

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Simona Fontániová

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Simona Fontániová

Vliv věku na vybrané prenatální výsledky a kojení

The effect of age on selected prenatal outcomes and breastfeeding

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Markéta Lukšová

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28.04.2023

Simona Fontániová

Indentifikační záznam:

FONTÁNIOVÁ, Simona. *Vliv věku na vybrané prenatální výsledky a kojení. [The effect of age on selected prenatal outcomes and breastfeeding]*. Praha, 2023. 64 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika, Vedoucí závěrečné práce Lukšová, Markéta.

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat MUDr. Markétě Lukšové za odborné vedení mé bakalářské práce. Za ochotu a čas, který mi věnovala. Velké poděkování patří mé rodině a především příteli, kteří mi byli během celého studia velikou oporou. V neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které se zúčastnily mého dotazníkového šetření.

Abstrakt:

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Vliv věku na vybrané prenatální výsledky a kojení. Práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se snažím přiblížit obtíže spojené s těhotenstvím. V první kapitole jsem se zaměřila na rizikové těhotenství a porod. Následně poruchy délky těhotenství, kam patří potrat, předčasný porod, ektopické těhotenství a potermínové těhotenství. V druhé kapitole pokračuji významem kojení a zároveň zmiňuji problémy při kojení, které matky mohou trápit. Ve třetí kapitole se věnuji klasifikaci novorozence a porodnímu poranění. Pro praktickou část výzkumné práce jsem zvolila dotazník, který se prostřednictvím internetu dostal k rodičkám různých věkových kategorií. Na základě výzkumu jsem zjistila, že věk hraje důležitou roli v životě ženy během těhotenství. Vyšší věk ženy má negativní dopad jak na schopnost otěhotnět tak na samotný porod a následné kojení.

Klíčová slova:

kojení, rizikové těhotenství, vyšší věk rodičky, těhotenství, porod, mateřské výsledky, novorozenecké výsledky, porodní hmotnost, novorozenecká žloutenka, potrat, porodní poranění plodu

Abstract :

For my bachelor's thesis, I chose the topic Influence of age on selected prenatal outcomes and breastfeeding. The thesis contains a theoretical part and a practical part. In the theoretical part, I try to explain the difficulties associated with pregnancy. In the first chapter, I focused on high-risk pregnancy and childbirth. Subsequently, disorders of the duration of pregnancy, which include miscarriage, premature birth, ectopic pregnancy and post-term pregnancy. In the second chapter, I continue with the importance of breastfeeding and, at the same time, breastfeeding problems that can trouble the mother. In the third chapter, I deal with the classification of newborns and birth injuries. For my practical part of the research work, I chose a questionnaire that reached mothers of different age categories via the Internet. I believe that my bachelor's thesis will benefit all women who are not aware of difficulties in pregnancy at an older age. Based on research, I found that age plays an important role in a woman's life during pregnancy. A woman's age has a negative impact both on the ability to get pregnant and on the birth itself and subsequent breastfeeding.

Keywords :

Breastfeeding, high-risk pregnancy, advanced maternal age, pregnancy, labor, maternal outcomes, fetal outcomes, birth weight, neonatal jaundice, abortion, birth injury to the fetus.

Obsah

Úvod	10
Teoretická část	11
1 Patologie těhotenství	11
1.1 Rizikové a patologické těhotenství.....	11
1.2 Rizikové těhotenství a porod.....	11
1.3 Poruchy délky těhotenství.....	12
1.3.1 Potrat.....	12
1.3.2 Předčasný porod (partus praematus).....	13
1.3.3 Ektopické těhotenství.....	13
1.3.4 Potermínová gravidita	14
2 Laktace.....	15
2.1 Význam kojení	15
2.2 Problémy při kojení	16
2.2.1 Iniciální nalití prsou	16
2.2.2 Problémy s bradavkami	17
2.2.3 Retence mléka	17
2.2.4 Mastitida.....	17
2.2.5 Hypergalakcie	18
2.2.6 Hypogalakcie	18
2.3 Polohy a techniky kojení.....	18
2.3.1 Poloha vleže.....	20
2.3.2 Poloha vsedě	20
2.3.3 Poloha v polosedě	20
2.3.4 Poloha vleže na zádech	20
2.3.5 Vertikální poloha	20
2.3.6 Poloha tanečnicka	20
2.3.7 Boční fotbalové držení.....	20
3 Adaptace novorozence	20
3.1 Klasifikace novorozence	20
3.2 Porodní poranění plodu	21
3.2.1 Poranění měkkých tkání	22
3.2.2 Poranění CNS a periferních nervů	22
3.2.3 Poranění kostí.....	22

3.2.4	Poranění vnitřních orgánů dutiny břišní.....	23
	Praktická část.....	24
4	Stanovení cílů a hypotéz.....	24
4.1	Cíle.....	24
4.2	Hypotézy.....	24
5	Metodika výzkumu.....	25
5.1	Metodika sběru dat.....	25
5.2	Pokládání otázek.....	25
6	Výsledky výzkumu.....	26
7	Vyhodnocení hypotéz.....	61
8	Diskuse.....	63
9	Závěr.....	64
10	Seznam použité literatury.....	65
11	Seznam zkratk.....	67
12	Seznam tabulek.....	68
13	Seznam grafů.....	69
14	Seznam obrázků.....	70
15	Seznam příloh.....	71

Úvod

Ve své bakalářské práci bych ráda nahlédla do problematiky vztahující se k věku rodiček. Žijeme v době, kdy se budování kariéry v ženské populaci dostává do popředí oproti zakládání rodiny. Na počátku 70. let ženy v rozvinutých západních zemích zakládaly rodinu v průměru ve věku 23-25 let. V současné době se průměrný věk při narození prvního dítěte pohybuje okolo 29 let. (Šťastná et al., 2019)

Prvorodičky jsou dnes mnohem starší jako tomu bývalo kdysi. Těhotenství odkládají, avšak nejsou dostatečně informovány o rizicích, které těhotenství se vyšším věku může přinést. Během studie v Severní Koreji bylo v roce 2000 zjištěných 67,7 % všech porodů zahrnující ženy ve věku 20-29 let. V roce 2010 počet klesl na 27,1 %. Podíl žen starších 35 let vzrostl ze 6,7 % na 17,1 % za 10 let. (Archives of gynecology and obstetrics, 2014)

Proto jsem se rozhodla zaměřit se na otázku vlivu věku na mateřské a neonatální výsledky. Zjistit, jak může věk ženy ovlivnit průběh těhotenství a samotného porodu. Jaký má dopad na poporodní adaptaci novorozence a následné kojení. Taktéž jsem se soustředila na otázku, do jaké míry může věk ovlivnit plodnost a schopnost vynosit dítě. Pro výzkumnou část jsem zvolila dotazník, který je složen z 20 otázek zaměřených na ženu, její věk, průběh těhotenství, porod, kojení a adaptaci novorozence.

Předpokladem šetření bylo zjistit, zda má vyšší věk ženy za následek vyšší procento potratu. Jestli vyšší věk ženy způsobuje více porodů akutním císařským řezem. Zjistit, zda vyšší věk ženy způsobuje více komplikací v těhotenství. Je-li pravda, že vyšší věk ženy má negativní vliv na délku trvání těhotenství. V neposlední řadě bylo mým cílem zjistit, jestli vyšší věk ženy má za následek vyšší procento vrozených vývojových vad plodu a zda vyšší porodní hmotnost plodu zvyšuje riziko porodu císařským řezem.

Teoretická část

1 Patologie těhotenství

1.1 Rizikové a patologické těhotenství

Těhotenství je děj, při kterém dochází k vývoji plodu. Řada těhotenství probíhá fyziologicky, existuje ale množství faktorů, které samotný děj ohrožují. Při rizikovém těhotenství je ohrožen plod i matka zvýšeným nebezpečím. Množství rizikových a patologických stavů může způsobit samotná žena, pokud nepodstoupí pravidelné prenatalní prohlídky. Studie dokazují hereditární výskyt predispozicí, které mají na samotné těhotenství zásadní vliv. Patří sem preeklampsie, diabetes mellitus, vícečetná těhotenství, hypertenze a jiné.

U žen s výskytem rizikových faktorů je nutné provést preventivní opatření, aby nedošlo k závažné těhotenské patologii. Proto je třeba stanovit rizikové faktory již v začátku gravidity. Riziková těhotenství mají tendenci k vyššímu výskytu perinatální morbidity (PM) a perinatální úmrtnosti (PÚ).

Patologický průběh těhotenství může vzniknout již před otěhotněním ženy nebo se vytvoří v průběhu těhotenství. Mezi patologické stavy, které vznikly již před otěhotněním, patří interní onemocnění, neurologické onemocnění, gynekologické onemocnění, hematologická onemocnění a další. Mezi nejčastější choroby patří chronická hypertenze, v těhotenství postihuje přibližně 10 % žen. Počet žen, které vstupují do těhotenství s chronickou hypertenzí, stoupá především z důvodu zvyšující se míry obezity a těhotenství v pokročilém věku matky. (Lovell et al., 2019) Další choroby jsou kardiopatie, onemocnění plic, nefropatie, diabetes mellitus, kolagenózy, thyreopatie, poruchy funkce adenohipofýzy, nadledvin a příštítných tělísek, vývojové vady dělohy a jiné.

K rizikovým faktorům taktéž náleží těhotenství po transplantaci ledviny. Jak uvádí studie, transplantace ledviny představuje pro těhotnou zvýšené riziko preeklampsie, gestačního diabetu, hypertenze a ukončení těhotenství císařským řezem. Taktéž je těhotenství ohroženo předčasným porodem. (Shah et al., 2019)

Naopak patologické stavy, které se mohou rozvinout během těhotenství, jsou krvácení v časně a pozdní graviditě, předčasný porod (předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody – PROM, inkompetence děložního hrdla), preeklampsie a eklampsie, Rh-izoimunizace, gestační diabetes mellitus (GDM), anémie, infekční onemocnění matky (virové, cytomegalovirus -CMV, herpes virus – HPV, hepatitidy B,C, HIV, antropozoonózy), vrozené vývojové vady plodu, intrauterinní růstová restrikce plodu, malpozice plodu (deflekční, šikmá, příčná poloha).

1.2 Rizikové těhotenství a porod

Porod je častokrát řešením situace, kdy dojde k zhoršení zdravotního stavu matky a zároveň plod dosáhl hranice viability. Není-li plod viabilní a zdravotní stav matky to umožňuje, v těhotenství žena pokračuje a snažíme se porod oddálit. Při rizikovém těhotenství stanovíme způsob ukončení těhotenství (spontánní porod, indukovaný porod, porod per S.C.) s ohledem na věk matky, gestační věk, paritu, zda se vyskytují primární nebo sekundární komplikace, léčenou sterilitu, infertilitu atd. Taktéž musíme konat v nejlepším zájmu plodu. Proto zvážíme

polohu plodu, postavení, stav děložního hrdla a jeho připravenosti k indukci. Zásadní je, aby naše rozhodnutí bylo v souladu s rozhodnutím obou rodičů. (Hájek, 2012)

1.3 Poruchy délky těhotenství

Mezi poruchy délky těhotenství patří potrat, předčasný porod, ektopické těhotenství, a naopak prodloužené těhotenství laicky označované jako přenášení.

1.3.1 Potrat

Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 g nebo pokud hmotnost nelze zjistit, a jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. (Hájek, 2014)

Podle statistických údajů bylo prokázáno, že se stoupajícím věkem matek se zvyšuje četnost samovolných potratů.

Potraty lze rozdělit na:

- a) Potrat samovolný, spontánní (abortus spontaneus)
- b) Potrat indukovaný, legální, terapeutický (abortus inductus)

Další dělení je na potrat časný, těhotenství ukončené do 12. týdne gravidity a potraty pozdní, od 12. týdne do 28. týdne gravidity.

Spontánní potrat

Pod pojmem spontánní potrat rozumíme samovolný potrat vznikající na základě nepříznivých faktorů. Mezi nejčastější příčiny samovolného potratu patří mateřské příčiny a defekty plodového vejce.

Potrat indukovaný

Umělé ukončení těhotenství (UUT) (abortus inductus) lze provést podle zákona 467/1992 Sb., pokud žena o přerušení těhotenství požádá ženského lékaře v místě trvalého bydliště, pracoviště nebo školy. (Hájek, 2014)

Umělé ukončení těhotenství je legální potrat, který je možné provést na žádost ženy nebo také ze závažných zdravotních důvodů. Výkon na žádost ženy je placený pacientkou, výkon ze zdravotních důvodů je hrazen pojišťovnou.

Těhotenství je možné ze zdravotních důvodů ukončit do 12. týdne do 22. týdne. V tomto období je možné těhotenství přerušit pouze při závažných genetických a vývojových vadách plodu.

Metody umělého přerušení těhotenství můžeme rozdělit na:

- Metody UUT v 1. trimestru

Mezi metody UUT řadíme miniinterupce (vakuumaspirace). Pacientka má zavedenou i.v. analgezii a výkon se provádí v gynekologické poloze. Hrdlo děložní se dilatuje syntetickými dilatátory Dilapan. Pomocí plastové vakuumaspirační kanyly (kyrety) se odsává plodové vejce a decidua. Provádí se do 49. dne od poslední menstruace.

Dále sem patří medikamentózní UUT. Tato metoda je prováděna ambulantně a vyžaduje tři gynekologické návštěvy. Při první se pacientce perorálně aplikuje Mifepriston, který devitalizuje embyro. Druhá návštěva se uskuteční po 36-48 hodinách po užití Mifepristonu. Lékařem je vaginálně aplikován Misoprostol, který zabezpečí vypuzení devitalizovaného plodového vejce. To je doprovázeno mírným krvácením a bolestmi. Třetí návštěva, do 14 dnů, je pouze ověření, zda výkon proběhl správně.

Poslední metodou umělého ukončení těhotenství v 1. trimestru je instrumentální potrat. Dochází k dilataci děložního hrdla. Pak se kyretou odstraňuje děložní obsah.

- Metody UUT v 2. trimestru

Klasickou metodou je intraamniální aplikace prostaglandinu. Indukce je spojená s dirupcí vaku blan a oxytocinovou infuzí. Provádí se v epidurální anestezii a končí do 24 hodin potratem plodového vejce. Po výkonu se aplikují uterotonika.

Pokud se potrat po 16. týdnu nezdaří, výjimečně se těhotenství ukončuje sectio caesarea minor. Provádí se krátkým mediálním řezem na nerozvinutém dolním děložním segmentu. Primárně je však indikováno jako akutní výkon.

1.3.2 Předčasný porod (partus praematus)

Jako předčasný porod je klasifikováno vypuzení plodového vejce z dělohy před dokončeným 37. týdnem gravidity. Pokud je plod živě narozený, prokazuje známky života, kam patří srdeční akce, aktivní pohyb a dýchání, je horní hranice pro předčasný porod 2500 g. Plody předčasně narozené se klasifikují jako velmi nezralé, vážící méně než 1500 g a plody extrémně nezralé méně než 1000 g. Předčasné porody se vyskytují ve frekvenci přibližně 6 – 12 % a jejich počty neustále stoupají. Až v 70 % se předčasné porody podílejí na perinatální úmrtnosti. Tyto děti mají také vyšší procento náchylnosti na výskyt onemocnění. Mezi příčiny předčasněho porodu můžeme zařadit socioekonomické a psychologické faktory, věk matky, nepříznivou anamnézu, kouření, užívání drog nebo toxických látek. Náleží sem také komplikace, které nastaly během těhotenství. Předčasný porod ohrožují také krvácení v těhotenství, vícečetná těhotenství, vývojové vady dělohy, polyhydramnion, insuficience placenty, intrauterinní růstová restrikce plodu a jiné. (Hájek,2014)

1.3.3 Ektopické těhotenství

Ektopické těhotenství, také gravidas extrauterina (GEU) nebo mimoděložní těhotenství, je stav, kdy dochází k nidaci oplozeného vajíčka mimo děložní dutinu. V místě nidace nejsou vhodné podmínky pro další vývoj (dochází k prostorovému omezení, nedostatečnému krevnímu zásobení aj.) GEU je udáváno jako nejčastější gynekologická náhlá příhoda břišní. V posledních letech frekvence výskytu stoupá. Incidence se pohybuje kolem 2-4 % v počtu založených gravidit. Mezi příčiny vzniku GEU patří metody asistované reprodukce, plánování rodičovství ve vyšším věku, kdy přibývá rizikových faktorů, zavádění nitroděložního tělíska, záněty pánve, hypoplazie vejcovodů, popřípadě pooperační stavy v malé pánvi či endometrióza.

Z 97 % je lokalizace GEU tubární. Z toho 55-80 % v ampulární části, v ischemické 12-25% a ve fimbriální části 5-17 %. V dalších případech se vyskytují v uterinní oblasti.

U intersticiální ve 2 %, v rudimentálním rohu a v cervikální části v 0,1 %. Abdominální oblast v 0,3-1,4 % a oblast ovariální může dosáhnou až 3 % výskytu. Do průběhu GEU řadíme vynechání menstruace, pozitivní těhotenský test, špinění, může a nemusí být přítomna bolest v podbřišku, negativní nález gravidity v dutině děložní.

1.3.4 Potermínová gravidita

Potermínová gravidita je definována jako těhotenství trávající déle než 42 týdnů (294 dní). Jiná definice říká, že pozdní těhotenství je období mezi 41+0 a 41+6. (Měchurková, 2016) Hájek uvádí definici, že k prodlouženému těhotenství dochází, když jeho délka přesáhne 294 dnů od prvního dne poslední menstruace nebo 280 dní od ovulace. (Hájek, 2014) Délka průměrného těhotenství je stanovena na 280 dnů, 40 ukončených týdnů + 0 dnů, což odpovídá 10 lunárním měsícům. (Hájek a kol., 2014)

Obvykle je délka těhotenství počítána podle prvního dne poslední menstruace. Období těhotenství rozdělujeme na tři trimestry. První trimestr trvá od oplození do 12. týdne těhotenství, druhý trimestr od začátku 12. týdne těhotenství do konce 27. týdne těhotenství a třetí trimestr od 28. týdne těhotenství do porodu. (Slezáková, 2017)

Rizika potermínové gravidity můžeme rozdělit na rizika pro plod a rizika pro matku. Rizika pro plod mohou vzniknout z insuficience placenty, která nastává v důsledku jejího stárnutí. Tato placentární insuficience vede k chronické hypoxii plodu. Při déle trávající hypoxii plodu jsou vyčerpávané kompenzační mechanismy, včetně redistribuce kyslíku do důležitých orgánů, jako je mozek, játra, srdce a žlázy s vnitřní sekrecí, vymizení pohybů plodu v důsledku vysoké spotřeby kyslíku a snížení srdeční frekvence plodu. Při selhání těchto mechanismů dojde k nevratnému poškození především centrálního nervového systému, srdce a dalších životně důležitých orgánů. Plod zemře nebo se narodí asfyktický.

V případech fetální hypoxie nebo asfyxie může být mekonium uvolněno do plodové vody a následně aspirováno do plic. Po porodu může následovat různý stupeň dyspnoe až respirační selhání.

Dalším rizikovým faktorem je makrosomie plodu, která může být způsobena prodlouženým pobytem v děloze. Problémy nastávají zejména při porodu. Častěji se hypertrofické plody rodí císařským řezem nebo je spontánní porod ukončen per VEX, či forceps. Mezi další rizika patří dystokie ramének a porodní poranění.

Rizika pro matku při makrosomii plodu souvisí s častější frekvencí protrahovaných porodů. Častěji dochází k porodním poraněním perinea a krvácení v raném šestinedělí. Z dlouhodobého hlediska se matky po porodu velkého plodu mohou potýkat s poruchami pánevní statiky a s inkontinencí. (Roztočil, 2017)

2 Laktace

Laktace je cyklický proces charakterizovaný růstem prsu (mamogeneze a laktogeneze), sekrecí (laktací) a inovulací (odstavení, ukončení laktace). (Procházka, 2020)

Mamogenezi charakterizujeme jako tvorbu alveol, proliferací a diferenciací tkání mléčných žláz. Tvorba alveol se uskutečňuje od embryonálního období až do puberty. V období těhotenství působí estrogeny na růst a proliferaci mlékovodů, progesteron ovlivňuje růst alveolů. Adrenokortikotropní hormon je rozhodující pro růst prsní žlázy, glukokortikoidy mají vliv na vývoj alveolů a udržení laktace. V neposlední řadě inzulin a hormony štítné žlázy podporují růst mléčné žlázy. Lidský placentární laktogen spolu s progesteronem blokují tvorbu mateřského mléka. Důležitým hormonem při laktaci je oxytocin. Oxytocin je známý jako hormon lásky. Způsobuje kontrakce svalových buněk v oblasti alveolů a zabezpečuje vypuzení mateřského mléka do mlékovodu. Oxytocin také vyvolává kontrakce dělohy, proto je nápomocný při zavinování dělohy. Oxytocin má velký význam při podpoře vzájemného vztahu matky a dítěte. Jakmile kojící matka zpozoruje své hladové dítě, zvýší se u ní hladina oxytocinu a vypudí se mléko do mlékovodu. (Procházka, 2020)

Laktaci dělíme na tři stádia. Při laktogenezi 1. dochází k syntéze mateřského mléka. Od 16. týdne těhotenství se tvoří kolostrum, mateřské mléko tvořené až do pěti dní po porodu. Má vysoký obsah proteinu IgA, disponuje menší energetickou zásobou než zralé mateřské mléko. Kromě IgA obsahuje množství složek buněčné imunity (lymfocyty), vitamínů A, K, E, obsahuje také méně laktózy a tuku. Naopak zastoupení bílkovin je oproti zralému mléku trojnásobné. V druhé polovině těhotenství dochází k proliferaci a diferenciaci žlázové tkáně a stoupá hladina prolaktinu. Buňky epitelu se mění na laktocyty, které tvoří mateřské mléko. Laktace 2. zabezpečuje tvorbu již zralého mateřského mléka. Dochází k poklesu placentárních hormonů a vzestupu prolaktinu, který stimuluje mateřské mléko v alveolách. Mléko nazýváme tranzitorní nebo přechodné. Tranzitorní mateřské mléko má vysoký obsah laktózy a α -laktalbuminu, tuku, a naopak nižší zastoupení imunoglobulinu a bílkovin. K výrazným změnám dochází v prvních osmi dnech po porodu. Po 40 hodinách až do 14. dne po porodu se mateřské mléko mění na zralé. Složky zastoupené ve zralém mateřském mléku se během kojení individuálně mění.

Třetí fázi nazýváme fází udržení laktace. Množství a tvorba mateřského mléka již závisí na intenzitě vyprazdňování a vlivů hormonů.

2.1 Význam kojení

Kojení je nejpřirozenější způsob výživy novorozence. Přináší výhody jak pro matku, tak pro dítě. Především budují citové pouto mezi matkou a dítětem. Jsou to hormony oxytocin a prolaktin, které jsou tvořeny během laktace a pozitivně ovlivňují vzájemný vztah. Kojení všeobecně podporuje zdraví žen. Děloha se díky kojení a účinku oxytocinu rychleji zavinuje a lochia odcházejí plynuleji. Děloha je kontrahována oxytocinem a tím je redukováno krvácení. Kontrakce mohou během prvních dnů způsobovat bolesti při kojení. Kojení má významný vliv na prevenci rakoviny prsu a vaječnicků. Byl také dokázán vliv na prevenci diabetes mellitus 2. typu, snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, nižší výskyt

hypertenze. Kojení též způsobuje nižší riziko poporodních blues. V neposlední řadě je kojení pro ženu výhodné i z finančního hlediska.

Dlouhodobé kojení zabezpečuje fyziologický stav žen po porodu s názvem laktační amenorea. Dochází k pozastavení menstruačního cyklu. Kojení podporuje sekreci prolaktinu, který tlumí sekreci GnRH (gonadoliberinu) a jeho působení v hypofýze antagonizuje působení gonadotropinů na vaječníky, což zabraňuje ovulaci. (Mazúchová a další, 2022)

Pro dítě má kojení velký význam především z hlediska optimálního složení. Mateřské mléko je lehce stravitelné, obsahuje sacharidy, proteiny, lipidy, enzymy, imunoglobuliny, bílé krvinky a množství látek prospěšných pro jeho imunitní systém. Disponuje také antibakteriálními a antivirovými vlastnostmi. Mateřské mléko je nejpřirozenější stravou pro kojence a je také považováno za preventivní opatření proti rozvoji alergie, zejména u dětí, které mají vysoké riziko alergie.

Kojené děti dosahují lepších výsledků v IQ testech, méně často trpí nadváhou nebo obezitou a je u nich menší pravděpodobnost, že se u nich později v životě rozvine cukrovka. (World Health Organization, 2021)

2.2 Problémy při kojení

Většina potíží při kojení pramení z nedostatečné edukace matky. Jejich včasné rozpoznání je důležitou prevencí předčasného ukončení kojení.

Mezi nejčastější problémy řadíme nalitá prsa, ragády, retenci mléka, mastitidu, hypergalakcii a hypogalakcii.

2.2.1 Iniciální nalití prsou

Při tvorbě mateřského mléka dochází k silnému prokrvení prsu. Přitom se v mléčné žláze hromadí mateřské mléko a dochází k otoku. Mezi hlavní příznaky iniciálního nalití prsou patří bolest a otok, napětí a zvýšená citlivost. Prsa jsou zvětšená a žena může mít pocit tepla a na pohmat cítit uzlíky. Zarudlá prsa a zvýšená tělesná teplota do 38,5 °C se vyskytují ve většině případů.

Výskyt iniciálního nalití prsu závisí na managementu kojení první dny po porodu. Iniciální nalití je způsobeno hlavně špatnou technikou kojení ve smyslu nesprávného přiložení dítěte k prsu, pozdního přiložení nebo omezenou délkou kojení. Snížená četnost výskytu tohoto problému je ovlivněna především v prvních 48 hodinách po porodu častým přikládáním k prsu, kdy kojení probíhá v systému rooming in. Před kojením se doporučuje aplikovat teplé obklady na prsa. Bulky je vhodné rozmasírovat masáží podle Marmeta-špičky tří prostředních prstů ruky dát za hranici dvorce a jemným krouživým pohybem masírovat oblast těsně za dvorcem; prsty posouvat po obvodu celého dvorce. (Mazúchová a další, 2022)

Mezi zásady úspěšného kojení náleží především zaujetí správné polohy. Důležité je kojit podle potřeby dítěte, to jest 8-12krát za 24 hodin. V noci je kojení doporučováno každých 4-5 hodin. Po kojení je vhodné aplikovat studené obklady na 15-20 minut za účelem zmírnění edému a lepšího odtoku krve a lymfy z prsou.

2.2.2 Problémy s bradavkami

Známe různé typy bradavek: normální, vpáčené, krátké a ploché. Bradavky se dají snadno upravit. Důležitá je však retraktibilita bradavek, která nám říká, jak se bradavka projevuje při dráždění.

Při vpáčených bradavkách je vhodné prenatálně používat formovač bradavek. Vpáčené bradavky neovlivňují efektivitu kojení. (Mazúchová a další, 2022) Ploché a krátké bradavky se dají upravit správnou technikou kojení. Většina bradavek se však upraví časem díky kojení sama. Zásadním faktem je, že kojení nesmí ženu bolet. Je také nevyhnutné měnit polohu dítěte při kojení.

Mezi nejčastější problém týkající se bradavek patří ragády. Vznikají v důsledku nesprávné techniky kojení. Bradavky jsou popraskané, bolestivé a mohou krváčet. Většinou se jedná pouze o malé poranění na povrchu bradavky. Hojí se strupem, který je opakovaně během kojení strháván, pak vznikají větší ragády. Při vzniku ragád je doporučováno nechat po kojení zaschnout pár kapek mléka, které bradavku pomáhá zhojit. Pokud se však rozvine infekce, je nutno léčit jak matku, tak dítě.

2.2.3 Retence mléka

Příčinou retence mléka je nesprávná technika kojení a omezování kojení. Jeden z vývodů mléčné žlázy se ucpe zaschlým mlékem a dojde k otoku prsu. Retence mléka je považována za nejčastější poruchu laktace. Je nutné podporovat vyprazdňování prsu kojením, ručně nebo odsávačkou. Před kojením je prospěšné na prsy přikládat teplé obklady, případně masírovat směrem k bradavce. Retence mléka bývá také predispozicí k vzniku mastitidy.

2.2.4 Mastitida

Mastitidou rozumíme jednostrannou infekci parenchymu, vývodů nebo vlastní žlázy. (Roztočil, 2008) Její frekvence se vyskytuje kolem 2,5 % v prvních 6 měsících po porodu. Nejčastější vyvolávající agens je *Streptococcus aureus*, který se z pokožky dostane přes ragády na bradavce do mléčné žlázy. Pacientka trpí třesavkou a tělesná teplota se pohybuje kolem 40 °C. Intenzita bolesti prsou stoupá při kojení. Žena udává příznaky podobné chřipce jako bolest svalů, malátnost a slabost. Mezi predisponující faktory vzniku mastitidy náleží retence mléka, nesprávná technika kojení, poškození bradavek, dlouhé intervaly mezi kojením nebo vynechávané kojení a nadměrná produkce mléka. Mastitida není indikací k přerušení kojení, právě naopak. U ženy s mastitidou je nutno upravit techniku kojení a edukovat ženu o častém a efektivním odsávání mléka. Polohování dítěte na prsu s bradou směřující k zablokovanému mlékovodu může pomoci zvýšit odtok mléka z postižené oblasti. (Mazúchová a další, 2022) Po kojení je vhodné na prsy aplikovat studené obklady ke snížení otoku. Je doporučován dostatečný odpočinek a dostatečné množství tekutin. Pokud symptom neustoupí do 24 hodin pomocí nefarmakologických metod, je nutná farmakologická léčba. Lékař ordinuje antibiotika, analgetika, případně antipyretika. Pokud dojde ke vzniku abscesu, je nutná chirurgická drenáž.

2.2.5 Hypergalakcie

Hypergalakcie je definovaná jako zvýšená produkce mateřského mléka, která je potřeba pro normální růst dítěte. Matky trpící hypergalakcií mívají problémy s úspěšným kojením vzhledem k přírůstkem váhy dítěte kvůli nedostatečné kvalitě mateřského mléka. Zadního mléka, které je bohaté na tuky, je nedostatek. U dětí kojených mlékem nedostatečné kvality je pozorována plačtivost a nervozita. U kojení často hltají, zalykají se a později se může objevit plynatost. Dochází k nesprávné technice kojení a na základě toho mohou vzniknout různá poškození bradavek matky. Stolice těchto dětí bývá řídká a zelená.

2.2.6 Hypogalakcie

Hypogalakcie je označována jako nedostatek mateřského mléka. Nejběžnější příčina je nedostatečné uvolňování mléka z mlékovodu, což zapříčiňuje snížení tvorby mateřského mléka. Nedostatečné vyprazdňování je způsobeno nesprávným přisátím dítěte k prsu, nedostatečnou frekvencí kojení, popřípadě omezováním délky kojení nebo také spavostí dítěte. Velice často je chyba na straně nedostatečné edukace matky ohledně kojení, kdy matka ze strachu, že dítě není syté, sáhne po dokrmu. Hypogalakcie může mít příčiny také na straně dítěte. Alergie, nízký gestační týden, abnormality gastrointestinálního systému, ankyloglossia a rozštěp rtu či patra patří mezi ty nejčastější. Mezi ne příliš obvyklé příčiny řadíme používání lahve nebo dudlíku. Dalšími důvody mohou být anatomické změny prsu, operace prsu nebo mastektomie. Anomálie bradavek ovlivňují schopnost dítěte efektivně se k prsu přisát, a to je důvod snížené tvorby mléka. Nedostatek živin, např. zinku, jódu, železa, bílkovin mohou taktéž způsobit nedostatek mléka. (Mazúchová a další, 2022)

2.3 Polohy a techniky kojení

Důležitým aspektem pro úspěšné kojení je správná vzájemná poloha. Poloha při kojení by měla být pohodlná jak pro matku, tak pro dítě. Matka je relaxovaná, kojení je bezbolestné, hrudník má rozvinutý a dýchání pravidelné. Dítě je spokojené, brada a tvář se dotýkají prsu, saje dlouhými doušky, dýchá volně, v ústech má větší část spodní části dvorce. Dítě leží na boku a jeho obličej, hrudník i břicho směřují k matce.

Správným přisátím nazýváme okamžik, kdy dítěti po otevření úst doširoka vložíme bradavku s co největší částí dvorce, především jeho spodní část, do úst. Bradavka se dotkne horního patra, bodu, který vyvolá u dítěte sací reflex. Jazyk během kojení vidíme, přesahuje dolní ret. Tlak dásní stlačuje dvorec a bradavka se protahuje směrem k zadní části ústní dutiny. Vlnovitý pohyb jazyka dopředu a dozadu zabezpečuje posun bradavky s dvorcem směrem na patro dítěte. Tlakem jazyka se stlačují mléčné sinusy, které se vyprazdňují a vytlačené mléko dítě polkne. Účinné sání poznáme podle pohybu čelistí, ušního boltce a svalů před ušima. Pokud se jedná o neúspěšné sání, dítě vydává mlaskavé zvuky a krátce saje. (Procházková, 2020)

Mezi nejčastěji používané vzájemné polohy matky a dítěte radíme polohu vleže, polohu vsedě, boční fotbalové držení, polohu tanečnicka, polohu v polosedě, polohu vleže na zádech a vertikální polohu.



Obrázek č. 1: Poloha vleže



Obrázek č. 2: Poloha tanečnicka



Obrázek č. 3: Poloha v polosedě



Obrázek č. 4: Poloha vsedě



Obrázek č. 5: Vertikální poloha



Obrázek č. 6: Poloha vleže na zádech



Obrázek č. 7: Boční fotbalové držení

2.3.1 Poloha vleže

Matka leží na boku a polštářem má podloženou hlavu. Dítě leží v ohbí paže matky.

2.3.2 Poloha vsedě

Dítě leží v ohbí paže matky, předloktí matky podepírá záda dítěte. Ruka matky podepírá hýždě nebo stehýnka dítěte. Je vhodné si ruku podepřít například polštářem. Druhou rukou si matka přidržuje prs. Nohy jsou pevně na zemi nebo židli. Spodní ruka dítěte je kolem pasu matky.

2.3.3 Poloha v polosedě

Tato poloha je vhodná pro matky po císařském řezu. Dítě leží v ohbí paže nebo předloktí matky. Matka má podložené dolní končetiny polštářem.

2.3.4 Poloha vleže na zádech

Poloha je vhodná pro matku po císařském řezu a také pro děti, které se špatně přisávají. Dítě leží bříškem na matce, matka ho podepírá v oblasti zad. Bez většího úsilí a tlaku na jizvu může matka dítě k prsu přisouvat.

2.3.5 Vertikální poloha

Poloha je vhodná pro nedonošené děti a děti s malou bradou. Dítě sedí obkročmo na dolní končetině matky. Jedna její ruka podpírá hlavu a krk a druhá pás. Při kojení z levého prsu podpírá dítě pravou rukou a levá ruka drží prs.

2.3.6 Poloha tanečnicka

Poloha je také vhodná pro nedonošené děti a děti špatně se přisávající. Dítě leží na matčině předloktí a druhá ruka podpírá prs.

2.3.7 Boční fotbalové držení

Poloha je vhodná pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu. Matka má podepřeno předloktí polštářem. Dítě leží na předloktí matky, ruka podepírá ramínka dítěte, prsty podpírají hlavičku. Nožky dítěte jsou uloženy podél matčina boku, chodidla se o nic neopírají. (Procházková,2020)

3 Adaptace novorozence

3.1 Klasifikace novorozence

Hájek uvádí, že novorozence klasifikujeme podle dvou základních parametrů. Podle délky těhotenství a podle porodní hmotnosti.

Podle délky gestace novorozence dělí na:

- narozené předčasně (nedonošené) – gestační věk pod 38 týdnů
- narozené v termínu (donošené) – gestační věk mezi 38-42. týdnem
- narozené po termínu (přenašené) – gestační věk nad 42 týdnů

Další dělení je podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu stáří:

- Eutrofický novorozenec – porodní hmotnost mezi 5-95. percentilem odpovídajícího gestačního stáří

- Hypertrofický novorozenec-porodní hmotnost nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního stáří
- Hypotrofický novorozenec-porodní hmotnost pod 5. percentilem odpovídajícího gestačního stáří (Hájek, 2014)

Dle zralosti můžeme novorozence rozdělit na skupinu donošených fyziologických novorozenců a skupinu nedonošených novorozenců.

Donošený fyziologický novorozenec váží v průměru 3500 g a měří 50 cm. Má dobře vyvinutý tukový polštář, jeho kůže je krytá mázkem (vernix caseosa) a kůže je růžová. Na nose jsou patrné žlutobílé tečky (milia). Vlasy jsou jemné, nehty přesahují koncečky prstů. Jsou dobře vyvinuté prsní alveoly a po celé ploše nohy je patrné rýhování. Ušní boltce mají vyvinutou chrupavku. Genitál je zralý-u chlapců jsou sestouplá varlata, u dívek labia majora kryjí labia minora.

Nedonošeného novorozence klasifikujeme kromě jiného na základě nízké porodní hmotnosti. Dle týdne těhotenství nedonošené novorozence dělíme na:

- Extrémně nezralý- narozený do ukončeného 28. týdne těhotenství. Porodní hmotnost se pohybuje kolem 1000 g.
- Těžce nezralý – narozený do 32. týdne těhotenství. Porodní hmotnost je v průměru 1500 g.
- Středně nezralý – narozený od 32. do 34. týdne těhotenství
- Lehce nezralý – narozený od 35. do 37. týdne těhotenství

Novorozenec s nízkou porodní hmotností je označení dětí s hmotností pod 2500 g.

Mezi další znaky nedonošeného novorozence patří tenká jasně červená kůže pokrytá lanugem. Kůže je bez mázku a je přítomna redukce podkožního tuku. Prsní alveoly nejsou dostatečně vyvinuté. Ušní chrupavky jsou měkké, plošky jsou jen částečně rýhovány nebo rýhování zcela chybí. Genitál je nezralý – u chlapců nesestouplá varlata, u dívek nepřekrývají labia majora labia minora. Lebeční kosti jsou pružné z důsledku nedostatečné osifikace.

3.2 Porodní poranění plodu

K porodnímu poranění plodu dochází v průběhu porodu jak u nedonošených, tak u donošených novorozenců. Tento druh poranění vzniká vlivem působení mechanických sil na tkáň a orgány. Mohou také vznikat během těhotenství nebo iatrogenním poškozením. Poranění můžou být patrná bezprostředně po porodu, skrytá poškození se projevují po hodinách či dnech. Porodní poranění má široký rozsah, od nezávažných až po těžká poranění s dlouhodobými následky.

K predispozicím náleží porod koncem pánevním, makrosomie, kefalopelvický nepoměr, protrahovaný porod, operativní porod a jiné.

Porodní traumata dělíme do několika skupin:

- Poranění měkkých tkání
- Poranění CNS a periferních nervů
- Poranění kostí
- Poranění vnitřních orgánů dutiny břišní

3.2.1 Poranění měkkých tkání

Při porodu jsou velmi časté petechie a sufuze. Projevují se jako malé bodové krvácení do kůže o velikosti 2 mm. Vznikají v důsledku působení většího tlaku na měkké tkáně příslušné oblasti. Nejsou závažné, nevyžadují léčbu a po čase spontánně vymizí.

Porodní nádor (caput succedaneum) patří mezi porodní poranění, i když tomu tak není. Jde víc o fyziologický nálezn než o porodní trauma. Porodní nádor je difuzní edém měkkých tkání naléhající části hlavičky plodu přesahující okraje lebečních kostí a švů. (Procházka, 2020) Pokud porod probíhá koncem pánevním, vyskytuje se otok a sufuze v oblasti gluteální, perinea a genitálu.

Kefalhematom je subperiostální krvácení, které nepřesahuje lebeční švy. (Hájek, 2014) To je významný rozdíl mezi kefalhematomem a porodním nádorem. Krevní výron je uprostřed na pohmat měkký a nejčastěji se vyskytuje na parietálních kostech. Kefalhematom se objevuje až po několika hodinách po porodu a nadále se může zvětšovat následkem pomalého krvácení z porušených kapilár. Okraje mohou osifikovat, pokud nedojde k včasnému vstřebání, které trvá 6-8 týdnů. Osifikace postupuje na celý povrch hematomu, dochází k deformaci hlavičky a vzniku kostního hrbolu. Incize nebo aspirace výronu krve je kontraindikována vzhledem k vysokému riziku zanesení infekce.

3.2.2 Poranění CNS a periferních nervů

Nejčastěji poraněným periferním nervem je plexus brachialis. Příčinou je makrosomie plodu nebo dystokie ramének. U více jak poloviny není příčina jasná a odhaduje se, že příčina vznikla intrauterinně nebo při porodním mechanismu. Podle Hájka vzniká paréza brachiálního plexu následkem rotace a flexe hlavičky během porodu při obtížném vybavení ramének a při extrakci plodu v poloze koncem pánevním. (Hájek, 2014) Poraněn bývá i nervus facialis či nervus phrenicus.

3.2.3 Poranění kostí

Nejčastější frakturou u novorozenců je zlomenina klíční kosti. K frakturám však může dojít i u humeru, femuru a frakturám kosti kalvy. Fraktura klavikuly je častá při porodu koncem pánevním a při dystokii ramének při porodu záhlavím. Často bývá zjištěna již po porodu palpačně, jako nerovnost kostního reliéfu. Bývá patrný otok, omezená pohyblivost a vymizení Moorova reflexu. Zhojení je spontánní bez následků.

3.2.4 Poranění vnitřních orgánů dutiny břišní

Ruptura jater a sleziny se vyskytují většinou společně a vzácně. Vznikají při velkém tlaku na břišní dutinu při porodu hlavičky, při porodu koncem pánevním a také při císařském řezu. Při poranění vzniká subkapsulární hematoma a pokud dojde k jeho ruptuře, krev se dostane do peritonea. Následkem je rozvíjející se posthemoragický šok a oběhové selhání. Stav je většinou fatální.

Ojedinele se může vyskytnout i krvácení do nadledvin. Většinou bývá postižena pravá ledvina. Menší krvácení je asymptomatické, u masivního se projevuje hemoragický šok a porucha funkce při postižení obou ledvin. Mezi klinické příznaky patří tachykardie, tachypnoe, poruchy termoregulace, letargie, bledost a jiné. Na základě laboratorních testů zjistíme hyponatremii, hypoglykémii, hyperkalemii, uremii, anémii a zvýšené hladiny kreatininu. (Procházka, 2020)

Praktická část

4 Stanovení cílů a hypotéz

4.1 Cíle

Praktická část má za cíl zjistit, zda má věk žen vliv na průběh těhotenství, porodu a následnou adaptaci.

Cíl č.1: Zjistit, jaký vliv má věk na kojení.

Cíl č.2: Zjistit, jak věk ovlivní porod.

Cíl č.3: Zjistit, jak věk ovlivňuje schopnost otěhotnět.

Cíl č.4: Zjistit, jakou souvislost má věk a gestační diabetes mellitus.

Cíl č.5: Zjistit, v jaké míře ovlivňuje věk matky neonatální výsledky.

4.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že vyšší věk ženy má za následek vyšší procento potratu.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že vyšší věk ženy způsobuje více porodů akutním císařským řezem.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že vyšší věk ženy způsobuje více komplikací v těhotenství.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že vyšší věk ženy má negativní vliv na délku trvání těhotenství.

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že vyšší věk ženy má za následek vyšší procento vrozených vývojových vad plodu.

Hypotéza č. 7: Předpokládám, že vyšší porodní hmotnost plodu zvyšuje riziko porodu císařským řezem.

5 Metodika výzkumu

Na základě stanovených cílů jsou v praktické části bakalářské práce zanalyzována data o vlivu věku na prenatální výsledky a kojení.

5.1 Metodika sběru dat

Na zpracování dat k praktické části mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní dotazníkové šetření. Data k výzkumu jsem sbírala prostřednictvím elektronického dotazníku v období od října do ledna. Dotazník byl opatřen krátkým úvodem, který informoval ženy o účelu dotazníkového šetření a anonymitě získaných dat.

Do výzkumu bylo zahrnuto 600 žen po porodu. Byly rozděleny do věkových kategorií do 20 let, 20-27 let, 27-35 let, 35-42 let, 42 a více let. Všechny kompletně vyplněné dotazníky byly použity k výzkumnému šetření.

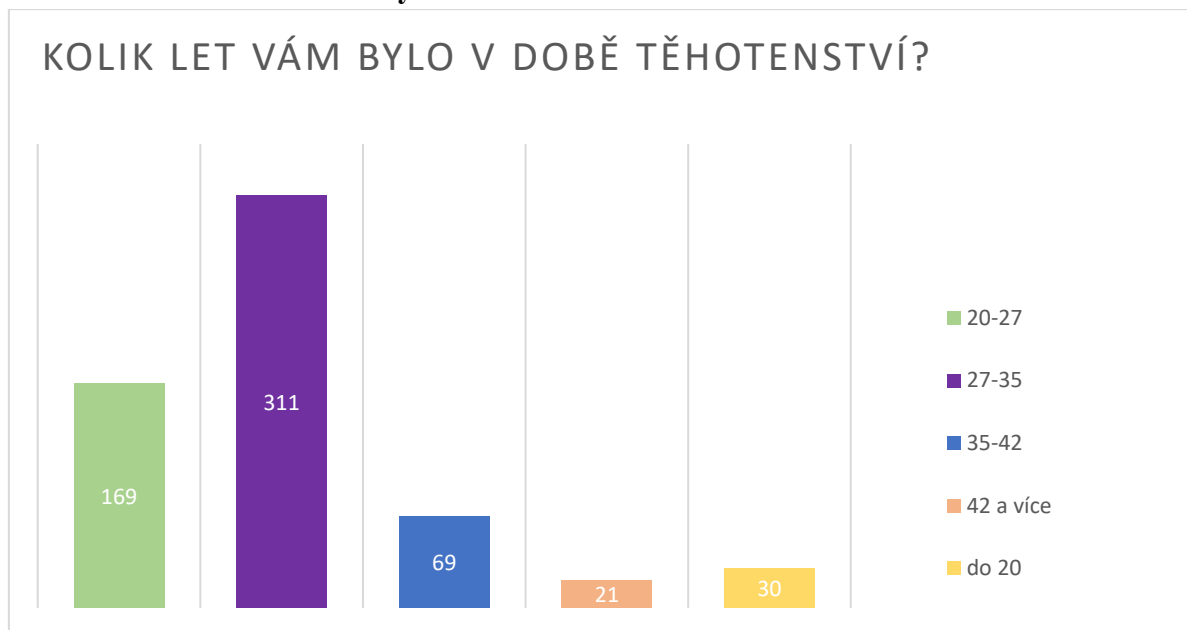
Strukturovaný dotazník obsahuje 20 otázek. Dotazník obsahuje otázky otevřené (č.2,18), polouzavřené (č.3,5,9,11,15,16,17,19) a uzavřené s jednou odpovědí (č.1,4,6,7,8,10,12,13,14,20).

5.2 Kladené otázky

1. Kolik let vám bylo v době těhotenství?
2. Kolikrát jste byla těhotná?
3. Zažila jste těhotenskou ztrátu? Pokud ano, kolikrát?
4. K potratu došlo spontánně nebo umělým přerušáním těhotenství?
5. Rodila jste v termínu (37+1-41+6 t.t.)? Pokud ne, ve kterém týdnu?
6. Jakým způsobem jste porodila?
7. Jaký byl nástup porodní činnosti?
8. Jakým způsobem jste otěhotněla?
9. Měla jste během těhotenství komplikace?
10. Jaká byla Vaše hmotnost před porodem?
11. Kojila jste? Pokud ne, proč?
12. Měla jste diagnostikovanou těhotenskou cukrovku?
13. Měla jste diagnostikovanou cukrovku před těhotenstvím?
14. Měla jste diagnostikovanou hypertenzi během těhotenství (zvýšený krevní tlak)?
15. Kouřila jste a pila alkohol během těhotenství? Pokud ano, ve kterém trimestru?
16. Vykazovala jste během těhotenství fyzickou aktivitu? Pokud ano, jakou?
17. Je Vaše zaměstnání sedavé?
18. Jakou hmotnost po porodu mělo Vaše dítě?
19. Mělo Vaše dítě vrozenou vývojovou vadu?
20. Mělo Vaše dítě žloutenku?

6 Výsledky výzkumu

Otázka č.1 – Kolik let vám bylo v době těhotenství?



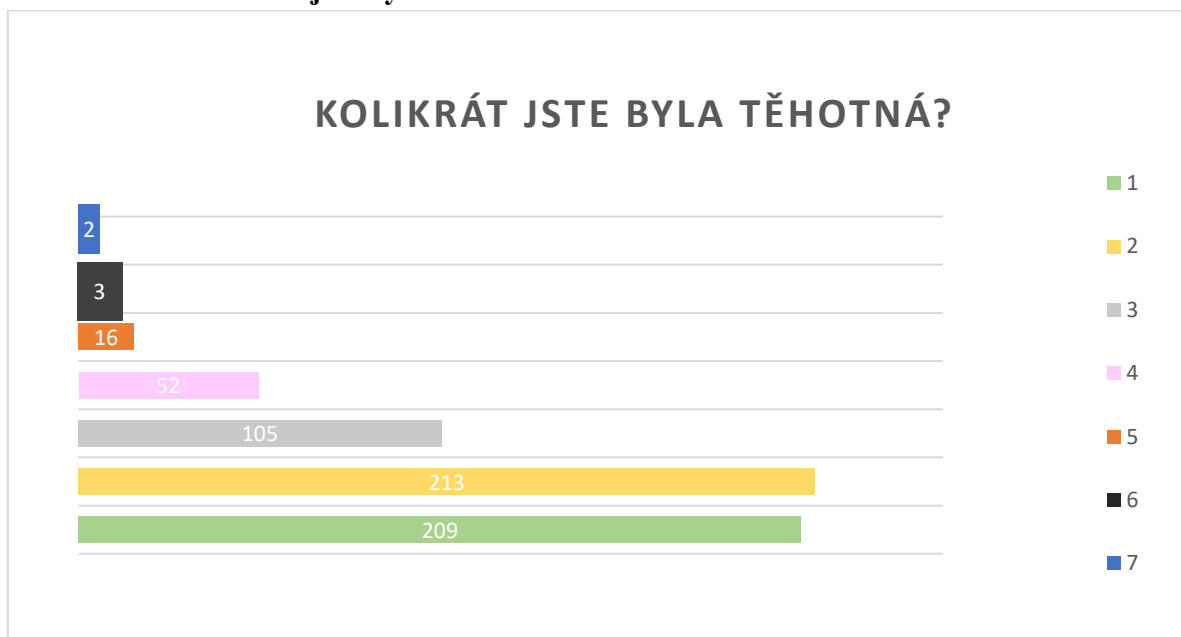
Graf č. 1

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 20	30	5,00 %
20 - 27	169	28,17 %
27 - 35	311	51,83 %
35 - 42	69	11,50 %
42 a více	21	3,50 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 1

Z tabulky číslo 1 vyplývá, že nejpočetnější skupinou jsou ženy ve věku 27-35 let, které tvoří 52 %. Druhou početnou skupinou jsou ženy ve věku 20-27 let, těchto žen je 28 %. Ženy ve věku 35-42 let tvoří skupinu o 11,5 %. Skupinu žen ve věku do 20 let tvořilo 5 %. Nejméně žen bylo zaznamenáno ve věku 42 let a více, pouze 3,5 %

Otázka č.2 – Kolikrát jste byla těhotná?



Graf č. 2

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1	209	34,83 %
2	213	35,50 %
3	105	17,50 %
4	52	8,67 %
5	16	2,67 %
6	3	0,50 %
7	2	0,33 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 2

213 žen bylo těhotných dvakrát, což tvoří 35,5 %. Pouze o 4 respondentky méně má skupina žen, v níž byly těhotné pouze jedenkrát, necelých 35 %. Třikrát bylo těhotných 105 žen, 17,5 %. Necelých 9 % tvoří skupina žen čtyřikrát těhotných. 16 žen, necelé 3 % bylo těhotných pětkrát. Do 1 % patří ženy, které byly těhotné šestkrát, jsou to 3 respondentky, a ženy těhotné sedmkrát, pouze 2 respondentky.

Otázka č.3 – Zažila jste těhotenskou ztrátu?



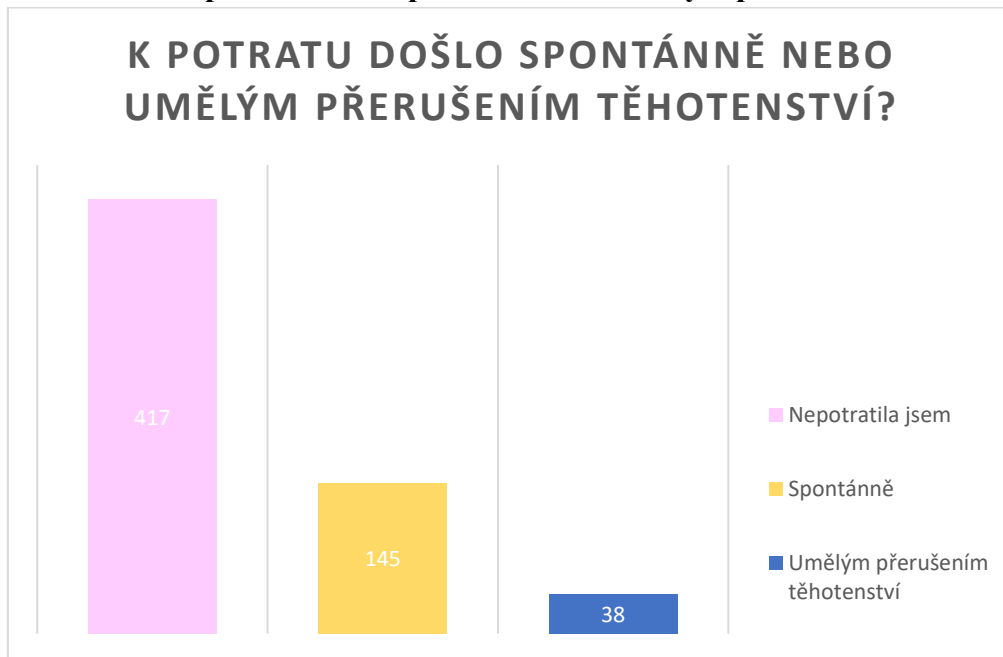
Graf č. 3

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	417	69,50 %
1	143	23,83 %
2	32	5,33 %
3	5	0,83 %
4	3	0,50 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 3

Z celkového počtu 600 potratilo 183 žen, což představuje 30,5 %. Mnohem větší skupinu tvoří ženy, které se s těhotenskou ztrátou nesetkaly, 417 žen, tedy 69,5 %. Ze skupiny žen, které potratily, jich je nejvíce s jedním potratem a to 24 %. Dva potraty mělo 32 žen a tři a více potratů pouze necelá 2 %, celkem 8 žen.

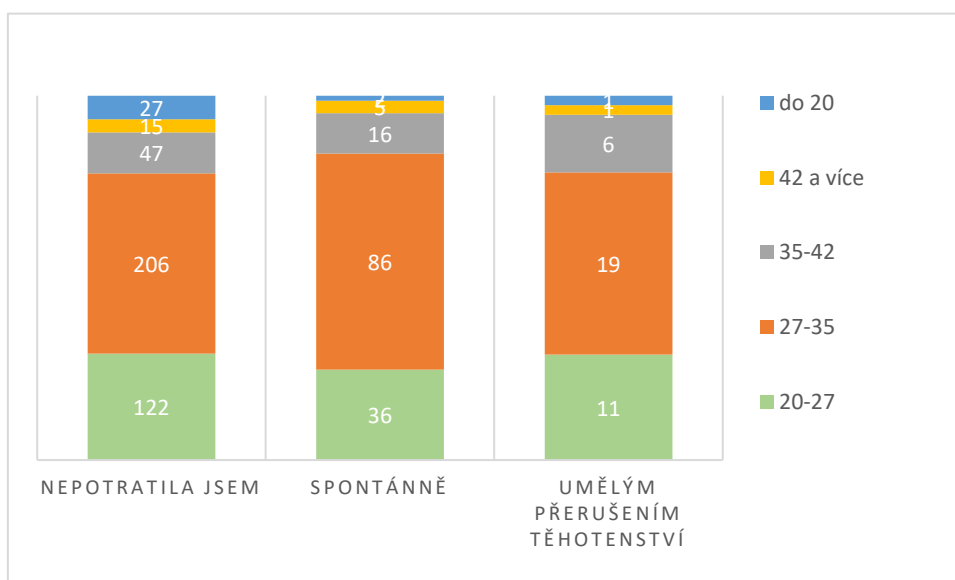
Otázka č. 4-K potratu došlo spontánně nebo umělým přerušením těhotenství?



Graf č. 4

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nepotratila jsem	417	69,50 %
Spontánně	145	24,17 %
Umělým přerušením těhotenství	38	6,33 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 4



Graf č. 5

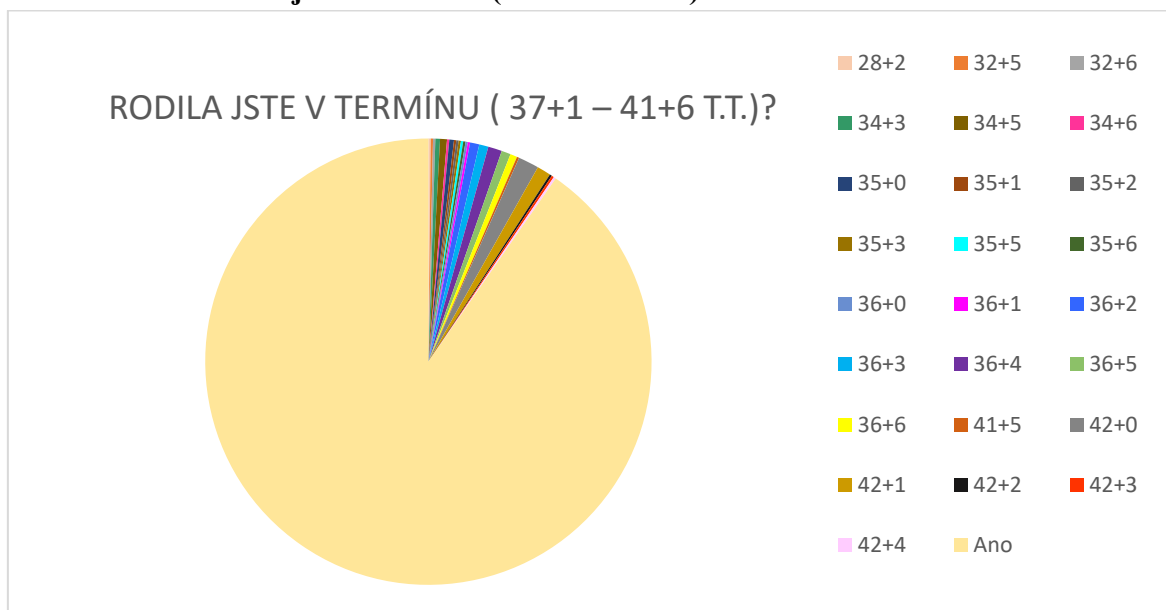
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	2	6,67 %
20 – 27	169	36	21,30 %
27 – 35	311	86	27,65 %
35 – 42	69	16	23,19 %
42 a více	21	5	23,81 %
	600	145	24,17 %

Tabulka č. 5

Z otázky č. 4 vyplývá, že ze 183 žen 145 žen potratilo spontánně a 38 žen umělým přerušením těhotenství.

V tabulce č.5 vidíme také vztah mezi věkem a spontánním potratem. Nejvíce spontánních potratů s hodnotou 27,65 % se objevuje ve věkové kategorii 27-35 let.

Otázka č. 5 – Rodila jste v termínu (37+1-41+6 t.t.)?

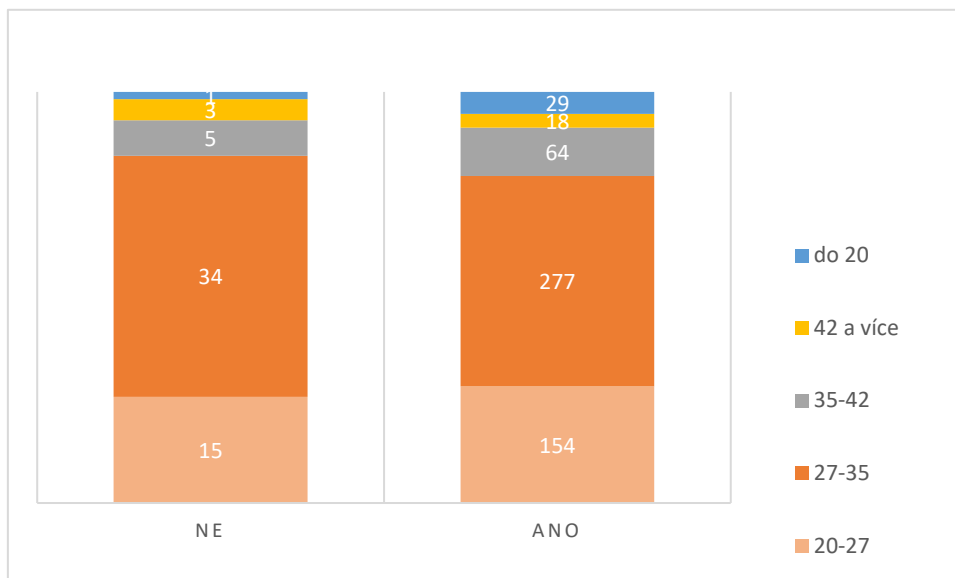


Graf č. 6

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
28+2	1	0,17 %
32+5	1	0,17 %
32+6	1	0,17 %
34+3	2	0,33 %
34+5	3	0,50 %
34+6	1	0,17 %
35+0	2	0,33 %
35+1	1	0,17 %
35+2	1	0,17 %
35+3	1	0,17 %
35+5	1	0,17 %
35+6	1	0,17 %
36+0	1	0,17 %
36+1	1	0,17 %
36+2	4	0,67 %
36+3	4	0,67 %
36+4	6	1,00 %
36+5	4	0,67 %
36+6	3	0,50 %
41+5	1	0,17 %
42+0	9	1,50 %
42+1	6	1,00 %
42+2	1	0,17 %
42+3	1	0,17 %

42+4	1	0,17 %
Ano	542	90,33 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 6



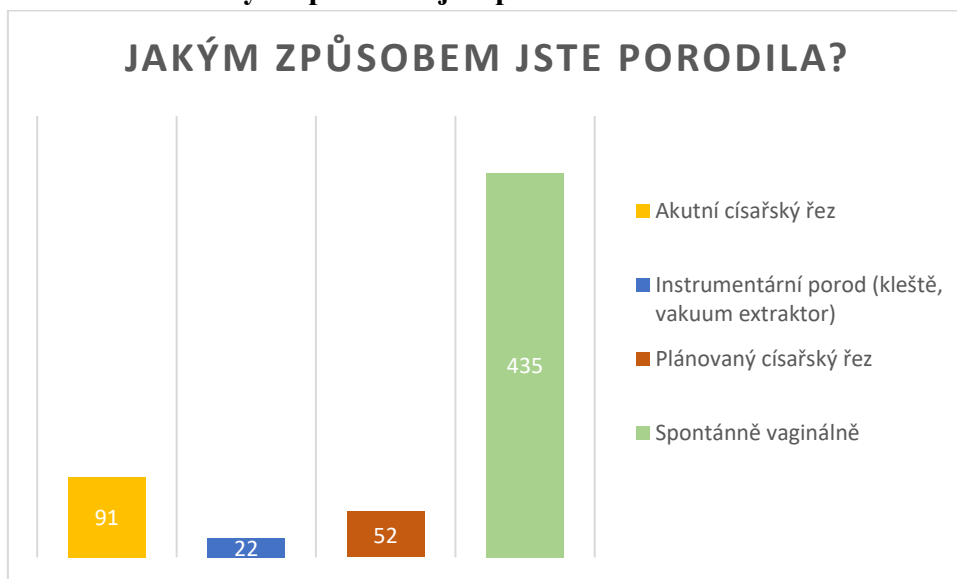
Graf č. 7

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	1	3,33 %
20-27	169	15	8,88 %
27-35	311	34	10,93 %
35-42	69	5	7,25 %
42 a více	21	3	14,29 %
	600	58	9,67 %

Tabulka č. 7

Nejvíce bylo žen, které porodily v termínu, až 90 %. Z 10 % žen, které rodily mimo termín porodu, byla nejpočetnější skupina 42+0 t.t s počtem 9. Se stejným počtem (6 žen) je zaznamenán 42+1 t.t. a 36+4 t.t. 4 ženy zastupují 36+2 t.t., 36+3 t.t. a 36+5 t.t. V těhotenském týdnu 34+5 t.t a 36+6 t.t porodily 3 ženy. 35+0 t.t. porodily pouze 2 ženy. Z tabulky č.7 vyplývá, že mimo termín porodu rodilo nejvíce žen z věkové kategorie 42 a více, což představuje 14,29 %.

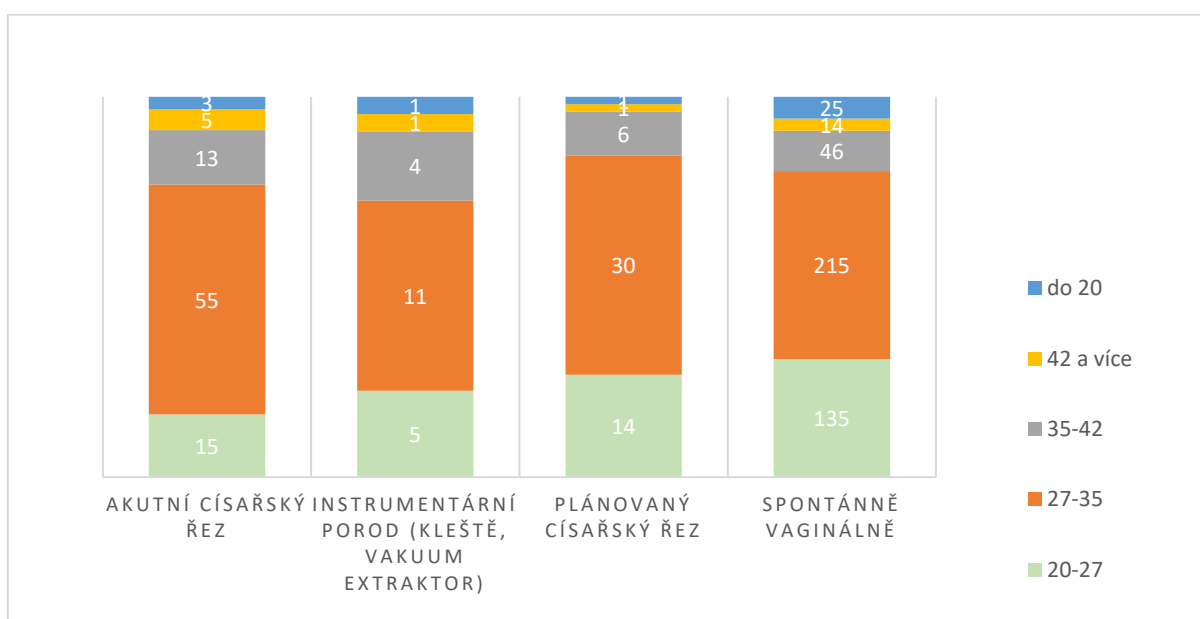
Otázka č. 6 – Jakým způsobem jste porodila?



Graf č. 8

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Akutní císařský řez	91	15,17 %
Instrumentální porod	22	3,67 %
Plánovaný císařský řez	52	8,67 %
Spontánně vaginálně	435	72,50 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 8



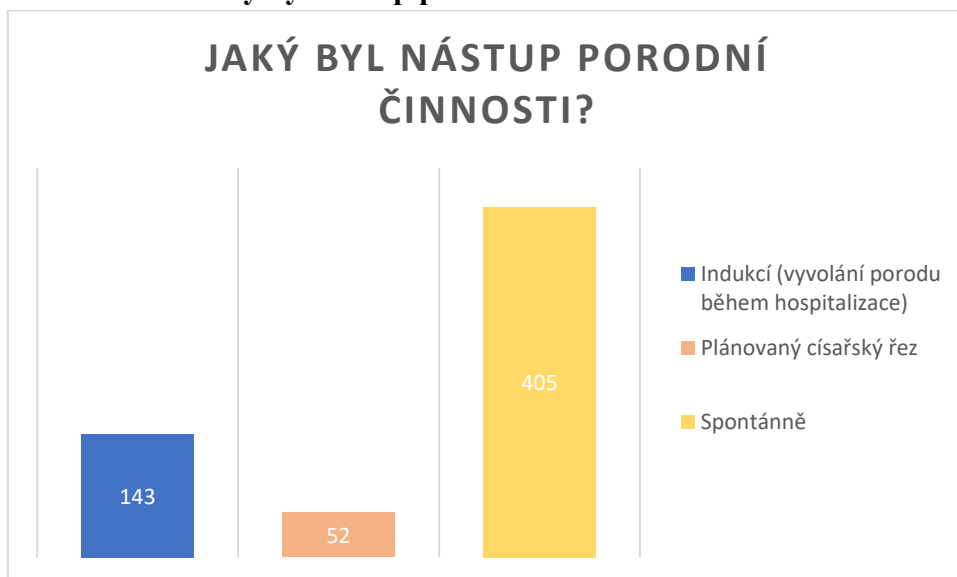
Graf č. 9

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	3	10,00 %
20-27	169	15	8,88 %
27-35	311	55	17,68 %
35-42	69	13	18,84 %
42 a více	21	5	23,81 %
	600	91	15,17 %

Tabulka č. 9

Nejvíce žen patří do skupiny spontánního vaginálního porodu s počtem 435, tedy 72,5 %. Druhou početnou skupinou je akutní císařský řez s počtem 91. Plánovaný císařský řez proběhl u 52 žen. Pouze u 22 žen (necelá 4 %) byl porod proveden instrumentálně. V tabulce č.9 vidíme, že nejpočetnější kategorií s výskytem akutních císařských řezů je skupina ve věku 42 a více let s hodnotou 23,81 %.

Otázka č. 7 – Jaký byl nástup porodní činnosti?



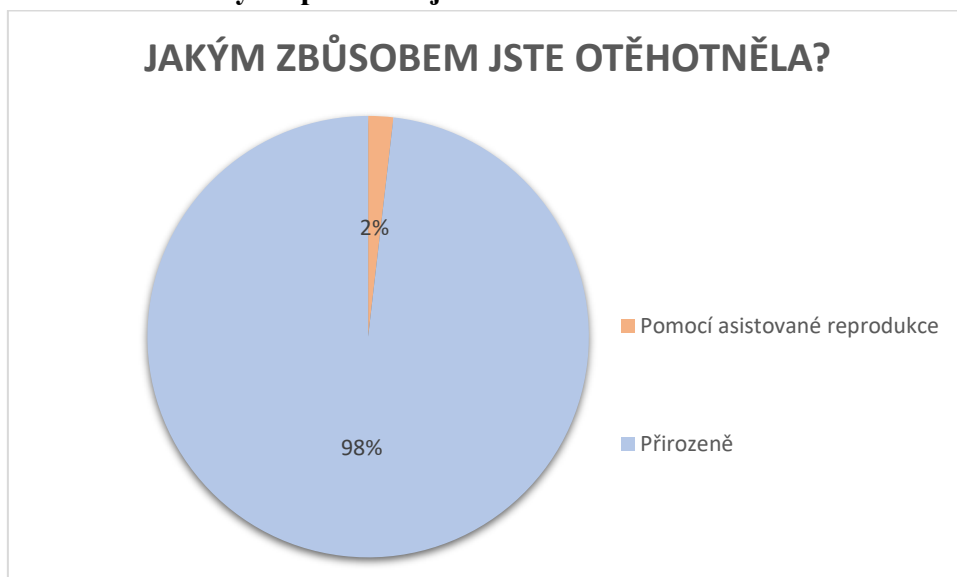
Graf č. 10

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Indukcí	143	23,83 %
Plánovaný císařský řez	52	8,67 %
Spontánně	405	67,50 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

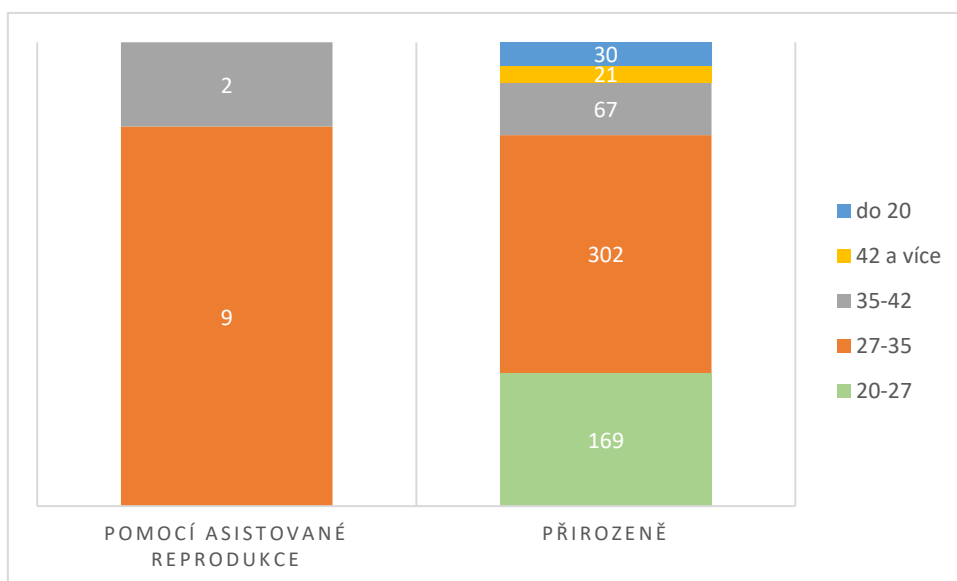
Tabulka č. 10

V této otázce se zabývám tím, zda byl nástup porodní činnosti spontánní nebo indukovaný. U 32 žen proběhl porod plánovaných císařským řezem, proto jejich odpovědi nezařazuji. Z celkového počtu, který činí 548 žen, proběhl nástup porodní činnosti spontánně u 405 žen (67,50 %). U 143, tedy necelých 24 %, došlo k indukci.

Otázka č.8 – Jakým způsobem jste otěhotněla?



Graf č. 11



Graf č. 12

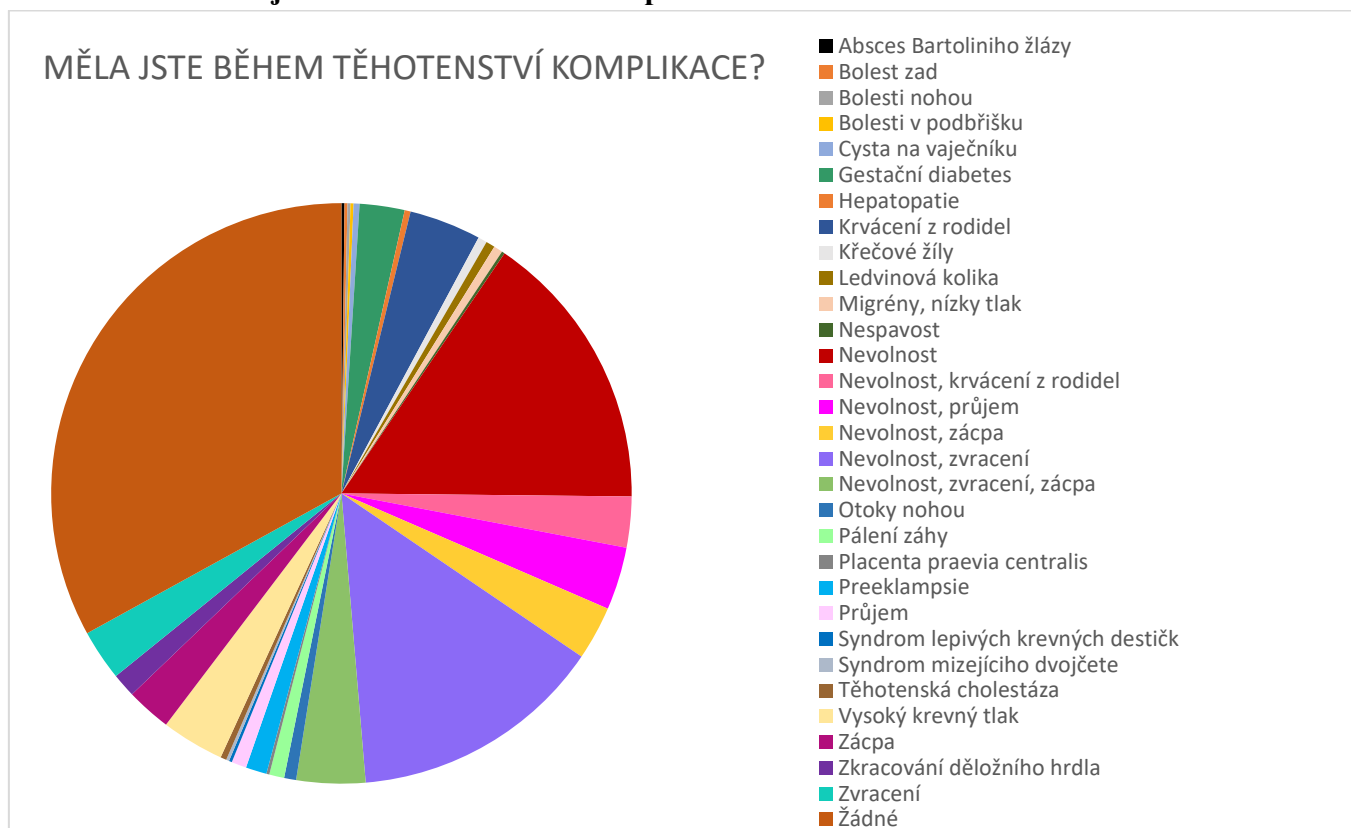
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	0	0,00 %
20–27	169	0	0,00 %
27–35	311	9	2,89 %
35–42	69	2	2,90 %
42 a více	21	0	0,00 %
	600	11	1,83 %

Tabulka č. 10

Na tuhle otázku odpovídalo 11 žen, které otěhotněly prostřednictvím asistované reprodukce. Zbýlých 98 % otěhotnělo přirozeně.

Z tabulky č.10 vyplývá, že ve věkové kategorii 35-42 let se vyskytly kladné odpovědi ohledně otěhotnění prostřednictvím asistované reprodukce. Představuje to 2,9 %

Otázka č. 9 – Měla jste během těhotenství komplikace?

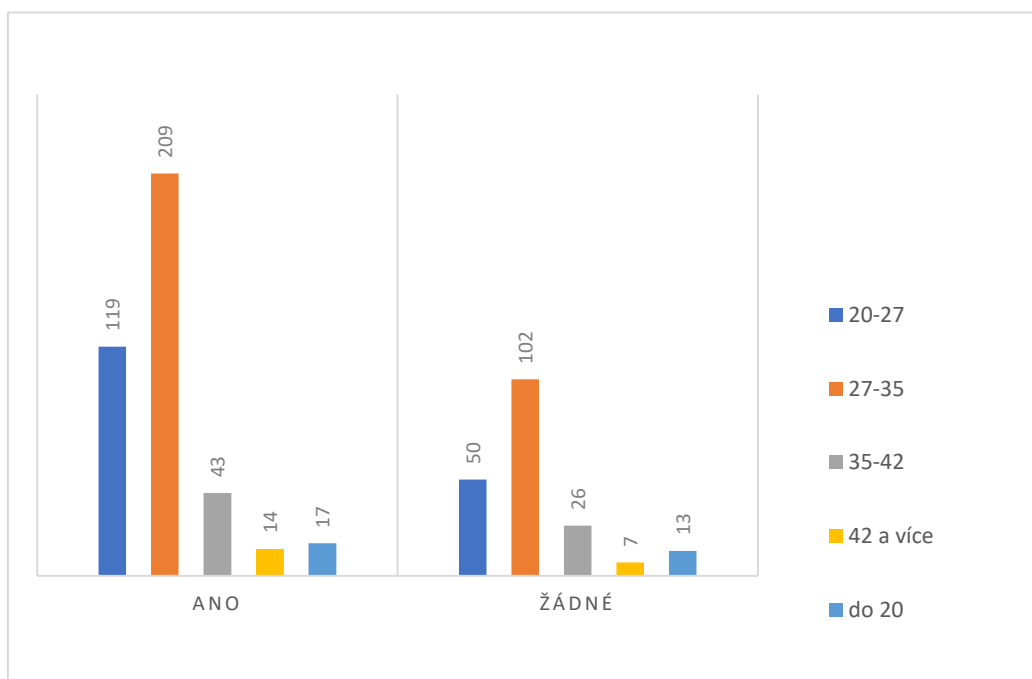


Graf č. 13

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Absces Bartoliniho žlázy	1	0,17 %
Bolest zad	1	0,17 %
Bolesti nohou	1	0,17 %
Bolesti v podbřišku	1	0,17 %
Cysta na vaječníku	2	0,33 %
Gestační diabetes	15	2,50 %
Hepatopatie	2	0,33 %
Krvácení z rodidel	24	4,00 %
Křečové žíly	3	0,50 %
Ledvinová kolika	3	0,50 %
Migrény, nízký tlak	3	0,50 %
Nespavost	1	0,17 %
Nevolnost	94	15,67 %
Nevolnost, krvácení z rodidel	17	2,83 %
Nevolnost, průjem	21	3,50 %
Nevolnost, zácpa	18	3,00 %
Nevolnost, zvracení	86	14,33 %
Nevolnost, zvracení, zácpa	23	3,83 %
Otoky nohou	4	0,67 %

Pálení záhy	5	0,83 %
Placenta praevia centralis	1	0,17 %
Preeklampsie	7	1,17 %
Průjem	5	0,83 %
Syndrom lepivých krevných destiček	1	0,17 %
Syndrom mizejícího dvojčete	1	0,17 %
Těhotenská cholestáza	2	0,33 %
Vysoký krevný tlak	21	3,50 %
Zácpa	15	2,50 %
Zkracování děložního hrdla	9	1,50 %
Zvracení	17	2,83 %
Žádné	196	32,67 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 11



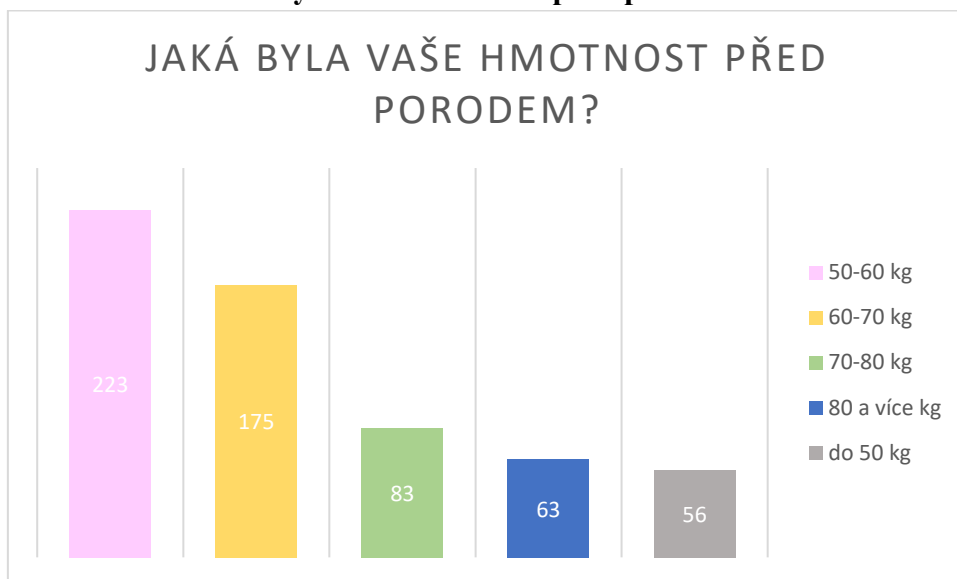
Graf č. 14

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	17	6,67 %
20-27	169	119	21,30 %
27-35	311	209	27,65 %
35-42	69	43	23,19 %
42 a více	21	14	23,81 %
	600	402	24,17 %

Tabulka č. 12

Tato otázka se zaměřuje pouze na komplikace, nikoli na období těhotenství. Z celkového počtu 600 na dotaz, zda měly v době těhotenství komplikace, odpovědělo 196 žen, že žádné komplikace neměly. Zbývajících 67 % žen trpělo během těhotenství nějakou komplikací. Necelých 16 %, což představuje 94 žen, mělo během těhotenství nevolnost. 86 žen, 14 % trpělo nevolností i zvracením. Další komplikací, která se vyskytla u 24 žen, bylo krvácení. U 23 žen se objevila kombinace nevolnosti, zvracení a zácpy. Stejný počet respondentek, a to 21, zmínil nevolnost, průjem a vysoký krevní tlak. Nevolnost společně se zácpou trápila 18 žen. Symptomy jako zvracení a nevolnost společně s krvácením postihlo 17 žen. S počtem 15 se vyskytl gestační diabetes a zácpa. Zkracování děložního hrdla zmiňuje 9 žen. 7 žen udává preeklampsii. U 5 žen se vyskytl průjem a pálení žáhy. 4 ženy trápily otoky. Křečové žíly, ledvinová kolika a migréna společně s nízkým tlakem se vyskytly u 3 žen. Pouze u 2 žen se objevila hepatopatie, těhotenská cholestáza a cysta na vaječníku. Absces Bartoliniho žlázy, bolesti zad, bolesti nohou, bolesti v podbřišku, nespavost, placentu praevia, syndrom lepivých krevních destiček a syndrom mizejícího dvojčete udává vždy pouze jedna žena. Podle tabulky č.12 vidíme, že s největším procentuálním zastoupením (27,65 %) se komplikace během těhotenství vyskytly u skupiny ve věku 27-35 let.

Otázka č.10 – Jaká byla Vaše hmotnost před porodem?



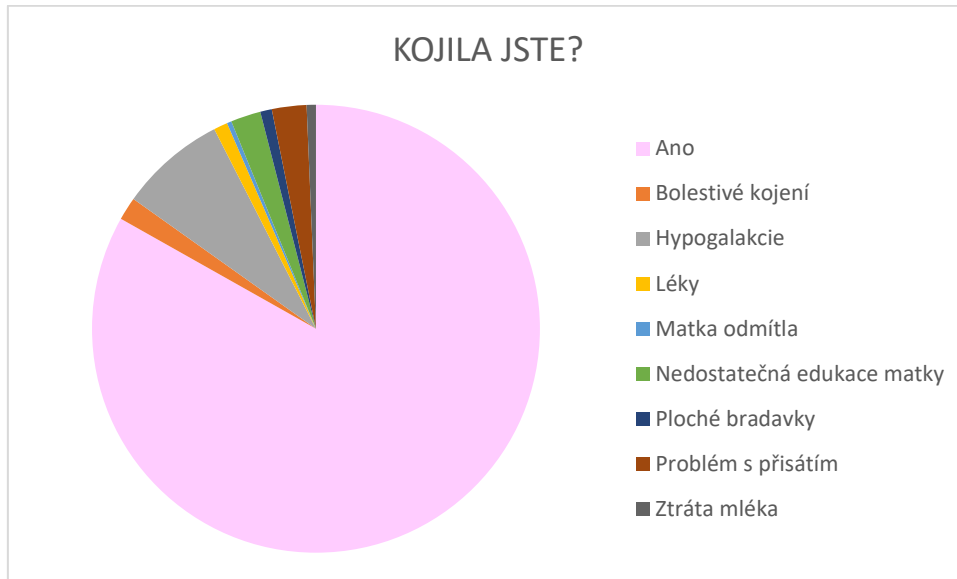
Graf č. 15

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 50 kg	56	9,33 %
50-60 kg	223	37,17 %
60-70 kg	175	29,17 %
70-80 kg	83	13,83 %
80 a více kg	63	10,50 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 13

Z grafu vyplývá, že nejpočetnější skupinou s počtem 223 je kategorie 50-60 kg. 175 žen mělo před porodem váhu 60-70 kg. S váhou 70-80 kg bylo 83 žen. S předporodní váhou 80 a více kg bylo zaznamenáno 63 žen. V kategorii s váhou nižší než 50 kg bylo 56 žen.

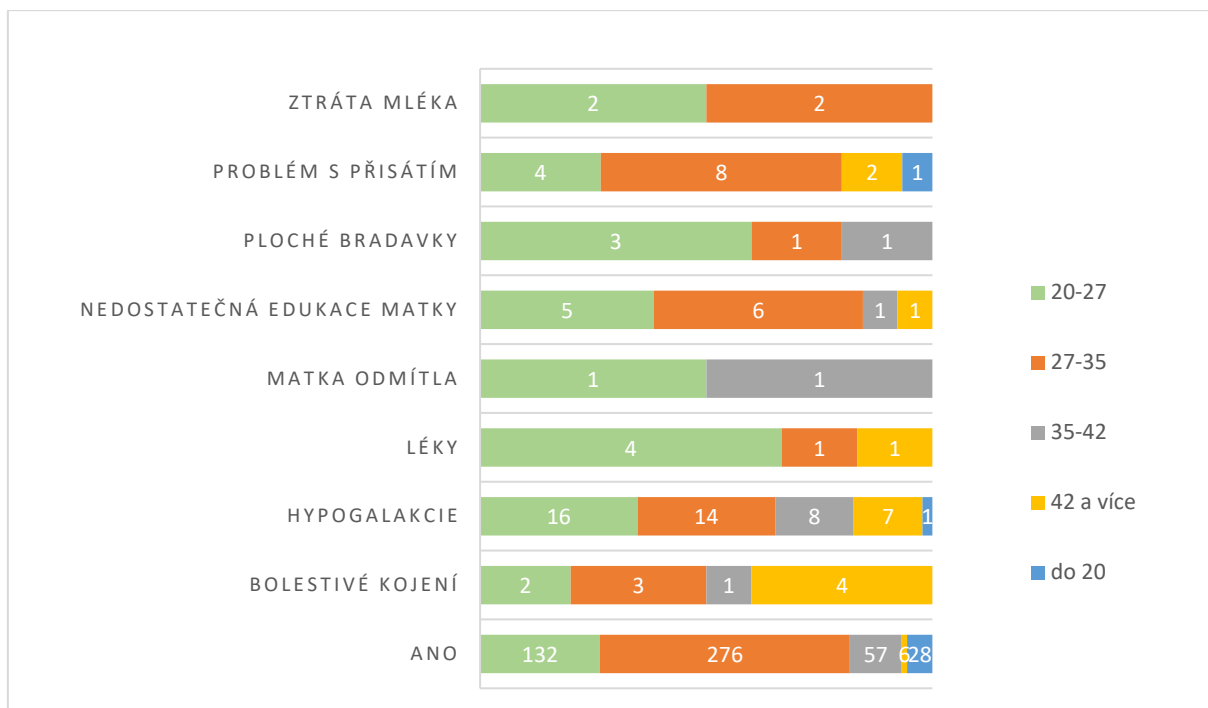
Otázka č.11 – Kojila jste?



Graf č. 16

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	499	83,17 %
Bolestivé kojení	10	1,67 %
Hypogalaktie	46	7,67 %
Léky	6	1,00 %
Matka odmítla	2	0,33 %
Nedostatečná edukace matky	13	2,17 %
Ploché bradavky	5	0,83 %
Problém s přisátím	15	2,50 %
Ztráta mléka	4	0,67 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 14



Graf č. 17

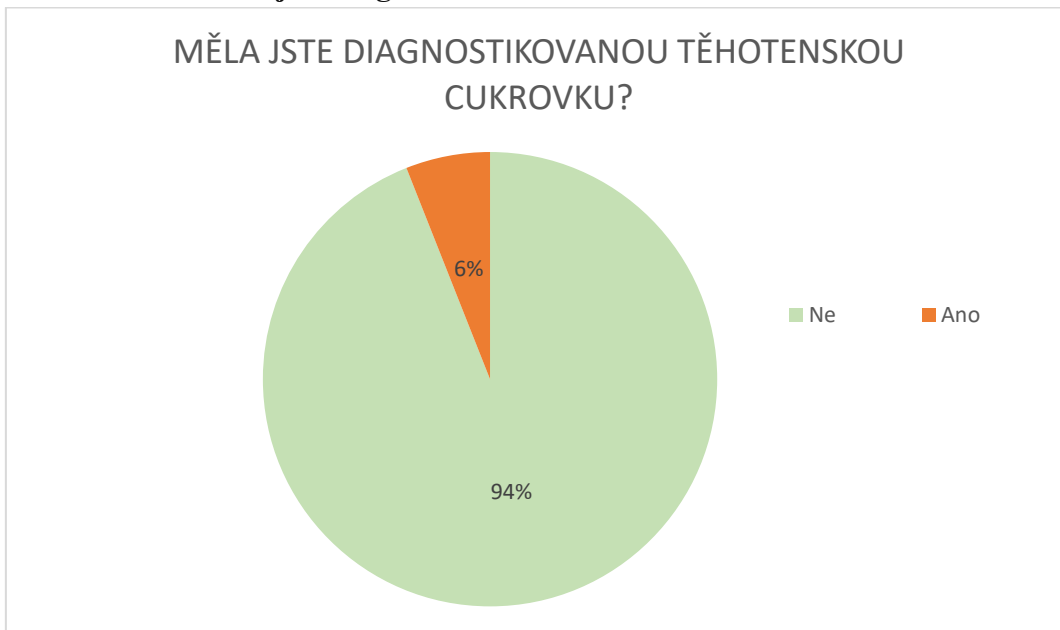
Kojení		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
Kojení	do 20	30	28	93,33 %
	20-27	169	132	78,11 %
	27-35	311	276	88,75 %
	35-42	69	57	82,61 %
	42 a více	21	6	28,57 %
		600	499	83,17 %
Ztráta mléka		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	0	0,00 %
	20-27	169	2	1,18 %
	27-35	311	2	0,64 %
	35-42	69	0	0,00 %
	42 a více	21	0	0,00 %
	600	4	0,67 %	
Problém s přisátím		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	1	3,33 %
	20-27	169	4	2,37 %
	27-35	311	8	2,57 %
	35-42	69	0	0,00 %
	42 a více	21	2	9,52 %
	600	15	2,50 %	
Ploché bradavky		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	0	0,00 %

	20-27	169	3	1,78 %
	27-35	311	1	0,32 %
	35-42	69	1	1,45 %
	42 a více	21	0	0,00 %
		600	5	0,83 %
Nedostatečná edukace matky		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	0	0,00 %
	20-27	169	5	2,96 %
	27-35	311	6	1,93 %
	35-42	69	1	1,45 %
	42 a více	21	1	4,76 %
		600	13	2,17 %
Matka odmítla		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	0	0,00 %
	20-27	169	1	0,59 %
	27-35	311	0	0,00 %
	35-42	69	1	1,45 %
	42 a více	21	0	0,00 %
		600	2	0,33 %
Léky		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	0	0,00 %
	20-27	169	4	2,37 %
	27-35	311	1	0,32 %
	35-42	69	0	0,00 %
	42 a více	21	1	4,76 %
		600	6	1,00 %
Hypogalaktie		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	1	3,33 %
	20-27	169	16	9,47 %
	27-35	311	14	4,50 %
	35-42	69	8	11,59 %
	42 a více	21	7	33,33 %
		600	46	7,67 %
Bolestivé kojení		Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
	do 20	30	0	0,00 %
	20-27	169	2	1,18 %
	27-35	311	3	0,96 %
	35-42	69	1	1,45 %
	42 a více	21	4	19,05 %
		600	10	1,67 %

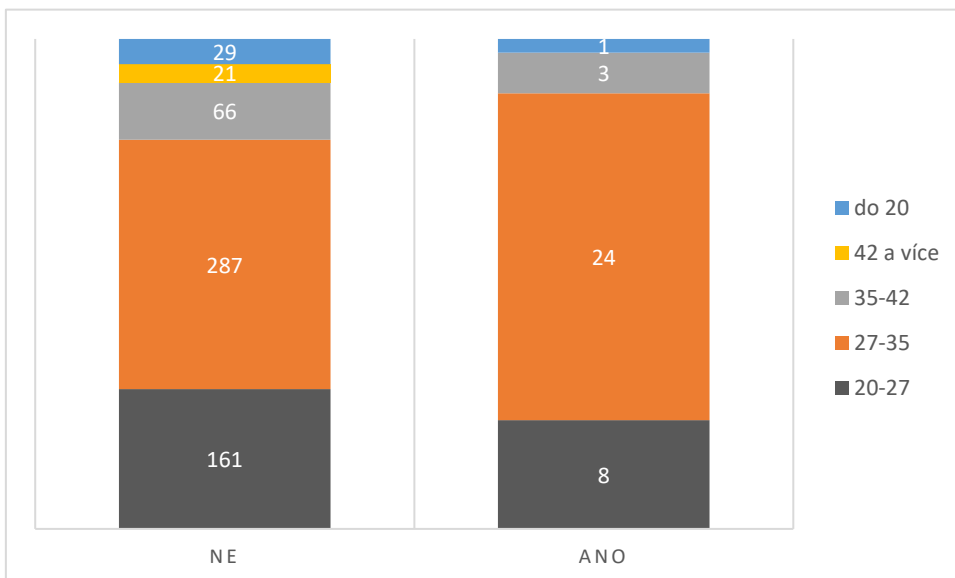
Tabulka č. 15

Na otázku odpovědělo 499 žen (83 %) kladně. Zbývajících 17 % žen nekojilo. Nejčastějším problémem (u 46 žen) byla hypogalaktie. Další komplikací u 15 žen byl problém s přísátím. 13 žen uvedlo, že byly personálem nedostatečně edukovány. Bolestivé kojení bylo důvodem u 10 žen. 6 žen uvedlo, že kojení nebylo možné kvůli farmaceutické léčbě. Ploché bradavky znemožnily kojení u 5 žen a úplná ztráta mléka u 4. Ve dvou případech matka kojení odmítla. V tabulce č.15 je uveden vzájemný vztah věku a kojení. Nejvíce žen kojilo ve skupině do 20 let, 93,33 %. Ztrátu mléka uvádí nejvíce žen z kategorie 20-27 let a to 1,18 %. Problém s přísátím trápil nejvíce ženy ve věku 42 a více let, 9,52 %. Ploché bradavky udávají zejména ženy z kategorie 20-27 let s procentuálním zastoupením 1,78%. Jako další komplikací, a to nedostatečnou edukaci, uvádějí ženy z kategorie 42 a více let, 4,47 %. Léky byly důvodem pro ukončení kojení u žen 42 a více let, 4,46 %. Hypogalaktii udává převaha žen ve věku 42 a více let s 33,33 %. Bolestivé kojení se vyskytlo převážně u žen 42 a více let, 19,05 %.

Otázka č.12 – Měla jste diagnostikovanou těhotenskou cukrovku?



Graf č. 18



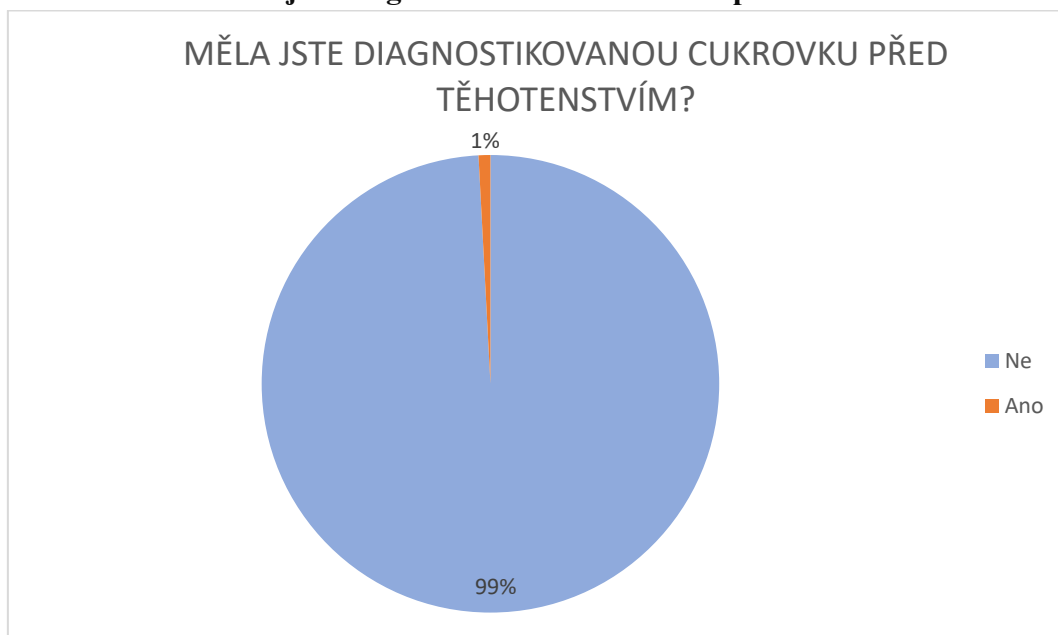
Graf č. 19

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	1	3,33 %
20-27	169	6	3,55 %
27-35	311	24	7,72 %
35-42	69	3	4,35 %
42 a více	21	0	0,00 %
	600	34	5,67 %

Tabulka č. 16

Z tabulky vyplývá, že těhotenskou cukrovku mělo diagnostikováno pouze 36 žen, což představuje 6 %. Zbýlých 566 žen se v tomto těhotenství s cukrovkou nepotýkalo. Z tabulky č.16 vyplývá, že nejvíce žen s těhotenskou cukrovkou bylo ve skupině ve věku 27-35 let a to 7,72 %.

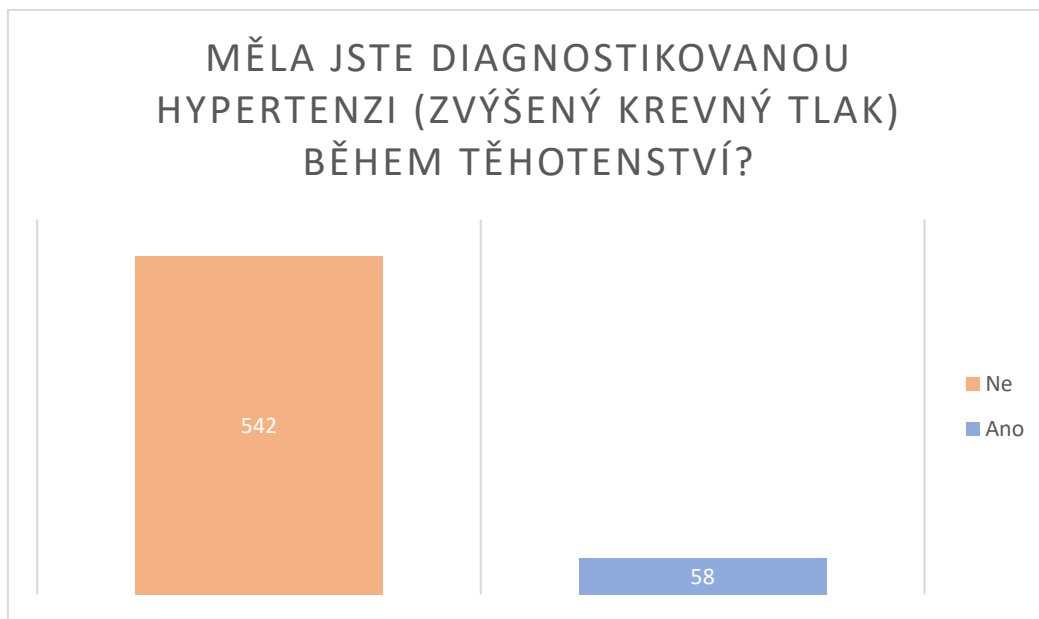
Otázka č. 13 – Měla jste diagnostikovanou cukrovku před těhotenstvím?



Graf č. 20

Z této otázky vyplývá, že pouze 5 žen, necelé 1 % z celkového počtu trpělo tímto onemocněním již před těhotenstvím.

Otázka č.14 – Měla jste diagnostikovanou hypertenzi (zvýšený krevný tlak) během těhotenství?



Graf č. 21

Z celkového počtu 600 žen mělo hypertenzi diagnostikovanu 58 žen. Většina žen hypertenzi neuvádí.

Otázka č.15 - Kouřila a pila jste alkohol během těhotenství?



Graf č. 22

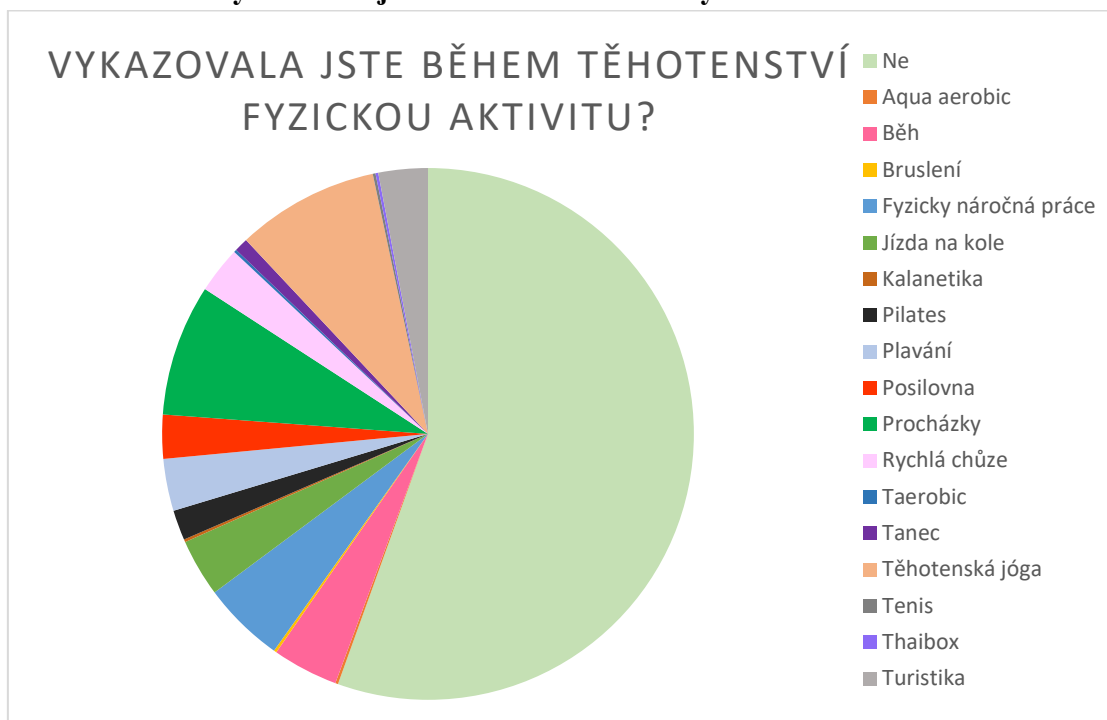
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	557	92,83 %
Alkohol během celého těhotenství	9	1,50 %
Alkohol během prvního trimestru	2	0,33 %
Alkohol během třetího trimestru	1	0,17 %
Alkohol i kouření během prvního trimestru	5	0,83 %
Kouření během celého těhotenství	15	2,50 %
Kouření během prvního trimestru	10	1,67 %
Kouření i alkohol během celého těhotenství	1	0,17 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 17

Tato otázka zjišťuje, zda ženy během těhotenství konzumovaly alkohol nebo kouřily, a v jakém období. Druh alkoholu ani množství užití nebylo specifikováno. U 92 % žen byla odpověď na otázku záporná. 15 žen zastupuje odpověď, že kouřily během celého těhotenství. 10 žen kouřilo pouze během prvního trimestru, dokud o těhotenství nevěděly. Alkohol během celého těhotenství požívalo 8 žen. Pouze 3 ženy alkohol konzumovaly během prvního trimestru a jedna žena v třetím trimestru.

5 žen uvedlo, že konzumovaly alkohol i kouřily v době prvního trimestru těhotenství. Jenom jedna žena kouřila i pila alkohol během celého těhotenství.

Otázka č. 16 – Vykazovala jste během těhotenství fyzickou aktivitu?



Graf č. 23

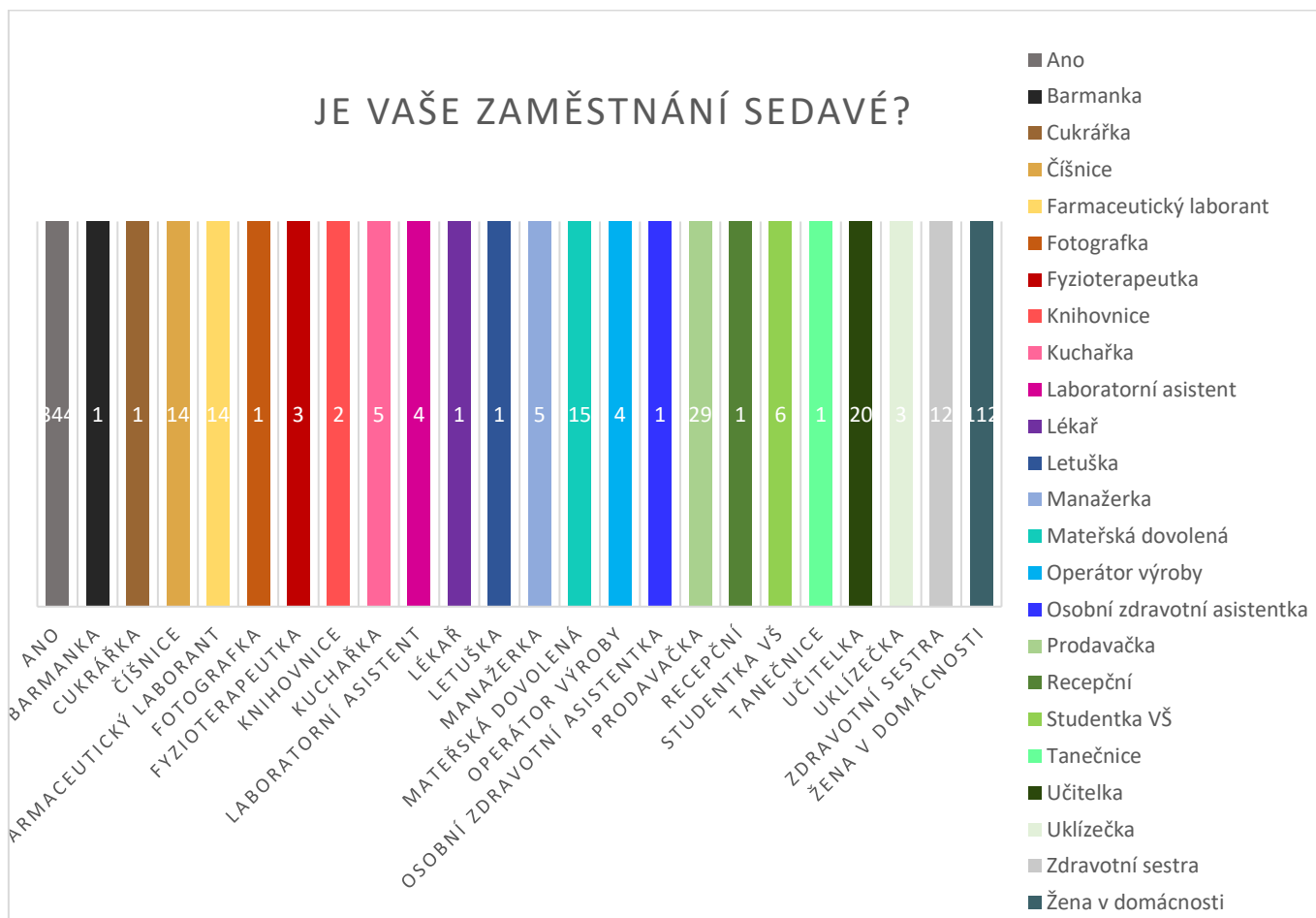
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	333	55,50 %
Aqua aerobic	1	0,17 %
Běh	24	4,00 %
Bruslení	1	0,17 %
Fyzicky náročná práce	30	5,00 %
Jízda na kole	21	3,50 %
Kalanetika	1	0,17 %
Pilates	11	1,83 %
Plavání	19	3,17 %
Posilovna	16	2,67 %
Procházky	48	8,00 %
Rychlá chůze	17	2,83 %
Taerobic	1	0,17 %
Tanec	5	0,83 %
Těhotenská jóga	52	8,67 %
Tenis	1	0,17 %
Thaibox	1	0,17 %
Turistika	18	3,00 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 18

Většina žen, což je 333 (55.5%), patří do skupiny, která během těhotenství žádnou fyzickou aktivitu nevykazovala. Avšak 30 žen (5 %) udává, že fyzickou aktivitu sice nevykonávaly, ale měly fyzicky náročnou práci. Proto je možné tyto ženy přiřadit k druhé skupině. Z toho vyplývá, že ve skupině, která fyzickou aktivitu během těhotenství měla, je 297 žen (49,5 %). Rozdíl mezi skupinou s fyzickou aktivitou a bez ní činí 6 žen.

Nejčastější aktivitou byla těhotenská jóga, 53 žen. Druhou početnou skupinou byly ženy, které chodily na procházky, 48 žen. 24 žen praktikovalo během těhotenství běh. Na kole jezdilo 21 žen. 19 žen upřednostnilo plavání. Turistiku zvolilo 18 žen. Rychlou chůzi během těhotenství zvolilo 17 žen. 16 žen lehce posilovalo v posilovně. Pilates byl oblíbený u 11 žen. U 5 žen byl oblíbený tanec. Aqua aerobic, kalanetika, bruslení, taerobic, tenis a thaibox byly zastoupeny jednou respondentkou.

Otázka č.17- Je Vaše zaměstnání sedavé?



Graf č. 24

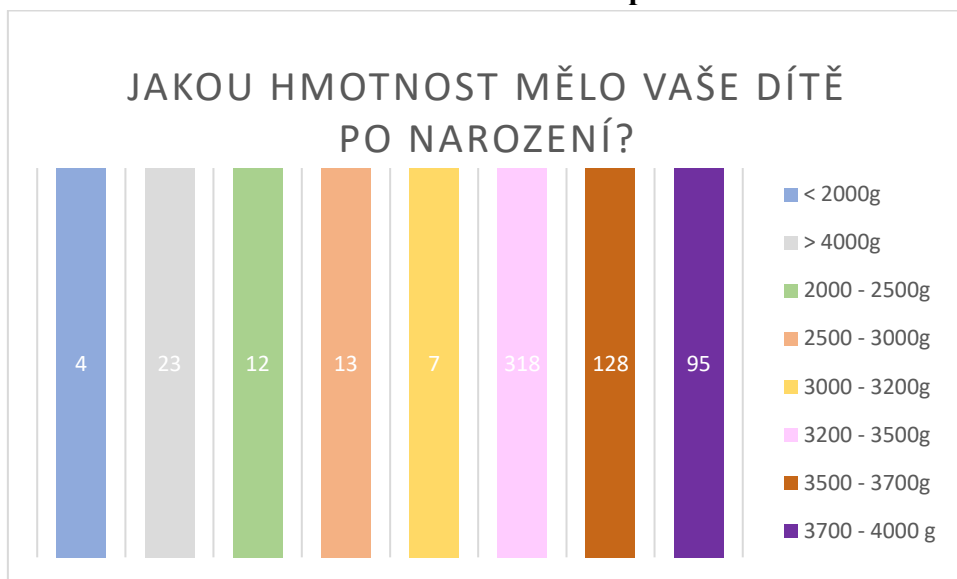
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	344	57,33 %
Barmanka	1	0,17 %
Cukrářka	1	0,17 %
Číšnice	14	2,33 %
Farmaceutický laborant	14	2,33 %
Fotografka	1	0,17 %
Fyzioterapeutka	3	0,50 %
Knihovnice	2	0,33 %
Kuchařka	5	0,83 %
Laboratorní asistent	4	0,67 %
Lékař	1	0,17 %
Letuška	1	0,17 %
Manažerka	5	0,83 %
Mateřská dovolená	15	2,50 %
Operátor výroby	4	0,67 %
Osobní zdravotní asistentka	1	0,17 %

Prodavačka	29	4,83 %
Recepční	1	0,17 %
Studentka VŠ	6	1,00 %
Tanečnice	1	0,17 %
Učitelka	20	3,33 %
Uklízečka	3	0,50 %
Zdravotní sestra	12	2,00 %
Žena v domácnosti	112	18,67 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 19

Z grafu vidíme, že 57 %, což je 344 žen, označilo zaměstnání během těhotenství jako sedavé. Druhou skupinu tvořilo necelých 43 % žen, které své zaměstnání specifikovaly. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy v domácnosti - 112, tedy necelých 19 %. S počtem 29 bylo na druhém místě zaměstnání prodavačky. 20 žen pracovalo jako učitelky. 15 žen bylo na mateřské dovolené. 14 žen pracovalo jako číšnice a farmaceutický laborant. 12 žen pracovalo jako zdravotní sestry. Studentky vysoké školy byly v počtu 6. 5 žen pracovalo jako kuchařky či manažerky. 4 byly operátorky výroby a laboratorní asistentky. Jako uklízečky a fyzioterapeutky pracovaly 3 ženy. 2 byly knihovnice a zbylých 8 pracovalo jako tanečnice, recepční, osobní zdravotní asistentka, letuška, lékařka, fotografka, barmanka a cukrářka.

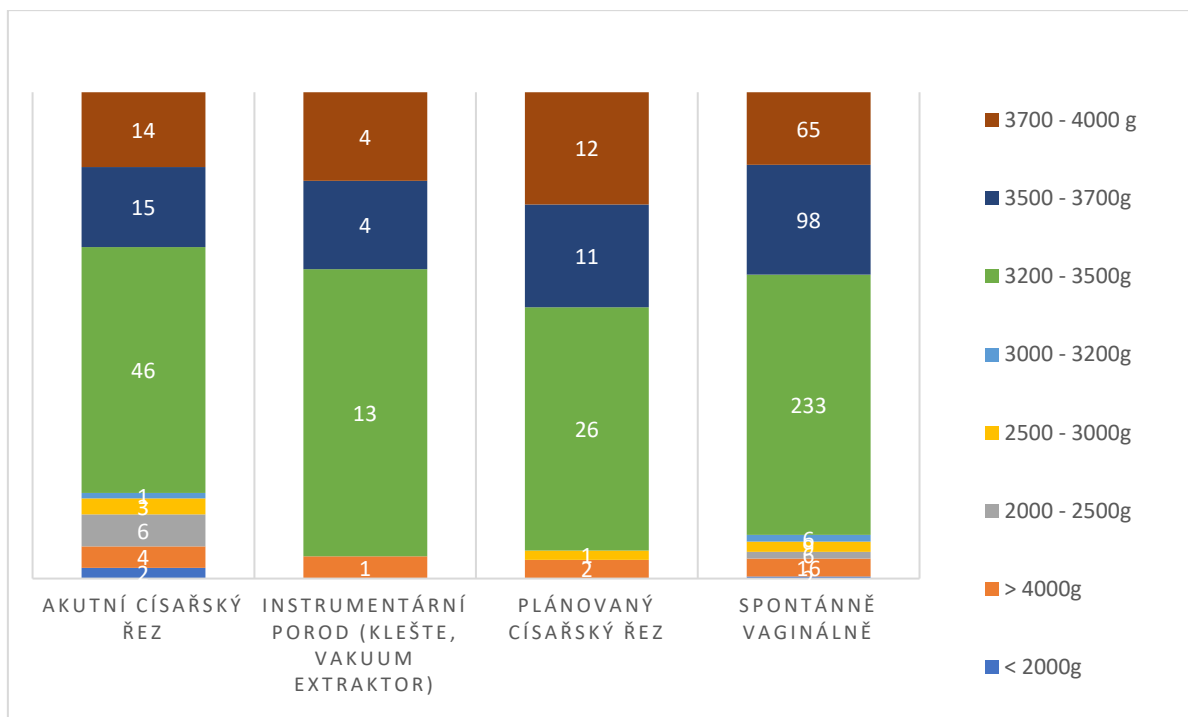
Otázka č. 18–Jakou hmotnost mělo Vaše dítě po narození?



Graf č. 25

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
< 2000 g	4	0,67 %
> 4000 g	23	3,83 %
2000–2500 g	12	2,00 %
2500–3000 g	13	2,17 %
3000–3200 g	7	1,17 %
3200–3500 g	318	53,00 %
3500–3700 g	128	21,33 %
3700–4000 g	95	15,83 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 20



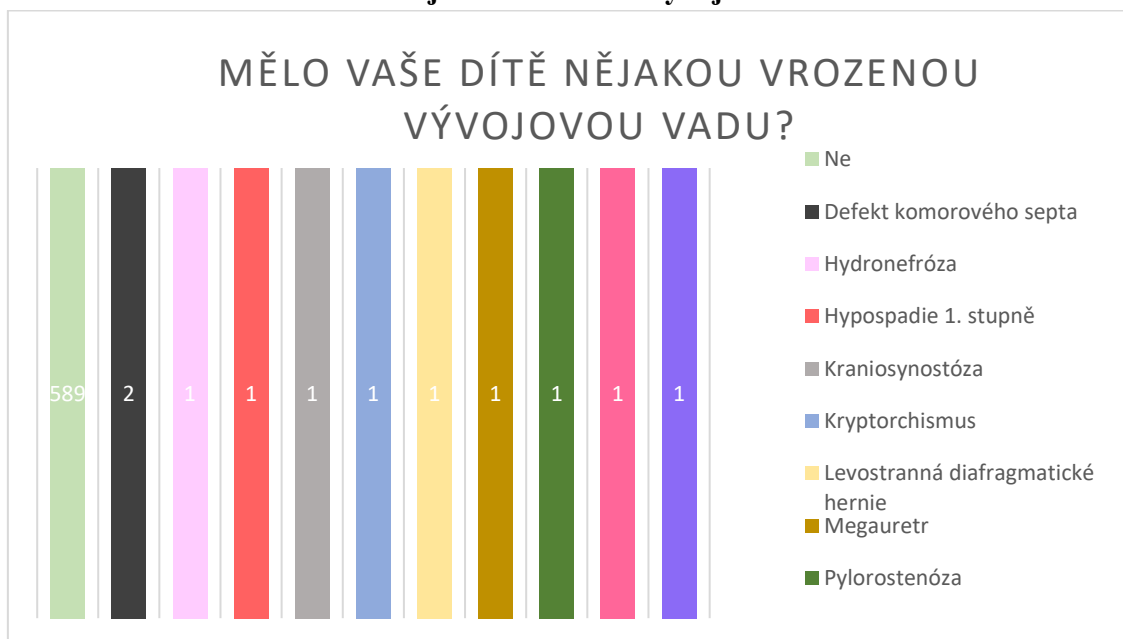
Graf č. 26

	Spontánně vaginálně		Akutní císařský řez	
< 2000 g	2	0,46 %	2	2,20 %
2000–2500 g	6	1,38 %	6	6,59 %
2500-3000 g	9	2,07 %	3	3,30 %
3000-3200 g	6	1,38 %	1	1,10 %
3200-3500 g	233	53,56 %	46	50,55 %
3500-3700 g	98	22,53 %	15	16,48 %
3700-4000 g	65	14,94 %	14	15,38 %
> 4000 g	16	3,68 %	4	4,40 %
	435	100,00 %	91	100,00 %

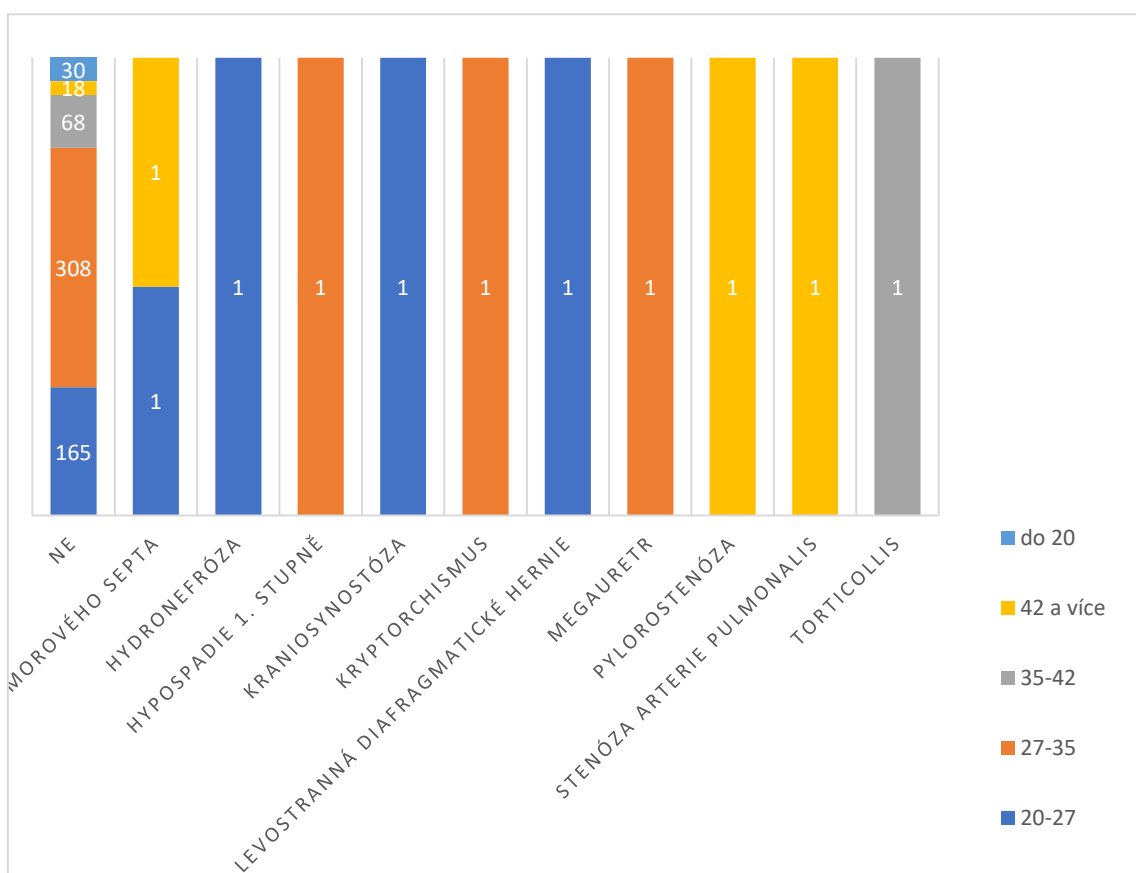
Tabulka č. 21

Největší skupinu (53 %) tvořily děti v počtu 318 narozené s váhou 3200–3500 g. Druhou početnou skupinou byla váha 3500–3700 g u 128 dětí. U 95 dětí byla váha 3700–4000 g. Váhu nad 4000 g mělo 23 dětí. U 13 dětí byla váha 2500–3000 g. S váhou 2000–2500 g se narodilo 12 dětí. U 7 dětí byla zaznamenána váha 3000–3200 g. Váhu pod 2000 g měly pouze 4 děti. V tabulce č. 21 vidíme vztah mezi porodní hmotností dítěte a porodem akutním císařským řezem. Nejvíce akutních císařských řezů představují děti narozené s porodní hmotností 3200–3500 g, 50,55 %.

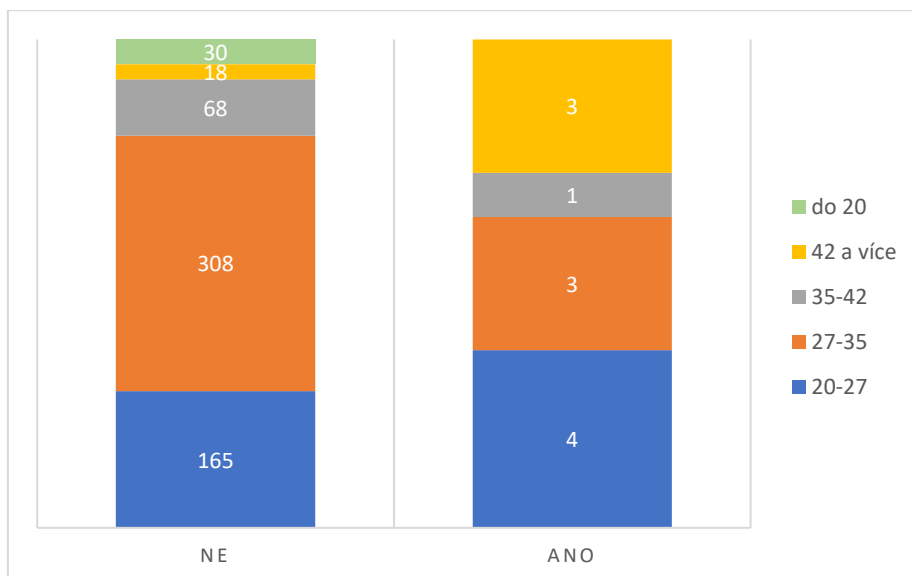
Otázka č.19–Mělo Vaše dítě nějakou vrozenou vývojovou vadu?



Graf č. 27



Graf č. 28



Graf č. 29

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	0	0,00 %
20-27	169	4	2,37 %
27-35	311	3	0,96 %
35-42	69	1	1,45 %
42 a více	21	3	14,29 %
	600	11	1,83 %

Tabulka č. 22

Z celkového počtu 600 uvádí pouze 11 žen vývojovou vadu dítěte. U dvou dětí se vyskytl defekt komorového septa. Ostatní vady se projeví vždy u jednoho dítěte. Uvedené vady byly hypospadie 1. stupně, kraniosynostóza, levostranná diafragmatické hernie, megauretr, kryptorchismus, pylorostenóza, stenóza arterie pulmonalis, hydronefróza, torticollis. S procentuální mírou 14,29 % je patrné, že ve věku 42 a více let se vrožené vývojové vady vyskytly nejčastěji.

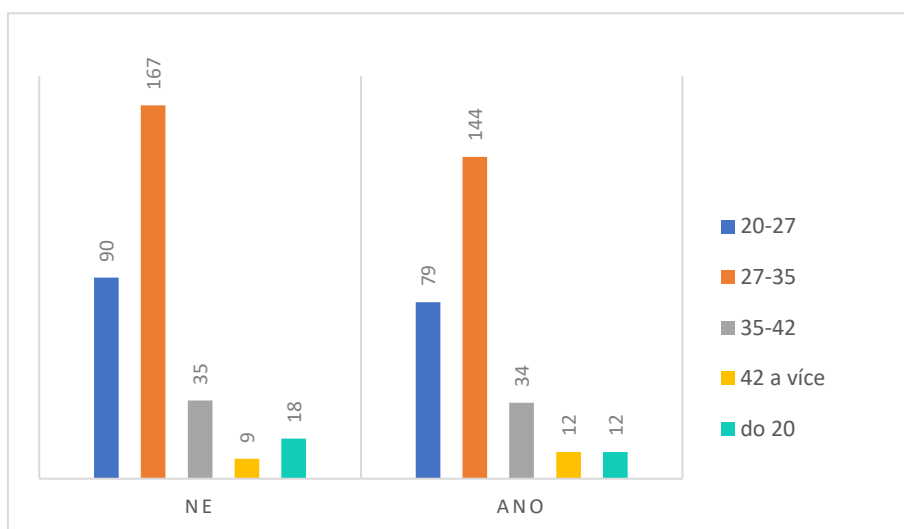
Otázka č.20–Mělo Vaše dítě novorozeneckou žloutenku?



Graf č. 30

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	281	46,83 %
Ne	319	53,17 %
Celkem respondentek	600	100,00 %

Tabulka č. 23



Graf č. 31

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Procentuální míra
do 20	30	12	6,67 %
20-27	169	79	21,30 %
27-35	311	144	27,65 %
35-42	69	34	23,19 %
42 a více	21	12	23,81 %
	600	281	24,17 %

Tabulka č. 24

Z otázky je patrné, že 53 % dětí novorozeneckou žloutenku nemělo. U necelých 47 % dětí se žloutenka vyskytla. V tabulce č. 24 je zaznamenán vliv věku matky na novorozeneckou žloutenku. S největší procentuální mírou 27,65 % se vyskytla u dětí žen ve věkové kategorii 27-35 let.

7 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č.1: Předpokládám, že vyšší věk ženy má za následek vyšší procento potratu.

Z odpovědí na otázku č.4 vyplývá, že nejvíce spontánních potratů se objevuje ve věkové kategorii 27-35 let s procentuálním zastoupením 27,65 %. Avšak hypotézu č. 1 není možné potvrdit ani vyvrátit, protože do výzkumu bylo zapojeno malé množství žen ve vyšším věku.

Hypotéza č.2: Předpokládám, že vyšší věk ženy způsobuje více porodů akutním císařským řezem.

Riziko akutního císařského řezu je nejvyšší u skupiny žen 42 a více let, a to v 23,81 %.

Hypotéza č. 2, že vyšší věk ženy způsobuje více porodů akutním císařským řezem se potvrdila.

Hypotéza č.3: Předpokládám, že vyšší věk ženy způsobuje více komplikací v těhotenství.

Na základě otázky č.8 jsem zjišťovala, zda má věk žen vliv na komplikace v těhotenství. Opět jako v hypotéze č. 1 k objektivnímu posouzení je zapotřebí větší vzorek žen ve vyšším věku.

Proto nelze hypotézu jednoznačně vyvrátit ani potvrdit.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že vyšší věk ženy má negativní vliv na délku trvání těhotenství.

Délka těhotenství je stanovena na 42 týdnů. V otázce č.5 jsem se snažila zjistit, jestli má věk ženy zásadní vliv na délku těhotenství. 14,29 % tvoří skupina žen ve věkové kategorii 42 a více let. Tyto ženy představují skupinu, u níž se u nich vyskytla odchylka v délce těhotenství s největším procentuálním zastoupením. Hypotéza č. 4, že vyšší věk ženy negativně ovlivní délku těhotenství se potvrdila.

Hypotéza č.5: Předpokládám, že vyšší věk ženy má za následek vyšší procento vrozených vývojových vad plodu.

Z otázky č.19 je patrné, že děti žen ve věku 42 a více let měly vrozenou vývojovou vadu v procentuální míře 14,29 %. To hypotézu č. 5, že vyšší věk ženy má za následek vyšší procento vrozených vývojových vad plodu, potvrdilo.

Hypotéza č.6: Předpokládám, že vyšší porodní hmotnost plodu zvyšuje riziko porodu císařským řezem.

Nejvíce porodů císařským řezem proběhlo u dětí s porodní hmotností 3200–3500 g s procentuální mírou 50,55 %. Hypotéza č.6, že vyšší porodní hmotnost plodu zvyšuje riziko porodu císařským řezem, se nepotvrdila.

Hypotéza č.7: Předpokládám, že vyšší věk ženy má negativní vliv na kojení.

V otázce č.11 jsem se zaměřila na problémy v oblasti kojení, které ženy přivedly k rozhodnutí nekojit své dítě. Ztrátu mléka uvádí nejvíce žen z kategorie 20-27 let a to 1,18 %. Problém s přísátím trápí nejvíce ženy ve věku 42 a více let, 9,52 %. Ploché bradavky udávají ženy z kategorie 20-27 let s procentuálním zastoupením 1,78 %. Jako další problém, a to nedostatečnou edukaci, uvádějí ženy z kategorie 42 a více, 4,47 %. Léky byly důvodem

k nekojení u žen 42 a více let ve 4,46 %. Hypogalaktii udává převaha žen ve věku 42 a více let s 33,33 %. Bolestivé kojení se vyskytlo převážně u žen 42 a více let, 19,05 %.

Ze 7 otázek se věková kategorie 42 a více let vyskytuje u 5 z nich. Proto se hypotéza č.7, že vyšší věk ženy má negativní vliv na kojení, potvrdila.

Hypotéza č.8: Předpokládám, že vyšší věk ženy ovlivní schopnost otěhotnět.

Nejčastěji se těhotenství pomocí asistované reprodukce objevilo s procentuální mírou 2,9 % u žen ve věku 35-42 let, čímž hypotézu č.8 považuji za potvrzenou.

8 Diskuse

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě aktuálnosti a zároveň jsem chtěla upřít pozornost na skutečnost, že věk ženy může mít velký vliv nejen na její celkový stav v těhotenství, ale i na průběh porodu a následnou adaptaci matky i dítěte. U 600 žen jsem měla možnost prozkoumat jejich průběh porodu a těhotenství. V dotazníkovém šetření jsem pokládala otázky zaměřené na různé aspekty, které jsem pak vyhodnotila v rámci své výzkumné práce.

V teoretické části své práce jsem rozebírala možné patologie vyskytující se v těhotenství, včetně rizikového těhotenství a porodu. V následující části jsem se zabývala laktací, významem kojení a též problémy s kojením spojenými. V neposlední řadě jsem popsala nejnámější polohy a techniky kojení. Poslední částí bylo objasnění adaptace a klasifikace novorozence společně s nejčastějšími porodními poraněními.

V praktické části jsem provedla výzkum, který zkoumal různé aspekty, které mě přivedly k posouzení závažnosti vlivu věku ženy na těhotenství. Stanovila jsem 5 cílů a 7 hypotéz, které mi danou problematiku pomohly objasnit.

Prvním cílem bylo zjistit, jaký vliv má věk matky na kojení. Na základě otázky č. 11 jsem zjistila, že největší potíže v oblasti kojení postihly právě ženy ve vyšším věku. Velkým problémem, kdy docházelo k přerušení kojení, je nedostatečná edukace matek na oddělení šestinedělí. Na základě citované literatury zmiňují důležitost dostatečné edukace matek po porodu, především v oblasti technik a poloh pro kojení. Neboť velké množství problémů vyplývá právě z nedostatečné informovanosti o kojení.

Dále jsem se zajímala o to, zda má věk zásadní vliv na druh porodu. Na základě odpovědí na otázku č. 6 je patrné, že největší zastoupení měl porod spontánně vaginální u 72,5 % žen. Avšak u 15 % žen byl proveden akutní císařský rez. Právě u akutního císařského řezu je třeba brát v potaz, že nejpočetnější skupinou byly právě ženy ve věku 42 a více let. Mezi ženami ve věku 27-35 let a 35-42 let je rozdíl zanedbatelný.

Následujícím cílem bylo zjistit, jaká je souvislost mezi věkem a otěhotněním. Prostřednictvím asistované reprodukce otěhotnělo pouze 11 žen, všechny ve věku 35 let a více. Na základě tohoto zjištění, jsem usoudila, že věk má zásadní vliv na otěhotnění, jelikož ženy v mladším věku otěhotněly přirozeně. Avšak výsledek by byl plně korektní, kdybychom měli bližší povědomí o otěhotnění a zdravotním stavu před těhotenstvím ostatních žen.

Dalším cílem bylo zhodnotit, zda má věk vliv na gestační diabetes mellitus. Celkem gestační diabetes mellitus uvedlo 36 žen. Tyto ženy se nacházely v rozmezí věku především 27-35 let. Jelikož se výzkumu zúčastnil malý počet žen ve vyšším věku, není jednoznačně prokazatelné, je-li věk ukazovatelem GDM.

Posledním cílem bylo zkoumat ovlivnění neonatálních výsledků věkem matky. Ve výzkumu jsem se zabývala otázkou vrozených vývojových vad plodu (VVV) a novorozenecké žloutenky. U VVV je možné prokázat, že u 11 dětí, u kterých se VVV vyskytla, byly matky ve věku 42 a více let. Druhým ukazovatelem poporodní adaptace u novorozence je žloutenka, která se objevila u 47 % novorozenců. Na tuto skupina však věk matky vliv neměl, neboť ženy byly ve věku 27-35 let.

9 Závěr

V závěru mé bakalářské práce se pokusím shrnout poznatky z oblasti vlivu věku na těhotenství, vybrané prenatalní výsledky a kojení, čemuž jsem věnovala teorii a vlastní výzkum. Zajímavá jsou pro mě zjištění, která vyplynula z realizovaného výzkumu, jenž byl zaměřen na různé aspekty, které mohou mít vliv na těhotenství ve vyšším věku, jakož i na laktační problém spojený s kojením. Na základě výzkumu jsem také zjistila, že je třeba pozornost zaměřit na důležitost a význam kojení, kde se potvrdila potřeba neustálé edukace v této oblasti.

Z výsledků výzkumu konstatuji, že toto téma je v naší společnosti aktuální a je třeba zaměřit na něj pozornost. Stále častěji se ve společnosti setkáváme s posouváním těhotenství do vyššího věku žen. Tím, že se postupně zvyšuje věk prvorodiček z důvodu kariéry, finančního zabezpečení apod. první těhotenství u žen přichází po čtyřicítce. Souhlasím s názorem, že již po 35. roce věku se postupně snižuje funkce vaječnicků a přirozená plodnost u žen klesá. Nicméně konstatuji, že problém s otěhotněním se stále častěji objevuje i u mladších žen. Myslím si, že pokles plodnosti není jediným rizikem těhotenství ve vyšším věku, protože výzkum potvrdil, že ve vyšším věku častěji končí porody císařským řezem. Problémem ve vyšším věku žen může být také výskyt různých přidružených onemocnění, jako cukrovka, vysoký krevní tlak, varixy a jiné. S těmito onemocněními stoupá i rizikovitost těhotenství. V naší společnosti je třeba poukázat i na problematiku kojení a laktace, neboť kojení je považováno za důležitý nástroj podpory dětského zdraví. Ve své práci jsem popsala význam kojení, ale upřela jsem pozornost i na problémy s ním spojené, popsala jsem nejznámější polohy a techniky kojení. Také jsem objasnila adaptaci a klasifikaci novorozenců, společně s jejich nejčastěji se vyskytujícími porodními poraněními.

V praktické části jsem zrealizovala výzkum, který zkoumal různé aspekty se záměrem posouzení vážnosti vlivu věku na těhotenství. Na základě stanovených cílů a hypotéz se domnívám, že se podařilo danou problematiku objasnit. Ze všech získaných poznatků vyplynulo, že je důležité informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technikách kojení, rozpoznat faktory, které působí pozitivně nebo negativně na rozhodnutí matek své dítě kojit, a věnovat pozornost maminkám, které měly dosavadní negativní zkušenosti s kojením. Neboť mít povědomost o výhodách kojení ovlivňuje i jeho celkovou délku.

10 Seznam použité literatury

1. *Archives of gynecology and obstetrics* [Arch Gynecol Obstet] 2014 Sep; Vol. 290 (3), pp. 403-4. Date of Electronic Publication: 2014 Jun 14
2. BINDER, Tomáš. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2009-
3. *Breastfeeding*. In: World Health Organization [online]. [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1).
4. ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3027-6.
5. DOKOUPILOVÁ, Milena a Miloš ČERNÝ. *Kazuistiky z neonatologie*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-649-8.
6. DORT Jiří, Eva DORTOVÁ, Petr JEHLIČKA. 2018. *Neonatologie. 3. vydání*. Praha: Nkladatelství Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy.
7. DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium. 2. vydání*. Praha: Maxdorf, [2022]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-716-7.
8. Fowler JR, Mahdy H, Jack BW. *Pregnancy*. 2022 Apr 21. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 28846223. Dostupné z : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448166/>
9. HRONEK, Miloslav a Hana BAREŠOVÁ. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi, c2012. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-20-4.
10. Kim J, Ayabe A. *Obesity In Pregnancy*. 2021 Aug 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 34283479. Dostupné z : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572113/>
11. KOVÁCS, László. *Pediatrics*. Bratislava: Arete, 2010. ISBN 978-80-970624-0-8.
12. Krywko DM, Toy FK, Mahan ME, Kiel J. *Pregnancy Trauma*. 2022 Sep 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 28613676. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613676/>
13. LOVELL, Holly, Hannah M WILSON, Rebecca WHYBROW, Kate HARDING a Lucy C CHAPPELL. *Caring for women with chronic hypertension*. British Journal of Midwifery [online]. 2019, 27(6), 343-351 [cit. 2023-03-21]. ISSN 09694900. Dostupné z: doi:10.12968/bjom.2019.27.6.343
14. MAHMOOD, Tahir, Sabaratnam ARULKUMARAN a Frank A. CHERVENAK, ed. *Obesity and obstetrics / Tahir A. Mahmood*. Second edition. Amsterdam: Elsevier, 2020. ISBN 978-0-12-817921-5.
15. MAHMOOD, Tahir, Sabaratnam ARULKUMARAN a Frank A. CHERVENAK, ed. *Obesity and obstetrics / Tahir A. Mahmood*. Second edition. Amsterdam: Elsevier, 2020. ISBN 978-0-12-817921-5.
16. MALÝ, Jan. *Infekce novorozence vyvolané Streptococcus agalactiae*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2020, 27(4), 354-361. ISSN 1211-1058.
17. MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. 3., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf, 2021. Medica (Maxdorf). ISBN 978-80-7345-709-9.

18. MAZÚCHOVÁ, Lucia, Erika MASKÁLOVÁ a Dominika DIVOKOVÁ. *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3390-1.
19. MUNTAU, Ania. *Pediatric. 2. české vyd.* Praha: Grada, 2014. ISBN isbn9788024745886.
20. NEDVĚDOVÁ, Daniela. *The influence of overweight and obesity on women's pregnancy, labour and fetal development. Ošetrovatelské perspektivy*. 2020, 3(2), 13-22. ISSN 2570-785X. Dostupné z: doi:10.25142/osp.2020.014
21. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
22. ROZTOČIL, Aleš. 2017. *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání* [online]. Praha: Grada. Dostupné z : <https://www.bookport.cz/kniha/moderni-porodnictvi-3112/>
23. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.
24. SHAH, Silvi, Renganathan Lalgudi VENKATESAN, Ayank GUPTA, et al. *Pregnancy outcomes in women with kidney transplant: Metaanalysis and systematic review*. BMC Nephrology [online]. 2019, 20(1), 1-22 [cit. 2023-03-21]. ISSN 14712369. Dostupné z: doi:10.1186/s12882-019-1213-5
25. SOBOCKI, J., Jan MAŇÁK, M. KUNECKI a S. J. DUDRICK. *Nutritional support during pregnancy and breastfeeding*. In: *Basics in clinical nutrition*. 2019, s. 565-569. ISBN 978-80-7492-427-9.
26. SOBOTKA, Luboš, S. P. ALLISON, Alastair FORBES, Rémy MEIER, Stéphane M. SCHNEIDER, Peter B. SOETERS, Zeno STANGA a Andre VAN GOSSUM, ed. *Basics in clinical nutrition. Fifth edition*. Prague: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-427-9.
27. ŠEBKOVÁ, Alena, ZÍMA, Zdeněk, ed. *Praktické dětské lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1200-5.
28. ŠŤASTNÁ, Anna, Jiřina KOCOURKOVÁ a Luděk ŠÍDLO. *Reprodukční stárnutí v Česku v kontextu Evropy*. Časopis lékařů českých. 2019, 158(3-4), 126-132. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2019-3-4-1/reprodukcní-stárnutí-v-cesku-v-kontextu-evropy-113322>
29. ŠTÍPKOVÁ, Martina. *Shortening gestational age at term and organisation of birth care in the Czech Republic. The International journal of health planning and management*. 2018, 33(2), 357-363. ISSN 1099-1751. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29024004/>

11 Seznam zkratek

CMV-omegalovirus

GDM-gestační diabetes mellitus

GEU-gravidas extrauterina

GnRH-gonadoliberin

HIV-virus lidské imunitní nedostatečnosti

HPV-herpes virus

i.v-aplikace intravenozní injekce

PM-perinatální morbidita

PROM-předčasný odtok plodové vody

PÚ-perinatální úmrtnosti

t.t-týden těhotenství

UUT-umělé ukončení těhotenství

VVV-vrozené vývojové vady

12 Seznam tabulek

Tabulka č. 1	26
Tabulka č. 2	27
Tabulka č. 3	28
Tabulka č. 4	29
Tabulka č. 5	30
Tabulka č. 6	32
Tabulka č. 7	32
Tabulka č. 8	33
Tabulka č. 9	34
Tabulka č. 10	36
Tabulka č. 11	39
Tabulka č. 12	39
Tabulka č. 13	41
Tabulka č. 14	42
Tabulka č. 15	44
Tabulka č. 16	47
Tabulka č. 17	50
Tabulka č. 18	51
Tabulka č. 19	54
Tabulka č. 20	55
Tabulka č. 21	56
Tabulka č. 22	58
Tabulka č. 23	59
Tabulka č. 24	60

13 Seznam grafů

Graf č. 1	26
Graf č. 2	27
Graf č. 3	28
Graf č. 4	29
Graf č. 5	29
Graf č. 6	31
Graf č. 7	32
Graf č. 8	33
Graf č. 9	33
Graf č. 10	35
Graf č. 11	36
Graf č. 12	36
Graf č. 13	38
Graf č. 14	39
Graf č. 15	41
Graf č. 16	42
Graf č. 17	43
Graf č. 18	46
Graf č. 19	46
Graf č. 20	48
Graf č. 21	49
Graf č. 22	50
Graf č. 23	51
Graf č. 24	53
Graf č. 25	55
Graf č. 26	56
Graf č. 27	57
Graf č. 28	57
Graf č. 29	58
Graf č. 30	59
Graf č. 31	59

14 Seznam obrázků

Obrázek č.1: Poloha vleže

Obrázek č.2: Poloha tanečníka

Obrázek č.3: Poloha v polosedě

Obrázek č.4: Poloha vsedě

Obrázek č.5: Vertikální poloha

Obrázek č.6: Poloha vleže na zádech

Obrázek č.7: Boční fotbalové držení

Zdroj: Nutriklub [cit. 2023-03-08]. Dostupné z : <https://www.nutriklub.cz/clanek/polohy-pri-kojeni>

15 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

1. Kolik let vám bylo v době těhotenství?
 - a) do 20
 - b) 20-27
 - c) 27-35
 - d) 35-42
 - e) 42 a více
2. Kolikrát jste byla těhotná?
3. Zažila jste těhotenskou ztrátu? Pokud ano, kolikrát?
 - a) Ano
 - b) Ne
4. K potratu došlo spontánně nebo umělým přerušáním těhotenství?
 - a) Spontánně
 - b) Umělým přerušáním těhotenství
 - c) Nepotratila jsem
5. Rodila jste v termínu (37+1–41+6 t.t.)? Pokud ne, uveďte, ve kterém týdnu.
 - a) Ano
 - b) Ne
6. Jakým způsobem jste porodila?
 - a) Spontánně vaginálně
 - b) Instrumentální porod
 - c) Plánovaný císařský řez
 - d) Akutní císařský řez
7. Jaký byl nástup porodní činnosti?
 - a) Indukcí
 - b) Plánovaný císařský řez
 - c) Spontánně
8. Jakým způsobem jste otěhotněla?
 - a) Přirozeně
 - b) Pomocí asistované reprodukce
9. Měla jste během těhotenství komplikace?
 - a) Žádné
 - b) Nevolnost
 - c) Zvracení
 - d) Průjem
 - e) Zácpa
 - f) Krvácení z rodidel
 - g) Jiné
10. Jaká byla Vaše hmotnost před porodem?
 - a) Do 50 kg
 - b) 50-60 kg

- c) 60-70 kg
 - d) 70-80 kg
 - e) 80 a více kg
11. Kojila jste? Pokud ne, proč?
- a) Ano
 - b) Ne
12. Měla jste diagnostikovanou těhotenskou cukrovku?
- a) Ano
 - b) Ne
13. Měla jste diagnostikovanou cukrovku před těhotenstvím?
- a) Ano
 - b) Ne
14. Měla jste diagnostikovanou hypertenzi během těhotenství (zvýšený krevný tlak)?
- a) Ano
 - b) Ne
15. Kouřila jste a pila alkohol během těhotenství? Pokud ano, ve kterém trimestru?
- a) Ano
 - b) Ne
16. Vykazovala jste během těhotenství fyzickou aktivitu? Pokud ano, jakou?
- a) Ano
 - b) Ne
17. Je Vaše zaměstnání sedavé? Pokud ne, specifikujte.
- a) Ano
 - b) Ne
18. Jakou hmotnost po porodu mělo Vaše dítě?
19. Mělo Vaše dítě vrozenou vývojovou vadu? Pokud ano, jakou?
- a) Ano
 - b) Ne
20. Mělo Vaše dítě žloutenku?
- a) Ano
 - b) Ne

