

# Zdravé mateřství

Barbora Blažková

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE** (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Blažková**  
Osobní číslo: **H18427**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Zdravé mateřství**

### **Zásady pro vypracování**

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti vlivů somatických parametrů ženy na porodní délku a hmotnost novorozence.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

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

### Seznam doporučené literatury:

- BINDER, Tomáš a kolektiv. *Porodnictví* [online]. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2011 [cit. 2020-10-11]. ISBN 978-80-246-2854-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/porodnictvi-247766/>
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 9788070134474.
- STRÁŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. *Neonatologie*. 2. rozš. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 9788020438614.
- ŠMRHOVÁ-KOVÁCS, Tereza a Pavel CALDA. *Je rutinní vážení těhotných zbytečností či ještě stále prvním krokem k prevenci těhotenských komplikací?* Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 1. LF UK a VFN v Praze, ©2016, s. 34-37 [cit. 2020-10-11]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: [https://www.actualgyn.com/pdf/cz\\_2016\\_196.pdf](https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2016_196.pdf)
- THOMPSON, Amanda L. *Intergenerational impact of maternal obesity and postnatal feeding practices on pediatric obesity*. Nutrition Reviews [online]. 2013, s. 55-61 [cit. 2020-10-11]. ISSN 1753-4887. Dostupné z: [https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/71/suppl\\_1/S55/1835101](https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/71/suppl_1/S55/1835101)
- ULMANNOVÁ, Tereza, Ivana ŠPÁLOVÁ a Kateřina ŠTECHOVÁ. *Vliv obezity matky na výsledek těhotenství a další vývoj dítěte*. Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 2. LF UK a FN v Motole, © 2014, s. 33-37 [cit. 2020-10-11]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: [https://www.actualgyn.com/pdf/cz\\_2014\\_127.pdf](https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2014_127.pdf)

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 4.5.2021 .....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Předmětem bakalářské práce je životospráva v těhotenství. Teoretická část se skládá ze tří kapitol, zabývajících se vývojem dítěte od prenatálního období až po fyziologického novorozence. V bakalářské práci jsme se také zabývali patologiemi poruch růstu plodu, konkrétně hypotrofickými a hypertrofickými novorozenci. Poslední kapitola je zaměřena na problematiku faktorů ovlivňující porodní hmotnost. Praktická část je zpracována kvantitativním výzkumem, formou dotazníkového šetření, kdy cílem bylo zjistit, zdali matky v průběhu těhotenství dodržovaly správnou životosprávu a jejich informovanost o dané problematice v souvislosti s nedodržováním správné životosprávy na vliv novorozence. Závěrem jsou vyhotoveny jednotlivé cíle práce, popsány výsledky šetření a edukační materiál.

Klíčová slova: těhotenství, novorozenec, životní styl, socioekonomický status, návykové látky, informovanost

## **ABSTRACT**

The topic of this bachelor thesis is regimen during pregnancy. Theoretical part consists of three chapters, considering child's development from prenatal stage until physiological neonate. In the bachelor thesis We also considered pathologies of disorders of fetus growth, namely hypotrophied and hypertrophied newborns. Last chapter is focused on problematic of factors that influence birth weight. Practical part is processed with quantitative research, in form of questionnaire inquiry, where the goal was to find out if mothers during pregnancy adhered to the right regimen and their awareness of this problematic in connection of not abiding the right regimen with influences of the newborn. In the conclusion there are separate goals of this theses, described outcomes of the inquiry and educational material.

Key words: pregnancy, neonate/newborn, regimen, socioeconomical status, addictive substances, awareness

## **PODĚKOVÁNÍ**

Především bych ráda chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Žárské nejen za její odborné vedení, pomoc, cenné rady při vypracování bakalářské práce, ale také za její ochotu a čas, který mi věnovala. Chtěla bych také poděkovat svému příteli, mé rodině a přátelům za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia. Děkuji také všem respondentkám, které se účastnily mého výzkumného šetření, bez nichž bych tento výzkum nemohla realizovat.

## **PROHLÁŠENÍ**

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 VÝVOJ DÍTĚTE A JEHO RŮST</b> .....	<b>12</b>
1.1    PRENATÁLNÍ VÝVOJ .....	12
1.2    RŮST PLODU.....	13
1.3    KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ .....	14
1.3.1    Fyziologický novorozenec .....	15
<b>2 PORUCHY RŮSTU PLODU</b> .....	<b>16</b>
2.1    HYPOTROFICKÝ NOVOROZENEC .....	16
2.1.1    Klasifikace hypotrofických novorozenců .....	17
2.1.2    Stanovení diagnózy.....	18
2.1.3    Terapie a ukončení těhotenství.....	19
2.2    HYPERTROFICKÝ NOVOROZENEC .....	20
2.2.1    Hypertrofie disproporcionální .....	20
2.2.2    Hypertrofie proporcionální .....	21
2.2.3    Stanovení diagnózy.....	21
2.3    POROD VELKÉHO PLODU .....	21
<b>3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PORODNÍ HMOTNOST</b> .....	<b>23</b>
3.1    RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU.....	23
3.2    FAKTORY V SOUVISLOSTI S TĚHOTENSTVÍM A PORODEM.....	29
3.3    DEMOGRAFICKÉ RIZIKOVÉ FAKTORY .....	32
3.4    GENETICKÁ PREDISPOZICE.....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>37</b>
4.1    STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	37
4.2    CÍLE VÝZKUMU .....	37
4.3    METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	37
4.4    METODA SBĚRU DAT .....	38
4.5    REALIZACE VÝZKUMU .....	38
4.6    ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	38
<b>5 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>39</b>
<b>DISKUZE</b> .....	<b>62</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	<b>67</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>69</b>



<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>76</b>

## ÚVOD

Bakalářskou práci na téma Zdravé mateřství jsme pojali především ze strany životosprávy v těhotenství. Toto téma jsem si vybrala proto, že ve své praxi, kterou jsem absolvovala během svého studia, jsem se setkávala i s matkami, které v průběhu těhotenství nedodržovaly zdravou životosprávu a některé z nich si neuvědomovaly, jaký to může mít vliv na zdraví jejich novorozence. Z tohoto důvodu si myslíme, že zvolené téma je v dnešní době stále aktuální. Každá žena, která se rozhodne být matkou, by měla být dostatečně edukována svým gynekologem, svou porodní asistentkou o dané problematice a neměla by tyto informace podceňovat. Žena by si měla uvědomit, že těhotenství je nejkrásnějším darem od života a tento vzácný dar bohužel nedostane každá. Proto by se měla v průběhu svého těhotenství chovat zodpovědně, měla by pravidelně navštěvovat svého gynekologa, chodit na všechna vyšetření a dbát na rady od lékaře a porodní asistentky.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zdali ženy dodržovaly správnou životosprávu v průběhu těhotenství. Dílčími cíli bylo zjistit, zdali ženy byly dostatečně na toto téma informované, kým a jestli znaly možné rizika v souvislosti s nedodržováním životosprávy. Jako přílohu jsme vytvořili edukační materiál na téma Průvodce zdravým mateřstvím, který by mohl být pro těhotnou ženu dobrým pomocníkem.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly a několik podkapitol. V první kapitole se zabýváme vývojem a růstem plodu od prenatálního období až po fyziologického novorozence a jeho definici. Jedna podkapitola je věnována klasifikacím novorozenců. V druhé kapitole se zabýváme poruchami růstu plodu, konkrétně hypotrofickými a hypertrofickými novorozenci, jejich klasifikací, diagnostikou a ukončením těhotenství. Třetí, nejpodstatnější kapitola, se zabývá faktory ovlivňující porodní hmotnost novorozence. Samotnou podkapitolou jsou právě faktory životního stylu. Konkrétně jak by se těhotná žena měla v průběhu těhotenství stravovat a jaké složky by neměly v její stravě chybět. Věnujeme se také návykovým látkám, především kouření, alkoholu, drogám a jejich špatnému vlivu na zdraví novorozence. V dalších podkapitolách jsou zmíněny faktory v souvislosti s těhotenstvím, které mohou mít taktéž vliv na porodní hmotnost novorozence, především jde o předčasný porod nebo těhotenství prodloužené. Určitá rizika sebou nese vyšší i nižší věk ženy, její vzdělání a rodinný stav, podstatná je také genetická predispozice. Tato problematika pak pro nás byla motivací k vytvoření praktické části formou kvantitativního dotazníkového šetření.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VÝVOJ DÍTĚTE A JEHO RŮST

K oplození u člověka dochází spojením vajíčka (ženská pohlavní buňka) a spermie (mužská pohlavní buňka). K této fázi dochází nejčastěji v ampuli vejcovodu (Roztočil, Binder, Borek a kolektiv, 2008, s. 86).

Do zona pellucida (ochranný obal vajíčka) může proniknout několik spermií, ale do cytoplazmy vajíčka se fagocytózou dostane pouze jedna. Po vniknutí spermie a její spojovací části se zona pellucida oddělí a vajíčko se tak stane nepřístupné pro další spermie. Vzniká zygota, což je pohlavní buňka, která vzniká spojením jádra spermie s jádrem vajíčka. Dělením a množováním buněk se postupně ze zygoty stává morula. Během tohoto dělení dochází k posunu vajíčka vejcovodem do dělohy. Po šesti dnech se oplozené vajíčko dostává do dělohy jako blastocysta s dutinkou vyplněnou tekutinou. Blastocysta se zanořuje do sliznice (nidace) a poté se zanořuje hlouběji tzv. implantace. Po implantaci se vytvoří vrstva buněk embryoblastu a trofoblastu kolem blastocysty. V dalším vývoji dochází k intenzivnímu množování buněk tzv. rýhování a ze zárodku se stává embryo, které vzniká z embryoblastu. Z trofoblastu se tvoří (amnion) vnitřní vrstva a chorion (vnější vrstva) tyto plodové obaly tvoří amniotický vak, který obsahuje zygotu v různém stádiu vývoje (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 23 - 26).

### 1.1 Prenatální vývoj

Období mezi početím a narozením dítěte se nazývá prenatální období. Toto období obvykle trvá 40 týdnů, tedy 9 lunárních měsíců a můžeme ho rozdělit do tří fází (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 25).

1. *Blastogeneze* (1. - 3. týden) - vývoj oplodněného vejce, dělení zygoty do stádia gastruly (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 27)

2. *Embryonální období* (4. – 10. týden) – vyvíjí se kraniální část embrya, základna pro srdce a mozek, má zde již poměrně vyvinuté končetiny, prsty ale také nos, ústa, víčka, v tomto období už lze dobře rozlišit všechny vnitřní orgány (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 27)

3. *Fetální období* (12. týden – až do porodu) - orgány jsou dotvořeny a začínají se ujímat své funkce (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 25)

## 1.2 Růst plodu

Růstem plodu rozumíme postupné přibývání hmotnosti plodu jako celku, ale i jeho jednotlivých částí. Za aktivní růst v období nitroděložního a postnatálního vývoje je zodpovědný inzulin a IGF1, který je podobný inzulinu (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 17).

Do 12. týdne gravidity je nárůst hmotnosti u embrya velmi nízký, jeho hmotnost se pohybuje kolem 8 – 14 g a délka 50 – 80 mm. Tímto týdnem končí embryonální období, je dokončena organogeneze a zevní podoba plodu. Následuje období fetálního vývoje, kdy plod následující měsíce kontinuálně roste a orgánové systémy zlepšují svoji funkci (Roztočil, Báča, Binder a kolektiv, 2017, s. 93).

V období 13. – 16. týdne je už růst plodu rychlejší a plod si začíná ukládat tuk. Střevní trakt začíná produkovat mekonium (smolku), stolici, která se tvoří u plodu v těhotenství. Dochází k polykání plodové vody plodem. Mezi 17. – 20. týdnem už může matka cítit první pohyby, je slyšitelná také srdeční akce. Vývoj plic plodu nadále pokračuje. Začínají růst vlasy, obočí a řasy. K velmi podstatnému nárůstu hmotnosti plodu dochází ve 21. – 24. týdnu, kdy plod už je proporcionálně vytvořen (Slezáková, Andréssová, Foukalová a kolektiv, 2011, s. 132 - 133).

Na hranici extrauterinní viability se dítě dostává v období 25. – 28. týdne. Avšak plíce jsou stále nevyzrálé. Jeho tělesná délka dosahuje až 300 mm, tělesná hmotnost do 1200 g. Hmotnostní nárůst stále pokračuje, dochází k vývoji tukové, svalové tkáně, kosti jsou také plně vyvinuty, avšak ne úplně osifikovány. Ve 29. – 32. týdnu má dítě už novorozenecký vzhled, hmotnost se blíží ke 2000 g, délka se pohybuje kolem 350 mm. Ve většině případů je schopen extrauterinního života ve 33. - 36. týdnu, ke konci tohoto období dochází ke zpomalení růstu, začíná postupně mizet lanugo, hmotnost je kolem 2500 g, délka 400 mm. Dítě dosahuje zralosti (37. – 40. týden), kůže je růžová, hladká, lanuga již zmizela. Hmotnost v tomto období dosahuje 3800 gramů, délka až 51 cm. Děti ženského pohlaví dosahují menší hmotnosti než děti pohlaví mužského (Roztočil, Báča, Binder a kolektiv, 2017, s. 94 - 95).

K měření rozměrů plodu ultrazvukem, výpočtu hmotnosti, sledování vývoje a jeho pohyblivosti slouží tzv. biometrie. Přibližná délka a hmotnost plodu v jednotlivých měsících gravidity je uvedena výše (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 18).

### 1.3 Klasifikace novorozenců

Novorozeneckou etapou si prošel každý z nás. Toto období nastává v okamžiku porodu a končí 28. dnem života (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 671).

U každého novorozence se určuje gestační věk, jeho porodní hmotnost a jejich vzájemný vztah. Na základě těchto parametrů se pak novorozenci rozdělují (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 15).

*Tabulka 1: Klasifikace novorozence podle gestačního věku*

<b>Předčasně narozený novorozenec</b>	<b>Gestační stáří do 36 + 6</b>
<b>Termínově narozený</b>	<b>Od 37 + 0 do 41 + 6</b>
<b>Přenášený</b>	<b>Od 42 týdne gravidity</b>

*Zdroj: (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 671)*

*Tabulka 2: Podle porodní hmotnosti novorozence*

<b>Velká porodní hmotnost</b>	<b>4500 g a vyšší</b>
<b>Normální porodní hmotnost</b>	<b>2500 g – 4499 g</b>
<b>Nízká porodní hmotnost</b>	<b>1499 g – 2499 g</b>
<b>Velmi nízká porodní hmotnost</b>	<b>&gt; 1500 g</b>
<b>Extrémně nízká porodní hmotnost</b>	<b>&gt; 1000 g</b>

*Zdroj: (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 15)*

*Tabulka 3: Klasifikace novorozence dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku*

<b>Eutrofický</b>	<b>Hmotnost mezi 5. – 95. percentilem daného gestačního věku</b>
<b>Hypertrofický</b>	<b>Hmotnost nad 95. percentilem daného gestačního věku</b>
<b>Hypotrofický</b>	<b>Hmotnost pod 5. percentilem daného gestačního věku</b>

*Zdroj: (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 215)*

### 1.3.1 Fyziologický novorozenec

Za fyziologického novorozence lze považovat dítě, které je z pohledu gestačního stáří donošené, narozené v období 38. – 42. týdne těhotenství. Jeho zdravotní stav je dobrý, je eutrofický, bez přítomnosti nemocí, perinatální hypoxie, traumatu a vrozených vývojových vad (Binder, Horák, Mrštinová a kolektiv, 2011, s. 288).

Jeho tělesná hmotnost odpovídá zhruba 3500 g a délka v průměru 50 cm. Tělesná teplota naměřená v axile by měla být v rozmezí 36,4 – 36,8 °C a v konečníku od 36,6 – 37,2 °C. Dechová frekvence by se měla pohybovat v rozmezí 30 – 60 dechů / min, hodnota krevního tlaku zhruba 50 – 75 / 45 mmHg a tepová frekvence 110 – 160 / m (Fendrychová, Borek, Bučková a kolektiv, 2007, s. 28).

Hlava novorozence je mnohem větší než v pozdějším věku, pokrývá asi ¼ celkové plochy těla. Na hlavě se rozlišuje malá a velká fontanela, které nás mohou informovat o stavu dítěte. Malá fontanela se uzavírá obvykle koncem těhotenství až do druhého měsíce věku dítěte. Velká fontanela se uzavírá v roce a půl. Pupečník u donošeného dítěte je silný a nachází se ve středu břicha, naopak u dětí předčasných je rosolovitý a nachází se blíž ke kosti stydké (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 743).

Kůže novorozence je narůžovělá, pokryta mázkem (vernix caseosa), což je bělavý sekret mazových žláz. Novorozenec má dostatečně vyvinutý tukový polštář, na nose patrné milia (retenční cystičky mazových žlázek). Na zádech se mohou objevit zbytky lanuga, což je jemné ochlupení. Ušní boltce mají vyvinutou chrupavku. Nehty mu přesahují přes konečky prstů a má dobře vyvinuté prstní areoly. Na ploskách nohou a dlaní je patrné rýhování. Genitál je zralý, u chlapců jsou sestouplá varlata v šourku, u děvčat labia pudendi majora překrývají labia minora (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 215).

Dobře vyvinuté jsou také reflexy sací, pátrací, polykací, úleková reakce (Moorův reflex), palmární úchop, Babinského reflex, tonicko – šíjní reflex. Tyto reflexy patří mezi funkční známky zralosti plodu (Slezáková, Andréssová, Foukalová a kolektiv, 2011, s. 133).

## 2 PORUCHY RŮSTU PLODU

Mezi poruchy růstu plodu se řadí růstová retardace plodu (IUGR – Intrauterine growth retardation). Je charakterizována opožděným intrauterinním růstem zhruba o 3 - 4 dny podle UZV dle gestačního stáří. Výsledkem je pak hypotrofie, která je charakterizována porodní hmotností plodu pod 10. percentilem (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2006, s. 216).

Další závažnou komplikací je hypertrofie, definována jako porodní hmotnost novorozence nad 90. - 97. percentil nebo jeho porodní hmotnost je  $< 2$  odchylky pro stanovený gestační věk (Straňák, Janota, Berka, 2015, s. 194).

### 2.1 Hypotrofický novorozenec

Za hypotrofického novorozence je označován tehdy, pokud je jeho porodní hmotnost pod 10. percentilem v růstovém grafu daného gestačního věku. Pokud je hranice pod 5. percentilem, je hypotrofie spojena s růstovou retardací (IUGR). Ta má vždy pozdní záchyt a má vysoké procentuální zastoupení v perinatální úmrtnosti (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2006, s. 219).

Intrauterinní zpomalení růstu začíná postihovat jako první hmotnost dítěte, následně zaostává v jeho délce a nakonec postihne obvod hlavy (Dort, Dortová, Huml, 2004, s. 35).

IUGR je spojována s intrauterinní malnutricí plodu v 80 % případů. Je zde 8 krát větší vyšší riziko perinatální úmrtnosti a 10 krát větší riziko poporodních dlouhodobých zdravotních problémů. Během porodu jsou novorozenci ohroženi aspirací mekonie a perinatální asfyxií. V budoucnu mohou trpět na dlouhodobé zdravotní problémy, které závisí na typu růstové retardace a délce trvání chronické hypoxie. Po porodu se u novorozenců také objevuje častá hypoglykémie a hypotermie (Zwinger, 2004, s. 250).

Intrauterinní malnutrice je charakterizována nízkou porodní hmotností, ztrátou podkožního tuku a snížení svalové hmoty. S hypotrofickým novorozencem jsou spojovány dva termíny (Hájek, Andělová, Binder, 2004, s. 71).

Termín **FGR** (small for gestational age) představuje plody s patologickým růstem, mezi nejčastější příčiny patří poruchy placenty, jsou ohroženi zvýšeným rizikem perinatální mortality a morbidit. Další termín je **SGA** neboli plody konstitučně malé, je to dáno paritou ženy, také její výškou, hmotností a rasou. Je u nich relativně dobrá prognóza (Procházková, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 266 – 267).



### 2.1.1 Klasifikace hypotrofických novorozenců

Vlivem různých faktorů dochází ke zpomalení růstu. Podle toho, v kterém období ke zpomalení dojde, můžeme klinicky rozdělit 2 typy hypotrofických novorozenců (Zwinger, 2004, s. 251).

#### ***Proporcionální hypotrofický novorozenec:***

Příčina vzniku začala působit s největší pravděpodobností již v raném fetálním období, kdy ke zpomalení růstu došlo rovnoměrně. Novorozenec je na svou délku gestace příliš malý (Small for dates) (Zwinger, 2004, s. 251).

Tento typ je nejčastěji z genetické příčiny nebo vzácně z příčiny placentární (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 267).

#### ***Disproporcionální hypotrofický novorozenec:***

Příčina vzniku tohoto typu se objevila pravděpodobně až v druhé polovině těhotenství. Novorozenec je dlouhý, ale hubený (Zwinger, 2004, s. 251).

Tento typ je charakterizován tím, že nejčastěji postihuje játra, prokazatelnou diagnostikou je UZV, kdy je nepoměr mezi velkou hlavou a malým břichem (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 267).

Další autor (Hájek, 2004, s. 72) rozlišuje ve své knize tři typy intrauterinní růstové retardace:

#### ***Hypotrofie symetrická (proporcionální)***

K zaostávání vývoje plodu dochází již od počátku gravidity. Jedná se o chronický typ, kdy plody jsou tělesně proporcionální, dochází k dystrofii svalové tkáně a podkožního tuku. Výskyt intrapartální hypoxie je malý, rovněž je také malý výskyt placentární insuficience. Placenta je bez výraznějších změn a je malá. Na tomto typu hypotrofie se nejčastěji podílejí faktory genetické (chromozomální malformace, aberace), infekce (toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus) a toxické vlivy.

### ***Hypotrofie dysproporcionální***

Tento typ se objevuje po 30. týdnu gravidity. Nejčastější příčinou je placentární insuficience. Podkožní tuk a svalová hmota chybí. Rozměry hlavy odpovídají gestačnímu stáří, obvod hrudníku a břicha odpovídá rozměrům růstové retardace. Placenta odpovídá normální velikosti, ale vyskytují se na ni patologické změny (infarkty). Během porodu se velmi často objevuje hypoxie, která vyžaduje akutní operační výkon.

### ***Hypotrofie kombinovaná***

Tento typ je kombinací uvedených typů výše. Je charakterizován tím, že 2 – 3 týdny před porodem je opožděn růst, dochází ke zmenšení skeletu a orgánů. Zmenšena je hmotnost, délka i obvod hlavy. Nejčastější příčinou je pokles fetoplacentárního průtoku, se sníženým příjmem kyslíku, esenciálních aminokyselin a glukózy.

#### **2.1.2 Stanovení diagnózy**

Mezi nejdůležitější metodu v diagnostice patří ultrazvuková biometrie. Stanovuje se biparietální průměr hlavičky (BPD), AC (abdominální obvod), cirkumference hlavičky (HC), FL (délka stehenní kosti) a index HC/AC. Pokud hrozí podezření na IUGR, je nutné toto vyšetření opakovat, nejdříve však za dva týdny. Diagnostika pomocí UZV je většinou dána až při druhém ultrazvukovém screeningovém vyšetření mezi 30. – 32. týdnem těhotenství. EFW (estimated fetal weight) tedy odhad porodní hmotnosti, je jeden z nejdůležitějších parametrů ultrazvuku. Tento parametr se určuje pomocí vzorce (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2006, s. 217).

Mezi nejjednodušší diagnostickou metodu patří měření vzdálenosti od fundu ke sponě stydké mezi 20. – 34. týdnem. Toto vyšetření není však příliš spolehlivé, procentuálně se pohybuje někde mezi 20 – 80 %. Pokud je u ženy zjištěna odchylka zhruba 1 cm, měla by být odeslána ke specializovanějšímu vyšetření (Zwinger, 2004, s. 251).

Mezi další diagnostické metody řadíme ultrazvukovou flowmetrii, kdy se posuzuje hemodynamika ve fetoplacentární jednotce, hodnotí se průtok krve v arteria umbilicalis a arteria uterina. Velmi často také IUGR provází snížené množství plodové vody, což může být ukazatelem VVV. Při prokázání vrozené vývojové vady se pak může provést

karyotypizace plodu, nejčastěji aminocentéza nebo kordocentéza (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2006, s. 217).

### 2.1.3 Terapie a ukončení těhotenství

Co se týká léčby této problematiky, dosud neexistuje žádná specifická, která by výrazně zlepšila uteroplacentární cirkulaci. Ženě se doporučuje klidový režim na lůžku, z důvodu zlepšení srdečního vývoje plodu. Je lepší, když žena upřednostňuje polohu na boku pro zlepšení funkce placenty, avšak tento efekt je pouze přechodný (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2006, s. 218).

U žen s hypotrofickým plodem, ale i při hraničních hodnotách krevního obrazu, je indikována léčba antianemiky. Dále se ženám podává kyselina acetylsalicylová, v případě hypertenze se mohou ordinovat antihypertenziva a další. Ukončení těhotenství je velmi obtížné rozhodnutí, při kterém se musí zvážit výsledky všech terapeutických a diagnostických metod. Závisí na gestačním stáří dítěte, také na stupni hypotrofie, na patologickém OZT a hypoxii prokázané kordocentézou. Ukončení těhotenství je také závislé na tom, zdali je přítomna VVV plodu nebo nějaké závažné onemocnění matky. Každé pracoviště má jiné zvyklosti při vedení a ukončení předčasného porodu (Roztočil, Binder, Borek a kolektiv, 2008, s. 261).

O ukončení těhotenství se nejčastěji rozhoduje po 32. týdnu, jestliže na ultrazvuku nebyl zjištěn během 2 - 3 týdnů žádný růst plodu a jsou diagnostikovány známky hypoxie (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2006, s. 218).

Zhruba jedna třetina těhotenství, při kterém je diagnostikován hypotrofický plod, končí císařským řezem. Pokud bude probíhat porod vaginálně, podmínkou pro jeho vedení je kontinuální monitorování plodu. Hypotrofičtí novorozenci jsou totiž ohroženi větším rizikem vzniku intrapartální hypoxie a acidózy v průběhu vedení porodu. Intrapartální hypoxie se projevuje variabilními deceleracemi a sníženou bazální frekvencí. Při přítomnosti oligohydramnionu dochází často ke kompresi pupečníku, projevující se právě variabilními deceleracemi. Pokud dojde k hypoxii dítěte, musí se okamžitě začít s intrauterinní resuscitací ještě před akutním císařským řezem. Ženě se aplikuje kyslík v poloze na boku a zahájí se tokolýza. Neonatolog ihned po porodu dítěte začíná s uvolněním dýchacích cest, odsátím tekutiny z nosohltanu a plic, prodýchává plíce ambuvakem, popřípadě intubuje a další (Roztočil, 2003, s. 8).

Porody hypotrofických novorozenců by měly být vedeny na pracovištích s dostatečnými metodami diagnostiky hypotrofických novorozenců, s možnostmi okamžitého ukončení těhotenství při ohrožení dítěte a následnou péčí na neonatální JIP (perinatologické centrum) (Roztočil, Binder, Borek, 2008, s. 261).

## 2.2 Hypertrofický novorozenec

**Large for gestational age** je označení pro novorozence, jehož porodní váha je nad 90. – 97. percentil v grafu pro daný gestační věk nebo jako novorozence, jehož porodní hmotnost je větší než 2 standardní odchylky. Novorozenec má porodní hmotnost větší, než je normální hranice porodní váhy. Plod, který má nadměrnou hmotnost, bez ohledu na gestační věk se označuje jako makrosomie. Můžeme ji rozdělit do tří stádií. Mírná (porodní váha se pohybuje kolem 4,5 kg), střední (váha kolem 4,9 kg) a extrémní (porodní váha nad 5 kg). Hypertrofičtí novorozenci jsou ohroženi zvýšeným rizikem perinatálních komplikací (dystokie ramének, protrahovaný porod, asynklitismus) a následnou hypoxií (Straňák, Janota, Berka a kolektiv 2015, s. 194).

Mezi charakteristické znaky patří tvrdá lebka, pevné, silné lební kosti a úzké švy na lebce (Roztočil, Binder, Borek a kolektiv, 2008, s. 255).

Je obecně známo, že velké plody se rodí velkým rodičům. Genetická informace, která je předána rodiči, je hlavním stimulem v průběhu intrauterinního růstu. Mezi nejčastější příčiny hypertrofie plodu patří nekompensovaný diabetes mellitus. Mezi další vlivy, které ovlivňují růst plodu, patří socioekonomická situace, vlivy zevního prostředí, parita žen, věk a další. U bílé rasy je výskyt makrosomie častější než u ostatních (Binder, Horák, Mrštinová a kolektiv, 2011, s. 188).

*Podle rozložení hmotnosti na těle, se hypotrofie rozděluje:*

### 2.2.1 Hypertrofie disproporcionální

Tento typ hypertrofie postihuje jeden nebo více orgánů. Řadí se sem plody, které jsou postiženy organickou vývojovou vadou například hydrocefalus, plody dekompenzovaných nebo nediagnostikovaných diabetiček (gestační diabetes). Vzhledem k pokročilé prenatální péči a včasnému zachytu tento typ hypertrofie téměř vymizel (Roztočil, Binder, Borek a kolektiv, 2008, s. 255).

### 2.2.2 Hypertrofie proporcionální

U tohoto typu nadměrný růst postihuje celý organismus rovnoměrně a novorozenci se rodí poměrně velcí (Roztočil, Binder, Borek a kolektiv, 2008, s. 255).

Mezi nejčastější faktory vzniku patří vlivy prostředí, parita, věk ženy, výška, hmotnostní přírůstek v těhotenství (< 15kg) a pohlaví plodu (ženské pohlaví má menší riziko vzniku makrosomie než mužské) (Roztočil, 2004, s. 2 – 3).

### 2.2.3 Stanovení diagnózy

Hmotnost plodu můžeme pouze odhadnout s nějakou odchylkou. Dosud není žádná přesná diagnostická metoda, která by nám určila hmotnost plodu. Až na novorozeneckém oddělení po porodu, můžeme teprve stanovit diagnózu, že se jedná o hypertrofii plodu (Roztočil, 2004, s. 3 – 4).

Mezi první vyšetřovací metody můžeme zařadit aspekci. Zde si všímáme nápadně vyklenutého břicha, zvláště u ženy s normální výškou a výživou. Aspekce sama o sobě diagnózu nestanovuje. Ale díky ní začínáme s vyšetřovacími metodami, na jejichž základě stanovíme velikost plodu, dále nepoměr mezi naléhajícími částmi plodu a pánevním vchodem těhotné ženy. Jako další se využívá palpační vyšetření (zevní hmaty). Na základě těchto hmatů může porodník zjistit podezření, že se jedná o velký plod. Avšak tyto informace o hmotnosti plodu jsou spekulativní, mohou být přínosné. Základní diagnostikou hypertrofie plodu je ultrazvuk. Ultrazvuková diagnostika spočívá v měření tří parametrů BPD, AC, FL (Roztočil, 2004, s. 4).

## 2.3 Porod velkého plodu

Velký plod je definován porodní hmotností 4000 – 5000 gramů a je považován za perinatálně rizikový. Při hmotnosti nad 5000 gramů je plod definován jako obrovský a je považován za patologii (Roztočil, 2013, s. 1).

O způsobu ukončení těhotenství se rozhoduje tehdy, jsou-li k dispozici pánevní rozměry matky (zevní / vnitřní), zda byly nějaké komplikace u předchozích porodů (z hlediska matky a novorozence), také parita matky, porodní hmotnost u předchozích novorozenců a další (Roztočil, 2004, s. 7).

### ***Předtermínová indukce***

Je indikována tehdy, pokud je porodní hmotnost plodu před termínem porodu větší než 4000 gramů a děložní hrdlo je zralé. Těhotná žena s tímto výkonem musí souhlasit (Roztočil, 2004, s. 8).

Pro indukci porodu musí být splněny podmínky (cervix skóre větší než 5 bodů nebo rovno). Musí být také vyloučeny následující kontraindikace jako je kefalopelvický nepoměr nebo placenta praevia (Roztočil, 2013, s. 1).

### ***Expektační přístup (Intelligent expectancy)***

Znamená vyčkat spontánně na nástup děložních činností. Tento přístup má velkou výhodu v přirozeném dozrání porodních cest. Nevýhodou však je, že během vyčkávání dochází k dalšímu nárůstu hmotnosti plodu (Roztočil, 2004, s. 8).

Proto se při diagnostice hypertrofie plodu tento přístup nedoporučuje. Při dalším nárůstu hmotnosti plodu je vyšší riziko dystokie ramének, vznik hypotonie, slabé děložní kontrakce nebo vyšší výskyt porodnických operací (Roztočil, 2013, s. 1).

### ***Primární císařský řez***

Je indikován především u žen diabetiček, pokud hmotnost plodu je větší než 4000 gramů. U nediabetických matek je pak indikován, pokud je hmotnost plodu kolem 4500 gramů (Roztočil, 2004, s. 8).

Dalšími indikacemi mohou být císařský řez v anamnéze, kefalopelvický nepoměr, poloha koncem pánevním a další (Roztočil, 2013, s. 1).

### 3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PORODNÍ HMOTNOST

Mezi příčiny ovlivňující hmotnost plodu lze zařadit genetické predispozice, ale také věk matky, její výživu, přírůstek hmotnosti či případná onemocnění (gestační diabetes) (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 267).

Existují také rizikové faktory, které mohou způsobit vyšší incidenci poruch růst plodu například užívání návykových látek, hypertenzní onemocnění, sociální a ekonomické faktory (Hájek, Andělová, Binder, 2004, s. 72).

#### 3.1 Rizikové faktory životního stylu

Pro každou ženu je těhotenství vzhledem k jejímu organismu mimořádně náročné. Pokud žena dodržuje správnou životosprávu v průběhu gestace, snižuje se tím riziko zdravotních komplikací. Správnou životosprávou v těhotenství je myšleno, aby žena měla pravidelný spánek, dostatek odpočinku, zdravou stravu, pravidelné vyprazdňování, ale také například pohyb. Žena by se měla v těhotenství vyhýbat až příliš vysoké tělesné námaze (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 60).

#### Stravování v těhotenství

V těhotenství probíhají velké změny mezi metabolismem živin, minerálů, stopových prvků a vitamínů. Žena by se měla stravovat lehce stravitelnou stravou. V I. trimestru by se žena neměla záchvatovitě přejídat, ale také by neměla trpět hladověním (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 60 - 61).

Z důvodu hladovění dochází u těhotné ženy k rychlému poklesu hladiny glukózy, glukoneogenetických aminokyselin a inzulinu. Přes placentární bariéru pak pronikají vytvořené ketolátky a ty mohou vyvolat metabolické poškození plodu nebo může dojít k poškození jeho mozku (Svačina, Bretšnajdrová, Holcátová a kolektiv, 2008, s. 298).

Žena by se měla průběžně vážit, aby kontrolovala kalorický příjem. Příjem energií za den by měl být u těhotné ženy kolem 2400 kcal (11 000 kJ). Pro zajištění správného růstu plodu jsou nezbytné bílkoviny. Jejich množství za den by se mělo pohybovat kolem 1,3 g / kg. Důležitý je příjem živočišných bílkovin, které obsahují aminokyseliny a které si organismus není schopen sám syntetizovat. Zdrojem bílkovin jsou hlavně ryby, drůbeží, hovězí nebo telecí maso. Těhotná žena by měla také konzumovat mléčné výrobky, jako

například jogurty nebo tvaroh, pro příjem minerálu a již výše zmíněných bílkovin (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 61).

Nedostatek bílkovin během těhotenství představuje riziko pro vývoj plodu a poškození jeho mozku (Svačina, Bretšnajdrová, Holcátová a kolektiv, 2008, s. 298).

Pro zabezpečení normálního kostního metabolismu matky a plodu je důležitý přísun vápníku. Jeho minimální přísun je zhruba 1200 mg za den. Dobrou resorpci vápníku zajišťuje hořčík, jeho spotřeba za den je kolem 400 mg (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 61).

V těhotenství jsou také zvýšené nároky na příjem železa. Při jeho nedostatku vzniká u ženy anémie. Laboratorními ukazateli anémie je hemoglobin pod 110 g / l a hematokrit 35 %. U žen s anémií hrozí riziko nedonošenosti, perinatální mortality nebo infekční komplikace matek v období šestinedělí. Vyšší riziko vzniku anémie představují ženy vegetariánky, ženy s nedostatečnými zásobami železa již na začátku gravidity, podvyživené ženy s nízkým kalorickým příjmem a ženy při mnohočetném těhotenství, kdy je zvýšená spotřeba železa. Důležitý je i přísun vitamínů. Mezi nejdůležitější patří kyselina listová, která se podílí na buněčném dělení a růstu plodu. Její nedostatek je spojován s defektem neurální trubice u plodu na začátku těhotenství. Preventivně se doporučuje její příjem v množství 0,4 mg za den. Dále jsou to vitamíny A, D, E, K (vitamíny rozpustné v tucích), vitamín C (Svačina, Bretšnajdrová, Holcátová a kolektiv, 2008, s. 298 - 299).

V těhotenství je důležité dbát i na příjem jódu ve formě stravy nebo tablet. Jeho nedostatek může vyvolat potrat nebo předčasný porod (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 61).

Mezi rizikové ženy v období těhotenství patří ženy obézní z důvodu nesprávného stravování nebo snaze redukce hmotnosti. Dále ženy z hlediska zvýšených výživových nároků, ženy s vícečetným těhotenstvím, ženy sociálně a ekonomicky slabší, ženy s nižším stupněm vzdělání, veganky, ženy závislé a podvyživené (Svačina, Bretšnajdrová, Holcátová a kolektiv, 2008, s. 299 - 300).

### **Mateřská nadváha, obezita**

V perinatálních poradnách je součástí doporučených postupů během těhotenství pravidelné vážení ženy, na základě toho se pak zhodnotí její hmotnostní přírůstek. Už před těhotenstvím může výživa ženy významně ovlivnit průběh těhotenství, dále samotného



porodu, ale také období šestinedělí a především zdraví novorozence. Výživa v těhotenství je pod vlivem mnoha faktorů, především vlivů zevního prostředí (dostupnost zdravé výživy, fyzická aktivita, vliv médií) nebo faktorů mateřských (genetická predispozice, věk, etnicita). Vzájemným působením těchto vlivů dochází k ovlivnění tělesné váhy v těhotenství. Metabolismus matky pak ovlivňuje funkci placenty a tím dochází k ovlivnění vývoje plodu. V současné době se odstoupilo od doporučených postupů, kolik má žena v průběhu těhotenství přibrat a v úvahu se bere výchozí hmotnost před otěhotněním nebo BMI (Body mass index). Nadměrný hmotnostní přírůstek v těhotenství představuje určitá rizika, jako je například vyšší výskyt hypertenzních nemocí, dvakrát vyšší výskyt preeklampsie u žen s nadváhou, u obézních žen dokonce třikrát vyšší (Šmrhová - Kovács, Calda, 2016, s. 1 - 2).

Gestační hypertenze pak způsobí komplikace nejen u matky (nefropatie, poškození jater, poruchy hemostázy), ale také u plodu. Kdy nejčastější komplikací je placentární insuficience, rozvoj intrauterinní růstové retardace až smrt plodu (Janků, 2007, s. 2).

Z důvodu nadměrného přírůstku roste také frekvence operačních porodů (Šmrhová - Kovács, Calda, 2016, s. 2).

Mezi další rizika a komplikace v souvislosti s vlivem obezity matky patří protrahovaný porod, poporodní krvácení, delší doba hospitalizace, gestační diabetes. Vliv obezity matky může mít také vliv na novorozence a s tím související komplikace například vrozené vývojové vady, předčasný porod, dystokie ramének nebo rozvoj astmatu (Ulmanová, Špálová, Štechová, 2014, s. 2).

Mateřská obezita před, během i po těhotenství může mít vliv na riziko vzniku dětské obezity. Mezi největší rizikové faktory vzniku obezity patří rodinná anamnéza. Existují i značné rozdíly v krmení mezi obézními a neobézními matkami. U obézních matek je méně pravděpodobné, že své dítě bude kojít a když už, tak pravděpodobně dítě nakojí příliš nebo ho nakrmí nekvalitní stravou (Thompson, 2013, s. 1 - 2).

Tabulka 4: Kategorie BMI dle Světové zdravotnické organizace

<b>PODVÁHA</b>	<b>&gt; 19 kg/m<sup>2</sup></b>
<b>NORMÁLNÍ VÁHA</b>	<b>19,9 - 24,9 kg/m<sup>2</sup></b>
<b>NADVÁHA</b>	<b>25 - 29,9 kg/m<sup>2</sup></b>
<b>OBEZITA (I. – III. stupně)</b>	<b>30 – &lt; 40 kg/m<sup>2</sup></b>

Zdroj: (Nuttall, 2015, s. 4)

### Gestační diabetes mellitus (GDM)

S touto problematikou se v současné době setkáváme velmi často a bývá tématem spousty diskuzí. S přibýváním těhotných žen v populaci s vyšším věkem a žen trpících nadváhou až obezitou, se předpokládá vyšší výskyt žen trpících gestačním diabetem (Šmrhová - Kovács, Calda, 2016, s. 2).

I zdravá žena může trpět v období těhotenství gestačním diabetem neboli těhotenskou cukrovkou. U každé těhotné ženy se tedy v období od 24. do 28. týdne provádí oGTT (orální - glukózo – toleranční test) (Slezáková, Andréssová, Foukalová a kolektiv, 2011, s. 141).

V tomto období dochází vlivem hormonů ke změnám, které vedou ke vzniku inzulínové postreceptorové rezistence. Je také vyšší produkce hormonů placenty, které mají diabetogenní efekt (laktogen, progesteron, kortizon). Rizikovými faktory pro vznik může být již zvýšená obezita matky, věk nad 30 let, hypertenzní onemocnění nebo diabetes v předchozích těhotenstvích (Slezáková, Andréssová, Foukalová, 2011, s. 196 – 197).

Na počátku těhotenství, v období I. trimestru, je nejdůležitější kompenzace diabetu z důvodu prevence vzniku vrozených vývojových vad a potratů. Jeli hladina glykovaného hemoglobinu nad 7 % stoupá riziko vzniku VVV a časných potratů. Z důvodu zvýšené hladiny glukózy a působením růstových faktorů jsou novorozenci postiženi makrosomií, která je spjata s organomegalií a ukládáním tuku především v oblasti krku, ramen a břicha. U novorozenců také dochází k postižení srdce a vzniku arytmií vlivem organomegalie. Ke konci těhotenství je u matek trpících diabetem až 4 krát častější riziko, že dojde k náhlému intrauterinnímu úmrtí plodu z nejasných příčin. Často se však na úmrtí může podílet například organomegalie srdce či arytmie. Po porodu jsou novorozenci ohroženi hypoglykemií, vyskytuje se také hyperbilirubinémie nebo hypokalcémie. Novorozenci mají poruchy dýchání (RDS) z důvodu nedostatečné tvorby surfaktantu. Působí svou váhou jako

nadměrně velký plod, ale chování mají nezralého novorozence (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, s. 247 – 249).

### **Alkohol**

Zajímavostí je, že alkohol před těhotenstvím v České republice konzumuje  $\frac{3}{4}$  žen, z nichž asi  $\frac{1}{3}$  pak v pití alkoholu pokračuje i v prvním trimestru a zhruba 16 % konzumuje alkohol mezi prvním a druhým trimestrem. V časně graviditě má teratogenní účinek a ovlivňuje celkový růst plodu. Alkoholové vylučování u plodu je asi o 50 % nižší než u matky. Z důvodu nadměrného užívání alkoholu v těhotenství dochází ke vzniku fetálního alkoholového syndromu (FAS) (Ratislavová, 2008, s. 32).

Je charakterizován mentální retardací u dítěte, krátkým nosem s nízkým přemostěním a malými očmi (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 62).

Zkratka ARND (alcohol - related - neurodevelopmental - disorder) znamená poškození nervového systému plodu alkoholem, bez jiných znaků FAS. Novorozenec má menší velikost hlavy, poruchy řeči, paměti, pozornosti a jiné. Problémy s pitím alkoholu v těhotenství se mohou podle některých studií přenášet z generace na generaci. Matka, co pila v těhotenství alkohol, se narodila ženě, co v těhotenství pila alkohol taktéž (Ratislavová, 2008, s. 32).

### **Kouření**

Kouř z cigaret obsahuje škodlivé látky, jako je nikotin a oxid uhelnatý. Tyto látky pak procházejí placentou a způsobí narušení špatného vývoje plodu (Vlčková, 2008, s. 43).

Nikotin způsobí špatný průtok krve placentou a tachykardii u plodu. Již po vykouření jedné cigarety plod zareaguje tím, že se zvýší jeho srdeční frekvence (Ratislavová, 2008, s. 32).

S věkem rostou negativní účinky kouření na matku i na plod za přítomnosti dalších faktorů, které jsou rizikové. U kuřaček je výskyt spontánních potratů 1,4 krát častější a výskyt perinatální úmrtnosti 1,2 krát vyšší. Kuřačkám se také rodí děti s nízkou porodní hmotností (1,9 krát častěji), kdy tento fakt platí i u předčasného porodu. U dětí je pak častý výskyt astmatu a respirační infekce. Je důležité budoucí matky poučit, aby s kouřením přestaly úplně, pouhé omezení cigaret nemá žádný vliv na negativní účinky (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 62).

U žen mladých, svobodných, nezaměstnaných a s nižším vzděláním, je výskyt kouření v těhotenství častější. (Ratislavová, 2008, s. 32).

### **Drogy**

Mezi nejzávažnější skupiny matek narkomanek patří z hlediska perinatologického uživatelky heroinu a pervitinu. Pro tyto ženy je typické, že jejich těhotenství bylo nechtěné a ve většině případů i neplánované. Záchyt těhotenství je často až po 16. týdnu těhotenství vzhledem k nepravidelnému menstruačnímu cyklu. Žena z tohoto důvodu promešká žádost k podání interrupce nebo čas pro první screeningová vyšetření a proto se perinatální péče tímto značně zkomplikuje. To, že je žena drogově závislá, neznamená, že jde o genetickou indikaci, která může být indikací k ukončení těhotenství. Tím pádem to představuje značnou komplikaci a zátěžovou situaci. Pro matku narkomanku je totiž primární, si zajistit každý den „svou dávku“ jakýmkoliv způsobem (sex za drogy, prostituce, krádeže). Tím se zvyšuje riziko sexuálně přenosných nemocí a výskyt aktivního lues. Tyto ženy však často svůj postoj k těhotenství nezmění, většina je totiž přesvědčena, že svoji situaci zvládá například u uživatelky pervitinu. V některých případech se však můžeme setkat se snahou o léčbu nebo substituci v průběhu těhotenství (uživatelky závislé na opiátech) (Hájek, Andělová, Binder a kolektiv, 2004, s. 224).

Drogy procházejí placentou a dostávají se k plodu vzhledem k tomu, že mají jiné chemické složení. Působí jak na mozek a CNS plodu tak i matky. To znamená, že když je matka pod vlivem drog, drogy působí i na plod. Pokud má matka abstinenci příznaky, projevují se tyto příznaky i u plodu. V děloze není dostatek kyslíku a tím se zvyšuje riziko perinatální úmrtnosti, poškození mozku a CNS. Tyto komplikace se pak mohou projevit i u samotného porodu. U novorozence se po porodu vyskytují abstinenci příznaky stejně jako u dospělého, protože se mu přerušil přínos omamných látek, na které byl v děloze zvyklý (Velemínský, Žižková, Binder a kolektiv, 2008, s. 40).

### **Heroin**

Patří mezi nejužívanější ilegální opioidy, které způsobují celkové symetrické zpomalení růstu plodu včetně všech orgánů v důsledku zmenšení počtu buněk. Tyto děti mívají po porodu nízkou porodní hmotnost (Velemínský, Žižková, Binder a kolektiv, 2008, s. 41).

Heroin pronikne přes placentu relativně rychle a do jedné hodiny od aplikace pronikne do fetálních tkání. Pokud dojde k odbourávání drogy v matčině organismu, začne se odbourávat i v organismu plodu. Z důvodu, že droga má tendenci se hromadit v plodové vodě, dochází k oddálení poklesu hladiny drogy u plodu. Heroin má na plod tlumivé účinky a celkově se tím sníží jeho pohybová aktivita. Pokud dojde k odbourávání drogy z jeho organismu, dojde pak k distresu plodu a dochází u něho k tachykardii až pseudohypoxickým změnám. V nejhorších případech může nastat smrt plodu. U novorozenců, kteří jsou vystaveni účinkům opiátů „in utero“, vzniká již zmiňovaný abstinenci novorozenecký syndrom. Projevuje se zhruba u 50 - 80 % novorozenců, obvykle do 42 - 78 hodin po porodu. U novorozenců však může nastat tzv. pozdní abstinenci syndrom po 6 dnech od porodu, který má spojitost s výskytem zvýšené hladiny drogy v tukové tkáni, pro trvalý abúzus matky. Co se týká kojení po porodu, není kontraindikované, ale nedoporučuje se. Děti drogově závislých matek na heroinu, mohou mít snížené organizační, percepční schopnosti, snížené IQ, nižší tělesnou výšku, hmotnost a to i v období dětství (Hájek, Andělová, Binder a kolektiv, 2004, s. 225).

### ***Pervitin***

Neboli Metamfetamin, je nejrozšířenější drogou v České republice. V těhotenství působí vazokonstrikčně, zvyšuje dráždivost děložní svaloviny a hypoxické ataky plodu. Vazokonstrikce pak způsobí snížení průtoku krve v arteria uterina a elevaci krevního tlaku u matky. V důsledku chronické hypoxie tento stav může vyústit až v intrauterinní růstovou retardaci plodu, riziko abrupce placenty a předčasného porodu. Novorozenec se po porodu projevuje akutními abstinenci příznaky, tyto projevy však nejsou oproti projevům heroinu tak intenzivní a netrvají tak dlouho. U novorozenců a kojenců může nastat syndrom náhlého úmrtí (Hájek, Andělová, Binder a kolektiv, 2004, s. 226 - 227).

## **3.2 Faktory v souvislosti s těhotenstvím a porodem**

Tato oblast je zaměřena na vícečetná těhotenství, na nesoucí rizika předčasného porodu, prodlouženého těhotenství, metody asistované reprodukce (AR) a další.

### **Vícečetná gravidita**

Vícečetné porody představují vyšší riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti novorozence. V současné době však vícečetného těhotenství stále přibývá. Těhotenství dvojčat, trojčat se vyskytuje častěji u žen vyššího věku. V 80. – 90. letech proběhla studie v Kanadě, Anglii, Walesu, Francii a Spojených státech na toto téma. Kdy se studovaly účinky dvojčat a trojčat na ukazatele perinatálního zdraví v celkové populaci. Přestože trojčata představovaly vysoké riziko předčasného porodu a tedy i riziko nízké porodní hmotnosti, relativně vyšší podíl předčasně narozených dětí a porodů s nízkou hmotností se přičítalo dvojčatům. Tento důvod lze připsat velmi nízkému výskytu trojčat v zemích (Blondel, Kogan, Alexander. 2002, s. 1 -7).

### **Předčasný porod**

Předčasný porod (partus praematurus), je definován jako porod před dokončeným 37. týdnem těhotenství. V České republice, ale i celkově ve světě frekvence předčasných porodů stoupá. Dochází k pravidelným kontrakcím dělohy, děložní čípek se začíná zkracovat a dilatovat. Předčasný porod patří mezi hlavní příčiny perinatální úmrtnosti. Novorozenci jsou také vystaveni životu ohrožujícími komplikacemi, které mohou mít následky i do budoucna (mozková obrna, poruchy učení). Větší riziko představují děti, které jsou narozeny před 34. týdnem těhotenství (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, st. 459).

Mezi nejčastější příčiny se řadí infekce (mikroorganismy se nejčastěji dostávají do plodového vejce ascendentní cestou), věk matky (pod 20 let - hypoplazie dělohy), parita (IV.), sociální faktory (svobodná matka), vícečetná gravidita, kouření, alkohol, drogy, rizika opakovaného předčasného porodu. A rovněž starší ženy (nad 35 let) mohou trpět onemocněním DM, hypertenze (Hájek, Andělová, Binder a kolektiv, 2004, s. 266 – 268).

Prevencí předčasného porodu může být podávání progesteronu (u žen s krátkým děložním hrdlem, inhibice kontraktility myometria) nebo operační technika (cerkláž dle Mcdonalda) (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, st. 461).

Tabulka 5: Dělení předčasného porodu podle délky těhotenství

<b>Extrémně předčasný porod</b>	<b>Porod před 28. týdnem</b>
<b>Velmi předčasný porod</b>	<b>Porod mezi 28 + 0 do 31 + 6</b>
<b>Středně předčasný porod</b>	<b>Mezi 32 + 0 do 33 + 6</b>
<b>Pozdní předčasný porod</b>	<b>Od 34 + 0 do 33 + 6</b>
<b>Hranice viability (životaschopnosti)</b>	<b>24 + 0 (důvod k zahájení intenzivní neonatologické péče)</b>

*Zdroj: (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, st. 461)*

### **Prodloužené těhotenství (graviditas postterminalis)**

Pojmem graviditas postterminalis je označováno těhotenství, které pokračuje po ukončeném 42. týdnu gravidity. Jeho délka tedy přesáhne 294 dní od prvního dne poslední menstruace neboli 280 dnů od ovulace. U zhruba 15 – 30 % žen není jistý termín porodu. Důvodem může být, že žena udá špatný termín poslední menstruace nebo nepravidelnou menstruaci před těhotenstvím. Proto je důležité určovat termín porodu podle ultrazvukového vyšetření již v I. trimestru a ne výpočtem podle poslední menstruace. Příčinami prodlouženého těhotenství mohou být předchozí prodloužená těhotenství, anomálie dělohy, nepravidelná menstruace a jiné. Tento stav představuje samozřejmě určité rizika. Například riziko dystrofie plodu, kdy plod začne strádat na váze a začíná se mu olupovat kůže, to nastává, pokud došlo k placentární dysfunkci (Dušová, Marečková, 2009, s. 188 - 189).

Je zde i riziko makrosomie plodu s následným rizikem dystokie ramének. Je zde také vyšší riziko operačního porodu, porodního krvácení nebo mohou nastat pupečnickové komplikace například prolaps. V nejhorsích případech pak dochází k aspiraci mekoniumu, asfyxii či následnému odumření plodu. U plodů které se přenášely, je typická odlupující se pokožka, mají dlouhé nehty, malé množství podkožního tuku, často může také být zkalená plodová voda a mekonium zbarvená pokožka (Procházka, Bartošová, Bodnár a kolektiv, 2020, st. 466).

Tento stav lze rozdělit na hypermaturitas (normální pokračování vývoje plodu). Kdy se novorozenec rodí jako proporcionální, hypertrofický a je ohrožen pouze poporodním traumatem. Nebo může dojít k tzv. pravému přenášení – postmaturitas. Příčinou je vždy dysfunkce placenty (insuficience). Novorozenec se rodí jako hypotrofický, dysproporcionální a je ohrožen poporodní hypoxií (Čepický, Kurzová, 2003, s. 123).

### Asistovaná reprodukce

Vlivem metody asistované reprodukce přibývá ve světě vícečetného těhotenství. S tím je také spojeno větší riziko nízké porodní hmotnosti. Díky použití metodě asistované reprodukce se narodí zhruba 43 % jedináčků, 43 % dvojčat, 12 % trojčat a 1 % čtyřčat a více. Není zde úplně jasné, zda novorozenci, kteří byli počati metodou asistované reprodukce, mohou mít vyšší riziko nízké porodní hmotnosti než novorozenci, kteří byli počati spontánně. Avšak vlivem asistované reprodukce bylo vyšší riziko nízké porodní hmotnosti u porodu jednoho dítěte než u dítěte, které bylo počato běžným způsobem. Tyto děti měly i tendenci родit se dříve než děti, které byly počaty přirozenou cestou. Co se týká dvojčat, souvislost mezi asistovanou reprodukcí a nízkou porodní hmotností se nepotvrdila. Mezi narozenými trojčaty měly více než 90 % dětí nízkou porodní hmotnost, bez ohledu na zdravotní stav matky nebo související faktory. U čtyřčat se nízká porodní hmotnost objevila téměř u 100 % dětí. Nelze s jistotou porovnat vliv asistované reprodukce a přirozeného otěhotnění v souvislosti s vícečetným těhotenstvím na hmotnost novorozence (Schieve, Meikle, Ferre, 2002, s. 1 - 6).

### 3.3 Demografické rizikové faktory

Za obraz životního prostředí a životních podmínek se pokládá socioekonomický status, jehož jádrem je životní styl. Dále se zde zahrnují interpersonální vztahy a vztahy v rodině (Arnoldová, 2004, s. 26).

Sociální status je považován za postavení člověka, které zaujímá v sociálním útvaru, kde plní své úlohy uvnitř společenského systému. Sociologie o něm též uvažuje jako o sociálním prostoru ve vztahu k jiným lidem. Mezi tzv. ukazatele statusu řadíme pohlaví, vzdělávání, povolání, finanční příjem, věk, etnickou příslušnost a životní styl. Souhrnný název se nazývá sociální status člověka. Sociální status může být připsaný (vrozený, získaný), objektivní nebo subjektivní. Do sociálního statusu vrozeného se řadí pohlaví, barva pleti, rodina a sociální původ. Získaný pak například zahrnuje vzdělání člověka nebo jeho zaměstnání. Ověřitelnou, měřitelnou a prokazatelnou pozici člověka, kterou zaujímá v sociálním prostoru, vyjadřuje objektivní sociální status. Člověk, který si sám sebe nějak cení, nějak hodnotí svou pozici, vyjadřuje subjektivní sociální status (Dubský, Duffková, Urban, 2008, s. 25 - 26).



## Věk

V dnešní době začínají v České republice ženy rodit až kolem 28 let. Pokud se žena rozhodne mít dítě až v pozdějším věku, nese to sebou určitá zdravotní rizika. Mezi která patří již výše zmiňovaná nízká porodní hmotnost novorozence, která může být způsobena SGA (small for gestational age fetus), IUGR (intrauterine growth retardation) nebo předčasný porod. Za vyšší věk žen při narození dítěte je považován věk kolem 35 let. Po tomto roce dochází k nárůstu zdravotních rizik, která mohou být spojována s častějším výskytem onemocnění u žen. Toto onemocnění pak může mít vliv na porodní hmotnost novorozence. Věk matky patří mezi sociodemografické faktory a je součástí socioekonomického statusu. Mezi onemocnění matky, které souvisí s vyšším věkem a které ovlivňují porodní hmotnost, patří autoimunitní onemocnění, hypertenze, abrupce placenty a preeklampsie. Tyto zmiňovaná onemocnění snižují uteroplacentární průtok, což následně způsobí změny, které ovlivňují funkce placenty a její předčasné úmrtí (Kocourková, Šídlo, Šťastná a kolektiv, 2019, s. 1-2).

Za rizikový věk matky se nepovažuje pouze vysoký, ale také nízký (15 - 19 let). Nízká porodní váha novorozence sebou nese krátkodobé i dlouhodobé následky, které mohou dítě ovlivňovat i v jeho dospělosti. Dítě je po porodu ohroženo metabolickými a hematologickými poruchami, což vede k hypoglykemii. Z důvodu redukce svalové tkáně a chybějící tukové tkáně, je dítě ohroženo hypotermií. Dále je zde riziko infekce, retinopatie (může vést až ke slepotě), z důvodu nezralosti plic je dítě ohroženo syndromem dechové tísně, dětskou mozkovou obrnou a poškozením mozku (nitrolební krvácení). Z 60 % jsou tyto komplikace příčinou novorozeneckého úmrtí (Kocourková, Šídlo, Šťastná a kolektiv, 2019, s. 1 -2).

## Vzdělání

Také vzdělání matky může mít velký podíl na vliv porodní váhy novorozence. Toto tvrzení se potvrdilo ve studii, kdy nejnižší porodní hmotnosti dosahovaly děti narozené matkám, jejichž vzdělání bylo pouze základní. Poté následovaly děti matek, které byly vyučeny nebo měly středoškolské vzdělání s maturitou. Jako poslední následovaly matky s vysokoškolským vzděláním, kdy tyto děti dosahovaly normální porodní hmotnosti. Vzdělanější matky si nejspíš více uvědomují svůj stav, své chování v průběhu těhotenství a případný vliv na dítě, kdyby toto doporučení nedodržovaly. Dodržují také správnou životosprávu a navštěvují svého lékaře (Kukla, Bouchalová, Čoupek, 2002, s. 191 – 192).

V roce 1995 probíhala studie v Brně o vlivu nízkého věku (14 až 19 let). U 283 mladistvých analyzovala výskyt komplikací, které byly rozděleny do tří skupin. První skupina se zabývala komplikacemi, jejichž riziko narůstá s věkem, např. preeklampsie. Tyto komplikace se u mladistvých téměř nevyskytovaly. Druhá skupina byla zaměřena na nejčastější komplikace u nejmladších a nejstarších žen (např. předčasný porod). Třetí skupina se zabývala komplikacemi, které se vyskytují kdykoliv bez ohledu na věk matky (infekce, krvácení). Studie ukázala, že každá třetí žena byla těhotná ve věku 18 let, dále pak každá osmá žena ve věku 18 – 19 let, u těchto žen bylo prokázáno, že zůstávaly déle bez partnera. Na vznik těhotenství měl vliv jejich životní styl, ale také vzdělání jejich rodičů. Těhotenství představovalo u mladých dívek riziko, včetně rizika pro špatný vývoj plodu. Dále tato situace představovala komplikaci v oblasti vzdělávání, žádná maturantka již nešla studovat vysokou školu a vykonávala v prvních letech méně kvalifikovanou práci, což je dostávalo do složité ekonomické situace. Stoupala také rozvodovost, více rozvodů bylo zjištěno u žen, které otěhotněly ještě před svatbou. Bylo také zjištěno, že u zhruba 48 % z těchto žen došlo k potratům, avšak k samovolným pouze u jedné pětiny (Štembera, 2004, s. 322).

### **Rodinný stav**

Podle Kukly (2002), může porodní hmotnost také ovlivnit rodinný stav ženy. K tendenci nejnižší porodní hmotnosti dosahovali novorozenci matek, které neměly status vdané ženy. Avšak například u rozvedených matek bylo riziko nízké porodní váhy novorozence mnohem větší než u matky svobodné. Významně nižší porodní váha byla zjištěna i u dětí, jejichž matky žily samy bez partnera nebo s partnerem, který nebyl otcem dítěte (Kukla, Bouchalová, Čoupek, 2002, s. 190).

Podle českého statistického úřadu klesá procento dětí narozených svobodným matkám v důsledku rostoucí úrovně vzdělání. Nejvyšší procentuální zastoupení bylo u matek s nižším a středním vzděláním. U matek s vysokoškolským vzděláním bylo toto procento nejnižší (Vývoj obyvatelstva České republiky, Porodnost, 2019, s. 39).

### 3.4 Genetická predispozice

Mezi nejčastější příčiny IUGR patří genetické faktory, které představují řadu onemocnění, například růstovou retardaci plodu mohou způsobit již na začátku otěhotnění (chromozomální aberace, mnohočetné polygenně dědičné vady). Můžeme se setkat i s tzv. uniparentální disomií, kdy dochází k určité ztrátě chromozomu, který je v placentě. V placentě lze zjistit mozaiky a z vyšetření plodové vody lze kultivovat normální karyotyp. Novorozenec má tím pádem malou porodní hmotnost, ale jinak je tělesně zdrav (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2006, s. 216 – 217).

Na vývoj plodu se podílí vliv hmotnosti a výška otce i matky, stejnou mírou se podílí oba rodiče. Makrosomie plodu může vzniknout i u malé matky, pokud otcova genetická informace je v tomto případě ta dominantnější. Hlavním stimulantem intrauterinního růstu plodu je genetická informace (Roztočil, 2004, s. 1 – 2).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole je popsáno stanovení výzkumného problému, cíle výzkumu, metodika výzkumného šetření, charakteristika dotazníku a respondentů. Poslední podkapitola se zabývá tím, jak bylo výzkumné šetření realizováno a zpracováno.

### 4.1 Stanovení výzkumného problému

Každá matka by měla být dostatečně informována o tom, co by měla a neměla dělat pro své zdraví, ale především pro zdraví svého dítěte v průběhu jejího těhotenství. Dostatečnou edukaci ohledně životosprávy v těhotenství by měl provádět gynekolog při pravidelných návštěvách matky v ordinaci a také přítomná porodní asistentka. Měli by ženu informovat ohledně stravování, užívání doplňků stravy (vápník, železo), vitamínů a také o rizicích užívání návykových látek. Budoucí matky by měly mít také dostatek odpočinku, kvalitní a klidný spánek. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli danou problematikou v bakalářské práci zabývat. Myslím si, že dostatečná informovanost žen ohledně této problematiky, je pak klíčovým faktorem pro zdravé těhotenství a mateřství.

### 4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zdali matky dodržovaly správnou životosprávu v těhotenství.

Dále pak byly vetyčeny dílčí cíle, které podléhají hlavnímu výzkumnému cíli:

Dílčí cíl 1: Zjistit, zdali matky znaly možné rizika o nedodržování správné životosprávy.

Dílčí cíl 2: Zjistit případný vliv výživy matky v těhotenství v souvislosti s porodní hmotností novorozence (dodržování životosprávy a vliv BMI).

Dílčí cíl 3: Navrhnout edukační materiál na téma zdravé mateřství.

### 4.3 Metodika výzkumného šetření

Výzkum byl realizován formou kvantitativního šetření prostřednictvím zcela anonymních dotazníků. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, z nichž u 9 nebyla zpětná návratnost, byly tedy z výzkumu vyřazeny. Celkový počet vyplněných dotazníků byl 101, z nichž bylo možné použít všechny. Z toho 50 dotazníků bylo vyplněno v Kroměřížské nemocnici a 51 dotazníků v KNTB. Cílovou skupinou byly matky po porodu, které byly hospitalizovány

na oddělení šestinedělí a rodily v Kroměřížské nemocnici nebo v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník obsahoval osobní otázky, které se týkaly věku, vzdělání, rodinného stavu, ale především byl zaměřen na životosprávu ženy v těhotenství a na její dodržování. Součástí dotazovaných otázek bylo zjistit míru informovanosti žen o životosprávě a znalosti o možných rizicích v souvislosti s jejím nedodržováním.

#### **4.4 Metoda sběru dat**

Pro výzkum byly použity tištěné a nestandardizované dotazníky, které byly určeny matkám po porodu během pobytu v nemocnici na oddělení šestinedělí. Dotazník (viz příloha) obsahoval 23 otázek. Z toho otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 19 a 23 byly otevřené. U otázek mohly zvolit jednu odpověď nebo měly možnost zvolit více odpovědí, konkrétně to bylo u otázek č. 11, 12, 14, 16 a 18. V případě, že se jim nehodila ani jedna z odpovědí, mohly zvolit možnost jiné a měly prostor na danou otázku odpovědět, konkrétně u otázek č. 2, 21, a 22. Všechny vyplněné dotazníky jsou k nahlédnutí u autora bakalářské práce.

#### **4.5 Realizace výzkumu**

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou nemocnicích Zlínského kraje. Ke spolupráci byla oslovena Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a Kroměřížská nemocnice a.s., ve které jsem si plnila svou poslední blokovou praxi. Část dotazníků jsem v obou nemocnicích distribuovala osobně a část byla distribuována za pomoci zdravotnického personálu. V obou nemocnicích byly dotazníky rozdány až po potvrzení souhlasu písemné žádosti o umožnění výzkumného šetření v dané nemocnici. Tyto písemné žádosti jsou součástí bakalářské práce a k nahlédnutí v příloze č. III. Výzkumné šetření jsme začali realizovat v březnu 2021 a bylo ukončeno v měsíci dubnu 2021.

#### **4.6 Zpracování získaných dat**

Získaná data byla zpracována v počítačovém programu Microsoft Excel, kde byla vypočítána procenta odpovědí, která byla zaokrouhlena na celá čísla a zaznamenána do Microsoft Word. Respondentky jsme poté rozdělili do čtyř skupin podle věku. Ženy do 25 let (17 dotazovaných), do 30 let (33 dotazovaných), do 35 let (34 dotazovaných) a nad 35 let (17 dotazovaných). Výsledky výzkumného šetření jsme pak podrobně znázornili v tabulkách a slovně vyhodnotili. Taktéž výsledky kvantitativního šetření jsme vyhodnotili v logické posloupnosti a návaznosti na sebe.

## 5 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

**Otázka č. 1:** Dbala jste v těhotenství na zdravou výživu, dostatečný příjem masa, živočišných a rostlinných tuků, bílkovin, vitamínů (kyselina listová, A, D, E, K), doplňků stravy (vápník, železo,..) a jiné?

**Otázka č. 2:** Odkud nebo od koho jste získávala informace o zdravém stravování v těhotenství?

**Otázka č. 9:** Co si představujete pod pojmem zdravá životospráva v těhotenství

Tabulka 6 : Dodržování zdravé životosprávy (otázka č. 1)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Ano	15	88	26	79	28	82	14	82
Ne	2	12	7	21	3	9	1	6
Nevím	0	0	0	0	3	9	1	6
Nebyla jsem informovaná	0	0	0	0	0	0	1	6
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka 7: Získávání informací o zdravém životním stylu (otázka č. 2)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Od gynekologa	8	33	6	14	13	38	5	29
Z internetu	11	46	18	43	21	62	4	24
Od kamarádek	3	13	5	12	5	15	2	12
Nikde	2	8	8	19	3	9	3	18
Jiné	0	0	5	12	2	6	3	18
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>		<b>33</b>		<b>34</b>		<b>17</b>	
<b>Počet odpovědí</b>	<b>24</b>	<b>100 %</b>	<b>42</b>	<b>100 %</b>	<b>44</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka 8: Pojem zdravá životospráva (otázka č. 9)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Dostatečný přísun vitamínů, vyvážená pravidelná strava, žádné návykové látky, ovoce, zelenina, netučná jídla	15	88	29	88	27	79	17	100
Nevím/ Nic	1	6	4	12	3	9	0	0
Žádné rozdíly ve stravování	1	6	0	0	4	12	0	0
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

Tyto tabulky se zabývají hlavním cílem, kdy jsme zjišťovali informace o dodržování zdravé životosprávy v těhotenství. Proto ve vzájemné souvislosti hodnotíme otázky č. 1, č. 2 a č. 9. Tudiž zdali ženy dodržovaly zdravou životosprávu, kde o ní získávaly informace a co si pod tímto pojmem představují. Předpokládali jsme, že minimálně většina žen bude dodržovat zdravou životosprávu a bude mít o ní povědomí. Také jsme čekali, že jako hlavní zdroj informací nebude převažovat jen internet, ale především gynekolog, který je s ženami v častém kontaktu vzhledem k pravidelným návštěvám (prohlídkám). Ženy by ho také měly považovat za hlavního edukátora tak jako porodní asistentku.

Z následujících tabulek je zjevné, že největší zastoupení žen v dodržování zdravé životosprávy bylo ve věkové skupině **do 25 let**, konkrétně 88 % respondentek a 12 % zdravou životosprávu vůbec nedodržovalo. Současně tato skupina mladých žen odpovídala na otevřenou otázku č. 9 také v 88 %, že si pod správnou životosprávou představují dostatečný přísun vitamínů, ovoce, žádné užívání návykových látek a pravidelné stravování. U otázky č. 2 ženy odpovídaly více odpověďmi, konkrétně u věkové skupiny žen **do 25 let** jsme získali 24 odpovědí / 100 %. Z toho největším zdrojem informací byl internet 46 % a poté následoval gynekolog 33 %.

Ženy **do 30 let** dodržovaly ze 79 % zdravou životosprávu a až 88 % respondentek vědělo, co si pod tím představit. Nejvíce se dozvídaly informace z internetu 43 %, ale minimum žen mělo informace od gynekologa 14 %. Objevily se zde i ženy, které si nezískávaly informace nikde 19 % a také 12 % žen nevědělo co zdravá životospráva je.

Respondentky **do 35 let** dodržovaly zdravou životosprávu z 82 %. Ovšem byly i takové, které nevěděly, zda ji dodržovaly nebo jí nedodržovaly 9 %. Informace měly opět hlavně



z internetu 62 %, až poté následoval gynekolog 38 %. U otevřené otázky odpovídalo 79 % žen, co si představují pod pojmem zdravá životospráva v těhotenství.

Ženy **nad 35 let** z 82 % dbaly na zdravou životosprávu a všechny ženy také věděly, co zdravá životospráva je. V téhle věkové skupině byl jako u jediné v největším zastoupení zdroj informací gynekolog 29 %, těsně za ním byl internet 24 %.

**Otázka č. 3: Jaká byla odhadem Vaše tělesná výška?**

**Otázka č. 4: Jaká byla Vaše tělesná hmotnost před otěhotněním?**

**Otázka č. 19: Kolik je Vám let?**

*Tabulka 9: Věk, váha, výška, BMI ve věkové skupině žen do 25 let*

Respondentka do 25 let	Váha (kg)	Výška (cm)	Věk (let)	BMI	Hodnocení BMI
1	70	164	24	26,03	Nadváha
2	57	176	25	18,40	Podváha
3	60	170	21	20,76	Norma
4	62	167	25	22,23	Norma
5	80	171	23	27,36	Nadváha
6	87	165	22	31,96	Obezita
7	61	170	24	21,11	Norma
8	68	162	22	25,91	Nadváha
9	82	173	25	27,72	Nadváha
10	68	165	22	22,72	Norma
11	75	168	25	26,57	Nadváha
12	86	175	23	28,08	Nadváha
13	70	175	21	22,86	Norma
14	56	165	23	22,86	Norma
15	48	163	20	18,07	Podváha
16	56	169	24	19,61	Norma
17	63	160	24	24,61	Norma

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 10: Věk, váha, výška, BMI ve věkové skupině žen do 30 let*

Respondentka do 30 let	Váha (kg)	Výška (cm)	Věk (let)	BMI	Hodnocení BMI
1	70	166	29	25,40	Nadváha
2	90	170	28	31,14	Obezita
3	62	175	28	20,24	Norma
4	55	160	26	21,48	Nadváha
5	75	165	28	27,55	Nadváha
6	46	158	30	18,43	Podváha
7	60,5	169	26	21,18	Norma
8	44	163	28	16,56	Podváha
9	75	180	26	23,15	Norma
10	52	160	27	20,31	Norma
11	85	164	30	31,60	Obezita
12	50	168	27	17,72	Podváha
13	61	156	29	25,07	Nadváha
14	55	170	29	19,03	Podváha
15	60	164	27	22,31	Norma

16	67	163	29	25,22	Nadváha
17	45	155	27	18,73	Podváha
18	90	158	30	36,05	Obezita
19	64	166	30	23,23	Norma
20	65	165	30	23,88	Norma
21	59	163	26	22,21	Norma
22	68	170	26	23,53	Norma
23	92	168	28	32,60	Obezita
24	70	165	28	25,71	Nadváha
25	45	165	27	16,53	Podváha
26	90	179	27	28,09	Nadváha
27	71	157	27	28,80	Nadváha
28	71	175	27	23,18	Norma
29	68	158	29	27,24	Nadváha
30	65	157	30	26,37	Nadváha
31	100	180	28	30,86	Obezita
32	63	162	28	24,01	Norma
33	56	161	26	21,60	Norma

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 11: Věk, váha, výška, BMI ve věkové skupině žen do 35 let*

Respondentka do 35 let	Váha (kg)	Výška (cm)	Věk (let)	BMI	Hodnocení BMI
1	64	168	35	22,68	Norma
2	83	160	33	32,42	Obezita
3	50	160	33	19,53	Norma
4	50	158	35	20,03	Norma
5	70	168	34	24,80	Norma
6	68	170	35	23,53	Norma
7	70	179	34	21,85	Norma
8	83	178	31	26,20	Nadváha
9	65	176	32	20,98	Norma
10	68	172	31	22,99	Norma
11	85	167	32	30,48	Obezita
12	84	170	33	29,07	Nadváha
13	55	167	31	19,72	Norma
14	73	168	35	25,86	Nadváha
15	68	168	32	24,09	Norma
16	60	170	35	20,76	Norma
17	78	176	33	25,18	Nadváha
18	60	170	35	20,76	Norma
19	52	156	34	21,37	Norma
20	120	156	33	49,31	Obezita

21	85	164	33	31,60	Obezita
22	57	164	33	21,19	Norma
23	52	168	32	18,42	Podváha
24	52	168	35	18,42	Podváha
25	63	168	34	22,32	Norma
26	60	154	33	25,30	Nadváha
27	138	180	32	42,59	Obezita
28	66	167	32	23,67	Nadváha
29	70	172	34	23,66	Nadváha
30	90	160	31	35,16	Obezita
31	62	167	34	22,23	Norma
32	69	168	31	24,45	Norma
33	68	168	31	24,09	Norma
34	118	166	32	42,82	Obezita

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 12: Váha, výška, věk, BMI ve věkové skupině žen nad 35 let*

Respondentka nad 35 let	Váha (kg)	Výška (cm)	Věk (let)	BMI	Hodnocení BMI
1	52	172	37	17,58	Podváha
2	74	174	37	24,44	Norma
3	56	162	37	21,34	Norma
4	55	163	40	20,70	Norma
5	55	164	40	20,45	Norma
6	67	164	39	24,91	Norma
7	54	164	38	20,08	Norma
8	63	164	39	23,42	Norma
9	75	175	36	24,49	Norma
10	55	157	39	22,31	Norma
11	65	163	40	24,46	Norma
12	62	164	36	23,05	Norma
13	62	176	38	20,02	Norma
14	58	174	36	19,16	Norma
15	67	165	36	24,61	Norma
16	55	168	37	19,49	Norma
17	70	165	42	25,71	Nadváha

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

Otázky č. 3, 4, a 19 jsme zhodnotili dohromady a vycházeli jsme z dílčího cíle č. 2. Na základě informací (věk, váha, výška), které jsme získali z dotazníkového šetření, bylo pak u každé ženy vypočítáno BMI, jelikož jsme ho pojali jako důležitý faktor v souvislosti s bakalářskou prací. Předpokládali jsme, že u žádné ženy se neobjeví obezita až 3. stupně.

Je zjevné, že ze 17 dotázaných respondentek **do 25 let** měly před otěhotněním 2 ženy podváhu, 8 žen normální váhu, 6 nadváhu a 1 žena trpěla obezitou 1. stupně.

Z 33 dotazovaných žen **do 30 let** mělo před otěhotněním 6 respondentek podváhu, 12 normální váhu a nadváhou trpělo 10 žen. Obezita 1. stupně se objevila u 4 respondentek a u 1 ženy byla obezita 2. stupně.

U žen **do 35 let** bylo 34 dotázaných. Z našeho výzkumu tedy vyšlo, že podváhu měly 2 ženy, 18 žen mělo normální váhu a nadváha vyšla u 7 dotazovaných. Obezitu 1. stupně měly 3 ženy, u 1 ženy se objevila obezita 2. stupně a 3 ženy trpěly obezitou 3. stupně.

U 17 žen **nad 35 let** jsme ve výzkumu přišli na to, že podváhou trpěla pouze 1 žena, normální váhu mělo 15 respondentek a 1 žena měla nadváhu. U této věkové skupiny se neobjevil nikdo, kdo by trpěl obezitou.

**Otázka č. 5:** Víte, jaký byl, odhadem, Váš celkový přírůstek hmotnosti v těhotenství?

**Otázka č. 6:** Byla Vám naordinována nebo dodržovala jste sama během těhotenství nějakou dietu, případně jakou?

**Otázka č. 7:** Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

**Otázka č. 8:** Rodila jste?

*Tabulka 13: Zdravá výživa, hmotností přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen do 25 let*

Respondentka do 25 let	Otázka č. 1 (zdravá výživa)	Otázka č. 5 (hmotnostní přírůstek)	Otázka č. 6 (dodržovaná dieta)	Otázka č. 7 (hmotnost dítěte)	Otázka č. 8 (termín porodu)
1	ano	8 kg	žádná dieta	3970 g	po termínu
2	ano	15,8 kg	žádná dieta	3750 g	v termínu
3	ano	18 kg	žádná dieta	2980 g	v termínu
4	ano	20 kg	žádná dieta	3950 g	v termínu
5	ano	15 kg	žádná dieta	4250 g	v termínu
6	ano	0 kg	diabetická	4050 g	po termínu
7	ano	16 kg	žádná dieta	3700 g	po termínu
8	ano	12 kg	žádná dieta	3980 g	v termínu
9	ano	8 kg	žádná dieta	3580 g	po termínu
10	ano	26 kg	žádná dieta	3310 g	po termínu
11	ano	15 kg	žádná dieta	3260 g	v termínu
12	ano	22 kg	žádná dieta	3050 g	v termínu
13	ano	16 kg	žádná dieta	3700 g	v termínu
14	ano	10 kg	žádná dieta	3120 g	v termínu
15	ano	22 kg	žádná dieta	3320 g	po termínu
16	ne	5 kg	žádná dieta	3640 g	po termínu
17	ne	25 kg	žádná dieta	3480 g	po termínu

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 14: Zdravá výživa, hmotností přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen do 30 let*

Respondentka do 30 let	Otázka č. 1 (zdravá výživa)	Otázka č. 5 (hmotnostní přírůstek)	Otázka č. 6 (dodržovaná dieta)	Otázka č. 7 (hmotnost dítěte)	Otázka č. 8 (termín porodu)
1	ne	10 kg	žádná	1890 g	předčasně
2	ano	18 kg	diabetická	4090 g	v termínu
3	ano	25 kg	žádná	4230 g	v termínu
4	ano	17 kg	žádná	2890 g	v termínu
5	ne	15 kg	žádná	3515 g	po termínu
6	ano	8 kg	žádná	2500 g	předčasně
7	ne	8,5 kg	žádná	2950 g	v termínu
8	ne	16 kg	žádná	3030 g	v termínu

9	ano	14 kg	žádná	4240 g	po termínu
10	ano	7 kg	žádná	1050 g	předčasně
11	ano	25 kg	diabetická	3040 g	v termínu
12	ano	12 kg	žádná	3600 g	v termínu
13	ano	14 kg	žádná	3920 g	po termínu
14	ano	5 kg	žádná	2880 g	v termínu
15	ano	14,5 kg	žádná	3120 g	v termínu
16	ano	10 kg	žádná	3660 g	po termínu
17	ne	25 kg	žádná	3020 g	v termínu
18	ano	25 kg	žádná	3450 g	po termínu
19	ano	12 kg	žádná	2850 g	předčasně
20	ano	10 kg	žádná	3820 g	po termínu
21	ano	16 kg	žádná	3310 g	v termínu
22	ano	25 kg	žádná	3730 g	po termínu
23	ano	20 kg	žádná	4490 g	po termínu
24	ano	16 kg	žádná	3960 g	v termínu
25	ano	18 kg	žádná	3630 g	v termínu
26	ano	15 kg	žádná	3280 g	po termínu
27	ano	10 kg	žádná	3650 g	po termínu
28	ano	16 g	žádná	3750 g	po termínu
29	ano	15 kg	žádná	2900 g	v termínu
30	ano	14 kg	žádná	3430 g	v termínu
31	ano	17 kg	žádná	3200 g	předčasně
32	ano	12 kg	žádná	2830 g	v termínu
33	ne	12 kg	žádná	2620 g	v termínu

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 15: Zdravá výživa, hmotnosti přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen do 35 let*

Respondentka do 35 let	Otázka č. 1 (zdravá výživa)	Otázka č. 5 (hmotnostní přírůstek)	Otázka č. 6 (dodržovaná dieta)	Otázka č. 7 (hmotnost dítěte)	Otázka č. 8 (termín porodu)
1	ano	20 kg	žádná	2327 g	v termínu
2	ano	7 kg	žádná	3460 g	v termínu
3	ano	6 kg	žádná	905 g	předčasně
4	ano	9 kg	žádná	2980 g	v termínu
5	ano	10 kg	diabetická	3510 g	v termínu
6	nevím	10 kg	žádná	1160 g	předčasně
7	ano	6 kg	žádná	1160 g	předčasně
8	ano	6 kg	diabetická	3680 g	po termínu
9	nevím	10 kg	žádná	2800 g	v termínu
10	ano	20 kg	žádná	3670 g	po termínu
11	ano	15 kg	žádná	4070 g	po termínu
12	ano	10 kg	žádná	3040 g	po termínu

13	ano	23 kg	žádná	3960 g	v termínu
14	ano	7,5 kg	žádná	3360 g	v termínu
15	ano	22 kg	žádná	2846 g	předčasně
16	ano	20 kg	žádná	3500 g	po termínu
17	ano	12 kg	žádná	3040 g	v termínu
18	ano	14 kg	žádná	3290 g	po termínu
19	ano	5 kg	žádná	2580 g	v termínu
20	ne	20 kg	žádná	3100 g	v termínu
21	ne	22 kg	žádná	3600 g	po termínu
22	ano	12 kg	žádná	3110 g	v termínu
23	ano	10 kg	žádná	3310 g	předčasně
24	ano	18 kg	žádná	3120 g	v termínu
25	ano	32 kg	žádná	3460 g	předčasně
26	nevím	15 kg	žádná	3100 g	po termínu
27	ano	2 kg	žádná	4130 g	po termínu
28	ano	14 kg	žádná	3520 g	v termínu
29	ano	12 kg	diabetická	3700 g	po termínu
30	ano	8 kg	žádná	3500 g	v termínu
31	ano	15 kg	žádná	4018 g	v termínu
32	ano	16 kg	žádná	3430 g	v termínu
33	ano	22 kg	žádná	2846 g	předčasně
34	ne	12 kg	žádná	2830 g	po termínu

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 16: Zdravá výživa, hmotností přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen nad 35 let*

<b>Respondentka nad 35 let</b>	<b>Otázka č. 1 (zdravá výživa)</b>	<b>Otázka č. 5 (hmotnostní přírůstek)</b>	<b>Otázka č. 6 (dodržovaná dieta)</b>	<b>Otázka č. 7 (hmotnost dítěte)</b>	<b>Otázka č. 8 (termín porodu)</b>
1	ano	12 kg	žádná	3490 g	v termínu
2	ano	15 kg	žádná	3300 g	po termínu
3	ano	12 kg	žádná	1890 g	po termínu
4	nebyla jsem informovaná	18 kg	žádná	3050 g	po termínu
5	ano	23 kg	žádná	3400 g	v termínu
6	ano	31 kg	žádná	3690 g	po termínu
7	ano	6 kg	diabetická	2670 g	předčasně
8	ano	19 kg	žádná	2710 g	v termínu
9	ano	17 kg	žádná	4200 g	v termínu
10	ano	15 kg	žádná	2600 g	v termínu
11	ano	20 kg	žádná	3300 g	v termínu
12	ano	25 kg	žádná	3560 g	v termínu
13	ano	14 kg	žádná	3540 g	v termínu
14	ano	11 kg	žádná	3890 g	v termínu



15	nevím	10 kg	žádná	3540 g	v termínu
16	ano	10 kg	žádná	3855 g	v termínu
17	ne	15 kg	žádná	3850 g	v termínu

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

Otázky č. 5, 6, 7 a 8 jsme se taktéž rozhodli sepsat dohromady. Přidali jsme i otázku č. 1 jako důležitý faktor ke zbylým otázkám vzhledem ke vzájemným souvislostem. Předpokládali jsme, že ženy, které budou dodržovat zdravý životní styl, nepřiberou v těhotenství více než 20 kg. Například, když žena v těhotenství dodržovala zdravou životosprávu, měla vyšší přírůstek hmotnosti v těhotenství, nedodržovala žádnou dietu a novorozenec se narodil s normální porodní hmotností. Cílem byl zjistit případný vliv dodržování životosprávy v těhotenství a celkový hmotnostní přírůstek ženy v těhotenství, v souvislosti zdali dodržovala nějakou dietu a zdali rodila předčasně, v termínu nebo po termínu na porodní hmotnost novorozence.

Z následujících tabulek vyplývá, že u respondentek **do 25 let** rodilo 8 žen po termínu a 9 žen v termínu. Nad hranici 20 kg a víc přibralo 5 žen, z toho žádná nedodržovala diabetickou dietu a novorozenci nevážili více než 4 kg. Zajímavé zde bylo, že pouze 1 respondentka měla diabetickou dietu, v těhotenství neměla žádný váhový přírůstek, ale novorozenec vážil více než 4 kg. Největší novorozenec byl u ženy, která přibrála 15 kg, což je průměrný hmotnostní přírůstek, v těhotenství dbala na zdravý životní styl a rodila v termínu.

U žen **do 30 let** bylo 5 předčasných porodů, 17 termínových a 11 po termínových. Nejvíce zde ženy přibraly 25 kg a to celkem 5 respondentek. Diabetickou dietu měly 2 ženy, v těhotenství přibraly 18 kg a 25 kg, obě rodily v termínu a pouze jeden z novorozenců měl poporodní hmotnost nad 4 kg. Největší novorozenec (4490 g) byl u ženy, která přibrála 20 kg a rodila po termínu.

Z respondentek **do 35 let** rodilo 6 žen předčasně, 16 v termínu a 12 po termínu. Nejvíce přibrála žena 32 kg, nedodržovala žádnou dietu, rodila předčasně a dítě vážilo 3460 g. Dále zde bylo 8 žen, které přibraly 20 kg a víc, ale žádná z nich neměla novorozence s poporodní hmotností nad 4 kg. Gestačním diabetem trpěly 3 ženy, z nichž 2 rodily po termínu, 1 termínově a žádné dítě nemělo více než 3700 g. Žena, která nedbala na zdravý životní styl, rodila po termínu a novorozenec vážil pouze 2830 g a to měla (viz. *tabulka č. 12*) obezitu 3. stupně. Největší dítě vážilo 4130 g, přesto respondentka přibrála v těhotenství pouze 2 kg.

U respondentek **nad 35 let** rodila pouze 1 žena předčasně, nejvíce žen rodilo termínově (12) a 4 po termínu. Největší hmotnostní přírůstek byl 31 kg, přičemž žena dbala na životosprávu, rodila po termínu a novorozenec měl poporodní hmotnost 3690 g. Nad hranici 20 kg a víc přibraly 3 ženy, každá z žen dbala na zdravé stravování v těhotenství, ale žádný novorozenec nevážil více než 3600 g. Diabetes měla pouze jedna žena, která rodila předčasně, a dítě se narodilo s hmotností 2670 g. S největším hmotnostním přírůstkem v těhotenství bylo dítě s váhou 4200 g, které bylo narozené v termínu. Nejmenší novorozenec, který se přitom narodil po termínu, vážil pouze 1890 g a to žena dbala na zdravý životní styl.

**Otázka č. 10:** Myslíte si, že dodržování správné životosprávy v těhotenství, je pro Vás a Vaše miminko důležité?

**Otázka č. 12:** Odkud nebo od koho jste získala informace o možných rizicích v souvislosti s užíváním návykových látek v těhotenství?

Tabulka 17: Důležitost dodržování správné životosprávy (otázka č. 10)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Ano	15	88	30	91	30	88	16	94
Ne	0	0	0	0	0	0	1	6
Nevím	2	12	3	9	4	12	0	0
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka 18: Získávání informací ohledně užívání návykových látek (otázka č. 12)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Od gynekologa	9	34	12	26	11	22	3	19
Od své porodní asistentky	1	4	1	2	2	4	1	6
Z internetu	12	46	16	34	19	39	4	23
Z knížky, časopisu	2	8	9	19	12	25	5	29
Nikde	2	8	9	19	5	10	4	23
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>		<b>33</b>		<b>34</b>		<b>17</b>	
<b>Počet odpovědí</b>	<b>26</b>	<b>100 %</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>	<b>49</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka č. 10 souvisí s dílčím cílem č. 1, kdy jsme zjišťovali, zdali matky znaly možné rizika o nedodržování správné životosprávy. Otázka č. 12 úzce souvisí s předchozí otázkou, jelikož budoucí matky musí informace o rizicích někde získat. Předpokládali jsme, že ženy budou vědět o důležitosti správné životosprávy a že nejvíce informací poskytne gynekolog a porodní asistentka.

Ženy si ve velké většině myslely, že dodržování správné životosprávy pro ně i dítě je důležité. Ovšem 12 % žen ve věkové skupině **do 25 let** si důležitost správné životosprávy neuvědomovalo. U žen **do 30 let** se objevilo 9 % respondentek a u žen **do 35 let** 12 %. Pouze jedna respondentka **nad 35 let** si myslela, že není důležité dodržovat správnou životosprávu v těhotenství.

U otázky č. 12 bylo možno zvolit více odpovědí, tudíž procenta vychází z počtu odpovědí, nikoli z počtu dotázaných. Informace ohledně užívání návykových látek respondentky opět

získávaly nejvíce z internetu. Ženy **nad 35 let** nejvíce čerpaly z knih a časopisů a některé ženy z věkových skupin nečerpaly informace nikde.

**Otázka č. 11:** Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte užívání návykových látek v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)

**Otázka č. 14:** Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte kouření v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)

**Otázka č. 16:** Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte pití alkoholu v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)

**Otázka č. 18:** Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte užívání drog v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 19: Rizika užívání návykových látek v těhotenství (otázka č. 11)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Nijak	0	0	0	0	0	0	0	0
Nevím	1	2	0	0	4	3	1	2
Riziko nízké porodní hmotnosti	9	17	19	16	22	19	8	14
Riziko VVV	14	27	27	23	25	22	15	25
Poruchy mentálního vývoje	13	25	27	23	26	23	14	24
Předčasný porod	8	15	24	20	19	16	12	20
Spontánní potrat	7	13	22	18	20	17	9	15
Počet dotázaných	17		33		34		17	
Počet odpovědí	<b>52</b>	<b>100 %</b>	<b>119</b>	<b>100 %</b>	<b>116</b>	<b>100 %</b>	<b>59</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka 20: Ovlivnění zdraví dítěte vlivem kouření v těhotenství (otázka č. 14)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Nijak	1	2	0	0	0	0	0	0
Špatný tělesný vývoj plodu	9	15	19	17	24	21	13	24
Zrychlená srdeční frekvence	11	18	14	13	13	11	6	11
Spontánní potrat	7	12	13	12	13	11	6	11
Předčasný porod	8	13	16	15	17	15	7	13
Nízká porodní hmotnost plodu	9	15	19	17	17	15	9	17
Dýchací obtíže a resp. infekce	9	15	24	22	16	14	11	20
Nevím	6	10	4	4	7	13	2	4
Počet dotázaných	17		33		34		17	
Počet odpovědí	<b>60</b>	<b>100 %</b>	<b>109</b>	<b>100 %</b>	<b>107</b>	<b>100 %</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka 21: Ovlivnění zdraví dítěte vlivem pití alkoholu v těhotenství (otázka č. 16)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Nijak	0	0	0	0	1	1	0	0
Fetální alkoholový syndrom	14	29	2	2	21	20	9	18
Mentální retardace	10	20	28	32	18	17	11	22
Porucha růstu plodu	9	18	20	23	21	20	8	16
Nízká porodní hmotnost	7	14	19	22	19	18	8	16
Poruchy řeči, paměti, pozornosti	8	16	16	18	17	16	10	20
Nevím	1	2	3	3	8	8	3	6
Počet dotázaných	17		33		34		17	
Počet odpovědí	49	100 %	88	100 %	105	100 %	49	100 %

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka 22: Ovlivnění zdraví dítěte vlivem užívání drog v těhotenství (otázka č. 18)

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Nijak	0	0	0	0	1	1	0	0
Riziko poruchy mentálního vývoje	13	18	24	17	26	18	13	20
NAS	13	18	27	20	27	19	13	20
Riziko odúmrťi plodu v děloze	11	15	25	19	24	17	11	17
Předčasný porod	12	16	18	14	20	14	10	15
Nízká porodní hmotnost	12	16	18	14	19	13	9	14
Syndrom náhlého úmrtí	11	15	18	14	21	15	7	11
Nevím	1	1	2	2	4	3	3	5
Počet dotázaných	17		33		34		17	
Počet odpovědí	73	100 %	132	100 %	142	100 %	66	100 %

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázky č. 11, 14, 16 a 18 opět poukazují na dílčí cíl č. 1, kdy jsme zjišťovali, zdali matky znaly určitá rizika v souvislosti s nedodržováním správné životosprávy v těhotenství. Z tohoto důvodu jsou *tabulky č. 19, 20, 21 a 22* umístěny pod sebou. Předpokládali jsme, že ženy, nastávající matky, si budou pečlivě zjišťovat, co jejich dítěti hrozí za rizika, popřípadě když kouřily, pily alkohol nebo užívaly drogy, tak je bude řádně erudovat gynekolog i porodní asistentka.

Z *tabulky č. 19* je zjevné, že u skupiny **do 25 let** (17 respondentek) bylo zaznamenáno 52 odpovědí (100 %) a z toho pouze 1 respondentka nevěděla o žádných rizicích. U žen **do 30 let** (33 respondentek) věděly všechny alespoň jedno riziko a odpovědí bylo 119 (100 %). U skupiny žen **do 35 let** (34 respondentek) jsme získali 116 odpovědí (100 %) a o žádných rizicích nevěděly 4 ženy. **Nad 35 let** (17 respondentek) nevěděla pouze 1 respondentka, jaké jsou rizika a získaných odpovědí bylo 59 (100 %). Všechny ženy ve všech věkových skupinách nejčastěji odpovídaly, že návykové látky představují riziko VVV a poruchy mentálního vývoje.

*Tabulka č. 20* poukazuje na to, jaký vliv může mít kouření v těhotenství na dítě. U 17 dotazovaných žen **do 25 let** jsme získali 60 odpovědí (100 %). Z toho si jedna respondentka myslela, že kouření dítě nijak neovlivní a 10 % z odpovědí bylo označeno „Nevím“. Naopak nejčastější označovanou odpovědí byla zrychlená srdeční frekvence 18 %. U žen **do 30 let** bylo dotázaných 33 a odpovědí dohromady 109. Z toho 4 % nevěděly žádnou z odpovědí a nejčastěji byly označovány dýchací obtíže a respirační infekce 22 % (24). Žen **do 35 let** bylo 34 a získaných odpovědí 107. Z toho až 13 % bylo odpovězeno „Nevím“, ale z 21 % respondentky označily špatný tělesný vývoj plodu. Od žen **nad 35 let** jsme získali 54 odpovědí. Z toho 4 % (2) nevěděly žádné rizika, ale nejčastěji byla označovaná odpověď špatný tělesný vývoj plodu.

V *tabulce č. 21* jsme se dotazovali na rizika v souvislosti s pitím alkoholu v těhotenství. Z věkové skupiny **do 25 let** bylo získáno 49 odpovědí. Z toho jedna respondentka nevěděla žádné rizika a nejvíce respondentek odpovídalo fetální alkoholový syndrom 29 %. Ze skupiny žen **do 30 let** bylo získáno 88 odpovědí. Nevěděla 3 % a nejvíce z odpovědí se zde objevovala mentální retardace 32 %. Skupina žen **do 35 let** odpovídala dohromady 105 odpověďmi. Z toho 8 % nevědělo a jedna žena si myslela, že pití alkoholu nemá na dítě žádný vliv. Nejčastěji však byla označována odpověď „FAS“ a poruchy růstu plodu z 20 %. U skupiny **nad 35 let** bylo získáno celkem 49 odpovědí. Odpověď „Nevím“ byla označena z 6 % (3), nejvíce odpovědí 22 % bylo u rizika mentální retardace.

Rizika v souvislosti s užíváním drog v těhotenství jsou zaznamenána v *tabulce č. 22*. U respondentek **do 25 let** jsme získali 73 odpovědí. Pouze jedna žena nevěděla žádné hrozící rizika, nejvíce byla označována odpověď riziko mentálního vývoje a NAS 18%. U 33 respondentek **do 30 let** bylo získáno 132 odpovědí. Z toho 2 % odpověděly, že neví, nejvíce z odpovědí bylo označeno NAS 20 %. U 34 respondentek **do 35 let** jsme měli 142 odpovědí. Zde nevěděly žádné riziko 3 % žen a opět byla nejvíce volena odpověď NAS z 19 %. U respondentek **nad 35 let** bylo napočítáno 66 odpovědí a 17 respondentek. Z toho 5 % nevěděly žádné rizika, nejčastěji z 20 % bylo odpovězeno riziko poruchy mentálního vývoje a NAS.



**Otázka č. 13: Jste kuřák/kouřila jste i v průběhu Vašeho těhotenství?**

**Otázka č. 15: Pijete, pila jste alkohol i v průběhu Vašeho těhotenství?**

**Otázka č. 17: Užíváte, užívala jste drogy i v průběhu Vašeho těhotenství?**

*Tabulka 23: Kouření v těhotenství (otázka č. 13)*

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Jsem nekuřák	10	59	23	70	24	70	13	76
Jsem kuřák, ale v těhotenství jsem nekouřila	6	35	7	21	4	12	2	12
Kouřila jsem pouze na začátku těhotenství	1	6	3	9	6	18	2	12
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 24: Pití alkoholu v těhotenství (otázka č.15)*

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Jsem abstinent	5	29	6	18	8	24	4	24
Příležitostně ano, v těhotenství ne	12	71	27	82	25	74	13	76
Pravidelně ano, i v průběhu těhotenství	0	0	0	0	1	3	0	0
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 25: Užívání drog v průběhu těhotenství (otázka č. 17)*

Odpověď	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Nikdy	17	100	32	99	34	100	16	99
Pouze na začátku těhotenství	0	0	1	1	0	0	0	0
Příležitostně ano, v těhotenství ne	0	0	0	0	0	0	1	1
Pravidelně ano, i v těhotenství	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

Otázky ohledně kouření, alkoholu a užívání drog v těhotenství jsme zjišťovali v souvislosti s otázkami předešlými. Cílem tedy bylo zjistit, zdali ženy užívaly jakoukoliv návykovou látku v průběhu těhotenství. Předpokládali jsme, že žádná žena v těhotenství návykovou látku užívat nebude.

*Tabulka č. 23* se zabývá problematikou kouření a je z ní patrné, že ze 17 dotazovaných žen **do 25 let** bylo 59 % (10 respondentek) nekuřáček, 35 % (6) kuřáček, ale v těhotenství nekouřily. Pouze jedna žena kouřila na začátku těhotenství. Dotazovaných respondentek **do 30 let** bylo 33, z toho 70 % (23) bylo nekuřáček a žen, které kouřily před těhotenstvím, bylo 21 % (7). Na začátku těhotenství kouřilo 9 % respondentek (3). Ve věkové skupině **do 35 let** (34 respondentek) bylo také 70 % nekuřáček (24), pouze 12 % (4) žen kouření v těhotenství omezilo a 18 % (6) žen kouřilo i na začátku těhotenství. Poslední věkovou skupinou byly ženy **nad 35 let**. Z toho 76 % bylo nekuřáček (13), 12 % žen kouřilo pouze před těhotenstvím a 12 % (2) kouřilo pouze na začátku těhotenství. U této věkové skupiny bylo 17 dotazovaných žen.

Zdali ženy v období těhotenství pily alkohol či ne, případně jen na začátku těhotenství, jsme zaznamenali v *tabulce č. 24*. U 17 dotazovaných žen **do 25 let** z 29 % (5) byly abstinentky, 71 % (12) pily pouze příležitostně, ale žádná z nich nepila v průběhu těhotenství. U žen **do 30 let** abstinovalo 18 % (6) respondentek, a 82 % (27) pilo příležitostně, ale v těhotenství ne. Z respondentek **do 35 let** nepilo vůbec 24 % (8), 74 % (25) opět pouze příležitostně, ale v těhotenství ne a jedna žena pila alkohol i v průběhu těhotenství. U žen **nad 35 let** bylo 24 % abstinetek a 76 % (13) žen pilo alkohol mimo své těhotenství. Žádná žena z této věkové skupiny nepila alkohol v průběhu svého těhotenství

*Tabulka č. 25* se zaměřovala na oblast užívání drog. Respondentky převážně odpovídaly, že drogy nikdy neužívaly. Pouze žena ve věkové skupině **do 30 let** přiznala, že drogy užívala na začátku těhotenství. A respondentka ve věkové skupině **nad 35 let** užívala drogy příležitostně, ale v těhotenství udávala, že ne.

**Otázka č. 20: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tabulka 26 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpovědi	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Vysokoškolské	3	18	6	18	19	56	6	35
Vyšší odborné	0	0	2	6	1	3	1	6
Střední s maturitou	10	59	13	39	7	21	2	12
Střední s výučním listem	2	12	10	30	8	24	6	35
Základní	2	12	2	6	4	12	2	12
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázka č. 20 byla dotazována v souvislosti s bakalářskou prací. Kdy jsme mezi demografické rizikové faktory ovlivňující porodní hmotnost dítěte, uvedli vliv zaměstnání. Také jsme předpokládali, že vzhledem k neustále se posouvající věkové hranici otěhotnění žen a jejich nejvyššího ukončeného dosaženého vzdělání, budou v největším zastoupení matky vysokoškolačky. Tento předpoklad se nám již potvrdil.

**Otázka č. 21: Kolikrát jste rodila?**

Tabulka 27: Parita ženy

Odpovědi	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Jednou	12	71	19	58	13	38	4	24
Dvakrát	5	29	14	42	18	53	7	41
Třikrát	0	0	0	0	2	6	5	29
Jiné	0	0	0	0	1	3	1	6
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Otázku č. 21 jsme zjišťovali v souvislosti s bakalářskou prací, kdy parita žen může ovlivnit faktory související s těhotenstvím a porodem (např. hmotnost novorozence u vícerodíček, předčasný porod nebo přenášení dítěte). Nejpočetnější skupinou celkově byly ženy primipary, tedy ženy které rodily pouze jednou. Ženy ve věkové skupině 35 let a výš rodily třikrát a více.

**Otázka č. 22: Jaký je Váš rodinný stav?**

Tabulka 28: Rodinný stav ženy

Odpovědi	Do 25 let	%	Do 30 let	%	Do 35 let	%	Nad 35 let	%
Svobodná	11	65	11	33	11	32	2	12
Vdaná	6	35	21	64	20	59	12	71
Rozvedená	0	0	1	3	2	6	3	18
Jiné	0	0	0	0	1	3	0	0
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Na otázku rodinného stavu jsme se také ptali v souvislosti s bakalářskou prací. Kdy jsme opět jako demografický rizikový faktor v souvislosti s porodní hmotností novorozence uvedli rodinný stav ženy. U respondentek od 30 let bylo největší zastoupení vdaných žen, naopak u nejmladší skupiny žen bylo nejvíce svobodných.

**Otázka č. 23: Jaké je Vaše zaměstnání?**

Tabulka 29: Zaměstnání žen do 25 let

Odpovědi	Počet	Procenta
Zdravotní sestra	5	29
V domácnosti	3	18
Zástupkyně vedoucího	1	6
OSVČ	1	6
Dělnice	3	18
Studentka	1	6
Administrativa	2	12
AČR	1	6
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní výzkumné šetření

Tabulka 30: Zaměstnání žen do 30 let

Odpovědi	Počet	Procenta
Zdravotní sestra	1	3
V domácnosti	3	9
Kuchařka/číšnice	4	12
Agronomka	1	3
Dělnice	8	24
Laborantka	1	3
Administrativa	10	30

Sociální pracovnice	2	6
Kadeřnice	1	3
Učitelka	2	6
<b>Počet dotázaných</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 31: Zaměstnání žen do 30 let*

Odpovědi	Počet	Procenta
Zdravotní sestra	2	6
V domácnosti	4	12
Kuchařka/číšnice	4	12
Manikérka	1	3
Dělnice	6	18
Prodavačka	2	6
Administrativa	6	18
Učitelka	5	15
Laborantka	1	3
Účetní	2	6
OSVČ	1	3
<b>Počet dotázaných</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

*Tabulka 32: Zaměstnání žen nad 35 let*

Odpovědi	Počet	Procenta
Zdravotní sestra	3	18
V domácnosti	3	18
Kuchařka/číšnice	1	6
Uklízečka	1	6
Hygienička	1	6
Prodavačka	1	6
Administrativa	6	35
Právnička	1	6
<b>Počet dotázaných</b>	<b>17</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní výzkumné šetření*

Tuto otázku jsme zjišťovali v souvislosti s bakalářskou prací, kdy opět mezi demografické rizikové faktory, které mohou ovlivnit porodní hmotnost novorozence, se řadí zaměstnání (např. vliv sedavého zaměstnání, zvedání těžkých věcí). Na otevřenou otázku č. 23 mnoho žen odpovídalo stejně nebo obdobně. V dotazníkovém šetření se objevilo ze všech věkových skupin 11 zdravotních sester, 13 žen bylo v domácnosti, 9 kuchařek / číšnic, 17 krát byla uvedena dělnice, 24 žen pracovalo v odvětví administrativy a ve věkové skupině do 25 let byla jedna studentka.

## DISKUZE

Nejvíce početnou skupinou dotazovaných respondentek byly ženy ve věku od 31 – 35 let (34 respondentek). Následovaly ženy ve věku v rozmezí od 26 – 30 let (33 respondentek). Žen ve věku od 20 - 25 let a od 36 – 42 let bylo v obou skupinách 17. Zde lze vidět, že věková hranice, kdy se žena rozhodne otěhotnět, se nadále s rostoucí generací posouvá. Lze to prokázat i na dosaženém vzdělání žen, kdy nejpočetnější skupinou byly vysokoškolačky, následovala střední škola s maturitou, poté střední škola s výučním listem, základní škola a jako poslední vyšší škola odborná. Největším zastoupením byly ženy prvorodičky 48 %, dále následovaly druhorodičky 47 %, vícero-dičky se objevovaly až ve věkové skupině od 35 let a jedna žena nad 35 let rodila 4 krát. Markéta Polčíková ve své bakalářské práci z roku 2014 na téma „Výživa v těhotenství a její vliv na hmotnost novorozence“ ve svém výzkumu uvedla také nejpočetnější skupinu vysokoškolaček 49 % a jako druhou nejpočetnější skupinu uvedla stejně jako my ženy středoškolačky s maturitou 37 %.

**Hlavním výzkumným cílem: *Bylo zjistit, zdali matky dodržovaly správnou životosprávu v těhotenství.***

Z našeho dotazníkového šetření na základě otázek č. 1, 2, 9, 13, 15 a 17 vyplynulo, že na zdravou výživu, dostatečný příjem vitamínů, masa, bílkovin i doplňků stravy dbala většina žen celkem 82 %. Dále 87 % všech respondentek vědělo, co si představit pod pojmem zdravá životospráva. Nejčastěji odpovídaly dostatečný příjem vitamínu, vyvážená pravidelná strava, dostatečný příjem tekutin, netučná jídla, nekouřit, neužívat drogy ani nepít alkohol. Ovšem našly se i takové ženy, které nedodržovaly zdravou výživu v těhotenství nebo nevěděly, že by měly klást důraz ohledně zdravé životosprávy. Dále byly i matky, které nedělaly žádné rozdíly ve stravování během těhotenství, kouřily nebo pily alkohol. Až 90 % ze všech respondentek nehledě na věk si myslelo, že dodržování správné životosprávy v těhotenství je důležité pro matku i dítě.

Ve svém výzkumu bakalářské práce z roku 2007 Jana Gruberová na téma „Životospráva a životní styl těhotné ženy“ zjistila, že všechny ženy pojaly správnou životosprávu v těhotenství za důležitou 68 % až velmi důležitou 32 %, na rozdíl v našem výzkumu až 10 % žen nedodržovalo nebo nevědělo, zda je důležitá správná životospráva v těhotenství. O dodržování správné životosprávy měla ve svém dotazníkovém šetření, že 92 % žen

dodržovalo správnou životosprávu a 8 % nedodržovalo, oproti tomu v našem výzkumu 13 % respondentek nedodržovalo, nevědělo nebo nebylo informováno o zdravé výživě.

Na otázku zdali ženy pily alkohol i v průběhu těhotenství, odpovídaly ve velké většině, že alkohol nepily. Tato odpověď se v našem výzkumu objevila u 76 %. Naopak Sabina Flídrová ve své bakalářské práci v roce 2017 na téma „Rizikové faktory v těhotenství“ uvedla, že dospěla k výsledkům, kdy ženy pily alkohol i v průběhu těhotenství, celkem to bylo u 41 % žen, konkrétně uvedla v jakém množství a jak často ženy alkohol konzumovaly. Sabina Flídrová také uvádí, že ženy v období těhotenství omezily kouření a to konkrétně u 12 %. V našem výzkumu jsme došli k podobným výsledkům, kdy ženy byly kuřačky, ale v těhotenství nekouřily, konkrétně to bylo u 19 %. Největší zastoupení však bylo žen nekuřaček, z našeho výzkumu tuto možnost odpovědi zvolilo 69 % žen a ve výzkumu Sabiny Flídrové to bylo 83 %. Určité zastoupení se objevilo i u užívání drogových látek v těhotenství. Kdy z našeho výzkumného šetření vyplývá, že jedna respondentka užívala drogy na začátku těhotenství a jedna žena užívala příležitostně, ale v těhotenství udávala, že ne.

**Dílčí cíl 1: Zjistit, zdali matky znaly možné rizika o nedodržování správné životosprávy.**

Dílčí cíl č. 1 byl zpracován na základě otázek č. 11 - č. 18. Z našeho výzkumu vyplývá, že ženy se o dodržování správné životosprávy v těhotenství dozvídaly z různých zdrojů. Ve věkových skupinách od 20 do 35 let se nejčastěji ženy dozvídaly informace z internetu a to jak ohledně zdravého stravování (ženy do 25 let odpovídaly ze 46 %, ženy do 30 let ze 43 % a do 35 let z 62 %), tak i o rizicích v souvislosti s užíváním návykových látek (respondentky do 25 let 46 %, do 30 let 34 % a do 35 let 39 %). Naopak nejstarší věková skupina žen nad 35 let se ohledně zdravého stravování nejčastěji dozvídala od gynekologa (24 % odpovědí) a o možných rizicích v souvislosti s užíváním návykových látek se dočetla z knížek nebo z časopisů (29 % odpovědí). Ke stejným výsledkům došla i Tereza Šedová ve své bakalářské práci z roku 2017 na téma „Návykové látky v těhotenství“, kdy i ona uvádí, že ženy, jako největší zdroj informací o rizicích užívání návykových látek v těhotenství uvedly internet a to konkrétně u 61 %.

Tereza Šedová ve své práci také popisuje samotný vliv návykových látek na zdraví dítěte. V jejím výzkumu vyšlo, že 16 % respondentek nedokázalo posoudit rizika spojená s návykovými látkami, oproti tomu v našem výzkumu 6 % žen nevědělo rizika spojená s užíváním návykových látek. Největší zastoupení respondentek tedy 73 % měla u odpovědi „Zvýšený výskyt VVV“. U této odpovědi jsme měly obě dvě největší

zastoupení žen, z našeho výzkumu to bylo 80 %. Jako druhou nejvíce volenou odpověď jsme v našem výzkumu měli „Rizika mentálního vývoje“ konkrétně u 79 % respondentek. V jejím výzkumu to byla taktéž druhá nejvíce volená odpověď a to 71 %. Matky si také uvědomují určitá rizika spojená s nízkou porodní hmotností novorozence. V našem výzkumu si toto riziko uvědomovalo 57 % žen, v jejím výzkumu to však bylo o 8 % více. Pokud jsme se ptali na konkrétní užívání návykové látky v těhotenství a to pití alkoholu, některé respondentky vůbec nevěděly, že je zde škodlivost v souvislosti se zdravím jejich dítěte, konkrétně to bylo 15 %. Pouze jedna respondentka z našeho výzkumu zvolila odpověď, že pití alkoholu nijak neovlivní zdraví dítěte. U Terezy Šedové v jejím výzkumu vyšlo, že 8 % respondentek neznalo žádná rizika spojená s pitím alkoholu v těhotenství. Nejvíce žen se v souvislosti s užíváním alkoholu v těhotenství obávala rizika mentální retardace a to konkrétně 66 %. V jejím výzkumu to bylo 82 %. Druhou nejčastější volenou odpovědí bylo v našem výzkumu riziko poruchy růstu plodu a to z 57 %. Naproti tomu v její bakalářské práci to byla uvedená možnost zvýšený výskyt VVV u 73 % respondentek. U otázky, zdali si ženy uvědomují, jak může kouření v těhotenství ovlivnit zdraví jejich dítěte, se objevila určitá neinformovanost o této problematice. Konkrétně odpověď „Nevím“ zvolilo 19 %. Odpověď, že kouření v průběhu těhotenství nijak neovlivní zdraví dítěte, zvolila pouze jedna respondentka. V bakalářské práci u Terezy Šedové (2017) však neznalo 5 respondentek (10 %) žádná rizika v souvislosti s kouřením v těhotenství. Nejvíce se ženy obávaly špatného tělesného vývoje plodu a to u 63 %. Naopak zase Tereza Šedová udává ve svém výzkumu nejčastěji zvolenou odpověď nízkou porodní hmotnost plodu ze 71 %. Jako druhou nejčastější zvolenou odpověď máme v našem výzkumu dýchací obtíže a respirační infekce 59 % a u ní to byly naopak poruchy mentálního vývoje 65 %. Mezi poslední návykové látky jsme zařadili užívání drog v průběhu těhotenství. V této oblasti nejvíce matky volily odpověď novorozenecký abstinční syndrom a to přesně u 79 %. Jako druhou nejčastější odpověď volily ženy riziko poruchy mentálního vývoje a to 75 %. Ovšem se mezi respondentkami objevovaly i matky, které buď nevěděly, jak drogy mohou ovlivnit zdraví jejich dítěte, konkrétně se tato odpověď objevila u 10 % a jedna respondentka uvedla, že užívání drog nemá na dítě žádný vliv. Tereza Šedová dospěla k podobným závěrům ve své bakalářské práci. Její druhou nejčastější odpovědí bylo riziko abstinčních příznaků, u 73 % a 4 % žen neznala rizika s užíváním drog v těhotenství.



**Dílčí cíl 2: Zjistit případný vliv výživy matky v těhotenství v souvislosti s porodní hmotností novorozence (dodržování životosprávy a vliv BMI).**

V bakalářské práci jsme se hojně zabývali i tělesnou hmotností žen před otěhotněním a jejich celkovým hmotnostním přírůstkem v průběhu těhotenství. Na základě získaných údajů od každé respondentky jsme pak u každé ženy vypočítali BMI a stanovili kategorii (podváha, normální váha, nadváha, obezita). A to přesněji v otázkách č. 3, 4 a 19. Nejvíce respondentek se pohybovalo v rozmezí od 61 - 70 kg tělesné váhy před otěhotněním, tato odpověď se objevila u 39 % žen. Druhá nejčastěji uváděná váha pak byla v rozmezí 51 – 60 kg, konkrétně u 27 %. Nejméně respondentek mělo váhu v rozmezí 91 – 100 kg (2%) a váha nad 100 kg se objevila u 3 %. Markéta Polčíková (2014) ve své bakalářské uvádí, že z jejího výzkumu nejvíce matky uváděly váhu v rozmezí 50 – 59 kg (47 %) a jako druhou nejčastější hmotnost uvedla rozmezí 60 – 69 kg (35 %). Také u ní se objevily ženy, které uvedly hmotnost před otěhotněním nad 100 kg (2 % respondentek). Dalším zkoumaným údajem v naší práci byla tělesná výška. Respondentky nejvíce udávaly výšku v rozmezí 161 – 170 cm, tato výška byla u 61 % žen. Druhá nejčastěji udávaná výška pak byla v rozmezí 171 – 180 cm u 22 %. Větší tělesnou výšku neuvedla žádná z respondentek. Markéta Polčíková došla ve svém výzkumu k velmi podobným výsledkům, kdy nejčastější tělesnou výšku žen uvedla v rozmezí 160 – 169 cm (45 %) a druhou nejčastější v rozmezí 170 – 179 cm (43 %). Normální váhu dle našeho výzkumu mělo před těhotenstvím podle BMI 52 % žen. Dále 34 % respondentek mělo před otěhotněním nadváhu, podváhou trpělo 9 % a u 6 % žen se objevila obezita.

Dle otázky č. 5 byl u dotazovaných žen nejčastější celkový hmotnostní přírůstek v těhotenství v rozmezí 10 - 15 kg. Markéta Polčíková ve své práci došla k obdobným výsledkům, kde uvedla, že její respondentky nejvíce v těhotenství přibraly v rozmezí 12 – 15 kg (39 %). Z toho lze usoudit, že hmotnostní přírůstek v těhotenství do 15 kg je zcela optimální. Pouze jedna respondentka v našem výzkumu uvedla, že její přírůstek byl 0 kg a jedna, že přibrala v rozmezí 26 – 30 kg. Dvě ženy (2 %) dále uvedly, že v těhotenství přibraly více než 30 kg. Markéta Polčíková (2014) následně ve svém výzkumu také uvedla, že 3 % žen byly s hmotnostním přírůstkem nad 29 kg.

Prokázat případný vliv výživy matky v těhotenství na porodní hmotnost novorozence, v souvislosti s dodržováním správné životosprávy se zcela nezdařil. Ze 101 respondentek 94 % nedodržovalo žádnou dietu v průběhu těhotenství a 7 % žen uvedlo, že měly dietu diabetickou (viz. otázka č. 6). Markéta Polčíková (2014) ve svém výzkumu naopak uvádí,

že 99 % žen v průběhu těhotenství nedodržovalo žádnou dietu a jedna žena měla dietu diabetickou. Na otázku zdali ženy dodržovaly následnou životosprávu, 86 % žen odpovědělo kladně, 10 % negativně, 4 % respondentek nevěděly, zda ji dodržovaly a 1 žena uvedla, že nebyla informována. Například u ženy, která v těhotenství uvedla svůj hmotnostní přírůstek 0 kg a na otázku zdali dodržovala zdravou životosprávu v těhotenství, odpovídala kladně. Přesto vzhledem k těhotenské cukrovce musela dodržovat diabetickou dietu a její novorozenec se narodil po termínu a vážil 4050 g. Naopak u ženy, která v těhotenství přibrala 15 kg, což je optimální váhový přírůstek, nedodržovala v těhotenství žádnou dietu, odpovídala kladně na dodržování zdravé životosprávy v těhotenství a její novorozenec měl poporodní hmotnost 4250 g. Respondentky s hmotnostním přírůstkem v těhotenství nad 30 kg, které taktéž dodržovaly zdravou životosprávu, neměly naordinovanou žádnou dietu, rodily po termínu nebo předčasně, měly novorozence s poporodní hmotností v rozmezí 3500 g – 3700 g. Žena, která na otázku o dodržování zdravé životosprávy odpovídala negativně, hmotnostní přírůstek v těhotenství udávala 12 kg, ale dle BMI měla před otěhotněním obezitu 3. stupně, rodila po termínu a novorozenec vážil pouze 2830 g. Novorozenec s nejmenší porodní hmotností vážil 905 g, byl narozený předčasně, přesto žena uvádí, že v průběhu těhotenství přibrala 6 kg, nedodržovala žádnou dietu a na otázku zdali dodržovala zdravou životosprávu, odpovídala „ANO“. Oproti tomu zase novorozenec s největší porodní hmotností vážil 4490 g, žena rodila po termínu, v těhotenství přibrala 20 kg, dodržovala zdravou životosprávu a nedodržovala žádnou dietu. Markéta Polčiková se touto problematikou ve svém výzkumu zabývala taktéž. Nejčastější poporodní hmotnost novorozence uvedla rozmezí 3300 g – 3800 g (54 %), jako optimální dle doporučené porodní hmotnosti. Dle našeho výzkumu byla nejčastější poporodní hmotnost novorozence v rozmezí 3100 g – 3600 g (41%). Na otázku zdali ženy rodily předčasně, v termínu nebo po termínu, nejčastěji odpovídaly, že rodily v termínu a to konkrétně 53 % respondentek. Následně pak 36 % respondentek rodilo po termínu a 12 % rodilo předčasně. S Markétou Polčikovou (2014) se naše výsledky docela shodují. Ve svém výzkumu uvedla, že její respondentky rodily z 59 % termínově, 35 % po termínu a 6 % žen předčasně (viz. otázky č. 1,5,7,8).

### **Dílčí cíl 3: *Navrhnout edukační materiál na téma zdravé mateřství.***

Tento letáček je přílohou naší bakalářské práce, viz příloha č. II.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k získaným výsledkům z našeho výzkumného šetření, by se mělo více poukazovat jak na rizika spojená s užíváním návykových látek, tak i na důležitost správného stravování v těhotenství. Jedná se totiž o zásadní informace, které vedou k fyziologickému těhotenství bez přítomnosti patologií. Zapojit by se měli především gynekologové i porodní asistentky a o této problematice řádně edukovat nebo alespoň odkázat na odbornou a srozumitelnou literaturu, kde se budoucí matky dozví vše potřebné. K tomuto účelu by mohl sloužit námi vytvořený edukační materiál ve formě brožury v tištěné formě. Na téma Průvodce zdravým mateřstvím (viz příloha II.). Kde popisujeme zdravou životosprávu, rizikové chování a co může mít za následek užívání návykových látek v těhotenství. Daný materiál by mohl být v ambulancích gynekologického lékaře tak i v ambulancích porodního sálu. Budoucí matky by se tak mohly snažit vyvarovat návykovým látkám, protože by se zde dočetly výčet rizik, která hrozí jejich novorozěným dětem. Také by měly přehled o tom, co mohou, měly by jíst a na jaké vitamíny dbát. V brožurce by se dozvěděly i o tom, že je možné cvičení, ale pouze dle zdravotního stavu a předešlé fyzické aktivitě. Jsou zde uvedeny sporty doporučené i sporty zakázané. Je také zaměřen na důležitost duševní hygieny, obzvláště v době, kdy panuje shon a stres, což není zcela vyhovující pro budoucí matku ani pro její dítě. Nakonec se v brožurce může žena dozvědět i rizika, která hrozí jejímu dítěti i v budoucnu, v případě, že návykové látky v těhotenství užívat nepřestane. Cílem této edukace by pak mohla být větší informovanost, duševní pohoda a bezproblémové těhotenství.

I přes to, že ženy z velké části věděly, jak je důležitá správná životospráva a co si pod tím představit, stále se našly respondentky, které se nezajímaly o žádné informace nebo neměly být kde informovány o rizicích spojených se správnou životosprávou v těhotenství. Často jim také chyběl dostatek informací ohledně rizik spojených s návykovými látkami. Některé ženy si myslely, že užívání návykových látek v těhotenství dítě nijak neovlivní.

Dostatečná, správná a pečlivá edukace je nezbytně důležitá nejen v oblasti zdravého životního stylu v mateřství, ale i do dalšího vývoje dítěte. Čím více bude těhotná žena edukována a bude vědět rizika, která hrozí jí i dítěti, tím více se vyvaruje užívání návykových látek. Gynekolog a porodní asistentka by měli být pro ženu hlavními edukátory a měli by to být právě oni, kdo těhotné ženě z velké části vysvětlí, co jí hrozí za rizika spojená s pitím alkoholu, kouřením nebo dokonce s užíváním drog v těhotenství.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali Zdravému mateřství. Na začátku jsme popsali vývoj dítěte a jeho růst a poté jsme se věnovali poruchám růstu plodu. Nejvíce obsáhlé téma byly faktory ovlivňující porodní hmotnost novorozence, kde jsme se hojně zabývali životním stylem těhotných žen, což je také těžištěm našeho kvantitativního výzkumného šetření. Pro jeho realizaci jsme využili dotazníkové šetření.

Za hlavní cíl bakalářské práce jsme si vytyčili zjistit, zdali matky dodržovaly správnou životosprávu v těhotenství. Zjistili jsme, že náš cíl byl částečně splněn. Většina žen zdravou životosprávu opravdu dodržovala a návykovým látkám se vyhýbala. Přesto se našly i ženy, které na začátku kouřily, pily alkohol nebo užívaly drogy.

Naším 1. dílčím cílem bylo zjistit, zdali matky znaly možné rizika o nedodržování správné životosprávy. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že ženy si uvědomovaly a znaly z velké části rizika spojená s užíváním návykových látek a tak i dbaly na důležitost správné životosprávy. Překvapivě se nejvíce informací o rizicích spojenými s návykovými látkami dozvídaly z internetu a také z časopisů a z knih.

Jako dílčí cíl č. 2 jsme si stanovili zjistit, případný vliv výživy matky v těhotenství v souvislosti s porodní hmotností novorozence (dodržování životosprávy a BMI). K našemu překvapivému zjištění, jsme dospěli k tomu, že často ženy nejen trpí nadváhou ale i obezitou a to až třetího stupně. U některých žen dodržování zdravé životosprávy nemělo vliv na jejich přírůstek hmotnosti v těhotenství, ani na hmotnost novorozence. Z našeho cíle nelze zcela vyvodit závěr, každá žena je individuální, některé při diabetické dietě přibraly maximálně 6 kg a dítě se narodilo s normální porodní hmotností, oproti tomu jiná žena při diabetické dietě přibrala 25 kg a dítě mělo opět normální porodní hmotnost.

Jako 3. dílčí cíl jsme si dali za úkol vyrobit edukační materiál na téma bakalářské práce Zdravé mateřství. Zaměřovali jsme se zde na stravování, duševní hygienu a pohybovou aktivitu spojenou s odpočinkem, ale také na rizikové faktory jako je kouření, užívání alkoholu a drog. Také jsme zde vypsali následná rizika spojená s užíváním návykových látek.

Bakalářská práce splnila naše očekávání a výzkumné cíle byly dle našeho názoru splněny. Na základě našeho výzkumného šetření a nejasností ohledně životosprávy a rizik s tím spojených, byl vytvořen edukační materiál na dané téma. Lze jej použít v gynekologických ambulancích a poradnách, jako průvodce správného a rizikového chování v těhotenství.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0875-8.
2. BINDER, Tomáš, Jiří HORÁK a Miluše MRŠTINOVÁ. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-1907-1.
3. BLONDE, Béatrice, Michael D. KOGAN a Greg R. ALEXANDER. *The Impact of the Increasing Number of Multiple Births on the Rates of Preterm Birth and Low Birthweight: An International Study*. *American Journal of Public Health* [online]. 2002, 92 (8),1-8 [cit. 2021 – 02 - 11]. Dostupné z: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.92.8.1323>
4. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
5. ČEPICKÝ, Pavel a Hana KURZOVÁ. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1.
6. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a HUML. *Neonatologie, vybr. kap. pro stud. LF*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0790-5.
7. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 2. uprav. vyd. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2253-8.
8. DUBSKÝ, Josef, Jana DUFFKOVÁ a Lukáš URBAN. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-123-6.
9. DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostravská Univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-663-5.
10. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Ivo BOREK a Hana BUČKOVÁ. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.
11. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
12. HÁJEK, Zdeněk, Kateřina ANDĚLOVÁ a Tomáš BINDER. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-04188.
13. JANKŮ, Petr. *Hypertenze v těhotenství*. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2007, (2), 1-5 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/02/09.pdf>

14. KOCOURKOVÁ, Jiřina, Luděk ŠÍDLO a Anna ŠŤASTNÁ. *Vliv věku matky na porodní hmotnost novorozenců*. Časopis lékařů českých [online]. 2019 (3-4), 1-8 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2019-3-4-1/vliv-veku-matky-na-porodni-hmotnost-novorozencu-113321>
15. KUKLA, Lubomír, Marie BOUCHALOVÁ a Petr ČOUPEK. *Porodní hmotnost a délka těhotenství ve vztahu k rizikovým faktorům sociální a zdravotní povahy*. Časopis lékařů českých. Brno, 2002, roč. 141(6), 189–194.
16. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
17. NUTTAL, Frank Q. *Body Mass Index*. Nutrition Research [online]. 2015, 1-12 [cit. 2021-02-11]. ISSN 0271-5317. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890841/pdf/nt-50-117.pdf>
18. PROCHÁZKA, Martin, Petra BARTOŠOVÁ a Vojtěch BODNÁR. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.
19. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. Praha: Reklamní ateliér Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
20. ROZTOČIL, Aleš. *Hypotrofický plod*. Časopisy pro gynekologii a porodnictví: Moderní babictví [online]. 2003, (1), 1-9 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-1/?pdf=165>
21. ROZTOČIL, Aleš. *Hypertrofický plod*. Časopisy pro gynekologii a porodnictví: Moderní babictví [online]. 2004, (4), 1-8 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=128>
22. ROZTOČIL, Aleš. *POROD VELKÉHO PLODU – DOPORUČENÝ POSTUP*. Česká gynekologie [online]. 2013, 1 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-supplementum/18-porod-velkeho-plodu-doporuceny-postup-40389>
23. ROZTOČIL, Aleš, Tomáš BINDER a Ivo BOREK. *Moderní Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
24. ROZTOČIL, Aleš, Václav BÁČA a Tomáš BINDER. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
25. SCHIEVE, LAURA A., SUSAN F. MEIKLE a CYNTHIA FERRE. *LOW AND VERY LOW BIRTH WEIGHT IN INFANTS CONCEIVED WITH USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY*. New England Journal of Medicine. [online]. 2002, 346(10), 1-7 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa010806>
26. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ a Barbora FOUKALOVÁ. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

27. STRAŇÁK, Zbyněk, Jan JANOTA a Ivan BERKA. *Neonatologie*. 2. přeprac. a rozšř. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3861-4.
28. SVAČINA, Štěpán, Alena BRETŠNAJDROVÁ a Ivana HOLCÁTOVÁ. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
29. ŠMRHOVÁ-KOVÁCS, Tereza a Pavel CALDA, 2016. *Je rutinní vážení těhotných zbytečností či ještě stále prvním krokem k prevenci těhotenských komplikací?* Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 2016, 1-4 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: [https://www.actualgyn.com/pdf/cz\\_2016\\_196.pdf](https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2016_196.pdf)
30. ŠTEMBERA, Zdeněk. *Historie české perinatologie*. Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-021-6.
31. THOMPSON, Amanda L. *Intergenerational impact of maternal obesity and postnatal feeding practices on pediatric obesity*. Nutrition Reviews [online]. 2013, 1 - 7 [cit. 2020-10-11]. ISSN 1753-4887. Dostupné z: [https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/71/suppl\\_1/S55/1835101](https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/71/suppl_1/S55/1835101)
32. ULMANNOVÁ, Tereza, Ivana ŠPÁLOVÁ a Kateřina ŠTECHOVÁ. *Vliv obezity matky na výsledek těhotenství a další vývoj dítěte*. Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 2. LF UK a FN v Motole, 2014, 33-37 [cit. 2020-10-11]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: [https://www.actualgyn.com/pdf/cz\\_2014\\_127.pdf](https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2014_127.pdf)
33. VELEMÍNSKÝ, Miloš, Blanka ŽIŽKOVÁ a Tomáš BINDER. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-095-9.
34. VLČKOVÁ, Petra. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. 3. české přelož. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-421-2.
35. Vývoj obyvatelstva České republiky: Porodnost. Český statistický úřad [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/121768528/13006920a04.pdf/dccd378f-35a1-4e31-8a1f-6813f8689d42?version=1.1>
36. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

#### **Akademičké práce ke komparaci výsledků výzkumu**

37. FLÍDROVÁ, Sabina. *Rizikové faktory v těhotenství*. Brno, 2017. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ, PEDAGOGICKÁ FAKULTA, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková, Ph.D.
38. GRUBEROVÁ, Jana. *Životospráva a životní styl těhotné ženy*. Brno, 2007. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ LÉKAŘSKÁ FAKULTA, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková.

39. POLČÍKOVÁ, Markéta. *Výživa v těhotenství a její vliv na hmotnost novorozence*. Jihlava, 2014. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Lenka Görnerová.
40. ŠEDO VÁ, Tereza. *Návykové látky v těhotenství*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Barbora Faltová.



**SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ**

**IGF** - Růstový hormon (podobný inzulínu)

**IUGR** - Intrauterinní růstová restrikce/retardace (Intrauterine growth restriction)

**FGR** – Růstová restrikce plodu (Fetal growth restriction)

**SGA** - Novorozenec s porodní hmotností nebo délkou  $\leq 2$  standardní odchylky pro daný gestační věk (Small for gestational age)

**UZV** – Ultrazvukové vyšetření

**BPD** - Biparietální průměr hlavičky (Biparietal diameter)

**AC** - Abdominální obvod břicha (Abdominal circumference)

**HC** - Cirkumference hlavičky neboli obvod (Head circumference)

**FL** - Délka stehenní kosti (Femur length)

**EFW** - Odhad porodní hmotnosti (Estimated fetal weight)

**VVV** – Vrozená vývojová vada

**OZT** – Oxytocinový zátěžový test

**BMI** - Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)

**oGTT** – Orální glukózo toleranční test

**RDS** – Syndrom dechové tísně (Respiratory Distress Syndrome)

**FAS** – Fetální alkoholový syndrom

**ARND** - Alcohol - Related - Neurodevelopmental - Disorders

**CNS** – Centrální nervová soustava (Central Nervous System)

**NAS** – Novorozenecký abstinenční syndrom

**AR** – Asistovaná reprodukce

**<** - Větší

**>** - Menší

**$\geq$**  - Menší nebo rovno

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1: Klasifikace novorozence podle gestačního věku .....</i>	14
<i>Tabulka 2: Podle porodní hmotnosti novorozence .....</i>	14
<i>Tabulka 3: Klasifikace novorozence dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku ...</i>	14
<i>Tabulka 4: Kategorie BMI dle Světové zdravotnické organizace .....</i>	26
<i>Tabulka 5: Dělení předčasného porodu podle délky těhotenství .....</i>	31
<i>Tabulka 6 : Dodržování zdravé životosprávy (otázka č. 1) .....</i>	39
<i>Tabulka 7: Získávání informací o zdravém životním stylu (otázka č. 2) .....</i>	39
<i>Tabulka 8: Pojem zdravá životospráva (otázka č. 9) .....</i>	40
<i>Tabulka 9: Věk, váha, výška, BMI ve věkové skupině žen do 25 let.....</i>	42
<i>Tabulka 10: Věk, váha, výška, BMI ve věkové skupině žen do 30 let.....</i>	42
<i>Tabulka 11: Věk, váha, výška, BMI ve věkové skupině žen do 35 let.....</i>	43
<i>Tabulka 12: Váha, výška, věk, BMI ve věkové skupině žen nad 35 let.....</i>	44
<i>Tabulka 13: Zdravá výživa, hmotností přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen do 25 let.....</i>	46
<i>Tabulka 14: Zdravá výživa, hmotností přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen do 30 let.....</i>	46
<i>Tabulka 15: Zdravá výživa, hmotností přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen do 35 let.....</i>	47
<i>Tabulka 16: Zdravá výživa, hmotností přírůstek, dieta v těhotenství, hmotnost dítěte, termín porodu ve věkové skupině žen nad 35 let.....</i>	48
<i>Tabulka 17: Důležitost dodržování správné životosprávy (otázka č. 10).....</i>	51
<i>Tabulka 18: Získávání informací ohledně užívání návykových látek (otázka č. 12).....</i>	51
<i>Tabulka 19: Rizika užívání návykových látek v těhotenství (otázka č. 11).....</i>	53
<i>Tabulka 20: Ovlivnění zdraví dítěte vlivem kouření v těhotenství (otázka č. 14).....</i>	53
<i>Tabulka 21: Ovlivnění zdraví dítěte vlivem pití alkoholu v těhotenství (otázka č. 16) .....</i>	54
<i>Tabulka 22: Ovlivnění zdraví dítěte vlivem užívání drog v těhotenství (otázka č. 18) .....</i>	54
<i>Tabulka 23: Kouření v těhotenství (otázka č. 13) .....</i>	57
<i>Tabulka 24: Pití alkoholu v těhotenství (otázka č.15).....</i>	57
<i>Tabulka 25: Užívání drog v průběhu těhotenství (otázka č. 17).....</i>	57
<i>Tabulka 26 Nejvyšší dosažené vzdělání.....</i>	59
<i>Tabulka 27: Parita ženy .....</i>	59
<i>Tabulka 28: Rodinný stav ženy .....</i>	60
<i>Tabulka 29: Zaměstnání žen do 25 let.....</i>	60
<i>Tabulka 30: Zaměstnání žen do 30 let.....</i>	60
<i>Tabulka 31: Zaměstnání žen do 30 let.....</i>	61

*Tabulka 32: Zaměstnání žen nad 35 let..... 61*

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha I:** Dotazník

**Příloha II:** Edukační materiál

**Příloha III:** Žádost o umožnění výzkumného šetření

**PŘÍLOHA I****Dotazník**

**Milé maminky,**

jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás touto cestou požádala o zcela anonymní vyplnění mého dotazníkového šetření, týkajícího se výzkumu mé bakalářské práce: „**Zdravé mateřství**“. Veškeré získané informace budou použity pouze pro účely mého dotazníkového šetření, proto Vás prosím o pravdivé odpovědi. Předem Vám děkuji za Váš čas, který jste věnovala k vyplnění mého dotazníku.

Blažková Barbora

1. Dbala jste v těhotenství na zdravou výživu, dostatečný příjem masa, živočišných a rostlinných tuků, bílkovin, vitamínů (kyselina listová, A, D, E, K), doplňků stravy (vápník, železo, ..) a jiné?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
  - d) Neměla jsem tuhle informaci o stravování, nebyla jsem informována
  
2. Odkud nebo od koho jste získávala informace o zdravém stravování v těhotenství?
  - a) Od gynekologa
  - b) Z internetu
  - c) Od kamarádek
  - d) Nikde
  - e) Jiné: \_\_\_\_\_
  
3. Jaká je odhadem Vaše tělesná výška? \_\_\_\_\_ cm
  
4. Jaká byla Vaše tělesná hmotnost před otěhotněním? \_\_\_\_\_ kg
  
5. Víte, jaký byl, odhadem, Váš celkový přírůstek hmotnosti v těhotenství? \_\_\_\_\_ kg
  
6. Byla Vám naordinována nebo dodržovala jste sama během těhotenství nějakou dietu, případně jakou? : \_\_\_\_\_
  
7. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte? \_\_\_\_\_ g (pokud jste vícerodička, můžete napsat porodní hmotnost všech novorozenců)
  
8. Rodila jste?
  - a) Předčasně (porod před 37. týdnem těhotenství)
  - b) Termínově
  - c) Po termínu (po 40. týdnu těhotenství)

9. Co si představujete pod pojmem zdravá životospráva v těhotenství?

---

10. Myslíte si, že dodržování správné životosprávy v těhotenství, je pro Vás a Vaše miminko důležité?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte užívání návykových látek v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) Nijak
- b) Nevím
- c) Riziko nízké porodní hmotnosti
- d) Riziko vrozených vývojových vad
- e) Poruchy mentálního vývoje
- f) Předčasný porod
- g) Spontánní potrat

12. Odkud nebo od koho jste získala informace o možných rizicích v souvislosti s užíváním návykových látek v těhotenství?

- a) Od gynekologa
- b) Od své porodní asistentky
- c) Z internetu
- d) Z knížky, časopisu
- e) Nikde

13. Jste kuřák/kouřila jste i v průběhu Vašeho těhotenství?

- a) Jsem nekuřák
- b) Jsem kuřák, ale v těhotenství jsem nekouřila
- c) Kouřila jsem pouze na začátku těhotenství

14. Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte kouření v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) Nijak
- b) Špatný tělesný vývoj plodu
- c) Zrychlená srdeční frekvence
- d) Spontánní potrat
- e) Předčasný porod
- f) Nízká porodní hmotnost plodu
- g) Dýchací obtíže a respirační infekce
- h) Nevím

**15. Pijete, pila jste alkohol i v průběhu Vašeho těhotenství?**

- a) Jsem abstinent
- b) Příležitostně ano, ale v těhotenství jsem nepila
- c) Pravidelně ano, i v průběhu těhotenství

**16. Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte pití alkoholu v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)**

- a) Nijak
- b) Fetální alkoholový syndrom
- c) Mentální retardace
- d) Porucha růstu plodu
- e) Nízká porodní hmotnost plodu
- f) Poruchy řeči, paměti, pozornosti
- g) Nevím

**17. Užíváte, užívala jste drogy i v průběhu Vašeho těhotenství?**

- a) Nikdy
- b) Pouze na začátku těhotenství
- c) Příležitostně ano, ale v těhotenství ne
- d) Pravidelně ano, i v průběhu těhotenství

**18. Jak si myslíte, že může ovlivnit zdraví Vašeho dítěte užívání drog v těhotenství? (možno zakroužkovat více odpovědí)**

- a) Nijak
- b) Riziko poruchy mentálního vývoje
- c) Novorozenecký abstinenci syndrom (NAS)
- d) Riziko odúmrť plodu v děloze
- e) Předčasný porod
- f) Nízká porodní hmotnost
- g) Syndrom náhlého úmrtí
- h) Nevím

**19. Kolik je Vám let? \_\_\_\_\_**

**20. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Vysokoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Střední s maturitou
- d) Střední s výučním listem
- e) Základní

**21. Kolikrát jste rodila?**

- a) Jednou
- b) Dvakrát
- c) Třikrát
- d) Jiné \_\_\_\_\_

**22. Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Jiné \_\_\_\_\_

**23. Jaké je Vaše zaměstnání? \_\_\_\_\_**



## Zdravá životospráva

- ✓ Stravování v těhotenství  
Příjem energií za den by měl být 2400 kcal. Pro správný růst plodu je důležitý příjem bílkovin, vápníku, hořčíku, železa, jódu, vitamínu (kyselina listová, A, B, D, E, K, C), ovoce i zeleniny.

- ✓ Duševní hygiena

Důležité v těhotenství pro matku i dítě je prevence a zvládnání stresu. Nejčastější stres je vyvolán např. strachem z porodu. Je dobré si najít předporodní kurzy, kde erudované porodní asistanky připraví budoucí maminky na novou životní etapu.

Další technikou, mohou být relaxační masáže, které slouží k povzbuzení a mají kladný vliv na psychický stav ženy.

- ✓ Pohybová aktivita a odpočinek

Sportování v těhotenství je velmi specifické. Vždy záleží na zdravotním stavu matky a její celkové fyzické zdatnosti.

Doporučené aktivity jsou plavání, chůze, gravidjóga a další méně náročné.

Nedoporučuje se například jízda na koni, silové sporty, potápění, adrenalinové sporty, míčové hry.

Důležitý je také spánek a odpočinek (především trávit čas na čerstvém vzduchu).

## Průvodce zdravým mateřstvím

### Zdravá životospráva

- ✓ Stravování v těhotenství
- ✓ Duševní hygiena
- ✓ Pohybová aktivita a odpočinek

### Rizikové chování

- × Alkohol
- × Kouření
- × Drogy



Zdroj: vlastní fotografie

*„V těhotenství existují dvě těla, jedna uvnitř druhé. Dva lidé žijí pod jednou kůží. Když je tolik života věnováno zachování naší celistvosti jako odlišných bytostí, je tento tělesný tandem záhadným faktem.“*

*Joan Raphael-Leff*



Zdroj: vlastní fotografie



Zdroj: vlastní fotografie

Zdroj: vlastní fotografie



Zdroj: vlastní fotografie

## Rizikové chování

### × Kouření

Přestat kouřit nebo zdržovat se v zakouřených prostorách je žádoucí v době, kdy žena zjistí, že je těhotná. Kouření snižuje přívod kyslíku k plodu, tím pádem zvyšuje riziko samovolného potratu, zpomalení růstu až syndrom náhlého úmrtí novorozence.

### × Alkohol

Nikdy nelze určit jeho bezpečné množství. Alkohol nejvíce škodí v prvních týdnech těhotenství. Jeho pravidelná konzumace představuje rizika samovolného potratu, předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti, riziko náhlého úmrtí novorozence až projevy fetálního alkoholového syndromu.

### × Drogy

Užívání drog je v rámci těhotenství vysoce riskantní. Ženy často nemenstruují a ke synekologovi dochází až v pozdější době pokročilého těhotenství (cítí pohyby). Aplikace drog zvyšuje riziko onemocnění matky (žloutenka typu C, HIV způsobující AIDS). Poté hrozí riziko předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti, novorozeneckého abstinčního syndromu a výskytu vrozených vývojových vad.

### Monografické zdroje:

- BEDÁKOVÁ, Jiřka. 2006. *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha: Grada Publishing. [ISBN 80-247-1214-8](#)
- GREGORA, Martin a Miroslav VĚLEMLŮNSKÝ. 2017. *Těhotenství a porození 2. aktualiz. vyd.* Praha: Grada Publishing. [ISBN 978-80-247-5679-3](#).
- HÁJEK, Zdeněk. *Evžen ČECH a Karol MARŠÁL*. 2014. *Porodnictví 3. přípravac. a dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing. [ISBN 978-80-247-4629-9](#)
- SVAGINA, Štěpán, Alena BRETŠNAJDOVÁ a Ivana HOLCÁTOVÁ. 2008. *Klinická diabetologie*. Praha: Grada Publishing. [ISBN 978-80-247-2256-6](#).

## Milé maminky, pamatujte, že:

- Působení škodlivých látek neovlivňuje dítě pouze v perinatálním a prenatálním období, ale i v období jeho dospívání až dospělosti.
- Častými problémy jsou například: poruchy učení, soustředění se, poruchy chování, mentální retardace ale i diabetes, obezita nebo infarkt v mladém věku.
- Tato brožura vznikla v rámci bakalářské práce na téma ZDRAVÉ MATEŘSTVÍ
- Autorka bakalářské práce a této brožury: Blažková Barbora, studentka 3. ročníku oboru Porodní asistence
- Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kateřina Žárská

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, 2021



Zdroj: vlastní fotografie



Zdroj: vlastní fotografie

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Barbora Blažková		
Téma bakalářské práce	Zdraví mateřství		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Kateřina Zlámalá		
	podpis		
Metoda výzkumu	Kvantitativní (Formou dotazníků)		
Skupina respondentů	Matky po porodu		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
<b>ICP</b> <b>77</b> Kroměřížská nemocnice a.s. Havlíčkova 660/69, 767 01 Kroměříž gynekologicko-porodnické oddělení	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
<b>001</b> odbornost 6H3	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	
<b>022</b> tel.: 573 322 111	<input type="radio"/> Souhlasím	<input type="radio"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

10 -03- 2021

Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

ředitelka Ústavu zdravotnických věd

**ICP**  
**77**  
Kroměřížská nemocnice a.s.  
Havlíčkova 660/69, 767 01 Kroměříž  
gynekologicko-porodnické oddělení  
odbornost 6H3  
tel.: 573 322 111

razítko a podpis zástupce zařízení

P. a. Dr. Čechalová Klára

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Barbora Blažková	
Téma bakalářské práce	Zdraví mateřství	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Kateřina Žárná	
	..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvantitativní (formou dotazníků)	
Skupina respondentů	Matky po porodu	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	
Oddělení šestinedělí 5NP	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím
Oddělení šestinedělí 4NP	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím
	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím

Mgr. Blanka Svobádová  
 vedoucí oddělení  
 gynekologicko-perinatální Gyn.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

Ve Zlíně dne ..... 10 -03- 2021

ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Mg  
Zlín  
gynekologicko-perinatické odd. Gyn  
.....  
razítko a podpis zástupce :