ve městě. Ženám z Indie bylo 29 až 35 let, všechny pak žijí ve městě.

Vzdělání a profese informantek:

Informantka z ČR č. 1 – vysokoškolské, pracuje jako finanční manažer

Informantka z ČR č. 2 – středoškolské s maturitou, asistent pedagoga

Informantka z ČR č. 3 – středoškolské s maturitou, OSVČ v pohostinství

Informantka z ČR č. 4 – vysokoškolské, speciální pedagog

Informantka z ČR č. 5 – vysokoškolské, OSVČ

Informantka z Indie č. 1 – vysokoškolské, lékařka

Informantka z Indie č. 2 – vysokoškolské, IT v softwarové firmě

Informantka z Indie č. 3 – vysokoškolské, finanční manažer

Informantka z Indie č. 4 – vysokoškolské, finanční konzultant

Informantka z Indie č. 5 – vysokoškolské, IT v softwarové firmě

3.4 Zpracování dat

Jednotlivé rozhovory probíhaly různě dle časových možností oslovených žen. A hlavně dle jejich bydliště. S většinou žen bydlících v České republice rozhovor probíhal osobně v jejich domácím prostředí. Taková možnost se ženami z Indie vzhledem k přespříliš velké vzdálenosti nebyla. Rozhovory s těmito ženami byly uskutečněny přes online platformu Google Meet. S každou ženou, ať už z České republiky, nebo z Indie, probíhala dopředu online komunikace skrz Facebook nebo Whatsapp. Ženám byly dopředu zaslány otázky polostrukturovaného rozhovoru. Měly tak prostor a čas se na samotný rozhovor připravit. Rozhovory probíhaly v období od listopadu 2022 do března 2023. Velký rozestup byl dán především z důvodu obtížnější komunikace s ženami z Indie a jejich časových možností. Každý rozhovor trval v rozmezí 20-40 minut, a to dle ochoty a zájmu informantek.

Na počátku každého rozhovoru jsem se znovu představila a shrnula informantkám, z jakého důvodu rozhovor probíhá. Dále jsem je zběžně seznámila s mým studiem a důvody, proč jsem si vybrala zrovna toto téma pro svou bakalářskou práci. Dále byly všechny informantky ujištěny, že bude celý rozhovor anonymní a že mají kdykoliv možnost neodpovídat, popřípadě

rozhovor ukončit. Při samotném rozhovoru byly otázky pokládány tak, aby jim informantky co nejlépe rozuměly. V případě, že otázce nerozuměly, byla zopakována, popřípadě přeformulována.

Po souhlasu informantek byly všechny rozhovory nahrávány na diktafon, poté přepsány do textové podoby v programu Microsoft Office Word. V zájmu zachování anonymity byly informantky označeny jako R1, R2, R3, R4, R5 v případě žen z České republiky a IN1, IN2, IN3, IN4, IN5 v případě žen z Indie.

3.5 Analýza a interpretace výsledků

Jako podklad pro analýzu sloužily nahrávky rozhovorů, které byly následně přepsány do textové podoby. Data získaná z přepsaných rozhovorů byla dále rozřazena do jednotlivých kategorií a podkategorií pomocí otevřeného kódování, konkrétně metodou „tužka papír“. Jednotlivé pasáže z rozhovorů byly dle podobností označovány různými barvami a následně pasáže se stejnou barvou zařazeny do stejné kategorie, popřípadě podkategorie. Vzniklé kategorie a podkategorie jsou více rozebrány v interpretaci výsledků níže (Knechtová et al., 2019).

Vzniklé kategorie:

1. Zkušenost s poskytovanou prenatální péčí
2. Prenatální poradna
3. Materiální vybavení poskytovatele péče
4. Faktory ovlivňující prenatální péči
5. Financování péče
6. Důležitost prenatálních poraden

3.5.1 Zkušenost s poskytovanou prenatální péčí

Tato kategorie je dále rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie *Období prenatálních poraden* vypovídá o letech, kdy byla jednotlivým informantkám poskytována prenatální péče. Otázky ohledně období prenatální péče byly do průzkumu zařazeny především z důvodu proměnlivosti doporučených postupů v průběhu let. Druhá podkategorie *Poskytovatel péče* hovoří o zkušenostech informantek ohledně osob poskytujících prenatální péči během jejich těhotenství a zdravotnických zařízeních, do kterých informantky docházely.

Podkategorie 1 – Období prenatalních poraden

Jednotlivým informantkám byla položena otázka: „Kdy nebo ve kterých letech vám byla poskytována prenatalní péče?“ Všechny pak uvedly, že do prenatalních poraden docházely v průběhu posledních pěti let. Všem informantkám z České republiky byla poskytována prenatalní péče alespoň při jednom jejich těhotenství v posledních 2 letech. Informantkám R1 a R2 byla od roku 2018 prenatalní péče poskytována vícekrát.

R1: „...první prenatalní péče mi byla poskytována v roce 2018, což mi bylo 28, a druhá prenatalní péče mi byla poskytována v roce 2021, a to mi bylo teda 32.“

R2: „Poprvé v roce 2014, pak v roce 2019, pak chvíli v roce 2020 a teď naposledy v roce 2022.“

Podkategorie 2 – Poskytovatel péče

Všechny ženy, které byly dotazovány, navštěvovaly během svých prenatalních poraden lékaře nebo lékařku, konkrétně gynekologa. Informantku č. 1 z ČR navíc navštěvovala porodní asistentka v jejím domácím prostředí, stejně tak tomu bylo v případě informantky č. 5 z ČR. Informantka R1 uvedla: „...Já měla ještě svou takovou osobní porodní asistentku, kterou jsem využívala.“ Informantka R5 na otázku poskytovatele péče odpověděla takto: „Mám svého gynekologa, kam jsem docházela na nějaké poradny a určitá vyšetření. Ale zároveň jsem si platila svou porodní asistentku, která docházela ke mně domů.“ Mimo uvedené kontroly v domácím prostředí informantky č. 5 z ČR porodní asistentkou, docházely všechny zmíněné ženy na prenatalní poradny do zdravotnických zařízení. V případě žen z Indie se jednalo o soukromé nemocnice. Ženy z České republiky navštěvovaly ordinace svých obvodních gynekologů, popřípadě nemocniční zařízení.

Informantka IN1 navíc mluvila o ASHA pracovnících podílejících se na prenatalní péči, které pracují převážně ve venkovských oblastech v Indii, kde žijí ženy, které nejsou schopné docházet do nemocnic.

IN1: „Ano. Jsou tu porodní asistentky. V Indii jim říkáme ASHA. Ty často pracují hlavně při edukaci žen, říkají jim, jak jsou prenatalní poradny důležité. Pracují hlavně ve venkovských oblastech. Protože stále máme ve spoustě oblastech jakési kmeny. A ženy z těchto oblastí často žádnou péči nechtějí. Za takovými ženami právě chodí ASHA. Chodí k nim domů, říkají jim o důležitosti prenatalních poraden, poskytují jim základní péči, edukují je o správné životosprávě a také jim poskytují nutriční balíčky s potřebnými potravinami.“

Informantka IN3 mluvila o poskytovatelích prenatalní péče v Indii takto: „...*Chodila jsem ke specialistovi v oboru gynekologie. V Indii máme několik poskytovatelů péče. Ale já chodila pouze k jednomu gynekologovi do nemocnice a pak k jednomu radiologovi na ultrazvuk.*“

3.5.2 Prenatální poradna

Kategorie *Prenatální poradna* je zaměřená na četnost návštěv těhotenských poraden v průběhu gravidity, vyšetření, která během prenatalních poraden probíhala a spokojeností, či nespokojeností informantek s poskytovanou péčí. Proto byla tato kategorie rozdělena do podkategorií *Četnost návštěv, Prováděná vyšetření, Spokojenost informantek*.

Podkategorie 1 – Četnost návštěv

Informantkám byla položena otázka: Jak často jste navštěvovala prenatalní poradny? I přes fakt, že se u všech žen jednalo o fyziologické těhotenství, se odpovědi mírně lišily. Ženy z České republiky vypovídaly, že do prenatalních poraden k lékaři v první části těhotenství docházely přibližně jednou za čtyři až šest týdnů. Četnost návštěv se zvyšovala, pokud v daném týdnu těhotenství žena mimo pravidelné kontroly podstoupila i jiná vyšetření. Zároveň se ženy shodly, že se četnost těhotenských poraden zvyšovala ke konci gravidity, a to dle gestačního týdne na jednou za čtrnáct dní, popř. jednou za týden a častěji. Uvedená četnost návštěv je v souladu s doporučenými postupy České gynekologické a porodnické společnosti z roku 2021, která stanovuje poskytování péče u žen s nízkým rizikem v intervalu 4-6 týdnů v prvních třiceti čtyřech týdnech těhotenství, po 34. týdnu pak jednou za 1-2 týdny až do termínu porodu (ČGPS ČLS JEP, 2021).

V případě informantky č. 5 se četnost ještě zvýšila o poradny s porodní asistentkou. O četnosti návštěv porodní asistentky řekla informantka R5 toto: „*Jak už jsem říkala, poprvé jsme se potkaly na začátku těhotenství. Podruhé kolem 20. týdne. Nějak po tom druhém screeningu. Pak za 6 týdnů a pak jsme se potkávaly častěji před porodem.*“ Informantky z Indie uváděly, že nemocnici v rámci prenatalních poraden navštěvovaly vždy jednou za měsíc. Lékařka pracující jako gynekolog pak odpověděla, že dle doporučených postupů by každá žena v Indii měla navštívit prenatalní poradnu v těhotenství alespoň čtyřikrát, dále mluvila o četnosti návštěv v městských nemocnicích: „...*Když chodí ženy do nemocnic ve městech, pokud mají fyziologické těhotenství bez jakýchkoliv komplikací, mají 12 kontrol. Ale pokud mají nějaké komplikace, zvýší se množství kontrol. A to záleží, jaké jsou komplikace.*“ Četnost návštěv se pak dle informantek liší u indických žen žijících ve městech a u žen

žijících na vesnicích, které často nemají finanční prostředky na cestu k lékaři. Informantka IN2 uvedla: „...V Indii máme prvních 8 měsíců kontroly vždy jednou za měsíc. Takže pro těhotné z vesnic by bylo velmi náročné cestovat každý měsíc k lékaři do města. To je pro ženy ve městech o mnoho jednodušší.“

Podkategorie 2 – Prováděná vyšetření

Tuto podkategorii jsem dále rozdělila dle odpovědí informantek na:

- Pravidelná vyšetření
- Ultrazvuková vyšetření
- Screeningová vyšetření během těhotenství
- Screening gestačního diabetu
- Vaginorektální stěr
- Krevní testy
- Suplementy během těhotenství

Pravidelná vyšetření

Informantky z České republiky se shodly, že na každé prenatalní poradně, ať už prováděné lékařem, či porodní asistentkou, proběhlo měření krevního tlaku, analýza moči na přítomnost bílkoviny a cukru testovacím papírkem, určení hmotnosti informantky a odběr anamnézy. Uvedená vyšetření vychází z doporučených postupů České gynekologické a porodnické společnosti z roku 2021. Informantka R1 dále uvedla zevní a vnitřní vyšetření: „...každou poradnu toto, že mě sestra zvažila, změřila, otestovala moč a plus mě potom pan doktor udělal ultrazvuk a změřil mně břicho, vy asi víte, jak se tomu říká, jak se měří břicho metrem. A udělal mi vnitřní vyšetření.“ O pravidelných vyšetřeních porodní asistentkou mluvila informantka R5 takto: „...V podstatě mi dělala podobné věci jako lékař. Změřila mi tlak, zkontrolovala mi moč, pak mi poměřila břicho a udělala vyšetření přes břicho. Jak miminko leží a poslechla ozvy. A pak jsme si prostě povídaly.“

U informantek z Indie byly odpovědi z části jiné. Výše zmíněná vyšetření probíhala v rámci jejich poraden také, mimo to ale lékař kontroloval testovací sadou, zda není žena anemická. Dle výsledků národní studie z let 2019-2021 je totiž více než 52 % indických těhotných žen anemických. A to především z nedostatku železa (Government of India, 2021, s. 5; Finkelstein et al., 2019). O pravidelných vyšetřeních říká informantka IN1 následující:

„...V prvním trimestru kontrolujeme jen, jestli se něco odchyľuje od klasických symptomů těhotenství. V prvním trimestru je normální zvracení nebo nauzea. Takže kontrolujeme, zda se jedná jen o těhotenské zvracení nebo hyperemézu. Pak kontrolujeme, zda žena nekrvácí nebo nemá problémy s močením. A zároveň je každá žena testována na anemii. Anemie se kontroluje při každé poradně.“

Ultrazvuková vyšetření

Během dotazování na průběh prenatalních poraden informantky R1, R2, R3, IN2, IN4 a IN5 mimo jiné odpověděly, že jim lékař vždy dělal ultrazvuková vyšetření. Informantky R1, R2 uvedly, že první dvě prenatalní poradny lékař provedl ultrazvuk vaginálně, poté už vždy transabdominálně. Odpověď informantky R1 zněla takto: *„Úplně ty první dvě poradny byly vnitřním ultrazvukem a potom byla poradna už klasická a klasickým ultrazvukem a teď si nejsem akorát jistá, ale myslím si, že pak už vždy normálním.“* Informantky R2 a R3 navíc uvedly další ultrazvukové vyšetření nad rámec pravidelných poraden ve 36. gestačním týdnu. Informantka R2 uvedla: *„A pak mi bylo ještě nabídnuto vyšetření ve 36. týdnu. Zase ultrazvuk. Jak roste miminko a na průtoky.“* Informantka R4 neuvedla přesný gestační týden, ale pouze zmínila konec těhotenství: *„A na konci jsem si ještě platila ultrazvuk na růstové restriktce.“*

Screeningová vyšetření během těhotenství

Při rozhovoru ženy zmiňovaly screeningová vyšetření. Všechny ženy odpověděly, že screeningové vyšetření podstoupily během těhotenství třikrát. Shodně tomu tak bylo u žen z České republiky i Indie. Informantky R1 a R2 uvedly, že první screening vrozených vývojových vad podstoupily ve třináctém týdnu těhotenství. Informantky R3, R4 a R5 pak o týden dříve, tedy v týdnu dvanáctém. Dále informantky R1, R3, R4 a R5 dodaly, že mimo ultrazvukové vyšetření jim byla v rámci screeningu odebrána krev.

Průběh vyšetření popisovala informantka R1: *„Podstoupila jsem ve 13. týdnu screening, ten prvotrimestrální kombinovaný screening... Součástí bylo nabrání krve u mého obvodního gynekologa a potom velký ultrazvuk...“* Informantka R2 dokonce specifikovala genetické onemocnění vyšetřované při screeningu: *„...Dělali mi ultrazvuk a právě kontrolovali, jestli je tam ta nosní kůstka a jestli tam není ještě něco ohledně těch vývojových vad. Down a tak. A dle krve a dle ultrazvuku mi to všechno vyšlo v pořádku...“* O odběru krve v rámci vyšetření vrozených vývojových vad mluvila i informantka IN3, z rozhovoru ale není jasné, zda se jedná o stejné či podobné vyšetření jako v České republice. Odpověď zněla takto: *„Ano. Ještě mi dělali krevní testy na vývojové vady miminka a ultrazvuk.“*

Dle odpovědí informantky další screeningová vyšetření podstoupily jednou ve druhém a jednou ve třetím trimestru. Některé uvedly konkrétní týden těhotenství, tedy 20.-21. a 30.-31. O screeningu ve dvacátém týdnu informantka R3 uvedla: „...*Byla jsem ve dvacátém týdnu. To bylo myslím taky na nějaký vývojové vady plus na játra, ledviny, jestli se vyvíjejí všechny orgány dobře.*“

Informantka IN1 uvedla, co konkrétně vyšetřuje lékař během zmiňovaných screeningů: „*Zároveň provádíme ultrazvuk na vrozené vývojové vady ve druhém trimestru a ultrazvuk na růstové restriktce ve třetím trimestru. Ten se provádí kolem 30. týdne. Pokud je pak důvod, děláme i další ultrazvuková vyšetření navíc. Zároveň děláme na konci těhotenství Dopplerovské vyšetření.*“

Tato screeningová vyšetření jsou v souladu s doporučeným postupem Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče, který vydala Česká gynekologická a porodnická společnost v roce 2022. Navíc informantky z České republiky uváděly Kombinovaný prvotrimestrální screening, který je v ČR obecně preferován, ale není hrazen zdravotními pojišťovkami. Doporučené postupy platné v Indii neuvádí ani jedno z ženami zmíněných vyšetření. Z odpovědí ale vyplývá, že ženy v Indii, navštěvující soukromé městské nemocnice, podstupují stejná nebo velmi podobná vyšetření, jako ženy z ČR (ČGPS ČLS JEP, 2022; Dubová, Zikán, 2022, s. 648-649).

Screening gestačního diabetu

O vyšetření týkající se gestačního diabetu mluvily převážně ženy z České republiky. Informantky R1, R2, R3, a R4 uvedly, že jim byl prováděn test mezi 24. a 26. týdnem těhotenství. Informantka č. 5 z České republiky uvedla, že po domluvě s lékařem test odmítla: „*Pak jsem měla jít ještě na cukrovku, ale to jsem odmítla. Protože jsem si nějakou dobu měřila sama glykémii doma a bylo to dobré. Dohodli jsme se tak s doktorem, že nemusím. Na tenhle test jsem šla při prvním těhotenství a snášela jsem to velice špatně. Znovu už jsem jít nechtěla.*“ Informantky IN2 a IN5 nespecifikovaly konkrétní týden těhotenství, uvedly pouze, že podstoupily test v 8. měsíci těhotenství. Informantka IN5 navíc uvedla odběr krve v prvních týdnech těhotenství: „*Ano, určitě. V prvních týdnech těhotenství mi brali krev, aby věděli, jestli není zvýšený cukr. Pak ještě jednou v 8. měsíci těhotenství.*“

O průběhu orálního glukózo-tolerančního testu (oGTT) mluvily informantky R1, R2, R3 a R4. Všechny uvedly, že jim byla odebrána krev nalačno, poté dostaly k vypití roztok glukózy a následně jim byla stanovena hodnota krevního cukru po hodině a po dvou od vypití roztoku.

Odpořed' informantky R1 znřla takto: „*Probřhal tak, ře jsem řla do naří oblastní nemocnice, ráno nalařno. Byla mi odebraná krev, klasicky, ne z prstu, ale klasicky. Potom se řekalo na výsledky. A protože jsem měla hodnotu dobrou, tak jsem vypila roztok glukózy a po hodině mi byla odebrána znovu krev klasicky a po dvou hodinách znovu. No a výsledky potom byly odeslány mému gynekologovi. A vřhledem k tomu, ře mi třetí hodnota vyšla hraniční, tak jsem byla odeslána do diabetologické poradny, kam jsem docházela jednou za měsíc na kontrolu.*“

Informantka IN1 uvedla, ře indické zdravotnictví využívá dva různé doporučené postupy. Jedním z postupů je orální glukózo-toleranční test, stejný jako je běžně prováděn v České republice. Také uvedla, ře pokud řena před navřtřením soukromé nemocnice docházela do poraden provozovaných lékaři ve státní nemocnici nebo pokud nenavřřevovala poradny řádné, je ji udřlán test nehledě na týden řehotenství. Její odpovědi byly tyto: „*Ano. V Indii existují dva typy doporučených postupů pro screening diabetu. Větřina řen bude chodit do nemocnic provozovaných státem. A ty nemají správné vybavení nebo informace. Takře kdykoliv nás navřtřívá řehotná řena, která předtím chodila do státní nemocnice nebo nechodila do řádné, tak každé řeně udřláme oGTT vyřřtření. To znamená, ře řeně dáme vypít roztok glukózy a později změříme hladinu cukru v krvi... Takře každá řena v Indii podstoupí při první návřřtěvě oGTT. Taky se ptáme, jestli nemá někdo v rodině diabetes. Pokud ano nebo pokud byla abnormální hodnota krevního cukru při prvním testu, tak udřláme řeně oGTT znovu mezi 28. a 32. týdnem řehotenství.*“

Dále mluvila o screeningu diabetu informantka IN4. Ta ovřsem neuvedla oGTT, ale pouze stanovení krevního cukru bez předchozího vypití glukózového nápoje: „*Nebylo to nic zvlářtního. Jednou mi odebrali krev na začátku řehotenství a jednou asi v polovině. Já měla hladiny v pořádku, tak mi řádné jiné testy nedřlali.*“

Informantka IN5 se zmřnila o oGTT, konkrétní průběh nespecifikovala.

Vaginorektální stěr

O vaginorektálním stěru na detekci streptokoka skupiny B mluvily pouze informantky z České republiky. Informace o týdnu řehotenství řeny R1, R2, R4 a R5 neposkytly. Pouze informantka R3 zmřnila, ře byl stěr proveden 35. nebo 36. týden řehotenství: „*Pak mi dřlali ještě nějaký stěr. To bylo taky nějak po 30. týdnu. Myslím asi 35.? Nebo 36.?*“ Toto vyřřtření je opět v souladu s doporučenými postupy vydanými ČGPS z roku 2021, které uvádí vaginorektální stěr ve 35.-37. týdnu řehotenství na přítomnost streptokoků skupiny B jako součást nepravidelných vyřřtření (ČGPS ČLS JEP, 2021).

Krevní testy

Odpovědi ohledně krevních testů byly v některých případech poměrně nespecifické. Informantky R1 a R4 zmiňovaly odběr krve v rámci prvotrimestrálního screeningu. Stejně tak informantky IN2 a IN3 zmínily odběry pro test na genetické vady plodu. Informantky R2, R3 důvody odběru nevedly, ve svých odpovědích mluvily pouze o přibližných týdnech těhotenství. Informantka R3 odpověděla takto: „*No hned nějak na začátku těhotenství a pak myslím někdy kolem třicátého.*“

Ženy z Indie IN2, IN3 a IN5 mluvily o krevních testech v rámci testování hladin vitamínů, popř. minerálů. Tyto testy dle doporučených postupů platných v ČR ženám běžně prováděny nejsou. Informantka IN2 uvedla: „*...V prvním trimestru navíc dělají krevní testy na různá onemocnění, kontrolují, zda má žena dostatek jodu a ostatních vitamínů. Pak dělají testy na cukr. A taky mi brali krev, aby zjistili, zda je miminko v pořádku...*“ IN3 a IN4 mimo vitamíny a minerály zmínily i stanovení hormonů. IN3 specifikovala hormon TSH (tyreotropin hormon): „*Nejprve jsem musela podstoupit test na potvrzení těhotenství. Pak jsem v prvním trimestru podstoupila hemoglobinový test na anemii, pak krevní testy na krevní skupinu a na virová onemocnění. Krevní test na cukrovku. Dále mi kontrolovali moč a hladinu TSH.*“ O testování krve na onemocnění matky mluvily informantky IN2, IN3 a IN4. Informantka IN3 uvedla, že se jednalo o onemocnění virová. Dále ženy mluvily o stanovení krevního cukru, konkrétně informantky IN2, IN3 a IN4. IN3 a IN4 také zmínily odběr krve pro určení krevní skupiny: „*Dále mi na začátku těhotenství kontrolovali krev. Víím, že se testují nějaká onemocnění. Pak taky stanovují krevní skupinu. Kontrolují cukr a nějaké hormony.*“

Suplementy během těhotenství

O suplementaci během těhotenství mluvily pouze ženy z Indie. Jak bylo již zmíněno výše, ženám je v rámci prenatalních poraden odebírána krev pro stanovení hladin vitamínů a minerálů. Na základě těchto výsledků indické ženy dostávají zdarma potřebné suplementy. Informantky IN1, IN2 a IN5 uvedly, že každá těhotná žena, popřípadě žena plánující těhotenství, dostává tablety kyseliny listové v rámci poskytované péče také zdarma. Odpověď informantky IN2 zněla takto: „*A tablety kyseliny listové dostávají ženy už před otěhotněním. Když chodí do centra pro plánované rodičovství, tak dostane tablety kyseliny listové... Ale první 3 měsíce těhotenství by měla každá žena v Indii brát tablety kyseliny listové, které dostane zdarma.*“ Informantka IN1 navíc uvedla, že ženy dostávají kalciové tablety a tablety

železa: „A také jim poskytují základní suplementy. Protože v Indii je spousta žen anemických. Proto každá žena dostává tabletové suplementy železa. Také jim poskytují kalciové tablety, tablety kyseliny listové. A pokud potřebují nějaké tablety ohledně komplikovaného těhotenství, tak jim je ASHAs taky poskytnou.“

Podkategorie 3 – Spokojenost informantek

Informantkám byla položena otázka: Byla podle vás poskytovaná péče dostatečná? Popř. Bylo něco, co vám v péči chybělo?

Všechny dotazované informantky uvedly, že pro ně byla péče dostatečná. Informantky R1, R2 a R4 uvedly, že byly spokojené s poskytovanou péčí. Informantkám R1 zminila jisté odlišnosti v prenatální péči různých lékařů: „Byla pro mě dostatečná. Co vím, tak ta prenatální péče se v České republice liší gynekolog od gynekologa a já jsem byla absolutně spokojená, protože si myslím, že vždycky, když jsem potřebovala něco vědět, tak mi to pan doktor vysvětlil, a vím, že poskytoval tu péči precizně a že není třeba úplně standardem, že mi dělal ultrazvuk na každé kontrole. Takže jo, bylo to určitě dostačující.“ Odlišnosti zmiňovala i informantka R4: „Vyšetření mi přijdou přiměřená, dostatečná. Pouze záleží na kvalitě provedení. Což se hodně liší. Vidím rozdíl i u svého prvního a druhého těhotenství. Odlišný přístup doktorky a celého pracoviště... Při prvním těhotenství to bylo takové lepší. Měli určitě lepší vybavení. A musím teda říct, že i přístup doktora byl o něco lepší. Nemůžu říct, že by to teď bylo špatný. Ale rozhodně ne tak dobrý, jako při prvním těhotenství.“ Informantka R5 uvedla, že by v případě dalšího těhotenství opět využila služeb porodní asistentky: „...Ale rozhodně bych při dalším těhotenství měla zase svou porodní asistentku. Je to velká podpora do těhotenství.“

Ženy IN3 a IN4 na otázku, zda jim v péči něco chybělo, odpověděly, že sdělení pohlaví plodu před narozením. Odpověď informantky IN4 byla taková: „...Jediné, co v Indii není možné, je vědět pohlaví miminka před narozením.“

Informantek IN3 a IN4 jsem se dále zeptala, z jakého důvodu se nesmí sdělovat pohlaví plodu. Na otázku odpověděly takto:

IN3: „V Indii je totiž zakázáno sdělovat pohlaví miminka.“

IN4: „Je to protiprávní. Lékaři tuto informaci nesmí sdělovat...Aby ženy nechodily na potrat, pokud čekají dceru.“

3.5.3 Materiální vybavení poskytovatele péče

Tato kapitola vypovídá o materiálním vybavení poskytovatelů péče, ke kterým docházely informantky během těhotenství. Informantky z České republiky mluvily o ordinacích svých obvodních gynekologů, informantky z Indie o soukromých nemocnicích ve městech.

Všechny informantky se shodovaly na vybavení jako je váha, tlakoměr, materiál na odběry krve. Informantky z obou zemí uváděly, že v ordinace jejich gynekologa bylo lůžko pro ženy, gynekologické křeslo, židle, stoly. Dále uváděly pomůcky, ultrazvuk nebo například počítač. Informantka R3 na otázku o materiálním vybavení ordinace odpověděla: *„Stůl, židle, skříňky. Počítač, tiskárna. Gynekologické křeslo, klasické lůžko na ultrazvuky, takže i ten ultrazvuk. Potom obrazovka navíc pro těhotnou. Mají čekárnu, převlíkárnu, sesternu obrovskou. Pak tam mají i místnost na ozvy, tam mají gaučik, křesílko, stoleček k tomu. Tam seš jak doma v obýváku. Taky postel. Tam to mají hezký. A pak ty věci na vyšetření jako váhu, tlakoměr a tak.“*

Informantka R5 navíc mluvila o vybavení porodní asistentky: *„Porodní asistentka pak měla tlakoměr, tu sadu na testování moči, přístroj na poslech ozev miminka. A pak mi třeba ukazovala rebozo šátek.“*

V souvislosti s vybavením poskytovatele péče informantka R1 uvedla, že v ní vzhled a vybavení vyvolává větší pocit jistoty: *„...A co se týče prostředí, tak to je pro mě taky hodně důležitý a pravda je ta, že vzhledem k tomu, že naše ambulance je hodně dobře vybavená, tak to vlastně ve mně vyvolává pocit jistoty...No a i to, že je jeho poradna příjemná, je moderně vybavená, čekárna je příjemně vybavená, jsou tam fotografie a tak. To jsou věci, který jsou pro mě důležitý v navození nějaký jistoty a klidu.“* Naopak pro informantku R3 není důležité, jak ordinace vypadá. Na otázku odpověděla takto: *„Jako z mého pohledu určitě ne. Jako já do tý ordinace, co chodím, tak tam to mají moc hezký a mám to tam ráda. Je to tam takový normální.“*

Informantka IN1 mluvila o vybavení pracovníků ve venkovských oblastech, kteří docházejí do domácího prostředí žen, takto: *„Základní vybavení bude stejné. Budou mít váhu, přístroj na měření krevního tlaku, také mají testovací sady na detekci anémie a testování moči. Ale například testy na virová onemocnění neudělají.“*

Informantka IN2 navíc hodnotila rozdíl vybavení mezi státními a soukromými nemocnicemi: *„Státní nemocnice už mají i lepší vybavení než dříve. Ale stále je pro nás mnohem pohodlnější navštívit soukromou nemocnici.“* Rozdíl mezi těmito nemocnicemi popsala slovy: *„Je to jako*

když letíte v letadle a máte letenku economy nebo první třídu. Vidíte tam ten rozdíl?“ Všechny dotazované ženy z Indie mají poměrně vysoké socioekonomické postavení, navštěvují tedy soukromé městské nemocnice, samy nemají zkušenost se státními nemocnicemi a nedokáží tak přesně popsat péči a vybavení v nich.

3.5.4 Faktory ovlivňující prenatální péči

Informantkám byly pokládány otázky ohledně víry, socioekonomického statusu a kastovního systému ve vztahu k poskytované péči. Na základě těchto otázek byla kategorie rozdělena do podkategorií: *Víra a náboženství*, *Socioekonomický status*, *Kastovní systém*. Na otázky ohledně víry odpovídaly informantky z obou zemí. O socioekonomickém statusu žen mluvily informantky z České republiky, na otázky týkající se kastovního systému odpovídaly pouze informantky z Indie.

Podkategorie 1 – Víra a náboženství

Informantky byly dotazovány, zda jsou věřící a zda si myslí, že víra může nějakým způsobem ovlivňovat poskytovanou prenatální péči.

Informantky R2, R3 a R4 na otázku, zda jsou věřící, odpověděly jednoznačně ne. Informantky R1 a R5 uvedly, že se nehlásí k žádné konkrétní víře, dále ale uvedly:

R1: *„No. Já sice v Boha věřím, ale není to vyloženo o tom, že bych vyloženo vyznávala nějaké náboženství.“*

R5: *„Ne. Myslím, že jsem spíše spirituální člověk, ale žádné konkrétní náboženství nevyznávám.“*

Informantky IN3, IN4 a IN5 uvedly, že věřící jsou. Informantky IN3 a IN4 vyznávají hinduismus. Informantka IN3 uvedla toto: *„Ano. Nějakým způsobem jsem věřící. Ale spíše spirituálně. Sama jsem hinduistka, která si vzala budhistu.“*

Na otázku, zda si informantky myslí, že víra nějakým způsobem ovlivňuje poskytovanou péči, informantka R3 odpověděla, že by se tak v dnešní době dít nemělo: *„Tak jako nikdy jsem nad tím nepřemýšlela, ale myslím si, že by se v dnešní době neměly dělat žádné rozdíly.“*

Informantka R1 mluvila především o problematice potratů. Sama se s chováním zdravotníků ovlivněným vírou nesetkala. Její odpověď byla tato: *„Tak tam jde asi o to, že já vlastně nevím, jaký tam jsou stanovky k tomu, ale jediný, co mě napadá, tak je potrat. A já sama bych*

to brala, ale nemyslím si, že je to ovlivněný náboženstvím, ale myslím si, že je to o tý osobnosti člověka, že ve chvíli, když bych otěhotněla a to miminko by bylo postižený nebo prostě byl by nějaký problém, tak bych na potrat šla a neměla bych pocit, že se musím zpovídat Bohu. Ale neumím si představit, že bych jen tak otěhotněla a jen tak šla na potrat. Ale nemám pocit, že by to bylo proto, že věřím v Boha a že by mě Bůh mohl potrestat. Je to prostě proto, že mám pocit, že mám v sobě malýho tvorečka a že ho prostě jen tak nezabiju... “

Informantka R2 uvedla, že by měl lékař respektovat rozhodnutí ženy nehledě na její či lékařovo přesvědčení: *„Já si myslím, že se ten doktor nebude chovat jinak. Že nebude nějak rozlišovat, jestli žena něčemu věří nebo ne. Myslím, že ji nebude přesvědčovat o opaku nebo že ji nebude nic vnucovat. A pokud by ji přesvědčoval, že má udělat něco jinak, než sama chce, tak já bych na jejím místě hledala jinýho doktora, který mě bude respektovat.“*

Informantka R4 zase zmínila odmítnutí transfuzí některými věřícími: *„Nemyslím si. Asi by to mohlo mít vliv v takových případech, kdy určité náboženství zakazuje ženě třeba transfuze, to pak jo. Ale nemyslím si, že když přijde žena, která bude křesťanka, tak se k ní doktorka bude chovat jinak.“*

Stejně tak informantka R5 uvedla, že si myslí, že ženy mohou na základě náboženství odmítat určité zdravotnické výkony. Žádná z dotazovaných informantek ale neuvedla, že by byla ona sama ovlivněna vírou nebo že by se sama sekala se zdravotnickým personálem, u kterého by víra jeho péči výrazně ovlivňovala.

Na stejnou otázku jsem se ptala i žen z Indie. Informantky IN2 a IN4 odpověděly, že některé ženy mohou věřit, že je dítě dar od Boha, a tedy nemají nijak zasahovat do těhotenství. Z tohoto důvodu mohou dané ženy například odmítat nabízená vyšetření. Odpověď informantky IN2 zněla takto: *„Ano, možná. Ale nemyslím si, že má takový vliv každé náboženství. Ale určitě jich tu je pár, která říkají striktně, že by žena neměla chodit do center plánovaného rodičovství. Protože věří, že dítě je dar od Boha, a tak by do toho neměli nijak zasahovat. I kdyby měli pět nebo šest dětí. Ale jak už jsem řekla, poslední roky se to mění... “* Informantka IN3 si myslí, že v dnešní době už vírou poskytovaná péče ovlivněná není tak moc, jako to bylo dříve. Zároveň si myslí, že je tomu jinak ve městech a na vesnicích. Že se přístup žen mění v průběhu let odpověděla i informantka IN2. Informantka IN5 na otázku odpověděla, že neví, ale že tu určitá možnost je.

Podkategorie 2 – Socioekonomický status

Na otázku, zda si informantky myslí, že může péči ovlivnit vzdělání nebo například pracovní pozice těhotné ženy, odpovídaly pouze informantky z České republiky. Informantky R2, R3, R4 a R5 jednoznačně odpověděly, že by péče takovými faktory neměla být ovlivněna. Informantka R1 uvedla, že dle jejího názoru každá žena dostane stejnou péči, tedy že ji budou nabídnuta vždy stejná vyšetření, ale zároveň si myslí, že může být ovlivněn přístup personálu k ženě a jejich chování: *„Tak určitě. Stoprocentně. Já si myslím, že i když člověk nechce mít předsudky, tak je má. A já si myslím, že pocházím z nějaké vyšší střední vrstvy, oba s manželem pracujeme a máme našetřené peníze a nekouříme, nepijeme, nebereme drogy, prostě jsme taková normální rodina. A takže jsem se vlastně nesetkala s tím, že by ke mně někdo přistupoval jako k někomu jakoby špatně...Ale věřím tomu, že pokud do porodnice přijde maminka, která je z nějaké nižší sociální vrstvy, nebo maminka, která je na nějakých drogách, tak ten personál, ať chce nebo ne, tak k ní přistupuje jinak...Né tak ony dostanou tu stejnou prenatální péči, kterou jsem dostala já...že prostě ta prenatální péče je poskytovaná úplně stejně. Dostanou stejná vyšetření ve stejné frekvenci a tak. Takže nemyslím si, že by to bylo úplně tak daný, že kdo nemá nějaké postavení, tak nemá právo nebo že má horší poskytovanou péči.“*

Podkategorie 3 – Kastovní systém

Na otázku týkající se kastovního systému odpovídaly výhradně ženy z Indie. Informantky IN3, IN4 a IN5 odpověděly, že určitá forma kastovního systému stále existuje. Zároveň uvedly, že je v posledních letech snahou vlády, aby diskriminace na základě kast neprobíhala. Informantka IN3 uvedla: *„Ano, kastovní systém stále existuje. Vláda se ale snaží proti takovému rozdělení společnosti bojovat. Mají například zákon na poskytování studia nebo nějaké pracovní pozice.“* Informantky IN4 a IN5 opět uvedly, že je rozdíl ve fungování kastovního systému na vesnicích a ve městech. Odpověď informantky IN4 byla tato: *„Do jisté míry ano. Vláda se snaží zavádět pravidla proti kastovní diskriminaci. Ale myslím si, že například na venkově je kastovní systém stále velká věc. Ve městech už si nemyslím, že by kasty nějak ovlivňovaly život.“*

Ženy byly poté dotazovány, zda si myslí, že kastovní systém ovlivňuje poskytovanou péči. Odpovídaly stejně jako na předchozí otázku, tedy že je dle jejich názoru rozdíl ve městech a vesnicích. Informantka IN4 také odpověděla, že spíše než kastou, je péče ovlivněna finančními prostředky žen: *„Nemyslím si, že kasty přímo. Myslím si, že spíše věci, které z nich*

plynou. Pokud je člověk chudý, tak nemusí mít možnost dostat se do nemocnice nebo k lékaři. A určitě nemá peníze na soukromou nemocnici.“ Informantka IN5 uvedla, že v městských státních nemocnicích dostane každá žena stejnou péči, nehledě na kastu: „Zase si myslím, že to bude spíš na venkově. Pokud půjdete ve městě do státní nemocnice, asi to nijak neovlivní. Tam dostane zdravotní péči každý.“

3.5.5 Financování péče

Informantky byly dotazovány na systém financování péče v jejich zemi. Na základě rozdílných odpovědí byla následující kategorie rozdělena na podkategorie *Financování péče v ČR* a *Financování péče v Indii*

Podkategorie 1 – Financování péče v ČR

Informantky z ČR na otázku financování prenatalních poraden uvedly, že v jejich zemi existuje zdravotní pojištění, ze kterého je péče hrazena. Jednotlivé informantky uváděly, že byla určitá vyšetření, která jejich zdravotní pojišťovna nehradila. Informantky R4 a R5 zmínily, že je v ČR povinnost platit zdravotní pojištění. Odpověď informantky R4 zněla takto: *„Každý prostě měsíčně musí platit nějakou částku, to je povinně, i když vám nic není. A z těchto peněz se pak platí, co potřebujete.“* Všechny informantky se shodly na platbě prvotrimestrálního screening, který v současné době není pojišťovnami hrazen. Stejně tak informantka R2 uvedla, že si hradila nadstandardní ultrazvukové vyšetření ve 36. týdnu těhotenství: *„Hradila jsem si ten prvotrimestrální screening. A v tom 36. týdnu jsem si taky hradila ultrazvuk u svého gynekologa.“* Informantka R1 navíc mluvila o jakýchsi nadstandardních balíčcích, které si mohou ženy zaplatit u některých gynekologů: *„Ale třeba vím, že kamarádka chodila v jiném městě k paní doktorce, tak ona, aby měla ultrazvuk při každé poradně, tak si musela zaplatit takový jako speciální balíček a ten stál tisíc korun a vlastně v rámci toho měla jakože nadstandardní péči, která pro mě byla úplně standardní“* Informantky R1 a R5 si mimo zmíněný screening platily i služby porodní asistentky. Informantka R5 uvedla: *„To bylo zase jiné u porodní asistentky a gynekologa. U gynekologa jsem to měla hrazené ze zdravotního pojištění, tam jsem si platila jen první screening, jinak nic. A porodní asistentku jsem si platila ze svých peněz. To mi pojištění nekrylo.“*

Podkategorie 2 – Financování péče v Indii

Odlišně od České republiky funguje systém zdravotní péče a zdravotního pojištění v Indii. Informantky uváděly, že existují dva základní typy nemocnic, soukromé a státní. Všechny informantky sdělily, že je péče ve státních nemocnicích pro všechny zdarma, stejně tak určité léky. Dále všechny uvedly, že v Indii neexistuje povinnost platit zdravotní pojištění, jako je tomu v ČR. Dle jejich slov ale existují možnosti, jak si zdravotní pojištění platit. Například informantka IN1 uvedla: *„V Indii máme spoustu různých soukromých pojišťoven. Některé nemocnice mají své pojištění, které si lidé platí a pak je z nich placená péče. 80 % nemocnic vám poskytne pojištění. Ale není tu žádné pojištění pro 100 % lidí z Indie. U vás to asi funguje tak, že má každý povinnost platit vládě nějakou částku jako zdravotní pojištění, je to tak? A pak z tohoto pojištění platí zdravotní služby. V Indii nic takového nemáme. Není tu žádná povinnost. Jsou tu určité soukromé organizace a nějaké vládní pojištění. Ale je to na každém člověku. Ne každý si takovou věc může dovolit. Ale jsou lidé, kteří si pojištění platí. A pak jsou také lidé, kteří všechno platí z vlastních peněz. Takže přijdou do nemocnice a zaplatí si sám za služby, které mu jsou poskytnuty.“*

Informantky IN2, IN3, IN4 a IN5 odpověděly, že za jejich prenatální péči platil zaměstnavatel. Odpověď informantky IN4 byla taková: *„Jelikož jsem chodila do soukromé nemocnice, péči za mě platil můj zaměstnavatel. Ale v Indii je to různě. Když chodíte do vládní nemocnice, tak péči neplatíte, ani většinu léků. Ale péče není tak dobrá. Když chodíte do soukromé, musíte si péči platit samy. Nebo vám ji platí váš zaměstnavatel.“* Informantka IN2 řekla, že by se dalo obecně říct, že je péče dostupná všem ženám, jen v rozdílné kvalitě: *„No. Je to tak především pro lidi, kteří si můžou dovolit platit za soukromé nemocnice. Většinou je to tak, že péči mají kompletně hrazenou, protože za ně platí společnost, pro kterou pracují. Ale to záleží na ekonomické situaci těhotné ženy. Ale obecně by se dalo říct, že je péče dostupná všem ženám, jen v různé kvalitě. Protože v dnešní době už mají i státní nemocnice, které jsou provozovány vládou, velmi dobré vybavení. Takže je péče dostupná všem.“*

Informantka IN3 zmínila, že je péče v soukromých nemocnicích nedostupná pro chudé a střední třídu: *„V Indii obecně fungují dva typy nemocnic. Jedny jsou vládní, ty jsou financovány vládou. Zde je péče zdarma nebo za velmi malé poplatky. A druhé jsou soukromé, která nejsou financovány vládou, ale například nějakými společnostmi. A tam je péče velice drahá. Takže si ji chudí a střední třída nemohou dovolit.“* Konkrétně o její

zkušenosti a financování péče pak uvedla toto: „*Společnost, ve které pracuji. Máme tu pracovníka, který zařizuje zdravotní péči. Vždy nám doporučí specialistu v daném oboru. Má společnost spolupracuje s nemocnicí, ve které jsou lékaři různých specializací. Takže i gynekolog.*“

3.5.6 Důležitost prenatálních poraden

Všechny z deseti dotazovaných žen uvedly, že je pro ně prenatální péče důležitá. Především z důvodu, že lze dopředu odhalit případné komplikace, a také proto, že chtějí vědět, že je jejich dítě v pořádku. Informantka R3 uvedla, že díky prenatálním vyšetřením byla klidnější: „*Myslím si, že určitě. Já byla ráda za každou návštěvu. Čím víc vyšetření, tím jsem byla spokojenější. Jako samozřejmě nikdy nevíš, co se stane, ale člověk je prostě klidnější. Kdyby bylo na mně, tak bych chodila každý týden.*“ Informantka IN2 také uvedla: „*My nevíme, jaká je situace a v jaká zdravotní kondici jsme. A to může mít velký vliv na dítě. A s tím nám může pomoci prenatální péče. Odhalit, když je něco špatně.*“ Informantka R1 mimo jiné uvedla, že je pro ni při poskytování péči důležitá ochota lékaře, dostatečná komunikace a slušnost. Také uvedla, že je důležitá praxe lékaře a jeho zkušenosti: „*No. Tak když vezmu toho obvodního gynekologa, tak tam je pro mě důležitý to, že tam se mnou ten doktor komunikuje. A je schopnej a ochotnej zodpovědět moje otázky. A můžou to být otázky opravdu i na tělo. Protože myslím si, že v těhotenství vyvstane spousta otázek, které žena potřebuje zodpovědět. A je fajn, když tam je navázaný nějaký vztah. Pro mě osobně je komunikace nejdůležitější. Očekávám, že se ke mně budou chovat slušně...A je pro mě i důležitá praxe toho doktora, že vím, že už má nějaký zkušenosti...*“

4 DISKUZE

V praktická částí této bakalářské práce byly analyzovány a vyhodnocovány polostrukturované rozhovory vedené s informantkami z České republiky a z Indie. Celkem bylo provedeno 10 rozhovorů, z toho 5 se ženami z České republiky a 5 se ženami z Indie. Všechny z dotazovaných žen měly vlastní zkušenost s poskytovanou prenatální péčí v jejich zemi v minulých pěti letech, jedna z informantek byla indická lékařka pracující v oboru gynekologie a porodnictví. Výsledky analýzy těchto rozhovorů budou shrnuty níže.

Průzkumná otázka č. 1: Jak probíhají prenatální poradny v České republice a v Indii?

Odpovědi na tuto otázku jsou obsaženy především v kategorii 3.5.1. *Zkušenost s poskytovanou prenatální péčí* v podkategorii *Poskytovatel péče* a v kategorii 3.5.2 *Prenatální poradna*. Subkategorie *Prováděná vyšetření* stahující se ke kategorii *Prenatální poradna* bude rozebrána u průzkumné otázky č. 2.

Z odpovědí v kategorii *Zkušenost s poskytovanou prenatální péčí* v podkategorii *Poskytovatel péče* vyplývá, že ať už ženy z České republiky, nebo z Indie, v rámci prenatálních poraden navštěvují lékaře z oboru gynekologie a porodnictví. Dvě z pěti informantek z České republiky navíc uvedly, že mimo pravidelných prenatálních poraden u svého gynekologa využily služeb soukromých porodních asistentek, které mají dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. kompetence ke sledování fyziologického těhotenství (MZČR, 2021). Adámková (2015, s. 77) ve své bakalářské práci uvádí, že pouze minimální procento žen v České republice nenavštěvuje pouze prenatální poradny vedené lékaři, ale vyhledá služby porodních asistentek. Stejně tak ve své práci uvádí, že si ne všechny ženy mohou určit svého poskytovatele péče, jelikož není služba porodní asistentky hrazená z veřejného zdravotního pojištění, tudíž si péči žena musí platit z vlastních prostředků. Tuto skutečnost uvedly i informantky R1 a R5 v kapitole 3.5.5 *Financování péče* v podkategorii *Financování péče v ČR*.

Z odpovědí indických informantek vyplývá, že v jejich zemi existuje hned několik poskytovatelů prenatální péče poskytujících služby v rozdílné kvalitě. Mimo lékaře, ať už v soukromých, nebo státních nemocnicích, existují například tzv. ASHAs pracovnice navštěvující ženy na venkově, které nemají dostatečné finanční prostředky k tomu, aby mohly pravidelně docházet do poraden vedených lékaři. Tyto pracovnice ale nemají vybavení k poskytnutí komplexní prenatální péče, jako je tomu v nemocničních zařízeních. ASHAs jsou tedy schopny poskytnout základní péči těhotné ženě, edukovat ji v oblasti hygieny,

nutrice, nerizikového chování, důležitosti bezpečného porodu, dále je schopna zprostředkovat základní suplementy užívané v těhotenství, nutriční balíčky a hygienické pomůcky (Government of India, 2023).

Dále byly ženy dotazovány na četnost prenatalních poraden. Odpovědi jsou uvedeny v kategorii 3.5.2 *Prenatální poradna* v podkategorii *Četnost návštěv*. Ženy z České republiky docházely do prenatalních poraden v souladu s doporučenými postupy platnými v České republice, tedy na počátku těhotenství jednou za 4-6 týdnů, ke konci těhotenství uváděly poradny jednou za týden až dva. Po termínu porodu už se jednalo o kontroly dvakrát do týdne. Mimo pravidelné prenatalní poradny ženy podstoupily další doporučená vyšetření, která zvyšovala četnost návštěv u lékaře. Stejnou četnost prenatalních návštěv uvádí ve své bakalářské i Urbánková (2014, s. 51), jejíž práce se zabývala dodržováním koncepce prenatalní péče z pohledu těhotných žen. Celkem provedla rozhovory s osmi těhotnými ženami.

Dle doporučených postupů platných v Indii by měla každá žena navštívit prenatalní poradnu alespoň čtyřikrát v průběhu celého těhotenství (Government of India, 2021, s. 15). Informantky žijící v Indii uvedly, že navštěvovaly prenatalní poradny vždy jednou za měsíc a že se četnost návštěv opět zvýšila na konci jejich těhotenství. Nutno ale zmínit, že mými informantkami byly pouze ženy navštěvující soukromé nemocnice, tedy ženy žijící ve městech mající dostatečné finanční prostředky. Informantka IN1 navíc uvedla, že ženy navštěvující nemocnice podstoupí celkem 12 prenatalních poraden.

Průzkumná otázka č. 2: Jaká vyšetření jsou součástí prenatalních poraden?

Jak už bylo zmíněno výše, problematika prenatalních vyšetření je nastíněna v kategorii 3.5.2 *Prenatální poradna* v podkategorii *Prováděná vyšetření*. Dle odpovědí informantek byla podkategorie dále rozdělena na *Pravidelná vyšetření*, *Ultrazvuková vyšetření*, *Screeningová vyšetření*, *Screening gestačního diabetu*, *Vaginorektální stěr*, *Krevní testy* a *Suplementy během těhotenství*. Mezi pravidelná vyšetření informantky uváděly měření krevního tlaku, analýzu moči testovacím proužkem na přítomnost bílkoviny a cukru, určení hmotnosti informantky a odběr anamnézy. Zmíněná vyšetření probíhala u všech informantek neohledně na zemi, z které pocházejí, nebo zda jim byla poskytována lékařem či porodní asistentkou. Dle doporučených postupů ČHPS ČLS JEP (2021, s. 2) mezi pravidelná vyšetření dále patří zevní vyšetření, detekce vitality plodu a dle zvážení lékaře vaginální vyšetření. O zevním vyšetření

prováděném lékařem se zmínila pouze informantka R1, stejně tak uvedla, že při poradnách podstupovala vaginální vyšetření. Informantka R5 pak uvedla, že ji zevní vyšetření prováděla při svých kontrolách porodní asistentka. Informantky z Indie uváděly zmíněná pravidelná vyšetření také.

Dle studie vydané v roce 2022 (Kaushal et al.) přes 45 % indických žen žijících ve městech a zhruba 52 % žen žijících na vesnicích trpí určitou formou anemie. V 20-40 % je pak anemie jedním z faktorů mateřské úmrtnosti v Indii. Z tohoto důvodu je ženám mimo uváděná pravidelná vyšetření dále prováděn každou prenatalní poradnu test na přítomnost anemie. Dotazované ženy dále uváděly jako součást prenatalních poraden ultrazvuková vyšetření. Tři z pěti dotazovaných informantek z ČR uvedly, že jim bylo ultrazvukové vyšetření prováděno každou prenatalní poradnu. Stejně tomu bylo i v případě informantek z Indie.

Mezi nepravidelná vyšetření pak informantky řadily ultrazvuková screeningová vyšetření. Všechny informantky z ČR i Indie uvedly, že jim bylo provedeno screeningové vyšetření třikrát, a to na počátku těhotenství, dále pak jednou mezi 20. a 21. týdnem a jednou mezi 30. a 31. týdnem. Informantky R2 a R3 navíc uvedly, že podstoupily ultrazvukové vyšetření ve 36. týdnu těhotenství, které mělo určit případné růstové restriktce plodu. Čtyři informantky z ČR uvedly jako součást prvního screeningu odběr krve. Informantka z Indie IN1 uvedla, že screening v druhém trimestru slouží k odhalení případných vrozených vývojových vad a screening v trimestru třetím ke kontrole růstové restriktce. Hloupá (2022, s. 59) ve své bakalářské práci uvádí, že 87 % respondentek, tedy těhotných žen v ČR, bylo vyšetřeno v rámci prvního screeningového vyšetření pomocí ultrazvuku a odběru krve. Ve výzkumu Hloupé, stejně jako v mém, nebyla žádná respondentka, která by vyšetření nepodstoupila.

Informantky dále zmiňovaly screening gestačního diabetu. Čtyři informantky z České republiky vyšetření podstoupily. Informantka R5 uvedla, že po dohodě s lékařem vyšetření odmítla. Informantky R1 až R4 popisovaly, že jim byla v první fázi odebrána venózní krev pro stanovení hodnoty glykémie nalačno, poté jim byl dán k vypití roztok glukózy a stanovovaná hodnota glykémie hodinu a dvě hodiny po vypití roztoku. Toto vyšetření jim bylo provedeno mezi 24. a 26. týdnem těhotenství. O odběru krve ke stanovení glykémie v prvním trimestru se nezmínila žádná z informantek z ČR, odběr krve zmínila informantka IN5, tedy jedna ze čtyř dotazovaných Indek. Informantka IN1 uvedla, že je těhotným ženám v Indii běžně prováděn oGTT již v prvním trimestru těhotenství. V případě pozitivního výsledku nebo zatížené rodinné anamnézy je pak test prováděn znovu mezi 28. a 32. týdnem

těhotenství. Himansu (et al., 2022, 484-490) ve svém výzkumu zmiňuje provádění oGTT těhotným indickým ženám mezi 24. a 28. týdnem těhotenství. Průběh vyšetření je popisován podobně, jako je tomu v České republice, žilní krev je ale odebírána pouze po dvou hodinách od vypití glukózového roztoku. Do jeho výzkumu pak byly zařazeny ženy jak z venkovských, tak městských oblastí.

Vyšetření na detekci streptokoků skupiny B podstoupily pouze informantky z České republiky. Vaginorektální stěr byl proveden všem informantkám, jedna z pěti uvedla, že se jednalo o 35. nebo 36. týden těhotenství. Ghia a Rambhad (2021) uvádějí, že GBS vyšetření v Indii plošně neprobíhá. Antibiotika jsou pak podávána pouze rizikovým rodičkám.

Informantky dále uváděly, že jim byla v rámci prenatalních poraden odebírána žilní krev. Odpovědi však byly poměrně nespecifické. Dvě z pěti českých informantek uvedly odběr krve v rámci prvotrimestrálního screeningu. Z odpovědí těchto informantek vyplývá, že nejsou dostatečně informovány o důvodu odběru krve. Odpovědi indických žen pak byly o něco přesnější. Ženy uváděly odběry krve pro stanovení hladiny cukru, vitamínů a minerálů, dále bylo zmíněno stanovení hormonu TSH a testy na virová onemocnění. Na základě těchto výsledků je pak ženám doporučována suplementace potřebných vitamínů a minerálů. Tyto suplementy jsou poskytovány všem ženám zdarma.

Průzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem probíhá financování poskytované péče?

Odpovědi informantek na tuto průzkumnou otázku byly analyzovány a vyhodnoceny v kapitole 3.5.5 *Financování péče*, podkapitoly *Financování péče v ČR a Financování péče v Indii*. Všechny dotazované ženy využívající zdravotní péči v České republice uvedly, že je v jejich zemi veřejné zdravotní pojištění, které má povinnost platit každý občan v ČR. Z tohoto pojištění je pak hrazena péče, která je jim během těhotenství poskytována. Dále uváděly, že z veřejného pojištění není v současné době hrazen kombinovaný prvotrimestrální screening. Jedna z pěti informantek navíc uvedla hrazené ultrazvukové vyšetření ve 36. týdnu gravidity, který měl odhalit případné růstové restriktce plodu. Dvě z pěti informantek navíc využívaly služeb soukromých porodních asistentek, jejichž péče není hrazená pojišťovnou.

Dle odpovědí indických informantek je systém financování zdravotní péče poněkud složitější. Veřejné zdravotní pojištění, jako je tomu v ČR, neexistuje. Naopak je možné vybrat si z mnoha různých pojištění, které nabízejí soukromé pojišťovny, popřípadě přímo soukromé

nemocnice. Poskytovaná péče je pak rozdílná v soukromém a státním sektoru. Ve státním je péče pro obyvatele Indie zcela zdarma. Problematická je ale kvalita poskytované péče. Jak uvádí Tomášková (2018, s. 63) ve své bakalářské práci, takové nemocnice často nesplňují základní hygienické požadavky, popřípadě péči poskytuje nekvalifikovaný personál. V soukromém sektoru je pak péče na mnohem vyšší úrovni. Informantky ale uváděly, že je taková péče z důvodu nedostatečných finančních prostředků nedostupná pro chudé či střední třídu. Binasová (2013, s. 42), která se zabývala souvislostmi postavení žen v Indii s mateřstvím, dále uvádí, že ve státním sektoru není individuální přístup ke klientům, ale spíše funguje systém skupinové péče.

Průzkumná otázka č. 4: Jakým způsobem ovlivňuje náboženství a socioekonomické postavení ženy poskytovanou prenatální péči?

Analýzou a vyhodnocením odpovědí na tuto průzkumnou otázku se zabývá především kapitola 3.5.4 *Faktory ovlivňující prenatální péči*, podkapitoly *Víra, náboženství, Socioekonomický status* a *Kastovní systém*. Ženy byly prvně dotazovány, zda jsou samy věřící. Tři z pěti českých informantek odpověděly jednoznačně ne. Zbylé dvě neuvedly konkrétní víru, mluvily ale o určité spiritualitě a víře v „něco víc“. Tři z pěti indických informantek uvedly, že věřící jsou, dvě z nich vyznávají hinduistickou víru. Následně byla všem informantkám položena otázka, zda si myslí, že vyznávané náboženství může ovlivnit poskytovanou prenatální péči. Ani jedna z dotazovaných informantek neuvedla, že by se ve vztahu k víře setkaly s diskriminačním chováním zdravotnického personálu. Jedna česká informantka pouze zmínila problematiku potratů, které jsou některými náboženstvími odmítány. Další dvě ženy z ČR uvedly, že by péče mohla být ovlivněna vírou těhotné ženy. A to tak, že na základě víry může odmítnout určité výkony, popřípadě krevní transfuze. Dvě z pěti indických žen na tuto otázku odpověděly obdobně. Tedy že ženy mohou odmítat nabízená vyšetření z přesvědčení, že by mohly ublížit plodu. Zároveň uvedly, že ženy věří, že je dítě dar od Boha, a tudíž se do těhotenství nemá nijak zasahovat. Jedna z informantek uvedla, že by v dnešní době péče vírou neměla být ovlivněna tolik, co dříve. Rozdíl ale vidí ve městech, kde je větší koncentrace vzdělaných lidí, a na vesnicích. Vliv náboženství na těhotenství hodnotí také Binasová (2013, s. 43), která ve své práci uvádí: „*V obou hlavních náboženstvích vyznávaných v Indii je manželství a plození dětí pokládáno za naprostou*

nutnost, a proto jsou problémem vysoké populační přírůstky, které negativně ovlivňují ekonomický rozvoj republiky“.

Na otázku ohledně socioekonomického statusu odpovídaly pouze informantky z České republiky. Čtyři z pěti dotazovaných jednoznačně odpověděly, že postavení ženy ve společnosti nijak neovlivňuje poskytovanou péči zdravotnickým personálem. Jedna informantka si myslí, že ženám budou nabízena a prováděna všechna vyšetření stejně. Co se ale může lišit, je chování personálu vůči dané ženě. Informantky z Indie pak byly dotazovány, zda si myslí, že je poskytovaná péče nějakým způsobem ovlivněna stále existujícím kastovním systémem. Informantky uváděly, že je v posledních letech snaha diskriminaci na základě kastovního systému z indické společnosti odstranit. Zároveň ale ženy uváděly, že je rozdíl, zda se jedná o lidi na vesnicích či městech. Všechny ženy odpověděly, že prenatální péče nebude kastovním systémem nijak ovlivněná. Dále ale uváděly, že péči velmi ovlivňují finanční prostředky ženy, které s kastou více či méně souvisí. Nutno podotknout, že všechny z dotazovaných informantek měly vysokoškolské vzdělání, žily ve městech a měly dostatečné prostředky k docházení do soukromých nemocnic. Dá se tedy předpokládat, že patří do kast blíže k vrcholu hierarchického žebříčku. Dle studie konané mezi lety 2019 a 2020 se k nejvyšší kastě, Brahminům, zařazují 4 % Indů, dalších 30 % do širokého seskupení kast blíže vrcholu indického kastovního systému. 68 % se identifikuje jako členi nižších kast, z toho 34 % „Nedotknutelní“ neboli dálité (Sahgal et al., 2021). Tomášková (2018, s. 63) ve svém výzkumu, který se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o pacienty vyznávající hinduismus uvádí, že kastovní systém stále velmi ovlivňuje život Indů. Ať už je to ve věcech jako sňatek, od jakých osob se může daný člověk nechat ošetřovat nebo dokonce jaké potraviny může jíst.

Průzkumná otázka č. 5: Jak hodnotí ženy poskytovanou prenatální péči?

Jako poslední byly ženy dotazovány, zda byly s poskytovanou péčí spokojené a zda jim přijde prenatální péče důležitá. Jejich odpovědi jsou v kapitolách 3.5.2 *Prenatální poradna* podkapitola *Spokojenost informantek* a 3.5.6 *Důležitost prenatálních poraden*. Všechny dotazované informantky odpověděly, že byla prenatální péče dostatečná. Jedna z českých informantek zmínila určité odlišnosti v kvalitě prováděných vyšetření jednotlivými lékaři. Další informantka uvedla, že by v případě dalšího těhotenství znovu využila služeb porodní asistentky z důvodu větší podpory během těhotenství. Spokojené byly i informantky z Indie.

Jediný nedostatek vidí v nemožnosti určit pohlaví dítěte před porodem. O této problematice hovoří i Binasová (2013, s. 42). V minulosti docházelo v Indii k selektivním potratům na základě pohlaví. Dívky byly pro svou velkou finanční zátěž pro rodinu nežádoucí, ženy tedy rodily převážně chlapce. Na základě toho bylo v roce 1994 zjišťování pohlaví prenatálně zakázáno.

Všechny informantky zároveň uvedly, že je prenatální péče důležitá. Výhodu viděly v možnosti odhalit případné komplikace těhotenství včas. Zároveň chtěly být ujistěny, že je jejich dítě v pořádku.

5 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla prenatální péče poskytovaná ženám v České republice a v Indii. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a průzkumnou. Na začátku teoretické části jsou vysvětleny hlavní pojmy z multikulturního ošetrovatelství, následují specifika multikulturního ošetrovatelství obecně, poté specifika péče o ženu vyznávající hinduismus. Pro lepší pochopení potřeb indických žen jsou do teoretické části zařazeny základní informace o Indii, hinduismu a kastovním systému. Následuje kapitola zabývající se prenatální péčí, která vychází z doporučených postupů vydaných indickou vládou. Doporučené postupy jsou určeny hlavně pro primární poskytovatele péče, tedy zdravotníky pracující v komunitách, popřípadě v malých nemocnicích. Dále je nastíněno fungování systému zdravotní péče dostupné indickým ženám. Další část teorie se zabývá prenatální péčí, která je poskytována ženám v České republice, opět vycházející z dostupných doporučených postupů. Na závěr je vysvětlen systém péče v České republice. Tímto teoretická část splňuje stanovené teoretické cíle.

V průzkumné části byly analyzovány polostrukturované rozhovory metodou otevřeného kódování. Do průzkumu bylo zapojeno 10 žen, 5 z České republiky a 5 z Indie. Všechny ženy měly osobní zkušenost s poskytovanou prenatální péčí v dané zemi v posledních pěti letech. Vzhledem k velké vzdálenosti České republiky od Indie bylo poměrně náročné sehnat spolupracující informantky. Dalším limitem práce byla velká rozmanitost a komplikovanost indické společnosti. Do tohoto průzkumu byly zapojeny pouze vysokoškolsky vzdělané ženy žijící ve městech. Nelze předpokládat, že mají tyto ženy osobní zkušenost s fungováním prenatální péče ve vesnických oblastech, kde je péče hůře dostupná a poskytovaná v mnohem horší kvalitě. Dále bylo velice obtížné zjistit jakým způsobem probíhá péče v soukromých nemocnicích, pro které nemá indické zdravotnictví vypracované žádné doporučené postupy. Na základě zkoumaného tématu byly stanoveny jednotlivé průzkumné otázky. První otázka měla za cíl zjistit, jak probíhají prenatální poradny v České republice a v Indii, druhá, jaká vyšetření jsou součástí prenatální péče. Třetí průzkumná otázka byla zaměřena na financování poskytované prenatální péče. Čtvrtá cílila na faktory ovlivňující poskytovanou prenatální péči. Ženy byly dotazovány na vliv náboženství, socioekonomického statusu a kastovního systému na poskytovanou prenatální péči. Poslední průzkumná otázka byla zaměřena na hodnocení poskytované prenatální péče.

Dle odpovědí informantek bylo zjištěno, že prenatální poradny v České republice probíhají dle schématu doporučených postupů vydaných Českou gynekologickou a porodnickou

společností a Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně. A to jak četnost stanovených návštěv, tak doporučená vyšetření. Všechny z dotazovaných žen podstoupily všechna doporučená vyšetření ve stanoveném týdnu těhotenství, mimo jednu informantku, která odmítla screening gestačního diabetu. Poskytovatelem péče v České republice byly převážně lékaři, ve dvou případech doplnění péči soukromé porodní asistentky. V Indii nejsou vydané žádné doporučené postupy pro prenatální poradny v soukromých nemocnicích. Odpovědi informantek tedy nebylo s čím srovnat. Dále z analyzovaných rozhovorů vyplývá, že je zdravotní péče v České republice mimo výjimky, jakou je například prvotrimestrální screening, hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které má povinnost platit každý občan České republiky. Financování v Indii je pak komplikovanější a rozdílné ve státním a soukromém sektoru. Dle odpovědí informantek je péče ve státních nemocnicích zcela zdarma bez povinnosti platit zdravotní pojištění. Péče v soukromých nemocnicích je pak hrazena přímo ženami, popřípadě jejich zaměstnavateli. Náklady na péči v soukromých zařízeních jsou ale příliš vysoké pro běžnou indickou populaci. Z odpovědí dále vyplývá, že náboženská víra v České republice ovlivňuje prenatální péči minimálně, stejně jako socioekonomický status ženy. Stejně je tomu i v Indii. Dle žen spíše než poskytovanou péči, tyto aspekty ovlivňují přístup ženy k případným vyšetřením a vyhledání odborné pomoci. Informantky dále uváděly velký rozdíl mezi poskytovanou péčí ve městech a na vesnicích. Všechny dotazované ženy ale v závěru uvedly, že byly s poskytovanou péčí spokojené a že jim přišla dostatečná.

Jako přínosné bych do budoucna spatřovala zaměřit se na péči poskytovanou indickým ženám v českém zdravotnictví. I přes jistou podobnost průběhu prenatální péče spatřuji odlišnosti, které mohou být pro ženy přicházející z Indie do České republiky neznámé a matoucí. Taková skutečnost pak může mít negativní vliv na vnímání probíhajícího těhotenství, popřípadě způsobit strach z porodu v neznámém prostředí.

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Tištěné zdroje

ANDREWS, Margaret a Joyceen S. BOYLE. *Transcultural concepts in nursing care*. 7. vydání. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-1-4511-9397-8.

BERENSON-DAYER, Linda. *Cultural Competencies for Nursing, Impact on Health and Illness*. 2. vydání. Jones and Barlett Learning, 2014. ISBN 978-1-4496-8765-6

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2022. Jessenius. ISBN 978-80-7345-716-7.

ERIKSEN, Thomas Hylland. *Etnicita a nacionalismus: antropologické perspektivy*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-053-7.

HONS, Pavel. *Kasta, a basta!: pohledy na kastovní systém, tentokrát převážně zdola*. Praha: Academia, 2019. Orient (Academia). ISBN 978-80-200-2979-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. *World migration report*. Geneva: International Organization for Migration, 2021. ISBN 978-92-9268-076-3.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

NÁRODNÍ ÚSTAV LIDOVÉ KULTURY. *Malý etnologický slovník*. Strážnice: Národní ústav lidové kultury, 2011. ISBN 978-80-87261-70-5.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

PURNEL, Larry D. *Transcultural Health Care, A Culturally Competent Approach*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2013. ISBN 978-0-8036-3705-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SELVARAJ, S. et al. *India Health System Review*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2022. ISBN 978-92-9022-904-9.

6.2 Odborné články

FINKELSTEIN, J. L. et al., 2020. Anaemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. *European Academy of Nutritional Sciences* [online]. London: J. Libbey, 74 (1), 112-125 [cit. 2023-07-09]. ISSN: 1476-6540

GHIA, Canna a Gautam RAMBHAD, 2021. Disease burden due to Group B Streptococcus in the Indian population and the need for vaccine – a narrative review. *Therapeutic advances in infectious disease* [online]. London: SAGE Publications., 8:20499361211045253 [cit. 2023-04-17]. ISSN: 2049-937X

GREENE, M. J., 2007. Strategies for incorporating cultural competence into childbirth education curriculum. *The Journal of perinatal education* [online]. Washington, DC : American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics, Inc., 16(2), 33-37 [cit. 2023-3-13]. ISSN: 1548-8519.

HIMANSU, N. et al., 2022. Screening for gestational diabetes, Ahmedabad, India. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 100 (8), 484-490 [cit. 2023-04-17]. ISSN: 1564-0504.

CHOKSHI, M. et al., 2016. Health system in India. *Journal of Perinatology* [online]. Philadelphia, Pa.: W.B. Saunders, 36 (3), 9-12 [cit. 2023-02-13]. ISSN: 1476-5543.

KAUSHAL, S. et al., 2022. The Etiology of Anemia Among Pregnant Women in the Hill State of Himachal Pradesh in North India: A Cross-Sectional Study. *Cureus* [online]. Palo Alto, CA: Cureus, Inc., 14 (1): e21444 [cit. 2023-04-17]. ISSN: 2168-8184

MAZHAR, SA et al., 2021. Specific Health Protection Services In Antenatal Care Rendered by Government of India. *International Journal of Advanced Research in Gynaecology and Obstetric*. [online]. Advanced Research Publications, 2(1), 21-24 [cit. 2023-02-13]. <https://orcid.org/0000-0003-2589-2116>

MEH, C. et al., 2021. Trends in maternal mortality in India over two decades in nationally representative surveys. *BJOG: an international journal of obstetric and gynaecology* [online]. Oxford, England: Blackwell Science., 129 (4), 550-561 [cit. 2023-04-17]. ISSN: 1471-0528

ŘIHÁKOVÁ, Alena a Pavel FILO, 2010. Kulturní šok: organizace občanské společnosti jako významný aktér. *Anthropologia integra* [online]. MUNI Journals, 1 (1), 57-61 [cit. 2022-11-24]. ISSN: 1804-6665.

SARWAL, T. et al., 2023. Healthcare providers perceptions regarding the presence of Birth Companion during childbirth at a tertiary care hospital in India. *BMC Pregnancy Childbirth* [online]. BMC Pregnancy Childbirth 23 (159) [cit. 2023-3-13]. ISSN: 1471-2393. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05327-1>

6.3 Internetové zdroje

BUITENEN, J.A.B. et al., 2023. Hinduism. In: *Britannica* [online]. Copyright Britannica 2023 [cit. 2023-1-30]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/Hinduism>

CENTRE FOR HEALTH INFORMATICS OF THE NATIONAL HEALTH PORTAL, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2021. About Pradhan Mantri Surkshit Matritva Abhiyan. In: *Pradhan Mantri Surakshit Matritva Abhiyan* [online]. Copyright CHI 2020 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://pmsma.nhp.gov.in/about-scheme/>

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST (ČGPS), ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ (ČLS JEP), 2021. Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP: Zásady dispenzární péče v těhotenství. Sbíрка doporučených postupů č. 1/2021. In: *GynUltrazvuk.cz* [online]. Sekce ultrazvukové diagnostiky 2023 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy>

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST (ČGPS), ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ (ČLS JEP), 2022. Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP: Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče. Sbíрка doporučených postupů č. 1/2022. In: *GynUltrazvuk.cz* [online]. Sekce ultrazvukové diagnostiky 2023 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2023. Cizinci podle státního občanství a pohlaví k 31. 12. In: Veřejná databáze, Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad 2023 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ08&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&str=v899>

HACKET, C. et al., 2015. The Future of World Religions: Population Growth Projection, 2010-2050. In: *Pew Research Center* [online]. Copyright Pew Research Center 2023 [cit. 2023-1-30]. Dostupné z: <https://www.pewresearch.org/religion/2015/04/02/religious-projections-2010-2050/>

KNECHTOVÁ, Z. et al., 2019. Kvalitativní výzkum. In: *MUNI* [online]. Copyright Masarykova univerzita 2016 [cit. 2023-3-13]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/06-kvalitativni.html

MARTELL, Natasha, 2022. The 10 Most Important Hindu Gods and Goddesses. In: *History Cooperative* [online]. Copyright History Cooperative 2023 [cit. 2023-1-30]. Dostupné z: <https://historycooperative.org/hindu-gods-and-goddesses/>

MATERNAL HEALTH DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2014. Screening for Syphilis during Pregnancy, Technical and Operational Guidelines. In: *National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare* [online]. National Health Mission Department of Health and Family Welfare 2023 [cit. 2023-4-17]. Dostupné z: https://nhm.gov.in/images/pdf/programmes/maternal-health/guidelines/Syphilis_Doc_Low-res_5th_Jan.pdf

MATERNAL HEALTH DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2014. National Guidelines for Screening of Hypothyroidism during Pregnancy. In: *National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare* [online]. National Health Mission Department of Health and Family Welfare 2023 [cit. 2023-4-17]. Dostupné z: https://nhm.gov.in/images/pdf/programmes/maternal-health/guidelines/National_Guidelines_for_Screening_of_Hypothyroidism_during_Pregnancy.pdf

MATERNAL HEALTH DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2018. Diagnosis and Management of Gestational Diabetes Mellitus, Technical and Operational Guidelines. In: *National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare* [online]. National Health Mission Department of Health and

Family Welfare 2023 [cit. 2023-4-17]. Dostupné z: https://nhm.gov.in/New_Updates_2018/NHM_Components/RMNCH_MH_Guidelines/Gestational-Diabetes-Mellitus.pdf

MATERNAL HEALTH DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2010. Guidelines for Antenatal Care and Skilled Attendance at Birth by ANMs/LHVs/SNs. In: *National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare* [online] National Health Mission Department of Health and Family Welfare 2023 [cit. 2023-1-30]. Dostupné z: <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=3&sublinkid=839&lid=377>

MATERNAL HEALTH DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2021. Training Manual on Care During Pregnancy and Child Birth for Community Health Officer at Ayushman Bharat – Health and Wellness Centres. In: *National Health Mission, Ministry of Health and Family Welfare* [online] National Health Mission Department of Health and Family Welfare 2023 [cit. 2023-2-12]. Dostupné z: <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=3&sublinkid=839&lid=377>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Veřejné zdravotní pojištění. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2023 [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2023. Veřejné zdravotní pojištění. In: *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2023 [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/619-verejne-zdravotni-pojisteni>

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, 2022. Status of IMR and MMR in India. In: *Press Information Bureau, Government of India* [online]. National Informatics Centre 2023 [cit. 2023-4-17]. Dostupné z: <https://pib.gov.in/PressReleaseIframePage.aspx?PRID=1796436>

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2016. Health Ministry allows Birth Companions during Delivery in Public Health facilities. In: *Press Information Bureau Government of India* [online]. National Informatics Centre 2023 [cit. 2023-3-13]. Dostupné z: <https://pib.gov.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=136801>

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2021. National Family Health Survey (NFHS-5) 2019-21. In: Ministry of Health and Family Welfare [online]. Ministry of Health and Family Welfare, National Informatics Centre 2023 [cit. 2023-7-09]. Dostupné z: https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/NFHS-5_Phase-II_0.pdf

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE, GOVERNMENT OF INDIA, 2023. About accredited social health activist (ASHA). In: *National Health Mission* [online]. National Health Mission Department of Health and Family Welfare [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=150&lid=226>

MYERS, J., 2015. Which languages are most widely spoken? In: *World Economic Forum* [online]. Copyright World Economic Forum 2023 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.weforum.org/agenda/2015/10/which-languages-are-most-widely-spoken/>

RAIKAR, S. P. et al., 2023. India. In: *Britannica* [online]. Copyright Encyclopedia Britannica, Inc. 2023 [cit. 2023-4-16]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/place/India>

ŘEHÁK, J., 2018. Výběr metodou sněhové koule. In: *Sociologická encyklopedie* [online]. Sociologický ústav AV ČR [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br_metodou_sn%C4%9Bhov%C3%A9_koule

SAHGAL, N. et al., 2021. Attitudes about caste. In: *Pew Research Centre* [online]. Copyright Pew Research Center 2022 [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: <https://www.pewresearch.org/religion/2021/06/29/attitudes-about-caste/?fbclid=IwAR2LaCK1k0KzQZtSSnvsCfozVppkmKfiq3Ps99vq1RwVHUpzAq9AwVRUByE>

SAHGAL, N. et al., 2021. Religious freedom, discrimination and communal relations. In: *Pew Research Center* [online]. Copyright Pew Research Centre 2023 [cit. 2023-1-30]. Dostupné z: <https://www.pewresearch.org/religion/2021/06/29/religious-freedom-discrimination-and-communal-relations/>

SCHWARTZBERG, J. et al., 2023. India. In: *Britannica* [online]. Copyright Britannica 2023 [cit. 2023-3-13]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/place/India>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2021. In: *Ústav zdravotnických informací a*

statistiky ČR [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8586>

WILHELMOVÁ, R. et al., 2021. Prenatální péče o ženu s fyziologickým těhotenstvím. In: *MUNI MED* [online]. Copyright Masarykova Univerzita 2021 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_01_klasifikace.html

6.4 Bakalářské práce

ADÁMKOVÁ, Petra. *Komplexní prenatální péče poskytovaná porodní asistentkou versus standardní prenatální poradna a její hodnocení ženou po porodu*. Brno, 2015. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence

BINASOVÁ, Michaela. *Souvislost postavení ženy ve společnosti s mateřstvím – Indie*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence

HLOUPÁ, Jiřina. *Screeningové vyšetřovací metody v prenatální diagnostice*. Zlín, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií

TOMÁŠKOVÁ, Eva. *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta vyznávajícího hinduismus*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

URBÁNKOVÁ, Martina. *Současná úroveň dodržování koncepce prenatální péče z pohledu těhotných žen*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

7 PŘÍLOHY

Příloha A – *Struktura rozhovoru pro ženy z České republiky*.....69

Příloha B – *Struktura rozhovorů pro ženy z Indie*70

Příloha A – *Struktura rozhovoru pro ženy z České republiky*

1) Identifikační otázky

- a. Kde žijete?
- b. Kolik vám je let?
- c. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- d. Jaká je vaše profese?

2) Otázky týkající se prenatální péče

- a. Ve kterých letech vám byla poskytována prenatální péče?
- b. Jaká je vaše zkušenost s poskytovanou prenatální péčí?
- c. Kdo a kde vám poskytoval prenatální péči?
- d. Jak často jste navštěvovala prenatální poradny?
- e. Jaká vyšetření jste podstoupila?
- f. Odmítla jste nějaké vyšetření? Pokud ano, proč?
- g. Věděla jste už dopředu, jaká vyšetření vám budou nabízena?
- h. Byla podle vás prenatální péče dostatečná?
- i. Jaké bylo materiální vybavení zdravotnického zařízení?
- j. Kdo financoval prenatální péči? Jakým způsobem probíhá financování ve vaší zemi?

3) Otázky týkající se náboženství a socioekonomického statusu

- a. Vyznáváte nějaké náboženství?
- b. Myslíte si, že náboženství ovlivňuje přístup žen/poskytovatelů péče k prenatální péči?
- c. Myslíte si, že socioekonomická skupina ovlivňuje poskytovanou péči?

4) Doplnující otázky

- a. Je podle vás prenatální péče důležitá?
- b. Co konkrétně je pro vás důležité při poskytované péči?

Příloha B – *Struktura rozhovorů pro ženy z Indie*

1) Identifikační otázky

- a. Kde žijete?
- b. Kolik vám je let?
- c. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- d. Jaká je vaše profese?

2) Otázky týkající se prenatální péče

- a. Ve kterých letech vám byla poskytována prenatální péče?
- b. Jaká je vaše zkušenost s poskytovanou prenatální péčí?
- c. Kdo a kde vám poskytoval prenatální péči?
- d. Jak často jste navštěvovala prenatální poradny?
- e. Jaká vyšetření jste podstoupila?
- f. Odmítla jste nějaké vyšetření? Pokud ano, proč?
- g. Věděla jste už dopředu, jaká vyšetření vám budou nabízena?
- h. Byla podle vás prenatální péče dostatečná?
- i. Jaké bylo materiální vybavení zdravotnického zařízení?
- j. Kdo financoval prenatální péči? Jakým způsobem probíhá financování ve vaší zemi?

3) Otázky týkající se náboženství a socioekonomického statusu žen

- a. Vyznáváte nějaké náboženství? Jste Hinduistka?
- b. Myslíte si, že Hinduismus, popřípadě jiné náboženství, ovlivňuje poskytovanou prenatální péči?
- c. Existují v Indii stále kastovní systém?
- d. Myslíte si, že kastovní systém ovlivňuje poskytovanou prenatální péči?

4) Doplnující otázky

- a. Je podle vás prenatální péče důležitá?
- b. Co konkrétně je pro vás důležité při poskytované péči?