

EMILY OSTER

Těhotenství bez strašáků



**Nenechte se deptat
zaručenými pravdami!**

Mírné pití alkoholu a kávy neškodí

Proč je větší příbrání na váze lepší než příliš malé

Na co si naopak dávat pozor

Konečně podloženo seriózním výzkumem!

C P R E S S

Těhotenství bez strašáků

Vyšlo také v tištěné verzi

Objednat můžete na
www.cpress.cz
www.albatrosmedia.cz



Emily Oster
Těhotenství bez strašáků – e-kniha
Copyright © Albatros Media a. s., 2016

Všechna práva vyhrazena.
Žádná část této publikace nesmí být rozšiřována
bez písemného souhlasu majitelů práv.


ALBATROS MEDIA a.s.

TĚHOTENSTVÍ ***BEZ STRAŠÁKŮ***

**Nenechte se deptat
zaručenými pravdami!**

Emily Oster

Cpress
Brno
2016

Ohlasy na tuto knihu

„Tato kniha poskytuje nastávajícím maminkám velkou pomoc pro klid v duši! Autorka odhaluje mnoho otřepaných starých mýtů a přináší na světlo otázky, na kterých opravdu záleží.“

Harvey Karp, M.D.

Autor bestsellerů *Nejšťastnější miminko v okolí*
a *Nejšťastnější batole v okolí*

„Chtělo to někoho tak chytrého, jako je Emily Oster, aby to konečně začalo být takhle jednoduché. Autorka se rázem zbavuje pláštiku úzkosti a obecně přijímaných pravd a nabízí nám fakta. Tato kniha je poučná a uklidňující kniha. Skoro si začínám přát otěhotnět.“

Pamela Druckerman

Autorka bestsellerů New York Times *Bringing Up Bébé*
a *Bébé Day by Day*

„Tato kniha je fascinující a uklidňující exkurze těhotenstvím a porodem, kde nás na každé křižovatce směřují nefalšovaná data. Emily Oster nás od začátku do konce provádí klíčovými objevy dosavadního výzkumu spojeného s těhotenstvím. Lituji jen toho, že já a moje žena jsme měli tři děti, aniž bychom stihli těžit z její obohacující práce.“

Charles Wheelan

Autor bestselleru New York Times *Naked Statistics*

„Jediným protijedem proti úzkosti z těhotenství jsou fakta a těch nám Emily Oster nabízí celé hromady. Odzbrojující osobní a čtivá kniha zaručeně skoncuje s vaším vyšilováním. Výzkumy těhotenství mají novou hrdinku. Každá těhotná žena bude tuhle knihu oslavovat – a bude mít chuť pozvat její autorku na pořádnou dávku espresa.“

Rachel Simons

Autorka bestselleru New York Times *Curse of the Good Girl*

„Fascinující – a uklidňující – pohled na nejvýznamnější čísla kolem těhotenství. Řadu nastávajících rodičů přiměje přehodnotit většinu konvenčních názorů: myslíte, že klid na lůžku je dobrý nápad? Tak se zamyslete znovu. Tohle je možná nejdůležitější kniha o těhotenství, jaká kdy vyšla.“

Steven D. Levitt

Spoluautor bestselleru New York Times
Freakonomie: Skrytá ekonomie všeho.

Cenami ověřená ekonomka vyvrací standardní doporučení těhotným ženám ve prospěch informovanějšího a uvolněnějšího přístupu

Těhotenství – bezpochyby jeden z nehlubších a nejvýznamnějších prožitků dospělosti – může dělat z jinak inteligentních žen, no, malé děti. Říkají nám, abychom se vyvarovaly šunky, suši, alkoholu a kávy, ale neřeknou nám, proč je to vlastně zakázané. Pravidla prenatalních vyšetření jsou rychlá a tvrdá – a nevysvětlená. Jsou všechna ta doporučení vůbec správná? Platí každé z nich pro každou nastávající maminku? V *této knize* cenami ověřená ekonomka Emily Oster dokazuje, že těhotenská „pravidla“ jsou často zavádějící a někdy vysloveně špatná.

Autorka, sama nastávající matka, odhalila řadu mýtů kolem těhotenství na základě jedinečného druhu kritického uvažování: uvažování ekonomky, odbornice na vědu o tom, jak dostat co chceme. Emily Oster ví, že hodnota čehokoli – domova stejně jako amniocentézy – tkví v očích informovaného pozorovatele, a stejně jako u každého komplikovanějšího podniku ani těhotenství nedisponuje řešeními typu „jedna velikost padne všem“. A přesto s ním medicína často právě takto zachází. Nevycházejí lékaři ze špatných dat? Neopakují vám všichni přátelé a příbuzní s dobrými úmysly jen falešné mýty a nepřidělávají vám zbytečné starosti? Autorčina odpověď zní: Ano, a často.

Těhotné ženy čelí nikdy nekončícímu proudu rozhodnutí, od každodenních (Můžu tohle vůbec jíst?) až po děsivá (Stojí za to riskovat potrat kvůli testu na genetické vady?). Tato kniha vám naservíruje tvrdá fakta a užitečné rady z opravdového života, které nikdy nedostanete v lékařské ordinaci ani nenajdete v existující literatuře. Autorčina objevná práce odhaluje všechno od skutečných účinků kofeinu a tabáku až po nečekané nástrahy zahradničení.

Každá nastávající matka ví, že prvořadé je zdraví jejího dítěte; budete ale trpět menší úzkostí a lépe si užijete zdravé těhotenství, když dostanete k dispozici informace... a možnost dopřát si příležitostně sklenku vína.

Mojí sladké Penelope, která tuto knihu inspirovala,
a mojí mormor, která by ji byla tak moc ráda poznala.

Obsah

Úvod

Část první – Okamžik vzniku: Početí	19
Přípravné práce	19
Informované početí	24
Dva týdny čekání	33
Část druhá – První trimestr	37
Neřesti: Kofein, alkohol a tabák	37
Obavy z potratu	61
Pozor na lahůdky!	65
Nevolnost a moje tchyně	75
Prenatální screening a testování	81
Nečekané nástrahy zahradičení	97
Část třetí – Druhý trimestr	105
Jíst za dva? Jak je libo	105
Růžovomodrý svět	115
Cvičení a odpočinek	118
Bezpečnost léků	126
Část čtvrtá – Třetí trimestr	135
Předčasný porod (a úskalí klidu na lůžku)	135
Rizikové těhotenství	141
Já snad budu těhotná navěky!	145
Vyvolání porodu	149
Část pátá – Porod	159
Porod v číslech	159
Epidurál či neepidurál? Toť otázka!	164
A co to ostatní?	172
Po porodu	183
Domácí porody: Pokrokové, nebo zpátečnické?	
A kdo bude mýt bazének?	188

Epilog	197
Příloha – Léky	199
Zdroje	203
Poděkování	226
○ autorce	226
Rejstřík	227



Úvod

Na podzim roku 2009 jsme se já a můj manžel Jesse rozhodli mít miminko. Oba jsme vyučovali ekonomii na Chicagské univerzitě. Byli jsme spolu od mého prvního ročníku na vysoké škole a sezdání už skoro pět let. Jesse měl každou chvíli dostat trvalé místo na univerzitě a i moje práce se celkem dařila. Blížily se mi třicáté narozeniny.

Vždycky jsme mluvili o rodině a poslední dobou byla ta diskuse čím dál vážnější. Jedno říjnové ráno jsme se spolu šli dlouze proběhnout a skončilo to tím, že cítíme, že jsme připravení. Anebo když nic jiného, že připravenější už zřejmě nebudeme. Chvilku to trvalo, ale o osmnáct měsíců později se narodila naše dcerka Penelope.

Vždycky jsem měla strach, že těhotenství ovlivní mou práci – slychala jsem nespočet historek o „těhotenském mozku“ a vynechání týdnů (i měsíců!) práce kvůli ranním nevolnostem. Kupodivu jsem měla štěstí a ne-připadalo mi, že by se něco nějak zvlášť změnilo (život s miminkem, to už bylo o něčem jiném).

Co jsem ale vůbec nečekala, bylo to, nakolik jsem během těhotenství využila svých nástrojů odbornice na ekonomii. Může to vypadat divně. Navzdory příležitostnému používání titulu „Dr.“ před jménem vlastně nejsem „skutečná“ doktorka, natož v oboru porodnictví. Máte-li tradiční

vnímání ekonomie, nejspíš budete uvažovat o opatřeních Federálního rezervního systému pod vedením Bena Bernankeho nebo o lidech, co vytvářejí finanční deriváty u Goldman Sachs. Za Alanem Greenspanem se prostě pro rady o těhotenství nechodí.

Pointa je ale v tomhle: vychází najevo, že ekonomické nástroje jsou ohromně užitečné při vyhodnocování kvality informací v *jakékoli situaci*. Klíčové rozhodovací principy ekonomů jsou použitelné všude. *Kdekoli*. Včetně dělohy.

Když jsem otěhotněla, celkem rychle jsem zjistila, že kolem těhotenství existují spousty informací a spousty doporučení. Ale ani ty informace, ani ta doporučení nebyly vždycky správné. Kvalita informací se značně různila, zatímco doporučení si často protiřčila a příležitostně byla až k vzteku. Nakonec, ve snaze dostat se k těm dobrým informacím – opravdu přijít na kloub pravdě –, abych se mohla správně rozhodnout, jsem se s problémem poprala tak, jak bych se prala s jakýmkoli jiným – s pomocí ekonomie.

Na Chicagské univerzitě vyučuji úvod do mikroekonomie pro první ročník MBA studia. Moji studenti by vám pravděpodobně řekli, že cílem celého kurzu je mučit je výpočty. Můj cíl je však ve skutečnosti o něco vznešenější. Chci je naučit rozhodování. To je koneckonců jádro celé mikroekonomie: věda o rozhodování – způsob, jak strukturovat své myšlení tak, abyste se rozhodovali správně.

Snažím se je učit, že dobře se rozhodnout – v obchodě i v životě – vyžaduje dvě věci. Zaprvé potřebují mít k danému rozhodnutí veškeré možné informace – potřebují správná data. Zadruhé se musejí zamyslet nad správným způsobem, jak zvážit plusy a minusy daného rozhodnutí (odborně tomu říkáme výdaje a přínosy, tedy *costs and benefits*) pro ně osobně. Jde o to, že i na základě týchž dat může tato druhá část – zvažování kladů a záporů – vést u různých lidí k různým rozhodnutím. Každý člověk může tytéž věci oceňovat jinak.

Moji studenti se obvykle nejvíc soustředí na to, co nějak souvisí s obchodem. Chtějí si zodpovědět otázky jako: Měl bych koupit tuhle firmu, anebo ne? Radím jim, aby začali u čísel: Kolik ta firma vydělá? Kolik očekáváte, že vydělá v budoucnu? To jsou data, informační část rozhodnutí.

Jakmile vědí tohle, mohou zvažovat klady a záporny. A to je místo, kde někdy tápou. Kladem zakoupení jsou samozřejmě výdělky, které získají. Záporom je, že se budou muset vzdát možnosti koupit něco jiného. Třeba lepší firmu. Nakonec rozhodnutí spočívá ve vyhodnocení těchto kladů a záporů *pro ně osobně*. Musejí přijít na to, co jiného by s penězi mohli udělat. Správně se v tomhle rozhodnout znamená intenzivně zvažovat všechny alternativy a to bude u každého vypadat trochu jinak.

Většina z nás samozřejmě netráví mnoho času nakupováním společností. (Abych byla spravedlivá, nejsem si jistá ani tím, zda moji studenti

využívají mé přednášky právě k tomu – nedávno mi přišel e-mail od jednoho studenta, že z mé výuky si odnesl toto: měl bych přestat pít pivo, když mi přestane chutnat. Jde vlastně o skvělou aplikaci principu utopených nákladů, ne-li o základní cíl celého kurzu.) Ale koncepce dobrého rozhodování každopádně dalece přesahuje oblast byznysu.

Skutečnost je taková, že jakmile si zvnitřníte ekonomický způsob rozhodování, začne se vám objevovat úplně všude.

Když jsme se s Jessem rozhodli, že budeme mít miminko, přesvědčila jsem ho, že se budeme muset odstěhovat z našeho bytu ve třetím patře bez výtahu. Na kočárek je tu až moc schodů, prohlásila jsem. On souhlasil, tedy pod podmínkou, že budu ochotná nový dům vybírat.

Dostala jsem se k tomu někdy v únoru, v Chicagu a ve sněhu jsem obcházela patnáct nebo šestnáct zdánlivě identických domů. Když jsem konečně našla ten, který se mi líbil (o trochu) víc než ostatní, začalo to teprve být zábavné. Museli jsme se rozhodnout, kolik za něj nabídneme.

Tak jak to učím své studenty, začali jsme daty: pokusili jsme se přijít na to, jakou cenu má tento konkrétní dům na trhu. To nebylo nic těžkého. Dům byl naposledy prodán v roce 2007 a cenu jsme našli na internetu. Teď stačilo přijít na to, nakolik se ceny za poslední dva roky změnily. Nacházeli jsme se právě uprostřed krize bydlení – tato skutečnost nám, zvláště jako ekonomům, mohla jen sotva ujít –, takže jsme věděli, že ceny šly dolů. Ale o kolik?

Když jsme se chtěli dozvědět víc o změnách cen v Chicagu obecně, mohli jsme použít nástroj jménem Case–Shillerův index, celkem běžné měřítko cen realitního trhu. Ten však platil pro celé město – ne jen pro naši čtvrt. Šlo by to snad ještě lépe? Našla jsem online zdroj o bydlení (Zillow.com) s jednoduchými grafy, které zobrazovaly změny v cenách bydlení v Chicagu podle čtvrtí. Stačilo jen vzít starou cenu, vypočítat očekávané změny a zjistit tak cenu novou.

To byla ta datová část rozhodování. Tím to ale nekončilo. Abychom se rozhodli správně, zbývalo ještě posoudit klady a zápory. Museli jsme se zamyslet nad tím, jak moc se tento dům líbí nám v porovnání s ostatními domy. Zatím jsme došli jen k tržní ceně za dům – tedy kolik by podle nás byli za ten dům ochotní zaplatit jiní lidé, v průměru. Ale jestli jsme měli za to, že tenhle dům je opravdu něco, že je skutečně dokonalý a ideální zvláště pro nás, zřejmě bychom za něj měli nabídnout víc, než jakou měl podle nás cenu na trhu – měli bychom být ochotní zaplatit něco navíc, protože naše city vůči tomu domu jsou natolik silné.

Neexistovala žádná data, která by nám pomohla s touto druhou částí rozhodování; prostě jsme si to museli rozmyslet sami. Nakonec jsme došli k tomu, že nám ten dům připadá prakticky podobný jako všechny ostatní. Nabídl jsem cenu, kterou jsme u toho domu považovali za správnou, a dům jsme nedostali. (Snad za to mohla ta cenová kalkulace, kterou jsme

k nabídce připojili? Těžko říct.) Nakonec jsme koupili jiný dům, který se nám líbil úplně stejně.

Ale to byla jen naše osobní situace. Pár měsíců nato se jeden náš přítel zamíloval do jednoho konkrétního domu. Byl přesvědčený, že ten dům je jedinou možností svého druhu, že je pro něj a jeho rodinu dokonalý. Když přišlo na věc, zaplatil o něco víc, než kolik naznačovala objektivní data. Je jasné, že jeho rozhodnutí bylo také správné, pokud budete používat správný rozhodovací proces – rozhodovací proces ekonoma.

Nakonec, jak říkám svým studentům, tohle není jen jeden způsob, jak se rozhodovat. Je to ten *správný způsob*.

A tak jsem si přirozeně myslela, že až otěhotním, bude přesně takhle fungovat mé rozhodování i v otázkách těhotenství. Vezměte si třeba takovou amniocentézu. Představovala jsem si to takhle: moje lékařka mi načrtne rozhodovací rámec – plusy a minusy. Řekne mi, že výhodou testu je, že se můžete dozvědět hodně informací o miminku; nevýhodou pak je riziko potratu. Dá mi data, která budu potřebovat. Řekne mi, kolik informací navíc tím získám, a popíše mi přesné riziko potratu. Pak počká, až to já a Jesse prodiskutujeme, a společně dojdeme k rozhodnutí, které bude pro nás nejlepší.

A přesně takhle to vůbec nebylo.

Ve skutečnosti to spíš vypadalo, že lékařská péče v těhotenství je jeden dlouhý seznam pravidel. Vlastně být těhotná bylo jako stát se znovu dítětem. Pořád vám někdo říká, co máte dělat. Začalo to hned: „Můžete si dát maximálně dva šálky kávy denně.“ Říkala jsem si proč – v čem jsou ty zápor (klady znám – miluju kafe!)? Co tvrdí čísla o tom, nakolik je to riskantní? Ale o tom se nikde nemluvílo.

A pak došlo na prenatální testování. „Podle pravidel byste měla projít amniocentézou, když je vám přes pětatřicet.“ A proč? No, tak zní pravidla. Ale jistě je to u různých lidí různé? Ne, nejspíš ne (aspoň podle mojí doktorky).

S těhotenstvím se nakládalo podle zásady „jedna velikost padne všem“. Způsob, jakým jsem byla zvyklá se rozhodovat – zamyslet se nad osobními preferencemi v kombinaci s daty –, se prakticky nepoužíval. Bylo to pro mě frustrující. A co bylo ještě horší – doporučení, která jsem si přečetla v knihách nebo slyšela od přátel, často přímo protirečela tomu, co mi řekla moje lékařka.

Těhotenství vypadalo jako svět svévolných pravidel. Připadalo mi to, jako bychom si kupovali dům a naše realitní agentka nám oznámila, že lidé bez dětí dvorek nepotřebují, a tak nám žádné domy s dvorkem ukazovat nebude. A ještě hůř: bylo to, jako bychom jí odpověděli, že my vlastně dvorek chceme, a ona na to řekla: „Ne, nechcete, to je pravidlo.“ Kdyby vám tohle udělala realitní agentka, v tu ránu jí dáte padáka. A přesto v těhotenství to často funguje právě takhle.

Nebylo to samozřejmě vždy a ve všem; příležitostně se objevila chvilka, kdy se ode mě očekávalo, že budu spolurozhodovat. Ale i tyto chvílky mi připadaly letmé. Když přišlo na uvažování o epidurální analgezii, rozhodla jsem se, že ji nechci. Nebyla to nijak zvlášť běžná volba a doktorka mi na to řekla něco jako: „Hm, dobře, no, zřejmě ji dostanete i tak.“ Měla jsem se jevit jako ten, kdo rozhoduje, ale skutečnost byla úplně jiná.

Nemyslím si, že se tato zkušenost omezuje na těhotenství – jiné interakce se systémem zdravotní péče vypadají často podobně. Skutečnost, že pacientovy preference mohou být odlišné, což může hrát velkou roli při rozhodování o léčbě, se často přinejmenším ignorují. Přečetla jsem si knihu Jerome Groopmana a Pamelý Hartzband *Your Medical Mind: How to Decide What Is Right for You*, a příkyvovala u mnoha jejich příběhů o lidech v různých situacích – například rakovina prostaty –, kteří měli hrát mnohem aktivnější roli v rozhodování, jaká konkrétní léčba je pro ně správná.

Jako u většiny zdravých mladých žen však bylo pro mě těhotenství první dlouhodobější interakcí se zdravotnickým systémem. Byla to frustrující zkušenost. Ke stresu z vsůdypřítomných pravidel ještě přispíval strach z toho, co všechno by se mohlo pokazit, když je nebudu dodržovat. Samozřejmě jsem neměla možnost zjistit, jak velké starosti bych si s tím měla dělat.

Toužila jsem po lékaři, který bude trénovaný v rozhodování. Pravda je taková, že na lékařských fakultách se tomuhle příliš času nevěnuje. Lékařská fakulta se samozřejmě soustředí mnohem víc na mechanické aspekty toho být doktorem. Za to budete rádi, tak jako jsem byla já, ve chvíli, kdy bude třeba, aby z vás to miminko někdo dostal ven. Ale na teorii rozhodování v tom moc místa ani času nezbývá.

Brzy mi začalo být jasné, že budu muset přijít s nějakým vlastním rámcem – strukturovat si svá rozhodnutí samostatně. Nevypadalo to nijak obtížně, aspoň v principu. Jenže když přišlo na to, změnit to ve skutečnost, prostě se mi nedařilo najít žádný snadný způsob, jak se dostat k číslům – datům –, abych se mohla rozhodovat.

Měla jsem za to, že moje otázky nejsou nijak složité. Tak třeba alkohol. Snažila jsem se přijít na způsob, jak se rozhodnout – pitím v těhotenství může dojít k určitému snížení IQ dítěte (minus), ale příležitostná sklenka vína by mi udělala radost (plus). Fakt je ten, že zdejší klad je natolik malý, že kdyby existoval nějaký jasně prokázaný vliv příležitostného pití na IQ, snadno bych se ho vzdala. Ale potřebovala jsem to číslo: bude mít příležitostná sklenka vína vůbec nějaký dopad na IQ dítěte? Pokud ne, nevidím důvod, proč si ji nedopřát.

Anebo už zmiňované prenatalní testování. Zápolem se zdá být riziko potratu. Kladem jsou informace o zdraví mého děťátka. Ale jak vysoké je skutečné riziko potratu? A kolik informací tedy tento test doopravdy poskytuje v porovnání s jinými, méně riskantními možnostmi?

Čísła byla v nedohlednu. Zeptala jsem se své lékařky na pití. Řekla, že jedna dvě skleničky týdně budou „nejspíš v pohodě“. „Nejspíš v pohodě“ není číslo. A u knížek to bylo to samé. Neříkaly vždycky totéž, neshodly se vždycky s mou lékařkou, zato nabízely spoustu neurčitých ujištění („prenatální diagnostika je velmi bezpečná“) nebo paušálních zákazů („žádné množství alkoholu se neprokázalo jako zcela bezpečné“). Opět, žádná čísla.

Pokusila jsem se proto dostat o něco blíže ke zdroji a přečetla si oficiální doporučení Amerického kongresu porodníků a gynekologů. Tato doporučení se kupodivu často lišila od toho, co říkala má lékařka – zdálo se, že s aktuální lékařskou literaturou drží krok o něco lépe než skutečná praxe. Ale čísla jsem nenašla ani tam.

Abych získala data, musela jsem proniknout do článků, na nichž se tato doporučení zakládala. V některých případech to nebyl až takový problém. Třeba v otázce, zda si nechat píchnout epidurální analgezií, nebo ne, jsem mohla využít dat z *randomizovaných výzkumů* – zlatý standard důkazů ve vědě – k posouzení rizik a přínosů.

V jiných případech to bylo o něco komplikovanější. A v několika otázkách – třeba u alkoholu a kávy, ale také například u přibírání na váze – jsem si dokonce dovolila s oficiálními doporučeními lehce nesouhlasit. Tady totiž vstoupila do hry další součást mého vzdělání ekonomky: uměla jsem příslušná data správně přečíst.

Před několika lety napsal můj manžel článek o vlivu televize na výsledky dětí ve školních testech. Americká pediatrická akademie tvrdí, že děti do dvou let věku by se na televizi dívat vůbec neměly. Zakládá toto doporučení na důkazech pocházejících od badatelů z oblasti veřejného zdraví (tedy těch samých lidí, kteří nám poskytují důkazy kolem chování během těhotenství). Tito vědci stále dokola dokazují, že děti, které se do dvou let hodně dívají na televizi, mají tendenci mít horší školní výsledky.

Tyto výzkumy se však neustále objevují na místech jako oddíl Věda v *New York Times* a pod tituly jako SPONGEBOB ŠKODÍ DĚTEM, TVRDÍ VĚDCI. Ale Jesse byl k tomu skeptický, a vy byste měli být také. Není tak snadné izolovat jednoduchý vztah příčiny a následku v takto složitých případech.

Představte si třeba dvě rodiny. V jedné se roční dítě dívá na televizi čtyři hodiny denně, ve druhé se roční dítě na televizi nedívá. Teď chci, abyste mi řekli, jestli jsou podle vás ty dvě rodiny podobné. Zřejmě si to nemyslíte, a nejspíš máte pravdu.

Rodiče, kteří televizi pečlivě dávkují, mají v průměru vyšší vzdělání, jsou starší, čtou více knih a tak dále a tak dále. Takže je to skutečně televize, na čem záleží? Nebo jsou to všechny tyto rozdílly dohromady?

A tohle je vztah mezi *korelací* a *příčinnou souvislostí*. Televize a školní výsledky spolu korelují, o tom není pochyb. Znamená to, že uvidíte-li dítě, které se hodně dívá na televizi, budete od něj očekávat průměrně horší výsledky v testech. Ale příčinná souvislost to není.

Tvrzení, že *SpongeBob* dělá z dětí hlupáky, je *kauzální* tvrzení. Uděláte-li X, stane se Y. Abyste to dokázali, museli byste dokázat, že donutíte-li děti v domácnostech bez televizí sledovat *SpongeBoba* a nic jiného na jejich životech nezměníte, bude se jim ve škole dařit hůře. Ale je nesmírně obtížné k něčemu takovému dojít na základě srovnávání dětí, které koukají na televizi, s dětmi, které na ni nekoukají.

Nakonec Jesse (společně se spoluautorem Mattem) navrhnul chytrý experiment. Řekli si, že když ve 40. a 50. letech začala televize získávat na popularitě, objevila se v některých částech země později než v jiných. Vytipovali proto děti, které žily v oblastech, kde byla televize dostupná, než jim byly dva roky, a porovnali je s dětmi, které byly jinak podobné, ale žily v oblastech, kam přístup k televizi dorazil až po jejich druhých narozeninách. Rodiny těchto dětí byly podobné; jediný rozdíl byl ten, že jedno dítě mělo přístup k televizi v raném dětství a druhé ne. *Takhle* se vyvozují kauzální závěry.

A přišli na to, že televize ve skutečnosti žádný dopad na výsledky dětí v testech nemá. Nula. Nic. Je to velmi přesné, což je statistický způsob, jak říct, že jsou si docela jistí, že na televizi nezáleží. Všechny veřejně-zdravotnické výzkumy na téma nebezpečnosti *SpongeBoba*? Chybné. Zdá se být velmi pravděpodobné, že špatná reputace *SpongeBoba* pramení pouze z faktu, že rodiče, kteří nechávají děti hodně koukat na televizi, jsou prostě jiní. Korelace – ano. Kauzalita – ne.

Jen aby bylo jasno, já sama se mám před televizí stále trochu na pozoru, protože jsem z rodiny, kde se televize věčně zakazovala. Na rozdíl od Jesse. Někdy, když si myslí, že se nedívám, najdu jeho a Penelope dole v domě schoulené na pohovce, jak koukají na *Sezamovou ulici*. Když mám námitky, připomene mi svůj výzkum a já na to nemohu nic říct.

Těhotenství, stejně jako *SpongeBob*, trpí množstvím dezinformací. Jedna nebo dvě týdenní studie se mohou snadno proměnit v obecně přijímané přesvědčení. Jednou jsem narazila na hojně citovanou studii, podle které lehké pití v těhotenství – třeba jedna sklenka denně – způsobuje agresivní chování u dětí. Studie nebyla randomizovaná: prostě jen srovnávala ženy, které pily, s ženami, které nepily. Když jsem se na to podívala podrobněji, zjistila jsem, že ženy, které pily, také daleko, daleko pravděpodobněji *užívaly kokain*.

Víme, že kokain dítěti škodí – nehledě na to, že ženy, které jej užívají, mívají často i další problémy. Takže můžeme z toho opravdu vyvozovat, že lehké pití je problém? Nemůže být pravděpodobnější (nebo aspoň stejně pravděpodobné), že problémem je kokain?

Některé studie byly lepší než jiné. A často se mi stalo, že jsem našla „dobré“ studie, ty spolehlivé, ty bez uživatelékokainu, a ty docházely k závěrům, jež se poměrně dost lišily od oficiálních doporučení.

Čím dál víc se mi zdálo, že smyslem všudypřítomných doporučení je dohánět těhotné ženy k šílenství, nutit je, aby si dělaly starosti nad každou

maličkostí, aby byly posedlé každým soustem jídla, každým přibraným dekagramem. Když jsem se konečně dostala až k číslům, vlastně mě poměrně uklidnila: tu a tam si dejte skleničku, kávy si dejte, kolik chcete, cvičte, jestli chcete, anebo taky ne. Ekonomie nemá právě pověst kdovíjakého utěšitele od stresu, ale v tomto případě mi jím byla.

Zjistila jsem, že na rozdíl od i těch nejaktuálnějších doporučení, mít vůbec k dispozici čísla mě trochu uklidňovalo. V jednu dobu jsem přemýšlela o rizicích předčasného porodu. A tak jsem se ponořila do dat a udělala si představu o pravděpodobnosti narození dítěte pro každý týden těhotenství (a míře přežití plodu). Tady vlastně nebylo o čem rozhodovat – nedalo se s tím nic doopravdy *dělat* –, ale jen znát ta čísla mě uklidňovalo. Byly to údaje o těhotenství, která jsem očekávala od své lékařky a od knih o těhotenství. Nakonec vyšlo najevo, že si je budu muset obstarat sama.

Odjakživa jsem byla člověk, pro kterého znát údaje, znát důkazy bylo přesně to, co potřeboval, aby se uklidnil. Cítím se pak příjemně a sebejistě, že se mohu správně rozhodovat. Přistupovat k těhotenství tímto způsobem na mě platilo. Ale nebyla jsem si jistá, jestli to bude platit i na další lidi.

A pak otěhotněly moje kamarádky. Náhodou tak nějak všechny zároveň. Všechny prožívaly tytéž otázky, pochybnosti a frustrace jako já. Můžu si vzít prášek na spaní? Můžu si dát italskou bagetu (Fakt hrozně ji chci! Záleží na tom?)? Můj doktor chce uměle vyvolat porod – mám do toho jít? A jak je to s darováním pupečnickové krve?

Některé ještě nebyly ani těhotné. Byla jsem na obědě s kamarádkou, kterou zajímalo, jestli si má dělat starosti, když chce s otěhotněním ještě rok počkat – jak rychle se plodnost vlastně vytrácí s věkem?

Jejich lékařky, jako ta moje, měly doporučení. Někdy i oficiální pravidlo. Ale ty ženy si chtěly rozhodnout samy, co je pro ně správné. Zjistila jsem, že se na svou učebnici porodnictví a lékařskou literaturu obracím ještě dlouho po narození Penelope. Role, kterou jsem mohla hrát, však byla značně omezená – porody do ní nepatřily (naštěstí pro mě a zejména pak pro ty děti). Ale mohla jsem kamarádkám poskytovat informace, nabídnout jim způsob, jak mohou o svých obavách diskutovat s lékaři na rovnocennější úrovni, pomáhat jim dělat taková rozhodnutí, se kterými budou šťastné.

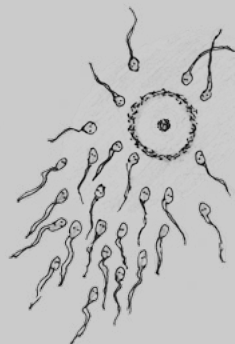
A jak jsem tak mluvila s čím dál víc ženami, začalo mi být jasné, že informace, které jim mohu dát já, jsou užitečné přesně proto, že je *nedoprovází* konkrétní doporučení. Klíčem ke správnému rozhodnutí je vzít informace, data a skloubit je se svým vlastním odhadem kladů a záporů.

V některých případech je existující pravidlo zkrátka špatné. V jiných to není otázka správnosti nebo špatnosti, ale toho, co je správné právě pro vás a vaše těhotenství. Já jsem se podívala na důkazy o epidurální analgezií, skloubila je se svými vlastními kladnými a zápornými preferencemi a rozhodla se ji odmítnout. Moje kamarádka Jane se podívala na přesně

tytéž důkazy a rozhodla se o ni požádat. Já jsem nakonec získala pocit, že jíst uzeniny je v pořádku; moje spolubydlící z koleje Tricia se podívala na důkazy a rozhodla se, že se jim bude vyhýbat. To všechno jsou správná rozhodnutí.

A tak je tato kniha určená mým přítelkyním. Jsou v ní čísla o těhotenství – data, která jim pomohou učinit si vlastní, osobní těhotenská rozhodnutí a porozumět svému těhotenství nejsrozumitelnějším možným způsobem, tedy podle čísel. Je v ní návrh, že možná je v pořádku dát si sklenku vína, a – co je důležitější – jsou v ní data o tom, proč. Jsou v ní čísla o riziku potratu po týdnech, údaje o tom, které ryby jíst, aby dítě bylo chytřejší (a které nejíst, protože by po nich mohlo hloupnout), jsou v ní informace o přibírání na váze, o prenatálním testování versus prenatálním screeningu, o klidu na lůžku a umělem vyvolání porodu, o epidurální analgezií a výhodách (a nevýhodách) porodního plánu. V této knize najdete způsob, jak převzít kontrolu a... čekat lépe.

Těhotenství a porod (a vychovávání dítěte) patří k nejvýznamnějším a nejsmysluplnějším zkušenostem, které většina z nás kdy prožije; možná je to přímo to nejdůležitější. A přesto často nedostáváme příležitost kriticky uvažovat nad vlastním rozhodováním. Místo toho se od nás očekává, že budeme bez námitek dodržovat do značné míry svévolný scénář. Je čas převzít kontrolu: proto si dejte šálek kávy, anebo – chcete-li – sklenku vína, a čtěte dál.



ČÁST PRVNÍ

Okamžik vzniku: Početí

Přípravné práce

Některá těhotenství jsou překvapivá. Jestli patříte k těm ženám, co se jednou ráno probudily s nevolností, jen tak pro legraci si udělaly těhotenský test a šokovalo je, že se objevil druhý růžový proužek, pak gratuluji! Tuhle kapitolu můžete přeskočit.

Ale spousta z nás o otěhotnění uvažuje ještě dlouho předtím, než k tomu doopravdy dojde. Se svým manželem jsem se setkala na vysoké škole v roce 2001. Vzali jsme se roku 2006. Moje dcera se narodila roku 2011. Neříkám, že jsem celých deset let strávila uvažováním o dítěti, ale já, a později my oba, jsme řadu rozhodnutí učinili s minimálně dlouhodobým plánem na miminko.

A když se mi začala blížit třicítka a všude kolem jsem začala narážet na své těhotné kamarádky, začala jsem o tom uvažovat o něco vážněji. Říkala jsem si, jestli je něco, co bych měla začít dělat předem, ještě předtím, než se pokusíme o mé otěhotnění. Měla bych změnit stravu? Moje lékařka už mi jednou doporučila, abych trochu ubrala s kávou – jen proto, aby mě nečekal takový šok, až ji budu muset redukovat v těhotenství. Ale je to opravdu nutné?

Nejčastěji mi ale dělalo starosti, že stárnu.

V oblasti těhotenství není vlastně třicítka ještě žádná stáří. Těhotným nad 35 let se říká „starší matky“ a nikdo by vás nevinil, kdybyste si myslely, že 35 je ostrá „konečná“ hranice. Jednou jsem četla článek o vajíčkách, podle kterého by se měla „použít nejlépe do 35 let“. Díky, je fakt příjemné znát svoje datum spotřeby. Ale 35 samozřejmě není žádné magické číslo. Takhle biologický proces nefunguje. Vaše vajíčka se ráno v den vašich pětatřicátých narozenin neprobudí s tím, že je čas oslavit odchod do důchodu.

Vaše plodnost se snižuje prakticky počínaje prvním dnem, kdy menstrujete. Nejplodnější dny máte jako náctileté a od té doby je to čím dál horší – 30 je horší než 20 a 40 je horší než 30. Ale jsou pochopitelně i další faktory, které vás tlačí jinými směry. Ve třidvaceti letech v prvním ročníku postgraduálního studia jsem rozhodně nebyla v ideální situaci, abych měla dítě, a skutečnost je taková, že v pětatřiceti bych na tom asi byla ještě lépe než ve třiceti.

Nebyl to jediný problém, ale skutečně jsem přemýšlela o tom, jak rychle plodnost klesá. Moji lékařku to podle všeho netrápilo – „Ještě vám není pětatřicet!“ říkala –, ale to nebylo přesně to optimální uklidnění, které jsem potřebovala.

A tak jsem se to uklidnění (nebo aspoň informace) vydala hledat do světa dat, do akademické lékařské literatury. Jak jsem očekávala, odpověď jsem našla. A nebylo to přesně to, co by vyplývalo z historiky o vajíčkách v důchodu v den vašich pětatřicátých narozenin.

Hlavní výzkum na toto téma využívá údaje z počátku 19. století (je to staré, ale na technologii se od té doby příliš mnoho nezměnilo!). Je to nějak takhle: před nástupem moderní éry většinou páry skočily na věc hned po svatbě a možnosti antikoncepce tehdy moc nebylo. Z toho si můžete domyslet, jak se mění plodnost s věkem – stačí se podívat na šanci narození dítěte u různých žen, které se vdaly v různém věku.

Vědci zjistili, že šance narození dítěte byla velmi podobná u žen, které se vdaly ve věku od 20 do 35 let. Potom začala klesat: ženy, jež se vdaly mezi 35 a 39 lety, měly asi 90 % pravděpodobnost narození dítěte oproti těm, kdo se vdaly před 35. rokem; u žen vdaných mezi 40 a 44 lety byla pravděpodobnost asi 62 %; a u žen vdaných mezi 45 a 49 lety byla pouze 14 %. Jinak řečeno, minimálně jedno dítě měl prakticky každý, kdo se vdal mezi 20 a 35 lety, zatímco u žen vdaných po 45. roce mělo děti jen 14 % z nich.

Vyvozovat závěry z tak starého výzkumu se vám může líbit, a nemusí. Lidé dnes žijí déle a jsou déle zdravější. Určitě je možné, že jak roste dlouhověkost a zdraví, ženy zůstávají plodné déle. I když se budete dívat na jmenovitou hodnotu těchto údajů, není snižování plodnosti tak dramatické, jak jste se možná bály. Mít děti mezi 35. a 39. rokem života je jen

o málo méně pravděpodobné; k hlavnímu poklesu plodnosti nedochází dříve než po čtyřicítce, a i některé ženy nad 45 let podle těchto dat počaly – a to celé v době před umělým oplodněním!

Současná data vypadají velmi podobně a jsou snad ještě o něco optimističtější. Vědci ve Francii studovali skupinu asi dvou tisíc žen, které prošly inseminací dárcovským spermatem. Jedním příjemným faktem v této studii bylo, že si vědci nemuseli dělat starosti s tím, že starší lidé mají sex méně často, protože všechny ženy ve studii se snažily otěhotnět přesně ve správnou dobu cyklu a v kontrolovaném prostředí. Po dvanácti cyklech činila míra otěhotnění kolem 75 % u žen pod 30 let, 62 % u žen mezi 31 a 35 lety a 54 % u žen nad 35. U této nejstarší skupiny pak byly výsledky velmi podobné jako u žen mezi 36 a 40 lety a po čtyřicítce. Více než polovina žen nad 40 let ve vzorku otěhotněla do jednoho roku.

Nakonec tedy měla moje lékařka v podstatě pravdu, když zlehčovala moje obavy. Pro mě však bylo víc uklidňující vidět ta čísla takhle, černá na bílém. Viděla jsem zřetelněji, že začít se snažit ve třiceti místo ve dvaceti osmi toho zas až tolik nezmění. Mohla jsem si dělat větší starosti s načasováním, kdybychom chtěli například víc než jedno dítě. A viděla jsem, že všechna čísla jsou poměrně vysoká: číst „75 % žen otěhotnělo do jednoho roku“ pro mě bylo daleko užitečnější než slyšet věci jako „U většiny žen to vyjde“. Vezměte si už jen – jak mám vědět, že pro vás „většina“ znamená totéž co pro mě?

A tohle se mi stávalo pořád dokola. Význam čísel – dat – tkví v tom, že nepodléhají interpretaci někoho jiného. Jsou to prostě jen čísla. Vy si můžete rozhodnout, co budou znamenat pro vás. V tomto případě platí, že je těžší otěhotnět, když jste starší. Ale není to nemožné – ani skoro nemožné.

Když jsme začali o miminku uvažovat vážněji, přestala jsem se tolik soustředit na věk. (Nakonec, co s tím nadělám? Nezestárnout stejně není nejsmysluplnější rozhodnutí.) Ale zato jsem uvažovala o jiných věcech, které bych mohla udělat, abych se lépe připravila. Při návštěvě před otěhotněním jsem se zeptala své lékařky, jestli je něco, co bych měla vědět. Kromě paušální rady brát to s klidem (což nepatří k mým nejsilnějším stránkám) se zaměřila na jediné – cvičení. Rozhodně cvičte, než otěhotníte.

Když jsem o tom mluvila s dalšími ženami, zdálo se, že to zapadá do nějakého obecnějšího schématu – stojí za to pokusit se být v dobré fyzické kondici, než otěhotníte. Nezávisle na všech lékařských doporučeních jsem v sobě dlouho chovala fantazii o tom, že před otěhotněním dosáhnou své „ideální váhy“. Této hmotnosti jsem nakonec dosáhla v životě přesně jednou, před svatbou, a sice pomocí procesu devadesátiminutových kardio cvičení v pět ráno čtyřikrát týdně. Myslela jsem si, že jestli té váhy dokážu dosáhnout znovu, než otěhotním, stane se ze mě ženská typu Heidi Klum, která vypadá po celé těhotenství skvěle a do osmi týdnů po porodu zase stojí modelem v bikinách.

Nakonec jsem pochopitelně otěhotněla přesně po naší letní dovolené, tedy v době, která nepatří k ideálním ročním obdobím pro hubnutí. *To je v pohodě*, říkala jsem si, *určitě bude snadné se na tu váhu dostat, až se miminko narodí*. Jestli já nejsem optimistka, tak už nikdo.

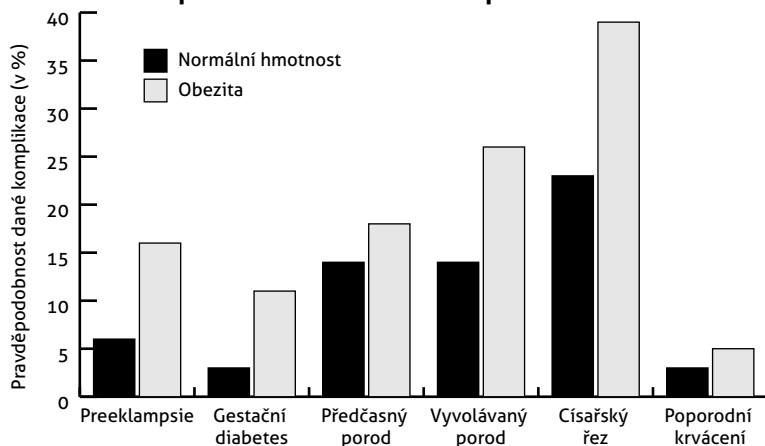
Kromě jakéhosi pocitu osobního úspěchu jsem ale nechápala, proč bych se měla starat o to, kolik budu vážit před otěhotněním. Opravdu je to tak důležité? Pár kil sem nebo tam, nejspíš ne. Chyba – ano. Ženy (i jejich lékaři) si dělávají hodně starostí kolem přibírání na váze během těhotenství, ale vychází najevo, že hmotnost před otěhotněním je daleko důležitější.

Zhruba 70 % populace USA trpí nadváhou (definovanou jako Body mass index vyšší než 25) a 35 % je obézních (BMI nad 30). (Poznámka: BMI si vypočítáte snadno. Vezměte svou hmotnost v kilogramech a vydělte ji druhou mocninou své výšky v metrech. Měříte-li 170 cm a vážíte 70 kg, máte tedy BMI 24,2.) V několika různých důležitých oblastech mívají zvláště obézní ženy obtížnější těhotenství než ženy s normální váhou.

Poměrně efektivně to demonstruje jedna studie provedená na skupině asi pěti tisíc porodů v jedné nemocnici v Mississippi. Výhodou výzkumu v jediné nemocnici je, že všechny ženy jsou si pak relativně podobné co do příjmů, vzdělání i dalších charakteristik. Velké procento žen ve studii bylo obézních.

Autoři sledovali velký počet potíží souvisejících s matkou: preeklampsie, infekce močového ústrojí, gestační diabetes, předčasný porod, potřeba vyvolání porodu, císařský řez a poporodní krvácení. Sledovali také určité potíže u dětí: dystokie ramínek (uvíznutí ramene při porodu), jestli dítě potřebovalo pomoc s dýcháním, Apgar skóre (bodovací systém, měřítko stavu dítěte pět minut po porodu), a zda bylo dítě abnormálně malé nebo velké.

Obezita před těhotenstvím a komplikace v těhotenství



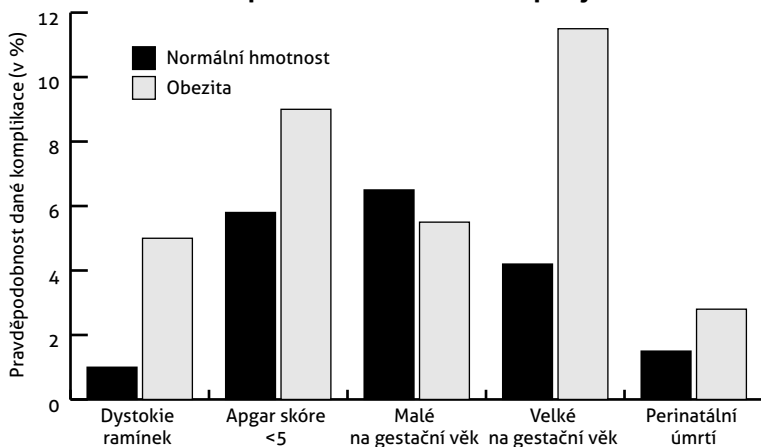
Obézní ženy měly více komplikací v těhotenství, jak vidíme na grafu na následující straně. Jeden příklad: císařským řezem prošlo 23 % žen s normální hmotností versus skoro 40 % žen obézních. Riziko preeklampsie, vážné komplikace v těhotenství, je více než třikrát vyšší, jste-li obézní. Ženy s nadváhou (v tomto grafu nejsou zaneseny) spadají někam do prostřed – podléhají lehce zvýšenému riziku některých komplikací, ale rozdíly oproti ženám s normální hmotností jsou malé.

Když se pak studie podívala na děti, zjistila, že děti obézních žen vykazují také vyšší pravděpodobnost komplikací. Jste-li obézní, když otěhotníte, vaše dítě bude s vyšší pravděpodobností trpět dystokií ramen, mít nižší Apgar skóre a bude abnormálně velké na svůj gestační věk. Ještě děsivější je fakt, že dětem obézních matek hrozí vyšší riziko úmrtí, přestože je to velmi vzácné bez ohledu na matčinu hmotnost.

Tyto údaje pocházejí jen z jedné studie, velice dobře však odpovídají zjištěním dalších studií, a to jak ze Spojených států, tak i odjinud. A dopady obezity se neomezují jen na dobu těhotenství. Obézní ženy mají větší potíže s otěhotněním a hrozí jim vyšší riziko potratu brzy v těhotenství. Existují dokonce novější důkazy, že matčina obezita je spojená s opožděným nástupem tvorby mateřského mléka, což může mít vliv na úspěšné kojení.

Jeden revizní článek z roku 2010 shrnuje literaturu na toto téma prostým prohlášením: „Obezita matky ovlivňuje početí, dobu trvání i výsledek těhotenství. Potomci podléhají zvýšenému riziku jak bezprostředních, tak i dlouhodobých dopadů na zdraví.“ Jinými slovy, je těžší otěhotnět, těžší projít celým těhotenstvím, pravděpodobněji se objeví komplikace později

Hmotnost před těhotenstvím a dopady na dítě



v těhotenství a pravděpodobněji nastanou nějaké komplikace s dítětem. Tomu všemu byste se určitě ráda vyhnula.

To samozřejmě neznamená, že máte problém, pokud se vám nedaří shodit ta poslední tři kila. Tyto výsledky vyplývají z poměrně velikých hmotnostních rozdílů. Já jsem mohla být zklamaná, že jsem nedosáhla své vysněné hmotnosti, ale je velmi nepravděpodobné, že na tom záleželo o něco víc. A také příliš nízká hmotnost může nepříznivě zasahovat do početí. Co z toho však plyne, je fakt, že je doopravdy výhodné dostat svou hmotnost pod kontrolu, než otěhotníte. Shodit přebytná kila má pochopitelně řadu zdravotních přínosů i v jiných oblastech, než je těhotenství. Vidíte, už teď vám vaše (zatím hypotetické) miminko vypomáhá!

Shrnutí

- Plodnost klesá s věkem, ale ne tak rychle, jak byste se obávala – 35 není žádná kouzelná hranice.
- Obezita matky před těhotenstvím je spojená s vyšším rizikem komplikací pro vás i vaše dítě. Nedělejte si starosti s pár kily sem nebo tam, ale máte-li výraznější nadváhu, zhubnout před otěhotněním vám může prospět.

Informované početí

Většinu času po dvacítce jsem strávila tím, že jsem se snažila *neotěhotnět*. Užívala jsem nejméně tři druhy antikoncepčních pilulek a jednou, krátkou dobu, dokonce i antikoncepční náplast. Takže jsem věděla, že v neotěhotnění jsem fakt dobrá. Pochopitelně mi dělalo starosti, že v dovednosti otěhotnění tak dobrá nebudu.

Ráda bych řekla, že jsem k procesu početí přistoupila dosti ležérním způsobem. Koneckonců, bylo mi teprve třicet, měla jsem spoustu času a nic nenasvědčovalo tomu, že bych měla mít s početím nějaký problém. Kéž bych mohla říct, že jsem na tom byla jako moje švagrová Rebecca, která byla v této otázce v takovém klidu, že se o početí mého synovce dozvěděla až dva měsíce nato.

To ale není můj styl. Já jsem měla podezření, že v mém případě půjde o neurotický bláznec, ještě než se do toho pustíme. A měla jsem pravdu. Dostávala jsem z toho záchvaty paniky *ještě předtím, než jsme to vůbec začali zkoušet*. Přiznávám. Když jsem zašla za svou praktickou lékařkou, zahloubaně si mě prohlédla a navrhla, že možná, když se o celém tom procesu dozvím něco víc, pomůže mi to trochu se uvolnit (i když nad tím dál nebudu mít absolutní vládu).

Nevím, proč mi to nedošlo dřív, ale měla naprostou pravdu. Na její doporučení jsem si pořídila výtisk *Taking Charge of Your Fertility* a přečetla ho od obsahu až po tiráž.

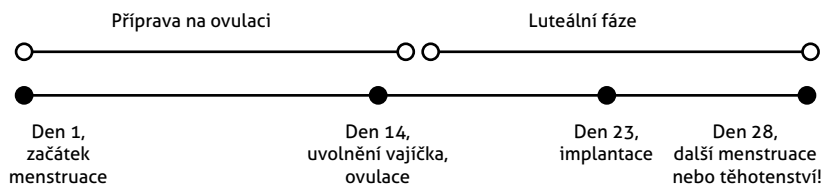
Hlavní věc, kterou jsem se dozvěděla, bylo, že aby jedna otěhotněla, musí klapnout spousta věcí. Vlastně mě docela udivilo, že lidská rasa už dávno nevymřela.

Zřejmě si základy početí pamatujete z hodin občanské výchovy: nechráněný sex, spermie potká vajíčko a najednou jste v tom. Středoškolská výchova má sklony probouzet v lidech dojem, že těhotenství je velmi, velmi pravděpodobné – je to součást její celkové odstrašovací taktiky. Ale skutečnost je taková, že po většinu času není možné otěhotnět. Klíčové je načasování: je potřeba, aby se spermie potloukala kolem přesně v ten okamžik, kdy je vajíčko připravené.

To je kdy? Menstruační cyklus u průměrné ženy trvá 28 dní, počítáno od začátku jednoho cyklu do začátku toho dalšího. První den vašich měsíčků se považuje za den 1. Týden vaší menstruace a následující týden tvoří přípravu na ovulaci. Asi 14 dnů po zahájení cyklu se vajíčko uvolní (to je ovulace) a začne cestovat dolů směrem k děloze.

Právě na této cestě, která trvá několik dnů, je vajíčko k dispozici k oplodnění. Pokud se vajíčko na cestě do dělohy potká se spermii, která má trochu štěstí, dojde k jeho oplodnění. Když uvolníte náhodou dvě vajíčka a obě se setkají se spermii, máte dvojčata; totéž se stane, když se oplodněné vajíčko hned na začátku rozdělí. Když oplodněné vajíčko (nebo vajíčka) dorazí do dělohy, dojde k jeho implantaci a začíná těhotenství. Celý proces od uvolnění vajíčka po implantaci trvá 6 až 12 dnů. U většiny úspěšných těhotenství dochází k implantaci 22 až 24 dnů po prvním dni poslední menstruace.

Celá tato druhá polovina cyklu (po uvolnění vajíčka) se nazývá *luteální fáze*. Skládá se buďto z oplodnění a implantace (když otěhotníte), anebo z čekání vajíčka v děloze, až ho vyplaví ven vaše další menstruace. Když neotěhotníte, 28. den vám přinese další měsíčky. Když otěhotníte, 28. den nepřinese nic, a vy jste v tom. Zde je základní časová osa (platí pro ženu se standardním 28denním cyklem; máte-li cyklus kratší nebo delší, můžete ovulovat o trochu dříve nebo později než 14. den):



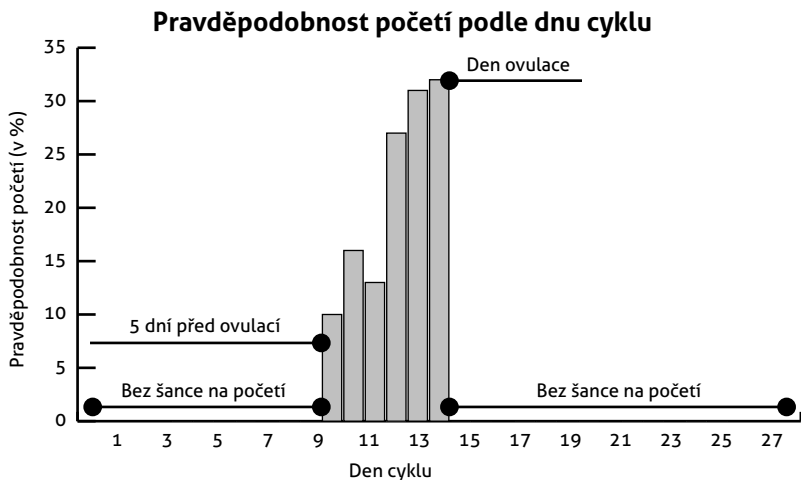
Klíčem k těhotenství je, že když vajíčko vyrazí na svou cestu vejcovodem, spermie už na něj musí čekat. To znamená, že *nejlepší* dobou na sex nebo inseminaci je den ovulace nebo den před ní. Chvilí trvá, než spermie doplave do vejcovodu, takže den po ovulaci bývá většinou pozdě.

Spermie jsou nicméně o něco odolnější než vajíčka. Mohou typicky přežít a čekat ve vejcovodu až pět dnů. To znamená, že plodné období se vlastně trochu prodlužuje. Sex 4 až 5 dnů před ovulací může vést k otěhotnění, přestože je to méně pravděpodobné. Zajímalo mě, o kolik méně pravděpodobné to je.

Přijít na to ve skutečnosti vyžaduje vyvzdědět poměrně hodně o sexuálních životech lidí. Naštěstí existují i tací vědci, kteří si na to troufli. Našla jsem jednu studii, jež sledovala déle než rok přes 200 párů, které se snažily počít. Autoři zaznamenávali podrobné informace o tom, kdy páry měly sex, a sbírali denně (denně!) jejich moč, aby mohli monitorovat ovulaci i těhotenství. S pomocí těchto informací se vědci snažili přijít na nejlepší dobu pro „oploďňovací“ sex (to nebylo cílem studie, jen vedlejší skutečností, kterou se z toho můžeme dozvědět).

Zodpovědět tuto otázku je poněkud ošemetné hlavně proto, že většina párů, které se snaží otěhotnět, má sex poměrně často. Z toho je pak těžké poznat, který sexuální akt vedl k početí – bylo to tehdy v den ovulace? Anebo tři dny předtím? Vědci to vyřešili tak, že se zaměřili na ženy, které měly sex v pravděpodobném plodném období pouze jednou.

Díky těmto lidem s jedním jediným stykem se dá vypočítat šance na početí v jednotlivých dnech. Vypadá to takhle:



Po většinu měsíce je proto početí nemožné (alespoň podle těchto dat). Nikdo neotěhotněl při sexu po ovulaci – v době, kdy sperma dorazí do vejcovodů, už je vajíčko dávno pryč. Dále nikdo neotěhotněl při sexu více než 5 dní před ovulací.

Období možného početí je tedy krátké: od pěti dnů před ovulací do dne ovulace. Ale všimněte si, že když si to dobře naplánujete, máte poměrně dobrou šanci otěhotnět. Den před ovulací a v samotný den ovulace otěhotnělo přes 30 % žen! To opravdu nejsou špatné vyhlídky.

Kdybyste si měla vybrat na sex jen jediný den v měsíci, vybrala byste si den ovulace (nebo den předtím: míra otěhotnění je podobná). Procházíte-li umělým oplodněním, také stojí za to soustředit se na den ovulace a den před ní, kdy je oplodnění nejpravděpodobnější. Pro většinu žen se standardním 28denním cyklem je to kolem 14. dne od zahájení měsíčku.

Jeden způsob, jak se ujistit, že budete mít určitě sex v den ovulace, je mít sex každý den okolo předpokládaného dne ovulace (anebo zkrátka mít sex každý den). Tato technika je typicky celkem oblíbená u našich mužských protějšků, aspoň tedy první měsíc dva. A přesto vás před ní budou někteří gynekologové varovat. Mně moje lékařka řekla, že nejlepší strategií je mít sex každý druhý den. Tak si můžete být jistí, že zachytíte aspoň jeden z těch dvou nejlepších dnů, a argument zní tak, že když si budete (resp. váš partner si bude) „šetřit“ sperma, šance na otěhotnění porostou. Naopak šetřit si ho až moc (řekněme vynechávat sex déle než deset dní) má tendenci jeho efektivitu snižovat.

Mně tohle vždycky znělo tak trochu podezřele. Dá se snadno uvěřit, že množství spermatu je větší, když den počkáte, ale opravdu ho může být víc než dvojnásobek, což by muselo platit, aby obdenní plán porazil plán každodenní?

Vychází najevo, že můj skepticismus byl docela oprávněný. Tentýž článek, který mě informoval o správném dni na sex, se pokusil stanovit také to, jestli záleží na frekvenci pohlavního styku. Vědci vypočítali předpovídanou šanci na otěhotnění u lidí, kteří měli v šestidenním období vrcholícím ovulací sex jednou, u těch, kteří ho měli dvakrát, třikrát a tak dále. Šance byly téměř identické. Jinými slovy, zdá se, že příliš nezáleží na tom, jestli máte sex obden, častěji, nebo méně často. Zásadní je vždycky strefit den ovulace nebo den před ní.

Teď už mi to celé připadalo jednodušší. Už stačilo jen přijít na to, kdy budu ovulovat, a pak mít sex ten den nebo den předtím. Říkala jsem si, že tak těžké by to nemělo být, i když mi trochu dělala starosti možnost neočekávané služební cesty, a poplácávala jsem se po zádech za to, že jsem se vyhnula tomu, co kniha plodnosti označovala za největší úskalí – a sice nemít žádný sex v ten správný den.

Zbýval tedy už jen drobný problém: zdálo se, že já prostě neovuluji. Anebo když nic jiného, že se prostě věci nedějí tak, jak by měly. Když jsem vysadila antikoncepci, moje lékařka mi řekla, že se můj cyklus vrátí k normálu (nebo prostě k tomu, co bylo, než jsem antikoncepci nasadila, jako bych si to mohla pamatovat). Řekla, že k tomu dojde do tří měsíců. Ale nedošlo. Jednou jsem neměla menstruaci dva měsíce, pak jsem ji měla dvakrát během pár týdnů.

Zavolala jsem tedy doktorce, když uplynuly přesně tři měsíce a jeden den. *Co se děje?* zeptala jsem se sestřičky, když mi volala zpátky. *Mám si dělat starosti? Co mám dělat?*

Chtěla jsem od ní konkrétní odpověď. Něco jako: 70 % žen se vrátí k normálnímu cyklu do 3 měsíců, 90 % do 6 měsíců. Chtěla jsem vědět, jestli záleží na tom, že jsem antikoncepci užívala 12 let. Může trvat déle vrátit se zpátky k normálu? Ale nic takového. Místo toho se mi dostalo jakéhosi neurčitěho ujišťování (a nekonečně užitečného „Hlavně klid!“).

Říkala jsem si, že když trochu zatlačím, dostanu se k podrobnějším důkazům, ale nestalo se. „Každý je jiný,“ řekli mi. „Jo, proto jsem se taky ptala na průměr,“ stěžovala jsem si Jessemu. Na tuhle zkušenost jsem narážela pořád dokola. Jak přesný je prenatální screening, co mi doporučovali? „Poměrně přesný.“ Kdy mohu očekávat porod? „To je u každého jinak.“

Chtěla jsem čísla. Praha jsem po důkazech. I kdyby odpověď zněla tak, že důkazy jsou zkreslené a nekompletní, chtěla jsem o nich vědět. Ano, chápu, že je každý člověk jiný. Ale to neznamená, že neexistují žádné informace!

A tak jsem se opět vydala hledat čísla sama.

Nejoblíbenější dočasné formy antikoncepce ve Spojených státech jsou (v tomto pořadí): pilulky, kondomy, nitroděložní tělíska, přerušovaná soulož. Ani kondomy, ani přerušovaný styk samozřejmě nemají žádný dopad na váš menstruační cyklus. Když jste použili kondom, váš cyklus bude prostě pokračovat. Totéž platí i pro přerušení i pro jakoukoli další bariérovou metodu (pesar, cervikální klobouček atd.).

U antikoncepčních pilulek je to trochu komplikovanější. Jak poznamenala moje lékařka, někdy se cyklus vrátí k normálu ihned, jindy to trvá déle. Výhodou vyhledání aktuálních studií je, že můžeme být o něco přesnější. Jedna německá studie sledovala menstruační cykly žen, které právě vysadily antikoncepci. U některých žen trvalo až devět měsíců vrátit se k „normálnímu“ cyklu. V prvních měsících po vysazení pilulky měly tyto ženy delší menstruační cykly, pravděpodobněji měly cykly, při nichž neovulovaly, a pravděpodobněji u nich nastávala situace, kdy druhá polovina cyklu (luteální fáze) byla tak krátká, že těhotenství bylo nepravděpodobné.

Tato studie se podobala několika dalším. Vědci ve Spojených státech studující ženy, které v posledních třech měsících vysadily hormonální antikoncepci, zjistili, že ženy měly delší cykly (o několik dnů), proměnlivější délku cyklu a v některých cyklech pozdější ovulaci než ženy, které pilulku neužívaly už déle. Dále, když vědci vyšetřili jejich cervikální hlen, zjistili, že ženy, které vysadily hormony před delší dobou, měly hlen „přívětivější“ ke spermii.

Nejlepší zpráva je však ta, že tyto účinky mají relativně krátký život. V německé studii měly prakticky všechny ženy normální cyklus do 9 měsíců po vysazení pilulek. U některých žen je to mnohem rychlejší: 60 % žen v této studii mělo normální cyklus už první měsíc bez pilulek.

Studie mě také ujistily, že jakmile zase ovuluji, skutečnost, že jsem užívala antikoncepci, by neměla mít žádný vliv na šanci otěhotnět. V další německé studii se vědci zabývali ženami, které se snažily otěhotnět. Zjistili, že ženy, které právě vysadily pilulky, měly první tři měsíce po vysazení lehce sníženou pravděpodobnost otěhotnění, ale do roka už byla pravděpodobnost zase zpátky v normálu. Tato studie sledovala také dobu užívání hormonů a nezjistila žádný vliv: i u lidí jako já, kteří hormony začali užívat už v dospívání, se věci vrátily zpátky do normálu v tomtéž základním časovém horizontu.

Vzala jsem si z toho to, že dělat si starosti první den čtvrtého měsíce je zbytečné. Můžu se začít stresovat, když se věci nevrátí do normálu ani po devíti měsících.

Nitroděložní tělíška používá méně žen, jejich počet však v posledním desetiletí roste. Podobně jako u pilulek po použití tělíška chvíli trvá, než se plodnost vrátí do normálu. V jedné nedávné revizi článků autoři zjistili, že ženy, které právě vysadily nitroděložní tělíško, otěhotní (v průměru) o měsíc později než ženy, které vysadily hormonální tabletky, ale 80–90 % z nich (v závislosti na studii) otěhotnělo do jednoho roku.

A tak jsem čekala, a pár měsíců nato se věci trochu srovnaly, přesně jak data naznačovala. Ale pořád jsem potřebovala vymyslet, který den ovuluji. Čtrnáctý? Šestnáctý? Dvanáctý? Ani po šesti měsících můj cyklus nebyl zcela pravidelný; mohla jsem se jen domnívat, že je to den 14. Současně mi rychle došlo, že je to příležitost začít sbírat data. Nemohla jsem odolat!

Jsou tři běžné způsoby detekce ovulace: sledování bazální teploty, sledování cervikálního hlenu a proužky na detekci z moči. První dvě metody se používají už mnoho let; metoda proužků na moč je relativně nová.

Sledování bazální teploty: Sledování teploty se spoléhá na zajímavou skutečnost, že vaše tělesná teplota je vyšší ve druhé polovině měsíčního cyklu, tedy po ovulaci. Každodenním měřením teploty proto můžete zjistit, kdy ovulujete. Samotná technika není nijak komplikovaná. Každé ráno, než vstanete (pohyb těla teplotu ovlivňuje; ideální je proto ji měřit co nejdříve po probuzení, než cokoli uděláte), si změřte teplotu přesným digitálním teploměrem.

V první polovině cyklu bude vaše teplota nižší – typicky pod 36,6 °C. Den po ovulaci vyskočí nahoru, obvykle nejméně o půl stupně, někdy i víc. To je známka, že jste ovulovala. Vaše teplota zůstane zvýšená po celý zbytek cyklu, poté poklesne v den, kdy začne další menstruace nebo (často) den před ní. Otěhotníte-li, vaše teplota zůstane vysoká.

Sledování bazální teploty má několik velkých výhod. V měsíci, kdy ho provádíte, vám řekne s vysokou jistotou, že jste skutečně ovulovala. Máte-li pravidelný cyklus, může vám to pomoci plánovat na další měsíc, protože si tak určíte den, kdy obvykle ovulujete. Může vám to také

napovědět, že jste těhotná. Více než 14 dní vyšších teplot je dosti spolehlivým příznakem těhotenství.

Nicméně tato metoda není dokonalá. Největší problém je, že vám o ovulaci poví až po ní. Takže přestože je to užitečná předpověď na příště, tento měsíc vám to nepomůže. Navíc to není tak snadné, jak to vypadá. Aby to fungovalo, musíte si měřit teplotu každý den ve stejnou dobu, ideálně jako první věc po probuzení, a to po čtyřech až pěti hodinách nepřetržitého spánku. Výsledky vám může narušit časový posun, horečka nebo prostě jen špatný spánek.

Mně se tato metoda hodně líbila, i kdyby jen proto, že jsem díky ní měla pocit, že dělám každý den něco aktivního (a protože produkovala data, která se dala použít na výrobu rozkošných grafů). Nevýhodou bylo, že jsem v tom nikdy nebyla nějak zvlášť dobrá.

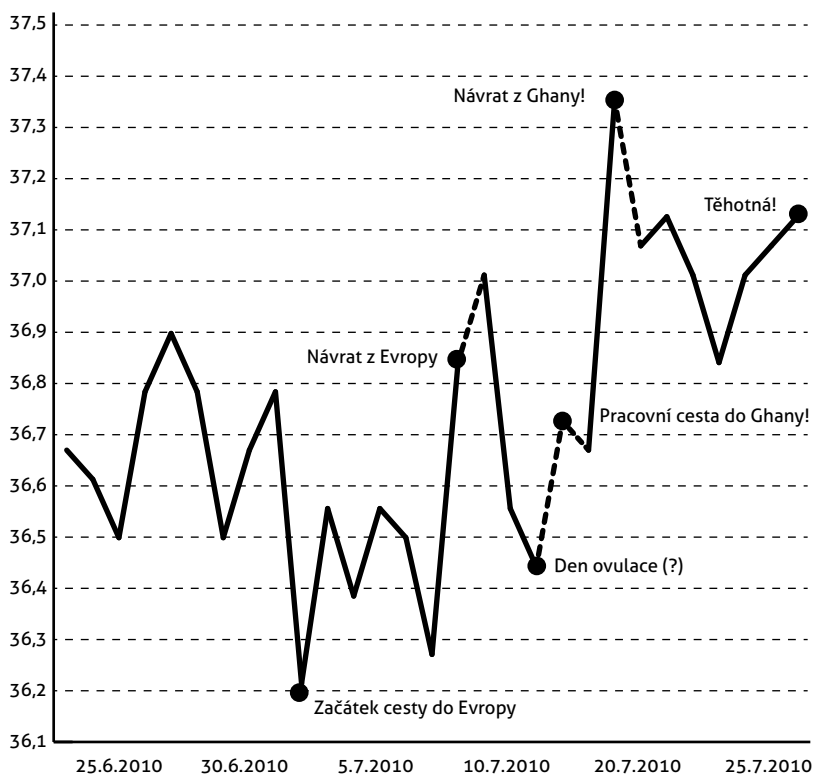
Moji teplotní tabulku z měsíce, kdy jsem otěhotněla s Penelope, najdete na další stránce. Na jedné straně mi fakt, že moje teplota nakonec stoupla a zůstala zvýšená, poskytnul (drobné) vodítko, že jsem těhotná. Na druhé straně, všechna ta pásmová nemoc a můj celkově nedobrý spánek vedly k tomu, že tabulku bylo téměř nemožné interpretovat. Nejdříve jsem si myslela, že jsem ovulovala 9. června, protože 10. června se mi zvýšila teplota; pak jsem si uvědomila, že to bylo jen časovou změnou, když jsme se vrátili zpátky z Evropy. Dlouhodobě zvýšená teplota se objevila teprve po mém návratu z Ghany. Jediné vodítko, že jsem musela ovulovat před tím výletem, byla skutečnost, že Jesse tam se mnou nebyl!

Zde si můžeme trochu vědecky ujasnit, nakolik je měření teploty užitečné pro průměrnou ženu. V jedné studii z konce 90. let vědci sledovali skupinu žen, které se snažily *neotěhotnět*, a vyhodnocovali úspěšnost různých metod při odhalování ovulace. V této studii mohli zjistit skutečné datum ovulace pomocí ultrazvuku, takže znali pravdu. Metoda měření bazální teploty, jak ji používaly právě tyto ženy, odhalila den ovulace v asi 30 % případů. V dalších 30 % ukázala tato metoda na ovulaci den předtím, než ve skutečnosti proběhla.

Tenhle den před ovulací je pro „rodičovský sex“ taky velmi vhodný. Sečteno a podtrženo: budete-li mít sex v den naznačovaný měřením bazální teploty, v 60 % případů se vám podaří načasovat pohlavní styk na jeden ze dvou nejpłodnějších dnů v měsíci.

Cervikální hlen: Jestli to s přirozenou detekcí ovulace myslíte opravdu vážně, můžete si společně s bazální teplotou zaznamenávat i stav svého cervikálního hlenu. Je to o něco komplikovanější než měření teploty a – minimálně pro některé ženy (jmenovitě mě) – je tu i určitý „blé“ faktor. Jde o tohle: přesně kolem ovulace vaše tělo produkuje takový druh hlenu, který je ideální pro proplouvání spermii. Tento hlen se nachází v děložním krčku (lat. cervix) a okolí.

Tabulka bazální teploty, červen 2010



Chcete-li ho získat, musíte si sáhnout do vagíny a přejet prstem po okoli děložního krčku. Tím seberete trochu hlenu, který si pak můžete prohlédnout. Těsně před ovulací bude hlen čistý, elastický, téměř jako vaječný bílek. Dny, kdy máte tento elastický druh hlenu, jsou ideální pro početí. Jeho elasticita vrcholí v den ovulace.

Tato metoda má také několik výhod. Na rozdíl od sledování teploty vám cervikální hlen poví, že se můžete pokusit otěhotnět právě teď, místo že jste se o to měli pokusit předevčirem. Zkoušku lze provést kdykoli během dne a funguje, i když jste špatně spala, máte horečku atd. Mnoho žen používá tuto metodu v kombinaci se zapisováním teplot: pokud se obě metody spojí (tj. máte správný typ hlenu a den či dva nato se vám zvýší teplota), můžete si o svém menstruačním cyklu udělat velmi dobrý obrázek.

Má to však i nevýhody. Tou hlavní je, že nemusí být každému příjemné potloukat se prstem po vagíně. Druhou je fakt, že sperma může vypadat

jako ten nejkvalitnější hlen, takže je nutné po sexu nějakou dobu počkat (ideálně aspoň den), než se pustíte do kontroly. A i v případě, že jste sex neměly, nemusí být úplně snadné přesně posoudit „kvalitu“ hlenu. Většine žen trvá pár měsíců, než se naučí to správně rozeznávat.

Je-li prováděna správně, metoda cervikálního hlenu se co do přesnosti hodně podobá sledování bazální teploty. V té samé studii, která se týkala přesnosti sledování teploty, nechali vědci ženy rozeznávat den ovulace podle cervikálního hlenu. Skutečný den ovulace odpovídal datu oznámenému na základě kvality hlenu v téměř 50 % případech. V jiné studii s podobným designem, která se však zaměřovala pouze na cervikální hlen, vědci zjistili, že monitorování hlenu určilo den ovulace zhruba ve 34 % případech a den před ovulací v dalších 25 % případech.

Sady na detekci ovulace z moči: Přirozené sledování plodnosti se praktikuje už desítky let. Moje matka si pamatuje, jak sledovala vlastní bazální teplotu, když se snažila počít mého mladšího bratra (tvrdí, že se jí přitom nedařilo o mnoho lépe než mně). Je to levné (pár stovek za kvalitní teploměr, případně pár korun za milimetrový papír) a může to být i relativně přesné, jakmile se s tím trochu naučíte pracovat.

Alé pokud si chcete den ovulace stanovit opravdu přesně, zřejmě vás zaujmou moderní technologie: speciální ovulační testy. Ty fungují tak, že detekují zvýšené hladiny *luteinizačního hormonu* (LH), které jsou příznakem ovulace. Použití těchto testů je snadné. Počínaje dobou, kdy předpokládáte brzký příchod ovulace, vždycky ráno namočíte jeden testovací proužek do moči. Na proužku je linka, která ztmavne, když jsou hladiny hormonu zvýšené (některé testy mají i digitální výstup). Hormon detekovaný tímto testem má v těle nejvyšší hladinu den před ovulací, takže pozitivní výsledek vám sdělí, že se máte snažit o početí v následujících osmačtyřiceti hodinách (jde o den před ovulací a den ovulace), chcete-li maximalizovat šance na otěhotnění.

Velmi výraznou výhodou těchto testů je jejich přesnost. V téže studii, jež vyhodnocovala sledování teploty a cervikálního hlenu, ovulační testy na detekci z moči tyto metody zcela zastínily: identifikovaly totiž den ovulace ve sto procentech případů. Konkrétní studie ovulačního testu Clearblue zjistila, že během dvou měsíců trvání studie otěhotnělo 23 % žen, které dostaly náhodně přístup k této technologii, versus 15 % žen, které jej nedostaly. Použití těchto testů je také velmi jednoduché: počuráte proužek, a to je prakticky celé.

Nevýhodou je pouze cena, která se pohybuje v řádu několika desítek korun měsíčně, krát počet měsíců, po které je budete potřebovat.

Existuje několik ještě víc hi-tech možností. Krátce jsem si třeba pohrávala s věcí jménem OV-Watch. Vypadá to jako dost ošklivé sportovní hodinky. Nosíte je pár hodin denně a ony detekují hormony z vaší pokožky. Jde o to, že dokážou nasbírat ještě víc hormonů než proužkové ovulační

testy, takže vám prozradí, kdy se blíží ovulace a kdy ovulujete. U mne to ale nefungovalo. Zřejmě se potím příliš, nebo málo, anebo ve špatnou dobu.

Prakticky každá ženská, kterou znám, nakonec používala minimálně jednu z těchto metod. Obvykle lidi začínají u teploty, a když jim to pár měsíců nepřinese žádné výsledky, přejdou ke komerčním ovulačním testům.

Má tohle testování vůbec cenu? Všechna data naznačují, že ano, ale u mě největší výhoda spočívala asi v tom, že mi poskytlo způsob, jak mít vše pod kontrolou. Lidi často tvrdí (a mají pravdu), že součástí těhotenství – a zvláště pak rodičovství – je vzdání se kontroly. Na to jsem já ještě nebyla připravená.

Shrnutí

- Záleží na načasování! Šance na otěhotnění je vysoká, máte-li sex v den ovulace nebo den před ní, poté však prudce klesá. Je možné otěhotnět, budete-li mít sex až pět dnů před ovulací, je to však výrazně méně pravděpodobné. Po ovulaci na to můžete do dalšího měsíce zapomenout (ale sex mít klidně můžete, znáte to, jen tak pro zábavu).
- Po vysazení hormonální antikoncepce může trvat až 9 měsíců, než se vrátíte k normálnímu menstruačnímu cyklu, dlouhodobých dopadů na plodnost se však nemusíte bát.
- Méně vyspělé metody detekce ovulace (sledování teploty, cervikálního hlenu) jsou informativní, ne však stoprocentně přesné.
- Vyspělejší metody jako ovulační testy na detekci z moči jsou dražší, ale zato velmi přesné.

Dva týdny čekání

Když se snažíte otěhotnět, chodí to asi takhle: první polovinu měsíce trávíte pečlivým vypočítáváním ovulace, měřením teploty, čůráním na testovací proužky. Druhou polovinu měsíce... čekáte. Nemůžete udělat nic, abyste otěhotněla, jakmile přijde a odezní ovulace. Nemůžete ani zjistit, jestli jste těhotná. Nacházíte se ve fázi trýznivého očekávání.

Ale přece. Možná jste těhotná. Řada žen, které znám, dodržovala období „dvou týdnů čekání“: tyhle dva týdny se chovaly, jako by těhotné byly. Žádný kofein, žádný alkohol, žádné uzeniny. Není to tak hrozné, když to zkoušíte jen pár měsíců, ale minimálně jedna moje kamarádka se snažila celé roky, než počala syna s pomocí umělého oplodnění, a tuhle dvoutýdenní čekací lhůtu přitom dodržovala celou dobu.

I já jsem tomu tlaku podlehla. Dávala jsem si v těch dvou týdnech dobrý pozor, jak se chovám. A výsledkem bylo větší než malé množství

frustrace. Tricia, moje nejlepší kamarádka a spolubydlící z vysoké školy, měla ve druhé polovině jednoho z mých měsíců rozlučku se svobodou. V Las Vegas. Za celý víkend jsem si dovolila vypít mizerné dvě sklenky vína. Jedna rada do života: pánskému striptýzu „Thunder from Down Under“ bez kýble alkoholového želé opravdu něco chybí. Samozřejmě že jakmile jsme se vrátily, dostala jsem nádhernou menstruaci.

Po tom víkendu jsem hodně přemýšlela nad tím, jestli je to celé opravdu nutné. A co kdybych se nesnažila počít, ale prostě by se to nedopatřením stalo, a já bych si tu nálož alkoholového želé dopřála. Jak velké starosti bych si měla dělat?

Rychlá odpověď zní, že za předpokladu, že byste počala, by vaše chování během těch dvou týdnů nemělo na vaše miminko žádný dopad (nemůžu uvěřit, že jsem si to nezjistila ještě před Vegas). Zádrhel je jen ten, že kdybyste zlobila až *příliš*, mohla byste tím ovlivnit své šance na početí.

O něco delší odpověď se opírá o porozumění tomu, jak se dítě vyvíjí na úplném začátku. V období mezi oplodněním (kolem ovulace anebo den dva po ní) a vaší vynechanou menstruací je vaše dítě jen shluk identických buněk. Kterákoli z těchto buněk se může proměnit v kteroukoli část dítěte. Uděláte-li něco, co jednu z těchto buněk zabije (jako že se hrozně opijete nebo užíváte nějaký moc ošklivý lék na předpis), může ji nahradit jiná buňka, která bude dělat přesně totéž co ta původní. Na dítě to nemá vliv. Nicméně pokud těchto buněk zabijete *příliš mnoho*, embryo se nebude moci vyvinout a vy nakonec nebudete vůbec těhotná. Je to záležitost typu všechno, nebo nic.

Když jsem to zjistila, trochu jsem v měsících po rozlučkové party polevila ve své obezřetnosti. Když jsem zjistila, že jsem těhotná, nedělala jsem si starosti s nějakou tou sklenkou vína jednou týdně, pokud nebyly za večer tři a víc. Jiné moje kamarádky tohle zjištění příliš neuklidnilo – ve snaze podniknout cokoli, aby maximalizovaly své šance na početí, bylo slušné chování během těchto dvou týdnů jen další kapkou v moři. Jedna kamarádka se mi přiznala, že si to kompenzuje tím, že se opije vždycky v den, kdy dostane menstruaci. Každému, co jeho jest.

Když na konci periody uplynou strastiplné dva týdny, nastává otázka, kdy začít testovat. Regál s těhotenskými testy v naší místní lékárně se vychloubá testy typu First Response: zjistíte to už 5 dnů před vynechanou menstruací! Když si to spočítáte, tak zvané dvoutýdenní čekání se vám zkrátí jen na týden a dva dny.

Ale takhle to vždycky nebylo. Těhotenské testy v dějinách se, stejně jako ty moderní, spoléhaly na moč. Ve starověkém Egyptě ženy močily na různé druhy obilovin a vyhodnocovaly, jak rychle pak rostou. Rychlejší růst značil těhotenství. Ve středověku se v rámci těhotenských testů hodnotila barva moči. Tyto testy kupodivu měly určité omezené prediktivní schopnosti, ale zřejmě ne dost na to, aby k něčemu byly (tak třeba než

vyroste pšenice, zřejmě už na to, že jste těhotná, přijdete nějakým jiným způsobem!).

Ve 20. letech 20. století odhalili lékaři jeden hormon jménem hCG (lidský choriový gonadotropin), který je vylučován v moči těhotných žen. Vyvinuli na základě toho test, jehož provádění však nebylo úplně ideální. Vyžadovalo totiž vpravení moči do ucha živého králíka, který byl následně zabit a rozpitván. Teprve v 60. letech lékaři přišli na to, jak tento hormon testovat i bez králíčího ubožáka.

V 70. letech se objevily první domácí těhotenské testy. Moč se při nich míchala ve zkumavkách s dalšími roztoky, nechávala se stát několik dnů atd. Tyto testy nebyly až tak přesné a pro většinu lidí byly příliš komplikované. V těch dobách si ženy typicky uvědomily, že by mohly být těhotné, když se jim opozdila menstruace, a pak jim to potvrdil nebo vyvrátil jejich lékař. To znamenalo, že v době, kdy bylo těhotenství jisté, už bylo někde v pátém šestém týdnu. V 80. letech vznikly kvalitnější domácí testy (matně si pamatuju, že jeden takový používala moje maminka, když čekala mého brášku, který se narodil v roce 1985), ale ani ty nebyly přesné dříve než týden či deset dnů po vynechané menstruaci, takže těhotenství bylo potvrzeno opět až někdy v pěti týdnech.

Testy First Response tyto metody pochopitelně zcela zastínily. Tyto novější testy jsou schopné odhalit těhotenství daleko dříve, protože detekují mnohem nižší hladinu hormonu hCG než dřívější testy. Jakmile dojde k oplodnění vajíčka, začne se v těle vyrábět hCG; čím citlivější je test, tím dříve po implantaci může vyjít jako pozitivní.

Stojí za to poznamenat, že existuje možnost falešně negativního testu (to znamená, že podle testu těhotná nejste, ale ve skutečnosti jste), zvláště testujete-li velmi brzy. Dokonce i marketingové materiály u nejcitlivějších testů říkají, že čtyři dny před vynechanou menstruací je odhalena jen asi polovina těhotenství. Naopak falešně pozitivní výsledky jsou velmi vzácné. Pokud vidíte dvě linky, i kdyby ta druhá byla bledá, prostě jste těhotná. Pokud se těhotenství vyvíjí tak, jak má, testovací linka bude ve dnech po implantaci pravděpodobně čím dál tmavší, jak se hladiny hormonu budou zvyšovat.

Nevýhodou těchto citlivějších testů je, že jsou drahé. Test, který bude funkční v den vynechané menstruace, vás může vyjít na dvacet korun; test fungující pět dnů před ní může stát i desetkrát tolik. Já sama jsem do testů musela vrazit nejmíň sto dolarů, než mi jeden vyšel jako pozitivní.

Další věc k zamyšlení: třeba to ani *nechcete* vědět. V takto raném stadiu jsou potraty velmi, velmi běžná záležitost. Když se ženy dozví dříve o svém těhotenství, vzroste také počet těch, které následně přijdou na to, že potratily. A může vzrůst velmi výrazně. Někteří vědci tvrdí, že v těhotenství se nevyvine až 50 % i více oplodněných vajíček; pochopitelně ne všechna tato oplodněná jsou odhalena, a to ani těmi nejcitlivějšími testy.

Abyste měla představu, kolik těhotenství takto skončí velmi brzy poté, co začala, můžeme se podívat na jednu studii z 80. let. Sledovala ženy, které se snažily otěhotnět, a každý den hledala v jejich moči známky oplodnění. Tito vědci zjistili, že téměř čtvrtina (přesně 22 %) těhotenství skončila potratem ještě předtím, než by byla bývala odhalena s použitím metod, jež byly v té době obvyklé. Vědcům se těhotenství podařilo odhalit s pomocí citlivějších testů. Vzhledem k tomu, že potrat v této fázi těhotenství je k nerozeznání od trochu těžší menstruace, žádná ze žen netušila, že byla těhotná.

Testy, které vědci využili v tomto případě, se však co do citlivosti velmi podobaly dnešním nejcitlivějším domácím těhotenským testům. To znamená, že mnoho těhotenství, která skončí raným potratem, a v 80. letech by nebyla vůbec odhalena, teď pravděpodobně odhalena budou (anebo přinejmenším mohou být). Kdybychom ta čísla brali vážně a kdyby dnes každý použil ten nejcitlivější domácí těhotenský test, stali bychom se svědkem vzrůstu počtu potratů o 22 % oproti 80. letům 20. století. Je to však jen kvůli lepší detekci, ne proto, že by vzrostl výskyt potratů.

Mimochodem, tato raná přerušena těhotenství vůbec nejsou zvěstovatelé budoucích potíží s plodností; naopak jsou u plodnosti dobrým znamením. Tatáž studie zjistila, že 95 % žen, které prodělaly velmi raný potrat, se později dočkala skutečného těhotenství. Bylo to víc než u žen, které raný potrat neprodělaly.

Vzhledem k těmto skutečnostem stojí za zvážení, jestli tyhle drahé rané těhotenské testy opravdu stojí za to. Možná patříte k lidem, kteří chtějí vědět úplně o všem. Ale třeba by bylo lepší sednout si a počkat.

Shrnutí

- Velmi zhyřalé chování ve dvoutýdenním čekacím období může ovlivnit vaši šanci na početí, ale neovlivní dítě v případě, že otěhotníte.
- Rané těhotenské testy mohou odhalit těhotenství čtyři nebo i pět dnů před vynechanou menstruací, ale v tomto období je velmi běžnou záležitostí potrat.



ČÁST DRUHÁ

První trimestr

Neřesti: Kofein, alkohol a tabák

Že jsem těhotná, jsem zjistila ve čtvrtý den týdenní letní ekonomické konference. Jako vždycky jsem si nebyla jistá, jestli moje menstruace je, nebo není opožděná – sledování teploty mi v tom žádné velké jasno neudělalo –, ale když jsem se probudila v 6.45 a cítila se trošku divně, rozhodla jsem se to vyzkoušet. Jeden First Response test jsem si na konferenci vzala s sebou, jen tak pro případ. A kupodivu se objevily dvě linky.

Okamžitě jsem probudila Jesseho. Měl radost, ale byl groggy. Ptal se, proč jsem ho nenechala spát, než mu v sedm hodin zazvoní budík. Je něco, co musíme udělat hned teď? Ne? Tak proč by měl vstávat? Přiklopil si hlavu polštářem a spal dál.

To jsem já pochopitelně nemohla. Otevřela jsem počítač a dala se do plánování. Nahrála jsem si malou kalkulačku data porodu – 1. nebo 7. duben, podle toho, jestli počítám od poslední menstruace, nebo od předpokládaného data početí – a začala brouzdat po internetu a hledat nějaké informace. V jednu chvíli jsem si řekla, že si dojdou dolů pro šálek kávy (Jesse se rozhodl, že si přispí, když byl tak barbarsky probuzen).

A vtom mě to samozřejmě trklo. Můžu si vůbec dát kafe? Není kofein odteď tabu? Do této chvíle jsem vynaložila obrovské množství duševní energie na uvažování o otěhotnění, ale zato téměř žádnou na rozmyšlení o těhotenství. (Nepoučila jsem se z toho; když se narodila Penelope, uvědomila jsem si, že jsem si vůbec nezjistila, co si s takovým miminkem počít, když se narodí.)

Tohle bylo naléhavé. Rozhodnutí ohledně kávy bylo nutno učinit hned. Už jsem cítila, jak se blíží bolest hlavy z kofeinové abstinence, a přežít celý den (zvláště pak čtvrtý den) ekonomických přednášek obvykle vyžaduje stálý přísun kofeinu.

Na závěr dne měla být koktejlová party s pečenými mořskými plody. Většinou to bývalo tak, že jsem si dala sklenku vína a přitom soupeřila s ostatními ekonomy o druhou porci humra. Je to tak v pořádku? Víno zatím nehořelo tolik jako káva, ale stejně jsem to chtěla vědět. Jsem nekuřačka, ale pro ženy, které kouří, stojí tabák na seznamu priorit pravděpodobně ještě výš než káva.

Najít na internetu informace o užívání kofeinu, alkoholu a tabáku v těhotenství je snadné. Máme tu oficiální doporučení národních organizací, doporučení konkrétních lékařů a knih a máme tu další lidi v diskusích a blozích. Názorů není žádný nedostatek, zato nedostatek shody je přímo kritický.

Diskusemi na toto téma se internet jen hemží, ale téměř nikdy neobsahují žádné skutečné důkazy. „Já si dala sklenku vína každý den a moje dítě je naprosto v pořádku.“ „Kamarádka jedné kamarádky si v těhotenství jednou připila šampaňským a její dítě pak bylo vývojově opožděné.“ „Dcera sousedky sestry kolegyně mojí matky vypila denně šest piv a její syn je génus.“ „Ve Francii doktoři předepisují těhotným ženám víno.“ A tak dále a tak dále a tak dále.

To, že se lidi v internetových diskusích dohadují, je prostě fakt (k čemu jinému by tyhle diskuse byly?). Mě osobně víc překvapilo to, že ve vzájemném rozporu byla i oficiální doporučení. Když zůstaneme u alkoholu, veškeré těhotenské organizace Spojených států doporučují v těhotenství abstinovat, zatímco podobné organizace v některých jiných zemích tvrdí, že přiležitostně pít je v pořádku.

A podobné je to u kofeinu – doporučení se různí napříč zeměmi, ano, ale různě se i mezi knihami a mezi gynekology v rámci USA. Moje lékařka mi řekla, že méně než 200 miligramů denně (cca půl litru kávy) je v pořádku. Gynekoložka mojí švagrové uváděla hranici 300 miligramů. Moje nejlepší kamarádka mi zakazovala kofein úplně. Podívali jsme se tedy na knihy. Trefně pojmenované *Těhotenství bez paniky* zaujímá postoj, že kofein užívaný s mírou (až 300 miligramů denně) je v pořádku. *Průvodce zdravým těhotenstvím Mayo Clinic* zakazuje kofein v jakémkoli množství, ale uvádí, že podle některých gynekologů mírné množství kofeinu není

na škodu. Navrhuje přejít na kávu bez kofeinu. *Co očekávat, když jste v očekávání*, se připojuje k hranici 200 miligramů, ale dodává, že byste se měla informovat u svého gynekologa pro případ, že by se jeho doporučení lišilo. A informujte se pro jistotu i u svého baristy, protože množství kofeinu se liší i podle dodavatele kávy!

I kdyby existovalo nějaké velmi konzistentní, standardní doporučení (jako je tomu v případě kouření), pořád bych chtěla znát, o jaké důkazy se opírá. Mou touhu po důkazech však ještě posilovala skutečnost, že žádná shoda v této oblasti neexistuje. Jsou to dvě stě miligramů kofeinu, tři sta, nebo nic? Všechna tato doporučení se přece ze zásady musejí zakládat na nějakých datech. Takže prostě není možné, že to jsou stále tatáž data, anebo přinejmenším jejich stejné interpretace.

Netrvalo dlouho, než jsem si uvědomila, že pročitáním online rad na toto téma – dokonce ani oficiálních doporučení Amerického kongresu porodníků a gynekologů – se pravdy nedoberu. Potřebovala jsem proniknout ke zdroji těchto doporučení, k akademické lékařské literatuře. Když se mi to podařilo, pochopila jsem, proč se jednotlivá doporučení tak nesmírně liší a proč jsou tak matoucí: také kvalita lékařského výzkumu na toto téma se neuvěřitelně různí.

A já jsem si rychle uvědomila, že velká část těchto rozdílů v kvalitě se zakládá přesně na týchž problémech, kterým jsem ve svém výzkumu celila já sama.

Ekonomie je relativně rozsáhlý obor (taky musí, aby dokázala pojmout jak mě, tak lidi, co dělají politiku ve Federálním rezervním systému). V mém specifickém podoboru se většina důležitých otázek točí kolem snahy pochopit, jak změna jedné věci ovlivní věc druhou. Mezi posledními věcmi, které jsem dokončila před otěhotněním, byl článek o televizi a genderových otázkách v Indii. Článek se ptal: poskytnete-li obyvatelům indického venkova přístup ke kabelové televizi, ovlivní to nějak jejich přístup k ženám?

Cílem této studie bylo vyvodit kauzální závěry. Chtěli jsme, abychom na konci byli schopni říct něco jako: „Kdybychom dali lidem víc televizi, postoje k ženám by se zlepšily.“ Jedním skvělým způsobem, jak to udělat, by bylo náhodně vybrat lidi, kteří dostanou televizi. Časem byste je mohli sledovat a zjišťovat, zda se jejich postoje změnily víc než u lidí, kterým jste televizi nedali. Tato metoda se nazývá *randomizovaná studie*.

Název „randomizovaná studie“ je ve skutečnosti dosti popisný. V takovémto výzkumu začnou vědci tak, že vezmou vzorek lidí, některé z nich náhodně přidělí k jednomu druhu zacházení a některé k jinému. Kdyby například testovali účinnost nějakého nového léku, vzali by skupinu nemocných lidí a náhodně by jedné polovině z nich dali nový lék a druhé polovině nic (nebo třeba cukrovou pilulku). Klíčem je, že protože se lidi rozdělují náhodně, jsou lidé, kteří lék dostanou, podobní těm, kteří ho

nedostanou, ve všem ostatním, než je užívání léku. Když se jim uleví rychleji, můžete z toho vyvodit, že lék fungoval.

Randomizované studie se někdy používají v ekonomii, ale mnohem častěji v medicíně. Je to osvědčená metoda, a používá-li se správně, můžete ji s jistotou využívat k vyvozování kauzálních závěrů.

V některých oblastech těhotenství se mi dařilo najít data z takovýchto výzkumů. Hodně mi to usnadnilo rozhodování.

Jenže randomizované studie nejsou vždycky možné. Třeba v případě naší televizní studie jednoduše nebylo uskutečnitelné přidělit lidem televize náhodně. A v otázkách, jako je kofein v těhotenství, jsou problémy zase etického rázu. Představte si experiment, kdy se některým ženám řekne, aby vypily devět šálků kávy denně, a jiným, aby kávu nepily vůbec. Žádná etická komise by takovou studii neschválila (ani by neměla) a jen těžko si lze představit těhotnou ženu, která by se jí chtěla účastnit (a nejen proto, že to už je pořádná dávka kávy!).

Když vědci nemohou randomizovat, zbývá nám odhalovat vzájemné vztahy s použitím tak zvaných observačních dat: porovnat řekněme ženy, které kávu pijí, se ženami, které ji nepijí. Anebo porovnat rodiny s televizí a rodiny bez televize. Jistě už začínáte chápat, na jaké problémy tady můžeme narazit.

Na příkladu s televizí je to krásně vidět. Jací lidé na indickém venkově už mají televizi? Odpověď zní bohatí lidé s nadprůměrným vzděláním. A určitě platí, že lidé s televizí mají liberálnější postoj k ženám než lidé bez televize. Ale může za to opravdu televize? Nebo spíš to vzdělání? Je dobře známo, že vzdělanější lidé v Indii mají sklony k příznivějšímu postoji k rovnosti pohlaví. Opravdu můžeme postoje lidí na indickém venkově změnit, když jim rozdáme televize, anebo se jejich postoje změní pouze v případě, že se jim dostane lepšího vzdělání (užitečné, ale daleko složitější opatření)?

A tytéž problémy nám vyvstávají u výzkumů těhotenství. Ženy, které v těhotenství pijí kávu, mají tendenci být starší než ženy, které to nedělají. Řekněme, že bych vám sdělila, že mezi ženami, které pijí kávu, je větší výskyt potratů. Je to skutečně díky kávě? Anebo je to proto, že jsou starší? Můžeme snížit výskyt potratů jen tím, že odečteme kávu, anebo bychom museli lidi nechat kouzlem omládnout?

Úspěšné vyřešení tohoto problému vyžaduje pečlivé promyšlení, opatrný design studie a kvalitní data. My jsme se tomu ve své práci o televizi vyhnuli tak, že jsme porovnali postoje týchž lidí předtím a poté, co dostali přístup k televizi. Skutečnost, že jsme mohli zkoumat téhož člověka „s televizí“ a „bez televize“, nám pomohla odstranit celou řadu těchto problémů.

Je možné si představit, že někdo udělá totéž u těhotenství – tedy bude sledovat tu samou ženu, která v jednom těhotenství pila kávu a ve druhém

ne –, ale já jsem na žádná taková data nenarazila. Místo toho většina studií na toto téma může udělat nanejvýš to, že pomocí statistické analýzy standardizuje základní rozdílnosti mezi lidmi – například věk a vzdělání.

Rychle jsem si všimla, že některé z těchto studií jsou prostě mnohem, mnohem lepší než jiné.

V tu chvíli vstoupilo do hry moje vzdělání. Existují doslova stovky studií publikovaných v lékařské literatuře na téma kofein a potrat (právě ten je totiž hlavní starostí kolem kávy v těhotenství). Zvenčí, ze základního popisu, vypadají všechny celkem podobně – porovnávají zkrátka ženy, které pijí kávu, se ženami, které ji nepijí.

Když ale zabrousíte do detailů, do jejich útrobu, zjistíte, že některé články jsou dost dobré a jiné zase úplně na nic. Většinu času, který jsem této otázce věnovala, mi zabrala snaha oddělit zrna od plev: ze kterých studií se můžu něco dozvědět a které můžu zahodit jako zcela neužitečné?

A kupodivu jsem si uvědomila, že moje ekonomické vzdělání v oblasti zdravotnictví je v mnoha ohledech užitečnější než samotné vzdělání v oblasti veřejného zdraví či medicíny. Ekonomové nemají takřka nikdy přístup k randomizovaným studiím. Proto jsme si vyvinuli jiné techniky, statistické metody, k tomu, abychom se mohli dozvědět co nejvíc z nerandomizovaných dat. Na vysoké škole jsem trávila mnoho času čtením velmi podobných článků ve snaze odhalit, které jsou dobré a které horší.

Projít všechny články mi zabralo víc času než to první ráno. Poměrně rychle jsem si uvědomila, že oficiální doporučení se snaží být extrémně opatrná, a tak jsem se rozhodla, že než zjistím co a jak, bude bezpečnější se jich držet. Držela jsem se na dvou šálkách kávy denně a vyhýbala se alkoholu. Byl to pro mě další popud, abych příslušné výzkumy probádala co nejdříve.

Nakonec jsem došla k závěru, že tato doporučení nejsou jen velice opatrná, ale že jsou až *příliš* opatrná. V mírném množství si těhotné ženy mohou klidně dopřávat jak alkohol, tak i kofein.

U alkoholu to znamená jednu jednotku (nápoj) denně ve druhém a třetím trimestru a pár jednotek týdně v tom prvním. Skutečnost je taková, že studiím se z největší části nepodařilo prokázat negativní dopady na děti ani při vyšších dávkách. Jednotkou tady míním 1 dl vína, 3 cl tvrdšího alkoholu a malé pivo. Žádné sáhodlouhé margarity!

S kofeinem je to ve skutečnosti trochu složitější. Nakonec jsem došla k závěru, že tři až čtyři šálky (2 dl) kávy denně (víc, než vypije většina lidí, ne ovšem já) jsou v pořádku. Můžete se rozhodnout, že vám bezpečné připadá menší množství nebo i větší; pokusím se v této kapitole vyjasnit rozsah kompromisů. Není ale pochyb o tom, že mírné množství kávy není žádný problém.

Všechny důkazy, o něž jsem toto své rozhodnutí opřela, jsou veřejné – přístupné všem. Včetně těch, kdo formulují oficiální doporučení.

Takže proč se moje závěry liší od těch jejich? Má to nejméně dva důvody. Jedním jsou příliš odvážné výklady chybných studií. Ale tím hlavním je podle mě obava (kterou mi lékaři opakovali stále dokola), že když lidem řeknete, že si mohou dát jednu sklenku vína, dají si tři (anebo jeden obrovský „kýbl“ vína). A i když jedna sklenka je v pořádku, tři už nejsou. Proto je lepší říct, abyste si nedávali žádnou, protože to je pravidlo snadno pochopitelné.

Chápu jejich argument. Ale, mírně řečeno, nejsem dvakrát nadšená z představy, že těhotné ženy nejsou schopné samostatného rozhodování – že je třeba manipulovat jejich přesvědčeními, aby udělaly správnou věc. Působí to na mě tak, že se těhotným ženám nepřipisuje co do důležitých rozhodnutí o mnoho víc důvěry než malým dětem.

Můžete se rozhodnout, že budete dodržovat oficiální doporučení; to je v pořádku. Anebo se můžete rozhodnout, že přistoupíte na můj závěr, že jedna sklenka vína nebo šálek espresa jsou v pořádku. Tato kniha má být výjimečná tím, že vám nebude nic doporučovat; jde jí o to, že máte-li správné informace, můžete se správně rozhodnout sami.

Nicméně v jednom případě udělám výjimku a jedno doporučení vám dám (a podložím ho dostatkem důkazů): nekuřte. To je oficiální stanovisko, jednoznačně podepřené daty. Kouření ohrožuje jak vás, tak i vaše dítě.

Alkohol

Když jsem byla těhotná asi tři měsíce a právě o tom začínala říkat svým známým, pořádala jsem večírek. Přišel jeden host a já mu nabídla, že mu přinesu sklenku vína. A on, jen napůl v žertu, mi řekl: „Vino bys neměla ani nosit!“ Pokud pijete alkohol v těhotenství (zvláště pak ve Spojených státech), z každého se automaticky stává přísný soudce.

Toto omezování i odsuzování se do značné míry zakládá na pravdě. Spektrum poruch fetálního alkoholového syndromu (FAS) zahrnuje celou škálu duševních i tělesných poruch, které mohou pramenit z pití v těhotenství. K tělesným symptomům patří nízká porodní hmotnost, malý obvod hlavy a obličejové abnormality (zploštěné lícní kosti a malé oční otvory). Kognitivních symptomů je ještě pestřejší paleta: vývojová opoždění, špatné socializační dovednosti, poruchy učení.

Není pochyb o tom, že intenzivní pití v těhotenství vašemu dítěti škodí. Ženy, které přiznávají opijení se během těhotenství (tedy více než 5 jednotek alkoholu naráz), mají s větší pravděpodobností děti s vážnými kognitivními poruchami. V jedné australské studii podléhaly ženy, které se opily ve druhém nebo třetím trimestru, o 15 až 20 % vyšší pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět jazykovým opožděním, než ženy, které nepily. Tyto výsledky se opakují znovu a znovu v různých dalších

studiích. Intenzivní pití v prvním trimestru pak může vyvolat fyzické deformity a v dalších trimestrech kognitivní problémy. Jestli máte ve zvyku se opíjet, přestaňte s tím.

Nicméně to ještě automaticky neznamená, že je problémem i mírné nebo příležitostné pití alkoholu. Když jsem se zabývala daty, nenašla jsem žádné věrohodné důkazy o tom, že mírné pití (zhruba jedna sklenka vína denně) má nějaké dopady na kognitivní vývoj dítěte.

To je poměrně překvapivé, vzhledem k americké rétorice okolo bytí i příležitostného pití v těhotenství; ale vlastně by nás to překvapit nemělo. Podívejte se na Evropu. Většina kontinentu má ohledně mírného pití v těhotenství daleko shovívavější postoje. Na intenzivní pití se mračí všude po světě, ale na mnoha místech Evropy najdeme doporučení, podle kterých je několik drinků týdně v pořádku. Příležitostná sklenka vína nebo pivo je tu daleko obvyklejší. A přesto neexistují žádné důkazy o tom, že by se fetální alkoholový syndrom v Evropě vyskytoval častěji; jestli je někde rozšířenější, pak jsou to právě Spojené státy. , Kdyby pár sklenek vína týdně snižovalo IQ, určitě bychom viděli velké rozdíly mezi USA a Evropou; ale tak to zkrátka není.

To, zdá se, odráží celou řadu rozdílů v přístupu k pití mezi USA a jinými státy. Když jsem vyrazila na konference nebo přednášky po Evropě, bylo zcela běžné dát si k obědu sklenku vína. Ne proto, abychom se opili, samozřejmě. Prostě proto, že se to k jídlu hodí. Snad proto, že je tu běžnější dopřát si lehký alkoholický nápoj ve společnosti s jídlem, tu lidé nemají problém s představou, že si prostě můžete dát jednu malou sklenku vína a dost. Problém, který mi stále opakovali lékaři – že ženy by nedokázaly zůstat u jedné sklenky –, jako by je tu tolik netrápil.

A přestože se o tom veřejně příliš nemluví, jsem přesvědčená o tom, že příležitostné pití v těhotenství je ve Spojených státech daleko obvyklejší, než se nás všichni snaží přesvědčit. Na začátku druhého trimestru mi moje lékařka řekla, že pár skleniček vína týdně je v pořádku. Většina mých kamarádek měla se svými lékaři podobné rozhovory – „Nepřehánějte to, ale jestli si chcete dopřát příležitostně sklenku vína k večeři, nic se nestane.“

Je to něco jako tajný kód. Existuje-li jedno doporučení oficiální a druhé „tajné“, má to pochopitelně ten problém, že důkazy u toho druhého se nikdo zvlášť nezabývá. Takže zůstáváte stát před otázkou: je to jen její názor, že je v pořádku si dát skleničku, anebo existuje nějaký důvod se domnívat, že to je opravdu v pořádku?

Abychom pochopili, proč je takový rozdíl mezi pitím nadměrným a pitím mírným, stojí za to trochu se zamyslet nad tím, jak to funguje v biologii. Zdá se, že řada žen si myslí, že když se napijí, jejich sklenka vína se přeměňuje rovnou na plod. Lidi správně poznamenávají, že dítěti byste sklenku vína nedali, tak proč ji dávat plodu? Asi není třeba zdůrazňovat, že takhle to úplně nefunguje.

Když pijete, alkohol vstupuje do vaší trávicí soustavy a následně do krevního oběhu. Vaše játra zpracují alkohol na chemickou látku jménem acetaldehyd a poté na acetat (kyselinu octovou). Acetaldehyd je toxický pro jiné buňky a podle toho, jak rychle pijete, může zůstat ve vašem krevním oběhu. Svou krev sdílíte s dítětem přes placentu; také acetaldehyd, který vám zůstane v krevním oběhu, máte proto společný s plodem. Vaše dítě ve skutečnosti dokáže zpracovat nějaký ten alkohol, ale (jak je asi jasné) ne tolik jako dospělý. Vstoupí-li do jeho těla příliš mnoho acetaldehydu, může proniknout do jeho tkání a nepříznivě ovlivnit jeho vývoj.

Zásadní je, že problémy vznikají pouze tehdy, když do tkání plodu pronikne významnější množství alkoholu. To se však stává až čtyři kroky od vašeho vypití alkoholu: nejprve ho metabolizujete vy, pak – když něco zbyde – přejde k dítěti, které ho ještě také metabolizuje. Pijete-li pomalu, vaše játra dokážou držet krok a k plodu přichází jen malíčké množství acetaldehydu. Toto malé množství zpracují játra dítěte, takže se nedostane do mozku ani dalších důležitých oblastí. A naopak, pijete-li rychle, vaše játra to nestíhají, a stejně tak játra plodu.

To znamená, že opravdu záleží na rychlosti, kterou pijete. Opití se, a to i jen párkrát za celé těhotenství, téměř určitě vystaví vaše dítě více toxinům, než když si pomalu vypijete jednu sklenku vína každý den spolu s večerí.

Chceme-li se dozvědět něco o vlivu lehkého pití na těhotenství, musíme se podívat hlavně na ženy, které v mírném množství pijí alkohol. Nemůžeme se podívat na studie flámování a říct: dobře, takže jestli pět piv naráz snižuje IQ dítěte o 10 bodů, pak jedno pivo je sníží o 2 body. Takhle to prostě nefunguje.

Jakmile jsem si tohle uvědomila, začala jsem pátrat v lékařské literatuře po studiích, které se zabývaly specificky dopady mírného pití. Zaměřila jsem se hlavně na studie, v nichž si ženy dopřávaly maximálně jeden drink denně. Nikdy jsem neměla potřebu vypít celou láhev vína na posezení (vlastně tu potřebu nemám, ani když nejsem těhotná), ani si objednat druhý koktejl. Zajímalo mě hlavně tohle: na konci dlouhého dne, párkrát týdně, můžu si dát sklenku vína?

Studie, které jsem našla, měly z největší části všechny tutéž strukturu. Tady nenajdete žádné randomizované studie; na to je etika této otázky příliš komplikovaná. To znamená, že studie porovnávaly ženy, které se rozhodly pít různé množství alkoholu. Všechny tyto studie mají ten problém, že ženy, které pijí, se prostě liší od žen, které nepijí. Klíčem proto bylo najít takové studie, u nichž byl tento problém nejmenší.

Jednou z hlavních starostí u pití v těhotenství jsou potíže s chováním dítěte o hodně později. K největším studiím tohoto problému s chováním patří ta publikovaná roku 2010 v prestižním *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. Je několik aspektů, které z ní dělají studii věrohodnou:

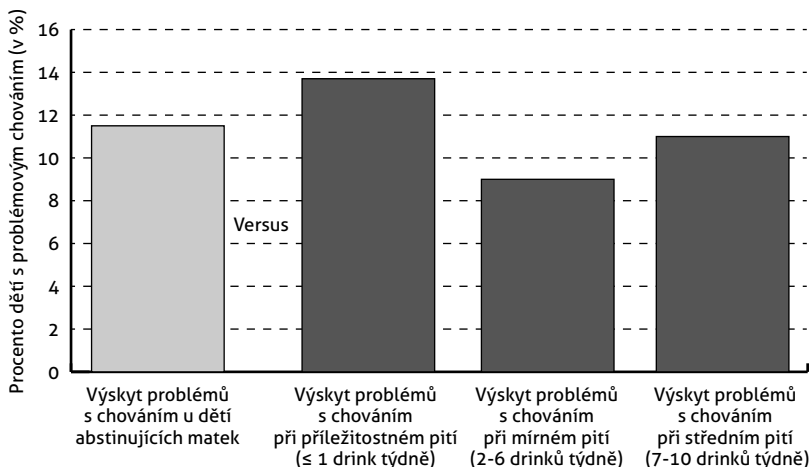
je poměrně velká (3 000 žen) a sbírala informace o mateřském pití hned v průběhu těhotenství (v 18. a 34. týdnu). Ptát se lidí na jejich chování v době, kdy ho demonstrují, je vždycky spolehlivější, než když je později požádáte, aby vzpomínali. A hlavně tato studie sledovala také děti těchto žen, a to od narození až do 14 let; sledovala problémy s chováním od doby, kdy byly dětem dva roky.

Další věc, která se mi na této studii líbila, bylo to, že proběhla v Austrálii, kde jsou doporučení ohledně pití v těhotenství mírnější než ve Spojených státech. Pití v těhotenství v USA je tak nemilosrdně odsuzováno, že to u dat z USA vzbuzuje obavy, že v pití pokračují pouze ženy, které mají tendenci k neukázněnosti a „hříšnosti“ i v dalších ohledech, než je pití. Naopak v Austrálii (a evropských zemích), kde jsou lidé shovívavější, není tolik pravděpodobné, že odlišnost co do pití bude odrážet i odlišnost v jiných druzích chování.

Ženy ve studii byly rozděleny do pěti skupin: žádný alkohol, příležitostné pití (do 1 drinku týdně), mírné pití (2 až 6 drinků týdně), střední pití (7 až 10 drinků týdně) a intenzivní pití (11 a více drinků týdně). Poslední skupině jsem nevěnovala pozornost, protože překračovala mou vlastní hranici jednoho drinku denně.

Zde je vizuální zpracování jejich výsledků: procento dětí s problematickým chováním podle množství pití. Graf znázorňuje data o dvouletých dětech ve vztahu k množství alkoholu konzumovaného v 18 měsících těhotenství. Článek vyhodnocuje také problémy s chováním u starších dětí a konzumaci alkoholu v 34. týdnu. Ale příliš na tom nesejde: všechny výsledky vypadají velmi podobně jako tento.

Pití v těhotenství a problémové chování u dvouletých dětí

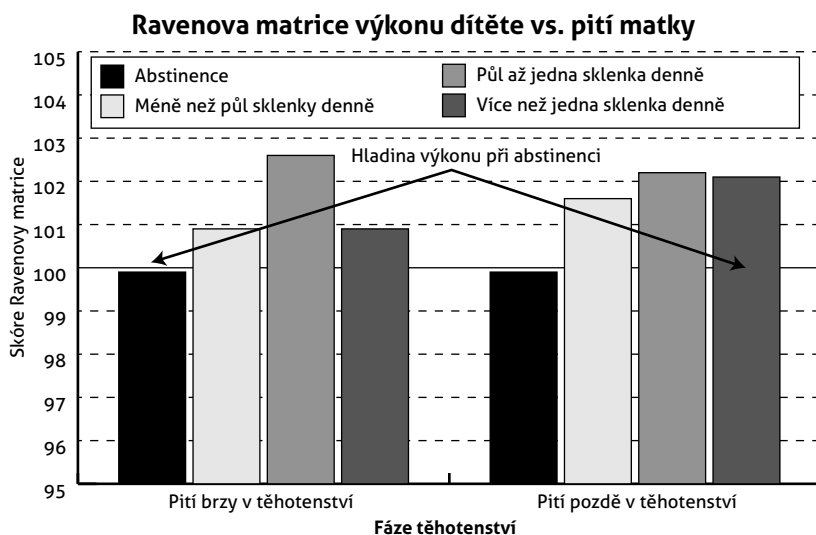


Na základě tohoto výsledku a složitějších statistických analýz dále v článku tedy neexistují důkazy, že by víc alkoholu vedlo k vyššímu výskytu problémů s chováním. Ve skutečnosti statistiky v článku ukazují, že mírné pijačky (které vypijí 2 až 6 jednotek alkoholu týdně) mají ve skutečnosti *statisticky významně nižší pravděpodobnost*, že jejich děti budou mít problematické chování, než ženy, které nepijí vůbec.

Další starost spojená s alkoholem se týká nižšího IQ. Má oblíbená studie na toto téma opět pochází z Austrálie. Má mnoho stejných znaků vysoké kvality: velká studie, informace o pití sbírané hned v průběhu těhotenství, dlouhodobé následné sledování. A samozřejmě i fakt, že výzkum proběhl v Austrálii. Tato studie začala počátkem 80. let 20. století tím, že se asi 7 200 těhotných žen dotazovala na jejich pití během těhotenství. Zhruba 5 000 jejich dětí pak vyplnilo inteligenční test ve věku 14 let.

Informace o pití se sbíraly po prvních třech měsících těhotenství a po posledních třech měsících. Autoři této studie definovali kategorie „pijanů“ na denním základě: bez alkoholu, méně než půl sklenky denně, půl až jedna sklenka denně, více než jedna sklenka denně.

Inteligenční kvocient měřili pomocí nástroje jménem Ravenova matrice. Funguje jako většina IQ testů tak, že čím vyšší skóre, tím lépe, a je navržen tak, aby průměrná osoba získala skóre 100. Výsledek vypadal takto:



Podobně jako u studie chování zde neexistují žádné důkazy, podle kterých by děti lehkých pijanek skončily hůře než děti abstinenteček. Skóre mírně pijících matek je ve skutečnosti v průměru vyšší (přestože tyto výsledky

Toto je pouze náhled elektronické knihy. Zakoupení její plné verze je možné v elektronickém obchodě společnosti eReading.