

Univerzita Karlova v Praze

3. lékařská fakulta

Bakalářská práce

2015

Petra Fajtová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav výživy



Petra Fajtová

Životospráva těhotných žen

Lifestyle of pregnant women

Bakalářská práce

Praha, srpen 2015

Autor práce: Petra Fajtová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Veřejné zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. Jolana Rambousková, CSc.

Pracoviště vedoucího práce: Ústav výživy 3. LF UK

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK, jsou totožné.

V Praze dne

Fajtová Petra

Obsah

Úvod	6
1. Těhotenství	7
1.1. Znamky těhotenství	7
1.2. Potvrzení těhotenství	8
2. Zdravý životní styl	9
2.1. Výživa v těhotenství	9
2.1.1. Příjem energie	9
2.1.2. Skladba stravy	11
2.1.3. Vitamíny a minerální látky	12
2.1.4. Hodnocení nutričního stavu	14
2.1.5. Alternativní stravování	15
2.1.6. Alimentární nákazy	16
2.2. Alkohol v těhotenství	17
2.3. Kouření v těhotenství	18
2.4. Pohybová aktivita	19
2.4.1. Fyziologické změny organismu těhotné ženy	19
2.4.1.1. Změny pohybového ústrojí	19
2.4.1.2. Změny oběhového systému	20
2.4.1.3. Změny termoregulace	20
2.4.1.4. Změny břišního svalstva a trávicího ústrojí	21

2.4.2. Kontraindikace pohybové aktivity	20
2.4.3. Výběr pohybové aktivity	21
2.4.4. Vhodné pohybové aktivity a cvičení	22
3. Výzkum	25
3.1. Výsledky výzkumu	26
Závěr	40
Souhrn	42
Excerpt	44
Seznam použité literatury	46
Přílohy	49

Úvod

Těhotenství je zajímavý a jedinečný stav v životě ženy, ve kterém dochází k mnoha změnám, které může žena značně ovlivnit. Proto jsem se rozhodla napsat práci na téma životospráva těhotných žen, která se zabývá především stravováním, a pohybovou aktivitou v těhotenství. O těchto dvou faktorech si žena sama rozhoduje a může jimi ovlivnit průběh těhotenství i vývoj plodu.

Cílem práce bylo analyzovat dostupnou literaturu a získat informace o stravování, pohybové aktivitě, ale také něco málo o kouření a užívání alkoholu v těhotenství. Na základě zjištěných informací vytvořit stručný přehled o zmíněných faktorech, které by byly přínosné pro těhotné ženy v rámci rozšíření povědomí o dané problematice.

Dalším cílem práce bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření především, jak se těhotné ženy stravují a zda se věnují pohybovým aktivitám.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část výzkumnou. Část teoretická je tvořena dvěma kapitolami. První kapitola je pojmenovaná těhotenství. Je v ní popsáno co je těhotenství, jak se projevuje a jakými metodami zjistíme, zda žena je či není těhotná. Druhá kapitola pojmenovaná zdravý životní styl je dále členěna podkapitolami na výživu v těhotenství, kouření v těhotenství, alkohol v těhotenství a pohybovou aktivitu v těhotenství. V části výzkumné se nachází zpracované odpovědi dotazníkového šetření, přičemž jsou některé pro lepší představu graficky znázorněné, dále se zde nachází vyhodnocení hypotéz.

1. Těhotenství

Splynutím ženské a mužské pohlavní buňky vzniká oplozené vajíčko, které se postupně dělí ve vejcovodu a putuje dále do dělohy. Zde teprve začínáme hovořit o těhotenství, tedy o zachycení oplozeného vajíčka děložní sliznicí, ke kterému dochází přibližně pátý až šestý den po oplodnění. Oplozené vajíčko se mění v embryo (= zárodek) a dále zhruba okolo osmého týdne v plod. Délka těhotenství se počítá od prvního dne poslední menstruace a trvá 240 až 310 dní, průměrně však 280 dní, 40 týdnů nebo 10 lunárních měsíců. Při normálním průběhu je ukončeno porodem (Novotný 1999).

1.1. Znamky těhotenství

Vlivem těhotenství dochází k řadě změn, které se mohou projevit různými příznaky. Dělí se do tří skupin.

Znamky nejisté: jsou často prvotním ukazatelem pro ženy, které o svém těhotenství ještě nevědí. Mezi nejčastější příznaky patří vynechání menstruace, ranní nevolnost, nauzea, zvracení a pálení žáhy. Mohou se také objevit stavy mdloby, citlivost prsů, nadmuté břicho, náladovost, radost, úzkost, plačtivost, nepříjemné chutě, citlivost na pachy a vůně, časté močení a zvyšující se váha (Behinová a spol. 2012).

Znamky pravděpodobné: vyznačují se změnami na pohlavních orgánech, kdy se mění tvar a velikost dělohy, sliznice pochvy, a začíná růst břicho.

Znamky jisté: poukazují na přítomnost plodu, který je vidět (pomocí ultrasonografického vyšetření), slyšet (srdeční ozvy) a cítit (pohyby) (Binder, Vavřínková 2011).

1.2. Potvrzení těhotenství

Zda žena je či není těhotná, může zjistit třemi možnými způsoby:

Těhotenský test – jednoduchý způsob, kterým lze zjistit těhotenství pomocí testovacího proužku a moči, ve které je v případě těhotenství přítomen hormon hCG (= humánní choriový gonadotropin). Těhotenský test je vhodný použít kolem osmého až jedenáctého dne po oplození.

Odběr krve – zjišťuje se přítomnost a hladina hormonu hCG, který je přítomen osmý až devátý den po oplození vajíčka. Pomocí hladiny hormonu hCG lze zjistit přibližné stáří plodu, ale také mimoděložní a vícečetné těhotenství (gynweb).

Ultrazvukové vyšetření – první známky těhotenství je možné spatřit pomocí ultrazvuku od čtvrtého týdne, kdy jsou viditelné změny dělohy (Binder 2011).

2. Zdravý životní styl

Zdravým životním stylem lze ovlivnit kvalitu života. Řadí se do něj především strava, její pestrost, vyváženost a pravidelnost, dále pohybová aktivita a kvalitní spánek. Je nutné se vyhnout stresu, kouření, alkoholu a ostatním návykovým látkám. V těhotenství platí tyto zásady dvojnásob, protože ovlivňují nejen zdraví ženy, ale i správný vývoj a zdraví plodu.

2.1. Výživa v těhotenství

Pomocí výživy lze ovlivnit průběh těhotenství i vývoj plodu. Důležité je vybírat potraviny bohaté na vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Zároveň je kladena přednost potravinám s vhodným poměrem živin, jako jsou tuky, cukry a bílkoviny. Vhodnými stravovacími návyky lze pozitivně ovlivnit fyziologické změny v organismu ženy. Mezi fyziologické změny v období těhotenství, které lze ovlivnit právě příjmem stravy patří hmotnost, metabolismus a hormonální systém ženy. Podle nejnovějších poznatků lze stravou ovlivnit také vývoj a struktura placenty (Hronek 2004).

2.1.1. Příjem energie

V těhotenství není vhodné se řídit oblíbenou „babskou“ radou – jíst za dva, protože není třeba přijímat takového množství energie. Doporučený denní příjem energie v těhotenství je 10 MJ tj. 2400 kcal (Hronek 2004). V prvním trimestru není zapotřebí zvyšovat množství energie přijaté stravou. Nároky na energetický příjem se začínají zvyšovat až ve druhém a třetím trimestru, a to o 300 kcal denně (Keller 1993). Energie je získávána z bílkovin, tuků a sacharidů, obsažených v potravině.

Bílkoviny by měly tvořit 10 -15 % celkového příjmu energie. V těhotenství je potřeba zvýšit jejich příjem od počátku druhého trimestru o 10 g denně. Celkový příjem bílkovin by měl činit 58 g denně. Bílkoviny zajišťují správný růst plodu, vývoj placenty a také jsou důležité pro zvětšující se dělohu a prsní žlázu (Keller 1993, DACH 2011). Při jejich nedostatku se snižuje porodní váha dítěte. Při energetickém a proteinovém hladovění s příjmem okolo 24 g bílkovin za den hrozí riziko potratů, nedonošenosti plodu, zvyšuje se riziko mentální retardace, hrozí zvýšený výskyt malformací plodu a také novorozeneckého úmrtí (Müllerová 2004).

Tuky tvoří 30 – 35 % celkového denního příjmu energie. Protože obecně je příjem tuků vyšší, než se doporučuje, není zapotřebí jeho příjem zvyšovat. V počátcích těhotenství je doporučen příjem zejména omega-3 nenasycených mastných kyselin (nacházejí se např. v mase tučných ryb, vlašských ořechách, řepkovém oleji, atd.), které jsou důležité pro vývoj nervové soustavy plodu (Hronek 2012). Denní příjem omega-3 nenasycených mastných kyselin by měl tvořit 0,5 % energie z přijatých tuků (DACH 2011). Omezovat by se měly trans nenasycené mastné kyseliny (nacházejí se v mléčném tuku, loji, ve ztužených tucích, apod.), zvyšující LDL (= nízkodenzitní cholesterol, odpovídá za ukládání cholesterolu v organizmu) a snižující HDL (= vysokodenzitní cholesterol, schopný vylučovat nadbytečný cholesterol z organizmu) cholesterol, způsobující kardiovaskulární choroby. Zvýšený příjem trans nenasycených mastných kyselin může způsobit „naprogramování“ plodu k těmto chorobám (Müllerová 2004). Omezit by se měly také nasycené mastné kyseliny (v živočišných tucích a palmovém oleji), které zvyšují cholesterol v plazmě.

Sacharidy tvoří největší část energie, tj. 55 – 60 % z celkového denního příjmu. Většinu přijatých sacharidů by měly tvořit škroby (nachází se např. v bramborách, luštěninách, rýži, ovoci atd.) Zvýšený příjem

sacharidů na začátku těhotenství může potlačit růst placenty a snížit její hmotnost, ale také snížit porodní hmotnost novorozence (Hronek 2004).

2.1.2. Skladba stravy

Správná skladba jídelníčku v těhotenství je důležitá, zejména pro dostatečný příjem energie, všech druhů vitamínů, minerálních látek a stopových prvků, a to jak pro tělo matky, tak i pro její plod. Jídelníček těhotných žen by měl obsahovat:

Tekutiny – základ tvoří pitná voda. Z doporučených tekutin lze jmenovitě uvést ovocné a zeleninové šťávy ředěné vodou, ovocné čaje a minerální vody, které ale nelze pít dlouhodobě. Nevhodné k pití jsou tekutiny s obsahem kofeinu, chininu a některé čaje (např. černý, zelený, Earl grey, lékořicový, pelyňkový, třezalkový a další) (Müllerová 2004). Doporučený denní příjem tekutin je 2,7 l (DACH 2011)

Obiloviny a výrobky z nich – přednost je kladena celozrnným výrobkům pro obsah vlákniny, prospěšných tuků, vitamínů a minerálních látek. Doporučeno je sníst denně tři až šest porcí obilných výrobků. Jedna porce = 1 rohlík, 1 plátek chleba, 125 g přílohy (např. rýže, těstoviny...).

Ovoce a zelenina – tvoří velice důležitou složku stravy pro obsah vitamínů, vlákniny a minerálních látek. Upřednostňuje se ovoce a zelenina v syrovém stavu, v malém množství konzervovaná zelenina a pouze omezeně ovocné kompoty a marmelády. Denní příjem by měl tvořit jednu až dvě porce listové zeleniny, ostatní zeleniny minimálně jednu porci, jednu až dvě porce citrusového ovoce, ostatního ovoce jednu porci. Jedna porce = 1 ks jablka, pomeranče, rajčete, papriky, hrst malin, jahod, hrášku, atd.

Mléko a mléčné výrobky – obsahují bílkoviny, vápník, vitamíny, minerální látky. Některé mléčné výrobky obsahují laktobacily, které jsou

prospěšné pro zažívací trakt. Přednost je kladena na výrobky se sníženým obsahem tuků (např. mléko polotučné 1,5 – 1,8 % tuku, mléko odstředěné 0 – 0,5 % tuku). Denní příjem tvoří tři až čtyři porce. Jedna porce = 200 ml mléka, 55 g sýra, 200 ml jogurtu...

Maso – je důležitý zdroj bílkovin a železa, vitaminů B, zinku a fosforu. Ryby (především mořské) jsou výborným zdrojem omega-3 nenasycených mastných kyselin a jódu. Přednost je dána masům libovým, zejména u kuřecího, telecího a králičího masa. Na místě je vynechání konzumace tučného masa, především pak uzenářských výrobků, jako jsou párky, salámy, paštiky apod. Doporučena je denní konzumace jedné porce masa, která obsahuje 180 – 250 g masa, přičemž 2 – 3 x týdně se do jídelníčku zařazují ryby.

Luštěniny a vejce – luštěniny obsahují bílkoviny, vitamíny E a B, vlákninu a minerální látky. Vejce obsahují bílkoviny, omega-3 nenasycené mastné kyseliny, řadu vitamínů, minerálních látek i stopových prvků. Doporučené je jíst 200 g luštěnin týdně a jedno až dvě vejce, která nemusí být zařazena do jídelníčku denně (Hronek 2004, Müllerová 2004, Brodanová 1994).

2.1.3. Vitamíny a minerální látky

Příjem vybraných vitamínů, minerálních látek a stopových prvků by se v těhotenství neměl podceňovat, protože jsou velice důležité pro zajištění důležitých pochodů v těle ženy a správného vývoje plodu.

V období těhotenství je nejdůležitější příjem následujících vitamínů. Vitamín B₉ – kyselina listová, prokazatelně působí proti vzniku rozštěpu páteře u plodu a je potřebná pro zajištění dostatečného množství krve u ženy. Příjem vitamínu B₁₁ by měl být v těhotenství zvýšen na 550 µg denně. Doporučuje se užívání suplementů, protože takto zvýšené dávky nelze uhradit potravinovými zdroji. Zdroje kyseliny listové jsou: listová

zelenina (např. špenát, salát), brokolice, chřest, vlašské ořechy a další. Vitamín B₁₂ – kobalamin, je důležitý pro zajištění krve tvorby u ženy. Nedostatečný příjem může zpomalit růst plodu, ale může také podporovat stejně jako u kyseliny listové vznik rozštěpu páteře. Doporučený denní příjem v těhotenství je 3,5 µg. Zdroje vitamínu B₁₂: maso, mléko a mléčné výrobky. U alternativně se stravujících žen (např. veganky, vitariánek apod.) je doporučený příjem suplementů. Vitamín A – retinol, je důležitý pro tvorbu kostí a zubů, dále pro vývoj placenty a nastartování imunity u plodu. Nedostatek může vést k poruchám vývoje pohlavních orgánů a xeroftalmii (= vysychání oční rohovky a spojivky). Vitamín A je teratogenní (= může vyvolat vrozenou vývojovou vadu u plodu), proto je nezbytně nutné, aby se dodržovala doporučená denní dávka, která je 1,1 mg. Zdroje vitamínu A: mléko a mléčné výrobky, vejce, tuňák apod. Vitamín D – kalciferol, je nutný pro růst plodu. Při nedostatku hrozí řídnutí kostí u ženy, u plodu pak nedostatek způsobuje neonatální křivici, poruchy růstu a zubní skloviny. Denní příjem je v těhotenství dvojnásobný, tedy 20 µg. Zdroje vitamínu D: ryby, vejce, sýry apod. (Hronek, Barešová 2012, Müllerová 2004, Hronek 2004, Blatná et al. 2005, DACH 2011, Stránský 2014, Hendrychová, Malý 2013).

Z minerálních látek a stopových prvků je nutno zvýšit příjem železa na 30 mg denně, sloužícího pro transport kyslíku. Nedostatek je příčinou anémie u matky, která může stát za nízkou porodní váhou plodu nebo za předčasným porodem. Zdroje železa jsou: maso, vejce, ořechy, špenát apod. Vápník je nezbytný pro tvorbu kostí plodu a zajištění správného chodu nervového a svalového systému. Denní potřeba je 1000 mg. Nedostatek způsobuje odvápnění kostí matky, kazivost zubů a výskyt křečí. Zdroje vápníku: mléko a mléčné výrobky, pitná a minerální voda, mák, mandle apod. Dostatek jódu je důležitý pro vývoj nervové soustavy a smyslů, je tedy prevencí kretenismu a hyperaktivity u dětí. Doporučený denní příjem činí 230 µg. Zdroje jódu jsou: mořské ryby, minerální vody, jodizovaná sůl, kedluben, paprika apod. Hořčík má preventivní účinek proti

potratům, preeklampsii (= těhotenská toxikóza, projevující se hypertenzí, edémy a vysokým obsahem bílkovin v moči), eklampsii (= záchvaty křečí, obvykle následující po preeklampsii) a vrozeným vadám. Doporučená denní dávka hořčíku je 310 mg. Zdroje hořčíku jsou: minerální vody, mléko, ořechy, sýry apod. (Hronek 2004, Hronek, Barešová 2012, Blatná et al. 2005, DACH 2011, Hourová, Galambošová 2015).

2.1.4. Hodnocení nutričního stavu

Nutriční stav se hodnotí pomocí nutriční anamnézy, fyzikálního vyšetření, antropologických kritérií, laboratorních testů a hodnocení spotřeby potravin. Pomocí nutriční anamnézy se zjišťují stravovací zvyklosti, potravinové alergie a změny týkající se hmotnosti. Do nutriční anamnézy je nutné zahrnout fyzickou kondici a zdravotní stav ženy. Fyzikální vyšetření hodnotí mimo váhy a výšky také stavbu těla, stav kůže, přítomnost otoků apod. Antropologická kritéria zahrnují měření tloušťky kožní řasy, měření obvodu svalstva paže, BMI (= body mass index) a další. Laboratorní testy zahrnují hematologické, biochemické a imunologické vyšetření. Pro hodnocení spotřeby potravin se využívají metody frekvence příjmu potravin, 24 - hodinový recall a průběžný záznamník (Kohout, Kotlíková 2005).

Nejjednodušší způsob hodnocení nutričního stavu u těhotných žen je výpočet BMI. Index udává poměr mezi váhou a výškou. Počítá se pomocí jednoduchého vzorce:

$$BMI = \frac{\text{Tělesná hmotnost v kilogramech}}{(\text{Tělesná výška v metrech})^2}$$

Hodnocení výpočtu BMI: podvýživa < 20; norma 20 – 24,9; nadváha 25 – 29,9; obezita 30 >.

Dle všeobecných doporučení je ideální, přibere-li žena do 12 kg za celé období těhotenství. Dále se obecně užívá pravidlo, které uvádí, že ženy s vyšší hmotností před otěhotněním by měly přibrat méně, zato podvyživené ženy mohou přibrat více. Výpočet BMI u těhotných žen se uplatňuje jako orientační vodítko pro doporučení ideálního váhového přírůstku během těhotenství (Tabulka č. 1).

BMI	Doporučený váhový přírůstek za celé těhotenství	Doporučený váhový přírůstek za týden (po 12. týdnu těhotenství)
< 20	12,5 – 18 kg	0,5 kg
20 – 24,9	11,5 – 16 kg	0,4 kg
25 – 29,9	7 – 11,5 kg	0,3 kg
> 30	Do 7 kg	Do 0,3 kg

Tabulka č. 1

(Müllerová 2004).

2.1.5. Alternativní stravování

Nejčastější alternativní směry stravování praktikované v České republice jsou vegetariánství a veganství. Vegetariáni konzumují rostlinnou stravu, přičemž vybrané odnože vegetariánství (laktoovovegetariánství, peskovegetariánství aj.) zařazují do jídelníčku i mléčné výrobky, vejce a některé dokonce i maso. Vegani konzumují pouze rostlinnou stravu. Těhotenství však není vhodnou dobou k přeorientování se z běžné stravy na některý z alternativních směrů, pro možný vznik metabolických následků. Vegetariánkám a především vegankám hrozí riziko deficitu vitamínů, zejména vitamínu B₁₂ a vitamínu D, dále nedostatek železa, vápníku, jódu, zinku, kalcia a některých aminokyselin. Nedostatek vyjmenovaných nutrietů může být rizikový pro vývoj plodu. Hrozí hypospadie (= rozštěp močové trubice) u chlapců; ohrožen je také vývoj mozku, nervové soustavy a další poškození plodu z malnutrice. Proto by ženy praktikující alternativní směry stravování v období těhotenství měly perfektně znát zdroje nutrietů, a tím zabezpečit v rámci

možností jejich dostatečný příjem a vyvarovat se tak možným negativním dopadům. Vegankám se doporučuje po dobu těhotenství přejít na mírnější formu, na laktoovovegetariánství, kdy jsou do stravy začleněny mléčné výrobky a vejce, které jsou zdroji vápníku, vitamínu B₁₂, hořčíku a bílkovin. Pokud se ženy rozhodnou zůstat u veganství a jiných radikálnějších směrů stravování, je nutné se poradit s lékařem a případně doplňovat deficitní nutrienty cestou suplementů (Hronek 2004, Müllerová 2004).

2.1.6. Alimentární nákazy

Mezi nejzávažnější nemoci v těhotenství, spojené s příjmem potravy, patří listerióza a toxoplazmóza.

Listerióza

Je bakteriální infekční onemocnění, které způsobuje stavy podobné chřipce s horečkami, vyvolává meningitidu, endokarditidu a pneumonii. V těhotenství může stát za předčasným porodem, porodem mrtvého dítěte nebo potratem. U novorozenců se projeví pneumonií, poté meningitidou. Nejčastějšími zdroji nákazy jsou nedostatečně tepelně upravené mléko a maso, dále nemyté ovoce a zelenina. Léčí se vysokými dávkami antibiotik.

Toxoplazmóza

Je infekční onemocnění vyvolané parazitem. Postihuje centrální nervovou soustavu, plíce, játra, srdce a uzliny. Těhotné ženy mohou porodit mrtvé dítě, potratit nebo předčasně porodit dítě s tzv. Sabinovou triádou, která se projevuje hydrocefalem (= hromadění tekutin uvnitř mozku), kalcifikacemi v mozku a chorioretinitidou (= zánět cévnatky a sítnice oka). Zdrojem nákazy je nedostatečně tepelně upravené maso, ale také kontakt s půdou kontaminovanou výkaly koček. Léčí se antibiotiky (Binder, Vavřínková 2011, Hourová, Galambošová 2015).

Prevence alimentárních nákaz

- Dodržovat hygienu (řádně si myt ruce, pracovní plochu i kuchyňské náčiní)
- Oddělovat pokrmy syrové a uvařené (nepoužívat stejné pracovní náčiní pro uvařené a syrové pokrmy)
- Důkladné tepelné zpracování pokrmů (nekonsumovat syrové maso, vejce, mořské plody, nepasterované mléko, zrající sýry)
- Pokrmy uchovávat při bezpečných teplotách (nenechávat uvařené jídlo při pokojové teplotě, včasné uložení do ledničky)
- Používat zásadně pitnou vodu a zdravotně nezávadné potraviny (použití pitné vody nejen na vaření, ale i pro mytí potravin, jako je zelenina a ovoce apod.; pro mytí rukou, pracovních ploch a náčiní. Nepoužívat potraviny po uplynutí doby použitelnosti a trvanlivosti) (www.bezpecnostpotravin.cz).

2.2. Alkohol v těhotenství

Příjem alkoholu v těhotenství se doporučuje úplně vyloučit, aby nedocházelo k patofyziologickým změnám u plodu. K těmto změnám patří fetální alkoholový syndrom (FAS), který vede k retardacím vývoje plodu, zpomalení růstu, mikrocefalii (= vývojová vada projevující se malou, asymetrickou hlavou s nedostatečně vyvinutým mozkem), kardiovaskulárním postižením, anomáliím končetin, atd. Dále může způsobit rozštěp patra, zejména při konzumaci alkoholu během prvních čtyř lunárních měsíců. Nemusí však vždy docházet ke všem příznakům FAS, ale mohou je objevit pouze některé znaky postižení, které jsou souhrnně označovány jako fetal alcohol spectrum disorders (FASD). Konzumace alkoholu je nebezpečná v jakékoliv dávce, neexistuje žádná bezpečná hranice pro jeho užití. Fetální alkoholový syndrom postihuje 25 – 90 na 1000 živě narozených dětí, jejichž matky byly alkoholičky. Přičemž celosvětový výskyt FAS je odhadován na 1 % populace (Seemanová 2013, Hammanová, Csémy 2010). Konzumace alkoholu v malých dávkách

1 - 2x týdně u žen závislých na alkoholu snižuje riziko nízké porodní váhy a předčasného porodu, v porovnání s ženami, které začaly v těhotenství abstinovat. Při zvýšené konzumaci se naopak tato rizika zvyšují. (Hronek 2004). Analýzou dat z Národního registru rodiček a Národního registru novorozenců z let 2000 až 2009 bylo v české republice zjištěno, že z celkového počtu 1008821 rodiček bylo hlášeno užívání alkoholu u 1528 žen. Výskyt podezřelého nebo patologického stavu byl u 21,9 % novorozenců, vrozená vada se vyskytla u 4,4 % novorozenců a mrtvě narozených bylo 12,4 na 1000 narozených dětí (Nechanská et al. 2012).

2.3. Kouření v těhotenství

Kouření v těhotenství není doporučováno, neboť může mít nepříznivé účinky na průběh těhotenství a plod. Vlivem kouření může nastat předčasný porod, porod mrtvého dítěte, nebo je novorozenec ohrožen syndromem náhlého úmrtí dítěte. Komplikace, které přináší kouření v těhotenství je vcestné lůžko (= placenta v dolní části dělohy), nebo abrupce placenty (= předčasné odloučení placenty) (Binder, Vavřínková 2011). Plod může být ohrožen nedostatečným zásobováním kyslíku a živin do tkání a nízkou porodní hmotností. V pozdějších letech dítěte je pak prokázáno, že se mohou vyskytovat kardiovaskulární a metabolické poruchy, sklony k nadváze a obezitě, poruchy chování (např. poruchy paměti, antisociální projevy, agresivita, hyperaktivita, úzkosti, deprese apod.). Objevit se mohou také vrozené vývojové vady, jako jsou např. defekty dolních končetin, srdečního septa, obličejové rozštěpy a malformace urogenitálního ústrojí (Hrubá 2011). Plod těhotných kuřáček může být poznamenán poruchou růstu (Heil et al. 2009). Pokud žena přestane kouřit co nejdříve po zjištění těhotenství, nejpozději však do třetího trimestru, pozitivní přínos zaznamená nejen žena, ale také plod, u kterého se nekuřáctví matky projeví zvýšeným růstem (Higgins et al. 2009). Nejúčinnější je u odvykání kouření psychologická intervence a

náhradní nikotinová terapie, pomoci může také akupunktura a hypnoterapie (Wilhelmová, Hrubá 2014). Analýzou dat (z roku 2000 až 2009) bylo zjištěno 60502 hlášených těhotných kuřaček. Přičemž suspektní nebo patologický stav byl hlášen u 20,1 % novorozenců, vrozená vývojová vada u 3,6 % novorozenců a mrtvě narozených bylo 2,4 na 1000 narozených dětí (Nechanská et al. 2012).

2.4. Pohybová aktivita

Pravidelná pohybová aktivita v těhotenství je jistým benefitem, ať už v prevenci otoků dolních končetin, zácpy, bolesti zad a dalších těhotenských obtíží. Každá pohybová aktivita by měla být konzultována s lékařem a měli by být zváženy všechny okolnosti zdravotního stavu ženy i plodu, pokročilost těhotenství, ale také vhodnost vybrané pohybové aktivity. Značnou výhodu mají ženy, které se věnovaly cvičení již před otěhotněním. Díky dobré fyzické kondici lépe zvládají zvyšující se nároky na kardiovaskulární systém. Cílem cvičení v těhotenství není zvyšování výkonnosti, ale udržení dobré kondice organismu (Bejdáková 2006).

2.4.1. Fyziologické změny organismu těhotné ženy

U těhotných žen dochází k fyziologickým změnám téměř všech orgánových systémů, které jsou obvykle reverzibilní. Doba, kdy se dané systémy vrátí do normálního stavu je několik měsíců po porodu nebo ukončení laktace.

2.4.1.1. Změny pohybového ústrojí

U každé těhotné ženy dochází ke zvýšení tělesné hmotnosti, což může vyvolat vyšší nároky na klouby, především dolních končetin, které nesou veškerou zátěž. Se zvětšujícím se břichem vzniká větší prohloubení

bederní páteře tzv. lordóza, která je příčinou bolesti zad, změn statiky a rovnováhy těla (Máček et al. 2011). Během těhotenství dochází k uvolňování vaziva, čímž se zvyšují nároky na svaly, které se při námaze rychleji unaví a mají tendenci ke křečím. Dané rozvolňování vaziva vyvolávají hormony estrogen a relaxin (Máček et al. 2011).

2.4.1.2. Změny oběhového systému

Fyziologicky se zvyšuje objem krve o 30 – 35 %, obsahující zejména krevní plazmu a červené krvinky (Bejdáková 2006). Vyšší nároky jsou kladeny také na tepovou frekvenci, která je zhruba o 10 % rychlejší. Vzestup minutového srdečního objemu se nejvíce projeví ve třetím trimestru a to o 30 – 50 % více. Dechový minutový objem se zvyšuje až o 50 %. Krevní tlak naopak klesá, od druhé poloviny těhotenství o 5 – 10 mmHg.

2.4.1.3. Změny termoregulace

Zvýšené nároky bazálního metabolismu, které mohou dosáhnout nárůstu až o 20 % (Bejdáková 2006) a zvyšující se energetický výdej při tělesné zátěži, mohou být příčinou vyšší tělesné teploty (Máček et al. 2011). Jádrová teplota těhotných žen stoupá zhruba o 1,5 °C již při mírné až střední intenzitě zátěže, což zvýší pocení a jeho následné odpaření. Při déletrvajícím cvičení, zvláště v teplém počasí může hrozit riziko nadměrné ztráty tekutin a solí, které vede ke vzniku dehydratace. Nebyla prokázána souvislost se zvýšenou jádrovou teplotou u ženy při sportování a vyvoláním negativních změn u plodu (Máček et al. 2011).

2.4.1.4. Změny břišního svalstva a trávicího ústrojí

V těhotenství dochází ke zpomalení žaludeční a střevní aktivity, vyvolané hormonem relaxinem, který může způsobit zažívací obtíže, především zácpu. Tyto obtíže se dají lehce zvládnout povzbuzením břišních svalů pomocí vhodných cviků a vyhýbáním se dlouhému sezení. Protože se břišní svaly rozestupují, z důvodu vytvoření dostatku místa pro rostoucí plod, je třeba je posilovat, aby byly schopné nést zátěž rostoucího břicha. Zároveň se posilováním břišních svalů předchází pupeční kýle (Wessels, Oellerich 2006).

2.4.2. Kontraindikace pohybové aktivity

Ošetřující lékař by měl velmi dobře znát zdravotní stav ženy a zhodnotit tak, zda je, či není vhodné sportovat. Mezi kontraindikané onemocnění a příznaky patří: srdeční nemoci a poruchy rytmu, opakované krvácení, těhotenská hypertenze, plicní onemocnění, riziko předčasného porodu, vcestné lůžko, ruptura blan vaků, extrémní obezita, výrazná anémie, nekontrolovaný diabetes mellitus 1. typu a další (Máček et al. 2011).

2.4.3. Výběr pohybové aktivity

Při volbě pohybové aktivity je kladena přednost aktivitám, u nichž nehrozí pády a poranění, včetně pohmoždění břicha. Nastávající maminky musí samy zhodnotit, jak jsou zdatné a zkušené ve vybrané aktivitě. Také by měly zhodnotit, jaké mají při cvičení pocity. Mají-li při cvičení závratě, bušení srdce, bolesti břicha, jsou výrazně dušné apod., měly by intenzitu cvičení snížit, nebo lépe cvičení vynechat a dále se poradit s lékařem, případně vybrat jinou a mírnější pohybovou aktivitu, která jim bude více vyhovovat (Bejdáková 2006). Během cvičení je vhodné hlídat tepovou

frekvenci. Doporučuje se střední intenzita zátěže, která představuje 60 – 70 % maximální tepové frekvence. Maximální tepová frekvence se počítá zjednodušeně pomocí vzorce: $TF \text{ max} = 220 - \text{věk}$, nebo přesnějším vzorcem: $TF \text{ max} = 208 - (0,7 \times \text{věk})$. Takovou zátěž lze praktikovat i u těhotných žen, které se doposud žádnému sportu nevěnovaly. Ženy, které aktivně sportují a chtějí si udržet svou fyzickou zdatnost, by se měly držet horní hranice doporučené zátěže, tzn. 70 % maxima TF. Ukázalo se, že intenzita zátěže do 81 % maxima TF se neprojevila negativně (Máček et al. 2011). Dalším ukazatelem zátěže může být tzv. „talk – test“, který ukazuje intenzitu zátěže (např. chůze) tím, že pokud je žena schopna mluvit a zpívat, je intenzita zátěže nízká. Pokud se při mluvení mírně zadýchá, je intenzita zátěže střední a pokud nemůže mluvit, je intenzita zátěže vysoká (Wessels, Oellerich 2006). Vhodná délka cvičení je 45 minut 3 x týdně, nebo 30 minut 5 x týdně, nebo 20 minut každý den. U žen, které před těhotenstvím necvičily, by se měla intenzita i délka cvičení postupně zvyšovat s rostoucí adaptací na danou zátěž. Rozhodně není vhodné začít dlouhotrvající zátěží o vysoké intenzitě, kdy hrozí především riziko hypertermie, ale také různých úrazů (Máček et al. 2011).

2.4.4. Vhodné pohybové aktivity a cvičení

Nejvhodnější je posilování svalů, které jsou v těhotenství nejvíce zatěžovány. Zároveň se jejich posilováním eliminují nepříjemné bolesti a potíže. Posilovací cviky nevyžadují žádnou zvláštní zdatnost a může je provádět i žena, která se před těhotenstvím nevěnovala žádné pohybové aktivitě. Jde především o nácvik správného držení těla, kterým si žena uleví od bolesti zad. Dále posilování prsních svalů, protože v těhotenství se prsní svaly uvolňují a ochabují v důsledku zvětšující se mléčné žlázy. Cviky se mohou provádět po celé těhotenství. Významné je i posilování břišních svalů, které vlivem rostoucí dělohy ochabují, popřípadě se mohou i rozestoupit. Jejich posilováním se předchází bolesti zad a zároveň se

podporuje střevní peristaltika. Břišní svaly se posilují nejdéle do 28. týdne těhotenství, kdy do 20. týdne těhotenství se posilují přímé, ale i šikmé břišní svaly a od 20. týdne těhotenství se vynechávají přímé břišní svaly. Posilování břišních svalů se navíc vynechává v době, kdy je obvykle předpokládána menstruace. Posilování svalů pánevního dna, které během těhotenství a zvláště při porodu ochabují, mohou být příčinou inkontinence, poklesu dělohy nebo také bolestí v této oblasti. Cvičení se může provádět po celé těhotenství. Ideální je zaměřit se na procvičení a posílení celého těla, neboť se jím může předcházet různým potížím a bolestem. Mimo posilování výše uvedených svalů je vhodné přiřadit i procvičování krční, hrudní a bederní páteře, cviky na podporu nožní klenby, na prevenci křečových žil, na prevenci zácpy, cviky zaměřené na správné dýchání a mnoho dalších (Sikorová 2006).

Mezi vhodné pohybové aktivity, které lze doporučit i ženám, které se před těhotenstvím nevěnovaly žádné pohybové aktivitě, patří například:

Plavání – lze provádět denně až do 38. týdne těhotenství. Je vhodné pro nácvik správného dýchání a prevenci bolesti zad. Před plaváním je vhodné zjistit kvalitu vody v bazénu, zda je vhodná pro těhotné ženy. Nedoporučuje se koupání ve volné přírodě, kde hrozí riziko infekce. Výjimkou je koupání v moři.

Chůze – lze provádět denně po celé těhotenství, nejlépe však pozvolným zvyšováním intenzity a doby trvání, tzn. ze začátku chodit 20 - 30 minut 3 x týdně, a postupně zvyšovat rychlost a dobu na 30 – 60 minut 5 – 7 x týdně.

Jóga – je doporučována od konce prvního trimestru, kdy již žena netrpí nevolností, závratěmi, únavou atd. Je doporučeno navštěvovat speciální kurzy těhotenské jógy pod vedením zkušeného lektora, které jsou zaměřeny především na dechové cvičení, bezpečné cviky, uvolnění a relaxaci.

Jízda na kole – lze provádět denně po celé těhotenství, nejlépe svižným tempem zhruba 30 minut, ideální je jízda po cyklo trasách, které jsou nějakým způsobem upraveny. Nedoporučuje se jezdit v příliš hrbolatém terénu.

Speciální těhotenské cvičení – lze provádět denně po celé těhotenství. Zaměřuje se na posilování svalů a na dechová cvičení, při současném použití nejrůznějších pomůcek, jakými jsou gymnastický míč, overball, gumičky, činky atd.

Pohybové aktivity, které lze doporučit pouze trénovaným ženám:

Běh – lze provádět denně, přiměřeným tempem. Doporučuje se měření tepové frekvence, předcházení přehřátí, křečí a dehydratace. Běží se kratší úseky, ideálně po dobu 30 minut.

Aerobic – lze provádět denně. Ideální je návštěva speciálních těhotenských lekcí pod vedením zkušeného lektora, který vybere vhodné cviky – sestavy.

Tenis – lze provádět s upravenou intenzitou zátěže.

Bruslení – podobně jako u běhání, je třeba zvolit volnější tempo a hlídat tepovou frekvenci (Wessels, Oellerich 2006).

3. Výzkum

Výzkum byl proveden pomocí anonymního dotazníkového šetření, které obsahovalo celkem třicet otázek. Dvacet pět z nich bylo s výběrem předem definovaných odpovědí a u pěti otázek musely ženy odpověď doplnit. Dotazník byl rozdělen na dvě části. V první části dotazníku vyplňovaly svůj věk, výšku, váhu, stravovací návyky, zda kouří, nebo pijí alkohol. Druhá část byla zaměřena na pohybovou aktivitu. Dotazníky byly rozdány těhotným ženám v pěti gynekologických ordinacích a dále v kožní a oční ordinaci na území hlavního města Prahy. Dotazníky byly ženám rozdány zdravotními sestrami v čekárnách, s prosbou o vyplnění. Ženy byly ochotné dotazníky vyplnit. Návratnost dotazníků byla 100%. Pro výzkum bylo použito jedno sto kompletně vyplněných dotazníků.

Na základě tématu bakalářské práce bylo stanoveno šest hypotéz, na jejichž potvrzení nebo vyvrácení posloužily výsledky dotazníků.

Hypotéza č. 1: Zdravotníci jsou nejvyhledávanějšími zdroji informací o vhodném stravování.

Hypotéza č. 2: Ženy s nadváhou nebo obezitou před otěhotněním, podléhají častěji „těhotenským chutím“.

Hypotéza č. 3: Polovina těhotných žen „jí za dva“, tzn., že přijímá více energie.

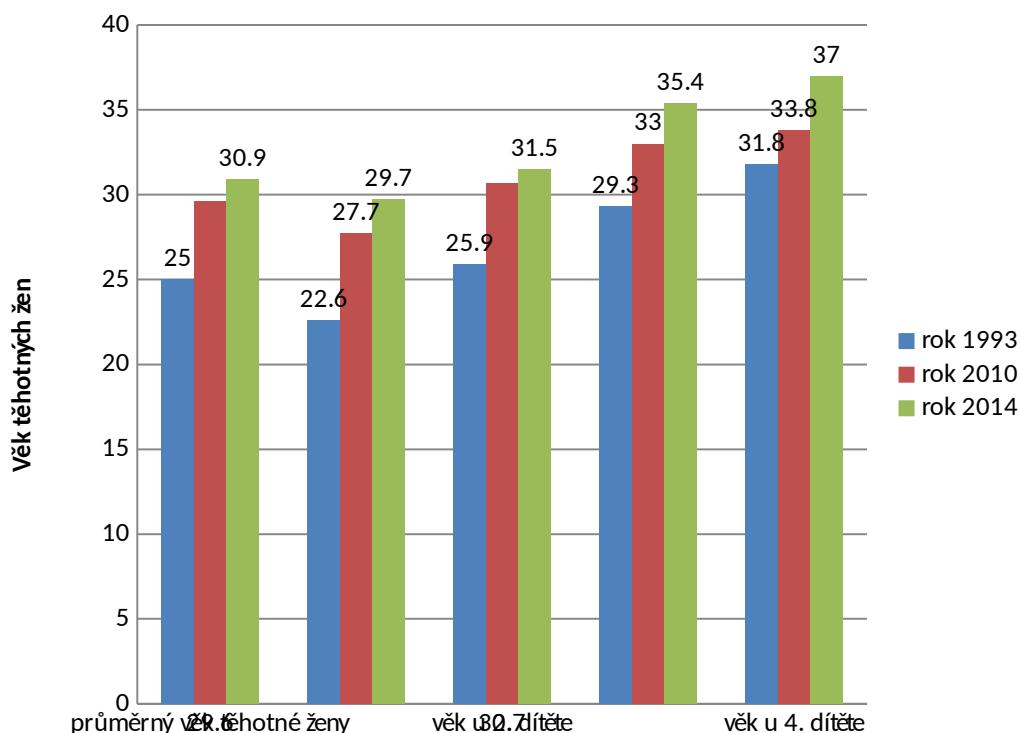
Hypotéza č. 4: Více než polovina žen užívá doplňky stravy.

Hypotéza č. 5: Zlovykům, jako jsou kouření a užívání alkoholu, propadá pětina žen.

Hypotéza č. 6: Aktivně sportuje méně než polovina těhotných žen.

3.1. Výsledky a diskuze

V dnešní době se hranice věku těhotných žen významně posouvá k vyššímu věku. Stojí za tím mnoho faktorů, ať už budování kariéry nebo zaopatření vlastního bydlení, nedostatek financí a podobně. Z výsledků dotazníkového šetření plyne, že dnešní těhotná žena má průměrně 30,9 let, přičemž poprvé těhotná je ve 29,7 letech. Pomineme-li ženy podruhé těhotné, které se významně neliší věkem (31,5 let) od žen poprvé těhotných, věk potřetí těhotných žen je průměrně 35,4 let a počtvrté těhotných je průměrně 37 let. Podle ČSÚ byl v roce 1993 průměrný věk těhotné ženy 25 let. Oproti tomu v roce 2010 byl průměrný věk těhotné ženy o 4,6 let vyšší, tedy 29,6 let. Poprvé těhotné byly ženy v roce 1993 průměrně ve 22,6 letech, kdežto v roce 2010 ve 27,7 letech (ČSÚ, 2011). Rostoucí tendenci věku těhotných žen můžeme pozorovat i v roce 2014 (Graf č. 1).



Graf č. 1

Antropometrické údaje nacházející se v dotazníku jsou výška, váha před těhotenstvím a aktuální váha v těhotenství. Z uvedených hodnot byl počítán index tělesné hmotnosti (BMI). Dotazované ženy měřily průměrně 167,6 cm a před otěhotněním vážily 64,6 kg, což odpovídá BMI = 23,5 kg/m², tedy normální hodnotě. V kapitole teoretické části práce je uvedeno, jak by se měla zvyšovat hmotnost těhotné ženy s ohledem na týden těhotenství. Ženy byly rozděleny do tří kategorií podle trimestrů.

V prvním trimestru se nachází osmnáct dotázaných žen. Ženy by v prvním trimestru měly přibrat na váze minimálně. Výsledky ukazují, že 39 % těhotných žen nezvýšilo svoji hmotnost. Většina žen (61 %) hmotnost zvýšila již v prvním trimestru průměrně 3,2 kg. Dvě dotázané ženy zhubly (10 kg a 1 kg), zřejmě v důsledku těhotenských nevolností.

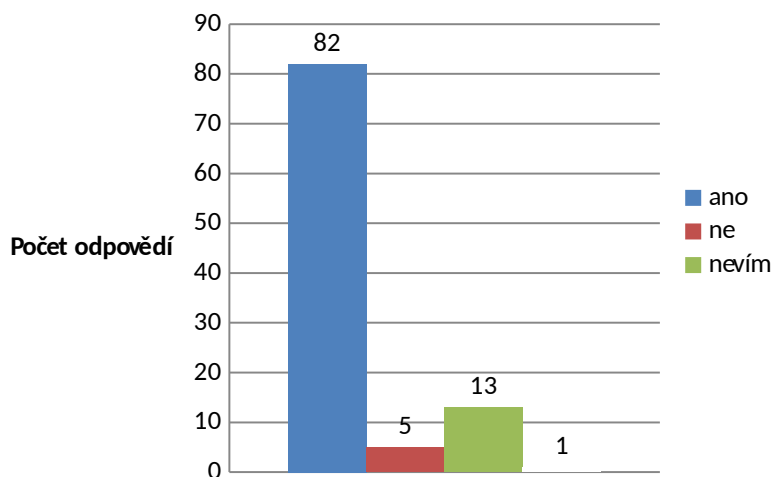
Ve druhém trimestru se nachází třicet dva dotázaných žen. Většina z nich se nachází v 19. týdnu těhotenství a průměrný nárůst jejich váhy byl 4,6 kg. Tři čtvrtiny žen měly před otěhotněním optimální BMI, tudíž měly přibírat 0,4 kg týdně, což odpovídá přibližně 4,4 kg za celý druhý trimestr. Zbýlých osm žen (25 %) mělo nadváhu či obezitu před těhotenstvím, tudíž by měly přibírat maximálně do 0,3 kg týdně. Dvě ženy (z celkových 32 žen) nepřibraly žádné kilogramy.

V poslední kategorii - třetím trimestru, se nachází padesát žen. Přírůstek hmotnosti by ve třetím trimestru měl činit u žen s normálním BMI přibližně pět kilogramů. Celkový přírůstek hmotnosti za celé období těhotenství je jedenáct až šestnáct kilogramů. Průměrně ženy přibraly 10,6 kg za všechny trimestry, přičemž se nacházely průměrně ve 33. týdnu těhotenství (teoreticky měly před sebou 7 týdnů těhotenství, kdy mohly přibrat 2,8 kg). Pouze jedna žena nepřibrala ani ve třetím trimestru (36. týden těhotenství) jediné kilo, naopak zhubla 14 kg (z důvodu nevolností).

Vidíme tedy, že ženy zvýšily hmotnost v prvním a druhém trimestru těhotenství více, než je potřeba. Ve třetím trimestru už ale tempo přibývajících kil zpomaluje a tudíž ženy splňují doporučené váhové přírůstky za celé období těhotenství.

Diety nebo cílené snížení příjmu energie v těhotenství nejsou žádoucí, avšak občas se k nim někdo uchýlí. Z výzkumu vyplynulo, že čtyři ženy mají obavu z vysokého přírůstku hmotnosti. Z nich jsou tři prvorodičky a jedna žena, která je těhotná potřetí. Všechny ženy jsou váhově v normě (průměrné BMI před otěhotněním je 21) a pohybují se okolo třicátého týdne těhotenství. Přírůstek na váze u tří žen je okolo deseti kilogramů, u jedné ženy pouze 4 kilogramy.

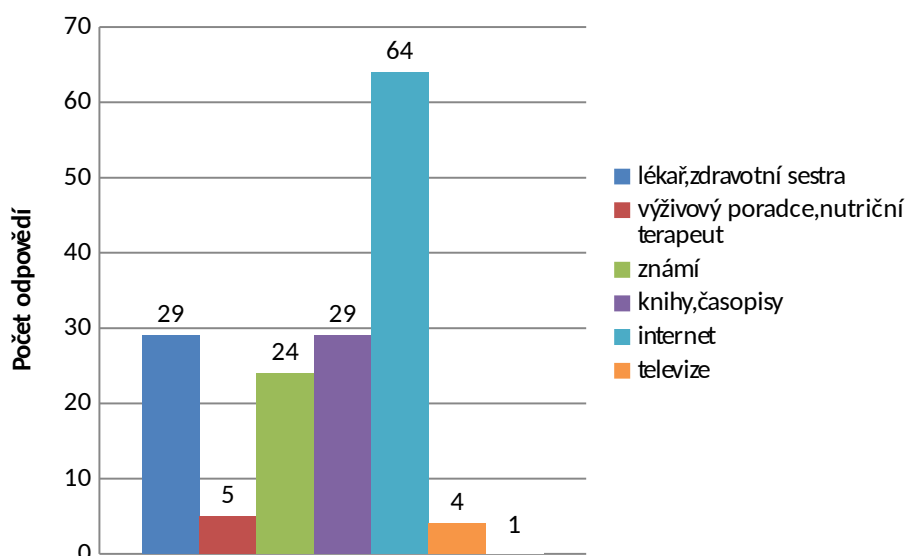
Vliv stravy na těhotenství a vývoj plodu je podstatný. Na otázku, zda si ženy myslí, že stravovacími návyky mohou ovlivnit průběh těhotenství a vývoj plodu, odpověděla naprostá většina dotázaných žen pozitivně. Konkrétní počty odpovědí je možné vidět na grafu (Graf č. 2).



Graf č. 2

Hypotéza č. 1: Zdravotníci jsou nejvyhledávanějšími zdroji informací o vhodném stravování.

Zdrojů informací o vhodné stravě v období těhotenství je v dnešní době mnoho. Nemáme tedy ani záruku o jejich pravdivosti. Ideální je radit se s lékařem nebo nutričním terapeutem, popřípadě si informace vyhledat v knihách napsaných odborníky. Obezřetnost je na místě nejen u internetových zdrojů, ale i u výživových poradců, kteří nemusí mít s odborníky na výživu nic společného. Graf (Graf č. 3) znázorňuje odpovědi respondentů na zdroje čerpání informací o vhodné stravě, přičemž bylo možné volit více možností. Hypotéza nebyla potvrzena.

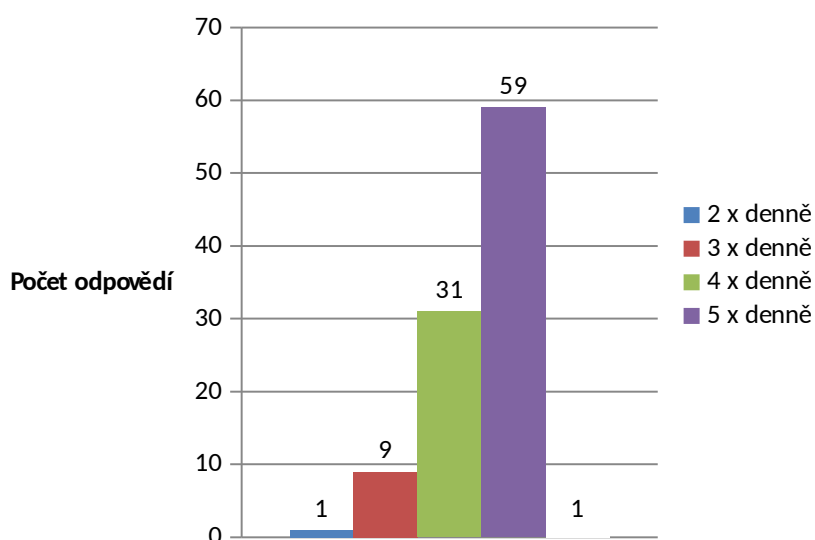


Graf č. 3

Na základě zjištěných informací o vhodném stravování, se mohlo mnoho žen rozhodnout o změně svých dosavadních stravovacích zvyklostí, které nemusely být v těhotenství optimální, nebo mohly způsobovat různé těhotenské obtíže, či dokonce mohly těhotenství škodit. Do radikální změny svých stravovacích zvyklostí se pustilo 12 % dotázaných žen. Omezení konzumace některých potravin má nejvíce příznivců, a to 61 % žen. Naopak žádné změny stravovacích návyků neuvedlo 27 % těhotných žen.

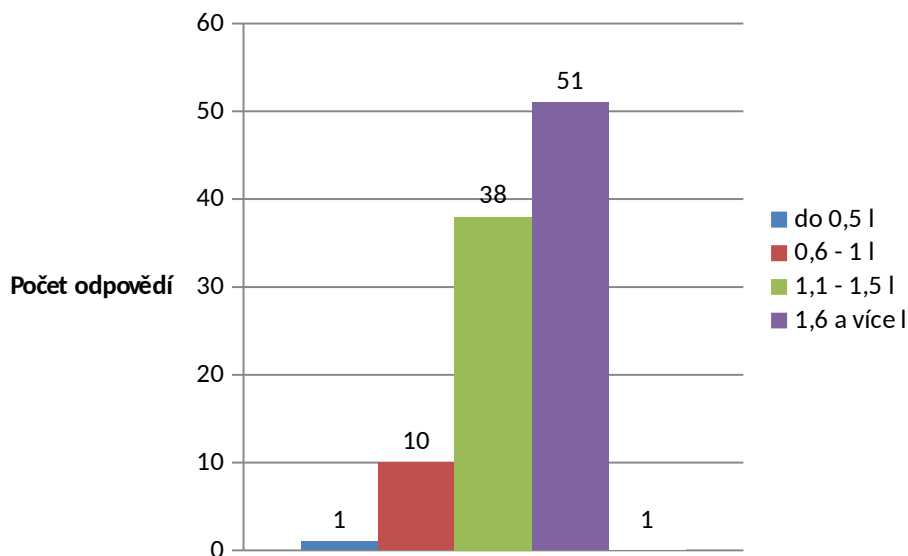
Nejobsáhlejší část dotazníku tvoří otázky, týkající se frekvence užívání jednotlivých skupin potravin, četnost denního stravování a kulinárních úprav pokrmů.

Ideálně by ženy měly jíst pětkrát denně menší porce, s nejméně tříhodinovými rozestupy mezi jídly (Hronek, Barešová 2012). Výsledky průzkumu (Graf č. 4) jsou uspokojující, protože více než polovina žen (59 %) se těmito pravidly řídí. Další početnou skupinu (31 %) tvoří ženy, které konzumují jídlo čtyřikrát denně. Pouze minimum dotázaných žen jí dvě až tři jídla denně.



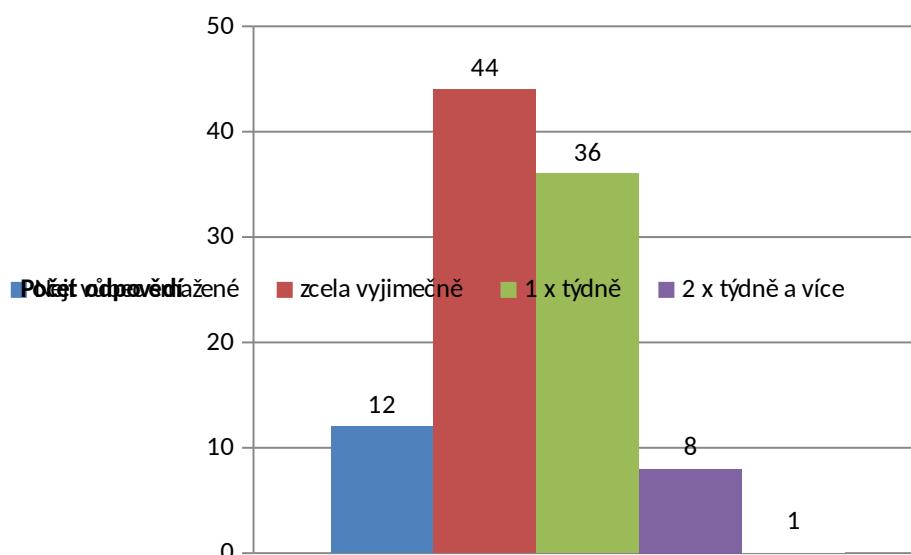
Graf č. 4

Denní příjem tekutin by měl činit 2,7 litrů, s ohledem na zdravotní stav ženy a momentální stav hydratace (DACH 2011). Výsledky poukazují na to, že zhruba polovina těhotných žen denně nevypije více než 1,5 litrů tekutin (Graf č. 5). Nedostatek tekutin může způsobit dehydrataci organismu. Jejimi příznaky jsou žízeň, suché sliznice, závrať, únava, podrážděnost atd. Je doporučeno především při zvýšené tělesné zátěži, v horkých letních dnech, ale také při častém zvracení, které je typické pro první trimestr těhotenství apod. dbát na pitný režim.



Graf č. 5

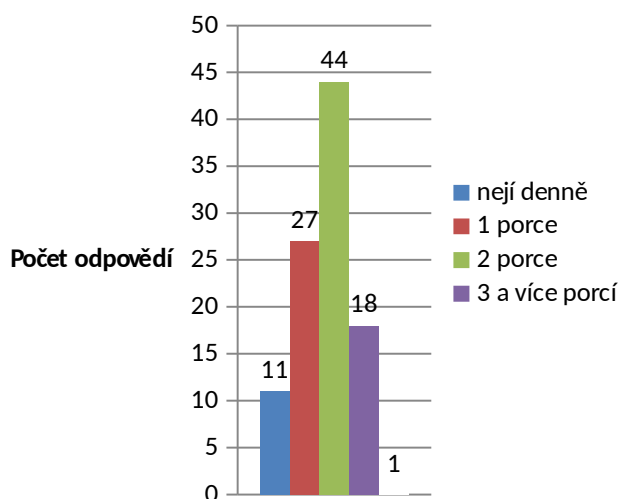
Kulinární úpravou pokrmů, kterou se dotazník zabývá, je smažení. Smažení je velice nezdravá forma úpravy pokrmů, která bývá spojována s obezitou a zvýšením lipidů v krvi. Při smažení vznikají sloučeniny, jež mohou být karcinogenní. Přednost bychom měli dát vařeným a dušeným pokrmům (SZÚ). Smaženým pokrmům se naprosto vyhýbá pouze malé procento žen (Graf č. 6).



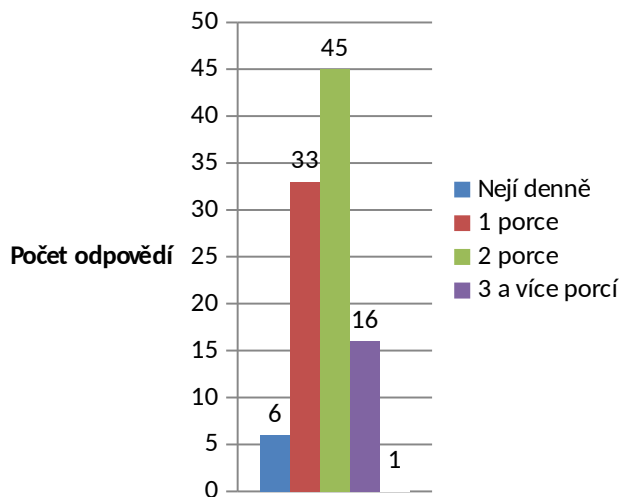
Graf č. 6

Ryby jsou v těhotenství velice žádoucí součástí jídelníčku, zejména ryby mořské, pro obsah omega-3 nenasycených mastných kyselin a jódu. Ryby je doporučeno konzumovat 1 – 2 x týdně (Müllerová 2004). Nejčastěji těhotné ženy konzumují ryby (a výrobky z nich) 1 x týdně, a to rovná polovina všech dotázaných žen. Pouze 13 % dotázaných žen konzumuje ryby více jak 2 x týdně. Výjimečně ryby konzumuje 24 % žen a 13 % žen ryby vůbec nekonzumuje.

Zelenina a ovoce jsou nezbytnou součástí jídelníčku pro vysoký obsah vitamínů, minerálních látek a také vlákniny. V ideálním případě by těhotná žena měla do jídelníčku zařadit alespoň 3 porce zeleniny denně a 2 porce ovoce (Müllerová 2004). Podle výsledků na tom nejsou ženy s konzumací ovoce a zeleniny nejhůře. Zeleniny a ovoce ženy nejčastěji zkonsumují 2 porce denně (Graf č. 7, Graf č. 8).



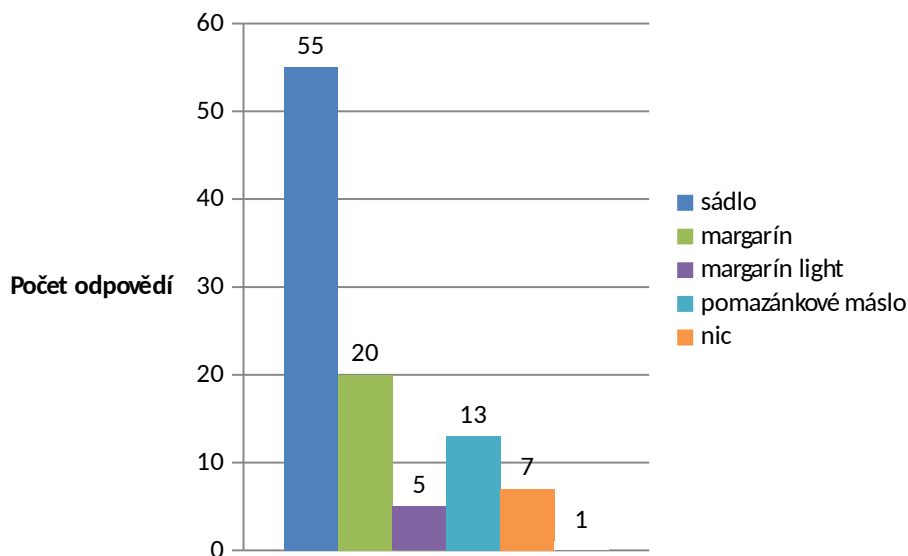
Graf č. 7



Graf č. 8

Mléko a mléčné výrobky jsou další nezbytnou součástí jídelníčku, proto by denní konzumace měla obsahovat ideálně 3 porce (Müllerová 2004). Dotazník se zabývá pouze tím, zda ženy konzumují mléčné výrobky denně. Celých 83 % těhotných žen konzumuje mléčné výrobky denně a zbylých 17 % nikoliv.

Preference tuků k mazání pečiva byla překvapivá. V dnešní době obsahují margaríny až o polovinu méně nasycených mastných kyselin a neobsahují téměř trans nenasycené mastné kyseliny, dále jsou obohacené o vitamíny, omega-3 a omega-6 nenasycené mastné kyseliny (Brát, Jiroušek 2008). I přes výše jmenované výhody zůstává klasické máslo jasným favoritem pro více než polovinu žen (Graf č. 9).



Graf č. 9

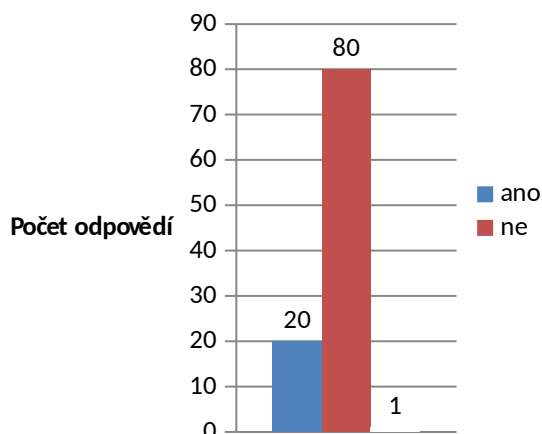
Hypotéza č. 2: Ženy s nadváhou nebo obezitou před otěhotněním, podléhají častěji „těhotenským chutím“.

Těhotenské chutě jsou častým jevem v období těhotenství, jejich příčinou jsou hormonální změny. Ženy, které chutím na nezdravá jídla, nebo zvláštní kombinace jídel podlely, by se měly pokusit tato jídla nahradit zdravější variantou. Například vyměnit zmrzlinu za zmrzlý jogurt, brambůrky za oříšky apod. K těhotenským chutím se přiznalo 38 % dotázaných žen. Pouze necelá třetina z nich (11 žen) má těhotenské chutě a zároveň nadváhu nebo obezitu. Zbylých 27 žen mělo před těhotenstvím optimální váhu. Na základě těchto výsledků je hypotéza vyvrácena.

Hypotéza č. 3: Polovina těhotných žen „jí za dva“, tzn., že přijímá více energie.

Dnes již víme, že v těhotenství stačí přidat jednu malou svačinu denně, aby nám pokryla potřebnou energii pro správný vývin plodu.

Neplatí tedy často užívaná věta „jez za dva“, protože nadměrný přírůstek hmotnosti se může stát příčinou řady těhotenských komplikací, jako např. těhotenská cukrovka, zvýšený krevní tlak, obezita apod. (Hronek, Barešová 2012). Průzkum ukázal, těhotné ženy ze sledovaného souboru upouští od tohoto přežitku, protože pouze jedna pětina žen si dopřávala větší porce jídla (Graf č. 10). Tím byla hypotéza vyvrácena.



Graf č. 10

Hypotéza č. 4: Více než polovina žen užívá doplňky stravy.

Ženám, které do jídelníčku nezařazují dostatečné množství potravin, které jsou přirozenými zdroji vitamínů a minerálních látek, je doporučeno užívat doplňky stravy. Občas ale i při pestré a vyvážené stravě nedokážeme přijmout dostatek vitamínů, minerálních látek a stopových prvků, jakými je např. kyselina listová a železo (Pokorná a kol. 2008). K užívání doplňků stravy se hlásí 78 % dotázaných žen, čímž je hypotéza potvrzena. Komplexní doplněk stravy pro těhotné užívá 31 % žen. Jednotlivé vitamíny a minerální látky, jež jsou momentálně deficitní pro organizmus, nebo jež ženy užívají v rámci prevence, užívá 47 % žen. Bez doplňků stravy se obejde 22 % žen.

Hypotéza č. 5: Zlozvykům, jako jsou kouření a užívání alkoholu, propadá pětina žen.

Užívání návykových látek v těhotenství je velice nezodpovědná věc, která má dopad nejen na zdraví matky, ale také na nenarozené dítě. V dotazníku je otázka pouze na užívání alkoholu a kouření. Statistiky ukazují, že aktivně kouří přibližně 8 až 9 % těhotných žen (www.kurakovaplice.cz). Pomocí dotazníku bylo zjištěno, že se výsledky oficiálních statistik od dotazníkového šetření významně neliší. Ke kouření se přiznává 10 % žen, které v průměru vykouří 6 cigaret denně. Po zjištění těhotenství přestalo kouřit 12 % žen, a zbylých 78 % žen nekouřilo vůbec. V případě kouření je hypotéza vyvrácena, protože kouří jedna desetina žen.

K alkoholu přistupují ženy benevolentněji. Popíjení alkoholu bez omezení sice nevedla žádná žena, ale občasné vypití 2 dl vína nebo jednoho piva uvedlo 23 % žen. Po zjištění těhotenství přestalo pít alkohol 22 % žen, a 55 % žen nepilo alkohol vůbec. U užívání alkoholu byla hypotéza potvrzena.

Druhá část dotazníku se zabývá pohybovou aktivitou.

První otázka byla, zda si ženy myslí, že cvičení v těhotenství je vhodné. Rovných 89 % žen, je přesvědčeno, že cvičení vhodné je. Zbývajících 11 % žen si nebylo jisto přínosem cvičení v období těhotenství. O nevhodnosti cvičení nepochybovala žádná žena.

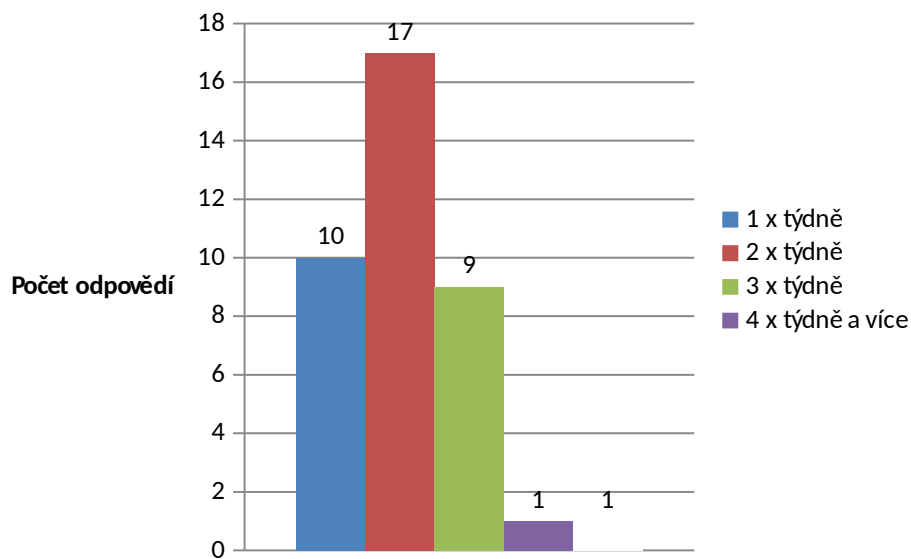
Před otěhotněním aktivně sportovalo 48 % žen, z nich pouze 30 žen je nadále aktivních i v těhotenství, a 18 žen se po otěhotnění přestalo aktivitám věnovat. Těhotenství bylo naopak impulzem ke cvičení pro 7 žen, které se před otěhotněním nevěnovaly aktivně žádnému sportu. Přestože těhotenství není vhodnou dobou pro nastartování „sportovní kariéry“, tak všechny zmíněné ženy uvedly, že dochází na speciální cvičení pro těhotné ženy, které je vhodné i pro maminky začátečnice.

Hypotéza č. 6: Aktivně sportuje méně než polovina těhotných žen.

Přestože 89 % žen uvedlo, že je přesvědčeno o vhodnosti cvičení v době těhotenství, reálně jich cvičí pouze 37 %, tím byla hypotéza potvrzena.

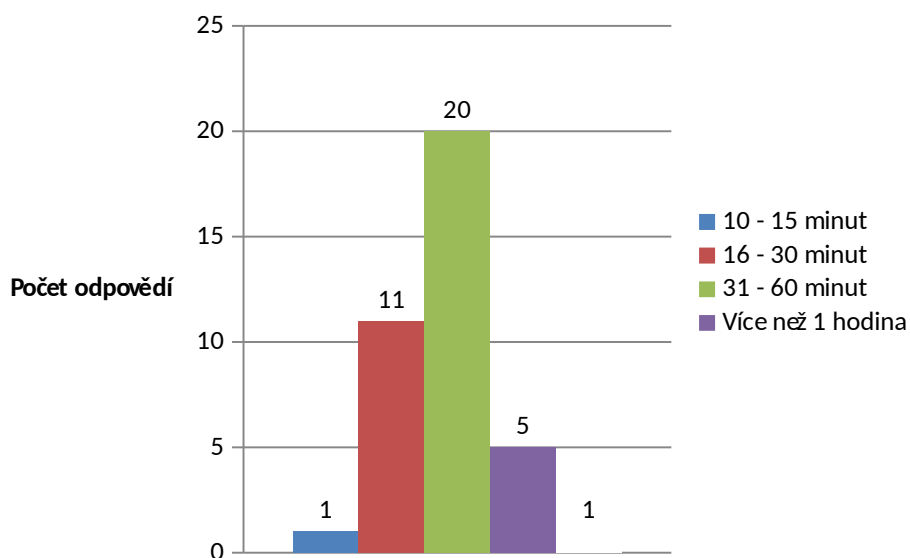
Konzultace s odborníkem, ať už lékařem, fyzioterapeutem nebo vyškoleným trenérem je vhodná a předchází tak možným negativním dopadům na celé těhotenství. Z dotázaných, které se aktivně věnují cvičení, konzultovalo vhodnost vybrané tělesné aktivity 20 žen. Na základě těchto konzultací se možná některé ženy rozhodly omezit své dosavadní aktivity. Omezení některých sportovních aktivit (např. skákání na trampolínách, horolezectví, bojové sporty, míčové hry apod.) je na místě, neboť při nich může hrozit riziko poranění, zhmoždění břišní dutiny, ale také zvýšený nitrobřišní tlak (Bejdáková 2006). Pro omezení sportovních aktivit se rozhodlo 35 žen, což je 95 % z aktivně cvičících žen. Pouze 2 ženy cvičí stejně, jako před těhotenstvím. Z výzkumu také vyplývá, že na speciální těhotenské cvičení dochází celkem 15 žen, což je 40,5 % z aktivně cvičících žen, přičemž jsou to pouze ženy poprvé nebo podruhé těhotné.

Ženy nejčastěji preferují cvičení 1 - 2 x týdně (Graf č. 11). Věk těhotných žen nesouvisí s četností cvičení. Ženám, které cvičí 1 x týdně je průměrně 30,4 let, 2 x týdně 32 let, 3 x týdně 31,7 let a 4 x a více týdně 28 let. Cvičení 2 x týdně je nejvyhledávanější nejen ženami, které jsou poprvé těhotné, ale i podruhé a potřetí těhotné. Ostatní četnosti cvičení provozují až na výjimky (2 z 37 žen) poprvé těhotné ženy.



Graf č. 11

Délce cvičení dávají ženy přednost v trvání od patnácti minut do jedné hodiny (Graf č 12). Cvičení, které trvá déle než jednu hodinu, dávají přednost ženy v průměrném věku 35 let. Ženám, které cvičí nejméně čtvrt hodiny až jednu hodinu je průměrně 30,7 let.



Graf č. 12

Nejvíce se pohybovým aktivitám věnují nastávající maminky, které jsou těhotné poprvé, a průměrný věk aktivně cvičících žen je 31,4 let.

U těhotných žen, které se aktivně nevěnují žádným pohybovým aktivitám, nebyla prokázána souvislost s vysokým BMI. Z celkového počtu 63 necvičících žen mělo před otěhotněním optimální váhu 65 % a 35 % mělo nadváhu nebo obezitu. Necvičící ženy nemají horší stravovací návyky než cvičící ženy, např. zvýšenou konzumaci smažených jídel, nebo sníženou konzumaci ovoce a zeleniny.

Závěr

Těhotenství je v životě ženy výjimečný stav, který má vliv nejen na ženu, ale i na její dítě. Správnou životosprávou, hlavně stravovacími návyky a pohybovou aktivitou, lze ovlivnit změny, které v těle ženy probíhají. Ženy by proto v době těhotenství měly dbát na prvním místě o sebe a tím si zjednodušit a zpříjemnit dlouhé, na konci těhotenství i náročné, období. Při vhodně zvolené stravě, kdy je příjem potřebných látek, jako jsou vitamíny a minerální látky, v dostatečném množství, bude zabezpečen i správný vývoj jejich plodu. Je jen na ženách samotných, jak moc tuto příležitost využijí. O vlivu stravovacích návyků na vývoj plodu je přesvědčena většina žen (82%), a proto v době těhotenství změnilo své stravovací návyky, ať už radikálně, nebo jen dílčími změnami, mnoho žen (73%). Pod změnou stravovacích návyků si nelze hned představit, že dané ženy si občas nedopřejí nezdravá jídla, avšak i malá omezení (např. omezení uzenin, cukrovinek apod.) mohou být velkým krokem ke zdravým stravovacím návykům, které může každá žena uplatnit i v navazujícím životním období. I když u zkoumané kulinární úpravy pokrmů, jako je smažení, by se ženy mohly více snažit, protože těch, co se této úpravy pokrmů vzdaly, je minimum (12%). U ovoce a zeleniny je naopak žádoucí, aby se konzumace zvýšila. Většina žen sice konzumuje dvě až tři porce ovoce a zeleniny denně (61% a 62%), ale zároveň je mnoho těch, které konzumují pouze jednu nebo žádnou porci denně (39% a 38%). Je tedy důležité po dobu těhotenství dbát na příjem doporučených porcí jednotlivých potravinových skupin, aby byly zastoupeny všechny důležité živiny v potřebné rovnováze a zároveň se vyhýbat kulinárním úpravám pokrmů, jako je smažení nebo grilování a dát přednost vaření a dušení. Vhodným pomocníkem pro těhotné ženy by mohl být informační leták, ve kterém by byly v kostce uvedeny zásady správného stravování s doporučenými literárními zdroji. Důvodem je vysoké procento žen, hledajících informace na internetu (64%), kde není zárukou správnost informací. Stejně tak informace týkající se užívání alkoholu a kouření by

byly na místě, protože počet příležitostných uživatelů alkoholu v těhotenství je alarmující (23%), aktivních kuřáček je o něco méně (10%). Ženy si tak zřejmě neuvědomují, jaké dopady může mít jejich chování na vývoj plodu. U pohybové aktivity těhotných žen, dopadly výsledky podle očekávání. Aktivních žen je pouze 37%, i když je o vhodnosti pohybových aktivit v době těhotenství přesvědčeno rovných 89% žen. Navíc se tyto ženy věnují pohybové aktivitě nejčastěji dvakrát týdně od půl hodiny po jednu hodinu, což také nejsou ideální ukazatelé. Těhotným ženám je doporučeno, aby se nebály pohybu a vyzkoušely si, alespoň v domácím prostředí, základní cviky na posílení svalů pánevního dna, prsních, zádových a břišních svalů.

Těhotenství není nemoc. Je pouze na škodu, když se ženy v takto důležitém vývojovém období nového života dobrovolně rozhodnou být neaktivní.

Souhrn

V období těhotenství je pro ženu důležité, aby konzumovala potraviny, které jí zajistí dostatečné množství bílkovin (10 – 15 %), tuků (30 – 35 %) a cukrů (55 – 60 %), ale také dostatečné množství vitamínů a minerálních látek. Mezi nejdůležitější vitamíny v těhotenství patří vitamín B₉, B₁₂ a D. Z minerálních látek je důležitý zejména příjem železa, jódu, vápníku a hořčíku. Při nadměrném přísunu živin může žena přibrat více kilogramů, než je zapotřebí pro příznivý průběh těhotenství a vývoj plodu. Zvýšení příjmu energie je potřeba od druhého trimestru, a to pouze o 300 kcal denně. Nutriční stav těhotné ženy lze hodnotit pomocí body mass indexu, od kterého se odvíjí také doporučení optimálního hmotnostního přírůstku. U alternativních stravovacích směrů může docházet k deficitu některých vitamínů a minerálních látek, ale např. i k malnutricím, proto nejsou v těhotenství doporučovány. Konzumací potravin (obvykle nedostatečně tepelně upravených, nebo při nedodržování hygieny) se lze nakazit listeriózou nebo toxoplazmózou, které stojí za komplikacemi těhotenství, nebo i postižením plodu. Stejně tak je nebezpečné užívání alkoholu a kouření v těhotenství, které přináší řadu zdravotních rizik nejen pro matku, ale i pro plod.

Pravidelná pohybová aktivita je jistým benefitem při prevenci těhotenských obtíží (bolesti zad, zácpa apod.), ale také pro udržení dobré kondice, díky které se lépe zvládají fyziologické změny organismu (rostoucí břicho, hmotnost apod.). Každé ženě není doporučena pravidelná aktivita pro výskyt kontraindikovaných zdravotních obtíží či nemocí, proto je velmi důležité, aby ženy konzultovaly s lékařem svůj zdravotní stav a vhodnost vybrané aktivity. Výběr pohybové aktivity by se měl odrážet od zdatnosti a zkušenosti nastávající maminky. Ideální aktivity v těhotenství jsou takové, při kterých nehrozí poranění. Dalšími jsou posilovací cviky různých svalových skupin. Zároveň je důležité dodržovat pitný režim, vyhnout se přehřátí organismu, ale také sledování tepové

frekvence, která by se měla pohybovat nejvýše mezi 60 – 70 % maximální tepové frekvence.

Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Zpracováno bylo sto dotazníků, které vyplnily náhodně vybrané ženy z Prahy, oslovené v ordinaci lékařů. Na základě výsledků dotazníkového šetření byly potvrzeny, nebo vyvráceny hypotézy.

Excerpt

In the time of pregnancy it's important that woman consumes foods that will provide enough proteins (10-15%), fats (30-35%) and sugars (55-60%). Don't forget enough vitamins and minerals. One of the most important vitamins in pregnancy is B₉, B₁₂ a D. Ferrum, iodide, calcium and magnesium are the most important from minerals. In case of over consuming the woman can gain more weight than necessary for favourable process of pregnancy and evolvement of the foetus. Increase in energy supply is necessary from the second trimester and only of 300 kcal per day. Woman sta the evaluation is possible by body mass index from which we can determine optimal weight gain. Insufficiency of certain vitamins and minerals and ever malnutrition can happen in case of alternative alimentation styles. For this reason, they can't be recommended during pregnancy. By consuming undercooked foods or in case of insufficient hygiene it's possible to get infected by listeriosis or toxoplasmosis which cause pregnancy problems or even damage of the foetus. Consuming alcohol and smoking is also very dangerous - it brings a lot of risks for the woman or the foetus.

Regular physical activity is a certain benefit in prevenience of pregnancy issues (backache, retention, etc.) but also to keep good condition thanks to which she can manage physiological changes of the organism (growing belly, weight, etc.) better. It cannot be recommended to every woman because of apparition of medical issues or illnesses. For this reason, it's important women consult their medical state and suitability of the physical activity with their doctor. Choice of the activity should reflect her physical condition and experiences. Ideal are the ones where no damage to the body is possible. Other suitable choices are exercises of different muscles. It's also important to stick to drinking enough water, avoid overheating of the organism and keep watch over pulse which should fall into range of 60-70% of maximal pulse frequency.

The research was done by anquetting. 100 of anonymous questionnaires, filled by randomly chosen women from Prague, was elaborated. The hypotheses were either affirmed or refuted based on the answers of the women.

Seznam použité literatury

Behinová M., Ašenbrennerová I., et al. *Velká kniha o mateřství*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2816-5.

Bejdáková J. *Cvičení a sport*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1214-8.

Binder T., Vavřínková B. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2518-8.

Blatná J., Dostálová J., et al. *Výživa na začátku 21. století aneb o výživě aktuálně a se zárukou*. Praha: výživaservis s.r.o., 2005. ISBN 80-239-6202-7.

Brát J., Jiroušek A. Margaríny včera, dnes a zítra. *Výživa a potraviny*. 2008, 5, 124-126. ISSN 1211-846X.

Brodanová M., Anděl M. *Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-85623-60-9.

Český statistický úřad. *Ukazatele plodnosti* [online]. [cit. 19.8.2015].
Dostupné z: <https://www.czso.cz/>

DACH. *Referenční hodnoty pro příjem živin*. 1. vydání. Praha: Výživaservis s.r.o., 2011. ISBN: 978-80-254-6987-3.

Gynweb. *Vše, co potřebujete vědět o hCG* [online]. [cit. 19.8.2015].
Dostupné z: <http://gynweb.cz/>

Hamanová J., Csémy L. Prenatální účinky alkoholu. *Československá pediatrie*. 2010, 65 (10), 606-612. ISSN 0069-2328.

Heil Sarah H., Scott Linares T., Higgins Stephen T. An overview of principles of effective treatment of substance use disorders and their potential application to pregnant cigarette smokers. *Drug and alcohol dependence*. 2009, 104 (suppl 1), 106-114. ISSN 0376-8716.

Hendrychová T., Malý J. Specifika potřeby vitaminů u zdravých těhotných a kojících žen, dětí a seniorů. *Praktické lékařství*. 2013, 4-5, 196-200. ISSN 1801-2434.

Higgins Stephen T., Heil Sarah H., et al. Educational disadvantage and cigarette smoking during pregnancy. *Drug and alcohol dependence*. 2009, 104 (suppl 1), 100-105. ISSN 0376-8716.

Hourová M., Galambošová V. Slovníček pro těhotné. Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-3666-2.

Hronek M. *Výživa ženy v období těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-013-5.

Hronek M., Barešová H. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi, 2012. ISBN 978-80-87250-20-4.

Hrubá D. Riziko kouření v těhotenství se stále podceňuje. Tolerovat kouření v těhotenství je neodborné a neetické. *Praktická gynekologie*. 2011, 15 (1), 34-39. ISSN 1211-6645.

Informační centrum bezpečnosti potravin. *Strategie WHO 5 klíčů pro prevenci alimentárních onemocnění* [online]. [cit. 19.8.2015]. Dostupné z: <http://www.bezpecnostpotravin.cz/>

Keller U., Meier R., Bertoli S. *Klinická výživa*. Praha: Scientia Medica, 1993. ISBN 80-85526-08-5.

Kohout P., Kotlíková E. *Základy klinické výživy*. Praha:Krigl, 2005. ISBN 80-86912-08-6.

Kuřáková plíce. *Statistiky týkající se kouření cigaret - souhrn všech údajů* [online]. [cit. 19.8.2015]. Dostupné z: <http://www.kurakovaplice.cz/>

Máček M., Radvanský J., et al. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galen, 2011. ISBN 978-80-7262-695-3.

Müllerová D. *Výživa těhotných a kojících žen*. Praha: Mladá fronta, 2004. ISBN 80-204-1023-6.

Nechanská B., Mravčík V., Sopko B., Velebil P. Rodičky užívající alkohol, tabák a nelegální drogy. *Česká gynekologie*. 2012, 77 (5), 457-469. ISSN 1210-7832.

Novotný I., Hruška M. *Biologie člověka*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-462-7.

Pokorná J., Březková V., Pruša T. Výživa a léky v těhotenství a při kojení. Brno: Vydavatelství Era, 2008. ISBN 978-80-7366-136-6.

Seemanová E. Fetální alkoholový syndrom. *Revue české lékařské akademie*. 2013, 9, 23-24. ISSN 1214-8881.

Stránský M. Nové referenční hodnoty DACH pro příjem živin. *Výživa a potraviny*. 2014, 1, 3-4. ISSN 1211-846X.

SZU. *Tepelná úprava pokrmů v domácnosti* [online]. [cit. 19.8.2015]. Dostupné z: <http://szu.cz/>

Wilhelmová R., Hrubá D. Odvykání kouření v těhotenství. *Praktická gynekologie*. 2014, 18 (2), 134-139. ISSN 1211-6645.

Přílohy

Příloha č. 1

Životospráva těhotných žen - dotazník

Dobrý den, jmenuji se Petra Fajtová a jsem studentkou třetího ročníku, 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, oboru veřejné zdravotnictví. Dotazník bude součástí mé bakalářské práce na téma životospráva těhotných žen, která je zaměřena na stravovací návyky a pohybovou aktivitu. Dotazník se skládá ze dvou částí a je anonymní. Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

Část první

1) Věk

Doplňte:let

2) Výška

Doplňte:.....cm

3) Váha před otěhotněním

Doplňte:kg

4) Váhový přírůstek v těhotenství

Doplňte:kg

5) V kolikátém týdnu těhotenství se nacházíte?

Doplňte:týden těhotenství

6) Počet těhotenství

- a) první
- b) druhé
- c) třetí
- d) čtvrté

7) Změnila jste v těhotenství Vaše dosavadní stravovací zvyklosti?

- a) ano, změnila jsem zcela své stravování
- b) omezila jsem pouze některé potraviny
- c) ne, nezměnila jsem své stravovací návyky

8) Začala jste užívat v těhotenství doplňky stravy ve formě tablet, šumivých tablet, sirupů apod.?

- a) ano, užívám komplexní doplněk stravy pro těhotné
- b) ano, užívám jednotlivé vitamíny a minerály (železo, kys. listová, magnesium, apod.)
- c) ne

- 9) Kolik denně vypijete tekutin?
a) do 0,5 l tekutin
b) 0,6 – 1 l tekutin
c) 1,1 – 1,5 l tekutin
d) 1,6 a více l tekutin
- 10) Kolikrát denně se stravujete?
a) 2 x denně
b) 3 x denně
c) 4 x denně
d) 5 x denně
- 11) Kolikrát týdně jíte smažené pokrmy?
a) nejím vůbec smažená jídla
b) zcela výjimečně
c) 1 x týdně
d) 2 x týdně a více
- 12) Kolikrát týdně jíte ryby a výrobky z nich?
a) nejím vůbec ryby
b) zcela výjimečně
c) 1 x týdně
d) 2 x týdně a více
- 13) Kolik porcí zeleniny sníte za den? (*porce = 1 ks rajčete, mrkve, papriky, 1 plná dlaň hrášku, ředkviček, 1 sklenice 100% zeleninového džusu, 1 talíř zeleninové polévky apod.*)
a) nejím denně zeleninu
b) 1 porci
c) 2 porce
d) 3 a více porcí
- 14) Kolik porcí ovoce sníte za den? (*porce = 1 ks jablka, hrušky, pomeranče, banánu, 1 plná dlaň jahod, malin, třešní, 1 sklenice 100% džusu apod.*)
a) nejím denně ovoce
b) 1 porci
c) 2 porce
d) 3 a více porcí
- 14) Jíte denně mléčné výrobky?
a) ano
b) ne
- 15) Jaké tuky preferujete k namazání pečiva?
a) klasické 82% máslo
b) sádlo
c) margarín (např. Zlatá Haná, AB, Rama, Flora, Perla...)
d) margarín light (např. Flora light...)
e) pomazánkové máslo
f) žádné
- 16) Dopřáváte si v těhotenství větší porce jídla, více svačin – tzv. „Jíte za dva“?
a) ano
b) ne
- 17) Podlehla jste „těhotenským chutím“?

- a) ano
- b) ne

18) Z jakých zdrojů jste získala informace o vhodném stravování v těhotenství?
(můžete označit více odpovědí)

- a) od lékaře, zdravotní sestry
- b) od výživového poradce, nutričního terapeuta
- c) od známých
- d) z knih, časopisů
- e) z internetu
- f) z televize

19) Myslíte si, že Vaše stravovací návyky mohou ovlivnit průběh těhotenství, nebo vývoj plodu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20) Držíte dietu, nebo jste snížila příjem energetického příjmu z obavy, že by jste přibrala na váze?

- a) ano
- b) ne

21) Kouříte?

- a) ano → kolik cigaret? Doplňte:ks
- b) ne
- c) přestala jsem před otěhotněním
- d) přestala jsem po zjištění těhotenství

22) Pijete alkohol?

- a) ano, bez omezení
- b) ano, občas si dám pivo nebo 2 dl vína
- c) ne
- d) přestala jsem po zjištění těhotenství

Část druhá

1) Myslíte si, že je vhodné cvičit v těhotenství?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

2) Sportovala jste aktivně před těhotenstvím?

- a) ano
- b) ne

▲ Sportujete i v těhotenství?

- a) ano
- b) ne

3) Začala jste cvičit až v těhotenství (např. z obavy váhového přírůstku)?

- a) ano
- b) ne

Pokud necvičíte, nepokračujte v dotazníku.

- 4) Pokud cvičíte – navštěvujete pouze cvičení pro těhotné?
 - a) ano
 - b) ne

- 5) Omezila jste některé pohybové aktivity z obavy, že by mohly ublížit Vašemu plodu (např. posilování, běhání, skákání na trampolínách apod.)?
 - a) ano
 - b) ne

- 6) Konzultovala jste vhodnost pohybové aktivity s odborníkem (lékařem, trenérem)?
 - a) ano
 - b) ne

- 7) Kolikrát týdně cvičíte?
 - a) 1 x týdně
 - b) 2 x týdně
 - c) 3 x týdně
 - d) 4 x týdně a více

- 8) Kolik času věnujete cvičení?
 - a) 10 – 15 minut
 - b) 16 – 30 minut
 - c) 31 – 60 minut
 - d) více jak 1 hodinu