

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A POHYBOVÁ AKTIVITA U ŽEN V PRŮBĚHU
TĚHOTENSTVÍ A PO NAROZENÍ DÍTĚTE

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Bc. Renata Ondráčková, Rekreatologie

Vedoucí práce: Mgr. Michal Šafář, Ph.D.

Olomouc 2014

Jméno a příjmení autora: Bc. Renata Ondráčková

Název diplomové práce:

Životní spokojenost a pohybová aktivita u žen v průběhu těhotenství a po narození dítěte

Pracoviště: Katedra společenských věd v kinantropologii, Fakulta tělesné kultury UP

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Michal Šafář, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt:

Diplomová práce sleduje životní spokojenost a pohybovou aktivitu žen v průběhu těhotenství a po narození dítěte. Práce předkládá teoretický souhrn poznatků z oblasti životní spokojenosti, životního stylu, zdraví, pohybové aktivity, těhotenství, porodu a poporodním období. Výsledky výzkumu interpretuje pomocí Fahrenbergova Dotazníku životní spokojenosti a dotazníku „International Physical Activity Questionnaire“ v české verzi. Naměřené výsledky prokazují u žen po porodu pokles spokojenosti ve všech oblastech životní spokojenosti s výjimkou škály Vztah k vlastním dětem. Objem pohybové aktivity se v celkovém ohledu po porodu zvýšil, avšak jen minimálně, což má nepříznivý dopad na zdravotní stav žen, především pak zřetelný nárůst váhy.

Klíčová slova: životní styl, zdraví, životní spokojenost, pohybová aktivita, těhotenství

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovnických služeb.

Author's first name and surname: Bc. Renata Ondráčková

Title of the master thesis:

Women's life satisfaction and exercise activity during their pregnancy and after parturition.

Department: Department of Social Sciences in Kinanthropology Faculty of Physical Culture

Supervisor: Mgr. Michal Šafář, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract:

Thesis is following a life satisfaction and an exercise activity of women during their pregnancy and after parturition. The thesis brings theoretical summary of experiences from the fields of life satisfaction, life style, health and exercise activity, pregnancy, parturition and a postpartum period. It interprets the research results by Fahrenberg's Life Satisfaction Questionnaire and International Physical Activity Questionnaire in Czech. The measured results proves drop of satisfaction in all areas of life satisfaction after parturition with exception of their own children. The volume of physical activity after parturition, on the whole increased but just slightly which has unfavorable impact on women's health conditions, especially distinct gain of bodyweight.

Keywords: lifestyle, life satisfaction, physical activity, parturition

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Michala Šafáře, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne 18. června 2014

.....

Děkuji Mgr. Michalovi Šafářovi, Ph.D. za pomoc, připomínky a cenné rady. Neméně pak za jeho vlídný a lidský přístup v průběhu zpracování diplomové práce. Velké poděkování patří také mojí rodině, která mě vždy a ve všem podporovala.

OBSAH

1	ÚVOD.....	8
2	PŘEHLED POZNATKŮ.....	9
2.1	Životní spokojenost	9
2.1.1	Vymezení pojmu životní spokojenost	9
2.1.2	Dimenze životní spokojenosti	10
2.1.3	Výzkum životní spokojenosti	11
2.1.4	Životní spokojenost a pohybová aktivita.....	13
2.2	Životní styl.....	15
2.2.1	Vymezení pojmu životní styl.....	15
2.2.2	Změna životního stylu	16
2.2.3	Zdravý životní styl.....	17
2.3	Zdraví	19
2.3.1	Vymezení pojmu zdraví.....	19
2.3.2	Zdraví a životní styl.....	20
2.4	Pohybová aktivita	22
2.4.1	Vymezení pojmu pohybová aktivita.....	22
2.4.2	Význam pohybové aktivity pro člověka	23
2.4.3	Optimální/dostatečná pohybová aktivita	24
2.4.4	Pohybová aktivita žen.....	26

2.5 Těhotenství	28
2.5.1 Vymezení pojmu těhotenství	28
2.5.2 Změny v ženském organizmu v těhotenství	29
2.5.2.1 Fyziologické změny.....	29
2.5.2.2 Psychické změny	33
2.5.3 Determinanty životního stylu v těhotenství.....	34
2.5.3.1 Pohybová aktivita	34
2.5.3.2 Výživa.....	42
2.5.3.3 Alkohol, toxikomanie, kouření.....	44
2.5.3.4 Správné oblékání	47
2.5.3.5 Odpočinek a spánek.....	47
2.5.3.6 Sexuální život	48
2.5.3.7 Zaměstnání a práce	49
2.6 Porod.....	50
2.7 Období po porodu.....	51
2.7.1 Vymezení pojmu mateřská/rodičovská dovolená.....	52
2.7.2 Životní spokojenost žen po porodu	53
3 CÍLE PRÁCE	55
3.1 Cíl práce.....	55
3.2 Výzkumné otázky.....	55
4 METODIKA.....	56

4.1 Charakteristika základního souboru	56
4.2 Technika a popis sběru dat	56
4.2.1 Dotazník životní spokojenosti	57
4.2.2 „International Physical Activity Questionnaire“	60
4.3 Analýza a statistické zpracování dat.....	62
4.3.1 Dotazník životní spokojenosti (DŽS).....	62
4.3.2 „International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).....	63
5 VÝSLEDKY.....	65
5.1 Výsledky k výzkumné otázce č. 1	65
5.2 Výsledky k výzkumné otázce č. 2	74
6. DISKUZE.....	79
7 ZÁVĚRY	86
8 SOUHRN.....	89
9 SUMMARY	90
10 REFERENČNÍ SEZNAM	91
11 SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A PŘÍLOH	95
11.1 Seznam tabulek	95
11.2 Seznam obrázků	95
11.3 Seznam příloh.....	95
12 PŘÍLOHY	96

1 ÚVOD

„Všechno na ženě je hádankou a všechno na ženě má jediné řešení - tím je těhotenství“.

Friedrich Nietzsche

Těhotenství (gravidita) je pro většinu žen nejdůležitějším obdobím života. Mnohá žena nalézá pravý smysl svého bytí, rozkveté a zkrásní. Je to období, které bývá radostí pro budoucí maminku i její okolí, ale často také velkou neznámou a časem plným překvapení ze změn, které nastávají. Rozhodnutí mít dítě je jeden z nejdůležitějších kroků obou nastávajících rodičů. Těhotenství klade velké nároky na organismus ženy, a to nejen po stránce fyzické, která je nejviditelnější, ale i psychické. Změní se vnímání sebe sama, svého okolí, uvědomování si zodpovědnosti již nejen za sebe. Na vyrovnání se s novou životní situací má budoucí maminka devět měsíců...devět měsíců na to, aby se připravila jak na porod, tak na mateřství, které „...zůstává nezastupitelným posláním ženy i při její emancipaci a zlepšujícím se pracovním i společenském postavení“ (Adamírová, 2002, 53). Narození dítěte pak představuje mezník, který odděluje to, co bylo a co nastává. Žena ať chce, či nechce, musí změnit vše a podřídit se novým okolnostem mateřského života.

Prvotním impulsem pro napsání diplomové práce bylo zjištění vlastního těhotenství a tudíž aktuálnost tématu. Každá těhotná by měla vědět, že ke zdárnému průběhu gravidity přispívá velkým dílem sama a to správným životním stylem. Tento je pak neméně důležitý po porodu, kdy je organismus velmi vyčerpaný a je třeba jej uvést zpět do své původní rovnováhy. Práci zaměřuji zejména na pohyb a životní spokojenost, která je podle Křivohlavého (2013) obsažena v každém životním cíli. Budu sledovat životní spokojenost a pohybovou aktivitu žen v průběhu těhotenství a po narození dítěte, abych mohla posoudit, zda a k jakým změnám mezi těmito obdobími dochází. Získaný materiál by měl sloužit jednak k prozkoumání těchto změn a také k nalezení řešení vedoucích k životní spokojenosti a optimálnímu objemu pohybových aktivit, jenž vede k dobrému zdraví žen.

První část práce je teoretickým shrnutím poznatků o životní spokojenosti, životním stylu, zdraví, pohybové aktivitě, těhotenství, porodu a poporodním období. Cíle výzkumu, metodika, výsledek zkoumání, diskuze a závěry jsou obsahem druhé části práce.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Životní spokojenost

2.1.1 Vymezení pojmu životní spokojenost

V poslední době pojem životní spokojenost (life satisfaction) často slyšíme v nejrůznějších souvislostech. Není divu, protože snad každý člověk usiluje o to být spokojený, mít dobrý a příjemný život bez nedostatku a starostí. Lašek (2004) konstatuje, že se lidé celoživotně pokoušejí zkvalitnit si život. „Zabývají se životní pohodou, spokojeností, hledají způsoby jejího navození a uchování. Dosažení a udržení pozitivního stavu těla i mysli se zdá být pro lidský život všeobecným a důležitým zájmem“ (Lašek, 2004, 215). Spokojenost je obsažena v každém životním cíli. Sama může být vlastním cílem lidského snažení, ale také dílčím cílem k dosažení cílů dalších (Křivohlavý, 2013).

Při definování životní spokojenosti se však potýkáme s terminologickou nejednotností. Mnohokrát se s ní spojují pojmy jako kvalita života (quality of life), štěstí (happiness), pohoda (well-being), subjektivní blaho (subjective well-being) a další. Některé termíny jsou mnohdy nadřazovány dalšími, případně jsou jejich součástí. Základním problémem je, že i když téměř každý intuitivně ví, co znamenají, je velmi těžké je přesněji definovat a případně zkoumat.

Například Blatný (2010, 199) definuje životní spokojenost jako „...vědomé a globální hodnocení vlastního života jako celku“. Tento pojem považuje za jeden z klíčových v širší oblasti psychologie osobní pohody a spojuje ho se sociálním postavením a ekonomickým statutem jedince.

Hnilica (2004) chápe životní spokojenost jako lineární a aditivní funkce spokojenosti v oblastech jako je zdraví, rodina a přátelé, finanční situace aj.

Phillips (2006) navrhuje jako hlavní pojem kvalitu života, jež má tři složky: 1. štěstí (happiness), 2. well-being a 3. životní spokojenost.

V psychologickém slovníku Hartl a Hartlová (2004) uvádějí pouze termín spokojenost, vyjadřující „příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti“. Životní spokojenost

zmiňují jako jeden z hlavních znaků kvality života (vyjádření pocitu životního štěstí), přičemž dalšími znaky jsou životní nespokojenost, soběstačnost a pohyblivost.

Také Hamplová (2004) se zamýšlí nad životní spokojeností v souvislosti se štěstím a subjektivním blahem. Má za to, že někteří autoři rozlišují štěstí, které se týká pozitivních emocí, a životní spokojenost vypovídající o postojích a rozumovém zhodnocení vlastního života. Jiní nechápou štěstí jako afektivní dimenzi životní spokojenosti, naopak pro ně představuje nadřazený pojem, který zahrnuje jak afektivní (emoční), tak kognitivní (rozumovou) stránku.

Přestože většina vymezení, definic, formulací obsahují notné rozdíly, všechna mají společné zdůraznění subjektivního hodnocení. Lidé jsou spokojeni pouze tehdy, pokud se tak opravdu cítí nebo pokud o sobě říkají, že se tak cítí (Hamplová, 2006). Rovněž tato práce přistupuje k životní spokojenosti jako k subjektivní kategorii.

2.1.2 Dimenze životní spokojenosti

Světová zdravotnická organizace (WHO) člení jednotlivé oblasti lidského života na následující dimenze:

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – energie a únava, bolest, mobilita, bolest, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat aj;
- **psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, víra aj;
- **sociální vztahy** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita aj;
- **prostředí** – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, dovednosti pro získávání nových vědomostí a dovedností aj. (Vařurová & Mühlpachr, 2005).

Lze také najít jiné členění dimenzí, běžně užívané v anglosaské jazykové oblasti, které uvádí Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler (2001). Jde o dimenze anglického pojmu subjective well-being, který je kladen naroveň životní spokojenosti:

- **životní spokojenost** (splnění životních cílů),
- **štěstí** (kladný emoční stav),
- **pozitivní afekt** (pocit radosti),

- **negativní afekt** (pocit strachu, deprese).

2.1.3 Výzkum životní spokojenosti

Výzkum hledá především odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí (Payne, 2005).

Tématu životní spokojenosti se v našem prostředí věnuje mnoho odborníků (Blatný, 2001; Hamplová, 2004, 2006; Kebza, 2005; Hnilica, 2004, Křivohlavý, 2009, 2013 aj.). Například Hamplová ve svých výzkumech testovala hypotézy o vztahu mezi životní spokojeností a sociodemografickými, socioekonomickými faktory, spokojeností se zaměstnáním a rodinou v české společnosti. Jako proměnné v analýzách používá věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, dále spokojenost s rodinným životem a prací. Výsledky ukázaly, že čeští muži a ženy se v celkové spokojenosti neliší, avšak s rostoucím věkem dochází k jejímu poklesu. Mezi zajímavá zjištění patří význam rodinného stavu, respektive typu soužití – lidé žijící v manželství a s partnerem jsou celkově spokojenější než ostatní. Vzdělání se neprojevalo jako příliš významný činitel. Jako specifická skupina se vydělili jen muži se základním vzděláním, kteří jsou v průměru méně spokojeni než ostatní. Data naznačila, že životní spokojenost je sociálně zakotvená, a zdá se, že klíčovým faktorem šťastného života je sociální kontakt (partnerství).

Potřebou člověka někam (k někomu) patřit a jejím vlivem na míru spokojenosti, blaha a štěstí se zabývá také Křivohlavý (2013). Jako předobraz všech mezilidských vztahů považuje vztah mezi matkou a dítětem. Tato pevná spojitost se v psychologii stala označením nejužších psychických pout, pro něž je používán termín „*připoutání – attachment*“. Hned po narození je pro dítě zásadní osobu matka. Poté se okruh osob, ke kterým se dítě bude vztahovat, rozšiřuje. Studium bylo zjištěno, že se nedostatky připoutání v době dětství projevují i v dospělosti a brání plnému rozvíjení subjektivně vnímané spokojenosti a štěstí. Naopak je tomu u jedinců, kteří v dětství a mládí prožili kvalitní osobní připoutání. Výzkumy vztahů lidí v rodině ukázaly, že spokojenost s rodinným životem (manželstvím a rodinou) považují lidé na celém světě za prvořadně důležitý faktor životní spokojenosti a štěstí. Další studia věnována vlivu vzájemných vztahů mezi lidmi (na pracovišti apod.) a míře životní spokojenosti obecně konstatují, že sociální vztahy jsou velice důležité pro pocity štěstí, avšak nejsou jedinými faktory, které tyto pocity určují.

Křivohlavý (2013) pak předkládá výsledky experimentálních prací, které ukazují, že silný a trvalý vztah ke spokojenosti se životem má spokojenost s prací. Autor dodává, že pro vyšší míru životního uspokojení je důležité, aby byla práce osobní volbou, zájmem člověka, tedy aby ji vykonával z vlastní iniciativy. Cantor a Sanderson (in Křivohlavý, 2013) jako spokojenost ovlivňující faktory v oblasti práce jmenují identitu úkolu (to, oč v práci jde), signifikaci (důležitost, obecná hodnota úkolu), variabilitu pracovních úkonů, autonomii (svoboda volby postupu), zpětnou vazbu (znalost výsledků práce). Mezi další aspekty patří finanční ohodnocení, možnost postupu, spolupracovníci, nadřízení, charakteristika vlastní pracovní činnosti a možnost odborného i osobnostního růstu. Řada studií naznačila, že míra spokojenosti s prací je relativně stabilní charakteristikou daného pracujícího člověka.

Další činitel, který se nabízí pro studium vztahu k míře spokojenosti a štěstí je věk. Křivohlavý (2013, 54) cituje výsledky studie Chicago Health, Ageing and Social Relations Study, zaměřenou na lidi ve velkoměstě ve věku od padesáti do šedesáti osmi let. Cílem bylo zjistit, co ovlivňuje míru jejich štěstí s následujícím výsledkem:

Spokojenost a míra štěstí má u starších lidí dosti vysoký **pozitivní** (korelační) vztah k jejich aktivitě a vitalitě – čím vyšší je aktivita, tím vyšší je i pocit spokojenosti.

Na druhé straně se zjistilo, že míra štěstí má dosti vysoký **negativní** (korelační) vztah k depresi, k únavě, k úzkosti a ke zmatenosti. To znamená, že čím větší je deprese atp., tím menší je pocit spokojenosti a štěstí.

Křivohlavý (2013) ve své publikaci *Psychologie pocitů štěstí* dále věnuje pozornost vztahu míry životní spokojenosti a vzdělání, volného času, osobnosti, peněz, životních událostí a spirituální oblasti.

Ve své práci používám jako nástroj pro sběr dat Dotazník životní spokojenosti (dále DŽS) autorů Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brahler, E. (podrobněji kapitola 4.2 Technika a popis sběru dat). Dotazník obsahuje deset škál životní spokojenosti, ke kterým se jednotlivě autoři vyjadřují následovně:

1. **Zdraví** – spokojenost se zdravím všeobecně klesá ve stáří.
2. **Práce a zaměstnání** – spokojenost s pozicí v zaměstnání, se svými úspěchy a s možnostmi vzestupu, perspektivou i mírou požadavků a zátěže, je relativně vyšší u

mladších osob. Při nízké spokojenosti se objevují stížnosti na tělesné potíže a špatný zdravotní stav, depresivní základní ladění.

3. **Finanční situace** – spokojenost se svým příjmem, majetkem, životním standardem i zajištěním existence do budoucna roste s věkem a je relativně vyšší u osob žijících mimo velká města a u osob s konfesními vazbami.
4. **Volný čas** – spokojenost s kvalitou a délkou volného času narůstá s věkem.
5. **Manželství a partnerství** – vyšší spokojenost v podstatných aspektech (společné aktivity, partnerova něžnost, bezpečí, atd.) je u mužů než u žen. U osob málo spokojených je udáváno více tělesných obtíží a spíše depresivní základní ladění.
6. **Vztah k vlastním dětem** – pozitivní hodnocení bývá vyšší u žen.
7. **Vlastní osoba** – vyšší spokojenost se svým vzhledem, vitalitou, charakterem, schopnostmi, sebevědomím, vztahy s lidmi, atd. byla prokázána u mladších mužů. Nízká hodnocení odpovídají osobám s depresivním laděním.
8. **Sexualita** – vyšší spokojenost se svou atraktivitou, sexuální výkonností i kontakty byla prokázána u mužů, zejména mladších, u osob žijících v manželství/partnerství a u osob s vyššími příjmy. Při nízké spokojenosti jsou udávány tělesné obtíže, aktuálně špatný zdravotní stav, deprese.
9. **Přátelé, známí, příbuzní** – nespokojenost, se svými sociálními vztahy, okruhem svých blízkých a přátel, provází tělesné obtíže a deprese.
10. **Bydlení** – vyšší spokojenost bývá u osob žijících v manželském či partnerském vztahu a roste s věkem.

2.1.4 Životní spokojenost a pohybová aktivita

„Bylo prokázáno, že i relativně volná chůze – procházka klidným tempem – má pozitivní vliv na naši spokojenost“ (Křivohlavý, 2013, 52). Vztahem životní spokojenosti a pohybové aktivity se zabývala Štěrbová a kolektiv (2008) v Olomouci. Ve své studii žen čtyřiceti až šedesáti pěti let byl zjištěn význam životní spokojenosti pro adherenci k pravidelné pohybové aktivitě.

Taktéž Iwatsuby a kol. (in Fahrenberg et al., 2001) při zkoumání vlivu pohybové aktivity na životní spokojenost zjistil, že ženy i muži trávící volný čas fyzickou aktivitou se cítí se svým životem spokojenější.

Souvislost mezi mírou tělesné aktivity a životní spokojeností byla nalezena i v souboru českých 15 letých školáků, kteří byli vyšetřováni v rámci studie WHO Health behaviour of school agend children. Ukázalo se, že chlapci a dívky, kteří se sportu či jiné pohybové aktivitě věnovali alespoň jednu hodinu 5 krát týdně nebo častěji, měli statisticky významně vyšší skór na škále životní spokojenosti (Csémy, Krch, Provazníková, Rážová & Sovinová, 2005).

Sakuragi a Sugiyama (2006) uvádějí na základě své kontrolované studie, že každodenní chůze u vysokoškolských studentek zlepšila náladu, posunula rovnováhu autonomního systému k parasympatikotonii a vedla k mírnění subjektivních obtíží.

Pozitivní efekt tělesné aktivity na kvalitu života může být zprostředkován psychotropním účinkem tělesné aktivity, zlepšením zdravotního stavu a dalšími činiteli (Zulling, Valois, Huebner & Drane, 2005).

2.2 Životní styl

„Špatná genetika je jako nabitá pistole, ale je to životní styl, který stiskne kohoutek.“

dr. Lamont Murdoch

Jistý vzor životního stylu získáváme již v útlém dětství od svých rodin. S rostoucím věkem své obzory rozšiřujeme a kromě rodičů na nás působí kamarádi, prostředí, ve kterém žijeme a ve velké míře také média. Postupem času si svůj styl, způsob života a jeho prožívání volíme sami.

2.2.1 Vymezení pojmu životní styl

„Životní styl je kategorií neobyčejně širokou, složitou, mnohodimenzionální“ (Duffková, Urban & Dubský, 2008, 52), což potvrzují následující vymezení jeho obsahu:

Podle Duffkové et al. (2008, 51) jde o „...způsob, jakým lidé žijí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité dohody, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd.“

Slepičková (2005, 41) ho definuje coby „paletu prakticky všech lidských aktivit od myšlení, přes chování až po jednání a to takových, které zaujímají v životě trvalejší místo, většinou se opakují, jsou typické a předvídatelné. Nejčastěji se posuzuje podle názorů, postojů a chování“.

Dle Hodaně a Dohnala (2005, 96) je životní styl charakterizován jako „...soustava činností ve všech sférách života, jako tvorba a způsob uspokojování životních potřeb, soustava všech sociálních a životních vztahů a systém všech životních hodnot a idejí, podmiňujících jednotlivé činnosti“.

Životní styl je podmíněný životnímu způsobu, týká se jednotlivce a má svoji vlastní dynamiku. Konkrétní, individuální styl je závislý například na způsobu tvorby a reprodukci života, podílu na řízení společenských procesů, úrovni překonávání protikladů mezi prací a neprací, úrovni sblížení společenských, individuálních hodnot a jeho zpětném působení na kvalitu daného individua. Promítá se do sféry práce, volného času, bydlení a naopak je těmito

ovlivňován. Tedy pokrývá celý život a rozhoduje o jeho kvalitě (Hodaň & Dohnal, 2005). Duffková et al. (2008, 69) dělí faktory ovlivňující životní styl na:

- **vnější faktor**, což jsou životní podmínky jakožto v daném okamžiku existující objektivní danosti,
- **vnitřní faktor**, což je člověk jako nejkonkrétnější subjekt životního způsobu, jeho osobnost se všemi potřebami, hodnotami, dovednostmi, zkušenostmi, schopnostmi, ambicemi apod.

Podle Hodaň (2005, 92 – 93) je životní styl podmíněn:

- a) individuálním rozvojem a jeho aktuálním stavem,
- b) dosaženou úrovní kulturnosti daného individua,
- c) rodinnými tradicemi,
- e) konkrétním podílem na výrobním procesu,
- f) individuálním postavením v socio-profesní skupině,
- g) množstvím a úrovní realizovaných sociálních rolí,
- h) dosaženou individuální životní úrovní,
- i) vlivem okolního prostředí.

2.2.2 Změna životního stylu

„Životní styl se postupně, dlouhodobě, neuvědoměle a spontánně vytváří a ve své základní podobě je výsledkem vztahu realizovaných sociálních rolí a prostředí, ve kterém člověk žije“ (Hodaň & Dohnal, 2008, 93).

Slepičková (2005) říká, že je styl života proměnlivý v čase, neboť s časem se mění potřeby člověka a okolní prostředí také prochází různými změnami. Jako příklad uvádí mladého člověka, který touží po poznání nového, preferuje kontakty s vrstevníky, s nimiž tráví mnoho času. V následující životní etapě, kdy jedinec chodí do zaměstnání, buduje svoji profesní kariéru, pečuje o rodinu a děti, musí změnit alespoň částečně své návyky z mládí, aby své povinnosti zvládl.

Lze životní styl změnit? Hodaň a Dohnal (2005) odpovídají, že ano, přičemž nastává otázka proč, v čem je špatný či jaké problémy přináší? Autoři zmiňují, že důvodem ke změně může být nedostatek volného času, zdravotní problémy, únava, „životní nespokojenost“, nedostatečná reprezentace sociálních rolí, způsob myšlení, atd. Dotazovanou přeměnu lze provést ve všech oblastech života a jakýmkoliv zásahem – změnou časové struktury, stravovacích návyků, délkou spánku, změnou pohybového režimu a podobně.

Diplomová práce se zabývá životem žen v průběhu těhotenství a po narození dítěte. „I když žena po svém těhotenství toužila, je často zaskočená touto situací. Najednou si začíná uvědomovat, že bude muset změnit svůj životní styl... Bude se muset vzdát některých aktivit, na které byla zvyklá“ (Sikorová, 2006, 7). Již bylo řečeno, že se životní styl týká jednotlivce, ovšem po dobu těhotenství žije dítě stylem matky. Matka je odpovědná za doposud nenarozeného potomka a svým chováním ovlivňuje jeho i své zdraví. Její rozhodování a chování má na dítě přímý vliv. „Celkový životní styl těhotných žen může být ovlivněn jejich poutem k dítěti, ale současně se zdá pravděpodobné, že aktivní životní styl vytváří předpoklady pro intenzivnější zájem o dítě v období těhotenství“ (Winkler, Hrdinová & Kukla, 2000, 71).

Zplození potomka pak představuje existenční mezník, který odděluje, co bylo a co nastává. Po porodu se mateřství obvykle podvolí ženy, čímž změní svůj dosud existující život. Přestože dnešní doba nabízí možnost téměř okamžitého přenechání výchovy ratolesti na partnera, jesle nebo chůvu, v našich podmínkách zatím stále funguje a převažuje především klasický, z biologického hlediska pochopitelný „normální“ model, kdy s dítětem doma (na mateřské, později rodičovské dovolené) zůstává jeho matka. V tom případě je pak žena ke svému dítěti připoutána a životy obou se mění na vzájemný harmonický celek.

2.2.3 Zdravý životní styl

Údaje publikované v odborné literatuře naznačují, že životní styl má rozhodující vliv na zdravotní stav člověka. Odhady uvádějí, že ovlivňuje zdravotní stav z cca 50 – 60 %. Potom je to úroveň a dostupnost poskytované zdravotní péče z cca 15 % a vnější vlivy, jako je životní prostředí, sociální vlivy, z cca 10 – 15 % (Kebza, 2005).

V souvislosti se stylem života bývají užívány různé přívlastky – zdravý, nezdravý, městský, venkovský, konzumní a další. (Hodaň & Dohnal, 2008). Jelikož je zdraví klíčovým

aspektem ovlivňující kvalitu života, zamyšlení ohledně životního stylu přímo vybízí k navázání na zdravý životní styl.

Krejčík a Alternová (2007) vykreslují zdravý životní styl jako souhrn všech možných aktivit a činností, které člověk dělá během celého dne a které vedou k harmonii mezi tělem, myslí i duší. Může se jednat o cestu ke zdraví, spokojenosti či vzájemnému porozumění. „Podstatou zdravého životního stylu je dodržovat a respektovat v různých sférách života komplex určitých pravidel a norem směřujících k udržení a upevnění zdraví, přičemž je důležité v každém případě vycházet z konkrétních podmínek exogenních (okolního prostředí) i endogenních (organismus jedince)“ (Duffková et al., 2008, 119).

Duffková et al. (2008) rozdělují tyto normy, pravidla a doporučení do třech okruhů:

- 1. týkající se biologického organismu člověka** – konkrétně hygiena, výživa, pohybové aktivity a návykové látky,
- 2. týkající se psychického zdraví člověka** – konkrétně udržování a upevňování duševní rovnováhy člověka,
- 3. týkající se sociálního života** – konkrétně dobrá životní úroveň, uspokojivé rodinné vztahy aj.

Slepičková (2005) zdravým životním stylem nazývá takový způsob života, který preferuje níže uvedené a další zvyky, pozitivně ovlivňující zdraví. Jedná se o:

- adekvátní množství spánku, tj. noční spánek 7 – 8 hodin denně,
- pravidelná snídaně, která přichází 12 hodin po večerním jídle,
- pravidelná a racionální strava,
- udržování přiměřené tělesné hmotnosti,
- nekuřáctví,
- mírné nebo žádné užívání alkoholu,
- pravidelná tělesná aktivita především ve formě aktivního sportu přiměřeného objemu, frekvence a intenzity.

Je důležité uvědomit si, že zdravý životní styl není sezónní záležitostí, ale je napořád. Jak říká Diamond (1994, 10): „žít zdravě není umění, kterému se musíme učit, nýbrž instinktivní způsob života, k němuž se potřebujeme vrátit“.

2.3 Zdraví

„Zdraví pochází jen ze zdravého způsobu života“.

T. C. Fry

Považuji za důležité stručně definovat pojem „zdraví“, jelikož s tímto pracuji v průběhu celé práce. Následující text však nemá za cíl popsat, pojmenovat a detailně vysvětlit velmi rozsáhlý svět zdraví a všech pojmů do něj spadajících.

2.3.1 Vymezení pojmu zdraví

Pojem zdraví používáme od dětství a mnohokrát i v každodenním životě. Obvykle pro nás znamená, že se cítíme dobře, nejsme nemocní, nic nás nebolí. „Jsme-li zdraví, můžeme pracovat, můžeme uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány. Zdraví tedy není samo o sobě cílem života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného života“ (Machová & Kubátová, 2009, 12). Jeho důležitost většina z nás řadí na přední místo existenčních hodnot, ovšem i zde platí, že si hodnotu věcí začínáme nejvíce uvědomovat až ve chvíli, kdy je reálné, že o ně přijdeme – v tomto případě ve chvíli zdravotních obtíží. Platí, že „zdraví je jako počasí: pokud je dobré, nevšímáš si ho“ (Kastnerová, 2012, 2). Zřídka kdy přiznáme, že si můžeme přivodit nemoc, nebo zkrátit život něčím, co bezprostředně vnímáme jako příjemné, například kouřením cigaret, pojídáním chuťovek či sladkostí u televize. Mnozí lidé svým žitím o zdraví příliš nepečují a ani nemají motivaci vedoucí ke změně špatných návyků.

„Zdraví je jedním z důležitých předpokladů plného a kvalitního lidského života, je významnou humánní hodnotou, individuální a sociální“ (Krejčí in Hendl & Dobrý, 2011, 188). Závisí tedy na tom „...jak ke svému zdraví přistupuje sám člověk a jaké podmínky pro zdravý život vytváří společnost“ (Slepičková, 2005, 42).

„Vymezit pojem zdraví není jednoduché. Důvody spočívají v různých kulturních zvyklostech, stupni vývoje společnosti, vývoji medicíny, pohledu různých vědních disciplín a dalších“ (Slepičková, 43). Seedhouse (in Křivohlavý, 2001) popisuje, jak různé profese vnímají pojem zdraví odlišně. *Lékař* jím rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu. *Sociolog* rozumí pojmem zdravý člověk jedince, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích. *Humanista* slovy zdravý člověk označuje takového, jenž je schopen pozitivně

se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytanou, a idealista si pod pojmem zdravý člověk představuje člověka, kterému je dobře – tělesně, duševně, duchovně i sociálně.

Stejně, jako se shledáváme s pestrým vnímáním zdraví, setkáváme se s řadou teorií a definic. Troufám si tvrdit, že i přes častou kritiku pro svoji obecnost, je nejznámější definice publikována Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization), která říká: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity“ (Křivohlavý, 2010, 37). Zdraví je zde určeno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne jako pouhá nepřítomnost nemoci nebo slabosti.

I když se formulace zdraví různí, v jedné věci existuje naprostá shoda: „Je dobré být zdrav – případně řečeno opačně: Nikdo nechce být nemocen“ (Křivohlavý, 2001, 28).

2.3.2 Zdraví a životní styl

Zdraví není jednotlivý, izolovaný jev. Jeho stav je vždy výsledkem vzájemného působení člověka s prostředím, v němž žije. A zde sehraává významnou roli životní styl, který jeho vývoj zásadně ovlivňuje (Kebza, 2005). Současný člověk je ovlivňován mnoha faktory, které představují riziko pro jeho zdraví. S moderním životním stylem souvisí tzv. civilizační choroby, které „...si vesměs vyrábíme sami špatným životním stylem, o čemž svědčí i skutečnost, že těmito nemocemi jsou postihováni především lidé ve vyspělých zemích. Jsou to takřkajíc nemoci z blahobytu...“ (Klescht, 2008, 11). Mezi tyto můžeme řadit například cévní onemocnění, nádory, obezitu, osteoporózu (řidnutí kostí), diabetes mellitus, revmatické nemoci a další. Vztah mezi výše zmíněnými rizikovými determinanty a civilizačními chorobami shrnul do přehledné tabulky (Tabulka 1) Potůček (in Slepíčková, 2005, 46).

Tabulka 1. Rizikové faktory ohrožující zdraví

Faktory lidského chování ohrožující zdraví	Onemocnění				
	Nemoci srdce a cév	Rakovina	Cukrovka	Nemoci duševní	Úrazy
Kouření	+++	+++			+
Nezdravá strava	+++	+++	+++		
Tělesná nečinnost	+++		++	+	+

Obezita	++	++	++	+	+
Nadměrná konzumace alkoholu	++	+	++	++	+++
Psychosociální stres	+++	+	++	++	+

Pozn.: U vztahu označeného +++ se předpokládá silný vliv faktoru na výskyt daného onemocnění, vztah ++ předpokládá nezanedbatelný vliv na výskyt daného onemocnění a u vztahu označeného + lze předpokládat jistou zprostředkovanou, i když většinou ne určující souvislost mezi daným faktorem a příslušným onemocněním.

Jak vidíme podle tabulky, tělesná nečinnost je zařazena mezi hlavními rizikovými faktory podílejícími se na nejčastějších onemocněních. Taylor, Branon a Feist (in Křivohlavý, 2001) upozorňují, že zatímco se na počátku 20. století umíralo na nakažlivé nemoci, na začátku 21. století se umírá převážně na nemoci, které úzce souvisejí s životním stylem. Sigmund a Sigmundová (2011) souhlasně uvádí, že pohybová inaktivita, spolu s kouřením, vysokým krevním tlakem a cholesterolem, každoročně přispívají nejen k onemocněním, ale také k více než dvěma milionům zabránitelných úmrtí na světě. Ekonomicky vyspělé země, na léčbu onemocnění zapříčiněných pohybovou nečinností, vynakládají každý rok 0,5 – 3 % z celkových finančních prostředků pro lékařskou péči.

Jako možnou prevenci proti civilizačním chorobám uvedu *deset typů pro lepší zdraví* (Donaldson in Kebza, 2005, 54):

1. Nekuřte. Pokud kouříte, zkuste přestat. Pokud to nedokážete, zkuste alespoň kouření omezit.
2. Uplatňujte ve svém jídelníčku vyváženou stravu s dostatkem ovoce a zeleniny.
3. Udržujte pravidelnou tělesnou aktivitu.
4. Naučte se účinně zvládat stres a udělejte si vždy čas na relaxaci.
5. Pokud pijete alkohol, udržujte konzumaci v umírněných mezích.
6. Chraňte sebe a své děti před prudkým sluncem.
7. Provozujte bezpečný sex.
8. Začněte využívat možností programů prevence proti rakovině.
9. Dodržujte zásady bezpečnosti v silničním provozu.
10. Osvojte si zásady první pomoci.

Za zamyšlení stojí tvrzení Kleschta (2008), že své vlastní zdraví jsme schopni ovlivnit ze 70 %! Existují různé formy prevence, jak se udržet ve zdravé psychické i fyzické kondici. Z předešlého vyplývá, že do popředí patří odbourání nesprávných návyků (kouření, alkohol

apod.), správná strava, odpočinek, relaxační techniky a pohyb. Vzhledem k zaměření své práce se pohybové aktivitě, jako základním pravidlem vitality, budu podrobněji věnovat v další kapitole.

2.4 Pohybová aktivita

„Poloha vsedě je už pomalu hlavním znakem naší civilizace.

Zdá se, že před sebou máme jiný druh člověka zvaného homo sedentarius“.

Erick P. Eckholm

Problematika aktivního životního stylu a podpory pohybových aktivit ve vztahu k veřejnému zdraví je v současné době závažným společenským tématem, které je řešeno v oblasti veřejného i soukromého sektoru jak na úrovni mezinárodní, tak i na úrovni národní, regionální a lokální (Ješina & Hamřík, 2011, 7).

Jednotlivé pohybové aktivity mají význam v individuálním rozvoji člověka, v zajištění jeho samostatnosti, v souhrnu však představuje pohyb člověka také sociální kategorii. Pohybové aktivity jsou projevem kultury společnosti. Provozování pohybových aktivit má i své politické dimenze. Kontext pohybových aktivit může přispět k vytváření podmínek pro zdravější život (Hendl & Dobrý, 2011, 61).

V oblasti životního stylu bylo v minulých desetiletích provedeno velké množství různě zaměřených empirických šetření. Vztah tělesného pohybu a zdravého životního stylu chápou lidé pozitivně, avšak konkrétní stav vlastní zainteresovanosti, vlastní aktivity, je zcela jiný. Opakovaně bylo zjištěno, že „asi tři pětiny respondentů „občas sportují či cvičí“, přitom jedna třetina „cvičí pravidelně“ alespoň 1x týdně“. Pravidelnost významná z hlediska frekvence i objemu byla zaznamenána asi u jedné desetiny obyvatelstva. Velkým problémem je, že pohyb není pohodlný a je tedy v rozporu se současnými trendy, které vedou ke „z pohodlnosti života“. Cesta ke skutečnému ozdravení životního stylu bude velmi dlouhá a náročná. (Hodaň & Dohnal, 2008).

2.4.1 Vymezení pojmu pohybová aktivita

Pohybová aktivita (physical activity) patří k základním elementům vědního oboru kinantropologie. V současnosti je tato věda o člověku a jeho zdokonalování chápána jako

komplexní vědecká disciplína, která zabírá široký rozsah sledovaných oblastí, ve kterých je člověk zkoumaný a následně zdokonalovaný, tj. poznáný, učený, regenerovaný, rehabilitovaný. Snahou je poznat člověka v symbióze života společnosti, přírody, ekonomiky a ukázat mu možnosti jeho následovného vývoje (Zvonař, Korvas & Nykodým, 2010).

Hendl a Dobrý (2011) dodávají, že se jedná o druh pohybu člověka, který je výsledkem svalové práce provázený zvýšením energetického výdeje, charakterizovaný svébytnými vnitřními determinanty a vnější podobou. Tato představuje mnohovýznamový konstrukt a podle kontextu je dále různě označována jako strukturovaná, nestrukturovaná, zdraví podporující, bazální, běžná každodenní, sportovní apod.

Třeba Měkota a Cuberek (2007) přibližují dělení pohybových aktivit na *běžné* každodenní, které člověk realizuje pro uspokojení svých základních životních potřeb, jako je oblékání, umývání, nakupování, zahrádkaření. Jedná se o nesportovní a nepracovní činnosti, jejichž fyzická náročnost bývá velice rozdílná. Dále na *pracovní*, které slouží k vytváření hmotných statků v pracovním procesu a na *sportovní, tělocvičné a rekreační* aktivity, které jsou prostředkem aktivního odpočinku zaměřeného na regeneraci a relaxaci.

Hoffman a Harris (2005) uvádějí některé, dle nich zásadní, rysy pohybové aktivity člověka:

- je podložena inteligencí – člověk dokáže své pohybové projevy spojovat se sofistikovaným plánem a mentální imaginací;
- je podložena eticky a esteticky – pouze člověk dokáže svým pohybovým projevem vyjádřit radost, údiv, hrůzu a jiné hluboké komplexní city;
- je mimořádně flexibilní a adaptabilní – anatomie lidského těla umožňuje unikátní kombinace a přizpůsobování pohybů;
- je podmíněna způsobilostí zvyšovat a zdokonalovat svoji hybnost a výkonnost prostřednictvím plánovité praxe – cvičením a tréninkem.

2.4.2 Význam pohybové aktivity pro člověka

O tom, že pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje zdraví lidského organismu, již bylo řečeno. Podle Novotného (in Zvonař et al., 2010) se každý člověk narodil pro pohyb, avšak

způsob života v civilizaci (hypoaktivita) vytváří konflikt mezi vrozenou dispozicí k pohybu a skutečným pohybovým režimem.

Konkrétní případy přínosu pravidelně realizovaného pohybové aktivity uvádí Americká národní zpráva (Ješina & Hamřík, 2011, 9):

- snižuje riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zejména na ischemickou chorobu srdeční;
- zamezuje nástupu vysokého krevního tlaku či jej oddaluje a u pacientů s již diagnostikovanou hypertenzí krevní tlak snižuje;
- snižuje riziko onemocnění rakovinou tlustého střeva;
- snižuje riziko rozvoje diabetu mellitu II. typu;
- je nezbytná pro udržení normální svalové síly, kvalitní struktury kostí správnou funkci kloubů;
- je důležitá pro normální rozvoj kostry u dětí a adolescentů a pro udržení kvality kostní tkáně v mladém věku;
- snižuje rychlost úbytku kostní hmoty u žen v menopauze;
- silový trénink a další formy cvičení seniorů zachovávají schopnost udržení nezávislého života a snižují riziko pádů;
- příznivě ovlivňuje metabolismus tuků;
- redukuje příznaky depresí a úzkosti, zlepšuje náladu.

2.4.3 Optimální/dostatečná pohybová aktivita

„Optimální pohybová aktivita v sobě zahrnuje jak aerobní (vytrvalostní) tak kompenzační (posilovací a protahovací) a relaxační (uvolňovací) cvičení“ (Novotný in Zvonař et al., 2010, 15).

Mnozí autoři (Novotná, 2006; Stejskal, 2004; Valjent, 2008) se shodují na tom, že dostatečná pohybová aktivita musí být prováděna pravidelně, 3 – 4x týdně po dobu nejméně 30 minut, optimálně 45 – 60 minut. U těhotných žen Vítíková (2007) doporučuje frekvenci aktivity 2 – 3x týdně po dobu trvání 20 – 30 minut.

Křivohlavý (2001, 142) cituje doporučení redakčního článku časopisu Journal of American Medical Association: „Každý dospělý člověk by měl denně věnovat třicet minut přiměřenému mírnému pohybovému cvičení, případně se tomuto požadavku ve svém běžném životním stylu přiblížit“.

Pohybové aktivity, bez rozdílu pohlaví, by měly být adekvátní, tedy odpovídající věku, schopnostem, potřebám a podobně. Krejčí (in Hendl & Dobrý, 2011, 194 – 195) uvádí, že aktivity přiměřené možnostem daného člověka, jeho sklonům a zálibám a vhodně zakomponované do každodenního života tvoří adekvátní pohybový režim, jehož znaky jsou:

- **Zvládnutelnost** ve smyslu individuálního zvládnutí a osvojení pohybu. To, co je pro jednoho jednoduché, pro druhého člověka může být náročné. Roli zde hraje kondice, věk, zdravotní stav, druh a stupeň postižení apod. Zvládnutelnost pohybové aktivity je velmi důležitým základem pro její opakované provádění, což je základem pokroku v pohybovém učení.
- **Spontánnost** ve smyslu pocitu svobody, lehkosti a radosti při pohybu, případně zažívání 'flow' efektu (tj. být pohybem doslova unesen, zcela pohlcen). Již zvládnutý pohybový celek se vyznačuje spontánností pohybového projevu, což je předpoklad pro pohybové uvolnění a žádoucí pocit svobody a naplnění – saturace.
- **Saturace** ve smyslu pocitu spokojenosti, naplnění v průběhu pohybové činnosti a po ní. Dává člověku pocit seberealizace a sebepotvrzení, (sic) Člověk má tendenci se k dané činnosti opakovaně vracet právě z důvodu naplnění a sebepotvrzení.
- **Opakovatelnost** ve smyslu přání vracet se k dané pohybové aktivitě a zdokonalovat se na vyšší úroveň. Až v tomto stupni je reálně možné začít uvažovat a proměnlivosti zátěže. Člověk má pohybovou aktivitu natolik rád, že je ochoten k diskomfortu vyšší zátěže v rámci svého tréninkového cyklu.
- **Nastavitelnost** ve smyslu dávkování pohybové zátěže vzhledem ke zdravotnímu stavu a tělesným proporcím člověka, jeho věku, pohlaví atd. Střídáním zátěže vzniká tréninkový efekt a jistá pozitivní závislost na dané pohybové aktivitě. Tato závislost může v praxi 'narazit' na dostupnost pohybové aktivity každý den. Jedná se o hledisko časové, finanční, sezonní aj.
- **Dostupnost** ve smyslu možnosti aplikování pohybu pravidelně, kdykoliv a nejlépe i kdekoliv denně (záleží na přírodních, časových, finančních, právních aj. podmínkách).

Zde začíná výběr dalších adekvátních aktivit a jejich kombinace (např. jóga, sjezdové lyžování, jízda na kole). Vzniká adekvátní pohybový režim.

- **Bezpečnost** ve smyslu úrazové zábrany a ochrany před zraněním při provádění daného pohybu (případně s uplatněním dopomoci a záchrany), dodržování zásad bezpečnosti při provádění pohybové činnosti. Pouze bezpečná pohybová aktivita je adekvátní. Hraje tu roli hledisko věku, pohlaví, postižení, aktuální kondice, dostupnost ochranných pomůcek, dopomoc, záchrana, sebezáchrana.

2.4.4 Pohybová aktivita žen

Pohybové aktivity žen bývají především kompenzací nedostatku pohybového zatížení. Častým požadavkem je redukce hmotnosti, vylepšení tělesného vzhledu související s posílením samostatnosti a sebevědomí. Zájem žen o pohyb stoupá, ale problémem může být uplatnění vhodného režimu aktivit, a to v důsledku časového vytížení v domácnosti, v zaměstnání, starosti o děti.

Důvody pro provádění pohybové aktivity jsou (Střešnicková, 2011, 33 – 34):

- být zdravé, být fit, zvládat denní starosti a prožívat plně svůj život
- cílem není jen sportovní výkonnost, ale především kompenzace nedostatku pohybového zatížení jako důsledku současného způsobu života
- potřeba vylepšení tělesného vzhledu (redukce hmotnosti)
- zvýšení zdatnosti jako podmínka vlastního sebevědomí a samostatnosti
- pozitivní vliv na celkovou výkonnost člověka bez striktního dělení na pracovní a duševní výkonnost
- reguluje rizikové faktory civilizačních chorob
- odolávat stresu
- přispívá obecně k plnějšímu prožití života
- ovlivňuje psychiku pozitivními účinky
- redukuje výskyt zdravotních problémů.

Při výběru pohybové aktivity by ženy měly brát zřetel na určitá biologická období spojená s reprodukcí, kterými je menstruace, těhotenství a poporodní doba. **Menstruace** je opakující se krvácení v rámci menstruačního cyklu, která se vyskytuje u zdravých žen mezi

pubertou a koncem reprodukčního věku. Interval mezi menstruacemi trvá asi 28 dní, ale není to pravidlem – důležitá je pravidelnost. Podle Adamírové (1994) je v období menstruace potřeba „...i u zdravých dívek a žen vyřadit některá cvičení na nářadí spojená s otřesy, nárazy na břišní stěnu, dále tvrdé dopady, zvedání těžkých předmětů, přepínání sil“. Můj názor je, že nutnost omezování aktivit není nutná, nicméně ženy by měly dát na své vlastní pocity a pokud jim bude pohyb nepříjemný, neměly by v něm pokračovat, což platí i pro **období těhotenství a po porodu**, kterým se blíže věnuji v následujících kapitolách.

2.5 Těhotenství

„Život ženy se skládá ze tří základních období.

První z nich je období pohlavní nezralosti čili dětství. Druhé je období pohlavní zralosti; jeho částí je doba těhotenství. Třetí pak je období pohlavní odkvetlosti“

Stanislav Trča

Devět měsíců - krátká a současně dlouhá doba....

2.5.1 Vymezení pojmu těhotenství

Těhotenství (pregnancy) „...trvá přibližně 280 dní od data poslední menstruace, což je 40 týdnů“ (Bejdáková, 2006, 10). Jedná se o „...období, v němž se v mateřském těle vyvíjí z oplozeného vajíčka nový jedinec“ (Hartl & Hartlová, 2000, 597). Za běžné se pokládá rozdělení na tři období po třech měsících, tzv. trimestry. Každý úsek je něčím jedinečný a charakteristický (Gregora & Velemínský, Jr., 2007, 18 – 20):

První trimestr začíná oplozením a končí 13. týdnem těhotenství. Je charakterizován bouřlivým vývojem zárodku v děloze matky. Protože se vyvíjejí jednotlivé orgány, je plod v tomto období velmi zranitelný a citlivý na působení nejrůznějších škodlivin. Matčino tělo se přizpůsobuje nové situaci.

Druhý trimestr začíná na konci 13. týdne a končí ve 26. týdnu. Pro většinu žen je tím nejkrásnějším obdobím, protože v těchto měsících se cítí opět v dobré duševní i fyzické pohodě. Nevolnosti a únava ustoupily a břicho, které se již stává patrné pro okolí, nebývá ještě tak velké. Z pohledu sexuality dochází u části žen ke zvýšení libida. Vývoj plodu je charakterizován především jeho růstem a vývojem orgánových funkcí.

Třetí trimestr je období od 27. týdne těhotenství do porodu. Typický je bouřlivý růst plodu v děloze a postupná fyzická i psychická příprava ženy na porod. Miminko v děloze již slyší a dokonce reaguje na hudbu. Rozeznává světlo a tmu. Okolo 32. týdne již vypadá skoro stejně jako při narození, jenom je menší. Okolo 36. týdne většinou zaujímá v děloze definitivní polohu, už se neotáčí.

2.5.2 Změny v ženském organismu v těhotenství

V průběhu těhotenství se tělo ženy připravuje nejen na jeho zdárný průběh, na vývoj a růst plodu, ale také na porod a kojení. V těle budoucí matky dochází ke změnám nejrůznějšího charakteru, týkajících se stavby, funkce orgánů a procesů látkové přeměny.

Aby byl průběh změn v těle co nejšetrnější, je důležité ho podpořit činnostmi podporujícími zdraví a vyrovnávajícími zátěž organismu. Tělo netrénované matky, které není zvyklé na pohyb, může vyvolat zátěž, která se projevuje nevolností a dušností. Vhodnou pohybovou aktivitou je však možné tyto změny lépe zpracovat. Ostatně i po porodu je dobré podpořit tělo rehabilitací a to především svalů pánevního dna a s ním spojených jako jsou svaly zádové, sedací, břišní. Ať již tedy v těhotenství či po porodu, vždy je možné pravidelným sportováním a cvičením předcházet možným komplikacím. Tělo, které je na zátěž zvyklé, se totiž rychleji zotavuje (Wessels & Oellerich, 2006).

Žena se mění nejen fyziologicky, mění se také její psychika. V následujícím textu uvedu pouze některé fyziologické a psychické změny.

2.5.2.1 Fyziologické změny

Oběhový systém

Ženy mají okolo 5 litrů obíhající krve. Toto množství se v těhotenství zvýší o 30 – 35 %. Zejména se zvýší množství krevní plazmy (o 40 – 50 %) a červených krvinek (o 24 %). Z důvodu zvýšení objemu kolující krve dochází ke zmnožení obsahu tkáňové tekutiny – zadržování vody, což bývá důsledkem otoků většinou chodidel a v okolí kotníků (Bejdáková, 2006). Těmto potížím lze předcházet (Vitíková, 2007):

- odpočinkem v průběhu dne s dolními končetinami vypodloženými do zvýšené polohy nebo vleže na boku,
- příjem nižšího množství soli a naopak vyššího množství bílkovin, pít nejméně 2-3 litry tekutin denně,
- pohybovou aktivitou – plavání, cvičení ve vodě,
- správným držením těla (nehrbit se, neležet déle na zádech – tím se omezuje krevní oběh tlakem na dolní dutou žílu),

- používáním zdravotních ponožek bez těsných gumiček.

Srdce těhotné „...bije o 20 až 40 procent rychleji. Už mírná tělesná námaha zvyšuje tepovou frekvenci na mírně hektickou úroveň. Srdce, které je zvyklé na určitou zátěž, zvýší tepovou frekvenci rovnoměrně a způsobí tak zvýšení schopnosti přenosu kyslíku“ (Wessels & Oellerich, 2006, 14).

Dýchací systém

Na dýchací systém jsou kladeny vyšší nároky. Hlavní dýchací sval (bránice) je vytlačován výše a tím se zvyšuje frekvence dýchání asi o 10 dechů za minutu (běžně 14 – 18 dechů za minutu). Zvyšuje se dechový minutový objem a to až o 40 – 60 %. Uvedené snižuje vitální kapacitu plic (obsahuje vdechový rezervní objem cca 2,5 l, dechový objem cca 0,5 l a výdechový rezervní objem cca 1 l) a ještě více zbytkový výdechový objem plic (reziduální objem). Zrychleným dýcháním se do krve dostává více kyslíku než oxidu uhličitého. Spotřeba kyslíku se zvyšuje asi o 20 % (Bejdáková, 2006). Rady pro zmírnění dušnosti (Vitíková, 2007):

- nehrbit se, držet tělo vzpřímeně, hrudní kost vpředu, ramena rozložit doširoka, táhnout dolů a tím zajistit co největší možný prostor pro plíce,
- pravidelně provádět dechová cvičení (prohloubené břišní dýchání a podobně).

Vytrvalostní trénink před těhotenstvím může způsobit přizpůsobení v oblasti dýchání, protože tento „...snižuje četnost dýchání (dechovou frekvenci) a zvyšuje kapacitu plic. Těhotná žena se pak při běžné zátěži tak snadno nezadýchá“ (Wessels & Oellerich, 2006, 15).

Trávicí systém

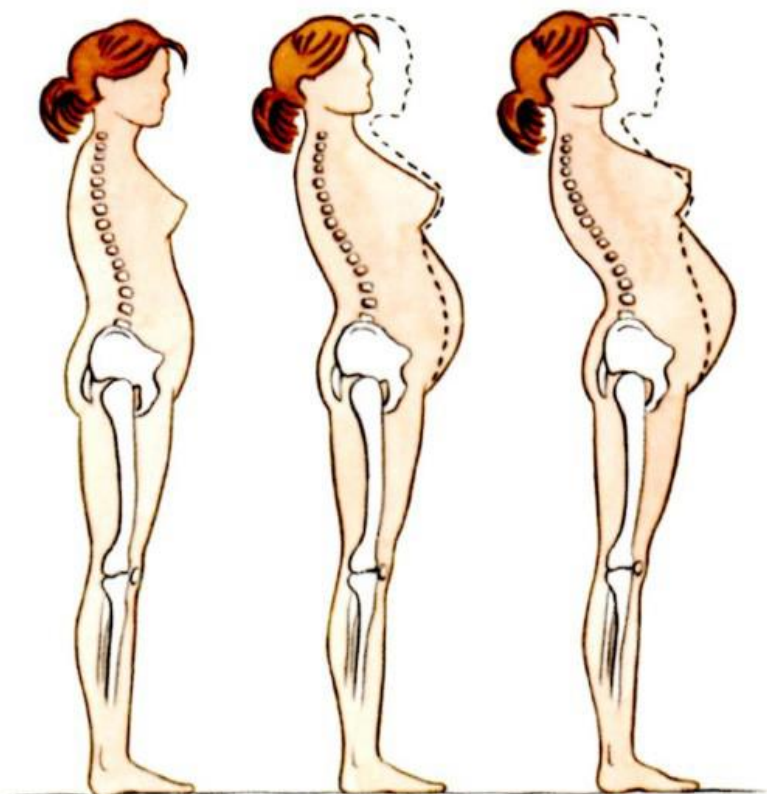
Dalším problémem může být zpomalené trávení, zapříčiněné sníženou mobilitou (peristaltikou) střev, které způsobuje větší náchylnost k zácpě (Bejdáková, 2006). Potíže lze omezit (Vitíková, 2007):

- konzumací potravin s dostatečným množstvím vlákniny,
- příjmem dostatečného množství tekutin (2-3 litry denně),
- vzpřímeným držením těla (zamezit nadměrnému napětí břišní stěny),
- vhodnou pohybovou aktivitou – podpořit střevní peristaltiku (plavání, chůze, cvičení),

- pravidelným dechovým cvičením,
- použitím projímadla – nutná konzultace s lékařem.

Pohybový systém

Již od čtvrtého měsíce těhotenství dochází, v důsledku přibývání na váze, k posunutí těžiště vpřed (Obrázek 1). Zvětšováním břicha se zvětšuje prohnutí páteře v bederní oblasti zad (bederní lordóza), vyrovnáváno vyhrbením páteře v oblasti hrudníku (hrudní kyfóza). Také dochází k uvolňování svalů a vazů (Bejdáková, 2006).



Obrázek 1. Změny těžiště v průběhu těhotenství (Wessels & Oellerich, 2006, 18)

Nevhodné držení těla způsobuje bolesti zad. Těmto bolestem lze předcházet (Vitíková, 2007):

- zatáhnutím břicha – tak nosit dítě co nejbližší páteře, zabránění nežádoucímu prohnutí beder,

- pravidelným speciálním cvičením a jinými vhodnými aktivitami (plavání, procházky),
- alespoň krátkým odpočinkem přes den vleže (odpočinek zádům).

Žena může trpět jinými potížemi pohybového aparátu, jako je bolest nohou, píchání v chodidlech, bolest v křížokyčelním skloubení, diastáza (rozestup přímého břišního svalu, bolest žeber, syndrom karpálního tunelu a jinými (Vítíková, 2007).

Další možné změny

Další možné fyziologické změny v průběhu těhotenství (Gregora & Velemínský, Jr., 2007; Pařízek, 2006; Sikorová, 2006; Svojtka & Co., 2009; Vítíková, 2007):

- **Kůže – pigmentace** – tvorba hnědých skvrn v obličejí, pihy, zvýšení pigmentu na dvorcích prsních bradavek, středí čára od pupku tzv. linea fusca, tyto po porodu vymizí,
- **kůže – strie** – trhliny ve vnitřní vrstvě kůže; objevují se u 90 % těhotných v průběhu II. trimestru, zejména na břicho, prsech, hýždích a stehnech; jejich důvodem je rozpínání kůže a vyšší působení hormonu nadledvin – kortizolu, velkou roli při jejich vzniku hraje vrozená predispozice; po porodu nemizí a jejich léčba je obtížná (nejčastěji se používá laserové terapie),
- **vlasý** – od 2. – 3. měsíce vlivem hormonů rostou rychleji a také se více mastí, naopak po porodu dochází ke zvýšenému vypadávání (průměrně vypadne 2 – 3 krát více vlasů za den, než je norma), což je normální jev, tento stav se upravuje do jednoho roku po porodu; není se třeba vyhýbat běžným kadeřnickým službám, jelikož kvalita vlasů se nemění,
- **ochlupení** – někdy může dojít k nadměrnému růstu, přičemž nejčastěji bývá postižen obličej, lýtka, paže, záda a břicho, avšak toto ochlupení většinou do šesti měsíců po porodu mizí,
- **chrup** – díky zvýšené tvorbě slin a změně prostředí v ústech vzniká ideální prostředí pro vznik zubního kazu; vápník nutný pro vývoj plodu je čerpán výlučně z potravy přijímané matkou a tudíž tvrzení, že dítě připravuje matku o vápník ze zubů, které se po porodu rychle kazí, je mýtus – zvýšená kazivost chrupu je vždy důsledkem snížené nebo zanedbané hygieny v průběhu gravidity,
- **problémy dolních končetin – křečové žíly** – žilní systém dolních končetin je zvýšeně zatěžován – rostoucí děloha tlačí na pánevní žíly a zpomaluje návrat krve z dolní části

těla zpět k srdci; žilní stěny jsou povolené vlivem hormonálních změn a jako významná příčina je dědičná predispozice; pokud se objeví je na místě konzultace s lékařem, dále je zapotřebí vyvarovat se delšímu stání na místě, případně používat kompresní (zpevňující) punčochy, odpočívat s dolními končetinami ve zvýšené poloze nad pánví nebo v její úrovni, při sezení nepřekládat jednu nohu přes druhou,

- jiné.

2.5.2.2 Psychické změny

Jak již bylo řečeno, ruku v ruce se změnami fyzickými probíhají změny psychické. Gregora a Velemínský, Jr. (2007) dělí těhotenství z psychologického hlediska do několika období:

- V prvním trimestru se těhotná žena zaměřuje převážně na sebe, sleduje vlastní tělo, snaží se zjistit, zda je opravdu těhotná. Smyslem je přijetí gravidity. Typická je rozladěnost, nejistota a náládovost.
- Další etapa psychických změn nastává v době, kdy těhotná žena začne cítit pohyby plodu. Budoucí matka si již plně uvědomuje existenci plodu, cítí se dobře, snaží se všemi způsoby podporovat zdárný průběh těhotenství. Smyslem je přijetí plodu jako nezávislého, samostatného jedince.
- Hranicí mezi druhým a třetím obdobím psychických změn je ta část, kdy se žena obává předčasného porodu, a období, kdy by už chtěla mít porod co nejdříve za sebou.
- V poslední fázi je chování ženy charakterizováno „stavěním hnízda“. City a pocity během tohoto časového úseku jsou silně protichůdné. Na jedné straně jsou to pocity zranitelnosti, obavy o osud těhotenství a strach z porodu, na druhé straně se přidružuje fakt, že se těhotenství stává stále více nepohodlným a soustředění ženy je již směřováno k termínu porodu. Smyslem je příprava ženy na porod a na existenci nového jedince mimo matčino tělo.

Psychika by neměla být opomíjená, jelikož duševní stav ženy má přímý vliv na vývoj plodu. Vědecká poznání potvrdila zvýšenou potřebu duševní rovnováhy a vnitřní harmonie v těhotenství, proto je kladen stále větší důraz na duševní přípravu budoucí matky. Psychiku může

ovlivnit nejen lékař, ale i psycholog, rehabilitační pracovník a tělovýchovný pedagog či cvičitel (Adamírová, 2002).

Mnohé zmíněné, i další málo příjemné nebo nežádoucí, jevy je možno zmírnit nebo dokonce jim předcházet správnou životosprávou (Trča, 1979). Kudělka (in Sikorová, 2006, 5) je téhož názoru a to, že těhotenství „...nejlépe zvládá těhotná dodržující správnou životosprávu, zdravě se stravující, s dostatkem přiměřeného pohybu i pravidelného spánku, které je umožněno odpočívat vždy, když to potřebuje“.

2.5.3 Determinanty životního stylu v těhotenství

2.5.3.1 Pohybová aktivita

Nejen v této kapitole používám slova „sport“ a „cvičení“. Než více přiblížím pohybové aktivity v těhotenství, chtěla bych tyto dva pojmy velmi stručně definovat:

Sport

„Sportem se rozumí všechny formy tělesné činnosti, které ať již prostřednictvím organizované účasti či nikoliv, kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních“ (Slepičková, 2005, 28).

Cvičení

Cvičení je „opakování činnosti s cílem vykonávat ji lépe, tj rychleji, přesněji a s menší námahou“ (Hartl & Hartlová, 2005, 88).

Pohybová aktivita v těhotenství

„Těhotenství není nemoc, ale pouze *jiný stav*“ (Sikorová, 2006, 109). Pokud se nejedná o těhotenství rizikové, lze pohyb jen doporučit, přičemž přívlastek rizikové je „...obecný název pro všechna těhotenství, kdy je zvýšená pravděpodobnost, že se nenarodí dítě zcela zdravé“ (Pařízek, 2006, 119). Vhodně vybraný a dávkovaný pohyb má pak sám o sobě složku uklidňující i povzbuzující. Je žádoucí podporovat obě složky. Lokálním relaxačním cvičením dojde

k navození celkové relaxace a přiměřeně dávkovaným pohybem vytrvalostního charakteru dojde k podpoře vzniku endorfinů, tedy látek radosti a optimistického naladění (Adamírová, 2002).

Jelikož jsou sporty a cvičení v době gravidity velmi specifické, měla by k nim každá žena přistupovat individuálně. Wessels a Oellerich (2006, 24) varují, že „trénink v průběhu těhotenství by v žádném případě neměl sloužit ke zvýšení kondice ženy. Žena by neměla usilovat ani o udržení kondice, protože tělo i tak potřebuje při stejné námaze více energie a snáze se unaví“.

Podle Pařízka (2006) nebrání změny v organismu vyvolané těhotenstvím v pravidelné sportovní aktivitě a to zvláště v prvním trimestru. V dalším období je nejčastějším steskem těhotných bolest zad v bedrech a kříži, pro kterou se brání sportování, přičemž právě sport může být prevence těchto problémů.

Bejdáková, 2006; Pařízek, 2006; Sikorová, 2006; Vitíková, 2007; Wessels a Oellerich, 2006 zdůrazňují důležité zásady pohybu v těhotenství:

- při chorobách, jako je vysoký krevní tlak, diabetes mellitus 1. typu, epilepsie, anémie, porucha štítné žlázy a jiných nebo pokud již žena měla předchozí předčasný porod, poradit se s vhodností cvičení s lékařem.
- nezačínat s novým druhem sportu, v již provozovaném pokračovat střední intenzitou,
- netrénovat nebo necvičit až do úplného vyčerpání, velké únavy, nepřemáhat se,
- předejít přehřátí organismu – teplota těla nesmí být vyšší, než vyšší než 38°C,
- tepová frekvence nemá přesáhnout 140 tepů za minutu (ukazatelem pro správnou míru může být tzv. „talk test“ – při cvičení by žena měla být schopna plyně hovořit),
- předcházet dehydrataci – dostatečný příjem tekutin,
- předejít acidóze (patologický stav, kdy je pH krevní plazmy delší dobu sníženo pod hodnotu 7,35).
- necvičit na doraz – nesmí dojít k oběhovému selhání (projevem je tzv. „černo před očima“).
- vhodné je cvičení, při kterém se zapojují velké svalové skupiny,
- neprovozovat cvičení, která na delší dobu zvyšují nitrobřišní tlak například cvičení vleže na břiše nebo ve 3. trimestru na zádech (dětátku se zhoršuje zásobení kyslíkem, kvůli omezení průtoku krve dolní polovinou těla),

- vyvarovat se cviků se zadržováním dechu (opět z důvodu sníženého přísunu kyslíku k miminku a rizika vzniku závratí),
- předcházet prochlazení a provlhnutí – zvolit vhodné oblečení a obuv (např. při nepříznivém počasí),
- nepobývat ve vysokohorském prostředí nad 2500 m n. m., kvůli nižšímu podílu kyslíku ve vzduchu,
- neprovozovat sporty, při kterých hrozí zranění, pády, srážky, nárazy, kde by hrozilo pohmoždění břicha.
- necvičit, netrénovat při pocitu počínající nemoci, zvýšené teplotě, velké únavě,
- držet záda ve vzpřímené poloze nebo se opřít či podložit gymnastickým míčem nebo polštáři,
- neprovozovat cvičení, která by delší dobu stlačovala lýtka (např. dřep),
- při závratích nebo sebemenším krvácení vyhledat lékaře,
- při protahovacích cvicích vést pohyb jen do prvního pocitu tahu, nikoli až na konec možného rozsahu (vazy jsou uvolněné, mohlo by dojít k poškození kloubních struktur).

„Základním pravidlem však zůstává, aby se těhotná žena cítila dobře: před, v průběhu i po aktivitě“ (Wessels & Oellerich, 2006, 24).

2.5.3.1.1 Vybrané vhodné pohybové aktivity

Následující pohybové aktivity lze doporučit, s ohledem na obecná omezení a zásady.

Cvičení ve vodě

Podle Gregora a Velemínského, Jr. (2007) je cvičení ve vodě jedno z nejpříjemnějších a neúčinnějších způsobů cvičení. Patří sem plavání a vodní aerobik. Pokud nejsou tyto aktivity provozovány závodně, lze je doporučit po celou dobu těhotenství. „Plavat mohou maminky od začátku těhotenství až do 38. týdne“ (Sikorová, 2006, 115).

„Při plavání se ale jak uvolňuje, tak i posiluje svalstvo celého těla, důležité jsou hlavně zádové svaly. Prohlubuje se také dýchání. Tělo je ve vodě nadnášeno, a proto ustupují problémy s bolestmi plosek nohou a další. Podstatná je správná technika plaveckých způsobů“ (Bejdáková, 2006, 15).

Rozhodně je důležité dbát opatrnosti při pohybu mimo bazén, kde hrozí nebezpečí uklouznutí a zranění na mnohdy mokrém okraji. Těhotná bez doprovodu by neměla plavat na místech, kde lehce přecení své síly, čímž myslím především přírodní koupaliště. Rizikovým faktorem taktéž může být nízká teplota vody či její znečištění.

Chůze

Chůzi je možné provozovat po celou dobu těhotenství, jelikož je přirozeným pohybem člověka. Lze s ní spojit pobyt na čerstvém vzduchu, v klidném prostředí přírody, kdy i „... chůze na místě v místnosti představuje sportovní aktivitu“ (Wessels & Oellerich, 2006, 27).

Jak poznat správné tempo? To je pro každou ženu jiné. Sikorová (2006) doporučuje takovou hranici zátěže, kdy žena může během chůze konverzovat, mluvit celé věty bez zadýchání. Tepová frekvence by neměla přesáhnout 140 tepů za minutu. Nejlépe je začít s 20 – 30 minutami chůze 3x týdně a postupně zvedat zátěž až na 30 – 60 minut téměř každý den.

Důležité je nezapomínat na dostatečný přísun tekutin a správné držení těla. Samozřejmě by pak měla být kvalitní obuv a pohodlný oděv.

Jogging

Původní význam joggingu byl střídání chůze a pomalého běhu. V dnešní době je spíše synonymem pro rekreační běhání. Pokud při běhu nestačíme s dechem, přejdeme do chůze a jakmile načerpáme síly, zase se k němu vrátíme. „Jogging jako pokračování fyzické aktivity před otěhotněním se může doporučit v časném stadiu bezproblémového (fyziologického) těhotenství“ (Bejdáková, 2006, 15).

Bejdáková (2006), Wessels a Oellerich (2006) se shodují, že při joggingu je nutné dbát na tréninkový stav ženy. Tato by se měla vyhnout běhu na velmi dlouhé tratě kvůli nebezpečí přehřátí, dehydratace a možným svalovým křečím v pánevním dnu, jelikož intenzita zatížení je zpravidla vyšší.

Samozřejmě je opět vhodná obuv, oděv.

Aerobik o nízké intenzitě

„Patří sem například aerobní cvičení s využitím velkých a malých míčů. Nejsou vhodné formy aerobiku, kde jsou jeho součástí časté poskoky nebo vysoká intenzita cvičení jako je high aerobik, dance aerobik, kickbox aerobik a podobně“ (Bejdáková, 2006, 16).

Wessels a Oellerich (2006, 27) souhlasně dodávají, že aerobik cvičení „vede ke zvýšení funkce oběhového systému, svalové síly a výdrže, jakož i pružnosti kloubů, je pro těhotné ženy velmi vhodné. Pohyb je rytmický, rovnoměrně se zatěžují velké svalové skupiny. Při správném cvičení se zmírní nebo vymizí obtíže typické pro těhotenství“.

Cyklistika - jízda na kole, rotopedu

V literatuře, zaměřené na těhotenství, nejsou názory na cyklistiku jednoznačné. Někde je doporučována jako vhodná pohybová aktivita, jinde doporučována není. Sikorová (2006) jízdu na kole ve třetím trimestru již nedoporučuje, kdežto Wessels a Oellerich (2006) ji podporují až do porodu. Nesoulad názorů je dán především tím, že při uvedené činnosti dochází k otřesům a hrozí riziko pádu. Jmenované autorky se shodují na tom, že jízda by měla být na rovném terénu s pevným povrchem, nejlépe po cyklistických cestách.

Pařízek (2006) podtrhuje vyvarovat se jízdě v městském dopravním provozu, kde dochází k vdechování výfukových plynů s vysokým obsahem oxidu uhelnatého. Také je třeba mít stále na mysli, že těhotné ženy mají zpomalené reakce, což může být příčinou kolizí a zranění.

Při nevyhovujících podmínkách pro cyklistiku ji lze nahradit stacionárním kolem – rotopedem. „Při jízdě na rotopedu možnost zranění téměř nehrozí, je možné si individuálně a podle aktuálního pocitu regulovat zátěž...“ (Bejdáková, 2006).

Tanec

Pařízek (2006) upřednostňuje břišní tanec, při kterém se maminka naučí ovládat své tělo, správně dýchat a relaxovat. Vláčné, pomalé, houpavé pohyby pánve mají uklidňující vliv na plod. Těchto pohybů může maminka později využít i při samotném porodu. Dále se při tanci posilují břišní i zádové svaly a páteř.

Bejdáková (2006) doporučuje orientální tance, tudíž tance nižší intenzity zatížení (ne např. rock and roll). Dále zdůrazňuje nevhodnost tance na vysokých podpatcích a apeluje na nutnost pravidelných přestávek. Těhotná by neměla tančit příliš dlouhou dobu.

K orientálnímu tanci bych podotkla, že nejsou vhodné všechny pohyby, jako například rychlé otočky, prudké akcenty břicha, boků, poskoky a další. Velmi vhodné jsou osmičky, pomalé kroužky, kolébaté a houpavé pohyby v oblasti pánve a kyčlí, podobně jak je tomu u tance břišního.

Gravidjóga

Gravidjóga neboli jóga pro těhotné je zaměřena na harmonizaci celého těla. „Základem zvládnutí cvičení gravidjógy je nacvičení relaxačních technik, vlastní cvičení pak vede k uvolnění svalů a jejich napětí, uvědomování si jednotlivých svalových skupin a nemělo by překročit mez, kdy už by bylo nepříjemné. Cílem gravidjógy je žena vyrovnaná psychicky i fyzicky“ (Bejdáková, 2006, 16).

Pařízek (2006) dodává, že jóga naučí těhotnou držet rostoucí bříško, zafixovat si správné držení těla, vědomě pracovat se svaly pánevního dna a s dechem. Zaměřuje se na prevenci křečových žil, těhotenské zácpy, upravuje hormonální disbalance, čímž předchází výkyvům nálad. Jedním z nejdůležitějších přínosů je navázání kontaktu s plodem již před narozením. Důležitou podmínkou pro kurzy v těhotenství je kvalitní a profesionální vedení.

Cvičení v posilovně

Možnost cvičení ve fitness centrech využívá stále více žen i dívek. Sikorová (2006, 116) upozorňuje, že „tento sport lze doporučit pouze ženám, které již dříve před těhotenstvím byly zvyklé navštěvovat posilovnu pravidelně“.

Proti tvrzení Sikorové stojí prohlášení amerického sdružení gynekologů a porodníků z roku 1985: „Bez ohledu na předchozí zkušenosti se cvičením a úroveň zdatnosti může se většina zdravých těhotných věnovat posilování. Tento typ cvičení je pro ně bezpečný a prospěšný a nezpůsobuje žádné lékařské či porodnické potíže“ (Bejdáková, 2006, 114).

Jelikož několik let navštěvuji fitness centra, vím, že spousta „nováčků“ necvičí správně a ne všechna zařízení nabízejí vedení pod dohledem vyškoleného profesionála a pokud ano,

dovolím si tvrdit, že opravdu dobrých trenérů/cvičitelů je velmi málo. Velké procento má omezené znalosti anatomie, fyziologie a biochemie, a tak cvičícím tlumočí to, co se naučili v rekvalifikačním kurzu bez ohledu na individuální potřeby a možnosti klienta. Proto bych, stejně jako Sikorová, nedoporučovala začínat s touto aktivitou v těhotenství. Ženy, které mají zkušenost s posilováním, většinou ví, jak jejich tělo reaguje na zátěž a jak správně cviky provádět. Naproti tomu se ani tyto nevyhnou zmírnění zátěže a intenzity posilování.

V každém případě se vylučují cviky jako je hluboký dřep, mrtvý tah, cviky namáhající pánevní dno, zvyšující nitrobřišní tlak a silová cvičení na břišní svaly. Od 2. trimestru nejsou vhodné cviky rotační a na zádech, kdy dochází k útlaku dolní duté žíly. Dále je důležité necvičit do krajních poloh z důvodu uvolňování šlach a vazů. Bez výraznějšího omezení lze posilovat hýžd'ové svaly, svaly horních končetin, svaly deltové, prsní, dolní fixátory lopatek. Je lepší, cvik vícekrát opakovat s menší zátěží a důležité je nezadržovat při cvičení dech. (Vítíková, 2007).

Mezi další vhodné formy pohybu můžeme jmenovat relaxační techniky, pánevní cviky, cvičení na míči, golf a další.

2.5.3.1.2 Nevhodné (rizikové) pohybové aktivity

Jitka Bejdáková (2006) uvádí rizikové sporty, které není možné doporučit, jako je jízda na koni, tenis, bruslení, lyžování, terénní běh, squash, aerobik a také sporty, které jsou zcela vyloučeny a mezi které patří:

- Bungee dumping, seskoky padákem, horolezectví, sjezd na horském kole apod. (riziko těžkých zranění, pádu)
- Potápění (miminko je náchylnější k dekompresní nemoci)
- Míčové hry (kontaktní sport, riziko úrazů, zhmoždění břišní dutiny)
- Cvičení na nářadí, silové sporty, například vzpírání, vrhy (zvýšený nitrobřišní tlak)
- Kanoistika (nebezpečí úrazu a při pádu o vody také možnost prochlazení či zanesení infekce do rodidel)
- Všechny velmi namáhavé vytrvalostní výkony například při běhu, běhu na lyžích, jízdě na kole a další. Také sem patří vrcholová forma tréninku jakéhokoliv sportu. Závodní sport je obecně povolen do 15. týdne těhotenství, ovšem při dodržování zásad uvedených výše.

Při provozování uvedených a dalších možných problémových sportů, je extrémně důležitý individuální přístup každé ženy a jejího lékaře. Budoucí maminka by měla posoudit, zda klady tělesné aktivity opravdu stojí za možná rizika s ní spojená.

2.5.3.2 Výživa

„Člověk se rodí zdrav a všechny nemoci do něj vstupují s jídlem“.

Hippokrates

Jelikož je výživa a její složky velmi rozsáhlé téma, neklade si tato diplomová práce nároky na komplexní pokrytí celé problematiky.

„Výživu lze bez nadsázky považovat za nosný pilíř životního stylu...“ (Klescht, 2008, 37). Posláním potravy, nejen u žen v období těhotenství, je „dodat organismu správné množství nezbytných živin – tuků, bílkovin, glycidů, vitaminů, minerálů, vlákniny a vody“ (Křivohlavý, 2001, 220). Výživa tedy „...není to, co sníme, ale to, co dokážeme využít pro budování a činnost jednotlivých orgánů“ (Kastnerová, 2011, 5). Doporučení živin pro těhotné ženy znázorňuje Tabulka 2.

Tabulka 2. Doporučení živin pro těhotné ženy (Wessels & Oellerich, 2006, 31)

Živina	Nejvhodnější zdroj	Pro jaký proces se využívá	Projevy nedostatku u miminka
vitamin C*	citrusy, bobuloviny, kiwi, maliny, paprika, rajčata, květák	nutný pro různé metabolické procesy, imunitu, tvorbu vaziva a kostí	špatně vyvinuté orgány, náchylnost k infekcím
vitamin B6, B12*	mléko, vejce, maso, ryby	nutné pro různé metabolické procesy, nervy	špatně vyvinuté orgány, atrofie svalů, chudokrevnost
kyselina listová (v kombinaci s vitamínem C a B12)	celozrnné výrobky, ječmen, ovoce, zelená zelenina, vaječný žloutek, luštěniny, ryže	pro tvorbu centrální nervové soustavy	rozštěp páteře, rozštěp patra
jód	jódová sůl, mořské ryby, mléko, vejce, rybí tuk	pro tvorbu hormonů štítné žlázy	vývojové poruchy, prodloužená žloutenka, miminko málo pije, málo se hýbe, trpasličí růst a poruchy inteligence
bílkoviny	maso, ryby, drůbež, vejce, rostlinné oleje	základní složka svalů, kostí a vaziva	oslabený imunitní systém, zvýšená náchylnost k infekcím
karbohydráty (cukry)	celozrnné výrobky, brambory, ovoce, zelenina	hospodaření s energií	přílišné množství karbohydrátů (sladkosti, výrobky z bílé mouky) může vést k nadváze a závislosti na sladkém
vápník	mléčné výrobky, tofu, luštěniny, brokolice, mangold, sezam	pro tvorbu kostí a zubů	aby byla pokryta potřeba vápníku pro dítě, bere ho organismus z kostí matky a zvyšuje se tak riziko osteoporózy
železo* (v kombinaci s vitamínem C, ne společně s mléčnými výrobky) *tělo si ho nevyrábí samo	maso, žloutek, ořechy, luštěniny, zelená zelenina, celozrnný chléb, mšiči, proso, červená řepa	pro nasycení zvýšeného množství krve, aby v dostatečné míře probíhalo oxysličování	chudokrevnost, bledost, únava, nedostatečná výkonnost, náchylnost k infekcím, různé formy anémie

Výživa je důležitá z hlediska zdraví matky i fyziologického vývoje plodu. Podle Pařízka (2006) se ženy žijící v našich podmínkách nemusí obávat výraznějších výživových problémů. Potíže by mohly mít ženy nedostatečně živěné, nebo naopak mající nadváhu či obezitu, nebo ženy praktikující alternativní směry ve výživě, drogově závislé, alkoholičky, kuřačky apod. Optimální hmotnost před těhotenstvím je BMI v rozmezí 18,5 – 25 kg/m².

„Účinný návod, jak sestavit zdravou a tělu příznivou stravu, neexistuje. Vše je podmíněno individuálními dispozicemi každého jedince“ (Kastnerová, 2011, 6). Pro sestavení zdravé stravy, nejen pro těhotné ženy, může být určitým vodítkem potravinová pyramida (Obrázek 2).



Obrázek 2. Potravinová pyramida (Wessels & Oellerich, 2006, 30)

Potravinová pyramida vychází z poznatků o vlivu výživy na zdraví a potraviny v ní jsou řazeny tak, aby byla denně tělu zajištěna přiměřená dávka výše jmenovaných nezbytných živin. Jak znázorňuje obrázek č. 1, potraviny umístěné v základě pyramidy jsou doporučovány jako ty, které by se měly jíst nejčastěji a v největším množství. Směrem k vrcholu pyramidy je lepší být

při výběru střídmejší a ve špici jsou umístěny potraviny, které by se v jídelníčku měly objevovat výjimečně, jelikož bez těchto je možno se obejít.

V žádném případě neplatí, že žena by měla „jíst za dva“. Energetická spotřeba v běžný den, kdy člověk neprovozuje žádnou fyzickou aktivitu, ale koná pouze pohyby spojené s přesunem do práce a z ní, oblékání, nákup, vaření a podobně je u žen 9000 kJ a u mužů 11000 kJ. Pokud by člověk celý den ležel, pak spotřeba žen je 5000 kJ a mužů 7000 kJ. Jako energetická jednotka se používá označení kilokalorie (kcal) nebo kilojoul (kJ), přitom 1 kcal = 4,21 kJ (Klescht, 2008). U těhotných žen vzroste kalorická spotřeba o 255 kcal za den (Wessels & Oellerich, 2006). Větší navýšení energie vyžadují ženy podvyživené, těhotné mladší 18 let, ženy s vícečetným těhotenstvím nebo nedostatečným váhovým přírůstkem. Nedostatečný příjem energie a hlavních živin je pak rizikem pro nesprávné prospívání plodu, zpomalení jeho vývoje, vývojové vady, dále pro spontánní potraty, předčasný porod apod. Optimální příjem energie je stav, kdy žena vstupuje do těhotenství s normální tělesnou hmotností a přibírá od 10. týdne 0,5 kg za týden, tedy celkový přírůstek během těhotenství je pak 11,5 – 16 kg. (Pařízek, 2006).

2.5.3.3 Alkohol, toxikomanie, kouření

Alkohol

V našich zemích je alkohol velmi tolerovanou drogou. Je to zejména tím, že návyk vzniká zpravidla pomalu a jeho důsledky nemusí být na první pohled patrné.

Negativní vlivy alkoholu na průběh těhotenství a na zdravotní stav dětí alkoholiček jsou výrazně průkazné (Křivohlavý, 2001). Podle Pařízka (2006) lze snáze vysvětlit potřebu abstinence ženě, která pije příležitostně, než té, která již má s konzumací problémy. Proto by bylo výhodné, kdyby si žena často a hodně holdující alkoholu nechala potřebu abstinence vysvětlit ještě před těhotenstvím, než se o to pokoušet v jeho průběhu. Někdy může být právě těhotenství dostatečným důvodem ke změně chování. Je tedy nepochybné, že „pití alkoholických nápojů je třeba se v těhotenství vyhnout vůbec“ (Trča, 1979, 43).

Gregora a Velemínský, Jr. (2007, 49) konkretizují rizika alkoholu spočívající v narušení nitroděložního vývoje plodu, které se u něj v nejzávažnější podobě projevuje takzvaným fetálním alkoholovým syndromem (nejrůznější vývojové vady, mentální retardace). Dalšími

komplikacemi u dětí mohou být: nízká porodní hmotnost, riziko náhlého úmrtí novorozence, poruchy chování a učení, sociální problémy, snížená schopnost správně se rozhodovat a další.

V rozporu s uvedeným textem jsem se v době svého těhotenství setkala s názorem své gynekoložky a porodních asistentek, vedoucích předporodní kurzy, že malé množství alkoholických nápojů (jedná se o 1 – 2 dl vína či 3 dl piva denně) není škodlivé. V publikaci *Zdravá výživa* Kunová (2004) uvádí, že řada studií dokládají preventivní vliv mírného požívání alkoholu (ekvivalent zhruba 1,5 dl vína u žen a 3 – 4 dl u mužů) na vznik srdečně-cévních chorob. K obdobnému závěru pozitivní stránky alkoholu dospěl Křivohlavý (2001, 197): „Studie, které sledovaly příjem alkoholu v době 24 hodin před srdeční příhodou, zjistily, že u lidí, kteří v té době vypili malé množství alkoholu, byla srdeční příhoda mírnější a mortalita byla za těchto okolností nižší“. Je třeba podotknout, že uvedená prevence a pozitiva autoři nezmiňují v souvislosti s těhotenstvím.

Pařízek (2006) potvrzuje nepříznivý vliv alkoholu na vývoj plodu, avšak dále poznamenává, že není pravděpodobné poškození dítěte příležitostným požitím alkoholických nápojů v době početí anebo v časném těhotenství.

Stravovací pyramida Wessels a Oellerich (2006, 30) doporučuje čas od času sladkost, alkohol nebo koláč, ale v dalším textu autorky apelují na skutečnost, že v těhotenství není možný ani „mírný“ konzum alkoholu.

Osobně se přikláním k názoru, aby se těhotná alkoholu raději zcela vyhnula.

Toxikomanie

Toxikomanie je „psychická, případně též tělesná závislost na určité droze nebo drogách“ (Hartl & Hartlová, 2000, 624). Dovolím si tvrdit, že nejčastější drogou je extáze, pervitin, kokain a heroin. Nebezpečné není jen samotné užívání drog, ale také infekční onemocnění (syfilis, AIDS, žloutenka typu B, C), které s nimi přichází.

V těhotenství může být toxikomanie spojena s vysokým rizikem předčasného porodu, poruchami placenty či neprospíváním plodu v děloze. Novorozené děti matek závislých na drogách mají často nízkou porodní hmotnost a mimo to mohou trpět abstinenčním syndromem. Plod v děloze je vystaven stejnému účinku drogy jako matka a po porodu se objeví její

nedostatek. Tyto děti navíc lehce onemocní, mají sklon k náhlému úmrtí novorozence i výskytu vrozených vývojových vad. Riziko infekčních onemocnění má pak opět dopad na vyvíjející se plod (Gregora & Velemínský, Jr., 2007).

Ženy, které podlehly drogové závislosti, žijí často v narušeném sociálním prostředí. Bylo by naivní domnívat se, že těhotenství budou plánovat a podle toho regulovat příjem drogy. Pokud ale již těhotenství zjistí, měly by okamžitě vyhledat odbornou pomoc (Pařízek, 2006).

Kouření

„Kouření je návykovou formou chování, která se dá podle všech zjištění (u lidí podléhajících mnohonásobné závislosti) obtížněji zvrátit než např. alkoholismus či drogová závislost“.

L. T. Kozłowski

„Kouření je multifaktoriálním jevem. V pozadí na odpovědi na otázku Proč lidé kouří? jsou důvody fyziologické, psychologické, sociální. Toto multifaktoriální (mnohostranné) podmínění kouření je též důvodem toho, že odvykání kouření je jedním z nejtěžších psychoterapeutických úkolů“ (Křivohlavý, 2001, 190).

Bez přehánění můžeme říct, že v době těhotenství nikotin obsažený v tabáku působí na vyvíjející se plod jako jed. Při sledování účinků nikotinu v těhotenství bylo zjištěno, že když žena vykouřila jednu cigaretu, dostavily se křeče plodu a současně se značně zvýšila jeho srdeční činnost. Stejně příznaky se dostávají, jestliže se z jakéhokoli důvodu začne plod dusit. (Trča, 1979). Kouření také může zvýšit riziko samovolného potratu v prvních týdnech těhotenství. Později může způsobit zpomalení nitroděložního růstu a vývoje ještě nenarozeného dítěte. Další rizika se objevují kolem porodu, kdy dokonce může dojít i k nitroděložnímu úmrtí plodu. (Gregora & Velemínský, Jr., 2007).

Z předcházejícího textu je nepopíratelné, že pokud žena kouří, měla by přestat okamžitě, jakmile zjistí, že je těhotná, přičemž „pasivní kouření je pro plod přinejmenším stejně nebezpečné, jako kouření aktivní“ (Gregora & Velemínský, Jr., 2007, 48). Toto tělu matky a tedy i plodu odebírá vitamin C a snižuje míru pohybů dítěte. Hodinový pobyt v zakouřené místnosti představuje stejné nebezpečí, jako kdyby cigaretu vykouřila sama těhotná (Wessels & Oellerich, 2006).

U žen obecně platí, že nikotin poškozuje celý organismus. Kuřačky mají vyšší riziko kardiovaskulárního onemocnění a mozkové mrtvice při užívání hormonální antikoncepce. Dále mají častěji bolestivou, nepravidelnou menstruaci, nižší úspěšnost léčby neplodnosti a až o dva roky dříve menopauzu. Kouření také znamená vyšší riziko rakoviny děložního hrdla. Pokud člověk kouří denně kolem 10 nebo více cigaret a pokud si potřebuje zapálit do hodiny po probuzení, je závislý na nikotinu (Pařízek, 2006).

2.5.3.4 Správné oblékání

Zásadním pravidlem při oblékání těhotných by mělo být v první řadě pohodlí. Samotný průběh těhotenství přinutí ženu více či méně obměnit šatník, poněvadž nejen objem břicha se neustále zvětšuje. Změny nemusí být nijak rozsáhlé a některý oděv lze využít i po skončení těhotenství.

Znalci zabývající se těhotenstvím (Gregora & Velemínský, Jr., 2007; Pařízek, 2006; Trča, 1979) doporučují bavlněné spodní prádlo, které je prodyšné, dobře saje pot a nevyvolává přecitlivělost, jako je tomu u prádla z umělých vláken. Důležitým prvkem oblékání je vhodná podprsenka, která dává prsům řádnou oporu a tak zabrání jejich trvalému poklesu. Hned od začátku těhotenství by měla žena dávat přednost bavlněným kalhotkám. Ve druhé polovině je výhodné nosit kalhotky z elastického materiálu podpirající břišní stěnu. Tyto dále mohou ulevit od pnutí v zádech a tak částečně ulevit od bolesti zad. Ponožky by měly být „zdravotní“, tj. s volným ukončením bez gumiček. Nedoporučují se podkolenky pevně obepínající lýtko, které zhoršující odtok krve z dolních končetin a tak podporují tvorbu křečových žil. Obuv má mít nízký a široký podpatek, nejlépe protiskluzovou podrážku a naopak nemá být těsná.

2.5.3.5 Odpočinek a spánek

Pod pojmem odpočinek rozumíme relaxaci a regeneraci. Jelikož každý člověk čerpá nové síly jinak, neexistuje univerzální návod, jak relaxovat a regenerovat. Je však důležité neignorovat signály těla, které se o odpočinek dokáže velmi naléhavě hlásit samo (Klescht, 2008).

„Dobrý spánek je jedním z příznaků dobré fyzické a psychické adaptace na těhotenství“ (Pařízek, 2006, 189). Tento „...umožňuje obnovu tělesných a duševních sil. Během spánku dochází k regeneraci orgánů a systémů, na které jsou v těhotenství kladeny zvýšené nároky. Jde

především o pohybový aparát, játra, ledviny a další. Žena by měla spát 8-9 hodin denně“ (Gregora & Velemínský, Jr., 2007, 40).

Klescht (2008) jako obecnou (platnou pro muže a netěhotné ženy), standardní dobu, kterou tělo potřebuje pro regeneraci spánkem, považuje 6 – 8 hodin souvislého spánku v noci. Dále dodává, že doba spánku mezi 5 – 6 hodinami je pro zdraví méně škodlivá, než spánek trvající devět a více hodin. Spánek kratší než 5 hodin (v dlouhodobém měřítku) významně zvyšuje riziko diabetu. Stejně riziko hrozí těm, kteří spí více jak 9 hodin denně.

Nutno podotknout, že každý má potřebu spánku jinou. Přikláním se k tvrzení specialistů, že pokud těhotná žena z jakékoliv příčiny trpí nespavostí, neměla by užívat léky na spaní. Podle Pařízka (2006) může k lepšímu spánku pomoci relaxace, bylinné čaje, spánek na tvrdé podložce v místnosti s dostatkem čerstvého vzduchu a menší množství pokrmů ve večerních hodinách.

2.5.3.6 Sexuální život

Myslím, že žena může mít pohlavní styk prakticky kdykoliv během těhotenství. Předpokladem je, aby těhotenství probíhalo normálně, bez komplikací. Důležité je zachování osobní hygieny a určitých omezení, která se týkají poloh při milování.

Gregora a Velemínský, Jr. (2007) jsou toho názoru, že touha ženy obvykle v prvním trimestru klesá, ve druhém se zvyšuje a ve třetím trimestru opět klesá. Žena může zájem o sex ztratit zcela, avšak případný nezájem bývá pouze dočasný, po porodu a šestinedělí se navrátí k normálu. Změny souvisí se změnami hormonálními, s příznaky doprovázejícími těhotenství (nevolnost aj.), se změnami psychiky a změnou vzhledu. Jsou situace, kdy lékař doporučí, aby se pár pohlavnímu styku vyhnul. Bývá to, když se objeví známky hrozícího potratu nebo předčasného porodu, má-li žena nepříjemný výtok anebo pokud krvácí.

Podle Pařízka (2006) může být celé těhotenství sexuálně jiskřivým obdobím, ale je třeba počítat s jakýmkoliv typem vývoje sexuálního života, včetně jeho ukončení.

Je třeba počítat s variantou, že žena ztratí svou přitažlivost pro muže. V tomto i opačném případě je důležitá komunikace partnerů. Sex by měl být příjemnou záležitostí a žádný člověk by se neměl nechat druhým do sexu nutit. Existuje mnoho jiných forem tělesné i duševní blízkosti a způsobů vyjádření lásky.

Velmi diskutovaným tématem je souvislost ztráty chuti na sex s partnerkou a účasti muže u porodu. Pařízek (2006, 194) se k tomuto vyjadřuje následovně: „V sexuologických poradnách se s podobnými klienty nesetkáváme, pokud ano, zdá se, že uvedené důvody jsou spíše zástupného charakteru a za ztrátou mužovy chuti je nějaký jiný problém“. Účast partnera u porodu by měla být zcela dobrovolná.

2.5.3.7 Zaměstnání a práce

Pokud žena otěhotní, je povinna tuto skutečnost nahlásit svému zaměstnavateli. Podle zákoníku práce totiž existují práce, které pro těhotnou ženu nejsou vhodné. Ministerstvo zdravotnictví vydalo vyhlášku č. 288/2003 Sb., kterou stanovuje práce a pracoviště, které jsou, mimo jiné, zakázány těhotným ženám. Je v zájmu ženy, aby se seznámila se všemi „předpisy týkajícími se zákonných opatření k ochraně jejího zdraví a normálního vývoje těhotenství a se směrnicemi a sociálním zabezpečení žen v těhotenství a mateřství“ (Gregora & Velemínský, Jr., 2007, 64). Těhotenství není důvodem k propuštění ze zaměstnání. V případě, že těhotná pracuje na nevhodném pracovišti, je zaměstnavatel povinen převést ji na práci jinou, stejně platově ohodnocenou.

Protože je dnešní doba příklonná sedavému zaměstnání, zmíním radu Sikorové (2006), která při jeho vykonávání doporučuje pohodlnou židli, přiměřenou výšku pracovního stolu a správné sezení. Při otoku nohou je dobré mít končetiny ve zvýšené poloze a v přestávkách jimi cvičit.

Práce během těhotenství přináší řadu výhod (Gregora & Velemínský, Jr., 2007; Sikorová, 2006):

- udržení fyzické kondice,
- kontakt s lidmi a tím předcházení vytržení ze společenského života,
- méně času pro pozorování měnícího se těla a drobných problémů spojených s těhotenstvím,
- důkaz, že i v těhotenství je žena „úplně normální“.

Stejně jako mohou zaměstnání a práce těhotenství pomoci zdárně překlenout, tak je naopak mohou i zkomplikovat. Jedná se především o zvýšenou únavnost a ranní nevolnosti, zejména v počátcích těhotenství. Obdobně je tomu s ubýváním pohyblivosti v pokročilejším

těhotenství a s poklesem soustředěnosti nebo dokonce s usínáním. O případném vystavení pracovní neschopnosti rozhoduje individualita každé ženy (Pařízek, 2006).

2.6 Porod

Pohyb v těhotenství může být mentální oporou při porodu. „Zlepšené vnímání vlastního těla pomáhá rodící matce zaměřit síly na to, dosáhnout hranic svých možností a překročit je. Automatizované hluboké dýchání i při námaze, naučení napínání a povolování svalů rozhoduje o aktivní spolupráci a tím i snadnějším porodu“ (Wessels & Oellerich, 2006, 13).

Zajímavé jsou výsledky výzkumů, při nichž „lékaři, kteří hledali příčiny bezbolestných porodů, dospěli k přesvědčení, že porody bývají snadné zvláště u těch žen, které jsou zvyklé na tělesnou námahu a u nichž je vystupňovaná radost z očekávaného dítěte“ (Trča, 1979, 18).

Průběh porodu rozdělujeme na následující doby (Sikorová, 2006, 95):

- I. DOBA PORODNÍ

Doba otevírací – bývá nejdelší dobou porodní, začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí, případně odtokem plodové vody. V této době dochází k otevírání porodních cest. Děložní čípek se zkracuje a otevírá. Ve chvíli, kdy jsou porodní cesty úplně otevřené, začíná II. doba porodní.

- II. DOBA PORODNÍ

Doba vypuzovací – je to fáze porodu, kdy za pomoci kontrakcí dělohy a současně tlačení a zapojení břišního lisu matkou dochází k porození dítěte.

- III. DOBA PORODNÍ

Začíná ve chvíli, kdy se narodí děťátko a končí porodem placenty.

- IV. DOBA PORODNÍ

Je již vlastně obdobím poporodním a trvá dvě hodiny po porodu. Novopečená maminka je bedlivě sledována na porodním sále, zda se u ní neprojeví nějaké poporodní komplikace.

2.7 Období po porodu

Po porodu by žena měla hodně spát a odpočívat, dobře a správně jíst. Také však brzy cvičit, jak to jen zdravotní stav dovolí (Adamírová, 2002). Pohybové aktivity lze rozdělit na ty, které lze vykonávat již v šestinedělí, a ty které lze vykonávat až po tomto období. Šestinedělí je období trvající zpravidla od 4 do 8 týdnů od porodu, kdy mizí těhotenské změny. Nejedná se však o striktně danou dobu, jelikož každý porod je jiný – ať proběhne klasicky, či císařským řezem. Dotyčné změny Pařízek (2006, 335) řadí do tří skupin:

- hojí se poranění vzniklá během porodu,
- pohlavní orgány a celý organismus se vrací do stavu před otěhotněním,
- zahajuje činnost mléčná žláza, nastává kojení.

Podle Pařízka (2006) lze začít cvičit již 12 – 24 hodin po porodu. Také Adamírová (2002) časným cvičením shora míní třeba již druhý den po porodu. Po lehkém porodu bez komplikací radí cvičit dvakrát denně, zpočátku lehce, ale postupně přidávat na intenzitě. Po těžším porodu s velkým fyzickým i psychickým vypětím začínají ženy cvičit pomalu a jen postupně zvyšují námahu. Ty, které podstoupily chirurgické zákroky, cvičí podle pokynů lékaře až po zhojení. Cvičením jsou myšleny speciální a zdravotní cviky pro uvolňování a hluboké prodýchávání od břišního dýchání až po hrudní a celkové, pro procvičování oblasti pánve, pro podporu tvorby mléka a zpevnění prsních svalů, pro obnovu svalové rovnováhy v oblasti kyčelního kloubu apod. Konkrétní cviky představuje Adamírová ve své populárně-odborné publikaci zaměřené na ryze ženskou problematiku, která vyplývá z významného životního poslání žen (zachování rodu, mateřství) s názvem *Gynegymnastika* (2002).

Průvodcem chování pro první týdny po porodu mohou být následující pravidla (Wessels & Oellerich, 2006, 84):

- Svému pánevnímu dnu můžete ulevit, když budete hodně ležet, více sedět než stát, kojit, pokud možno vleže a vyhýbat se úzkému oděvu a nošení opasků.
- Nezůstávejte delší dobu v poloze s roznoženýma nohama nebo v tureckém sedu. Usedejte s vědomě staženými svaly pánevního dna.
- Než se zvednete, dítě položte, protože zátěž navíc vyvolává tlak.
- Když se budete zvedat z lehu, pak se nejdříve překulte na bok.

- Když budete vstávat ze sedu, pak se nejdříve posuňte až na okraj židle: nohy dejte k sobě, blízko k okraji židle a kolena dejte k sobě. Napněte svaly pánevního dna a použijte sílu nohou.
- Při delším stání občas napínejte svaly pánevního dna a často přenášejte váhu z nohy na nohu.
- Nezvedejte nic, co je těžší než vaše miminko (aspoň po dobu prvních 3 měsíců). Pokud se budete věnovat většímu a těžšímu dítěti, pak se přesuňte na jeho úroveň. Poklekněte, nebo jděte do dřepu. Místo abyste ho zvedali, posaďte se na zem a vezměte ho na klín.
- Neváhejte požádat někoho o pomoc!
- Vědomě držte záda zpříma.
- Do dřepu přecházejte pouze s nohama u sebe a na špičkách prstů u nohou. Pokud budete chtít něco zvednout, pak přejděte do dřepu a předmět zvedněte do výše hrudi. Pak se s ním zvedněte při použití síly nohou.
- Pro pánevní dno jsou nevýhodné pohyby a cviky, které představují zátěž na břicho.

Krátce po porodu se kromě pocitů štěstí mohou objevit různé splíny, jako je třeba smutek ze vzdání se svobody, ztráty vlastní identity. Mnohé ženy si stěžují, že žijí jen v teplácích a triku, že jsou nevyspalé a jejich svět se točí pouze okolo kojení a plín. Takové pocity jsou zcela běžné, protože se v těle ženy odehrávají mohutné hormonální změny. Novopečená matka by měla dát svému tělu čas, aby po převzetí nové role, nabylo rovnováhu. Opět se zde může projevit vliv pohybu, jelikož „tělo, které je zvyklé na námahu a uvolnění, celostně pojaté pohybové aktivity, toleruje lépe změny hladiny hormonů v těle, nedostatek spánku, psychickou odpovědnost a nastavení na nový životní rytmus“ (Wessels & Oellerich, 2006, 13).

Po uplynutí šestinedělí se žena může k dříve prováděným aktivitám, které měla ráda, zcela vrátit dle individuálních pocitů. Některé ženy by tak nejraději učinily hned a v plném rozsahu, jiné by se raději stále točily kolem miminka. Jako v mnoha rozhodováních je třeba najít optimální cestu.

2.7.1 Vymezení pojmu mateřská/rodičovská dovolená

Mateřská dovolená přísluší pouze ženě a je dobou pracovního volna, kterou je zaměstnavatel povinen omluvit. Zákoník práce upravuje její maximální a minimální délku,

včetně určení okamžiku nástupu této dovolené. V souvislosti s porodem a péčí o dítě náleží matce mateřská dovolená v délce 28 týdnů, popřípadě 37 týdnů, porodí-li dvě nebo více dětí. Žena nastupuje mateřskou dovolenou zpravidla od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, nejdříve však od počátku 8. týdne před tímto dnem. Další detaily o mateřské dovolené lze nalézt na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (www.mpsv.cz).

Na mateřskou dovolenou pak navazuje dovolená rodičovská. Tato se týká obou rodičů – může ji čerpat jak matka, tak otec dítěte. Nárok na rodičovský příspěvek má rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně, celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině, a to až do vyčerpání celkové částky 220 000 Kč, nejdéle do 4 let věku dítěte. Matce dítěte se poskytuje po skončení mateřské dovolené, otcí od narození dítěte (www.mpsv.cz).

2.7.2 Životní spokojenost žen po porodu

Pokud se zaměříme na zahraniční výzkumy na téma všeobecná životní spokojenost žen po porodu, tak podle norské studie z let 1999 – 2008 po porodu roste a kulminuje ve věku zhruba 6 měsíců dítěte. Poté pocit životní spokojenosti postupně klesá a dosahuje svého minima v období kolem třetího roku věku dítěte (Dyrdal, Røysamb, Nes & Vittersø, 2010).

Pro většinu žen patří období mateřské/rodičovské dovolené k těm nejkrásnějším v životě. Hluboce je uspokojuje, naplňuje a obohacuje dosud nepoznaný ochranný postoj, který dává nový smysl jejich životu. Ženy pociťují radost z každodenního soužití s dítětem, jeho rychlých vývojových změn a projevů přichylnosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). Na druhou stranu však nemůžeme pominout ani to, že mateřství může pro některé matky znamenat snížení kvality života a způsobit pocit nepohody. Podle Lee (1998, in Bartlová, 2007) se často jedná o ženy, jež se chtějí realizovat i mimo domácnost. Některé matky po porodu zjistí, že existence dítěte jim „nic neříká“. Většinou se dovedou přemoci a o dítě se postarají, ale jejich mateřství není šťastné (Říčan, 2004).

Faktory ovlivňujícími životní spokojenost žen na mateřské dovolené se ve své diplomové práci zabývala Tíkalová (2005), která vychází z faktu, že pro životní spokojenost matek je klíčový vztah matka-dítě a subjektivně prožívaný význam mateřské role. Důležitá je schopnost radovat se z dítěte, jeho vývojových pokroků. Podstatným faktorem je také spokojenost se sebou

jako s matkou. V souvislosti s faktory ovlivňujícími spokojenost matek na rodičovské dovolené uvádí Tíkalová (2005) tyto zdroje:

- rodinné a partnerské vztahy,
- zdraví (své vlastní a zejména dítěte),
- materiální zázemí,
- sociální kontakty (mimo úzkou rodinu),
- seberealizace, čas sama pro sebe,
- stereotyp, koloběh denních povinností.

Zajímavá je situace, kdy se do rodiny narodí další dítě. Další dítě zvyšuje mateřský stres, protože skloubení nepřetržité péče o dvě děti a domácnost je podstatně náročnější. Naproti tomu narození dalšího dítěte není tak velikou změnou životního stylu jako při prvním dítěti. Navíc je žena v péči o děti zkušenější.

3 CÍLE PRÁCE

3.1 Cíl práce

Cílem této práce je zjistit zda k jakým změnám dochází v životní spokojenosti a v pohybové aktivitě žen v době těhotenství a poté po porodu.

3.2 Výzkumné otázky

- 1) Liší se životní spokojenost u žen v období těhotenství a po narození dítěte?
- 2) Liší se pohybová aktivita u žen v období těhotenství a po narození dítěte?

4 METODIKA

4.1 Charakteristika základního souboru

Výzkum byl realizován na klientkách dvou porodnicko-gynekologických ordinací v Olomouci a Prostějově, které se do ordinací dostavily za účelem poskytnutí preventivní péče ve II. trimestru těhotenství (tj. v 13. – 26. týdnu) a následně 7 měsíců po porodu v období od 1. dubna 2012 do 30. listopadu 2013. Za dobu 20 měsíců bylo osloveno k vyplnění dotazníků celkem 23 (100 %) respondentek, z toho vyplnilo 21 (91,3 %) žen. Průměrný věk respondentek při 1. měření je 30,14 let. Nejmladší respondentce je 26 let, nejstarší pak 34 let. Všechny ženy byly seznámeny, za jakým účelem budou poskytnuté informace využity.

4.2 Technika a popis sběru dat

„Technika“ je pojem týkající se způsobu sbírání materiálu nebo dat. Pro získání informací byla během mého výzkumu použita technika dotazníku. Respondenti odpovídají písemně na otázky tištěného formuláře. Výhodou techniky dotazníku je její anonymita, jednoznačná formulace otázek, rychlé a ekonomické shromáždění potřebných informací, formální shodnost podnětu v situaci je vysoká a dotazník dává delší čas na rozmyšlení odpovědi. Nevýhody dotazníku jsou v nárocích na ochotu dotazovaného, otázky lze v našem případě přeskočit (Geist, 1992). Pro zjištění dat byly použity dotazníky:

1. Dotazník životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Braehler, 1986),
2. „International Physical Activity Questionnaire“ v české verzi.

Dotazníky byly použity v původním znění, výhradně v listinné podobě, bez jakýchkoli úprav daných otázek.

Respondentky byly oslovovány přímo v prostředí porodnicko-gynekologické ordinace. Každá žena vyplnila oba dotazníky celkem dvakrát. Poprvé v druhém trimestru těhotenství při poskytování preventivní péče v těhotenské poradně a podruhé 7 měsíců po porodu při preventivním gynekologickém vyšetření. Aby byla zachována anonymita, požádaly lékařky nebo sestry klientku o spolupráci a současně ji předložily obálku velikosti A4, bez uvedeného jména s přiděleným kódem, která obsahovala průvodní text a shora uvedené dotazníky. Dále jí

umožnily požadované pročíst a vyplnit pokud možno v soukromí, bez časového nátlaku. Obálku pak klientka vrátila personálu, bez komentářů zda vyplnila či nikoli.

4.2.1 Dotazník životní spokojenosti

Standardizovaný Dotazník životní spokojenosti (DŽS) autorů Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brahler, E., vznikl v Německu. Jeho českou verzi přeložili a upravili v roce 2001 Kateřina Rodná a Tomáš Rodný.

Jmenovaný dotazník slouží k zachycení individuálního obrazu celkové životní spokojenosti člověka a diferencování této spokojenosti do deseti oblastí, které postihují různé složky životní spokojenosti: *zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé a známí, příbuzní a bydlení.*

- **Zdraví** – osoby s vysokou hodnotou v této škále jsou spokojeny se svým celkovým zdravotním stavem, se svou duševní i tělesnou kondicí, se svou fyzickou výkonností a odolností proti nemocem.
- **Práce a zaměstnání** – osoby s vysokou hodnotou v oblasti práce a zaměstnání jsou se svou pozicí v zaměstnání, se svými úspěchy a s možnostmi vzestupu spokojeni. Kladně hodnotí jistotu své profesní budoucnosti a jsou spokojeny s mírou požadavků a zátěže v zaměstnání.
- **Finanční situace** – tato škála hodnotí příjem, výši majetku, životní standard apod.
- **Volný čas** – osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny jak s délkou, tak s kvalitou svého volného času a své dovolené. Dobu, kterou mají k dispozici pro koníčky a pro blízké osoby, hodnotí pozitivně, stejně jako celkovou pestrost ve volném čase.
- **Manželství a partnerství** – osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou v podstatných aspektech svého manželství, resp. svého partnerského života spokojeny s požadavky, se společnými aktivitami, s partnerovou otevřeností, pochopením a ochotou pomáhat, s něžností a bezpečím.

- **Vztah k vlastním dětem** – osoby s vysokou škálovou hodnotou hodnotí vztahy k vlastním dětem celkově pozitivně. Jsou spokojeny se svým vlivem na děti, se společnými aktivitami a s tím, jak si jich děti cení.
- **Vlastní osoba** – osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny s mnoha aspekty své osoby: se svým vzhledem, svými schopnostmi, charakterem, svou vitalitou a sebevědomím. K tomu patří také hodnocení způsobu života, který až doposud vedly, a vycházení s ostatními lidmi.
- **Sexualita** – osoby s vysokou škálovou hodnotou pozitivně hodnotí svou fyzickou atraktivitu a jsou spokojeny se svou sexuální výkonností, svými sexuálními kontakty a sexuálními reakcemi. To zahrnuje možnost otevřeně hovořit o oblasti sexuality a obecně sexuální harmonii s partnerem.
- **Přátelé, známí, příbuzní** – osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeny se svými sociálními vztahy, tzn. s kruhem svých přátel a známých, se svými příbuznými a se svými kontakty se sousedy. Pozitivně hodnoceny jsou sociální aktivity a společenská angažovanost a obecně četnost styků s ostatními.
- **Bydlení** – osoby s vysokou hodnotou jsou spokojeny se svými bytovými podmínkami, tzn. s velikostí, stavem a polohou bytu, s dostupností dopravních prostředků, s náklady, stejně jako obecně se standardem bydlení.

Každá oblast obsahuje 7 položek (Tabulka 3) na sedmibodové stupnici od „velmi nespokojen(a)“ až po „velmi spokojen(a)“:

- (1) velmi nespokojen(a),
- (2) nespokojen(a),
- (3) spíše nespokojen(a),
- (4) ani spokojen(a) ani nespokojen(a),
- (5) spíše spokojen(a),

(6) spokojen(a),

(7) velmi spokojen(a).

Tabulka č. 3 Položky oblastí životní spokojenosti

Zdraví	Tělesný zdr. stav; Duševní kondice; Tělesná kondice; Duševní výkonnost; Obranschopnost; Myšlení na bolest; Myšlení na nemoc.
Práce a zaměstnání	Postavení na pracovišti; Jistota budoucnosti; Úspěchy v práci; Možnost postupu; Atmosféra; Povinnosti a zátěže; Pestrost práce.
Finanční situace	Příjem; Majetek; Životní standard; Hmotné zajištění; Možnost budoucího výdělku; Možnosti pro rodinu; Finanční zajištění ve stáří.
Volný čas	Délka dovolené; Množství volného času; Kvalita odpočinku o dovolené; Kvalita odpočinku po práci; Čas pro koníčky; Čas pro blízké; Pestrost volného času.
Manželství a partnerství	Požadavky; Společné aktivity; Upřímnost partnera; Pochopení partnera; Něžnost a náklonnost; Bezpečí; Ochota pomoci.
Vztah k vlastním dětem	Vzájemné vycházení; Úspěchy dětí; Radost z dětí; Námaha a výdaje; Vliv na děti; Uznání; Společné aktivity.
Vlastní osoba	Schopnosti a dovednosti; Způsob života; Vnější vzhled; Sebevědomí; Povaha; Vitalita; Vycházení s ostatními.
Sexualita	Tělesná přitažlivost; Sexuální výkonnost; Častost sexu; Dotyky; Sexuální reakce; Mluvení o sexu; Vhodnost partnera.
Přátelé, známí, příbuzní	Okruh známých; Kontakt s příbuznými; Kontakt se sousedy; Pomoc od známých; Veřejné aktivity; Společenská angažovanost; Kontakt s lidmi.
Bydlení	Velikost bytu; Stav bytu; Výdaje za byt; Poloha bytu; Dosah MHD; Hluk v bytě; Standard bytu.

DŽS se vyhodnocuje sečtením individuální odpovědi v každé z deseti škál. Odpověď „velmi spokojen(a)“ obdrží hodnotu 7. Položky a škály DŽS jsou tedy pólovány tak, že vyšší hodnoty znamenají vyšší spokojenost. Celková hodnota DŽS se počítá sečtením 7 škálových hodnot – zdraví, finance, volný čas, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí a příbuzní. Zbylé

škály se do celkové životní spokojenosti nezahrnují, jelikož u těchto často chybí data (Fahrenberg, 2001).

4.2.2 „International Physical Activity Questionnaire“

Dotazník IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) je mezinárodním standardizovaným dotazníkem zjišťování pohybové aktivity. Byl vytvořen ke sledování úrovně pohybové aktivity dospělé populace mezi 15. a 69. rokem života. Dotazník má krátkou a dlouhou verzi. Česká verze dotazníku vznikla z anglického originálu a prošla překladovou a standardizační procedurou (Nykodým, 2009). Pro potřeby diplomové práce jsem zvolila krátkou administrativní verzi (Příloha 1).

Dotazník IPAQ od probandů zjišťuje data o pohybové aktivitě trávící souvisle nejméně 10 minut nebo inaktivitě v posledních sedmi dnech jejich každodenního života. Obsahuje otázky hodnotící dobu trvání a týdenní četnost provádění intenzivní pohybové aktivity, středně zatěžující pohybové aktivity a chůze v rámci zaměstnání, dopravy, domácích prací a při volnočasových aktivitách. V poslední části dotazníku je samostatná kategorie otázek zaměřených na čas strávený sezením a doplňkové demografické údaje o respondentovi – pohlaví, věk, placené zaměstnání a hodiny v něm týdně strávené, výška, váha, bydliště, způsob bydlení, kuřáctví, vlastnictví psa, kola nebo chaty, organizované formy pohybové aktivity a nejčastěji realizovaný a preferovaný druh pohybové aktivity (Nykodým & Mitáš in Zvonař et al., 2010).

IPAQ hodnotí pohybovou aktivitu prováděnou v rámci komplexního souboru oblastí:

- A) volného času,
- B) aktivit v domácnosti a na zahradě,
- C) aktivit se vztahem k práci (zaměstnání),
- D) aktivit při přepravě (přesunech z místa na místo).

Krátká verze se dotazuje na tři specifické okruhy aktivit spadajících do tří výše zmíněných oblastí a na sezení. Specifické druhy sledovaných aktivit jsou **chůze, středně zatěžující a intenzivní aktivity**. Dlouhá verze se detailněji dotazuje na specifické druhy pohybových aktivit realizovaných v každé ze čtyř sledovaných oblastí. Jednotlivé položky v krátké verzi IPAQ jsou strukturovány tak, aby poskytovaly nezávislý výsledek/skóre charakterizující celkovou úroveň aktivity. Pro výpočet celkového skóre je třeba sečíst dobu

trvání (v minutách) a frekvenci (dny) jednotlivých aktivit – chůze, středně zatěžující a intenzivní aktivity. Specifické odhady pro jednotlivé oblasti nemohou být určeny.

Dle metodiky IPAQ je možné určit **kategorické skóre** a jedince zařadit do následujících skupin:

Kategorie 1 – Nízká

Jedná se o nejnižší úroveň PA. Jedinci, kteří nenaplnují kritéria pro kategorie 2 a 3 jsou považováni za málo aktivní.

Kategorie 2 – Střední

Aby bylo možné klasifikovat/označit jedince jako středně aktivního, musí splnit jedno z následujících tří kritérií pro minimum aktivity:

- a) alespoň 20 minut intenzivní aktivity denně ve 3 či více dnech v týdnu NEBO
- b) alespoň 30 minut středně zatěžující aktivity nebo chůze denně 5 či více dnech v týdnu NEBO
- c) 5 či více dní jakékoli kombinace chůze, středně zatěžující nebo intenzivní aktivity, dosahující minimálně 600 MET-minut/týden.

Jedinci splňující alespoň jedno z výše vedených kritérií, budou zařazeni do skupiny dosahující minimum doporučené pro to, aby mohli být označeni jako středně aktivní.

Kategorie 3 – Vysoká

Kritéria pro zařazení do této kategorie:

- a) alespoň 3 dny intenzivní aktivity a dosažení minimální hodnoty 1500 MET-minut za týden NEBO
- b) 7 či více dní jakékoli kombinace chůze, středně zatěžující či intenzivní aktivity a dosažení minimální hodnoty 3000 MET-minut za týden.

V souladu s celosvětově platnými doporučeními je zdravotně prospěšná PA následující: minimálně 30 minut PA střední intenzity 5krát týdně nebo 20 minut PA vysoké intenzity 3krát týdně (Haskell et al., 2007).

4.3 Analýza a statistické zpracování dat

4.3.1 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

Vlastnímu statistickému zpracování předcházela analýza dat.

Výsledné údaje ze všech dotazníků byly převedeny do tabulky v programu Excel pro následné snazší využití (Příloha 2). Výsledky byly řazeny do dvou měření (v těhotenství a po porodu), pro jednotlivé škály životní spokojenosti. Pro získaná data byla spočítána statistická a věcná významnost.

Pro výzkumný soubor ($n = 21$) jsem použila Wilcoxonův párový test pro dvojice proměnných v programu Statistika 12 ke stanovení statistické významnosti a dále „Cohenovo d “ jako koeficient efekt size. Dále jsem průměrné výsledky jednotlivých zkoumaných oblastí porovnávala s normou DŽS.

„Cohenovo d “ lze použít právě pro hodnocení efektu mezi dvěma nezávislými skupinami (proměnnými), a je dáno rovnicí:

$$d = \frac{M_1 - M_2}{SD}$$

kde

$$SD = \sqrt{\frac{[(n_1 - 1) \cdot SD_1^2 + (n_2 - 1) \cdot SD_2^2]}{[n_1 + n_2 - 2]}}$$

Pro posouzení významnosti rozdílů lze využít jako jeden z nástrojů statistickou významnost na zvolené hladině významnosti (p), ale testy statistické významnosti umožňují rozhodnout pouze o tom, zda sledovaný (měřený) efekt je či není nulový.

Testy statistické významnosti jsou závislé na rozsahu souboru, přičemž při malém rozsahu souboru se může velký a důležitý efekt jevit jako statisticky nevýznamný, naopak nepodstatný efekt se při velkém rozsahu souboru může jevit statisticky významný na jisté hladině významnosti (p), ve které se odráží rozsah souboru i významnost efektu.

Pro řadu aplikovaných výzkumů je tedy nutné použít další koeficient/y pro objasnění významnosti sledovaného efektu, např. některý z koeficientů „efekt size“, d , r^2 , η^2 (Sigmundová, 2012).

4.3.2 „International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)“

Stejně jako u DŽS jsem všechna data dotazníků převáděla do tabulky programu Excel. Poté jsem všechny druhy pohybové aktivity převedla na sjednocující jednotku MET-min/týden. Tato jednotka kombinuje informace o době trvání dané pohybové aktivity a její intenzitě. Díky jednotce MET-min/týden můžeme porovnávat i velmi odlišné typy pohybové aktivity. „Jeden MET je definován jako výdej energie při nečinném sedu, kdy dospělá osoba spotřebuje 3,5 ml kyslíku na jeden kilogram tělesné hmotnosti za jednu minutu ($3,5 \text{ ml O}_2 \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$), což je přibližně jedna kilokalorie na jeden kilogram tělesné hmotnosti za jednu hodinu ($\text{kcal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$)“ (Frömel, Novosad & Svozil, 1999, 26).

Výpočet MET-min/týden se provádí použitím vzorce: MET = doba trvání pohybové aktivity v minutách * MET score dané aktivity – uvedeného v doporučené metodice „IPAQ Research Commite“ (Nykodým, 2009). Zde je pro získání **kontinuálního skóre** doporučeno následné využití těchto hodnot:

MET-minuty chůze/týden = $3,3 * \text{čas chůze (minuty)} * \text{frekvence chůze (dny)}$,

MET-minuty středně zatěžující aktivity/týden = $4,0 * \text{čas středně zatěžující aktivity (minuty)} * \text{frekvence středně zatěžující aktivity (dny)}$,

MET-minuty intenzivní aktivity/týden = $8,0 * \text{čas intenzivní aktivity (minuty)} * \text{frekvence intenzivní aktivity (dny)}$.

Hodnotu *MET-minut za týden pro celkovou úroveň pohybové aktivity* lze vypočítat jako součet hodnot MET-minut/týden pro chůzi (W), středně zatěžující (M) a intenzivní (V) aktivity.

Otázka týkající se sezení vystupuje jako proměnná, která není součástí žádného souhrnného skóre pohybové aktivity, a s touto ve svém výzkumu dále nepracuji.

Pro výzkumný soubor ($n = 21$) jsem použila Wilcoxonův párový test pro dvojice proměnných v programu Statistika 12 Cz ke stanovení statistické významnosti. Hladina statistické významnosti byla stanovena $p < 0,05$. Ve stejném programu jsem provedla výpočet základních statistických veličin jako je aritmetický průměr, směrodatná odchylka a medián pro chůzi, středně zatěžující aktivity, intenzivní aktivity a celkovou PA. Na základě doporučení výzkumného výboru IPAQ jsem ve své práci vykázala MET-minuty jako srovnání hodnot mediánů.

Vyřazení respondentů a veškeré úpravy získaných údajů z dotazníku, byla provedena v souladu s mezinárodně stanovenou vyhodnocovací metodikou Guidelines for Data Processing an Analysis of the International Physical Activity Questionnaire – Short and Long Forms (www.ipaq.ki.se).

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky k výzkumné otázce č. 1

Liší se životní spokojenost u žen v období těhotenství a po narození dítěte?

Pro zjištění dat k výzkumné otázce č. 1 byl použit DŽS. Dotazník obsahuje 10 škál postihujících různé složky životní spokojenosti. Celková životní spokojenost je získána ze sedmi škál (Zdraví, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vlastní osoba, Sexualita a Přátelé, známí, příbuzní). Podle Fahrenberga (2001) se zbylé škály do celkové životní spokojenosti nezahrnují, jelikož u těchto často chybí data, což se potvrdilo také v mém výzkumu. Respondent může získat minimálně 7, maximálně 49 bodů a platí, že čím více bodů, tím více spokojený respondent v této oblasti je. Výsledky jsem porovnávala s normami DŽS, získanými na 2870 osobách, členěnými podle pohlaví a sedmi věkových skupin.

❖ Výsledky z Dotazníku životní spokojenosti

Základní statistické charakteristiky ze sebraných dat jsem zpracovala v programu Statistica 12 do přehledné tabulky (Tabulka 4). Hodnoty v době těhotenství (1) a následně po porodu (2) jsem pro větší přehlednost odlišila barevně. Kromě škály Vztah k vlastním dětem došlo od prvního měření ke druhému k poklesu spokojenosti ve všech oblastech.

Tabulka č. 4 Souhrnné výsledky Dotazníku životní spokojenosti

Sledované hodnoty	n	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Zdraví 1	21	38,67	13,00	49,00	8,58
Zdraví 2	21	36,33	10,00	49,00	9,25
Práce a zaměstnání 1	21	34,90	19,00	47,00	7,61
Práce a zaměstnání 2	21	12,76	0,00	49,00	16,93
Finanční situace 1	21	30,19	13,00	42,00	7,99
Finanční situace 2	21	26,00	11,00	41,00	9,17
Volný čas 1	21	36,81	7,00	49,00	10,48
Volný čas 2	21	31,67	13,00	43,00	9,04
Manželství a partnerství 1	21	41,43	46,00	49,00	7,20
Manželství a partnerství 2	21	38,33	19,00	49,00	9,27
Vztah k vlastním dětem 1	21	19,33	19,00	49,00	22,43
Vztah k vlastním dětem 2	21	44,90	30,00	49,00	5,41
Vlastní osoba 1	21	38,00	24,00	49,00	5,91
Vlastní osoba 2	21	35,90	22,00	43,00	6,44
Sexualita 1	21	37,86	26,00	48,00	6,71
Sexualita 2	21	30,71	13,00	44,00	8,13

Přátelé, známí, příbuzní 1	21	41,52	33,00	49,00	5,54
Přátelé, známí, příbuzní 2	21	38,38	20,00	49,00	6,75
Bydlení 1	21	38,52	29,00	48,00	5,55
Bydlení 2	21	37,29	29,00	47,00	5,09
Celková spokojenost 1	21	261,24	183,00	322,00	35,22
Celková spokojenost 2	21	236,28	151,00	294,00	36,19

❖ Posouzení statistické významnosti

Jak již bylo uvedeno, zjišťování existence statisticky významného rozdílu mezi hodnotami sledovaných charakteristik v době těhotenství (1) a po porodu (2), jsem provedla pomocí Wilcoxonova t-testu a to na hladině statistické významnosti $p < 0,05$. Prokázaná statistická významnost je označena červeně (Tabulka 5).

Tabulka č. 5 Výsledek posouzení statistické významnosti

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test (data)			
	n	T	Z	p
Zdraví 1 & Zdraví 2	21	91,00	0,85	0,39
Práce a zaměstnání 1 & Práce a zaměstnání 2	21	27,00	3,08	0,00
Finanční situace 1 & Finanční situace 2	21	52,00	2,21	0,03
Volný čas 1 & Volný čas 2	20	60,50	1,66	0,10
Manželství a partnerství 1 & Manželství a partnerství 2	17	55,00	1,02	0,31
Vztah k vlastním dětem 1 & Vztah k vlastním dětem 2	18	6,50	3,44	0,00
Vlastní osoba 1 & Vlastní osoba 2	20	80,50	0,91	0,36
Sexualita 1 & Sexualita 2	20	40,50	2,41	0,02
Přátelé, známí, příbuzní 1 & Přátelé, známí, příbuzní 2	17	42,50	1,61	0,11
Bydlení 1 & Bydlení 2	18	41,50	1,92	0,06
Celková spokojenost & Celková spokojenost	21	62,00	1,86	0,06

Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$

Dále jsem pro hodnocení velikosti účinku (efektu) mezi dvěma nezávislými skupinami (proměnnými) použila „Cohenovo d “ (Tabulka 6). Nejčastější hodnocení efekt size d je 0,2 – malý efekt; 0,5 střední a 0,8 – velký efekt. Pro větší přehlednost jsem střední a velký efekt rozlišila barevně (střední – modrá, velký – červená).

Tabulka č. 6 Výsledek posouzení věcné významnosti

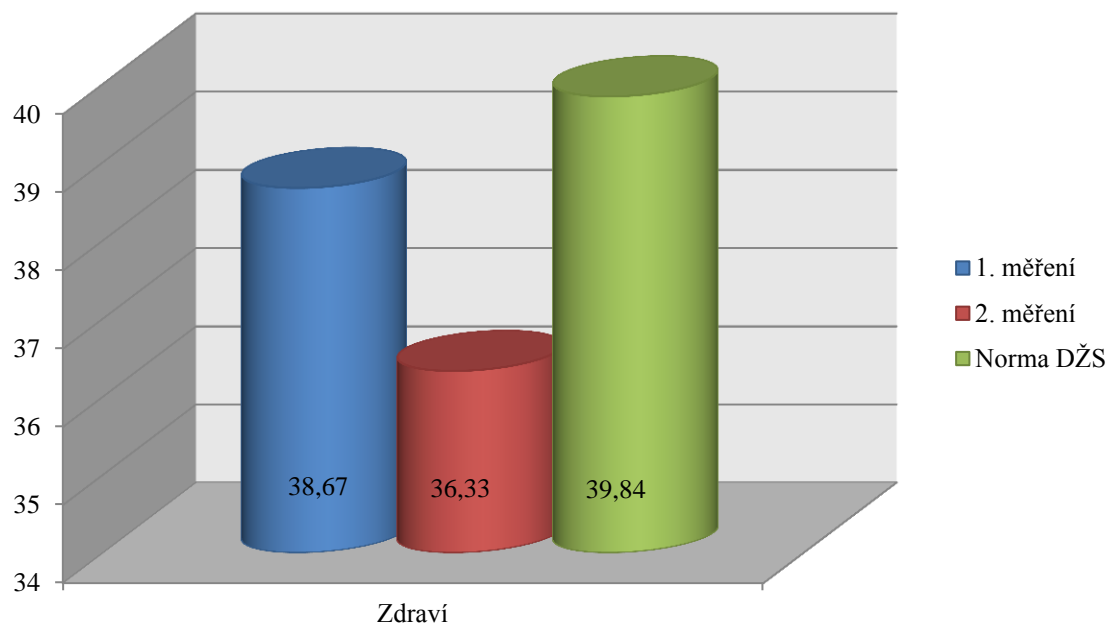
Dvojice proměnných	Cohenovo d
Zdraví 1 & Zdraví 2	0,26
Práce a zaměstnání 1 & Práce a zaměstnání 2	2,04
Finanční situace 1 & Finanční situace 2	0,49
Volný čas 1 & Volný čas 2	0,47
Manželství a partnerství 1 & Manželství a partnerství 2	0,37
Vztah k vlastním dětem 1 & Vztah k vlastním dětem 2	-1,57
Vlastní osoba 1 & Vlastní osoba 2	0,34
Sexualita 1 & Sexualita 2	0,96
Přátelé, známí, příbuzní 1 & Přátelé, známí, příbuzní 2	0,51
Bydlení 1 & Bydlení 2	0,23
Celková spokojenost	0,58

Jak je patrné, „Cohenovo d“ jako koeficient „efekt size“, prokázal věcnou významnost malého efektu ve škálách Zdraví, Finanční situace, Volný čas, manželství a partnerství, Vlastní osoba, Bydlení. Dále věcnou významnost středního efektu ve škálách Přátelé, známí, příbuzní a velký efekt ve škálách Práce a zaměstnání a Sexualita.

❖ Interpretace vybraných škál

Škála Zdraví

Prvním subtestem DŽS je oblast Zdraví. Průměrná spokojenost se zdravím u žen v těhotenství je 38,67 bodů a po porodu 36,33 bodů. Nejméně spokojená respondentka při 1. měření dosáhla 13 bodů, nejvíce spokojená plných 49 bodů; při 2. měření nejméně 10 bodů a nejvíce 47 bodů. Výsledky měření našeho souboru jsem porovnala s normou DŽS (39,84 bodů), jak ukazuje obrázek č. 3. „Efekt size“ je zde malý (0,26) a z hlediska statistiky není mezi měřeními významný rozdíl ($p = 0,39$).

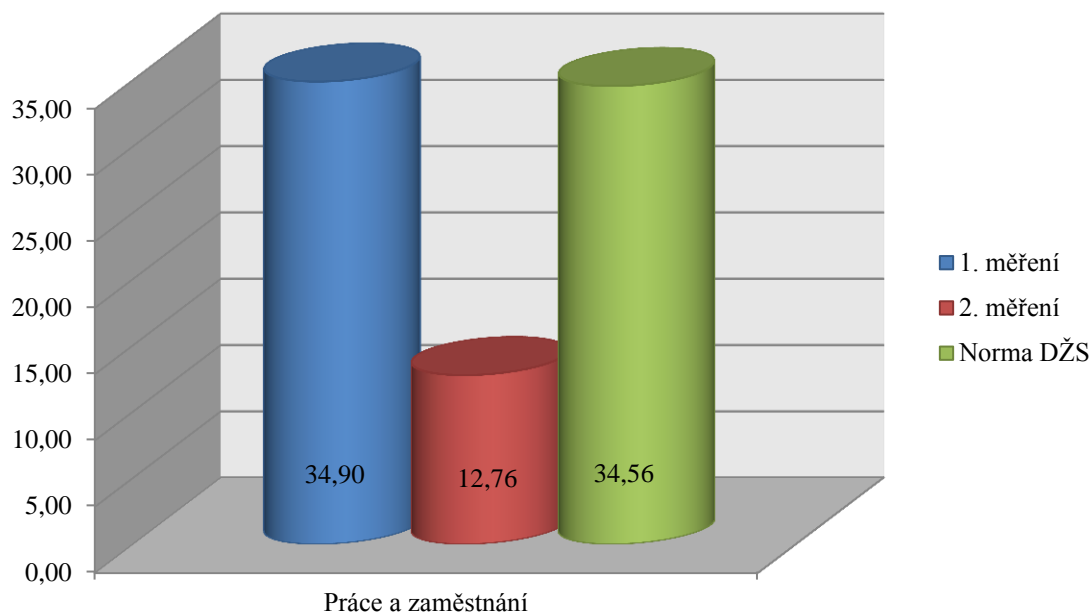


Obrázek č. 3 Porovnání průměrných hodnot ve škále Zdraví

V tomto subtestu lze dosáhnout nejméně 7, nejvíce pak 49 bodů. Čím více bodů proband dosáhne, tím více je spokojen.

Škála **Práce a zaměstnání**

Průměrná spokojenost ve škále Práce a zaměstnání u žen v těhotenství je 34,90 bodů a po porodu 12,76 bodů. Nejméně spokojená respondentka při 1. měření dosáhla 19 bodů, nejvíce spokojená 47 bodů; při 2. měření nejméně 0 bodů a nejvíce plných 49 bodů. Výsledky měření našeho souboru jsem porovnála s normou DŽS (39,84 bodů), jak ukazuje obrázek č. 4. „Efekt size“ je zde malý (2,04), avšak z hlediska statistiky je mezi měřeními významný rozdíl ($p = 0,00$).

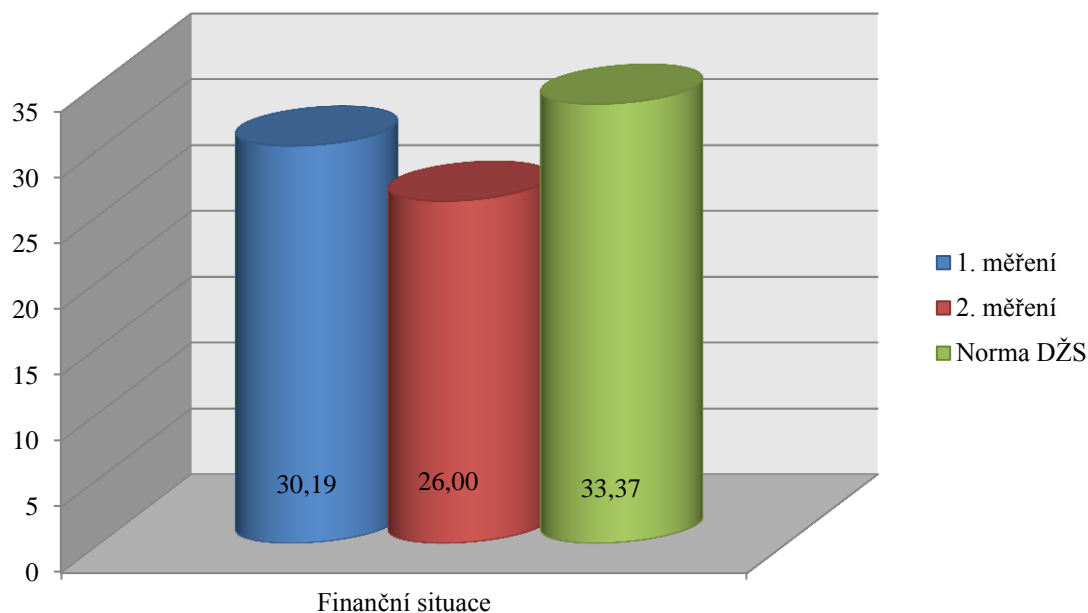


Obrázek č. 4 Porovnání průměrných hodnot ve škále Práce a zaměstnání

V tomto subtestu lze dosáhnout nejméně 7, nejvíce pak 49 bodů. Čím více bodů proband dosáhne, tím více je spokojen.

Škála **Finanční situace**

Průměrná spokojenost ve škále Finanční situace u žen v těhotenství je 30,19 bodů a po porodu 26,0 bodů. Nejméně spokojená respondentka při 1. měření dosáhla 13 bodů, nejvíce spokojená 42 bodů; při 2. měření nejméně 11 bodů a nejvíce 41 bodů. Výsledky měření našeho souboru jsem porovнала s normou DŽS (33,37), jak ukazuje obrázek č. 5. „Efekt size“ je zde malý (0,49), avšak z hlediska statistiky je mezi měřeními významný rozdíl ($p = 0,03$).

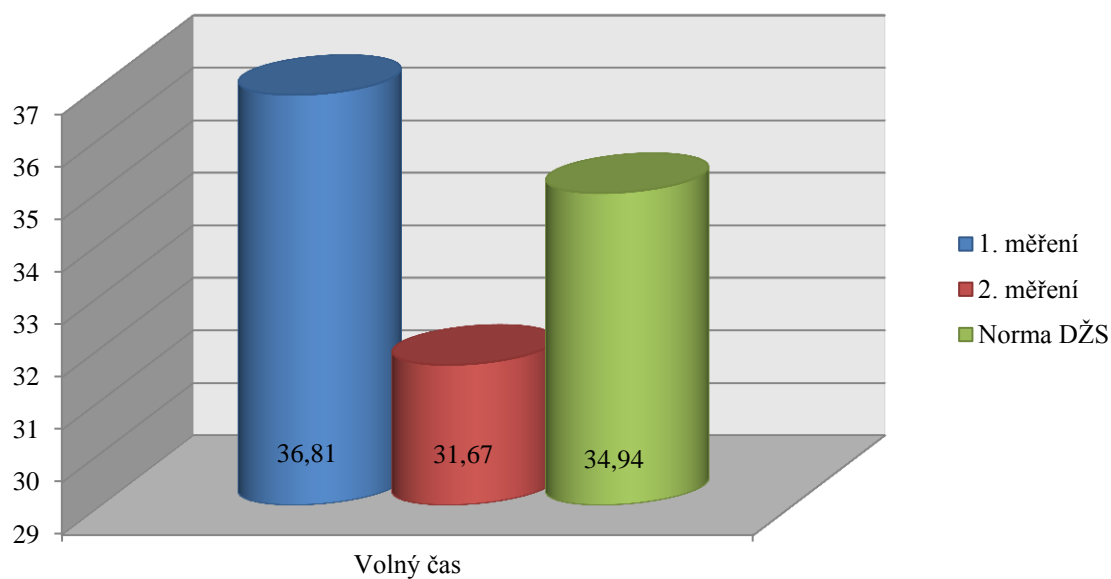


Obrázek č. 5 Porovnání průměrných hodnot ve škále Finanční situace

V tomto subtestu lze dosáhnout nejméně 7, nejvíce pak 49 bodů. Čím více bodů proband dosáhne, tím více je spokojen.

Škála **Volný čas**

Průměrná spokojenost ve škále Volný čas u žen v těhotenství je 36,81 bodů a po porodu 31,67 bodů. Nejméně spokojená respondentka při 1. měření dosáhla 7 bodů, nejvíce spokojená plných 49 bodů; při 2. měření nejméně 13 bodů a nejvíce 43 bodů. Výsledky měření našeho souboru jsem porovnála s normou DŽS (34,94), jak ukazuje obrázek č. 6. „Efekt size“ je zde malý (0,47) a z hlediska statistiky není mezi měřeními významný rozdíl ($p = 0,10$).

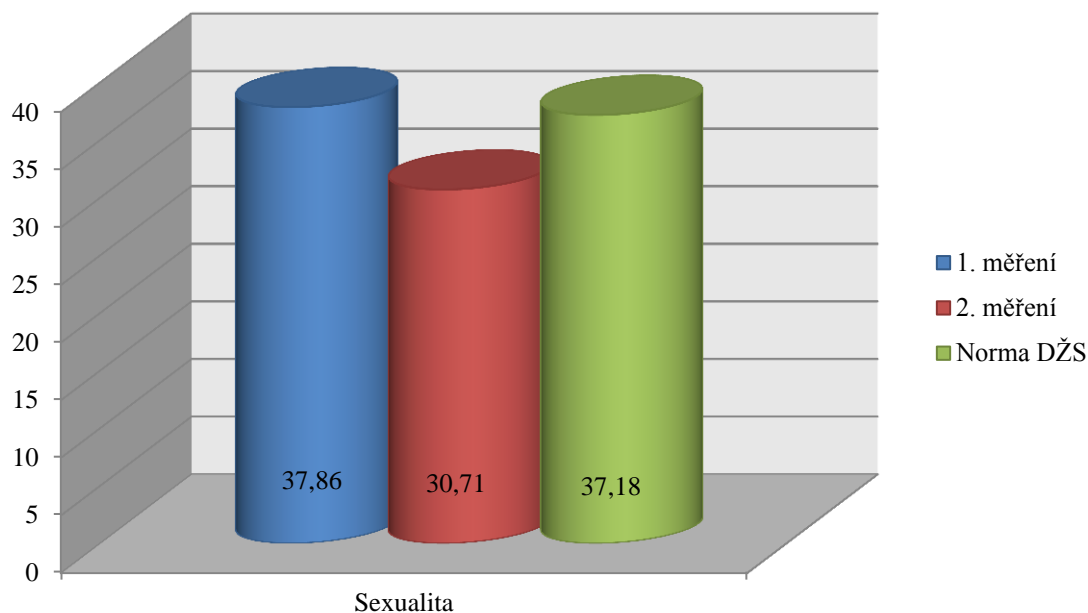


Obrázek č. 6 Porovnání průměrných hodnot ve škále Volný čas

V tomto subtestu lze dosáhnout nejméně 7, nejvíce pak 49 bodů. Čím více bodů proband dosáhne, tím více je spokojen.

Škála **Sexualita**

Průměrná spokojenost ve škále Sexualita u žen v těhotenství je 37,86 bodů a po porodu 30,71 bodů. Nejméně spokojená respondentka při 1. měření dosáhla 26 bodů, nejvíce spokojená 48 bodů; při 2. měření nejméně 13 bodů a nejvíce 44 bodů. Výsledky měření našeho souboru jsem porovnávala s normou DŽS (37,18), jak ukazuje obrázek č. 7. „Efekt size“ je zde velký (0,96) a z hlediska statistiky je mezi měřeními významný rozdíl ($p = 0,02$).

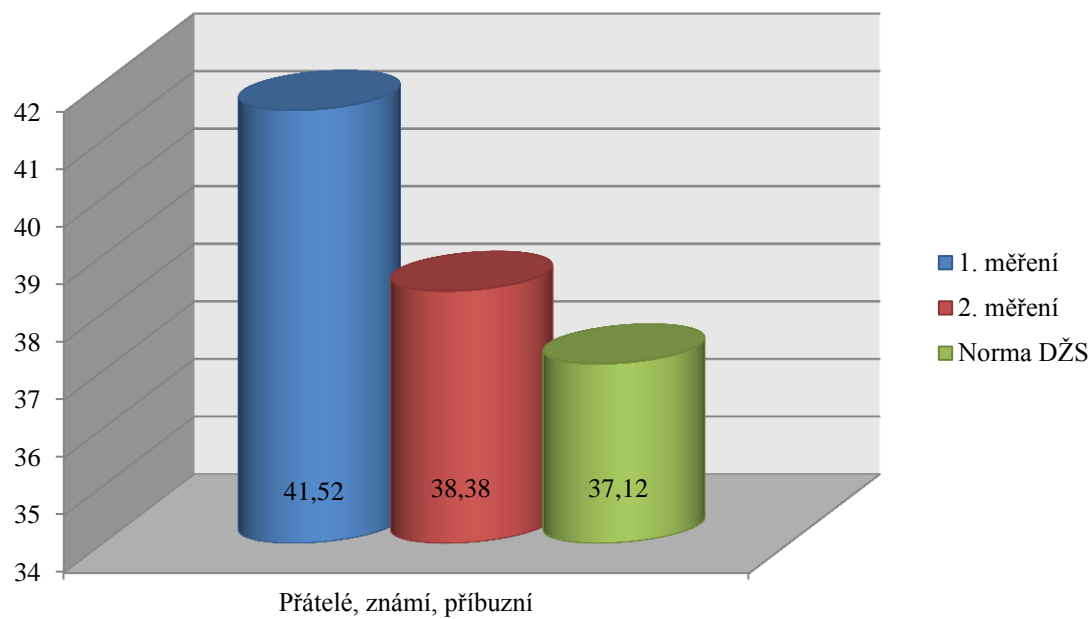


Obrázek č. 7 Porovnání hodnot ve škále Sexualita

V tomto subtestu lze dosáhnout nejméně 7, nejvíce pak 49 bodů. Čím více bodů proband dosáhne, tím více je spokojen.

Škála **Přátelé, známí, příbuzní**

Průměrná spokojenost ve škále Přátelé, známí, příbuzní u žen v těhotenství je 41,52 bodů a po porodu 38,38 bodů. Nejméně spokojená respondentka při 1. měření dosáhla 33 bodů, nejvíce spokojená plných 49 bodů; při 2. měření nejméně 20 bodů a nejvíce plných 49 bodů. Výsledky měření našeho souboru jsem porovnávala s normou DŽS (37,12), jak ukazuje obrázek č. 8. „Efekt size“ je zde střední (0,51) a z hlediska statistiky není mezi měřeními významný rozdíl ($p = 0,11$).



Obrázek č 8. Porovnání hodnot ve škále Přátelé, známí, příbuzní

V tomto subtestu lze dosáhnout nejméně 7, nejvíce pak 49 bodů. Čím více bodů proband dosáhne, tím více je spokojen.

5.2 Výsledky k výzkumné otázce č. 2

Liší se pohybová aktivita u žen v období těhotenství a po narození dítěte?

Pro zjištění dat k výzkumné otázce č. 2 byl použit dotazník IPAQ v české verzi. Při šetření jsem se zaměřila především na proporcionální údaje (věk, výška, váha, BMI) a na údaje týkající se pohybových aktivit. Proporcionální údaje jsem porovnávala s výsledky šetření na obyvatelstvu České republiky z roku 2002 – HIS CR 2002 (Daňková, 2002). V těch je u žen ve věku 25 – 34 let průměrná výška 166,6 cm, průměrná váha 63,5 kg a Body Mass index (BMI) 22,9 kg/m². U žen ve věku 35 – 44 let je to pak průměrná výška 166,6 cm, průměrná váha 67,1 kg a BMI 24,3 kg/m². Všechny proporcionální údaje dotazovaných žen našeho šetření jsou v průměru vyšší. Nykodým (2009) dle indexu tělesné hmotnosti (výpočet BMI je podle vzorce: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou) rozděluje českou populaci do čtyř skupin: se sníženou hmotností (muži <20, ženy <19), normální hmotností (muži 20 – 24,9, ženy 19 – 23,9), nadměrnou hmotností (muži 25 – 29,9), ženy 24 – 28,9) a obézní - sloučení středně těžké a morbidní obezity (muži >30, ženy >29).

❖ 5.2.1 Výsledky z dotazníku IPAQ

Základní statistické charakteristiky ze sebraných dat (Tabulka 7) jsem zpracovala v programu Statistica 12. Hodnoty v době těhotenství (1) a následně po porodu (2) jsem pro větší přehlednost odlišila barevně.

Tabulka č. 7 Souhrnné výsledky dotazníku IPAQ

Sledované hodnoty	n	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Výška 1 (m)	21	1,72	1,72	1,61	1,83	0,06
Výška 2 (m)	21	1,72	1,72	1,61	1,83	0,06
Váha 1 (kg)	21	70,00	68,00	52,00	91,00	10,75
Váha 2 (kg)	21	73,14	70,00	55,00	95,00	12,95
BMI 1	21	23,63	23,53	19,71	29,38	2,82
BMI 2	21	24,70	24,05	18,81	31,80	3,65
Věk 1	21	30,09	31,00	26,00	34,00	2,88
Věk 2	21	30,66	31,00	26,00	35,00	3,00
Intenzivní aktivita 1 (MET)	21	34,29	0,00	0,00	720,00	153,33
Intenzivní aktivita 2 (MET)	21	240,00	0,00	0,00	3120,00	682,85
Střední aktivita 1 (MET)	21	159,05	0,00	0,00	720,00	201,18
Střední aktivita 2 (MET)	21	509,52	180,00	0,00	4800,00	1098,93
Chůze 1	21	3095,71	1386,00	297,00	8316,00	2783,01

Chůze 2	21	3875,14	4158,00	792,00	6930,00	1556,14
Celková PA 1 (MET)	21	3289,05	2359,00	330,00	8796,00	2846,13
Celková PA 2 (MET)	21	4394,24	4398,00	657,00	8412,00	2039,23

❖ Porovnání hodnot v těhotenství a po porodu

Test, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnotami sledovaných charakteristik v době těhotenství (1) a po porodu (2), jsem provedla pomocí Wilcoxonova t-testu a to na 5 % hladině statistické významnosti ($p < 0,05$). Prokázaná statistická významnost je označena červeně (Tabulka 8).

V případě proporcionálních hodnot se jednalo o zvýšení kromě výšky, u které nebyla zaznamenána žádná změna oproti dřívějšímu stavu, a proto jsem tuto neporovnávala. Taktéž věk jsem nepovažovala za důležité porovnávat, jelikož tento je po porodu vždy vyšší a vzhledem ke specifikám daného vzorku jsem nenašla dostatečný počet těhotných žen stejného stáří.

U pohybových aktivit se taktéž jednalo o zvýšení porovnávaných hodnot.

Tabulka č. 8 Výsledek posouzení statistické významnosti

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test (data)			
	n	T	Z	p
Váha 1 (kg) & Váha 2 (kg)	21	37,0	2,73	0,01
BMI 1 & BMI 2	21	36,0	2,76	0,01
Intenzivní aktivita (MET) 1 & Intenzivní aktivita 2 (MET)	4	0,0	1,83	0,07
Střední aktivita 1 & Střední aktivita 2 (MET)	16	45,0	1,19	0,23
Chůze 1 (MET) & Chůze 2 (MET)	19	62,0	1,33	0,18
Celková PA 1 (MET) & Celková PA 2 (MET)	20	54,0	1,90	0,06

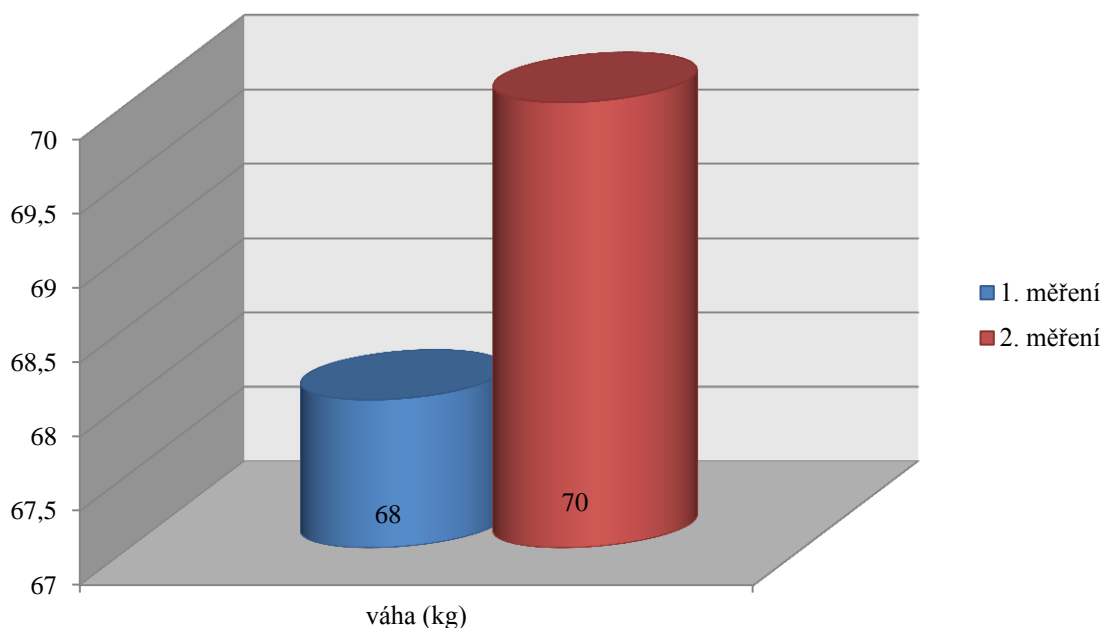
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$

❖ Interpretace vybraných porovnávaných charakteristik

Váha

Změna váhy (Obrázek 9) je statisticky významná. Z šetření Daňkové (2002) provedeného roku 2002 plyne, že průměrná váha ve věku 25 – 34 let ženské populace v České republice je

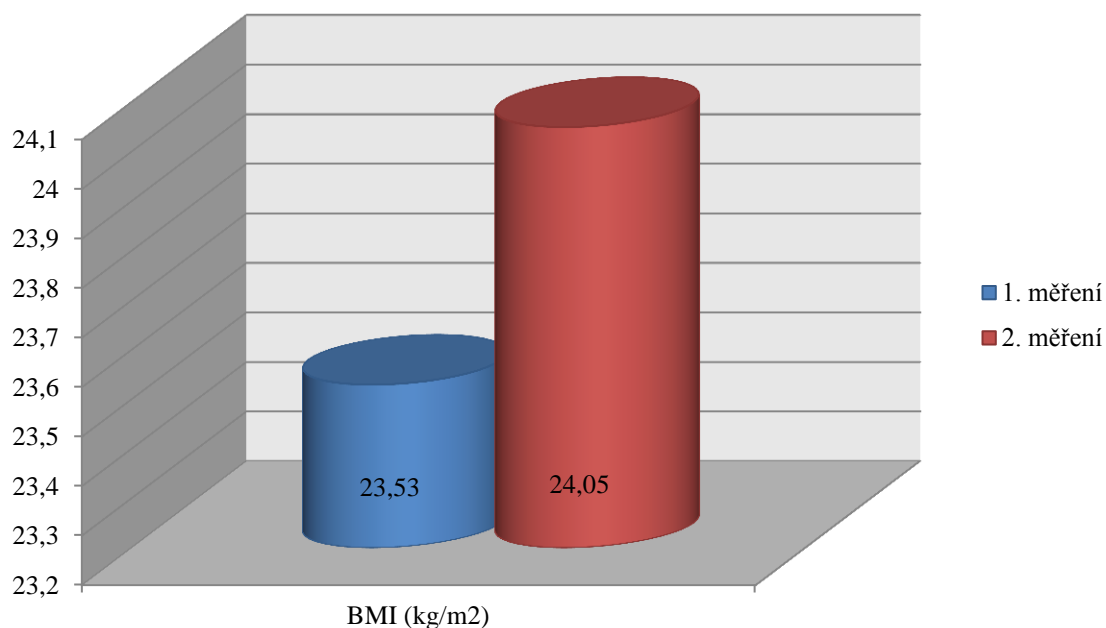
63,5 kg a u žen ve věku 35 – 44 let je to 67,1 kg. V našem případě je přirozené, že průměrná váha v době těhotenství je vyšší (70,00 kg), ovšem znatelný je zejména vyšší váhový průměr po narození dítěte (73,14 kg). Připomínám, že podle Pařízka (2006) od 10 týdne těhotenství přibere žena 0,5 kg/ týden a celkový přírůstek během těhotenství by měl být 11,5 – 16 kg. Vlivem těhotenství však nemusí vždy dojít k nárůstu hmotnosti po porodu.



Obrázek č. 9. Srovnání mediánů váhy mezi 1. a 2. měřením

Index tělesné hmotnosti (BMI)

Pro odhad, zda trpíme nadváhou nebo dokonce obezitou stačí znát svou tělesnou hmotnost, výšku a poté vypočítat index tělesné hmotnosti (BMI). Dle Nykodýma (2009) pak dělíme obyvatele do čtyř skupin – se sníženou, normální, nadměrnou hmotností a obezít. V našem případě (Obrázek 10) je mezi testovanými hodnotami statisticky významný rozdíl. Přestože v době prvního měření byly ženy ve II. trimestru těhotenství, pohybovalo se průměrné BMI v rozmezí normální váhy ($23,63 \text{ kg/m}^2$), avšak po porodu přešlo do hmotností nadměrných ($24,70 \text{ kg/m}^2$).



Obrázek č. 10. Srovnání mediánů BMI mezi 1. a 2. měřením

Intenzivní aktivity

Intenzivní pohybová aktivita je téměř nulová u obou měření (Obrázek 11). V II. trimestru těhotenství většina žen intenzivní aktivity neprovádí, ať již z důvodu fyziologických změn (nárůst břicha, ztížené břišní dýchání apod.) či obecných zdravotních doporučení věnovat se spíše mírné intenzitě cvičení. Překvapivé však je, že ani 7 měsíců po porodu nedošlo k výraznějšímu nárůstu intenzivní aktivity. Podle Dvořáka (2011) dochází po porodu ke změnám charakteru pohybových aktivit. Zatímco se ženy v době před otěhotněním v rámci volného času věnují aktivitám spadajícím do těch s větší intenzitou (cyklistika nebo spinning, aerobic apod.), po porodu v těchto již nepokračují a pokud ano, tak jen v minimu případů.

Středně zatěžující aktivity

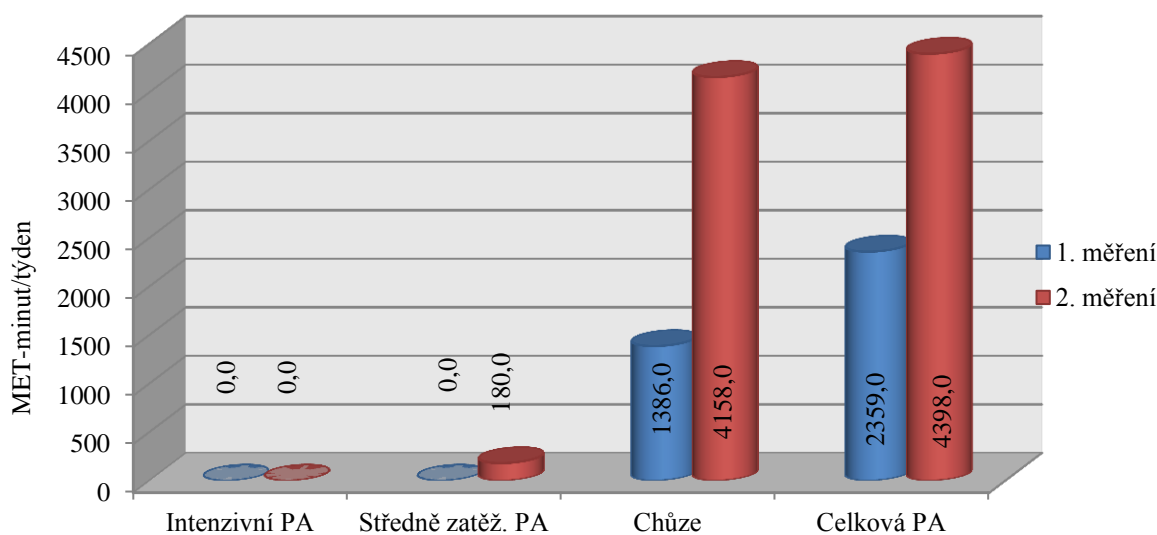
U středně zatěžujících aktivit došlo po porodu k nepatrnému nárůstu, avšak nejedná se o změnu statisticky významnou (Obrázek 11). Aktivity této úrovně provozované v graviditě, nahradily po porodu podobné, spojené s péčí o dítě. Jedná se především o koupání, uspávání, chování miminka, procházky s kočárkem nebo návštěvy populárních cvičení pro kojence, jako je cvičení pro podpoření motoriky, cvičení na balonu a další.

Chůze

Chůze, jako důležité složky hodnocení pohybové aktivity, jednoznačně přibýlo, přestože opět nejde o změnu statisticky významnou (Obrázek 11). „S ohledem na skutečnost, že naše společnost je stále charakterizována ještě jako vysoce chodecká, promítá se její množství i ve skupinách podle kritérií hodnocení IPAQ“ (Nykodým & Mitáš in Zvonař et al., 2010, 25). Nejen v době gravidity je tato aktivita řazena mezi nejpřirozenější a nejvíce doporučovaný druh pohybu. V době těhotenství všechny ženy pracovaly, avšak z jednotlivých dotazníků je zřejmé, že většinu pracovní doby proseděly. Chůzi se tudíž věnovaly při přesunu do/ze zaměstnání a pak až ve svém volném čase. Po porodu může množství chůze (stejně jako u středně zatěžující aktivity) ovlivnit fakt, že majoritní část dne je strávena neustálým obstaráváním dětí. Žena si odpočine sezením v čase oběda a pak večer po usnutí dítěte. Nárůstu množství chůze přispívá i skutečnost, že maminky tráví mnoho času procházkami s kočárkem.

Celková pohybová aktivita

U celkové pohybové aktivity jsem nezjistila statistickou významnost (Obrázek 11). Po porodu se téměř nezatelně zvýšil objem intenzivních aktivit. Podobně tomu bylo u aktivit středně zatěžujících. Nejvyšší nárůst, byť ne statisticky významný, byl zaznamenán u chůze.



Obrázek č. 11 Srovnání mediánů pohybových aktivit mezi 1. a 2. měřením

6. DISKUZE

První otázkou bylo, zda se liší životní spokojenost u žen v období těhotenství a po narození dítěte. Zjišťovala jsem životní spokojenost celkovou i v deseti dílčích oblastech, které zkoumá DŽS a výsledky jsem srovnávala s normou DŽS pro ženy ve věku 26 – 35 let, který odpovídá věku mého výzkumného vzorku.

Dospěla jsem k závěru, že v průměru celková životní spokojenost v těhotenství (261,24 bodů) a po porodu (236,29 bodů) doznala určitých změn. V celkovém ohledu se tato po porodu snížila, avšak jen minimálně. Z hlediska statistiky se jedná o změnu nevýznamnou ($p = 0,06$) a při porovnání s normou DŽS (258,15 bodů) se jedná o minimální rozdíl. Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v celkové životní spokojenosti střední významnost.

Jednotlivé škály nyní seřadím podle průměrného bodového hodnocení míry spokojenosti a to samostatně pro každé období, tj. těhotenství a po porodu.

V těhotenství jsou ženy nejvíce spokojené v oblasti Přátelé, známi a příbuzní (41,52 bodů) a v těsném závěsu je to potom oblast Manželství a partnerství (41,43 bodů). Nutno podotknout, že se jedná o téměř zanedbatelný rozdíl. Další oblastí, ve které jsou ženy v době těhotenství velmi spokojené je oblast Zdraví (38,67 bodů), Bydlení (38,52 bodů), Vlastní osoba (38,0 bodů), Sexualita (37,86 bodů). Ve vztahu k volnému času dosáhly v průměru 36,81 bodů. Nejméně jsou pak spokojené v oblastech Práce a zaměstnání (34,90 bodů), Finanční situace (30,19 bodů) a Vztah k vlastním dětem (19,33 bodů).

Po porodu jsou ženy nejvíce spokojené v oblasti Vztah k vlastním dětem (44,90 bodů). Dalšími oblastmi, ve kterých jsou v době po porodu velmi spokojené je oblast Přátelé, známi a příbuzní (38,38 bodů), Manželství a partnerství (38,33 bodů), Bydlení (37,29 bodů) a Zdraví (36,33 bodů). Ve vztahu k vlastní osobě pak dosáhly 36,33 bodů. Nejméně spokojené jsou v oblasti Volný čas (31,67 bodů), Sexualita (30,71 bodů), Finanční situace (26,0 bodů) a na posledním místě v oblasti Práce a zaměstnání (12,76 bodů).

Z výše uvedených hodnot je zřejmé, že oproti těhotenství došlo po porodu k poklesu spokojenosti ve všech měřených škálách, kromě vztahu k vlastním dětem. Nyní se pokusím vysvětlit proč tomu tak je.

Největší rozdíl v průměrné spokojenosti je v oblasti Vztah k vlastním dětem. Byť jsou v této škále ženy v době těhotenství nejméně spokojené (19,33 bodů), po porodu je na prvním místě spokojenosti (44,90 bodů) a průměrem přesahuje normu DŽS (40,86 bodů). Také statisticky se jedná o změnu významnou ($p = 0,00$). Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v této škále velkou významnost. U výsledku prvního měření však chybí data a tudíž není objektivní – 12 žen (57 %) dosáhlo u této škály 0 bodů s poznámkou, že očekává první dítě. Respondentky nevyprávěly o vztahu ke svému dosud nenarozenému dítěti. Až na výjimky je v životě ženy pouto mezi ní a dítětem zcela klíčové. Toto pouto vzniká již v době těhotenství a dále sílí po narození dítěte. Sama mohu potvrdit, že vztah k vlastnímu dítěti přináší největší radost a uspokojení. Otázkou pak zůstává, jakým způsobem se mění kvalita tohoto vztahu v době zrání a dospívání dětí, což nebylo předmětem mého výzkumu.

Druhý největší rozdíl jsem zjistila v oblasti Práce a zaměstnání. Těhotné ženy (34,90 bodů) se v průměru neliší od normy DŽS (34,56 bodů) avšak po porodu tato spokojenost výrazně klesla (12,76 bodů). Z hlediska statistiky je tato změna významná ($p = 0,00$). Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v této škále velkou významnost. Stejně jako u předešlé škály je výsledek rozdílu mezi měřeními ovlivněn chybějícími daty. V těhotenství bylo všech 21 žen (100 %) zaměstnaných a po porodu pracovalo pouze 8 žen (38 %) a zbylých 13 (62 %) bylo na rodičovské dovolené a tudíž opět ani jedna z nich nevyplnila žádnou položku zkoumané oblasti s poznámkou „jsem na RD“. Domnívám se, že kdyby data nechyběla, byly by ženy po porodu méně spokojené, jelikož tento subtest hodnotí nejen situaci v zaměstnání, ale i vyhlídky do budoucnosti. Ty mohou být v době, kdy je žena na rodičovské dovolené nejisté. Ta často neví, zda se na své pracovní místo vrátí, zda ji zaměstnavatel umožní zkrácený úvazek a podobně. Častokrát zde tedy může docházet k obavám z návratu do pracovního procesu atd. Zajímavá by byla studie, proč se poměrně vysoké procento žen vrátilo do pracovního procesu již 7 měsíců po porodu, tudíž ihned po mateřské dovolené. Byla důvodem návratu obava o původní práci (pracoviště) nebo finanční situace? Já jsem na tyto otázky odpověď nenašla, protože nebyly zahrnuty do mého výzkumu.

Menší rozdíl mezi měřeními (7,15 bodů) jsem zaznamenala v oblasti Sexualita. V době těhotenství (37,86 bodů) byla spokojenost o málo vyšší, než je norma DŽS (37,18), avšak po porodu se tato spokojenost snížila (30,71). Ze statistického hlediska je tato změna významná ($p = 0,02$). Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v této škále velkou významnost. Z

jednotlivých dotazníků vyplývá, že po porodu jsou ženy méně spokojené se svojí tělesnou přitažlivostí, sexuální výkonností a se svými sexuálními reakcemi, což obvykle citelně narušuje sexuální harmonii mezi partnery. Domnívám se, že žena by měla v průběhu těhotenství a převážně po porodu posilovat své sebevědomí – soustředit se na své přednosti a silné stránky, vyhradit si čas jen sama pro sebe. Velmi vhodné je věnovat se pohybovým aktivitám, které jsou důležité nejen pro tělo, ale i duši. Neméně důležitá je pak komunikace s partnerem a také péče o partnerský vztah. Příčinou nespokojenosti v častosti sexuálních kontaktů může být únava, při které žena začne preferovat spánek před sexem.

Spokojenost s volným časem je v době těhotenství o 1,87 bodů vyšší, než udává norma DŽS (34,95), po porodu dochází ke snížení spokojenosti (31,67). Statisticky se jedná o změnu nevýznamnou ($p = 0,10$). Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v této škále malou významnost. Ač jsou tedy gravidní ženy v této oblasti spokojené, po porodu jsou spokojené méně. Být ženou na mateřské/rodičovské dovolené znamená péči o dítě 24 hodin denně. Není tedy divu, že v této oblasti došlo k poklesu spokojenosti, především u respondentek, které očekávaly své první dítě a v době těhotenství měly veškerý volný čas pro svou osobu. Ještě méně volného času mají pracující ženy s malým dítětem či dětmi. Taktéž by zde bylo zajímavé další zkoumání a to, jak se spokojenost s volným časem mění v průběhu času po porodu či v souvislosti s počtem dětí. Mají více volného času ženy s jedním nebo více dětmi, pečující o děti mladší nebo starší? Věk ani počet potomků však nebyly do výzkumu zahrnuty.

V oblasti Finanční situace dosáhla spokojenost těhotných žen 30,19 bodů, což je méně, než norma DŽS (33,37 bodů) a po porodu 26,00 bodů. Statisticky se jedná o změnu významnou ($p = 0,03$). Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v této škále malou významnost. Dle mého názoru souvisí oblast financí s prací a zaměstnáním. Příjem peněžních prostředků je ovlivněn odchodem ženy na mateřskou/rodičovskou dovolenou, čímž se často velmi výrazně sníží rodinný rozpočet.

V oblasti Přátelé, známí a příbuzní jsou ženy u obou měření velmi spokojené a to spokojenější, než udává norma DŽS (37,12 bodů). V době těhotenství dosáhl průměr 41,52 bodů a po porodu to pak bylo o 3,14 bodů méně. Statisticky se jedná o změnu nevýznamnou. Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v této škále střední významnost. V těhotenství je žena v kontaktu se spolupracovníky v zaměstnání a také popracovní čas může volně trávit v přítomnosti přátel či ostatních členů rodiny. Některé může zcela pohltit vědomí vlastního

těhotenství, jmenují se rozšiřovat znalosti v této oblasti prostřednictvím literatury, dokumentárních filmů nebo hovorů s jinými ženami. Vyhledávají zájmové skupiny, v nichž realizují a posilují své ženství. Zejména prvorodičky s aktivním přístupem k těhotenství, vyhledávají přípravné kurzy či vhodné fyzické aktivity vykonávané v přítomnosti dalších těhotných žen (gravidjoga apod.). Nepatrně snížená spokojenost po porodu může být způsobena pocitem určité sociální izolace či osamělosti konkrétních žen. Příchod dítěte může ovlivnit kvalitu vztahů či frekvenci setkání s přáteli, známými i rodinou. Dle mého názoru záleží na osobnostních charakteristikách matky, jakým způsobem přistoupí k faktu, že při péči o dítě nemůže udržovat stejnou míru kontaktu se svými blízkými jako před mateřstvím. Myslím, že není moudré a ani nutné kvůli rodičovství ukončit vztahy, které jsou pro ženu důležité. Současná doba nabízí nepřeberné množství možností, jak s dětmi trávit čas a tak udržovat již navázané kontakty nebo vytvářet nové. Jedná se jak o pobyt v mateřském centru, tak o nejrůznější volnočasové aktivity zaměřené na děti a jejich rodiče. Provozování těchto aktivit však může být úzce spjato s finančními možnostmi a také zdravotním stavem dítěte, kdy i běžné nachlazení je důvod k omezení pobytu v kolektivu či mimo domov. Na druhou stranu z vlastní zkušenosti vím, že příchod dítěte může zvýšit frekvenci setkávání se s nejbližší rodinou, čímž mám na mysli babičky a dědečky dětí.

V oblasti Manželství a partnerství je spokojenost v době těhotenství (41,43 bodů) i po porodu (38,33) nad průměrem normy DŽS (39,84 bodů). Ze statistického hlediska je tato změna nevýznamná ($p = 0,31$). Koeficient efekt size „Cohenovo d “ prokázal v této škále malou významnost. Těhotenství i doba po porodu je většinou obdobím, kdy je žena naplněná a šťastná, což se odráží i ve spokojenosti v partnerském vztahu. Myslím, že gravidní žena s roztomile zakulaceným bříškem vzbuzuje ochranné tendence a ze strany partnera je zahrnována péčí a starostlivostí. Po porodu se tato péče může, ale nemusí změnit. Z jednotlivých dotazníků vyplývá, že po porodu jsou ženy převážně méně spokojené s požadavky, které na ně klade manželství/partnerství, se společnými aktivitami a s ochotou pomoci, kterou jim jejich partner projevuje. S dítětem mohou oba partneři pociťovat jistá omezení ve společném soužití. Společné výlety na kolech o víkendech nahradí vození kočárku, večere v oblíbené restauraci už taky nebude z počátku možná. Se spokojeností v manželství/partnerství jistě souvisí spokojenost se sexuálním životem a s přáteli, známými a příbuznými. Dle mého názoru je v kvalitním vztahu nejdůležitější pocit bezpečí, klidu a pohodové atmosféry. K tomu dopomáhá převážně fakt, že jsou partneři schopni otevřené komunikace – nebojí se hovořit o problémech, přátelích či sexu.

V oblasti Zdraví je spokojenost ve vztahu k DŽS (39,84 bodů) nižší u obou měření, avšak těhotné ženy jsou více spokojené (38,67 bodů), než po porodu (36,33 bodů). Statisticky je tato změna nevýznamná ($p = 0,39$). Koeficient efekt size „Cohenovo d“ prokázal v této škále malou významnost. Obě období jsou specifická, jelikož těhotenství i mateřství klade na ženu jiné nároky a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Podle literatury je II. trimestr stabilním obdobím, ve kterém se tělo ženy přizpůsobilo těhotenství, a mnohé potíže z I. trimestru odezněly. Těhotná je psychologicky nejstabilnější, užívá si svou novou roli a těší se na dítě. Po porodu byly ženy spokojené o méně. Zde se pravděpodobně projevila často fyzicky náročná péče o batole, především chronický nedostatek spánku. Tento se může negativně promítnout ve všech položkách škály Zdraví. Taktéž tělesné změny po porodu mohou mít vliv na hodnocení. Přestože k největším změnám "zpět do normálu" dochází už v šestinedělí, zdaleka ne všechny během tohoto období odezní. Tělu je třeba dopřát i několik měsíců čas na rekonvalescenci, aby nabylo nové rovnováhy, srovnalo příjem a výdej energie a dostalo se do kondice. Dobré zdraví je nutnou podmínkou k tomu, aby žena mohla co nejlépe pečovat o svého potomka.

V oblasti hodnocení spokojenosti s vlastní osobou dosáhly těhotné ženy v průměru 38,00 bodů a po porodu 35,90 bodů, což je méně, než norma DŽS (38,85 bodů). Koeficient efekt size „Cohenovo d“ prokázal v této škále malou významnost. Zjistila jsem tedy nižší, avšak statisticky nevýznamnou životní spokojenost u těhotných žen oproti ženám po porodu. Myslím, že z klíčových faktorů ovlivňujících kvalitu vztahu k sobě samé v obou sledovaných obdobích je fyzické zdraví a tělesné změny spjaté se sebevědomím a sebejistotou, které jsem zmínila v předešlých škálách.

S bydlením byly ženy spokojené více, než udává norma DŽS (36,83 bodů). Mezi jednotlivými měřeními došlo po porodu v průměru k velmi mírnému (1,23 bodů), statisticky nevýznamnému poklesu spokojenosti. Koeficient efekt size „Cohenovo d“ prokázal v této škále malou významnost. Ženy byly méně spokojené s velikostí svého bytu a výdaji za něj, což logicky souvisí přírůstkem nového člena rodiny a s finanční situací, kterou jsem se zabývala ve škále Finanční situace.

Druhou otázkou bylo, zda dochází v těhotenství a po porodu ke změně stavu pohybové aktivity?

Ve své práci jsem dospěla k závěru, že stav pohybových aktivit v těhotenství a po porodu doznal určitých změn. V celkovém ohledu se objem pohybových aktivit po porodu zvýšil, avšak jen minimálně. Z hlediska statistiky se jedná o změnu nevýznamnou ($p = 0,06$).

Nedošlo ke statisticky významné změně objemu intenzivních aktivit ani aktivit středně zatěžujících, ovšem došlo ke statisticky méně významnému nárůstu aktivit spojených s chůzí jednotlivých žen.

Z výsledku zkoumání je však zajímavé to, že i když došlo k celkovému nárůstu pohybových aktivit žen oproti stavu v době těhotenství, zvýšila se průměrná váha a s ní související index BMI určující míru obezity. To zajisté souvisí s velmi nízkým nárůstem intenzivních a středně zatěžujících pohybových aktivit, neboť podle Novotné (2006) působí podnětně pouze zátěž prováděná s intenzitou odpovídající přibližně 60 – 90 % maximální tepové frekvence. To tedy klade otázku, zda je celková úroveň pohybových aktivit žen dostatečná.

Ač tedy nedošlo ke statisticky významným změnám v oblasti pohybu, došlo významným změnám v nárůstu průměrné váhy a tím i BMI žen po porodu, což má negativní dopad na zdraví. V případě výsledků mého šetření je tento nárůst natolik vysoký, že vzrostl počet žen, které spadají do skupiny populace s nadměrnou váhou a některé z nich byly dokonce obézní. Zvýšená hmotnost po porodu může být příčinou například fyziologických změn v souvislosti s kojením dítěte, ovšem ve většině případů je u zdravé ženy důsledkem nevhodných stravovacích návyků a nedostatku pohybu. Jsem přesvědčená, že sedm měsíců je dostatečný čas pro rekonvalescenci těla po porodu a tím také dostatečně dlouhá doba na to, aby žena získala normální váhu. Mám za to, a mnohé další výzkumy mé tvrzení jistě potvrdí, že v české populaci obecně přibývá osob s nepřiměřeně vysokou hmotností. Podle Stejskala (2004) spočívá nebezpečí nadváhy nebo obezity v tom, že se většina lidí mladšího nebo středního věku cítí být zdraví a nenachází tak pádný důvod, pro který by měli váhu trvale snížit. Hlavní nebezpečí však spočívá v řadě dalších onemocnění, která se s vysokou nadváhou pojí (cukrovka druhého typu, nemoci srdce atd.).

Zvonař (2010) prováděl v letech 2003 – 2007 výzkum zaměřený na pohyb střední a starší populace, ve kterém potvrzuje, že zdravotní stav je ovlivňován frekvencí a objemem pohybové aktivity, přičemž vychází z předpokladu, že doporučená frekvence sportovně – rekreační PA

je minimálně 3x týdně alespoň 20 minut. Zjistil, že 48 % žen z počtu 798 dotazovaných a 65 % mužů z počtu 610 dotazovaných trpí dle BMI nadváhou nebo obezitou, přičemž BMI v průměru dosáhl u mužů 26,5 kg/m² a u žen 24,3 kg/m². U více než poloviny dotazovaných (55 % z celkového počtu respondentů 1408) byla intenzita pohybové aktivity zcela nedostačující nebo nedostačující. Frekvence pohybové aktivity žen ve věku odpovídajícímu mému vzorku, tedy 30 – 40 let, je u 36 % zcela nedostatečná, u 16 % nedostatečná, u 16 % dostatečná a u 32 % zcela dostatečná. Přestože dotazované ženy v mé práci po porodu zvýšily pohybovou aktivitu, je tato zřejmě ve většině případů také nedostatečná.

7 ZÁVĚRY

Odpověď na výzkumnou otázku, zda se liší životní spokojenost u žen v období těhotenství a po narození dítěte, jsem našla po analýze dat z vyplněných dotazníků životní spokojenosti respondentek výzkumného souboru a jejich statistickém zpracování.

Wilcoxonův párový test pro dvojice proměnných prokázal statistickou významnost (na hladině $p < 0,05000$) ve škálách Práce a zaměstnání, Finanční situace, Vztah k vlastním dětem a Sexualita. Koeficient efekt size „Cohenovo d“ prokázal malou významnost ve škálách Zdraví, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vlastní osoba, Bydlení, dále prokázal střední významnost ve škálách Přátelé, známí, příbuzní a velkou významnost ve škálách Práce a zaměstnání a Sexualita. Porovnání bodového hodnocení spokojenosti v jednotlivých oblastech ukázalo pokles spokojenosti ve všech oblastech životní spokojenosti, s výjimkou škály Vztah k vlastním dětem.

Z výzkumu tedy vyplývá, že těhotné ženy jsou celkově více spokojené, než následně po porodu. Po porodu jsou pak nejvíce spokojené ve vztahu k vlastním dětem, přičemž tento výsledek pramení také z nejdůležitější ženské role – role matky, ve které často do svých dětí vkládáme svá nesplněná přání a touhy. Nejméně jsou ženy po porodu spokojené po stránce pracovní/zaměstnání a sexuální.

Životní spokojenost je důležitá pro každého člověka. Každý z nás se musí snažit svou životní spokojenost hledat a pracovat na ní. Každý člověk spatřuje náplň a smysl svého života v odlišných věcech. Snad každá žena touží být ve svém životě šťastná, mít harmonické partnerství/manželství, zdravé děti, které jí dělají radost, uspokojivé zaměstnání. Tento ideální stav bývá mnohdy těžké uskutečnit. Život sám před nás klade spoustu zkoušek a těžkostí. K tomu, abychom dosáhli životní spokojenosti je nutná trpělivost, pokora, píle a také brát některé věci s nadhledem.

Postavení a role ženy v dnešní společnosti nejsou jednoduché. Na ženy jsou kladeny vysoké nároky v rodině, při výchově dětí, v zaměstnání a společenském životě. Obstát v těchto rolích a situacích a přitom být v životě spokojená a šťastná vyžaduje od ženy značnou dávku umění. Neméně důležitá je pomoc, podpora a tolerance jejího blízkého okolí, především rodiny.

Téma žen nejen v období těhotenství, ale i po porodu (na mateřské/rodičovské dovolené) je v současné době velmi významné. Zajímavé by bylo věnovat se v této oblasti mužům, a to nejen těm, kteří jsou na rodičovské dovolené, ale také těm, jejichž žena je těhotná či čerpá mateřskou/rodičovskou dovolenou. Jak muži tato období vnímají? Je pro ně samozřejmé své ženě pomáhat či považují za samozřejmé, že domácnost a děti má na starosti pouze žena?

Odpověď na výzkumnou otázku, zda se liší pohybová aktivita u žen v období těhotenství a po narození dítěte, jsem našla po analýze dat z vyplněných dotazníků k pohybové aktivitě respondentek výzkumného souboru a jejich statistickém zpracování.

Wilcoxonův párový test pro dvojice proměnných v celkovém ohledu na objem pohybových aktivit žen v průběhu gravidity a po porodu neprokázal statistickou významnost (na hladině $p < 0,05000$). V celkovém ohledu se jejich objem po porodu zvýšil, avšak jen minimálně, což má nepříznivý dopad na zdravotní stav žen, především pak nárůst váhy, který byl znatelný.

Na otázku, jakou pohybovou aktivitu by ženy nejraději provozovaly po porodu, ženy odpovídaly převážně „nevím“ a v několika případech dokonce „žádnou“ nebo „chci se vyspat“. Pokud na otázku odpověděly adekvátně, šlo o aktivity jako je turistika, cyklistika či plavání, které se dají jednoduše skloubit s účastí dítěte. Přítomnost dítěte při pohybových aktivitách však způsobuje, že půjde o aktivitu, která jen těžko přesáhne doporučenou srdeční frekvenci.

Z výsledků je zřejmé, že mnohé ženy nemají chuť a ani sílu jít si zasportovat, což může zdůvodnit skutečnost, že jsou to především ony kdo se celý den, a v mnoha případech i v noci, stará o své dítě či více dětí, což je vyčerpává. Nárůst hmotnosti je tedy dán nejen fyzickým, ale také psychickým stavem matky, která je často velmi unavená a stresovaná. Stres i únava se jistě projeví na stravovacím režimu. Tento je nepravidelný a energie je často ve spěchu doplňována „prázdnými kaloriemi“, různými polotovary, nehledě na to, že káva je po probdělé noci nejlepším společníkem.

Dnešní doba sice nabízí pestré sportovní vyžití, ale pokud nebudou mít ženy prostor pro zlepšení psychického stavu prostřednictvím důležitých složek životního stylu (odpočinek a spánek, výživa, volný čas bez dětí) nebudou mít o tyto aktivity zájem. Ženy by prvořadně měly požádat o pomoc otce svých dětí a nesnažit se za každou cenu vše zvládnout samy. V ideálním případě určitě vyjdou partneři své ženě vstříc, jak jen to bude v jejich silách. Situaci komplikuje

fakt, že většinou je finanční situace rodiny s malými dětmi závislá na platu muže, který je často v práci od rána do večera nebo je dokonce celé dny pracovně mimo domov. Další možností je požádat o hlídání dítěte babičky či dědečky. Zde je ovšem podobný problém a to vysoká věková hranice pro odchod do starobního důchodu, pro kterou nemají staří rodiče na vnoučata tolik času, jelikož tento věnují svému zaměstnání.

Najít ideální řešení aplikovatelné na všechny případy je těžké. Důležitá je vstřícnost celé rodiny v najetí kompromisu, který ženě umožní, aby se buď sama, s manželem nebo s celou rodinou mohla věnovat pohybovým aktivitám vhodným pro její zdraví.

Zajisté si uvědomuji limity diplomové práce (malý výzkumný soubor, časové omezení výzkumu atd.), a proto si nečiním nárok na jakékoliv zobecňování výsledků.

8 SOUHRN

Diplomová práce zkoumá životní spokojenost a pohybovou aktivitu žen v průběhu těhotenství a po narození dítěte.

První část práce je teoretickým shrnutím poznatků o životní spokojenosti, životním stylu, zdraví, pohybové aktivitě, těhotenství, porodu a poporodním období.

Druhá část práce popisuje vlastní zkoumání. Zvolila jsem si cíle výzkumu, výzkumné otázky a popsala metodiku zkoumání. Charakterizovala jsem základní soubor, který v mém případě tvořilo celkem 21 respondentek. Dále jsem popsala techniku sběru dat a blíže se věnovala použitým dotazníkům, tedy Dotazníku životní spokojenosti a dotazníku „International Physical Activity Questionnaire“ v české verzi.

Snad nejvýznamnější kapitolu empirické části tvoří Výsledky. Zde jsem postupovala podle zvoleného cíle svého zkoumání. Nejprve jsem zjišťovala, zda se u respondentek v období těhotenství a po narození dítěte liší životní spokojenost a poté zda se liší pohybová aktivita v průběhu těchto období.

Výsledky ukázaly, že těhotné ženy jsou celkově více spokojené, než následně po porodu. Po porodu jsou pak nejvíce spokojené ve vztahu k vlastním dětem a nejméně spokojené v oblasti práce/zaměstnání a oblasti sexuální. Stav pohybových aktivit žen v průběhu těhotenství a po narození dítěte doznal určitých změn. V celkovém ohledu se jejich objem po narození dítěte zvýšil, avšak jen minimálně, což má nepříznivý dopad na zdravotní stav žen, především pak zřetelný nárůst váhy.

9 SUMMARY

The thesis examines life satisfaction and physical activities of women during pregnancy and after child's birth.

The first part is theoretical summary of findings about a life satisfaction, a lifestyle, health, physical activity, a pregnancy, parturition and a postpartum period.

The second part of the thesis describes the research itself. I chose targets and questions for research and I described research methodology. I determine the basic test group which, in my case, was created by 21 female-responders. I also described technique of data collecting and closely focused myself on used questionnaires, The Fahrenberg's Life Satisfaction Questionnaire and International Physical Activity Questionnaire in Czech in particular.

Perhaps the most important chapter of the empirical part makes the results. Here I proceeded with accordance to chosen goal of my research. Firstly, I examined if there is any difference in life satisfaction of female respondents in pregnancy period and after child birth. Then I examined if there is any difference in physical activity during these periods.

Results showed that pregnant women are generally more satisfied then after the parturition. After the parturition are the most satisfied in regards to their children and the least satisfied in work/occupation and sexual matters. Status of women physical activities has undergone certain changes during the pregnancy and after a child birth. The volume of physical activities increased after the child birth, in general, but just the minimum which has adverse impact on health condition of women, primarily the distinct gain of bodyweight.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Adamírová, J. (1994). *Gynegymnastika*. Praha: Svojtka a Vašut.
- Adamírová, J. (2002). *Gynegymnastika*. Praha: Jan Vašut.
- Bartlová, P. (2007). Některé aspekty identity matky. *Československá psychologie*, 51(3), 301-311.
- Bejdáková, J. (2006). *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha: Grada Publishing.
- Csémy, L., Krch, F. D., Provazníková, H., Rážová, J. & Sovinová, H. (2005). *Životní styl a zdraví českých školáků: Z výsledků mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Daňková, Š. (2002). *ÚZIS. Aktuální informace č. 48. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS ČR 2002) – Index tělesné hmotnosti (III. díl)*. Retrieved 18.04.2014 from the World Wide Web: http://www.uzis.cz/archiv02/55_02.pdf.
- Diamond, H., & Diamond, M. (1994). *Fit pro život II. Část první jak žít zdravě*. Praha: Pragma.
- Duffková, J., Urban, L. & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Dvořák, M. (2011). *Srovnání pohybové aktivity žen před těhotenstvím a po narození dítěte*. Diplomová práce. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity.
- Dyrdal, G. M., Røysamb, E., Nes, R. B., & Vittersø, J. (2010). *Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-Based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood*. Retrieved 15.04.2014 from the World Wide Web: http://download.springer.com/static/pdf/898/art%253A10.1007%252Fs10902-010-9238-2.pdf?auth66=1397727823_b5b2bcd22697669fdf4f05a93c8fb66f&ext=.pdf.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. (K. Rodná & T. Rodný, Trans.). Praha: Testcentrum. (Original work published 2000).
- Fenwicková, E. (2000). *Velká kniha o matce a dítěti*. Bratislava: Perfekt.
- Frömel, K., Novosad, J., & Svozil, Z. (1999). *Pohybová aktivita sportovní zájmy mládeže*.
- Frömel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Frömel, K., Bauman, A. & Nykodým, J. et al. (2006). Intenzita a objem pohybové aktivity 15 až 69 leté populace České republiky. *Česká kinantropologie, FTVS*, 10(1), 13–29.
- Geist, B. (1992). *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing.
- Gregora, M., & Velemínský ml., M. (2007). *Čekáme děťátko*. Praha: Grada Publishing.

- Halaszová, J. (2012). *Životní spokojenost účastníků zážitkového kurzu iCAN*. Diplomová práce. Olomouc: Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. Retrieved 04.12.2013 from the World Wide Web: http://studie.soc.cas.cz/upl/texty/files/209_1hamp130%20pro%20tisk.pdf
- Hamplová, D. (2006). *Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky. Retrieved 27.12.2013 from the World Wide Web: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/1af3eddc9c2e2c08b0b551f2e43757353f124d35_580_105Hamplova20.pdf
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., Macera, C. A., Heath, G. W., Thompson, P. D., & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-1434.
- Hendl, J., & Dobrý, L. (2011). *Zdravotní benefity pohybových aktivit*. Praha: Karolinum
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Hoffman, S. J., & Harris, J. C. (2005). *Introduction to kinesiology. Studying physical activity*. Champaign, IL USA: Human Kinetics.
- Hnilica, K. (2004). Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 48(3), 193–202.
- International Physical Activity Questionnaire. Retrieved 03.02.2012 from the World Wide Web: <https://sites.google.com/site/theipaq/>
- Ješina, O., & Hamřík, Z. et al. (2011). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Klescht, V. (2008). *Pět pilířů zdravého života*. Brno: Computer Press.
- Krejčík, V., & Altnerová, J. (2007). *Cvičení pro radost*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí*. Praha: Grada Publishing.

- Kunová, V. (2004). *Zdravá výživa*. Praha: Grada Publishing.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lašek, J. (2003). Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, 48(3), 215–223.
- Machová, J., & Kubátová, D. a kol. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Měkota, K., & Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti – činnosti – výkony*. Diplomová práce. Olomouc: Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.
- Novotná, V., Čechovská, I. & Bunc, V. (2006). *Fit programy pro ženy: průvodce kondiční přípravou*. Praha: Grada Publishing.
- Nykodým, J. (2009). *Komparační studie pohybové aktivity studentů Masarykovy univerzity a běžné populace*. Habilitační práce. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity.
- Pařízek, A. (2006). *Kniha o těhotenství @ porodu*. Praha: Galén.
- Pavlíková, E. (2005). *Spokojenost ženy na rodičovské dovolené*. Diplomová práce. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity.
- Payne, J. a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. Abingdon: Routledge.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Sakuragi S., & Sugiyama Y. (2006). Effects of daily walking on subjective symptoms, mood and autonomic nervous function. *J Physiol Anthropol*, 25(4), 281–289.
- Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2011). *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sigmund, E. & Sigmundová, D. (2012). Statistická a věcná významnost a použití koeficientů „effect size“ při hodnocení dat o pohybové aktivitě. *Tělesná kultura*, 35(1), 55–72.
- Sikorová, L. (2006). *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. Brno: Computer Press.
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Praha: Presstempus.
- Štřešňáková, R. (2011). *Analýza pohybové aktivity žen ve věku 30 – 45 let s ohledem na vybrané faktory životního stylu*. Disertační práce. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity.
- Svojtka a kol., s.r.o. (2009). *Těhotenství Odpovědi na všechny vaše otázky*. Praha: Svojtka&Co. Nakladatelství.
- Štěrbová, D., Hrubá, R., Harvanová, J., Elfmark, M., & Otipková, D. (2008). Faktory adherence k pohybové aktivitě žen ve věku 40-65 let. *Československá psychologie*, 52(4), 378–387.

- Tíkalová, M. (2005). *Faktory, které ovlivňují životní spokojenost žen na mateřské dovolené*. Diplomová práce. Brno: Filozofická fakulta Masarykovy univerzity.
- Trča, S. (1979). *Budeme mít děťátko*. Praha: Avicenum.
- Vajlent, Z. (2009). *Pokus o vymezení pojmu „aktivní životní styl“*. Praha: ČVUT. Retrieved 05.01.2014 from the World Wide Web: http://www.utvs.cvut.cz/lectors/zv_zivotni_styl.pdf
- Vitíková, R. (2007). *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. Praha: Galén.
- Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Wessels, M., & Oellerich, H. (2006). *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. Praha: Grada Publishing.
- Winkler, J., Hrdinová, J., & Kukla, L. (2000). Mateřské pouto a zdravý životní styl v těhotenství. *Časopis lékařů českých*, 139 (3), 71–73.
- Zvonař, M., Korvas, P. & Nykodým, J. et al. (2010). *Pohybové a zdravotní aspekty v kinantropologickém výzkumu*. Brno: Masarykova univerzita.
- Zullig, K. J., Valois R. F., Huebner E. S., & Drane J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Qual Life Res.*, 14(6), 1573–1584.

11 SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A PŘÍLOH

11.1 Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Rizikové faktory ovlivňující zdraví.....	21
Tabulka č. 2	Doporučení živin pro těhotné ženy.....	43
Tabulka č. 3	Položky oblastí životní spokojenosti.....	60
Tabulka č. 4	Souhrnné výsledky Dotazníku životní spokojenosti.....	66
Tabulka č. 5	Výsledek posouzení statistické významnosti.....	67
Tabulka č. 6	Výsledek posouzení věcné významnosti.....	68
Tabulka č. 7	Souhrnné výsledky dotazníku IPAQ.....	75
Tabulka č. 8	Výsledek posouzení statistické významnosti.....	76

11.2 Seznam obrázků

Obrázek č. 1	Změny těžiště v průběhu těhotenství.....	32
Obrázek č. 2	Potravinová pyramida.....	44
Obrázek č. 3	Porovnání průměrných hodnot ve škále Zdraví.....	69
Obrázek č. 4	Porovnání průměrných hodnot ve škále Práce a zaměstnání.....	70
Obrázek č. 5	Porovnání průměrných hodnot ve škále Finance.....	71
Obrázek č. 6	Porovnání průměrných hodnot ve škále Volný čas.....	72
Obrázek č. 7	Porovnání průměrných hodnot ve škále Sexualita.....	73
Obrázek č. 8	Porovnání průměrných hodnot ve škále Přátelé, známí, příbuzní.....	74
Obrázek č. 9	Srovnání mediánů váhy mezi 1. a 2. měřením.....	77
Obrázek č. 10	Srovnání mediánů BMI mezi 1. a 2. měřením.....	78
Obrázek č. 11	Srovnání mediánů pohyb. aktivit mezi 1. a 2. měřením.....	79

11.3 Seznam příloh

Příloha č. 1	„International Physical Activity Questionnaire“ v české verzi.....	97
Příloha č. 2	Záznamový list k DŽS.....	99

12 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 „International Physical Activity Questionnaire“ v české verzi

Centrum kinantropologického výzkumu (www.cfk.r.eu)

Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci

MEZINÁRODNÍ DOTAZNÍK K POHYBOVÉ AKTIVITĚ

Zajímáme se o pohybovou aktivitu, kterou vykonáváte jako součást Vašeho každodenního života. V otázkách se Vás budeme ptát na čas, který jste strávili pohybovou aktivitou **v posledních 7 dnech**. Prosíme Vás o zodpovězení všech otázek, i když se nepovažujete za pohybově aktivního člověka. Zamyslete se prosím nad aktivitami, které provádíte v zaměstnání, jako součást domácích prací, na zahradě, při přemísťování se z místa na místo a ve vašem volném čase při rekreaci, cvičení či sportu.

Zamyslete se nad **intenzivní pohybovou aktivitou** (tělesně náročná), kterou jste prováděl/a **v posledních 7 dnech**. **Intenzivní pohybová aktivita** se vyznačuje těžkou tělesnou námahou a zadýcháním (výrazně rychlejší a těžší dýchání než normálně). Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.

1. V kolika dnech, během posledních 7 dnů, jste prováděl/a **intenzivní pohybovou aktivitu**, například zvedání těžkých břemen, kopání (rytí), aerobik nebo rychlou jízdu na kole?

_____ dnů v týdnu

Neprovádím žádnou intenzivní pohybovou aktivitu → **Přejděte k otázce 3**

2. Kolik času jste obvykle strávil/a při **intenzivní pohybové aktivitě** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Zamyslete se nad veškerou **středně zatěžující pohybovou aktivitou**, kterou jste prováděl/a **v posledních 7 dnech**. **Středně zatěžující pohybová aktivita** se vyznačuje střední tělesnou námahou, při níž dýcháte trochu více než normálně. Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.

3. V kolika dnech, během **posledních 7 dnů**, jste prováděl/a **středně zatěžující pohybovou aktivitu**, například nošení lehčích břemen, jízdu na kole běžnou rychlostí nebo čtyřhru v tenise? Nezapomínejte chůzi.

_____ dnů v týdnu

Neprovádím žádnou středně zatěžující pohybovou aktivitu → **Přejděte k otázce 5**

4. Kolik času jste obvykle strávil/a při **středně zatěžující pohybové aktivitě** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Zamyslete se nad časem, který jste za **posledních 7 dnů** strávil/a chůzí. Zahrňte chůzi v zaměstnání, v rámci školní docházky i doma, přesuny (cestování) chůzí z místa na místo, ale i jinou chůzi, kterou vykonáváte výhradně pro rekreaci, sport, cvičení nebo vyplnění volného času.

5. V kolika dnech, během **posledních 7 dnů**, jste **chodil/a** nepřetržitě alespoň 10 minut?

_____ dnů v týdnu

Nechodil(a) jsem → **Přejděte k otázce 7**

6. Kolik času jste obvykle strávil/a **chůzí** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Poslední otázka této části se týká času, který jste strávil/a **sezením v pracovních dnech**, během **posledních 7 dnů**. Zahrňte čas strávený sezením v zaměstnání, v rámci školní docházky, doma, při plnění domácích úkolů a během volného času. Zahrňte také čas strávený sezením u stolu, na návštěvě přátel, u čtení nebo také sezením či ležením při sledování televize.

7. Kolik času denně jste obvykle strávili/a sezením v pracovních dnech (v průměru za jeden pracovní den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY

1. Pohlaví: ___ Muž
___ Žena

2. Kolik vám bylo let při vašich posledních narozeninách?

___ Let

___ Nevím/Nejsem si jistý(á)

___ Odmítám odpovědět

3. Kolik let školní docházky máte ukončeno (včetně základní školy)?

___ Let

___ Nevím/Nejsem si jistý(á)

___ Odmítám odpovědět

4. Máte v současné době placené zaměstnání?

___ Ano

___ Ne

___ Nevím/Nejsem si jistý(á)

___ Odmítám odpovědět

→ *Přejděte k otázce č. 6*

→ *Přejděte k otázce č. 6*

→ *Přejděte k otázce č. 6*

5. Pokud ano, kolik hodin týdně pracujete ve všech zaměstnáních?

___ Hodin týdně

___ Nevím/Nejsem si jistý(á)

___ Odmítám odpovědět

6. Kam zařadíte místo, kde žijete?

___ Velké město (> 100 000 obyvatel)

___ Středně velké město (30 000 - 100 000 obyvatel)

___ Menší město (1 000 - 29 999 obyvatel)

___ Malá obec/vesnice (< 1 000 obyvatel)

___ Nevím/Nejsem si jistý(á)

___ Odmítám odpovědět

Doplňující údaje

Výška (cm):

Hmotnost (kg):

Bydliště: okres

obec

Národnost:

Způsob bydlení (dům-D, bytový dům-B):

Kuřák (ano-A, ne-N):

Způsob života (sám-S, v rodině-R, v rodině s dětmi do 18 let-RD):

Máte psa (ano-A, ne-N):

Materiální podmínky: mám k dispozici (ano-A, ne-N) kolo

auto

chatu, chalupu

Organizovanost (pravidelná účast v organizované pohybové aktivitě po většinu roku-organizuje osoba nebo instituce, ne-N, 1x, 2x, více krát - týdně):

Sportovní činnost, kterou během roku nejčastěji provozujete

ktou byste nejraději provozoval/a

Neprovozují žádnou sportovní aktivitu

Děkujeme Vám za pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2 Záznamový list k DŽS

1. měření

Osoba č.	zdraví	práce a zaměstnání	finanční situace	volný čas	manželství a partnerství	vztah k vlastním dětem	vlastní osoba	sexualita	přátelé, známí, příbuzní	bydlení	součet vše	součet červené
1	49	47	42	42	46	0	49	44	49	47	415	275
2	33	39	37	37	41	0	39	40	37	36	339	223
3	37	43	25	46	23	49	33	35	44	45	380	220
4	41	26	30	7	37	40	38	34	34	34	314	177
5	38	24	37	30	38	42	37	32	35	29	342	209
6	32	29	19	34	49	48	29	37	43	31	351	194
7	33	40	37	35	44	0	36	38	38	45	346	217
8	34	37	41	45	31	0	32	26	35	38	319	213
9	30	25	28	33	39	42	35	27	33	30	322	186
10	34	23	28	35	48	45	38	34	40	38	363	209
11	41	41	35	35	42	0	32	27	37	31	321	207
12	43	34	32	45	46	0	46	47	42	39	374	255
13	13	34	18	13	49	49	24	37	36	42	315	141
14	41	19	13	36	43	0	38	44	39	36	309	211
15	49	37	23	49	46	0	41	48	49	38	380	259
16	46	35	36	31	25	43	39	30	41	44	370	223
17	47	37	27	40	40	0	41	43	46	41	362	244
18	49	42	27	49	49	0	44	42	49	43	394	260
19	42	42	42	40	47	48	40	42	47	48	438	253
20	31	35	23	42	42	0	39	40	49	34	335	224
21	49	44	34	49	45	0	48	48	49	40	406	277

2. měření

Osoba č.	zdraví	práce a zaměstnání	finanční situace	volný čas	manželství a partnerství	vztah k vlastním dětem	vlastní osoba	sexualita	přátelé, známí, příbuzní	bydlení	součet vše	součet červené
1	47	0	28	22	25	32	37	24	31	43	289	189
2	31	0	34	20	41	46	41	31	34	36	322	199
3	42	42	35	43	32	49	42	42	43	47	417	247
4	42	28	29	37	37	39	36	35	33	34	350	212
5	44	28	36	38	37	49	39	26	41	36	374	224
6	34	32	22	37	49	48	22	29	41	30	344	185
7	34	49	41	40	43	46	35	29	41	45	403	220
8	33	0	38	32	34	30	32	24	35	37	295	194
9	43	26	30	36	43	44	43	42	39	29	375	233
10	39	0	33	43	48	46	41	34	39	42	365	229
11	33	0	22	31	43	42	39	42	37	30	319	204
12	20	0	23	13	19	49	23	17	28	35	227	124
13	10	35	16	18	46	49	26	29	41	43	313	140
14	25	0	11	19	24	49	29	13	20	34	224	117
15	36	0	15	28	41	49	31	25	47	36	308	182
16	42	28	37	42	22	45	42	31	42	42	373	236
17	43	0	17	29	32	49	34	24	41	37	306	188
18	34	0	13	32	46	49	42	33	41	37	327	195
19	49	0	32	24	49	42	35	35	34	43	343	209
20	35	0	14	42	45	49	42	28	49	31	335	210
21	47	0	20	39	49	42	43	44	49	36	369	242