

# **Vliv vysokoškolského studia na primigravidu**

Michaela Adamcová

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Ústav porodní asistence**

**akademický rok: 2012/2013**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

**Jméno a příjmení: Michaela ADAMCOVÁ**  
**Osobní číslo: H10527**  
**Studijní program: B5349 Porodní asistence**  
**Studijní obor: Porodní asistentka**  
**Forma studia: prezenční**

**Téma práce: Vliv vysokoškolského studia na primigravidu**

**Zásady pro vypracování:**

**Popis výchozího problému.**  
**Výběr literatury vztahující se k danému problému.**  
**Naplánování výzkumného šetření.**  
**Výběr výzkumné metody.**  
**Výběr respondentů.**  
**Pilotní studie.**  
**Realizace výzkumného šetření.**  
**Zpracování získaných dat.**  
**Diskuze a komentování výsledků.**  
**Vypracování edukačního materiálu pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**CITTERBART, Karel, 2001. Gynekologie. Vyd. 1. Praha: Galén, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.**

**ČECH, Evžen et al., 2006. Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.**

**ŠILHOVÁ, Lucie a Jana STEJSKALOVÁ, 2006. Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 102 s. ISBN 80-251-0987-9.**

**ŽIŽKA, Jan, 1994. Diagnostika syndromů a malformací. Vyd. 1. Praha: Galén, 414 s. ISBN 80-858-2404-3.**

**5. HÁJEK, Zdeněk et al., 2004. Rizikové a patologické těhotenství. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 444 s. ISBN 80-247-0418-8.**

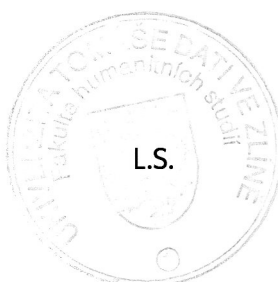
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Dagmar Moravčíková**  
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 15. února 2013

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



  
Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.  
ředitelka ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.7. 2013 .....

.....  
Cedon corn

*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 nahlížení 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 vzdělávacímu 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 výdělku jím 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou těhotenství u prvorodiček ve vyšším věku. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje informace o fyziologických změnách během těhotenství, prenatální diagnostice a prenatálním screeningu. Dále se zabývá problematikou vrozených vývojových vad plodu a jejich četností u těhotných žen nad 35 let. Práce se také zabývá otázkou rodičovství/ odkladem rodičovství a dobrovolnou bezdětností. Cílem praktické části je zjistit postoj studentek vysokých škol k plánování rodičovství. Výsledky průzkumu jsou zpracovány v tabulkách a grafech.

Klíčová slova: prvorodička, těhotenství, prenatální diagnostika, rodičovství, dobrovolná bezdětnost

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the issue of pregnancy on primigravid women in higher age. The thesis is divided into two sections: a theoretical and a practical part. The information contained in the theoretic section describes physiological changes during pregnancy, prenatal diagnostic and prenatal screening. Moreover, the thesis describes the problem of birth defects and their frequency at pregnant women over 35 years. The thesis deals with question of parenthood/delayed parenthood and voluntary childlessness. The aim of practical part is to research the attitudes of undergraduate to the parenthood and its planning. Results of research were processed in table and chart.

Keywords: Primigravid women, pregnancy, prenatal diagnostic, parenthood, voluntary childlessness.

Ráda bych poděkovala především Mgr. Dagmar Moravčíkové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při vedení této bakalářské práce. Velké díky patří rovněž všem studentkám, které se podílely na dotazníkovém šetření.

Dále bych také ráda poděkovala rodině a příteli za podporu, kterou mi poskytli v průběhu celého studia.

*„Udělat věc, které se bojíme, je první krok s úspěchu.“*

*-Mahátma Gándhí-*

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

Ve Zlíně dne.....

.....

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 TĚHOTENSTVÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 DIAGNOSTIKA TĚHOTENSTVÍ.....	13
1.1.1 <i>Nejisté známky těhotenství</i> .....	13
1.1.2 <i>Pravděpodobné známky těhotenství</i> .....	13
1.1.3 <i>Jisté známky těhotenství</i> .....	13
1.2 DALŠÍ METODY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY.....	14
1.2.1 <i>Neinvazivní metody prenatální diagnostiky</i> .....	14
1.2.2 <i>Invazivní metody prenatální diagnostiky</i> .....	15
<b>2 FERTILITA</b> .....	<b>17</b>
2.1 FYZIOLOGIE REPRODUKCE.....	17
2.1.1 <i>Menstruační cyklus</i> .....	17
2.1.2 <i>Fertilizace</i> .....	17
2.2 FERTILITA V ZÁVISLOSTI NA VĚKU ŽENY.....	18
2.2.1 <i>Spontánní potrat v závislosti na věku ženy</i> .....	18
2.3 PORODNOST.....	19
2.4 FERTILITA & KARIÉRA.....	19
2.4.1 <i>Diverzita přístupu k rodičovství a bezdětnosti</i> .....	20
2.4.2 <i>Volba bezdětnosti</i> .....	21
<b>3 VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY</b> .....	<b>22</b>
3.1 SCREENING VVV.....	22
3.2 RIZIKO VÝSKYTU VÝVOJOVÝCH VAD V SOUVISLOSTI S VĚKEM MATKY.....	24
3.2.1 <i>Downův syndrom</i> .....	24
3.2.2 <i>Edwardsův syndrom</i> .....	26
3.2.3 <i>Patauův syndrom</i> .....	27
3.3 REGISTRACE VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD.....	28
<b>4 POJEM RODINA</b> .....	<b>29</b>



4.1	RODINA JAKO STABILIZAČNÍ PRVEK SPOLEČNOSTI.....	29
4.2	RODINA V DRUHÉ POLOVINĚ 20. STOLETÍ.....	29
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>32</b>
5.1	CÍLE PRÁCE.....	32
5.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU .....	32
5.2.1	<i>Charakteristika souboru .....</i>	<i>32</i>
<b>6</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>60</b>
7.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY.....	60
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	62
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>74</b>

## ÚVOD

Při vyslovení pojmu „rodina“ se snad každému z nás vybaví matka, otec a děti. Od nepaměti, jak je lidstvo staré, tomu tak bylo. U každé dívky/ženy se předpokládalo, že se jednou stane matkou. Dnešní dostupnost vysokoškolského vzdělání, seberealizace v profesním životě, možnosti dosažení úspěchu v kariéře, to vše dává ženám nezávislost, nicméně to sebou přináší i odklad mateřství, rodičovství a pokles porodnosti. Ženy mohou vnímat rodičovství jen jako jednu z možností, ne povinnost. Dále stoupá význam a využitelnost antikoncepce, která dává ženám do rukou volbu si těhotenství „naplánovat“ na dobu, která bude podle nich ta nejlepší. Podle mnohých průzkumů má však každá žena zakódovanou potřebu mít děti. Převážná většina studentek, jak ukázal i výzkum, má v úmyslu rodinu založit. Nicméně je otázkou, v kolika letech se tyto plány naplní. A zda, vlivem rozsáhlých možností uplatnit se, k jejich uskutečnění vůbec dojde. Postupem času, kdy si žena plní své priority před založením rodiny, stárne. A když si jednou řekne „ano, chci děti“, může být vystavena, vlivem vyššího věku, určitým zdravotním komplikacím. Komplikacím, které mohou být spojeny jak se samotnou snahou otěhotnět, tak s průběhem jejího těhotenství.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenstvím neboli graviditou označujeme stav ženy, kdy v jejím těle dojde k oplození oocytu (vajíčka) spermií, čímž započne vývoj a růst nového jedince. Jako *primigravidu* nazýváme ženu, která je těhotná poprvé. Nevyjímáme ženy, jejichž těhotenství skončilo interrupcí, samovolným potratem či mimoděložním těhotenstvím. V dalších těhotenstvích označujeme jako *secundi-*, *terci-*, *quarti-*, *quinti-*, atd. – *gravidu*. Jedním pojmem také jako *plurigravidu*. Pro ženy, které byly těhotné šestkrát a více, používáme pojem *multigravida*. Prvorodičky označujeme termínem *primipara*, dalších porodů poté *secundi-*, *terci-*, *quarti-*, *quinti-*, atd. – *para*. Můžeme rovněž použít název *pluripara*, pro ženy rodící šestkrát a více – *multipara* (Čech et al., 2006).

Během těhotenství se musí mateřský organismus podřídít a vyrovnat se situací kdy plod, jakožto další biologická jednotka, zasahuje do všech jeho funkcí. Jedná se o růst tkání a retenci tekutin ve tkáních, způsobenou hormonálními změnami. Dále o relaxaci hladkého svalstva, které je pod vlivem progesteronu a nakonec o celkové funkční přizpůsobení organismu, týkající se například krevního oběhu, dýchacího systému, gastrointestinálního systému, endokrinního systému aj. (Čech et al., 2006, s. 45).

Kromě somatických změn se u žen objevují také přeměny psychického rázu. Těhotenství je obdobím výrazných změn, kdy se žena nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát. Proto těhotenství představuje jednu z vývojových krizí života ženy. Přivykáním nové životní roli, kdy některé modely chování musí reorganizovat, od některých zcela upustit a doplnit jinými typy, vede mnohdy k pocitům úzkosti, zmatku a nostalgii (Roztočil a kol, 2008, s. 103).

## 1.1 Diagnostika těhotenství

Těhotenství vyvolává v organismu ženy řadu adaptačních pochodů a funkčních změn. Díky současné medicíně, která nám umožňuje řadu biochemických a ultrasonografických metod, lze diagnostikovat těhotenství již v nejranějším počátku. Tím se stalo, že příznaky, které dříve informovaly a postupně vedly k diagnostice těhotenství, se nyní staly pouhými průvodními znaky. Přesto nadále dělíme tyto příznaky těhotenství na nejisté, pravděpodobné a jisté (Čech et al., 2006, s. 99).

### 1.1.1 Nejisté známky těhotenství

Nejisté známky těhotenství jsou velmi nespecifické adaptační příznaky, které se sice v graviditě velmi často objevují, nicméně se mohou vyskytovat i mimo její rámec. K těmto známkám řadíme trávicí obtíže, projevující se zvraty chutí, ranní nevolností či vyšším sklonem ke zvracení, zejména v ranních hodinách. Dále se objevuje vyšší sklon k průjmům či obstipacím a zvýšená slinivost (ptyalismus). Mezi další nejisté známky přiřazujeme zvětšenou psychickou labilitu, neurovegetativní poruchy, neuralgie, únavu, sklony k závratím / mdlobám, zvětšující se prsa, kontinuálně zvýšenou bazální vaginální teplotu či v některých případech i teplotu měřenou v axile. Zejména u vícerodiček se mohou objevit varixy na dolních končetinách. V neposlední řadě mnoho žen může zaznamenat také zvýšenou sexuální apetenci (Čech et al., 2006, s. 99).

### 1.1.2 Pravděpodobné známky těhotenství

K těmto známkám, které mohou značit těhotenství, se vztahují morfologické a funkční změny na rodidlech ženy. Spadají mezi ně amenorrhoea, lividní zbarvení poševní sliznice a vulvy, zvětšení a prosáknutí čípku dělohy, zvětšení prsů a jejich zvýšená pigmentace (Roztočil a kol., 2001, s. 95).

### 1.1.3 Jisté známky těhotenství

V současné době porodnictví umožňuje velmi rychlý a přesný průkaz těhotenství. Jsou využívány hlavně laboratorní a ultrasonografické metody. K průkazu gravidity slouží biochemicky prokázaná přítomnost lidského choriového gonadotropinu (hCG), což je

specifický těhotenský hormon. Druhou metodou diagnostiky je ultrasonografický průkaz fetálního pólu v 5. týdnu gravidity (Čech et al., 2006, s. 103 - 104).

Dále se na jistém průkazu těhotenství podílí palpace malých částí plodu a pohyby plodu (Binder a kol., 2011, s. 41).

## **1.2 Další metody prenatální diagnostiky**

### **1.2.1 Neinvazivní metody prenatální diagnostiky**

#### **1.2.1.1 Ultrasonografie (UZ)**

Jedná se o spolehlivý, přesný, bezpečný a v poslední řadě i ekonomicky přijatelný typ zobrazování, který lze uplatnit jak v období těhotenství, tak za porodu. Díky UZ vyšetření lze v průběhu prvního trimestru například určit a potvrdit těhotenství včetně jeho stáří, určit počet plodů, diagnostikovat závažné vývojové vady, hodnotit základní genetické markery či vyloučit případné extrauterinní nebo heterotopické gravidity. V průběhu druhého trimestru je možné podrobně diagnostikovat vrozené vývojové vady (VVV), zhodnotit množství plodové vody či popsat lokalizaci placenty a zobrazit její případné abnormality. Během posledního trimestru s pomocí UZ lze měřit a kontrolovat například růst plodu a jeho pohybovou aktivitu, hodnotit plodovou vodu, charakter a lokalizaci placenty či zjistit pozdě vzniklé abnormality (Binder a kol., 2011, s. 45 – 47).

Ultrazvukové vlnění charakterizují dva základní znaky: šíří a přenášení energie. (Smith, 2006, s. 2)

#### **1.2.1.2 Kardiokografie (CTG)**

Jedná se o metodu sledující srdeční frekvenci plodu a její změny, které se objevují v přímé závislosti na jeho aktuálním intrauterinním stavu. Rovněž je zaznamenávána frekvence děložních kontrakcí a pohybová aktivita plodu. Při popisování záznamu, který lze hodnotit nejméně po 20 minutách točení, se posuzuje tzv. bazální frekvence, reaktivita křivky, variabilita, akcelerace a decelerace. Dle WHO se CTG záznamy klasifikují jako fyziologické, suspektní a patologické (Binder a kol., 2011, s. 51 – 54).

### 1.2.1.3 Amnioskopie

Jedná se o endoskopickou metodu, díky níž můžeme posuzovat kvalitu plodové vody. Podmínkou pro provedení je zachovalý vak blan a prostupné děložní hrdlo (Binder a kol., 2011, s. 54).

## 1.2.2 Invazivní metody prenatalní diagnostiky

V této podkapitole jsou stručně definované tři speciální prenatalní invazivní diagnostické metody.

Tyto metody se využívají při závažném podezření na chromozomální aberace. Jedná se o případy, kdy se prokáže pozitivní screening v I. či II. trimestru, jestliže se věk matky pohybuje nad 35 let či nejčastěji na doporučení samotného genetika (Binder a kol., 2011, s. 56).

### 1.2.2.1 Amniocentéza (AMC)

Jedná se o odběr plodové vody pomocí punkce amniální dutiny přes břišní stěnu za kontinuální kontroly UZ. Odebírá se 15 – 20 ml plodové vody. Poté se získané buňky (fetální fibroblasty) kultivují a stanovuje se karyotyp plodu. AMC se provádí pouze po ukončení 15. týdne těhotenství (Binder a kol., 2011, s. 56).

Podle Šilhové a Stejskalové je důvodem k tomuto vyšetření, krom věku matky, pozitivních screeningových testů či genetického zatížení v rodině, také věk otce nad 50 let a vrozené poruchy metabolismu matky (Šilhová, Stejskalová, 2006, s. 62).

### 1.2.2.2 Biopsie choria (CVS – Chorionic villus sampling)

Tato metoda umožňuje odběr choriových klků, opět pod kontinuální kontrolou ultrazvuku. Výkon se provádí přes dutinu břišní nebo transcervikálně. Hlavní výhodou jsou rychleji získané výsledky spolu s faktem, že výkon lze uskutečnit již v průběhu I. trimestru. Nevýhodou je cca 1% skutečnost obtížně interpretujícího výsledku, kdy se může jednat o tzv. omezený placentární mozaicismus. V tom případě je nutné výsledek ověřit pomocí AMC (Binder a kol., 2011, s. 57).

### 1.2.2.3 Kordocentéza

Jedná se o přímý odběr pupečnickové krve za kontinuální ultrazvukové kontroly. Výkon podává přesnější informace o plodu. Lze realizovat po ukončeném 18. gestačním týdnu (Binder a kol., 2011, s. 56).

Důvodem vyšetření je, krom genetické indikace a věku matky, rovněž hematologické vyšetření plodu či stanovení infekčních prvků (Šilhová, Stejskalová, 2006, s. 63).



## 2 FERTILITA

V této kapitole se zaměřujeme na fertilitu žen, které vlivem dnešních neomezených možností seberealizace, odkládají těhotenství na pozdější dobu života. Dále je zde stručně uvedena samotná podstata reprodukčního cyklu.

Dle Kalibové je plodnost neboli fertilita demografy označovaná za výsledný efekt plodivosti, který je vyjádřený počtem narozených dětí. Je to schopnost muže a ženy plodit děti (Kalibová et al., 2009).

### 2.1 Fyziologie reprodukce

#### 2.1.1 Menstruační cyklus

Charakteristickým znakem menstruačního cyklu je pravidelná ovulace během fertilního věku ženy. Cyklus je rozdělen do dvou fází: folikulární a luteální. Menstruační cyklus reguluje komplexní soubor hormonů: gonadotropin releasing hormon (GnRH), folikostimulační hormon (FSH), luteinizační hormon (LH), estrogeny a progesteron. GnRH uvolňuje hypothalamus, gonadotropiny FSH a LH jsou uvolňovány s adenohipofýzy a estrogeny s progesteronem jsou produkovány na úrovni ovaria (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 20).

FSH je nezbytným hormonem pro růst folikulů až do antrálního stádia. Jeho hladina je nejdůležitější a nejvyšší během prvního týdne folikulární fáze. LH je potřebným hormonem pro růst předovulačních folikulů, pro ovulaci dominantního folikulu a následnou luteinizaci. LH spolu s FSH stimulují uvolnění estrogenů a progestinu. Základní podmínkou pro vývoj antra a dozrání Graafova folikulu jsou estrogeny. Jejich hladina je nejvyšší na konci folikulární fáze a jejich samotný vrchol předchází ovulaci. Hlavní funkcí progesteronu je příprava na těhotenství a jeho udržení. Během luteální fáze vyvolává prosáknutí a zvýšenou sekreci endometria (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 20 – 22).

#### 2.1.2 Fertilizace

*„Za fyziologických podmínek se při ovulaci uvolní zralý oocyt, který je zachycen vejcovodem. Ve vejcovodu dochází k fertilizaci oocytu spermií. Vzniká zygota, která se dále dělí, za tři dny po oplodnění dosahuje stadia moruly a pátý den stadia blastocysty. Současně je*

*embryo transportováno do děložní dutiny, kde se implantuje do sekrečně transformovaného endometria přibližně do 6. dne po oplodnění.*“ (Citterbart, 2001, s. 149)

## **2.2 Fertilita v závislosti na věku ženy**

Nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje ženskou fertilitu, je věk. Biologickou skutečností je, že od 35 let výrazně klesá ženský fertilitní potenciál (Citterbart, 2001, s. 149).

Pokles fertility žen je způsoben především „stárnutím vaječníku“ ve smyslu snížené kvality a počtu produkovaných oocytů, což společně se změnou hormonálního prostředí vede ke snižování počtu ovulačních cyklů až k anovulaci. Podle Dr. Sartoriuse a prof. Nieschlada, pomalý, stabilní pokles lze pozorovat již ve věku 20 – 37 let. V následujících letech se tento děj jen zrychluje, takže spontánní otěhotnění je po 45. roce ženy vzácné (Sartorius, Nieschlad, 2010, s. 70).

Podle Dunsona mají ženy ve věku 19 – 26 let (s partnery stejného věku) 50% šanci na otěhotnění v kterémkoli cyklu, jestliže k oplodňující souloži došlo v období 2 dnů před ovulačním termínem. U žen, které se pohybují ve věkové skupině mezi 27 – 34 lety, šance na oplodnění klesá na 40 %, u žen v rozmezí 35 – 39 let pak na 30 %. Výsledky byly vyhodnoceny na základě údajů o každodenní bazální teplotě, registrace pohlavního styku a menstruačního krvácení, které Dunson získal celkem od 782 evropských párů. U mužů, dle Dunsona, klesá plodnost od konce třicátých let věku (Uzel, 2006).

### **2.2.1 Spontánní potrat v závislosti na věku ženy**

Dle Kudely, můžeme samovolný potrat rozdělit na časný a pozdní. Za časný považujeme potrat do 12. týdne gravidity. Jeho frekvence výskytu je mnohem častější a připadá na něj asi 85 % všech spontánních abortů. Těhotenství ukončené v II. trimestru, považujeme za potrat pozdní. Mezi spontánní potraty řadíme rovněž tzv. zmlklé těhotenství (missed abortion). Jedná se o stav, kdy je plodové vejce již odumřelé, nikoli však vypuzené z dělohy (Kudela, 2011, s. 141).

Dle Gaillyové se všeobecné riziko spontánního potratu u všech poznaných gravidit pohybuje mezi 10 - 11 %. Riziko je poté rozdílné v závislosti na věku ženy – nejmenší uváděné riziko, tj. 8,7 %, se vyskytuje u žen kolem 22. roku života a stoupá až k 84 % u 48letých žen. Cca kolem 42. roku polovina všech gravidit končí spontánním potratem, extrauterinní

graviditou či intrauterinním úmrtím plodu. Dále Gaillyová uvádí, že vyšší riziko spontánního potratu u starších žen souvisí se sníženou hormonální a děložní funkcí nebo pak se zvýšeným procentem chromozomálních aberací embryí (Gaillyová, 2006, s. 13).

### 2.3 Porodnost

Podle údajů z roku 2010, vyhodnocených Českým statistickým úřadem (ČSÚ), se úbytek prvorozených dětí koncentroval – 1,7 tisíce oproti roku 2008. Naopak dětí narozených jako druhé a třetí v řadě přibývalo. Tomu, dle ČSÚ, odpovídají i věkově specifické plodnosti, které byly u žen do 29 let nižší a u žen nad 30 let mírně vzrostly. Průměrný počet dětí na jednu ženu stagnoval na úrovni 1,49. Průměrný věk prvorodiček vzrostl na 27,6 roku. Třetina všech dětí se narodila ženám ve věku 29 – 32 let (ČSÚ, 2010).

Pozdní mateřství se, dle deníku Can Fam Physician, dotýká všech průmyslově vyspělých zemí. Například v Kanadě, v roce 2005, měla žena v průměru 29,4 let při narození prvního dítěte. Ve Spojených státech 25,2 let, 28,7 roků ve Francii a 29,1 let ve Velké Británii. V roce 1987 měly pouze 4 % žen své první dítě v 35 letech, v roce 2005 už to bylo 11 %. V tu dobu se také zvýšil podíl třicetiletých žen prvorodiček z 15 % na 26 %. Tento trend má mnoho důsledků, počínaje zvyšováním počtu operačních porodů (císařských řezů) nízké porodní váhy narozených dětí, předčasné porody a konče až infertilitou (Cam Fam Physician, 2012).

### 2.4 Fertilita & Kariéra

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

Dostupnost vysokého vzdělání, možnost kariéry a více seberealizace v profesním životě. To vše přináší ženám nezávislost, autonomii, což má za následek nižší porodnost. Stoupá význam antikoncepce a její využitelnost u dnešních mladých žen ve fertlním věku (Roztočil, 2008, s. 359).

Dle dvou německých gynekologů, Ch. Biermann a R. Rabena, si však většina žen přeje dítě stejně, jak tomu bývalo v dřívějších letech. Dokazuje to dle nich studie jedné habsburské univerzity, kdy až 80 % studentek udávalo, že si přeje mít děti. V průměru si přály více než 2 děti (ze statistického hlediska 2,2), každá čtvrtá dokonce více než 3 děti. Jedna věc je

ovšem přání, druhá realita. V Německu vychází na jednu ženu v průměru 1,35 dítěte a téměř jedna třetina žen je bezdětná. Co se týče žen, které dosáhly akademického vzdělání, bezdětných je jich zhruba 40 %. Kde se tedy stala chyba? Biermann s Rabenem uvádějí následující důvody, získané rozhovory s těmito ženami:

- „*Není vůbec snadné najít toho pravého (tj. muže).* „
- *Práce a děti – to k sobě prostě nejde.* “
- *Možná jednou. Zatím se však neodvažují.* “
- *Velmi dlouho trvalo, než jsem přišla do jiného stavu.*“ (Birmann, Raben, 2006, s. 26)

Podle Roztočila lze ženy, které mají problematický přístup k mateřství i samotné výchově a péči o dítě, rozdělit do tří skupin. Rozděluje je na základě osobních dispozic jako je temperament, citová stabilita, flexibilita či samotné základy postoje k životu. V první skupině se vyskytují ženy, které nejsou dostatečně identifikované se svým ženským. Tyto ženy jsou dle Roztočila výrazně zaměřeny na kariéru, s výraznými komponenty autority, racionálního myšlení a dominance. Myšlenky na mateřství v nich vyvolává často jen pocit frustrace, kdy nebudou mít možnost seberealizace. Druhou skupinu charakterizují ženy vyznačující se nezralostí, nesamostatností, často trpících závislostí na rodičích a později i na partnerovi. Mateřství zde vyvolává anxiózní pocity, obavy ze zodpovědnosti. Poslední skupinou jsou ženy s dominancí promiskuity a nestability trvale toužící po poznání. Často se vyskytuje nespokojenost s konzervativním stylem života i se stabilitou v jejich partnerském vztahu (Roztočil, 2008, s. 359 - 360).

#### **2.4.1 Diverzita přístupu k rodičovství a bezdětnosti**

Tato podkapitola uvádí výsledky z výzkumu „Naše společnost 2004/4“, které byly zpracovány Hanou Haškovou a publikovány v knize „Fenomén bezdětnosti“. Část výzkumu prezentuje odlišné přístupy české společnosti k rodičovství a bezdětnosti.

Dle Haškové byly pomocí faktorové analýzy, vyextrahovány tři faktory, podle kterých lidé přistupují k této problematice. Respondenti/ respondentky odpovídali, jak moc souhlasí s určitými výroky, které poté reprezentovaly tyto tři odlišné přístupy.

**První faktor** charakterizovaly výroky, podle nichž je rodičovství společenskou povinností a nutnost pro každého. S tímto pojetím se nejvíce ztotožňovali lidé starší, žijící v manželství, v menších obcích a s nižším socioekonomickým postavením. **Druhý faktor** zahrnoval výroky, které charakterizovaly rodičovství jako individuální volbu, která je srovnatelná s volbou života bez dětí. S tímto výrokem viditelně častěji souhlasili lidé svobodní. Jinak míra souhlasu s tímto pojetím nebyla závislá na obvyklých sociodemografických charakteristikách. Výroky, které charakterizovaly **třetí faktor**, označovaly rodičovství jako zodpovědnost. Rodičovství podle tohoto faktoru není pro každého a nesrovnává se ani s volbou, kdy se lidé rozhodnou pro život bez dětí. Jako jediné správné rodičovství je dle tohoto faktoru to, které funguje v manželství, které je po všech stránkách bezpečné a materiálně zajištěné. K tomuto pojetí se nejčastěji hlásili lidé svobodní, rozvedení, ovdovělí, lidé bez partnerského vztahu a muži (Hašková, 2009, s. 114).

#### 2.4.2 Volba bezdětnosti

Dle Haškové nejsou rodičovství a bezdětnost společností chápány jako rovnocenné a stejně hodnotné alternativy. Jestliže je bezdětnost brána jako něco „nenormálního“, pak je rodičovství považováno za normu. Z médií často zaznívá, že rodičovství by mělo být plánované a zvolené. Není žádané mít děti nechtěně. Na druhou stranu je rodičovství bráno jako „povinně volitelný předmět“ na cestě k dospělosti. Hašková uvádí, že rozhodnout se být rodičem, je zpravidla vázáno na existenci partnerství. Častým argumentem svobodných bezdětných žen/mužů, kteří rodičovství zpravidla odmítají, je, že svůj názor změni, až potkají toho pravého/pravou (Hašková, 2010).

Jedinci, jejichž volbou je bezdětný život, nejen odmítají, ale transformují představu, že k naplnění života dospělého člověka je potřeba rodičovství, bez něhož zůstává život nenaplněný a postrádající smysl. Dle nich se z „naplněného života“ rodičů stává jen „přeplněný život“, kdy rodičovství vytlačuje ostatní jeho nedílné součásti. Bezdětnost proto může být chápána jako příležitost a výzva. Velmi často bývají poté tyto činnosti spojeny s odkazy na péči o partnera, staré rodiče nebo o cizí děti v rámci profese aj. (Hašková, 2010).

### 3 VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY

Lékař Šípek definuje vrozené vývojové vady jako odchylky od normálního prenatalního vývoje lidského jedince, které mohou být vyvolány genetickými faktory, faktory vnějšího prostředí, tzv. teratogeny či působením jak genetických faktorů, tak teratogenů (Šípek, 2008 – 2012).

Za genetické příčiny vrozených vývojových vad považujeme chromozomální aberace, monogenně podmíněné vrozené vady a vrozené vady multifaktoriálně podmíněné. Mezi teratogeny řadíme teratogeny biologické, chemické či fyzikální povahy. Vliv teratogenů je komplexní, proto se musí brát v úvahu tyto specifika: faktor dávky, času, faktor genetické výbavy a druhu (Šípek, 2008 - 2012).

Šípek dále uvádí: „ *Incidence vrozených vad jako celku však reflektuje i biosociální změny v naší populaci – změna věkového zastoupení těhotných žen, zvyšující se podíl vícečetných gravidit, těhotenství po asistované reprodukci (IVF) a další.* “ (Šípek, 2010, s. 15)

K demonstraci této problematiky je použit graf z roku 2010, který znázorňuje početnost výskytu vrozených vad dle věku rodiček. Podle publikace „*Vrozené vady u narozených v roce 2010*“ vydanou „*Ústavem zdravotnických informací a statistik v ČR*“ (ÚZIS ČR), jsou vývojové vady nejvíce zaznamenávány u novorozenců, jejichž matky nedosáhly 19 let. Věk, který je na druhou stranu neoptimálnější pro založení rodiny, se pohybuje mezi 25 – 29 lety (příloha I.).

#### 3.1 Screening VVV

Screening vrozených vývojových vad (dále jen VVV) se provádí u skupin screening pozitivních žen. V I. trimestru se screening realizuje pomocí UZ měřením nuchální translucence (NT) a biochemických markerů v séru matky. Zaměřuje se hlavně na zjištění rizika chromozomálních aberací plodu, morfologických vad a porodnických komplikací. V II. trimestru je screening VVV zaměřen, pomocí biochemických markerů v séru matky, na zjištění rizik defektů kožního krytu plodu (např. defekty neurální trubice), chromozomálních aberací plodu a porodnických komplikací ve III. trimestru. K vrozeným vývojovým morfologickým vadám se nejčastěji řadí, s incidencí 0,3 – 3/1000, defekty neurální trubice (Hájek a kol., 2004, s. 53 – 54).

Ideálním obdobím pro provedení tzv. **prvotrimestrálního kombinovaného screeningu** je mezi 10. – 13+6. týdnem těhotenství. Nabízenou možností, jak získat výsledky testování již za několik hodin, je tzv. OSCAR (one stop clinic). Jedná se o analýzu vzorku krve těhotné ženy s ultrazvukovým vyšetřením plodu a integraci těchto výsledků do počítačového programu. Ten určí individuální riziko u každé vyšetřené pacientky. (FETMED, 2009)

Krev na biochemické markery se odebírá v období mezi 10. – 12. týdnem. Vyšetřují se látky zvané PAPP-A a free-beta hCG. Hladina těchto látek je abnormální u Downova syndromu. Ultrazvukové vyšetření se provádí v období mezi 12. – 14. týdnem v centru prenatalní diagnostiky. Jedná se o vyšetření specifických ultrazvukových detailů plodu jako je nuchální translucence (NT) neboli tzv. tloušťka šíjového projasnění a přítomnost nosní kůstky (NB, „nasal bone“). Kombinace právě těchto dvou metod umožňuje detekci Downova syndromu až z 85 %. Vyšetření NT spočívá ve změření nahromaděné tekutiny v zátylku plodu za pomoci ultrasonografie. Vrstva tekutiny se poté na ultrazvuku znázorní jako projasnění. Při vyšetření NB se nosní kůstka zobrazuje při zvětšeném profilu plodu. Její nepřítomnost může rovněž signalizovat genetické postižení Downovým syndromem. Dále se zjišťuje průkaz tzv. trikuspidální regurgitace (TR). Jedná se o zachycení zpětného krevního toku přes trojcípou srdeční chlopuň s pomocí ultrazvukového dopplerovského vyšetření. K měření tohoto markeru dochází převážně v případě, je-li výsledek testu ohodnocen jako negativní, ale riziko výskytu se pohybuje v rozmezí 1 : 101 – 1 : 1000 (PREDIKO, 2010).

Ve II. trimestru, neoptimálněji v období mezi 16. – 18. týdnem těhotenství, se provádí tzv. **triple test**. Jedná se o biochemické vyšetření tří látek – alfa fetoprotein (AFP), celkového choriogonadotropinu (hCG) a nekonjugovaného estriolu (uE2). Senzitivita testu se pohybuje zhruba okolo 70 %, přičemž určité procento výsledků je pozitivní, ale ve skutečnosti se ve většině případů nejedná o postižené plody. Dle literatury je falešná pozitivita tohoto testu cca 5 %. Dnes je triple test jednoduchým řešením screeningu Downova syndromu pro ženy, které přicházejí k lékaři v pozdějším období těhotenství (PREDIKO, 2010).

Nejdokonalejší screeningovou strategií je tzv. **integrováný test**. Jedná se o spojení a vyhodnocení výsledků kombinovaného screeningu z I. trimestru s triple testem z II. trimestru. Integrovaný test je charakteristický absolutně nejvyšší senzitivitou a zároveň nejnižší falešnou pozitivitou (PREDIKO, 2010).

## 3.2 Riziko výskytu vývojových vad v souvislosti s věkem matky

V této podkapitole se zabýváme podrobněji některými vrozenými vývojovými vadami. Vybraly jsme Downův, Edwardsův a Patauův syndrom ze skupiny chromozomálních aberací.

Zvyšující incidence těchto tří vad je dle Šípka spojena především s nepříznivou demografickou situací v České republice, kdy dochází ke zvyšování průměrného věku rodiček a zvyšuje se podíl rodiček s věkem nad 35 let v době porodu. Další nárůst je pak podmíněn časnější diagnostikou prováděnou v prenatálním období (Šípek, 2010).

Přesto podle Šípka: „*Celkové incidence vrozených vad v posledních deseti letech v České republice nedoznaly významnějších změn. U některých diagnóz však dochází ke změně poměru mezi diagnózami prenatálně a postnatálně diagnostikovanými. Díky tomu se mění spektrum letálních a závažných vrozených vad.*“ (Šípek, 2010, s. 15)

### 3.2.1 Downův syndrom

První zmínky o Downově syndromu pocházejí již z roku 1505, jako samostatná diagnóza byl však uznán až anglickým lékařem Johnem L. Downem v roce 1866. Ten jako první popsal charakteristické rysy, příčinu však neznal. Roku 1932 přišel s myšlenkou, že by se mohlo jednat o chromozomální abnormalitu, lékař Waardenburg. Klasický karyotyp (volnou trizomii 21 chromosomu) popsal a demonstroval v roce 1959 Lejeune se svými kolegy v Paříži (Selikowitz, 2005, s. 38).

Diagnostickými kritérii pro tento druh syndromu je ploché záhlaví, mongoloidní fascies a zešíkmení očních štěrbin, plochý obličej, malé ušní boltce, krátké prsty a hypotonie (Žižka, 1997, s. 269).

Dále vybíráme některé další možné klinické projevy:

- **Hlava:** mikrocefalie, opožděný uzávěr lebečních švů a fontanel, hypoplazie a aplazie obličejových dutin, krátký nos s nízkým kořenem, mírný exoftalmus, malá/otevřená ústa, velký a rozbrázděný jazyk (lingua scrotalis) vyčnívající z úst aj.
- **Skelet:** široký a krátký krk, anomálie žeber a obratlů, tvarové odchylky klíčních kostí, anomálie hrudníku, hypoplazie pánve, krátké končetiny a prsty aj.



- **Kůže (adnexa):** suchá a mramorovaná kůže, volná kůže na krku, jemné a řídké vlasy (i alopecie), příčná dlaňová rýha aj.
- **GIT systém:** atrezie jícnu, stenóza či atrezie duodena, obstipace, megacolon aj.
- **Srdce a cévy:** defekt septa a síní komor, otevřená Botallova dučej, aj.
- **Jiné:** mikropenis, kryptorchismus, poruchy funkce štítné žlázy, charakteristický hrubý hlas, diastáza přímých břišních svalů, prenatalní a postnatální růstová retardace, mentální defekt v pásmu imbecility až idiocie aj.

Prenatální diagnostika spočívá v genetickém vyšetření karyotypu plodu. Riziko postižení plodu Downovým syndromem stoupá výrazně s věkem matky (Žižka, 1994, s. 269).

Tabulka 1: Zvyšující se riziko Downova syndromu s věkem matky.

Mateřský věk	Riziko Downova syndromu	
	Ve 12. týdnu gestace	Při narození
20	1:1070	1:1530
25	1:950	1:1350
30	1:630	1:900
32	1:460	1:660
34	1:310	1:450
35	1:250	1:360
36	1:200	1:280
38	1:120	1:170
40	1:70	1:100
42	1:20	1:55
44	1:20	1:30

Zdroj: Vrbková, 2010

K ukázce výskytu Downova syndromu je použit graf, který demonstruje výši jeho četnosti mezi lety 1994- 2010 (příloha II.).

### 3.2.2 Edwardsův syndrom

Edwardsův syndrom, cca v 88 % způsoben volnou trizomií 18, popsal poprvé John. H. Edwards se svými spolupracovníky. Klinické příznaky jsou již vysoce charakteristické při narození dítěte. Postižený jedinec se vyznačuje prominujícím záhlavím, mikrogenií, úzkou pánví. Co se týká dalších klinických projevů tohoto syndromu, může být postihnuta hlava, skelet, srdce a cévy, urogenitální a GIT trakt jedince, nervový systém aj.

- **Hlava:** mikrocefalie, dolichocefalie, vysoké a široké čelo, malý nos, epikantus, zákaly rohovky, anomálie, rohovky, krátký horní ret, rozštěpy rtu a patra, nízko nasedající a dysplastické ušní boltce, atrézie zvukovodů aj.
- **Skelet:** krátký krk a sternum, anomálie žeber a obratlů, omezená abdukce v kyčelních kloubech, flekční kontraktury prstů, charakteristické držení ruky (palec je sevřen v pěst, 2. a 5. prst jsou dekovány mediálním směrem), syndaktylie, polydaktylie aj.
- **Srdce a cévy:** defekt septa síní a komor, otevřená Botallova dučej
- **Urogenitální systém:** anomálie močových cest, kryptorchismus, hypoplazie ovaríí, hypertrofie klitoris aj.
- **GIT systém:** Meckelův divertikl, stenóza pyloru, omfalokéla, meningokéla aj.
- **Nervový systém:** hydrocefalus, encefalokéla, meningokéla aj.
- **Jiné:** hypoplazie plic, jedna umbilikální artérie, volná kůže na krku, prenatální a postnatální růstová retardace, obtíže při pití a polykání, těžká vývojová retardace aj.

Z dětí, které jsou tímto syndromem postiženy, 90 % umírá do 1 roku života. Prenatální diagnostika spočívá ve vyšetření karyotypu plodu (Žižka, 1994, s. 262).

Výši četnosti syndromu v české populaci demonstruje graf, který zachycuje období mezi lety 1994 – 2010 (příloha III.).

### 3.2.3 Patauův syndrom

První popis tohoto syndromu provedl v roce 1960 Patau se svými spolupracovníky. Jedná se v 80 % o volnou trizomii 13. chromosomu. K diagnostickým kritériím, že se jedná právě o tento druh genetického postižení, se řadí rozštěpy rtů a patra, nadpočetné prsty, kožní defekty a mikroftalnie. Dále uvádíme dle Žižky další klinické projevy.

- **Hlava:** mikrocefalie, široký šev šípový, zvětřená fontanela, opožděný uzávěr lebečních švů a fontanel, ustupující čelo, široký nos, tenké rty, úzké patro, nízko nasadající a malformované ušní boltce, sluchová vada aj.
- **Skelet:** krátký krk, anomálie obratlů, kyfóza, skolióza, hypoplazie pánve, anomální tvar a hypoplazie žeber aj.
- **Kůže:** volná kůže, nadbytečná kůže na krku, kožní kapilární hemangiomy, hypoplastické nehty, kožní defekty v parietookcipitální krajině aj.
- **Srdce a cévy:** defekt septa a síní komor, jedna umbilikální arterie
- **Nervový systém:** křeče, těžká psychomotorická retardace
- **Urogenitální systém:** polycystické ledviny, hydronefróza, anomálie močových cest, mikropenis, kryptorchismus, hypoplazie ovarií aj.
- **GIT systém:** omfalokéla, hernie, Meckelův divertikl aj.
- **Jiné:** poruchy svalového tonu, hypoplazie břišní svaloviny aj.

Prenatální diagnostika spočívá rovněž ve vyšetření karyotypu plodu. Děti s tímto syndromem umírají v útlém věku (Žižka, 1994, s. 259).

Výše četnosti syndromu v české populaci je rovněž prezentována grafem z let 1994 – 2010 (příloha IV.).

### 3.3 Registrace vrozených vývojových vad

V České republice má hlášení a registrace dlouholetou tradici. První počátky jsou položeny v *Ústavu pro matku a dítě (ÚPMD)* z roku 1959. Tehdy započal s hlášením a registrací vývojových vad MUDr. Jiří Kučera, CSc. ve Středočeském kraji. Oficiální hlášení a registrace byly však zavedeny 1. 1. 1964 u dětí živě/mrtvě narozených u dětí zemřelých na úsecích ženských oddělení. Od této doby prodělala registrace o vrozených vývojových vadách mnoho zásadních změn, týkajících se vedených tiskopisů (Šípek, 2008- 2012).

*„Registrace vrozených vad je jedním z informačních systémů v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), který je veden v Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR). Kontrolu vyplňování tiskopisů, jejich kódování, pořizování a zpracování provádějí pracoviště ÚZIS ČR.“* (Šípek, 2008)

1. 1. 2002 byl zřízen Ministerstvem zdravotnictví *Národní registr vrozených vad (NRVV)*, který je součástí *Národního zdravotnického informačního systému*. Cílem je registrace prenatalně a postnatalně diagnostikovaných vrozených vad v populaci. Díky registru lze hodnotit úroveň prenatalní, perinatální a postnatální péče, a je taktéž jedním z hlavních faktorů, které jsou potřebné pro hodnocení zdravotního stavu populace. Registrace vrozených vývojových vad patří mezi povinné registrace (Šípek, 2008 – 2012).

## 4 POJEM RODINA

### 4.1 Rodina jako stabilizační prvek společnosti

Sociolog Možný definuje rodinu jako nejsoukromější lidskou instituci, jejichž základním účelem a cílem je vytvářet soukromý prostor pro reprodukci společnosti. Tento prostor své členy chrání, nemění své vnitřní uspořádání, nemění svůj tvar. Rodina je racionální, pragmatická. A změny, které se v okolí vyskytnou, jen vyrovnává. Vývoji či pokroku však v cestě nestojí. Právě naopak. Společenský systém brání před chaosem a zhroucením. Proto si dle Možného každý sociální teoretik mohl být dlouho jistý, že se rodina ve svých funkcích i základní struktuře nijak významně neliší od rodiny na počátku naší civilizace. Jevilo se, že rodina bude nadále působit jako nenápadný, ale velmi významný stabilizační prvek. Přesvědčení, že společnost ztrácí svou sílu v momentě, kdy lidé přestanou plnit své rodinné závazky, zaujímal již Konfucius. Přesvědčení, že rodina je opravdu tím nenápadným, však pevným pilířem společnosti, vládlo ještě přes první polovinu 20. století (Možný, 2008, s. 17).

### 4.2 Rodina v druhé polovině 20. století

Různorodost rodinných forem se začíná objevovat v druhé polovině 20. století. Stoupá rozvodovost, uzavírají se opakovaně sňatky, zvyšuje se počet nesezdaných soužití před, po i mimo manželství. Jako významná sociální skupina zaujímá ve společnosti místo tzv. singles. Jakýmsi retročasem, kdy se rodina ještě pokusila obnovit své centrální postavení ve společnosti spolu se svou vnitřní harmonií, pevnou hierarchií a funkčním uspořádáním byla pro společnost 50. léta. V průběhu 60. let vstupují do společnosti mladí lidé, kteří jsou však odhodlaní prosadit svůj systém hodnot. Je to období, které je spojeno s vlnami sociálních nepokojů, radikálními hnutími a rozmachem velkých ideologií. „*Pod vlivem marxismu a feminismu byla tradiční rodina označena za ideologický, utlačující koncept.* „ Konec tohoto desetiletí započal trend snižování počtu dětí v rodinách a naopak začalo období zvyšování rozvodovosti (Možný, 2008, s. 17 – 21).

Souvislost se snižováním počtu dětí v rodině se nepřekvapivě pojí s vynálezem antikoncepce, jejíž distribuce ve společnosti má pro lidstvo epochální význam. Dala ženám do rukou možnost suverénního rozhodnutí o tom, zda, kdy a kolik bude mít dětí. Společně s nízkou porodností se měnila/mění i věková struktura společnosti (Možný, 2008).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA PRÁCE

Součástí bakalářské práce je výzkumné šetření, které se zabývá názory studentek vysokých škol na rodičovství, tzv. pozdní mateřství a jeho případné komplikace. Jeho realizace je popsána v následující podkapitole.

### 5.1 Cíle práce

V předkládané práci byl stanoven jeden hlavní cíl a dva podcíle. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký postoj zaujímají studentky vysokých škol k plánování rodičovství. Podcíl č. 1 zjišťoval, jaký věk je, dle studentek vysokých škol, optimální pro založení rodiny. Druhý podcíl měl za úkol zjistit, zda si jsou studentky vysokých škol vědomy možných rizik tzv. pozdního mateřství.

### 5.2 Užitá metoda výzkumu

Pro získání dat byla použita kvantitativní metoda uskutečněná formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdán studentkám vysokých škol. Největší část tvořily respondentky studující na Univerzitě T. Bati ve Zlíně, dále se na výzkumném šetření podílely studentky z Mendelovy univerzity v Brně, ze Slezské univerzity v Opavě, z Univerzity Palackého v Olomouci a z Vysoké školy báňské v Ostravě. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků, zbylých 70 bylo rozesláno v elektronické podobě. Návratnost činila 20 rozdaných a 60 odeslaných dotazníků. Výzkum byl realizován v období 1. 4. – 20. 4. 2013, na základě vyhodnocení 22 položek. Získaná data byla zpracovaná a jsou prezentovaná v níže uvedených tabulkách a grafech.

#### 5.2.1 Charakteristika souboru

Cílovou skupinou dotazníkového šetření byly studentky vysokých škol, fakult různého zaměření. Do výzkumu se zapojilo 80 respondentek ve věku 19 – 24 let.



## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

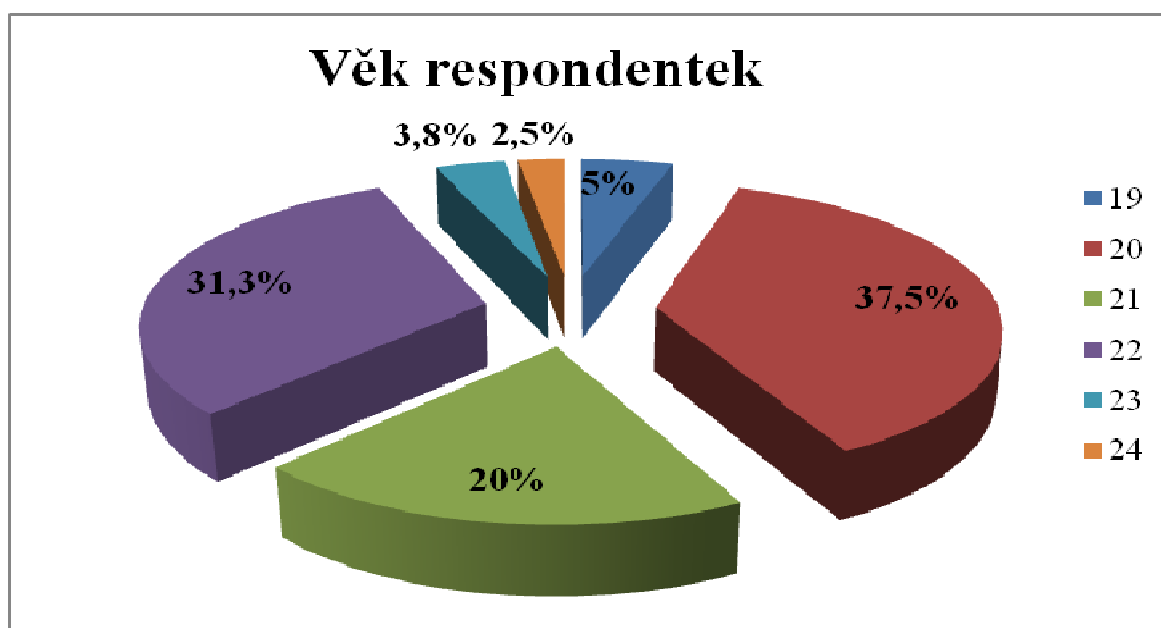
### Položka č. 1: Uveďte prosím Váš věk.

Tabulka 2: Věk respondentek.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
19 let	4	5 %
20 let	30	37,5 %
21 let	16	20 %
22 let	25	31,3 %
23 let	3	3,8 %
24 let	2	2,5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 1: Věk respondentek.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Z celkového počtu 80 studentek byla nejpočetnější skupina, 37,5 %, ve věku 20 let. Na druhém místě, 31,3 %, byly studentky ve věku 22 let. Dále 20 % respondentek bylo ve věku 21 let, 19 let mělo 5% studentek a 3,8 % studentek bylo ve věku 23 let. Poslední místo ze 2,5 % obsadily respondentky ve věku 24 let.

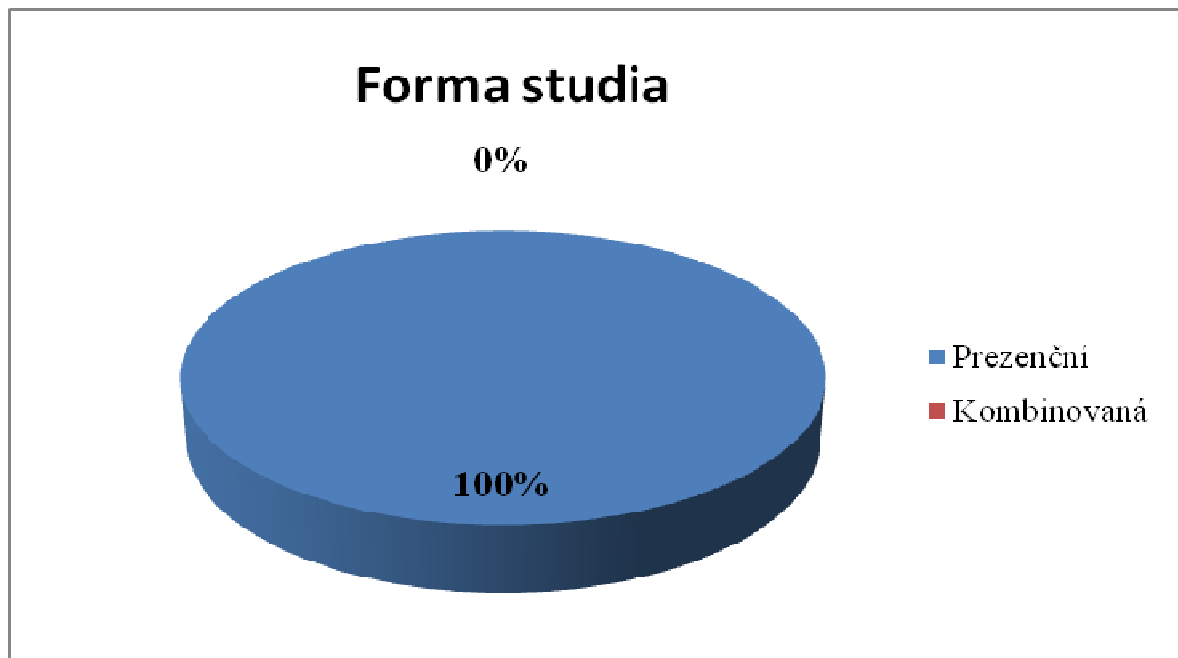
**Položka č. 2: Jakou formou studium absolvujete?**

Tabulka 3: Forma studia.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prezenční	80	100 %
Kombinovaná	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 2: Forma studia.

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Všechny oslovené respondentky absolvují studium na vysoké škole prezenční formou. Žádná z respondentek nestuduje vysokou školu kombinovanou formou.

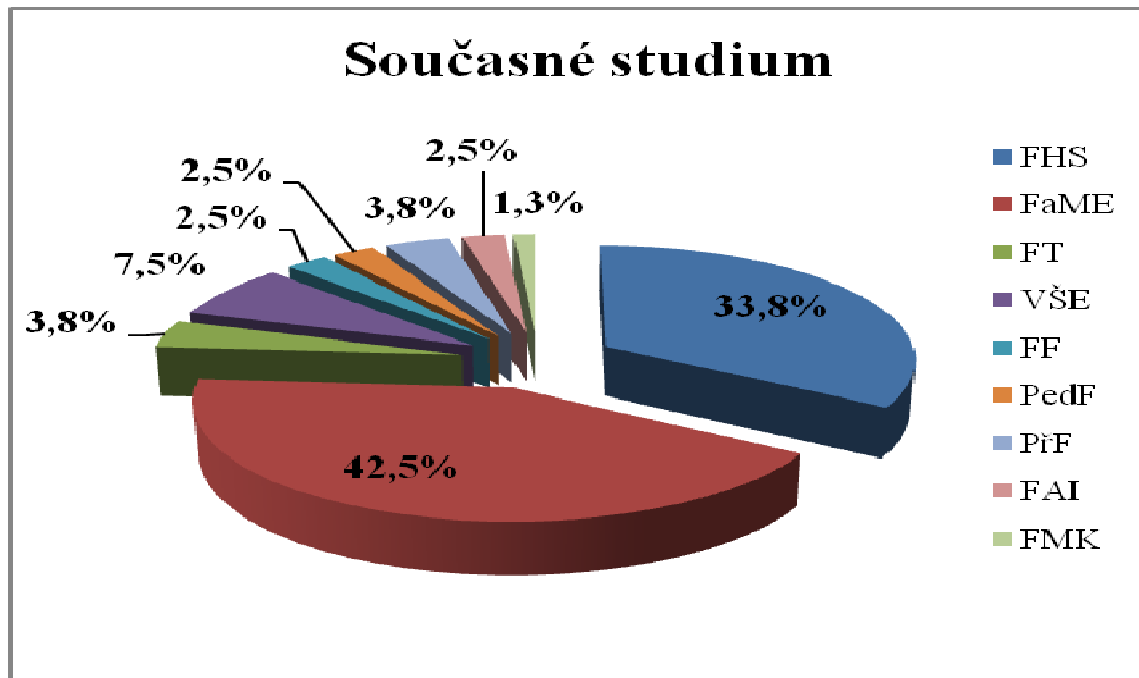
**Položka č. 3: Uved'te prosím, na jakém typu školy studujete (fakulta).**

Tabulka 4: Současné studium.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
FHS	27	33,8 %
FaME	34	42,5 %
FT	3	3,8 %
VŠE	6	7,5 %
FF	2	2,5 %
PedF	2	2,5 %
PřF	3	3,8 %
FAI	2	2,5 %
FMK	1	1,25 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 3: Současné studium.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Největší počet respondentek, tj. 42,5 %, studuje na FaME, 33,75 % na FHS, 7,5 % na VŠE a 3,75 % na FT. Stejné zastoupení, tj. 2,5 % respondentek má FF, PedF a FAI. Nejmenší prezentovanou skupinou je FMK, tj. 1,25 % - jedna studentka.

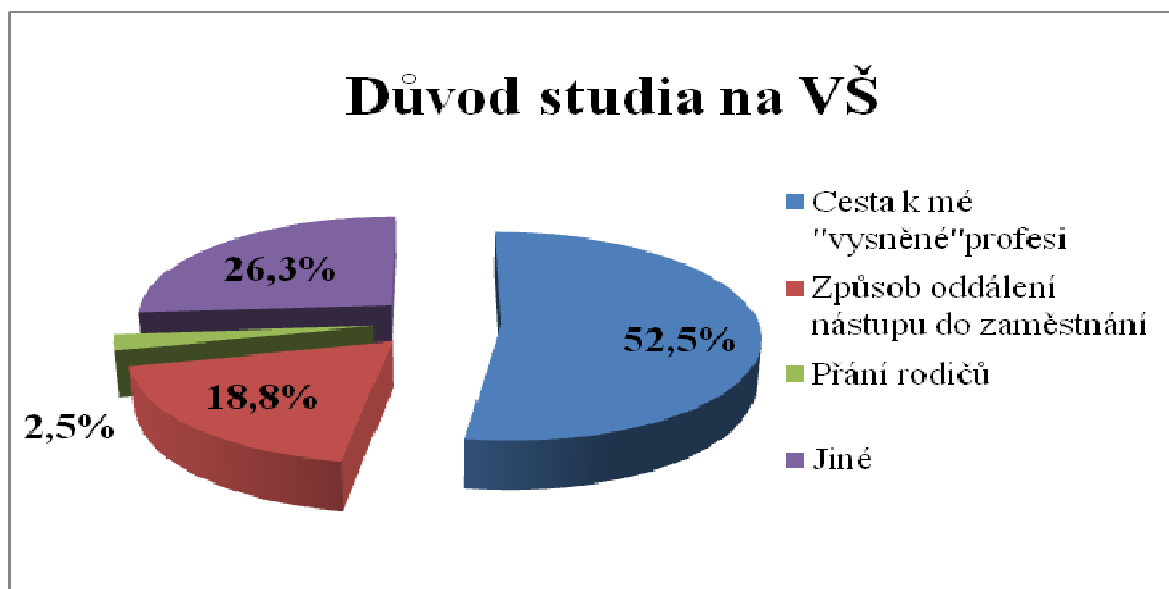
**Položka č. 4: Co pro Vás studium na VŠ znamená?**

Tabulka 5: Důvod studia na VŠ.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cesta k mé "vysněné" profesi	42	52,5 %
Způsob oddálení nástupu do zaměstnání	15	18,8 %
Přání rodičů	2	2,5 %
Jiné	21	26,3 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 4: Důvod studia na VŠ.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Z analýzy výsledků vyplývá, že pro 52,5 % dotázaných studentek je studium na VŠ cestou k jejich „vysněné“ profesi. Pro 26,3 % má studium na VŠ škoře jiný význam, pro 18,8 % respondentek je to způsob oddálení nástupu do práce a 2 %, tj. 2 studentky, absolvují studium na přání rodičů. Jako další důvody studia respondentky uváděly: získání kompetencí, získání titulu, lepší uplatnění na trhu práce, lepší socioekonomické postavení/ vyšší plat, rozšířit si vzdělání před nástupem do zaměstnání, hobby, pouhý pokus.

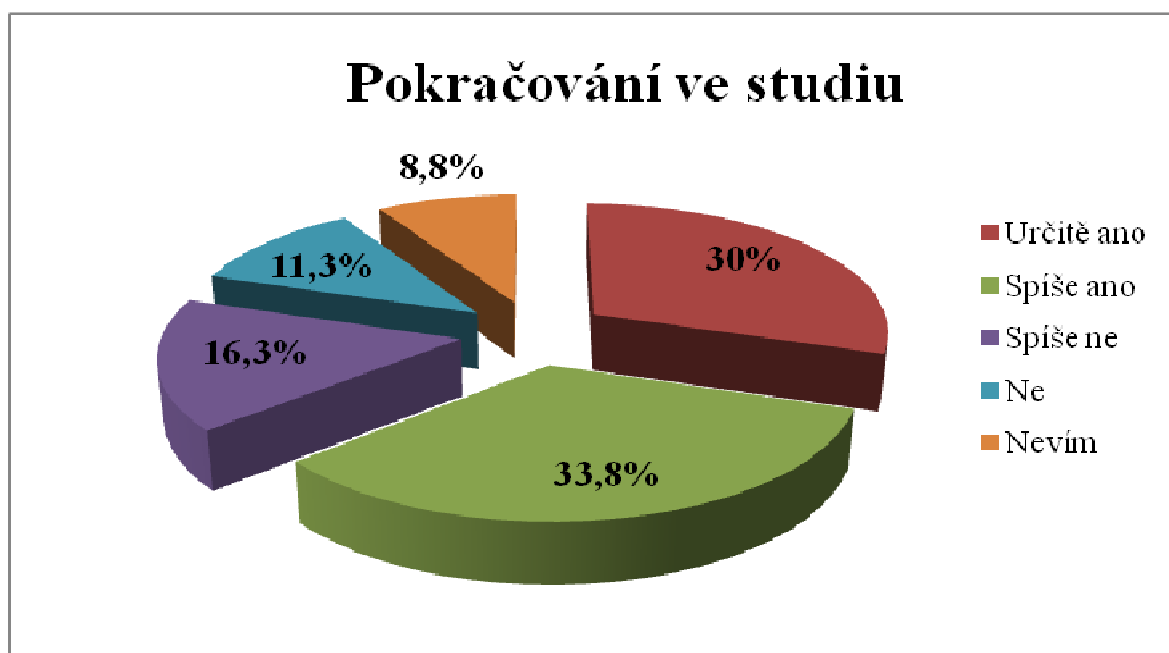
**Položka č. 5: Plánujete pokračovat v dalším studiu (nástavbové studium, zcela jiný obor)?**

Tabulka 6: Pokračování ve studiu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	24	30 %
Spíše ano	27	33,8 %
Spíše ne	13	16,3 %
Ne	9	11,3 %
Nevím	7	8,8 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 5: Pokračování ve studiu.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** K možnosti potenciálního studia se kloní 33,8 % studentek. Plně jasno v dalším studiu má 30 %, 16,3 % o studiu spíše neuvažuje, 11,3 % tuto možnost zcela odmítá a 8,8 % respondentek nemá jasno.

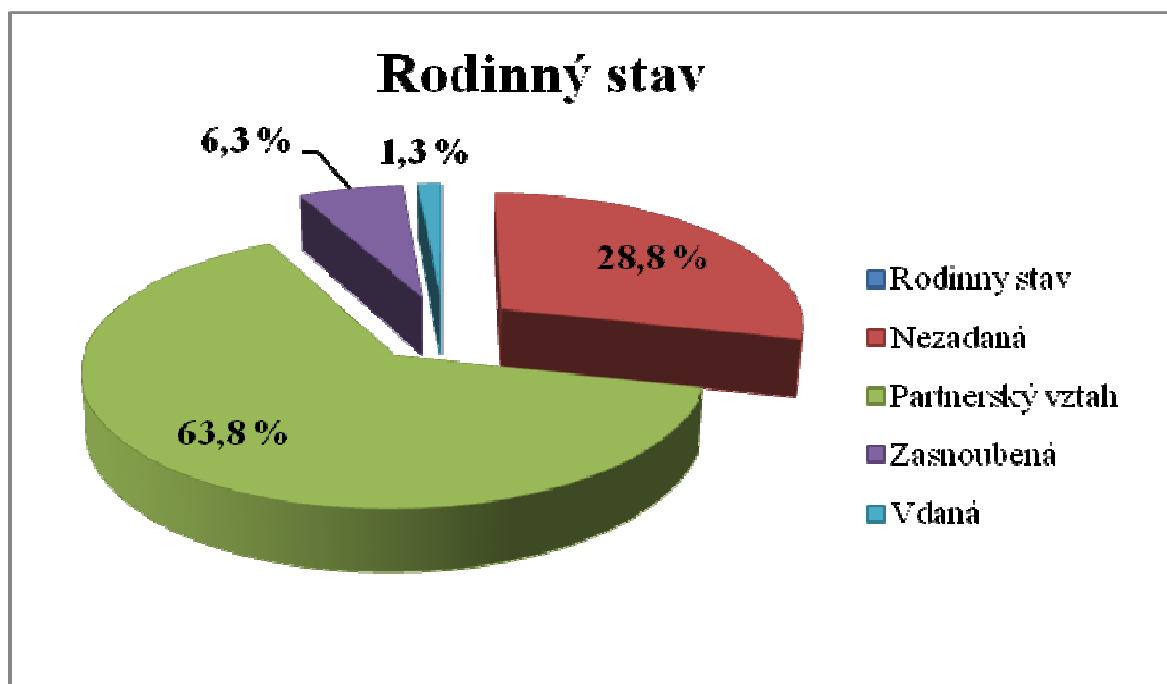
**Položka č. 6: Jaký je Váš rodinný stav?**

Tabulka 7. Rodinný stav.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nezadaná	23	28,8 %
Partnerský vztah	51	63,8 %
Zasnoubená	5	6,3 %
Vdaná	1	1,3 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 6: Rodinný stav.

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Celkem 63,8 % studentek uvedlo, že je v partnerském vztahu. Dalších 28,8 % z nich je nezadaných. Zasnoubených je 6,3 % a jedna studentka, tj. 1,3 %, uvedla, že je vdaná.

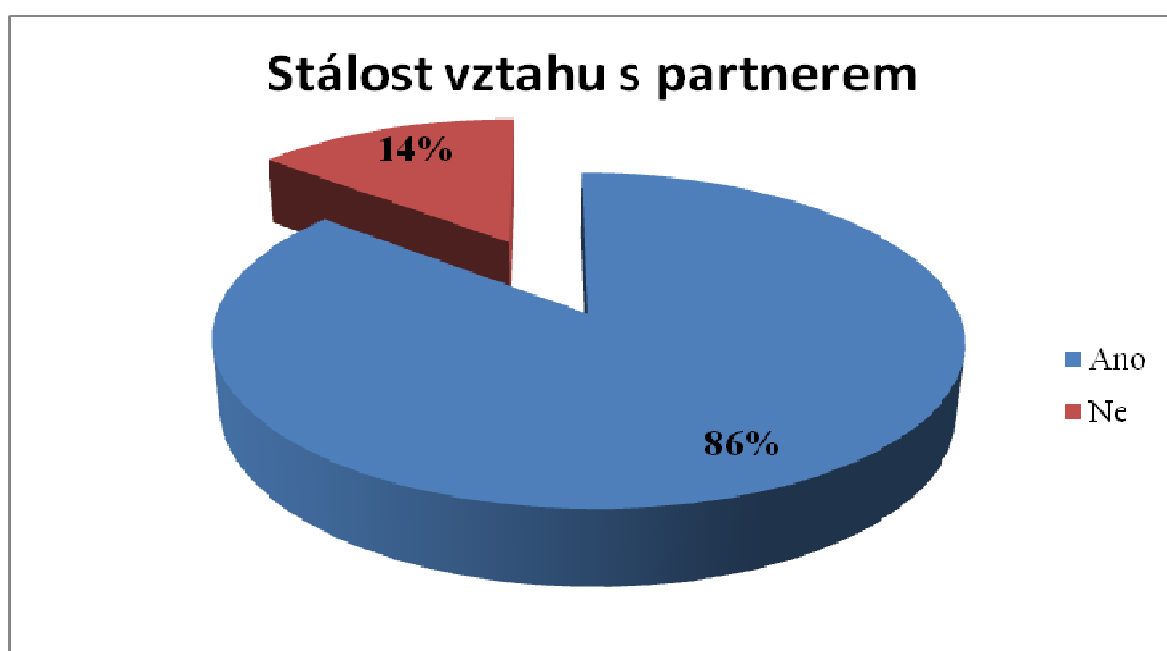
**Položka č. 7: Jestliže jste zadaná, označila byste Váš vztah s partnerem za trvalý?**

Tabulka 8. Stálost vztahu s partnerem.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	86 %
Ne	8	14 %
<b>Celkem</b>	<b>57</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 7: Stálost vztahu s partnerem.

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Převážná většina studentek, tj. 86 %, považuje vztah s partnerem za trvalý. Zbýlých 14 % uvedlo, že nikoli.

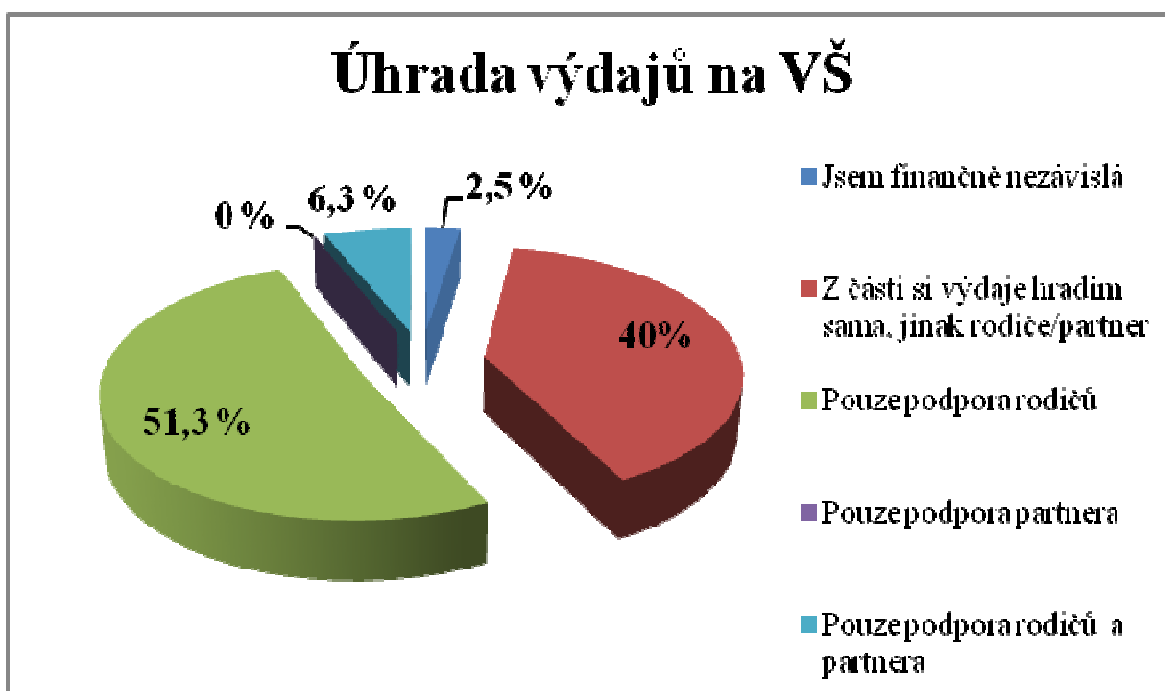
**Položka č. 8: Kdo Vám poskytuje finanční zázemí týkajících se výdajů na VŠ?**

Tabulka 9: Úhrada výdajů na VŠ.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jsem finančně nezávislá	2	2,5 %
Z části si výdaje hradím sama, jinak rodiče/partner	32	40 %
Pouze podpora rodičů	41	51,3 %
Pouze podpora partnera	0	0 %
Pouze podpora rodičů a partnera	5	6,3 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 8: Úhrada výdajů na VŠ.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Z výsledků analýzy vyplývá, že 51,3 % studentek jsou finančně závislé pouze na podpoře rodičů, 40 % z nich si zčásti výdaje za VŠ hradí sama, zbytek uhradí rodiče nebo partner. U 6,3 % se o výdaje starají rodiče společně s partnery studentek. Finančně nezávislé jsou 2,5 % z nich. Žádná ze studentek není finančně závislá pouze na partnerovi.



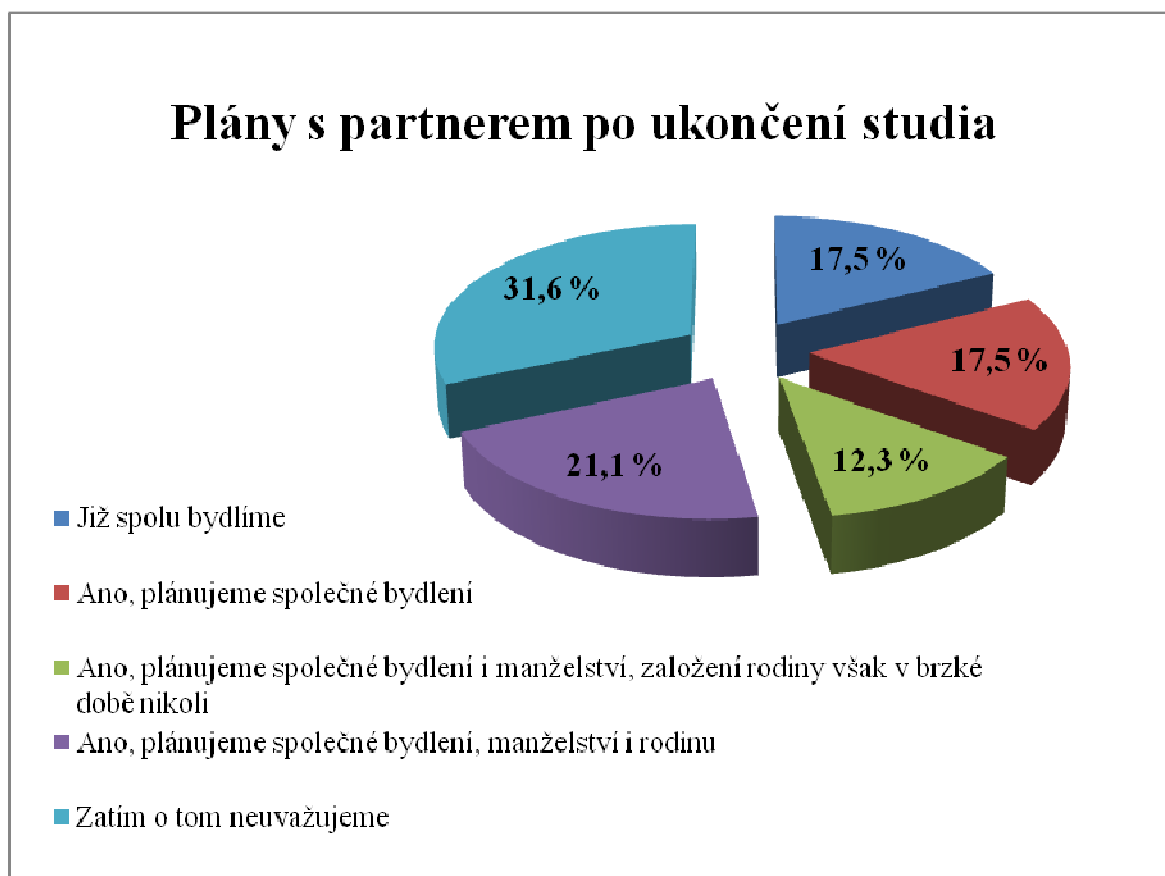
**Položka č. 9: Plánujete s partnerem po ukončení studia společný život, manželství, popř. založení rodiny?**

Tabulka 10: Plány s partnerem po ukončení studia.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Již spolu bydlíme	10	17,5 %
Ano, plánujeme společné bydlení	10	17,5 %
Ano, plánujeme společné bydlení i manželství, založení rodiny však v brzké době nikoli	7	12,3 %
Ano, plánujeme společné bydlení, manželství i rodinu	12	21,1 %
Zatím o tom neuvažujeme	18	31,6 %
<b>Celkem</b>	<b>57</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 9: Plány s partnerem po ukončení studia.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Z celkového počtu studentek 31,6 % z nich o ničem výše zmíněném zatím neuvažuje. Společné bydlení, včetně manželství i založení rodiny má v úmyslu 21,1 %. Společně s partnerem žije 17,5 % studentek, stejné procento společné bydlení plánuje po ukončení studia. Zbytek respondentek, tj. 12,3 %, uvažuje s partnerem o společném bydlení i manželství, o rodině však nikoli.

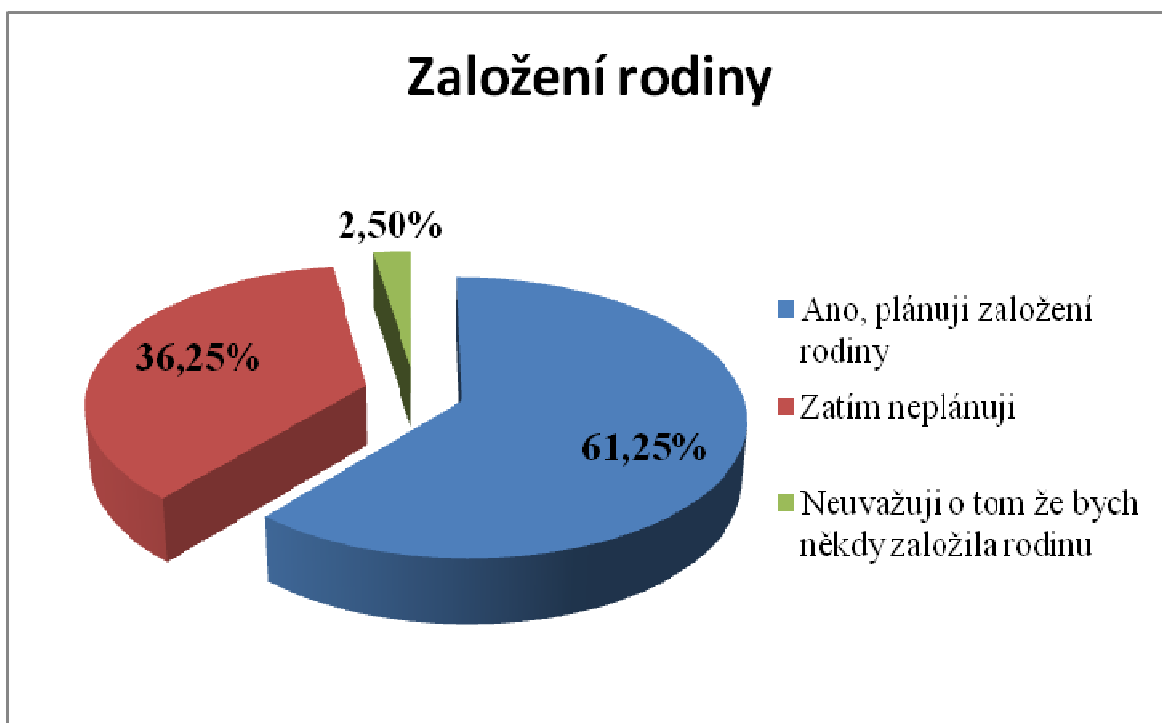
**Položka č. 10: Plánujete po ukončení studia založit rodinu? Popř. kdy?**

Tabulka 11: Založení rodiny.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, plánuji založení rodiny	49	61,3 %
Zatím neplánuji	29	36,3 %
Neuvažuji o tom, že bych někdy založila rodinu	2	2,5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 10: Založení rodiny.

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Více než polovina respondentek 61,3 % plánuje v budoucnosti založit rodinu. O rodině zatím neuvažuje 36,3 % studentek a 2,5 % s rodinou absolutně nepočítá.

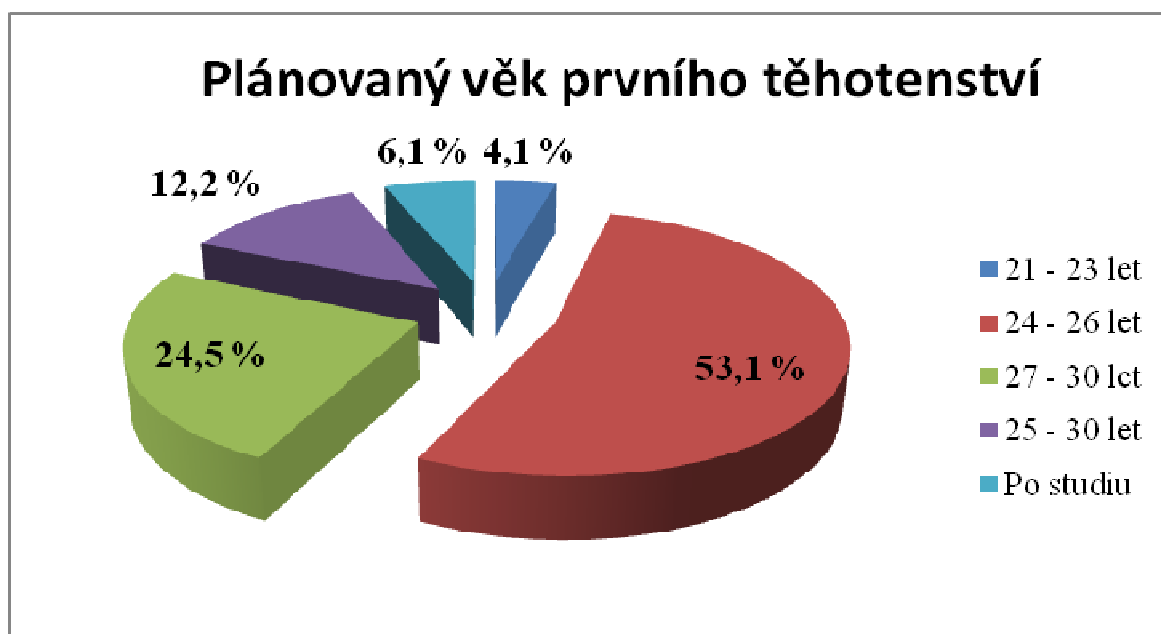
**Položka č. 10: Plánujete po ukončení studia založit rodinu? Popř. kdy?**

Tabulka 12: Plánovaný věk prvního těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
21 - 23 let	2	4,1 %
24 - 26 let	26	53,1 %
27 - 30 let	12	24,5 %
25 - 30 let	6	12,2 %
Po studiu	3	6,1 %
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 11: Plánovaný věk prvního těhotenství.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Z celkového počtu 49 studentek, které plánují založit rodinu, celých 53,1 % zamýšlí své první těhotenství ve věku 24 – 26 let. Dvanáct respondentek, tj. 24,5 %, plánuje založení rodiny mezi 27 – 30 lety a šest studentek, tj. 12,2 %, mezi 25 – 30 lety. Těhotenství po ukončení studia, bez věkové hranice, plánuje 6,1 % a zbylé 4,1 % chtějí první dítě ve věku 21 – 23 let.

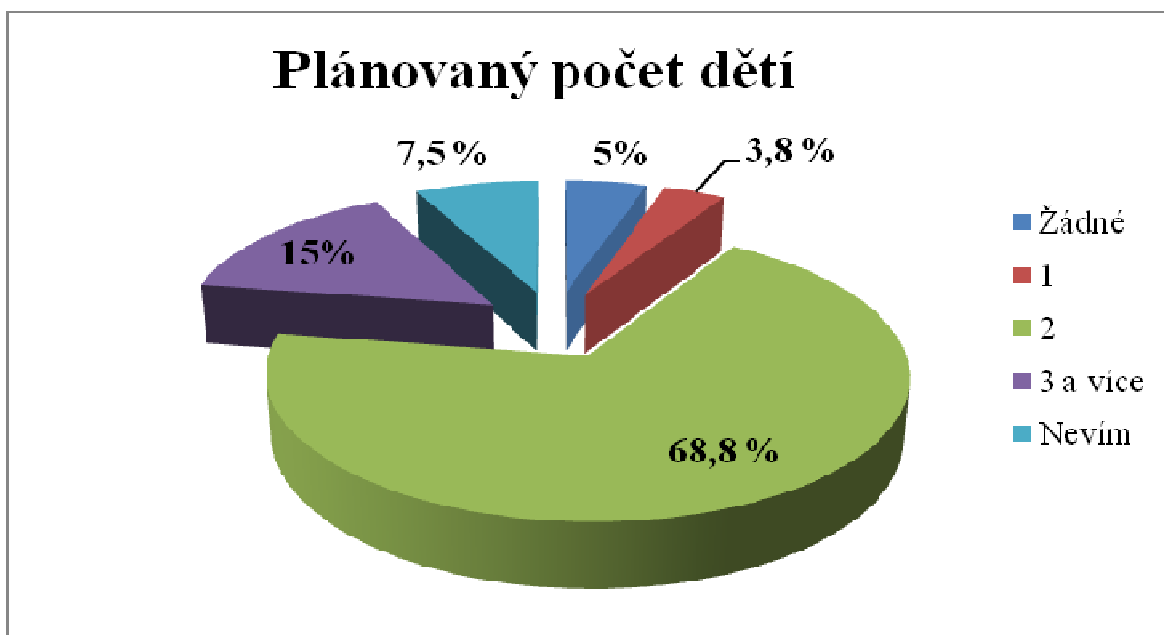
**Položka č. 11: Kolik dětí byste chtěla mít?**

Tabulka 13: Plánovaný počet dětí.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné	4	5 %
1	3	3,8 %
2	55	68,8 %
3 a více	12	15 %
Nevím	6	7,5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 12: Plánovaný počet dětí.

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Nejvíce dotázaných studentek, tj. 68,75%, plánují budoucnost se 2 dětmi, 15 % uvedlo, že by chtěly 3 a více dětí a 6 studentek, 7,5 %, o dětech zatím nepřemýšlí. Ve čtyřech případech, 5 %, studentky děti nechtějí a o 1 dítěti uvažuje 3,8 %.

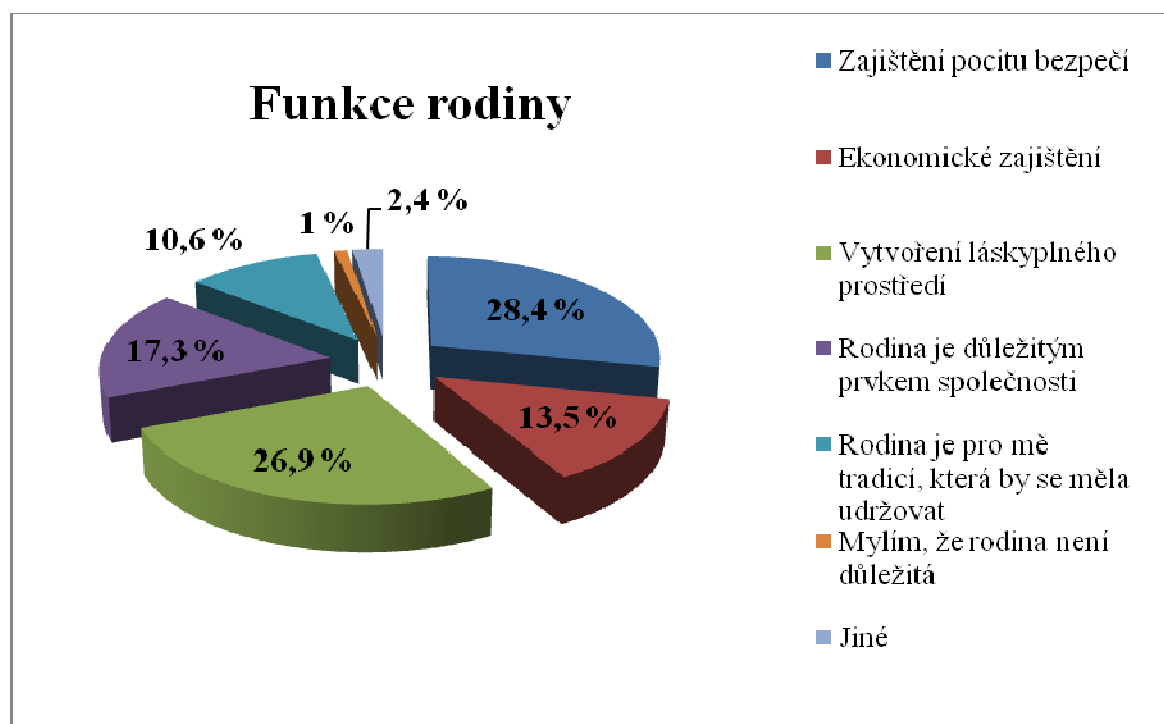
### Položka č. 12: Jakou funkci podle Vás rodina zaujímá?

Tabulka 14: Funkce rodiny.

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Zajištění pocitu bezpečí	59	28,4 %
Ekonomické zajištění	28	13,5 %
Vytvoření láskyplného prostředí	56	26,9 %
Rodina je důležitým prvkem společnosti	36	17,3 %
Rodina je pro mě tradicí, která by se měla udržovat	22	10,6 %
Myslím, že rodina není důležitá	2	1 %
Jiné	5	2,4 %
<b>Celkem</b>	<b>208</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 13: Funkce rodiny.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Zde studentky volily z více odpovědí, které libovolně kombinovaly. Z analýzy vyplývá, že pro 28,4 % rodina zajišťuje pocit bezpečí, pro 26,9 % vytvoření láskyplného prostředí. U 17,3 % studentek je rodina důležitým prvkem společnosti. Význam ekonomického zajištění volilo 13,5 %. Rodinu, jako tradici, která by se měla udržovat vidí 10,6 %. Jinou možnost uváděly 2,4 %, pro zbylé 2 studentky, 1%, není rodina důležitá. Respondentky, které volily možnost jiné odpovědi, specifikovaly význam rodiny jako: „podporu“, „naplnění smyslu života“, „místo, kam se můžu vždy vrátit“, „sdílení zájmů, pocitů a emocí s dalšími lidmi“ a „společenství, které vám pomůže v jakékoli situaci“.

**Položka č. 13: Měli by podle Vás lidé před založením rodiny uzavřít manželství?**

Tabulka 15: Důležitost manželství před založením rodiny.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano, manželství je velmi důležité	11	13,8 %
Spíše ano	43	53,8 %
Spíše ne, na manželství až tak nezáleží	23	28,8 %
Ne, manželství není důležité, je to jen "kus papíru"	3	3,8 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 14: Důležitost manželství před založením rodiny.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Z analýzy dat vyplývá, že cca polovina studentek, tj. 53,75 %, se kloní k možnosti spíše ano, uzavřít. Dle 28,75 % na manželství až tak nezáleží, 13,75 % dotázaných považuje uzavření manželství před založením rodiny za velmi důležité. Pro 3,75 %, tj. 3 studentky, je manželství „jen kusem papíru“.



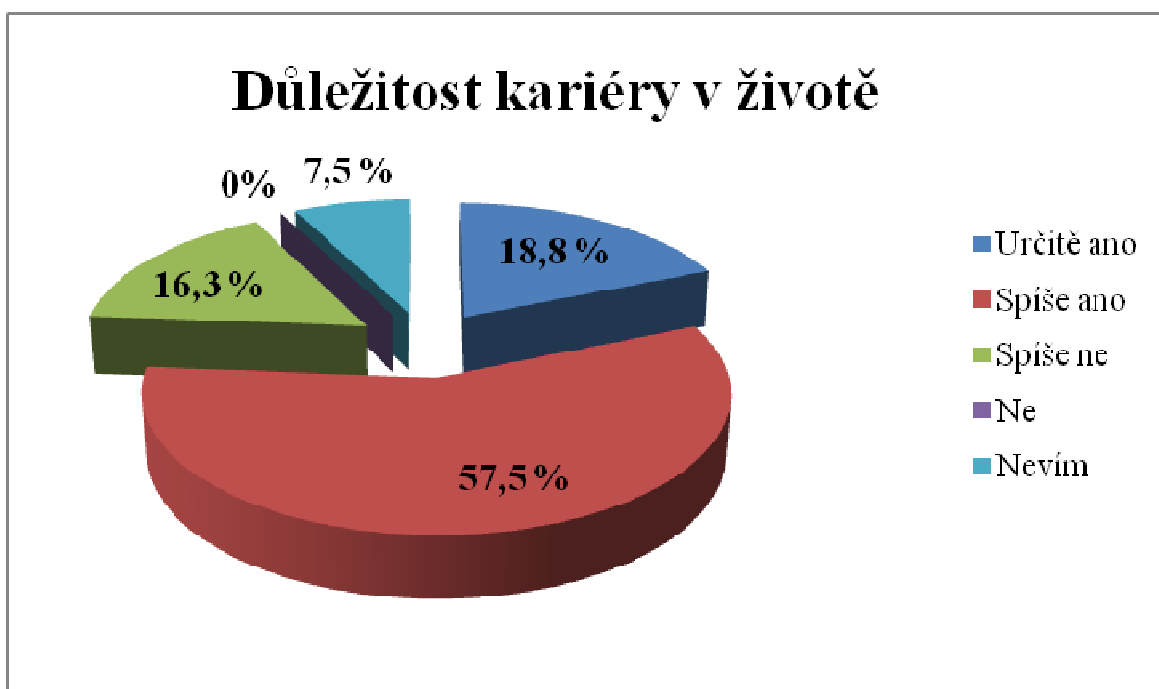
**Položka č. 14: Je pro Vás kariéra v životě důležitá?**

Tabulka 16: Důležitost kariéry v životě.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	15	18,8 %
Spíše ano	46	57,5 %
Spíše ne	13	16,3 %
Ne	0	0 %
Nevím	6	7,5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 15: Důležitost kariéry v životě.

*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Pro potenciální možnost, že je kariéra v životě důležitá, se přiklání 57,5 % studentek. Pro 18,8 % je velmi důležitá, 13 studentek, 16,3 %, budování kariéry velký význam nepřikládá a 7,5 % není rozhodnuto. Žádná z respondentek ne zvolila variantu, že kariéra není v životě důležitá.

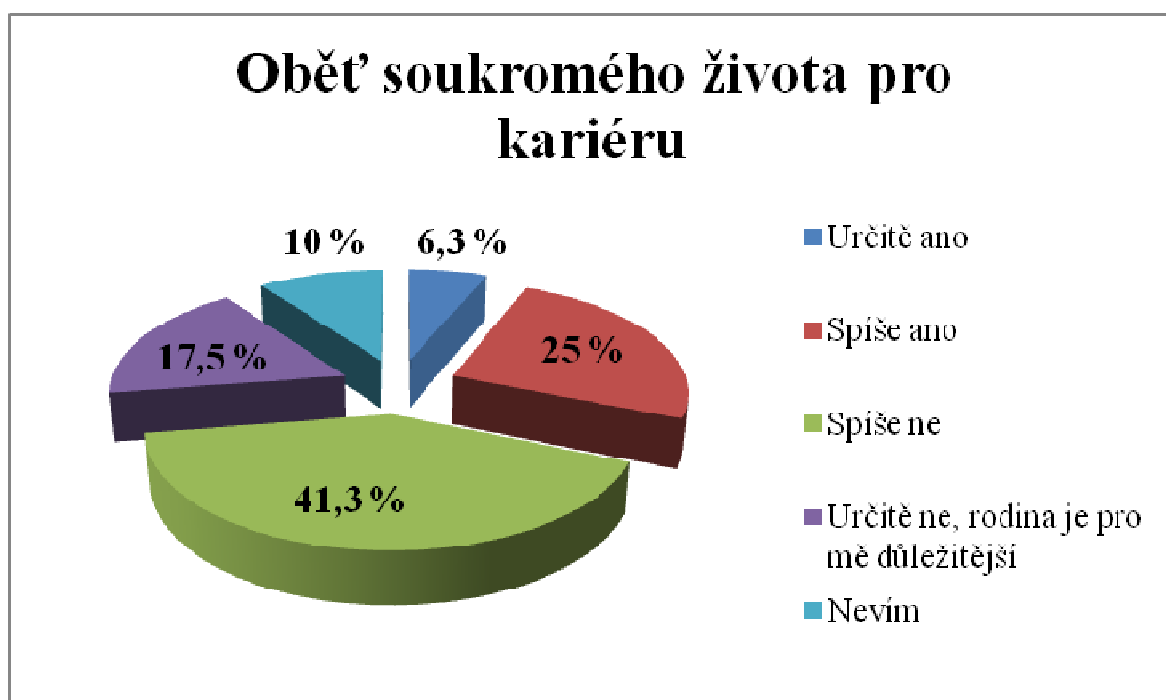
**Položka č. 15: Byla byste ochotna obětovat část soukromého života (založení rodiny), pro pracovní kariéru?**

Tabulka 17: Oběť soukromého života pro kariéru.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	5	6,3 %
Spíše ano	20	25 %
Spíše ne	33	41,3 %
Určitě ne, rodina je pro mě důležitější	14	17,5 %
Nevím	8	10 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 16: Oběť soukromého života pro kariéru.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Téměř polovina studentek, 42,3%, by s velkou pravděpodobností soukromý život pro kariéru neobětovala, naopak 25 % by toho byla asi schopna. Pro 17,5 % je rodina důležitější a takovou možnost zcela odmítá. Pět studentek ,tj.6,3 %, by soukromý život obětovaly určitě a 10% není rozhodnuto.

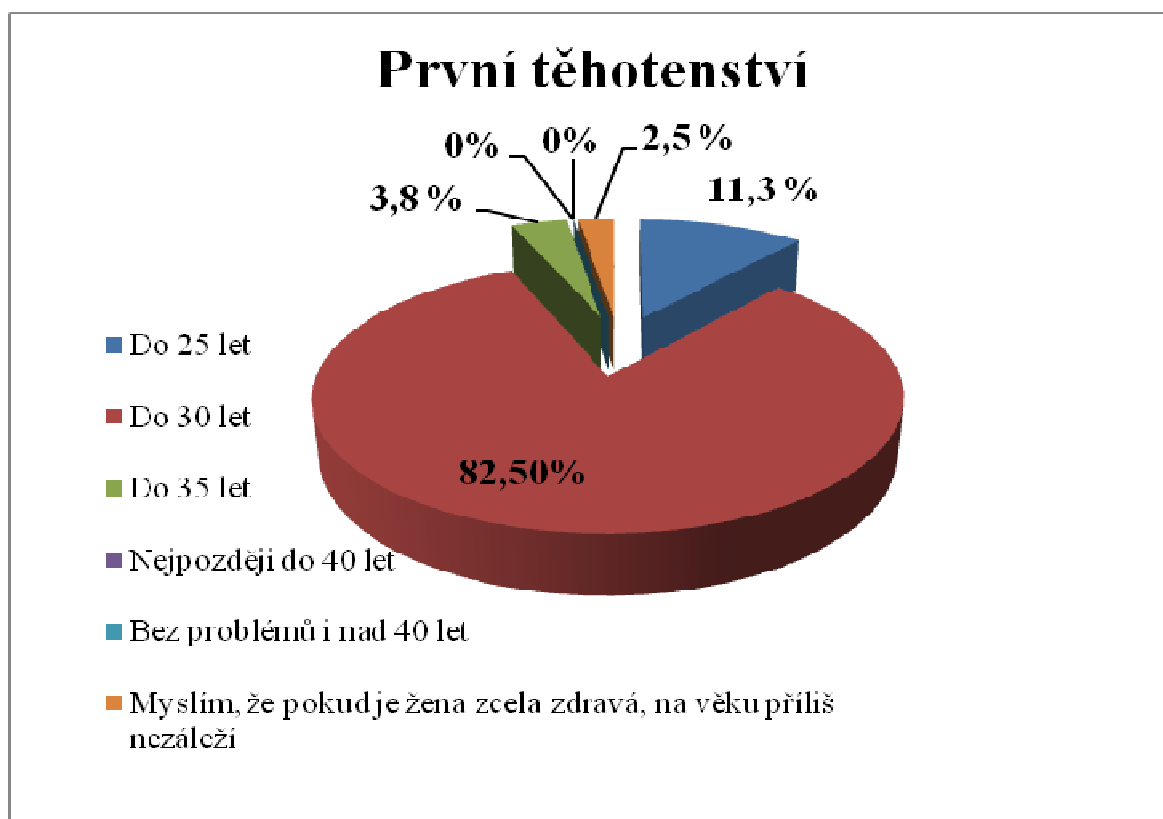
**Položka č. 16: V kolika letech by podle Vás měla žena plánovat své první těhotenství?**

Tabulka 18: První těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 25 let	9	11,3 %
Do 30 let	66	82,5 %
Do 35 let	3	3,8 %
Nejpozději do 40 let	0	0 %
Bez problémů i nad 40 let	0	0 %
Myslím, že pokud je žena zcela zdravá, na věku příliš nezáleží	2	2,5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 17: První těhotenství.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Analýzou bylo zjištěno, že 82,5 % respondentek si myslí, že žena by měla plánovat své první těhotenství do svých 30 let. Dle 11,3 % je vhodné poprvé otěhotnět do 25 let. U 3,75 % je vhodným věkem 35 let a dvě studentky, tj. 2,5 %, si myslí, že pokud je žena zcela zdravá, na věku příliš nezáleží. Zbylé možnosti nebyly vybrány.

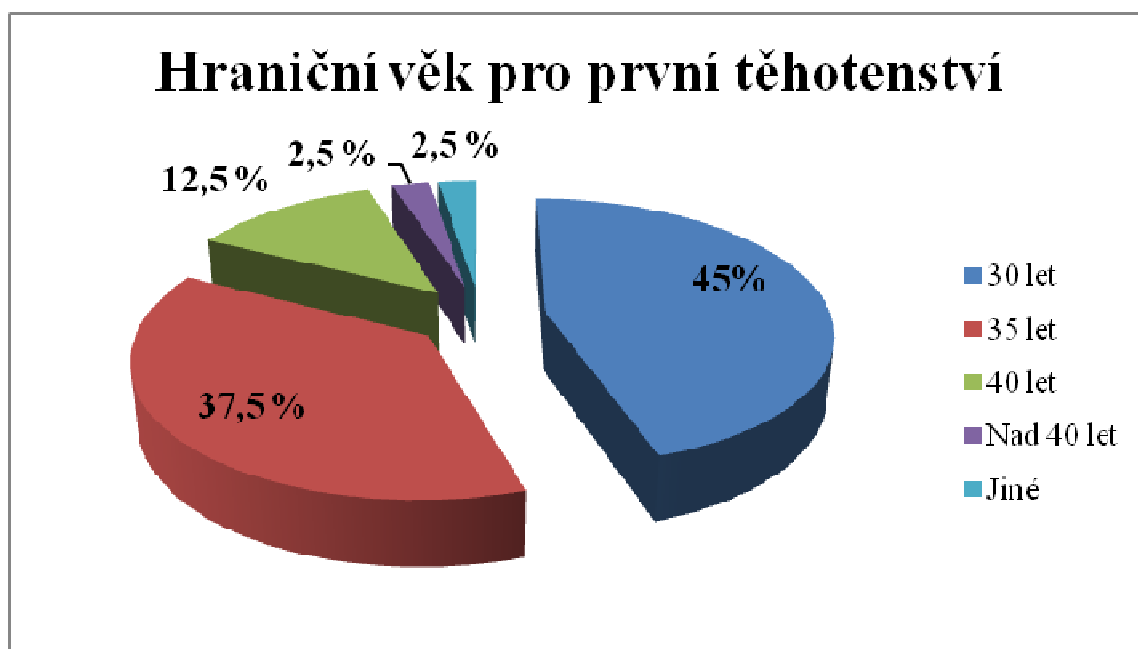
**Položka č. 17: Jaký věk byste označila jako hraniční pro první těhotenství?**

Tabulka 19: Hraniční věk pro první těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
30 let	36	45 %
35 let	30	37,5 %
40 let	10	12,5 %
Nad 40 let	2	2,5 %
Jiné	2	2,5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 18: Hraniční věk pro první těhotenství.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Analýzou bylo zjištěno, že téměř polovina, tj. 45%, oslovených studentek považuje za hraniční věk pro první těhotenství 30 let. K možnosti „35 let“ se přiklání 37,5 % a variantu „40 let“ volí 12,5 %. Dvě studentky, tj. 2,5 %, volily možnost „nad 40 let“ a stejný počet má na tuto problematiku jiný názor. Z toho jedna studentka udává jako hraniční věk 32 let, druhá si myslí, že záleží na tom, jak se žena cítí.

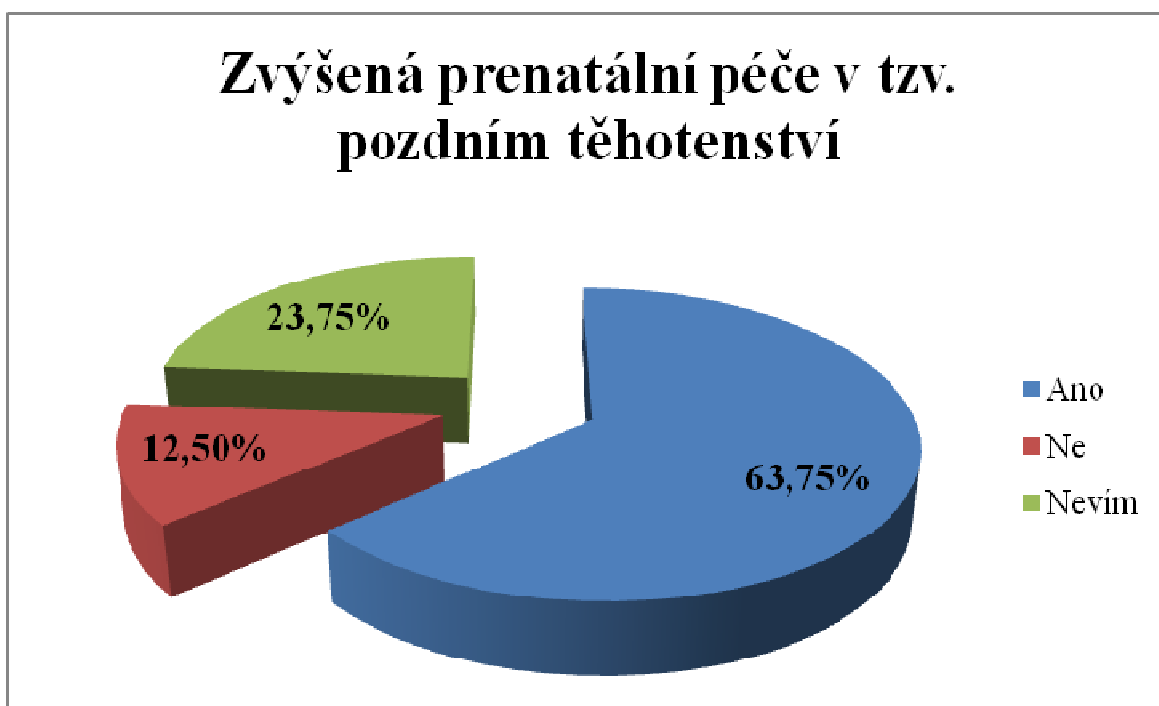
**Položka č. 18: Myslíte si, že těhotné ženy, jejichž těhotenství je označeno za tzv. pozdní těhotenství, podstupují zvýšenou prenatální péči?**

Tabulka 20: Zvýšená prenatální péče v tzv. pozdním těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	63,8 %
Ne	10	12,5 %
Nevím	19	23,8 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 19: Zvýšená prenatální péče v tzv. pozdním těhotenství.



*Zdroj: Vlastní*

**Komentář:** Více než polovina studentek, 63,8 %, si myslí, že žena v tzv. pozdním těhotenství zvýšenou prenatální péči podstupuje. Devatenáct respondentek, 23,8 %, neví a 12,5 % toto tvrzení zcela odmítá.

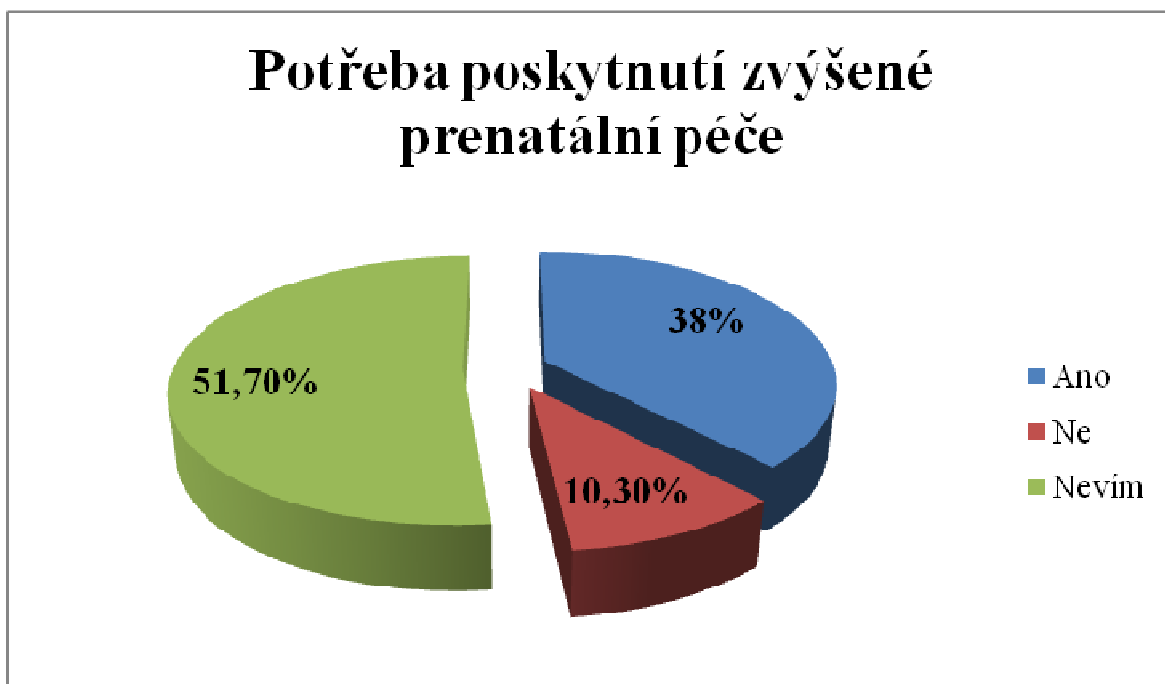
**Položka č. 19:** Pokud jste v předchozí otázce vybrala za odpověď Ne/ Nevím, myslíte si, že by tyto ženy zvýšenou prenatální péčí měly mít? Jestliže Ano, uveďte prosím proč.

Tabulka 21: Potřeba poskytnutí zvýšené prenatální péče.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	38 %
Ne	3	10,3 %
Nevím	15	51,7 %
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 20: Potřeba poskytnutí zvýšené prenatální péče.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Analýzou bylo zjištěno, že 51,7 % studentek neví, zda by žena měla podstupovat, v případě tzv. pozdního těhotenství, zvýšenou prenatální péči. S jejím poskytnutím souhlasí 38 % a 10,3 % se přiklání k možnosti, že tato péče není potřeba. Jako důvody poskytování zvýšené prenatální péče udávaly studentky „rizika komplikací“, snížení případných komplikací“ a „rizika genetického poškození dítěte“.

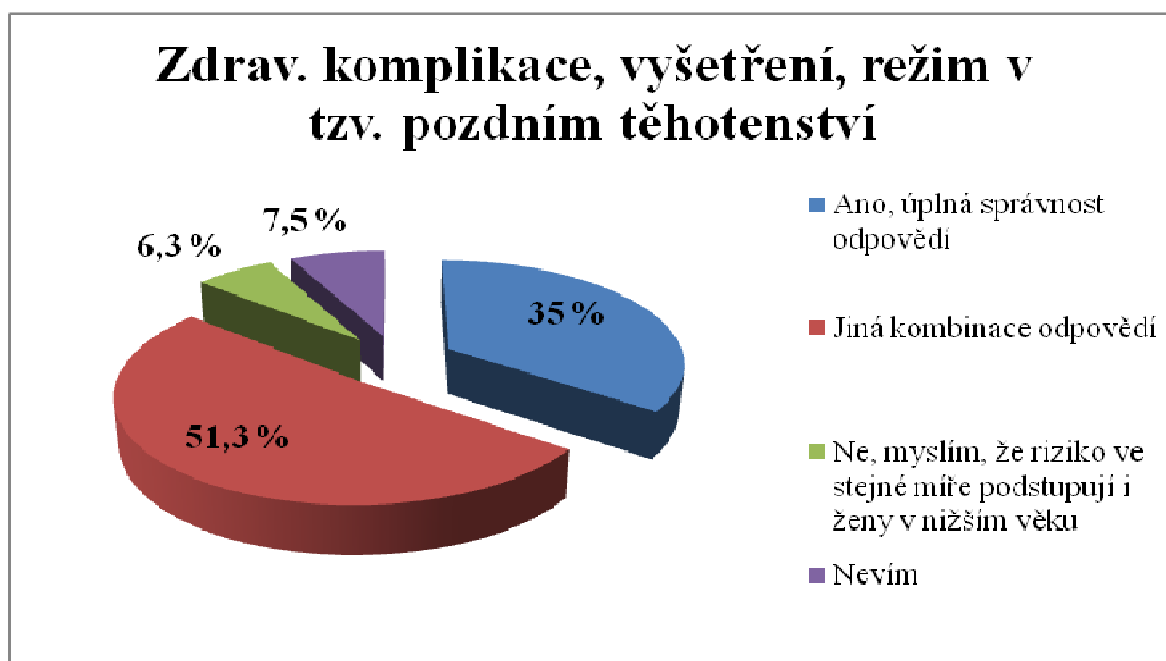
**Položka č. 20: Myslíte si, že by se tyto ženy mohly ve zvýšené míře setkat s nějakými zdravotními komplikacemi/ vyšetřeními či dodržovat speciální režim během těhotenství? Pokud Ano, vyberte prosím z následujících možností.**

Tabulka 22: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, úplná správnost odpovědí	28	35 %
Jiná kombinace odpovědí	41	51,3 %
Ne, myslím, že riziko ve stejné míře podstupují i ženy v nižším věku	5	6,3 %
Nevím	6	7,5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 21: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství.



Zdroj: Vlastní

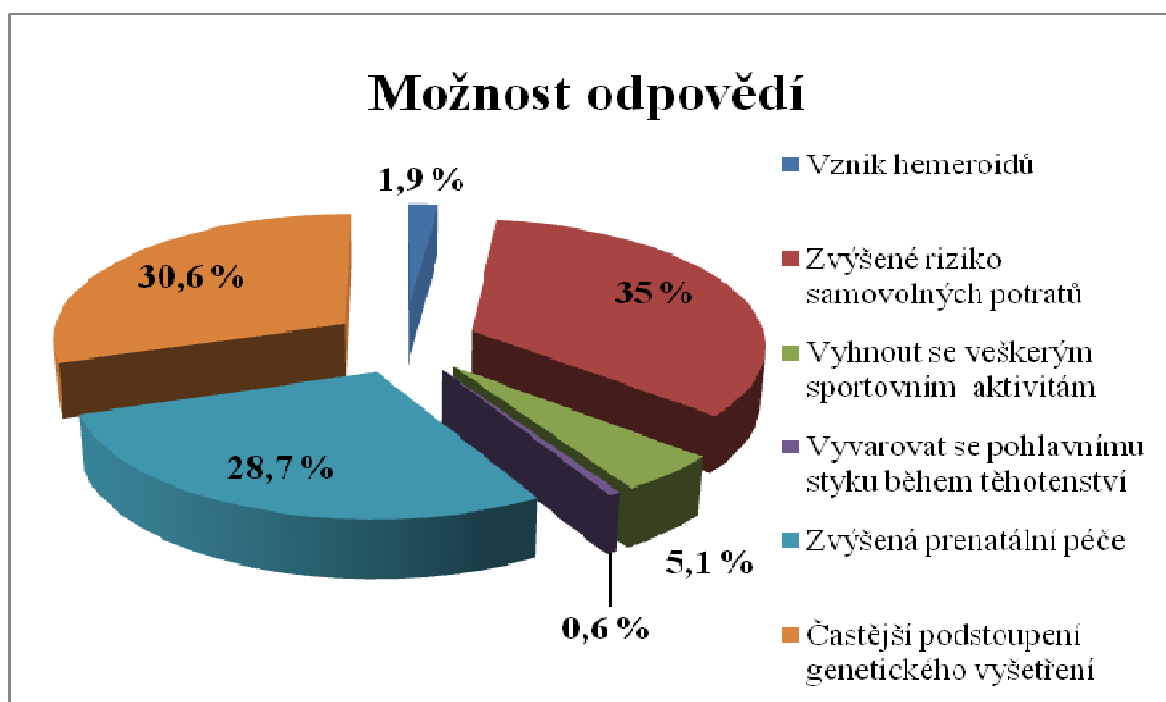
**Komentář:** Zde mohly studentky volit z více odpovědí. Položka je rozdělena do dvou částí, v první bylo analýzou zjišťováno, zda mají studentky ucelený obraz o problematice, v druhé části byly vyhodnoceny jednotlivé odpovědi. Analýzou výsledku bylo zjištěno, že 51,3 % respondentek udávalo jiné kombinace odpovědí. V 35 % byly odpovědi zcela správné, šest studentek, 7,5 %, nevědělo a zbylých 6,3 % se klonilo k odpovědi, že riziko ve stejné míře podstupují i ženy v nižším věku.

Tabulka 23: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství.

Možnost odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vznik hemeroidů	3	1,9 %
Zvýšené riziko samovolných potratů	55	35 %
Vyhnout se veškerým sportovním aktivitám	8	5,1 %
Vyvarovat se pohlavnímu styku během těhotenství	1	0,6 %
Zvýšená prenatální péče	42	28,7 %
Častější podstoupení genetického vyšetření	48	30,6 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>157</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 22: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Zde byla vyhodnocena četnost jednotlivých odpovědí. Zvýšené riziko samovolných potratů uvádělo celých 35 % studentek. V 30,6 % byla volena možnost častějšího podstoupení genetického vyšetření. Zvýšenou prenatální péči udávalo 28,7 % respondentek a 5,1 % si myslí, že by se ženy měly vyhnout veškerým sportovním aktivitám. Možnost vzniku hemeroidů volilo 1,9 % a 0,6 % uvádělo možnost, že by se těhotné ženy měly vyvarovat pohlavnímu styku během těhotenství.



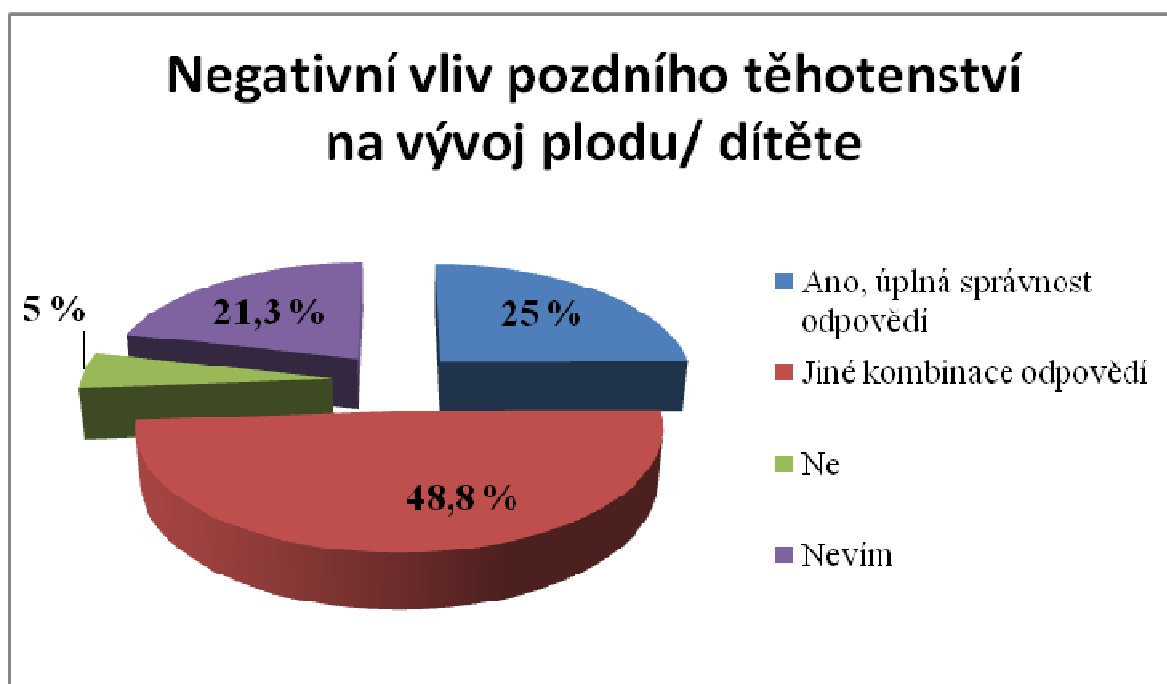
**Položka č. 21: Mohlo by tzv. pozdní těhotenství mít negativní vliv na samotný vývoj plodu/ dítěte? Pokud Ano, vyberte prosím z následujících možností.**

Tabulka 24: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu/ dítěte.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, úplná správnost odpovědí	20	25 %
Jiné kombinace odpovědí	39	48,8 %
Ne	4	5 %
Nevím	17	21,3 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: Vlastní*

Graf 23: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu/ dítěte.



*Zdroj: Vlastní*

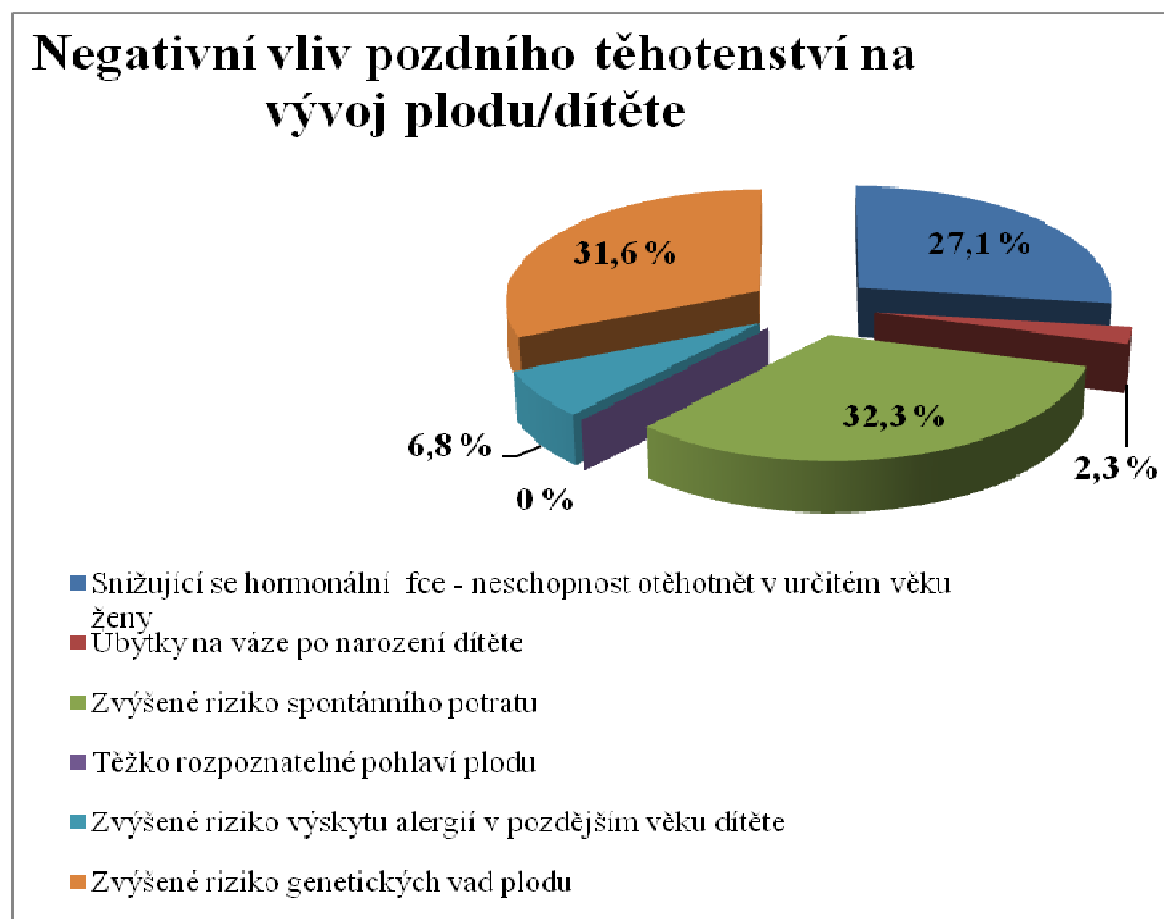
**Komentář:** Zde byla možnost více odpovědí. Otázka je rozdělena do dvou úseků. V prvním byla zjišťována celková informovanost studentek, ve druhém byla hodnocena četnost jednotlivě nabízených možností. Analýzou bylo zjištěno, že 48,8 % uvádělo jiné kombinace odpovědí, zcela správně odpovědělo 25 %. Ve 21,3 % respondentky nevěděly a 4 studentky, 5%, si nemyslí, že pozdní těhotenství má negativní vliv na vývoj plodu/ dítěte.

Tabulka 25: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu/ dítěte.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Snižující se hormonální funkce - neschopnost otěhotnět v určitém věku ženy	36	27,1 %
Úbytky na váze po narození dítěte	3	2,3 %
Zvýšené riziko spontánního potratu	43	32,3 %
Těžko rozpoznatelné pohlaví plodu	0	0 %
Zvýšené riziko výskytu alergií v pozdějším věku dítěte	9	6,8 %
Zvýšené riziko genetických vad plodu	42	31,6 %
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>133</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

Graf 24: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu.



Zdroj: Vlastní

**Komentář:** Zde byla hodnocena frekvence individuálních odpovědí. Bylo zjištěno, že 32,3 % studentek se kloní ke zvýšenému riziku spontánního potratu a 31,6 % si myslí, že dítě je vystaveno zvýšenému riziku genetických vad. Možnost, že s věkem snižující se hormonální funkce má za následek samotnou neschopnost otěhotnět v určitém věku ženy volilo 27,1 %. Devět, 6,8 %, studentek se přiklání k možnosti, že jsou děti ve vyšším věku vystaveni ve větší míře alergiím. Tři respondentky, 2,3 %, uvádějí variantu úbytku na váze po narození dítěte. K možnosti těžko rozpoznatelného pohlaví se nevyjádřila žádná ze studentek.

## 7 DISKUZE

### 7.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Autorka Šimková ve své bakalářské práci „Postoj vysokoškolských studentek k mateřství, rodině a kariéře“ z roku 2008 uvádí, že pro většinu studentek je základ spokojeného života „rodina a spokojené vztahy“. Data byla získána od 10 respondentek – studentek III. ročníku vysoké školy, ve věku 21 – 23 let, metodou strukturovaného interview. Studentky, jak je již výše zmíněno, považují za nejdůležitější ve své budoucnosti „žít pro svou rodinu“ a dále „mít zajímavou a užitečnou práci“. Většina studentek preferuje před založením rodiny uzavřít manželství. Považují jej za tradiční partnerský svazek, který jim přináší pocit jistoty, bezpečí a zázemí. Manželství by studentky chtěly uzavřít, tak jako začít plánovat svou rodinu, ve věku 25 – 30 let. Za ideální počet dětí považují 2 děti, kdy poslední by chtěly mít do 35 let. Po dosažení tohoto věku považují těhotenství již za rizikové. Kariéru považují respondentky za důležitou. Jejich cílem je dosáhnout určitého profesního postavení, aby byly do budoucna schopny zajistit po všech stránkách svou rodinu a měly po mateřství možnost vrátit se zpět do zaměstnání. V této bakalářské práci bylo zjištěno, že více než polovina studentek již teď počítá v budoucnosti se založením rodiny, s nichž 53,1 % plánuje své první těhotenství ve věku 24 – 26 let. Analýza výsledků ale taktéž ukázala, že více než jedna třetina studentek, 37,5 %, udává hraniční věk pro první těhotenství 35 let. Dále bylo zjištěno, že pro celých 76 % je kariéra v životě důležitá, a cca 30 % respondentek by dalo s velkou pravděpodobností přednost kariéře před rodinou. Je tedy otázkou, zda právě tyto skutečnosti neovlivní studentky při plánování svého prvního těhotenství a budování rodiny.

Postojem k mateřství a rodičovství studentek středních a vysokých škol se zabývala i Bedřichová v roce 2006. Nejvhodnějším věkem pro plánování prvního dítěte je, dle studentek VŠ, 24 – 26 let. Samy však nejčastěji zamýšlejí mít rodinu ve věku 27 – 29 let. Jako ideální počet dětí uvádějí 2. Většina studentek plánuje uzavřít manželství, a to nejčastěji ve věku 27 – 29 let. Jako hlavním důvodem udávají „silný citový vztah, lásku“ (89 %), „dostatečné finanční zabezpečení“ (55 %) a „nutnost porodit a vychovávat dítě v úplné rodině“ (27 %). Ve srovnání s touto prací studentky plánují mít rodinu nejčastěji ve věku 24 – 26 let, v necelých 25 % ve věku 27 – 30 let. Z výzkumu rovněž vyplývá, že manželství je také důležitou součástí budoucího života velkého procenta studentek. Zdá se,

že převážná většina s rolí manželky a matky již teď, v době studia, počítá. Dle 23 studentek však na manželství až tak nezáleží, tři studentky jej zcela odmítá. Tomu nasvědčuje i dnešní realita, kdy většina párů, i v případě, že jsou již rodiči, žije v nemanželském svazku. Dle údajů Českého statistického úřadu, získaných v roce 2010, podíl dětí narozených mimo manželství přesáhl 40 % (40,3 % proti 38, 8% v roce 2009).

Ve Švédsku se podobným výzkumem zabývala prof. Týdén. Výsledky uvedla, spolu se svými kolegy, v práci *„Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility“*, 2006. Průměrný věk studentek se pohyboval kolem 23 let. Z analýzy dat vyplynulo, že převážná většina dotázaných studentek (cca 95%), považují budoucí mateřství za danou věc. V průměru plánují 2- 3 děti, kdy první z nich by chtěly mít kolem 29 let, poslední v 35 letech. Pouze 2,7 % dětí do budoucna neplánují. Mezi důvody jejich rozhodnutí se však neobjevovala potřeba vybudovat si kariéru. Argumentovaly tím, že *„nechtějí mít zodpovědnost za někoho jiného“*, *„mají strach, že budou špatné matky“* či *„nemají děti prostě rády“*. Jako příčinu klesající ženské fertility uváděly studentky věk, z celkem 12 nabízených možností, na 5. místě. Na prvním místě udávaly kouření, poté alkohol/drogy, psychologické faktory či nemoci a infekce. Výsledky této práce ukázaly, že studentky plánují první těhotenství v průměru o 3 roky dříve než ve Švédsku. Jelikož studie prof. Týden byla provedena před 7 lety, dalo by se předpokládat, že průměrný věk prvorodiček se ve Švédsku ještě navýšil. Nutno brát ovšem v úvahu to, zda studentky své plány s těhotenstvím opravdu uskutečnily/uskuteční.

Autorka Lisická, 2011, se rovněž ve své bakalářské práci zabývá postoji vysokoškolských studentek k mateřství a rodičovství. Naprostá většina studentek plánuje do budoucna 2 děti, přičemž první zamýšlí ve věku 26 – 27 let. Hlavní prioritou pro plánování rodičovství je pro studentky finanční zajištění. V případě dobrého pracovního postavení, trvalého partnerství a těhotenství, které přišlo však neplánovaně, dává většina studentek přednost dítěti před zaměstnáním. Zhruba 65 % dotázaných zastává totiž názor, že mateřství je *„nejvyšším posláním ženy“*. V této práci bylo analýzou zjištěno, že častým důvodem studia je, krom jiného, také lepší uplatnění na trhu práce, lepší socioekonomické postavení a vyšší plat. V souvislosti s výsledky, které ukázaly, že pro většinu studentek je kariéra v životě důležitá, se lze domnívat, že touha většiny respondentek uspět v profesní dráze, tkví rovněž v potřebě jednou zabezpečit jak sebe, tak svou rodinu. Na druhou stranu, více než polovina

studentek uvádí, že s největší pravděpodobností by rodinu pro kariéru neobětovala. Lze tedy soudit, že rovněž pro tyto studentky je mateřství na prvním místě.

Ve výzkumu „*Family planning, fertility awareness and knowledge about Italian legislation on assisted reproduction among Italian academic students*“ autorka Rovei, spolu se svými kolegy, dospěla k velmi podobným závěrům, jaké již byly prezentovány. Výzkum probíhal v roce 2006/2007 v Turíně, na místní univerzitě. Respondenty byli jak muži, tak ženy, jejichž průměrný věk byl 22 let. Rovei zjišťovala informace týkající se tří sekcí: znalost o asistované reprodukci, znalost lidské plodnosti a plánování rodiny. Analýza zjistila, že, většina respondentů se založením rodiny v budoucnosti počítá. Ženy chtějí mít v průměru 2 – 3 děti, kdy první z nich plánují mezi 25 – 29 lety. Pouze malá část se přiklání k bezdětnosti. Za všeobecný názor platí, že založení rodiny absolutně neubírá na možnosti úspěchu v kariéře. Jako nejdůležitější podmínky pro zakládání rodiny uváděli respondenti stabilní partnerský vztah, pocit dostatečné zralosti a odpovědnost sdílenou spolu s partnerem. Za prvořadé, ne však tak důležité, udávali rovněž finanční zajištění či flexibilní pracovní dobu. Výzkumem této práce bylo zjištěno, že k bezdětnosti se přiklání rovněž malé procento respondentek, převážná většina z nich plánuje v průměru 2 děti.

## 7.2 Doporučení pro praxi

Dle literatury a výzkumů, zabývajících se problematikou pozdního mateřství, se věk prvorodiček a hranice prvního těhotenství neustále zvyšují. Důvodem jsou ženy, studující na vysokých školách. Jak vyplývá z mnoha výzkumů, převážná většina z nich však rodičovství neodmítá. Studentky si zčásti uvědomují, že vyšší věk může mít na jejich plánované těhotenství neblahý vliv. Měly by se však nad tímto problémem pozastavit mnohem dříve, než budou chtít skutečně otěhotnět. Každá žena by se měla pokusit si objasnit, co je pro ni v životě důležitější. Zda chce být jednou matkou, nebo je jí přednější kariéra a skutečnost, že její život může být bezdětný, je taky přijatelnou variantou. Ženy, které touží po mateřství i úspěchu v kariéře, by se měly podrobněji informovat například u svých obvodních gynekologů a zajímat se o možná rizika a problémy spojené s mateřstvím ve vyšším věku. Nikdo by neměl spoléhat na dnešní možnosti reprodukční medicíny a brát ji jako jednu z možných řešení, jak lze otěhotnět.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak se dnešní vysokoškolsky vzdělávané studentky staví k plánování rodičovství. Vysoký počet vysokoškolsky se vzdělávajících žen má za následek světový trend tzv. pozdního mateřství. Ženy jsou více nezávislé, autonomní a mají vysoké možnosti profesního růstu a úspěchu v kariéře. Převážná většina studentek se však od role matky neodklání.

**Hlavním cílem** bylo zjistit, jaký postoj zaujímají studentky vysokých škol k plánování rodičovství. K tomuto cíli se vztahovaly položky 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15. Celých 21,1 % respondentek plánuje se svým partnerem po ukončení studia společné bydlení, uzavření manželství i rodinu. Založení rodiny celkově, bez ohledu na současný rodinný stav, plánuje 61,25 % studentek. Tyto studentky si v 68,75 % představují budoucnost se 2 dětmi, 15 % uvažuje o 3 a více dětech, 5 % děti zcela odmítá. V 53,1 % respondentky plánují první těhotenství ve věku 24 – 26 let. Hlavní funkci, kterou rodina splňuje, vidí studentky z 27,6 % ve vytvoření láskyplného prostředí, pro 17,8 % je rodina důležitým prvkem společnosti a v 13,8 % se jedná o ekonomické zajištění. Dle 53,75 % dotázaných by se „spíše“ mělo před založením rodiny uzavřít manželství, pro 3,75 % je manželství jen „kusem papíru“. Kariéru v životě považuje za „spíše důležitou“ 57,5 %, pro 18,75 % je kariéra velmi důležitá. Na otázku, zda by byly studentky ochotny obětovat soukromý život pro kariéru, pouhých 6,25 % zcela souhlasilo, 41,25 % by nejspíš odmítlo a pro 17,5 % je rodina daleko důležitější.

**Hlavní cíl byl splněn.**

**Prvním podcílem** bylo zjistit, jaký věk, je dle studentek VŠ, optimální pro založení rodiny. K tomuto podcíli se vztahovaly položky č. 16 a 17. Z výsledků vyplynulo, že 82,5 % studentek si myslí, že žena by měla plánovat své první těhotenství do 30 let, 11,25 % udává věk 25, dvě studentky si myslí, že pokud je žena zcela zdravá, na jejím věku příliš nezáleží. Jako hraniční věk pro první těhotenství volí 45 % 30 let, na druhém místě s 37,5 % je věk 35 let, 12,5 % volilo možnost 40 let.

**Podcíl byl splněn.**

**Druhým podcílem** bylo zjistit, zda si jsou studentky VŠ vědomy možných rizik pozdního mateřství. Na tento podcíl jsou zaměřeny položky č. 18, 19, 20 a 21. Více než polovina, tj. 63,75% si myslí, že pokud je těhotenství považováno za tzv. pozdní, žena podstupuje zvýšenou prenatální péči. Ve zbylých případech 38 % udává, že ženy by takovou péčí měly podstupovat. O problematice pozdního těhotenství mělo celkový přehled 35 %. V 51 %, studentky volily jiné kombinace odpovědí, nicméně alespoň jedna z nich byla vždy správná. Pro 6,25 % je riziko pozdního těhotenství stejné jako u žen mladšího věku. Riziko zvýšených samovolných potratů volilo 35 %, k častějšímu podstoupení genetického vyšetření se přiklánělo 30,6 % a 28,7 % udávalo možnost zvýšené prenatální péče. O problematice negativního vlivu pozdního těhotenství na vývoj plodu/ dítěte mělo kompletní přehled 25 %, 48,75 % uvádělo jiné kombinace, kde opět byla alespoň jedna odpověď správná. Při analýze jednotlivých odpovědí, nejpočetnější procento studentek, tj. 32,3 %, volilo možnost zvýšeného rizika spontánního potratu. Zvýšené riziko genetických vad plodu udávalo 31,6 % a 27,1 % bylo pro možnost snižující se hormonální funkce, která má za následek samotnou neschopnost otěhotnět v určitém věku ženy.

**Druhý podcíl byl splněn.**



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. 2011. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 297 s. ISBN 978-802-4619-071.
- [2] BIERMANN, Christine a Ralph RABEN. 2006. *Maminkou ve čtyřiceti?*. Vyd. 1. Praha: Portál, 178 s. ISBN 80-736-7075-5.
- [3] CITTERBART, Karel, c2001. *Gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.
- [4] ČECH, Evžen et al., 2006. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
- [5] HÁJEK, Zdeněk et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 444s. ISBN 80-247-0418-8.
- [6] HAŠKOVÁ, Hana, 2009. *Fenomén bezdětnosti*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 264 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-807-4190-209.
- [7] KALIBOVÁ, Květa et al., 2009. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3. Přepracované vydání. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 241 s. ISBN 978-807-4190-124.
- [8] KUDELA, Milan, 2011. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 273 s. ISBN 978-802-4419-756.
- [9] MOŽNÝ, Ivo, 1999. *Sociologie rodiny*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakl., 251 s. ISBN 80-858-5075-3.
- [10] PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. 2012. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 217 s. ISBN 978-802-4430-195.
- [11] ROZTOČIL, Aleš, 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 333 s. ISBN 80-701-3339-2.
- [12] ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

- [13] SELIKOWITZ, Mark, 2011. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 2. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 197 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-882-1.
- [14] SMITH, Norman a A. Pat SMITH, 2006. *Ultrazvuk v porodnictví: praktická příručka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 184 s. ISBN 80-247-1107-9.
- [15] ŠILHOVÁ, Lucie a Jana STEJSKALOVÁ, 2006. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 102 s. ISBN 80-251-0987-9.
- [16] ŽIŽKA, Jan, 1994. *Diagnostika syndromů a malformací*. Vyd. 1. Praha: Galén, 414 s. ISBN 80-858-2404-3.

**INTERNETOVÉ ZDROJE**

- [1] ŠÍPEK, Antonín. *Definice a rozdělení vrozených vad* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-12-25]. Dostupné z:  
[http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=definice\\_vady](http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=definice_vady)
- [2] ŠÍPEK, Antonín. *Příčiny vrozených vad a teratogeny* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-12-25]. Dostupné z:  
[http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=priciny\\_vad\\_teratogeny](http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=priciny_vad_teratogeny)
- [3] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. Vypracoval ŠÍPEK, Antonín. *Vrozené vady u narozených v roce 2010* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2012-12-26], s. 15. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/vrozene-vady-narozenyh-roce-2010>
- [4] ŠÍPEK, Jiří. *Historie a současnost registrace vrozených vad v ČR* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-12-26]. Dostupné z: <http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=historie>
- [5] ŠIMKOVÁ, Iva. *Postoj vysokoškolských studentek k mateřství, rodině a kariéře* [online] 2008 [cit. 2013-05-11]. Bakalářská diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Milada Rabušicová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ffyt2>
- [6] BEDŘICHOVÁ, Eva. *Postoj k mateřství a rodičovství studentek středních a vysokých škol* [online]. 2006 [cit. 2013-05-11]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Marie Marková. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/72241/lf\\_b/text.pdf](http://is.muni.cz/th/72241/lf_b/text.pdf)
- [7] LISICKÁ, Adéla. *Postoje vysokoškolských studentek k mateřství a rodičovství* [online] 2011 [cit. 2013-05-11]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Hana Včelařová. Dostupné z:  
[http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/14932/lisick%C3%A1\\_2011\\_bp.pdf?sequence=1](http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/14932/lisick%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1)

- [8] GAILLYOVÁ, Renata. *Genetické příčiny poruch reprodukce, Vyšetření párů s opakovanými fetálními ztrátami* [online] 2006 [cit. 2013-05-11]. Disertační práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Ústav preventivního lékařství. Vedoucí práce Drahošlava Hrubá. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/1179/>
- [9] SARTORIUS, A. Gideon, Eberhard Nieschlad, *Paternal age and reproduction* [online] 2010 [cit. 2013-05-12]. Human Reproduction Update, Vol. 16, NO I., pp. 65-79. Dostupné z: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/16/1/65.full.pdf+html>
- [10] CAM FAN PHYSICIAN, Delayd motherhood [online] 2012 [cit. 2013-05-10]. Vol. 58, pp. 588 – 595. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470537/>
- [11] TYDÉN, Tanja and col., *Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility* [online] 2006 [cit. 2013-05-12]. The European Journal of Contraception and Reproductive Health, pp. 181-189. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/eds/detail?sid=89d94529-cf80-4554-937d>
- [12] UZEL, Radim, 2006. *Pokles fertility v závislosti na věku* [online] 2006 [cit. 2012-12- 25]. SPRSV. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocianku=2006030201>
- [13] VALENTINA ROVEI ET AL., *Family planning, fertility awareness and knowledge about Italian legislation on assisted reproduction among Italian academic students* [online] 2010 [cit. 2013-05-12]. Reproductive BioMedicine Online (2010) 20, pp. 873 – 879. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=52a45c99-32b0-4448-944a-59ead5b66a20%40sessionmgr11&vid=2&hid=6>
- [14] HAŠKOVÁ, Hana. *Přirozenost a normalita rodičovství aneb Jak se volí bezdětnost* [online] 2010 [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=360&lst=120>
- [15] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, Pohyb obyvatelstva – rok 2010 [online] 2011 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031411.doc>

- [16] VRBKOVÁ, Kateřina. *Downův syndrom, aneb co matky čeká* [online] 2010 [cit. 2013-05-15]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Romana Gerychová. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/214687/lf\\_b/BAKALARSKA\\_PRACE.pdf](http://is.muni.cz/th/214687/lf_b/BAKALARSKA_PRACE.pdf)
- [17] PREDIKO s. r. o., *Kombinovaný test – screening Downova syndromu v I. trimestru* [online] 2010 [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: <http://prediko.cz/prenatalni-diagnostika/screening/kombinovany-test>
- [18] PREDIKO s. r. o., *Triple test – screening ve II. trimestru* [online] 2010 [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: <http://prediko.cz/prenatalni-diagnostika/screening/triple-test>
- [19] FETMED – CENTRUM FETÁLNÍ MEDICÍNY A DIAGNOSTIKY, *Ultrazvukové vyšetření* [online] 2009 [cit. 2013-05-18]. Dostupné z: <http://www.fetmed.cz/cz/rubriky/ultrazvukove-vysetreni/11-13-tyden-oscar-one-stop-clinic/>
- [20] PREDIKO s. r. o., *Integrovaný test* [online] 2010 [cit. 2013-05-19]. Dostupné z: <http://prediko.cz/prenatalni-diagnostika/screening/integrovaný-test>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

atd.	a tak dále
aj.	a jiné
hCG	humánní choriový gonadotropin
UZ	ultrasonografie
VVV	vrozené vývojové vady
CTG	kardiotokografie
tzv.	takzvaně
WHO	World health organization
AMC	amniocentéza
CVS	chorionic villus sampling
GnRH	gonadotropin releasing hormon
FSH	folikostimulační hormon
LH	luteinizační hormon
tj.	to je
IVF	in vitro fertilizace
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
NT	nuchální translucence
OSCAR	one stop clinic
NB	nasal bone
TR	trikuspidální regurgitace
AFP	alfa – fetoprotein
uE2	nekonjugovaný estriol
ÚPMD	Ústav pro matku a dítě
NZIS	Národní zdravotnický informační systém

---

NRVV	Národní registr vývojových vad
FHS	Fakulta humanitních studií
FaME	Fakulta managementu a ekonomiky
FT	Fakulta technologická
VŠE	Vysoká škola ekonomická
FF	Fakulta filosofická
PedF	Pedagogická fakulta
PřF	Přírodovědecká fakulta
FAI	Fakulta aplikované informatiky
FMK	Fakulta multimediálních komunikací
fce	funkce
např.	například
VŠ	vysoká škola

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Zvyšující se riziko Downova syndromu s věkem matky. ....	25
Tabulka 2: Věk respondentek. ....	33
Tabulka 3: Forma studia. ....	34
Tabulka 4: Současné studium. ....	35
Tabulka 5: Důvod studia na VŠ. ....	36
Tabulka 6: Pokračování ve studiu. ....	37
Tabulka 7: Rodinný stav. ....	38
Tabulka 8: Stálost vztahu s partnerem. ....	39
Tabulka 9: Úhrada výdajů na VŠ. ....	40
Tabulka 10: Plány s partnerem po ukončení studia. ....	41
Tabulka 11: Založení rodiny. ....	43
Tabulka 12: Plánovaný věk prvního těhotenství. ....	44
Tabulka 13: Plánovaný počet dětí. ....	45
Tabulka 14: Funkce rodiny. ....	46
Tabulka 15: Důležitost manželství před založením rodiny. ....	48
Tabulka 16: Důležitost kariéry v životě. ....	49
Tabulka 17: Oběť soukromého života pro kariéru. ....	50
Tabulka 18: První těhotenství. ....	51
Tabulka 19: Hraniční věk pro první těhotenství. ....	52
Tabulka 20: Zvýšená prenatální péče v tzv. pozdním těhotenství. ....	53
Tabulka 21: Potřeba poskytnutí zvýšené prenatální péče. ....	54
Tabulka 22: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství. ....	55
Tabulka 23: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství. ....	56
Tabulka 24: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu/ dítěte. ....	57
Tabulka 25: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu/ dítěte. ....	58

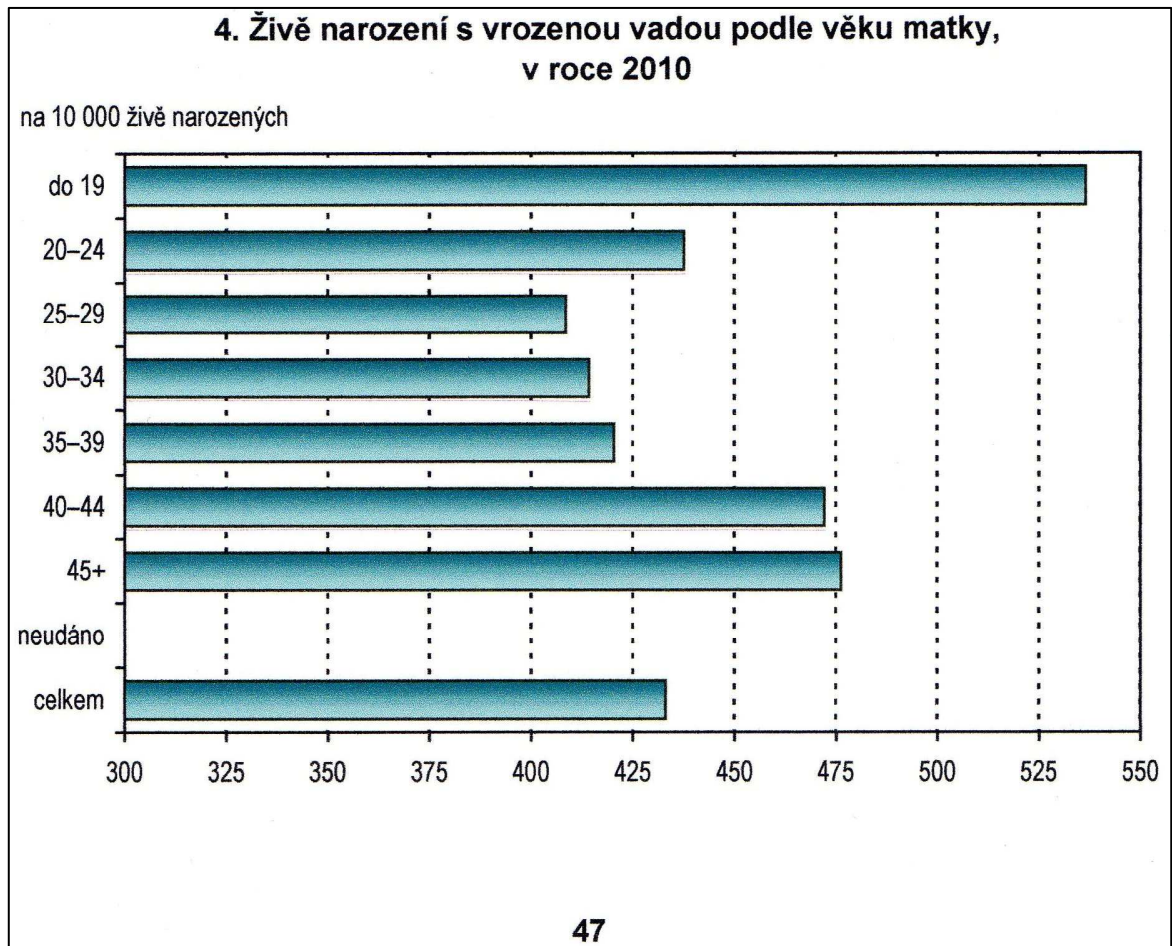


**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Věk respondentek. ....	33
Graf 2: Forma studia. ....	34
Graf 3: Současné studium. ....	35
Graf 4: Důvod studia na VŠ. ....	36
Graf 5: Pokračování ve studiu. ....	37
Graf 6: Rodinný stav. ....	38
Graf 7: Stálost vztahu s partnerem. ....	39
Graf 8: Úhrada výdajů na VŠ. ....	40
Graf 9: Plány s partnerem po ukončení studia. ....	41
Graf 10: Založení rodiny. ....	43
Graf 11: Plánovaný věk prvního těhotenství. ....	44
Graf 12: Plánovaný počet dětí. ....	45
Graf 13: Funkce rodiny. ....	46
Graf 14: Důležitost manželství před založením rodiny. ....	48
Graf 15: Důležitost kariéry v životě. ....	49
Graf 16: Oběť soukromého života pro kariéru. ....	50
Graf 17: První těhotenství. ....	51
Graf 18: Hraniční věk pro první těhotenství. ....	52
Graf 19: Zvýšená prenatální péče v tzv. pozdním těhotenství. ....	53
Graf 20: Potřeba poskytnutí zvýšené prenatální péče. ....	54
Graf 21: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství. ....	55
Graf 22: Zdravotní komplikace, vyšetření, režim v tzv. pozdním těhotenství. ....	56
Graf 23: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu/ dítěte. ....	57
Graf 24: Negativní vliv pozdního těhotenství na vývoj plodu. ....	58

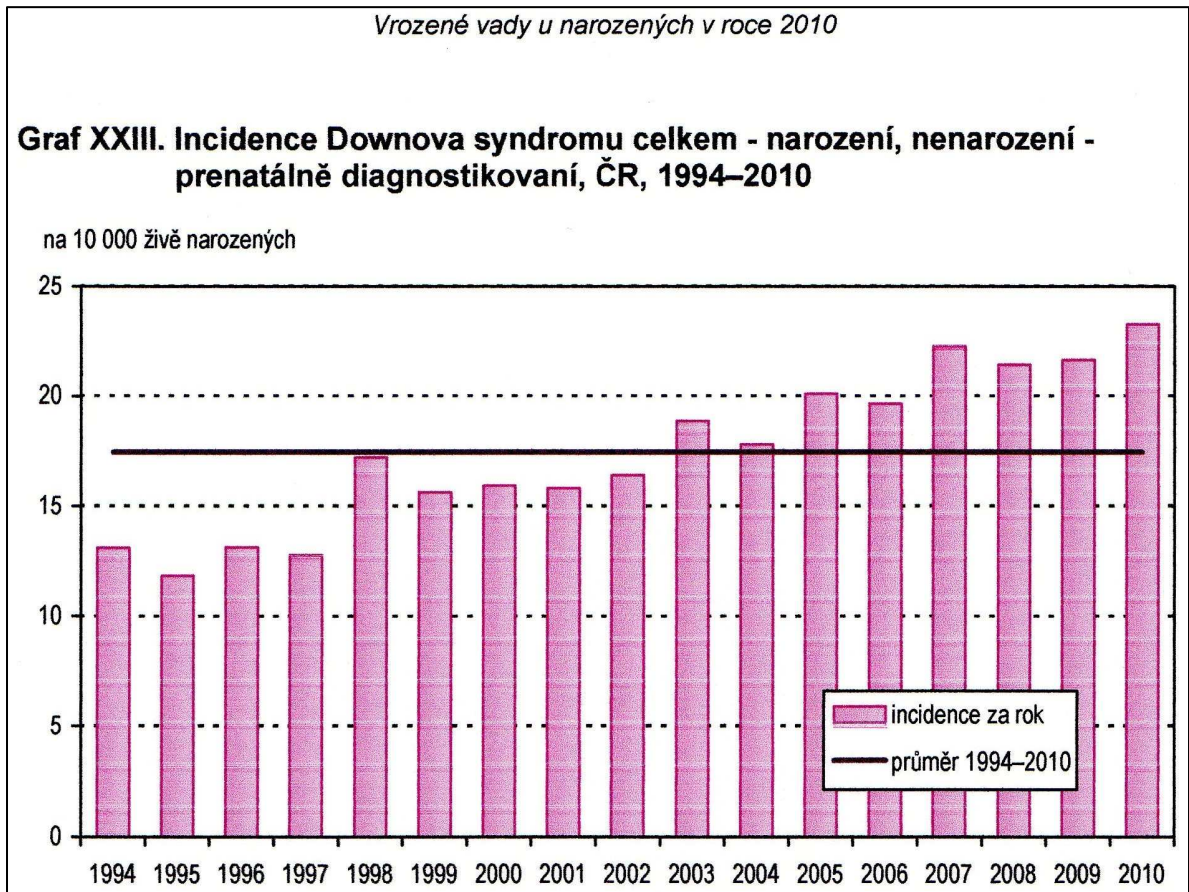
**SEZNAM PŘÍLOH**

P I: ŽIVĚ NAROZENÍ S VROZENOU VADOU PODLE VĚKU MATKY V ROCE 2010.....	75
P II: GRAF XXIII. INCIDENCE DOWNOVA SYNDROMU CELKEM – NAROZENÍ, NENAROZENÍ – PRENATÁLNĚ DIAGNOSTIKOVÁNÍ, ČR, 1994 – 2010 .....	76
P III: GRAF XXIV. INCIDENCE EDWARDSOVA SYNDROMU CELKEM – NAROZENÍ, NENAROZENÍ - PRENATÁLNĚ DIAGNOSTIKOVÁNÍ, ČR, 1994 – 2010.....	77
P IV: GRAF XXV. INCIDENCE PATAUOVA SYNDROMU CELKEM. NAROZENÍ, NENAROZENÍ – PRENATÁLNĚ DIAGNOSTIKOVÁNÍ, ČR. 1994 – 2010 .....	78
P V: DOTAZNÍK.....	78

**P I: ŽIVĚ NAROZENÍ S VROZENOU VADOU PODLE VĚKU MATKY V ROCE 2010**

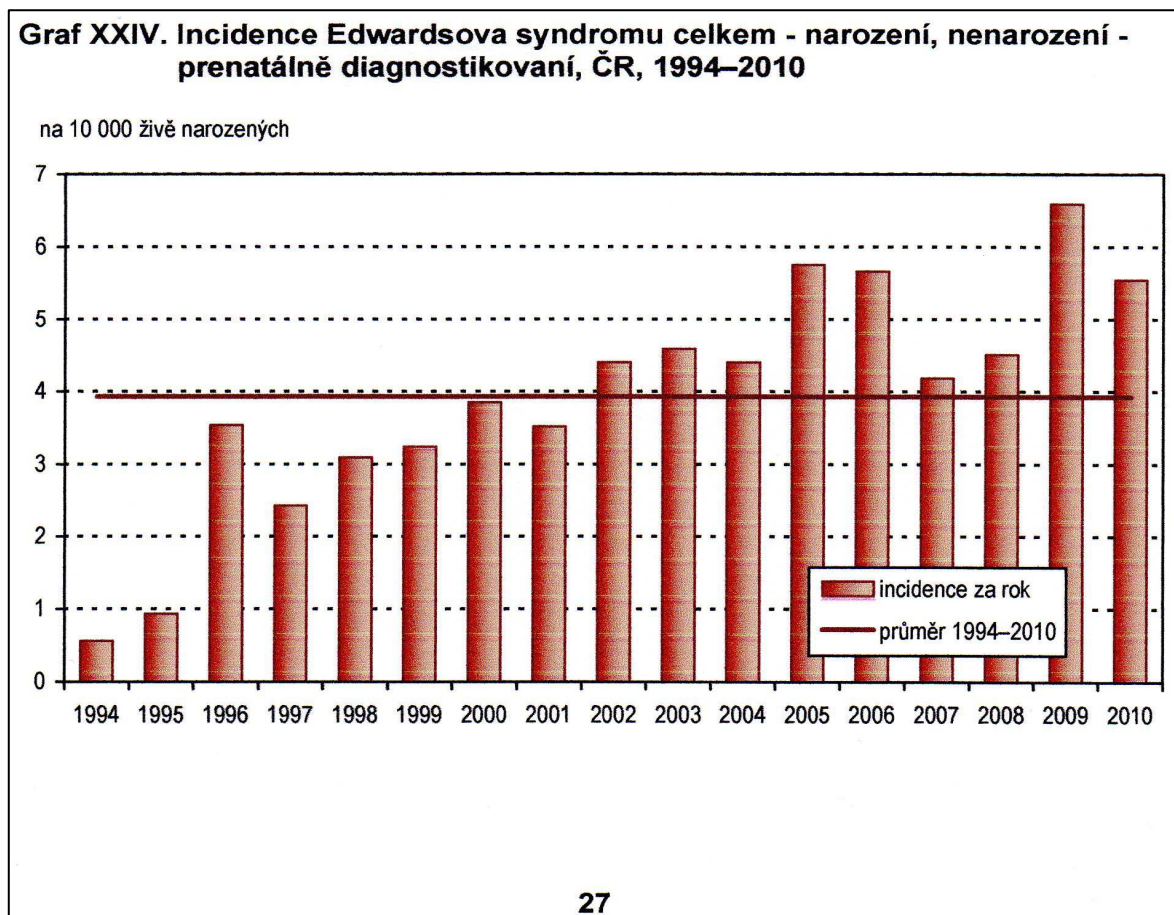
Zdroj: ÚZIS ČR, vypracoval Šípek Antonín [online] 2010, s. 47

**P II: GRAF XXIII. INCIDENCE DOWNOVA SYNDROMU CELKEM – NAROZENÍ, NENAROZENÍ – PRENATÁLNĚ DIAGNOSTIKOVANÍ, ČR, 1994 – 2010**



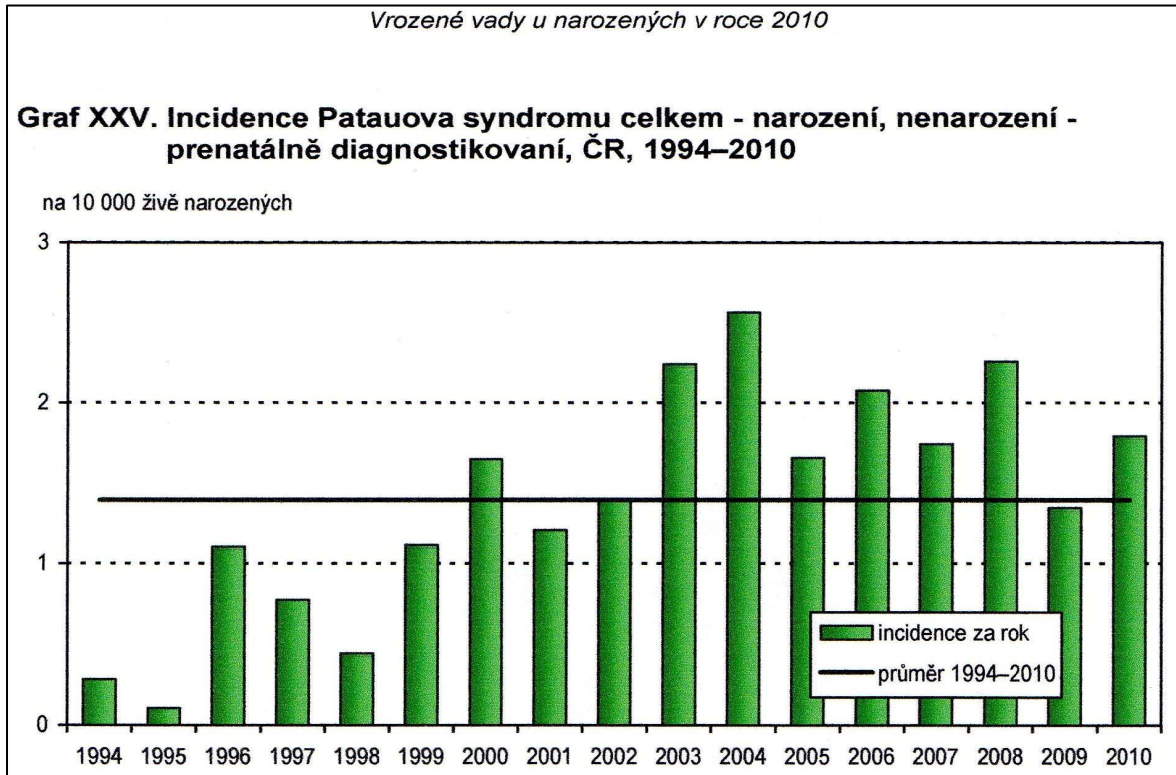
Zdroj: ÚZIS ČR, vypracoval Šípek Antonín [online] 2010, s. 27

**P III: GRAF XXIV. INCIDENCE EDWARDSOVA SYNDROMU CELKEM – NAROZENÍ, NENAROZENÍ - PRENATÁLNĚ DIAGNOSTIKOVANÍ, ČR, 1994 – 2010**



Zdroj: ÚZIS ČR, vypracoval Šípek Antonín [online] 2010, s. 27

**P IV:GRAF XXV. INCIDENCE PATAUOVA SYNDROMU CELKEM. NAROZENÍ, NENAROZENÍ – PRENATÁLNĚ DIAGNOSTIKOVANÍ, ČR. 1994 – 2010**



*Zdroj: ÚZIS ČR, vypracoval Šípek Antonín [online] 2010*

## **P V. : DOTAZNÍK**

Vážené studentky,

jmenuji se Michaela Adamcová a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé Bakalářské práce *Vliv vysokoškolského studia na primigravidu* (tzn. prvorodičku). Cílem dotazníku je především zjistit, jaký postoj zaujmají studentky vysokých škol k plánování rodičovství. Dotazník je anonymní a získaná data budou určena pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem děkuji za ochotu a Váš čas. Michaela Adamcová

**1. Uved'te prosím Váš věk: .....let**

**2. Jakou formou studium absolvujete?**

- a) Prezenční forma studia
- b) Kombinovaná forma studia

**3. Uved'te prosím, na jakém typu školy studujete (fakulta, program, obor).**

.....

**4. Co pro Vás studiu na VŠ znamená?**

- a) Cesta k mé „vysněné“ profesi
- b) Způsob oddálení nástupu do zaměstnání
- c) Přání rodičů
- d) Jiné – vypište:

**5. Plánujete pokračovat v dalším studiu (nástavbové studium, zcela jiný obor)?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

**6. Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) Nezadaná
- b) V partnerském vztahu
- c) Zasnoubená
- d) Vdaná

**7. Jestliže jste zadaná, označila byste Váš vztah s partnerem za trvalý?**

- a) Ano
- b) Ne

**8. Kdo Vám poskytuje finanční zázemí týkající se výdajů na VŠ?**

- a) Jsem finančně nezávislá, pracuji
- b) Z části si výdaje hradím sama, mám brigádu (jinak rodiče, partner)
- c) Pouze podpora rodičů
- d) Pouze podpora partnera
- e) Pouze podpora rodičů a partnera

**9. Plánujete s partnerem po ukončení studia společný život, manželství, popř. založení rodiny?**

- a) Již spolu bydlíme  
Vypište prosím, jak dlouho:.....
- b) Ano, plánujeme společné bydlení
- c) Ano, plánujeme společné bydlení a manželství, založení rodiny však v brzké době nikoli
- d) Ano, plánujeme společné bydlení, manželství i rodinu
- e) Zatím o tom neuvažujeme
- f) Jiné – vypište: .....

**10. Plánujete po ukončení studia založit rodinu? Popř. kdy?**

- a) Jestliže založení rodiny plánujete, vypište prosím kdy:.....
- b) Zatím neplánuji
- c) Neuvažuji o tom, že bych někdy založila rodinu



**11. Kolik dětí byste chtěla mít?**

- a) Žádné
- b) 1
- c) 2
- d) 3 a více
- e) Nevím

**12. Jakou funkci podle Vás rodina zaujímá? (možno více odpovědí)**

- a) Zajištění pocitu bezpečí
- b) Ekonomické zajištění
- c) Vytvoření láskyplného prostředí
- d) Rodina je důležitým prvkem společnosti
- e) Rodina je pro mě tradicí, která by se měla udržovat
- f) Myslím, že rodina není důležitá
- g) Jiné - vypište:.....

**13. Měli by podle Vás lidé před založením rodiny uzavřít manželství?**

- a) Určitě ano, manželství je velmi důležité
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne, na manželství až tak nezáleží
- d) Ne, manželství není důležité, je to jen „kus papíru“

**14. Je pro Vás kariéra v životě důležitá?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

**15. Byla byste ochotna obětovat část soukromého života (založení rodiny) pro pracovní kariéru?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne

- d) Určitě ne, rodina je pro mě důležitější
- e) Nevím

**16. V kolika letech by podle Vás žena měla plánovat své první těhotenství?**

- a) Do 25 let
- b) Do 30 let
- c) Do 35 let
- d) Nejpozději do 40 let
- e) Bez problémů i nad 40 let
- f) Myslím, že pokud je žena zcela zdravá, na věku příliš nezáleží

**17. Jaký věk byste označila jako hraniční pro první těhotenství?**

- a) 30 let
- b) 35 let
- c) 40 let
- d) Nad 40 let
- e) Jiné – vypište:.....

**18. Myslíte si, že těhotné ženy, jejichž těhotenství je označeno za tzv. pozdní těhotenství, podstupují zvýšenou prenatální péči? (prenatální – před narozením dítěte)**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**19. Pokud jste v předchozí otázce vybrala za odpověď B/C, myslíte si, že by tyto ženy zvýšenou prenatální péči měly mít? Jestliže Ano, uveďte prosím proč.**

- a) Ano  
.....
- b) Ne
- c) Nevím

**20. Myslíte si, že by se tyto ženy mohly ve zvýšené míře setkat s nějakými zdravotními komplikacemi/ vyšetřeními či dodržovat speciální režim během těhotenství? Pokud ano, vyberte prosím z následujících možností.**

a) Ano

- Vznik hemeroidů
- Zvýšené riziko samovolných potratů
- Vyhnout se veškerým sportovním aktivitám
- Vyvarovat se pohlavnímu styku během těhotenství
- Zvýšená prenatální péče
- Častější podstoupení genetického vyšetření (odběr plodové vody apod.)

b) Ne, myslím, že toto riziko ve stejné míře podstupují i ženy v nižším věku

c) Nevím

**21. Mohlo by tzv. pozdní těhotenství mít negativní vliv na samotný vývoj plodu/dítěte? Pokud ano, vyberte prosím z následujících možností.**

a) Ano

- S věkem snižující se hormonální funkce má za následek samotnou neschopnost otěhotnět v určitém věku ženy
- Úbytky na váze po narození dítěte
- Zvýšené riziko spontánního potratu
- Těžko rozpoznatelné pohlaví plodu
- Zvýšené riziko alergií v pozdějším věku dítěte
- Zvýšené riziko genetických vad plodu (Downův syndrom, Edwardsův syndrom, aj.)

b) Ne

c) Nevím

**22. Jestliže byste ráda sdělila něco, co nebylo obsaženo v dotazníku, napište prosím zde.**

.....

.....

.....