

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Kristýna Šenková

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SOŠ

Specifika výživy těhotných žen v regionu Uherské Hradiště

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité literární zdroje jsem správně a úplně citovala.

V Uherském Brodě dne 2. dubna 2013

Kristýna Šenková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D. za odborný dohled a poskytování rad v průběhu psaní diplomové práce.

OBSAH

1 ÚVOD.....	6
2 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	7
3 TEORETICKÉ POZNATKY	8
3.1 Gravidita.....	8
3.1.1 Prekoncepční příprava	8
3.1.1.1 Plánované rodičovství.....	8
3.1.1.2 Optimální hmotnost před otěhotněním	9
3.1.2 Vznik těhotenství	9
3.1.2.1 Oplození (fertilizace)	9
3.1.2.2 Implantace a nidace	10
3.1.2.3 Vývoj plodového vejce	10
3.1.3 Příznaky těhotenství.....	11
3.1.4 Charakteristika prvního trimestru těhotenství.....	12
3.1.5 Charakteristika druhého trimestru těhotenství.....	12
3.1.6 Charakteristika třetího trimestru těhotenství.....	13
3.1.7 Změny v organismu těhotné ženy	13
3.1.7.1 Změny v reprodukčním systému.....	13
3.1.7.2 Změny na ostatních orgánech	14
3.1.7.3 Změny trávicího traktu.....	14
3.1.7.4 Ostatní změny v těhotenství.....	15
3.1.7.5 Psychické změny v těhotenství.....	16
3.1.8 Sexualita a těhotenství	16
3.1.9 Rizikové faktory v těhotenství.....	16
3.1.10 Prenatální péče	18
3.1.10.1 Prenatální poradna	18
3.1.10.2 Prenatální diagnostika.....	20
3.2 Výživa v graviditě	23
3.2.1 Pyramida zdravé výživy.....	24
3.2.1.1 Kritéria pro zařazení potravin do pyramidy.....	24
3.2.2 Obecné zásady výživy těhotné ženy	25
3.2.3 Energie ve výživě těhotných žen	25
3.2.4 Tělesná hmotnost v těhotenství.....	26
3.2.5 Základní složky stravy	26
3.2.5.1 Cukry	27
3.2.5.2 Tuky	29
3.2.5.3 Bílkoviny	31
3.2.5.4 Vybrané minerální látky a vitaminy	32
3.2.6 Vitaminové doplňky stravy.....	36
3.2.7 Rizikové potraviny v těhotenství	37
3.2.8 Příjem tekutin v těhotenství	38
3.2.8.1 Vhodné nápoje	40
3.2.8.2 Další nápoje	41

4 MATERIÁL A METODIKA PRÁCE	43
4.1 Charakteristika souboru	43
4.1.1 Demografické údaje	43
4.2 Výzkumná metoda	48
4.3 Statistické zpracování.....	49
5 VÝSLEDKY A DISKUZE	50
5.1 Průměrný věk žen při prvním otěhotnění	50
5.2 Frekvence příjmu potravy	51
5.3 Kvalita a kvantita stravy před otěhotněním a v těhotenství.....	54
5.4 Forma kuchyňské úpravy	64
5.5 Ranní nevolnost.....	65
5.6 Změny chuti k jídlu.....	66
5.7 Rizikové potraviny	67
5.8 Kvalita a kvantita přijímaných nápojů	68
6 ZÁVĚR	74
7 SOUHRN	76
8 SUMMARY	77
9 REFERENČNÍ SEZNAM.....	78
SEZNAM ZKRATEK	83
SEZNAM OBRÁZKŮ	84
SEZNAM TABULEK.....	85
SEZNAM GRAFŮ	87
SEZNAM PŘÍLOH.....	88
PŘÍLOHY	
ANOTACE	

1 ÚVOD

Vyvážená zdravá strava, obsahující rozumné množství sacharidů, bílkovin, tuků, minerálních látek a vitamínů, je rozhodující pro zdraví matky i dítěte. Vše, co matka sní, je potravou pro dítě, a co je v těle uloženo před početím, je významné pro raný vývoj, kdy se tvoří všechny důležité orgány. Proto se doporučuje začít s přípravou na těhotenství tři měsíce před plánovaným početím, aby byl zajištěn pro dítě ten nejlepší start do života (Mackonochie, 1998).

Těhotenství je období specifické tím, že v jeho průběhu se většinou zásadním způsobem mění chuťové preference, a proto se současně mění požadavky na optimální příjem živin. V průběhu gravidity je nutné věnovat pozornost nejen skladbě stravy, ale také kvalitě používaných potravin, tzn. jak z hlediska jejich biologické hodnoty, tak z hygienických důvodů. Důvodem je vyvarovat se alimentárních onemocnění, tj. chorob způsobených „zkaženou stravou“, protože jakákoliv infekce je riziková především pro plod (Fořt, 2007).

Zkušenosti ukazují, že když si žena včas vypracuje plán opírající se o moderní poznatky z lékařských věd, může právem očekávat, že se jí narodí zdravý potomek a může se těšit na prožívání šťastného rodičovství (Trča, 2009).

Téma diplomové práce Výživová specifika žen v období gravidity, jsem si zvolila z důvodu velkého zájmu o výživu, ale také proto, že se nacházím v období, kdy mnoho mých kamarádek čeká miminko nebo už děti mají. U některých z nich se objevují pochybnosti, zda se stravují nebo stravovaly, tím neoptimálnějším způsobem. Setkávám se s názory žen, které tvrdí, že jíst se má všechno nebo se řídí nesprávným pravidlem „jíst za dva“.

Diplomová práce je rozdělena na tři části. První zahrnuje cíle a úkoly práce, druhá teoretické poznatky týkající se těhotenství a výživy těhotných žen a třetí výzkumnou část, kde je uvedena charakteristika souboru, výzkumná metoda, popis výzkumu realizovaného u těhotných žen v regionu Uherské Hradiště a výsledky výzkumu.

2 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit stravovací návyky těhotných žen s ohledem na preferenci potravin a nápojů v prekoncepčním období a v graviditě.

ÚKOLY PRÁCE

1. Studium odborné literatury a dostupných pramenů k problematice gravidity a výživy těhotných žen.
2. Příprava a realizace výzkumného šetření pomocí dotazníkové metody u cílové skupiny těhotných žen všech věkových kategorií v okolí Uherského Hradiště.
3. Analýza a interpretace získaných poznatků a na jejich základě se pokusit zjistit:
 - jaký je průměrný věk současných žen při prvním otěhotnění,
 - frekvenci příjmu potravy těhotných žen,
 - zda těhotné ženy změnilly kvalitu a kvantitu stravy oproti období před těhotenstvím,
 - jakou preferují gravidní ženy formu kuchyňské úpravy,
 - zda těhotné ženy trpěly ranní nevolností,
 - zda těhotné ženy zaznamenaly „těhotenské chutě“,
 - zda se těhotné ženy vyhýbaly rizikovým potravinám,
 - kvalitu a kvantitu přijímaných nápojů u těhotných žen.

3 TEORETICKÉ POZNATKY

V teoretické části je popsána problematika gravidity a následně výživová doporučení pro těhotné ženy. Získané poznatky a informace jsou dále využity ve výzkumné části diplomové práce.

3.1 Gravidita

Těhotenství (gravidita) trvá přibližně 40 týdnů, 270 dnů od oplodnění nebo 284 dnů od prvního dne poslední menstruace. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Těhotenství se člení na tři třetiny, které nazýváme trimestry. Význam tohoto dělení spočívá v rozčlenění 40 týdnů těhotenství do menších časových celků (Merkunová, Orel, 2008; Gregora, Velemínský, 2011).

3.1.1 Prekoncepční příprava

V dřívějších dobách vznikala mnohá otěhotnění náhodně. Mohla to být také doba, která nebyla pro partnery z nějakého důvodu optimální. V polovině minulého století byla nalezena nová antikoncepční metoda – hormonální pilulky. Byla mnohem spolehlivější než jiné metody a dávala možnost plánování otěhotnění (Trča, 2009).

3.1.1.1 Plánované rodičovství

Plánované rodičovství je snaha mít děti v období pro rodinu z nejrůznějších důvodů vhodném, a naopak zamezit nežádoucímu otěhotnění. Plánované rodičovství patří mezi základní lidská práva umožňující ženě svobodně se rozhodnout o počtu a době narození svých dětí (Rob, Marton, Citterbart a kol., 2008).

Z biologického hlediska je nejvhodnější věk pro otěhotnění 20 až 25 let. V tomto věkovém období probíhá těhotenství s nejnižším počtem nepravidelností a porod bývá snazší. Ve věku 35 let a více bývá těhotenství provázeno vyšším výskytem nepravidelností a nebezpečím poškození vývoje plodu. Vyšší věk u mužů se na výskytu vývojových vad neprojevuje (Trča, 2009).

3.1.1.2 Optimální hmotnost před otěhotněním

Nejjednodušším ukazatelem je poměr tělesné hmotnosti k tělesné výšce. Nejčastěji se používá tzv. body mass index (BMI), což je poměr mezi tělesnou hmotností (v kilogramech) dělenou druhou mocninou tělesné výšky (v metrech). Optimální BMI před otěhotněním je v rozmezí 20,0 – 24,9 kg/m². Oba extrémny (pod i nad optimálním rozmezím) jsou spojeny se zhoršenou schopností reprodukce a možností otěhotnění. Další hodnoty BMI jsou uvedeny v tabulce 1 (Müllerová, 2004).

Tabulka 1. Výživový stav matky před a na počátku těhotenství podle Müllerové, 2004

Stav na počátku gravidity	BMI (kg/m ²)
Podvýživa	< 20,0
Optimální stav	20,0 - 24,9
Nadváha	25,0 - 29,9
Obezita	30,0 a více

3.1.2 Vznik těhotenství

Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce. V době porodu se z plodu stává novorozenec (Roztočil a kol., 2008).

3.1.2.1 Oplození (fertilizace)

Oplození nastává spojením mužské zárodečné buňky (spermie) s ženskou zárodečnou buňkou (vajíčkem). Přibližně 14 dní po poslední menstruaci (ovulace) je šance na oplodnění. Proces ovulace začíná tím, že několik folikulů ve vaječníku nabývá na velikosti. Obvykle pouze jeden folikul ovuluje a je stimulovaný FSH (folikuly stimulující hormon), který je vylučován hypofýzou během posledních několika dnů cyklu. Jen asi 400 folikulů, z původních 2 milionů, dosáhne ovulační fáze. Folikul obsahuje již zralé vajíčko a při jeho prasknutí vyteče tekutina, kterou je naplněn spolu s miliony buněk, jež tvořily pohlavní hormon estrogen. Uprostřed buněk leží vajíčko, těsně obklopeno ochrannými buňkami, které odpovídají za nejbližší prostředí a přísun živin vajíčku. Když se z folikulu uvolní zralé vajíčko, zachytí se na ohebném ústí vejcovodu a řasinkami je unášeno směrem k děložní dutině. Vajíčko může čekat

ve vejcovodu až dva dny než se dostane k děloze. Jestliže se v tuto dobu dostanou mužské zárodečné buňky do vnitřních pohlavních orgánů ženy dochází k oplodnění. K oplodnění většinou dochází ve vejcovodu a nezáleží na tom, zda se sem dostanou první spermie nebo vajíčko. Pokud nedojde k oplodnění, vajíčko pokračuje vejcovodem do dělohy a dále děložním hrdlem a pochvou ven. Za deset dní poté se dostává menstruace (Roztočil a kol., 2008; Nilsson, Hamberger, 2003; Hart, Norman, Callander, 2000).

3.1.2.2 Implantace a nidace

Po proniknutí celé spermie do vajíčka (trvá několik hodin) se formuje zygota. Během týdenního putování vejcovodem se zygota dělí a ve stadiu blastocysty přichází do dělohy, ve které se zanořuje do děložní sliznice (nidace), která je v této době poměrně vysoká a prosáklá (Merkunová, Orel, 2008).

Blastocysta má dvě vrstvy: zevní vrstvu buněk, tzv. trofoblast, který dává vzniknout plodové části placenty a vnitřní vrstvu, tzv. zárodečný terčík, ten je základem zárodku (embrya). Embryo je tvořeno třemi vrstvami tkání, které se vyvíjí odděleně. Vnější vrstva tvoří nervy a kůži, prostřední vrstva kosti, chrupavky, svaly, oběhový systém, ledviny a pohlavní orgány a vnitřní vrstva tvoří dýchací a zažívací ústrojí (Merkunová, Orel, 2008; Mackonochie, 1998).

Implantace – nidace je kritickou fází vývoje oplozeného vajíčka. Uvádí se, že 30 až 60 % oplozených vajíček zaniká pro poruchu dalšího vývoje blastocysty anebo pro poruchu implantace a je následně v termínu očekávané menstruace (nebo menstruace o něco opožděné) odplaveno s menstruační krví. Proto podle některých autorů začíná těhotenství teprve po zdárném dokončení implantace (<http://www.porodnice.cz>).

3.1.2.3 Vývoj plodového vejce

Plodové vejce se skládá z placenty, plodových obalů, plodové vody, pupečníku a plodu. **Placenta** je orgán, který zprostředkuje výměnu krve matky a plodu. Umožňuje přenos kyslíku a potravy z krve matky do krve plodu a opačným směrem odvádí odpadní látky. Zásoby glykogenu v endometriu (děložní sliznice) jsou dostatečné pro výživu embrya pouze během prvních několik týdnů, proto se rychle vyvíjí. Placenta je plně vytvořena ve 12. týdnu těhotenství, kdy je schopna převzít tvorbu hormonů

(estrogenu a progesteronu) od vaječnicků. V termínu porodu pokrývá placenta asi 30 % vnitřního povrchu dělohy a váží průměrně 500 g (Merkunová, Orel, 2008; Mackonochie, 1998; Sherwood, 2011; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2009).

Plodové obaly obklopují plod v děloze. Jsou tvořeny dvěma vrstvami blan, které se vyvinuly spolu s plodem. Vnitřní se nazývá amnion, což je průsvitná bezcévná blána, která pokrývá plodovou plochu placenty a přechází na pupečník. Pokrývá celý vnitřek dutiny, ve které je umístěn plod v plodové vodě a účastní se tvorby plodové vody. Vnější pevná průsvitná bezcévná blána se nazývá chorion, která odstupuje z okrajů placenty. Zvenku k nim přiléhá těhotensky změněná děložní sliznice, která je mateřského původu. Plodové obaly neobsahují nervová zakončení, proto protrhnutí při porodu nebolí (Gregora, Velemínský, 2011).

Plodová voda je tekutina, která obklopuje plod a zabezpečuje ideální podmínky pro jeho růst a vývoj. Její dostatek umožňuje pohyb plodu, tlumí nárazy, chrání plod před tlakem zvenčí a chrání matku před bolestivými pohyby plodu. Množství plodové vody závisí na týdnu těhotenství. V průběhu těhotenství stoupá, ke konci začne množství klesat (pohyb plodu je omezen) (Roztočil a kol., 2008; <http://www.emimino.cz>).

Pupečník se vytváří postupným zužováním zárodečného stvolu jako spojení mezi placentou a embryem a probíhá v něm krevní cirkulace (Breckwoldt, 1997).

Embryo a plod - po fázi implantační a nidační nastupují dvě vývojové etapy zárodka. V průběhu embryonálního vývoje trvajících od 3. do 12. týdne těhotenství prochází embryo stadii organogeneze. Od 12. týdne nastupuje období fetálního růstu a embryo se mění na plod (Roztočil a kol., 2008).

3.1.3 Příznaky těhotenství

Příznaky těhotenství můžeme rozdělit na objektivní (změny v organismu těhotné ženy) a subjektivní (pocity ženy). Příznaky, které se projevují v těhotenství se můžou mezi jednotlivými ženami velice lišit. Můžeme je rozdělit na nejisté, pravděpodobné a jisté.

Mezi **nejisté** příznaky těhotenství patří změny nálady, únavnost, sklon k mdlobám a závratím, ranní nevolnost a zvracení, změny chuti k jídlu, slinění, častější močení aj. Jsou to velice neurčité příznaky, které se mohou objevit i u netěhotné ženy.

Jako **pravděpodobné** jsou změny na pohlavních orgánech, jako prosáknutí zevních pohlavních orgánů, nafialovělé zbarvení poševní sliznice a děložního čípku, zvětšená děloha, zvětšení prsů a břicha a také vynechání menstruace (amenorea).

Za **jisté** známky těhotenství považujeme průkaz plodu v děloze nebo zachycení jeho životních projevů. Jde o tlukot jeho srdce nebo zachycení pohybů plodu, které se objevují od 20. týdne (Gregora, Velemínský, 2011).

Laboratorní průkaz těhotenství spočívá ve vyšetření specifického hormonu choriového gonadotropinu. Ten lze vyšetřit z moči nebo krve těhotné ženy. Bývá pozitivní zhruba od 8. – 9. dne po ovulaci a oplození. Ultrazvukové vyšetření vaginální sondou umožňuje vidět počínající těhotenství v děloze již od 5. týdne od poslední menstruace, tedy zhruba 3. týden po oplození (Gregora, Velemínský, 2011).

3.1.4 Charakteristika prvního trimestru těhotenství

Vývoj zárodka je v prvním trimestru velmi rychlý a bouřlivý. V 8. týdnu měří 22 – 27 mm a má tvar lidského těla. Hlava je výrazně větší v poměru k ostatnímu tělu a jsou již vyvinuty rysy obličeje a prsty na končetinách. Orgány ještě nejsou plně vyvinuty, hlavně pokud jde o jejich funkci. Od 9. týdne nehovoříme o zárodku, ale o plodu, který nyní váží asi 10 g, a u kterého dochází k intenzivnímu růstu, vývoji funkcí orgánů a tkání. Dokončuje se vývoj placenty a je již vyvinut pupečník. První trimestr končí v 13. týdnu těhotenství a v této době měří plod asi 10 cm a váží 20 g. Tvar plodu je vyvinut a ledviny začínají tvořit a vylučovat moč. Na ultrazvuku jsou již patrné pohyby plodu. U žen se objevují nejisté příznaky těhotenství, které jsou zmíněny výše. Asi v 8. týdnu začínají ženy přibývat na váze a objevují se další příznaky jako je zvětšení prsou a břicha, zvýšené nároky na matčino srdce, plíce a ledviny, pigmentace ve tváři, na prsních dvorcích a ve střední čáře na břicho (Gregora, Velemínský, 2011).

3.1.5 Charakteristika druhého trimestru těhotenství

Druhý trimestr začíná na konci 13. týdne a končí ve 26. týdnu. Pro většinu žen je toto období nejkrásnějším obdobím, kdy se cítí dobře fyzicky i psychicky. V 16. týdnu je plod pokryt drobným chmýřím a začínají mu růst řasy a obočí. Začínají se tvořit pevné kosti a klouby začínají být funkční. Vytvářejí se i pohlavní orgány, které jsou patrné na ultrazvuku až o 2 – 3 týdny později. Kolem 20. týdne může těhotná žena cítit

pohyby plodu, u vícerodiček to může být o dva týdny dříve (Gregora, Velemínský, 2011).

3.1.6 Charakteristika třetího trimestru těhotenství

Třetí trimestr začíná od 27. týdne a trvá až do porodu. V této době již plod slyší a reaguje na hudbu, a také dokáže rozeznávat světlo a tmu. Ve 32. týdnu vypadá skoro stejně jako při narození, jen je menší. Okolo 36. týdne zaujímá v děloze definitivní polohu a zpravidla se již neotáčí. V tuto dobu se začíná natáčet kardiokograf, který zachycuje a zaznamenává frekvenci úderů srdce plodu v děloze (plodové ozvy). V tomto období je také důležitá úloha partnera, který by měl těhotnou ženu podporovat a připravit co nejlepší podmínky a domácí pohodu po porodu (Gregora, Velemínský, 2011).

3.1.7 Změny v organismu těhotné ženy

„Cílem změn mateřského organismu v těhotenství je připravit organismus ženy tak, aby byl zajištěn zdárný průběh těhotenství, vývoj a růst plodu a došlo k přípravě organismu na porod a kojení“ (Gregora, Velemínský, 2011, s. 29).

3.1.7.1 Změny v reprodukčním systému

Těhotná děloha je překrvená, mění svou konzistenci (měkká, prosáklá a její tonus je chabý) a barvu (děložní hrdlo je zbarveno modrofialově) a mění svůj tvar a uložení v malé pánvi (později v dutině břišní) z důvodu rostoucího plodového vejce. Hmotnost dělohy se zvětší z 60 g na 1000 g a její stěna se ztenčuje (Roztočil a kol., 2008).

V důsledku hormonálně podmíněného zvýšení prokrvení dochází ke zkyprění tkání v oblasti vulvy a vaginy. Kromě fialového zbarvení sliznice pochvy a děložního čípku se zvětšuje tvorba sekretu v pochvě, která může být vnímána jako výtok (Martius, Breckwoldt, Pfleiderer, 1997).

Mezi nejnápadnější změny na těle těhotné ženy patří zvětšující se prsy. Jsou patrné brzy po vynechání první menstruace, kdy těhotná pociťuje napětí v prsou a citlivost bradavek. Prsní bradavky se také zvětšují a tmavne pigmentace dvorce. Od prvních týdnů těhotenství lze z prsních bradavek vytlačit čirou tekutinu,

kteřá postupně houstne a dostává Źlutou barvu. Nazýváme ji mleziwo (kolostrum) (Roztočil a kol., 2008; Trča, 2009).

3.1.7.2 Změny na ostatních orgánech

Ve střední čáře břicha a v krajině pupku se může zvýšenou měrou ukládat kožní barwivo. Tyto místa se zbarwují dohněda a toto zbarwení může postihnout i kůži obličeji. Po porodu se během šesti týdnů zbarwení kůže samo ztratí (Trča, 2009).

Na kůži se také mohou vyskytovat drobné „pajizévky“ (strie). Strie vznikají při rychlém napínání kůže anebo při následném stažení kůže. Nejčastěji se vyskytují na kůži v oblasti břicha, stehen a prsů. Těmto změnám lze zabránit vhodnou péčí o tělo. Podstatou je důsledná péče o tělo ještě před prvními známkami napínání břicha, dostatek tekutin, pohybu, a také časté mazání kůže krémy, balzámy nebo oleji (Bělohávková, 2012).

V pokročilejším těhotenství mohou u některých žen vznikat hemoroidy. Hemoroidy jsou nateklé cévy uvnitř a vně konečníku a patří mezi nejčastější těhotenské potíže, které způsobují bolest, svědění a krvácení. Příčinou jsou hormony, díky kterým jsou cévy pružnější a zhoršuje je hmotnost dítěte a zácpa. Hemoroidy většinou po porodu sami zmizí nebo se operativně odstraní (Těhotenství, 2009).

3.1.7.3 Změny trávicího traktu

Žaludeční nevolnost a zvracení se většinou objevuje v prvním trimestru těhotenství, nejčastěji ve čtvrtém nebo pátém týdnu. Nastává obvykle ráno, ale může se vyskytovat v kteroukoli denní dobu. Bývá provázena zvýšeným tvořením slin, které mívají nepříjemnou pachut'. Příčinou žaludeční nevolnosti mohou být různé pachy, nelibost z otěhotnění aj. Žaludeční nevolnost většinou sama odezní ve čtvrtém měsíci (Trča, 2009).

Chutě v těhotenství jsou způsobeny hormonálními změnami, díky kterým se mění oblība různých jídel i odpor k nim. Těhotenské chutě se mohou v průběhu těhotenství měnit a jsou zcela v pořádku. Problém nastává pouze v případě, kdy je ohrožen přísun vyvážené stravy. Největší touha je po sladkostech, mléčných výrobcích, slaných a kořeněných pochutinách nebo po kyselém či trpkém ovoci. Mezi nejčastěji

odmítaná jídla patří především maso. Návrat k obvyklým kombinacím se vrátí po porodu (www.babyweb.cz).

Obtížné vyprazdňování až zácpa bývá způsobena hormony vznikajícími v těle těhotných žen, které mají za úkol uvolnit svalstvo dělohy, ale uvolňují také svalstvo střev, a tím zpomalují jejich pohyb. Zpomaleným pohybem se vstřebává více vody a stolice se zahušťuje. Také rostoucí děloha, která tlačí na střeva a konečník, zpomaluje vyprazdňování. Prevencí proti zácpě je dostatek pohybu, tekutin a potravin s vysokým obsahem vlákniny (www.babyweb.cz).

3.1.7.4 Ostatní změny v těhotenství

Časté močení se objevuje již na začátku těhotenství a u některých žen se přibližně v polovině těhotenství zmírní. Příčinou bývá překrvení dělohy a přiléhající části močového měchýře, čímž vzniká zvýšená dráždivost jeho stěn. Další příčinou je zvětšená děloha, která tlačí na močový měchýř, tudíž nemá prostor k dostatečnému roztáhnutí. Přibližně kolem 30. týdne těhotenství se znovu objevuje časté močení z důvodu usídlení hlavičky plodu nebo jeho pánve v dolní části dělohy. Důsledkem častého močení je porucha spánku či ulpívání moči (Trča, 2009).

Potní žlázy pracují v těhotenství zvýšenou měrou a způsobují zvýšené pocení, kdy se na některých místech udržuje pot a vlhkost. Na kůži vznikají opruzeniny, které se projevují svěděním a pálením. Nejlepší prevencí je časté sprchování vlažnou vodou (Trča, 2009).

Spavost se nejčastěji vyskytuje na začátku těhotenství, která vzniká útlumem mozkové kůry. Jde vlastně o ochranu organismu před mnoha vzruchy, které doléhají na organismus těhotné ženy. V této době je velmi důležitý odpočinek a časté větrání (Trča, 2009).

Křeče v lýtkách se vyskytují nejčastěji ve druhém trimestru a spíše v nočních než denních hodinách. Přesná příčina není známá, ale důvodem může být přídatná zátěž plodu nebo snížené prokrvení dolních končetin při tlaku dělohy na cévy, které je zásobují. Křečím lze předcházet pomocí dostatečného přísunu tekutin, pohybu, strečinku, hořčíku a vápníku (www.tehotenstviaz.cz).

3.1.7.5 Psychické změny v těhotenství

Smyslem psychických změn je příprava těhotné ženy na roli matky. Probíhají již od počátku těhotenství současně se změnami fyzickými. Změny souvisí s hormonálními změnami v těle ženy, s typem její osobnosti, s kvalitou partnerského vztahu, s jejím materiálním a sociálním zajištěním, s prostředím, ve kterém žije a také se zdravotním stavem. V těhotenství dochází k výrazným změnám v jejích emocích. Těhotná žena se musí naučit novou životní roli, přizpůsobit, změnit nebo zcela opustit své chování. Toto období je doprovázeno pocity ztracenosti, úzkosti, zmatku, nemocnosti a někdy i stesku. V těchto chvílích je důležitá podpora blízkých a partnera, který také prožívá psychické změny během partnerčina těhotenství. Muži mohou prožívat pocity odmítání a osamělosti, protože těhotné ženy se uzavírají do sebe a snižuje se jejich sexuální touha (Gregora, Velemínský, 2011).

3.1.8 Sexualita a těhotenství

Sexualita v těhotenství je negativně ovlivněna fyzickou, ekonomickou a sociální zátěží. Při pohlavním styku se nemůže vyvíjející plod ohrozit, protože je dobře chráněn v děloze plodovou vodou a vakem a vlastní děloha je utěsněna hlenovou zátkou, která mizí před porodem. U řady žen se zvyšuje zájem o sex ve druhém trimestru těhotenství, ale může se také stát, že zájem o sex se sníží nebo zcela zmizí. U většiny žen v průběhu třetího trimestru klesá zájem o sexuální aktivity. Při zachování běžné sexuální hygieny není u zdravých partnerů nutné omezení pohlavního styku ani v posledních týdnech před porodem. Nebylo prokázáno zvýšené riziko předčasného porodu nebo krvácení. Ve vyšším stadiu těhotenství je nutné volit vhodné polohy s ohledem na zvětšené břicho ženy (Roztočil a kol., 2011; Mackonochie, Lewis, 2009).

3.1.9 Rizikové faktory v těhotenství

Výzkumy naznačují, že mezi tím, co je vrozené, a tím, co je získané panuje vzájemná vazba. Výsledky výzkumů dokazují, že nepříznivé prostředí v děloze může mít v pozdějším věku za následek zvýšené riziko onemocnění. Placenta hraje důležitou roli ve vztahu k ochraně embrya, později plodu, ale nedokáže zázraky. Alkohol, cigarety a některé léky mohou negativně ovlivnit prostředí v děloze, ale také nedostatek živin, železa a vitaminů. Poškození plodu může také způsobit nadbytek cukrů a tuků.

Poškození nemusí být patrné ihned po porodu, ale může se projevit až v pozdějším věku (Nilsson, Hamberger, 2003).

Kouření je jedním z faktorů zhoršující plodnost mužů (snižuje počet spermií v ejakulátu). Cigaretový kouř obsahuje látky, které výrazně poškozují lidské zdraví. Aktivní i pasivní kouření je pro plod stejně nebezpečné, a proto by měla těhotná žena přestat kouřit a také se jí přizpůsobit i domácnost. Kouření snižuje přívod kyslíku k plodu a výrazně zvyšuje riziko samovolného potratu. V pozdějším těhotenství může způsobit zpomalení nitroděložního růstu a vývoje plodu. V době kolem porodu může dojít i k nitroděložnímu úmrtí plodu. Děti žen, které v průběhu těhotenství kouřily, bývají ohroženy syndromem náhlého úmrtí novorozence, lehkou mozkovou dysfunkcí, poruchami soustředění a chování (Gregora, Velemínský, 2011).

Alkohol nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu. Byly dokázány škodlivé účinky na plod. Vše, co těhotná žena sní nebo vypije, přechází krevním oběhem do těla plodu. Při nadměrné konzumaci alkoholu může dojít k poškození plodu, tzv. Fetální alkoholový syndrom (FAS). FAS se projevuje růstovou retardací plodu, různým stupněm mentální retardace, poruchami chování, vrozenými vadami srdce aj. Neexistuje všeobecně uznávaná „bezpečná dávka alkoholu“, proto se doporučuje nepít alkohol vůbec. Problematické jsou hlavně první týdny, kdy žena o těhotenství neví, ale alkohol je nebezpečný po celou dobu gravidity (www.mimina.cz; www.vrozene-vady.cz)

Těhotenství drogově závislé ženy bývá většinou neplánované, protože obvykle nemenstruují, a proto se domnívají, že nemohou otěhotnět. **Toxikomanie** v těhotenství je spojena s vysokým rizikem předčasného porodu, poruchami placenty a neprospíváním plodu. Většinou jde o děti s nízkou porodní hmotností a někdy se nich také objevuje abstinenční syndrom. Plod v děloze je totiž vystaven stejnému účinku drogy jako matka a po porodu se u něj dostávají abstinenční příznaky. Tyto děti lehce onemocní a je u nich riziko náhlého úmrtí novorozence i výskyt vrozených vývojových vad daleko častější. Nitrožilní aplikace drog navíc zvyšuje riziko onemocnění infekční žloutenkou typu C a infekcí HIV způsobující AIDS (Gregora, Velemínský, 2011).

U většiny léčiv nehrozí, že se dostanou až k plodu a poškodí ho, protože neprojdou přes placentu. Některé se k plodu dostanou, ale nepoškodí ho. Ovšem existují i **léky**, které plod poškodí. Nejrizikovější je prvních osm týdnů těhotenství,

proto se doporučuje užívání léků pouze po konzultaci s lékařem. **Očkování** je pro těhotné ženy nevhodné (Nilsson, Hamberger, 2003).

Před **rentgenovým vyšetřením** žaludku, střev, žlučníku aj. se lékař musí ujistit, zda žena není těhotná, protože by tento typ vyšetření mohl poškodit plod (Nilsson, Hamberger, 2003).

Olovo se může dostávat do organismu pravidelnou dávkou z pitné vody například z olověných trubek a z potrubí pájeného olovem. Olovo může být příčinou potratu, narození mrtvého plodu, ale také dlouhodobých problémů, například pozdější potíže s učením, poškození mozku, vysoký krevní tlak nebo onemocnění ledvin (Swinney, Anderson, 2011).

Výzkumy ukázaly, že ženy, které v době těhotenství trpí výraznou nadváhou, jsou vystaveny vyššímu riziku poruchy plodu. **Nadváha** je považována za faktor představující stejně velké riziko jako kouření (Nilsson, Hamberger, 2003).

3.1.10 Prenatální péče

Prenatální péče je zaměřena na prevenci komplikací v těhotenství, především včasné odhalení rizikových faktorů, které mohou mít vliv na průběh těhotenství, porodu či šestinedělí. Těhotné ženy by měly navštívit poradnu před koncem prvního trimestru, tedy do ukončeného 12. týdne těhotenství. Optimální termín pro první vyšetření je mezi 5. – 7. týdnem těhotenství. Včasná prenatální péče umožňuje:

- těhotenství přerušit, pokud je vážně ohroženo zdraví nebo život těhotné ženy,
- začít včasnou léčbu onemocnění těhotné ženy,
- včasné vyhledání a léčení těhotných žen, u kterých je riziko choroby nebo patologických stavů komplikujících těhotenství (krvácení, hrozící předčasný porod) (Kudela, 2011).

3.1.10.1 Prenatální poradna

U nekomplikovaných a nerizikových těhotenství se doporučuje do 36. týdne těhotenství kontrola alespoň 1 x za čtyři týdny, případně 1 x za dva týdny a po 36. týdnu do termínu porodu 1 x týdně a po termínu porodu 2 – 3 x týdně (Čepický, Černá, 2011).

Při první návštěvě poradny pro těhotné ženy lékař provede tzv. anamnézu, která obsahuje řadu otázek, jejichž cílem je odhalit případná rizika pro další vývoj těhotenství a vývoj plodu. Otázky se týkají proběhlých chorob, operací, potratů, dědičných chorob u předků, aj. (Trča, 2009).

Následuje zvážení těhotné ženy, změření jejího krevního tlaku a vyšetření moči na přítomnost cukru, bílkoviny a dalších látek. U většiny těhotných žen následuje gynekologické vyšetření, které se provádí zevně přes břicho (ultrazvukem), a také vnitřně pochvou. Ultrazvuk snímá odražené ozvěny od orgánů, které jsou přeneseny na monitor. To umožňuje identifikovat kolem 300 malformací, pouze s 1 % rizikem potratu. Ultrasonografie je základním prvkem při invazivních metodách jako je například amniocentéza, odběr choriových klků a odběr pupečnickové krve. Při zevním porodnickém vyšetření se zaměřuje zejména na velikost a tvar dělohy, hodnotí se její napětí, případně děložní stahy. V pozdějším stadiu těhotenství lze určit polohu plodu. Při vnitřním porodnickém vyšetření se sleduje případné krvácení, zánětlivý výtok či odtékání plodové vody. Dále se hodnotí uložení, tuhost, délka a prostupnost čípku a hrdla děložního, vztah nejnižše uložené části plodu ke kostěné pánvi. Souhrn těchto údajů se nazývá cervikální skóre (cervix skóre). Výsledek se uvádí v rozmezí 1 – 10, tzn. čím vyšší číslo, tím více je hrdlo děložní „zralé“, připravené k porodu (Gregora, Velemínský, 2011; Dorian, Pritchard, Korf, 2008).

Nedílnou součástí je kromě pravidelných vyšetření i změření pánevních rozměrů a vystavení těhotenské průkazky. Podle nejnovějších doporučení se provádí následující vyšetření:

- zjištění krvní skupiny a Rh faktoru (při negativním Rh faktoru se vyšetřuje také Rh faktor otce dítěte, protože nesoulad v Rh faktoru mezi matkou a otcem může vyvolat onemocnění plodu v děloze),
- na přítomnost protilátek proti červeným krvinkám,
- krevní obraz (hodnoty týkající se červených a bílých krvinek a krevních destiček),
- zaměřené na to, zda těhotná žena prodělala syfilis,
- zaměřené na to, zda těhotná žena nebyla nakažena virem HIV,
- zaměřené na to, zda těhotná žena neprodělala žloutenku typu B,

- moči na přítomnost cukru, bílkoviny, krve, bakterií aj. (Gregora, Velemínský, 2011).

Ve 25. týdnu těhotenství se provádí Orální glukózový toleranční test. V průběhu těhotenství se totiž může objevit tzv. těhotenská cukrovka. Pokud se cukrovka vyskytuje v rodině těhotné ženy jsou odesílány na test v průběhu prvního trimestru (Trča, 2009; Gregora, Velemínský, 2011).

3.1.10.2 Prenatální diagnostika

„Jako prenatální diagnostiku označujeme soubor vyšetření zaměřený na záchyt těhotných žen, u kterých je zvýšené riziko porodu plodu s vrozenou vývojovou vadou, anebo aby byly zachyceny plody, u kterých ke vzniku vrozené vývojové vady bohužel došlo“ (Gregora, Velemínský, 2011, s. 33).

Pomocí prenatální diagnostiky lze včas zjistit vrozené a genetické změny. Metody prenatální diagnostiky můžeme rozdělit na screeningová vyšetření (šíjové projasnění, krevní testy v prvním trimestru a triple test) a invazivní metody (vyšetření plodové vody, odběr choriových klků a punkce pupečníku) (Höfer, Szász, 2010).

Šíjové projasnění (Nuchální translucence)

Ultrazvukovým testem se měří nahromadění malého množství tekutiny v podkoží šíje plodu. Tuto kožní řasu má každý plod, ale čím je tloušťka šíje větší, tím stoupá i riziko výskytu chromozomálních poruch (Downův syndrom). Vyšetření se provádí mezi 11. a 14. týdnem těhotenství. Touto metodou lze zachytit až 77 % poškozených plodů (Höfer, Szász, 2010).

Krevní testy v prvním trimestru

Šíjové projasnění může společně s krevními testy prvního trimestru zpřesnit pravděpodobnost možných rizik. Tento test není diagnostickou metodou, ale orientační test, který může být i falešně pozitivní (Höfer, Szász, 2010).

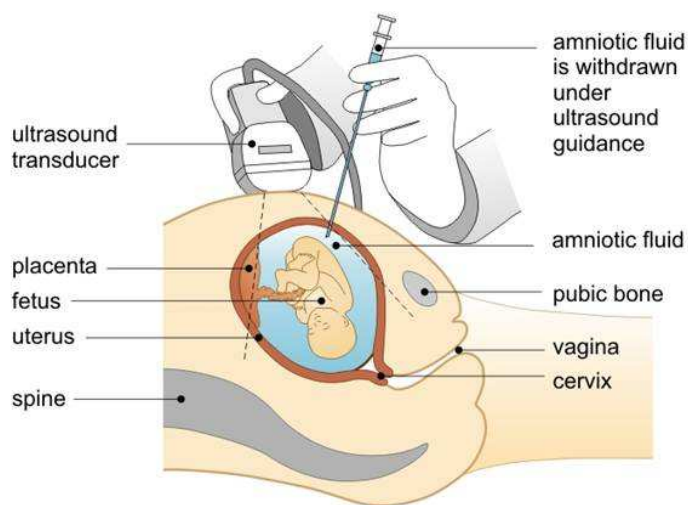
Triple test

Triple test se provádí mezi 16. a 18. týdnem těhotenství a zjišťuje z krve hormon HCG (lidský choriový gonadotropin), estriol a bílkovinu AFP (alfa-fetoprotein), kterou produkuje plod. Z tohoto testu lze zjistit poškození nervové trubice nebo narušení břišní stěny. Tento test je poměrně nepřesný, rozezná poruchy úspěšnosti

ze 70 % a naopak 5 % zdravých případů rozpozná jako porušené (<http://cs.wikipedia.org>).

Amniocentéza (vyšetření plodové vody)

Tato metoda se užívá nejčastěji k odhalení Downova syndromu, rozštěpu páteře nebo genetického onemocnění (hemofilie). Amniocentéza se provádí mezi 14. – 18. týdnem těhotenství. Vyšetření se provádí pod kontrolou ultrazvuku zavedením tenké jehly do dutiny děložní a z plodového vaku se odebere vzorek plodové vody, viz obrázek 1. Doporučuje se ženám starším 35 let, u kterých je větší nebezpečí, že se jim narodí dítě s Downovým syndromem (Gill, 2009).



Obrázek 1. Schéma amniocentézy (www.sogi.net.au, 2012)

Odběr choriových klků

Odebírání vzorků choriových klků (útvary, ze kterého vzniká placenta) se provádí kolem 11. týdne těhotenství k potvrzení Downova syndromu a dalších genetických a chromozomálních anomálií. Vyšetření se provádí pomocí tenké trubice, kterou se odebere vzorek buněk obklopujících plod. V případě poškození plodu je možnost přerušení těhotenství v raném stadiu. Nevýhodou vyšetření je vysoké riziko potratu oproti amniocentéze (Mackonochie, Lewis, 2009).

Punkce pupečníku (kordocentéza)

Punkce pupečníku se provádí od 18. týdne těhotenství. Odebírá se krev z pupeční šňůry, která se vyšetří v laboratoři. Tento zákrok se provádí v případě podezření na chudokrevnost či infekci (zarděnky) nebo při diagnostice Rh

inkompatibility (vzájemně si odporující Rh faktory smíchané v jednom organismu). Díky této metodě může plod případně obdržet nezbytnou transfúzi krve (Höfer, Szász, 2010).

3.2 Výživa v graviditě

Vyvážená a pestrá strava (viz tabulka 2) je důležitá po celou dobu těhotenství, ale největší význam má hlavně v prvních týdnech. V této době se zakládají hlavní části organismu dítěte: páteř, vnitřní orgány a končetiny. Správná výživa v těhotenství může snížit riziko vrozených vad, samovolného potratu, může zmírnit těhotenské obtíže, zlepšit porodní váhu dítěte a napomoci vývoji mozku a zraku dítěte (Bowden, Tannis, 2010).

Potravin, které těhotná žena konzumuje, svým složením přímo ovlivňují nejenom vývoj plodu, ale také zdravotní stav ženy a dítěte po porodu, ba dokonce i budoucí stravovací návyky dítěte (Fořt, 2007).

V tomto stadiu vývoje hrají významnou roli určité látky, jako jsou kyselina listová, vápník a železo, ale také řada vitaminů, minerálů, bílkovin, sacharidů a tuků (Bowden, Tannis, 2010).

Tabulka 2. Vyvážený jídelníček podle Höfer, Szász, 2010

	Co	Jak často	Kolik
Voda		denně	1,5 až 2,5 litru
Ovoce	i čisté ovocné šťávy	denně	250 až 500 gramů
Mléčné výrobky	mléko, jogurty, tvaroh	denně	0,3 až 0,5 litru (kg)
	tvrdý sýr	denně	30 až 60 gramů
Sacharidy	obilí - chleba, müsli	denně	200 až 250 gramů
	rýže, těstoviny, brambory	denně	150 až 300 gramů
Rostlinná strava	zelenina	denně	350 až 450 gramů
	salát	denně	80 až 120 gramů
Maso a ryby	maso	1x až 2x týdně	100 až 150 gramů
	uzeniny a vařená šunka	2x až 3x týdně	1 až 2 plátky
	ryby	1x až 2x týdně	100 až 150 gramů
Tuky a cukry	margarín, máslo, rostlinné oleje	denně	přiměřeně
	cukrovinky a sladká jídla	denně	velmi malé množství

Mimo pestrou a vyváženou stravu je nezbytné zmínit také její tepelnou úpravu. Obecně platí, že nejvhodnějším způsobem tepelné úpravy pokrmů je **dušení, vaření**

a **vaření v páře**. Při těchto úpravách vzniká nejmenší množství škodlivých látek a nemusí být použito mnoho tuku. Jedinou nevýhodou může být ztráta vitamínů nebo minerálních látek následkem dlouhého vaření, proto se doporučuje zeleninu pouze krátce povařit nebo optimálně použít parní hrnec. K méně vhodným tepelným úpravám patří například **grilování**, při kterém vzniká řada škodlivých látek, které mohou podporovat vznik některých nádorů. Při **smažení, pečení a fritování** zase dochází k oxidaci použitého tuku. To vede ke vzniku tzv. volných kyslíkových radikálů, tedy velmi aktivních látek, které se podílejí na vzniku nádorových onemocnění a nemocí srdce a cév. Ke smaženým nebo pečeným jídlům se doporučuje jíst syrovou zeleninu, která obsahuje antioxidační látky (Štěpánek a kol., 2012).

3.2.1 Pyramida zdravé výživy

Potravinová pyramida udává základní doporučení o skladbě výživy, ale není podrobným návodem k přesnému sestavení denního jídelníčku. Obrázek 2 ukazuje vhodnost potravin. Potraviny jsou seřazeny podle vhodnosti každého patra zleva doprava. Nejčastěji by se měly konzumovat potraviny uložené v základě pyramidy. Směrem k vrcholu pyramidy se konzumace potravin snižuje (<http://www.fzv.cz>).

3.2.1.1 Kritéria pro zařazení potravin do pyramidy

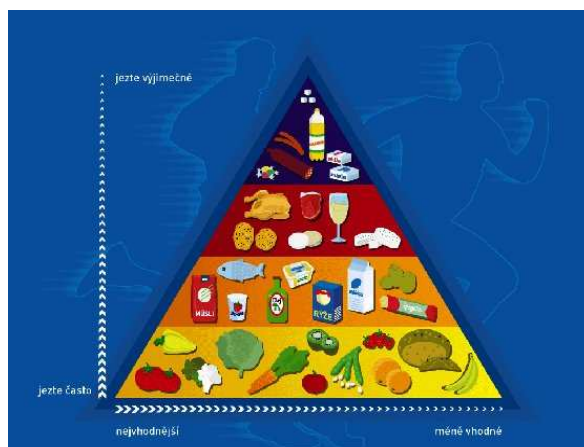
U sacharidových potravin hraje důležitou roli glykemický index (GI) potravin, který uvádí, na jak dlouho potravina zasytí organismus. Potraviny s nižším GI jsou umístěny vlevo a jsou vhodnější.

U mléčných výrobků je podstatná přítomnost probiotických mikroorganismů a obsah tuku. Doporučuje se konzumace nízkotučných mléčných výrobků (do 3 % tuku) než plnotučné.

Ryby jsou vhodné díky přítomnosti omega-3 nenasycených mastných kyselin, dále pokračuje drůbež, a pak méně vhodné tmavé maso s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin.

Zelenina a ovoce jsou řazeny podle obsahu vlákniny a vitamínů, zejména kyseliny listové.

Potravinová pyramida neurčuje striktní doporučení dávek, ale platí, že příjem energie nesmí převyšovat výdej, jinak hrozí nárůst hmotnosti (<http://www.fzv.cz>).



Obrázek 2. Potravinová pyramida (www.tzv.Hz, 2003)

3.2.2 Obecné zásady výživy těhotné ženy

Mezi obecné zásady výživy těhotné ženy patří (Čermáková, 2008, s. 62):

1. „konzumace pestré stravy,
2. navýšení energetického příjmu v těhotenství asi o 600 kJ,
3. střídmy příjem tuků, především živočišného původu,
4. dostatečný příjem vitaminů, minerálů a vlákniny – tj. zeleniny, ovoce a obilnin,
5. střídmy příjem sacharózy,
6. střídmy příjem sodíku, kuchyňské soli – především uzená jídla, uzeniny, konzervované potraviny,
7. vyvarování se konzumace alkoholu,
8. střídmy konzumace kofeinu“.

3.2.3 Energie ve výživě těhotných žen

Užívanou jednotkou energie je 1 joule (J), případně 1 kalorie (cal). Pro přepočítání mezi kaloriemi a jouly platí: 1 cal = 4,184 J. Většinou se používá jednotka tisíckrát větší, kilokalorie (kcal), pak platí 1 kcal = 4,184 kJ. Potřeba energie pro netěhotnou ženu je 2000 – 2200 kcal denně (Holeček, 2006).

V průběhu těhotenství není nutné zvýšit příjem energie, protože energetické nároky celého tohoto období jsou nízké a příjem energie většiny žen je již před těhotenstvím nadprůměrný. Ve druhém a počátkem třetího trimestru je možné

zvýšit příjem energie přibližně o 10 % (200 kcal), a to pokud tělesná hmotnost ženy byla před početím nízká nebo dokonce podnormální (Fořt, 2007).

3.2.4 Tělesná hmotnost v těhotenství

Váhový přírůstek v těhotenství se u různých autorů liší. Fořt, 2007 uvádí za optimální nárůst tělesné hmotnosti v průběhu těhotenství 8 – 12 kg. Zahraniční autoři Swinney, Anderson, 2000 uvádí doporučený přírůstek váhy průměrné ženy 11 – 16 kg. V období prvních deseti týdnů by měla žena přibírat přibližně 100 – 120 g týdně a poté v období zbývajících 30 týdnů asi 300 g. Ženy, které mají již v době početí nadváhu by neměly přibrat více než 7 – 8 kg. Důležité je sledovat nejen množství, ale hlavně kvalitu potravin a pokrmů (Fořt, 2007).

Velikost vlastního přírůstku váhy v těhotenství záleží na váze před početím, a také zda se jedná o vícečetné těhotenství. Zvyšuje se také hmotnost dělohy a prsou a roste objem krve. Jak můžeme vidět v tabulce 3, kde je rozepsaný přírůstek v kilogramech. Stoupá množství tukové tkáně, která se ukládá především na bocích a stehnech.

Tabulka 3. Váhový přírůstek v těhotenství v kg podle Bowden, Tannis, 2010

Důvod	Přírůstek v kg
Dítě	3,5 kg
Prsy	1 kg
Tuk	3,5 kg
Placenta	0,75 kg
Děloha	1 kg
Plodová voda	1 kg
Krev	2 kg
Tělesné tekutiny	2 kg

3.2.5 Základní složky stravy

Předpokládaný optimální příjem je rozčleněn na tři základní živiny, to znamená bílkoviny (proteiny), tuky (lipidy) a cukry (sacharidy). Jejich příjem je ukázán v tabulce 4. Člověk potřebuje k udržení života a optimálního zdraví určité minimální množství energie a v rámci něj minimální množství každé ze tří hlavních živin.

Tabulka 4. Doporučený energetický poměr základních živin podle Fořta, 2007

Základní živiny	% celkového energetického příjmu
Proteiny	20 %
Lipidy	30 %
Sacharidy	50 %

3.2.5.1 Cukry

Sacharidy jsou základním zdrojem energie, bez kterého nemůže tělo fungovat a měly by pokrývat až 60 % celkového energetického příjmu (1 g sacharidů = 17 kJ) (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Sacharidy jsou nejpodstatnější živinou co do množství přijaté energie, to ale neznamená, že všechny jejich zdroje jsou ideální. Rozdíl je v jejich působení na hladinu krevního cukru (glykémie) a současně na produkci inzulínu. Právě proto je důležitý GI potravin, který je popsán níže.

Cukry by se měly přijímat především ve formě škrobovin. Za vhodné zdroje jsou považovány luštěniny, výrobky z celozrnné mouky, rýže, méně vhodné jsou brambory a kukuřice (Merkunová, Orel, 2008).

Význam cukrů v těhotenství

Při nízkém příjmu sacharidů klesá pozornost, snižuje se duševní i tělesný výkon. Klesne-li hladina glukózy v krvi, dochází k prohloubení projevů únavy a v extrémních případech se objevují příznaky hypoglykemického šoku (Hronek, 2004).

Při nadbytku cukru se zvyšuje hladina cukru v krvi a také narůstá hmotnost ženy. Vysoká hladina cukru v krvi, poprvé naměřená až v těhotenství, se nazývá těhotenská cukrovka (gestační diabetes). Jedná se o přechodné onemocnění, které se objevuje právě během těhotenství. Těhotenská cukrovka je známkou toho, že tělo ženy má potíže s vyrovnáváním hladiny cukru (Bowden, Tannis, 2010). Poruchy metabolismu cukru vedou k porodu velkých dětí, což je jednak daleko rizikovější pro vedení porodu, ale také na poporodní adaptaci těchto dětí. U rizikových žen se testuje schopnost metabolizovat cukry v 16. – 18. týdnu a u ostatních ve 24. – 28. týdnu těhotenství (orální glukózový toleranční test) (<http://www.lekari-online.cz>). Snižování

krevního cukru napomáhají potraviny bohaté na vlákninu (viz níže) a také správné tuky, zelenina, ořechy a fazole (Bowden, Tannis, 2010).

Doporučená denní dávka v těhotenství

V českých doporučených dávkách z roku 1989 má netěhotná lehce pracující žena ve věku 19 - 34 přijímat 321 g sacharidů denně. V období II. trimestru těhotenství se denní potřeba sacharidů zvyšuje na 398 g (Hronek, 2004).

Glykemický index

GI je hodnota metabolického účinku různých potravin (viz tabulka 5). To znamená, že udává zvýšení hodnoty krevního cukru (glukózy) po požití sledované potraviny v závislosti na čase, ve srovnání s referenční hodnotou. Referenční hodnota se udává pro čistou glukózu a je rovna 100. U potravin, které neobsahují sacharidy (obsah sacharidů menší než 10 %) se GI nestanovuje (www.racio.cz).

Nejvhodnější jsou potraviny s nízkým GI (méně než 30). Po snědení potravin s nízkým GI se glukóza uvolňuje do krve postupně a delší dobu. To nevede k prudkému zvýšení hladiny inzulínu a glukózu může organismus využít ke své činnosti a neuloží se do tukových zásob. Hladina glukózy je dlouhodobě vyrovnaná, což svědčí zejména nervovým buňkám. To také vede k pocitu sytosti po delší dobu a brání přejídání.

Naopak po snědení potravin s vysokým GI (více než 70) se hladina krevního cukru prudce zvýší, následuje vysoké zvýšení hladiny inzulínu, který rychle glukózu uloží do tukových zásob, tak prudce sníží hladinu krevní glukózy, což vyvolá pocit hladu a zvyšuje riziko přejídání. Také nervovým buňkám prudké výkyvy krevní glukózy nesvědčí (www.racio.cz).

Jak odhadnout výši GI:

1. čím vyšší je obsah jednoduchých cukrů, tím vyšší je GI,
2. čím vyšší je obsah škrobů, tím nižší je GI,
3. pokud je potravina bohatá na škrob tepelně zpracována a konzumována „za tepla“ (brambory) hodnota GI výrazně stoupá,
4. čím vyšší je obsah vlákniny, tím nižší je hodnota GI (Fořt, 2003).

Tabulka 5. Hodnoty GI některých potravin podle Fořta, 2003

Název potraviny	GI	Název potraviny	GI
Glukóza	100	Těstoviny nevaječné	42
Corn flakes slazené medem	85	Jablka	38
Rýže loupaná dlouhozrná	76	Fazole velké	33
Hranolky smažené	75	Čočka vařená	29
Bílý chléb	70	Mléko plnotučné	27
Müsli ořechové křupavé	50	Třešně	22
Oves. vločky - vařená kaše s mlékem	50	Sójové boby vařené	18

Vláknina

Jedná se o skupinu nestravitelných „neškrobových“ polysacharidů rostlinného původu. Podle rozpustnosti ve vodě se vláknina dělí na vlákninu nerozpustnou a rozpustnou. **Nerozpustná vláknina** se vyskytuje ve slupkách ovoce a zeleniny, v obalech zrn. Urychluje průchod obsahu střevem, podporuje vyprazdňování, takže se zkracuje kontakt náplně se sliznicí tlustého střeva. **Rozpustnou vlákninu** obsahuje především hrášek, oves, brokolice, jablka a citrusy. V trávicím ústrojí bobtná a tvoří gel, který svým objemem navozuje pocit plnosti, obaluje tráveninu a brání tak účinku trávicích enzymů, takže omezuje využití živin, snižuje vstřebávání cholesterolu (Merkunová, Orel, 2008).

Konzumace potravy s dostatkem vlákniny (25 – 30 g/den) přispívá ke snížení rizika obezity, aterosklerózy, maligního bujení v tlustém střevě, cukrovky a rozšíření žil v okolí konečníku a řitního kanálu (hemoroidů), ke kterému dochází při zácpě (Merkunová, Orel, 2008).

3.2.5.2 Tuky

Tuky jsou bohatým zdrojem energie (1 g = 37 kJ), a proto se jich lidé často obávají. Většina zdravotnických organizací doporučuje příjem 30 %, nebo méně, kalorií z tuků. Sonja Connorová, profesorka z ministerstva zdravotnictví v Kretonu, říká, že je možné sledovat příjem tuků v těhotenství, ale varuje před konzumací nižší než 20 %: „Můžete mít problémy, jestliže budete přibírat na váze a nebudete mít ve stravě dostatek tuků nezbytných na podporu laktace.“ Pokud má těhotná žena problémy s přírůstkem

váhy, měla by zvýšit příjem rostlinných tuků, např. avokádo, arašídové máslo a rostlinné oleje (Swinney, Anderson, 2000).

Z chemického hlediska se pod názvem tuky skrývají sloučeniny glycerolu a mastné kyseliny (MK). Rozlišujeme několik typů mastných kyselin (Pokorná, Březková, Pruša, 2008):

- **nasycené MK:** máslo, hovězí tuk, sádlo, maso, mléko a mléčné výrobky, kokosový a palmový olej;
- **mononenasycené MK:** olivy, řepka olejků a oleje z nich, ořechy – pistácie, mandle, ořechy lískové, kešu, arašídů, avokádo, vejce;
- **polynenasycené MK:** vlašské ořechy, sója, lněné, slunečnicové a sezamové semínko a oleje z nich, losos, makrela, sled' tj. především tučné ryby a mořští živočichové.

Význam tuků v těhotenství

Tuky jsou důležité pro vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K) (www.tehotenstvionline.cz). Jsou důležitým zdrojem energie a mají dvakrát více kalorií než cukry nebo bílkoviny. Některé druhy tuků jsou pro člověka zásadní, protože si je lidské tělo neumí „vyrobit“ (nenasycené MK). Jsou to omega 3 a omega 6 mastné kyseliny. Omega 3 mastné kyseliny, které se nachází převážně v mořských rybách, dále v řepkovém a lněném oleji, sóji a ořeších, jsou velmi důležité pro stavbu mozkové tkáně plodu (což je asi ze 60 % tuk) a tkáně očí. Vědci odhalili, že stravování matky během těhotenství má dlouhodobý vliv na zdraví dítěte. Například tým vědců z Národního institutu veřejného zdraví v roce 2007 uvedl, že konzumace ryb v těhotenství může u dítěte v pozdějším životě snížit riziko rozvoje onemocnění spojených s atopií, jako je astma a ekzémy (Swinney, Anderson, 2000).

Zvýšená konzumace tuku je příčinou onemocnění srdce, některých druhů rakoviny, zejména rakoviny prsu, prostaty a tlustého střeva. Dále může zhoršit nevolnosti v prvním období těhotenství a pálení žáhy (Swinney, Anderson, 2000).

Doporučená denní dávka v těhotenství

Doporučovanou denní dávkou tuků v ČR pro těhotné ženy je 75 g/den. Doporučený denní příjem u nasycených MK je asi 20 – 30 g, tedy 2 – 3 polévkové lžíce, mononenasycených MK asi 28 – 42 g, tedy 3 – 4 polévkové lžíce a u polynenasycených MK je asi 12 – 18 g, tj. 1 – 2 polévkové lžíce (Hronek, 2004; Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

3.2.5.3 Bílkoviny

Příjem bílkovin by se měl podílet na úhradě denní energetické potřeby z 20 %. Pro dosažení pestré nabídky aminokyselin je vhodné kombinovat rostlinný a živočišný zdroj bílkovin zhruba v poměru 1:1 (Merkunová, Orel, 2008).

Význam bílkovin v těhotenství

Proteiny jsou v těhotenství zcela zásadní, protože je tělo využívá ke stavbě každé nové buňky dítěte. Jsou nezbytné i pro placentu, která přenáší živiny z matky do těla dítěte. Dále pomáhají vytvářet nové krevní buňky a svalovou tkáň (Swinney, Anderson, 2011).

Ve stavech naprosté nouze, tzn. při dlouhodobém hladovění, poskytují tělu energii (1 g bílkovin = 17 kJ) (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Bílkovina je jednou z látek, které ženy konzumují nedostatek. Jsou zapotřebí k tvorbě hormonů, které zodpovídají za všechny změny, které v těle těhotné ženy probíhají. Proteiny jsou také surovinou pro enzymy, které dávají buňkám podněty k dělení, růstu, metabolismu a mnoha dalším funkcím. Pomáhají dítěti růst a vyvíjet se a dodávají ženě energii, kterou ocení hlavně v prvním trimestru (Bowden, Tannis, 2010).

Proteiny musí být kvalitní neboli musejí mít vysokou biologickou hodnotu. Vysoce kvalitní proteiny tělo zpracuje a vytvoří z nich tělesné tkáně a pletiva. Zdrojem těchto proteinů jsou vejce, maso, kuřecí maso, mléko a ryby.

Při zvýšeném příjmu bílkovin dochází k pozitivní dusíkové bilanci a současně ke zvýšenému příjmu tuků, protože většina zdrojů bílkovin živočišného původu obsahuje tzv. skrytý tuk (Hronek, 2004).

Denní doporučená dávka v těhotenství

Doporučená dávka bílkovin je 0,8 – 1 g bílkovin na 1 kg optimální tělesné hmotnosti a v těhotenství je o 10 – 16 g vyšší než před těhotenstvím. Potřebu proteinu ovlivňuje více faktorů. Aby tělo využilo protein pro stavbu tkání a buněk, musí být zajištěn dostatek kalorií (energie) z jiné potraviny. Je-li v potravě dostatek proteinů, ale nedostatek kalorií, tělo využije proteiny jako zdroj energie, místo aby je využilo pro stavbu tkání a na ostatní procesy, pro které je protein nezbytný (Swinney, Anderson, 2000; Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

3.2.5.4 Vybrané minerální látky a vitaminy

V rámci racionální výživy je zapotřebí zdůrazňovat nutnost příjmu mikronutričních látek, které tělu nedodávají energii, ale jsou pro průběh fyziologických funkcí nezbytné. Jedná se především o minerální látky a vitaminy (Merkunová, Orel, 2008).

Minerální látky

Jednoznačně se doporučuje přijímat minerální látky v přirozených zdrojích. Při smíšené a dobře vyvážené stravě organismus obvykle netrpí jejich nedostatkem. Jsou však situace, kdy je nezbytné některé minerální látky k stravě přidávat v podobě potravinových doplňků (viz níže). Týká se to např. železa u žen s velkými krevními ztrátami během menstruace, železa a vápníku u těhotných a kojících žen, vápníku u dětí a mladistvých. Přebytek minerálních látek se ve většině případů ztrácí močí a stolicí, event. oběma cestami, některé i potem (Merkunová, Orel, 2008).

Nyní se zaměříme na vybrané klíčové minerální látky a jejich funkce pro organismus. Více informací o zbývajících minerálních látkách se dočteme v publikaci od Swinney, Anderson (2000), Fořta (2007), Sabersky (2009).

Vápník je životně důležitý minerál pro vývoj kostí dítěte. Proto musí těhotné ženy přijímat dostatek tohoto minerálu, který je označován jako „kostní minerál“. V případě, že žena konzumuje příliš málo potravin bohatých na vápník, dítě je přesto dobře zásobováno, protože si jej bere od matky. Dostatečným množstvím vápníku ze stravy se má zabránit uvolňování vápníku z kostí, což by se později mohlo projevit ve formě osteoporózy, tedy řídnutím kostní hmoty (Sabersky, 2009).

Zdroj vápníku (viz tabulka 6 a 7): mléko, mléčné výrobky (sýry, jogurt) – s klesajícím obsahem tuku stoupá obsah vápníku, sardinky, brokolice, luštěniny, listová zelenina.

Doporučená denní dávka pro těhotné ženy je 1000 mg, kterou splňuje už jeden kelímek jogurtu (150 g) společně s jednou sklenicí mléka (200 ml) a dvěma plátky sýru (30 g) (Sabersky, 2009). Konference národního ústavu zdraví doporučuje jako optimální příjem 1200 -1500 mg vápníku (Swinney, Anderson, 2000).

Tabulka 6. Obsah vápníku v živočišné stravě a nápojích podle Swinney, Anderson, 2000

Potravina	Velikost porce	Vápník (v mg)
Nízkotučné mléko (1 % tuku)	1 hrnek*	300
Plnotučné mléko (3,5 % tuku)	1 hrnek	291
Podmáslí	1 hrnek	285
Ementál	28 g	272
Čedar	28 g	204
Losos konzervovaný s kostmi	85 g	203
Sýr cottage (2 % tuku)	1 hrnek	155

Vysvětlivky: * = 236 ml

Tabulka 7. Obsah vápníku v rostlinné stravě a nápojích podle Swinney, Anderson, 2000

Potravina	Velikost porce	Vápník (v mg)
Zelená zelenina	1 hrnek*	358
Rebarbora	1 hrnek	348
Pomerančový džus, obohacený vápníkem	1 hrnek	300
Sójové mléko (čokoládové, vanilkové)	1 hrnek	300
Špenát	1 hrnek	278
Tofu	113 g	200
Kapusta	1 hrnek	180

Vysvětlivky: * = 236 ml

Železo hraje v těhotenství důležitou roli. Je součástí proteinu krevního hemoglobinu a proteinu svalů. Nezbytné je i pro tělesnou energii (Swinney, Anderson, 2000).

Mezi 24. a 28. týdnem těhotenství se provádí kontrola hladiny železa, aby se vyloučila anémie z jeho nedostatku, což je v těhotenství celkem běžný problém, protože se objem krve zvýší o 50 %, je potřeba dvakrát více železa, než je potřeba před otěhotněním. U žen s nedostatkem železa je větší pravděpodobnost předčasného porodu nebo narození dítěte s nižší porodní váhou. Studie prováděná v roce 1985 ukázala, že pouze 4 % žen měla dostatečný příjem železa nebo vyšší (Swinney, Anderson, 2000).

Zdroj železa (viz tabulka 8 a 9): maso, vejce, luštěniny, tofu, celozrnné výrobky, játra a jiné vnitřnosti – těch by se však těhotné ženy měly vyvarovat (viz rizikové potraviny).

Vstřebávání železa podporuje a zvyšuje vitamin C, živočišné bílkoviny a některé organické kyseliny (v ovoci) (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Doporučená denní dávka pro těhotné ženy je příjem 30 mg železa. Železo je pro naše tělo lépe využitelné z masa, než z rostlinné potravy. Těhotné ženy by měly konzumovat malou porci masa dvakrát až třikrát týdně (Sabersky, 2009).

Tabulka 8. Živočišné zdroje železa v mg na 100 g potravin podle Fořta, 2007

Telecí játra	9	Máslo	0,15
Ústřice	6	Jogurt	0,05
Pstruh	1,5	Kravné mléko	0,05
Kuřecí maso	0,8	Mateřské mléko	0,03

Tabulka 9. Rostlinné zdroje železa v mg na 100 g potravin podle Fořta, 2007

Vlašské ořechy	3	Špenát	0,4
Švestky	2	Olivový olej	0,4
Čokoláda	1	Rýže	0,3
Brambory	0,6	Čočka	0,2

Vitaminy

Nejlépe vyvážené množství potřebných vitaminů získáme z pestré stravy a ze správně upravené potravy. Přílišným mechanickým a tepelným zpracováním potravin se snižuje obsah vitaminů (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Organismus získává převážnou část vitaminů z potravy. Pouze některé vitaminy vznikají činností bakterií žijících v tlustém střevě člověka, odkud se vstřebávají do krve (vitamin K). Jiné vitaminy si naše tělo dokáže vytvořit z chemických předchůdců, které do těla přicházejí s potravou (vitamin A z beta-karotenů) nebo v něm vznikají (předchůdce vitaminu D₃ v kůži).

Vitaminy se dělí na dvě skupiny:

- **rozpuštěné v tucích** – vstřebávají se pouze v případě, že probíhá trávení a vstřebávání tuků; patří k nim vitaminy A, D, E, K a jejich zásobárnou jsou játra;
- **rozpuštěné ve vodě** – patří sem všechny zbývající vitaminy, organismus je neukládá do zásoby a jejich přebytek vylučuje močí.

Kyselina listová, vitamin ze skupiny B, je důležitá pro vznik všech nových buněk a využití aminokyselin. Je důležitá pro metabolismus a podílí se na tvorbě červených krvinek. Kyselina listová hraje podstatnou roli především jako ochranný vitamin v souvislosti s tzv. defektem neurální trubice u plodu. Neurální trubice se uzavírá zhruba ve čtvrtém týdnu těhotenství, takže je důležité předzásobení kyselinou listovou. Může také poskytovat ochranu před rozštěpem patra, čelisti a rtu. Více než 70 % vrozených vad páteře by se dalo zabránit dostatečným příjmem kyseliny listové před a během prvního trimestru těhotenství (Swinney, Anderson, 2011; Sabersky, 2009). Zahájení podávání kyseliny listové po 7. týdnu těhotenství již není z pohledu prevence vrozených vad plodu dostatečné (Šulová, Fait, Weiss a kol., 2011).

Zdroj kyseliny listové (viz tabulka 10): zelená zelenina (zelí, růžičková kapusta, špenát, brokolice), celozrnné výrobky, luštěniny, mléko a mléčné výrobky, vaječný žloutek, citrusové plody a z nich vyrobené džusy.

Denní doporučená dávka pro těhotné ženy je 600 mikrogramů kyseliny listové. Zvýšenou potřebu kyseliny listové v těhotenství lze pouze s obtížemi pokrýt stravou.

Doporučuje se užívat přípravky obsahující 400 mikrogramů kyseliny listové (Sabersky, 2009).

V současnosti odborníci doporučují, aby ženy začaly přijímat potravinový doplněk s kyselinou listovou alespoň 3 měsíce před plánovaným početím a minimálně až do konce třetího měsíce těhotenství (Bowden, Tannis, 2010).

Tabulka 10. Zdroje kyseliny listové podle Swinney, Anderson, 2011

Pokrm	Velikost porce (v mg)	Kyselina listová
Čočka	1 šálek	358
Slunečnicová semínka	1 šálek	317
Fazole	1 šálek	294
Špenát, zmrazený	1 šálek	255
Pomerančový džus, z koncentrátu	1 šálek	109
Brokolice, zmrazená	1 šálek	104
Obilná kaše	1 šálek	74

3.2.6 Vitaminové doplňky stravy

Doplňky stravy jsou přípravky, které se odlišují od potravin určených pro běžnou spotřebu vysokým obsahem vitaminů a minerálních látek. Je to komplex látek, které se vzájemně ovlivňují (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Užití doplňků stravy by mělo přijít na řadu až po vyčerpání zdrojů v běžné stravě a při současné konzultaci s lékařem či lékárníkem (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

O obecném příjmu vitaminů a minerálů i o jejich konzumaci v těhotenství se vedou stále diskuze. Podle Fořta, 2007 je pravidelné a cílené použití doplňků stravy, alespoň těch, které jsou odbornými institucemi považovány za důležité pro toto období života, jedinou možností, jak docílit jistoty, že organismus má zajištěn jejich dostatečný příjem.

Za nejdůležitější doplněk stravy se považuje kyselina listová (viz výše), jejíž příjem by měl být v průběhu těhotenství významně zvýšen. Doplňky stravy se železem by měly užívat ženy, které trpěly anemií nebo menorrhagií a jejichž strava

není kvalitní nebo byly opakovaně těhotné s velmi krátkým obdobím mezi porody. (Fořt, 2007).

Nezbytné je zmínit vitamin A v lékové formě, který může při nadměrné dávce způsobit vrozené vady mozku, obličej, končetin a srdce. Při konzumaci běžné stravy nemůže těhotná žena přijmout takovou dávku, která by ohrozila plod. Výjimku tvoří játra, která vitamin A zachycují a ukládají (Koldová, 2006).

3.2.7 Rizikové potraviny v těhotenství

Součástí stravy nejsou jen látky prospěšné, ale i látky, které škodí matce i plodu. Placenta chrání plod v děloze před toxickými látkami, ale placentární ochrana nefunguje vždy a škodlivé látky propustí k plodu (<http://www.vyzivaprobudoucnost.cz>).

Těhotné ženy jsou náchylnější k infekcím zažívacího traktu jako salmonelóza a listerióza. Infekce salmonelami je pro těhotné ženy velmi nebezpečná. Projevuje se intenzivním průjmem, nevolností a zvracením a hrozí riziko předčasného porodu. Z tohoto důvodu se doporučuje vyhnout potravinám jako je **syrové vejce, syrové maso, nedostatečně tepelně upravené maso a syrové ryby** a výrobkům z nich, například majonéza, tatarský biftek, carpaccio, sushi aj. Choroboplodným zárodkům se dá vyvarovat správnou hygienou (teplou vodou a jarem umýt misky, nože, prkýnko a pracovní plochu a hlavně ruce). Zničení salmonel se provádí tepelnou úpravou masa alespoň při 70 stupních Celsia (Sabersky, 2009).

Těhotné ženy mají 12krát vyšší riziko nákazy listeriózou. Mladí a zdraví lidé nejsou ohroženi, ale starší, nemocní lidé a hlavně těhotné ženy nebo kojenci jsou velmi ohroženi. Těhotné ženy samotné nejsou ohrožené, ale listerie se mohou dostat skrze placentu k plodu. Ten ještě nemá vlastní imunitu, a proto se nemůže bránit. Následkem je smrt plodu (předčasný porod) nebo dojde k poškození jater nebo plic, na které může zemřít. Dítě se může nakazit i během porodu v porodních cestách a šance na vyléčení jsou nízké. Listeriíza se projevuje horečkou, bolestmi hlavy, průjmem a lehkými chřipkovými příznaky, a proto není často rozpoznána (Sabersky, 2009).

Je důležité se vyhýbat **syrovému mléku a výrobkům ze syrového mléka**, jako je měkký sýr ze syrového mléka, například romadúr, roquefort, camembert, niva nebo čerstvé sýry, například feta, ricotta a také dezertům ze syrového mléka, například mléčná rýže, mléčné koktejly. Listerie se přenášejí také nedostatečně tepelně

upraveným masem, **syrovou uzeninou**, **nemytou zeleninou**, tatarským biftekem, majonézou, **mušlemi** a dalšími **mořskými plody**. K usmrcení bakterií dochází při vaření, pečení, smažení a dušení, a také při sterilizaci a pasterizaci (Sabersky, 2009).

Mezi další nevhodné potraviny patří **uzeniny** (párky, šunka, salámy) obsahující velké množství nasycených tuků a cholesterol, sůl a toxické dusitaný (E249, E250) (www.femina.cz).

Další potravinou jsou **játra**, která se doporučuje nejíst v prvním trimestru vůbec a od druhé trimestru se jíst mohou. Játra obsahují vysoké množství vitamínu A, ale jeho nadměrné množství může poškodit plod a také jsou místem, kde se hromadí škodliviny, takže mohou být silně zatížena těžkými kovy (Sabersky, 2009).

U **bylinných čajů** je velmi důležité číst složení. Čaje obsahující podběl, sasafras, puškvorec nebo kostival jsou karcinogenní, některé bylinné preparáty mohou mít stejné účinky jako drogy a mohou být nebezpečné pro plod. Za bezpečné jsou považovány mátový a heřmánkový čaj (Swinney, Anderson, 2011).

Kofein je přirozeně přítomný v rostlinách čajovníku, v kávových zrnech, v kakaových bobech, v plodech guarany, v lístcích maté a v ořeších koly. Žádná studie nepotvrdila teratogenní účinky kofeinu v těhotenství. Za zdraví škodlivou se považuje konzumace větší než 300 mg kofeinu (6 – 8 šálků kávy) (Pokorná, Březková, Pruša, 2008). Kofein prostupuje placentou a ovlivňuje srdeční frekvenci plodu a vyvolává návyk. Doporučuje se nepít více než 2 šálky nepříliš silné kávy za den (Fořt, 2007).

Vysoká konzumace **alkoholu** během těhotenství poškozuje vývoj plodu. Jedná se o tzv. „alkoholový fetální syndrom“, který zpomaluje růst plodu s vývojovými vrozenými vadami v oblasti obličeje, centrální nervové soustavy, srdce, genitálního a močového ústrojí. Alkohol se v těhotenství nedoporučuje konzumovat vůbec (Müllerová, 2004).

3.2.8 Příjem tekutin v těhotenství

Lidské tělo je z 50 – 60 % tvořeno vodou, tzn. že více než polovina hmotnosti lidského těla je tvořena tělesnými tekutinami (asi 38 – 47 litrů). Voda má nezastupitelný význam v organismu. Podílí se na přenosu látek, tepla, energie a krevních plynů. Je nezbytná pro uskutečňování chemických reakcí, má termoregulační a ochrannou funkci

(chrání klouby, nervovou soustavu, plod atd.) a také je součástí mateřského mléka (Pokorná, Březková, Pruša, 2008; Roschinsky, 2006).

Vodní rovnováha je stav, při kterém příjem vody do organismu odpovídá výdeji. Člověk ztrácí přibližně 2,5 l vody denně. Močí se vyloučí asi 1,5 l, stolicí 200 ml, formou par ve vydechovaném vzduchu asi 300 ml a potem 500 ml vody. Proto je důležité přijímat dostatečné množství tekutin každý den. Organismus získává tekutiny v podobě nápojů, jako součást pevných potravin a asi 300 ml vody vzniká denně při spalování živin v tkáních (tzv. metabolická voda) (Merkunová, Orel, 2008).

Nedostatek tekutin může ohrozit zdraví těhotné ženy i plodu, protože dochází k dehydrataci organismu, která způsobuje slabost, malátnost, nervozitu, bolesti hlavy, sníženou tvorbu moči a změnu její barvy. Akutní nedostatek tekutin se projevuje žízní (při ztrátě 2 % tělesné hmotnosti). Větší ztráty vody vedou k poklesu fyzické a psychické výkonnosti, nevolnosti až křečím. Při dlouhodobé dehydrataci je vyšší sklon k tvorbě močových kamenů, častěji dochází k močové infekci a zácpě. Příjem tekutin může v malé míře ovlivnit i množství plodové vody (Pokorná, Březková, Pruša, 2008; Kunová, 2011).

Pro optimální množství tekutin v těhotenství neexistuje obecné doporučení pro všechny ženy, protože potřeba tekutin je individuální. Závisí na řadě faktorů, jakými jsou teplota okolního prostředí, intenzita tělesné aktivity, zdravotní stav, tělesná hmotnost aj. Obecně se doporučuje přijmout 30 – 35 ml tekutin na kilogram tělesné hmotnosti. Doporučuje se předcházet žízní (která je prvním příznakem dehydratace) a tekutiny přijímat pravidelně během celého dne. Při vyšší pohybové aktivitě, v letních měsících, při horečce, průjmech a zvracení by se měl příjem ještě navýšit (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Dříve nikdo neřešil, zda lidé pijí dostatek tekutin, jakou kvalitu mají limonády nebo pitná voda z kohoutku. Nyní jsme dál, máme více informací a možností. Jde jen o využití k vlastnímu prospěchu (Fořt, 2007).

Zásadním problémem je zdroj a kvalita pitné vody z důvodu masivního znečištění světových vod, včetně podzemních zdrojů. Znečišťujeme je fekáliemi, detergenty, hnojivy, radioaktivitou, průmyslovým spadem, organickými látkami a těžkými kovy, ba dokonce i hormony (Fořt, 2007).

Ve znění zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví „je pitnou vodou zdravotně nezávadná voda, která ani při trvalém požívání nevyvolá onemocnění nebo poruchy zdraví přítomností mikroorganismů nebo látek ovlivňujících akutním, chronickým nebo pozdním působením zdraví osob a jejich potomstva a jejíž smyslové požitelné vlastnosti a jakost nebrání jejímu požívání pro hygienické potřeby osob“ (Fořt, 2007, 220 s.).

Podle vyjádření hygieniků a odborníků, kteří zajišťují produkci pitné vody, je v celé ČR pitná voda dostatečně kvalitní, tedy nezávadná. Údajně splňuje citovanou normu. Fořt (2007) tvrdí, že kvalita pitné vody v ČR je nepostačující k dosažení a udržení zdraví.

3.2.8.1 Vhodné nápoje

Základem pitného režimu by měla být voda. Vodu může použít z veřejného vodovodu nebo vody balené. **Voda z veřejného vodovodu** je v naprosté většině zdravotně nezávadná a doporučuje se ke každodenní konzumaci i přesto, že se její kvalita v různých oblastech liší (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Druhy balených vod

Balená kojenecká voda je výrobek z kvalitní vody z chráněného podzemního zdroje, který je vhodný pro přípravu kojenecké stravy a také pro všechny věkové skupiny obyvatel. Celkový obsah minerálních látek může být nejvýše do 500 mg/l. Kojenecká voda je jediná, u které je zakázána jakákoli úprava měnící složení a je zaručeno původní přírodní složení (příkladem je *Horský pramen, Baby Wellness*) (<http://www.szu.cz>).

Balená pramenitá voda je výrobek z kvalitní vody z chráněného podzemního zdroje, který však nemusí být schválen Ministerstvem zdravotnictví. Celkový obsah minerálních látek může být nejvýše do 1000 mg/l. Je vhodná k trvalému požívání dětmi i dospělými a mohou být syceny pouze kysličníkem uhličitým (příkladem je *Aquila, TomaNatura, Bonaqua, Rajec, Dobrá voda*) (<http://www.szu.cz>; Fořt, 2007).

Balená přírodní minerální voda je výrobek z chráněného podzemního zdroje, schváleného a kontrolovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Nesmí být upravována tak, aby došlo ke změně ve složení (výjimkou železo). Může být sycena kysličníkem uhličitým, ovšem jen přírodním. Složení jednotlivých produktů se liší. Za (přírodní)

minerální vodu může být prohlášena prakticky každá podzemní voda, která má „původní čistotu“, je stabilní a její zdroj je dobře chráněn. Není vhodná k celodenní náhradě tekutin, slouží jako doplněk pitného režimu v množství do 500 ml za den. Příkladem jsou *Mattoni, Magnesia, Korunní* (Fořt, 2007; Pokorná, Březková, Pruša, 2008; <http://www.szu.cz>).

Balená pitná voda nemusí pocházet z podzemního zdroje, dokonce může být (a často je) stáčena z veřejného vodovodu. Výrobce není povinen zdroj uvádět a způsob úpravy není omezen. Tato voda je většinou horší kvality než pitná voda z kohoutku. Příkladem je *Tesco perlivá, Aqua neperlivá* (Fořt, 2007).

V těhotenství je vhodné sledovat obsah minerálních látek přítomných ve vodě. Jedná se především o obsah **vápníku** a **fluoru**, které jsou nezbytné pro stavbu kostí, **dušičnanů**, které zhoršují zásobování tkání kyslíkem a **sodíku**. Sodík je sice důležitý, ale vzhledem k nadměrnému množství v potravě je vhodné vybírat vody s nižším obsahem sodíku. Správný výběr nápojů závisí také na **přídavných látkách**, tzv. éček neboli aditiv, které by neměly být zdraví škodlivé, ale mohou zatěžovat látkovou výměnu. **Perlivé vody** (s vyšším obsahem kysličníku uhličitého) také nejsou vhodné pro každodenní konzumaci. Oxid uhličitý je zplodina látkové výměny, které se lidské tělo musí zbavovat, a proto není vhodné tuto látku do těla dodávat. Oxid uhličitý může podporovat pálení žáhy a zvracení a falešně navození pocitu osvěžení – žízeň se zažene menším množstvím tekutiny, než tělo potřebuje (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

3.2.8.2 Další nápoje

Dalo by se říci, že pro člověka jsou zbytečné, pro nápojový průmysl obrovský byznys. Jde především o „hustý“ roztok, vzniklý rozpuštěním nadbytku cukru (případně umělého sladidla), barviv, aromat, kysličníku uhličitého a fosforečnanů v upravené (demineralizované) vodě. To vše je ještě konzervované (Fořt, 2007).

Pití **čaje** je vhodné v přiměřeném množství (1 – 2 šálky denně). Čaje rozlišujeme pravé a nepravé. Pravé čaje jsou vyrobeny z lístků čajovníku čínského (*Camellia sinensis*). Podle fermentace (oxidace polyfenolických látek) se **pravé čaje** dělí na černé (nejvíce oxidovány), oolong (částečně oxidovány) a zelené (neprocházejí oxidací). Nevýhodou pravých čajů je obsah kofeinu, který ovlivňuje nervový systém a působí jako diuretikum (odvodňování organismu). Další nevýhodou je obsah tříslovin, které

snižují vstřebávání železa. Výhodou je obsah antioxidantů, nejvíce v zeleném čaji. Vždy je lepší dát přednost sypaným čajům před porcovaným sáčkům, ve kterých je nekvalitní „čajový prach“ (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Mezi **čaje nepravé** řadíme ovocné a bylinné čaje. Ovocné čaje jsou většinou vyráběny za čtyř základních ingrediencí (ibišku, šípku, pomerančové kůry a sušeného jablka). Výhodou je obsah látek s antioxidačním účinkem, absence kofeinu a tříslovin. Negativem u některých ovocných čajů je obsah přídatných látek (aroma, barviva) a obsah organických kyselin, které mohou poškozovat sklovinu. Bylinné čaje mají léčebné nebo preventivní účinky, a proto se musí vybírat takové směsi, u kterých není prokázán škodlivý vliv na organismus plodu nebo matky (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Džusy jsou vyráběny z ovoce i zeleniny a jejich podíl by měl činit minimálně 50 %. **Nektary** a ovocné či zeleninové šťávy obsahují podíl ovocné nebo zeleninové složky menší než 50 %. Z tohoto důvodu jsou vhodnější džusy a nejlépe pak 100 %. Výhodou ovocných a zeleninových nápojů je vyšší obsah antioxidantů, kyseliny listové, minerálních látek a někdy i vlákniny. Nevýhodou je vyšší množství jednoduchých sacharidů, přídatných látek na zlepšení chuti, barvy a trvanlivosti a organických kyselin. Vzhledem k jejich vyšší energetické hodnotě je lepší tyto nápoje ředit vodou (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Základní nepříznivou vlastností **limonád** je vysoký obsah jednoduchých cukrů a s tím spojený vznik zubního kazu. Téměř všechny limonády obsahují umělá barviva, příchutě a konzervační látky, u kterých je riziko alergií nebo i vážnějšího poškození zdraví. U **colových nápojů** najdeme navíc kofein a kyselinu fosforečnou, která negativně ovlivňuje využití vápníku v těle. Nevhodné jsou nápoje s **chininem** (tonic), který působí na děložní svalovinu a podporuje vznik kontrakcí (Fořt, 2007; Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

4 MATERIÁL A METODIKA PRÁCE

Empirická část práce obsahuje charakteristiku vzorku, výzkumnou metodu a vlastní zpracování výzkumu realizovaného mezi těhotnými ženami v regionu Uherské Hradiště.

4.1 Charakteristika souboru

Sběr dat proběhl v listopadu a prosinci 2012. Bylo rozdáno 150 dotazníků a vráceno 108 dotazníků, tj. 72 %. Výzkumu se tedy zúčastnilo celkem 108 těhotných žen. Dotazníky byly rozdány do Uherskohradištské nemocnice a do gynekologické ordinace v Uherském Brodě.

4.1.1 Demografické údaje

Provedli jsme analýzu demografických údajů, z kterých vycházejí následující údaje.

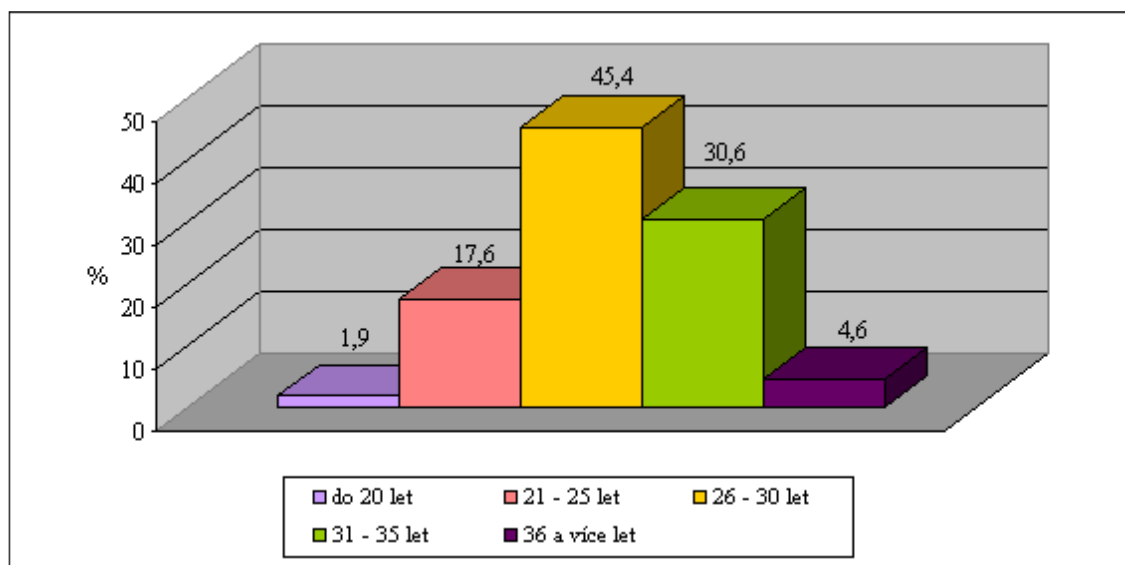
Věk těhotných žen

Z uvedené tabulky 11 a grafu 1 vyplývá, že z výzkumného vzorku 108 žen zaujímají největší počet ženy ve věku **od 26 do 30 let** (45,4 %), následují ženy **od 31 do 35 let** (30,6 %), po nich následují ženy ve věku **od 21 do 25 let** (17,6 %), dále **od 36 let a více** (4,6 %), a zanedbatelný počet byl u žen **do 20 let** (1,9 %).

Tabulka 11. Věk těhotných žen

Věk těhotných žen	n	%
do 20 let	2	1,9
21 - 25 let	19	17,6
26 - 30 let	49	45,4
31 - 35 let	33	30,6
36 a více let	5	4,6
Celkem	108	100

Graf 1. Věk těhotných žen



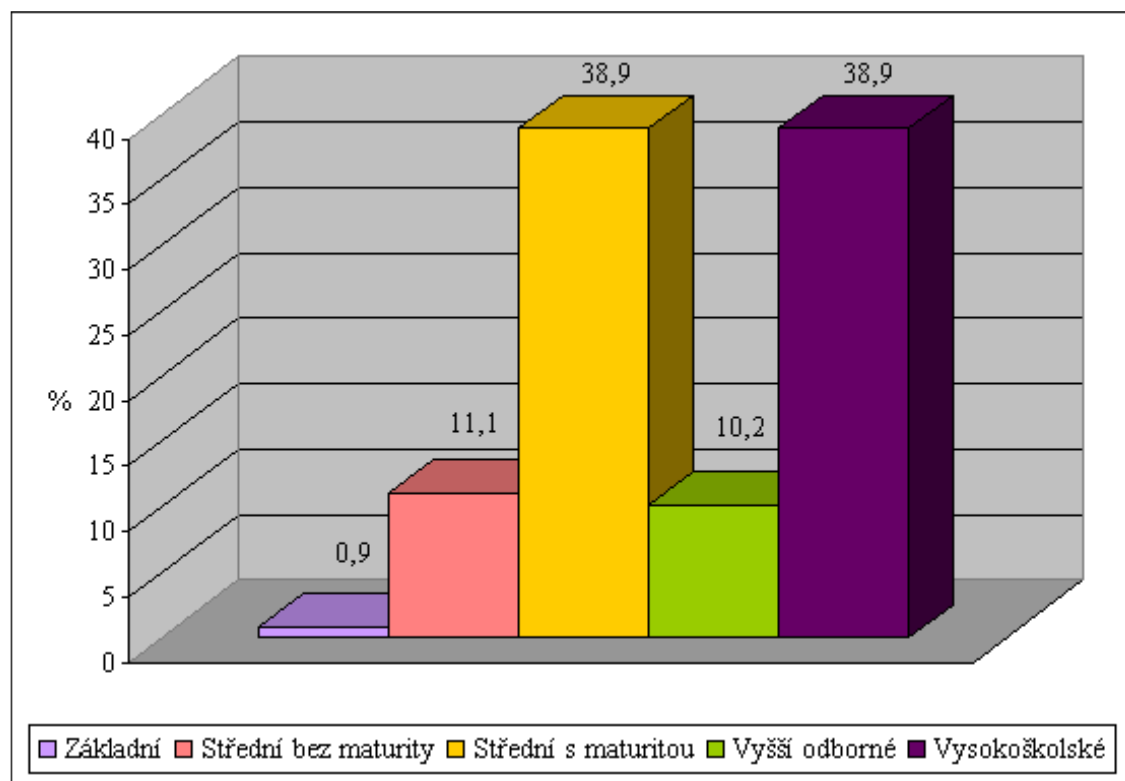
Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 12 a graf 2 ukazují, že ve výzkumném vzorku je ve stejném počtu zastoupeno nejvyšší dosažené vzdělání těhotných žen u **středního s maturitou** (38,9 %) a **vysokoškolské** (38,9 %), téměř stejný je počet u **středního bez maturity** (11,1 %) a u **vyššího odborného** (10,2 %) a nejméně je se **základním vzděláním** (0,9 %).

Tabulka 12. Vzdělání

Vzdělání	n	%
Základní	1	0,9
Střední bez maturity	12	11,1
Střední s maturitou	42	38,9
Vyšší odborné	11	10,2
Vysokoškolské	42	38,9
Celkem	108	100

Graf 2. Vzdělání



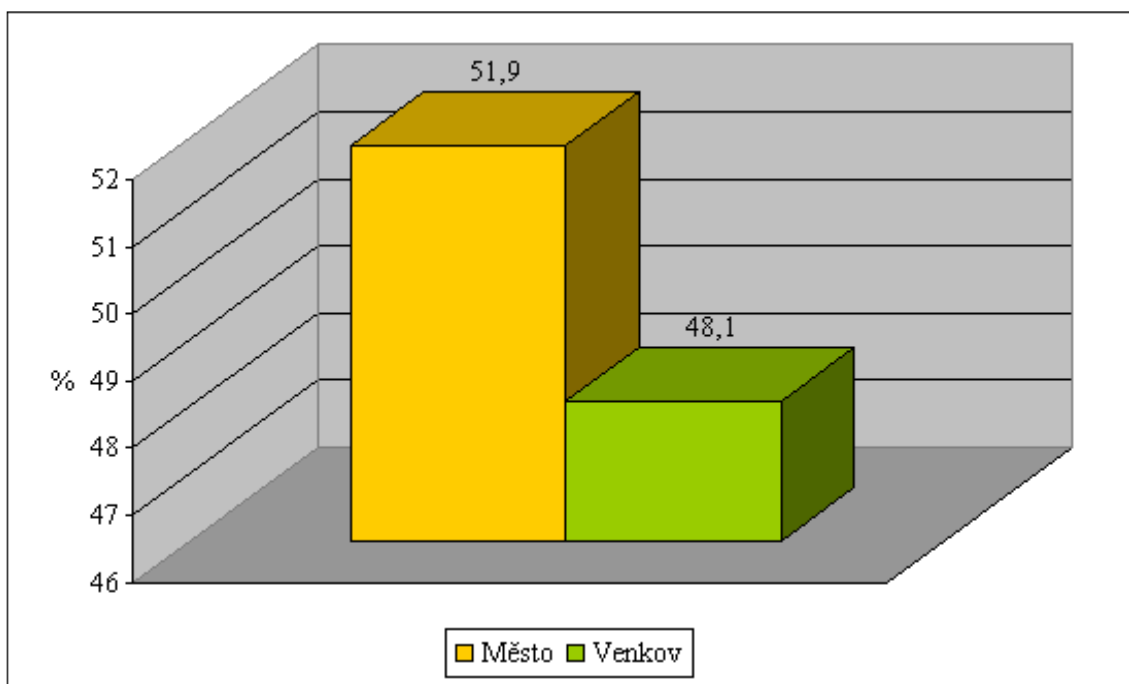
Bydliště

V tabulce 13 a grafu 3 vidíme, že výzkumného šetření se zúčastnily těhotné ženy bydlící ve **městě** (51,9 %) a na **venkově** (48,1 %) přibližně ve stejném počtu.

Tabulka 13. Bydliště

Bydliště	n	%
Město	56	51,9
Venkov	52	48,1
Celkem	108	100

Graf 3. Bydliště



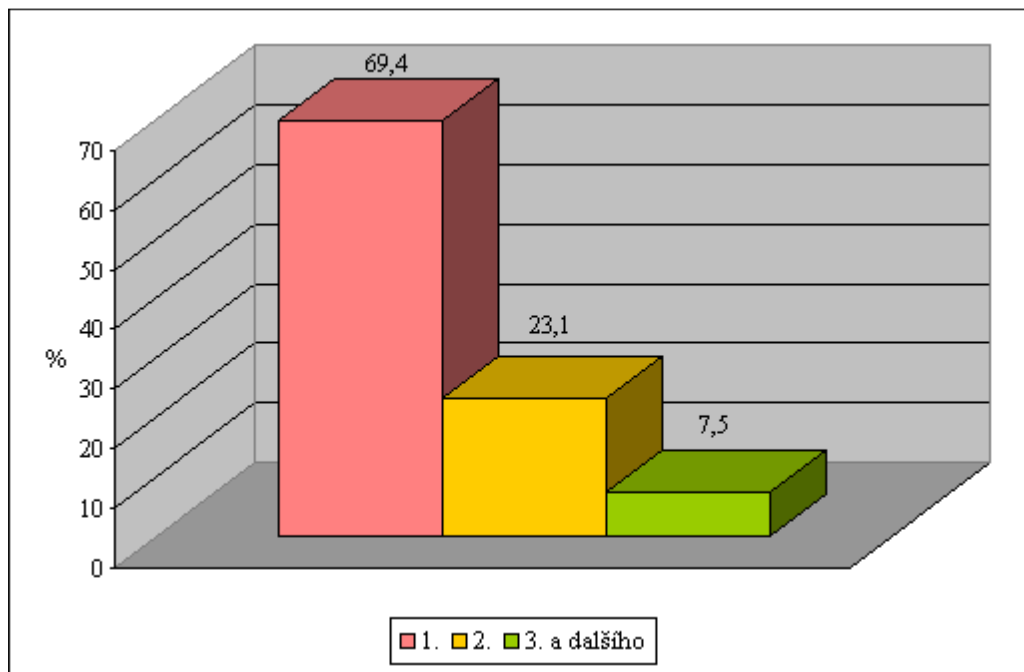
Počet dětí

Tabulka 14 a graf 4 ukazují, že z daného vzorku převažují těhotné ženy, které čekají narození **prvního dítěte** (69,4 %), následují ženy očekávající **druhé dítě** (23,1 %) a nejméně jsou zastoupeny ženy, které očekávají **třetí nebo další dítě** (7,5 %).

Tabulka 14. Očekávané narození dítěte

Očekávané narození dítěte	n	%
1.	75	69,4
2.	25	23,1
3. a dalšího	8	7,5
Celkem	108	100

Graf 4. Očekávané narození dítěte



4.2 Výzkumná metoda

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníku, což je v podstatě rozšířenější metoda získávání dat. Ničkovič (1968) definuje dotazník jako „měrný prostředek, pomocí kterého se zkoumají mínění lidí o jednotlivých jevech“. *„Samotný dotazník je soustava připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně“* (Horák, Chráska, 1989, s. 115). Výhodou dotazníku je poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Prospěšné je užití anonymního dotazníku, kterým většinou získáme pravdivější údaje, ale na druhou stranu může svádět k nezodpovědnému vyplňování či k recesi. Pro tuto práci byl použit anonymní dotazník, při kterém bylo osloveno 150 těhotných žen s návratem 108 dotazníků.

V dotazníku byly použity uzavřené položky, které se vyznačují předem připravenými odpověďmi. Hlavní výhodou je jednodušší vyhodnocování odpovědí. Uzavřené položky se dělí na dichotomické a polytonické, obě jsou použity v dotazníku. Za dichotomické položky jsou označeny ty, pokud lze dát na položku jen dvě vzájemně se vylučující odpovědi. V dotazníku ovšem převažují položky polynomické, které předkládají respondentům více jak dvě odpovědi. Zmíněné položky se dále dělí na výběrové, výčtové a stupnicové, kdy poslední uvedená položka není zahrnuta v dotazníku. Pokud se respondentům předkládá několik odpovědí, z nichž mají jednu vybrat, hovoříme o výběrových položkách. Abychom se vyhnuli nebezpečí, že neuvedeme některou možnou odpověď, můžeme použít i nabídky „jiná odpověď“. Položky tohoto typu bývají označovány jako položky polouzavřené. Naopak výčtové položky se vyznačují výběrem současně několika odpovědí. Počet odpovědí, které mají vybrat, je buď neomezený nebo je určen instrukcí (Horák, Chráska, 1989). Dotazník k výzkumnému šetření je uveden v příloze 1.

Požadavky na sestavení dotazníku:

- 1) položky v dotazníku musí být jasné a srozumitelné,
- 2) formulace položek musí být jednoznačné a nepřipouštět chápání více způsobů,
- 3) položky nesmí být sugestivní, tj. takové, že již svou formulací napovídají, jak mají být zodpovězeny,
- 4) dotazník musí obsahovat jasné pokyny k vyplnění (Horák, Chráska, 1989).

4.3 Statistické zpracování

Po shromáždění dotazníků je nutné zkontrolovat tento materiál z hlediska jeho korektnosti. Je nutné vyloučit dotazníky, které nejsou vyplněny úplně nebo jsou vyplněny zjevně nesprávně.

Jednotlivé položky dotazníku vyjadřují různé znaky zkoumaného souboru respondentů. V dotazníku byly použity:

- znaky nominální (kvalitativní), které vypovídají jen o příslušnosti respondenta k určité kategorii odpovědí,
- znaky pořadové (ordinální) vypovídající o vzájemném pořadí respondentů podle určitého hlediska,
- znaky intervalové vypovídají i o tom, jak velké jsou rozdíly mezi vlastnostmi respondentů.

Dalším krokem při zpracování výsledků je tzv. třídění, což je postup, pomocí něhož zjišťujeme, kolik respondentů má společný buď jeden, dva, popřípadě více znaků. Ve zpracování výsledků je použita absolutní četnost (n) – počet respondentů a relativní četnost (%) – absolutní četnost vyjádřená v procentech vzhledem k celkovému počtu respondentů (Horák, Chráska, 1989).

Výsledky byly zpracovány pomocí Microsoft Office Excel 2003 do tabulek a grafů.

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

V této kapitole se zaměříme na výsledky z dotazníkového šetření.

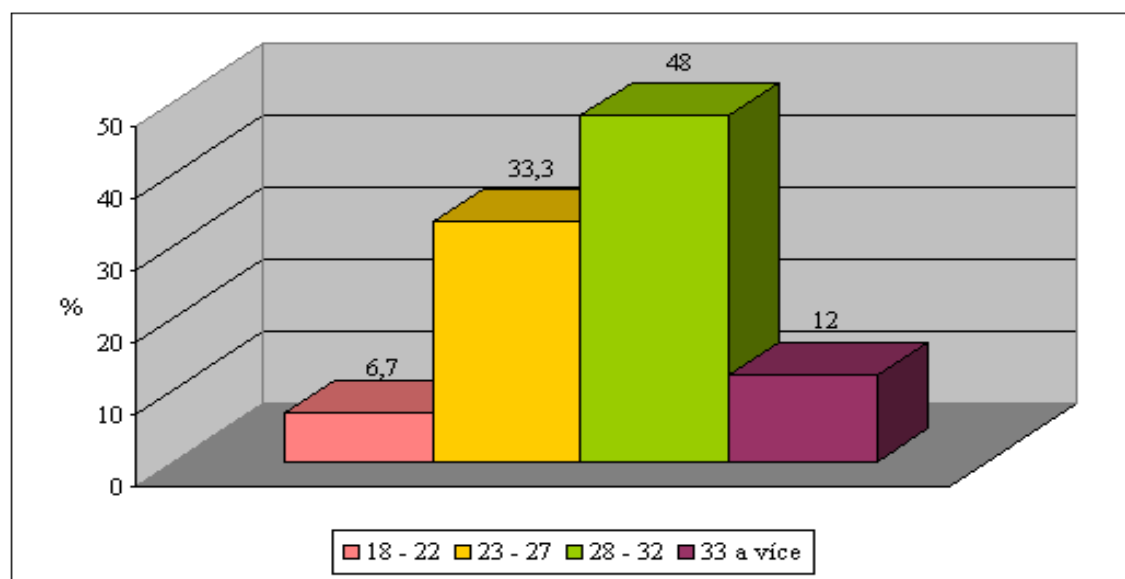
5.1 Průměrný věk žen při prvním otěhotnění

Výzkumné šetření bylo prováděno ze 108 respondentů, ale při zjišťování průměrného věku žen při prvním otěhotnění, jsme museli vyřadit ty, které očekávaly narození druhého a dalšího dítěte. Žen, čekajících první dítě, je 75 a z tohoto počtu jsme vypočítali průměrný věk. V tabulce 15 a grafu 5 je uvedeno, že nejvíce žen je ve věku **od 28 do 32 let** (48 %), následují ženy **od 23 do 27 let** (33,3 %), dále **od 33 let a více** (12 %) a nejméně jsou zastoupeny ženy ve věku **od 18 do 22 let** (6,7 %). Průměrný věk při prvním otěhotnění činí **28,2 let**. Za první polovinu roku 2012 je podle Českého statistického úřadu průměrný věk prvorodiček 28,5 let. Trč (2009) říká, že z biologického hlediska je neoptimálnější věk pro první otěhotnění 20 – 25 let.

Tabulka 15. Věk

Věk	n	%
18 - 22	5	6,7
23 - 27	25	33,3
28 - 32	36	48
33 a více	9	12
Celkem	75	100

Graf 5. Věk



5.2 Frekvence příjmu potravy

V tabulce 16 je uvedeno, kolik porcí jídla zařazovaly těhotné ženy **před otěhotněním** do svého jídelníčku. Z tabulky je zřejmé, že snídala většina z nich **každý den** (81,5 %). Dopolední svačinu mělo **denně** (41,7 %) nebo **občas** (40,7 %) žen. Velmi dobře je zastoupen oběd, který měla **denně** většina (89,8 %). Odpolední svačina se objevuje v jídelníčku **občas** (49,1 %). První večeře se vyskytuje **denně** (87 %) a naopak druhou večeři **nemá** (44,4 %).

Odpovědi žen prozrazují, že jsou pro ně nejdůležitější tři hlavní jídla během dne, kam řadí snídani, oběd a večeři. Důležitou roli mají také svačiny mezi jídly, které jsou ovšem zastoupeny méně početně.

Tabulka 16. Kolik porcí jídla jste zařazovala do svého jídelníčku před otěhotněním

Jídelníček	Denně	Občas	Nikdy
Snídane	88 81,50%	18 16,70%	2 1,90%
Dopolední svačina	45 41,70%	44 40,70%	19 17,60%
Oběd	97 89,80%	11 10,20%	0 0
Odpolední svačina	46 42,60%	53 49,10%	9 8,30%
Večeře I.	94 87%	14 13%	0 0
Večeře II.	17 15,70%	43 39,80%	48 44,40%

V tabulce 17 je uvedeno, kolik porcí jídla konzumují **po otěhotnění**. Z tabulky na první pohled vyplývá, že **denně** (97,2 %) snídá naprostá většina žen. Dopolední svačina je také velmi dobře zastoupena a zahrnuje ji **denně** (70,4 %). Oběd je zahrnut stejně jako snídaně, tzn., že oběd má **denně** (97,2 %). Odpolední svačina má **denně** většina žen (78,7 %). První večeři má **denně** 95 % a druhá večeře se vyskytuje jen **občas** (47,2 %).

Tabulka 17. Kolik porcí jídla zařazujete do svého jídelníčku nyní v těhotenství

Jídelníček	Denně	Občas	Nikdy
Snídaně	105 97,20%	3 2,80%	0 0
Dopolední svačina	76 70,40%	25 23,10%	7 6,50%
Oběd	105 97,20%	3 2,80%	0 0
Odpolední svačina	85 78,70%	23 21,30%	0 0
Večeře I.	103 95%	5 5%	0 0
Večeře II.	29 26,90%	51 47,20%	28 25,90%

V tabulce 18 je zobrazeno srovnání pravidelnosti stravování žen před otěhotněním a v těhotenství. Tabulka zobrazuje výrazné **zlepšení pravidelnosti** jídla oproti stravování před otěhotněním. Snídaně, oběd a první večeře je pro většinu těhotných žen samozřejmostí, ale také svačiny mezi jídly mají vysoké zastoupení. Při stravování je velmi důležitá pravidelnost mezi jídly, aby nedocházelo k přejídání nebo naopak ke hladovění.

Tabulka 18. Srovnání pravidelnosti každodenní konzumace jednotlivých jídel

Jídelníček	Před otěhotněním	V těhotenství
Snídaně	88 81,50%	105 97,20%
Dopolední svačina	45 41,70%	76 70,40%
Oběd	97 89,80%	105 97,20%
Odpolední svačina	46 42,60%	85 78,70%
Večeře I.	94 87%	103 95%
Večeře II.	17 15,70%	29 26,90%

5.3 Kvalita a kvantita stravy před otěhotněním a v těhotenství

V tabulce 19 jsou zobrazeny odpovědi ke konzumaci potravin těhotných žen **před otěhotněním**. Tabulka uvádí, že ovoce konzumovaly **alespoň 1 x za den** (37 %) anebo **téměř každý den** (34,3 %) a také zeleninu **téměř každý den** (36,1 %) nebo **alespoň 1 x za den** (29,6 %). Žádná z nich neuvedla nulovou konzumaci ovoce ani zeleniny. Poměrně vyrovnaně jsou zastoupeny cereálie a celozrnné pečivo, které konzumovaly **občas** (29,6 %) nebo **2 – 3 x týdně** (25,9 %) a pouze o necelé 1 % méně **téměř každý den** (25 %). Jak uvádí tabulka, tak maso bylo nejčastěji pojídáno **2 – 3 x týdně** (45,4 %) nebo **občas** (25 %). U ryb je nejčastější **občasná** konzumace (84,3 %). Mléčné výrobky byly zařazeny do jídelníčku nejčastěji **2 – 3 x týdně** (33,3 %), následně **téměř každý den** (29,6 %). Luštěniny se nachází **občas** (77,8 %), **2 – 3 x týdně** (18,5 %). Tuky byly zařazeny od jídelníčku **občas** (35,2 %) nebo **téměř každý den** (27,8 %). Poslední v tabulce jsou oříšky a semínka, které byly konzumovány **občas** (72,2 %).

Tabulka zobrazuje, že těhotné ženy konzumovaly před otěhotněním méně ovoce a zeleniny, celozrnných a mléčných výrobků, ryb, luštěnin a zdraví prospěšných tuků než výživová doporučení.

Tabulka 19. Jak často jste zařazovala tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku před otěhotněním (vhodné)

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Ovoce	40 37%	37 34,30%	25 23,10%	6 5,60%	0 0
Zelenina	32 29,60%	39 36,10%	30 27,80%	7 6,50%	0 0
Cereálie, celozrnné pečivo	20 18,50%	27 25%	28 25,90%	32 29,60%	1 0,90%
Maso (libové - kuřecí, krůtí, králíčí)	6 5,60%	25 23,10%	49 45,40%	27 25%	1 0,90%
Ryby (losos, tuňák, makrela)	2 1,90%	0 0	12 11,10%	91 84,30%	3 2,80%
Mléčné výrobky (do 3 % tuku, zakysané výrobky - podmáslí, jogurty, kefir)	22 20,40%	32 29,60%	36 33,30%	16 14,80%	2 1,90%
Luštěniny (čočka, fazole, cizrna)	2 1,90%	0 0	20 18,50%	84 77,80%	2 1,90%
Tuky (olivový olej, rama, flora)	16 14,80%	30 27,80%	17 15,70%	38 35,20%	7 6,50%
Ořišky, semínka	4 3,70%	6 5,60%	15 13,9 %	78 72,20%	5 4,60%

V tabulce 20 jsou naopak zobrazeny potraviny, které zahrnují těhotné ženy **nyň** do svého jídelníčku. Z tabulky je zřejmé, že ženy konzumují ovoce **alespoň 1 x za den** (58,3 %) nebo **téměř každý den** (33,3 %). Zelenina se objevuje také **alespoň 1 x za den** (49,1 %) nebo **téměř každý den** (31,5 %). Celozrnné výrobky se nejčastěji vyskytují **2 – 3 x týdně** (32,4 %). Taktéž maso je konzumováno **2 – 3 x týdně** (51,9 %). Ryby se na jídelníčku vyskytují jen **občas** (67,6 %). Mléčné výrobky jsou zahrnovány **téměř každý den** (37 %). Luštěniny jsou v naprosté většině konzumovány **občas** (70,3 %). Tuky se objevují také jen **občas** (33,3 %). Oříšky a semínka jsou zastoupeny jen **občas** (33,3 %) nebo **2 – 3 x týdně** (31,5 %).

Podrobný přehled frekvence potravin je uveden výše, viz tabulka 2.

Tabulka 20. Jak často zařazujete tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku nyní v těhotenství (vhodné)

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Ovoce	63 58,30%	36 33,30%	8 7,40%	1 0,90%	0 0
Zelenina	53 49,10%	34 31,50%	18 16,70%	3 2,80%	0 0
Cereálie, celozrnné pečivo	25 23,10%	31 28,70%	35 32,40%	17 15,70%	0 0
Maso (libové - kuřecí, krůtí, králičí)	5 4,60%	27 25%	56 51,90%	19 17,60%	1 0,90%
Ryby (losos, tuňák, makrela)	1 0,90%	0 0	31 28,70%	73 67,60%	3 2,80%
Mléčné výrobky (do 3 % tuku, zakysané výrobky - podmáslí, jogurty, kefír)	29 26,90%	40 37%	31 28,70%	6 5,60%	2 1,90%
Luštěniny (čočka, fazole, cizrna)	1 0,90%	2 1,90%	26 24,10%	76 70,30%	3 2,80%
Tuky (olivový olej, rama, flora)	13 12%	25 23%	26 24,10%	36 33,30%	8 7,40%
Oříšky, semínka	7 6,50%	9 8,30%	34 31,50%	51 47,20%	7 6,50%

Tabulka 21 zobrazuje srovnání určitých druhů potravin při každodenní konzumaci před otěhotněním a v těhotenství. Tabulka vyjadřuje **zvýšený přísun** zejména ovoce a zeleniny, dále celozrnných a mléčných výrobků. Ostatní potraviny jako je maso, ryby a luštěniny nejsou určeny ke každodenní konzumaci, ale jak uvádí tabulka 19 a 20, jejich příjem se také zvýšil při konzumaci 2 – 3 x týdně.

Tabulka 21. Srovnání vhodných potravin každodenní konzumace

Druhy potravin	Před otěhotněním	V těhotenství
Ovoce	40 37%	63 58,30%
Zelenina	32 29,60%	53 49,10%
Cereálie, celozrnné pečivo	20 18,50%	25 23,10%
Maso (libové - kuřecí, krůtí, králičí)	6 5,60%	5 4,60%
Ryby (losos, tuňák, makrela)	2 1,90%	1 0,90%
Mléčné výrobky (do 3 % tuku, zakysané výrobky - podmásolí, jogurty, kefír)	22 20,40%	29 26,90%
Luštěniny (čočka, fazole, cizrna)	2 1,90%	1 0,90%
Tuky (olivový olej, rama, flora)	16 14,80%	13 12%
Oříšky, semínka	4 3,70%	7 6,50%

Tabulka 22 udává konzumaci spíše nevhodných potravin **před otěhotněním**. V tabulce jsou zobrazeny nejčastější odpovědi těhotných žen. Smažené pokrmy se vyskytovaly v jídelníčku jen **občas** (88 %), podobně jako polotovary (86 %). Trvanlivé, bílé pečivo se objevovalo **téměř každý den** (33,3 %). Uzeniny **2 – 3 x týdně** (42,6 %) a hotová chlazená jídla **nikdy** (60,2 %). Sladkosti a sladká jídla se vyskytovala jen **občas** (40,7 % a 52,8 %). Slaná jídla byla konzumována **občas** (78,7 %) a fast food také jen **občas** (75 %). Instantní jídla se v nadpoloviční většině nevyskytovala **nikdy** (51,9 %). Nízkou konzumaci zaujímaly konzervy také jako **nikdy** (53,7 %) a poslední zmíněné tvoří tučné maso, které se objevovalo jen **občas** (59,3 %).

Na první pohled tabulka zahrnuje potraviny méně vhodné nebo nevhodné, kdy jejich konzumace by měla být omezena na minimum.

Tabulka 22. Jak často jste zařazovala tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku před otěhotněním (nevhodné)

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Smažené pokrmy (hranolky, řízek)	1 0,90%	0 0	10 9,30%	95 88%	2 1,90%
Polotovary (mražená pizza, knedlíky)	0 0	1 0,90%	2 1,90%	93 86%	12 11,10%
Trvanlivé, bílé pečivo (rohlík, toast, veka)	17 15,70%	36 33,3	25 23,10%	26 24%	4 3,70%
Uzeniny	2 1,90%	17 15,70%	46 42,60%	39 36,10%	4 3,70%
Hotová chlazená jídla	0 0	1 0,90%	6 5,60%	36 33,30%	65 60,20%
Sladkosti (tatranky, čokoláda, bonbony)	19 17,60%	17 15,70%	26 24,10%	44 40,70%	2 1,90%
Sladká jídla (koláče, buchty, zákusky, croasany)	2 1,90%	10 9,30%	38 35,20%	57 52,80%	1 0,90%
Slané pochutiny (tyčinky, chipsy, slané oříšky)	1 0,90%	5 4,60%	9 8,30%	85 78,70%	8 7,40%
Fast food (hamburger, pizza, párek v rohlíku)	0 0	1 0,90%	2 1,90%	81 75%	24 22,20%
Instantní jídla (polévky, omáčky)	0 0	1 0,90%	4 3,70%	47 43,50%	56 51,90%
Konzervy	0 0	0 0	1 0,90%	49 45,40%	58 53,70%
Tučné maso	0 0	0 0	7 6,50%	64 59,30%	37 34,30%

Tabulka 23 zobrazuje konzumaci potravin v těhotenství. Tabulka uvádí, že smažené pokrmy jsou pojídány jen **občas** (89,8 %), podobně jsou na tom také polotovary (51,9 %) a trvanlivé, bílé pečivo (34,3 %). Uzeniny se také objevují jen **občas** (50,9 %). Hotová chlazená jídla se neobjevují téměř **nikdy** (76,9 %). Sladkosti a sladká jídla jsou konzumovány jen **občas** (39,8 % a 57,4 %). Slané pochutiny se objevují **občas** (72,2 %), fast food také **občas** (53,7 %), instantní jídla většinou **nikdy** (77,8 %), stejně tak konzervy (73,1 %) a tučné maso (50 %).

Z tabulky je zřejmé, že těhotné ženy změnilly jejich stravovací návyky oproti stravování před otěhotněním. Tabulka 22 a tabulka 23 zobrazuje méně vhodné potraviny, ale i ty v přiměřeném množství můžeme zařadit do svého jídelníčku, viz potravinová pyramida.

Tabulka 23. Jak často zařazujete tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku nyní v těhotenství (nevhodné)

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Smažené pokrmy (hranolky, řízek)	0 0	0 0	2 1,90%	97 89,80%	9 8,30%
Polotovary (mražená pizza, knedlíky)	0 0	0 0	1 0,90%	56 51,90%	51 47,20%
Trvanlivé, bílé pečivo (rohlík, toast, veka)	14 13%	20 18,50%	32 29,60%	37 34,30%	5 4,60%
Uzeniny	0 0	6 5,60%	29 26,90%	55 50,90%	18 16,70%
Hotová chlazená jídla	0 0	0 0	3 2,80%	22 20,40%	83 76,90%
Sladkosti (tatranky, čokoláda, bonbony)	7 6,50%	23 21,30%	30 27,80%	43 39,80%	5 4,60%
Sladká jídla (koláče, buchty, zákusky, croasany)	4 3,70%	8 7,40%	34 31,50%	62 57,40%	0 0
Slané pochutiny (tyčinky, chipsy, slané oříšky)	1 0,90%	3 2,80%	5 4,60%	78 72,20%	21 19,40%
Fast food (hamburger, pizza, párek v rohlíku)	0 0	0 0	1 0,90%	58 53,70%	49 45,40%
Instantní jídla (polévky, omáčky)	1 0,90%	0 0	2 1,90%	21 19,40%	84 77,80%
Konzervy	0 0	0 0	1 0,90%	28 25,90%	79 73,10%
Tučné maso	0 0	0 0	5 4,60%	49 45,40%	54 50%

Tabulka 24 zobrazuje nevhodné potraviny, které ženy nezahrnovaly do svého jídelníčku před otěhotněním a ani v těhotenství. Téměř u všech potravin je zaznamenán vyšší počet, tzn. že těhotné ženy **nekonzumuji** tyto potraviny. Nejvíce je to zřejmé u polotovarů, uzenin, hotových chlazených jídel, slaných pochutin, fast food, instantních jídel, konzerv a tučného masa.

Tabulka 24. Srovnání nevhodných potravin, které ženy „nikdy“ nekonzumovaly

Druhy potravin	Před otěhotněním	V těhotenství
Smažené pokrmy (hranolky, řízek)	2 1,90%	9 8,30%
Polotovary (mražená pizza, knedlíky)	12 11,10%	51 47,20%
Trvanlivé, bílé pečivo (rohlík, toast, veka)	4 3,70%	5 4,60%
Uzeniny	4 3,70%	18 16,70%
Hotová chlazená jídla	65 60,20%	83 76,90%
Sladkosti (tatranky, čokoláda, bonbony)	2 1,90%	5 4,60%
Sladká jídla (koláče, buchty, zákusky, croasany)	1 0,90%	0 0
Slané pochutiny (tyčinky, chipsy, slané oříšky)	8 7,40%	21 19,40%
Fast food (hamburger, pizza, párek v rohlíku)	24 22,20%	49 45,40%
Instantní jídla (polévky, omáčky)	56 51,90%	84 77,80%
Konzervy	58 53,70%	79 73,10%
Tučné maso	37 34,30%	54 50%

5.4 Forma kuchyňské úpravy

V tabulce 25 je uvedeno, jak často používají těhotné ženy vybrané formy kuchyňské úpravy. Z tabulky je zřejmé, že vaření se vyskytuje u naprosté většiny žen **často** (96,3 %). Pečení se objevuje **občas** (52,8 %), stejně jako smažení (93,5 %). Dušení se vyskytuje **často** (50 %), ale přibližně ve stejném počtu **občas** (48,1 %). Nejčastější odpověď u vaření v páře je **nikdy** (60,2 %). Fritování je z celé tabulky nejméně používané a je označeno jako **nikdy** (79,6 %). Grilování je používáno jen **občas** (63 %) a restování také jen **občas** (70,4 %).

Z tabulky vyplývá, že těhotné ženy nejčastěji používají k úpravě pokrmů vaření a dušení. Mezi vhodné formy patří navíc vaření v páře, které se u vybraných respondentů objevuje pouze v nízkém počtu. Naopak pečení, grilování, smažení a fritování se považuje za méně vhodné formy jak uvádí Štěpánek a kol. (2012).

Tabulka 25. Jak často používáte tyto formy kuchyňské úpravy

Forma kuchyňské úpravy	Často	Občas	Nikdy
Vaření	104 96,30%	4 3,70%	0 0
Pečení	50 46,30%	57 52,80%	1 0,90%
Smažení	1 0,90%	101 93,50%	6 5,60%
Dušení	54 50%	52 48,10%	2 1,90%
Vaření v páře	12 11,10%	31 28,70%	65 60,20%
Fritování	0 0	22 20,40%	86 79,60%
Grilování	0 0	68 63%	40 37%
Restování	6 5,60%	76 70,40%	26 24,10%

5.5 Ranní nevolnost

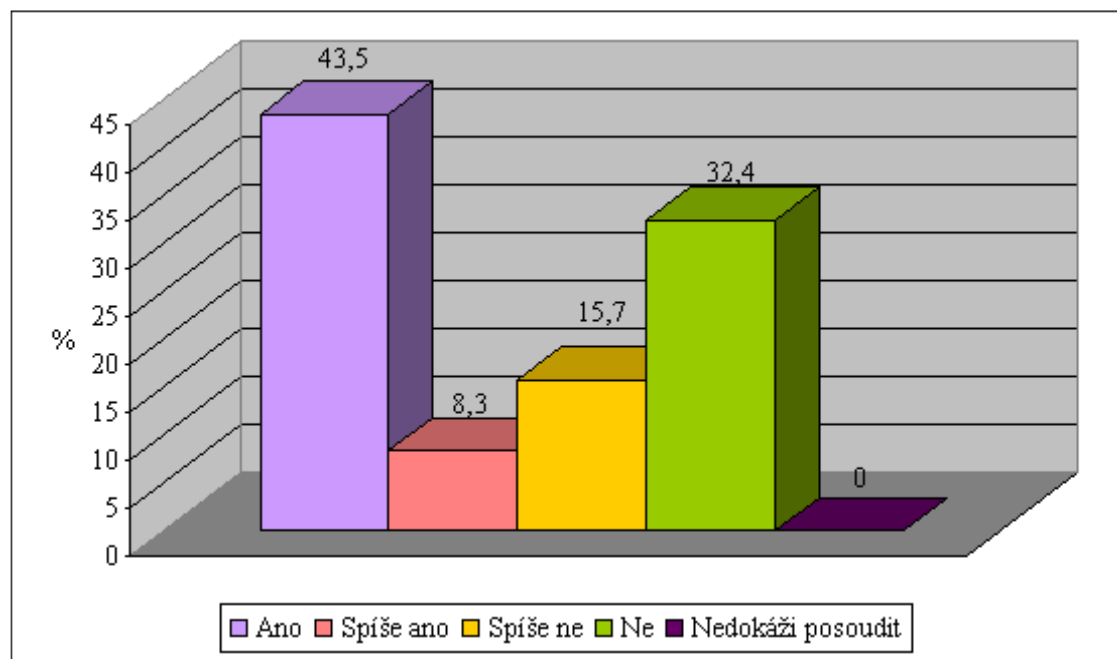
V tabulce 26 a grafu 6 je zobrazen výskyt ranních nevolností u žen v průběhu těhotenství. Z tabulky vyplývá, že ranní nevolnost se **vyskytovala** u 51,8 % žen a **nevyskytovala** se u 48,1 % žen.

Žaludeční nevolnost se nejčastěji vyskytuje v prvním trimestru a obvykle sama odezní začátkem druhého trimestru. Nastává nejčastěji ráno, ale může se vyskytovat v kteroukoli jinou dobu (Trča, 2009).

Tabulka 26. Měla jste v průběhu těhotenství ranní nevolnost

Ranní nevolnost	n	%
Ano	47	43,5
Spíše ano	9	8,3
Spíše ne	17	15,7
Ne	35	32,4
Nedokáži posoudit	0	0
Celkem	108	100

Graf 6. Ranní nevolnost



5.6 Změny chuti k jídlu

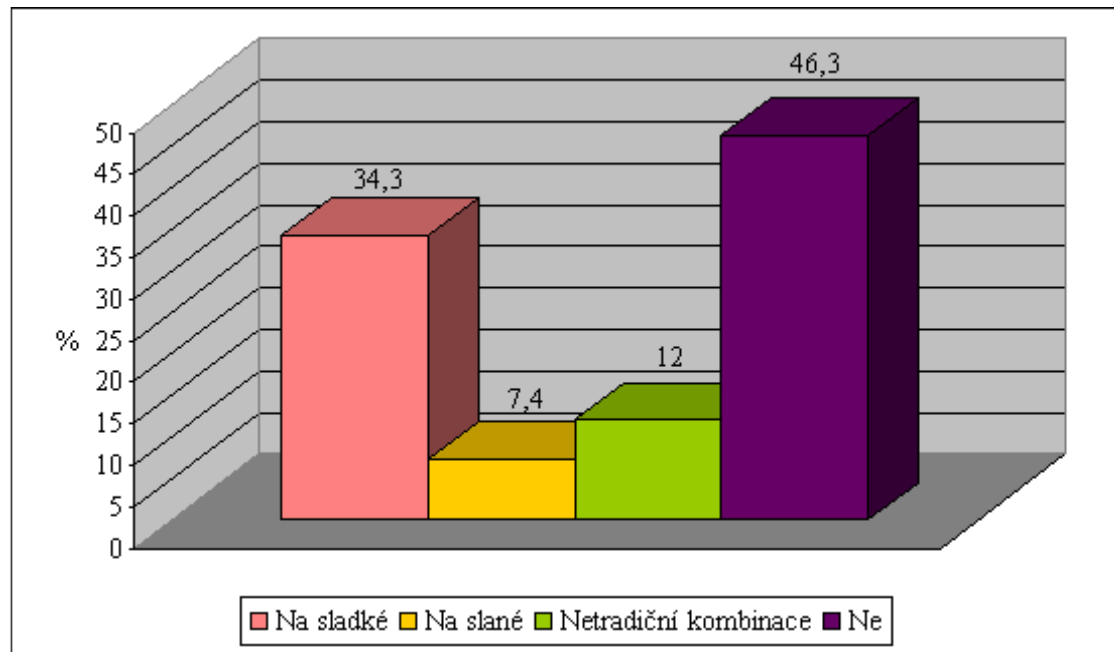
Tabulka 27 a graf 7 ukazují změnu chuti k jídlu. Z celkového počtu 108 respondentů **zaznamenala** změnu chuti k jídlu více než polovina žen (53,7 %), o něco menší počet žen **nezaznamenaly** žádné změny (46,3 %).

Chutě v těhotenství jsou způsobeny hormonálními změnami, díky kterým se mění obliba různých jídel i odpor k nim. Mohou se v průběhu těhotenství měnit a jsou zcela v pořádku. Více v kapitole Změny trávicího traktu.

Tabulka 27. Zaznamenala jste „těhotenské chutě“

Těhotenské chutě	n	%
Na sladké	37	34,3
Na slané	8	7,4
Netradiční kombinace	13	12
Ne	50	46,3
Celkem	108	100

Graf 7. Změny chuti k jídlu



5.7 Rizikové potraviny

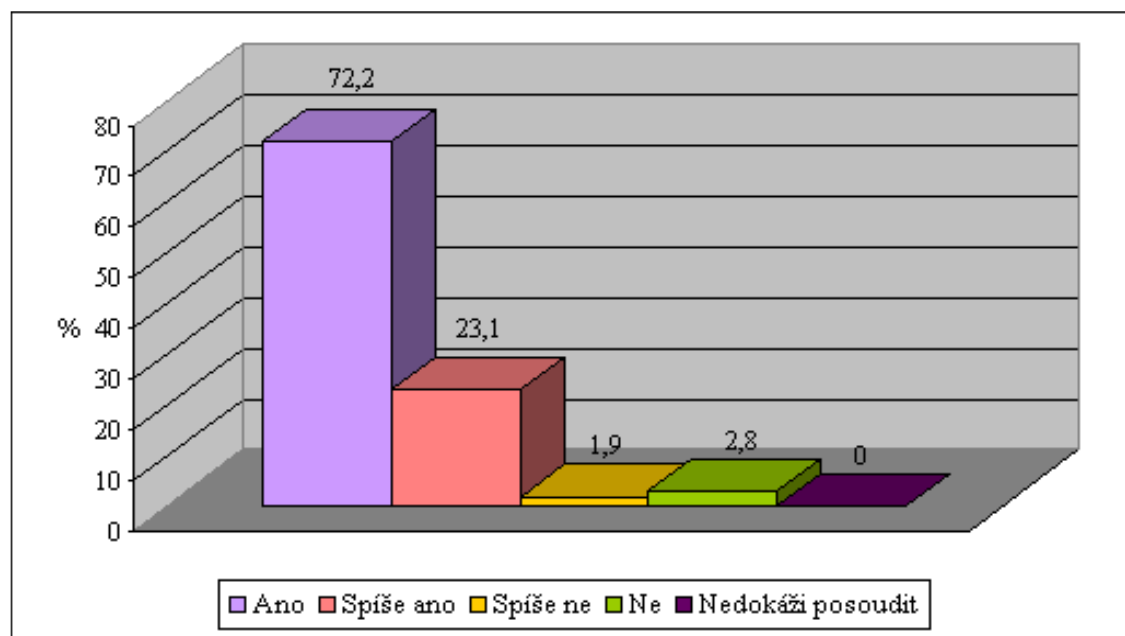
Tabulka 28 a graf 8 zobrazují, zda se těhotné ženy vyhýbají rizikovým potravinám (syrové maso, syrová vejce, syrové ryby, játra aj.). Tabulka ukazuje, že většina žen se **vyhýbala** rizikovým potravinám v těhotenství (95,3 %) a ostatní těhotné ženy se nevyhýbaly těmto potravinám (4,7 %).

Podrobnější informace jsou uvedeny výše v kapitole Rizikové potraviny v těhotenství.

Tabulka 28. Vyhýbáte se rizikovým potravinám pro těhotné ženy

Rizikové potraviny	n	%
Ano	78	72,2
Spíše ano	25	23,1
Spíše ne	2	1,9
Ne	3	2,8
Nedokáží posoudit	0	0
Celkem	108	100

Graf 8. Rizikové potraviny



5.8 Kvalita a kvantita přijímaných nápojů

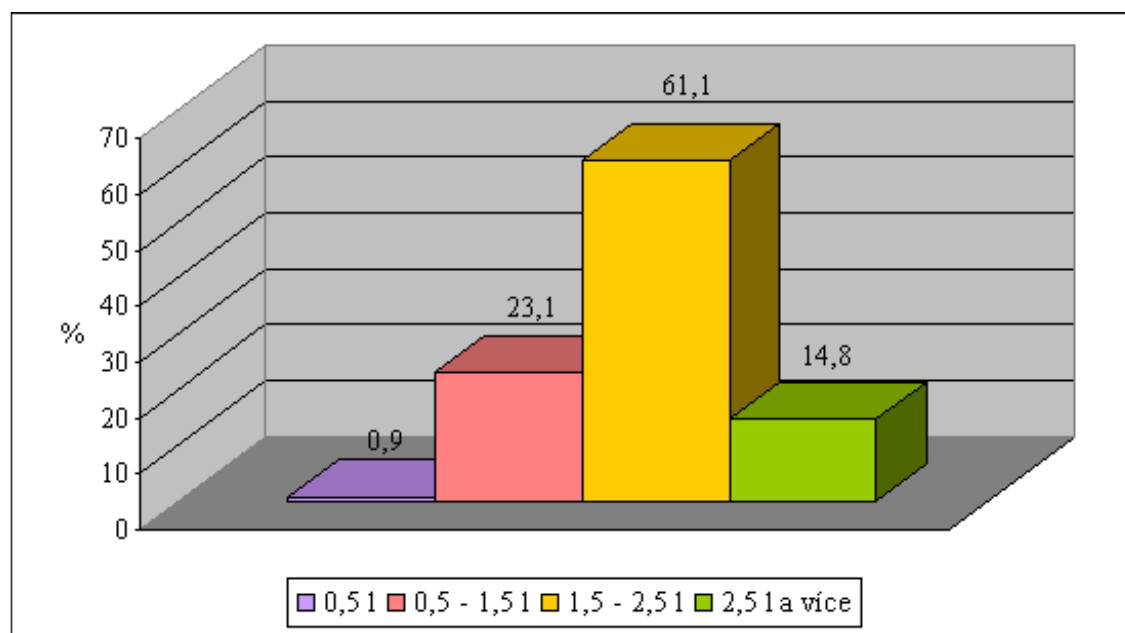
Tabulka 29 a graf 9 ukazují množství vypitých tekutin za den. Z tabulky vyplývá, že většina těhotných žen vypije **1,5 – 2,5 l** (61,1 %), dále **0,5 – 1,5 l** (23,1 %), **2,5 l a více** (14,8 %) a **0,5 l** (0,9 %).

Obecně se doporučuje přijmout 30 – 35 ml tekutin na kilogram tělesné hmotnosti. Doporučuje se přijímat tekutiny pravidelně během celého dne. Při vyšší pohybové aktivitě, v letních měsících, při horečce, průjmech a zvracení by se měl příjem ještě navýšit (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Tabulka 29. Kolik vypijete za den tekutin?

Množství tekutin	n	%
0,5 l	1	0,9
0,5 - 1,5 l	25	23,1
1,5 - 2,5 l	66	61,1
2,5 l a více	16	14,8
Celkem	108	100

Graf 9. Množství tekutin



Tabulka 30 zobrazuje častost různých druhů nápojů, které ženy pily před otěhotněním. V tabulce jsou zobrazeny nejčastější odpovědi respondentů. Pitná voda z kohoutku se objevovala **několikrát za den** (63,9 %), pitná voda balená **občas** (47,2 %), minerálky přírodní **občas** (51,9 %) a minerálky slazené také **občas** (50 %). Ovocné šťávy neředěné se vyskytovaly **občas** (61,1 %) a ředěné ovocné šťávy také **občas** (54,6 %). Slazené limonády **nikdy** (51 %), cola **občas** (51 %), káva **alespoň 1 x za den** (25 %), čaj neslazený také **alespoň 1 x za den** (25 %) a čaj slazený **nikdy** (35,2 %).

Voda je základem pitného režimu a může se jednat o pitnou vodu z veřejného vodovodu nebo pitnou vodu balenou (Pokorná, Březková, Pruša, 2008). Z tabulky je zřejmé, že u těhotných žen převládá pitná voda z kohoutku, která se vyskytuje několikrát denně. Více v kapitole Vhodné nápoje.

Tabulka 30. Jak často jste zařazovala tyto druhy nápojů do Vašeho pitného režimu před otěhotněním

Druhy nápojů	Několikrát za den	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Pitná voda	69	15	7	4	9	4
kohoutková	63,9	13,9	6,5	3,7	8,3	3,7
Pitná voda balená	14	5	11	9	51	18
	13	4,6	10,2	8,3	47,2	16,7
Minerálky přírodní	7	6	8	20	56	11
	6,5	5,6	7,4	18,5	51,9	10,2
Minerálky slazené	4	5	7	9	54	29
	3,7	4,6	6,5	8,3	50	26,9
Ovocné šťávy neředěné	2	1	0	9	66	30
	1,9	0,9	0	8,3	61,1	27,8
Ovocné šťávy ředěné	3	5	6	19	59	16
	2,8	4,6	5,6	17,6	54,6	14,8
Slazené limonády (Sprite, Fanta)	1	0	0	3	49	55
	0,9	0	0	2,8	45,4	51
Cola	0	0	3	4	55	46
	0	0	2,8	3,7	51	42,6
Káva	16	27	15	9	24	17
	14,8	25	13,9	8,3	22,2	15,7
Čaj neslazený	26	27	14	14	15	12
	24,1	25	13	13	13,9	11,1
Čaj slazený	6	15	10	15	24	38
	5,6	13,9	9,3	13,9	22,2	35,2

V tabulce 31 je zobrazena častost různých druhů nápojů, které ženy pijí nyní v těhotenství. Uvedeny jsou opět nejčastější odpovědi. Pitná voda kohoutková se objevuje **několikrát denně** (76 %), pitná voda balená **občas** (46,3 %), minerálky přírodní **občas** (54,6 %) a minerálky slazené jsou zastoupeny ve stejném procentu **občas** a **nikdy** (44,4 %). Ovocné šťávy neředěné se vyskytují **občas** (52,8 %), ovocné šťávy ředěné **občas** (51,9 %), slazené limonády **nikdy** (70,4 %), cola také **nikdy** (62 %), káva **nikdy** (39,8 %). Čaj neslazený se objevuje **několikrát za den** (31,5 %) a naopak slazený čaj **nikdy** (35,2 %).

Ve srovnání s předešlou tabulkou 30 je vidět nárůst v konzumaci pitné vody z kohoutku. Dále je nezbytné uvést sníženou konzumaci coly, která obsahuje kromě vysokého podílu cukru, také kofein a kyselinu fosforečnou a kávy, která je také pro těhotné ženy nevhodná.

Tabulka 31. Jak často zařazujete tyto druhy nápojů do Vašeho pitného režimu nyní v těhotenství

Druhy nápojů	Několikrát za den	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Pitná voda kohoutková	82 76%	8 7,40%	3 2,80%	5 4,60%	5 4,60%	5 4,60%
Pitná voda balená	16 14,80%	3 2,80%	8 7,40%	8 7,40%	50 46,30%	23 21,30%
Minerálky přírodní	6 5,60%	5 4,60%	7 6,50%	13 12%	59 54,60%	18 16,70%
Minerálky slazené	0 0	2 1,90%	2 1,90%	8 7,40%	48 44,40%	48 44,40%
Ovocné šťávy neředěné	1 0,90%	2 1,90%	3 2,80%	9 8,30%	57 52,80%	36 33,30%
Ovocné šťávy ředěné	6 5,60%	5 4,60%	3 2,80%	20 18,50%	56 51,90%	18 16,70%
Slazené limonády (Sprite, Fanta)	0 0	0 0	0 0	1 0,90%	31 28,70%	76 70,40%
Cola	0 0	0 0	0 0	5 4,60%	36 33,30%	67 62%
Káva	3 2,80%	12 11,10%	7 6,50%	12 11,10%	31 28,70%	43 39,80%
Čaj neslazený	34 31,50%	28 26%	12 11,10%	14 13%	9 8,30%	11 10,20%
Čaj slazený	8 7,40%	15 13,90%	11 10,20%	15 13,90%	21 19,40%	38 35,20%

Tabulka 32 zobrazuje různé druhy nápojů, které ženy přijímaly denně nebo naopak nikdy a je rozdělena na období před otěhotněním a v těhotenství. Z tabulky je zřejmá **vyšší konzumace pitné vody kohoutkové** (z 63,9 % na 76 %) v těhotenství. Každodenní konzumace **kávy se v těhotenství snížila** (z 14,8 % na 2,8 %). Z tabulky dále vyplývá **snížený příjem slazených minerálek** (z 26,9 % na 44,4 %), **slazených limonád** (z 51 % na 70,4 %), **coly** (z 42,6 % na 62 %) a **kávy** (z 15,7 % na 39,8 %).

Tabulka 32. Srovnání nápojů

Druhy nápojů	Denně		Nikdy	
	Před otěhotněním	V těhotenství	Před otěhotněním	V těhotenství
Pitná voda kohoutková	69 63,90%	82 76%	4 3,70%	5 4,60%
Pitná voda balená	14 13,00%	16 14,80%	18 16,70%	23 21,30%
Minerálky přírodní	7 6,50%	6 5,60%	11 10,20%	18 16,70%
Minerálky slazené	4 3,70%	0 0	29 26,90%	48 44,40%
Ovocné šťávy neředěné	2 1,90%	1 0,90%	30 27,80%	36 33,30%
Ovocné šťávy ředěné	3 2,80%	6 5,60%	16 14,80%	18 16,70%
Slazené limonády (Sprite, Fanta)	1 0,90%	0 0	55 51%	76 70,40%
Cola	0 0	0 0	46 42,60%	67 62%
Káva	16 14,80%	3 2,80%	17 15,70%	43 39,80%
Čaj neslazený	26 24,10%	34 31,50%	12 11,10%	11 10,20%
Čaj slazený	6 5,60%	8 7,40%	38 35,20%	38 35,20%

6 ZÁVĚR

Tato práce měla za cíl zjistit kvalitu a kvantitu přijímaných potravin a nápojů u žen před otěhotněním a v období těhotenství s ohledem na současná výživová doporučení. Základem pro správný vývoj dítěte je zajištění vhodné stravy u těhotné ženy, která ovlivňuje nejen vývoj plodu, ale také svůj zdravotní stav, a dokonce i budoucí stravovací návyky dítěte.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena na dvě podkapitoly. Ta první poskytuje informace o prekoncepční přípravě a vzniku těhotenství a jsou zde popsány příznaky těhotenství a následně charakteristika prvního, druhého a třetího trimestru. V organismu těhotné ženy probíhají určité změny. Najdeme zde zmínku o sexualitě v těhotenství, rizikových faktorech a nesmíme zapomenout ani na podstatnou část jakou je prenatální péče.

Ve druhé podkapitole je popsána problematika výživy těhotných žen. Je zde uvedena pyramida zdravé výživy a její užití pro každodenní konzumaci, vhodná tělesná hmotnost a optimální přírůstek hmotnosti v těhotenství. Kapitola také zahrnuje základní složky stravy a jejich význam, vitaminové doplňky stravy a rizikové potraviny pro těhotné ženy. Svě místo zde zaujímá příjem tekutin a jejich složení, zda jsou vhodné či ne.

Praktická část prezentuje výsledky dotazníkového šetření stravovacích návyků žen v době před otěhotněním a během těhotenství.

Z výzkumu vyplynulo, že ženy zlepšily své stravovací zvyklosti. Zejména v pravidelnosti, kdy jsou pro většinu důležitá nejen tři hlavní jídla, ale i svačiny pro ně mají velkou roli. Kvalita má pro těhotné ženy zásadní význam, což je dáno zvýšením konzumace ovoce a zeleniny, celozrnných a mléčných výrobků, luštěnin a ryb.

Je zřejmá snížená konzumace nevhodných potravin jako jsou smažená jídla, polotovary, hotová chlazená jídla, fast food, instantní jídla, konzervy a tučné maso, ale i rizikových potravin pro těhotné ženy, jako jsou syrová vejce, syrové maso, vnitřnosti a syrové ryby.

Kromě správného výběru potravin je důležitá také její úprava. Pro těhotné ženy je za nejčastější formu kuchyňské úpravy považováno vaření, což je pokládáno za nejzdravější způsob tepelné úpravy potravin.

Při zjišťování přijímaných tekutin můžeme vidět zlepšení ve výběru nápojů. Těhotné ženy dávají přednost pitné vodě veřejné vodovodní sítě a neslazeným čajům. Je pozitivní, že se vědomě vyhýbají zejména slazeným nápojům, nápojům s obsahem kofeinu (káva) a kyseliny fosforečné (cola).

Výsledkem provedeného šetření je skutečnost, že ženy mají dostatek informací o současných výživových doporučení v době těhotenství a projevují snahu je dodržovat, což má příznivý vliv na vývoj plodu.

7 SOUHRN

V diplomové práci je charakterizováno období gravidity a výživová doporučení pro těhotné ženy.

Bylo provedeno sociologické šetření u těhotných žen. Výzkum byl realizován dotazníkovou formou u cílové skupiny v regionu Uherské Hradiště. Vlastní výzkum byl uskutečněn v Uherskohradišťské nemocnici a gynekologické ordinaci v Uherském Brodě. Sociologického šetření se zúčastnilo 108 těhotných žen.

Cílem práce bylo zjistit stravovací návyky těhotných žen s ohledem na preferenci potravin a nápojů v prekoncepčním období a v graviditě.

Výsledkem je zjištění, že většina žen zlepšila své dosavadní stravovací návyky a snaží se o dodržování současných výživových doporučení.

8 SUMMARY

Final thesis “Nutritional specifics of pregnant women in the region of Uherské Hradiště“ characterises the pregnancy period and deals with nourishment of pregnant women.

There was conducted a survey realised in a questionnaire form. The survey took place in the hospital in Uherské Hradiště and gynecologic surgery in Uherský Brod. 108 pregnant women participated in this research.

The main aim was to find out eating habits of women in both period before being pregnant and period of pregnancy.

The outcome of the study is a finding that most of the respondents have perfected their eating habits and they have been trying to follow nutritional recommendations so far.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

1. BĚLOHLÁVKOVÁ, M. 2012. Kůže volá SOS. *Betyнка*. roč. 13, č. 11, 41 s. ISSN 1212-0480.
2. BOWDEN, J. a A. TANNIS. 2010. *100 nejzdravějších jídel pro nastávající maminky: překvapivé a objektivní informace o potravinách, které byste měla v těhotenství jíst, ale nejspíš je nejíte*. Praha: Fortuna Libri. 319 s. ISBN 978-80-7321-523-1.
3. ČEPICKÝ, P. a M. ČERNÁ. 2011. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret. 90 s. ISBN 978-80-87070-50-5.
4. ČERMÁKOVÁ, B. 2008. *K porodu bez obav*. Brno: ERA. 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4.
5. DORIAN, J., PRITCHARD, D a B. R KORF. 2008. *Medical genetics at a glance*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Pub.167 p. ISBN 978-1-4051-4846-7.
6. FOŘT, P. 2003. *Co jíme a pijeme?: výživa pro 3. tisíciletí*. Praha: Olympia. 246 s. ISBN 80-703-3814-8.
7. FOŘT, P. 2007. *Tak co mám jíst?* Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-1459-2.
8. GILL, J. 2009. *Těhotenství: Ottova encyklopedie do kapsy*. Praha: Ottovo nakladatelství. 192 s. ISBN 978-80-7360-102-7.
9. GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
10. HART, D, NORMAN, J. a R. CALLANDER et al. 2000. *Gynaecology illustrated*. 5th ed. New York: Churchill Livingstone. 443 p. ISBN 04-430-6198-X.
11. HÖFER, S. a N. SZÁSZ. 2010. *Jsem v tom!: rady pro nastávající maminky : těhotenství, porod a první dny s miminkem*. Praha: Jan Vašut. 304 s. ISBN 978-80-7236-735-1.
12. HORÁK, F. a M. CHRÁSKA. 1989. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 169 s. bez ISBN.

13. HRONEK, M. 2004. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf. 309 s. ISBN 80-7345-013-5.
14. KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M. a J. FEYEREISL. 2009. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-138-7.
15. KOLDOVÁ, J. 2006. *Životospráva v těhotenství a vrozené vývojové vady: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. 55 s., 3 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Lucie Mandelová.
16. KUDELA, M. 2011. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 273 s. ISBN 978-802-4419-756.
17. KUNOVÁ, V. 2011. *Zdravá výživa*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-802-4734-330.
18. MACKONCHIE, A. a S. LEWIS. 2009. *Těhotenství, výživa a péče o miminko*. Praha: Svojtka. 511 s. ISBN 978-80-256-0155-6.
19. MACKONCHIE, A. 1998. *Těhotenství a péče o dítě: ilustrovaný průvodce*. Praha: Václav Svojtka. 256 s. ISBN 978-807-2370-498.
20. MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M. a A. PFLEIDERER a kol. 1997. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osveta. 648 s. ISBN 80-888-2456-7.
21. MERKUNOVÁ, A. a M. OREL. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
22. MÜLLEROVÁ, D. 2004. *Výživa těhotných a kojících žen*. Praha: Mladá fronta. 124 s. ISBN 80-204-1023-6.
23. NILSSON, L. a L. HAMBERGER. 2003. *Tajemství lidského života*. Praha: Svojtka. 239 s. ISBN 80-723-7768-X.
24. POKORNÁ, J., V. BŘEZKOVÁ a T. PRUŠA. 2007. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: ERA group spol. s r.o. 132 s. ISBN 978-80-7366-136-6 .
25. ROB, L., MARTAN A. a K. CITTERBART. 2008. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-807-2625-017.
26. ROSCHINSKY, J. 2006. *Hubneme cvičením a správnou výživou*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 80-247-1747-6.

27. SABERSKY, A. 2009. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2740-0.
28. SHERWOOD, L. 2010. *Human physiology: from cells to systems*. 7th ed. Brooks/Cole Cengage Learning. ISBN 978-049-5826-293.
29. SWINNEY, B. a T. ANDERSON. 2011. *Výživa v těhotenství: praktický a chutný průvodce prenatální výživou*. Praha: Levné knihy. 402 s. ISBN 978-80-7309-874-2.
30. ŠTĚPÁNEK, M. a kol. 2012. Domácí strava je domácí strava. *Zdraví plus*. 34 s. bez ISSN.
31. ŠULOVÁ, L., T. FAIT a P. WEISS a kol. 2011. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. 439 s. ISBN 978-807-3452-384.
32. *Těhotenství: odpovědi na všechny vaše otázky*. 2009. Praha: Svojtka. 256 s. ISBN 978-80-256-0115-0.
33. Český statistický úřad. Pohyb obyvatelstva – 1. až 2. čtvrtletí 2012. [online]. 11.9.2012 [cit. 2013-03-05]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby091112.doc>
34. *Emimino. cz*. Plodová voda. [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z:
<http://www.emimino.cz/encyklopedie/plodova-voda/>
35. *Fórum zdravé výživy*. [online]. 18.6.2003 [cit. 2012-11-03]. Dostupné z:
<http://www.fzv.cz/pro-media/publikace/informacni-materialy/pyramida-zdrave-vyzivy/115-pyramida-zdrave-vyzivy.aspx>
36. HOLANCOVÁ, M. Chutě v těhotenství. *Babyweb. cz*. [online]. 14.12.2012 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z:
<http://www.babyweb.cz/chute-v-tehotenstvi>
37. KOŽÍŠEK, F. Pitný režim. *Státní zdravotní ústav*. [online]. 1.12.2005 [cit. 2012-10-26]. Dostupné z:
<http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/rady-spotrebitelum-balenych-vod?highlightWords=pitn%C3%BD+re%C5%BEim>

38. *Lékaři online. cz.* Zvýšená hladina cukru v těhotenství. [online]. [cit. 2012-10-19]. Dostupné z:
<http://www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/indikace/zvysena-hladina-cukru-v-tehotenstvi>
39. MANDŽUKOVÁ, J. Jak na zácpu v těhotenství. *Babyweb. cz.* [online]. 4.12.2012 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z:
<http://www.babyweb.cz/jak-na-zacpu-v-tehotenstvi>
40. *Mimina. cz.* Alkohol v těhotenství. [online]. 2009 [cit. 2012-12-07]. Dostupné z:
<http://www.mimina.cz/2009/04/alkohol-tehotenstvi/>
41. PAŘÍZEK A. Jsem těhotná a zdravá. Zázrak početí – embryo. Uhníždění, nidace, implantace, oplod. vajíčka. *Porodnice.* [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z:
<http://www.porodnice.cz/tehotenstvi/jsem-tehotna-zdrava/zazrak-poceti-embryo/uhnizdeni-nidace-implantace-oplod-vajicka>
42. *Racio.* Glykemický index. [online]. [cit. 2012-10-16]. Dostupné z:
<http://www.racio.cz/cs/poradna-radi-nutricni-odbornice/167-glykemickyindex>
43. *Sogi.* Specialised obstetric gynaecological imaging: amniocentesis. [online]. [cit. 2012-12-07]. Dostupné z:
<http://www.sogi.net.au/mintdigital.net/SOGI.aspx?XmlNode=/Services/Prenatal+testing/Amniocentesis>
44. SYROVÝ, V. Těhotenství: rizikové potraviny. Rodina a děti. *Femina Magazín, který ženám rozumí.* [online]. 22.5.2008 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z:
<http://www.femina.cz/magazin/rodina-a-deti/tehotenstvi-rizikove-potraviny.html>
45. ŠÍPEK A. Fetální alkoholový syndrom. *Vrozené vady.* [online]. [cit. 2012-12-07]. Dostupné z:
http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=fetalni_alkoholovy_syndrom
46. *Těhotenstvíaz.* Křeče v lýtkách a těhotenství. [online]. [cit. 2013-01-24]. Dostupné z:

<http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=&kat=55&c=510>

47. *Těhotenství online. cz.* Průvodce těhotenstvím týden po týdnu. [online]. [cit. 2012-10-16]. Dostupné z:

<http://www.tehotenstvionline.cz/vyziva-v-tehotenstvi/>

48. *Výživaprobudoucnost.* Rizikové potraviny v těhotenství. [online]. [cit. 2012-10-28]. Dostupné z:

<http://www.vyzivaprobudoucnost.cz/rizikove-potraviny-v-tehotenstvi/>

49. *Wikipedia. org.* Triple test. [online]. [cit. 2012-11-04]. Dostupné z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Triple_test

SEZNAM ZKRATEK

AFP alfa-fetoprotein

BMI body mass index

FAS fetální alkoholový syndrom

FSH folikuly stimulující hormon

GI glykemický index

HCG lidský choriový gonadotropin

MK mastné kyseliny

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Schéma amniocentézy

Obrázek 2. Potravinová pyramida

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Výživový stav matky před a na počátku těhotenství

Tabulka 2. Vyvážený jídelníček

Tabulka 3. Váhový přírůstek v těhotenství

Tabulka 4. Doporučený energetický poměr základních živin

Tabulka 5. Hodnoty GI některých potravin

Tabulka 6. Obsah vápníku v živočišné stravě a nápojích

Tabulka 7. Obsah vápníku v rostlinné stravě a nápojích

Tabulka 8. Živočišné zdroje železa

Tabulka 9. Rostlinné zdroje železa

Tabulka 10. Zdroje kyseliny listové

Tabulka 11. Věk těhotných žen

Tabulka 12. Vzdělání

Tabulka 13. Bydliště

Tabulka 14. Očekávané narození dítěte

Tabulka 15. Věk

Tabulka 16. Kolik porcí jídla jste zařazovala do svého jídelníčku před otěhotněním

Tabulka 17. Kolik porcí jídla zařazujete do svého jídelníčku nyní v těhotenství

Tabulka 18. Srovnání pravidelnosti každodenní konzumace jednotlivých jídel

Tabulka 19. Jak často jste zařazovala tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku před otěhotněním (vhodné)

Tabulka 20. Jak často zařazujete tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku nyní v těhotenství (vhodné)

Tabulka 21. Srovnání vhodných potravin každodenní konzumace

Tabulka 22. Jak často jste zařazovala tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku před otěhotněním (nevhodné)

Tabulka 23. Jak často zařazujete tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku nyní v těhotenství (nevhodné)

Tabulka 24. Srovnání nevhodných potravin, které ženy „nikdy“ nekonzumovaly

Tabulka 25. Jak často používáte tyto formy kuchyňské úpravy

Tabulka 26. Měla jste v průběhu těhotenství ranní nevolnost

Tabulka 27. Zaznamenala jste „těhotenské chutě“

Tabulka 28. Vyhýbáte se rizikovým potravinám pro těhotné ženy

Tabulka 29. Kolik vypijete za den tekutin

Tabulka 30. Jak často jste zařazovala tyto druhy nápojů do Vašeho pitného režimu před otěhotněním

Tabulka 31. Jak často zařazujete tyto druhy nápojů do Vašeho pitného režimu nyní v těhotenství

Tabulka 32. Srovnání nápojů

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věk těhotných žen

Graf 2. Vzdělání

Graf 3. Bydliště

Graf 4. Očekávané narození dítěte

Graf 5. Věk

Graf 6. Ranní nevolnost

Graf 7. Změny chuti k jídlu

Graf 8. Rizikové potraviny

Graf 9. Množství tekutin

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník k výzkumnému šetření

PŘÍLOHY

Příloha 1. Dotazník k výzkumnému šetření

Vážená paní, slečno,
jmenuji se Kristýna Šenková a jsem studentkou 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Již delší dobu se zabývám problematikou výživy a chtěla bych se detailněji zaměřit na výživu těhotných žen. Z tohoto důvodu Vás chci požádat o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o pravdivé a pečlivé vyplnění.
Vámi vybranou odpověď prosím **zakroužkujte**, u některých otázek (tabulka) **zakřížkujte**.
Děkuji za Vaši spolupráci.

Kristýna Šenková
studenka VŠ

- 1) Uveďte prosím Váš věk:.....
- 2) Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) základní
 - b) střední bez maturity
 - c) střední s maturitou
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské
- 3) Uveďte prosím Vaše bydliště:
 - a) město
 - b) venkov
- 4) Očekáváte narození:
 - a) 1. dítěte
 - b) 2. dítěte
 - c) 3. a dalšího dítěte

5) Pokuste se prosím vzpomenout, jak často jste zařazovala tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku předtím, **než jste otěhotněla**? Odpověď označte křížkem.

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Ovoce					
Zelenina					
Cereálie, celozrnné pečivo					
Maso (libové - kuřecí, krůtí, králičí)					
Ryby (losos, tuňák, makrela)					
Mléčné výrobky (do 3 % tuku, zakysané výrobky - podmáslí, jogurty, kefír)					
Luštěniny (čočka, fazole, cizrna)					
Tuky (olivový olej, rama, flora)					
Oříšky, semínka					

6) Pokuste se prosím vzpomenout, jak často jste zařazovala tyto druhy potravin do Vašeho jídelníčku předtím, než jste otěhotněla? Odpověď označte křížkem.

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Smažené pokrmy (hranolky, řízek)					
Polotovary (mražená pizza, knedlíky)					
Trvanlivé, bílé pečivo (rohlík, toast, veka)					
Uzeniny					
Hotová chlazená jídla					
Sladkosti (tatranky, čokoláda, bonbony)					
Sladká jídla (koláče, buchty, zákusky, croasany)					
Slané pochutiny (tyčinky, chipsy, slané oříšky)					
Fast food (hamburger, pizza, párek v rohlíku)					
Instantní jídla (polévky, omáčky)					
Konzervy					
Tučné maso					

7) Pokuste se prosím vzpomenout, jak často zařazujete tyto druhy potravin nyní (v těhotenství) do svého jídelníčku. Odpověď označte křížkem.

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Ovoce					
Zelenina					
Cereálie, celozrnné pečivo					
Maso (libové - kuřecí, krůtí, králíčí)					
Ryby (losos, tuňák, makrela)					
Mléčné výrobky (do 3% tuku, zakysané výrobky - podmásli, jogurty, kefír)					
Luštěniny (čočka, fazole, cizrna)					
Tuky (olivový olej, rama, flora)					
Oříšky, semínka					

8) Pokuste se prosím vzpomenout, jak často zařazujete tyto druhy potravin **nyň** (v těhotenství) do svého jídelníčku. Odpověď označte křížkem.

Druhy potravin	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Smažené pokrmy (hranolky, řízek)					
Polotovary (mražená pizza, knedlíky)					
Trvanlivé, bílé pečivo (rohlík, toast, veka)					
Uzeniny					
Hotová chlazená jídla					
Sladkosti (tatranky, čokoláda, bonbony)					
Sladká jídla (koláče, buchty, zákusky, croasany)					
Slané pochutiny (tyčinky, chipsy, slané oříšky)					
Fast food (hamburger, pizza, párek v rohlíku)					
Instantní jídla (polévky, omáčky)					
Konzervy					
Tučné maso					

9) Zavzpomínejte prosím, které porce jídla jste zahrnovala do svého jídelníčku předtím, než jste otěhotněla: Odpověď označte křížkem.

Jídelníček	Denně	Občas	Nikdy
Snídaně			
Dopolední svačina			
Oběd			
Odpolední svačina			
Večeře I.			
Večeře II.			

10) Zaškrtněte prosím ty porce jídla, které **nyň** (v těhotenství) jíte: Odpověď označte křížkem.

Jídelníček	Denně	Občas	Nikdy
Snídaně			
Dopolední svačina			
Oběd			
Odpolední svačina			
Večeře I.			
Večeře II.			

11) Uveďte prosím, jak často používáte tyto formy kuchyňské úpravy:

Forma kuchyňské úpravy	Často	Občas	Nikdy
Vaření			
Pečení			
Smažení			
Dušení			
Vaření v páře			
Fritování			
Grilování			
Restování			

12) Zakřížkujte prosím odpovědi na následující otázky:

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nedokáži posoudit
Vyhýbáte se rizikovým potravinám (syrové maso, syrové ryby, syrová vejce, játra) pro těhotné ženy?					
Měla jste v průběhu těhotenství ranní nevolnost?					

13) Zaznamenala jste „těhotenské chutě“?

- a) na sladké
- b) na slané
- c) netradiční kombinace
- d) ne

14) Pokuste se prosím odhadnout kolik vypijete za den tekutin:

(1 sklenice.....2 dcl, 1hrnek.....3 dcl)

- a) 0,5 l
- b) 0,5 – 1,5 l
- c) 1,5 – 2,5 l
- e) 2,5 l a více

15) Pokuste se prosím vzpomenout, jak často jste zařazovala tyto druhy nápojů do Vašeho pitného režimu, **než jste otěhotněla**:

Druhy nápojů	Několikrát za den	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Pitná voda kohoutková						
Pitná voda balená						
Minerálky přírodní						
Minerálky slazené						
Ovocné šťávy neředěné						
Ovocné šťávy ředěné						
Slazené limonády (Sprite, Fanta)						
Cola						
Káva						
Čaj neslazený						
Čaj slazený						

16) Uveďte prosím, jak často jsou tyto druhy nápojů ve Vašem pitném režimu **nyní** (v těhotenství):

Druhy nápojů	Několikrát za den	Alespoň 1 x za den	Téměř každý den	2 - 3 x týdně	Občas	Nikdy
Pitná voda kohoutková						
Pitná voda balená						
Minerálky přírodní						
Minerálky slazené						
Ovocné šťávy neředěné						
Ovocné šťávy ředěné						
Slazené limonády (Sprite, Fanta)						
Cola						
Káva						
Čaj neslazený						
Čaj slazený						

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kristýna Šenková
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy, PdF UP
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Výživová specifika žen v období gravidity v regionu Uherské Hradiště
Název v angličtině:	Nutritional specifics of pregnant women in the region of Uherské Hradiště
Anotace práce:	Diplomová práce pojednává o výživě žen v období gravidity, kdy je důležitá nejen kvalita, ale i kvantita přijímaných potravin a nápojů. Jsou zde zmíněny také rizikové faktory a prenatální péče. Cílem je zjistit, jaké jsou stravovací návyky žen v prekoncepčním období a v období gravidity.
Klíčová slova:	těhotenství, plánované rodičovství, výživa, potravinová pyramida, výživová doporučení, stravování
Anotace v angličtině:	Final thesis deals with nourishment of pregnant women, the period in which not only quality but also quantity of food and drinks is important. Risk factors and prenatal care are mentioned as well. The main aim was to find out eating habits of women in both period before being pregnant and period of pregnancy.
Klíčová slova v angličtině:	pregnancy, birth control, nourishment, food pyramid, nutritional recommendation, eating
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník k výzkumnému šetření
Rozsah práce:	88 s.
Jazyk práce:	Český