

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**VLIV ŽIVOTNÍHO STYLU NA KVALITU ŽIVOTA
TĚHOTNÉ ŽENY**

Bakalářská práce

Autor: **Michaela Kodešová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2019

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

THE INFLUENCE OF A LIFESTYLE
ON THE PREGNANT WOMAN'S QUALITY OF LIFE

Bachelor's thesis

Author: **Michaela Kodešová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2019

Prohlášení

Prohlašuji, že tato bakalářská práce, kterou jsem vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., je původním autorským dílem. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 20.9.2019

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za cenné připomínky, pevné nervy a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala RNDr. Evě Čermákové z Oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové za pomoc při zpracování statistických dat.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Kvalita života.....	8
1.1 Historie pojmu	8
1.2 Definice pojmu – kvalita života.....	9
1.3 Měření kvality života	10
1.3.1 Objektivní metody měření kvality života	10
1.3.2 Subjektivní metody měření kvality života.....	11
1.3.3 Smíšené metody měření kvality života.....	12
1.4 Kvalita života těhotné ženy.....	13
2 Těhotenství	15
2.1 Příznaky a diagnostika těhotenství	15
2.2 Vznik a vývoj těhotenství	16
2.2.1 Oplození	16
2.2.2 Vývoj plodových obalů a placenty	17
2.2.3 Vývoj zárodku a plodu	19
2.3 Změny v organismu ženy vyvolané těhotenstvím	21
2.4 Prenatální péče.....	28
2.4.1 Organizace prenatální péče.....	29
2.4.2 Výpočet termínu porodu.....	30
2.4.3 Vyšetřovací metody.....	30
3 Životní styl v těhotenství.....	34
3.1 Výživa v těhotenství	34
3.2 Sport v těhotenství	37

3.3	Spánek v těhotenství	38
3.4	Zaměstnání v těhotenství	38
3.5	Péče o zuby a kůži	39
3.6	Léky, očkování a návykové látky	40
3.7	Sexualita.....	42
3.8	Cestování	42
3.9	Bezpečnost a ochrana.....	42
EMPIRICKÁ ČÁST		44
4	Cíle výzkumu.....	44
5	Metodika výzkumu.....	45
6	Charakteristika souboru.....	45
7	Výsledky výzkumu.....	46
Diskuze.....		85
Závěr.....		95
Anotace.....		97
Annotation		98
Seznam použité literatury		99
Seznam tabulek.....		102
Seznam grafů		105
Seznam zkratk.....		107
Přílohy		108

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je „Vliv životního stylu na kvalitu života těhotné ženy“. Zabývá se průběhem celého těhotenství, životním stylem během těhotenství a zároveň kvalitou života. Toto téma jsem si vybrala proto, že jsem se setkala s mnoha těhotnými ženami a zajímalo mě, jestli během těhotenství mění svůj životní styl.

Těhotenství můžeme jednoduše definovat jako tzv. „jiný stav“. Ten je charakterizován těhotenskými změnami, které těhotnou ženu během těhotenství doprovázejí a na které se žena adaptuje (Vachková, 2014, s. 70). Mezi těhotenské změny patří převážně psychické a tělesné obtíže. Proto je vhodné během těhotenství dodržovat správnou životosprávu, která snižuje možnost zdravotnických komplikací. Základem pro správnou životosprávu během těhotenství je zdravá strava, pravidelný spánek, dostatek pohybu a nepožívání návykových látek (Čech, 2006, s. 74). To vše dokáže ovlivňovat kvalitu života těhotné ženy.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se nejprve zaměřuje na pojem kvalita života. Objasňuje historii kvality života, měření kvality života a také se zabývá specifickou kvalitou života v těhotenství. Po kvalitě života navazují základní informace o fyziologickém těhotenství, vývoji plodu, změnách v organismu ženy vyvolané těhotenstvím, prenatální péči a životním stylem v těhotenství.

Empirická část obsahuje analyzované výsledky dotazníkového šetření. To se zabývá kvalitou života těhotné ženy se zaměřením na zdravý životní styl. Pro výzkum byl použit specifický dotazník QOL-GRAV se souhlasem autorů (Vachková, Mareš, Ježek, 2013) a k tomuto dotazníku byl přiložen nestandardizovaný dotazník na Zdravý životní styl.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita života

1.1 Historie pojmu

Termín „kvalita života“ se poprvé vyskytuje ve 20. letech minulého století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev a se zkoumáním vlivu státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí (Payne, 2005, s. 205).

Mareš (2006, s. 11) ve své knize uvádí, že američtí autoři (Snoek, 2000) se domnívají, že termín kvalita života použili američtí ekonomové S. Ordway a F. Osborn. Tito muži ve svých pracích v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu. Ekonom J. Galbraith ve své knize Společnost hojnosti v roce 1958 kritizoval stálé rozšiřování průmyslové výroby jako zdroj blahobytu. Napsal: „*To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě; je to kvalita života*“.

Dále se tento termín objevil v USA, kdy v 60. letech americký prezident Johnson prohlásil, že snahou jeho domácí politiky bude zlepšování kvality života Američanů. Myslel tím to, že společenské blaho není určováno kvantitou spotřebovaného zboží, ale tím, jak dobře se lidem žije za určitých podmínek (Payne, 2005, s. 205). Termín kvalita života se ve společnosti rychle ujal a stal se v politice a médiích módním slovem (Mareš, 2006, s. 11).

V 70. letech se dostal do Evropy, kde ho použil politik Willy Brandt, který postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany (Payne, 2005, s. 205).

„Teprve později se z něj stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i v ostatních vědách o člověku. Rozvíjel se třemi směry:

a) objektivním – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi

b) subjektivním – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedince „cesty životem“

c) kombinací objektivních a subjektivních indikátorů“ (Mareš, 2006, s. 11).

1.2 Definice pojmu – kvalita života

Co je kvalita? Dle etymologického slovníku slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualita“ – kvalita – či „qualis“ – jaký (i slovo „kvalifikace“ odvozené od tohoto slova). Kvalitou se rozumí i „jakost, hodnota“ (např. „dobrá až prvotřídní nebo špatná hodnota“), tj. charakteristický rys, jímž se odlišuje daný jev jako celek od jiného celku (Křivohlavý, 2002, s. 162).

Umístil se i v mnoha oblastech lidské činnosti, a to především ve vědeckých oborech. Začínal v ekonomii, politologii a sociologii, dnes ho najdeme i ve filozofii, sociální práci, teologii a psychologii. Můžeme se s ním setkat i ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii. Avšak tento pojem se objevuje i v technických oborech, které ovlivňují prostředí pro život (Mareš, 2006, s. 11).

Pojem kvalita života je velmi složitý a široký, těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. Snaží se o pochopení lidské existence, samotného bytí či smyslu života. Tento pojem zkoumá psychologické, sociální, materiální, duchovní a další podmínky pro šťastný a zdravý život člověka (Šubrt, 2008, s. 122).

V literatuře existuje obsáhlá řada definic „kvality života“. Neexistuje však ani jedna, která by byla všeobecně akceptována. Lze shrnout, že kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, které ovlivňují lidský rozvoj jednotlivců i celých společností. Koncept má v zásadě dvě dimenze, a to subjektivní a objektivní. Kvalita života subjektivní se zabývá lidskou emocionalitou a všeobecně se spokojeností se životem. Kvalita života objektivní se týká požadavků, které se vztahují k sociálním a materiálním podmínkám života, sociálnímu statusu a fyzickému zdraví (Payne, 2005, s. 207).

„Slabiny dosavadních přístupů shrnul Moons et al. (2004) do šesti bodů:

1. kvalita života nesmí být používána jako synonymum pro pojmy zdravotní stav jedince nebo pro funkční schopnost jedince

2. kvalita života počítá spíše se subjektivním hodnocením než s objektivními parametry

3. je chybou, když se nerozlišuje mezi indikátory kvality života a determinantami ovlivňujícími kvalitu života

4. kvalita života se může měnit v čase, ale změny zřejmě nejsou příliš velké

5. kvalita života může být ovlivněna jak v pozitivním, tak v negativním smyslu

6. diagnostika celkové kvality života by měla mít přednost před kvalitou života související jen se zdravím“ (Mareš, 2008, s. 69).

1.3 Měření kvality života

Není jednoduché změřit kvalitu života, přesto metod měření kvality života je velké množství. Můžeme je rozdělit do tří skupin:

- a) Objektivní – kvalitu hodnotí druhá osoba
- b) Subjektivní – hodnotitelem je sama daná osoba
- c) Smíšené – vzniklé kombinací měření objektivního a subjektivního.

1.3.1 Objektivní metody měření kvality života

APACHE II – Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu

Tato metoda se snaží vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Dle závažnosti onemocnění je možné určit, jak se kvantitativně odkloňuje daný stav pacienta od stavu normálního. Měří se odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí. Výsledek je psán jedním číslem v rozmezí 0-71 bodů. Čím více bodů, tím vyšší pravděpodobnost úmrtí pacienta (Křivohlavý in Payne, 2005, s. 282, 283). Nejvíce se tato metoda používá v oblasti Spojeného království Velké Británie a Severního Irska, a to především na jednotkách intenzivní péče (Křivohlavý, 2002, s. 165).

Karnofskyho index

Lékař vyjadřuje indexem svůj názor na celkový zdravotní stav např. onkologického pacienta. Hodnoty indexu jsou odstupňovány po deseti od 0 % - 100 %, přičemž čím vyšší index, tím lepší zdravotní stav (Křivohlavý, 2002, s. 166).

VAS – vizuální analogová škála

Tato metoda slouží k zhodnocení celkového stavu pacienta na deseticentimetrové. stupnici (úsečce), která je buď vodorovná nebo pod úhlem 45°, a zakresluje aktuální stav pacienta za pomoci křížku. Tuto stupnici může zhodnotit lékař, zdravotní sestry a rodinný příslušník pacienta (Křivohlavý in Payne, 2005, s. 284).

QL Index ILF – Index kvality života pacienta ILF

Tato metoda je zaměřena na slovně formulovaná kritéria. Patří sem sebeobslužnost pacienta, sociální opora, zvládnutí těžkostí spojených s nemocí, bolesti a celkový emocionální stav pacienta (Křivohlavý in Payne, 2005, s. 285).

QoL (quality of the patient) – Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta

Patří k nejčastějším používaným systémům zaznamenávání kvality života pacientů v celosvětovém měřítku. Je zaměřen na pracovní schopnost, bolesti, finanční situaci, náladu pacienta, komunikaci pacienta s okolím, fyzickou nezávislost pacienta na druhých lidech atd. (Křivohlavý in Payne, 2005, s. 286).

1.3.2 Subjektivní metody měření kvality života

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Systém individuálního hodnocení kvality života)

V této metodě se jedná o způsob zjišťování kvality života, který neklade kritéria, ale vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou. Pojetí kvality života je v této metodě individuální. Mezi nejčastější podněty, které se uvádějí, jsou zdraví, rodina,

práce, náboženství, finance a vzdělání. Tato metoda dává možnost pacientům svobodně zvolit oblasti zájmů, zaměření, hodnot (Křivohlavý, 2002, s. 170, 173, 174).

1.3.3 Smíšené metody měření kvality života

MANSA – Manchester Short Assesment of Quality of Life

Tato metoda je vypracována univerzitou v Manchesteru. Je zaměřena na měření kvality života tím, že hodnotí celkovou spokojenost se životem a s řadou předem stanovených dimenzí života. Např. spokojenost se sebepojetí., finanční situací, zaměstnáním a sociálními, rodinnými vztahy. Cílem metody MANSA je vystihnout celkový obrazu kvality života daného člověk v danou chvíli (Křivohlavý, 2002, s. 176).

LSS – Měření spokojenosti

Jedná se o stupnici spokojenosti, která má sedm stupňů, uvedených na vodorovné ose, která je označena od minima („nemůže to být horší“) po maximum („nemůže to být lepší“) s pěti mezistupni (Křivohlavý, 2002, s. 176, 177).

1.4 Kvalita života těhotné ženy

Těhotenství „je specifický stav, který není ani nemocí, ani normální zdravotním stavem ženy“ (Vachková, Mareš, 2012, s. 287).

Těhotenství je pro organismus velkou zátěží. Mezi tělesné změny v těhotenství patří např. růst tkání, hypertrofie rodidel, zvýšené ochlupení, retence tekutin ve tkáních, mění se vzhled postavy a obličeje. Také dochází k relaxaci hladkého svalstva, především v děloze, změny na kůži, snižuje se peristaltika střev, močových a žlučových cest atd. Většina těchto tělesných změn se během šestinedělí navrátí zpět do původního stavu (Vachková, Mareš, 2012, s. 288).

Těhotenství je pro ženu somatickou záležitostí. Dochází nejprve k akceptaci dítěte jako součásti sebe sama a později jako samostatné bytosti. Postupně se žena mění z těhotné ženy na matku. V těhotenství žena prochází psychickými změnami, které se v jednotlivých trimestrech liší. Jen málo těhotných žen přistupuje k těhotenství bez starosti. Těhotenství ovlivňuje kvalitu života ženy, a navíc se prožívaná kvalita života mění v čase (Vachková, Mareš, 2012, s. 288).

Kvalitu života těhotných žen lze zkoumat třemi způsoby:

- Kvalitativně - např. formou strukturovaných rozhovorů
- Kvantitativně - např. pomocí dotazníků, posuzovací škály
- Kombinovanou metodou – spojením kvalitativních a kvantitativních postupů (Vachková, 2014, s. 31, 32)

Kvalitativní metody se používají velmi málo. Mezi známe kvalitativní výzkumy jsou od autorů Luke et al. (1999) a Sherman a Flaxman (2002). Luke et al. zkoumali únavu a její dopady na těhotné ženy. Sherman a Flaxman studovali nauzeu a zvracení u těhotných žen. Oba tyto výzkumy byly za pomoci rozhovorů (Vachková, Mareš, 2012, s. 289).

Mezi kvantitativní metody patří specifické dotazníky (např. Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea, dále jen PUQE, Nausea and Vomiting of Pregnancy Quality of Life, dále jen NVP QOL) jsou zaměřeny na konkrétní potíže v těhotenství (např. nauzeu a zvracení) nežli na fyziologické těhotenství (Vachková, 2014, s. 36.) Tato metoda se používá nejčastěji. Její výhodou je získání velkého množství dat (Vachková, Mareš, 2012, s. 288).

Vzácně se můžeme setkat se smíšeným přístupem reprezentovaným individualizovanými metodami (Mother Generated Index, dále jen MGI, SEIQoL) (Vachková, 2014, s. 35).

Zahraniční studie se zabývají spíše patologickými aspekty těhotenství, které negativně ovlivňují kvalitu života v těhotenství. Vědci studovali, jak ovlivní kvalitu života v těhotenství např. epilepsie, vrozená srdeční vada, gestační diabetes, transplantace ledviny, nauzea a zvracení (Vachková, Mareš, 2012, s. 287). Dalším předmětem zkoumání byl např. vztah depresí a úzkostí v časně graviditě, vznik preeklampsie, strach spojený s těhotenstvím a porodem, úzkost a její vliv na předčasný porod, vztah mezi stresem a rizikem vzniku hypertenzního onemocnění, vztah zaměstnání a těhotenství (Vachková, 2014, s. 101, 102). Méně pozornosti bylo věnováno vztahu mezi normálním, fyziologickým průběhem těhotenství a kvalitou života žen v těhotenství (Vachková, Mareš, 2012, s. 287).

V České republice nalezneme studie, které zkoumají vliv určitého onemocnění na těhotenství. Jde především o rizikové či patologické těhotenství, ale bez zaměření na kvalitu života. Můžeme se i setkat se studiemi, které spíše souvisejí s kvalitou zdravotní péče během prenatalního vyšetřování (např. Smetanová, 1999) a s psychosociální problematikou v těhotenství (např. Baďurová, 2005), ale opět bez zaměření na kvalitu života ženy (Vachková, Mareš, 2012, s. 287).

Pro tuto práci byl použit dotazník QOL – GRAV (Vachková, Mareš, Ježek, 2013), který obsahuje 9 položek souvisejících s biopsychosociálními změnami v období těhotenství a k němu je přiložen dotazník na Zdravý životní styl, který obsahuje 22 položek.

2 Těhotenství

Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Nazývá se též gravidita nebo gestace. Období těhotenství trvá přibližně 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní a 40 týdnů (Roztočil, 2017, s. 86).

Období těhotenství dělíme na tři trimestry. První trimestr je do 12. týdne, druhý trimestr trvá od začátku 12. týdne do konce 27. týdne a třetí trimestr je od 28. týdne do porodu (Slezáková, 2017, s. 142).

Žena, která je těhotná poprvé, se nazývá primigravida, podruhé sekundigravida, dále tercigravida atd. Rodící žena, která je prvorodička, se nazývá primipara, druhorodička sekundipara a po třetí rodící terciipara (Macků, 1998, s. 31).

Těhotenství se dělí na období oplození, implantaci, nidaci a vývoj plodového vejce. Přejedem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec (Roztočil, 2017, s. 86).

2.1 Příznaky a diagnostika těhotenství

Příznaky těhotenství jsou nejisté, pravděpodobné a jisté. Nejisté známky těhotenství jsou doprovázeny změnami v organismu (Pařízek, 2006, s. 40).

Mezi nejisté známky řadíme zvýšenou psychickou labilitu, neurovegetativní poruchy, neuralgii, sklon k závratím až k mdlobám, k bolestem zubů a únavu. Dále se může objevit nechutenství k jídlu, ranní nevolnost až zvracení (Čech, 2006, s. 99). Nauzea a zvracení trvají přibližně 6-12 týdnů, ale mohou přetrvávat celé těhotenství. Dochází ke změnám na prsou. Ženy pocítují zvýšenou citlivost a napětí v prsou, zvláště v oblasti bradavek (Roztočil, 2017, s. 106).

Pravděpodobné známky jsou obvykle vyvolané specificky graviditou. Těhotenství však ještě nepotvrzují, protože se mohou objevit i mimo těhotenství. U těchto známek často dochází k vynechání menstruace. To ale může být z důvodu gynekologických zánětů, stresu, či postmenopauzy, ne však těhotenství. Mezi další pravděpodobné známky patří změna

pigmentace (ztmavnutí kůže), zvětšení břicha, zvýšený vaginální výtok, zvětšení a prosáknutí dělohy (Čech, 2006, s. 100, 102).

Mezi jisté známky těhotenství patří průkaz lidského choriogonadotropinu (hCG) z moči nebo z krve. Jedná se o biochemické vyšetření. Lidský choriogonadotropin (hCG) slouží nejen k diagnostice těhotenství v děloze, ale také k diagnostice mimoděložního těhotenství, kdy dochází k opakovaně naměřeným nízkým hodnotám hCG oproti těhotenství v děloze. K pozvolnému poklesu hodnot hCG dochází také u spontánního či zamlklého potratu. Koncentrace hCG rychle narůstá až do 12 týdne těhotenství. V tomto období se hladina hCG zdvojnásobuje každé 2 až 3 dny. Přibližně v 16. týdnu se hodnoty ustálí na určité hladině (Pařízek, 2006, s. 41, 42). Další metodou pro průkaz těhotenství je ultrasonografické vyšetření (Čech, 2006, s. 103). Při vyšetření vaginální sondou je možné graviditu detekovat od 5. týdne, její vitalitu od 6. týdne průkazem srdeční akce. Součástí průkazu těhotenství je gynekologické vaginální vyšetření (Slezáková, 2017, s. 143, 144).

2.2 Vznik a vývoj těhotenství

2.2.1 Oplození

K oplození dochází spojením mužské zárodečné buňky (spermie) s ženskou zárodečnou buňkou (oocyt – vajíčko) (Čech, 2006, s. 36).

Jádra lidských buněk obsahují 46 chromozomů, přenášejících dědičnou vlastnost. Oocyt a spermie obsahují 23 chromozomů. Oocyt obsahuje jeden pohlavní chromozom X a spermie jeden pohlavní chromozom X nebo Y (Čech, 2006, s. 36). Spermie rozhoduje o pohlaví plodu (XX – ženské pohlaví, XY – mužské pohlaví) (Slezáková, 2017, s. 134). Při oplodnění se obnovuje celkový diploidní počet 46 chromozomů, obsahující genetický kód, jak od matky, tak od otce (Čech, 2006, s. 36).

Při ejakulaci dochází k uložení spermií do zadní klenby poševní. Transport spermií do hrdla děložního je zajištěn aktivním pohybem svých bičíků a také peristaltickými stahy vagíny při orgasmu (Roztočil, 2017, s. 87). Cervikální hlen je v období ovulace pro spermie snadno prostupný, má ale zároveň i schopnost nepropustit vadné spermie (Macků, 1998, s. 34). Do ženské pochvy se dostane 2-6 ml spermií, z toho 1 ml obsahuje 20–50 milionů

spermii, ale pouze jedna spermie se dostane do oocytu. Během cesty mnoho spermii zahyne. Spermie jsou schopny oplodnit oocyt do 24 hodin. Do oocytu se dostává pouze hlavička spermie, která nese genetickou informaci a bičík zůstává mimo oocyt. Z oplozeného oocytu se stává buňka – zygota (Slezáková, 2011, s. 129).

Zygota se ihned začne dělit (rýhovat) a postupně vytvoří morulu. Během dělení vstupuje oplozený oocyt přes vejcovod do dělohy. Morula se mění na blastocystu, která obsahuje dutinku vyplněnou tekutinou (Čech, 2006, s. 38). Vytvářejí se v ní dvě odlišné vrstvy buněk. Vnitřní je embryoblast a zevní trofoblast. Z trofoblastu se později vyvinou plodové obaly a embryoblast je základ pro budoucí embryo a poté plod (Macků, 1998, s. 36).

Pohyb rýhujícího se oocytu se zpomaluje. Blastocysta se dostává do děložní dutiny. Za 6 až 7 dnů po oplození vajíčka získává blastocysta schopnost implantovat se do děložní sliznice. Povrch sliznice se rozpadá a blastocysta se zanořuje do její hloubky (Macků, 1998, s. 36, 37). Za 10 dní je implantace dokončena a začíná nidace (uhnízdování). Proces je ukončen 11. den po oplodnění (Slezáková, 2017, s. 135).

2.2.2 Vývoj plodových obalů a placenty

Vývoj plodových obalů

Kolem plodu v děloze jsou plodové obaly amnion a chorion, obsahující plodovou vodu, do které je plod ponořen. Vnitřní obal je amnion a na něj naléhá chorion. Plodové vejce je obklopeno deciduou, těhotensky změněnou děložní sliznicí (Čech, 2006, s. 52).

Decidua je nejzevnější vrstvou obalů plodového vejce (Čech, 2006, s. 52). Zabezpečuje nidaci plodového vejce a jeho první výživu. Nejvyššího rozvoje dosahuje ve 12. týdnu těhotenství, kdy je její výška 10 mm. Poté se tlakem plodového vejce ztenčuje a na konci těhotenství její výška dosahuje 1 mm (Roztočil, 2017, s. 90).

Amnion je vnitřní obal plodového vejce. Je to průsvitná blána, která překrývá plodovou část placenty a přechází na pupečník (Slezáková, 2017, s. 135). Je bez inervace a neobsahuje žádné lymfatické ani krevní cévy. Amnion je spojen vazivovou vrstvou s chorionem (Čech, 2006, s. 52).

Chorion je mimoplacentární, čtyřvrstevná tkáň, která neobsahuje žádné cévy ani nervy (Čech, 2006, s. 52). Vzniká z diferenciovaného cytotrofoblastu (Roztočil, 2017, s. 90).

Plodová voda

Plodová voda je tekutina, která zabezpečuje ideální podmínky pro růst a vývoj embrya a plodu, zároveň vyplňuje amniální dutinu. Nejvíce plodové vody je přítomno ve 4. měsíci gravidity. Na konci těhotenství je plodové vody asi 600-1000 ml. Je to čirá či lehce zakalená mléčná tekutina (Roztočil, 2017, s. 91).

Obsahuje soli, bílkoviny, močovinu, odloupané buňky plodu a mázek. Chrání plod před traumatem zvenčí a matku před bolestivými pohyby plodu, umožňuje pohyby plodu. Plod do plodové vody močí a poté jí znovu polyká, vytváří se tak koloběh látek, které se podílejí na metabolické rovnováze plodu nebo její poruše (Roztočil, 2017, s. 91).

Placenta

Placenta je orgán, který v průběhu těhotenství zprostředkuje kontakt mezi organismem matky a plodu. Jedná se o dočasnou endokrinní žlázu, která vytváří placentární bariéru a umožňuje prostup látek a výměnu plynů (Roztočil, 2017, s. 89). V termínu porodu je placenta kruhovitý orgán o průměru asi 20 cm a vysoká asi 3 cm. Její hmotnost je asi 500 g (Slezáková, 2017, s.136). Placenta se obvykle upíná na zadní stěnu děložní dutiny nebo v děložním fundu (Macků, 1998, s. 46).

Lidská placenta je hemochoriální, to znamená, že existuje bariéra tvořená cytotrofoblastem, plasmodiem, stromatem klků a stěnou kapilár. Tato bariéra se nachází mezi mateřskou krví a krví plodu. Na plodové ploše placenty se nachází amnion, který přechází na pupeční provazec. Na mateřské ploše placenty odstupují z choriální plotny choriové klky (Macků, 1998, s. 46, 47).

Placenta zásobuje plod kyslíkem, živinami a odvádí zplodiny jeho metabolismu (Slezáková, 2017, s. 136). Zároveň je placenta bariérou pro infekce, i když některé viry se mohou na plod přenést. V placentě se tvoří řada hormonů a enzymů, které jsou důležité pro přirozený průběh těhotenství (Čech, 2006, s. 50).

Svou hormonální aktivitu zabezpečuje těhotenství od 3. měsíce. Produkuje steroidní hormony (estrogeny a progesteron), hCG (choriový gonadotropin), hPL (lidský placentární laktogen) (Slezáková, 2017, s. 136). Syntetizuje i řadu enzymů, jako oxytocinázu, histaminázu, monoaminoxidázu a angiotonázu (Čech, 2006, s. 51, 52).

Pupečník

Pupečník spojuje placentu s plodem. U zralého plodu měří asi 50 cm a má průměr 1–2 cm. (Slezáková, 2017, s. 137). Upíná se v centrální části placenty a na přední stěně břicha plodu kožním pupkem. Skládá se z jedné žíly, která vede okysličenou krev k plodu, a ze dvou arterií, které odvádějí odkysličenou krev od plodu k matce. Mezi částmi pupečníku se nachází rosolovitá hmota Whartonův rosol. Pupečník je obalen amniem a jeho hlavní funkcí je vytvořit cestu pro fyziologickou výměnu mezi plodem a placentou (Roztočil, 2017, s. 91).

2.2.3 Vývoj zárodku a plodu

Těhotenství se dělí na období blastogeneze, embryogeneze a fetogeneze. Blastogeneze je vývoj oplodněného vejce během 3 týdnů a prvního dělení zygoty do stádia vytvoření gastruly (Čech, 2006, s. 39).

Během embryogeneze začíná tvorba prvosegmentů kolem 22. dne po oplodnění. Nejdříve se vyvíjejí kraniální části embrya (Čech, 2006, s. 39). Tvoří se základy mozku a srdce. Postupně se vyvíjejí končetiny, nos, ústa, oční víčka a zevní genitálie. Vyvíjejí se již i vnitřní orgány, které lze rozlišit, a v kostře plodu se tvoří osifikační jádra (Slezáková, 2017, s. 137). Embryogeneze je ukončena kolem 10. týdne po oplodnění. Pohlaví plodu lze však s jistotou určit po 14 až 16 týdnech (Čech, 2006, s. 39).

Fetogeneze se vyznačuje růstem, zráním a funkční diferenciací. Délku plodu lze sledovat podle Haasova schématu. Růst plodu je během těhotenství spíše lineární. Pomocí ultrazvuku lze stanovit různé míry těla plodu. Nejčastěji se jedná o biparietální průměr hlavičky, obvod či průměr břicha a délku femuru a z nich se může vypočítat hmotnost plodu (Čech, 2006, s. 39).

Ve 13. až 16 týdnu pokračuje rychlý růst plodu. Kůže je velmi tenká a jsou patrné kožní cévy. Oči se posouvají do středu obličeje. Uši se postupně dostávají kraniálněji na laterální část hlavy. Lanugo (fetální ochlupení) je přítomno na celém těle. Urychluje se vývoj svalů a kostí. Pohyby plodu jsou časté, ale matka je zatím nepocítuje. Začíná ukládání podkožního tuku (Roztočil, 2017, s. 93). Vyvíjejí se nehty a začínají růst vlasy. Plod je pokryt tenkou vrstvou plodového mázku (Čech, 2006, s. 40).

V 17. až 20. týdnu matka již vnímá značné pohyby plodu. Rychlý růst plodu se začíná postupně zpomalovat. Srdeční akce plodu je slyšitelná stetoskopem. Lanugo napomáhá udržení mázku na epidermis. V tomto období je možné rozpoznat ultrazvukem pohlaví plodu. Pokračuje vývoj plic. Bronchiální větvení je téměř ukončeno. Dochází k tvorbě plicních sklípků (alveolů) a vytváří se plicní kapilární řečiště. Výměna plynů v plicích zatím není možná (Roztočil, 2017, s. 93, 94).

Ve 21. až 24. týdnu dochází k podstatnému nárůstu hmotnosti. Kůže je stále vrásčitá vzhledem k nedostatku podkožního tuku. Je červená a je vidět krev v kapilárách. Kožní záhyby na dlaních a ploskách nohou vytvářejí individuální tvary. Oko je strukturálně vyvinuté a oční štěrbinu se záhy otevře (Roztočil, 2017, s. 94).

Ve 25. až 28. týdnu se začíná podkožní tuk vyplňovat některé kožní záhyby. V tomto období má plod možnost přežít mimo tělo matky. Plíce a plicní cévy jsou velmi nezralé. Rychle se vyvíjí mozek a nervový systém je schopen vyvolat rytmické dýchací pohyby. Plod umí částečně regulovat svojí tělesnou teplotu. U plodu mužského pohlaví začíná sestup varlat tříselným kanálem do šourku (Roztočil, 2017, s. 93). U ženského pohlaví se dokončuje močová trubice, vaječníky začínají mít konečnou stavbu. Plod začíná reagovat na zvuky zvenčí a má fáze bdění a spánku. U plodu se vyvíjí i sací reflex (Pařízek, 2006, s. 107).

Ve 29. až 32. týdnu se vyvíjí tuková a svalová tkáň. Kostí jsou plně vyvinuty. Kůže je méně vrásčitá. Plod je růžový a epidermis zesiluje. Nehty přerůstají konce prstů ve 32. týdnu těhotenství (Roztočil, 2017, s. 95). Plod má kolem sebe málo prostoru a pohybuje se mnohem méně. Vývoj plic je již dokončen. V plicní tkáni se začíná vytvářet surfaktant, který umožní po porodu správné rozvinutí plic. Sluchové ústrojí je definitivně utvořeno. (Pařízek, 2006, s. 109) Mозek se zvětšuje a mozkové buňky a nervová vlákna jsou plně funkční a fungují (Stoppardová, 2007, s. 85).

Ve 33. až 36. týdnu začíná lanugo mizet. Stále probíhá tvorba obalů nervových buněk mozku, míchy i ostatních nervů. Dokončuje se cévní zásobení mozku. Kosti sílí a prodlužují se (Pařízek, 2006, s. 111). V tomto období se plod začíná obracet hlavou dolů a připravuje se tak na porod (Stoppardová, 2007, s. 87).

Ve 37. až 40. týdnu je plod zralý. Kůže je hladká a růžová. Většina lanuga již zmizela. Zůstávají jen okrsky na horních končetinách. U plodů mužského pohlaví sestoupila varlata do šourku. U plodů ženského pohlaví zůstávají ovaria v dutině břišní až do porodu. Klouby jsou ve flexi (Roztočil, 2017, s. 95). Podkožní tukový polštář je vytvořen. Lebka není zcela pevná. Na lebce jsou dva hlavní lebeční lupínky (fontanely), které se uzavřou až během několika měsíců po narození (Pařízek, 2006, s. 113).

2.3 Změny v organismu ženy vyvolané těhotenstvím

Během těhotenství dochází k zatížení organismu ženy a vyvolává se v něm řada změn, které souvisejí s výživou a vývojem plodu, přípravou na porod a kojení (Slezáková, 2017, s. 138). Tyto změny začínají již od brzkého těhotenství a zasahují téměř do všech systémů. Po porodu pak většina změny ustoupí či úplně zmizí. Za fyziologické změny považujeme retenci tekutin, tachykardii, hypotenzi, polakisurii atd. Mohou se však i vyskytnout nefyziologické změny, jako například gestační diabetes mellitus a hypertenze (Procházka, 2018, s. 21).

Vznik změn je způsoben především vlivem hypofyzárních a placentárních hormonů (Kudela, 2008, s. 133).

Zevní rodidla

Rodidla bývají mírně edematózní, překrvené a kůže může být zbarvena pigmentem (Kobilková, 2005, s. 222). Zvýšená pánevní kongesce, relaxace hladké svaloviny žil, zvýšený tlak rostoucí dělohy, zácpa a obezita mohou způsobit varixy zevních rodidel a rekta (Roztočil, 2017, s. 109).

Děloha

Děloha je během těhotenství překrvená, mění svou konzistenci, barvu a svůj tvar. Díky určité posloupnosti růstu dělohy se dá rozpoznat délka těhotenství. Děloha mění i svoji hmotnost. V průběhu těhotenství se zvětší z 60 g na 1000 g (Roztočil, 2017, s. 108). Děloha se v druhé polovině těhotenství zvětšuje rozpínáním. Děložní stěna se ztenčuje, ale díky progesteronu zůstává měkká. Růst dělohy je zapříčiněn vlivem progesteronu a estrogenu, později i působení rostoucího plodového vejce (Čech, 2006, s. 46). Děloha okolo 24. týdne dosahuje k pupku a okolo 36. týdne k dolnímu okraji žeber (Procházka, 2018, s. 22).

Hrdlo děložní

Tvoří ho pojivová kolagenní tkáň s malým množstvím hladké svaloviny. Během těhotenství prochází změnami, dochází k jeho změknutí a zkracování. Cervikální žlázy děložního hrdla secernují hustý hlen, který se hromadí v cervikálním hlenu. Díky tomu se vytvoří hlenová zátka, která cervikální hlen uzavírá. Tato zátka slouží jako bariéra pro vstup bakterií do dutiny děložní (Roztočil, 2017, s. 109).

Pochva

V pochvě je zvýšené prokrvení, které mění barvu poševní sliznice (Slezáková, 2011, s. 134). Produkce estrogenu se zvyšuje, a to způsobuje zahuštění hlenu, snížení množství pojivové tkáně a hypertrofii hladkého svalstva, čímž se prodlužuje pochva. Pochva má během těhotenství zvýšenou poševní sekreci, která se projevuje výtokem většinou bílým a hustým s pH od 3,5 do 6. Čím nižší pH, tím vyšší obranyschopnost pochvy před mikroorganismy (Roztočil, 2017, s. 109).

Mléčná žláza

Mění se také mléčná žláza. Žena po vynechané menstruaci pociťuje napětí a zvětšení prsou. Bradavky jsou velmi citlivé a v průběhu těhotenství se zvětšují a tmavne pigmentace dvorce (Slezáková, 2017, s. 139). Mléčná žláza se připravuje na laktaci a v prsech se vytváří mlezivo (kolostrum) (Kobilková, 2005, s. 223) Po porodu na mléčnou žlázu působí hypofyzární prolaktin, který spouští sekreci mléka. Oxytocin usnadňuje ejekci mléka (Binder, 2011, s. 31)

Vaječníky

Během těhotenství se mírně zvětšují vaječníky. Převážně ten vaječník, ve kterém se nachází žluté tělíčko (Kobilková, 2005, s. 223). Zároveň dochází k vzestupu prolaktinu, blokaci sekrece FSH a LH, a tím i k potlačení cyklické ovariální hormonální aktivity (Slezáková, 2017, s. 139).

Kardiovaskulární systém

S nárůstem objemu dělohy s postupujícím těhotenstvím je srdce vysunuto kraniálně a doleva. Současně je lehce rotováno kolem své podélné osy. Tyto změny vyvolávají mírné zvětšení srdce, tak vznik systolického šelestu. Dochází ke změnám v tepové frekvenci. Pulz se zrychluje o 10-15 úderů za minutu (Roztočil, 2017, s. 110).

Srdeční výdej se výrazně zvyšuje v průběhu I. trimestru a zůstává vysoký po další období těhotenství (Roztočil, 2017, s. 110). Během porodu se srdeční výdej zvýší o dalších 10 %. Po porodu se opět snižuje a normalizuje se zhruba po šestinedělí (Procházka, 2018, s. 21).

Minutový objem srdeční se v těhotenství zvyšuje od 40-50 % a dosahuje maxima mezi 30. a 32. týdnem gestace (Roztočil, 2017, s. 110). Po 32. týdnu opět postupně klesá. Zvýšení je způsobeno zrychlením srdeční frekvence a systolického objemu srdce (Kudela, 2008, s. 134).

K výraznějším změnám krevního tlaku v I. trimestru nedochází. Ve II. trimestru je tendence k hypotenzi. Tlak se opět normalizuje směrem k termínu porodu. Jakékoliv zvýšení systolického tlaku o 30 mmHg a diastolického o 15 mmHg signalizuje vznik hypertenze. Poloha matky může velmi ovlivnit krevní tlak. V poloze na zádech vzniká zejména ve druhé polovině těhotenství syndrom dolní duté žíly. Projevuje se náhlým vznikem hypotenze, která je vyvolaná tlakem těhotné dělohy na dolní dutou žílu s následným snížením venózního návratu k srdci. Ideální poloha pro těhotnou ženu je vleže na levém boku (Roztočil, 2017, s. 110). Dochází ke zpomalení krevního návratu z dolních končetin, tvoří se varixy a otoky. Zvyšuje se celkový objem krve a rovněž nitrohruční a nitrobřišní tlak (Kudela, 2008, s. 133).

Krevní systém

Objem krve narůstá o 1000–1500 ml. Také se zvyšuje produkce leukocytů v průběhu těhotenství navzdory zvýšenému plazmatickému objemu. Průměrné hodnoty leukocytů v těhotenství jsou mezi 10 000 a 12 000 mm³. Tyto hodnoty se výrazně zvyšují v průběhu porodu a v časném poporodním období (Roztočil, 2017, s. 110).

Během těhotenství dochází ke zvýšené erytropoéze v závislosti na množství volného železa. Protože v těhotenství jeho spotřeba stoupá, je někdy nutné podávat železo perorálně. V těhotenství je potřeba 18-21 mg železa na den. Současně také klesá hemoglobin a hematokrit v důsledku těhotenské pseudoanemie. Tento pokles vzniká ve II. trimestru, kdy dochází k rychlému nárůstu krevního objemu (Roztočil, 2017, s. 110).

Dochází k poklesu plazmatických bílkovin (zejména albuminu) (Slezáková, 2011, s. 135). Snižují se na 3,0-3,5 g/dl z hodnot mimo těhotenství 4,0-4,5 g/dl. Snížení plazmatických bílkovin vyvolá zvýšení sedimentace erytrocytů o cca 20 mm/hodinu. Dále se zvyšuje plazmatická hladina fibrinu a fibrinogenu (Roztočil, 2017, s. 110).

Močový trakt

Změny na močovém traktu jsou vyvolány působením progesteronu a estrogenu, tlakem těhotné dělohy a zvýšeným objemem krve (Roztočil, 2017, s. 111).

Během těhotenství se zvyšuje clearance mnoha látek, jako například cukrů, vitamínů a proteinů. Progesteron má natriuretický účinek, a to může vést ke ztrátám sodíku. Tento efekt vyrovnává zvýšená tvorba reninu a angiotenzinu (Čech, 2006, s. 48).

Frekvence mikce se objevuje v I. trimestru. Příčinou je tlak těhotné dělohy na močový měchýř v malé pánvi. Ve II. trimestru, kdy děloha vystoupí do dutiny břišní, dochází k ústupu tlaku na močový měchýř a frekvence mikce se normalizuje. Ve III. trimestru dochází opět ke zvýšení v období, kdy naléhající část plodu vstupuje do malé pánve (Roztočil, 2017, s. 111).

Stáza moči a vezikoureterální reflux jsou vyvolány tlakem těhotné dělohy. Pánevní venózní kongesce postihuje také močový měchýř a uretru. Tím jsou tyto orgány v těhotenství a za porodu více náchylné k traumatu a ke krvácení. Tonus močového měchýře je snížen, a to vede ke zvýšení jeho kapacity na 1000-1500 ml. Zvýšení objemu močového traktu je

pravděpodobně hlavní příčinou výskytu močových infekcí v těhotenství (Roztočil, 2017, s. 111).

Díky zvýšenému průtoku krve ledvinami dochází ke zvýšení glomerulární filtrace. Ta se ve II. trimestru zvyšuje až o 50 % a toto zvýšení přetrvává a udržuje se až do konce těhotenství. Renální plazmatický průtok se v časném těhotenství zvyšuje a poté se ve III. trimestru snižuje na netěhotenské hodnoty (Roztočil, 2017, s. 111).

Respirační systém

Ke změnám respiračních funkcí dochází u těhotné v oblasti mechanické i biochemické. Zvětšování těhotné dělohy vede ke zvýšení bránice asi o čtyři centimetry. Hrudní koš se zvětšuje v průměru a v obvodu (Roztočil, 2017, s. 110).

Vysoký stav bránice a jisté omezení její pohyblivosti vede k bráničnímu a prohloubenému dýchání. Frekvence dýchání se nemění, avšak respirační objem a minutová ventilace se zvětšují (Čech, 2006, s. 47, 48).

Vysoká hladina progesteronu, produkovaného v graviditě, signalizuje mozku, aby snížil hladinu CO₂ v krvi. Díky tomu, těhotná dýchá intenzivněji (prohloubené dýchání), aby vydýchala více CO₂ a tím snížila jeho hladinu. Pro bývají těhotné ženy na konci těhotenství a při námaze dušné (Procházka, 2018, s. 21). Snížením pCO₂ způsobí slabý vzestup pO₂ a pravděpodobně pomáhá plodu zbavovat se CO₂ (Kudela, 2008, s. 133).

Gastrointestinální trakt

Estrogen vyvolává proliferaci slinných žláz a díky tomu dochází ke zvýšené produkci slin. Mohou vzniknout zubní kazy při jejich snížené kyselosti (Roztočil, 2017, s. 111).

Mnoho těhotných žen trpí v I. trimestru ranní nevolností a někdy zvracením. To může být způsobeno vysokými hladinami estrogenu a hCG. Žádná specifická léčba na to není, ale mohou jí ovlivnit změnou stravovacích návyků (Procházka, 2018, s. 22).

Mezi další obtíže v těhotenství patří pálení žáhy. Progesteron vyvolává relaxující účinek hladkého svalstva gastrointestinálního traktu, a tím způsobí jeho sníženou motilitu. Vytvoří se gastroezofageální reflux při uvolnění, který vyvolává pálení žáhy (pyróza) (Roztočil, 2017, s. 111).

V pokročilém těhotenství utlačuje rostoucí děloha střeva, a to spolu s relaxačním účinkem progesteronu vyvolává zácpu a mohou vzniknout i hemoroidy (Procházka, 2018, s. 22).

Hmotnost

Těhotná žena by měla mít větší kalorický příjem, aby zajistila správný vývoj plodu. Váhový přírůstek je u každé ženy individuální, doporučen je nárůst o 10 až 15 kg. Nadměrná či nízká váha může kompromitovat plod, ale i matku (Procházka, 2018, s. 23). Váha začíná nejvíce přirůstat v druhé polovině těhotenství. Avšak po porodu dochází k rychlému váhovému úbytku (Čech, 2006, s. 49).

Pohybový aparát

Zvýšená hmotnost těhotné ženy a změna v umístění centra tělesné rovnováhy vyvolávají změny v postoji, rovnováze a v chůzi. Postupně se v průběhu fyziologického těhotenství vytváří bederní hyperlordóza. Tělo tak reaguje na ventrální růst těhotné dělohy prohnutím lumbosakrální páteře dopředu. Tím dochází k posunu centra tělesné rovnováhy do dolních končetin (Roztočil, 2017, s. 111).

Velká zátěž je však také kladena na svaly a vazy střední a dolní části páteře. Kvůli tomu může docházet k bolestem zad zejména ve III. trimestru. Bolesti, které jsou způsobeny předsazením oblasti krční páteře a flexí hrudního pletence, se mohou vyskytnout i na horních končetinách (Roztočil, 2017, s. 111).

Vysoké hodnoty hormonů (steroidní pohlavní hormony a relaxin) a zvýšená elasticita pojivové a kolagenní tkáně vyvolává uvolnění pánevních spojů, a to zejména v oblasti sakroiliakálních kloubů a symfýzy (Roztočil, 2017, s. 111). Toto uvolnění může u těhotné ženy podmínit chůzi o široké bázi a mírné kolébání těla (Kudela, 2008, s. 133).

Snížený příjem vápníku v těhotenství vede k demineralizaci kostí. Vápníku a fosforu je v těhotenství potřeba asi 1,2 g denně, což je o třetinu více než v netěhotném stavu (Roztočil, 2017, s. 111).

Pigmentace

Žlutohnědá kožní pigmentace je vyvolaná zvýšenými hodnotami estrogeneru a progesteronu. Stupeň změny závisí na typu kůže (Roztočil, 2017, s. 111). Nejčastěji se pigmentace objevuje na bradavkách, tvářích, horním rtu, bříše v lineae fuscae a někdy i na čele (Čech, 2006, s. 49).

Ochlupení

Během těhotenství je vzácný zvýšený růst ochlupení a vlasů. Často se však stává, že vlasy začnou vypadávat po porodu. Příčina není známá, ale předpokládá se vliv hormonů (Roztočil, 2017, s. 111).

Pojivová tkáň

Vlivem zvýšené hladiny kortikosteroidů v graviditě a spolu s napínáním kůže břišní stěny rostoucí dělohou vzniká porušení kolagenních vláken podkožní tkáně. Poté se mohou vytvořit pajizévký (strie), které jsou zpočátku růžovofialové a později zbledají. Strie se můžou vytvořit i na stehnech a na prsech. Po porodu strie nezmizí (Čech, 2006, s. 49).

Kožní cévy

Během těhotenství dochází ke zvýšené vaskulární permeabilitě a hyperproliferaci cév, které jsou vyvolané progesterony. Lokální venózní kongesce se nejčastěji vyskytuje v okolí poševního vchodu a v pochvě. Arteriální proliferace se projevuje tím, že tvoří pavoučkovité névy. Ty se objevují zejména na hrudníku, krku, obličeji, pažích a nohách. Malé hemangiomy jsou vyskytují na jazyku, horním rtu a na očních víčkách. Zmenšují se po porodu, ale zcela nezmizí (Roztočil, 2017, s. 111).

Psychické změny

Na začátku těhotenství dochází v organismu ženy nejen k somatickým, ale i psychickým změnám. Ty jsou ovlivněny změnami fyzickými, sociálními a ekonomickými. Dostaví se u všech těhotných žen, avšak jejich intenzita závisí na osobnosti těhotné a na vlivech okolí (Roztočil, 2017, s. 113).

V první třetině těhotenství je těhotná žena zaměřena sama na sebe. Stává se introvertní, sleduje vlastní tělo, snaží se zjistit, zda je opravdu těhotná. Dochází k rozladěnosti, nejistotě, náladovosti a také k somatickým změnám. Hlavním úkolem v tomto období je přijetí těhotenství a nové role matky (Roztočil, 2017, s. 113).

Do druhé třetiny těhotenství žena vstupuje tehdy, kdy pociťuje a vnímá pohyby plodu. V tomto období si uvědomuje existenci plodu a snaží se podporovat zdárný průběh těhotenství. Hlavní úkolem v tomto období je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince (Roztočil, 2017, s. 113).

Ve třetí fázi dochází k obavám z porodu. Žena má strach, že se nedokáže vyrovnat s bolestmi u porodu. Také dochází k obavám, zda se dítě narodí živé a zdravé bez vývojových vad (Macků, 1998, s. 78) Hlavním úkolem v tomto období je příprava na porod a existence nového jedince mimo organismus matky (Roztočil, 2017, s. 114).

2.4 Prenatální péče

Smyslem prenatální péče je zabezpečení těhotné ženy, zejména důsledná prevence všech možných chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace, se zajištěním dostupných terapeutických a diagnostických opatření. Těhotenství rozlišujeme fyziologické, rizikové a patologické (Čech, 2006, s. 104).

Po stanovení diagnózy těhotenství je žena zařazena do prenatální poradny vlastního výběru. Těhotná žena je poučena o významu prenatální péče a pravidelných lékařských prohlídkách. Poučení je rozšířeno na rizika týkající se onemocnění AIDS a jiných infekcí, kouření, alkoholu a toxikománie. Po založení ambulantní a místní dokumentace je těhotné ženě vystaven těhotenský průkaz, do kterého lékař zaznamenává veškeré požadované údaje a zjištění (Čech, 2006, s. 104).

2.4.1 Organizace prenatalní péče

Základní péče

Poskytuje se těhotným zdravým nebo těhotným s menšími komplikacemi, obvykle v ordinacích terénních gynekologů (Kudela, 2008, s. 235).

Riziková péče

Do poradny pro ohrožená těhotenství jsou odesílány těhotné s dříve uvedenými riziky. Tyto poradny jsou většinou součástí porodnicko-gynekologických oddělení okresních nemocnic, ve kterých se uskutečňuje i eventuální hospitalizace (Kudela, 2008, s. 235).

Speciální riziková péče

Specializované poradny jsou zřizovány při nemocích III. typu, kde je možné využít spolupráce s konziliáři. Například se jedná o srdeční vady, diabetes mellitus, hematologická a ledvinná onemocnění, jaterní choroby, alergická, oční a neurologická onemocnění. Tyto poradny spolupracují s oddělením lékařské genetiky (Kudela, 2008, s. 235).

Kvalitní prenatalní péče snižuje mrtvorozenost, počet předčasných porodů i procento vrozených vývojových vad. Má také pozitivní vliv na úmrtnost mateřskou (Kudela, 2008, s. 235).

2.4.2 Výpočet termínu porodu

Podle prvního dne poslední menstruace

K prvnímu dni poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce. (Čech, 2006, s. 104).

Podle termínu koncepce

Toto datum lze pouze vypočítat, když žena zná přesné datum oplodňující soulože a k tomuto dni přičteme v průměru 268 dní = 38 týdnů = 9,5 lunárních měsíců. Koncepční ovulace minus 3 kalendářní měsíce = termín porodu (Čech, 2006, s. 104).

Podle prvních pohybů plodu

K prvním pohybům plodu, které vnímá těhotná žena, se přičte u prvorodiček 4,5 kalendářních měsíc, u vícerodiček se přičte 5 měsíců, protože pohyby vnímají dříve (Čech, 2006, s. 104).

Podle ultrazvukové biometrie

Ultrazvuková biometrie je přesnější než výpočet podle 1. dne poslední menstruace. Měření je přípustné jen tehdy, jsou-li difference těhotenství k naměřeným hodnotám ultrazvukových parametrů shodné jak v prvním, tak ve druhém trimestru těhotenství (Čech, 2006, s. 104).

2.4.3 Vyšetřovací metody

První vyšetření v prenatalní poradně označujeme jako komplexní prenatalní vyšetření a mělo by být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Do průkazky se zaznamenávají osobní údaje těhotné. Současně je odebrána anamnéza, která je nutná pro stanovení výše rizika probíhajícího těhotenství (Roztočil, 2017 s. 120).

Anamnéza se týká jak onemocnění v rodině, která by mohla negativně ovlivnit stávající těhotenství, tak onemocnění, která se týkají osobní anamnézy těhotné. Mezi taková onemocnění může patřit diabetes mellitus, infekční onemocnění a vrozené vývojové vady. Velmi důležité jsou informace týkající se sociální situace těhotné, jako je bydlení, partnerské vztahy včetně vta sexualis, finanční situace, zaměstnání těhotné a partnera a abúzus návykových látek (Roztočil, 2017 s. 120).

Těhotná žena navštěvuje lékaře do 23. týdne každé 4 týdny, 24.–32. týden každé 3 týdny, 33.–36. týden každé 2. týdny a 37.–40. týden každý týden (Pařízek, 2006, s. 54). Vyšetření rozdělujeme na pravidelná a nepravidelná. Pravidelná vyšetření se provádějí při každé návštěvě gynekologa a nepravidelná vyšetření se provádějí pouze v určitém týdnu těhotenství (Slezáková, 2017, s. 144).

Při pravidelném vyšetření se provádí zevní vyšetření ženy. Těhotné se měří krevní tlak (TK), puls (P), zjišťuje se tělesná hmotnost ženy, detekce vitality plodu a také se provádí chemická analýza moči, která je zaměřena na přítomnost cukru a bílkoviny. Ženě se provede i bimanuální vaginální vyšetření, kde se stanovuje cervix skóre (CS), při kterém se lékař zaměřuje na naléhající část plodu (tlak na dolní děložní segment, vstupování do pánevního vchodu), dilataci děložního hrdla (rozšíření porodních cest) a také zkrácení, konzistence a lokalizace čípku (Slezáková, 2017, s. 145).

U nepravidelných vyšetření se provádějí laboratorní vyšetření do 14. týdne těhotenství. Stanoví se krevní skupina, Rh-faktor, krevní obraz a také přítomnost protilátek proti erytrocytům. Provádí se serologické vyšetření protilátek proti syfilis, HIV a HbsAg. Odběr krve nalačno pro zjištění stavu glykemie. Dále se provádí močový sediment ze středního proudu moči a biochemický screening vrozených vývojových vad (PAPP-A a beta-hCG) (Roztočil, 2017, s. 121).

Kombinovaný screening vývojových vad v I. trimestru je založen na ultrazvukovém vyšetření plodu a biochemickém vyšetření krve matky se zohledněním na věk. Podle šířky šíjového projasnění na krčku plodu, úhlu čelisti a čela posouzení nosní kůstky plodu, plus určité látky v mateřské krvi (volná beta podjednotka těhotenského hormonu hCG a těhotenský plazmatický protein A PAPP-A), dokáže lékař posoudit, jaké je riziko VVV budoucího dítěte. Metoda má záchyt až 95 %. Většinou se provádí v období mezi 11.-14. týdnem těhotenství (Slezáková, 2017, s. 145).

12. až 13. týden těhotenství se provádí ultrazvukový screening vrozených vývojových vad (VVV) s měřením nuchální translucence a nosní kosti (Roztočil, 2017, s. 121). Zpráva z vyšetření by měla obsahovat počet plodů, u vícečetných těhotenství chorionicitu a amnionicitu, vitalitu, biometrii – hodnotu parametru CRL v milimetrech a podle ní určený termín porodu (Slezáková, 2017, s. 146).

18. až 22. týden těhotenství se dělá ultrazvukový screening VVV plodu se zaměřením na strukturální vady (Roztočil, 2017, s. 121). Zpráva z vyšetření by měla obsahovat počet plodů, vitalitu, biometrii, morfologii, umístění placenty a objem plodové vody (Slezáková, 2017, s. 146).

24. až 28. týden těhotenství se provádí screening poruch glukózové tolerance. Provádí se pomocí glukózotolerančního testu perorálním podáním 75 g glukózy nalačno. Fyziologické hodnoty nalačno u těhotných žen jsou 3,3-5,1 mmol/l, za hodinu 4,0-10,0 mmol/l, za 2 hodiny 3,3-8,5 mmol/l. Pokud je glykémie kdykoliv v průběhu dne 11,1 mmol/l a vyšší, jedná se o gestační diabetes mellitus a není nutné OGTT provádět (Roztočil, 2017, s. 121). Důležitý je včasný záchyt, protože nekompenzovaný diabetes mellitus poškozuje plod vznikem diabetické fetopatie (soubor morfologických anomálií a funkčních poruch plodu vzniklých kolísavou hladinou glykémie v krvi) (Slezáková, 2017, s. 146).

V 28. týdnu těhotenství se aplikuje anti-D-globulin u Rh-negativních žen (Roztočil, 2017, s. 121). Pokud by se během těhotenství do krevního oběhu matky dostaly krvinky plodu, došlo by k tvorbě protilátek, které by poškozovaly plod v dalším těhotenství (Slezáková, 2017, s. 146).

30. až 32. týden těhotenství se vyšetřuje titer erytrocytárních protilátek u žen Rh-negativních. Stanovují se hodnoty hemoglobinu, hematokritu, erytrocytu, leukocyту a trombocyту. Opět se provádí serologické vyšetření na syfilis, HIV a HbsAg u rizikových skupin a také druhý ultrazvukový screening plodu, který se zaměřuje na VVV, růst plodu a funkci fetoplacentární jednotky (Roztočil, 2017, s. 121).

36. až 38. týden těhotenství se dělá mikrobiologické vyšetření na přítomnost streptokoků skupiny B v pochvě těhotné ženy (Roztočil, 2017, s. 121). Pokud je výsledek vyšetření pozitivní, vhodnou antibiotickou profylaxi při porodu se zamezí přenosu nebezpečné infekce na rodícího se novorozence (Slezáková, 2017, s. 146).

38. až 40. týden těhotenství se provádí kardiokografický non-stres test (Roztočil, 2017, s. 121). Je to vyšetřovací metoda, při níž souběžně registrujeme srdeční ozvy plodu a děložní tonus, který prokazuje děložní činnost-kontrakce. Z přístroje vycházejí dva snímače (sondy), jeden pro záznam srdeční činnosti a jeden sleduje případné kontrakce. Přikládají se na břicho těhotné ženy. Výsledná křivka se nazývá kardiokogram. Fyziologické rozmezí frekvence srdeční činnosti plodu je v tomto období 110-160 úderů/min. Stomatologické vyšetření a vyšetření internistou včetně EKG je v těhotenství doporučeno. Těhotenství musí být ukončeno do dvou týdnů po stanovém termínu porodu (Slezáková, 2017, s. 146, 147).

3 Životní styl v těhotenství

3.1 Výživa v těhotenství

Strava v těhotenství by měla být vydatná, a to o obsahu 2400-2800 kcal (Roztočil, 2017, s. 115). Potrava by měla být bohatá na základní živiny. Těhotná žena by měla jíst 5 až 6 menších porcí během dne (Dušová a kolektiv, 2019, s. 94).

Bílkoviny zajišťují růst plodu, vývoj placenty, podílejí se na syntéze hormonů, enzymů a protilátek. V těhotenství se doporučuje 80 g denně (Dušová a kolektiv, 2019, s. 94). Důležité aminokyseliny musí být tělu dodávány a jsou obsažené v produktech živočišného původu. Mezi ně patří maso, ryby, mléčné výrobky a vejce. Méně hodnotné jsou bílkoviny rostlinného původu, např. luštěniny, ořechy či kukuřičná mouka (Macků, 1998, s. 90, 91).

Tuky umožňují vstřebávání vitamínů, které jsou rozpustné v tucích (A, D, E, K) (Wilcock, 2008, s. 10). Ve svých molekulách obsahují mastné kyseliny. Esenciální mastné kyseliny zajišťují normální vývoj plodu a podílejí se na stavbě mozkových struktur (Hronek, 2004, s. 66). Denní dávka se doporučuje kolem 90 g (Dušová a kolektiv, 2019, s. 94). Vhodný příjem je ve složení 1/3 tuků s nasycenými mastnými kyselinami, 1/3 s monoenoovými a 1/3 s polyenoovými kyselinami. Vhodným zdrojem tuků je listová zelenina, obilná semena, živočišné tuky, rostlinné oleje, mořské a sladkovodní ryby (Hronek, 2004, s. 72).

Sacharidy jsou zdrojem energie. Dělí se na monosacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Vysoký příjem sacharidů v časném těhotenství způsobuje nižší hmotnost placenty a tím i nižší porodní hmotnost plodu (Hronek, 2004, s. 77). Nedostatek sacharidů způsobuje únavu a snížený výkon těhotné. Denní dávka se doporučuje 321 g (Dušová a kolektiv, 2019, s. 94). Během těhotenství je vhodné se vyhnout potravinám s vysokým glykemickým indexem např. koláče, sladké limonády, sušenky, zákusky, slazení čajů či kávy (Wilcock, 2006, s. 11, Hronek, 2004, s. 82).

Vláknina snižuje vznik těhotenských obtíží, jako hemeroidy nebo zácpa. Denní dávka se doporučuje 26 g (Dušová a kolektiv, 2019, s. 94). Je obsažena hlavně v zelenině, ovoci, salátech, luštěninách a semenech (Hronek, 2004, s. 86).

Vitamin A nachází se ve dvou podobách jako retinol (živočišná strava), karoten (rostlinná strava). Vitamin A se podílí na buněčném růstu. Důležité je správně vyvážit poměr, protože nedostatek si nadbytek retinolu může způsobit deformaci plodu (Wilcock, 2008, s. 14). Doporučená denní dávka je 0,8 mg (Hronek, 2004, s. 94). Dobrým zdrojem retinolu jsou vejce, máslo a sýry, co se týče beta karotenu, tak vhodnými potravinami je dýně, tmavě zelená zelenina, červené, oranžové a žluté ovoce (Wilcock, 2008, s. 14).

Vitaminy skupiny B

B1 – thiamin

Je potřebný pro metabolismus sacharidů. Ze sacharidů pak organismus získává energii. Thiamin příznivě působí při únavě, stresu a zvýšené námaze. Je také dobrý pro správnou funkci mozku, srdce a cév. Denní dávka je doporučena 1,5 mg (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 29, 30).

B2 – Riboflavin

Pomáhá spalovat cukry. Nedostatek tohoto vitamínu se projevuje zánětlivými změnami v koutcích úst, nosní sliznice, víček či jazyka. Denní dávka se doporučuje 4 mg (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 30).

B6 – Pyridoxin

Je podobný jako thiamin a riboflavin, též je důležitý pro energetický metabolismus. Pyridoxin je velmi důležitý pro tvorbu červených krvinek spolu se železem, kyselinou listovou, kobalaminem (B12) a dalšími živinami. Vhodná dávka v těhotenství je 2,5 mg (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 30).

B9 – kyselina listová

Je důležitá pro správnou krevotvorbu a růst buněk. Nedostatek tohoto vitamínu může způsobit nízkou porodní váhu novorozence a vést ke vzniku vývojových vad nervového systému. Během těhotenství ovlivňuje růst placenty i plodu. Kyselinu listovou najdeme

především v listové zelenině, luštěninách, kvasnicích a ořechách. Denní dávka se doporučuje během těhotenství 600 µg (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 30, 31).

B12 – Kobalamin

Je důležitý pro metabolismus sacharidů, tuků i bílkovin. Kobalamin se nachází v mase, vejcích, mléce a celkově v živočišných výrobcích. Pro těhotné se doporučuje denní dávka 2,6 µg (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 30).

Vitamin C chrání před infekčními nemocemi a napomáhá vstřebávat železo. Zdrojem vitamínu C jsou jahody, citrusové plody, papája, brusinky, černý rybíz, kiwi, papriky, rajčata, brokolice, květák, špenát, brambory a kapusta (Wilcock, 2008, s. 15). Je důležité dodržovat denní dávku, a to 75, 91 mg/d. Nadměrný příjem může u plodu způsobit závislost na L-askorbové kyselině (Hronek, 2004, s. 148).

Vitamin D je důležitý pro vstřebávání vápníku. Vhodná je denní dávka 10 µg. Vitamin D se vyskytuje např. v mléku, másle, olejnatých rybách, vaječném žloutku, ale také vzniká ze slunečního záření (Wilcock, 2008, s. 15).

Vitamin E se vyskytuje v avokádu, ořechách, celozrnném chlebu, rostlinných olejích a pšeničných klíčcích. Působí proti buněčnému poškození a nízká hladina tohoto vitamínu může způsobit preeklampsii (Wilcock, 2008, s. 15). Doporučená denní dávka je 14 mg (Hronek, 2004, s. 108).

Vitamin K je důležitý u krvácivosti u gravidní ženy (Hronek, 2004, s. 116). Novorozencům se tento vitamín dává jako prevence krvácivých onemocnění. Najdeme ho v zelené zelenině např. brokolice, zelí a špenát (Wilcock, 2008, s. 15) Doporučená denní dávka je 75 µg (Hronek, 2004, s. 115).

Vápník je důležitý pro rozvoj kostí, zubů, nervů a svalů (Wilcock, 2008, s. 15). Je také nezbytný pro správnou tvorbu kostí plodu. Pokud těhotná žena přijímá malé množství vápníku, uvolňuje se z jejích zásob uložených v kostech. Může tak dojít k urychlení osteoporózy u těhotné ženy a řidšímu skeletu u plodu. Pro správný vývoj plodu je potřeba 30 g vápníku. Doporučená denní dávka je 1500 mg (Hronek, 2004, s. 155, 163, 167). Zdrojem vápníku jsou mandle, fazole, čočka, mléčné výrobky, listová zelenina a tofu (Wilcock, 2008, s. 16).

Železo je nezbytné ke tvorbě červených krvinek. Jeho nedostatek může způsobit chudokrevnost. Kvůli tomu může být ohrožen vývoj plodu a zvyšuje se riziko potratu. Doporučená denní dávka železa je 20 mg (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 34). Najdeme ho v živočišných potravinách, např. červené maso, krůta, vejce, kuře a ledviny a také v rostlinných potravinách, např. mák, zelená zelenina, fazole, chléb, květák a houby (Wilcock, 2008, s. 16).

Jód ovlivňuje chod štítné žlázy. Prochází placentou a také ovlivňuje štítnou žlázu plodu. Při jeho nedostatku v těhotenství mohou vzniknout vývojové vady mozku, např. kretenismus. Jód najdeme v mořských rybách, vejcích a mléčných výrobcích (Wilcock, 2008, s. 16).

Důležitý je pitný režim. Díky tekutinám organismus obstarává látkovou výměnu, zachovává normální tělesnou teplotu a snižuje riziko vzniku zácpy. V těhotenství by měla žena denně vypít 2 litry tekutin. Je doporučena neperlivá voda. Dále ovocné čaje, bylinné čaje sestavené pro těhotné ženy, limonády bez kofeinu a cukru. Mezi nevodné nápoje patří alkohol, káva a černý čaj (Dušová a kolektiv, 2019, s. 94).

3.2 Sport v těhotenství

Tělesný pohyb během těhotenství napomáhá jak fyzické, tak i duševní pohodě a tělo se tak lépe připraví na porod. Důležité je však vybrat takový pohyb, který je bezpečný jak pro těhotnou ženu, tak pro plod (Dušová a kolektiv, 2019, s. 98). Přiměřené cvičení je základem pro správnou životosprávu (Čech, 2006, s. 75).

Cvičení v těhotenství zlepší kondici srdce, plic, zdokonalí postavu, sníží trávicí potíže, uvolní svalové bolesti, křeče a povzbudí krevní oběh (Deans, 2004, s. 114).

Mezi vhodné sporty pro těhotné je chůze, jízda na kole, plavání, tanec, jóga či golf (Pařízek, 2015, s. 358). Mezi nevhodné sporty v těhotenství patří ty, u nichž by žena mohla upadnout nebo se jakkoliv zranit (Dušová a kolektiv, 2019, s. 98). Nedoporučuje se tedy jízda na koni, míčové hry, bruslení, lyžování, potápění, posilování, extrémní a silové sporty (Pařízek, 2015, s. 362).

Porodní asistentky vedou kurzy psychoprophylaktické přípravy, které nabízejí cvičení pro těhotné ženy. Cviky posilují všechny svalové skupiny, a to konkrétně svaly prsní, zádové

a svaly pánevního dna. V prvním trimestru jsou doporučené cviky ve všech polohách, což je zakončeno relaxačním cvičením. Ve druhém trimestru se cvičí podobné cviky, pouze se vyhýbá cvikům na zádech (Dušová a kolektiv, 2019, s. 98). Omezuje se tím žilní návrat z dolní poloviny těla k srdci, těhotná žena je ohrožena syndromem dolní duté žíly (Pařízek, 2015, s. 372). Cvičení ve třetím trimestru je zaměřeno na uvolnění kyčelních kloubů a hlavní prioritou jsou dechová cvičení (Dušová a kolektiv, 2019, s. 98).

3.3 Spánek v těhotenství

Potřeba spánku je u těhotných žen vyšší (Pařízek, 2015, s. 386). Žena by měla spát pravidelně, a to nejméně 8-9 hodin denně. Večer by měla usínat před 23. hodinou (Čech, 2006, s. 75). Vhodný je i spánek po obědě. Noční služby jsou pro těhotné nevhodné (Roztočil, 2017, s. 15).

Na počátku těhotenství žena pocítuje vyšší potřebu spánku v libovolné denní době. Příčinou jsou hormonální změny, jimiž organismus prochází (Pařízek, 2015, s. 386). Ve II. trimestru nastává období zklidnění, kdy se somatické potíže ustálí (Pařízek, 2015, s. 388).

Ve III. trimestru může docházet k nespavosti, která bývá vyvolána pohyby plodu, křečemi, duševním neklidem a pocitem nepohodlí (Pařízek, 2015, s. 388).

Poloha na zádech je během III. trimestru nevhodná. Může nastat pocit nevolnosti či dušení. Děloha stlačuje močový měchýř a velké břišní cévy, čímž je krevní oběh narušen a dýchání je ztížené (Pařízek, 2015, s. 389).

3.4 Zaměstnání v těhotenství

Ženy, které nemají náročnou práci a jejichž těhotenství je fyziologické, mohou v práci pokračovat až do 32. až 34. týdne těhotenství (Roztočil, 2017, s. 115). Od 34. týdne není zaměstnání vhodné. Srdce, plíce a další životně důležité orgány vynaloží velké úsilí pro organismus. Dále také páteř, klouby a svalstvo jsou pod velkým fyzickým náporům, proto je vhodné v této době odpočívat (Stoppardová, 2007, s. 165).

Avšak ženám se zaměstnáním, které vyžaduje zvýšenou tělesnou aktivitu, nebo které pracují v nevhodném prostředí pro těhotenství (Roztočil, 2017, s. 115), například práce s výskytem toxických látek, záření, nadbytkem prachu, střídání tepla a zimy, s existencí vibrací, zaměstnavatel musí zajistit jinou práci, která jim neškodí a je stejně platově ohodnocena (Čech, 2006, s. 76).

3.5 Péče o zuby a kůži

Zuby

Vlivem hormonálních změn během těhotenství dochází k zánětu dásní, doprovázenému změnami jejich barvy, otokem a krvácením, jež mohou způsobit změnu mikrobiálního plaku, a hrozí nebezpečí rychlejšího a intenzivnějšího vzniku zubního kazu (Pařízek, 2015, s. 320).

Prevence spočívá v účinné technice čištění zubů, a to především minimálně dvakrát denně. Důležitou součástí jsou vhodné pomůcky jako kvalitní zubní kartáček, mezizubní kartáček, zubní nit či ústní voda (Hanáková, Chvílová Weberová, Volná a kolektiv, 2015, s. 81).

Kůže

Během těhotenství bývají potíže s kůží. Mezi nejčastější potíže patří zvýšená pigmentace, těhotenské skvrny a rozšířené cévy. Také dochází k tvorbě strií. Postihují až 90 % těhotných žen (Hanáková, Chvílová Weberová, Volná a kolektiv, 2015, s. 85). Strie vznikají vlivem zvýšených hladin kortikosteroidů v kombinaci s napínáním kůže břišní stěny rostoucí dělohou (Čech, 2006, s. 49). Vyskytují se nejčastěji na břiše, prsou, stehnech, bocích a hýždích. Jsou zbarveny do růžovočervené barvy a později přecházejí na bílé jizvy (Hanáková, Chvílová Weberová, Volná a kolektiv, 2015, s. 85). Strie přetrvávají i po porodu. Léčba je obtížná, nejčastěji se využívá laserová terapie. Je tedy velmi důležitá prevence ve formě olejů a krémů (Pařízek, 2015, s. 325).

3.6 Léky, očkování a návykové látky

Léky

U těhotných žen působí léky nejen na jejich vlastní organismus, ale mohou při delším užívání přejít i do krve plodu. Léky tak mohou negativně ovlivnit vývoj plodu nebo jinak zasáhnout do průběhu těhotenství (Macků, 1998, s. 114).

Nejnáchylnějším obdobím je první trimestr, kdy dochází u embrya k zárodečnému vývoji jednotlivých orgánových soustav (Pařízek, 2015, s. 402). Čím je těhotenství nižší, tím je plod a jeho vývoj zranitelnější (Macků, 1998, s. 115).

Rozsah poškození lékem závisí na chemické látce, pokročilosti těhotenství v době podání léku, výši použité dávky a době jejího podání (Macků, 1998, s. 115)

Těhotná žena smí užívat léky předepsané lékařem, který zná její zdravotní stav. Nesmí užívat léky s neznámým účinkem, anebo léky předepsané pro jinou osobu. Měla by se vyvarovat užívání více léků současně. Těhotná žena musí dodržovat dávkování léků dle předpisu. Před užíváním jakéhokoliv léku by se měla poradit s lékařem (Macků, 1998, s. 116).

Očkování

Očkování se v těhotenství provádí jen v případě absolutní nutnosti, rozhodně ne v prvních čtyřech měsících. Jen lékař může rozhodnout, zda je nutná ochrana očkováním před infekčním onemocněním. (Pařízek, 2015, s. 421).

K očkování je potřeba přistupovat individuálně u každé těhotné ženy. Je nutností zvážit rizika imunizace vzhledem k hrozícímu infekčnímu onemocnění. Pro těhotnou ženu nesmí existovat žádná kontraindikace pro podání příslušné vakcíny (Roztočil, 2017, s. 370)

Kontraindikované jsou především živé vakcíny, neboť i oslabený virus může pro plod představovat teoretické riziko (Čech, 2006, s. 82). Očkování není vhodné u onemocnění, jako je cholera, spalničky, příušnice, zarděnky, záškrť, infekční žloutenka a žlutá horečka (Pařízek, 2015, s. 421). Avšak očkování inaktivovanými vakcínami je v těhotenství možné (hepatitida A, hepatitida B, chřipka, tetanus, meningokok, vzteklna) (Čech, 2006, s.82).

Častým důvodem, kdy je potřeba těhotnou ženu očkovat je cesta do exotické země. Avšak cestování do exotických zemím se v těhotenství nedoporučuje (Roztočil, 2017, s. 370). Žena může být například infikovaná virem Zika, který se přenáší komáry či pohlavním stykem. U těhotných žen může způsobit mikrocefalii či jiné těžké vývojové poruchy u plodu. V současné době zatím neexistuje žádná očkovací látka proti viru Zika, proto je vhodná prevence vhodným repelentem a insekticidem (Tomášek, Zelená, 2016).

Kouření

Při kouření vznikají toxické látky, které omezují v mateřském organismu přenos kyslíku díky karboxyhemoglobinu. Nikotin způsobuje horší průtok krve dělohou (Čech, 2006, s. 76).

U kuřáček hrozí předčasný porod a úmrtí dítěte v době porodu. Kuřačky méně kojí a pokud kojí, tak kojí kratší dobu, mají sníženou tvorbu mléka (Pařízek, 2015, s. 426).

Děti narozené kuřačkám mají většinou nízkou porodní hmotnost, astma, respirační infekce a častěji umírají na syndrom náhlého úmrtí (Čech, 2006, s. 76).

Alkohol

Alkohol prochází placentou, ovlivňuje nejen metabolismus matky, ale také plodu. K poškození dochází u žen, které požívají alkohol pravidelně, a to ve velkých dávkách. Tyto ženy často trpí malnutricí, protože alkohol potlačuje chuť k jídlu (Roztočil, 2017, s. 116).

Chronická konzumace alkoholu může vést k samovolnému potratu, předčasnému odloučení placenty, poruše výživy plodu či poruchám chování dítěte (Pařízek, 2015, s. 422).

U dětí může dojít k fetálnímu alkoholickému syndromu. Tyto děti mívají malou hlavu, široký kořen nosu, tenký horní ret, bývají krátkozraké a často šilhají. Mají problémy s chováním, učením a jsou hyperaktivní (Pařízek, 2015, s. 422)

3.7 Sexualita

V průběhu těhotenství dochází u žen ke změnám v sexualitě. Sexuální život v těhotenství je velmi individuální a mění se s každým trimestrem, ve kterém se žena právě nachází. Nižší zájem nastává na počátku těhotenství, vyšší zájem uprostřed období gravidity a snížení sexuální touhy v jeho závěru (Dušová a kolektiv, 2019, s. 100, 101).

Pohlavní styk neovlivňuje negativně fyziologické těhotenství, pokud je však šetrný a nevyvolává krvácení či děložní kontrakce. Ženy s rizikovým těhotenstvím, a to zejména ty, u kterých došlo ke krvácení v I. trimestru anebo již předčasně porodily, by se měly zdržet pohlavního styku (Roztočil, 2017, s. 115, 116).

V těhotenství se objevuje řada sexuálních dysfunkcí, jako je například ztráta zájmu, nechuť či odpor k pohlavnímu styku. Příčina je většinou psychická, patří sem stud, nervozita či obavy z poškození plodu. Mnoho žen si může v průběhu těhotenství připadat neatraktivní, a to má negativní dopad na její sexualitu (Dušová a kolektiv, 2019, s. 100, 101).

3.8 Cestování

Dosud nebylo prokázáno, že cestování autem, vlakem, autobusem nebo letadlem by negativně ovlivňovalo těhotenství. Avšak dlouhé cesty se během těhotenství nedoporučují, mohou negativně ovlivnit vývoj těhotenství (Roztočil, 2017, s. 115).

Cestování letadlem se nedoporučuje v posledním trimestru těhotenství. Jízdu autem by měla žena omezit na minimum (Čech, 2006, s. 76). Především je důležité, aby se žena poutala a správně používala bezpečnostní pás viz Příloha 1 (Pařízek, 2015, s. 436)

3.9 Bezpečnost a ochrana

Mezi nebezpečné infekční nemoci během těhotenství patří plané neštovice, zarděnky nebo příušnice. Tyto nemoci jsou pro plod rizikové zejména na počátku těhotenství. Je vhodné se z počátku těhotenství vyhnout kontaktu s malými dětmi (Pařízek, 2006, s. 44). Dalším rizikem mohou být zvířata přenášející onemocnění, která jsou riziková pro plod, tzv. zoonózy např. toxoplazmóza (Pařízek, 2006, s. 44)

V prvních 14 dnech těhotenství je nebezpečné provádět radiodiagnostická vyšetření. Avšak u nezbytných případů by měl lékař použít tu nejnižší dávku záření. Může mít negativní dopad na vývoj plodu a jeho orgánů (Pařízek, 2006, s. 44).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíle výzkumu

V empirické části byly stanoveny tyto cíle a hypotézy:

Cíle výzkumu:

1. Zjistit a porovnat vliv vybraných demografických proměnných na kvalitu života v těhotenství
2. Zjistit a porovnat kvalitu života ve II. a III. trimestru těhotenství
3. Zjistit vliv životního stylu na kvalitu života v těhotenství
4. Zjistit, zda ženy dodržují zdravý životní styl během těhotenství
5. Zjistit vliv fyzického pohybu na kvalitu života v těhotenství

Hypotézy

H1 Předpokládám, že ženy, které chodí na předporodní kurzy, mají lepší kvalitu života

H2 Předpokládám, že ženy, co spí 8 i více hodin denně, mají lepší kvalitu života

H3 Předpokládám, že ženy, které změnily jídelníček během těhotenství, mají lepší kvalitu života

H4 Předpokládám, že ženy, které kouří během těhotenství, mají horší kvalitu života

5 Metodika výzkumu

Metodou výzkumu bylo kvantitativní šetření za pomoci dotazníků. Použila jsem specifický dotazník QOL-GRAV se souhlasem autorů (Vachková, Mareš, Ježek, 2013) a také mnou vytvořený dotazník na Zdravý životní styl.

Standardizovaný dotazník QOL-GRAV obsahuje celkem 9 položek. Respondentky odpovídaly na pětistupňové škále, kdy bodování odpovídá školnímu známkování: 1 nejlepší hodnocení, 5 nejhorší. V úvodu dotazníku jsou demografické údaje, které se týkají délky těhotenství, věku, dosaženého vzdělání, zaměstnání, rodinného stavu, počtu těhotenství, porodů a plánovanosti těhotenství. 9 hlavních položek dotazníku je zaměřeno na změny v těhotenství, rozsah prováděných aktivit a spokojenost v některých oblastech života. Nestandardizovaný dotazník se skládá z 22 otázek. Obsahuje otázky, které odpovídají na to, jak moc bylo pro jednotlivé respondentky dodržování životního stylu během těhotenství důležité. Zaměřuje se především na cvičení, spánek, hygienu, stravu, tekutiny a na návykové látky.

6 Charakteristika souboru

Výzkum probíhal ve dvou gynekologických ambulancích v Jaroměři a ve Dvoře Králové nad Labem. 20 dotazníků bylo rozdáno prostřednictvím mých známých. Výzkum probíhal od listopadu 2018 do března 2019. Do každé ambulance jsem dala 35 dotazníků, celkem bylo v oběhu 90 dotazníků. Zpět jsem jich získala 72 (návratnost 80 %). Před zahájením výzkumu jsem provedla pilotní šetření u 5 těhotných, abych zjistila, zda dotazníky vyhovují a jsou dostatečně srozumitelné. Vzhledem k tomu, že šetření proběhlo v pořádku, započítala jsem je do celkového výzkumného souboru.

Zkoumaný soubor se skládal z těhotných žen v II. a III. trimestru. Pro výzkum jsem využila všech 72 vyplněných dotazníků.

7 Výsledky výzkumu

Výsledky dotazníkového šetření jsou prezentovány v tabulkách a grafech. V tabulkách je uvedena absolutní a relativní četnost respondentek.

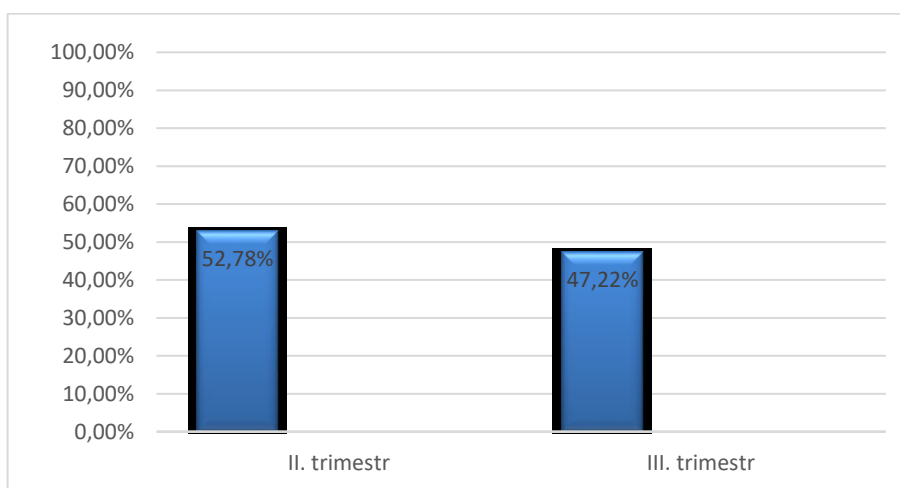
Hodnocení demografických údajů

Otázka: Označte, v kterém trimestru jste nyní:

Tabulka 1: Trimestr

Odpověď	II. trimestr	III. trimestr	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	38	34	72
Relativní četnost (%)	52,78	47,22	100,0

Graf 1: Trimestr



Výsledek:

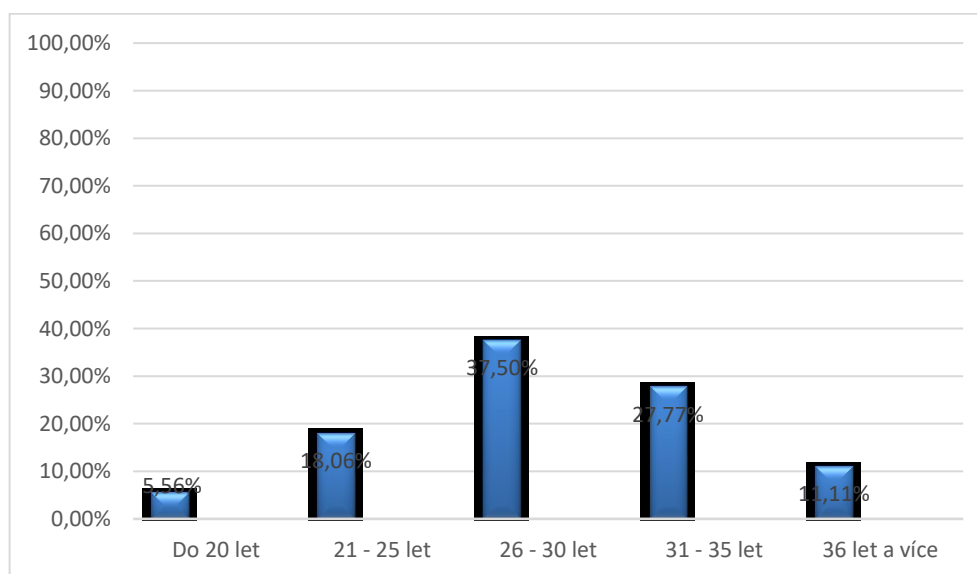
V daném souboru bylo 52,78 % žen ve II. trimestru a 47,22 % ve III. trimestru. Více žen se tedy nacházelo ve II. trimestru těhotenství.

Otázka: Uved'te svůj věk

Tabulka 2: Věk

Odpověď	Do 20 let	21 – 25 let	26 – 30 let	31 – 35 let	36 let a více	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	4	13	27	20	8	72
Relativní četnost (%)	5,56	18,06	37,5	27,77	11,11	100,0

Graf 2: Věk



Výsledek:

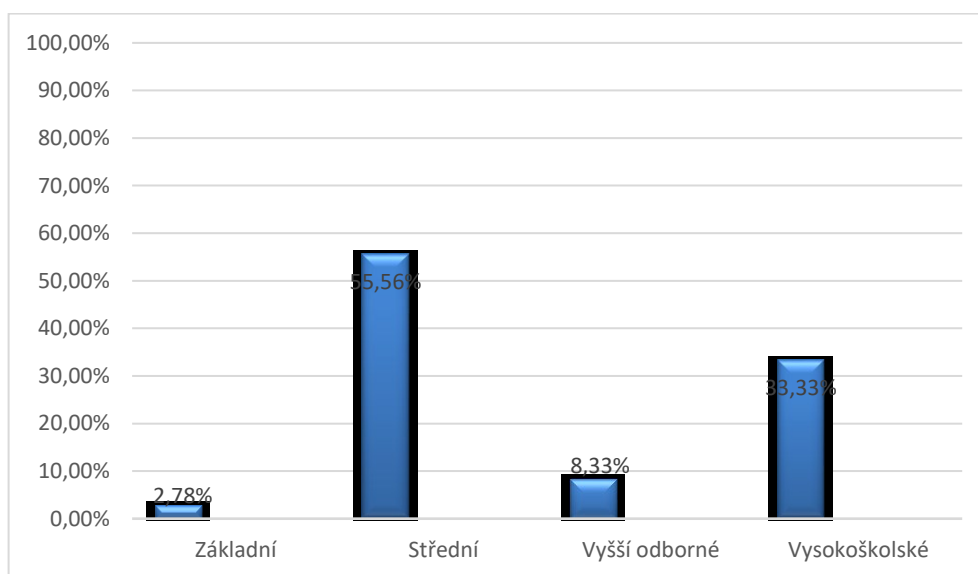
Ve zkoumaném souboru bylo nejvíce žen ve věkové kategorii 26-30 let (37,50 %). Kategorie 31-35 let byla zastoupena v 27,77 %, 18,06 % žen bylo ve věku 21-25 let. Žen starších 36 let bylo 11,11 %. Nejméně bylo zastoupeno žen do 20 let (5,56 %). Nejmladší žena byla ve věku 19 let, nejstarší ve věku 38 let. Průměrný věk těhotných žen byl 29,31 let.

Otázka: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 3: Vzdělání

Odpověď	Základní	Střední	Vyšší odborné	Vysokoškolské	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	2	40	6	24	72
Relativní četnost (%)	2,78	55,56	8,33	33,33	100,0

Graf 3: Vzdělání



Výsledek:

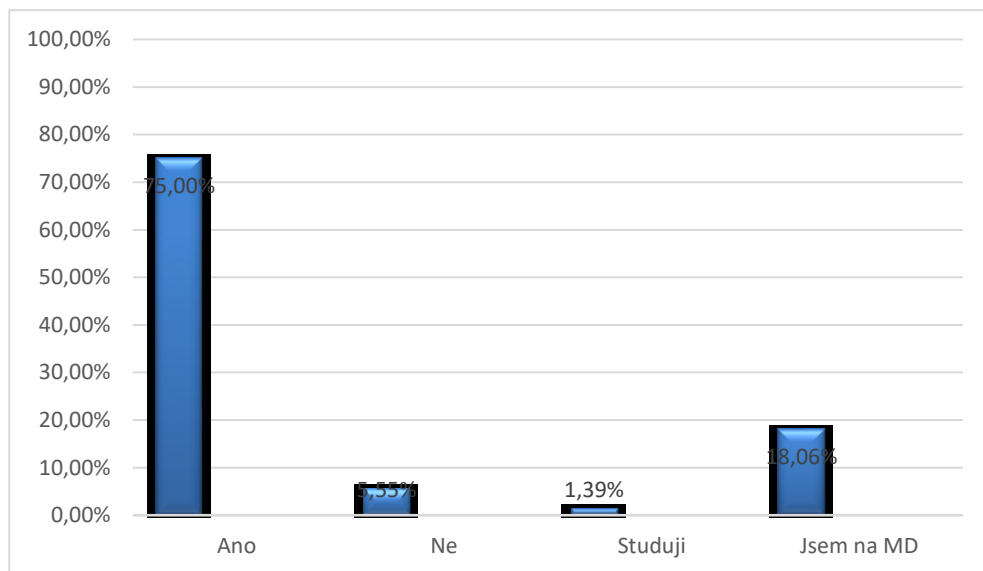
Nejvíce žen ve zkoumaném souboru mělo středoškolské vzdělání, a to 55,56 %, vysokoškolské vzdělání mělo též velké zastoupení 33,33 %. Žen s vyšším odborným vzděláním bylo 8,33 % a pouze 2 ženy měly základní vzdělání (2,78 %).

Otázka: Zaměstnání

Tabulka 4. Zaměstnání

Odpověď	Ano	Ne	Studuji	Jsem na MD	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	54	4	1	13	72
Relativní četnost (%)	75	5,55	1,39	18,06	100,0

Graf 4: Zaměstnání



Výsledek:

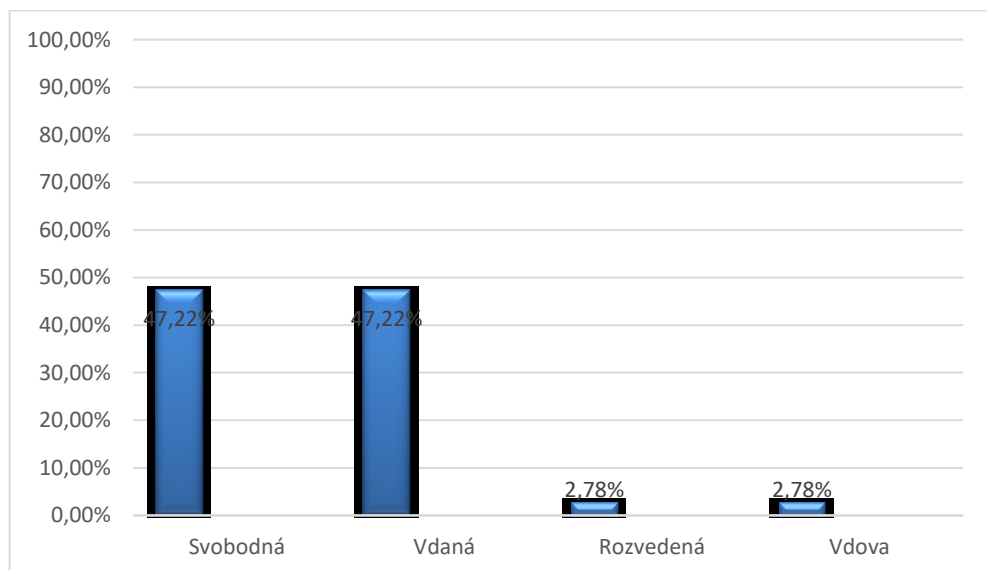
Většina žen v průběhu těhotenství chodila do svého zaměstnání (75 %), 18,06 % bylo na mateřské dovolené, pouze 5,55 % žen nepracovalo a jen 1 žena studovala (1,39 %).

Otázka: Rodinný stav

Tabulka 5: Rodinný stav

Odpověď	Svobodná	Vdaná	Rozvedená	Vdova	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	34	34	2	2	72
Relativní četnost (%)	47,22	47,22	2,78	2,78	100,0

Graf 5: Rodinný stav



Výsledek:

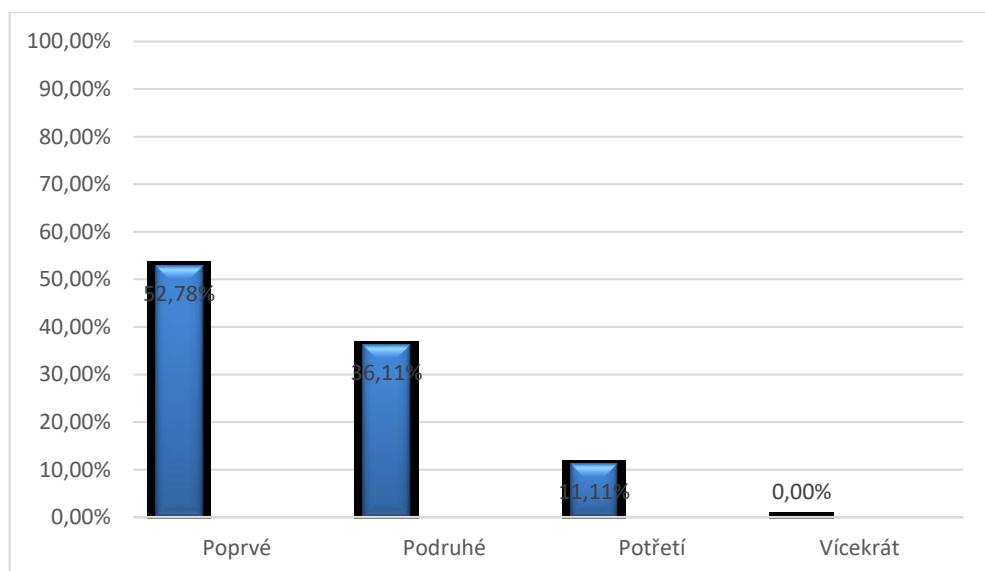
Ve zkoumaném souboru byl stejný počet žen svobodných a vdaných (47,22 %). Stejně tomu tak bylo u žen rozvedených a vdov (2,78 %).

Otázka: Těhotná jste:

Tabulka 6: Gravidita

Odpověď	Poprvé	Podruhé	Potřetí	Vícekrát	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	38	26	8	0	72
Relativní četnost (%)	52,78	36,11	11,11	0	100,0

Graf 6: Gravidita



Výsledky:

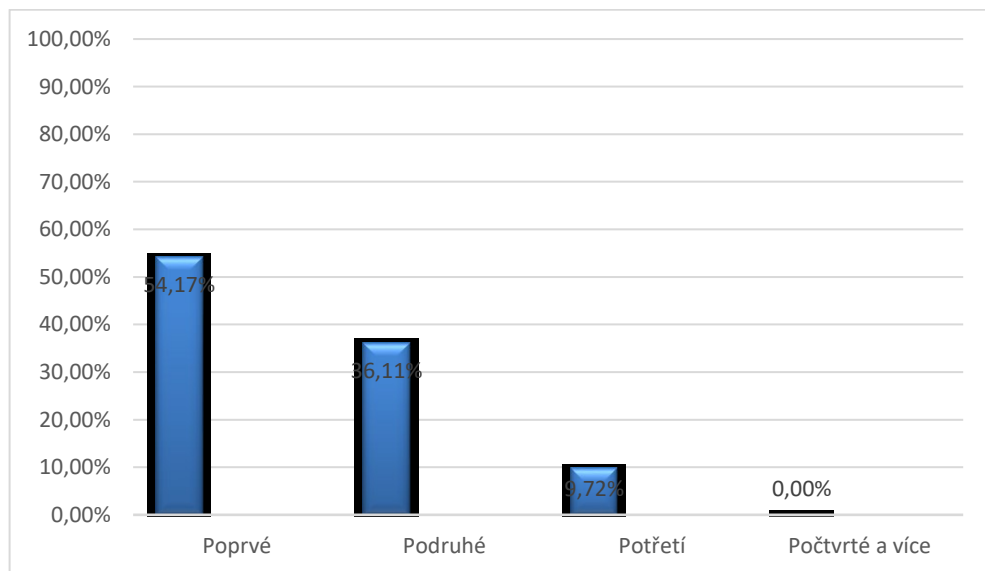
Nejvíce bylo žen, které byly těhotné poprvé (52,78 %), podruhé jich bylo 36,11 %. Žen, které byly těhotné potřetí, bylo 11,11 % a žádná z nich nebyla těhotná více jak třikrát.

Otázka: Rodit budete:

Tabulka 7: Parita

Odpověď	Poprvé	Podruhé	Potřetí	Počtvrté a více	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	39	26	7	0	72
Relativní četnost (%)	54,17	36,11	9,72	0	100,0

Graf 7: Parita



Výsledky:

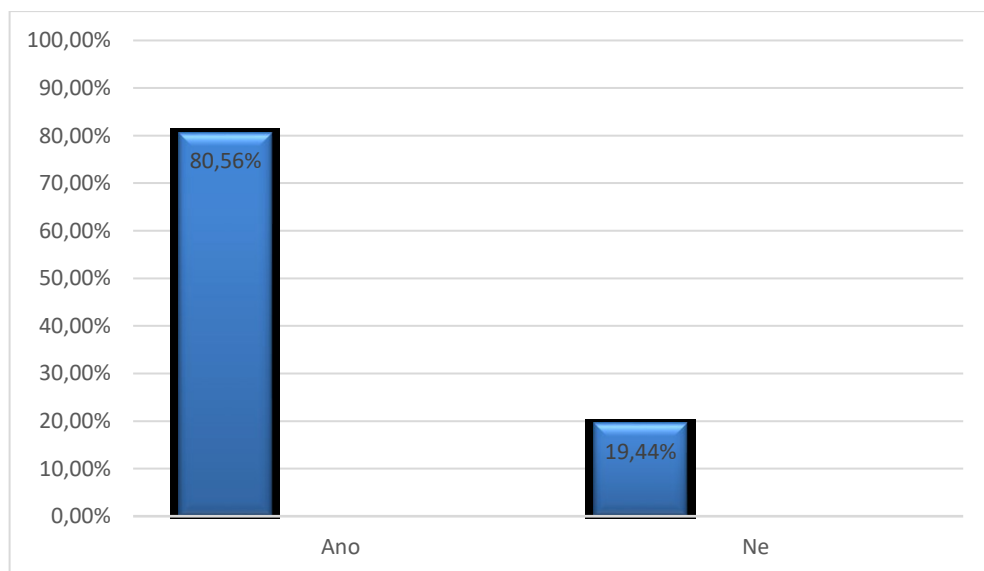
Nejvíce bylo žen prvorodiček (54,17 %), druhorodiček bylo 36,11 %. Žen, které rodily potřetí, bylo 9,72 % a žádná z žen nerodila počtvrté a více.

Otázka: Plánované těhotenství:

Tabulka 8: Plánované těhotenství

Odpověď	Ano	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	58	14	72
Relativní četnost (%)	80,56	19,44	100,0

Graf 8: Plánované těhotenství



Výsledky:

Většina žen měla těhotenství plánované (80,56 %). U 19,44 % žen bylo těhotenství neplánované.

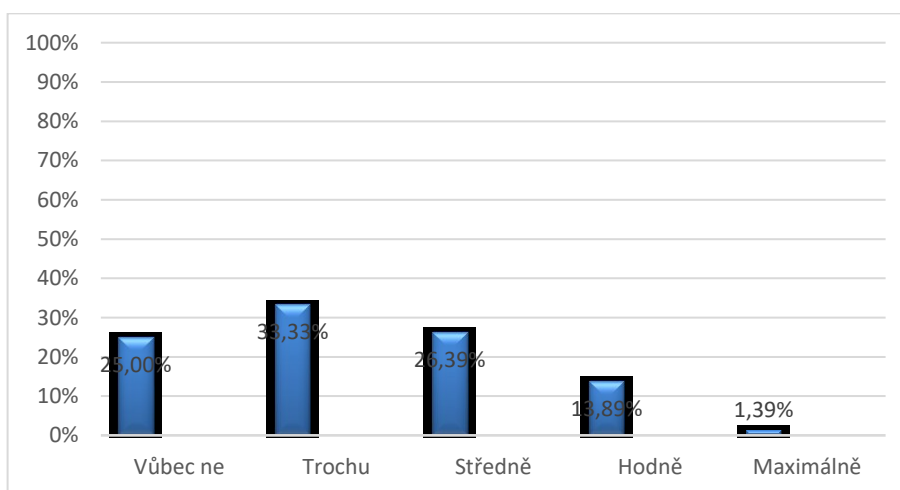
Vyhodnocení dotazníku QOL-GRAV

Otázka č. 1: Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)

Tabulka 9: Tělesní změny

Odpověď	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	18	24	19	10	1	72
Relativní četnost (%)	25	33,33	26,39	13,89	1,39	100,0

Graf 9: Tělesné změny



Výsledky:

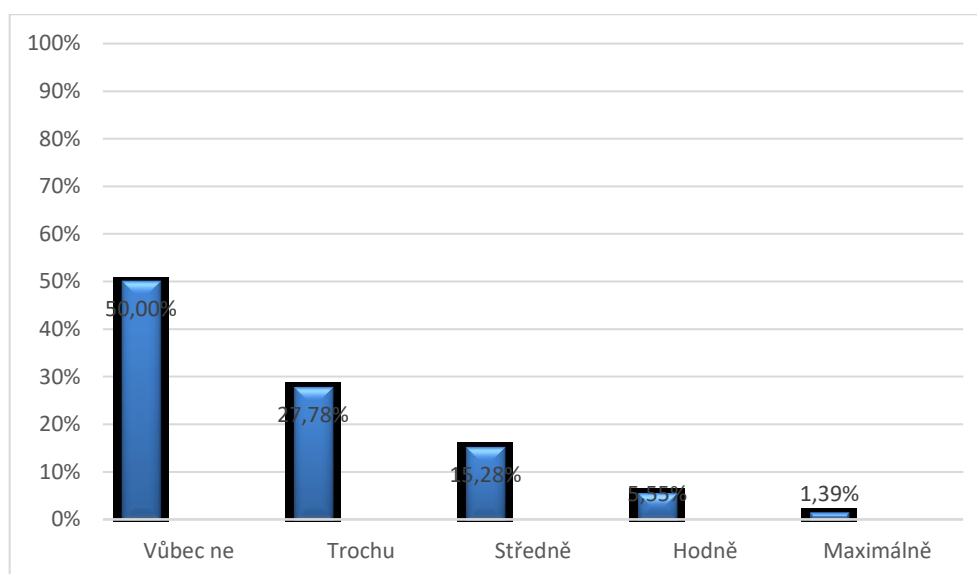
Nejvíce žen odpovědělo, že je tělesné změny omezovaly trochu (33,33 %), 26,39 % žen odpovědělo středně. Odpověď hodně označilo 13,89 % žen a odpověď maximálně označila 1 žena (1,39 %). Avšak 25 % žen nepocíťovalo, že by je tělesné změny omezovaly. Do určité míry tělesné změny ženy ovlivňují.

Otázka č. 2: Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)

Tabulka 10: Psychické změny

Odpověď	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	36	20	11	4	1	72
Relativní četnost (%)	50	27,78	15,28	5,55	1,39	100,0

Graf 10: Psychické změny



Výsledky:

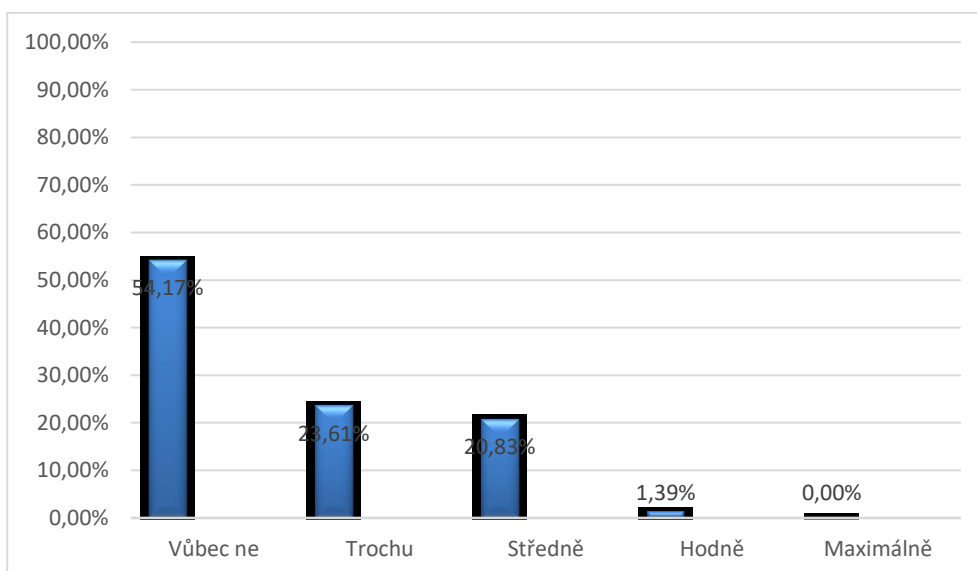
Psychické změny omezovaly ženy méně než tělesné. 50 % žen neomezovaly psychické změny vůbec. Trochu je omezovaly z 27,78 %, středně odpověď označilo 15,28 % žen. Odpověď hodně označilo 5,55 % a maximálně označila pouze 1 žena 1,39 %.

Otázka č. 3: Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?

Tabulka 11: Péče o domácnost

Odpověď	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	39	17	15	1	0	72
Relativní četnost (%)	54,17	23,61	20,83	1,39	0	100,0

Graf 11: Péče o domácnost



Výsledek:

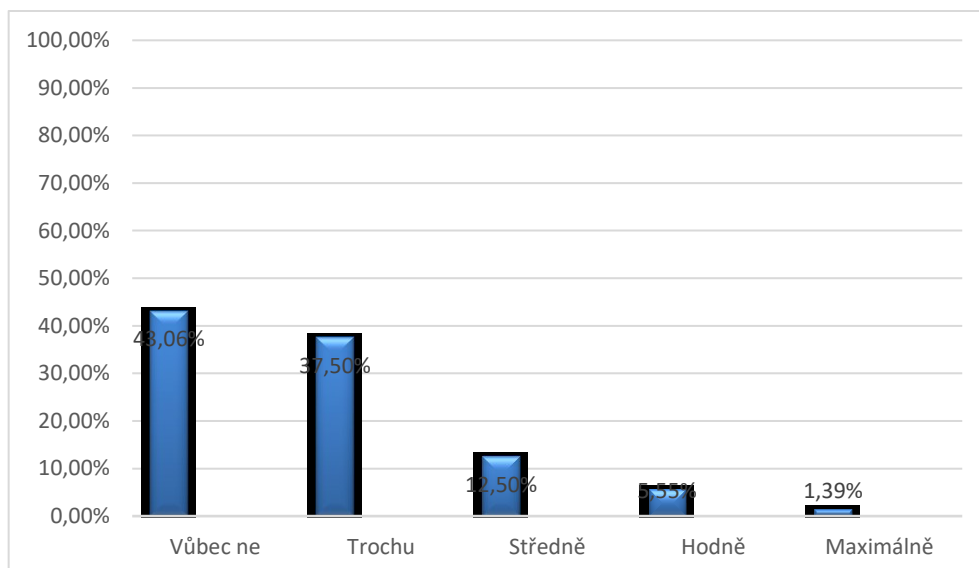
Více jak polovina žen neměla obavy, že nezvládne péči o domácnost (54,17 %). Odpověď trochu vybralo 23,61 %, podobně odpověď středně vybralo 20,83 % žen. Pouze 1 žena (1,39 %) měla obavy, že nezvládne péči o domácnost. Odpověď maximálně nevybrala žádná z žen.

Otázka č. 4: Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?

Tabulka 12: Donošení plodu

Odpověď	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	31	27	9	4	1	72
Relativní četnost (%)	43,06	37,5	12,5	5,55	1,39	100,0

Graf 12: Donošení plodu



Výsledek:

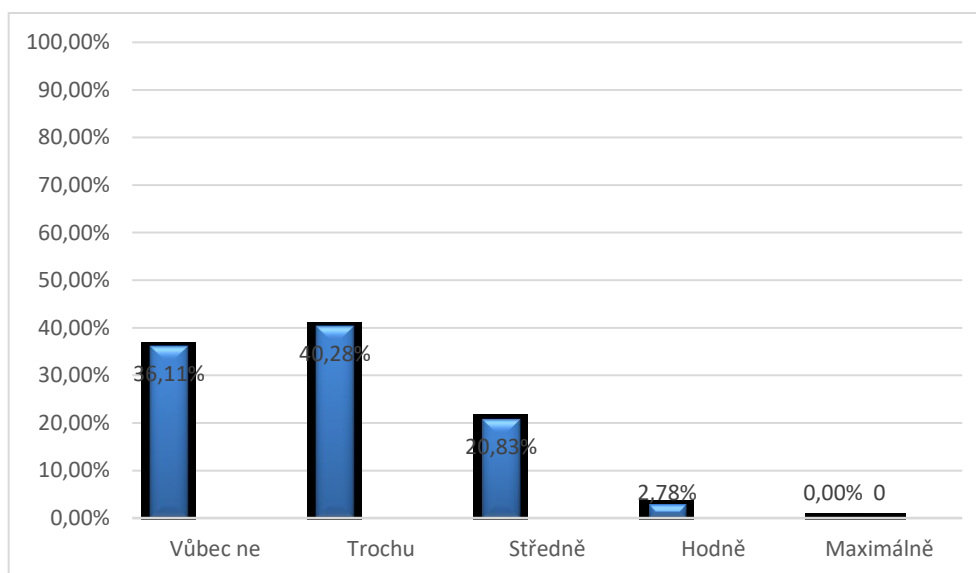
43,06 % žen nemělo obavy, že nezvládne donosit svůj plod. Trochu se obávalo 37,50 % žen a odpověď středně vybralo 12,50 % žen. Pouhých 5,55 % žen označilo odpověď hodně a odpověď maximálně označila jen 1 žena (1,39 %).

Otázka č. 5: Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?

Tabulka 13: Obavy z porodu

Odpověď	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	26	29	15	2	0	72
Relativní četnost (%)	36,11	40,28	20,83	2,78	0	100,0

Graf 13: Obavy z porodu



Výsledek:

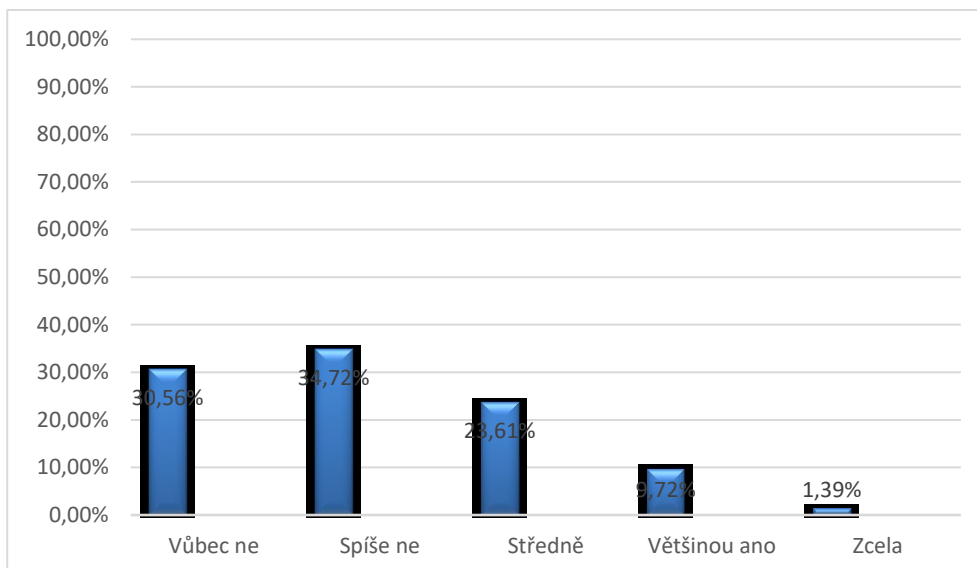
Nejvíce žen odpovědělo, že se obává porodu trochu (40,28 %). 20,83 % žen se obává porodu středně. Pouze 2,78 % žen označilo odpověď hodně a žádná z žen neoznačila odpověď maximálně. 36,11 % žen se porodu vůbec nebojí.

Otázka č. 6: Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?

Tabulka 14: Fyzická aktivita

Odpověď	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	22	25	17	7	1	72
Relativní četnost (%)	30,56	34,72	23,61	9,72	1,39	100,0

Graf 14: Fyzická aktivita



Výsledek:

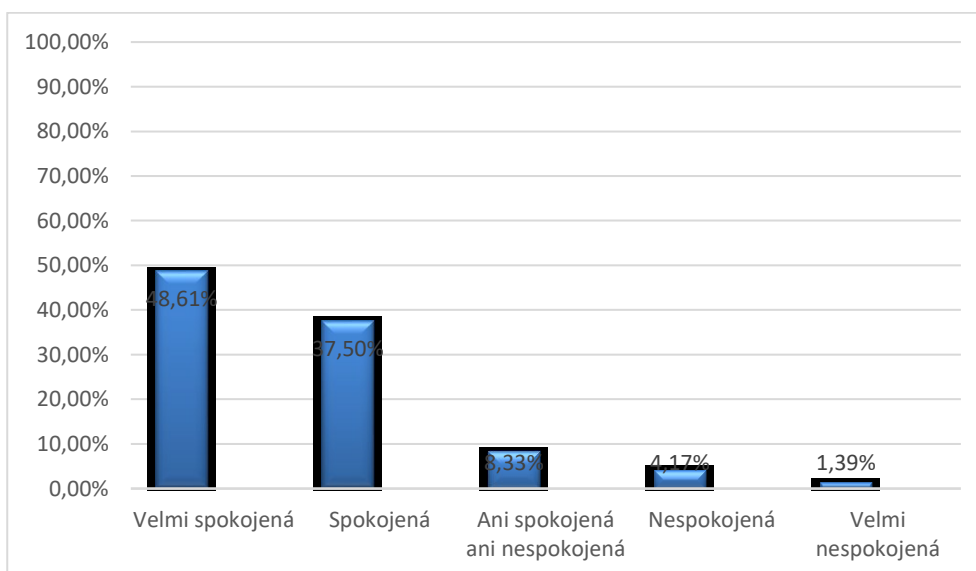
Nejvíce žen označilo odpověď spíše ne (34,72 %). Středně pohyb omezilo 23,61 % žen. Pohyb muselo většinou omezit 9,72 % žen a zcela se přestala pohybovat 1 žena (1,39 %). 30,56 % žen nemuselo vůbec omezit pohyb.

Otázka č. 7: Jak jste teď spokojena s partnerským životem?

Tabulka 15: Partnerský život

Odpověď	Velmi spokojená	Spokojená	Ani spokojená ani nespokojená	Nespokojená	Velmi nespokojená	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	35	27	6	3	1	72
Relativní četnost (%)	48,61	37,5	8,33	4,17	1,39	100,0

Graf 15: Partnerský život



Výsledek:

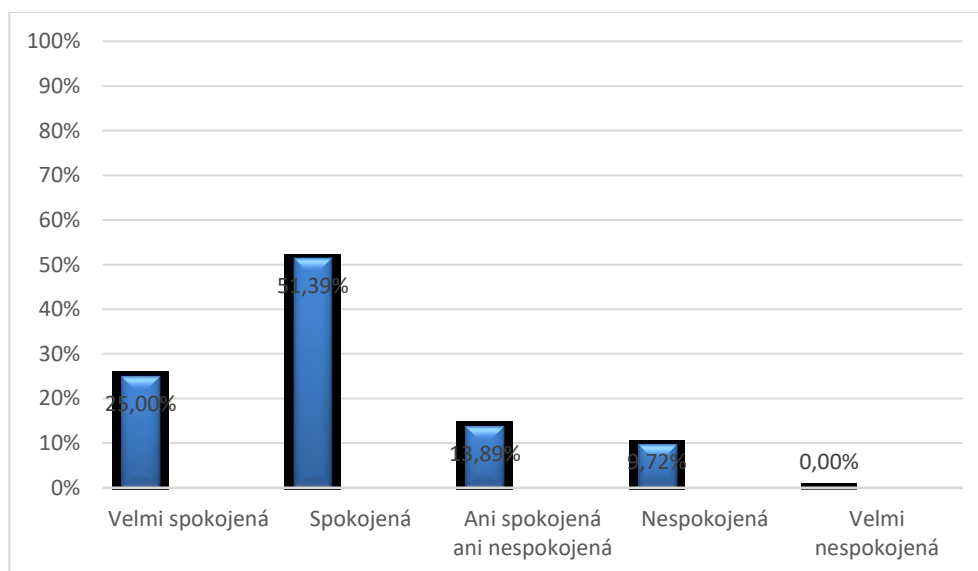
Skoro polovina žen byla velmi spokojená s partnerským životem (48,61 %). Spokojeno se cítilo 37,50 % žen a ani spokojených ani nespokojených žen bylo 8,33 %. V kategorii nespokojená označilo odpověď pouze 4,17 % žen a velmi nespokojená s partnerským životem byla jen 1 žena (1,39 %).

Otázka č. 8: Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?

Tabulka 16: Společenský život

Odpověď	Velmi spokojená	Spokojená	Ani spokojená ani nespokojená	Nespokojená	Velmi nespokojená	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	18	37	10	7	0	72
Relativní četnost (%)	25	51,39	13,89	9,72	0	100,0

Graf 16: Společenský život



Výsledek:

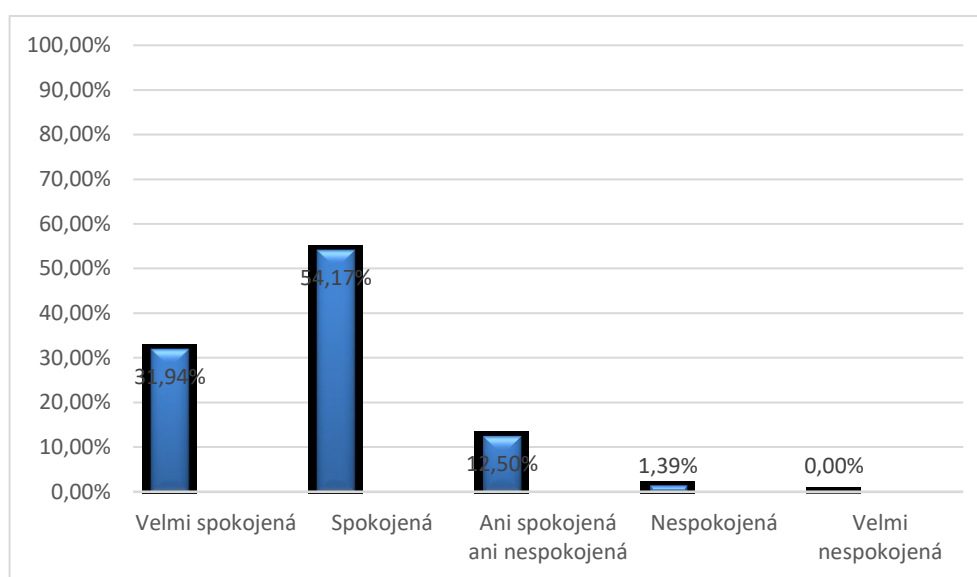
Více jak polovina žen byla spokojená se svým společenským životem (51,39 %). 25 % žen bylo velmi spokojeno a ani spokojeno ani nespokojeno bylo 13,89 % žen. Pouhých 9,72 % těhotných žen bylo nespokojeno se společenským životem a odpověď velmi nespokojená žádná z žen neoznačila.

Otázka č. 9: Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?

Tabulka 17: Přizpůsobit se těhotenství

Odpověď	Velmi spokojená	Spokojená	Ani spokojená ani nespokojená	Nespokojená	Velmi nespokojená	Celková četnost
	1	2	3	4	5	
Absolutní četnost (n)	23	39	9	1	0	72
Relativní četnost (%)	31,94	54,17	12,5	1,39	0	100,0

Graf 17: Přizpůsobit se těhotenství



Výsledek:

Většina žen byla spokojená s přizpůsobením se těhotenství (54,17 %). Velmi spokojeno bylo 31,94 % žen. Ani spokojeno ani nespokojeno odpovědělo 12,50 % žen. Pouze 1 žena (1,39 %) byla nespokojena s přizpůsobením se těhotenství.

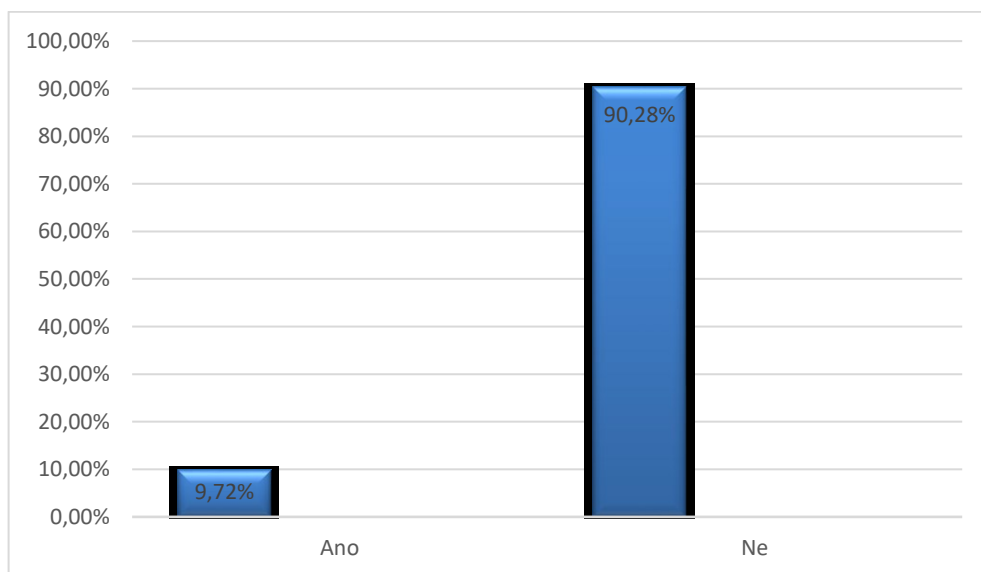
Vyhodnocení dotazníku na Zdravý životní styl

Otázka č. 1: Je vaše těhotenství rizikové?

Tabulka 18: Rizikové těhotenství

Odpověď	Ano	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	7	65	72
Relativní četnost (%)	9,72	90,28	100,0

Graf 18: Rizikové těhotenství



Výsledek:

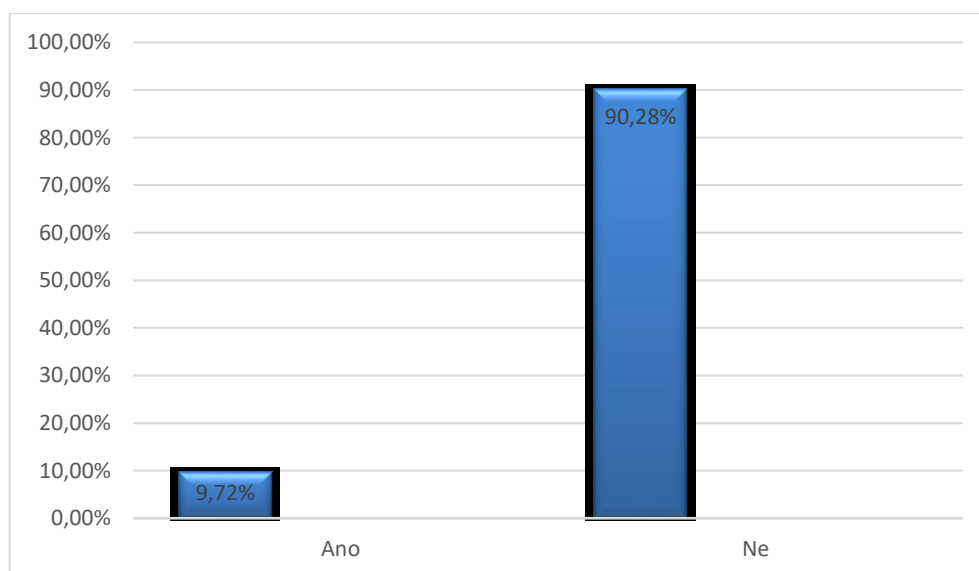
Na rizikovém těhotenství bylo pouze 9,72 % žen, zbylých 90,28 % mělo fyziologické těhotenství.

Otázka č. 2: Navštěvujete předporodní kurzy během těhotenství?

Tabulka 19: Předporodní kurzy

Odpověď	Ano	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	7	65	72
Relativní četnost (%)	9,72	90,28	100,0

Graf 19: Předporodní kurzy



Výsledek:

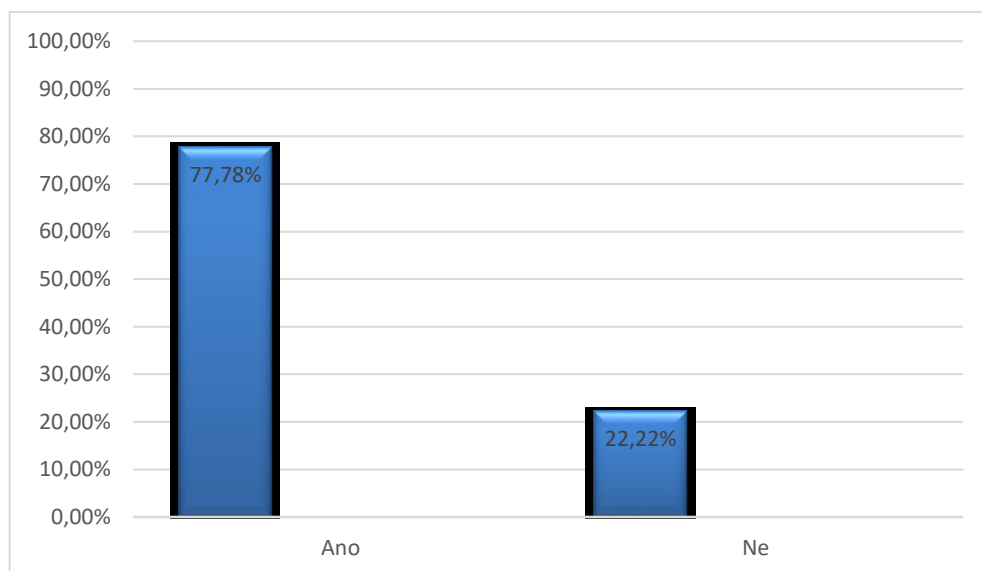
Pouze 9,72 % žen chodilo na předporodní kurzy, zbylých 90,28 % na kurzy nechodilo.

Otázka č. 3: Je pro vás důležité dodržovat zdravý životní styl během těhotenství?

Tabulka 20: Dodržování zdravého životního stylu

Odpověď	Ano	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	56	16	72
Relativní četnost (%)	77,78	22,22	100,0

Graf 20: Dodržování zdravého životního stylu



Výsledek:

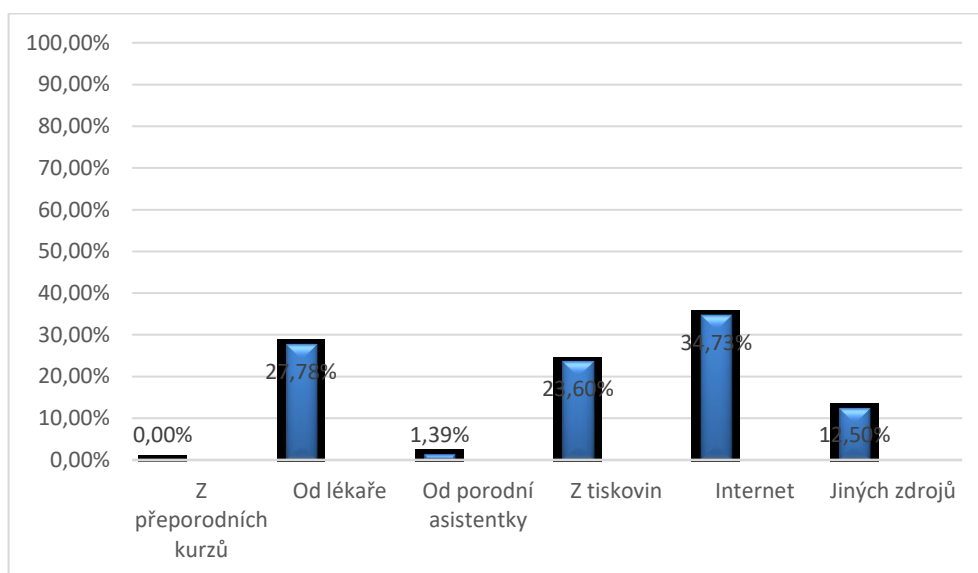
Pro většinu žen bylo důležité dodržovat zdravý životní styl během těhotenství (77,78 %). Pro 22,22 % žen to důležité nebylo.

Otázka č. 4: Odkud čerpáte informace o zdravém životním stylu?

Tabulka 21: Čerpání informací o zdravém životním stylu

Odpověď	Z předporodních kurzů	Od lékaře	Od porodní asistentky	Z tiskovin (noviny, časopisy, knihy...)	Internet	Jiných zdrojů	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	0	20	1	17	25	9	72
Relativní četnost (%)	0	27,78	1,39	23,6	34,73	12,5	100,0

Graf 21: Čerpání informací o zdravém životním stylu



Výsledek:

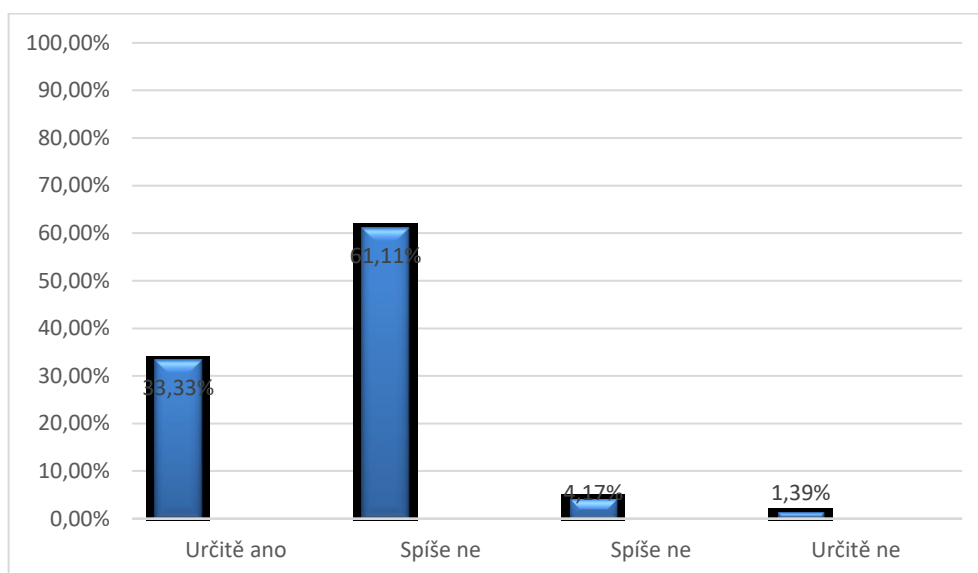
Nejvíce žen čerpalo informace z internetu, a to 34,73 %. Podobně na tom byly odpovědi od lékaře 27,78 % a z tiskovin 23,60 %. Pouze 1 žena čerpala informace od porodní asistentky (1,39 %). 12,50 % žen využívalo jiné zdroje.

Otázka č. 5: Zvládáte běžné denní aktivity?

Tabulka 22: Zvládání běžných denních aktivit

Odpověď	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	24	44	3	1	72
Relativní četnost (%)	33,33	61,11	4,17	1,39	100,0

Graf 22: Zvládání běžných denních aktivit



Výsledek:

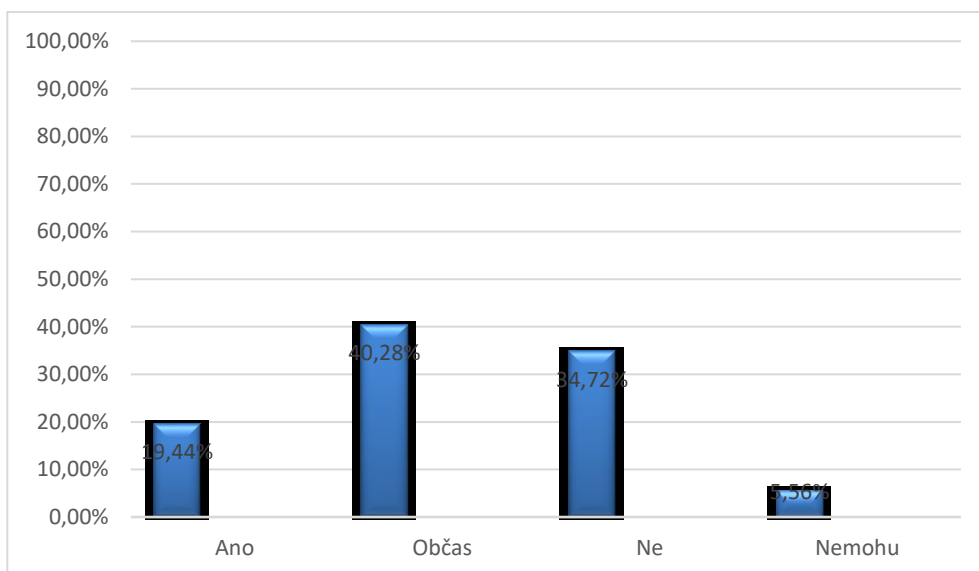
Většina žen odpovědělo, že spíše zvládají běžné denní aktivity během těhotenství (61,11 %), z toho 33,33 % žen s tím nemělo žádný problém. Z grafu je tedy vidět, že mnoho žen během těhotenství zvládalo běžné denní aktivity, pouze 4,17 % žen spíše ne a jen 1 žena (1,39 %) určitě denní aktivity nezvládala.

Otázka č. 6: Cvičíte během těhotenství?

Tabulka 23: Cvičení během těhotenství

Odpověď	Ano	Občas	Ne	Nemohu	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	14	29	25	4	72
Relativní četnost (%)	19,44	40,28	34,72	5,56	100,0

Graf 23: Cvičení během těhotenství



Výsledek:

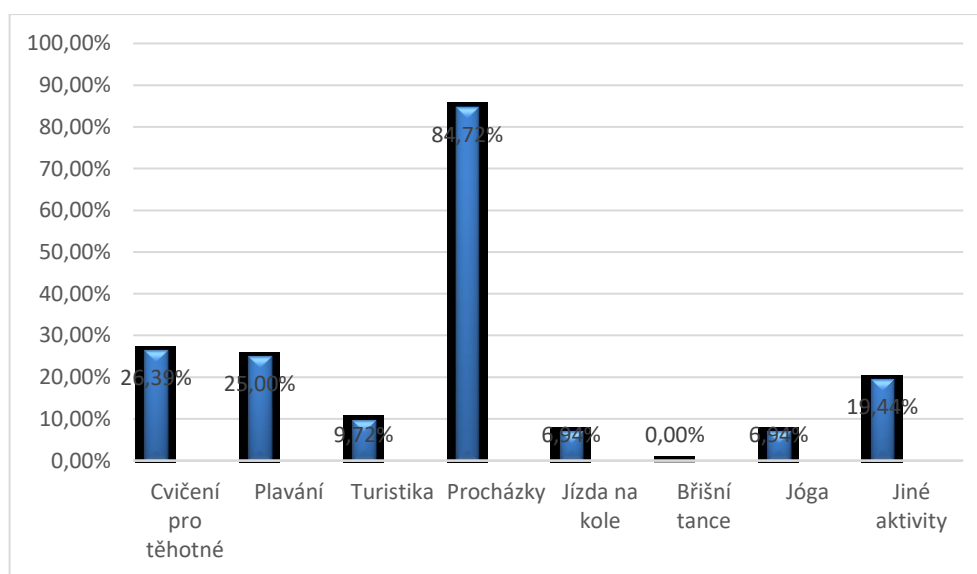
40,28 % žen během těhotenství občas cvičilo a 19,44 % žen pravidelně cvičilo. Z grafu vyplývá, že 34,72 % necvičilo a 5,56 % nemohlo cvičit. Je tedy patrné, že během těhotenství více žen cvičilo, než necvičilo.

Otázka č. 7: Jaké pohybové aktivity během těhotenství provozujete? (více možných odpovědí)

Tabulka 24: Pohybové aktivity během těhotenství

Odpověď	Cvičení pro těhotné	Plavání	Turistika	Procházky	Jízda na kole	Břišní tance	Jóga	Jiné aktivity
Absolutní četnost (n)	19	18	7	61	5	0	5	14
Relativní četnost (%)	26,39	25	9,72	84,72	6,94	0	6,94	19,44

Graf 24: Pohybové aktivity během těhotenství



Výsledek:

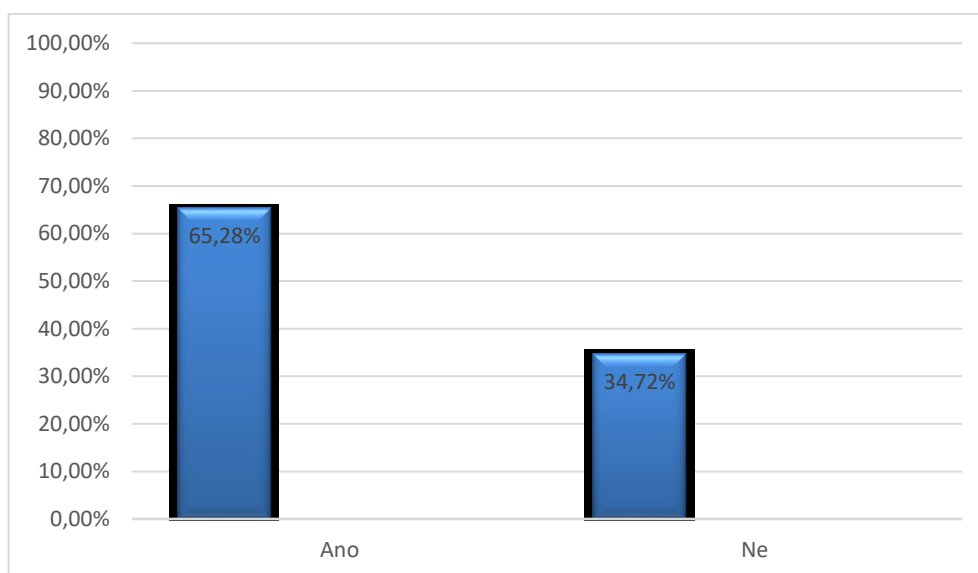
Nejčastější pohyb, který ženy provozovaly, byly procházky z 84,72 %. Mezi časté sporty patřilo cvičení pro těhotné 26,39 % a plavání 25 %. K méně častým sportům, které ženy využívaly, se řadila turistika 9,72 %, jízda na kole 6,94 % a jóga 6,94 %. Z grafu vyplývá, že 19,44 % žen provozovalo jiné aktivity.

Otázka č. 8: Chodíte během těhotenství do svého zaměstnání?

Tabulka 25: Zaměstnání

Odpověď	Ano	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	47	25	72
Relativní četnost (%)	65,28	34,72	100,0

Graf 25: Zaměstnání



Výsledek:

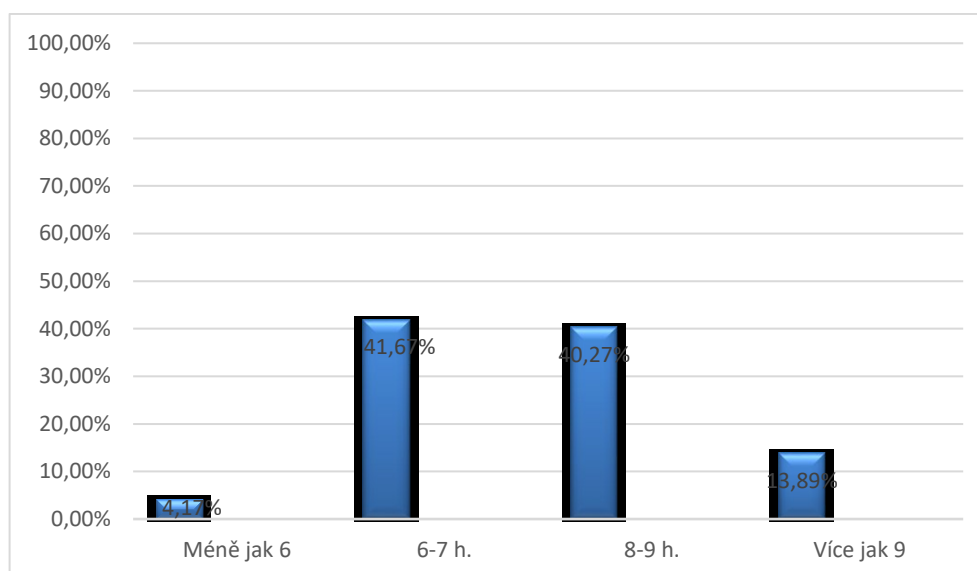
Ze zkoumaného souboru vyšlo, že více jak polovina žen chodila do svého zaměstnání 65,28 %. Do práce nechodilo 34,72 % žen během těhotenství.

Otázka č. 9: Kolik hodin denně spíte?

Tabulka 26: Doba spánku

Odpověď	Méně jak 6	6 – 7	8 – 9	Více jak 9	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	3	30	29	10	72
Relativní četnost (%)	4,17	41,67	40,27	13,89	100,0

Graf 26: Doba spánku



Výsledek:

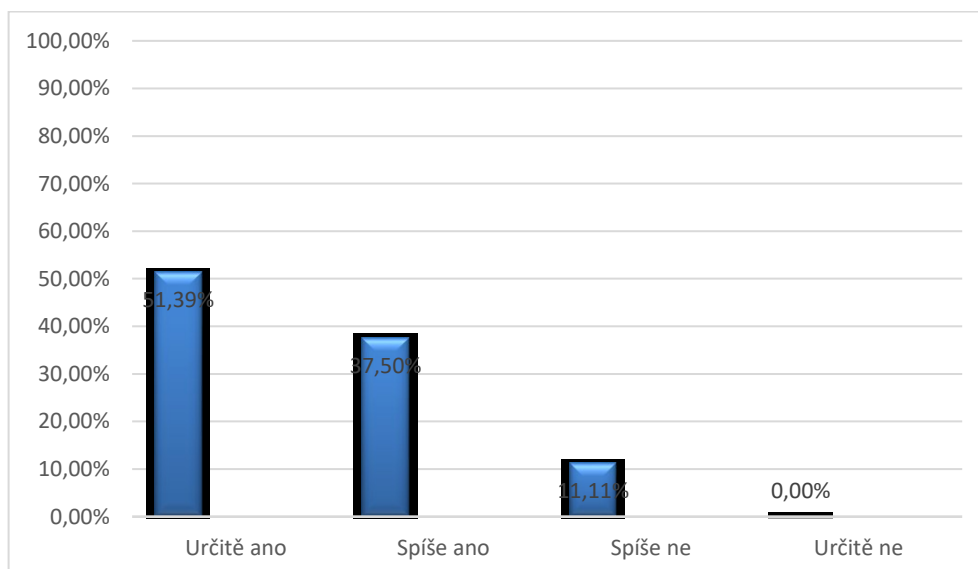
Nejvíce ženy označily odpověď 6-7 hodin (41,67 %), podobně na tom byla odpověď 8-9 hodin (40,27 %). Přes 9 hodin spalo 13,89 % žen. Je dobré, že pouze 4,17 % žen spalo méně jak 6 hodin.

Otázka č. 10: Dbáte na zvýšenou hygienu během těhotenství?

Tabulka 27: Zvýšená hygiena během těhotenství

Odpověď	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	37	27	8	0	72
Relativní četnost (%)	51,39	37,5	11,11	0	100,0

Graf 27: Zvýšená hygiena během těhotenství



Výsledek:

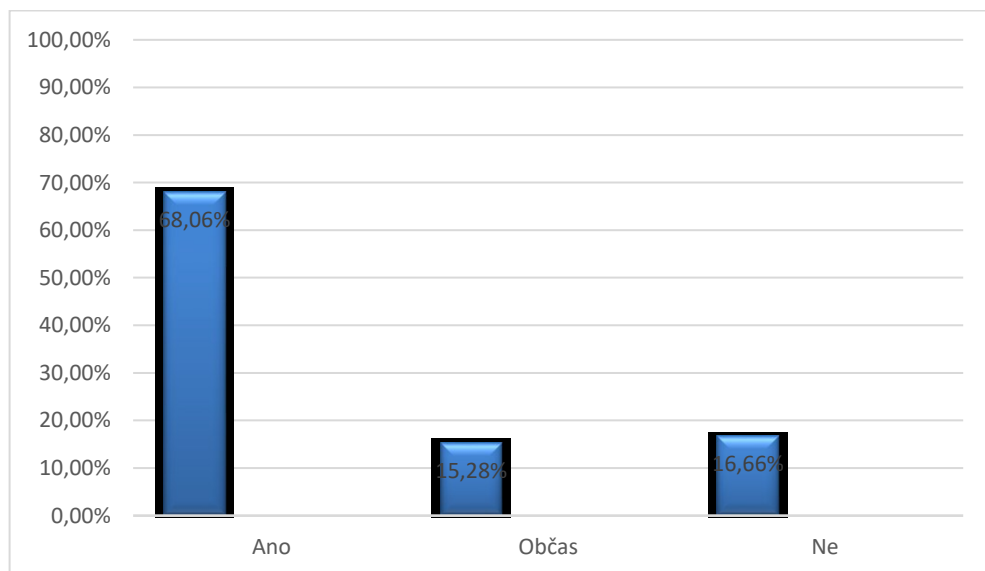
Více jak polovina žen dbala na zvýšenou hygienu během těhotenství (51,39 %). Spíše ano označilo 37,50 % žen. Je dobré, že spíše nedbalo na svou hygienu pouze 11,11 % žen a odpověď určitě ne neoznačila žádná z žen.

Otázka č. 11: Pečujete o pokožku svého těla? (prevence strii)

Tabulka 28: Péče o pokožku

Odpověď	Ano	Občas	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	49	11	12	72
Relativní četnost (%)	68,06	15,28	16,66	100,0

Graf 28: Péče o pokožku



Výsledek:

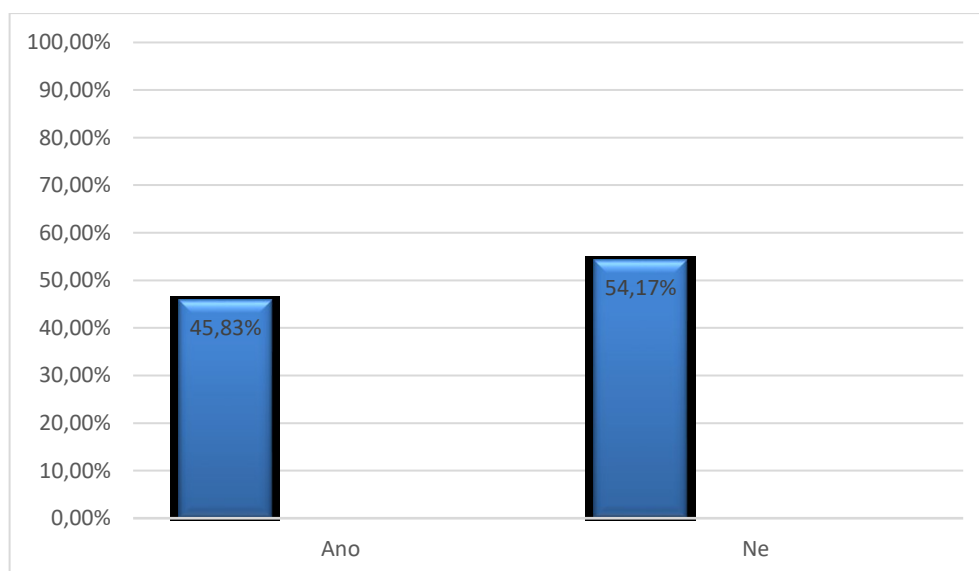
Více jak polovina žen pečovala o svou pokožku během těhotenství (68,06 %), 15,28 % žen jen občas. 16,66 % žen nechtělo či nepotřebovalo o svou pokožku pečovat.

Otázka č. 12: Máte strie? (břicho, hýždě, stehna)

Tabulka 29: Strie

Odpověď	Ano	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	33	39	72
Relativní četnost (%)	45,83	54,17	100,0

Graf 29: Strie



Výsledek:

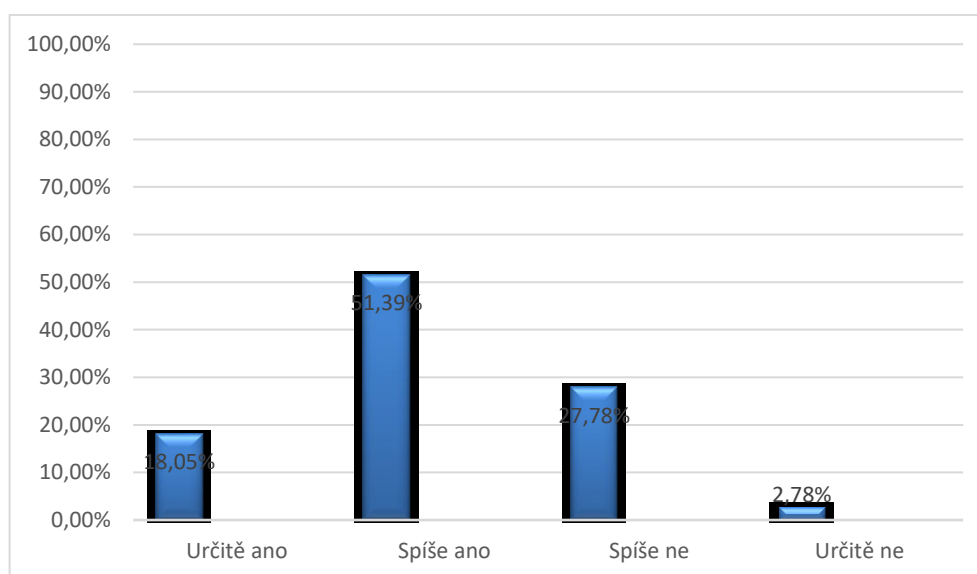
Z grafu je zřejmé, že více jak polovina žen neměla strie (54,17 %). Dle mého názoru je to z toho důvodu, že v otázce č. 12 dbalo o svou pokožku 68,06 % žen, avšak 15,28 % občas a 16,66 % nepečovalo o svou pokožku vůbec. 45,83 % žen mělo strie.

Otázka č. 13: Změnila jste svůj jídelníček během těhotenství?

Tabulka 30: Změna jídelníčku během těhotenství

Odpověď	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	13	37	20	2	72
Relativní četnost (%)	18,05	51,39	27,78	2,78	100,0

Graf 30: Změna jídelníčku během těhotenství



Výsledek:

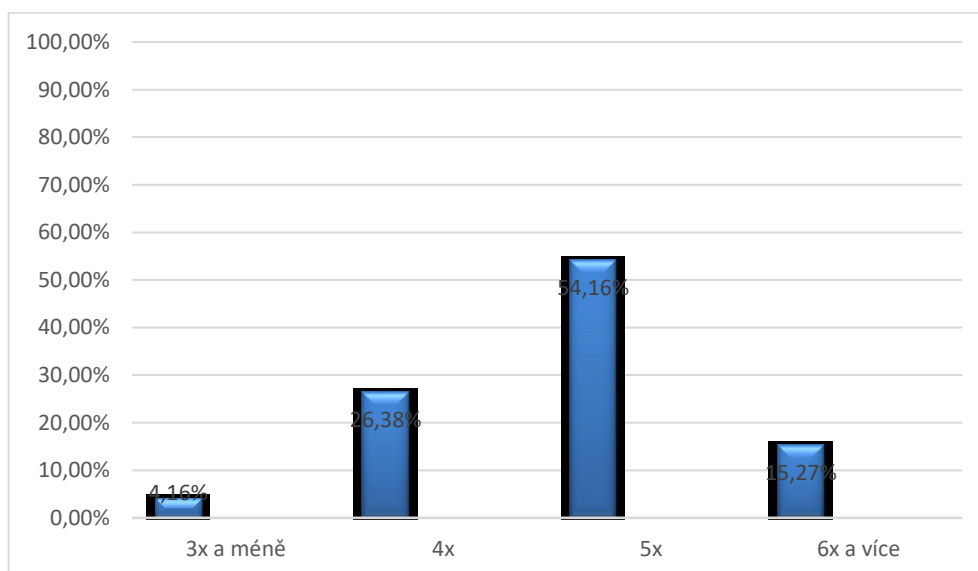
Svůj jídelníček spíše změnilo 51,39 % žen, určitě ano označilo odpověď 18,05 % žen. 27,78 % žen spíše nezměnilo svůj jídelníček. Odpověď určitě ne označilo pouze 2,78 % žen.

Otázka č. 14: Kolikrát denně jíte?

Tabulka 31: Denní příjem potravy

Odpověď	3x a méně	4x	5x	6x a více	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	3	19	39	11	72
Relativní četnost (%)	4,16	26,38	54,16	15,27	100,0

Graf 31: Denní příjem potravy



Výsledek:

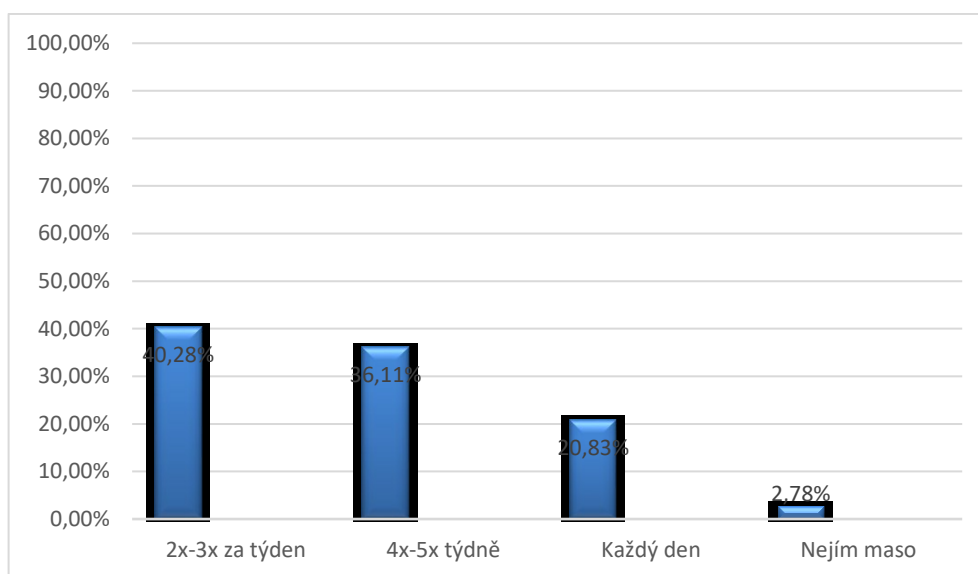
Z grafu plyne, že více jak polovina žen jedla 5x denně (54,16 %). 26,38 % žen jedlo 4x denně a 15,27 % žen jedlo 6x a více. Je dobré, že pouze 4,16 % žen jedlo 3x denně a méně.

Otázka č. 15: Jak často konzumujete maso během těhotenství?

Tabulka 32: Konzumace masa

Odpověď	2x -3x za týden	4x - 5x týdně	Každý den	Nejím maso	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	29	26	15	2	72
Relativní četnost (%)	40,28	36,11	20,83	2,78	100,0

Graf 32: Konzumace masa



Výsledek:

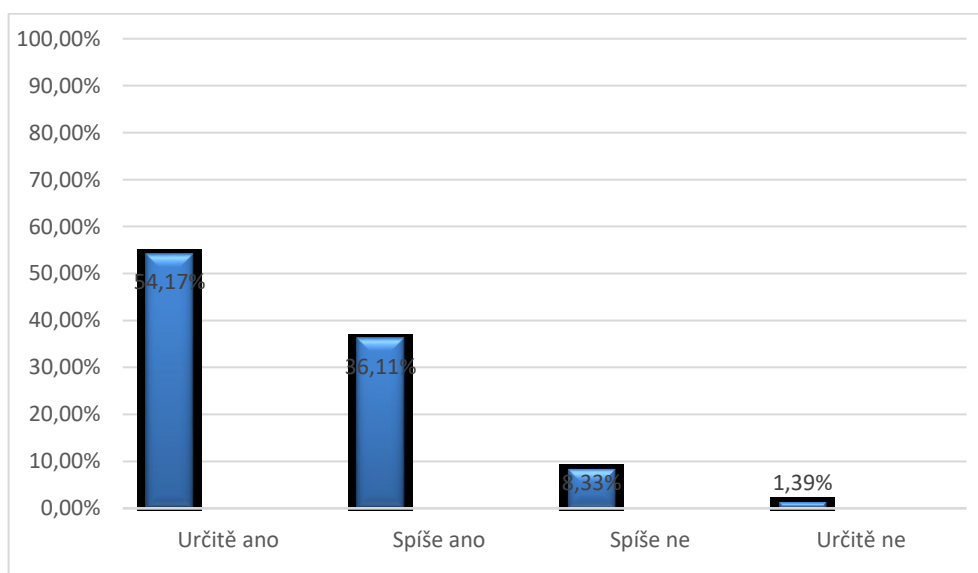
Nejvíce žen jedlo maso 2x-3x za týden (40,28 %), podobně na tom byla odpověď 4x-5x za týden 36,11 % žen. Každý den jedlo maso 20,83 % žen a pouze 2 ženy (2,78 %) maso nejedly. Ve zkoumaném souboru jsem měla více žen, co jedly maso než vegetariánek či veganek.

Otázka č. 16: Konzumujete během těhotenství více ovoce a zeleniny?

Tabulka 33: Ovoce a zelenina

Odpověď	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	39	26	6	1	72
Relativní četnost (%)	54,17	36,11	8,33	1,39	100,0

Graf 33: Ovoce a zelenina



Výsledek:

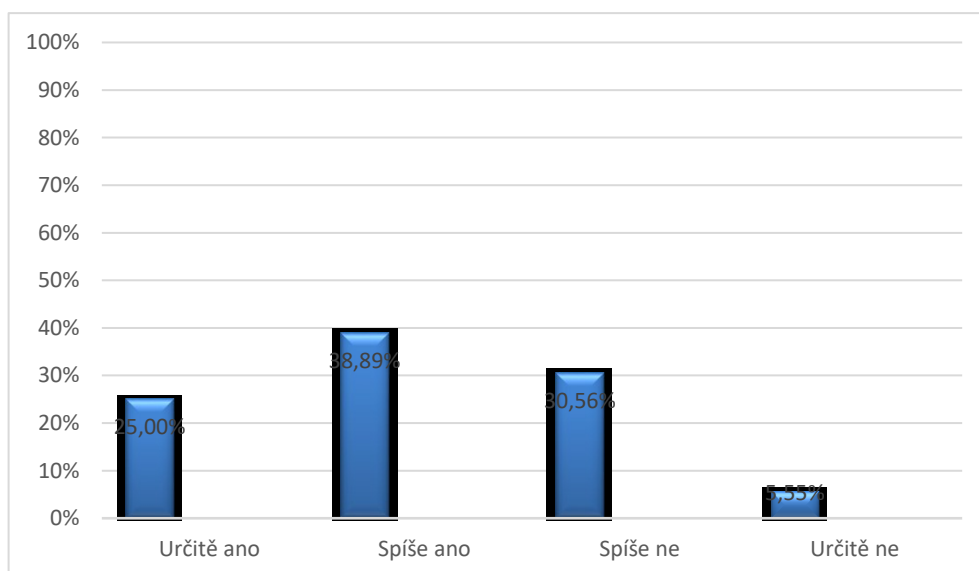
Většina žen během těhotenství konzumovala více ovoce a zeleniny (54,17 %) a odpověď spíše ano 36,11 % žen. Pouze 1 žena (1,39 %) nekonzumovala více ovoce a zeleniny během těhotenství a odpověď spíše ne označilo 8,33 % žen.

Otázka č. 17: Zvýšila jste přísun kalorií během těhotenství?

Tabulka 34: Přísun kalorií během těhotenství

Odpověď	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	18	28	22	4	72
Relativní četnost (%)	25	38,89	30,56	5,55	100,0

Graf 34: Přísun kalorií během těhotenství



Výsledek:

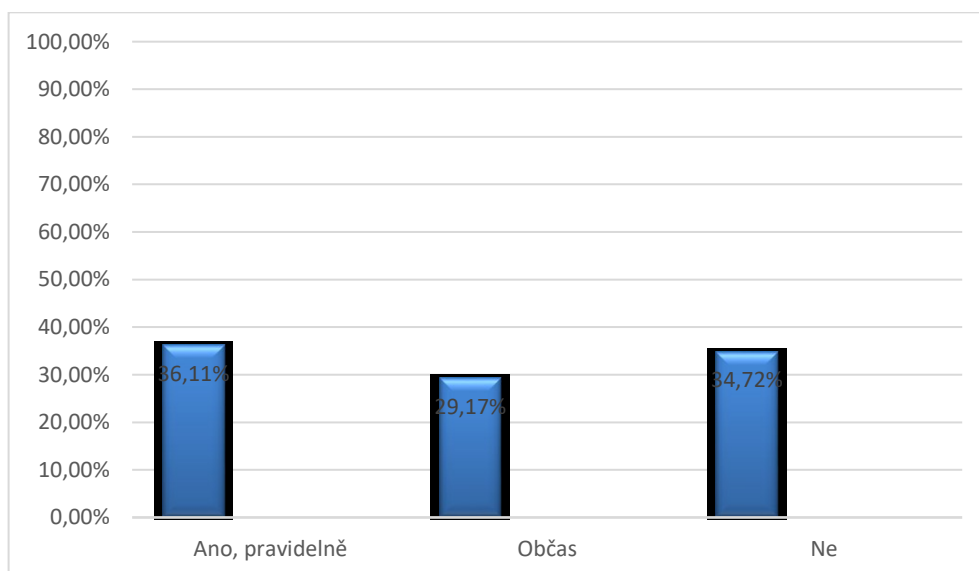
25 % žen zvýšilo příjem kalorií během těhotenství a 38,89 % žen spíše ano. Dá se tedy říci, že ze zkoumaného souboru 63,89 % žen zvýšilo příjem kalorií. Pouze 5,55 % žen nezměnilo své kalorie a 30,56 % žen spíše ne.

Otázka č. 18: Užíváte nějaké doplňky stravy či vitamíny?

Tabulka 35: Doplňky stravy a vitamíny

Odpověď	Ano, pravidelně	Občas	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	26	21	25	72
Relativní četnost (%)	36,11	29,17	34,72	100,0

Graf 35: Doplňky stravy a vitamíny



Výsledek:

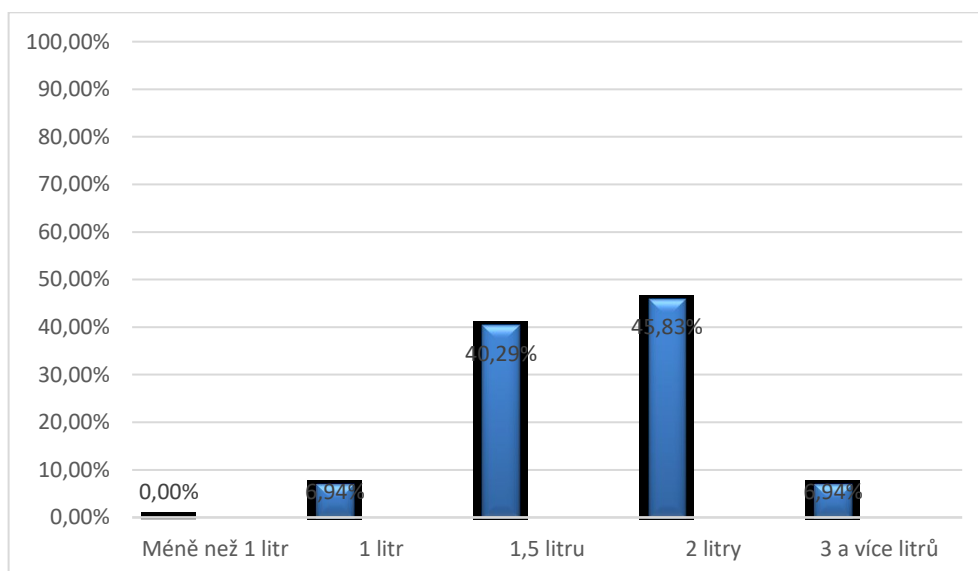
Pravidelně užívalo vitamíny a doplňky stravy 36,11 % žen, avšak podobně na tom byly ženy, které žádné vitamíny ani doplňky stravy nekonzumovaly (34,72 %). Občas je užívalo 29,17 % žen.

Otázka č. 19: Kolik denně vypijete tekutin?

Tabulka 36: Tekutiny za den

Odpověď	Méně než 1 litr	1 litr	1,5 litru	2 litry	3 a více litrů	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	0	5	29	33	5	72
Relativní četnost (%)	0	6,94	40,29	45,83	6,94	100,0

Graf 36: Tekutiny za den



Výsledek:

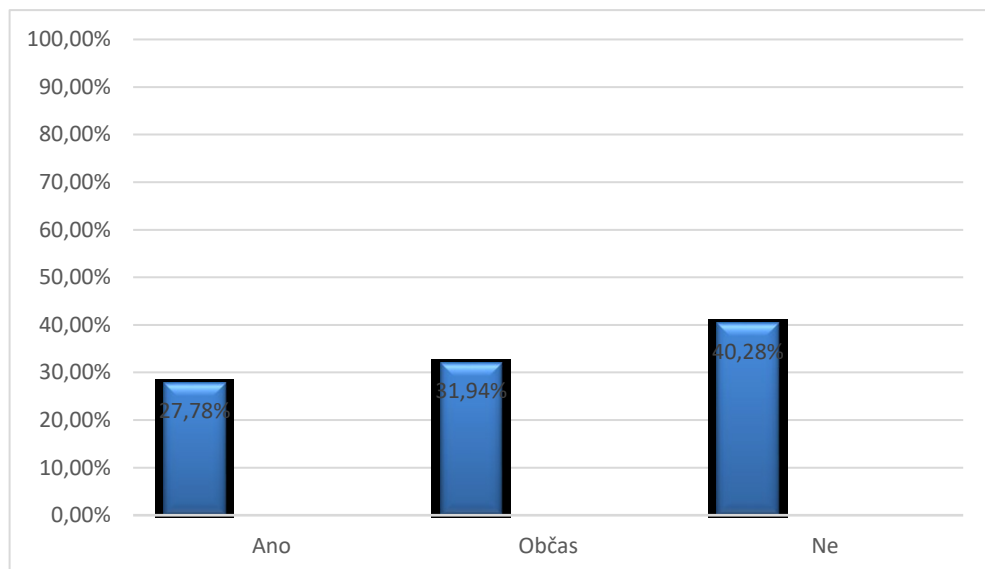
Nejvíce žen odpovědělo, že pilo 2 litry tekutin za den (45,83 %). Podobně na tom byla odpověď 1,5 litru, kterou označilo 40,29 % žen. 3 a více litrů vypilo 6,94 % žen a 1 litr vypilo pouze 6,94 % žen. Je dobré, že žádná z žen neoznačila odpověď méně než 1 litr.

Otázka č. 20: Pijete kávu během těhotenství?

Tabulka 37: Příjem kávy během těhotenství

Odpověď	Ano	Občas	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	20	23	29	72
Relativní četnost (%)	27,78	31,94	40,28	100,0

Graf 37: Příjem kávy během těhotenství



Výsledek:

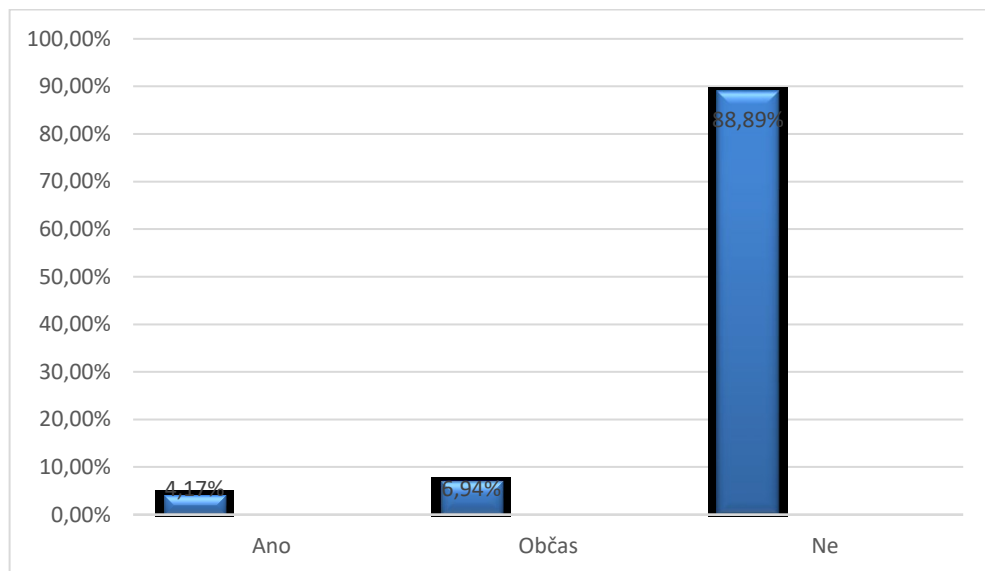
40,28 % žen během těhotenství nepilo kávu. Zato 27,78 % kávu pilo a 31,94 % pilo kávu jen občas.

Otázka č. 21: Kouříte během těhotenství?

Tabulka 38: Kouření během těhotenství

Odpověď	Ano	Občas	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	3	5	64	72
Relativní četnost (%)	4,17	6,94	88,89	100,0

Graf 38: Kouření během těhotenství



Výsledek:

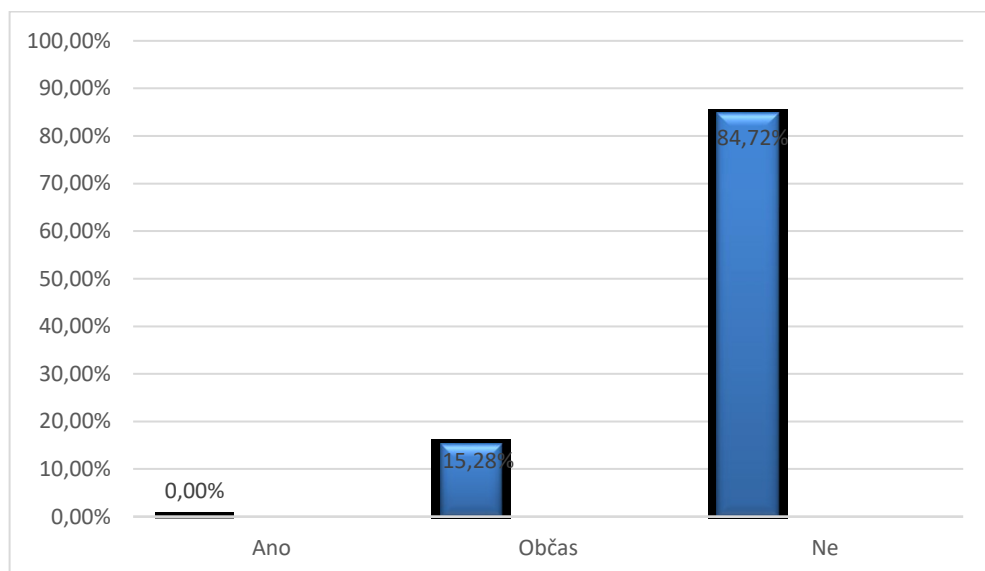
Většina žen během těhotenství nekouřila, odpověď ne označilo 88,89 %. Občas kouřilo 6,94 % žen a bohužel 4,17 % žen kouřilo pravidelně.

Otázka č. 22: Pijete alkohol během těhotenství?

Tabulka 39: Pití alkoholu během těhotenství

Odpověď	Ano	Občas	Ne	Celková četnost
Absolutní četnost (n)	0	11	61	72
Relativní četnost (%)	0	15,28	84,72	100,0

Graf 39: Pití alkoholu během těhotenství



Výsledek:

Většina žen během těhotenství nepila alkohol (84,72 %). Občas pilo alkohol 15,28 % a žádná z žen neoznačila odpověď ano, což hodnotím jako velmi pozitivní.

Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života v těhotenství a jak životní styl ovlivňuje kvalitu života těhotné ženy. Pro výzkum bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda pomocí dotazníků QOL – GRAV a Zdravý životní styl. Dotazníkového šetření se zúčastnily ženy ve II. a III. trimestru těhotenství. Dotazníky byly rozdány ve dvou gynekologických ambulancích a mým známým těhotným ženám. Celkově bylo rozdáno 90 dotazníků, zpět bylo získáno 72 dotazníků (návratnost 80 %).

Celková kvalita života těhotných žen ve zkoumaném souboru je v průměrném skóru 17,38.

Tabulka 40: Kvalita života těhotných žen

	Počet	Průměr	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah
Kvalita života	72	17,38	5,161	0,608	9	45	21

Cíl 1: Zjistit a porovnat vliv vybraných demografických proměnných na kvalitu života v těhotenství

Z demografických údajů byla vybrána parita a plánované těhotenství.

Parita

Ve zkoumaném souboru bylo 39 prvorodiček (54,17 %) a 33 vícerodiček (45,83 %). Kvalita života u prvorodiček byla v průměru 18,41 a u vícerodiček 16,18. Dle statistiky je kvalita života lepší u vícerodiček. Dle mého názoru je to z toho důvodu, že vícerodičky mají více zkušeností a z průběhu těhotenství nemají takové obavy. Rozdíl je statisticky významný ($p=0,0398$).

Tabulka 41: Vliv parity na kvalitu života zmenšit tabulky

Parita	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
Prvorodičky	39	18,41	4,930	0,789	10	28	18	0,0398
Víceroďičky	33	16,18	5,241	0,912	9	30	21	

Plánované těhotenství

Další z vybraných demografických údajů je plánované těhotenství, kde 58 (80,56 %) těhotenství bylo plánované a 14 (19,44 %) neplánované. V tabulce je vidět, že ženy, které měly plánované těhotenství, mají lepší kvalitu života než ženy, které těhotenství naplánované neměly. Avšak dle statistiky je rozdíl nevýznamný ($p=0,9205$).

Tabulka 42: Vliv plánovaného těhotenství na kvalitu života

Plánované těhotenství	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
Ano	58	17,33	4,900	0,643	11	30	19	0,9205
Ne	14	17,64	6,332	1,692	9	27	18	

Cíl 2: Zjistit a porovnat kvalitu života ve II. a III. trimestru těhotenství

Ve zkoumaném souboru bylo ve II. trimestru 38 žen (52,78 %) a ve III. trimestru 34 žen (47,22 %).

Dle statistiky bylo zjištěno, že kvalita života těhotných žen ve II. trimestru byla v průměru 17,24 a ve III. je v průměru 17,56. Kvalita života byla jak v II., tak i ve III. trimestru výborná, avšak ve II. trimestru je kvalita života o trochu lepší než ve III. trimestru. Avšak rozdíl není statisticky významný ($p=0,7515$).

Tabulka 43: Kvalita života těhotných žen ve II. a III. trimestru

Trimestry	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
II.	38	17,24	5,222	0,847	10	30	20	0,7515
III.	34	17,56	5,165	0,886	9	27	18	

Cíl 3: Zjistit vliv životního stylu na kvalitu života v těhotenství

Dle statistického šetření mých hypotéz (viz dále v textu) lze říci, že životní styl na kvalitu života nemá příliš velký vliv. Ženy, které se před otěhotněním cítily dobře, během těhotenství neměly potřebu svůj životní styl měnit.

Cíl 4: Zjistit, zda ženy dodržují zdravý životní styl během těhotenství

Základem pro zdravý životní styl během těhotenství je zdravá strava, dostatečný spánek, dostatek pohybu a nepožívání návykových látek.

Během těhotenství by ženy měly jíst 5x až 6x denně v malých porcích. V mém zkoumaném souboru jedlo 39 (54,16 %) žen 5x denně a 11 (15,27 %) žen 6x denně. Lze tedy říci, že dodržovaly pravidelný příjem stravy.

V těhotenství změnilo jídelníček 50 (69,44 %) žen. Více jak polovina žen se snažila zlepšit stravu. 65 (75,11 %) žen konzumovalo více ovoce a zeleniny během těhotenství. Pouze 1 (1,39 %) žena neměla potřebu svoji konzumaci zvýšit. Doplnky stravy či vitamíny užívalo pravidelně 26 (36,11 %) žen a občas 21 (29,17 %) žen. Lze tedy říci, že více jak polovina žen (65,28 %) užívala doplňky stravy či vitamíny v těhotenství.

Cvičilo 14 (19,44 %) žen a občas cvičilo 29 (40,28 %). Lze tedy říci, že dostatek pohybu mělo 59,72 % žen. Opět je to víc jak polovina žen.

Na otázku č. 9, kolik hodin denně ženy spí, odpovědělo 30 (41,67 %) žen 6-7 hodin, podobně odpovědělo 29 (40,27 %) žen 8-9 hodin. Dle studie je vhodné spát 7-9 hodin denně. Lze tedy říci, že ženy během těhotenství dodržují vhodný počet hodin na spaní.

Během těhotenství kouřily pouze 3 (4,16 %) ženy a občas 5 (6,94 %), což hodnotím jako pozitivní. Dle studií kouří během celého těhotenství v průměru 12 % žen v České republice. Z mého zkoumaného souboru 64 (88,89 %) žen z 72 nekouřilo.

Co se týče alkoholu, občas pilo alkohol 11 (15,28 %) žen a žádná z žen nepila alkohol pravidelně. Z celého souboru nepilo alkohol 61 (84,72 %).

Obecně mohu říci, že více jak polovina žen během těhotenství dodržuje zdravý životní styl.

Cíl 5: Zjistit vliv fyzického pohybu na kvalitu života v těhotenství

Cvičení

Během těhotenství cvičilo 43 (59,72 %) žen a 29 (40,28 %) žen necvičilo. Těhotné ženy, které během těhotenství cvičily, měly lepší kvalitu života než ty, které necvičily. Avšak rozdíl byl statisticky nevýznamný ($p=0,5343$).

Tabulka 44: Vliv cvičení na kvalitu života

	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
Ano	43	16,98	4,632	0,706	10	27	17	0,5343
Ne	29	18	5,892	1,094	9	30	21	

Otázka 1 z dotazníku QOL-GRAV – Vliv cvičení na tělesné změny

Tabulka 45: Vliv cvičení na tělesné změny

K otázce 1	Počet	Průměr	Odchylka	Chybovost	$\alpha=0,050$
Ano 1+3	43	2,372	0,952	0,145	0,5709
Ne 2+4	29	2,276	1,192	0,221	

Otázka 2 z dotazníku QOL-GRAV – Vliv cvičení na psychické změny

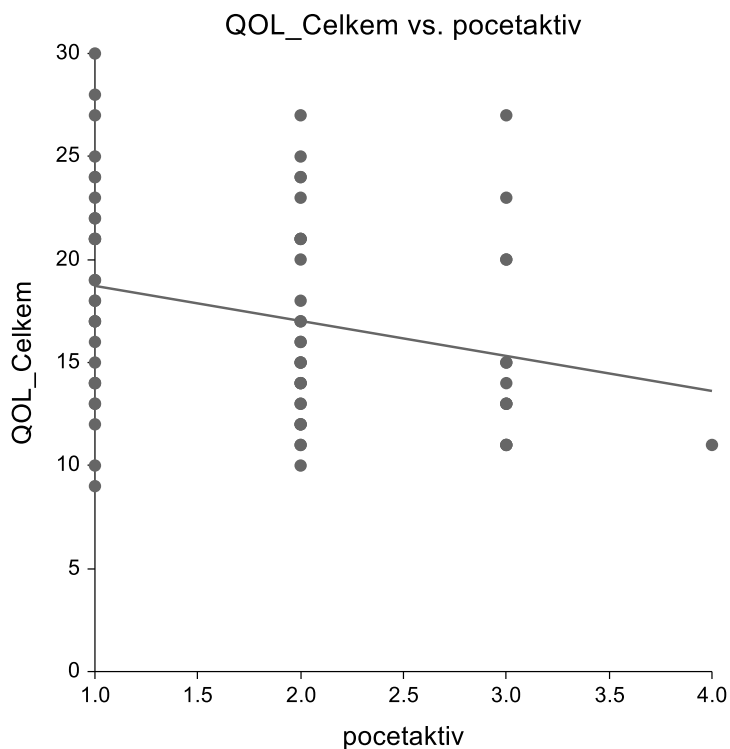
Tabulka 46: Vliv cvičení na psychické změny

K otázce 2	Počet	Průměr	Odchylka	Chybovost	$\alpha=0,050$
Ano 1+3	43	1,837	1,022	0,156	0,7888
Ne 2+4	29	1,759	0,951	0,177	

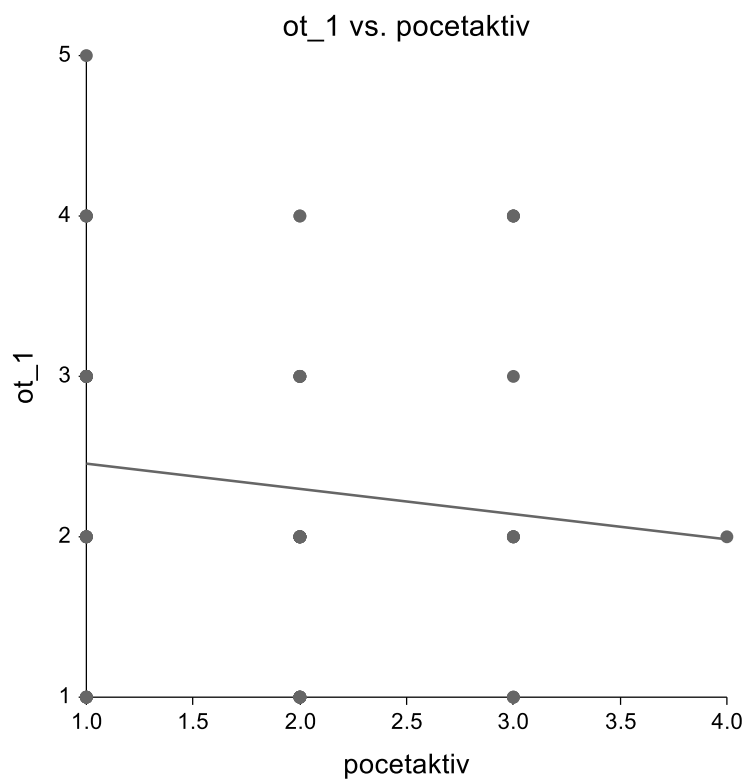
Z tabulek 46 a 47 vyplývá, že cvičení neovlivňuje ani tělesnou ani psychickou pohodu ženy během těhotenství. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

Počet aktivit a kvalita života

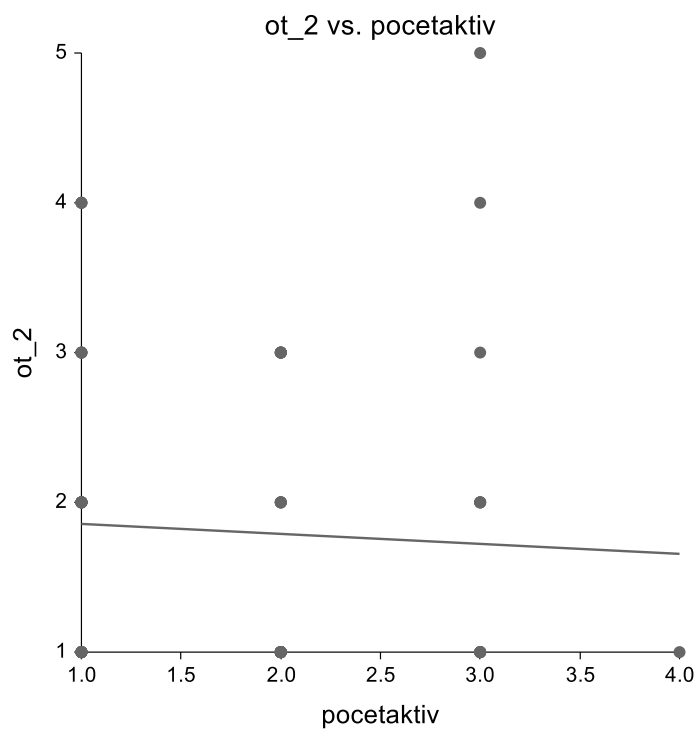
Graf 40: Vztah počtu aktivit k celkové škále QOL-GRAVU



Graf 41: Vztah počtu aktivit k otázce č. 1



Graf 42: Vztah počtu aktivit k otázce č. 2



Tabulka 47: Spearmanův koeficient

Počet aktivit	Počet aktivit	QOL-GRAV celkem	Otázka č.1	Otázka č.2
	1.000000	-0,275	-0,154	-0,102
	0.000000	0,020	0,197	0,394
	72.000000	72.000000	72.000000	72.000000

Z grafů plyne, že mezi odpověďmi a počtem aktivit je souvislost malá. Avšak čím rostl počet aktivit, tím se kvalita života zlepšovala.

Hypotéza 1: Předpokládám, že ženy, které chodí na předporodní kurzy, mají lepší kvalitu života

Během těhotenství chodilo 7 (9,72 %) žen na předporodní kurzy a 65 (90,28 %) nechodilo. Dle mé hypotézy jsem předpokládala, že ženy budou mít lepší kvalitu života. Avšak ukázalo se v mém výzkumném souboru, že mají lepší kvalitu života ženy, které na předporodní kurzy nechodí. Rozdíl však není statisticky významný ($p=0,9696$).

Tabulka 48: Vliv předporodních kurzů na kvalitu života

Předporodní kurzy	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
Ano	7	17,42	5,350	2,022	11	27	16	0,9696
Ne	65	17,38	5,183	0,643	9	30	21	

Hypotéza 2: Předpokládám, že ženy, co spí 8 i více hodin denně, mají lepší kvalitu života

Ve zkoumaném souboru spalo 33 (45,83 %) žen méně jak 8 hodin a 39 (54,17 %) žen spalo více jak 8 hodin. Moje hypotéza se nepotvrdila. Ženy, co spaly méně jak 8 hodin, měly o trochu lepší kvalitu života. Dle mého názoru to může být tím, že před otěhotněním byly zvyklé spát méně hodin a během těhotenství neměly potřebu spát více. Avšak rozdíl nebyl statisticky významný ($p=0,7382$).

Tabulka 49: Vliv spánku na kvalitu života

Spánek	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
Míň jak 8 h.	33	17,15	5,149	0,896	9	27	18	0,7382
Víc jak 8 h.	39	17,59	5,230	0,837	10	30	20	

Hypotéza 3: Předpokládám, že ženy, které změnily jídelníček během těhotenství, mají lepší kvalitu života

Během těhotenství změnilo jídelníček 50 (69,44 %) žen a 22 (30,56 %) žen jídelníček nezměnilo. Lepší kvalitu života měly ženy, které změnily svůj jídelníček. Avšak ženy, které jídelníček nezměnily, mají také výbornou kvalitu života. Dle mého názoru je to z toho důvodu, že se během těhotenství cítí dobře a nemají potřebu jídelníček měnit. Rozdíl opět nebyl statisticky významný ($p=0,6680$).

Tabulka 50: Vliv změny jídelníčku na kvalitu života

Změna jídelníčku	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
Ano	50	17,26	5,371	0,760	9	30	21	0,6680
Ne	22	17,68	4,755	1,014	10	28	1	

Hypotéza 4: Předpokládám, že ženy, které kouří během těhotenství, mají horší kvalitu života

V těhotenství kouřilo 8 (11,11 %) žen a 64 (88,89 %) žen nekouřilo. V tabulce je znát, že ženy, které kouřily během těhotenství, měly horší kvalitu života než ženy nekuřačky. Avšak tento rozdíl byl statisticky nevýznamný ($p=0,1722$).

Tabulka 51: Vliv kouření na kvalitu života

Kouření	Počet	Průměr kvality života	Odchylka	Chybovost	Min.	Max.	Rozsah	$\alpha=0,050$
Ano	8	19,25	3,536	1,25	14	24	10	0,1722
Ne	64	17,16	5,304	0,663	9	30	21	

Porovnání výsledků s jinými výzkumnými soubory

Kvalita života

Ve výzkumné šetření Vachkové (2014) a Tomsové (2015) prováděné pomocí dotazníku QOL-GRAV se také potvrdila lepší kvalita života těhotných žen v II. trimestru těhotenství než ve III. trimestru. V mém výzkumu byla v obou trimestrech kvalita života výborná, avšak ve II. trimestru byla lepší.

Ve výzkumném souboru Vachkové (2014) a Paštové (2018) více žen ovlivňovaly tělesné změny než psychické. Stejně tomu bylo v mém výzkumném souboru. Psychické změny ovlivňovaly na škále hodně 4 (5,55 %) ženy a tělesné změny ovlivňovaly na škále hodně 10 (13,89 %) žen.

Životní styl

Lisnerová (2010) se zaměřovala na životní styl u žen v těhotenství. Její zkoumaný soubor obsahoval 60 dotazníků. V tomto zkoumaném souboru 45 (75 %) žen zvýšilo příjem ovoce a zeleniny a v porovnání s mým zkoumaným souborem zvýšilo příjem 65 (75,11 %) žen z 72 žen. Z obou výzkumů vyplývá, že více jak polovina žen zvýšila během těhotenství příjem ovoce a zeleniny. V její zkoumaném souboru cvičilo 35 (58,3 %) žen a 25 (41,7 %) necvičilo. Co se týče mého výzkumu cvičilo 43 (59,72 %) žen a 29 (40,28 %) žen necvičilo. V obou výzkumech více jak polovina žen dodržovala pravidelný pohyb.

Gruberová (2007) se ve své bakalářské práci zaměřovala na životosprávu a životní styl těhotných žen. V její zkoumaném souboru bylo 118 dotazníků. Na otázku, zda ženy kouří během těhotenství odpovědělo v jejím souboru 22 (18,64 %) žen ano a 96 (81,35 %) žen ne. V mém souboru kouřilo 8 (11,11 %) žen a nekouřilo 64 (88,89 %) žen. Ve výzkumu

Gruberové (2007) bylo více žen kuřáček než v mém výzkumu. Avšak v její výzkumu bylo více respondentek. Co se týče pití alkoholu, tak v jejím výzkumu 6 (5,08 %) žen pilo a 112 (94,92 %) žen nepilo alkohol v těhotenství. V mém výzkumu v těhotenství pilo alkohol 11 (15,28 %) žen a nepilo 61 (84,72 %) žen. Alkohol pilo v mém zkoumaném souboru více žen i přesto, že měla více respondentek.

Závěr

Teoretická práce obsahuje kapitoly jako je kvalita života, těhotenství, změny v organismu ženy vyvolané těhotenstvím, prenatalní péče a zdravý životní styl. Cílem empirické části výzkumného šetření bylo zjistit vliv kvality života na těhotnou ženu, jak životní styl působí na kvalitu života a jak ženy během těhotenství dodržují zdravý životní styl. Pro výzkum byl použit specifický dotazník QOL-GRAV se souhlasem autorů (Vachková, Mareš, Ježek, 2013) a k němu byl přiložen nestandardizovaný dotazník na Zdravý životní styl.

Výzkumného souboru se zúčastnilo 72 žen s průměrným věkem 29,3 let, což odpovídá i celostátnímu průměru věku žen s prvním těhotenstvím. Nejvíce žen bylo se středoškolským vzděláním, zaměstnaných, svobodných i vdaných, poprvé těhotných a rodičích. Téměř většina žen si těhotenství naplánovala. Ve výše uváděných studiích byl průměrný věk prvorodiček 28,2 let.

Statisticky vyšlo, že celková kvalita života těhotných žen byla v průměru 17,38. V mém souboru byla kvalita žen hodnocena jako výborná. Většina žen zvládala péči o domácnost, neobávala se porodu, byla spokojená s partnerským i společenským životem a více jak polovina neměla problém se přizpůsobit těhotenství. Polovinu žen neomezovaly psychické problémy, avšak tělesné změny je do určité míry omezovaly. Pouze 25 % žen nemělo pocit ovlivnění.

Bylo stanoveno 5 cílů. Dle statistiky byly 3 cíle statisticky nevýznamné.

Kvalita života byla jak ve II., tak i ve III. trimestru výborná, statisticky významný rozdíl mezi nimi však nebyl. Změna životního stylu výrazně kvalitu života neovlivnila. Fyzický pohyb měl pouze nepatrný vliv na kvalitu života, který nebyl statisticky významný.

Statistická významnost byla u parity. Ženy vícerodičky měly lepší kvalitu života než ženy prvorodičky. Předpokládám, že z toho důvodu, že vícerodičky mají mnoho zkušeností z předchozího těhotenství, a proto z dalšího těhotenství nepocítují obavy.

Jako pozitivum shledávám, že více jak polovina žen dodržovala zdravý životní styl během těhotenství. Ženy většinou změnily svůj jídelníček, jedly více ovoce a zeleniny, pravidelně se stravovaly. Také chodily pravidelně spát, dodržovaly pohybový režim, dbaly na zvýšenou hygienu a také většina z nich nepila alkohol ani nekouřila.

Jsem si vědoma, že výsledky mého výzkumného šetření nelze zobecnit pro celou populaci žen především z toho důvodu, že jsem neměla dostatek respondentek. Avšak myslím si, že výzkum byl zajímavý a ráda jsem na něm pracovala.

Anotace

Autor: Michaela Kodešová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, oddělení ošetřovatelství

Název práce: Vliv životního stylu na kvalitu života těhotné ženy

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Počet stran: 116

Počet příloh: 5

Rok obhajoby: 2019

Klíčová slova: kvalita života, těhotenství, zdravý životní styl

Bakalářská práce se zabývá těhotenstvím, tím, jaký vliv má na kvalitu života a jak ji ovlivňuje zdravý životní styl. Práce se skládá ze dvou částí. První část je teoretická a zaměřuje se na definici těhotenství, vývoj plodu, mateřské změny v těhotenství, prenatální péči a životní styl v těhotenství. Také objasňuje pojem kvalita života, jeho historii, měření kvality života a také se zabývá specifickou kvalitou života v těhotenství. Druhá část je empirická a obsahuje analyzované výsledky dotazníkového šetření. To se zabývá kvalitou života těhotné ženy se zaměřením na zdravý životní styl.

Annotation

Author: Michaela Kodešová

Institution: Institute of Social Medicine, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Kralove, Department of Nursing

The name of the work: The influence of a lifestyle on the pregnant woman's quality of life

Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

The number of pages: 116

The number of attachments: 5

Defended in: 2019

Key words: quality of life, pregnancy, healthy lifestyle

This bachelor thesis deals with pregnancy and its influence on quality of life and how much healthy lifestyle affects quality of life. My thesis is made up of two parts. The first part is theoretical and it is focused on the definition of pregnancy, foetal development, maternal changes during pregnancy, prenatal care and lifestyle during pregnancy. This part also clarifies the term "quality of life", its history, measure quality of lifestyle and also deals with specific quality of lifestyle during pregnancy. The second part is empirical and it contains analysed results of questionnaire. It also deals with quality of life of pregnant woman with focus on healthy lifestyle.

Seznam použité literatury

- BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
- ČECH, Evžen a Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
- DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.
- DEANS, Anne, ed. *Kniha knih o mateřství*. Praha: Fortuna Print, c2004. ISBN 80-732-1117-3.
- GRUBEROVÁ, Jana. *Životospráva a životní styl těhotné ženy*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita v Brně.
- HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80264-0755-3.
- HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 80-734-5013-5.
- KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-246-1112-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.
- LISNEROVÁ, Radka. *Životní styl u žen v období těhotenství*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého Olomouc.
- MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9589-0.
- MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006-. ISBN 80-866-3365-9.

MAREŠ, Jiří. Kvalita života u dětí a dospívajících III. Brno: MSD, 2008-. ISBN 978-80-7392-076-0.

MOONS, P., MARQUET, K., BUDTS, W. Et al. Validity, Reliability and Responsiveness of the «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life — Direct Weighting» (SEIQoL-DW) in Congenial Hearth Disease. Health and Quality of Life Outcomes, 2004, vol. 2, no. 27, p. 1-8. ISSN

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-726-2411-3.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-214-5.

PAŠTOVÁ, Kateřina. Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy. Hradec Králové, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.

POKORNÁ, Jitka, Veronika SUCHODOLOVÁ a Tomáš PRUŠA. Výživa a léky v těhotenství a při kojení. Brno: ERA, 2008. Zdravá rodina (ERA). ISBN 978-80-7366-136-6.

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5322-4.

ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika

STOPPARD, Miriam. Těhotenství: od početí k porodu. Praha: Fragment, 2007. Velký průvodce (Fragment). ISBN 978-80-253-0438-9.

ŠUBRT, Jiří. *Soudobá sociologie*. V Praze: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1486-1.

TOMÁŠEK, Ivan a Hana ZELENÁ. Otázky a odpovědi: Co v současnosti víme o onemocnění Zika. Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě [online]. 2016 [cit. 2019-09-08].

Dostupné z:

<https://zuova.cz/Home/Clanek/zika-virus?fbclid=IwAR1kr-pej0UgpdwBqVYXYWGPCvylqp4xEV7JzfmOd-tgNJxulxKIaN3nto>

TOMSOVÁ, Pavlína. Kvalita života zdravých těhotných žen v průběhu fyziologického těhotenství. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.

VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. 2012, 14(3), 286-297. ISSN 1212-4117.

VACHKOVÁ, Eva. Kvalita života žen v období těhotenství. Hradec Králové, 2014. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.

WILCOCK, Fiona. *Těhotenská kuchařka: zdravá strava pro nastávající maminky*. Brno: Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-2169-6.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Trimestr	46
Tabulka 2: Věk	47
Tabulka 3: Vzdělání	48
Tabulka 4: Zaměstnání	49
Tabulka 5: Rodinný stav	50
Tabulka 6: Gravidita	51
Tabulka 7: Parita	52
Tabulka 8: Plánované těhotenství	53
Tabulka 9: Tělesní změny	54
Tabulka 10: Psychické změny	55
Tabulka 11: Péče o domácnost	56
Tabulka 12: Donošení plodu	57
Tabulka 13: Obavy z porodu	58
Tabulka 14: Fyzická aktivita	59
Tabulka 15: Partnerský život	60
Tabulka 16: Společenský život	61
Tabulka 17: Přizpůsobit se těhotenství	62
Tabulka 18: Rizikové těhotenství	63
Tabulka 19: Předporodní kurzy	64
Tabulka 20: Dodržování zdravého životního stylu	65
Tabulka 21: Čerpání informací o zdravém životním stylu	66
Tabulka 22: Zvládání běžných denních aktivit	67
Tabulka 23: Cvičení během těhotenství	68
Tabulka 24: Pohybové aktivity během těhotenství	69

Tabulka 25: Zaměstnání	70
Tabulka 26: Doba spánku	71
Tabulka 27: Zvýšená hygiena během těhotenství	72
Tabulka 28: Péče o pokožku	73
Tabulka 29: Strie	74
Tabulka 30: Změna jídelníčku během těhotenství	75
Tabulka 31: Denní příjem potravy	76
Tabulka 32: Konzumace masa	77
Tabulka 33: Ovoce a zelenina	78
Tabulka 34: Přísun kalorií během těhotenství	79
Tabulka 35: Doplnky stravy a vitamíny	80
Tabulka 36: Tekutiny za den	81
Tabulka 37: Příjem kávy během těhotenství	82
Tabulka 38: Kouření během těhotenství	83
Tabulka 39: Pití alkoholu během těhotenství	84
Tabulka 40: Kvalita života těhotných žen	85
Tabulka 41: Vliv parity na kvalitu života	86
Tabulka 42: Vliv plánovaného těhotenství na kvalitu života	86
Tabulka 43: Kvalita života těhotných žen ve II. a III. trimestru	87
Tabulka 44: Vliv cvičení na kvalitu života	88
Tabulka 45: Vliv cvičení na tělesné změny	88
Tabulka 46: Vliv cvičení na psychické změny	89
Tabulka 47: Spearmanův koeficient	91
Tabulka 48: Vliv předporodních kurzů na kvalitu života	91
Tabulka 49: Vliv spánku na kvalitu života	92

Tabulka 50: Vliv změny jídelníčku na kvalitu života	92
Tabulka 51: Vliv kouření na kvalitu života	93

Seznam grafů

Graf 1: Trimestr	46
Graf 2: Věk	47
Graf 3: Vzdělání	48
Graf 4: Zaměstnání	49
Graf 5: Rodinný stav	50
Graf 6: Gravidita	51
Graf 7: Parita	52
Graf 8: Plánované těhotenství	53
Graf 9: Tělesné změny	54
Graf 10: Psychické změny	55
Graf 11: Péče o domácnost	56
Graf 12: Donošení plodu	57
Graf 13: Obavy z porodu	58
Graf 14: Fyzická aktivita	59
Graf 15: Partnerský život	60
Graf 16: Společenský život	61
Graf 17: Přizpůsobit se těhotenství	62
Graf 18: Rizikové těhotenství	63
Graf 19: Předporodní kurzy	64
Graf 20: Dodržování zdravého životního stylu	65
Graf 21: Čerpání informací o zdravém životním stylu	66
Graf 22: Zvládání běžných denních aktivit	67
Graf 23: Cvičení během těhotenství	68
Graf 24: Pohybové aktivity během těhotenství	69

Graf 25: Zaměstnání	70
Graf 26: Doba spánku	71
Graf 27: Zvýšená hygiena během těhotenství	72
Graf 28: Péče o pokožku	73
Graf 29: Strie	74
Graf 30: Změna jídelníčku během těhotenství	75
Graf 31: Denní příjem potravy	76
Graf 32: Konzumace masa	77
Graf 33: Ovoce a zelenina	78
Graf 34: Přísun kalorií během těhotenství	79
Graf 35: Doplnky stravy a vitamíny	80
Graf 36: Tekutiny za den	81
Graf 37: Příjem kávy během těhotenství	82
Graf 38: Kouření během těhotenství	83
Graf 39: Pití alkoholu během těhotenství	84
Graf 40: Vztah počtu aktivit k celkové škále QOL-GRAVU	89
Graf 41: Vztah počtu aktivit k otázce č. 1	90
Graf 42: Vztah počtu aktivit k otázce č. 2	90

Seznam zkratek

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

APACHE – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System

Atd. – a tak dále

CO₂ – oxid uhličitý

CRL – temeno-kostrční délka

FSH – folitropin

hCG – choriový gonadotropin

HIV – Humam Immunodeficiency Virus

hPL – lidský placentární laktogen

kcal – kilokalorie

LH – luteinizační hormon (lutropin)

LSS – Life Satisfaction Scale

MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life

Např. – například

oGTT – Orální glukózový toleranční test

PAPP-A – Pregnancy Associated Plasma Protein A

pH – potenciál vodíku

pCO₂ – parciální oxid uhličitý

pO₂ – parciální kyslík

QL Index ILF – Index kvality života pacienta ILF

QoL – Quality of Life

USA – Spojené státy americké

VAS – vizuální analogová škála

VVV – vrozená vývojová vada

Přílohy

Příloha 1: Jak se správně připoutat

PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání. Praha: Galén, 2015, 481 stran. ISBN 978-80-7492-214-5



Dotazník

Milé budoucí maminky,

jmenuji se Michaela Kodešová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. V rámci své závěrečné bakalářské práce na téma „Vliv životního stylu na kvalitu života těhotné ženy“ se na Vás obracím s žádostí o vyplnění 2 dotazníků: 1. Zdravý životní styl a 2. QOL GRAV. Součástí dotazníků jsou pokyny pro jejich správné vyplnění. Dotazníky jsou anonymní a údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas

Dotazník QOL-GRAV

(© originální verze: Vachková, E., Mareš, J., Ježek, S., 2013)

Instrukce:

Důkladně si, prosím, otázky přečtete a na všechny otázky odpovězte. Pokud si nejste jistá, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte, prosím, tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá ta, která Vás napadne jako první. Svůj názor vyjádřete **zakroužkováním** příslušné číslice. Pokud se spletete nebo změníte názor, nevádí. **Škrtněte tu**, co již neplatí a zakroužkujte tu, co platí.

Demografické údaje

Označte, v kterém trimestru jste nyní:

1. I. trimestr
2. II. trimestr
3. III. trimestr

Uveďte svůj věk: _____

Nejvyšší dosažené vzdělání:

1. základní
2. střední
3. vyšší odborné
4. vysokoškolské

Zaměstnání:

1. ano
2. ne
3. studuji
4. jsem na MD

Rodinný stav:

1. svobodná
2. vdaná
3. rozvedená
4. vdova

Těhotná jste:

1. *poprvé*
2. *podruhé*
3. *potřetí*
4. *vícekrát*

Rodit budete:

1. *poprvé*
2. *podruhé*
3. *potřetí*
4. *počtvrté a více*

Plánované těhotenství:

1. *ano*
2. *ne*

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožívala určité změny v těhotenství.

	vůbec ne	troch u	středně	hodně	maximáln ě
1. Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)	1	2	3	4	5
2. Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)	1	2	3	4	5
3. Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	1	2	3	4	5
4. Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	1	2	3	4	5
5. Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste prováděla určité aktivity.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
6. Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byla **spokojená** s některými oblastmi života v **posledních dvou týdnech**.

	velmi spokojená	spokojená	ani spokojená ani nespokojená	nespokojená	velmi nespokojená
7. Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	1	2	3	4	5
8. Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	1	2	3	4	5
9. Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	1	2	3	4	5

Dotazník zdravý životní styl

	Ano	Ne
1. Je Vaše těhotenství rizikové?	1	2
2. Navštěvujete předporodní kurzy během těhotenství?	1	2
3. Je pro Vás důležité dodržovat zdravý životní styl během těhotenství?	1	2

	Z předporodních kurzů	Od lékaře	Od porodní asistentky	Z tiskovin (noviny, časopisy, knihy ...)	Internetu	Jiných zdroje
4. Odkud čerpáte informace o zdravém životním stylu?	1	2	3	4	5	6

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
5. Zvládáte běžné denní aktivity?	1	2	3	4

	Ano	Občas	Ne	Nemohu
6. Cvičíte během těhotenství?	1	2	3	4

	Cvičení pro těhotné	Plavání	Turistika	Procházky	Jízda na kole	Břišní tance	Jóga	Jiné aktivity
7. Jaké pohybové aktivity během těhotenství provozujete? (můžete označit i více odpovědí)	1	2	3	4	5	6	7	8

	Ano	Ne
8. Chodíte během těhotenství do svého zaměstnání?	1	2

	Méně jak 6	6 - 7	8 - 9	Více jak 9
9. Kolik hodin denně spíte?	1	2	3	4

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
10. Dbáte na zvýšenou hygienu během těhotenství?	1	2	3	4

	Ano	Občas	Ne
11. Pečujete o pokožku svého těla? (prevence strií)	1	2	3

	Ano	Ne
12. Máte strie? (břicho, hýždě, stehna)	1	2

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
13. Změnila jste svůj jídelníček během těhotenství?	1	2	3	4

	3x a méně	4x	5x	6x a více
14. Kolikrát denně jíte?	1	2	3	4

	2x - 3x za týden	4x - 5x týdně	Každý den	Nejím maso
15. Jak často konzumujete maso během týdne v těhotenství?	1	2	3	4

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
16. Konzumujete během těhotenství <u>více ovoce a zeleniny</u> ?	1	2	3	4
17. Zvýšila jste přísun kalorií během těhotenství?	1	2	3	4

	Ano, pravidelně	Občas	Ne
18. Užíváte nějaké doplňky stravy či vitamíny?	1	2	3

	Méně než 1 litr	1 litr	1,5 litru	2 litry	3 a více litrů
19. Kolik denně vypijete tekutin?	1	2	3	4	5

	Ano	Občas	Ne
20. Pijete kávu během těhotenství?	1	2	3
21. Kouříte během těhotenství?	1	2	3
22. Pijete alkohol během těhotenství?	1	2	3

Příloha 4: Výzkum v Jaroměři

Vážená paní
MUDr. Renata Jarošová
Ordinace gynekologie a porodnictví
Národní 83
551 01 Jaroměř

V Hradci Králové 7. 11. 2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Gynekologicko - porodnické ordinaci v Jaroměři

Vážená paní doktorko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší ordinaci, jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Michaely Kodešové, narozené 22. 03. 1997, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit kvalitu života těhotné ženy, jaký vliv má těhotenství na životní styl ženy a jak změna životního stylu v těhotenství ovlivňuje její kvalitu života.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Eva Vachková, Ph.D., vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem
Michaela Kodešová
Hrubínova 701
551 01 Jaroměř
E-mail: kodesova.michaela@seznam.cz

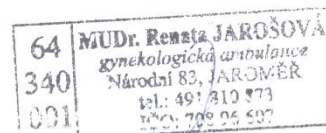
Vedoucí práce
Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
Tel. 49 58 16 420
E-mail: VachkovaE@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 16.11.2018

Podpis a razítko



Příloha 5: Výzkum ve Dvoře Králové nad Labem

Vážený pan
MUDr. Tomáš Minář
Gynekologie a porodnictví
Náměstí T.G. Masaryka 80
554 01 Dvůr Králové nad Labem

V Hradci Králové 7. 11. 2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Gynekologicko - porodnické ordinaci ve Dvoře Králové nad Labem

Vážený pane doktore,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší ordinaci, jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Michaely Kodešové, narozené 22. 03. 1997, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit kvalitu života těhotné ženy, jaký vliv má těhotenství na životní styl ženy a jak změna životního stylu v těhotenství ovlivňuje její kvalitu života.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D, vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem
Michaela Kodešová
Hrubínova 701
551 01 Jaroměř
E-mail: kodesova.michaela@seznam.cz

Vedoucí práce
Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
Tel. 49 58 16 420
E-mail: VachkovaE@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 15.11.2018

Podpis a razítko

