

REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ ŽENY, PREKONCEPČNÍ PÉČE

Bakalářská práce

KAROLÍNA VLACHOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S. V PRAZE

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Hanuš, CSc.

Komise pro studijní obor : Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Karolína Vlachová

ABSTRAKT:

VLACHOVÁ, Karolína. *Reprodukční zdraví ženy, prekoncepční péče*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha. Bakalář v porodní asistenci. Školitel: MUDr. Jiří Hanuš, CSc.

Tématem bakalářské práce je reprodukční zdraví ženy, prekoncepční péče. Teoretická část se zabývá reprodukčním zdravím ženy. Popisuje anatomii jednotlivých reprodukčních orgánů a jejich funkce. Zahrnuje jednotlivé metody reprodukčního cyklu, tedy jak lze rozpoznat plodná a neplodná období. Svě opodstatněné místo zde mají i jednotlivě jmenované antikoncepční metody, které brání nechtěnému těhotenství. Další kapitola práce se zabývá prekoncepční péčí, popisuje, kdy a jak plánovat těhotenství, jak se správně stravovat a proč je důležitý pohybový režim. Je zde zmíněno i to, čeho by se naopak budoucí matka měla vyvarovat. Závěrečná podkapitola popisuje dvě častá chronická onemocnění, diabetes mellitus a hypertenzi, která s těhotenstvím úzce souvisí a jejichž kompenzace je velice podstatná nejen v těhotenství, ale zejména před ním.

Empirická část interpretuje výsledky výzkumu. Byla použita dotazníková metoda, která měla objasnit, jaký postoj k prekoncepční péči a reprodukčnímu zdraví mají budoucí matky. Cílem práce bylo zjistit, jaké znalosti a informace mají ženy v této oblasti.

Klíčová slova: Reprodukční zdraví. Antikoncepční prostředky. Prekoncepční péče.

ABSTRACT

VLACHOVÁ, Karolína. *Women Reproduction Health, Pre-conceptual Care*. Prague, 2009. Bachelor thesis. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Prague. Bachelor degree in birth assistance.

Instructor: MUDr. Jiří Hanuš, CSc.

Subject of the Bachelor Thesis is the women reproduction health, pre-conceptual care. The theoretic part deals with women reproduction health. It describes anatomy of individual reproductive organs, their function. It covers individual methods of the reproductive cycle, thus how to distinguish fertile and infertile periods. Individually described contraceptive methods preventing unwilling pregnancy have their legitimate place in this Thesis as well. Next chapter concerns with pre – conceptual care, pregnancy planning, suitable diet and why exercise regime is so important. It is mentioned as well what mother – to - be should avoid. Last subchapter of the Thesis describes two frequent chronic diseases, diabetes mellitus and hypertension. Both diseases are closely related to pregnancy and their control is essential not only during pregnancy but in particular before the pregnancy itself. Empirical part interprets results of the research. There has been used questionnaire method, which supposed to clarify the attitude of mothers – to - be to pre - conceptual care and reproduction health. The aim of the Thesis has been to determine amount of knowledge and information that women have in this area.

Key words: Reproduction health. Contraception means. Pre-conceptual care.

PŘEDMLUVA:

Téma své práce jsem příliš dlouho nehledala. Chtěla jsem se zabývat něčím, co není tak úplně známé. Plánování těhotenství totiž není samozřejmostí pro každého, tak jako pro mě. Sama bych se, jako budoucí matka, plánování a přípravě na těhotenství chtěla věnovat. Jsem samozřejmě ovlivněna studiem porodní asistence a vím, jak může být plánovaná příprava na těhotenství prospěšná. Víím, co může způsobit užívání některých léků, drog nebo alkoholu budoucímu človíčkovi. Ale ví to i ostatní matky? A právě tato otázka mě navedla k výběru tématu práce.

Tato práce by měla být nejen přínosem pro budoucí maminky, ale i námětem pro studenty porodní asistence, kteří by chtěli toto téma více prozkoumat. Někdo by sice mohl namítnout, že takových prací a odborných knih je dost. Tato dvě spolu související témata jako bezesporu reprodukční zdraví ženy a prekoncepční péče jsou, se ale jen stěží dají dohledat v jedné publikaci.

Informace jsem sbírala především z odborných knih, ale nápomocné mi byly i časopisy a internetové stránky.

Touto cestou bych chtěla co nejsrdečněji poděkovat mému vedoucímu bakalářské práce MUDr. Jiřímu Hanušovi, CSc. za užitečné a cenné rady, podporu, náměty a čas věnovaný tvorbě mé práce.

Dále patří mé poděkování konzultantům PhDr. Veronice Blažkové a Mgr. Vladimíru Hozdovi za ochotu, trpělivost a pomoc, kterou mi poskytli při konečných úpravách práce.

Děkuji staničním sestřám a všem zúčastněným maminkám na gynekologicko - porodnické klinice 1. lékařské fakulty KU v Praze a VFN v Praze, díky kterým jsem mohla vypracovat praktickou část své práce. V neposlední řadě patří mé díky i rodině a příteli, kteří po celou dobu studií stáli za mnou a všemožně mě podporovali.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ	9
1.1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	9
1.2 MENSTRUAČNÍ CYKLUS	11
1.3 SLEDOVÁNÍ PLODNÝCH A NEPLODNÝCH OBDOBÍ	12
1.3.1 Hlenová metoda.....	12
1.3.2 Měření bazální teploty.....	13
1.3.3 Změny děložního hrdla.....	14
1.4 PLODNOST U MUŽŮ	14
1.5 JAK PŘEDEJÍT NEŽÁDOUCÍMU TĚHOTENSTVÍ?	15
1.5.1 Ženské antikoncepční metody	16
1.5.2 Mužské antikoncepční metody	17
2 CO JE PREKONCEPČNÍ PÉČE?	18
2.1 PLÁNOVANÉ TĚHOTENSTVÍ.....	18
2.1.1 Úprava hmotnosti	19
2.1.2 Výživa před těhotenstvím.....	19
2.1.3 Tělesný pohyb	20
2.1.4 Kouření.....	21
2.1.5 Alkohol, káva	21
2.1.6 Léky.....	21
3 ZDRAVOTNÍ STAV	23
3.1 DIABETES MELLITUS	23
3.2 HYPERTENZE	24
EMPIRICKÁ ČÁST	26
4 ÚVOD DO ANALYTICKO-EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	27
4.1 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	28
4.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU	29

5 SHRNU TÍ.....	46
6 DISKUZE	47
ZÁVĚR.....	49
SEZNAM LITERATURY	50
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	53
SEZNAM PŘÍLOH	54

Úvod

V dnešní době je na trhu v České republice široké spektrum antikoncepčních prostředků, které umožňují ženě rozhodnout zda a kdy otěhotní. Těhotenství je jednou z nejdůležitějších a nejzodpovědnějších etap života ženy. Každé těhotenství je individuální. Proto, aby skončilo porodem zdravého dítěte, je důležitá nejen prenatální péče po dobu celého těhotenství, ale i znalosti budoucích rodičů v oblasti reprodukčního zdraví a prekoncepční péče. Lze tak snížit riziko vzniku komplikací během těhotenství, porodu i šestinedělí. Správná a včasná prekoncepční péče u ženy s chronickým onemocněním předchází nejen zhoršování zdravotního stavu, ale především výskytu možných komplikací.

V současné době je, díky velkému nárůstu těhotných žen, zaměřena pozornost médií nejen na těhotenství a porod, ale i na reprodukční zdraví a prekoncepční péči. Ženy vědí, že připravit svůj organismus na těhotenství je výhodnější, než vše nechat náhodě. Strach z nemožnosti počít nebo obavy o zdraví dítěte či hladký průběh těhotenství jsou jedním z důvodů, proč ženy začaly svá těhotenství plánovat.

V současné době už není ani pro muže prekoncepční péče velkou neznámou. Muži se chtějí zapojovat do příprav na těhotenství, chtějí být oporou své ženě u porodu. Ženy své muže s oblibou a především s úspěchem zapojují do příprav na těhotenství. Nebrání se alkoholové abstinenci, ani četbám odborné literatury, vitamínovým preparátům nebo úplné změně svého dosavadního životního stylu. Touha po miminku už dávno není jen výsadou žen a to je určitě nejen velké pozitivum do budoucna.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Reprodukční zdraví

Reprodukční zdraví znamená schopnost ženy otěhotnět a porodit zdravý plod. U žen začíná tzv. fertilní věk v období menarchae, které je zhruba mezi 13.-16. rokem a končí menopauzou, která nastupuje okolo 45.-50. roku. V období plodného věku se pravidelně dostávají menstruační cykly, při kterých je z vaječníku uvolňováno vajíčko. Pokud dojde k oplodnění vajíčka mužskou pohlavní buňkou - spermii, dochází k těhotenství. Funkce vaječníků je ovlivňována hormony - gonadotropiny, které regulují vývoj a zrání vajíčka (oocytu) ve folikulu ovaria a ovlivňují i změny děložní sliznice- endometria. Z gonadotropních hormonů jsou nejdůležitější FSH (folikulo-stimulační hormon) a LH (luteinizační hormon). Dalšími hormony podílejícími se na tomto procesu jsou estrogeny a progesteron (7, 9).

1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Proto, abychom mohli pochopit menstruační cyklus, ovulaci a celkový chod reprodukčního procesu, je potřeba znát alespoň základy anatomie pohlavního ústrojí ženy.

PÁNEV

Ženská pánev je nálevkovitého tvaru. Tvoří ji pánevní kosti, ossa coxae. Vzadu je vložená kost křížová, os sacrum, a vpředu se mezi stydkými kostmi nachází vazivově-chrupavčitá ploténka, stydká spona neboli symphysis pubis. Na křížovou kost je napojena kostrč, os coccygis. Kostěná pánev spolu se svaly a vazy tvoří tzv. pánevní pletenec. Na předním okraji kosti křížové vyčnívá promontorium. Přední plocha kosti křížové je konkávní a jsou na ní nad sebou čtyři páry otvorů pro výstup míšních nervů. Kostrč představuje zakončení páteře, která vznikla srůstem 4-5 kostrčních obratlů. Má kuželovitý tvar, hrotem dolů. Pánevní kosti vznikají v době nitroděložního vývoje srůstem třech samostatných kostí, kosti kyčelní (os ilium), kosti sedací (os ischii) a kosti stydké (os pubis). Lopaty kyčelních kostí ohraničují směrem nahoru prostor zvaný velká pánev, který má mísovitý tvar. Směrem dolů přechází do malé pánve. Tento prostor je označován jako tvrdé porodní cesty.

ZEVNÍ RODIDLA

Zevní rodidla jsou tvořena hrmou, velkými stydkými pysky, malými stydkými pysky, poštváčkem a hrází.

VNITŘNÍ RODIDLA

K vnitřním rodidlům patří děloha, vaječníky a vejcovody. Spojení se zevními rodidly tvoří pochva (vagina), kopulační orgán, který má tvar šterbinovité dutiny, která kaudálně ústí do poševní předsíně a kraniálně se upíná na děložní hrdlo v jeho střední třetině, takže jeho kraniální část je v pochvě. Mezi hrdlem a poševními stěnami vznikají poševní klenby. Přední klenba je mělčí, zadní hlubší. Poševní stěny na sebe naléhají, v místě přechodu tvoří poševní hrany. Poševní stěna je tvořena vazivovými a svalovými vlákny, je poddajná a roztažitelná, což je velmi důležité pro postup plodu během porodu. Pochva je vystlaná dlaždicovým epitelem bez žlázek. Povrchní buňky se odlupují. Počet vrstev epitelu se v období pohlavní zralosti mění v závislosti na menstruačním cyklu. V období pohlavní zralosti je poševní sliznice pokrytá vrstvičkou škrobovitě, mazlavé hmoty. Ta vzniká transsudací z vaginálního epitelu a z cervikálního hlenu. V pochvě zdravé dospělé ženy se vyskytuje bacil mléčného kvašení (*Lactobacillus Döderleini*), jehož působením glykogen z odloupaných povrchových buněk poševní sliznice zkvašuje na kyselinu mléčnou. Proto má tento povlak kyselou reakci. Tato kyselá reakce je jedním z obranných opatření organismu proti ascendentnímu šíření a množení patogení mikrobiální flóry.

DĚLOHA

Děloha (uterus) je dutý svalový orgán, hruškovitého tvaru. Kraniální, objemnější část nazýváme děložním tělem (*corpus uteri*), kaudálně směřuje děložní hrdlo (*cervix uteri*). Přejechod mezi děložním tělem a hrdlem se nazývá děložní úžina (*istmus uteri*).

Děložní tělo je zředu dozadu zploštělé. Popisujeme na něm přední a zadní stěnu, děložní hrany, rohy děložní a děložní dno (*fundus*). Děložní stěny jsou tvořeny hladkými svalovými vlákny (*myometrium*), která probíhají spirálovitě. Děložní dutina (*cavum uteri*) má tvar trojúhelníku postaveného na vrchol. Kaudálně přechází do kanálu děložního hrdla (*canalis cervicis uteri*), kraniálně ve fundu je děložní dutina spojena s vnitřním ústím vejcovodů. Děložní dutina je vystlána děložní sliznicí (*endometriem*), v níž od menarchae do menopauzy probíhají cyklicky se opakující změny- endometrální cyklus, podmíněný cyklem ovariálních hormonů. Sliznice má žlázový charakter, žlásky produkují hlenovitou tekutinu.

Děložní hrdlo má válcovitý tvar. Nad úponem pochvy se nachází jeho část supravaginální, část infravaginální představuje tzv. děložní čípek. Kanál děložního hrdla má vřetenovitý tvar. Kraniálně je zúžená tzv. vnitřní branka v místě istmu, která spojuje kanál s děložní dutinou. Zúžená část na „čípku“, zevní branka, je vyústěním cervikálního kanálu do pochvy. Zevní branka má u žen, které nerodily tvar dűlku, po porodu má tvar štěrbinovitý. Cervikální kanál je vystlán sliznicí s hlenotvornými buňkami, která je uspořádaná do řas. Vlastnosti cervikálního hlenu se mění v závislosti na menstruačním cyklu.

VEJCOVODY

Vejcovody (tubae uterinae) jsou párové trubicovité orgány odstupující od děložních rohů. Děložním rohem postupuje nejužší intramurální část, která pokračuje úzkou istmickou částí a ústí rozšířenou ampulou do břišní dutiny. V oblasti abdominálního ústí tuby jsou řasy, fimbriae. Stěnu vejcovodu tvoří svalová vrstva s možností peristaltického pohybu. Lumen je vystlané sliznicí s hlenotvornými buňkami, uspořádanou v bohaté řasy. Zevně pokrývá vejcovod peritoneum, které kaudálně tvoří duplikaturu (mesosalpinx), kterou je vejcovod zavzat do horního okraje širokého vazů (ligmentum latum uteri).

VAJEČNÍKY

Ovaria jsou párové ovoidní orgány, zavěšené na peritoneální řase na zadní list širokého vazů pod ampulární částí vejcovodu. S dělohou je vaječník spojen vazivovým pruhem (ligmentum ovarii proprium). Směrem k pánevní stěně probíhá od vaječníku peritoneální řasa (plica suspensoria ovarii), kterou je vaječník zavěšen na pánevní stěnu a probíhají jí cévy a nervy. Ovarium je ženská gonáda. Vaječník má dvě funkce. Tvoří a uvolňuje zárodečné buňky- vajíčka a produkuje ovariální hormony, estrogeny a progesteron, sexuální hormony ženy, vyvolávající cyklické změny na děložní sliznici, děložním hrdle, poševní sliznici a mléčné žláze, které představují tzv. pohlavní cyklus v období sexuální zralosti ženy (3).

1.2 Menstruační cyklus

Den, kdy začíná menstruační krvácení, je prvním dnem menstruačního cyklu. První fáze cyklu se nazývá proliferační a trvá přibližně 14 dnů. Druhá fáze, která následuje po ovulaci, se nazývá sekreční. Počet vajíček, které má žena během svého života k dispozici, je určen už před narozením. Během embryonálního vývoje jsou ve vaječnících produkovány milióny

primordiálních folikulů. Mnoho z nich degeneruje a zbytek je připraven vyvinout se ve zralé vajíčko. Každé vajíčko je umístěno ve vaku vyplněném tekutinou, zvaném folikul, který vajíčko obklopuje a chrání během zrání. Asi 2 týdny před ovulací stoupá sekrece hormonu FSH, který stimuluje růst a zrání folikulů. Rostoucí folikuly vylučují zvýšené množství hormonu estrogeneru, který vyvolává růst děložní výstelky (endometria) a mění skladbu hlenu v děložním hrdle, který pak umožňuje optimální průnik spermií do dělohy. Pod vlivem FSH dominantní tzv. Graafův folikul roste a zraje rychleji než ostatní, které degenerují. Asi 32 hodin před ovulací je sekrece estrogenerů maximální a vyvolává prudký vzestup produkce hormonu LH, který způsobí uvolnění zralého vajíčka z dominantního folikulu. To, co zůstane z folikulu po uvolnění vajíčka, je následně přeměněno na žluté tělísko, které vylučuje progesteron. Progesteron svým působením připravuje endometrium na uhnízdění oplodněného vajíčka a v důsledku jeho zvýšené hladiny také stoupá bazální tělesná teplota. Pokud nedojde k oplodnění vajíčka do 72 hodin po uvolnění z folikulu, žluté tělísko degeneruje, klesne hladina progesteronu i estrogeneru a nastane menstruační krvácení. Pokud dojde k oplodnění a následně vývoji embrya, nastupuje sekrece hormonu hCG (lidský choriový gonadotropin). Účinkem hCG je žluté tělísko stimulováno k sekreci progesteronu, aby byly zajištěny optimální podmínky k implantaci oplodněného vajíčka (3).

1.3 Sledování plodných a neplodných období

1.3.1 Hlenová metoda

Každá zdravá žena v období pohlavní zralosti je schopna na svém těle pozorovat změny, související s reprodukčním cyklem, kdy se střídají plodná a neplodná období.

Sledování hlenu, který je vyměšován žlázkami děložního hrdla, patří k jednomu ze způsobů, jak určit plodná či neplodná období. Tento způsob je znám už více než 100 let. V gynekologické praxi se využívalo poznatků o změně charakteru hlenu především při léčbě neplodnosti.

Změny charakteru hlenu je žena schopna pociťovat, vidět nebo hmatat. Může se měnit barva, kdy hlen může být bílý, nažloutlý nebo průhledný, někdy zabarvený do růžova nebo s žilkami krve. Mění se i jeho konzistence, která může být hrudkovitá, krémová, rosolovitá, tuhá. Mění se i tažnost a vazkost. Bezprostředně po menstruaci nastává několik dní, kdy má žena pocit „sucha“ na zevních rodidlech. Potom se přítomnost hlenu projeví pocitem „vlhkosti“, ač nelze přítomnost hlenu objektivně prokázat. Čím více se blíží období ovulace,

tím je hlen hojnější a řidší. V období těsně před ovulací bývá bezbarvý, průzračný, řídký a dobře tažný. Označujeme ho jako hlen s charakteristikou „nejvyšší plodnosti a nejlepší kvality“. Po ovulaci se vlastnosti hlenu rychle mění. Ztrácí tažnost, je zabarvený mléčně a bývá vazký až hrudkovitý. Množství i složení hlenu je ovlivňováno hladinou estrogenů. Pozorování hlenu je potřeba denně zapisovat do tabulky. K usnadnění popisu a k určení charakteru je doporučováno užívat vlastních slov ženy. Charakter se může měnit během dne a proto je výhodnější zapisovat hodnocení až večer. Jako „hlenový vrchol“ se značí poslední den, kdy žena pozorovala „nejplodnější charakter“ hlenu. Je potřeba vědět, že pro vrchol „hlenového příznaku“ není rozhodující množství, ale charakter hlenu (7).

1.3.2 Měření bazální teploty

Přesné dodržování pravidel měření bazální tělesné teploty je velice důležité pro určení plodných a neplodných období a pro správné hodnocení činnosti vaječnicků. Bazální teplota se měří denně. Před měřením by měl být alespoň šestihodinový spánek. Nejvhodnější je měřit teplotu ráno, nejlépe hned po probuzení, kdy organismus ještě není tolik zatěžován například příjmem stravy, pohybem nebo duševními vlivy. Nedodržení klidu je potřeba do tabulky teplot zaznamenat, aby se případné výkyvy teplot podařilo správně posoudit. Měření by mělo probíhat vždy ve stejnou dobu. Časový rozdíl by se neměl lišit více než o hodinu. Měření v jinou dobu by opět mělo být zaznamenáno do tabulky. Teplotu je potřeba měřit v tělních dutinách, tedy v konečníku, pochvě nebo v ústech pod jazykem. Místo si zvolí žena sama, ale pak už ho nemění. Nejčastější chybou je příliš krátké měření. Mělo by trvat minimálně 3-5 minut. Nevysvětlitelné kolísání teplotních hodnot se snažíme vyrovnat prodloužením doby měření a je nutné si ověřit, zda užívaný teploměr nevyžaduje delší dobu měření. Nejvhodnějším je obyčejný lékařský teploměr, který je potřeba během cyklu neměnit. Pokud však přeci jen ke změně dojde, je třeba opět změnu zapsat do teplotních tabulek. Naměřenou teplotu ihned odečítáme a zapisujeme. Při pozdějším hodnocení dochází k poklesu teploty.

Průběh bazálních teplot při normálním menstruačním cyklu je dvoufázový. V první fázi se teplota pohybuje okolo 37° C. Ve fázi druhé teplota klesá. Přejít z nízkých na vyšší teploty nazýváme teplotním vzestupem.

Bazální křivku mohou ovlivnit všechny výraznější odchylky od dosavadního způsobu života. Každá žena je jinak citlivá, proto se ze začátku zaznamenává každá neobvyklost v životosprávě. Nejčastějšími rušícími vlivy je jakékoliv onemocnění, užívání léků,

nedostatek spánku, nedodržení klidu před měřením, pití alkoholu, cestování, užití nového teploměru, jednorázová změna obvyklé doby měření, odlišnější více než hodinu (7).

1.3.3 Změny děložního hrdla

Další možností pro sledování plodných a neplodných období je samovyšetřování děložního hrdla, kdy se mění jeho poloha, tvar a konzistence. Nejvhodnější vyšetřovací polohou je poloha vleže, dřepu nebo se zvýšením jedné nohy s ohnutím v koleni. Po menstruaci bývá hrdlo tvrdé a zevní děložní branka uzavřená. Na počátku plodného období měkne a branka se otvírá, současně se hrdlo zvedá nahoru, proto je hůře hmatné. Po ovulaci opět sestupuje dolů, uzavírá se a tvrdne. Tato metoda je vhodná především pro ženy, které si nejsou příliš jisté hodnocením hlenové metody (7).

1.4 Plodnost u mužů

Plodností u mužů se rozumí schopnost oplodnit ženu. Mužský reprodukční systém proto musí být schopen produkovat a uchovávat spermie a ty poté transportovat ven z těla, aby mohly dosáhnout do ženského reprodukčního traktu. Orgány, které produkují spermie jsou varlata (testes), mužská gonáda. Uvnitř každého varlete je velké množství drobných struktur zvaných semenotvorné kanálky a v nich probíhá vývoj spermií. Na rozdíl od ženy, která se rodí s konečným počtem vajíček a žádná další u ní během života nevznikají, vytváří muž nové spermie neustále. Po pubertě se mužům zásoba spermií obnovuje kompletně zhruba každých 72 dnů. Neplodností se rozumí neschopnost zplodit potomka. Lékaři z klinické praxe zavedli do definice neplodnosti časové a fyzické prvky. O neplodnosti se hovoří po uplynutí 1 roku, kdy při nechráněném, pravidelném styku nedošlo k otěhotnění.

Vývoj normální, zralé spermie je klíčovým momentem pro mužskou plodnost. Produkce spermií je řízena zejména dvěma hormony: **FSH**, který je zodpovědný za stimulaci produkce spermií ve varlatech a **LH**, který stimuluje Leydigovy buňky k vylučování testosteronu, hormonu, který ovlivňuje vývoj a udržování mužských pohlavních znaků. Pod vlivem testosteronu a dalších hormonů dochází k vývoji nezralé spermatické buňky přes několik stadií až po zralou spermatickou buňku, zvanou spermatozoa. Spermatozoa potom postupuje kanálky nadvarlete a zde získává po 18 až 24 hodinách schopnost pohybu. Nakonec se zralá spermie dostává chámovodem do semenných váčků a zde čeká na ejakulaci. Celý tento proces trvá asi 72 dní. Při ejakulaci se spermie ze semenných váčků smíchají s tekutinou z prostaty

a z ostatních žláz aby vytvořily semennou tekutinu. Tato tekutina se při koitu dostane až do vejcovodu, aby mohlo dojít k oplodnění vajíčka. Ve varlatech probíhá spermatogeneze po celý dospělý život muže. Spermie jsou vysoce specializované buňky, které se skládají ze dvou základních částí: hlavičky, tvořené akrozomem, a ocáskem, který umožňuje spermii pohyb. Akrozom v hlavičce spermie obklopuje jádro, ve kterém je uchovávána genetická informace. Produkce spermií je však procesem velmi zranitelným a velmi málo efektivním. Pro denní produkci několika stovek milionů spermií je zapotřebí asi 8 krát více zárodečných buněk a navíc jen část z těchto spermií je nakonec schopna oplodnění.

Spermie mohou žít v ženském pohlavním traktu až 48 hodin nebo i déle. Nejpochyblivější spermie postupuje dělohou až do vejcovodů, kde dojde k oplodnění. Jen několik stovek nekvalitnějších spermií se dostane až do vejcovodů a do kontaktu s vajíčkem. Po spojení jedné spermie s vajíčkem začíná buněčné dělení a šest až sedm dní po koncepci dochází k zahnízdění embrya (7).

1.5 Jak předejít nežádoucímu těhotenství?

Pokud žena není připravena na těhotenství, může vyzkoušet antikoncepční metodu, která zabráni setkání spermie s vajíčkem. V dnešní době lze vybrat vhodnou antikoncepční metodu, kterých je na našem trhu nabízeno velké množství. Při výběru antikoncepce je ovšem potřeba mít na zřeteli několik důležitých aspektů. Žena by se měla o jednotlivých metodách informovat u svého gynekologa, který by jí měl doporučit vhodnou metodu.

Při výběru je nutné posoudit:

- 1.** spolehlivost antikoncepční metody, která je hodnocena tzv. Pearl indexem
- 2.** bezpečnost antikoncepční metody. Hodnotí se výskyt vedlejších nežádoucích účinků na organismus. O tom by měl ženu informovat lékař.
- 3.** zda si žena přeje ještě otěhotnět. Pokud si však žena nepřeje opět otěhotnět, je jí stanovena jiná metoda, než ženě, která ještě otěhotnět hodlá.
- 4.** zdravotní stav ženy. Při některých onemocněních se možnosti výběru antikoncepce zužují. Příkladem jsou onemocnění kardiovaskulárního systému, tromboembolická onemocnění či onemocnění ledvin a jater.
- 5.** cenu. Pro většinu žen je důležitá finanční dostupnost antikoncepce (5).

1.5.1 Ženské antikoncepční metody

- **Přirozené metody:** tyto metody jsou založeny na měření bazální teploty a sledování viskozity a tažnosti hlenu. Teplota i cervikální hlen se mění podle plodných a neplodných dnů. V normálním menstruačním cyklu dochází k ovulaci zhruba v polovině cyklu. V tomto období se dodržuje sexuální abstinence. Tyto metody jsou velice málo účinné.
- **Ženská bariérová antikoncepce:** jedná se o vytvoření mechanické zábrany vniknutí spermií do dělohy. Zástupcem této metody je cervikální pesar, který má tvar kloboučku a je vyroben z gumy či plastu. Další je diafragma neboli tenká membrána vyrobená z latexu. Do této metody zahrnujeme i vaginální houbičku, která je naplněna spermicidy, které znehybňují nebo usmrcují spermie. Posledním zástupcem je femidom, což je dámský kondom, který se vkládá do pochvy a zachycuje spermie jako prezervativ. Tyto metody ale jsou rovněž málo spolehlivé.
- **Nitroděložní tělísko(IUD):** jedná se o tělísko zaváděné do dutiny děložní. Liší se různými tvary, nejčastějším je tvar T, který nejlépe kopíruje tvar dutiny děložní. Na našem trhu je MIRENA, která je také tvaru T a je naplněna hormonem. Nevýhodou běžných IUD je poměrně velké množství nežádoucích účinků, například prodloužení a zvýšení intenzity menstruačního krvácení nebo úplný rozvrat pravidelných cyklů či riziko mimoděložního těhotenství.
- **Hormonální antikoncepce:** tato forma využívá ženských sexuálních hormonů, estrogeneru a gestagenu. Podávají se buď oba současně, jako tzv. kombinovaná antikoncepce, nebo lze podávat pouze gestageny. Estrogeny brání ovulaci, gestageny tvoří hustý hlen v děložním hrdle a brání tak průniku spermiím. Hormonální antikoncepci lze užívat ve formě tablet, injekčně, v IUD, podkožním implantátem či kožní náplastí. Metoda je jednou z nejspolehlivějších, upravuje nepravidelnosti menstruačního cyklu, brání hypermenorhoe, snižuje výskyt menstruačních obtíží a působí příznivě na některá kožní onemocnění jako je například akné. Hormonální antikoncepce je dostupná pouze na lékařský předpis, je nutné docházet na pravidelné kontroly a je dražší, než jiné druhy antikoncepčních metod. Pro správný účinek této metody je důležité pravidelné užívání. Pokud žena zapomene a vzpomene si do 12 hodin, lze tabletu užít a účinek bude uchován. Při opoždění delším než 12 hodin, je třeba se chránit ještě jiným druhem antikoncepce.

- **Ženská sterilizace:** jedná se o výkon, který zabraňuje otěhotnění. Spočívá v chirurgickém přerušení vejcovodů pomocí speciálních okluzí, působením tepla či podvázáním. Tato metoda je velice spolehlivá ale nevratná. Žádost o sterilizaci schvaluje komise (5).

1.5.2 Mužské antikoncepční metody

- **Přerušovaný pohlavní styk:** touto metodou rozumíme ukončení soulože těsně před ejakulací. Muž před ejakulací ukončí soulož a ejakuluje mimo pochvu. Tím se zabraňuje vniknutí spermií do rodidel ženy. Metoda je sice bez zdravotních rizik, ale vyžaduje naprostou sebekontrolu muže, spolupráci partnerky a procento selhání je vysoké.
- **Prezervativ:** jedná se o bariérovou metodu. Brání vniknutí spermií do ženského pohlavního ústrojí. Některé prezervativy obsahují spermicidy, které spermie poškozují. Dalším pozitivem je i ochrana před sexuálně přenosnými chorobami.
- **Mužská sterilizace:** metoda se provádí chirurgicky přerušením chámovodů. Účinnost této metody je 100%, ale je to metoda nevratná (5).

2 Co je prekoncepční péče?

V České republice plánuje těhotenství čím dál více žen a to zejména proto, že věk rodičů zakládajících rodinu se zvyšuje. Toto tvrzení však neplatí pro všechny budoucí matky, jak jsem zjistila vlastním výzkumem. Plánovat těhotenství a připravit se na příchod dítěte je nejen zodpovědné, ale má bezesporu i spousty výhod. Příprava by měla začít přibližně 3 měsíce před početím. Zajistí tak optimální zdravotní stav ženy pro správný vývoj plodu. Pokud trpí budoucí matka chronickým onemocněním měla by se poradit včas se svým lékařem ohledně léčby a kompenzace nemoci jako je diabetes mellitus, thyreopatie, obezita atd. Dále se péče zabývá i životním stylem před těhotenstvím. Je důležité zaměřit se nejen na způsob stravování, kdy je nezbytné zajistit dostatečný přísun vlákniny, minerálních látek a vitamínů, zejména kyseliny listové, která je důležitá pro pozdější vývoj plodu, ale také na pohybovou aktivitu. Svou roli zde hraje i sociální situace dvojice plánující početí (1).

2.1 Plánované těhotenství

Plánované těhotenství začíná uvažováním partnerského páru nad vlastní socioekonomickou stránkou, zda jejich zdravotní stav umožňuje zplodit zdravé dítě a zda jsou po psychické stránce připraveni na jeho výchovu. Pro zdravý vývoj dítěte by se plánování nemělo nechat náhodě.

Ideálním věkem pro první těhotenství je 21-26 let, a to nejen z hlediska genetického, ale i biologického. Se zvyšujícím se věkem stoupá riziko komplikací v těhotenství, ale především klesá pravděpodobnost otěhotnění. Avšak trendem dnešní doby je těhotenství odsouvat a na vrcholu porodnosti jsou zejména ženy starší. Nespornou výhodou tohoto trendu je lepší vyzrálost a připravenost žen na příchod dítěte. Nevýhodou ale zůstává, že vyšší věk rodičů s sebou přináší i riziko vrozených vývojových vad dítěte. Pokud se v rodině jednoho z partnerů vyskytuje vrozená vada, doporučuje se ještě před početím podstoupit genetické vyšetření, které vyhodnotí riziko vzniku vady u dítěte (4).

Genetické vyšetření se dále doporučuje:

- ženám starším 35 let
- při opakovaných potratech
- při vrozené vadě prvorozeného dítěte

- při pokrevní příbuznosti partnerů
- po prodělání infekční choroby na počátku těhotenství
- při podezření na vedlejší účinky léků (5).

Popularizace pohybu a zdravé výživy způsobila, že velké procento populace se zamyslelo nad svým životním stylem. Touha po zdraví a štíhlé postavě postihla zejména ženy, což do jisté míry eliminuje zdravotní rizika před početím. Díky masivnímu přílivu informací ze strany médií se zlepšilo zdraví populace i z hlediska prevence, což je určitě obrovským pozitivem. Pokud si žena není zcela jistá svým zdravotním stavem, měla by možnost početí konzultovat s lékařem (1).

2.1.1 Úprava hmotnosti

Úprava tělesné hmotnosti je dobrým startem, jak předejít eventuálním komplikacím v těhotenství. Pokud žena trpí nadváhou, měla by svou váhu zredukovat. Nejúčinnější je vynechání sacharózy, prostého cukru, který najdeme v různých „neřestech“ našeho jídelníčku jako je mléčná čokoláda, zmrzliny, oplatky a spousty dalších dobrot nezapadajících do správné výživy. Velkým přínosem je zařazení ovoce a zeleniny, především v syrové podobě. Změna jídelníčku by však neměla být dočasná. Taková dieta sice docílí rychlého úbytku hmotnosti, ale po návratu k běžnému stravování, tedy ne úplně zdravému, nastane tzv. jo-jo efekt. Tedy přírůstek hmotnosti podstatně větší, než byla váha výchozí. Změnu ve stravování bychom měli brát jako změnu životního stylu a držet se ho po zbytek života. Bránit obezitě má bezesporu spoustu výhod, nejen po čas reprodukčního období, kdy dochází k problémům s početím a v těhotenství, ale i při porodu a bohužel i po porodu (1).

2.1.2 Výživa před těhotenstvím

Budoucí maminka ovlivňuje zdraví svého dítěte už před početím. Proto správná výživa před těhotenstvím je velice důležitá pro správný vývoj plodu. Velmi důležitým začátkem pro kvalitní životosprávu a její efekt je stav vnitřního prostředí organismu ženy. Účinným způsobem, jak dosáhnout žádoucího stavu je detoxikace zažívacího traktu. Ta podporuje významně stav imunitního systému, který je během celého těhotenství velice důležitý. Zejména v prvním trimestru, kdy je plod k různým druhům infekcí velmi citlivý. Zvýšit množství lactobacilů v zažívacím traktu lze konzumací jogurtů s probiotickou kulturou či ve formě tablet.

Nezbytnou součástí je pitný režim. Doporučuje se vypít až 2,5 litru tekutin za den. Nejvhodnější je čistá, nesycená voda, slabé neslazené bylinné čaje a čerstvé zeleninové a ovocné šťávy. Strava by měla být pravidelná, v přiměřeném množství a hlavně pestrá s dostatkem bílkovin, vlákniny, vitamínů a minerálních látek. Bílkoviny by neměly ve stravě zastupovat jen maso a masové výrobky, ale i mléko a mléčné výrobky, luštěniny, celozrnné obiloviny a oříšky. Avšak bílkoviny živočišné, tedy bílkoviny masa a mléka, obsahují vyšší podíl esenciálních aminokyselin, které si tělo samo neumí vyrobit a jsou k životu nezbytně nutné. Proto by měly být ve stravě ve větším zastoupení, než bílkoviny rostlinné. Další nedílnou součástí výživy jsou i tolik obávané tuky, bez kterých by ale nedocházelo např. ke vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích, tedy vitamínů A, D, E, K. Je ovšem potřeba si uvědomit, že v některých potravinách, jsou tuky tzv. skryté, jako například v maso a mléčných výrobcích. Na přípravu pokrmů nebo na mazání pečiva se doporučují tuky rostlinné. Tím dosáhneme správného poměru nasycených a nenasycených mastných kyselin ve stravě. Největší procento našeho jídelníčku zabírají sacharidy, které by měly být do těla dodávány hlavně ve formě škrobů. To znamená konzumaci brambor, rýže, těstovin a pečiva a to zejména z mouky celozrnné. Škroby jsou zdravější, než cukry jednoduché (zejména sacharóza). Energie se z nich uvolňuje pomaleji a obsahují méně kalorií. Nesmíme ale opomenout ani důležitost vitamínů a minerálů. Vitamín C napomáhá obranyschopnosti organismu před infekcemi, působí proti únavě a psychickému vyčerpání. Posiluje účinnost clomifenu, látky, která stimuluje ovulaci. Vitamín C je také označován jako vitamín proti neplodnosti. Posiluje činnost pohlavních orgánů, zlepšuje sexuální výkonnost, kvalitu vajíček a funkci dělohy. Ženám, které plánují těhotenství se doporučuje zvýšená konzumace kyseliny listové. Je nezbytná pro správný vývoj plodu. Dostatečný přísun snižuje výskyt vážných vrozených vad, jako je rozštěp patra a páteře. Dobrým zdrojem je např. brokolice, kapusta, špenát. Další nedílnou součástí je přísun železa, které je důležité pro krvetvorbu. Jeho nedostatek snižuje možnost otěhotnění. Je nenahraditelné pro život plodu. Železo obsahují živočišné potraviny jako je maso a vejce. Najdeme ho i v zelenině, ale jeho množství není tak vysoké. Strava by neměla obsahovat konzervované potraviny, uzeniny, smažené pokrmy, bílé pečivo, cukr, příliš dráždivá koření a alkohol (2, 11).

2.1.3 Tělesný pohyb

Přiměřený tělesný pohyb je součástí správného životního stylu. Pokud žena cvičí i před početím, neměla by v těhotenství přestávat. Výjimkou jsou pouze sporty, kdy hrozí úder do břicha, pád či jiné ohrožení plodu. Tyto sporty lze nahradit plaváním, turistikou nebo denními

procházkami. Pohyb v těhotenství připravuje tělo na zátěž. Dobrou kondici a pevnější svaly ocení ženy zejména na konci těhotenství, kdy je na tělo kladena větší hmotnostní zátěž, nejen nošením tří kilového plodu, ale zejména během porodu, kdy je potřeba hodně síly (1).

2.1.4 Kouření

Tomuto zlovyku by se žena měla vyhýbat už před otěhotněním, protože o těhotenství se dozví až za 4 nebo 5 týdnů od oplodnění. Zárodek v tomto počátečním období bývá nejzranitelnější. Škodlivé látky pronikají do těla těhotné, omezují přenos kyslíku a tím nepříznivě ovlivňují vývoj plodu. Kuřačkám se až dvakrát častěji rodí děti s nízkou porodní váhou, dochází u nich ke zvýšenému riziku samovolného potratu nebo předčasného porodu. Ani porodem však děti těchto žen nemají vyhráno, protože u nich může dojít k syndromu náhlého úmrtí v novorozeneckém období (1).

2.1.5 Alkohol, káva

Občasné požití malého množství alkoholu jistě nikomu neublíží, ovšem v těhotenství se ani pití malých dávek nedoporučuje. U dětí alkoholiček dochází nejen k abstinčním příznakům po porodu, ale také se daleko hůře vyvíjejí. Poškození plodu alkoholem v těhotenství může mít za následek i jeho mentální retardaci.

Pití kávy, ať už černé či s mlékem, je poměrně rozšířeným zvykem. Pokud žena během těhotenství ztrácí chuť na kávu, nemá smysl se do jejího pití nutit. Stejně tak by neměla kávu pít tehdy, pokud trpí hypertenzí, pálením žáhy či narušeným spánkem. Pokud ničím takovým netrpí, není nutné pití kávy vynechávat. Pokud pije kávu v přiměřeném množství, tedy jeden nebo dva šálky za den, nemá smysl ji nutit zcela abstinovat. Vliv kofeinu na zvýšené riziko vrozených vývojových vad plodu nebyl dosud prokázán (1).

2.1.6 Léky

Pokud žena uvažuje o početí a užívá nezbytně nutné léky dlouhodobě (inzulín), je důležité, aby se nejprve poradila s lékařem, který jí léky předepsal, zda je jejich užívání možné i v těhotenství. Ten by měl poradit, zda má v užívání léku pokračovat nebo zda je nutné ho pozměnit. Je-li žena zdravá, neměla by léky zbytečně užívat. Měla by se vyvarovat zejména drogám nejen před otěhotněním, ale zejména v těhotenství. Podávání vitamínových komplexů před otěhotněním má jistě svá pozitiva, ale žena by neměla zapomínat na dodávku

vitamínů a minerálních látek prostřednictvím čerstvého ovoce a zeleniny. Nicméně platí pravidlo, že pokud se žena chystá otěhotnět, měla by se před užíváním jakéhokoliv léku poradit s odborníkem. Chrání tím nejen sebe, ale i své nenarozené dítě, které je nejcitlivější mezi 17. dnem a 13. týdnem těhotenství, kdy dochází k vývoji orgánů a hrozí tak nejvyšší riziko vzniku malformací (1).

3 Zdravotní stav

V současné době je těhotenství a porod i u žen, kterým to v minulosti bylo zakazováno. Epilepsie, diabetes mellitus, psychiatrické onemocnění nebo srdeční vady byly příčinou bezdětnosti. V dnešní době je možné pod dohledem odborníka i takto nemocnou ženu dovést až k porodu, minimalizovat vrozené vývojové vady plodu kompenzací choroby a snížit morbiditu i mortalitu ženy i plodu. Mezi nejčastější onemocnění se kterými se setkáváme v těhotenství jsou diabetes mellitus a hypertenze. Tato onemocnění je naprosto nezbytné kompenzovat nejen před početím, ale i v průběhu celého těhotenství, kdy mají tendenci se zhoršovat nebo ženu dokonce ohrozit na životě (4).

3.1 Diabetes mellitus

Do roku 1922 bylo zcela běžné úmrtí mladých dívek s diabetem před dosažením fertilního věku. Po roce 1922 nastala pro diabetiky revoluce nástupem inzulínu do léčby. Léčba inzulínem představovala naději na úspěšné těhotenství a porod. V USA profesorka Priscilla White velmi brzy pochopila, že je nesmírně důležitá dobrá kompenzace diabetu v průběhu těhotenství. Dovedla tak řadu pacientek k porodu. Na konci 30. let 20. století byla diabetička schopna porodit, ale často měla v průběhu těhotenství komplikace, které souvisely s rozvojem pozdních komplikací diabetu. Dalším neuspokojivým perinatologickým výsledkem byl několikanásobně vyšší výskyt vrozených vývojových vad u dětí těchto žen. Tento fakt byl dán nejen nedostatečnou znalostí tohoto onemocnění, ale i nedostatečnou léčbou. V posledních 20 letech se perinatologické výsledky těhotných s diabetem podstatně změnily. Bylo to způsobeno nejen prohloubením znalostí, kdy byly podrobně popsány všechny typy diabetu, ale i zlepšením technologie výroby inzulínu, inzulínových analog a dalších nezbytně nutných pomůcek pro diabetiky, které pomáhají kontrolovat onemocnění a udržovat optimální metabolickou kompenzaci (glukometry, insulinová pera a pumpy a jiné).

Velice důležitou roli hraje v prekoncepční péči informovanost pacientky s diabetem 1. typu v oblasti možných rizik či komplikací v těhotenství. Tyto informace jsou součástí edukačních materiálů pro diabetiky, v nichž se klade důraz na plánované těhotenství. Ženě je potřeba vysvětlit důležitost plánovaného těhotenství, podat jí informace o způsobech antikoncepce, metabolické kontrole v době koncepce, časně diagnózy gravidity a o včasném zahájení péče v těhotenství. Je nutné vysvětlit, aby docházela na plánované návštěvy do

prenatální ambulance. Je potřeba jí poučit o možném riziku nejen u ní, ale i u dítěte, o porodnických komplikacích, o nebezpečí konzumace alkoholu, cigaret, drog a některých léků. Kromě podání potřebných informací je nedílnou součástí prekoncepční péče také znalost současného zdravotního stavu pacientky, především aktuálního metabolického stavu, což znamená kontrolování glykemických profilů, vyšetření eventuálních diabetických komplikací, kdy se zjišťuje krevní tlak, vyšetření oftalmologické, vyšetření renálních funkcí, chemické a bakteriologické vyšetření moči, vyšetření krevního obrazu. Do komplexu nezbytných vyšetření před graviditou patří i vyšetření štítné žlázy a samozřejmě vyšetření gynekologické. „U plánovaného těhotenství, kdy je diabetes nekomplikovaný s dobrou metabolickou kompenzací v průběhu celé gravidity má pacientka až 95 % šanci na porod zdravého dítěte“. Součástí prekoncepční péče je i podávání kyseliny listové jako preventivního opatření ke snížení rizika vzniku vrozených vývojových vad plodu, Těhotenství je kontraindikováno při postižení velkých cév, cév koronárních, cév dolních končetin a nedoporučuje se ani při mikroangiopatických komplikacích (např.: při neošetřené proliferativní retinopatii nebo při neuropatiích) (6).

3.2 Hypertenze

Hypertenze je definovaná zvýšením krevního tlaku na 140/90 mmHg. Zvláště nepříznivou prognózu pro matku i plod má tlak vyšší než 160/110 mmHg s proteinurií. Hodnoty krevního tlaku, odpovídající hypertenzi, musí být potvrzeny při dvou různých příležitostech. Je však velice důležité určit, zda se jedná o hypertenzi, která předcházela těhotenství (preexistující chronická hypertenze) nebo zda jde o stav specifický pro těhotenství (gestační transitorní hypertenze).

Preexistující arteriální hypertenze je diagnostikovaná před těhotenstvím. Není zcela znám původ vzniku hypertenze. Svou roli zde určitě hraje genetická predispozice. Také může být způsobena obezitou, onemocněními ledvin, velkých cév, štítné žlázy, nadledvin a hypofýzy. Příčinou ale může být i zúžená aorta nebo neurologické onemocnění.

Gestační arteriální hypertenzi způsobuje poškození endotelu, patrně hormonálními vlivy. Tlak těhotných je závislý na poloze, kterou zaujímají během měření. Tlak měřený na a. brachialis je nejvyšší, když žena vzpřímeně sedí, naopak nejnižší hodnoty jsou tehdy, pokud žena leží na boku, kdy je zvětšenou dělohou nejméně komprimována dolní dutá žíla.

Předpokládá se, že patofyziologickým podkladem hypertenze jsou vazospazmy. Hypertenze je jednou z příčin mateřské a fetální morbidity a mortality v civilizovaných zemích. Může způsobovat závažné komplikace, například abrupci placenty, cévní mozkovou příhodu, orgánové selhání a diseminovanou intravaskulární koagulopatii apod. Plod je ohrožen intrauterinní růstovou retardací, nezralostí nebo dokonce smrtí.

Proto je velice důležité před otěhotněním ženu s preexistující hypertenzí včas a správně kompenzovat a předejít tak vzniku komplikací během těhotenství. Léčba je závislá na hodnotách krevního tlaku a přítomnosti rizikových faktorů. Redukce hmotnosti u obézních žen má vliv na snížení krevního tlaku. Dále je nezbytná restrikce soli v dietě a farmakologická kompenzace. Ženám s preexistující hypertenzí je doporučováno pokračovat v jejich stávající medikaci s výjimkou inhibitorů ACE a AT blokátorů. Doporučuje se podávat alfa a beta-blokátory, blokátory Ca kanálů a centrální alfa-agonisty.

U žen, které mají hypertenzi během prvního těhotenství, lze počítat se zvýšeným rizikem jejího návratu i v těhotenstvích dalších. Ženy, které se setkaly s hypertenzí nebo s preeklampií mají vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění a cévní mozkové příhody v pozdějším věku. Mají také vyšší morbiditu a mortalitu na ischemickou chorobu srdeční. Je tedy důležité, aby ženy s gestační hypertenzí měly měřen tlak v ročních intervalech a ženy s preexistující hypertenzí byly pravidelně sledovány a dodržovaly předepsané medikamenty (8).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Úvod do analyticko-empirického šetření

V empirické části jsem se rozhodla využít anonymní dotazníkovou metodu. Dotazník vlastní konstrukce obsahoval 15 otázek, 5 otázek uzavřených, 4 polouzavřené a 6 otevřených pro volné vyjádření respondentek. Bylo možné označit více odpovědí najednou. Bylo rozdáno 100 dotazníků se 100% návratností.

Dotazníky jsem rozdávala v prenatální ambulanci a na oddělení rizikového těhotenství Gynekologicko – porodnické kliniky 1. lékařské fakulty KU a VFN v Praze. Výzkumný vzorek tvořilo 100 náhodně vybraných těhotných žen. Časový plán výzkumu byl stanoven na měsíc leden až únor roku 2009.

Před realizací vlastního výzkumu jsem použila předvýzkum pro případné vyloučení špatně položených otázek a pro lepší stanovení svých hypotézy. Předvýzkumu se zúčastnilo 20 těhotných žen z prenatální poradny v prenatální ambulanci a na oddělení rizikového těhotenství Gynekologicko – porodnické kliniky 1. lékařské fakulty KU v Praze a VFN v Praze. Dotazníků bylo rozdáno 20. Návratnost byla 100 %. Z předvýzkumu vyplynulo, že 95 % žen své těhotenství plánovalo, z toho 80 % se věnovalo přípravě na těhotenství a 75 % zapojilo do příprav na těhotenství svého partnera. Na základě těchto výsledků jsem v dotazníku vyřadila jednu otázku, na kterou ženy neuměly odpovědět. Úplně jsem vyměnila hypotézu H4, která byla špatně položená a nahradila ji jinou.

4.1 Cíl práce a hypotézy

Cíl analyticko-výzkumného šetření: cílem bylo zjistit úroveň znalostí a informovanost žen ve věku od 20 do 40 let různé parity, v oblasti reprodukčního zdraví a prekoncepční péče.

H1 – Domnívám se, že 70 % prvorodiček ve věku nad 25 let preferuje prekoncepční péči.

H2 – Domnívám se, že nejčastější volbou žen v prekoncepční péči je užívání vitamínů a úprava hmotnosti, které převažují nad způsoby ostatními.

H3 – Domnívám se, že ženy trpící chronickým onemocněním - diabetes mellitus či hypertenze - se věnují prekoncepční péči více, než ženy zdravé.

H4 – Domnívám se, že ženy pod 25 let těhotenství neplánují, na rozdíl od žen starších.

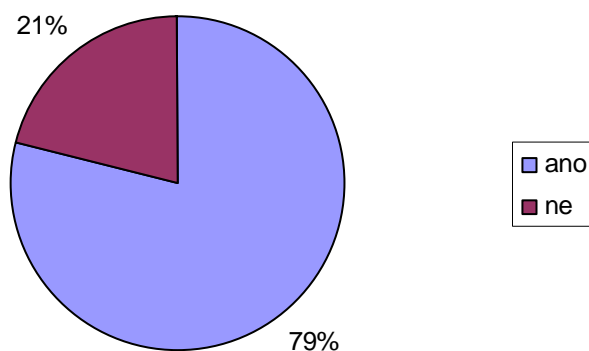
4.2 Výsledky výzkumu

Otázka číslo 1

Je Vaše těhotenství plánované?

Tabulka k otázce č. 1

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	79	79 %
ne	21	21 %
CELKEM	100	100%



Graf k tabulce č. 1

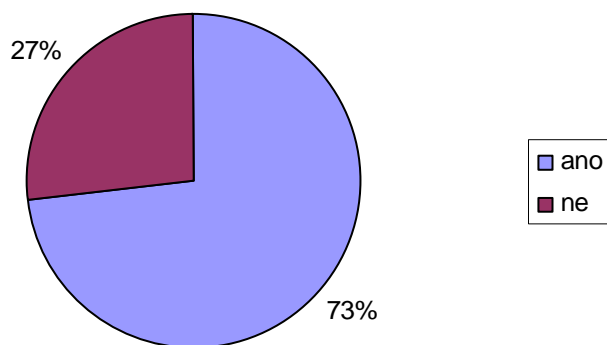
Na otázku číslo 1 odpovídalo 100 žen. Otázka je uzavřená. Graf znázorňuje, že 79% dotázaných své těhotenství plánovalo.

Otázka číslo 2

Věnovala jste se jakýmkoliv způsobem přípravě na těhotenství (prekoncepční péči)?

Tabulka k otázce č. 2

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	73	73 %
ne	27	27 %
CELKEM	100	100%



Graf k tabulce č. 2

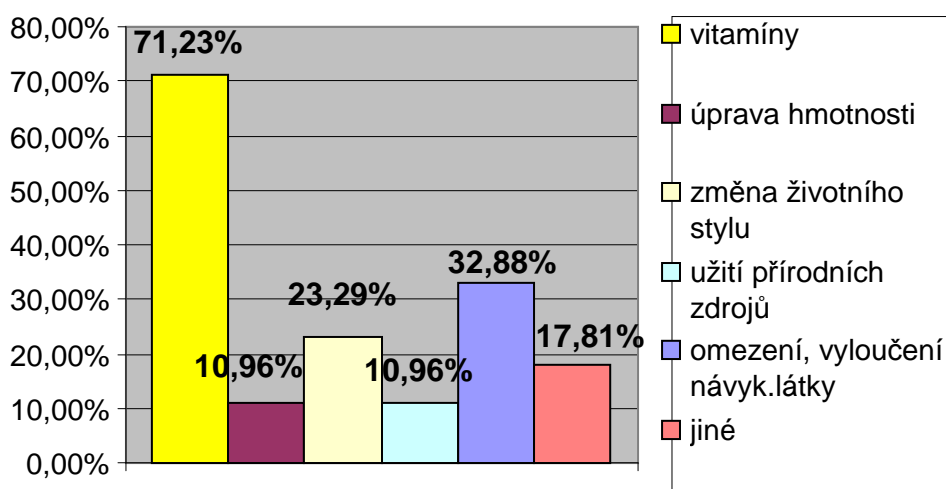
Na otázku číslo 2 odpovídalo 100 žen. Z toho 73% žen se aktivně připravovalo na těhotenství a 27% nepřipravovalo.

Otázka číslo 3

Uveďte, jakým způsobem jste se připravovala?

Tabulka k otázce č. 3

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
užívání vitamínů	52	71,23 %
úprava hmotnosti	8	10,96 %
změna životního stylu	17	23,29 %
užití přírodních zdrojů	8	10,96 %
Omezení, vyloučení návyk. látky	24	32,88 %
jiné	13	17,81 %
CELKEM	122	167,13 %



Graf k tabulce č. 3

Na otázku odpovídalo 73 žen, které odpověděli v předchozí otázce kladně. Tato otázka byla polouzavřená. Bylo možné zaškrtnout i více odpovědí najednou. Celkový počet odpovědí tedy činí 122, protože 49 respondentek využilo této možnosti.

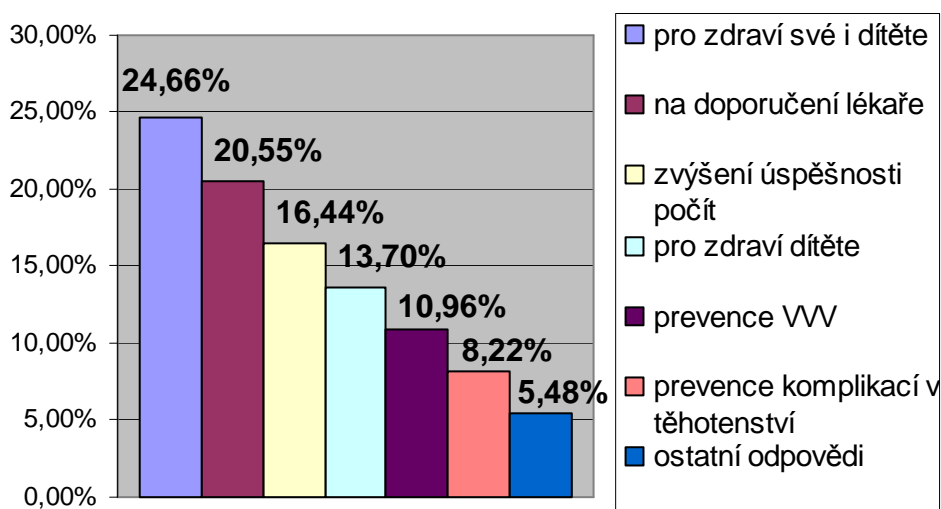
71,23% užívalo vitamíny, 10,96 % upravilo svoji hmotnost, 23,29 % změnilo svůj životní styl, 10,96 % užívalo přírodní zdroje, 32,88 % z nich omezilo či vyloučilo návykové látky, 17,81 % z nich odpovědělo jinak.

Otázka číslo 4

Proč jste volila právě tuto odpověď/ odpovědi?

Tabulka k otázce č. 4

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
pro zdraví své i dítěte	18	24,66 %
na doporučení lékaře	15	20,55 %
zvýšení úspěšnosti počít	12	16,44 %
pro zdraví dítěte	10	13,70 %
prevence VVV	8	10,96 %
prevence komplikací v těhotenství	6	8,22 %
ostatní odpovědi	4	5,48 %
Celkový počet respondentek	73	100 %



Graf k tabulce č. 4

Na otázku odpovídalo 73 žen. Tato otázka byla otevřená. Do grafu jsem zaznamenala nejčastější odpovědi. 24,66 % zvolilo tento způsob pro své zdraví a pro zdraví dítěte. 20,55 % odpovědělo, že tento způsob jim doporučil lékař. 16,44 % chtělo zvýšit možnost početí.

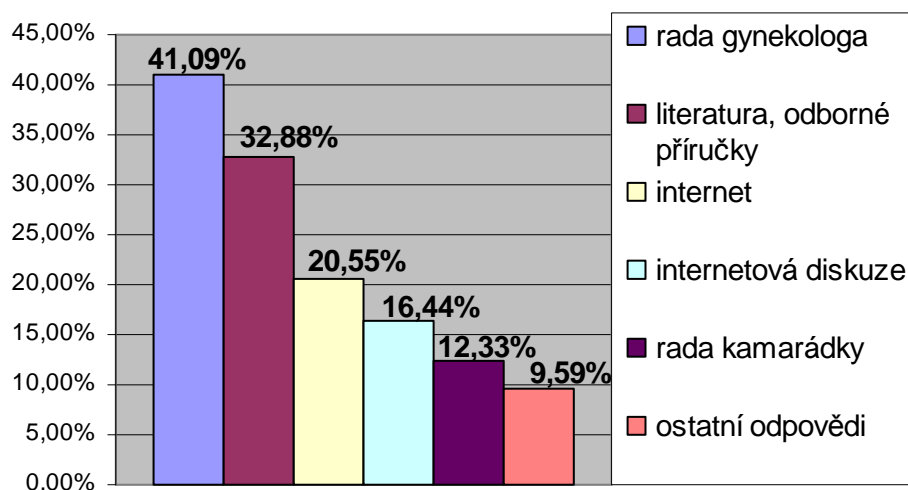
13,7 % tyto metody zvolilo pro zdraví dítěte. 10,96 % chtělo těmito prostředky zabránit vrozeným vývojovým vadám dítěte. 8,22 % chtělo takto předejít problémům v těhotenství. 5,48 % žen zvolilo jinou odpověď.

Otázka číslo 5

Odkud jste čerpala tyto informace?

Tabulka k otázce č. 5

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
rada gynekologa	30	41,10 %
literatura, odborné příručky	24	32,88 %
internet	15	20,55 %
internetová diskuze	12	16,44 %
rada kamarádky	9	12,33 %
ostatní odpovědi	7	9,59 %
CELKEM	97	132,89 %



Graf k tabulce č. 5

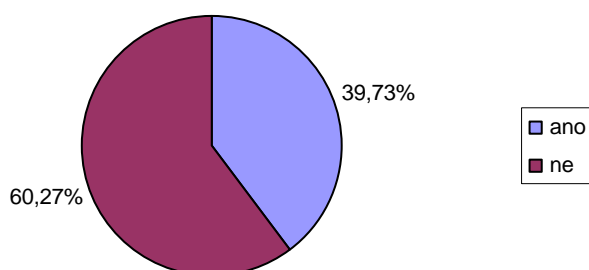
Na otázku odpovídalo 73 žen. Tato otázka byla otevřená, proto součet odpovědí nedává 100%. 24 žen zvolilo více odpovědí najednou. 41,10 % se poradilo se svým gynekologem. 32,88 % čerpalo z odborné literatury a příruček. 20,55 % čerpalo z internetu. 16,44% se radilo na internetových diskuzích. 12,33 % požádalo o radu své kamarádky. 5,48 % se řídilo svým instinktem. 4,11 % mělo znalosti ze školy. 2,74 % bylo opatření doporučeno jiným lékařem.

Otázka číslo 6

Zapojila jste do prekoncepční péče i partnera?

Tabulka k otázce č. 6

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	29	39,73 %
ne	44	60,27 %
CELKEM	73	100 %



Graf k tabulce č. 6

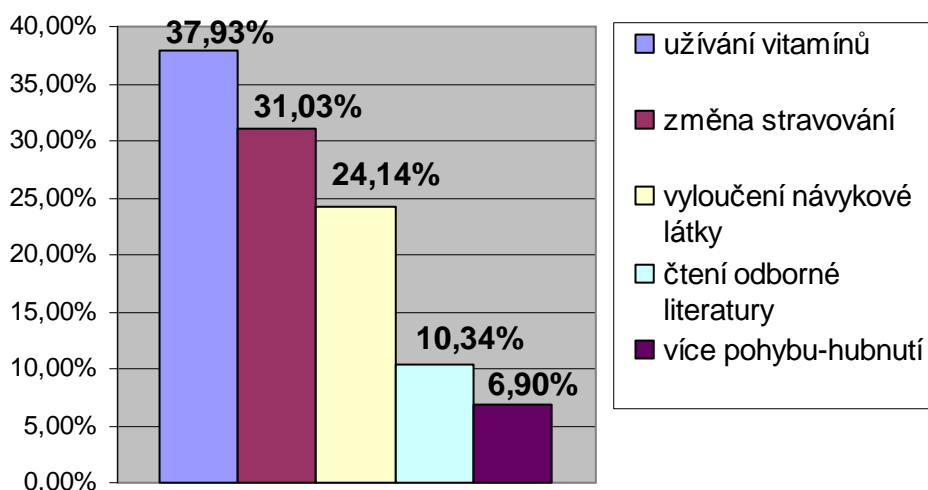
Na otázku odpovídalo 73 žen. 60,27 % z dotázaných nezapojovalo své partnery . 39,73 % ano.

Otázka číslo 7

Jakým způsobem se Váš partner zapojil do prekoncepční péče?

Tabulka k otázce č. 7

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
užívání vitamínů	11	37,93 %
změna stravování	9	31,03 %
vyloučení návykové látky	7	24,14 %
čtení odborné literatury	3	10,34 %
více pohybu - hubnutí	2	6,90 %
CELKEM	32	110,34 %



Graf k tabulce č. 7

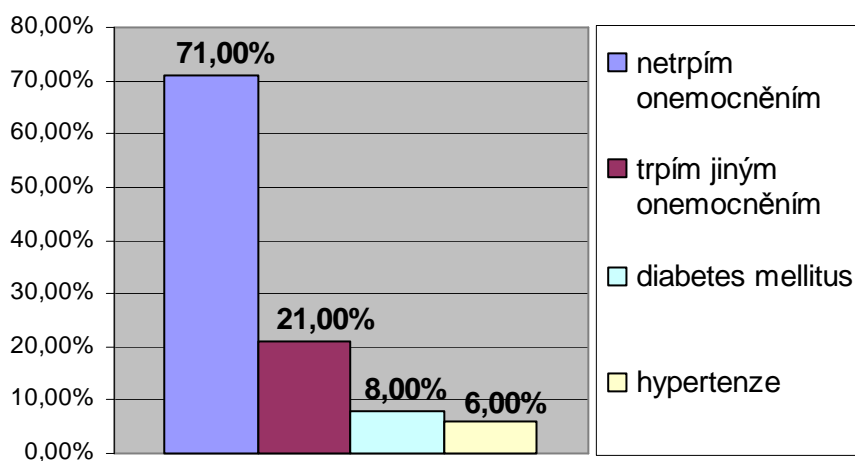
Na otázku odpovídalo 29 žen. Otázka byla otevřená. 3 ženy zvolily více odpovědí najednou. Proto celkový součet nedává 100%. 37,93 % žen uvedlo, že jejich partner užíval vitamíny, minerální látky a stopové prvky. 31,03 % odpovědělo, že změnil své stravování. 24,14 % napsalo, že omezil nebo zcela vyloučil návykové látky (kofein, tabák, alkohol...). 10,34 % uvedlo, že partner se zapojil čtením odborné literatury. 6,90% odpovědělo, že partner chtěl zhubnout a začal se více věnovat pohybu.

Otázka číslo 8

Trpíte nějakým z níže uvedených chronických onemocnění (diabetes mellitus, hypertenze)?

Tabulka k otázce č. 8

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
netrpím onemocněním	71	71 %
trpím jiným onemocněním	21	21 %
hypertenze	6	6 %
diabetes mellitus	2	2 %
CELKEM	100	100%



Graf k tabulce č. 8

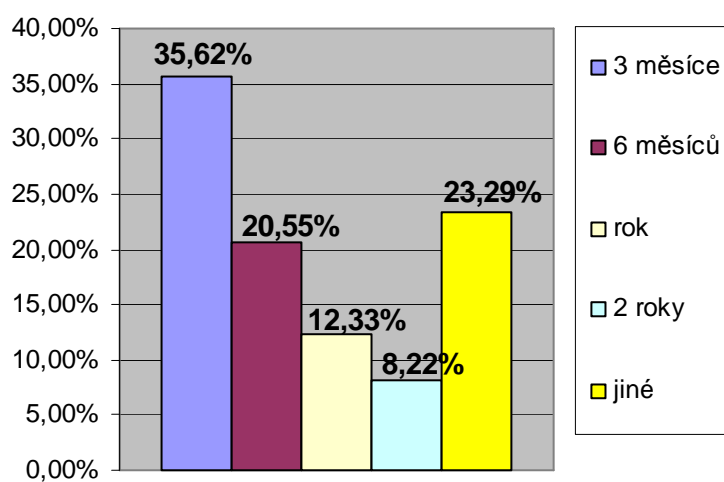
Odpovědělo 100 žen. Otázka byla polouzavřená. 71% uvedlo, že netrpí žádným z chronických onemocnění, 21% trpí jiným onemocněním, než je diabetes mellitus a hypertenze, 6 % trpí hypertenzí a 2% diabetem mellitem 1. typu.

Otázka číslo 9

Jak dlouho přibližně trvala Vaše příprava na těhotenství?

Tabulka k otázce č. 9

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledky v %
3 měsíce	26	35,62 %
6 měsíců	15	20,55 %
rok	9	12,33 %
2 roky	6	8,22 %
jiné	17	23,29 %
CELKEM	73	100 %



Graf k tabulce č. 9

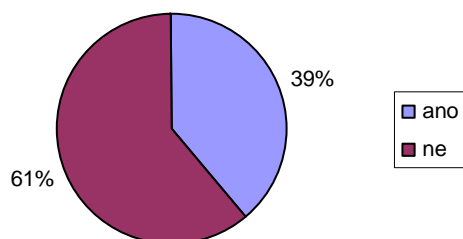
Odpovědělo 73 žen. Otázka byla otevřená. 35,62 % se věnovalo přípravě 3 měsíce. 20,55 % 6 měsíců. 12,33 % rok. 8,22 % 2 roky. 23,29 % odpovědělo jinak.

Otázka číslo 10

Věnovala jste se sledování plodných a neplodných dní? Pokud ano, jak?

Tabulka k otázce č. 10

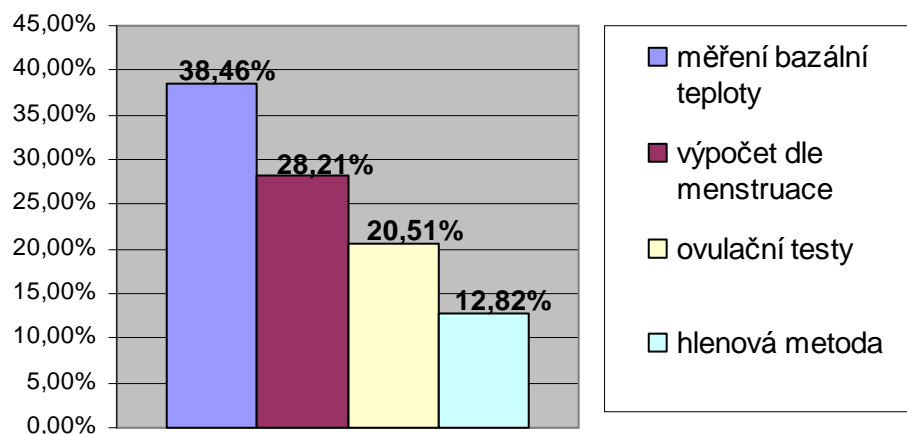
Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	39	39 %
ne	61	61 %
CELKEM	100	100



Graf k tabulce č. 10

Tabulka k otázce č. 10 - a

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
Měření bazální teploty	15	38,46 %
Výpočet dle menstruace	11	28,21 %
Ovulační testy	8	20,51 %
Hlenová metoda	5	12,82 %
CELKEM	39	100 %



Graf k tabulce č. 10 a

Odpovědělo 100 žen. 39 % se věnovalo sledování plodných a neplodných období, 61 % ne.

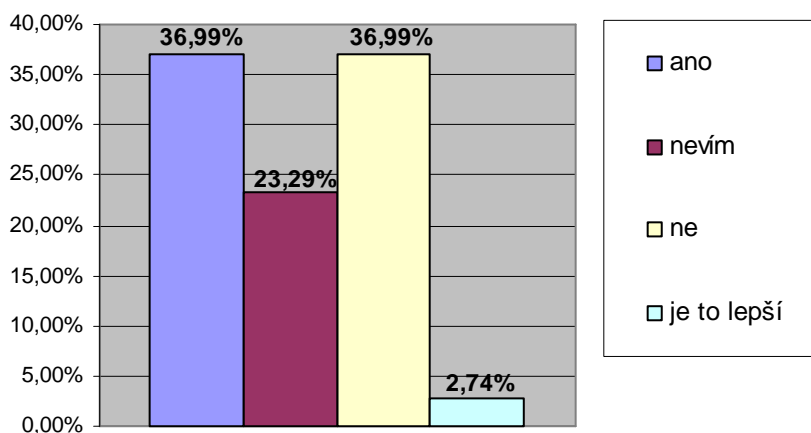
Z 39 žen, které odpověděly kladně, využívalo měření bazální teploty 38,46 %. 28,21 % vypočítávalo svá plodná období dle menstruace, 20,51 % využívalo ovulační testy, 12,82 % se spolehlo na hlenovou metodu.

Otázka číslo 11

Domníváte se, že je k dispozici dostatek informací z oblasti prekoncepční péče a reprodukčního zdraví?

Tabulka k otázce č. 11

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
ano	27	36,99 %
nevím	17	23,29 %
ne	27	36,99 %
je to lepší	2	2,74 %
CELKEM	73	100%



Graf k tabulce č. 11

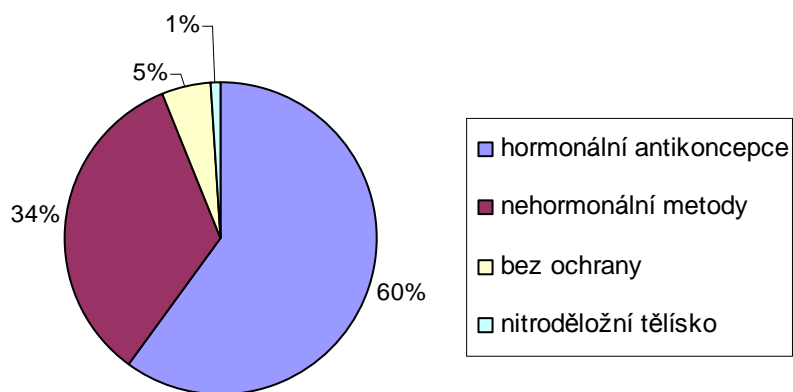
Na tuto otevřenou otázku odpovídalo 73 žen, 36,99 % se domnívá, že ano, 23,28 % neví. 36,99 % je přesvědčeno, že není dostatek informací. 2,74 % se domnívá, že přísun informací se začíná zlepšovat.

Otázka číslo 12

Jak jste se chránila před nechtěným těhotenstvím?

Tabulka k otázce č. 12

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
Hormonální antikoncepce	60	60 %
Nehormonální metody	34	34 %
Bez ochrany	5	5 %
Nitroděložní tělísko	1	1 %
CELKEM	100	100 %



Graf k tabulce č. 12

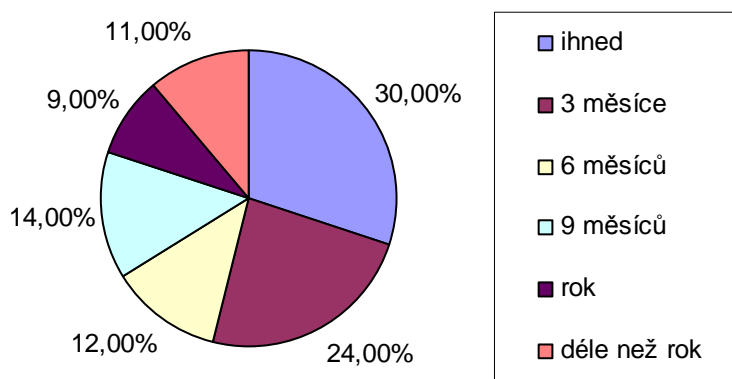
Na otázku odpovídalo 100 žen. 60 % se chránilo hormonální antikoncepcí, 34 % dalo přednost nehormonálním metodám. 5% se nechránilo a 1 % zvolilo nitroděložní tělísko.

Otázka číslo 13

Po jak, (přibližně), dlouhé době při nechráněném styku se Vám podařilo otěhotnět?

Tabulka k otázce č. 13

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
ihned	30	30 %
3 měsíce	24	24 %
6 měsíců	12	12 %
9 měsíců	14	14 %
rok	9	9 %
déle než rok	11	11 %
CELKEM	100	100 %



Graf k tabulce č. 13

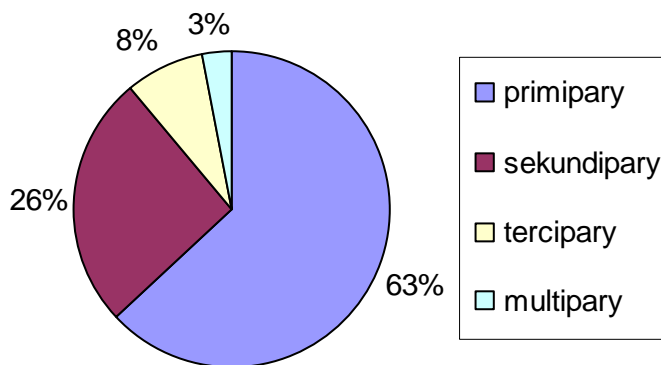
Odpovědělo 100 žen. 30 % při nechráněném styku otěhotnělo ihned, 24 % po 3 měsících, 12% po 6 měsících, 14% otěhotnělo po 9 měsících, 9% za rok a 11 % po déle než roce.

Otázka číslo 14

Kolikrát jste rodila?

Tabulka k otázce č. 14

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
primipary	63	63 %
sekundipary	26	26 %
tercipary	8	8 %
multipary	3	3 %
CELKEM	100	100 %



Graf k tabulce č. 14

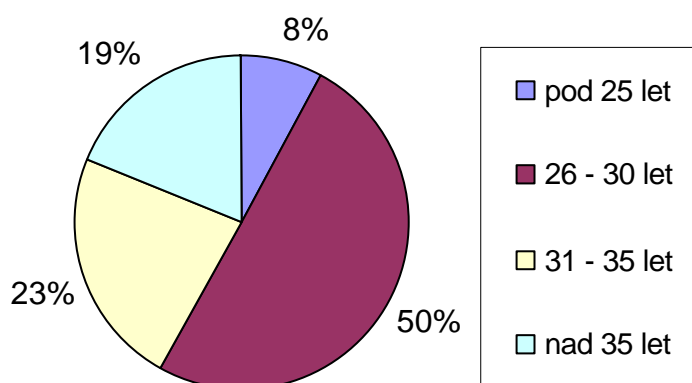
Ze 100 žen 63% ještě nerodilo. 26% již jednou rodilo. 8 % rodilo dvakrát a 3% vícekrát.

Otázka číslo 15

Kolik je Vám let?

Tabulka k otázce č. 15

Odpovědi	Počet odpovědí	Výsledek v %
pod 25 let	8	8 %
26 – 30 let	50	50 %
31 – 35 let	23	23 %
nad 35 let	19	19 %
CELKEM	100	100 %



Graf k tabulce č. 15

Ze 100 žen bylo 50% ve věku mezi 26-30 lety, 23% ve věku mezi 31-35 lety, 19 % bylo ve věku nad 35 let a 8 % ve věku pod 25 let.

5 Shrnutí

Výzkum byl zpracován pomocí dotazníku vlastní konstrukce s 15 otázkami. Bylo dotázáno 100 náhodně vybraných těhotných žen různého věku v prenatální ambulanci a na oddělení rizikového těhotenství Gynekologicko – porodnické kliniky 1. lékařské fakulty KU v Praze a VFN v Praze.

Výzkum potvrdil 3 ze 4 stanovených hypotéz.

H1 – „Domnívám se, že 70 % prvorodiček ve věku nad 25 let preferuje prekoncepční péči“.

Odpověď na tuto hypotézu jsem zjišťovala pomocí otázek č. 2, 14 a 15. 73 % žen se věnovalo prekoncepční péči. Prvorodiček bylo celkem 63, 58 z nich se věnovalo prekoncepční péči a bylo ve věku nad 25 let. Z výzkumu vyplynulo, že 79,45 % prvorodiček nad 25 let preferuje prekoncepční péči. Hypotéza se potvrdila.

H2 – „Domnívám se, že nejčastější volbou žen v prekoncepční péči je užívání vitamínů a vyloučení návykových látek, které převažují nad způsoby ostatními“.

Tuto hypotézu měla potvrdit otázka č. 3. Zjistila jsem, že 71,23 % užívalo vitamíny a 32,88 % omezilo či vyloučilo alkohol, cigarety a léky. Ostatní odpovědi volily ženy v menší míře. Hypotéza se potvrdila.

H3 – „Domnívám se, že ženy trpící chronickým onemocněním (diabetes mellitus, hypertenze) se věnují prekoncepční péči častěji a více, než ženy zdravé“.

Hypotézu jsem se snažila potvrdit pomocí otázky č. 2, 8.

Z odpovědí vyplynulo, že ze 100 sledovaných žen trpí diabetem mellitem nebo hypertenzí pouze 8%. Z těchto 8 žen se připravovalo na těhotenství 6, tedy 75 %. Ze zdravých žen se prekoncepční péči věnovalo 78,87 %, tedy 56 žen ze 71. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Je ovšem nutné dodat, že dotazníky byly rozdány náhodně bez zaměření na tyto chronicky nemocné, proto bylo žen s tímto onemocněním pouze 8 ze 100, tudíž je výsledek spíše zkreslený.

H4 – „Domnívám se, že 65 % žen ve věku pod 25 let své těhotenství neplánuje“.

Hypotézu pomohly objasnit otázky č. 1 a 15. Těhotenství neplánovalo celkem 21% žen. Žen pod 25 let bylo 8, z nich se nepřipravovalo 6, tedy 75 %. Tato hypotéza se potvrdila.

6 DISKUZE

Mikulandová (4) uvádí, že pro první těhotenství je z hlediska genetického i biologického ideální věk ženy 20 až 25 let. S vyšším věkem klesá pravděpodobnost otěhotnění.

Stejný názor má i Pařízek (5). Tvrdí, že věk mezi 20. a 25. rokem je optimální pro první otěhotnění nejen z hlediska biologického, ale i genetického. Těhotenství žen starších 35 let jsou spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací a možností vzniku vrozených vývojových vad plodu.

Určitě zůstává faktem, že ženy mezi 20. a 25. rokem jsou biologicky a geneticky připravené, ale z výzkumného vzorku mé studie, který činil 100 žen, bylo v tomto věku pouze 8 %. 92 % bylo ve věku nad 25 let. Věková hranice těhotenství se tedy posunula směrem nahoru proti minulosti.

Pařízek (5) dále uvádí, že většina budoucích rodičů početí svého potomka plánuje. A málokdo se vrhá do rodinného života stylem- „nějak bylo, nějak bude“. Partneři se na příchod dítěte pečlivě připravují a k početí přistupují zodpovědněji. Dále uvádí, že partneři by s přípravami měli začít přibližně 3 měsíce před plánovaným početím.

Mým výzkumem se potvrdilo tvrzení Pařízka. 79% žen ze 100 nenechává své těhotenství náhodě a své těhotenství plánuje. 73% z nich se na těhotenství pečlivě připravuje, 35,62 % ze 73 žen se připravovalo 3 měsíce, což bylo největší procento ze všech odpovědí.

Pařízek (5) i Jarolímková a Peterka (2) ženám doporučují změnit životní styl. Doporučují jíst vyváženou stravu bohatou na vitamíny a živiny. Jarolímková a Peterka (2) uvádí, že např. kyselina listová podle některých zahraničních studií výrazně snižuje procento vrozených vývojových vad, potratů i mrtvě narozených dětí. Doporučenou denní dávkou je 400 µg. Dobré je na kyselinu listovou pamatovat minimálně 3 měsíce před početím. Dále tvrdí, že 60 % žen trpí nedostatkem kys. listové.

Můj výzkum toto tvrzení vyvrací. V současné době jsou ženy poučené nejen ze strany lékařů, ale i médií, o vhodnosti užívání kys. listové a jiných vitamínů. Výzkum uvádí, že ze

73 dotázaných žen užívá vitamíny 71,23 %. Tento výsledek značí, že povědomí žen o užívání vitamínů se podstatně zlepšilo oproti minulým letům.

Mikulandová (4), Pařízek (5) i Jarolímková a Peterka (2) shodně tvrdí, že ženy trpící chronickou chorobou jako je např. diabetes mellitus či hypertenze by měly zavést tzv. prekoncepční péči. U ne zcela zdravých žen hrozí ve větší míře spontánní potraty a může docházet ke zhoršení jejich zdravotního stavu.

Ve výzkumném vzorku bylo ze 100 žen 8 %, které trpěly hypertenzí či diabetem mellitem. Prekoncepční péči se věnovalo 75 %. To potvrzuje, že ženy s chronickým onemocněním vědí, že je při jejich stavu prekoncepční péče důležitá. Bohužel ale ještě více než čtvrtina z nich svůj stav bere na lehkou váhu, nechává své početí náhodě a ohrožuje tak nejen sebe, ale i budoucího potomka.

ZÁVĚR

Čím dál větší procento žen přestává nechávat své těhotenství náhodě. Mnoho se jich chrání před nechtěným těhotenstvím a neplánované těhotenství se tak stává méně častým. Ženy své těhotenství nejen plánují, ale především se zodpovědně připravují na roli matky a to v jakémkoliv věku. Dobře vědí, že svým jednáním chrání nejen své nenarozené dítě, ale i sebe. Mnoho z nich své vize rozebírá v internetových diskuzích, radí si mezi sebou, což je určitě jedna z výhod moderní, internetové doby. Většina z nich ale stále žádá o radu lékaře nebo hledá odpovědi v odborné literatuře či speciálně zaměřených časopisech, kterých je na trhu mnoho. Přesto se některým ženám stále zdá, že je těchto informací poměrně málo. Pravděpodobně je to způsobeno neuspokojením z odpovědí na otázky týkajících se této problematiky. Osobně se přidávám k těmto ženám také. Pokud na tuto věc hledím z hlediska laického, mám dojem, že není příliš informací k této problematice pohromadě. Většina příspěvků je informačně nedostatečná. Pokud se žena chce dozvědět něco konkrétnějšího, rozhodně jí nebude stačit jedna kniha. Také z tohoto důvodu jsem si toto téma vybrala. Práce by měla sloužit nejen budoucím matkám, ale i budoucím porodním asistentkám, které by chtěly toto téma podrobněji prozkoumat a zasloužit se tak o rozkvět prekoncepční péče.

Touto prací jsem si chtěla potvrdit své domněnky, které jsem získala při práci s těhotnými během studia. Postupně se vytrácí ženy zcela neinformované. Dokonce jsem se setkala při hodinách praxe s tatínky, kteří mě zcela šokovali svými znalostmi v oblasti těhotenství. Někdy mne přiváděli do úzkých a se studeným potem na čele jsem jim odpovídala na otázky, nad kterými jsem v životě nepřemýšlela. Rozhodně je správné, že ženy své partnery neoddělují od těhotenství a naopak je zapojují do příprav na těhotenství. Mužům už dávno není téma těhotenství či porodu cizí. Touto prací jsem zjistila vše, co jsem chtěla a jsem s jejími výsledky spokojená.

SEZNAM LITERATURY

1. CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80 - 247 - 0962 - 7.
2. JAROLÍMKOVÁ, Stanislava; PETERKA, Miroslav. *Aby se narodilo zdravé*. Praha : Chvojko nakladatelství, 2003. ISBN 80 - 86183 - 42 - 4
3. MACKŮ, František; ČECH, Evžen. *Gynekologie*. Praha : Informatorium, 2002. ISBN 80 – 7333 – 001 – 6.
4. MIKULANDOVÁ, Magdaléna. *Těhotenství a porod*. Brno : Computer Press, 2004. ISBN 80 - 251 - 0205 - X.
5. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vydání. Praha : Galén, 2005, 2006. ISBN 80 – 7262 – 321 – 4.
6. PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Diabetes mellitus 1. typu*. Semily : Geum, 2007. ISBN 978 – 80 – 86256 – 49 – 8.
7. ŠIPR, Květoslav; ŠIPROVÁ, Helena. *Přirozené a spolehlivé plánované rodičovství*. Rosice : Gloria, 1995. ISBN 80 – 901834 – 0 – 9.
8. WIDIMSKÝ, Jiří a kol. *Hypertenze*. 3. rozš. a přeprac. vydání. Praha : Triton, 2008. ISBN 978 – 80 – 7387 – 077 – 5.
9. *Reprodukční zdraví*. České Budějovice : Jihočeská univerzita 2005. ISBN 80 – 7040 – 765 – 4.
10. *Porodnictví*. 2. přeprac. a doplněné vyd. Praha : Grada Publishing 2006. ISBN 80 – 247 – 1303 – 9.
11. Co dělat, abych otěhotněla. Časopis Betyňka, 2008, roč. 9, č.6, s. 64-66.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka k otázce č. 1.....	29
Tabulka k otázce č. 2.....	30
Tabulka k otázce č. 3.....	31
Tabulka k otázce č. 4.....	32
Tabulka k otázce č. 5.....	34
Tabulka k otázce č. 6.....	35
Tabulka k otázce č. 7.....	36
Tabulka k otázce č. 8.....	37
Tabulka k otázce č. 9.....	38
Tabulka k otázce č. 10.....	39
Tabulka k otázce č. 10 a.....	39
Tabulka k otázce č. 11.....	41
Tabulka k otázce č. 12.....	42
Tabulka k otázce č. 13.....	43
Tabulka k otázce č. 14.....	44
Tabulka k otázce č. 15.....	45

Grafy

Graf k tabulce č. 1.....	29
Graf k tabulce č. 2.....	30
Graf k tabulce č. 3.....	31
Graf k tabulce č. 4.....	32
Graf k tabulce č. 5.....	34
Graf k tabulce č. 6.....	35
Graf k tabulce č. 7.....	36
Graf k tabulce č. 8.....	37
Graf k tabulce č. 9.....	38
Graf k tabulce č. 10.....	39
Graf k tabulce č. 10 a	40
Graf k tabulce č. 11.....	41

Graf k tabulce č. 12.....	42
Graf k tabulce č. 13.....	43
Graf k tabulce č. 14.....	44
Graf k tabulce č. 15.....	45

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod.a podobně

atd.a tak dále

FSH.....Folikulo-stimulační hormon

hCG.....lidský choriový gonadotropin

IUD.....nitroděložní tělísko

LH.....Luteinizační hormon

např.na příklad

tzv.....takzvaný

VFN.....Všeobecná fakultní nemocnice

VVV.....vrozená vývojová vada

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1.....	55
Obrázek 1.....	58
Obrázek 2.....	58
Obrázek 3.....	59
Obrázek 4.....	60
Obrázek 5.....	61
Obrázek 6.....	61
Obrázek 7.....	61
Obrázek 8.....	62
Obrázek 9.....	62
Obrázek 10.....	63
Obrázek 11.....	63

Příloha č. 1 VZOR DOTAZNÍKU

1. Je Vaše těhotenství plánované?

- a) ano
- b) ne

2. Věnovala jste se jakýmkoliv způsobem přípravě na těhotenství, prekoncepční péči?

- a) ano
- b) ne (pokud zvolíte tuto možnost, odpovězte už pouze na otázky číslo 8, 10, 12, 13, 14, 15)

3. Uveďte, jakým způsobem jste se připravovala?

- a) užívání vitamínů (např. kyselina listová, vitamín C, vitamín E ...)
- b) úprava hmotnosti (ať už směrem dolů či nahoru)
- c) změna životního stylu (ve smyslu změny stravování oproti předchozím zvyklostem, pohybový režim, pravidelná detoxikace organismu apod.)
- d) užití přírodních zdrojů (např. kontryhelový čaj)
- e) omezení či vyloučení alkoholu, cigaret, léků (kromě léků nezbytných k životu)
- f) jiné

4. Proč jste zvolila právě tuto odpověď/ odpovědi?

5. Odkud jste čerpala tyto informace? (např. odborné příručky a literatura, gynekolog, internetové diskuze, od ostatních maminek atd.)

6. Zapojila jste do prekoncepční péče svého partnera?

- a) ano
- b) ne

7. Jakým způsobem jste partnera zapojila?

8. Trpíte nějakým níže uvedeným onemocněním?

- a) diabetes mellitus
- b) hypertenze
- c) netrám žádným onemocněním
- d) jiné

9. Jak dlouho trvala Vaše příprava na těhotenství?

10. Věnovala jste se sledování plodných a neplodných období? Pokud ano, jak?

- a) ano
- b) ne

11. Domníváte se, že je k distribuci dostatek informací z oblasti prekoncepční péče?

12. Jak jste se chránila před nechtěným těhotenstvím?

- a) hormonální antikoncepce
- b) nitroděložní tělísko
- c) nehormonální metody (např. kondom, přerušovaná soulož, pesar...)
- d) jiné

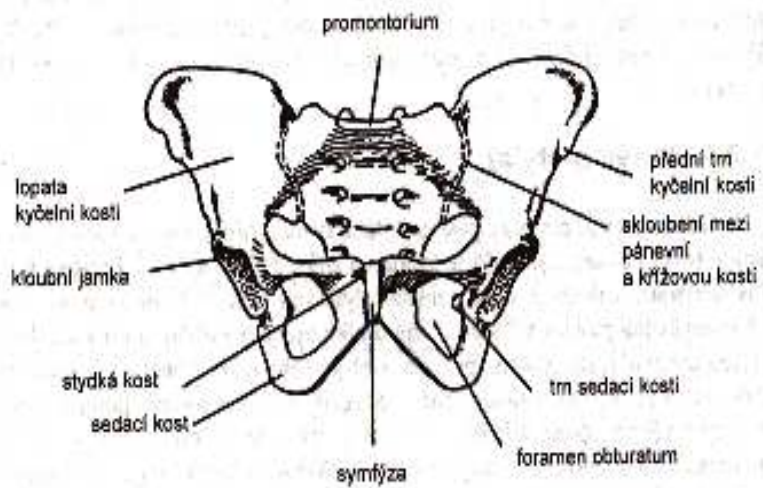
13. Po jak (přibližně) dlouhé době se Vám podařilo otěhotnět?

14. Kolikrát jste rodila?

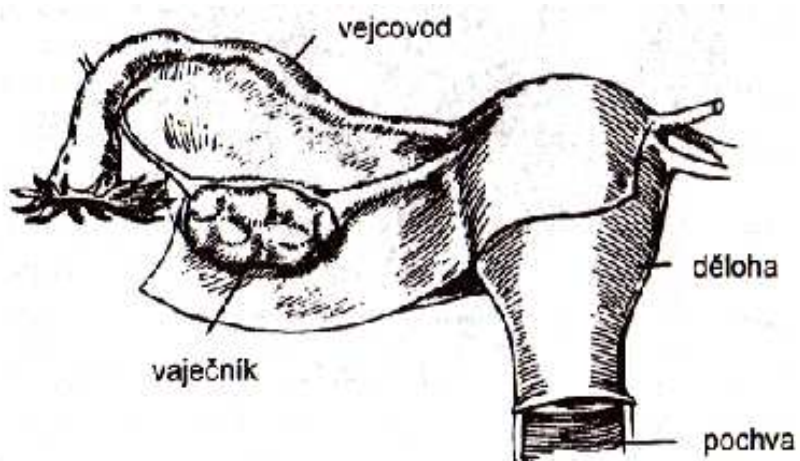
- a) ještě jsem nerodila
- b) jednou
- c) dvakrát
- d) vícekrát

14. Kolik je Vám let?

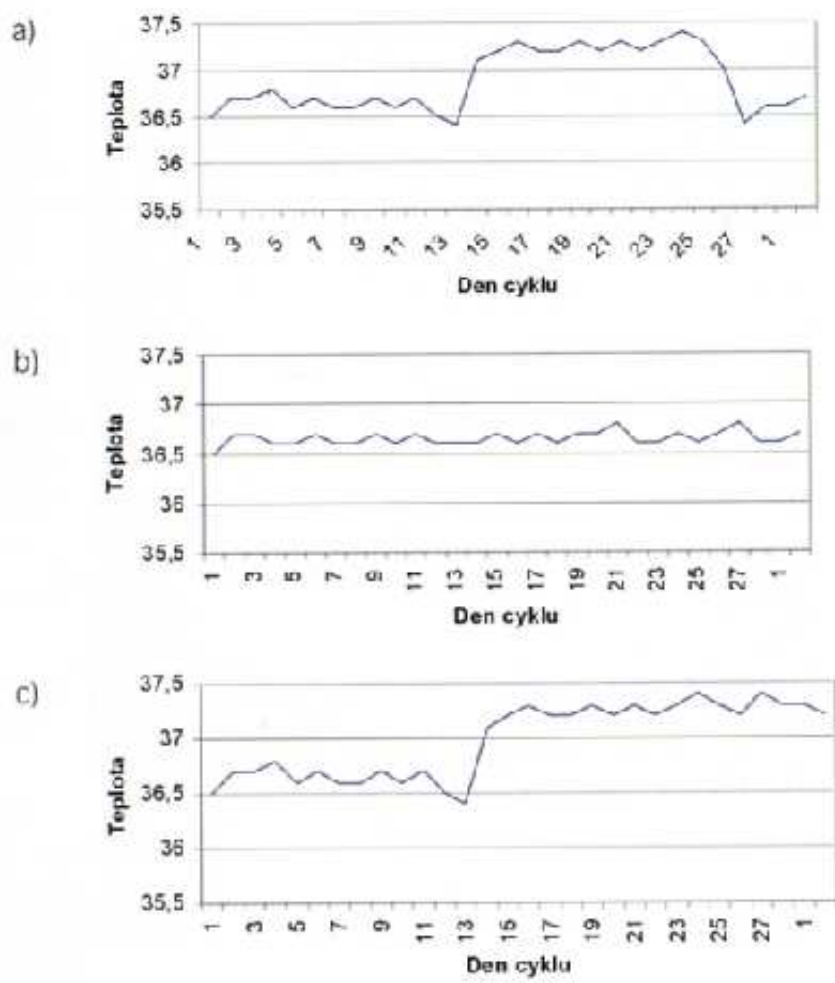
- a) méně než 25 let
- b) 26-30 let
- c) 31-35
- d) nad 36 let



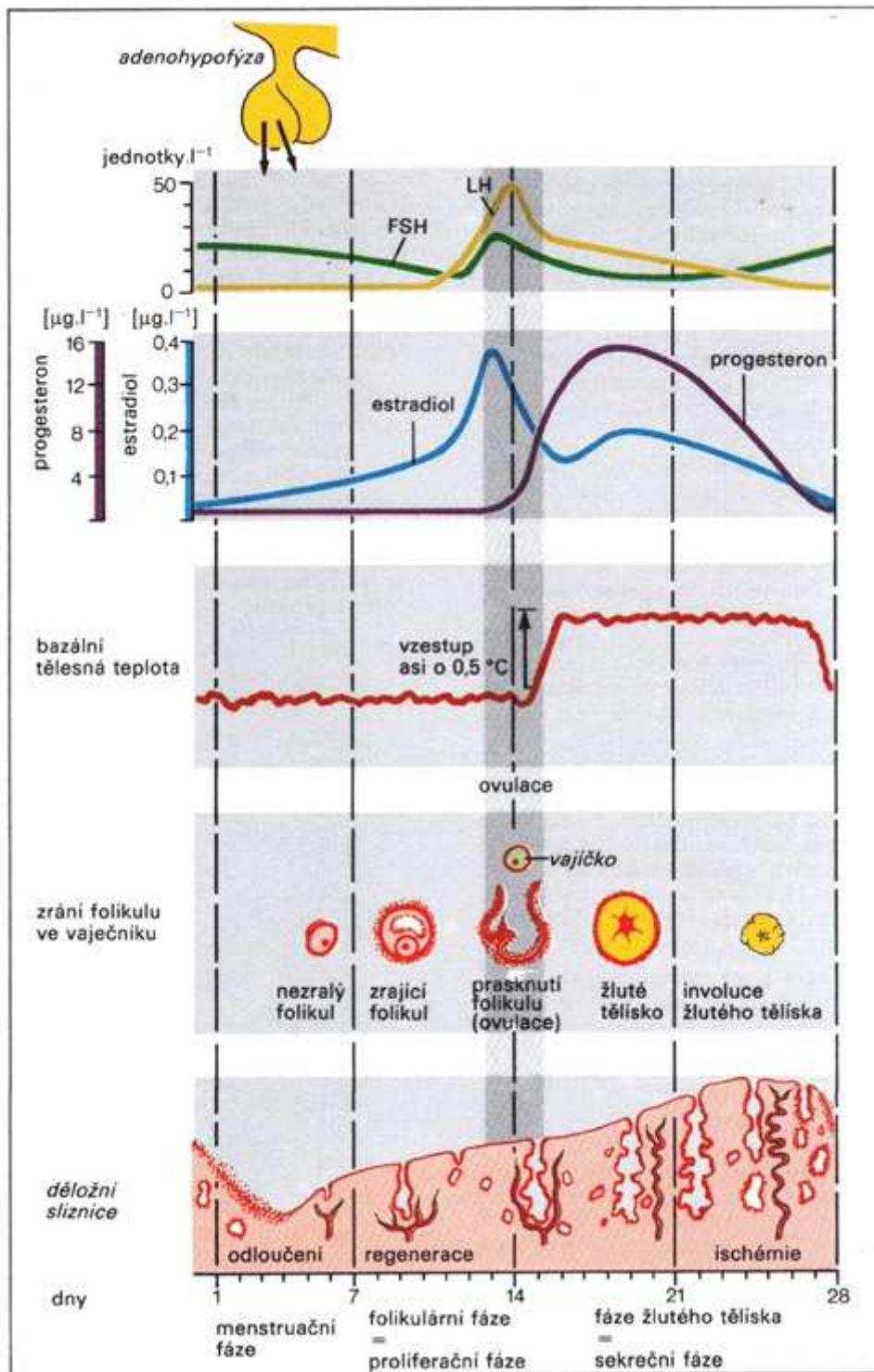
Obrázek 1 - ženská pánev zepředu



Obrázek 2 – Vnitřní rodidla ženy



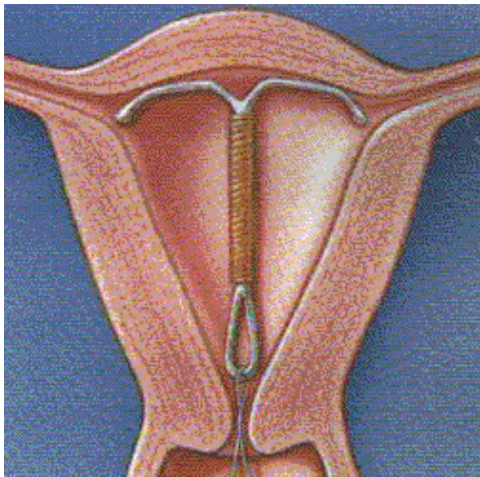
Obrázek 3 - Křivky bazálních teplot a) bifazická křivka (normální, ovulační cyklus) b) monofazická křivka (anovulační cyklus) c) křivka po otěhotnění



Obrázek 4 – Schéma menstruačního cyklu



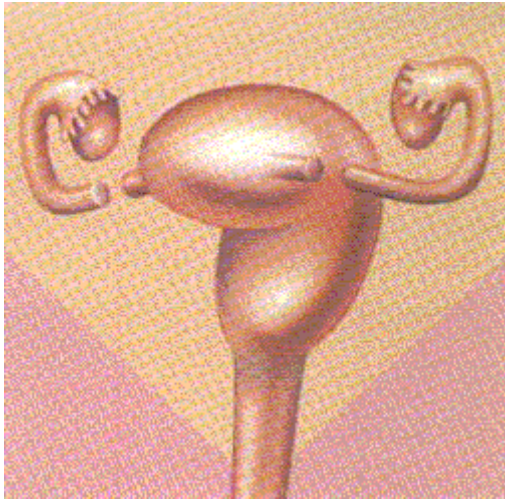
Obrázek 5 – Hormonální antikoncepce



Obrázek 6 – Nitroděložní tělísko



Obrázek 7 – Kondom



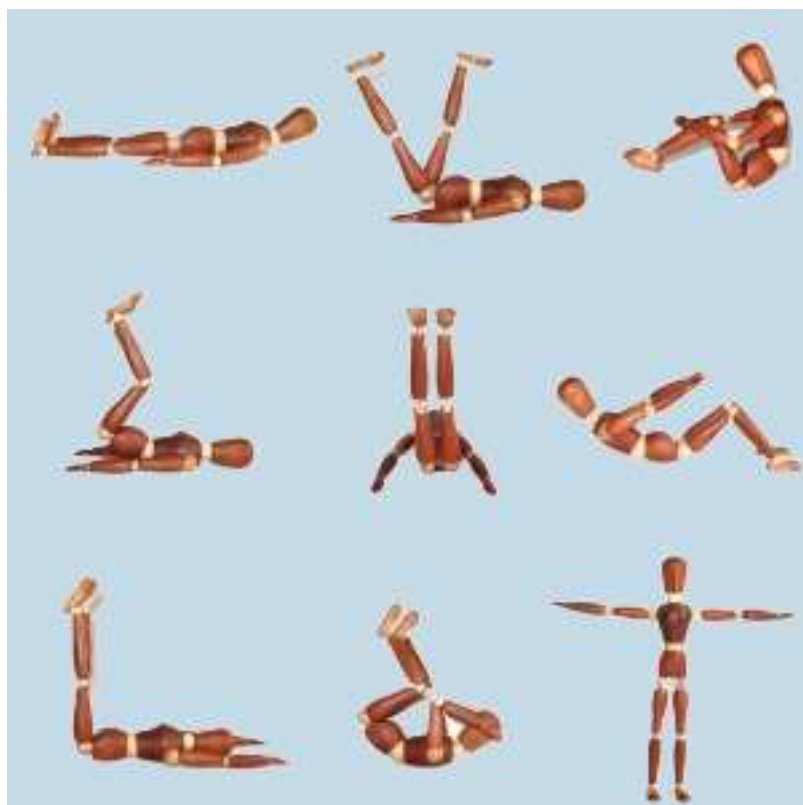
Obrázek 8 - Sterilizace ženy



Obrázek 9 – Sterilizace muže



Obrázek 10 – Pyramida výživových hodnot



Obrázek 11 – Cviky pro zpevnění postavy