

Pozdní mateřství v současnosti

Klára Ovčačíková

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Klára Ovčáčková
Osobní číslo:	H22049
Studijní program:	B0913P360017 Porodní asistence
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Pozdní mateřství v současnosti

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti pozdního mateřství v současnosti.
Příprava metodiky přehledové studie.
Formulace kritérií pro výběr dokumentů k přehledové studii.
Realizace rešerše dokumentů k cíli přehledové studie.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků přehledové studie, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BIERMANN, Christine a RABEN, Ralph. *Maminkou ve čtyřiceti?* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-075-5.
- COMPANS, Marie-Caroline. Late motherhood, late fatherhood, and permanent childlessness: Trends by educational level and cohorts (1950–1970) in France. Online. *Demographic Research*. 2021, vol. 45, no. 10, s. 329-344. Dostupné z: <https://www.demographic-research.org/Volumes/Vol45/10/>. [cit.2024-10-30].
- HETI, Sheila. *Mateřství*. Praha: Take Take Take, 2023. ISBN 978-80-88444-04-6.
- KONEČNÁ, Hana. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?: průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí*. Medical services. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4652-7.
- MINTZIORI, Gesthimani; VENETI, Stavroula; KOLIBIANAKIS, Efstratios M.; GRIMBIZIS, Grigorios F. a GOULIS, Dimitrios G. Egg freezing and late motherhood. Online. *Maturitas*. 2019, vol. 125, s. 1-4. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.017>. [cit.2024-10-30].
- ŠPROCHA, Branislav a FITALOVÁ, Anna. Late motherhood and spatial aspects of late fertility in Slovakia. Online. *Moravian Geographical Reports*. 2022, vol. 30, no. 2, s. 86-98. Dostupné z: <https://doi.org/10.2478/mgr-2022-0006>. [cit.2024-10-30].

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá fenoménem pozdního mateřství, tedy těhotenstvím a mateřstvím ve vyšším věku, než bývalo běžné. Cílem je zhodnotit hlavní faktory vedoucí k odkladu mateřství a jeho dopady na jednotlivce i společnost na základě analýzy dostupných studií a statistik. Úvod se věnuje definici pojmu v kontextu demografických změn. Následně jsou rozebrány hlavní faktory ovlivňující rozhodnutí žen, včetně ekonomických, sociálních a partnerských aspektů. Dále jsou popsána zdravotní rizika spojená s těhotenstvím ve vyšším věku, včetně možných komplikací pro matku i dítě. Pozornost je také věnována psychologickým a sociálním aspektům, zejména vnímání pozdního mateřství společností a zvládání rodičovství ve vyšším věku. Závěrečná část shrnuje možnostmi asistované reprodukce a uchování plodnosti, včetně metod IVF (in vitro fertilizace) a zmrazování vajíček, a hodnotí jejich úspěšnost i možná rizika.

Klíčová slova: pozdní mateřství, věk prvorodiček, plodnost, asistovaná reprodukce, zdravotní rizika, odklad rodičovství, psychosociální aspekty, demografický vývoj, věková hranice

ABSTRACT

This review bachelor's thesis examines the phenomenon of late motherhood, meaning pregnancy and motherhood at an older age than was previously common. The aim is to assess the main factors leading to delayed motherhood and its impact on individuals and society based on an analysis of available studies and statistics. The introduction defines the concept in the context of demographic changes. Subsequently, the main factors influencing women's decisions, including economic, social, and relationship aspects, are analyzed. The following section describes the health risks associated with pregnancy at an advanced age, including possible complications for the mother and child. Attention is also given to psychological and social aspects, particularly the perception of late motherhood by society and the challenges of parenting at an older age. The final section summarizes the possibilities of assisted reproduction and fertility preservation, including IVF (In Vitro Fertilization) and egg freezing methods, and evaluates their success and potential risks.

Keywords: late motherhood, maternal age, fertility, assisted reproduction, health risks, postponed parenthood, psychosocial aspects, demographic trends, age limit

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, paní Mgr. Věře Vránové, Ph.D., za cenné rady, trpělivost a odborné vedení při psaní této práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu a motivaci během celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST	16
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	17
2 POZDNÍ MATEŘSTVÍ – DEFINICE, VÝVOJ A DEMOGRAFICKÉ SOUVISLOTI	20
2.1 VÝVOJ VĚKU PRVORODIČEK V EVROPĚ	22
2.2 MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ A DOPADY NA SPOLEČNOST	23
3 DŮVODY ODKLADU MATEŘSTVÍ.....	24
3.1 EKONOMICKÉ DŮVODY	24
3.2 SOCIÁLNÍ DŮVODY	26
3.3 VZTAHOVÉ DŮVODY.....	28
4 ZDRAVOTNÍ ASPEKTY.....	30
4.1 RIZIKA A PŘÍNOSY PRO PLOD A NOVOROZENCE.....	33
4.2 RIZIKA A PŘÍNOSY PRO MATKU	35
5 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY.....	38
6 MOŽNOSTI ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	46
7 UCHOVÁNÍ PLODNOSTI	48
II PRAKTICKÁ ČÁST	51
DISKUZE	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	62

ÚVOD

V posledních desetiletích dochází k významnému posunu věku prvorodiček, což můžeme pozorovat nejen v České republice, ale také v dalších vyspělých zemích. Zatímco dříve bylo běžné, že ženy měly své první dítě kolem 20. roku života, dnes se stále častěji setkáváme s tím, že se ženy rozhodují pro mateřství až po 30. či 40. roku života. Tento trend, označovaný jako pozdní mateřství, je ovlivňován řadou faktorů, jako jsou ekonomické, sociální či zdravotní. Odklad mateřství přináší jak výhody, jako je lepší finanční stabilita nebo dosažení profesních cílů, tak i nevýhody nebo rizika, která se pojí se snížením plodnosti a stárnutím organismu.

Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce je zpracovat ucelený přehled o problematice pozdního mateřství na základě odborných článků, knih, studií a dostupných demografických údajů.

Práce si klade za cíl:

- Zjistit, jaké faktory vedou ženy k odkladu mateřství a jak se měnil věk prvorodiček v České republice i zahraničí.
- Popsat, jaké zdravotní, psychologické a sociální aspekty se pojí s těhotenstvím ve vyšším věku.
- Zmapovat, jaké existují možnosti asistované reprodukce a uchování plodnosti u žen s odkládaným mateřstvím.

Výzkumné otázky:

- Jaké jsou nejčastější důvody, proč ženy odkládají mateřství?
- Jak se proměnil věk prvorodiček v České republice a dalších vyspělých zemích?
- Jaká zdravotní rizika a výhody se pojí s těhotenstvím ve vyšším věku?
- Jaké psychologické a sociální aspekty doprovázejí pozdní rodičovství?
- Jaké možnosti mají ženy při řešení snížené plodnosti – zejména v oblasti asistované reprodukce a uchování vajíček?

Metodologie a struktura práce

Práce vychází z dostupných odborných zdrojů. K analýze tématu bylo využito 25 vědeckých článků, dvě knihy a několik oficiálních webových a dokumentárních

materiálů, stejně jako statistická data a demografické studie. Práce je strukturovaná následovně. Nejprve je definován pojem pozdního mateřství a popsány demografické trendy. Dále jsou analyzovány hlavní důvody odkladu mateřství a jeho ekonomické a sociální souvislosti. Následuje část věnována zdravotním rizikům spojeným s pozdním těhotenstvím. Další kapitola se zaměřuje na psychologické a sociální aspekty, včetně vnímání mateřství ve vyšším věku. Závěr práce je věnován možnostem asistované reprodukce a uchování plodnosti jako způsobům, jak mohou ženy odklad mateřství kompenzovat.

Zdůvodnění výběru tématu

Téma pozdního mateřství je aktuální nejen z hlediska individuálního rozhodování žen, ale i z širšího společenského pohledu. Zvyšující se věk prvorodiček ovlivňuje nejen porodnost, ale také rodinný život a zdravotní systém. Tento trend má také důsledky pro demografický vývoj a sociální politiku. Tato práce si proto klade za cíl nabídnout komplexní přehled současných poznatků o tomto fenoménu a zamyslet se nad jeho širšími dopady.

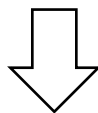
Poznatky o pozdním mateřství jsou zároveň důležité i pro obor porodní asistence. Porodní asistentky se stále častěji setkávají s rodičkami ve vyšším věku a měly by být připravené na jejich specifické potřeby, rizika i očekávání.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Níže uvedený popis znázorňuje proces rešerše, který vedl k identifikaci relevantních zdrojů pro realizaci mé bakalářské práce.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

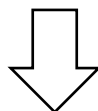
Klíčová slova v češtině: pozdní mateřství, věk prvorodiček, plodnost, asistovaná reprodukce, zdravotní rizika, odklad rodičovství, psychosociální aspekty, demografický vývoj, věková hranice

Klíčová slova v angličtině: late motherhood, maternal age, fertility, assisted reproduction, health risks, postponed parenthood, psychosocial aspects, demographic trends, age limit

Jazyk: čeština, angličtina

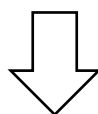
Období: 2010 – 2025

Další kritéria: dostupnost celého textu

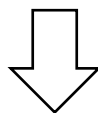


VYUŽITÉ DATABÁZE:

PubMed, ProQuest, ScienceDirect, EBSCO, katalog K.UTB

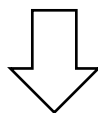


Celkem bylo nalezeno 2463 článků.



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

Duplicitní články, kvalifikační práce, dokumenty nesplňující vyhledávací kritéria



**SUMARIZACCE POUŽITELNÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH
DOKUMENTŮ:**

EBSCO – 3 články

ProQuest – 6 článků

PubMed – 20 článků

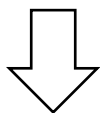
ScienceDirect – 3 články

OECD Family Database – 1 článek

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) – 1 článek

Handbook Germany – 1 článek

Migration.gv – 1 článek



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

Behavioral Sciences – 1

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology – 3

CE Noticias Financieras, English ed. – 2

Danube – 1

Dítě pod lupou – 1

Geburtshilfe und Frauenheilkunde – 1

Handbook Germany – 1

Human Reproduction 1

Human Reproductive Open 1

Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research – 1

Journal of Clinical Medicine – 1

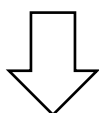
Journal of Family and Reproductive Health – 1

Journal of Perinatal Medicine – 1

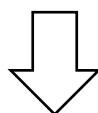
Journal of Perinatology – 1

Journal of Women's Health – 1

Maturitas – 1



Medicine, Health Care and Philosophy – 1
Medicina – 1
Migration.gv. – 1
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR – 1
Moravian Geographical Reports – 1
OECD – 1
PLOS ONE – 2
Reproductive Health – 1
Revista da Escola de Enfermagem da USP – 1
Rodičem kdykoliv a jakkoliv? – 1
Scientific Reports – 1
Social Science & Medicine – 1
Sociológia – 1
The Journal of Obstetrics & Gynecology of India – 1
The Lancet Global Health – 1
World Journal of Clinical Pediatrics – 1



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 25 odborných článků. Dále byly využity 2 knihy a 5 oficiálních webových/dokumentárních zdrojů

2 POZDNÍ MATEŘSTVÍ – DEFINICE, VÝVOJ A DEMOGRAFICKÉ SOUVISLOTI

Jednotná definice pozdního mateřství neexistuje, neboť různé studie pracují s odlišnými věkovými hranicemi. Nejčastěji je za hranici vyššího mateřského věku považováno 35 let a více. U mužů bývá tato hranice stanovena o něco výše – zpravidla od 40 let, ale některé výzkumy uvádějí jako „vyšší věk“ už 31 či 32 let, což komplikuje meziroční a mezinárodní srovnání (Neeser et al., 2023). Pozdní mateřství bývá spojováno s rozhodnutím žen odložit narození dítěte do vyššího věku, nejčastěji kvůli profesním, studijním nebo socioekonomickým důvodům. Tento trend je v západních společnostech stále častější, přesto však zůstává jeho přesné vymezení nejednoznačné. Například Schure et al. navrhuje definovat pozdní mateřství nejen podle věku, ale i parity a rizika předčasného porodu. Na základě analýzy údajů více než 200 000 žen určili hranici „pozdního mateřství“ jako 33 let pro nulipary, 35 let pro ženy s jedním porodem a 38 let pro ženy se dvěma porody (Schure et al., 2012). Otázku biologických rizik spojených s vyšším věkem rodiček zkoumala metaanalýza Saccone et al., která porovnávala rizika mateřských a perinatálních komplikací u žen starších 40, 45 a 50 let s mladšími kontrolními skupinami. Studie zahrnovala pouze výzkumy s relevantním srovnáním, zatímco kazuistiky a případové série byly vyloučeny. Hlavním sledovaným výstupem byl výskyt mrtvého plodu, přičemž výsledky ukázaly významně vyšší rizika u žen ve vyšších věkových kategoriích (Saccone et al., 2022).

Pozdní mateřství je také předmětem intenzivních etických debat. De Clercq et al. se v této souvislosti snaží překročit tradiční rámec, který se soustředí na reprodukční spravedlnost a rizika asistované reprodukce. Autoři se zaměřují na etickou perspektivu tzv. „starších matek“ a upozorňují na hluboce zakořeněné předsudky – například ageismus (věková diskriminace), ableismus (diskriminace na základě zdravotního stavu nebo tělesné zdatnosti) a silný důraz na genetické příbuzenství. Skrze feministickou teorii zranitelnosti kriticky reflektují normy mateřství a nabádají k větším investicím do výzkumu ženského reprodukčního stárnutí. Podle nich by taková investice nebyla jen eticky ospravedlnitelná, ale přímo žádoucí (De Clercq et al., 2023). Pozdní mateřství je fenoménem, který se vyskytuje především ve velkých městech a je ovlivněn ekonomickými a sociálními faktory, zatímco v tradičních venkovských komunitách nadále převažuje těhotenství v mladém věku. Můžeme tedy říci, že se jedná o jev převážně kosmopolitní, nikoli globální (CE Noticias Financieras, 2023). Podle výzkumů mají vzdělanější ženy tendenci odkládat

mateřství do pozdějších let, zatímco ženy s nižším vzděláním se stávají matkami dříve, obvykle před dosažením 25 let. Ženy s vysokoškolským vzděláním se stávají matkami mezi 26. a 30. rokem, přičemž některé až po 35. roce. Tento trend souvisí s rostoucí snahou žen dosáhnout profesního postavení před založením rodiny (Duda, Turečková a Buryová, 2023). Významně se mění i charakter pozdního mateřství. Zatímco v minulosti bylo spojováno s především s dokončováním velikosti rodiny, dnes se jedná často o věk, kdy ženy mateřství teprve zahajují (Šprocha a Fitalová, 2022).

V tomto kontextu se objevují nové etické otázky spojené s mateřstvím ve vyšším věku. Autorky De Clercq et al. poukazují na potřebu proměnit současný etický diskurz – především tím, že upozorňují na nedostatečné porozumění procesu ženského reprodukčního stárnutí. Dosavadní literatura se zabývá odkládáním rodičovství především ve vztahu k reprodukční spravedlnosti a etickým aspektům využívání technologií asistované reprodukce (ART), jako jsou nerovnosti v přístupu, nedostatečné regulace, otázky bezpečnosti nebo genetický screening. Autorky se však snaží nabídnout jinou perspektivu. Namísto klasického důrazu na rizika spojená s početím v pozdějším věku nebo na samotné reprodukční technologie chtějí přehodnotit samotné základy reprodukční etiky – a to z pohledu tzv. „geriatrické matky“. Usilují tedy o to, aby „starší matka“ nebyla vnímána jako výjimka, ale jako legitimní subjekt diskurzu. Tlak na ženy, aby se staly matkami, je v západní společnosti silný a proniká nejen do politických opatření, ale i do každodenní komunikace. Bezdětné ženy jsou často dotazovány: „Kdy budeš mít děti?“, čímž se předpokládá, že odkládají něco přirozeného nebo zanedbávají biologické hodiny. Tento tlak může být stigmatizující, způsobuje pocity sobectví, nedostatečnosti a ovlivňuje vztahy. Současně je silně přítomen tzv. geneticismus – důraz na genetickou příbuznost jako nej přirozenější formu rodičovství. Neplodnost je často chápána jako neschopnost mít geneticky vlastní dítě, ne jako neschopnost pečovat. Tento přístup vytváří tlak na ženy, aby za každou cenu použily vlastní genetický materiál (homologní IVF), přičemž dárcovství nebo adopci vnímají až jako poslední možnost. Taková hierarchie reprodukčních možností nejen zatěžuje ženy psychicky a fyzicky, ale může také vést k vykořisťování marginalizovaných žen, například v případě náhradního mateřství (De Clercq et al., 2023).

V posledních desetiletích dochází v evropských zemích k poklesu plodnosti, a to v důsledku rozsáhlých kulturních, sociálních a ekonomických změn. Tento trend lze sledovat ve státech jako Itálie, Norsko či Španělsko, zatímco v jiných, např. Portugalsku,

zůstává plodnost stabilní. Rostoucí věk prvorodiček je často považován za výsledek snahy žen dosáhnout nejprve profesní či osobní stability (Molina-García et al., 2019).

2.1 Vývoj věku prvorodiček v Evropě

Věk ženy je jedním z nejzásadnějších faktorů ovlivňujících plodnost. S jeho rostoucí hodnotou přirozeně klesá pravděpodobnost početí, což činí z vyššího mateřského věku významný rizikový faktor neplodnosti (Temmesen et al., 2023).

Od druhé poloviny 20. století dochází ve většině vyspělých zemí k významnému nárůstu průměrného věku žen při narození prvního dítěte. V západní Evropě byl tento trend patrný již od 60. let, zatímco ve střední a východní Evropě se začal projevovat až v 90. letech (Slabá, Kocourková a Šťastná, 2021). V České republice se průměrný věk prvorodiček zvýšil z 22,5 let v roce 1990 na 25 let v roce 2000 a dále až na 28,4 let v roce 2018. Na Slovensku byl průměr ve stejném roce 27,5 roku (Šprocha a Fitalová, 2022). Ve Španělsku průměrný věk matek překročil v roce 2018 hranici 31 let. Tento posun souvisí nejen s měnícím se životním stylem, ale také s úbytkem žen v reprodukčním věku a poklesem celkové porodnosti – například ve Španělsku klesl počet narozených dětí z 520 000 v roce 2008 na 373 000 v roce 2018 (CE Noticias Financieras, 2019). Podobný trend je patrný také ve Francii, kde se mezi lety 2000 a 2019 zdvojnásobil počet porodů žen ve věku 40–50 let. Zároveň však francouzské zákony znemožňují léčbu neplodnosti ženám starším 43 let, což vede k tzv. reprodukční migraci například do Španělska (Desy a Marre, 2024). Statistiky Eurostatu z roku 2021 ukazují, že průměrný věk prvorodiček v EU (Evropské unii) dosahuje téměř 30 let (Ahmad, Sechi a Vismara, 2024). Nejnížší hodnoty jsou zaznamenány ve východní Evropě (např. Bulharsko – 26,4 roku), naopak nejvyšší v Itálii (31,4 roku) nebo Lucembursku (31,0 roku). Podobný vývoj je pozorován i mimo Evropu – ve Spojených státech vzrostl průměrný věk z 21,4 v roce 1970 na 25 let v roce 2006, v Austrálii dokonce až na 30,8 let (Bellieni, 2012; Bellieni, 2016).

Odkládání rodičovství se netýká pouze žen, ale i mužů. V celé EU roste podíl otců ve věku nad 40 let. Tento vývoj je úzce propojen s kulturními a ekonomickými faktory, zejména snahou o dosažení profesní a finanční stability před založením rodiny (Neeser et al., 2023). Značný vliv mají také podmínky státní podpory rodin. Například ve Švédsku a Dánsku existuje velkorysá politika rodičovské dovolené a přídatků na děti, zatímco v USA federální zákony nevyžadují povinnou placenou mateřskou dovolenou, což negativně ovlivňuje reprodukční chování žen (Temmesen et al., 2023).

2.2 Mezinárodní srovnání a dopady na společnost

Pozdní mateřství se stává globálním jevem, avšak jeho intenzita a charakter se v jednotlivých zemích výrazně liší. Nejvýraznější je tento trend ve vyspělých západních státech, kde je posun věku prvního porodu spojen s měněním se postavením žen ve společnosti, vyšším dosaženým vzděláním, kariérními aspiracemi a ekonomickou nejistotou v rané dospělosti (Ahmad, Sechi a Vismara, 2024; Temmesen et al., 2023; Molina-García et al., 2019). Například ve Velké Británii se podíl porodů u žen ve věku 40–44 let zvýšil z 7,3 na 11,4 porodů na 1000 žen během pouhých deseti let (1997–2007). V roce 2013 připadalo v Anglii a Walesu 20 % porodů na ženy starší 35 let, zatímco v roce 1980 to bylo pouze 6 % (Vaughan, Cleary a Murphy, 2014; Lean et al., 2017).

V zemích jako Francie, Španělsko nebo Itálie se průměrný věk prvorodiček pohybuje mezi 31 a 32 lety, přičemž zároveň dochází k poklesu celkové porodnosti. Zatímco Francie si udržuje vyšší míru porodnosti (1,9 dítěte na ženu), ve Španělsku se tato hodnota pohybuje okolo 1,3 dítěte (CE Noticias Financieras, 2019). Naopak ve Spojených státech se průměrný věk prvorodiček v posledních desetiletích posunul z 21,4 let (1970) na 25 let (2006), ale v porovnání s Evropou je stále relativně nízký (Bellieni, 2012). Specifickým problémem zde zůstává absence státem garantované placené mateřské dovolené, což může negativně ovlivňovat rozhodování žen o načasování rodičovství (Temmesen et al., 2023).

V evropském kontextu se demografické rozdíly promítají i do regionální úrovně – například na Slovensku je pozdní mateřství častější ve větších městech, zatímco venkov si udržuje tradičnější model raného rodičovství. Tyto rozdíly poukazují na význam kulturního a socioekonomického kontextu při utváření reprodukčního chování (Šprocha a Fitalová, 2022). Odkládání mateřství má přímé důsledky pro demografický vývoj společnosti. Snižuje se celkový počet narozených dětí, prodlužuje se interval mezi generacemi a zvyšuje se riziko nedobrovolné bezdětnosti. Tento trend přispívá ke stárnutí populace a představuje výzvu pro udržitelnost důchodových a zdravotních systémů (Vaughan, Cleary a Murphy, 2014). Současně se zvyšuje poptávka po metodách asistované reprodukce, které jsou často vnímány jako kompenzační nástroj k biologickému omezení plodnosti v pozdějším věku. Avšak ani moderní technologie nedokážou zcela nahradit přirozený reprodukční potenciál, který s věkem klesá (Bellieni, 2016).

3 DŮVODY ODKLADU MATEŘSTVÍ

3.1 Ekonomické důvody

Ekonomické faktory představují jeden z nejvýznamnějších důvodů, proč ženy odkládají mateřství. V moderní společnosti je mateřství často vnímáno jako závazek, který vyžaduje určitou míru materiální jistoty, profesní stability a osobní připravenosti. Ženy tak častěji usilují o dosažení vyššího vzdělání, finanční nezávislosti a kariérního postupu, což přirozeně vede k oddalování založení rodiny (Bellieni, 2012; Ahmad, Sechi a Vismara, 2024).

Těhotenství a následná mateřská dovolená představují dle výzkumu Cooke a kolektivu zásadní zásah do profesního života ženy. Zejména v konkurenčním pracovním prostředí může mít těhotenství negativní dopad na pracovní pozici, příjem i dlouhodobý kariérní růst. Ženy proto často načasují rodičovství do období, kdy dosáhnou ekonomické stability a jistoty zaměstnání, a kdy mají nárok na peněžitou pomoc v mateřství či jiné sociální benefity (Temmesen et al., 2023).

Výzkumy potvrzují, že ženy s vyšším vzděláním investují více do profesního růstu, vstupují do mateřství později a častěji využívají asistovanou reprodukci. Obvykle vstupují do manželství před narozením dítěte, zatímco ženy s nižším vzděláním mívají děti mimo manželství a dříve, často ještě před dosažením ekonomické nezávislosti (Duda, Turečková a Buryová, 2023; Vaughan et al., 2014).

Zásadní vliv mají také strukturální podmínky – délka rodičovské dovolené, flexibilita zaměstnavatelů, dostupnost a výše přídavků na děti nebo možnost čerpání státní podpory. Nedostatečné benefity a složitý návrat na pracovní trh mohou vést k obavám z ekonomického znevýhodnění, což vede k oddalování rodičovství. Naopak stabilní pracovní zázemí, jistota příjmu a možnost plánování rodičovství s ohledem na podporu státu usnadňují ženám rozhodnutí stát se matkami (Temmesen et al., 2023).

Rozdíl v přístupu se odráží i v návratu do zaměstnání – zatímco ženy s nižším vzděláním se často vracejí později, vzdělanější ženy se do práce vracejí rychleji, nebo pokračují v pracovních aktivitách i během mateřské dovolené. Tento přístup je často

motivován obavami ze ztráty kvalifikace nebo pracovní pozice (Duda, Turečková a Buryová, 2023).

V reakci na ekonomickou nejistotu některé firmy nově nabízejí benefity, jako je například krytí nákladů na zmrazení vajíček, čímž podporují oddalování rodičovství do „příznivější fáze života“. Tento přístup odráží současné trendy, kdy se zaměstnavatelé více angažují v životních rozhodnutích zaměstnankyň (Bellieni, 2016).

Systémy sociální podpory se v evropských zemích liší. Česká republika poskytuje poměrně štědrý rodičovský příspěvek. Od roku 2024 ve výši 350 000 Kč (525 000 Kč u vícerčat), který lze čerpat do tří let věku dítěte. Rodiče mají možnost přizpůsobit každé tři měsíce výši měsíční dávky svým potřebám. Výše závisí na příjmu a typu podpory (peněžitá pomoc v mateřství či nikoli), přičemž maximum činí 13 000 Kč až 57 060 Kč měsíčně. Základní podmínkou je trvalý pobyt rodiče i dítěte na území České republiky (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2025).

V Německu je základní rodičovský příspěvek (Elterngeld) stanoven na 67 % čistého příjmu a náleží i osobám bez zaměstnání. Minimální částka činí 300 eur a maximální 1 800 eur měsíčně. Základní příspěvek je možné čerpat během prvních 14 měsíců života dítěte, přičemž si ho rodiče mohou mezi sebou rozdělit. Existují i varianty jako rodičovský příspěvek plus (ElterngeldPlus) a partnerský bonus (Partnerschaftbonus), které podporují rovnoměrnější zapojení obou rodičů a flexibilitu. Programy umožňují prodloužit dobu čerpání příspěvku až do 32. měsíce věku dítěte, a zároveň umožňují pracovat na částečný úvazek. Nárok zaniká, pokud společný roční příjem rodičů přesáhne stanovený limit. Od roku 2025 byl snížen z 300 000 eur na 175 000 eur (Handbook Germany, 2024; OECD, 2024).

Rakousko nabízí pět modelů podpory – od paušálních částek po příjmově vázané. Výplata může dosáhnout až 2 100 eur měsíčně při 80 % předchozího příjmu po dobu 12 měsíců, s možností prodloužení o další dva měsíce při střídání rodičů. Rodičovská dovolená (Karenz), trvá až 24 měsíců, ale podmínkou je společná domácnost rodiče s dítětem. Paušální podpora se pohybuje mezi 15,38 a 35,85 eura denně v závislosti na délce vyplácení (365 až 851 dní), přičemž při zapojení obou rodičů je možné délku prodloužit o 25 % (Bundesministerium für Inneres, 2025).

Na Slovensku trvá rodičovská dovolená do tří let věku dítěte, ale příspěvek může pobírat pouze jeden z rodičů. Výše podpory činí 413 eur měsíčně (po mateřské dovolené) nebo 301 eur (bez předchozí mateřské dovolené). Zajímavostí slovenského systému je nárok otců na dalších 28 týdnů peněžitě pomoci v mateřství (OECD, 2024).

Polský systém zajišťuje 41 týdnů rodičovské dovolené, z toho každému z rodičů náleží 9 týdnů nepřenosného volna tzn. že nejsou přenosné na druhého rodiče. Výše podpory činí 70 % (bez stanoveného horního limitu) nebo 81,5 % (po dobu 32 týdnů) příjmu dle zvoleného režimu (OECD, 2024).

Rozdíly v délce dovolené, výši příspěvků a míře flexibility mohou zásadně ovlivnit rozhodování párů o rodičovství – zejména u žen, které se pohybují na hranici biologické plodnosti. Výzkumy ukazují, že ženy vstupující do mateřství ve vyšším věku mají obvykle vyšší příjmy, stabilní zaměstnání a silné zázemí, což jim umožňuje lépe zajistit dítě a částečně kompenzovat biologická rizika (Lean et al., 2017).

Zároveň platí, že ekonomická nejistota, nízký příjem, nestabilní pracovní smlouvy nebo absence zaměstnání patří k hlavním důvodům, proč ženy mateřství oddalují. Výzkumy prokazují, že s rostoucím příjmem stoupá i věk, kdy se ženy rozhodnou stát matkami (Molina-García et al., 2019).

3.2 Sociální důvody

Sociální faktory hrají klíčovou roli v rozhodování žen o načasování mateřství. Proměna tradičních rodinných modelů, individualizace, měnící se hodnoty a rostoucí důraz na seberealizaci přispívají k tomu, že těhotenství je stále častěji odkládáno do vyššího věku (Neeser et al., 2023). Pozdní mateřství se stává společensky akceptovaným a je vnímáno jako legitimní fáze životní dráhy – až po dosažení vzdělání, profesního růstu, cestovatelských či osobních cílů (Ahmad, Sechi a Vismara, 2024).

Významným prvkem jsou média a jejich zobrazování žen. Úspěšná bezdětná žena je často stavěna do role moderního ideálu, zatímco mateřství je prezentováno jako „třešnička na dortu“, která má následovat až po naplnění všech ostatních životních ambicí (Bellieni, 2016). Tento kulturní narativ vytváří iluzi svobodného rozhodování, které je však často podmíněné vnějšími tlaky a zároveň stigmatizuje časně rodičovství (Bellieni, 2012).

Společenské změny se promítají i do přístupu k alternativním formám rodičovství. Svobodné mateřství je dnes výrazně akceptovanější než v minulosti a reprodukční technologie, jako je zmrazení vajíček, poskytují ženám nástroje, jak načasovat těhotenství podle svých preferencí (Temmesen et al., 2023; Mintziori et al., 2019). Spolu s tím však roste důvěra v moderní medicínu – často až přehnaná. Ženy i muži mezi 36–40 lety si mnohdy neuvědomují přirozený pokles plodnosti a přeceňují účinnost asistované reprodukce (Safdari-Dehcheshmeh et al., 2023). Tento optimismus je posilován kulturními slogany jako „třicítka jsou nové dvacítky“, které podporují oddalování rodičovství, přestože biologické limity zůstávají nezměněny (Bellieni, 2016).

Zásadní vliv má také vzdělání. Mezi délkou studia a věkem při narození prvního dítěte existuje silná nepřímá závislost – ženy s vyšším vzděláním odkládají mateřství nejen kvůli náročnosti studia, ale i proto, že se často uplatňují v časově náročných a kariéře orientovaných profesích. Studie Brauner-Otta potvrzuje, že mladí lidé s vysokoškolským vzděláním plánují rodičovství systematicky později. Vzdělání rovněž formuje životní hodnoty, důraz na osobní rozvoj a pracovní ambice, čímž dále podporuje vědomý odklad zakládání rodiny (Safdari-Dehcheshmeh et al., 2023).

Veřejné mínění a kulturní normy pak výrazně ovlivňují, jak ženy načasování mateřství prožívají. Mnohé z nich vnímají, že rozhodování není plně v jejich rukou, protože je utvářeno kombinací očekávání, mediálních obrazů a nedostatečné osvěty o rizicích spojených s vyšším věkem. Přestože existují informační kampaně zaměřené na edukaci o plodnosti, jejich dopad je zatím omezený a nevýrazný (Temmesen et al., 2023).

Z hlediska populační dynamiky se pozdní mateřství nejeví jako výjimečný jev, ale jako nový normativní model. Demografická data ukazují, že hlavní změna nespočívá v nárůstu mladistvých těhotenství, ale v rostoucím počtu žen, které své první dítě plánují až po třicítce (Bellieni, 2016). Tento posun je vysvětlován v rámci teorie druhé demografické tranzice, která upozorňuje na změnu hodnot – od tradiční orientace na rodinu směrem k individualitě, seberealizaci a odkládání rodičovství (Šprocha a Fitalová, 2022).

Sociální kontext mateřství navíc formují i legislativní a institucionální podmínky. Nedostatečná délka rodičovské dovolené, nízká flexibilita zaměstnavatelů a nedostupnost péče o děti představují překážky, které rodičovství komplikují především u žen s nižší socioekonomickou stabilitou (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021). Zároveň se ukazuje,

že mnoho žen mateřství oddaluje i kvůli absenci vhodného partnera či kvůli přesvědčení, že „ještě není ten správný čas“ (Molina-García et al., 2019).

Ačkoli moderní medicína nabízí technická řešení v podobě asistované reprodukce nebo kryokonzervace vajíček, biologické limity zůstávají – riziko neplodnosti i spontánního potratu s věkem výrazně roste. Například u čtyřicetiletých žen dosahuje riziko potratu až 40 %, u pětáctiletých dokonce 75 %. Odklad mateřství tak sice může být v souladu s individuálními preferencemi, ale zároveň přináší zvýšená zdravotní i psychologická rizika, na která je třeba ženy dostatečně připravovat (Allahbadia, 2016).

3.3 Vztahové důvody

Vedle ekonomických a sociálních aspektů hrají při odkladu mateřství zásadní roli i vztahové okolnosti. Mnoho žen oddaluje rodičovství kvůli absenci vhodného partnera, nejisté partnerské situaci nebo z důvodu vnitřního pocitu nepřipravenosti na roli matky. Současná společnost se vyznačuje pozdějším vstupem do manželství, rostoucí rozvodovostí a proměnou vnímání partnerských závazků, což prodlužuje období single života a oddaluje rozhodnutí o založení rodiny (Neeser et al., 2023; Bellieni, 2016).

V mladším věku ženy často nepocítují dostatečnou emoční nebo psychickou připravenost k mateřství. Záměrný odklad však s sebou nese riziko neplodnosti, potřeby asistované reprodukce či nenaplnění původních plánů ohledně počtu dětí. Na druhé straně ženy, které vstupují do mateřství později, často vnímají rodičovství jako promyšlené a zodpovědné rozhodnutí – bývají si jistější svými životními prioritami, cítí se stabilnější ve vztahu a jsou ochotnější věnovat dítěti více času. Rozhodování o rodičovství je tedy velmi individuální proces doprovázený vnitřním dilematem. Ženy si uvědomují biologické limity, ale zároveň chtějí „správné“ načasování. Obávají se, že pokud budou mateřství příliš dlouho odkládat, mohou čelit problémům s otěhotněním, a zároveň se bojí lítosti z nenaplněného rodičovství (Temmesen et al., 2023).

Významný vliv na odklad mateřství má i pracovní zatížení. Podle Matysiaka a Vignoliho má zaměstnání negativní dopad na pravděpodobnost početí prvního i druhého dítěte. U profesí vyžadujících dlouhodobou specializaci, například u lékařek, uvádí až 64 % žen, že těhotenství odložily kvůli kariéře (Safdari-Dehcheshmeh et al., 2023).

Nezanedbatelnou roli hraje také nejistota v partnerském životě. Ženy bez stabilního partnera častěji zvažují využití metod asistované reprodukce, zejména pokud se nacházejí v období klesající plodnosti (Ahmad, Sechi a Vismara, 2024). Právě absence partnera je nejčastějším důvodem pro preventivní zmrazení vajíček. Ženy si tímto způsobem zajišťují možnost biologického mateřství v budoucnosti (Mintziori et al., 2019; Kasaven et al., 2022).

Demografické změny, jako je posun věku při vstupu do manželství a rostoucí míra rozvodovosti, výrazně ovlivňují vztahovou stabilitu. U starších žen zároveň rostou nároky na partnera, což dále komplikuje hledání vhodného životního partnera a přispívá k rozhodnutí využít asistovanou reprodukci (Lean et al., 2017; Šprochta a Fitalová, 2022).

Podle analýzy Safdari-Dehcheshmeh et al. lze faktory ovlivňující odklad mateřství rozdělit na mikroúrovňové a makroúrovňové. Na mikroúrovni hrají klíčovou roli osobnostní charakteristiky, profesní ambice, vnímání připravenosti na roli matky a mezilidské vztahy. Mezi vztahové faktory patří zejména stabilita partnerského vztahu, kvalita komunikace, emoční blízkost a podpora ze strany okolí – rodiny, přátel a kolegů. Stabilní a podpůrný partnerský vztah podle výzkumu Benziése a jeho kolegů patří mezi hlavní předpoklady pro rozhodnutí stát se rodičem. Po zdravotním stavu ženy je právě existence důvěryhodného partnera druhým nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím načasování těhotenství. Jedinci, kteří nejsou v dlouhodobém, stabilním vztahu, často rodičovství odkládají, neboť nechtějí být na tuto roli sami (Safdari-Dehcheshmeh et al., 2023).

Mnohé ženy zakládají rodinu až v rámci druhého manželství nebo po delší vztahové pauze. Jiné uvádějí, že potřebují více času k emočnímu dozrání. V některých případech může být důvodem i předchozí traumatická zkušenost, například spontánní potrat, který prodlužuje rozhodování o dalším těhotenství a zvyšuje nejistotu (Bellieni, 2016).

Empirická data rovněž potvrzují souvislost mezi vztahem a načasováním rodičovství – ženy žijící v páru mívají při narození prvního dítěte vyšší průměrný věk než ženy bez partnera (Molina-García et al., 2019).

4 ZDRAVOTNÍ ASPEKTY

Pozdní mateřství je spojeno s řadou zdravotních rizik, která se týkají jak samotné ženy, tak plodu. Výzkumy potvrzují, že po 35. roce života klesá schopnost přirozeného početí a významně narůstá výskyt komplikací během těhotenství. Mezi nejčastější patří gestační diabetes, hypertenze, preeklampsie, eklampsie, předčasný porod nebo nutnost porodu císařským řezem (Ahmad, Sechi a Vismara, 2024; Bellieni, 2016). Zvyšuje se rovněž riziko potratu, ruptury dělohy i vývojových vad plodu. Pravděpodobnost chromozomálních abnormalit, zejména Downova syndromu, výrazně stoupá po 36. roce věku. Starší věk matky je tak z medicínského hlediska považován za rizikový faktor, který vyžaduje zvýšený dohled během těhotenství a porodu (Bellieni, 2016).

Fyziologická zátěž a adaptační schopnosti

Těhotenství v pozdějším věku přináší také větší fyziologickou zátěž. Organismus ženy se po 35. roce adaptuje na těhotenství a porod pomaleji, což může ovlivnit jak průběh těhotenství, tak schopnost zotavení po porodu. Studie ukazují, že ženy nad 35 let častěji vnímají svůj zdravotní stav jako průměrný a v důsledku toho volí méně efektivní strategie zvládání stresu, jako je popírání, obviňování sebe sama nebo pasivní vyrovnávání. Naopak ženy s dobrou fyzickou kondicí častěji využívají strategie aktivního zvládání, pozitivního přerámování a přijetí (Mróz et al., 2024).

Pokles plodnosti a genetické riziko

Po 35. roce života dochází u žen k přirozenému poklesu počtu i kvality vajíček, což vede ke zvýšenému výskytu genetických abnormalit, zejména aneuploidií. Pravděpodobnost potratu stoupá z přibližně 10 % u žen ve věku 20 let na více než 50 % u žen nad 45 let (Kasaven et al., 2022; Allahbadia, 2016). Klesá také pravděpodobnost otěhotnění – z 34 % u dvacetiletých žen na 0,5 % u žen ve věku 45 let (Temmesen et al., 2023). Z biologického hlediska dochází se stárnutím k urychlenému opotřebování oocytů – vaječníky stárnou až pětikrát rychleji než děloha, což vysvětluje označení „geriatrická rodička“ pro ženy nad 35 let (De Clercq et al., 2023). Tento proces je úzce spjat s vyšším výskytem chyb během meiózy, které vedou k chromozomálním odchylkám a spontánním potratům (Feodor Nilsson et al., 2014). Nízká plodnost ve vyšším věku je hlavním důvodem, proč ženy častěji vyhledávají metody asistované reprodukce, zejména IVF,

intracytoplazmatickou injekci spermií (ICSI) nebo dárcovství oocytů. Přestože technologický pokrok rozšířil možnosti početí, účinnost těchto metod u starších žen zůstává omezená. Metaanalýza Potdara et al. uvádí, že míra pokračujících těhotenství na jedno rozmrazené vajíčko dosahuje přibližně 7 %, přičemž vyšší úspěšnost je spojena s použitím dárcovských oocytů (Allahbadia, 2016).

Možnosti prevence a vliv životního stylu

Jedním ze způsobů, jak si ženy mohou uchovat reprodukční potenciál, je zmrazení vajíček ve věku kolem 30 let. Tato strategie se nejčastěji využívá v případě, kdy žena aktuálně nemá vhodného partnera, ale plánuje těhotenství v budoucnu. Ani zmrazení oocytů však nezaručuje úspěch – výsledky závisí nejen na kvalitě vajíček, ale i na celkovém zdravotním stavu ženy (Mintziori et al., 2019; Kasaven et al., 2022). Významný vliv má i životní styl. Faktory jako nadváha, kouření, užívání léků ovlivňujících hormonální rovnováhu či pohlavně přenosné choroby mohou s rostoucím věkem výrazněji narušovat plodnost (Temmesen et al., 2023). Navzdory existenci vzdělávacích kampaní veřejnost – včetně samotných žen – často podceňuje souvislost mezi věkem a poklesem plodnosti i nižší úspěšností asistované reprodukce. Reálné životní okolnosti, jako je pracovní zátěž nebo složité hledání partnera, pak často znemožňují dřívější rozhodnutí o početí (De Clercq et al., 2023). Statistiky ukazují, že zatímco mladší ženy otěhotní obvykle do tří měsíců, ženy nad 35 let čekají průměrně až dva roky. S přibývajícím věkem zároveň roste pravděpodobnost, že k početí bude nutná asistovaná reprodukce (Molina-García et al., 2019).

Psychosomatické a psychické zatížení

Ženy ve věku 35 let a více, které zažijí neplánované těhotenství, často čelí nejen zdravotním komplikacím, ale i zvýšenému psychickému stresu. Typické potíže zahrnují únavu, bolestivost, zhoršenou tělesnou kondici a přítomnost chronických onemocnění (např. astma). K psychické zátěži přispívají také strach z porodu, obavy z císařského řezu či nejistota ohledně kojení (Aldrighi et al., 2024). Starší prvorodičky častěji vykazují vyšší míru úzkosti v souvislosti s obavami o zdraví dítěte či vlastní anamnézu (Molina-García et al., 2019). Veřejný a odborný diskurz navíc často označuje pozdní mateřství za rizikové, což může vést ke stigmatizaci a zhoršení psychické pohody (De Clercq et al., 2023).

Riziko spontánního potratu

S rostoucím věkem významně narůstá riziko spontánních potratů. Podle Feodora Nilssona et al. mají ženy ve věku nad 40 let více než třikrát vyšší riziko potratu v prvním trimestru oproti ženám ve věku 25–29 (Feodor Nilsson et al., 2014). Studie ze skandinávských nemocnic uvádí tyto hodnoty:

- do 30 let: 12 %,
- 30–34 let: 15 %,
- 35–39 let: 25 %,
- 40–44 let: 51 %,
- nad 45 let: až 93 % (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Nejčastěji k těhotenské ztrátě dochází mezi 6. a 14. týdnem v důsledku genetických vad, hormonálních nerovnováh nebo změn v děložním prostředí (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Poruchy placenty

Ženy ve vyšším věku (AMA – advanced maternal age) čelí zvýšenému riziku závažných poruch placenty:

- Placenta praevia – částečně nebo zcela překrývá děložní hrdlo. Riziko je až 10krát vyšší u nerodících žen nad 40 let.
- Abrupce placenty – předčasné odlučování placenty od děložní stěny, které může vést k fatálním následkům u matky i dítěte. Míra úmrtnosti plodu se pohybuje od 1 % do 40 %. Tato komplikace je příčinou 1–5 % všech mateřských úmrtí (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Mateřská úmrtnost

S přibývajícím věkem roste také riziko úmrtí matky. Tanaka et al. uvádějí, že ženy nad 40 let mají 2,3krát vyšší riziko mateřského úmrtí než ženy ve věku 35–39 let. Nejčastější příčinou byla hemoragická cévní mozková příhoda (CMP) vyvolaná preeklampií (Tanaka et al., 2023). Correa-de-Araujo a Yoon zaznamenali v roce 2016 míru mateřské úmrtnosti u žen nad 40 let ve výši 81,9 na 100 000 porodů – 7,7krát více než u žen mladších 25 let. Vyšší riziko se týká zejména afroamerických žen, žen s postižením a žen v regionech

s omezenou dostupností zdravotní péče. Mezi nejčastější příčiny úmrtí patří těžké krvácení, infekce a kardiovaskulární onemocnění. Mateřská úmrtí se rozdělují do tří fází:

- $\frac{1}{3}$ během těhotenství,
- $\frac{1}{3}$ během porodu nebo prvního týdne po něm,
- $\frac{1}{3}$ v období do jednoho roku po porodu (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

V zemích s nižšími příjmy bývá vyšší úmrtnost způsobena kombinací špatné zdravotní péče, pokročilého věku rodiček a vysokého počtu předchozích těhotenství (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Další rizikové faktory

Starší matky čelí vyššímu výskytu císařských řezů. U žen nad 50 let dochází častěji k děložní atonii, poruchám činnosti dělohy, abnormální implantaci placenty či těžkým poraněním hráze. Vyšší je také pravděpodobnost potřeby krevní transfuze. Starší rodičky mají po porodu vyšší riziko prodloužené hospitalizace – u žen ve věku 40–44 let je toto riziko 1,35násobné, u žen nad 50 let téměř pětínásobné (Richards et al., 2016). Dále se ukazuje, že i pracovní podmínky, jako noční směny nebo zvedání těžkých břemen, mohou významně zvyšovat riziko potratu a vyžadují odpovídající ochranná opatření (Feodor Nilsson et al., 2014).

4.1 Rizika a přínosy pro plod a novorozence

Ženy starší 40 let častěji trpí chronickými onemocněními, jako je diabetes, hypertenze či obezita, což zvyšuje riziko komplikací v těhotenství i při porodu. Novorozenci těchto matek mají vyšší pravděpodobnost vrozených vad, nízké porodní hmotnosti a mohou vyžadovat intenzivní neonatální péči (Vaughan et al., 2014; Temmesen et al., 2023). Těhotenství ve vyšším věku je spojeno se zvýšeným výskytem perinatálních komplikací. Starší rodičky častěji rodí předčasně, potřebují asistovaný porod a jejich děti mají nižší Apgar skóre i porodní hmotnost. Výskyt spontánních porodů klesá s věkem a přibývá případů mimoděložních těhotenství či nutnosti asistované reprodukce (Schure et al., 2012).

Rizika vyplývající z mateřských komplikací

Mateřské komplikace, jako preeklampsie a kardiovaskulární poruchy, mohou vést k intrauterinní růstové restrikci (IUGR), předčasnému porodu či zhoršené adaptaci novorozence (Tanaka et al., 2023). Riziko mrtvorozenosti se u žen nad 40 let zvyšuje až 1,75krát, stejně jako pravděpodobnost chromozomálních poruch (Lean et al., 2017; Correa-de-Araujo & Yoon, 2021). Studie Saccone et al. dále ukazuje významné zvýšení rizik všech hlavních komplikací – mrtvého plodu, perinatální mortality, hospitalizace novorozence na jednotku intenzivní péče (JIP) i nutnosti císařského řezu (Saccone et al., 2022).

Neurovývojové a genetické poruchy

Děti starších rodičů čelí vyššímu riziku neurovývojových poruch, jako je porucha autistického spektra (ASD), porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), schizofrenie nebo bipolární porucha, což bývá připisováno genetickým a epigenetickým změnám (Neuser et al., 2023). Vyšší věk matek je rovněž spojen s častějším výskytem Downova syndromu a jiných chromozomálních odchylek (Ahmad, Sechi a Vismara, 2024; Correa-de-Araujo & Yoon, 2021). Alkohol v těhotenství dále zvyšuje riziko chromozomálních vad a předčasné ztráty plodu (Feodor Nilsson et al., 2014).

Metabolické a výživové aspekty

Děti starších matek mají v dospělosti častěji poruchy glukózové tolerance a zvýšené riziko diabetu, pravděpodobně v důsledku intrauterinního prostředí a hormonálních vlivů. Některé studie však uvádějí lepší výživový stav v raném dětství (Fall et al., 2015). Výskyt gestačního diabetu výrazně roste s věkem – u žen nad 50 let až na 20 %. Tento stav zvyšuje riziko vývojových vad, perinatální úmrtnosti, makrosomie plodu a následných porodních komplikací (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Další rizika

Děti narozené po metodách asistované reprodukce (zejména IVF, ICSI) čelí zvýšenému riziku předčasného porodu, vrozených vad a imprintingových onemocnění. Vyšší rizika přetrvávají i po zohlednění vlivu věku rodičů (Bellieni, 2012; Molina-García et al., 2019). Diskutují se i dlouhodobé dopady pozdního mateřství na psychosociální vývoj dítěte – například riziko brzké ztráty rodiče, převzetí pečovatelské role, absence aktivních sourozenců či prarodičů, což může ovlivnit vzdělávání a sociální vazby (De Clercq et al., 2023).

Vliv kojení na zdraví dítěte

Kojení má zásadní význam pro zdraví dítěte, zejména pokud se narodilo starší matce, u které může být vyšší riziko těhotenských a novorozeneckých komplikací. Mateřské mléko posiluje imunitní systém, snižuje výskyt infekčních onemocnění a jeho složení se adaptuje podle aktuálních potřeb dítěte. Dlouhodobé kojení je spojováno s nižším rizikem nadváhy, obezity a diabetu 1. i 2. typu. Výzkumy ukazují, že kojené děti mívají zdravější metabolismus a lepší schopnost samoregulace příjmu potravy. Z dlouhodobého hlediska se u nich častěji vyskytuje vyšší úroveň inteligence, lepší školní výsledky a nižší výskyt poruch chování, což může být přínosem pro matky, které vychovávají dítě v pozdějším věku. Významný je i emoční aspekt kojení. Kontakt „kůže na kůži“ podporuje psychickou pohodu dítěte i matky. Kojení tak může hrát důležitou roli při vytváření bezpečné citové vazby, která je důležitá pro adaptaci dítěte a harmonický vývoj vztahu s rodičem. Některé studie navíc naznačují, že kojení může mít i ochranný vliv proti některým chronickým a autoimunitním onemocněním, avšak výsledky v této oblasti zatím nejsou jednoznačné a vyžadují další výzkum (Dvořáková, 2024).

4.2 Rizika a přínosy pro matku

Kardiovaskulární komplikace

U žen starších 40 let se významně zvyšuje riziko závažných kardiovaskulárních onemocnění, která mohou ohrozit jak matku, tak plod. Mezi nejčastější patří arteriální hypertenze, preeklampsie, plicní tromboembolie a hemoragická cévní mozková příhoda. Podle Tanaka et al. byly právě tyto příhody u žen s AMA zaznamenány s vyšší frekvencí než u mladších rodiček. Preeklampsie byla přítomna ve více než 50 % případů hemoragické CMP (Tanaka et al., 2023). Výzkum dále potvrzuje, že ženy starší 40 let mají až o 30 % vyšší pravděpodobnost rozvoje preeklampsie a riziko infarktu myokardu narůstá až třicetinásobně. Tyto skutečnosti podtrhují nutnost včasného screeningu a pečlivého prenatalního dohledu (Šprocha a Fitalová, 2022; De Viti et al., 2019). Vyšší věk bývá navíc spojen s přítomností obezity a metabolických poruch, které mohou těhotenství dále komplikovat (Feodor Nilsson et al., 2014).

Perinatální kardiomyopatie (PPCM)

Peripartální kardiomyopatie je vzácná, ale závažná forma srdečního selhání, která se objevuje v pozdním těhotenství nebo krátce po porodu. Riziko vzniku PPCM je u žen nad 40 let přibližně dvojnásobné oproti mladším ženám (De Viti et al., 2019; Correa-de-Araujo & Yoon, 2021). Mezi hlavní rizikové faktory patří vyšší věk, vícečetné těhotenství

a preeklampsie. U části žen dochází ke spontánnímu zotavení, u jiných však může přetrvávat chronická forma onemocnění s rizikem tromboembolických příhod a arytmií (Dudenhausen a Chervenak, 2010).

Preeklampsie

Preeklampsie se vyznačuje vysokým krevním tlakem a poškozením cílových orgánů, především ledvin. Její výskyt se s věkem zvyšuje: u žen nad 40 let dosahuje incidence 5–10 %, zatímco u žen nad 50 let se objevuje až ve 35 % případů. Toto onemocnění je jedním z nejvýznamnějších rizik spojených s pozdním těhotenstvím a vyžaduje intenzivní sledování a případně i hospitalizaci (Dudenhausen a Chervenak, 2010).

Operační porod

S rostoucím věkem ženy stoupá pravděpodobnost porodu císařským řezem. Mezi důvody patří poruchy porodní činnosti, abnormální poloha plodu, předchozí císařský řez, vícečetné těhotenství a indukce porodu. Studie uvádějí, že plánovaný císařský řez podstupuje 43 % žen nad 40 let oproti 12 % u žen mladších 25 let. U akutních císařských řezů činí rozdíl 30 % versus 8 % (Dudenhausen a Chervenak, 2010). Významný je rovněž vliv prvního porodu, který často určuje budoucí způsob porodu (Vaughan et al., 2014).

Vícečetné těhotenství

Vícečetná těhotenství jsou u žen AMA častější, často v souvislosti s využitím metod asistované reprodukce. Přinášejí však vyšší rizika jak pro matku, tak pro plody. Patří mezi ně zvýšené riziko preeklampsie (až 10 %), anémie (3–4krát vyšší), poporodního krvácení a novorozeneckých komplikací. Z těchto důvodů je často volen císařský řez jako preventivní opatření (Dudenhausen a Chervenak, 2010).

Předčasný porod a IUGR

Starší věk matky zvyšuje riziko předčasného porodu i v případě jednočetného těhotenství. Například riziko porodu před 32. týdnem činí 1,01 % u žen ve věku 20–29 let, ale až 2,24 % u žen starších 45 let. IUGR je dalším častým problémem, který zvyšuje riziko císařského řezu a může mít dlouhodobé důsledky pro metabolické zdraví dítěte (Dudenhausen a Chervenak, 2010).

Přínosy kojení pro matku

Kojení přináší významné zdravotní výhody nejen dítěti, ale i samotné matce, což je důležité zejména v kontextu pozdního mateřství. Slouží jako přirozené pokračování

těhotenství a napomáhá rychlejšímu fyzickému i psychickému zotavení ženy po porodu. Podporuje hormonální rovnováhu a adaptaci na novou životní roli. Výzkumy ukazují, že ženy, které kojí delší dobu, mají nižší riziko vzniku rakoviny prsu a vaječníků. Prodloužené kojení zároveň přispívá k prevenci osteoporózy a zvyšuje hustotu kostní hmoty, což je zvláště přínosné pro ženy ve vyšším věku. Pozitivní vliv má i na kardiovaskulární systém, snižuje riziko hypertenze a srdečních onemocnění. Dále pomáhá udržovat metabolickou rovnováhu a snižuje riziko vzniku diabetu 2. typu. Kojení usnadňuje návrat k původní tělesné hmotnosti a snižuje riziko obezity po porodu. Významný je také jeho přínos pro psychiku. Podporuje psychickou pohodu, stabilizuje náladu a může působit jako prevence poporodní deprese. Navíc posiluje citové propojení mezi matkou a dítětem, což je důležité zejména pro ženy, které se na dítě dlouho připravovaly (Dvořáková, 2024).

5 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY

Neplánované těhotenství ve věku 35 let a více může pro ženy představovat zásadní životní zlom. Tato situace bývá často doprovázena ambivalentními emocemi – strachem, úzkostí a nejistotou. Tyto pocity jsou často umocněny stigmatizací, společenskými očekáváními a obavami z narušení dosavadní životní stability. Přijetí těhotenství iniciuje psychicky i sociálně náročný proces přechodu do nové životní role, a to zejména v případech, kdy žena čelí tlaku okolí, ekonomické nejistotě nebo nedostatečné podpoře partnera či rodiny. Zjištění těhotenství bývá ženami označováno za bod zlomu, který je provázen silnými emočními reakcemi – od šoku a pláče po postupné přijetí nové role a uvědomění si rodičovské odpovědnosti. Tento přechod je často doprovázen aktivním vyhledáváním informací, zájmem o perinatální péči, kojení a pozitivní rodičovství. Zkušenost neplánovaného těhotenství v pozdějším věku vnímaly některé ženy jako příležitost k redefinici životních priorit a posílení mezilidských vztahů. Mezi podpůrné faktory patřily víra, duchovní přesvědčení, motivace, ale také přítomnost podpůrné rodiny a zdravotníků. Naopak bariéry často představovaly fyzické obtíže, úzkosti, sociální izolace, stigmatizace či absence partnera nebo ekonomická nejistota. V reakci na tuto novou životní situaci ženy hledaly podporu v osobních vztazích, zdravotnickém systému i duchovní oblasti. Tyto zdroje jim pomáhaly posílit sebevědomí a rozvíjet adaptační strategie. I přes složité okolnosti ženy často popisovaly osobní růst a upevnění své identity, které jim tato zkušenost přinesla. Kvalitativní studie Aldrighi et al. tak významně přispívá k porozumění zkušenostem žen, které v pozdějším věku čelí neplánovanému těhotenství. Výsledky poukazují na komplexnost biopsychosociální adaptace a zdůrazňují potřebu individualizované podpory nejen v rámci zdravotní péče, ale i v oblasti širší sociální politiky (Aldrighi et al., 2024).

Psychologická zátěž a emoční aspekty pozdního mateřství

Ačkoli se studie Schure et al. primárně zaměřovala na fyzické a perinatální aspekty pozdního mateřství, její výsledky lze částečně vztáhnout i na oblast psychologickou. Vyšší výskyt neplodnosti, komplikací v těhotenství a častější potřeba asistovaných porodů představují významnou emoční zátěž, obzvláště pro starší prvorodičky bez předchozí porodní zkušenosti. Léčba neplodnosti bývá spojena nejen s fyzickou náročností, ale i s emoční a sociální nejistotou. Zatímco některé zahraniční studie (např. z Belgie, USA nebo Řecka) uvádějí, že vícečetná těhotenství nejsou u starších žen vždy výrazně rizikovější, většina odborné literatury potvrzuje, že s vyšším věkem stoupá celková perinatální zátěž.

To vyvolává potřebu komplexněji zkoumat i psychologické dopady, které mohou mít dlouhodobý vliv na kvalitu života žen a jejich rodin. Psychickou zátěž mohou částečně zmírnit ochranné faktory. Ženy rodící v pozdějším věku často pocházejí ze stabilního sociálního a ekonomického prostředí, což může kompenzovat biologická rizika a podpořit zvládání těhotenství. Budoucí výzkum by měl tyto charakteristiky více zohlednit a zaměřit se na jejich vliv na duševní zdraví těhotných žen (Schure et al., 2012). Poskytnutí kvalitního poradenství o rizicích těhotenství po 40. roce věku je klíčové pro informované rozhodování. Rostoucí využívání ART, jako je IVF, ICSI nebo dárcovství oocytů, umožňuje otěhotnění i ženám s genetickými poruchami nebo po chirurgické menopauze. Dnes je možné početí i v perimenopauze a výjimečně i po šedesátém roce života (Saccone et al., 2022). Otázka, zda ženy skutečně svobodně odkládají mateřství, zůstává kontroverzní. Mnohé z nich se cítí limitovány společenským tlakem, mediálními vzory a ekonomickými překážkami. Nedostatečné povědomí o rizicích spojených s věkem pak může vést k rozhodnutím bez plného porozumění důsledkům. Na druhé straně lze u starších rodiček pozorovat psychologické výhody – vyšší míru vyzrálosti, stability a připravenosti na rodičovství (Bellieni, 2012). Závažné psychické důsledky pozdního mateřství jsou zřejmé zejména v případě ztráty těhotenství. Spontánní potrat bývá vnímán nejen jako zdravotní komplikace, ale také jako hluboký emoční zásah, který může negativně ovlivnit životní plány páru a zanechat trvalé psychologické následky (Feodor Nilsson et al., 2014).

Kulturní a společenské souvislosti pozdního mateřství

Pozdní mateřství není zatíženo pouze biologickými riziky, ale i silným tlakem společenských očekávání. Starší ženy se často snaží distancovat od stigmatizující nálepky „stará matka“ a to nejen vzhledem, ale i chováním. V kultuře úspěšného stárnutí na ně doléhají normy týkající se nestárnoucího vzhledu, výkonnosti i životního stylu. Ageismus se navíc často prolíná s ableismem – tedy představou, že narození dítěte s postižením je selhání nebo důkaz nezodpovědnosti (De Clercq et al., 2023). Psychická zátěž během těhotenství a porodu bývá u žen ve vyšším věku výraznější, zejména pokud mají za sebou léčbu neplodnosti nebo trpí chronickým onemocněním. Vyšší míra úzkosti byla prokázána u starších prvorodiček, zatímco emoční stabilita a finanční zajištění často přispívají k vyspělejšímu a promyšlenějšímu přístupu k rodičovství (Molina-García et al., 2019). Navzdory těmto bariérám starší rodiče obvykle vykazují vyšší míru zralosti a odpovědnosti, což pozitivně ovlivňuje kvalitu jejich výchovy (Fall et al., 2015). Negativní vliv může mít vnímání okolí – například obavy, že budou považováni spíše za prarodiče než za rodiče. Tento společenský obraz může vyvolávat vnitřní stres, nejistotu a pochybnosti,

zvláště pokud ovlivňuje i přijetí dítěte okolím (Neuser et al., 2023; Desy a Marre, 2024). Významným faktorem ovlivňujícím psychické rozpoložení žen je míra informovanosti o věkových rizicích. Studie Temmesen et al. identifikovala tři skupiny: ženy, které si myslí, že mají dostatek informací (i když mylně), ženy, které rizika začínají vnímat až při potížích s otěhotněním, a ženy, které rizika znají, ale těhotenství i přesto odkládají. Tato rozpolcenost může vést k ambivalenci, úzkosti a v některých případech i k lítosti (Temmesen et al., 2023). Jedním z hlavních psychologických úkolů je pak nalezení rovnováhy mezi mateřstvím a kariérou. Starší ženy často usilují o profesní seberealizaci a zároveň čelí potřebě skloubit osobní a pracovní život. Vzdělanější ženy s vyšším socioekonomickým zázemím bývají lépe připravené – psychicky, sociálně i finančně. Podporu jim rovněž poskytuje častější zapojení partnera do péče o dítě, což pomáhá rozložit zátěž, posiluje partnerskou rovnováhu a přispívá k lepší psychické pohodě matky (Duda, Turečková a Buryová, 2023).

Sociální vnímání pozdního rodičovství se výrazně liší v závislosti na kulturním a ekonomickém kontextu. V některých společnostech je běžně přijímáno, jinde naráží na přetrvávající negativní stereotypy, které zvyšují vnitřní dilema a nejistotu žen zvažujících těhotenství po třicítce či čtyřicítce. Zároveň se zvyšuje potřeba preventivních kampaní zaměřených na osvětu o plodnosti a rizicích spojených s věkem. I přes jejich rostoucí počet však zůstává reálný dopad těchto iniciativ na chování žen nízký – často kvůli nedostatku personalizovaných informací nebo dominujícímu mediálnímu diskurzu (Temmesen et al., 2023). V západních společnostech se mateřství prezentuje jako „třešnička na dortu“ – záležitost až po dosažení kariéry, vzdělání a osobní realizace. Tento obraz vytváří iluzi volby, která je však ve skutečnosti formována společenským tlakem a normami. Výsledkem je paradox. Ačkoli je biologicky nejvhodnější období pro těhotenství mezi 20. a 30. rokem, společenské vnímání tuto fázi často vnímá jako nezralou pro rodičovství. Místo toho je kladen důraz na plánování, které však může být v rozporu s reálnými biologickými možnostmi (Bellieni, 2016).

Rozhodování o načasování rodičovství

Rozhodování o tom, kdy se stát rodičem, je výsledkem komplexní interakce biologických, psychologických a sociálních faktorů. Mnoho žen si uvědomuje, že s přibývajícím věkem klesá jejich plodnost, ale zároveň usilují o osobní naplnění, dosažení vzdělání a profesní kariéry. Tato ambivalence může být zdrojem psychologického napětí, vnitřních konfliktů a opakovaného odkládání rozhodnutí o založení rodiny. Pozdní mateřství však přináší i své výhody – vyšší míru připravenosti, stabilní partnerské zázemí

a často i lepší výsledky dětí ve školním prostředí (Fall et al., 2015). Ačkoli je odklad rodičovství často ovlivněn vnějšími okolnostmi, v některých případech jde o vědomé a odpovědné rozhodnutí, kdy žena i partner záměrně upřednostní osobní priority v mladším věku.

Za ideálních okolností by mělo být rozhodování o rodičovství svobodné, nezatížené ekonomickým tlakem, nedostatečnou podporou nebo negativními stereotypy. To však vyžaduje vytvoření společensky přátelského prostředí – dostupné bydlení, flexibilní pracovní podmínky, kvalitní péči o děti a vhodné legislativní reformy, které usnadní mladým lidem vstup do rodičovské role (Bellieni, 2016). Vyšší věk matky bývá z psychologického hlediska často spojen s intenzivnějšími obavami z porodu, především kvůli zvýšenému povědomí o zdravotních rizicích a častější výskyt komplikací. Studie upozorňují, že zdravotníci mají u starších rodiček nižší práh pro indikaci operativních porodů, a to nejen z medicínských důvodů, ale i na základě předpokládané preference žen pro císařský řez. Tento předpoklad může ovlivnit psychické nastavení rodičky, průběh zotavení a její celkovou pohodu. Delší poporodní hospitalizace, která je u starších žen častější, rovněž ovlivňuje jejich emocionální stav a schopnost adaptace na novou mateřskou roli. Vyšší fyzická i psychická únava si vyžaduje delší období rekonvalescence (Richards et al., 2016). Načasování rodičovství může být také podmíněno osobnostními charakteristikami. Podle teorie „Big Five“ (pět základních osobnostních dimenzí) hraje významnou roli tzv. otevřenost vůči novým zkušenostem („openness“). Jedinci s vysokým skóre v této oblasti často kladou důraz na seberealizaci a vnímají rodičovství spíše jako omezující závazek než jako přirozený vývoj života. To může vést k rozhodnutí rodit až v pozdějším věku. V současné společnosti je rodičovství stále častěji chápáno jako vědomá volba, nikoli jako samozřejmý životní krok. Moderní trend směřuje k menším rodinám a klade důraz na individualismus, osobní růst a kariérní ambice. Tento posun je v literatuře označován jako součást druhé demografické tranzice. Například studie ze Švédska ukázala, že 44 % lidí ve věku 36–40 let se zatím nerozhodlo mít děti, protože necítili vnitřní potřebu. U mužů se navíc jako klíčový ukázal vliv partnerky – její touha po dítěti byla druhým nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím rozhodnutí o načasování rodičovství (Safdari-Dehcheshmeh et al., 2023).

Vnímání a zvládání rizik z pohledu žen a zdravotníků

Odkládání mateřství bývá často provázáno zvýšenou mírou stresu a úzkosti, především u žen, které čelí riziku neplodnosti. Jedním z častých kroků, jak si ženy snaží udržet možnost

stát se matkou, je zmrazování vajíček, které vnímají jako určitou „pojistku“ pro budoucnost. Zároveň si ale uvědomují, že ani moderní reprodukční technologie nezaručují úspěšné těhotenství. Tato nejistota se pak mísí s obavami spojenými se zdravotními komplikacemi v těhotenství (Kasaven et al., 2022). Zvýšené riziko psychických obtíží v souvislosti s pozdním mateřstvím potvrzují i výzkumy, které ukazují, že ženy ve vyšším věku jsou náchylnější k rozvoji poporodní deprese. Tento stav může negativně ovlivnit nejen duševní zdraví matky, ale i kvalitu vztahu s novorozencem (De Viti et al., 2019).

Zásadním prvkem je vnímání rizik spojených s těhotenstvím, které se výrazně liší mezi těhotnými ženami, lékaři a porodními asistentkami. Každá skupina k těmto rizikům přistupuje odlišně:

- Těhotné ženy často hodnotí rizika subjektivně, přičemž jejich úsudek může být zkreslen omezeným povědomím o možných komplikacích. Obavy z porodu nebo zdraví dítěte se pak stávají součástí jejich psychologických strategií, jak zvládat těhotenský stres (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).
- Lékaři mají tendenci přistupovat k rizikům objektivně, na základě medicínských poznatků a klinické zkušenosti. Jejich přístup je zpravidla zaměřen na biomedicínské aspekty těhotenství (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).
- Porodní asistentky často preferují holistický přístup, který kromě fyzického zdraví zohledňuje také psychickou pohodu ženy a její sociální prostředí. Tento postoj může významně ovlivnit pozitivní prožívání těhotenství (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Vliv má také kulturní a společenský kontext. Těhotenství ve vyšším věku je v různých společnostech vnímáno jinak – od běžného a akceptovaného jevu po společenskou tabu. Kulturní normy formují nejen postoj ženy ke zdravotní péči, ale i její způsoby zvládání rizik. V některých regionech jsou ženy stále vystaveny škodlivým praktikám, jako je:

- nedostatečná výživa během těhotenství,
- omezený přístup k prenatalní péči,
- opožděná lékařská intervence při porodu (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Vnímání rizik v těhotenství je tak výsledkem složitého prolnutí medicínských, psychologických a kulturních faktorů. Tyto rozdílné perspektivy poukazují na potřebu kvalitního, citlivého a individualizovaného poradenství, které zohledňuje nejen zdravotní

rizika, ale také emocionální a sociální dimenzi těhotenství (Correa-de-Araujo & Yoon, 2021).

Potřeba prevence a podpory v kontextu pozdního mateřství

Ačkoliv jsou starší matky často ekonomicky stabilní, zaměstnané a mají přístup ke kvalitní zdravotní péči, čelí zároveň vyšší psychické zátěži. Ta je často spojena s obavami o zdraví dítěte a s možnými komplikacemi v těhotenství či při porodu (Vaughan et al., 2014). Zvláštní kapitolu představují vícečetná těhotenství, která nejen zvyšují zdravotní rizika, ale také přinášejí významné sociální a psychologické dopady na celé rodiny. Výzkumy ukazují, že až čtvrtina rodičů dvojčat nebo vícčetat trpí příznaky deprese, přičemž mezi hlavní stresory patří prodloužená hospitalizace předčasně narozených dětí, vysoké ekonomické náklady na výchovu více dětí současně a výrazná fyzická i časová náročnost péče. Tato zjištění poukazují na potřebu cílené podpory pro rodiny s vícečetnými porody a zároveň podtrhují význam systematické prevence a osvěty v oblasti rizik spojených s odkládáním mateřství. Vzhledem k prokázaným rizikům je nezbytné posilovat preventivní strategie zaměřené na reprodukční zdraví, a to již v rámci školní výuky. Mladí lidé by měli být včas, srozumitelně a realisticky informováni o biologických limitech plodnosti i o možnostech asistované reprodukce – včetně jejich omezení. Vedle informovanosti hraje klíčovou roli také státní zdravotní a sociální politika. Podpora dřívějšího rodičovství může zahrnovat například daňové úlevy po narození dítěte, flexibilní pracovní podmínky či dostupné služby péče o děti. Taková opatření mohou významně snížit ekonomické a společenské bariéry, které často vedou ženy k odkládání těhotenství (Dudenhausen a Chervenak, 2010).

Pozdní rodičovství má rovněž výraznou finanční dimenzi – náklady na asistovanou reprodukci, genetické testy a pokročilou perinatální péči zvyšují zátěž zdravotních systémů. Tento trend přispívá ke snižování porodnosti, stárnutí populace a následným ekonomickým důsledkům, včetně tlaku na důchodový systém a trh práce. Kromě toho opožděné rodičovství omezuje reprodukční kapacitu, což může vést k menšímu počtu dětí v rodinách a zvýšenému výskytu nedobrovolné bezdětnosti. V dlouhodobém horizontu se to může projevit i ve zhoršení generačních vztahů a obtížnější komunikaci mezi staršími rodiči a jejich dětmi (Safdari-Dehcheshmeh et al., 2023).

Psychosociální mýty a stereotypy spojené s rodičovstvím

Rozhodování o rodičovství je často ovlivněno přetrvávajícími společenskými mýty a stereotypy, které nemusí odpovídat realitě. Například rozšířený názor, že za neplodnost může psychika, může vést k pocitům viny a zbytečnému stresu. Výzkumy přitom ukazují, že ženy s úzkostí nebo depresí mají při léčbě asistovanou reprodukci obdobnou šanci na otěhotnění jako ostatní. Dalším zakořeněným mýtem je přesvědčení, že plnohodnotné rodičovství je možné jen s biologickým dítětem. Skutečnost však ukazuje, že hluboký citový vztah se utváří prostřednictvím každodenní péče, bez ohledu na genetickou vazbu. Společenský tlak může být obzvlášť silný pro ženy, které dítě nemají – ať už dobrovolně, nebo nedobrovolně. Tvzení typu „dítě je smyslem života“ nebo „po dítěti něco zůstane“ vytvářejí obraz, že život bez dítěte je méně hodnotný. Tento narativ je však jednostranný a nezohledňuje, že naplnění života může mít mnoho podob (Konečná et al., 2017).

Komunikace v kontextu reprodukčního rodičovství

Komunikace hraje v oblasti rodičovství a reprodukce zásadní roli. Nejde jen o předávání odborných informací, ale o výměnu emocí, očekávání a rozhodnutí mezi partnery, jednotlivci, odborníky i širším okolím. Ženy v pozdním věku často čelí zvýšené psychické zátěži právě kvůli složitějším komunikačním situacím – ať už při opakovaných neúspěších v početí, nebo kvůli tlakům a komentářům okolí. Zejména v partnerství se může dlouhodobá snaha o otěhotnění stát zdrojem napětí a frustrace. Vyšetření, léčba a rozhodování o dalším postupu mohou negativně ovlivnit vzájemnou komunikaci a vést k pocitům viny, odmítnutí nebo nedorozumění. Důležité je proto již v rané fázi otevřeně vymezit hranice intimity a sdílení – nejen mezi partnery, ale i směrem k okolí. Pozdní rodičovství je navíc často provázáno otázkami dárcovství, asistované reprodukce nebo rodičovství bez partnera. Každý z těchto přístupů vyžaduje promyšlenou komunikaci – především směrem k dítěti, které má právo znát svůj původ. Otevřený, citlivý a respektující přístup všech zúčastněných je v těchto případech klíčový (Konečná et al., 2017).

Rodičovství mimo reprodukční věk

Rodičovství ve vyšším věku přináší řadu specifických výzev, které se týkají nejen zdravotního stavu, ale i sociálních, ekonomických a psychologických souvislostí. Tato problematika úzce souvisí se změnami v hodnotových preferencích a životních drahách současné společnosti. Mezi hlavní důvody odkladu rodičovství patří prodloužené studium, kariérní ambice a potřeba ekonomické stability. Ženy s vysokoškolským vzděláním sice dosahují vyššího postavení, ale čelí i většímu riziku finanční ztráty v důsledku mateřství – tzv. „motherhood wage gap“. Zajímavý pohled nabízí výpovědi dětí, které často preferují

mladší rodiče kvůli jejich zdraví, aktivitě a možnosti delšího společného času. Mladší rodiče jsou vnímáni jako dostupnější a flexibilnější v každodenním kontaktu. Pozdní rodičovství navíc často zasahuje do širších rodinných struktur – zejména v kontextu tzv. sendvičové generace, kdy dospělí jedinci pečují zároveň o nezletilé děti i stárnoucí rodiče. Tato dvojí zátěž může přinášet psychické i finanční napětí a ukazuje, že rozhodnutí stát se rodičem v pozdějším věku má širší dopady nejen pro jednotlivce, ale i pro okolí (Konečná et al., 2017).

Psychická zátěž a zvládání stresu v pozdním mateřství

Těhotenství a období po porodu představují významnou emoční zátěž. I když pro mnohé ženy znamenají naplnění životního cíle, jiné mohou vnímat tuto životní etapu jako psychicky náročnou. Výzkumy upozorňují na specifický těhotenský stres, který souvisí s adaptačními obtížemi a může ovlivnit duševní i fyzický stav ženy. Zvýšený stres se může promítnout nejen do zdravotního stavu matky, ale také do vývoje dítěte – například formou zhoršené interakce, poruch spánku nebo oslabeného emočního vývoje. Stres bývá dále umocněn tlakem na ekonomické zabezpečení, profesní seberealizaci či společenskými očekáváními, která jsou na ženy ve vyšším věku kladena. Studie porovnávající ženy mladší a starší 35 let zjistila, že celková míra stresu je v obou skupinách srovnatelná, ale ženy nad 35 let častěji volí pasivní zvládací strategie, jako je popírání či vyhýbání se. Vyšší míra stresu se u nich také častěji pojila s horším subjektivním hodnocením psychického a fyzického stavu. Důležitým ochranným faktorem při zvládání zátěže je sociální opora, především ze strany partnera a blízkého okolí. Ženy, které se cítí podporované, zvládají nové výzvy jistěji a snadněji se adaptují na roli matky. V kontextu pozdního mateřství je proto vhodné zaměřit se na vytváření podpůrných opatření, která ženám pomohou vyrovnávat se s nároky této životní etapy (Mróz et al., 2024).

6 MOŽNOSTI ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Asistovaná reprodukce je v současnosti klíčovým tématem zejména v souvislosti s odkladem rodičovství do vyššího věku. Zatímco dříve byl pojem „umělé oplodnění“ spojován s inseminací, zásadní zlom přinesl rok 1978 s narozením první dívky po IVF metodě. Dnes se užívají termíny ART nebo medically assisted reproduction (MAR), označující soubor metod manipulujících s pohlavními buňkami za účelem podpory početí (Konečná et al., 2017). ART může být spojena s vyšším rizikem komplikací, zejména u žen ve vyšším věku. Například některé metody, jako darování vajíček nebo přenos zmrazených embryí, mohou zvyšovat riziko preeklampsie, i když nejsou přímým rizikovým faktorem úmrtnosti (Tanaka et al., 2023).

Hlavní metody asistované reprodukce

- **Intrauterinní inseminace (IUI)** – upravené sperma se zavádí do dělohy během ovulace. Jde o méně invazivní, ale i méně účinnou metodu než IVF.
- **In vitro fertilizace s embryotransferem (IVF/ET)** – vajíčko je oplodněno spermií mimo tělo ženy a následně přeneseno do dělohy. Často je kombinována s metodou ICSI, kdy je spermie vstříknuta přímo do vajíčka (Konečná et al., 2017).

Důležitou součástí je kryokonzervace, zejména oocytů pomocí vitifikace, která umožnila i tzv. social egg freezing, tedy zmrazování bez zdravotní indikace (Allahbadia, 2016). ART se často využívá u žen po 35. roce věku, a ještě častěji po 40 (Bellieni, 2012; Molina-García et al., 2019).

Legislativní a finanční aspekty asistované reprodukce

V ČR (České republice) upravuje ART zejména zákon č. 373/2011 Sb. a zákon č. 48/1997 Sb., které stanovují věkové i formální podmínky. Léčba je hrazena ženám do 39 let (podle typu partnerství) až čtyřikrát. Ne všechny výkony jsou hrazeny – např. IUI je proplácena maximálně šestkrát ročně, jinak žena hradí zákrok sama (Konečná et al., 2017). Cena ART výrazně roste s věkem – ženy nad 45 let zaplatí mnohonásobně víc než mladší (Konečná et al., 2017). Odlišná legislativa v jednotlivých zemích vede k tzv. reprodukčnímu turismu – ženy cestují za léčbou do zemí s liberálnějším přístupem, jako je Španělsko. Tato praxe ukazuje na nerovnosti v přístupu k reprodukční péči (Desy a Marre, 2024).

Informovanost žen a rozhodování o načasování rodičovství

Mnohé ženy mají nízké povědomí o vlivu věku na plodnost a rizika pozdního mateřství. Často přeceňují možnosti ART a podceňují biologické limity (Temmesen et al., 2023; Mintziori et al., 2019). Osvěta o reprodukčním zdraví by měla být dostupná všem ženám, ideálně včetně poradenství a podpory ze strany zdravotnických pracovníků (Bellieni, 2012). Prevence by měla být zaměřena na věkově vhodnější období početí – ideálně mezi 25 a 29 lety (Feodor Nilsson et al., 2014).

Úspěšnost a limity asistované reprodukce

Úspěšnost ART závisí na mnoha faktorech a s věkem výrazně klesá. Nejlépe srozumitelným ukazatelem je tzv. take-home baby rate (THBR), který ale nepostihuje kumulativní úspěšnost více cyklů (Konečná et al., 2017). Přestože embrya z vitrifikovaných dárcovských vajíček mají dobrou kvalitu, objevují se i obavy o genetickou stabilitu (Allahbadia, 2016). Kumulativní úspěšnost IVF může u žen do 35 let dosahovat až 80 %, ale s věkem klesá (Mintziori et al., 2019). Léčba přináší i psychickou a finanční zátěž. Pro ženy je proto důležité zvážit ART včas a informovat se o možnostech uchování plodnosti. Jedním z rizik je vícečetné těhotenství, jehož výskyt se snižuje použitím nativního cyklu (bez hormonální stimulace), který je ale méně efektivní (Konečná et al., 2017). Úspěšnost IUI i IVF výrazně klesá s věkem – nad 44 let je téměř nulová. Významnou roli hraje kvalita oocytů, genetické faktory i laboratorní podmínky. Opomíjeným aspektem bývá také kvalita spermií (Konečná et al., 2017).

Nové technologie a etické souvislosti

Nové metody jako time-lapse, morfologicky selektovaná intracytoplazmatická injekce spermie (IMSI), fyziologický výběr spermie pro ICSI (PICSI) nebo preimplantační genetické testování (PGT) slibují vyšší úspěšnost, ale jejich přínos zatím není jednoznačně prokázán (Konečná et al., 2017). ART odráží proměnu hodnot, norem i vnímání rodičovství. Vyvolává otázky týkající se práva na dítě, věku rodičů, párového složení a odpovědnosti. Etické dilema se týká nejen rodičů a lékařů, ale i dítěte, dárců a náhradních matek (Konečná et al., 2017; Bellieni, 2012). Zastánci pozdního rodičovství upozorňují na předsudky, které ženy stigmatizují. Uvádějí, že starší matky bývají často vyrovnanější a lépe připravené. Filozofické přístupy, jako „non-identity problem“ zdůrazňují, že neexistuje „lepší doba narození“, a analogie se zdravotním postižením bývá kritizována jako zavádějící. Je nutné hodnotit etické aspekty individuálně a citlivě, se zřetelem na zájmy dítěte i širší společenský kontext (De Clercq et al., 2023).

7 UCHOVÁNÍ PLODNOSTI

Plodnost je ovlivněna věkem jak u žen, tak u mužů. U žen dosahuje vrcholu mezi 20. a 30. rokem, po 35. roce života prudce klesá. S věkem se snižuje nejen počet, ale i kvalita vajíček, což zvyšuje riziko genetických abnormalit a těhotenských komplikací, jako je preeklampsie, gestační diabetes nebo předčasný porod. Žena se rodí s konečným počtem vajíček, který se během života pouze snižuje. Menstruační cyklus není spolehlivým ukazatelem plodnosti – důležitější je ovariální rezerva, kterou lze odhadnout například na základě hladiny hormonu AMH. Také mužská plodnost se s věkem zhoršuje. Snižuje se kvalita spermií a zvyšuje se riziko genetických mutací, které mohou být spojeny s vývojovými nebo psychiatrickými poruchami u dětí. V České republice mohou být dárci spermatu muži ve věku 18–40 let, přičemž některá centra asistované reprodukce stanovují ještě přísnější limity, například do 33 let (Konečná et al., 2017).

Vitrifikace a sociální zmrazování

V posledních letech došlo k výraznému pokroku v dostupnosti metod uchování ženské plodnosti, zejména díky zavedení moderních technik vitrifikace. Tento rychlý způsob zmrazení vajíček snižuje riziko poškození buněk a dosahuje srovnatelných výsledků s použitím čerstvých oocytů. U žen po třicítce a čtyřicítce však bývá nižší počet získaných vajíček a jejich kvalita je ovlivněna věkem. Původně byla vitrifikace určena zejména pro ženy s nádorovým onemocněním nebo pro ty, které odmítaly zmrazování embryí z etických důvodů. Postupně se však rozšířila i na zdravé ženy bez lékařské indikace – tzv. sociální zmrazování – které oddalují mateřství kvůli osobním, studijním nebo profesním důvodům. Ženy, které volí social freezing, bývají často vysokoškolsky vzdělané, ekonomicky aktivní a bez partnera. Některé z nich jsou otevřené i darování nepoužitých vajíček. Izrael jako jedna z prvních zemí legalizoval zmrazování oocytů pro nemedicínské důvody na základě doporučení národní bioetické rady, čímž podpořil reprodukční autonomii žen (Allahbadia, 2016).

Metody uchování plodnosti

Možnosti uchování plodnosti se rozšířily i díky pokroku v reprodukční medicíně. U žen se nejčastěji využívá:

1. Vitifikace vajíček – elektivní zmrazování oocytů, při němž rychlé zmrazení minimalizuje buněčné poškození. Úspěšnost výrazně závisí na věku ženy při odběru (Kasaven et al., 2022).
2. Kryoprezervace ovariální tkáně (OTC) – umožňuje uchování plodnosti i obnovení hormonální funkce po transplantaci. Je vhodná i pro dívky před pubertou, avšak stále se řadí mezi experimentální metody (Kasaven et al., 2022).
3. Chirurgická transpozice ovarií – preventivní přemístění vaječníků mimo oblast ozáření u žen podstupujících radioterapii (Kasaven et al., 2022).
4. U mužů se nejčastěji používá kryokonzervace spermií – běžná metoda uchování mužské plodnosti. Pokud nelze získat zralé spermie, využívají se techniky mikrochirurgická aspirace spermií z nadvarlete (MESA) nebo chirurgické získání spermií z varlat (TESE) (Konečná et al., 2017).

Úspěšnost a rizika metod uchování plodnosti

Úspěšnost metod uchování plodnosti úzce souvisí s věkem ženy. Například při zmrazení 20 vajíček ve věku 34 let je šance na narození dítěte až 90 %, zatímco u 42leté ženy pouze 37 % (Kasaven et al., 2022). S rostoucím věkem narůstá riziko genetických vad, potratu, preeklampsie a dalších komplikací (Mintziori et al., 2019). Přestože žádná metoda nezaručuje stoprocentní úspěch, techniky jako vitifikace či OTC představují důležitý nástroj prevence neplodnosti. Důležité je realistické očekávání, včasné rozhodnutí – ideálně před 35. rokem – a komplexní informovanost. Finanční náročnost a emoční zátěž představují další faktory, které je třeba zohlednit. Tyto procedury nejsou většinou hrazeny pojišťovnami a neúspěch může být psychicky náročný (Konečná et al., 2017).

Fertility preservation

Fertility preservation je zásadní pro pacienty, jejichž plodnost může být ohrožena závažným onemocněním nebo jeho léčbou – nejčastěji onkologickou, ale i autoimunitní či metabolickou. U žen se provádí hormonální stimulace a odběr vajíček, případně OTC nebo transpozice ovarií. U mužů je standardem kryokonzervace spermií nebo spermatických buněk pomocí MESA/TESE. Rozhodnutí o uchování plodnosti musí být individuálně posouzeno s ohledem na věk, diagnózu a osobní preference. Nedílnou součástí je genetické poradenství, psychologická podpora a právní informovanost. U nezletilých je třeba souhlas zákonného zástupce. Z etického hlediska odborné společnosti doporučují:

- poskytovat realistické informace,
- nevytvářet tlak na genetické rodičovství jako jediné,
- zohlednit psychickou zátěž v případě neúspěchu (Konečná et al., 2017).

Jedním z eticky i právně náročných témat je nakládání se zmrazeným reprodukčním materiálem po smrti pacienta (Konečná et al., 2017).

Mezinárodní rozdíly a etické souvislosti

Země se liší přístupem k asistované reprodukci z hlediska legislativy, věkových limitů i přístupnosti. V ČR je darování vajíček anonymní a bezplatné, s kompenzací nákladů. Ve Francii nebo Německu platí přísnější pravidla – omezené věkové hranice nebo důraz na transparentnost. Naproti tomu ve Španělsku jsou podmínky liberálnější a umožňují i náhradní mateřství. Tyto rozdíly vedou k jevu zvanému reprodukční turismus – cestování za léčbou do zemí s mírnějšími pravidly. Tento přeshraniční přístup však přináší řadu otázek, například o rodičovství dítěte narozeného náhradní matce v zahraničí nebo jeho občanství. Odborníci proto volají po mezinárodní spolupráci a vytvoření jasných rámců, které zaručí důstojnost a ochranu všech zúčastněných – pacientů, dárců i dětí. Důležité je také chránit základní hodnoty jako svobodu rozhodování, rovný přístup k péči a odpovědnost vůči budoucím generacím (Konečná et al., 2017).

II

PRAKTICKÁ ČÁST

DISKUZE

Pozdní mateřství je komplexní jev, který není ovlivněn pouze biologickými faktory, ale i celou řadou sociálních, ekonomických a kulturních okolností. Odborná literatura se shoduje na tom, že věk prvorodiček v posledních desetiletích výrazně stoupá. Například Molina-García et al. (2019) i Temmesen et al. (2023) potvrzují, že hlavními důvody odkladu rodičovství jsou vyšší vzdělání, profesní ambice, snaha o finanční jistotu nebo pozdější nalezení stabilního partnera. Podobně i Ahmad, Sechi a Vismara (2024) upozorňují, že k tomuto posunu přispívá také nejistota v rané dospělosti, zejména v oblasti zaměstnání a bydlení.

Studie zároveň ukazují, že v některých zemích může být pozdní mateřství částečně vyváжено lepší podporou rodin. Lean et al. (2017) například popisují, že ve státech s dostupnou péčí o děti a flexibilními pracovními podmínkami ženy odkládají rodičovství méně často než tam, kde tyto podmínky chybí. V kontrastu k tomu De Clercq et al. (2023) upozorňují, že v prostředí s nízkou podporou žen bývá odklad těhotenství často vynucený okolnostmi, nikoliv svobodnou volbou.

Z hlediska zdravotních rizik panuje mezi autory poměrně široká shoda. Feodor Nilsson et al. (2014) i Tanaka et al. (2023) potvrzují, že s rostoucím věkem ženy přibývá komplikací, například preeklampsie, potraty, porod císařským řezem či genetické vady plodu. Bellieni (2012) ale zároveň zdůrazňuje, že starší ženy často vnímají své mateřství pozitivněji, bývají psychicky vyrovnanější a zralejší. Tato zjištění ukazují, že vyšší věk rodičky může být zároveň rizikem i výhodou, přičemž záleží na individuální situaci a míře podpory, kterou žena dostává.

V oblasti asistované reprodukce existuje mezi studiemi určitá neshoda. Konečná et al. (2017) uvádějí, že úspěšnost IVF výrazně klesá po 40. roce života, a ženy by tak neměly na tyto metody spoléhat jako na jistotu. Podobně varuje i Allahbadia (2016), že ženy často přeceňují možnosti technologií a neuvědomují si jejich omezení. Naopak někteří autoři, například Molina-García et al. (2019), upozorňují na to, že asistovaná reprodukce pro mnoho žen představuje jedinou cestu k rodičovství – zejména pokud neměly dříve vhodné podmínky.

Zmrazení vajíček (social freezing) je novější možnost, jak uchovat plodnost do budoucna. Allahbadia (2016) i Temmesen et al. (2023) se shodují, že metoda má největší šanci na úspěch, pokud se provede v mladším věku. V praxi se ale ženy často rozhodují

až později, což snižuje pravděpodobnost otěhotnění. De Clercq et al. (2023) navíc upozorňují, že social freezing může vyvolat falešný pocit jistoty, který vede k dalšímu odkladu rozhodnutí o rodičovství.

Z porovnání studií vyplývá, že pozdní mateřství není jen osobní volbou, ale odráží i širší společenské podmínky – například dostupnost zdravotní péče, rovnost příležitostí a míru podpory rodin. Autoři se shodují na tom, že ženy potřebují nejen kvalitní informace o biologických limitech, ale také prostředí, které jim umožní rozhodnout se pro dítě v době, kdy se na to cítí připravené. Pokud takové podmínky chybí, může být odklad rodičovství spíše nutností než volbou.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřila na problematiku pozdního mateřství z různých úhlů pohledu – demografického, zdravotního, psychologického, sociálního i etického. Na základě analýzy 25 odborných článků, dvou knih a pěti oficiálních dokumentárních a webových zdrojů bylo potvrzeno, že věk prvorodiček v České republice i dalších vyspělých zemích v posledních desetiletích výrazně stoupá. Nejčastějšími důvody odkladu rodičovství jsou snaha o dosažení vzdělání, profesní uplatnění, finanční stabilita nebo absence vhodného partnera. Zjištěné informace ukazují, že i když jsou ženy ve vyšším věku často lépe připravené na roli matky, biologická omezení plodnosti hrají zásadní roli. Plodnost přirozeně klesá už po třicátém roce života, a po pětatřicátém se výrazně snižuje. S tím rostou i zdravotní rizika, například preeklampsie, potraty, komplikace při porodu nebo genetické poruchy. Asistovaná reprodukce může v některých případech pomoci, ale její úspěšnost také klesá s věkem a nelze ji považovat za samozřejmé řešení. Pozdní mateřství je často vnímáno zjednodušeně, buď jako nezodpovědnost, nebo naopak jako projev odvahy. Práce ale ukazuje, že skutečnost je mnohem složitější. Mnoho žen se nestává matkami pozdě kvůli vlastnímu rozhodnutí, ale kvůli okolnostem, které nemohly ovlivnit. **Stanovené cíle práce byly splněny a podařilo se:**

- přehledně shrnout hlavní příčiny odkladu mateřství,
- popsat vývoj věku prvorodiček v ČR i v zahraničí,
- zhodnotit zdravotní i psychosociální souvislosti pozdního rodičovství,
- a představit možnosti, jak těmto výzvám čelit prostřednictvím asistované reprodukce nebo uchování plodnosti.

Z etického hlediska je důležité vést otevřenou debatu o měnícím se pohledu na rodičovství, o tom, kdo má mít možnost stát se rodičem a jaké dopady může mít využívání moderních reprodukčních technologií. Neméně důležitá je i perspektiva dítěte, jeho potřeby, práva a podmínky pro zdravý vývoj. Pozdní mateřství je stále častější realitou. Je proto důležité, aby na tuto změnu společnost reagovala citlivě a s pochopením, a aby každá žena měla možnost rozhodnout se svobodně, bezpečně a informovaně, kdy a za jakých okolností se stane matkou.

Doporučení pro praxi

Na základě poznatků z této práce je možné navrhnout několik doporučení, která by mohla pomoci ženám lépe se rozhodovat o načasování mateřství a zároveň podpořit jejich zdraví i celkovou pohodu.

1. Více mluvit s ženami o plodnosti a věku

- Gynekologové, porodní asistentky a další zdravotníci by měli ženy včas informovat o tom, jak se s věkem mění jejich plodnost a jaká rizika může pozdní těhotenství přinášet.
- Tyto informace by měly být podávány citlivě a s ohledem na konkrétní situaci každé ženy.

2. Podpora porodních asistentek v práci se staršími rodičkami

- Porodní asistentky by měly být připravené pracovat s rodičkami ve vyšším věku, znát jejich specifické potřeby a vědět, jak s nimi mluvit o možných rizicích i výhodách.
- Důležité je vytvořit prostředí, kde se ženy cítí přijímané a kde mohou otevřeně mluvit o svých obavách.

3. Začít o plodnosti mluvit dříve, ne až když nastane problém

- Mladé ženy často nemají dost informací o tom, jak věk ovlivňuje šance na početí. Bylo by proto vhodné tyto informace více zpřístupnit, třeba i formou rozhovorů v poradnách nebo na internetu.
- Pokud ženy vědí, jak jejich tělo funguje, mohou se lépe rozhodnout, kdy chtějí mít děti.

4. Pomoci ženám sladit rodinu a práci

- Mnoho žen odkládá mateřství kvůli obavám, že se nebudou schopny postarat o dítě a zároveň pracovat.
- Pomoci by mohlo například lepší zajištění péče o děti, možnost částečných úvazků nebo větší podpora mladých rodin s bydlením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AHMAD, Monica, SECHI, Cristina a VISMARA, Laura, 2024. Online. *Advanced Maternal Age: A Scoping Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their Relationships*. Behavioral Sciences. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/3/147>. [cit. 2025-02-18].

ALDRIGHI, Juliane Dias, CARDOSO, Hérica De Lara, GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira, JORGE, Herla Maria Furtado, SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula et al., 2024. Online. *Unplanned pregnancy at advanced maternal age: analysis in light of Transition Theory*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 58, s. 1-8. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342024000100451&tlng=en. [cit. 2025-04-23].

ALLAHBADIA, Gautam N., 2016. Online. *Social Egg Freezing: Developing Countries Are Not Exempt*. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. Vol. 66, n. 4, s. 213-217. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s13224-015-0803-9>. [cit. 2025-04-23].

BELLIENI, Carlo Valerio, 2012. Online. *Neonatal risks from in vitro fertilization and delayed motherhood*. World Journal of Clinical Pediatrics. Vol. 1, n. 4, s. 34-36. Dostupné z: <http://www.wjgnet.com/2219-2808/full/v1/i4/34.htm>. [cit. 2025-04-24].

BELLIENI, Carlo Valerio, 2016. Online. *The Best Age for Pregnancy and Undue Pressures*. Journal of Family and Reproductive Health. Vol. 10, n. 3, s. 104-107. Dostupné z: <https://jfrh.tums.ac.ir/index.php/jfrh/article/view/489>. [cit. 2025-04-13].

BUNDESMINISTERIUM FÜR INNERES, 2025. Online. *Urlaub und Karenzzeiten*. Wien: Migration.gv.at. Dostupné z: <https://www.migration.gv.at/de/leben-und-arbeiten-in-oesterreich/arbeiten/urlaub-und-karenzzeiten/>. [cit. 2025-04-10].

CORREA-DE-ARAUJO, Rosaly a YOON, Sung Sug (Sarah), 2021. Online. *Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age*. Journal of Women's Health. Vol. 30, n. 2, s. 160-167. Dostupné z: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2020.8860>. [cit. 2025-03-12].

DE CLERCQ, Eva, MARTANI, Andrea, VULLIEMOZ, Nicolas, ELGER, Bernice S. a WANGMO, Tenzin, 2023. Online. *Rethinking advanced motherhood: a new ethical narrative*. Medicine, Health Care and Philosophy. Vol. 26, n. 4, s. 591-603. Dostupné z: <https://link.springer.com/10.1007/s11019-023-10172-w>. [cit. 2025-05-01].

DE VITI, Daniele, MALVASI, Antonio, BUSARDò, Francesco, BECK, Renata, ZAAMI, Simona a MARINELLI, Enrico, 2019. Online. *Cardiovascular Outcomes in Advanced Maternal Age Delivering Women. Clinical Review and Medico-Legal Issues*. Medicina. Vol. 55, n. 10, s. 1-16. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/10/658>. [cit. 2025-03-11].

DESY, Alexandra a MARRE, Diana, 2024. Online. *The Reproductive journeys of French women over 40 seeking assisted reproductive technology treatments in Spain*. Social Science & Medicine. Vol. 351, s. 1-8. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953624003952>. [cit. 2025-02-24].

DVOŘÁKOVÁ, Bára, 2024. *Dítě pod lupou*. 1. vyd. Praha: Lelkárna. ISBN 978-80-909305-0-6. [cit. 2025-05-06].

DUDA, Danuta, TUREČKOVÁ, Kamila a BURYOVÁ, Ivona, 2023. Online. *Does the education of mothers affect their experience of motherhood and parenthood? Selected aspects in the Czech Republic*. Dunabe. Vol. 14, n. 3, s. 253-272. Dostupné z: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/danb-2023-0015>. [cit. 2025-02-28].

DUDENHAUSEN, Joachim W. a CHERVENAK, Frank A., 2010. Online. *Late motherhood and cesarean delivery*. Journal of Perinatal Medicine. Vol. 38, n. 6. Dostupné z: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm.2010.111/html>. [cit. 2025-03-12].

FALL, Caroline H. D., SACHDEV, Harshpal Singh, OSMOND, Clive, RESTREPO-MENDEZ, Maria Clara, VICTORA, Cesar et al., 2015. Online. *Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five low-income and middle-income countries (COHORTS collaboration)*. The Lancet Global Health. Vol. 3, n. 7, s. e366–e377. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X15000388>. [cit. 2025-03-06].

FEODOR NILSSON, S., ANDERSEN, P. K., STRANDBERG-LARSEN, K. a NYBO, A-M., 2014. Online. *Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Vol. 121, n. 11, s. 1375-1385. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12694>. [cit. 2025-04-25].

HANDBOOK GERMANY, 2024. Online. *Elterngeld – Parental Benefits*. Online. Berlin: Handbook Germany. Dostupné z: <https://handbookgermany.de/de/parental-benefits>. [cit. 2025-04-10].

KASAVEN, Lorraine S., SASO, Srdjan, GETREUM, Natalie, O'NEILL, Helen, BRACEWELL-MILNES, Timothy et al., 2022. Online. *Age-related fertility decline: is there a role for elective ovarian tissue cryopreservation?* Human Reproduction. Vol. 37, n. 9, s. 1970-1979. Dostupné z: <https://academic.oup.com/humrep/article/37/9/1970/6613500>. [cit. 2025-03-11].

KONEČNÁ, Hana et al., 2017. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?* Praha: Mladá fronta. ISBN: 987-80-204-4652-7. [cit. 2025-04-19].

LEAN, Samantha C., DERRICOTT, Hayley, JONES, Rebecca L. a HEAZELL, Alexander E. P., 2017. Online. *Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis*. PLOS ONE. Vol. 12, n. 10, s. 1-15. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0186287>. [cit. 2025-03-11].

LATE MOTHERHOOD a growing phenomenon in Mexico. 2023. *CE Noticias Financieras*, English ed. Miami: ContentEngine LLC, s. 1–2. Dostupné z: <https://www.proquest.com/wire-feeds/late-motherhood-growing-phenomenon-mexico/docview/2811660080/se-2?accountid=15518>. [cit. 2025-03-11].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2025. Online. *Rodičovský příspěvek*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/rodicovsky-prispevek1>. [cit. 2025-04-10].

MINTZIORI, Gesthimani, VENETI, Stavroula, KOLIBIANAKIS, Efstratios M., GRIMBIZIS, Grigorios F. a GOULIS, Dimitrios G., 2019. Online. *Egg freezing and late motherhood*. Maturitas. Vol. 125, s. 1-4. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S037851221930026X>. [cit. 2025-02-19].

MOLINA-GARCÍA, Leticia, HIDALGO-RUIZ, Manuel, CORERA-RUÍZ, Eva María, CONDE-PUERTAS, Esther, DELGADO-RODRÍGUEZ, Miguel et al., 2019. Online. *The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level*. PLOS ONE. Vol. 14, n. 12, s. 1-12. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0227063>. [cit. 2025-05-01].

MRÓZ, Mariola, STOBNIKA, Dominika, MARCEWICZ, Agnieszka, SZLENDAK, Beata a IWANOWICZ-PALUS, Grażyna, 2024. Online. *Stress and Coping Strategies among Women in Late Motherhood*. Journal of Clinical Medicine. Vol. 13, n. 7, s. 1-13. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/7/1995>. [cit. 2025-04-24].

NEESER, Nathalie B., MARTANI, Andrea, DE CLERCQ, Eva, DE GEYTER, Christian, VULLIEMOZ, Nicolas et al., 2023. Online. *Building a family at advanced parental age: A systematic review on the risks and opportunities of parents and their offspring*. Human Reproduction Open. Dostupné z: <https://academic.oup.com/hropen/article/doi/10.1093/hropen/hoad042/7421914>. [cit. 2025-02-18].

OECD, 2024. Online. *Parental leave systems: PF2.1 Family Database*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Dostupné z: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/family-database/pf2_1_parental_leave_systems.pdf. [cit. 2025-04-10].

RICHARDS, M., K., FLANAGAN, M., R., LITTMAN, A., J., BURKE, A., K. a CALLEGARI, L., S., 2016. Online. *Primary cesarean section and adverse delivery outcomes among women of very advanced maternal age*. Journal of Perinatology. Vol. 36, n. 4, s. 272-277. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/jp2015204>. [cit. 2025-03-06].

SACCONI, Gabriele, GRAGNANO, Elisabetta, ILARDI, Bernadette, MARRONE, Vincenzo, STRINA, Ida et al., 2022. Online. *Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Vol. 159, n. 1, s. 43-55. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.14100>. [cit. 2025-04-24].

SAFDARI-DEHCHESHMEH, Faranak, NOROOZI, Mahnaz, TALEGHANI, Fariba a MEMAR, Soraya, 2023. Online. *Factors Influencing the Delay in Childbearing: A Narrative Review*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. Vol. 28, n. 1, s. 10-19. Dostupné z: https://journals.lww.com/10.4103/ijnmr.ijnmr_65_22. [cit. 2025-03-14].

SCHURE, V., VOIGT, M., SCHILD, R., HESSE, V., CARSTENSEN, M. et al., 2012. Online. *Perinatal Risks in "Late Motherhood" Defined Based On Parity and Preterm Birth Rate – an Analysis of the German Perinatal Survey (20th Communication)*. Geburtshilfe

und Frauenheilkunde. Vol. 72, n. 01, s. 49-55. Dostupné z: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0031-1280407>. [cit. 2025-04-24].

SLABÁ, Jitka, KOCOURKOVÁ, Jiřina a ŠŤASTNÁ, Anna, 2021. Online. *Neplánovaný odklad mateřství do vyššího věku v životní dráze českých žen*. Sociológia. Vol. 53, n. 1, s. 49-70. Dostupné z: https://www.sav.sk/index.php?lang=sk&doc=journal-list&part=article_response_page&journal_article_no=25444. [cit. 2025-02-16].

SPAIN OF LATE MOTHERHOOD, The. 2019. *CE Noticias Financieras*, English ed. Miami: ContentEngine LLC, s. 1–4. Dostupné z: <https://www.proquest.com/wire-feeds/spain-late-motherhood/docview/2326783178/se-2?accountid=15518>. [cit. 2025-03-11].

ŠPROCHA, Branislav a FITALOVÁ, Anna, 2022. Online. *Late motherhood and spatial aspects of late fertility in Slovakia*. Moravian Geographical Reports. Vol. 30, n. 2, s. 86-98. Dostupné z: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/mgr-2022-0006>. [cit. 2025-03-11].

TANAKA, Hiroaki, HASEGAWA, Junichi, KATSURAGI, Shinji, TANAKA, Kayo, ARAKAKI, Tatsuya et al., 2023. Online. *High maternal mortality rate associated with advanced maternal age in Japan*. Scientific Reports. Vol. 13, n. 1, s. 1-7. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-40150-4>. [cit. 2025-04-25].

TEMMESEEN, Camilla Gry, FABER FRANDSEN, Tove, SVARRE-NIELSEN, Henriette, PETERSEN, Kathrine Birch, CLEMENSEN, Jane a ANDERSEN, Heidi Lene Myglegaard, 2023. Online. *Women's reflections on timing of motherhood: a meta-synthesis of qualitative evidence*. Reproductive Health. Vol. 20, n. 1, s. 1-13. Dostupné z: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01548-x>. [cit. 2025-03-19].

VAUGHAN, Deirdre A., CLEARY, Brian J. a MURPHY, DJ., 2014. Online. *Delivery outcomes for nulliparous women at the extremes of maternal age – a cohort study*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Vol. 121, n. 3, s. 261–268. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12311>. [cit. 2025-03-14].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Porucha pozornosti s hyperaktivitou)
AMA	Advanced Maternal Age (Vyšší mateřský věk)
AMH	Anti-Müllerian Hormone (Anti-mülleriánský hormon)
ART	Assisted Reproductive Technology (Asistovaná reprodukční technologie)
ASD	Autism Spectrum Disorder (Porucha autistického spektra)
BJOG	British Journal of Obstetrics and Gynaecology
CMP	Cévní mozková příhoda
COHORTS	Consortium of Health-Oriented Research in Transitioning Societies
ČR	Česká republika
EBSCO	Elton B. Stephens Company – akademická databáze odborných zdrojů
EU	Evropská unie
ICSI	Intracytoplasmic Sperm Injection (Intracytoplasmatická injekce spermie)
IMSI	Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection (Morfologicky selektovaná intracytoplazmatická injekce spermie)
IUGR	Intrauterine Growth Restriction (Intrauterinní růstová restrikce)
IUI	Intrauterine Insemination (Intrauterinní inseminace)
IVF	In Vitro Fertilization (In vitro fertilizace)
IVF/ET	In Vitro Fertilization/Embryo Transfer (In vitro fertilizace s embryotransferem)
JIP	Jednotka intenzivní péče
Kč	Koruna česká
MAR	Medically Assisted Reproduction (Lékařsky asistovaná reprodukce)
MESA	Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration (Mikrochirurgická aspirace spermií z nadvarlete)
Např.	Například

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OTC	Ovarian Tissue Cryopreservation (Kryoprezervace ovariální tkáně)
PGT	Preimplantation Genetic Testing (Preimplantační genetické testování)
PICSI	Physiological Intracytoplasmic Sperm Injection (Fyziologický výběr spermií pro ICSI)
PLOS	Public Library of Science
PPCM	Peripartum Cardiomyopathy (Peripartální kardiomyopatie)
TESE	Testicular Sperm Extraction (Chirurgické získání spermií z varlat)
THBR	Take-home baby rate (Míra porodu živého dítěte)
Tzn.	To znamená
USA	United States of America (Spojené státy americké)
USP	Universidade de São Paulo
UTB	Univerzita Tomáše Bati