

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

**Porod u žen ve východní Africe – zdravotně sociální aspekty
poporodní péče**

**Childbirth among women in East Africa - medical and social
aspects of postnatal care**

Vedoucí práce:

PhDr. Monika Nová

Autor:

Bc. Markéta Veselá

Praha 2015

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní PhDr. Monice Nové za cenné rady, poskytnuté materiály, čas a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat neziskové organizaci Shalom for Uganda a českým lékařům za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů k výzkumné části mé diplomové práce.

Markéta Veselá

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Porod u žen ve východní Africe – zdravotně sociální aspekty poporodní péče vypracovala samostatně s použitím odborné literatury a pramenů. Současně dávám svolení k tomu, aby byla tato diplomová práce umístěna v Ústřední knihovně Univerzity Karlovy a dále používána ke studijním účelům.

V Praze dne:

Markéta Veselá

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá problematikou porodů ve východní Africe. V teoretické části se zaměřuje zejména na vysokou porodnost, porodnické a hygienické zvyklosti a rituály, zdravotnictví, alternativní medicínu a lidové léčitelské metody, poporodní péči, ale také na vysokou úmrtnost matek a jejich dětí. Odkrývá tabuizované téma ženské obřízky a jejích dopadů na porod, a popisuje skutečně těžký průběh porodu ugandské dívky Fatimy Mirembe ve vězeňské nemocnici.

Praktická část se zabývá výzkumným šetřením, které v podobě dotazníkové metody šetření zjišťuje, jaký porod a kvalitu poporodní péče mají ženy z ugandské vesnice Nyakyera a blízkého okolí. Dále zjišťuje míru a příčiny abortů a znalost skutečného příběhu Fatimy Mirembe.

Klíčová slova

Africké ženy, Fatima Mirembe, porod, porodnost, Uganda, východní Afrika, zdravotní péče, ženská obřízka

Annotation

This thesis deals with the topic of childbirth and birth delivery in Eastern Africa. The theoretical part tackles mostly the high birth rates, midwifery and hygiene habits and rituals, health system, alternative approaches in midwifery care and traditional healing methods, post-natal care as well as high maternal and infant mortality rates. It uncovers the taboo topic of female circumcision and the impact that it has on giving birth. It furthermore describes a case of an especially complicated labour of a Ugandan girl called Fatima Mirembe who gave birth in a prison hospital.

The practical part of this paper consists of a research survey that, using questionnaires, aims to find out what the women from the Ugandan Nyakyera Village and the communities nearby experience during and after the delivery and what the quality of local post-natal care is. It also describes the abortion rate in the area and common causes of abortions and it also describes the knowledge of the true story of Fatima Mirembe.

Keywords

African women, Fatima Mirembe, childbirth, birthrate, Uganda, East Africa, health care, female circumcision

Obsah

ÚVOD	10
1. GEOGRAFICKÉ VYMEZENÍ VÝCHODNÍ AFRIKY	12
1.1. Obecný přehled vybraných zemí	12
1.1.1. Uganda (Ugandská republika)	12
1.1.2. Keňa (Keňská republika).....	14
1.1.3. Tanzanie (Sjednocená tanzanská republika)	15
1.1.4. Etiopie (Etiopská federativní demokratická republika).....	16
1.1.5. Somálsko (Somálská demokratická republika).....	16
2. PORODNOST	18
2.1. Matka, aneb role ženy v africké společnosti	19
2.2. Rodina a děti.....	20
2.3. Prognóza OSN	20
2.4. Porod	21
2.4.1. Vývoj plodu.....	21
2.4.2. Definice porodu.....	21
2.4.3. Klasifikace porodu	22
2.4.4. Fáze porodu.....	22
2.4.6. Předčasný porod	23
2.4.7. Bolesti během porodu.....	23
2.4.8. Ulehčení porodu.....	24
2.4.9. Strava v těhotenství a během porodu.....	25
2.5. Porodnické a hygienické zvyklosti a rituály	26
2.5.1. Tanzanské kmeny	26
2.5.2. Další kmeny východní Afriky	28
2.5.3. Samburky z Keni	28
2.5.4. Surmové z jižní Etiopie	29
2.6. Ženská obřízka a její dopady na porod.....	29
2.6.1. Definice ženské obřízky.....	30
2.6.2. Typy ženské obřízky.....	30
2.6.3. Komplikace spojené s ženskou obřízkou.....	31
2.6.4. Ošetření dívky/ženy bezprostředně po obřízce	33
2.6.5. Pověry spojené se ženskou obřízkou	34
2.6.6. Ženská obřízka u Samburů	34
2.6.7. Historie právního boje proti ženské obřízce v Keni.....	35

3. ZDRAVOTNICTVÍ, ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA A LIDOVÉ LÉČITELSTVÍ.	37
3.5. Sociální prostředí žen	38
3.6. Zdravotní péče o rodičky	38
3.7. Zdravotní péče o kočovné kmeny.....	39
3.8. Zdravotnická zařízení.....	39
3.7.1. Léky	40
3.9. Zdravotnictví v Ugandě.....	40
3.9.4. Zdravotnická zařízení v Ugandě	40
3.9.5. Zdravotní péče v Ugandě	41
3.9.6. Prenatální (předporodní) péče v Ugandě.....	41
3.10. Alternativní medicína a lidové léčitelství	42
3.10.4. Osobnost lidového léčitele.....	42
3.10.5. Africký tanec rodiček.....	44
4. MATEŘSTVÍ JAKO RIZIKOVÉ „POVOLÁNÍ“.....	46
4.1. Nemocnost matek	46
4.1.1. Neplodnost.....	47
4.1.2. Prevence nemocí.....	47
4.2. Potrat.....	47
4.2.1. Definice potratu	48
4.2.2. Druhy potratů.....	48
4.2.3. Osvěta	50
4.3. Zdravotní komplikace u žen během porodu.....	51
4.3.1. Krvácení během porodu.....	51
4.3.2. Eklampsie	52
4.3.3. Nesprávná poloha plodu	52
4.3.4. Ženská obřízka.....	52
4.3.5. Technika Samburek při těžkém porodu	52
4.4. Zdravotní komplikace u žen po porodu.....	53
4.4.1. Poporodní kardiomyopatie	53
4.4.2. Endometritida (mateřská horečka)	53
4.4.3. Krvácení.....	53
4.4.4. Inkontinence	53
4.4.5. Deprese	53
4.4.6. Únava	54
4.4.7. Jedna ze záchranných metod Samburek po porodu	54
4.5. Hlavní příčiny úmrtí matek	54

5. ÚMRTNOST NOVOROZENCŮ, KOJENCŮ A DĚTÍ DO 5 - TI LET	56
5.1. Hlavní příčiny úmrtí dětí.....	56
5.1.1. HIV/AIDS.....	56
5.1.2. Malárie	57
5.1.3. Poruchy výživy.....	58
5.2. Perinatální období a perinatální mortalita	58
5.2.1. Příčiny perinatálního úmrtí	59
5.2.2. Rozestup mezi těhotenstvími a další hlediska perinatální úmrtnosti	59
5.3. Neonatální období a neonatální mortalita	60
5.3.1. Příčiny neonatálního úmrtí.....	60
5.4. Úmrtnost kojenců a dětí do 5 - ti let	62
5.5. Opatření k záchraně narozených dětí.....	63
5.5.1. Klokání péče	63
6. POPORODNÍ PÉČE	65
6.1. Poporodní doba	65
6.1.1. Poporodní metody	65
6.1.2. Ošetření porodních ran	66
6.2. Péče o matku po vypuzení placenty	66
6.3. Poporodní péče o novorozence.....	66
6.3.1. Aspekty poporodní péče dle WHO:.....	67
6.4. Postnatální (poporodní) péče v Ugandě.....	67
6.4.1. Inkubátory	68
6.5. Návazná péče.....	68
6.5.1. Ochrana zdraví matky a dítěte	68
6.5.2. Kojení.....	69
6.5.3. Plánované rodičovství	71
6.5.4. Antikoncepce a sterilizace.....	71
6.6. Fatima Mirembe	74
7. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	77
7.1. Cíle výzkumu	77
7.2. Hypotézy.....	78
7.3. Metody výzkumu	78
7.4. Charakteristika souboru	78
7.5. Výsledky výzkumného šetření	78
7.6. Vyhodnocení hypotéz	90
7.7. Rozhovor s českými lékaři působícími ve východní Africe.....	91
7.8. Diskuse.....	94

ZÁVĚR	96
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	98
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	105
SEZNAM PŘÍLOH.....	105
Příloha A – Dotazník pro ugandské ženy v českém jazyce	106
Příloha B - Dotazník pro ugandské ženy v anglickém jazyce	108
SUMMARY	110

Seznam zkratek

abs. – absolutní čísla

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)

aj. – a jiné

AP – Associated Press (Americká tisková a informační agentura)

atd. – a tak dále

atp. – a tak podobně

FGM - Female Genital Mutilation

HIV - Human Immunodeficiency Virus

JIP - Jednotka intenzivní péče

LBW - Low Birth Weight (Nízká tělesná hmotnost)

PÚ - Perinatální úmrtnost

MYWO - Maendeleo ya Wanawake Organization

např. - například

OSN – Organizace spojených národů

tzn. – to znamená

UDHS - Uganda Demographic and Health Survey

UN – United Nations

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)

USD – americký dolar

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Afrika – kontinent plný krásné, divoké přírody, nerostného bohatství, rozmanité kultury, tradicí a zvyků, ale i nemocí a bolestí. Cílem této diplomové práce je informovat o porodech a poporodní péči ve východní Africe. Toto téma jsem zvolila proto, že porod - kromě smrti - je jednoznačně tím nejdůležitějším mezníkem lidského života. Dalším impulzem pro napsání této práce byla má stáž v Africe, kde jsem poznala tento kontinent z mnoha úhlů a kde mi přirostl k srdci. Africké ženy jsou dle mého názoru hrdinky, které si zaslouží veliký obdiv, ale také kvalitně zacílenou péči a pomoc.

Celou práci zaměřuji na východní Afriku. Do první kapitoly teoretické části začleňuji státy, jež patří právě do východní Afriky. Vybrané země poté blíže představuji.

Ve druhé kapitole se zabývám porodností, ve které navíc popisuji roli žen v africké společnosti a odpovídám na otázku proslulé vysoké porodnosti v Africe. Popisuji zde také porod. Přidávám nejen definice porodu, klasifikaci a fáze porodu, ale také se zabývám zvládáním bolesti během porodu, ulehčením porodu a stravou v těhotenství a během porodu. Dále uvádím porodnické a hygienické zvyklosti a rituály, které k Africe bezpodmínečně patří. Zaměřuji se pak zejména na tanzanské, keňské a etiopské kmeny, a na další kmeny východní Afriky. Podávám také blízký náhled na ženskou obřízku a její dopady na porod. Uvádím definici a typy ženské obřízky, ale také komplikace spojené s ženskou obřízkou, ošetření bezprostředně po obřízce, pověry spojené s touto praktikou, kmen Samburů a historii právního boje proti ženské obřízce v Keni.

Třetí kapitola podává náhled na zdravotnictví v Africe, přičemž se blíže zaměřuje na sociální prostředí žen a na zdravotní péči o rodičky a kočovné kmeny. Dále popisuje zdravotnická zařízení a dostupnost léků. Přibližuje také zdravotnictví, zdravotnická zařízení, zdravotní a prenatální péči v Ugandské republice. Tato kapitola dále představuje alternativní medicínu a lidové léčitelství, na něž je odkázána většina obyvatel Afriky. Popisuje také osobnost lidového léčitele a africký tanec rodiček, jenž má usnadňovat porod a který je také jednou z metod lidového léčitelství.

Ve čtvrté kapitole se zaměřuji na nemocnosti matek, neplodnost a prevenci nemocí. Také na citlivé téma častých potratů, přičemž uvádím definici a druhy potratů a zdůrazňuji osvětu, jež je s tímto tématem spojena. Dále se zabývám zdravotními komplikacemi u žen během porodu, mezi něž řadím krvácení během porodu, eklampsii a nesprávnou polohu plodu. Zařazuji také techniku Samburek při těžkém porodu. Poukazuji na zdravotní

komplikace u žen po porodu, jako jsou poporodní kardiomyopatie, endometritida, krvácení, inkontinence, deprese a únava. Uvádím také jednu ze záchranných metod Samburek po porodu. Celou tuto kapitulu navíc doplňuji hlavními příčinami úmrtí matek.

Další choulostivé téma se objevuje v kapitole čtvrté. V té podávám přehled o hlavních příčinách úmrtí dětí jako je HIV/AIDS, malárie a poruchy výživy. Uvádím také perinatální období a perinatální mortalitu, přičemž se zaměřuji na příčiny perinatálního úmrtí a rozstup mezi těhotenstvími a další hlediska perinatální úmrtnosti. Zabývám se také neonatálním obdobím a neonatální mortalitou a popisuji příčiny neonatálního úmrtí. Blíže uvádím také úmrtnost kojenců a dětí do 5 – let a opatření k záchraně narozených dětí, přičemž popisuji důležitost klokaní péče.

Předposlední kapitola se zaměřuje na poporodní péči. V té popisuji poporodní dobu, některé poporodní metody a ošetření porodních ran. Dále uvádím péči o matku po vypuzení placenty, poporodní péči o novorozence a aspekty postnatální péče dle WHO. Navazuji také na Ugandu a na poporodní péči právě v této zemi. Dále se zabývám návaznou péčí, do které řadím ochranu zdraví matky a dítěte, kojení, plánované rodičovství, antikoncepci a sterilizaci. Tuto kapitulu uzavírám stručným popisem světově známého autobiografického příběhu Fatima Mirembe. Větší důraz však kladu na průběh porodu v ugandské vězeňské nemocnici, v níž Fatima porodila svého prvního syna.

Praktická část této práce se věnuje výzkumnému šetření, jež bylo uskutečněno v Ugandské republice. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak ženy hodnotí zdravotní péči, která jim byla poskytnuta v nemocnici/porodnici, dále jak probíhaly porody v domácím prostředí, kdo rodičkám asistoval při porodu v domácím prostředí, dále zjistit příčiny, které vedly k potratům a také ověřit, zda respondentky někdy slyšely o ženě jménem Fatima Mirembe, jež je světově známá tím, že byla dětským vojákem, málem ji upálili, provdali ji proti její vůli, ale ona se ani přesto nevzdala a utekla do Evropy, kde nyní žije šťastný život s novým manželem a dvěma syny.

Praktickou část navíc obohacuji krátkým rozhovorem s českými lékaři, kteří působí ve východní Africe a kteří si i přes své pracovní vytížení našli chvíli a poskytli mi důležité informace, jež posléze porovnávám v diskusi s výsledky mého výzkumného šetření.

1. GEOGRAFICKÉ VYMEZENÍ VÝCHODNÍ AFRIKY

Dle atlasu světa (2009) se do východní Afriky řadí tyto země:

Východní Afrika – sever:

Etiopie, Somálsko, Keňa

Východní Afrika – střed:

Demokratická republika Kongo, Uganda, Rwanda, Burundi, Keňa, Tanzanie

Východní Afrika – jih:

Zambie, Zimbabwe, Tanzanie, Mosambik, Malawi

Mason (2002) řadí do východní Afriky Keňskou republiku, Tanzanii, Súdán, Etiopii, Eritreu a Somálsko.

Holeček, Mariot a Střída (2005) zahrnují do východní Afriky Etiopii, Súdán, Somálsko, Džibutsko, Keňu, Ugandu, Tanzanii, Rwandu a Burundi.

1.1. Obecný přehled vybraných zemí

Protože se názory autorů na složení východní Afriky rozcházejí, rozhodla jsem se ve své práci zaměřit zejména na Ugandskou republiku, Keňskou republiku, Tanzanii, Etiopii a Somálsko. Avšak ze všech zemí východní Afriky je to právě Uganda, na kterou se v této práci nejvíce soustřeďuji, a to zejména z důvodu, že jsem v této zemi za pomoci neziskové organizace Shalom for Uganda, jež působí právě v Ugandě, uskutečnila své výzkumné šetření.

1.1.1. Uganda (Ugandská republika)

Uganda kdysi platila za „perlu Afriky“ a její hlavní město Kampala bylo považováno za nejkrásnější město v africkém vnitrozemí. (Weber, 1994).

Ugandská republika (anglicky – Republic of Uganda; svahilsky – Jamhuri ya Uganda) je vnitrozemský stát ve východní Africe. Povrch tvoří vysočiny, náhorní plošiny a četná sopečná pohoří. (Šerý, 1996). Uganda má také mimořádné přírodní scenérie s horami, jezery a vodopády, a velké množství národních parků.

Uganda se řadí mezi 15 nejchudších zemí světa. (Bellušová, 2008). I přes značnou chudobu jsou Ugandané lidé přátelští, pohostinní a plní humoru.

Tabulka č. 1 - Základní informace o Ugandě

Hlavní město	Kampala
Rozloha	241 038 km ²
Populace	33,4 mil.
Úřední jazyk	Angličtina, svahilština
Ostatní používané jazyky	Lugandština
Měna	Ugandský šilink (UGS)
Forma vlády	Autoritativní prezidentská republika
Hlava státu	Prezident (Yoweri Museveni)
Náboženství	křesťanství (65 %), islám (15 %), animismus (20 %)
Průměrný věk obyvatel	15 let
Průměrná délka života obyvatel	52 let (muži), 54 let (ženy)
Úmrtnost dětí do 5 let věku	135 dětí (na 1000 živě narozených dětí)

Zdroj: Šerý, 1996 s. 157; Weber, 1994 s. 157 - 158;

www.shalomforuganda.cz, [online, cit. 2015-01-04]. Tabulka vlastní.

Díky neziskové organizaci Shalom for Uganda, která v Ugandě působí, jsem mohla uskutečnit své výzkumné šetření. Zde uvádím stručný popis organizace, dále služby, jež poskytuje a cíle, které si tato organizace vytyčila:

Shalom for Uganda je nezisková organizace zaměřená na pomoc místním obyvatelům přímo v jejich komunitách. Organizace se skládá z týmu dobrovolníků profesionálů, mezi něž patří lékaři, psychoterapeuti a sociální pracovníci, kteří chtějí své vědomosti využít ve prospěch komunity Shalom for Uganda. Peníze od dárců organizace používá přímo na projekty, čímž minimalizuje náklady na administrativu.

Organizace poskytuje služby na území distriktu Ntungamo v jihozápadní části Ugandy, přičemž pomáhá jednotlivcům, rodinám a komunitám v oblasti zdravotnické, poradenské a psychosociální. Je zaměřena na člověka a rodinu, poskytuje služby přímo v odlehlých vesnicích v komunitách lidí – zdravotní péči, prevenci, osvětu a psychosociální podporu. Organizace spolupracuje s dobrovolníky – studenty i profesionály, školí místní dobrovolníky, podporuje ve studiu mladé lidi, kteří se chtějí stát profesionály a pomoci své krajině. Shalom for Uganda poskytuje primární zdravotní péči, péči o chronicky a terminálně nemocné, poradenství pro lidi emocionálně a duševně zasažené. Dále podporuje rozvoj zemědělství a drobného podnikání v rámci psychoterapie (tradiční výroba košíků a rohoží), čímž současně podporuje znevýhodněné lidi v možnosti výdělku.

Mezi hlavní cíle organizace patří:

- změnit chování lidí ve vztahu k nemocem a pečování o vlastní zdraví a zdraví blízkých: předcházení nemocem, vědomé pozitivní rozhodování o zdraví
- změnit vztah okolí k duševně nemocným lidem
- snížit množství hospitalizací ve zdravotních zařízeních
- zmírnit utrpení terminálně a chronicky nemocných
- lepší podmínky k životu u znevýhodněných lidí

(www.shalomforuganda.cz, [online, cit. 2015-01-04]).

1.1.2. Keňa (Keňská republika)

Keňská republika (Republic of Kenya) – prehistorická kolébka lidstva, jež působí na cizince pestře a rozporuplně. Nálezy pravěkých kostí dokládají, že Keňa patřila k oblastem, kde se hominidé zhruba před třemi miliony let naučili chodit vzpřímeně.

Keňa leží ve vnitřních tropech východní Afriky po obou stranách rovníku a prostírá se od suchých oblastí na severu k vysočině na jihozápadě, které se říká „střecha Afriky“, neboť ji korunuje řada sopek.

Zemědělství i průmysl jsou v Keni na vyšším stupni než v jiných státech černého kontinentu. Ze zemědělských exportních výrobků stojí na prvním místě káva a čaj. Na velkých plantážích se pěstují kávovníky, sisal a cukrová třtina. Široká škála ovoce a zeleniny sahá od tropických plodů po řezané květiny. Veliký ekonomický význam má také chov dobytka, který se provozuje jak v rámci kočovného způsobu života místních obyvatel, tak na velkých, moderních farmách. (Weber, 1994).

Převážnou většinu keňské společnosti tvoří zbídačená nejchudší třída, v menší míře pak rostoucí střední třída a nepatrná skupina bohaté elity, jež často dále bohatne z protěžování příbuzných a z úplatkářství. „Korupce dosud proniká do všech koutů země, zejména jedná-li se o obchodní záležitosti, a to i přes sliby vlády očistit veřejný život a učinit reformy v policii i státních službách.“ (Beneš, Trillo, 2006 s. 8).

V roce 2002 měla Keňská republika přibližně 38 765 000 obyvatel, přičemž v tomto roce pracovalo v Keni 4 506 lékařů a 37 113 zdravotních sester. Celkový počet zdravotníků byl v tomto roce přibližně 67 tisíc. (Barták, 2012).

Tabulka č. 2 – Základní informace o Keni

Hlavní město	Nairobi
Rozloha	580 367 km ²
Forma vlády	prezidentská republika
Hlava státu	prezident
Počet obyvatel	43 013 000 (červenec 2012 odhad)
Úřední jazyk	angličtina
Národní jazyk	svahiština
Měna	keňský šilink
Náboženství	protestanti (47,7 %), katolíci (23, %), muslimové (11,2 %), tradiční náboženství (10 %), ostatní (2 %)
Zdravotní péče	Obyvatel na lékaře: 7 450

Zdroj: Weber, 1994 s. 52 - 53; www.mzv.cz, [online, cit. 2015-01-05]. Tabulka vlastní.

1.1.3. Tanzanie (Sjednocená tanzanská republika)

Sjednocená tanzanská republika (United Republic of Tanzania) byla založena roku 1964 poté, co se Britská Tanganika na východě africké pevniny spojila s ostrovem Zanzibar. Hlavním hospodářským odvětvím je dodnes zemědělství, a to jak pěstování plodin, tak chov dobytka.

Hora Kilimandžáro se na severu Tanzanie tyčí nad jednou z mnoha rezervací divokých zvířat, které zaujímají šestinu státu. Kilimandžáro znamená „hora zlého ducha“. Toto jméno však klame, neboť v Tanzanii vládne vnitřní mír, dodržují se tam lidská práva a lidé se nemusí bát hladu a nakažlivých chorob. Přestože v Tanzanii žije na 120 různých kmenů, nedochází mezi nimi k žádným konfliktům. Sjednocená tanzanská republika dnes platí za tolerantní zemi mnoha náboženství. (Weber, 1994).

Tabulka č. 3 – Základní informace o Tanzanii

Hlavní město	Dodoma
Rozloha	945 037 km ²
Forma vlády	prezidentská republika
Hlava státu	prezident
Počet obyvatel	36 000 000
Úřední jazyk	svahilština
Ostatní používané jazyky	angličtina
Měna	tanzanský šilink
Náboženství	křesťané (45 %), islám (45 %), animismus (10 %)
Zdravotní péče	obyvatel na lékaře: 20 400

Zdroj: Weber, 1994 s. 54 - 55; www.mzv.cz, [online, cit. 2015-01-05]. Tabulka vlastní.

1.1.4. Etiopie (Etiopská federativní demokratická republika)

Etiopie (Federal Democratic Republic of Ethiopia) je vnitrozemský stát ve východní Africe. Většinu území vyplňuje Etiopská vysočina, povrch se snižuje k východu do Afarské prolákliny a je výrazně členěn Etiopským příkopem ze systému tektonických zlomů Východoafrického příkopu. (Bradnová, Šerý, 1996).

Název Etiopie pochází z řečtiny a znamená „země opálených lidí“. Je to země plná Habešanů, kteří jsou Afričané, ale nevypadají tak a jsou na to náležitě hrdí. Patří k takzvanému arabsko-černošskému rasovému typu (dokonce se používá vymezení „etiopská rasa“). Typická je hodně tmavou pletí, ale minimem černošských rysů. (Ryvolová, 2005).

Nejčastějšími příčinami úmrtí v Etiopii v roce 2002 byly infekce dolních cest dýchacích (12 % úmrtí), HIV/AIDS (12 % úmrtí) a komplikace v perinatálním období (8 % úmrtnost). Dalšími příčinami úmrtí byla průjmová onemocnění, tuberkulóza a spalničky. V roce 2002 měla Etiopie celkem 80 713 000 obyvatel, přičemž v zemi pracovalo celkem 48 972 zdravotníků (1 936 lékařů a 15 000 zdravotních sester). (Barták, 2012).

Tabulka č. 4 – základní informace o Etiopii

Hlavní město	Addis Abeba
Rozloha	1 104 300 km ²
Podnebí	tropické
Forma vlády	federativní parlamentní republika
Hlava státu	prezident
Počet obyvatel	96 633 458
Úřední jazyk	angličtina, amharština
Měna	etiopský birr (ETB)
Náboženství	etiopští ortodoxní křesťané (50 %), muslimové (40 %), animisté (10 %)

Zdroj: Šerý, 1996 s. 37; www.mzv.cz, [online, cit. 2015-01-05]. Tabulka vlastní.

1.1.5. Somálsko (Somálská demokratická republika)

Somálsky: Jamhuuriyadda Dimuqraadiga Soomaaliya; arabsky: Al-Džumhúríja ad-Dímúkratíja as-Somálíja. (www.mzv.cz, [online, cit. 2015-01-05]).

Somálsko se řadí mezi nejchudší státy světa. Je to stát ve východní Africe, jež leží na Somálském poloostrově u Adenského zálivu a Indického oceánu. (Bradnová, Šerý, 1996).

Klanové násilí a hrozivé vlny hladomoru trápí Somálsko již od počátku devadesátých let. Obyvatelé desetimilionové africké země naposledy hladověli na podzim v roce 2011. Státisíce lidí vyhnal nedostatek potravin z jejich domovů, vypukla humanitární katastrofa

doslova biblických rozměrů. Není to ale jen hlad, se kterým místní bojují. Jejich země se totiž vzpamatovává i z kruté občanské války trvající déle než dvě desetiletí. (Havlovicová, 2015 [online, cit. 2015-01-18]).

Díky válce a hladomoru roste počet obyvatel nejméně ze všech států Afriky. V Somálsku převažuje venkovské obyvatelstvo (75 %) s vysokou negramotností (75 %). (Anděl, Mareš, 1999).

Tabulka č. 5 – Základní informace o Somálsku

Hlavní město	Mogadišo
Rozloha	637 657 km ²
Forma vlády	bezvládí
Počet obyvatel	10,4 mil.
Úřední jazyk	somálština, arabština
Ostatní používané jazyky	italština, angličtina
Měna	somálský šilink (SOS)
Náboženství	islám (99,9 %), křesťanství (0,1 %)

Zdroj: Šerý, 1996 s. 134 – 135; www.mzv.cz, [online, cit. 2015-01-05]. Tabulka vlastní.

2. PORODNOST

Osmdesát milionů žen v rozvojovém světě každoročně zažije vážné komplikace v průběhu těhotenství a při porodu, a půl milionu z těchto žen každoročně v Africe umírá. Není proto divu, že mají v Africe přísloví, že je těhotná žena jednou nohou v hrobě.

Stát se matkou je v Africe nejnebezpečnějším „zaměstnáním“, protože jak již bylo zmíněno, půl milionu žen v Africe každoročně v průběhu těhotenství či při porodu, umírá. Po malárii a po nemoci AIDS je to třetí nejčastější příčina smrti.

Odhaduje se, že přes 50 % žen na světě rodí o samotě či za asistence nekvalifikované pomoci, v chatrči, u řek, na polích, v pralese, atp. (Majer in Roztočil, 2008).

„Zatímco ve vyspělých západních civilizacích je porodnost kolem 2,1 na jednu ženu, připadá v Africe 6 na jednu ženu. Absolutně vede Rwanda číslem 8,5. Na světě zhruba každou minutu umírá 1 žena po porodu či potratu, kolem 650 tisíc ročně, z toho 550 tisíc v Africe. V řadě zemí jsou komplikace v těhotenství, při porodu a v šestinedělí po AIDS a malárii na 3. místě, ve věku mezi 15 až 19 lety dokonce na prvním místě.“ (Majer in Roztočil, 2008 s. 372).

„Osmdesát procent těchto úmrtí je naprosto zbytečných. Kdyby lidé dělali některé naprosto obyčejné věci, dalo by se tomu předejít. Víme, proč ženy umírají. Jsme schopni je zachránit, poskytnout jim léky,“ upozorňuje Gwyneth Lewis, která pracuje pro Světovou zdravotnickou organizaci, je z britského ministerstva zdravotnictví a zaznamenává počty úmrtí v Africe. (www.blisty.cz, [online, cit. 2015-01-10]).

Epsomova sůl je levný lék pro ženy s vysokým tlakem, ale přesto není k dispozici. Není potřeba velkých porodnic, ale kvalifikovaného personálu pro porody. Velkým problémem je také množství sociálních a kulturních bariér. Většina těchto žen nemá žádná práva a hlas. Jsou podřízené svým manželům a jejich rodině. O jejich životě rozhoduje jejich manžel nebo tchyně. A proto právě na nich závisí, zda ze skromného rozpočtu vydají peníze na péči o těhotnou ženu, či nikoli.

„Byla jsem v Somálsku. Ve velmi primitivní porodní místnosti, kde nicméně byly kvalifikované porodní zdravotní sestry, jsme dali kolem postelí záclony, abychom každé rodící ženě zajistili soukromí. V důsledku toho se za půl roku zvýšil počet žen, které tam přišly родit, čtyřsetkrát. A v té komunitě nezemřela ani jedna žena,“ dodává Gwyneth Lewis. (www.blisty.cz, [online, cit. 2015-01-10]).

2.1. Matka, aneb role ženy v africké společnosti

V tradiční africké společnosti má žena nejvýznamnější roli jako matka a pracovní síla v rodině. Matky jsou v Africe velice ceněny, a i přesto, že jsou stále podřízené svým manželům, bývá jim projevována velká úcta.

Matka již od malička vychovává své dcery k domácím pracím - učí je vařit, bere je s sebou na pole a svěřuje jim mladší sourozence. (Kyndrová, 1980).

Na stáži v Zambii jsem byla sama překvapena z toho, jak se sedmileté holčičky svědomitě starají o své mladší sourozence. Ty nejmenší nosí na zádech ve stejném uzlu jako dospělé ženy – jejich matky.

Velká a rozvětvená rodina je základní jednotkou africké kmenové společnosti, a proto je cílem každého manželství přivést co nejvíce dětí na svět. Největší úcta je prokazována zejména rodinám s vysokým počtem potomků, neboť právě oni jsou zárukou pokračování rodu a zajištěním dostatečné péče o předky a jejich kult. (Králíková, 2011).

Tedy prvotní a téměř jedinou rolí africké ženy je role matky. Pokud nemá Afričanka dítě ani manžela, je bezcenná a vyvržená z komunity.

Každá africká žena má pocit, že když není matkou, není celá. Dítě je požehnáním. Stejně tak Smith (2011) uvádí, že se v africké kultuře děti považují za požehnání od Boha, a čím mají rodiče více dětí, tím je požehnání zřetelnější.

V afrických kmenech je tradičně povolena polygynie, která zajišťuje větší plodnost. Polygynie v Africe není omezena počtem manželek, neexistuje zde ani povinnost všechny manželky materiálně zabezpečit. Africký muž tedy může mít manželek kolik si sám přeje, přičemž má vůči nim jedinou povinnost, a to projevovat všem svým ženám stejnou přízeň, která zahrnuje pravidelné stolování a nocování u každé z manželek, jakož i svědomitou výchovu všech svých dětí. (Králíková, 2011). Polygynie je v Africe zakořeněnou tradicí, a i přesto, že se vedení některých států pokusilo o její zrušení, nemělo to téměř žádné praktické následky.

Ztráta matky je v africké společnosti mnohem závažnější, než ztráta otce či dítěte, neboť otec svým dětem nedokáže poskytnout stejnou péči, jako jejich matka. Je to pravděpodobně z důvodu, že otec nemá ke svým dětem tak blízký vztah. Děti zase nejsou schopné tak kvalitně zastat matčinu práci o domácnost a zvířectvo. Matka je tedy velice důležitým článkem, bez kterého by se rodina jen těžko obešla. (www.ceskatelevize.cz, [online, cit. 2015-01-18]).

2.2. Rodina a děti

Průměrný počet dětí v rodině je osm až dvanáct, tudíž na jednu ženu připadá 6,6 dětí. (Bellušová, 2008).

Proč tolik dětí?

- Zejména v rodinách žijících na venkově se děti považují za ekonomickou nevyhnutelnost, neboť tak mohou pomáhat s prací na polích. (Bukovenová, 1997).
- Děti se rodí, aby pomáhaly rodičům, ne aby je "zatěžovaly" svými potřebami a nároky. Například pětileté dítě pracuje (převážně na poli) nebo se stará o mladší sourozence. Děti v Africe tudíž neprožívají dětství stejně, jako děti z Evropy. Výchova afrických dětí je ovlivněna zvyky a tradicemi.
- Děti jsou znakem bohatství.
- Otázkou prestiže hlavně mezi muži je nejen počet manželek, ale zejména dětí. Takový porod dvojčat se odměňuje dobyt看em.
- Děti často umírají. Rodiče si tak vlastně dělají děti "do zásoby". Čím větší počet dětí, tím větší naděje, že některé z nich přežije.
- Dělat děti je příjemné. Zvláště v situaci, kdy jiných substitučních aktivit je málo. (Bellušová, 2008).

2.3. Prognóza OSN

Prognóza OSN ještě v roce 2006 předpovídala zvýšení počtu obyvatel Afriky z jedné miliardy na dvojnásobek, a to v roce 2050. Za to novější prognóza z roku 2009 odhaduje počet obyvatel Afriky v roce 2050 na tři miliardy, což je téměř polovina současné světové populace. Tyto prognózy odrážejí velký význam, jenž je kladen na plodnost žen, a s ohledem na ně lze očekávat, že v příštích několika desetiletích dojde k razantním změnám v africké společnosti. (Králíková, 2011).

Íí, jedno dítě nestačí,

Jedno dítě je nepřiměřené,

Íí, když válečný buben zazvučí „tindi! tindi!“

Kdo tě přijde zachránit – jedno dítě?!

Padholská píseň (Iliffe, 2001 s. 147)

2.4. Porod

„Každý z nás je zázrak. Porod je zázrak. Denně dojde na Zemi ke sto milionům pohlavních aktů, devět set tisíc žen počne a narodí se čtyři sta tisíc dětí. Život se na Zemi vyvíjel třináct miliard let a lidské tělo vzniklo evolucí ze všech tvorů, kteří tu existovali před námi.“ (Marek, 2002 s. 18).

2.4.1. Vývoj plodu

Všechna vajíčka, která mohou být později v dospělé ženě oplodněna, vzniknou již v osmém týdnu stáří embrya. Tehdy vznikají statisíce buněk každou vteřinu. Během devíti měsíců proběhne u plodu až osmkrát více buněčných dělení než v průběhu dvaceti let následujících po porodu. Vývoj postupuje dle předem daného programu. Na vytvoření každého nového orgánu je vyhrazeno několik týdnů, avšak někdy pouze několik dnů. „Buňky se specializují. Pokud v určité době lidský zárodek nedostává dostatečnou výživu, může vývoj zůstat nedokončen a ten který orgán nebude už nikdy mít potřebnou velikost nebo kvalitu – chyba je neodstranitelná.“ (Marek, 2002 s. 18).

Ve dvanáctém týdnu těhotenství je malý človíček „hotov“, pak už jen roste. Děloha se zvětší dvacetkrát a její krevní zásobenění je na konci těhotenství až o třetinu větší. Po devíti měsících se malý človíček v matčině těle musí narodit (i když jeho mozek potřebuje ještě celý jeden rok k tomu, aby dokončil svůj vývoj), protože jinak by neprošla jeho hlavička ženskou pávní. (Marek, 2002).

„Porod není zážitek na pár hodin, ale na celý život.“

Michel Odent

2.4.2. Definice porodu

Dle Majera (in Roztočil, 2008 s. 109) je porod děj, „při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky.“ Porozeným plodem rozumíme novorozence se známkami života (přibližně od 24. týdne těhotenství), nebo bez známek života s porodní hmotností 1000 gramů nebo více. „Za známky života považujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb

svalstva a pulzaci pupečníku.“ (Majer in Roztočil, 2008 s. 109). Pokud nejsou tyto podmínky splněny, jde o potrat.

„Porod, narození dítěte, je přirozený děj, kterým končí těhotenství. Je to kritický čas nejen pro matku, ale i pro novorozence.“ (Vajdová, 2010 s. 39).

„Porod je fyziologický akt, který za normálních okolností žena vykonává dobře a snadno jako jinou tělesnou funkci a k němuž, pokud probíhá přirozeně, potřebuje stejně málo pomoci jako samice zvířete.“ (Marek, 2002 s. 31). Attenborough (1997, s. 271) navíc uvádí, že „přirozený porod má jednu velkou přednost – matka ani dítě nejsou pod vlivem léků a cítí se dobře, což upevňuje vzájemné pouto.“

2.4.3. Klasifikace porodu

Dle ukončeného týdne těhotenství klasifikujeme porod následovně:

- „*Předčasný porod* (k porodu dojde před ukončením 37. týdne těhotenství).
- *Porod v termínu* (k porodu dojde v průběhu 38. - 40. týdne těhotenství).
- *Potermínový porod* (k porodu dojde po ukončeném 40. - 42. týdnu těhotenství).
- *Porod po 42. týdnu těhotenství* (jde o patologické přenášení, kterému je nutno zamezit). (Majer in Roztočil, 2008 s. 109).“

Klasifikace porodu podle Slezákové a kol. (2013):

- *Spontánní porod (samovolný)* – nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhá bez zásahu odborníka.
- *Medikamentózní porod* – po samovolném nástupu porodní činnosti jsou přirozené pochody ovlivňovány aplikací léčebných prostředků (např. posílení děložní činnosti, zmírnění bolestivosti aj.).
- *Indukovaný porod (vyvolávaný)* – je vyvolán uměle aplikací léků, které ovlivňují děložní činnost (kontrakce).
- *Operativní porod* – takový, kde muselo být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen operační metodou z důvodu ohrožení života nebo zdraví matky, plodu nebo obou. Operativní porod může být vaginální (př. kleště), nebo abdominální (císařský řez).

2.4.4. Fáze porodu

Velmi obecně se dá říci, že délka porodu u prvorodičky trvá v průměru 6 – 12 hodin, u vícerodičky 3 – 9 hodin.

Z časového hlediska a dle probíhajících procesů porod dělíme na:

- „*Přípravné období* – různě dlouhé období před začátkem porodu (nárůst děložní činnosti – „poslíčky“, pootevření zevní branky děložní – odchod hlenové zátky, vstup hlavičky do roviny pánevního vchodu).
- *I. doba porodní* (otevírací) – začínající pravidelnými děložními kontrakcemi, které mění nález na porodních cestách, a končí úplným rozevřením děložní branky.
- *II. doba porodní* (vypuzovací) – období od rozevření děložní branky do vypuzení plodu.
- *III. doba porodní* – začíná porodem plodu a končí porodem placenty.
- *Poporodní období* (někdy nazýváno jako IV. doba porodní) – období 2 hodin po vypuzení placenty.“ (Slezáková a kol., 2013 s. 85).

2.4.6. Předčasný porod

„Předčasné porody tvoří nejpočetnější skupinu patologických jevů, která se podílí na perinatální úmrtnosti.“ (Kudela, 2008 s. 254). Odhaduje se, že předčasný porod v rozvojových zemích je odpovědný za 10 – 15 % perinatálních úmrtí.

(www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

K předčasným porodům vede mnoho příčin. Může to být například infekční onemocnění matky (malárie, pohlavní choroby, atp.), dále orgánové choroby (např. choroby ledvin), snížení děložního prokrvení, patologické stavy vnitřních genitálií, tělesná a duševní traumata. Göpfertová a Vaništa (2008, s. 22) uvádějí, že: „malárie probíhá v těhotenství závažněji a může vyvolat potrat či předčasný porod.“ Předčasně také rodí ženy malé a ženy výrazně obézní, ženy s nízkou hmotností. Předčasný porod může dále vyvolat předčasný odtok plodové vody (ten však sám je následkem jiných faktorů - náhlých a prudkých otřesů, úrazů, násilného koitu, atp.), patologie placenty (placenta praevia či abrupce placenty), a mnoho dalších. (Kudela, 2008).

2.4.7. Bolesti během porodu

Deansová (2004) uvádí, že je porod těžká práce, kterou vykonává zejména děloha, což je velmi silný svalový orgán. Děložní svalstvo nelze ovládat vědomě (vůli). Akce vypuzování plodu se účastní společně se svalovinou dělohy také další svalové skupiny, zejména pak postranní svaly stěny břišní. Ty vyvíjejí tlak na orgány v dutině břišní. Doprovodné vjemy mohou při porodu vyvolávat pocity od vážného nepohodlí až po extrémní

bolest, jež je způsobena pomalým uvolňováním a otevíráním porodních cest. V poslední fázi porodu je bolest překryta silným, vypuzovacím tlakem.

Mnoho domorodých kmenů má tradiční prostředky k pomoci při porodních bolestech na bázi drog. (Majer in Roztočil, 2008).

2.4.8. Ulehčení porodu

Už Aristoteles věděl, že všude tam, kde jsou ženy zvyklé pracovat, rodí snadno. Ženy našich předků byly jako dnešní domorodé ženy i během těhotenství fyzicky plně aktivní – nikdo jim nepředepisoval, aby byly během posledních měsíců těhotenství opatrné. Běžná denní práce poskytovala ženskému tělu dostatek fyzického cvičení, aby bylo i v době těhotenství v dokonalé kondici. Například ženy z ugandského kmene Bakitara pracovaly na poli až do samotného okamžiku porodu a pak cestou do porodní chýše ještě nesly vodu nebo náruč dříví. (Marek, 2002).

Některé přírodní národy se snažily ženám ulehčit těhotenství tím, že je zbavovaly těžké práce. Jiné jim však obvyklou dřinu ponechávaly, aby porod rodičkám naopak neztížily.

Masáž

Na ulehčení porodu se používaly také masáže, jimiž domorodé porodní báby dokázaly zabezpečit dítěti v těle matky správnou polohu. Vypadá to tak, že si vedle těhotné ženy sednou babky mastičkářky, dvě a dvě z každé strany. Žena leží na zádech s ohnutými a sevřenými koleny a babky mastičkářky jí začnou třít břicho, aby daly dítěti správnou polohu. Masáž používají například Masajové (Keňa), nebo kmeny z Ugandy. (Marek, 2002).

Hnětení či hlazení svalů může uvolňovat svalové napětí a podporovat celkové uvolnění. Masáž může mezi kontrakcemi poskytnout úlevu a příjemné pocity, které pomáhají posílit ducha, zatímco masáž během kontrakcí odvádí pozornost od bolesti.

Chůze

Chůze může pomáhat během celého porodu, protože představuje rozptýlení a využívá gravitaci ke spolupráci k sestoupení dítěte pánví. (Marek, 2002).

Africký tanec rodiček

Další významnou metodou, jež usnadňuje porod, je africký tanec rodiček. Ten uvolňuje a prokrvuje celou oblast pánve a nohou a tím pomáhá od bolestivých stahů první doby porodní.

Porodní pozice

Naši předkové v naprosté většině rozumně a logicky užívali zemské přitažlivosti. Nejrozšířenější porodní pozicí na světě bylo sedět s ohnutými koleny a s podporou někoho za zády rodičky. Dalšími tradičními pozicemi byly klečení, dřepění a pozice vestoje. V naprosté většině pomáhaly rodičkám jejich matky nebo přítelkyně. Ženy se často držely dřevěných tyčí nebo větví stromů. Poloha vleže byla všeobecně odmítána. (Marek, 2002).

Studie tzv. přírodních národů v odlehlých končinách naší planety nedotčených vlivy naší civilizace prokázaly, že zhruba 85 % žen těchto národů rodí v poloze vertikální. V této poloze jsou rodičky přidržovány buď pomocnicemi (v Africe to jsou přítelkyně, vlastní sestry, sousedky či zkušené ženy z vesnice) nebo se drží za okolní předměty. (Majer in Roztočil, 2008). „Ženy mohou rodit v dřepu, vsedě, a dokonce i ve stoje; žádné obecné pravidlo neexistuje.“ (Attenborough, 1997 s. 268). Je to velmi individuální. Každá žena by si měla vyzkoušet různé pozice, aby zjistila, která jí je nejpohodlnější. Změna polohy totiž může dítěti usnadnit průchod porodními cestami.

2.4.9. Strava v těhotenství a během porodu

Co se týče stravy v těhotenství, domorodé ženy přirozeně omezovaly tuky a cukry, a pokud znaly jen jediné sladidlo (někde med, jinde cukrovou třtinu), i to bylo zakázáno. Jak se říkalo v kmeni Akamba v Keni: „dítě musí dostat zdravou stravu, ale med je výživný až příliš.“ Většina těhotných žen omezila konzumaci masa a koření a stravovala se převážně vegetariánsky (obiloviny, oříšky, ovoce a zelenina). V mnoha tradičních společnostech bylo během porodu zakázáno jíst a pít, protože často věřili, že strava zpomaluje porod. Avšak ve většině ostatních společností - pokud si to rodičky přály - mohly jíst i pít. Například příslušnice kmene Čaga z Tanzanie mohly během porodu popíjet teplou polévku. (Marek, 2002).

„Není sporu o tom, že kvalita porodu má rozhodující vliv na kvalitu budoucího života nejen novorozence, ale i jeho rodiny a komunity.“

Vlastimil Marek

2.5. Porodnické a hygienické zvyklosti a rituály

„Porod je otevření. Otevírá ženino tělo, ale také srdce a mysl.“

Laurie Fremgenová

2.5.1. Tanzanské kmeny

Těhotenství a porod v Tanzanii probíhají většinou bez velkých obtíží. Mnoho žen při prvním těhotenství odchází v posledním měsíci těhotenství ke své matce. Vykonávají přesto dál všechny své povinnosti, ať již v domácnosti matky nebo ve své vlastní. Během celého těhotenství musí žena dodržovat určité zvyklosti a rituály, aby neohrožovala život plodu. Po celou dobu těhotenství podléhá určitým tabu, aby se zabránilo hněvu a pomstě duchů předků nebo jiných mocných tajemných bytostí, jež mohou být velmi nebezpečné. (Flejšmanová, 2015 [online, cit. 2015-03-28]).

Kmen Ha

U kmene Ha nesmí jíst těhotná žena boby nebo vejce, protože lidé kmene věří, že po požití těchto surovin by se dítě nedostalo z placenty. Také se těhotná žena údajně nesmí smát s osobou, která šilhá. Dále se uvádí, že velice nebezpečná je nevěra budoucího otce v době těhotenství. Z té mají vyplývat zdravotní rizika pro dítě a může být i příčinou těžkého porodu. (Flejšmanová, 2015 [online, cit. 2015-03-28]).

Kmen Hajů

U kmene Hajů nesmí těhotná žena nést přiklopený hrnec, nesmí se ohýbat, nesmí sedět na poraženém stromě a nesmí se dívat na ošklivou osobu. V daných případech totiž hrozí, že by se dítě podle jejich víry a tradice nedostalo ven z dělohy. Pokud prý těhotná žena všechna tato „těhotenská tabu“, ať toho či onoho kmene, dodrží, nemusí se ničeho obávat. Porod má pak obvykle probíhat snadno. (Flejšmanová, 2015 [online, cit. 2015-03-28]).

Často je zvykem, že ženy pracují na poli celé těhotenství. Někdy tak porodí přímo při práci na poli. Pracují však dále a teprve večer přinášejí dítě domů. Ve většině případů však znají čas porodu, a tak zůstanou doma a přivolají si k porodu zkušené ženy (porodní báby), ve svahilštině zvané wakunga. Velice přísně je dodržován zákaz přítomnosti manžela u porodu, a to i v situaci, kdy porodní bába nedorazí k porodu včas. To pak ženy musí dítě porodit samy.

Je-li porod těžký, pomáhají rodičí ženě přivolané porodní báby a manžel mezitím shání potřebné léky a další věci, včetně různých listů trav, které slouží k přeříznutí pupeční šňůry. Narození dítěte je považováno za návrat duše jednoho z předků zpět na zem, a je proto chráněno různými talismany, které mohou být vyrobeny z jakéhokoliv materiálu, ale vždycky spojují dítě se silami jeho předků, jakož i s přírodními silami. Jméno dítě nedostává hned po narození, ale až poté, co je jisté, že přežije. (Flejšmanová, 2015 [online, cit. 2015-03-27]). Je to jakási emoční obrana žen. „Vyrovnávají se tak s tím, že dítě můžou ztratit.“ (Wilková, 2015 [online, cit. 2015-03-27]). I Smith (2008) uvádí, že Afričané dávají dětem jména teprve po porodu a že jde o záležitost celé rodiny, ne o to, jak se otec s matkou dohodnou. Jména se vybírají podle kontextu porodu a rozhodující slovo mají starší osoby. Jméno je také vybíráno na základě okolností, za jakých se dítě narodilo nebo podle vlastností, které rodiče do dítěte vkládají.

Po porodu zůstává matka s novorozencem uvnitř chýše či domu, ve kterém porodila. Délka tohoto pobytu se u každého kmene liší, většinou to však přibližně vychází minimálně na šest týdnů. V okamžiku, kdy novorozenci odpadne zbytek pupeční šňůry, stává se „dospělým“ a je nutné ho představit ostatním. Toto představení je provázeno zvláštním obřadem. Obřad probíhá ve smyslu modliteb a proseb, aby dítě bylo silné, zdravé, umělo obdělávat půdu, mohlo mít potomky, atp. Teprve až po skončení obřadu je novorozenec představen vlastní zemi a předkům. (Flejšmanová, 2015 [online, cit. 2015-03-28]).

Matka nosí své dítě všude s sebou po dobu, kdy ho kojí. Je připevněno pomocí khangy nebo chitenge, a to buď na matčiných zádech, nebo na jejím boku. Dítě spává s matkou v posteli, dokud se nenarodí další potomek. Již v útlém věku se mezi dítětem a matkou vytváří velmi silné pouto. Méně pozornosti se však věnuje dětem, které začínají lézt a chodit, tím spíš, mají-li už mladšího sourozence, na kterého se soustřeďuje veškerá pozornost. Po celé dětství kladou tanzanští příslušníci velký důraz na hygienu. Pokud je v místě dostatek vody, všechny děti se myjí a drhnou dokonce dvakrát denně. Mytí spočívá v drhnutí dítěte »od hlavy až k patě« a v závěrečném polévání vodou z velké kalabasy. V poslední době používají čím dál častěji mýdlo a ručník. Dříve děti nemydli a nechávali je oschnout. Na venkově a v chudších částech měst nebývají děti většinou oděny. Někde dostanou dívky jen zástěru zdobenou korálky nebo amulety a ozdoby na různé části těla. (Flejšmanová, 2015 [online, cit. 2015-03-28]).

2.5.2. Další kmeny východní Afriky

Příslušníci jednoho kmene z východní Afriky věří, že se dítě narodí nejprve tehdy, když na něj jeho budoucí maminka začne myslet. Když si žena přeje počít dítě, sedne si pod vybraný strom a naslouchá tak dlouho, dokud neuslyší píseň svého budoucího dítěte. Tuto píseň pak začne zpívat svému manželovi při milování, aby ji tak duch dítěte uslyšel. Stejnou píseň se pak naučí i porodní bába a všichni sousedé, aby mohli dítě během těhotenství a zvláště pak při porodu přivítat. Právě tato píseň pak tohoto človíčka provází celý život – při různých nemocech, osobních slavnostech, společenských rituálech, a stejnou píseň mu příbuzní zpívají, když umírá... (Marek, 2002).

U jiných kmenů mají ženy zase zakázané věci jako je například jít v domě jiných lidí nebo se dotknout nohou hladiny vody při přechodu přes řeku. Pokud by žena měla přes řeku přejít, podmínkou je, že ji musí přenést manžel a přitom jí dát napít. Někde mají zase těhotné ženy příkaz, že si musí v šestém měsíci těhotenství oholit hlavu. (Flejšmanová, 2015 [online, cit. 2015-03-28]).

Kmen Akamba

V kmeni Akamba ve východní Africe mají zvláštní úlohu duchové zemřelých předků. Jsou to prý oni, kdo dává budoucímu dítěti jeho podobu a určuje jeho pohlaví. Když například duch pradědečka spí a k dítěti přijde dřív duch prababičky, určí, že to bude holčička. Duchové se tedy svým způsobem předhánějí, jsou však celkově dobrotiví a nemají sklon matce a dítěti škodit. (Marek, 2002).

2.5.3. Samburky z Keni

Garisan je sotva dvacet pět let, ale má již čtyři děti. Když rodila své první dítě, byla na naše poměry vlastně ještě dítě sama. Otěhotněla totiž hned po první menstruaci.

„Vůbec nic jsem o těch věcech nevěděla. Byla jsem při porodu úplně zmatená. Nenáviděla jsem svého muže, že mi způsobil takovou bolest,“ říká Garisan. (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 119).

Samburské ženy rodí uvnitř maňaty (= dům, který je postaven ze silnějších dřevěných větví, a jehož stěny jsou spleteny z prutů a utěsněny naplácáním kravským lejmem) a ostatní ženy z vesnice jí při porodu asistují. Jméno, stejně jako u kmene Hajů, dítěti nedávají hned po narození. Čekají zhruba čtrnáct dní, jestli dítě přežije. Poté se dostaví jeho otec, který jej pokřtí.

Porody jsou na severu Keni velice obtížné. Převážná většina žen trpí dlouhodobou anémií, jsou podvyživené. Navíc, jak je zvykem, až do poslední hodiny vykonávají fyzicky náročnou práci, jako je například nošení kanystrů s vodou či práce na poli.

Komunita Samburek drží spolu. Po porodu pomáhají všechny ženy z vesnice tři týdny novopečené matce – nosí jí vodu, dřevo, pomáhají s vařením a třeba i s péčí o ostatní děti. Pokud má žena tchýni, je na ní, aby své snaše pomáhala i poté, co toto období uplyne. (Klicperová, Šilhovi, 2010).

2.5.4. Surmové z jižní Etiopie

Surmové – jeden z posledních opravdu divokých kmenů Afriky. Surmské hygienické zvyklosti jsou takové, že se ženy (Surmky) nikdy nemyjí. Tedy přesněji řečeno – myjí si jen horní část těla do pasu, hygiena tedy končí u břicha. „Dál se nedostanou, ať rodí či menstrují. Prostě je to zvyk. Pach, který nemytá těla šíří, je ale pro bělocha těžko snesitelný.“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 24).

2.6. Ženská obřízka a její dopady na porod

Ženská obřízka je odstranění určitých vnějších ženských pohlavních orgánů. Existuje několik typů ženské obřízky, jež se liší mírou stupně mutilačních (tj. mrzačících) zákroků na rodidlech ženy. „Pro tyto typy výkonů se v angličtině používá také zkratka FGM (female genital mutilation).“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 120).

Ženská obřízka nemá žádné lékařské ani hygienické opodstatnění. Na rozdíl od mužské obřízky (tradičně praktikované například Židy), která se provádí zejména z hygienických důvodů, ženská obřízka přináší pouze komplikace během menstruace, pohlavního styku a porodu. Bálint, Šerý (1998) tvrdí, že v místě prepucia a frenula vzniká rozsáhlá jizva, která se někdy mění v keloid a ten může být vážnou překážkou porodu. V případě špatného provedení může dojít v důsledku akutního krvácení k okamžité smrti. Pro nedodržování i základních hygienických pravidel jsou dívky často postiženy infekcemi a dalšími komplikacemi.

Důvody k obřízce jsou mnohé, avšak většinou jsou spojeny s kulturními či náboženskými zvyky. V Keni, kde obřízku praktikuje čtyřicet z dvaadvaceti kmenů, lidé věří, že neobřezaná dívka není plnohodnotnou ženou a nemůže porodit dítě. Z tohoto důvodu jsou dívky ve věku dvanácti až patnácti let hromadně odváděny a obřezány. Některé africké kmeny také věří, že neobřezaná žena nemůže být za žádných okolností dobrou kuchařkou.

Bálint, Šerý (1998) jsou také názoru, že účel obřízky děvčátek není jednoznačně vysvětlován. Někteří však soudí, že účelem této operace je snížení senzitivity rodidel pro období před pubertou a zachování věrnosti manželovi při polygamickém manželství.

„Klitoris spolu s velkými stydkými pysky je považován za překážku pro hladký porod a údajně brání dítěti při cestě na svět. Přestože keňská vláda oficiálně ženskou obřízku zakázala a již několik let pomocí osvětových programů bojuje za její vymýcení, překonat staleté zvyky a silně zakořeněné předsudky v mysli často negramotných vesničanů je úkol těžší, než by se mohlo zdát.“ (www.lidskaprava.cz, [online cit. 2015-04-05]).

Ženská obřízka se provádí především ve 28 zemích subsaharské Afriky a částečně i v zemích Arabského poloostrova a Blízkého východu. Nejvíce obřízek se provádí v Egyptě a Etiopii. Dle zprávy UNICEF je obřezáno více než 1,5 milionu žen za rok. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že jsou na světě každoročně tímto způsobem zmrzačeny celé tři miliony mladých dívek. Každý sexuální styk je podle WHO pro 90 % obřezaných žen utrpením. „Předpokládá se, že takto postižených žen žije dnes na světě minimálně 100 milionů. Nejměrnější forma – klitoridektomie – je anatomicky srovnatelná s amputací penisu.“ (Klicperová, Šilhovi, 2012 s. 120).

Ženskou obřízku provází rodinná slavnost s typickými hlasovými projevy afrických žen. Anestezie děvčete bývá minimální, nebo žádná. (Majer in Roztočil, 2008).

2.6.1. Definice ženské obřízky

Podle Majera (in Roztočil, 2008, s. 374) „ženská obřízka zahrnuje různé stupně mutilačních zákroků na zevních rodidlech ženy, které jsou součástí významné části afrických kultur. Provádí se po tisíciletí a její provedení bylo prokázáno i na mumiích z ptolemajovského Egypta. Velmi významně ovlivňuje sociální postavení ženy (v pozitivním smyslu) a její hygienické, sociální a reprodukční funkce (v negativním smyslu). Ženská obřízka má kulturní význam, protože je velice blízce spojena se ženskou sexualitou a její reprodukční rolí ve společnosti.“

2.6.2. Typy ženské obřízky

„Z lékařského hlediska se obřízka (což je nesprávný, nicméně používaný výraz) rozděluje do dvou velkých skupin: klitoridektomie (typ výkonu I a II) a infibulace (typ výkonu I a II).“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 120).

Dle Majera (in Roztočil, 2008) se obřízka dělí takto:

Klitoridektomie I. stupně zahrnuje odstranění části klitorisu nebo orgánu jako celku. Tento výkon se v angličtině nazývá „Suna circumscision“.

Klitoridektomie II. stupně neboli excise znamená odstranění klitorisu a části malých stydkých pysků. Po zhojení je klitoris nepřítomen, ale zevní ústí močové trubice a poševní vchod nejsou překryty.

Totální Infibulace je zákrok, kterým se odstraní klitoris, malé a velké stydké pysky. Sešitím se vytvoří souvislá plocha, která skryje jako za oponou ústí močové trubice a poševní vchod. Je ponechán pouze malý otvor pro odtok moči a menstruační krve. *Střední infibulací* se někdy označuje infibulace, kdy jsou amputovány pouze dvě třetiny velkých stydkých pysků.

To je však jen zjednodušená klasifikace, v praxi to vypadá tak, že obřízku provádí medicínsky naprosto nevzdělané osoby, a s trochou nadsázky se dá říci, že každá obřezávačka má svůj styl práce a rukopis.“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 123).

„Chirurgický zákrok prováděl někde kovář a jinde jiný zkušený muž či starší žena. S použitím léčivých bylin trvalo úspěšné hojení rány 10 až 40 dnů.“ (Klíma, Kubica, Wokoun, 1983 s. 64).

2.6.3. Komplikace spojené s ženskou obřízkou

V podmínkách, ve kterých se ženská obřízka obvykle provádí, představuje obrovské zdravotně psychologické riziko s negativními sexuálními následky ať v krátkodobém, nebo dlouhodobém horizontu. (Majer in Roztočil, 2008).

Somatické komplikace

Tyto devastující výkony mají vysokou mortalitu a morbiditu postižených děvčat. Mezi nejčastější časné komplikace všech typů ženské obřízky patří krvácení a ostrá somatická bolest. Tyto komplikace mohou vést k šokovému stavu s následnou smrtí, jenž není v Africe v souvislosti s těmito výkony výjimkou. Protrahované slabé krvácení působí anemizaci, která má negativní vliv na zdravotní stav již tak často podvyživených děvčat. (Majer in Roztočil, 2008).

Běžná je také lokální infekce a celkový septický stav (www.atllanka.net, [online, cit. 2015-04-08]), neboť je nemožné zajistit sterilitu v podmínkách, ve kterých

většina žen ve východní Africe žije. Rána po obřízce se převážně pouze spíchne trnem z akácie, dívce se sváží nohy a ona čeká, až se rána časem zahojí.

„Nejčastěji jde o infekce rány, vznik abscesu nebo vředu, sekundární hojení, sepsi, tetanus nebo gangrénu.“ (Majer in Roztočil, 2008 s. 375).

Pozdní komplikace jsou častěji spojeny s infibulací než s klitoridektomií. Při infibulaci dochází zejména ke komplikacím spojeným s odtokem moči a menstruační krve. Následkem může být chronická pánevní infekce. „Tyto ženy mají často problémy s fertilitou. Chronická infekce močového traktu vede k poruchám renálních funkcí a k urolitiáze. Nejčastější pozdní komplikací je tvorba inkluzních cyst v oblasti sutury, která je vystlaná keratinizujícími epitelialními buňkami a mazovými žlázami. Mohou být velikosti hrášku až grapefruitu.“ (Majer in Roztočil, 2008 s. 375). Typické je také tvoření keloidních jizev, jež deformují zevní genitál a působí ženě nesčetné somatické a psychické obtíže. Časté jsou poté úzkostné stavy, zahanbení a obavy z růstu monstrózních tvarů genitálu. (Majer in Roztočil, 2008).

Psychické komplikace

Protože je v tradičních afrických společenstvích diskuze na téma sexu tabuizována, je jen málo informací o psychologických problémech žen s genitální mutací. Jisté však je, že vztah afrických děvčat k obřízce je ambivalentní. Na jedné straně je přítomný strach z bolesti a následků výkonu, na straně druhé je u děvčete obrovská touha stát se ženou v daném společenství, kde je vysoká společenská hodnota obřízky. Nicméně je u žen s genitální mutací přítomen syndrom chronické úzkosti a deprese. (Majer in Roztočil, 2008).

Sexuální komplikace

Bálint a Šerý (1998) tvrdí, že názor, že ženská obřízka potlačuje orgasmus, se nepotvrdil. Bylo zjištěno, že masturbace je běžná u dívek s klitorektomií, neboť nervová zakončení po zákroku vzrůstají plošně do tvořící se jizvy a dráždivost je potom spíše zvýšena.

I Majer (in Roztočil, 2008) je názoru, že není možno paušálně konstatovat, že ženy s obřízkou nejsou schopny prožít kvalitního pohlavního života včetně dosažení orgasmu. Dodává, že je to však odvislé od typu zákroku u ženy, její přirozené sexuální reaktivity a psychosociálních aspektů. A že ztráta libida je často přímo závislá od rozsahu výkonu.

Ovšem obřezávačka Agata Lekapana je přesvědčena, že ženy s obřízkou nemají vůbec žádné potěšení ze sexu. Sex je prý pouze nástroj k plození dětí a potěšení muže. (Klicperová, Šilhovi, 2010). Nutno podotknout, že i Agata je obřezaná, tudíž mluví z vlastní zkušenosti.

Komplikace při porodech u obřezaných žen

Když dívky přežijí obřízku i infekce, mohou nastat ještě další problémy – vážné komplikace při porodu. Například v Somálsku většina žen rodí v domácím prostředí (v chatrči či na zemi). Někdy i s porodní bábou, ale nikdy s lékařem. Porodní báby sice mohou být zkušené, ale nemají žádné lékařské vzdělání. Když nastanou porodní či poporodní komplikace, žena často nemusí přežít. (Taylor, 2015 [online, cit. 2015-04-11]).

„Obřezaná žena má velké potíže při porodech, všechno se tam dole trhá,“ vysvětluje Josephine, žena z vesnice Nangida na severu Keni. (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 105). Ženy si po porodech omývají potrhaná rodidla slanou vodou, někdy také čajem. Pokud mají skutečně těžké problémy, mohou jít k lékaři – tedy spíše zdravotníkovi. Tomu se ale musí za ošetření zaplatit 1 500 keňských šilinků, tedy asi 360 Kč. Pokud žena nemá na ošetření peníze, složí se na ni celá komunita. (Klicperová, Šilhovi, 2010).

Majer (in Roztočil, 2008) říká, že pokud žena otěhotní, nečiní vlastní těhotenství větší obtíže, neboť klitoridektomie většinou nevytváří peripartální komplikace. Tyto komplikace jsou však časté u žen s infibulací zevního genitálu. Hlavní riziko pro ženy s tímto typem obřízky nastává v průběhu II. doby porodní. Zejména s chybějící, či nedostatečnou porodnickou péčí dochází k zástavě porodu tím, že naléhající část plodu narazí na zadní stěnu sešitých zbytků vulvy, a pokud nedojde k včasné discizi nebo spontánní ruptuře této přepážky v porodním kanále, dojde k zástavě postupu naléhající části. Následně může dojít k ruptuře děložní se známým dalším scénářem tragických následků, či může porod pokračovat několik dní.

K dalším komplikacím u zcela vyčerpané ženy dochází dlouhodobým tlakem části plodu, nejčastěji tvrdé, kostěné hlavičky k ischemii vesicovaginálního, či rektovaginálního septa s následnou tkáňovou nekrózou a vytvořením píštělí. V těchto případech se plod většinou rodí mrtvý. Fistulou postižená žena s absolutní inkontinencí moči, stolice, nebo obou, je často manželem, rodinou nebo společenstvím vyvržena a žije v bedných podmínkách na okraji své komunity. (Majer in Roztočil, 2008).

2.6.4. Ošetření dívky/ženy bezprostředně po obřízce

Dívky se k odbornému vyšetření většinou nedostavují, neboť komplikace spojené se zákrokem jsou vesměs zvládnány v komunitě pomocí tradiční medicíny. Velmi vzácně může závažné krvácení a ohrožení života dívky přimět rodinu k tomu, že ji přivede k ošetření.

V takovém případě je nutné zastavení krvácení (všemi možnými způsoby), zajistit dívku antibiotiky, vyčistit ránu a očkovat proti tetanu. (Šimetka in Roztočil, 2011).

2.6.5. Pověry spojené se ženskou obřízkou

- Klitoris podněcuje nevázané sexuální chování.
- Neobřezaná dívka chce po muži více sexu, než kolik jí je muž schopen poskytnout.
- Obřezaná dívka je moudřejší, tišší, více sounáleží s kmenem a je způsobilá k manželství. (Baronová, 2015 [online, cit. 2015-04-11]).

2.6.6. Ženská obřízka u Samburů

Ženská obřízka je zejména na severu Keni něčím naprosto běžným. Samburové, kteří tamní vyprahlou buš obývají, obřízku považují za něco, co je jejich součástí, co odnepaměti prováděli jejich předkové, a proto je nutné v tom pokračovat. (www.ceskatelevize.cz, [online cit. 2015-01-18]).

Obřezávačka Cecilia Lepalo

Do vesnice Nangida na severu Keni zavítala návštěva – stará žena s koženým vakem přes rameno, oblečená do červené kůže. Obřezávačka Cecilia Lepalo. (Lepalo znamená „zkušená v obřezávání“.) Cecilia Lepalo se svému řemeslu naučila od své matky, také profesionální obřezávačky. A byla to její matka, která ji, když jí bylo čtrnáct let, obřezala.

„Za jeden den obřežu tak deset dívek. Když se obřezává dívka, která se bude vdávat, dostávám jako odměnu maso z poloviny býka. Za obřezání mladší mi většinou platí jednou kozou a nějakým cukrem a tabákem. Teď je ale sucho, dobytek pomřel, tak chci po rodičích většinou peníze – 1 000 nebo 2 000 keňských šilinků,“ říká Cecilia. (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 100).

Před maňatou se schází hlouček žen, v jehož středu Cecilia obléká mladé dívce tradiční kožený oděv, obarvený hlinkou na červeno. Navléká jí speciální náhrdelník, uši jí zdobí mosaznými točenými náušnicemi a na nohy jí nazouvá slavnostní sandály. To vše dívka smí nosit pouze v jeden jediný den – v den, kdy se stane ženou – v den, kdy bude obřezána. „Samburové věří, že zevní genitálie jsou něco, co přikrývá vaginu stejně jako třeba vlasy hlavu. A že se dají odstranit stejným způsobem jako vlasy nebo chlupy – tedy ostrým předmětem. Dříve to dělávali naostřeným kamenným nožem, střepem, dnes nejčastěji žiletkou.“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 100).

Nikdo však netuší, zda má ženská obřízka nějaké praktické základy, ani jak vznikla. Samburové věří, že pokud žena není obřezaná, není zodpovědná a nemá pro společnost žádnou cenu – je to jen dítě. Postavení ženy v samburské společnosti je navzdory 21. století opravdu nevalné.

Cecilia tvrdí, že při obřezávání dívek necítí žádnou zvláštní radost ani bolest. „Obřízku dělám proto, že je to naše tradice a bez ní by se dívky nevdaly. Dělám to pro jejich dobro. Myslím si ale, že by bylo dobré obřízku zakázat, přináší velké komplikace při porodech, vypráví Cecilia.“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 100).

Cecilia ví, že je v Keni ženská obřízka oficiálně zakázána, ale ruka zákona do odlehlé buše na severu země nedosáhne. A když by náhodou chtěla vláda začít dodržování zákazu kontrolovat – Cecilia se místo obřezáváním bude živit rozením dětí. „Obřízka je pro nás normální věc, kterou musí projít každá žena, tak je to dáno odnepaměti,“ uzavírá asi pětadesátiletá obřezávačka Cecilia. (Klicperová, Šilhovi, 2010).

Obřezávačka Agata Lekapana

Agata se žije obřezáváním a rozením dětí. Je jí osmačtyřicet let a své řemeslo se naučila – jak jinak – od své matky. Jsou to tři dny, co pomohla dítěti na svět. „Chtěla být společnosti prospěšnější – nechtěla jen působit bolest, ale i pomáhat ženám s porody. Dokáže si prý poradit s ledasčím. Zvládne i otočit dítě v děloze, pokud má před porodem nesprávnou polohu. Naučila se to na semináři, který pořádala keňská vláda, aby zlepšila poskytování zdravotní péče v regionu. A na semináři se také dozvěděla, že úplnou ženskou obřízku je třeba postupně zastavit. Ona sama preferuje jen obřezávání klitorisu.“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 135). Agata tvrdí, že jí nikdo nezemřel ani při porodu, ani při obřízce. Ale kdo ví, ověřit se to každopádně nedá.

„Je pravda, že obřezaná žena necítí žádné potěšení ze sexu. Tak je to prostě v naší kultuře dáno. Sex je pro nás pouze nástroj k plození dětí a potěšení muže,“ uzavírá žena s žiletkou a gumovou rukavicí v klíně. (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 136).

2.6.7. Historie právního boje proti ženské obřízce v Keni

Beneš a Trillo (2006) uvádí, že Maendeleo ya Wanawake Organization (MYWO) usilovala o zákaz ženské obřízky. Ta se prováděla (a stále provádí) zhruba na 50 procentech keňských dívek a je běžnější u některých etnických skupin (např. u Kisiů a Masajů) než u jiných, a – což nepřekvapuje – na venkově a u nevzdělaných lidí, než ve městech a mezi vzdělanějšími vrstvami. Keňa je signatářem úmluvy o lidských právech OSN, která mrzačení

pohlavních orgánů zakazuje. Vláda v roce 1990 slíbila, že tuto praktiku zakáže, ale hnutí za její zákaz utrpělo v roce 1996 v parlamentu drtivou porážku a ženská obřízka nadále zůstala legální.

Dle zprávy UNICEF globálně klesá počet dívek, jimž znetvoření pohlavních orgánů hrozí. V současnosti je šance, že nějakou dívku obřízka potká zhruba o třetinu menší než před třiceti lety. (Beneš, Trillo, 2006).

V každém případě je ženská obřízka praktika, která se i přes přísný zákaz dále provádí. Nejčastěji tedy na vesnicích, kam zákon jen stěží dosáhne.

3. ZDRAVOTNICTVÍ, ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA A LIDOVÉ LÉČITELSTVÍ

Odhaduje se, že každý rok přibližně 50 milionů těhotných žen v rozvojových zemích nemá až do období porodu žádný kontakt se zdravotníkem a okolo 70 % žen na černém kontinentu nemá přístup ke zdravotnické péči ani antikoncepci, kterou potřebují k oddálení další gravidity. Péče se ženám poskytuje jen ve velice omezené míře a zpravidla se jedná pouze o poskytování akutní porodnické pomoci. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Jedním z hlavních způsobů posuzování úrovně zdravotní péče v krajině, je ukazatel počtu osob připadajících na jednoho lékaře. V bohatých zemích nebo v těch, které mají dobře vypracovaný systém zdravotnictví, je lehký přístup ke zdravotnickým službám. V průměru je na jednoho lékaře 390 obyvatel. Naopak v nejchudších oblastech připadají na jednoho lékaře až desítky tisíc lidí. Navíc více než polovina obyvatelstva žije dál jak 10 kilometrů od lékaře nebo nemocnice. (Bukovenová, 1997).

Důležitou součástí „afrických agend“ všech v Africe operujících velmocí i samostatných afrických států je zlepšení zdravotnické péče. Zdravotnictví úzce souvisí s ekonomickým a politickým rozvojem i s mezinárodní angažovaností v Africe. (Záhořík, 2010). Obecně platí, že státy s vysokou mírou demokracie a dodržování lidských práv vykazují vyšší standard zdravotnické péče, než je tomu v zemích vyznačujících se občanskými válkami, nestabilními režimy, rozsáhlou korupcí, nedemokratickou vládou či regionální marginalizací.

Také v oblastech s nízkou mírou rozvoje infrastruktury panuje obecně horší zdravotnická péče, než je tomu v oblastech s vyšší mírou rozvoje infrastruktury. Byly to zejména některé evropské země (Švédsko, Norsko, Belgie, Nizozemí, atp.), které v posledních desetiletích věnovaly značné úsilí rozvoji dostupnosti zdravotnické péče ve venkovských oblastech řady zemí. (Záhořík, 2010).

V posledních letech bylo dosaženo značného pokroku v budování zdravotnického školství v rozvojových zemích. Každým rokem jsou zakládány nové školy pro střední zdravotnické pracovníky i lékařské fakulty. Tisíce lékařů a zdravotnických pracovníků se školí převážně ve vyspělých zemích. I přesto však růst počtu zdravotnických pracovníků nepokračuje žádoucím tempem. Zdravotničtí pracovníci jsou často nerovnoměrně rozmístěni a koncentrováni do hlavních či velkých měst. Lékaři, kteří vystudují ve vyspělých zemích, se často odcizí své vlasti, neboť si zvyknou na vysokou životní úroveň a západní způsob

života. Zůstávají tak po promoci z velké části v zahraničí a nejsou připraveni pro působení na venkově svých zemí, kde je jich nejvíce potřeba. Právě z tohoto důvodu se nyní nejvíce zdůrazňují výhody školení lékařů a zdravotnických pracovníků v místní (vlastní) zemi a místních podmínkách. (Bálint, Šerý, 1998).

Gynekolog z vyspělé země, který pracuje v rozvojových zemích, se setkává s pacientkami, které dodržují určité tradice a zvyky, jež gynekolog musí respektovat. Obecně se setkáváme s určitým stupněm ostychu a nedůvěry pacientek k evropským lékařům. Lékař by měl být obeznámen s některými zvláštnostmi, aby nepůsobil bezradně a překvapeně v některých situacích, jež se mohou u těchto exotických pacientek vyskytnout. Je proto nutné ctít jejich náboženskou příslušnost, neboť prohřešky na tomto poli bývají neodpustitelné. (Majer in Roztočil, 2008).

3.5. Sociální prostředí žen

Postavení žen na černém kontinentu do jisté míry ovlivňuje pokročilost choroby v době, kdy se ženy dostaví do gynekologické ambulance. „Velmi zjednodušeně lez říci, že ženy musí vydržet více a dostavují se k ošetření později.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 440).

„Gramotnost a vzdělanost žen je v mnoha zemích stále velmi nízká, v průběhu života vesměs tvrdě fyzicky pracují, a v kombinaci s multiparitou trpí tudíž často kompletními prolapsy vnitřních rodidel, často doprovázenými ulceracemi pochvy.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 440). Také výskyt pohlavních přenosných chorob je mnohem častější.

3.6. Zdravotní péče o rodičky

V péči o matku a dítě, která je v rozvojových zemích obvykle integrována, je třeba si povšimnout vysoké úmrtnosti rodiček (až 500 na 100 000 živě narozených dětí a vyšší). (Bálint, Šerý, 1998). „Zvlášť velké problémy při porodech jsou na venkově. Je to například logistika, doprava do porodnice, atp.“ uvádí gynekoložka Nono Simelela. (www.blisty.cz, [online, cit. 2015-03-07]).

Majer (in Roztočil, 2008) uvádí, že zatímco například v Evropě připadá na 1 milion obyvatel 2 110 lékařů, 5 480 sester a porodních asistentek a je k dispozici 9 600 nemocničních lůžek, v Africe je to pouze 240 lékařů, 990 sester a 1 890 lůžek.

Zdravotní stav matek a dětí v Africe by bylo možné zlepšit snížením úmrtnosti matek i dětí zavedením sítí těhotenských poraden, očkováním, důkladnou prenatální péčí

a zajištěním porodů v nemocnicích/porodnicích za dodržení hygienických norem a v péči kvalifikovaného personálu. (Majer in Roztočil, 2008).

3.7. Zdravotní péče o kočovné kmeny

V rozvojových zemích se odhaduje 50 – 100 milionů kočovníků či polo-kočovníků, kteří žijí v řídké zalidněných oblastech. Někteří se v určitých sezónách přesunují na značné vzdálenosti s početnými stády dobytka. Těmto skupinám obyvatelstva je potřeba vybudovat zvláštní systém léčebně preventivní péče. Osvědčuje se například vyškolení zdravotnických pracovníků z jejich středu, kteří kočovný kmen trvale doprovázejí. (Bálint, Šerý, 1998).

3.8. Zdravotnická zařízení

Nové nemocnice mají být budovány podle plánu rozvoje a v koordinaci s potřebami zdravotnické služby. Ve městech i na venkově se zřizují zdravotnická střediska, kde pracuje jeden nebo skupina zdravotnických pracovníků pod trvalým, popřípadě pravidelným dohledem lékaře a kde zabezpečují základní úkoly zdravotnické služby. Na toto pracoviště bývá organizačně napojena jedna, případně více zdravotních jednotek, v nichž trvale působí jeden polyvalentní zdravotnický pracovník, který plní nejdůležitější funkce. Některá zdravotnická střediska jsou vybavena personálně i materiálně tak, že mohou poskytovat již specializovanější a komplexnější služby. Někdy mají i několik lůžek. (Bálint, Šerý, 1998).

Převážná většina zdravotnické péče se odehrává v nemocnicích na venkově – v tzv. district hospitals, které často pokrývají obrovskou spádovou oblast o rozloze až několik tisíc kilometrů čtverečních s až 500 000 obyvateli. Tyto nemocnice jsou vybaveny velmi jednoduše, potýkají se s nedostatkem elektřiny, vody, léků, jehel, diagnostických metod i krve. Nebývá v nich k dispozici JIP ani pokoj pro pooperační péči. Ultrazvukový přístroj se objevuje jen ojediněle. Oddělení často bývají velmi přeplněná a prostory nemocnice vesměs neumožňují oddělení „čistých“ a infikovaných případů. Je zvykem, že má u sebe pacient vždy alespoň jednoho rodinného příslušníka, který zajišťuje ošetrovatelskou péči a podporuje jej. Avšak i v těch nejméně rozvinutých zemích často existují nemocnice, jež jsou schopny zajistit zdravotní péči na poměrně vysoké úrovni. Tato péče může být dokonce i relativně snadno dostupná, často i zdarma, ale pro lidi z venkova je cesta do nemocnice ve vzdáleném hlavním městě, jenž může být i několik dní jízdy daleko, nereálná. (Šimetka in Roztočil, 2011).

3.7.1. Léky

Nedostatek účinných léků je velkým problémem rozvojových zemí. Je nutné dovážet jejich naprostou většinu a do mnoha zemí léky dokonce všechny. Veliká část rozpočtu je někdy věnována na léky málo účinné nebo příliš drahé a náklady na ně představují neúměrný podíl rozpočtu na zdravotnictví. Například v Keni je vážný nedostatek léků a dobře vybavených nemocnic. Ve většině z nich si musí nejen rodičky, ale celkově všichni pacienti hradit léčbu, injekce, plastické rukavice, vatu, léky, a další vybavení. (Beneš, Trillo, 2006).

3.9. Zdravotnictví v Ugandě

Úroveň zdravotní péče v Ugandě lze jednoznačně označit za velmi nízkou, a to zejména proto, že má pouze 49 % populace v Ugandě přístup ke zdravotnickým zařízením. (Bellušová, 2008). Největšími problémy ve zdravotnictví v Ugandě jsou malárie, HIV/AIDS, břišní tyfus a další infekční nemoci. (www.shalomforuganda.cz, [online, cit. 2015-01-04]).

Barták (2012) navíc uvádí, že nejčastějšími příčinami úmrtí v Ugandě bylo v roce 2002 HIV/AIDS (25 % úmrtí), malárie (11 % úmrtí) a infekce dolních cest dýchacích (11 % úmrtí).

3.9.4. Zdravotnická zařízení v Ugandě

V Ugandě jsou státní i soukromé nemocnice, ale ordinace praktických dětských lékařů (tak jak je známe v naší zemi) v Ugandě k dispozici nejsou. Dětské ambulance jsou vždy součástí nemocnice nebo zdravotního centra. Státní nemocnice by měly poskytovat ošetření a léky zdarma, avšak často trpí nedostatkem lékařů a nevyhovujícím a nedostatečným vybavením. Často v nich chybí i základní léky a čekací doby jsou neúnosné. V ugandských nemocnicích je pak běžné, že ve stolůžkové nemocnici, kde leží 150 pacientů, pracují pouze tři lékaři. Dle statistiky WHO z roku 2002 je v Ugandě 1,3 zdravotnického personálu na 1000 obyvatel, což je číslo značně nízké i na africké poměry. (Bellušová, 2008). Dle Bartáka (2012) měla Uganda v roce 2007 přibližně 28,25 milionu obyvatel. V roce 2002 pracovalo v Ugandské republice 2 209 lékařů a 19 325 zdravotních sester. Celkový počet pracovníků ve zdravotnictví byl 35 445.

V Ugandě je jedenáct nemocnic s označením Baby-friendly hospitals (nemocnice přátelsky nakloněná dětem). Na 1 000 obyvatel připadá téměř nulový počet porodních asistentek (0,12), což značí, že pouze jedna porodní asistentka je k dispozici pro více

než 1 000 obyvatel. (Bellušová, 2008). Obrovským problémem je tedy zejména nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu v nemocnicích.

3.9.5. Zdravotní péče v Ugandě

Poskytování zdravotní péče mimo hlavní město Kampalu je limitované a ani neodpovídá evropským standardům. Právě díky špatnému stavu zdravotnictví lidé v Ugandě umírají na běžné nemoci. Neexistuje zde ani žádné zdravotní pojištění. Doc. MUDr. Josef Donát DrSc. z gynekologicko-porodnického oddělení lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové říká, že ten, kdo má peníze, má nějakou zdravotní péči. Alespoň tu akutní. A že chudí lidé nemůžou prakticky nic. Zdravotní péče je nedostatečná a i z tohoto důvodu se běžně vyskytuje malárie, střevní cizopasnici, úplavice a především AIDS. (Bellušová, 2008).

3.9.6. Prenatální (předporodní) péče v Ugandě

Informace z UDHS (2000 - 2001) ukazují, že v Ugandě je prenatální péče skoro univerzální. Ženám je většinou poskytována péče prostřednictvím zdravotnických profesionálů. 83 procentům žen poskytuje péči zdravotní sestra nebo porodní asistentka, v 9 procentech je to lékař. Za těchto podmínek tvoří tradiční porod zanedbatelné 1 %. Ženám z urbanizovaných oblastí se dostává prenatální péče od lékaře 3 a půl krát více (26 %) než ženám na vesnicích. Na druhé straně, těmto ženám poskytují prenatální péči zdravotní sestry nebo porodní asistentky v 85 %, zatímco ženám ve městech, kterým se věnuje zdravotní sestra nebo porodní asistentka, je 71 %. Sedm z deseti žen využívá pro prenatální péči veřejné zdravotnické zařízení. Většina z těchto zařízení jsou vládní zdravotnická centra (38 %) a vládní nemocnice (28 %). (www.ubos.org, [online, cit. 2015-04-02]).

Převážná většina porodů v Ugandě probíhá doma (62 %). Tento názor zastávají spíše starší ženy, zatímco ty mladší preferují zdravotnické zařízení. Jakési pravidlo venkova potvrzuje i procento žen z této oblasti, které nerodí doma (32 %), na rozdíl od městských oblastí, kde v nemocnici rodí až 79 % žen. Značný rozdíl, kdy se žena rozhodne родit spíše ve zdravotnickém zařízení, ovlivňuje i středoškolské vzdělání. Těchto žen je 72 % oproti 21 %, kterým vzdělání chybí. (www.ubos.org, [online, cit. 2015-04-02]).

Porodů ve zdravotnickém zařízení bylo v letech 2000 – 2006 evidovaných 41 %. Téměř stejný počet (42 %) porodů byl v letech 2000 - 2006 pod odborným dohledem.

Služby poskytovány těhotným ženám v rámci prenatální péče zahrnují:

- vakcinaci proti tetanu
- aplikaci antimalarik
- měření krevního tlaku
- suplementaci železa
- poučení o příznacích komplikací
- vyšetření krve
- vyšetření moči (Bellušová, 2008).

3.10. Alternativní medicína a lidové léčitelství

Je mnoho důvodů, proč se pacienti obracejí k netradičním způsobům léčení. Jedním z hlavních je nepochybně pacientova potřeba, aby byl vyslechnut a jeho obtíže byly vnímány komplexně a ve všech souvislostech, které nemocný leckdy sám vyzoruje, a které však specialistům často nemůže sdělit. Je to potřeba, aby jeho slova nebyla brána na lehkou váhu. Dále je to důvěra, že léčitel (šaman) bude mít na pacienta dostatek času, že si bude vědom souvislostí, bude hledat vlastní příčinu onemocnění a snažit se o její odstranění léčebnými postupy bez vedlejších účinků. (Attenborough, 1997).

Na lidové léčitelství je doposud odkázána většina obyvatelstva rozvojových zemí. Snahou je zaměstnávat lidové léčitele po kratším zaškolení jako ošetřovatele, popřípadě domorodé porodní báby v krátkých kursech instruovat, jak se mají oprostít alespoň od nejškodlivějších tradičních technik. (Bálint, Šerý, 1998).

Například převážná většina Somálců důvěřuje více léčitelům obeznámeným jen s tradiční medicínou než lékařům v nemocnicích. Mnohé Somálky trvají navzdory všem zdravotním potížím na tom, že vyčkají, dokud neporodí přirozenou cestou. (Abdi, Robbins, 2014).

3.10.4. Osobnost lidového léčitele

Lidový léčitel je též označován jako šaman, domorodý léčitel, bylinkář, herbalista, věštec či „herbal doctor“ - anglicky. Označení „herbal doctor“ si šamané přidělili sami, neboť titul doktora zvyšuje jejich věrohodnost u nemocných. Právě na tohoto lidového léčitele se těhotné ženy obvykle obrací. Necháávají si předepisovat různé léky a bylinky, a častokrát se mu svěřují i během porodu. Šerý a Lysenko (1984) upozorňují, že metody těchto lidových léčitelů vykazují jak pozoruhodné výsledky, tak i poškozují zdraví nemocného (například ruší

lčeni doporučené lékařem). Tradiční léčitelé mají oproti lékařům výhodu, která spočívá v důvěře obyvatelstva, znalosti kmenových zvyků a místních poměrů. Léčitelé často využívají strachu pacientů z nadpřirozených bytostí a dovedou tak sugestivně ovlivnit nemocného. Další výhodou domorodého léčitele je schopnost vyložit nemocnému zcela srozumitelně příčinu nemoci dle kmenových tradic.

Šerý a Lysenko (1984) dále uvádějí, že domorodí léčitelé často používají léky rostlinného původu, které obsahují účinné substance. To však nelze přeceňovat, neboť jejich obsah v domorodých léčivech je často nepatrný a kolísavý. V poslední době se však také setkáme s léčiteli, kteří mají snahu používat moderních léků i v injekční formě. Nebezpečné může být předávkování, ale i pod-dávkování (např. antibiotik, které vede k rychle vznikající rezistenci původců nákaz).

Domorodý léčitel v afrických zemích bývá současně věštce a kmenovým kouzelníkem. Nemocný se na něho obrací buď jako na věštce, chce-li znát příčinu nemoci, což považuje za významné, zvláště, když za původce onemocnění je označena osoba v jeho okolí, či k němu přichází jako k bylinkáři, dává-li přednost léčení.

V mnoha oblastech Afriky jsou kmenoví šamani nerozlučně spjati s životem prostého občana, nýbrž se věří, že dovedou ovládat zlé duchy, životní sílu převést na sebe nebo ji proměnit v různá zvířata, která požijí nebo ukryjí. Africký šaman zjišťuje pomocí magických obřadů za použití různého náradí příčinu onemocnění (působení ducha, osobu odpovědnou za očarování, atp.). Psychiatři předpokládají, že hlavní příčinou psychotických stavů v Africe je strach před nadpřirozenými silami, který při magickém myšlení snadno vzniká. Lidé věří, že strach může vyvolat onemocnění a dokonce může vyvolat smrt i na dálku. Tyto případy jsou vysvětlovány jako důsledek nadměrného vyplavení adrenalinu v hrůze a duševním stresu, jenž se projeví tachykardií, hemokoncentrací a zástavou srdce. (Šerý, Lysenko, 1984).

Každý domorodý šaman má svá tajemství léků. Byliny sbírá jen za jistých okolností, například v určitých fázích měsíce. Léčení je kombinováno s různými magickými obřady, a čím jsou složitější, tím je poplatek vyšší. Ve východní Africe se vyskytují tzv. „vachavi“, kteří provozují jakousi černou magii. Mystické obřady se pak konají tajně v lesích, kde se tito šamani pokoušejí o „spojení se zlými duchy“. Někdy dokonce bývají najati, aby odstranili určitou osobu. (Šerý, Lysenko, 1984).

3.10.5. Africký tanec rodiček

Africký tanec rodiček vznikl asi 10 000 let př. Kr. Říká se mu také nejstarší tanec na světě, který se vyvinul z kultů plodnosti starověkých kultur a spadá do metod lidového léčitelství.

Antropologové zjistili, že se břišní tance praktikovaly již v dávných kulturách Afriky. Tančily je ženy z různých kmenů a měl usnadňovat porod. Když měla žena otěhotnět, odcházela na posvátná místa, kde obvykle tančila při úplňku či novu tance, které její tělo i duši připravovaly pro početí nového života. (www.satky.rovnou.cz, [online, cit. 2015-03-27]).

Další významnou roli tento tanec sehrával o devět měsíců později, kdy se ženy sešly v domě rodičky a společně s ní dítě doslova "vytančily". Určité prvky orientálního tance uvolňují a prokrvují celou oblast pánve a nohou, a tím pomáhají od bolestivých stahů první doby porodní. Zároveň tak dítěti pozvolna a přirozeně pomohou sestoupit dolů. Úkolem žen, které se při porodu scházely, bylo prostřednictvím tance vytvořit ženskou energii, kterou dodávaly rodiče. S její pomocí snímaly bolest, již při porodu pociťovaly.

Pro mladé dívky, které vždy mohly být u porodu přítomny, to byla příprava na jejich pozdější vlastní porod. Tehdy byl porod sociální, posvátnou událostí, nikoli pouze lékařským zákrokem, jak tomu bývá dnes. (www.satky.rovnou.cz, [online, cit. 2015-03-27]). Stejně tak Marek (2002) uvádí, že se dívky tento tanec učily už od raného věku a připravovaly se tak přirozeně na nejdůležitější poslání ženy - na porod.

Orientální, neboli břišní tanec má velmi příznivé účinky na zdraví, krásu a psychickou pohodu tančící ženy. Porodní asistentky ho často doporučují budoucím maminkám k usnadnění porodu. Gynekoložka Henrietha Nazari navíc uvádí, že se díky břišnímu tanci uvolňují a posilují svaly v oblasti pánve, což přispívá k léčbě neplodnosti. (www.doktorka.cz, [online, cit. 2015-02-23]).

Břišní tanec posiluje pánevní, břišní a zádové svaly i páteř, tedy to, co je v těhotenství a zároveň i během porodu nejvíce zatěžováno. Učí také dobře dýchat a relaxovat. Tanec v pomalém tempu je velice uklidňující.

V těhotenství by ženy měly tančit v pomalém rytmu a velmi něžně. Naopak během první doby porodní (mezi stahy), se doporučuje rytmus dynamičtější, díky němuž se zmírňují porodní bolesti, a urychluje se porod. „Tím, že první dobu porodní mezi stahy žena protančí

vlnivými, krouživými a třesoucími pohyby, umožní miminku, které sestupuje porodními cestami spirálovitě, mnohem snadnější příchod na svět.“ (Marek, 2002 s. 222).

Doporučují se vlnivé a krouživé pohyby pánve, hrudníku, rukou a hlavy, dále pohyby hrudníku do stran (pohyby hrudníku dopředu a dozadu také uleví, protože snižují tlak dětské hlavičky). „Břišní vlnou se zlepší pohyblivost břišního svalstva, které při porodních bolestech tlačí na dělohu. Kolébavé pohyby různých osmiček a kroužení pánve zklidňují dítě, kolébané v plodové vodě.“ (Marek, 2002 s. 223).

Stačí jedna lekce břišního tance a budoucí maminka už ví, jak je výhodné se při porodu „hýbat“: být přirozená a jak naslouchat signálům těla.

„Jedna současná břišní tanečnice si v porodnici, kde se ženy při porodu mohly svobodně pohybovat, všimla, že přirozeně krotí pánvi a boky, jako kdyby tancovaly.“ (Marek, 2002, s. 45).

Dále Marek (2002) tvrdí, že ženy intuitivně vstávaly, kroutily pánví a celým tělem, zatímco personál v porodnici je opětovně nutil ulehnout na postel.

4. MATEŘSTVÍ JAKO RIZIKOVÉ „POVOLÁNÍ“

Více než půl milionu matek ročně umírá na následky těhotenství a porodu a i přesto, že byl zaznamenán určitý pokrok ve snižování mateřské úmrtnosti, její úroveň zůstává stále hodně vysoká. Porodní komplikace postihují celosvětově minimálně 15 % těhotenství, takže nesouvisejí s ekonomickou vyspělostí země. Mateřská úmrtnost je však vysoká jen v rozvojových regionech. Problém mateřské úmrtnosti však nelze vyřešit, aniž by došlo k rozvoji zdravotní infrastruktury v nejvíce postižených regionech. Zdravotní péče musí být nejen kvalitní, ale především i široce dostupná. Na to je však třeba soustředit mnohem více peněz, energie a úsilí, než se aktuálně na zdravotní programy poskytuje. V případě naprosté absence lékařské pomoci i poměrně lehká porodní komplikace často končí smrtí nebo doživotním postižením rodičky, přičemž většině z nich nelze předcházet a nelze je ani předvídat. Pokud by ovšem ženám byla poskytnuta včasná, správná a odborná pomoc, takřka všechny by mohly být zachráněny. (www.rozvojovka.cz, [online, cit. 2015-04-12]).

4.1. Nemocnost matek

Morbidity (nemocnost) znamená počet registrovaných případů onemocnění definované nemoci v určitém časovém úseku, vztaženo na počet obyvatel. (Gregora, Paulová, 2005).

„Nemocnost matek je určována komplexem vzájemně se podmiňujících příčin, mezi něž patří především chronická podvýživa a anémie úzce spjatá s akutními i chronickými infekcemi, jako je malárie, tuberkulóza, atd.“ (Majer in Roztočil, 2008 s. 372). Je méně známo, že i při vysoké porodnosti je v Africe až 40 % neplodných párů jako následek pohlavních infekcí s obstrukcemi vejcovodů a mnoho žen je poškozeno traumaty z častých předchozích porodů s neošetřeným porodním poraněním. (Majer in Roztočil, 2008).

Malárie je velmi časté onemocnění komplikující těhotenství v afrických zemích, a proto považuji za důležité ho více přiblížit. Níže uvádím rizika nemoci, její léčbu a zejména ověřené opatření – síť proti moskytům.

Během těhotenství ztrácí žena část imunity a ataky malárie jsou pro ni v tomto stavu těžší. Hrozí riziko potratu nebo narození dítěte s nízkou porodní hmotností. (Majer in Roztočil, 2008). Léčba této nemoci spočívá v dlouhodobém podávání antimalarik. Protože je však zejména na vesnicích obtíž v sehnání léků, existuje jednoduché a přitom velice účinné opatření proti této nemoci. Jsou to sítě proti moskytům, které jsou napuštěné insekticidem, jenž kromě omezení přenosu malárie, snižují i dětskou úmrtnost. Pokud je chráněna matka, je chráněno i dítě, jež s ní pod sítí spí.

„Používání sítí proti moskýtům vedlo ke snížení počtu případů onemocnění malárií a počtu úmrtí těhotných žen a jejich dětí. V letech 2003 – 2006 spalo pod ochrannými sítěmi 22 % dětí pod 5 let. Studie provedená v oblasti s vysokým přenosem malárie v Keni ukázala, že pokud se ženy každou noc chránily sítěmi proti moskýtům, u jejich prvních čtyř těhotenství se vyskytovalo o 25 % méně případů předčasných porodů a novorozenců s nízkou porodní váhou.“ (Bellušová, 2008 s. 28). Aby byl efekt prevence co nejvyšší, měla by být těhotným ženám síť proti moskýtům zabezpečena už od začátku těhotenství, neboť tak mohou výrazně omezit riziko nákazy.

4.1.1. Neplodnost

Diagnostika příčiny stavu je dvěma slovy obtížná a nevděčná, neboť ve velmi zaostalých končinách některých rozvojových zemí se diagnostika omezuje v podstatě jen na odhalení poruch menstruačního cyklu na základě menstruačního kalendáře, základní gynekologické vyšetření, výjimečně i provedení ultrazvukového vyšetření. Ze sekundárních pohlavních znaků se dá odhalit hyperestrinismus, atp. I toto základní vyšetřování může být velmi náročné, protože povídání si s negramotnou pacientkou z diametrálně odlišné kultury, navíc často přes tlumočníka, o záludnostech menstruačního cyklu, se často podobá dialogu nevidomého s neslyšícím. (Šimetka in Roztočil, 2011).

U léčby poruch plodnosti je nejdříve vždy nutné vyvrátit pověry a edukovat pacientku (tzn. podat obecné poučení o menstruačním cyklu, plodných dnech, atd.).

Ze sofistikovanějších metod je pak oblíbené použití tzv. „fertility drugs“ (tzn. klomifenu), jež bývá většinou na trhu za nemalé peníze dostupný. (Šimetka in Roztočil, 2011).

4.1.2. Prevence nemocí

Co se týče prevence nemocí, je to očkování, jenž chrání lidi před zánětem průušnic, tetanem, atp. Pro zachování zdraví má také důležitou úlohu hygiena stravy, kvalita vody a zdravé bydlení. (Bukovenová, 1997). V neposlední řadě to jsou antimalarika, či síť proti moskýtům, jenž chrání před malárií.

4.2. Potrat

Stává se, že je někdy těhotenství ukončeno potratem. Ten může mít mnoho příčin. V prvních týdnech těhotenství se může stát, že tělo odmítne poškozený plod, který by se nikdy nemohl zdravě vyvinout. Občas je potrat vyvolán zdravotním problémem,

jenž se objeví v průběhu těhotenství, či z důvodu předchozího onemocnění. U afrických žen je jednou z hlavních příčin potratu zejména fyzicky náročná práce. Častokrát pracují až do devátého měsíce těhotenství na poli, nebo každý den nosí několik kilometrů těžké kanystry s vodou. V některých případech ženy uvádí jako důvod potratu také „špatné léky od šamana“. Nedá se však s přesností určit, zda za onen potrat opravdu léky od přírodního léčitele mohou.

Podle mého názoru je velmi důležité, aby ženy, které si potratem projdou, měly dostatek času se se ztrátou vyrovnat. A také nepochybně potřebují sdělit své pocity někomu, kdo je vyslechne s pochopením a účastí.

4.2.1. Definice potratu

Majer (in Roztočil, 2008) uvádí, že pokud má plod porodní hmotnost menší než 500 gramů, je klasifikován jako novorozenec pouze tehdy, pokud projevuje alespoň jednu známku života déle než 24 hodin. Jestliže tuto podmínku nesplní, je klasifikován jako potrat.

4.2.2. Druhy potratů

Časný potrat

„Ztráta dítěte předtím, než je schopné přežít vně dělohy, se nazývá potrat.“ (Deansová, 2004, s. 278). Nejčastěji k němu dochází do 12. týdne těhotenství a lékaři jej označují jako časný potrat (někdy též jako potrat v prvním trimestru). Časný potrat je velice častý, neboť se vyskytuje v jednom z pěti těhotenství. Pravděpodobně je však mnohem častější, protože ženy před potratem o těhotenství nemusí vědět a považují tak potrat za silnější menstruační krvácení. Nejméně polovina všech časných potratů je způsobena vadami chromozomů, které zabraňují zdravému vývoji dítěte. Časný potrat mohou též vyvolat infekce. Příznakem hrozícího časného potratu je převážně silné krvácení z pochvy spojené s bolestí v dolní části zad či křečovitou bolestí břicha. (Deansová, 2004).

Kompletní potrat

Jestliže děloha vypudila celý plod i s obaly, jde o potrat úplný. (Deansová, 2004).

Nekompletní potrat

Jestliže děloha nevyloučí celý plod s obaly a zůstanou v ní kousky tkáně, označuje se potrat jako nekompletní. Často je potřeba provést menší zákrok v celkové anestezii, kterým se děloha vyčistí. Tento zákrok představuje rozšíření děložního hrdla a seškrábnutí tkáně z děložní sliznice (tzv. kyretáž). (Deansová, 2004). Ovšem v Africe, kde ženy často nemají

přístup ke zdravotnické péči, většinou čekají, až tkáň v několika následujících dnech odejde samovolně.

Zamlklý potrat

Stává se, že potrat občas probíhá bez příznaků, nebo pouze s malými příznaky, například odtokem malého množství hnědavého výtoku z pochvy. Tento typ se obvykle zjišťuje ultrazvukem, neboť uvnitř dělohy může být zjištěn prázdný vak, což znamená, že se plod nikdy nevytvořil, nebo může být plod uvnitř vaku vidět, ale netluče mu srdce. To znamená, že plod zemřel ve velmi časném stádiu. Lékař proto buď odstraní zbylou tkáň, nebo vyčká, zda ji tělo nevyloučí přirozeným způsobem v několika následujících dnech. (Deansová, 2004). V Africe se opět „preferuje“ spíše druhá varianta, čili vyloučení tkáně přirozeným způsobem, neboť, jak již bylo zmíněno, možnost žen dostavit se k lékaři na tento zákrok je často mizivý.

Nedostatečnost děložního hrdla

Nedostatečnost děložního hrdla je pravděpodobně odpovědná za 20 až 25 % všech potratů v druhém trimestru. „Insuficientní (nedostačující) hrdlo se otevírá pod tlakem rostoucí dělohy a dítěte.“ (Deansová, 2004 s. 279). Příčinou může být například geneticky podmíněná slabost hrdla, jeho extrémní napínání či velké potrhání v průběhu jednoho nebo více předchozích porodů. I zde je na místě lékařský zákrok - otevřené hrdlo se sešije stehem vedeným pod sliznicí děložního čípku a tím se uzavře. (Deansová, 2004).

Spontánní aborty

Spontánní potraty jsou v Africe stejně běžným gynekologickým problémem, jako je tomu v rozvinutém světě. Faktory způsobující aborty jsou rovněž stejné jako v našich krajích, navíc se k nim však přidávají další specifické okolnosti, jako jsou například tropické infekční choroby (malárie, horečka dengue), podvýživa, násilí a těžká fyzicky náročná práce. Potraty jsou běžnou součástí života a jako takové jsou populací žen přijímány poměrně s velkým pochopením. Informace o tom, že těhotenství dopadlo špatně, je často přijata s klidem, pokud se zrovna nejedná o pacientku, jíž se tato událost přihodila již opakovaně a nedaří se jí donosit žádné těhotenství. Na spontánní abort je často nahlíženo jako na zásah boží nebo ránu osudu a tak je i přijímán. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Minimum žen navštěvuje v těhotenství poradnu, pracovní úlevy neexistují. Po spontánních potratech se neprovádějí revize, protože žena tuto epizodu převážně tají.

Nedodržuje se hygiena šestinedělí, chybí základní dezinfekce a antibiotika. (Majer in Roztočil, 2008).

Potrat - „nebezpečný abort“

„Nebezpečný potrat“ je dle WHO definován jako „procedura ukončení těhotenství, která je provedena v prostředí, které nesplňuje minimální požadavky kladené na zdravotnické zařízení.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 447).

V incidenci indukovaných potratů existují velké regionální rozdíly. Situace se liší podle toho, zda je v dané zemi abort legální či není. Nicméně i v zemích s legální možností provedení potratu dochází k případům nebezpečného potratu, ať už z důvodu vzdálenosti zdravotnického zařízení, strachu ze stigmatizace, nedostatku peněz nebo prosté nevědomosti o možnosti legálního ukončení gravidity. „Odhaduje se, že na celém světě je provedeno přibližně 46 milionů potratů, z nichž asi 26 milionů proběhne v zemích, kde není potrat povolen. Odhadovaný počet abortů na celém světě je přibližně 26 na 10 poznaných těhotenství.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 448).

V souvislosti s komplikacemi v těhotenství a při porodu, umírá na světě každoročně přibližně 530 000 žen, z nichž 99 % je právě z rozvojových zemí. Pokusy o ukončení nechtěného těhotenství jsou jedním z nejčastějších důvodů úmrtí (ročně takto umírá asi 68 000 žen). „Na celém světě dochází k přibližně 19 milionům nebezpečných potratů ročně.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 448). Komplikace spojené s nebezpečným potratem jsou příčinou přibližně 13 % všech mateřských úmrtí. Odhaduje se, že celkový počet potratů mezi roky 1995 a 2003 celosvětově sice poklesl ze 45,6 milionů na 41,6 milionů, avšak nedošlo k poklesu nebezpečně provedených potratů, které stále tvoří 48 % všech potratů. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Nejzásadnějším problémem jsou aborty provedené pomocí nebezpečných metod. Důvody, proč se aborty provádějí nebezpečnými metodami, jsou různé. V mnoha zemích je abort nelegální či je na něj společností nahlíženo velice negativně. Těhotenství u neprovdané ženy je důkazem pohlavního styku mimo manželství a je v mnoha zemích naprosto společensky nepřijatelné. Ženy se následně rozhodují k zoufalým činům a podstupují tak rizikové zákroky. (Šimetka in Roztočil, 2011).

4.2.3. Osvěta

Velice důležitou součástí poskytování kvalitní péče v této gynekologické problematice je odborné poradenství navazující bezprostředně na potrat. Toto poradenství by mělo být

v ideálním případě poskytnuto stejným zdravotníkem, který provedl dokončení nekompletního potratu, neboť tato osoba má v očích pacientky největší důvěru, a poradenství tak má největší dopad. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Je třeba ženu chránit před dalším rychlým těhotenstvím. Čili je nezbytné poskytnout některou z forem antikoncepce, předepsat antianemika doporučit pohlavní abstinenci, poučit o plánování těhotenství, doporučit v další graviditě návštěvy prenatální poradny co nejdříve po zjištění těhotenství, aby došlo k navázání kontaktu pacientky a zdravotnického personálu, čímž se zvýší šance, že žena bude po dobu těhotenství sledována v poradně. (Šimetka in Roztočil, 2011).

4.3. Zdravotní komplikace u žen během porodu

Ve východoafrické Ugandě zemře každý týden během porodu více jak sto žen. (www.zzz.sk, [online, cit. 2015-04-13]).

To, jak se matka cítí v čas porodu, má nesmírný vliv na jeho průběh. Pokud je matka uvolněná, plná důvěry a těší se na narození dítěte, má velmi dobré vyhlídky, že porod bude jednoduchý a bezproblémový. Pokud je však plná pochybností a obav a není si jistá rolí budoucí matky, riziko komplikací úměrně roste. (Marek, 2002).

Dle dostupných informací a zdrojů, patří mezi nejčastější přímé komplikace během porodu zejména krvácení (velká ztráta krve), potrat, eklampsie, těžká fyzická námaha a infekce. Mezi nejčastější nepřímé komplikace při porodu patří malárie, chudokrevnost, žloutenka a ve stále větší míře HIV/AIDS.

4.3.1. Krvácení během porodu

Hawa Abdiová, somálská gynekoložka angažující se v hnutí za lidská práva, jež byla nominovaná na Nobelovu cenu míru, popisuje v knize *Nevzdávat se naděje* příklad z praxe, kdy jí pacientka během porodu začala krváčet:

„Krvácení během porodu a po něm je do určité míry normální. Pokud se něco natrhne mimo děložní tepnu, krvácení se zvládne; tělo vytlačí placentu a samoozdravné pochody se záhy postarají o zbytek potíží. Když jsem však spatřila tento příval krve, dostala jsem strach, že se natrhla děložní tepna samotná, což mohlo znamenat masivní, ba životu nebezpečné krvácení. Nebyl však čas přemýšlet, kde přesně k natržení došlo; všechno jsem musela vyřešit okamžitě. Zavolala jsem ostatní lékaře a naordinovala jsem pacientce injekci. Obávala jsem se, že pokud bude krváčet ještě několik minut, zemře. Vysvětlila jsem ženě

klidně, že v zájmu zastavení krvácení musím vstoupit do pochvy. Vsunula jsem jednu ruku dovnitř, druhou jsem shora tlačila na břicho a snažila se zastavit krvácení mechanicky. Několik minut jsem zůstala v této pozici a uklidňovala ženu, že to bude dobré, tlačila jsem ze všech sil. Nakonec přestala krváčet.“ (Abdi, Robbins, 2014).

4.3.2. Eklampsie

Eklampsie je nemoc typická záchvatem křečí, jenž může skončit i kómatem. Tímto onemocněním trpí přibližně 7 % těhotných žen. Je to závažný a nebezpečný stav jak pro matku, tak i pro plod. Křeče častěji propuknou na konci těhotenství (35 %) a během porodu (40 %), méně často po porodu (25 %). (www.zena.centrum.cz, [online, cit. 2015-04-13]).

4.3.3. Nesprávná poloha plodu

Někdy je postavení plodu nesprávné a porod může začít nohami či hýžděmi novorozence. Pakli-že není možno dítě nějakým způsobem otočit nebo má větší hlavu než je porodní otvor, je to indikace pro císařský řez. (www.damy.cz, [online, cit. 2015-04-13]). Například při příčné poloze plodu se většinou nedá porodit bez pomoci lékařů či zkušených zdravotníků. Jestli-že se neprovede císařský řez, rodička zemře. (www.porodnice.cz, [online, cit. 2015-03-28]).

4.3.4. Ženská obřízka

Také ženská obřízka má veliký vliv na průběh porodu. Často porod doprovázejí komplikace spojené s ženskou obřízkou, které podrobněji popisují na straně 31, 32 a 33.

4.3.5. Technika Samburek při těžkém porodu

Nástřih hráze – technika, kterou si ženy pomáhají při těžkém porodu. „Nástřih se provádí dlouhým naostřeným nehtem, kterým disponuje porodní bába (a většinou obřezávačka v jedné osobě). Nehtem hráz roztrhne, sešívání se samozřejmě posléze nekoná.“ (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 119).

Ovšem Marek (2002) tvrdí, že nástřih hráze (epiziotomie) je v kmenových společnostech prakticky neznámý pojem. Místo toho se používá množství nejrůznějších metod, jak hráz zklidnit, masírovat a změkčit. Ženy z kmene Buganda v Ugandě si v posledních týdnech těhotenství sedají do bylinkové lázně.

4.4. Zdravotní komplikace u žen po porodu

Běžné jsou komplikace nejen během porodu, ale také po porodu. Níže uvádím komplikace nejčastěji se vyskytující.

4.4.1. Poporodní kardiomyopatie

Poporodní kardiomyopatie postihuje nejčastěji ženy černé rasy žijící na nízké sociální a ekonomické úrovni. „Kongestivní změny myokardu s příznaky srdeční nedostatečnosti se objevují 2. - 20. týden po porodu. Častou komplikací je plicní embolizace. Léčení vyžaduje dlouhodobý klid na lůžku, kardiotonika a diuretika.“ (Bálint, Šerý, 1998 s. 106).

4.4.2. Endometritida (mateřská horečka)

V prvních 24 hodinách od porodu je obvykle horečka odpovědí matčina organismu na právě překonanou zátěž. Po vaginálním porodu je horečka častá a většinou neznamena žádné riziko. Pokud však horečka přetrvává i po 24 hodinách, je třeba myslet na puerperální endometritidu, jež se někdy nazývá i „horečka omladnic“. Endometritida je způsobena průnikem bakterií z vaginálního kanálu do dělohy. Horečka je obvykle nad 38° C, přidává se bolest břicha, třesavka a zapáchající výtok. Může se však obnovit i poporodní krvácení. Mezi hlavní příčiny této horečky patří dlouhý porod, neplánovaný císařský řez, příliš dlouho odtečená plodová voda, atp. (www.tehotenstvi.academy.sk, [online, cit. 2015-04-15]).

4.4.3. Krvácení

Krvácení po porodu může nastat velmi nečekaně a může se stát i ohrožením na životě. Dojít k němu může například po dlouhém porodu a u žen, které porodily více dětí.

4.4.4. Inkontinence

K inkontinenci dochází po porodu velmi často. K úpravě potíží dochází do osmi měsíců až do dvou let po porodu, přičemž se však u některých žen jedná o doživotní komplikaci. (www.porodnice-porod.cz, [online, cit. 2015-03-28]).

4.4.5. Deprese

Deprese po porodu je další nepříjemností, která se může snadno objevit. Žena prožívá mnoho nového, spojovaného s radostí, ale i se starostmi. Lehké deprese trvají pouze několik dní či týdnů. Projevují se zejména strachem, smutkem, změnou nálad, podrážděností, špatným spánkem a pláčem. Střední deprese trvají déle a žena ztrácí chuť k jídlu, je unavená, nespí, obviňuje sama sebe z neschopnosti, nesnadno navazuje vztah k dítěti a odmítá rodinu

a přátele. Lehčí formy poporodních depresivních stavů mohou přejít i do poporodní psychózy. Ta se objeví během prvních dvou týdnů po porodu a provází ji halucinace, špatná orientace, zmatenost, paranoia, ale i možnosti sebeublížení a ublížení dítěti. (www.porodnice-porod.cz, [online, cit. 2015-03-28]).

4.4.6. Únava

Péče o miminko je skutečně veliká zátěž na fyzickou a zároveň psychickou kondici každé maminky. Zvýšená únava může trvat několik týdnů i měsíců. Příčinou může být kromě zátěže i zdravotní problém – chudokrevnost, infekce, zánět a poporodní deprese. (www.porodnice-porod.cz, [online, cit. 2015-03-28]).

4.4.7. Jedna ze záchranných metod Samburek po porodu

Při nejrůznějších komplikacích, které porody provázejí i ve špičkově vybavených nemocnicích, si Samburky pomáhají svéráznými způsoby.

„Někdy se stane, že po dítěti nevyjde ven placenta. Pak vezmeme drát, který používáme k výrobě náhrdelníků, a zasuneme ho rodičce do krku. Jak začne dávit, svaly v břišní dutině začnou pracovat tak, že placenta vyjde. Někdy,“ vysvětluje Josephine, starší z vesnice. (Klicperová, Šilhovi, 2010 s. 119).

Další zajímavá léčebná metoda spočívá v polykání kozího sádla s bylinami, čímž si ženy pomáhají v případě, kdy z nich nevyjde placenta přirozenou cestou. (Klicperová, Šilhovi, 2010). Ke snadnějšímu vypuzení placenty se také většinou využívá stahování svalů, masáže a vzpřímené pozice.

4.5. Hlavní příčiny úmrtí matek

Mortalita neboli úmrtnost, je definována jako relativní počet úmrtí, vztaženo na určitou populaci a určitý časový úsek. (Gregora, Paulová, 2005).

Ukazatele mortality patří k historicky základním kritériím výsledků perinatální péče. Zejména k nim patří perinatální mortalita a mateřská mortalita. (Šimetka in Roztočil, 2011). Za mateřské úmrtí se pokládá každé úmrtí těhotné ženy, šestinedělky, po potratu či v souvislosti s mimoděložním těhotenstvím, a to i tehdy, když nastalo z neporodnických příčin (např. úrazy). (Čepický in Roztočil, 2008).

„Úmrtnost matek v průběhu těhotenství, během porodu a krátce po něm dosahuje relativně snad nejvyšších čísel mezi všemi skupinami obyvatelstva, včetně dětí a kojenců.

V některých nejchudších zemích je 100 až 200 x vyšší než v průmyslově vyspělých zemích.“ (Bálint, Šerý, 1998).

Gwyneth Lewis říká, že důvodů, proč těhotné ženy umírají, je několik. Ženy se v Africe na těhotenství příliš netěší, obávají se ho. Někdy říkají, když jim začínají porodní bolesti: „Jdu se projít k řece, možná se již nevrátím.“ A pak jdou porodit dítě do polí a nikdo neví, zda se opravdu vrátí či nikoli. (www.blisty.cz, [online, cit. 2015-01-10]).

I Majer (in Roztočil, 2008) uvádí, že úmrtnost matek v průběhu těhotenství, během porodu a v šestinedělí dosahuje hodnot až dvěstěkrát vyšších oproti vyspělým zemím. Mezi nejčastější příčiny vysoké úmrtnosti v souvislosti s porodem jsou poporodní krvácení a sepse, které jsou bezprostředně podmíněny nedostatečnou prenatální a porodní péčí.

Stejně tak Bálint a Šerý (1998) uvádějí, že nejčastějšími příčinami vysoké úmrtnosti v souvislosti s porodem jsou poporodní krvácení a sepse, které jsou bezprostředně podmíněny nedostatečnou prenatální a porodní péčí. Dodávají však, že častá těhotenství a zejména pokoutně prováděná umělá přerušování těhotenství situaci ještě zhoršují.

„Podle UN Report není v nejbližších letech očekáván výraznější nárůst úmrtnosti matek a dětí, pouze může dojít k mírnému zvýšení následkem přírodních katastrof, válečných událostí a politického neklidu.“ (Majer in Roztočil, 2008 s. 372).

5. ÚMRTNOST NOVOROZENCŮ, KOJENCŮ A DĚTÍ DO 5 - TI LET

Mnohem více dětí zemře ročně při porodu, než na nemoci jako je virus HIV a AIDS nebo malárie. Vyplývá to ze studie zveřejněné v jihoafrickém Kapském Městě, kde se koná světový kongres Mezinárodní gynekologické a porodnické federace.

„Svět dál zůstává hluchý k pláči 230 dětí, které umírají každou hodinu na porodní komplikace,“ uvádí studie, kterou citovala agentura AP. Podle zprávy by většině úmrtí šlo předejít. Stačilo by zlepšit základní zdravotní péči a výcvik místních zdravotníků, aby v případě nouze dokázali provést císařský řez a další techniky, jež rodičce i dítěti zachrání život. (Kopecká, 2015 [online, cit. 2015-04-15]).

Bálint a Šerý (1998) uvádějí, že údaje o úmrtnosti v dětském věku nejsou spolehlivé a ve většině statistik jsou spíše nižší než ve skutečnosti.

5.1. Hlavní příčiny úmrtí dětí

WHO odhaduje, že více jak 9 milionů novorozeňat zemře před narozením nebo v prvních pár týdnech svého života každým rokem. Faktem je, že téměř všechny případy se týkají rozvojových zemí. Převážná většina těchto úmrtí je způsobena infekčními chorobami, těhotenskými potížemi jako jsou poruchy placenty, komplikace přímo při porodu a porody předčasné. Mezinárodní společnost zdraví a rozvoje přitom dosáhla mnoha určitých úspěchů, avšak stále zde zůstává mnoho výzev. Za posledních třicet let mateřská úmrtnost novorozeňat poklesla a lidé se dožívají vyššího věku. (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

Další vážné nemoci, které postihují děti v Africe, jsou například HIV/AIDS a malárie. Také poruchy výživy řadíme mezi nejčastější příčiny úmrtí dětí.

5.1.1. HIV/AIDS

AIDS je smrtelné onemocnění, jehož podstatou je selhání obranyschopnosti, vyvolané viry HIV. Prozatím jsou známy dva typy těchto virů – HIV 1 a HIV 2 – s několika podtypy. Tyto viry se nachází v sekretech pohlavního ústrojí a krvi infikovaných (HIV pozitivních), kteří po nákaze zůstávají řadu let zpravidla zcela bez příznaků a často o své infekci ani sami nevědí. Tím snáze se tyto viry mohou šířit dále. (Göpfertová, Vaništa, 2008).

K přenosu nákazy dochází nejčastěji při nechráněném sexuálním styku s infikovanou osobou. Vyšší riziko nákazy představuje přenos z muže na ženu než obráceně. Dále také

jakékoli sexuální praktiky přispívající k porušení sliznice pohlavního ústrojí, jiné současné pohlavní infekce, u žen menstruace. Dalším významným způsobem přenosu viru HIV je přenos při použití nesterilních, infikovanou krví kontaminovaných nástrojů, pronikajících kůži nebo sliznicí. „Možný je také přenos z matky na dítě v průběhu těhotenství či porodu, naopak dosud nikdy nebyl prokázán přenos při běžném osobním kontaktu (ani při přátelském líbání), předměty denní potřeby, vodou, potravinami, hmyzem či členovci, poranění zvířetem ani vzduchem.“ (Göpfertová, Vaništa, 2008 s. 65).

HIV – Rizikové faktory:

„Asi 15 – 25 % HIV pozitivních matek přeneše infekci na své děti, z toho 70 % při porodu a 30 % před porodem.“ (Deansová, 2004 s. 268).

Rizikové faktory zahrnují:

- klinické stádium HIV
- závislost
- nedostatek vitamínu A
- pohlavně přenosné a jiné infekce
- předčasný porod
- odlučování placenty
- prasknutí plodových obalů
- poševní porod (Deansová, 2004).

V některých zemích Afriky rychlost šíření HIV klesá, neboť epidemie již dosáhla takových rozměrů, že ubývá množství lidí, kteří se ještě mohou nakazit. (Garretová, 2008).

5.1.2. Malárie

„Onemocnění charakterizují několik hodin trvající záchvaty horečky, jejíž vznik předchází zimnice s třesavkou. Při poklesu teploty se nemocný nápadně potí.“ (Göpfertová, Vaništa, 2008 s. 57). Záchvaty se objevují buď každý třetí či čtvrtý den, a nebo zcela nepravidelně - téměř každý den. Nemocný trpí bolestmi hlavy, svalů a kloubů a velmi často zvrací. Postupně u něj dochází k chudokrevnosti a při tropické malárii záhy i k poškození ledvin, jater, plic, mozku a ke krvácení. Průběh onemocnění tropickou malárií může být velice rychlý a při pozdní léčbě může dojít k úmrtí.

V roce 1994 žilo 45 milionů těhotných žen v oblastech, kde se vyskytovala malárie (v Sub-Saharské Africe dokonce 23 milionů). Tato choroba je snadno přenositelná, a proto

mohla roku 1994 způsobit, že se narodilo až 30 % dětí s nízkou tělesnou hmotností. LBW nebo hmotnost pod 2 500 gramů, jsou jedním ze základních činitelů dětské chorobnosti a úmrtnosti po celém světě. V některých zemích tyto činitele dosahují dokonce až 70 % úmrtnost novorozenců. (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

Pokud dítě přežije záchvaty malárie, má většinou poškozen mozek, který však není schopen učít se. Důsledkem malárie je také zaostávání v duševním vývoji v důsledku poškození mozku a neurologických problémů. Děti postižené malárií mají díky horečce sníženou chuť k jídlu, což má za následek vyšší riziko podvýživy. (Bellušová, 2008).

5.1.3. Poruchy výživy

Každoročně umírá kolem dvaceti milionů dětí na podvýživu. (Majer in Roztočil, 2008). Poruchy výživy z nedostatečného přívodu základních a přídatných složek potravy se liší do určité míry především dle sociální a ekonomické úrovně společnosti, druhu hlavní pěstované plodiny, způsobu přípravy pokrmů, stravovacích zvyklostí, předsudků, tradičních pěstů a zákazů postihujících často jen některé skupiny obyvatel. Nejvýrazněji se projevují žen a dětí v důsledku zvýšených fyziologických požadavků v období těhotenství, růstu, laktace a do značné míry též jejich nerovnoprávného společenského postavení. Zvláště častý a hromadný výskyt nejtěžších forem je v obdobích neúrody, přírodních katastrof a válečných událostí. Známá je přímá souvislost mezi stavem výživy, stavem imunity, vznikem a závažností průběhu infekčních onemocnění, jenž byla přesvědčivě prokázána u celkové podvýživy, karence bílkovin a některých vitamínů. (Scrimahaw in Šerý, 1998).

Mezi nejčastější poruchy výživy řadíme: proteinovou a energetickou malnutrici, kwashiorkor, marasmus, karenci vitamínu A, karenci thiaminu, karenci vitamínů komplexu B, atp. (Šerý, 1998).

5.2. Perinatální období a perinatální mortalita

Začátek perinatálního období je obvykle stanoven na 22. dokončený týden těhotenství a končí sedmým dokončeným dnem po porodu. (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Perinatální úmrtnost (PÚ) je obvykle definována jako smrt zárodku po 22. týdnu těhotenství nebo 1. týden po porodu. (www.regionalka.wz.cz, online, cit. [2015-02-03]).

„Perinatální mortalita je počet perinatálně zemřelých na počet narozených a je uváděna v promile.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 452).

Perinatální mortalita má dva hlavní komponenty:

- mrtvorozenost
- časnou novorozeneckou úmrtnost

„Mrtvorozenost se skládá z intrauterinního úmrtí antepartálního a intrapartálního. Časné novorozenecké úmrtí je definováno jako úmrtí živě narozeného novorozence v období do dovršení sedmého dne života.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 452).

PÚ se udává v počtu případů perinatálních úmrtí přepočteném na 1000 živě narozených (tedy v promile). (Šimetka in Roztočil, 2011).

5.2.1. Příčiny perinatálního úmrtí

Poměr perinatálních úmrtí je extrémně vysoký v rozvojových státech. Většina perinatálních úmrtí v rozvojových zemích je způsobena zejména problémy přímo při porodu a infekčními chorobami (syfilida je nejběžnější mateřská infekce a zasáhne plod ihned zpočátku těhotenství). Ve většině rozvojových zemí ovšem velké množství perinatálních úmrtí není vůbec diagnostikováno. To vše je způsobeno hlavně nedostatkem techniky a také proto, že se mnoho těchto úmrtí stane v domácím prostředí, kde se těhotným ženám dostává malá nebo vůbec žádná lékařská pozornost. (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

Bálint a Šerý (1998) uvádějí, že pro značnou část Afriky stále platí, že jen 50 % narozených se dožije dospělosti. Nelze pochybovat o prvořadém významu sociálních a ekonomických činitelů ovlivňujících vysokou úmrtnost. Již v prenatálním vývoji se zhoubně uplatňuje podvýživa matky a tudíž i podvýživa plodu, a to zejména v prvních třech měsících těhotenství. Ta bývá spolu s různými horečnatými onemocněními příčinou nejen nižší porodní hmotnosti, ale také předčasných porodů.

5.2.2. Rozestup mezi těhotenstvími a další hlediska perinatální úmrtnosti

Z výzkumu, který se uskutečnil v osmnácti zemích, bylo zjištěno, že největší nebezpečí perinatálního úmrtí je u žen, které měly buď velmi krátký, nebo naopak velmi dlouhý interval mezi jednotlivými porody. Ženy, které otěhotněly do 18 měsíců nebo po více jak 39 měsících od předešlého porodu, mají o 43 % větší šanci perinatálního úmrtí než ty ženy, které si své těhotenství naplánovaly mezi 16 až 18 měsíci. Ženy, jež čekaly 15 - 26 měsíců mezi jednotlivými těhotenstvími, měly pouze 11 % riziko ztráty dítěte. Dále bylo riziko perinatálního úmrtí nejvyšší u žen, které dříve žádné dítě neměly a u žen

v extréměch reprodukčního věku (méně jak 18 let a více jak 35 let). (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

5.3. Neonatální období a neonatální mortalita

Dle Vajdové (2010) novorozenecké období zahrnuje prvních 28 dní života po porodu.

Období neonatální je obdobím estrogenizovaným a trvá obvykle 6 – 8 týdnů. Délka tohoto období je ovšem individuální. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Neonatální (novorozenecká) mortalita je smrt dítěte v prvních 28 dnech života. (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

Dort, Dortová a Jehlička (2013) definují neonatální úmrtnost jako počet zemřelých novorozenců od narození do 28 dnů na 1 000 živě narozených dětí. Nejrizikovější období je prvních 24 hodin po narození.

5.3.1. Příčiny neonatálního úmrtí

V neonatálním období jsou nejčastějšími příčinami úmrtí porodní trauma a novorozenecké infekce. (Bálint, Šerý, 1998). Dále také nedonošenost a karence vitaminů, minerálů a bílkovin v graviditě. (Majer in Roztočil, 2008). Světová zdravotnická organizace odhaduje, že pět miliónů dětí ve věku do jednoho měsíce zemře každý rok. 98 % těchto úmrtí připadne na rozvojové země. Velká část těchto neonatálních úmrtí (3,4 miliony) se stane v prvním týdnu života. Příčiny neonatálních úmrtí je velice nesnadné určit, protože většina porodů se odehrává bez lékařské asistence nebo protože tyto úmrtí nemají žádné specifické příznaky. (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

Nicméně hlavními příčinami jsou opět infekční choroby, zranění při porodu, zadušení a předčasné porození. Přesná data o příčinách smrti jsou velice užitečná z mnoha důvodů. Jsou důležitá zejména pro poskytovatele první pomoci, pro prevenci a léčbu, pro místní a národní zdravotní administrátory a pro ty, kteří rozhodují o dotacích pro zdravotní programy.

Infekční choroby jsou zastoupeny v 30 – 40 % ze všech neonatálních úmrtí. Příčina zadušení je dalším výrazným problémem (6 - 21 případů z 1000 bezproblémových porodů v Africe). Příznaky meningitidy mají podobné ukazatele jako zadušení. (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]).

Ze statistik, i když odhadovaných, vyplývá, že právě infekce jsou jednou z nejčastějších příčin neonatální úmrtnosti. Infekce novorozenců mohou být:

- *Získané – prenatálně (STORCH):* S – syfilis, T – toxoplazmóza, O – ostatní (streptococcus agalactiae, mykoplazmata, chlamydie, listerióza), R – rubeola, C – cytomegalie, H – hepatitis B, C, HIV, Herpes virus, Human parvovirus. (Jamborová, 2006).
- *Získané – intranatálně:* gonokoková infekce s hrozící konjunktivitidou a následným oslepnutím, herpes virus genitalis s hrozící encefalitidou se smrtelným průběhem, mykotické infekce, syndrom infikovaného amnia – definován jako infekce, jež vznikla ascendentní cestou. Histologicky je syndrom charakterizován amniálním typem zánětu placenty, kdy může a nemusí být přítomen předčasný odtok plodové vody.
- *Infekce vzniklé postnatálně a nozokomiálně:* Vzhledem k fyziologické imunodeficienci je novorozenec více náchylný k infekcím. Původcem se může stát jakýkoliv mikroorganismus, virus nebo kvasinka. (Bellušová, 2008).

Další nejčastější příčinou neonatální úmrtnosti jsou sepse. Každá bakteriální osídlení nebo léze může vést u novorozence k sepsi. Obzvláště to platí pro manifestní orgánovou infekci (např. pneumonie). První klinické známky sepse jsou převážně diskrétní a nespecifické. (Bellušová, 2008).

- Anamnéza (rizikové faktory): předčasný odtok plodové vody (více než 24 hodin před porodem), horečka, leukocytóza matky, zapáchající plodová voda, vaginální osídlení matky streptokoků, intrauterinní tachykardie plodu, nedonošený, hypotrofik, asfyxie, katétr, tracheální tubus. (Bellušová, 2008).
- Klinické známky: barva kůže je bledě-mramorovaná, ikterus, cyanóza („dítě vypadá špatně“), pohybová chudost, hypotonii svalstvo, atrofie, krevní oběh = chladná periferie, nízký krevní tlak, zpomalené plnění kapilár, nechutenství, zvracení, vzedmuté břicho, horečka nebo hypotermie (teplotní labilita), apnoe nebo tachypnoe, dušnost, hepatomegalie, vzácně splenomegalie, tachykardie, bradykardie, sklon ke krvácení (pozdní projev), projevy meningitidy (křeče, napjatá fontanela, apatie, kóma, renální selhání). (Bellušová, 2008).

5.4. Úmrtnost kojenců a dětí do 5 - ti let

Bálint, Šerý (1998) uvádějí, že nejčastější příčinou úmrtí 70 % z celkového počtu přibližně 12 milionů dětí do 5 let umírajících ročně v rozvojových zemích je některé z pěti onemocnění:

- podvýživa (54 %)
- akutní respirační infekce (33,7 %)
- průjmové onemocnění (24,7 %)
- malárie (7,7 %)
- spalničky (9,5 %)

nebo kombinace některých z nich.

Majer (in Roztočil, 2008) uvádí ještě mezi další příčiny úmrtí kojenců dehydrataci, tetanus, zavadnost vody, poliomyelitidu a meningitidu.

Z hlediska adekvátní výživy a ochrany před infekcemi je závažné, že v některých zemích je kojena v důsledku dříve propagované umělé výživy jen velmi malá část dětí, a to i přesto, že vlády jsou angažovány v celosvětové aktivitě podpory, ochrany a propagace kojení, která se snaží o návrat k přirozené výživě. K proteinové a energetické podvýživě se svým významem řadí deficit vitamínu A, železa a jodu. (Bálint, Šerý, 1998).

Z průjmových onemocnění lze za samostatnou epidemiologickou jednotku označit syndrom průjmů z odstavení, na jehož vzniku se podílí alimentární infekce (často mikroorganismy, které v pozdějším věku nejsou patogenní), nedostatečná výživa a těžce stravitelná strava. (Bálint, Šerý, 1998).

Častý výskyt akutních respiračních infekcí a jejich mnohdy závažný průběh zvláště u bronchopneumonií má na svědomí snížená rezistence z podvýživy a vysoké riziko infekce dané pobytem ve špatně větraných a přeplněných příbytcích. (Bálint, Šerý, 1998).

Z takzvaných dětských infekcí se nejvýznamněji uplatňují spalničky, dávivý kašel nejen pro těžký, často smrtelný průběh, ale též jako činitel precipitující dosud latentní jiné onemocnění (tuberkulóza). Tuberkulóza, malárie, tetanus a novorozenecká sepe, v některých oblastech též meningitidy zaujímají významné místo. (Bálint, Šerý, 1998).

5.5. Opatření k záchraně narozených dětí

Prioritními opatřeními k záchraně narozených dětí jsou zejména:

- důkladná kontrola syfilidy
- zlepšení diagnózy a léčby infekčních onemocnění reprodukčních orgánů u těhotných žen
- včasné očkování těhotných žen pro zabránění vzniku novorozeneckého tetanu
- řádné očkování, kterým se sníží incidence, úmrtnost a výskyt komplikací při dětských infekčních onemocnění (záškrt, tetanus, pertuse, tuberkulóza, spalničky a poliomyelitida), popřípadě je zcela eliminovat a propagací plánovaného rodičovství prodloužit intervaly mezi porody v zájmu zdraví matky a dítěte
- zlepšení výživy těhotných žen
- odstranění poruch zaviněných nedostatkem vitamínu A a D v potravě
- snížení úmrtnosti u průjemových onemocnění (zejména zlepšením hygienické úrovně)
- ochranné prostředky proti malárii (Bálint, Šerý, 1998).

V prvních týdnech života by mohlo být mnoho novorozeňat zachráněno také širším používáním resuscitačních technik při zadušení, a lepším zvládnutím situací jako je otrava krve a jiné infekční obtíže. (www.regionalka.wz.cz, [online, cit. 2015-02-03]); (Bálint, Šerý, 1998).

Co se týče očkování, tak Bukovenová (1997) uvádí, že v některých chudých státech tuto péči využívá pouze 30 % dětí.

5.5.1. Klokání péče

Další důležitou technikou pro záchranu nezralých a nemocných novorozeňat je jemná Kangaroo Mother Care (klokání péče), neboli „skin to skin“ („kůže na kůži“). Tuto metodu lze využívat jak ve zdravotnických zařízeních, tak i v domácím prostředí. Jde o metodu velmi jednoduchou a přirozenou, jenž umožňuje vznik pevného pouta mezi matkou a dítětem již od samého narození. Klokání péči můžeme definovat jako dostupnou a biologicky přirozenou metodu péče sestávající se ze tří komponentů – z kontaktu kůže (skin-to-skin); výhradní kojení; podpora dvojice matka – dítě. (www.zdravi.e15.cz, [online, cit. 2015-04-16]).

Výhody pro dítě

U dítěte jde u klokaní péče zejména o tyto výhody: rychlejší stabilizace; citová podpora dvojice matka – dítě; menší výskyt periodického dýchání a apnoických pauz; dítě je méně plačtivé; tělesná teplota stabilnější; tělesný kontakt pomáhá matce a dítěti uvést do souladu rytmus spánku a současného bdění (což znamená synchronizaci spánku). Dalším a významným faktorem klokaní péče je kojení. Produkce mateřského mléka je stimulována tělesným kontaktem, takže dítě získává všechny výhody kojení včetně vhodného mléka. Děti mohou být v klokaní péči kojené častěji, tudíž mohou přibrat na hmotnosti i 30 gramů denně. (www.zdravi.e15.cz, [online, cit. 2015-04-16]).

Výhody pro matku

Pokud je při klokaní péči dítě na prsou, nepotřebuje matka žádný monitor, protože sama cítí, jak dítě dýchá. Dále jej uspokojí citlivým dotykem - nastává termální synchronie s dítětem (je-li dítě chladnější, teplota matky se zvýší, je-li přehřáté, teplota matky se sníží). Také matka získává pocit, že dokončila porod svého dítěte úspěšně a dává mu nejlepší možnou péči - je dříve mobilní, což znamená, že pokud své dítě porodila v porodnici, může ji tak dříve opustit a vrátit se do běžného života. Matka navíc získává pocit, že ji dítě lépe pozná, stejně tak jako ona jeho. Co se týče projevů dítěte, jeho potřeb a signálů, které vysílá, získává větší sebevědomí a projevuje radost z přítulení dítěte. Komunikuje s dítětem a navzájem si vidí do tváře. (www.zdravi.e15.cz, [online, cit. 2015-04-16]).

Mnoho novorozenců – mnoho nebožtíků.

Keňské přísloví

6. POPORODNÍ PÉČE

Každý rok v Africe umírá první týden po porodu zhruba 125 000 žen a 870 000 dětí. Nejvyšší riziko pro matku i dítě je první den po porodu. Následná okamžitá odborná péče po porodu snižuje riziko úmrtí nebo komplikací jak pro matku, tak i pro dítě. (www.who.int, online, cit. 2015-04-16).

V poporodní péči u afrických žen se musí počítat s vyšší emocionální labilitou, psychickými odlišnostmi a také s vyšším výskytem psychiatrických onemocnění. „Vazba na rodinu je nepřehlédnutelná a musí se tolerovat.“ (Majer in Roztočil, 2008 s. 373).

Bývá časté, že rodička usiluje o co nejkratší pobyt v nemocnici/porodnici, neboť má obavy z prodražení pobytu. Navíc je v Africe zvykem, že rodičky propouští co nejdříve po porodu.

V afrických rodinách má stěžejní význam ovlivnění otce, který rozhoduje o tom, zda bude žena rodit v domácím prostředí či v nemocnici, zda bude léčena lékařem nebo lidovým léčitelem, jaké léky a jak má užívat a zda bude dítě očkováno. (Majer in Roztočil, 2008).

6.1. Poporodní doba

Poporodní doba zahrnuje prvních šest týdnů po porodu. Bez ohledu na místo narození dítěte, tráví africké matky s novorozenci většinu poporodního období v domácím prostředí. (www.who.int, [online, cit. 2015-04-16]).

Bezprostředně po porodu, když se dítě narodí, žena najednou pocítí řadu silných emocí, úlevu, euforii a vzrušení. Může také cítit chlad a třes, hlad a žízeň. (Deansová, 2004).

6.1.1. Poporodní metody

Poporodní doba se považuje za další důležitou část porodu. Domorodé ženy mohly použít celou řadu metod, jak se znovu dostat do kondice. Velice důležitou roli hrály různé masáže. Masáží se pomohlo placentě ven, a také se masáží napomohlo ke zmenšení rodidel do původního stavu. Velmi důležitá byla také tělesná aktivita co nejdříve po porodu. Bylo zvykem, že po porodu žena okamžitě vstala. Domorodí předkové asi dobře věděli, na rozdíl od nynějších porodníků, kteří nutí rodičky nehnutě ležet a odpočívat, že to je nejlepší způsob prevence hemeroidů. Časté byly také bylinkové koupele. (Marek, 2002).

Na rychlé zpevnění břicha se používaly pruhy bavlněné látky, jež se kolem břicha ovázaly. Tento zvyk byl tak běžný, že později jakýkoli kousek látky okolo pasu naznačoval, že je žena již matkou.

Také teplá voda a teplo jsou neodmyslitelnou metodou pro to, aby se žena dostala znovu do kondice. Rodička seděla u ohně nebo v teplém písku.

6.1.2. Ošetření porodních ran

Rány po porodu se ošetřují v africkém léčitelsví solí, hlínou, zvířecím trusem, rostlinným práškem s adstringentními účinky, silná zevní krvácení rozžhaveným drátem. (Majer in Roztočil, 2008).

6.2. Péče o matku po vypuzení placenty

Placenta by měla být pečlivě prozkoumána, aby se zjistily eventuální abnormality (např. infarkty, hematomy, abnormální upnutí pupeční šňůry), ale také proto, aby se zjistilo, zda je placenta celá. Existuje-li podezření, že část placenty chybí, měly by být učiněny přípravy na prozkoumání děložní dutiny. Chybí-li část vaku blan, není vyšetření dělohy nutné. V některých zemích je zvykem, že po porodu porodní asistentka rutinně vyšetří děložní dutinu – provede tzv. „revizi dělohy“. Neexistují však sebemenší důkazy o tom, že je tento postup užitečný. Naopak! Může způsobit infekci nebo mechanické trauma či dokonce šok. Matka by měla být zejména první hodinu po porodu pozorně sledována. Mezi nejdůležitější kontroly patří množství ztracené krve a výška fundu: nestahuje-li se děloha dostatečně, může se v dutině děložní nahromadit krev. Je-li ztráta krve abnormální a děloha se dostatečně nestahuje, může pomoci jemná masáž dělohy. Je nezbytné zajistit, aby stahy dělohy nebyly inhibovány plným močovým měchýřem. Abnormální ztráta krve, odhadnutá na více než 500 ml, by měla být ošetřena uterotoniky: ergometrin nebo oxytocin intramuskulárně. Stav matky je rovněž důležitý. Měl by být zhodnocen krevní tlak, puls a teplota, a také celkový zdravotní stav. (www.aperio.cz, [online, cit. 2015-04-17]).

Tuto péči je však možné poskytnout pouze v nemocnici, popřípadě v domácím prostředí za pomoci lékaře či kvalifikovaného zdravotníka, jenž má pro tuto péči všechny prostředky (tlakoměr, teploměr, léky, atp.).

6.3. Poporodní péče o novorozence

Ihned po narození dítěte by se pozornost měla obrátit na jeho zdravotní stav. Ošetření novorozence je nedílnou součástí péče při normálním porodu. Poporodní péče zahrnuje

zejména zajištění průchodnosti dýchacích cest, udržení tělesné teploty dítěte, podvázání a odstříhnutí pupeční šňůry a co možná nejčasnější přiložení novorozence k prsu matky. Ve zprávě WHO z roku 1996 je stručně zmíněno několik aspektů poporodní péče o novorozence.

6.3.1. Aspekty poporodní péče dle WHO:

- Okamžitě po narození musí být dítě osušeno teplými ručníky nebo plenami a položeno matce na břicho či do náručí. Současně se zhodnotí zdravotní stav dítěte a zajistí se průchodnost dýchacích cest (pokud je to třeba). Velmi důležité je udržovat tělesnou teplotu dítěte (u novorozenců, kteří jsou v chladném prostředí porodních místností, může teplota značně poklesnout a současně se mohou vyskytnout metabolické potíže. Pokles teploty dítěte může být navýšen tělesným kontaktem mezi matkou a dítětem.
- Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem je velmi důležitý i z důvodu, že psychologicky podněcuje matku a dítě, aby se spolu sblížili.
- Mělo by být podporováno časně sání / kojení v první hodině po porodu.
- Přestřížení pupeční šňůry by se mělo provádět sterilními nástroji, jež jsou buď na jedno použití (například z brašny pro čistý porod) nebo které jsou pečlivě dekontaminovány sterilizací. (www.aperio.cz, [online, cit. 2015-04-17]).

Ve většině afrických domorodých společností se pupeční šňůra přerézávala až poté, co vyšla ven placenta a dítě normálně dýchalo. „V mnoha kmenech pupeční šňůru od placenty neoddělovali (šňůra odpadne sama obvykle po pěti dnech). Někde užívali placentu pro nápravu špatného dýchání některého dítěte. Omotali pupeční šňůru okolo jeho hlavičky nebo přikládali placentu (někde placentu nahřáli na žhavých kamenech nebo v teplé vodě).“ (Marek, 2002 s. 49).

6.4. Postnatální (poporodní) péče v Ugandě

Postnatální péče je důležitá pro zdraví obou - matky i jejího dítěte, a to zejména v prvních šesti týdnech po porodu (šestinedělí). Informace z UDHS (Uganda Demographic and Health Survey) ukazují, že pokud žena porodila mimo zdravotnické zařízení, postnatální péče je špatná. Více jak devíti z deseti žen není tato péče poskytována. Zatímco ženám, kterým se poporodní péče dostane, je tak učiněno většinou do dvou dnů od porodu. Jsou ženy (z městské oblasti, lépe vzdělané a ženy žijící ve středních a východních regionech), kterým se péče poskytuje více než ostatním. (www.ubos.org, [online, cit. 2015-04-02]).

6.4.1. Inkubátory

Tradiční lidová medicína je běžně používána v těhotenství i při porodu. A protože inkubátor je v Ugandě pro hodně předčasně narozených novorozenců (z chudých vesnických oblastí) nedostupná věc, vláda ženám navrhla, aby je místo toho umístila do pece na dřevěné uhlí (sigiri), kde se tak vytvoří podmínky podobné prostředí dělohy. Díky podvýživě a malárii jsou předčasné porody v Ugandě častým problémem. (www.zzz.sk, [online, cit. 2015-04-13]).

6.5. Návazná péče

Do návazné péče řadím ochranu zdraví matky a dítěte, se kterou je spojena zejména zdravotní výchova a preventivní programy. Dále zařazuji kojení, které je velice důležité pro novorozence nejen jako výživa, ale také jako prevence infekcí. Uvádím také otázku plánovaného rodičovství, a antikoncepci a sterilizaci jako opatření, jenž dokáže snížit úmrtnost nejen matek, ale i jejich dětí.

6.5.1. Ochrana zdraví matky a dítěte

Milióny dětí, těhotných a kojících žen v tropických a subtropických - technicky málo rozvinutých oblastech světa - trpí poruchami zdraví, jejichž příčina je zejména chudoba, nízká úroveň vzdělání, nízká sociokulturní úroveň, nedostatek potravy a nezávadné vody, nevhodné bydlení a obtížná dostupnost léčebné a preventivní péče. Rozvoj technické civilizace však někdy přispívá ke zhoršení situace, a to zejména tím, že boří staré osvědčené tradice a praktiky, aniž by byl schopen je nahradit novými použitelnými metodami. (Bálint, Šerý, 1998).

Zdravotní péče o matku a dítě v rozvojových zemích je i přes značné pokroky v posledních desetiletích stále ještě na nízké úrovni, a to nejen ve srovnání s vyspělými státy, ale většinou i ve srovnání s jinými lékařskými obory v téže zemi.

Bálint, Šerý (1998) uvádějí jako vážnou překážku v hodnocení zdravotního stavu matek a dětí nedostatek spolehlivých údajů, které jsou navíc většinou udávány jako průměry, i když je známo, že velmi podstatné mohou být rozdíly nejen mezi jednotlivými oblastmi dané země, ale především mezi různými socioekonomickými skupinami. Zdravotní stav matek a dětí lze odhadovat pouze na podkladě údajů nemocničních statistik, které jsou poměrně přesné, ale dávají průřez jen nejzávažnějších onemocnění v relativně malé spádové oblasti u určité části obyvatelstva. Dále ho lze odhadovat z údajů ambulantních zdravotnických zařízení, která jsou však méně přesná v diagnostice, a konečně z údajů

terénních studií, které mohou být velmi cenné, pokud byl správně zvolen vzorek populace a pokud studie trvala alespoň jeden rok. Zcela nepodchyceno však zůstává značné procento matek a dětí léčených domorodými léčiteli. Tyto nedostatky jsou přitom paradoxně nejvýraznější v zemích, ve kterých jsou zdravotnické problémy nejzávažnější.

Zdravotní výchova a preventivní programy

Opravdu neobyčejný význam pro zvyšování úrovně zdraví lidu a zvláště v boji proti epidemicky se vyskytujícím nemocem má v Africe zdravotní výchova a preventivní programy podpory zdraví. Základní obtíže pramení zejména z nízké sociální a ekonomické úrovně obyvatelstva a vysoké úrovně negramotnosti. Zdravotnická služba musí mít především zájem na odstranění negramotnosti, jenž brzdí racionální využívání zdravotnických zařízení, znesnadňuje uplatňování aspektů preventivní medicíny a provádění zdravotní osvěty obyvatelstva. Při realizaci těchto zdravotně výchovných programů je důležitá podpora místních vlivných osobností. (Majer in Roztočil, 2008).

Přestože je otec hlavou rodiny a rozhoduje tak téměř o všech záležitostech týkajících se manželky, dětí, ale i domácnosti, je velmi důležité směřovat úsilí na ženy – matky, které jsou díky zdravotně výchovným programům poučovány o těhotenství, změnách na svém těle, příznacích chorob a také instruovány v péči o nemocné dítě. Výchova je soustředěna na ženy i proto, že připravují pokrmy a obstarávají vodu. Na ně také připadá výklad o zacházení s odpadky a výkaly, bezpečné zacházení s chovanými zvířaty a způsoby ničení hmyzu a hlodavců, stejně jako pokyny o praní prádla, skladování potravin a chránění vodních zdrojů před kontaminací. (Majer in Roztočil, 2008).

6.5.2. Kojení

V průběhu těhotenství se tělo rodiček připraví na kojení dítěte a není pochyb, že přirozená výživa poskytne dítěti ten nejlepší start do života.

Kojení je dovednost, kterou se matka musí učit. Pro některé děti a matky je to snazší než pro jiné, avšak matky, které zpočátku zažijí menší potíže, obvykle zjistí, že je mohou snadněji překonat, jsou-li trpělivé a vytrvalé.

Kojení na veřejnosti je pro africké ženy přirozené. Pokud má dítě chuť nebo hlad, přisaje se a trochu si srkne. Žádné přesně vypočítané intervaly a odměřované dávky – „jak to přijde, tak to jde“. (Mára, 2012).

„Vývoj dítěte během těhotenství může být kvalitou výživy výrazně ovlivněn.“ (Stellmann, 1993 s. 15). Mateřské mléko je a vždy zůstane ideální novorozeneckou

a kojeneckou stravou. Děti, které jsou přikládány k prsu, nejen, že dobře prospívají, ale zároveň nejsou tolik náchylné k infekcím. (Stellmann, 1993).

Tvorba mateřského mléka

Každá mléčná žláza je tvořena 15 až 20 oddíly, zvanými laloky, přičemž v každém laloku je několik menších oddílů – lalůčků. Ty obsahují hroznovité shluky buněk, jež tvoří a uskladňují mateřské mléko. Mléko odtéká mlékovody. Tyto kanálky se rozšiřují pod dvorcem a vytvářejí mléčné sinusy (mlékovodní zátoky), které ústí v počtu 15 až 20 otvorů na bradavce. Při kojení dítě sáním stimuluje nervová zakončení v bradavce a dvorcí, signály se přenášejí do mozku a způsobují uvolnění dvou hormonů – oxytocinu a prolaktinu. Oxytocin spouští proud mléka a prolaktin podněcuje další tvorbu mléka v alveolech, což znamená, že mléčná žláza funguje na principu „nabídky a poptávky“. Čím více dítě pije, tím více mléka se tvoří. (Deansová, 2004).

Kojení jako prevence infekcí

Dítě je v podstatě odolné vůči infekcím prodělaných matkou, neboť v posledních měsících těhotenství prochází placentou do krve plodu velké množství protilátek. Jednak proti infekcím, které matka prodělala a jednak proti těm, proti kterým byla očkována. K zajištění dokonalé obrany proti infekcím jsou potřeba živé buňky, které však placentou projít nemohou. Organismus dítěte si je buď vytvoří sám, nebo je získá během kojení z mateřského mléka. Novorozenec narozený předčasně je však v nevýhodě, protože nestačil získat dostatek protilátek a jeho vlastní imunitní obranný systém, stejně jako mnoho jiných funkcí v organismu, je nedokonale vyvinutý. Pokud nemůže být kojen, nebo aspoň živen mateřským mlékem, znamená to pak pro něj zvýšené riziko infekce. (Bellušová, 2008).

Rady africké stařeny ohledně kojení:

- „Nabídni prs pokaždé, když je dítě neklidné, i kdybys jej před tím právě nakrmila.
- Spi s ním.
- Často můžeš nabídnout prs dříve, než se dítě naplno probudí, a to mu umožní rychleji znovu usnout, a ty budeš víc odpočinutá.
- Vždy měj v noci při ruce láhev s vodou, abys mohla pít a měla dost mléka.
- Kojení chápej jako svůj prvořadý úkol (zvláště v obdobích náhlého zrychlení růstu) a dovol lidem kolem sebe, aby pro tebe dělali, co nejvíce mohou. Je málo věcí, které nemohou počkat.

- Čti své miminko, ne knihy. Kojení není přímočaré – jde nahoru a dolů a někdy v kruzích. Na potřeby tvého dítěte jsi ty ta největší odbornice.“ (www.svetkolemnas.info, [online, cit. 2015-04-18]).

6.5.3. Plánované rodičovství

Otázku plánovaného rodičovství (family planning, planification familiale) je třeba vidět z širšího hlediska a také ve všech souvislostech. V některých rozvojových zemích se počet obyvatelstva zdvojnásobuje za období 30 let i kratší. Omezení porodnosti samo o sobě není jediným úkolem při řešení nutnosti přibrzdit růst populace. Zdravotnická služba se musí zabývat zdravím rodiny komplexně. Jestliže má rodinné prostředí četné hygienické závady, zdraví rodiny – zvláště dětí – je ohroženo. Pokud rodina nemá dostatek prostředků, aby zajistila alespoň nejnütnější výživu pro své členy, zvláště pro děti, nemůže ani dokonale organizovaná zdravotnická služba zdraví rodiny zajistit. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Ženy jsou vyčerpány četnými porody a laktacemi a jejich zdraví je oslabeno. Nemohou se tak věnovat řádné výchově dětí. Někdy může mít těhotenství pro rodinu katastrofální důsledky, a proto je neobyčejně významné, když rodina může zvolit vhodný čas pro narození svých dětí a stanovit jejich optimální počet. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Avšak Smith (2011) upozorňuje, že například během války lidé o kontrole porodnosti a rodičovském plánování neuvažují.

Je třeba vzít v úvahu také to, že riziko matky a i dítěte při porodu je nejnižší při věku rodičky mezi 18 – 25 roky. Po 35 letech je riziko rodičky 2,5 krát vyšší. Plánované rodičovství je podporováno řadou rozvojových zemí. Avšak v některých zemích zase není těmto projektům věnována žádná zvláštní pozornost. Pro každý stát je to individuální záležitost. Obyvatelstvo v řadě rozvojových zemí se může jen těžko odhodlat omezovat počet dětí, neboť početná rodina znamená klidné stáří pro otce. V řadě zemí, kde je vysoká novorozenecká a dětská úmrtnost, se počítá s tím, že pouze rodina, která má 5 – 6 dětí, má jistotu, že alespoň jeden syn, který má pečovat o staré rodiče, se dožije dospělého věku. Při řešení otázky zdraví rodiny je proto nutno postupovat po hluboké analýze místní situace, respektování tradice, volit citlivě vhodné metody plánování rodiny a vhodné formy zdravotní výchovy s přihlédnutím k tradicím a náboženství. (Šimetka in Roztočil, 2011).

6.5.4. Antikoncepce a sterilizace

Kult dítěte existuje na celém světě, v některých zemích je však silnější. Rodina bez dětí může mít v některých částech světa (zejména v Africe) poměrně těžký život. Nejsou

výjimečné pověry, že bezdětné páry nosí svému okolí smůlu, takový pár je pak sociálně izolován a není zván na důležité rodinné oslavy (např. svatby), aby nepřinesl bezdětnost novomanželům, atp. Mít dítě je důležité i z mnoha dalších důvodů. Jeden z hlavních je ten, že v mnoha rozvojových zemích nefunguje či neexistuje státní sociální a důchodový systém, o rodiče se ve stáří starají jejich děti a odtud pramení požadavek mít větší počet dětí, než je obvyklé v našich krajinách.

„Antikoncepce je stěžejním faktorem ve snaze o snižování mateřské úmrtnosti a zpomalení dramatického nárůstu světové populace. Jedna třetina ze 190 milionů těhotenství, ke kterým dojde na celém světě za rok, je nechtěných. Až 50 milionů žen podstoupí potrat, z čehož zhruba 19 milionů proběhne za nebezpečných okolností. Přibližně 68 000 žen každoročně umírá na následky komplikací potratu (sepsy, perforace orgánů, krvácení). Okolo 70 % žen v Africe nemá přístup ke zdravotnické péči ani k antikoncepci, kterou potřebují k oddálení další gravidity.“ (Šimetka in Roztočil, 2011 s. 450).

Majer (in Roztočil, 2008) navíc uvádí, že až 350 milionů manželských párů vůbec neví o antikoncepci nebo k ní nemá žádný přístup. Dále říká, že nedostupnost antikoncepčních metod včetně sterilizace je v rozvojových zemích velikým problémem, neboť se odhaduje, že celosvětově v přímém důsledku nedostupnosti antikoncepce umírá 150 000 žen ročně, přičemž v afrických zemích způsobuje 0,6 – 1,5 % všech úmrtí. V mnoha afrických zemích je antikoncepce poskytována zdarma, ale i přesto je její dostupnost značně nedostatečná.

Poskytování antikoncepce je jedna z nejdůležitějších okolností, jež mohou vést ke snižování mateřské, novorozenecké a dětské úmrtnosti. Nedostatečný „birth-spacing“ (interval mezi porody) je velmi častou příčinou abortů, předčasných porodů, mrtvorozenosti a anemie žen, protože při narození mladšího sourozence je odstaven od prsu a přechází na normální stravu, která je buď nedostupná, nebo je dostupná jen ve velice omezeném množství, je nevyvážená či špatně připravená; v některých případech dítě přechází z prsu rovnou na stravu společnou s dospělými v rodině. (Šimetka in Roztočil, 2011).

V některých nemocnicích dostávají v ohrožených oblastech rodičky při propuštění z nemocnice/porodnice balíčky s prezervativy a instruktážním letákem. Tato antikoncepce má obrovský význam současně i jako ochrana před přenosem pohlavních chorob (zejména AIDS). Antikoncepce v Africe sice nastupuje, avšak není dostupná všem, a to zejména kvůli tomu, že je dostupná ve větších městech, přičemž převážná většina obyvatel žije roztroušeně na venkově. (Majer in Roztočil, 2008).

Druhy používané antikoncepce

Prezervativy jsou levné, avšak v chudých rodinách jsou přesto nedostupné. V některých zemích je proti nim tradiční odpor. Jejich velkou výhodou je ochrana před infekcí.

Orální kontraceptiva jsou relativně nákladná. Neměla by se navíc užívat déle než 7 – 8 let. Navíc se nehodí pro všechny ženy.

Nitroděložní tělíska jsou poměrně levná, ale musí být zaváděna lékařem nebo alespoň cvičeným zdravotníkem. Někdy vyvolávají silná krvácení nebo jsou samovolně vypuzena.

V některých rozvojových zemích se užívá různá *tradiční kontraceptiva – většinou rostlinného původu*. U řady kmenů v Africe se věří, že semeno otravuje mléko, a proto se v pohlavním styku pokračuje až po prvním roce života dítěte.

Přerušování těhotenství není v některých rozvojových zemích legalizováno. Někde se užívá termínu „regulace menstruace“ při provedení kyretáže ihned, když se nedostaví očekávaná menstruace. (Bálint, Šerý, 1998)

Přístup k antikoncepci a sterilizaci v Africe

Přístup k antikoncepci v Africe je často odlišný od přístupu v našich končinách. Při práci v Africe je nezbytně nutné se seznámit s místními zvyklostmi poskytování antikoncepce, neboť jsou významně ovlivněny náboženstvím, tradicemi, kulturou a historií. Ze všeho nejvíce je však přístup k antikoncepci ovlivněn negramotností a neznalostí.

Odlišný je také přístup k jednotlivým formám antikoncepce. Obecně se dá říci, že nepříliš populární jsou mužské antikoncepce (prezervativ). Také „složitě“ metody typu každodenního užívání tablet kombinované hormonální antikoncepce, které navíc v případě balení po 21 tabletkách často mají nutností sedmidenní pauzy. Jednou z nejoblíbenějších a zároveň nejlépe dostupných forem antikoncepce je podávání depotní formy (tzn. medroxyprogesteronu) v intramuskulárních injekcích v intervalu tři měsíce. Populární je však i použití běžného nitroděložního tělíska, zaváděného většinou vyškolenou porodní asistentkou. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Poskytování antikoncepce a antikoncepčního poradenství je práce, jež je společensky velmi záslužná, ale v některých případech bývá také dosti nebezpečná. Proto by měla být vždy součástí rozsáhlých zdravotních programů (např. předporodní přípravy či porodnické péče). Jestliže je poskytována samostatně ve společnosti, která jí není primárně příliš nakloněna, může být terčem útoků ze strany konzervativních představitelů společnosti

a ženou mohou být i odstrašovány od návštěvy těchto klinik. V tisku se můžeme občas dočíst o vraždách zaměstnanců těchto klinik, jež antikoncepci propagují. Také nejsou neobvyklé útoky na budovy samotné. Kontrola růstu populace poskytováním antikoncepčních metod a poradenství může být také vnímána jako snaha oslabit zemi, etnikum, popřípadě náboženství. (Šimetka in Roztočil, 2011).

Sterilizace je v mnoha zemích velmi populární metoda, nicméně pro různé země platí samozřejmě různá kritéria. V Africe je k provedení sterilizace nutný souhlas manžela, tchýně nebo i celé rodiny. Největším nepřítelem provádění sterilizace je opět negramotnost a mýty či pověry.

6.6. Fatima Mirembe

Fatima Mirembe se narodila v Ugandě a do osmi let jí domov připadal jako ráj na zemi. Poté se jí však svět náhle otřásl v základech a uvrhl ji do života plného strachu, bezpráví, násilí a nenávisti. Dívka velice rychle ztratila vše - rodiče, sourozence i domov. Prošla zotročením, nevlastní matka ji téměř upálila, proti její vůli ji provdali, znásilnili, a když otěhotněla, padla do rukou brutální soldatesky. V roce 1990, kdy byla ve vojenském vězení, přivedla za dramatických okolností na svět syna Fahada. Dnes je Fatima provdaná za německého vinaře a společně žijí v obci blízko Baden-Badenu. K Fahadovi, kterého vychovávají, přibyl šťastným manželům malý Alex. (Mirembe, Oster, 2007).

Zde slohovým vyprávěním přibližuji porod, který Fatima ve vězeňské nemocnici zažila:

Tak hrozné bolesti ještě nikdy předtím nezažila. Při prudkých stazích stěží lapala po dechu. Nemohla se pohybovat, nevydržela stát. Pak se jí na několik minut ulevilo. Ano, dostala porodní bolesti. Její dítě chtělo na svět, jenže předčasně. Nestačilo zatím dost zesílit, mělo ještě počkat! Vyděšená Fatima ležela na porodním sále a s pláčem se kroutila na lůžku.

Na blízku sice viděla zdravotní sestřičku, ale ta k ní nepřišla, když Fatimu sevřela vlna bolesti. Koneckonců se ocitla ve vězeňské nemocnici a nemohla tedy čekat žádný velký soucit. Zdravotní sestra se sice sem tam podívala směrem k ní, nicméně od začátku dávala jasně najevo, že ji pohrdá z hloubi duše, ačkoliv ji viděla prvně v životě. „Aspoň taky jednou dojde na potvory, jako jsi ty,“ ucedila nenávistně. „Konečně taky vidíš co je utrpení! Kvůli lidem vám podobným jsem ztratila příbuzné. Takže doufám, že teď lituješ všeho,

co jsi napáchala. Přeji ti, aby sis prožila peklo.“ Zřejmě se domnívala, že má před sebou nějakou politickou aktivistku.

„Vždyť já jsem nikomu nic neudělala, jsem nevinná! Proč mi nadáváš?“ zaúpěla dívka na lůžku, přičemž se její bolesti stále stupňovaly a zdály se nesnesitelné. Nakonec musela Fatima chtít nechtít sestru požádat o pomoc. „Pojď ke mně, prosím tě,“ žadonila. „Už to nemůžu vydržet. Bolesti mě snad roztrhnou. Chtěla bych už mít pokoj, uděláš pro mě něco?“ Sestra však kolem Fatimy prošla nevšímavě. Brzy na to Fatimu postihly strašné stahy. Myslela si, že umírá. Celé hodiny ležela na porodním sále a i přesto ji nezbyvala žádná síla. Z vyčerpání ji na ničem nezáleželo. Jen si přála konečně porodit.

Zdravotní sestra k ní přeci jen později přišla. „Pomoz mi! Ať ty bolesti přestanou!“ zakřičela mladá rodička zuřivě. Rozčilovalo ji, že nad ní zdravotní sestra jen nečinně stojí. „Musíš tlačit!“ pobídla ji. „Dělej! A pořádně, jinak o dítě přijdeš! Už brzy bude po všem!“ Jen tak pro sebe si ještě zamumlala: „No jo, vždyť to mimino za nic nemůže.“

Zanedlouho přinesla nůžky a nastříhla ji. „Tlač dál, už je vidět hlavička, tak honem, nepřestávej.“ Fatima neznala správný přístup, nikdo ji o porodu nepoučil, ale ze všech sil začala tlačit. Poté omdlela. Už nevnímala, co se stalo dál – že se jí narodil syn a po přestřížení pupeční šňůry ho přenesli do inkubátoru. Malého chlapečka spatřila Fatima až později.

Když se probrala, zjistila, že ji přemístili do jiného nemocničního pokoje. Okamžitě ji sevřela prudká bolest. Po porodu ji nezašili ani neošetřili. Ztratila mnoho krve a velmi zeslábla. Ležela na lůžku a nedokázala vstát. V nejnútnejších okamžicích o ni pečovaly sestřičky. Některé se chovaly docela mile. Občas jí daly napít. Jíst však zatím nesměla.

Nemocnice v Ugandě se spoléhají, že pacientům budou pomáhat rodinní příslušníci. Zaměstnávají nedostatečný počet pracovníků, a proto by personál nestihl nemocné omývat a krmit. Příbuzní se do zdravotnického zařízení mnohdy přímo nastěhují a přespávají tam na lýkových rohožích. Jenže Fatima neměla nikoho, kdo by se o ni postaral. Její maminka neměla ponětí, kam dceru odvezli. Fatima však doufala, že po ní alespoň pátrá.

O svého synka v prvních dnech nemohla pečovat. Stále byla velmi slabá a nemohla ani vstát. Stále se jí točila hlava a zmáhala ji nevolnost. I přesto po dvou dnech začala prosit, aby jí ukázali děťátko. Dodala si odvalu a v klidnějším okamžiku oslovila jednu přívětivější sestřičku, která k ní právě vstoupila do pokoje.

„Pomozte mi, moc vás prosím.“ pronesla Fatima. „Moc ráda bych viděla svého syna, mohla byste mi ho přinést?“

„No nevím, to bych ho musela vyndat z inkubátoru,“ namítla. Avšak pohled, který Fatima na své tváři vykouzila, ji obměkčil. „Tak dobře,“ přikývla, „ale jenom na chvíličku. Ukážu ti ho, ale dotýkat se ho nebudeš.“

Opravdu pro něj došla a Fatimě, když si ho prohlížela, se hlavou honila jediná myšlenka: Tohle miminko ještě není dopečené. Byl strašně maličký! Visely na něm i mrňavé oblečky, které mu ustrojili. Ten drobeček neměl zatím ani dost sil, aby křičel. Kojit ho Fatima nemohla, a proto mu dávali zředěné kravské mléko.

Po tváři jí stékaly slzy. Tolik totiž toužila pochovat si ho, sevřít ho v náručí. Ale nesměla. „Neplač, Fatimo, však se dočkáš. Uvidíš, že ti vyroste, brzy dohoní ostatní děti. Jenom musíš mít trpělivost. Hlavě zatím musí ležet celý den v inkubátoru. Chceme přece, aby to s ním dobře dopadlo,“ chlácholila sestra uplakanou dívku.

Sestra ji nechala o samotě. Už v tu chvíli se rozhodla, že dá synovi jméno Fahad. Znamená to „levhart“, ale v duchu si představovala spíše lva. Prostě si ze všeho nejvíce přála, aby její dítě mělo jednu lví sílu.

Nešťastně si Fatima přemítala, jakýpak jejího synka čeká osud. A také, co se stane s ní. Říkala si: „Pokud mě pošlou zpátky do vězení, vojáci jistě odvezou mého syna do dětského domova. Musel by se obejít bez mateřské péče.“ Ta představa jí trhala srdce.

Zoufale si přála, aby z Fahada vyrostl velký a silný mladík, a toužila ho vychovávat podle svého. Zároveň si uvědomovala, že to představuje mimořádně náročný úkol. Otěhotněla nečekaně, dalo by se říci proti její vůli, a proto nedostala příležitost k mateřství vyvrát. Neměla se komu svěřit se svými obavami a neznala žádnou spřízněnou duši, která by mohla převzít za malého Fahada zodpovědnost.

Fatima jen doufala, že ji od jejího děťátka neoddělí. Jeho otce sice nemilovala, ale Fahad ji přirostl k srdci od prvního okamžiku, kdy na něj pohlédla. Nikdy by ji nenapadlo, že i v těch drsných poměrech vězeňské nemocnice se v ní probudí tolik láskyplných pocitů k dítěti...

„Když žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života.“

Frederick Leboyer

7. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Nejprve jsem stanovila jasné cíle své práce. Na jejich základě jsem vytvořila hypotézy a poté jsem zvolila metodu dotazníkového šetření.

Ve výzkumném šetření se snažím zmapovat průběh porodů v Ugandě a to jak v domácím prostředí, tak i v nemocnicích/porodnicích, kde se zaměřuji především na kvalitu zdravotní péče a přístup personálu k rodičkám. Dále zjišťuji, jaké příčiny vedou k potratům, a ověřuji, zda respondentky někdy slyšely o ženě jménem Fatima Mirembe. Metoda dotazníkového šetření proběhla na území distriktu Ntungamo v jihozápadní části Ugandy, konkrétně ve vesnici Nyakyera a blízkém okolí.

Abych se na problematiku porodů ve východní Africe podívala i z jiného úhlu, než pouze z pohledu ugandských žen (který však považuji za stěžejní), požádala jsem české lékaře, jenž působí právě ve východní Africe, o zodpovězení pár základních otázek týkajících se úrovně a kvality zdravotní péče v domácím prostředí a ve zdravotnických zařízeních jako jsou nemocnice a porodnice. Dále jsem je požádala o uvedení nejčastějších zdravotních komplikací během porodů a neopomenula jsem ani otázku tzv. „herbal doctors“, přičemž jsem zjišťovala zejména cenu, kterou si za poskytnuté služby říkají.

Tento krátký rozhovor jsem s lékaři uskutečnila za pomoci chatu prostřednictvím komunikační sítě, neboť nebyla možná realizace osobní schůzky. I přes jejich veliké pracovní vytížení jsem získala základní informace, jež používám v diskuzi kromě odborné literatury k porovnávání výsledků výzkumného šetření.

7.1. Cíle výzkumu

- Zjistit, jak ženy hodnotí zdravotní péči, která jim byla poskytnuta v nemocnici/porodnici
- Zjistit, jak probíhaly porody v domácím prostředí
- Zjistit, kdo rodičkám asistoval při porodu v domácím prostředí
- Zjistit příčiny, které vedly k potratům
- Ověřit, zda respondentky někdy slyšely o ženě jménem Fatima Mirembe

7.2. Hypotézy

„Hypotéza č. 1: Více než 50 % dotázaných žen hodnotí zdravotní péči v nemocnici/porodnici jako průměrnou.“

„Hypotéza č. 2: U více než poloviny dotázaných žen proběhl porod v domácím prostředí s obtížemi.“

„Hypotéza č. 3: U méně než jedné třetiny dotázaných žen asistoval při porodu v domácím prostředí lékař.“

„Hypotéza č. 4: Více než polovina dotázaných žen nezná příčinu svého potratu.“

„Hypotéza č. 5: Více než 70 % dotázaných žen někdy slyšelo o ženě jménem Fatima Mirembe – jsou seznámeny s jejím životním příběhem.“

7.3. Metody výzkumu

Pro získání potřebných dat bylo provedeno výzkumné šetření. Sběr dat byl realizován dotazníkovou metodou na základě otázek, které jsem zpracovala po konzultaci s paní PhDr. Monikou Novou – vedoucí/školitelkou mé diplomové práce. Dotazník byl zpracován v českém jazyce a následně přeložen do jazyka anglického. Byl anonymní a obsahoval deset otázek. Oslovila jsem ugandské ženy, které žijí ve vesnici Nyakyera a blízkém okolí za pomoci organizace Shalom for Uganda, která poskytuje zdravotní péči ve zřízené ordinaci právě ve vesnici Nyakyera na jihozápadě Ugandy. Výzkumné šetření proběhlo v průběhu měsíců července a srpna 2014. Na vyplnění dotazníků byl poskytnut libovolně dlouhý čas. Při vyplňování dotazníků byl projeven zájem a vstřícnost všech respondentek.

7.4. Charakteristika souboru

Výzkumného šetření se zúčastnily ženy z Ugandy, konkrétně z vesnice Nyakyera a blízkého okolí ve věku 15 až 50 let. Záměrem bylo vybrat ženy různé věkové kategorie.

7.5. Výsledky výzkumného šetření

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 50 kusů. Návratnost byla 96 % (48 dotazníků).

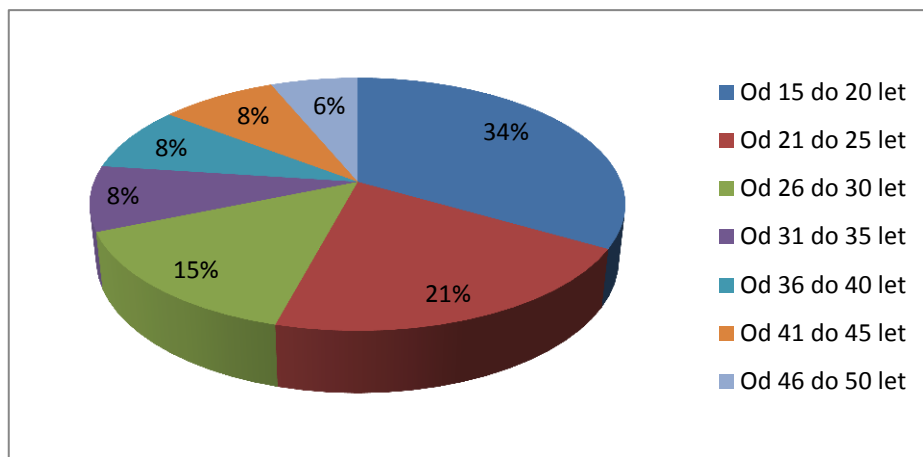
Sociodemografické údaje

Tabulka č. 6 – Rozdělení respondentek dle věku

Věk	abs.	%
Od 15 do 20 let	16	34
Od 21 do 25 let	10	21
Od 26 do 30 let	7	15
Od 31 do 35 let	4	8
Od 36 do 40 let	4	8
Od 41 do 45 let	4	8
Od 46 do 50 let	3	6
Celkový součet	48	100

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 1 – Rozdělení respondentek dle věku



Zdroj: graf vlastní

Z grafu č. 1 vyplývá, že většina respondentek byla ve věku 15 až 20 let (šestnáct žen - tj. 34 %). Ve věku 21 až 25 let odpovědělo na zadané otázky deset žen (tj. 21 %) a ve věku 26 až 30 let vyplnilo dotazník sedm žen (tj. 15 %). Ve věku od 31 do 35 let odpověděly na otázky čtyři respondentky (tj. 8 %), ve věku od 36 do 40 let taktéž čtyři respondentky (tj. 8 %) a stejně tak ve věku od 41 do 45 let odpověděly na zadané otázky čtyři ženy (tj. 8 %). Nejméně žen, které se dotazování zúčastnily, byly ve věku od 46 do 50 let (tři ženy - tj. 6 %).

Výzkumné otázky

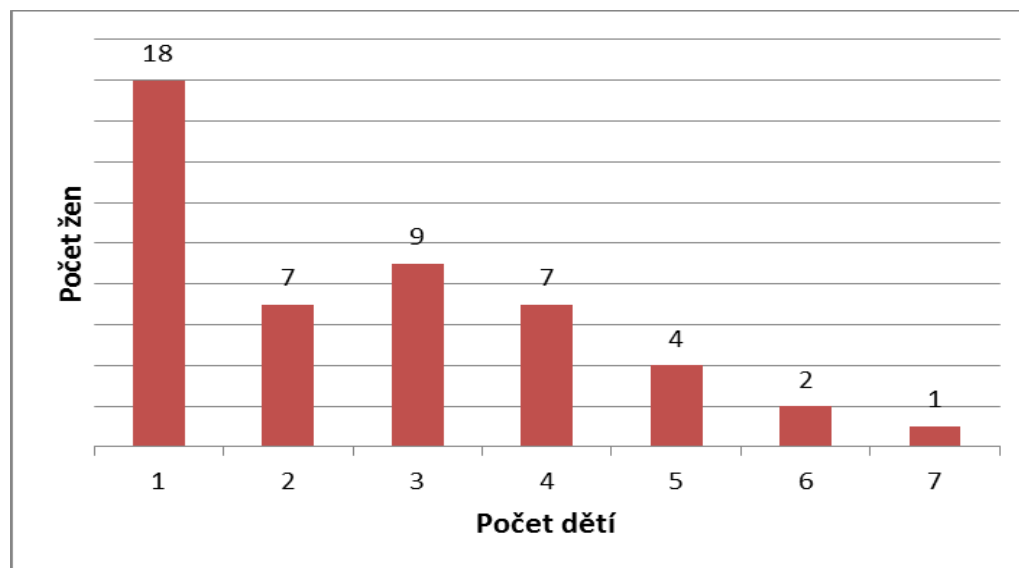
Otázka č. 1: „Kolik máte dětí?“

Tabulka č. 7 – Počet dětí

Odpověď	abs.	%
Jedno dítě	18	37
Dvě děti	7	15
Tři děti	9	19
Čtyři děti	7	15
Pět dětí	4	8
Šest dětí	2	4
Sedm dětí	1	2
Celkový součet	48	100

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 2 – Počet dětí



Zdroj: graf vlastní

Tato otázka je otázkou často diskutované vysoké porodnosti v rozvojových zemích. Z grafu č. 2 je zřejmé, že většina respondentek má jedno dítě (osmnáct žen - tj. 37 %). Dvě děti má sedm žen (tj. 15 %), tři děti má devět žen (tj. 19 %), čtyři děti má sedm žen (tj. 15%). Dále, že pět dětí mají čtyři ženy (tj. 8 %), šest dětí mají dvě ženy (tj. 4 %) a sedm dětí má jedna žena (tj. 2 %).

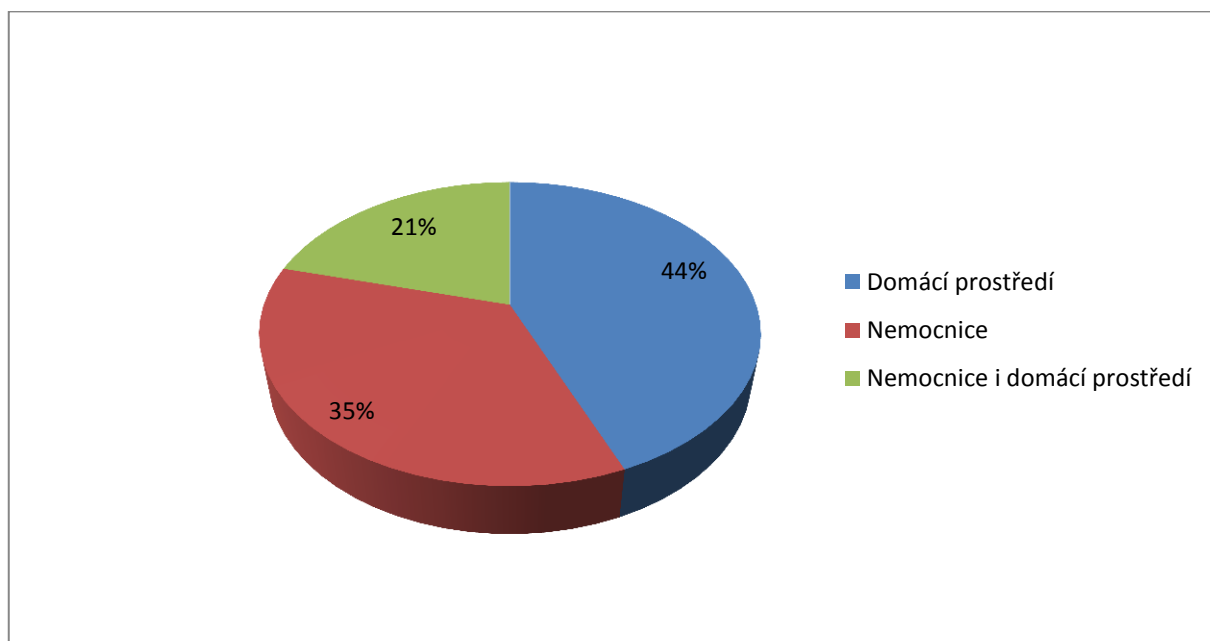
Otázka č. 2: „Kde jste rodila?“

Tabulka č. 8 – Místo porodu

Odpověď	abs.	%
Domácí prostředí	21	44
Nemocnice	17	35
Nemocnice i domácí prostředí	10	21
Jiné místo	0	0
Celkový součet	48	100

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 3 – Místo porodu



Zdroj: graf vlastní

Z grafu č. 3 vyplývá, že nejvíce respondentek (dvacet jedna žen - tj. 44 %) rodily své dítě/děti v domácím prostředí. Tato odpověď se dala očekávat, protože mnoho rodiček má nemocnici daleko od svého bydliště a tudíž se do ní nemohou dostat včas, nebo nemají na porod v nemocnici dostatek finančních prostředků. Dalších sedmnáct žen (tj. 35 %) uvedlo, že jejich porod/y byl/y v nemocnici. Deset respondentek (tj. 21 %) uvedlo, že rodily jak v domácím prostředí, tak i v nemocnici. Ani jedna žena neuvedla, že by rodila na jiném místě než v nemocnici či doma (tj. 0 %).

Vyplňte prosím, pokud jste rodila v nemocnici:

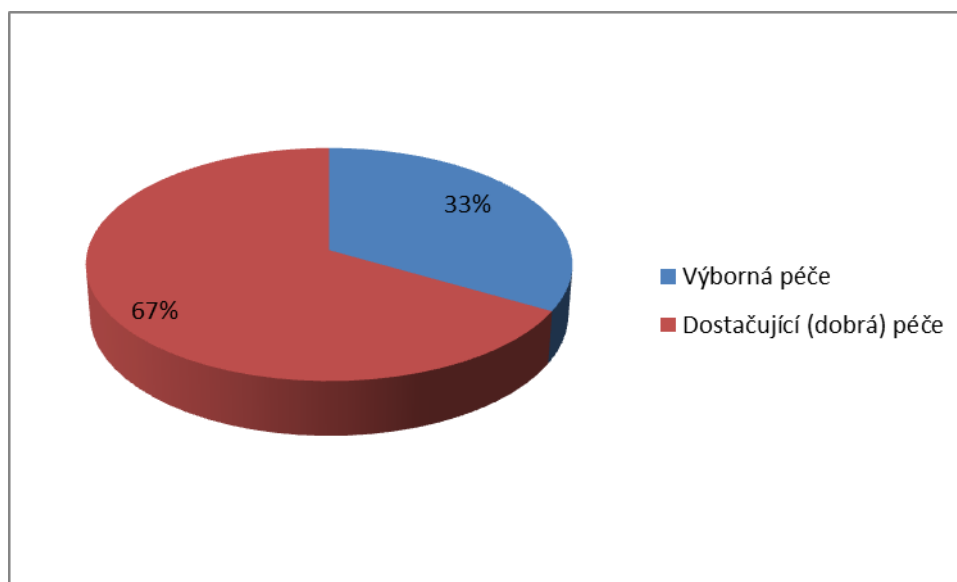
Otázka č. 3: „Jak hodnotíte zdravotní péči, které se Vám v nemocnici dostalo?“

Tabulka č. 9 – Hodnocení zdravotní péče v nemocnici

Odpověď	abs.	%
Výborná péče	9	33
Dostačující (dobrá) péče	18	67
Nedostačující (špatná) péče	0	0
Celkový součet	27	100

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 4 – Hodnocení zdravotní péče v nemocnici



Zdroj: graf vlastní

Z grafu č. 4 je zřejmé, že převážná většina žen (osmnáct žen - tj. 67 %) hodnotí zdravotní péči v nemocnici jako dostačující (dobrou) péči. Pouze devět žen (tj. 33 %) hodnotí zdravotní péči v nemocnici jako výbornou. Ani jedna respondentka neuvědomila, že by zdravotní péče v nemocnici byla nedostatečná (špatná), (tj. 0 %).

Otázka č. 4: Vyplňte prosím, pokud jste rodila v nemocnici:

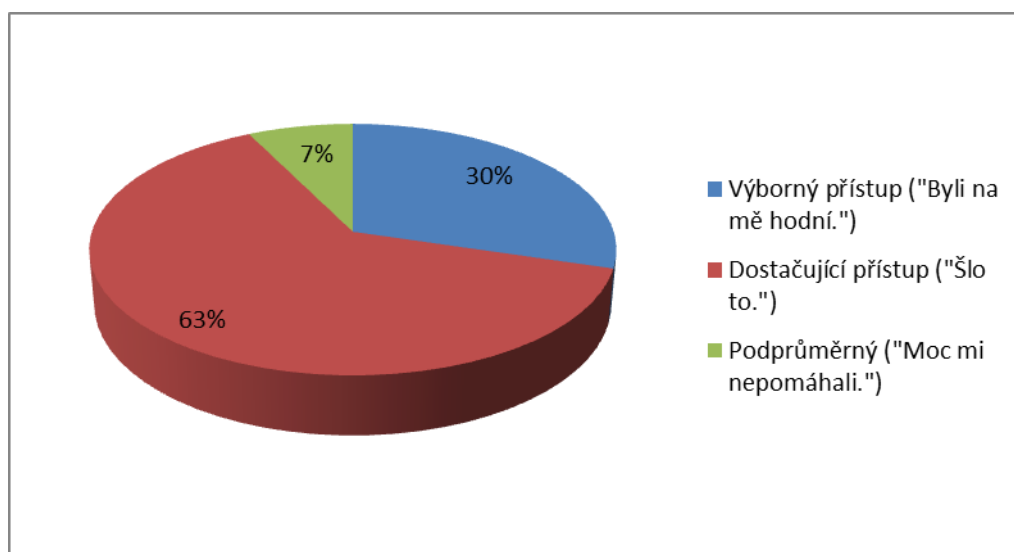
„Jak hodnotíte přístup (ochotu, emoční podporu, odbornost, atp.) lékařů a zdravotních sester k pacientům (k Vám)?“

Tabulka č. 10 – Hodnocení přístupu personálu v nemocnici k pacientům (respondentkám)

Odpověď	abs.	%
Výborný přístup ("Byli na mě hodní.")	8	30
Dostačující přístup ("Šlo to.")	17	63
Podprůměrný ("Moc mi nepomáhali.")	2	7
Celkový součet	27	100

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 5 – Hodnocení přístupu personálu v nemocnici k pacientům (respondentkám)



Zdroj: graf vlastní

Z grafu č. 5 vyplývá, že osm žen (tj. 30 %) ohodnotilo přístup personálu v nemocnici jako výborný. Sedmnáct žen (tj. 63 %) uvedlo, že přístup personálu v nemocnici byl dostačující a pouze dvě respondentky (tj. 7 %) ohodnotily přístup personálu v nemocnici jako podprůměrný.

Otázka č. 5: Vyplňte prosím, pokud jste rodila v domácím prostředí:

„Jak porod probíhal? (Stručně popište, prosím.)“

Tabulka č. 11 – Stručný popis průběhu porodu v domácím prostředí

Průběh porodu	
Bez problémů	19
Bez problémů (obtíže až po porodu – poporodní komplikace)	3
Bez problémů, ale poslední porod byl pro jistotu v nemocnici	1
Čtyři porody doma (čtvrtý s komplikacemi) a tak byl pátý porod v nemocnici	1
Jeden bez problémů, druhý s komplikacemi a tak následně třetí porod v nemocnici	1
Poporodní komplikace (musela k lékaři)	1
Porod s obtížemi (přeje si další porod v nemocnici)	1
Porod v domácím prostředí s obtížemi, v nemocnici vždy lepší (v nemocnici poskytnuta poporodní péče)	1
První dva porody s komplikacemi, třetí porod v nemocnici	1
První tři porody bez problémů, čtvrtý s komplikacemi	2
Celkový součet	31

Zdroj: tabulka vlastní

Z tabulky č. 6 vyplývá, že průběh porodů v domácím prostředí byl převážně bez větších komplikací. Devatenáct žen (tj. 62 %) uvedlo, že průběh porodu byl bez problémů. Tři ženy (tj. 10 %) zhodnotily svůj porod též jako bezproblémový, avšak s poporodními komplikacemi. Dvě ženy (tj. 7 %) uvedly, že jejich první tři porody proběhly bez problémů, avšak čtvrtý porod byl s obtížemi. Jedna žena (tj. 3 %) uvedla, že porody probíhaly bez problémů, avšak poslední porod se pro jistotu uskutečnil v nemocnici. Jedna žena (tj. 3 %) uvedla, že čtyřikrát rodila doma, ale že čtvrtý porod probíhal s komplikacemi, a tak byl již pátý porod v nemocnici. Další jedna žena (tj. 3 %) uvedla, že první porod probíhal doma bez obtíží, druhý již s komplikacemi, a tak byl následně třetí porod v nemocnici. Jedna žena (tj. 3 %) do dotazníku vyplnila, že po porodu nastaly poporodní komplikace, a tak musela k lékaři na ošetření. Další jedna žena (tj. 3 %) uvedla, že její porod probíhal s velkými obtížemi, a proto si přeje další porod v nemocnici. Jedna žena (tj. 3 %) rodila jak v domácím prostředí, tak i v nemocnici. Uvádí však, že v nemocnici byly porody vždy lepší, protože jí byla poskytnuta poporodní péče, které se jí v domácím prostředí nedostalo. Jedna žena (tj. 3 %) do dotazníku uvedla, že její první dva porody proběhly bez komplikací, avšak třetí porod byl v nemocnici.

Z odpovědí je zřejmé, že jsou respondentky svědomité, protože si díky problémům, které nastaly při porodech v domácím prostředí, uvědomují riziko, které může opět nastat. Přejí si tak další porod/y v nemocnici, kde jim bude poskytnuta poporodní péče a odbornější dohled, než v domácím prostředí.

Otázka č. 6: Vyplňte prosím, pokud jste rodila v domácím prostředí:

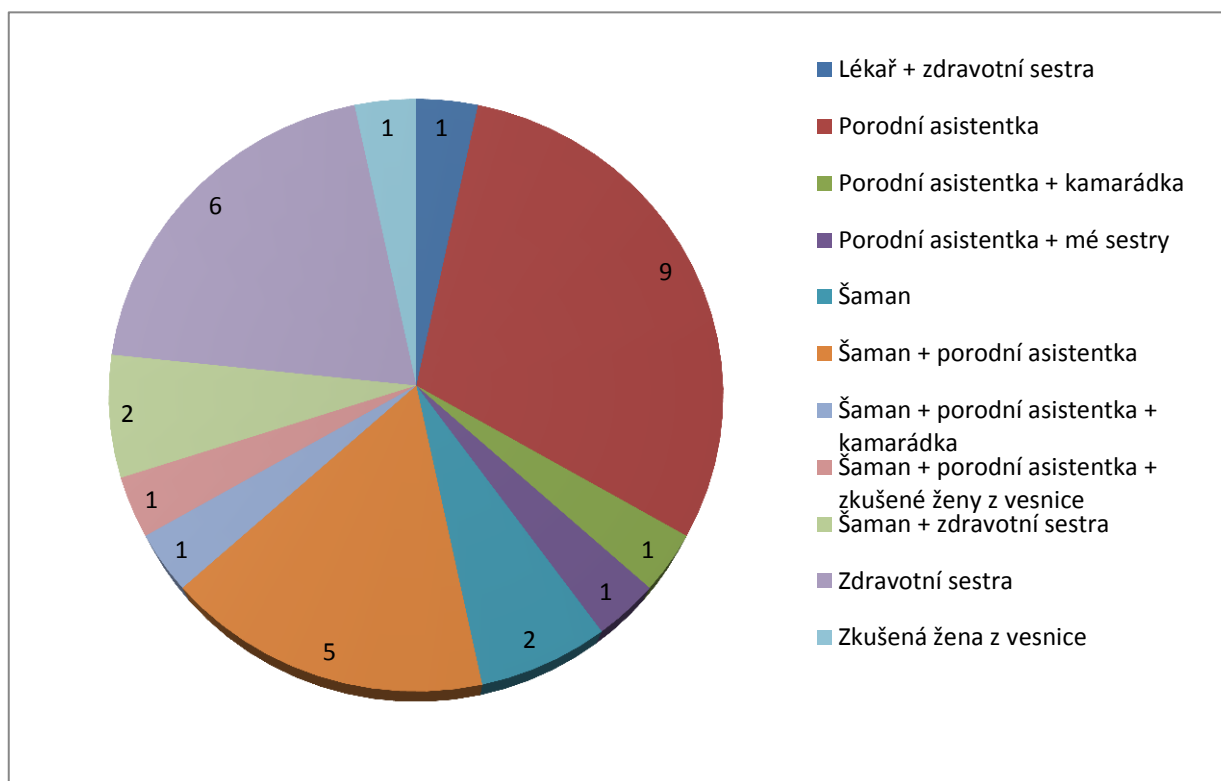
„Pomáhal Vám při porodu někdo? Kdo?“

Tabulka č. 12 – Asistent u porodu v domácím prostředí

Asistent u porodu	
Lékař + zdravotní sestra	1
Porodní asistentka	9
Porodní asistentka + kamarádka	1
Porodní asistentka + mé sestry	1
Šaman	3
Šaman + porodní asistentka	5
Šaman + porodní asistentka + kamarádka	1
Šaman + porodní asistentka + zkušené ženy z vesnice	1
Šaman + zdravotní sestra	2
Zdravotní sestra	6
Zkušená žena z vesnice	1
Celkový součet	31

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 6 – Asistent u porodu v domácím prostředí



Zdroj: graf vlastní

Jak jsem již uvedla v teoretické části, v Africe bývá zvykem, že ženám v domácím prostředí pomáhají u porodu další ženy. Převážně to bývají přítelkyně, sestry, sousedky či další ženy z vesnice. Některé rodičky se však nechají porodem vést od tzv. „herbal doctor“. Herbal doctor je něco jako šaman. Nemá lékařské vzdělání a léčí pouze za pomoci bylinek, různých odvarů, čar a kouzel. Ve své podstatě je to velmi atraktivně finančně ohodnocené zaměstnání, které může vykonávat „kdokoli“.

Žena často zná čas svého porodu, a tak si zavolá porodní asistentku nebo zdravotní sestru (převážně pokud je to známá z vesnice či města, ve kterém rodička žije).

Z grafu č. 6 vyplývá, že největšímu počtu žen pomáhala s porody porodní asistentka - devíti ženám. Dalšímu, poměrně vysokému počtu respondentek s porody pomáhala zdravotní sestra – šesti ženám. Pět ženám u porodu asistoval šaman společně s porodní asistentkou. Tři respondentky uvedly, že jim s porodem pomáhal pouze šaman. Další dvě ženy do dotazníku vyplnily, že jim u porodu asistoval šaman společně se zdravotní sestrou. Jedné ženě při porodu pomáhal šaman společně s porodní asistentkou a kamarádkou. Jedna respondentka uvedla, že jí s porodem pomáhala porodní asistentka společně s kamarádkou. Jedna žena uvedla, že jí s porodem pomáhal šaman společně s porodní

asistentkou a zkušenými ženami z vesnice. Další jedna žena uvedla, že jí při porodu asistovala porodní asistentka a vlastní sestry. Jedna žena do dotazníku uvedla, že jí při porodu pomáhala zkušená žena z vesnice. A pouze jedna žena vyplnila do dotazníku, že jí s porodem pomáhal lékař společně se zdravotní sestrou.

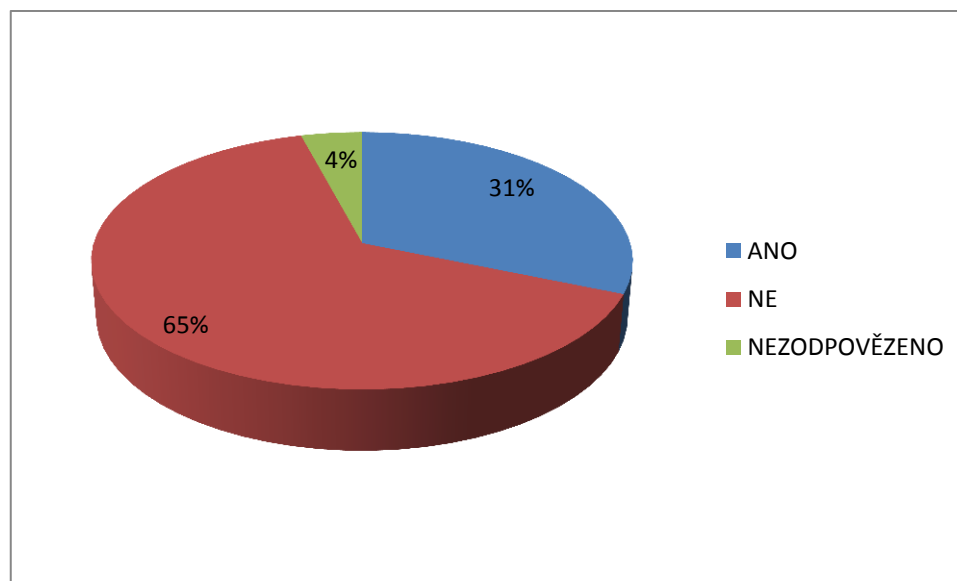
Otázka č. 7: „Přišla jste někdy o dítě ze zdravotních důvodů? / Potratila jste někdy?“

Tabulka č. 13 – Ztráta dítěte (potrat)

Odpověď	abs.	%
ANO	15	31
NE	31	65
NEZODPOVĚŽENO	2	4
Celkový součet	48	100

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 7 – Ztráta dítěte (potrat)



Zdroj: graf vlastní

Z grafu č. 7 je zřejmé, že patnáct žen (tj. 31 %) přišlo o své dítě ze zdravotních důvodů. Třicet jedna respondentek (tj. 65 %) uvedlo, že nikdy o své dítě ze zdravotních důvodů nepřišlo. Dvě ženy (tj. 4 %) na tuto otázku neodpověděly.

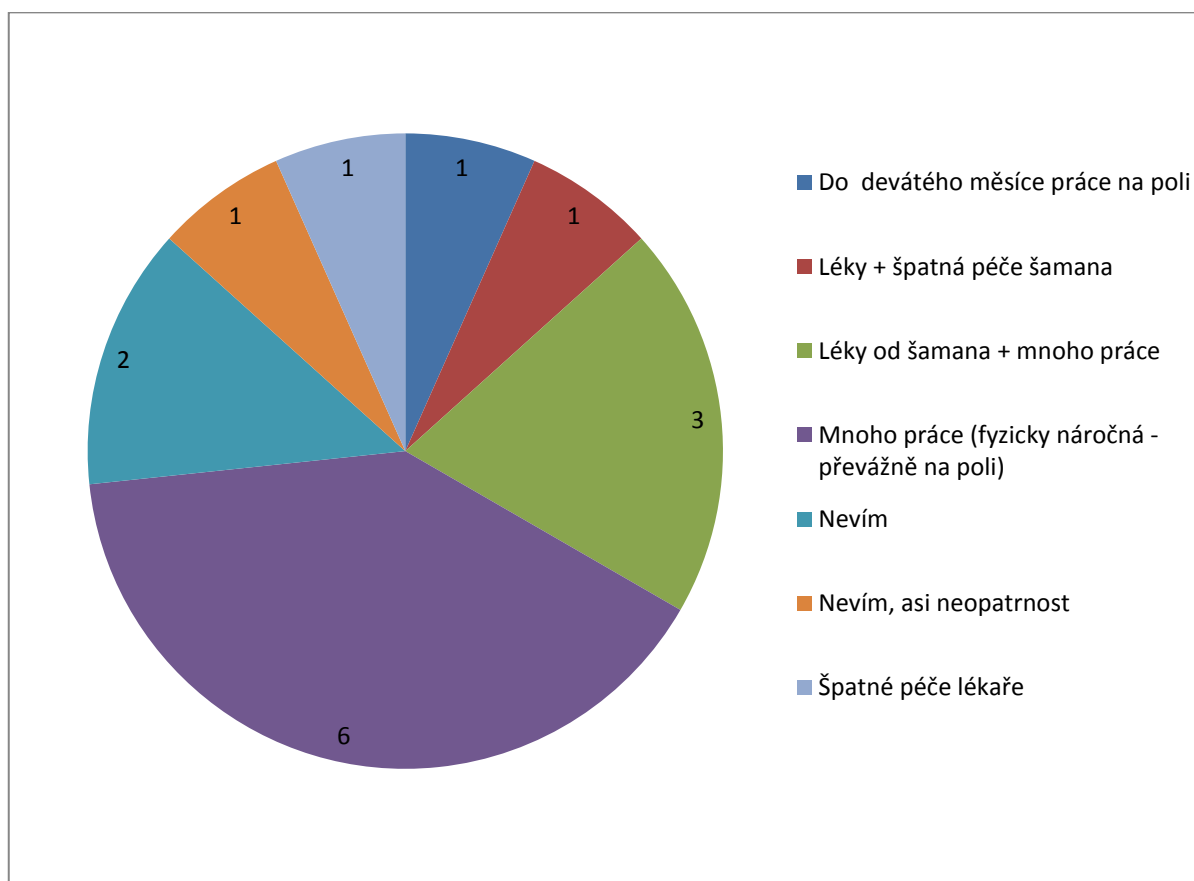
Otázka č. 8: „Pokud ano, dokážete upřesnit, jaké komplikace k potratu vedly?“

Tabulka č. 14 – Příčiny, které vedly k potratům

Důvod potratu	
Do devátého měsíce práce na poli	1
Léky + špatná péče šamana	1
Léky od šamana + mnoho práce	3
Mnoho práce (fyzicky náročná - převážně na poli)	6
Nevím	2
Nevím, asi neopatrnost	1
Špatné péče lékaře	1
Celkový součet	15

Zdroj: tabulka vlastní

Graf č. 8 – Příčiny, které vedly k potratům



Zdroj: graf vlastní

Vím, že otázka potratů je velmi choulostivé téma, ale i přesto jsem se na tuto otázku v dotazníku zaměřila a rozhodla jsem se ji do něj zařadit.

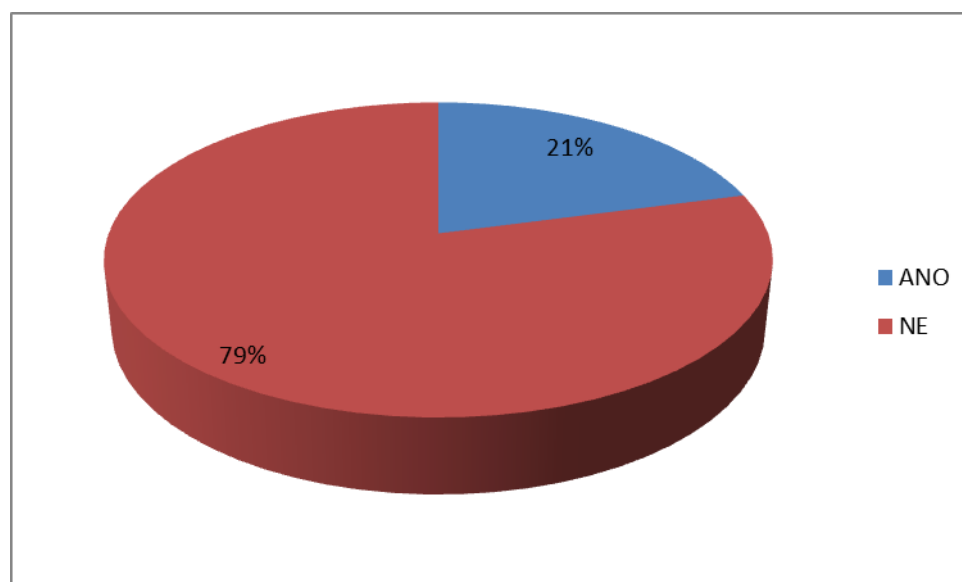
Z grafu č. 7 je zřejmé, že nejvíce žen (šest žen) uvedlo jako příčinu svého potratu fyzicky náročnou práci. Tři ženy uvedly, že k potratu vedlo užití špatných léků od šamana a mnoho práce. Dvě respondentky neznají příčinu ztráty svého dítěte. Jedna žena taktéž nezná příčinu ztráty svého dítěte, avšak uvedla možnou neopatrnost v těhotenství. Jedna žena uvedla jako důvod ztráty dítěte práci na poli v devátém měsíci těhotenství. Jedna žena udala jako příčinu potratu léky a špatnou péči, kterou jí poskytoval šaman. Další jedna žena uvedla jako důvod ztráty dítěte špatnou péči lékaře.

Otázka č. 9: „Slyšela jste někdy o dívce jménem Fatima Mirembe, která zde v Ugandě porodila chlapečka a společně s ním uprchla do Německa, kde o svém životě napsala knihu?“

Tabulka č. 15 – Fatima Mirembe

Odpověď	abs.	%
ANO	10	21
NE	38	79
Celkový součet	48	100

Graf č. 9 – Fatima Mirembe



Zdroj: graf vlastní

Z grafu č. 9 vyplývá, že převážná většina žen (třicet osm respondentek - tj. 79 %) nikdy neslyšela o ženě jménem Fatima Mirembe. Pouze deset respondentek (tj. 21 %) někdy o ženě jménem Fatima Mirembe slyšelo.

7.6. Vyhodnocení hypotéz

„Hypotéza č. 1: Více než 50 % dotázaných žen hodnotí zdravotní péči v nemocnici/porodnici jako průměrnou.“

Hypotéza č. 1 se potvrdila. Na tuto otázku odpovídaly ženy, které rodily v nemocnici/porodnici. Celkový počet těchto žen byl 27. Více než 50 % (osmnáct respondentek, tj. 67 %) uvedlo, že zdravotní péče v nemocnici, která jim byla poskytnuta, byla průměrná (dobrá). Jako výbornou péči ji ohodnotilo pouze devět žen (tj. 33 %). Ani jedna žena neohodnotila zdravotní péči v nemocnici/porodnici jako nedostačující (špatnou).

„Hypotéza č. 2: U více než poloviny dotázaných žen proběhl porod v domácím prostředí s obtížemi.“

Tato hypotéza se nepotvrdila. I přes poměrně komplikované odpovědi jednatřiceti respondentek je zřejmé, že porody v domácím prostředí proběhly převážně bez vážnějších komplikací. Jasnou odpověď „*bez problémů*“ uvedlo devatenáct žen, což je více než polovina z celkového počtu dotazovaných.

„Hypotéza č. 3: U méně než jedné třetiny dotázaných žen asistoval při porodu v domácím prostředí lékař.“

Tato hypotéza se potvrdila. Pouze jedné ženě pomáhal s porodem v domácím prostředí lékař. Ostatní ženy uvedly, že jim s porody pomáhal šaman, zkušené ženy z vesnice, porodní asistentky, zdravotní sestry, atp.

„Hypotéza č. 4: Více než polovina dotázaných žen nezná příčinu svého potratu.“

Tato hypotéza se nepotvrdila. Pouze dvě ženy neznají příčinu svého potratu. Zbylé ženy uvedly důvody, které zapříčinily ztrátu jejich dítěte. Převážně se jednalo o fyzicky namáhavou práci či užívání nevhodných léků, které rodičkám poskytl šaman.

„Hypotéza č. 5: Více než 70 % dotázaných žen někdy slyšelo o ženě jménem Fatima Mirembe – jsou seznámeny s jejím životním příběhem.“

Tato hypotéza se nepotvrdila. Třicet osm respondentek (tj. 79 %) nikdy neslyšely o ženě jménem Fatima Mirembe. Pouze deset respondentek (tj. 21 %) někdy o ženě jménem Fatima Mirembe slyšelo.

7.7. Rozhovor s českými lékaři působícími ve východní Africe

Tento krátký rozhovor byl uskutečněn v průběhu měsíce dubna se třemi českými lékaři, na které jsem získala kontakt prostřednictvím neziskové organizace Shalom for Uganda. Rozhovor obsahoval osm otázek, jež byly dopředu připravené. I přesto, že byl tento krátký rozhovor uskutečněn pouze přes chat prostřednictvím komunikační sítě, považuji ho za velmi přínosný.

Dotazování:

Lékař A – muž, 38 let.

Lékař B – muž, 32 let.

Lékař C – žena, 37 let.

Otázka č. 1: „V jaké zemi ve východní Africe působíte (působil/a jste)?“

Lékař A: „*V Ugandě.*“

Lékař B: „*V Keni.*“

Lékař C: „*Dříve ve Rwandě, nyní v Ugandě.*“

Otázka č. 2: „Jak probíhají porody v domácím prostředí? Můžete zhodnotit zdravotní úroveň, jež se rodičkám v domácím prostředí dostává?“

Lékař A: „*Velmi špatně. Odbornost a hygiena je téměř nulová.*“

Lékař B: „*Nemohu posoudit. U domácího porodu jsem v Keni nikdy nebyl.*“

Lékař C: „*Domácí porody jsou na velmi nízké zdravotní úrovni.*“

Otázka č. 3: „Kdo nejčastěji asistuje rodičkám během porodu v domácím prostředí?“

Lékař A: „*Porodní báby.*“

Lékař C: „*Nejčastěji to jsou přátelé, porodní bába a někdy i herbal doctor.*“

Otázka č. 4: „Jak probíhají porody v nemocnicích/porodnicích? Mají dostatek zdravotnického vybavení (injekční stříkačky, léky, atp.) a kvalifikovaného personálu? Jaké je tedy úroveň zdravotní péče v nemocnicích/porodnicích?“

Lékař A: „*Dle mého názoru je jen soukromá klinika v Kampale na velmi dobré úrovni. Je to však hlavně tím, že je vedena lékaři a personálem převážně z Evropy.*“

Lékař B: „*V nemocnicích pro chudší obyvatelstvo je velmi špatná úroveň zdravotní péče. V nemocnicích pro bohatší obyvatelstvo je úroveň zdravotní péče velmi dobrá. Asi jako v západní Evropě.*“

Lékař C: „*.....záleží na nemocnici/porodnici a lokalitě zdravotnického zařízení.*“

Otázka č. 5: „Jaké jsou nejčastější zdravotní komplikace během porodu?“

Lékař A: „*Je to zejména špatný zdravotní stav matky. Velikým problémem je, že se při vzniklých komplikacích nedostanou včas k odborné péči nebo do nemocnice. Dalšími komplikacemi jsou přidušené/udušené děti a komplikovaný porod, který nedokáže neodborný člověk jako je porodní bába či laická asistentka odvést.*“

Lékař B: „*.....napítí se plodové vody, komplikace spojené s pupeční šňůrou.*“

Lékař C: „*.....porod koncem pánevním, komplikace spojené s pupeční šňůrou.*“

Otázka č. 6: „Dle mého výzkumu v Ugandě vyplývá, že častým porodním asistentem žen v domácím prostředí je tzv. „herbal doctor“. Ten se zároveň stará o ženy v průběhu těhotenství. Těhotné ženy si u něj kupují různé léky a bylinky a ty poté užívají. Ve výzkumu se mi často objevily informace o tom, že za ztrátu dítěte v těhotenství mohly právě léky od „herbal doctor“. Máte představu o tom, jaké léky rodičkám prodávají a kolik si zhruba za své služby říkají peněz?“

Lékař A: „*Léky to převážně vůbec nejsou. Jedná se spíše o „bylinky“ jako je tráva, květy, plody ze stromů, které jsou rozdrcené a naložené v oleji. Ceny za služby od těchto šamanů jsou různé, převážně to však bývá od 1 do 50 USD. Může to být však i více. Často se také platí banány a zvířaty.*“

Lékař B: „*Nemohu posoudit, jak je to v Ugandě. Ovšem v Keni to bývá zhruba od 2 USD do 15 USD. To je však jen průměr. Může se stát, že lidé za služby od šamanů platí i 50 USD.*“

Lékař C: „*Převážně se cena pohybuje od 2 do 60 USD.*“

Otázka č. 7: „Jak vypadá poporodní péče v nemocnici/porodnici?“

Lékař A: „*Záleží na té které porodnici/nemocnici. Pro chudé obyvatele je však velmi špatná, rychlá, drahá a nekvalitní.*“

Lékař B: „*Žádná poporodní péče většinou není. Rodičky propouští co nejdříve do domácího prostředí.*“

Lékař C: „*Ve většině nemocnicích/porodnicích poporodní péče ani není. A pokud ano, je finančně náročná a i tak je většinou nekvalitní.*“

Otázka č. 8: „Dostává se rodičkám nějaká péče v domácím prostředí?“

Lékař A: „*Nedostává. Domácí poporodní péče vůbec není.*“

Lékař B: „*Nedostává, neboť taková péče neexistuje.*“

Lékař C: „*Doma poporodní péče není.*“

Odpovědi lékařů na tyto otázky se do velké míry shodují. Uvádějí, že úroveň porodů v domácím prostředí je velmi nekvalitní a neodborná. Také, že nejčastěji rodičkám během domácích porodů asistují porodní báby. Jeden lékař dodává navíc asistenci šamanů a přátel rodičky. Co se týče kvality péče o rodičky ve zdravotnických zařízeních, tak i v tomto případě se lékaři shodují na tom, že velmi záleží na umístění nemocnice/porodnice (vyšší úroveň zdravotní péče a lékařského vybavení jsou zpravidla ve zdravotnických zařízeních v hlavních městech).

Otázka týkající se nejčastějších komplikací během porodu je velmi široká. Přesto jsem lékaře požádala, aby uvedly alespoň ty nejvíce časté. Mezi odpovědi patřily komplikace spojené s pupeční šňůrou, porod koncem pánevním, napití se plodové vody, přidušení/udušení dítěte, ale také špatný celkový zdravotní stav matky.

Odpovědi na cenu, jež si určují šamani za své služby, se také velmi shodovaly. Všichni tři lékaři uvedli, že se ceny pohybují různě. Záleží pravděpodobně na té které službě a také na osobnosti tohoto léčitele. Ovšem zpravidla se tyto částky pohybují od 1 do 60 USD. Jeden lékař navíc uvedl, že někdy lidé (v tomto případě rodičky) platí také banány či zvířaty.

Na otázku poporodní péče v nemocnicích/porodnicích a v domácím prostředí byly odpovědi lékařů také velice podobné. Uváděli, že poporodní péče v domácím prostředí neexistuje a ve zdravotnických zařízeních těž není. Pokud však nějaká nemocnice či porodnice tuto péči přeci jen poskytuje, je velmi špatná, nekvalitní, rychlá a finančně náročná.

7.8. Diskuse

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak rodičky hodnotí zdravotní péči, která jim byla poskytnuta v nemocnici/porodnici. Dále jak probíhaly porody v domácím prostředí a kdo rodičkám asistoval při porodu v domácím prostředí. Dalším cílem bylo zjistit příčiny, které vedly k potratům a také ověřit, zda respondentky někdy slyšely o ženě jménem Fatima Mirembe.

Získané informace jsou pouze informativní a zaměřené jen na malou skupinu žen z vesnice Nyakyera a na klientky organizace Shalom for Uganda.

Výsledky dokazují, že ženy, které rodily v nemocnici/porodnici hodnotí zdravotní péči, jež jim byla poskytnuta, převážně jako průměrnou. Hypotéza č. 1 se tedy potvrdila. Sedmadvacet žen ohodnotilo zdravotní péči jako průměrnou a dvě ženy jako výbornou. Ani jedna respondentka neuvedla, že by zdravotní péče, jež jí byla poskytnuta, byla nedostačující. Z mého pohledu však záleží nejvíce na „zvyku“ a na konkrétní nemocnici. Například Evropan by dle mého názoru nehodnotil péči v odlehlé nemocnici s málo kvalifikovaným personálem jako výbornou (možná ani průměrnou). Africké ženy nejsou v tomto ohledu příliš „náročné“, neboť jsou rády za každou péči, která se jim v nemocnici dostane. Tímto však nechci říci, že každá nemocnice ve východní Africe neposkytuje pacientům vynikající péči, nebo že nemá kvalifikovaný personál. Jsou i nemocnice s profesionálním přístupem k pacientkám a s mnohdy špičkovým zdravotnickým vybavením. Také čeští lékaři, které jsem požádala o zhodnocení úrovně zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních, uvedli, že kvalita a úroveň péče závisí na té které nemocnici/porodnici a na lokalitě zdravotnického zařízení. Dodali, že nemocnice jsou na vysoké úrovni převážně v hlavních městech a kvalitní péči se mohou pyšnit také nemocnice pro „bohatší elitu“. Úroveň zdravotní péče se pak dá podle lékařů srovnat i s úrovní péče v západní Evropě. Také Šimetka (in Roztočil, 2011) uvádí, že i v těch nejméně rozvinutých zemích často existují nemocnice, jež jsou schopny zajistit zdravotní péči na poměrně vysoké úrovni.

Dalším cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak probíhají porody v domácím prostředí. Hypotéza č. 2 se v tomto případě nepotvrdila, neboť více jak polovina dotázaných žen uvedla, že porody v domácím prostředí proběhly převážně bez větších komplikací. Tento výsledek mě mile překvapil, neboť kvůli nedostatečné odborné pomoci při porodech v domácím prostředí jsem byla přesvědčena o tom, že respondentky zhodnotí domácí porod spíše jako komplikovaný. Také čeští lékaři uvedli, že porody v domácím prostředí probíhají

velmi špatně a že jsou na nízké zdravotní úrovni, neboť hygiena a odbornost je často téměř nulová.

Další cíl výzkumného šetření se týkal asistence při porodech v domácím prostředí. Hypotéza č. 3 se potvrdila. Lékaři asistují ženám v domácím prostředí jen minimálně. Z výsledků šetření vyplynulo, že pouze jedné ženě pomáhal s porodem v domácím prostředí lékař. Ostatní ženy uváděly jako asistenty především šamany („herbal doctors“), zkušené ženy z vesnice, ale také porodní asistenty a zdravotní sestry. Také čeští lékaři uvádí, že ženám při porodu nejvíce asistují přátelé, porodní báby a šamani. Existuje mnoho důvodů, proč se rodičky obracejí k netradičním způsobům léčení a proč zdraví své a svých dětí vkládají do rukou šamanů. Jedním z hlavních je důvěra, že léčitel (šaman) bude mít na rodičku dostatek času, že si bude vědom souvislostí, bude hledat příčinu komplikací a snažit se o její odstranění léčebnými postupy bez vedlejších účinků. (Attenborough, 1997). Další důvod neodborné asistence u domácích porodů je ten, že více než polovina obyvatelstva žije dál jak 10 kilometrů od lékaře nebo nemocnice. (Bukovenová, 1997).

Ve výzkumném šetření jsem se dotkla velmi citlivého tématu – potratů. Zjišťovala jsem, zda ženy, jež potratily, znají příčiny, které k potratům vedly. Hypotéza č. 4 se nepotvrdila, neboť pouze dvě ženy neznají příčinu svého potratu. Zbylé ženy uvedly důvody, které zapříčinily ztrátu jejich dítěte, mezi něž řadily převážně fyzicky namáhavou práci či užívání nevhodných léků od šamana. Také Šimetka (in Roztočil, 2011) uvádí mezi faktory způsobující aborty fyzicky náročnou práci, navíc ale přidává tropické infekční choroby (malárie, horečka dengue), podvýživu a násilí. Nezmiňuje však jako příčinu potratů špatné léky od šamana. Čeští lékaři uvádějí, že se spíše než o léky, jež šamani podávají těhotným ženám, jedná o „bylinky“ jako je tráva, květy a plody ze stromů, které jsou rozdrcené a naložené v oleji. Žádná mnou prostudovaná odborná literatura však neuvádí, že by tyto bylinky a lektvary zapříčinily potrat.

Dalším cílem bylo zjistit, zda dotázané ženy někdy slyšely o ženě jménem Fatima Mirembe a zda jsou obeznámeny s jejím životním příběhem. Hypotéza č. 5 se nepotvrdila, neboť více než polovina žen uvedla, že nikdy o této ženě neslyšela. Tento výsledek mě velmi překvapil. Příběh Fatimy Mirembe (rodačky z Ugandy) je znám po celém světě, a je škoda, že ugandské ženy tento silný příběh neznají. Dle mého názoru se tento výsledek odvíjí od nízké dostupnosti literatury a elektronických zařízení jako jsou televize, rádio a počítač. Pravděpodobně totiž není moc jiných možností, jak se o této ženě dozvědět.

ZÁVĚR

Snahou této práce bylo podat komplexní náhled na některá problematická témata týkajících se porodnosti a porodů ve východní Africe. Černý kontinent je proslulý nízkou zdravotní péčí a minimálním vybavením zdravotnických zařízení. Je všeobecně známo, že většina afrických žen rodí převážně v domácím prostředí bez asistence kvalifikovaného zdravotnického personálu. Navíc je problematika vysoké porodnosti a zdravotní péče o matky a jejich děti často diskutovaným tématem v mnoha vyspělých zemích.

S vysokou porodností ve východní Africe je spojena i vysoká úmrtnost žen a dětí. Přišlo mi nezbytné zabývat se ve své diplomové práci zdravotními komplikacemi rodiček, neboť tyto komplikace jsou často samotnými příčinami úmrtí žen a jejich dětí. Bývají to převážně komplikace, jež v Evropě pokládáme za „banální“. Vzhledem k tomu, že je v Africe nedostatek účinných léků a kvalifikovaného zdravotnického personálu, ženy a děti tak často umírají i na snadno léčitelné nemoci.

Velikým problémem nemocnosti těhotných žen a úmrtí žen během porodu či po porodu je zejména vysoká ngramotnost a nízká sociokulturní úroveň. Také postavení žen není na tomto kontinentu nijak valné. Ženy jsou stále podřízené svým manželům a o jejich případné léčbě často rozhodují jejich tchyně.

V závěrečné kapitole o výzkumném šetření jsem za pomoci dotazníkové metody šetření zjišťovala, jak porody probíhaly u ugandských žen z vesnice Nyakyera a jejího blízkého okolí. Toto šetření považuji za mimořádně úspěšné, neboť odkrylo nové obzory tématům, jež jsou v Africe považována za velmi choulostivá. Otevřené odpovídání respondentek bylo pro mou diplomovou práci obrovským přínosem. Otázky, jež byly ve výzkumném šetření pokládány, se zaměřovaly zejména na místo porodu, asistenci při porodu, dále na úroveň zdravotní péče v nemocnicích/porodnicích, přístupu zdravotnického personálu k rodičkám, ale také na poměrně tabuizované téma abortů a jejich příčin.

Příjemným překvapením pro mě bylo, že se ženy neostýchaly a otevřeně odpovídaly právě na otázku potratů. Jediné dvě ženy se k této problematice nevyjádřily. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že je to nejvíce fyzicky náročná práce, jež vede k potratům. Ženy v Africe často vykonávají těžkou práci až do posledního měsíce těhotenství a nezřídka kdy se stává, že porodí přímo na poli či po cestě domů, když nesou plné kanystry s vodou, pro kterou jsou ochotné jít až několik kilometrů od místa svého bydliště. Tím se opět

dostáváme k otázce postavení žen v africké společnosti, neboť povinnost žen je zajistit obživu celé rodině. Z tohoto důvodu se jim nedostává tolik odpočinku, který by si zasloužily, stejně jako opatrnosti, která je k donošení dětí velmi důležitá, neboť častokrát kvůli této fyzicky a zároveň i psychicky náročné práci dochází k předčasným porodům.

Po vyhodnocení všech dotazníků jsem však zjistila, že si ugandské ženy přejí lepší a kvalitnější zdravotní péči. Většina žen si po předešlých zkušenostech z domácích porodů přeje, aby jejich další porody byly v nemocnici, neboť věří, že při závažných komplikacích, jež mohou kdykoli během porodu nebo po porodu nastat, budou kvalitněji ošetřeny, než tak, jak je tomu při porodech v domácím prostředí, kdy jim asistuje pouze porodní bába či šaman. I mým názorem je, že je určitě bezpečnější rodit v nemocnicích/ porodnicích, popřípadě rodit v domácím prostředí, ale pouze za pomoci lékaře, jež má k dispozici zdravotnická načiní a léky, jež dokáží porod ulehčit a předejít případným komplikacím, které mohou ublížit či dokonce usmrtit nejen rodičky, ale i jejich děti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

ABDI, Hawa; ROBBINS, Sarah J. *Nevzdávat se naděje: jedna žena, 90 000 změněných životů*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 257 s. ISBN 978-807-3877-071.

ANDĚL, Jiří; MAREŠ, Roman. *"Starý svět" Asie a Afrika: encyklopedický přehled zemí*. 1. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1999, 399 s. Země světa do kapsy, 2. ISBN 80-718-2085-7.

ATTENBOROUGH, Anthony. *Rodinná encyklopedie alternativní medicíny*. Vyd. 1. Překlad Jarmila Emmerová. Ilustrace Andrew Aloof. Praha: Reader's Digest Výběr, 1997, 399 s. ISBN 80-902-0693-X.

Atlas světa. Vyd. v tomto souboru 1. Překlad Irena Rybová, Ivana Vízdalová. Praha: Knižní klub, 2009, 392 s. ISBN 978-80-242-2430-5.

BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 335 s. ISBN 978-807-3579-845.

BÁLINT, Ondrej; ŠERÝ, Vladimír. *Tropická a cestovní medicína*. Praha: Medon., 1998, 561 s. ISBN 80-902-1224-7.

BELLUŠOVÁ, Martina. *Problematika péče o novorozence v rozvojových zemích (Uganda) a možnosti humanitární pomoci*. 2008, 62 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

BENEŠ, Radek; TRILLO, Richard. *Keňa: turistický průvodce*. 2. vyd. Brno: Jota, 2007, 723 s. ISBN 978-80-7217-522-2.

BRADNOVÁ, Hana; ŠERÝ, Vladimír. *Lexikon cestovní medicíny*. 1. vyd. Praha: Encyklopedický dům, 1996, 305 s. ISBN 80-901647-7-3.

BUKOVENOVÁ, K. *Zemepis sveta: Veľká detská encyklopédia*. Bratislava: Slovart, 1997, 303 s. ISBN 80-7145-234-3.

DEANSOVÁ, Anne. *Kniha knih o mateřství*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2004, 392 s. ISBN 80-732-1117-3.

DORT, Jiří; DORTOVÁ Eva; JEHLIČKA, Petr. *Neonatologie*. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2013, 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.

- GARRETTOVÁ, Laurie. *Přežijeme?: morové rány dneška; o nemocech nově se objevujících ve světě vychýleném z rovnováhy*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 824 s. ISBN 978-807-3871-710.
- GÖPFERTO VÁ, Dana; VANIŠTA, Jiří. *Zdravotní rádce na cesty 2008/09*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 99 s. ISBN 978-807-3871-444.
- GREGORA, Martin; PAULOVÁ, Magdalena. *Výživa kojenců: maminčina kuchařka*. 2. přepr. vyd. Praha: Grada, 2005, 147 s. Edice PRO RODIČE. ISBN 80-247-1291-1.
- HÁJEK, Zdeněk; ČECH Evžen; MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.
- HOLEČEK, Milan; MARIOT, Petr; STRÍDA, Miroslav. *Zeměpis cestovního ruchu: učebnice pro hotelové a jiné střední školy: příručka pro průvodce cestovního ruchu*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Nakladatelství České geografické společnosti, 2005, 131 s. ISBN 80-860-3464-X.
- ILIFFE, John. *Afrika a Afričané: dějiny kontinentu*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2001, 375 s. ISBN 80-702-1468-6.
- JAMBOROVÁ, M. *Možnosti a meze konvergence rozvojových zemí*. Brno, 2006, 106 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta.
- KLICPEROVÁ, Lenka; ŠILHOVI, Olga a Václav. *Africká v nás*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta a.s., 2010, 240 s. ISBN 978-80-204-2116-6.
- KLÍMA, Vladimír; KUBICA, Václav; WOKOUN, Alois. *Safari za africkou kulturou*. Vyd. 1. Praha: Práce, 1983, 448 s. ISBN neuvedeno.
- KRÁLÍKOVÁ, Petra. *Právní postavení ženy v afrických a asijských tradičních kulturách a náboženstvích*. Olomouc, 2011, 60 s. diplomová práce. Univerzita Palackého V Olomouci, Právnícká fakulta.
- KUDELA, Milan a kol. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008, 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.
- KYNDROVÁ, Libuše. *Rytmus černé Afriky: s odbíjenou v Togu*. Vyd. 1. Praha: Olympia, 1980, 212 s. ISBN neuvedeno.
- MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002, 260 s. ISBN 80-728-1090-1.

- MASON, Antony. *Lidé a země*. České vyd. 1. Praha: Ottovo nakladatelství - Cesty, 2004, 256 s. ISBN 80-718-1957-3.
- MÁRA, Jiří. *Tajuplná Afrika*. Vyd. 1. Přerov: J. Mára, 2011, 167 s. ISBN 978-80-260-0933-7.
- MIREMBE, Fatima; OSTER, Jutta. *Fatima: neberte mi moje dítě*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Alpress, Klokán (Alpress), 2007, 215 s. ISBN 978-80-7362-372-2.
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978-802-4728-322.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Grada publishing, a. s., 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
- RYVOLOVÁ, Saša. *Tváře v prachu Etiopie*. Vyd. 1. Třebíč: Akcent, 2005, 138 s. ISBN 80-726-8360-8.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013, 230 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
- SMITH, Gary SJ. *Vracejí se s písní: hledání Boha s utečenci*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2011, 267 s. ISBN 978-80-7387-441-4.
- STELLMANN, Hermann Michael. *Dětské nemoci a jejich přirozená léčba*. 1. vyd. Praha: Nový život, 1993, 100 s. Rádce pro život. ISBN 80-900-1664-2.
- ŠERÝ, Vladimír; LYSENKO, Jakovlevič Andrej. *Lékařství v tropech a subtropích*. 3., přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1984, 493 s. ISBN nevedeno.
- ŠERÝ, Vladimír. *Lexikon cestovní medicíny*. 1. vyd. Praha: Encyklopedický dům, 1996, 305 s. ISBN 80-901-6477-3.
- VAJDOVÁ, Lucia. *Vše o matce a dítěti: praktické rady pro rodiče*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2011, 240 s. ISBN 978-80-7360-740-1.
- WEBER, Beatrice. *Lexikon zemí*. 1. čes. vyd. Praha: GeoCenter International, 1994, 95 s. ISBN 3-575-11789-6.
- ZÁHOŘÍK, Jan. *Subsaharská Afrika a světové mocnosti v éře globalizace*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, c2010, 179 s. Edice světová diplomacie. ISBN 978-807-4220-210.

Elektronické zdroje

Arika rodu ženského. [online]. [cit. 2015-01-18]. Poslední aktualizace 14. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10247864775-afrika-roduzenskeho/208452801380002>>

Africký tanec rodiček. [online]. [cit. 2015-03-27]. Aktualizace nezjištěna. Dostupné z WWW:

<<http://orientalni-satky.rovnou.cz/orientalni-brisni-tanec/historie/afrika.htm>>

BARONOVÁ, Barbora. *Zmrzačené květy ženskosti: ženská obrízka je krutá a nesmyslná, přesto se dodnes stále provádí.* [online]. [cit. 2015-04-11]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php%3Fid=468915>>

Břišní tanec má příznivé zdravotní účinky a pomáhá rodičkám. [online]. [cit. 2015-02-23]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://rodina-deti.doktorka.cz/brisni-tanec-priznive-zdravotni/>>

Dětská úmrtnost. [online]. [cit. 2015-02-23]. Aktualizace nezjištěna. Dostupné z WWW:

<<http://www.lidskaprava.cz/student/prava-zen/clanky/zenska-obrizka>>

Eklampsie: smrtelně nebezpečné křeče rodiček. [online]. [cit. 2015-04-13]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<http://zena.centrum.cz/deti/tehotenstvi-a-miminko/clanek.phtml?id=727509>

Etiopie. Základní informace o teritoriu. [online]. [cit. 2015-01-05]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/afrika/tanzanie/>

FLEIŠMANOVÁ, Šárka. *Porodnické zvyklosti a rituály ve východní Africe – Tanzanii.* [online]. [cit. 2015-03-28]. Aktualizace nezjištěna. Dostupné z WWW:

<<http://www.porodnice.cz/clanky/porodnicke-zvyklosti-a-ritualy-ve-vychodni-africe-tanzanii-0>>

HAVLOVICOVÁ, Anna. *Somálsko - začarovaný kruh hladomoru a nekonečných bojů.* [online]. [cit. 2015-01-18]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/exkluzivne-na-ct24/207822-somalsko-zacarovany-kruh-hladomoru-a-nekonecnych-boju/>>

Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi. [online]. [cit. 2015-04-16]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kangaroo-care-a-jeho-uplatneni-v-oseetrovatelske-praxi-422433>

Keňa. Základní informace o teritoriu. [online]. [cit. 2015-01-05]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/afrika/kena/>

Komplikace porodu: Endometritida. [online]. [cit. 2015-04-15]. Poslední aktualizace 18. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://tehotenstvi.academy.sk/index.php?click=113>>

Komplikace po porodu. [online]. [cit. 2015-03-28]. Poslední aktualizace 22. 8. 2014. Dostupné z WWW:

<<http://www.porodnice-porod.cz/clanky/komplikace-po-porodu/>>

Latim – Obřezané. [online]. [cit. 2015-0-18]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10394728308-latim-obrezane/21238255362/>>

Mrtvé maminky nepláčou. [online]. [cit. 2015-01-10]. Poslední aktualizace 18. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.blisty.cz/art/23885.html>>

Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. Collective of authors. [online]. [cit. 2015-04-16]. Dostupné z WWW:

<<http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>>

Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka. [online]. [cit. 2015-04-17]. WHO, 1999. Zpráva technické pracovní skupiny. Dostupné z WWW:

<http://www.aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf>

Porod a jeho průběh. [online]. [cit. 2015-04-13]. Poslední aktualizace 15. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.damy.cz/index.php/zdravi1/klasicka-medicina/254-porod-a-jeho-prubeh>>

Proč africké děti nepláčou. [online]. [cit. 2015-04-18]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.svetkolemnas.info/novinky/zajimavosti/84-proc-africke-deti-neplacou>>

KOPECKÁ, Martina. *Při porodu zemřou dva miliony dětí ročně.* [online]. [cit. 2015-04-15]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.vitalia.cz/clanky/dva-miliony-deti-rocne-zemre-pri-porod/>>

Rozvojové cíle tisíciletí. [online]. [cit. 2015-04-12]. Poslední aktualizace 3. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.rozvojovka.cz/rozvojove-cile-tisicileti/>>

Shalom for Uganda – o organizaci. [online]. [cit. 2015-01-04]. Aktualizace nezjištěna. Dostupné z WWW:

<<http://www.shalomforuganda.cz/kdo-jsme-a-co-delame/>>

Somálsko. Základní informace o teritoriu. [online]. [cit. 2015-01-05]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/afrika/somalsko/>

Tanzanie. Základní informace o teritoriu. [online]. [cit. 2015-01-05]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/afrika/tanzanie/>

TAYLOR, Líba. *Fotila jsem dívky, které se na obřízku vysloveně těší.* [online]. [cit. 2015-04-11]. Poslední aktualizace 17. 4. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.national-geographic.cz/clanky/fotila-jsem-divky-ktere-se-na-obrizku-vyslovene-tesi.html#.VTI4OSG8PGc>>

Uganda – Demographic and Health Survey 2000-2001. [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z WWW:

<<http://www.ubos.org/onlinefiles/uploads/ubos/pdf%20documents/Uganda%20DHS%202000-01%20Final%20Report.pdf>>

Uganda – fakta. [online]. [cit. 2015-01-04]. Aktualizace nezjištěna. Dostupné z WWW:

<<http://www.shalomforuganda.cz/o-ugande/>>

Ugandským ženám odporučili namiesto inkubátora použiť pec. [online]. [cit. 2015-04-13]. Aktualizace nezjištěna. Dostupné z WWW:

<<http://www.zzz.sk/?clanok=3115>>

Úrovně a trendy v perinatální a neonatální úmrtnosti v rozvojových zemích. [online]. [cit. 2015-02-03]. Dostupné z WWW:

<<http://www.regionalka.wz.cz/>>

V Africe musíme aspoň vyškolit porodní báby. [online]. [cit. 2015-03-28]. Aktualizace nezjištěna. Dostupné z WWW:

<<http://www.porodnice.cz/clanky/v-africe-musime-aspon-vyskolit-porodni-baby>>

WILKOVÁ, Scarlett. *Rodila jsem v Africe.* [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z WWW:

<[file:///C:/Users/MARTIN/Downloads/Mf%20Dnes%2024.4.2014%20priloha%20%20Rodila%20jsem%20v%20Africe%20-studentka%20ZSF%20Lucie%20Brazdova%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/MARTIN/Downloads/Mf%20Dnes%2024.4.2014%20priloha%20%20Rodila%20jsem%20v%20Africe%20-studentka%20ZSF%20Lucie%20Brazdova%20(2).pdf)>

Ženská obřízka. [online]. [cit. 2015-04-05]. Poslední aktualizace 15. 2. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.lidskaprava.cz/student/prava-zen/clanky/zenska-obrizka>>

Ženská obřízka, odporná rituální praktika: Neobřežu-li tě, zahyneš – to mi řekl Bůh. [online]. [cit. 2015-04-08]. Poslední aktualizace 20. 3. 2015. Dostupné z WWW:

<<http://www.atllanka.net/index.php?text=341>>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 – Základní informace o Ugandě.....	13
Tabulka č. 2 – Základní informace o Keni.....	15
Tabulka č. 3 – Základní informace o Tanzanii.....	15
Tabulka č. 4 – Základní informace o Etiopii.....	16
Tabulka č. 5 – Základní informace o Somálsku.....	17
Tabulka č. 6 – Rozdělení respondentek dle věku.....	79
Graf č. 1 – Rozdělení respondentek dle věku.....	79
Tabulka č. 7 – Počet dětí.....	80
Graf č. 2 – Počet dětí.....	80
Tabulka č. 8 – Místo porodu.....	81
Graf č. 3 – Místo porodu.....	81
Tabulka č. 9 – Hodnocení zdravotní péče v nemocnici.....	82
Graf č. 4 – Hodnocení zdravotní péče v nemocnici.....	82
Tabulka č. 10 – Hodnocení přístupu personálu v nemocnici k pacientům (respondentkám)..	83
Graf č. 5 – Hodnocení přístupu personálu v nemocnici k pacientům (respondentkám).....	83
Tabulka č. 11 – Stručný popis průběhu porodu v domácím prostředí.....	84
Tabulka č. 12 – Asistent u porodu v domácím prostředí.....	85
Graf č. 6 – Asistent u porodu v domácím prostředí.....	86
Tabulka č. 13 – Ztráta dítěte (potrat).....	87
Graf č. 7 – Ztráta dítěte (potrat).....	87
Tabulka č. 14 – Příčiny, které vedly k potratům.....	88
Graf č. 8 – Příčiny, které vedly k potratům.....	88
Tabulka č. 15 – Fatima Mirembe.....	89
Graf č. 9 – Fatima Mirembe.....	89

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník pro ugandské ženy v českém jazyce.....	106
Příloha B - Dotazník pro ugandské ženy v anglickém jazyce.....	108

Příloha A – Dotazník pro ugandské ženy v českém jazyce

DOTAZNÍK

Vážené dámy,

jmenuji se Markéta Veselá a jsem studentkou 1. ročníku magisterského studia, oboru Sociální a charitativní práce. Ráda bych vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude použit jako podklad k praktické části mé diplomové práce. Vyplnění je zcela anonymní a dobrovolné.

Pokud budete ochotné odpovědět na tyto otázky, zakroužkujte nebo dopište příslušnou odpověď.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Váš věk: _____

Kolik máte dětí? _____

Kde jste rodila? a) v nemocnici

b) doma

Jiná odpověď: _____

Vyplňte prosím, pokud jste rodila v nemocnici:

Jak hodnotíte zdravotní péči, které se Vám v nemocnici dostalo?

- a) výborná péče
- b) dostačující (dobrá) péče
- c) nedostačující (špatná) péče

Jak hodnotíte přístup (ochotu, emoční podporu, odbornost, atp.) lékařů a zdravotních sester k pacientům (k Vám)?

- a) výborný přístup („Byli na mě hodní.“)
- b) dostačující přístup („Šlo to.“)

c) nedostačující přístup („Moc mi nepomáhali.“)

Vyplňte prosím, pokud jste rodila doma:

Jak porod probíhal? (Stručně popište, prosím.)

Pomáhal Vám při porodu někdo? Kdo?

Přišla jste někdy o dítě ze zdravotních důvodů? / Potratila jste někdy?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, dokážete upřesnit, jaké komplikace k potratu vedly?

Slyšela jste někdy o dívce jménem Fatima Mirembe, která zde v Ugandě porodila chlapečka a společně s ním uprchla do Německa, kde o svém životě napsala knihu?

- a) ano
- b) ne

Děkuji za Váš čas!

Příloha B - Dotazník pro ugandské ženy v anglickém jazyce

QUESTIONNAIRE

Dear Ladies,

my name is Markéta Veselá and I'm studying my first year of master degree of „Social and charitable work“ studies at the Charles university in Prague. I would like to ask you to fill in this questionnaire. This questionnaire will be used as a base for the practical part of my diploma thesis. Completion of this form is completely anonymous and voluntary.

If you are willing to answer these questions, please circle the appropriate answer or write the answer on the line under the question.

Thank you for your time and willingness.

Your age: _____

How many children do you have? _____

Where have your children been born?

- a) in a hospital
- b) at home
- c) different answer: _____

Please fill in, if you gave birth in a hospital:

How do you evaluate the health care that has been provided in the hospital?

- a) excellent care
- b) sufficient (good) care
- c) insufficient (poor) care

How do you evaluate the approach (willingness, support, professionalism, etc.) of the doctors and nurses to the patients (to you)?

- a) excellent („They were very kind to me.“)
- b) sufficient („It was enough.“)
- c) insufficient („They didn't help me much.“)

Please fill in in case you delivered at home:

How was the childbirth going? (Please describe briefly.)

Is there anyone who could help you in childbirth? Who?

Have you ever lost a child for any health reasons?

- a) yes
- b) no

If yes, could you specify the complications leading to the loss of child?

Have you ever heard about girl named Fatima Mirembe, who gave birth to a boy here in Uganda and together they fled to Germany, where she wrote a book about her life?

- a) Yes
- b) No

Thank you for your time!

SUMMARY

This thesis deals with the topic of birth and birth giving in Eastern Africa. Special emphasis is put on the poor quality and lack of health care provided to mothers and their newborns in the region. This insufficiency increases maternal and infant mortality rates.

The paper focuses on social standing of an African woman, on the high birth rates, birth giving, and health care system, on the taboo of female circumcision, alternative approaches in midwifery care and traditional healing methods, as well as the typical complications at birth, and the post-natal care that is supposed to reduce or eliminate them.

The thesis also offers a deeper insight through the story of a Ugandan woman Fatima Mirembe. Through a research survey, it explores the quality of Ugandan hospital care, home births, abortion rates and causes of abortions.