

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Informovanost žen o prekoncepční péči**

**Lucie Bláhová**

**Bakalářská práce  
2011**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie BLÁHOVÁ**  
Osobní číslo: **Z08118**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Informovanost žen o prekoncepční péči**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury na téma prekoncepční péče.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných záměrů.
4. Výběr metody výzkumu.
5. Konzultace vybrané metody výzkumu a skupiny respondentů s vedoucím bakalářské práce.
6. Provedení výzkumu, sběr dat.
7. Analýza a interpretace získaných výsledků.
8. Zhodnocení práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. HÁJEK, Zdeněk et al. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
2. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a porodu. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4.
3. POKORNÁ, Jitka; BŘEZKOVÁ, Veronika; PRUŠA, Tomáš. Výživa a léky v těhotenství a při kojení. 1. vydání. Praha : ERA group s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7366-136-6.
4. TRČA, Stanislav. Plánované rodičovství. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2794-3.
5. VAVŘINOVÁ, Blanka; BINDER, Tomáš. Návykové látky v těhotenství. 1. vydání. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Světlana Beránková  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 18. července 2011

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. května 2011

## **Prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č.121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice

V Pardubicích dne 13. 7. 2011

Lucie Bláhová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Světlaně Beránkové za pomoc, rady a připomínky, které mi ochotně poskytla při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se účastnili na tvorbě mé bakalářské práce. Poděkování patří i mým rodičům za veškerou podporu při mém studiu.

V Pardubicích dne 13. 7. 2011

Lucie Bláhová

## **Anotace a klíčová slova**

Bakalářská práce s názvem „Informovanost žen o prekoncepční péči“ je práce teoreticko-výzkumná.

Teoretická část je věnována prekoncepční péči, plánovanému rodičovství, zdravému životnímu stylu a rizikovým faktorům, které ovlivňují budoucí graviditu ženy.

Ve výzkumné části jsou zpracována data, získaná pomocí dotazníkového šetření, které hodnotí výsledky informovanosti žen o prekoncepční péči. Výsledky šetření jsou prezentovány pomocí grafů a tabulek.

Klíčová slova: prekoncepční péče, zdravý životní styl, plánované rodičovství, rizikové faktory, genetické poradenství, porodní asistentka

## **Annotation and key words**

Bachelor thesis called “Female preconception care awareness” is a theoretically-analytical work.

The theoretical part deals with preconception care, family planning, healthy lifestyle and potentially dangerous factors which influence gravidity of women.

In the analytical part, data gained during a questionnaire research on female preconception care are presented. The results are presented in graphs and tables.

Key words: preconception care, healthy lifestyle, family planning, risk factors, genetic counseling, midwife

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>CÍL .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>- 10 -</b>
<b>1 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ A PREKONCEPČÍ PÉČE.....</b>	<b>- 10 -</b>
1. 2 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ.....	- 11 -
1. 2. 1 ALKOHOL .....	- 12 -
1. 2. 2 KOUŘENÍ.....	- 12 -
1. 2. 3 DROGY.....	- 13 -
1. 2. 4 INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEJICH PREVENCE .....	- 13 -
1. 2. 5 HMOTNOST V PREKONCEPČNÍM OBDOBÍ .....	- 15 -
<b>2 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A PREKONCEPČNÍ PÉČE .....</b>	<b>- 17 -</b>
2. 1 ZDRAVÁ STRAVA A PITNÝ REŽIM.....	- 17 -
2. 2 TĚLESNÝ POHYB V PREKONCEPČNÍ PÉČI.....	- 20 -
2. 3 VÝZNAM PSYCHICKÉ POHODY V PREKONCEPČNÍ PÉČI.....	- 20 -
2. 4 VLIV PROSTŘEDÍ NA ZDRAVÉ TĚHOTENSTVÍ.....	- 21 -
<b>3 ZDRAVOTNÍ VYŠETŘENÍ PŘED PLÁNOVANÝM POČETÍM .....</b>	<b>- 24 -</b>
3. 1 GENETICKÉ PORADENSTVÍ.....	- 24 -
<b>4 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ U ŽEN S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM....</b>	<b>- 26 -</b>
4. 1 GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	- 26 -
4. 2 CHRONICKÁ HYPERTENZE.....	- 26 -
4. 3 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ .....	- 27 -
4. 4 ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST.....	- 28 -
4. 5 ENDOKRINOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ .....	- 28 -
4. 6 HEMATOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	- 30 -
4. 7 NEUROLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	- 31 -
4. 8 ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍCH CEST .....	- 31 -
4. 9 PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ.....	- 32 -
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>5 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>- 35 -</b>
<b>7 DISKUSE .....</b>	<b>- 59 -</b>
7. 1. DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	- 61 -
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 62 -</b>
<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....</b>	<b>- 63 -</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>- 66 -</b>

# ÚVOD

Prenatální diagnostika je u nás v současnosti na velmi vysoké úrovni, která poměrně brzy odhalí veškerá rizika a patologie, které se u ženy a jejího plodu mohou během těhotenství vyskytnout nebo se již vyskytují. Mým názorem však je, že se tato možná rizika a potenciální patologie mohou odhalit již v období před samotným početím. Je zde šance a možnost pokusit se jim vyhnout, případně je vhodnou léčbou korigovat tak, aby plánované těhotenství proběhlo s co nejnižším rizikem pro matku i plod. Výsledkem by tedy bylo narození zdravého novorozence a pro ženu bezproblémové zvládnutí těhotenství.

V literatuře, na internetu a v časopisech se dnes žena najde spoustu informací o tom, jak se chovat v těhotenství, jak se správně stravovat, co dělat a co nedělat pro správný vývoj plodu. Podstatně méně informací ale najdeme na téma prekoncepční péče, která by se měla stát součástí plánovaného rodičovství u každé ženy, protože nejlepší je možným problémům předcházet.

Bakalářská práce se sestává ze dvou částí. V první části, teoretické, se věnuji jednotlivým rizikovým faktorům, které ovlivňují těhotenství, onemocněním ženy, které mají nebo mohou mít negativní vliv na těhotenství a zdravý vývoj plodu, zdravému životnímu stylu; účinkům jednotlivých léků, které mohou ovlivňovat zdravý vývoj plodu, genetickému poradenství a především činnosti porodní asistentky v rámci prekoncepční péče. V druhé části, praktické, se zabývám vyhodnocením výsledků anonymního dotazníku, kterým jsem zjišťovala informovanost žen o prekoncepční péče.



## CÍL

Cílem bakalářské práce je zmapovat informovanost žen v reprodukčním věku o prekoncepční péči, dále zjistit, zda je prekoncepční péče u žen v reprodukčním věku prováděna, a zda je pro ženy důležitým prvkem při plánování rodiny a rodičovství.

Mým dalším cílem je vytvoření jednoduchého letáku, který by byl určen pro gynekologické ambulance, a který by motivoval ženy v reprodukčním věku k prekoncepční péči a který by doplnil jejich znalosti a informace z oblasti prekoncepční péče.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ A PREKONCEPČÍ PÉČE

Slovní spojení prekoncepční péče je složeno z předložky *pre* (před) a slova *koncepce* (početí), můžeme ho tedy volně přeložit jako péče před početím nebo péče před otěhotněním. Většinu žen v reprodukčním věku dnes donutí ke změně životního stylu a zklidnění rychlého životního tempa až vymizení menstruačního cyklu a pozitivní těhotenský test. Některé k těmto změnám přistoupí až po objevení se ranních nevolností, některé změnu neudělají vůbec. Všechna tahle rozhodnutí jsou ale v době, kdy se v děloze dokončují nejdůležitější okamžiky vývoje nového jedince a negativní faktory v životě ženy plod již nějakým způsobem ovlivnily.

Prvky prekoncepční péče by se měly dostat do povědomí všech žen, už od období dospívání, protože jenom tak se dá možným problémům v budoucí graviditě způsobem zabránit. Edukace o včasném plánování otěhotnění by se měla stát součástí práce porodní asistentky v primární a komunitní péči o ženy a zařadit se do prvků plánovaného rodičovství i u zdravých žen a ne jenom u žen, které trpí vážným chronickým onemocněním a kde je pro otěhotnění nejdůležitější období nejlepší kompenzace onemocnění. Plánování otěhotnění zasahuje do mnoha aspektů života ženy, především do jejího životního stylu, prostředí, ve kterém žije, pracovního zařazení, pohybové aktivity, hmotnosti a mnoha dalších. Z prekoncepční péče by se neměl vynechat ani partner ženy, protože plod dostává polovinu genetické informace od otce.

Všechny tyto faktory, které ovlivňují ženu a poté vyvíjející se plod se dají rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné faktory patří životní styl, hmotnost, alkohol, kouření a konzumace drog, pobyt v rizikovém prostředí. Do neovlivnitelných faktorů řadíme věk, demografické faktory, socioekonomický status a případná onemocnění u partnerů plánujících otěhotnění. Je tedy na zvážení každého páru plánujícího otěhotnění, zda se pro zdravý vývoj svého dítěte vzdá některých svých špatných návyků (především kouření a alkohol) a upraví svůj dosavadní životní styl.

Plánování rodičovství je právem obou pohlaví, všech mužů i žen. V moderním světě je tato snaha jedním ze základních lidských práv a svobod. Pojem plánované rodičovství zahrnuje prevenci nechtěné a neplánované gravidity, prevenci šíření pohlavně přenosných chorob, léčbu neplodných párů a péči o chtěnou graviditu. Tímto se snažíme vyhnout nepříznivým účinkům umělého ukončení těhotenství, zvýšeným rizikům problémů

u novorozenců, nedostatečnému podporování dětí rodinou a zvyšování ekonomických nároků rodiny.

Plánované rodičovství máme dvojího druhu, pozitivní plánování a negativní plánování. Při **pozitivním plánování rodičovství** je gravidita žádoucí a partneři, se užitím metod jako je měření bazální teploty a počítání plodných a neplodných dnů, snaží počít potomka. Při **negativním plánování rodičovství** je gravidita nežádoucí a partneři užívají antikoncepční metody pro zabránění početí. Proto je důležité, aby porodní asistentka v primární a komunitní péči, edukovala ženy, případně páry o rozdílech v plánování rodičovství a aby znala možnosti antikoncepce, které jsou vhodné pro danou ženu, případně pár. (Pařízek, 2005; Trča, 2009; Urbanová a kol., 2010, Varney a kol., 2004)

## **1. 2 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ**

Porodní asistentka v ambulanci praktického gynekologa přijde denně do styku se ženami, svými vědomostmi tak může edukovat ženy o jejich reprodukčním zdraví, pravidlech zdravého sexuálního života, antikoncepci a v dnešní době velmi důležitém plánování rodičovství. U mládeže a dospívajících může edukovat o prvcích sexuální výchovy a prevenci přenosu pohlavních chorob. Dále je také potřebné edukovat již v dospívajícím věku o hygieně pohlavního styku, která je taktéž důležitá jako prevence přenosu pohlavních infekcí a také infekcí vylučovacího traktu. Ve spolupráci s lékařem může ženě doporučit všechna důležitá vyšetření, která jsou vhodná provést ještě před samotným početím, návštěvu genetické poradny, úpravu životosprávy. Porodní asistentka bere v potaz sociální postavení ženy, její náboženské vyznání, zdravotní stav a kulturu, ve které žena žije. Nejdůležitější body, o kterých porodní asistentka v prekoncepční péči edukuje, se týkají negativního vlivu kouření, alkoholu a drog. Dále informuje o vhodné hmotnosti a především o prevenci přenosu infekčních chorob.

Porodní asistentka by také v rámci svých kompetencí měla ženu poučit o nejvhodnějším věku pro první těhotenství, který se pohybuje mezi 20-25 lety. V případě prvního těhotenství ve věku pozdějším (např. od 30 let a výše), stoupají zdravotní rizika jak pro ženu, tak i pro plod. (Urbanová a kol., 2010; Repková a kol., 2007)

### **1. 2. 1 ALKOHOL**

Edukace ze strany porodní asistentky by měla směřovat k rizikům, která alkohol v lidském těle působí. Alkohol je nejznámější a nejrozšířenější legální drogou u nás. Svými negativními účinky působí především na játra konzumenta, v případech chronického užívání alkoholu může dojít až k jaterní cirhóze. Alkohol působí negativně také na mužské spermie a ženská vajíčka, proto by měli v prekoncepčním období oba partneři snížit příjem alkoholu na co možná nejmenší míru. Pokud by došlo ke konzumaci alkoholu v těhotenství, projeví se negativním a toxickým způsobem i na plod. V nejlepším případě by bylo dobré v prekoncepčním období nekonzumovat alkohol vůbec, je však stanovena jistá hranice, která by v případě těhotenství neměla být pro plod škodlivá. Jedná se o 100 gramů alkoholu týdně, to znamená zhruba 2 skleničky vína nebo 2 sklenky piva denně. Při překročení této hranice dochází u plodu k vzniku růstové retardace nebo se vyvine takzvaný fetální alkoholový syndrom. Tento syndrom zahrnuje několik typických abnormalit. Jedná se především o růstovou retardaci, mentální retardaci, obličejovou dysmorfogenezi (zúžené oční štěrby, stlačený kořen nosu, široce posazené očníce, tenký horní ret, anomálie uší), defekty srdečních sept a drobné kloubní abnormality. Může ale dojít i k dalším klinickým nálezům, jako okulární abnormality, abnormality sítnice, sluchové poruchy, anomálie močového traktu a jater, poruchy srdečního rytmu a imunitního systému. (Hájek, 2004; Vavřínková a Binder, 2006; Trewinard, 2007)

### **1. 2. 2 KOUŘENÍ**

Negativním rizikovým faktorem je kouření, které je další společensky tolerovanou a povolenou drogou. Cigaretový kouř obsahuje nikotin a škodlivé kancerogenní látky, které mají mnoho nežádoucích a nebezpečných účinků. Kuřáctví existuje aktivní a pasivní, obojí je stejně nepříznivé pro zdraví. Kouření zvyšuje krevní tlak, způsobuje chyby při dělení buněk, které mohou ve svém důsledku vést až k rakovinnému bujení; narušuje imunitní systém, a snižuje produkci některých hormonů, hlavně estrogeneru, což může negativně ovlivnit plodnost ženy. Kancerogenní sloučeniny v kouři mohou významně ovlivnit vznik nádorového onemocnění plic, mohou též zvýšit riziko vzniku nádorového onemocnění děložního hrdla a samozřejmě nádorového onemocnění dutiny ústní. Kuřáci jsou obecně náchylnější k onemocněním srdce a chronické obstrukční plicní nemoci.

Pokud žena přestane kouřit již v prekoncepčním období, alespoň několik měsíců před otěhotněním, dojde k významnému poklesu rizika snížené porodní hmotnosti u plodu. Přibližně na stejnou úroveň, jako u žen, které nikdy nekouřily. Pokud partneři přestanou v prekoncepčním období kouřit, výrazně se sníží množství neplodností, extrauterinních gravidit, spontánních potratů a potenciální morbidity a mortality u plodu. Kouření ženy v těhotenství je totiž spojováno se syndromem náhlého novorozeneckého úmrtí. (Hájek, 2004; Vavřínková a Binder, 2006; Trewinard, 2007; Hrubá, 2011)

### **1. 2. 3 DROGY**

Drogová závislost nebo závislost na návykových látkách je dnes zařazena jako diagnóza chronického onemocnění centrálního nervového systému. Droga je návyková látka, která je schopna vyvolat těžko zvladatelnou potřebu opakovaného užití této látky. Drogová závislost je zde již od pradávna, dříve se užívaly látky jako opium, konopí, koka a alkohol. Drogová závislost je tedy psychický stav, který je charakterizován změnami chování a dalšími reakcemi, které zahrnují nutkání opakovaně užít drogu.

U drogové závislosti je důležitý okamžitý zásah a nastoupení odvykací detoxikační terapie. Drogově závislé ženy jsou většinou nižšího socioekonomického statutu, jsou svobodné bez stálého partnera, mladé s nižším vzděláním, bez zaměstnání. U malého procenta těhotných, drogově závislých žen je právě těhotenství signálem pro nastoupení detoxikační léčby a substituční terapii metadonem. U drogově závislých je kromě samotného užívání drog problém a riziko možná HIV pozitivita či pozitivita na hepatitidu typu C. (Hájek, 2004; Vavřínková a Binder, 2006; Trewinard, 2007)

### **1. 2. 4 INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEJICH PREVENCE**

Dalším bodem, o kterém by porodní asistentka měla v rámci prekoncepční péče (a nejenom jí) edukovat, jsou infekční onemocnění a jejich prevence. Infekčních onemocnění je celá řada, proto se budu věnovat jenom těm nejzávažnějším, která mají negativní vliv na těhotenství, zejména tedy na vývoj plodu.

**Syfilis** je onemocnění vyvolané spirochetou *Treponema pallium*. Přenáší se pohlavním stykem nebo transplacentárně. Samotný průběh onemocnění není těhotenstvím ovlivněn, je zde ale výrazné riziko pro plod. Někteří novorozenci se rodí s časnou kongenitální syfilis u některých se po druhém roce života projeví Hutchinsonova trias (hluchota, soudkovité řezáky, keratitida).

**Toxoplasmóza** je vyvolána parazitem *Toxoplasma gondii* a přenáší se orálně-alimentární cestou především při konzumaci špatně tepelně zpracovaných potravin. U tohoto onemocnění je vhodné dbát na prevenci, která spočívá v dodržování hygienických zásad při manipulaci s potravinami a při kontaktu s kočkami (pravidelné čištění a odklizení výkalů), možné je také provedení vyšetření na protilátky IgM a IgG. Plod ženy je při probíhající infekci v těhotenství ohrožen vznikem kongenitální toxoplasmózy.

**Rubeola** je onemocnění, které způsobuje u plodu zarděnkovou embryopatii nebo fetopatii, která se projevuje Greggovou trias (vrozené vývojové vady srdce, vady oka a hluchota). V České republice je zavedena preventivní imunizace a proto by proto by žena měla mít dostatek protilátek. Pokud ale přišla do kontaktu s osobou, která prodělává toto onemocnění je vhodné stanovení titru protilátek v séru.

**HIV infekce** sice nezhoršuje průběh těhotenství a ani těhotenství negativně neovlivňuje průběh infekce, přesto je riziko vertikálního přenosu nákazy na plod možný ve všech fázích těhotenství, šestinedělí i při kojení. Těhotenství se proto nedoporučuje a v České republice je zaveden plošný screening všech těhotných žen. Vyšetření si za poplatek může nechat udělat každý člověk.

**Chlamydie** se řadí mezi další pohlavním stykem přenášenou infekční chorobu, Její nebezpečí tkví v tom, že přítomnost v lidském organismu může být zcela bezpříznaková nebo se může projevovat poševním výtokem, bolestivostí při močení či bolestmi při pohlavním styku. U mužů se taktéž nemusí projevovat žádnými příznaky, a pokud ano, jedná se nejčastěji o bolestivé vyprazdňování moče či nezvyklý výtok z penisu. Konečné důsledky chlamydiové infekce mohou vést až k neplodnosti.

**TBC** neboli tuberkulóza, je chronické onemocnění dýchacích cest, které je způsobeno bakterií *Mycobacterium tuberculosis*, výjimečně se může objevit i forma tuberkulózy genitální, u těchto žen je ale otěhotnění zcela vzácné. Predisponujícím faktorem vnímavosti je podvýživa, gravidita nebo diabetes mellitus. V ČR bylo v minulosti zavedeno celoplošné očkování novorozenců s kontrolou do dospělosti pomocí tuberkulinových testů. V současné době, díky dobré proočkovanosti populace, se nově očkují pouze novorozenci z rizikových skupin.

V léčbě infekčních chorob se užívají především léky ze skupiny antibiotik, antituberkulotik a virostatik. Za bezpečná **antibiotika** se považují peniciliny, cefalosporiny, linkomycin a erytromycin. Kontraindikovanými antibiotiky jsou streptomyciny (riziko vzniku hluchoty u plodu), tetracyklíny (šedý zákal a rozštěpy rtu a patra) a chloramfenikol (defekty močového systému, a po porodu novorozence grey syndrome). Ze skupiny **virostatik** je

bezpečné užití acikloviru, který má velice malé riziko nežádoucích účinků na plod. **Sulfonamidy** jsou kontraindikovány pouze v prvním trimestru a poté v období kolem porodu, kvůli možnému riziku vzniku hyperbilirubinémie a jádrového ikteru u novorozence.

**Obecná prevence** u většiny infekčních chorob je v dodržování důsledné osobní hygieny, zvyšování hygienické úrovně populace, edukace společnosti o způsobech přenosu infekčních chorob. Požívání pouze dobře tepelně zpracovaných, případně řádně omytých potravin, v rámci prevence listeriozy se vyhnou konzumaci plísňových sýrů. Dalším prvkem prevence infekčních chorob je zajištění očkování. V prevenci pohlavně přenosných onemocnění je důležitá hygiena pohlavního styku, používání prezervativu a snížení počtu sexuálních partnerů. V této kapitole bych chtěla také zmínit možnost využití domácích testů na syfilis, chlamydie a kvasinky (viz příloha). Tyto testy je možné zakoupit v lékárně, ceny se pohybují řádově ve stovkách korun. Je ale samozřejmé, že lékařské laboratorní testy přinesou odpověď stoprocentní, proto je vhodné v případě jakýchkoliv obtíží navštívit lékaře. (Čech, 2004; Hájek 2004; Trewinard, 2007; Podstatová, 2001)

### 1. 2. 5 HMOTNOST V PREKONCEPČNÍM OBDOBÍ

Hmotnost hraje ve zdravotním stavu velkou roli. Problémy s hmotností jsou v současnosti spíše s nadváhou a obezitou, než s nízkou hmotností a podvýživou, ale i takové případy nejsou výjimkou. Zda-li je člověk ještě v rámci normální hmotnosti, či se přiklání na stranu podvýživy nebo nadváhy a obezity, jde zjistit pomocí jednoduchého a dnes velmi známého Queteletova indexu (**BMI indexu**) **hmotnost v kilogramech / (výška v metrech)<sup>2</sup>**.

**Podvýživa** je stanovena, pokud je BMI index nižší než 17,9, v rozmezí 18 – 24,9 je norma. **Nadváha** je klasifikována od hodnoty 25 – 29,9. Od BMI 30 se již jedná o obezitu, která je rozdělena do tří stupňů: **obezita** prvního stupně (30 – 35), obezita druhého stupně (35 – 40) a nakonec obezita třetího stupně, nebo-li morbidní (BMI nad 40).

Rizika, která plynou z nadváhy nebo obezity jsou velká a mají dopad na celý organismus. Nejčastěji obezita způsobuje kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, AIM, cévní mozkové příhody), podílí se na zvýšení rizika vzniku nádorového onemocnění tlustého střeva, karcinomu prsu a endometria u žen, diabetes mellitus druhého typu, metabolický syndrom. Z gynekologického hlediska je obezita v mnoha případech odpovědná za amenoreu a nepravidelnosti menstruačního cyklu, anovulační cykly, infertilitu, komplikace v graviditě a za porodu, syndrom polycystických ovárií.

Z těchto výše vyjmenovaných problémů jasně plyne důležitost prekoncepční úpravy hmotnosti. Při redukci hmotnosti je vhodné spolupracovat s nutričním terapeutem, který je schopen sestavit výživová doporučení přímo na míru konkrétní osobě, a tím se zajistí zdravé hubnutí.

Terapie vyšší hmotnosti je kombinací kognitivně–behaviorální terapie (psychologický přístup s analýzou životního stylu), dietního režimu, farmakoterapie eventuelně chirurgické léčby obezity (především obezita morbidní). (Zeman, 2004; Trča, 2009; Pařízek, 2005, Krajčovičová a Hudeček, 2008)



## 2 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A PREKONCEPČNÍ PÉČE

Do zdravého životního stylu patří hned několik prvků. Mezi nejhlavnější se počítá příjem zdravé vyvážené stravy a pitný režim, dostatečný tělesný pohyb, psychická pohoda a pobyt ve zdravém prostředí.

### 2.1 ZDRAVÁ STRAVA A PITNÝ REŽIM

Základním prvkem zdravého životního stylu je úprava stravování. Důležité je přijímat potravu pravidelně a často v malých dávkách, alespoň pětkrát denně. Přijímat vyvážený poměr základních živin jako jsou sacharidy, bílkoviny a tuky. Jíst dostatek ovoce a zeleniny především kvůli vitamínům a minerálům, ale také pro bohatý obsah vlákniny, která je pro lidské tělo velmi důležitá. V rámci zdravé stravy by se také nemělo zapomínat na pitný režim, který je velice důležitý.

**Proteiny** jsou hlavní stavební jednotkou lidského organismu. V případech nouze, jako je třeba dlouhodobé hladovění, kdy není dostatečná přítomnost sacharidů, poskytují i proteiny tělu energii. Bílkoviny máme dvojího původu: neplnohodnotné (bílkoviny rostlinné) a plnohodnotné (bílkoviny obsažené v maso, rybách a mléčných výrobcích). Denní doporučená dávka přijímaných bílkovin je zhruba 0,8 – 1,0 g na 1 kilogram tělesné hmotnosti, to je asi 10 – 15 % celkového energetického příjmu. Vyšší příjem bílkovin je potřebný u dětí, sportovců a těhotných žen. Nedostatek proteinů v lidském organismu se projeví poruchou tělesného i duševního vývoje, sníženou odolností vůči infekcím a zhoršeným hojením ran. Nadbytek bílkovin naopak zvýšeně zatěžuje ledviny a játra. Potraviny bohaté na bílkoviny jsou především maso, ryby, vejce, mléko, luštěniny a ořechy.

**Sacharidy** jsou základním zdrojem energie pro lidské tělo. Příjem sacharidů by měl tvořit 55 – 60 % celkového energetického příjmu u všech věkových skupin. Mezi nejdůležitější sacharidy patří glukóza, která je výhradním zdrojem energie pro mozek, ledviny a také erytrocyty. Nedostatek nebo nízký příjem sacharidů se projeví snížením pozornosti a výkonnosti. Při velkém snížení cukru v krvi se začnou projevovat známky hypoglykémie (únava, studený pot, bledost, hlad). Nadbytečný příjem sacharidů zvyšuje potřebu vitamínu B1, dále se zvyšuje riziko vzniku obezity a zubního kazu a v poslední době také riziko vzniku onemocnění diabetes mellitus. Potraviny bohaté na sacharidy jsou obiloviny, luštěniny, brambory a med.

**Lipidy** jsou pro lidský organismus bohatým zdrojem energie. Tuky vyživují mozek, díky nim se v těle vstřebávají vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K), a jsou důležité pro

tvorbu a funkci buněčných membrán. Z energetického příjmu tvoří lipidy asi 25 – 30 %. Nedostatečný příjem lipidů vede ke snížení výkonnosti, dále se podílí na snížení odolnosti vůči infekcím a na snížení reprodukční schopnosti. Nadbytečný příjem tuků vyvolává jejich ukládání a vznik obezity. Zvýšený příjem lipidů má také za následek zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Potraviny bohaté na tuky jsou maso, mléčné výrobky, máslo, olivy a olej z nich, ořechy, vejce.

**Vitamíny** jsou pro lidský organismus velice důležité. V těle působí ve velkém množství biochemických reakcí. Vitamíny je nutné doplňovat ve správně upravené stravě, protože až na pár výjimek (vitamin A, D, K) si je tělo neumí vyrobit. Vitamíny se dělí na rozpuštěné v tucích – A, D, E, K a rozpuštěné ve vodě – vitamin C a vitamíny skupiny B. Ze skupiny vitaminů zmíním pouze ty, které jsou nejvíce podstatné.

**Vitamin A** je důležitý pro zdravý zrak a působí jako prevence šerosleposti, dále také účinkuje na zdravý růst a správnou funkci pohlavních orgánů a rozmnožování. Zvyšuje odolnost vůči infekcím. Podílí se na vývoji placenty. Nadbytečný příjem vitamínu A před 7. týdnem těhotenství zvyšuje počet craniofaciálních a srdečních defektů u plodu. Potraviny bohaté na vitamin A jsou mrkev, rajče, červený grapefruit, syrový špenát, sušené šípky.

**Vitamin K** má největší vliv na srážlivost krve a aktivaci koagulačních faktorů. V lidském organismu je vytvářen střevní flórou. V potravě je obsažen ve špenátu, brokolici a kvěťáku. Na nedostatek vitamínu K jsou citliví především novorozenci, jejich střevo je sterilní a ještě neobsahuje fyziologickou mikroflóru.

**Vitamin B12** (Kobalamin) je důležitý pro správnou krevtvorbu, také ovlivňuje funkci nervového systému. Nedostatek se projeví perniciózní anémií. Je obsažen v mase, mléce, játrech a vejcích.

Příjem **kyseliny listové** je jedním z důležitých prvků prekoncepční péče. Jeho příjem v tomto období výrazně snižuje výskyt defektů neurální trubice u plodu a dalších vrozených vývojových vad. Během těhotenství ovlivňuje také vývoj placenty. Doporučená dávka v prekoncepčním období by se měla pohybovat kolem 400-600 mikrogramů. Nedostatek kyseliny listové vyvolává onemocnění megaloblastovou anémií. Kyselina listová je nejvíce obsažena v játrech, hrachu, čočce, brokolici.

**Minerální látky**, jsou anorganické látky, které si lidský organismus neumí vyrobit, a proto je nutné přijímat je potravou. Minerály jsou základní složky enzymů, jsou obsaženy také v zubech, kostech, vlasech a nehtech. Vstřebatelnost některých minerálních látek může snižovat i nadměrný příjem vlákniny v potravě.

**Sodík** se v těle podílí na regulaci svalových kontrakcí, stimuluje duševní činnost a také se významně účastní hospodaření s vodou v lidském těle, a proto může ovlivňovat výši krevního tlaku.

**Vápník** je nezbytný pro kosti a zuby, dále pro funkci nervů a svalů a také pro srdeční aktivitu. Pro správné fungování a vstřebávání vápníku je důležitý vitamin D. Proto je tak důležitý příjem mléka a mléčných výrobků v období dětství a dospívání.

**Železo** se podílí na syntéze hemoglobinu, je důležitý pro transport kyslíku vázaného na hemoglobin. Nedostatek železa se projeví sideropenickou anémií.

**Jod** je důležitý pro syntézu hormonů štítné žlázy. V dětství podporuje růst těla, pohlavní a mentální vývoj. V dospělosti se celkově podílí na metabolismu.

**Zinek** se podílí na metabolismu sacharidů a hormonů, je důležitý pro tvorbu inzulínu. Působí na správné fungování imunitního systému.

**Probiotikum** je dle WHO „*mikrobiální součást potravy, která při konzumaci dostatečného množství vykazuje účinky na zdraví konzumenta*“ (Pokorná, 2008, str. 23). Jedná se především o bakterie mléčného kvašení, které jsou obsaženy v jogurtech, jogurtových mlécích, sýrech a dále v zelenině, která je konzervována mléčným kysáním.

**Prebiotikum** je látka, která svým působením v lidském organismu podporuje účinek probiotik. Společně s probiotiky působí ve střevě, kde zvyšují odolnost proti střevním potížím a infekcím, podílí se také na podpoře imunitního systému.

**Vláknina** je nestravitelná složka potravy, která je rostlinného původu a dělí se na vlákninu rozpustnou a nerozpustnou. Pro lidský organismus má velký význam, kvůli množství svých funkcí. Vláknina ovlivňuje pasáž trávicím traktem a samotné trávení. Ovlivňuje vstřebávání cukrů, tuků a cholesterolu, zvětšuje střevní obsah a podílí se na očištění tlustého střeva a odstranění toxických látek z těla. Podílí se na prevenci zubního kazu a zácpy. V žaludku způsobuje pocit sytosti. **Nedostatečný** příjem vlákniny se podílí na výskytu zácpy, hemeroidů a v současné době i na výskytu nádorového onemocnění tlustého střeva. **Nadměrný** příjem vlákniny – nad 60 gramů na den se může projevit zažívacími potížemi či ohrozit vstřebávání minerálních látek. Doporučený denní příjem vlákniny by se měl pohybovat okolo 22 gramů. Potraviny bohaté na vlákninu jsou otruby, obiloviny, ovoce, zelenina, luštěniny. Nejvíce vlákniny je vždy ve slupkách.

**Pitný režim** je neméně důležitou složkou zdravé výživy. Voda je pro lidský organismus potřebná při biochemických reakcích. Dospělý člověk by měl denně vypít alespoň 2 litry tekutin, ale samotné množství by mělo být přizpůsobeno celkové námaze a také prostředí, ve kterém se člověk pohybuje (např. pokud člověk pracuje v prostředí, ve kterém se zvýšeně

potí, bude jeho potřeba tekutin vyšší). Mezi nejvhodnější tekutiny se počítá pitná voda, ovocné a zeleninové šťávy, džusy a čaje. Pro doplnění minerálních látek jsou v malém množství doporučeny i minerální vody. Mezi méně vhodné nápoje patří sladké limonády, káva a samozřejmě alkohol. Pro zjištění vhodného množství tekutin pro člověka na den se můžeme řídit množstvím 30 – 35 mililitrů tekutin na kilogram, to znamená, že žena, která váží 70 kilogramů, by měla za den vypít přibližně 2,1 litru tekutin.

**Káva** a nápoje obsahující kofein stimulují nervový, endokrinní a srdečně-cévní systém a zvyšují hladinu proudících katecholaminů, především adrenalinu. Kofein dále zvyšuje vylučování kalcia močí a přispívá tak k negativní vápníkové bilanci. Pití kávy ovlivňuje i vstřebávání železa, a proto může dojít při nadměrné konzumaci kávy ke vzniku anémie. Konzumace tekutin s obsahem kofeinu v těhotenství zrychluje srdeční frekvenci a dýchání u plodu, teratogenní účinek však nebyl prokázán. (Hronek, 2004; Pokorná a kol., 2008)

## **2. 2 TĚLESNÝ POHYB V PREKOCEPČNÍ PÉČI**

Tělesný pohyb nebo tělesná aktivita je další z několika složek zdravého životního stylu. V dnešní době se vlivem techniky a technických vymožeností celkově snižuje tělesná aktivita všech lidí, což má za následek, ještě společně s faktorem nezdravého stravování, nárůst počtu dospělých i dětí s tendencí k nadváze a obezitě. Ke zdravému tělesnému pohybu tedy stačí alespoň třikrát týdně zvolit nějakou cvičební aktivitu, například plavání, chození na procházky, aerobic nebo relaxační cvičení. Postupem času je možné k tomuto nenáročnému cvičení přidat prvky pohybu náročnějšího jako je běh, posilování, tanec. Vždy ale platí, že pokud člověk s pohybem začíná, měl by postupovat od lehkého cvičení ke cvičení náročnějšímu a postupně tak své tělo trénovat a přivykat ho na větší zátěž. Pozitivní účinky cvičení se projevují především na kardiovaskulárním systému, kdy dochází k posílení srdečního svalu, dále se posilují kosterní svaly, dochází ke zvýšení fyzické kondice, spalování tělesního zásobního tuku. Při cvičení dochází také k vyplavování endorfinů, což má velmi dobrý účinek pro náš mozek. (Čeledová a Čevela, 2010; Trewinnard, 2006)

## **2. 3 VÝZNAM PSYCHICKÉ POHODY V PREKONCEPČNÍ PÉČI**

Pro plánování rodičovství je nesmírně důležitá také psychická pohoda obou partnerů. Mnoho lidí svou psychickou stránku nebere na vědomí, nebo jí zanedbává, a díky tomu mohou vzniknout psychosomatická onemocnění, která vážně narušují zdraví. V rámci

psychické pohody je dobré zmínit i vztahy s partnerem, se kterým žena plánuje otěhotnění. Je důležité aby, potomky chtěli oba dva partneři, aby se shodli v prvcích výchovy a aby mezi nimi panovala tolerance, respekt a samozřejmě pozitivní mezilidské vztahy. V partnerském vztahu a soužití by se neměly objevovat žádné náznaky domácího násilí.

Každý člověk je individualita, a proto také každý jinak reaguje na zátěž a stresové situace. Při dlouhodobém působení stresu na člověka může dojít ke snížení obranyschopnosti organismu, poruchám spánku, zhoršenému nebo naopak nadměrnému příjmu potravy a dalším psychosomatickým projevům. Proto je důležité umět zvládat stres a vyrovnat se s ním. Dobré je tedy zvolit si nějaký koníček nebo aktivitu, která člověka zaměstná a dovolí mu přijít na jiné myšlenky. Dobré je také promluvit si s blízkými a hlavně se před okolním světem neuzavírat.

**Duševní hygiena** je soubor rad a pravidel, které vedou k znovuzískání, udržení nebo prohloubení psychické rovnováhy a zdraví, dále také pomáhá člověku zvyšovat jeho odolnost před nepříznivými vlivy okolí a chránit jeho celkové duševní zdraví. Prvky duševní hygieny se také využívají pro snížení nebo úplné odstranění pocitu stresu.

**Spánek** je důležitý pro regeneraci organismu. Obecně by měl spánek zaujímat asi jednu třetinu denního cyklu, ale záleží na každém jedinci, kolik hodin spánku jeho tělo potřebuje. Potřeba spánku je totiž značně individuální a během života se mění. Důležité je dodržet pravidelný rytmus bdění a spánku, protože lidský organismus je zvyklý na střídání těchto rytmů. Pro zdravé usínání a zdravý spánek je dobré stanovit si a dodržovat pravidelné zvyky, tzv. rituály. Pro příklad uvedu několik zvyků: postel používat pouze ke spánku, chodit spát a vstávat vždy ve stejnou dobu, před usnutím nekouřit a nepít alkohol, spát ve vyvětrané a chladné místnosti, kde není hluk a světlo, před spaním se nepřejídat a nepít kávu či čaj.

Pod pojmem **relaxace** se rozumí intenzivní regenerace lidského organismu, kdy dochází k celkovému uvolnění, navození psychické pohody. Dobrá relaxace má také pozitivní účinek na nervový a imunitní systém. Do prvků relaxace můžeme počítat různé masáže, akupresuru, aromaterapii, autogenní trénink a reflexní terapii. (Janáčková, 2008; Trewinnard, 2006; Čeledová a Čevela, 2010)

## 2. 4 VLIV PROSTŘEDÍ NA ZDRAVÉ TĚHOTENSTVÍ

Životní prostředí okolo nás ovlivňuje naše zdraví. Je tedy v našem zájmu, pohybovat se ve zdravém prostředí, která bude naše zdraví co nejméně negativně ovlivňovat. Žena plánující otěhotnění, a nejen ona, by se měla vyvarovat pobytu v prostředí s negativním

elektromagnetickým zářením, dále záření rentgenového, které velmi negativně působí na vyvíjející se plod. Dalším nezdravým faktorem v našem prostředí je smog a znečištěné ovzduší, které působí problémy nejen zdravým lidem, ale především lidem s onemocněním dýchacích cest a kardiovaskulárního systému. Do zdravého prostředí se řadí i pracovní prostředí a také teplota okolního prostředí.

**Ionizující záření nebo rentgenové záření** je elektromagnetické vlnění s velmi krátkou vlnovou délkou. V medicíně se využívá především pro diagnostiku zlomenin a defektů pohybového aparátu. Při použití rentgenového záření u gravidních žen může dojít k ozáření plodu. Změny, kterými poté plod projde, se liší podle doby, kdy byl plod ozáren. V období embryogeneze může vést ozáření ke smrti embrya. V období organogeneze může dojít u dávek, které nevedou k úmrtí zárodku, k vzniku vrozených vývojových vad. Pokud dojde k ozáření plodu, může později v dětském věku dojít ke vzniku leukémie nebo jiných maligních nádorů. Je proto důležité zjišťovat u všech žen před RTG vyšetřením, ve které fázi menstruačního cyklu se nacházejí, případně kdy měly poslední menstruaci.

**Magnetická rezonance** se řadí mezi nejsložitější vyšetřovací metody v medicíně. Princip je založen na interakci jader atomů, které jsou vloženy do silového magnetického pole, sleduje se reakce tkání a výsledek se poté vyhodnocuje pomocí počítače. Výhodou tohoto vyšetření je, že pacienti nejsou vystaveni ionizujícímu záření a proto je v případě nutnosti možno vyšetřit i těhotnou ženu, bez rizika negativního ovlivnění plodu. Magnetická rezonance se uplatňuje především v diagnostice onemocnění centrální nervové soustavy, degenerativních onemocnění a nádorových onemocnění centrální nervové soustavy.

**Ultrazvuk** je mechanické vlnění o frekvenci vyšší než 20 000 Hz, které se v medicíně používá pro diagnostiku. V gynekologii a porodnictví se nejčastěji pro svoji neškodnost (negativní vlivy na plod nebyly doposud prokázány) používá pro diagnostiku těhotenství, určení stáří těhotenství, případně diagnostiku přítomných morfologických odchylek a vad u plodu. Dále se ultrazvuk v gynekologii používá pro diagnostiku děložních cyst, myomů a jiných tumorů, dále se dají stanovit zánětlivé procesy v malé pánvi, přítomnost krve v břišní dutině. Nejčastější přístupy pro ultrazvukové vyšetření v gynekologii a porodnictví jsou přístupy transabdominální a transvaginální. Dále je důležité zmínit **3D** či **4D** ultrazvuk. Jedná se stále o novou moderní metodu, která umožňuje nové snímání a zobrazování zkoumaného objektu v reálném čase. V porodnictví se 3D ultrazvuk používá pro stanovení velmi časných těhotenských patologií

V rámci **pracovního prostředí** nesmějí být ženy zaměstnávány pracemi, které by nějakým způsobem ohrožovaly jejich mateřství. Těhotná žena by neměla být zaměstnána

pracemi, které by podle lékařského posudku ohrožovaly její těhotenství či mateřství. V případě, že těhotná žena vykonává zaměstnání, které by mohlo ohrožovat její těhotenství a zdravotní stav, je zaměstnavatel ze zákona povinen převést ji na práci, která je pro ni vhodná a při které může dosahovat stejného výdělku jako při práci dosavadní. V případě, že žena pracuje v noci a požádá o zařazení na denní práci je její zaměstnavatel povinen jí vyhovět. Při vykonávání rizikového povolání je důležité dodržovat bezpečnostní opatření, osobní hygienu a také hygienický a protiepidemický režim daného pracoviště.

**Teplota okolního prostředí** pro lidský organismus je nejvhodnější okolo 22 – 24°C, je však důležité dbát na každou osobu, jelikož pocit tepla nebo chladu je individuální. Nejlepší vlhkost okolního prostředí je od 30 – 65%, závisí však samozřejmě na ročním období, pro zdravé okolní prostředí je také důležité větrání a zajištění přísunu čerstvého vzduchu. (Rosina a kol, 2006; Čech, 2004; Podstatová, 2001; Neruda, 2005)

### **3 ZDRAVOTNÍ VYŠETŘENÍ PŘED PLÁNOVANÝM POČETÍM**

Při plánování těhotenství je velmi vhodné provést několik laboratorních vyšetření i v případě, že si žena nepřipadá nemocná, mnoho onemocnění totiž může probíhat asymptomaticky a projevit se mohou až v těhotenství, kdy jsou možnosti léčby omezené, kvůli přítomnosti plodu a jeho možnosti poškození. Doporučovaná vyšetření jsou následující: laboratorní vyšetření moče (cukr, aceton, krev, bílkovina), krevní skupina a Rh faktor, vyšetření protilátek proti syfilis, toxoplasmose a dalším infekčním onemocněním (HIV, hepatitidy). Vyšetření krevního obrazu, hemokoagulační vyšetření, jaterní a ledvinové funkce. Z gynekologických vyšetření se doporučuje kontrolní ultrazvuk dělohy a vaječnicků, kolposkopie a cytologie. Je důležité podotknout, že ne všechna výše jmenovaná vyšetření jsou hrazena ze státního zdravotního pojištění. Doplatit by si žena musela zejména u speciálních vyšetření proti infekčním chorobám, která se pohybují v řádu několika stovek korun. (Čech, 2004; Hájek, 2004)

#### **3.1 GENETICKÉ PORADENSTVÍ**

Genetické poradenství je proces komunikace, která se odehrává mezi genetikem, klientem a jeho rodinnými příslušníky s cílem stanovit diagnózu, odhadnout možný průběh choroby a dále stanovit možnosti léčby. Dalším bodem genetického poradenství je objasnit způsob dědičnosti a riziko opakování choroby pro další členy rodiny, někdy i pro ty, kteří se ještě nenarodili. Genetik by měl být i velmi dobrým psychologem, protože je důležité empaticky vysvětlit klientům možnosti prevence a také pomoci jim v jejich rozhodování ohledně diagnostiky a léčby tak, aby vše odpovídalo jejich individuálním cílům, etickým a náboženským normám. Genetik sestaví podle řízeného rozhovoru rodokmen partnerů a podle něho určí míru rizika pro následující plánované těhotenství.

Mezi primárně preventivní metody v lékařské genetice se řadí omezení reprodukce, prekoncepční příprava a umělé oplození gametami dárce. I když genetik doporučí několik způsobů řešení dané situace, konečné rozhodnutí je vždy na klientech a jejich rodině.

Návštěvu genetické poradny by v rámci prekoncepční péče měly zvolit ženy, pokud se v jejich rodinách vyskytly tyto problémy. Předcházející potomek partnerů se narodil s vrozenou vývojovou vadou, v pokrevním příbuzenstvu partnerů se někdy vyskytla vrozená



vývojová vada, nebo se vyskytly problémy s duševním či tělesným zdravím, pokud žena opakovaně potratila, věk ženy je více než 35 let, věk muže je více než 45 let, pokud žena prodělala na začátku těhotenství infekční chorobu nebo pokud byla vystavena nepříznivému účinku záření a lékům, které ovlivňují vývoj plodu, pokud žena plánuje těhotenství po prodělaném onkologickém onemocnění, v případě neplodnosti, nebo předchozího porodu mrtvého plodu.

**Epigenetika** je podobor genetiky, který se zabývá výzkumem změn genové exprese, které však nevznikly vlivem změny DNA. Epigenetické změny se odehrávají v průběhu ontogeneze (mohou se dědit z generace na generaci) a jsou vratné, je to takzvaná nestabilní dědičnost. V současnosti se výzkum epigenetických vlivů provádí hlavně v souvislosti s dědičností onkologických onemocnění. Vědci také zjistili, že strava a životní styl, kterým žila žena v těhotenství, výrazně ovlivňuje jejího potomka v dospělosti, jedná se především o náchylnosti k chorobám jako je kardiovaskulární onemocnění, diabetes, vysoký krevní tlak, osteoporóza. Tímto zjištěním se dostáváme zpět k prekoncepční péči, potvrzuje se zde její důležitost. (Kuchynka, 2007; Pazdera 2005, Pařízek, 2005)

## **4 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ U ŽEN S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

Prekoncepční péče u žen s jakýmkoliv chronickým onemocněním je velice důležitá. Vyskytuje se zde možnost, že onemocnění, kterým žena trpí, může vlivem gravidity zhoršit svůj průběh a ohrozit tak nejen ženu, ale i plod. Nebo naopak onemocnění nemusí v těhotenství zhoršovat svůj průběh, ale jeho farmakologická léčba může být pro plod škodlivá a způsobovat řadu vrozených vývojových vad.

V této kapitole se budu věnovat chronickým onemocněním, která je potřeba v rámci prekoncepční péče korigovat, aby se dosáhlo jejich nejlepší kompenzace. To je totiž nejvhodnější okamžik pro otěhotnění.

### **4.1 GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ ONEMOCNĚNÍ**

Při plánování těhotenství je nejdůležitější důkladná znalost gynekologického a porodnického zdravotního stavu ženy. Zajímáme se o menstruační cyklus, jeho pravidelnost a trvání, o antikoncepci a délku jejího užívání, případné prodělané gynekologické záněty, pohlavně přenosné choroby (syfilis, kapavka, herpes genitalis), gynekologické zákroky (konizace, hysteroskopie) a operace, problémy s otěhotněním, pokud je žena pozoruje, nádorová onemocnění pohlavních orgánů. Dalším důležitým prvkem je zjištění, zda žena nemá vrozenou vývojovou vadu dělohy, u které by byla nutná korekce ještě před otěhotněním.

Při zjišťování porodnického zdravotního stavu se zajímáme zejména o počet předchozích gravidit, paritu ženy, kdy jako potenciálně rizikovou považujeme multiparitu ženy. Zjišťujeme spontánní potraty, umělá ukončení těhotenství, ektopické gravidity, případné komplikace v předchozí graviditě či při porodu (hypotonii a atonii děložní, disseminovanou intravaskulární koagulopatii). (Čech, 2004, Hájek, 2004)

### **4.2 CHRONICKÁ HYPERTENZE**

Hypertenze je dlouhodobé a opakované zvýšení krevního tlaku nad hodnoty 140/90 mmHg a více. V období plánování otěhotnění je tedy dobré hypertenzi kompenzovat do takové míry, která nebude ohrožovat ani ženu ani plod. Dekompenzovaná hypertenze v těhotenství může způsobit vznik proteinurie, otoků, zhoršení renálních funkcí, změny na

očním pozadí, případně preeklampsii až eklampsii, což může mít pro nastalé těhotenství fatální důsledky. Komplikace hypertenze v těhotenství mohou mít pro plod následky ve smyslu vzniku růstové retardace, předčasného porodu nebo samotného úmrtí plodu. U ženy je pak riziko předčasného odlučování placenty s rozvojem disseminované intravaskulární koagulace, selhání ledvin, jater a akutní levostranné srdeční selhání.

Léky pro léčbu hypertenze případně dalších kardiovaskulárních onemocnění jsou následující. Skupina **diuretik** není až na výjimky teratogenní, ale v graviditě se neužívají. Jedinou indikací k jejich použití jsou srdeční a plicní edémy. **Antihypertenziva** se kromě ACE inhibitorů mohou podávat i v graviditě. Musí se ale bezpečně dodržovat dávkování. **Vasodilatancia** se taktéž užívají k léčbě hypertenze. Prekoncepčně je dobré ženu převést na léčbu methyldopou (Dopegyt) nebo metoprololem (Vasocardin). (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007)

#### 4.3 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

V těhotenství dochází fyziologicky ke zvýšení cirkulujícího objemu krve z přibližně pěti litrů na litrů šest až sedm. Pro ženu, která nemá žádné onemocnění spojené s kardiovaskulárním systémem, není tato změna příliš zatěžující. V opačných případech je důležité bedlivé pozorování a okamžité zahájení léčby ženy.

V období plánování otěhotnění má být u nemocné ženy zhodnocena její dosavadní kardiologická, popřípadě její kardiochirurgická dokumentace. Je třeba vyšetřit její současný zdravotní stav po stránce morfologické i funkční a pátrat po možných přidružených onemocněních (diabetes mellitus, anémie, onemocnění dýchacích cest). Je vhodné stanovit rizika spojená s graviditou pro pacientku i její plod. Důležité je zhodnotit počet a závažnost průběhu dřívějších gravidit a je také třeba vzít v úvahu počet žijících dětí pacientky. Vhodné je posoudit schopnost nemocné ženy starat se po porodu o dítě a zajistit jeho výchovu. V konečné fázi je nutno přihlédnout k přání nemocné ženy a respektovat její touhu po dítěti. S výsledkem prekoncepční jednání je důležité seznámit jak pacientku, tak její rodinu. Dobré je také zajistit zápis o obsahu konzultace, který pacientka i její partner stvrdí svým podpisem.

Při otěhotnění ženy s kardiovaskulárním onemocněním přebírá její péči do svých rukou gynekolog-porodník, ve spolupráci s ošetřujícím kardiologem, péče se většinou přesouvá do perinatologických center.

Před otěhotněním je tedy dobré zajistit vyšetření kardiologem, který si podle stupně závažnosti vyžádá další specifická vyšetření, především echokardiografické vyšetření srdce.

Mezi nejčastější onemocnění se řadí vrozené srdeční vady, poruchy srdečního rytmu, onemocnění koronárních arterií, vady vzniklé po prodělání endokarditidy nebo perikarditidy, kardiomyopatie a ischemická choroba srdeční. V případě cyanotických srdečních vad, pulmonální hypertenzí, Marfanovým syndromem nebo s aneurysmatem je nutné klientku převést na léčbu **nízkomolekulárními hepariny**, zajistit dietu s omezeným množstvím soli (maximálně 2 gramy na den) a klidový režim. Žena by také měla být seznámena s příznaky počáteční srdeční insuficience. (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007; Janků a Janků, 2005)

#### **4. 4 ONEMOCNĚNÍ LEDVIN A MOČOVÝCH CEST**

Mezi onemocnění ledvin a močových cest, která by mohla významným způsobem negativně ovlivnit těhotenství, řadíme chronickou renální insuficienci, která se dělí do tří stupňů. Lehký stupeň, kde je prognóza pro těhotenství velmi dobrá, nemá totiž na probíhající onemocnění nepříznivý efekt. Pro střední stupeň renální insuficience je prognóza pro těhotenství nejistá, může totiž v průběhu gravidity nebo v časném šestinedělí dojít ke zhoršení onemocnění. U těžkého stupně onemocnění je otěhotnění velmi rizikové, proto se obecně nedoporučuje, může totiž dojít až k selhání ledvin.

Další skupinu tvoří ženy po transplantaci ledvin. Transplantace má obecně nepříznivý vliv na reprodukci, jelikož po operaci nastupuje fáze imunosuprese, která ovlivňuje menstruační a ovulační cyklus. U plodů žen po transplantaci je popisován větší výskyt vrozených vývojových vad, předčasného porodu a intrauterinní růstové retardace. Existují obecná doporučení pro způsobilost ženy otěhotnět, patří mezi ně odstup mezi transplantací a těhotenstvím alespoň 2 roky, stabilizované ledvinové funkce, hladina kreatininu pod  $133\mu\text{mol/l}$ , bez projevů hypertenze a snížení imunosupresivní léčby. Sledování těhotenství a poté samotný porod by měl proběhnout v perinatologickém centru.

U žen s předchozím onemocněním ledvin a močových cest je vhodné před otěhotněním vyšetřit močový sediment, krevní tlak, sérové elektrolyty, močovinu, kreatinin a moč na bílkovinu. (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007)

#### **4. 5 ENDOKRINOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ**

Těžce probíhající nebo špatně kompenzované endokrinologické onemocnění má u ženy negativní vliv na plodnost ve smyslu sterility nebo infertility. I nepatrné odchylky od

normálních endokrinních funkcí mohou negativně ovlivnit jak zdravotní stav ženy, tak i zdravý vývoj plodu.

Nediagnostikovaná **zvýšená funkce štítné žlázy** může při případném otěhotnění vést k potratům, předčasným porodům, u novorozence se pak mohou objevit příznaky neonatální tyreotoxykózy. Při zjištěné hyperfunkci je dobré upravení léčby v případě, že žena užívá k léčbě jód 131, který je v těhotenství přísně kontraindikován, vzhledem k možnosti zničení štítné žlázy plodu.

Těžká **hypofunkce štítné žlázy** je často spojována s neplodností žen. U lehčích forem s otěhotněním nebývá problém. Léčba v těhotenství je stejná jako v netěhotném stavu, užíváním L-thyroxinu, který neprostupuje placentou, a tudíž neovlivňuje plod. K léčbě onemocnění štítné žlázy se užívají tři lékové skupiny. Léky podporující její činnost (Letrox), které jsou bezpečné, dále tyreostatika a jód 131. Tyto dvě skupiny jsou pro plod škodlivé, zejména pak vznikem hypotyreózy, strumy a mentální retardace po porodu. Vyskytnout se může také hydrops, poruchy osifikace a vrozené vývojové vady srdce.

Onemocnění nadledvin, především **Addisonova nemoc** je většinou diagnostikována již před otěhotněním, jelikož neléčení této choroby vede k neplodnosti. Po nasazení léčby je prognóza pro těhotenství (matku i plod) relativně dobrá, ovšem s rizikem narození hypotrofického plodu.

V zajištění úspěšného těhotenství u pacientky s onemocněním **diabetes mellitus** prvního, a dnes již často i druhého typu, je dobrá informovanost ženy o možných komplikacích a rizicích, která budou s gestací spojena. Důležité je tedy rodičovství plánovat, otěhotnět v době dobré kompenzace onemocnění, časně diagnostikovat těhotenství a perinatální péči zahájit již v raném stádiu těhotenství. Dále je žádoucí ženu seznámit s komplikacemi a riziky, především o možnosti objevení se mikrovaskulárních komplikací diabetu, dále zdůraznit nebezpečnost užívání alkoholu, drog a některých léků.

Před otěhotněním je nutné provést tato vyšetření: glykemický profil, glykovaný hemoglobin, podrobné fyzikální vyšetření, vyšetření tlaku krve, oční vyšetření, vyšetření ledvinových funkcí, biochemické vyšetření moči, bakteriologické vyšetření moči, krevní obraz a diferenciál, hemokoagulační vyšetření, dále je vhodné doporučit vyšetření neurologem a endokrinologem a samozřejmě gynekologem.

Se ženou je potřebné všechny aspekty prekoncepční péče probrat a zvážit, zda je u ní gravidita vůbec vhodná, finální rozhodnutí je ale na ženě samotné. Prekonceptci je dobré zahájit přibližně 3 – 6 měsíců před chtěným otěhotněním.

Při léčbě diabetu se za bezpečný považuje humánní nebo analogový **inzulin**. Proto se ženy plánující těhotenství a užívající perorální antidiabetika převádějí na léčbu inzulinem. Perorální antidiabetika totiž způsobují při organogenezi riziko pro poškození dolních končetin.

U endokrinologického systému je důležité zmínit skupinu hormonálních preparátů, které se v určitých případech využívají k léčbě žláz s vnitřní sekrecí. Z hormonálních preparátů je v období plánování gravidity a v prvním trimestru těhotenství kontraindikováno užívání **hormonální antikoncepce**, dále užívání **androgenů** a **estrogenů**. U budoucího potomka se potom užívání těchto preparátů může projevit vrozenými vývojovými vadami srdce, rozštěpem rtu a patra, u chlapců se může objevit hypospadié či kryptorchismus. U děvčat se v období puberty může objevit vaginální adenóza a následný vznik poševního adenokarcinomu. Naopak podání preparátu z řady **glukokortikoidů** (betametazon, dexametazon) má pozitivní účinek při indukci plicní zralosti u hrozících předčasných porodů. Při dodržení dávkování jsou tolerovány **gestageny**, které se užívají k terapii hrozícího potratu. (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007)

#### 4. 6 HEMATOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Nejčastějším hematologickým onemocněním u žen je chudokrevnost neboli **anémie**. Prekoncepčně je důležité zjistit, zda žena netrpí anémií, a případně tento stav léčit, jelikož v těhotenství by se zhoršil. Po domluvě s lékařem je tedy dobrá substituce **železa** v případě sideropenické anemie a podáváním **kyseliny listové** v případě megaloblastové anemie.

Další hematologická onemocnění jako talasemie, hemofilie, nebo trombocytopenie vyžadují při plánování těhotenství spolupráci porodníka a hematologa.

**Trombofilie** je vrozená nebo získaná hyperkoagulační aktivita, která vzniká na podkladě chybění některého srážecího faktoru (antitrombin III, protein C a S). K léčbě těchto onemocnění se užívají antikoagulantia, nejčastěji z řad kumaronových preparátů. Prekoncepčně je tedy dobrá spolupráce hematologa s porodníkem a převedení ženy na terapii **nízkomolekulárními hepariny**.

Do léků, které se užívají k léčbě onemocnění krve, se řadí antianemika, hemostatika, hepariny, nízkomolekulární hepariny a kumariny. U skupiny **antianemik**, která se užívají k léčbě anémie, není prokázán negativní účinek na plod. Z léků, které by mohly potenciálně ohrozit zdravý vývoj plodu, je důležité zmínit **kumariny**, především preparát **Warfarin**. Jeho užíváním v těhotenství dojde buď ke spontánnímu abortu, nebo se u plodu projeví vznikem

takzvané warfarinové embryopatie (malý vzrůst, zkrácení končetin, hypoplazie střední části obličeje, deformace nosu). Proto je důležité u žen, které jsou léčeny perorálními kumariny, v prekoncepčním období změnit léčbu, nejlépe za aplikaci **nízkomolekulárních heparinů**. (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007)

#### 4. 7 NEUROLOGICKÁ ONEMOCĚNÍ

Onemocnění nervového systému se dělí na nemoci centrálního nervového systému (postihující mozek a míchu) a nemoci periferních nervů. Některá závažná onemocnění (především pokročilé degenerativní stavy) jsou s těhotenstvím neslučitelná, a proto je u ženy, která otěhotní doporučeno umělé ukončení těhotenství. Některá onemocnění mají v těhotenství odlišný průběh, který by mohl negativně ovlivnit vývoj plodu a zdravotní stav matky, některá onemocnění nemají na těhotenství žádný vliv. To znamená, že gravidita nezhoršuje základní onemocnění nebo onemocnění nemá negativní účinek na plod.

Plánování početí u žen s **epilepsií** je velice důležité vzhledem k tomu, že většina antiepileptik je teratogenní. Proto je dobré ženu včas převést na monoterapii moderními preparáty (Lamictal) a doplnit medikaci o příjem kyseliny listové i po celou dobu těhotenství.

**Migréna** je dalším velice častým onemocněním u žen. K terapii je vhodné užívat analgetika-antipyretika, která nejsou škodlivá pro plod. (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007)

#### 4. 8 ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍCH CEST

**Astma bronchiale** má v těhotenství tendenci se zhoršovat, proto je před otěhotněním dobrá aktivní spolupráce porodníka, alergologa a pneumologa. Především kvůli upravení léčby a posouzení spirometrického vyšetření, na jehož základě se stanoví míra obstrukce a posléze samotná možnost zvládnout těhotenství.

**Cystická fibróza** je plicní onemocnění, u kterého je důležitá prekoncepční konzultace pneumologa a genetika, pro stanovení potenciálního rizika poškození plodu. Těhotenství se nedoporučuje u žen s plicní hypertenzí nebo cor pulmonale.

Do skupin léků k léčbě dýchacího systému se řadí mnoho preparátů, které jsou ale v období těhotenství a kojení relativně bezpečné. Řadíme sem **antiastrmatika, antialergika, antihistaminika, bronchodilatancia a expektorancia**. I přes tato fakta jsou některé léky z těchto skupin v graviditě kontraindikovány. (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007)

#### 4. 9 PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Psychózy jako schizofrenie a další mají v těhotenství tendenci se mírně zhoršovat, lepší prognózu má maniodepresivní psychóza. Ke zhoršení stavu dochází převážně v období šestinedělí.

Pro léčbu psychiatrických onemocnění se nejčastěji užívají **psychofarmaka**. Při klinických testech na zvířatech byla u této lékové skupiny zjištěna teratogenita u zástupců z řad **benzodiazepinů** a u lithia. U lithia je užívání v těhotenství je spojeno s účinkem na srdce plodu zejména vznikem vrozených vývojových vad srdce. U benzodiazepinů může vzniknout rozštěp rtu, intrauterinní růstová retardace a mozkové dysfunkce plodu, po porodu pak u novorozence pozorujeme takzvaný floppy infant syndrome (ochablost, hypotenze, apnoe a potíže s kojením). (Čech, 2004; Hájek 2004; Vašut a kol, 2007)



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 METODIKA VÝZKUMU

K získání dat pro zpracování výzkumu jsem použila metodu dotazování pomocí dotazníku. Ten byl rozdáván od 30. května do 10. června 2011 na oddělení šestinedělí. Dotazník je tvořen 21 otázkami, které jsou otevřeného, uzavřeného nebo polouzavřeného typu. V **otevřených** otázkách si respondentky nemohly vybírat z nabízených odpovědí, ale musely napsat vlastní odpověď. V **uzavřených** otázkách, které jsem při tvorbě dotazníku volila nejčastěji, mohly respondentky vybírat většinou jednu odpověď, v případě instrukcí uvedených přímo u zadání otázky odpovědi dvě nebo i více možností. V **polouzavřených** otázkách respondentky vybíraly z nabídnutých možností, případně mohly doplnit možnost jinou. V dotazníku bylo také použito **filtračních** otázek, pro zjištění skupiny žen, které před samotným otěhotněním prováděly, buď samy, nebo ve spolupráci s partnerem, prekoncepční péči. Na otázky č. 6 – 14 odpovídaly pouze respondentky, které se na těhotenství připravovaly, na otázku č. 9 odpovídaly pouze dotazované, které zapojily do prekoncepční péče i svého partnera.

Dotazníky byly rozdávány osobně, a to pouze ženám v období šestinedělí, které s partnerem plánovaly otěhotnění. Při provádění výzkumu bylo samozřejmostí zachování anonymity respondentek. Vzhledem k situaci, že ne každá žena hospitalizovaná v tomto období na oddělení šestinedělí plánovala otěhotnění, byl dotazník rozdán 35 ženám v šestinedělí, po domluvě a jejich souhlasu s vyplněním, posléze byly dotazníky osobně vybrány. Ke konečnému zhodnocení bylo použito 32 dotazníků, 3 musely být pro neúplnost vyřazeny. Některé otázky byly přehlédnuty nebo nesprávně vyplněny, návratnost tedy byla 91,43 %.

Pro zpracování výsledků jsem použila počítačový program Microsoft Office Excel, ve kterém jsem získané údaje vyhodnocovala v tabulkách a grafech. K vyjádření relativní četnosti jsem použila statistický vzorec  $p_i = (n_i / n) * 100$ . (Meško, 2006; Rybářová a kol, 2006)

### **Veličiny použité ve statistickém vzorci**

Absolutní četnost	$n_i$
Relativní četnost	$f_i$
Celková četnost – suma	$\Sigma$
Rozsah souboru	$n$

### **Výzkumné otázky**

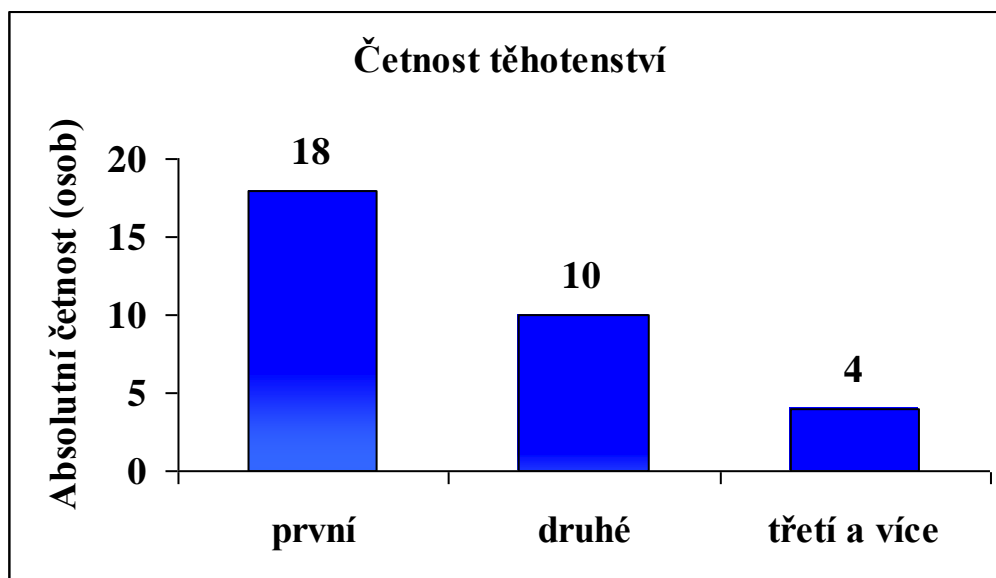
1. Považují ženy prekoncepční péči za důležitou?
2. Rozumí ženy samotnému pojmu prekoncepční péče?
3. Jaké jsou nejčastější zdroje informací o významu prekoncepční péče?
4. Jak frekventovaná je v současnosti prekoncepční péče u žen plánujících otěhotnění?
5. Jak změnil partner své životní návyky v období prekoncepční péče?
6. Ovlivňuje počet předchozích těhotenství ženy prekoncepční přípravu na další těhotenství?

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### Otázka č. 1: Kolikáté bylo toto těhotenství?

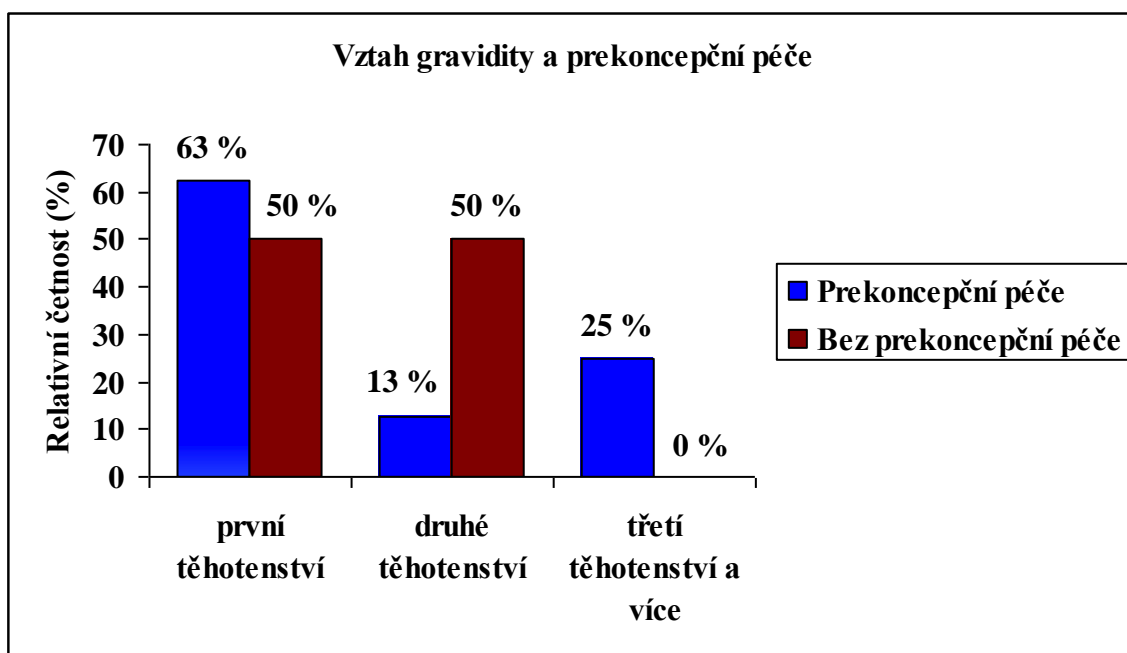
Respondentky vybíraly z následujících možností:

- a) první
- b) druhé
- c) třetí a více



Obr. 1: Graf gravidity

Jak můžeme vidět z grafu (Obr. 1), ze 32 respondentek bylo 18 (56 %) poprvé těhotných, 10 žen (31 %) uvádělo druhou graviditu, u 4 (13 %) respondentek se jednalo o graviditu třetí.



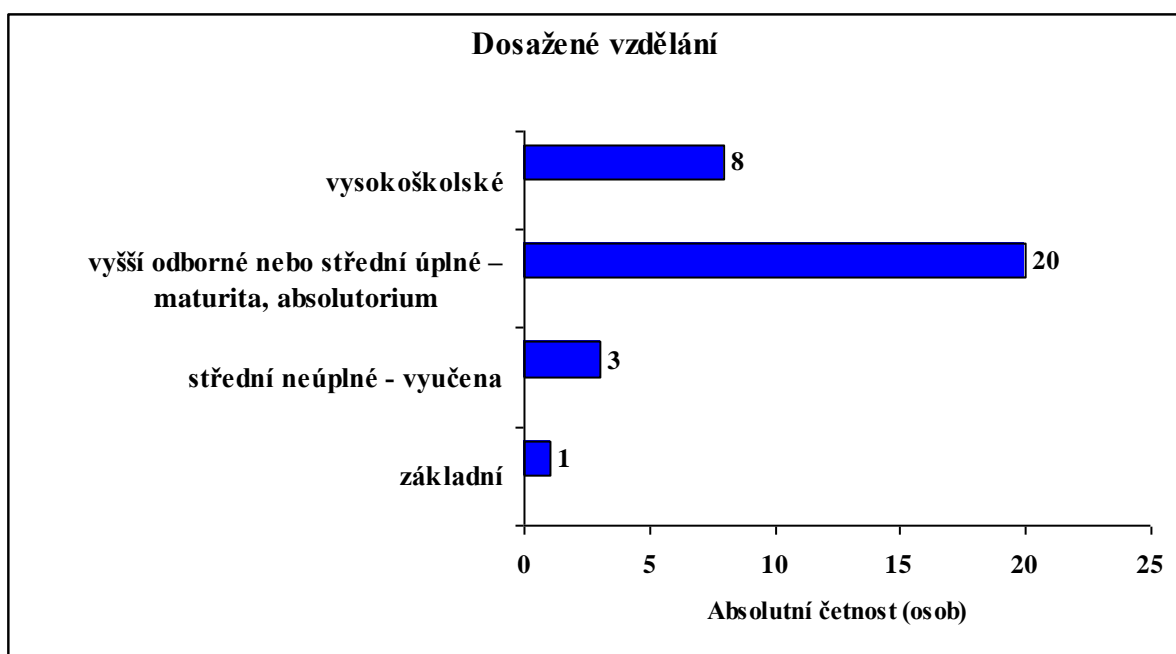
**Obr. 2: Graf vztahu gravidity a prekoncepční péče**

Na obrázku č. 2 můžeme vidět vztah mezi počtem těhotenství u žen a prekoncepční péčí. Z 16 (100 %) žen, které prováděly prekoncepční péči, bylo 10 (63 %) žen poprvé těhotných, 2 (13 %) ženy byly těhotné podruhé a 4 (25 %) ženy potřetí a více. Prekoncepční přípravu neprovádělo 16 (100 %) žen, z toho 8 (50 %) bylo poprvé těhotných a 8 (50 %) podruhé.

## Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

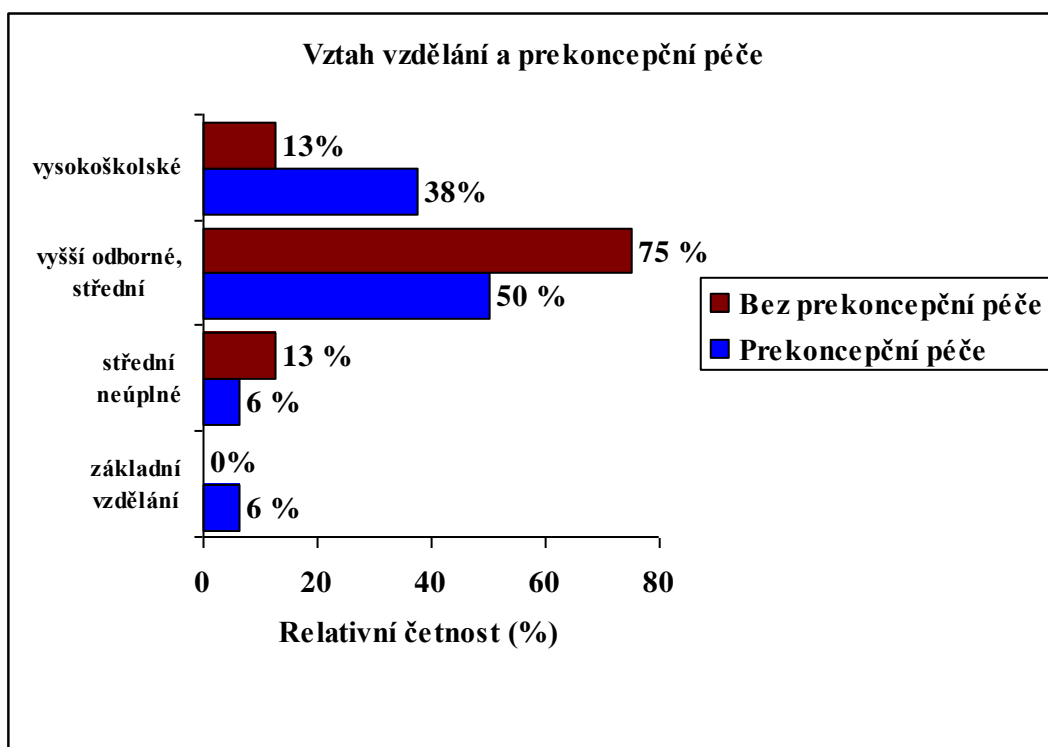
Respondentky vybraly jednu z možností:

- a) základní
- b) střední neúplné – vyučena
- c) vyšší odborné nebo střední úplné – maturita, absolutorium
- d) vysokoškolské



**Obr. 3: Graf dosaženého vzdělání**

Ze souboru 32 dotazovaných žen mělo 8 z nich (25 %) vysokoškolské vzdělání. Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky s vyšším odborným nebo středním úplným vzděláním, které bylo ukončeno absolutoriem nebo maturitou, bylo jich 20 (63 %). Střední neúplné vzdělání uvedly 3 respondentky (9 %) a pouze jedna žena uvedla základní vzdělání (3 %).



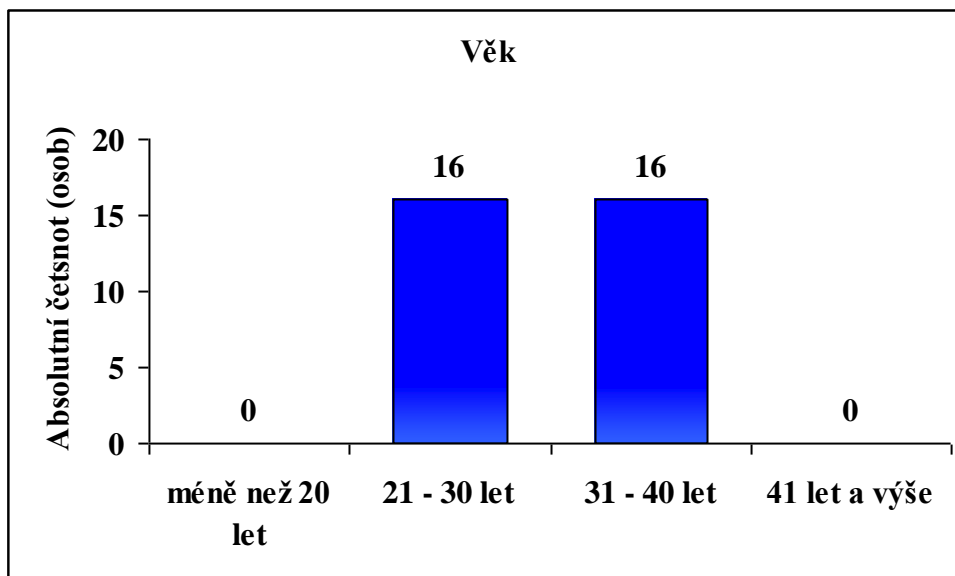
**Obr. 4: Graf vztahu vzdělání a prekoncepční péče**

Z obrázku č. 4 můžeme vidět vztah mezi úrovní vzdělání a tím, zda ženy prováděly prekoncepční péči. Z celkového počtu 32 respondentek 8 žen uvedlo vysokoškolské vzdělání, z těchto 8 žen provádělo prekoncepční péči celkem 6 respondentek. Z počtu žen, které prováděly prekoncepční péči, je to 38 %. Z 20 respondentek, které uvedly vyšší odborné nebo střední úplné vzdělání, provádělo prekoncepční přípravu 8 žen, v souboru respondentek, které prováděly prekoncepční péči, zaujímají 50 %. Jediná žena, která uvedla základní vzdělání prekoncepční přípravu prováděla, v souboru zaujímá 6 %. Se středním neúplným vzděláním prováděla prekoncepční přípravu také jedna žena (6 %).

### Otázka č. 3: Kolik je Vám let?

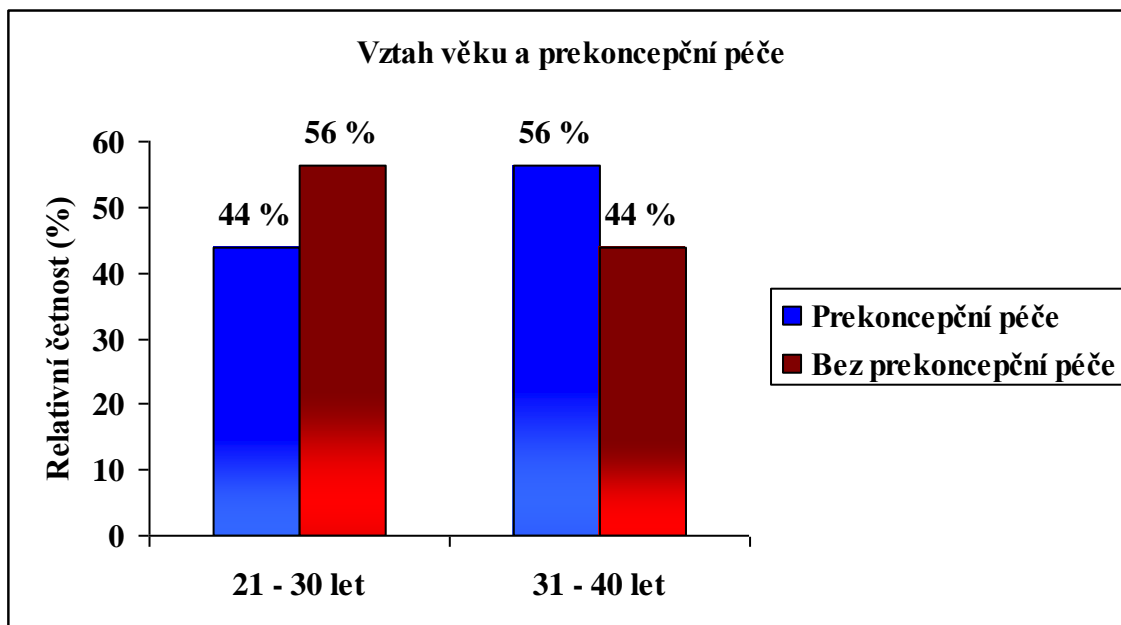
Dotazované vybraly svoji věkovou kategorii:

- a) méně než 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 let a výše



Obr. 5: Graf věku respondentek

V této otázce se skupina dotazovaných žen rozdělila pouze na dvě věkové kategorie, a to na kategorii 21 – 30 let (celkem 16 žen, 50 %) a na kategorii 31 – 40 let (také 16 žen, 50 %).



**Obr. 6: Graf vztahu mezi věkem a prekoncepční péčí**

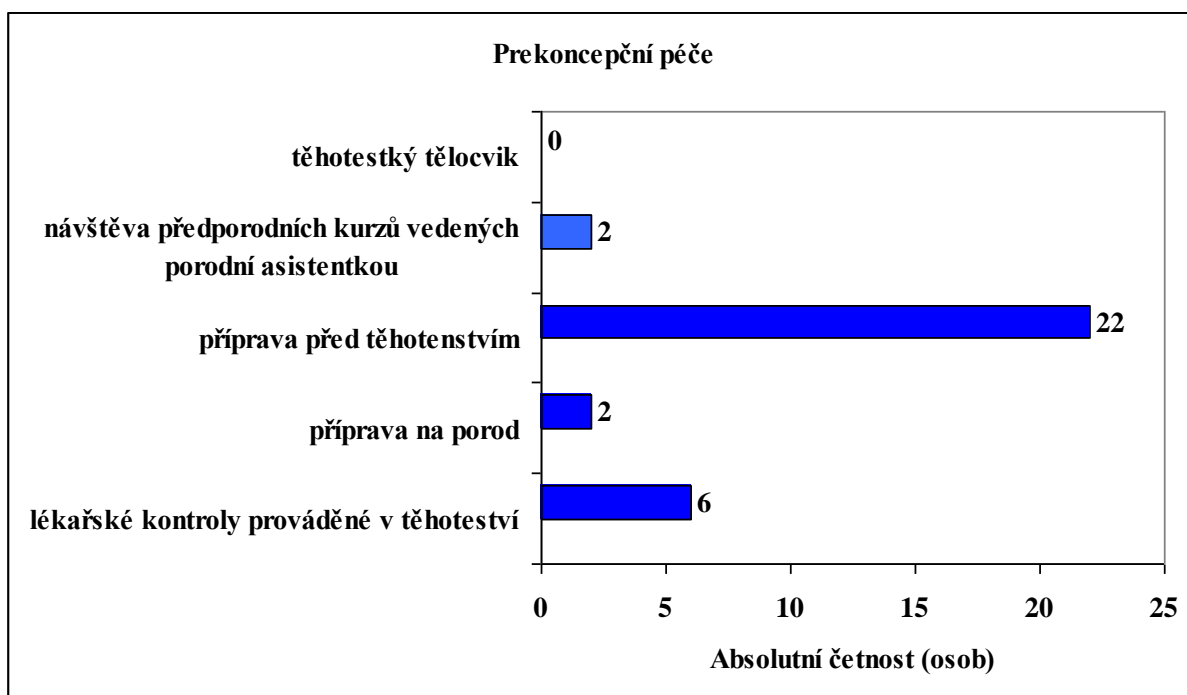
V grafu vidíme vztah mezi věkem respondentek a prekoncepční péčí. Ze zkoumaného vzorku prováděly prekoncepční přípravu spíše ženy ve věkové kategorii 31 – 40 let (56 %). Z tohoto výsledku se dá usuzovat, že věk respondentek ovlivňuje to, zda se ženy připravují na početí, či ne.



#### Otázka č. 4: Prekoncepční péče znamená:

Respondentky vybraly jednu, podle nich správnou odpověď

- a) lékařské kontroly prováděné v těhotenství
- b) příprava na porod
- c) příprava před těhotenstvím
- d) návštěva předporodních kurzů vedených porodní asistentkou
- e) těhotenský tělocvik

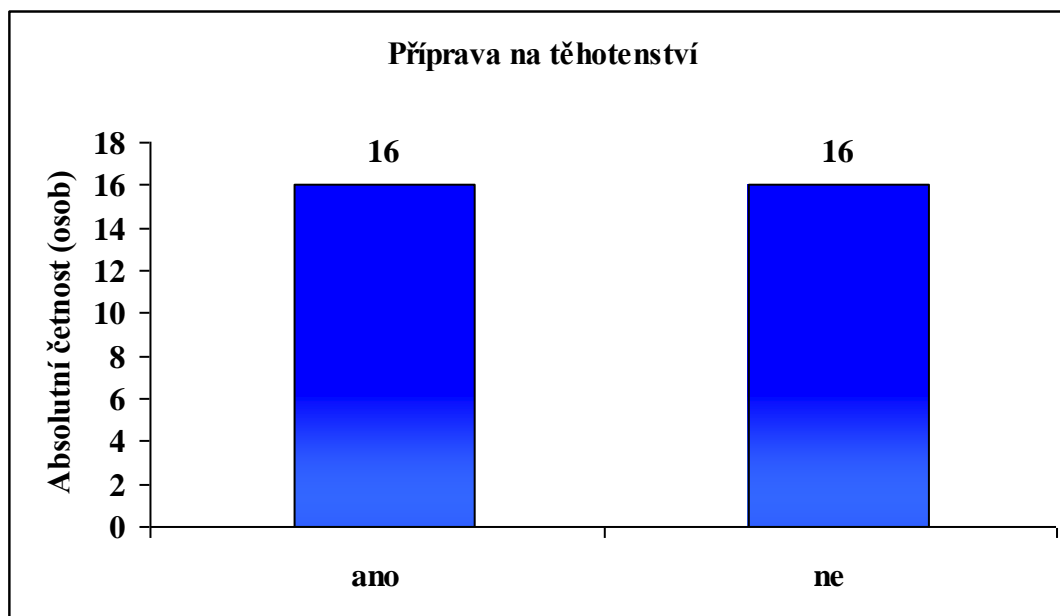


Obr. 7: Graf významu prekoncepční péče

V této otázce měly respondentky vybrat jednu, podle nich správnou možnost, která popisuje význam prekoncepční péče. Nejvíce žen, celkem 22 (69 %), označilo za správnou odpověď možnost „příprava před těhotenstvím“. Šest žen (19 %) označilo možnost „lékařské kontroly prováděné v těhotenství“. Možnost „návštěva předporodních kurzů vedených porodní asistentkou“ vybraly jako správnou 2 (6 %) respondentky. Dvě (6 %) ženy z celkového počtu se domnívají, že prekoncepční péče znamená „přípravu na porod“.

### Otázka č. 5: Přípravovala jste se na právě proběhlé těhotenství?

Na tuto otázku respondentky odpověděly výběrem odpovědi ano nebo ne



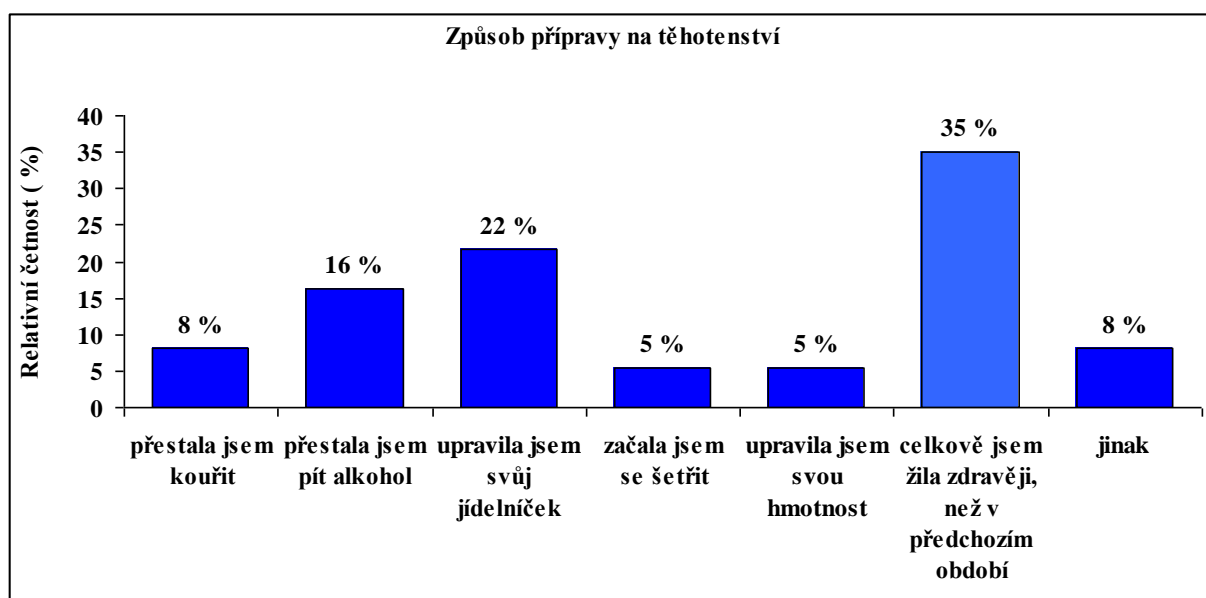
Obr. 8: Graf přípravy na těhotenství

Zde se mi celkový soubor 32 respondentek rozdělil na 2 skupiny, a to na skupinu 16 žen, které se na těhotenství připravovaly (50 %) a skupinu 16 žen, které se na těhotenství nepřipravovaly (50 %).

## Otázka č. 6: Jakým způsobem jste se připravovala na těhotenství?

V této otázce mohly respondentky vybrat jednu i více odpovědí

- a) přestala jsem kouřit
- b) přestala jsem pít alkohol
- c) upravila jsem svůj jídelníček
- d) začala jsem se více šetřit
- e) upravila jsem svou hmotnost
- f) celkově jsem žila zdravěji, než v předchozím období
- g) jinak (uved'te)



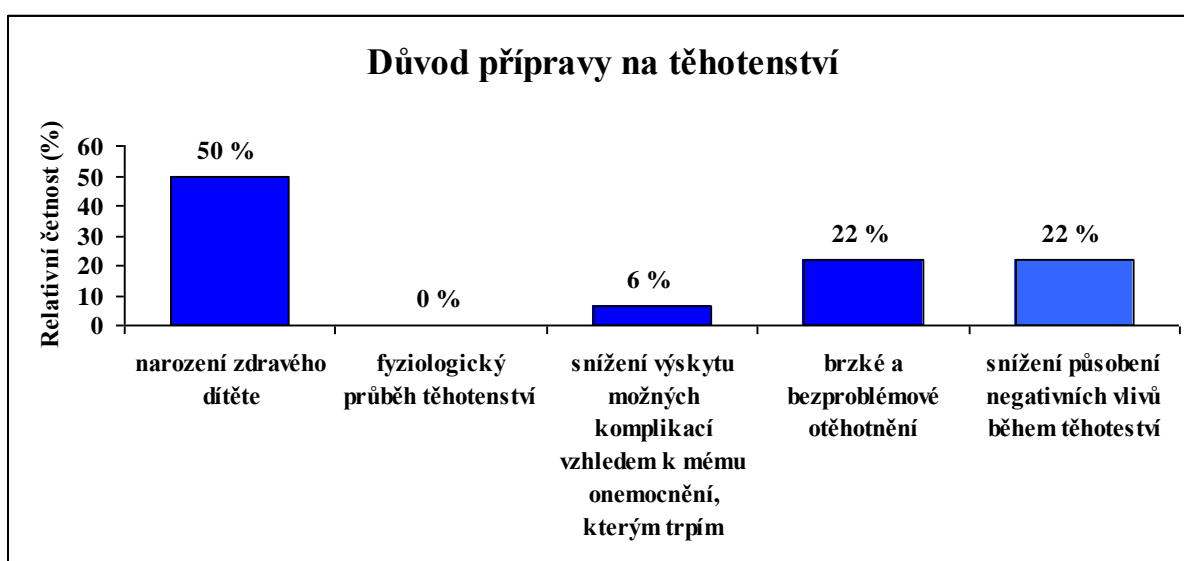
Obr. 9: Graf způsobu přípravy na těhotenství

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které v předchozí otázce uvedly, že se na těhotenství připravovaly. Výzkumný vzorek se tedy snížil na 16 respondentek. V této otázce respondentky uváděly způsob přípravy na těhotenství. 35 % ženy uvedlo, že začaly žít zdravěji, než v předchozím období. 22 % respondentek uvedlo jako způsob přípravy úpravu jídelníčku, 16 % žen přestalo pít alkohol a 8 % respondentek přestalo kouřit. 5 % žen upravilo svou hmotnost a 5 % žen se začalo více šetřit. 8 % žen vybralo možnost „jinak“ a uvedly, že začaly užívat kyselinu listovou, vitamíny a v jednom případě homeopatika.

### Otázka č. 7: Z jakého důvodu jste se začala připravovat na těhotenství?

V této otázce mohly ženy vybrat pouze 2, pro ně nejdůležitější odpovědi

- a) narození zdravého dítěte
- b) fyziologický průběh těhotenství
- c) snížení výskytu možných komplikací vzhledem k mému onemocnění, kterým trpím
- d) brzké a bezproblémové otěhotnění
- e) snížení působení negativních vlivů během těhotenství
- f) jiné:(uved'te)

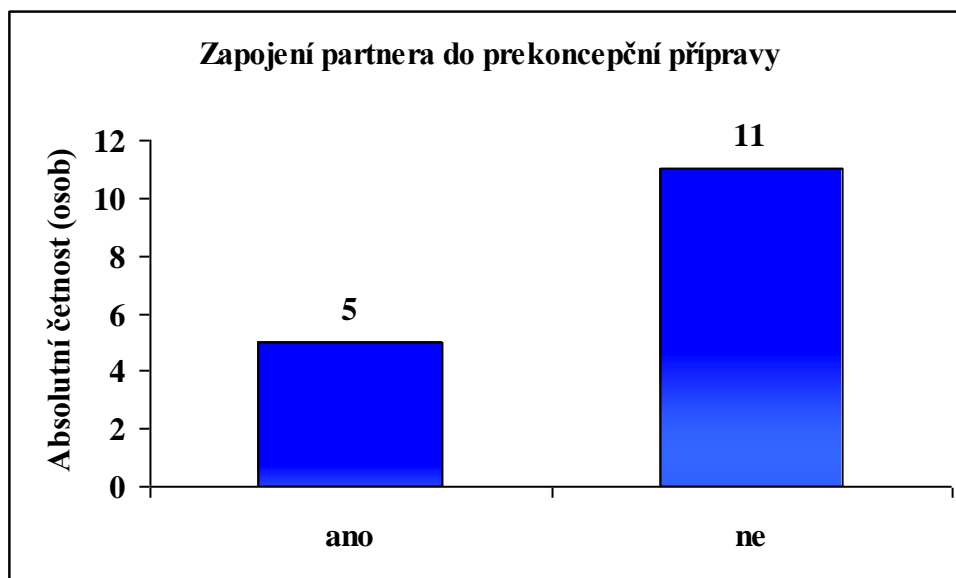


Obr. 10: Graf důvodu přípravy na těhotenství

Na tuto otázku opět odpovídalo z celkového počtu žen jenom 16 dotazovaných. Největší počet z nich, 50 %, vybralo možnost „narození zdravého dítěte“, shodně 22 % respondentek vybralo „možnosti brzké a bezproblémové otěhotnění“ a „snížení působení negativních vlivů během těhotenství“. Nejmenší počet respondentek (6 %), označilo možnost „snížení výskytu možných komplikací vzhledem k mému onemocnění, kterým trpím“.

### Otázka č. 8: Zapojila jste do přípravy na těhotenství i Vašeho partnera?

V této otázce měly klientky opět vybrat odpověď ano nebo ne



Obr. 11: Graf zapojení partnera do prekoncepční přípravy

Dotazníkovou otázku vyplňovalo opět 16 respondentek. Z tohoto počtu dotazovaných odpovědělo výběrem možnosti „ano“ 5 respondentek (31 %), možnost „ne“ zvolilo 11 respondentek, což je 69 %.

### Otázka č. 9: Jak jste do přípravy na těhotenství zapojila svého partnera?

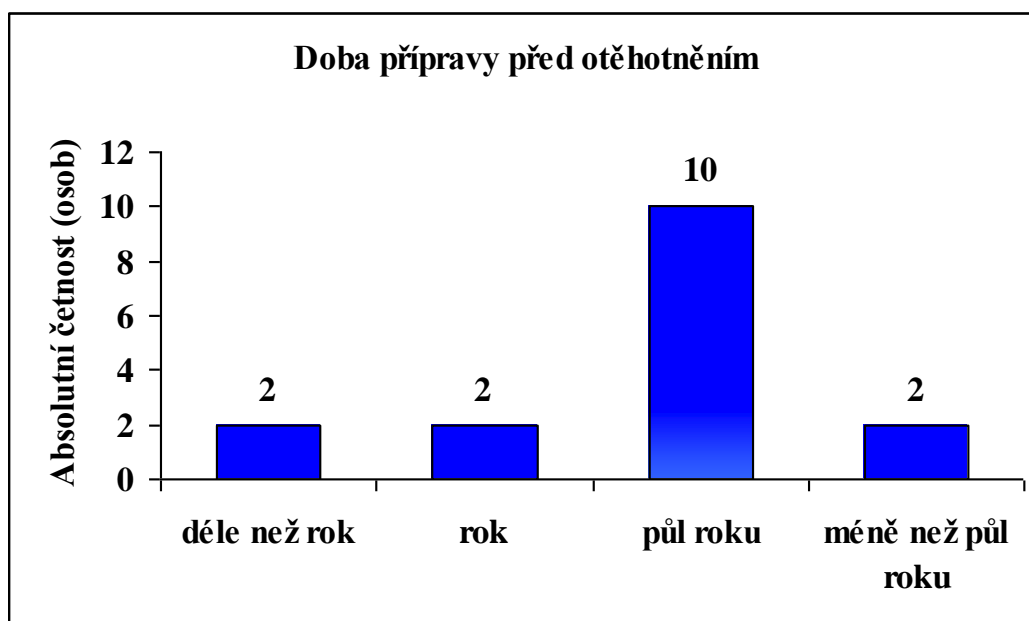
V této otevřené otázce respondentky psaly vlastní krátkou slovní odpověď.

Tuto otázku vyplňovalo celkem 5 respondentek. Čtyři z nich uvedly, že se partner zapojil do přípravy na otěhotnění změnou životního stylu, zdravým životním stylem, případně změnou stravy a dostatečným příjmem vitamínů. Jedna respondentka uvedla, že partner omezil konzumaci alkoholu.

**Otázka č. 10: Jak dlouho jste se připravovala na těhotenství před samotným otěhotněním?**

Respondentky vybíraly z následujících časových období

- a) déle než rok
- b) rok
- c) půl roku
- d) méně než půl roku

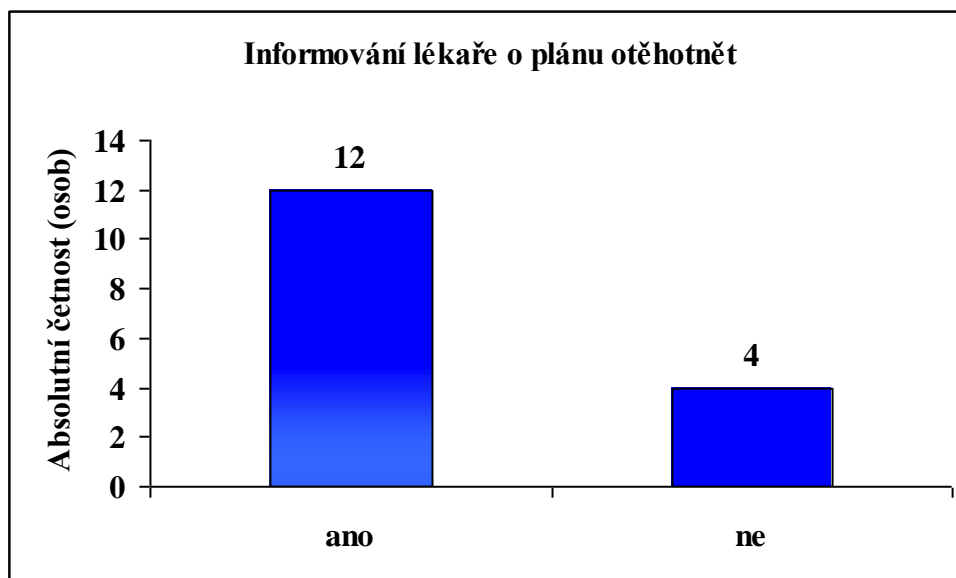


**Obr. 12: Graf doby přípravy před otěhotněním**

Zde odpovídalo 16 respondentek, které uvedly, že se na těhotenství připravovaly. 10 žen (63 %), uvedlo, že se připravovaly „půl roku“, „méně než půl roku“ se připravovaly 2 ženy (13 %). Možnost „déle než rok“ vybraly 2 respondentky (13 %) a možnost „rok“ označily také 2 ženy (13 %).

**Otázka č. 11: Informovala jste svého lékaře (gynekologa), že chcete otěhotnět?**

Dotazované volily mezi odpovědí ano nebo ne

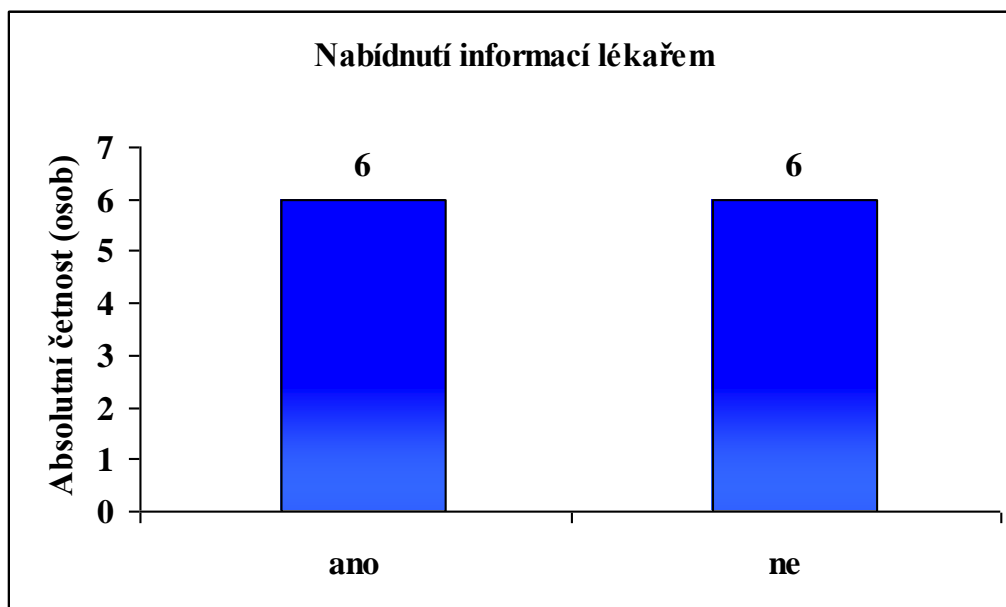


**Obr. 13: Graf informování lékaře o plánu otěhotnět**

Ze 16 respondentek, které odpovídaly na tuto otázku, informovalo praktického gynekologa o plánu otěhotnět celkem 12 žen (75 %). Informaci lékaři nesdělily 4 ženy, což je 25 % dotazovaných.

**Otázka č. 12: Nabídl Vám lékař po tomto oznámení nějaké informace týkající se prekoncepční péče?**

Možnost odpovědi byla ano nebo ne



**Obr. 14: Graf o nabídnutí informací o prekoncepční péči lékařem**

Tuto otázku vyplňovalo 12 respondentek, které v předchozí otázce uvedly, že informovaly svého lékaře o plánu otěhotnět. 50 % dotazovaných žen informace od lékaře dostalo a 50 % žen žádné informace od lékaře neobdrželo.

**Otázka č. 13: Jaké informace Vám lékař sdělil?**

Zde respondentky uváděly krátkou slovní odpověď.

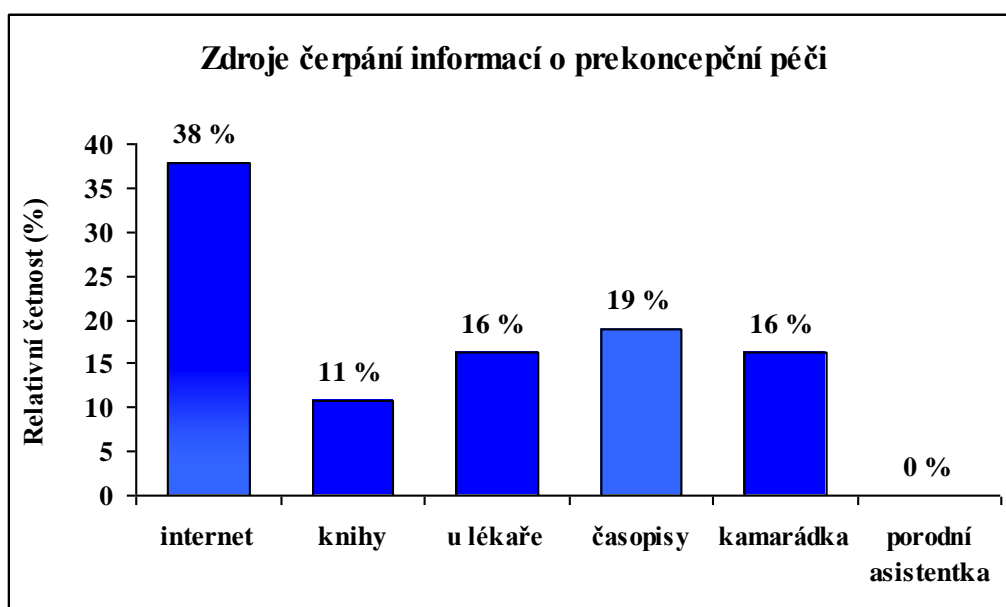
Otázku č. 13 vyplňovalo 6 žen, které dostaly od svého obvodního gynekologa informace o prekoncepční péči. Informace, které ženy obdržely, se ve většině případů shodovaly a byly následující: „informace jak otěhotnět, co pro otěhotnění udělat po fyzické a zdravotní stránce, doporučení úpravy životosprávy, užívání vitamínů a především užívání kyseliny listové.



### Otázka č. 14: Z jakých zdrojů jste nejvíce čerpala informace o prekoncepční péči?

Na výběr u této otázky měly dotazované následující odpovědi, označit mohly maximálně 3

- a) internet
- b) knihy
- c) u lékaře
- d) časopisy
- e) kamarádka
- f) porodní asistentka
- g) jiné (uved'te)



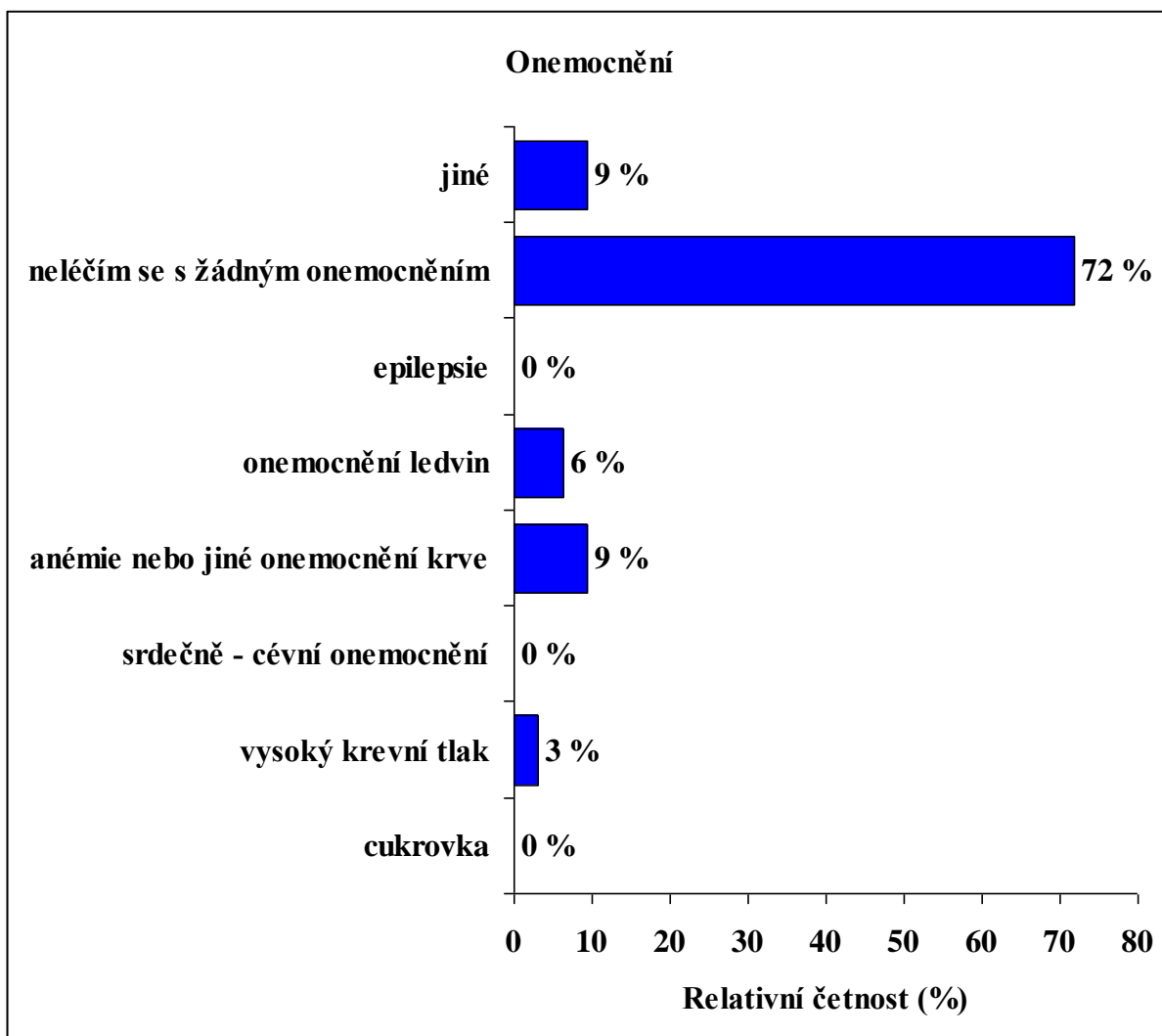
Obr. 15: Graf zdrojů čerpání informací o prekoncepční péči

Jako nejčastější zdroj informací, celkem 38 %, o prekoncepční péči respondentky označily možnost „internet“. Další nejčastější odpovědí 19 % byly „časopisy“. Na třetím místě byly shodně odpovědi „u lékaře“ a „kamarádka“ obě 16 %. V 11 % odpovědí byly vybrány knihy. Naopak možnost „porodní asistentka“ nezvolila ani jedna z dotazovaných žen.

**Otázka č. 15: Označte onemocnění, se kterým se léčíte a léčila jste se s ním i před těhotenstvím**

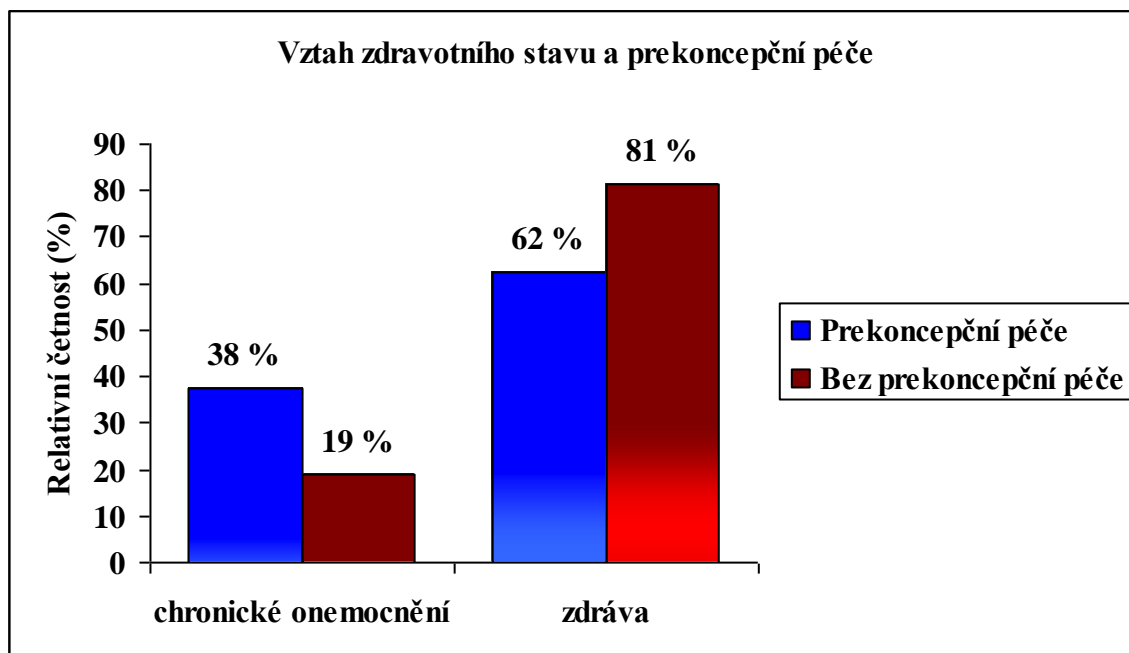
V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí

- a) cukrovka
- b) vysoký krevní tlak
- c) srdečně – cévní onemocnění
- d) anémie nebo jiné onemocnění krve
- e) onemocnění ledvin
- f) epilepsie
- g) neléčím se s žádným onemocněním
- h) jinak (uved'te)



**Obr. 16: Graf onemocnění respondentek**

Počínajíc otázkou č. 15 odpovídalo opět všech 32 respondentek. 72 % dotazovaných žen se neléčilo s žádným onemocněním. Onemocnění ledvin vybralo 6% respondentek. Anémii nebo jiné onemocnění krve vybralo 9 % respondentek, vysoký krevní tlak pak 3 % dotazovaných žen. 9 % respondentek označilo možnost „jiné“ a doplnilo zde onemocnění štítné žlázy. Možnosti srdečně-cévní onemocnění, cukrovka a epilepsie neoznačila žádná z respondentek.

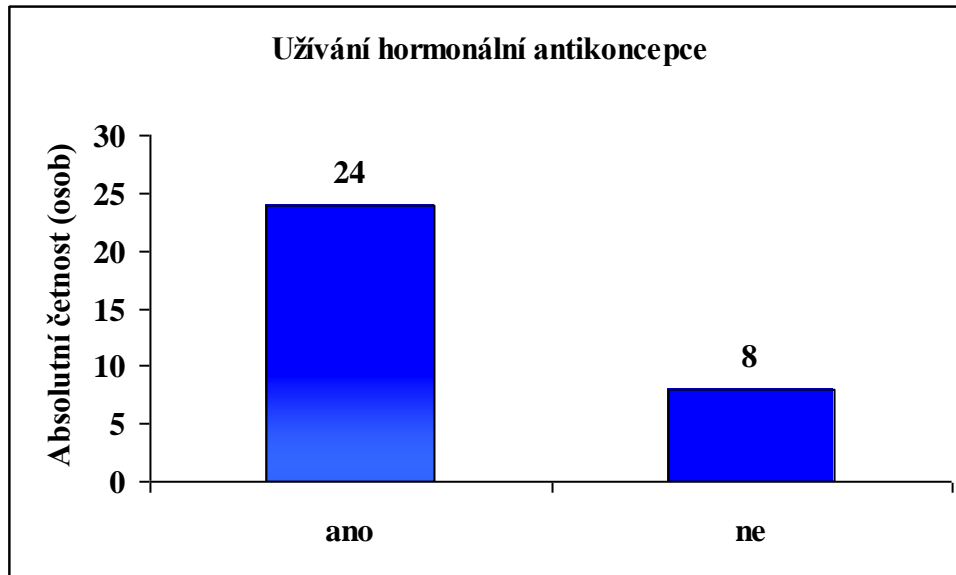


**Obr. 17: Graf vztahu zdravotního stavu a prekoncepční péče**

Z celkového počtu respondentek (32) se léčí s chronickým onemocněním 9 žen. Z těchto devíti žen, bylo ve skupině respondentek, které provádějí prekoncepční péči, celkem 6 (38 %) žen, zbylé tři (19 %) uvedly, že se na jejich právě proběhlé těhotenství nepřipravovaly. Zdravých žen, které prováděly prekoncepční přípravu, bylo 10 (62 %). Respondentek, které se neléčily s žádným chronickým onemocněním a neprováděly přípravu na početí a budoucí těhotenství bylo celkově 81 %.

**Otázka č. 16: Užívala jste před otěhotněním hormonální antikoncepci?**

Na výběr byla možnost ano nebo ne



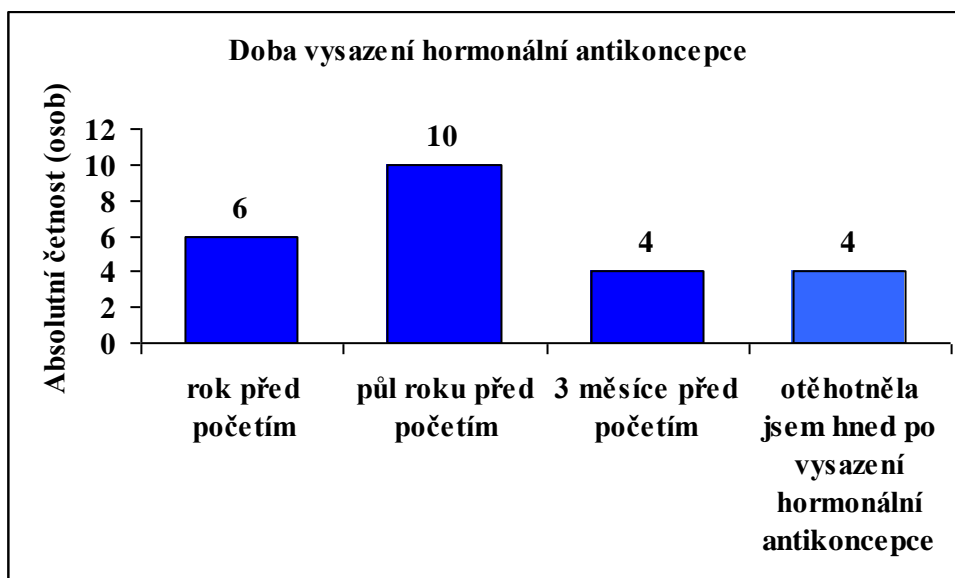
**Obr. 18: Graf užívání hormonální antikoncepce**

Hormonální antikoncepci před plánovaným početím užívalo 24 dotazovaných žen, což je 75 %. Odpověď „ne“ zvolilo 8 žen, což je 25 % z celkového počtu 32 dotazovaných žen.

**Otázka č. 17: Jak dlouho jste před samotným početím vysadila užívání hormonální antikoncepci?**

Respondentky označily jednu odpověď

- a) rok před početím
- b) půl roku před početím
- c) 3 měsíce před početím
- d) otěhotněla jsem hned po vysazení hormonální antikoncepce



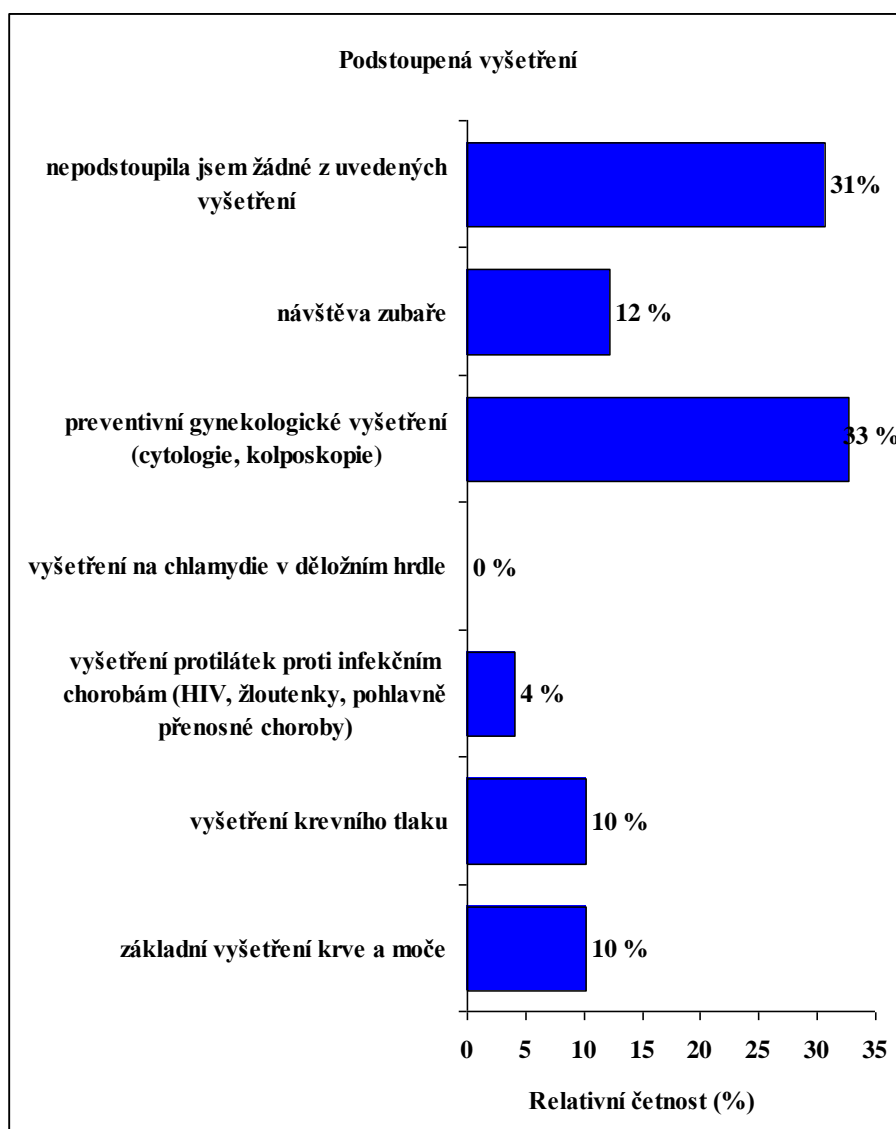
**Obr. 19: Graf doby vysazení hormonální antikoncepce před početím**

Tuto otázku vyplnily ženy, které v otázce č. 16 uvedly, že užívaly hormonální antikoncepci, celkem tedy odpovídalo 24 respondentek. Z tohoto počtu dotazovaných odpovědělo 10 žen (42 %), že antikoncepci vysadily „půl roku před početím“. „Rok před početím“ vysadilo antikoncepci 6 respondentek (25 %). Shodně 4 respondentky vybraly možnost „3 měsíce před početím“ (17 %) a možnost „otěhotněla jsem hned po vysazení hormonální antikoncepce“.

**Otázka č. 18: Podstoupila jste po rozhodnutí, že otěhotníte některá z uvedených zdravotních vyšetření?**

V této otázce mohly dotazované vybrat více odpovědí

- a) základní vyšetření krve a moče
- b) vyšetření krevního tlaku
- c) vyšetření protilátek proti infekčním chorobám (HIV, žloutenky, pohlavně přenosné choroby)
- d) vyšetření na chlamydie v děložním hrdle
- e) preventivní gynekologické vyšetření (cytologie, kolposkopie)
- f) návštěva zubaře
- g) nepodstoupila jsem žádné z uvedených vyšetření

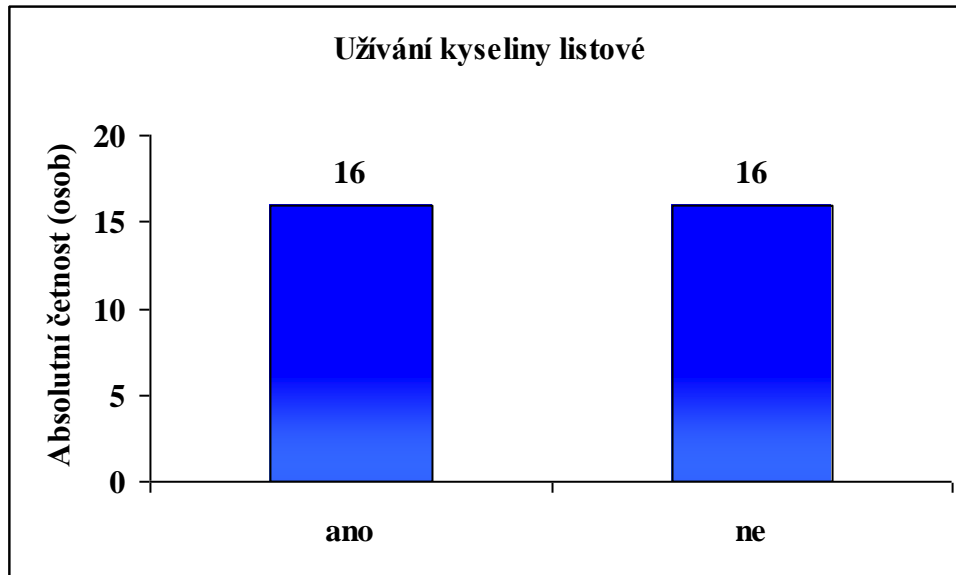


**Obr. 20: Graf prekoncepčně podstoupených vyšetření**

Z celkového počtu 32 respondentek 31 % nepodstoupilo žádné preventivní prekoncepční vyšetření. 33 % dotazovaných žen, podstoupilo preventivní gynekologické vyšetření (cytologie a kolposkopie). 10 % žen si nechalo vyšetřit krevní tlak a shodně 10 % žen podstoupilo základní vyšetření krve a moče. Vyšetření protilátek proti infekčním chorobám podstoupily pouze dvě ženy (4 %). Celkem 12 % respondentek navštívilo svého zubního lékaře. Vyšetření na chlamydie v děložním hrdle nepodstoupila ani jedna dotazovaná žena.

### Otázka č. 19: Užívala jste před otěhotněním kyselinu listovou?

Zde ženy vybíraly mezi odpověďmi ano nebo ne



Obr. 21: Graf prekoncepčního užívání kyseliny listové

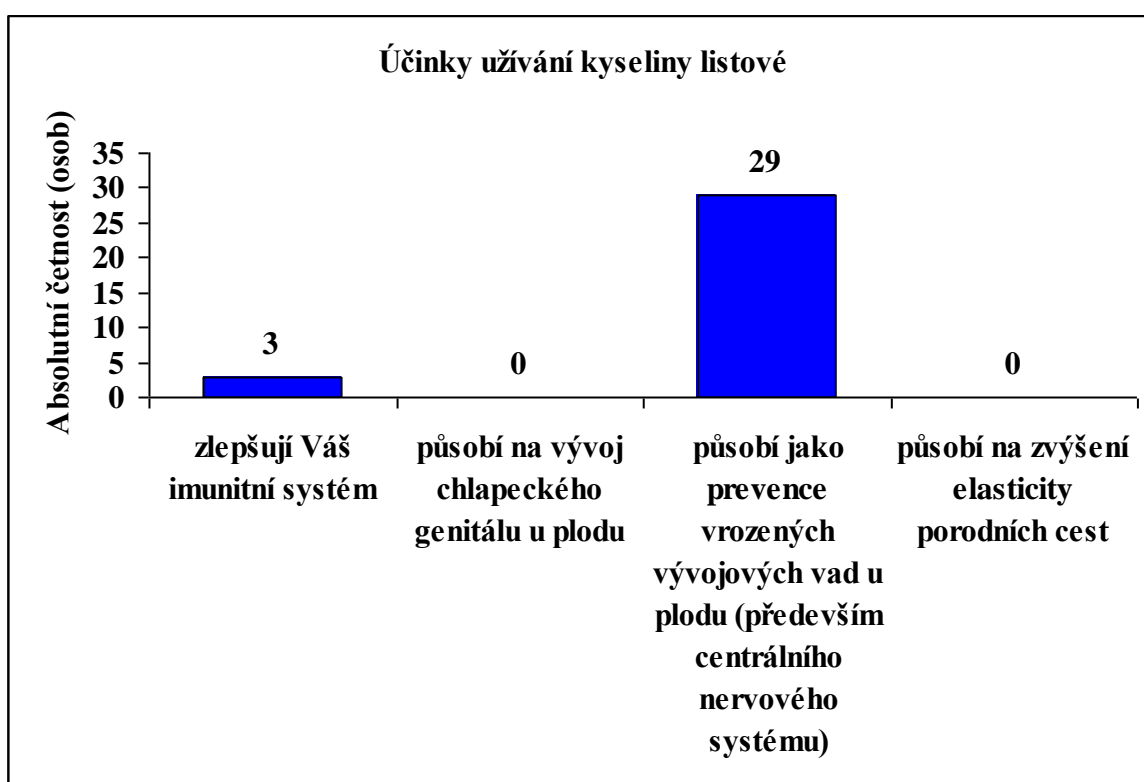
Kyselinu listovou užívalo celkem 16 (50 %) žen ze 32 dotazovaných, což odpovídá počtu žen, které se připravovaly na těhotenství a potvrzuje to tak pravdivost jejich výpovědí. 16 žen kyselinu listovou neužívalo.



**Otázka č. 20: Účinky užívání kyseliny listové v prekoncepčním období a v 1. trimestru těhotenství jsou**

Respondentky vybraly jednu správnou odpověď

- a) zlepšují Váš imunitní systém
- b) působí na vývoj chlapeckého genitálu u plodu
- c) působí jako prevence vrozených vývojových vad u plodu (především centrálního nervového systému)
- d) působí na zvýšení elasticity porodních cest



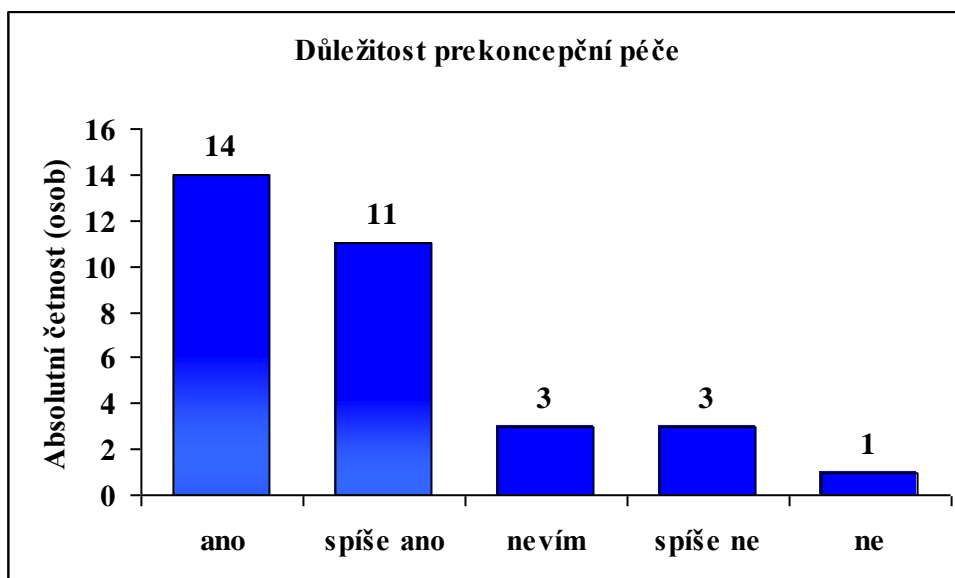
**Obr. 22: Graf účinků užívání kyseliny listové**

V této otázce respondentky vybíraly podle jejich názoru správnou odpověď. Opravdu správně odpovědělo 29 (91 %) žen výběrem možnosti, že kyselina listová „působí jako prevence vrozených vývojových vad u plodu (především centrálního nervového systému)“. Jako správnou odpověď označily 3 (9 %) respondentky i možnost „zlepšují Váš imunitní systém“.

### Otázka č. 21: Domníváte se, že je příprava na těhotenství důležitá?

Dotazované v této otázce vybraly odpověď, která nejvíce vystihovala jejich názor

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne



Obr. 23: Graf důležitosti prekoncepční péče

Z celkového počtu 32 respondentek, si jako výrok, který nejvíce vystihuje jejich názor, vybralo 14 žen možnost „ano“ (44 %), 11 žen označilo možnost „spíše ano“ (34 %). Možnost „nevím“ vybraly 3 ženy (9 %), možnosti „spíše ne“ taktéž 3 ženy (9%) a možnost „ne“ zvolila pouze jedna žena (3 %).

## **7 DISKUSE**

### Výzkumná otázka č. 1

#### **Považují ženy prekoncepční péči za důležitou?**

Této výzkumné otázce odpovídala v dotazníku otázka č. 21, zde ženy vybíraly z nabídnutých možností. Prekoncepční péči považuje za důležitou většina žen, celkem 78 % z dotazovaných. Z celkového počtu dotazovaných odpověděly 4 ženy, což je 13 % dotazovaných, že prekoncepční péče není důležitá, 3 ženy nevěděly (9 %). Domnívám se tedy, že pokud by byly všechny ženy dostatečně poučeny a informovány o pozitivních vlivech a výhodách prekoncepční péče, výsledek by byl téměř stoprocentní.

### Výzkumná otázka č. 2

#### **Rozumí ženy samotnému pojmu prekoncepční péče?**

Zjistit, zda ženy rozumí samotnému pojmu prekoncepční péče, mi pomohla dotazníková otázka č. 4. Správnou odpověď označilo, a tedy znalost pojmu zde prokázalo 22 žen, což je 69 %. Výsledek je dle mého názoru ucházející, nicméně stojí za úvahu, zda by byl tento výsledek podobný nebo stejný v případě, že by ženy měly odpověď formulovat vlastními slovy.

### Výzkumná otázka č. 3

#### **Jaké jsou nejčastější zdroje informací o významu prekoncepční péče?**

Tuto výzkumnou otázku jsem si stanovila na základě myšlenky, že jako nejčastější zdroj budou ženy uvádět internet. Tato myšlenka se mi potvrdila, protože možnost internetu uvedlo celkem 38 % dotazovaných žen. Naopak možnost získání informací od lékaře zvolilo pouze 16 % žen a možnost porodní asistentky neoznačila ani jedna žena. Tento výsledek by měl tedy vést k zamyšlení. Dle mého názoru by se měla prekoncepční péče prosazovat a provádět především z úst lékařů a porodních asistentek jakožto lidí, kteří pečují o zdravotní stav žen a jejich budoucích dětí.

#### Výzkumná otázka č. 4

##### **Jak frekventovaná je v současnosti prekoncepční péče u žen plánujících otěhotnění?**

Přípravu na těhotenství, nebo-li prekoncepční péči, provádělo před otěhotněním 50 % žen z dotazovaných, které plánovaly otěhotnění. Z tohoto výsledku je tedy patrné, že význam prekoncepční péče zná sice 78 % žen, nicméně provádí jí pouze polovina z celkového počtu dotazovaných.

#### Výzkumná otázka č. 5

##### **Jak změnil partner své životní návyky v období prekoncepce?**

Této výzkumné otázce se věnovaly dotazníkové otázky č. 8 a 9. Dle jejich výsledku musím konstatovat, že prekoncepční péče zatím zůstává u většiny párů, které jí provádějí, pouze v rukou ženy. Z 16 dotazovaných žen, které uvedly, že se na otěhotnění a těhotenství připravovaly, zapojilo do prekoncepční péče partnera pouze v pěti případech. Těchto 5 mužů v rámci prekoncepce převážně změnilo svůj životní styl za zdravější, případně omezilo konzumaci alkoholu.

#### Výzkumná otázka č. 6

##### **Provádějí prekoncepční přípravu spíše ženy s chronickým onemocněním?**

Tuto výzkumnou otázku jsem hodnotila pomocí dotazníkových otázek č. 5 a 15. Odpovídalo na ně všech 32 dotazovaných žen. Z celkového počtu respondentek (32) se lečí s chronickým onemocněním 9 žen. Z těchto devíti žen, bylo ve skupině respondentek, které provádějí prekoncepční péči, celkem 6 žen, zbylé tři uvedly, že se na jejich právě proběhlé těhotenství nepřipravovaly. Znamená to tedy, že z počtu 16 žen, které prekoncepční péči prováděly, bylo s chronickým onemocněním 6 žen. Z tohoto výsledku se tedy nedá jednoznačně říci, že prekoncepční přípravu provádějí spíše ženy s chronickým onemocněním. Tento výsledek by také mohl znamenat, že se prvky prekoncepční péče dostávají do povědomí i zdravých žen. (Viz obr. 17)

## 7. 1. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro prosazení prekoncepční péče do běžné praxe, je důležitá edukace žen a mužů na toto téma. Vysvětlit důležitost přípravy na otěhotnění a těhotenství a seznámit páry s výhodami, které z této přípravy plynou jak pro matku, tak především pro budoucího potomka. S edukací o prekoncepční přípravě a plánovaném rodičovství by se mělo začít již v dospívajícím věku mládeže a dále pokračovat, alespoň s některými nejdůležitějšími prvky, při každé návštěvě gynekologické ambulance. Jedině stálým opakováním si totiž člověk upevní své znalosti. Porodní asistentka či lékař by měli ženy, ale i muže edukovat o vhodném používání antikoncepce, prevenci pohlavně přenosných chorob a o zodpovědném plánování rodičovství.

Pokud se na porodní asistentku či na lékaře obrátí žena, nebo partnerský pár s plánem v brzké době otěhotnět, měli by jim poskytnout důležité informace, jak se v tomto prekoncepčním období chovat a co dělat. Důležité je informovat partnery o rizikových faktorech (např. kouření, konzumace alkoholu, okolní prostředí, užívání návykových látek), které mohou negativně ovlivnit vývoj budoucího plodu či zdravotní stav ženy během gravidity. Doporučit partnerům zdravotní vyšetření, která by pomohla odhalit skrytá onemocnění, eventuálně doporučit návštěvu genetika, pro odhalení možných dědičných vývojových vad. Dále musí porodní asistentka informovat o případné změně nebo korekci životního stylu, o zlepšení stravovacích návyků, doplnění vitaminů a minerálů, dostatečném pohybu a v případě nutnosti také úpravu hmotnosti. Poučení by se mělo týkat také odpočinku, relaxace a zdravého spánku. Páru, a především ženě by mělo být doporučeno přestat užívat hormonální antikoncepci alespoň 3-6 měsíců před plánovaným otěhotněním a po dobu minimálně tří měsíců by pár měl užívat antikoncepci v podobě mužského kondomu. Tato doba by měla stačit pro zpravidelnění menstruačního a především ovulačního cyklu.

V případě prekoncepční péče u ženy s chronickým onemocněním je důležitá mezioborová spolupráce daného specialisty v oboru, ve kterém se žena léčí a gynekologa-porodníka. Jejich společným cílem bude otěhotnění ženy v období nejlepší kompenzace jejího onemocnění a dále časná prenatální péče.

Partneři plánující těhotenství by měli vždy využívat všech aspektů prekoncepční péče a hlavně by měli být informováni, kde mají tuto péči vyhledávat a očekávat. Jelikož v České republice není prekoncepční péče tak rozšířená i u zdravých žen, a jedná se o nadstandardní služby, je nutno počítat s jistou finanční spoluprací partnerů na této péči, nicméně pokud se jedná o zdraví ženy a dítěte, peníze by měly jít stranou. (Varney, 2004)

## ZÁVĚR

Na závěr této bakalářské práce bych chtěla zhodnotit a shrnout informace a poznatky, které jsem během psaní závěrečné práce získala.

Stanovila jsem si cíl zmapovat informovanost žen o prekoncepční péči. Výsledkem bylo, že tři čtvrtiny žen znají význam prekoncepční péče, ale pouze polovina z nich ji provádí. Hlavní problém bych viděla v malé informovanosti o výhodách a pozitivěch prekoncepční péče. Ta je v dnešní době zaměřena, dle mého názoru, pouze na ženy, které trpí nějakým chronickým onemocněním, případně se léčí pro neplodnost, kde je tato péče prováděna automaticky. Proto jsem si jako další cíl bakalářské práce uložila vytvoření informačního letáku (viz Příloha č. 8), který by byl určen pro gynekologické ordinace a tedy volně dostupný pro všechny ženy. Je důležité ženám sdělit informace, která začít s prekoncepční péčí, věnovat se jí a tím co nejvíce zmírnit a zmenšit riziko vlivu negativních faktorů na budoucí těhotenství.

Při psaní závěrečné práce jsem získala a upevnila si spoustu poznatků a informací o negativních vlivech, které na člověka působí, proto bych byla ráda, aby tyto informace získaly všechny ženy a aby se prekoncepční péče dostala do povědomí široké veřejnosti. A především, aby byla prováděna v podobné míře jako péče prenatální.

## SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-1303-9.
2. ČELEDOVÁ, Libuše; ČVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
3. ELIAŠOVÁ, Anna. *Porodná asistencie I : Fyziológia*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 104 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
4. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
5. HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. 1. vyd. Praha : Jessenius Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-013-5.
6. HRUBÁ, Drahoslava. Riziko kouření se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*. 2011, č. 1, s. 34 – 39. Dostupný také z WWW: <[www.praktickagynekologie.cz](http://www.praktickagynekologie.cz)>.
7. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 100 str s. ISBN 978-80-7387-179-6.
8. JANKŮ, Karel; JANKŮ, Petr. *Kardiovaskulární choroby v těhotenství: Cardiovascular diseases during pregnancy*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2005. 319 s. ISBN 80-210-3683-4.
9. KOZLOVÁ, Lucie; KUBELOVÁ, Veronika. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2008. 56 s. ISBN 80-7394-112-3.
10. KRAJČOVIČOVÁ, Renáta; HUDEČEK, Robert. Nadváha a reprodukční funkce ženy. *Praktická gynekologie*. 2008, 2008, č. 2, s. 109 – 116. Dostupný také z WWW: <[praktickagynekologie.cz](http://praktickagynekologie.cz)>.
11. KUCHYNKA, Pavel, et al. *Oční lékařství*. Praha : Grada Publishing, 2007. Genetika, 812 s. . ISBN 978-80-247-1163-8.
12. MARTIUS, Gerhard, et al. *Gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1997. ISBN 80-88824-56-7.
13. MEŠKO, Dušan, et al. *Akademická příručka*. vyd. 1. české. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-219-7.

14. NERUDA, Martin. Využití 3D UZ diagnostiky v gynekologii a porodnictví. *Moderní babičtví*. 2005, 2005, č. 6, s. 1 – 4. Dostupný také z WWW: <<http://www.levret.cz/asistentky/moderni-babictvi>>.
15. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu: [první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím]*. 1. vyd. Praha : Galén, c2005. 425 s. ISBN 80-7262-321-4.
16. PAZDERA, Josef. *OSEL : Objective Source E-Learning* [online]. 31. 10. 2005 [cit. 2010-12-22]. Epigenetika je o tom co jíme, jak žijeme, a jak se máme rádi. Dostupné z WWW: <<http://www.osel.cz/index.php?obsah=6&clanek=1516>>.
17. PODSTATOVÁ, Hana. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena*. 1.vyd. Olomouc : Epava, 2001. 285 s. ISBN 80-86297-07-1.
18. POKORNÁ, Jitka; BŘEZKOVÁ, Veronika; PRŮŠA, Tomáš. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno : Era, 2008. 132 s. ISBN 978-80-7366-136-6.
19. REPKOVÁ, Adriana, et al. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1. slovenské vydání. Martin : Osveta, 2007. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.
20. ROSINA, Jozef ; KOLÁŘOVÁ, Hana; STANEK, Jiří. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 232 s. ISBN 80-247-1383-7.
21. RYBÁROVÁ, L'ubica ; BAČIŠINOVÁ, Jana; RYBÁROVÁ, Daniela. *Metodika písania bakalárskej práce*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-204-9.
22. TRČA, Stanislav. *Plánované rodičovství*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2794-3.
23. TREWINNARD, Karen . *Jak přirozeně otěhotnět : možnosti, jak zvýšit šance na přirozené početí* . 1. vyd. Brno : Computer Press, 2006. 177 s s. ISBN 80-251-0764-7.
24. URBANOVÁ, Eva, et al. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy: V dimenziách ošetrovatel'stva a porodnej asistence*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.
25. VARNEY, Helen; KRIEBS, Jan M.; GEGOR, Carolyn L. *Varney's midwifery*. 4th edition. Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, Inc, 2004. 5. Preconception Care, s. 1386 . Dostupné z WWW: <<http://books.google.cz/books?id=c5dn3yh4V5UC&pg=PA85&dq=preconception+care&hl=cs&ei=pyISTeSnKsWU4ga->>



[zqmGAg&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDQQ6AEwAw#v=onepage&q=preconception%20care&f=false](https://www.google.com/search?q=preconception%20care&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDQQ6AEwAw#v=onepage&q=preconception%20care&f=false). ISBN 10:0763718564.

26. VAŠUT, Karel; ANDĚL, Tomáš ; ŠALOUN, Jan. *Léčiva v těhotenství: Vliv léků a vitamínů na zdravý vývoj plodu*. 1. vyd. Brno : Computer press, 2007. 112 s. ISBN 80-251-1452-0.
27. VAVŘINKOVÁ, Blanka; BINDER, Tomáš. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha : Triton, 2006. 122 s. ISBN 80-7254-829-8.
28. ZEMAN, Dalibor. Obezita. *Praktická gynekologie*. 2004, 2004, č. 2, s. 30 – 33. Dostupný také z WWW: <praktickagynekologie.cz>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA Č. 1 PRŮKAZKA PREKONCEPČNÍ PÉČE

PŘÍLOHA Č. 2 DOMÁCÍ OVULAČNÍ TEST

PŘÍLOHA Č. 3 DOMÁCÍ TĚHOTENSKÝ TEST

PŘÍLOHA Č. 4 DOMÁCÍ TEST NA SYFILIS

PŘÍLOHA Č. 5 DOMÁCÍ TEST NA CHLAMYDIE

PŘÍLOHA Č. 6 DOMÁCÍ TEST MUŽSKÉ PLODNOSTI

PŘÍLOHA Č. 7 DOTAZNÍK

PŘÍLOHA Č. 8 LETÁK O PREKONCEPČNÍ PÉČI

# PŘÍLOHA Č. 1 PRŮKAZ PREKONCEPČNÍ PÉČE

## PRŮKAZ PREKONCEPČNÍ PÉČE

Příjmení a jméno, titul.....

Zaměstnání konkrétně.....

Bydliště.....

Datum narození.....

Datum narození partnera.....

Datum návštěvy lékaře


Kdy plánujete otěhotnět:

Odkdy užíváte kyselinu listovou:  
 samotnou  
 jako součást speciálního prekoncepčního multivitaminu  
 denní dávka

Užíváte jiné léky: od datum  denní dávka


Návštěva zubáře datum

Očkování kdy-datum:   
 Tetanus přeočkování naposledy

### ZÁKLADNÍ INFORMACE GYNEKOLOGICKÉ

Menstruace  
 přichází pravidelně každých .....dní  
 nepravidelně .....dní až .....dní  
 trvá .....dní  
 je nebolestivá – bolestivá – silně bolestivá  
 je velmi silná – silná – normální – velmi slabá  
 Pro poruchy cyklu jsem se neléčila – léčila – léčím  
 Antikoncepce název: od: do: do:  
 název: od: do:

Porod rok	spontánní	cisař. řez	kleštový	váha porodní	týden těhot.	dítě zdravé?

	týden těhotenství	rok	komplikace
Samovolný potrat			
Interrupce			
Mimoděložní těhotenství			

Měla jste nyní či v minulosti problém přijít do jiného stavu?	
Měla jste gynekologickou operaci? Kdy? Jakou?	
Měla jste zánět pochvy či dělohy a vaječnicků? Kdy?	
Měla jste herpes genitális – kapavku – syfilis – HIV (zakroužkujte)	

### DĚDIČNÁ ONEMOCNĚNÍ

Vyskytují se ve Vaší rodině (příbuzenstvu) či v rodině manžela (zakroužkujte): cystická fibróza, Downův syndrom („mongolizmus“), vrozené vady plodu, rozštěp rtu, jiné dědičné onemocnění:

### OBECNÉ ZDRAVOTNÍ

Kdy jste měla úraz a jaký	operaci jakou

Léčíte se pro (zakroužkujte) epilepsii, cukrovku, astma, vysoký krevní tlak, srdeční onemocnění, chudokrevnost, onemocnění ledvin či močového měchýře, onemocnění štítné žlázy, tbc, žloutenku typu C, zažívací obtíže, deprese či jiné duševní poruchy, lupus erytematodes, sklerodermii, jiné.....  
 Byla jste léčena imunologem? .....

### ŽIVOTNÍ STYL

Kouříte?  kolik let  kolik cigaret denně

Pohybujete se v místnostech, kde se kouří?   
 Jaký pijete alkohol?  denně?

Jaké užíváte drogy?  
 Žádné – marihuana – pervitin – extáze – kokain – heroin – jiné  
 Pracujete či bydlíte v blízkosti chemikálií, rentgenového záření či znečištěného olovem? .....

### DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ

	Ano	Ne
Je Vám rodina oporou?		
Pomohou Vám příbuzní či přátelé, když potřebujete?		
Máte závažné finanční problémy?		
Je Váš vztah dostatečně pevný?		
Čítíte se doma bezpečně?		
Ohrožuje Vás někdo fyzicky či psychicky?		
Bude mít Vaše dítě místo na spaní?		
Budete mít dost peněz na výbavičku a kočárek?		

### VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ

	hodnota	datum	závěr
Krevní tlak/puls			

Krevní skupina, Rh	Coombs datum

Krevní obraz	hodnota	datum	závěr
Leu			
Hgb			
Hct			
Trombo			

Infekční onemocnění
HbSAG
HIV test
Syfilis

Moč	hodnota	datum	závěr
Bilkovina			
Cukr			
Kultivace			

Prevence rakoviny děložního čípku
Kolposkopie
Cytologie

Chlamydie v hrdle děložním	
Datum	nález

Imunita	datum
proti tetanu	ověřena <input type="text"/>
toxoplasmose	<input type="text"/>
zarděnkám	<input type="text"/>

Upozornění: Vyšetření uvedená v tomto průkazu nejsou všechna hrazena z veřejného pojištění.

VZOR: 27denní délka menstruačního cyklu, začátek testování ovulace 10. den cyklu

Denní cyklus	19	1	20	21	22	23	24	25	26	27	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
datum	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	29	30	31						
37,8																																					
37,6																																					
37,4																																					
37,2																																					
37,0																																					
36,8																																					
36,6																																					
36,4																																					
36,2																																					

Den cyklu = pořadové číslo v menstruačním cyklu ■ = menstruace o = pohlavní styk V = výtok  
 B = bolest \_\_\_ = teplota °Celsia měřeno v pochvě T = test ovulace např. Clearplan®  
 LH = nejvyšší hodnota hormonu LH v moči, k ovulaci (uvolnění vajíčka z vaječniku) dojde za 24-36 hodin

První den menstruačního cyklu (1. DEN) je den, kdy začíná menstruace. Délka cyklu je počet dní od 1. dne do posledního dne před dalším začátkem menstruace. Kalendář Vám umožní zjistit, kdy u Vás dochází k ovulaci.

Kdy začít test na ovulaci? Podle délky Vašeho menstruačního cyklu:

Délka cyklu	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Začátek testu - den	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

**Prekoncepční menstruační kalendář**

slouží k informaci o Vašem menstruačním cyklu tak, abyste co nejdříve otěhotněla. Otěhotnění je možné jen v období ovulace (uvolnění vajíčka z vaječniku). Ta obvykle nastává kolem poloviny cyklu, ale teoreticky může nastat kdykoliv. Kdy právě u Vás dojde k ovulaci, zjistíte stanovením hormonu LH (luteinizační hormon) v moči pomocí testu, který zakoupíte v lékárně (např. Clearplan®). Do menstruačního kalendáře zaznamenejte i další údaje: bolest, výtok, užívání vaginálních léků, celková horečnatá onemocnění. Další informace na [www.gyn.cz](http://www.gyn.cz).

(Zdroj: [www.gyn.cz](http://www.gyn.cz))

## PŘÍLOHA Č. 2 DOMÁCÍ OVULAČNÍ TEST



(Zdroj: [www.mirates.cz](http://www.mirates.cz))

## PŘÍLOHA Č. 3 DOMÁCÍ TĚHOTENSKÝ TEST



(Zdroj: [www.mirates.cz](http://www.mirates.cz))

## PŘÍLOHA Č. 4 DOMÁCI TEST NA SYFILIS



(Zdroj: [www.mirates.cz](http://www.mirates.cz))

## PŘÍLOHA Č. 5 DOMÁCÍ TEST NA CHLAMYDIE



(Zdroj: [www.mirates.cz](http://www.mirates.cz))



## PŘÍLOHA Č. 6: DOMÁCÍ TEST MUŽSKÉ PLODNOSTI



(Zdroj: [www.mirates.cz](http://www.mirates.cz))

## PŘÍLOHA Č. 7 DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Bláhová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala a spolupráci při vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který použiji ve své bakalářské práci na téma **Informovanost žen o významu prekoncepční péče**. *Dotazník je určen pro ženy v období šestinedělí, jejichž těhotenství bylo plánováno.*

Instrukce k vyplnění odpovědí jsou uvedeny u otázek, pokud nebude napsáno jinak, vyberte jednu možnost. Vaše odpovědi prosím zakroužkujte.

Předem Vám velice děkuji za ochotu

Lucie Bláhová

---

### 1. Kolikáté bylo toto těhotenství?

- a) první
- b) druhé
- c) třetí a více

### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední neúplné – vyučena
- c) vyšší odborné nebo střední úplné – maturita, absolutorium
- d) vysokoškolské

### 3. Kolik je Vám let?

- a) méně než 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 let a výše

### 4. Prekoncepční péče znamená (vyberte správnou odpověď):

- a) lékařské kontroly prováděné v těhotenství
- b) příprava na porod
- c) příprava před těhotenstvím
- d) návštěva předporodních kurzů vedených porodní asistentkou
- e) těhotenský tělocvik

**5. Přípravovala jste se na právě proběhlé těhotenství?**

- a) ano
- b) ne

Pokud jste v otázce č. 5 odpověděla **ne**, pokračujte otázkou č. 15, pokud jste odpověděla **ano**, pokračujte otázkou č. 6

**6. Jakým způsobem jste se připravovala na těhotenství? (možno označit více odpovědí)**

- a) přestala jsem kouřit
- b) přestala jsem pít alkohol
- c) upravila jsem svůj jídelníček
- d) začala jsem se více šetřit
- e) upravila jsem svou hmotnost
- f) celkově jsem žila zdravěji, než v předchozím období
- g) jinak (uveďte).....

**7. Z jakého důvodu jste se začala připravovat na těhotenství? (vyberte 2 pro Vás nejdůležitější důvody)**

- a) narození zdravého dítěte
- b) fyziologický průběh těhotenství
- c) snížení výskytu možných komplikací vzhledem k mému onemocnění, kterým trpím
- d) brzké a bezproblémové otěhotnění
- e) snížení působení negativních vlivů během těhotenství
- f) jiné:  
(uveďte).....

**8. Zapojila jste do přípravy na těhotenství i Vašeho partnera?**

- a) ano
- b) ne

9. Pokud jste v otázce č. 8 odpověděla **ne**, pokračujte otázkou č. 10, pokud jste odpověděla **ano**, napište **jakým způsobem**

.....

.....

.....

.....

**10. Jak dlouho jste se připravovala na těhotenství před samotným otěhotněním?**

- a) déle než rok
- b) rok
- c) půl roku
- d) méně než půl roku

**11. Informovala jste svého lékaře (gynekologa), že chcete otěhotnět?**

- a) ano
- b) ne

Pokud jste v otázce č. 11 odpověděla **ne**, pokračujte otázkou č. 14, pokud jste odpověděla **ano**, pokračujte otázkou č. 12

**12. Nabídl Vám lékař po tomto oznámení nějaké informace týkající se prekoncepční péče?**

- a) ano
- b) ne

**13. Pokud jste v otázce č. 12 odpověděla ne, pokračujte otázkou č. 14, pokud jste odpověděla ano, napište, jaké informace Vám lékař sdělil:**

.....  
.....  
.....  
.....

**14. Z jakých zdrojů jste nejvíce čerpala informace o prekoncepční péči? (vyberte maximálně 3 odpovědi)**

- a) internet
- b) knihy
- c) u lékaře
- d) časopisy
- e) kamarádka
- f) porodní asistentka
- g) jiné (uveďte).....

**15. Označte onemocnění, se kterým se léčíte a léčila jste se s ním i před těhotenstvím (možno označit více odpovědí)**

- a) cukrovka
- b) vysoký krevní tlak
- c) srdečně – cévní onemocnění
- d) anémie nebo jiné onemocnění krve
- e) onemocnění ledvin
- f) epilepsie
- g) neléčím se s žádným onemocněním
- h) jiné (uved'te).....

**16. Užívala jste před otěhotněním hormonální antikoncepci?**

- a) ano
- b) ne

**17. Jak dlouho jste před samotným početím vysadila užívání hormonální antikoncepci?**

- a) rok před početím
- b) půl roku před početím
- c) 3 měsíce před početím
- d) otěhotněla jsem hned po vysazení hormonální antikoncepce

**18. Podstoupila jste po rozhodnutí, že otěhotníte některá z uvedených zdravotních vyšetření? (možno vybrat více odpovědí)**

- a) základní vyšetření krve a moče
- b) vyšetření krevního tlaku
- c) vyšetření protilátek proti infekčním chorobám (HIV, žloutenky, pohlavně přenosné choroby)
- d) vyšetření na chlamydie v děložním hrdle
- e) preventivní gynekologické vyšetření (cytologie, kolposkopie)
- f) návštěva zubaře
- g) nepodstoupila jsem žádné z uvedených vyšetření

**19. Užívala jste před otěhotněním období kyseliny listovou?**

- a) ano
- b) ne

**20. Účinky užívání kyseliny listové v prekoncepčním období a v 1. trimestru těhotenství jsou:  
(vyberte jednu správnou odpověď)**

- a) zlepšují Váš imunitní systém
- b) působí na vývoj chlapeckého genitálu u plodu
- c) působí jako prevence vrozených vývojových vad u plodu (především centrálního nervového systému)
- d) působí na zvýšení elasticity porodních cest

**21. Domníváte se, že je příprava na těhotenství důležitá?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

# Příprava na otěhotnění

Plánujete-li v budoucnu těhotenství, je důležité začít s PREKONCEPČNÍ PÉČÍ.

## CO JE PREKONCEPČNÍ PÉČE?

Tento termín označuje přípravu na početí a následné těhotenství. Cílem této snahy je bezproblémové otěhotnění, fyziologický průběh těhotenství a narození zdravého dítěte. Je důležité zmínit, že tato péče (příprava) se týká obou partnerů.

- Zajistěte si lékařské vyšetření Vašeho aktuálního zdravotního stavu.
- Absolvujte gynekologické vyšetření (prevence nádorového onemocnění děložního čípku).
- Oznamte Vašemu ošetřujícímu lékaři, že chcete otěhotnět.
- Pokud se u Vás v rodině nebo v rodině Vašeho partnera vyskytují závažná dědičná onemocnění, navštivte genetického poradce.

- Ne všechna vyšetření, která můžete podstoupit, jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění, je vhodné se informovat u Vašeho ošetřujícího lékaře.

## CO JEŠTĚ MŮŽU UDEĚLAT?

- Dodržujte zdravý životní styl.
- Optimalizujte hmotnost (snížení nadváhy, úprava podvýživy).
- Vynechejte kouření (aktivní i pasivní) a konzumaci alkoholu.
- Vyhněte se stresu, buďte v psychické pohodě, spěte alespoň 8 hodin denně.
- Dodržujte hygienu pohlavního styku (sprchování před a po styku).
- Chraňte se před infekčními chorobami (včasné očkování, dodržování hygieny).
- V případě, že užíváte hormonální antikoncepci, vysad'te jí 3–6 měsíců před plánovaným početím a dočasně

se chraňte používáním bariérové antikoncepce. Toto období je důležité pro obnovení ovulačního cyklu.

## JAK ZDRAVĚ JÍST?

- Začněte jíst kyselinu listovou v množství 400 $\mu$ g/denně, pro prevenci vrozených vývojových vad centrálního nervového systému plodu.
- Jezte dostatečné množství ovoce a zeleniny, maso před konzumací řádně tepelně zpracujte, přijímejte dostatek vlákniny.
- Denně vypijte minimálně 2 litry tekutin, omezte pití kávy a slazených limonád.
- Vyhněte se tučnému jídlu, pokrmům připravovaných na velkém množství oleje nebo sádla.

(Zdroj obrázku: <http://www.the-early-pregnancy.com/sex-during-pregnancy/>)