

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**MÍRA INFORMOVANOSTI GRAVIDNÍCH ŽEN O RIZICÍCH  
SPOJENÝCH S VĚKEM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**JANA MOKRÁČKOVÁ**

**Praha 2012**

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

**MÍRA INFORMOVANOSTI GRAVIDNÍCH ŽEN O RIZICÍCH  
SPOJENÝCH S VĚKEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA MOKRÁČKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Mokráčková Jana**  
**2. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 6. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Míra informovanosti gravidních žen o rizicích spojených s věkem

*Rate of Gravida's Awareness of Risks linked to Ages*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré zdroje, které jsem použila, jsem uvedla v použité literatuře. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **ABSTRAKT**

MOKRÁČKOVÁ, Jana. *Míra informovanosti gravidních žen o rizicích spojených s věkem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Praha. 2012. 66 s.

Hlavním tématem bakalářské práce bylo sledování informovanosti těhotných žen o rizicích spojených s vyšším věkem matky. V teoretické části jsou popsána rizika, která přináší vyšší věk matky. Popsali jsme komplikace, které mohou vznikat v těhotenství, screening a diagnostiku vrozených vývojových vad plodu a psychologický pohled. Praktická část byla realizována ve dvou nemocničních zařízeních. Probíhala formou nestandardizovaného anonymního dotazníku. Průzkumu se zúčastnilo 102 těhotných žen. Z výsledků našeho průzkumu vyplývá, že většina gravidních žen si myslí, že má dostatek informací o rizicích spojených s vyšším věkem matky. Porovnávali jsme odpovědi respondentek s vyšším a nižším vzděláním a také odpovědi respondentek do 34 let se skupinou respondentek 35 let a starších. Nejčastějšími důvody, proč si ženy pořizují děti ve vyšším věku, jsou podle našich respondentek zaměstnání a kariéra. Většina respondentek si myslí, že je dobře informována o svém současném těhotenství.

Klíčová slova

Gynekologie. Těhotenství. Vyšší věk. Zdravotní rizika.

## **ABSTRACT**

MOKRÁČKOVÁ, Jana. *Rate of Gravida's Awareness of Risk linked to Ages*. Medical College, o. p. s. Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Ivana Jahodová, Prague. 2012. 66 s.

The main topic of the thesis was to study the awareness of pregnant women about the risks which are connected with older age. The risks which brings advanced maternal age are describes in the theoretical parts. We have described the complications that can arise during pregnancy, screening and diagnosis of congenital defects of the fetus and psychological perspective. The practical part was realized in the two hospitals. It took the form of non-standardized anonymous questionnaire. 102 pregnant women participated in this survey. The results of our survey show that, the majority of pregnant women think, they have enough informations about the risks associated with older maternal age. We compared the answers of respondents with higher and lower education and answers of respondents to 34 years with a group of respondents 35 years and older. The most common reasons why women want children later in life according to our respondents are employment and career. Most of respondents think that they are well informed about their current pregnancy.

### Key words

Gynaecology. Pregnancy. Higher Age. Health Risks.

## OBSAH

ÚVOD	13
1 RIZIKA SPOJENÁ S VYŠŠÍM VĚKEM MATKY	14
1.1 Vliv věku na činnost organismu	14
1.2 Gynekologická onemocnění	15
1.2.1 Děložní myom	15
1.2.2 Endometrióza	15
1.2.3 Nepravidelný menstruační cyklus	16
1.3 Komplikace těhotenství	17
1.3.1 Vysoký krevní tlak (hypertenze)	17
1.3.2 Preeklampsie	17
1.3.3 Eklampsie	18
1.3.4 Žilní komplikace - tromboembolické příhody	19
1.3.5 Embolie plodovou vodou	19
1.3.6 Vzduchová embolie	19
1.3.7 Diabetes mellitus (DM)	20
1.3.8 Riziko potratu	20
1.3.8.1 Rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace nemocí	21
1.4 Komplikace porodu	21
1.5 Riziko vrozených vývojových vad (VVV)	22
Chromozomální aberace	23
1.5.1 Downův syndrom (DS)	23
1.5.2 Edwardsův syndrom	24
1.5.3 Patauův syndrom	24
1.5.4 Turnerův syndrom	24

1.5.5 Klinefelterův syndrom	25
2 SCREENING A DIAGNOSTIKA VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD (VVV)	26
2.1 Neinvazivní prenatální diagnostika	26
2.2 Invazivní prenatální diagnostika	27
2.2.1 Amniocentéza (AMC)	27
2.2.2 Biopsie choria (CVS)	28
2.2.3 Kordocentéza (KDC)	28
3 PSYCHOLOGICKÝ POHLED	29
3.1 Výběr partnera	29
3.1.1 Teorie Richtera (1970)	29
3.1.2 Teorie komplementarity R. F. Winch (1958)	30
3.1.3 Teorie R. A. Lewise (1973)	30
3.1.4 Koncepce Bernarda I. Mursteina (1976)	31
3.2 Plánované rodičovství	32
3.3 Rodinné fungování a výchova	33
3.3.1 Mladá rodina	35
3.3.2 Rodina	35
4 VYMEZENÍ PROBLÉMU PRŮZKUMU	37
5 ANALÝZA PRŮZKUMU	39
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM PŘÍLOH	I



## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 - Zjištění věku těhotných žen	39
Tabulka č. 2 - Zjištění nejvyššího dokončeného vzdělání žen	40
Tabulka č. 3 - Zjistit rodinný stav žen	41
Tabulka č. 4 - Věk ženy při narození prvního dítěte	42
Tabulka č. 5 - Plánovanost těhotenství ženy	43
Tabulka č. 6 - Názory žen zda vyšší věk rodičky nese zdravotní rizika	44
Tabulka č. 7 - Názory žen o možných komplikacích ve vyšším věku, v průběhu těhotenství a porodu	45
Tabulka č. 8 - Důvody žen při pořizování dětí ve vyšším věku	46
Tabulka č. 9 - Informovanost žen o průběhu těhotenství a porodu	47
Tabulka č. 10 - Zdroje získávání informací o těhotenství a porodu	48
Tabulka č. 11 - Účast žen na kurzu pro těhotné	49
Tabulka č. 12 - Podstoupení speciálních odběrů pro odhalení vrozených vývojových vad (VVV)	50
Tabulka č. 13 - Účast žen na pravidelných gynekologických prohlídkách v těhotenství	51
Tabulka č. 14 - Porovnání informovanosti o rizicích u žen s vyšším a nižším vzděláním	52
Tabulka č. 15 - Porovnání žen do 34 let s ženami 35 let a více, zda si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese rizika	53
Tabulka č. 17- Domněnky žen s vyšším vzděláním a nižším vzděláním, proč si ženy pořizují děti ve vyšším věku	55
Tabulka č. 18 - Porovnání svobodných žen, vdaných, rozvedených a ovdovělých, v jakém časovém intervalu plánují děti	56

Graf č. 1 - Zjištění věku těhotných žen	39
Graf č. 2 - Zjištění nejvyššího dokončeného vzdělání	40
Graf č. 3 - Zjistit rodinný stav	41
Graf č. 4 - Věk ženy při narození prvního dítěte	42
Graf č. 5 - Plánovanost těhotenství ženy	43
Graf č. 6 - Názory žen zda vyšší věk rodičky nese zdravotní rizika	44
Graf č. 7 - Názory žen o možných komplikacích ve vyšším věku, v průběhu těhotenství a porodu	45
Graf č. 8 - Důvody žen při pořizování dětí ve vyšším věku	46
Graf č. 9 - Informovanost žen o průběhu těhotenství a porodu	47
Graf č. 10 - Zdroje získávání informací o těhotenství a porodu	48
Graf č. 11 - Účast žen na kurzu pro těhotné	49
Graf č. 12 - Podstoupení speciálních odběrů pro odhalení vrozených vývojových vad (VVV)	50
Graf č. 13 - Účast žen na pravidelných gynekologických prohlídkách v těhotenství	51
Graf č. 14 - Porovnání informovanosti o rizicích u žen s vyšším a nižším vzděláním	52
Graf č. 15 - Porovnání žen do 34 let s ženami 35 let a více, zda si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese rizika	53
Graf č. 16 - Porovnání žen do 34 let s ženami 35 let a více, zda si myslí, že mají dostatek informací o rizicích spojených s vyšším věkem	54
Graf č. 17- Domněnky žen s vyšším a nižším vzděláním, proč si ženy pořizují děti ve vyšším věku	55
Graf č. 18 - Porovnání svobodných žen, vdaných, rozvedených a ovdovělých, v jakém časovém intervalu plánují děti	56

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFP.....	alfafetoprotein
AMC.....	amniocentéza
ARDS.....	acute respiratory distress syndrome - syndrom akutní dechové tísně
CRL.....	crown-rump lenit - kraniokaudální rozměr
CVS.....	chorion villi sampling - odběr vzorku choriových klků
DM.....	diabetes mellitus
DIC.....	diseminovaná intravaskulární koagulace
DS.....	Downův syndrom
DTN.....	defekty neurální trubice
E3.....	estriol
FISH.....	fluorescent in situ hybridisation
hCG.....	human chorion gonadotropin - lidský choriový gonadotropin
IVF.....	fertilizace in vitro
KDC.....	kordocentéza
NT.....	nuchal translucency - šíjové projasnění
PAPP-A.....	pregnancy associated plasma protein A
PCR.....	polymerase chain reaction
SZO.....	Světová zdravotnická organizace
UUT.....	umělé ukončení těhotenství
VVV.....	vrozené vývojové vady

# ÚVOD

Téma gravidita ve vyšším věku je v dnešní době velice aktuální. Myslíme si, že mnoho žen ani netuší, kolik rizik s sebou nese těhotenství v pozdním věku. A proto bychom je na to chtěli upozornit a poukázat na tuto problematiku.

Prvním cílem bakalářské práce je seznámit ženy, které by se rozhodly z jakéhokoliv důvodu mít dítě ve vyšším věku o rizicích, které s sebou nese vyšší věk rodičky. Dalším cílem bylo zjistit míru informovanosti těhotných žen o rizicích spojených s vyšším věkem.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsme se zaměřili na vliv věku na činnost organismu, na rizika, která ohrožují jak ženu, tak plod. Následující kapitola pojednává o vrozených vývojových vadách a screeningových vyšetřeních. V poslední kapitole jsme se zaměřili na psychologický pohled při výběru partnera, plánování rodičovství a fungování rodiny.

V praktické části jsme zjišťovali pomocí anonymních dotazníků, jaká je informovanost žen o rizicích spojených s vyšším věkem těhotných žen, zdali navštěvují pravidelně svého gynekologa a dbají o svůj zdravotní stav. V poslední kapitole se věnujeme analýze dat a vyhodnocení celého průzkumu.

Práce je určena pro porodní asistentky, pro veřejnost a pro těhotné ženy.

# 1 RIZIKA SPOJENÁ S VYŠŠÍM VĚKEM MATKY

## 1.1 Vliv věku na činnost organismu

Onemocnění, které mohou ve vyšším věku matky zkomplikovat těhotenství a porod. Matky, kterým je více jak 30 let, nejsou v takové fyzické kondici, jako ženy, které rodí do 30 let. Těhotenství je celkovou zátěží pro mladý organismus, ale ten se s ním vyrovnává daleko lépe a rychleji. Na starším organismu se začíná projevovat i snížená regenerační schopnost, takže může dojít k tomu, že zdravotní komplikace budou v těhotenství starších žen závažnější. Stejně jako stárnutí se projevuje na našem zevním vzhledu, tak i zasahuje do vnitřních orgánů. Proces stárnutí sice ovlivňuje naše genetická výbava, ale zbytek můžeme také ovlivnit i my sami a to životním stylem. Jde o pár pravidel, které vychází ze zásad zdravého životního stylu. Především o zdravou a vyváženou stravu, kterou bychom měli dodržovat každý den. Důležité je také správné dýchání, jelikož vlivem stresu a špatných návyků se postupem času stává mělké a příliš rychlé. Vlivem toho se v buňkách hromadí kysličník uhličitý a tím pádem je okysličení buněk nedostatečné a má to negativní dopad na všechny tělesné orgány. Dostatečný pohyb a procházky, mají příznivé účinky na naše tělo. Nesmíme zapomenout na pravidelné preventivní prohlídky, které nám můžou odhalit, když se s námi něco děje (ŠILHOVÁ, 2006).

S přibývajícím věkem ženy šance otěhotnět klesá, jelikož plodnost ovlivňuje kvalita a množství vajíček. Mnoho žen si tento problém neuvědomuje a odkládá mateřství na co nejpozdější dobu. Ženy, kterým je 40 let mohou přirozeně menstruat, avšak schopnost otěhotnět je nižší. U starších žen může být snížená správná reakce dělohy na hormonální stimulaci, která je důležitá pro uhnízdění oplodněného vajíčka a udržení těhotenství. Často ženy, které nemohou otěhotnět přirozenou cestou, volí variantu IVF (GREGOROVÁ, 2010).

## **1.2 Gynekologická onemocnění**

Gynekologická onemocnění mohou výrazně ovlivnit plodnost ženy. Důležité kroky, které se musí udělat, aby došlo ke zlepšení zdraví a byla větší šance na otěhotnění, jsou především, odstranění problémů a nalézt vhodnou a účinnou léčbu. Mezi gynekologická onemocnění, která tyto potíže mohou způsobit, řadíme např. děložní myomy, endometriózu a nepravidelný menstruační cyklus (TREWINNARD, 1999).

### **1.2.1 Děložní myom**

Děložní myomy se převážně vyskytují u starších prvorodiček. Jejich výskyt může vést k neplodnosti, potratům, příznakům akutního břicha, předčasnému porodu, vcestné placenty, nepravidelné činnosti děložní, nepravidelným polohám plodu, krvácení po porodu a nedostatečné děložní involuci v šestinedělí. Diagnózu děložní myomatózy lze stanovit pomocí palpace a ultrazvuku. Myomy se v některých případech mohou stát porodní překážkou, jelikož v těhotenství mohou růst, zároveň podléhat regresi a měnit svou lokalizaci směrem k fundu děložnímu. Léčba myomů v těhotenství závisí na velikosti a lokalizaci myomů. Nejčastěji se doporučuje klidová terapie s aplikací tokolytik v případě, když nastoupí děložní činnost (ČECH, 2006).

### **1.2.2 Endometrióza**

Endometrióza je výskyt okrsků endometriální korporální sliznice v její abnormální lokalizaci. Ektopické endometrium se může také nacházet v myometriu (endometriosis interna, adenomyosis), ale může se nacházet i mimo myometrium (endometriosis externa), zvláště i např. v peritoneu malé pánve, v tubě, ováriích, rekto - vaginálním septu, vagině, vulvě, močovém měchýři, střevě, pupku a vzácně i jinde. V období reprodukční aktivity se ektopické endometrium také účastní menstruačního cyklu. Hromadění a rozpad menstruační krve a dezintegrované sliznice zároveň vede (převážně v zevní endometrióze) k hemosiderinové pigmentaci nebo ke vzniku tzv. dehtových

nebo čokoládových cyst (nebo pseudocyst) a resorptivně - reparativních změn. V postmenopauze převážně změny spontánně regredují. Vzácně může v endometrióze vzniknout karcinom nebo jiný nádor stejných histologických typů jako v endometriu těla.

Makroskopické projevy endometriózy se liší podle její lokalizace a stupně rozvoje:

- endometriosis interna se většinou projevuje nepřesně ohraničenými okrsky ztluštění děložní stěny a nebo pseudotumorózními uzly, které jsou podobné leiomyomům s drobnými dutinkami. Endometriosis interna se nejvíce lokalizuje ve vnitřní polovině děložní stěny a souvislost ložisek endometriózy s děložní sliznicí bývá často prokazatelná,
- endometriosis externa, lze často vyložit metaplazií buněk mezotelu a přilehlého mezenchymu nadaných Müllerovskou prospektivní potenci v jejím samém místě (sekundární Müllerův systém). Tuto patogenezí také sdílejí asi i ty případy endometriózy dělohy, které jsou umístěny v periferních částech myometria a nedosahují jeho vnitřní poloviny (MOTLÍK, 2001).

### **1.2.3 Nepravidelný menstruační cyklus**

Nepravidelný menstruační cyklus a nepravidelná ovulace může být projevem poklesu plodnosti i ve vyšším věku matky.

Poruchy menstruačního cyklu lze rozdělit do dvou skupin:

- 1) poruchy, při kterých je menstruace silná, častá a dlouhotrvající,
- 2) poruchy, při kterých je krvácení slabé, či úplně chybí a přichází za dlouhé intervaly.

Hormonální hladina je nejkřehčí v období dospívání a přechodu, tudíž v toto období dochází k nejčastějším poruchám menstruačního cyklu. Příčiny, které nepravidelnost menstruačního cyklu vyvolávají, mohou být různé,

především se musí vyloučit organická porucha, mezi které patří nádory, záněty, polypy, mimoděložní těhotenství a podobně. Důležitým opatřením je tudíž kompletní gynekologická prohlídka, společně s ultrazvukovým vyšetřením. Léčba poruch menstruačního cyklu závisí na příčině, která krvácení mimo cyklus způsobuje (SLÁMA, 2010).

### **1.3 Komplikace těhotenství**

S vyšším věkem rodičky může dojít k zhoršování jejího zdravotního stavu a tím se následně může ovlivnit těhotenství i samotný porod. Mezi nemoci, které mohou ženu a plod ohrožovat patří např. vysoký krevní tlak, preeklampsie, eklampsie, žilní komplikace, gestační diabetes mellitus a mnohé další (ŠILHOVÁ, 2006).

#### **1.3.1 Vysoký krevní tlak (hypertenze)**

*„Hypertenze v těhotenství je definována podle SZO jako vzestup systolického krevního tlaku na hodnoty 140 mm Hg a více nebo diastolického tlaku na 90 mm Hg a více“*(ČECH, 2006 s. 285).

Komplikace arteriální hypertenze, které představují pro matku v těhotenství riziko, jsou: hypertenzní encefalopatie, hemoragická cévní příhoda, retinální hemoragie, akutní levostranné srdeční selhání, akutní selhání ledvin, akutní selhání jater a diseminovaná intravaskulární koagulopatie. Komplikace arteriální hypertenze, které představují riziko pro plod, jsou: abrupce placenty, růstová retardace a předčasný porod.

#### **1.3.2 Preeklampsie**

Preeklampsie je definována vzestupem systolického krevního tlaku na 140 mm Hg a více a vzestupem diastolického tlaku na 90 mm Hg a více, proteinurií nad 300 mg/24 hodin a edémy. Ženě hrozí multiorgánové poškození, které vzniká na podkladě generalizované vazokonstrikce, následované



hypoperfuzí orgánů. Může také současně vzniknout porucha koagulačního systému, s tvorbou fibrinových depozit a poškození endotelu, které vede k úniku vody a bílkovin s malou molekulou do intersticia, tudíž nastává hypovolemie a tvorba edémů.

Preeklampsie se projevuje bolestí v epigastriu a v pravém podžebří, kterou doprovází tvorba subkapsulárních hematomů v játrech. Dále se projevuje bolestmi hlavy, spavostí, poruchami vidění, mdlobami, bolestmi uší, hyperreflexií, hemoragií, podkožními podlitinami, ascitem, anasarkou, otoky sliznic, dušností, zvýšenou citlivostí dělohy na oxytocin, předčasnou porodní činností, známkami placentární insuficience a abrupcí placenty. Prevence vzniku preeklampsie je užívání magnézia, nejčastěji je aplikováno ve formě roztoku síranu, což je ampule vodního roztoku Magnesia sulfurica 20%. Prevencí je také antihypertenzní terapie a zvážení ukončení těhotenství a timing výkonu (HÁJEK, 2004).

### **1.3.3 Eklampsie**

Eklampsie je charakterizována záškuby obličejových a očních svalů, poruchami vidění, silnými bolestmi hlavy, nauzeou a bolestmi v oblasti epigastria. Eklampsie je také záchvat tonicko-klonických křečí, u kterých následuje komatózní stav, což je stav hlubokého bezvědomí (HÁJEK, 2004). Eklampsie je závažný a nebezpečný stav, který ohrožuje jak matku, tak i plod (MACKŮ, 1998).

Komplikace, které mohou během eklampsie nastat, jsou: plicní edém, kardiální selhání, hepatorenální selhání, DIC, ARDS, odchlípení sítnice, cerebrální krvácení, edém mozku, hypertonus děložní a předčasné odlučování placenty.

Nejdůležitější u eklampsie je zajištění dýchacích cest, sledování základních vitálních funkcí, snížení kortikální iritability (barbituráty, benzodiazepiny, fenytoin), antihypertenzní léčba, především prevence

tromboembolických komplikací a následné ukončení těhotenství akutním císařským řezem.

#### **1.3.4 Žilní komplikace - tromboembolické příhody**

Embolické příhody jsou na předním místě mateřské úmrtnosti, z důvodu náhlého vzniku a pozdní terapie. Nejčastější jsou tromboembolie, embolie plodovou vodou a pouze ojediněle vzduchové embolie. Nejčastější lokalizací žilní trombózy, jsou trombózy žil dolních končetin. Žilní trombózy mohou vznikat z různých příčin jako např. žilní stáza, kde se uplatňují faktory anatomické a endokrinní, z důvodů faktorů koagulačních, což je nadměrná koagulační aktivita v graviditě a faktory exogenní, což je poškození cévní stěny.

#### **1.3.5 Embolie plodovou vodou**

Embolie plodovou vodou je podmíněna přechodem většího množství plodové vody do mateřského oběhu. Může vzniknout vlivem mnoha příčin, které jsou: předčasné odlučování lůžka, placenta accreta, mrtvý plod, preeklampsie, indukce porodu bez dirupce vaku blan, rozsáhlejší poranění děložního hrdla a další. Léčba embolie plodovou vodou spočívá v neprodlené aplikaci, v co nejkratší době při prvních známkách poruchy srážlivosti, kompletní terapie DIC (ČECH, 2006).

#### **1.3.6 Vzduchová embolie**

Vzduchová embolie se v porodnictví objevuje vzácně, i když po porodu placenty je přerušeno velké množství cév. Může vzniknout vlivem průniku vzduchu do cév, i při nepatrném odloučení placenty, při zavedení prstů či ruky do děložního nitra nebo při operačních porodech při větší vulneraci dělohy. Pokud je vzduchová bublina lokalizována v srdci, léčba je obvykle bezúspěšná. Pacientka se položí do Trendelenburgovy polohy, aby se mohla vzduchová bublina dostat co nejbližší k srdečnímu hrotu. Může se také pokusit odsát bublina nebo provést punkce pravé srdeční komory (ČECH, 2006).

### 1.3.7 Diabetes mellitus (DM)

U žen ve vyšším věku je pravděpodobnější, že onemocní gestačním diabetem.

*„Gestační diabetes mellitus je intolerance sacharidů různého stupně, která je poprvé diagnostikována v průběhu těhotenství“ (ČECH, 2006 s. 291).*

Rizika gestačního diabetes mellitus lze rozdělit na rizika, která ohrožují matku a rizika, která ohrožují plod/novorozence. Rizika, která ohrožují matku, jsou: vznik polyhydramnia, hypertenzní onemocnění, recidivující urogenitální onemocnění, operační porod, porodní poranění a perzistence diabetu po ukončení těhotenství nebo jeho rekurence v následujícím. Rizika, která ohrožují plod/novorozence, jsou: intrauterinní úmrtí, diabetická fetopatie, traumatický porod (dystokie ramének) a riziko vzniku diabetes mellitus v dětství a v adolescenci (ČECH, 2006).

Důležité pro léčbu diabetu je, rozpoznat o jaký druh se jedná. U gestačního diabetu je zahájena dieta, popřípadě i inzulinoterapie. Dietu připravuje dietní sestra.

### 1.3.8 Riziko potratu

Riziko potratu se zvyšuje s věkem a bývá častým důvodem zklamání pro starší ženy, které chtějí založit rodinu. U žen, které jsou mladší než 35 let, jedno z deseti těhotenství končí potratem. U žen nad čtyřicet let se tento poměr v průměru zvyšuje na jeden potrat na pět těhotenství (TREWINNARD, 2006).

Riziko potratu se zvyšuje s věkem, především nad 35 let či po předcházejícím spontánním potratu (HÁJEK, 2004).

Nebezpečí, že těhotenství skončí potratem, je u čtyřicetileté ženy asi trojnásobné, proti ženě třicetileté (BIERMANN, 2005).

Potratem se rozumí, že plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je

nižší 500 g nebo jeho hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů (ČECH, 2006).

#### **1.3.8.1 Rozdělení potratů podle mezinárodní klasifikace nemocí**

- potrat samovolný neboli spontánní (abortus spontaneus),
- potrat indukovaný, legální, terapeutický (abortus inductus):
  - o umělé ukončení těhotenství (UUT), které je na žádost pacientky z určitých důvodů např. sociálních,
  - o zdravotní indikace ze strany matky (závažná onemocnění matky, nemoci psychiatrické a maligní tumory),
  - o zdravotní indikace ze strany plodu (objektivně prokázané postižení plodu z důvodu genetického onemocnění nebo z důvodu infekce) (ČECH, 2006).

### **1.4 Komplikace porodu**

Starší ženy nad 35 let rodí častěji předčasně, obzvláště při čtvrtém porodu. Především trpí obvykle nějakou celkovou chorobou jako je např. hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění ledvin apod. (HÁJEK, 2004).

*„Předčasný porod je vypuzení plodového vejce z děložní dutiny před 38. týdnem gestace“* (MACKŮ, 1998, s. 159).

Plody, které jsou narozené předčasně, jsou nezralé, s nízkou porodní hmotností a nemají dokonale vyvinuté adaptační mechanismy (MACKŮ, 1998).

Předčasný porod

*„Ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity“* (HÁJEK, 2004 s. 263).

Mezi nejčastější 4 příčiny, které vedou k předčasnému porodu, patří:

- předčasný nástup děložní činnosti,
- PROM - předčasný odtok plodové vody,
- iatrogenní příčiny - předčasně vyvolaný porod, který je z důvodu onemocnění matky nebo plodu,
- fetální stres.

Při předčasném porodu se zkracují jednotlivá fyziologická stádia, která normálně probíhají od koncepce až do porodního termínu. Jsou to stádia: relaxace, aktivace a manifestace (HÁJEK, 2004).

## **1.5 Riziko vrozených vývojových vad (VVV)**

Ve vyšším věku matky je prokazatelný i vyšší výskyt genetických vad plodu.

Mezi nejdůležitější vývojové vady řadíme defekty neurální trubice a defekty břišní.

Defekty neurální trubice se řadí mezi nejčastější morfologické vady. Defekty vznikají tehdy, když se původně otevřená neurální trubice uzavře nedokonale nebo se neuzavře vůbec. Defekty neurální trubice (DTN) představují velké množství vrozených malformací, které tvoří z poloviny tzv. anencefalus, kdy plodu chybí mozek a má vyvinutou pouze obličejovou část. Z druhé poloviny tvoří defekty podél neurální trubice, mezi nejčastější defekty patří tzv. spina bifida, která je spojena s výskytem hydrocefalu. Spina bifida vzniká tak, že se jeden nebo více obratlů neuzavře normálně a vzniká v nich mezera. Vlivem toho, jsou děti do částečné míry ochrnuté a v dospělosti mají problémy s inkontinencí. Hydrocephalus je vada, která vzniká vlivem zvýšeného tlaku mozkomíšního moku (MMM) na mozek. MMM je vodnatá tekutina, která uvnitř mozku obíhá ve čtyřech komorách. Pokud jsou poškozené odvodné

cesty, tak se hromadí tekutina v komorách a tlačí na okolní tkáň. Hydrocephalus je léčen tak, že se zavede drenáž, která odvádí nahromaděný MMM z odvodných cest, které jsou poškozené, zpátky do krevního řečiště (ŠILHOVÁ, 2006).

## **Chromozomální aberace**

*„Chromozomální aberace se vyznačuje buď změnou počtu chromozomů, nebo odchylkami v jejich struktuře“*(ČECH, 2006 s. 205).

Mezi nejčastější typy numerických chromozomálních aberací patří: Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom. Mezi nejčastější abnormality pohlavních chromozomů řadíme Turnerův syndrom a Klinefelterův syndrom.

### **1.5.1 Downův syndrom (DS)**

Downův syndrom, trisomie 21. chromozomu, patří mezi nejčastější a nejznámější aberace (ČECH, 2006).

*„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“* (ČECH, 2006, s. 206).

Pravděpodobnost, že se matce s vyšším věkem narodí dítě s Downovým syndromem, narůstá již v okamžiku početí. Nejvyšší narůst je tak patrný po dovršení 35. roku. Ve většině rozvinutých zemí, však tvoří těhotenství u žen po 35. roce méně než 10% veškerých těhotenství. Ve skutečnosti se dvě třetiny dětí s Downovým syndromem rodí ženám, které jsou mladší než 35 let a z toho 20% všech dětí se syndromem se narodí matkám, které jsou mladší jak 25 let (SELIKOWITZ, 2005).

Riziko narození dítěte s Downovým syndromem- u matky, které je 35 let, je 1:380 (populační riziko je asi 1:800) a se zvyšujícím věkem stoupá. Žena, které je čtyřicet let, má riziko porodu dítěte s DS asi 1:100.

Ženám, které nechtějí podstoupit invazivní vyšetření a jsou screening pozitivní nebo mají nález hraničních hodnot rizika trisomie 21. Lze nabídnout UZ vyšetření, které je zaměřené na tzv. minor či soft markery aneuploidí (HÁJEK, 2004).

### **1.5.2 Edwardsův syndrom**

Edwardsův syndrom, trisomie 18. chromozomu. Syndrom se projevuje mentální retardací, mikrocefalií, děti, které jsou tímto syndromem postižené, mají prominující zátylek, malformované uši, které mají nízko posazené, ptózu, mikrognacii a deformity končetin (ČECH, 2006). Těhotenství bývá komplikováno zaostáváním růstu plodu a často dochází i k intrauterinní smrti. Většina dětí umírá už v novorozeneckém věku a asi 12% přežívá kojenecký věk (ŠILHOVÁ, 2006).

### **1.5.3 Pataův syndrom**

Pataův syndrom, trisomie 13. chromosomu. Syndrom se projevuje mentální retardací, abnormalitami CNS, mikrocefalií s mikrooftalmií. Děti s tímto syndromem mají malformaci uší, polydaktylii a rozštěpy rtů a patra. Těhotenství bývá často ukončeno samovolným potratem nebo předčasným porodem (ŠILHOVÁ, 2006).

### **1.5.4 Turnerův syndrom**

Turnerův syndrom s karyotypem 45 X, který je zodpovědný za vznik onemocnění. Syndrom se projevuje malým vzrůstem, soudkovitým hrudníkem, dívky mají pterygium colli, nízko posazenou vlasovou hranici, amenoreu, nevyvinutá prsa, proužkovitá ovaria bez folikulárního aparátu a nevyvinuté sekundární pohlavní znaky (ČECH, 2006). Maximální výška, kterou v dospělosti dosahují je 150 - 155 cm (ŠILHOVÁ, 2006).

### **1.5.5 Klinefelterův syndrom**

Tímto syndromem trpí pouze muži. Tento syndrom se častěji projevuje u dětí starších matek nad 35 let. Tento syndrom má genotyp 47 XXY. Lidé s tímto syndromem mají normální vzhled, vysoký vzrůst, chlapci mají normální začátek puberty, nesestouplá varlata a azoospermii. Převážně mají normální nebo lehce sníženou inteligenci a bývají trvale sterilní (ŠILHOVÁ, 2006).



## 2 SCREENING A DIAGNOSTIKA VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD (VVV)

### 2.1 Neinvazivní prenatalní diagnostika

Tato metoda zahrnuje ultrazvukové vyšetření (UZ) a krevní vyšetření ze séra matky.

UZ se provádí ve třech časových obdobích gravidity. První UZ vyšetření se provádí mezi 11. - 13. týdnem gravidity a stanovuje délku gravidity, vitalitu plodu, srdeční akci plodu a s tím spojené i některé vady srdce, určení stáří plodu a vyloučení mimoděložní gravidity. Součástí tohoto UZ vyšetření je i vyšetření nuchální translucence (NT), které měří nuchální řasy plodu, což je ztlustění na šíji plodu, tzv. šíjové projasnění. Další ukazatel, který je velice důležitý, je změření temenokostrční vzdálenosti, tzv. CRL, kterým s přesností určujeme stáří plodu.

Druhé UZ vyšetření se provádí mezi 18. - 23. týdnem gravidity a slouží k nejspolehlivějšímu posouzení plodu a vyloučení VVV. Provádí se detailní orgánový ultrazvuk, který hodnotí srdce, bránici, žaludek, ledviny, močový měchýř, páteř, přední stěnu břišní, pupečník, mozek, obličej a počet končetin.

Třetí UZ vyšetření se provádí mezi 30. - 34. týdnem gravidity. Posuzuje se stav plodu, poloha, postavení, patologie placenty a množství plodové vody.

Krevní vyšetření ze séra matky, které se provádí mezi 9. - 11. týdnem gravidity, neboli biochemický screening, slouží k stanovení PAPPa (lidský plazmatický protein spojený s těhotenstvím, spolehlivý marker pro aneuploidii) a hodnot hCG (volný lidský choriogonadotropin), plazmatické bílkoviny, které mohou poukazovat na fetální anomálie.

Součástí screeningu je Trippe test, který se provádí v 16. týdnu gravidity, který stanovuje z mateřské krve hodnotu tří sérových bílkovin a jejich vzájemný

poměr. Stanovuje hodnotu hladiny alfafetoproteinů (AFP), která má vztah k vadám neurální trubice, což je mozek a mícha. Snížená hladina AFP může také poukazovat na chromozomální aberaci a zvýšenou pravděpodobnost rozštěpové vady. HCG signalizuje riziko postižení Downovým syndromem (DS), zvýšenou trisomii 21. chromozomu. A hladina estriolu (E3) poukazuje na celkové riziko gravidity a jeho snížená hodnota může znamenat trisomii 21. chromozomu.

V posledních několika letech se začal užívat tzv. „kombinovaný screening“, který se provádí v I. trimestru těhotenství a je přesnější. Tento screening kombinuje biochemické parametry mezi 8. až 11. týdnem gravidity a test nuchálním projasněním „nuchal translucency“ (NT), který se provádí pomocí UZ vyšetření mezi 11. - 13. týdnem těhotenství. Oba testy dohromady tvoří tzv. integrovaný test a při optimálně nastaveném integrovaném testu, je detekce postižených plodů 95% (ŠVOLBOVÁ, 2010).

## **2.2 Invazivní prenatální diagnostika**

Mezi invazivní metody prenatální diagnostiky patří amniocentéza (AMC), biopsie choria (CVS) a kordocentéza (KDC).

### **2.2.1 Amniocentéza (AMC)**

Amniocentéza se provádí ve II. trimestru těhotenství od 15. týdne gravidity. Automaticky je prováděna u žen starších 35. roku, neboť v tomto věku stoupá riziko vývojových vad (STEJSKALOVÁ, 2006). Je prováděna transabdominálním přístupem. Získáme vzorek 15 - 20 ml plodové vody. Výkon je prováděn za sterilních kautel, bez sedace či anestezie matky. Získaný materiál je zpracován v cytologické laboratoři. Získáme tak celý karyotyp, který nám umožní vedle numerických i detekovat strukturální anomálie chromozomů. Jednou z dalších možností je diagnostika molekulární (FISH, amnio PCR). Mezi nejhlavnější nedostatky amniocentézy je nutnost kultivace buněk, které trvají 10 i více dní. Amniocentéza je prováděna ve II. trimestru těhotenství a eventuální

indukovaný potrat v pokročilém stádiu těhotenství je častěji provázen komplikacemi, kterými jsou např. krvácení, infekce, děložní ruptury apod. a zároveň je spojen s těžkou emocionální zátěží pacientky (ČECH, 2006).

### **2.2.2 Biopsie choria (CVS)**

Biopsii choria lze provádět od ukončeného 9. týdne těhotenství. Lze ji provádět transabdominálně, kde se používá stejná jehla jako u amniocentézy nebo transcervikálně, kde je používán speciální katétr, který je dobře vizualizovatelný ultrazvukem (ČECH, 2006). Lékař získá materiál, ze kterého lze získat karyotyp mnohem rychleji nežli z amniocentézy (ŠILHOVÁ, 2006).

### **2.2.3 Kordocentéza (KDC)**

Kordocentéza je v současné době nejpoužívanější a nejbezpečnější metoda přístupu k fetální cirkulaci (ČECH, 2006). Je to odběr fetální krve z pupečnicku. Provádí se transabdominálně pod přísnou ultrazvukovou kontrolou. Riziko této metody je srovnatelné s rizikem u amniocentézy, tudíž 1 až 2 % (ŠILHOVÁ, 2006).

## 3 PSYCHOLOGICKÝ POHLED

### 3.1 Výběr partnera

V období mezi ukončením dospívání a začátkem manželského soužití, jsou významné tři vývojové úkoly: separace od rodičovské rodiny, volba profese a výběr partnera. Autoři vycházejí z teorie vztahů k objektům a doplňují myšlenky S. Freuda o další faktory, které se zúčastňují při volbě a výběru partnera.

#### 3.1.1 Teorie Richtera (1970)

Richter rozlišil pět nevědomých očekávání, která s sebou nese jedinec z minulosti:

- Partner, má být náhražkou významné osoby z období dětství, což jsou rodiče nebo i sourozenci a má umožňovat nápravu traumatizujících zkušeností, které subjekt učinil s dotyčnou osobou.
- Jestliže subjekt ustrnul na narcistní fázi svého vývoje a navíc má paranoidní sklony, vyhledává partnera, který by se co nejpřesněji podobal jemu samotnému a bude se co nejvíce blížit představě, kterou si narcistní jedinec utvořil sám o sobě.
- Partner má představovat ideál, kterého by subjekt rád dosáhl, ale z nějakého důvodu se to bohužel nedaří.
- Partner má reprezentovat negativní ideál, měl by být tedy opakem sebeobrazu, a tudíž by měl umožňovat realizace zakázaných a potlačených přání, za což je možné partnera i následně trestat, případně litovat a sám se tak cítit lepším.

- Partner by měl být spojencem proti potenciálním nebezpečím, kterými svět a lidé (ve skutečnosti nebo jen ve fantazii) subjekt ohrožují (PLAŇAVA, 2000).

### **3.1.2 Teorie komplementarity R. F. Winch (1958)**

Tento autor uznává význam sociologických faktorů v počátečních fázích známosti, které posilují homogenní tendence při hledání partnera, avšak popírá, že by při vlastní volbě mohly být určující. Samotný výběr je založen především na vzájemném uspokojování osobnostních potřeb. Winch rozlišuje dva typy výměn:

- u obou partnerů jsou uspokojovány stejné potřeby, ale různé intenzity,
- každý z partnerů si uspokojuje rozdílné potřeby, může jít buď o pozitivní, tj. komplementární výměny nebo o výměny konfliktní, které se vylučují. Zároveň Winch rozdělil dvě stádia volby a výběru partnera, v prvním stadiu se dva hledají a setkávají na základě socio-kulturní homogenity a ve druhém stadiu jde o osobnostní potřeby.

### **3.1.3 Teorie R. A. Lewise (1973)**

R. A. Lewis přistupuje k výběru partnera a jeho volbě z hlediska vývojového a rozlišuje šest etapovitě probíhajících procesů. Nejprve probíhá hledání partnera, první kontakty na základě podobnosti zájmů, socio-kulturního statutu i osobnostních rysů. Následuje pozitivní akceptace vztahu, spontánní komunikace a také sebepotvrzování prostřednictvím druhého člověka. Následně se prohlubuje otevřenost v komunikaci a sebeodhalování, které utváří předpoklady pro zvažování slučitelnosti rolí a rolových očekávání i vzájemnosti v uspokojování potřeb. Autor se zabíral procesem, který označil pojmem „krystalizace“: utváří se povědomí „My“, dvojice se označuje kvůli okolnímu světu, objevuje se vědomí partnerské identity. Lewis poukazuje a zároveň

zdůrazňuje vhodnost časového sledu i nezbytnost průchodu všemi etapami, má-li mít manželství naději na úspěch (PLAŇAVA, 2000).

#### **3.1.4 Koncepce Bernarda I. Mursteina (1976)**

Bernard I. Murstein vypracoval a zároveň empiricky ověřoval komplexně pojatý koncept výběru partnera pro manželství a také se pokusil analyzovat celý proces. Jeho teorie má název S - V - R (Stimulus - Value - Role) a pokouší syntetizovat přístupy psychologické, sociálně psychologické i sociologické.

Stádium první se nazývá stimulus. Pojednává o vzájemném upoutání jedné osoby na druhou pro své fyzické, sociální či mentální vlastnosti nebo pro svou reputaci. Tudíž je atraktivní, přitahuje pozornost a zapůsobí na osobu opačného pohlaví jako podnět.

Stádium druhé, se zabývá hodnotami, zájmy a postojem. Probíhá zde srovnávání názorů, zájmů a postojů, a to převážně ve verbální rovině. Dvojice porovnává své záliby, názory na lidi, politiku, náboženství, sex a postavení muže a ženy ve společnosti. V tomto se také rozvíjejí a realizují společné zájmy a aktivity.

Stádium třetí má název role. Je totiž možné, že se dvojice rozhodne pro sňatek na základě, buď podnětové atraktivity a vzájemné přitažlivosti nebo pod vlivem hodnotové homogenity. Rolí Murstein míní „chování, které je charakteristické a zároveň se očekává vzhledem k příslušnosti a pozici člověka ve skupině.“ Role je normou chování v určitých vztazích i situacích a tudíž i role manžela, později otce a znamená očekávat, jak má jedinec v určitých situacích jednat. V průběhu známosti se tyto role nebo přesněji řečeno, rolová očekávání demonstrují především v rovině verbální.

Mursteinovu koncepci považujeme za možný a také i užitečný model vzniku a rozvoje známosti (PLAŇAVA, 2000).

Mechanismus, který brání nalezení partnera, který bude použitelný pro rodinný život, je obranná reakce na rozchod. Dotyčná osoba ještě nepřestála následky předchozího rozchodu, ale už trpí samotou a také potřebou sexu. Citové vztahy jsou však obvykle funkcí spíše času, nežli ideální kompatibility dvou jedinců (KLIMEŠ, 2005).

### 3.2 Plánované rodičovství

*„Snaha partnerského páru směřující k tomu, aby žena otěhotněla a porodila dítě v době pro nastávající rodiče z nejrůznějších důvodů nejvhodnější“* (MACKŮ, 1998 s. 23).

Opatření, která vedou k realizaci plánovaného rodičovství, mohou mít dvojí charakter, buď pozitivní plánované rodičovství, nebo negativní plánované rodičovství.

Pozitivní plánované rodičovství, které je cílené na otěhotnění ženy a na úroveň zdravotnické péče, to je péče o neplodné páry. Do socioekonomické roviny pozitivního plánování také zahrnujeme i opatření společnosti státu k celkovému zlepšení populačního vývoje, do kterého patří např. dávky v mateřství, mateřská dovolená, příspěvky na děti, daňové a další jiné výhody pro rodiny s dětmi a to celé nazýváme pojmem „propopulační opatření.“

Negativní plánované rodičovství, které spočívá ve snaze a opatřeních, které mají zabránit nežádoucímu otěhotnění a nazývá se pojmem „kontracepce.“ Kontracepční prostředky a praktiky se využívaly již ve starověku a dochovaly se o tom i písemné zprávy a některé z nich dokonce i přetrvávají do dnes, i když v pozmeněné formě, jako je např. přerušovaná soulož, prezervativ, vaginální pesar a spermicidní látky. Lze tedy usoudit, že plánované rodičovství existuje již odedávna (MACKŮ, 1998).

Porodní asistentka poskytuje informace o plánovaném rodičovství a o metodách a volbě plánování rodiny s ohledem na jejich věk, zdravotní stav, kulturu a náboženské vyznání.

Plánované rodičovství patří k preventivním programům a znamená nejen zabránění nežádoucí graviditě, ale také prevenci sexuálně přenosných nemocí, také léčbu neplodného páru a péči o ženu v těhotenství (REPKOVÁ, 2006).

Rodičovství patří k nejvýznamnějším přechodům v rodinném cyklu. Alice Rossiová vytyčuje čtyři jedinečné vlastnosti přechodu k rodičovství:

- je to přechod, ke kterému dochází pod silným kulturním tlakem, který působí zejména na ženu,
- je to přechod, ke kterému dochází i mimovolně. Dítě může být počato a především první dítě bývá i neplánované,
- je to přechod nerevokovatelný. Jakmile se jednou dítě narodí, v okamžiku se člověk stane rodičem nezvratně,
- je to přechod, který je zlomový (MOŽNÝ, 2008).

### **3.3 Rodinné fungování a výchova**

*„Rodinné fungování je způsob, jakým rodina plní své funkce“*  
(SOBOTKOVÁ, 2007, s. 71).

Tuto definici podala Pattersonová v roce 2002. Do této definice spadá několik bodů, které splňují rodinné fungování. Důležité je začlenění jedince do rodinné struktury, tímto se poskytuje pocit sounáležitosti, ovlivňuje tak osobní identitu, smysl života a jeho zaměření. Ekonomická podpora je jedním z dalších kritérií, což znamená zajišťování základních a rozvojových potřeb členů rodiny. Dále péče, výchova a socializace, která umožňuje fyzický, psychický, sociální a duchovní vývoj jak dětí, tak dospělých jedinců a zprostředkovává sociální hodnoty a normy. Nezbytnou částí, která se nesmí opomenout je ochrana



zranitelných členů, do kterých řadíme mladé lidi, nemocné, handicapované, staré lidi či na ostatních nějak závislé.

Rodinné fungování má tři základní a zároveň důležité principy, kterými jsou soudržnost, adaptabilita a komunikace.

- Soudržnost neboli koheze, souvisí s rodinnou intimitou, blízkostí a sounáležitostí. Při sounáležitosti je zároveň kladen důraz na nezávislost a samostatnost členů rodiny.
- Adaptabilita je zaměřená spíše na schopnosti rodiny adaptovat se proměnlivým požadavkům a různým nárokům života.
- Rodinná komunikace je hlavním klíčovým procesem, která vytváří celkovou rodinnou atmosféru, řeší problémy a plánuje změny. Přímá a otevřená komunikace je hlavním ochranným faktorem v rodinném soužití. Nejasná a narušená komunikace může vystupňovat negativní vlivy rizik a stresů (SOBOTKOVÁ, 2007).

Harmonie vztahů mezi rodinnými příslušníky má být projevoována láskou, ohleduplností, úctou, citem, svépomocí, sdílením radosti, laskavostí, vlídností a zároveň snahou být dobrým člověkem. Rodina je prostředí, ve kterém se poprvé setkáváme se všemi společenskými formami. Čemu se dítě, poté mladý člověk naučí v rodině, na to si od útlého mládí zvyká, přejímá to za své a leckdy se to nedá zapomenout (SEDLÁČEK, 2002).

Rodinná výchova má charakteristický znak, kterým je vytváření hlubokých a trvalých vztahů mezi dítětem a jeho vychovatelem. Rodiče si velice dobře uvědomují, že dítě je k nim vázáno hlubokým citovým vztahem a tento vztah si touží udržet. Pro rodinu je typický model „interakční“ výchovy. U tohoto modelu se předpokládá, že ve výchově nejde o jednostranné záměrné a cílevědomé působení aktivního vychovatele na pasivního vychovávaného, tedy

dospělého na dítě, ale jde o vzájemné působení jednoho na druhého (MATĚJČEK, 2005).

### **3.3.1 Mladá rodina**

Zplození dítěte a péče o něj jsou jedním z nejhlavnějších životních témat. Z biologického pohledu, je to vůbec náš základní úkol předat geny a zachovat rod. U člověka jde ovšem o větší a rozsáhlejší poslání, nestačí porodit dítě a pečovat o něho tak dlouho, dokud nebude schopno žít se samo. Je třeba je naučit cítit po lidsku, myslet, adaptovat se na složitou lidskou společnost a přijmout kulturu svého národa. Tímto způsobem vzniká ono dlouhé a krásné, i když někdy velice těžké rodičovské stádium, „hlavní život“ většiny z nás. Erikson vytvořil a zároveň i prosadil pojem generality. Generalita je základní postoj a životní poloha v dospělém věku. Být generativní znamená spontánně, iniciativně, z vlastní vůle, radostně, z podstaty své bytosti plodit a starat se o to, co jsme v životě zplodili (ŘÍČAN, 2004).

### **3.3.2 Rodina**

Rodinu tvoří malá sociální skupina lidí, která je založena na manželství, pokrevním příbuzenství a společné domácnosti. Rodina představuje celý komplex specifických vztahů mezi mužem a ženou, mezi rodiči a dětmi a mezi rodinou a společností.

Rodina také plní tři významné funkce:

- ekonomickou,
- výchovnou,
- biologickou.

Každý člen rodiny plní určitou funkci a musí mít jasnou představu o postavení členů a o jejich vztazích, které je nutné vzájemně respektovat a ctít. Pokud jednotliví členové rodiny dobře chápou své postavení, svůj význam,

navzájem si pomáhají, snaží se o dokonalý soulad, je rodina schopna žít plným životem a také dobře vychovávat potomstvo (SEDLÁČEK, 2002).

Zákon o rodině, také nazývaný jako kodex rodinného práva, patří mezi právní předpisy, které nás provázejí od narození až po smrt. Je řazen mezi významné právní předpisy soukromého práva. Tento kodex má také významný vliv na život každé fyzické osoby. Zákon o rodině je stále novelizován a zároveň i přizpůsobován novým poměrům ve společnosti. Jeho novelizace jsou také v souladu s vývojem společnosti v celé Evropě, kam řadíme i Českou republiku (PLECITÝ, 2007).

## 4 VYMEZENÍ PROBLÉMU PRŮZKUMU

### Průzkumný problém

Míra informovanosti gravidních žen o rizicích spojených s věkem.

### Průzkumné cíle

- Cíl 1** Zjistit, zda ženy vědí a jsou informovány o rizicích spojených s vyšším věkem.
- Cíl 2** Zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o rizicích spojených s vyšším věkem.
- Cíl 3** Zjistit nejčastější důvody, proč si ženy pořizují děti ve vyšším věku.
- Cíl 4** Zjistit, zda se ženy informují o svém těhotenství a porodu.

### Průzkumné otázky

- Průzkumná otázka 1** Uvědomují si ženy rizika spojená s vyšším věkem?
- Průzkumná otázka 2** Z jakých nejčastějších důvodů si ženy pořizují děti ve vyšším věku?
- Průzkumná otázka 3** Jsou ženy do 34 let méně informovány o rizicích spojených s vyšším věkem, než ženy nad 35 let?
- Průzkumná otázka 4** Jsou ženy s vyšším vzděláním více informovány o rizicích spojených s vyšším věkem, než ženy s nižším vzděláním?
- Průzkumná otázka 5** Z jakých zdrojů ženy nejvíce čerpají informace?
- Průzkumná otázka 6** Informují se ženy o svém těhotenství a porodu?

## **Metodika průzkumu**

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodu k získávání informací jsme zvolili formu dotazníku. Časový plán průzkumu byl stanoven na měsíc leden až únor 2012.

## **Průzkumný soubor**

Průzkumný soubor tvořily těhotné ženy. Respondentky byly cíleně zvoleny ve dvou nemocničních zařízeních na prenatálních ambulancích. V ÚPMD - Ústav pro péči o matku a dítě a ve Fakultní nemocnici Motol v Praze.

## **Technika dotazníku**

Dotazník obsahoval 13 položek. V první otázce jsme zjišťovali věk žen. Ve všech otázkách mohly ženy zvolit pouze jednu odpověď. Otázky byly uzavřené.

Dotazníků bylo rozdáno celkem 110 a 8 z nich nebylo možné použít.

K průzkumné otázce 1 se vztahovaly položky 4, 6, 7. Průzkumnou otázku 2 jsme ověřovali položkou 3 a položkou 8. K průzkumné otázce 3 jsme přiřadili položku 1. Průzkumnou otázku 4 jsme přiřadili k položce 2. K průzkumné otázce 5 jsme přiřadili položku 10, 11. K průzkumné otázce 6 se vztahovala položka 9 a položka 12 a 13.

## **Zpracování**

Získaná data byla zodpovědně vytříděna a zpracována pomocí kvantitativní metody a vyjádřena v absolutních/relativních číslech.

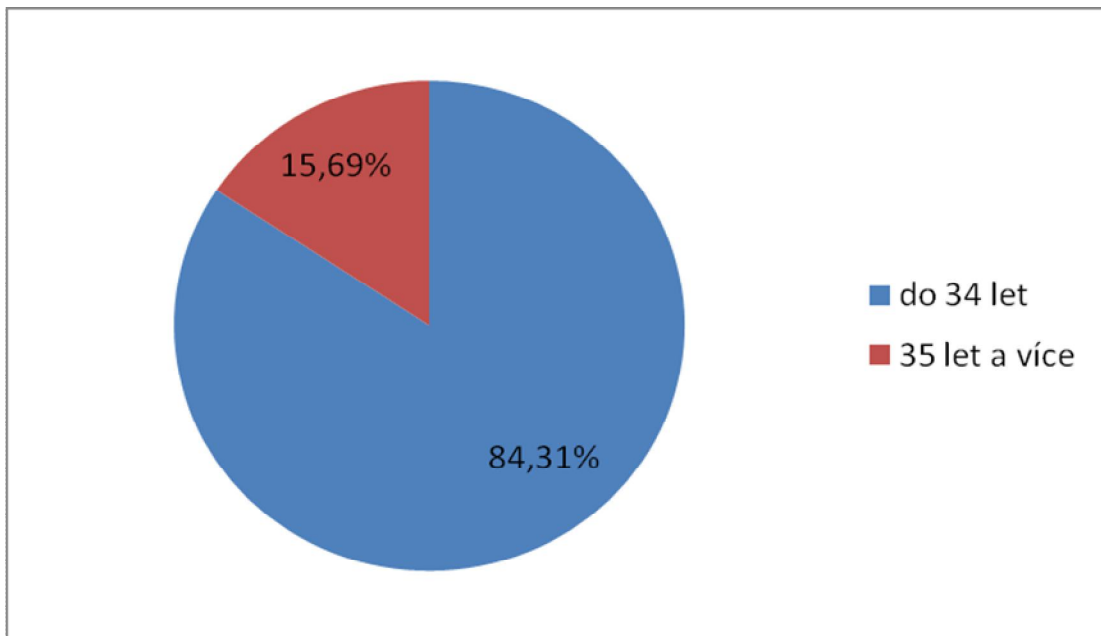
Jednotlivé položky byly zpracovány do grafů a tabulek i s procentuálním vyjádřením.

## 5 ANALÝZA PRŮZKUMU

Tabulka č. 1 - Zjištění věku těhotných žen

Varianty	Věk respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost
a,b,c)	do 34 let	86	84,31 %
d)	35 let a více	16	15,69 %

Graf č. 1 - Zjištění věku těhotných žen

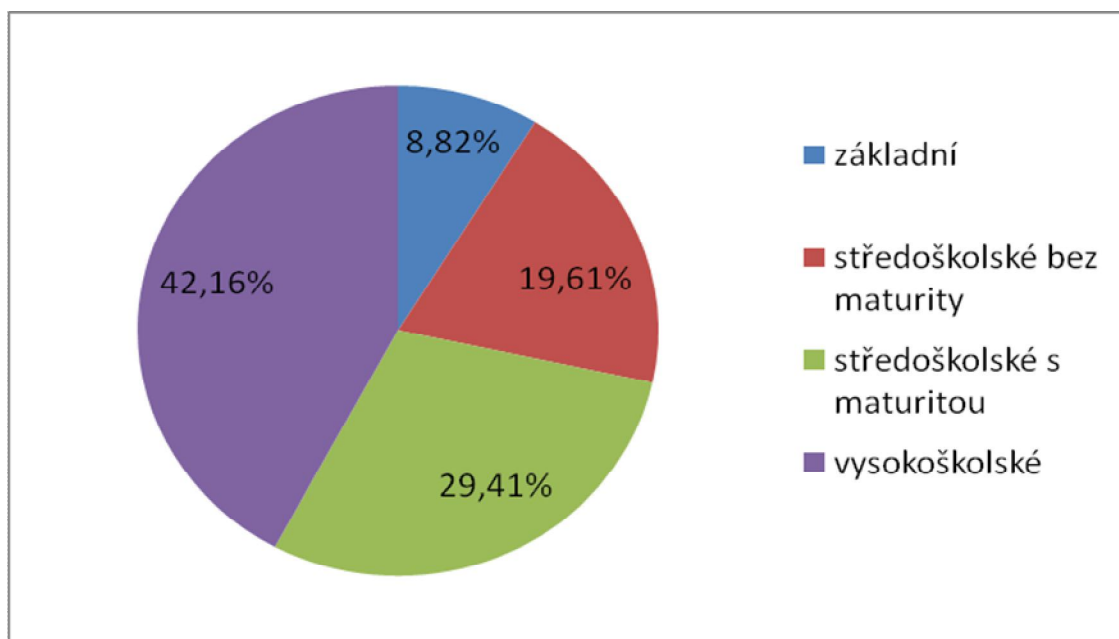


Z tohoto grafu vyplývá, že 86 těhotným ženám (84,31 %) je do 34 let a 16 těhotných žen (15,69 %) tvoří skupinu 35 let a více.

Tabulka č. 2 - Zjištění nejvyššího dokončeného vzdělání žen

Varianty	Nejvyšší dokončené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	základní	9	8,82 %
b)	středoškolské bez maturity	20	19,61 %
c)	středoškolské s maturitou	30	29,41 %
d)	vysokoškolské	43	42,16 %

Graf č. 2 - Zjištění nejvyššího dokončeného vzdělání

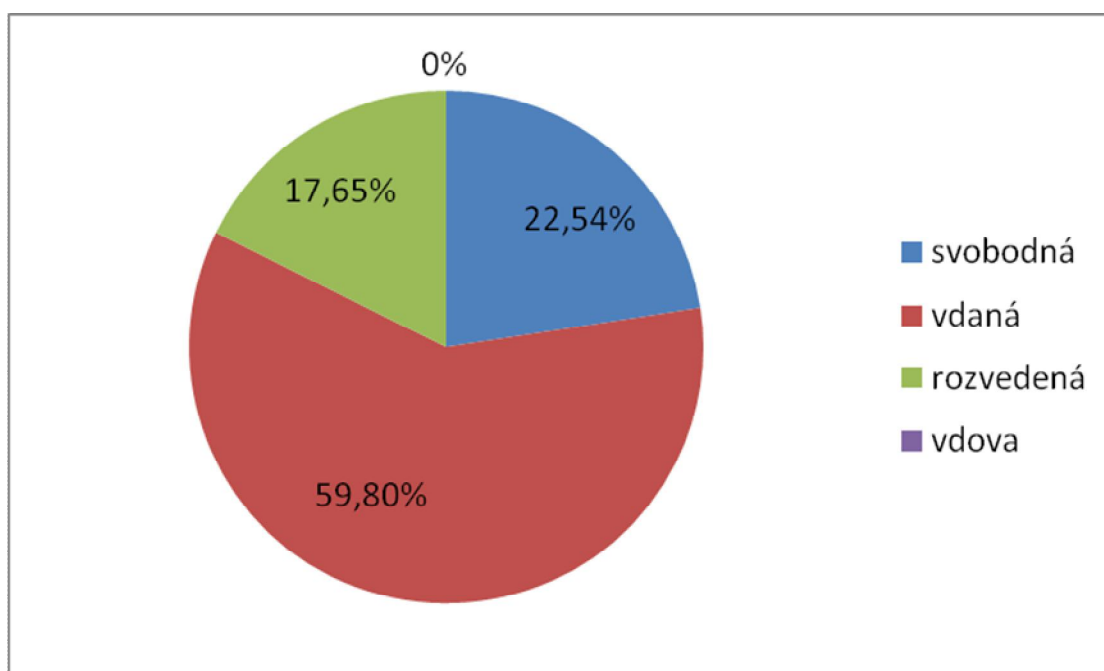


Z grafu č. 2 vyplývá, že nejvíce 43 respondentek (42,16 %) odpovědělo, že mají vysokoškolské vzdělání. 30 respondentek (29,41 %) zvolilo variantu c) středoškolské vzdělání s maturitou. Odpověď b) středoškolské vzdělání bez maturity zvolilo 20 respondentek (19,61 %) a pouze 9 těhotných žen (8,82 %) má základní vzdělání. Za vyšší vzdělání je považováno vysokoškolské vzdělání a vzdělání střední s maturitou. Za nižší vzdělání je považováno základní vzdělání a vzdělání střední bez maturity.

Tabulka č. 3 - Zjistit rodinný stav žen

Varianty	Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	svobodná	23	22,54 %
b)	vdaná	61	59,80 %
c)	rozvedená	18	17,65 %
d)	vdova	0	0 %

Graf č. 3 - Zjistit rodinný stav



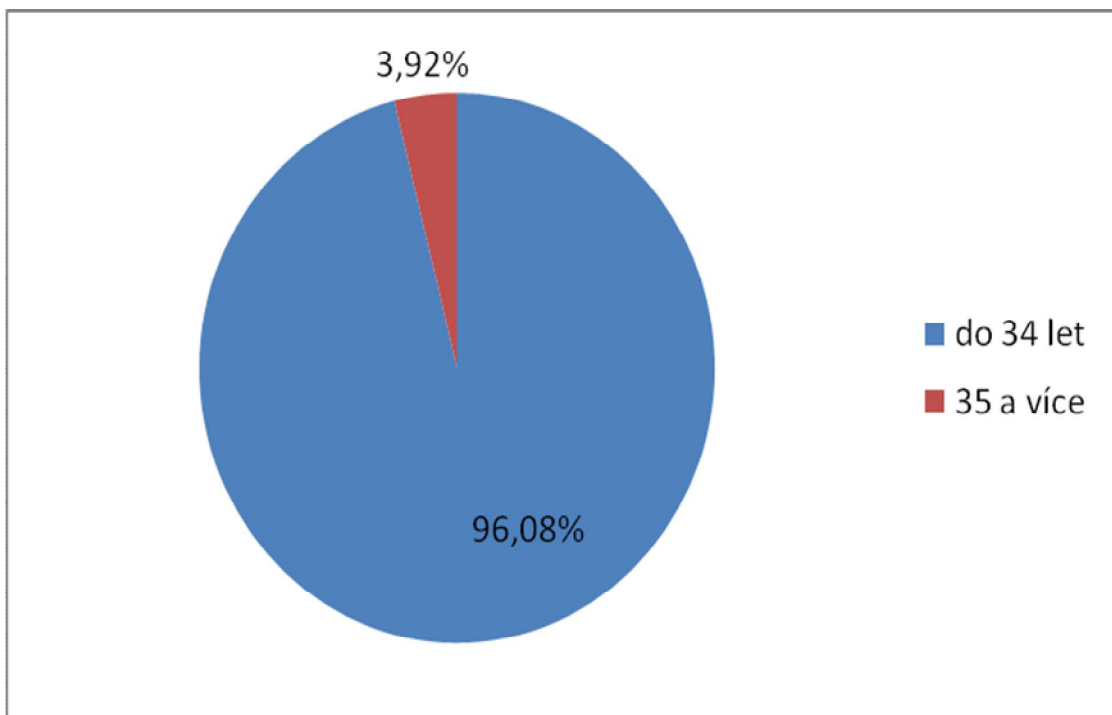
Z položky č. 3 jsme se dozvěděli, že 61 respondentek (59,80 %) je vdaných. Na variantu a) svobodná odpovědělo 23 respondentek (22,54 %) a c) rozvedená nám odpovědělo počtem 18 žen (17,65 %). Žádná z respondentek není vdova.



Tabulka č. 4 - Věk ženy při narození prvního dítěte

Varianty	Věk ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost
a,b,c)	do 34 let	98	96,08 %
d)	35 a více	4	3,92 %

Graf č. 4 - Věk ženy při narození prvního dítěte

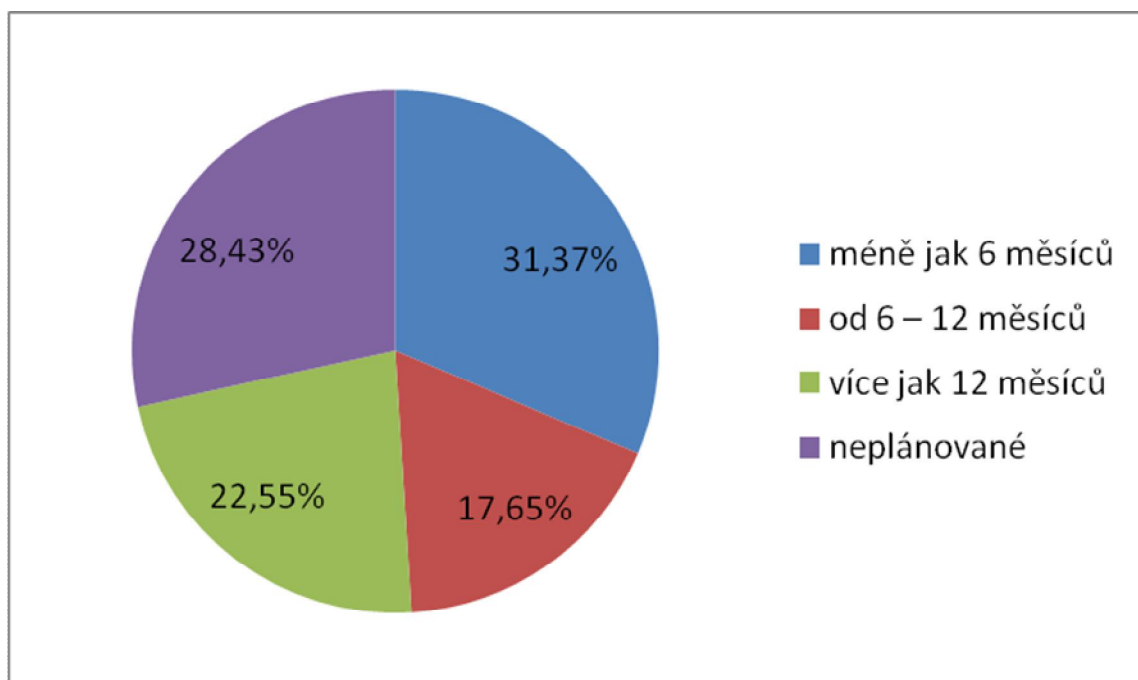


Položka č. 4 ukazuje, že 98 respondentek (96,08 %) porodilo své první dítě do 34 let a pouze 4 těhotné ženy (3,92 %) porodilo své první dítě ve věku 35 let a více.

Tabulka č. 5 - Plánovanost těhotenství ženy

Varianty	Plánovanost těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	méně jak 6 měsíců	32	31,37 %
b)	od 6 – 12 měsíců	18	17,65 %
c)	více jak 12 měsíců	23	22,55 %
d)	neplánované	29	28,43 %

Graf č. 5 - Plánovanost těhotenství ženy

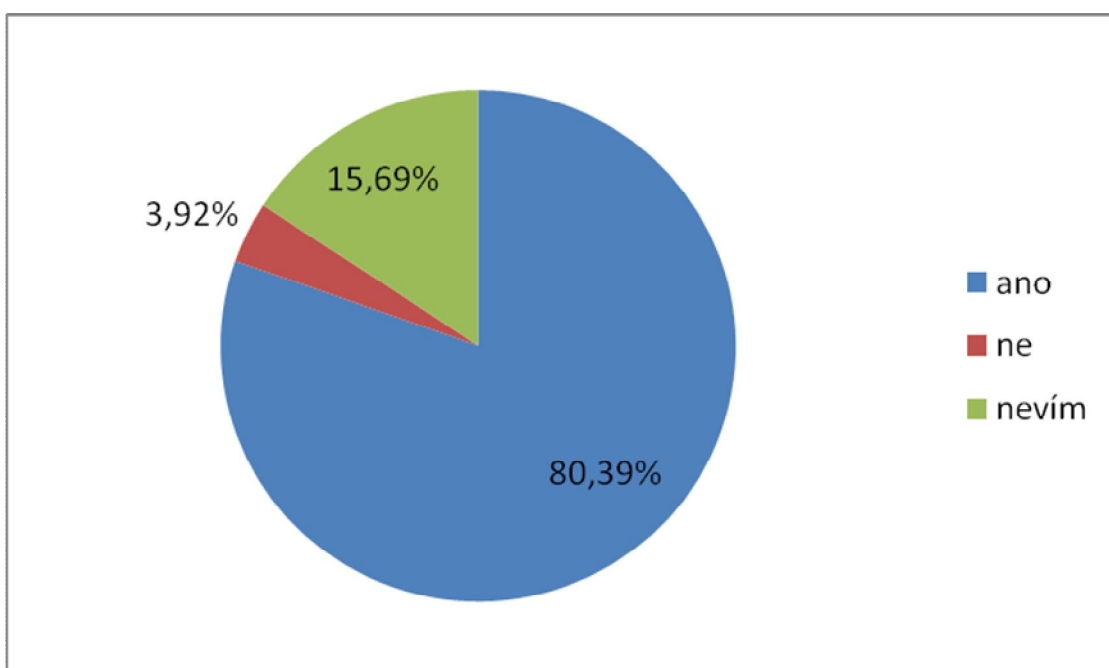


Z grafu č. 5 lze vyčíst, že 32 gravidních žen (31,37 %) zodpovědělo, že jejich těhotenství bylo plánované méně jak 6 měsíců. Variantu d) neplánované těhotenství zvolilo 29 respondentek (28,43 %), 23 respondentek (22,55 %) tvoří ženy, které plánovaly své těhotenství více jak 1 rok a 18 žen (17,65 %) zodpovědělo variantu b) plánované těhotenství od 6 - 12 měsíců před početím.

Tabulka č. 6 - Názory žen, zda vyšší věk rodičky nese zdravotní rizika

Varianty	Názory	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano	82	80,39 %
b)	ne	4	3,92 %
c)	nevím	16	15,69 %

Graf č. 6 - Názory žen, zda vyšší věk rodičky nese zdravotní rizika

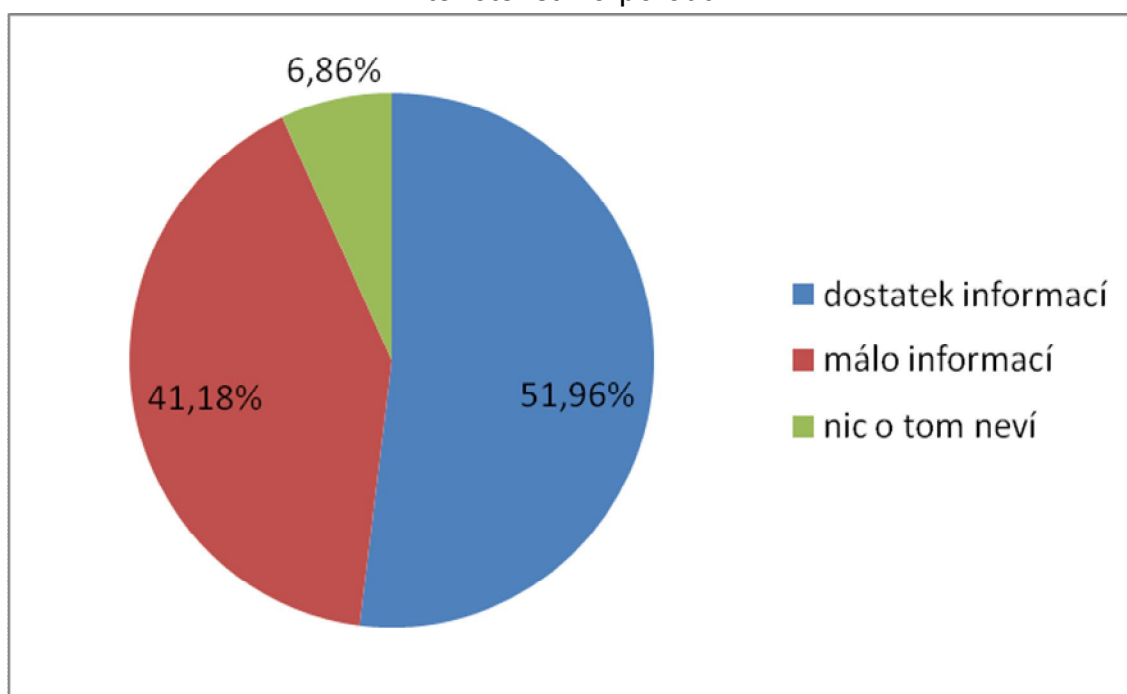


Položka č. 6 ukazuje, že 82 gravidních žen (80,39 %) si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese různá zdravotní rizika. 16 respondentek (15,69 %) zodpovědělo, že o rizicích spojených s vyšším věkem matky neví a pouhé 4 ženy (3,92 %) zvolily variantu b) ne.

Tabulka č. 7 - Názory žen o možných komplikacích ve vyšším věku, v průběhu těhotenství a porodu

Varianty	Názory	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	dostatek informací	53	51,96 %
b)	málo informací	42	41,18 %
c)	nic o tom neví	7	6,86 %

Graf č. 7 - Názory žen o možných komplikacích ve vyšším věku, v průběhu těhotenství a porodu

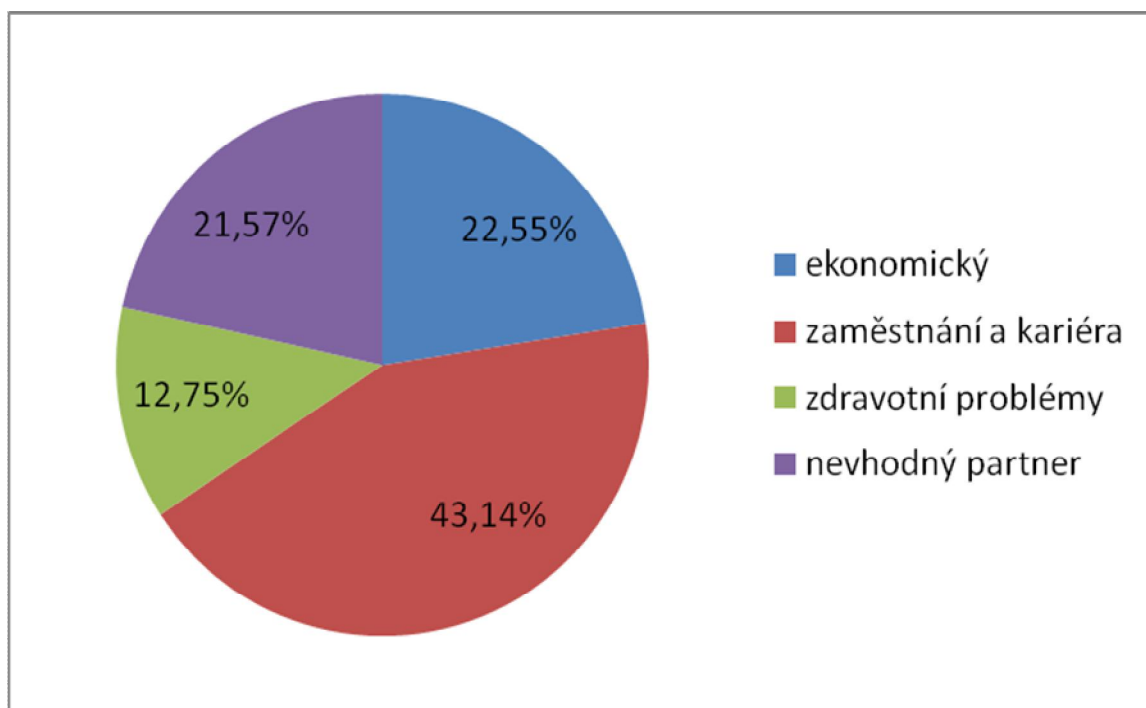


Z grafu č. 7 jsme se dozvěděli, že 53 žen (51,96 %) si myslí, že mají o komplikacích, které se mohou vyskytnout během těhotenství a porodu u matky s vyšším věkem dostatek informací. 42 gravidních žen (41,118 %) si myslí, že má o možných komplikacích málo informací a 7 žen (6,86 %) zodpovědělo, že o této problematice nic neví.

Tabulka č. 8 - Důvody žen při pořizování dětí ve vyšším věku

Varianty	Důvody	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ekonomický	23	22,55 %
b)	zaměstnání a kariéra	44	43,14 %
c)	zdravotní problémy	13	12,75 %
d)	nevhodný partner	22	21,57 %

Graf č. 8 - Důvody žen při pořizování dětí ve vyšším věku

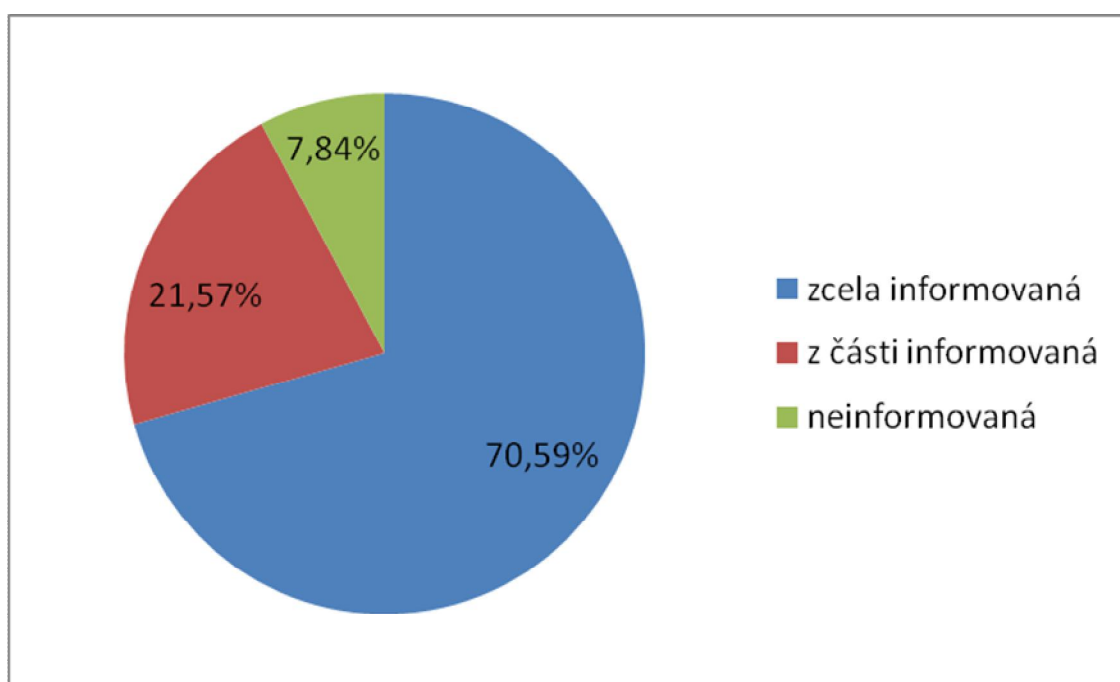


Z grafu č. 8 můžeme rozpoznat, že 44 respondentek (43,14 %) si myslí, že nejvíce si ženy ve vyšším věku pořizují děti z důvodu zaměstnání a kariéry. 23 žen (22,55 %) si myslí, že si ženy ve vyšším věku pořizují děti z důvodu ekonomické situace. 22 žen (21,57 %) zvolilo variantu d) z důvodu nevhodného partnera a 22 žen (21,57 %) je přesvědčeno, že si ženy ve vyšším věku pořizují děti ze zdravotních problémů.

Tabulka č. 9 - Informovanost žen o průběhu těhotenství a porodu

Varianty	Informovanost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	zcela informovaná	72	70,59 %
b)	z části informovaná	22	21,57 %
c)	neinformovaná	8	7,84 %

Graf č. 9 - Informovanost žen o průběhu těhotenství a porodu

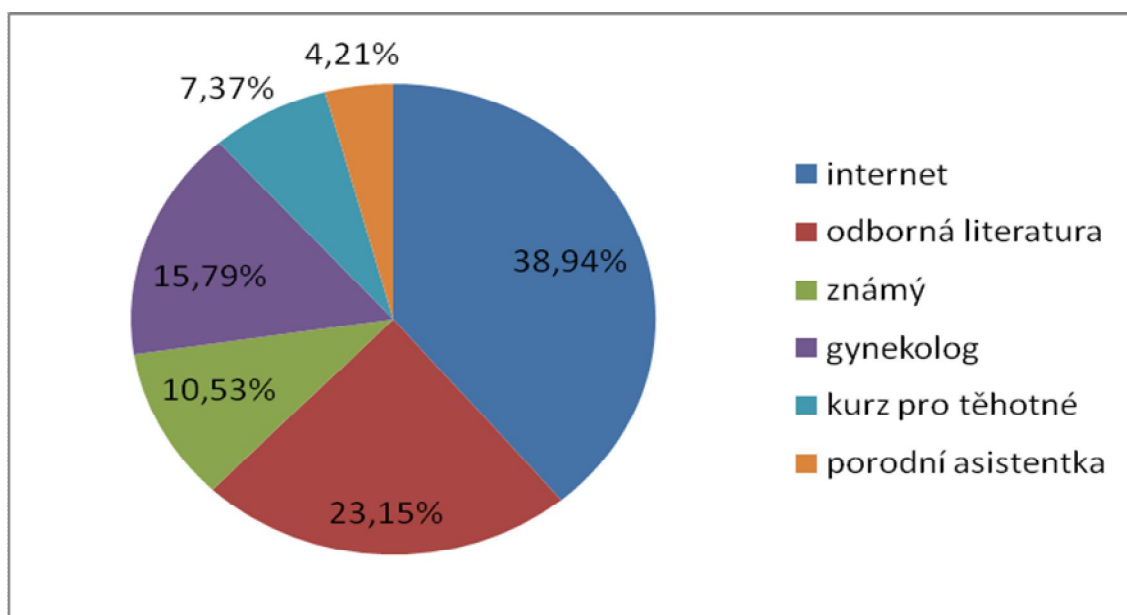


Z grafu č. 9 lze vyčíst, že 72 gravidních žen (70,59 %) si myslí, že jsou zcela informovány o svém průběhu těhotenství a porodu. 22 žen (21,57 %) si myslí, že jsou o svém průběhu těhotenství a porodu informovány jen z části a 8 gravidních žen (7,84 %), že si myslí, že informovány nejsou.

Tabulka č. 10 - Zdroje získávání informací o těhotenství a porodu

Varianty	Zdroje informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	internet	37	38,94 %
b)	odborná literatura	22	23,15 %
c)	známý	10	10,53 %
d)	gynekolog	15	15,79 %
e)	kurz pro těhotné	7	7,37 %
f)	porodní asistentka	4	4,21 %

Graf č. 10 - Zdroje získávání informací o těhotenství a porodu

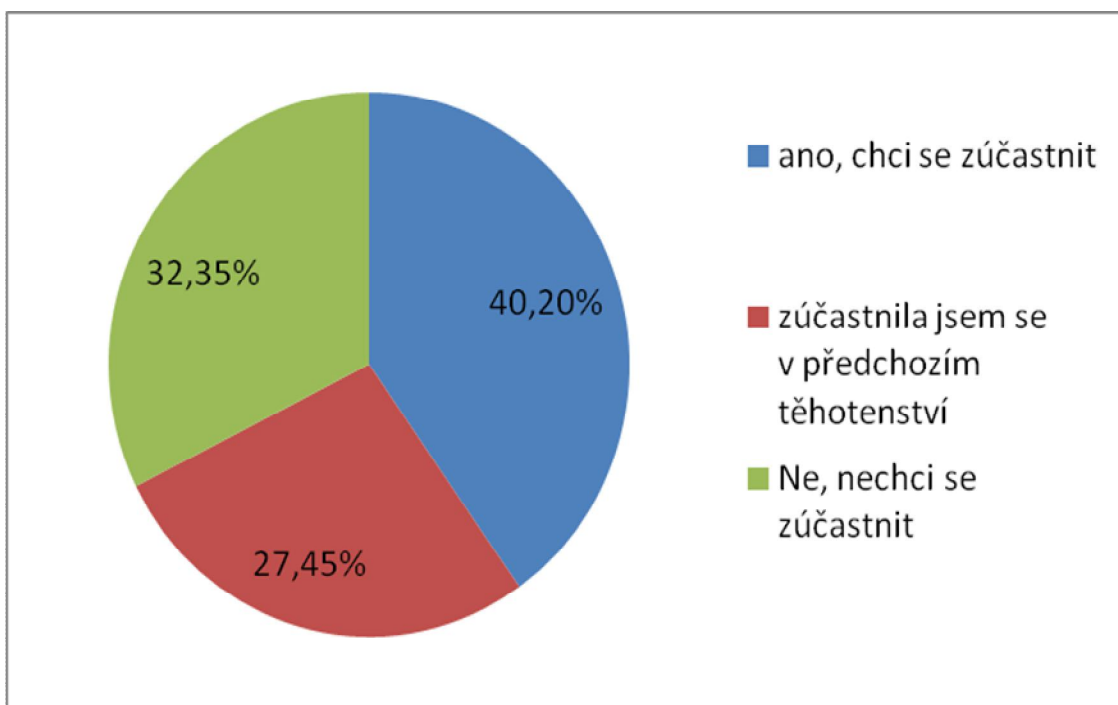


Z grafu č. 10 vyplývá, že se 39 žen (38,23 %) o průběhu jejich těhotenství a porodu nejvíce informuje z internetu. 19 žen (18,63 %) se informuje z odborné literatury. 15 žen (14,70 %) získává informace pomocí svého praktického gynekologa. 10 žen (9,80 %) své informace získalo od svých známých, 8 žen (7,84 %) se dozvědělo informace o těhotenství a porodu na kurzu pro těhotné a pouhé 3 ženy (2,94 %) získalo své poznatky od porodní asistentky.

Tabulka č. 11 - Účast žen na kurzu pro těhotné

Varianty	Účast	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano, chci se zúčastnit	41	40,20 %
b)	zúčastnila jsem se v předchozím těhotenství	28	27,45 %
c)	Ne, nechci se zúčastnit	33	32,35 %

Graf č. 11 - Účast žen na kurzu pro těhotné



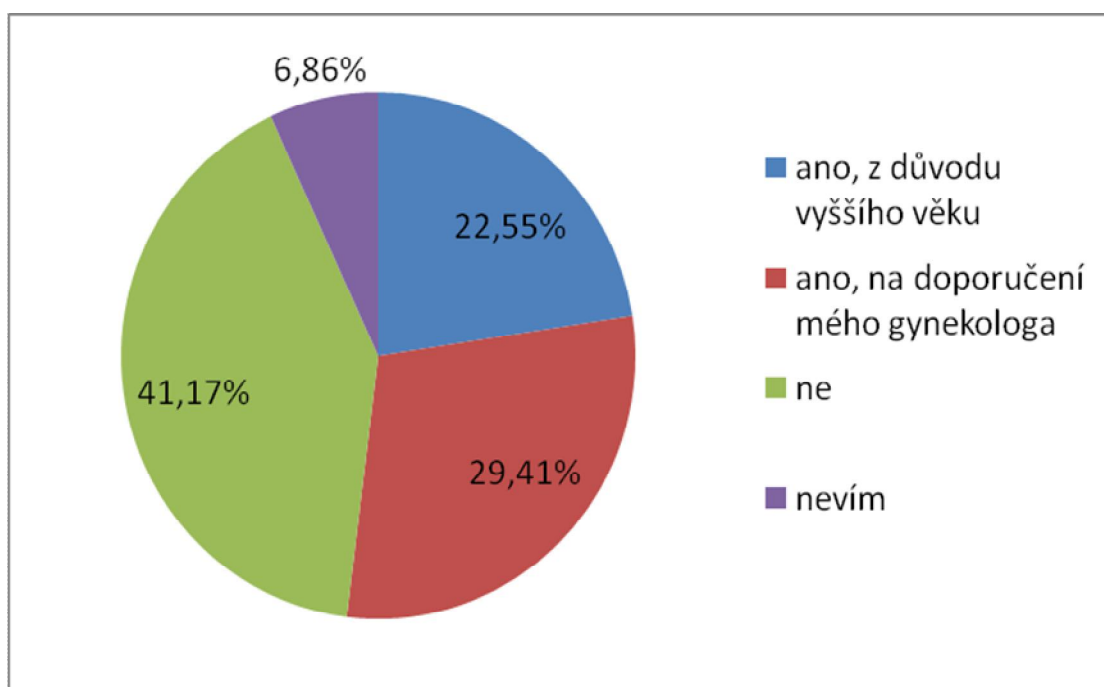
Graf č. 11 nám odhalil, že 41 respondentek (41,17 %) se chce zúčastnit kurzu pro těhotné, 33 respondentek (31,37 %) se kurzu pro těhotné zúčastnit nechce a 28 těhotných žen (27,45 %) nám odpovědělo, že se kurzu pro těhotné zúčastnilo v předešlém těhotenství.



Tabulka č. 12 - Podstoupení speciálních odběrů pro odhalení vrozených vývojových vad (VVV)

Varianty	Podstoupení speciálních odběrů	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano, z důvodu vyššího věku	23	22,55 %
b)	ano, na doporučení mého gynekologa	30	29,41 %
c)	ne	42	41,17 %
d)	nevím	7	6,86 %

Graf č. 12 - Podstoupení speciálních odběrů pro odhalení vrozených vývojových vad (VVV)

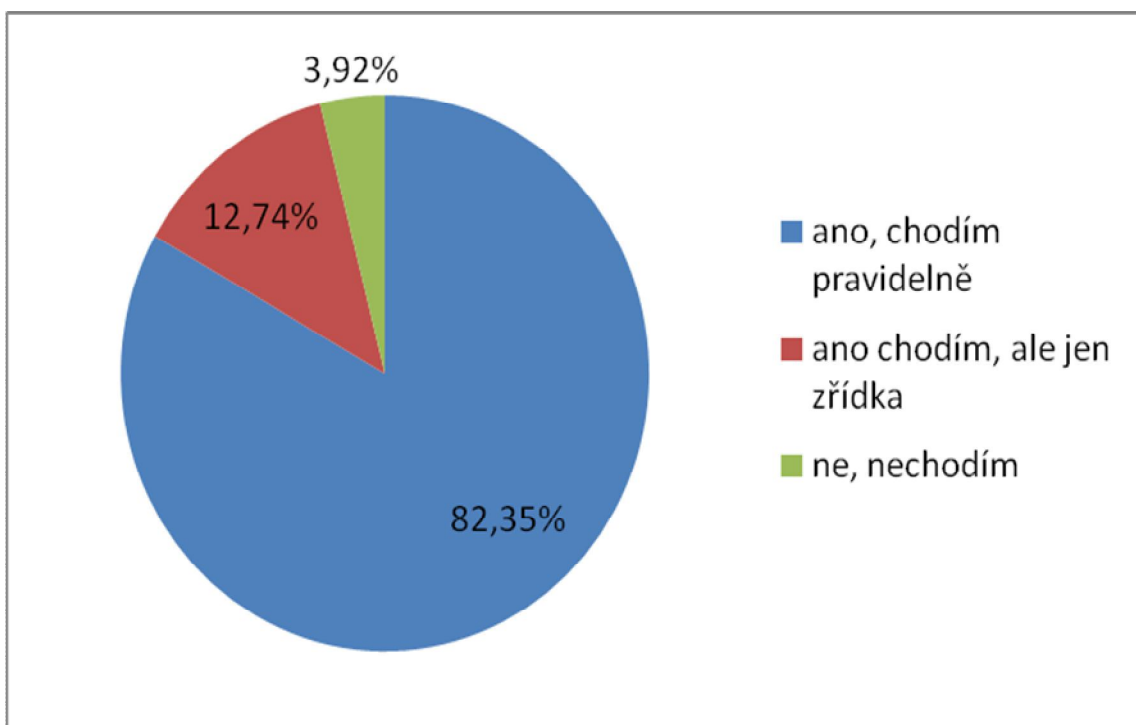


Z grafu č. 12 jsme se dozvěděli, že 42 žen (41,17 %) žádné odběry, které by odhalovaly vrozené vývojové vady (VVV) nepodstoupily. 30 žen (29,41 %) podstoupilo speciální odběry na doporučení svého gynekologa. 23 žen (22,55 %) podstoupilo odběry z důvodu jejich vyššího věku a 7 žen (6,86 %) odpovědělo, že neví, zda tyto odběry podstoupily.

Tabulka č. 13 - Účast žen na pravidelných gynekologických prohlídkách v těhotenství

Varianty	Účast	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	ano, chodím pravidelně	84	82,35 %
b)	ano chodím, ale jen zřídka	13	12,74 %
c)	ne, nechodím	4	3,92 %

Graf č. 13 - Účast žen na pravidelných gynekologických prohlídkách v těhotenství

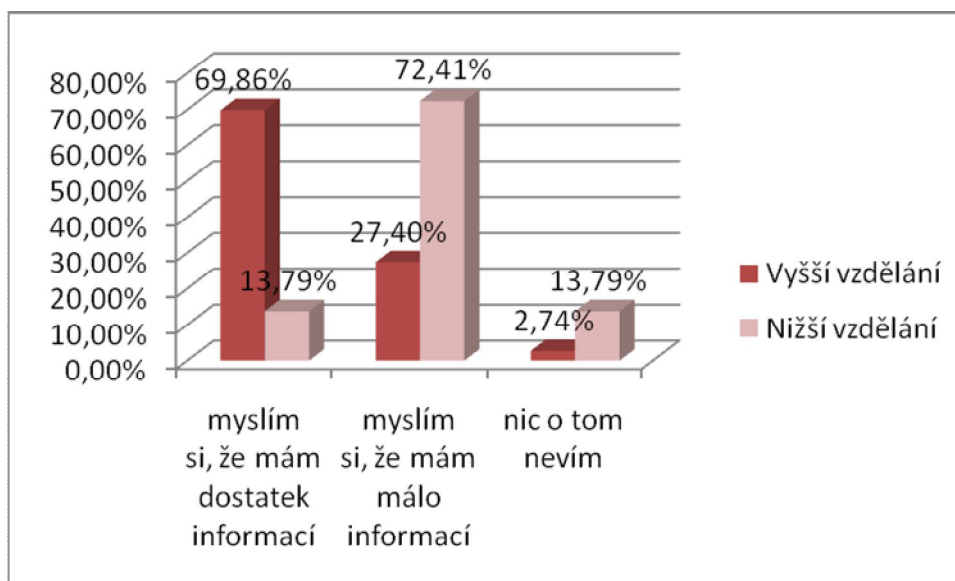


Z grafu č. 13 jsme se dozvěděli, že 84 žen (82,35 %) navštěvuje pravidelně své gynekology v těhotenství, na tuto samou otázku odpovědělo 13 těhotných žen (12,74 %), že chodí na prohlídky, ale jen zřídka a 4 ženy (3,92 %) odpověděly, že nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky v těhotenství.

Tabulka č. 14 - Porovnání informovanosti o rizicích u žen s vyšším a nižším vzděláním

Varianty	Možné odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a)	myslím si, že mám dostatek informací	49	69,01 %	3	10,70 %
b)	myslím si, že mám málo informací	20	28,20 %	21	75,00 %
c)	nic o tom nevím	2	2,80 %	4	14,30 %

Graf č. 14 - Porovnání informovanosti o rizicích u žen s vyšším a nižším vzděláním

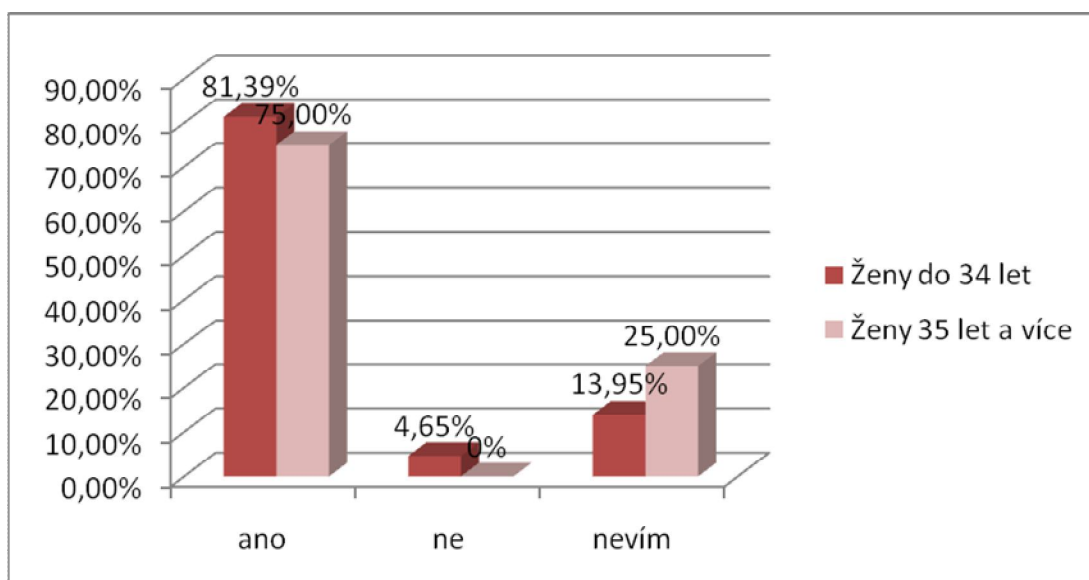


Z grafu č. 14 je patrné, že variantu a) myslím si, že mám dostatek informací, odpovědělo 51 žen (69,86 %) s vyšším vzděláním a jen 4 ženy (13,79 %) s nižším vzděláním. Málo informací o rizicích spojených s vyšším věkem má 20 žen (27,40%) s vyšším vzděláním a 21 žen (72,41 %) s nižším vzděláním. Na poslední variantu c) nic o tom nevím nám zodpověděly 2 ženy (2,74 %) s vyšším vzděláním a 4 ženy (13,79 %) s nižším vzděláním.

Tabulka č. 15 - Porovnání žen do 34 let s ženami 35 let a více, zda si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese rizika

Varianty	Možné odpovědi	Ženy do 34 let		Ženy 35 let a více	
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a)	ano	70	81,39 %	12	75,00 %
b)	ne	4	4,65 %	0	0,00 %
c)	nevím	12	13,95 %	4	25,00 %

Graf č. 15 - Porovnání žen do 34 let s ženami 35 let a více, zda si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese rizika

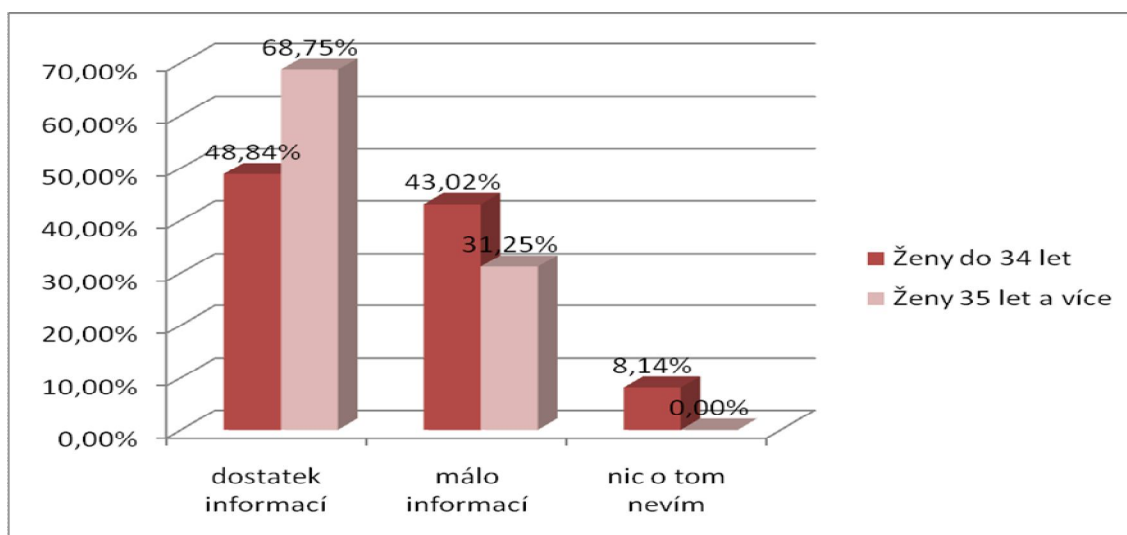


Z grafu č. 15 vyplývá, že 70 žen (81,39 %) do 34 let si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese rizika, v porovnání s ženami, kterým je 35 let a více, kterých na variantu a) zda si myslí, že vyšší věk s sebou nese rizika, odpovědělo pouhých 12 žen (75,00 %). 4 ženy (4,65 %) do 34 let odpověděly, že si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese rizika a žádná žena ve věku 35 let a více si nemyslí, že vyšší věk s sebou nese rizika. 12 žen (13,95 %) do 34 let neví, zda vyšší věk s sebou nese rizika, v porovnání s 4 ženami (25,00 %) ve věku 35 let a více, které také neví, zda vyšší věk s sebou nese rizika.

Tabulka č. 16 - Porovnání žen do 34 let s ženami 35 let a více, zda si myslí, že mají dostatek informací o rizicích spojených s vyšším věkem

Varianty	Možné odpovědi	Ženy do 34 let		Ženy 35 let a více	
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a)	dostatek informací	42	48,84 %	11	68,75 %
b)	málo informací	37	43,02 %	5	31,25 %
c)	nic o tom nevím	7	8,14 %	0	0,00 %

Graf č. 16 - Porovnání žen do 34 let s ženami 35 let a více, zda si myslí, že mají dostatek informací o rizicích spojených s vyšším věkem

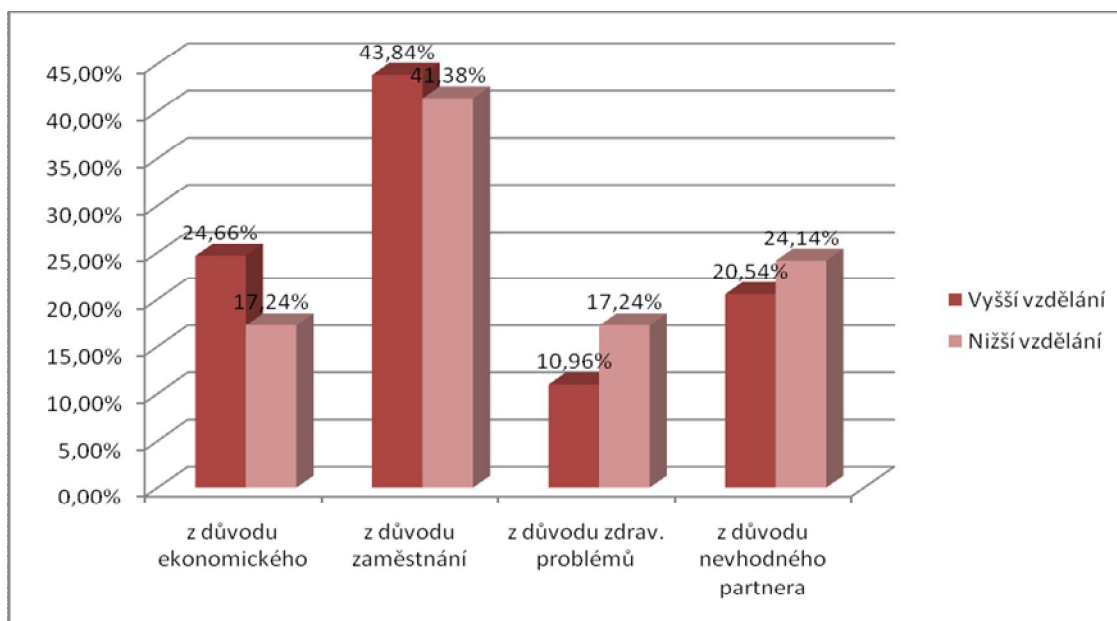


Z grafu č. 16 jsme se dozvěděli, že 42 žen (48,84 %) do 34 let si myslí, že mají dostatek informací o rizicích spojených s vyšším věkem, v porovnání s ženami 35 let a více, kterých na tuto samou otázku odpovědělo 11 (68,75 %). 37 žen (43,02 %) do 34 let si myslí, že má málo infomací a 5 žen (31,25 %) ve věku 35 let a více, si také myslí, že mají málo infomací. 7 žen (8,14 %) věku do 34 let si myslí, že o informacích spojených s vyšším věkem neví a žádná žena ve věku 35 let a více nezodpověděla, že by nic nevěděla o rizicích spojených s vyšším věkem.

Tabulka č. 17- Domněnky žen s vyšším vzděláním a nižším vzděláním, proč si ženy pořizují děti ve vyšším věku

Varianty	Možné odpovědi	Vyšší vzdělání		Nižší vzdělání	
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a)	z důvodu ekonomického	18	24,66 %	5	17,24 %
b)	z důvodu zaměstnání	32	43,84 %	12	41,38 %
c)	z důvodu zdrav. problémů	8	10,96 %	5	17,24 %
d)	z důvodu nevhodného partnera	15	20,54 %	7	24,14 %

Graf č. 17- Domněnky žen s vyšším a nižším vzděláním, proč si ženy pořizují děti ve vyšším věku

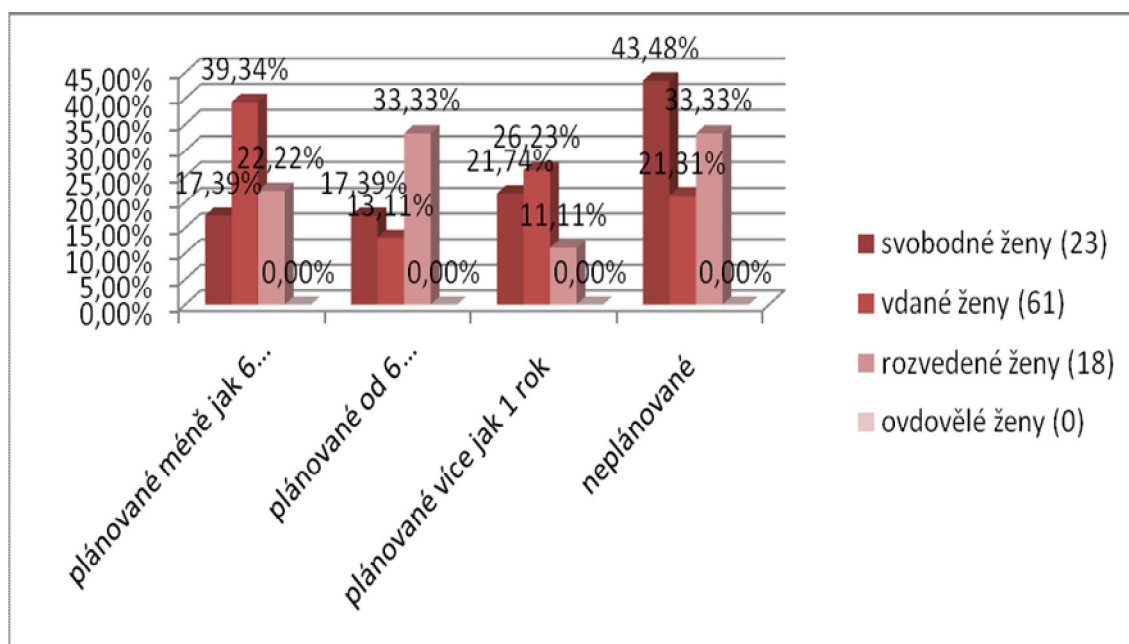


Z grafu č. 17 vyplývá, že 18 žen (24,66 %) s vyšším vzděláním si myslí, že si ženy pořizují děti z důvodu ekonomického a 5 žen (17,24 %) s nižším vzděláním si myslí totéž. 32 žen (43,84 %) s vyšším vzděláním si myslí z důvodu zaměstnání a kariéry a 12 žen (41,38 %) s nižším vzděláním si také myslí z důvodu kariéry. 8 žen (10,96 %) s vyšším vzděláním zvolilo variantu ze zdravotních problémů a 5 žen (17,24 %) zvolilo také variantu ze zdravotních problémů. Poslední variantu z důvodu nevhodného partnera zvolilo 15 žen (20,54 %) s vyšším vzděláním a 7 žen (24,14 %) žen s nižším vzděláním.

Tabulka č. 18 - Porovnání svobodných žen, vdaných, rozvedených a ovdovělých, v jakém časovém intervalu plánují děti

Možné odpovědi	svobodné ženy (23)		vdané ženy (61)		rozvedené ženy (18)		ovdovělé ženy (0)	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
plánované méně jak 6 měsíců	4	17,39%	24	39,34%	4	22,22%	0	0,00%
plánované od 6 měsíců-1 rok před početím	4	17,39%	8	13,11%	6	33,33%	0	0,00%
plánované více jak 1 rok	5	21,74%	16	26,23%	2	11,11%	0	0,00%
neplánované	10	43,48%	13	21,31%	6	33,33%	0	0,00%

Graf č. 18 - Porovnání svobodných žen, vdaných, rozvedených a ovdovělých, v jakém časovém intervalu plánují děti



Graf č. 18 porovnávali svobodné, vdané, rozvedené a ovdovělé ženy, v jakých časových intervalech si pořizují děti. 4 svobodné ženy (17,39 %) odpověděly, že plánovaly dítě méně jak 6 měsíců, tu samou odpověď zvolilo 24 vdaných žen (39,34 %), 4 rozvedené ženy (22,22 %) a žádná ovdovělá. Na odpověď, zda plánovaly dítě od 6 měsíců do 1 roku, odpověděly 4 svobodné

ženy (17,39 %), 8 vdaných žen (13,11 %), 6 rozvedených žen (33,33 %) a žádná vdova. Na variantu, zda plánovaly dítě více, jak 1 rok odpovědělo 5 svobodných žen (21,74 %), 16 vdaných žen (26,23 %), 2 rozvedené ženy (11,11 %) a žádná vdova. Na poslední odpověď, zda jejich dítě bylo neplánované, odpovědělo 10 svobodných žen (43,48 %), 13 vdaných žen (21,23 %), 6 rozvedených žen (33,33%) a žádná vdova.



## DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o rizicích spojených s vyšším věkem.

Práci můžeme také porovnat s prací absolventky Masarykovy univerzity v Brně v roce 2009, Alenou Kvasničkovou, která se zabývala těhotenstvím a porodem prvního dítěte ve vyšším věku ženy. Průzkumné šetření realizovala na několika místech, první z nich byla MŠ Vážka na Rybnické ulici, gynekologická ambulance MUDr. Jiřího Táborského v Brně, v Mateřském centru sedmikráska v Brně, v kurzu pro matky a dětí paní Jarmily Kovaříkové, mezi studentkami LF - MU a v okruhu vhodných maminek ve svém okolí. Dotazník byl zcela anonymní a byl rozdán 140 respondentkám a obsahoval 30 položek. Respondetky rozdělila do dvou skupin. Skupina A obsahovala 70 dotazníků, které byly určeny respondentkám, které porodily své první dítě do 30 let svého života, skupina B obsahovala 70 dotazníků, které byly určeny respondentkám, které porodily své první dítě po 30 roku svého života. O možných komplikacích vyskytujících se během těhotenství a porodu ve vyšším věku vědělo až o 28 % respondentek více, které porodily nad 30 let svého života, než kategorie mladších respondentek.

V naší práci jsme rozdělili respondentky dle věkových kategorií do věku 34 let a respondentky ve věku 35 let a více.

Žen do 34 let bylo celkem 86 (84,31 %) a žen ve věku 35 let a více let bylo pouhých 16 (15,69 %).

Naše práce odhalila, že ženy, kterým je do 34 let si myslí, že jsou více informovány o rizicích spojených s vyšším věkem, než ženy 35 let a starší. Což je docela překvapující informace.

Celkem jsme rozdali 110 dotazníků v prenatálních ambulancích v ÚPMD a ve FN Motol. Návratnost dotazníků byla 102 (92,72 %).

První průzkumný cíl zněl, zjistit, zda jsou ženy informovány o rizicích spojených s vyšším věkem? Tuto otázku jsme rozdělili na ženy do 34 let a ženy 35 let a více. Vyplývá to z grafu č. 16. Ženy do 34 let odpovídaly následovně. 42 žen (48,84 %) si myslí, že má dostatek informací, 37 žen (43,02 %) do 34 let si myslí, že má málo informací a 7 žen (8,14 %) do 34 let o rizicích spojených s vyšším věkem nic neví. Ženy ve věku 35 let a více odpovídaly tak, že 11 žen (68,75 %) si myslí, že má dostatek informací, 5 žen (31,25 %) ve věku 35 let a více si myslí, že má málo informací a žádná žena nezvolila variantu, že o rizicích nic neví. Ze zjištěných údajů nás velice překvapil velký počet respondentek ve věku do 34 let, které převážně volily variantu, že mají dostatek informací. Ale také musíme hledět na to, že žen do 34 let bylo 86 (84,31 %) a žen 35 let a více pouhých 16 (15,65 %).

S tímto průzkumným cílem souvisí i následující průzkumný cíl, který zní, do jaké míry jsou ženy informovány o rizicích spojených s vyšším věkem?

Následný průzkumný cíl pojednává o tom, z jakých nejčastějších důvodů si ženy pořizují děti ve vyšším věku? Z grafu č. 8 vyplývá, že 44 respondentek (43,14 %) si myslí, že nejvíce si ženy ve vyšším věku pořizují děti z důvodu zaměstnání a kariéry. 23 žen (22,55 %) si myslí, že si ženy ve vyšším věku pořizují děti z důvodu ekonomické situace. 22 žen (21,57 %) zvolilo variantu z důvodu nevhodného partnera a 13 žen (12,75 %) je přesvědčeno, že si ženy ve vyšším věku pořizují děti ze zdravotních problémů. Ženy jsme také kategorizovali do znalostních skupin, ženy s vyšším vzděláním, do které jsme zahrnuli vzdělání vysokoškolské a středoškolské vzdělání s maturitou a ženy s nižším vzděláním, do které jsme zahrnuli ženy se základním vzděláním a se vzděláním středoškolským bez maturity. To je zobrazeno v grafu č. 17. Ženy s vyšším vzděláním nejvíce zvolily variantu z důvodu zaměstnání a kariéry a to celkem 32 žen (43,84 %). Na variantu z důvodů ekonomické odpovědělo 18 žen (24,66 %) s vyšším vzděláním. 15 žen (20,54 %) zvolilo variantu z důvodu nevhodného partnera a 8 žen (10,96 %) odpovědělo z důvodů zdravotních problémů. Ženy s nižším vzděláním odpovídaly tak, že nejvíce také volily variantu, že si ženy nejvíce pořizují děti ve vyšším věku z důvodu zaměstnání a kariéry a to 12 žen (41,38 %). 7 žen (24,14 %) odpovědělo variantu z důvodu nevhodného partnera. 5 žen (17,24 %) zvolilo variantu z důvodu ekonomického

a také 5 žen (17,24 %) zvolilo variantu z důvodů zdravotních problémů. Ženy s vyšším vzděláním nejvíce volily variantu z důvodu zaměstnání a kariéry a to 32 žen (43,84 %) a ženy s vyšším vzděláním měly stejný názor a to 12 žen (41,38 %).

Jelikož v dnešní době velice stoupla nezaměstnanost a spousta lidí nemůže najít práci, tak si myslíme, že se to výrazně odrazilo na tom, že si páry děti nechtějí pořizovat, protože by se o ně nemohly z ekonomického důvodu postarat. Proto se snaží si práci co nejdéle udržet a tudíž odkládají mateřství na pozdější dobu.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda se ženy informují o svém těhotenství a porodu? Z grafu č. 9 lze vyčíst, že 72 gravidních žen (70,59 %) si myslí, že jsou zcela informovány o svém průběhu těhotenství a porodu. 22 žen (21,57 %) si myslí, že jsou o svém průběhu těhotenství a porodu informovány jen z části a 8 gravidních žen (7,84 %), že si myslí, že informovány nejsou. Je pozitivní, že všechny ženy volily variantu a) že si myslí, že jsou zcela informovány o průběhu těhotenství a porodu, neboť je důležité, aby se informovaly, jelikož se může předejít spoustě komplikací.

Z grafu č. 14 jsme se dozvěděli, že variantu, myslím si, že mám dostatek informací, odpovědělo 51 žen (69,86 %) s vyšším vzděláním a jen 4 ženy (13,79 %) s nižším vzděláním. Málo informací o rizicích spojených s vyšším věkem si myslí, že má 20 žen (27,40 %) s vyšším vzděláním a 21 žen (72,41 %) s nižším vzděláním. Na poslední variantu, nic o tom nevím nám zodpověděly 2 ženy (2,74 %) s vyšším vzděláním a 4 ženy (13,79 %) s nižším vzděláním. Průzkumná otázka se potrdila, jelikož nejvíce informací o rizicích spojených s vyšším věkem si myslí, že mají ženy s vyšším vzděláním a to 51 žen, což tvoří 69,86 %. Hodně překvapující číslo je však u žen s nižším vzděláním, potrdily se pouze 3 ženy s nižším vzděláním (13,79 %), které si myslí, že mají dostatek informací o rizicích.

Z grafu č. 15 jsme porovnávali ženy do 34 let a ženy 35 let a více, zda si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese zdravotní rizika. 70 žen (81,39 %) do 34 let odpovědělo, ano, že si myslí že vyšší věk matky s sebou nese zdravotní

rizika. 12 žen (75,00 % %) do 34 let odpovělo, že neví a 4 ženy (4,65 %) si myslí, že vyšší věk matky s sebou žádná zdravotní rizika nese. 12 žen (13,95 %) ve věku 35 let a více si myslí, že vyšší věk matky s sebou nese zdravotní rizika, 4 ženy (25,00 %) nevědí, zda s sebou nese rizika a žádná žena ve věku 35 let a více nezvolila variantu, že vyšší věk s sebou nese zdravotní rizika. Velký počet žen do 34 let odpovědělo, že si myslí, že vyšší věk s sebou nese rizika, což je velice dobře. Ženy 35 let a více také nejvíce volily variantu, že si myslí, že vyšší věk s sebou nese rizika a to 12 žen (75,00 %).

Z grafu č. 10 vyplývá, že se 37 žen (38,94 %) o průběhu jejich těhotenství a porodu nejvíce informuje z internetu. 22 žen (23,15 %) se informuje z odborné literatury. 15 žen (15,79 %) získává informace pomocí svého praktického gynekologa. 10 žen (10,53 %) své informace získalo od svých známých, 7 žen (7,37 %) se dozvědělo informace o těhotenství a porodu na kurzu pro těhotné a pouze 4 ženy (4,21 %) získalo své poznatky od porodní asistentky. Tato průzkumná otázka se nám potvrdila, jelikož nejvíce žen se opravdu informuje z internetu a to 37 žen, což tvoří 38,94 %.

V grafu č. 18 jsme porovnávali svobodné ženy, vdané, rozvedené a ovdovělé, v jakém časovém intervalu plánují děti. Svobodné ženy odpovídaly tak, že 4 ženy (17,39 %) plánovaly dítě méně jak 6 měsíců, 4 ženy (17,39 %) plánovaly dítě od 6 měsíců do 1 roku před početím. 5 žen (21,74 %) plánovaly dítě více jak 1 rok a 10 svobodných žen (43,48 %) dítě neplánovalo. Vdané ženy odpovídaly tak, že 24 žen (39,34 %) zvolilo variantu, že dítě plánovaly méně jak 6 měsíců. 8 vdaných žen (13,11 %) odpovědělo, že dítě plánovaly od 6 měsíců do 1 roku před početím, 16 vdaných žen (26,23 %) plánovaly dítě více jak 1 rok a 13 vdaných žen (21,31 %) dítě neplánovalo. Rozvedené ženy nejvíce zvolily variantu, že dítě neplánovaly a to 6 žen (33,33 %), stejným počtem 6 (33,33 %) odpovídaly na variantu, že dítě plánovaly 6 měsíců a 1 rok před početím, 4 rozvedené ženy (22,22 %) zvolily variantu, že plánovaly dítě méně jak 6 měsíců a pouze 2 rozvedené ženy (11,11 %) odpověděly, že plánovaly dítě více jak 1 rok.

Celkem bylo 23 svobodných žen, 61 vdaných žen a 18 žen rozvedených a žádná žena nebyla vdova. Překvapil nás velký počet vdaných žen a to 13 (21,31 %), které zvolily variantu, že dítě neplánovaly.

Vzhledem k malému počtu respondentů, zvláště po rozdělení do kategorií, naše závěry nelze zcela zobecňovat, ale přesto bychom rádi předložili některá doporučení.

#### **Doporučení pro porodní asistentky:**

- zaměřit se na primární péči a zdravotní výchovu,
- informovat ženy, které plánují těhotenství ve vyšším věku, aby dbaly pokynů svých gynekologů a čerpaly nejvíce informace od lékaře a porodních asistentek nikoli z internetu,
- informovat ženy o důležitosti pravidelných gynekologických prohlídek.

#### **Doporučení pro veřejnost:**

- je velmi důležité chodit na pravidelné gynekologické prohlídky, aby se předešlo následným komplikacím,
- diskutovat o svých zdravotních problémech se svým gynekologem nikoli hledat odpovědi na internetu,
- mít zájem o svůj celkový zdravotní stav,
- informovat se z odborné literatury,
- uvědomit si, že vyšší věk matky s sebou může přinést určitá rizika, jak pro matku, tak pro plod, proto nevyčkávat a plánovat rodičovství co nejdříve.

#### **Doporučení pro těhotné ženy:**

- od počátku těhotenství navštěvovat pravidelně své gynekology,
- průběžně se informovat o svém těhotenství a porodu,
- dbát pokynů svého gynekologa, pečlivě dodržovat termíny pro pravidelný screening,
- při obtížích ihned informovat svého gynekologa,

- čerpat informace o těhotenství a porodu prioritně od svého gynekologa nebo porodní asistentky.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry jsou ženy informované o rizicích spojených s vyšším věkem matky. Záměrně jsme zvolili toto téma, jelikož se v dnešní době setkáváme se stále staršími rodičkami.

V naší práci jsme zjistili zajímavé údaje. Z našich výsledků vyplynulo, že vdané ženy plánují těhotenství méně v porovnání s ženami svobodnými. Nejvíce ženy své poznatky o těhotenství a porodu čerpají z internetu a to není dobře, jelikož se nemusí vždy dozvědět pravdivé informace.

Ženy s vyšším vzděláním přistupují k této problematice odpovědněji, než ženy s nižším vzděláním.

Ženy by si měly lépe uvědomovat, že vyšší věk matky s sebou může přinést určitá rizika a měly by dříve plánovat rodičovství a nevyčkávat na pozdější dobu.

Ke zlepšení situace by prospělo, kdyby ženy čerpaly své informace o těhotenství a porodu nejvíce od svého gynekologa nebo porodní asistentky a dbaly jejich pokynů.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BIERMANN, CH., RABEN, R. 2006. *Maminkou ve čtyřiceti?*  
Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7239-039-2.
2. ČECH, E. aj. 2006. *Porodnictví. 2, přepracované a doplněné vydání.* Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
3. GREGOROVÁ, R. 2010. *Plodnost s věkem klesá* [online]. Strakonice : gynekologicko - porodnické oddělení, 2010. [cit. 2012-08-10]. Dostupný z WWW. <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a1632-Plodnost-v-zavislosti-na-veku.aspx>>.
4. HÁJEK, Z., a kol. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství.* Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
5. KLIMEŠ, J. 2005. *Partneři a rozchody.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-045-3.
6. KVASNIČKOVÁ, A. 2009. *Těhotenství a porod prvního dítěte ve Vyšším věku ženy.* Brno, 2009. 161 s. +CD. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita.
7. MACKŮ, F., MACKŮ, J. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem.* Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
8. MATĚJČEK, Z. 2005. *Výbor z díla.* Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
9. MOTLÍK, K., ŽIVNÝ, J. 2001. *Patologie v ženském lékařství.* Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-460-6.
10. MOŽNÝ, I. 2008. *Rodina a společnost.* Praha : Sociologické nakladatelství (SLON), 2008. ISBN 978-80-86429-87-8.
11. NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací.* Plzeň : Maurea, 2011. ISBN 978-80-902876-8-6.



12. PLAŇAVA, I. 2000. *Manželství a rodiny*. Brno : Doplněk, 2000. ISBN 80-7239-039-2.
13. PLECITÝ, V. 2007. *Zákon o rodině*. Praha : Euronion, 2007. ISBN 978-80-7317-063-9.
14. REPKOVÁ, A., a kolektiv 2006. *Gynekologické ošetrovatelstvo*. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-236-7.
15. ŘÍČAN, P. 2004. *Cesta životem*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
16. SEDLÁČEK, I., SEDLÁČEK, T. 2002. *Jak zvládnout práci i rodinu*. Praha : Computer Press, 2002. ISBN 80-7226-598-9.
17. SELIKOWITZ, M. 2005. *Downův syndrom*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
18. SLÁMA, J. 2010. *Nepravidelná menstruace* [online]. Praha : Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK. 11. 10. 2010, č. 17 [cit. 2012-02-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/nepravidelna-menstruace-454960>>.
19. SOBOTKOVÁ, I. 2007. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
20. 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.
21. ŠVOLBOVÁ, M. 2010. *Prenatální diagnostika*. 11. 3. 2010, č. 3 [cit. 2012-02-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prenatalni-diagnostika-450457>>.
22. TREWINNARD, K. 2006. *Jak přirozeně otěhotnět*. Brno : Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0764-7.

Seznam literatury byl zpracován podle ISBN 978-80-902876-8-6.

# **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A - Dotazník

Příloha B - Schválení pracoviště o provedení bakalářské práce v ÚPMD

Příloha C – Schválení pracoviště o provedení bakalářské práce v FN Motol

## Příloha A

**Milé maminky,**

Jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze, oboru porodní asistentka.

Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění mého dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a je součástí mé bakalářské práce na téma: „Míra informovanosti gravidních žen o rizicích spojených s věkem.“

Předem Vám děkuji za ochotnou spolupráci.

Jana Mokráčková

1. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 34
- d) 35 a více

2. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vysokoškolské

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Vdova

4. Vaše první dítě se narodí nebo narodilo?

- a) Do 25 let

- b) Od 26 - 30 let
- c) Od 31 – 34 let
- d) Nad 35 let

5. Bylo Vaše těhotenství?

- a) Plánované méně jak 6 měsíců
- b) Plánované od 6 měsíců – 1 rok před početím
- c) Plánované více jak 1 rok
- d) Neplánované

6. Myslíte si, že vyšší věk matky s sebou nese různá zdravotní rizika?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7. O možných komplikacích, které se mohou vyskytnout během těhotenství a porodu u matky s vyšším věkem?

- a) Myslím si, že mám dostatek informací
- b) Myslím si, že mám málo informací
- c) Nic o tom nevím

8. Z jakých důvodu si myslíte, že si ženy pořízují děti ve vyšším věku?

- a) Z důvodu ekonomického
- b) Z důvodu zaměstnání a kariéry
- c) Z důvodu zdravotních problémů
- d) Z důvodu nevhodného partnera

9. Jste v současné době informována o průběhu těhotenství a porodu?

- a) Ano, myslím si, že jsem zcela informovaná
- b) Ano, ale myslím si, že jsem informovaná jen z části
- c) Ne, nejsem informovaná

**Tuto otázku vyplní ženy, které v následující otázce číslo 9. Odpověděly variantu a) nebo variantu b)**

10. Své informace o těhotenství a porodu jsem získala?

- a) Z internetu
- b) Z odborné literatury
- c) Od známých
- d) Od svého gynekologa
- e) Z kurzu pro těhotné
- f) Od porodní asistentky

11. Zúčastnila jste se nebo se chcete zúčastnit kurzu pro těhotné?

- a) Ano, chci se zúčastnit
- b) Už jsem se zúčastnila v předchozím těhotenství
- c) Ne, nechci se zúčastnit

12. Podstoupila jste v těhotenství nějaké speciální odběry pro odhalení vrozených vývojových vad (VVV), (např. odběr plodové vody, Downův syndrom)?

- a) Ano, podstoupila jsem z důvodu mého vyššího věku
- b) Ano, podstoupila jsem, na doporučení mého gynekologa
- c) Ne, nepodstoupila
- d) Nevím

13. Chodíte v těhotenství na pravidelné gynekologické prohlídky?

- a) Ano, chodím pravidelně
- b) Ano chodím, ale jen zřídka
- c) Ne, nechodím

## Příloha B

Ústav pro péči o matku a dítě  
Podolské nábřeží 157  
147 00  
Praha 4 - Podolí

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PRŮZKUMU

Vážená paní hlavní sestra,  
jmenuji se Jana Mokráčková a jsem studentkou 3. Ročníku na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s.  
v Praze, oboru porodní asistentka.

Chtěla bych Vás touto cestou požádat o souhlas s provedením průzkumu. Jedná se o dotazník,  
který je zcela anonymní a který bude použit jako praktická část mé bakalářské práce.  
Mé téma zní: „Informovanost těhotných žen o rizicích spojených s věkem.“

Vypracovaný dotazník přikládám k této žádosti. Budete-li chtít podat jakékoliv informace,  
ráda Vám je sdělím.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a doufám v kladné vyřízení.

Jana Mokráčková  
Veltruby 121  
280 02


Tel: 722 949 411

e.mail: Mokrackova.Janicka@seznam.cz

 SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

V Praze dne

*26/1 2012*

  
GABRIELA KALOŮSKOVÁ

podpis

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ  
Podolské nábřeží 157  
PSČ 147 00 PRAHA 4 - PODOLÍ

## Příloha C

Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PRŮZKUMU

Vážená paní hlavní sestro,

Jmenuji se Jana Mokráčková a jsem studentkou 3. Ročníku na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. v Praze, oboru porodní asistentka.

Chtěla bych Vás touto cestou požádat o souhlas s provedením průzkumu. Jedná se o dotazník, který je zcela anonymní a který bude použit jako praktická část mé bakalářské práce.

Mé téma zní: „Informovanost těhotných žen o rizicích spojených s vyšším věkem.“

Vypracovaný dotazník přikládám k této žádosti. Budete –li chtít podat jakékoliv informace, ráda Vám je sdělím.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a doufám v kladné vyřízení.

Jana Mokráčková  
Veltruby 121  
P280 02  
Tel: 722 949 411  
e.mail: Mokrackova.Janicka@seznam.cz

### SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

V Praze dne

21.1.2012

*Souhlasím!*

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE	
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84	
Městský úřad Praha 5, Městský úřad Praha 5	
Jednotlivci pro veřejnou správu	
Bc. Libuše Němáčková	
hlavní sestra	
035708	

*[Handwritten signature]*

podpis