

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**INFORMOVANOST ŽEN O RIZICÍCH TĚHOTENSTVÍ
VE VYŠŠÍM VĚKU**

Bakalářská práce

LUCIE SOUŠKOVÁ

Praha 2010

**INFORMOVANOST ŽEN O RIZICÍCH TĚHOTENSTVÍ
VE VYŠŠÍM VĚKU**

Bakalářská práce

LUCIE SOUŠKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:.....

Podpis:.....

ABSTRAKT

SOUŠKOVÁ, Lucie. *Informovanost žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková. Praha, 2010. Stran: 71.

Tématem bakalářské práce je informovanost žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku. Teoretická část je vypracována na podkladě odborné literatury. Zaměřuji se v ní především na komplikace vznikající mimo jiné v souvislosti s těhotenstvím ve vyšším věku. Patří mezi ně např. snížená plodnost, potrat, předčasný porod, mimoděložní těhotenství, těhotenská cukrovka, preeklampsie a větší riziko vzniku vrozených vývojových vad. Zmiňuji se také o významu edukace a komunikace ze strany porodní asistentky vůči pacientkám, protože to jest základem ošetrovatelské péče v prevenci komplikací. Jednu kapitolu věnuji plánovanému rodičovství, které má také veliký význam z preventivního pohledu. Praktická část je vypracována formou průzkumu.

Klíčová slova: Mimoděložní těhotenství. Plánované rodičovství. Plodnost. Potrat. Preeklampsie. Předčasný porod. Těhotenská cukrovka. Vrozené vývojové vady.

ABSTRACT

SOUŠKOVÁ, Lucie. *Informing women about the risks of pregnancy at an older age*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., degree qualifications: Bachelor's degree. Head: PhDr. Veronika Blažková. Prague, 2010. Pages: 71.

The theme of this work is the awareness of women about the risks of pregnancy at an older age. The theoretical part is made on the basis of the literature. I focus in particular on complications arising in the pregnancy due to the older age of the woman. These include for example, reduced fertility, miscarriage, premature birth, ectopic pregnancy, gestational diabetes, preeclampsia and increased risk of congenital anomalies. It also mentions the importance of education and communication on the part of midwives to patients, because that is the basis for nursing care in the prevention of complications. One chapter is devoted to family planning, which also has great importance from the preventive point of view. The practical part is produced by the survey.

Keywords: Congenital defects. Ectopic pregnancy. Fertility. Gestational diabetes. Miscarriage. Planned parenthood. Preeclampsia. Premature birth.

PŘEDMLUVA

Odkládání těhotenství do stále vyššího věku je dnes velmi aktuálním problémem. S odkladem je bohužel spojena řada komplikací, které mohou těhotenství starších žen sužovat. To vše ovlivňuje i naši celou společnost. Stárnutí populace v důsledku méně se rodících dětí, zvyšování morbidit našich nových generací atd.

Téma jsem si zvolila ve snaze poukázat na tuto problematiku a na význam její prevence. S věkem rodičů klesá jejich plodnost, zvyšuje se výskyt vrozených vývojových vad a přidružují se i další problémy, které mohou mnohdy velmi zkomplikovat porod. To může mít mnohé negativní zdravotní následky pro životy rodičů se dětí, čili našich nových generací. Důležitým faktorem je právě dostatečná edukace žen o rizicích odkládání těhotenství do vyššího věku. Výběr tématu byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a praktickou výukou na různých gynekologicko-porodnických odděleních, kde jsem se velmi často setkávala se staršími rodičkami s různými komplikacemi, nebo dokonce se ženami, které měly problémy např. s donošením těhotenství. Práce je určena studentům porodní asistence a porodním asistentkám z praxe, které pracují na gynekologicko-porodnických odděleních, především v ambulancích.

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Veronice Blažkové za pedagogické usměrnění, podnětné rady, za její podporu, vztřícnost, trpělivost s mým tempem postupu práce a za její celkový profesionální přístup. Děkuji.

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Věk dotazovaných žen.	44
Tabulka 2 Vzdělání.	45
Tabulka 3 Děti.	46
Tabulka 4 Partnerský vztah.	46
Tabulka 5 Plánování početí potomka.	47
Tabulka 5,1 Výčet otevřených odpovědí k otázce č. 5 (možnost d).	48
Tabulka 6 Důvod odkladu potomka.	48
Tabulka 6,1 Výčet otevřených odpovědí k otázce č. 6 (možnost h).	49
Tabulka 7 Názory žen „Proč ženy odkládají těhotenství?“.	50
Tabulka 7,1 Výčet otevřených odpovědí k otázce č. 7 (možnost e).	51
Tabulka 8 Věk vhodný na první těhotenství.	51
Tabulka 9 Výčet odpovědí jednotlivých žen. Komplikace.	53
Tabulka 10 Zdroje informací.	54
Tabulka 10,1 Výčet otevřených odpovědí k otázce č. 7 (možnost f).	54
Tabulka 11 Co to jsou „Vrozené vývojové vady“? (otevřená odpověď).	55
Tabulka 12 Rizika těhotenské cukrovky.	56
Tabulka 13 Mimoděložní těhotenství.	57
Tabulka 14 Preeklampsie.	58
Tabulka 15 Výčet odpovědí žen k předčasnému porodu.	60
Tabulka 16 – Srovnání informovanosti žen mladších než 30 let a žen 30 let a starších.	62
Tabulka 17 – Srovnání informovanosti žen vzhledem k výši dosaženého vzdělání.	62
Graf 1 Věk dotazovaných žen.	44
Graf 2 Vzdělání.	45

Graf 3 Děti.	46
Graf 4 Partnerský vztah.	47
Graf 5 Plánování početí potomka	47
Graf 6 Důvod odkladu potomka.	49
Graf 7 Názory žen „Proč ženy odkládají těhotenství?“	50
Graf 8 Vyhledání odborné pomoci.	52
Graf 10 Zdroje informací.	54
Graf 12 Rizika těhotenské cukrovky.	57
Graf 13 Mimoděložní těhotenství.	58
Graf 14 Preeklampsie.	59

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Ošetřovatelství v porodní asistenci	13
1.1 Komunikace v profesi porodní asistentky	14
1.2 Ošetřovatelský proces	16
2 Plánované rodičovství	17
2.1 Věk rodičů	18
3 Rizika spojená s vyšším věkem matky	19
3.1 Potrat	19
3.1.1 Rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace nemocí	20
3.1.2 Nejčastější příčiny spontánního potratu	20
3.2 Předčasný porod	22
3.2.1 Příčiny předčasného porodu	23
3.2.2 Prevence předčasného porodu	24
3.3 Mimoděložní těhotenství	25
3.3.1 Příčiny vzestupu četnosti ektopického těhotenství	26
3.3.2 Příčiny vzniku ektopické gravidity	26
3.3.3 Vývoj ektopicky uloženého plodového vejce	27
3.3.4 Tubární ektopické těhotenství	28
3.3.5 Další typy ektopické gravidity	28

3.3.6 Komplikace ektopického těhotenství	29
3.4 Vrozené vývojové vady	29
3.4.1 Multifaktoriální dědičné vady	32
3.4.2 Genetické poradenství	33
3.4.3 Screening vrozených vývojových vad	34
3.5 Diabetes mellitus	35
3.5.1 Terapie GDM	36
3.5.2 Porodnická péče o ženu s GDM	36
3.5.3 Rizika GDM	37
3.6 Preeklampsie	37
3.6.1 Rizikové faktory preeklampsie	38
3.6.2 Prevence preeklampsie	39
3.6.3 Komplikace preeklampsie	39
3.6.4 Terapie	40
3.7 Neplodnost	40
3.7.1 Poruchy plodnosti u ženy	41
3.7.2 Infertilita ženy	41

PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 Empirický průzkum	42
4.1 Průzkumný problém	42
4.2 Metodika průzkum	43
4.3 Průzkumný vzorec	43
4.4 Analýza výsledků průzkumu	44
4.5 Interpretace výsledků průzkumu	61
4.6 Diskuze	63
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM PŘÍLOH	71

ÚVOD

Snad každá těhotná žena touží po tom, aby se její dítě narodilo zdravé, a aby vůbec celé její těhotenství a porod probíhal, tak jak má. Proto je velmi důležité, aby byly pro tato “přání”, připraveny co nejlepší podmínky. Mezi ně patří nejen zdravé rodinné zázemí, psychická pohoda ženy, zdravá výživa a dostatek odpočinku, ale také naplánování těhotenství na vhodnou dobu nejen z kariérního pohledu, ale především z pohledu organismu ženy. Bohužel, v mnoha případech to tak není. Stále více dnes ženy odkládají svá těhotenství do vyššího věku a tím se k jejich těhotenství přidružuje i více komplikací. Někdy se jim, ale bohužel nedaří otěhotnět vůbec. Tato problematika mi přijde natolik aktuální, a vyžadující mnohem více pozornosti než má, že jsem si ji zvolila jako téma své bakalářské práce, kterou jsem nazvala “Informovanost žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku”.

Neplodnost v dnešní době postihuje přibližně 15% partnerských párů. Stoupá spolu s věkem partnerů. Je proto vhodnou metodou prevence velmi důsledná edukace žen na téma pozitivní plánované rodičovství a seznámení žen i celých párů s možnými riziky spojenými s neustálým odkládáním těhotenství na vyšší věk. Edukace patří mezi základní poslání porodní asistentky a má nezastupitelnou úlohu. Vše musí ženám vysvětlovat tak, aby pro ně byla celá informace srozumitelná a aby pochopily její význam. Zároveň svojí profesionální ošetrovatelskou péčí a citlivým přístupem, by měla psychicky podporovat a povzbuzovat ty ženy a páry, které již problémy mají, aby nastalou situaci zvládly co nejlépe. Odborné vzdělání je samozřejmostí.

Cílem mého průzkumu je zjistit míru informovanosti žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku. Dále zjistit, které komplikace si ženy spojují s těhotenstvím ve vyšším věku a jestli vědí, co jednotlivé komplikace znamenají. Také, jestli vědí, v jakém věku je organismus ženy z biologického a genetického hlediska nejlépe připraven na první těhotenství.

Teoretická část

1 Ošetřovatelství v porodní asistenci

Ošetřovatelství není pouze odborná péče o pacienty, ale komplexní ošetřovatelská péče nejen během nemoci, ale i ve zdraví a to ve všech věkových kategoriích. Ošetřovatelství je možné obecně definovat jako „nauku o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a podmínkám prostředí“. Gynekologicko-porodnické ošetřovatelství se zabývá ošetřovatelskou péčí o ženu a matku. Tuto činnost vykonávají porodní asistentky. Patří k nejstarším ošetřovatelským oborům. Ošetřovatelství už svým názvem vypovídá o své podstatě. Ošetřování je vlastně pečování o potřebné, ať už jde o ženu na gynekologickém oddělení, v ambulantní péči anebo na porodním sále. Nejde jen o péči fyzickou (např. měření fyziologických funkcí), ale ve velké míře o péči a podporu psychickou, která je bezesporu v práci porodní asistentky velmi potřebná, např. při překonávání porodních bolestí. Význam psychické pohody pacientky dokazuje definice zdraví dle světové zdravotnické organizace: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti choroby a slabosti“ (9, s. 83). Naprostou nezbytností je samozřejmě odborné vzdělání, které je odpovídající k výkonu profese porodní asistentky. V České republice upravuje vzdělávání porodních asistentek zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních.

Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním

- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,
- b) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- c) střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997 (Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle písm. c), může

vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem).

„Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“ (4).

Porodní asistentka má ve svém oboru mnoho rolí. Mezi základní patří např. role ošetrovatelky a utěšovatelky. Jelikož se jedná o vztahy mezi lidmi, je zde zapotřebí ze strany porodní asistentky vůči pacientce dosti empatie a soucítění. Svým jednáním projevuje zájem o dobro pacientky a uznává jí i její osobnost, nebere ji pouze jako mechanickou existenci. Ošetrovatelství nelze zredukovat pouze na techniku a vědecké poznatky. Veškerá péče je mnohem efektivnější, když má porodní asistentka upřímný zájem o své pacientky. Ptá se pacientky např.: jak se jí daří, jak se cítí, a nevykonává pouze mechanicky činnosti jako stroj bez citů. Jde přeci o práci s živými bytostmi, které mají své potřeby a city (4, 6, 9, 20, 21).

1.1 Komunikace v profesi porodní asistentky

Při komunikaci s pacientkou získává porodní asistentka její důvěru. Dále z jejích neverbálních projevů může získat cenné informace o tom, jak se skutečně cítí, zda má bolesti a o jejím psychickém rozpoložení. Komunikací rozumíme výměnu informací mezi dvěma nebo více lidmi – jinými slovy je to výměna myšlenek anebo nápadů. Tento druh komunikace využívá takové metody, jako je rozhovor, poučování, psaní a čtení. Ale např. malování, tanec či divadlo jsou též jistými druhy komunikace. Myšlenky se tedy předávají nejen psaným nebo mluveným slovem, ale také gesty a pohyby těla. Záměrem každé komunikace je vyvolat nějakou odpověď. Má dva hlavní cíle: ovlivnit druhé

a získat informace. Komunikace je tedy důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Porodní asistentky, které efektivně komunikují, jsou úspěšnějšími iniciátorkami změny zaměřené na upevňování zdraví, lépe vytvářejí důvěrný vztah s pacientkou a předcházejí tak i právním problémům spojených s ošetrovatelskou praxí.

K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace: sociální, strukturovaná a terapeutická. **Sociální komunikace** je neplánovaná, často se odehrává při neformálních setkáních porodní asistentky s pacientkou na chodbě, probíhá v ležérním tempu a obvykle uspokojuje obě zúčastněné strany. **Strukturovaná komunikace** má určitou naplánovanou náplň. Příkladem strukturované komunikace může být poučení pacientky o podávání injekce anebo rozhovor o pooperační péči s pacientkou před operací. **Terapeutická komunikace** se v ošetrovatelství využívá často a to za různých okolností, např. při upokojujání úzkostné pacientky před operací anebo při pomáhání nemocné pacientce s rakovinou, vyrovnat se se svojí diagnózou.

Příklady využívání komunikace v práci porodní asistentky:

V gynekologických ambulancích může porodní asistentka upozornit pacientku na důležitá vyšetření, která by měla absolvovat vzhledem k věku; poučit pacientku o důležitosti preventivních prohlídek; vysvětlit pacientce postup při samovyšetření prsu; pohovořit s ní o založení rodiny a o rizicích odkladu těhotenství na vyšší věk; mladším pacientkám naopak poradit s antikoncepcí a vysvětlit jim její význam; vysvětlit pacientkám před zákrokem, co je čeká a povzbudit je, aby se zbytečně nestrachovaly; utěšit a podpořit pacientku a její rodinu při zjištění špatné diagnózy. V prenatálních poradnách vysvětluje nastávajícím maminkám, jaká vyšetření je čekají v jakém týdnu těhotenství, pohovoří o správné životosprávě, rizikové těhotné poučí o významu dodržování např. klidového nebo dietního režimu, vysvětlí, kdy jet do porodnice a co vzít s sebou a jiné. Na porodním sále porodní asistentka komunikuje s rodičkou po celou dobu porodu a ukazuje jí úlevové polohy; vysvětluje jí správné dýchání a popisuje jí ještě před závěrem porodu, jak správně tlačit; svojí přítomností a ochotou na vše odpovídat a vyslechnout si ji, rodičku uklidňuje a navozuje pocit důvěry a tím ovlivňuje hladší

průběh celého porodu. Po porodu pomáhá novopečeným maminkám a tatínkům přijmout důležitou životní událost a změnu v jejich životě. Vysvětluje jim péči o novorozence a maminkám ukazuje, jak přiložit miminko k prsu a jak správně kojit. Vše je důkazem, jak je komunikace v oboru porodní asistentky důležitá (4, 6, 20).

1.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, naplánovat uspokojení zjištěných potřeb a vykonat specifické ošetrovatelské zásahy a jejich uspokojení. Ošetrovatelský proces je cyklický, jeho složky následují v logickém pořadí. Na konci prvního cyklu se může péče ukončit, pokud bylo dosaženo cíle, anebo po znovu posouzení se může cyklus opakovat. Je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. Skládá se z pěti základních složek – posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. **Posuzování** – shromažďování údajů a jejich ověřování, klasifikování údajů; **Diagnostika** – analyzování údajů, zformulování diagnózy a ověření diagnózy; **Plánování** – stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů, načrtnutí výsledných kritérií, sestavení plánu péče; **Realizace** – plnění plánu péče, seznámení členů týmu s plánem péče, zdokumentování posouzených údajů a výkonů; **Vyhodnocení** – vyhodnocení splnění cíle, ukončení péče po dosažení cíle, anebo znovu posouzení a revize plánu péče, pokud se cíle nesplnily.

Všechny tyto složky ošetrovatelského procesu, třebaže jsou jmenovány samostatně jako různé činnosti, spolu úzce souvisí a vytváří neustálý koloběh myšlení a jednání (5, 6, 9).

2 Plánované rodičovství

Plánované rodičovství je snaha partnerského páru směřující k tomu, aby žena otěhotněla a porodila dítě v době pro nastávající rodiče z nejrůznějších důvodů nejvhodnější. Zplození dítěte nemá být tedy náhodným nebo nechtěným, ale uvědomělým, plánovaným činem. Opatření k realizaci plánovaného rodičovství mohou být dvojího charakteru. Za prvé je to pozitivní plánované rodičovství, při němž se partnerský pár snaží o otěhotnění ženy a na úrovni zdravotnické péče je to péče o neplodné páry. Do obecnější socioekonomické roviny pozitivního plánování patří i opatření společnosti a státu k zlepšení populačního vývoje, jako jsou dávky v mateřství, mateřská dovolená, porodné, příspěvky na děti, daňové a jiné výhody pro rodiny s dětmi a další, která označujeme jako „propopulační opatření“.

Druhým typem je negativní plánované rodičovství spočívající ve snaze a opatřeních zabránit nežádoucímu otěhotnění, zahrnutých pod pojmem antikoncepce (kontracepce). Ta má vlastně preventivní charakter. K prostředkům plánovaného rodičovství však patří i ukončení nežádoucí gravidity – umělý potrat, které však tento preventivní charakter nemá. Mezi antikoncepční (kontracepční) metody řadíme přirozenou antikoncepci (coitus interruptus – přerušovaná soulož; periodická abstinence – vynechání souloží ve fertilní fázi cyklu), bariérovou antikoncepci (cervikální pesar, kondom atd.), chemickou antikoncepci (spermicidní krémy a gely), hormonální antikoncepci (tablety s obsahem hormonů způsobující útlum ovulace), nitroděložní tělíska a chirurgickou antikoncepci (sterilizace). Zavádění metod plánovaného rodičovství do zemí s největším přirozeným přírůstkem obyvatelstva je jediným řešením, jak regulovat obrovský nárůst populace v posledních desetiletích. Bylo by ideální, kdyby se na celém světě rodily děti pouze rodičům, kteří si jejich narození skutečně přejí. Avšak negativní plánované rodičovství má i svou stinnou stránku a tj. stárnutí populace nejen v České republice, ale v celé západní společnosti. (11, 13, 15)

2.1 Věk rodičů

Z biologického a genetického hlediska je pro první otěhotnění optimální věk u ženy mezi 20. a 24. Rokem. Před dosažením věku 20 let, bývají ženy v naší zemi sice z biologického hlediska schopny otěhotnět, průměrný reprodukční věk nastává u dívek v České republice ve 14 až 16 letech. V tomto věku však nebývají ještě zcela duševně připraveny na těhotenství a mateřství. Pozdní otěhotnění je charakteristické pro ženy preferující profesi před mateřstvím nebo pro ženy úzkostlivé, obtížně navazující kontakty a neschopné se přizpůsobující potížím, včetně porodu.

Věk nižší než 17 let je považován za rizikový. Jeho rizika jsou: zvýšený výskyt předčasných porodů, preeklampsie a psychosociální zátěž.

S rostoucím věkem ženy, nad 30 let, pravděpodobnost prvního otěhotnění klesá. Šance třicetileté ženy poprvé otěhotnět je 30 %, třicetipětileté 11 % a čtyřicetileté 3 %. Těhotenství žen starších 35 let jsou spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací (samovolné potraty, vysoký tlak, preeklampsie, metabolické poruchy, poruchy nitroděložního vývoje plodu). Dále bývá ve vyšším věku častější gestační diabetes, hypertenze, ženy v graviditě častěji krvácejí, zvýšený výskyt předčasných porodů, preeklampsie. Důležitou roli hraje i psychika – vědomí odpovědnosti i uvědomění si poslední možnosti mít dítě. Po 35. roce života ženy je riziko vývojových vad plodů 1,0%, po 40. roce 1,8%, po 45. roce života až 6,0%. Starším ženám se častěji než mladým matkám rodí děti s Downovým syndromem. Riziko vrozených vývojových vad roste úměrně s věkem těhotné ženy.

Vyšší věk partnera se na vzniku vývojových poruch plodu sice podle dnešních informací také projevuje, ale ne tak významně jako u ženy. Těhotné nad 35 roků jsou tedy považovány za rizikově těhotné a za rizikové rodičky a je jim věnována zvýšená pozornost v poradně pro těhotné i u porodu. U žen starších 35 let, plánujících těhotenství je nezbytná návštěva genetické poradny. (11, 15, 17, 22)

3 Rizika spojená s vyšším věkem

Na starším organismu se již začíná projevovat snížená regenerační schopnost, takže ženy starší mohou mít častěji zdravotní komplikace než ženy mladší a také průběh těchto komplikací může být závažnější. V prvé řadě se s věkem snižuje pravděpodobnost otěhotnění. Dále je zvýšené riziko, že se již oplodněné vajíčko přestane vyvíjet, nebo se implantuje na místě, kde k tomu nejsou vhodné podmínky. Takovéto těhotenství se musí ukončit, protože by mohlo vážně ohrozit zdraví a život ženy. Starší ženy mají dále větší dispozice k předčasným porodům. S věkem ženy dále stoupá výskyt vrozených vývojových vad, jsou náchylnější k hypertenzi a tím spojenou preeklampsií, k vyššímu výskytu gestačního diabetu a častěji bývají sužovány krvácením v těhotenství. Vyskytuje se více komplikací při porodu. Se všemi problémy pak dále souvisí vyšší výskyt operativně ukončených porodů. Po porodu je vyšší riziko žilních komplikací a embolie a navíc starší organismus má menší regenerační schopnost a proto bývá u starších žen horší hojení poporodních „následků“ (2, 7, 8, 15, 17, 19, 22).

3.1 Potrat

Potrat patří spolu s předčasným porodem a s ektopickým těhotenstvím mezi poruchy délky těhotenství. Za potrat považujeme plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života (dech, srdeční akce, pulzace pupečníku, aktivní pohyb svalstva) a jehož porodní hmotnost je nižší než 500g nebo jehož hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Podle statistických údajů končí přibližně 10 – 15 % klinicky diagnostikovaných gravidit potratem. S největší pravděpodobností, většina produktů koncepce se potrací v době nejranějšího embryonálního vývoje, v období blastogeneze a organogeneze. Hovoří o tom pozorování fertilizace in vitro. U více než 15 % fertilizovaných oocytů nedochází k jejich dělení, dalších 15 % rýhujících se vajíček zaniká ještě před implantací v 1. týdnu gestačního stáří, 25 % jich zaniká ve 2. týdnu gestace v průběhu implantace a 10 % v období nedostavivší se následné menstruace. Frekvence samovolných potratů stoupá s věkem

matky. Dále výskyt samovolných potratů ovlivňuje kromě věku partnerské dvojice řada dalších faktorů, zvláště v souvislosti s porodnickou anamnézou těhotné (zda porodila v termínu, kolik již měla potratů, zda u ní nedošlo k intrauterinnímu úmrtí plodu, zda neporodila dítě s vrozenou vadou či geneticky podmíněným onemocněním apod.). Nelze opominout ani možnost vlivu abnormálního karyotypu u rodičů (vyvážená translokace) či jejich celkové onemocnění, např. diabetes mellitus apod.

3.1.1 Rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace nemocí

- Potrat samovolný, spontánní

- **Potrat indukovaný, legální, terapeutický** (umělé ukončení těhotenství na žádost pacientky (např. ze sociálních důvodů), zdravotní indikace ze strany matky (závažná celková onemocnění matky, choroby psychiatrické, maligní tumory), zdravotní indikace ze strany plodu (objektivně prokázané postižení plodu genetickým onemocněním nebo infekcí).

3.1.2 Nejčastější příčiny spontánního potratu

a) Defektní plodové vejce

Embryonální a fetální abnormality. Téměř 40 % potracených plodů je abnormálních (strukturální defekty, chromozomální odchylky, genetické choroby). Incidence potratů z důvodů chromozomální aberace činí 30 – 60 %. Organismus ženy se zbaví postiženého plodu nejčastěji na začátku těhotenství (tzv. přirozená selekce). Nejčastěji se jedná o chromozomální trisomie (trisomie 15, 16, 21, 22), monosomie (45/X0), triploidie, tetraploidie. Příčinou trisomie je nondisjunkce v průběhu prvního meiotického dělení oocyty. Frekvence stoupá s věkem matky. Mezi strukturální defekty, které jsou příčinou potratu, můžeme zařadit např. polygenně determinované rozštěpy neurální trubice nebo mnohočetné malformace plodu.

Abnormality implantace. Příčinou samovolného potratu může být implantace plodového vejce při zavedeném nitroděložním antikoncepčním tělísku (IUD). Nízká implantace placenty je častou příčinou spontánního potratu ve II. trimestru těhotenství. Jako příčina potratu v dalším průběhu těhotenství může být degenerace choriové tkáně, jako např. u moly či při cévních poruchách placenty.

Mnohočetné těhotenství s malformací jednoho nebo obou plodů.

b) Materské příčiny

Hormonální příčiny. Časné opakované potraty jsou často v souvislosti s hormonální poruchou v průběhu menstruačního cyklu. U pacientky lze prokázat insuficienci luteální fáze, ale nelze dokázat, že tato porucha je specifickou příčinou potratu. *Patologický spermiogram manžela* může mít vliv na výskyt časných nebo zamlklých potratů. *Malformace dělohy* Další komplikace, která může někdy nastat a být příčinou potratu, je zaklínění těhotné dělohy v retroverzi-flexi. *Záněty a nádory dělohy.* Těžké formy endometritidy vytváří nevhodné podmínky pro nidaci a nidované vejce se velmi brzy potrací. Stavby po císařských řezech způsobují v místě jizvy porušenou funkci endometria. Tato příčina přichází v úvahu především v případě korporálního císařského řezu. *Myomy lokalizované submukózně, případně intramurálně,* porušují podmínky pro nidaci a žena potrací. *Onemocnění matky.* Horečnatá onemocnění matky, nedostatečně kontrolovaný diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, dekompenzované kardiovaskulární, renální, jaterní a plicní choroby atd. *Infekce.* Nejčastěji se uplatňují: sexuálně přenosné patogeny, na potratu se mohou podílet také syfilis, herpes simplex, toxoplazmóza, cytomagalovirus, salmonela atd. *Otravy.* Cytotoxické látky se nejčastěji uplatňují v I. trimestru těhotenství. Nejčastější příčinou jsou: vysoké hladiny olova v krvi matky, benzen, formaldehyd, anestetické plyny (např. Halotan) v provozech operačních sálů. V malé míře se mohou uplatnit i alkohol a kouření. *Imunologické faktory.* Rh-izoimunizace při vysokých hladinách protilátek anti-D, C, Kell bývá příčinou abortu ve II. trimestru těhotenství. *Trombofilie.* Jde o stav vrozené nebo získané hyperkoagulační aktivity na základě chybění některého z antitromboticky působících faktorů. Tyto poruchy vedou k poškození jak arteriálního, tak žilního endotelu, podporují nedostatek

kyseliny listové a jsou často příčinou opakovaných potratů. *Inkompetence děložního hrdla*. Příčinou jsou potraty v I. a II. trimestru těhotenství (nejčastěji indukované), kdy opakovaná instrumentální dilatace způsobí dilataci kanálu děložního hrdla větší než 10 mm. Další příčinou jsou porodní poranění nebo gynekologické operace na děložním hrdle (konizace, amputace, kauterizace). *Trauma*. Úrazy břicha těhotné, chirurgické operace během těhotenství, komplikace po provedené amniocentéze nebo biopsii choria jsou kolikrát příčinou následného potratu (3, 19, 22).

3.2 Předčasný porod

Jako předčasně porozené plody označujeme ty, které byly rozené před dokončeným 37. týdnem těhotenství (do 259 dní od prvního dne poslední menstruace a do 245 dní od konceptce). Dolní hranice pro předčasný porod je počínající 24. týden (v americké a francouzské literatuře 20. týden). Jde o předčasný porod a ne o potrat v případě, kdy plod vypuzený z matčina těla, který jeví alespoň jednu ze známek života s hmotností 500 g a více, nebo jde o živěrozený plod s hmotností nižší než 500 g, přežije-li 24 h, a mrtvěrozený plod s hmotností 1000 g a více. Jako velmi nezralé jsou klasifikovány plody vážící méně než 1500 g a extrémně nezralé vážící méně než 1000 g. Závažnost předčasných porodů spočívá ve vyšší perinatální a neonatální mortalitě i morbiditě předčasně narozených dětí (dětská mozková obrna, retardace motorického a psychického vývoje, poruchy smyslů, drobné neurologické odchylky, epilepsie). V České republice kolísá frekvence předčasných porodů kolem 6 %. Předčasné porody se podílí na perinatální, neboli na časně neonatální úmrtnosti až v 70 %. Díky současné neonatologické péči se časná neonatální úmrtnost zlepšila. Primární snahou neonatologické péče je snížení morbidity předčasně narozených novorozenců.

3.2.1 Příčiny předčasného porodu

Obecně se rozdělují příčiny předčasného porodu na porodnické, obecně medicínské a socioekonomické. Porodnické příčiny spočívají v nepříznivé porodnické anamnéze, větším rozpětím děložní dutiny, v děložních anomáliích, kdy dochází ke spontánnímu začátku předčasného porodu. Jindy musí být těhotenství ukončeno při závažných porodnických komplikacích, např. při vcestném lůžku, abrupci placenty, preeklampsii. Obecně medicínské příčiny vyplývají ze závažných chorob matky a jejího celkového zdravotního stavu. Velkou částí se podílejí faktory socioekonomické. Dalším významným faktorem předčasného porodu je infekce a to především u PROM (předčasný odtok vody plodové). Řada mikrobiologických studií prokazuje jednoznačnou souvislost mezi bakteriální kolonizací vaginy a předčasným porodem. Většinou se předpokládá chronické osídlení genitálu ženy těmito mikroorganismy ještě před těhotenstvím.

U hrozícího předčasného porodu těhotná žena udává tlak v podbřišku, bolesti v zádech a zesílený výtok z pochvy. Děložní kontrakce jsou v začátku předčasného porodu trvalého charakteru, bolestivé a nestejně intenzity. Při rozvinutém předčasném porodu je naopak tendence k hyperaktivitě děložní činnosti. V 10 – 15 % případů je průběh bezpříznakový a těhotná žena přichází kvůli předčasnému odtoku plodové vody (PROM). Vaginálně se předčasný porod projevuje zkrácením děložního hrdla, jeho dilatací, změnou konzistence, jeho mediální popř. ventrální lokalizací a stupněm vývoje poševní klenby, může být přítomen také výhřez vaku blan nebo prolabující malé části plodu. Ultrazvukovým vyšetřením je třeba odhadnout porodní hmotnost nezralého plodu, lokalizaci placenty (vcestné lůžko), popřípadě známky jejího předčasného odlučování. Dále se provádí tzv. *cervikometrie*, kdy se posuzuje rozsah zkrácení děložního hrdla. Dalším faktorem svědčícím pro předčasný porod je tzv. *funneling* (dilatace vnitřní branky ve tvaru písmene Y, V nebo U). Změna délky cervixu je horší u vícečetného těhotenství oproti jednočetnému těhotenství a dále je důležité rozlišovat mezi primigravidou a multigravidou. Těhotné ženě se natáčí tzv. kardiokografický záznam (CTG), který nám vypovídá informace o děložní činnosti (a o srdeční akci plodu). Pokud během 30 minut prokážeme 4 a více kontrakcí, jedná se o hrozící předčasný porod. Při příznivém

neměnicím se nálezu na děložním hrdle, je možno použít sedativa (Plegomazin, Diazepam) a klidový režim. Zhoršuje-li se však vaginální nález při kontrakcích, je indikována zástava děložních kontrakcí tzv. tokolýzou. Pak jde již o porod předčasný počínající.

Biofyzikální profil plodu v diagnostice předčasného porodu. Slouží k určení, jak se plodu v děloze daří. Sledují se u něj dýchací pohyby plodu a pohyby končetinami, množství plodové vody (tzv. amniální pool) a UZ flowmetrie. Je-li méně než 30 dýchacích pohybů/30 minut, méně než 2 pohyby končetinami/30 minut, je suspekce na chorioamniitidu a infekci plodu. Rovněž zmenšení amniálního poolu pod 1 cm je suspektní z intraokulární infekce. Změny ve flowmetrii, měření průtoku v a. umbilicalis – při zero flow nebo reverse flow indikuje těžký distress plodu a je nutno těhotenství ukončit.

Jako nejméně příznivá varianta je označována, kdy je předčasný porod zahájen předčasným odtokem vody plodové bez přítomnosti děložních kontrakcí. V takovém případě je velké nebezpečí intraovulární infekce, při pasivní apozici plodu pak riziko předčasného odlučování placenty a akutní hypoxie plodu. Je nejdůležitější příčinou jak mortality a morbidit perinatální, tak morbidit mateřské. mPROM je častou příčinou předčasného porodu, prolapsu pupečníku a intrauterinní infekce, eventuelně infekce plodu a novorozence, u matky příčinou endometritidy s možnou následnou puerperální sepsí.

3.2.2 Prevence předčasného porodu

Snížení frekvence prematurity je do jisté míry závislé na kvalitě prenatalní péče, kdy je třeba těhotnou ženu poučit o vhodném způsobu života, výživě, hygieně. Aktivně je třeba vyhledávat rizikové skupiny žen (zatížená porodnická anamnéza, závažné choroby matky, věk < 17 a > než 30 let, svobodná matka atd.) těm pak věnovat maximální péči. Součástí gravidogramu je tzv. cervikální skóre, které hodnotí nález na děložním hrdle. Těhotná žena sama sleduje tonus děložní a včas informuje svého lékaře. Včasné určení

diagnózy hrozícího předčasného porodu a odeslání ženy na příslušné lůžkové oddělení je mnohem efektivnější než snaha o zastavení porodu při pokročilém vaginálním nálezu. Navíc mnohem bezpečnější pro plod je tzv. transport in utero (děloha je nejlepší inkubátor) než převoz nezralého novorozence na mnohdy vzdálenou jednotku intenzivní péče.

3.3 Ektopické těhotenství

Ektopické těhotenství (*graviditas ectopica*) je takové těhotenství, kdy se oplozené vajíčko zahnízdí kdekoliv mimo oblast dutiny děložní. V českém písemnictví se často vyskytuje termín mimoděložní těhotenství (*graviditas extrauterina* – GEU), který je však klasifikačně nepřesný, protože nezahrnuje uterinní formy této patologie (lokalizaci intersticiální, v rudimentárním děložním rohu a cervikální). Rýhující se vejce nabývá nidační schopnosti šestý den po oplození ve stadiu blastocysty. Fyziologickým a nejvhodnějším místem pro usídlení je děložní sliznice (endometrium), avšak nidace je možná kdekoliv ve vnitřním genitálu nebo i na serózách dutiny břišní. Dříve se udávala incidence ektopické gravidity 1:200 – 250 všech těhotenství, v současné době literatura uvádí podstatně častější výskyt 1:80 – 150. Nejčastěji, tj. v 95 – 97 % případů, dochází k extrauterinní nidaci ve vejcovodu. Ostatní lokalizace jsou vzácné: ovarium 0,5 %, cervix uteri 0,1 %, dutina břišní 0,03 %. K usídlení oplozeného vajíčka v cervikálním kanálu dochází zcela výjimečně, avšak následky této ektopické nidace patří k nejzávažnějším. Cervix s převahou kolagenní tkáně nemá kontrakční schopnosti, proto potrácející se plodové vejce je provázáno profuzním krvácením, které se jen velmi obtížně léčí. V řadě případů je tedy hysterektomie poslední, život zachraňující nutností.

Při mimoděložním těhotenství probíhají v organismu ženy obdobné neurohumorální změny jako při těhotenství intrauterinním. Děloha je zvětšená a prosáklá a na její sliznici lze pozorovat deciduální změny. Když plodové vejce odumře, sliznice děložní se odlučuje, někdy i ve formě odlitku dutiny děložní a odchází s krvácením –

pseudomenstruace. Rovněž prsní žláza reaguje sekrecí kolostra, zduřením a napětím v prsech.

3.3.1 Příčiny vzestupu četnosti ektopického těhotenství

- podíl metod asistované reprodukce,
- zavádění nitroděložních tělísek,
- plánování těhotenství do vyššího věku, kdy postupně přibývá rizikových faktorů,
- časnější a přesnější diagnostika ektopické gravidity, kdy v minulosti se některé nepoznané časné fáze této patologie mohly vstřebat.

3.3.2 Příčiny vzniku ektopické gravidity

Na vzniku ektopické gravidity se mohou podílet příčiny anatomické, funkční anebo se mohou tyto rizikové faktory vzájemně kombinovat. Patří sem: **vrozené vady** (hypoplazie vejcovodů, které jsou dlouhé, tenké s porušenou motilitou; akcesorní vejcovod; vývojové vady dělohy: zdvojení, septa, rudimentární děložní roh), **pánevní zánět** (pelvic inflammatory disease – PID; zvýšená frekvence PID je častější u žen s časným začátkem pohlavního života a při sexuální promiskuitě. Je prokázáný přímý vztah mezi sexuálně přenosnými nemocemi a zánětlivým poškozením pánevních orgánů s následkem poruchy transportu oplozeného vejce anebo dokonce okluzí vejcovodů. V popředí je zvláště infekce *Chlamydia trachomatis*, jejíž séropozitivita byla prokázána u 43 % ektopických gravidit. Pánevní zánět může být také způsoben primární apendicitidou), **endometrióza** (zvláště její tubární lokalizace může být příčinou ektopické tubární gravidity, **hormonální poruchy** (funkční poruchy steroid-prostaglandinových vztahů spolu s nervovými a dalšími hormonálními dysfunkcemi mohou nepříznivě ovlivnit motilitu vejcovodů, a tak zhoršovat transport oplozeného vejce), **pooperační stavy** (operace v malé pánvi, na děloze a především v oblasti adnex

mohou být příčinou následných adhezí, které nepříznivě ovlivňují tuboovariální vztahy, někdy i morfologii a transportní funkci vejcovodů), **nitroděložní tělísko, asistovaná reprodukce** (nejčastěji je ektopickou graviditou komplikován gametotransfer do vejcovodů a embryotransfer s retrográdním průnikem do vejcovodů. Někdy může být v těchto případech ektopická gravidita kombinována se současným nitroděložním těhotenstvím), **přeputování plodového vejce** (není vyloučena možnost přeputování oplozeného vejce pánví do kontralaterálního vejcovodu, než byla ovulace. Tuto variantu dokazují nálezy ektopických tubárních těhotenství současně s corpus luteum na straně druhé).

3.3.3 Vývoj ektopicky uloženého plodového vejce

Pro klasifikaci ektopické gravidity je rozhodující místo její nidace. Ta je většinou na cestě vajíčka mezi ovulujícím folikulem a děložní dutinou, nejčastěji bývá v oblasti vejcovodu. Funkčně i morfologicky ideální podmínky pro nidaci, vývoj plodového vejce až do ukončení vývoje plodu a jeho porození nabízí pouze normálně morfologicky i funkčně vyvinutá děloha. Při patologické nidaci plodového vejce rozhoduje o jeho dalším vývoji především cévní zásobení konkrétní oblasti, ale také její anatomická stavba, pevnost a pružnost. Někdy končí plodové vejce při špatné výživě odumřením a jeho časnou resorpcí, jindy při agresivním vývoji prorůstá do stěny orgánů ve snaze zajistit si cévní zásobení. Tím někdy narušuje a otevírá cévy, což může vyústit v prudké a rozsáhlé krvácení. Další komplikací může být ruptura daného orgánu, jehož stěna nevydrží distenzi rostoucího plodového vejce. Obě tyto komplikace nastávají ve většině případů do 8. týdne těhotenství, nejpozději však do konce I. trimestru. Ve výjimečných případech pokračuje vývoj plodového vejce dále. Ektopické těhotenství se však ukončuje ihned po stanovení diagnózy.

3.3.4 Tubární ektopické těhotenství

Četnost tubární ektopické gravidity přisuzujeme k patologickým změnám omezujícím nebo zabraňujícím normálnímu průchodu oplozeného vajíčka vejcovodem. Především jsou tyto stavy po zánětech samotného vejcovodu (chronická salpingitida), nebo po zánětech probíhajících v jeho okolí a vedoucích k zúžení jeho lumina. Zúžení jeho lumina mohou podmiňovat i stavy nezánettivé, jako jsou tumory malé pánve, endometrióza, vrozené vývojové vady vejcovodu, ale také anatomické změny jako následek mikrochirurgických nebo miniinvazivních laparoskopických výkonů na vejcovodu, včetně konzervativních operací při předcházející tubární graviditě. Nelze vyloučit ani funkční poruchy peristaltiky vejcovodu, např. spazmy. Zpočátku může tubární těhotenství probíhat bez varovných příznaků, rostoucí těhotenství však postupně dilataje lumen vejcovodu a jeho stěna se ztenčuje. To může vyvolávat občas tupé, lateralizované bolesti v podbřišku. Vzácně neporušená ektopická gravidita trvá déle než 8 týdnů, v takovém případě pak končí buďto tubárním potratem, rupturou vejcovodu (Vzniká náhle, často bez příznaků. Nadměrným rozpětím plodovým vejcem se stěna vejcovodu poruší a podle intenzity krvácení ze stěny tuby nebo z otevřených cév mezosalpingu různě rychle vzniká hemoperitoneum, anémie a šokový stav. Metodou léčby u graviditas ectopica tubaria je salpingektomie).

3.3.5 Další typy ektopické gravidity

Intersticiální gravidita, těhotenství ve vaječníku (oplozené vajíčko se může usídlit přímo ve folikulu anebo na povrchu vaječníku, metodou léčby buďto resekce ovaria nebo ovariectomie), **břišní těhotenství** (vzniká vzácně, pokud se plodové vejce primárně usídí na peritoneu v břišní dutině, sekundárně může vzniknout při tubárním potratu nebo ruptuře tuby či z původní fimbriální lokalizace), **těhotenství v děložním hrdle** (těhotenství, kdy se oplozené plodové vejce implantuje do cervikální sliznice, probíhá nejčastěji jako potrat se závažným krvácením avšak tkáň cervixu s převahou kolagenu se nekontrahují, nepoznaná cervikální gravidita někdy překročí stáří dvanácti

týdnů a představuje pro ženu vitální nebezpečí, léčba intracervikální gravidity je hysterektomie bez adnexetomie).

3.3.6 Komplikace ektopického těhotenství

Nejzávažnější komplikací ektopického těhotenství je masivní krvácení do břišní dutiny při uzuraci převážně intersticiální části tuby. Jde o závažný stav vyžadující rychlý operační výkon. Nestane-li se tak, je vážně ohroženo nejen zdraví, ale i život pacientky hypovolemickým, hemoragickým šokem s následným rizikem diseminované intravaskulární koagulopatie nebo akutního selhání ledvin se všemi následky. Uvádí se, že umírá jedna z tisíce žen při ektopickém těhotenství. Neléčená nebo neúspěšně léčená tubární gravidita se podílí 8 – 12 % na mateřské úmrtnosti a 16 % na úmrtích, jejichž příčinou je krvácení v těhotenství. Pozdní komplikací může být neplodnost ženy kvůli neprůchodnosti vejcovodů, která může být následkem neléčené, spontánně se resorbující ektopické gravidity, nebo po konzervativních chirurgických výkonech na tubě. Patří sem i srůsty v malé pánvi v důsledku hemoperitonea nebo chronické pelveoperitonitidy (3, 10, 16, 22).

3.4 Vrozené vývojové vady

Mnohé příčiny vrozených vývojových vad nejsou známé. Některé vady mají naopak příčin několik. Na jejich vzniku se obecně podílejí příčiny exogenní a genetické. Genetické příčiny jsou na úrovni genů (*genové mutace*) a chromozomů (*chromozomální aberace*).

a) Exogenní příčiny:

- infekce (rubeola, cytomegalovirus, virové infekce – chřipka a další);
- ionizační záření (radiové a rtg záření) má negativní vliv na vývoj plodu, především vývoj centrálního nervového systému;

- chemikálie a léky; toxicky působící olovo, kadmium a organická rozpouštědla. Z léků působící teratogenně chinin, aminopterin, metotrexát, veškerá cytostatika, některá antibiotika a sulfonamidy. Z léků je prokázána významná teratogenicita antiepileptik. Hormony (androgeny) podporují virilizaci plodu ženského pohlaví;
- nedostatky ve výživě, karence esenciálních aminokyselin a vitaminů;
- mechanické faktory. Amniální pruhy zaškrcující např. končetiny plodu (*fetální amputace*). Anhydramnion vede k tlakovým deformitám a vzniku hypoxie plodu.

b) Genetické příčiny:

- genopatie, poruchy vývoje vzniklé mutací genů,
- gametopatie, vznikají před nebo při oplodnění na podkladě strukturálních nebo početních změn chromozomů,
- blastopatie, vznikají po nidaci, během prvních tří týdnů vývoje (např. zdvojené vývojové vady, aplazie atd.),
- embryopatie, vznikají mezi 4. – 12. týdnem těhotenství nejčastěji na podkladě infekce (rubeola) nebo toxinů (léky, chemikálie),
- fetopatie, vznikají po 12. týdnu až do konce gravidity. Uplatňují se různé infekce (cytomegalovirus, toxoplazmóza), endokrinopatie matky (diabetes mellitus), placentární příčiny (intrauterinní růstová retardace plodu), Rh-izoimunizace plodu.

c) Chromozomální aberace:

Chromozomální aberace se vyznačují buď změnou počtu chromozomů, nebo odchylkami v jejich struktuře.

Numerické chromozomální abnormality označujeme jako *aneuploidie*. Nejčastěji vznikají na podkladě nondisjunkce, což je selhání separace dvou homologních chromozomů během meiózy. Výsledná gameta má jeden chromozom navíc a vznikne *trisomie* (např. trisomie 21. Chromozomu – m. Down) s celkovým počtem chromozomů

47. Druhou možností je, že jeden chromozom v gametě chybí a vznikne *monosomie* (např. Turnerův syndrom) s celkovým počtem chromozomů 45.

Nejčastější typy numerických chromozomálních aberací:

Downův syndrom (trisomie 21. chromozomu). Vyskytuje se ve frekvenci cca 1:600 živě narozených dětí. Syndrom je charakterizován: mentální retardací, mongoloidním vzhledem, dítě má epikantus, opičí rýhu v dlani, nízko posazené uši, krátký krk, plazí jazyk, často má vrozenou srdeční vadu. Riziko Downova syndromu stoupá s věkem matky. Více než polovinu patologických nálezů při invazivní prenatalní diagnostice ze standardní indikace vyššího věku matky (věk 35 let v době porodu) tvoří právě trisomie 21. Diagnóza Downova syndromu je i klinicky nejobtížnější. Doc. MUDr. Calda říká, že: „V České republice je v současnosti detekční účinnost 70 %, dosud plynule stoupala. Další zlepšení lze očekávat pouze zavedením kvalitativně nových postupů, jako je např. screening v I. trimestru.“ (7, s. 55). Dalších asi 15 % patologických nálezů tvoří letální numerické aberace (např. trisomie 13 a 18) a v 25 % jsou diagnostikovány aberace pohlavních chromozomů. Asi 10 % připadá na méně obvyklé nálezy.

Edwardsův syndrom (trisomie 18. chromozomu). Frekvence výskytu je cca 1:6000 živě narozených dětí. Syndrom je charakterizován: mentální retardací, mikrocefalií, postižené děti mají prominující zátylek, nízko posazené a malformované uši, ptózu, mikrognacii, deformity končetin. Časté jsou srdeční, renální a gastrointestinální malformace.

Patauův syndrom (trisomie 13. chromozomu). Vyskytuje se ve frekvenci cca 1:5000 živě narozených dětí. Syndrom je charakterizován: mentální retardací, abnormalitami CNS, mikrocefalií, mikrooftalmií. Postižené děti mají malformace uší, rozštěpy rtů a patra, polydaktylii. Časté jsou vrozené vady srdce, gastrointestinálního traktu a genitálu.

Abnormality pohlavních chromozomů se vyskytují ve frekvenci cca 1:400 – 700 živě narozených dětí. Přibližně 25 % těhotenství s abnormalitou pohlavních chromozomů zaniká spontánním potratem. Nadpočetné nebo chybějící pohlavní chromozomy X a Y lze kromě karyotypu prokázat stanovením *Barrova tělíska* (X-chromatinu) nebo fluorescencí Y-tělíska v buněčném jádře.

Mezi nejčastější abnormality pohlavních chromozomů lze zařadit Turnerův syndrom (45 X) a Klineferterův syndrom (47 XXY).

Turnerův syndrom se vykytuje ve frekvenci cca 1 : 5000 živě narozených děvčat. Karyotyp 45 X je zodpovědný za vznik onemocnění. Syndrom je charakterizován: malým vzrůstem, soudkovitým hrudníkem, dívky mají pterygium colli, nízko posazenou vlasovou hranici, nevyvinutá prsa, amenoreu, proužkovitá ovaria bez folikulárního aparátu, nevyvinuté sekundární pohlavní znaky. Časté bývají malformace srdce a ledvin (ve 30 % se vyskytuje koarktace aorty).

Klineferterův syndrom (47 XXY) se vyskytuje ve frekvenci cca 1 : 800 živě narozených chlapců. Tento syndrom je charakterizován: normálním vzhledem, vysokým vzrůstem, chlapci mají normální začátek puberty, nesestouplá varlata a azoospermii. Gynekomastie a eunuchodíní tvar těla se u tohoto syndromu vyskytuje ve 30 %. Většinou mají normální nebo lehce sníženou inteligenci a jsou trvale sterilní.

3.4.1 Multifaktoriální dědičné vady

Patří semrozštěpy rtu a patra, defekty neurální trubice, vrozené luxace kyčlí, pylorostenóza, vrozené srdeční vady, diafragmatická hernie a další. **Defekty neurální trubice** - patří k nejčastějším vrozeným morfologickým vadám s incidencí 0,3 – 3/1000 těhotenství. Polovinu těchto defektů tvoří anencefalie (z lebky postiženého plodu je vytvořena pouze obličejová část), druhou polovinu tvoří poruchy uzávěru páteřního kanálu. Anencefalie je inkompatibilní s přežitím. V případě poruchy uzávěru páteřního kanálu záleží na typu a lokalizaci defektu. 20 % těch co přežijí, je postiženo i mentálně.

Nejvyšší riziko defektů neurální trubice mají plody matek nejmladších a nejstarších věkových skupin a matek s nižší socioekonomickou úrovní.

3.4.2 Genetické poradenství

Genetické poradenství je zaměřeno na určování rizika, že dítě nebude zdravé. Cílem je pomoci při rozhodování, zda otěhotnět, či ne. Výši rizika stanovuje genetik na základě velmi podrobného vyšetření obou partnerů i jejich předků, případně sestaví rodokmen se všemi podrobnostmi o pokrevním příbuzenstvu a výskytu nemocí. U těhotných žen, které se samy narodily s některou byť malou vývojovou vadou jsou obavy o vývoj jejich dítěte pochopitelné a oprávněné. Avšak jen malá část vývojových vad je dědičná. Obavy mohou mít také těhotné ženy, které samy nebo jejich partner užívají trvale nějaké léky, nebo trpí nějakou chronickou chorobou. Opodstatněná bývá úzkost u partnerských párů, jimž se předchozí těhotenství nevydařilo, ať již z důvodu samovolného potratu nebo se jim dokonce již narodilo dítě s vrozenou vývojovou vadou. Kdykoliv si tedy budoucí rodiče nejsou jistí svým genetickým zdravím, je vhodné, aby ještě před otěhotněním navštívili genetickou poradnu.

Návštěva genetické poradny před otěhotněním je nezbytností, jestliže:

- předcházející dítě se narodilo s vrozenou vývojovou vadou
- v pokrevním příbuzenstvu rodičů se vyskytly vrozené vývojové vady nebo abnormální tělesný či duševní vývoj;
- žena opakovaně potratila;
- žena je starší než 35 let;
- partneři plánující dítě jsou pokrevně příbuzní;
- žena prodělala na samém počátku těhotenství chorobu, zejména infekční;
- při podezření na vedlejší účinky léků, záření apod.

3.4.3 Screening vrožených vývojových vad

Screening slouží k vyhledávání osob s významným rizikem určité choroby dříve, než dojde k jejich klinické manifestaci. Pozitivní výsledek screeningu zahajuje sérii specifických a náročnějších diagnostických vyšetření nebo přímo preventivních opatření. Všechny metody diagnostiky chromozomálních aberací a ostatních genetických abnormalit, které jsou v současnosti dostupné pro klinickou praxi, jsou invazivní (amniocentéza, biopsie choria, kordocentéza). Diagnostika u všech těhotných žen tedy není rozumná, kvůli 0,5 – 1 % riziko potratu následkem provedení invazivního výkonu. Neinvazivní analýzu genetické výbavy plodu snad v budoucnu umožní DNA diagnostika z mateřského séra, která je zatím ve fázi klinického výzkumu.

a) Screening vrožených vývojových vad pomocí ultrazvukového měření nuchální translucence a biochemických markerů v séru matky v I. trimestru je zaměřen především na zjištění rizika:

- chromozomálních aberací plodu (trisomie 21, trisomie 18),
- morfologických vad – těžké morfologické vady diagnostikovatelné na konci I. trimestru a v případě positivity screeningu stanovení vyššího rizika vrožených vývojových vad srdce (srdeční vady lze vyloučit pomocí UZ až později v II. trimestru),
- porodnických komplikací (hrozící potrat)

b) Prenatální screening vrožených vývojových vad pomocí biochemických markerů v séru matky ve II. trimestru těhotenství je zaměřen především na zjištění rizika:

- defektů kožního krytu plodu (defekty neurální trubice, rozštěpy břišní stěny),
- chromozomálních aberací plodu (trisomie 21, trisomie 18)
- porodnických komplikací ve III. trimestru (preeklampsie). Těhotným ženám, jejichž riziko chromozomální aberace je vyšší než riziko invazivního výkonu, je doporučeno stanovení karyotypu plodu, ve II. trimestru je to nejčastěji amniocentéza. Další indikací

k amniocentéze je věkový screening. Věk těhotné ženy nad 35 let v době porodu je platným indikačním kritériem invazivní prenatalní diagnostiky (3, 7, 15).

3.5 Gestační diabetes mellitus

Gestační diabetes mellitus (dále jen GDM) je porucha tolerance sacharidů různé závažnosti, která je poprvé diagnostikovaná v těhotenství a po porodu mizí. Existuje však i možnost, že sacharidová intolerance byla přítomna, ale nediodagnostikována již před koncepcí a mohla by tedy přetrvávat i po porodu. Ženy s GDM představují 2 až 3 %, v některých zemích až 6 %, popřípadě i 14 % populace gravidních. V České republice je incidence tohoto onemocnění cca 2 – 3 %, to je cca 2700 těhotenství za rok. Inzulinová rezistence se objevuje v určitém stupni ve všech těhotenstvích, ale jen u těch žen, které ji nedovedou kompenzovat, se rozvíjí GDM. Rizikové faktory pro GDM představuje obezita, věk nad 25 let (dle Zwingera nad 30 let), výskyt DM (především DM 2. typu) v rodině, GDM v předchozím těhotenství, DM či porucha glukózové tolerance spojená s užíváním hormonální antikoncepce, předchozí porod velkého plodu nad 4000 g, opakované spontánní potraty, porod mrtvého plodu, glykosurie na počátku těhotenství. GDM se manifestuje nejčastěji mezi 24. a 28. týdnem gravidity. V tomto období se také provádí diagnostika tzv. OGTT (orálně glukózový toleranční test). Zátěž je 75 g glukózy, podává se pacientce ráno na lačno a je vyšetřena hodnota před podáním glukózy a pak je hodnocena glykémie 2 hodiny po zátěži glukózou. Glykémie na lačno by neměla přesáhnout 5,5 mmol/l, hodnota 2 hodiny po zátěži je tolerována do 7,8 mmol/l. Avšak žena s významnými rizikovými faktory podstupuje vyšetření již dříve a to O'Sullivanovým testem při zátěži 50 g glukózy, kde se zjišťuje hodnota po 1 hodině od zátěže. Hodnota by neměla přesáhnout 7,9 mmol/l. Jde však o screeningový test a v případě jeho pozitivity je nutno povést diagnostický test pomocí OGTT.

3.5.1 Terapie GDM

První zásadou v léčbě GDM je úprava stravy. Dietní strategie je hlavní podporou terapie gestačního DM. Doporučuje se dieta se sníženým obsahem sacharidů a rozložení denní dávky potravy do více menších porcí. Denní energetický příjem se stanovuje na základě hmotnosti těhotné ženy. Podle hmotnosti se také stanovuje předpokládaný hmotnostní přírůstek v průběhu těhotenství. Dalším krokem v terapii GDM je zvýšení tělesné aktivity a vycházky ideálně po jídle. Teprve pokud nedojde k normalizaci glykemie úpravou stravy a tělesným cvičením, zahajuje se terapie inzulinem. Indikací k zahájení inzulinoterapie je nález vyšších hladin glykemie v opakovaných glykemických profilech v rozmezí několika dní. Další indikací k zahájení inzulinoterapie je růstová akcelerace plodu, zachycenou na UZ vyšetření (není nezbytný současný nález vyšších glykemií), opakovaný nález ketolátek v moči těhotné ženy, je také indikací, avšak je třeba vyloučit i možný jiný původ přítomnosti ketolátek, jako např. celonoční lačnění pacientky.

3.5.2 Porodnická péče o ženu s GDM

Častější ultrazvuková vyšetření, od 24. týdne každé 3 až 4 týdny, a také častější kontroly v posledních týdnech gravidity. Porod by měl proběhnout do předpokládaného termínu, tj. do 40. týdne těhotenství. Nejčastějším způsobem ukončení gravidity je indukce porodu v době 39. – 40. týdne těhotenství a to v případě, že se samovolně porod nerozbehne. Pokud to lze, je pacientce umožněn vaginální porod. Od 38. týdne těhotenství (někdy i dříve) se doporučuje pravidelné kardiokografické monitorování těhotné z důvodu možného náhlého intrauterinního úmrtí plodu, které se vyskytuje 4 x častěji než ve zdravé populaci. V průběhu porodu není nutné podávání inzulinu ani pacientkám, které byly v graviditě inzulinem léčeny, je však třeba častějšího monitorování glykemií. Avšak prof. MUDr. Roztočil říká, že: „*Diabetický režim musí být zachován jako v těhotenství: příjem potravy/infuzní terapie, monitorování glykemie, aplikace inzulinu.*“ (3, s. 293). Indikace k císařskému řezu je stanovována benevolentně

(makrosomie plodu, císařský řez v anamnéze, poloha plodu koncem pánevním, nepostupující porod, preeklampsie a jiná přidružená onemocnění). Porod by měl být veden minimálně v intermediárním perinatologickém centru. Je důležité, aby pacientky s GDM byly dále sledovány a pravidelně kontrolovány i po ukončení těhotenství. Přibližně 40 % žen, které měly gestační diabetes, onemocní později v životě diabetem 2. typu.

3.5.3 Rizika GDM

Rizika GDM dělíme na rizika pro matku a rizika pro plod/novorozence. Mezi rizika pro matku patří vznik polyhydramnia, hypertenzních onemocnění, recidivujících urogenitálních onemocnění, operačního porodu, porodních poranění a perzistence diabetu po ukončení těhotenství. Rizika pro plod/novorozence jsou následující: intrauterinní úmrtí, diabetická fetopatie (makrosomie plodu – hmotnost větší nebo rovna 4000 g, plicní nezralost s rizikem vzniku respiratory distress syndrome, hypoglykemie, hypokalcemie, hyperbilirubinemie), traumatický porod (dystokie ramének) a riziko vzniku diabetu v dětství a v adolescenci. Pokud je léčba GDM zahájena zavčas a je adekvátně vedena, neliší se riziko intrauterinního úmrtí plodu a neonatální morbidity novorozence od zdravé populace. Hlavní příčina perinatální morbidity je makrosomie plodu, která vede jak k vysokému počtu císařských řezů, tak k porodnímu poranění jak matky, tak plodu. Sledování růstu plodu je prováděno ultrazvukovým vyšetřením stanovením biometrie plodu, sleduje se jím i stav plodu pomocí tzv. biofyzikálního profilu (tonus plodu, pohyby plodu, dýchací pohyby plodu a množství plodové vody) (3, 7).

3.6 Preeklampsie

Preeklampsie, dříve nazývaná pozdní gestóza je onemocnění, spočívající v porušené činnosti jater, ledvin a nadledvin – především jejich cév. Objevuje se ve druhé polovině těhotenství (její původ možná zasahuje i do dřívějších stádií těhotenství),

v průběhu porodu nebo v časném šestinedělí. Je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu těhotenství. Před 20. týdnem těhotenství se můžeme s hypertenzí jako projevem preeklampsie setkat u hydatiformní moly či u neimunologického hydropsu plodu. Je poměrně častou komplikací těhotenství a může být velmi nebezpečná pro matku i plod. Současné definice preeklampsie požadují přítomnost hypertenze (za dolní hranici se považuje tlak 140/90) a proteinurie (ztráta bílkovin močí nad 300 mg za 24 hodin), které obě vzniknou až v těhotenství. Hypertenze se však nemusí v některých případech vůbec objevit, a není proto diagnostickým kritériem. Je pouze jedním z příznaků preeklampsie, k nimž dále patří postižení ledvin, jater, koagulační změny a neurologické příznaky. Primárním zdrojem nastupujících změn je zřejmě placenta. Incidence preeklampsie je přibližně jedno onemocnění na 20 – 30 těhotenství. V prenatalních poradnách proto porodní asistentky rutinně měří krevní tlak, kontrolují těhotným ženám moč, zda nemají bílkovinu v moči a dotazují se těhotných na otoky končetin a obličeje (samotné edémy bez hypertenze a proteinurie nejsou považovány za preeklampsii, významný je však vzestup celkové hmotnosti nad 15 % její výchozí hodnoty před těhotenstvím), aby byla případná rozvíjející se preeklampsie co nejdříve podchycena.

3.6.1 Rizikové faktory preeklampsie

a) rizika ze strany matky: první těhotenství, preeklampsie u předchozího porodu, věk pod 20 let a nad 35 let, přítomnost preeklampsie v rodinné anamnéze, nízká tělesná hmotnost/obezita, malý vzrůst, migrény, chronická hypertenze, chronické onemocnění ledvin, diabetes mellitus, avitaminóza

b) rizika ze strany plodu: mnohočetná těhotenství, hydatiformní mola, hydrops placenty.

Primigravidy jsou postiženy častěji, u žen, které již rodily, se může preeklampsie objevit v těch případech, kdy byly problémy už v předchozích těhotenstvích. Je znám také rodinný výskyt, avšak způsob dědičnosti není znám. Onemocnění ledvin nebo

chronická hypertenze jsou dalšími rizikovými faktory pro její vznik. Anamnéza migrén je také možným rizikem. O primárně patologických změnách při preeklampsii je málo známo. Mají původ v těhotné děloze, neboť se po porodu upravují. Je zřejmě nezbytná přítomnost trofoblastu, nikoli plodu, protože preeklampsie se může vyvinout i u hydatiformní moly.

3.6.2 Prevence preeklampsie

Není známá žádná přímá prevence proti tomuto stavu. Avšak porodní asistentka může ženě doporučit dietu obsahující více než 80 g bílkovin, spotřebu soli na dolní hranici, příjem více než 2 litrů tekutin za 24 hodin a hojný odpočinek v horizontální poloze na levém boku (pro usnadnění žilního návratu z dolní poloviny těla), která vede ke snížení frekvence tohoto onemocnění v graviditě.

3.6.3 Komplikace preeklampsie

Preeklampsie po krátkém varovném mezidobí, provázeném bolestí hlavy a neostrým viděním, může náhle vlivem vazokonstrikce mozkových cév a progresivního zvýšení systémové hypertenze konvertovat do eklampsie – stavu bezprostředně ohrožujícího život. Eklampsie však vzniká jako následek neléčené nebo neadekvátně léčené těžké preeklampsie (těžká preeklampsie: TK nad 160/100 mm Hg, proteinurie nad 5 g/24 hodin, oligurie pod 400 ml/den, silné bolesti hlavy, zrakové poruchy, iniciační stádia plicního edému). Je charakterizována konvulzivní neuronovou aktivitou, nitrolebeční hypertenzí s edémem mozku, tonicko-klonickými křečemi s asfyxií, které jsou následovány kómatem. Je zde riziko akutní aspirace do plic a krvácení do mozku.

3.6.4 Terapie

Definitivní léčbou preeklampsie je ukončení těhotenství a odstranění placenty, která je pravděpodobně příčinou vzniku. Při rozhodování o léčebném postupu je vždy nutné brát v úvahu stav plodu, stáří těhotenství a závažnost postižení. Nejvýznamnějším cílem je udržení hodnot TK v bezpečných mezích, to znamená udržení diastolického tlaku pod 100 mm Hg. Zásadně je nutné pacientky vždy hospitalizovat, někdy postačí i klid na lůžku k úspěšnému snížení TK (3, 7, 12, 19, 22).

3.7 Neplodnost

U zdravé ženy dozrává jedno vajíčko jen jednou za měsíc a pravděpodobnost, že během tohoto jednoho cyklu dojde po pohlavním styku s plodným mužem k oplození a k uhnízdění vznikajícího zárodku v děloze, je jen asi 15 %. Asi u 60 % partnerských dvojic žena otěhotní po šesti měsících snažení, do dvou let se to podaří asi 85 % párů. Zbývajících 15 % lze považovat za neplodné a je namístě doporučit vyšetření a léčbu. Ženy dnes odkládají mateřství do pozdějšího věku. Avšak se stoupajícím věkem ženy plodnost klesá. S přibývajícím věkem ženy jí ubývá množství vajíček ve vaječnicích a vajíčka stárnou, zhoršuje se jejich genetická výbava. Po 30. roce života ženy její plodnost významně klesá a po 35. roce už dokonce velmi rychle. Významně se zhoršuje i účinnost metod, kterými se léčí neplodnost. Takže u žen nad 30 let se dnes nedoporučuje vyčkávat s vyšetřením a eventuální léčbou neplodnosti déle než jeden rok. Vyšetření je také vhodné uspišit u párů, kde lze některou z poruch plodnosti předpokládat. Jde především o ženy s nepravidelným menstruačním cyklem a bez léčby třeba nemenstruují vůbec, ženy po prodělaných operacích v malé pánvi, závažných zánětlivých onemocněních vnitřních rodidel apod. (u mužů jsou rizikové především stavy po operacích nesestouplých varlat). Porodní asistentka by měla rizikové ženy na tyto skutečnosti upozornit v gynekologických ambulancích, při preventivních prohlídkách. Muži a ženy se dělí o příčinu neplodnosti zhruba napůl. Jednoznačná příčina na straně ženy je nalezena zhruba ve 35 až 40 % případů. Nejčastěji jde o hormonální poruchy, kdy pravidelně

nenastává ovulace. Méně často je diagnostikovaná neprůchodnost vejcovodů. Špatný spermioqram je u mužů přítomný ve 30 až ve 35 % neplodných párů. Velkou část cca 20 až 25 % tvoří dvojice, kde je mírně snížená plodnost přítomná u obou partnerů, např. hraniční spermioqram u muže a jednostranná neprůchodnost vejcovodu u ženy. Příčinu neplodnosti se však bohužel někdy nepodaří zjistit.

3.7.1 Poruchy plodnosti u ženy

Věk je nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím ženskou plodnost a je biologickou skutečností, že fertilitní potenciál ženy od 35 let věku výrazně klesá. Fertilizace oocyty a vývoj těhotenství je výsledkem složitých dějů, jejichž patologické odchylky a vzájemná kombinace mohou být důvodem sterility. Bouřlivý rozvoj znalostí o lidské reprodukci v posledních 20 letech způsobil, že dnes lze diagnostikovat většinu příčin poruch plodnosti. Neobjasněno zůstává přibližně 5 % případů. Příčiny neplodnosti jsou označovány jako faktory. Patří sem: ovariální faktor, tuboperitoneální faktor, endometrióza, děložní faktor, cervikální faktor, poševní faktor, imunologický faktor, psychogenní vlivy a infertilita.

3.7.2 Infertilita ženy

Infertilita je stav, kdy žena bez problému otěhotní, ale potratí nebo předčasně porodí tři po sobě následující těhotenství. Rozlišujeme infertilitu na *primární*, kdy žena opakovaně potratila nebo předčasně porodila a dosud neporodila životaschopný plod; a infertilitu *sekundární*, kdy po porodu živého plodu došlo k opakovaným těhotenským ztrátám. Habituální potrácení je neplodnost v souvislosti s opakovanými potraty. Po dvou neúspěšných těhotenstvích je již nutno uvažovat o příčinách infertility a každé těhotenství po předchozí těhotenské ztrátě se vede jako rizikové (11, 15, 16, 19).

Praktická část

4 Empirický průzkum

4.1 Průzkumný problém

Jaká je informovanost žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku?

Průzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit míru informovanosti žen ve věku 18 – 45 let o rizicích těhotenství ve vyšším věku.

Cíl 2. Zjistit důvody, proč ženy odkládají těhotenství na vyšší věk.

Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1. Předpokládám, že minimálně 50 % žen ví, v jakém věku je žena z biologického hlediska na první těhotenství připravena.

Hypotéza 2. Předpokládám, že ženy ve věku 30 let a více, jsou lépe informovány o komplikacích v těhotenství ve vyšším věku, než ženy mladší.

Hypotéza 3. Předpokládám, že čím vyššího vzdělání ženy dosáhly, tím více komplikací v těhotenství ve vyšším věku budou znát.

Hypotéza 4. Předpokládám, že ženy pořízení si potomka odkládají na vyšší věk častěji z kariérních důvodů, než z jiných důvodů.

Hypotéza 5. Předpokládám, že ženy, které již potomka mají, jsou lépe informovány o komplikacích v těhotenství ve vyšším věku, než ženy, které ještě děti nemají.

Hypotetické tvrzení

Předpokládám, že největším zdrojem informací je ženám internet.

4.2 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Průzkumnou metodou byl zvolen dotazník. Časový plán výzkumu byl stanoven na měsíc únor 2010. Dotazník obsahoval 15 položek. V první otázce ženy doplnily svůj věk. Pouze u čtyř dalších položek mohly respondentky doplnit odpověď, pokud jim nevyhovovaly uvedené možnosti. U jedné otázky byla odpověď zcela otevřená. Zbylé položky byly uzavřené, z nichž pouze u dvou mohly respondentky vybrat své odpovědi v libovolném počtu, u zbylých byla možná pouze jedna odpověď. Dotazníků bylo rozdáno 40. Návratnost dotazníků byla 100 %.

4.3 Průzkumný vzorec

Průzkumný vzorec tvořily ženy ve věku 18 – 45 let, které buďto děti nemají, nebo mají, ale plánují další. Dotazníky byly rozdávány v gynekologických ambulancích na pracovišti ÚPMD v Praze.

Technika dotazníku

Zpracování průzkumného šetření jsem provedla pomocí grafů a tabulek.

K hypotéze 1 se vztahovala položka 8. Hypotézu 2 jsem ověřovala pomocí věku respondentek a položek 11, 12, 13, 14 a 15. Hypotézu 3 jsem ověřovala pomocí položky 9 vzhledem k dosaženému vzdělání respondentek. Hypotéza 4 se vztahovala k položkám 6 a 7. Hypotézu 5 jsem si ověřovala pomocí položek 11, 12, 13, 14 a 15 vzhledem k tomu, zda již respondentky mají, nebo nemají děti. Položky 1, 2, 3, 4 a 5 byly zaměřené na sběr demografických údajů.

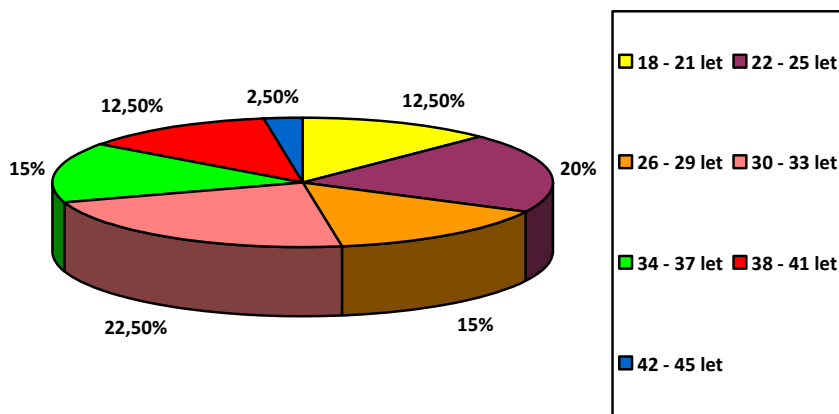
4.4 Analýza výsledků průzkumu

Otázka č. 1 – Kolik Vám je let?

Tabulka 1 – Věk dotazovaných žen.

Věk žen	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrný věk
18 – 21 let	5	12,5 %	20,8 let
22 – 25 let	8	20 %	23,6 let
26 – 29 let	6	15 %	27,5 let
30 – 33 let	9	22,5 %	31,6 let
34 – 37 let	6	15 %	35,2 let
38 – 41 let	5	12,5 %	39,6 let
42 – 45 let	1	2,5 %	43 let
Celkem	40	100 %	31,6 let

Graf 1 – Věk dotazovaných žen.



Na tuto otázku odpovědělo 40 žen (100%). Věkové rozmezí je 20 – 43 let. Dotazované jsou rozděleny do sedmi skupin podle věku. Žen ve věku 18 - 21 let je 5 (12,5 %) a jejich průměrný věk je 20,8 let. Žen ve věku 22 – 25 let je 8 (20 %) a jejich průměrný věk je 23,6 let. Žen ve věku 26 – 29 let je 6 (15 %) a jejich průměrný věk je 27,5 let. Žen ve věku 30 – 33 let je 9 (22,5 %) a jejich průměrný věk je 31,6 let. Žen ve věku 34 – 37 let je 6 (15 %) a jejich průměrný věk je 35,2 let. Žen ve věku 38 – 41 let je 5 (12,5 %) a jejich průměrný věk je 39,6 let. Žen ve věku 42 – 45 let je 1 (2,5 %) a jejich průměrný věk je 43 let.

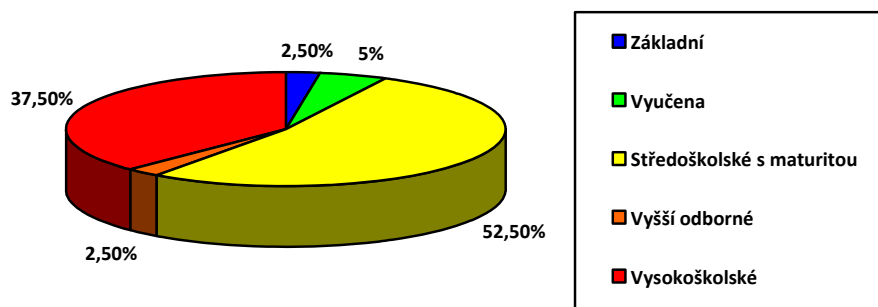
věku 30 – 33 let je 9 (22,5 %) a jejich průměrný věk 31,6 let. Žen ve věku 34 – 37 let je 6 (15 %) a jejich průměrný věk je 35,2 let. Žen ve věku 38 – 41 let je 5 (12,5 %) a jejich průměrný věk je 39,6 let. Ve věku 42 – 45 let je 1 žena (2,5 %), je jí 43 let.

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka 2 – Vzdělání.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Základní	1	2,5 %
b) Vyučena	2	5 %
c) Středoškolské a maturitou	21	52,5 %
d) Vyšší odborné	1	2,5 %
e) Vysokoškolské	15	37,5 %
Celkem	40	100%

Graf 2 – Vzdělání.



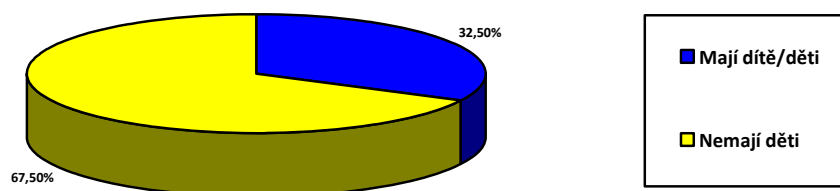
Ze 40ti dotazovaných žen vystudovalo 15 (37,5 %) vysokou školu. Vyšší odbornou školu vystudovala 1 žena (2,5 %). Střední školu s maturitou uvedlo 21 žen (52,5 %), 2 ženy jsou vyučeny (5 %) a základní školu jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla 1 žena z dotazovaných (2,5 %).

Otázka č. 3 – Máte dítě/děti?

Tabulka 3 – Děti.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	13	32,5 %
b) Ne	27	67,5 %
Celkem	40	100 %

Graf 3 – Děti.



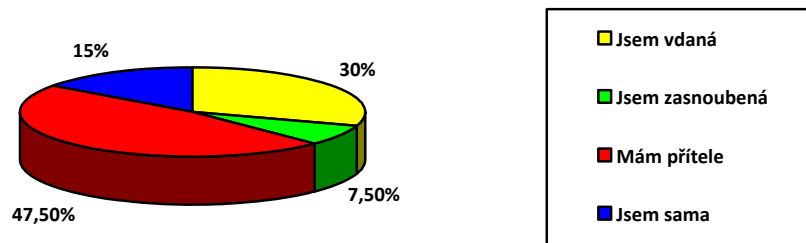
Ze 40 dotazovaných žen má dítě/děti celkem 13 žen (32,5 %), zbylých 27 žen (67,5 %) zatím děti nemá.

Otázka č. 4 – Váš momentální partnerský vztah?

Tabulka 4 – Partnerský vztah.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Jsem vdaná	12	30 %
b) Jsem zasnoubená	3	7,5 %
c) Mám přítele	19	47,5 %
d) Jsem sama	6	15 %
Celkem	40	100 %

Graf 4 – Partnerský vztah.



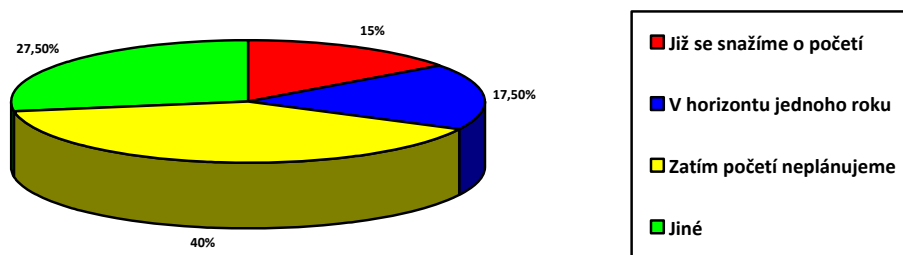
Ze 40 dotazovaných žen je 12 žen vdaných (30 %), 3 ženy jsou zasnoubené (7,5 %), 19 žen má přítele (47,5 %) a 6 žen uvedlo, že partnera nemá (15 %).

Otázka č. 5 – V jakém časovém horizontu plánujete početí svého potomka?

Tabulka 5 – Plánování početí potomka.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Již se snažíme o početí	6	15 %
b) V horizontu jednoho roku	7	17,5 %
c) Zatím početí neplánujeme	16	40 %
d) Jiné	11	27,5 %
Celkem	40	100 %

Graf 5 – Plánování početí potomka.



Tabulka 5,1 – výčet otevřených odpovědí k otázce č. 5 (možnost d)

Počet žen	Číslo dotazníku	Věk ženy	Dítě/děti	Odpověď
1.	2	30 let	Ano	“Za 2 – 3 roky.”
2.	4	36 let	Ne	“Do mých 40 let.”
3.	9	31 let	Ano	“Jsem těhotná.”
4.	11	25 let	Ne	“Za 3 – 5 let.”
5.	13	26 let	Ne	“V horizontu 3 měsíců.”
6.	14	28 let	Ne	“Jsem těhotná.”
7.	15	39 let	Ano	“Čekáme.”
8.	17	34 let	Ano	“Počato.”
9.	20	33 let	Ano	“Jsem již těhotná.”
10.	25	33 let	Ne	“Dítě mít nemohu ze zdravotních problem, mohla bych mít vážné zdravotní problémy po porodu.”
11.	27	27 let	Ne	“Již je na cestě.”

Ze 40 dotazovaných žen se již 6 snaží o početí (15 %). Dalších 7 žen (17,5 %) plánuje početí svého potomka v horizontu jednoho roku. Početí zatím neplánuje 16 žen (40 %). Z 11 žen, které zvolili možnost „d) Jiné“, je 6 žen těhotných (15 % ze 40). Ze zbývajících 5 ti žen 1 nemůže mít ze zdravotních důvodů děti (2,5 % ze 40), další 4 ženy již početí dítěte plánují (10 % ze 40), 1 dokonce do tří měsíců, 1 do svých 40 let (je jí 36 let), 1 v horizontu 3 – 5 let a 1 v horizontu 2 – 3 let.

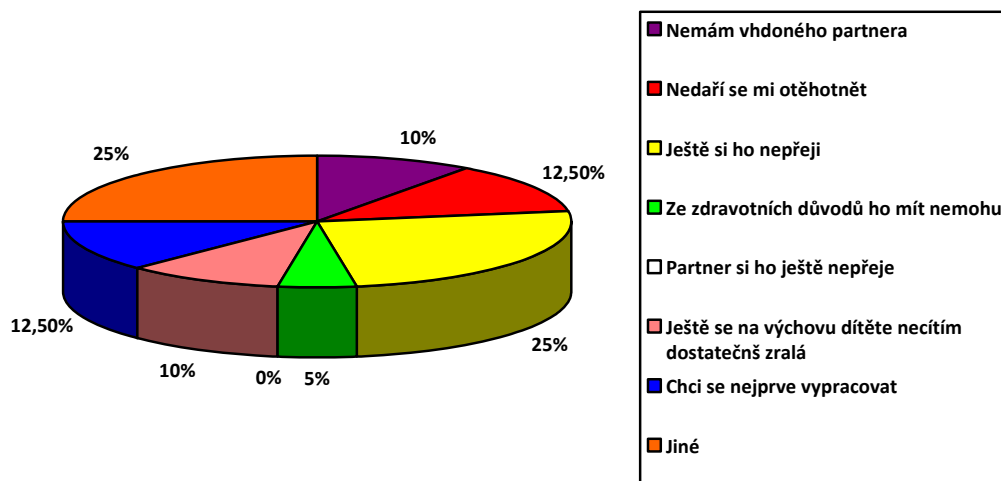
Otázka č. 6 – Z jakého důvodu nemáte potomka (nebo dalšího potomka)?

Tabulka 6 – Důvod odkladu potomka.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Nemám vhodného partnera	4	10 %
b) Nedaří se mi otěhotnět	5	12,5 %
c) Ještě si ho nepřeji	10	25 %
d) Ze zdravotních důvodů ho mít nemohu	2	5 %
e) Partner si ho ještě nepřeje	0	0 %
f) Ještě se na výchovu dítěte necítím dostatečně zralá	4	10 %
g) Chci se nejprve vypracovat	5	12,5 %

h) Jiné	10	25 %
Celkem	40	100 %

Graf 6 – Důvod odkladu potomka.



Tabulka 6,1 - výčet otevřených odpovědí k otázce č. 6 (možnost h)

Počet žen	Číslo dotazníku	Věk ženy	Dítě/děti	Odpověď
1.	6	34 let	Ne	“Z mého životního postoje.”
2.	9	31 let	Ano	“Již jsem těhotná.”
3.	10	22 let	Ne	“Nejdřív kariéra, abych jednou mohla rodinu zabezpečit.”
4.	14	28 let	Ne	“Dosud jsem si ho nepřála, až teď.”
5.	15	39 let	Ano	“Nedařilo se překročit 3. měsíc těhotenství.”
6.	16	31 let	Ano	“Dnešní samovolný potrat.”
7.	17	34 let	Ano	“Již čekám.”
8.	20	33 let	Ano	“Jsem již těhotná.”
9.	27	27 let	Ne	“Již je na cestě.”
10.	37	20 let	Ne	“Jsem studentka a prozatím bychom dítěti nedokázali dát takové zázemí jaké chceme plus jsem mladá.”

Ze 40 dotazovaných žen 4 odkládají početí potomka z důvodu, že nemají vhodného partnera (10 %), dalším 5 ti ženám se nedaří otěhotnět (12,5 %), 10 žen si ještě dítě nepřeje (25 %), 2 ženy ho ze zdravotních důvodů mít nemůžou (5 %), 4 ženy se na výchovu dítěte ještě necítí být dost zralé (10 %) a 5 žen se chce nejprve vypracovat (12,5 %). Z 10 žen, které zvolili možnost „h) Jiné“, 1 žena udává, že si potomka nepřeje

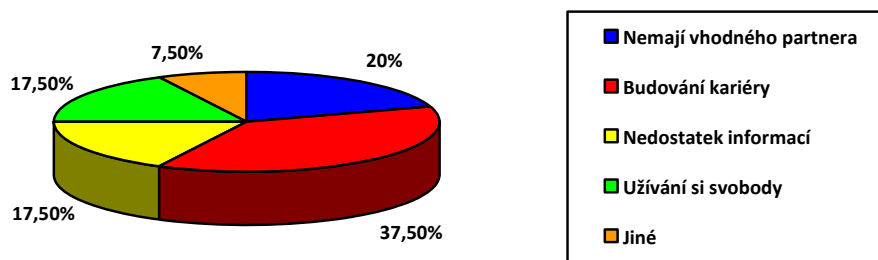
z důvodu svého životního postoje (2,5 % ze 40), 5 žen uvedlo, že jsou těhotné a jedna z nich, že si ho dosud nepřála (12,5 % ze 40), 1 žena uvádí, že se jí nedařilo překročit 3. měsíc těhotenství (2,5 % ze 40), 2 ženy uvádí, že by ještě nebyli schopné rodinu zabezpečit, jedna z nich navíc udává, že je mladá (5 % ze 40) a 1 žena uvedla, že ten den prodělala samovolný potrat (2,5 %).

Otázka č. 7 – Jaký si myslíte, že je nejčastější důvod, proč ženy odkládají těhotenství?

Tabulka 7 – Názory žen „Proč ženy odkládají těhotenství?“

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Nemají vhodného partnera	8	20 %
b) Budování kariéry	15	37,5 %
c) Nedostatek financí	7	17,5 %
d) Užívání si svobody	7	17,5 %
e) Jiné	3	7,5 %
Celkem	40	100 %

Graf 7 - Názory žen „Proč ženy odkládají těhotenství?“



Tabulka 7,1 - výčet otevřených odpovědí k otázce č. 7 (možnost e)

Počet žen	Číslo dotazníku	Věk ženy	Dítě/děti	Odpověď
1.	1	39 let	Ano	“Je to spojené s životním stylem/dobou, kdy se prolíná budování kariéry/ užívání si života/svobody, pocit, že na dítě je dost času, až se může stát, že už dost času není, ale není vhodný partner...”
2.	4	36 let	Ne	“Hledají sami sebe a tím i vhodného partnera.”
3.	18	34 let	Ano	“Strach.”

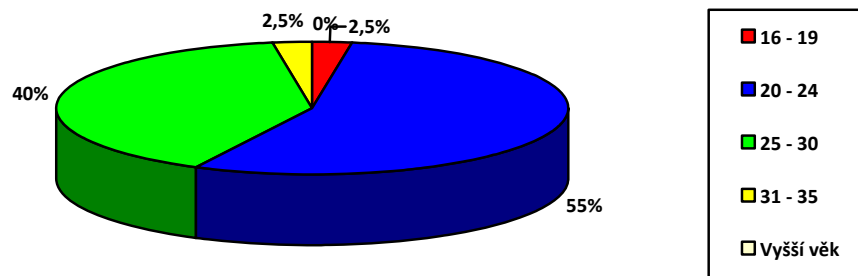
Ze 40 dotazovaných žen si 8 žen myslí, že ženy odkládají těhotenství z důvodu, že nemají vhodného partnera (20 %), 15 žen si myslí, že ženy odkládají těhotenství z důvodu budování kariéry (37,5 %), 7 žen si myslí, že je to kvůli nedostatku financí (17,5 %) a 7 žen si myslí, že je to z důvodu, že si ženy chtějí užívat svobodu (17,5 %). Ze 3 žen (7,5%), které zvolili možnost „e) Jiné“, si jedna myslí, že je to z důvodu strachu, další uvádí ve své odpovědi svými slovy možnosti a, b, d a poslední žena uvádí, že je to z důvodu, že ženy hledají sami sebe a tím i vhodného partnera.

Otázka č. 8 – Vyberte prosím věkové rozmezí, v jakém si myslíte, že je vhodné první těhotenství z biologického a genetického hlediska?

Tabulka 8 – Věk vhodný na první těhotenství.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 16 - 19	1	2,5 %
b) 20 – 24	22	55 %
c) 25 - 30	16	40 %
d) 31 - 35	1	2,5 %
e) Vyšší věk	0	0 %
Celkem	40	100 %

Graf 8 – Věk vhodný na první těhotenství.



Ze 40 dotazovaných žen pouze 22 žen (55 %) zvolilo správnou odpověď: „20 – 24“, dále 16 žen (40 %) zvolilo možnost „25 – 30“, 1 žena (2,5 %) zvolila možnost „16 – 19“, další 1 žena (2,5 %) zvolila možnost „31 – 35“ a žádná nezvolila poslední nabízenou možnost „Vyšší věk“.

Otázka č. 9 – Zaškrtněte ty možnosti komplikací, o kterých víte, že mohou nastat (mimo jiné i) z důvodu těhotenství ve vyšším věku nebo snahy otěhotnět ve vyšším věku? (zde můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Zhoršená možnost otěhotnění
- b) Předčasný porod
- c) Vyšší výskyt vrozených vývojových vad
- d) Potrat
- e) Mimoděložní těhotenství
- f) Preeklampsie (pozdní gestóza)
- g) Těhotenská cukrovka
- h) Vyšší výskyt krvácení

Tabulka 9 - výčet odpovědí jednotlivých žen. Komplikace.

Číslo dotazníku	Věk ženy	Dítě/Děti	Zvolené odpovědi
1	39 let	Ano	a, b, c, d
2	30 let	Ano	a, c
3	32 let	Ano	a, c, d, f
4	36 let	Ne	a
5	29 let	Ne	a, c, d, e, f
6	34 let	Ne	a, d
7	31 let	Ne	a, b, c, d, e, h
8	24 let	Ne	a, g
9	31 let	Ano	a, c, e
10	22 let	Ne	a, c, d
11	25 let	Ne	c
12	40 let	Ne	a, c, f, g
13	26 let	Ne	a, c
14	28 let	Ne	a, c
15	39 let	Ano	a, c, d
16	31 let	Ano	a, c
17	34 let	Ano	a, c
18	34 let	Ano	a, c, d
19	41 let	Ano	a, c, g
20	33 let	Ano	a, c, d
21	24 let	Ne	c, e, h
22	21 let	Ne	a, c
23	23 let	Ne	a, c, d, e
24	21 let	Ne	a, c
25	33 let	Ne	a
26	21 let	Ne	a, c
27	27 let	Ne	a, c, d
28	29 let	Ano	a, c, d
29	25 let	Ne	a, b, c, d, e
30	21 let	Ne	a, b, c, d
31	36 let	Ne	a, c
32	32 let	Ne	a, b
33	43 let	Ano	a
34	31 let	Ne	a, c, d
35	39 let	Ano	a, c, e
36	22 let	Ne	a, c, g
37	22 let	Ne	a, c, d, e
38	26 let	Ne	a, b, c, d
39	37 let	Ne	c, d, e, g
40	24 let	Ne	a, c, d

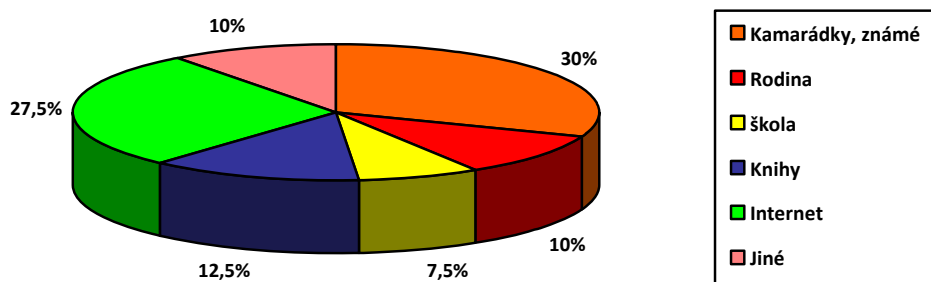
Nejčastější kombinace možností, vybíraly ženy následovně: 9 žen (22,5 %) „a, c“; dále 8 žen (20 %) „a, c, d“; 3 ženy (7,5 %) „a, b, c, d“ a 3 ženy (7,5 %) „a“.

Otázka č. 10 – Odkud jste načerpala nejvíce informací z této oblasti?

Tabulka 10 – Zdroje informací.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Kamarády, známé	12	30 %
b) Rodina	4	10 %
c) Škola	3	7,5 %
d) Knihy	5	12,5 %
e) Internet	11	27,5 %
f) Jiné	4	10 %
Celkem	40	100 %

Graf 10 – Zdroje informací.



Tabulka

a 10,1 - výčet otevřených odpovědí k otázce č. 7 (možnost f)

Počet žen	Číslo dotazníku	Věk ženy	Dítě/děti	Odpověď
1.	1	39	Ano	“Vlastní zkušenosti, byla jsem na odběru plodové vody.”
2.	4	36	Ne	“Různě v průběhu života a na základě zkušeností.”
3.	15	39	Ano	“Své zkušenosti.”
4.	18	34	Ano	“Zkušenosti.”

Ze 40 dotazovaných žen 12 žen (30 %) uvedlo, že nejvíce informací čerpají od svých kamarádek či známých, 4 ženy (10 %) uvedly rodinu, 3 ženy (7,5 %) uvedly jako svůj největší zdroj školu, 5 žen (12,5 %) uvedlo knihy a 11 žen (27,5 %) uvedlo jako svůj největší zdroj informací internet. Všechny 4 ženy (10 %), které zvolili možnost „f) Jiné“ uvedly jako svůj největší zdroj informací své zkušenosti.

Otázka č. 11 – Víte, co to jsou „Vrozené vývojové vady“ plodu?

Tabulka 11 – Co to jsou „Vrozené vývojové vady“? (otevřená odpověď)

Číslo dotazníku	Věk ženy	Dítě/Děti	Zvolené odpovědi
1	39 let	Ano	“Ano, různé tělesné vady.”
2	30 let	Ano	“Ano, např. Downův syndrom.”
3	32 let	Ano	“Downův syndrom, rozštěp páteře, různá mentální postižení.”
4	36 let	Ne	“Myslím, že ano - tělesná a psychická postižení.”
5	29 let	Ne	“Cokoliv, co porušuje plod.”
6	34 let	Ne	“Nevím přesně, synovec měl zúženou aortu. Hned po porodu ho operovali, jinak by srdce nefungovalo, byla to vrozená vada.”
7	31 let	Ne	“Rozštěpy, downův syndrom.”
8	24 let	Ne	“Vady, které se mohou objevit během těhotenství na plodu, cokoliv.”
9	31 let	Ano	“Disfunkce - všechny neznámé.”
10	22 let	Ne	“Srdeční vada, problémy se zažívacím traktem, špatný vývoj horních nebo dolních končetin.”
11	25 let	Ne	“Mutace v DNA, které se projevují různými nemocemi a poruchami, např. Downův syndrom.”
12	40 let	Ne	“Rozštěpové vady, srdeční vady...”
13	26 let	Ne	“Např. chybění rukou, nebo nohou.”
14	28 let	Ne	“Ne přesně.”
15	39 let	Ano	“Vady, které se objeví už v ranném stádiu embria.”
16	31 let	Ano	“Downův syndrom.”
17	34 let	Ano	“Chybění končetin, rozštěpové vady..”
18	34 let	Ano	“Downův syndrom.”
19	41 let	Ano	“Např. Downův syndrom a jiné.”
20	33 let	Ano	“Vady, které vznikají již během nitroděložního života.”
21	24 let	Ne	“Ne.”
22	21 let	Ne	“Různá tělesná a mentální postižení.”
23	23 let	Ne	“Fyziologické a psychosomatické vady ovlivňující následující život jedince.”
24	21 let	Ne	“Ne.”
25	33 let	Ne	“Ano, ale pouze všeobecně a povrchně.”
26	21 let	Ne	“Ne.”
27	27 let	Ne	“Ano, Downův syndrom, srdeční vady atd.”
28	29 let	Ano	“Ne.”
29	25 let	Ne	“Řekla bych, že vady, které způsobí špatný vývoj dítěte v psychické nebo fyzické rovinně.”
30	21 let	Ne	“Ano, nevím, jak vysvětlit.”
31	36 let	Ne	“Roštěp.”
32	32 let	Ne	“Ano, tělesné vady.”
33	43 let	Ano	“Ne.”

34	31 let	Ne	“Chybění nebo deformace končetin, retardace psychická.”
35	39 let	Ano	“Downův syndrom - fyzické a menální postižení.”
36	22 let	Ne	“Vývojové vady končetin.”
37	22 let	Ne	“Podle mě vývojové vady mohou být skoro jakéhokoliv charakteru týkající se vývoje dítěte -> nedostatečně vyvinuté nějaké orgány či jejich funkčnost, může být postižen i mozek, sluch, zrak. Alespoň toto si myslím, ale přesně nevím.”
38	26 let	Ne	“Srdeční vady, mentální vady atd.”
39	37 let	Ne	“Např. Downův syndrom.”
40	24 let	Ne	“Nemá končetinu, je postižené psychicky..”

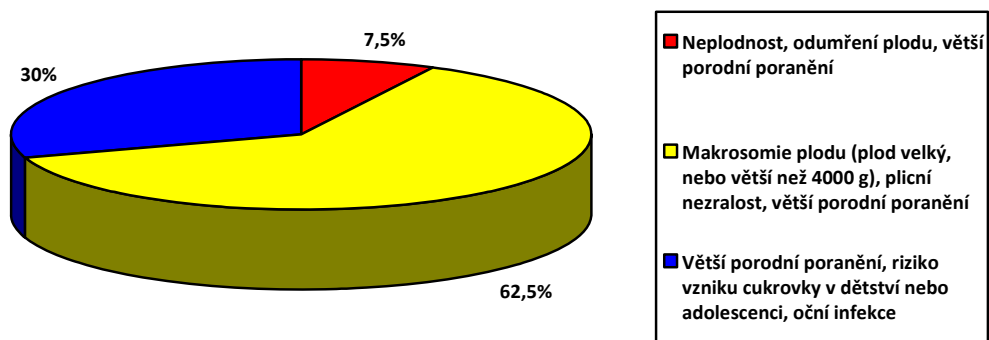
Ze 40 dotázaných žen 5 žen (12,5 %) přímo uvedlo, že nevědí, co to znamená „Vrozené vývojové vady plodu“, 3 ženy (7,5 %) uvedly, že vědí, ale termín nevysvětlily. Zbýlých 32 žen (80 %), alespoň částečně termín zná.

Otázka č. 12 – Víte, jaká jsou některá rizika těhotenské cukrovky?

Tabulka 12 – Rizika těhotenské cukrovky.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Neplodnost, odumření plodu, větší porodní poranění	3	7,5 %
b) Makrosomie plodu (plod velký, nebo větší než 4000 g), plicní nezralost, větší porodní poranění	25	62,5 %
c) Větší porodní poranění, riziko vzniku cukrovky v dětství nebo adolescenci, oční infekce	12	30 %
Celkem	40	100 %

Graf 12 - Rizika těhotenské cukrovky.



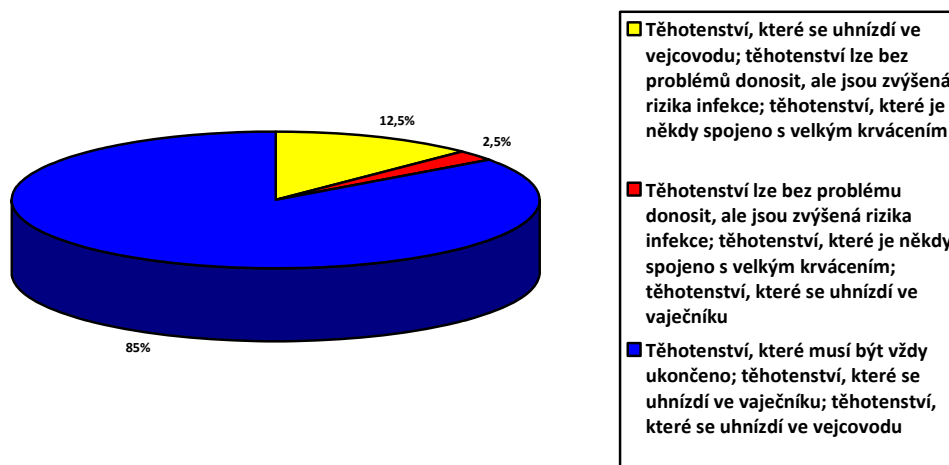
Ze 40 dotazovaných žen 25 žen (62,5 %) zvolilo správnou možnost „a“, 12 žen (30 %) zvolilo špatnou možnost „c“ a zbylých 12 žen (30 %) zvolilo taktéž špatnou odpověď „b“.

Otázka č. 13 – Která z těchto tvrzení platí o mimoděložním těhotenství?

Tabulka 13 – Mimoděložní těhotenství.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Těhotenství, které se uhnízdí ve vejcovodu; těhotenství lze bez problémů donosit, ale jsou zvýšená rizika infekce; těhotenství, které je někdy spojeno s velkým krvácením	5	12,5 %
b) Těhotenství lze bez problému donosit, ale jsou zvýšená rizika infekce; těhotenství, které je někdy spojeno s velkým krvácením; těhotenství, které se uhnízdí ve vaječniku	1	2,5 %
c) Těhotenství, které musí být vždy ukončeno; těhotenství, které se uhnízdí ve vaječniku; těhotenství, které se uhnízdí ve vejcovodu	34	85 %
Celkem	40	100 %

Graf 13 - Mimoděložní těhotenství.



Ze 40 dotazovaných žen zvolilo správnou možnost „c“ 34 žen (85 %), 5 žen (12,5 %) zvolilo špatnou možnost „a“ a 1 žena (2,5 %) zvolila také špatnou možnost „b“.

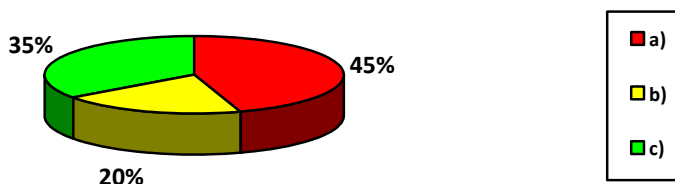
Otázka č. 14 – Co to je preeklampsie (pozdní gestóza)?

Tabulka 14 – Preeklampsie.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Porucha ve III. trimestru těhotenství, projevující se otoky, bílkovinou v moči, zvýšeným krevním tlakem, dále bolestmi hlavy, nevolností, nucením na zvracení, bolestmi v nadbříšku a poruchami vidění, může způsobit mimo jiné předčasné odloučení placenty; může vyústit až v eklampsii (záchvat křečí s následným stavem hlubokého bezvědomí)	18	45 %
b) Porucha ve III. trimestru těhotenství, která se projevuje zvýšeným sliněním, ztrátou hmotnosti, závratěmi a častou toaletou, dále zvýšenou chutí k jídlu, může vyvolat mimo jiné těhotenskou cukrovku; může vyústit až v eklampsii (záchvat křečí s následným stavem hlubokého bezvědomí)	8	20 %

c) Porucha ve III. trimestru těhotenství, která se mimo jiné může projevovat bolestmi hlavy, nevolností, zvýšeným krevním tlakem, zvýšeným sliněním, zvýšenou chutí k jídlu, může vyvolat mimo jiné těhotenskou cukrovku; může vyústit až v eklampsii (záchvat křečí s následným stavem hlubokého bezvědomí)	14	35 %
Celkem	40	100 %

Graf 14 – Preeklampsie.



Ze 40 dotazovaných žen zvolilo správnou možnost „a“ 18 žen (45 %), 14 žen (35 %) zvolilo špatnou možnost „c“ a 8 žen (20 %) zvolilo také špatnou odpověď, možnost „b“.

Otázka č. 15 – Jaká rizika jsou spojována s problematikou předčasného porodu? (zde můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Poruchy odlučování placenty
- b) Operační ukončení porodu
- c) Nemožnost dalšího těhotenství
- d) Nezralá plicní tkáň plodu
- e) Zhoršená poporodní adaptace novorozence
- f) Hrozící infekční onemocnění pro plod
- g) Velký plod
- h) Riziko ortopedických komplikací u novorozence
- i) Nadměrná děložní činnost

j) Zvýšené riziko tísně plodu

Tabulka 15 – výčet odpovědí žen k předčasnému porodu

Číslo dotazníku	Věk ženy	Dítě/Děti	Zvolené odpovědi
1	39 let	Ano	d, e, f
2	30 let	Ano	d
3	32 let	Ano	d, e
4	36 let	Ne	a, e
5	29 let	Ne	a, d, e, f
6	34 let	Ne	a, b, e, f
7	31 let	Ne	b, c, d, e, f, h
8	24 let	Ne	a, d, e, f, h
9	31 let	Ano	b, d, e, f
10	22 let	Ne	e, f, j
11	25 let	Ne	a, d, e
12	40 let	Ne	d, e, f
13	26 let	Ne	e
14	28 let	Ne	d, e
15	39 let	Ano	a, b, c, d, e, f, i
16	31 let	Ano	d, e, f
17	34 let	Ano	a, d, e, f, j
18	34 let	Ano	d, e, f
19	41 let	Ano	d, e, f
20	33 let	Ano	d, e, f, j
21	24 let	Ne	a, e, g
22	21 let	Ne	d, e, f
23	23 let	Ne	a, e, i
24	21 let	Ne	d, e
25	33 let	Ne	b, d, e
26	21 let	Ne	a, h
27	27 let	Ne	a, e
28	29 let	Ano	b, c, d
29	25 let	Ne	b, d, e, f
30	21 let	Ne	a, b, e, h, j
31	36 let	Ne	d, e, f
32	32 let	Ne	d, e, f
33	43 let	Ano	d
34	31 let	Ne	d, e
35	39 let	Ano	d, e, j
36	22 let	Ne	b, e, f
37	22 let	Ne	d, f, g
38	26 let	Ne	a, b, d, e
39	37 let	Ne	d, e, j
40	24 let	Ne	a, b, d, e, j

Nejčastější kombinace možností, vybíraly ženy následovně: 8 žen (20 %) „d, e, f“; dále 4 ženy (10 %) „d, e“; a vždy po dvou ženách (5 %): „d“; „a, e“; „b, d, e, d“ a „d, e, j“.

4.5 Interpretace výsledků průzkumu

Výsledky průzkumného šetření informovanosti žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku jsem hodnotila kvantitativní metodou. Dotazníky byly určeny pro ženy ve věku 18 – 45 let, které děti buďto nemají, nebo mají, ale uvažují o dalším. Rozdáno jich bylo 40 a návratnost byla stoprocentní.

První z mých hypotéz, H1 byla, že: **„Předpokládám, že minimálně 50 % žen ví, v jakém věku je žena z biologického hlediska na první těhotenství připravena.“ Tato hypotéza se potvrdila**, protože podle výsledků mého průzkumu, ze 40 ti dotazovaných 55 % zvolilo správnou možnost „20 – 24 let“, 2,5 % tipovalo nižší věk, a zbylých 42,5 % tipovalo věk vyšší.

Hypotéza H2 byla, že: **„Předpokládám, že ženy ve věku 30 let a více, jsou lépe informovány o komplikacích v těhotenství ve vyšším věku, než ženy mladší.“ Tato hypotéza se potvrdila.** Ze 40 dotazovaných bylo 21 žen (52,5 %) ve věku 30 let a více, 19 žen (47,5 %) bylo mladších. Ze starších žen (21 žen = 100 %) měla 1 žena 5 bodů/5 (4,8 %), 6 starších žen získalo 4 body/5 (28,6 %), 8 starších žen mělo 3 body/5 (38,1 %), 4 starší ženy získaly 2 body/5 (19,0 %), 1 bod/5 nezískala žádná starší žena, 2 starší ženy získaly 0 bodů/5 (9,5 %). Z mladších žen (19 žen = 100 %) nezískala žádná 5 bodů/5, 2 mladší ženy získaly 4 body/5 (10,5 %), 10 mladších žen získalo 3 body/5 (52,6 %), 3 mladší ženy získaly 2 body/5 (15,8 %), 1 bod/5 získaly 4 mladší ženy (21,1 %) a 0 bodů/5 nezískala žádná mladší žena.

Body ženy získávaly následovně: za každou otázku uznanou jako správně zodpovězenou, získávaly ženy vždy po jednom bodě. Jelikož se k H2 vztahují otázky č. 11, 12, 13, 14 a 15, jsou v této tabulce zahrnuty pouze tyto otázky.

Tabulka 16 – srovnání informovanosti žen mladších než 30 let a žen 30 let a starších.

Body	Ženy mladší 30 let		Ženy 30 let a starší	
	Číslo	Podíl (%)	Číslo	Podíl (%)
5/5	0	0 %	1	4,8 %
4/5	2	10,5 %	6	28,6 %
3/5	10	52,6 %	8	38,1 %
2/5	3	15,8 %	4	19,0 %
1/5	4	21,1 %	0	0 %
0/5	0	0 %	2	9,5 %
Celkem	19	100 %	21	100 %

Hypotéza H3 byla, že: „**Předpokládám, že čím vyššího vzdělání ženy dosáhly, tím více komplikací v těhotenství ve vyšším věku budou znát.**“ H3 se bohužel nepotvrdila. Ze 40 dotazovaných žen (100 %) má 1 žena (2,5 %) základní vzdělání a z 8 správných odpovědí zvolila pouze 1, 2 ženy (5 %) jsou vyučeny a v průměru zvolily 4 správné odpovědi, 21 žen (52,5 %) má nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou a v průměru zvolily pouze 2,8 správných odpovědí – čili méně než ženy s výučním listem, 1 žena (2,5 %) má nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné a zvolila 2 odpovědi – čili méně než ženy s maturitou, 15 žen (37,5 %) má vysokoškolské vzdělání a v průměru zvolily 3,2 správných odpovědí z 8 – čili méně než ženy s výučním listem.

Tabulka 17 – srovnání informovanosti žen vzhledem k výši dosaženého vzdělání.

Vzdělání	Počet žen		Odpovědi
	Číslo	Podíl (%)	
Základní	1	2,5 %	1/8
Vyučena	2	5 %	4/8
Maturita	21	52,5 %	2,8/8
Vyšší odborné	1	2,5 %	2/8
Vysokoškolské	15	37,5 %	3,2/8
Celkem	40	100 %	2,6/8

Hypotéza H4 zní, že: „**Předpokládám, že ženy pořízení si potomka odkládají na vyšší věk častěji z kariérních důvodů, než z jiných důvodů.** U H4 nelze jasně určit, zda se potvrdila či nepotvrdila. Možnost „Chci se nejprve vypracovat“ byla zvolena pouze 5 ti ženami (12,5 %). Nejvíce ženy volily možnost „Ještě si ho nepřeji“, celkem 10 žen (25 %), a možnost s otevřenou odpovědí, kde, ale 2 žen (5 %) svými slovy uvedly právě kariérní důvody, celkem tedy 7 žen (17,5 %) uvedlo jako svůj důvod

odkladu kariérní důvody. Avšak při dotazování žen na otázku: „Jaký si myslíte, že je nejčastější důvod, proč ženy odkládají těhotenství?“, nejvíce ženy volily právě možnost „budování kariéry“, celkem 15 žen (37,5 %). Výsledky si tedy protirečí, když ženy u sebe „kariérní důvody“ zaprou a u jiných žen přitom předpokládají jako nejčastější důvody právě ty kariérní.

Hypotéza H5 zní, že: **„Předpokládám, že ženy, které již potomka mají, jsou lépe informovány o komplikacích v těhotenství ve vyšším věku, než ženy, které ještě děti nemají.“** Hypotéza se bohužel nepotvrdila. Bezdětné ženy měly v průměru 2,74 bodů/5 a ženy, které již dítě (děti mají) měly v průměru 2,69 bodů/5. Při zaokrouhlení desetinných míst je výsledek totožný, informovanost žen bezdětných a žen s dětmi je na stejné úrovni. Předpokládám, že větší vliv bude mít věk ženy a tudíž její životní zkušenosti.

Mé hypotetické tvrzení zní: **„Předpokládám, že největším zdrojem informací je ženám internet.“** Bohužel se nepotvrdilo. Jako svůj největší zdroj informací ženy uváděly nejčastěji „Kamarádky, známé“, celkem 12 žen (30 %), internet byl vybírán hned na 2. místě, celkem 11 žen (27,5 %).

4.6 Diskuse

Hypotéza H1 (**„Předpokládám, že minimálně 50 % žen ví, v jakém věku je žena z biologického hlediska na první těhotenství připravena.“**) byla stanovena na základě toho, že jsem tuto informaci našla i v „neodborné“ literatuře, tudíž jako společnosti dostupný fakt: „Vrchol plodnosti (fertility) je podle mezinárodních statistik uváděn mezi dvacátým a čtyřicetým rokem věku ženy.“ (13, s. 22), „Z biologického a genetického hlediska je pro první otěhotnění optimální věk ženy mezi 20. až 24. rokem.“ (11, s. 36). Tento fakt ženy opravdu uváděly nejčastěji jako správnou variantu.

Při stanovování H2 (**„Předpokládám, že ženy ve věku 30 let a více, jsou lépe informovány o komplikacích v těhotenství ve vyšším věku, než ženy mladší.“**) jsem

vycházela z domněnky, že čím jsou ženy starší, tím více mají zkušeností s touto tematikou a stejně tak i jejich kamarádky v okolí, tudíž mají větší přístup k těmto informacím. V průzkumu dokonce 4 ženy (10 %) uvedly jako svůj největší zdroj informací právě vlastní zkušenosti. V průměru bylo těmto ženám 37 let a všem bylo přes 30 let. Tímto potvrzují mou domněnku, kde spojuji věk ženy s vyšší informovaností, díky větším zkušenostem.

Při stanovování H3 („**Předpokládám, že čím vyššího vzdělání ženy dosáhly, tím více komplikací v těhotenství ve vyšším věku budou znát.**“) jsem vycházela z domněnky, že ženy, které studují dále, mají větší zájem o informace, a tudíž budou mít i větší rozsah znalostí z této oblasti.

U H4 nelze jasně určit, zda se potvrdila či nepotvrdila. („**Předpokládám, že ženy pořízení si potomka odkládají na vyšší věk častěji z kariérních důvodů, než z jiných důvodů.**“) Výsledky si tedy protiřečí, když ženy u sebe „kariérní důvody“ zaprou a u jiných žen přitom předpokládají jako nejčastější důvody právě ty kariérní. Avšak dle Sokolové D. je kariéra při odkladu těhotenství na prvním místě (novinky.cz): „Nejčastějším důvodem, proč ženy odkládají mateřství, je kariéra. Touha po úspěchu a nezávislosti je upřednostněna před zodpovědností a starostlivostí o druhého. I proto jsou podle statistik z velké části mezi celoživotně bezdětnými ženami nejvíce zastoupeny vysokoškolačky a tzv. kariéristky, jež upřednostňují práci úplně před vším“ (19).

Při stanovování H5 („**Předpokládám, že ženy, které již potomka mají, jsou lépe informovány o komplikacích v těhotenství ve vyšším věku, než ženy, které ještě děti nemají.**“) jsem vycházela z domněnky, že žena, která již dítě má, tudíž prodělala těhotenství a má tedy své osobní zkušenosti, má více informací, nejen díky zdravotníkům, ale také díky prostředí těhotných žen a žen s dětmi, kde si mezi sebou ženy informace předávají. Dále také za předpokladu, že v těhotenství ženy vyhledávají informace o těhotenství. Tato hypotéza se velmi obtížně srovnávala s jinými názory, protože jsem nedohledala žádný validní výzkum, nebo literaturu, která by se zajímala přesně o tento problém.

Mé hypotetické tvrzení zní: „**Předpokládám, že největším zdrojem informací je ženám internet.**“ Vycházela jsem z domněnky, že internet je dnes velmi rozšířeným informačním zdrojem a navíc velmi jednoduchým a rychlým, tudíž je pro ženy nejjednodušší volbou.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti žen ve věku 18 – 45 let o rizicích těhotenství ve vyšším věku. Dále jsem chtěla zjistit důvody, proč ženy odkládají těhotenství na vyšší věk.

Výsledky poukazují na nedostatečnou informovanost žen. Dle bodového ohodnocení, kde jsem udělovala 1 bod za otázku uznanou jako správně zodpovězenou, ženy v průměru získaly 2,6 bodů/5 (52 %). Při dotazování na komplikace, které mimo jiné souvisí i s vyšším věkem, ženy zvolily v průměru 2,6 komplikací z 8 (32,5 %). Tato skutečnost je zcela nedostačující.

Při zjišťování důvodů, proč ženy nemají potomka 4 ženy (10 %) uvedly, že nemají vhodného partnera; dalších 5 žen (12,5 %) uvedlo, že se jim nedaří otěhotnět (těmto 5 ti ženám je v průměru 39,2 let); 10 žen (25 %) uvedlo, že potomka nemá, protože si ještě dítě nepřeje; 2 ženy (5 %) uvedly, že ho ze zdravotních důvodů mít nemohou; 4 ženy (10 %) uvedly, že nemají potomka, protože se na výchovu dítěte ještě necítí být dost zralé a 5 žen (12,5 %) se chce nejprve vypracovat. Z 10 žen, které zvolili možnost „h) Jiné“, 1 žena udává, že si potomka nepřeje z důvodu svého životního postoje (2,5 % ze 40), 5 žen uvedlo, že jsou těhotné a jedna z nich, že si ho dosud nepřála (12,5 % ze 40), 1 žena uvádí, že se jí nedařilo překročit 3. měsíc těhotenství (2,5 % ze 40), 2 ženy uvádí, že by ještě nebyli schopné rodinu zabezpečit, jedna z nich navíc udává, že je mladá (5 % ze 40) a 1 žena uvedla, že ten den prodělala samovolný potrat (2,5 %).

Díky tomuto průzkumu jsem si uvědomila, že obyčejná žena, která nemá zdravotnické vzdělání v tomto oboru, nemusí mít kolikrát tušení, že odkládání těhotenství do vyššího věku s sebou nese tolik rizik. Věřím, že kdyby ženy byly lépe informované, mnoho z nich by jistě těhotenství plánovalo dříve. Z výsledků vyplývá, že 5 ti ženám (12,5 %) se nedaří otěhotnět, v průměru jim je 39,2 let, tedy jejich věk hraje v tomto ohledu také svoji roli. Proto jako doporučení pro praxi bych uvedla zvýšit edukování žen a to při jakémkoliv kontaktu ženy se zdravotníkem. Doporučila bych např. edukaci žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku a to před samotnými preventivními návštěvami

gynekologa. Porodní asistentky by mohly s ženou krátce pohovořit např. po měření fyziologických funkcí, zodpovědět jí dotazy a dát ženě informativní leták se základními informacemi o rizicích, které odkládání těhotenství s sebou přináší, který jsem pro tento účel navrhla. Myslím si, že když se ženám opravdu dostanou tyto komplikace a rizika do podvědomí od odborníků a ne pouze povrchně od kamarádek z okolí, může se časem věk rodiček přestat navyšovat, nebo dokonce o něco snížit. Špatnou úlohu hrají v tomto ohledu média, kde se hovoří a starších matkách jako o současném trendu, avšak tyto informace již nejsou spojovány s riziky, které tento trend přináší. Do budoucna bych také chtěla doporučit další bádání na toto téma, třeba dalším studentkám porodní asistence, nebo i porodním asistentkám z praxe, protože zvyšování průměrného věku rodiček je dnes velmi aktuální problém. Sokolová říká, že: „Podle statistik byla až do roku 1997 nejvyšší porodnost u žen 20 až 24letých, v roce 2007 se nejvíce dětí narodilo ženám ve věku 25 až 29 let. Statistikové však odhadují, že se během příštích let posune porodnost u žen ještě dál. Nejvíce maminek by mělo být mezi 30. a 34. rokem“ (19).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
2. *Co je dobré dále vědět - Těhotenství po 30, 35, 40...roce*. [online].[cit. 25.3.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=&kat=55&c=211>>
3. ČECH, E. aj. 2006. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. Česko. 2004. Zákon č. 96 ze 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. [cit. 22.3.2010]. Dostupné z WWW: <http://www.komorazachranaru.cz/download/novelizace_96-2004_sb..pdf>
5. DOENGES, E. Marilyn; MOORHOUSE Frances Mary. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Z anglického orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
6. FARKAŠOVÁ, D. aj. 2001. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin : Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086-0.
7. HÁJEK, Z. aj. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
8. HOLÁ, M. 2009. *Těhotenství ve vyšším věku*. [online]. [cit. 25.3.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdrave.cz/magazin/miminkovani-11/tehotenstvi-ve-vyssim-veku-155/>>
9. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. Z anglického ori. přel. Tibor Baška aj. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

10. KUDELA, M. aj. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0837-6.
11. MACKŮ, F.; ČECH, E. 2002. *Gynekologie*. Praha : Informatorium, 2002. ISBN 80-7333-001-6.
12. MACKŮ, F.; ČECH, E. 2002. *Porodnictví*. Praha : Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-92-0.
13. MACKŮ, F; MACKŮ, J. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
14. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
15. PAŘÍZEK, A. 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. Vydání. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3.
16. ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBART, K. aj. 2008. *Gynekologie*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
17. SOBEK, A.; VODIČKA J., HLADÍKOVÁ B. aj. Věk žen podstupujících léčbu neplodnosti roste: *Česká gynekologie*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, červenec 2008, Roč. 73, č. 4. ISSN 1210-7832.
18. SOKOLOVÁ, D. 2009. *Stále přibývá žen, které nechtějí mít děti*. [online]. [cit. 25.3.2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/deti/173424-stale-pribyva-zen-ktere-nechteji-mit-deti.html>>
19. ŠILHOVÁ, L.; STEJSKALOVÁ, J. 2006. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno : Computer press, 2006. ISBN 80-251-0987-9.
20. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

21. ZÁČEKOVÁ, M. a kolektív. *Štandardy v porodnej asistencii*. Slovenská republika : Osveta, spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-8063-221-9.
22. ZWINGER, A. aj. 2004. *Porodnictví*. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - dotazník.....	I.
Příloha B – tabulky a grafy.....	IV.
Příloha C – informativní leták.....	VIII.

Příloha A - dotazník

Dotazník č.:

Dotazník: Informovanost žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku
určen pro ženy ve věku 18 – 45 let, které buďto děti nemají, nebo mají, ale uvažují o dalším

Milé slečny a paní,

Dovolte mi, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku.

Jmenuji se Lucie Soušková a jsem studentkou III. ročníku bakalářského studia oboru porodní asistentka. Údaje z tohoto dotazníku jsou určeny pro zpracování mé bakalářské práce, jejímiž cíli jsou zjistit míru informovanosti žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku a zjistit důvody odkladu těhotenství do vyššího věku.

Čestně prohlašuji, že informace získané pomocí tohoto dotazníku jsou anonymní, považuji je za důvěrné a budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Předem Vám velmi děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas strávený při vyplňování mého dotazníku.

Lucie Soušková

Studentka III.A PA

VŠZdrav, Duškova 7, Praha 5

Pozorně si prosím přečtete znění otázek a zakroužkujte možnosti, které jsou podle Vás správné. Postupujte prosím od první otázky k poslední a nevracejte se již zpět. Zakroužkujte, prosím, **vždy jen jednu odpověď**. Pouze u 9. a u poslední 15. otázky je možnost zakroužkovat více odpovědí. V případě, kde je možnost „jiné“, máte možnost doplnit svůj názor vlastními slovy.

- 1) Kolik Vám je? let
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Vyučena
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vyšší odborné
 - e) Vysokoškolské
- 3) Máte dítě/děti?
 - a) Ano
 - b) Ne
- 4) Váš momentální partnerský vztah?
 - a) Jsem vdaná
 - b) Jsem zasnoubená
 - c) Mám přítele
 - d) Jsem sama
- 5) V jakém časovém horizontu plánujete početí svého potomka?
 - a) Již se snažíme o početí
 - b) V horizontu 1 roku
 - c) Zatím početí neplánujeme
 - d) Jiné:

- 6) Z jakého důvodu nemáte potomka? (nebo dalšího potomka)
- Nemám vhodného partnera
 - Nedaří se mi otěhotnět
 - Ještě si ho nepřeji
 - Ze zdravotních důvodů ho mít nemohu
 - Partner si ho ještě nepřeje
 - Ještě se na výchovu dítěte necítím dostatečně zralá
 - Chci se nejprve vypracovat
 - Jiné:
- 7) Jaký si myslíte, že je nejčastější důvod, proč ženy odkládají těhotenství?
- Nemají vhodného partnera
 - Budování kariéry
 - Nedostatek financí
 - Užívání si svobody
 - Jiné:
- 8) Vyberte prosím věkové rozmezí, v jakém si myslíte, že je vhodné první těhotenství z biologického a genetického hlediska?
- 16 - 19
 - 20 - 24
 - 25 - 30
 - 31 - 35
 - Vyšší věk
- 9) Zaškrtněte ty možnosti komplikací, o kterých víte, že mohou nastat (mimo jiné i) z důvodu těhotenství ve vyšším věku nebo snahy otěhotnět ve vyšším věku? (zde můžete zakroužkovat více odpovědí)
- Zhoršená možnost otěhotnění
 - Předčasný porod
 - Vyšší výskyt vrozených vývojových vad
 - Potrat
 - Mimoděložní těhotenství
 - Preeklampsie (pozdní gestóza)
 - Těhotenská cukrovka
 - Vyšší výskyt krvácení
- 10) Odkud jste načerpala nejvíce informací z této oblasti?
- Kamarádky, známé
 - Rodina
 - Škola
 - Knihy
 - Internet
 - Jiné:
- 11) Víte, co to jsou „Vrozené vývojové vady“ plodu (doplňte prosím, co si myslíte, že to znamená)?
-
- 12) Víte, jaká jsou některá rizika těhotenské cukrovky?
- Neplodnost, Odumření plodu, větší porodní poranění
 - Makrosomie plodu (plod velký, nebo větší než 4000g), plicní nezralost, větší porodní poranění
 - Větší porodní poranění, Riziko vzniku cukrovky v dětství nebo adolescenci, Oční infekce

- 13) Která z těchto tvrzení platí o mimoděložním těhotenství?
- a) Těhotenství, které se uhnízdí ve vejcovodu; Těhotenství lze bez problémů donosit, ale jsou zvýšená rizika infekce; těhotenství, které je spojeno někdy s velkým krvácením
 - b) Těhotenství lze bez problémů donosit, ale jsou zvýšená rizika infekce; Těhotenství, které je spojeno někdy s velkým krvácením, těhotenství, které se uhnízdí ve vaječniku
 - c) Těhotenství musí být vždy ukončeno; těhotenství, které se uhnízdí ve vaječniku; těhotenství, které se uhnízdí ve vejcovodu
- 14) Co to je preeklampsie (pozdní gestóza)?
- a) Porucha ve III. trimestru těhotenství, projevující se otoky, bílkovinou v moči, zvýšeným krevním tlakem, dále bolestmi hlavy, nevolností, nucením na zvracení, bolestmi v nadbříšku a poruchami vidění, může způsobit mimo jiné předčasné odloučení placenty; může vyústit až v eklampsii (záchvat křečí s následným stavem hlubokého bezvědomí)
 - b) Porucha ve III. trimestru těhotenství, která se projevuje zvýšeným sliněním, ztrátou hmotnosti, závratěmi a častou toaletou, dále zvýšenou chutí k jídlu, může vyvolat mimo jiné těhotenskou cukrovku; může vyústit až v eklampsii (záchvat křečí s následným stavem hlubokého bezvědomí)
 - c) Porucha ve III. trimestru těhotenství, která se mimo jiné může projevovat bolestmi hlavy, nevolností, zvýšeným krevním tlakem, zvýšeným sliněním, zvýšenou chutí k jídlu, může vyvolat mimo jiné těhotenskou cukrovku; může vyústit až v eklampsii (záchvat křečí s následným stavem hlubokého bezvědomí)
- 15) Jaká rizika jsou spojována s problematikou předčasného porodu? (zde můžete zakroužkovat více odpovědí)
- a) Poruchy odlučování placenty
 - b) Operační ukončení porodu
 - c) Nemožnost dalšího těhotenství
 - d) Nezralá plicní tkáň plodu
 - e) Zhoršená poporodní adaptace novorozence
 - f) Hrozící infekční onemocnění pro plod
 - g) Velký plod
 - h) Riziko ortopedických komplikací u novorozence
 - i) Nadměrná děložní činnost
 - j) Zvýšené riziko tísně plodu

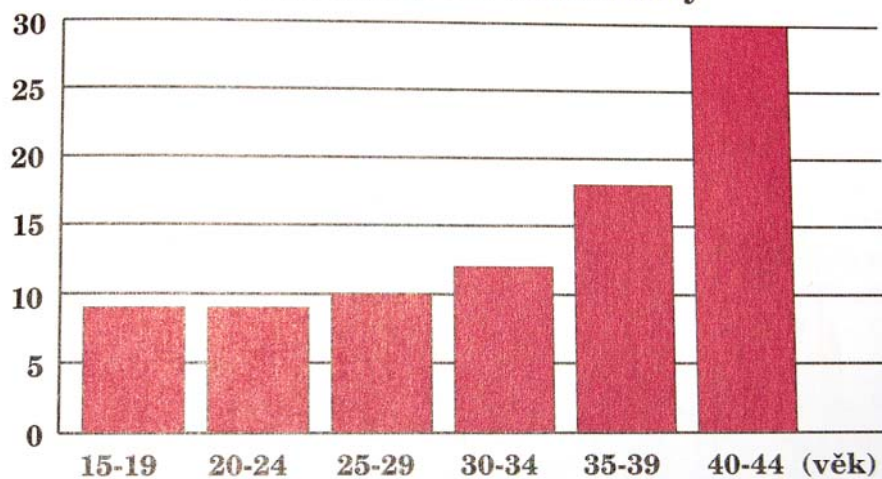
Příloha B – tabulky a grafy

Rizikové faktory pro vznik gestačního diabetu

Věk pacientky nad 25 let
Obezita
Předchozí porod plodu nad 4000 g
Rodinná anamnéza diabetu
Porod mrtvého plodu v anamnéze
Opakované potraty v anamnéze
Hypertenze
Hypertenze a preeklampsie v předchozích graviditách
Gestační diabetes v předchozích graviditách
Glykozurie na počátku gravidity

HÁJEK, Z. aj. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

(%) Praviděpodobnost spontánního potratu v závislosti na věku matky



ŠILHOVÁ, L.; STEJSKALOVÁ, J. 2006. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno : Computer press, 2006. ISBN 80-251-0987-9.

Rizikové faktory preeklampsie

Mateřská rizika

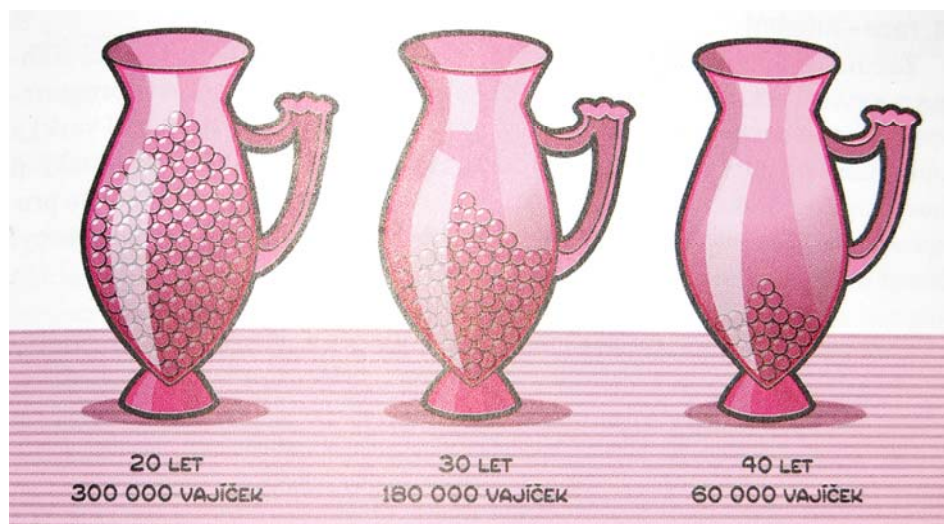
- první těhotenství
- předchozí preeklampsie
- věk pod 20 let a nad 35 let
- rodinná anamnéza preeklampsie a eklampsie
- nízká tělesná hmotnost
- malý vzrůst
- migrény
- chronická hypertenze
- chronické onemocnění ledvin

Rizika ze strany plodu

- mnohočetná těhotenství
- hydatiformní mola
- hydrops placenty

ZWINGER, A. aj. 2004. *Porodnictví*. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

Počet vajíček v závislosti na věku



Počet vajíček v závislosti na věku

ŠILHOVÁ, L.; STEJSKALOVÁ, J. 2006. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno : Computer press, 2006. ISBN 80-251-0987-9.

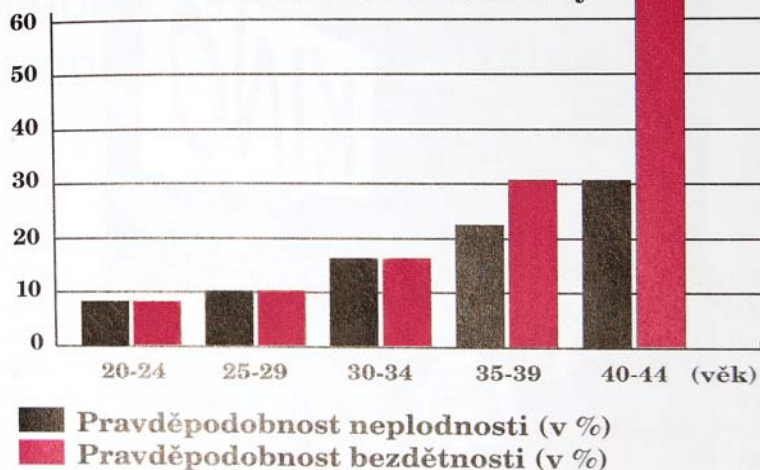
Četnost výskytu Downova syndromu

Věk matky	Riziko Downova syndromu	Riziko všech genetických abnormalit
20	1/1667*	1/526
25	1/1250	1/476
30	1/952	1/385
35	1/378	1/192
40	1/106	1/66
41	1/182	1/53
42	1/63	1/42
43	1/49	1/33
44	1/38	1/26
45	1/30	1/21
46	1/23	1/16
47	1/18	1/13
48	1/14	1/10
49	1/11	1/8

(* Jedno postižené dítě na 1667 zdravých)

ŠILHOVÁ, L.; STEJSKALOVÁ, J. 2006. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno : Computer press, 2006. ISBN 80-251-0987-9.

(%) Praviděpodobnost výskytu neplodnosti (v %) v závislosti na věku ženy



ŠILHOVÁ, L.; STEJSKALOVÁ, J. 2006. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno : Computer press, 2006. ISBN 80-251-0987-9.

Cervix-skóre podle Bishopa

Tab. 4.4 Cervix-skóre (CS) podle Bishopa a jeho hodnocení

Cervix-skóre – body																		
		0					1					2						
naléhající část		klenba prázdná					plná nevyvinutá					plná vyvinutá						
dilatace hrdla		< 0,5 cm					0,5–1,5 cm					> 1,5 cm						
zkrácení čípku		0					< 50 %					> 50 %						
konzistence čípku		tuhá					polotuhá					měkká						
lokalizace čípku		sakrálně					mediálně					ventrálně						
Hodnocení																		
týden těh.	8–23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	>39
kritická hodnota	1		2		3			4		5			6		7			8–10
nález																		

Kritická hodnota CS platí pro nulipary, pro multipary platí CS + 1.

ČECH, E. aj. 2006. Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.

Příloha C – informativní leták

Přední strana letáku

**JSEM MLADÁ,
NA RODINU ČASU DOST...**



Avšak věděla jste, že tělo ženy je na
těhotenství nejlépe připraveno
mezi **20 - 24 rokem?**

NE?

Pozorně si tedy přečtěte druhou
stranu, protože dnes je již mnoho žen,
které bezúspěšně touží po dítěti...

Zadní strana letáku

Věděla jste, že...

- ... úměrně s věkem ženy klesá i její plodnost?
- ... s věkem ženy roste i riziko potratu?
- ... s věkem ženy roste i riziko předčasného porodu?
- ... s věkem ženy roste i riziko mimoděložního těhotenství?
- ... s věkem ženy roste riziko, že její dítě bude mít vrozenou vývojovou vadu?
- ... s věkem ženy se snižuje šance na otěhotnění?
- ... s věkem ženy stoupá riziko vzniku těhotenské cukrovky?
- ... s věkem ženy také stoupá riziko vzniku preeklampsie?

Neváhejte a zeptejte se svého lékaře!