

OBSAH

OBSAH	1
ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1. Těhotenství z medicínského hlediska	5
1.2. Změny v mateřském organismu a vývoj plodu v těhotenství	6
1.3. Životní styl v těhotenství	7
1.4. Právní, sociální, finanční a psychologická pomoc.....	8
1.5. Prenatální péče.....	10
1.6. Rizikové a patologické těhotenství	12
1.7. Nepravidelnosti a patologie těhotenství.....	13
1.7.1. Spontánní potrat (abortus spontaneus).....	13
1.7.2. Předčasný porod.....	15
1.7.3. Prodloužené těhotenství.....	16
1.7.4. Mimoděložní těhotenství (gravidita extrauterina)	17
1.7.5. Celková onemocnění v těhotenství.....	17
1.7.6. Nepravidelnosti vývoje plodového vejce.....	25
1.7.7. Patologie pupečníku, placenty a plodových blan.....	29
1.8. Porod	31
1.9. Stavy komplikující porod.....	32
1.9.1. Předčasný porod.....	32
1.9.2. Nepostupující porod.....	33
1.9.3. Nepravidelné polohy a držení plodu.....	33
1.9.4. Nepravidelnosti III doby porodní	35
1.9.5. Císařský řez (sectio caesarea)	35
1.9.6. Indukce porodu	36
1.10. Těhotenství z hlediska sociálního	37
1.10.1. Sociální faktory	37
1.10.2. Těhotenství z pohledu sociologie	38
1.11. Těhotenství a porod v historické perspektivě	39
1.12. Sociální status	40
1.12.1. Sociální struktura	40
1.12.2. O sociálním statusu obecně.....	41
1.12.3. Charakteristiky sociálního statusu	42
1.12.4. Další mimostatusové sociální indikátory	44
1.12.5. Vzdělání	46
1.13. Plodnost a porodnost.....	48
1.13.1. Přímé a nepřímé determinanty fertility	49
1.13.2. Porodnost a socioekonomický status	51
1.14. Rodina	53
1.14.1. Statusové rozdělení rodin.....	53
1.14.2. Ganderové nerovnosti	54
1.14.3. Rodinný cyklus	54

1.14.4.	Zaměstnanost žen.....	55
1.14.5.	Třídní rozdíly v reprodukčním chování a životním stylu	56
1.14.6.	Rodina a hodnota dítěte	56
1.14.7.	Rodina s postiženým dítětem.....	57
1.15.	Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice v Havlíčkově Brodě	58
2.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA	60
3.	METODIKA.....	61
3.1	Zvolená metoda.....	61
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	65
3.3	Hodnocení dotazníků	66
4.	VÝSLEDKY	67
4.1.	Vlastní hodnocení jednotlivých otázek.....	67
4.1.1.	Otázka identifikační.....	67
4.1.2.	Otázky týkající se socioekonomického statusu	69
4.1.3.	Zdravotní údaje	93
5.	DISKUZE	110
5.1.	Diskuze k vlivu socioekonomického statusu na těhotenství.....	110
5.2.	Zhodnocení dosažení cíle a platnosti hypotézy	116
5.3.	Problémy při výzkumné části práce.....	117
6.	ZÁVĚR	119
7.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	122
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	129
9.	PŘÍLOHY.....	130

ÚVOD

Cílem této práce je zjištění socioekonomických faktorů podílejících se na vzniku těhotenských patologií.

Socioekonomickým statusem je chápáno postavení jedince ve společnosti, které je určeno zejména nejvyšším dosaženým vzděláním, profesním postavením a sociokulturní úrovní.

Na základě teoretických poznatků jsem se snažil empirickým šetřením vliv socioekonomických faktorů na výskyt komplikací v těhotenství potvrdit či vyvrátit. Ve výzkumné části práce byla zvolena metoda dotazníku, který obsahoval otázky týkající se socioekonomického statusu ženy a její rodiny, zdravotních a identifikačních údajů. Dotazník byl předložen k vyplnění všem ženám, které porodily v Nemocnici Havlíčkův Brod v období od listopadu 2006 do března 2007, ne dříve než 48 hodin po porodu. Dotazníky vyplněné těmito ženami byly rozděleny na dva soubory. Prvním souborem byla skupina žen, u nichž se v průběhu těhotenství a při porodu vyskytly komplikace. Druhý soubor tvořily ženy, které v průběhu těhotenství žádné komplikace neměly. Odpovědi žen z těchto dvou skupin jsem porovnával navzájem.

Práce by měla nastínit, zda socioekonomický status ženy a její rodiny může ovlivňovat průběh těhotenství. V případě že ano, určit, které jeho atributy by mohly být rizikovým faktorem pro průběh a výsledek těhotenství.

Problematika vlivu sociálních popřípadě socioekonomických faktorů na průběh těhotenství, je tématem objevujícím se v současné odborné literatuře (**2, 3, 28, 29, 30, 56**).

Jedním ze zásadních zlomů z životě člověka je narození potomků. Je to období, kdy člověk ze dne na den mění svou sociální roli a z dítěte se stává rodičem. Je to období jistě krásné, ale nelehké, a to i tehdy, narodí-li se manželskému páru zdravé dítě. Pokud se narodí dítě postižené či s vývojovým handicapem, stává se toto období složitým a asi i nesdělitelně těžkým. Ti šťastní, kteří mají zdravé děti, se mohou o míře utrpení těchto rodičů jen dohadovat. Postižení u dětí může vzniknout vlivem komplikací v průběhu těhotenství nebo při porodu. Na vznik těchto komplikací mají z vlivu rizikové

faktory. Jedním z těchto faktorů je i faktor sociální, případně socioekonomický status, i když mu není přičítán zásadní význam **(5, 19, 57)**.

Právě jeho vlivem na průběh a výsledek těhotenství se ve své práci zabývám.

Jak jsem již uvedl výše, každý člověk klade důraz na to životní období, kterým právě prochází a nejinak je tomu i v mém případě. Jsem otcem tří dětí, z nichž dvě jsou v batolecím věku. I když období těhotenství a následná péče o děti je z větší části záležitostí matky, nemusí to znamenat menší zájem ze strany otce. Snažím se v této oblasti o participaci, jakou mi dovoluje zaměstnání a studium. Pro mou osobní zkušenost, a protože pracuji ve zdravotnictví, jsem si pro diplomovou práci zvolil právě toto téma.

V práci je nejprve uvedena teorie ke zpracovávané problematice týkající se těhotenství a porodu, zejména jeho medicínských a sociálních aspektů. Teoretická část je dále věnována socioekonomickému statusu, plodnosti, porodnosti, a také rodině. Výzkumnou část tvoří popis použité metodiky, výsledky výzkumu doplněné tabulkami a grafy a diskuze, ve které jsou uváděny závěry publikovaných studií týkající se zpracovávaného tématu. V diskuzi jsou dále uvedeny závěry z vlastního výzkumu a jejich vztah k cíli této práce a stanovené hypotéze.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. *Těhotenství z medicínského hlediska*

Těhotenství je konkrétním projevem lidské reprodukce. Vyvolává v organismu ženy řetězec funkčních změn a adaptačních pochodů, které ve svém souboru podávají typický, téměř nezaměnitelný charakteristický obraz (5).

Těhotenství je stav vymezený na jedné straně oplozením vajíčka a na druhé straně porodem dítěte. Přesné trvání délky těhotenství nelze většinou stanovit, ale z praktického hlediska se počítá od prvního dne poslední menstruace. Délka těhotenství se udává v ukončených týdnech a dnech. Průměrná délka těhotenství byla stanovena na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů, tj. 10 lunárních měsíců.

Pro rozdílnost vývoje plodu v různých stádiích gravidity se těhotenství dělí na tři období – tři trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne, druhý do 27. týdne a třetí od 28. týdne do porodu (57).

Výsledný úspěch těhotenství a porodu závisí do značné míry na sociální a zdravotní politice státu, na zdraví ženy a jejím postoji k využívání zdravotnických služeb. Schopnost ženy poslouchat tyto informace a rady je ovlivněna jejím vlastním sociálním a ekonomickým postavením. Mezi sociální situací ženy, jejím zdravím a využíváním zdravotnických služeb je souvislost. Je třeba i finanční podpory pro rodiny byť jen na omezený čas okolo narození dítěte (14).

Těhotenství lze diferencovat jako:

- fyziologická – s normálním průběhem a bez předběžné zátěže
- riziková – těhotenství zatím probíhá normálně, avšak u ženy s primární zátěží anamnestickou, či vzniklou v průběhu těhotenství. Toto zvyšuje možnost rozvoje patologického stavu
- patologická – je zde prokázán chorobný průběh gestace, což může vyústit v poškození matky či plodu (5).

1.2. Změny v mateřském organismu a vývoj plodu v těhotenství

Mateřský organismus se musí podřídit této výjimečné situaci, a tak dochází ke změnám téměř všech jeho funkcí. Mateřské tělo se přizpůsobuje graviditě zejména růstem tkání (zvětšení rodidel a prsů), retencí tekutin, relaxací hladkého svalstva (uvolnění dělohy, snížená střevní peristaltika) a funkčním přizpůsobením zvýšeným nárokům během těhotenství (zvětšení cirkulujícího množství krve, zvýšená srdeční činnost, celkové zvýšení metabolické i endokrinní aktivity).

Bazální metabolismus v průběhu gravidity stoupá, tělesná hmotnost se zvyšuje, přičemž přírůstek je nejvyšší ve druhé polovině těhotenství. Podílí se na něm jednak plodové vejce (plod, plodová voda, placenta) a také mateřské objemové změny (děloha, prsa, krev, tuk, mimotělní tekutina) **(5)**.

Vývoj jedince začíná oplozením, což je splynutí dvou specializovaných živých pohlavních buněk (oocytu a spermie). Vzniká oplozené vajíčko, zygota. To se dělí, putuje vejcovodem do dělohy a zde se zanořuje do sliznice. V dalším vývoji pak intenzivním buněčným dělením vzniká embryo.

Těhotenství lze rozdělit na období blastogeneze (vývoj oplodněného vejce první tři týdny), embryogeneze a na fetální a perinatální období.

Období embryogeneze je od zhruba 22. dne od oplodnění. Zvláště rychle dochází k vývoji mozku a srdce. Šestitýdenní embryo má již poměrně vyvinuté končetiny s viditelnými prsty, jsou zřetelná ústa, nos a oční víčka. Začíná diferenciaci zevních genitálií. Srdeční činnost je možno sledovat od poloviny 6 týdne gravidity. Embryogeneze je ukončena 9.-10. týden po oplodnění, plod v tuto dobu měří devět cm a váží 14 gramů.

Fetální období trvá do 24. gestačního týdne. V tomto období se ustavují funkce většiny orgánů. Po 16. týdnu těhotenství se vyvíjí nehty plodu, začínají růst vlasy a ukládá se tuk. Od konce prvního trimestru provádí plod dýchací pohyby – cvičení dýchacích svalů. Dostatečné množství surfaktantu a lecitinu umožňující rozepnutí plic má plod od 34.-35. týdne těhotenství.

Perinatální období začíná 25. týdnem a končí 28. den po porodu. Plod narozený v tomto období se označuje jako novorozenec a má schopnost přežít. Tato schopnost je

samozřejmě závislá nejen na gestačním stáří, ale na celkové tělesné váze, na zralosti a nepřítomnosti či přítomnosti malformací a metabolických vad.

Pohyby plodu vnímá těhotná žena od 18.-20. týdne těhotenství. Jejich síla a rozsah se zvyšují se svalovou masou plodu a s postupujícím těhotenstvím.

Zpočátku je výživa zajištěna z rozpuštěných deciduálních buněk, pak dochází k vytvoření žloutkového krevního oběhu a plod je zásoben látkami ze žloutkového váčku. Zároveň se vyvíjí oběh alantoisový, jehož funkci přebírá ve třetím měsíci oběh placentární. Ten zásobuje plod živinami a kyslíkem z mateřské krve po zbytek těhotenství (57).

Nejrychleji roste embryo v počátcích gravidity. Tento růst se postupně zpomaluje a je disproporcionální. Je určen jednak geneticky a jednak dalšími faktory jako např. krevní zásobením placenty, látková přeměna mezi mateřskou krví a krevním oběhem plodu, sekreční funkce placenty. Prenatální období končí porodem a přerušením pupečníku začíná samostatný postnatální život dítěte (25).

1.3. Životní styl v těhotenství

Těhotenství klade na organismus ženy zvýšené nároky a dodržování správné životosprávy snižuje možnost vzniku zdravotních komplikací.

Stravování těhotné ženy není nutné nějak radikálně upravovat. Samozřejmě je naprosto nevhodné hladovění či výrazné omezení stravy. Potřebný je dostatek železa, jodu a vápníku. Jinak platí zásady zdravé výživy jako u ostatní populace. Různí se i názory na užívání multivitaminových preparátů. Pro sklon k zácpě v těhotenství je vhodná strava s dostatkem vlákniny a tekutin.

Vhodný je přiměřený pohyb nejlépe ve formě procházek či plavání. Je nutné vynechat vysoce náročné sporty nebo sporty, kde hrozí pády či údery na břicho.

Roste význam předtěhotenského poradenství, jež umožňuje poznání abnormality, které se lze před početím vyhnout. Z opatření, která se projevila jako účinná, je vhodné doplňkové užívání kyseliny listové jako prevence defektu neurální trubice. Předtěhotenská poradna je velmi důležitá pro ženy s diabetem mellitem a vrozenými vadami v anamnéze (14).

Kouření cigaret plodu vždy škodí, snižuje porodní hmotnost dítěte tím, že omezuje v mateřském organismu přenos kyslíku a také snižuje průtok krve dělohou. Programy odnaučující kouření mají své pevné místo v prenatální péči.

Nadměrné požívání alkoholu matkou může způsobit retardaci růstu plodu, mentální retardaci, syndrom dysmorfismu s různými rysy a k alteraci chování novorozence. K vývojovým abnormalitám dochází při pravidelném a zvýšeném užívání alkoholu. Největší škody napáchá alkohol právě v prvním trimestru, kdy někdy žena neví, že je těhotná. Krom osvěty týkající se účinků alkoholu je nutná hlavně detekce těžkých alkoholiček. Vysoká spotřeba alkoholu v těhotenství vede k fetálnímu alkoholovému syndromu, pro který je typická mentální retardace dítěte, neurologické odchylky, zvýšená frekvence vrozených malformací srdečního, urogenitálního a centrálního nervového systému. Dále je zde přítomna mikrocefálie, mikroftalmie, krátká oční štěrba a plochý široký nos (5).

Toxikománie vystavuje plod i matku mnoha rizikům. Krom rizika přenosu infekce HIV a hepatitidy hrozí předčasný porod, retardace růstu plodu a výskyt abstinčních příznaků u novorozence. Pokud těhotenství i porod proběhne bez potíží, vyskytují se pak často u dětí matek, které v těhotenství užívaly drogy, poruchy chování a zvýšená agresivita.

Vzhledem k tomu, že léky pronikají placentou, ať již v nezměněné formě či ve formě metabolitů, je třeba vždy nezbytnost jejich podání zvážit. Volit co nejnižší dávku po co nejkratší dobu. U chronicky nemocných matek jsou samozřejmě léky nadále aplikovány, pokud jsou však v graviditě kontraindikovány, je nutnost jejich výměna za jiné, bez negativního účinku na fetoplacentární jednotku. To samé platí i v období kojení.

1.4. Právní, sociální, finanční a psychologická pomoc

V jednotlivých zemích panují značné rozdíly ohledně finanční pomoci poskytované ženě před a po porodu.

Dle zákoníku práce má těhotná žena právo být převedena na jiné pracoviště, koná-li práci, která je těhotným ženám zakázána (totéž platí i pro matku po porodu). Pokud je těhotná převedena na práci, kde dosahuje nižšího výdělku, má právo na

vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství dle zákona o nemocenském pojištění.

Nejdéle 6 a nejméně 8 týdnů před plánovaným termínem porodu odchází žena na mateřskou dovolenou. Ta trvá 28 týdnů a pokud žena porodila více dětí nebo je samoživitelkou, 37 týdnů. Hmotně zabezpečena je dle předpisů o nemocenském pojištění (od 1.1.2007 vstoupil v účinnost nový zákon 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění jehož součástí jsou další výhody pro rodiny s dětmi). Mateřská dovolená nesmí trvat kratší dobu než 14 dní.

K prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout, na žádost zaměstnance rodičovskou dovolenou. Ta je poskytována pečujícímu rodiči od skončení mateřské dovolené do tří let věku dítěte. Rodič pobírá rodičovský příspěvek dle zákona o státní sociální podpoře. Dle tohoto zákona má žena porodivší dítě, o které pečuje, nárok na porodné. Dále může při splnění určitých podmínek uplatňovat nárok na sociální dávky **(13)**.

U těhotných a matek pečujících o dítě do určitého věku je zvýhodněna žena i při rozvázání pracovního poměru, úpravě pracovní doby, pracovních cestách, přeložení a musí jí být umožněny přestávky na kojení. Jedná se o situace vymezené zákoníkem práce.

Tyto nároky se týkají i žen, jež převzaly dítě do péče nahrazující péči rodičů.

Psychické obtíže v době gravidity se odvíjejí zejména od plánovanosti těhotenství a od kvality partnerského vztahu.

Změny organismu v těhotenství mohou vést ke zvýšené nervozitě, podrážděnosti, plačtivosti, poruchám spánku a další škále příznaků. Pod vlivem těchto změn se může zhoršit i výskyt somatických obtíží (např. nauzea, zvracení, otoky, pálení žáhy, obstipace).

K psychologické pomoci těhotným ženám lze zařadit i organizování kurzů pro těhotné, kde jsou ženy (někde i jejich manželé) seznámeny se základy životosprávy v těhotenství a průběhem porodu, ale i s možností přirozeného porodu, nefarmakologickými způsoby prevence bolesti, správnými zdravotními návyky, ovládnutím stresu, snižováním úzkosti, úspěšným kojením, poporodní adaptací, péčí o novorozence a plánovaným rodičovstvím. Kurzy obvykle obsahují i tělesná cvičení.

Hlavním cílem prenatálních kurzů je zvýšení pocitu jistoty ženy ohledně blížícího se porodu. I když se náplně jednotlivých kurzů více či méně liší, bylo prokázáno, že u žen kurzy navštěvující, je nižší procento potřeby analgetické medikace a pozitivnější prožitek porodu (14).

1.5. Prenatální péče

Péče o těhotnou ženu je zajištěna sítí prenatálních poraden a lůžkových zařízení. Žena si zvolí prenatální poradnu dle vlastního výběru, kde je jí vystaven těhotenský průkaz, kam uvádí lékař požadované údaje a zjištění.

Pro odhalení možných rizik pro ženu i dítě provádí lékař s těhotnou anamnestický rozhovor. Jeho součástí je:

- rodinná anamnéza – výskyt dědičných onemocnění, vrozených vývojových vad, vícečetná těhotenství, alergie, kardiovaskulární onemocnění, diabetes atd.
- osobní anamnéza – nemocnost ženy v dětském věku, prodělaná závažná onemocnění, hospitalizace, úrazy, operace atd.
- gynekologická anamnéza – nástup menarche, délka cyklu, intenzita, sexuologické údaje, opakované potrácení, nitroděložní výkony, průběh všech předchozích těhotenství a jejich komplikace, gynekologická onemocnění atd.
- anamnéza životního prostředí a sociálních poměrů – stav, vzdělání, bytové podmínky, zaměstnání atd. Dále lékař provádí vyšetření těhotné. Nejprve je provedeno změření krevního tlaku, pulsu, vyšetření moči, zaznamenání váhy a sledování celkového habitus. Pak následuje vlastní vyšetření rodidel, měření pánevních rozměrů a vyšetření prsů.
- Ženě jsou zpravidla do 12. týdne provedeny odběry pro zjištění krevního obrazu, určení krevní skupiny v AB0 a Rh systému a na možnou přítomnost anti-HIV protilátek a HBsAg. Dále vyšetření moči a močového sedimentu a kultivace z pochvy (57).

Žena absolvuje během těhotenství ultrazvukové vyšetření. První ultrazvuk (v prvním trimestru) je proveden zpravidla k potvrzení intrauterinní gravidity, diagnostice vícečetného těhotenství, potvrzení vitality plodu a již i vyloučení hrubých morfologických odchylek plodu.

Další ultrazvuk je proveden mezi 18.-20. týdnem, kdy vyšetření může diagnostikovat konkrétní vývojovou vadu, která může být buď izolovaná, či jako součást některého ze syndromů. Vždy je nutno pátrat i po přidružených odchylkách. Lze také odhalit tzv. ultrazvukové markery, které mohou doprovázet celou řadu patologických stavů, ale jejich samostatný nález ještě nemusí znamenat patologii. Kromě morfologie a rozměrů plodu se hodnotí i uložení a struktura placenty, množství plodové vody a délka a tvar děložního hrdla.

Hlavním cílem ultrazvukového vyšetření mezi 30.-32. týdnem je kontrola funkce fetoplacentární jednotky. Při tomto druhém screeningovém vyšetření se hodnotí totéž co při ultrazvuku předchozím, ale zde lékaře navíc zajímá již i poloha plodu. Provedením fetální biometrie zjistí, zda je růst plodu přiměřený, či dochází k intrauterinní růstové retardaci nebo makrosomii. Někdy se mohou odhalit i vrozené vývojové vady, které nebyly zjištěny dříve, či se začaly rozvíjet později. Tento ultrazvuk by měl také jednoznačně vyloučit patologické uložení placenty **(5)**.

Mezi 16.-18. týdnem gravidity se provádí krevní odběr. Jedná se o biochemický screening na přítomnost chromosomální abnormality u plodu a to především trisomii 21. chromosomu (Dawnova choroba). Dále se vyšetřují Rh-protilátky u Rh negativních žen, krevní obraz a glukoso-toleranční test ve 24. týdnu těhotenství u žen s rizikem gestačního diabetu a poruchy glukózové tolerance **(19)**.

Během celého těhotenství je u těhotné vyšetřována moč, krevní tlak, tělesná hmotnost, otoky končetin a přítomnost varixů. Sleduje se růst dělohy, poloha a postavení plodu a srdeční frekvence plodu. Obvykle od 38. týdne těhotenství se provádí ještě kardiokografický záznam.

Ke genetickému vyšetření jsou posílány všechny ženy u nichž je podezření na možnost geneticky podmíněné vady plodu a ženy ve věku nad 35 let.

U fyziologického těhotenství navštěvuje žena prenatální poradnu 1krát za čtyři týdny do 22. týdne. Od 23.-29. týdne v třítýdenních intervalech a od 30.-35. týdne ve čtrnáctidenních intervalech. Poté dochází žena na kontroly každý týden. Hospitalizace těhotné je nutná po uplynutí deseti dnů od určeného termínu porodu.

U rizikových, popř. patologických těhotenství je počet a způsob vyšetření stanoven individuálně **(5)**.

1.6. Rizikové a patologické těhotenství

Těhotenství je proces fyziologický zajišťující zachování lidského rodu, který se však může komplikovat různými stavy. K rizikovým těhotenstvím patří všechny stavy zvyšující pravděpodobnost perinatální morbidity a mortality novorozence a choroby matky, které by mohla gravidita vyvolávat či zhoršovat **(5)**.

Většina rizikových faktorů je zjištěna již při první prenatalní kontrole jako součást všeobecného prenatalního screeningu zjišťováním anamnézy. Další část rizikových faktorů je zjištěna v průběhu těhotenství pomocí klinických a laboratorních screeningových vyšetření. Většina patologických těhotenství vzniká u rizikové skupiny žen, které sice mohou do těhotenství vstupovat bez zjevných chorobných příznaků, ale zatíženy nepříznivě působícími tzv. rizikovými faktory. Ovšem jen malá část (mezi 20 a 30 %) rizikových těhotenství se rozvíjí do těhotenství patologického.

U jedné ženy se může současně vyskytovat několik rizikových faktorů, což rizikost těhotenství zvyšuje. Záleží ovšem i na míře významnosti jednotlivých rizikových faktorů. Nejnižší efektivitu mají faktory demografické a sociální. Naopak nejvyšší mají rizikové faktory porodnické ze současného těhotenství **(5)**.

U žen s přítomností některých rizikových faktorů je indikován speciální screening, kdy jsou použity k vyšetření náročnější testy či vyšetřovací metody. Ty pak mohou vznik patologického těhotenství potvrdit či vyvrátit **(19)**.

Lze rozlišit rizika všeobecná, poruchy předcházejících gravidit a vzniklá v nynější graviditě.

a) Všeobecná rizika:

- věk nižší než 17 let a vyšší než 35 let
- multipara
- výška ženy menší než 155 cm, kavalpelvický nepoměr, patologická pánev
- obezita
- sterilita v anamnéze, asistovaná gravidita
- celková onemocnění matky
- sociální a ekonomická rizika, kouření, životospráva, drogy, neúplná rodina, nízké vzdělání, finanční nezaopatřenost, nezaměstnanost
- nechtěné těhotenství, znásilnění

- b) Poruchy předchozích gravidit:
- inferilita (opakované spontánní potraty, interrupci), předčasné porodu
 - vrozená vývojová vada plodu, perinatální morbidita, mortalita plodu
 - operační porod, komplikace při porodu a v šestinedělí
 - latentní diabetes, preeklampsie
- c) Rizika vzniklá v současné graviditě:
- nepravidelné polohy plodu
 - insuficience děložního hrdla
 - vícečetné těhotenství
 - poruchy placenty
 - anémie, krvácení v graviditě
 - diabetes mellitus, kardiopatie, hepatopatie
 - preeklampsie, hypertenze
 - Rh- a 0- imunologický konflikt
 - onemocnění v graviditě – infekční hepatitida, cholelitiáza, nefrolitiáza, pyelonefritida
 - AIDS, gonorea, syfils
 - subnutrice, vrozené metabolické vady
 - nádorová onemocnění
 - úrazy, stavy bezvědomí
 - zjištěné malformace plodu
 - anxiózní, neurotické, depresivní stavy
 - hrozící předčasný porod
 - prodloužené těhotenství (5).

Hájek uvádí jako faktory demografické: věk pod 17 let, manželský stav (rozvedená, vdova), socioekonomický stav (špatné bytové podmínky, hrubost partnera, alkohol), výživa (vegetariánka, anorexie, avitaminóza), zaměstnání (zdravotnictví, chemický průmysl, horké provozy) (19).

1.7. Nepravidelnosti a patologie těhotenství

1.7.1. Spontánní potrat (abortus spontaneus)

Jedná se o předčasně ukončené těhotenství, které nesplňuje definici porodu. Dochází k vypuzení plodu z dělohy, který nedosáhl schopnosti extrauterinního života. Světová zdravotnická organizace doporučuje jako stanovenou hranici pro potrat 500 gramů, což odpovídá přibližně 22. týdnu gestace.

V České republice je potratem označován živý plod o hmotnosti menší než 500 gramů, který nepřežije 24. hodin. Dále mrtvě narozený plod s hmotností pod 1000 gramů.

Frekvence potratů s věkem stoupá. Samovolný potrat není vzácností a jeho frekvence je nejméně 15% ze všech klinicky rozpoznaných gravidit. Stav, kdy žena potratí třikrát a vícekrát ze sebou označujeme jako potrat habituální. Je zde již velké riziko následného potratu (30-70%) (5).

Nejčastější příčiny spontánního potratu jsou dvě:

- *defektní plodové vejce* – nejčastější příčinou potratů je afetální vejce, porucha vývoje zárodku, kdy se nevyvíjí plod, ale pouze tkáň. Důvodem jsou často chromozomální odchylky a genetické choroby.
- *příčiny ze strany matky* – hormonální příčiny, patologický spermogram manžela, malformace dělohy, záněty a nádory dělohy, imunologické faktory, inkompetence děložního hrdla, infekce, otravy, onemocnění či traumata matky.

Podle průběhu se rozděluje potrat na komplikovaný a nekomplikovaný. Dále se v gynekologii rozlišuje potrat hrozící, počínající a úplný.

U potratů komplikovaných rozlišujeme potrat protrahovaný s částečným odloučením plodového vejce, slabými kontrakcemi a dlouhodobým krvácením. Dále potrat neúplný, kdy v děloze zůstanou obaly z vejce projevující se postupnou anemizací ženy či intenzivním krvácením. Potrat horečnatý způsobený nejčastěji ascendentní infekcí a potrat zamlklý, kdy plodové vejce je odumřelé, není však dělohou vypuzeno (5).

Potraty lze také rozlišovat na časně (zhruba do 12. týdne gestace) a potraty pozdní, které jsou méně obvyklé. Terapie je pak dle druhu potratu.

Kromě potratu spontánního je i potrat indikovaný – umělé ukončení těhotenství. Lze ho provést jednak na vlastní žádost ženy nebo z důvodů zdravotních.

Těhotenství na žádost ženy lze uměle přerušit do 12. týdne těhotenství. Do 8. týdne těhotenství se zákrok provádí tzv. miniinterrupcí.

Umělé přerušování těhotenství z důvodů zdravotních, lze provést i po 12. týdnu gravidity, a to pokud je ohrožen život ženy nebo je prokázána neschopnost života plodu či jeho těžké poškození (bez časové omezení). Do 24. týdne těhotenství lze zákrok provést, pokud jsou prokázány závažné genetické důvody.

1.7.2. Předčasný porod

Plody narozené před dokončeným 37. týdnem těhotenství nebo vážící méně než 2500 gramů ve vztahu k délce gestace, jsou dle WHO označovány jako předčasně narozené. Velmi nezralé jsou plody vážící po 1500 gramů a extrémně nezralé plody pod 1000 gramů. Předčasné porody se podílí na časně neonatální úmrtnosti až v 70%. U části dětí pak mají za následek neurologické a mentální postižení, přičemž čím nižší hmotnost předčasně narozeného dítěte, tím vyšší pravděpodobnost jejich vzniku (57).

Frekvence předčasných porodů kolísá okolo 6%. Jako nejčastější příčiny vedoucí k předčasnému porodu se uvádí: předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody, iatrogenní příčiny a fetální stres (19).

Příčiny předčasného porodu

- a) Komplikace v průběhu těhotenství
 - infekce
 - krvácení v těhotenství
 - vícečetné těhotenství
 - polyhydramnion
 - vývojové vady dělohy
 - inkompetence děložního hrdla
 - celková onemocnění matky
 - předčasný odtok plodové vody
 - intrauterinní růstová retardace plodu a insuficience placenty
 - vrozené vývojové vady plodu
- b) Epidemiologické faktory
 - věk matky
 - výška a hmotnost matky
 - socioekonomický stav rodiny
 - špatná prenatální péče
 - kouření, drogy, toxické látky
 - psychologické faktory, nechtěné těhotenství
 - nepříznivá anamnéza, opakované předčasné porody
 - nepřiměřený pohlavní styk
- c) Iatrogenní faktory, medikamentózní a vzniklé při invazivně diagnostických metodách, nutnost ukončení těhotenství pro závažný zdravotní stav matky
- d) Závažné zdravotní faktory matky (5)

Jsou rozeznávány čtyři klinická stádia předčasného porodu: předčasný porod hrozící, předčasný porod počínající, předčasný porod v běhu a předčasný odtok plodové vody.

Těhotná s prvními příznaky hrozícího předčasného porodu musí být ihned hospitalizována ve zdravotnickém zařízení, pokud jde o porod počínající tak popř. i v perinatologickém centru. Terapie hrozícího předčasného porodu spočívá v tokolýze, protizánětlivé terapii a aplikaci kortikosteroidů, které urychlují tvorbu surfaktantu ve fetálních plicích a tak zlepšují prognosu novorozence po porodu (6).

Speciální organizace péče o předčasné porody.

V roce 1982 byla založena Sekce perinatální medicíny při České gynekologicko-porodnické společnosti. Zde byly položeny základy kvalifikované péče o předčasné porody. Postupně byla zřizována perinatologická centra při univerzitních klinikách nebo regionálních gynekologicko-porodnických odděleních a součástí těchto center je i jednotka intenzivní péče o novorozence. Tato centra koncentrují předčasné porody od 23. týdne těhotenství do plus jednoho dne od konce 32. týdne. Koncentrují i těhotné s patologickou graviditou. Dále existují i intermediární centra při gynekologicko-porodnických odděleních, kde se koncentrují porody od počátku 33. týdne do konce 36. týdne gestace. Těhotná ve 37. týdnu těhotenství již rodí v běžném porodnickém zařízení (5).

1.7.3. *Prodloužené těhotenství*

Jako prodloužené těhotenství je označováno takové, jehož délka přesáhne 294 dní. Délka gravidity se obvykle vypočítává od prvního dne poslední menstruace a těhotenství trvá 280 plus minus 14 dní (40 plus minus 2 týdny). Asi u 15-30 % žen je nejistý termín porodu z důvodu nepravidelné menstruace, či nesprávného udání termínu poslední menstruace. Nejdůležitější údaj, ze kterého lze vypočítat délku těhotenství, je ultrazvukové vyšetření na začátku prvního trimestru a v druhém trimestru.

Mezi nejčastější příčiny prodlouženého těhotenství patří nepravidelná menstruace, koncepce během laktace, koncepce při hormonální antikoncepci, opožděná ovulace, pozdní registrace a neadekvátní prenatální péče, předchozí prodloužené těhotenství, pohlaví plodu (častěji u mužského plodu), anomálie plodu (19).

Prodloužené těhotenství sebou nese rizika, oproti porodům v termínu. Jedná se o makrosomii plodu, aspiraci mekonie, hypoxii plodu při porodu a odumření plodu.

Těhotná po prošlém termínu porodu musí být zvýšeně observována. Po uplynutí 10. dne od termínu porodu je žena většinou hospitalizována, někdy i dříve.

1.7.4. *Mimoděložní těhotenství (gravidita extrauterina)*

Jedná se o stav, kdy plodové vejce niduje mimo dutinu děložní. Mimoděložní těhotenství může vzniknout jednak v anatomicky zcela normálním tubě a část případů vzniká u poruchy průchodnosti vejcovodů, nejčastěji po prodělaném pánevním zánětlivém onemocnění či po operacích. Valná většina těchto gravidit se nachází ve vejcovodu, méně často ve vaječniku a výjimečně kdekoli v dutině břišní na peritoneu (57).

Plodové vejce prorůstá do stěny orgánů, což narušuje cévy a může vyústit až v prudké a rozsáhlé krvácení. Mimoděložní těhotenství může vést až v typickou náhlou příhodu břišní s hemoragickým šokem, který může končit i smrtí ženy.

Příznaky se liší dle místa nidace a vitality plodového vejce. Může dojít ke spontánnímu zániku tohoto těhotenství. Dále může nastat tubární potrat nebo ruptura vejcovodu. U tubárního potratu vypuzuje vejcovod drážděný zvýšeným obsahem plodové vejce do dutiny břišní. To má za následek kolikovitou bolest s měnlivou intenzitou, která může trvat i několik dní. Hemoperitoneum vzniká pomalu a nebývá velké. Postupně dochází k anemizaci, projevům známek peritoneálního dráždění a následně krvácení z rodidel (5).

Ruptura vejcovodu vzniká často náhle bez předchozích příznaků, když je plodovým vejcem narušena stěna vejcovodu. Projevuje se prudkou ostrou bolestí bez iradiace, vzniká hemoperitoneum a rozvoj šokového stavu.

Pokud se na možnost mimoděložního těhotenství myslí, je jeho diagnostika díky ultrazvukovému vyšetření poměrně snadná.

1.7.5. *Celková onemocnění v těhotenství*

Celková onemocnění matky zvyšují riziko mortality a morbidity plodu. O tato těhotenství, která mohou být řazena mezi riziková, či patologická, musí pečovat zkušený odborník a často je nutná hospitalizace.

Rané gestósy

Nauzea a ranní zvracení komplikuje až 70% těhotenství a to nejčastěji mezi 4-8 týdnem těhotenství. Výjimečně se vyskytuje i maligní forma tohoto onemocnění, kdy v zájmu zachování života rodičky je nutno těhotenství ukončit.

Těhotenské slinění je nepříjemným stavem, který se vyskytuje u některých těhotných na počátku gravidity.

Hypertenzní nemoci v těhotenství

Většinu hypertenzních nemocí v graviditě způsobují dvě etiologicky odlišná onemocnění. V prvním případě se jedná o preeklampsii a eklampsii, které jsou vázány na vznik těhotenství. Druhým typem onemocnění je chronická hypertenze probíhající současně s těhotenstvím, která je někdy doprovázena i onemocněním základním.

Preeklampsie je závažná, nikoli vzácná, komplikace pozdní gravidity častěji se vyskytující u primipar. Etiologie onemocnění není zcela známá. Existuje několik teorií z nichž nejpravděpodobnější se jeví v autoimunní reakci mateřského organismu. Třemi základními příznaky jsou hypertenze (TK 140/90mmHg a výše), proteinurie a edémy způsobené akumulací tekutin v tkáních, projevující se otoky obličeje a končetin. Proto je u každé těhotné ženy třeba věnovat pozornost pozvolnému zvyšování tlaku, stopám bílkovin v moči, přírůstkům hmotnosti, bolestem hlavy či poruchám vidění. U některých těhotných je rozvoj onemocnění postupný, jindy nastupují příznaky rychle. Jestliže se u těhotné rozvine obraz těžké preeklampie, je nutno zvážit ukončení těhotenství, protože v ohrožení života je nejen plod, ale i matka.

Zvláštní a závažnou formou se zvýšenou perinatální mortalitou a morbiditou je HELLP syndrom charakterizovaný hemolýzou, zvýšenou hladinou jaterních enzymů a trombocytopenií (19).

U eklampsie se jedná se o záchvat tonicko-klonických křečí, který většinou navazuje na předchozí těžkou eklampsii, ale může vzniknout i náhle bez předchozí fáze preeklampsie. Záchvat se dostavuje nejčastěji na konci těhotenství či za porodu, vzácně i v ranném šestinedělí. Záchvat má čtyři fáze, kdy při první (fáze prodromů) má žena silné bolesti hlavy, nauzeu, záškuby fatických svalů. Ve druhé fázi dochází k tonickým křečím, po nichž nastupuje fáze klonických křečí a ve čtvrté fázi upadá žena do

hlubokého komatu. Po probuzení je úplná amnesie. Pokud není adekvátní léčba, může se záchvat opakovat a vyvinout se až ve status epilepticus. Bez ohledu na plod musí být v tomto stádiu těhotenství ukončeno z vitální indikace matky císařským řezem.

O chronické hypertenzi mluvíme tehdy, jestliže je zjištěn zvýšený tlak před 20. týdnem těhotenství. Vyšší hodnoty krevního tlaku nacházíme u ženy většinou ještě před otěhotněním. Pro tuto diagnosu svědčí i přítomnost změn na očním pozadí, zvětšení srdce, změny renálních funkcí a údaje o základním onemocnění, které hypertenzi vyvolává. Těhotenství s chronickou hypertenzí bývá někdy komplikováno superponovanou preeklampsií, kdy k hypertenzi přistupují ještě otoky a proteinurie.

Onemocnění jater

Těhotná žena může onemocnět jakoukoli chorobou jater, ale existují i specifická těhotenská jaterní onemocnění.

Cholestatická hepatóza těhotných, která se vyskytuje zejména v druhé polovině gravidity. Projevuje se svěděním kůže, zejména v noci, a střední žloutenkou. Pro matku nemá onemocnění vážné následky, ale u plodu zvyšuje riziko hypotrofie a předčasného porodu.

Akutní těhotenská steatóza jater je velmi vzácné onemocnění, objevující se ve třetím trimestru a manifestující se ikterem a letargií. Těhotenství je nutno co nejdříve ukončit, žena může zemřít na jaterní encefalopatii či vykrvácení.

Příčinou asi 7 % žloutenek v graviditě je i cholelitiáza, kdy v těhotenství je dislokací žlučníku ztížen odtok žluči.

V těhotenství se setkáváme též s pankreatitidou, která může mít nejrůznější formu a často se kombinuje s jinými onemocněními např. s cholelitiázou. Manifestuje se nejčastěji v třetím trimestru.

Onemocnění ledvin a močových cest

Uroinfekce jsou v těhotenství velmi časté. Až v 5% gravidit se vyskytuje tzv. asymptomatická bakteriurie, kdy menší část případů přechází do akutního onemocnění - pyelonefritidy.

Jinak se u těhotné ženy mohou vyskytnout všechna další onemocnění ledvin jako akutní a chronická pyelonefritida, glomerulonefritida, urolitiáza, uretritida, cystitida i nefrotický syndrom (5).

Onemocnění trávicího ústrojí

Pyrózou (pálení žáhy) trpí až 2/3 těhotných žen. Vyskytuje se nejčastěji na počátku gravidity a někdy i k jejímu konci.

Obstipace se poměrně často objevuje ihned na začátku gravidity a většinou přetrvává až do porodu. Důvodem je snížení motility a tonu slastného střeva vlivem progesteronu. Dále dochází i ke zvýšené resorpci vody a mechanicky působí tlak dělohy.

Hemeroidy se projevují kulovitým zduřením kolem análního otvoru. Žena pociťuje svědění, pálení a bolest při sezení. Hemeroidy vznikají jako následek zvýšeného nitrobřišního tlaku, změn vaziva, svalstva a oběhových poměrů v malé pánvi.

Krevní choroby

V těhotenství se mohou vyskytnout anemie, nejčastěji z příčiny nedostatku železa či kyseliny listové. Jejich rozvoj bývá postupný, projevující se únavou, malátností, bledostí a bolestmi hlavy. Je třeba ženě dodávat chybějící látky, protože u anemických žen je vyšší riziko potratu a předčasného porodu.

Trombocytopenie doprovázejí řadu patologických stavů v graviditě, nebo se vyskytují v přímé souvislosti s těhotenstvím. Tak je tomu i v případě gestační trombocytopenie, kdy je u těhotné počet krevních destiček snížen mírně, bez klinických příznaků. Terapie většinou není nutná, stav má příčinu ve zvýšené destrukci krevních destiček během těhotenství.

Hemoglobinopatie jsou onemocnění dědičná. Průběh mohou mít asymptomatický i s těžkými krizemi. U těchto onemocnění je vyšší výskyt potratů, předčasných porodů, intrauterinní růstové retardace plodu a je vyšší perinatální úmrtnost.

U leukémií je třeba vždy na začátku těhotenství zvážit zda nemá být ukončeno (5).

Kardiovaskulární onemocnění

V dnešní době stoupá počet těhotných po operacích pro vrozené srdeční vady. Přibývá i těhotných s ischemickou srdeční chorobou (získaná srdeční vada).

Pro prognosu těhotenství ženy se srdeční chorobou je třeba určit rozsah poškození srdce a jeho funkční rezervy pro další zátěž těhotenstvím a porodem. V případě, že vada neomezuje tělesnou výkonnost nebo ji omezuje jen při zvýšené námaze, lze těhotenství ženě doporučit. Pokud žena nemá obtíže v klidu, ale objeví se již při malé námaze, nebo má obtíže i v klidu, je prognosa těhotenství špatná.

Péče o těhotnou s kardiovaskulární chorobou musí být interdisciplinární a těhotná má být sledována ve specializované ambulanci.

Cévní choroby mohou postihovat jednak artérie (jejich výskyt v souvislosti s těhotenstvím je zřídka) a jednak vény. Zhruba 11 % žen má v těhotenství varixy (venózní městky). Příčina vzniku není zcela známa, ale uplatňuje se zde mnoho faktorů. V průběhu těhotenství onemocnění progreduje a je častější výskyt tromboflebitid.

Také hluboká žilní trombóza se u těhotných vyskytuje častěji než u netěhotných. Počátek onemocnění je náhlý s bolestivostí a otokem končetiny.

Endokrinní onemocnění

Diabetes mellitus je chronické metabolické onemocnění, při němž je nedostatek cirkulujícího inzulínu. Neléčené onemocnění výrazně zvyšuje mateřskou a neonatální morbiditu, u závažných stavů i mortalitu. Těhotenství zvyšuje nároky organismu na inzulín a to hlavně v prvním a třetím trimestru. Těhotenství buď může zhoršit průběh již existujícího diabetu, nebo je příčinou jeho vzniku (7).

Rozlišujeme více typů tohoto onemocnění. Jednak diabetes mellitus (dále jen DM) inzulinu dependentní, kdy je porucha již ve vlastní sekreci inzulínu slinivkou břišní a onemocnění propuká většinou v mladém věku. Dále DM non inzulinu dependentní, kdy inzulínu je dostatek, ale porucha je v jeho resorpci. Je typický pro vyšší věk. Další typ DM doprovází různá primární onemocnění a konečně DM gestační.

DM gestační se manifestuje pouze v těhotenství. Pro matku se jedná o benigní záležitost (v pozdějším životě má však vyšší riziko rozvoje diabetu), po porodu se

porucha upravuje. U plodu však může dojít k rozvoji diabetické fetopatie. U méně než poloviny gestačních diabetiček je pravděpodobnost návratu DM v dalším těhotenství.

Gravidita diabetiček je značně riziková. Je u nich častější výskyt komplikací v těhotenství od poševních kandidóz až po preeklapsii (superponovanou hypertenzi). Těhotenství je častěji ukončováno císařským řezem **(19)**.

Plod je ohrožen v počátku vývoje diabetickou embriopatií, která vytváří škálu vrozených vývojových vad (kardiovaskulárního, kostního, nervového, gastrointestinálního a urogenitálního systému). Ty se vyskytují u plodů matek diabetiček 3-4krát častěji, než u žen bez tohoto onemocnění. V třetím trimestru vznikají u nedostatečně kompenzovaného DM diabetické fetopatie (makrosimie – hmotnost nad 4000 gramů, hypoglykémie, hypokalcemie a hypomagneziemie). Po porodu je pak u těchto dětí častější výskyt žloutenky.

Otěhotnění diabetičky by mělo být naplánováno na dobu dosažení normoglykemického stavu **(5)**.

Onemocněním nadledvin ve smyslu hyperfunkce je Cushingův syndrom, při kterém je většina pacientek neplodná. U nedostatečné funkce nadledvin mluvíme o Addisonově nemoci, při jejíž neléčené formě žena také zřídka kdy otěhotní.

Onemocněním štítné žlázy ve smyslu hyperfunkce je Basedowova struma, která se těhotenstvím nezhoršuje. Mírně zvýšena je u ní perinatální mortalita a výskyt hypotrofie plodu. U žen s výrazně sníženou funkcí štítné žlázy je jen malá šance na otěhotnění.

Hypertyreodismus gravidarum je stav, kdy vlivem těhotenství dochází ke zvýšené funkci štítné žlázy, což je provázeno zvětšením objemu štítné žlázy, zvýšením teploty kůže a zrychlení pulzu.

Plicní onemocnění

V těhotenství se mění poloha bránice i hrudního koše a dýchání je na konci těhotenství převážně hrudního typu. Některé plicní choroby mohou negativně ovlivnit průběh těhotenství. Žena může trpět plicní chorobou akutní ať již virového, či bakteriálního původu nebo chorobou chronickou jako je astma, tuberkulóza, či chronická bronchitida vyskytující se zejména u kuřáček.

Autoimunitní onemocnění

Autoimunitní onemocnění se vyskytují zejména v reprodukčním období života ženy, a tak může první propuknutí příznaků nastat i v době těhotenství. Těhotenství omezuje možnost léčebných zásahů vůči ženě, a tak je u těchto chorob možná vážná alterace stavu nemocné a to zejména u Lupus erythematoses disseminatus. **(5)** S touto nemocí je spojena vyšší frekvence potratů, předčasných porodů a případů nitroděložního úmrtí plodu.

Neurologická onemocnění

Neurologickým onemocněním, které může vzniknout v době gravidity, je intrakraniální benigní hypertenze, která propuká většinou u mladých, obézních žen v první polovině těhotenství. Příznaky kterými jsou bolest hlavy, nauzea a poruchy vidění po ukončení těhotenství odeznívají.

Těhotenství zvyšuje riziko vzniku centrální mozkové příhody v druhém a třetím trimestru jako následek arteriálního uzávěru či flebotrombózy. 5krát častěji se u těhotných vyskytuje meningeální krvácení pro vrozenou vývojovou vadu či rupturu aneurismatu. V graviditě je i častější vznik hypofyzárních adenomů majících za následek bolesti hlavy a poruchy vidění.

U necelé poloviny těhotných vznikají vlivem mechanického dráždění bolesti lumbální a sakrální části páteře. Až jedna čtvrtina žen má také syndrom karpálního tunelu a častěji se v graviditě vyskytuje obrna lícního nervu **(57)**.

Epilepsii těhotenství zhoršuje a někdy se i v tomto období života ženy vyskytne první záchvat. Průvodní jevy epileptického záchvatu, což je hypoxie a acidóza, mají za následek zvýšení frekvence výskytu nitroděložního úmrtí plodu, hypotrofizace plodu a mentální retardace dítěte.

Infekční onemocnění

Infekční onemocnění v rané graviditě mohou vést k embriopatiím s vysokou frekvencí potratů. Později mohou mít za následek nitroděložní smrt plodu, předčasný porod či porod malformovaného plodu.

Z virových infekcí má výrazný teratogenní účinek na plod probíhající onemocnění matky rubeolou. Preferováno je umělé přerušování těhotenství, protože

klinické příznaky novorozence s vrozeným zarděnkovým syndromem jsou závažné (vady oka, ucha, srdce, virové infekce tkání, recidivující exémy, průjmy, pneumonie).

U onemocnění matky morbilli a parotis dochází ke zvýšené frekvenci potratů a předčasných porodů. U postiženého plodu nacházíme nejčastěji rozštěpy rtů, vady srdce, hluchotu a mentální retardaci (5).

U chřipkového virového onemocnění, které je u matky nejčastěji komplikováno bronchopneumonií je prokázána zvýšená frekvence malformací plodu.

Při infekci cytomegalovirem může u plodu dojít k petechiím až hydropsu, hepatosplenomegalii a iktetu, mikrocefalii či hypotrofií. U matky přitom probíhá tato infekce dosti často asymptomaticky.

U hepatitid je plod ohrožen poruchou jaterních funkcí mateřského organismu. Přenos infekce na plod je pravděpodobný zejména ve třetím trimestru.

Zoonózy jsou onemocnění přenosná ze zvířat na člověka mající parazitární či bakteriální původ.

Pod obrazem mírné chřipky probíhá toxoplazmóza, která se u plodu projevuje Sabinovou tetradou (hydrocefalus, encefalomyelitida, chorioretinitida a intrakraniální infekce), nebo izolovaným orgánovým poškozením novorozence (57).

Listerióza, probíhající u matky většinou pod obrazem horečnatého onemocnění, vede u plodu k nitroděložnímu úmrtí či předčasnému porodu se známkami sepse, meningoencefalitidy a těžké hypoxie.

Sexuálně přenosné choroby

Jedná se o skupinu chorob, realizujících se převážně sexuálními aktivitami.

U AIDS urychluje těhotenství rozvoj příznaků této choroby. Hlavní nebezpečí této infekce u gravidních žen spočívá v ohrožení dítěte. Při preventivních aktivitách a účinných profylaktických opatřeních, nemusí být riziko přenosu infekce na dítě vysoké. Přenos nemusí být pouze transplacentární, ale může nastat i při porodu a kojení. HIV embriopatie novorozenců se projevují kraniofaciální dysmorfii (plochý nos, zešikmené oči, hypertelorismus), infekcemi kůže a respiračního traktu, průjmy, zduřením mizních uzlin a hepatosplenomeglií. Bronchopneumonie bývá nejčastější příčinou úmrtí takového novorozence (49).

U infekcí herpes viry dojde k nákaze nejčastěji přímým kontaktem novorozence s akutní lézí při vaginálním porodu. Preferován je proto císařský řez. Mortalita infekce je až u poloviny novorozenců.

U kapavky, je největším rizikem přenos infekce na plod při porodu, do spojivkového vaku. Tomu se zabrání kredeizací.

Při syphilisu platí, že čím později byla těhotná infikována, tím menší jsou následky infekce pro plod. U ženy nemocné již před otěhotněním, či na počátku těhotenství, je vysoká pravděpodobnost potratu nebo předčasného porodu mrtvého dítěte. U dítěte se po porodu objevuje celkový exantém, žloutenka, genitální edém a ragády ústních koutků. Morbidita i mortalita tohoto onemocnění je vysoká. I přes povinnou depistáž stoupá i u nás počet luetických novorozenců.

Další onemocnění

V těhotenství se samozřejmě setkáváme i s onemocněními nádorovými (nádory pohlavních orgánů a ostatních orgánů), psychiatrickými z příčin endogenních (psychosy, bipolární afektivní porucha), exogenních (stavy anxiózní, neurózy) či somatických (psychický symptom má příčinu v tělesném onemocnění). Dále s onemocněními kožními a nezánettivými gynekologickými onemocněními.

Některá onemocnění či úrazy v těhotenství vyvolávají nutnost chirurgického zákroku. Většinou je léčba chirurgického onemocnění stejná jako u ženy netěhotné. Diagnosa však bývá většinou opožděná pro přisuzování příznaků onemocnění probíhajícímu těhotenství (5).

1.7.6. *Nepravidelnosti vývoje plodového vejce*

Mezi nepravidelnosti plodového vejce patří poruchy vývoje plodu na začátku gravidity vedoucí k jeho zániku, dále poruchy vývoje plodu v období embryonálním a fetálním vedoucí ke vzniku vrozené vývojové vady, abnormální vývoj plodu z důvodu jeho onemocnění a abnormální růst plodu.

Vrozené vývojové anomálie plodu

Na vzniku vrozených vývojových vad se podílí příčiny exogenní, genetické či jejich kombinace.

- *Příčiny exogenní:* infekce, ionizační záření, chemikálie a léky, nedostatky ve výživě a mechanické faktory.
- *Příčiny genetické:* genopatie (z mutace genů), gametopatie (vzniklé při oplodnění), blastopatie (v prvních třech týdnech vývoje), embryopatie (mezi 4.-12. týdnem), fetopatie (po 12. týdnu těhotenství) (5).

Z klinického hlediska se vady dělí na:

- *hereditární genetická onemocnění* - genetický pár označujeme jako alelu. Pokud se projeví patologický znak již při jedné abnormální alele, jedná se o dominantní dědičnost, kdy se onemocnění přenáší z generace na generaci (Huntingtonova chora, srpkovitá anemie). Pokud se patologický znak projeví jen když jsou obě alely abnormální, jedná se o dědičnost recesivní. Postižené dítě pak vzniká, když se sejdou oba rodiče přenašeči – mají abnormalitu jen jedné alely (cystická fibróza, vrozené poruchy metabolismu). Recesivní dědičnost může být také vázána jen na X chromozom a pak je žena přenašečka bez projevů onemocnění a mužští potomci onemocní (Hemofilie A).
- *chromozomální aberace* – změna počtu chromozomů či odchylka v jejich struktuře. Co se týče aberací se změnou počtu chromozomů, je nejčastější Downův syndrom (trisomie 21. chromosomu), u pohlavních chromozomů pak Turnerův syndrom.
- *multifaktoriální dědičné vady* – je zde vliv více genů v interakci se zevním prostředím. Zástupcem jsou rozštěpy rtu a patra, defekty neurální trubice, vrozené luxace kyčlí, vrozené srdeční vady.

Vrozené vývojové vady bránící normálnímu porodu:

- podvojně zřůdy – vznikají neúplným oddělením zárodků při rýhování.
- malformace se zvětšeným objemem těla nebo jeho části (hydrops plodu, hydrocefalus)
- malformace s defekty částí těla (amencefalie)
- malformace s defekty celého těla

Rh-izoimunizace

Vzniká tehdy, pokud matka je Rh-negativní a dítě Rh-pozitivní. Fetální erythrocyty Rh-pozitivního plodu přestupují placentou během těhotenství a při porodu a

malé množství těchto krevních elementů postačí k produkci protilátek v mateřském oběhu. Pokud pak u ženy nastane další těhotenství, kdy plod je opět Rh-pozitivní, prostupují mateřské protilátky placentou a obsazují místa antigenů na povrchu fetálních erytrocytů. Výsledkem tohoto stavu je hemolytická nemoc novorozence (5).

Hemolytická nemoc novorozence je závažný stav, jehož mírnější formou je anémie plodu a ikterus plodu. Závažnější formy mohou končit smrtí novorozence na jádrový ikterus, nebo dochází k hydrospu plodu a ten umírá před porodem či záhy po něm.

Díky prenatalní diagnostice by k rozvoji tohoto onemocnění nemělo docházet. U všech Rh-negativních těhotných se vyšetřuje krev na přítomnost protilátek v každém trimestru. Dále může být indikována kordocentéza (odběr fetální krve z pupečníku), kdy se krev vyšetřuje na krevní obraz a krevní skupinu u plodu. Je ještě celá řada diagnostických a terapeutických zásahů v těhotenství i po porodu, které mají za úkol zmírnit či zcela zamezit postižení plodu a novorozence.

AB0-izoimunizace

Vzniká nejčastěji tam, kde matka má krevní skupinu 0 a plod A nebo B. Matka produkuje protilátky anti A a anti B, ty procházejí placentou a napadají fetální erytrocyty. Tato izoimunizace se vyskytuje převážně na konci těhotenství a plod intrauterinně neohrožuje. V léčbě postačí většinou fototerapie, jen málokdy je stav novorozence závažný, provázený těžkou anémií.

Poruchy růstu plodu

a) *Intrauterinní růstová retardace* (dále jen IUGR) – jedná se o opoždění intrauterinního růstu o 3-4 týdny, ve vztahu ke gestačnímu stáří plodu. Je nejčastější příčinou mrtvorozenosti. Existuje typ symetrický, disproporcionální a smíšený. K nejčastějším příčinám IUGR patří vliv *konstituce*. Tyto případy však nezvyšují riziko perinatální morbidity či mortality, ale jsou podmíněny geneticky na podkladě etnika, rasy či celkového vzhledu. Další příčinou jsou *genetické faktory* – jedná se o celou řadu genetických onemocnění (hereditární onemocnění, chromozomální aberace, geneze ledvin). Významný vliv má také *zhoršený uteroplacentární průtok*, kdy jednou z teorií o jeho příčině je tzv. mělká nidace. Také *cévní onemocnění matky* může

snižovat uteroplacentární perfuzi a být příčinou IUGR. Další z vlivů způsobujících tento stav jsou *vlivy prostředí* a to zejména kouření, malnutrice, některé těžké kovy.

Při diagnostice IUGR hraje rozhodující roli ultrazvuková biometrie. Ohledně optimálního času k ukončení těhotenství je vždy třeba individuální přístup, který je odvislý od aktuálního stavu plodu, velikosti plodu, plicní zralosti a prognóze vzhledem k další graviditě.

- b) *Hypotrofie novorozence* – jedná se o termín, kterým je definován již narozený novorozenec a označujeme tak každého novorozence jehož hmotnost se odlišuje o určitou část od růstových grafů. U takového novorozence je vyšší úmrtnost a výrazně zvýšené riziko dlouhodobých zdravotních problémů oproti normálnímu novorozenci.
- c) *Makrosomie plodu* – je-li plod těžší než 4000 gramů jde o plod velký a je-li těžší než 5000 gramů jde o plod obrovský. Tento nadměrný vývoj plodu může mít rodinný výskyt, dále může být příčinou sedavý a klidný způsob života a nadměrná konzumace potravy v těhotenství. Takovéto plody se rodí i ženám s nedostatečně kompenzovaným diabetem. Problém může nastat při porodu. Někdy je vhodné volit primárně císařský řez (5).

Hypoxie plodu

Hypoxie plodu je stav, kdy je narušeno zásobování plodu kyslíkem z mnoha příčin. V porodnictví se setkáváme často s výrazem asfyxie plodu, což je proces, počínající ztíženou výměnou krevních plynů přes placentu, hypoxií plodu s postupně se vyvíjející acidózou, následným orgánovým poškozením, selháváním krevního oběhu a v krajním případě smrtí plodu.

Příčiny hypoxie mohou být na straně mateřského organismu, v placentě, pupečníku nebo plodu. Jedná se např. o chronická plicní onemocnění či anémie u matky, předčasné odloučení placenty, prolaps a komprese pupečníku, hemolýzu při Rh-izoimunizaci, krvácení z fetálního oběhu. Často se na vzniku hypoxie podílí více faktorů.

Nejrozšířenější diagnostickou metodou v průběhu těhotenství je kardiokografie. Protože se těhotenství často ukončuje před termínem, volí se většinou císařský řez a totéž platí i pokud se hypoxie rozvíjí při porodu.

Vícečetné těhotenství

V děloze se vyvíjí a při porodu se narodí více jak jeden plod. Dvojčata – gemini se rodí jednou za 80-90 porodů, trojčata – trigemini jednou za 10 000 porodů. Dnes jsou však díky asistované reprodukci vícečetná těhotenství stále častější (47). Dvojčata mohou být jednovaječná a vícevaječná.

Jednovaječná dvojčata vzniknou oplozením jednoho vejce jednou spermií. Oplozená buňka se pak v různých stádiích rýhování rozdělí na dvě části, z nichž se vyvinou samostatní jedinci. Jsou vždy stejného pohlaví, nápadné podoby (57).

Dvojvaječná dvojčata vzniknou ze dvou, nebo více samostatných vajíček, z nichž každé je oplodněno jinou spermií. Vyskytují se 3-4krát častěji než dvojčata jednovaječná. Každé dvojče má samostatné obaly a placentu.

Těhotenství dvojčat jsou vedena jako riziková, protože je u nich častější výskyt komplikací. Stává se, že v důsledku nevhodné nidace jeden plod odumírá. Pokud není potracen, tak se zmenšuje a stlačuje – tzv. syndrom mizejícího dvojčete. U vícečetného těhotenství je žena ohrožena zvýšeným rizikem potratu, hypertenze, příznaky preeklampsie, anémií. Má větší dýchací obtíže, častěji otoky a varixy na dolních končetinách i vulvě, ale hlavním rizikem, je nebezpečí předčasného porodu. Závažnou komplikací u jednovaječných dvojčat je asymetrický růst. U dvojčat je i vyšší frekvence výskytu vrozených vývojových vad. Při porodu je nutné, aby rodička byla přijata včas a mohla být zvolena optimální strategie vedení porodu.

1.7.7. *Patologie pupečníku, placenty a plodových blan*

Naléhání a výhřez pupečníku

Jedná se o nepříliš častou komplikaci, která se vyskytuje zejména při některých polohách plodu (příčná, podélná hlavičkou). Může dojít až k poruše fetoplacentárního oběhu a ohrožení života plodu. V těchto případech je často indikován císařský řez.

Z dalších patologií pupečníku se setkáváme s obtočením pupečníku kolem plodu (může končit až odúmrtním plodu), vývojovými anomáliemi pupečníku, odchylkami v jeho délce, uzly na pupečníku, torzí, záněty, nádory a poraněními pupečníku.

Nepravidelnosti vývoje placenty, degenerativní změny na placentě

Nepravidelnosti placenty se mohou týkat velikosti a tvaru. Klinicky významná je placenta succenturiata (přídavné lůžko), kdy je od placenty oddělena menší část. Po porodu lůžka, pak může být tato menší část zadržena v děloze a působit krvácení.

Na povrchu placenty mohou být šedé nebo žlutobílé okrsky, což jsou placentární infarkty, které se vyskytují u případů pozdních těžkých gestóz a u prodlouženého těhotenství. Zmenšuje se tím funkční část placenty, což může mít význam při vzniku růstové retardace plodu a při hypoxii plodu.

Vcestné lůžko je stav, kdy oplozené vejce niduje v dolním děložním segmentu. Rozlišujeme několik typů nasedání placenty podle toho, jak hluboko k vnitřní brance zasahuje. Tento stav může mít mnoho důvodů, např. patologie plodového vejce, změna morfologie dělohy, poruchy endometria.

Příznakem je krvácení, které nebývá silné, ale má tendenci se opakovat. Někdy může dojít i k potratu. Vlivem krvácením bývá matka anemická. Krvácení občas nastane až za porodu. Placenta může bránit vstupu hlavičky do pánve.

Vcestné lůžko je stav, který ohrožuje život matky i plodu, kdy matka je ohrožena především krvácením a plod hypoxií. Těhotnou s touto diagnosou je třeba hospitalizovat **(5)**.

Předčasné odlučování normálně nasedajícího lůžka

Tímto stavem se rozumí odlučování normálně uloženého lůžka v posledních třech měsících těhotenství nebo v první a druhé době porodní. Vyskytuje se nejčastěji u těhotných s chorobami, pro které je příznačný vysoký krevní tlak a jeho náhlé změny.

Projevuje se krvácením, které však může zcela chybět a pak je projevem rozvíjející se šok doprovázený bolestí a alterací plodu. Většinou se volí varianta císařského řezu.

Choroby trofoblastu

Rozlišujeme jich několik druhů. Pokud propukají v těhotenství, bývá plod resorbován. Po léčbě je ale často plodnost zachována.

Nepravidelnosti plodových blan

Vak blan spolu s plodovou vodou chrání plod proti zevnímu nebezpečí a proti vniknutí infekce. Plodové obaly tvoří amnion a chorion. Mohou být postiženy zánětem, prasknout předčasně nebo naopak je nutná jejich dirupce, protože samovolně neprasknou. Nohou se potrhají a překrývají ústa plodu tak, že brání jeho nádechu.

Oligohydramnion, polyhydramnion

Oligohydramnion je stav, kdy je plodové vody méně než 500 ml. Příčinou může být nedostatečná tvorba nebo trvalý odtok plodové vody.

Polyhydramnion je stav, kdy je plodové vody více jak 2000 ml. Příčina může být jak na straně matky (choroby srdce, ledvin, diabetes mellitus, lues), tak na straně plodu (malformace plodu). Polyhydramnion může vzniknout akutně i chronicky a způsobit potrat či předčasný porod (5).

1.8. Porod

Porod (partus) je každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec s minimální hmotností 500 gramů nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. V případě narození mrtvého plodu je podmínkou porodu váha alespoň 1000 gramů.

Narozením dítěte se rozumí jeho úplné vypuzení nebo vynětí z matčina těla (19). Rozlišujeme porod samovolný (partus spontaneus) a porod operační (partus operativus), což znamená operační ukončení porodu buď cestou vaginální kleštěmi, obratem, extrakcí nebo při laparotomii císařským řezem či vybavením plodu při donošeném mimoděložním těhotenství.

Známkami života novorozence je dech nebo srdeční akce či pulsace pupečníku nebo aktivní pohyb svalstva, i když ještě pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena (5).

Porod lze rozdělit do několik etap:

- a) první doba porodní – *doba otevírací* – začíná prvními pravidelnými děložními kontrakcemi, končí plným rozvinutím, zánikem branky, kdy se spojí děložní dutina a pochva v jedinou trubici
- b) druhá doba porodní – *doba vypuzovací* – začíná zánikem branky a končí vypuzením plodu
- c) třetí doba porodní – *doba k lůžku* – začíná porodem plodu a končí porodem lůžka
- d) čtvrtá doba *poporodní*, někdy též odznačována jako čtvrtá doba porodní, začíná porodem placenty a trvá poté dvě hodiny (57).

Porodní mechanismus probíhá tak, že nejprve dochází k sestupu a pak ke vstupu hlavičky do pánve. Následuje flexe hlavičky, vnitřní rotace, deflexe, vnější rotace a vypuzení (32).

Při lékařském vedení porodu se často provádí episiotomie, kdy je protnuta rozepjatá hráz (10). Provádí se když hráz brání dalšímu prořezávání hlavičky a hrozí její ruptura. Dnes je snaha o snižování frekvence provádění tohoto výkonu (19).

1.9. Stavy komplikující porod

1.9.1. Předčasný porod

Předčasným porodem jsem se již zabýval v kapitole 1.8.2. Vedení předčasného porodu závisí do značné míry na tom, zda začal děložními kontrakcemi nebo předčasným odtokem plodové vody.

U porodu po 34. týdnu těhotenství není bráněno spontánnímu nástupu kontrakcí nebo se po 24 hodinách zahajuje medikamentózní indukce děložních kontrakcí (57).

V souvislosti s předčasným porodem je ale velká incidence operačních porodů. Dítě, které se narodí předčasně, ať již spontánním či operačním porodem, je nezralé. Nezralost novorozence je hlavní příčinou perinatální mortality a morbidity. Mezi nejčastější komplikace u těchto novorozenců patří nemoc hyalinních blan, intraventrikulární krvácení v CNS, otevřená tepenná dučej, nekrotizující enterokolitida, kožní dekubity a crush syndrom. U nedonošeného novorozence je i vyšší incidence

psychomotorických a neurologických abnormalit, chronických plicních onemocnění a zrakových defektů (50).

1.9.2. *Nepostupující porod*

Nepostupující porod může mít řadu příčin. Jedná se zejména o *nepravidelnosti kostěné pánve*, kdy je základním faktorem kefalopelvický poměr. Dále *patologie měkkých porodních cest* a také *patologie porodních sil*, kterých rozlišujeme několik druhů.

a) Porucha děložních kontrakcí

- slabá děložní činnost – primární bývá nejčastěji u prvorodiček, kdy porod se od počátku vleče a nepostupuje. Sekundárně slabé kontrakce jsou ty, které nastávají po určité době po normálním průběhu
- nadměrně silná děložní činnost – může být jednak u překotného porodu, se kterým se setkáváme zejména u vícerodiček. Dále může nastat při překážce v porodních cestách, kdy horní děložní segment ve snaze vypudit plod, zvyšuje svou činnost, kontrakce jsou stále častější a silnější, až prakticky neustávají.
- nekoordinovaná děložní činnost – zde je porucha koordinace mezi horním a dolním děložním segmentem. Kontrakce jsou bolestivé a neefektivní, porod nepostupuje, plod je ohrožen hypoxií.

b) Spasmus branky - i přes dobrou kontrakční aktivitu horního segmentu se branka neotvírá a stává se překážkou v postupu porodu.

c) Břišní lis – uplatňuje se zejména ve druhé době porodní a jeho dobrý funkční stav je potřebný k vypuzení plodu. Primárně může být příčina v anatomické či funkční nedostatečnosti svalů. Sekundární slabost vzniká u rodiček vysílených dlouhodobým porodem či tam, kde rodička neumí břišní lis správně použít (5).

1.9.3. *Nepravidelné polohy a držení plodu*

a) **Nepravidelné naléhání při poloze podélné hlavičkou** - při těchto polohách plodu vstupuje hlavička do pánve jiným způsobem, než je obvyklé. Závisí na typu polohy, ale u většiny těchto nepravidelností by porod vaginální cestou byl protrahovaný ne-li nemožný. Jedná se o polohy: vysoký přímý stav, hluboký příčný stav,

abnormální rotace polohy podélné záhlavím, asynklitismus a deflexní polohy hlavičky (poloha předhlavím, poloha čelní, poloha obličejová).

- b) **Polohy koncem pánevním** – plod je svou hýžd'ovou částí otočen do pánevního vchodu a hlavička je lokalizována v oblasti děložního fundu. Podle naléhající části rozlišujeme: úplný konec pánevní (naléhají hýždě a obě nožičky), neúplný konec pánevní (naléhají hýždě a jedna končetina, druhá je vztyčená), polohu řitní (obě nožičky jsou vztyčeny nahoru), polohu jednou nebo oběma nožičkami (jedna, nebo obě končetiny jsou níže než hýždě) a polohu kolínkem či kolínky. Méně prognosticky příznivé jsou varianty, kdy plod naléhá jednou nebo oběma nožičkami, kolínkem nebo oběma kolínky.

Tyto polohy se vyskytují asi u 4% všech porodů častěji u nedonošených dětí. V principu jsou polohy koncem pánevním stejně poroditelné jako porody záhlavím za předpokladu, že je neporušené držení plodu a pravidelné kontrakce. Rozdíl je v tom, že změny u porodu koncem pánevním nastávají až v dynamice porodu a následky jsou pak mnohem dramatičtější než u poloh záhlavím (5).

Zda volit u polohy koncem pánevním porod vaginální cestou či císařským řezem závisí od konkrétního případu. Záleží na stavu plodu, jeho donošenosti či nedonošenosti, naléhání plodu, na stavu matky i síle děložních kontrakcí. Matka si v současné době může vybrat mezi vaginálním porodem a císařským řezem.

- c) **Polohy příčné** – při nich je hlavička plodu uložena na jedné a pánevní konec na druhé straně lopaty kyčelní kosti. Setkáváme se s nimi u multipar s ochablým dolním segmentem, u vícečetných těhotenství, při vadách dělohy, myomech, u vcestného lůžka, při snížené pohybové aktivitě plodu při insuficienci či při neaktivitě u mrtvého plodu. Spontánní porod u této polohy je téměř nemožný, jen zcela výjimečně lze takto porodit malý, často mrtvý a macerovaný plod. Jinak se volí vždy varianta císařského řezu.
- d) **Polohy šikmé** – hlavička (méně často hýždě) je zde vybočena mimo pánevní vchod. Tato poloha je často přechodná a změní se v polohu podélnou nebo příčnou a od toho se pak odvíjí postup porodu.
- e) **Nepravidelné držení plodu** - týká se buď hlavičky nebo končetin plodu.

f) **Dystokie ramének** – je stav, kdy po porodu hlavičky zůstává raménko plodu zadrženo za symfýzou a nedochází k jeho rotaci a vstupu do porodních cest. S tím se můžeme setkat u porodu plodů nad 4000 gramů a to zejména u dekompenzovaných diabetiček. Jedná se o stav, který lze mnohými léčebnými zásahy zvrátit k postupujícímu porodu. Plod i rodička jsou však zvýšeně ohroženi, a proto když se k velkému plodu přidá další anamnestická zátěž, volí se primárně císařský řez (5).

1.9.4. Nepravidelnosti III doby porodní

Jedná se o děložní *inerci*, kdy děložní sval je vyčerpán a dochází k poruše jeho funkce. Příčina tohoto stavu může být v hypoplazii děložní svaloviny, jizevnatých procesech po porodech, potratech či zánětech. Dále může vzniknout při dlouhém porodu, pohydramniu a u vícečetného těhotenství

Dále se může placenta uskřínout (*inkancerace*), k čemuž dochází při nadměrném děložní tonu.

Zadržení části lůžka je pro ženu nebezpečné zejména následným krvácením ve IV. době porodní a v šestinedělí.

Při *patologickém odlučování celého lůžka* je pevnější spojení mezi mateřskou částí lůžka a dělohou. Ani přes vydatné kontrakce se placenta neodlučuje. Léčba je odvislá od příčiny neodlučování se lůžka.

Mezi *poporodní krvácení* jsou zahrnuta všechna krvácení na konci III. doby porodní, která přecházejí do poporodního období do 24 hodin po porodu. Krvácení může mít jednak příčinu v hypotonii dělohy, kdy po porodu placenty nedochází ke kontrakci dělohy. Žena je ohrožena vznikem hemoragického šoku. Krvácení může mít příčinu i v poranění porodních cest (57).

1.9.5. Císařský řez (sectio caesarea)

Jedná se o nejčastější operaci, kterou je ukončeno těhotenství ve třetím trimestru. Je to výkon, který může být plánovaný (jeho indikace je předem známa) či neplánovaný (indikace se vyvinula akutně).

Jestliže je normální průběh porodu nemožný či je zatížen nebezpečím pro matku a pro její dítě, je jedinou možností císařský řez. Jedná se zejména o případy, kdy

je nepoměr mezi hlavičkou plodu a porodními cestami, nastává předčasné odlučování placenty, placenta již není schopna vyživovat plod, stavy po operacích dělohy, příčná poloha plodu, poloha plodu koncem pánevním spojena s jinou komplikací, akutní či chronická tíseň plodu, vícečetné těhotenství, naléhání a výhřez pupečníku, celková onemocnění ženy, v průběhu porodu nastala neočekávané komplikace, která ohrožuje život dítěte či matky nebo obou, nastala určitá, ponejvíce vrozená onemocnění dítěte. Císařský řez se provádí buď v celkové anestezii či v anestezii regionální (spinální, epidurální) **(18)**.

Mezinárodně se vyskytují velké rozdíly v procentech dětí, které se narodí císařským řezem (např. v USA je to téměř 25%), přičemž vysvětlení pravděpodobně spočívá v rozdílné klinické filozofii **(14)**.

Z dalších porodnických operacích, které jsou užívány nejčastěji se jedná o extrakci plodu, kterou se vybavuje fetus vaginálně při poloze podélné koncem pánevním. Dále se jedná o porod kleštěmi, což je instrumentální vybavení hlavičky plodu vstoupilé a hluboko fixované v malé pánvi. Lze užít i metodu vakuumextrakce, která ale u nás není příliš rozšířena **(5)**.

Mateřská mortalita představuje u nás přibližně 10 ‰, přičemž hlavní příčiny jsou trombembolie a diseminovaná intravaskulární koagulace. Narůstá však podíl těch příčin, které bezprostředně ani zprostředkovaně s těhotenstvím, porodem a šestineděním nesouvisejí **(45)**.

1.9.6. Indukce porodu

Jedná se o umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství. Za hranici indukce porodu je dnes považováno stáří plodu 23 týdnů + 1 den.

Z lékařských indikací se provádí u potermínové gravidity, předtermínového a předčasného odtoku plodové vody, u diabetu mellitu, Rh-izoimunizace, hypertenzním a renálním onemocnění, nitroděložní růstové retardace plodu, u některých poloh dvojčat, u mrtvého plodu, velkého plodu a při zatížené porodnické anamnéze.

Existují i sociální indikace k indukci porodu. Je to zejména u žen, kde není zaručena adekvátní péče při neočekávaném nástupu děložních kontrakcí, ať již z důvodů

nedostatečné orientace matky či insuficience jejího okolí. Dále v případech, kdy je těžko dosažitelné bydliště ženy, dále indikace lingvistická (potřeba tlumočníka), nebo bezpečnostní (města s velkou noční kriminalitou) **(19)**.

Šestinedělí (puerperium) je období po ukončení těhotenství a porodu, kdy mizí anatomické a fyziologické těhotenské změny a organismus se vrací do stavu, jako před otěhotněním. Svou činnost zahajuje mléčná žláza a dochází k tvorbě mléka – laktaci. Těhotenství a porod zanechávají dalekosáhlé změny na psychickém a fyzickém stavu ženy a úplný návrat k původnímu stavu nenastává **(5)**.

1.10. Těhotenství z hlediska sociálního

1.10.1. Sociální faktory

Průběh a výsledek těhotenství jsou výslednicí působení celé řady faktorů, které lze schematicky rozlišit na fyziologické, psychologické sociální a ekonomické. Tyto faktory se ale složitě proplétají, ovlivňují, působí zprostředkovaně či je intenzita jejich působení podmíněna ještě jinými faktory.

Řetězec událostí, mající za následek vznik komplikací a patologií v těhotenství a při porodu, může obsahovat i sociální fenomén. Je to například spjatost člověka s příslušností k určité sociální skupině, zejména k profesi, k sociální vrstvě, která se vyznačuje specifickými vzorci chování či prostředím ve kterém se pohybuje. Sociální faktory mohou do tohoto řetězce událostí zasahovat i tak, že některé jeho články zesilují, zpomalují, zrychlují, zeslabují, katalyzují nebo přímo iniciují.

Etiologické řetězce způsobující onemocnění jsou mnohdy tak složité a nelze určit, který z působících faktorů ovlivňuje který. Lze však určit rizikové faktory, které jsou spojeny s určitým přírodním nebo sociálním prostředím. Nebo mohou být vázány na určitou skupinu populace, která je na daný rizikový faktor zvýšeně citlivá. U rizikových faktorů je důležitá jejich závažnost a četnost výskytu. Mnohé působení rizikového faktoru se lékařskou intervencí částečně nebo vůbec neprojeví a pak je hledání souvislosti zcela nemožné **(35)**.

Sociální faktory mohou působit tak, že těhotenství ztrácí svůj fyziologický průběh a stává se rizikovým, či patologickým ať již v průběhu či výstupu (porodu) nebo

v obou případech. Tím se stává i více či méně úspěšným či neúspěšným. Existují i různé úhly pohledu na to, co je úspěchem, neúspěchem, či částečným úspěchem těhotenství. Záleží zda jde o pohled matky, lékaře či společnosti.

Těhotenství vnáší novou dimenzi do soukromého i společenského života ženy a s tím i nový zdroj stresových situací, přičemž organismus ženy je již sám o sobě značně zatížen změnami, ke kterým dochází vlivem těhotenství. Je proto i pravděpodobné, že se organismus těhotné hůře vyrovnává z působením dalších stresových vlivů.

Faktor, který negativně zasáhne do systému vztahu mezi matkou a fetoplacentární jednotkou, naruší funkci tohoto systému a zvyšuje riziko, že těhotenství nebude zcela či vůbec úspěšné. Mění fyziologické normální těhotenství v těhotenství rizikové či patologické. Každá společnost se vždy snaží odstranit negativní jevy, které v ní vznikají, a proto se snaží zabránit zvyšování rizikovosti těhotenství v populaci. Důvodem je fakt, že z části rizikových těhotenství se rodí děti postižené, které snižují kvalitu populace, zvyšují náklady na sociální síť státu, pro nutnost zvýšené péče o tyto děti je blokována část produktivní populace ať již z rodiny či zaměstnance institucí, které těmto dětem péči věnují. Problematický život pak mají samozřejmě i tyto děti, ať je již míra jejich uvědomění si tohoto faktu jakákoli.

V konečném a konkrétním výsledku je ale důležité, zda z těhotenství, které ať již bylo fyziologické či rizikové, se narodilo dítě normální či dítě s postižením. U dítěte s postižením pak je významný rozsah tohoto postižení a zda je přechodné, či trvalé (34).

1.10.2. Těhotenství z pohledu sociologie

Těhotenství není je jen proces fyziologický a biologický, ale i proces psychologický a sociální a jako takový je spjat se specifickou sociální rolí těhotné ženy, která se mění historicky. Závisí a záviselo na dané společnosti a její kultuře, na významu, který vkládán do těhotenství. Mění se sociální instituce, především pak manželství a rodina. V případě porodu prvního dítěte se rodina vlastně utváří (38).

Těhotenstvím se mění postavení ženy ve společenských strukturách, institucích a skupinách, ale zároveň dochází i ke změně struktur, institucí a skupin v důsledku těhotenství. Z hlediska makrosociálního a jakožto hromadný jev, ovlivňuje populaci kvalitativně, strukturálně a kvantitativně (17).

1.11. Těhotenství a porod v historické perspektivě

Těhotenství a narození dítěte znamenalo v historii celého lidstva vždy něco významného, mimořádného a zvláštního. I když dítě, ale i žena a vůbec lidský život neměl zdaleka tak velkou hodnotu jako v současnosti.

Ještě před sto třiceti lety byla průměrná délka života u ženy 37 let. Za pouhé jedno století jsme dostali přidáno více než 30 let života.

Dříve se umíralo často a umírání nebylo soustředěno na konec života, ale právě na jeho začátek. Smrt novorozence, kojence a matky při porodu byla běžnou součástí života. Novorozenecká a kojenecká úmrtnost byla vysoká a ani dítě, které prošlo úzkou soutěskou prvního roku života nemělo vyhráno. I naděje těchto nejzdatnějších dětí na přežití rostla jen velice pomalu. A to již mluvíme o době vzdálené středověku, ale o konci devatenáctého století, kdy morové rány byly dávnou vzpomínkou. Nežádka se stávalo, že matkám na konci života plného porodů zůstával prázdný dům a prázdný klín **(38)**.

Těhotné ženy v podstatě až do porodu pracovaly a pokud jim byla nějaká činnost zapovězena, tak se jednalo spíše o záležitost magickou, o ochranu matky před zlými silami, nikoli před fyzicky náročnou prací. Ženy často porod zastihl uprostřed práce.

Objevy, které postupně zvýšily naději lidí na přežití byly mnohé a panují rozpory ohledně jejich pořadí a míry významnosti. Ohromnou roli hrál samozřejmě pokrok v medicíně, kdy např. objev porodnických kleští v šestnáctém století dal poprvé dítěti v nepravidelné poloze šanci přijít na svět celé. Význam sterility lékařských nástrojů a zavedení vakcinace proti dětským neštovicím v devatenáctém století mělo zásadní význam.

V rodině umíraly nejčastěji děti, ale velká byla i úmrtnost žen a to zejména úmrtnost žen v plodném věku. Její nejpravděpodobnější příčinou byla častá smrt při porodu. Často však i to, že v dobách hladu fyzicky silnější muž ženu od společné mísy odstrčil a ta pak umírala na podvýživu a nemoci. Muž se pak znovu oženil, přičemž věkový rozdíl mezi ním a jeho další ženou byl obrovský, neboť ta byla často ve věku jeho první manželky.

Krom pokroků v medicíně a zlepšení lékařské péče přispěla ke snižování úmrtnosti i kvalitnější strava, protože lépe živěný člověk je i lépe odolný. Znovuobjevení kojení vlastního dítěte, nové technologie v zemědělství a zlepšení hygienických poměrů v obci mělo také nepopiratelný vliv (39).

Bylo by však chybou změny k lepšímu připisovat pouze technologickým pokrokům. Vždyť i za vývojem technologií a hmotnými podmínkami stojí lidské myšlení, postoje, vnímání světa a cíle lidského snažení. To určuje i směr, tempo a meze sociálních podmínek.

Ještě relativně nedávno se těhotenství a porod odehrával výlučně v rodině a za asistence poloprofesionálů. Dnes je v důsledku vývoje lékařské vědy, organizace zdravotnictví a vstupu státu do oblasti reprodukce, celé těhotenství ženy i porod pod stále větší kontrolou specializovaných odborníků (17).

Porodnictví prošlo v průběhu historického vývoje značnou proměnou. Z povolání, které bylo mužům nedůstojné a tudíž určeno pouze ženám, vycházejícím povětšinou pouze z vlastní zkušenosti, se stalo oborem mající čestné místo mezi ostatními obory medicíny, navíc většinou s poměrně optimistickou náplní práce. Snahou dnešního porodnictví je, na základě komplexních znalostí fyziologie a patologie gestace poznávat, řešit a předcházet všem závažným stavům, při kterých je ohrožena matka či plod (5).

1.12. Sociální status

1.12.1. Sociální struktura

Všechny soudobé, státně organizované společnosti jsou historicky ustáleným souborem lidí žijících v určitých přírodních a kulturně civilizačních podmínkách a ve vzájemných vztazích. Mluvíme zde o společenském systému a jeho struktuře. Významnou součástí struktury společenské je struktura sociální.

Sociální struktura je součástí každého fungujícího sociálního systému. Sociální strukturou rozumíme vztahy mezi:

- základními prvky sociálního systému jimiž jsou sociální jednotky, tj. především jednotliví lidé

- jeho subsystémy, tj. různými skupinami lidí, k nimž společenské jednotky přináležejí, popř. institucemi těmito skupinami vytvářenými
- společností jako celku a institucemi, které ji reprezentují **(33)**.

Předpokladem vzniku a existence sociální struktury je diferenciaci společnosti od širších uskupení až po domácnosti či jednotlivce a zároveň i jistá míra integrace, která začíná spojováním nejnižších jednotek a končí u společnosti jako celku. Fungování sociálního systému vyžaduje i jistou míru sociální mobility, tj. pohybu mezi jednotlivými sociálními skupinami. Právě jejím prostřednictvím se uskutečňují kvalitativní změny.

Sociální vztahy jsou ustálenými interakcemi mezi lidmi. Jakmile se však jistá „výměna činností“ v daném období vývoje ustálí a pravidelně se opakuje, stávají se tyto vztahy institucionalizovanými, tj. sociálními vztahy objektivní skutečnosti. Ty pak výrazně ovlivňují subjektivní postoje a chování jednotlivců, domácností a sociálních skupin. Lidé, sociální skupiny a jednotlivé instituce jsou aktéry zabezpečujícími svými postoji a chováním fungování i změnu sociálního systému.

1.12.2. O sociálním statusu obecně

Slovem status jsou označována významná hlediska, která určují sociální postavení jedince v dané společnosti **(22)**.

Vztahy mezi sociálními skupinami lze charakterizovat podle jejich orientace vzhledem k vertikální a horizontální dimenzi sociální diferenciaci. Vertikálně se lišící pozice jednotlivců se označují jako sociální status. Mezi lidmi s odlišnými statusy vznikají pak sociální nerovnosti. Jedni jsou např. vzdělanější, mocnější, vykonávají kvalifikovanější práci a žijí kulturnějším způsobem života, zatímco na druhém pólu stojí lidé mající nižší vzdělanost, materiální nedostatek, nekvalifikovanou práci a méně kulturní způsob života. Mnozí zaujímají místo mezi těmito dvěma póly. V případě, že se různé příznaky nerovnosti u týchž jednotlivců do jisté míry spojí a ustálí, vede to ke vzniku skupin, kterým říkáme sociální třídy, vrstvy, statusové skupiny, stavy, kasty apod. Právě vertikální mobilita nejvíce vypovídá o sociální struktuře dané společnosti. Vertikální sociální diferenciaci a s ní spjatá sociální nerovnost je příznačným rysem všech moderních společností. I přes veškeré snahy toto odstranit se vyskytovala i

v nejrovnostářšší společnosti jakou bylo Československo od doby druhé světové války až do počátku devadesátých let.

1.12.3. Charakteristiky sociálního statusu

Za sociologicky významné charakteristiky této sociální diferenciace se nejčastěji považují: *úroveň dosaženého vzdělání*, *zaměstnanecký status* čili profesionální postavení, *mocenské postavení* s krajními póly moci a bezmoci, *příjem* ať už naturální či peněžní, *majetek* podle objemu nebo vlastnického vztahu k němu, *spotřební (životní) úroveň* s krajními póly bohatství a chudoby, včetně míry *vybavení domácností* předměty dlouhodobé spotřeby, a nakonec *životní styl* (např. z hlediska kulturní úrovně trávení mimopracovní doby). Dílčími statusovými indikátory diferenciace, které lze považovat spíše za horizontální jsou např. obytné okolí, národnostní nebo rasová příslušnost, příslušnost k politické straně s mocenským monopolem, pohlaví, věk, náboženské vyznání a další (33).

Pokud zkoumáme jednotlivce či domácnost z hlediska všech podstatných statusových charakteristik (vzdělání, příjem, postavení v zaměstnání, mocenské postavení, majetek, životní styl) mohou si víceméně vzájemně odpovídat. To pak znamená, že sociální status jednotlivce či domácnosti je konzistentní. V takových případech bývá i sebezařazení nebo prestiž v souladu s hierarchií objektivní. Pokud ve společnosti statusová konzistence převládá, znamená to, že se v ní objevují jako určující páteř sociální hierarchie relativně konzistentní statusové skupiny, jakými jsou např. sociální vrstvy neboli strata a pak mluvíme o společnosti stratifikované, neboli rozvrstvené.

Složitější je to v těch společnostech, kde politické a sociální zvraty vytvořily situace, v nichž převládl opak statusové konzistence tj. statusová inkonzistence. Stačí se ohlédnout do naší socialistické minulosti, kdy jednotlivec s mimořádnými mocenskými a příjmovými privilegii měl současně nedostatečné vzdělání a odbornost a naopak osoby s vysokou odborností byli prakticky bezmocné a málo placené.

Diferenciace podle dílčích statusů

Za hlavní vertikálně orientované čily statusotvorné sociální charakteristiky jsou u nás považovány tyto:

- a) Nejvyšší dosažené vzdělání jako nejdůležitější informační a institucionální předpoklad získávání sociálního postavení v moderních společnostech.
- b) Zaměstnanecký status, nebo-li tzv. složitost práce.
- c) Mocenské postavení, postavení jedince v systému řízení.
- d) Pracovní nebo souhrnný příjem jednotlivce.
- e) Kulturnost životního stylu v mimopracovní době, provozované kulturní aktivity **(33)**.

Ad a) Nejvyšší dosažené vzdělání

Je považováno za nejdůležitější statusovou charakteristiku, která podmiňuje zaměstnanecký status, profesionální zařazení a souhrnný status. Úroveň vzdělanosti se dlouhodobě zvyšuje. Souvisí to především s tím, že stále více mladých lidí v důsledku silící poptávky po odborném vzdělání získává středoškolské a vysokoškolské vzdělání a zároveň také generace s nízkým vzděláním vymírají.

Vzdělání ovlivňuje začátek, délku, ukončení a do jisté míry i výsledek celého procesu reprodukce. U žen vysokoškolsky vzdělaných je pozdější zahájení reprodukce často v podstatě až za reprodukčním optimumem. S tím je spojen i fakt nižšího počtu dětí u této vzdělanostní skupiny **(21)**.

Ad b) Zaměstnanecký status

Profese není jen tím, co uvádí ženu do určité pozice v zaměstnání, ale i tím co ji uvádí do určitého postavení ve společnosti. Profese samozřejmě určuje pracovní výkon a podmínky za nichž je tento výkon podáván. Zásadním způsobem ovlivňuje ale i příjem jedince a je spojena se vzděláním. Odvíjí se od něj též mocenské postavení a často i trávení volného času v mimopracovní době **(33)**.

Na těhotnou ženu mohou profesní podmínky působit jednak svou dlouhodobou expozicí v průběhu celé délky zaměstnání ještě před otěhotněním a také aktuálním působením v průběhu těhotenství. Z pohledu těhotné ženy na zaměstnání je důležitá zejména celková fyzická náročnost práce, charakter práce ve smyslu polarizace fyzické a

duševní práce, míra stresu a psychické zátěže v zaměstnání, pracovní režim (směnný provoz, noční služby), vliv fyzikálního prostředí (chemické škodliviny, hluk), poloha jakou zaujímá žena při práci a riziko nákazy zejména u žen pracujících v dětských kolektivech a zdravotnických zařízeních. Vliv mohou mít i sociálně psychologické jevy jako vztahy mezi lidmi na pracovišti, konflikty rolí např. pracovní a rodinné. Může sem patřit i vliv dojíždění do zaměstnání a to způsob dopravy a vzdálenost **(35)**.

Ad c) Mocenské postavení

Moc bývá vymezena jako schopnost kontrolovat jednání druhých a je odvozena od postavení jednotlivce v instituci, která tuto kontrolu umožňuje. Členové společnosti mají ale možnost uplatnit i takové mocenské prostředky jako jsou vzdělání, informace, peníze, dle Luhmanna (1988) i komunikační média.

Ad d) Pracovní nebo souhrnný příjem jednotlivce

Po roce 1992 se naše společnost začala ubírat směrem k mírnému prohlubování rozdílů mezi mzdami a tento trend i nadále pokračuje. Výrazněji se rozevírá distance mezi duševními a dělnickými profesemi, i když tento jev u nás naráží na zakořeněné rovnostářství projevující se v postojích mnoha obyvatel. Česká republika zatím stále patří k zemím s nejnižším ohodnocením vzdělání. Platy jsou však již více poskytovány za kvalifikaci a výkon, nikoli za výsluhu let **(15)**.

Ad e) Kulturnost životního stylu

Pro operacionalizaci životního stylu se hodnotí: návštěva divadel, koncertů, výstav, chození do přírody, sport turistika, studium odborné literatury, jazyků, četba krásné literatury, návštěvy přátel, návštěva restaurací, kaváren, zábav, rukodělné koníčky a i náročnější fyzické práce doma.

Je prokázáno, že kulturnost životního stylu je úzce spjata se vzděláním a také s životním stylem rodiny původní **(33)**.

1.12.4. *Další mimostatusové sociální indikátory*

Věk, který se pro mnohé zdá být determinantou biologickou, má i svou sociální dimenzi. S věkem rostou i naše zkušenosti sociální. Určitý věk přísluší k zařazení do konkrétní sociální skupiny. Výskyt těhotenství mimo biologicky optimální věk má

většinou nějakou sociální příčinu. Ať se jedná o mladé či starší rodičky, pochází každá z těchto dvou skupin mnohdy z podobného sociálního prostředí (35).

Těhotenství adolescentních matek bývá častěji zakončeno porodem dítěte s nízkou porodní hmotností. V této věkové kategorii je vyšší procento předčasných porodů a mortality. S klesajícím věkem rodičky pod 18 let stoupá počet mateřských komplikací (56).

Naopak u matek starších byl potvrzen zvýšený výskyt některých rizikových faktorů jako např. hypertenze, diabetes, krvácení v 1. trimestru atd. (4)

Kromě přímo vyjmenovaných součástí socioekonomického statusu na nás významně působí sociální vlivy *prostředí*. Význam slova prostředí lze chápat z mnoha různých úhlů. Pro plod je prostředím organismus těhotné ženy. Pro ženu je prostředím rodina, širší rodina, území na kterém žije a jeho specifika, prostředí v zaměstnání (35).

Území na kterém žije je pak nositelem určitých podmínek, které mají ekologický (hluk, znečištění ovzduší, dopravní zátěž území) i sociální charakter (rozvodovost, hodnoty a předsudky – přípustnost antikoncepce, obvyklý věk prvního těhotenství). Určité území může být i spojeno s vyšší koncentrací některé z rizikových skupin obyvatel. Význam má i zda se jedná o město či vesnici a jeho velikost. Dají se dnes již zřetelně rozlišit regiony na ekonomicky úspěšné a ekonomicky neúspěšné (53).

Rodina je dalším důležitým činitelem. Je zde silný vliv rodiny orientační, ve které se žena narodila. Ta vytváří komplex reprodukčních zvyklostí, hodnotu těhotenství a žena se s ní většinou identifikuje. Dále je zde rodina, kterou žena vytvořila uzavřením manželství a ta vytváří soubor faktorů působících aktuálně. Důležitá je shoda či rozdílnost názorů manželů na otázky týkající se počtu dětí, plánovanosti jednotlivých těhotenství, péče o antikoncepci a dále způsobu reakce na případný neúspěch těhotenství.

S otázkou postoje k těhotenství je významně spjat i *hodnotový systém ženy*, který je výrazně ovlivněn všemi výše uvedenými faktory. Způsob prožívání těhotenství, jeho kladné přijetí, ambivalentní postoj či odmítání má vliv na další fyzický, psychický a sociální vývoj dítěte. Matějček, Dytrych a Schiller provedli více než třicetiletý výzkum

dětí pocházejících z prokazatelně nechtěných těhotenství. Byla zjištěna jejich menší psychosociální i celková životní prosperita **(54)**.

S otázkou hodnotového systému ženy souvisí výskyt rizikového chování rodičů v době očekávání dítěte a po jeho narození. Kouření je významným rizikovým faktorem neplodnosti, mimoděložních těhotenství, komplikací v těhotenství, potratů a předčasných porodů, růstové retardace plodu, některých vrozených vývojových vad, syndromu náhlé smrti novorozenců a kojenců. Nebezpečí užívání alkoholu spočívá zejména v rozvoji fetálního alkoholového syndromu **(31)**.

Jedním z rizikových faktorů majících sociální charakter je *stav* matky. Nejedná se pouze o svobodné matky, ale i o vdovy a rozvedené. Rizikovým faktorem je tudíž každý jiný občanský stav matky než vdaná **(28)**.

1.12.5. *Vzdělání*

Vzdělání je snadno měřitelné a informace o něm bývají snadno dostupné. Existují i důvody proč očekávat vztah mezi vzděláním a demografickým chováním, potažmo porodností. Vzdělání je oficiálním a sociálně uznávaným měřítkem kulturního kapitálu a jako takové ovlivňuje ekonomický potenciál člověka, ale také jeho kulturní a hodnotovou orientaci. Vzdělání také ovlivňuje demografické chování nepřímo a to tak, že vyšší vzdělání znamená delší školní docházku. Souvislost mezi školní docházkou a vstupem do manželství či rodičovství je zde pak zřejmá. V moderní ekonomice existuje celá řada podnětů pro to, aby lidé ve škole zůstali, a odložili spíše roli manželskou a rodičovskou než studium. Významným motivem je fakt, že vzdělání zvyšuje budoucí výdělečný potenciál, budoucí životní úroveň a tedy i možnost založit si vlastní domácnost **(21)**.

Ze studie, kterou provedla Dana Hamplová v roce 2000 **(21)**, kdy analyzovala životní cíle mladých svobodných lidí v České republice se ukázalo, že pro vyučené muže a ženy je hodnota "mít hodně peněz" důležitější než "žít pro rodinu". Vysokoškolsky vzdělaní lidé hodnotili význam rodiny nejdříve ze všech vzdělanostních skupin.

Změna významu vzdělání

Vzdělání je obecně považováno za měřítko výdělečného potenciálu, ekonomické nezávislosti a možnosti uplatnění na trhu práce. Lze říci, že na trhu práce měníme vzdělání za zaměstnání a s ním pak souvisí plat, který na ekonomickém trhu vyměňujeme za zboží a služby, tedy za životní úroveň a konzum. Škola má rozhodující vliv nejen na to, co budeme v průběhu svého života dělat, ale i na to jak si budeme obstarávat obživu, jaká bude naše životní úroveň a k jaké sociální vrstvě budeme patřit. Škola uděluje tituly, které jejich nositele na celý život odlišují od těch, kdo je nezískali. Jedny tudíž předurčuje ke společenskému úspěchu, druhé naopak sociálně diskvalifikuje (24).

V tradičních společnostech závisela sociální reprodukce na rodině. Mladí lidé díky ní získávali majetek a moc, což určovalo i jejich pozici ve společnosti. Předávání sociálního postavení určovalo pohlaví potomka, kdy muži dědili více než dívky a pořadí narození, kdy prvorozenost byla ceněna nejvíce. Postavení člověka v tradiční společnosti tedy záviselo na ekonomickém kapitálu, kterým ho rodiče vybavili. V moderní společnosti oslabuje vliv rodiny na sociální postavení vzdělanostní systém. Přístup k ekonomickému kapitálu je pro většinu populace zprostředkován vzděláním a škola v podstatě přebrala dřívější úlohu rodiny, v rozhodování o sociálním postavení.

Ačkoli socioekonomická rovnost byla krédem předlistopadového režimu a těmto vládám podařilo českou společnost do jisté míry homogenizovat, vzdělanostní reprodukci se podařilo potlačit jen částečně. Státní opatření nebyla natolik účinná aby přestala existovat mezigenerační vzdělanostní kontinuita (21).

Vzdělanost žen

O tom, co vzdělání ženě přináší, existují dvě protichůdné teorie. Podle jedné přináší vyšší vzdělanost a tudíž vyšší výdělečný potenciál ženy, větší možnost její autonomie, schopnost založit si vlastní domácnost a mít prostředky na to zůstat svobodná. Vstupem do manželství získávají ženy méně výhod než jejich méně vzdělané vrstevnice. Preferují nesezdaná soužití, ze kterých vyplývá méně závazků a nižší pravděpodobnost narození dítěte. Protichůdné teorie předpokládají, že ženy s vyšším

příjmem a vzděláním mají lepší vyhlídky k uzavření sňatku. Budou se sice vdávat později, ale celkově častěji než ženy s nižším vzděláním (21).

Skupina vysokoškolsky vzdělaných lidí u nás se ukázala jako nejkonzervativnější co se týká dětí rozených v manželství. U této skupiny bylo jen 10% dětí, ze sledovaného souboru, narozených mimo manželství. U žen se základním vzděláním to bylo 70%. Je to jistě dáno i faktem, že ženy se základním vzděláním patří k nízkopříjmové skupině a jsou často závislé na systému státní sociální podpory a péče. Tyto příspěvky jsou pak vyšší a výhodnější pro osoby deklarující, že žijí odděleně.

Z výzkumů provedených ohledně možnosti narození třetího dítěte v rodině bylo zjištěno, že ačkoli ženy vysokoškolačky v mladém věku poměrně často plánují 3 děti (téměř tak často jako ženy se základním vzděláním a výrazně častěji než středoškolačky), pravděpodobnost, že se jim třetí dítě skutečně narodí, je oproti ostatním vzdělanostním kategoriím žen velmi nízká (21).

Vztah ke vzdělání dle socioekonomického statusu rodičů

Mezi dělníky a školou je vztah volný, jejich dítě je často na všechno samo. Odpovědnost za vzdělání dětí podle rodičů totiž nese výhradně škola. Vysokoškolsky vzdělaní rodiče naopak svým dětem pomáhají a vedou je, mezi nimi a školou existuje vztah soudržný. Podle nich leží odpovědnost za vzdělání dětí na bedrech rodiny. Na otázku, proč tento vztah je tak rozdílný, existuje odpověď v odlišných životních strategiích dělníků a vysokoškoláků. Dělnická strategie je materiální, zatímco strategie vysokoškoláků je statusová. Dělníci se na školu a vzdělání nespolehají, své jednání orientují na manuální práci, příjem a statky spojené s rodinou a příbuzenstvem. Své děti směřují také tímto způsobem. Vysokoškoláci chápou vzdělání jako nezbytný předpoklad sociálního statusu a životního úspěchu (24).

1.13. Plodnost a porodnost

Biologie staví před každého jedince naprosto zřetelné limity. Jsou jedinci neplodní (sterilní), kterých je v současné české populaci kolem 15%. Ani ti plodní se však nemohou reprodukovat neomezeně. Reálně se rodí ženám děti především mezi osmnáctým a čtyřicátým rokem věku, proto lze délku období, kdy žena může plodit,

odhadnout na zhruba 25 let. U mužů je období plodnosti delší a jsou schopni oplodňovat i mnoho let po dosažení padesátého roku věku.

Kdyby jakákoli populace žila v takzvané přirozené plodnosti, to znamená, že by žila pravidelným sexuálním životem od počátku svého reprodukčního období až do menopauzy a nikdy nepoužila žádnou z forem antikoncepce, teoreticky by na jednu ženu připadalo patnáct až sedmnáct dětí. Tohoto teoretického limitu však ani ty nejplodnější země dnešního světa nedosahují (Omán 7,1 dítěte na jednu ženu, Somálsko 7, Uganda 6,9) **(48)**.

Průměrný počet dětí, které ženy na naší zeměkouli rodily před třiceti lety, byl šest. Nyní jsou to děti tři. Toto výrazné snížení plodnosti ovšem zatím nepovede k menšímu počtu obyvatel na naší zemi. Uplatňuje se zde totiž faktor setrvačnosti, kdy dochází k růstu populace, přestože porodnost se snížila na úroveň prosté reprodukce. Důvodem je mladá věková struktura velkého počtu zemí a tudíž i mladých žen, které i při sníženém průměrném počtu dětí, jich porodí tolik, že je populační růst zajištěn na několik dalších desetiletí. Dle OSN dosáhneme sedmé miliardy pravděpodobně v roce 2013. Odhad na zastavení růstu populace je až v roce 2200, kdy nás bude okolo deseti miliard. Doufejme, že populační růst nespustí to, čeho se někteří autoři obávají a sice pozitivní zpětnou vazbu, což je výskyt chorob, epidemií a válek, jak tomu vždy v minulosti bylo.

Populace České republiky se ve svém fertilitním chování ustálila na plodnosti nižší, než postačuje pro její prostou reprodukci. V pozadí tohoto faktu jsou společenské a kulturní změny **(51)**.

1.13.1. Přímé a nepřímé determinanty fertility

Fertilita znamená schopnost ženy porodit životaschopné dítě **(55)**.

Zde je seznam proměnných ovlivňujících fertilitu dle Davise a Blakeové **(48)**.

- I. Faktory ovlivňující vystavení se koitu (koitální proměnné)
- II. Faktory ovlivňující početí, koncepci (koncepční proměnné)
- III. Faktory ovlivňující těhotenství a úspěšný porod (těhotenské proměnné)

Ad I) Koitální proměnné

- *věk v době vstupu do sexuálního svazku.* Je jisté, že čím později začne žena sexuálně žít, tím je menší počet dětí, které může porodit. V minulých dobách se zahájení pravidelného sexuálního života krylo naprosto přesně s dobou uzavření sňatku. Sex bez manželství nepřicházel příliš v úvahu. Sexuální styk před manželstvím v té formě, jak ho známe dnes, se rozšířil až po druhé světové válce.
- *permanentní celibát*
- *doba z období reprodukce, která je trávena mimo sexuální svazek*
- *dobrovolná abstinence.* Často je spojována s obdobím bezprostředně po porodu. Dříve existovala i po dobu, kdy matka kojila (semeno kazí mateřské mléko). Kdyby nebyl sex po porodu v dřívějších dobách zakazován sociální normou, často by nové těhotenství délku kojení prvního dítěte zkrátilo a vystavilo ho většímu nebezpečí smrti. Tento regulátor je však v moderní společnosti poměrně málo významný.
- *nedobrovolná abstinence,* ať již jako výsledek neschopnosti realizovat pohlavní styk (impotence), nebo jako důsledek odloučení manželů.
- *frekvence sexuálního styku.* Pravidelnost a četnost sexuálního styku zvyšuje pravděpodobnost početí. Za optimální pro reprodukci je považován styk prováděný dva až třikrát do týdne.

Ad II) Koncepční proměnné

- *nedobrovolná neplodnost.* Odhaduje se, že v současné době je přibližně každé páté manželství neplodné, přičemž v padesáti procentech je problém na straně ženy, ve čtyřiceti procentech na straně muže a v deseti procentech je problém oboustranný. Prokázaným trendem, je zhoršující se neplodnost mužů. Neplodnost může nastat i z důvodů zdravotních a to v důsledku infekčních, obzvláště venerických chorob. Dočasnou sterilitu způsobuje i biologická vlastnost ženského organismu, která způsobuje, že i při pravidelném nechráněném sexuálním styku trvá určitou dobu, než se ženě podaří otěhotnět. I kojení snižuje pravděpodobnost otěhotnění a obzvláště v některých méně rozvinutých zemích stojí za prodloužením meziporodního intervalu. Neplodnost pak také nastává z biologických příčin s nástupem menopauzy.
- *antikoncepce* je ze všech proměnných determinujících porodnost nejvýznamnější. Pokud normálně plodný pár nepoužívá žádnou antikoncepční metodu a žije běžným sexuálním životem, je jeho šance na početí asi 85%. V případě aplikace některé z moderních metod je to 2-3%. Antikoncepční metody se dají rozdělit na přírodní, bariérové a chemické. U každé této skupiny lze ještě rozlišovat, zda se jedná o metodu mužskou, ženskou, nebo párovou. Z přírodních metod se jedná o abstinenci, sexuální styk bez penetrace, metoda plodných a neplodných dnů, přerušovaná soulož a kojení. Efektivita je u nich různá. K bariérovým metodám patří kondom, pesar, ženský kondom a nitroděložní tělíčko. K metodám chemickým patří antikoncepční orální pilulky a implantáty. U chemické antikoncepce došlo k rozpojení mezi sexuálním aktem a antikoncepčním jednáním. Je tím tudíž odstraněna i určitá nespontánnost, kterou mohou jiné antikoncepční metody navozovat. Antikoncepční metody dávají ženám možnost rozhodovat o počtu svých dětí.

- *dobrovolná neplodnost*. Jedná se o dobrovolnou sterilizaci, která je nyní v západních zemích poměrně populární.

Ad III) Těhotenské proměnné

- *nedobrovolné přerušeni těhotenství* – spontánní potrat. O tom, zda těhotenství bude završeno porodem živého dítěte nebo bude přerušeno samovolným potratem, rozhodují především biologické faktory mající individuální základ v dědičnosti a dále jsou výsledkem zdravotního stavu jak ženy tak muže. Je zde ovšem i další souvislost s celkovou sociální situací, s životní úrovní a úrovní zdravotní péče.
- *dobrovolné přerušeni těhotenství* – interrupce, představuje v mnoha zemích výrazný prvek v redukci populace. Tlak na to, aby žena mohla rozhodovat o své reprodukci a počtu svých dětí vedl k tomu, že nezákonnost potratu byla zrušena a interrupce legalizovány. Potrat lze dnes provést do 12. týdne těhotenství. Ze závažných zdravotních důvodů je možné provést potrat i později. Česká republika patřila k jedněm z prvních zemích, kde mohl být potrat proveden i z jiného, než zdravotního důvodu, ale i z široce definovaných důvodů sociálních. V letech 1957-1993 bylo spoléhání se na interrupci jednou z důležitých součástí reprodukční strategie. Jak uvádí Kučera (2000), byl tak často udržován model dvoudětné rodiny, protože o interrupci nejčastěji totiž žádali vdané ženy, zpravidla matky dvou dětí.

Seznam proměnných další autoři obměnili. Z hlediska našich podmínek lze toto složité rozdělení vyjádřit jednoduše a sice: to, kolik dětí žena porodí záleží především na jejím sňatečném a antikoncepčním chování (interrupce lze v našich podmínkách přiřadit k antikoncepci, i když s jistou nadsázkou, protože částí obyvatelstva je ještě dnes chápána jako antikoncepce „ex post“) (48).

České ženy dnes mění vzorec sňatečného a rodinného chování a posunují je do vyššího věku. Počet dětí, které plánují zůstává podle výzkumů reprodukčního klimatu vcelku stejný, tj. dvě. Je ovšem jisté i to, že část dětí, jejichž početí se odkládá na pozdější dobu, se nikdy nenarodí. Na otázku proč je současná plodnost tak nízká, nalezneme odpověď především v sociální komponentě fertility.

Za rok 2005, však byla porodnost nejvyšší za posledních 10 let. Tento fakt jde na vrub jednak silné generaci „Husákových dětí“ (dětí narozených v 70 letech minulého století), která nyní rodí a také je dílem přílivu cizinců (27).

1.13.2. Porodnost a socioekonomický status

V lidské společnosti předindustriálního a předliterárního typu měli úspěšnější muži a ženy, tj. ti, kdo měli více majetku či vyšší socioekonomický status, také více dětí. Se vzrůstajícím bohatstvím dnešní společnosti by se mohlo očekávat, že i plodnost

jejich členů bude vyšší. Dnes ale již neplatí, že socioekonomický status je přímo úměrný počtu dětí. Vysvětlení tohoto paradoxu spočívá v úspěchu jedince. Člověk se snaží dosáhnout co nejvyššího statusu, protože tím se zvýší naděje na přežití potomků. Sociální úspěch jedince však není v dnešní době spojován s množstvím dětí, nýbrž s množstvím majetku a moci. Člověk se vymanil z pout tradiční společnosti a zbavil se církevního dogmatu o plození a množení a začal počet svých potomků optimalizovat, takže snižovat. Stalo se, že kdekoli na světě, kde je přístup k antikoncepci a k potratům, se úroveň plodnosti snížila na dvě a méně dětí na jednu ženu **(21)**.

Proces výchovy potomka je u člověka dlouhodobý a obtížný proces. Je přirozené, že v okamžiku, kdy člověk má možnost kontroly nad počtem, přestává se chovat jako zvíře a začíná povyšovat zájmy své osobní a sobecké nad zájmy reprodukční. Vlivem antikoncepčních a potratových praktik se úroveň plodnosti rapidně snižuje, v podstatě až na úroveň prosté reprodukce. Toto snižování plodnosti se děje ve všech společenských vrstvách a téměř nezávisle na sociálním a ekonomickém postavení.

Přirozené cesty k úspěchu a socioekonomický vzestup, který by se zakládal na znalostech a dovednostech, výkonu a štěstí, éra reálného socialismu zablokovala. Současná mladá generace má plno možností a spousta aktivit jim přináší uspokojení samo o sobě. Naplnění života dnes již není spojeno jednoznačně s dětmi.

Soužití lidí opačného pohlaví dnes dostává nový význam. Mít děti pro ně přestává být imperativem, ale mění se na pouhou možnost. Mezi nejčastější důvody, proč nemají děti bezdětné páry, se uvádí: osvobození se od zodpovědnosti spojené s výchovou dětí, což umožňuje větší možnost seberealizace, spokojenější vztahy v manželství, ohled na pracovní kariéru ženy, finanční výhody, obavy z populačního růstu, všeobecná nechuť k dětem, negativní zkušenosti z vlastního dětství, obavy z fyzických nároků porodu a obavy plodit děti do světa, v němž se nacházíme **(48)**.

1.14. Rodina

1.14.1. Statusové rozdělení rodin

Z hlediska sociální stratifikace rodiny v České republice jsou rozlišovány tři skupiny obyvatel. Horní třídu tvoří rodiny podnikatelů, samostatně činných odborníků a vyšších odborníků zaměstnanců. Do dolní skupiny patří dělnické domácnosti (oba partneři vykonávají dělnickou profesi v zaměstnaneckém poměru). Mezilehlou skupinu, z hlediska životní úrovně, tvoří domácnosti živnostníků, středních odborníků, nižších úředníků a kombinované domácnosti **(8)**.

Na příjmovou deprivaci si stěžují zejména lidé spadající do dolní třídy. Není to přitom způsobeno jen skutečným propadem, ale i hodnocením pod vlivem stále v lidech přetrvávajícího rovnostářství z doby socialismu. Svou roli tu hraje i nenaplnění představ z let devadesátých o všeobecném vzestupu životní úrovně. Na opačném pólu jsou domácnosti vyšších odborníků, které nejsou pravděpodobně tak orientovány na spotřebu jako ostatní domácnosti z podobných příjmových kategoriích.

Ve statusovém rozvrstvení české společnosti, stále převládá mužská dominance a společenská dělba práce vytvořená v minulosti zůstává prakticky zachována. Ženy mají v průměru nižší vzdělání než muži a i s ohledem na tuto skutečnost zastávají výrazně méně často řídicí funkce. Mají také zhruba o třetinu nižší příjmy ve srovnatelných profesích. Neplatí to u výrazně feminizovaných oborů **(15)**.

S postupným vyrovnáváním se vzdělanostní struktury mužů a žen dochází v rodinách k růstu vzdělanostní homogenity. I tam, kde homogenita páru není, je většinou rozdíl jednoho vzdělanostního stupně. Páry s výrazně rozdílným stupněm vzdělání jsou dnes spíše neobvyklé.

Ve vybavení domácností není česká společnost zdaleka tak diferencována jako v oblasti příjmu. Vždyť vybavení, které lze počítat ke standardu, (pračka, televizor, auto, mikrovlnná trouba, video, DVD přehrávač) má téměř každá rodina, bez ohledu na její sociální postavení. Příjmová a sociální úroveň rodiny se projevuje spíše na kvalitě a stáří uvedených předmětů **(8)**. Vybavenost domácností se liší také podle životní etapy, jakou člověk prochází **(15)**.

Jedním z aspektů životní úrovně rodiny je i bydlení. Starší generace u nás disponují poměrně levnými byty z dob socialismu, zatímco mladí lidé si při svém osamostatňování musí pořizovat nákladné byty. Navíc je zde fakt nedostatečné výstavby (53).

1.14.2. Ganderové nerovnosti

K této kapitole jistě patří i zmínka o ganderových nerovnostech. I když toto slovo u nás zatím nezdomácnělo, v odborné literatuře se vyskytuje. Ganderové nerovnosti jsou kulturně determinované rozdíly mezi pohlavími. Každá kultura konstruuje pro různá pohlaví i různé vzorce chování a různé možnosti. Tyto vzorce jsou pak v podstatě považovány za přirozené vlastnosti jednotlivých pohlaví a vyznačují se vysokou rigiditou (22).

Typickou oblastí je rozdělení rolí v rodině, kdy žena se má starat o domácnost a muž má vydělávat peníze. Se stoupajícím vzděláním však stoupá nesouhlas žen s tímto tradičním rozdělením. Práce v domácnosti je stále silně podceňována a spolu s výchovou dětí chápána jako součást přirozenosti ženy. U žen se předpokládá povinnost a prvotní zájem o rodinu, což brání jejímu vyššímu pracovnímu nasazení. Muž je oproti tomu stále považován za živitele rodiny a tak je mu funkce i vyšší plat přisuzován jaksi automaticky z titulu pohlaví (aniž je důležité zda skutečně rodinu má) (8).

1.14.3. Rodinný cyklus

Rodinný cyklus představuje neustálé předávání a přebírání přesně definovaných rolí jednotlivými členy rodiny, kteří jsou k jejich výkonu "určeni". Je to i uchovávání tradic a stereotypů za předpokladu biologické reprodukce rodiny. I přes všechny rozdíly má v dnešní době většina rodin shodný rámec rodinného cyklu, kdy základní body jsou: sňatek, narození dítěte a jeho předškolní a školní věk a odchod dětí z domova. V jednotlivých fázích tohoto cyklu dochází k výrazným změnám především v životě žen a také žena stojí před závažným rozhodnutím jak rozložit své rodinné a pracovní závazky. Zejména odchod a opětovný návrat do zaměstnání z důvodu péče o děti představuje pro ženu značné obtíže. Žena nevyužívá dosaženého vzdělání a postupně zaostává i její získaná kvalifikace a může ztratit i svou pracovní pozici.

S dosažením vyššího vzdělání statisticky roste význam pracovní oblasti a klesá, i když ne tak významně, orientace na domácnost a rodinu. Tato vazba je významnější mezi ženami **(8)**.

V současné společnosti se také stále častěji setkáváme s muži a ženami, kteří jsou tak jednostranně zaměřeni na svou práci a kariéru, že neuzavírají manželství a co je nejpodstatnější, nezakládají rodiny. Práce tvoří hlavní osu života těchto vysoce kvalifikovaných specialistů a rodina, respektive děti, by je příliš svazovaly, omezovaly jejich svobodu, zpomalovali, či dokonce zastavily jejich karierní postup. I když se běžnému člověku může toto zdát anomálií, není tomu tak. Jedná se jen o logické vyústění vývoje moderní tržní, konzumně orientované společnosti, která klade důraz na individuum, individuální svobodu jedince, na nikým a ničím neomezenou možnost volby každého jedince. Za indikátor tohoto trendu lze považovat postupně se zvyšující podíl svobodných a bezdětných v populaci.

Jestliže by se lidé v budoucnu rozhodovali pouze na základě ekonomických hledisek a motivů (jak předpokládají některé teorie), pak bude budoucnost rodiny vážně ohrožena. Naštěstí pro nás a naši společnost je existence či neexistence rodiny otázkou komplikovanější a není převoditelná jen do roviny ekonomické **(8)**.

Ocitáme se dnes v prostředí, které je stále více doplňováno mozaikou vědomostí o jevech a vztazích avšak každá odpověď na některou ze zásadních otázek před námi otvírá další nezodpovězené **(11)**.

1.14.4. *Zaměstnanost žen*

V historii byla v určitých obdobích ženská práce podporována z důvodů zdroje pracovních sil (nedostatek mužů), nedostatečnosti rodinného rozpočtu, nebo obojího. Nebyla však podporována pracovní kariéra žen, vytváření rovných příležitostí pro obě pohlaví či odstraňování segregace mužských a ženských profesí.

Za posledních 50. let prošla zaměstnanost žen ve vyspělých zemích Evropy mnoha proměnami. U nás je oproti těmto státům několik klíčových rozdílů. Vzdělanostní úroveň pracujících žen ve vyspělých zemích je vyšší než u nás. Ženská elita se ve vyspělých zemích podílí na vyrovnávání rozdílů v zaměstnanosti mezi muži a

ženami. Vyspělé demokracie připisují rovnoprávnosti žen primární důležitost a existují v nich instituce rovné příležitosti žen a mužů sledující a vyhodnocující.

Počet odpracovaných hodin u ekonomicky aktivní české ženy výrazně překračuje počet hodin žen z jiných Evropských zemí. Vysoký podíl zaměstnanosti je u nás podmíněn nízkou porodností a neplatí, že ženy s nižším vzděláním zůstávají s dětmi doma. V našich podmínkách je běžné, že i když má žena více dětí, jde pracovat **(8)**.

1.14.5. Třídní rozdíly v reprodukčním chování a životním stylu

Nejvyšší míru homogamie nalzáme u nejvyšší a nejnižší sociální třídy. U lidí se středním stupněm vzdělání je míra homogamie nižší.

Lidé z vyšších společenských tříd se žení a vdávají ve vyšším věku, což samozřejmě také souvisí s dosaženým stupněm vzdělání (prodloužení školní docházky) a vysokou úrovní antikoncepce **(15)**.

Mírně se zvyšuje sňatečný věk i v nižší společenské vrstvě, kde rovněž stoupá podíl nesezdaných žijících často přechodně v párech a jejich děti se častěji rodí mimo manželství. Ženy z nejnižší sociální vrstvy častěji označují své těhotenství za nechtěné. Ženy vysokoškolačky kojí své děti až dvakrát tak dlouho než ženy z nižších tříd. Ohledně počtu dětí platí u nás, že čím vyšší vzdělání, tím nižší počet dětí. Více dětí dnes u nás nacházíme spíše u marginalizovaných skupin. Je také pravděpodobné, že čím nižší vzdělání, tím větší zkušenost s umělým přerušением těhotenství. Objektivní studie pro potvrzení této hypotézy se však nepodařilo sestavit. Rovněž tato studie není o přítomnosti otce u porodu, ale lze předpokládat, že jako v jiných zemích platí, že čím vyšší vzdělání, tím pravděpodobnější přítomnost otce u porodu **(39)**.

Ve světě je u nižší sociální vrstvy vyšší kojenecká úmrtnost, u nás pravděpodobně bude situace obdobná, ale české zdravotní statistiky sociální úroveň nesledují **(39)**.

1.14.6. Rodina a hodnota dítěte

Rodina je prostorem, ve kterém dochází k formování osobnosti člověka, k tvorbě lidského kapitálu, výchově a růstu budoucích generací. Rodina je bezesporu základní a

nejvýznamnější jednotkou společnosti a na její prosperitě je závislý udržitelný rozvoj naší společnosti, rozvoj kulturní, sociální i ekonomický (42).

Dítě se rodí do rodiny orientační a později samo zakládá rodinu reprodukční v níž přebírá rodičovské role. Nejvýznamněji nás formuje rodina nukleární (rodiče a děti). Rodina širší zahrnuje prarodiče, sourozence a další příbuzné (20).

Mezi základní funkce rodiny patří funkce reprodukční, emocionální, socializační, ekonomická (12).

Kdybychom se na děti dívali z čistě ekonomického hlediska, bylo by jejich plození pošetilostí. Jejich hodnota je pro nás, tedy pro rodiče, nevyčíslitelná emocionálně.

Co narození dítěte přináší rodičům (dle Hofmanových):

- poskytuje mladým lidem status dospělosti a dává jim sociální identitu
- umožňuje rodičům expanzi za hranice vlastního života, dává jim pocit reprodukce sebe samých, pocit jisté „nesmrtelnosti“
- přináší pocit morálnosti – rodič se vzdává vlastních zájmů ve prospěch nově narozené osoby
- přináší pocit afiliace (přidružení), vytváří pro člověka nesmírně důležité vazby primární skupiny
- je zdrojem stimulace, novosti v životě, zábavy
- je zdrojem pocitu kreativity, pocitu naplnění, pocitu kompetence
- přináší rodičům a zejména matce zdroj moci a současně i pocit kontroly nad někým jiným
- umožňuje rodičům srovnávat se a soutěžit prostřednictvím dětí s jinými rodiči, čímž může přinášet prestiž
- je ekonomicky užitečné (48).

1.14.7. Rodina s postiženým dítětem

Narození postiženého dítěte může mít řadu příčin. Jednou z nich jsou komplikace v těhotenství a při porodu.

I narození dítěte zdravého patří ke „kritické“ životní události, která znamená radikální změnu pro rodiče natož pak, když se narodí dítě postižené.

U rodičů, zejména u matky, dochází v podstatě k psychotraumatu, mezi manželi a v rodině může dojít ke krizi a navíc sociální a ekonomické zdroje rodiny jsou a budou dlouhodobou, popřípadě celoživotní, péčí o poškozené dítě, zatíženy.

Na tom zda a za jak dlouhou dobu, se rodina na situaci adaptuje se podílí řada činitelů a to jak ze strany rodičů, tak i dítěte. U dítěte závisí zejména na závažnosti a zjevnosti vady, na nástupu vady a na míře reparability vady **(46)**.

Významnou prevencí v narození postižených dětí jsou screeningová vyšetření prováděná v průběhu těhotenství. Podstatný vliv má i zodpovědné chování budoucí matky během těhotenství, zejména v odmítání nebezpečných návyků.

Pokud se již postižené dítě narodí, pak musí zdravotnický personál poskytnout matce podporu a ochranu a nabídnout možnost konzultace problémů matky s dalšími odborníky.

Rodina s postiženým dítětem je více ohrožena, protože rodinné společenství je tak silné a odolné, jak silný je jeho nejslabší článek. Zejména při péči o dítě s těžkou mentální retardací bývá rodina fyzicky i citově tak vyčerpána, že hrozí nebezpečí jejího rozvratu. Nutnost zvýšené péče o postižené dítě může mít za následek, že jeho sourozenci „strádají“. Pak je často jediným řešením pro zachování zdraví rodiny, aby dítě bylo předáno do ústavní péče. Na druhou stranu ovšem mohou být i případy, kdy péče o dítě postižené stmeluje soudržnost rodiny a přispívá k formování jejich pozitivních hodnot **(34)**.

1.15. Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice v Havlíčkově Brodě

Se stavbou Nemocnice v Havlíčkově Brodě se započalo v březnu 1896. Nemocnice byla dokončena v září následujícího roku. Tvořily ji čtyři budovy: hlavní budova A pro pacienty, budova hospodářská, umrlčí komora a infekční pavilon. S postupem doby byl počet lůžek nedostatečný, takže se začalo s přístavbami nových pavilonů. Poslední přestavba do podoby dnešního moderního monopolu se uskutečnila v letech 1993-1996 **(18)**.

Gynekologicko-porodnické oddělení poskytuje kromě komplexní medicínské a ošetrovatelské péče rodičkám příjemné prostředí, možnost využití nadstandardního

pokoje, celou škálu relaxačních porodních pomůcek a též možnosti alternativního porodu.

Porodní sály se nacházejí v šestém podlaží. Na porodním sále je u porodu umožněna přítomnost partnera či osoby blízké. Doporučuje se absolvování přípravného předporodního kurzu v němž jsou získány potřebné informace o průběhu porodu, dýchání, masáží, úlevových polohách, ale jeho absolvování není podmínkou.

Na gynekologicko-porodnickém oddělení jsou soustřeďovány porody od 32. týdne gestace, protože nemocnice v Havlíčkově Brodě má intermediární novorozenecké oddělení. V případě, že by zde došlo k porodu dítěte před ukončeným 32. týdnem těhotenství, je dítě ihned z porodního sálu transportováno do Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Pokud tomu nebrání zdravotní stav matky nebo dítěte, je novorozenec umístěn na pokoji u matky - systém rooming-in. Zvláštní péče je zde věnována kojení a jeho propagaci, za což získala porodnice spolu s dětským oddělením již v roce 1998 titul „Baby friendly hospital“ (Nemocnice přátelská dětem).

Průměrná doba hospitalizace na porodnici je 4-5 dní. Rodičky jsou na pokojích po dvou a kapacita je 21 lůžek.

Na Gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod se v loňském roce narodilo 1204 živých dětí (uskutečnilo se 1188 porodů), tedy nejvíce dětí v Kraji Vysočina **(18)**.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA

Cílem práce je zjištění socioekonomických faktorů podílejících se na vzniku těhotenských patologií.

Hypotéza: Úroveň socioekonomického statusu rodiny ovlivňuje průběh těhotenství.

3. METODIKA

3.1 *Zvolená metoda*

Pro výzkum byla zvolena metoda dotazníku. Dotazník byl dán k vyplnění ženám, které porodily v Nemocnici v Havlíčkově Brodě v období od listopadu 2006 do března 2007. Dotazník vyplňovaly ženy v době hospitalizace na gynekologicko-porodnickém oddělení, a to nejdříve 48 hodin po porodu. Ženy vyplňovaly dotazník samostatně, bez přítomnosti další osoby.

Dotazník obsahoval třicet otázek, které byly koncipovány a rozloženy tak, jak je doporučeno v sociologické literatuře a tvořila jej kombinace otevřených, polouzavřených a uzavřených otázek (16, 52).

Otázky v dotazníku se týkaly identifikačních údajů, zdravotních údajů a informací o socioekonomickém statusu ženy a její rodiny. Otázka na identifikační údaje byla v dotazníku jedna, otázek na zdravotnické údaje bylo čtrnáct a otázek na socioekonomický status patnáct.

Socioekonomickým statusem je chápáno postavení jedince ve společnosti, které je určeno zejména nejvyšším dosaženým vzděláním, profesním postavením a sociokulturní úrovní.

Konkrétní otázky v dotazníku týkající se socioekonomického statusu ženy a její rodiny byly zvoleny proto, že dotazovaný fakt je přímo atributem socioekonomického statusu (3, 15, 24, 33, 35, 53) a že dotazovaný fakt na chování, případně na rizikové chování, je častěji spjatý s určitým sociálním prostředím (28, 30, 35, 39, 56).

Otázky z dotazníku týkající se socioekonomického statusu ženy a její rodiny:

- otázka č. 3. V době otěhotnění jsem byla:

Jednalo se o otázku polouzavřenou, tudíž zde žena volila z devíti variant odpovědi (zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou, na mateřské dovolené, v přípravě na budoucí povolání, studující určitý typ školy nebo nezaměstnaná), přičemž poslední možností odpovědi byla - jiná možnost. Zde mohla žena odpovědět v případě, že pro ni neplatila žádná z výše uvedených variant.

- otázka č. 4. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tato otázka byla otázkou uzavřenou. Bylo zde uvedeno šest možností odpovědí, rozdělených podle druhu nejvyššího ukončeného vzdělání, jakého žena dosáhla.

- otázka č. 5. Jaké je nejvyšší ukončené vzdělání otce dítěte?

Jednalo se o otázku uzavřenou. V možnostech odpovědí byl, stejně jako u otázky předchozí, uveden druh vzdělání, jakého otec dítěte dosáhl. Na rozdíl od výše uvedené otázky zde byla navíc ještě možnost- neznám úroveň vzdělání otce dítěte.

- otázka č. 6. V době těhotenství jste studovala při zaměstnání (střední školu, vysokou školu, pomaturitní či postgraduální studium)?

Tato otázka byla otázkou uzavřenou s možností odpovědi ano či ne.

- otázka č. 7. Uveďte prosím zaměstnání, v jakém jste pracovala před odchodem na mateřskou dovolenou.

Jednalo se o otázku otevřenou, žena zde vlastními slovy popsala své zaměstnání před odchodem na mateřskou dovolenou, popřípadě uvedla jinou možnost, kterou mohlo být např. studium. Zaměstnání, které ženy uvedly v odpovědi, bylo rozděleny do čtrnácti skupin. V těchto čtrnácti profesních skupinách jsou obsaženy také možnosti studentka a nezaměstnaná.

- otázka č. 8. Zaškrtněte prosím průměrný čistý měsíční příjem Vaší domácnosti (součet příjmů všech osob žijících s Vámi ve společné domácnosti a podílejících se na společném hospodaření).

Tato otázka byla otázkou uzavřenou. Respondentka zde volila ze šesti variant příjmové úrovně, do které její rodina spadala. Nejnižší příjem uvedený v možnostech odpovědi byl pod deset tisíc korun a nejvyšší uvedený příjem byl více než sto tisíc korun.

- otázka č. 9. Žijete:

Tato otázka byla polouzavřená a žena zde volila z devíti možností odpovědi. Odpověď obsahovala vždy kombinaci typu bydlení (rodinný domek, byt v osobním vlastnictví, družstevní byt, podnájem) a informace o tom, kde rodina žije v bytě samostatně či s dalšími příbuznými. Poslední, devátou možností odpovědi byla varianta – vypište jinou možnost, kde mohla žena odpovědět v případě, že nespadala ani do jedné z ostatních výše uvedených variant.

- otázka č. 10. Uveďte prosím počet osob, včetně Vás, žijících s Vámi ve společné domácnosti (dospělých i dětí, kteří s Vámi obývají domácnost a podílí se na společném hospodaření).

Jednalo se o otázku otevřenou, kdy žena v odpovědi vypsala číslíci počet osob, včetně sebe, které spolu s ní žijí ve společné domácnosti. Tato otázka byla zpracována dohromady s otázkou následující.

- otázka č. 11. Uveďte prosím počet obytných místností Vašeho bytu či domu. U rozdělených bytů či domů uveďte počet místností pouze té části, kterou obýváte Vy se členy Vaší domácnosti (bez kuchyně, chodeb, předsíně, koupelny a záchodu).

Jednalo se o otázku otevřenou, u které vypsala žena v odpovědi číslíci počet místností, které ona spolu s dalšími členy domácnosti obývají. Otázky číslo 10 a 11 byly zpracovány společně a tím bylo zjištěno, jak velká část místností či jaký počet místností připadají na jednu osobu z domácnosti.

- otázka č. 14. Právě ukončené těhotenství bylo:

Tato otázka byla uzavřená a respondentka zde mohla volit z pěti možností odpovědi, od varianty těhotenství plánovaného až k variantě těhotenství neplánovaného a nechtěného ani jedním z partnerů.

- otázka č. 19. Kouřila jste v průběhu právě ukončeného těhotenství?

Jednalo se o otázku uzavřenou a žena zde označila jednu z pěti variant odpovědí. Zvolit mohla z možností, kdy nekouřila nikdy až po možnost, kdy v těhotenství kouřila více cigaret než před otěhotněním.

- otázka č. 20. V průběhu právě ukončeného těhotenství jsem alkohol požívala:

Tato otázka byla otázkou uzavřenou a žena zde zvolila jednu ze tří možností odpovědi. První možností bylo, že alkohol nepožívala v těhotenství vůbec, druhou možností bylo požívání jen při zvláštních příležitostech a třetí možností byla pravidelná konzumace alkoholu, kterou bylo chápáno požívání alespoň 3krát do týdne.

- otázka č. 22. Navštěvovala jste v některém z Vašich těhotenství nějaký porodní kurz pro těhotné ženy či těhotenský tělocvik?

Jednalo se o otázku uzavřenou, kdy žena v odpovědi mohla zvolit variantu ano či ne.

- otázka č. 23. Byl Váš partner přítomen u porodu Vašeho právě narozeného dítěte?

Tato otázka byla otázkou uzavřenou a žena v odpovědi mohla zvolit kromě varianty ano a ne také variantu, kdy otec si dítěte přál být u porodu, ale shodou okolností se to nezdařilo zrealizovat.

- otázka č. 28. Vaše nynější manželství je v pořadí:

Jednalo se o otázku uzavřenou, kdy respondentka mohla vybírat ze čtyř variant odpovědí. Své manželství mohla označit za první, dále za druhé či další. Třetí možností odpovědi bylo, že není vdaná (rozvedená, ovdovělá, svobodná) a poslední variantu představovalo soužití s otcem dítěte bez sňatku.

- otázka č. 29. Kolik plánujete mít dětí celkem?

Tato otázka byla otevřená a žena zde číslicí vypsala počet dětí, který plánuje.

Žena v odpovědi na uvedenou otázku volila pouze jednu variantu odpovědi. Výjimku tvořily otázky č. 3 a č.13, kde mohla žena označit více variant.

Dvacet sedm otázek z dotazníku bylo určeno celému souboru žen, pouze tři (otázka č.13, 26 a 27) jen jeho jasně definované části. **Proběhlo zpracování dotazníků vyplněných 320 ženami.**

Metoda dotazníku byla vhodná pro tento typ výzkumu hned z několika důvodů. Jednak pro ověření platnosti hypotézy bylo třeba většího souboru respondentů. Dále je v dotazníku řada otázek, které mají velmi osobní charakter a byla předpokládána větší pravděpodobnost získání pravdivých odpovědí při zaručení anonymity respondenta a vyřazení přímého kontaktu tazatelem. Byla zde i reálná obava z odmítnutí podání informací ženami, pokud by byly získávány jinou formou než dotazníkem.

Po sestavení dotazníku následoval předvýzkum. K tomuto účelu bylo vybráno 16 žen, které právě porodily v Nemocnici v Havlíčkově Brodě. Hlavním záměrem bylo ověření konstrukce dotazníku, vhodnosti zvolených otázek, srozumitelnosti formulací a ochoty žen spolupracovat. Na základě zjištěných poznatků pak byly provedeny úpravy. Ty spočívaly zejména ve zjednodušení formulací otázek. Některé otázky byly z dotazníku zcela odstraněny pro jejich složitost či obtížnou zpracovatelnost.

3.2 *Charakteristika zkoumaného souboru*

Předmětem dotazníkového šetření byly ženy, které porodily v Nemocnici v Havlíčkově Brodě v období od listopadu 2006 do března 2007. Dotazník, byl dán k vyplnění každé ženě, ne dříve než 48 hodin po porodu. Návratnost dotazníků byla téměř stoprocentní, odmítly ho vyplnit pouze dvě ženy. Zkoumaný soubor žen jsem rozdělil do dvou skupin podle průběhu těhotenství. V první skupině byly ženy, které měly v těhotenství komplikace a do druhé skupiny (skupiny kontrolní) jsem zařadil ženy bez komplikací. Od žen s komplikacemi jsem získal 180 dotazníků a od žen bez komplikací 240. Z celého souboru bylo vyřazeno 47 dotazníků pro chybné vyplnění respondentkami. Pro zpracování a možnost porovnání obou souborů byla nutná jejich stejná velikost, proto bylo 57 dotazníků ze skupiny žen bez komplikací vyřazeno. Jednalo se o dotazníky, které byly získány jako poslední. Tímto vznikly dva stejně velké soubory, kdy každý z nich čítal 160 správně vyplněných dotazníků. Proběhlo zpracování dotazníků vyplněných 320 ženami.

Na dvě porovnávané skupiny rozdělila sledovaný soubor otázka z dotazníku číslo 12, kterou byl položen dotaz na přítomnost či nepřítomnost komplikací v současném těhotenství a dále otázka číslo 13, která byla zaměřena na konkrétní druh komplikace, kterou žena prodělala. Otázka číslo 13 již byla určena pouze pro ženy, které měly v současném těhotenství komplikace. Jako možnosti u této otázky byly uvedeny nejčastější komplikace vznikající v těhotenství a při porodu. Jejich seznam byl vytvořil na základě dohody s konzultantem, jenž pracuje jako lékař - gynekolog. Otázka 13 byla otázkou polouzavřenou a kromě vyjmenovaných komplikací, jejichž seznam nebyl pro velkou obsáhlost kompletní, zde byla i možnost jiné varianty odpovědi. Tato otázka sloužila i pro kontrolu, zda žena správně chápe význam slov komplikace v těhotenství.

S distribucí dotazníků bylo započato na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice v Havlíčkově Brodě v měsíci listopadu, kdy zde proběhlo 91 porodů. V prosinci 84 porodů, v lednu 109 porodů, v únoru 102 porodů a za necelou polovinu března 36 porodů. Při počtu 420 vyplněných dotazníků byla jejich distribuce ukončena především proto, aby získaná data mohla být včas zpracována.

3.3 *Hodnocení dotazníků*

Získaná data z dotazníku byla zpracována statistickou metodou chí-kvadrát testu. Jedná se o statistickou metodu pro stanovení pravděpodobnosti, z níž nalezený rozdíl mezi očekávanou a zjištěnou hodnotou vznikl náhodně **(58)**.

V kapitole výsledky výzkumu jsou zpracovány nejprve otázky identifikační, dále otázky týkající se socioekonomického statusu, a pak otázky na zdravotní údaje.

Před každou tabulkou a grafem je uvedena otázka nebo otázky z dotazníku, ke kterým se graf a tabulkou vztahují a jejíž vyhodnocení znázorňují.

Každá varianta u jednotlivých odpovědí je hodnocena zvlášť. Hodnocení jednotlivých možností u každé otázky jde postupně shora dolů tak, jak jsou uvedeny v dotazníku.

Odpovědi z obou skupin jsou nejprve porovnávány mezi sebou a dále je u každé možnosti uvedeno její procentuální zastoupení. Je rovněž uvedeno, jak velká část žen v procentech zvolila tuto variantu odpovědi, a to jak u skupiny mající komplikace, tak u skupiny bez komplikací. Aby se v hodnocení tyto dva pojmy (s komplikacemi a bez komplikací) trvale neopakovaly, je v komentářích též zmiňována první a druhá skupina. První skupinou je míněna skupina žen s komplikacemi a druhou skupinou jsou ženy bez komplikací.

Tam, kde možnost zvolilo malé množství žen (do 10 z každé skupiny) bylo provedeno hodnocení většinou použitím konkrétních čísel. Kde byly počty vyšší, je uvedeno o kolik, či kolikrát bylo zastoupení odpovědí z jedné skupiny větší, než ze skupiny druhé.

Toto slovní hodnocení je doplněno tabulkou, kde jsou uvedena konkrétní čísla vyjadřující počet žen, jež volily tuto variantu odpovědi a procenta vyjadřující jakou část z uvedené skupiny (s komplikacemi, bez komplikací) tvoří tato možnost odpovědi. Dále je zde graf, který vyjadřuje názorně množstevní zastoupení žen u obou porovnávaných skupin.

4. VÝSLEDKY

4.1. Vlastní hodnocení jednotlivých otázek

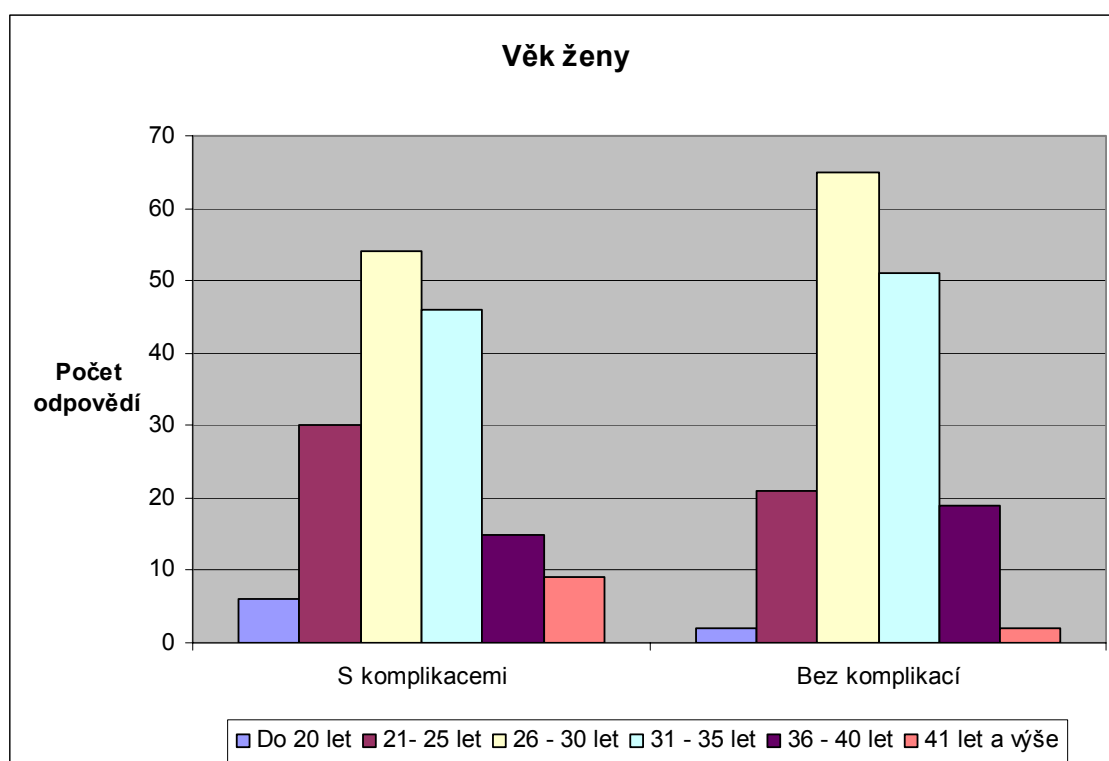
4.1.1. Otázka identifikační

Otázka č. 30. Kolik Vám je let?

Tabulka 1: Věk ženy

Věk ženy	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Do 18 let	6	4 %	2	1 %
18- 25 let	30	19 %	21	13 %
26 - 29 let	54	34 %	65	41 %
30 - 34 let	46	29 %	51	32 %
35 - 39 let	15	9 %	19	12 %
40 let a výše	9	5 %	2	1 %

Graf 1: Věk ženy



Zdroj: Vlastní výzkum

V první věkové kategorii (do 18 let) je šest žen ze skupiny s komplikacemi a dvě ženy ze skupiny bez komplikací. Tato odpověď tvoří 4% ze souboru prvního a 1% ze souboru druhého.

V druhé věkové kategorii (18-25 let) je větší zastoupení žen ze skupiny s komplikacemi a to o jednu třetinu. Ze souboru prvního tvoří tato odpověď 19%, z druhého souboru 13%.

U dalšího věkového rozmezí (26-29 let) je větší podíl žen ze skupiny bez komplikací a to o jednu šestinu. Tato odpověď tvoří 34% z první skupiny a 41% z druhé skupiny.

U možnosti čtvrté (30-34 let) je větší zastoupení skupinou žen bez komplikací, rozdíl není velký. U souboru prvního tvoří tato odpověď 29% a u souboru druhého 32%.

I pátá možnost (35-39 let) mají větší zastoupení ženy ze skupiny bez komplikací a to o jednu čtvrtinu. V procentech se jedná u souboru prvního o 9%, u souboru druhého o 12%.

V poslední věkové kategorii (nad 40 let) je z celkových jedenácti žen devět řazeno do skupiny s komplikacemi. Tato odpověď tvoří 5% ze souboru s komplikacemi a 1% ze souboru bez komplikací.

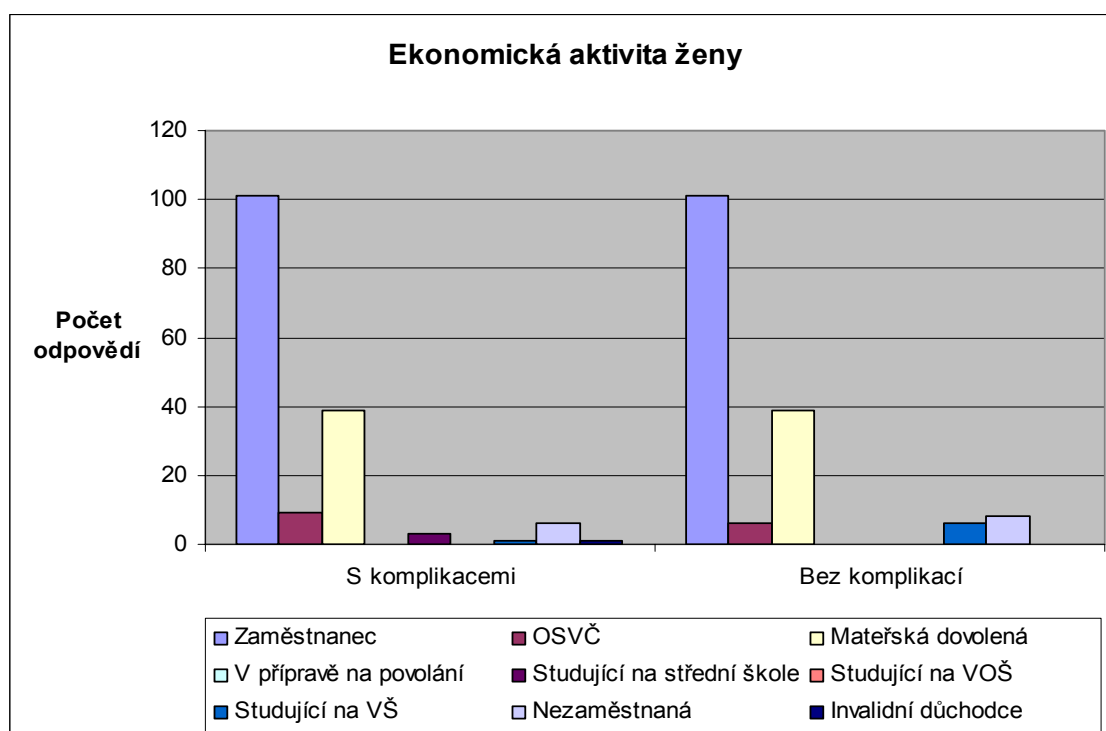
4.1.2. Otázky týkající se socioekonomického statusu

Otázka č. 3 V době otěhotnění jsem byla:

Tabulka 2: Ekonomická aktivita ženy

Ekonomická aktivita ženy	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Zaměstnanec	101	63 %	101	63 %
OSVČ	9	5 %	6	4 %
Mateřská dovolená	39	24 %	39	24 %
V přípravě na povolání	0	0 %	0	0 %
Studující na střední škole	3	2 %	0	0 %
Studující na VOŠ	0	0 %	0	0 %
Studující na VŠ	1	1 %	6	4 %
Nezaměstnaná	6	4 %	8	5 %
Invalidní důchodce	1	1 %	0	0 %

Graf 2: Ekonomická aktivita ženy



Zdroj: Vlastní výzkum

U zaměstnanců je zastoupení v obou porovnávaných skupinách zcela totožné. Tuto možnost zvolilo 63% žen jak z prvního, tak i z druhého souboru.

U osob samostatně výdělečně činných je z celkových patnácti žen, devět ve skupině s komplikacemi. Tuto variantu odpovědi volilo 5% ze skupiny první a 4% ze skupiny druhé.

Z žen, které byly na mateřské dovolené přesně polovina spadá do skupiny mající v těhotenství komplikace a polovina do skupiny bez komplikací. Tato odpověď tvoří 24% u obou porovnávaných souborů.

Žena, která otěhotněla v přípravě na budoucí povolání ve výučním oboru, nebyla ve vzorku ani jedna. Totéž platí i o absolventkách vyšší odborné školy.

Co se týče studia střední školy, byly všechny tři zástupkyně této skupiny v souboru žen s komplikacemi. Tato možnost tvoří 2% z prvního souboru.

Ženy studující vysokou školu, jsou ve většině bez komplikací. Pouze jedna z celkových sedmi spadá do souboru žen s komplikacemi. V procentech se jedná o 1% z prvního souboru a o 4% z druhého souboru.

Ženy, v době otěhotnění nezaměstnané byly častěji bez komplikací a to v devíti případech z celkových patnácti. Tato varianta odpovědi tvoří 4% v souboru prvním a 5% v souboru druhém.

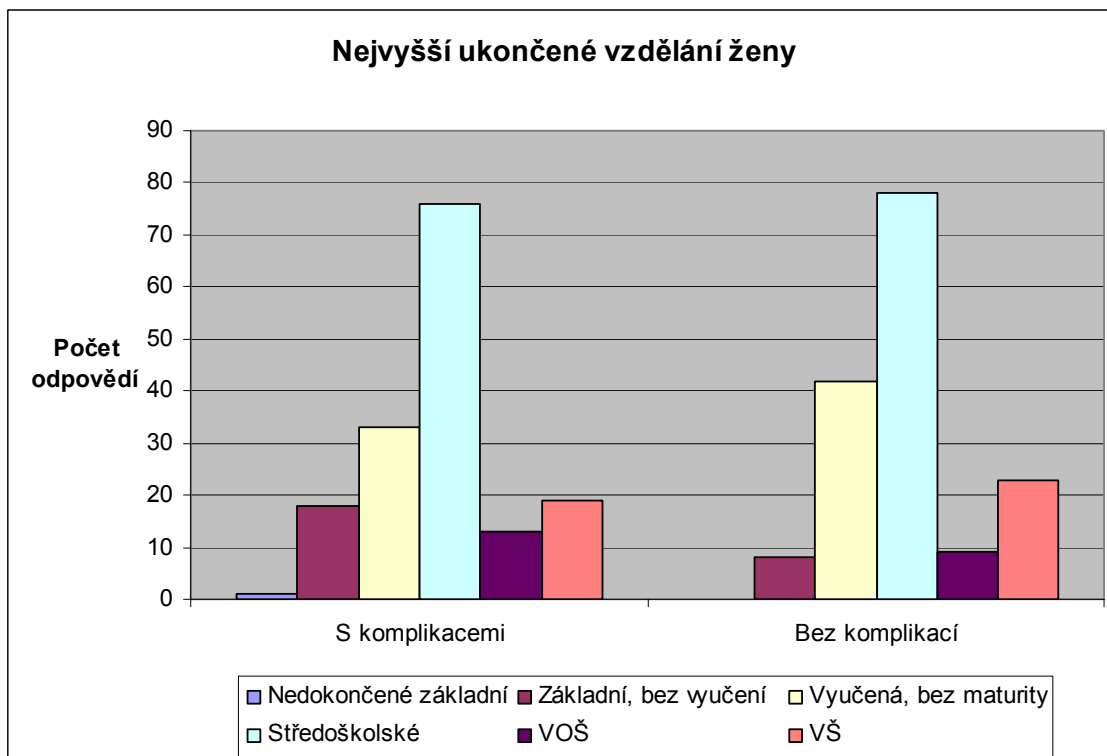
Invalidní důchodkyně byla v celém souboru pouze jedna a to ve skupině mající komplikace. Tvoří 1% z prvního souboru.

Otázka č. 4 Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka 3: Nejvyšší ukončené vzdělání ženy

Vzdělání ženy	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Nedokončené základní	1	1 %	0	0 %
Základní, bez vyučení	18	11 %	8	5 %
Vyučená, bez maturity	33	20 %	42	26 %
Středoškolské	76	48 %	78	49 %
VOŠ	13	8 %	9	6 %
VŠ	19	12 %	23	14 %

Graf 3: Nejvyšší ukončené vzdělání ženy



Zdroj: Vlastní výzkum

V celém souboru byla pouze jedna žena, která neměla ukončené základní vzdělání a ta spadala do skupiny s komplikacemi. Tvoří 1% z první skupiny.

Žen, které měly jen ukončené základní vzdělání, bylo větší množství ze souboru s komplikacemi a to o polovinu. Tato možnost tvoří u skupiny první 11% a u skupiny druhé 5%.

Vyučených žen bez maturity bylo více ve skupině bez komplikací. Tento rozdíl tvořil jednu čtvrtinu. Zastoupení této možnosti je 20% u skupiny první a 26% u skupiny druhé.

Středoškolačky byly v obou skupinách zastoupeny téměř totožně, ale více jich bylo v souboru bez komplikací. U první skupiny tvoří tato varianta odpovědi 48% a u skupiny druhé 49%.

Žen s vyšší odbornou školou bylo větší množství ve skupině s komplikacemi a to o jednu třetinu. Tato odpověď tvoří 8% u skupiny první a 6% u skupiny druhé.

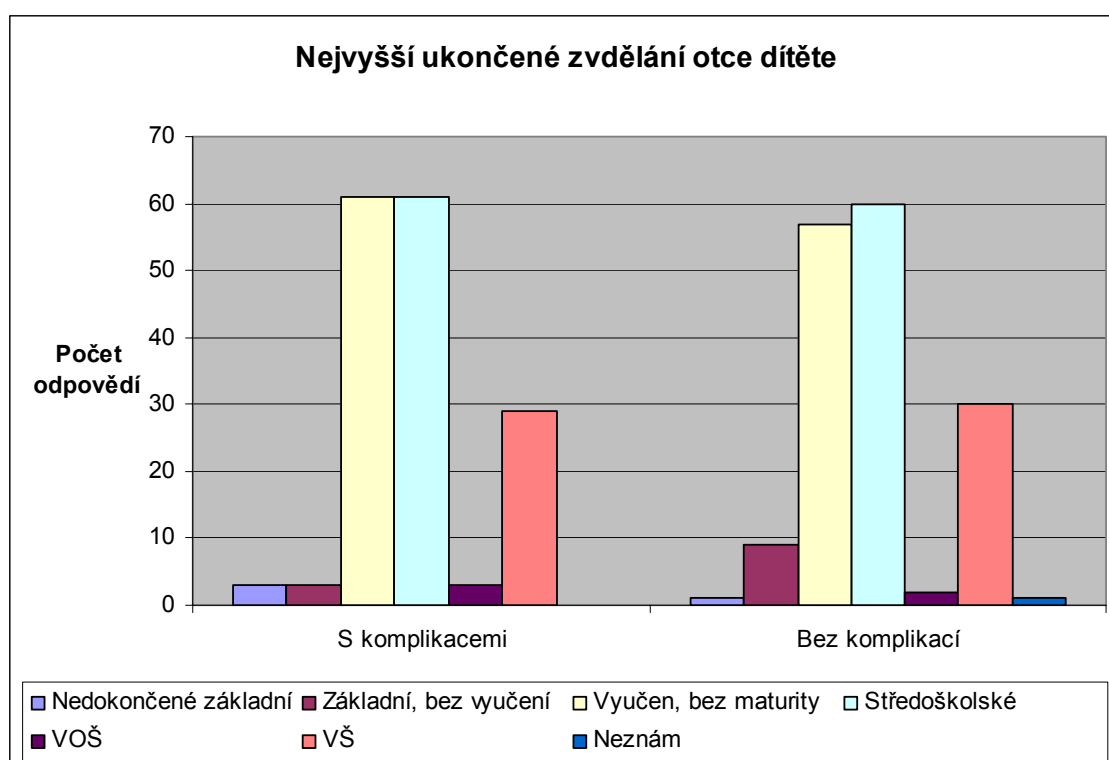
Vysokoškolaček bylo více ve skupině žen bez komplikací, ale tento rozdíl nebyl výrazný. Jedná se o jednu pětinu. Zastoupení této možnosti v procentech u skupiny první činí 12%, u skupiny druhé 14%.

Otázka č. 5 Jaké je nejvyšší ukončené vzdělání otce dítěte?

Tabulka 4: Nejvyšší ukončené vzdělání otce dítěte

Vzdělání otce	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Nedokončené základní	3	2 %	1	1 %
Základní, bez vyučení	3	2 %	9	6 %
Vyučen, bez maturity	61	38 %	57	35 %
Středoškolské	61	38 %	60	37 %
VOŠ	3	2 %	2	1 %
VŠ	29	18 %	30	19 %
Neznám	0	0 %	1	1 %

Graf 4: Nejvyšší ukončené vzdělání otce dítěte



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu čtyř mužů s nedokončeným základním vzděláním spadaly tři do skupiny, ve které měly ženy komplikace. Tato možnost tvoří u skupiny první 2%, u skupiny druhé 1%.

Výraznější rozdíl v počtech odpovědí, při srovnávání obou skupin, byl zaznamenán u mužů s pouze ukončeným základním vzděláním. Ve skupině bez komplikací jich bylo devět, ve skupině s komplikacemi tři. Vyjádřeno v procentech jedná se o 2% z první skupiny a o 6% z druhé skupiny.

U mužů vyučených bylo zastoupení v obou skupinách obdobné, ale více jich bylo ve skupině s komplikacemi. Tato možnost tvoří 38% u první skupiny a 35% u druhé skupiny.

Obdobná situace je u mužů středoškolsky vzdělaných, kde je rozložení v obou skupinách obdobné. Pouze o jednoho muže více je u skupiny s komplikacemi. Tuto možnost odpovědi volilo 38% žen z první skupiny a 37% žen z druhé skupiny.

U vzdělání na vyšší odborné škole byly z celkových pěti odpovědí uvedeny tři u skupiny žen majících komplikace. V procentech se jedná o 2% ze skupiny první a 1% ze skupiny druhé.

Vysokoškolsky vzdělaný muž byl v obou skupinách zastoupen téměř rovnoměrně. Jen o jednoho více bylo u skupiny žen, které komplikace neměly. Tuto možnost odpovědi volilo 18% ze skupiny první a 19% ze skupiny druhé.

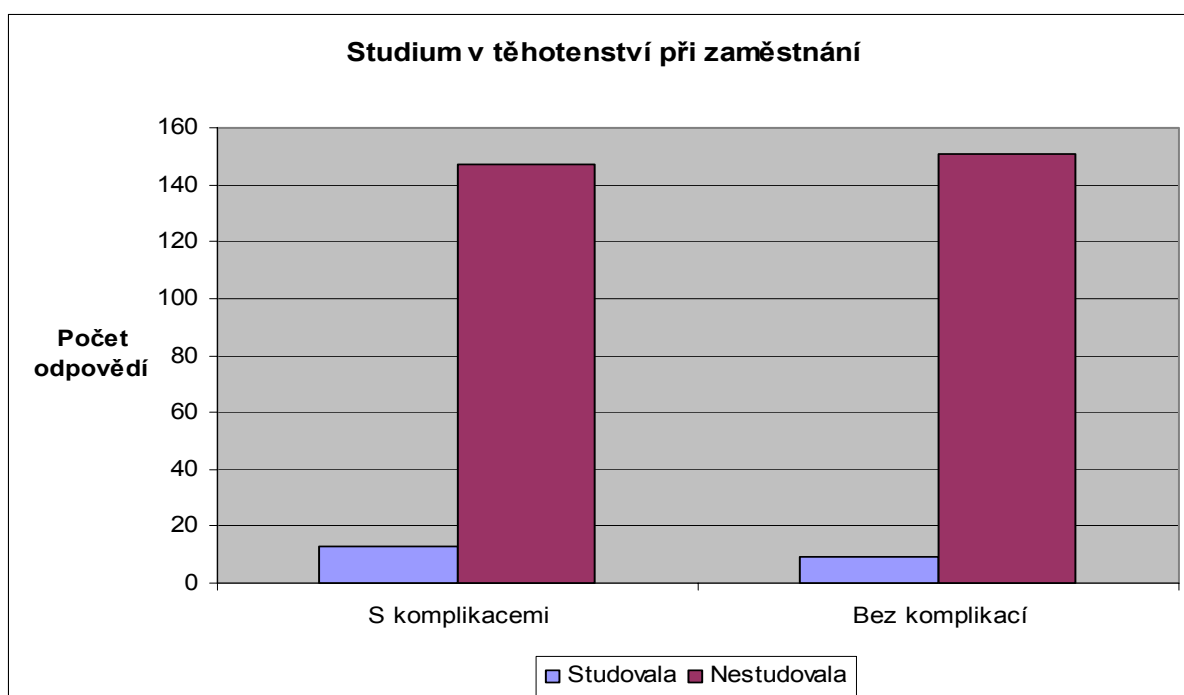
Úroveň vzdělání otce dítěte neznala pouze jedna žena, která byla ze souboru bez komplikací. Tvoří 1% z druhé skupiny.

Otázka č. 6. V době těhotenství jste studovala při zaměstnání (střední školu, vysokou školu, pomaturitní či postgraduální studium)?

Tabulka 5: Studium v těhotenství při zaměstnání

Studium v těhotenství	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Studovala	13	8 %	9	6 %
Nestudovala	147	92 %	151	94 %

Graf 5: Studium v těhotenství při zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

Ženy, které jsou ve skupině s komplikacemi, studovaly častěji při zaměstnání, než ženy bez komplikací. Tento rozdíl činí jednu čtvrtinu. Ve skupině první studovalo 8% žen při zaměstnání, ve skupině druhé 6% žen.

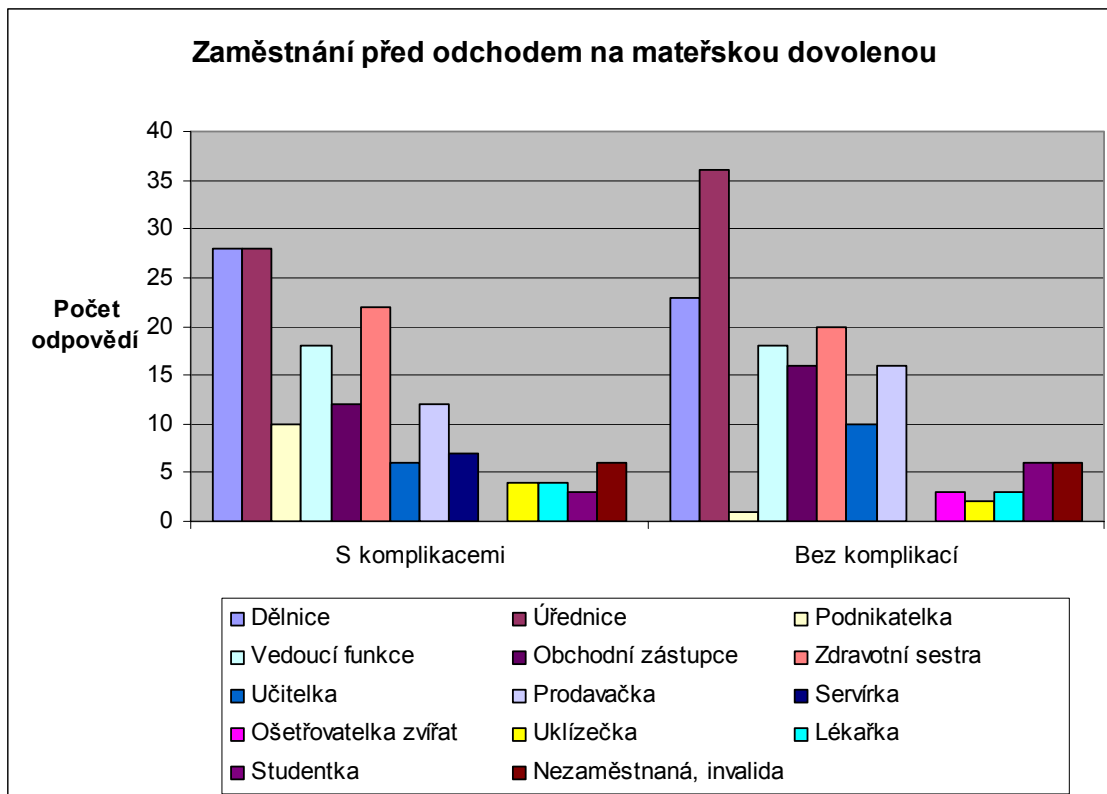
Nestudujících je tudíž v prvním souboru 92% a v druhém souboru je to 94%.

Otázka č. 7. Uveďte prosím zaměstnání, v jakém jste pracovala před odchodem na mateřskou dovolenou.

Tabulka 6: Zaměstnání před odchodem na mateřskou dovolenou

Zaměstnání před mat. dovolenou	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Dělnice	28	18 %	23	14 %
Úřednice	28	18 %	36	23 %
Živnostnice	10	6 %	1	1 %
Vedoucí funkce	18	11 %	18	11 %
Obchodní zástupce	12	7 %	16	10 %
Zdravotní sestra	22	13 %	20	12 %
Učitelka	6	4 %	10	6 %
Prodavačka	12	7 %	16	10 %
Servírka	7	4 %	0	0 %
Ošetřovatelka zvířat	0	0 %	3	2 %
Uklízečka	4	3 %	2	1 %
Lékařka	4	3 %	3	2 %
Studentka	3	2 %	6	4 %
Nezaměstnaná, invalida	6	4 %	6	4 %

Graf 6: Zaměstnání před odchodem na mateřskou dovolenou



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka a graf je znázorněním otázky č. 7 zjišťující profesi, kterou žena vykonávala před odchodem na mateřskou dovolenou (popř. i před předchozí mateřskou dovolenou tam, kde následovaly dvě či více mateřských dovolených po sobě). Zaměstnání, které ženy uvedly v odpovědi, bylo rozděleno do čtrnácti skupin.

Žen majících dělnickou profesi je více ve skupině s komplikacemi. Rozdíl tvoří jednu pětinu. Ze souboru prvního zvolilo tuto možnost odpovědi 18% žen. Ze souboru druhého to bylo 14% žen.

Úřednic je naopak o čtvrtinu více ve skupině bez komplikací. Procentuální zastoupení je ve skupině první 18% a ve skupině druhé 24%.

Výrazný rozdíl je u žen živnostnic. Zde z celkového počtu jedenácti žen vykonávajících tuto profesi neměla jen jedna v těhotenství žádné komplikace. Zbývajících deset komplikace mělo. Živnostnice tvoří 6% ze souboru prvního a 1% ze souboru druhého.

U žen zastávajících vedoucí funkci je zastoupení v obou porovnávaných skupinách totožné. Jedná se o 11% v první i druhé skupině.

Profese obchodního zástupce má větší podíl ve skupině bez komplikací a to o jednu čtvrtinu. Ze souboru prvního zvolilo tuto možnost 7% žen a ze souboru druhého 10%.

U zdravotních sester je poměr téměř vyrovnaný. Ve skupině první mají zastoupení z 13%, ve skupině druhé z 12%.

Učitelky jsou o polovinu častěji řazeny do skupiny žen bez komplikací. Tato profese je v prvním souboru zastoupena ze 4% a v druhém ze 6%.

U prodavaček je zastoupení ve skupině bez komplikací o jednu čtvrtinu častější než ve skupině s komplikacemi. Tuto odpověď zvolilo 7% žen z první skupiny a 10% žen z druhé skupiny.

Profese servírky se vyskytuje pouze ve skupině žen s komplikacemi a to v počtu sedm. V sledovaném souboru má tudíž tato profese vždy těhotenství s komplikacemi. Tvoří 4% z prvního souboru.

Naopak zcela bez komplikací je profese ošetřovatelky zvířat. Ve sledovaném souboru jsou tři tyto ženy a ani jedna z nich nepatří do souboru s komplikacemi. Tato profese tvoří 2% z druhého souboru.

Ženy zaměstnané jako uklízečky jsou frekventovanější v souboru s výskytem komplikací. Jedná se celkem o šest žen, z nichž čtyři jsou v souboru s komplikacemi. Takto zaměstnané ženy tvoří 3% z prvního souboru a 1% z druhého souboru.

Ženy lékařky jsou častěji ve skupině s komplikacemi. Z celkových sedmi měly čtyři v těhotenství komplikace. Žen lékařek jsou v první skupině 3% a v druhé skupině 2%.

Studentek je šest ve skupině bez komplikací z celkových devíti. Tuto možnost volila 2% ze souboru prvního a 4% ze souboru druhého.

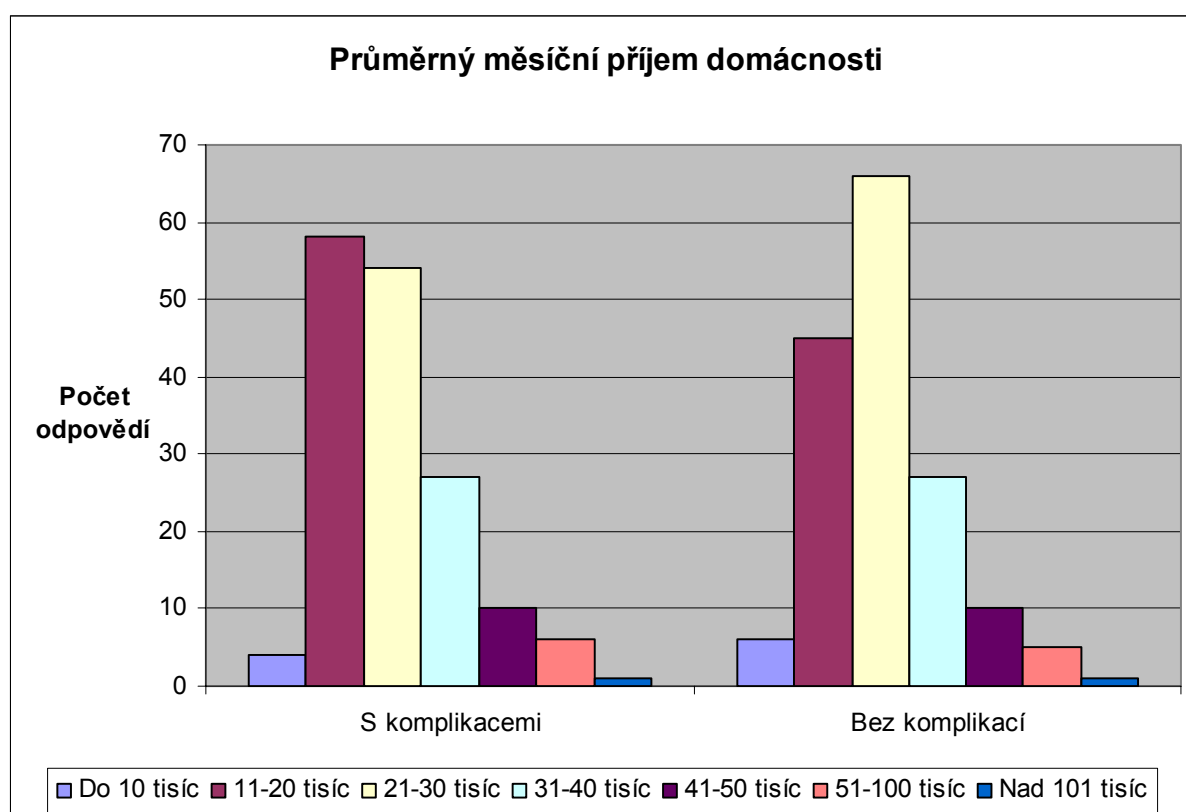
U žen nezaměstnaných je zastoupení v obou porovnávaných skupinách totožné. V každé z nich tvoří 4%.

Otázka č. 8. Zaškrtněte prosím průměrný čistý měsíční příjem Vaší domácnosti (součet příjmů všech osob žijících s Vámi ve společné domácnosti a podílejících se na společném hospodaření).

Tabulka 7: Průměrný měsíční příjem domácnosti

Průměrný měsíční příjem domácnosti	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Do 10 tisíc	4	2 %	6	4 %
11-20 tisíc	58	36 %	45	28 %
21-30 tisíc	54	34 %	66	41 %
31-40 tisíc	27	17 %	27	17 %
41-50 tisíc	10	6 %	10	6 %
51-100 tisíc	6	4 %	5	3 %
Nad 101 tisíc	1	1 %	1	1 %

Graf 7: Průměrný měsíční příjem domácnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Tam, kde je příjem rodiny do 10. tisíc bylo zastoupeno více žen ze souboru bez komplikací. Jedná se o čtyři ženy ze skupiny s komplikacemi a šest žen ze skupiny bez komplikací. Do 10 tisíc mají příjem 2% z prvního souboru a 4% z druhého souboru.

V úrovni příjmů mezi 11-20 tisíci jsou častěji ženy mající komplikace a to o jednu pětinu. Tuto možnost odpovědi volilo 36% ze souboru prvního a 28% ze souboru druhého.

Naopak v následující příjmové úrovni, což je mezi 21-30 tisíci, je více žen jež komplikace neměly. Navýšení je o jednu pětinu. Ze souboru prvního volilo tuto možnost 34%, ze souboru druhého 41%.

V příjmové úrovni od 31-40 tisíc je zastoupení žen z obou souborů naprosto shodné. Jde o 17% ze souboru prvního i druhého.

Tam, kde příjem domácnosti činí 41-50 tisíc, je zastoupení v obou souborech rovnoměrné. Jak ze souboru prvního, tak ze souboru druhého tvoří tato varianta odpovědi 6%.

U příjmů nad 51 tisíc je zastoupeno šest žen ze skupiny s komplikacemi a pět žen ze skupiny bez komplikací. V procentech jde o 4% ze souboru prvního a 3% ze souboru druhého.

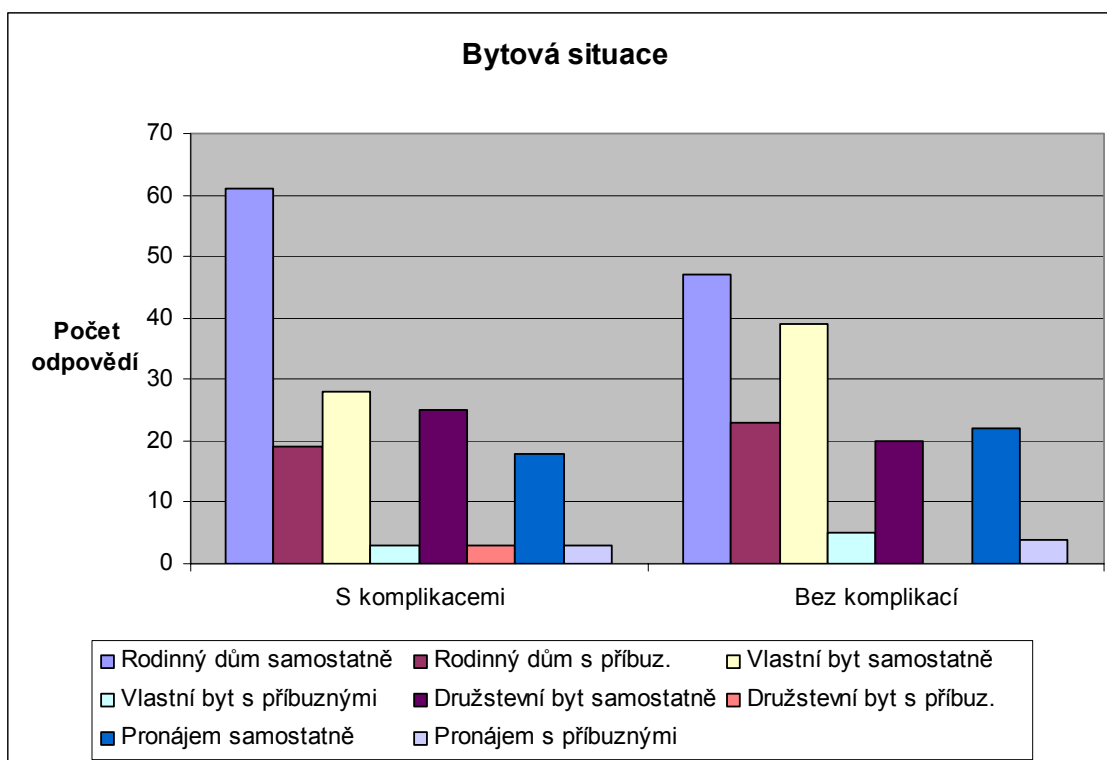
S příjmem nad 101 tisíc korun byly ve sledované skupině pouze dvě ženy. Jedna z nich spadá do skupiny s komplikacemi a druhá bez komplikací. Tuto možnost tudíž volilo 1% žen z prvního i druhého souboru.

Otázka č. 9. Žijete:

Tabulka 8: Bytová situace

Bytová situace	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Rodinný dům samostatně	61	38 %	47	29 %
Rodinný dům s příbuz.	19	12 %	23	14 %
Vlastní byt samostatně	28	17 %	39	24 %
Vlastní byt s příbuznými	3	2 %	5	3 %
Družstevní byt samostatně	25	16 %	20	13 %
Družstevní byt s příbuz.	3	2 %	0	0 %
Pronájem samostatně	18	11 %	22	14 %
Pronájem s příbuznými	3	2 %	4	3 %

Graf 8: Bytová situace



Zdroj: Vlastní výzkum

Ženy, které měly v těhotenství komplikace, žijí častěji v rodinném domku samostatně a to o jednu čtvrtinu. Tuto možnost volilo 38% ze souboru prvního a 29% ze souboru druhého.

V rodinném domku s příbuznými žije větší množství žen ze souboru bez komplikací. Rozdíl zde činí jednu pětinu. Ze souboru prvního zvolilo tuto variantu odpovědi 12% žen, ze souboru druhého 14% žen.

Ve vlastním bytě samostatně žijí častěji ženy ze skupiny bez komplikací a to o jednu čtvrtinu. Při vyjádření v procentech se jedná o 17% ze souboru prvního a o 24% ze souboru druhého.

Větší zastoupení skupinou žen bez komplikací je i tehdy, pokud ve vlastním bytě žije rodina s dalšími příbuznými. Z celkového množství osmi žen jich pět spadá do skupiny bez komplikací. Ze souboru prvního tvoří tato varanta odpovědi 2%, ze souboru druhého 3%.

Bydlení v družstevním bytě uvádějí častěji ženy ze skupiny s komplikacemi. Tento rozdíl tvoří jednu pětinu. Tuto odpověď zvolilo 16% žen z prvního souboru a 13% žen z druhého souboru.

Družstevní byt s příbuznými sdílí jen tři ženy z celého zkoumaného vzorku a všechny tři spadají do skupiny mající komplikace. Ze skupiny žen bez komplikací nevolila variantu družstevního bytu s příbuznými ani jedna. Tvoří 2% z první skupiny.

Samostatný pronájem uvádí více žen ze skupiny bez komplikací a to o jednu pětinu. Tuto odpověď volilo 11% žen ze souboru prvního a 14% žen ze souboru druhého.

Varianta pronájmu s příbuznými je z celkových sedmi žen volících tuto možnost ve třech případech zastoupena ženami s komplikacemi a ve zbývajících čtyřech případech ženami bez komplikací. Při procentuálním vyjádření se jedná o 2% ze souboru prvního a o 3% ze souboru druhého.

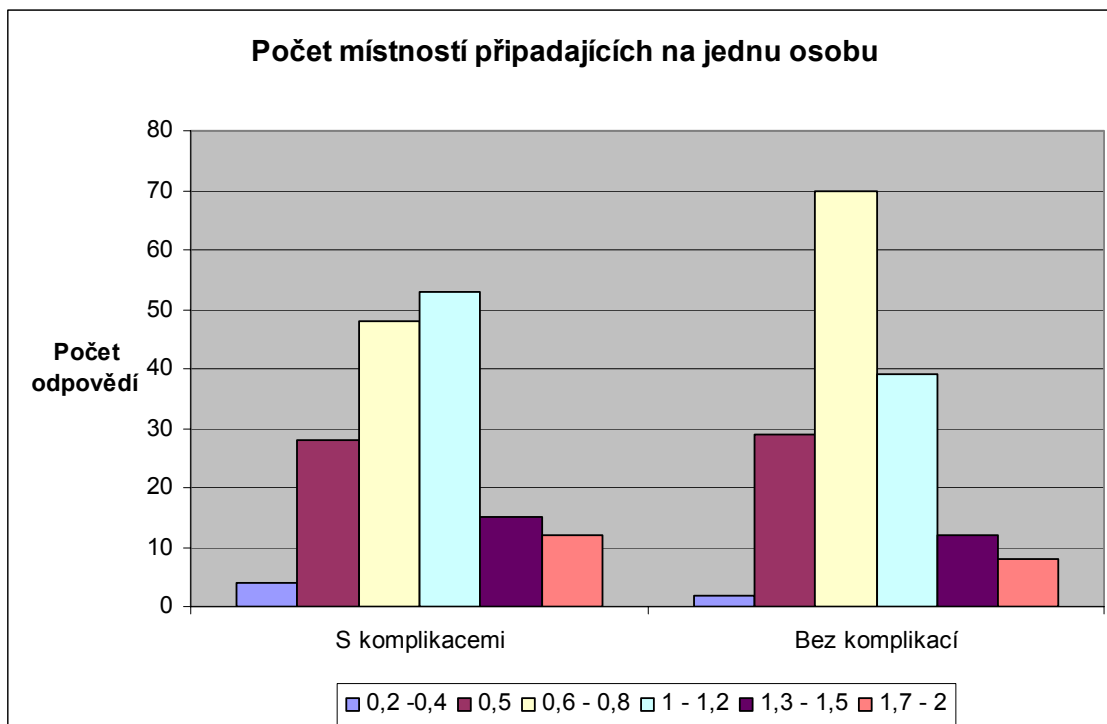
Otázka č. 10. Uveďte prosím počet osob, včetně Vás, žijících s Vámi ve společné domácnosti (dospělých i dětí, kteří s Vámi obývají domácnost a podílí se na společném hospodaření).

Otázka č. 11. Uveďte prosím počet obytných místností Vašeho bytu, či domu. U rozdělených bytů, či domů uveďte počet místností pouze té části, kterou obýváte Vy se členy Vaší domácnosti (bez kuchyně, chodeb, předsíně, koupelny a záchodu).

Tabulka 9: Počet místností připadajících na jednu osobou

Počet místností na jednu osobu	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
0,2 -0,4	4	2 %	2	1 %
0,5	28	18 %	29	18 %
0,6 - 0,8	48	30 %	70	44 %
1 - 1,2	53	33 %	39	24 %
1,3 - 1,5	15	9 %	12	8 %
1,7 - 2	12	8 %	8	5 %

Graf 9: Počet místností připadajících na jednu osobou



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka a graf ukazuje zpracování dvou otázek z dotazníku. Místnosti byly počítány bez kuchyně, chodby a příslušenství.

U první možnosti tj. 0,2-0,4 místnosti na osobu, je větší zastoupení žen s komplikacemi a to čtyřmi ženami z celkových šesti. Tuto možnost odpovědi volily 2% ze skupiny žen s komplikacemi a 1% ze skupiny žen bez komplikací.

Tam, kde připadá na jednu osobu polovina místnosti, je množství žen volících tuto variantu u obou skupin obdobné. Pouze o jednu ženu je více u souboru bez komplikací. V procentuálním zastoupení se jedná o 18 % žen ze souboru prvního i druhého.

U možnosti 0,6-0,8 místnosti na osobu je více žen ze skupiny žen bez komplikací a to o jednu třetinu. Tuto možnost volilo 30 % žen ze skupiny první a 44 % žen ze skupiny druhé.

U možnosti 1-1,2 místnosti na osobu je více žen ze souboru s komplikacemi a to o jednu čtvrtinu. Ze skupiny první volilo tuto možnost 33 % žen, ze skupiny druhé 24 % žen.

I u další možnosti je (1,3-1,5 místnosti na osobu) je více žen ze souboru s komplikacemi a to o jednu pětinu. V procentech se jedná o 9% ze souboru prvního a 8% ze souboru druhého.

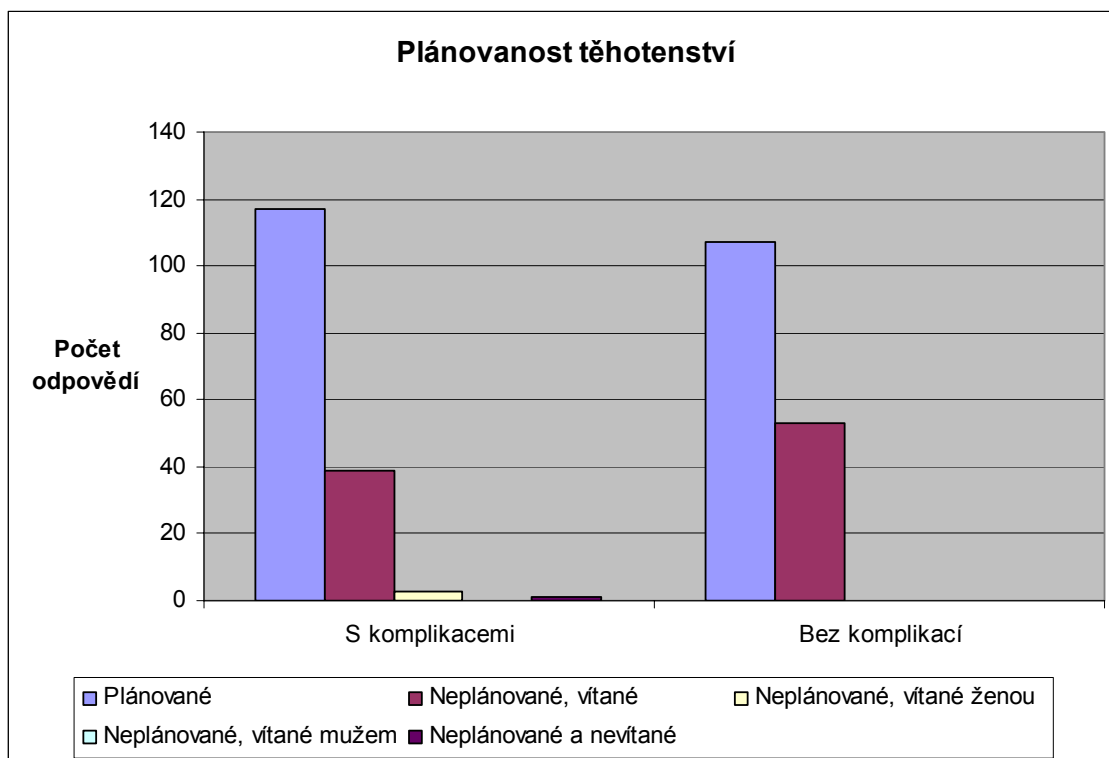
Totéž platí i u poslední možnosti (1,7-2 místnosti na osobu), kde je větší zastoupení souboru s komplikacemi a to o jednu třetinu. Tuto možnost volilo 8 % ze souboru prvního a 5 % ze souboru druhého.

Otázka č. 14. Právě ukončené těhotenství bylo:

Graf 10: Plánovanost těhotenství

Plánování těhotenství	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Plánované	117	73 %	107	67 %
Neplánované, vítané	39	24 %	53	33 %
Neplánované, vítané ženou	3	2 %	0	0 %
Neplánované, vítané mužem	0	0 %	0	0 %
Neplánované a nevítané	1	1 %	0	0 %

Graf 10: Plánovanost těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Plánované těhotenství bylo více zastoupeno vzorkem žen s komplikacemi v těhotenství. Tuto možnost volilo 73% žen ze souboru prvního a 67% žen ze souboru druhého.

Těhotenství neplánovaných, ale vítaných oběma partnery bylo naopak více u žen bez komplikací a to o jednu čtvrtinu. Tato odpověď tvoří 24% z prvního souboru a 33% z druhého souboru.

Těhotenství neplánované a vítané jen ženou, bylo zastoupeno pouze v souboru žen s komplikacemi, a to ve třech případech, což tvoří 2% tohoto první souboru. U žen bez komplikací se tato varianta odpovědi nevyskytla ani jednou.

Těhotenství neplánované a vítané pouze mužem se nevyskytlo v celém souboru ani jednou.

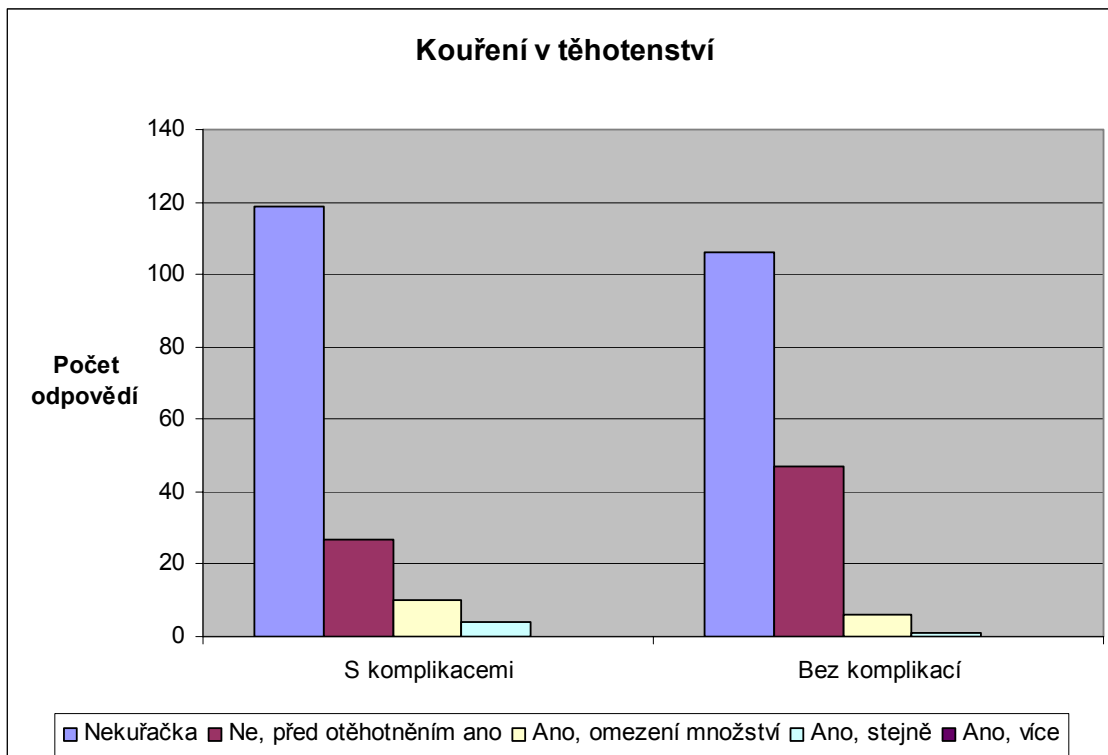
Poslední možnost, těhotenství neplánované a nevítané ani jedním z partnerů, byla zaznamenána jen v jednom případě a to ve vzorku žen s komplikacemi. Tato odpověď tvoří 1% z prvního souboru.

Otázka č. 19. Kouřila jste v průběhu právě ukončeného těhotenství?

Tabulka 11: Kouření v těhotenství

Kouření v těhotenství	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Nekuřačka	119	74 %	106	66 %
Ne, před otěhotněním ano	27	17 %	47	29 %
Ano, omezení množství	10	6 %	6	4 %
Ano, stejně	4	3 %	1	1 %
Ano, více	0	0 %	0	0 %

Graf 11: Kouření v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Ženy, které nikdy nekouřily nebo kouřily, ale přestaly již dříve, ne v souvislosti s otěhotněním, je více ze souboru s komplikacemi. Tuto možnost volilo 74% z prvního souboru a 66% ze druhého souboru.

Ženy, které před otěhotněním kouřily, ale při plánování těhotenství či jeho zjištění přestaly, je více ze souboru bez komplikací. Větší zastoupení odpovědí je o jednu třetinu. Tato varianta odpovědi tvoří 17% z prvního souboru a 29% z druhého souboru.

Ženy, které kouření v těhotenství omezily (pod 5 cigaret za den) jsou početněji zastoupeny ve skupině s komplikacemi a to o jednu třetinu. U první skupiny tvoří tato varianta odpovědi 6%, u druhé skupiny 4%.

Ženy, které kouřily v těhotenství stejně jako před ním bylo celkem pět. Čtyři z toho spadají do skupiny s komplikacemi, jedna do skupiny bez komplikací. U první skupiny tvoří tato možnost odpovědi 3% a druhé skupiny 1%.

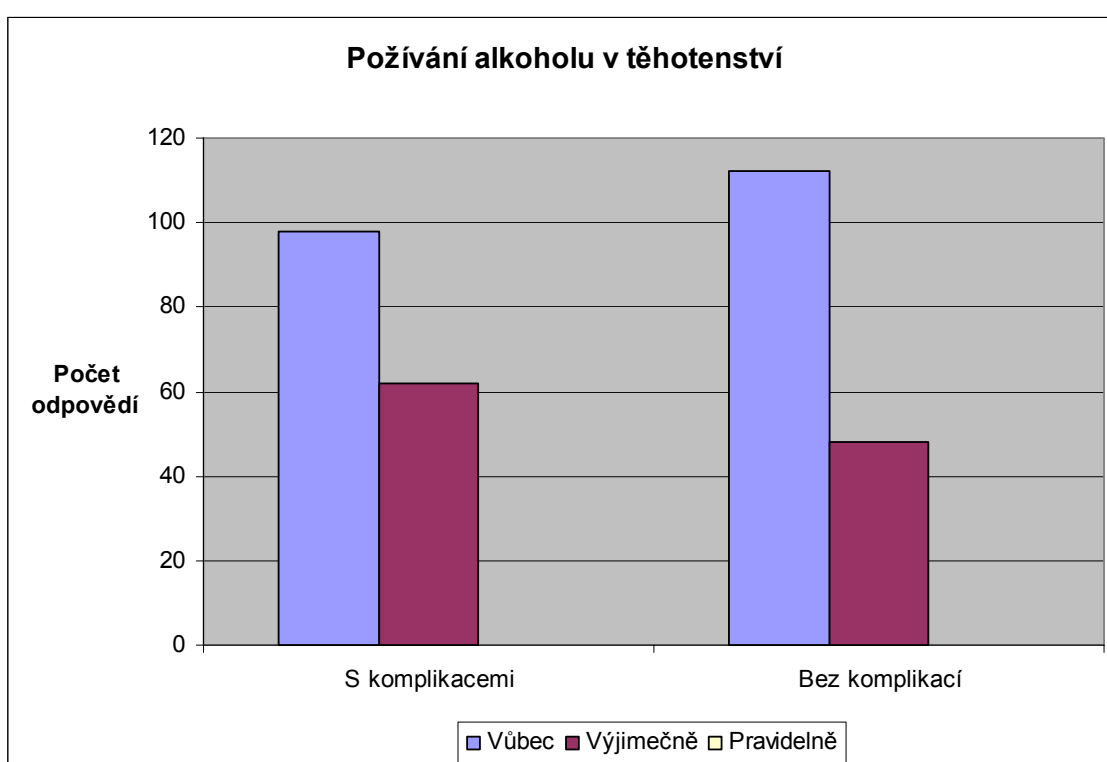
Variantu, kdy kouří více než před otěhotněním, neoznačila ani jedna z žen ze sledovaného souboru.

Otázka č. 20. V průběhu právě ukončeného těhotenství jsem alkohol požívala:

Tabulka 12: Požívání alkoholu v těhotenství

Požívání alkoholu	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Vůbec	98	61 %	112	70 %
Výjimečně	62	39 %	48	30 %
Pravidelně	0	0 %	0	0 %

Graf 12: Požívání alkoholu v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Žen, jež v těhotenství nepožívaly alkohol vůbec, je více ze skupiny bez komplikací. Procentuální zastoupení v souborech je 61% u první skupiny a 70% u skupiny druhé.

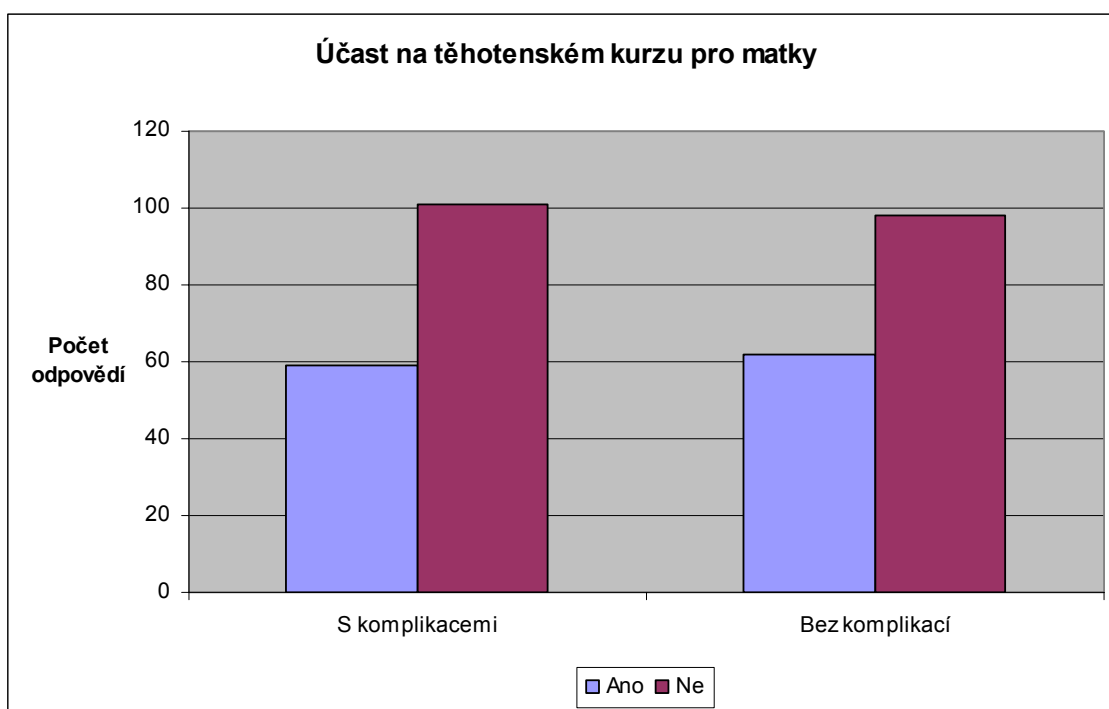
Vzhledem k tomu, že možnost třetí (požívání alkoholu pravidelně) ne zvolila žádná z celkového souboru žen, je u možnosti druhé (požívání výjimečně) množství zastoupení opačné, než u první varianty. Výjimečně užívaly alkohol častěji ženy ze skupiny s komplikacemi. U skupiny první se jedná o 39% a u skupiny druhé o 30%.

Otázka č. 22. Navštěvovala jste v některém z Vašich těhotenství nějaký porodní kurz či těhotenský tělocvik?

Tabulka 13: Účast na těhotenském kurzu pro matky

Těhotenský kurz	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	59	37 %	62	39 %
Ne	101	63 %	98	61 %

Graf 13: Účast na těhotenském kurzu pro matky



Zdroj: Vlastní výzkum

I když účast je vyšší u žen bez komplikací, je tento rozdíl mezi oběma soubory malý. Variantu ano, zvolilo 37% žen z prvního souboru a 39% žen z druhého souboru.

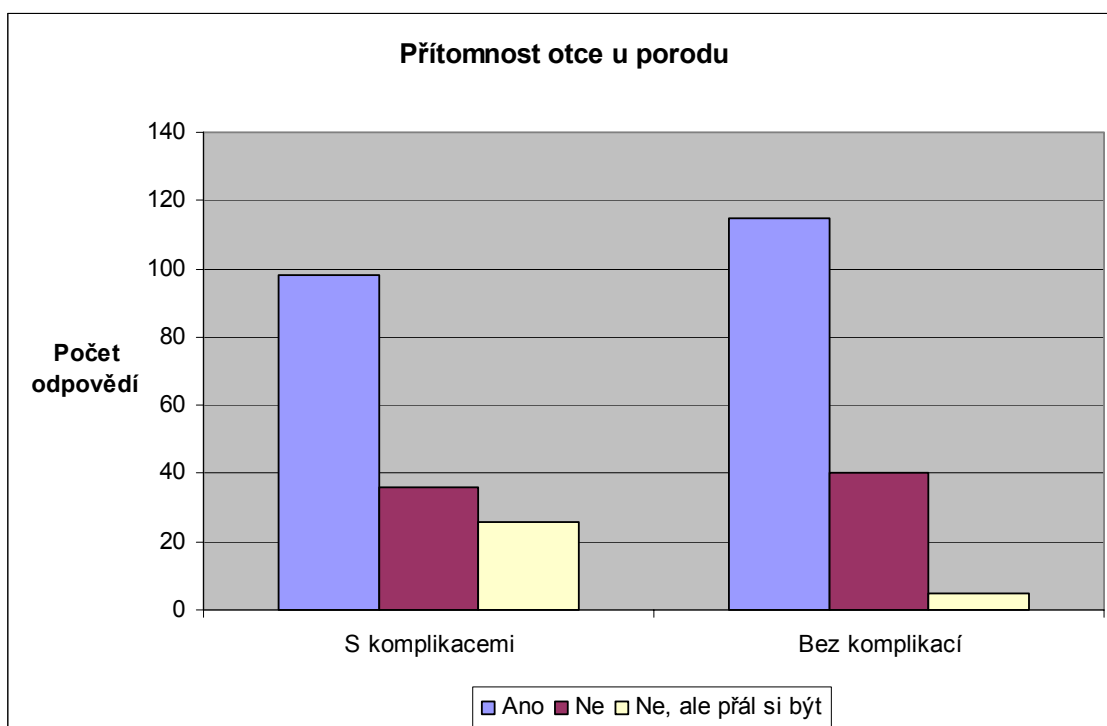
U varianty ne je výsledek opačný, a proto je u této možnosti zastoupeno více žen ze skupiny s komplikacemi. V procentech jde o 63% z prvního souboru a 61% ze souboru druhého.

Otázka č. 23. Byl Váš partner přítomen u porodu Vašeho právě narozeného dítěte?

Tabulka 14: Přítomnost otce u porodu

Přítomnost otce u porodu	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	98	61 %	115	72 %
Ne	36	23 %	40	25 %
Ne, ale přál si být	26	16 %	5	3 %

Graf 14: Přítomnost otce u porodu



Zdroj: Vlastní výzkum

Více otců u porodu měla skupina žen bez komplikací. Ve skupině první volilo tuto variantu odpovědi 61 % žen a ve skupině druhé 72% žen.

U odpovědi druhé, kdy partner u porodu přítomen nebyl, je počet žen z obou skupin obdobný, i když mírně převažuje opět skupina bez komplikací. V procentuálním zastoupení se jedná o 23% u skupiny první a o 25% u skupiny druhé.

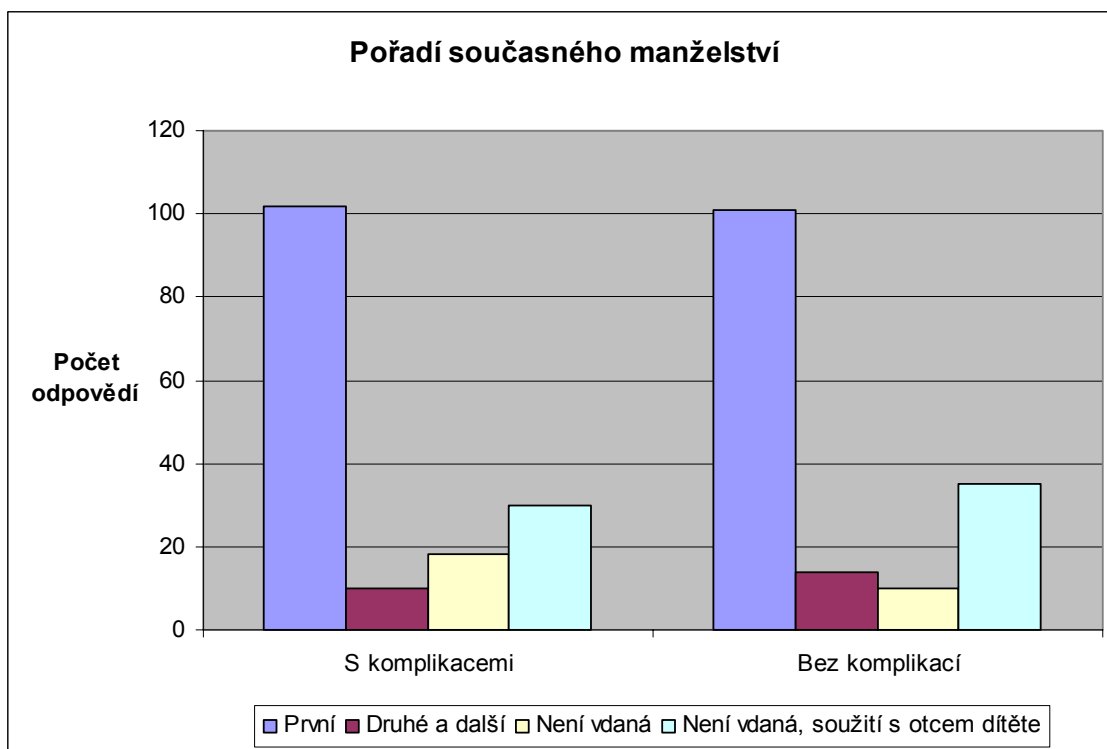
Varianta, kdy otec u porodu nebyl, ale přál si být, je výrazně více zastoupena skupinou žen s komplikacemi. Počet žen z této skupiny je pětkrát takový, než je tomu u skupiny bez komplikací. Tato varianta odpovědi tvoří 16% u skupiny první a o 3% u skupiny druhé.

Otázka č. 28. Vaše nynější manželství je v pořadí:

Tabulka 15: Pořadí současného manželství

Pořadí manželství	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
První	102	64 %	101	63 %
Druhé a další	10	6 %	14	9 %
Není vdaná	18	11 %	10	6 %
Není vdaná, soužití s otcem dítěte	30	19 %	35	22 %

Graf 15: Pořadí současného manželství



Zdroj: Vlastní výzkum

U odpovědi první (první manželství) je zastoupení mezi oběma porovnávanými soubory obdobné. Rozdíl tvoří pouze jedna žena navíc u skupiny s komplikacemi. V souboru prvním tvoří tato varianta odpovědi 64%, u souboru druhého 63%.

U možnosti druhé (druhé a další manželství) je více žen ze souboru bez komplikací a to o jednu třetinu. V procentech se jedná o 6% ze souboru prvního a o 9% ze souboru druhého.

Ve třetí variantě odpovědi (není vdaná) je větší zastoupení žen ze vzorku s komplikacemi a to o jednu polovinu. Ze souboru prvního tvoří tato varianta odpovědi 11% a ze souboru druhého 6%.

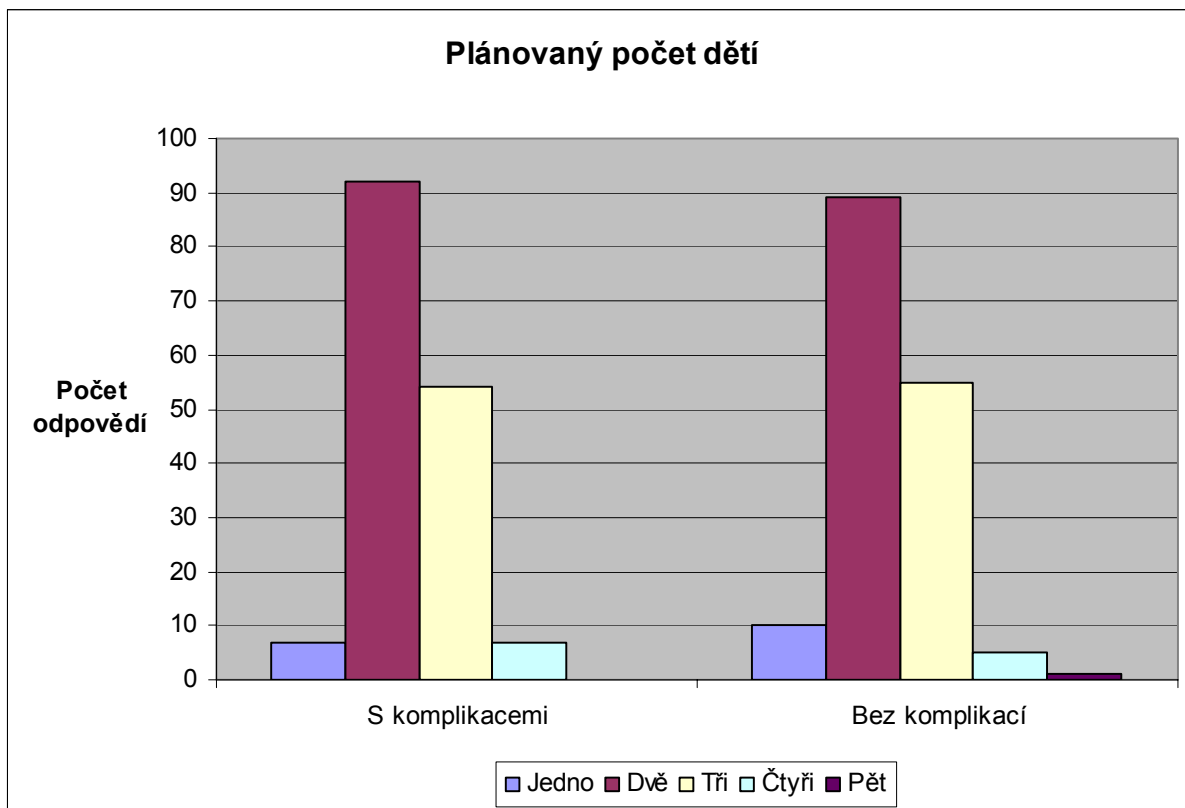
U možnosti poslední (soužití s otcem dítěte bez sňatku) je víc žen ze skupiny bez komplikací, ale rozdíl není velký. Z prvního souboru tvoří tato odpověď 19%, z druhého souboru 22%.

Otázka č. 29. Kolik plánujete mít dětí celkem?

Tabulka 16: Plánovaný počet dětí

Plánovaný počet dětí	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Jedno	7	4 %	10	6 %
Dvě	92	58 %	89	56 %
Tři	54	34 %	55	34 %
Čtyři	7	4 %	5	3 %
Pět	0	0 %	1	1 %

Graf 16: Plánovaný počet dětí



Zdroj: Vlastní výzkum

Z žen, které plánují jen jedno dítě, je větší část ze skupiny bez komplikací a to o jednu třetinu. V procentech jde u souboru prvního o 4%, u souboru druhého o 6%.

Ženy, které plánují děti dvě, jsou do obou srovnávaných skupin rozloženy obdobně. O tři více jich je u skupiny s komplikacemi. Ze souboru prvního tvoří tato odpověď 58%, ze souboru druhého 56%.

U tří plánovaných dětí panuje mezi oběma skupinami shoda. Z obou souborů tvoří tato odpověď 34%.

Čtyři děti má nebo plánuje mít více žen ze skupiny s komplikacemi a to asi o jednu třetinu. Tato odpověď tvoří 4% ze souboru prvního a 3% ze souboru druhého.

Pět dětí plánuje pouze jedna žena a to ze souboru bez komplikací. Tato odpověď tvoří 1% ze souboru prvního.

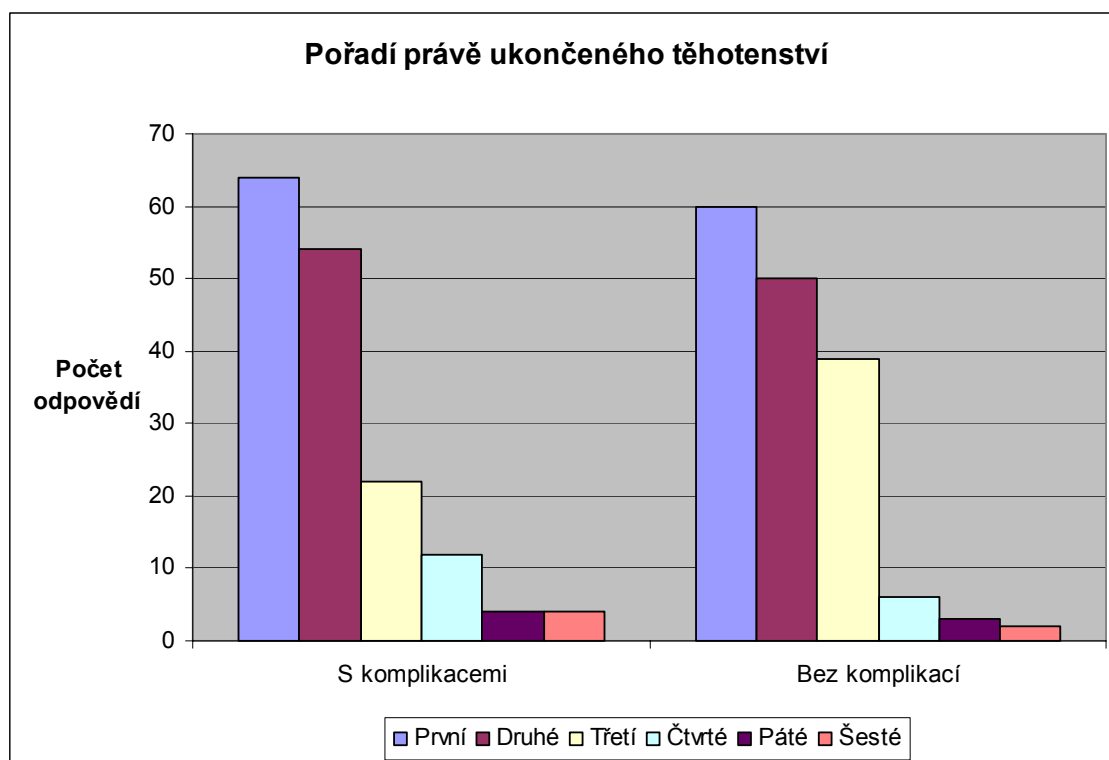
4.1.3. Zdravotní údaje

Otázka č. 1. Kolikáté v pořadí je Vaše právě ukončené těhotenství (myšlena veškerá Vaše těhotenství, tudíž i ta, která nebyla završena porodem dítěte)?

Tabulka 17: Pořadí právě ukončeného těhotenství

Těhotenství	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
První	64	40 %	60	38 %
Druhé	54	34 %	50	31 %
Třetí	22	13 %	39	24 %
Čtvrté	12	7 %	6	4 %
Páté	4	3 %	3	2 %
Šesté	4	3%	2	1 %

Graf 17: Pořadí právě ukončeného těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Tam, kde se jednalo o těhotenství první, nejsou mezi oběma srovnávanými skupinami výrazné rozdíly, i když více žen je zde ze skupiny s komplikacemi. Tuto variantu odpovědi zvolilo 40% žen ze souboru prvního a 38% žen ze souboru druhého.

Totéž platí i o těhotenství druhém, kde je opět jen o málo více žen ze skupiny s komplikacemi. Ze souboru prvního tvoří tato možnost 34%, ze souboru druhého 31%.

U těhotenství třetího byl zaznamenán významný rozdíl mezi sledovanými soubory. Jedná se o dvojnásobné zastoupení skupinou žen bez komplikací. Tuto variantu odpovědi zvolilo 13% ze souboru prvního a 24% ze souboru druhého.

U těhotenství čtvrtého dvakrát tolik žen, jež komplikace měly. Ze souboru prvního tvoří tato možnost odpovědi 7%, ze souboru druhého 4%.

U pátého těhotenství jsou z celkových sedmi žen volících tuto variantu odpovědi čtyři ze skupiny mající komplikace. V procentuálním zastoupení se jedná o 3% ze souboru prvního a o 2% ze souboru druhého.

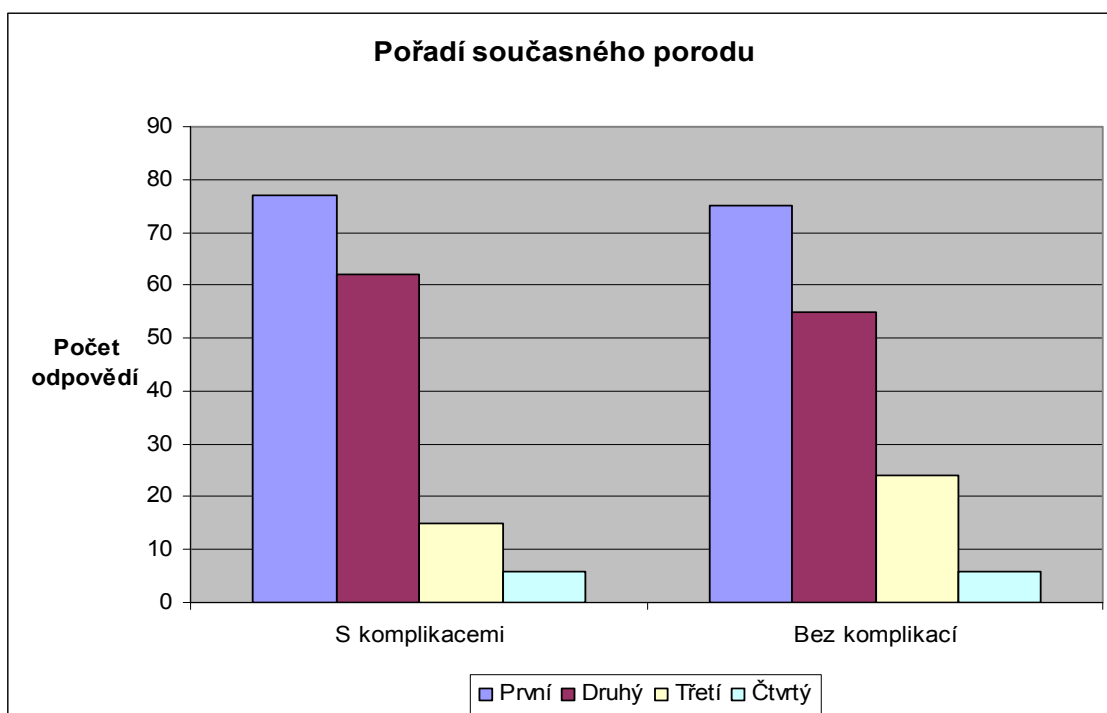
Šesté těhotenství reprezentovalo šest žen, z nichž čtyři měly komplikace v těhotenství. Jedná se o 3% ze souboru prvního a 1% ze souboru druhého.

Otázka č. 2. Kolikátý v pořadí byl tento porod?

Tabulka 18: Pořadí současného porodu

Pořadí porodu	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
První	77	48 %	75	47 %
Druhý	62	39 %	55	34 %
Třetí	15	9 %	24	15 %
Čtvrtý	6	4 %	6	4 %

Graf 18: Pořadí současného porodu



Zdroj: Vlastní výzkum

U porodu prvního nejsou v množstevním zastoupení v obou skupinách výrazné rozdíly, ale více žen je ve skupině s komplikacemi. V procentech tvoří tato variant odpovědi 48% z první skupiny a 47% z druhé skupiny.

Druhý porod je více frekventován ve skupině žen s komplikacemi, i když rozdíl není výrazný. Jedná se o 39% z prvního souboru a 34% z druhého souboru.

Největší odlišnost je u žen, jež rodily potřetí. Těch je o jednu třetinu více ve skupině bez komplikací. Tato možnost tvoří 9% ze souboru prvního a 15% ze souboru druhého.

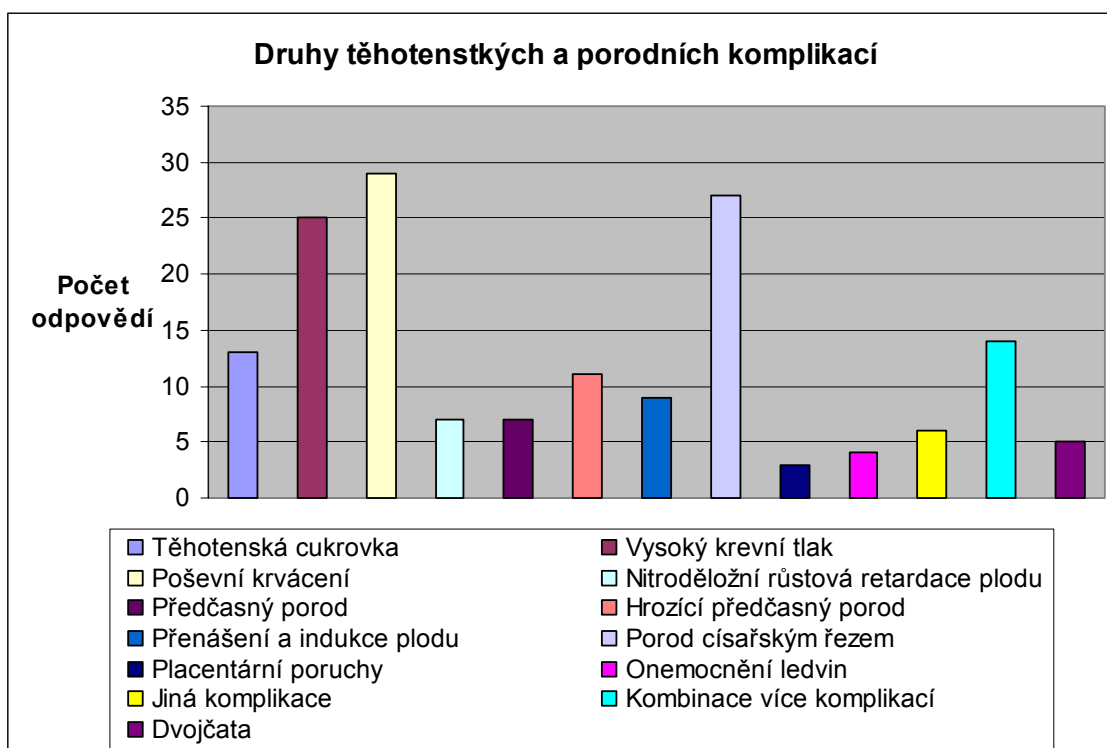
U čtvrté možnosti je množství žen z obou souborů zcela vyrovnané. Tato varianta odpovědi tvoří 4% z prvního i druhého souboru.

Otázka č. 13. Zaškrtněte prosím, které komplikace se v průběhu Vašeho právě ukončeného těhotenství, či při porodu, vyskytly.

Tabulka 19: Druhy těhotenských a porodních komplikací

Druhy komplikací	Počet	Procento
Těhotenská cukrovka	13	8 %
Vysoký krevní tlak	25	16 %
Poševní krvácení	29	18 %
Nitroděložní růstová retardace plodu	7	4 %
Předčasný porod	7	4 %
Hrozící předčasný porod	11	7 %
Přenášení a indukce plodu	9	6 %
Porod císařským řezem	27	17 %
Placentární poruchy	3	2 %
Onemocnění ledvin	4	2 %
Jiná komplikace	6	4 %
Kombinace více komplikací	14	9 %
Dvojčata	5	3 %

Graf 19: Druhy těhotenských a porodních komplikací



Zdroj: Vlastní výzkum

Seznam komplikací v těhotenství a při porodu byl sestaven na základě dohody s konzultantem, lékařem – gynekologem. Tento seznam byl dále doplněn dle odpovědí žen. Otázka byla polouzavřená a žena tudíž mohla dopsat jiný druh komplikace, než jaké byly uvedeny v možnostech odpovědí.

Je zde zastoupena polovina žen z celého sledovaného souboru a to ženy mající v těhotenství a při porodu komplikace.

Mezi nejčastěji se vyskytující komplikace patří poševní krvácení (18%), vysoký krevní tlak (16%) a vedení porodu císařským řezem (17%).

Jako další v pořadí ve frekvenci výskytu je těhotenská cukrovka (8%), za ní následuje hrozící předčasný porod (7%) a po něm přenášení a nutnost indukce porodu (6%).

Komplikace dále uvedené již nepřesáhly pětiprocentní hranici výskytu. Jedná se o předčasný porod (4%) a nitroděložní růstovou retardaci plodu (4%). Dále jsou to poruchy placenty (2%) a onemocnění ledvin (2%).

Dvojčata byla v pěti případech (3%) z celého souboru. Všech pět těhotenství dvojčat, bylo provázeno různými komplikacemi od poševního krvácení, vysokého krevního tlaku, nitroděložní růstové retardace plodu, hrozícího předčasného porodu až po předčasný porod. Ve třech případech z celkových pěti, byl porod veden císařským řezem. K tomu je ještě nutno přičíst tři případy poruchy placenty, kdy porod opět proběhl císařským řezem. Císařských řezů tudíž nebylo ve výsledném efektu dvacet sedm ale třicet tři.

V šesti případech (4%) byl typ těhotenské komplikace zastoupen pouze jednou. Jednalo se o epilepsii u matky, onemocnění štítné žlázy, onemocnění jater, zánět hlubokých žil na dolních končetinách, onemocnění plic a operaci slepého střeva v těhotenství.

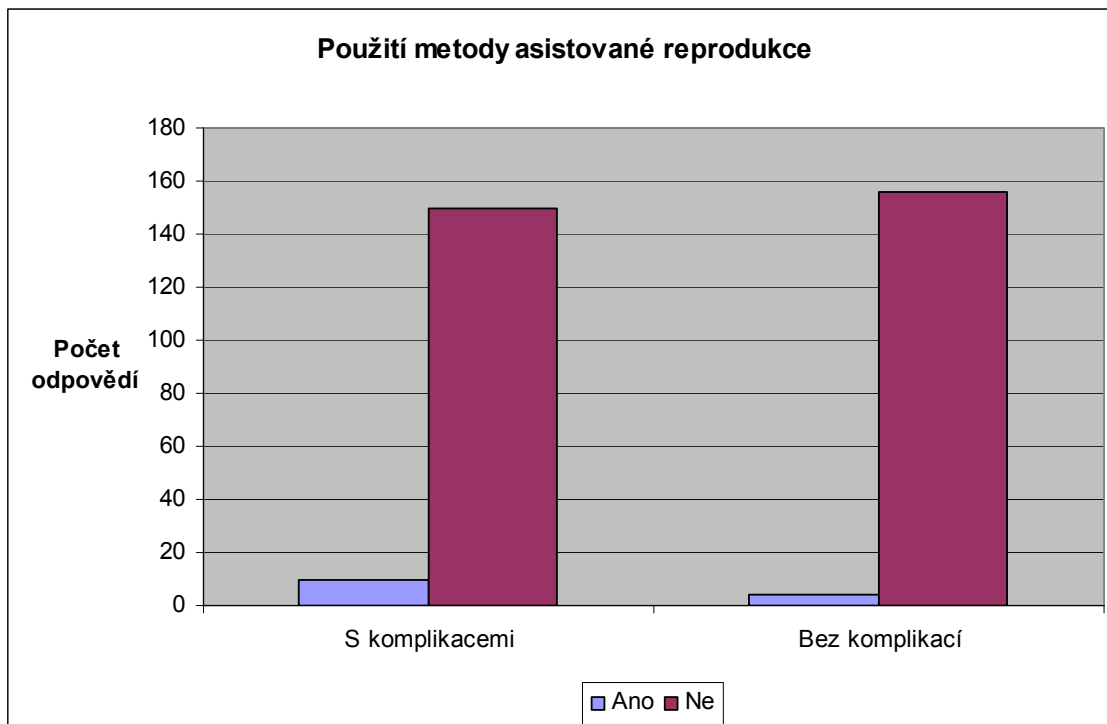
Ve čtrnácti případech (9%) měly ženy kombinace více komplikací. Ve čtyřech případech to byla kombinace vysokého krevního tlaku s další komplikací, v dalších třech kombinace poševního krvácení s další komplikací, v dalších dvou kombinace těhotenské cukrovky a další. V ostatních případech byly kombinace komplikací ještě složitější.

Otázka č. 15. Absolvovala jste v současném těhotenství léčbu metodami asistované reprodukce (umělé oplodnění)?

Tabulka 20: Použití metody asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	10	6 %	4	2 %
Ne	150	94 %	156	98 %

Graf 20: Použití metody asistované reprodukce



Zdroj: Vlastní výzkum

Umělé oplodnění podstoupily častěji ženy ze souboru s komplikacemi a to v počtu deset z celkových čtrnácti. Ze souboru prvního se jednalo o 6% žen a ze souboru druhého o 2%.

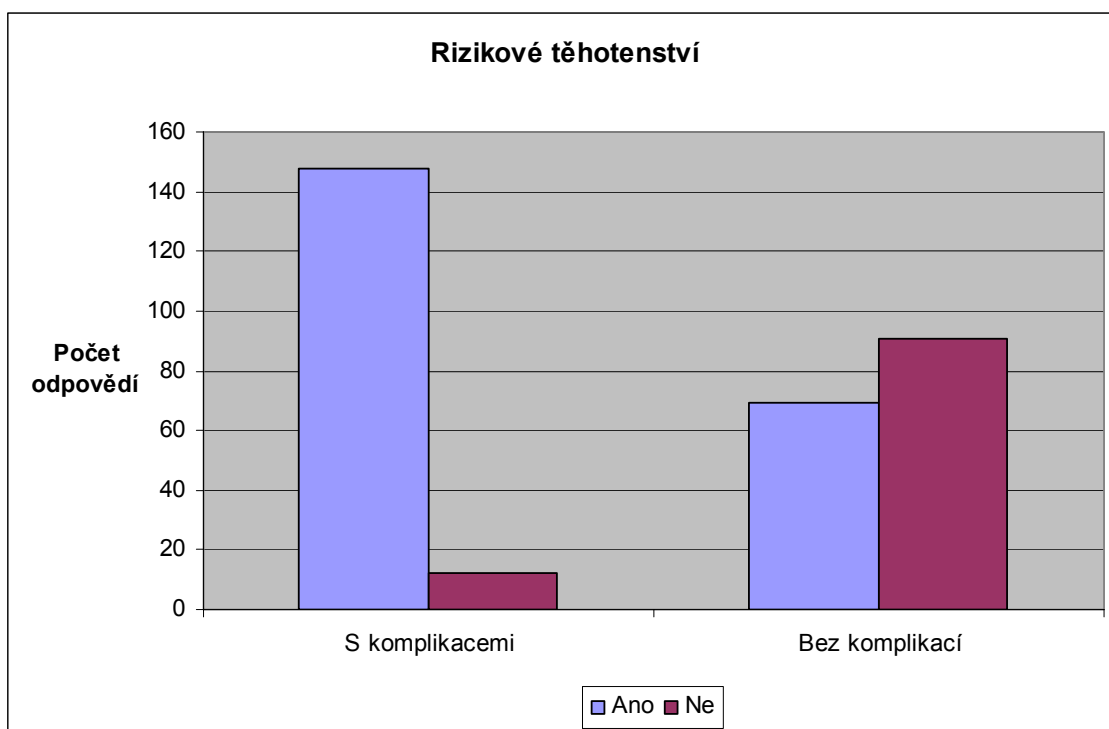
Ze souboru prvního nepodstoupilo 94% žen umělé oplodnění a ze souboru druhého to bylo 98%.

Otázka č. 16. Vedl lékař Vaše těhotenství jako rizikové (ať již od počátku těhotenství, nebo v jeho průběhu)?

Tabulka 21: Rizikové těhotenství

Rizikové těhotenství	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	148	93 %	69	43 %
Ne	12	7 %	91	57 %

Graf 21: Rizikové těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Nezáleží zda těhotenství bylo vedeno jako rizikové od počátku či se stalo rizikovým až ve svém průběhu.

Jako riziková byla vedena většina těhotenství žen ze skupiny s komplikacemi. Jedná se o 93% žen z první skupiny. Zbývá 7%, což je 12 žen, jež jsou řazeny do skupiny s komplikacemi, ale přesto jejich těhotenství nebyla vedeno jako riziková. Jedná se o případy, kdy ženy např. pro polohu koncem pánevním, či tíseň plodu absolvovaly císařský řez. Kromě nutnosti vedení porodu císařským řezem se v jejich těhotenství jiné komplikace nevyskytly.

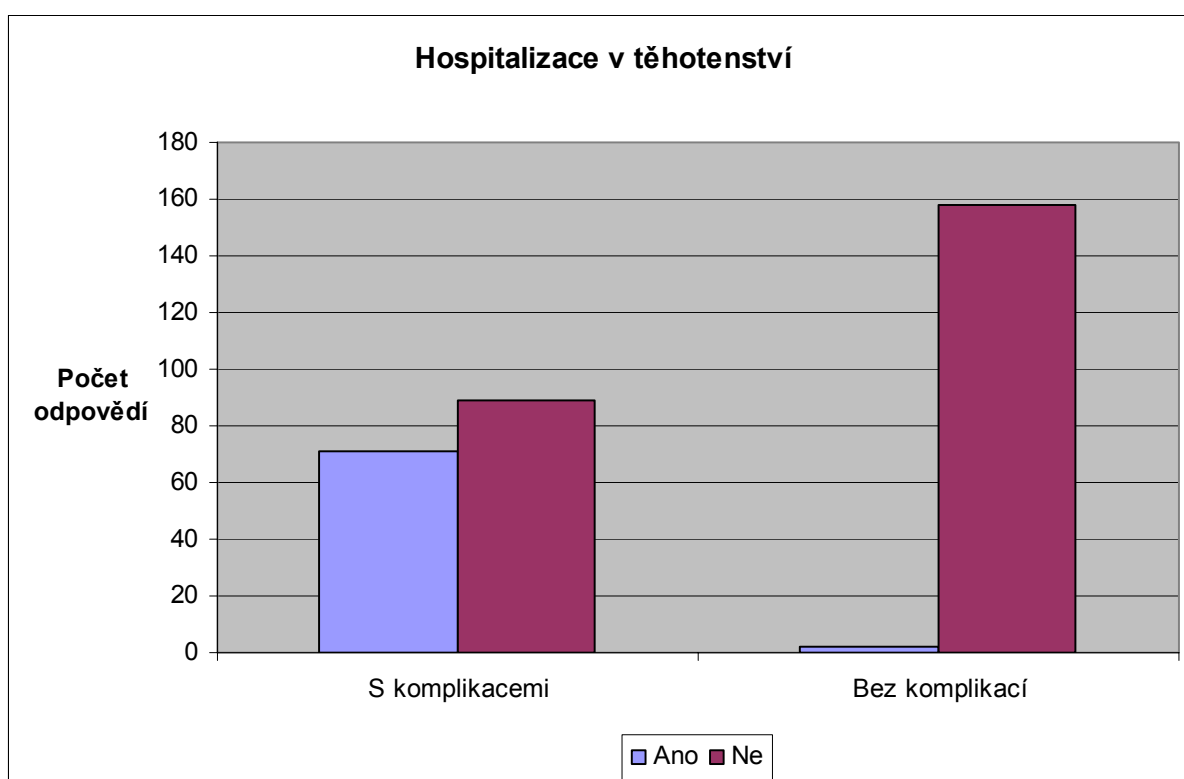
U žen ze skupiny bez komplikací bylo 43% těhotenství vedeno jako rizikových. Zbývajících 57 % těhotenství jako riziková vedena nebyla.

Otázka č. 17. Byla jste v průběhu právě ukončeného těhotenství hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení?

Tabulka 22: Hospitalizace v těhotenství

Hospitalizace	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	71	44 %	2	1 %
Ne	89	56 %	158	99 %

Graf 22: Hospitalizace v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze souboru s komplikacemi, bylo 44% hospitalizováno na gynekologicko-porodnickém oddělení. U zbývajících 56% žen z první skupiny k hospitalizaci v těhotenství nedošlo.

V druhém souboru byly hospitalizovány pouze dvě ženy, které tvoří 1 % z celkového počtu sto šedesáti. V těchto dvou případech byl důvod hospitalizace překročení gynekologem vypočítaného termínu porodu o deset dní, ale žena v době

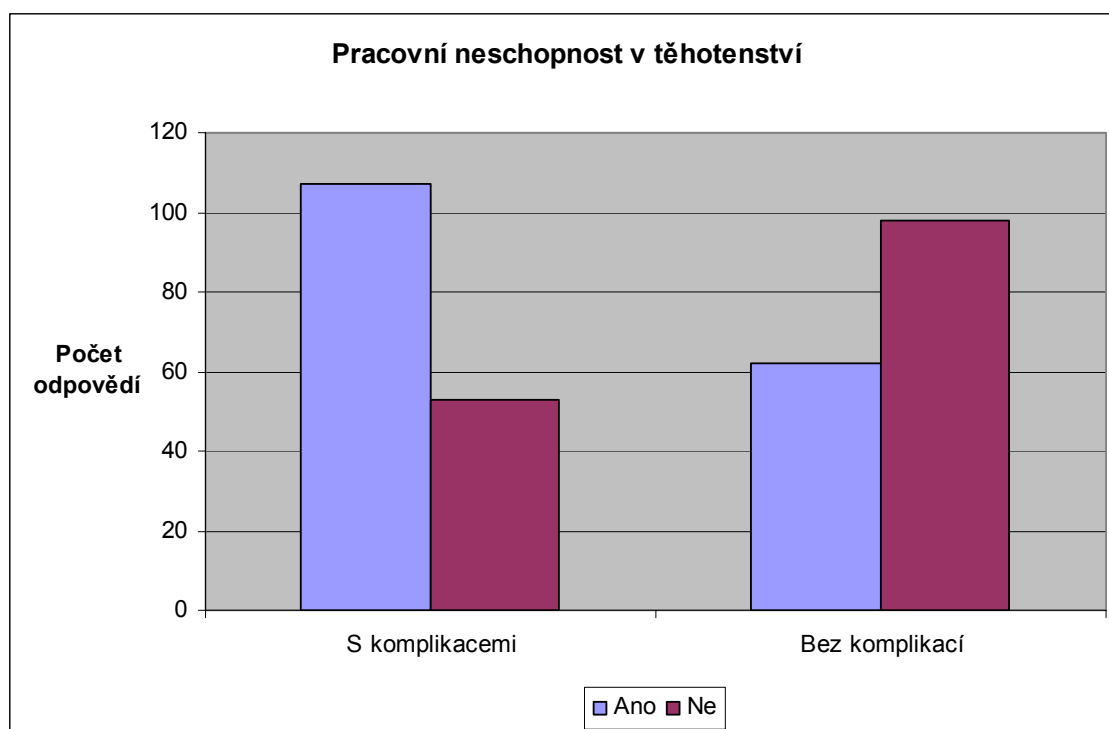
hospitalizace porodila bez nutnosti indukce porodu. V obou případech se jednalo o porod třetí den od začátku hospitalizace. Tyto porody tudíž ještě splňují definici včasného porodu. Zbývajících 99% žen z druhého souboru nebylo v těhotenství hospitalizováno.

Otázka č. 18. Byla jste během Vašeho posledního těhotenství v pracovní neschopnosti?

Tabulka 23: Pracovní neschopnost v těhotenství

Pracovní neschopnost	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	107	67 %	62	39 %
Ne	53	33 %	98	61 %

Graf 23: Pracovní neschopnost v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Větší zastoupení u varianty odpovědi ano měla skupina s komplikacemi. 67% žen z tohoto souboru bylo v těhotenství v pracovní neschopnosti a 33% v pracovní neschopnosti nebylo. Důvodem, proč těchto 33% žen ze souboru s komplikacemi nebylo v pracovní neschopnosti, byl většinou fakt, že byly buď na mateřské dovolené s dříve narozeným dítětem, studovaly, nebo byl jejich porodní komplikací císařský řez.

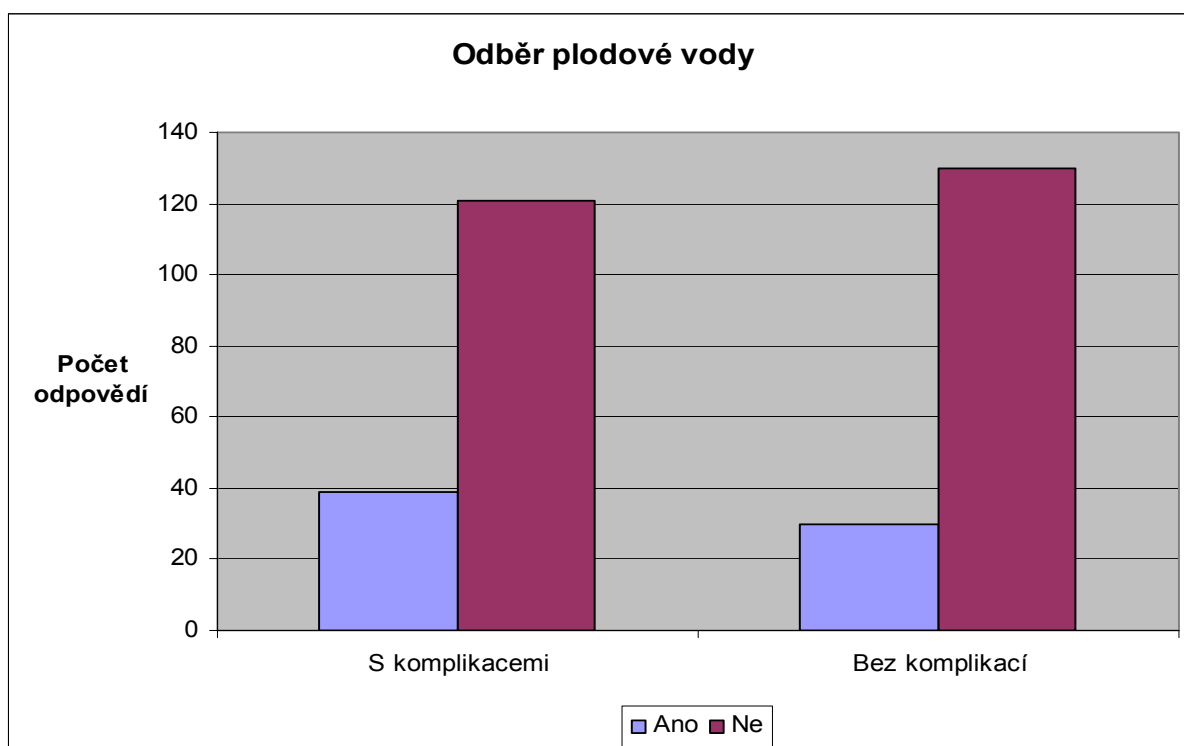
V druhé skupině bez komplikací, bylo v pracovní neschopnosti 39% žen a 61% v ní nebylo.

Otázka č. 21. Byl Vám v průběhu právě ukončeného těhotenství proveden odběr plodové vody?

Tabulka 24: Odběr plodové vody

Odběr plodové vody	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	39	24 %	30	19 %
Ne	121	76 %	130	81 %

Graf 24: Odběr plodové vody



Zdroj: Vlastní výzkum

Častěji proběhl odběr plodové vody u žen majících komplikace a to o jednu čtvrtinu. Procentuální zastoupení je 24 % ve skupině první a 19 % ve skupině druhé.

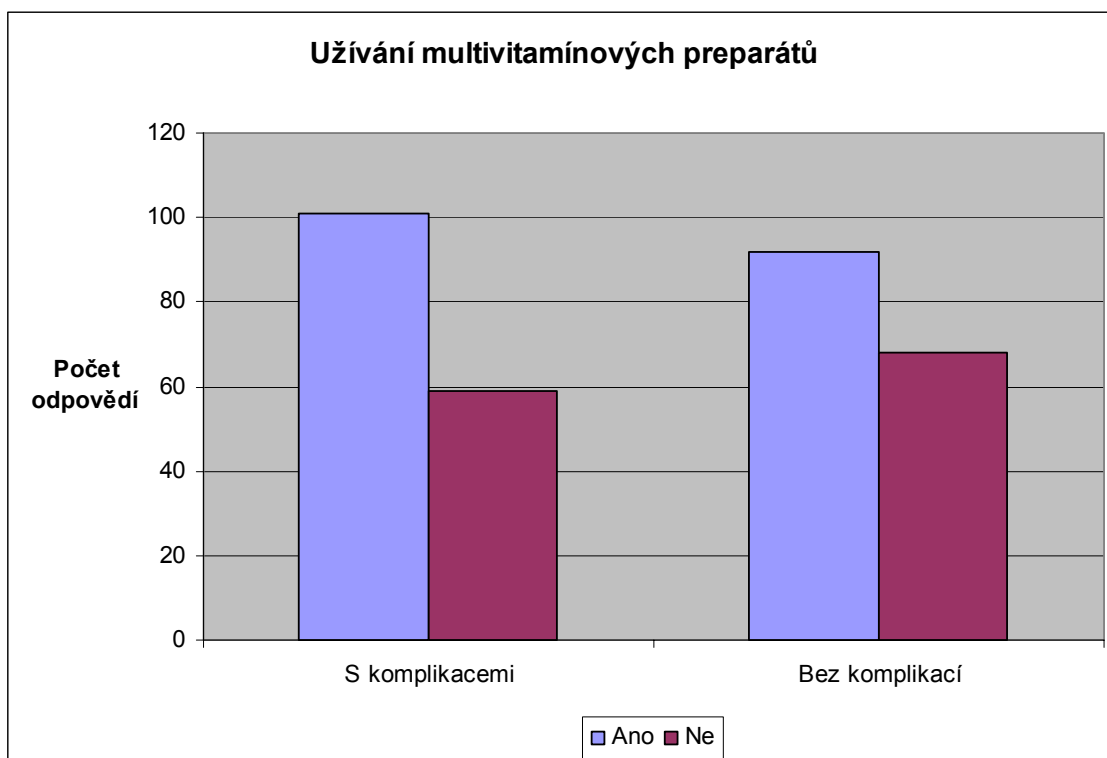
Možnost odpovědi ne (neproveden odběr plodové vody) volilo 76% žen ze souboru prvního a 81% žen ze souboru druhého.

Otázka č. 24. Užívala jste v průběhu právě ukončeného těhotenství některý z multivitaminových preparátů?

Tabulka 25: Užívání multivitaminových preparátů

Užívání multivitaminových preparátů	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	101	63 %	92	57 %
Ne	59	37 %	68	43 %

Graf 25: Užívání multivitaminových preparátů



Zdroj: Vlastní výzkum

Častější užívání těchto preparátů bylo zaznamenáno ve skupině žen majících komplikace. V první skupině volilo tuto variantu odpovědi 63% žen a ve druhé skupině o 57%.

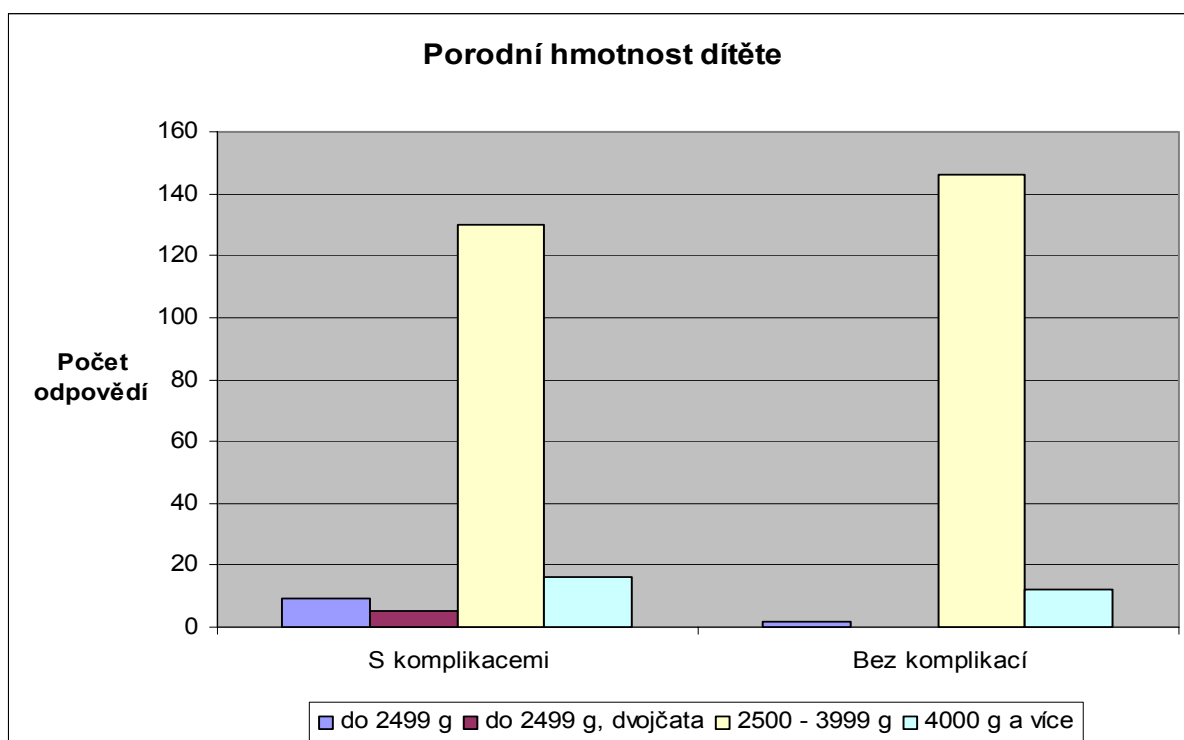
U odpovědi ne je výsledek opačný a tudíž se u skupiny první se jedná o 37%, u skupiny druhé o 43%.

Otázka č. 25. Uved'te prosím porodní hmotnost Vašeho právě narozeného dítěte (v případě, že hmotnost neznáte, vypište prosím slovo nevím)

Tabulka 26: Porodní hmotnost dítěte

Porodní hmotnost	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
do 2499 g	9	6 %	2	1 %
do 2499 g, dvojčata	5	3 %	0	0 %
2500 - 3999 g	130	81 %	146	91 %
4000 g a více	16	10 %	12	8 %

Graf 26: Porodní hmotnost dítěte



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka, která je tímto grafem a tabulkou zpracována, byla položena přímo na konkrétní hmotnost dítěte při narození. Při zpracovávání byly hmotnosti rozděleny do čtyřech kategorií. Za fyziologickou a obvyklou hmotnost dítěte při narození je považováno rozmezí 2500-4000 (dnes již v některých publikacích uvedeno 4200) gramů. Jednou z možností bylo fyziologické rozmezí a pak hmotnost menší a větší. Další možnost je určena pro dvojčata, kterých bylo v celém souboru pět.

U porodní hmotnosti menší než 2500 gramů byl rozdíl mezi oběma skupinami velký. Z celkového množství jedenácti žen jich devět bylo ze skupiny s komplikacemi. Pouze dvě spadají do souboru bez komplikací. U souboru prvního tvoří tato varianta odpovědi 6% a u druhého souboru 1%.

Varianta druhá je tatáž porodní hmotnost, ale u dvojčat. Vzhledem k tomu, že dvojčata byla zastoupena pouze v souboru s komplikacemi, je všech pět odpovědí uvedeno u první skupiny. Hmotnost všech deseti dětí byla v rozmezí 1300-2150 gramů. U souboru prvního tvoří tato varianta 3%.

U třetí možnosti, kterou je fyziologická hmotnost novorozence, je větší zastoupení odpovědí ze skupiny žen bez komplikací. U prvního souboru činí tato varianta odpovědi 81%, u souboru druhého je to 91%.

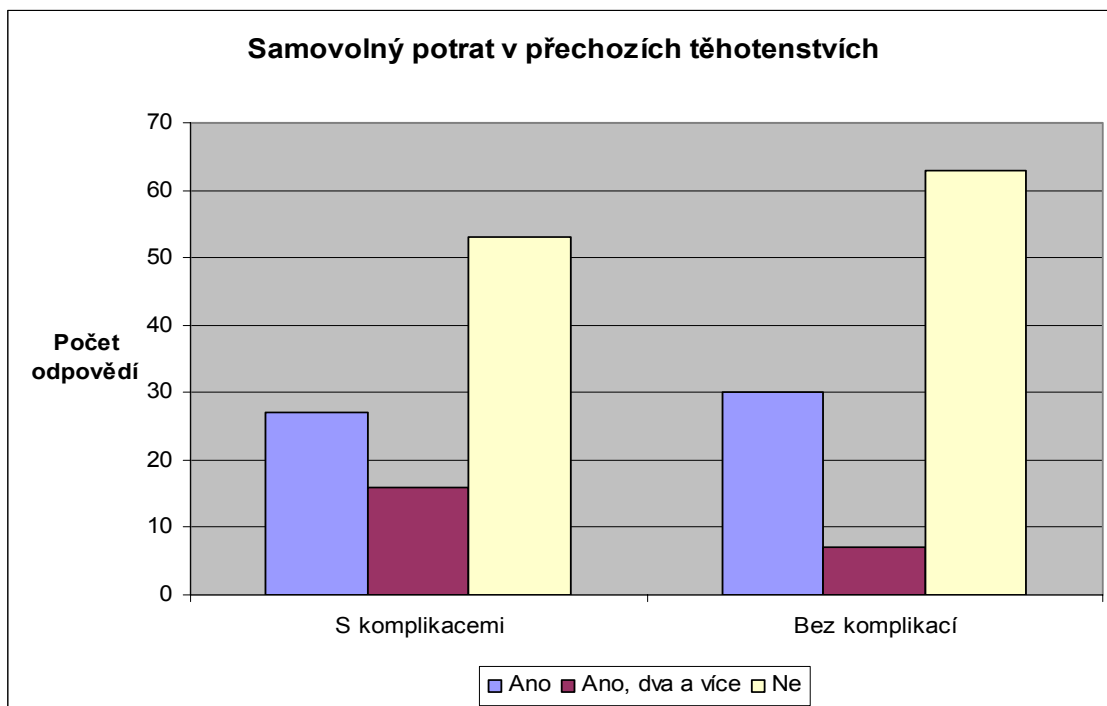
V poslední možnosti, což je hmotnost nad 4000 gramů, se vyskytuje více případů ze souboru z komplikacemi a to o jednu čtvrtinu. V souboru prvním, činí tato možnost odpovědi 10%, v souboru druhém je to 8%.

Otázka č. 26. Prodělala jste samovolný potrat?

Tabulka 27: Samovolný potrat v předchozích těhotenstvích

Prodělaný potrat	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	27	28 %	30	30 %
Ano, dva a více	16	17 %	7	7 %
Ne	53	55 %	63	63 %

Graf 27: Samovolný potrat v předchozích těhotenstvích



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka a graf zpracovává otázku určenou pouze ženám, jejichž právě ukončené těhotenství není těhotenstvím prvním. Vzorek žen, zpracovávaných v tomto grafu čítal 100 žen ze skupiny s komplikacemi a 96 žen ze skupiny bez komplikací.

Žen, které prodělaly spontánní potrat jen jednou, bylo více v souboru bez komplikací, i když rozdíl byl malý. Při vyjádření v procentech se jednalo o 28% u skupiny první a o 30% u skupiny druhé.

Žen, které prodělaly spontánní potrat dvakrát a vícekrát, bylo více ve skupině s komplikacemi. Tento rozdíl byl dvakrát takový. V procentuálním vyjádření se jedná o 17% u souboru prvního a o 7% u souboru druhého.

Ženy, u nichž právě ukončené těhotenství nebylo těhotenstvím prvním a spontánní potrat neprodělaly, byly častěji ze souboru bez komplikací a to o jednu šestinu. Ze souboru prvního se jedná o 55%, ze souboru druhého o 63%.

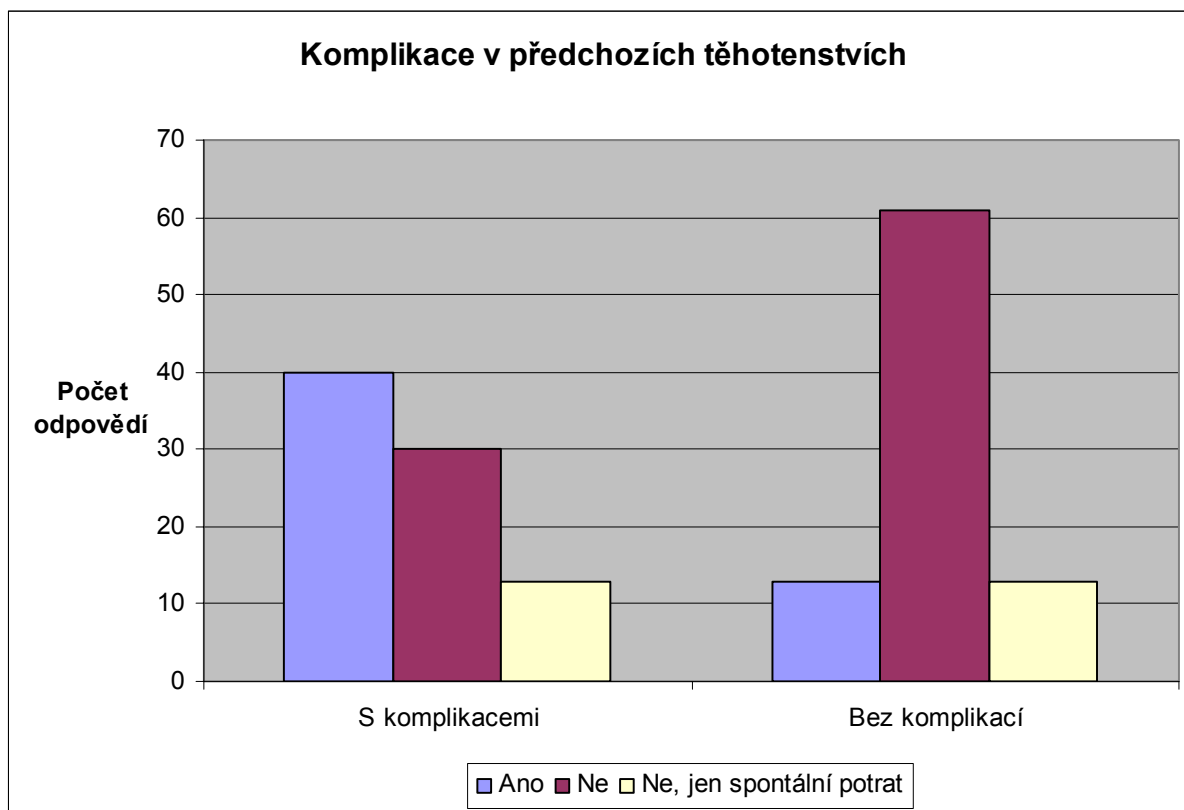
Na tuto otázku neodpovídalo celkem 124 žen, protože u nich bylo právě ukončené těhotenství, těhotenstvím prvním. Z tohoto počtu bylo 64 žen ze souboru s komplikacemi a 60 žen ze souboru bez komplikací.

Otázka č. 27 Prodělala jste v minulých těhotenstvích a porodech komplikace (myšleno skutečné komplikace, ne jen rizikovost těhotenství)?

Tabulka 28: Komplikace v předchozích těhotenstvích

Komplikace těhotenství	S komplikacemi		Bez komplikací	
	Počet	Procento	Počet	Procento
Ano	40	48 %	13	15 %
Ne	30	37 %	61	70 %
Ne, jen spontánní potrat	13	15 %	13	15 %

Graf 28: Komplikace v předchozích těhotenstvích



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka a graf zpracovává otázku určenou pouze ženám, jejichž právě ukončené těhotenství není těhotenstvím prvním. Vzorek žen zpracovávaných v tomto grafu čítal 100 žen ze skupiny s komplikacemi a 96 žen ze skupiny bez komplikací.

Skupina žen s komplikacemi měla u odpovědi ano o dvě třetiny větší zastoupení. U skupiny první se jednalo o 48% z tohoto souboru. U skupiny druhé se jednalo o 15% z tohoto souboru.

U odpovědi ne bylo dvakrát takové množství žen ze souboru bez komplikací. Procentuální zastoupení v prvním souboru bylo 37 % a v druhém souboru 70 %.

Rozložení odpovědí v obou skupinách u možnosti třetí bylo zcela vyrovnané. Tuto možnost volilo 15% z první i druhé skupiny. Jednalo se zde o ženy, které prodělaly v předchozím či předchozích těhotenství pouze spontánní potrat.

5. DISKUZE

5.1. *Diskuze k vlivu socioekonomického statusu na těhotenství*

Tato práce si kladla za cíl podívat se na těhotenství zejména v jeho sociálních souvislostech. Skutečnost, že sociální faktory, respektive socioekonomický status, mají vliv na průběh a výsledek těhotenství, protože jsou řazeny mezi rizikové faktory, je zmíněna v některých medicínských publikacích s gynekologickou problematikou. Čech (5) v kapitole o rizikových faktorech uvádí, že pokud se u ženy vyskytuje několik rizikových faktorů současně, tak se zvyšuje rizikovost těhotenství. Jako faktory s nejvyšší efektivitou, tudíž nejvíce závažné, uvádí faktory porodnické ze současného těhotenství. Naopak jako faktory s efektivitou nejnižší, tudíž nejméně závažné, uvádí faktory demografické a sociální.

Celé těhotenství však musí být ovlivněno sociálními faktory, neboť žena se pohybuje v určitém sociálním prostoru, přijímá specifickou roli a ocitá se ve specifické sociální situaci, z níž pramení i nové sociální konflikty.

Problém, kterým se tato práce zabývá, navíc není ohraničen ani na jedné ani na druhé straně. Sociální prostředí a status totiž ovlivňuje také to, co je časově umístěno ještě před téma této práce, tedy fakt, zda se žena vůbec rozhodne děti mít nebo popřípadě, že se rozhodne děti mít až v době, kdy je již za reprodukčním optimumem. Socioekonomický status má samozřejmě i vliv na její prekoncepční chování. Zároveň by se tato práce ještě mohla zabývat otázkou, jaký vliv má sociální prostředí ženy a její status na to, zda podstoupí další těhotenství po předešlém neúspěšném či komplikovaném těhotenství a co je ochotná udělat pro zmírnění vlivu rizikových faktorů, pokud to lze. Mohla by sem spadat i problematika vlivu sociální situace a statusu na to, zda žena bude či nebude pečovat o dítě postižené následkem rizikového či patologického průběhu těhotenství.

V souvislosti s tím, že práce by mohla dalece přesahovat svůj rámec, jsou zde uváděna fakta, která se netýkají přímo výskytu komplikací v těhotenství, ovšem s touto problematikou souvisí.

Jak uvádí Možný (39), ženy vysokoškolačky kojí své děti až dvakrát tak dlouho než ženy z nižších tříd. Ženy z nejnižší sociální vrstvy častěji označují své těhotenství

za nechtěné a je také pravděpodobné, že čím nižší vzdělání, tím větší zkušenost s umělým přerušением těhotenství. V západních zemích platí, že čím vyšší vzdělání, tím pravděpodobnější je přítomnost otce u porodu. Dle Možného lze předpokládat, že toto platí i u nás, ale objektivní studie zde zatím nebyla provedena.

V naší republice ještě stále není rozvrstvení společnosti veškerým obyvatelstvem plně akceptováno a bojíme se někoho označit slovem, že je z nižší sociální vrstvy či má nízký sociální status. Jak uvádí Maříková (8), stále ještě v nás do určité míry přetrvává rovnostářství z doby socialismu.

Dle Možného (39) je ve světě u nižších sociálních vrstev vyšší kojenecká úmrtnost což u nás bude pravděpodobně platit také, ale české zdravotnické statistiky sociální úroveň nesledují. Jak vyplývá ze dvou výše uvedených skutečností, je problematické dávat věci do souvislosti se socioekonomickým statutem.

Toto tvrzení však neplatí o sociálních rizikových faktorech gravidity.

Významným počinem je v současné době stále probíhající Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství ELSPAC. Iniciátorem studie je Světová zdravotnická organizace, respektive její Evropská úřadovna v Kodani. Za Českou republiku řeší studii pracovníci oddělení preventivní a sociální pediatrie Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

Jedná se o prospektivní dlouhodobou studii, probíhající v několika evropských zemích, která sleduje vybrané soubory dětí a jejich rodiny od těhotenství matky, přes porod, šestinedělí a kojenecké období až do nejméně 18 let věku dítěte.

Cílem této studie je postihnout faktory podílející se na zdravém vývoji dětí, respektive pokusit se postihnout ty vlivy, které zdravý vývoj dětí ohrožují. Jedná se o zjištění faktorů biologických, psychologických, sociální povahy a faktorů vnějšího prostředí, které jsou spojeny s přežitím a zdravím plodu, kojence a dítěte. Dále má studie ELSPAC za cíl zjistit bio-psycho-sociální determinanty vývoje dítěte od početí do konce školního věku se zřetelem na rodinu a na osobnost matky i otce a pokusit se najít souvislost mezi těmito determinantami, vznikem a vývojem zdravotních poruch u plodu, novorozence a dítěte.

Studovanou oblastí je zdraví, růst, vývoj, chování, biologie, morbidita, nehody,

úrazy, smyslové a řečové poruchy, a také komplikace v těhotenství, specifické zakončení těhotenství, novorozenecká morbidita a mortalita.

V roce 2006 bylo zahájeno vyšetřování patnáctiletých dětí, a to včetně pediatrického, antropologického a psychologického vyšetření, jakož i sběru dat na školách. V České republice tvoří výzkumný soubor 6500 dětí. V mezinárodním měřítku je sledováno asi 40 tisíc dětí **(9)**.

Vzniklo několik studií z dat získaných ze souboru studie ELSPAC. Winkler **(56)** uvádí, že adolescentní těhotenství bývá dvakrát častěji zakončeno narozením dítěte s nízkou porodní hmotností a je zde i vyšší procento předčasných porodů. S klesajícím věkem rodiček pod 18 let stoupá výskyt těhotenských komplikací. Winkler **(56)** potvrdil, že pohlavní zralost je rizikovým faktorem pro otěhotnění v ranném věku. Studie dále potvrdila, že věk žen u prvního těhotenství je ovlivněn rodinným prostředím, ve kterém dívka vyrůstá – rodina neplní dostatečně svou emocionální a socializačně výchovnou funkci, neúplnost rodiny nebo otec neplní roli vychovatele či je jeho chování nestabilní a pro dospívající dceru nečitelné.

Ve výzkumu prezentovaném touto prací bylo 5% žen pod 18 let. Ve 4% z této věkové kategorie měly ženy v těhotenství komplikace.

Kukla **(29)** uvádí závěry získané z dotazníků žen pro studii ESCLAP. Získané údaje byly spojovány s údaji o porodní hmotnosti dítěte a gestačním věku. Za záměrné označila těhotenství polovina žen ze souboru. Skupina žen pracujících ve vedoucí funkci měla novorozence s podprůměrnou porodní hmotností při průměrné délce gravidity. Pokud byly ženy v těhotenství hospitalizovány, měly děti s mírně podprůměrnou porodní hmotností i gestačním věkem.

V souboru žen, od kterého byla získávána data pro zde prezentovanou práci uvedlo jako plánované (záměrné) těhotenství 73% žen ze skupiny s komplikacemi a 67% žen ze skupiny bez komplikací. Ženy pracující ve vedoucí funkci byly ve skupině s komplikacemi a bez komplikací zastoupeny naprosto rovnoměrně. Jednalo se o 11% žen ze souboru s komplikacemi a 11% žen ze souboru bez komplikací. Profese ženy je však v této práci vztahována k těhotenským komplikacím a ne k porodní hmotnosti dítěte a gestačnímu věku, přesto gestační věk pod 37 týdnů znamená předčasný porod, což je

jedna z komplikací definovaných v této práci. Ženy ze skupiny mající komplikace byly ve 44% hospitalizovány na gynekologicko-porodnickém oddělení, u 56% žen z tohoto souboru k hospitalizaci nedošlo. Platí zde ovšem opět výtka jako u předchozího tvrzení.

Z charakteristik bydlení uvádí Kukla **(28)** jako rizikové pro antenatální vývoj společné bydlení u rodičů. Náznaky vlivu jeví i velikost bytu dle počtu místností. Jako rizikový faktor pro porodní hmotnost dítěte vychází každý jiný stav matky než „vdaná“. Kukla dále uvádí, že potvrzeným faktorem pro zvýšené riziko perinatální úmrtnosti je vzdělání, a to nejen vzdělání ženy, ale i jejího partnera a z části dokonce i její matky. Vedle zdravotního stavu ženy má vliv i zdravotní stav partnera. Jako vysoce rizikové je kromě vlastního kouření ženy prokázáno i kouření partnera a vůbec stupeň pasivního kuřáctví, jemuž je žena vystavena bydlením s různým počtem kuřáků.

Rodinný dům s příbuznými byl více zastoupen skupinou žen bez komplikací a to ve 14% oproti 12% u skupiny s komplikacemi. Byt v osobním vlastnictví s příbuznými byl rovněž více zastoupen skupinou žen bez komplikací. Jednalo se o 3% oproti 2% u skupiny s komplikacemi. Pouze u družstevního bytu obývaného spolu s dalšími příbuznými byly všechny tři ženy volící tuto variantu odpovědi uvedeny u skupiny s komplikacemi. Jednalo se o 2%. Matky žijící s dítětem bez partnera byly více zastoupeny ve skupině s komplikacemi. Jednalo se o 11% žen ze skupiny s komplikacemi oproti 6% ze skupiny bez komplikací. U kouření ženy v těhotenství bylo jak u možnosti kouření omezeného množství cigaret, tak i u možnosti kouření stejného množství cigaret jako před otěhotněním, více žen ze skupiny s komplikacemi. U kouření omezeného množství cigaret se jednalo o 6% oproti 4% u skupiny bez komplikací. U kouření stejného množství cigaret jako před otěhotněním to byla 3% oproti 1% u skupiny bez komplikací. Opět zde však platí, že tato práce vztahuje socioekonomický status ke komplikacím v těhotenství.

Konkrétně o souvislosti komplikací v těhotenství přímo se socioekonomickým statutem bylo v literatuře nalezeno několik odkazů.

Mareš **(35)** shledává ve svém výzkumu mírně zvýšený výskyt komplikací v těhotenství u žen s příjmem pod hranicí životního minima.

V této práci byl v souboru sledovaných žen u nejnižší příjmové úrovně (do 10.

tisíc) zastoupen jen velmi malý vzorek žen. Jednalo se o 2% ze souboru s komplikacemi a 4% ze skupiny bez komplikací.

Ohledně vzdělání shledává Mareš **(35)** jako rizikovou skupinu spíše ženy vysokoškolsky vzdělané, než jak se často předpokládá, ženy se základním vzděláním.

Ve skupině žen, jejichž odpovědi tato práce analyzuje, bylo zastoupení vysokoškolsky vzdělaných žen větší v souboru bez komplikací. Jednalo o 12% žen ve skupině s komplikacemi a 14% žen ve skupině bez komplikací.

Dle Mareše **(35)** je zvýšené ohrožení předčasným porodem u profesí jako je servírka nebo prodavačka, ale i u zdravotnického personálu. Všechny tyto profese mají společného jmenovatele, a tím je pohyb po většinu pracovní doby. Největší podíl přeměny hrozícího předčasného porodu v předčasný porod uvádí Mareš **(3)** u dělnických profesí.

V souboru, který byl v této práci sledován, se jako nejrizikovější skupina jeví ženy, s povoláním servírky. Z celkového počtu sedmi žen, které tvoří 4% ze sledovaného souboru, jsou všechny zastoupeny ve skupině mající komplikace. U prodavaček je větší zastoupení ve skupině bez komplikací, a to v 10% naproti 7% ze skupiny s komplikacemi. U profese zdravotní sestry je poměr mezi oběma sledovanými soubory téměř vyrovnaný, jedná se o 13% žen v souboru s komplikacemi a o 12% žen v souboru bez komplikací. Lékařky jsou častěji řazeny ve skupině žen majících komplikace, a to v 3% oproti 2% ze skupiny bez komplikací. Dělnic je 18% v souboru s komplikacemi a 14% v souboru bez komplikací.

Mareš **(3)** však upozorňuje na fakt, že zvýšené riziko u zdravotnického personálu může částečně pramenit z povahy jejich práce. To znamená například z jemnějšího zachytu všech odlišností těhotenství od fyziologického průběhu, vlivem znalosti problematiky.

Jako rizikové faktory demografické uvádí Hájek **(19)** manželský stav, a to sice ženy rozvedené a vdovy.

Ve sledovaném souboru bylo 11% žen ze skupiny s komplikacemi a 6% žen z skupiny bez komplikací. Jednalo se o matky svobodné, rozvedené nebo vdovy.

Zajímavý vývoj v péči o těhotnou ženu je v oblasti pracovní neschopnosti.

V roce 1989 vychází Baranův a Marešův článek o nepříznivých momentech pracovního procesu ve vztahu k těhotenství (2) a je v něm uvedeno, že porodník by se měl také aktivně zajímat o pracovní prostředí a podmínky těhotné ženy a chránit ji před jejich nepříznivým dopadem. Měl by prosazovat změny pracovních podmínek těhotných žen tak, aby přispěly ke snížení rizika pro průběh a výsledek těhotenství – myšleno přeřazení ženy na jinou práci. Měla by být i kontrola faktického provedení doporučeného přeřazení ženy na jinou práci vhodnou pro těhotné. V krajních případech je k ochraně těhotenství třeba využít i pracovní neschopnost.

Pracovní neschopnost je zde uvedena jako krajní řešení situace. Téměř jako v kontrastu zní doporučení, které uvádí ve své knize Čepický (7). Pracovní neschopnost u těhotné ženy je třeba posuzovat velmi benevolentně. I pokud žena nechce pracovat pro subjektivní potíže, které jí zaměstnání či doprava přináší, doporučujeme, aby jí byla pracovní neschopnost vystavena. Plně na místě je pracovní neschopnost u těhotné ženy se závažnějším rizikovým faktorem.

U sledovaného souboru v této práci bylo také zjišťováno, zda žena byla či nebyla v těhotenství v pracovní neschopnosti. Ze skupiny žen s komplikacemi tvořilo 67% tohoto souboru ženy, které byly v průběhu těhotenství v pracovní neschopnosti. Zbývajících 33% v pracovní neschopnosti nebylo. To je z valné části způsobeno faktem, že tyto ženy byly na mateřské dovolené s dříve narozeným dítětem nebo studovaly. Ženy spadající do souboru bez komplikací byly v pracovní neschopnosti během těhotenství v 39%. 61% žen z tohoto souboru v pracovní neschopnosti nebylo, ale i tato část je ještě snížena o ženy na mateřské dovolené s dříve narozeným dítětem a ženy studující, kterým se legitimace práce neschopného nevystavuje.

Jedna z otázek v dotazníku byla zaměřena i na počet dětí, které žena plánuje. Dle Rabušice (48) je podle výzkumů reprodukčního klimatu počet ženou plánovaných dětí ve valné většině případů stejný, a to dvě děti.

V souboru sledovaném v této práci bylo sice také nejvíce žen plánujících dvě děti (58% ze souboru prvního a 56% ze souboru druhého), ale bylo zde i poměrně velké zastoupení žen plánujících nebo majících děti tři. Tyto ženy tvořili 34% v každé ze skupin.

5.2. Zhodnocení dosažení cíle a platnosti hypotézy

Hypotéza: Úroveň socioekonomického statusu rodiny ovlivňuje průběh těhotenství

Získaná data byla zpracována statistickou metodou chí-kvadrát testu.

Statisticky významný rozdíl byl zjištěn pouze u zpracování otázky číslo 18 (tabulka a graf č. 16) zaměřené na zjištění pracovní neschopnosti v těhotenství, $p > 0,01$. Tato otázka se nevztahuje k potvrzení platnosti hypotézy.

1. Vyhodnocení otázek potvrzujících platnost hypotézy

Platnost hypotézy nepotvrzuje ani jedna z otázek v dotazníku. U žádné z těchto otázek nebyl zjištěn mezi oběma porovnávanými soubory rozdíl, který by byl statisticky významný.

2. Vyhodnocení otázek nepotvrzujících platnost hypotézy

Hypotézu nelze potvrdit vyhodnocením otázky z dotazníku č. 3 na ekonomickou aktivitu ženy, otázky č. 4 týkající se nejvyššího ukončeného vzdělání ženy, otázky č. 5 týkající se nejvyššího ukončeného vzdělání otce dítěte, otázky č. 6 na studium při zaměstnání, otázky č. 7 týkající se zaměstnání před odchodem na mateřskou dovolenou. Dále hypotézu nepotvrzuje vyhodnocení otázky č. 8 na průměrný čistý měsíční příjem domácnosti, otázky č. 9 týkající se bytové situace, otázky č. 10 a 11, jejichž vyhodnocení ukázalo počet místností připadajících na jednu osobu z domácnosti. Hypotézu nepotvrzuje ani zhodnocení otázky č. 14 na plánovanost těhotenství, otázky č. 19 ohledně kouření v těhotenství, otázky č. 20 o užívání alkoholu v těhotenství, otázky č. 22 týkající se účasti na těhotenském kurzu, otázky č. 28 týkající se pořadí současného manželství, otázky č. 29 na plánovaný počet dětí a otázky č. 30 na věk ženy.

3. Vyhodnocení otázek nevztahujících se k hypotéze

Otázky nevztahující se k hypotéze byly zaměřeny na získání údajů o zdravotním stavu ženy o jejím těhotenství a také o přítomnosti či nepřítomnosti těhotenských a porodních komplikací.

Jedná se o otázku č. 1 na pořadí právě ukončeného těhotenství, otázku č. 2 na pořadí porodu. Dále se jedná o otázky 12 a 13 vztahující se k přítomnosti či nepřítomnosti komplikací v těhotenství a při porodu a, u přítomnosti komplikací, na druh či druhy komplikací jimiž žena v těhotenství trpěla. Ke zhodnocení hypotézy se nevztahuje otázka č. 15 týkající se užití metody asistované reprodukce, otázka č. 16 týkající se rizikovosti těhotenství, otázka č. 17 na hospitalizaci v těhotenství, otázka č. 18 na pracovní neschopnost v těhotenství, otázka č. 21 na provedení odběru plodové vody. Dále se jedná o otázku č. 23 na přítomnost partnera u porodu, otázku č. 24 týkající se užívání multivitaminových preparátů, otázku č. 25 ohledně porodní hmotnosti dítěte, otázku č. 26 na prodělání samovolného potratu a otázku č. 27 ohledně možnosti prodělání komplikací v předchozích těhotenstvích.

Statisticky významný rozdíl byl zjištěn zpracováním otázky číslo 18. (tabulka a graf č. 16) zaměřené na zjištění pracovní neschopnosti v těhotenství, $p > 0,01$. Tato otázka neslouží k potvrzení platnosti hypotézy.

Cílem práce bylo zjištění socioekonomických faktorů podílejících se na vzniku těhotenských patologií.

Žádný ze zkoumaných atributů socioekonomického statusu se neprojevil jako statisticky významný ve vztahu ke vzniku těhotenských a porodních komplikací.

5.3. *Problémy při výzkumné části práce*

Prvním velkým problémem, nutným k řešení v průběhu výzkumné části práce, bylo zamítnutí přístupu do zdravotnické dokumentace. Informace, které měly být touto cestou získány, musely být tudíž zredukovány a zjišťovány konkrétními otázkami v dotazníku. Studium zdravotnické dokumentace mělo poskytnout údaje o zdravotním stavu ženy a o průběhu současného, popřípadě i předchozích těhotenství a porodech. Tento problém měl ale i pozitivní efekt. Tím, že byly zpracovávány pouze dotazníky, bylo možno obsáhnout větší soubor tvořící 320 žen. Kdyby musela být ke každému dotazníku zpracovávána ještě zdravotnická dokumentace ženy, nebylo by možno zajistit takovou velikost souboru.

Vzhledem k tomu, že v Havlíčkově Brodě není perinatologické centrum, netvořily žádnou část ze sledovaného souboru ženy rodící před ukončeným 32. týdnem těhotenství. I v případě, že by zde porodila žena před ukončeným 32. týdnem gestace, bylo by dítě ihned transportováno do Fakultní nemocnice Hradec Králové. Nejzávažnější těhotenské a porodnické komplikace tudíž nejsou ve sledovaném souboru obsaženy.

Komplikace v těhotenství, ať jsou jakkoliv závažné, byly zahrnuty do jedné skupiny, přestože by asi bylo vhodnější je rozdělit na několik podskupin či uvést přímo konkrétní druh komplikace a socioekonomický status ženy pak vztáhnout k této konkrétní komplikaci či skupině podobných komplikací. Zkoumaný soubor žen by pak ale musel být mnohonásobně větší a po stránce znalostí medicínské problematiky, by přesahoval rámec mých možností.

Dalším problémem v této práci jsou nízké počty žen u některých variant odpovědí. Cílem této práce bylo soustředit se zejména na vysoký a nízký socioekonomický status. Nejvíce žen je ale vždy ve středu, a tak právě u zkoumaných okrajových variant některých odpovědí není zastoupení žen velké. Mnohdy nepřekračuje hranici deseti.

Při zpracovávání dotazníků byly hodnoceny jen dílčí atributy socioekonomického statusu. Bylo by jistě vhodné zkoumat u každé ženy její celkový status a ten pak vztahovat k průběhu jejího těhotenství. K takovému hodnocení dotazníků je však třeba dalšího statistického zpracování.

Problémem je samozřejmě i fakt, že údaje o zdravotním stavu žen a jejich komplikacích jsou získány z dotazníku. Je zde tudíž riziko jejich neúplnosti a zkreslení.

6. ZÁVĚR

Komplikace v těhotenství a při porodu jsou vždy nežádoucím jevem, protože mohou mít za následek ohrožení plodu prenatalně, ale i ohrožení matky. Je tudíž v zájmu matky, lékaře a celé společnosti, aby bylo toto ohrožení minimalizováno. Z tvrzení o nežádoucnosti každého ohrožení těhotenství lze vyjmout spontánní potraty, zejména proběhlé v prvním trimestru, kdy se matčino tělo „zbavuje“ života neschopného či těžce postiženého plodu (např. afetální plodové vejce).

Z části těhotenství, zejména těch rizikových a patologických, se rodí děti postižené, které snižují kvalitu populace, zvyšují náklady na sociální síť státu a pro nutnost zvýšené péče o tyto děti je blokována část produktivní populace ať již z rodiny či zaměstnanců institucí, které těmto dětem péči věnují. Problematický život pak mají samozřejmě i tyto děti, ať je míra jejich uvědomění si vlastního postižení jakákoli.

Řetězec událostí mající za následek vznik komplikací a patologií v těhotenství a při porodu může obsahovat i sociální fenomén. Tento sociální faktor nemusí působit, a také většinou nepůsobí, osamoceně jako přímý vyvolavatel komplikace. Sociální faktory do tohoto řetězce událostí zasahují tak, že některé jeho články mohou zesilovat, zpomalovat, zrychlovat, zeslabovat, katalyzovat nebo je i přímo iniciovat. Etiologické řetězce způsobující komplikace v těhotenství jsou mnohdy tak složité a propletené, že nelze přesně určit, který faktor zde působí.

Působení sociálních faktorů na těhotenství vyplývá z faktu, že těhotenství je počato, probíhá a je také ukončeno v určitém sociálním prostředí a jako takové musí být tímto prostředím ovlivněno.

Významným a propracovaným systémem v porodnictví jsou screeningová vyšetření prováděná v průběhu těhotenství. Díky včasnému rozpoznání mnohých odchylek ve vývoji či přímo vrozených vývojových vad plodu, je možno lékařskou intervencí zmírnit či zcela odstranit negativně působící faktor nebo naopak včasným zásahem těhotenství se špatnou prognózou ukončit.

Zda budou těhotenství a porod úspěšné, úspěšné pouze částečně (dítě s vývojovým handicapem, dítě postižené), či neúspěšné (potrat, porod mrtvého či života neschopného plodu), je závislé na mnoha faktorech. Ty se dají schematicky rozdělit na

biologické, psychologické a sociální (popř. ekonomické, ekologické). Tyto faktory nepůsobí odděleně, ale jak již bylo dříve uvedeno, složitě se prolínají a navzájem ovlivňují.

Biologické faktory ovlivňující průběh a výsledek těhotenství působí, na rozdíl od faktorů sociálních, razantněji. Screening působení biologických faktorů je propracován v klinické medicíně a s výsledky včasného zachytu mnoha odchylek aplikován v praxi. Screening sociálních faktorů je obtížný pro svůj rozsah. Působení sociálních faktorů je jemnější. Pro jejich velkou vzájemnou propojenost jak mezi sebou navzájem, tak i s faktory biologickými a psychologickými, je obtížné prokazovat jejich vliv. Z hlediska lékaře má sociální prostředí, respektive socioekonomický status ženy, daleko méně závažné následky pro matku a dítě než např. genetické dispozice či celkové onemocnění matky. S tím souvisí již zmíněná obtížná zjistitelnost souvislostí mezi sociální příčinou a následkem ve smyslu těhotenské patologie. Navíc lékaři většinou ucelené informace o socioekonomickém statusu a sociálním prostředí ženy chybí.

Z hodnocení výzkumné části práce vyplývá, že žádný ze zkoumaných atributů socioekonomického statusu se neprojevil jako statisticky významný ve vztahu ke vzniku těhotenských a porodních komplikací.

Dnes se sociální komponenta zdraví dostává stále více do popředí, a tak by mohlo dojít k vytvoření propracovaného screeningového systému sociálních faktorů majících vliv na průběh a výsledek těhotenství. Jak je uvedeno v kapitole diskuze, existují studie potvrzující vliv sociálních faktorů, případně socioekonomického statusu, na průběh těhotenství, přestože závěry této práce jejich vliv nepotvrdily.

Určení sociálních rizikových faktorů a využití poznatků o nich v praxi by se mohlo stát jedním z dalších kroků v prevenci vzniku a rozvoje těhotenských a porodních komplikací. U části případů by měla být těhotenství vedena jako riziková ze sociálních důvodů a jako k takovým by k nim mělo být přistupováno. Prevence je dnes významnou součástí všech medicínských oborů.

Kukla (28) uvádí, že má-li být kvalita sociálních diagnóz ověřena na ukazatelích biologické reprodukce společnosti, je potřeba odpovídajících kritérií pro zasazování sociálních realit aktuální. Tato potřeba je o to větší, že životní podmínky, prostředí,

struktura společnosti a její diferenciaci i životní styl různých společenských skupin se právě nyní rapidně mění a na zachycení těchto změn není dostatečná připravenost. Je pocíťována potřeba dalších studií v této oblasti, které by však měly být vybaveny pevnější sociologickou oporou v podobě teoreticky zdůvodněných a empiricky podložených sociálních kritérií.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARAN, P., MAREŠ, P. Existuje tendence k opakování neúspěchu těhotenství? *Československá gynekologie*, 1988, roč. 9, č. 53, s.716-721.
ISSN neuv.
2. BARAN, P., MAREŠ, P. Některé nepříznivé momenty pracovního procesu ve vztahu k těhotenství. *Československá gynekologie*, 1989, roč. 54, č. 6, s. 401-406.
ISSN neuv.
3. BARAN, P., MAREŠ, P. Zaměstnání těhotné ženy ve vztahu k průběhu a výsledku těhotenství. *Československá gynekologie*, 1989, roč. 54, č. 1, p. s. 1-6.
ISSN neuv.
4. BULHAROVÁ, J. Některé komplikace těhotenství v závislosti na věku matek se zřetelem na rizikovost těhotenství starších matek. 3. český pediatrický kongres s mezinárodní účastí, Brno 1998. In: Česko-slovenská pediatrie, 1998, roč. 53, suppl. 1, s. 49-54.
5. ČECH, E., HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 434 s.
ISBN 80-7169-355-3
6. ČEPICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnický ústav, 2004. 14 s.
ISBN 80-7071-244-9
7. ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s.
ISBN 80-246-0677-1
8. ČERMÁKOVÁ, M., MAŘÍKOVÁ, H. et al. *Proměny současné České rodiny*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2000. 170 s.
ISBN -80-85850-93-1

9. *Co je to ELSPAC?* [cit. 12.3.2007]
http://www.med.muni.cz/elspac/Pages/index_ncz.html
10. DOLEŽAL, A. *Technika porodnických operací*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s.
ISBN 80-7169-549-1
11. DRBAL, C. *Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví*. [cit. 12.7.2006].
Přístup z: <http://www.zcr.cz/stranky/A-1201.htm>
12. DUNOVSKÝ, A., EGGES, J. a kol. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 252 s.
ISBN neuv.
13. *Finanční podpora rodiny* [cit. 12.1.2007]
<http://www.mpsv.cz/cs/4#fpr>
14. ENKIN, M. KEIRSE, M.J.N.C. et al. *Efektivní péče v perinatologii*. Přel. K. Mašek. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 386 s.
ISBN 80-7169-417-7
15. FRIEDLANDEROVÁ, H., TUČEK, M. *Češi na prahu nového tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2000. 223 s.
ISBN 80-85850-88-5
16. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s.
ISBN 80-85931-79-6
17. GIDDENS, A. *Sociologie*. Přel. J. Jařab. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. 595 s.
ISBN 80-7203-124-4
18. Gynekologicko-porodnické oddělení. [cit. 12.3.2007].
<http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=14&nLanguageID=1>

19. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 444 s.
ISBN 80-247-0418-8
20. HAVLÍK, R., KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 184 s.
ISBN 80-7178-635-7
21. HAMPLOVÁ, D., RYCHTAŘÍKOVÁ, J. et al. *České ženy: vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003, 108 s.
ISBN 80-7330-040-0
22. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 285 s.
ISBN 80-7178-535-0
23. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 92 s.
ISBN 80-247-0285-1
24. KATRŇÁK, T. *Odsouzení k manuální práci*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2004. 190 s.
ISBN 80-86429-29-6
25. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, s.r.o., 2003. 320 s.
ISBN 80-86432-38-6
26. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s.
ISBN 80-7262-315-X
27. KUČERA, P. Česko má nejvíce porodů za 10 let. *Lidové noviny*. 28.7.2006. s. 5.
ISSN neuv.

28. KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M. et al. Porodní hmotnost a délka těhotenství ve vztahu k rizikovým faktorům sociální a zdravotní povahy. *Časopis českých lékařů*, 2002, roč. 141, č. 6, str. 189-194.
29. KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M. et al. Porodní hmotnost a délka těhotenství ve vztahu k průběhu gravidity. *Časopis českých lékařů*, 2001, roč. 140, č. 21, str. 662-667.
30. KUKLA, L., HRUBÁ, D. et al. Rizikové chování rodičů v době očekávání dítěte a po jeho narození. *Česko-slovenská pediatrie*, 2003, roč. 58, č. 11, str. 705-709.
31. KUKLA, L., HRUBÁ, D. et al. Kouření matek po porodu významně přispívá k vyšší nemocnosti novorozenců a kojenců. *Česko-slovenská pediatrie*, 2004, roč. 59, č. 5, str.
32. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Přel. O. Flégr. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s.
ISBN 80-247-0668-7
33. MACHONIN, P., TUČEK, M. a kol. *Česká společnost v transformaci*. 1. vyd. Praha: Sociologické Nakladatelství (SLON), 1996. 364 s.
ISBN 80-85850-17-6
34. MAŤEJČEK, Z. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha, Galén, 1994. 214 s.
ISBN 80-85824-06-X
35. MAREŠ, P. *Sociální souvislosti průběhu a výsledku těhotenství*. Kandidátská disertační práce. Brno: MU FF, 1992.
36. MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1999. 248 s.
ISBN 80-85850-61-3
37. MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E. et al. *České zdravotnictví vize a skutečnost složité peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 250 s.
ISBN 80-246-0944-4

38. MOŽNÝ, I. *Moderní rodina (mýty a skutečnost)*. 1. vyd. Brno: Blok, 1990.
184 s.
ISBN 80-7029-018-8
39. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2006. 311 s.
ISBN 80-86429-58-X
40. MURPHY, F. R. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2004. 286 s.
ISBN 80-86429-25-3
41. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999. 287 s.
ISBN 80-200-0690-7
42. *Národní koncepce rodinné politiky*. [cit. 16.1.2007]
Přístup z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf
43. *Narození podle oblastí, krajů a okresů v roce 2006*.
[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/A400382EC1/\\$File/400106q421.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/A400382EC1/$File/400106q421.pdf)
44. *Chi kvadrát test*. [14.4.2007]
<http://encyklopedie.seznam.cz/search?s=ch%C3%AD-kvadr%C3%A1t%20test>
45. *Perinatální mortalita a morbidita v České republice*. [cit. 3.8.2006].
Přístup z: <http://www.porodnici.cz/perinatální-mortalita-a-morbidita-v-ceske-republ?PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798>
46. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006.
191 s.
ISBN 80-7315-120-0
47. PYTLÍKOVÁ, M. Rodí se více dvojčat i trojčat. *Dnes*. 12.3.2007, s. D2.
ISSN neuv.

48. RABUŠIC, L. *Kde ty všechny děti jsou?* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2001. 265 s
ISBN 80-86429-01-6
49. ROZSYPAL, H. Infekce virem lidské imunodeficience (HIV) u žen v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006, roč. 15, č. 3, s. 366-369.
ISSN 1211-1058
50. *Rizikové těhotenství*. [cit. 3.8.2006].
Přístup z: <http://www.porodnici.cz/rizikove-tehotenstvi?PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798>
51. SIROVÁTKA, T. Rodinné chování a rodinná politika v České republice. In. MAREŠ, P., POTOČNÝ, T. *Modernizace a Česká rodina*. 1. vyd. Brno: Barrister&Principál, 2003. s. 37-59.
ISBN 80-86598-61-6
52. SURYNEK, A. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001. 160 s.
ISBN 80-7261-038-4
53. TUČEK, M. a kol. *Dynamika České společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003. 428 s.
ISBN 80-86429-22-9
54. TYRLÍK, M., JELÍNKOVÁ, J. Aspekty pozitivního prožívání těhotenství. *Česká gynekologie*, 2004, roč. 69, č. 3, s. 178-181.
55. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 3. vyd. Praha: Maxdorf 2003. 966 s.
ISBN 80-85912-97-X
56. WINKLER, J., HRDINOVÁ, et al. Vliv životního stylu rodin adolescentních matek na riziková těhotenství. *Česko-slovenská pediatrie*, 1995, roč. 50, suppl. 1, p. s. 53-57.

57. ZWINGER, A. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 532 s.
ISBN 80-7262-257-9

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Těhotenství

Porod

Komplikace

Socioekonomický

Sociální

Status

Žena

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – dotazník

Příloha č. 2 – Počty narozených v ČR a v kraji Vysočina v roce 2006

Příloha č. 3 – Přírůstek obyvatelstva v ČR a v kraji Vysočina v roce 2006