

# **Příčiny vedoucí k současnému trendu odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku.**

Marie Holbová

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie Holbová**  
Osobní číslo: **H14101**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Příčiny vedoucí k současnému trendu odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury a zmapování současné problematiky.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek se zaměřením na problematiku odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku.**

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace dotazníkového šetření.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ANDERSON, Barbara A. a Susan E. STONE. *Best practices in midwifery: using the evidence to implement change*. New York, N.Y.: Springer Publishing Company, c2013. ISBN 978-0-8261-0885-2.

FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-403-6.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

PARÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

RASTISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí; psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

Vedoucí bakalářské práce:

prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.

Ústav zdravotnických věd


Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengdlová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejména § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo - bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.3.2017

Kolbasa Marek

<sup>1)</sup> Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Změny některých autorských právech

<sup>2)</sup> Zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3

<sup>3)</sup> Zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 odst. 1



## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku. Práce je rozdělena do dvou částí- teoretické a praktické.

V teoretické části je obsaženo fyziologické těhotenství, délka jeho trvání, diagnostika těhotenství a fyziologické změny, kterými ženy v průběhu těhotenství prochází. Dále se práce věnuje reprodukčnímu stárnutí ženy, fertilitou v závislosti na věku a rizikovými faktory spojenými s těhotenstvím v pozdějším věku. Pozornost je věnována plánovanému rodičovství, do kterého patří antikoncepce, druhy antikoncepce a rizika spojená s užíváním. Další kapitolou je příprava na těhotenství. Práce se také zabývá otázkou socioekonomických a politických změn po roku 1989, které jsou příčinou současného trendu odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku.

Cílem praktické části práce je zjistit hlavní příčiny, které vedou ženy k odkladu jejich prvního těhotenství na pozdější dobu. Výsledky výzkumu jsou zaznamenány v tabulkách a grafech.

Klíčová slova: těhotenství, rizikové faktory, rodičovství, fertilita, věk

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with the issue of delaying the first pregnancy until later age. The thesis is divided into two parts - theoretical part and practical one. The theoretical part is divided into the physiological pregnancy, the length of pregnancy, the diagnosis of pregnancy and further physiological changes. Next part of the thesis is dedicated to the reproductive aging of women, fertility depending on the age and risk factors associated with pregnancy at advance age. The thesis focuses on family planning, which includes contraception, types of contraception and the risks associated with it. The next chapter is the planned pregnancy and preparing for the pregnancy. The influence of socio-economic and political changes after 1989 are discussed. The aim of the practical part of the thesis is to find out the causes that lead women to delay their first pregnancy to later time. The results of the research are recorded in tables and graphs.

Keywords: pregnancy, risk factors, parenting, fertility, age

*Poděkování:*

Ráda bych poděkovala především panu profesoru Kudelovi za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho trpělivost, cenné rady a připomínky. Samozřejmě velké díky patří všem maminkám, které byly ochotny a podílely se na mém dotazníkovém šetření.

Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi byla vždy velkou oporou v průběhu celého mého studia.

*Motto:*

*„ Může být něco krásnějšího než dělat to, co máte rádi a vědět, že to má význam? “*

Katharine Graham

*Prohlášení:*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne.....

.....



## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 TRVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ .....	12
<b>2 DIAGNOSTIKA TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>13</b>
2.1 NEJISTÉ ZNÁMKY TĚHOTENSTVÍ.....	13
2.2 PRAVDĚPODOBNE ZNÁMKY TĚHOTENSTVÍ.....	13
2.3 JISTÉ ZNÁMKY TĚHOTENSTVÍ .....	13
<b>3 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ .....</b>	<b>14</b>
3.1 ZMĚNY RODIDEL A PRSNÍ ŽLÁZY .....	14
3.2 KARDIOVASKULÁRNÍ SYSTÉM.....	14
3.3 ZMĚNY V KREVNÍM TLAKU .....	15
3.4 ZMĚNY V RESPIRAČNÍM SYSTÉMU .....	15
3.5 ZMĚNY V UROPOETICKÉM SYSTÉMU.....	15
3.6 ZMĚNY NA VÁZE TĚHOTNÝCH ŽEN .....	16
3.7 ENDOKRINOLOGIE TĚHOTENSTVÍ .....	16
3.8 ENDOKRINNÍ REGULACE PORODU A LAKTACE .....	16
<b>4 REPRODUKČNÍ STÁRNUTÍ.....</b>	<b>18</b>
4.1 MENSTRUAČNÍ CYKLUS .....	18
<b>5 FERTILITA .....</b>	<b>19</b>
5.1 FERTILITA V ZÁVISLOSTI NA VĚKU ŽENY .....	19
5.2 POKLES FERTILITY V ZÁVISLOSTI NA VYŠŠÍM VĚKU ŽENY.....	19
5.3 RIZIKOVÝ FAKTOR- VĚK MATKY .....	21
<b>6 RIZIKA SPOJENÁ S TĚHOTENSTVÍM V POZDĚJŠÍM VĚKU .....</b>	<b>22</b>
6.1 MATEŘSTVÍ V POZDĚJŠÍM VĚKU .....	22
6.2 TĚHOTENSTVÍ A ŽIVOTNÍ PLÁNY.....	22
6.2.1 Zkušenost mladé ženy.....	23
6.2.2 Nebezpečí snížené plodnosti s rostoucím věkem .....	23
6.2.3 Rizika pro dítě .....	24
<b>7 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ.....</b>	<b>25</b>
7.1 ANTIKONCEPCE.....	25
7.1.1 Význam antikoncepce.....	25
7.1.2 Antikoncepční metody.....	26
7.1.3 Rizika hormonální antikoncepce .....	27
7.2 PŘÍPRAVA NA TĚHOTENSTVÍ.....	28
7.3 PŘÍPRAVA ŽENY S DIABETEM NA TĚHOTENSTVÍ.....	28
7.3.1 Diabetes mellitus .....	28
7.3.2 Gestační diabetes mellitus- GDM .....	29
7.3.3 Komplikace DM a rizika pro plod.....	29
7.3.4 Prekoncepční péče .....	30
7.3.5 Diabetologická péče v graviditě .....	30



<b>8</b>	<b>SOCIOEKONOMICKÉ A POLITICKÉ ZMĚNY PO ROKU 1989 A DOPADY NA PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ.....</b>	<b>31</b>
8.1	RODINA A REPRODUKCE VERSUS ZAMĚSTNÁNÍ .....	32
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>35</b>
9.1	CÍLE PRÁCE.....	35
9.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU .....	35
9.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU .....	35
<b>10</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>36</b>
<b>11</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>74</b>
11.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY .....	74
11.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	75
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

Odkládání prvního těhotenství je v současné době velmi diskutované téma. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala právě toto téma, protože je stále aktuálnější. Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit příčinu, která vede k odkladu těhotenství na pozdější dobu. Prvorodičky kolem 20 roku života a prvorodičky kolem 30 roku života jsou srovnávány z hlediska rizik, která se mohou v těhotenství vyskytovat v souvislosti s pozdějším věkem. Je v těhotenství věk rizikovým faktorem nebo mají ženy po 30 roku stejné možnosti na otěhotnění jako ženy kolem 20 let? Roste s věkem riziko těhotenských komplikací jako těhotenský diabetes, vysoký krevní tlak, časté potracení, problémy s otěhotněním a další nebo je to pouze tlak společnosti na ženy, aby těhotenství neodkládaly? Odpovědi na tyto otázky jsou námětem mé práce.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

Graviditou označujeme stav ženy, který začíná oplozením oocyty spermií s následným vývojem nového jedince. Jako primigravidu označujeme ženu, která je poprvé těhotná. V dalším těhotenství mluvíme o secundi, terci, quartigravidě atd. (Čech et al., 2006, s. 43)

K úspěšné koncepci je podmínkou přítomnost ženské a mužské gamety, vajíčka a spermie, v prostředí funkčně a anatomicky způsobilých ženských orgánů. K fertilizaci neboli oplodnění dochází v ampulární části tuby. Životaschopnost vajíčka, které bylo uvolněno z prasklého Graafova folikulu, při ovulaci je poměrně krátká a zpravidla nepřesahuje 24 hodin. Životnost spermií, které se vlastním aktivním pohybem dostávají k vajíčku, je prakticky delší, i několik dní. K překonávání vzdálenosti od zadní klenby poševní do ampulárního ústí stačí zdatnějším spermiím obvykle kolem 5-10 min. Poté co dochází k proniknutí první spermie přes zonu pellucidu vajíčka, dochází k ztluštění povrchové membrány vajíčka, což následně zabrání proniknutí dalších spermií. Tento proces nazýváme impregnací. (Kudela, 2011, s. 127)

### 1.1 Trvání těhotenství

Přesné trvání těhotenství nelze ve všech případech přesně stanovit. Délka těhotenství se v porodnictví z praktických důvodů počítá od prvního dne poslední menstruace. Průměrná délka těhotenství je 280 dní, tj. 40 ukončených týdnů. Těhotenství se dělí do tří období, tzv. trimestrů. První trimestr trvá do 13. týdne, druhý do 26. a třetí trimestr do porodu plodu. Otázka délky těhotenství se nejvýznamnější v druhé polovině těhotenství, při přenášení nebo naopak při hrozícím předčasném porodu. Z praktického hlediska se proto v I. trimestru provádí rutinně u všech těhotných UZ vyšetření zaměřené na stanovení přesné délky gravidity. (Čech, 2007, s. 43)

## 2 DIAGNOSTIKA TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství v organismu ženy vyvolává řadu změn. Příznaky těhotenství dělíme na nejisté, pravděpodobné a jisté.

### 2.1 Nejisté známky těhotenství

Nejisté známky těhotenství jsou nespecifické příznaky, které se vyskytují i mimo graviditu. Patří sem zvýšená psychická labilita, neurovegetativní poruchy, únava, sklon k mdlobám, závratím, bolesti zubů. Objevují se často poruchy trávení, zvraty chutí, sklony k obstipacím, zvětšení prsou.

### 2.2 Pravděpodobné známky těhotenství

Pravděpodobné známky těhotenství jsou známky vyvolané graviditou. Těhotenství ještě neprokazují, neboť se mohou objevit i mimo graviditu. Patří sem *amenorrhoea*- vynechání menstruace. Mimo těhotenství se vyskytuje, v období laktace, v souvislosti s gynekologickými patologiemi, vývojovými anomáliemi a hormonálními poruchami. Dále sem patří *hyperpigmentace*- v oblasti prsních dvorců, na břicho v místech linea alba a na kůži zevního genitálu. *Změny na děloze a v pochvě*- známkami rané gravidity je zvětšování dělohy a její prosáknutí. Časté je i pálení žáhy, nevolnost, změny nálad, úbytek na váze nebo naopak přírůstek. (Pregnancy week by week, 2016, online)

### 2.3 Jisté známky těhotenství

Jistými známkami těhotenství jsou hmatné části plodu, pohyby a průkaz ozev plodu. Současné porodnictví však dokáže detekovat těhotenství podstatně dříve.

*Laboratorní těhotenské testy*- těhotenství stanovujeme za základě přítomnosti lidského choriogonadotropinu (hCG), v moči nebo v séru. Jedná se o těhotenský hormon produkováný buňkami trofoblastu. Pozitivitu testu můžeme zaznamenat již ve 4 týdnu těhotenství.

Další možností diagnostiky raného těhotenství je *ultrasonografické vyšetření*. Diagnózu těhotenství můžeme detekovat již od 5 týdne těhotenství. (Čech et al., 2006, s. 97 - 102)

### 3 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ

Každé těhotenství klade na ženu zvýšené nároky. Dochází ke změnám na všech orgánech. Po porodu většina těchto změn ustupuje. Pro graviditu je typický růst, větší roztažitelností a prosáknutím tkání, orgánů, především na zevních a vnitřních rodidel. Dochází také k retenci tekutiny v prostorech extracelulárních, mění se vzhled obličeje. Prosáknutí vazů a chrupavek způsobuje uvolnění pánevních spojů. Snižuje se napětí a dráždivost svaloviny nejen hladké svaloviny dělohy, ale také svaloviny uropoetického a zažívacího traktu. Při omezené roztažitelnosti kůže vznikají trhlinky- strie gravidarum, nejčastěji na břiše, stehnech a prsou. Vlivem hypofyzárních a placentárních hormonů vznikají gestační změny. (Kudela, 2011, s. 133)

#### 3.1 Změny rodidel a prsní žlázy

Změny, které probíhají na rodidlech gravidní ženy, umožňují růst plodového vejce, porod, šestinedělí a laktaci. Změny na rodidlech považujeme za adaptaci na nové úkoly. Dochází nejen k roztažitelnosti, hypertrofii, překrvení, ale i dalším fyzikálně chemickým změnám. V graviditě je vulva více pigmentovaná a prosáklejší. Ještě výraznější změny popisujeme na vagině, kdy dochází k výraznému prokrvení a stáze v žilních pleteních, proto se někdy mohou na vulvě vytvořit varixy. Netěhotná děloha má hmotnost 50g, kolem porodu až kolem 1000g. Vaječníky jsou prosáklé a dobře prokrvené. Na prsní žláze, dochází ke zmnožení jak alveolů, tak mlékovodů a v intersticiu se ukládá tuk. Dochází ke zvýšené pigmentaci dvorců, prsy i bradavky se zvětšují. Podpurný i závěsný aparát dělohy je prokrvený a prosáklý. (Kudela, 2011, s. 133)

#### 3.2 Kardiovaskulární systém

Srdce a krevní oběh gravidní ženy převážně ovlivňují hemodynamická a mechanická faktory. Děloha je zvětšená a překrvená, roste objem plodu a ostatních částí plodového vejce, zvyšuje se přírůstek na váze gravidní ženy, rozšiřuje se periferní oběh. Změna polohy srdce je způsobena vysokým stavem bránice. Zvyšuje se odpor v plicním řečišti a je více zatíženo pravé srdce. O uteroplacentární oběh se zvětší celé cévní řečiště. V dolních končetinách se zpomalí krevní návrat, mohou se tvořit otoky a varixy. Zvyšuje se nitrobršniční a nitrohruční tlak a celkový objem krve. Minutový srdeční objem se zvyšuje ze 4,5 l u netěhotné ženy na 6 l, což je až o jednu třetinu. K největšímu zatížení srdce dochází kolem 20. -33. týdne. Minutový objem postupně klesá po 32. týdnu. (Kudela, 2011, s. 134)

### 3.3 Změny v krevním tlaku

Systolický arteriální tlak je nižší na začátku gravidity než v době před těhotenstvím, ke konci gravidity však stoupá. Periferní odpor klesá, protože dochází k rozšíření cév a cévního řečiště. Ke konci těhotenství však periferní odpor dosahuje normálních hodnot. Mnohé změny v těhotenství, které mohou nastat, se dají vysvětlit právě zvýšeným množstvím cirkulující krve, stoupaním minutového objemu, zmenšením periferního odporu a viskozitou krve, která je snížena. (Kudela, 2011, s. 134)

Venostáza je zodpovědná za vznik varixů dolních končetin, vulvy a hemeroidů. Příčina otoků dolních končetin má i původ ve zvýšeném venózním tlaku, jedná se o tzv. ortostatické edémy.

Bránicí je srdce vytlačeno nahoru, otočeno doleva a dopředu. Centrálním a cílovým orgánem zvýšené cirkulace v těhotenství je děloha. V termínu porodu je průtok krve dělohou 700-800 ml/min. Objem krve plazmy u zdravých těhotných je v průběhu těhotenství zvýšen. Objem erytrocytů se zvyšuje buď nepatrně, nebo vůbec. Následkem vzestupu plazmatického objemu, klesá koncentrace červených krvinek i hemoglobinu. Okolo 34. týdne je plazmatický objem nejvyšší, to bývá příčinou těhotenské anémie. Dolní fyziologická hranice erytrocytů je  $3,5 \times 10$  na  $12/l$ . Hemoglobin a hematokrit rovněž klesají. Těhotenství vyžaduje zvýšený přísun železa. Zvýšený je počet leukocytů v těhotenství. (Kudela, 2011, s. 134)

### 3.4 Změny v respiračním systému

Množství vzduchu, který je vdechován v těhotenství, značně stoupá a to o 40%. Je to způsobeno hlavně zvýšením respiračního objemu při malém zvýšení dechové frekvence. U těhotných žen se ventilace zvyšuje tím, že dýchají hlouběji, nikoli rychleji. Jedná se o brániční dýchání. Na začátku gravidity spotřeba kyslíku stoupá jen mírně ale od 27. týdne se zvyšuje více a až do porodu zůstává na velmi vysoké úrovni. Dochází k hyperventilaci, kyslíčnick uhlíčitý je zvýšeně uvolňován. (Kudela, 2011, s. 135), (Binder a kol., 2011, s. 27)

### 3.5 Změny v uropoetickém systému

Průtok krve ledvinami prudce stoupá již od začátku těhotenství. V průběhu I. trimestru se jedná o vzestup hodnot o 400 ml/min, v porovnání se ženami netěhotnými. Ve III. trimestru perfuze klesá, kdy ke konci činí jen 100 ml/min, ve srovnání s netěhotnými ženami.



Glomerulární filtrace se v těhotenství zvyšuje a zůstává zvýšená po celou dobu těhotenství. Glykosurie bývá v těhotenství relativně častá, jedná se o jev, který nás může upozornit na latentní diabetes, ale může se jednat jen o neškodnou postprandiální glykosurii. Vliv některých těhotenských hormonů, například progesteronu, může způsobovat hypotonii, sníženou peristaltiku a mírnou dilataci ureterů, tzv. fyziologickou hydronefrózu těhotných. V průběhu gravidity se mění i frekvence mikce. Zvyšuje se již od začátku gravidity, vlivem rostoucí dělohy a překrvením oblasti pánve. (Kudela, 2011, s. 135)

### **3.6 Změny na váze těhotných žen**

V těhotenství je fyziologický přírůstek na váze okolo 12-13 kg. Na druhou polovinu těhotenství připadá 8 kg. Nejvíce stoupá váha těhotné koncem gravidity, kdy týdenní váhový přírůstek je okolo 500g. Na změně váhy těhotné a přírůstku na váze se podílí plodové vejce, které tvoří plod, amniální tekutina a placenta a změny na těle matky. Průměrná hmotnost placenty na konci těhotenství je 650g. Rovněž retence vody u těhotné ženy, je jedna z příčin váhového přírůstku. (Kudela, 2011, s. 137)

### **3.7 Endokrinologie těhotenství**

V těhotenství je endokrinologický systém tvořen třemi, navzájem spojenými autoimunními částmi. Endokrinní systém matky, plodu a placenty. Placenta a plod tvoří tzv. fetoplacentární jednotku. Proteohormony se tvoří v placentě. Jedná se o hCG - lidský choriový gonadotropin, HPL- lidský placentární laktogen a HCT- lidský choriový thyreotropin. (Kudela, 2011, s. 137), (Binder a kol., 2011, s. 28).

Nejvýznamnější těhotenský proteohormon je hCG, stimuluje funkci těhotenského žlutého tělíska. Využívá se ho k detekci těhotenství. V prvních dnech a dále týdnech gravidity se hladina hCG zvyšuje až o dvojnásobek každý druhý až třetí den. (Kudela, 2011, s. 138)

### **3.8 Endokrinní regulace porodu a laktace**

Steroidní hormony, oxytocin a prostaglandiny se uplatňují v regulaci porodní činnosti. Estrogeny stimulují vznik oxytocinových receptorů v myometriu. Prsní žlázy na laktaci připravují placentární steroidy spolu s prolaktinem a pravděpodobně i s HPL. K poklesu hladin estrogenů a progesteronu dochází v okamžiku období po porodu. Galaktopoéza je dále udržována sacím reflexem, který vede k výdeji oxytocinu z neurohypofýzy. Oxytocin se dostává krevní cestou do prsu, dochází ke kontrakci hladké svaloviny, tímto dochází ke

zvýšení tlaku v alveolách, mlékovodech a sinu lactiferi a tím dochází k ejekci mléka. Udržováním sacího reflexu kojence dochází k produkci prolaktinu a ten udržuje tvorbu mléka. (Kudela, 2011, s. 140)

## 4 REPRODUKČNÍ STÁRNUTÍ

Plodnost ženy s přibývajícím věkem klesá. Významným faktorem pro koncepci je věk ženy. U mužů spermatogeneze probíhá, i když také s určitým omezením, až do vysokého věku. Vznik a vývoj ženských pohlavních buněk je podřízen zcela jiným, přísnějším pravidlům. Při narození, každý vaječník ženy obsahuje 266 000- 472 000 folikulů, při nástupu menarche je pouze cca 500 000 folikulů a jejich další deplece pokračuje rychlostí asi 1000 folikulů za měsíc. V reprodukčním období ženy jen asi 400 folikulů dosáhnou plné zralosti a ovulace. V čase, kdy klesne počet folikulů pod 100, nastupuje menopauza. (Mardešič at al, 2013, s. 13)

### 4.1 Menstruační cyklus

Během reprodukčního věku ženy je menstruační cyklus charakterizován pravidelnou ovulací. Je rozdělen do dvou fází: folikulární a luteální, regulován hormony. Hormony zasahující do menstruačního cyklu jsou gonadotropiny - folikulostimulační a luteinizační hormon, dále progesteron a estrogen. Gonadotropiny jsou uvolňovány z adenohipofýzy progesteron s estrogeny z ovaria. (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 20)

Folikulostimulační hormon je nezbytný pro růst folikulů. Nejvyšší hladina je v průběhu prvního týdne folikulární fáze. Luteinizační hormon je potřebný pro růst předovulačních folikulů, pro ovulaci dominantního folikulu a luteinizaci. Luteinizační hormon a folikulostimulující hormon ovlivňují sekreci estrogenu a progestinu. Estrogeny jsou důležité pro dozrání Graafova folikulu a progesteron udržuje těhotenství. (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 20 – 22)

## 5 FERTILITA

„ *Schopnost rozmnožování a rozhodnutí stát se matkou se složitým způsobem promítá do života současné ženy.* “ (Roztočil a kol, 2008, s. 359)

### 5.1 Fertilita v závislosti na věku ženy

Věk ženy plánující graviditu je z biologického i genetického hlediska optimální kolem 20 roku života. Ženy před 20. rokem života jsou schopny otěhotnění, ale nejsou fyzicky a psychicky optimálně připraveny na období těhotenství, porodu a šestinedělí. Těhotenství u žen starších 35 let je často provázeno řadou komplikací jako vysokým krevním tlakem, rizikem samovolných potratů, preeklamsií, metabolickými poruchami, poruchami při nitroděložním vývoji plodu. (Pařízek, 2006, s. 26)

S věkem ženy rostou rizika vrozených vývojových vad plodu. U žen po 35. roce života je riziko vzniku vrozených vad plodu 1,0%, po 40. roce 1,8%, po 45. roce až 6%. Ženám, které se rozhodnou mít děti až v pozdějším věku se mnohem častěji rodí děti s Downovým syndromem. Vzhledem k vývojovým vadám plodu nehraje otcův vyšší věk až tak důležitou roli jako vyšší věk matky. (Pařízek, 2006, s. 26)

Z výše uvedených důvodů jsou těhotné nad 35 let považovány za rizikové těhotné a rodičky a je jim věnována vyšší pozornost, jak v průběhu těhotenství, tak v průběhu porodu. (Pařízek, 2006, s. 26)

### 5.2 Pokles fertility v závislosti na vyšším věku ženy

V dnešní době je mnoho prvorodiček až okolo 40 roku života. Otázkou je optimální věk těhotné, vzhledem k fyzickému a psychickému zdraví ženy.

Dunson provedl výzkum u 728 evropských párů, kdy ženy vedly každodenně záznamy bazální teploty, frekvenci pohlavních styků a menstruačního krvácení. Rozdělil ženy do 4 skupin a sledoval pravděpodobnost otěhotnění v určitých dnech cyklu. Ženy, které měly 19-26 let a partery stejného věku, měly 50% úspěšnost na otěhotnění v cyklu, kdy měly pohlavní styk 2 dny před odhadovanou ovulací. U žen 27-34 let za stejných podmínek klesá úspěšnost na 40% a u žen 35-39 let je úspěšnost pod 30%. Plodnost žen klesá už od

konce 20 roku života ženy, i kdy z počátku velmi pomalu. Plodnost mužů klesá od konce 30 let. (Uzel, 2002)

U žen hrají z hlediska fertility důležitou roli psychické, fyziologické, sociální a jiné faktory. Dle Dunsona u žen mladších 35 let se obvykle nevyskytují problémy s otěhotněním. U starších žen se mohou vyskytnout problémy s děložními myomy či endometrióza. Problémy s otěhotněním mohou mít též ženy s výskytem předčasné menopauzy v rodinné anamnéze. Metody asistované reprodukce- in vitro fertilizace- mohou být u žen vyššího věku méně úspěšné. U žen po 30 věku života jsou vaječníky méně citlivé na hormonální stimulaci. Vliv věku ženy na kvalitu oocyty je velmi důležitý. U metod IVF ženy starší 30 let mají větší šanci na oplodnění s vajíčky dárkyně mladší třiceti let než s vajíčky vlastními. (Uzel, 2002)

Samovolným potratem končí každé 5 těhotenství. Nejčastější příčinou bývají chromozomální abnormality plodu a riziko vzniku těchto abnormalit je vázáno na stáří vajíčka. Například u žen starších 40. let je riziko trisomie 21. chromozomu - tedy Downova syndromu 1:84, oproti ženám kolem 20 let, kde je riziko 1:1465. (Uzel, 2002)

Po 35. roku života stoupá riziko mimoděložního těhotenství, preeklampsie, vysokého krevního tlaku, těhotenského diabetu. U žen starších 35 let je riziko těhotenského diabetu vyšší 2,6 krát než u žen mladších. S rostoucím věkem toto riziko dále stoupá. (Uzel, 2002)

Po 35. roku života stoupá riziko operativního porodu, akutního a plánovaného císařského řezu nebo komplikace spontánního porodu a jeho ukončení vakuumextrakcí nebo porodnickými kleštěmi. Stoupá výskyt mrtvorozených plodů, který souvisí s vyšším výskytem chromozomálních abnormalit plodu. Byl zaznamenán opožděný nitroděložní růst, preeklampsie a diabetes. (Uzel, 2002)

V knize Hlad po dítěti, Sylvia Anna Hewlettová uvádí, že mnoho zaměstnaných kariérních typů žen ztrácí možnost mít vlastní děti tím, že období těhotenství odkládají. Ženy později uvádějí, že rizika spojená s těhotenstvím v pozdějším věku neznaly. I ženy vysoce vzdělané nevěděly o rizicích pozdního těhotenství ani klesající plodnosti. Ženy spoléhají na programy IVF, možnost selhání metod si nepřipouští. (Uzel, 2002)

Ženy starší 35 let by měly začít s přípravou na těhotenství již v době před otěhotněním. Změna stravovacích návyků, přestat kouřit, omezit alkohol, pravidelné cvičení, psychická pohoda. (Uzel, 2002)

### 5.3 Rizikový faktor- věk matky

S věkem klesá fertilita páru, je nutná léčba neplodnosti. U prvorodiček starších 35 let se vyskytují těhotenské komplikace častěji než u prvorodiček kolem 20 roku života. U plodu jsou to chromozomální aberace, anomálie, časté těhotenské ztráty a potraty. U těhotných žen nad 40 let je riziko potratu 5násobně vyšší než u žen kolem 30 let. Dle La Rochebrochard Thonnea, pokud je žena ve věku 20-29 let, věk partnera nehraje velkou roli. Dle této studie, nezvyšuje věk staršího partnera ani riziko potratu. U žen nad 30 let je ale riziko abortu vyšší a významně se zvyšuje, pokud je partner starší 40 let. (Hájek et al., 2004, s. 235)

Mužské faktory mohou také ovlivnit průběh těhotenství a porodu. Dle studie z roku 1980, mužský věk má dopad na možné komplikace spojené s těhotenstvím a porodem v pozdějším věku. (Elise a Patrick, 2002, online)

## 6 RIZIKA SPOJENÁ S TĚHOTENSTVÍM V POZDĚJŠÍM VĚKU

Nejvyšší schopnost otěhotnět je kolem 20 roku života ženy. Problémy s otěhotněním, donošením a porozením zdravého dítěte však mohou mít i ženy již kolem 30 roku života. (Biermann a Raben, 2005, s. 18) Záleží na organismu a zdraví ženy. V literatuře je uvedeno mnoho případů, kdy ženy otěhotněly v pozdějším věku a neměly během těhotenství a porodu žádné problémy (Biermann a Raben, 2005, s. 18)

### 6.1 Mateřství v pozdějším věku

V dnešní době roste počet prvorodiček v pozdějším věku. Dříve to byla jedna žena z padesáti, která porodila ve svých 35. letech, dnes je to každá pátá. Je to dáno změnou životního stylu. Ženy nemusí těžce fyzicky pracovat, zdokonalila se medicína, péče o těhotné ženy, o novorozence. V průběhu těhotenství ženy chodí na pravidelné kontroly a možné komplikace se rozpoznají dříve. (Biermann a Raben, 2005, s. 18)

S tím souvisí odklad těhotenství do pozdějšího věku a nárůst metod AR. Ženy odkládají těhotenství na později, vyskytují se u nich komplikace s otěhotněním a poté vyhledávají pomoc odborníků na umělé oplodnění. (Konečná, 2009, s. 16)

Ženy kolem 20- 30 let se zaměřují především na profesní budování a odborný růst, důležité je i finanční zabezpečení. Mladé páry přemýšlejí jak si užít svobody bez dítěte, možnosti neomezeně bez závazků cestovat. To se stává důvodem, proč žena mateřství odkládá na dobu až „potom“. (Plánované rodičovství, 2014, online)

I když jsou ženy informovány o možných rizicích, které s přibývajícím věkem vzrůstají, svůj postoj k reprodukčnímu chování moc měnit nechtějí. Z tohoto hlediska ženy stále více přeceňují výsledky asistované reprodukce, kdy hlavně z médií slyší, jak známé celebrity otěhotněly až po 40 roku svého života. Ženy při dnešním trendu aktivního cvičení a zdravého životního stylu si nechtějí připouštět svůj věk. (Wildová, 2016, online)

### 6.2 Těhotenství a životní plány

Narůstá nátlak na ženu co do kariérního růstu, nutnost ženy stát se nezávislou. V zaměstnáních je na ně vyvíjen nátlak, aby neotěhotněly. Často již při přijímacích pohovorech je zjišťováno přání otěhotnět a to přesto, že je to nezákonné. (Wildová, 2016, online)



### 6.2.1 Zkušenost mladé ženy

*Vzpomněla jsem si na dobu, kdy jsem byla poprvé v jiném stavu já sama. Bylo mi dvaadvacet, studovala jsem vysokou školu, byla jsem svobodná, bydlela jsem na koleji, a že jsem byla bez peněz, to se snad rozumí samo sebou. S plánovanou tříměsíční praxí v rozhlase, která mi měla posléze zajistit skvělé místo, byl amen. Když jsem tuhle, podle mého strašlivou zprávu o těhotenství, jež přišlo nevhod, oznamovala šéfredaktorce, objala mě a pravi-la: „Těhotenství, milá zlatá, přijde vždycky nevhod.“ Bud' nemáš práci, nebo ji naopak máš, a tak se o ni bojíš. Jednou nemáš vůbec žádný byt, a jindy ho máš tak dokonale zaří-zený, že se Ti nechce rušit jeho styl. Jedna nemá k dítěti žádného otce, a druhá hned tři. Chceš mít dítě? Tak ho měj. Ostatní se zařídí samo. Měla pravdu. Moje dítě se hnalo na svět tak překotně, že na něm vydrželo sotva pár minut. Zbyla po něm velká díra: individu-ální studijní plán, díky němuž bych bývala studovala i s ním. Muž, který chtěl být jeho ot-cem, a dupačky, co jsem mu koupila..... Myslela jsem si, že miminko bude v mém životě přebývat, a ono v něm naopak chybělo. Od té doby vím, že čas na dítě je vždycky. Vždycky, když vy sama nechcete. (Mirka Vopavová, Marianne 12/2000)*

### 6.2.2 Nebezpečí snížené plodnosti s rostoucím věkem

Nebezpečím spojeným s vyšším věkem je možná neplodnost. Šance na úspěch s rostoucím věkem klesá a asi každá 4 žena nad 35 let má problémy otěhotnět. (Biermann a Raben, 2005, s. 19) Pokud žena otěhotní, může dojít k tomu, že těhotenství končí potratem. K potratu dochází nejčastěji v průběhu I. trimestru, kdy u 40-ti leté ženy je riziko potratu 3x vyšší než u ženy ve 30. (Biermann a Raben, 2005, s. 20)

Dalším rizikem jsou chromozomální abnormality. Jedná se zejména o Downův syndrom, který se u dětí starších rodiček vyskytuje mnohem častěji než u rodiček mladších 30. (Biermann a Raben, 2005, s. 20)

U žen starších 35 let se též častěji vyskytují těhotenské komplikace, jako těhotenská cuk-rovka nebo porod dítěte s menší porodní váhou. (Biermann a Raben, 2005, s. 21)

Vyšší věk ženy též zvyšuje riziko císařského řezu. Každá druhá žena, která přivádí své první dítě na svět až po 40 roku života, podstoupí císařský řez. (Biermann a Raben, 2005, s. 21)

U těhotné ve vyšším věku vzniká častěji preeklampsie. Nejčastěji se projevuje ve III. tri-mestru. (Babies after 40, 2015, online)

### 6.2.3 Rizika pro dítě

U dětí porozených ženami starších 35 let, je vyšší riziko vrozených vývojových vad. Je zde rovněž vyšší riziko předčasných porodů. Dle studie z Columbijské univerzity, 2,9% žen starších 40 let mají děti s vrozenými vadami, zatímco u žen mladších 35 let je to jen 1,7% rizika. Vyskytuje se i riziko vrozených srdečních vad. U dětí matek starších 40 let se vyskytují 4x častěji, než u dětí, matek kolem 25 let. (Babies after 40, 2015, online)

Důvodem může být stárnutí organismu, kvalita vajíček ale také nediodnostikovaná, neléčenná dlouhodobá cukrovka, vysoký krevní tlak nebo onemocnění štítné žlázy. (Babies after 40, 2015, online)

## 7 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

Hlavním nástrojem plánovaného rodičovství v současné době je antikoncepce. U každé ženy dochází za její život nejméně k 300 ovulacím. Počítáme-li sexuální život ženy od 17 či 18 roku života a odečteme anovulační cykly v preklímakteriu, těhotenství a období laktace, je schopna každá žena přivést na svět až 20 potomků. (Uzel, 2000, online)

- **Pozitivní plánování rodiny** bereme jako snahu životních partnerů o těhotenství a děti, při využívání metod stanovení plodných dnů. Plánování rodičovství má též právní a sociální aspekt, neboť je nutné zabezpečit přirozený přírůstek obyvatelstva. Jelikož obyvatel spíše ubývá, je nutné podporovat pozitivní plánování rodiny. Jedná se zde o pro populační opatření jako mateřská dovolená, vyrovnávací prostředek v těhotenství a mateřství, příspěvek na narození dítěte, přídavek na dítě, a jiné.
- **Negativní plánování rodiny** je vedeno snahou zabránit nechtěnému, neplánovanému těhotenství. Do negativního plánování rodiny můžeme zahrnout, opatření zabraňující početí, tj. zejména přirozené a umělé metody antikoncepce. (Ňadřová, Simočková a Javorka, 2012, s. 52)

### 7.1 Antikoncepce

Plánované rodičovství patří dle OSN k základním lidským právům. Každý člověk má právo se svobodně dle vlastní vůle rozhodnout o počtu svých dětí. K regulaci plodnosti máme kromě abstinence možnost antikoncepci. Umělé přerušení těhotenství je krajní, nejméně podporovanou variantou. (Uzel, 2000, online)

Antikoncepční pilulka přinesla pocit svobodného rozhodnutí o možnosti mít děti. Dává ale svobodu jenom poloviční a to kdy dítě nemít. Ženy v současné době jsou obvykle v dobré fyzické i psychické kondici, ale neuvědomují si, že s přibývajícím věkem klesá jejich fertilita. Vaječníky stárnou mnohem rychleji než jakékoli jiné vnitřní orgány. (Fait, 2008, s. 8)

#### 7.1.1 Význam antikoncepce

Antikoncepce je metoda, která zabraňuje početí. Jedná se o primární prevenci nechtěného otěhotnění. Existuje právo na rozhodnutí, zda a kdy budeme mít děti, je stanoveno v prohlášení Teheránské konference OSN o lidských právech (1968), dále Světovém akčním populačním plánu z roku 1974, Úmluvě o odstranění všech diskriminací žen (1979),

Úmluvě o právech dítěte (1989), a dalších. Dosažením tohoto cíle je informovanost žen o možnostech antikoncepce různého druhu, o jejich výhodách, nevýhodách a spolehlivosti. (Fait, 2008, s. 8)

Dostupnost a možnosti antikoncepce jsou ukazatelem vyspělosti společnosti. Interrupce, není metodou antikoncepce, jedná se o krajní řešení situace, kdy dochází k selhání antikoncepce nebo spíše o selhání ženy. Interrupcí řešíme i situace, kdy dochází k ohrožení zdraví matky, či plodu nebo důsledky násilných trestných činů, spáchaných na ženě. (Fait, 2008, s. 8)

### 7.1.2 Antikoncepční metody

Existuje řada různých antikoncepcí. Před začátkem užívání antikoncepce je nutné vyhodnotit celkový zdravotní stav, věk, frekvenci pohlavní aktivity, počet sexuálních partnerů, zajistit rodinnou anamnézu se zaměřením na možnost geneticky vázaných onemocnění, jako poruchy srážlivosti krve, vysoký krevní tlak a podobně. (What are the different types of contraception, 2016)

Mezi antikoncepční metody řadíme:

- **nitroděložní tělíška.** Tělíško je obvykle ve tvaru T a zabraňuje možnému otěhotnění. Medikované IUD uvolňuje hormon progesterin, který způsobuje zahuštění cervikálního hleny, narušuje transport vajíčka z vejcovodu. Hlavní výhodou oproti klasickým IUD je snížené menstruační krvácení. (What are the different types of contraception?, 2016)
- **hormonální metody** antikoncepce podáním nízkých dávek hormonů zabraňují ovulaci a zabrání tak těhotenství. Hormony mohou být do těla vpraveny jak formou tabletek, tak injekčně, kožní náplastí, transdermálními gely nebo vaginálními kroužky. Gestagenní preparáty zahušťují cervikální hlen, který blokuje postup spermií na cestě k vajíčku. (What are the different types of contraception?, 2016)
- **bariérové metody antikoncepce**, zabraňují vniknutí spermií do dělohy. Nejvíce používané jsou **mužské kondomy**. Existují též **ženské kondomy**, Dále máme **antikoncepční houbičky**. Jedná se o spermicid a pěnové houby, které se vloží do pochvy před pohlavním stykem. Úkolem houbiček je zabránit mechanicky vstupu spermiím do dělohy a spermicid imobilizuje spermiie. Je nutné uvést, že houbička by měla zůstat zavedená v pochvě alespoň 8 hodin po pohlavním styku. Další metodou je samostatný **spermicid**, bývá ve formě pěny, želé, krému, čípku nebo fil-

mu. Spermicid vkládáme co nejbližší dělohy, ne déle než 30 minut před pohlavním stykem. Ponecháme na místě 6 až 8 hodin po styku, aby zabránil těhotenství. (What are the different types of contraception?, 2016)

- **nouzová antikoncepce** po nechráněném pohlavním styku. Do této formy zařazujeme nouzové antikoncepční pilulky, neboli „pilulka po“. Jedná se hormonální tablety buď v jedné dávce, nebo v dílčích dávkách po 12 hodinách. Užívají se po nechráněném pohlavním styku v období kolem ovulace. (What are the different types of contraception?, 2016)

Mezi nezvratné metody antikoncepce patří:

- **sterilizace**, což je zneprůchodnění vejcovodů, nebo podvázání chámovodů muže. (Fait, 2008, s. 75)

Do přirozených způsobů antikoncepce patří:

- **přerušovaná soulož** (coitus interruptus). Jedná se o vytažení penisu z pochvy před ejakulací. Odpovědnost za tuto metodu přebírá muž, nechrání před přenosem pohlavních chorob. Pro udržení účinnosti této metody je důležité řádné omytí mužského genitálu před dalším stykem a nejlépe i provést mikci (Fait, 2008, s. 76), (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 105)

Ženy s pravidelným menstruačním cyklem mohou také využívat:

- **výpočtů plodných a neplodných dnů**. Vychází z pravidla, že ovulace nastává přibližně 14 dnů před začátkem další menstruace. (Fait, 2008, s. 76), (Ovulation and Fertility Facts to help you get pregnant, 2017, online)

### 7.1.3 Rizika hormonální antikoncepce

Antikoncepce hormonální má jako jiná farmakologická léčba i své nežádoucí účinky. Některé typy antikoncepce vyvolávají diskomfort jako napnutí prsou, změny nálad, váhový přírůstek, nepravidelnost menstruačního cyklu, pocit nafouknutého břicha. (Hrušková, 2009, online)

Mezi závažná rizika patří **trombolická nemoc**. Rizikovými faktory jsou, obezita, dehydratace, imobilizace, komprese, trombofilní mutace, kouření a věk nad 40 let. Možné komplikace lze sledovat již od 3. měsíce od nasazení antikoncepce. Další ze závažných komplikací je **infarkt myokardu**. Riziko je zvýšené u žen kuřáček, u žen starších 35 let,

obézních a žen s vysokým krevním tlakem. Důležitá je kontrola krevního tlaku a váhy, před nasazením hormonální antikoncepce. Dalším rizikovým faktorem je sexuální chování žen. Počet sexuálních partnerů nad 10, brzká koitarche a ženy kuřačky. (Hrušková, 2009), (Hadačová, 2012)

## 7.2 Příprava na těhotenství

Přiměřená váha je dobrým startem a prevencí vzniku pozdějších komplikací, spojených s nadváhou. Pokud žena trpí nadváhou, je vhodná redukce váhy. Obézní ženy mají problémy s početím, mají často nepravidelnou menstruaci i ovulaci. Potíže, které se mohou vyskytnout v těhotenství, jsou například vysoký krevní tlak, při porodu nedostatečné tlačení v průběhu druhé doby porodní. Při redukci váhy je také vhodná dostatečná pohybová aktivita. (Chmel, 2004, s. 16)

Kouření je v těhotenství nevhodné a škodlivé. Nikotin snižuje průtok krve placentou, kuřačkám se tedy mnohem častěji rodí děti s nízkou porodní vahou, je zde riziko samovolného potratu nebo předčasného porodu. (Chmel, 2004, s. 17)

Alkohol se v těhotenství nedoporučuje, ani v nízkých dávkách. Děti matek alkoholiček mívají po porodu abstinenční příznaky, vyskytují se poporodní poruchy vývoje, mentální retardace plodu. (Chmel, 2004, s. 17)

Všechny léky, které těhotná v období gravidity užívá, by měla nejprve konzultovat se svým ošetřujícím lékařem. Některé léky jsou pro těhotenství neškodné, jiné však mohou vážně narušit vývoj plodu. (Chmel, 2004, s. 17)

## 7.3 Příprava ženy s diabetem na těhotenství

### 7.3.1 Diabetes mellitus

Cukrovka neboli úplavice cukrová je celoživotním, léčitelné onemocněním různé etiologie. Příznakem je hyperglykémie a následná glykosurie. Vzniká poruchou sekrece nebo účinku inzulínu a je provázena celkovou poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Mezi příznaky řadíme polydipsii, polyurii, hubnutí, únavu, noční močení a přechodné poruchy zrakové ostrosti. Onemocnění má různé klinické formy, různou etiologii, klinické projevy a průběh. Existují dva typy diabetu mellitu. U I. typu se jedná o poruchu látkové výměny sacharidů, tuků a bílkovin, jehož příčinou je absolutní vyčerpání nebo porucha funkce buněk Langerhansových ostrůvků v pankreatu. Mnohem častější je II. typ, jedná se o metabo-

lickou poruchu, souvisí se sklonem k otylosti, s poruchou metabolismu tuků a poruchou metabolismu kyseliny močové. (Rollingerová, 2012, s. 19)

### 7.3.2 Gestační diabetes mellitus- GDM

Vzniká v souvislosti s těhotenstvím. Jedná se o poruchu glukózové tolerance. Nejčastěji se projevuje kolem 20 týdne těhotenství, příčinou jsou také hormonální změny v souvislosti s těhotenstvím. (Rollingerová, 2012, s. 19)

Je důležité udržovat normoglykémii a předcházet možným komplikacím. V ČR je výskyt tohoto onemocnění 2-3% za rok. Klasifikace gestačního diabetu je založena na hodnotách glukózy na lačno. (Hájek et al., 2004, s. 150-152)

Doporučená hodnota glykemie na lačno: 3,5- 5,5 mmol/l.

*Klasifikace diabetu v těhotenství:*

1. **Progestační diabetes mellitus-** diabetes I. a II. typu- jedná se o onemocnění, o kterém víme již před graviditou, a pacientky jsou již prekoncepčně léčeny
2. **Gestační diabetes-** široká skupina poruch glukózového metabolismu, které se manifestují v graviditě. Jedná se o poruchu, která vznikne v graviditě a po porodu vymizí.

### 7.3.3 Komplikace DM a rizika pro plod

Diabetické těhotenství je rizikové jak pro matku, tak pro plod. Může vést ke spontánnímu potratu, způsobit vrozené vývojové vady, akceleraci růstu či naopak růstovou retardaci (IUGR), náhlou smrt plodu, ovlivnění vývoje fetálního pankreatu a vést ke vzniku DM.

- V I. trimestru hrozí spontánní potrat, kongenitální malformace.
- Ve II. a III. trimestru může vzniknout neurologické nebo mentální postižení plodu s manifestací až v poporodním období, růstová akcelerace plodu se známkami diabetické fetopatie, IUGR.
- V období po porodu- porodní poranění při porodu velkého plodu, nezralost plodu při předčasném porodu.
- V novorozeneckém období- diabetická fetopatie.



#### 7.3.4 Prekoncepční péče

Důležité je informovat těhotné ženy s DM o možnostech, rizicích a komplikacích. Tyto potřebné informace jsou součástí edukačního materiálu pro diabetiky, kde se zdůrazňuje význam plánovaného rodičovství. Plánované rodičovství zahrnuje metabolické kontroly v průběhu koncepce, časnou diagnózu gravidity a zahájení péče v těhotenství. Nezbytné jsou časté kontroly v prenatálních poradnách, informovanost o možných rizicích pro matku i dítě, podání informací o možných porodnických komplikacích, restrikci alkoholu, kouření, drog, užívání jódu, kyseliny listové.

Důležité je vyšetření zdravotního stavu pacientky, aktuální metabolické kompenzace, kontrola glykemických profilů, vyšetření glykovaného hemoglobinu, podrobné fyzikální vyšetření, kontrola krevního tlaku, oftalmologické vyšetření, vyšetření renálních funkcí, moči, krevní obraz a koagulační parametry, biochemický screening a vyšetření štítné žlázy před plánovanou graviditou.

U nekomplikovaného DM při dobré prekoncepční péči je 95% úspěšnost na porod zdravého potomka. (Hájek et al., 2004, s. 150-152)

#### 7.3.5 Diabetologická péče v graviditě

Základem je dietní opatření k podpoře stability metabolické kompenzace DM. Ve II. a III. trimestru dochází ke zvýšení energetického příjmu až o 300 Kcal/den (400- 1300 KJ/den), při kojení až o 300- 500 kcal/den (1300- 2100 KJ/den). Složení stravy zůstává stejné, zvyšuje se příjem kyseliny listové, jódu, železa ve stravě. Je doporučena pravidelná fyzická aktivita. Optimálním cvičením pro těhotné je aerobní mírná zátěž o frekvenci 2-3 x týdně 30 minut. Další péči o těhotné diabetičky zahrnuje pravidelné kontroly, sledování krevního tlaku, hmotnostního přírůstku, přítomnost edémů. (Hájek et al., 2004, s. 150-152)

## 8 SOCIOEKONOMICKÉ A POLITICKÉ ZMĚNY PO ROKU 1989 A DOPADY NA PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

V době, kdy v ČR vládla komunistická strana, bylo zajištěno mladým rodinám státní bydlení, zřízení školek a jeslí, kde mohli rodiče ukládat své děti již od 3 měsíců věku dítěte, aby mohli matky co nejdříve nastoupit do pracovního procesu. V této době značně stoupla míra sňatečnosti, neboť lidé v mimomanželském svazku nebo bez partnera neměli nárok na státní byt. Tímto důvodem se také snižoval věk při vstupu do manželství a věk rodičů při narození prvního dítěte. Od padesátých let dvacátého století až do roku 1989 byl věk matky- prvorodičky 22 let. (Nesvadbová, 2016, s. 15-19)

Po roku 1989, kdy padl socialistický režim, se začali měnit hodnoty a postoje v české populaci. Byl kladen důraz na autonomii, svobodu a rovnost příležitostí mužů a žen. Mladí lidé měli možnost cestovat do zahraničí, podnikat, využívali nových možností a obzorů při výběru životního stylu, vstupovat do manželství nepovažovali za nutné. Rodina ztrácela svoji pozici v životě jednotlivce a role rodiny se změnila. S tím souvisel výrazný pokles uzavřených manželských svazků, naopak došlo ke zvýšení počtu svobodných lidí a matek samoživitelek. (Nesvadbová, 2016, s. 15-19)

Pro ženy to znamenalo, že se mohly se svobodně bez sociálního tlaku rozhodnout, zda dají přednost svému vzdělání, kariéře před zakládáním rodiny. Mnohé ženy daly přednost kariéře, nezávislosti a uplatnění na trhu práce, proto se významně posouvají jejich věk při narození jejich prvního potomka. Trend trvá dodnes. K tomuto vývoji přispělo rozšíření antikoncepčních metod, což způsobilo, že sexuální styk už nebyl spojován s početím, ale s možností zvolit si, kdy a za jakých podmínek budou mít dítě. (Nesvadbová, 2016, s. 15-19)

Naopak někteří autoři se domnívají, že příčinou změn je hrozící nezaměstnanost, snížená úroveň sociálního zabezpečení a snížená životní úroveň obyvatelstva.

(Nesvadbová, 2016, s. 15-19)

V dnešní době roste tlak na profesní uplatnění- a to jak na straně mužů, tak na straně žen. Zájem žen o uplatnění na trhu práce, schopnosti a příležitosti rostou a proto dopad tohoto dnešního trendu na rodinu, reprodukční chování, je stále naléhavější a alarmující. (Sirovátka et al., 2006, s. 77)

Česká republika zaznamenává od roku 1996 úroveň plodnosti pod hranicí 1,3 dítěte na ženu, což je dle demografické terminologie extrémně nízká porodní úroveň. Podle této úrovně má ČR jednu z nejnižších úrovní plodnosti na světě. Příčinou je hodnotová proměna lidí, individualizace života, seberealizace, nové pojmání vztahu práce-rodina-reprodukce. Dle zpráv v odborné literatuře (Easterlin 1987) je hlavní příčinou ekonomický faktor. Podle autorů (Golini, Avramov), je příčinou nízké porodnosti špatná sociální politika, nedostatek zařízení péče o děti, malé možnosti zajištění bydlení pro mladé rodiny, výše rodičovského příspěvku apod. (Sirovátka et al., 2006, s. 77)

### **8.1 Rodina a reprodukce versus zaměstnání**

Závěrem minulého století dochází k poklesu porodnosti. Tento trend se již začal projevovat od počátku devadesátých let. Změnily se formy rodinného života. Už v devadesátých letech klesá počet sňatků, zvýšení průměrného věku při vstupu do manželství, průměrně vyšší věk žen při porodu jejich prvního dítěte. Dochází k vysoké rozvodovosti a pluralizaci forem soužití- neúplně rodiny, mimomanželské porody. (Sirovátka et al., 2006, s. 77)

Model rodiny s jedním zaměstnaným členem je dnes málo oblíbený. Došlo k omezení různých dávek i služeb, které byly za minulého systému poskytovány rodinám v rámci socialistického státu. Ženy se stále více uplatňují na trhu práce, rodina o dvou pracujících členech se stala sociální normou a samozřejmostí. Další příčinou jsou nové technologie a ekonomické služby, které zvyšovaly na trhu práce poptávku po účasti žen a role muže jako živitele rodiny postupně upadala. (Sirovátka et al., 2006, s. 77)

Ekonomické tlaky, které vyplývají z globalizace, vedly i k mnoha problémům jako růst nerovností v příjmech, nezaměstnanost, selhávání ochranné funkce rodiny, štedrost a dostupnost kompenzací ze strany sociálního státu. Omezení se dotkla materiálně slabších skupin, především těch, kterým se nepodařilo zapojit do trhu práce. (Sirovátka et al., 2006, s. 77)

Mladé rodiny mají těžší start při vstupu do trhu práce a při získání vlastního bydlení. Jestliže vstup žen do trhu práce, je jedinou jistotou a nejlepším ochranou proti chudobě rodin s dětmi, pak nás nemůže překvapovat dnešní trend odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku ženy a s tím spojeným vstupem do manželství. (Sirovátka et al., 2006, s. 77)

Po roce 1989, klesá v ČR sňatečnost. Mezi ovlivňující faktory patří otevřená demokratická společnost, lidé mají více možností cestování, studia, představy mladých lidí na manželství

se mění. Nepříznivé ekonomické podmínky mohou též vést k poklesu uzavřených sňatků. Mladí lidé mají obavy z ekonomických a sociálních podmínek pro zabezpečení rodiny. Bydlení nemají k dispozici a kvůli ekonomické situaci si nemohou bydlení zařídit. (Havličková, 2009)

Na druhé straně je řada mladých lidí v dobrých ekonomických podmínkách, kteří však také odkládají založení rodiny. Mladí lidé využívají možnosti cestování, chtějí studovat, využívají nové pracovní možnosti, preferují kariérní růst a podnikání. Více se zaměřují na sebe a využívají nových možností, které jim současná společnost nabízí. Tím dochází opět k odkládání vstupu do manželství. Novým trendem je též společný život s partnerem stejného pohlaví. (Nesvadbová, 2016, s. 15- 19)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## **9 METODIKA PRÁCE**

Cílem praktické části bakalářské práce je výzkumné šetření, zaměřené na názory prvorodiček na odkládání těhotenství do pozdější doby. Hledá příčiny vedoucí k odkládání těhotenství a zjišťuje komplikace, které mohly vzniknout v souvislosti s věkem matky.

### **9.1 Cíle práce**

Práce má jeden hlavní cíl a tři podcíle. Hlavním cílem bylo zjistit příčiny, které vedou ženy prvorodičky k odkládání jejich těhotenství do pozdější doby. Podcíl č. 1 zjišťoval podíl prvorodiček ve věku od 20 do 29 let a ve věku od 30 let výše. Podcíl č. 2 se zaměřil na věkovou hranici prvorodiček nad 30 let a zkoumal výskyt komplikací během jejich prvního těhotenství a porodu. Podcíl č. 3 měl za úkol zjistit, zda jsou ženy obeznámeny s možnými komplikacemi a riziky, které se mohou v těhotenství s přibývajícím věkem vyskytovat.

### **9.2 Užitá metoda výzkumu**

Pro získání a zpracování dat byla využita kvantitativní metoda, formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl uveřejněn na sociální síti. Byly osloveny prvorodičky, které porodily první dítě v roce 2016/2017 ve věku od 20 - 29 let, druhou skupinu tvořily ženy od 30- 35 let a poslední skupinu nad 35 let. Ze 100 dotazníků bylo vráceno vyplněných 82. Výzkum probíhal v období od 1. 4. – 14. 4. 2017 a vyhodnocoval 28 položek. Získané odpovědi byly zpracovány a jsou uvedeny v tabulkách a grafech.

### **9.3 Charakteristika souboru**

Cílovou skupinou byly primipary , které porodily v letech 2016/2017. Soubor žen byl rozdělen do 3 skupin: prvorodičky ve věku od 20- 29 let, 30- 35 let a nad 35 let. Do výzkumného šetření se zapojilo 82 respondentek. Ve věkové kategorii prvorodiček 20-29 let bylo 60 respondentek, ve věkové kategorii žen 30-35 let 18 a ve věkové kategorii nad 35 let.

## 10 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

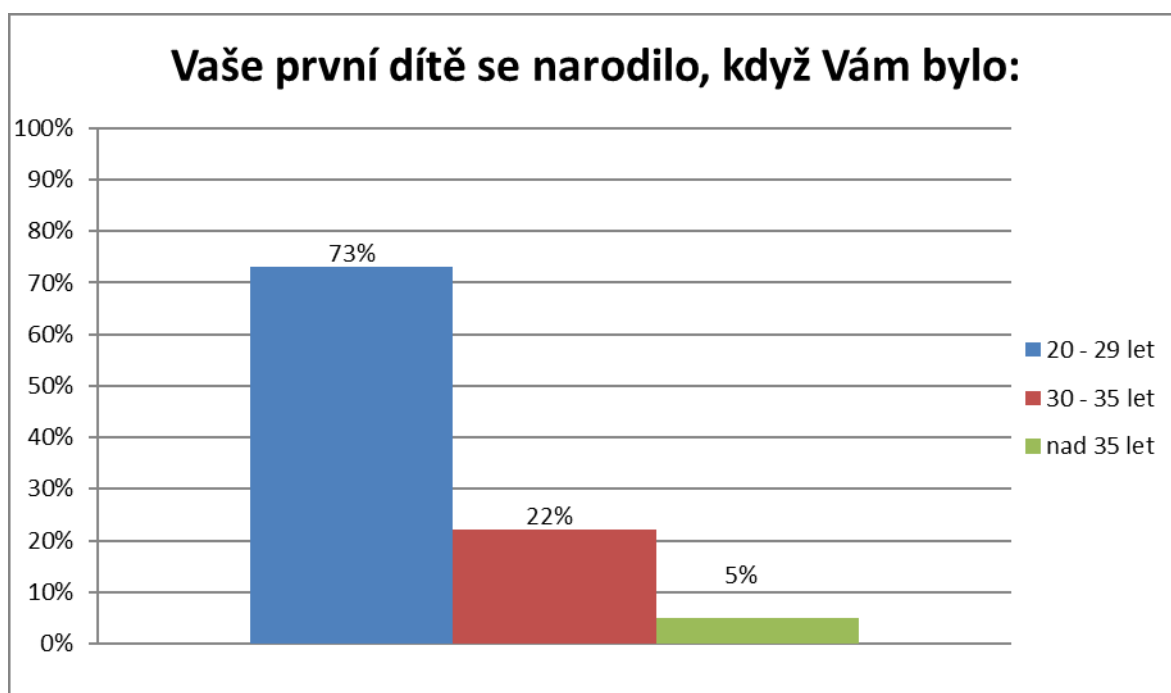
**Položka 1:** *Vaše první dítě se narodilo, když Vám bylo:*

Tabulka 1: Vaše první dítě se narodilo, když Vám bylo

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>20- 29 let</b>	60	73%
<b>30- 35 let</b>	18	22%
<b>Nad 35 let</b>	4	5%
<b>celkem</b>	82	100%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 1: Vaše první dítě se narodilo, když Vám bylo



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Nejpočetnější skupinu tvoří prvorodičky ve věku 20-29 roku života a to 73 %. 22% tvořily prvorodičky ve věku 30-35 roku života, 5% tvořily ženy ve stáří nad 35 let.

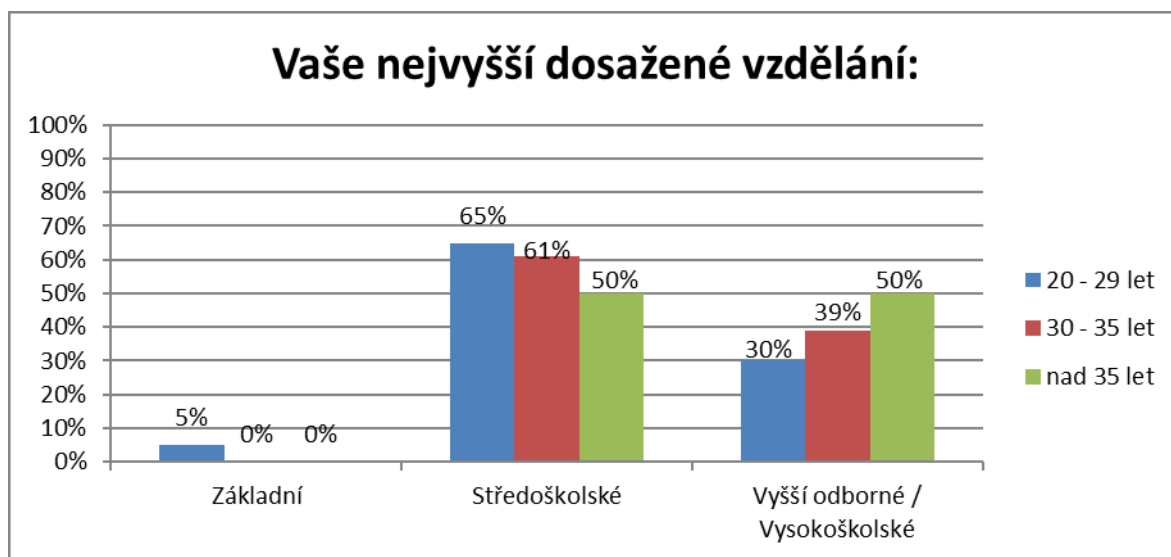
**Položka 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

Tabulka 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Základní	Absolutní četnost	3	0	0
	Relativní četnost	5%	0%	0%
Středoškolské	Absolutní četnost	39	11	2
	Relativní četnost	65%	61%	50%
Vyšší odborné / Vysokoškolské	Absolutní četnost	18	7	2
	Relativní četnost	30%	39%	50%

Zdroj: Vlastní

Graf 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** V tabulka č. 2 a graf č. 2 informují o dosaženém vzdělání dotazovaných prvořodiček. Ze zjištěných údajů vyplývá, že základní vzdělání mají pouze respondentky ve věku 20-29 let a to 5% (3). Žádná z respondentek ve věku 30-35 let a nad 35 let nemá pouze základní vzdělání.



Středoškolského vzdělání mělo nejvíce respondentek ve věku 20-29 let a to 65% (39), prvorodičky ve věku 30-35 let dosáhly středoškolského vzdělání v 61% (11) a respondentky ve věku nad 35 let v 50% (2).

Vysokoškolského/ vyššího odborného vzdělání mělo nejvíce respondentek ve věku nad 35 let 50% (2), následně respondentky ve věku 30- 35 let 39% (7), prvorodičky ve věku 20-29 let bylo 30% (18).

Šetření prokázalo, že čím vyšší je věk prvorodiček, tím vyšší je stupeň vzdělání. Z výzkumu také vyplynulo, že nejvíce žen prvorodiček mělo středoškolské vzdělání.

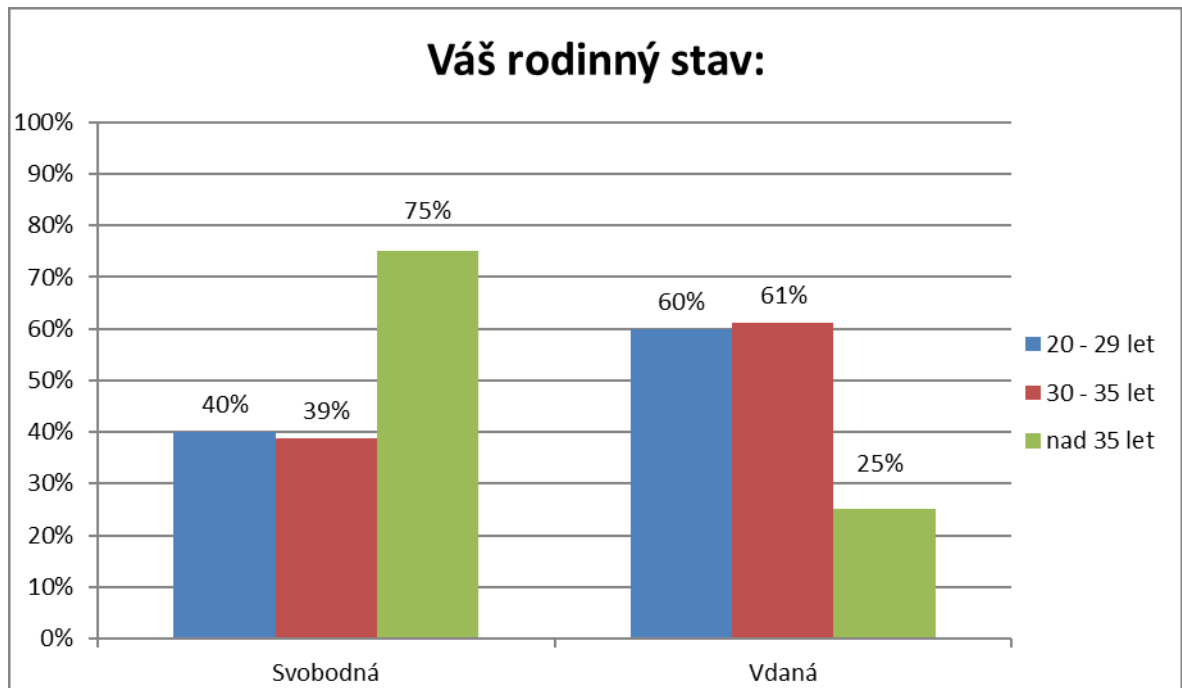
### **Položka 3: *Váš rodinný stav:***

Tabulka 3: Váš rodinný stav

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Svobodná	Absolutní četnost	24	7	3
	Relativní četnost	40%	39%	75%
Vdaná	Absolutní četnost	36	11	1
	Relativní četnost	60%	61%	25%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 3: Váš rodinný stav



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka č. 4 a graf č. 4 informují o počtu provdaných a svobodných respondentek.

24 respondentek ve věku 20-29 let byly svobodné (40%). Ve věku 30-35 let bylo 7 svobodných svobodné (39%), respondentky nad 35 byly svobodné 3 (75 %).

Respondentek ve věku 20- 29 let bylo 36 vdaných (60%). Druhou skupinu tvoří respondentky ve věku 30-35 let - 11 (61%.) Nejmenší skupinu tvoří respondentky nad 35 let a to 25% (1 respondentka).

Výzkum prokázal, že nejméně provdaných respondentek je ve věku nad 35 let.

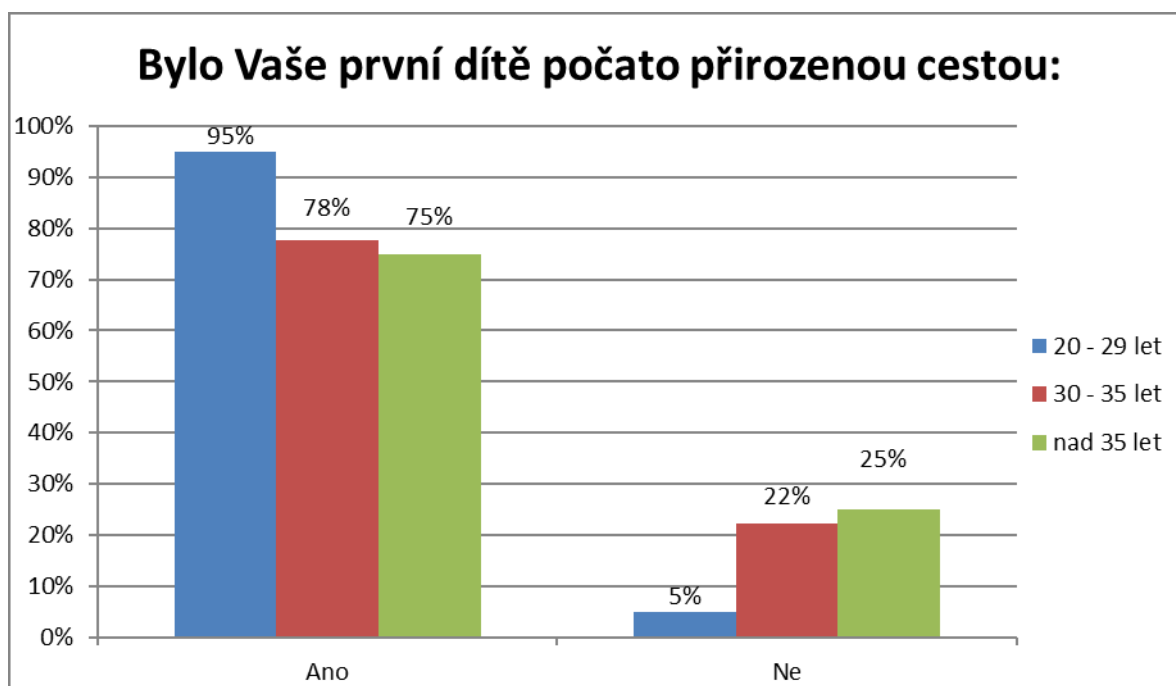
**Položka 4:** *Bylo Vaše první dítě počato přirozenou cestou?*

Tabulka 4: Bylo Vaše dítě počato přirozenou cestou

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	57	14	3
	Relativní četnost	95%	78%	75%
Ne	Absolutní četnost	3	4	1
	Relativní četnost	5%	22%	25%

Zdroj: *Vlastní*

Graf 4: Bylo Vaše dítě počato přirozenou cestou



Zdroj: *Vlastní*

**Komentář:** Tabulka č. 4 a graf č. 4 nás informuje o počtu prvorodiček, v různé věkové kategorii, které počaly dítě přirozenou cestou.

Spontánní koncepci udaly prvorodičky věku 20-29 let v 95 % (57). Druhou skupinu tvořily respondentky ve věku 30-35 let, které počaly přirozenou cestou v 78% (14). Poslední skupinou byly respondentky nad 35 let - 75% (3 respondentky).

Nejvíce prvorozených dětí bylo počato přirozenou cestou u respondentek ve věkové hranici 20-29 let. S vyšším věkem klesá počet spontánních koncepcí.

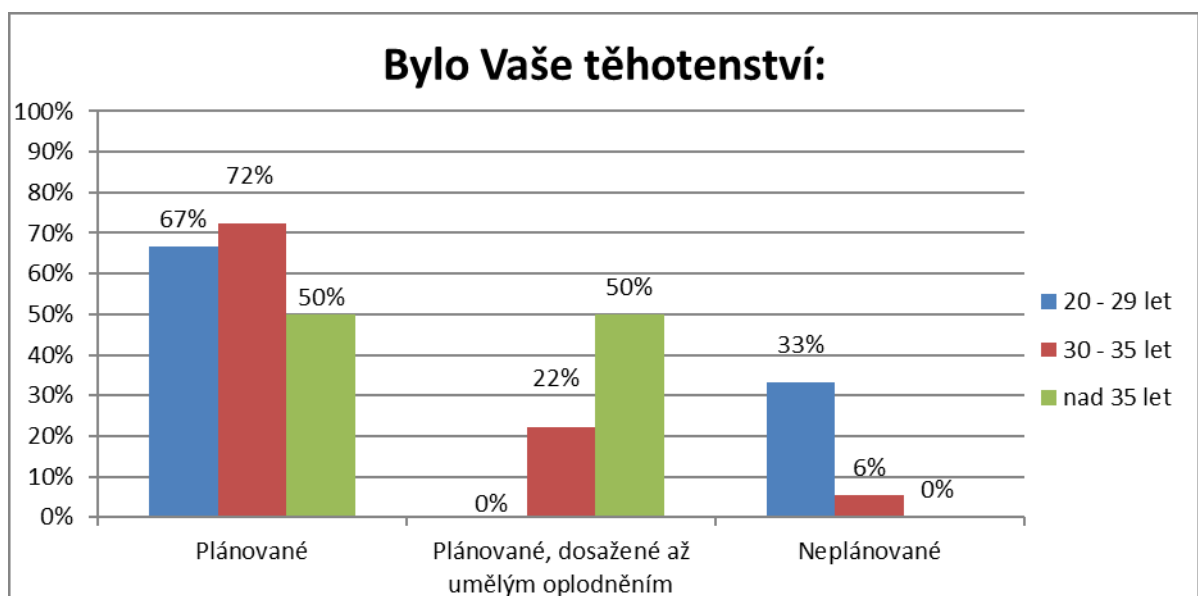
**Položka 5: Bylo Vaše těhotenství?**

Tabulka 5: Bylo Vaše těhotenství

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Plánované	Absolutní četnost	40	13	2
	Relativní četnost	67%	72%	50%
Plánované, dosažené až umělým oplodněním	Absolutní četnost	0	4	2
	Relativní četnost	0%	22%	50%
Neplánované	Absolutní četnost	20	1	0
	Relativní četnost	33%	6%	0%

Zdroj: Vlastní

Graf 5: Bylo Vaše těhotenství



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** 67% respondentek (40 respondentek), ve věku 20-29 let odpovědělo, že jejich těhotenství bylo plánované. Druhou skupinu tvořily respondentky ve věku 30-35 let, kdy 72% (13 respondentek) odpovědělo, že jejich těhotenství bylo plánované. Třetí skupinu tvořily respondentky nad 35 let, kdy pouze 50% (2 respondentky) odpověděly, že dítě bylo plánované.

Těhotenství pomocí metod asistované reprodukce bylo dosaženo u žen ve věkové kategorii 30-35 let v 22 % (4), ve věku nad 35 let pak v 50 % (2). Všechny ženy v kategorii 20-29 let otěhotněly spontánně.

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce plánovaných těhotenství je ve věku 30-35 , nejvíce těhotenství dosažených až umělém oplodněním ve věku nad 35 let.

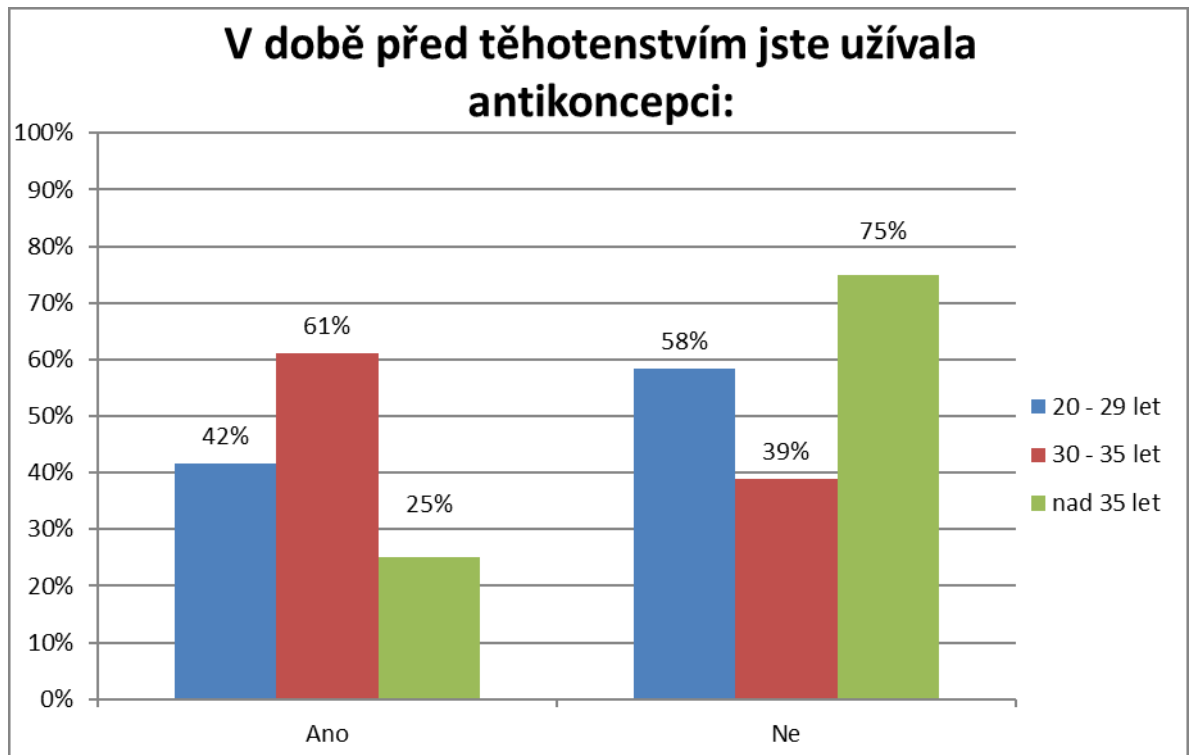
**Položka 6:** *V době před těhotenstvím, jste užívala antikoncepci:*

Tabulka 6: V době před těhotenstvím, jste užívala antikoncepci

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	25	11	1
	Relativní četnost	42%	61%	25%
Ne	Absolutní četnost	35	7	3
	Relativní četnost	58%	39%	75%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 6: V době před těhotenstvím jste užívala antikoncepci



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 6 ukazuje, kolik respondentek v různé věkové kategorii užívalo před těhotenstvím antikoncepci.

Ve věku 20-29 let užívalo antikoncepci 42% žen (25), ve věku 30- 35 let 61% (11). Nejmenší skupinu tvořily respondentky ve věku nad 35 let - 25% (1).

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce žen, které před těhotenstvím užívaly antikoncepci, jsou ve věkové kategorii 30-35 let, naopak nejméně ve věku nad 35 let.

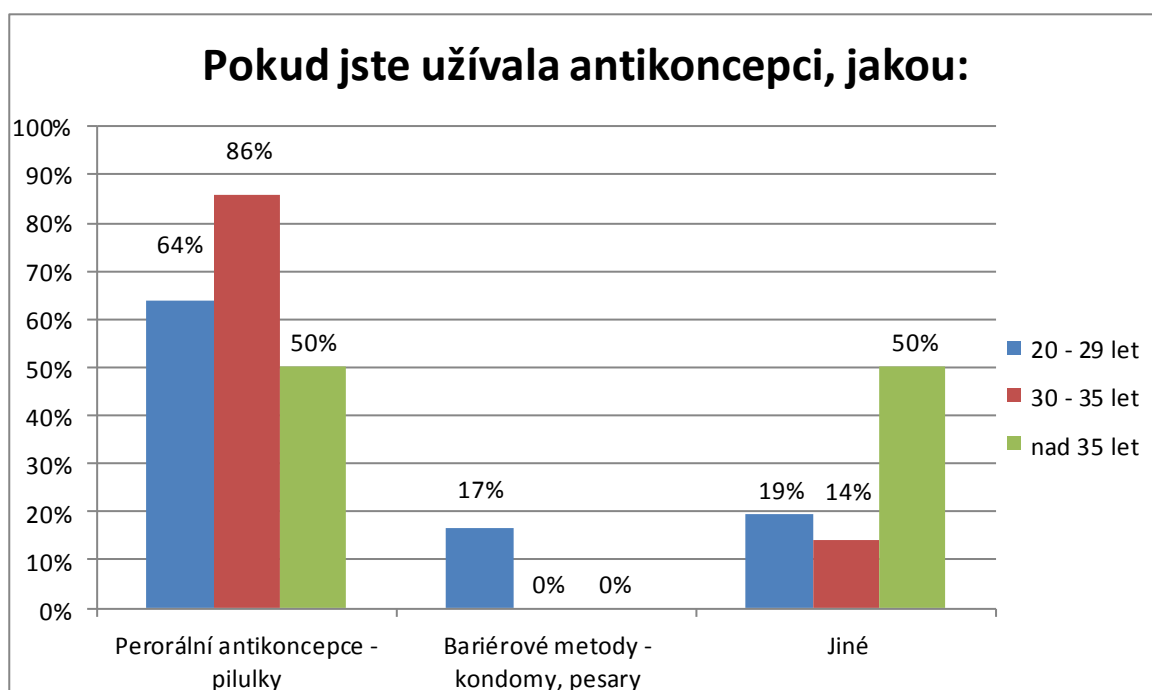
**Položka 7: Pokud jste užívala antikoncepci, jakou:**

Tabulka 7: Pokud jste užívala antikoncepci, jakou

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Perorální antikoncepce - pilulky	Absolutní četnost	23	12	1
	Relativní četnost	64%	86%	50%
Bariérové metody - kondomy, pesary	Absolutní četnost	6	0	0
	Relativní četnost	17%	0%	0%
Jiné	Absolutní četnost	7	2	1
	Relativní četnost	19%	14%	50%

Zdroj: Vlastní

Graf 7: Pokud jste užívala antikoncepci, jakou



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Ve věkové kategorii 20-29 let preferovalo perorální antikoncepci 63% (23), ve věkové kategorii 30-35 86% (12) a v poslední skupině nad 35 let 50% (2)

Bariérové metody jako kondomy a pesary preferovalo 17% (6 respondentek) ve věkové hranici 20-29 let, v dalších věkových kategoriích tuto metodu ženy nepoužívaly.

19% (7) z věkové kategorie 20-29 let odpovědělo, že preferuje jinou metodu ochrany, stejně tak odpověděla věková kategorie žen 30- 35 let 14% (2). Poslední skupinu tvořily ženy nad 35 let, které preferují jinou metodu ochrany v 50% (2).

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce využívají perorální antikoncepci ženy ve věku 30-35 let. Bariérové způsoby ochrany využívají nejvíce ženy ve věku 20-29 let, ženy nad 30 let tento způsob ochrany nepreferují.

**Položka 8:** *Nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho partnera/manžela:*

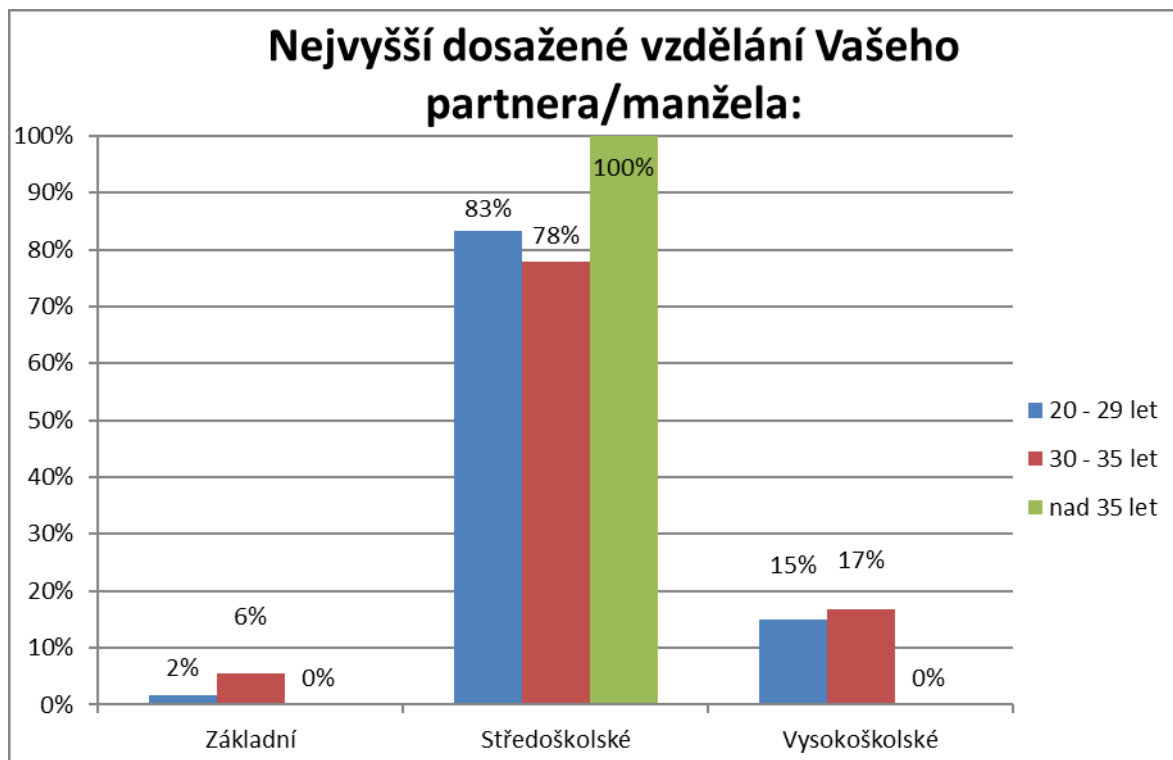
Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho partnera/manžela

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Základní	Absolutní četnost	1	1	0
	Relativní četnost	2%	6%	0%
Středoškolské	Absolutní četnost	50	14	4
	Relativní četnost	83%	78%	100%
Vysokoškolské	Absolutní četnost	9	3	0
	Relativní četnost	15%	17%	0%

*Zdroj: Vlastní*



Graf 8: Nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho partnera/ manžela



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Otázka a graf č. 8 nás informuje o nejvyšším dosaženém vzdělání partnerů žen v různé věkové kategorii.

Ve věkové kategorii 20-29 let odpověděly 2% (1), že jejich partner/ manžel má pouze základní vzdělání. Ženy ve věku 30-35 let odpověděly, že jejich partner/manžel má základní vzdělání v 6% (1) a ve věkové kategorii nad 35 let měly všechny ženy partnery s vyšším vzděláním.

Ve věkové kategorii 20- 29 let ženy uvedly, 83% (50), že jejich manžel/ partner má středoškolské vzdělání. Ve věkové kategorii 30-35 let respondentky uvedly, že 78% (14) má jejich partner středoškolské vzdělání a stejnou odpověď zaznamenalo 100% (4) ve věkové kategorii nad 35 let.

Vysokoškolské vzdělání měly partneři respondentek v 15% (9) ve věkové kategorii 20- 29 let. Ve věkové kategorii 30-35 let 17% (3), vysokoškolské vzdělání ve věkové kategorii nad 35 let neměl žádný partner.

Z výzkumu vyplývá, že nejméně mužů se základním vzděláním je u žen nad 35 let a také že ženy nad 35 let mají nejvyšší procento mužů se středoškolským vzděláním. Nejvíce vysokoškolských partnerů mají ženy ve věku 30-35 let.

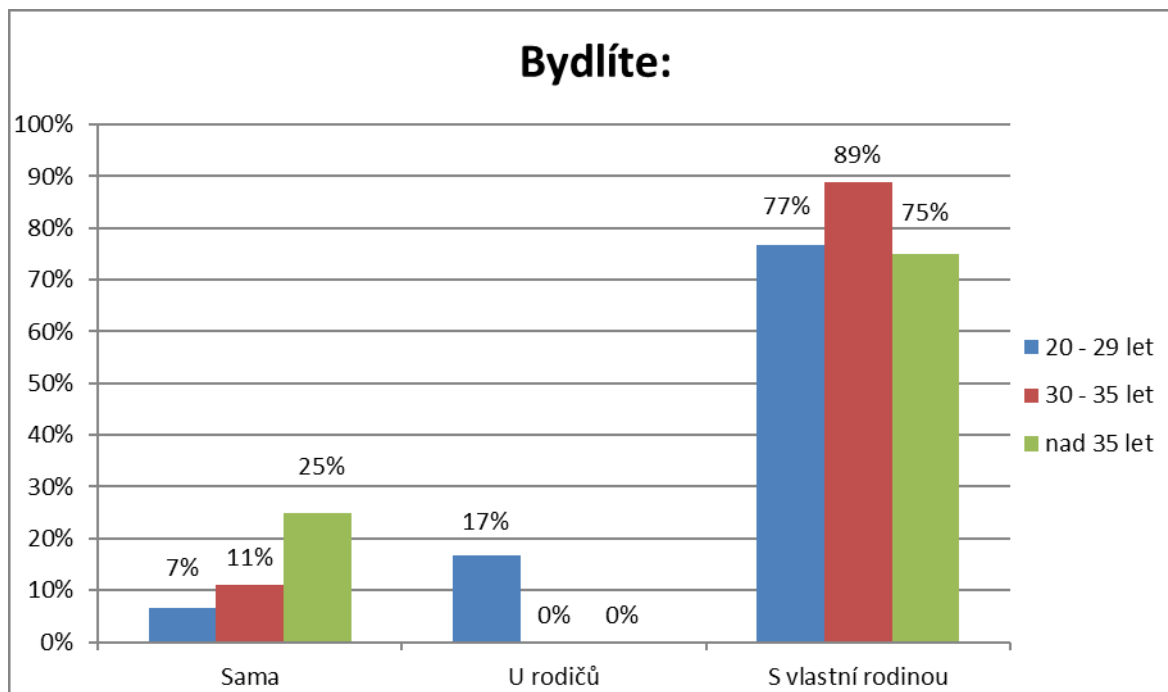
**Položka 9: Bydlíte:**

Tabulka 9: Bydlíte

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Sama	Absolutní četnost	4	2	1
	Relativní četnost	7%	11%	25%
U rodičů	Absolutní četnost	10	0	0
	Relativní četnost	17%	0%	0%
S vlastní rodinou	Absolutní četnost	46	16	3
	Relativní četnost	77%	89%	75%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 9: Bydlíte



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 9 informuje o podmínkách bydlení žen v různých věkových kategoriích

7% (4) jsou ženy ve věkové hranici 20- 29 let, které bydlí samy. Druhou skupinu 11% (2) jsou ženy ve věkové hranici 30-35 let, které rovněž bydlí samy. Nejvyšší zastoupení mají respondentky ve věku nad 35 let a to 25% (1), které bydlí samy.

U rodičů žijí nejvíce ženy ve věku 20-29 let - 17% (10), ve věkových kategoriích 30-35 let a nad 35 let žijí všechny ženy samostatně.

77% respondentek (46) ve věkové kategorii 20-29 let žijí s vlastní rodinou. Ženy ve věkové hranici 30-35 let žijí s vlastní rodinou v 89% (16), ženy ve věku nad 35 let v 75% (3),

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce prvorodiček, které žijí s vlastní rodinou je ve věku 30-35 let naopak nejvíce prvorodiček, které bydlí u rodičů je ve věku 20-29 let. Žádné ženy ve věku 30-35 let a nad 35 let nežijí u rodičů.

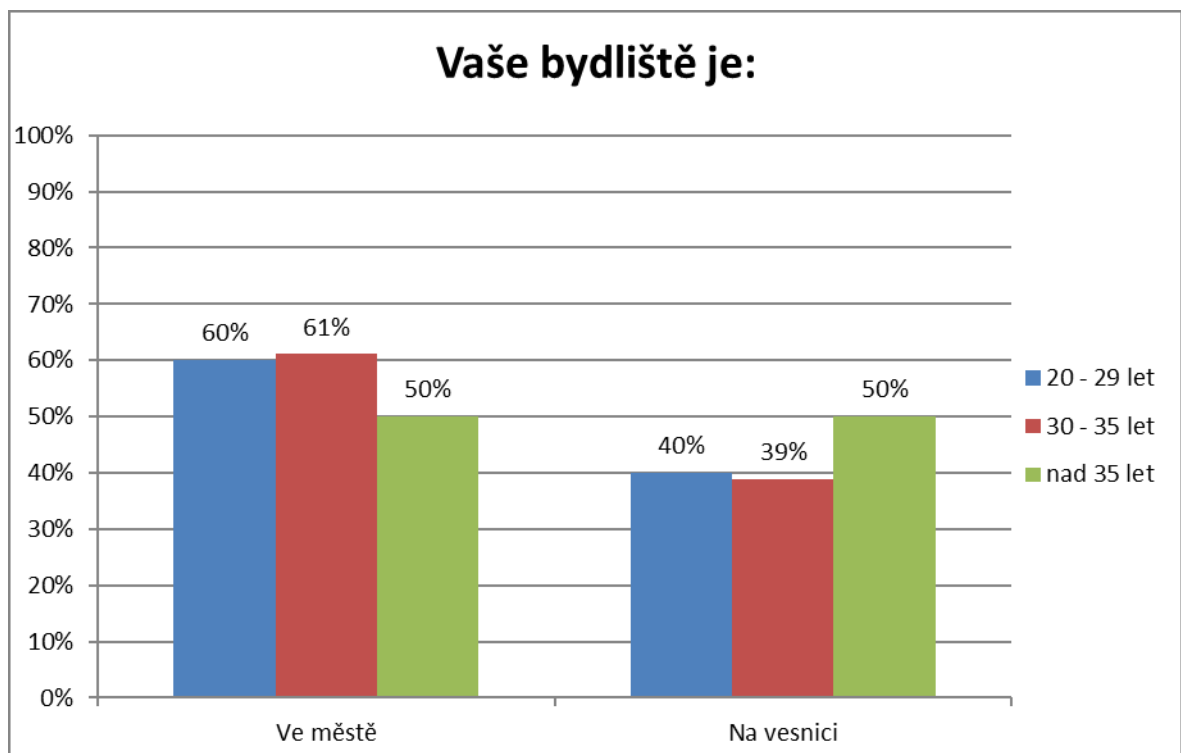
**Položka 10:** *Vaše bydliště je:*

Tabulka 10: Vaše bydliště je

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ve městě	Absolutní četnost	36	11	2
	Relativní četnost	60%	61%	50%
Na vesnici	Absolutní četnost	24	7	2
	Relativní četnost	40%	39%	50%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 10: Vaše bydliště je

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Prvorodiček ve věkové kategorii 20-29 let žije ve městě 60% (36), prvorodičky ve věku 30-35 let žije ve městě 61% (11). Nejmenší skupinu žijící ve městě tvoří prvorodičky nad 35 let. 50% (2). Ostatní žijí na vesnicích.

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce prvorodiček, které žijí ve městě je ve věku 30- 35 let. Také prvorodiček žijících na vesnici je nejméně právě ve věku 30-35 let. Nejvíce prvorodiček žijících na vesnici je ve věku nad 35 let.

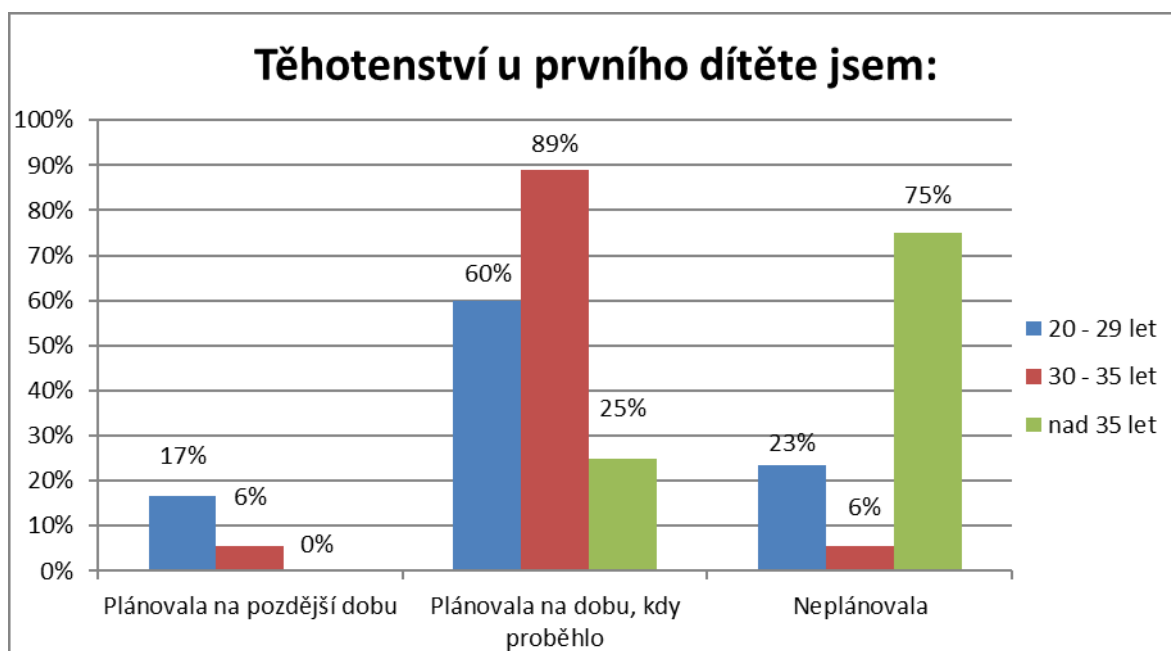
**Položka 11: Těhotenství u prvního dítěte jsem:**

Tabulka 11: Těhotenství u prvního dítěte jsem

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Plánovala na pozdější dobu	Absolutní četnost	10	1	0
	Relativní četnost	17%	6%	0%
Plánovala na dobu, kdy proběhlo	Absolutní četnost	36	16	1
	Relativní četnost	60%	89%	25%
Neplánovala	Absolutní četnost	14	1	3
	Relativní četnost	23%	6%	75%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 11: Těhotenství u prvního dítěte jsem



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 11 nás informuje o počtu prvorodiček v různých věkových kategoriích, u kterých bylo těhotenství plánované na pozdější dobu nebo plánované na dobu, kdy proběhlo nebo zcela neplánované.

Ve věkové kategorii 20-29 let odpovědělo 17% (10), že těhotenství plánovaly na pozdější dobu. Stejně odpovědělo 6% (1), ve věkové kategorii 30-35 let. Ve věkové kategorii nad 35 let neodpověděla žádná žena, že by těhotenství plánovala na pozdější dobu.

Ve věkové kategorii 20-29 let odpovědělo 60% (36), že plánovaly těhotenství právě na dobu, kdy proběhlo. Druhou, největší skupinou v této kategorii byly ženy ve věku 30-35 let 89% (16). Ženy ve věkové kategorii nad 35 let odpověděla kladně 1 respondentka (25%).

Ve věkové kategorii 20-29 let odpovědělo 23% (14), že těhotenství nebylo plánované. Ve druhé skupině, ve věkové kategorii 30-35 let, odpovědělo stejně 6% (1) a v poslední skupině nad 35 let 75% (3).

Z výzkumu vyplývá, že odkládané těhotenství je nejčastější u žen ve věkové kategorii 20-29 let. Plánované těhotenství bylo nejčastější u žen ve věkové hranici 30-35 let a ženy nad 35 let obvykle těhotenství neplánovaly.

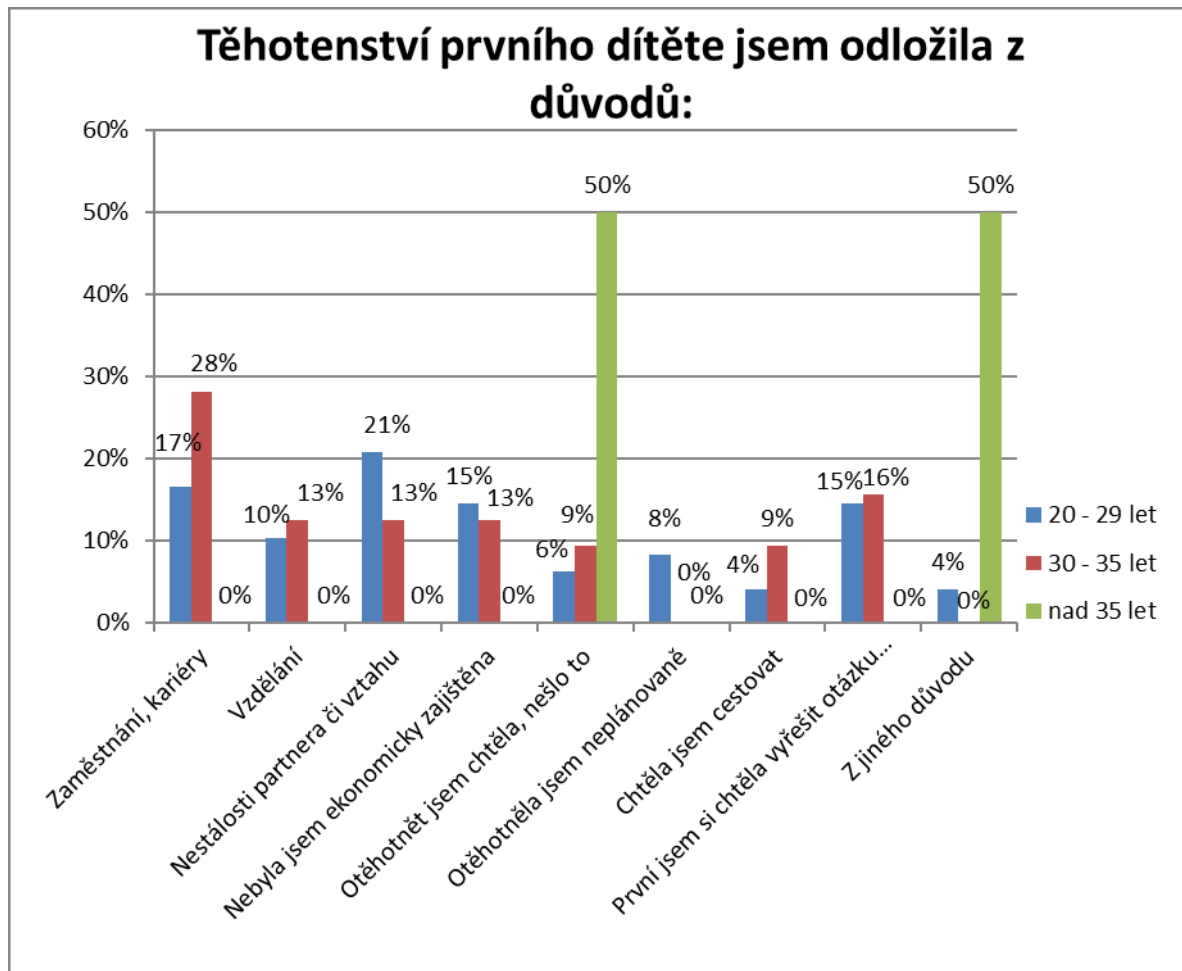
**Položka 12: Těhotenství prvního dítěte jsem odložila z důvodů:**

Tabulka 12: Těhotenství prvního dítěte jsem odložila z důvodů

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Zaměstnání, kariéry	Absolutní četnost	8	9	0
	Relativní četnost	17%	28%	0%
Vzdělání	Absolutní četnost	5	4	0
	Relativní četnost	10%	13%	0%
Nestálost partnera či vztahu	Absolutní četnost	10	4	0
	Relativní četnost	21%	13%	0%
Nebyla jsem ekonomicky zajištěna	Absolutní četnost	7	4	0
	Relativní četnost	15%	13%	0%
Otěhotnět jsem chtěla, nešlo to	Absolutní četnost	3	3	1
	Relativní četnost	6%	9%	50%
Otěhotněla jsem neplánovaně	Absolutní četnost	4	0	0
	Relativní četnost	8%	0%	0%
Chtěla jsem cestovat	Absolutní četnost	2	3	0
	Relativní četnost	4%	9%	0%
První jsem si chtěla vyřešit otázku bydlení	Absolutní četnost	7	5	0
	Relativní četnost	15%	16%	0%
Z jiného důvodu	Absolutní četnost	2	0	1
	Relativní četnost	4%	0%	50%

Zdroj: Vlastní

Graf 12: Těhotenství prvního dítěte jsem odložila z důvodů



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 12 nás informuje o různých důvodech, které vedly ženy v různých věkových kategoriích k odkladu prvního těhotenství do pozdějšího věku.

Z tabulky vyplývá, že hlavními důvody odkladu prvního těhotenství do pozdějšího věku byly v kategorii žen od 20 do 29 let nestálost partnera či vztahu, zaměstnání a budování kariéry stejně jako dostatečné ekonomické zajištění a otázka bydlení.

V kategorii žen od 30 do 35 let bylo hlavním důvodem zaměstnání a budování kariéry, ostatní důvody hrály menší roli. Ženy nad 35 let měly hlavně problémy s otěhotněním nebo jiné, blíže nespecifikované důvody.



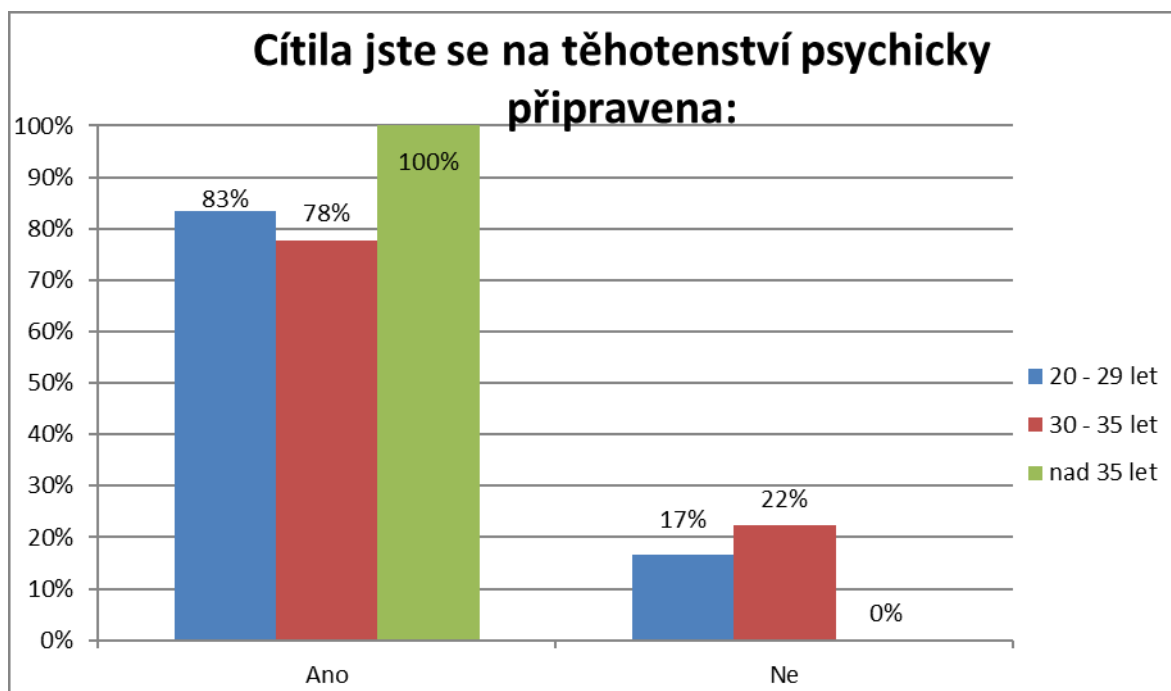
**Položka 13:** *Cítíte se na těhotenství psychicky připravena?*

Tabulka 13: Cítíte se na těhotenství psychicky připravena

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	50	14	4
	Relativní četnost	83%	78%	100%
Ne	Absolutní četnost	10	4	0
	Relativní četnost	17%	22%	0%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 13: Cítíte se na těhotenství psychicky připravena

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Z tabulky vyplývá, že většina žen ve všech věkových kategoriích se cítí na těhotenství psychicky připravena. U žen nad 35 let to bylo v 100%. Nejméně u žen ve věku 30-35 let (78 %).

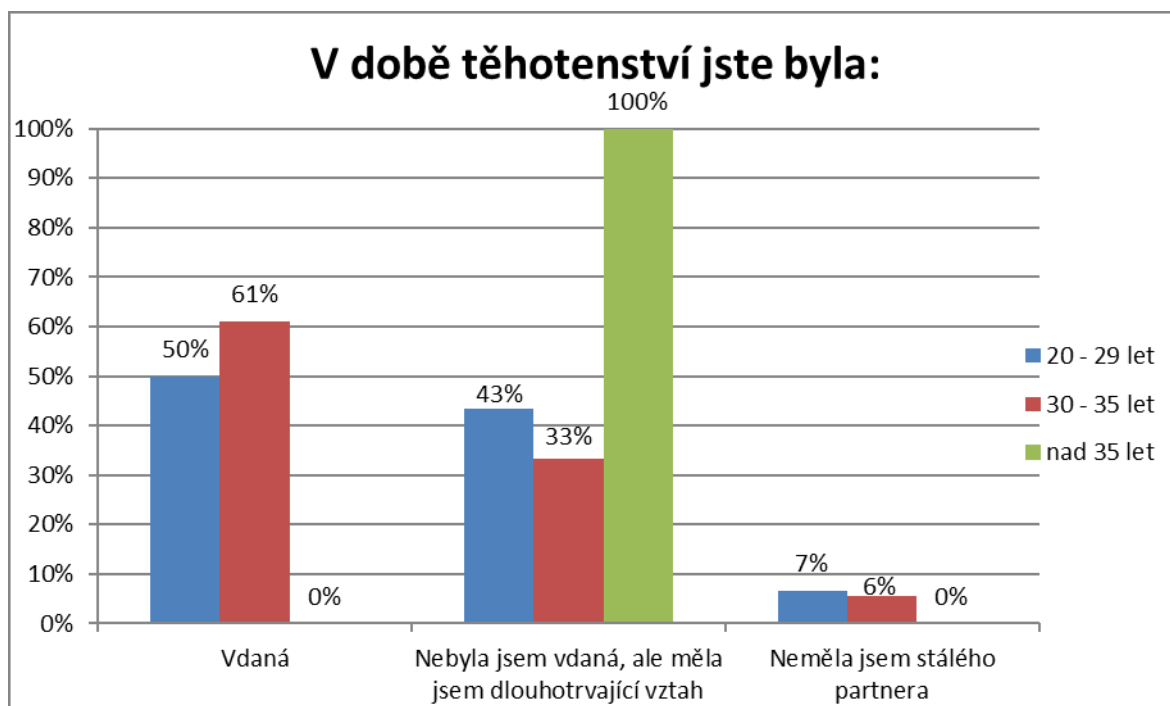
**Položka 14:** V době těhotenství jste byla:

Tabulka 14: V době těhotenství jste byla

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Vdaná	Absolutní četnost	30	11	0
	Relativní četnost	50%	61%	0%
Nebyla jsem vdaná, ale měla jsem dlouhodobý vztah	Absolutní četnost	26	6	4
	Relativní četnost	43%	33%	100%
Neměla jsem stálého partnera	Absolutní četnost	4	1	0
	Relativní četnost	7%	6%	0%

Zdroj: Vlastní

Graf 14: V době těhotenství jste byla



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Tabulka a graf č. 14 nás informuje o počtu žen, v různých věkových kategoriích, které byly již v těhotenství vdané, které vdané nebyly, ale měly dlouhotrvající vztah a ženy, které neměly stálého partnera.

Všechny ženy nad 35 let v době otěhotnění nebyly vdané, ale měly stálého partnera. Nejvíce vdaných žen v době těhotenství bylo v kategorii mezi 30 – 35 lety (61 %), polovina žen byla vdaná i v kategorii 20 – 29 let. Potěšujícím zjištěním bylo, že bez stálého partnera v době otěhotnění bylo jen 6 resp. 7%. V kategorii žen nad 35 let to nebyla žádná.

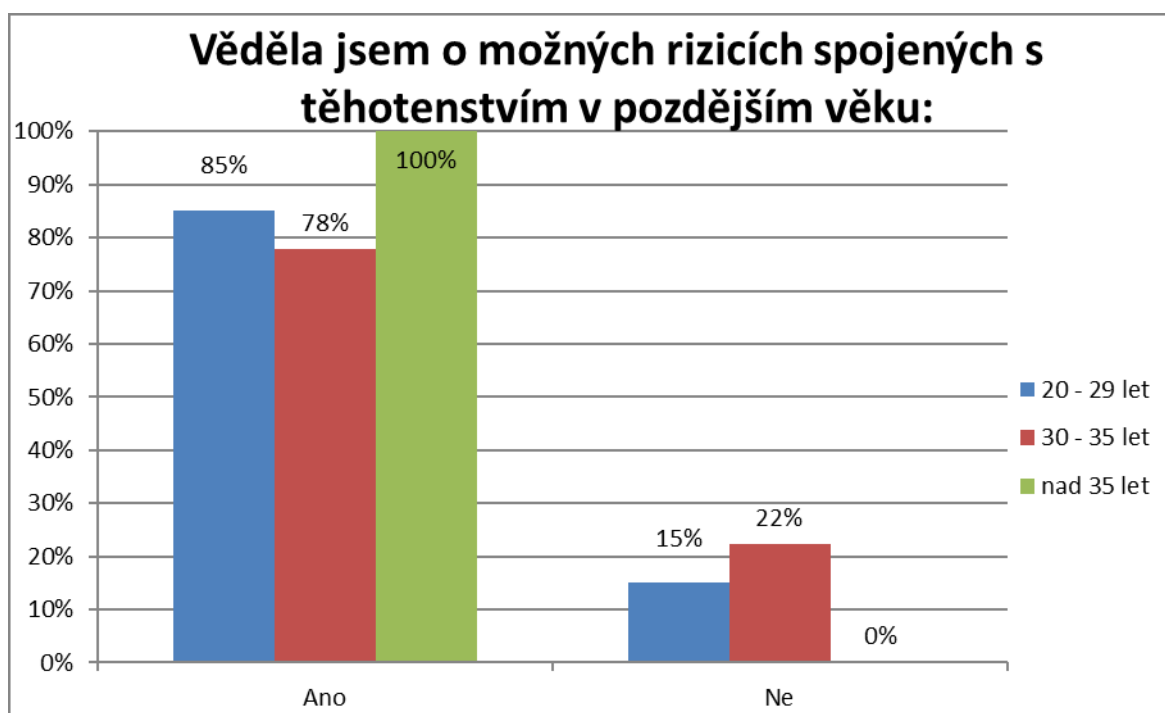
**Položka 15:** *Věděla jste o možných rizicích spojených s těhotenstvím v pozdějším věku?*

Tabulka 15: Věděla jste o možných rizicích spojených s těhotenstvím v pozdějším věku

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	51	14	4
	Relativní četnost	85%	78%	100%
Ne	Absolutní četnost	9	4	0
	Relativní četnost	15%	22%	0%

Zdroj: *Vlastní*

Graf 15: Věděla jste o možných rizicích spojených s těhotenstvím v pozdějším věku



Zdroj: *Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 15 nás informuje o počtu žen, v různých věkových kategoriích, které věděly o možných rizicích těhotenství v pozdějším věku.

Výsledky vyplývající z tabulky a grafu svědčí o dobré informovanosti žen v této problematice. Jen necelá čtvrtina žen ve věkové kategorii 30-35 let nevěděla o rizicích spojených s těhotenstvím v pokročilejším věku. Ve věkové kategorii nad 35 let pak byla informovanost v 100%.

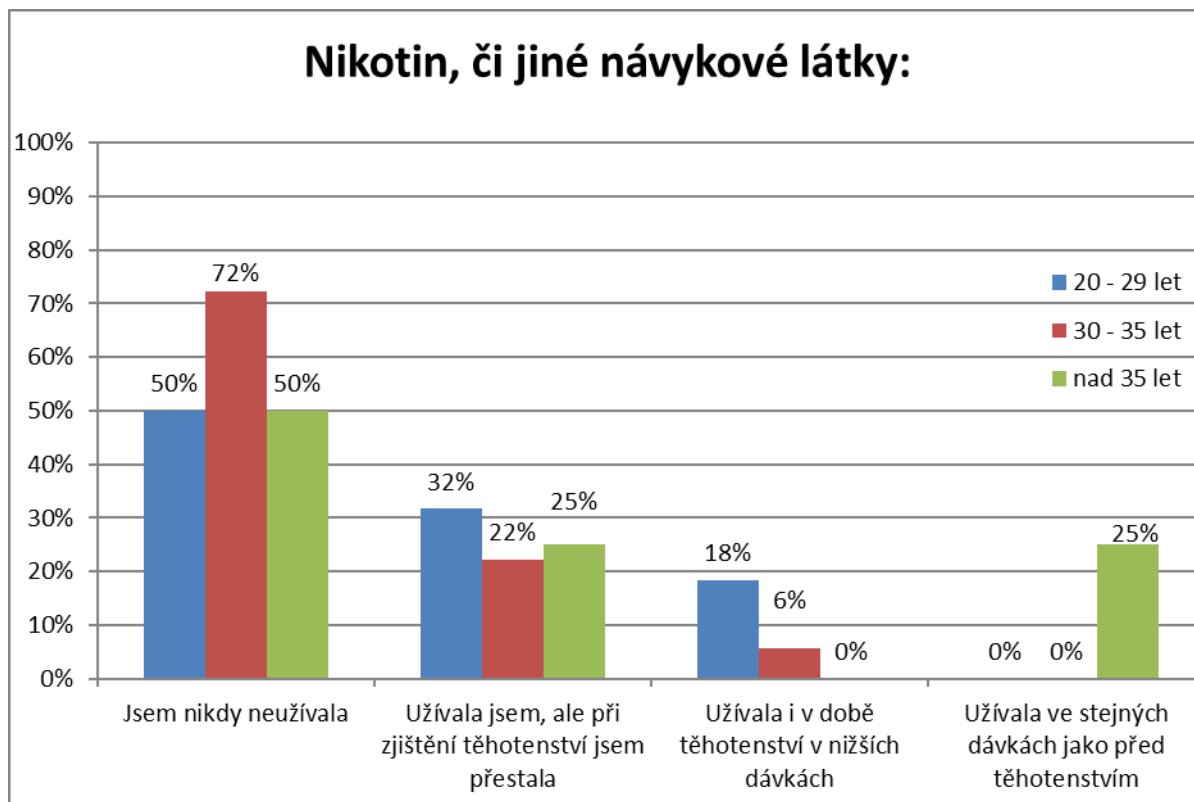
**Položka 16:** *Nikotin, či jiné návykové látky:*

Tabulka 16: Nikotin, či jiné návykové látky

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Jsem nikdy neužívala	Absolutní četnost	30	13	2
	Relativní četnost	50%	72%	50%
Užívala jsem, ale při zjištění těhotenství jsem přestala	Absolutní četnost	19	4	1
	Relativní četnost	32%	22%	25%
Užívala i v době těhotenství v nižších dávkách	Absolutní četnost	11	1	0
	Relativní četnost	18%	6%	0%
Užívala ve stejných dávkách jako před těhotenstvím	Absolutní četnost	0	0	1
	Relativní četnost	0%	0%	25%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 16: Nikotin, či jiné návykové látky



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 16 informuje o tom kolik žen, v různých věkových kategoriích, kouří, či užívá jiné návykové látky a v jakých dávkách i v průběhu těhotenství.

Polovina žen (ve věkové kategorii 30-35 let až 72 %) nikdy nekouřila nebo neužívala žádné návykové látky. U druhé poloviny žen pak 22 – 32 % žen přestalo kouřit po potvrzení těhotenství. Nejvíce to bylo v kategorii žen od 20 do 29 let, které buď kouřit úplně přestaly, nebo kouřily v méně. Nepříznivým zjištěním byla skutečnost, že 25 % žen ve věkové kategorii nad 35 let se užívání návykových látek v těhotenství nepodařilo přerušit.

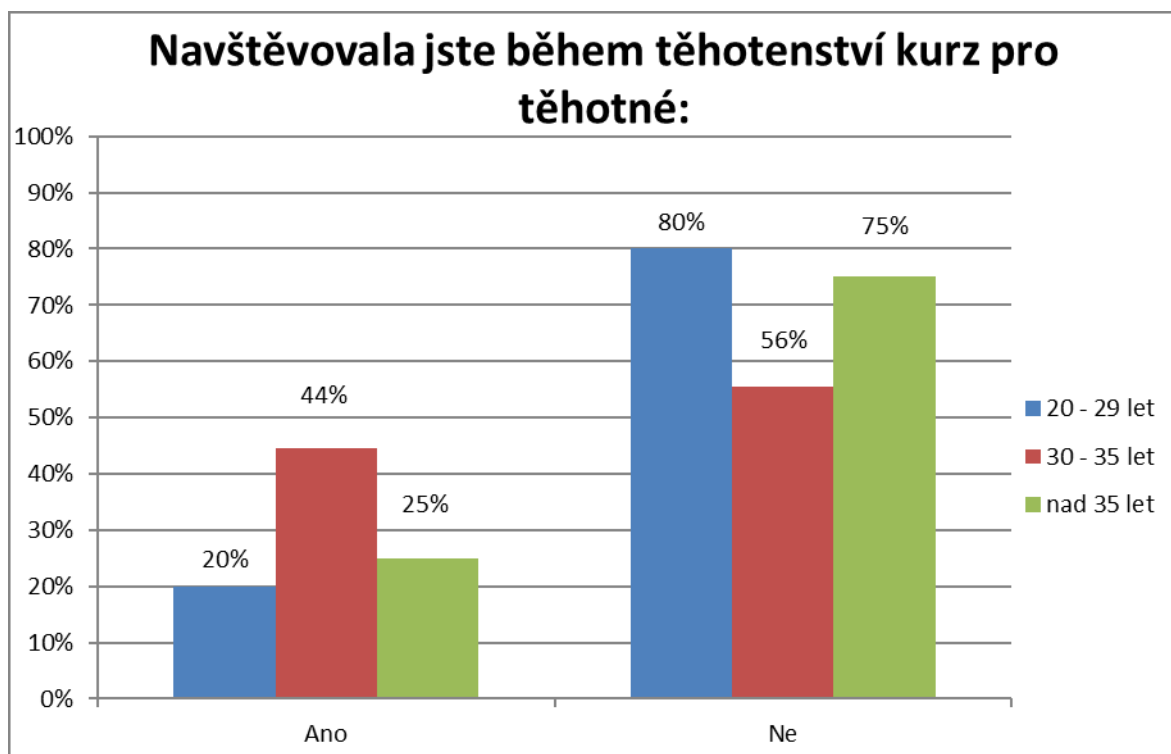
**Položka 17: Navštěvovala jste během těhotenství kurz pro těhotné?**

Tabulka 17: Navštěvovala jste během těhotenství kurz pro těhotné

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	12	8	1
	Relativní četnost	20%	44%	25%
Ne	Absolutní četnost	48	10	3
	Relativní četnost	80%	56%	75%

Zdroj: Vlastní

Graf 17: Navštěvovala jste během těhotenství kurz pro těhotné



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Z výzkumu vyplývá, že nejvíce navštěvují předporodní kurz ženy prvorodičky ve věku 30-35 let (44 %), nejméně ženy ve věku 20-29 let.

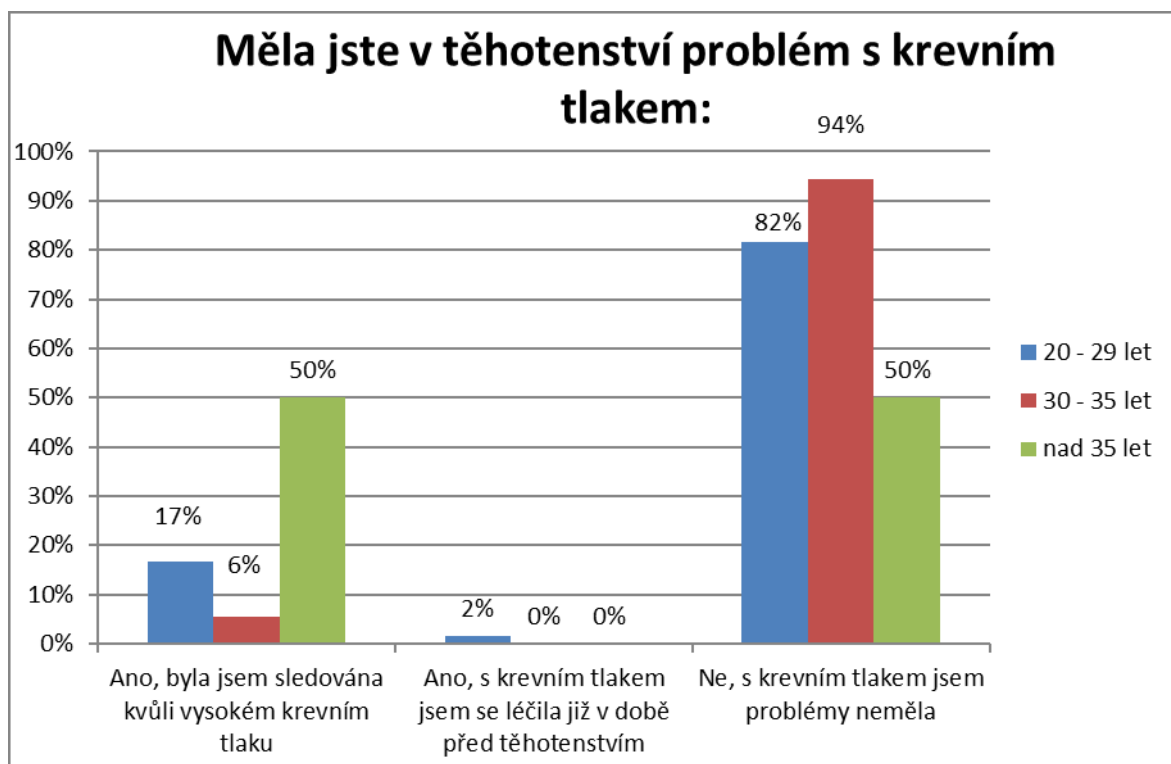
**Položka 18: Měla jste v těhotenství problémy s krevním tlakem?**

Tabulka 18: Měla jste v těhotenství problémy s krevním tlakem

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano, byla jsem sledována kvůli vysokému krevnímu tlaku	Absolutní četnost	10	1	2
	Relativní četnost	17%	6%	50%
Ano, s krevním tlakem jsem se léčila již v době před těhotenstvím	Absolutní četnost	1	0	0
	Relativní četnost	2%	0%	0%
Ne, s krevním tlakem jsem problémy neměla	Absolutní četnost	49	17	2
	Relativní četnost	82%	94%	50%

Zdroj: Vlastní

Graf 18: Měla jste v těhotenství problémy s krevním tlakem



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Zvýšený krevní tlak v těhotenství udalo 17% žen v kategorii 20-29 let, 6 % ve věku 30-35 let a polovina (50 %) žen v kategorii nad 35 let. Pouze 1 žena udala, že se léčila pro vysoký krevní tlak již před těhotenstvím. Z uvedeného vyplývá, že věk nad 35 let je velmi často spojen v těhotenství se zvýšeným krevním tlakem.

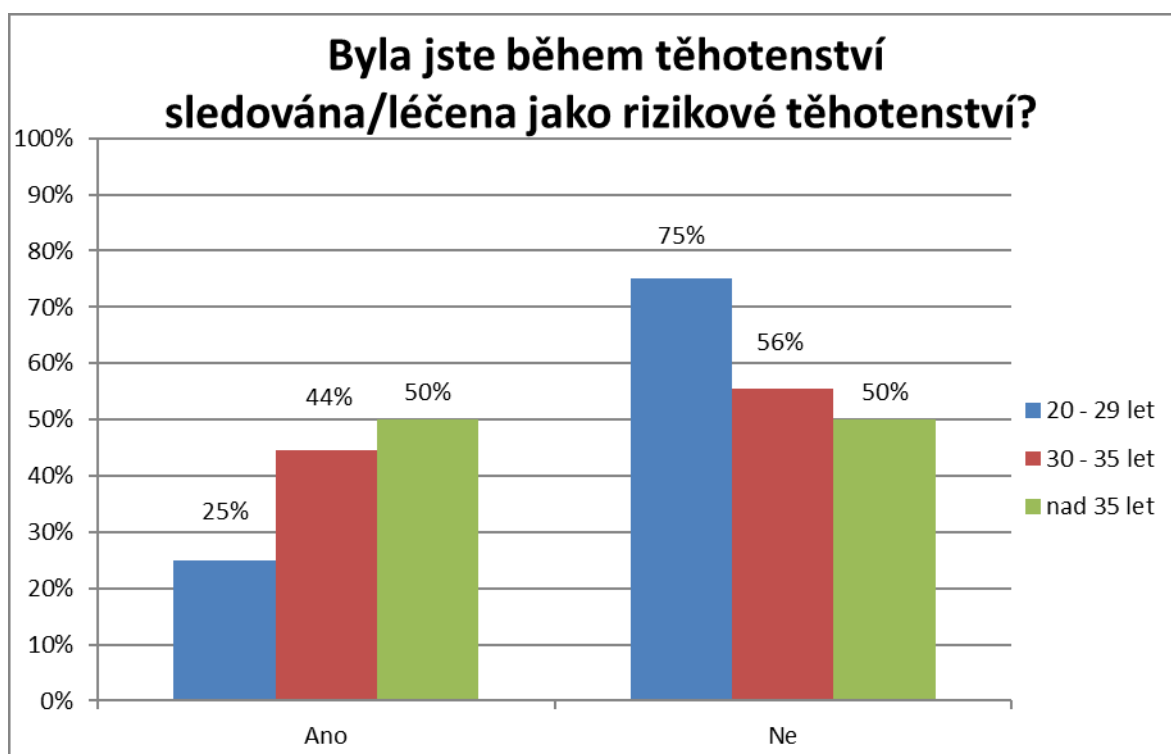
**Položka 19:** *Byla jste během těhotenství sledována/léčena jako rizikové těhotenství?*

Tabulka 19: Byla jste během těhotenství sledována/léčena jako rizikové těhotenství

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	15	8	2
	Relativní četnost	25%	44%	50%
Ne	Absolutní četnost	45	10	2
	Relativní četnost	75%	56%	50%

Zdroj: Vlastní

Graf 19: Byla jste během těhotenství sledována/léčena jako rizikové těhotenství



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Tabulka a graf č. 19 informuje o počtu žen v různých věkových kategoriích, které musely být sledovány kvůli rizikovému těhotenství.



Frekvence rizikových těhotenství stoupá v závislosti na věku těhotných. Dokazuje to tabulka, resp. grafy, které ukazují, že zatímco ve věkové kategorii 20-29 let bylo rizikové těhotenství v 25 %, ve věkové kategorii 30-35 stoupá toto číslo na 44 % a v kategorii žen nad 35 let bylo každé druhé těhotenství vedeno jako rizikové.

**Položka 20:** *Pokud jste odpověděla ano, z jakého důvodu?*

Tabulka 20: Pokud jste odpověděla ano, z jakého důvodu

20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Vysoký krevní tlak, preeklampsie	Velké miminko	Zkracování čípku, opakované záněty, umělé oplodnění, vysoký TK, psychika, těhotenská cukrovka
Vysoký TK, bílkovina v moči	Zkrácený čípek	
Čekala jsem dvojčata	Množství plodové vody, velikost plodu	
Nízký TK, nevolnost, problémy s děložním čípkem	Prodělaný zákrok kvůli prekanceróze	
Z důvodu krvácení ve 12 tg.	Trombofilie	
Hraniční průtoky	Stent v ledvině	
Předčasný porod	Dítě mělo 2 cévy, komplikace nízká váha, problémy s dýcháním	
Malá placenta	Preeklampsie	
Vysoký TK, cukrovka		
Časté tvrdnutí břicha		
Vysoký TK, zánět		
Aceton v moči, nevolnost, nechutenství		
Zkrácení čípku, časté tvrdnutí břicha		
Dítě mi tlačilo na ledvinu		

Zdroj: *Vlastní*

**Komentář:** Tabulka č. 20 informuje o ženách v různých věkových kategoriích, které musely být v průběhu těhotenství sledovány pro rizikové těhotenství a z jakého důvodu.

Nejvíce odpovědí zaznamenaly ženy ve věku 20-29 let, kdy nejčastějšími komplikacemi byly: vysoký krevní tlak, problémy s děložním čípkem, riziko předčasného porodu.

Ženy ve věku 30-35 let měly nejčastější problémy s nízkou váhou dítěte, preeklampsii, problémy s dýcháním.

U žen nad 35 let 1 žena uvedla problémy s vysokým krevním tlakem, častými opakovanými záněty, se zkracováním čípku, těhotenskou cukrovkou a sledování také z důvodu umělého oplodnění.

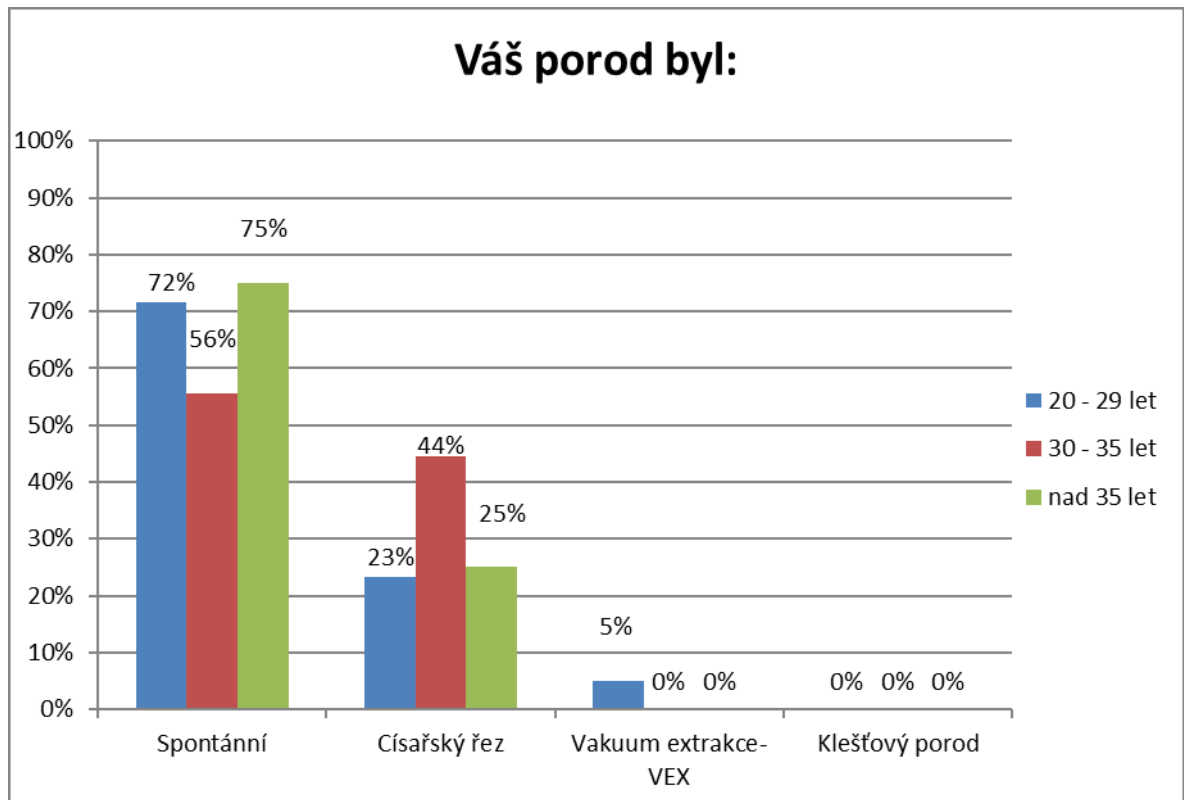
**Položka 21:** *Váš porod byl:*

Tabulka 21: Váš porod byl

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Spontánní	Absolutní četnost	43	10	3
	Relativní četnost	72%	56%	75%
Císařský řez	Absolutní četnost	14	8	1
	Relativní četnost	23%	44%	25%
Vakuum extrakce-VEX	Absolutní četnost	3	0	0
	Relativní četnost	5%	0%	0%
Klešťový porod	Absolutní četnost	0	0	0
	Relativní četnost	0%	0%	0%

Zdroj: *Vlastní*

Graf 20: Váš porod byl



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 21 informuje o počtu žen a procentuálním zastoupení v různých věkových kategoriích, které rodily spontánně, císařským řezem, vakuum extrakcí nebo klešťovým porodem.

Těhotné v nejnižší ale i v nejvyšší věkové kategorii rodily nejčastěji spontánně (72, resp. 75 %) Rodičky ve věkové kategorii 30-35 let porodily spontánně jen v 56 %, 46 % porodilo císařským řezem a 5 % pomocí vakuumextrakce.

Ve věkové kategorii 20-29 let odpovědělo 72% (43 respondentek), že rodilo spontánně. U žen ve věku 30-35 let to bylo 56 % (10 respondentek), které rodily spontánně a u žen nad 35 let to bylo 75% (3 respondentky).

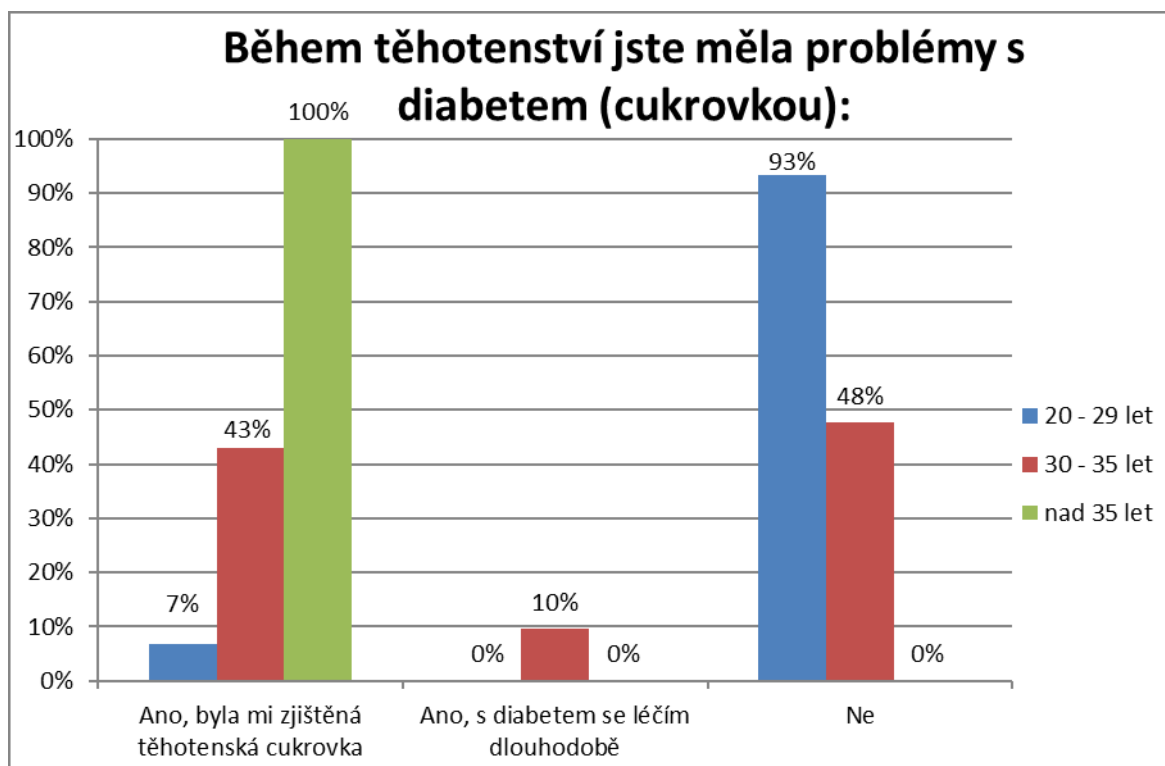
**Položka 22:** Během těhotenství jste měla problémy s diabetem (cukrovkou)?

Tabulka 22: Během těhotenství jste měla problémy s diabetem (cukrovkou)

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano, byla mi zjištěna těhotenská cukrovka	Absolutní četnost	4	9	1
	Relativní četnost	7%	43%	100%
Ano, s diabetem se léčím dlouhodobě	Absolutní četnost	0	2	0
	Relativní četnost	0%	10%	0%
Ne	Absolutní četnost	56	10	0
	Relativní četnost	93%	48%	0%

Zdroj: Vlastní

Graf 21: Během těhotenství jste měla problémy s diabetem (cukrovkou)



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Gestační diabetes ( GDM) měly všechny těhotné ve věkové skupině nad 35 let a téměř polovina (43 %) žen ve věku od 30 do 35 let. Jedna žena v této skupině měla cukrovku již před otěhotněním. U těhotných ve skupině 20-29 let byl GDM jen v 7%.

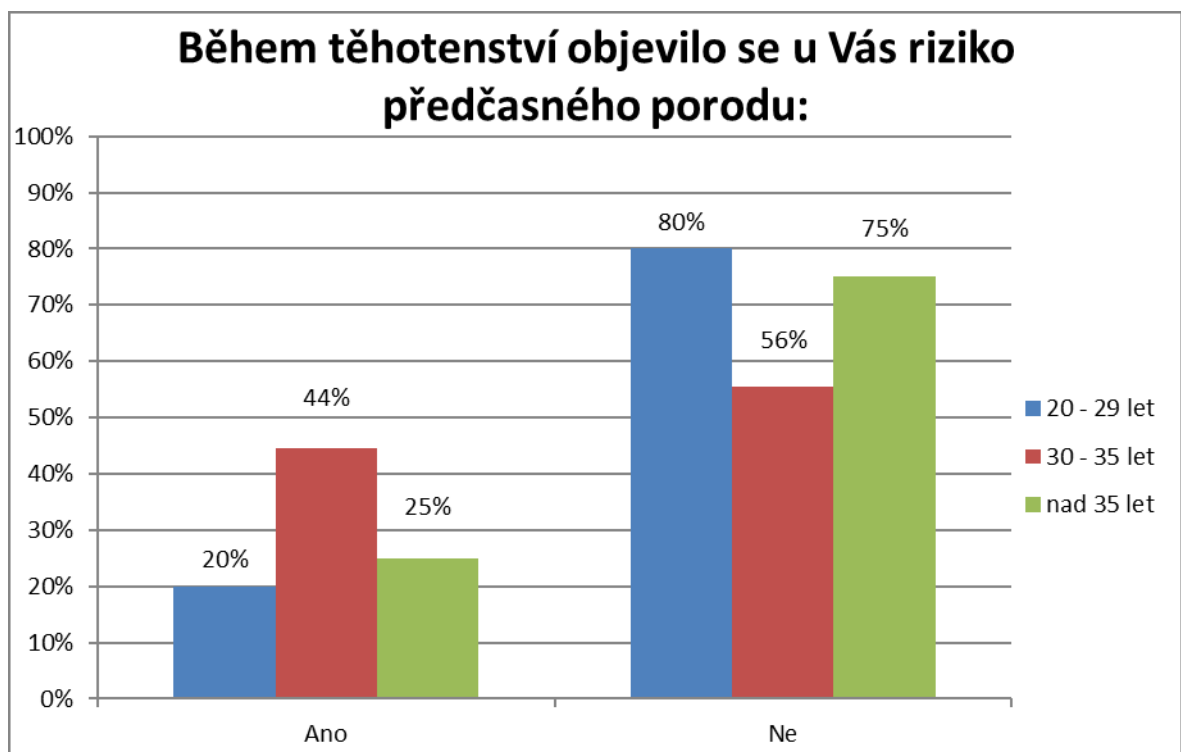
**Položka 23:** *Během těhotenství objevilo se u Vás riziko předčasného porodu*

Tabulka 23: Během těhotenství objevilo se u Vás riziko předčasného porodu

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	9	8	2
	Relativní četnost	20%	44%	50%
Ne	Absolutní četnost	51	10	2
	Relativní četnost	80%	56%	50%

Zdroj: *Vlastní*

Graf 22: Během těhotenství objevilo se u Vás riziko předčasného porodu



Zdroj: *Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 23 riziko předčasného porodu.

Ve věkové kategorii žen 20-29 let se vyskytlo riziko předčasného porodu (PP) v 20% (9), ve druhé skupině žen ve věku 30-35 let bylo riziko PP 44% (8) a u žen ve věku nad 35 let v 25% (1). Nejvyšší riziko bylo zaznamenáno u žen ve věkové kategorii 30-35 let, u žen nad 35 let může být výsledek ovlivněn malou četností souboru v této kategorii.

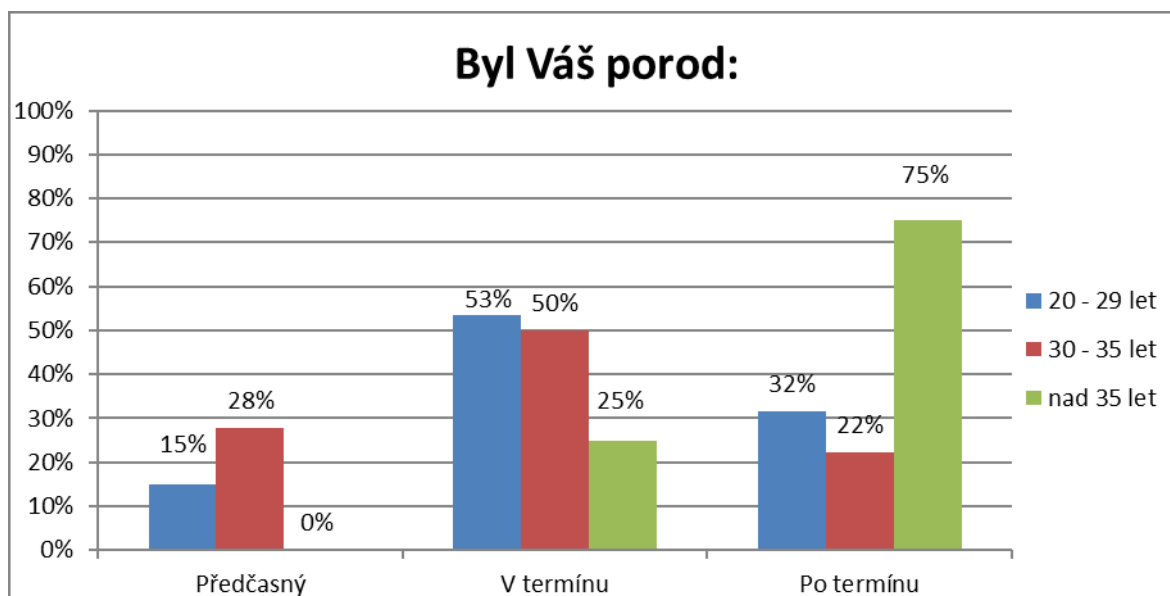
**Položka 24:** *Byl Váš porod:*

Tabulka 24: Byl Váš porod

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Předčasný	Absolutní četnost	9	5	0
	Relativní četnost	15%	28%	0%
V termínu	Absolutní četnost	32	9	1
	Relativní četnost	53%	50%	25%
Po termínu	Absolutní četnost	19	4	3
	Relativní četnost	32%	22%	75%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 23: Byl Váš porod



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Předčasný porod byl nejčastější ve skupině těhotných 30-35-letých.

Potermínová gravidita byla nejčastější ve skupině žen nad 35 let věku, ale výsledky mohou být opět ovlivněny malou četností souboru.

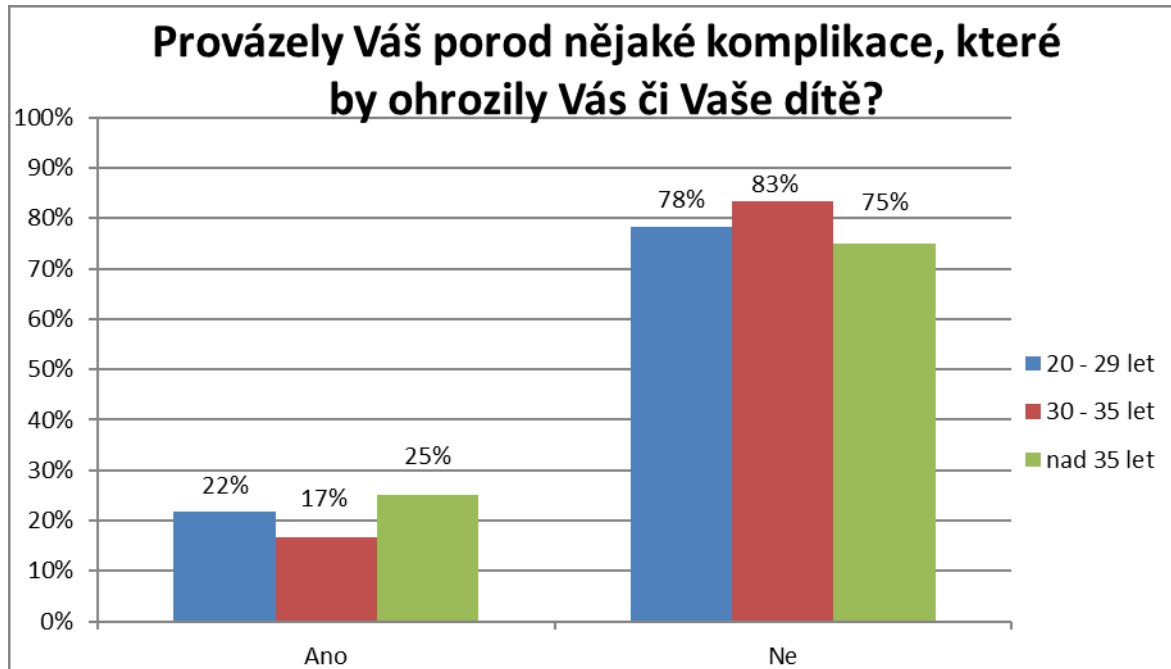
**Položka 25:** *Provázely Váš porod nějaké komplikace, které by ohrozily Vás či Vaše dítě?*

Tabulka 25: Provázely Váš porod nějaké komplikace, které by ohrozily Vás či Vaše dítě

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano	Absolutní četnost	13	3	1
	Relativní četnost	22%	17%	25%
Ne	Absolutní četnost	47	15	3
	Relativní četnost	78%	83%	75%

Zdroj: Vlastní

Graf 24: Provázely Váš porod nějaké komplikace, které by ohrozily Vás či Vaše dítě



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Výsledky uvedené v tabulce a grafu 25 udávají komplikace při porodu blíže nspecifikované. Procento komplikací se pohybuje od 17 do 25 %. Mezi všemi 3 skupinami těhotných nebyly větší rozdíly.



**Položka 26:** *Jestliže jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaké:*

Tabulka 26: Jestliže jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaké

20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ustaly kontrakce	Porod byl provázen hypoglykemií. Dítě nedýchalo, muselo být rozdýcháno.	
Dlouhotrvající, následně nepostupující porod	Preeklampsie, dítě se narodilo ve 34 tt	
Onemocnění štítné žlázy	Dlouho slabé kontrakce.	
Vysoký TK		
Vysoký TK		
Porod byl spontánní, vše však skončilo sekci z důvodu ústavní kontrakci a mému vyčerpání (kontrakce pravidelné 2 dny, samotné tlačení 15 hodin)		
Krátká pupeční šňůra		
Omotání pupeční šňůry, spastická branka		
Hraniční průtoky		
Ureaplasma urealyticum, kontrakce ve 20. a 34. tt		
Porod se spustil spontánně prasknutím plodové vody na začátku 36 týdne těhotenství. Dítě mělo velice špatné ozvy a bylo drobné (1.6kg), jeden lékař čekal, co z toho bude, no při výměně směn se druhý lékař zděsil a křel, že mělo být dítě již dávno venku akutní sekci.		
Omotaná pupeční šňůra		
Špatné průtoky v pupečníku		

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulce č. 26 udává komplikace, které se vyskytly v průběhu porodu, navazuje na otázku č. 25. Mezi nejčastější rizika patřil dlouhotrvající nepostupující porod, vysoký krevní tlak, omotání pupečníku kolem krku plodu, hraniční průtoky, předčasný porod, slabé kontrakce, preeklampsie.

U žen ve věku 30-35 let máme uvedená rizika jako např: hypoglykémie, předčasný porod, slabé kontrakce, preeklampsie. U žen 30-35 let se nejčastěji vyskytuje riziko předčasného porodu nebo preeklampsie.

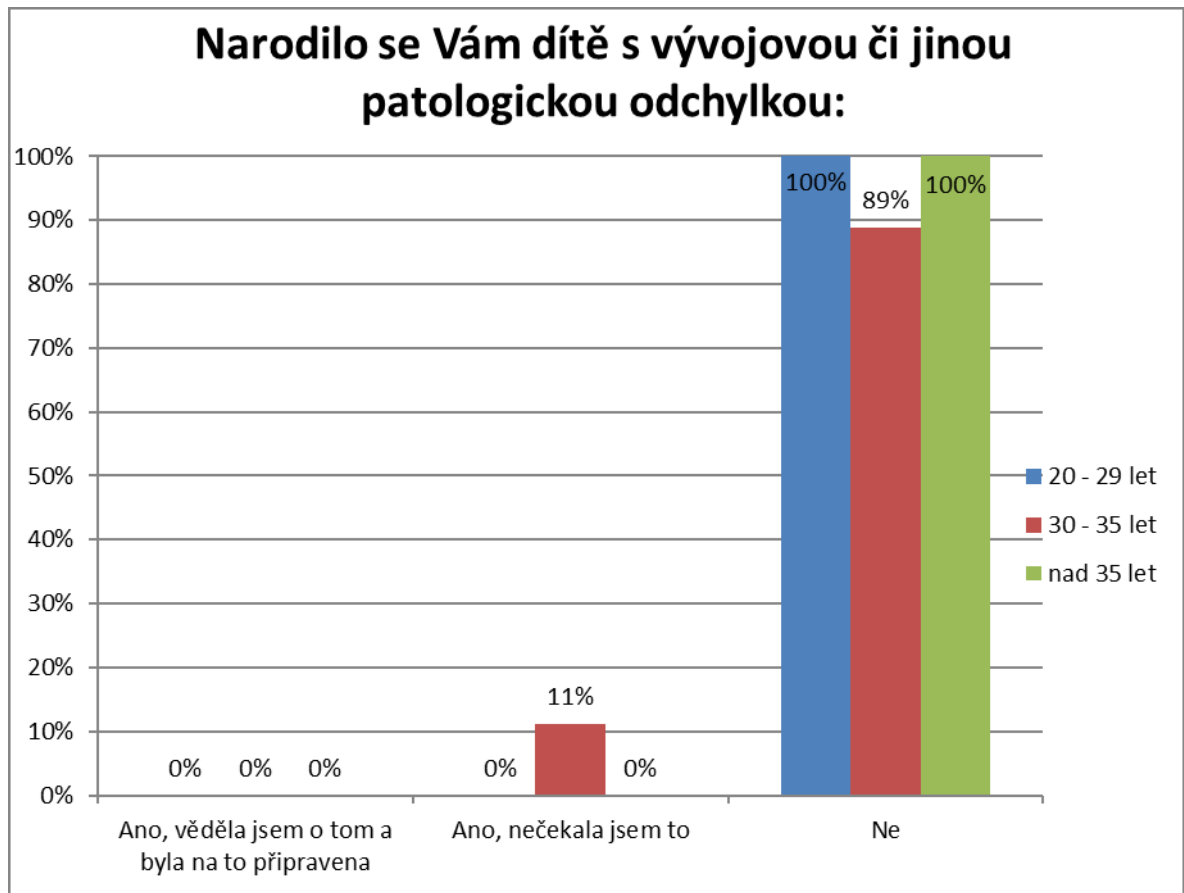
**Položka 27:** *Narodilo se Vám dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou:*

Tabulka 27: Narodilo se Vám dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou

		20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Ano, věděla jsem o tom a byla na to připravena	Absolutní četnost	0	0	0
	Relativní četnost	0%	0%	0%
Ano, nečekala jsem to	Absolutní četnost	0	2	0
	Relativní četnost	0%	11%	0%
Ne	Absolutní četnost	60	16	4
	Relativní četnost	100%	89%	100%

*Zdroj: Vlastní*

Graf 25: Narodilo se Vám dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka a graf č. 27 nás informuje o počtu žen, v různých věkových kategoriích, kterým se narodilo dítě s patologickou či jinou vývojovou odchylkou.

V celém souboru všech žen se narodily jen 2 děti s vrozenou vývojovou vadou nebo jiným patologickým nálezem. Vždy šlo o věkovou kategorii žen mezi 30 – 35 lety. U obou žen nebylo poškození jejich plodů v průběhu těhotenství zjištěno.

**Položka 28:** Před porodem Vašeho prvního dítěte jste měla některé z následujících: umělé přerušování těhotenství/samovolný potrat? Popř. Kolikrát a kolik Vám bylo let?

Tabulka 28: Před porodem Vašeho prvního dítěte jste měla některé z následujících: umělé přerušování těhotenství/samovolný potrat? Popř. Kolikrát a kolik Vám bylo let?

20 - 29 let	30 - 35 let	nad 35 let
Samovolný potrat- 19 let	1x- 34 let	
1x UP, 22 let	Zamlklý potrat, mimoděložní těhotenství. 5x	
Zamlklý potrat- přestalo bít srdíčko- 9 tt		
Samovolný potrat- 24 let		
2x UP v 16 a 18 let		
Samovolný potrat- 24 let		
Samovolný potrat- 21 let		
Samovolný potrat- 21 let		

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Tabulka č. 28 udává počet samovolných a spontánních potratů ve sledovaných věkových skupinách.

## 11 DISKUZE

### 11.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Kvasničková ve své bakalářské práci „Těhotenství a porod prvního dítěte ve vyšším věku ženy“ z roku 2009 uvádí, že většina žen, které porodily do 30 roku svého života, neměly tolik komplikací jako těhotné po 30 roku života.

Data byla získána od 109 respondentek, které byly rozděleny do dvou skupin - ženy, které porodily do 30 let a ženy které porodily později. Data byla získána pomocí anonymních dotazníků. Z výzkumu vyplývá, že ženy neodkládaly první těhotenství dobrovolně, ale většinou se jim nedařilo otěhotnět. Autorka doporučuje ženám neodkládat těhotenství do pozdějšího věku a tím se vyhnout možným komplikacím.

Obdobným tématem se zabývala Bc. Psutková ve své diplomové práci „Odkládání rodičovství jako sociokulturní fenomén“ z roku 2013. Uvádí, že nejvíce žen, které odkládají své první těhotenství je z řad vysokoškolsky vzdělaných. Ve své práci uvádí, že vysokoškoláci ukončí své studium obvykle až okolo 25. roku života, snaží se pak uplatnit ve světě práce a mnozí z nich nemají zájem zakládat rodiny. Dalším důvodem jsou možnosti jiných aktivit mladých lidí, jako např. cestování. Až polovina respondentů uvedla, že je pro ně velmi důležitá ekonomická situace, která ovlivňuje zakládání rodiny.

Podobným tématem se též zabývala autora Zahálková ve své bakalářské práci: „Těhotenství a jeho rizika u žen starších 35 let“ z roku 2016. Ve své práci autorka prováděla výzkum prostřednictvím rozhovorů, oslovila 4 ženy, které rodily po 35 letech.

Uvádí, že dvě respondentky odložily těhotenství z kariérních důvodů, soustředily se více na pracovní postup, také změnily partnera. Obě dotazované respondentky se také shodly na tom, že se co nejdříve do práce vrátí. Třetí respondentka odložila své první těhotenství do pozdější doby z důvodu rozpadu dlouholetého vztahu. Čtvrtá respondentka, jako jediná měla k odložení těhotenství zdravotní důvody. Po 2 leté snaze o spontánní otěhotnění otěhotněla až pomocí metod asistované reprodukce. Autorka uvedla, že si respondentky plně uvědomovaly rizika těhotenství v pozdějším věku, u tří z nich se vyskytl gestační diabetes.

## 11.2 Doporučení pro praxi

Odkládání těhotenství do pozdějšího věku je v současné době výrazným trendem v naší společnosti. Podílí se na tom řada faktorů zejména narůstající počet vysokoškolaček, které odkládají těhotenství až po ukončení studia. Výrazný vliv má snaha uplatnit se v zaměstnání, budovat svou pracovní kariéru. Řada párů rovněž odkládá založení rodiny až do doby, kdy vyřeší bytové problémy. Roli hraje i možnost cestování a využívání současných nabídek konzumní společnosti.

Těhotenství po 30-ti letech věku a zejména před 40. rokem však přináší řadu zdravotních problémů, které ohrožují průběh těhotenství, porod a narození zdravého dítěte. Jde o problémy s vlastním otěhotněním, vyšší procento samovolných potratů, častější výskyt gestačního diabetu, hrozícího předčasného porodu, preeklampsie. Narůstá rovněž frekvence ukončení porodu císařským řezem.

Z uvedených důvodů není odkládání těhotenství do pozdějšího věku z porodnického pohledu vhodné.

## ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce byla zaměřena na příčiny odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku. Teoretická část se zabývá fyziologií těhotenství, délkou těhotenství, změnami jak fyzickými tak psychickými v organismu ženy, reprodukčním stárnutím ženy a plánovaným těhotenstvím. Závěr práce se věnuje sociálním aspektům a společenským změnám po roku 1989.

V praktické části byly prezentovány výsledky zkoumající věk žen v době prvního těhotenství a porodu ve vztahu k úrovni vzdělání, vzdělání partnera/manžela, podmínkám bydlení, zda ženy bydlí ve městě nebo na vesnici. V neposlední řadě pak jaké důvody je vedly k tomu, že své první těhotenství odložily na pozdější dobu.

**Hlavním cílem** bylo zjistit příčiny, které vedou ženy prvorodičky k odkládání jejich prvního těhotenství do pozdější doby. K tomuto cíli se vztahovaly položky 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14. Celých 65% prvorodiček ve věku 20-29 let mělo středoškolské vzdělání, naproti tomu prvorodičky ve věku nad 35 let měly v 50% vysokoškolské vzdělání. V průběhu prvního těhotenství bylo 75% žen ve věku nad 35 let neprovdaných. 95% prvorodiček ve věku 20-29 se podařilo počít dítě přirozenou cestou, u prvorodiček ve věku nad 35 let to bylo 25% žen, kdy se otěhotnění přirozenou cestou nepovedlo. U žen ve věku 30-35 let bylo v 72% těhotenství plánovaných. U žen nad 35 let bylo 50% těhotenství dosaženo až umělým oplodněním. Nejvíce neplánovaných těhotenství bylo u žen ve věku 20-29 let a to 33%. Nejvíce užívaly před těhotenstvím antikoncepci ženy ve věku 30-35 let - v 61%, nejméně ženy nad 35 let (75%). 89% žen ve věku 30-35 let bydlí s vlastní rodinou. Nejvíce žen, které bydlí samy (25%) jsou ženy nad 35 let. Ženy ve věku 20-29 let zase nejčastěji bydlí u rodičů (17%). Ženy ve věku 20-29 let odpověděly nejčastěji a to v 17%, že těhotenství plánovaly na pozdější dobu, naopak ženy ve věku 30-35 let nejčastěji odpověděly, že těhotenství plánovaly právě na dobu, kdy proběhlo. Nejčastějším důvodem k odkládání těhotenství bylo u žen nad 35 let (50%), že otěhotnět chtěly, ale z nějakého důvodu to nešlo. U žen 30-35 let (28%) to bylo nejčastěji z důvodu udržení zaměstnání a kariéry, u žen 20-29 let (21%) z nestálosti vztahu či partnera. Nejvíce vdaných prvorodiček bylo ve věku 30-35 let (61%), nad 35 let nebylo vdaných, ale měly dlouhotrvající vztah. Nejvíce bylo prvorodiček, které neměly stálého partnera, bylo ve věku 20-29 (7%).

**Hlavní cíl byl splněn.**

**Prvním podcílem** bylo zjistit, podíl prvorodiček ve věku 20-29 let, 30-35 a nad 35 let. K tomuto podcíli se vztahovala položka č. 1. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce prvorodiček bylo ve věku 20-29 let (73%) , 22% prvorodiček bylo ve věku 30-35 let a 5% prvorodiček ve věku nad 35 let.

**Podcíl byl splněn.**

**Druhý podcíl** se zaměřil na věkovou hranici prvorodiček nad 30 let a zkoumal výskyt komplikací během těhotenství a porodu. K tomuto podcíli se vztahovaly položky 18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28. Z výsledků vyplynulo, že nejčastěji měly těhotné problémy s krevním tlakem, u žen ve věku nad 35 let v 50%. Ženy nad 35 let v 50%, musely být rovněž sledovány pro riziková těhotenství. 44% žen ve věku 30-35 let porodilo císařským řezem. U 100% žen ve věku nad 35 let byla zjištěna těhotenská cukrovka. U 44% žen ve věku 30-35 let se během těhotenství objevilo riziko předčasného porodu. K předčasnému porodu došlo u prvorodiček ve věku 30-35 let v 28% let ale současně zde byl častý i porod po termínu. Svou roli zde ale může hrát malá četnost souboru. Na otázku, zda se během porodu vyskytly nějaké komplikace, které ohrožovaly ženu i dítě, nejčastěji odpověděly kladně ženy ve věku nad 35 let (25%). U 11% žen ve věku 30-35 let se narodilo dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou.

**Podcíl byl splněn.**

**Třetí podcíl** byl zaměřen na otázku, zda byly ženy obeznámeny s možnými komplikacemi a riziky v těhotenství v souvislosti s přibývajícím věkem. K tomuto podcíli se vztahovaly položky 15,16,17. Z výsledků vyplynulo, že 22% žen ve věku 30-35 let nebyly obeznámeny s riziky těhotenství v pozdějším věku. Naopak ženy nad 35 let (28%) věděly o možných rizicích. Ženy ve věku 20-29 let uvedly, že užívaly nikotin či jiné návykové látky i v průběhu těhotenství však v nižších dávkách. Ženy ve věku nad 35 let však uvedly (25%), že užívaly tyto látky ve stejném množství jako před těhotenstvím. Nejčastěji navštěvovaly předporodní kurzy ženy ve věku 30-35 let (44%), nejméně ženy ve věku 20-29 let (80%).

**Podcíl byl splněn.**



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 297 s. ISBN 978-802-4619-071.
- [2] BIERMANN, Christine a Ralph RABEN. 2006. *Maminkou ve čtyřiceti?* Vyd. Praha: Portál, 178 s. ISBN 80-736-7075-5.
- [3] ČECH, Evžen et al., 2006. *Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vyd.* Praha: Grada Publishing, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
- [4] FAIT, Tomáš, 2008. *ANTI-KONCEPCE: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2008. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-172-1.
- [5] HÁJEK, Zdeněk et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 444s. ISBN 80-247-0418-8.
- [6] CHMEL, Roman, 2004. *Průvodce těhotenstvím*. 2004. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0962-7.
- [7] KONEČNÁ, Hana, 2009. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. Druhé. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-591-8.
- [8] KUDELA, Milan, 2011. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-1975-6.
- [9] MARDEŠIĆ, Tonko, 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. 2013. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4458-2.
- [10] ŇAĐOVÁ, Monika, Viera SIMOČKOVÁ a Ľubomír JAVORKA, 2012. *Metódy sledovania plodnosti: Prirodzená cesta k potomstvu*. 2012. Martin: Osveta, spol. ISBN 978-80-8063-386-8.
- [11] ODENT, Michel, 2011. *Znovuzrozený porod*. 1995,2011. Milíčova13, Praha: Argo. ISBN 80-85794-69-1.
- [12] PAŘÍZEK, Antonín, 2006. *Knih o těhotenství a porodu: První český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. 2006. Praha: Galén. ISBN 9788072624119.
- [13] PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. 2012. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 217 s. ISBN 978-802-4430-195.
- [14] ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 405 s. ISBN

978-802-4719-412.

- [15] SIROVÁTKA ET AL., Tomáš, 2006. *Rodina, zaměstnání a sociální politika*. 2006. Brno: František Šalé- ALBERT. ISBN 80-7326-104-9.

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- [1] ELISE, LA ROCHEBROCHARD a THONNEAU PATRICK, 2002. *Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study*. *Human Reproduction* [online]. 17 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/humrep/article/17/6/1649/2919231/Paternal-age-and-maternal-age-are-risk-factors-for>
- [2] HADAČOVÁ, Ivana, 2012. *Trombóza a hormonální antikoncepce u mladistvých dívek*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012(13), 2 [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/04/02.pdf>
- [3] HAVLÍČKOVÁ, Jana, 2009. *Současný demografický vývoj a jeho dopad na budoucí podobu rodiny*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
- [4] HEALTH. *Babies after 40: The Hidden Health Risks of Mid-Life Pregnancy*, 2015 [online]. 2015. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.health.com/health/article/0,,20411699,00.html>
- [5] HRUŠKOVÁ, Hana, 2009. *Hormonální antikoncepce- novinky, přínosy, rizika, nové preparáty*. *Interní medicína.cz* [online]. 2009(12), 3 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/12/09.pdf>
- [6] MEDICÍNA. CZ. *Plánované rodičovství: Možné komplikace pozdního odkládaného těhotenství*, 2014. První český zdravotnický portál [online]. 2014, 1 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/10412/96/Mozne-komplikace-pozdneho-odkladaneho-tehotenstvi/>
- [7] MEDICINENET. *Pregnancy week by week*, 2016. [online]. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://www.medicinenet.com/pregnancy/article.htm>
- [8] NESVADBOVÁ, Michaela, 2016. *Česká rodina po roce 1989 z per českých sociologů aneb co víme o české rodině*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Doc. PhDr. Tomáš Katrňák, PhD. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/397932/fss\\_m/Diplomova\\_prace\\_Nesvadbova.pdf](https://is.muni.cz/th/397932/fss_m/Diplomova_prace_Nesvadbova.pdf)

- [9] NIH. *What are the different types of contraception?*, 2016. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development [online]. [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/contraception/conditioninfo/Pages/types.aspx>
- [10] ROLLINGEROVÁ, Marie, 2012. *Diabetes a těhotenství*. Plzeň. Bakalářská práce. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/3796/1/Bakalarska%20prace%20-%20Marie%20Rollingerova.pdf>
- [11] UZEL, Radim, 2000. *Plánované rodičovství*. První český zdravotnický portál [online]. 2001-2017, 1 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/2457/96/Planovane-rodicovstvi/>
- [12] UZEL, Radim, 2002. *Pokles fertility v závislosti na věku* [online]. 2 [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocclanku=2006030201>
- [13] WEBMD. *Ovulation and Fertility Facts to help you get pregnant*, 2017. Pregnancy [online]. LLC [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/baby/>
- [14] WILDOVÁ, Olga, 2016. *Plánované rodičovství: Jaká je šance otěhotnět po 35. narozeninách?* [online]. 2016, 1 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/10939/96/Jaka-je-sance-otehotnet-po-35-narozeninach/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Atd.	A tak dále
hCG	Lidský choriogonadotropin
ml	mililitr
Tzv.	Takzvaný
HLP	Lidský placentární laktogen
HCT	Lidský choriový thyreotropin
IVF	In vitro fertilizace
OSN	Organizace spojených národů
Tj.	To je
DM	Diabetes mellitus
IUGR	Intrauterinní růstová retardace
Apod.	A podobně
Resp.	Respektive
PP	Předčasný porod
Popř.	Popřípadě

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Vaše první dítě se narodilo, když Vám bylo.....	36
Graf 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání .....	37
Graf 3: Váš rodinný stav.....	39
Graf 4: Bylo Vaše dítě počato přirozenou cestou .....	40
Graf 5: Bylo Vaše těhotenství.....	41
Graf 6: V době před těhotenstvím jste užívala antikoncepci .....	43
Graf 7: Pokud jste užívala antikoncepci, jakou .....	44
Graf 8: Nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho partnera/ manžela .....	46
Graf 9: Bydlíte .....	48
Graf 10: Vaše bydliště je .....	49
Graf 11: Těhotenství u prvního dítěte jsem .....	51
Graf 12: Těhotenství prvního dítěte jsem odložila z důvodů.....	53
Graf 13: Cítila jste se na těhotenství psychicky připravena .....	54
Graf 14: V době těhotenství jste byla .....	55
Graf 15: Věděla jste o možných rizicích spojených s těhotenstvím v pozdějším věku .....	56
Graf 16: Nikotin, či jiné návykové látky .....	58
Graf 17: Navštěvovala jste během těhotenství kurz pro těhotné .....	59
Graf 18: Měla jste v těhotenství problémy s krevním tlakem.....	60
Graf 19: Byla jste během těhotenství sledována/léčena jako rizikové těhotenství .....	61
Graf 20: Váš porod byl .....	64
Graf 21: Během těhotenství jste měla problémy s diabetem (cukrovkou) .....	65
Graf 22: Během těhotenství objevilo se u Vás riziko předčasného porodu.....	66
Graf 23: Byl Váš porod .....	67
Graf 24: Provázely Váš porod nějaké komplikace, které by ohrozily Vás či Vaše dítě .....	68
Graf 25: Narodilo se Vám dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou .....	72

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Vaše první dítě se narodilo, když Vám bylo .....	36
Tabulka 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání .....	37
Tabulka 3: Váš rodinný stav .....	38
Tabulka 4: Bylo Vaše dítě počato přirozenou cestou.....	40
Tabulka 5: Bylo Vaše těhotenství .....	41
Tabulka 6: V době před těhotenstvím, jste užívala antikoncepci .....	42
Tabulka 7: Pokud jste užívala antikoncepci, jakou .....	44
Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho partnera/manžela.....	45
Tabulka 9: Bydlíte .....	47
Tabulka 10: Vaše bydliště je.....	49
Tabulka 11: Těhotenství u prvního dítěte jsem.....	50
Tabulka 12: Těhotenství prvního dítěte jsem odložila z důvodů .....	52
Tabulka 13: Cítila jste se na těhotenství psychicky připravena .....	54
Tabulka 14: V době těhotenství jste byla .....	55
Tabulka 15: Věděla jste o možných rizicích spojených s těhotenstvím v pozdějším věku .....	56
Tabulka 16: Nikotin, či jiné návykové látky.....	57
Tabulka 17: Navštěvovala jste během těhotenství kurz pro těhotné.....	59
Tabulka 18: Měla jste v těhotenství problémy s krevním tlakem.....	60
Tabulka 19: Byla jste během těhotenství sledována/léčena jako rizikové těhotenství .....	61
Tabulka 20: Pokud jste odpověděla ano, z jakého důvodu.....	62
Tabulka 21: Váš porod byl .....	63
Tabulka 22: Během těhotenství jste měla problémy s diabetem (cukrovkou).....	65
Tabulka 23: Během těhotenství objevilo se u Vás riziko předčasného porodu .....	66
Tabulka 24: Byl Vás porod.....	67
Tabulka 25: Provázely Váš porod nějaké komplikace, které by ohrozily Vás či Vaše dítě.....	68
Tabulka 26: Jestliže jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaké .....	70
Tabulka 27: Narodilo se Vám dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou.....	71
Tabulka 28: Před porodem Vašeho prvního dítěte jste měla některé z následujících: umělé přerušování těhotenství/samovolný potrat? Popř. Kolikrát a kolik Vám bylo let? .....	73

**SEZNAM PŘÍLOH**

P I: DOTAZNÍK

P II: EDUKAČNÍ LETÁK

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Milé maminky,

pokud jste měli Vaše PRVOROZENÉ dítě v průběhu roku 2016/2017, hledám právě Vás, které mi můžete pomoci s mým malým dotazníkovým šetřením.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Touto cestou bych Vás chtěla poprosit o vyplnění anonymního dotazníku. Informace, které získám, mi poslouží k sepsání mé závěrečné bakalářské práce, která se zabývá problematikou dnešního trendu odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku.

Za Vaši ochotu Vám předem mockrát děkuji.

Marie Holbová

1. Vaše první dítě se narodilo, když Vám bylo:

- a) 20- 29 let
- b) 30 - 35 let
- c) Nad 35 let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Vyšší odborné/vysokoškolské

3. Váš rodinný stav:

- a) Svobodná
- b) Vdaná

4. Bylo Vaše první dítě počato přirozenou cestou:

- a) Ano
- b) Ne

5. Bylo Vaše těhotenství:

- a) Plánované
- b) Plánované, dosažené až umělým oplodněním
- c) Neplánované



6. V době před těhotenstvím jste užívala antikoncepci

- a) Ano
- b) Ne

7. Pokud jste užívala antikoncepci, jakou

- a) Perorální antikoncepce- pilulky
- b) Bariérové metody- kondomy, pesary
- c) Jiné

8. Nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho partnera/manžela

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Vysokoškolské

9. Bydlíte:

- a) Sama
- b) U rodičů
- c) S vlastní rodinou

10. Vaše bydliště je

- a) Ve městě
- b) Na vesnici

11. Těhotenství u prvního dítěte jsem

- a) Plánovala na pozdější dobu
- b) Plánovala na dobu, kdy proběhlo
- c) Neplánovala

12. Těhotenství prvního dítěte jsem odložila z důvodů

- a) Zaměstnání, kariéry
- b) Vzdělání
- c) Nestálosti partnera či vztahu
- d) Nebyla jsem ekonomicky zajištěna
- e) Otěhotnět jsem chtěla, nešlo to
- f) Otěhotněla jsem neplánovaně

- g) Chtěla jsem cestovat
- h) První jsem si chtěla vyřešit otázku bydlení
- i) Z jiného důvodu

13. Cítila jste se na těhotenství psychicky připravena

- a) Ano
- b) Ne

14. V době těhotenství jste byla

- a) Vdaná
- b) Nebyla jsem vdaná, ale měla jsem dlouhotrvající vztah
- c) Neměla jsem stálého partnera

15. Věděla jsem o možných rizicích spojených s těhotenstvím v pozdějším věku

- a) Ano
- b) Ne

16. Nikotin, či jiné návykové látky

- a) Jsem nikdy neužívala
- b) Užívala jsem, ale při zjištění těhotenství jsem přestala
- c) Užívala i v době těhotenství v nižších dávkách
- d) Užívala ve stejných dávkách jako před těhotenstvím

17. Navštěvovala jste během těhotenství kurz pro těhotné

- a) Ano
- b) Ne

18. Měla jste v těhotenství problém s krevním tlakem

- a) Ano, byla jsem sledována kvůli vysokém krevním tlaku
- b) Ano, s krevním tlakem jsem se léčila již v době před těhotenstvím
- c) Ne, s krevním tlakem jsem problémy neměla

19. Byla jste během těhotenství sledována/léčena jako rizikové těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne

20. Pokud jste odpověděla ano, z jakého důvodu?

.....

21. Váš porod byl:

- a) Spontánní
- b) Císařský řez
- c) Vakuum extrakce- VEX, Klešťový porod

22. Během těhotenství jste měla problémy s diabetem (cukrovkou)

- a) Ano, byla mi zjištěná těhotenská cukrovka
- b) Ano, s diabetem se léčím dlouhodobě
- c) Ne

23. Během těhotenství objevilo se u Vás riziko předčasného porodu

- a) Ano
- b) Ne

24. Byl Váš porod

- a) Předčasný
- b) V termínu
- c) Po termínu

25. Provázely Váš porod nějaké komplikace, které by ohrozily Vás či Vaše dítě?

- a) Ano
- b) Ne

26. Jestliže jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaké.....

27. Narodilo se Vám dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou

- a) Ano, věděla jsem o tom a byla na to připravena
- b) Ano, nečekala jsem to
- c) Ne

28. Před porodem Vašeho prvního dítěte jste měla některé z následujících: umělé přerušování těhotenství/samovolný potrat? Popř. Kolikrát a kolik Vám bylo let?

## PŘÍLOHA P II: EDUKAČNÍ MATERIÁL

- Reprodukční stáří
- Plánované rodičovství
- Metody plánovaného rodičovství
- Příčiny odkládání těhotenství do pozdějšího věku

### Rizika odkládání těhotenství do pozdějšího věku



## Reprodukční stárnutí

- Plodnost ženy s přibývajícím věkem klesá
- V dnešní době roste počet prvorodků v pozdějším věku. Dříve to byla jedna žena z padesáti, která přivedla dítě na svět až ve svých 35 letech, dnes jde o 1 ženu z 5.
- U žen starších 35 let se mohou mít řadu komplikací jako vysoký krevní tlak, riziko samovolných potratů, metabolickými poruchami a poruchy při nitroděložním vývoji plodu.
- S věkem roste riziko vrozených vývojových vad plodu – Downův syndrom.
- Dalšími riziky mohou být těhotenská cukrovka, mimoděložní těhotenství.
- Po 35 roku života riziko operativního porodu, akutního a plánovaného císařského řezu nebo komplikace spontánního porodu a jeho ukončení pomocí vakuumextrakcí nebo porodnickými křečemi.
- Stoupá výskyt mrtvorozených plodů.

## Nebezpečí snížené plodnosti s rostoucím věkem

- Nebezpečí ve vyšším věku je možná neplodnost.
- Šance na úspěch s rostoucím věkem klesá.
- Každá 4 žena nad 35 let má problémy s otěhotněním.
- K potratu dochází v I. trimestru 3x častěji než u prvorodků pod 30 let života.
- Dalšími rizikem jsou chromozomální abnormality.
- U těhotné ve vyšším věku vzniká častěji preeklampsie. Nejčastěji se projevuje ve III. trimestru.
- Metody asistované reprodukce- in vitro fertilizace- mohou být u žen vyššího věku méně úspěšné.
- U žen po 30 věku života jsou vajecnlky méně citlivé na hormonální stimulaci, která je při metodách IVF velmi důležitá.

## Plánované rodičovství

- Podle definice WHO (1988) zahrnuje „metody plánování a předcházení těhotenstvím na základě sledování přirozeně se vyskytujících známek a symptomů plodných a neplodných fází menstruačního cyklu.
- Lidé, kteří používají PPR k vyhnutí se početí, se zdržují v potenciálně plodných dnech pohlavního styku. Ti, kteří o těhotenství usilují, používají PPR k určení plodného období, čímž maximalizují pravděpodobnost těhotenství“.



1. **Pozitivní plánování rodiny**- snaha životních partnerů o těhotenství a dítě, při využívání metod sledování plodnosti a bereme tady v potaz také péči o neplodné páry.

2. **Negativní plánování rodiny**- antikoncepční metody, které jsou v této době ve společnosti více akceptované, než při metodách sledování plodnosti. Do negativního plánování rodiny můžeme zahrnout, opatření zabráňující početí, tedy anti-koncepce, různé druhy.

## Pozitivní plánování rodiny-

### metoda založená na délce předchozích cyklů:

1. **Kalendářní metoda**- používá se při pravidelném menstruačním cyklu. Utrčuje se zde počátek a konec plodného období. Tuto metodu používají ženy usilující o početí.

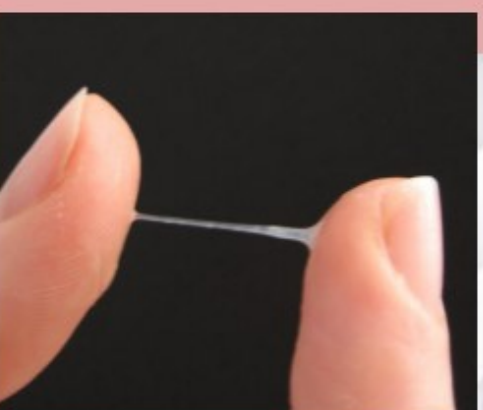
## Metoda založená na známkách plodnosti

1. **Teplotní metoda**- Teplotní metoda je založena na termogenním efektu progesteronu, jehož hladina kolem ovulace vzrůstá.  
Bazální tělesná teplota proto v cyklu, kdy dojde k ovulaci, vykazuje tzv. bifázický průběh: nižší hodnoty ve folikulární fázi (před ovulací) a vyšší po ovulaci. Patří mezi spolehlivé metody kontroly početí.

- II. **Hlenová metoda**- Hlenová metoda se opírá o sledování změn charakteru hlenu děložního čípku (cervixu) a subjektivního pocitu sucha nebo vlhka u poševního vchodu.

- III. **Symptomterrnální metoda**- Vyhodnocování vzájemné korespondence více příznaků plodnosti umožňuje přesnější vymezit plodné fáze cyklu, zvláště v nestandardních podmínkách - v obdobích onemocnění, stresu apod. Toho využívá tzv. symptomterrnální metoda, která kombinuje sledování bazální tělesné teploty, hlenu

děložního čípku a některých doplňujících příznaků (např. polohy a konzistence děložního čípku, napětí v prsou, bolesti v podbřišku).



## Příčiny odkládání těhotenství

- Ženy kolem 20- 30 let se zaměřují především na profesní budování a odborný růst, důležité je i finanční zabezpečení.
- Mladé páry přemýšlejí jak si užít svobody bez dítěte, možnosti neomezeně bez závazků cestovat.
- Ženy dávají přednost kariéře, nezávislosti a uplatnění na trhu práce.
- K tomufo vývoji přispělo rozšíření antikoncepčních metod.
- Další příčinou odkládání těhotenství do pozdějšího věku může být obava ze ztráty zaměstnání, snížená úroveň sociálního zabezpečení a snížená životní úroveň obyvatelstva.



26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Menstruace			Ovulace												Menstruace																								
Velmi neplodné dny			Velmi plodné dny												Velmi neplodné dny																								
Neplodné dny															Neplodné dny																								

*„ Rodina je místem lásky a života, místem, kde láska rodí život.“*

*Jan Pavel II*

