

KTERÉ ŽENY SE PŘIPRAVUJÍ NA SVÉ TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ?

WHICH EXPECTING MOTHERS PREPARE FOR THEIR PREGNANCY AND MOTHERHOOD?

RADKA WILHELMOVÁ^{1, 2}, DRAHOSLAVA HRUBÁ¹

¹Masarykova Univerzita, Lékařská Fakulta, Ústav ochrany a podpory zdraví, Brno

²Masarykova Univerzita, Lékařská Fakulta, Katedra porodní asistence, Brno

SOUHRN

Podmínkou zdraví, nejenom reprodukčního, je zdravý způsob života vycházející z kvalitní informovanosti. Výsledky současných výzkumů ukazují, že nezdravý způsob života matky/rodičů již před početím dítěte a následně prenatalně hraje roli v etiologii různých poruch zdraví a abnormalit vývoje jedince, které se mohou manifestovat okamžitě, ale také teprve s dlouhou latencí. Znalosti a návyky žen mohou svým poradenstvím významně ovlivnit porodní asistentky prenatalně v kurzech, v optimálním případě již prekoncepčním poradenstvím. Záměrem práce bylo zjistit, jaká je současná situace v oblasti přípravy žen na těhotenství a mateřství, které faktory ji determinují a jaký je její případný benefit. Užito bylo dotazníkového šetření a hodnocení vybraných antropometrických parametrů. Práce zjistila, že příprava žen na těhotenství a mateřství vykazuje značné rezervy projevené nedostatečnou informovaností i výskytem nevhodného či rizikového chování. Výsledky ve většině sledovaných parametrů korelovaly s dosaženým stupněm vzdělání a byly lepší u žen, které se na své těhotenství a mateřství připravovaly. Prenatální kurzy navštěvuje ale celkově malý počet žen, nejméně ženy s nižšími stupni vzdělání, pro které ale paradoxně kurzy přinášejí vyšší benefit.

Klíčová slova: prekoncepční příprava, péče prenatalní, těhotenství

SUMMARY

Healthy lifestyle resulting from well-informed parental knowledge is a condition of both reproductive and general health. Results of current studies show that both pre-conceptual and prenatal unhealthy lifestyles of mothers/parents play an important role in the etiology of different health malfunctions and abnormalities in ontogeny. These malfunctions and abnormalities can be manifested either immediately or with a long latency. The knowledge and habits of women can be significantly influenced by midwives in prenatal courses or, optimally, in a pre-conception advisory capacity. The goal of our work was to ascertain the current situation of pregnancy and maternity preparedness and associated determining factors. A questionnaire survey and evaluation of chosen anthropometrical parameters were used. The study revealed that existing pregnancy and maternity preparation is insufficient, with associated inadequacies or risks in behaviour. In most cases the results correlated with the educational capacity of mothers and were better in cases where the subjects had prepared for their pregnancy and maternity. Prenatal courses are attended by a relatively low number of women and are least attended by women with lower education levels, for whom such courses would yield greater benefits.

Key words: preconception preparation, prenatal care, pregnancy

Úvod

Pokud si odmyslíme vrozené determinanty zdravotního stavu každého jedince, je zdraví výsledkem součtu správných a nesprávných každodenních rozhodnutí. V tomto rozhodovacím procesu hrají ženy důležitou roli a v zásadní míře svým způsobem života ovlivňují zdraví své a následně i zdraví svých dětí. Nejnovější výzkumy opakovaně potvrzují, že nejen životní styl v dospělosti, ale i nevhodné životní podmínky v období prekoncepčním, prenatalním a po narození mohou způsobit významné změny zdravotní kondice, které přetrvávají celoživotně (1). Nepříznivé prenatální prostředí může sehrát roli v programování dispozic jedince ke vzniku kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, která jsou největší epidemií dnešní doby (2, 3).

Reprodukční zdraví vyjadřuje schopnost reprodukce bez lékařských intervencí, v širším pojetí pak citlivý přístup k životu, zajištění optimálního zdraví a znalosti obou budoucích rodičů při aktu tvoření budoucnosti, kterým těhotenství a porod jsou, a jehož překážkou může být špatná výživa, rizikové chování (nejčastěji konzumace alkoholu a kouření), špatná tělesná a psychická kondice, strach, nedůvěra ve vlastní schopnosti, špatný stav rodiny a vztahů či nesoulad nároků a schopností. Prvním krokem k reprodukčnímu zdraví je oběma budoucími rodiči vědomě plánované a připravované rodičovství (4), které je současně významnou výzvou k případné behaviorální změně.

Do průběhu těhotenství se od jeho počátku promítají získané vědomosti, dovednosti i změny provedené v různých oblastech života budoucích rodičů, na kte-

ré by měly být intervence poskytovatelů péče významně zaměřeny (5). Tento přístup pracuje s informací, že těhotenství má hluboký význam pro další život všech zúčastněných, navíc s celospolečenskými důsledky (6).

Smyslem vědomé prekoncepční přípravy je včasné rozpoznání rizikových faktorů, získání kvalitních informací, motivace a návyků vedoucích ke zlepšení zdravotní kondice obou potenciálních rodičů tak, aby k početí dítěte došlo v optimálních podmínkách. V přípravě na plánované těhotenství i následně při péči o jeho fyziologický průběh by se primární a sekundární prevence měly harmonicky prolínat a doplňovat. Prenatální intervence v rámci současného systému zdravotní péče o ženu a dítě ale často přicházejí pozdě, protože nepodchytí kritické období začátku těhotenství a tím není dostatek času na radikálnější změnu případných rizikových návyků. Bylo například zjištěno, že kouření rodičů (zejména matky) v době početí, může modifikovat fyziologickou hormonální rovnováhu a urychluje nástup puberty u hochů. Kvalitní prekoncepční péče by mohla významnou část rizik rozpoznat a řešit s dostatečným časovým předstihem (6, 7).

Ve většině zemí existují tři hlavní poskytovatelé péče ženám s fyziologickým těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Všichni jsou zdravotnickými, vysokoškolsky vzdělanými profesionály: gynekolog-porodník, porodní asistentka (PA) a rodinný lékař. V aktivitách primární i sekundární prevence je jejich působení nezastupitelné (8). Novým trendem prenatální péče v západních zemích je péče specificky zaměřená nejenom k perinatálním výsledkům, ale také k psychosociálním potřebám ženy. Zdraví ženy a dítěte je tím řešeno v širších souvislostech. Orientace na prenatální a postnatální souvislosti se zdravotními obtížemi ženy i dítěte, stejně jako na faktor spokojenosti a mateřského blahobytu v prenatálním i postnatálním období, kdy kritériem spokojenosti žen jsou zejména psychosociální aspekty péče, by měly představovat významnou součást odbornosti poskytovatelů prenatální péče (9).

Komunitní péče poskytovaná PA v zahraničí úspěšně podporuje také řešení edukační potřeby žen z rizikových skupin. Prostřednictvím komunitní péče je možné včas odhalit a řešit obtíže těhotných žen (například psychosociální stres) i u jinak nízkorizikových těhotenství (10, 11). Je známým faktem, že edukace zaměřená na rizikové faktory (RF) je nejúčinnější metodou podpory zdraví nejenom reprodukčního. Navíc může probíhat v rámci jakékoliv interakce ženy s PA, což poskytuje velký prostor k celkovému pozitivnímu ovlivňování zdraví populace. Výstupem komplexní preventivně zaměřené péče o reprodukční zdraví bude pak lepší zdravotní gramotnost i chování populace (12, 13).

Smyslem vědomé prenatální přípravy v kurzech je zejména informovat ženy/páry a motivovat je ke zlepšení a udržení vhodných návyků a optimální zdravotní kondice, které podpoří nerušený prenatální vývoj plodu. Dalším jejím přínosem je zmírnění strachu a úzkosti nastávající matky, podpora vazby dítěte s matkou a otcem, příprava na porod, poporodní období a kojení.

Príspevek prezentuje poznatky šetření, jehož cílem bylo zjistit, které ženy a jakým způsobem se připravují na své těhotenství a mateřství, které faktory přípravu determinují a jaký benefit těmto ženám příprava přináší.

Soubory a metodika

Zkoumaný soubor tvořilo 360 žen v šestinedělí. Soubor byl posuzován z hlediska vzdělání, parity, lokality bydliště (město – vesnice), kontaktu s PA (mimo standardní těhotenskou poradnu) a jeho délky v průběhu těhotenství (podle absolvování prenatálního kurzu: žádný, jednorázová přednáška, dlouhodobý kurz). Průměrný věk žen byl 30,5 let. V souboru bylo celkově 41 % žen s vysokoškolským vzděláním a 59 % žen se vzděláním nižším než vysokoškolským (vzdělání základní a střední bez maturity uvedlo 19 % žen). Z hlediska parity bylo zastoupeno 49 % prvorodiček a 51 % vícero-diček. Náš soubor z hlediska věku a parity odpovídal zjištěním Českého statistického ústavu pro rodilky ČR v roce 2011. Z hlediska vzdělání bylo proti populaci zastoupeno vyšší procento žen vysokoškolaček. Šetření proběhlo ve zdravotnických zařízeních Čech a Moravy.

Použitou metodou byl modifikovaný dotazník, vycházející ze studie ELSPAC – European Longitudinal Study of Pregnancy And Childhood (14), kterým byly zjišťovány informace žen o hlavních oblastech způsobu života a rizikových návycích (strava, pohybová aktivita, stres a jeho prevence, kouření, alkohol a drogy). Ke zjištění a vyhodnocení informovanosti žen byl vytvořen index informovanosti (z 21 otázek), který mohl dosáhnout hodnot od 0 do 21. Pro posouzení intenzity subjektivního vnímání stresu v průběhu těhotenství a zvládání období časného šestinedělí byla použita Likertova škála v rozsahu od 1 do 5. Šetření bylo doplněno o zjištění antropometrických parametrů před otěhotněním a před porodem (hmotnost, výška, BMI, hmotnostní přírůstek). Jako pravděpodobné determinanty byly zvoleny údaje o vzdělání, bydlišti (město, vesnice) a návštěvě kurzů vedených PA (krátký = jednorázová přednáška; dlouhodobý = více lekcí teorie, popřípadě teorie s nácvikem dovedností). Pro statistické testování dat byl užít Pearsonův χ^2 (chí-kvadrát) pro testování četnosti a test Anova (analýza rozptylu) pro vícenásobné testování středních hodnot. Při uvedené velikosti souboru bylo počítáno s výběrovou chybou 5,4 %.

Výsledky

Téměř polovina žen souboru měla pozitivní kuřáckou anamnézu a během těhotenství kouřila aktivně či pasivně po různě dlouhou dobu čtvrtina žen, třetina těhotných žen příležitostně požívala alkoholické nápoje. Nelegální drogy v osobní anamnéze přiznalo 17 % žen. Tyto ženy měly častěji nízké vstupní BMI, téměř dvě třetiny žen uvedly stres ve třetím trimestru; tyto ženy se na své těhotenství převážně nepřipravovaly.

Prekoncepční přípravu uvedla celkově polovina dotázaných žen, téměř čtvrtina (24 %) se připravovala déle než 6 měsíců. Statisticky významnou determinantou přípravy byl stupeň dosaženého vzdělání a parita žen. Častěji a déle se na své těhotenství předem připravovaly ženy s vyšším vzděláním ($p < 0,001$) a prvorodičky ($p = 0,004$).

Zaměření přípravy na těhotenství bylo zjišťováno prostřednictvím volné odpovědi žen. Většina připravujících se žen, zejména těch s nejnižším stupněm vzdělání, pokládala za přípravu vysazení antikoncepce, farmakologickou podporu koncepce, v ojedinělých pří-

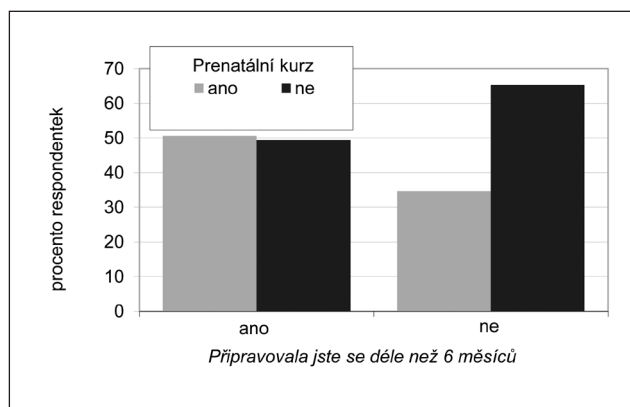
padech užívání multivitaminových suplement. Pochopení žádoucího obsahu přípravy se zlepšovalo se stoupajícím vzděláním žen. Ženy s vyšším stupněm vzdělání častěji uváděly konzultaci s odborníkem (gynekologem, genetikem, endokrinologem), získávání informací (literatura, internet, přátelé), úpravu životosprávy (stravy, pohybové aktivity, psychohygieny), suplementaci kyselinou listovou a redukcí rizikových návyků (kouření a konzumace alkoholu). Ojedinele ženy uváděly snahu o pozitivní myšlení, cílenou detoxikaci organismu (rozmí se tím eliminace xenobiotik a metabolitů s využitím různých komplementárních postupů; existuje např. tradice jarních očistných kúr pomocí bylinných čajů a diet v období půstu, techniky lymfodrenáže či medikamentózní eliminace těžkých kovů u profesionálně exponovaných; v širším pojetí je možno začlenit i suplementaci esenciálních protektivně působících látek, snížení tělesné hmotnosti, cílené využívání psychohygienických technik k celkové optimalizaci způsobu života) a partnerské budování sociálního a mentálního zázemí. Ženy, které se na své těhotenství předem připravovaly, následně v jeho průběhu častěji navštěvovaly kurzy předporodní přípravy ($p = 0,010$). Ženy, které uvedly přípravu delší než 6 měsíců, absolvovaly prenatální kurzy častěji ($p = 0,007$) a volily dlouhodobou formu kurzu (obr. 1, 2).

Při zjišťování pramenů informací o těhotenství a porodu mohly ženy jmenovat více zdrojů. Nejčastěji (u tří čtvrtin žen souboru) byl využíván internet, polovina žen uvedla lékaře v těhotenské poradně a odbornou literaturu; třetina žen uvedla přátele nebo matku; čtvrtině žen byl hlavním zdrojem informací prenatální kurz. Pouze

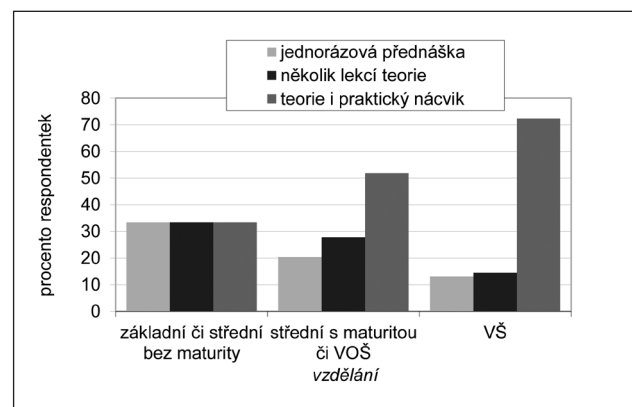
minimum žen uvedlo jako významný zdroj svých informací školu. Většina dotázaných žen (80 %) se cítila subjektivně dostatečně informována o RF ovlivňujících vývoj plodu z prenatální poradny, což ale následně nepotvrdila dosažená hodnota jejich indexu informovanosti.

Kurz prenatální přípravy bez rozdílu jeho typu (tzn. jednorázovou přednášku nebo dlouhodobý kurz) navštěvovalo 39 % z celkového počtu dotázaných žen. Z nich 17 % jich absolvovalo jednorázovou přednášku a 83 % dlouhodobý kurz (dlouhodobou variantu kurzu absolvovala tedy celkově třetina žen našeho souboru). V 96 % případů vedla kurz PA, ve 4 % případů vedla kurz dula (obvykle nemá zdravotnické vzdělání; poskytuje emocionální podporu ženě v těhotenství, během a po porodu, čímž může vhodně doplnit služby poskytované lékařem a porodní asistentkou, do jejich kompetencí však nezasahuje). U většiny žen, které kurz absolvovaly, naplnil jejich očekávání. Statisticky významným faktorem ovlivňujícím návštěvu kurzu bylo vzdělání, parita a prekoncepční příprava ženy. Kurz vyhledávaly častěji ženy vysokoškolačky (50 % vs. 12 % ženy s nejnižším vzděláním, $p < 0,001$) a prvorodičky (54 % vs. druhorodičky 25 % a vícero-dičky 21 %, $p < 0,001$); (obr. 3, 4). Ženy plánující své těhotenství častěji volily dlouhodobý kurz ($p < 0,001$). Faktorem statisticky významným pro výběr typu kurzu u vícero-diček byla zkušenost z předchozího těhotenství ($p < 0,001$).

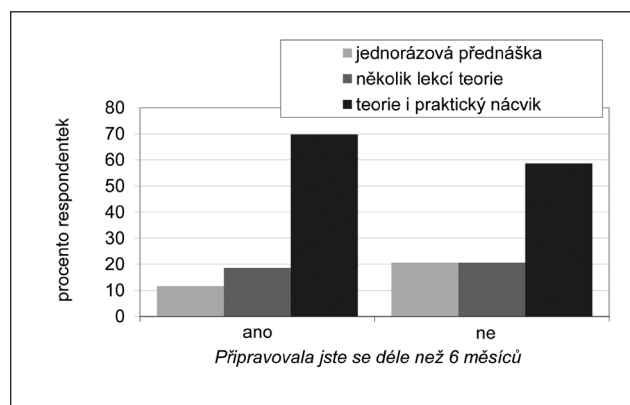
Ženy, které v těhotenství navštěvovaly kurzy, měly častěji nižší vstupní BMI (v rámci normy), byly převážně nekuřačky, měly lepší pohybové návyky a efektivněji zvládaly stres.



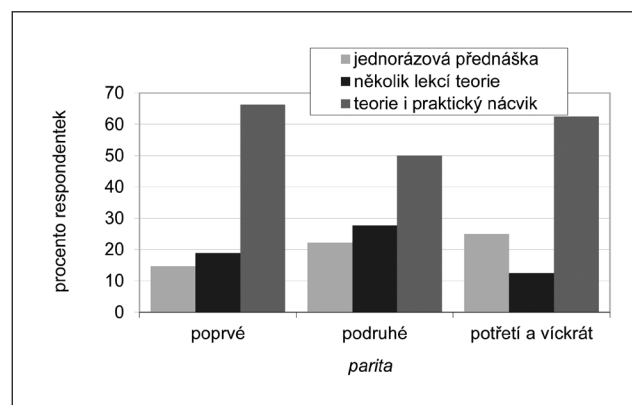
Obr. 1: Prekoncepční příprava žen > 6 měsíců a absolvování prenatálního kurzu.



Obr. 3: Typ kurzu podle stupně vzdělání žen.



Obr. 2: Prekoncepční příprava žen > 6 měsíců a typ kurzu.



Obr. 4: Typ kurzu podle parity žen.

Většina žen navštěvujících dlouhodobý prenatalní kurz (96 %) uvedla, že obsah kurzu byl zaměřen zejména na porod a zvládání bolesti, na informace o kojení (87 %), o šestinedělí a o novorozenci (84 %). Dvě třetiny žen (67 %) uvedly, že v kurzu získaly informace o zdravém způsobu života v těhotenství a přibližně polovina žen (57 %) dostala informace o hlavních RF pro zdravý vývoj plodu v těhotenství a o možnostech prenatalní komunikace matky s dítětem.

Absolvování kurzu statisticky významně pozitivně ovlivnilo hodnotu indexu informovanosti zejména u žen s nižšími stupni vzdělání než vysokoškolským. Celkově měly ženy absolvující kurz proti ženám, které kurz neabsolvovaly, vyšší hodnotu indexu a nižší výskyt rizikových návyků. Vliv absolvování kurzu se projevil i na pocitu připravenosti žen na porod, který koreloval také se stupněm vzdělání, paritou a byl častější u absolventek dlouhodobého typu kurzu (obr. 5, 6). Pociť stresu a obtížného zvládání časného šestinedělí (hodnotu 1–2) uvedlo 12 % žen; střední zátěž (hodnotu 3) uvedlo 44 % žen; velmi dobré zvládání (hodnotu 4–5) v tomto období uvedlo 45 % dotazovaných žen. Většina žen, které dobře zvládaly časné šestinedělí (72 %) absolvovala prenatalní kurz.

Diskuse

Počátek těhotenství je celkově nejzranitelnějším obdobím. RF a stresory jsou často přítomny již prekoncepčně. Plánování těhotenství přispívá k lepší mateřské biopsychosociální adaptaci (15). Ženy ně-

kdy obtížně chápou pojem plánované těhotenství a nejčastěji si pod ním představují vysazení antikoncepce. Naopak přípravu na těhotenství většinou nespojují se změnou způsobu života a zdravotní kondice (16). Prekoncepční nutriční chování žen je často nevyhovující, zejména v oblasti příjmu makro a mikronutrientů; velká část žen kouří a požívá alkohol; příjem legálních drog v lepším případě ženy omezují až po zjištění těhotenství. V anamnéze americké populace těhotných žen (prekoncepčně) bylo zjištěno 50 % žen konzumujících pravidelně alkohol, 23 % žen kuřáček a pouze 35 % žen s doporučenou suplementací kyseliny listové (17). Zvýšení obecného mínění, že včasný kontakt ženy s PA umožní proces časných změn, podporu a lepší zdravotní chování, je významným opatřením pro nekomplikovaný průběh těhotenství a fyziologický vývoj plodu a přispělo by k dalšímu posílení zdraví populace. PA by měly hledat i ve stávajících podmínkách příležitosti, jak mohou pozitivně ovlivnit zdraví matek a dětí (18).

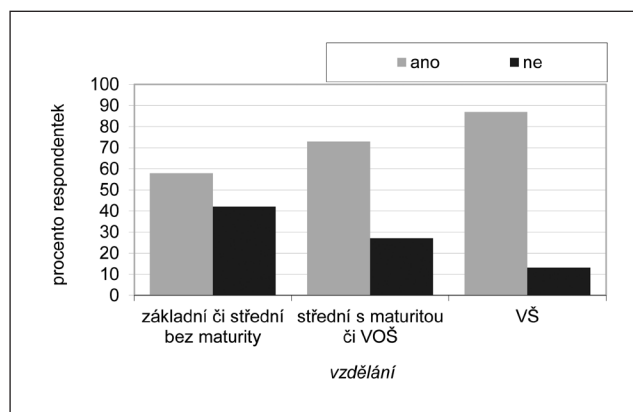
Ženy našeho souboru, které se na své těhotenství předem připravovaly, uváděly nižší míru pocíťovaného stresu na počátku těhotenství a následně v jeho průběhu častěji absolvovaly dlouhodobý prenatalní kurz. Prekoncepční příprava v našem souboru byla významně sociálně determinována, byla častější u žen s vyšším stupněm dosaženého vzdělání a u prvorodiček. Nicméně přípravu delší než šest měsíců i ve skupině s nejvyšším stupněm vzdělání uvedla méně než třetina žen. I přes relativně vysoký výskyt rizikového chování žen v jejich anamnéze se celkově připravoval malý počet žen. Pochopení obsahu přípravy rostlo se stupněm dosaženého vzdělání žen.

Absolvování prenatalního kurzu přináší pocit připravenosti na porod a mateřství, snižuje depresivní příznaky a dyskomfort ženy, zlepšuje zvládání běžných těhotenských obtíží, snižuje míru anticipační předporodní úzkosti a zvyšuje sebedůvěru žen (19). Většina žen si před absolvováním kurzu nedokáže představit porod bez lékařských intervencí a medikace, což souvisí s převládajícím biomedicínským modelem péče. Po absolvování kurzu ženy udávají zisk nadstavbových informací a zkušeností, o kterých před tím nevěděly. Ženy s vyšší sebedůvěrou následně uváděly nižší intenzitu vnímané bolesti a zvládnutí porodu nefarmakologicky (20).

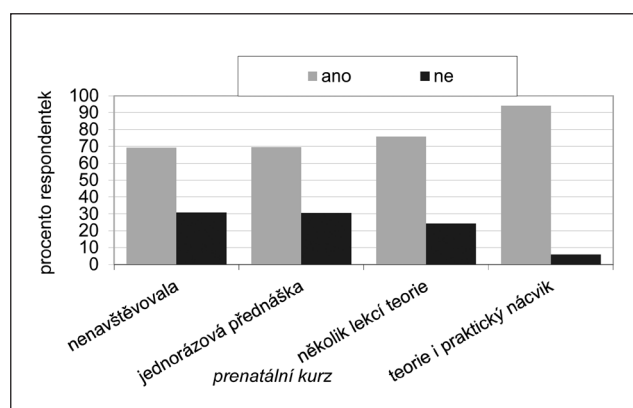
Aby kurzy tyto cíle úspěšně naplňovaly, musí být jejich obsah komplexní, včetně speciálního zaměření některých částí pro různé cílové populace. U nás náplň kurzů není unifikována a odborně řízena tak, aby pokryla celou oblast primární prevence, navíc poskytovatelé informací těhotným ženám nemusí nijak prokazovat svou odbornou způsobilost. Účast na kurzech stát plošně nehradí a proto jsou kurzy často nedostupné pro ženy z nižších sociálních vrstev, jejichž zdravotní gramotnost a nerizikové chování bývá nižší.

V ČR prenatalní kurz před rokem 2000 absolvovalo 12,7 % žen. Většina vícerodiček soudila, že má dostatek informací z předchozího těhotenství a z četby či od přátel. Pro značnou část žen byla návštěva kurzu spojena se ztrátou času potřebného pro rodinu (5).

V naší studii dlouhodobý prenatalní kurz navštěvovala třetina žen. Faktorem významně podmiňujícím návštěvu kurzu, bylo vzdělání, parita, příprava žen na těhotenství, u vícerodiček jejich zkušenost z předchozí-



Obr. 5: Pociť připravenosti na porod a vzdělání žen.



Obr. 6: Pociť připravenosti na porod a délka kurzu.

ho těhotenství. Kurz nejčastěji vyhledaly ženy vysokoškolačky a prvorodičky. Kurzy byly převážně orientovány na informace o porodu a možnostech jeho zvládnutí. Pouze polovina žen v kurzech dostala informace o RF ovlivňujících vývoj plodu v těhotenství. Ženy, které se rozhodly absolvovat kurz častěji nekouřily, měly lepší pohybové návyky; po jejich absolvování lépe zvládaly předporodní stres, cítily se subjektivně lépe připraveny na porod a lépe zvládaly časné šestinedělí.

Přesto role PA jako poskytovatele služeb v oblasti prenatální péče není u nás v současné době podporována a edukační intervence PA v komunitní péči stojí v podstatě mimo intervence hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění. Mnohými příjemci péče, ale také zdravotníky, včetně lékařů v prenatálních poradnách, je význam edukace ženy PA nedoceněn.

Výčet výše uvedeného ukazuje důležitost a potřebu řešit tuto problematiku systémově, protože investice do primární prevence v oblasti reprodukčního zdraví by se společnosti mnohonásobně vrátila v podobě lepší zdravotní gramotnosti a zdraví matek i novorozenců.

Podmínkou zlepšení stávající situace je její podrobná analýza.

Závěr

Z našich i jiných zjištění je zřejmé, že u žen před i v průběhu těhotenství jsou často přítomny rizikové faktory a návyky, které mohou ohrozit zdraví ženy i optimální vývoj plodu. Přesto se na své těhotenství a mateřství u nás připravuje pouze malá část žen: prekoncepční příprava i absolvování kurzů bylo silně determinováno sociálními podmínkami; ženy s nejnižším stupněm vzdělání, které současně představují nejvíce ohroženou skupinu z hlediska své informovanosti i životních návyků, navštěvují kurzy nejméně. Návštěva kurzů byla faktorem významně ovlivňujícím pocit připravenosti žen na porod a zvládnutí časného šestinedělí. Deficit současné kurzy vykazují zejména v oblasti cílených ovlivňování rizikových faktorů pro zdravý průběh těhotenství a vývoj plodu.

Náplň kurzů by měla být pojata komplexně, odborně zpracována, maximálně sjednocena, odborná kvalifikace poskytovatelů ověřována. Tato forma by měla být pak standardně ženám doporučována a ekonomicky zpřístupněna všem ženám.

LITERATURA

- Lillicrop KA, Burdge GC. Epigenetic mechanisms linking early nutrition to long term health. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2012 Oct;26(5):667-76.
- Giussani DA, Camm EJ, Yougou N, Richter HG, Blanco CE, Gottschalk R, et al. Developmental programming of cardiovascular dysfunction by prenatal hypoxia and oxidative stress. *PLoS One.* 2012 Feb 13;7(2):e31017.
- Entringer S, Buss C, Wadhwa PD. Prenatal stress and developmental programming of human health and disease risk: concepts and integration of empirical findings. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2010 Dec;17(6):507-16.
- Havlín M a kol. Vybrané zajímavosti z oblasti reprodukčního zdraví. Ostrava: CAT Publishing; 2011.
- Kukla L, Hrubá D, Tyrlik M. Rizikové chování rodičů v době očekávání dítěte a po jeho narození. *Čes-slov Pediat.* 2003;58(11):705-9.
- Matějček Z. Prvních šest let ve vývoji a výchově dítěte. Praha: Grada; 2005.
- Hrubá D, Kukla L, Okrajek P, Šikolová V. Vliv perikoncepční expozice kouření na mužskou reprodukci: poměr pohlaví a nástup puberty. *Čes-slov Pediat.* 2013;68(5):283-92.
- Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. 5. Portfolio inovačních praktik v ošetrovatelství a porodní asistenci primární zdravotní péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR; 2003.
- Takács L, Kodyšová E. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Čes Gynek.* 2011;76(3):199-204.
- Loprinzi PD, Fitzgerald EM, Cardinal BJ. Physical activity and depression symptoms among pregnant women from the National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Mar;41(2):227-35.
- Schaffer MA, Goodhue A, Stennes K, Lanigan C. Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nurs.* 2012 May-Jun;29(3):218-31. Erratum in: *Public Health Nurs.* 2012 Jul;29(4):384.
- Beldon A, Crozier S. Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *J R Soc Promot Health.* 2005 Sep;125(5):216-20.
- Holčík J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: Masarykova univerzita; 2010.
- Kukla L, Hrubá D, Tyrlik M. Průběh těhotenství a vývoj plodu u kouřících a nekouřících žen. *Čes Gynek.* 1999;64(4):271-4.
- Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol.* 2008 Jun;51(2):333-48.
- Barrett G, Wellings K. What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from British study. *Soc Sci Med.* 2002 Aug;55(4):545-57.
- D'Angelo D, Williams L, Morrow B, Cox S, Harris N, Harrison L, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preconception and interconception health status of women who recently gave birth to a live-born infant - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 Reporting Areas, 2004. *MMWR Surveill Summ.* 2007 Dec 14;56(10):1-35. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008 Apr 25;57(16):436.
- van Dijk AE, van Eijnsden M, Stronks K, Gemke RJ, Vrijotte TG. The association between prenatal psychosocial stress and blood pressure in the child at age 5-7 years. *PloS One.* 2012;7(8):e4348.
- Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TT, Rudge MV. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health.* 2010 Oct 29;7:28.
- Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev.* 2009 Nov;29(7):617-22.

Došlo do redakce: 7. 10. 2013

Přijato k tisku: 9. 7. 2014

*PhDr. Radka Wilhelmová
LF MU KPA
Komenského nám. 2
662 43 Brno
E-mail: rwillhelm@med.muni.cz*