

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Zdeňka Taucová

Životaspráva v období těhotenství

Lifestyle during pregnancy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2014

Prohlášení:

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

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

V Praze, 24. 11. 2014

Zdeňka Taucová

Podpis

Identifikační záznam:

TAUCOVÁ, Zdeňka. *Životospráva v období těhotenství. [Lifestyle during pregnancy]*. Praha, 2014. 90 s., 7 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 2014. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

Abstrakt:

Životospráva v období těhotenství patří k významným zevním faktorům, které mohou ovlivnit průběh těhotenství. Záleží na samotné těhotné ženě, jak k životosprávě přistoupí. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda ženy v období těhotenství svou životosprávu změnily. Vedlejší cíle měly zjistit, kterou oblast životosprávy nejčastěji změnily a jaká motivace je ke změně vedla. Zda se vyhýbaly škodlivým faktorům a odkud čerpaly informace o životosprávě v období těhotenství. Práce je členěna na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je věnována obecné problematice životosprávy. Druhá kapitola se zabývá samotným těhotenstvím, třetí kapitola už popisuje životosprávu v období těhotenství. Závěrečná čtvrtá kapitola stručně zmiňuje škodlivé faktory v těhotenství.

Výzkumná část byla realizována kvantitativním výzkumným šetřením formou anonymního dotazníku. Výzkumný vzorek tvořily náhodně vybrané těhotné ženy bez rozdílu věku. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že ženy v období těhotenství svou životosprávu z 78,63 % změnily. Nejvíce preferovanou změnou bylo ve 26,09 % stravování. Jejich motivací bylo především zdraví plodu. Nepotěšitelný fakt ukázal na 2,56 % žen, které v období těhotenství denně kouří a 29,91 % příležitostně pijí alkohol. Respondentky nejčastěji čerpají informace o životosprávě z medií.

Význam práce spočívá v rozšíření povědomí, osvětě a upozornění důležitosti životosprávy v období těhotenství. Výsledek mé práce ukázal, že by bylo vhodné v praxi vytvořit taková opatření, která by vedla ke zlepšení informovanosti vytvořením edukačních letáků s danou tematikou a informacemi z důvěryhodných a ověřených zdrojů.

Klíčová slova: životospráva, těhotenství, škodlivé faktory, změny organismu

Abstract:

Lifestyle during pregnancy is an important external factor that may affect the course of pregnancy. It depends on the pregnant woman how to approach to lifestyle. The main aim of the Bachelor thesis was to determine whether women changed way of life during their pregnancy. The secondary objectives were to determine which area of lifestyle was often changed and the motivation that led to the change. Whether they avoided the harmful factors and where they gathered information about the lifestyle during pregnancy. The work is divided into theoretical part and research. The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter deals with general problems of lifestyle. The second chapter deals with the actual pregnancy, the third chapter describes the way of life during pregnancy. The final fourth chapter briefly mentions harmful factors in pregnancy.

The research part was carried out quantitative survey through an anonymous questionnaire. The research sample consisted of randomly selected pregnant women regardless of age. The results of the research show that women changed their lifestyle of 78.63 % during pregnancy. The most preferred change was the diet in 26.09 %. Their motivation was primarily fetal health. The sad fact showed 2.56 % of women who smoke daily during pregnancy and 29.91 % occasionally drink alcohol. Respondents frequently draw on information from lifestyle media.

Importance of the work lies in the extension of awareness, education and notice the importance of lifestyle during pregnancy. The result of my work has shown that it would be useful to create measures in practice that would lead to an improved awareness by creating educational leaflets with the theme and information from trusted and verified sources.

Key words: lifestyle, pregnancy, unhealthy factors, changes of organism

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Miluši Kulhavé za odbornou pomoc a cenné rady. Děkuji i své rodině za podporu a trpělivost při psaní mé bakalářské práce i celou dobu studia. V neposlední řadě děkuji i respondentkám, které se účastnily mého výzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 ŽIVOTOSPRÁVA.....	11
2 TĚHOTENSTVÍ.....	16
2.1 Základní změny organismu ženy v období těhotenství	17
2.2 Význam placenty v těhotenství.....	20
2.3 Časové členění těhotenství.....	21
3 ŽIVOTOSPRÁVA V TĚHOTENSTVÍ.....	23
3.1 Výživa před otěhotněním.....	23
3.2 Výživa v těhotenství	25
3.3 Pitný režim.....	26
3.4 Sexuální aktivity	27
3.5 Pohybové aktivity	28
3.6 Péče o tělo a cestování	29
3.7 Spánek a odpočinek	31
4 ŠKODLIVÉ FAKTORY V TĚHOTENSTVÍ.....	32
VÝZKUMNÁ ČÁST	
5 VOLBA PROBLÉMU.....	35
6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
7 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
8 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
9 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	39

10 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	46
11 VYHODNOCENÍ CÍLŮ.....	64
12 DISKUZE	68
13 NÁVRHY PRO PRAXI.....	71
14 ZÁVĚR	73
POUŽITÁ LITERATURA	74
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Těhotenství je jedno z nejvýznamnějších období v životě ženy, které klade na organismus mimořádné nároky. Pro klidné prožívání období těhotenství, které změni dosavadní život, přispívá velkým dílem sama žena, pokud dodržuje zásady správné životosprávy. Při správném dodržování se snižují možné zdravotní komplikace. Pokud tedy těhotná žena nedodržuje správný životní styl, vystavuje se stresu, konzumuje nevhodnou stravu a vystavuje se dalším rizikovým faktorům, pak tím negativně působí i na zdraví svého dítěte. Již od oplodnění ženského vajíčka mužskou spermií začínají probíhat změny, týkající se ženského organismu, tak i vyvíjecího plodu. Ani dnes přes pokroky lékařské vědy nenalezneme spolehlivou prognostickou metodu potvrzující úplně fyziologický průběh konkrétní gravidity. Budoucí maminka by měla být správně orientovaná v každodenních změnách v průběhu celé gravidity a především se zajímat o péči sebe sama, což je základ úspěšného těhotenství. Správná životospráva právě v tomto období vytvoří vhodné podmínky pro zdravý vývoj plodu a zároveň zachová dobrý psychický i fyzický stav matky. Změny, které nastávají v těhotenství, vyžadují významnou úpravu výživy, spánku, pohybu a dalších faktorů životosprávy ovlivnitelných samotnou ženou. Významnou oblastí je prekoncepční ovlivnění těhotenství právě zmíněnou životosprávou. Což může ochránit plod i ženu před vznikem závažných patologických změn. Zhodnotit již před otěhotněním vlastní životní styl a případně jeho úprava může pozitivně ovlivnit celoživotní zdraví dítěte. Důležitou prevencí nejen v období těhotenství pro zdraví matky i plodu je být informována a zachovávat spánkovou hygienu, správnou výživu dle kritérií potravinové pyramidy, aktivní provozování sportu pro udržení tělesné i psychické kondice a další faktory hrající významnou roli při udržení zdravého životního stylu. Nastávající maminka by si měla uvědomit, jak svým chováním zásadně ovlivňuje kvalitu současného i budoucího života očekávaného dítěte.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Životospráva v období těhotenství“ nejen proto, že je tématem zajímavým, ale především proto, že se zabývá tematikou, o kterou by se v době těhotenství měla zajímat především nastávající matka. Druhým důvodem je blízkost tématu z mého pohledu ženy a zdravotníka. Považuji za důležité, aby budoucí matky byly orientované v obrovském množství informací, které dnešní moderní doba nabízí ženám ze všech stran. Žena je pak lépe připravena na těhotenství, což napomáhá ke spokojenosti a klidu, které jsou v těhotenství tolik potřebné. I

když bylo mnohé o těhotenství napsáno, přetrvává stran těhotenství a životosprávy mnoho nesprávných postojů a bagatelizace úpravy životosprávy právě v tomto období. Téma životosprávy během těhotenství je velice široké a není možné v rozsahu této práce podrobně popsat veškerou problematiku. Mou snahou je především zamyšlení nad úpravou celkového životního stylu v těhotenství. Zjistit, zda ženy v období těhotenství nějakým způsobem změnily svou životosprávu a pokud ano, tak jaká motivace je k této změně vedla.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ŽIVOTOSPRÁVA

Správná životospráva se řadí mezi prevenci vzniku civilizačních onemocnění a je součástí duševní hygieny, jedná se tedy o celkový životní styl. Jestliže je životospráva optimální, dokáže být člověk odolnější proti stresu a dovede mnohem lépe regenerovat svou duševní i tělesnou stránku. Zdravému životnímu stylu se učíme, můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Základem je uvědomování se své biopsychosociální podstaty a uspokojování svých potřeb. Do správné životosprávy patří celá řada vytvořených návyků podílejících se na zachování zdraví jako výživa, pitný režim, rovnováha tělesné aktivity a odpočinku, relaxace, rytmus spánku. (Čeledová & Čevela, 2010; Mikuláščík, 2007). Návykům pro podporu zdraví se budu postupně věnovat již v této kapitole. V současné době způsob života značné části lidí ve vyvinutých zemích ovlivňuje lidské zdraví i negativním způsobem jako je nedostatek tělesného pohybu, častý psychický stres, kouřením a snadno dostupné energeticky bohaté potraviny (Tuček & Slámová a kol., 2012). Dle Čeledové & Čevela (2010) z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují „rizikové faktory“, jako je:

- kouření
- nadměrný konzum alkoholu
- zneužívání drog
- nesprávná výživa
- malá pohybová aktivita
- psychická zátěž
- rizikové sexuální chování

„Výživa je součástí životosprávy a je považována za velmi významný vnější faktor ovlivňující lidské zdraví jak pozitivním, tak negativním způsobem“ (Tuček & Slámová a kol. 2012, s. 91). Základní lidskou potřebou organismu je příjem potravy. Potrava slouží jako stavební materiál pro tvorbu tělesných orgánů i tkání, přináší bazální energii pro základní životní pochody a udržuje život jedince i populaci včetně rozmnožování. Základní složky výživy se označují živiny (nutrienty), které se dělí na makronutrienty a

mikronutrienty. Makronutrienty jsou nositeli energie a řadí se mezi ně proteiny (bílkoviny), lipidy (tuky), sacharidy (cukry). Mikronutrienty rozdělujeme na vitamíny a minerální látky (Tuček & Slámová a kol., 2012; Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2008). Svačina a kol. (2012) dává důraz na výživová doporučení, která vydalo v roce 2005 ministerstvo zdravotnictví České republiky jako oficiální dokument *Výživová doporučení MZ ČR pro návrhy postupů k implementaci Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu zdraví*, který zpracovává cíle Globální strategie pro Českou republiku popsanych v níže uvedených bodech.

1. Jezte vyváženou pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu.
2. Udržujte svou hmotnost a obvod pasu v dostatečném rozmezí (v dospělosti BMI 18,5 – 25 kg/m², obvod pasu u mužů ne více než 94 cm, u žen ne více než 80 cm). Pravidelně se věnujte pohybové aktivitě (ochranný účinek na zdraví má například rychlá chůze – nepřetržitě 30 minut, nejlépe však 1 hodina denně).
3. Jezte různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400g denně, přednostně čerstvé a místního původu
4. Kontrolujte příjem tuků, snižujte spotřebu potravin s jejich vysokým obsahem (uzenin, tučných sýrů, čokolád, chipsů) a dávejte přednost rostlinným olejům před živočišnými tuky. Denně konzumujte mléko nebo mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku.
5. Několikrát denně jezte chléb, pečivo, těstoviny, rýži nebo další výrobky z obilovin (zejména celozrnné) a brambory.
6. Nahrazujte tučné maso a masné výrobky rybami, luštěninami a netučnou drůbeží.
7. Pokud pijete alkoholické nápoje, vyvarujte se jejich každodenní konzumace a nepřekračujte denní dávku 20g alkoholu (tj. 0,5l piva nebo 2 dcl vína nebo 5 cl 40% destilátu).
8. Omezujte příjem kuchyňské soli, celkový příjem soli nemá být vyšší než 5 g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jodem.
9. Vybírejte potraviny s nízkým obsahem cukru, omezujte sladkosti. Sladké nápoje nahrazujte dostatečným množstvím nesladkých nápojů, např. vody.
10. Podporujte plné kojení do ukončeného 6. měsíce věku, poté kojení s příkrmem do 2 let věku dítěte i déle (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová., 2012, s. 18 – 19).

Jak zdůrazňuje Pokorná a kol. (2008) ve své knize správný jídelníček by měl být pestrý. Jen tak může tělo získat vše, co potřebuje, co žádá. Co vše se pod pojmem pestrost může skrývat, pomáhá ve světě objasňovat potravinová pyramida (příloha A). Potravinová pyramida České republiky má podle oficiálního doporučení Ministerstva zdravotnictví České republiky čtyři patra. Podle stavebních pravidel správné pyramidy je i potravinová pyramida složena z pater principem „základ na základ, špička na špičku“. Trojúhelníkový tvar pyramidy navíc představuje doporučené množství (charakterizované počtem definovaných porcí) konzumovaných potravin v jednotlivých patrech.

Základ pyramidy tvoří převážně přílohy, jako je rýže, obiloviny, těstoviny, celozrnné pečivo s vyšším obsahem vlákniny, luštěniny a ořechy. To jsou potraviny, které představují základ zdravé výživy. Potraviny umístěné na vrcholu pyramidy bychom měli konzumovat jen ve velmi malém množství. Ve druhém patře pyramidy je ovoce a zelenina. Ve třetím patře jsou živočišné potraviny jak mléčné, tak masové. Vrchol pyramidy tvoří tuky a sladkosti, kterým bychom se měli spíše vyhýbat (Čeledová & Čevela, 2010, s. 55).

Pitný režim a jeho správné dodržování je další součástí zdravého životního stylu. Denní příjem tekutin je nutný pro udržení vodní rovnováhy organismu. Potřeba tekutin u zdravého člověka kolísá v souvislosti na změně teploty prostředí a na vykonávané činnosti. Příjem tekutin u zdravého dospělého člověka je příjmem cca 2 až 3 litry tekutin nejen pouze ve formě nápojů, ale i současně tekutých pokrmů i pevných potravin jako zeleniny, ovoce a masa (Tuček & Slámová a kol., 2012). V průměru denně člověk vyloučí asi 2,5 litru tekutin močí, stolicí, dýcháním i kůží. Organismus musí vodní bilanci vyrovnat a uhradit ztráty vody. Dostatek tekutin zajišťuje látkovou výměnu, vylučování škodlivých látek a umožňuje plnou funkčnost všech orgánů v těle. Při negativní vodní bilanci nastává nedostatek vody v organismu a dochází k dehydrataci, která způsobuje akutní i chronické problémy. Při ztrátě tekutin na úrovni 2% tělesné hmotnosti dochází ke ztrátě výkonu až o 20%. U 5% dehydratace hrozí oběhové selhání a šok. Dlouhodobý nedostatek tekutin, který většinou neregistrujeme, může mít za následek i vážné zdravotní poruchy, k nimž řadíme bolesti hlavy, zácpu a může docházet k poruchám funkce ledvin. Dalším rizikem dehydratace se zvyšuje pravděpodobnost infekce močových cest, zánětů slepého střeva i kardiovaskulárních chorob (Kožíšek, 2008). Nejvhodnějším nápojem je dobrá pramenitá voda, v České republice je kvalita vody z veřejného zásobování velmi vhodná. Není třeba

se obávat chemického složení ani možné mikrobiální kontaminace vody. Celková jakost pitné vody ve veřejných vodovodech je sledována podle zákona výrobcí vody a dozor vykonává hygienická služba. Požadavky na kvalitu pitné vody jsou dány vyhláškou č. 252/2004 Sb. vydané ministerstvem zdravotnictví. Právě tato vyhláška stanoví hygienické limity pro jednotlivé ukazatele jakosti pitné vody, včetně vody balené, které při trvalém požívání nevyvolávají onemocnění nebo jinak nepoškozují zdraví fyzických osob a jejich potomstva (Strunecká & Patočka, 2011; Tuček & Slámová a kol., 2012). I když k nevhodnějším nápojům pro pitný režim se řadí čistá pitná voda z vodovodu (studny), tak ke stálému pití pro osoby bez rozlišení věku a zdravotního stavu jsou také velmi vhodné balené kojenecké vody, pramenité a slabé mineralizované přírodní vody bez oxidu uhličitého. V dokumentu Rady spotřebitelům balených vod na www.szu.cz/chzp/voda nalezneme podrobnosti o balených vodách (Kožíšek, 2008).

Tělesná aktivita přiměřená a pravidelná zkvalitňuje život. Současný životní styl v hospodářsky vyspělých zemích se pro mnohé lidi vyznačuje převážně nedostatečnou kvalitou i kvantitou tělesných aktivit. Výrazně tím dochází k poklesu pohybové aktivity populace, což má negativní dopad na zdraví. Většinu pracovní doby i volného času trávíme v sedě. Nedostatek pohybové aktivity přináší četné negativní důsledky jako např. obezitu, zvýšený krevní tlak, kardiovaskulární nemoci, zhoubné nádory (Paulík, 2010; Čeledová & Čevela, 2010). Státní zdravotní ústav České republiky (2014) zveřejnil ve svých Zprávách o zdraví výsledky posledního průzkumu EuroHeathNet, týkající se sportu a fyzické aktivity, kdy 59% občanů Evropské unie sportuje jen zřídka nebo nikdy a 41% cvičí alespoň jednou týdně. Různí autoři uvádějí, přednosti pravidelné tělesné aktivity právě pro její preventivní význam. Paulík (2010) zdůrazňuje zejména:

- zvýšení a udržování fyzické kondice
- posilování kosterně-svalové soustavy
- zlepšení kardiovaskulárního systému, zvýšení prokrvení mozku, snížení krevního tlaku
- tvarování postavy, udržování vitální kapacity plic
- posílení sebevědomí, sebepojetí
- zlepšení spánku
- zlepšení koncentrace pozornosti, zvýšení dobré nálady
- snížení rizika vzniku některých druhů rakoviny

Spánek a odpočinek patří k neoddelitelné a nutné součásti životního stylu každého člověka. Se zrychlením dnešního životního tempa a zvýšením nároků na jedince stoupá rok od roku výskyt spánkových poruch. Dostatečný spánek ani odpočinek není dnes vůbec samozřejmostí u řady lidí. Vyčerpanost a prohlubování únavy je výsledkem nedostatečného odpočinku. Spánek řadíme k základní fyziologické potřebě nutné pro správnou funkci organismu. Potřeba spánku je individuální, mění se s věkem a vlivem vnějších i vnitřních změn. U spánku zdravého dospělého člověka se všeobecně udává potřeba kolem osmi hodin.

Během spánku je kontinuita našeho vědomí přerušena, posléze spánek střídá bdění, hovoříme o biorytmu. Biorytmy označujeme za psychofyziologické děje, pravidelně se opakující. Nedodržování biorytmů navozuje změny podobné stárnutí a dochází k urychlení psychických poruch, celkové vyšší nemocnosti a chronické únavě. Kvalitu spánku vážně ohrožuje nepravidelnost střídání rytmu spánek-bdění, kdy je narušen vnitřní soulad biologických hodin a vnějších synchronizátorů. Jako příklad, kdy je narušen rytmus spánku a bdění, je typická práce ve směnném provozu.

U spánku rozlišujeme dvě odlišná spánková stádia – REM a non-REM (NREM) spánek. V REM spánku (rapid eye movements) se objevují náhlé záškuby obličeje a prstů, rychlé konjugované pohyby očí, kolísavé teploty, snížení krevního tlaku, srdeční frekvence a dechu. Fáze NREM spánku (non-REM) je charakterizovaná tělesným klidem a útlumem mozkové činnosti (Borzová a kol., 2009; Helus, 2011; Paulík, 2010). Jak uvádí Borzová (2009) během spánku se děje v organismu mnoho změn:

- kolísá tlak a tělesná teplota
- srdeční tep je nepravidelný
- zvyšuje se dechová frekvence
- roste potřeba kyslíku
- klesá spotřeba energie až o jednu čtvrtinu
- mění se hladina hormonů v krvi (hormony štítné žlázy, TSH, LH, somatotropní hormon, kortizon)

2 TĚHOTENSTVÍ

Každá žena své těhotenství prožívá i vnímá trochu jinak, obzvlášť pokud jde první těhotenství. Převážně záleží na tom, jde-li o chtěné těhotenství oběma partnery plánované nebo dokonce dlouhodobě očekávané nebo o těhotenství špatně načasované. Těhotenství patří mezi životní etapy ženy, jež naplňuje její biologickou podstatu.

Období těhotenství a nitroděložní vývoj zárodku začíná splynutím ženské pohlavní buňky (vajíčka) s mužskou pohlavní buňkou (spermií) a končí porodem. Těhotenství rozdělujeme na období oplození (fertilizaci), implantaci (zanoření), nidaci (uhníždění) a vývoj plodového vejce. Oplození probíhá nejčastěji v ampulární části vejcovodu. Z oplodněného vajíčka se stává zygota, kde jsou spárovány chromozomy mateřské a otcovské. Oplodněné vajíčko (zygota) má plný počet chromozomů tedy (46XX nebo 46XY). Vajíčko se nyní rychle rýhováním mění v blastulu, morulu, blastocystu, kde jsou rozlišeny buňky trofoblastu (z něho vytvoří placentu a zárodečné obaly), zárodečný terčík (z něho vznikne embryo a následně plod) a zárodečného stvolu (z něj se vyvine pupečník). Šestý den po oplození blastocysta nalehne na změněnou děložní sliznici a zanořuje se do ní – implantace (Gregora & Velemínský, 2013; Slezáková a kol., 2011). Oplozené vajíčko udržuje hormonální aktivitu žlutého tělíska až do 4. měsíce těhotenství, kdy jeho funkci postupně přebírá placenta (Dylevský, 2009). O významu placenty během těhotenství se budu dále zmiňovat v kapitole 2.2

Délka trvání gravidity se obvykle vypočítává podle prvního dne poslední menstruace. Takto počítané těhotenství trvá 280 dní +/- 14 dnů, což je 40 týdnů (Slezáková a kol., 2011).

Příznaky těhotenství se dají rozdělit na nejisté, pravděpodobné a jisté.

Nejistými známkami těhotenství jsou označovány neurčité příznaky, na které se nelze příliš spolehnout. Patří k nim například únavnost, změny nálad, sklon k mdlobám a závratím. Ranní nevolnosti a zvracení se objevují od 6. týdne gravidity více než u 50% těhotných, v důsledku stoupajících hladin hormonů. Časté močení zvýšenou frekvencí pozoruje asi 80% žen na počátku gravidity.

Mezi pravděpodobné známky těhotenství řadíme změny na pohlavních orgánech, k nimž patří amenorea, nafialovělé zbarvení poševní sliznice a děložního čípku, zvětšení dělohy,

zvětšení prsů a břicha, vytékání mleziva (kolostra) z prsů (Gregora & Velemínský, 2013; Chmel, 2006).

Jisté známky těhotenství představují objektivní průkaz plodu a jeho projevů v děloze. Jedná se o přítomnost srdeční akce plodu. Ta se pohybuje mezi 120 až 160 úderů za minutu a je měřitelná pomocí ultrazvuku od 6 týdne těhotenství. Mezi další jistou známkou těhotenství se řadí zachycení pohybu plodu, který může porodník palpačně vnímat od 20. týdne těhotenství. Ultrazukovým vyšetřením je možné prokázat pohyby plodu už ve 2. měsíci. Ovšem v dnešní době lze prokázat těhotenství už za několik dní po oplodnění vajíčka. Především laboratorními biochemickými testy, založené na průkazu těhotenského hormonu gonadotropinu (beta-hCG). Těhotenský hormon hCG lze vyšetřit z moči nebo krve těhotné ženy. Jeho pozitivita je průkazná zhruba od 8. – 9. dne po ovulaci a oplození. (Gregora & Velemínský, 2013; Roztočil a kol., 2008).

2.1 Základní změny organismu ženy v období těhotenství

Změny v organismu ženy během těhotenství mají za cíl ženu připravit po fyzické stránce na zdárný průběh celého těhotenství. Těhotenství je spojeno téměř se změnami všech orgánových systémů. Probíhající změny v organismu se týkají změn ve stavbě i funkci orgánů a procesů látkové přeměny v těle matky (Gregora & Velemínský, 2013).

Kardiovaskulární systém

Postavení srdce se během těhotenství mění vlivem zvětšování dělohy a je vytlačováno kraniálně a doleva s posunem podélné osy srdeční horizontálně. Ve III. trimestru se zvětšuje srdeční objem asi o 12% a srdeční sval hypertrofuje. Následkem těchto změn polohy srdce nastávají změny na EKG.

Srdeční výdej se zvyšuje v průběhu těhotenství asi o 40% od 8. týdne těhotenství, ve 30. – 40. týdnu těhotenství dosahuje maxima (9 l/min.) a nemění se až do porodu. V poloze na zádech těhotná žena stlačuje dělohou dolní dutou žílu, tím se snižuje žilní návrat a důsledkem toho i srdeční výdej. Tepový objem se nemění v poloze na boku.

Krevní tlak je o něco nižší v průběhu těhotenství než u netěhotných žen. Od 12. do 26. týdne těhotenství se systolický tlak snižuje jen nepatrně, diastolický o 5-10 mmHg (0,7-1,3 kPa). Diastolický tlak se vrací k hodnotám před těhotenstvím po 36. týdnu. Významně se zvyšuje tlak v průběhu těhotenství ve vénách dolních končetin, vulvy a rekta

v poloze vestoje, vleže na zádech a vsedě. Vyšší je i venózní tlak ve femorální véně, na jejíž straně je uložena placenta. Zvýšený venózní tlak způsobuje vznik hemoroidů a především vznik edémů dolních končetin. Tlak těhotné dělohy na v. cava inferior a vv. iliacae způsobuje zvýšený venózní tlak. Popisované kardiovaskulární změny jsou uváděny na stránkách porodnice.cz v článku o fyziologických změnách v těhotenství (<http://lekari.porodnice.cz/fyziologicke-zmeny-u-zeny-v-tehotenstvi>).

Změny v objemu krve spočívají v celkovém vzestupu o 30-50% oproti výchozím hodnotám před otěhotněním. Začátek vzestupu objemu krve se objevuje již v 6. týdnu. Především se zvyšuje objem plazmy zhruba o 50%, zatímco celkový objem erytrocytů se zvyšuje asi jen o 18%. Mechanismus zvyšování objemu plazmy není znám oproti zvyšování objemu erytrocytů, kdy je zvýšena produkce erythropoetinu. Produkce erythropoetinu roste vlivem vyšších hladin progesteronu a prolaktinu. Zcela typické pro těhotenství jsou změny složení krve, především koagulační kaskády a faktorů fibrinolytického systému. Jejich znalost je důležitá mimo jiné při nejzávažnější porodnické komplikaci – krvácení.

Respirační systém

V těhotenství se zvyšují nároky na organismus v respiračním systému díky anatomickým i funkčním změnám. Bránice se zvyšuje o 4 cm a příčný průměr hrudníku se rozšiřuje o 2 cm. Od 10.-12. týdne těhotenství stoupá minutová ventilace plic, ale zvětšuje se pouze dechový objem a dechová frekvence se nemění. Zvyšuje se citlivost dechového centra na CO₂, kterou způsobuje progesteron, což vede ke zvýšení dechového objemu (Kittnar a kol., 2011).

Vylučovací systém

Změny v těhotenství ve vylučovacím systému musí zajistit vylučování produktů metabolismu plodu i produktů zvýšeného metabolického obratu matky. Změny v těhotenství postihují ledviny, uretery, močový měchýř a uretru. Působením progesteronu a estrogenů, tlakem dělohy a zvýšeným objemem krve jsou změny vyvolány (Roztočil a kol., 2008). Již před 10. týdnem těhotenství začínají změny. Každá ledvina se prodlužuje o 1-1,5cm, pánvička je dilatovaná až do objemu 60 ml, u netěhotné ženy je její objem pouze okolo 10 ml. Od počátku těhotenství se zvyšuje glomerulární filtrace, od II. trimestru je to asi o 50% a na konci těhotenství klesá, hodnoty jako před těhotenství dosahují až za 20. týdnů po porodu. Uváděné změny popisuje článek o fyziologických změnách v těhotenství

na stránkách porodnice.cz (<http://lekari.porodnice.cz/fyziologicke-zmeny-u-zeny-v-tehotenstvi>). Zvýšená glomerulární filtrace (průtok moči) je vyvolán účinkem aldosteronu a kortizonu (hormonů kůry nadledvin). Také tubulární resorpce (zpětné vstřebávání) je zvýšena a důsledkem toho je zvýšené zadržování sodíku a vody v organismu. Celkový objem vody v organismu těhotné ženy se do konce gravidity zvýší o 20%.

Močový měchýř okolo 4. měsíce těhotenství se projevuje prvními známkami anatomických změn a to především v dolním děložním segmentu vysouváním vzhůru, které je způsobeno zvětšováním dělohy. Pro těhotnou ženu to znamená při zvýšeném intravezikálním tlaku častější močení. Tonus hladkých svalových vláken včetně močovodů, močového měchýře a močové roury je působením progesteronu nižší (Pařízek, 2009).

Gastrointestinální systém

Dutina ústní je vlivem estrogenů zvýšeně ohrožená tvorbou slin a následným snížením pH může vést ke tvorbě zubního kazu (Roztočil a kol., 2008). Dásně jsou často křehké, hyperemické, hypertrofické a snadno při čištění chrupu a kousání tuhých jídel krvácejí, což může být způsobeno zvýšenou hladinou estrogenů (Pařízek, 2009).

Jícen, žaludek, střevo – nejčastější problémy se objevují mezi 6. -14. týdnem gravidity těhotenskou nauzeu a zvracením a jsou pravděpodobně vyvolány výraznou sekrecí hCG (Slezáková a kol., 2011). Sníženou motilitu hladkého svalstva v gastrointestinálním traktu způsobuje progesteron, což způsobí uvolnění svěrače kardie a vede ke gastroezofageálnímu refluxu, který vyvolává pálení žáhy (pyrosis). V pokročilém těhotenství tlak dělohy na venózní systém části střeva spolu se zácpovitou tuhou stolicí způsobuje vznik hemoroidních uzlů (Roztočil a kol., 2008).

Kůže a kožní adnexa

Pigmentace je zvýšená (hyperpigmentace) a je zapříčiněna zvýšenou tvorbou hladiny estrogenů a progesteronu. Může se vyskytnout kdekoli na kůži. Mezi nejčastější lokální pigmentace patří bradavky, pupek, linea alba měnící se v na linea nigra, axily, vulva a perineum.

Ochlupení se většinou během těhotenství nemění, zvýšený růst ochlupení a vlasů je vzácný. Častější je poporodní ztráta vlasů, u které neznáme přesnou příčinu, ale předpokládá se vliv hormonálních změn.

Pojivová tkáň vlivem napínání kůže je porušena ve vrstvě škóry (corium), kde následně vznikají pajizévky (strie). Nejčastější se objevují v oblasti hýždí a prsou (Roztočil a kol., 2008).

Prsy

V těhotenství si ženy stěžují na zvýšené napětí a zvýšenou citlivost prsou, působením estrogenů se zvyšuje růst ductů a progesteron podporuje hypertrofii alveolů. Bradavka se zvětšuje a tmavne pigmentace dvorce. Už začátkem těhotenství nebo v jeho druhé polovině, může z prsů odtékat kolostrum (mlezivo). Mlezivo je vazká žlutá tekutina s vysokým obsahem bílkovin a obranných látek (Gregora & Velemínský, 2013).

Metabolismus

Během těhotenství se zvyšují nutriční požadavky na změny kvality i kvantity metabolismu. Změny zvyšujících se požadavků nastávají v metabolismu cukrů, lipidů, proteinů a minerálů.

Tělesná hmotnost ke konci těhotenství je zvýšena v průměru o 11-12kg. Zvýšená tělesná hmotnost v těhotenství je způsobena zvětšením objemů prsů, růstem dělohy, placenty a plodu, dále krve, retencí tekutin v tkáních, zvýšením tuků a bílkovin. Hmotností přírůstek je v I. trimestru 1-2kg, ve II. trimestru a III. trimestru vždy po 5 kg (Roztočil a kol., 2008; Pařízek, 2009).

Psychické změny

V organismu během těhotenství dochází ke změnám nejen somatických, ale i k psychickým. Časté jsou změny emocionality, které se projevují kolísáním nálad od euforie do deprese. Těhotná žena může mít obavy o svou roli matky, strach z porodu, obavy o zdraví dítěte, strach ze somatických změn během těhotenství a spousty dalších obav projevujících se na psychice těhotné ženy. Psychické změny úzce souvisí s hormonálními změnami, typem osobnosti ženy, partnerským vztahem, ve kterém se žena právě nachází, materiálním i sociálním zajištěním a mnoha dalšími faktory (Gregora & Velemínský, 2013; Pařízek, 2009).

2.2 Význam placenty v těhotenství

Pro vyvíjející se plod je životně důležitým orgánem placenta. Placenta se spojena s plodem pomocí dvou pupečnickových tepen a jednou pupečnickovou žílou, které vedou

v pupečnickové šňůře a zajišťují plodu přívod živin, kyslíku, odsun nepotřebných látek a zplodin z metabolismu. Pupečnicková žíla vede z placenty okysličenou krev, zatímco pupečnickové tepny vedou do placenty krev odkysličenou. Kromě funkce transportní má placenta významnou funkci metabolickou, syntetickou a endokrinní (Šípek, 2014). Placenta je významnou dočasnou endokrinní žlázou. Funkce orgánu plodu a placenty se vzájemně doplňují, takže vytváří jednotný metabolický a hormonální systém, nazývaný fetoplacentární jednotka. Transport látek probíhá přes placentární bariéru z mateřské do fetální krve. Placentární bariéra je složena ze syncytiotrofoblastu, jeho bazální membrány, bazální membrány fetální kapiláry a endotelu kapiláry. Placentární bariéra propouští některé látky a jiné jsou i při stejné velikosti molekuly zadržovány. Tyto okolnosti jsou důležité při podávání léků v těhotenství. Léky, které prochází placentou, mohou mít nežádoucí účinky i teratogenní účinky na vývoj plodu. Mezi ně patří například psychofarmaka, většina sedativ, barbituráty a řada dalších. Proto u každého léku je v příbalovém letáku uvedena jeho aplikace a možná kontraindikace v těhotenství. Placentární bariérou pronikají i protilátky typu IgG a určité patogeny (viry spalniček, viry rubeoly – zarděnek, viry HIV, *Toxoplasma gondii* a apod.), které poškozují zárodek, způsobují jeho zánik nebo porod malformovaného plodu (Vacek, 2006; Sadler, 2010; Lafond & Vaillancourt, 2012).

Placenta od 3. měsíce produkuje následující hormony popsané Kittnarem (2011):

- Lidský choriogonadotropin (hCG).
- Progesteron a estradiol. Progesteron v organizmu matky působí na růst prsů je celkově nezbytný pro udržení těhotenství. Tvorba estrogenů (estradiolu, estriolu) závisí na dehydroepiandrosteronu, hormonu, který je produkován fetálními ledvinami. Estrogeny stimulují růst prsů a jejich pokles především estriolu je známkou zhoršené funkce placenty nebo orgánů plodu, nadledvin, jater.
- Choriový somatomammotropin (hCS, 191 AMK) podobný růstovému hormonu a prolaktinu je označován jako placentární laktogen. Souvisí se štěpením tuků a uvolňováním mastných kyselin z tukových rezerv matky. Stimuluje růst a vývoj prsní žlázy matky.

2.3 Časové členění těhotenství

Těhotenství bývá tradičně členěno na třetinové úseky, které nazýváme trimestry. Každý z těchto úseků je něčím jedinečný a charakteristický.

I. trimestr těhotenství je obdobím od oplození, tedy splnutím vajíčka a spermie a končí 13. týdnem. Vývoj zárodka je v tomto trimestru velice rychlý. Jelikož se začínají vyvíjet jednotlivé orgány, je v prvním trimestru plod velmi citlivý na působení nejrůznějších škodlivin. V 8. týdnu těhotenství se již obvykle hovoří o plodu, nikoliv o embryu. V prvním trimestru ženy začínají pomalu přibírat na váze a začínají se zvětšovat prsy. Zároveň se začínají zvyšovat nároky u těhotné ženy na srdce, plíce a ledviny. U těhotné ženy dochází ke zvyšování množství estrogenu, kolísání krevního tlaku, většinou se zvyšuje únava a často se dostávají ranní nevolnosti. Zvětšuje se děloha a sílí svalová vlákna v děloze. Zvyšuje se riziko přehřátí plodu, jelikož se tělesná teplota těhotné ženy zvýší až o 0,6 stupňů Celsia. Je vhodné se proto vyvarovat návštěvě saun, práci v horku a namáhavému cvičení.

II. trimestr těhotenství začíná 14. týdnem těhotenství a končí ve 26. týdnu. Výrazně se mění postava těhotné ženy, zvětšuje se břicho, zvyšuje se riziko hemeroidů, objevují se bolesti zad a další probíhající změny popisované v kapitole 2.1. Kolem 20. týdne těhotenství mohou prvorodičky cítit první pohyby u vícerodiček již kolem 18. týdnu. Pocity pohybů plodu jsou velmi subjektivní, připomínají spíše „bublání“ v břiše. Na začátku II. trimestru je již plně vyvinuta placenta a její funkce.

III. trimestr těhotenství začíná 27. týdnem a končí porodem. Plod prodělává rychlý vývoj a těhotná žena se začíná fyzicky i psychicky připravovat na porod. Tělo zadržuje více vody a mohou se objevovat otoky především dolních končetin. Zvyšuje se únava, dochází ke zhoršení celkové hybnosti a prsa mohou začít produkovat mlezivo. III. trimestr je poměrně fyzicky náročné období (Gregora & Velemínský, 2013; Pařízek 2009).

3 ŽIVOTOSPRÁVA V TĚHOTENSTVÍ

Začít se zajímat o životosprávu by mělo být samozřejmostí už v období před otěhotněním. Zásady správné životosprávy jsou důležité pro zdárný rozvoj celého těhotenství, aby nedošlo ke vzniku patologických stavů, které mohou negativně ovlivnit jak zdraví těhotné ženy, tak vývoj plodu (Roztočil, 2008). V rámci správné životosprávy v těhotenství jsem se zaměřila především na výživu před otěhotněním, výživu v těhotenství, pitný režim, sexuální aktivity, pohybové aktivity, tělesnou hygienu, spánek a odpočinek.

3.1 Výživa před otěhotněním

Pro optimální vývoj plodu je vhodné začít s nutriční přípravou již před otěhotněním. Bylo zjištěno, že optimální hmotnost ženy (BMI v rozmezí 18,5-25kg/m²) se podílí na snižování rizika při vývoji plodu a pro zdraví matky. Doporučuje se, aby žena před plánovaným těhotenstvím alespoň v posledních třech měsících měla stabilní hmotnost a její strava byla dobře vyvážená a pestrá. Není vhodné, aby vstupovala do těhotenství s vyčerpanými zásobami živin např. při dodržování redukčních diet (Svačina a kol., 2012). Nedostatečný příjem nutrietů je spojován především se závažnými vrozenými malformacemi (rozštěp patra, rozštěp rtu, defekt komorového septa, defekt kónického tvaru hrudníku, defekty močového traktu, zkrácení končetin, pylorická stenóza, kongenitální hydrocefalus). K hlavním významům prekoncepční výživy patří následující:

- Snižování rizika vrozených malformací, uvedených výše.
- Pro nekomplikovaný průběh těhotenství je důležité dosažení a udržení optimální tělesné hmotnosti
- Stabilizace bazálního metabolismu již v období před početím, ovlivněná prekoncepční výživou. Ke snížení bazálního metabolismu dochází, pokud jsou nízké energetické zásoby organismu v období před otěhotněním. Posléze dochází k shromažďování energie pro potřeby plodu, což má za následek nízkou porodní hmotnost. U žen s vyšším bazálním metabolismem jsou tendence ke zvýšené porodní hmotnosti.
- Vliv na endokrinní systém, jež je citlivý na koncentraci aminokyselin, některých vitamínů a minerálů v krevním oběhu, jelikož jeho útlum může mít negativní vliv na porodní hmotnost novorozence (Hronek, 2004).

Mezi důležité nutrienty ve výživě před otěhotněním vedle dostatečného příjmu základních živin patří také dostatečný přísun především kyseliny listové, esenciálních mastných kyselin a železa.

Kyselina listová patří do skupiny vitamínů B1, rozpustných ve vodě. Od skupiny listové se odvozuje další skupina látek pod názvem foláty. Kyselina listová je látka nezbytná mimo jiné pro tvorbu nových buněk a snižuje riziko vzniku defektu neurální trubice u plodu (Pokorná a kol., 2008). Na svých webových stránkách SZU uvádí Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví 2010, projekt č. 1032 – Kyselina listová o prevenci vrozených vývojových vad, ve kterém se doporučuje ženám uvažujících o těhotenství přijímat kyselinu listovou v množství 0,4mg/d. Tento projekt SZU dává především důraz na zvýšení konzumace kyseliny listové v běžně dostupných následujících potravinách:

- listová zelenina – ledový salát, čínské zelí, hlávkový salát
- zelenina – květák, brokolice, špenát, zelený hrách
- obilniny - celozrnné výrobky
- ovoce – mango, banány, třešně, jahody, maliny, angrešt
- ořechy
- maso – játra
- některé mléčné výrobky (<http://apps.szu.cz/czpz/vvv/zdroje.php>)

Especiální mastné kyseliny jsou integrální součástí každé buňky, které se dají rozdělit do dvou skupin: omega-6 nenasycené mastné kyseliny (nejvýznamnější je arachidonová kyselina) a omega-3 nenasycené mastné kyseliny (hlavní význam má dokosahexaenové kyselina). V prekoncepčním období je zdůrazňován příjem zejména omega-3 nenasycených mastných kyselin a denní doporučená dávka pro dokosahexaenovou kyselinu je 300mg. Hlavním zdrojem omega-3 nenasycených mastných kyselin jsou především mořské ryby, vlašské ořechy, lněné semínko. Příjem v prekoncepčním období nenasycených mastných kyselin především dokosahexaenové kyseliny snižuje riziko předčasného porodu, těhotenské preeklampsie a nízké porodní hmotnosti novorozence, zabezpečuje bezchybný vývoj neurovizuálních funkcí plodu (Hronek, 2004).

Železo a jeho nedostatek zásob v těle ženy v prekoncepčním období se odráží v těhotenství. Zvyšuje se tím pravděpodobnost možného postižení vývoje plodu a

novorozence a ohrožuje zdraví těhotné ženy výskytem sideropenie. Jako primární prevence se ženám v prekoncepčním období doporučuje suplementace železa 60-120 mg v denní dávce (Hronek, 2004; Pokorná a kol., 2008).

3.2 Výživa v těhotenství

V období těhotenství má organismus ženy vyšší potřeby na řadu nutrientů, nicméně většina těchto potřeb se saturována přirozeně stravou. Velké změny během gravidity vznikají především na úrovni látkové přeměny (metabolismu) živin, minerálů, vitamínů i stopových prvků. Důležité je i v tomto období kontrolovat zejména optimální příjem celkové energie, který by se měl pohybovat kolem 2400 kcal denně. Nedostatečný nebo nadbytečný příjem energie je rizikem nedobrého prospívání plodu. Orientační kontrolou přiměřeného energetického příjmu gravidní ženy stačí obvykle pravidelná kontrola hmotnosti. Doporučuje se navýšení energetického příjmu zhruba o 300kcal denně. V prvním trimestru se ovšem požadavky na energetický příjem neliší od stavu před graviditou.

Zvýšená potřeba bílkovin během těhotenství se pohybuje asi o 10-15gramů na den oproti stavu před početím, tedy denní příjem by měl činit 60-75 gramů. Zvýšení příjmu bílkovin je důležité především u žen, které mají nižší obvyklý příjem bílkovin než je v běžné populaci zvykem např. makrobiotičky, veganky. Dostatečný příjem bílkovin je důležitý pro vytváření nových buněk plodu, dělohy, placenty, jeho omezením se snižuje porodní hmotnost dětí. Velkými zdroji bílkovin je mimo jiné mléko, tvaroh, vepřové maso, hovězí maso, kuřecí prsa nebo luštěniny. Doporučení zastoupení a výběru tuku v období těhotenství je nepostradatelný přísun esenciálních mastných kyselin, který je důležitý pro rozvoj nervové tkáně a mozku plodu. Zdrojem je především libové maso, tučné ryby, rostlinné oleje, žloutek. Nemělo by se zapomínat ani na potraviny bohaté na vlákninu, vitamíny a minerály. (Gregora & Velemínský, 2013; Conway, 2012; Svačina a kol., 2012).

Vitamíny

Nároky organismu na vitamíny se v těhotenství mění oproti období před početím. Celkově se doporučuje minimální přísun 400g ovoce i zeleniny denně, především se klade důraz na pestrost a vyváženost. V těle se vitamíny rozdělují na základě rozpustnosti ve vodě nebo tuku. K vitamínům rozpustných ve vodě řadíme většinu vitamínů B a vitamín C, kterých si tělo nevytváří příliš velké zásoby. Výjimku tvoří vitamín B12, kdy jeho zásoby

vystačí tělu až na 5let. Vitamíny rozpustné v tucích (vitamín A,D,E,K), bývají v těle déle, což může být i pro tělo zatěžující v případě nadměrné konzumace. Například vitamín A v dlouhodobém užívání vysokých dávek v době těhotenství způsobuje vývojové poruchy plodu. Světová zdravotnická organizace (WHO) u vitamínu A doporučuje v době těhotenství denní příjem 0,8mg (Pokorná a kol., 2008; Pařízek, 2009).

Minerální látky

K obzvláště sledovaným minerálním látkám v období těhotenství patří vápník, fosfor, zinek, železo, jod a další. Není možné v rozsahu této kapitoly zmínit důležitost všech minerálních látek v období těhotenství. Proto se zmíním o těch, které trápí svým nedostatkem většinu těhotných žen. Patří k nim především nedostatečný příjem železa. Jeho potřeba, která je až o 50% vyšší než v období před otěhotněním je nutná především v druhé polovině těhotenství. Nedostatek železa způsobuje předčasný porod a poruchy ve vývoji plodu. Dalším problematickým prvkem je jód, který patří mezi významné složky výživy těhotné ženy. Jeho potřeba se v těhotenství zvyšuje a nedostatečný příjem se může projevit již v 8.-10. týdnu gravidity rizikem abortu, v pozdějších týdnech těhotenství porodem s nízkou porodní hmotností, případně pozdějším postižením intelektuálního vývoje dítěte (Brázdová, 2013).

O jednotlivých složkách výživy jsem se zmínila ve své práci jen okrajově, jelikož jejich podrobnou problematikou se zabývají mnohé jiné práce. Důležité pro veškeré složky výživy by mělo ovšem být jejich primární příjem ze stravy. Pokud se těhotná žena rozhodne užívat jakýkoliv potravinový doplněk, je vhodné se poradit o jeho volbě s lékařem.

3.3 Pitný režim

V období těhotenství vyžaduje organismus zvýšený příjem tekutin pro plod, placentu, plodovou vodu a z důvodů zvětšeného cévního řečiště gravidní ženy. Nedostatečný příjem tekutin ohrožuje zdraví i život plodu. K projevům dehydratace organismu patří především slabost, malátnost, bolest hlavy a snížená tvorba moči. Při dlouhodobém deficitu tekutin dochází k výskytu močových infekcí, zácpě a nedostatek tekutin může ovlivnit i množství plodové vody. Velmi obtížné je stanovovat obecná doporučení pro optimální příjem tekutin těhotných žen, protože potřeba tekutin je hodně individuální (Pokorná, 2008).

Za dostatečný příjem tekutin na den se považuje 35-45 ml na 1 kg tělesné hmotnosti. V České republice je pitná voda z veřejných vodovodů velmi kvalitní a proto se řadí k vhodným nápojům k základu pitného režimu. Na českém trhu se vyskytuje řada nejrůznějších balených vod, u nichž pro každodenní konzumaci jsou vhodné slabě mineralizované vody (100-500 mg rozpuštěných minerálních látek na litr vody, jako je například Bonaqua, Aquila, Rajec, Evian. Jako doplněk pitného režimu jsou vhodné vody středně a silně mineralizované v množství do 500 ml za den. Vody s vysokým obsahem minerálních látek zvyšují riziko přetížení ledvin. Důležité je i skladování vod, kdy při nevhodném skladování mohou do balených vod přecházet škodlivé látky z obalů. Skladovaná voda by měla být v chladu a temnu. Ovocné 100% džusy by měly těhotné ženy omezit na 500-100ml a pít ředěné. Ovocné čaje se doporučují pít namísto bylinkových, jelikož u bylinkových čajů může dojít k zatížení organismu alkaloidy, silicemi a dalšími specifickými látkami. Za vhodné z čajů se řadí i ty, které jsou pro organismus z rostlin neškodné při delším užívání např. jahodník, ostružiník, šípky. Příklad je vhodné rozložit v průběhu dne v menších dávkách (Martincová a kol., 2012; Pokorná a kol. 2008).

3.4 Sexuální aktivity

Názory a mýty na sexuální aktivity během těhotenství se s vývojem lidstva měnily. V současné době za fyziologických podmínek průběhu gravidity je postoj k sexu velmi benevolentní a není důvod sexuální aktivity v graviditě zakazovat. V sexuálním životě o období těhotenství ovšem korespondují změny s anatomickými, endokrinními a psychosociálními změnami celého organismu. Sexuální chování v těhotenství závisí především na individualitě ženy, na sexuálních zkušenostech a dalších okolnostech v jejím životě. Některé ženy dočasně ztratí zájem o sex z obav, aby plodu neublížily. Tyto obavy jsou ovšem neopodstatněné, protože plod je chráněn plodovým vakem s plodovou vodou a děložními svaly. Těhotenství jako takové není kontraindikací k sexuální aktivitě. O kontraindikaci lze mluvit, pokud dochází ke krvácení v kterékoli fázi těhotenství, inkompetenci hrdla a hrozící předčasný porod (Roztočil a kol., 2011; Weiss a kol., 2010). Ke kontraindikacím pohlavního stylu v graviditě Weiss (2010) přiřazuje:

- vaginální krvácení
- odtok plodové vody
- předčasná děložní aktivita
- inkompetence děložní hrdla

- dekompenzace chorob přidružených ke graviditě
- akutní projevy vaginálního zánětu
- obava ženy s pohlavního styku

Některé ženy mají zvýšené obavy a strach ze sexu během těhotenství, i když neexistuje žádné reálné riziko, je nutné toto přání ženy respektovat. Strach a nechut' se často pozoruje spíše u úzkostných žen, žen s negativními zážitky z předchozí gravidity, po dlouhodobé léčbě sterility, po potratech nebo předčasných porodech (Pastor, 2007). Subjektivní prožívání sexu se v průběhu těhotenství mění v návaznosti na trimestrech. V prvním a druhém trimestru většina prací popisuje stejné prožívání v sexu jako v době před otěhotněním. Ovšem rozdíly jsou hodně individuální. Ve třetím trimestru je potřeba pohlavních aktivit snížena. S postupujícím stádiem gravidity se spíše volí koitální poloha s ohledem na zvětšenou dělohu a břicho ženy (Roztočil a kol., 2011; Weiss a kol., 2010).

3.5 Pohybové aktivity

Pohybové aktivity v těhotenství jsou stále diskutované téma. Dříve se doporučovalo cvičit a sportovat během těhotenství spíše výjimečně. Dnes se pohybové aktivity běžně v těhotenství doporučují. Platí obecné pravidlo, že v období gravidity by žena neměla začínat s žádnou pohybovou aktivitou, které se nevěnovala už před těhotenstvím (Stackeová, 2013). Ovšem dostatek pohybu by měl být součástí každého normálně probíhajícího těhotenství.

Gravidita není vhodnou dobou zahajovat pravidelná cvičení v posilovně a zvyšovat nároky již tak na vytížený organizmus zlepšením fyzické kondice. Zvolenou pohybovou aktivitu by měla žena konzultovat se svým gynekologem. Fyzická aktivita a zdatnost má v průběhu těhotenství správný vliv na fyziologický průběh gravidity. Přiměřená pohybová aktivita, zlepšuje průtok krve tím, dochází k okysličení svalů, zlepšení dodávání energie a může do značné míry ovlivnit mimo jiné otoky dolních končetin, minimalizovat křeče, odstraňovat svalové napětí a na závěr těhotenství usnadnit celý porod. Z pohybových aktivit je důležité se zaměřit především na nácvik správného držení těla, posilování a uvolňování pánevního dna, aktivaci břišních svalů, posilování prsních svalů a meziobratlových svalů a posilování hýžd'ových svalů (Martincová a kol., 2012).

V I. trimestru se většinou doporučuje klidový režim, kdy by měla žena za normálních okolností menstruovat, neboť v tomto období bývá sklon k potratu. Ve II. trimestru se nedoporučuje cvičit jakékoliv cviky v lehu na zádech, jelikož zvětšující se

děloha může utiskovat dolní dutou žílu. Ve III. trimestru zvětšující břicho zhoršuje pohyblivost, objevuje se bolestivost zad, tím se zužuje možnost cviků, které lze provádět (Stackeová, 2013). Martincová a kol. (2012) ve své knize zařazuje mezi vhodné pohybové aktivity především plavání, cvičení na velkých míčích, jízdu na rotopedu, jógu, gravidjógu, chůzi ve formě delších procházek, cvičení zaměřené na namáhané svalové skupiny a části těla. Mezi nevhodné aktivity pro těhotné zařazuje tzv. anaerobní cvičení, mezi něž patří cvičení s činkami, na náradích a jakékoliv další cvičení, které zvyšuje tepovou frekvenci nad 140 tepů za minutu. Gregora a Velemínský (2013) k zcela nevhodným sportům pro těhotné přiřazují sporty, u kterých hrozí úraz, jako jsou míčové hry, cvičení s náradím, lyžování, bruslení, jízda na koni a tenis.

3.6 Péče o tělo a cestování

Je třeba mít na paměti, že psychická a tělesná pohoda v těhotenství závisí také na tom, jak žena během těhotenství dbá o své tělo. Vlivem jiné hladiny hormonů se mění kvalita pokožky, vlasů a chrupu. Tím souvisí i změna péče, která by se neměla zanedbávat. Na konci této kapitoly se budu zmiňovat i o cestování během těhotenství. I když přímo nepatří do životosprávy, je důležitou součástí dnešního životního stylu. Většina těhotných žen chce i v tomto období cestovat a nechce se této možnosti vzdát.

Pokožka a její o péče o ni souvisí především s probíhající hormonální změnou doprovázenou období těhotenství. Ovšem ne každá žena zaznamená nějaké změny na své pokožce. Změny se považují za fyziologické a představují většinou kosmetický problém, který během pár měsíců po porodu zmizí. K fyziologickým změnám pokožky patří zejména hyperpigmentace, pajizévky, pavoukovité névy a svědění. Doporučuje se pravidelná péče o kůži celého těla nejen obličej a krku. V současné době existuje řada přípravků, které pomáhají těhotným ženám udržovat pokožku čistou a zdravou. V období těhotenství je pokožka a sliznice citlivější, proto se doporučují používat mýdla s obsahem hydratačního krému nebo sprchovací gely bez parfemace. Ideálním řešením jsou přípravky s neutrálním pH. Pokožku je vhodné promašťovat tělovým mlékem a ošetřovat partie náchylné ke striím (pajizévky) přípravky k tomu určenými. Ovšem prevence proti striím je prakticky nemožná. U vzniku strií hraje především důležitou roli vrozená dispozice. Častý výskyt pajizévek je u žen s větším hmotnostním přírůstkem, který už lze ovlivnit správnou životosprávou. Ke zklidnění svědících míst přispívá volné bavlněné oblečení a aplikace zvlhčujících kosmetických prostředků. Pokud jde o intimní hygienu, hrozí při jejím špatném dodržování spolu se zvýšenou potivostí a vyšším hmotnostním přírůstkem

k zarudnutí, mokvání kůže až k plísňovým infekcím vyskytujících se především v stydké krajině, na vnitřních plochách stehů a pod prsy. Pečlivou hygienou předchází těhotná žena těmto projevům. Koupele ve vaně se od II. trimestru nedoporučují, jelikož dochází k možnému přehřátí organismu (vyvolání předčasných stahů dělohy) a vzniku genitální infekce. Ve druhé polovině gravidity se doporučuje i zvýšená péče o prsní bradavky, masáže a pravidelným omýváním (Pařízek, 2009; Gregora & Velemínský, 2013).

Vlasy a jejich kvalita se během těhotenství nemění. Od 2. – 3. měsíce vlivem hormonů dochází ke stimulaci růstu vlasů a mohou se více mastit, protože vlasová pokožka během těhotenství vylučuje zvýšené množství mazu. Objevuje se spousta pověr ohledně barvení vlasů spojených s výskytem vrozených vad, ty ovšem nejsou nijak podloženy. (Pařízek, 2009). „Všechna barviva velkých výrobců jsou předkládána mezinárodnímu výboru (Scientific Committee for Cosmetology and Non Food Products – SCCNFP), který posuzuje jejich zdravotní nezávadnost.“ (Huch, 2007, s. 40).

Chrup během těhotenství je ohrožen vzhledem k zvýšené tvorbě slin nejvíce vzniku zubního kazu. Kontrola u zubního lékaře v období těhotenství patří mezi základní vyšetření. Předcházením vzniku zubního kazu a následné uvolňování zubních lůžek a krvácení z dásní lze předcházet pravidelnou péčí o chrup i správnou výživou (Gregora & Velemínský, 2013; Robinson & Almas, 2011).

Cestování je nepostradatelnou složkou života těhotné ženy. Jestliže těhotenství probíhá bez jakýchkoliv obtíží, pak cestování na kratší vzdálenosti nevyvolává žádné obtíže a není nebezpečí pro ženu ani plod (Pařízek, 2009). Pohledem MUDr. Havlíka (2012) v článku o cestování uvádí nejvhodnější dobu na cestování nejlépe v II. trimestru mezi 14. – 26. týdnem těhotenství, pokud se jedná o fyziologické a bezproblémové těhotenství.

Jízda autem pro těhotnou ženu patří mezi nejběžnější, zde by se měla věnovat zvýšená pozornost povinnosti používání bezpečnostních pásů. Bezpečnostní pásy se zapínají u gravidních žen ve spodní části pod břichem a ne přes břicho jako u negravidních žen. Ve druhé polovině těhotenství by žena neměla již auto řídit, protože její reakce bývají zpomaleny. Za nejvhodnější způsob cestování pro těhotnou ženu se považuje jízda vlakem. Hrozí zde pouze malé riziko otřesů, je zde možnost volného pohybu a použití toalet. Jízda autobusem je pro již zmíněné otřesy a nemožnost zaujmout pohodlnou polohu s nemožností potřebné přestávky nevhodným dopravním prostředkem. Před plánovanou cestou je vždy vhodné se poradit s lékařem a mít vždy u sebe těhotenskou průkazku (Gregora & Velemínský, 2013; Pařízek, 2009). O cestování v letadle během těhotenství se

zmiňuje ve svém článku Arnicanová (2010), která uvádí, že většina leteckých společností přepravuje těhotné ženy do 28. týdne bez lékařského potvrzení. Ovšem v období 28. až 36. týdnu těhotenství požadují většinou aerolinie potvrzení od lékaře. Těhotné ženy po 36. týdnu by již neměly cestovat, protože hrozí riziko předčasného porodu. Letecké společnosti v tomto stádiu gravidity již nepřeppravují.

3.7 Spánek a odpočinek

Jeden z příznaků dobré psychické i fyzické adaptace na těhotenství je dobrý spánek. Těhotná žena by měla odpočívat, jakmile začne cítit únavu. Gravidním ženám je doporučováno spát pravidelně alespoň 8 hodin denně, s možností při únavě krátkého spánku během dne.

Velmi často na začátku těhotenství je potřeba spánku zvýšena. Ve III. trimestru kdy žena cítí pohyby plodu, trápí ji křeče dolních končetin, obtížně hledá pozici pro pohodlný, nepřerušovaný spánek. Příčiny přerušovaného spánku mohou být různé. Nejčastější příčinou bývá strach, úzkost, rodinné starosti nebo zvětšující se děloha. Zmírnit problémy spojené s nespavostí pomáhá dostatečný pohyb a snaha minimalizovat spánek během dne, dodržovat pravidelný spánkový režim a před spaním omezit jídlo a příjem tekutin (Gregora & Velemínský, 2013; Lafond & Vaillancourt; Pařízek, 2009).

Vhodnou polohou v těhotenství pro kvalitní spánek je poloha na boku. Děloha při poloze na zádech stlačuje močový měchýř a velké břišní cévy tím je krevní oběh narušen a dýchání ztíženo. Ve III. trimestru dochází v poloze na zádech i k stlačení velké duté žily. Mezi těhotnými ženami je v některých zemích oblíbený velký tvarovaný polštář pod názvem „body pillow“. Jedná se o měkký polštář s náplní jemných mikrokuliček. Existuje celá řada těchto polštářů, všechny mají za úkol poskytnout maximální oporu celému tělu (Pařízek, 2009; Weiss & Pietrantonio, 2009).

4 ŠKODLIVÉ FAKTORY V TĚHOTENSTVÍ

Mnoho vlivů ze zevního prostředí může v období těhotenství poškodit nebo dokonce způsobit smrt zárodku v děloze. Proto by ženy měly být obezřetné s těmi nejběžnějšími rizikovými faktory a především během gravidity se jim vyhýbat (Gregora & Velemínský, 2013).

Kofein je látka se stimulačními účinky, zvyšuje krevní tlak a srdeční frekvenci, má také i diuretické účinky. Kofein má schopnost prostupovat placentární bariérou, proto je doporučován jeho kontrolovaný příjem. Světové zdravotnické organizace (WHO) doporučují omezit příjem kofeinu v období těhotenství na 300 mg denně. Jiné organizace jako např. Americká společnost odborníků a gynekologů dokonce doporučují nižší hodnoty příjmu kofeinu a to na 200 mg/den. Největším zdrojem kofeinu je káva, čaj, kolové a energetické nápoje, čokoláda nebo kakao. Kofein má a plod podobné účinky jako na gravidní ženu. Za normálních okolností u netěhotných žen kofein opouští tělo asi po třech až pěti hodinách po požití, ale u těhotných žen se doba odbourávání kofeinu prodlužuje až na 18 hodin. Studií a vliv kofeinu u těhotných žen bylo provedeno mnoho a žádná z nich nepotvrdila teratogenní účinky. Při konzumaci kofeinu v těhotenství nad 300 mg denně může ovšem dojít k předčasnému porodu nebo potratu a k růstové retardaci plodu (IUGR). Další negativní vlastností kofeinu je zvyšování hladiny vápníku v moči a plod tím může být ochuzen o přísun vápníku. Nadměrné a dlouhodobé užívání kofeinu snižuje vstřebávání železa, což způsobuje chudokrevnost matky i plodu (Martincová a kol., 2012; Pokorná a kol., 2008; Végh, 2013).

Alkohol je v Evropě i České republice nejrozšířenější společensky tolerovanou návykovou látkou a je součástí našeho sociálního života. Působení alkoholu na plod v průběhu těhotenství má prokázané teratogenní účinky, především pije-li žena v 3. – 6. týdnu těhotenství. V tomto období se vyvíjí mozek. Teratogenní účinek je v současné době bagatelizován a občasné pití alkoholu v těhotenství tolerováno. Jelikož se zatím nepodařilo určit přesné množství alkoholu, které je pro vývoj plodu nebezpečné nedoporučuje se konzumovat alkohol v průběhu těhotenství. Rizika jsou příliš vysoká, jelikož užívání alkoholu během těhotenství je příčinou vzniku fetálního alkoholového syndromu (FAS), dále chronická konzumace alkoholu zvyšuje riziko samovolného potratu, předčasného

odloučení placenty, poruch výživy plodu (Pařízek, 2009; Schmidtová, 2011). K typickým projevům fetálního alkoholového syndromu patří:

- růstová retardace
- kraniofaciální dysmorfie
- poškození CNS
- vrozené vady srdce
- přidružené abnormality a další (Šípek a kol., 2013).

Postižení novorozenci fetálním alkoholovým syndromem (příloha B) mají typické rysy v obličejí (užší oční štěrbiny, anomálie střední osy, vymizení nazolabiální rýhy), v mozku je nejvíce poškozena levá hemisféra a mozeček. Ve vývoji se dále objevuje mentální retardace, sociální a emoční poruchy i poruchy motoriky se špatnou prognózou (Hrubá, 2014).

Nikotin je rostlinný alkaloid obsažený v tabáku, silně toxický. Váže se na nikotinové receptory v periferním, vegetativním, nervovém systému a dráždí je. Tím vyvolává mimo jiné zvýšenou aktivitu trávicího traktu, zvýšenou produkci potu, může vyvolávat křeče a vyšší dávky vedou až k ochrnutí centrální nervové soustavy. Nikotin je již několik let prokázanou látkou negativně ovlivňující zdraví a přesto je nadále nedílnou součástí života naší společnosti. Při kouření stoupá množství oxidu uhelnatého v krvi a tím se zvyšuje potřeba kyslíku, což může být v období těhotenství nepříznivé pro vývoj plodu. Nikotin stejně jako alkohol prochází placentou, kde se zvyšuje jeho koncentrace a ta je pak v plodu o 15% vyšší než v krvi matky. Cigaretový kouř obsahuje spousty dalších toxických látek, ke kterým patří mimo jiné kadmium, nikotin, oxid uhelnatý. Kadmium má karcinogenní potenciál a působí toxicky na placentární buňky. Nikotin způsobuje zúžení cév v placentě, tím dochází k omezení výživy plodu. Soubor těchto chemických látek vede ke zpomalení tělesného vývoje plodu a snížení porodní hmotnosti až o 250 g (Minařík, 2014; Příbyl, 2009). Souvislost mezi kouřením během těhotenství a nepříznivými neurobehaviorálními účinky ve vývoji dítěte v pozdějším věku popisuje mnoho epidemiologických studií. Nikotin může již ve fetální CNS aktivovat nikotinové receptory, které hrají důležitou úlohu ve vývoji mozku. Nikotinové receptory jsou v prenatálním životě plodu přítomny v mozku už během I. trimestru. Pokud žena kouří v prvních týdnech těhotenství, výrazně se zvyšuje riziko samovolného potratu. K dalším rizikům spojených

s kouřením patří zpomalení nitroděložního vývoje. Děti kuřaček jsou více ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence. Pravděpodobná příčina je zástava dechu způsobená nezralostí dýchacího centra mozku novorozence. K velkému nebezpečí pro plod těhotné ženy se přičítá i pasivní kouření, proto je lépe se vyhýbat i zakouřeným prostorám (Gregora & Velemínský, 2013; Pařízek, 2009; Příbyl, 2009). Za prokázané dle teorie „Fetal Origin of Adult Diseases“ se pokládá zvýšené riziko metabolického syndromu a kardiovaskulárních onemocnění, prenatální expozice cigaretovému kouři v dětském i dospělém věku (Hrubá, 2014).

Jiné návykové látky, pro které je užíván společný termín droga. Drogou jsou míněny návykové látky, které jsou schopny navodit těžce zvládnutelnou potřebu nutkavého opakovaného užívání. Společným znakem všech návykových látek je ovlivnění centrální nervové soustavy a její funkce. V těhotenství je drogová závislost velmi závažným problémem, jejich užíváním dochází ke komplikacím ovlivňujícím celý průběh těhotenství a vývoj plodu. Do skupiny návykových látek se řadí skupina ilegálních, tlumivých drog a léků. Dají se rozdělit do čtyř základních skupin – opioidy, psychostimulační látky, halucinogeny, kanabionoidy. Do skupiny návykových látek se řadí nejen psychofarmaka, léky na spaní (především benzodiazepiny) i léky tišící bolest. Návykové léky mají sice odlišné chemické složení, ale všechny prochází placentou a dostávají se k plodu (Preece, P. & Riley, E. 2011; Velemínský & Žižková, 2008). V důsledku užívání návykových látek v těhotenství dochází k enzymatickým změnám, ovlivnění placentárního metabolismu, transportu kyslíku a živin placentou. Dopad užívání návykových látek závisí především na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání nebo závislost (Vavřínková & Binder, 2006). Užívání návykových látek je spojeno s rizikem předčasného porodu, poruchami placenty, často se rodí děti s nízkou porodní hmotností a u některých novorozenců se objevuje abstinční syndrom. Společně s užíváním drog se vyskytují další rizikové faktory, jako jsou infekční onemocnění matky (žloutenka typu B,C; syfilis; HIV), které opět negativně ovlivňují vyvíjející se plod (Gregora & Velemínský, 2013).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VOLBA PROBLÉMU

Při výběru tématu mé bakalářské práce mě zaujalo téma „Životospráva v období těhotenství“. Tuto problematiku jsem si vybrala, protože těhotenství a životospráva patří bezesporu stále mezi aktuální a diskutované téma. Těhotenství je období, které klade specifické nároky na životosprávu ženy. Je prokázáno, že vážné chyby v průběhu těhotenství se mohou projevit jako jedna z možných příčin těhotenských a poporodních patofyziologických změn organismu matky nebo dítěte. V současnosti je sice péče o těhotnou ženu v České republice na vysoké úrovni, ovšem záleží především na životosprávě samotné ženy, jak ovlivní průběh svého těhotenství. Svým přístupem k dodržování zásad správné životosprávy těhotná žena může výrazným způsobem ovlivnit zdravý vývoj plodu i svou celkovou pohodu. V tomto období je nutné zvážit dosavadní přístup k životosprávě a odstranit nebo omezit nezdravé návyky. Ve výzkumu jsem se zaměřila na to, zda ženy svou životosprávu v období těhotenství změnily. Dále mě zajímalo, jestli se ženy cíleně vyhýbaly během těhotenství škodlivým faktorům, jako je kouření, alkohol a jiným návykovým látkám. Přestože odborníci varují před aktivním i pasivním kouřením, nadměrnou konzumací alkoholu, najdou se těhotné ženy, které se škodlivým faktorům nedokážou nebo nechťejí vyhnout. Podceňováním úpravy životosprávy komplikují průběh těhotenství a ohrožují život plodu.

Považuji za důležité nebagatelizovat význam dodržování správné životosprávy v období těhotenství. Těhotná žena by měla získat co nejvíce informací o tom, jak se během těhotenství udržet v dobré fyzické i psychické kondici. K tomu patří nezavrhat pohyb, cestování, sex a další činnosti, které hrají v našem životě velkou roli.

6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro zpracování výzkumného šetření jsem zvolila jeden hlavní cíl a čtyři dílčí cíle.

Hlavní cíl:

Zjistit, zda ženy v období těhotenství změny svou životosprávu.

Očekávaný výsledek: Předpokládám, že 75 % žen o období těhotenství svou životosprávu změny.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jakou oblast životosprávy ženy v období těhotenství nejčastěji změny.

Očekávaný výsledek: Domnívám se, že ženy v období těhotenství nejčastěji změny životosprávu v oblasti výživy.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda se ženy během těhotenství cíleně vyhýbaly škodlivým faktorům, jako je kouření, alkohol a jiné návykové látky.

Očekávaný výsledek: Předpokládám, že více jak 50 % žen během těhotenství se bude cíleně vyhýbat škodlivým faktorům, jako je kouření, alkohol a jiné návykové látky.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, co bylo největší motivací ke změně životosprávy v období těhotenství.

Očekávaný výsledek: Předpokládám, že největší motivací ke změně životosprávy v období těhotenství bude zdraví plodu.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, odkud ženy čerpaly informace o životosprávě v období těhotenství.

Očekávaný výsledek: Domnívám se, že ženy budou čerpat informace o životosprávě v období těhotenství více jak z 50 % z tisku (knih, časopisů, letáků).

7 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření je v obecném významu soubor koordinovaných, systematických činností, které mohou přinést nové poznatky. Poznání vede k dosažení stanovených otázek a cílů. Podle zvoleného výzkumného problému použijeme vhodnou výzkumnou metodu. Rozhodneme se mezi vědeckou výzkumnou metodou kvalitativní, kvantitativní nebo můžeme využít kombinaci obou. Základem kvantitativního výzkumu je práce s velkým souborem respondentů a metodou sběru dat, které jsou číselně zpracovány ve formě tabulek a diagramů. Takový výzkum používá ke sběru dat několik technik např. dotazník, pozorování, standardizované rozhovory, analýzy dat. Použitá technika musí zajistit přesnost, objektivnost, spolehlivost výzkumu a musí být spojena s cílem výzkumu. K nejpoužívanější technice pro kvantitativní výzkum patří dotazník (Kutnohorská, 2009).

Pro výzkumné šetření jsem zvolila formu kvantitativního výzkumu. Její hlavní výhodou je zajištění anonymity a možnosti oslovení většího počtu respondentů v krátkém čase. Výzkum byl realizován pomocí nestandardizovaného dotazníku (příloha C). Dotazník byl vypracován na základě prostudované odborné literatury. Vstupní část dotazníku obsahovala průvodní informace, kde jsem se respondentům představila a seznámila je s účelem dotazníku. Otázky jsem se snažila formulovat jednoduše a srozumitelně, aby odpovědi nezabraly moc času. Dotazník byl dobrovolný, anonymní a obsahoval celkem 18 otázek. Z toho prvních pět jsou otázky sociodemografické, které charakterizují výzkumný vzorek. Další zbývající otázky jsou zjišťovací, vztahující se k tématu životosprávy v období těhotenství. Dotazník celkově obsahoval následující tři typy otázek: 8 otázek uzavřených (otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 10, 17, 18), 5 otázek polouzavřených (otázka č. 7, 8, 12, 15, 16) a 5 otázek filtračních (otázka č. 6, 9, 11, 13, 14).

Dotazníkové šetření mělo probíhat od 1. 9. 2014 do 17. 10. 2014 ovšem jeho realizaci se mi podařilo ukončit mnohem dříve. Všechny připravené dotazníky pro sběr dat byly vyplněné už koncem září 2014.

8 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Po schválení čtyř podaných žádostí pro možnost realizovat výzkumné šetření, jsem na každé pracoviště doručila po 30 kusech tištěných dotazníků. Na základě schválených žádostí jsem provedla výzkumné šetření. Výzkum byl zrealizován v gynekologicko-porodnické ambulanci v Zásmukách na kolínsku, dále v gynekologické-porodnické ambulanci v Kolíně, na gynekologickém oddělení v Oblastní nemocnici Příbram a. s. a na gynekologicko-porodnickém oddělení ve Fakultní nemocnici Motol. V ambulancích jsem dotazníky distribuovala prostřednictvím ambulantních sester, které byly instruovány ohledně informací, které mají respondentkám předat. Každý týden jsem si po předchozí domluvě vyplněné dotazníky vyzvedla. V nemocničních zařízeních jsem dotazníky respondentkám rozdávala osobně v předem stanovenou dobu. Výzkum probíhal od 1. 9. 2014 do 17. 10. 2014

Celkově ze všech 120 distribuovaných dotazníků, se mi vrátilo všech 120 formulářů (100%), z toho bylo řádně vyplněno 117 formulářů. Zbylé 3 dotazníky pro neúplné vyplnění byly vyřazeny z celkového hodnocení. Procentuální zhodnocení je počítáno ze základu tvořeného 117 platnými dotazníky, které odpovídají 100 %. Platných 117 dotazníků bylo vyhodnoceno pomocí počítačového programu Microsoft Excel a výsledné hodnoty dány do tabulek a grafů, doplněny příslušným komentářem. Výsledky výzkumného šetření jsou uvedeny v reálných číslech a procentech. Vyjádření v procentech je zaokrouhлено na dvě desetinná místa, takže jejich součet nemusí vždy odpovídat 100%. Pro větší přehlednost přikládám níže zobrazenou tabulku.

Tabulka č. 1 – Dotazníky distribuované, vrácené, vyřazené a použité

Dotazníky	počet dotazníků	%
Distribuované	120	
Vrácené	120	100,00 %
Vyřazené	3	2,50 %
Použité	117	97,50 %

9 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Charakteristiku výzkumného vzorku určuje prvních pět otázek v předloženém dotazníku. Cílovou skupinou mého výzkumného šetření byly těhotné ženy bez rozdílu věku, vzdělání, současného rodinného stavu, parity předchozích těhotenství a plánovanosti těhotenství. Výběr respondentek byl zcela náhodný. Celkem bylo distribuováno 120 dotazníků a návratnost byla vysoká 100 %. Takto vysoké procento návratnosti dotazníků přikládám zaručením anonymity respondentek. Nemalou roli hrála i skutečnost, že jsem 50 % dotazníků osobně předávala dotazovaným ženám a osobně týž den vybrala. Zřejmě k tomu přispěla i distribuce dotazníků sestrami na ambulancích, kdy se tím respondentkám zkrátil čas při čekání na vyšetření.

Podrobná charakteristika výzkumného vzorku je zobrazena v následujících tabulkách a grafech.

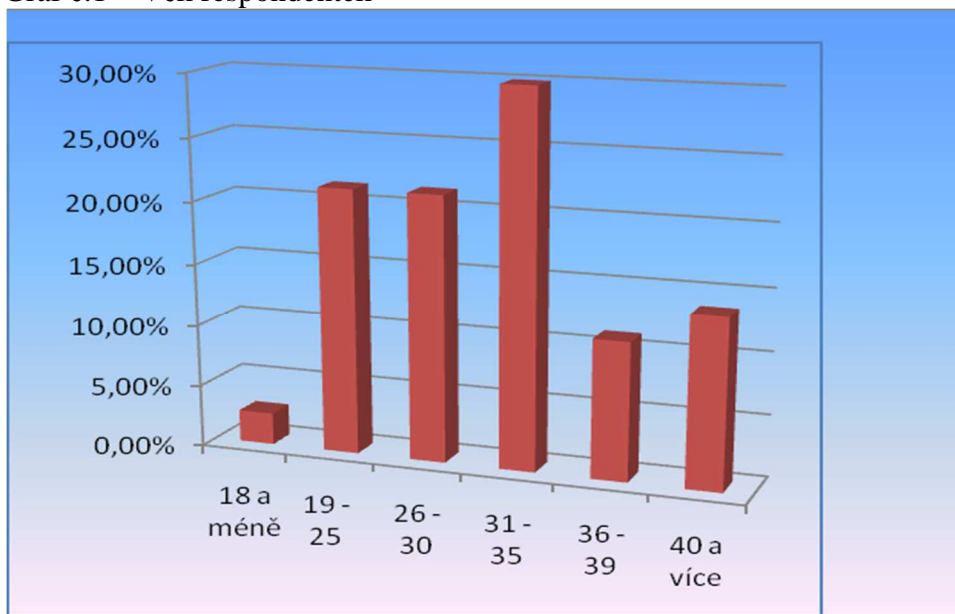
Vyhodnocení položky č.1

Otázka č. 1: **Kolik je Vám let?** a) 18 let a méně, b) 19-25 let, c) 26-30 let, d) 31-35 let, e) 36-39 let, f) 40 let a více

Tabulka č.2 – Věk respondentek

	Celkem	Věk respondentů
18 a méně	3	2,56 %
19 - 25	25	21,37 %
26 - 30	25	21,37 %
31 - 35	35	29,91 %
36 - 39	13	11,11 %
40 a více	16	13,68 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č.1 – Věk respondentek



Výzkumného šetření se zúčastnilo 117 respondentek (100 %). Nejvíce žen ve věkové kategorii 31-35 let v počtu 35 respondentek, což je 29,91 %. Naopak nejméně početnou skupinu tvořily ženy ve věkové kategorii 18 a méně let, byly to 3 respondentky tj. 2,56 %. Shodné bylo zastoupení žen ve věku mezi 19-25let a 26-36 let, v těchto věkových kategoriích odpovídalo 25 respondentek, tj. 21,37 %. Žen ve věkové kategorii 36-39 let se zúčastnilo 13, tj. 11,11 %.

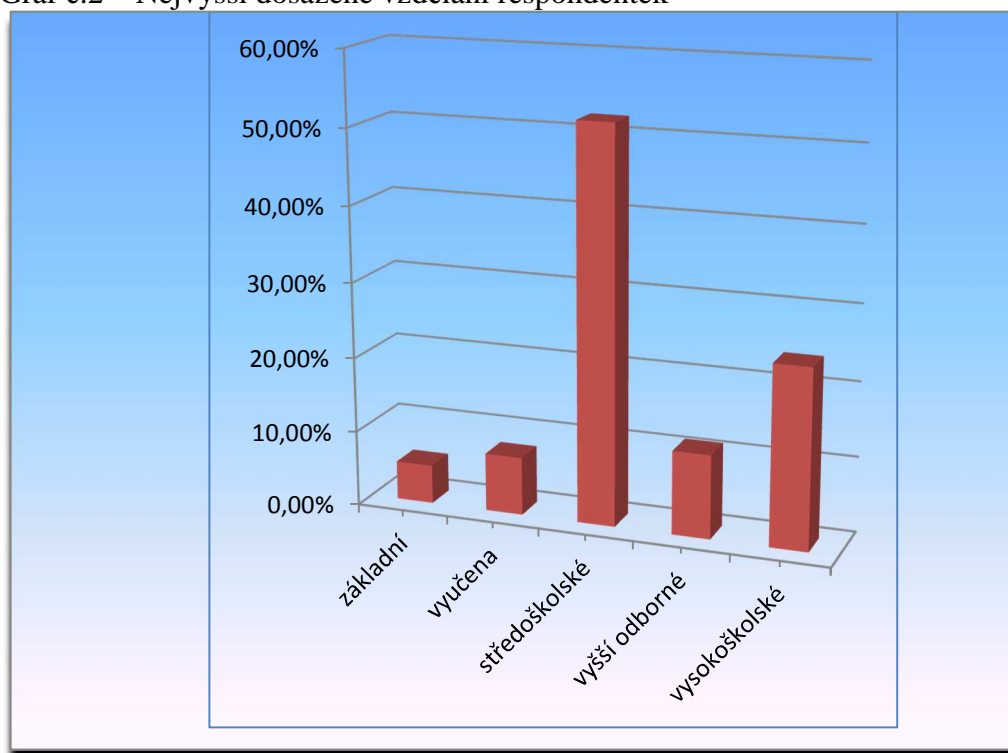
Vyhodnocení položky č. 2

Otázka č. 2: **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** a) základní, b) vyučena, c) středoškolské, d) vyšší odborné, e) vysokoškolské

Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

	Celkem	Nejvyšší dosažené vzdělání
základní	6	5,13 %
vyučena	9	7,69 %
středoškolské	61	52,14 %
vyšší odborné	13	11,11 %
vysokoškolské	28	23,93 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č.2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



Druhá otázka zjišťuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Z dosažených výsledků vyplývá, že nejpočetnější skupinou bylo 61 respondentek (52,14 %) s dosaženým středoškolským vzděláním. Dále se výzkumu zúčastnilo 28 respondentek vysokoškolsky vzdělaných, tj. 23,93 %, 13 respondentek s vyšším odborným vzděláním, tj. 11,11 % a 9 respondentek, tj. 7,69 % uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vyučena. Základní vzdělání zaškrtnulo 6 dotazovaných, tj. 5,13 % respondentek.

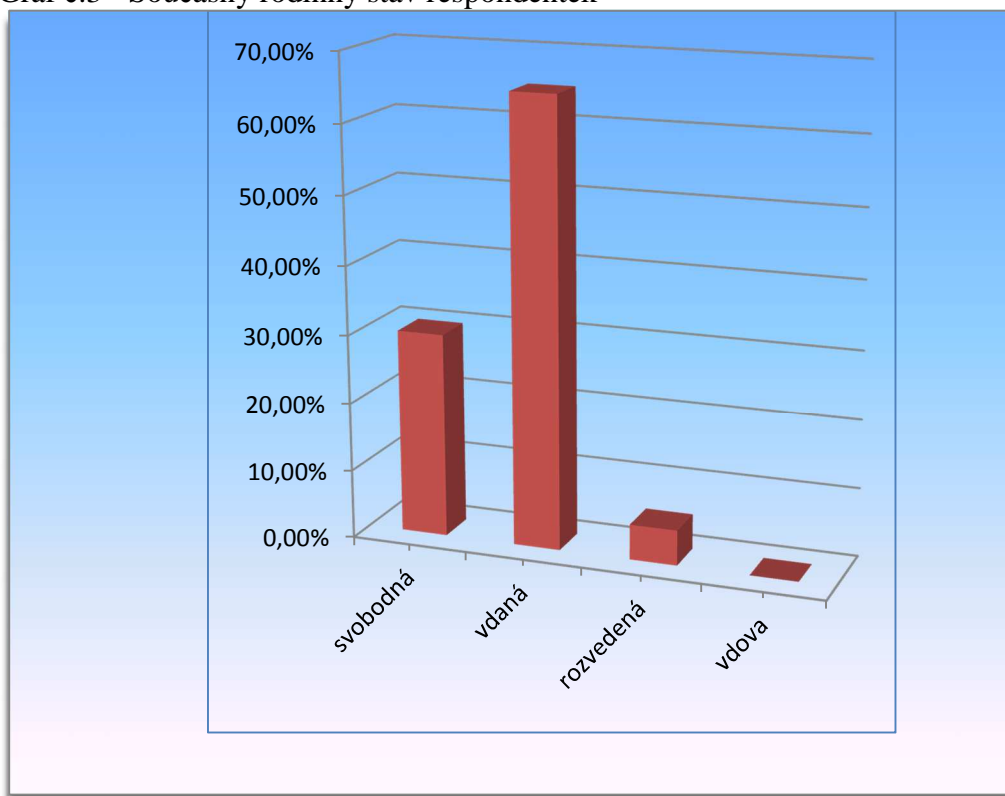
Vyhodnocení položky č. 3

Otázka č. 3: **Váš stav?** a) svobodná, b) vdaná, c) rozvedená, d) vdova

Tabulka č. 4 – Současný rodinný stav respondentek

	Celkem	Nejvyšší dosažené vzdělání
svobodná	35	29,91 %
vdaná	76	64,96 %
rozvedená	6	5,13 %
vdova	0	0,00 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č.3 - Současný rodinný stav respondentek



Největší zastoupení tvořily vdané ženy v počtu 76 (64,96 %). Svobodných žen se dotazníkového šetření zúčastnilo 35 (29,91 %). Nejméně respondentek bylo rozvedených v počtu 6 (5,13 %) a žádná vdova nebyla v dotazníku zastoupena.

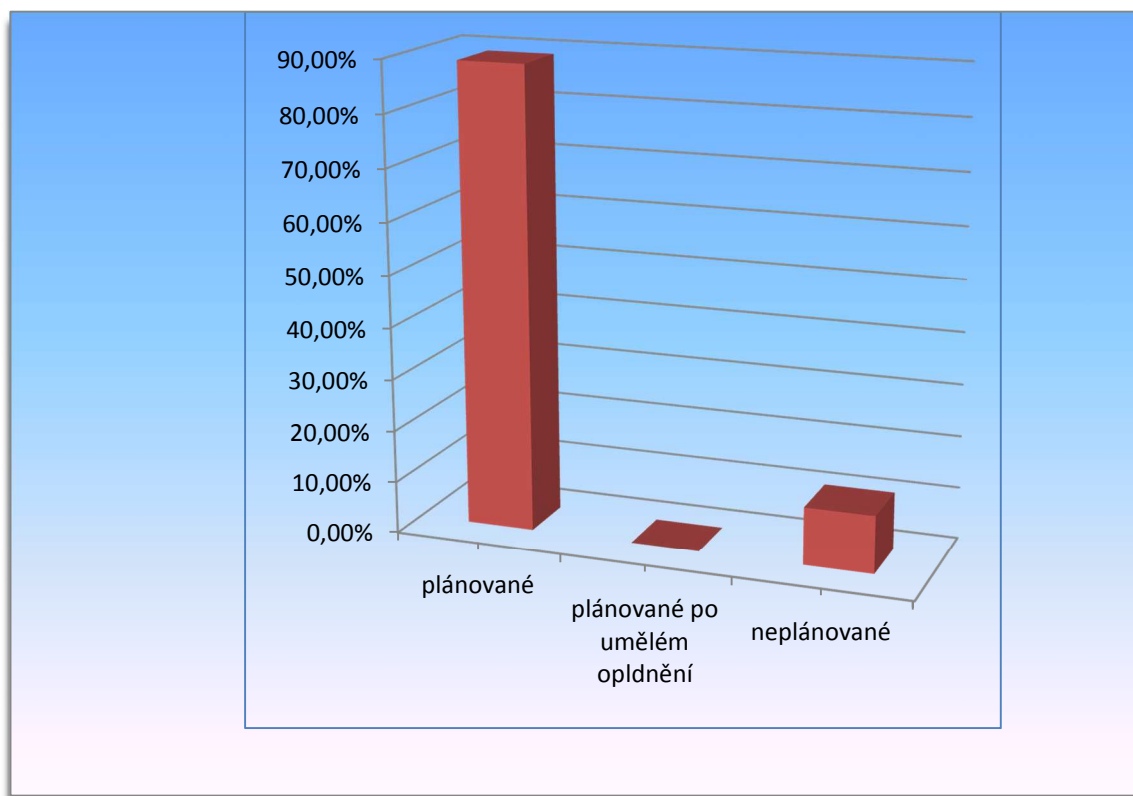
Vyhodnocení položky č. 4

Otázka č. 4: **Vaše těhotenství je?** a) plánované, b) plánované po umělém oplodnění, c) neplánované

Tabulka č. 5 – Těhotenství

	Celkem	Těhotenství
plánované	104	88,89 %
plánované po umělém oplodnění	0	0,00 %
neplánované	13	11,11 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č. 4 - Těhotenství



Ve výzkumném vzorku výrazně převládaly ženy, které měly těhotenství plánované 104 (88,89 %). Zbývajících 13 respondentek (11,11 %) zaškrtno, že jejich těhotenství je neplánované. Nikdo z dotazovaných žen v dotazníku nezaškrtnl plánované těhotenství po umělém oplodnění.

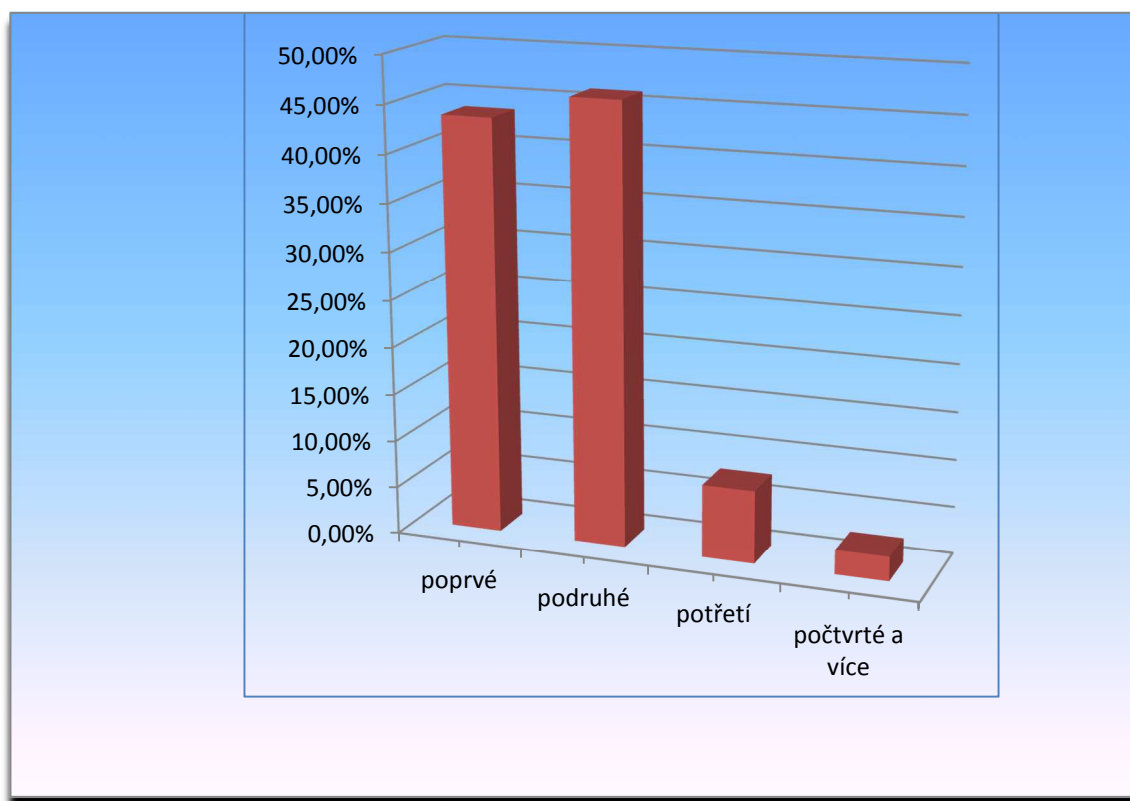
Vyhodnocení položky č. 5

Otázka č. 5: **Pokolikáté budete rodit?** a) poprvé, b) podruhé, c) potřetí, d) počtvrté a více

Tabulka č. 6 – Pořadí nynějšího porodu

	Celkem	Počet porodů
poprvé	51	43,59 %
podruhé	54	46,15 %
potřetí	9	7,69 %
počtvrté a více	3	2,56 %
Celkem	117	99,99 %

Graf č. 5 – Pořadí nynějšího porodu



V další otázce jsem zjišťovala, pokolikáté nyní respondentky mají rodit. Z celkového počtu 117 žen tvořily téměř stejně početné skupiny prvorodičky a druhorodičky. Druhorodiček se do výzkumu zařadilo celkem 54 (46,15 %). O něco málo bylo prvorodiček 51 (43,59 %). Potřetí bude rodit 9 (7,69 %) respondentek a nejmenší skupinu tvořily ženy rodící po čtvrté a více 3 (2,56 %) respondentky.

Výše uvedená data ukazují, že respondentky účastnící se výzkumu byly nejvíce ve věkové kategorii 31 – 35 let, které dosáhly středoškolského vzdělání, byly vdané a rodily po druhé, a jejich těhotenství bylo plánované. Naopak nejméně žen se zúčastnilo výzkumu ve věkové kategorii 18 a méně (3 respondentky) s dokončeným základním vzděláním rodící po čtvrté a více, toho času rozvedené s neplánovaným těhotenstvím.

10 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

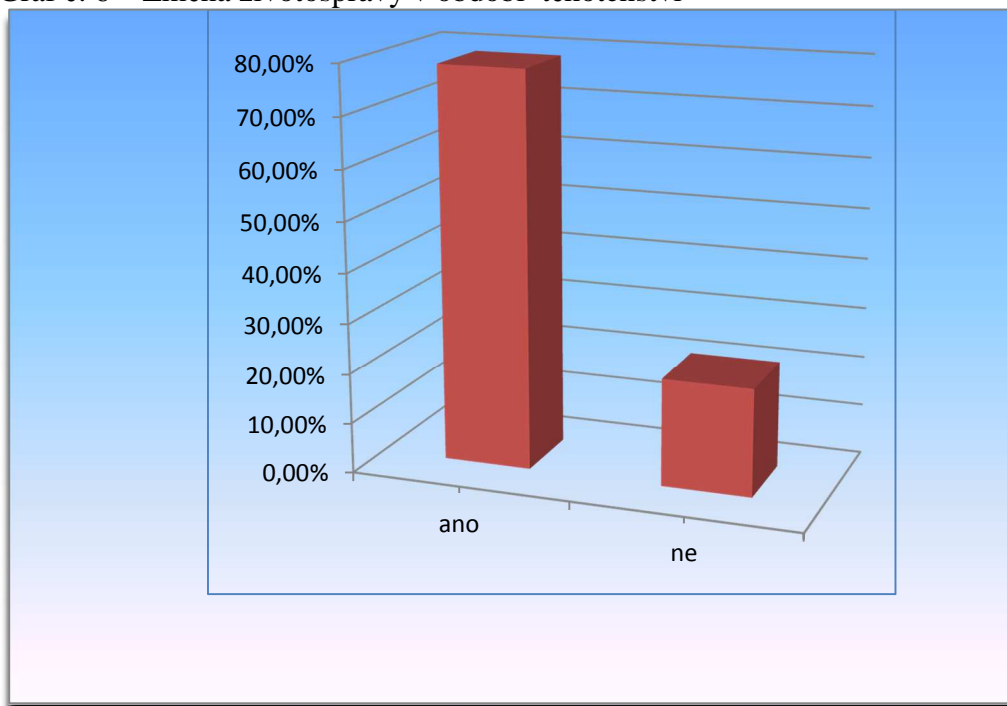
Vyhodnocení položky č. 6

Otázka č. 6: **Změnilo těhotenství nějak Vaši životosprávu?** a) ano, b) ne

Tabulka č. 7 – Změna životosprávy v období těhotenství

	Celkem	Změna životosprávy
Ano	92	78,63 %
Ne	25	21,37 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č. 6 – Změna životosprávy v období těhotenství



V první otázce zaměřené na vlastní změnu životosprávy v období těhotenství, odpovědělo 92 (78,63 %) respondentek kladně na změnu své životosprávy. Zbýlých 25 (21,37 %) respondentek odpovědělo, že svou životosprávu o období těhotenství nezměnilo

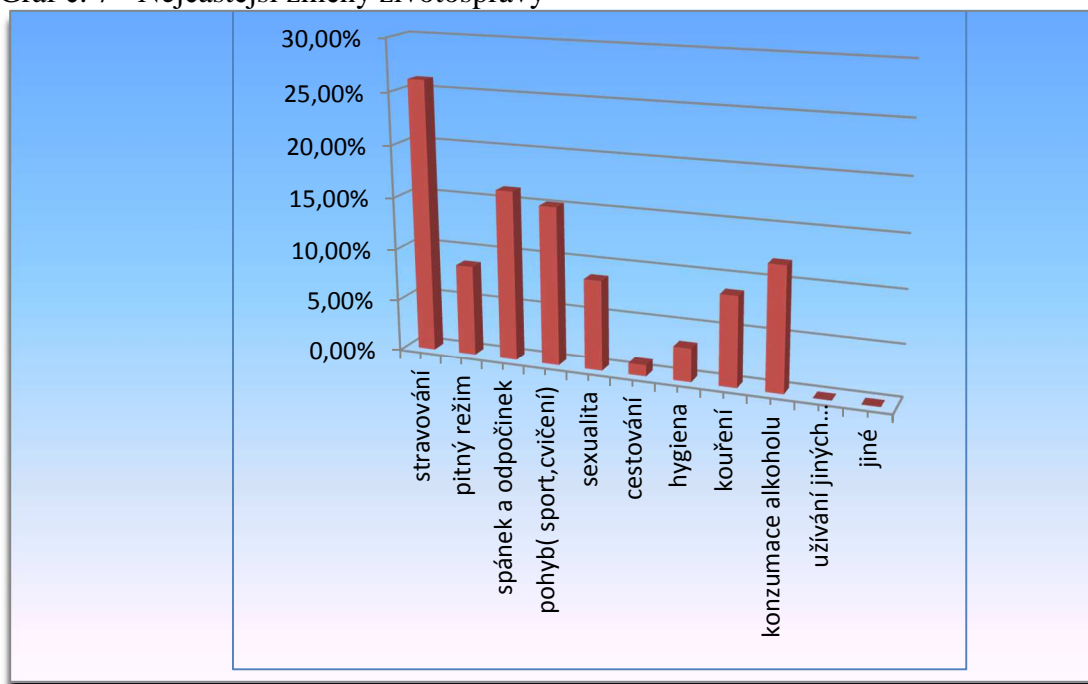
Vyhodnocení položky č. 7

Otázka č. 7: Jestliže jste odpověděla na předešlou otázku ano, v které oblasti se vaše životospráva v období těhotenství nejvíce změnila? a) stravování, b) pitný režim, c) spánek a odpočinek, d) pohyb (sport, cvičení...), e) sexualita, f) cestování, g) hygiena, h) kouření, ch) konzumace alkoholu, i) užívání jiných návykových látek, j) jiné uveďte jaké...

Tabulka č. 8 – Nejčastější změny životosprávy

	Celkem	Nejčastější změny životosprávy
stravování	24	26,09 %
pitný režim	8	8,70 %
spánek a odpočinek	15	16,29 %
pohyb (sport, cvičení)	14	15,21 %
sexualita	8	8,70 %
cestování	1	1,09 %
hygiena	3	3,26 %
kouření	8	8,70 %
konzumace alkoholu	11	11,96 %
užívání jiných návykových látek	0	0,00 %
jiné, uveďte jaké	0	0,00 %
Celkem	92	100,00 %

Graf č. 7 - Nejčastější změny životosprávy



V předchozí otázce zvolilo možnost ano 92 respondentek. Z celkového počtu 92 (100,00 %) respondentek jednoznačně změnily nejčastěji životosprávu během těhotenství v oblasti stravování 24 (26,09 %). Možnost spánku a odpočinku zaškrtnulo 15 (16,29 %) žen, těsně za ním se umístil pohyb, který změnilo 14 (15,21 %) respondentek. Další variantou změněnou oblastí životosprávy byla konzumace alkoholu, tuto možnost označilo 11 (11,96 %) respondentek. Změnu v oblasti pitného režimu provedlo 8 (8,70 %) dotazovaných taktéž i v oblasti sexuality 8 (8,70 %) dotazovaných. Stejný počet dotazovaných uvedl změnu v oblasti kouření 8 (8,70 %). K nejméně častým změnám životosprávy v období těhotenství uvedly respondentky hygienu 3 (3,26 %), cestování 1 (1,09 %) dotazovaná a možnost užívání jiných návykových látek ne zvolila žádná dotazovaná. Možnost odpovědi jiné neoznačila taktéž žádná z dotazovaných respondentek.

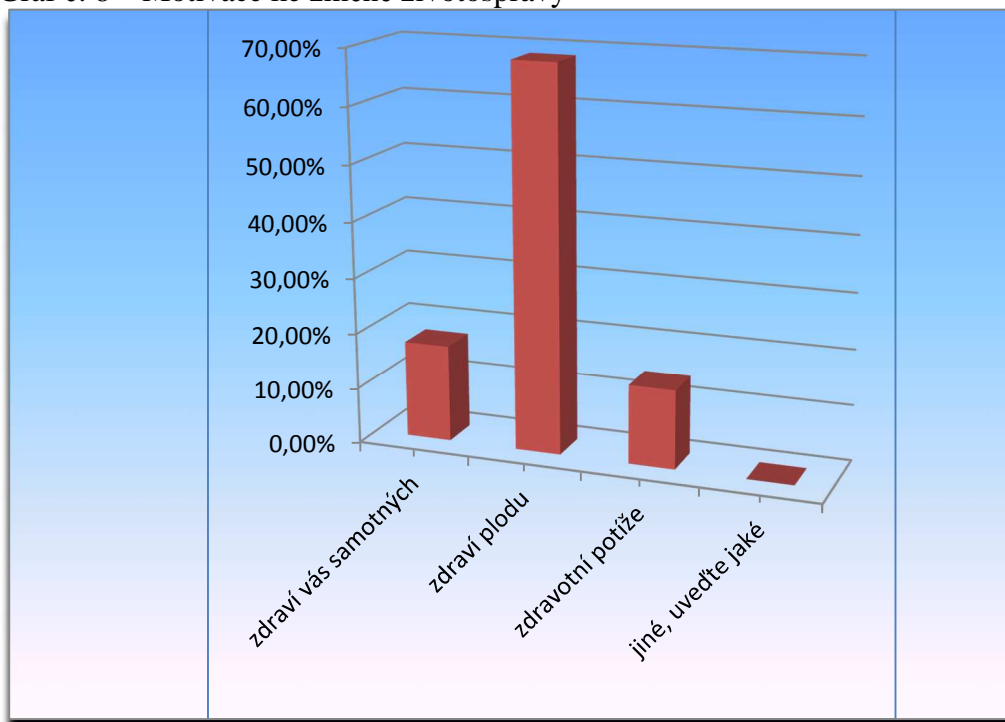
Vyhodnocení položky č. 8

Otázka č. 8: **Co bylo největší motivací k této změně?** a) zdraví vás samotných, b) zdraví plodu, c) zdravotní potíže, d) jiné uveďte jaké

Tabulka č. 9 - Motivace ke změně životosprávy

	Celkem	Motivace ke změně
zdraví vás samotných	16	17,39 %
zdraví plodu	63	68,48 %
zdravotní potíže	13	14,13 %
jiné, uveďte jaké	0	0,00 %
Celkem	92	100,00 %

Graf č. 8 – Motivace ke změně životosprávy



Z celkového počtu respondentek, které v předchozí otázce odpověděly, že životosprávu v období těhotenství změnily. Navazuje otázka, co bylo největší motivací k této změně. Z celkového počtu respondentek 92 (100 %), převážná většina 63 (68,48 %) žen uvedlo jako motivaci zdraví plodu. Zdraví samotných žen zaškrtnulo 16 (17,39 %) respondentek. Možnost, která uváděla zdravotní potíže, uvedlo 13 (14,13 %) žen a odpověď jiné ne zvolila žádná žena.

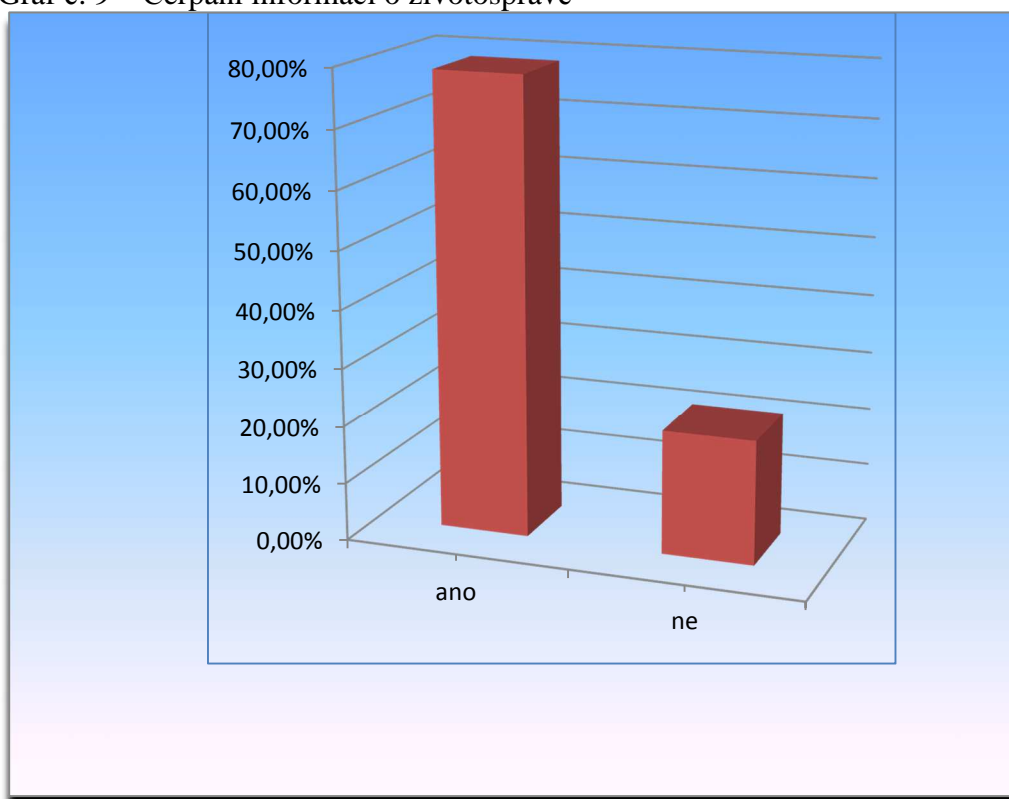
Vyhodnocení položky č. 9

Otázka č. 9: Čerpala jste informace o životosprávě před a během těhotenství? a) ano, b) ne

Tabulka č. 10 – Čerpání informací o životosprávě

	Celkem	Čerpání informací
ano	92	78,63 %
ne	25	21,37 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č. 9 – Čerpání informací o životosprávě



Početnější skupinu tvořily ženy 92 (78,63 %), které se zajímaly a čerpaly informace o životosprávě před a během těhotenství. Zbylé ženy 25 (21,37 %) se o informace o životosprávě nezajímaly.

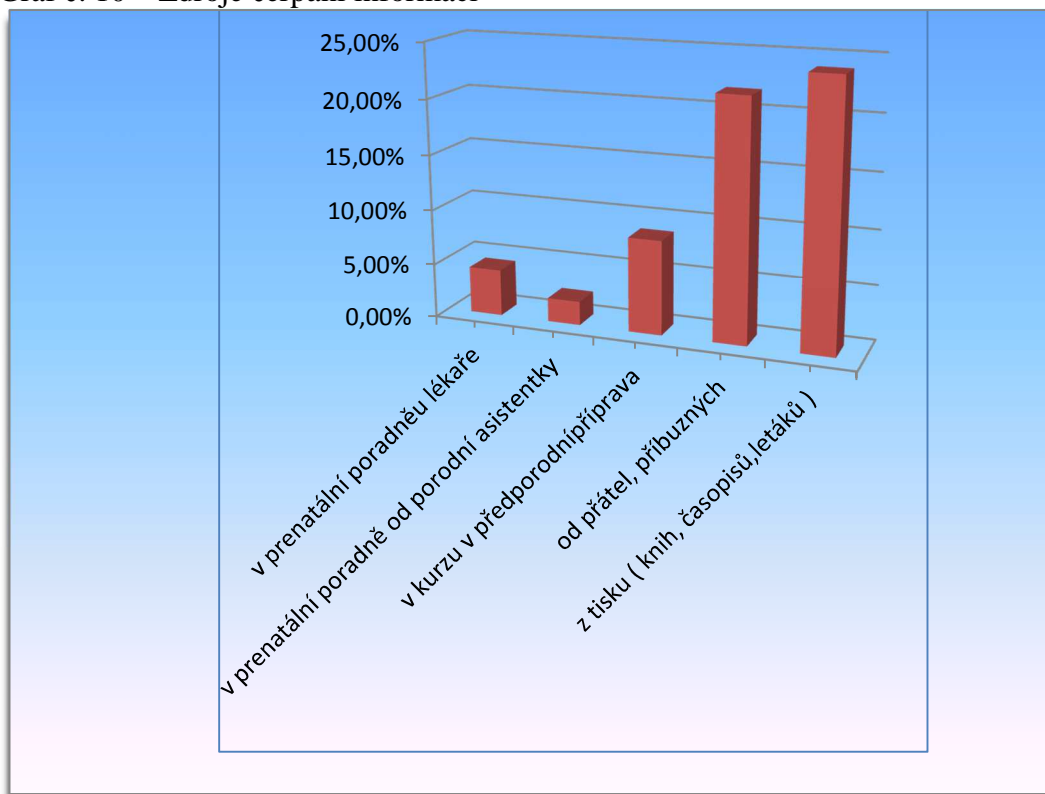
Vyhodnocení položky č. 10

Otázka č. 10: **Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, odkud jste informace čerpala?** a) v prenatální poradně od lékaře, b) v prenatální poradně od porodní asistentky, c) v kurzu předporodní přípravy, d) od přátel, příbuzných, e) z tisku (knih, časopisů, letáků), f) z medií (internetu, tv)

Tabulka č. 11 – Zdroje čerpání informací

	Celkem	Zdroje informací
v prenatální poradně u lékaře	4	4,35 %
v prenatální poradně od porodní asistentky	2	2,17 %
v kurzu předporodní přípravy	8	8,70 %
od přátel, příbuzných	20	21,74 %
z tisku (knih, časopisů, letáků)	22	23,91 %
z medií (internet, TV)	36	39,13 %
Celkem	92	100,00 %

Graf č. 10 – Zdroje čerpání informací



Z výsledků vyplývá, že z celkového počtu respondentek 92 (100 %), které na předchozí otázku odpověděly ano, informace o životosprávě před a během těhotenství nejvíce čerpají z medií 36 (39,13 %) respondentek. Mezi druhý nejčastější zdroj informací se stal pro 22 dotazovaných (23,91 %). Těsně za ním se umístil jako zdroj informací pro dotazované přátele a příbuzní 20 (21,74 %). Teprve na čtvrtém místě skončily čerpané informace z kurzu předporodní přípravy, zaškrtnuté 8 (8,70 %) ženami. Informace čerpané v prenatální poradně od lékaře, označily pouze 4 (4,35 %) ženy. Tato skutečnost mě celkem překvapila, myslela jsem si, že respondentky raději získají informace v prenatálních poradnách. Nejmenší počet dotazovaných žen 2 (2,17 %) čerpaly informace v prenatální poradně od porodní asistentky.

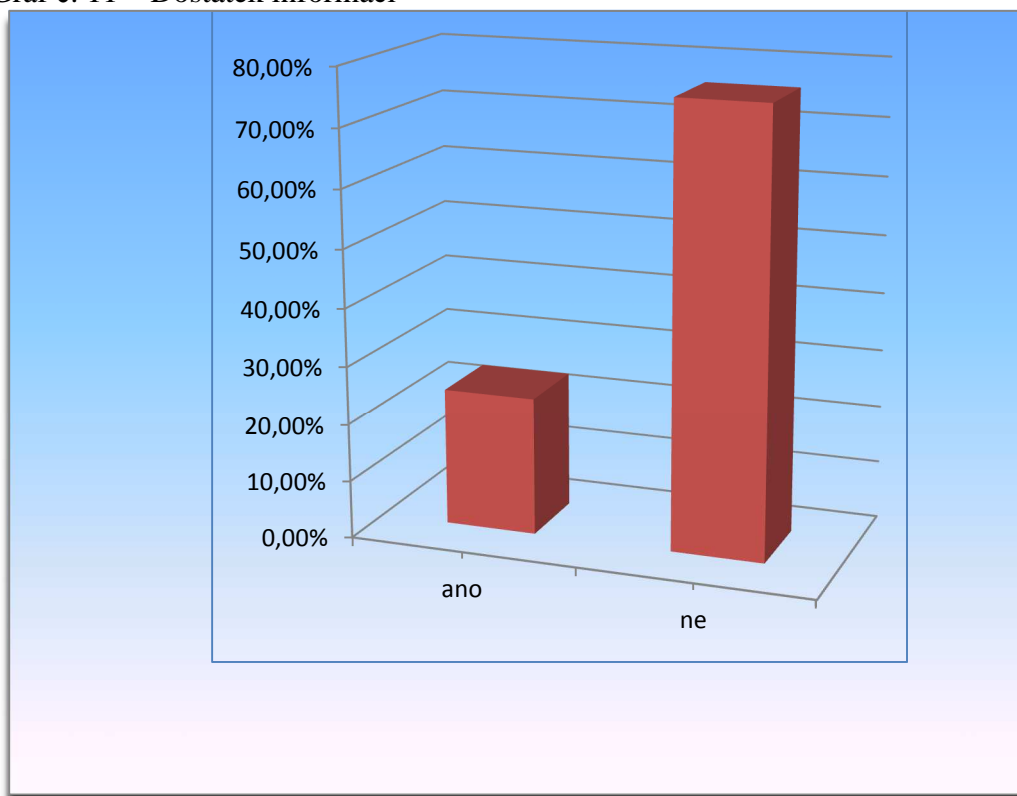
Vyhodnocení položky č. 11

Otázka č. 11 : **Scházely Vám nějaké informace o životosprávě během těhotenství?** a) ano, b) ne

Tabulka č. 12 – Dostatek informací

	Celkem	Dostatek informací
ano	28	23,93 %
ne	89	76,07 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č. 11 – Dostatek informací



Z tabulky a grafu vyplývá, že většině respondentek 89 (76,07 %) žádné informace o životosprávě během těhotenství nescházely. 28 (23,93 %) respondentek zaškrtnulo možnost a) „ano“, tedy jim scházely nějaké informace.

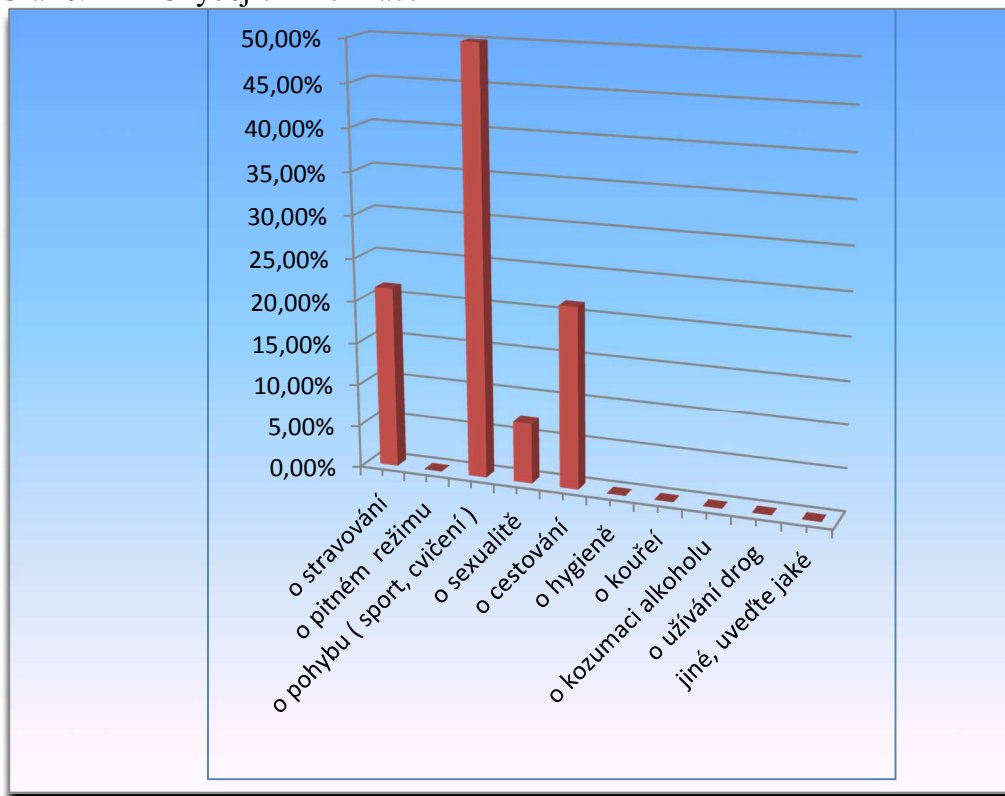
Vyhodnocení položky č. 12

Otázka č. 12 : **Jestliže jste na předchozí otázku odpověděly ano, které informace Vám scházely?** a) o stravování, b) o pitném režimu, c) o pohybu (sport, cvičení), d) o sexualitě, e) o cestování, f) o hygieně, g) o kouření, h) o konzumaci alkoholu, ch) o užívání drog, i) jiné, uveďte jaké

Tabulka č. 13 – Chybějící informace

	Celkem	Chybějící informace
o stravování	6	21,43 %
o pitném režimu	0	0,00 %
o pohybu (sport, cvičení)	14	50,00 %
o sexualitě	2	7,14 %
o cestování	6	21,43 %
o hygieně	0	0,00 %
o kouření	0	0,00 %
o konzumaci alkoholu	0	0,00 %
o užívání drog	0	0,00 %
jiné, uveďte jaké	0	0,00 %
Celkem	28	100,00 %

Graf č. 12 – Chybějící informace



Na otázku číslo 12, která zjišťuje, které informace respondentkám o životosprávě chyběly. Z celkového počtu 28 (100 %) dotazovaných nejčastěji zaškrtno 14 (50,00 %) respondentek chybějící informace o pohybu. Nedostatek informací o stravování scházelo 6 (21,43 %) respondentkám tak i stejnému počtu respondentek 6 (21,43 %) scházely informace o cestování v těhotenství. 2 (7,14 %) respondentky postrádaly informace o sexualitě. Žádné jiné chybějící informace o životosprávě v období těhotenství dotazovaným ženám nescházely.

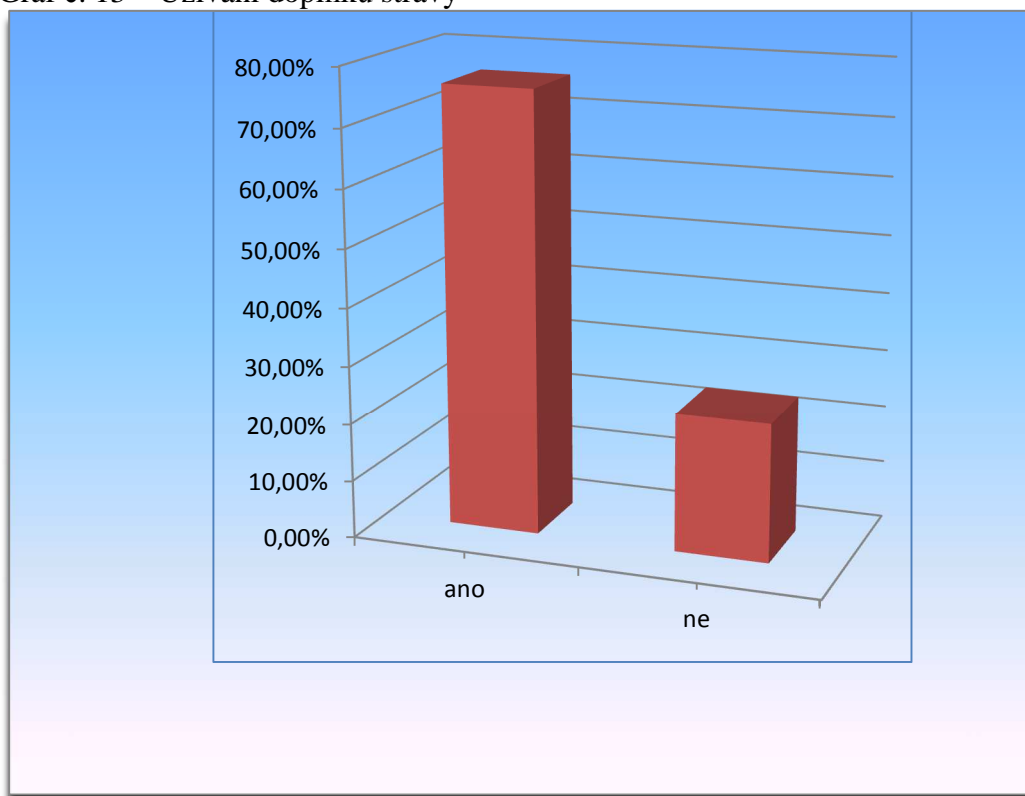
Vyhodnocení položky č. 13

Otázka č. 13: **Užívala jste během těhotenství nějaké doplňky stravy, např. kyselina listová, vitamín C ?** a) ano, b) ne

Tabulka č. 14 – Užívání doplňků stravy

	Celkem	Užívání doplňků stravy
ano	89	76,07 %
ne	28	23,93 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č. 13 – Užívání doplňků stravy



Na otázku číslo 13, která zjišťuje, zda respondentky užívaly během těhotenství doplňky stravy, kladně odpověděla převážná část 89 (76,07 %) dotazovaných a 28 (23,93 %) respondentek označilo možnost ne.

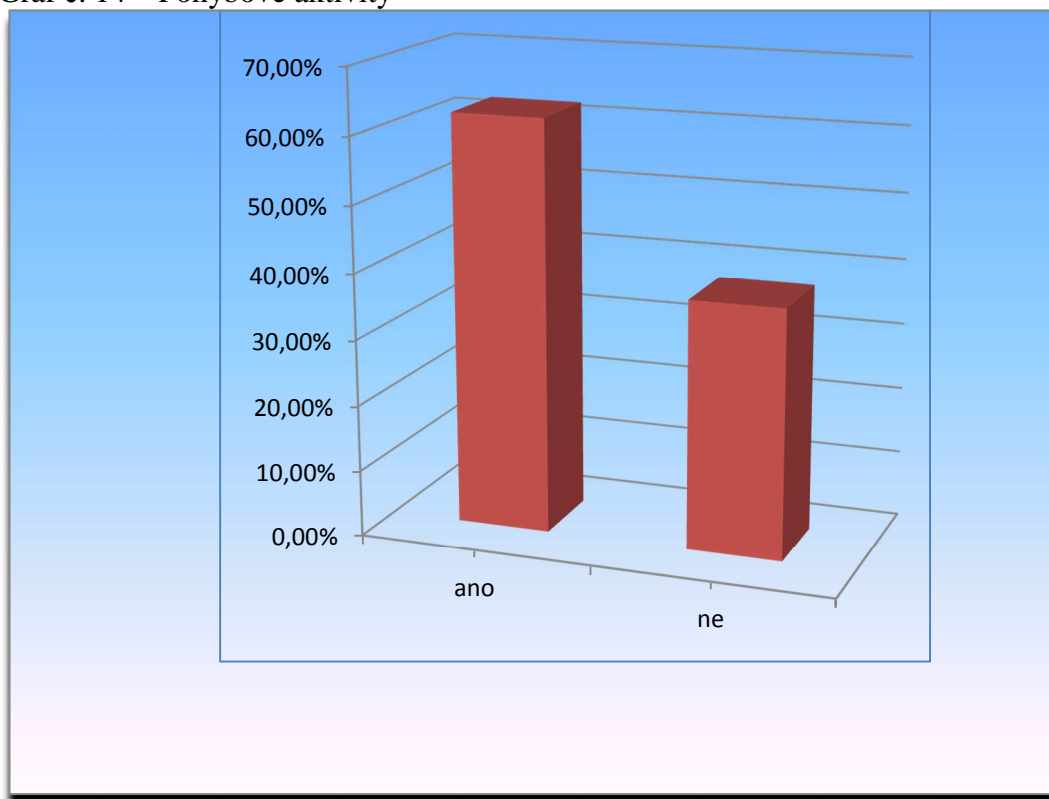
Vyhodnocení položky č. 14

Otázka č. 14 : **Provozovala jste během těhotenství pohybové aktivity?** a) ano, b) ne

Tabulka č. 15 – Pohybové aktivity

	Celkem	Pohybové aktivity
ano	73	62,39 %
ne	44	37,61 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č. 14 – Pohybové aktivity



Z výše uvedených dat vyplývá, že z celkového počtu 117 respondentek, se 73 (62,39 %) respondentek věnovalo nějaké pohybové aktivitě. Zbýlých 44 (37,61 %) respondentek v těhotenství žádnou pohybovou aktivitu neprovozovala.

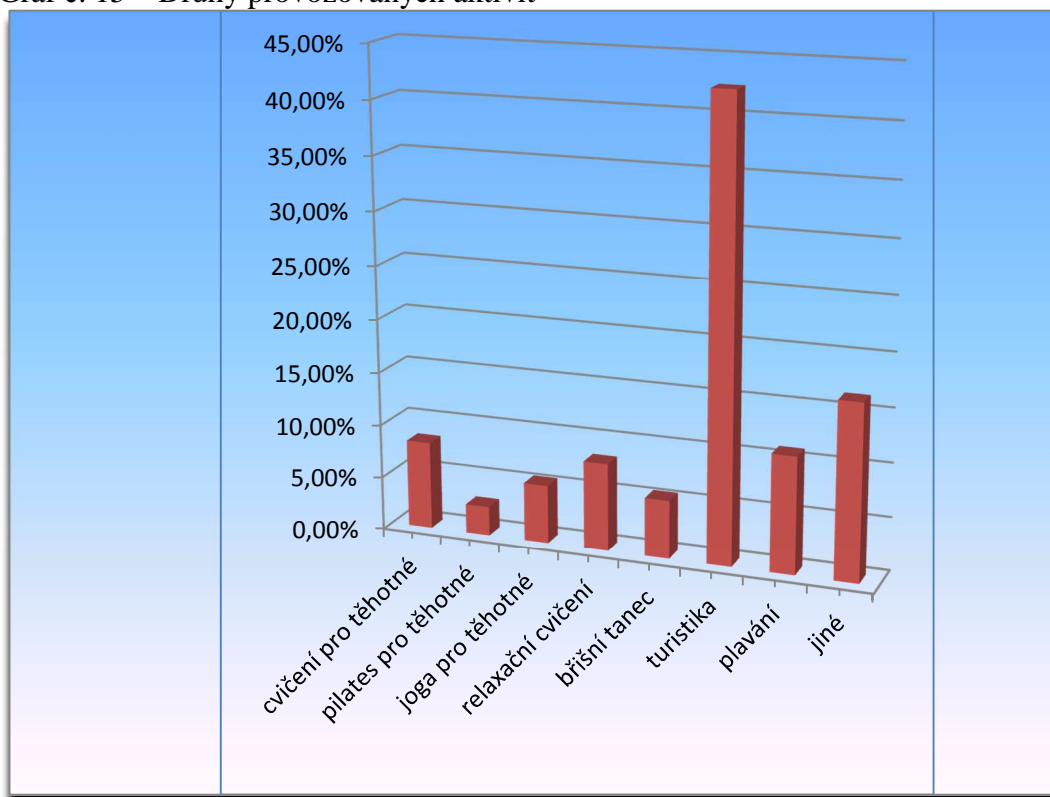
Vyhodnocení položky č. 15

Otázka č. 15 : **Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, které pohybové aktivity jste provozovala?** a) cvičení pro těhotné, b) pilates pro těhotné, c) jóga pro těhotné, d) relaxační cvičení, e) břišní tanec, f) turistika, g) plavání, h) jiné, uveďte jaké

Tabulka č. 16 – Druhy provozovaných aktivit

	Celkem	Druhy pohybových aktivit
cvičení pro těhotné	6	8,22 %
pilates pro těhotné	2	2,74 %
jóga pro těhotné	4	5,48 %
relaxační cvičení	6	8,22 %
břišní tanec	4	5,48 %
turistika	31	42,47 %
plavání	8	10,96 %
jiné	12	16,44 %
Celkem	73	100,01 %

Graf č. 15 – Druhy provozovaných aktivit



V předchozí otázce, zda se ženy věnují pohybovým aktivitám v období těhotenství zvolilo možnost a) „ano“ 73 respondentek. Z celkového počtu 73 (100,01 %) dotazovaných zaškrtnla většina respondentek 31 (42,47 %) možnost turistika. 12 (16,44 %) respondentek uvedlo možnost jiné. Pro doplnění cituji odpovědi, které respondentky samy uvedly: 3 ženy „agility“, 3 ženy „kynologie“, 2 ženy „běh“, 1 žena „dog dancing“, 1 žena „in-line brusle“, 1 žena „jízda na koni“, 1 žena „horolezectví“. Po 8 (10,96 %) respondentkách uvedlo pohybovou aktivitu plavání. Relaxačnímu cvičení se věnovalo 6 (8,22 %) respondentek, ve shodném počtu 6 (8,22 %) provozovaly cvičení pro těhotné. Jógu pro těhotné navštěvovaly 4 (5,48 %) respondentky taktéž i stejný počet respondentek 4 (5,48 %) provozovalo břišní tanec. Pilates pro těhotné jako pohybovou aktivitu využívaly 2 (2,74 %) respondentky.

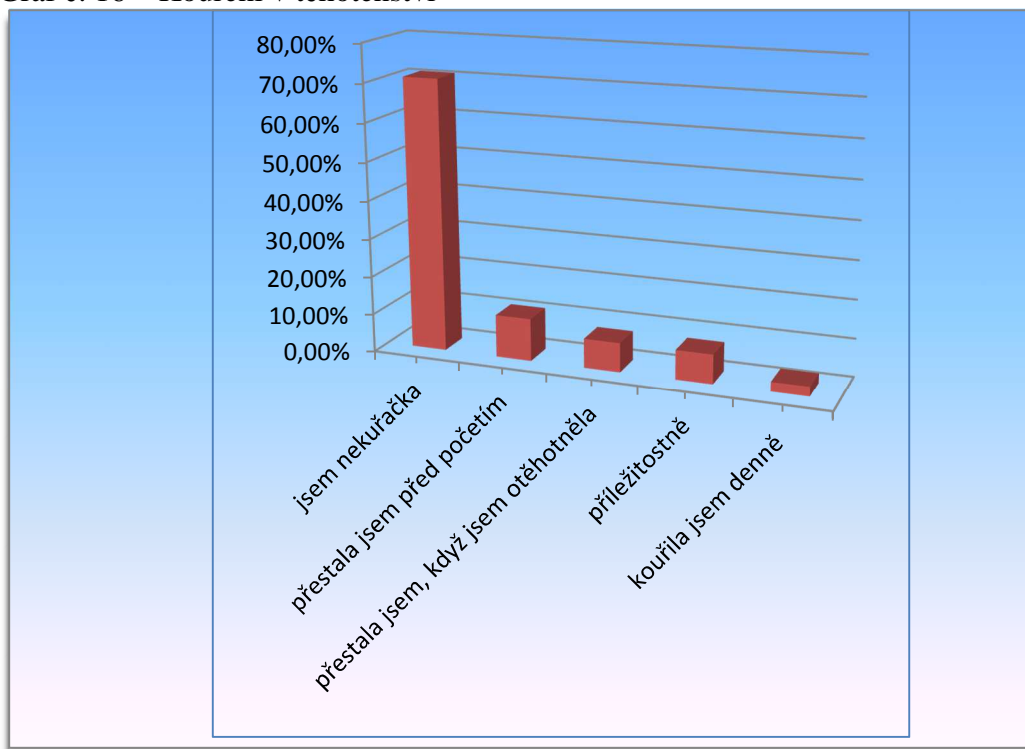
Vyhodnocení položky č. 16

Otázka č. 16 : **Kouřila jste během těhotenství?** a) jsem nekuřačka, b) přestala jsem před početím, c) přestala jsem, když jsem otěhotněla, d) kouřila jsem denně, uveďte počet cigaret

Tabulka č. 17 – Kouření v těhotenství

	Celkem	Kouření v těhotenství
jsem nekuřačka	83	70,94 %
přestala jsem před početím	13	11,11 %
přestala jsem, když jsem otěhotněla	9	7,69 %
příležitostně	9	7,69 %
kouřila jsem denně	3	2,56 %
Celkem	117	99,99 %

Graf č. 16 – Kouření v těhotenství



Početnou skupinu dotazovaných 83 (70,94 %) žen, tvořily nekuřačky. Před početím přestalo kouřit 13 (11,11 %) žen. Stejný počet žen uvedlo, že přestaly kouřit po potvrzení těhotenství 9 (7,69 %) žen a taktéž 9 (7,69%) žen kouří příležitostně i v období těhotenství. Skupinu pravidelných kuřaček ve výzkumném šetření tvořily 3 (2,56 %) ženy, které uvedly počet vykouřených cigaret za den, cituji: 2 ženy „5 cigaret“, 1 žena „2 cigarety“.

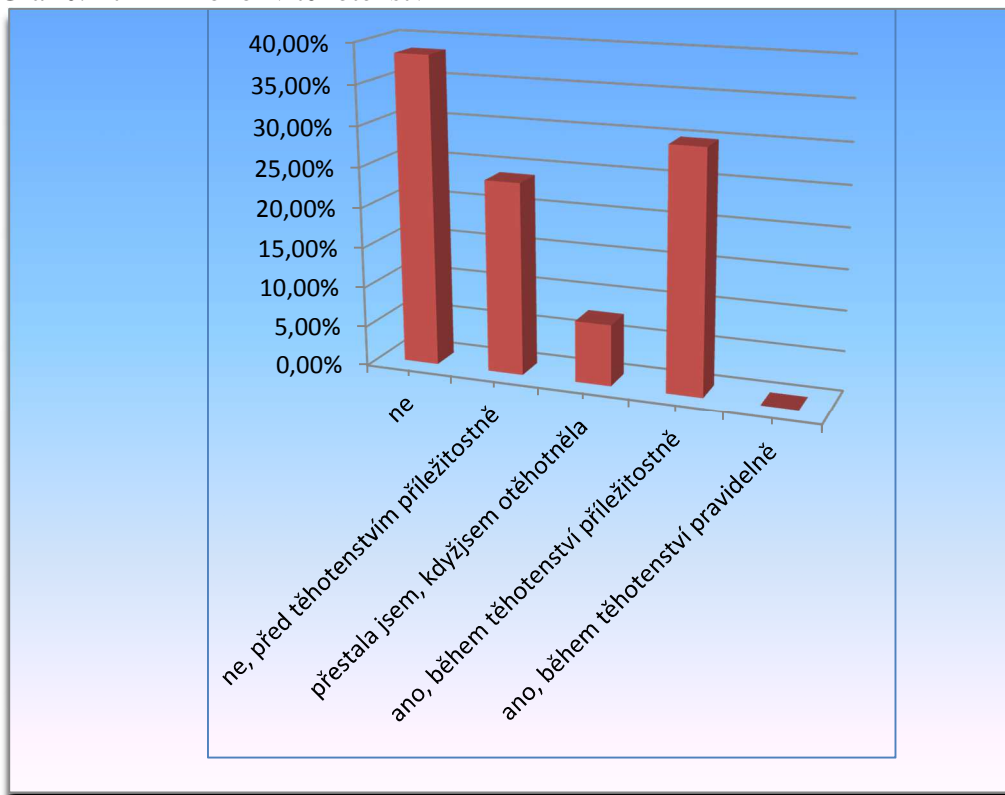
Vyhodnocení položky č. 17

Otázka č. 17: **Požívala jste během těhotenství alkohol?** a) ne, b) ne, před těhotenstvím c) přestala jsem, když jsem otěhotněla d) ano, během těhotenství příležitostně, e) ano, během těhotenství pravidelně

Tabulka č. 18 – Alkohol v těhotenství

	Celkem	Alkohol v těhotenství
ne	45	38,46 %
ne, před těhotenstvím příležitostně	28	23,93 %
přestala jsem, když jsem otěhotněla	9	7,69 %
ano, během těhotenství příležitostně	35	29,91 %
ano, během těhotenství pravidelně	0	0,00 %
Celkem	117	99,99 %

Graf č. 17 – Alkohol v těhotenství



Z průzkumného šetření vyplynulo, že pouze 45 (38,46 %) respondentek žádný alkohol v období těhotenství nekonzumovalo. 35 (29,91 %) respondentek odpovědělo kladně, že během těhotenství příležitostně požívaly alkohol. Před těhotenstvím požívalo alkohol příležitostně 28 (23,93 %) respondentek a 9 (7,69 %) respondentek přestalo s konzumací alkoholu, když zjistily, že jsou těhotné. Nikdo z dotazovaných během těhotenství nepožíval alkohol pravidelně.

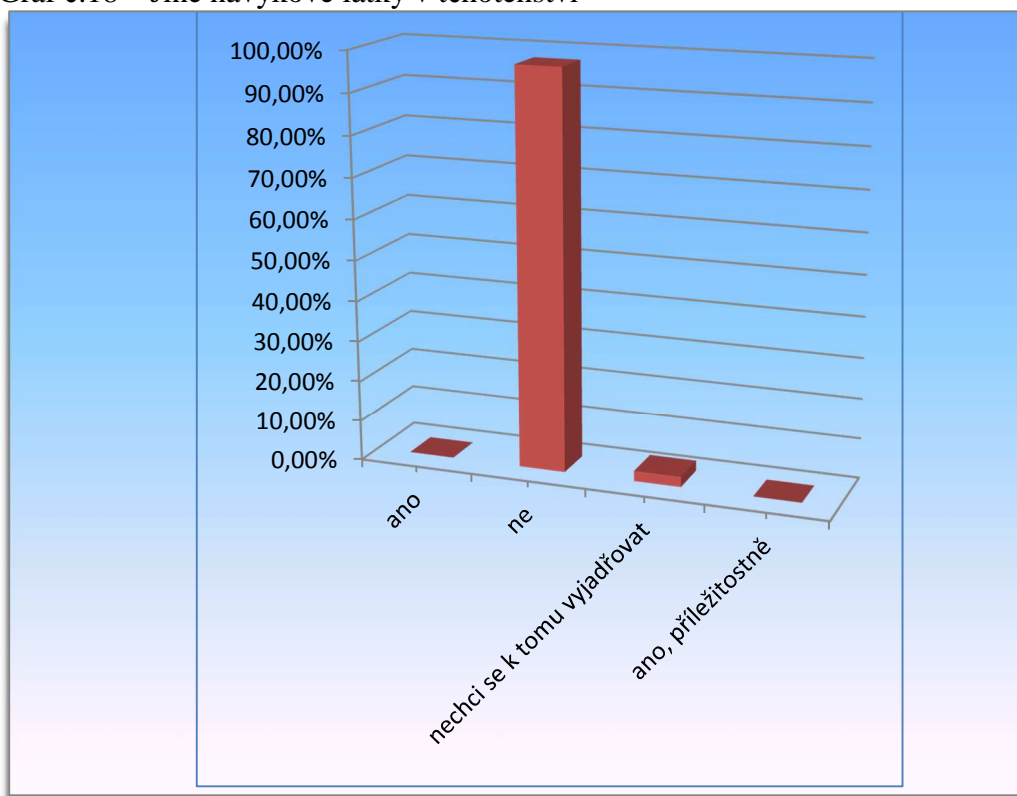
Vyhodnocení položky č. 18

Otázka č. 18 : Užívala jste během těhotenství jiné návykové látky? a) ano, b) ne, c) nechci se k tomu vyjadřovat, d) ano příležitostně

Tabulka č. 19 – Jiné návykové látky v těhotenství

	Celkem	Jiné návykové látky
ano	0	0,00 %
ne	114	97,44 %
nechci se k tomu vyjadřovat	3	2,56 %
ano, příležitostně	0	0,00 %
Celkem	117	100,00 %

Graf č.18 – Jiné návykové látky v těhotenství



Vyhodnocená položka č. 18 poukazuje na fakt, že naprostá většina těhotných žen 114 (97,44 %) nikdy během těhotenství neužila jinou návykovou látku. 3 (2,56 %) respondentek se k této otázce nechtěly vyjadřovat. Ani jedna z dotazovaných v období těhotenství nepotvrdila pravidelné ani příležitostné užívání návykových látek.

11 VYHODNOCENÍ CÍLŮ

V této kapitole se budu věnovat vyhodnocení stanovených cílů výzkumného šetření. Budu zjišťovat, zda odpovídají mému očekávanému výsledku.

Hlavní cíl: Zjistit, zda ženy v období těhotenství změnilly svou životosprávu.

Očekávaný výsledek: Předpokládám, že 75 % žen v období těhotenství svou životosprávu změní.

Na hlavní cíl byla zaměřena otázka č. 6

Výsledek výzkumného šetření předčil mé očekávání, protože z celkového počtu 117 respondentek změnilo svou životosprávu v období těhotenství 92 (78,63 %) žen.

Má domněnka nebyla potvrzena.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jakou oblast životosprávy ženy v období těhotenství nejčastěji změnilly.

Očekávaný výsledek: Domnívám se, že ženy v období těhotenství nejčastěji změní životosprávu v oblasti výživy.

Dílčímu cíli v dotazníku odpovídají otázky č. 7, 13, 14 a 15

V otázce číslo 7 jsem se ptala, kterou oblast životosprávy v období těhotenství nejvíce ženy změnilly. Domněnka, že ženy nejčastěji v období těhotenství změnilly svou životosprávu v oblasti výživy, se potvrdila. Z 92 (100 %) dotazovaných žen, které svou životosprávu změnilly, označilo 24 (26,09 %) respondentek právě nejčastější změnu v oblasti stravování. Zbylé možnosti nepřesáhly 20 %. Tudíž výsledky odpovědí potvrdily mou domněnku.

Na otázku číslo 13, zda užívaly během těhotenství nějaké doplňky stravy, odpovídal již celkový počet dotazovaných 117 (100 %) účastníků se výzkumného šetření. Celkem 89 (76,07 %) respondentek během těhotenství užívala doplňky stravy.

V otázce číslo 14 se ptám respondentek na provozování pohybových aktivit během těhotenství. Bylo potěšující, že 62,39 % žen zaškrtno kladnou odpověď. Sice pohybové aktivity během těhotenství nepatřily k výrazné součásti jejich změn v životosprávě, ale respondentky se jim i v tomto období nesnažily vyhýbat.

Otázka číslo 15 byla určena pro respondentky, které v předešlé otázce zaškrtny, že se věnují pohybovým aktivitám. Z celkového počtu 73 (100,01 %) dotazovaných uvedlo, že nejčastěji provozovaly turistiku 31 (42,47 %).

Má domněnka byla potvrzena.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda se ženy během těhotenství cíleně vyhýbaly škodlivým faktorům, jako je kouření, alkohol a jiné návykové látky.

Očekávaný výsledek: Předpokládám, že více jak 50 % žen během těhotenství se bude cíleně vyhýbat škodlivým faktorům, jako je kouření, alkohol a jiné návykové látky.

Dílčímu cíli v dotazníku odpovídají otázky č. 16, 17 a 18

Na otázku číslo 16, zda ženy během těhotenství kouří, odpovědělo 83 (70,94 %) respondentek, že jsou nekuřačky. Příležitostné kouření v těhotenství zaškrtno 9 (7,69 %) respondentek a 3 (2,56 %) respondentky uvedly pravidelné kouření.

V otázce číslo 17, zda během těhotenství ženy požívají alkohol, odpovědělo 45 (38,46 %) žen, že nepijí vůbec alkohol a 28 (23,93 %) respondentek uvedlo pití alkoholu pouze příležitostné, ovšem ne během těhotenství. Dalších 9 (7,69 %) respondentek přestalo požívat alkohol hned, jak otěhotněly. Z celkového počtu 117 (99,99 %) účastnic výzkumného šetření, přiznalo 35 (29,91 %) respondentek příležitostné pití alkoholu během těhotenství. Považuji za uspokojivé, že žádná z dotazovaných žen nepožívá alkohol pravidelně.

Na otázku číslo 18, která zjišťovala, zda respondentky užívají během těhotenství jiné návykové látky, jednoznačně vyplynulo, že ne v 97,44 %. Pouze 3 (2,56 %) respondentky zaškrtny možnost „nechci se k tomu vyjadřovat“.

Má domněnka byla potvrzena.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, co bylo největší motivací ke změně životosprávy v období těhotenství.

Očekávaný výsledek: Předpokládám, že největší motivací ke změně životosprávy v období těhotenství bude zdraví plodu.

Dílčímu cíli v dotazníku odpovídá otázka č. 8

Otázka číslo 8 byla určena pro respondentky, které v otázce č. 6 zaškrtnuly, že svou životosprávu během těhotenství změnily. V 63 (68,48 %) případech bylo největší motivací ke změně zdraví plodu. Mnou očekávaný výsledek byl potvrzen. Zdraví samotných těhotných žen bylo motivací na druhém místě, zaškrtnuto 16 (17,39 %) respondentkami. Změnu životosprávy na základě zdravotních potíží uvedlo 13 (14,13 %) respondentek.

Má domněnka byla potvrzena.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, odkud ženy čerpaly informace o životosprávě v období těhotenství.

Očekávaný výsledek: Domnívám se, že ženy budou čerpat informace o životosprávě v období těhotenství více jak z 50 % z tisku (knih, časopisů, letáků).

Dílčímu cíli v dotazníku odpovídají otázky č. 9, 10, 11, 12

V otázce číslo 9 se ptám, jestli ženy čerpaly informace o životosprávě před a během těhotenství. Z počtu 117 respondentek, naprostá většina 92 (78,63 %) žen informace vyhledávala.

Otázka číslo 10 byla určena pro ženy, které v předešlé otázce zaškrtnuly, že čerpaly informace před a během těhotenství. Výsledky průzkumu neprokázaly mou domněnku, že více jak 50 % respondentek bude čerpat informace z tisku. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 36 (39,13 %) respondentek čerpalo informace z medií, 22 (23,91 %) respondentek z tisku. Dalších 20 (21,74 %) respondentek čerpalo informace od přátel a příbuzných. Zarážející je, že zřídka ženy vyhledávají jako informační zdroj v kurzu předporodní přípravy (8,70 %), v prenatální poradně od lékaře (4,35 %) a v prenatální poradně od porodní asistentky (2,17 %)

Na otázku číslo 11, zda ženám scházely informace o životosprávě během těhotenství, odpovědělo pouze 28 (23,93 %) respondentek kladně. 89 (76,07 %) respondentek považuje své informace o životosprávě během těhotenství jako dostačující a jiné nevyhledává.

Otázka číslo 12, byla určena respondentkám, které v předešlé otázce zaškrtnuly, že jim schází informace o životosprávě během těhotenství. Ve většině případů respondenty uváděly nedostatek informací z 50,00 % o pohybových aktivitách. Další nedostačující informace byly zaškrtnuty o stravování 6 (21,43 %) respondentkami a ve stejném počtu 6 (21,43 %) respondentek i cestování.

Má domněnka nebyla potvrzena.

12 DISKUZE

Diskuze ve výzkumu patří k posledním stěžejním oddílům mé bakalářské práce. Získaným výsledkům se připisuje význam a dávají se do souvislosti získané poznatky. Propojuje se teoretická a praktická část práce (Kutnohorská, 2009).

Těhotenství, jak již bylo několikrát zmíněno, je významným obdobím, kdy by měla být žena motivována k úpravám a změnám své dosavadní životosprávy. Zásadní je získání odborně podložených informací a doporučení, nejlépe v prenatálních poradnách kam žena dochází. V těchto poradnách žena dostane jasně formulované rady, upozornění a popřípadě speciální doporučení pro období těhotenství. Správným dodržováním zásad životosprávy se dá značně ovlivnit zdravotní stav těhotné ženy i jejího dítěte. Naopak neznalostí či nesprávným přístupem se dá hodně pokazit. Česká republika patří k zemím, které se úspěšně podílí na komplexní prenatální péči o těhotné a plod. Proto mě zajímalo, zda samotné těhotné ženy se zajímají a pečují o svou životosprávu i v tomto náročném období. Tím se výrazně podílí na podpoře zdravého vývoje plodu a bezproblémového průběhu svého těhotenství.

Po celkovém zhodnocení výsledků výzkumné části jsem zjistila, že většina dotazovaných těhotných žen má zájem o svou životosprávu a změnila nebo upravila ji v 78,63 % případech. Je zajímavé porovnání s výzkumem bakalářské práce Jany Gruberové (2007) „Životospráva a životní styl těhotné ženy“, která ve své práci také zjišťuje podobné údaje o dodržování životosprávy v těhotenství. Z výsledků roku 2007 84 (71,19 %) těhotných žen dodržovalo správnou životosprávu. V důsledku rozdílně položených otázek je porovnání pouze orientační. Realizovaný výzkum svědčí o tom, že budoucí matky ve většině případů berou svou životosprávu zodpovědně a akceptují změny, které s těhotenstvím souvisí. Ze sledovaného vzorku mého výzkumu se nejvíce účastnilo žen, které své těhotenství plánovalo, ve věku 31-35let a byly vdané. U žen, které plánují otěhotnění, se dá předpokládat zájem o životosprávu. Je rozumné ještě před otěhotněním myslet na to jak si naplánovat svou životosprávu s vyloučením škodlivých faktorů a maximalizovat úpravu užitečných aktivit. Podobné výsledky z dotazníkového šetření získala i Gruberová (2007) ve své bakalářské práci, kdy výzkumný vzorek tvořily také převážně ženy vdané s plánovaným těhotenstvím se zájmem o úpravu životosprávy. Ovšem věková kategorie respondentek byla 25-29 let. Z toho vyplývá, že se věk žen, které plánují rodičovství, posouvá směrem nahoru. Ale jejich zájem a motivace k úpravě své

životosprávy v období těhotenství je stejný. K zamyšlení stojí, proč 21,37 % respondentek svou životosprávu v období těhotenství nezměnilo? Jestli tyto ženy zásady správné životosprávy i v době mimo těhotenství dodržují nebo bagatelizují úpravu životosprávy nebo nemají povědomí o zásadách zdravého životního stylu během těhotenství. Dalších možností by se našlo na toto téma určitě mnoho.

Nejčastější změnu životosprávy v mém výzkumu uvedlo 24 (26,09 %) respondentek v oblasti stravování. Největší změnu v životosprávě během těhotenství v oblasti stravy uvedlo i 99,15 % respondentek v bakalářské práci Gruberové (2007). Z práce Gruberové je znatelné, že před sedmi lety se ženy nejvíce z životosprávy zaměřovaly na oblast stravy. Výsledky mého výzkumu ukazují, že v současnosti respondentkami není ani opomíjená změna spánku a odpočinku, pohybu, konzumace alkoholu a dalších oblastí uváděných v teoretické části práce. Z výsledků usuzuji, že respondentky, které změnilly životosprávu, mají v povědomí, že životospráva neobsahuje jen oblast výživy. Většinou převládají názory, že nejdůležitější pro naše zdraví má především strava. Neméně důležité je věnovat pozornost odpočinku a spánku, pohybu, sexualitě, hygieně, vyhýbání se škodlivým faktorům a dalším oblastem ovlivňující zdraví. Jako na další důležitou oblast životosprávy jsem se zaměřila na sportovní aktivity v těhotenství, protože správným pohybem lze tělo nenásilnou formou připravovat na porod a snížit komplikace porodu. Je potěšující, že i v dnešní sedavé době velká část těhotných žen nevyřazuje a provozuje nějakou sportovní aktivitu. O sportovních aktivitách by měla být žena informována v první řadě gynekologem. Měla by s ním konzultovat možná rizika vztahující se ke konkrétní pohybové aktivitě. Obecně se doporučují provozovat tzv. bezpečné sporty jako je například chůze, plavání, jóga nebo břišní tance. Najdou se i ženy, které provozují pro období těhotenství nebezpečné sporty, kdy hrozí úrazy nebo velké otřesy těla. Ve sledovaném vzorku se k nim řadily ženy provozující horolezectví, jízdu na koni a jízdu na in-line bruslích. Hlavním důvodem většiny žen ke změně životosprávy, bylo zdraví plodu. O to více je pro mne znepokojující zjištění, že v době těhotenství se nijak zvlášť nevyhýbají škodlivým faktorům, jako je kouření a konzumace alkoholu. Příležitostnými kuřačkami během těhotenství zůstalo 9 (7,69 %) žen a 3 (2,56 %) kuřačky kouřící denně. Jak uvádí Vavřínková a Binder (2006) ve své knize, u českých těhotných žen je to nejrozšířenější závislost. Stále jsou objevovány nové důkazy o účasti škodlivosti kouření poškozující zdraví: syndrom náhlého úmrtí novorozence a kojence, onkologické onemocnění, mentální onemocnění v dětství a dospělosti a další. Negativním jevem v mé

práci je i zjištění konzumace alkoholu během těhotenství. I když škodlivé účinky alkoholu jsou známy a není doposud zcela jasné množství konzumovaného alkoholu v těhotenství působící nežádoucí účinky na plod. Přesto 29,91 % těhotných žen přiznalo příležitostnou konzumaci alkoholu. Po zjištění těhotenství se sice frekvence konzumace alkoholu a kouření snížila, přesto se úplně užíváním legálních drogám ženy nevyhýbaly. Ve výzkumné práci Gruberové (2007) uvádí pouze 5 (4,24 %) respondentek, které zaškrty příležitostnou konzumaci alkoholu v době těhotenství. Porovnání výzkumů ukazuje, jak znatelně roste spotřeba alkoholu v posledních letech v ČR u těhotných žen. O této problematice škodlivých faktorů a prevence vrozených vývojových vad v ČR by bylo třeba více diskutovat.

Důležité je odkud těhotné ženy čerpají informace o životosprávě v období těhotenství. Z výsledků mého výzkumu vyplynulo se, že na prvním místě jako zdroj informací zaškrtnulo 36 (39,13 %) těhotných žen čerpání informací z médií jako např. internet a až poslední místa zaujímají, jako informační zdroj lékař v prenatálních poradnách. Čerpání informací od lékaře v prenatální poradně uvedly 4 (4,35 %) respondentky a informace v prenatální poradně od porodní asistentky čerpaly pouze 2 (2,17 %) respondentky. V porovnání s výzkumem u Gruberové (2007) jsou patrné rozdíly v čerpání informací. U Gruberové jednoznačně převažují jako zdroj informací tiskoviny (knihy, časopisy, letáky) zaškrtnuto 89 (75,42 %) ženami, prenatální poradnu u lékaře uvedlo 64 (54,24 %) žen. Z médií v roce 2007 čerpalo informace 59 (50 %) žen a poslední místa zaujala prenatální poradna od porodní asistentky zaškrtnuto 4 (3,39 %) ženami. Rozdíl v pořadí výsledků čerpání informací během těhotenství v rozmezí sedmi let je značný. Zarážející je propad informačního zdroje v prenatálních poradnách. V dnešní době internet sice nabízí rychlé, snadno dostupné a velké množství informací, ale většinou nejsou ověřené. Při fyziologickém těhotenství žena pravidelně navštěvuje prenatální poradnu v průměru desetkrát. Je tedy dostatek příležitostí pro preventivní poradenství zaměřené na správnou životosprávu. Všechny zásady správné životosprávy je možné rozvíjet ve specializovaných kurzech, v nichž nastávající matky dostanou potřebné informace. Bylo by zajímavé zjistit, z jakého důvodu ženy nejčastěji používají jako zdroj informací právě internet. Domnívám se, že osobní kontakt s odborníkem, který má v dané problematice zkušenosti je mnohem cennější než získat neověřené informace z médií.

13 NÁVRHY PRO PRAXI

V této kapitole bych ráda na základě výsledků mého výzkumného šetření uvedla návrhy na zvýšení osvěty dodržování zásad zdravé životosprávy v období těhotenství. Více než tři čtvrtiny dotazovaných žen sice svou životosprávu během těhotenství změnila, ale nicméně jak se v průběhu dotazníku ukázalo, některé informace jim scházely. K důležitým zjištěním byly i nedostatky čerpání informací o životosprávě z důvěryhodných zdrojů. Další problém vidím v poměrně častém abusu alkoholu a cigaret. V dnešní době má žena na výběr z mnoha možností jak pozitivně ovlivnit svou životosprávu v období těhotenství. Je potřeba k tomu získat ovšem dostatek vhodných a srozumitelných informací a orientovat se v nich.

Za vhodné považuji vytvořit edukační letáky (příručky) o celkové správné životosprávě v období těhotenství, které by byly umístěny v gynekologicko porodnických ambulancích a prenatálních poradnách. Nikde na těchto místech jsem se s takovými letáky nesešla. Další možnost bych viděla ve větší osvětě v gynekologicko porodnických čekárnách, kde by se budoucí matky mohly seznámit s instruktážním videem. Ženám by instruktážní video mohlo sloužit jako zdroj informací a zároveň jim i zkrátit dobu čekání před vyšetřením. Důležitý je i osobní kontakt a prostor k diskuzi, kdy má těhotná žena možnost ke kladení doplňujících otázek a zorientovat se v množství informací, které se týkají správné životosprávy. Chápu, že v ambulancích a prenatálních poradnách jsou lékaři i sestry plně vytíženi a nemají potřebné množství času. Pak dochází jen k předání nutných informací. Proto bych navrhla edukační činnost v podobě kurzu pro těhotné se zaměřením na životosprávu v těhotenství. Kurz by sloužil jako primární prevence s cílem předcházení zdravotních problémů, podpora k pozitivním změnám životního stylu a ovlivnění vnějších faktorů jako jsou dietní návyky, pohyb, požívání alkoholu, kouření a další faktory ovlivňující průběh těhotenství popisované v teoretické části mé práce. Kurz by byl následovně stručně rozvržen:

- Místo konání – oblastní nemocnice
- Cena – zdarma
- Rozsah kurzu – vždy 1x za čtrnáct dní, formou otevřené skupiny pro těhotné ženy, 2,5hodinové setkání
- Lektorky – kurzy povedou porodní asistentky

- Téma : Správná životospráva v období těhotenství:
 - udržení psychické a fyzické pohody (strava, pitný režim, sexuální aktivity, pohybové aktivity, péče o tělo, cestování, spánek a odpočinek)
 - doporučené zdroje informací
 - prostor pro kladení otázek, k diskusi

Kurz se zaměřením na životosprávu v období těhotenství by zvýšil informovanost už od počátku těhotenství. Kurzy by byly vedené zkušenou porodní asistentkou nebo lékařem v prostorách dostupných pro většinu žen a především dostupné z finančního hlediska.

14 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci na téma „Životospráva v období těhotenství“ jsem se snažila zjistit, zda samy ženy svou životosprávu v tomto náročném období mění, v jaké oblasti nejvíce a co bylo jejich největší motivací. Dále jsem se zaměřila na nejčastější škodlivé faktory ohrožující těhotenství a plod. Mezi škodlivé faktory jsem zařadila alkohol, tabák a jiné návykové látky. Zajímalo mě, zda se jim ženy v těhotenství cíleně vyhýbaly. Poslední dílčí cíl měl zmapovat, odkud ženy čerpaly své informace o životosprávě během těhotenství. Z výsledků vyplynulo, že více jak tři čtvrtiny žen svou životosprávu v období těhotenství změnilo, nejčastěji v oblasti stravování a jejich motivací ke změně bylo zachování zdraví plodu. Potěšující je, že změny těhotné ženy provedly i v jiných oblastech životosprávy, jako je například spánek a odpočinek, pohyb, pitný režim. Dotazované ženy nesnižují význam a důležitost dalších oblastí životosprávy. K tomu, aby se ženy dobře cítily a minimalizovaly možné zdravotní obtíže, je nutné věnovat pozornost i dalším složkám zdravého životního stylu. Za zcela nevhodné lze považovat užívání tzv. legálních drog během těhotenství. Chyb, kterých se v tomto období ženy dopustí, mohou natrvalo negativně ovlivnit kvalitu budoucího života dítěte. V poslední dílčí výzkumné otázce jsem se zabývala tím, odkud ženy čerpaly informace o životosprávě v období těhotenství. Bohužel jsem zjistila, že jako nejčastější zdroj informací slouží média a to v 39,13 %. Z velké části je na každé ženě jak převezme zodpovědnost za své zdraví a zdraví plodu a jak aktivně dokáže vyhledávat potřebné informace. Ovšem dnešní uspěchaná doba nás nutí upravit životní styl více k pohodlnosti. Těhotné ženy by si měly uvědomit, že bez změny způsobu zvyklostí v životosprávě snižují pravděpodobnost bezproblémového průběhu těhotenství.

Z výše popsaných důvodů je patrné, že životospráva během těhotenství si zasluhuje podrobnější pozornost. Na závěr bych ještě poznamenala, že téma životosprávy v období těhotenství je velmi obsáhlé téma a práce neklade nároky na pokrytí celé problematiky.

POUŽITÁ LITERATURA

- Benirschke, K., Burton, G., & Baergen, R. (2012). *Pathology of the Human Placenta*. Springer Science & Business Media.
- Brown, J. (2006). *What to Eat Before, During, and After Pregnancy Paperback*. New York: McGraw-Hill.
- Borzová, C., & kolektiv. (2009). *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada Publishing.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Conway, R. (2012). *What to Eat When Youre Pregnant*. Britain: Pearson Education.
- Dylevský, I. (2009). *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing
- Gregora, M., & Velemínský, M. (2013). *Čekáme děťátko*. Praha: Grada Publishing.
- Helus, Z. (2011). *Úvod do psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Hronek, M. (2004). *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf.
- Huch, R. (2007). *Šťastné těhotenství od A do Z*. Praha: Grada Publishing.
- Chmel, R. (2006). *Průvodce těhotenstvím*. Praha: Grada Publishing.
- Kittnar, O., & kolektiv. (2011). *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kutnohorská, J. (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
- Lafond, J., & Vaillancourt, C. (2010). *Pregnancy Disorders and Perinatal Outcomes* (e-book). Dubai: Bentham Science Publishers.
- Martincová, J., & kolektiv. (2012). *Zdravé těhotenství*. Brno: Babyonline.
- Mikuláščík, M. (2007). *Manažerská psychologie*. Praha: Grada.
- Pařízek, A. (2009). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén.
- Pastor, Z. (2007). *Sexualita ženy*. Praha: Grada Publishing.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Pokorná, A., Březková, V., & Pruša, T. (2008). *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: ERA group spol. s .r. o.
- Roztočil, A., & kolektiv. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing.
- Roztočil, A., & kolektiv. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

- Preece, P., & Riley, E. (2011). *Alcohol, Drugs and Medication in Pregnancy: The Long Term Outcome for the Child*. London: Mac Keith Press.
- Sadler, T., W. (2010). *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada Publishing.
- Slezáková, L., & kolektiv. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing
- Stackeová, D. (2013). *Fitness manuál pro ženy*. Praha: Grada Publishing.
- Strunecká, A., & Patočka, J. (2011). *Doba jedová*. Praha: Triton.
- Svačina, Š., & kolektiv. (2008). *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing.
- Svačina, Š., Müllerová, D., & Bretšnajdrová, A. (2012). *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky*. Praha: Triton.
- Tuček, M., Slámová A., & kolektiv. (2012). *Hygiena a Epidemiologie*. Praha: Karolinum.
- Vacek, Z. (2006). *Embryologie*. Praha: Grada Publishing.
- Vavřínková, B., & Binder, T. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Velemínský, M., & Žižková, B. (2008). *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v těhotenství*. Praha: Triton.
- Weiss, P., & kolektiv. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing.
- Weiss, R., & Pietrantoni, M. (2009). *The complete illustrated pregnancy companion*. USA: Fair Winds Press.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- Arnicová, E. (2010). Létání v těhotenství. *Těhotenství* [cit. 2014-07-20] Dostupné z <http://www.letejte.cz/1178/letani-v-tehotenstvi/>
- Brázdová, Z. (2013). Výživa v těhotenství. *Angis revue*, 13 (2) [cit. 2014-03-26]. Dostupné z http://www.angis.cz/angis_revue/ar_clanek.php?CID=357
- Gruberová, J. (2007). *Životaspráva a životní styl těhotné ženy* (bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno). Dostupné z http://is.muni.cz/th/142419/If_b?info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3D%C5%BEivotospr%C3%A1va%26start%3D1
- Havlín, M. (2012). Cestování v těhotenství může být hazardem. *Těhotenství* [cit. 2014-07-21] Dostupné z <http://gynweb.cz/tehotenstvi-a-porod/tehotenstvi/cestovani-v-tehotenstvi-muze-byt-hazardem>

- Hrubá, D. (2014). Alkohol a kouření v těhotenství. *Angis Revue*, 14 (2) [cit. 2014-06-28] Dostupné z <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/23-alkohol-a-koureni-v-tehotenstvi/>
- Kožíšek, F. (2008). *Pitný režim* [cit. 2014-06-09]. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/pitny-rezim>
- Minařík, J. (2014). Nikotin. *Sananim* [cit. 2014-07-24] Dostupné z http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/informace-o-drogach/nikotin2.html?section_id=70
- Potravinářská komora České republiky. (2012). *Zdravý životní styl* [cit. 2014-08-10]. Dostupné z <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>
- Příbyl, K. (2009). Kouření v těhotenství negativně ovlivňuje vývoj vašeho plodu. *Kouření v těhotenství* [cit. 2014-07-24] Dostupné z <http://www.gynekologiepribyl.cz/news/koureni-v-tehotenstvi/>
- Robinson, P. & Almas, K. (2011). Influence of Pregnancy on the Oral Cavity. *The Global Library of Women`s Medicine* [cit. 2014-06-14] Dostupné z http://www.glowm.com/section_view/heading/Influence%20of%20Pregnancy%20on%20the%20Oral%20Cavity/item/105
- Schmidtová, J. (2011). Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky. *Lékařské listy* 11 (9) [cit. 2014-07-25] Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/abuzus-alkoholu-v-tehotenstvi-a-jeho-dusledky-462791>
- Státní zdravotní ústav. (2014). *EuroHealthNet Zprávy o zdraví - Duben 2014* [cit. 2014-06-10]. Dostupné z <http://www.szu.cz/eurohealthnet-zpravy-o-zdravi-duben-2014?highlightWords=zpr%C3%A1vy+zdrav%C3%AD+duben+2014>
- Státní zdravotní ústav. (2014). Národní program zdraví. Projekty podpory zdraví 2010. *Kyselina listová v prevenci vrozených vývojových vad* [cit. 2014-07-17]. Dostupné z <http://apps.szu.cz/czpz/vvv/zdroje.php>
- Šípek, A., & kolektiv. (2013). Fetální alkoholový syndrom. *Informační portál o vrozených vadách a jejich výskytu v ČR* [cit. 2014-07-03] Dostupné z http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=fetalni_alkoholovy_syndrom
- Šípek, A. (2014). Průběh těhotenství. *Genetika - Biologie* [cit. 2014-07-10]. Dostupné z <http://www.genetika-biologie.cz/prubeh-tehotenstvi>
- Porodnice.cz (2014). *Fyziologické změny u ženy v těhotenství* [cit. 2014-07-09]. Dostupné z <http://lekari.porodnice.cz/tehotenstvi-fyziologicke>
- Végh, V. (2013). Příjem kofeinu v těhotenství – vliv na porodní váhu plodu a délku těhotenství. *Edukafarm, FarmiNews*. [cit. 2014-07-20] Dostupné z <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/20/30-kofein.pdf>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1. Dotazníky distribuované, vrácené, vyřazené a použité	str. 38
Tabulka č. 2. Věk respondentek	str. 40
Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	str. 41
Tabulka č. 4. Současný rodinný stav respondentek	str. 42
Tabulka č. 5. Těhotenství	str. 43
Tabulka č. 6. Pořadí nynějšího porodu	str. 44
Tabulka č. 7. Změna životosprávy v období těhotenství	str. 46
Tabulka č. 8. Nejčastější změny životosprávy	str. 47
Tabulka č. 9. Motivace ke změně životosprávy	str. 49
Tabulka č. 10. Čerpání informací o životosprávě	str. 50
Tabulka č. 11. – Zdroje čerpání informací	str. 51
Tabulka č. 12. – Dostatek informací	str. 53
Tabulka č. 13. – Chybějící informace	str. 54
Tabulka č. 14. – Užívání doplňků stravy	str. 56
Tabulka č. 15. – Pohybové aktivity	str. 57
Tabulka č. 16. – Druhy provozovaných aktivit	str. 58
Tabulka č. 17. – Kouření v těhotenství	str. 60
Tabulka č. 18. – Alkohol v těhotenství	str. 61
Tabulka č. 19. – Jiné návykové látky v těhotenství	str. 63
Graf č. 1. Věk respondentek	str. 40
Graf č. 2. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	str. 41
Graf č. 3. Současný rodinný stav respondentek	str. 42
Graf č. 4. Těhotenství	str. 43
Graf č. 5. Pořadí nynějšího porodu	str. 44
Graf č. 6. Změna životosprávy v období těhotenství	str. 46
Graf č. 7. Nejčastější změny životosprávy	str. 47
Graf č. 8. Motivace ke změně životosprávy	str. 49
Graf č. 9. Čerpání informací o životosprávě	str. 50
Graf č. 10. Zdroje čerpání informací	str. 51
Graf č. 11. Dostatek informací	str. 53
Graf č. 12. Chybějící informace	str. 54
Graf č. 13. Užívání doplňků stravy	str. 56

Graf č. 14. Pohybové aktivity	str. 57
Graf č. 15. Druhy provozovaných aktivit	str. 58
Graf č. 16. Kouření v těhotenství	str. 60
Graf č. 17. Alkohol v těhotenství	str. 61
Graf č. 18. Jiné návykové látky v těhotenství	str. 63

SEZNAM ZKRATEK

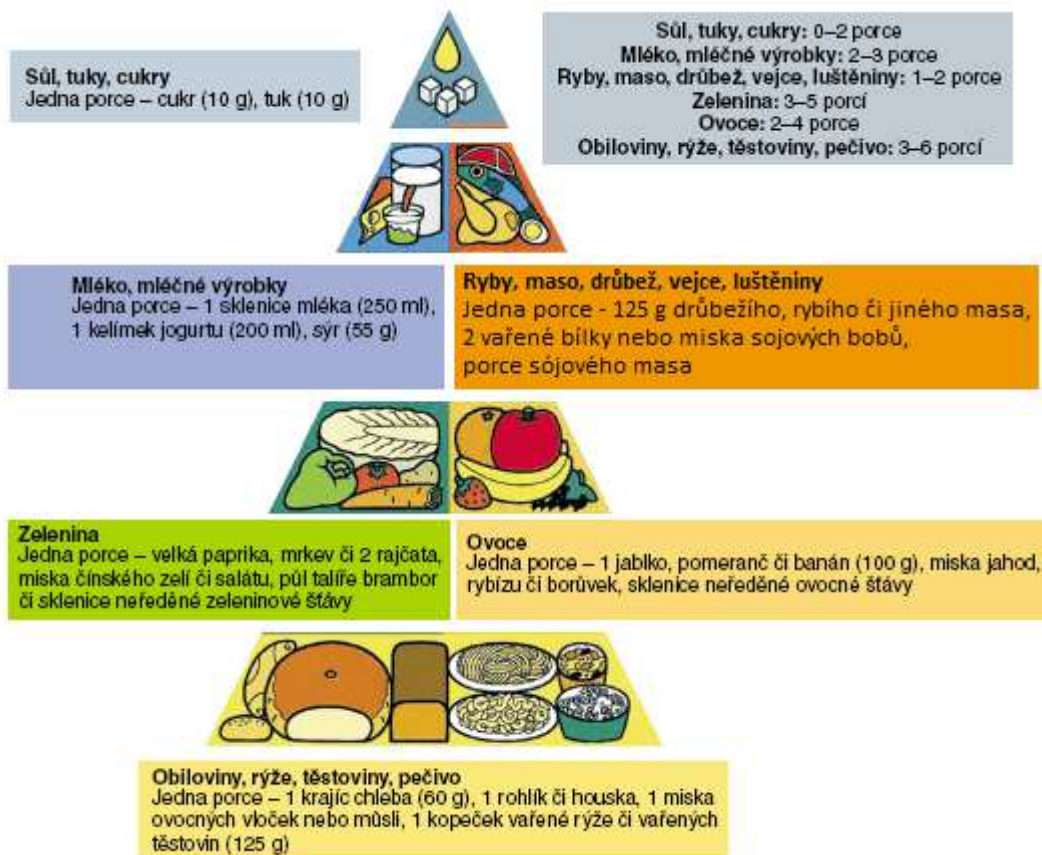
BMI	body mass index
CNS	centrální nervový systém
EKG	elektrokardiogram
FAS	fetální alkoholový syndrom
HIV	human immunodeficiency virus
hCG	humánní (lidský) choriový gonadotropin
IgG	Imunoglobulin G
LH	luteinizační hormon
např.	například
Sb.	Sbírka zákonů
SZU	Státní zdravotnický ústav
TSH	tyreotropní hormon
tj.	to jest
v.	vena

PŘÍLOHY

Příloha A: Potravinová pyramida	str. 81
Příloha B: Kraniofaciální abnormality u FAS	str. 81
Příloha C: Dotazník	str. 82
Příloha D: Žádost o provedení dotazníkového šetření – Praha	str. 87
Příloha E: Žádost o provedení dotazníkového šetření – MUDr. Jandejsková	str. 88
Příloha F: Žádost o provedení dotazníkového šetření – MUDr. Šedivý	str. 89
Příloha G: Žádost o provedení dotazníkového šetření – Příbram	str. 90

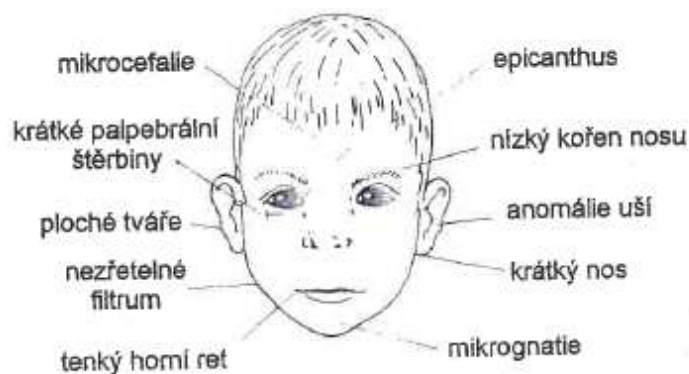
PŘÍLOHY

Příloha A: Potravinová pyramida



<http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>

Příloha B: Kraniofaciální abnormality u FAS



(Vavřínková & Binder, 2006, s. 57)

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Zdeňka Taucová a jsem studentkou bakalářského oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pouze jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma „Životospráva v období těhotenství“.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a veškeré Vámi uvedené informace budou anonymní.

Zaškrtněte, prosím jednu z možných odpovědí, pokud není v dotazníku uvedeno jinak, která nejvíce odpovídá realitě. Odpovídejte prosím na všechny otázky a vyplňujte je pravdivě.

Mnohokrát děkuji za Vaši spolupráci a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Zdeňka Taucová

1. Kolik je Vám let ?

<input type="checkbox"/>	a) 18 let a méně
<input type="checkbox"/>	b) 19 – 25 let
<input type="checkbox"/>	c) 26 – 30 let
<input type="checkbox"/>	d) 31 – 35 let
<input type="checkbox"/>	e) 36 – 39 let
<input type="checkbox"/>	f) 40 let a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

<input type="checkbox"/>	a) základní
<input type="checkbox"/>	b) vyučena
<input type="checkbox"/>	c) středoškolské
<input type="checkbox"/>	d) vyšší odborné
<input type="checkbox"/>	e) vysokoškolské

3. Váš stav ?

a) svobodná
b) vdaná
c) rozvedená
d) vdova

4. Vaše těhotenství je :

a) plánované
b) plánované po umělém oplodnění
c) neplánované

5. Pokolikáté budete rodit ?

a) poprvé
b) podruhé
c) potřetí
d) počtvrté a více

6. Změnilo těhotenství nějak Vaši životosprávu?

a) ano
b) ne

7. Jestliže jste odpověděla na předešlou otázku ano, v které oblasti se vaše životospráva v období těhotenství nejvíce změnila?

a)stravování
b) pitný režim
c) spánek a odpočinek
d) pohyb (sport, cvičení..)
e) sexualita

f) cestování
g)hygiena
h) kouření
ch) konzumace alkoholu
i)užívání jiných návykových látek
j) jiné uveďte jaké...

8. Co bylo největší motivací k této změně?

a) zdraví vás samotných
b) zdraví plodu
c) zdravotní potíže
d) jiné uveďte jaké.....

9. Čerpala jste informace o životosprávě před a během těhotenství ?

a)ano
b)ne

10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, odkud jste informace čerpala?

a) v prenatální poradně od lékaře
b) v prenatální poradně od porodní asistentky
c) v kurzu předporodní přípravy
d) od přátel, příbuzných
e) z tisku (knih, časopisů, letáků)
f) z medií (internetu, tv)

11. Scházely Vám nějaké informace o životosprávě během těhotenství?

	a)ano
	b)ne

12. Jestliže jste na předchozí otázku odpověděla ano, které informace Vám scházely?

	a) o stravování
	b)o pitném režimu
	c) o pohybu (sport, cvičení....)
	d) o sexualitě
	e) o cestování
	f) o hygieně
	g) kouření
	h) o konzumaci alkoholu
	ch) o užívání drog
	i) jiné uveďte jaké

13. Užívala jste během těhotenství nějaké doplňky stravy, např. kyselina listová, vitamín C...

	a) ano
	b) ne

14. Provozovala jste během těhotenství pohybové aktivity?

	a) ano
	b) ne

15. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, které pohybové aktivity jste provozovala?

	a) cvičení pro těhotné
--	------------------------

b) pilates pro těhotné
c) jóga pro těhotné
d) relaxační cvičení
e) břišní tanec
f) turistika
g) plavání
h) jiné uveďte jaké.....

16. Kouřila jste během těhotenství?

a) jsem nekuřačka
b) přestala jsem před početím
c) přestala jsem, když jsem otěhotněla
d) příležitostně
e) kouřila jsem denně, uveďte počet cigaret.....

17. Požívala jste během těhotenství alkohol?

a) ne
b) ne, před těhotenstvím příležitostně
c) přestala jsem, když jsem otěhotněla
d) ano během těhotenství příležitostně
e) ano během těhotenství pravidelně

18. Užívala jste během těhotenství jiné návykové látky?

a) ano
b) ne
c) nechci se k tomu vyjadřovat
d) ano příležitostně

Ještě jednou bych Vám chtěla poděkovat za čas, který jste věnovala vyplňování tohoto dotazníku.

Příloha D: Žádost o provedení dotazníkového šetření – Praha

Mgr. Jana Nováková, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
Praha 5
15006

V Kolíně 18. 8. 2014

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená hlavní sestro,

Jmenuji se Zdeňka Taucová a jsem studentkou 3. Ročníku bakalářského kombinovaného studia , obor Všeobecná sestra na 1. LF UK v Praze. K úspěšnému ukončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma Životaspráva v období těhotenství. K zjištění potřebných údajů pro zpracování své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu. Realizace šetření proběhne anonymně, formou dotazníků. Dotazníky bych umístila na vaše gynekologicko-porodické oddělení. Ke své žádosti přikládám dotazník. Výzkum by byl realizován od 1.9.2014 do 17.10.2014. Pokud budete mít zájem, s výsledky mého šetření Vás seznámím.

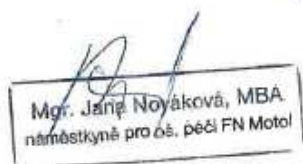
Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

S pozdravem

Zdeňka Taucová



Razítko a podpis:



Zdeňka Taucová
Jana Vostrčila 1533
Kolín 5
28005

Kontakt: ztauc@seznam.cz

Příloha E: Žádost o provedení dotazníkového šetření – MUDr. Jandejsová

MUDr. Radka Jandejsová
Škodova 227
28002 Kolín IV

V Kolíně 18. 8. 2014

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená pani doktorko,

Jmenuji se Zdeňka Taucová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského kombinovaného studia , obor Všeobecná sestra na 1. LF UK v Praze. K úspěšnému ukončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma Životospráva v období těhotenství. K zjištění potřebných údajů pro zpracování své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu. Realizace šetření proběhne anonymně, formou dotazníků. Dotazníky bych umístila u vás na gynekologii. Ke své žádosti přikládám dotazník. Výzkum by byl realizován od 1.9.2014 do 17.10.2014. Pokud budete mít zájem, s výsledky mého šetření Vás seznámím.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

S pozdravem

Zdeňka Taucová 

Razítko a podpis:



Zdeňka Taucová
Jana Vostrčila 1533
Kolín 5
28005

Kontakt: ztauc@seznam.cz

Příloha F: Žádost o provedení dotazníkového šetření – MUDr. Šedivý

MUDr. Jiří Šedivý
Zahradní 49
Kolín 3
280 02

V Kolíně 18. 8. 2014

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážený pane doktore,

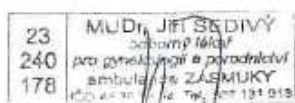
Jmenuji se Zdeňka Taucová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského kombinovaného studia, obor Všeobecná sestra na 1. LF UK v Praze. K úspěšnému ukončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma Životospráva v období těhotenství. K zjištění potřebných údajů pro zpracování své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu. Realizace šetření proběhne anonymně, formou dotazníků. Dotazníky bych umístila u vás na gynekologii. Ke své žádosti přikládám dotazník. Výzkum by byl realizován od 1.9.2014 do 17.10.2014. Pokud budete mít zájem, s výsledky mého šetření Vás seznámím.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

S pozdravem

Zdeňka Taucová

Razítko a podpis:



Zdeňka Taucová
Jana Vostrčila 1533
Kolín 5
28005

Kontakt: ztauc@seznam.cz

Příloha G: Žádost o provedení dotazníkového šetření - Příbram

MUDr. Stanislav Holobrada, ředitel
Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Podbrdská 269
261 95 Příbram V - Zdaboř

V Kolíně 18. 8. 2014

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážený pane řediteli,

Jmenuji se Zdeňka Taucová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského kombinovaného studia, obor Všeobecná sestra na 1. LF UK v Praze. K úspěšnému ukončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma Životospráva v období těhotenství. K zjištění potřebných údajů pro zpracování své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu. Realizace šetření proběhne anonymně, formou dotazníků. Dotazníky bych umístila na vaše gynekologicko-porodické oddělení. Ke své žádosti přikládám v příloze dotazník. Výzkum by byl realizován od 1.9.2014 do 17.10.2014. Pokud budete mít zájem, s výsledky mého šetření Vás seznámím.

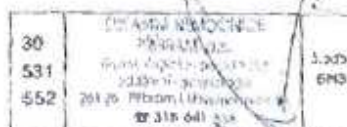
Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

S pozdravem

Zdeňka Taucová



Razítko a podpis:



Zdeňka Taucová
Jana Vostrčila 1533
Kolín 5
28005

Kontakt: ztauc@seznam.cz

