

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Miroslava Bajcarová

Studijní obor:

Německý jazyk se zaměřením na vzdělání a výchova ke zdraví se zaměřením na
vzdělání

**Vliv životního stylu těhotné ženy na těhotenství a vývoj
plodu**

Olomouc 2015

vedoucí práce: Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Vliv životního stylu těhotné ženy na těhotenství a vývoj plodu vypracovala samostatně pouze s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne

Podpis

Děkuji Mgr. Petru Zemánkovi Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů k práci.

OBSAH

OBSAH	4
ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Charakteristika těhotenství	9
2.2 Vývoj embrya a plodu.....	10
2.3 Výživa v těhotenství	10
2.3.1 Nevhodné potraviny v těhotenství	11
2.3.2 Pitný režim těhotné ženy	12
2.3.3 Alkohol a kouření cigaret v těhotenství	13
2.3.4 Potřeba energie v těhotenství	14
2.3.5 Váhový přírůstek v době těhotenství	15
2.3.6 Potřeba hlavních živin v těhotenství	15
2.3.7 Potřeba vitaminů a minerálních látek v těhotenství	19
2.4 Pohybová aktivita v těhotenství	24
2.4.1 Zásady při cvičení v těhotenství	25
2.4.2 Vhodné a nevhodné sporty v těhotenství	25
2.4.3 Speciální cvičení pro těhotné	27
2.4.4 Cvičení na posílení svalů pánevního dna	28
2.5 Psychika a ostatní vlivy v těhotenství.....	28
2.5.1 Spánek, odpočinek, relaxace v těhotenství	30
3 METODIKA PRÁCE	32
3.1 Metodika výzkumu	32
3.1.1 Teoreticko-praktická příprava	32
3.1.2 Výzkumné problémy	32

3.1.3	Charakteristika výzkumného souboru	33
3.1.4	Použitá metoda.....	34
3.1.5	Organizace výzkumu.....	35
4	VÝSLEDKY.....	36
4.1	Vyhodnocení výzkumu	37
5	DISKUZE.....	49
	ZÁVĚR	54
	SOUHRN	56
	SUMMARY.....	57
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	58
	Seznam použité literatury	58
	Seznam použitých symbolů a zkratk.....	61
	Seznam tabulek	63
	Seznam příloh	64

ÚVOD

Těhotenství je přirozeným obdobím každé ženy, které trvá přibližně 280 dní. Začíná oplozením a končí v ideálním případě narozením dítěte. Každý člověk má právo mít zdravé děti. Bohužel existují případy, kdy se děti rodí nemocné, s nějakým zdravotním postižením, s vrozenou vývojovou vadou nebo může docházet k předčasnému porodu, novorozeneckému úmrtí a jiným problémům. V období těhotenství může totiž dojít k narušení vývoje dítěte působením nepříznivých vlivů, mezi které patří například nevhodná výživa těhotné ženy. Tyto negativní vlivy může zapříčinit sama matka svým nezdravým životním stylem. V případě, kdy žena otěhotní, není zodpovědná jen sama za sebe, ale stává se i zodpovědnou za zdraví dítěte, které nosí ve svém břišku. Proto bych chtěla v práci zdůraznit, že těhotné ženy by měly žít takovým způsobem, aby zajistily co nejpříznivější vývoj jejich dítěte.

Navštěvovala jsem hodiny předmětu Péče o matku, ve kterém jsme se touto problematikou zabývali, a mě toto téma velmi zaujalo. Myslím, že by každá žena měla vědět, jakým způsobem žít, aby chránila zdraví nejen své, ale i svého budoucího dítěte, proto jsem si zvolila jako téma mé bakalářské práce Vliv životního stylu těhotné ženy na těhotenství a vývoj plodu.

Úroveň péče o těhotné ženy se v České republice v posledních letech výrazně zlepšila. Každá žena, která otěhotní, je zaevidovaná v prenatální poradně, ve které je jí poskytnuta veškerá péče, včetně poradenství. V poradně se provádí vyšetření, která mohou odhalit různé problémy, které mohou nastat během těhotenství. Dnes mají těhotné ženy díky prenatální poradně a prenatálního vyšetření možnost kontrolovat své těhotenství, svou výživu, zda je dostatečná či nikoliv, mají možnost konzultovat své životní návyky, stravování, pohybovou aktivitu a vše co by mohlo ovlivnit těhotenství. V dřívějších letech však tuto možnost ženy neměly. Proto bych chtěla porovnat, jak ženy žily ve svém těhotenství dříve a dnes. Při mém výzkumném šetření se budu zabývat problematikou životního stylu těhotných žen v dřívějších letech a v současnosti. Výzkum bude kvalitativní, neboť mi dává možnost porozumět smyslu, který jedinec vkládá do svého jednání. Pro tento typ výzkumu je relevantnější induktivní přístup na rozdíl od kvantitativního výzkumu, který zastává deduktivní postupy.

Teoretická část práce bude obsahovat základní poznatky k danému tématu. Vymeším si pojem těhotenství, popíši vývoj plodu a zaměřím se na 3 základní stránky životního stylu, na výživu v těhotenství, pohybovou aktivitu a na psychickou stránku v těhotenství.

V praktické části popíšu postup, provedení a výsledky mého výzkumného šetření, při kterém byl proveden rozhovor s 9 respondenty.

Doufám, že práce nebude přínosem jen mým osobním, ale zaujmu a přesvědčím čtenáře o významu zdravého životního stylu v těhotenství, i mimo něj.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je zjistit, jakým způsobem vedly životní styl těhotné ženy dříve a dnes. Ve výzkumném šetření budu prostřednictvím rozhovoru zjišťovat informace týkajících se životního stylu těhotných žen v 60. – 70. letech, v 80. – 90. letech, až po současnost. Práce by měla zhodnotit a porovnat životní styl žen ve zmíněných věkových kategoriích a zjistit, jak a v čem se životní návyky postupně změnily. Práce se bude také snažit zohlednit důvody nevhodného životního stylu ženy v době jejího těhotenství. Otázky se budou týkat třech základních stránek životního stylu, které byly zmíněny již v úvodu práce.

Práce bude řešit následující výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Dodržovaly těhotné ženy zásady lékaři či literaturou doporučeného zdravého životního stylu v těhotenství?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Jak se postupně měnila životospráva těhotných od 60. let po současnost v oblastech výživy, pohybu a psychiky, užívání návykových látek (alkoholu a cigaret) a co na to mělo vliv?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jaké faktory ovlivňují vedený způsob života těhotných?

Dle Kubátové a Znebejánka (2008) by se výzkumník měl vyvarovat výkladů svých názorů a předsvědčení, které by mohly být zavádějící. Při výzkumu budu postupovat podle vlastních úvah, zároveň jsem si však vědoma, že při kvalitativním výzkumu není vhodné uvádět vlastní předpoklady, neboť bych tím mohla ovlivnit směřování výzkumných otázek dle svých subjektivních domněnek a tím i výpovědi respondentů. Kubátová a Znebejánek vymezují pojem zdravý rozum. Zdravý rozum je množství znalostí, které jedinec potřebuje, aby mohl žít ve společnosti jiných lidí. Zdravý rozum je tedy uvažování nevědecké. Mé úvahy jsou tedy pouhým výsledkem reflexivního vnímání dané problematiky. Na základě mých dosavadních teoretických znalostí a zkušeností si myslím, že životní styl se postupem času u žen v těhotenství měnil, což je mou jedinou domněnkou. Má práce bude využívat metody vědeckého poznání, aby se má domněnka mohla buďto potvrdit nebo vyvrátit. Při výzkumném šetření chci tedy mou domněnku podepřít skutečnými nasbíranými daty a zároveň se budu snažit pochopit smysl jednání respondentů, proto jsem zvolila pro výzkum práce kvalitativní přístup.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Kapitola 2 obsahuje poznatky o problematice těhotenství a životního stylu v těhotenství. K dané problematice existuje mnoho odborných zdrojů a publikací. Pro zpracování teoretické části bylo nejvíce využito odborných tištěných dokumentů, méně často pak elektronických časopisů a internetových zdrojů.

2.1 Charakteristika těhotenství

Těhotenství je období v životě ženy, kdy dochází k početí a daru života. Narození nového jedince je důležitou událostí v každé rodině. Ideální je, aby se na tomto procesu podíleli oba rodiče. Úkolem ženy je dítě donosit a porodit a úkolem muže je především zabezpečit těhotnou ženu s dítětem a to nejen materiálně. Těhotenství a nitroděložní vývoj embrya začíná splynutím ženské a mužské pohlavní buňky, tedy vajíčka a spermie. Tomuto procesu se říká oplození neboli fertilizace. Od oplození vajíčka dochází v těle matky k mnoha změnám, které mají zabezpečit příznivý vývoj plodu a porod (Gregora, 2005).

Délka těhotenství se zpravidla uvádí v týdnech a v tzv. lunárních měsících, který je kratší než měsíc kalendářní a trvá 28. dní. Těhotenství se počítá od prvního dne poslední menstruace, neboť se poslední menstruace u většiny žen považuje za spolehlivý časový údaj. Proto stáří dítěte můžeme rozdělit na menstruační stáří zárodku či plodu, počítáno dle menstruace matky a embryonální nebo fetální stáří, což je skutečné neboli anatomické stáří, počítáno podle doby oplození. V případě, kdy se těhotenství počítá od poslední menstruace při pravidelném 28denním menstruačním cyklu, trvá těhotenství 280 dní, tj. 40 týdnů a 10 lunárních měsíců či 9 kalendářních měsíců (Pařízek, 2006).

Těhotenství se rozděluje na tři třetiny nazývané trimestry. Každý trimestr se od sebe liší a vyžaduje určitá speciální vyšetření. Trimestry nejsou obdobím přesně tří měsíců, ale jsou vymezeny růstem a vývojem plodu. První trimestr začíná oplozením a končí 12. týdnem těhotenství. Druhý trimestr trvá od 13. týdne do 28. týdne těhotenství. Poslední trimestr je pak obdobím od 28. týdne těhotenství do porodu (Stoppardová, 2007).

Při zjištění těhotenství je potřeba, aby si žena uvědomila, že se nachází na začátku cca čtyřicetitýdenní cesty, kdy bude docházet k mnoha změnám a kdy je třeba uzpůsobit své chování a životní styl těmto změnám. A tímto bych se chtěla zabývat v dalších podkapitolách práce.

2.2 Vývoj embrya a plodu

Z hlediska vývoje dítěte se těhotenství rozděluje na dvě období, embryonální neboli zárodečné a fetální neboli plodové. V průběhu zárodečného období říkáme vyvíjejícímu se dítěti v děloze matky zárodek neboli embryo. Toto období trvá prvních 8 týdnů po oplození. Období fetální pak pokračuje od 9. týdne po oplození a končí porodem plodu (Pařízek, 2006). Téměř hned po oplození dochází k dělení buněk, což je proces zvaný rýhování, díky němuž dochází k množení buněk. Dále oplozené vajíčko putuje vejcovodem do dělohy, do které se dostává asi čtvrtý den po oplození. Poté se oplodněné vajíčko začíná zahnízdovat do sliznice dělohy, tomuto procesu říkáme implantace (Fenwicková, 1992). Z oplozeného vajíčka vzniká dělením klubko buněk, zvané blastocysta, která se zanořuje do děložní dutiny a tím je vytvořen základ budoucího vývoje dítěte. Vnější vrstva buněk blastocysty vytváří ochranný obal, ze kterého později vzniká placenta a celý podpůrný systém – amniový váček, ve kterém se vznáší embryo, chorion, což je vnější obal plodu a žlutkový váček tvořící krevní buňky. Během prvních týdnů těhotenství dochází ke specializaci tří vrstev embryonálních buněk. Z každé vrstvy těchto buněk vznikají jiné orgány (Stoppardová, 2007). V zárodečném období je vývoj zárodka velice rychlý a bouřlivý. V 8. týdnu má zárodek již lidskou podobu, avšak jeho hlava je v poměru s ostatními částmi těla výrazně větší, rysy obličeje už jsou vyvinuty, většina orgánů už je na svém místě, ale orgány nejsou ještě plně funkční. Fetální období je charakteristické především intenzivním růstem plodu a také pokračuje další vývoj funkcí orgánů a tkání (Gregora, Velemínský, 2011). Od 12. týdne začínají mizet obtíže spojené s počátkem těhotenství, jako např. ranní nevolnosti, nucení na močení apod. V tomto období je již nutné navštívit prenatální poradnu. Od 14. týdne je plod vyživován přes placentu (Fenwicková, 1992).

2.3 Výživa v těhotenství

Pro každého člověka je důležité zdravě se stravovat, avšak v těhotenství je správná výživa ještě nutnější a to nejen kvůli zdraví matky, ale také, abychom zajistili fyziologický vývoj embrya a následně plodu (Pařízek, 2006). Těhotenství je období charakterizované fyziologickými změnami v těle matky, které vyžadují úpravu stravy. Nejvhodnější je začít se správnou výživou již v prekoncepčním období, tedy v období před otěhotněním. Prekoncepční péče má za úkol navrhnout budoucím matkám vhodná opatření, aby se zamezilo riziku vzniku patologických stavů u plodu i matky způsobené nevhodnou stravou (Hronek,

2004). Podle Gregora a Velemínského by strava měla být vyvážená a pravidelná. Měla by obsahovat dostatek ovoce, zeleniny, vitaminů, minerálů a také vlákniny. Avšak by se těhotná měla vyvarovat potravin s nadměrným množstvím cukrů a tuků, neboť to nenarozenému dítěti příliš neprospívá (Gregora, Velemínský, 2011). Pařízek tvrdí, že je doporučováno nejméně 3 měsíce před otěhotněním upravit stravu tak, aby byla pestrá a vyvážená a také upravit svou tělesnou hmotnost. Bylo zjištěno, že BMI 18,5 – 25 je pro vývoj plodu a zdraví matky nejnižším rizikem (Pařízek 2006).

Trča (1999) doporučuje stravu rozdělit do více denních dávek, přičemž snídaně a oběd mají být nejbohatším jídlem za den (viz Tabulka 1).

Tabulka 1. – Rozvržení stravy na den (Trča, 1999)

snídaně	přesnídávka	oběd	svačina	večeře
25 %	10 %	25 %	10 %	25 %

Je prokázáno, že vyšší příjem některých nutričních látek může v těhotenství ženě či plodu uškodit, jako např. vitamin A. Jiné nutriční látky jsou však většinou dodávány do organismu nedostatečně a to matce ani plodu také neprospívá, to se týká hlavně vápníku, železa, zinku, jodu a kyseliny listové (Grofová, 2010). O příjmu těchto nutričních látek v těhotenství se práce bude zabývat v dalších podkapitolách.

2.3.1 Nevhodné potraviny v těhotenství

Placentou k plodu neprocházejí jen živiny z potravy, ale může k plodu vniknout i mnoho škodlivých látek, které člověk běžně jí či pije, proto je třeba se určitým potravinám vyhnout a tím chránit své dítě (Fenwicková, 1992).

Mandžuková uvádí seznam potravin, jejichž konzumace se v těhotenství nedoporučuje: (Mandžuková, 2008).

- **Syrové a nedokonale zpracované maso** – konzumace syrového masa je nebezpečná z hlediska rizika vzniku listeriózy, což může poškodit plod či dokonce vyvolat potrat.
- **Uzeniny, paštiky** – obsahují mnoho soli, chemických přísad a nadměru skrytého tuku.
- **Syrové ryby**
- **Vnitřnosti** – mohou obsahovat těžké kovy.
- **Syrová nebo na měkko vařená vejce** – jsou rizikem nákazy salmonelózou.

- **Tučné a těžko stravitelné potraviny**
- **Plísňové zrající sýry** – mohou obsahovat bakterie listeriózy.
- **Instantní a konzervované potraviny**
- **Arašídny** – bývají často napadány plísněmi.
- **Sladkosti a sladké limonády**
- **Koření**
- **Sůl, slané brambůrky** – sůl zatěžuje játra.

2.3.2 Pitný režim těhotné ženy

„Lidské tělo je z 50 – 60 % tvořeno vodou. Její význam je v organismu nezastupitelný. Voda se podílí na přenosu látek, tepla, energie, krevních plynů. Je nezbytná pro uskutečňování chemických reakcí, má termoregulační a ochrannou funkci (chrání klouby, nervovou soustavu, plod atd.). Je také součástí mateřského mléka“ (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 37).

V těhotenství je potřeba vyšší příjem vody pro plod, placentu, plodovou vodu a pro zvětšené cévní řečiště těhotné ženy. Objem vody v těhotenství je tedy větší až o 6 litrů. Je obtížné určit, kolik by těhotná měla denně vypít tekutin, neboť to závisí na mnoha faktorech, jako např. na teplotě prostředí, zdravotním stavu, tělesné hmotnosti aj. Je potřeba přijímat tekutiny pravidelně během celého dne. Obecné doporučení příjmu tekutin za den činí 30 – 35 ml na jeden kilogram tělesné hmotnosti. Nedostatečný příjem tekutin může být pro ženu i plod nebezpečný. Nedostatek tekutin způsobuje dehydrataci organismu. Je důležité předcházet pocitu žízně, neboť žízeň je prvním projevem dehydratace organismu. Dehydratace se projevuje slabostí, malátností, nervozitou, bolestmi hlavy, sníženou tvorbou moči tmavě žlutým zbarvením moči. Dlouhodobý nedostatek tekutin způsobuje vyšší výskyt ledvinových kamenů, močových infekcí a zácpy. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Mandžuková doporučuje vypít nejméně 1,5 litru tekutin denně, v lepším případě 2 litry. Za nejzdravější nápoj považuje čistou vodu, avšak těhotná si může dovolit pít i více druhů nápojů. Velmi kvalitní je pitná voda z veřejných vodovodů. Další vhodné nápoje jsou balené kojenecké a pramenité vody, ovocné a zeleninové šťávy nejlépe ředěné vodou a neslazené čaje. Minerální vody by měly tvořit pouze pětinu pitného režimu. Nadměrné pití minerálních vod je obzvlášť nevhodné při užívání potravinových doplňků. Minerální vody totiž zvyšují riziko přetížení ledvin, vznik ledvinových kamenů, podporují vznik aterosklerózy a nadměrně se ukládají některé minerály v organismu. Proto se doporučuje pít

minerální vody jen občas a to hlavně vody se slabou mineralizací, jako je například Dobrá voda, Rajec, Toma, Bonaqua (Mandžuková, 2008).

Autoři se shodují, že konzumace kofeinu, který je obsažen v kávě, čaji a coca-cole, není v těhotenství příliš vhodný. Kofein stimuluje centrální nervový systém a prochází placentou a je také vylučován do mateřského mléka. Brázdová uvádí, že vysoká konzumace kofeinu v těhotenství je spojována s nízkou porodní hmotností, předčasnými porody a s potraty, avšak je tato skutečnost nejasná a nepotvrzená (Brázdová, 2004). Kofein obsažený v kávě má negativní vliv na krevní tlak, proto se povoluje ženám, které pijí kávu, jen jeden šálek denně a to platí i pro konzumaci silného čaje. Šípkový čaj a žitnou kávu považuje Trča za vhodné, neboť nejsou škodlivé, a proto se jejich konzumace nijak neomezuje (Trča, 1990). I přesto, že se negativní vliv na vývoj plodu při konzumaci kávy neprokázal. Mandžuková doporučuje omezit pití kávy na jeden šálek denně, protože kofein může zvyšovat srdeční frekvenci matky i plodu. Žena také může pít kávu bez kofeinu nebo obilnou kávu z melty, špaldy apod. (Mandžuková, 2008).

Konzumaci bylinkových čajů doporučuje Fenwicková konzultovat se svým lékařem. Většina čajů sice dítěti neuškodí, ale některé druhy čajů by mohly mít nežádoucí účinky (Fenwicková, 1992). Čaje se rozdělují na pravé a nepravé čaje. Mezi pravé čaje řadíme čaj černý a zelený. Pravé čaje obsahují sice kofein, ale jejich výhodou je, že obsahují mnoho látek s antioxidačními účinky, nejvíce je jich v zeleném čaji. Nepravé čaje jsou potom ovocné a bylinkové. Výhodou ovocných čajů je, že obsahují mnoho látek s antioxidačními účinky a neobsahují kofein, ale na druhou stranu mají vysoký obsah přídatných látek a organických látek, které poškozují zubní sklovinu. Pravé i nepravé čaje mohou ženy v těhotenství pít, ale neměly by tvořit základ pitného režimu (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

Naprosto nevhodné nápoje v době těhotenství jsou sladké limonády, slazené minerální vody a coca-cola, protože obsahují velké množství sacharidů, umělých sladidel, barviv, aromatických a konzervačních látek a oxidu uhličitého. Nevhodný je také tonik, protože obsahuje chinin a ten působí na děložní svalovinu a tím může vyvolávat vznik kontrakcí (Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

2.3.3 Alkohol a kouření cigaret v těhotenství

Všichni autoři se shodují, že pití alkoholu v těhotenství je naprosto nevhodné. Alkohol neškodí jen samotné matce, ale i plodu. Na možné poškození plodu při užívání alkoholu matkou upozorňují již starší literární zdroje. Například Kvapilík a Svobodová popisují ve své

publikaci výzkumy, které probíhaly ve 20. století a měly potvrdit nebo vyvrátit možnost poškození plodu alkoholem. Již v roce 1973 výzkum Jonesa a Smitha zjistil nebezpečí fetálního alkoholového syndromu, v případě, kdy matka nadměrně užívá alkohol v těhotenství. Z výzkumů se jasně potvrdilo, že pití alkoholu v době těhotenství je velmi nebezpečné, avšak u každé ženy je rozsah poškození individuální. U některých žen může dojít k nežádoucím změnám již při velmi malém přísunu alkoholu, jsou to dokonce i dávky okolo 30 ml denně. Naopak u některých žen nebylo zjištěno poškození ani při pravidelném přísunu 234 g alkoholu. (Kvapilík, Svobodová, 1985). Fetální alkoholový syndrom se projevuje opožděným růstem plodu v nitroděložním období, ale i v období postnatálním. Dítě má při narození nižší porodní hmotnost, menší délku a obvod hlavy. Dále je narušena centrální nervová soustava, což se může projevovat různě, např. se objevují nervové poruchy, postižení kognitivních schopností a zpožděný vývoj (Švejcar, 1985).

Dále je naprosto nevhodné, aby těhotná žena kouřila. V tom se shodují také veškeré zdroje. Ženy, které v těhotenství kouří, ohrožují život svého dítěte. Kouření omezuje vývoj plodu a zkracuje délku těhotenství. Zdravotní následky pro plod u žen kuřáček popisuje Švejcar ve své knize již v roce 1985. Nikotin působí negativně na nervový systém, zejména na vegetativní nervy, přičemž nevhodně ovlivňuje také cévní systém. Cévy se zužují a tím i tedy průtok krve. Zužují se i cévy děložní a cévy mateřského koláče, a proto je plod nedostatečně živěný a dochází tedy k podvýživě neboli hypotrofii plodu. Dále kouř obsahuje kysličník uhelnatý, který se váže na hemoglobin a to pevněji nežli kyslík, proto plod také trpí nedostatkem kyslíku (Švejcar, 1985).

2.3.4 Potřeba energie v těhotenství

V těhotenství jsou ženy většinou hladovější než kdykoliv jindy a mají pocit, že by měly jíst za dva, avšak tato domněnka není pravdivá. V graviditě je totiž daleko důležitější kvalita než kvantita, toho co žena sní. (Stoppardová, 2007). Doporučení energetického příjmu v těhotenství se liší. Podle Pařízka není na počátku těhotenství ve většině případů zvlášť nutné energetickou potřebu navyšovat. U dobře živěných těhotných žen se doporučuje zvýšit potřebu energie až od 10. měsíce těhotenství a to přibližně o 1/10. (Pařízek, 2006). Brázdová uvádí, že energetickou potřebu těhotných žen je nutné individuálně korigovat podle tělesné hmotnosti, stavu výživy a úrovně fyzické aktivity. Netěhotné ženy by měly podle WHO přijímat 1 950 – 2000 kcal denně, což je 8 170 – 8 380 kJ/den. Průměrná potřeba energie se během těhotenství zvyšuje ve 3. trimestru o 200 kcal/den, což je 830 kJ (Brázdová, 2004).

Nedostatečný příjem energie může zapříčinit nepříznivé stavy u plodu, jako např.: zpomalení vývoje plodu, potraty, předčasný porod či nízkou porodní hmotnost (Pařízek, 2006). Stoppardová ve své knize uvádí, že u žen, které jí nedostatečně, se projevuje více problémů, než u žen, které jí naopak přiliš. Výzkumy prokázaly, že u těhotných s nedostatečným stravováním se vyskytl vyšší výskyt spontánních potratů, novorozeneckých úmrtí a nízké porodní hmotnosti (Stoppardová, 2007).

2.3.5 Váhový přírůstek v době těhotenství

Obecně je doporučováno, aby žena průměrné hmotnosti v době svého těhotenství nepřibrala víc než 10 – 12 Kg. Zhruba 3 – 4 Kg této hmotnosti váží dítě, zbytek hmotnosti pak náleží placentě, plodovým obalům, prsní tkáni, tuku a zvýšenému množství krve. V prvním trimestru většina žen nepřibere vůbec. Mezi 4. – 8. měsícem se hmotnost postupně zvyšuje o 0,5 – 1 Kg za týden. V posledním měsíci se zvyšování hmotnosti většinou zastaví (Stoppardová, 2007).

2.3.6 Potřeba hlavních živin v těhotenství

2.3.6.1 Bílkoviny v těhotenství

Bílkoviny neboli proteiny patří mezi hlavní živiny a jsou složeny z aminokyselin, které se dále dělí na esenciální, neesenciální a semiesenciální. Esenciální AMK jsou pro člověka nepostradatelné, musí být do těla dodány potravou, protože si je organismus nedokáže sám syntetizovat. Neesenciální AMK jsou postradatelné, neboť si je organismus umí vyrobit z jiných látek. Semiesenciální AMK jsou nepostradatelné v období vývoje a růstu. Z hlediska obsahu aminokyselin dělíme bílkoviny na plnohodnotné, téměř plnohodnotné a neplnohodnotné (Kopecký a kol., 2010). Plnohodnotné bílkoviny obsahují všechny esenciální aminokyseliny v požadovaném množství a poměru. Bílkoviny s nejvyšší biologickou hodnotou jsou obsaženy v potravinách živočišného původu, jako jsou maso, ryby, vejce a mléčné výrobky. Bílkoviny ze zdrojů rostlinných jsou naopak méně bohaté na esenciální AMK a biologická hodnota některých aminokyselin je určena nedostatkem limitní esenciální aminokyselinou, což se vyskytuje např. u lysinu v mouce. Proto se v těhotenství doporučuje konzumace smíšené stravy s obsahem různých zdrojů bílkovin. Vhodná kombinace živočišných a rostlinných potravin zajišťuje lepší biologické hodnoty.

Bílkoviny jsou pro organismus nezbytné, protože plní mnoho důležitých funkcí. V těhotenství jsou bílkoviny ještě nutnější, neboť zajišťují růst plodu, vývoj placenty a podporují změny na děloze a prsou. Podle Hronka je denní doporučená dávka bílkovin v období těhotenství 80 g. (Hronek, 2004). Kopecký a kol. uvádí, že v těhotenství je doporučená denní dávka bílkovin 1,5 g/kg tělesné hmotnosti (Kopecký a kol., 2010). Brázdová ve své rukověti znázorňuje tabulku doporučeného denního příjmu proteinů za den. WHO doporučuje u těhotných žen 51 g/den a v Evropě je doporučováno 48 – 60 g za den (Brázdová, 2004). Stoppardová uvádí, že těhotné by měly zvýšit denní příjem proteinů ze 45 – 60 g na 75 – 100 g/den (Stoppardová, 2007).

„Přítomnost bílkovin ve stravě má mimořádný význam, neboť jsou hlavním stavebním materiálem pro buňky vznikající v těle vyvíjejícího se plodu“ (Trča, 1990, s. 134).

Nedostatečným příjmem bílkovin může docházet ke zpomalení růstu, narušení metabolických pochodů, snížení koncentrace krevních bílkovin, anémii a k poruchám vývoje. Nadměrný příjem bílkovin není také příhodný, neboť nevyužité aminokyseliny musí organismus štěpit, což zatěžuje játra (Hronek, 2004).

2.3.6.2 Tuky v těhotenství

Tuky také označovány jako lipidy jsou různorodou skupinou látek, které jsou složeny z triacylglycerolů, což jsou sloučeniny glycerolu a mastných kyseliny. Podle obsahu MK se hodnotí kvalita a účinky tuků na zdraví (Kopecký a kol., 2010). Mastné kyseliny se rozdělují na nasycené, nenasycené s jednou dvojnou vazbou (mononenasycené) a nenasycené s několika dvojnými vazbami. Tuky slouží v organismu jako vydatný zdroj energie, buď přímý, nebo potenciální, tedy uložený do zásoby v tukové tkáni. Dále tuky fungují jako tepelný izolátor v podkožní tkáni. Nasycené a mononenasycené MK umí organismus sám syntetizovat, avšak MK s několika dvojnými vazbami je potřeba přijímat stravou. Jedná se o tzv. esenciální mastné kyseliny, které se rozdělují do dvou metabolických řad n-6 a n-3 (Hronek, 2004). Pařízek v těhotenství doporučuje zajistit příjem esenciálních mastných kyselin, zejména kyselinu arachidonovou a další esenciální MK, neboť jsou důležité pro rozvoj CNS plodu. Zdrojem těchto potřebných MK jsou především libové maso, žloutky, tučné ryby, listová zelenina a rostlinné oleje. Naopak se nedoporučuje v těhotenství příjem tzv. trans mastných kyselin, protože hrozí riziko předčasného porodu (Pařízek, 2006). Trans MK vznikají při ztužování tuku a v menší míře i při úpravě tuků za použití vysokých teplot, např. při smažení. Vyskytují se v margarínech, pomazánkách a v tucích na pečení nebo

smažení. Mezi výrobky s nižším obsahem trans MK jsou např. Flora, Perla, Hera, Rama; vyšší obsah trans MK můžeme nalézt v těchto výrobcích: Zlatá Haná, Finea, Stalla, Omega aj. Dále také mohou být tyto MK obsaženy v některém pečivu, polévkách, müsli tyčinkách a v čokoládových a cukrářských výrobcích. Podle Kopeckého a kol. by denní příjem trans MK neměl přesáhnout 2 % z celkového příjmu tuků (Kopecký a kol., 2010). Tuky zjemňují chuťový prožitek, vyvolávají pocit sytosti a usnadňují žvýkání a polykání. Dále jsou důležité pro tvorbu a správnou funkci buněčných membrán, pro výživu mozku a pro vstřebávání a využívání vitamínu A, D, E, K, neboť tyto vitamíny patří do skupiny vitamínu rozpustných v tucích (Pokorná, 2008).

Hronek uvádí, že příjem n-3 MK je v těhotenství nezbytný, protože ovlivňují nitroděložní vývoj, růst dítěte, vývoj mozku a také mají význam pro ostrost zraku. Nedostatek esenciálních MK v graviditě zkracuje délku těhotenství a snižuje porodní hmotnost novorozence. Avšak nadměrný příjem tuků není také vhodný. Tuky jsou vydatným zdrojem energie pro organismus a v případě jeho nadbytku, se tuky ukládají ve větším množství, což je rizikem vzniku obezity (Hronek, 2004).

K tukům se řadí také cholesterol. Pařízek tvrdí, že v těhotenství není vhodné jeho příjem omezovat, neboť cholesterol je důležitý pro vývoj plodu. Dokonce uvádí, že pro zdárný vývoj těhotenství jsou zapotřebí vyšší hodnoty cholesterolu v krvi matky (Pařízek, 2006). Organismus si umí cholesterol z velké části vyrobit sám, ale je také přijímán stravou. Zdrojem cholesterolu jsou pouze produkty živočišného původu. V největším množství se vyskytuje v mozečku, ledvinách a v játrech. Příjem cholesterolu by neměl být vyšší než 300 mg za den. V krvi se vyskytuje cholesterol ve dvou formách. LDL cholesterol je tzv. „zlý“ cholesterol, který dodává krvi cholesterol do periferních tkání. Jeho vyšší množství způsobuje snížení průchodnosti cév a následný rozvoj cévního onemocnění. Tzv. „hodný“ cholesterol je pak HDL cholesterol a ten funguje naopak. Jeho úkolem je zpětný transport cholesterolu z tkání do jater (Pokorná, 2008).

2.3.6.3 Sacharidy v těhotenství

Sacharidy neboli cukry jsou skupinou látek obsahující cukernou jednotku. Podle složení dělíme sacharidy na monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Monosacharidy jsou jednoduché cukry, které jako jedině organismus dokáže vstřebávat a využívat. Patří sem glukóza, fruktóza a galaktóza. Nejvýznamnějším cukrem je z fyziologického hlediska glukóza, která udržuje hladinu krevního cukru tedy glykemii

(Kopecký a kol., 2010). Glukóza je hlavním zdrojem energie pro některé orgány jako např. pro mozek, ledviny a erytrocyty. Při jejím nedostatku se glukóza tvoří z aminokyselin, glycerolu nebo mléčné kyseliny. Při nadbytku se přeměňuje v zásobní tuk. Sacharidy jsou rychlým a nejvýznamnějším zdrojem energie. 1 g sacharidu zajišťuje cca 16 kJ energie, což je asi 4 kcal. Důsledkem nedostatečného příjmu sacharidů je snížená pozornost a snížený tělesný i duševní výkon. Při klesnutí glykémie dochází ke zvýšené únavě a v extrémních případech i k hypoglykemickému šoku. (Hronek, 2004). Pro organismus je příjem sacharidů potřebný, neboť sacharidy zajišťují získávání energie pro tělesnou činnost a pro tvorbu tělesného tepla. Mezi nejdůležitější zdroje sacharidů patří brambory, chléb, ovoce a zelenina. Jsou i další zdroje sacharidů, jako např. cukr a cukrářské výrobky, avšak nedoporučují se z hlediska vzniku nadměrné hmotnosti a zubního kazu (Trča, 1990). Grofová uvádí, že nedostatečný příjem sacharidů může zapříčinit rychlý vznik ketózy,¹ což je stav poškozující plod. Důsledkem vyššího příjmu sacharidů je pak hyperglykemie² a následně hyperinzulinemie³ matky i plodu, což může vést k potratům. V případě trvale vyšší glykémie matky může dojít k makrosomii⁴ plodu, narušení vývoje plic či smrti plodu (Grofová, 2010). Proto se doporučuje konzumovat potraviny s nízkým glykemickým indexem. GI nám udává, jak rychle se zvyšuje hladina glykémie v krvi po konzumaci určité potraviny. Čím rychleji daná potravina zvyšuje glykémii, tím je její hodnota glykemického indexu vyšší. Hodnoty glykemického indexu jsou velmi individuální a závisí na více faktorech (Pokorná, 2008). Grofová uvádí některé potraviny s nízkým GI jako např. okurka, paprika, rajče, salát, špenát, jahody, švestky, třešně, olivy, květák a brokolice a potraviny s vysokým GI jsou pak ovesné vločky, pšeničná mouka, rohlíky, housky, sladké pečivo, med aj. (Grofová, 2010).

Zvláštním druhem sacharidů je vláknina, která patří do skupiny polysacharidů. Jedná se o nestravitelné enzymy. Vláknina se v zažívacím traktu nenatráví, proto nemůže být využita jako zdroj energie, avšak její důležitost je dána jinými funkcemi v organismu.

¹ Ketóza – stav, vznikající nedostatkem sacharidů v těle, následkem si tělo energii bere z vlastní tukové tkáně, tělo si z mastných kyselin v játrech začne vyrábět ketony a těmi nahrazuje cukry. [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupné z WWW: <http://fitplan.cz/ketoza/>

² Hyperglykemie – zvýšené množství cukru v krvi. [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/hyperglykemie>

³ Hyperinzulinemie – zvýšená koncentrace inzulínu v krvi, přispívá k rozvoji aterosklerózy. [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupný z WWW: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/hyperinzulinemie-3>

⁴ Makrosomie plodu – plod s velkou hmotností, dítě vážící nad 4 000 – 4 500 g, postihuje asi 10 % dětí. [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupný z WWW: <http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=HYPERLINK>

Vláknina reguluje vstřebávání sacharidů, tuků a cholesterolu, v žaludku nám způsobuje pocit sytosti, podporuje střevní peristaltiku, působí proti zácpě, zvětšuje obsah tlustého střeva (Pokorná, 2008).

2.3.7 Potřeba vitaminů a minerálních látek v těhotenství

Více než kdy jindy potřebuje těhotná žena přijímat dostatek vitaminů a minerálních látek. To zajistí pestrou stravou. V tomto období je velmi potřebné přijímat produkty rostlinného původu. Doporučuje se přijímat cca 400 g ovoce a zeleniny za den, avšak by se měly omezit ztráty vitaminů kulinářskou úpravou. Nejvhodnější je zeleninu konzumovat syrovou. Největší pozornost v době prekoncepční a v období těhotenství je třeba věnovat příjmu kyseliny listové, železa, jódu, vápníku, vitaminu D a vitaminu A (Pařízek, 2006). Tyto látky může žena přijímat přirozeně jako součást vyvážené stravy nebo formou multivitaminových přípravků, které je možno zakoupit v lékárně. Těchto přípravků je na trhu velká řada a jsou rozdílné jak složením tak cenově, proto je nejlepším řešením, poradit se se svým gynekologem (Gregora, 2005).

2.3.7.1 Příjem kyseliny listové

Kyselina listová neboli acidum folicum je jeden z vitaminů skupiny B. Vyskytuje se převážně v listové zelenině, např. ve špenátu, brokolici, chřestu nebo v kapustě, ale také ji můžeme nalézt v jiných zdrojích, jako např. v luštěninách, ovesných vločkách, celozrnném pečivu, v kvasnicích a také v játrech a ledvinách.⁵ Kyselina listová má velký vliv při formování CNS. Je také nezbytná pro tvorbu červených krvinek. Nejvíce nepostradatelná je ve vývoji dítěte v prvních dvanácti týdnech těhotenství (Stoppardová, 2007). Kyselina listová se v těle neukládá a v graviditě se jí vylučuje ve větším množství než za normálních okolností, proto je nutné zajistit její pravidelný příjem. Jak již bylo výše zmíněno, vyskytuje se zejména v listové zelenině, avšak nejvhodnější je, jíst zeleninu syrovou popřípadě dušenou (Fenwicková, 1992). Příjem kyseliny listové je podle Hronka nejvíce nezbytný v období těhotenství, neboť snižuje riziko vzniku vrozených vývojových vad, obzvláště defektu neurální trubice, avšak její podávání má efekt jen v případě, je-li užíván již v prekoncepčním období nejméně jeden měsíc před otěhotněním. Denní doporučená dávka u těhotných činí 0,4 mg za

⁵ *Kyselina listová*. [online]. [cit. 2014-15-10]. Dostupné z WWW:

<http://www.celostnimediceina.cz/kyselina-listova.htm>

den a u žen s vyšším rizikem vzniku defektu neurální trubice se doporučuje 4 – 5 mg za den. V graviditě a v období laktace by tedy měly ženy přijímat 600 µg kyseliny listové denně. Nedostatek kyseliny listové se u těhotné ženy nejdříve projevuje v kostní dřeni a na sliznicích, kdy dochází k tzv. megaloblastové anémii. Mezi její symptomy patří glositida, duševní únava, funkční změny tenkého střeva a růstu buněk na intestinálních klcích (Hronek, 2004). Podle Pařízka je kyselina listová důležitá pro dělení buněk a tedy i pro celé těhotenství. Její nedostatek dále může způsobit spontánní potrat, vrozené vady plodu, předčasný porod nebo zpomalení vývoje plodu. Nejzávažnější důsledky nastávají při jejím nedostatku na začátku těhotenství zejména u matek se zhoršeným metabolismem kyseliny listové. V dnešní době tyto poruchy můžeme odhalit genetickým vyšetřením. V takových případech se pak doporučuje doplňování kyseliny listové ve vyšších dávkách ve formě tablet (Pařízek, 2006).

2.3.7.2 Příjem železa

Dalším nezbytnou látkou v období těhotenství je železo. Železo patří mezi mikroelementy, jejichž denní doporučená dávka je pod 100 mg za den. Zdrojem železa je především červené maso, játra, ledviny, žloutek, což jsou zdroje hemového železa a mezi zdroje nehemového železa patří rostlinné produkty, zvláště ovoce, listová zelenina a celozrnné cereálie (Kopecký a kol., 2010). Železo je v těle potřebné pro tvorbu hemoglobinu, což je krevní barvivo, které se účastní transportu kyslíku červenými krvinkami. V období těhotenství dochází k fyziologickým změnám. V oblasti oběhového systému dochází ke zvýšení objemu krve a následně ke zvýšené spotřebě železa v těle, proto je v období těhotenství potřeba zvýšit jeho příjem. Železo může být překážkou pro vstřebávání zinku v těle, který je nutný pro vývoj mozku a nervové soustavy, proto je v těhotenství vhodné, jíst potraviny bohaté na zinek, avšak odděleně od potravin bohatých na železo (Stoppardová, 2007). Dalším důvodem, proč je potřeba zvýšit příjem železa v těhotenství je ten, že si plod v posledních dvou měsících vytváří zásoby železa ve svém těle, neboť během prvních měsíců života dítěte mimo tělo matky obsahuje jeho strava nepatrné množství železa. V poradnách pro těhotné provádí lékaři krevní testy, podle kterých se může případný nedostatek železa v těle matky potvrdit. V případě, kdy má žena nedostatek železa, může lékař předepsat preparát obsahující železo (Trča, 1990). Vyšetřuje se krevní obraz a hladina hemoglobinu. Je-li hladina hemoglobinu pod 100 g/l, je potřeba doplňovat železo vhodnými preparáty (Pařízek, 2006). Železo z živočišných zdrojů se snadněji absorbuje než železo např. z luštěnin, proto Fenwicková doporučuje ženám, které nejí maso, kombinovat stravu bohatou na železo se stravou bohatou

na vitamin C, který podporuje absorpci železa v těle (Fenwicková, 1992). Hronek dokonce uvádí, že vypití sklenice šťávy z černého rybízu před jídlem bohatým na železo, zvýší resorpci železa až o 100 % (Hronek, 2004). Dle Pařízka je nedostatečný příjem železa nejčastějším nutričním deficitem během těhotenství, zejména mezi 12. až 24. týdnem těhotenství, což může být příčinou anémie neboli chudokrevnosti matky. Anémie nemá negativní dopad jen na matku, ale také na plod. U matky se mohou vyskytnout následující symptomy: únava, bolest hlavy, dušnost a zvýšené riziko komplikací během šestinedělí. U plodu anémie zhoršuje jeho vývoj. Může způsobit předčasný porod tedy nedonošenost plodu, dále nízkou porodní hmotnost a také zvyšuje riziko úmrtí novorozence.

Hronek uvádí, že na rozvoji anemie se podílí více faktorů, jako např. nedostatek kyseliny listové, vitaminu B12, vitaminu C a vitaminu A (Hronek, 2004). Brázdová uvádí tabulka doporučeného příjmu železa dle různých studií. Světová zdravotnická organizace doporučuje těhotným 12,5 mg/den, v Evropě se doporučuje 17 – 21 mg/den (Brázdová, 2004).

2.3.7.3 Příjem jódu

Jód patří mezi stopové prvky a jeho doporučená dávka je 150 µg za den. Jeho hlavní význam v těle je, že tvoří hormony štítné žlázy a tím se podílí na její správné funkci (Kopecký a kol., 2010). Výrazný nedostatek jódu může představovat velké nebezpečí i pro matku, ale zejména pro plod. Nejzávažnější jsou poruchy centrální nervové soustavy. Velmi vážný stav, který může vzniknout při nedostatku jódu, je endemický kretenismus. Od 12. týdne již plod není závislý na přísunu hormonů z cirkulace matky, neboť začíná jejich syntéza v zárodečné štítné žláze, avšak při těžkém nedostatku jódu u matky, chybí plodu základní stavební materiál pro vlastní syntézu tyreoidálních hormonů. Tento závažný deficit způsobuje poruchu diferenciaci a proliferaci neuronů a tím se rodí těžce deficitní jedinec s poruchami vývoje mozku a jiných orgánů. Avšak endemický kretenismus je extrémní formou projevu nedostatku jódu. Častější bývá endemická eufunční struna, což je stav většinou ještě zvrátelný (Hronek, 2004). Brázdová zmiňuje další následky nedostatku jódu: potraty, nízká porodní hmotnost, vyšší porodní úmrtnost, struna a hypothyroidismus matky. Jako prevence těchto poruch se provádí tzv. jodizace soli (Brázdová, 2004). Sůl je hlavním zdrojem jódu, neboť většina výrobců dnes obohacuje sůl jodem. Tato sůl se používá i při výrobě různých potravin a přidává se i do krmiva pro dobytek, a proto jod můžeme nalézt i v mléce. Dalším bohatým zdrojem jsou mořští živočichové. Proto se v ČR v dnešní době již neobjevují projevy silného

deficitu jodu. Přesto je však ženám doporučováno přijímat alespoň jedenkrát týdně mořskou rybu. Denní doporučená dávka jodu činí 230 µg (Pokorná, 2008).

2.3.7.4 Příjem vápníku

Vápník je jeden z mikroelementů, jejichž denní potřeba dosahuje čísel nad 100 mg za den. Denní doporučená dávka vápníku je 800 – 1 000 mg (Kopecký a kol., 2010). WHO doporučuje gravidním ženám 1 000 – 1 200 mg/den, v Evropě je pak doporučováno 700 mg/den (Brázdová, 2004). Fenwicková doporučuje zvýšit příjem kalcia až o dvojnásobek. Vápník je důležitý pro normální vývoj kostí a zubů dítěte, který začíná okolo 8. týdne. Mezi jeho zdroje patří zejména mléko, sýry, jogurty a čerstvá listová zelenina (Fenwicková, 1992). Ženy, které nejí mléčné výrobky, by měly užívat kalcium ve formě doplňků stravy. Pro vstřebávání kalcia je nezbytný vitamin D, proto je důležité, jíst stravu bohatou na vitamin D, jako např. vajíčka a sýry (Stoppardová, 2007). Vápník je další látkou, jejíž spotřeba v období těhotenství stoupá. Před otěhotněním je spotřeba vápníku 0,5 g za den, avšak v době těhotenství se zvyšuje až na 1,5 g za den. Při nedostatku vápníku nastávají zdravotní poruchy, z nichž nejzávažnější je zvýšená kazivost zubů a odčerpávání vápníku z kostí (Trča, 1990). Hronek dále popisuje následky neostatečného příjmu vápníku. Při jeho deficitu se uvolňuje ze zásob v kostech matky. Kosterní soustava matky je tak zatěžována neustálým pohybem kalcia z kostí do krve a naopak, což je rizikový stav vzniku osteoporózy u matky. U plodu se tvoří řídkší skelet a zubní kaz neboli odvápnění skloviny (Hronek, 2004).

2.3.7.5 Příjem vitaminu D

Vitamin D se podílí na správném vstřebávání a využití vápníku a fosforu v těle, což jsou minerály v ideálním poměru důležité pro tvorbu kostí a zubů, proto je vitamin D v době těhotenství nezbytný. Vitamin D se v organismu tvoří působením slunečního záření, avšak při jeho nedostatku jsou dobrým zdrojem některé potraviny. Je obsažen pouze v živočišných produktech (Pokorná, 2008). Stoppardová tvrdí, že pro dostatečnou tvorbu vitaminu D většině lidí se světlou pletí stačí 40 minut světla denně (Stoppardová, 2007). Brázdová doporučuje těhotným a kojícím ženám přijímat vitamin D 10 µg denně. Suplementace vitaminu D se doporučuje ženám s nízkým příjmem vitaminu D ve stravě a ženám, které se nevystavují slunečnímu záření. Jeho nedostatek může vést ke vzniku osteomalacii a deformaci pánve během těhotenství. Dostatečný příjem vápníku a vitaminu D působí jako prevence křivice

(Brázdová, 2004). Nedostatek vitamínu D může být způsoben sníženým příjmem potravy nebo pobytem ve znečištěném ovzduší, které brání pronikání UV paprsků. I některé léky mohou snižovat jeho hladinu v krvi. Jeho nedostatek má pak za následek snížení hladiny fosfátů a vápníku v séru. U plodu může hypovitaminóza vitamínu D zapříčinit pomalejší růst, defekty zubní skloviny a hypokalcemii. Velké množství vitamínu D není také vhodné, dokonce se mluví až o toxicitě vitamínu D při jeho vysokém přísunu do organismu. Jeho nadbytek vzniká jen při předávkování vitaminovými přípravky, neboť v normální stravě se vitamín D nevyskytuje až v takovém množství (Hronek, 2004).

2.3.7.6 Příjem vitamínu A

Vitamín A se vyskytuje v živočišných produktech ve formě retinolu a v rostlinných produktech ve formě karotenů, což jsou tzv. provitaminy A. Je potřebný pro zrak a působí proti šerosleposti. Dále podporuje růst a správnou činnost pohlavních žláz a reprodukci. Doporučený příjem vitamínu A v těhotenství je dle WHO 800 µg za den (Pokorná, 2008). Brázdová uvádí, že jeho potřeba v těhotenství nestoupá, doporučuje tedy 600 – 700 µg za den. Bylo prokázáno, že ženám, které v těhotenství užívaly vysoké množství vitamínu A, se rodily děti s výskytem vrozených vývojových vad (Brázdová, 2004). Vitamín A se také označuje jako retinol, patří do skupiny lipofilních vitamínů, což jsou vitamíny rozpustné v tucích. Mezi odborníky se o vitamínu A hodně diskutuje, především z hlediska jeho bezpečných dávek do organismu těhotné ženy. Fyziologické rozhraní hladiny retinolu v séru je 0,53 – 2,1 mikromol/l. Je důležitý pro růst a metabolismus všech buněk, především epitelových, podílí se na stimulaci růstu a diferenciaci epitelové tkáně, zvyšuje odolnost vůči infekcím, zkracuje dobu rekonvalescence, má také antioxidační účinky. Hypovitaminóza A může být příčinou funkčního poškození kůže a sliznice, poruch krvetvorby, nervového systému, šerosleposti, neplodnosti a zastavení růstu kostí do délky. Hypervitaminóza retinolu má teratogenní účinky, zejména při jeho vysokém příjmu v průběhu prvních 28 – 70 dní těhotenství. U těhotné ženy může intoxikace vitamínem A způsobovat trávicí obtíže, slabost, zvětšení jater, otoky, bolesti kloubů, nauzeu, zvracení, bolesti hlavy či břicha. U plodu může způsobit poruchy nervového a kardiovaskulárního systému. U žen, které užívaly vitamín D ve větším množství než 10 000 IU, byl prokázán 4,8krát vyšší výskyt malformací novorozenců (Hronek, 2004).

2.4 Pohybová aktivita v těhotenství

Pohyb je pro zdraví člověka důležitý v každém věku a to platí i pro období těhotenství, avšak v těhotenství je potřeba dodržovat určitá omezení a zvolit vhodnou pohybovou aktivitu či sport (Vitíková, 2007). Přiměřený pohyb nejen podporuje naši psychickou a fyzickou kondici, ale také připravuje tělo těhotné ženy na porod. Díky pohybové aktivitě v těhotenství můžeme zabránit různým obtížím a změnám souvisejících s těhotenstvím a zajistit lepší a rychlejší průběh porodu. Pařízek zmiňuje, že studie prokázaly, že u žen, které se v těhotenství věnovaly nějaké pohybové aktivitě, se délka porodu zkrátila a snížil se výskyt komplikací vedoucích k císařskému řezu (Pařízek, 2006). Některé nastávající maminky mají obavy z toho, že cvičením mohou nějakým způsobem poškodit dítě nebo vyvolat potrat. Avšak ženy, které se cítí dobře, jsou zdravé a dříve neměly potrat či jiné komplikace během jejich těhotenství se nemusí obávat cvičit. Je ale také možné se poradit se svým lékařem. Naproti tomu těhotná nesmí cvičit v situacích, kdy se objeví bolest, krvácení, zvýšená únava, slabost či jiné nežádoucí příznaky (Sikorová, 2009).

Hanáková a kol. doporučují ženám navštěvovat speciální kurzy těhotenského cvičení, neboť zde na těhotné dohlíží odbornice, většinou porodní asistentky (Hanáková a kol., 2010). Podle Trči jsou pro těhotnou nejvhodnější procházky. Těhotná žena by měla chodit na procházky každý den, nejlépe do klidných míst s čistým ovzduším. Procházka by měla trvat alespoň 45 minut, avšak neměla by způsobovat ženě únavu. Kromě procházek také doporučuje speciální tělocvik pro těhotné ženy. Má za úkol nejen udržení ženy v tělesné a duševní kondici, ale i povzbuzuje krevní oběh a připravuje ženu na snazší zvládnutí porodu (Trča, 1990).

Relaxační cvičení v těhotenství je dle Fenwickové důležité, protože pomáhají ženě uklidnit se, zmírňují stres, zvyšují průtok krve do placenty a také cvičení během těhotenství pomáhá ženám získat opět normální tělesné proporce. Autorka doporučuje ženám cvičit denně nebo navštěvovat prenatální tělocvik. Žena může začít cvičit hned po potvrzení jejího těhotenství, ale jen v případě, že jí to z nějakého důvodu nezakáže lékař. Cvičení je vhodné postupně prodlužovat (Fenwicková, 1992).

Dle Stoppardové pravidelné cvičení uleví od bolesti zad, křečí, zácpy a zadýchávání se. Při cvičení se vyplavují hormony zvané endorfiny, a tím se zlepší nálada, žena se bude cítit spokojenější. Výhodou cvičení v prenatálních kurzech je setkání s jinými maminkami, žena se tak může seznámit a najít si nové přítelkyně. Do cvičení je možné také zapojit partnera či jiné členy rodiny (Stoppardová, 2007).

2.4.1 Zásady při cvičení v těhotenství

O vhodnosti cvičení je potřeba se poradit se svým lékařem a to platí zejména pro ženy, které trpí nějakou chorobou nebo měly předčasný porod. Při cvičení je nutné dodržovat pitný režim a vyhnout se přehřátí organismu, tělesná teplota by neměla přesáhnout 38°C. Cvičení by mělo probíhat nejlépe 2 – 3krát týdně asi 20 – 30 minut. Při cvičení v posilovně se doporučuje cvik raději vícekrát zopakovat, ale s menší zátěží. Těhotné ženy by se měly vyvarovat prudkých švihů, odrazů, skoků a cviků se zadržováním dechu. Po 1. trimestru není vhodné ležet na břiše a ve 3. trimestru neležet delší dobu na zádech, neboť děloha vyvolává tlak na dolní dutou žílu a omezuje tak krevní oběh (Vitíková, 2007).

Cvičení by mělo probíhat v bavlněném oblečení a pohodlné obuvi. Je důležité cvičit pozvolna, klidným tempem, s pětiminutovými přestávkami každých 15 minut. Není vhodné cvičit až do úplného vyčerpání, žena by se neměla přehřát. Při cvičení by ženě neměla být ani zima. Dobré je cvičit v přírodě či v dobře vyvětralé místnosti. Při cvičení je důležité také dostatek tekutin a po cvičení Hanáková a kol. doporučují 15 – 20 minut ležet na levém boku nebo zaujmout jinou příjemnou polohu. Před cvičením je důležité se nejdříve zahřát rozcvičkou a po cvičení nechat dostatek času na vychladnutí těla (Hanáková a kol., 2010).

2.4.2 Vhodné a nevhodné sporty v těhotenství

Často kladenou otázkou ze strany těhotných je, zda mohou v těhotenství provozovat nějaký sport. Doporučení o vhodných sportech v těhotenství se drobně liší dle různých autorů. Trča uvádí, že jediným druhem sportu, který je pro těhotné užitečný, je plavání, avšak ne závodní. Na druhou stranu nedoporučuje jízdu na kole, neboť v těhotenství se snižuje obratnost a to je rizikem pádu z kola. Dále není vhodné lyžování, jízda na koni a aerobik, protože otřesy při poskocích by mohly vyvolat předčasné stahy dělohy a následně předčasný porod (Trča, 1990). Mikulandová souhlasí, že je v graviditě vhodné plavání. Avšak za další vhodné sporty také považuje jízdu na kole při výběru vhodného nenáročného terénu, tanec a aerobik s dostatečnými přestávkami a kalanetiku (Mikulandová, 2007). Dle Hanákové a kol. je aerobik v době těhotenství povolený, avšak upozorňuje na nevhodnost skoků a otřesů a doporučuje cvičení aerobiku konzultovat se svým lékařem. Aerobik je vhodný zejména pro ženy, které si chtějí udržet tvar své postavy. Je také doporučeno provozování břišních tanců v těhotenství, neboť mají velmi pozitivní účinky. Napomáhají odstraňovat bolesti v zádech, posilují břišní svalstvo, svalstvo zad a páteře a mají také pozitivní vliv na psychiku ženy. Vhodné jsou hlavně vlnivé a krouživé pohyby pánví, hrudníkem, hlavou a rukama (Hanáková

a kol, 2010). Beránková považuje za vhodné aktivity v těhotenství plavání, chůzi a cvičení, neboť napomáhají udržení tělesné kondice ženy a uleví od běžných obtíží jako např. bolesti bederní páteře (Beránková, 2002). Dle Gregora je také přípustná pomalá jízda na kole (Gregora, 2005). Stoppardová uvádí sporty, které v těhotenství doporučit lze, a naopak které nelze. Mezi doporučované sporty patří plavání, jóga, chůze a tanec. Plavání považuje autorka za nejlepší způsob cvičení v těhotenství. Při plavání se zpevní většina svalů v těle a zlepšuje se i vytrvalost. Jóga zase přispívá k zlepšení ohebnosti a uvolnění napětí. Při józe se žena naučí ovládat dýchání a koncentraci, což se hodí zejména k porodu. Chůze je vhodná pro zažívání, krevní oběh a pro udržení postavy. Je důležité chodit v kvalitní obuvi bez podpatku. Tanec Stoppardová také považuje za prospěšný, pokud však nebude příliš energický a namáhavý. Ostatním aktivitám, jako například jízda na kole, na koni, lyžování, je raději žádoucí se vyvarovat, zejména tedy v období, kdy již má žena větší břicho, neboť velká váha na přední části těla narušuje rovnováhu těla ženy. Sedy-lehy by žena také v době těhotenství neměla provádět. Každé cvičení, při kterém se namáhají břišní svaly, není žádoucí v době těhotenství (Stoppardová, 2007). Dle Pařízka je pro těhotné povolený také golf, který je fyzicky nenáročný a lze jej provozovat i téměř před porodem. Pařízek zmiňuje tzv. problémové sporty, mezi které patří tenis, bruslení a terénní běh. Provozování těchto sportů se v době těhotenství nedoporučuje vůbec, jsou rizikové zejména ve druhé polovině těhotenství. Dále jsou v těhotenství naprosto nepřípustné míčové hry, potápění, vrcholový trénink, silové sporty a namáhavé vytrvalostní sporty (Pařízek, 2006). Sikorová řadí mezi doporučované sporty v těhotenství chůzi, cyklistiku, plavání a posilování. Chůzi považuje za nejlepší pohybovou aktivitu a to nejen v těhotenství. Doporučuje chodit raději do přírody či do parku než do rušných, frekventovaných ulic, neboť výfukové plyny jsou škodlivé jak pro ženu, tak pro její nenarozené dítě. Chůzí se myslí svižnější tempo, nikoliv pomalá procházka. Sikorová doporučuje chodit nejdříve 20 – 30 minut 3krát týdně, zátěž pak postupně navyšovat až na 30 – 60 minut téměř každý den. V posledních 4 – 6 týdnech by žena měla zmírnit tempo chůze. O vhodnosti cyklistiky v těhotenství se v naší literatuře polemizuje. Při jízdě na kole by se žena měla totiž vyvarovat různým otřesům a prudkým zatáčkám. Jízda na kole by měla probíhat na rovném terénu, což není vždy možné zajistit, proto se tento sport ne vždy doporučuje. Je žádoucí se vyhnout jízdě na terénním kole v kopcovitém terénu. Vhodnou alternativou je pak jízda na rotopedu. Plavat žena může od začátku těhotenství až do 38. týdne těhotenství. Po 38. týdnu se plavání nedoporučuje, neboť tělo ženy se již připravuje na porod a otevírají se porodní cesty, což je rizikem vniknutí infekce. Posilování je určené jen pro ženy,

kteřé již před otěhotněním pravidelně navštěvovaly posilovnu. Měly by si vřak uvědomit, že v těhotenství je zapotřebí zmírnit zátěž a intenzitu. Účelem posilování v těhotenství není rozhodně udržení postavy nebo hubnutí, nýbrž udržení ženy v kondici. Ženy, které chtějí v době svého těhotenství nadále cvičit v posilovně, by měly probrat možnosti tohoto sportu se svým lékařem (Sikorová, 2009).

2.4.3 Speciální cvičení pro těhotné

Speciální cvičení pro těhotné by měli vést odborní pracovníci, tedy porodní asistentky nebo fyzioterapeutové. Cvičení by měly ženy provozovat od začátku těhotenství až do porodu. Cvičení jsou rozdělené dle jednotlivých stádií těhotenství, tedy na cvičení v I., II. a III. trimestru (Pařízek, 2006).

V prvním trimestru je možné cvičit téměř vše, ovšem je třeba zvolit si vhodný druh pohybu. Je žádoucí zaměřit se na procvičování partií těla, které v období těhotenství nejvíce trpí. Dále je třeba dbát na správné držení těla, procvičování prsního svalstva, břišních svalů a svalstva klenby nohy. Žena by se měla v tomto období také naučit správného sezení, vstávání a zvedání břemen (Sikorová, 2009).

V I. a II. trimestru má být cvičení zaměřeno na:

- protažení a posilování krčního svalstva,
- posilování prsních a břišních svalů,
- protažení mezilopatkových, šíjových svalů a svalů na vnitřní straně stehen,
- posilování a uvolňování svalů pánevního dna,
- nácvik správného držení těla,
- posilování hýžd'ových svalů,
- prevenci křečových žil,
- podporu střevní peristaltiky,
- protahování hrudní a bederní páteře (Pařízek, 2006).

V posledním trimetru dochází k mnoha změnám, což vyžaduje, aby cvičení probíhalo již vždy pod vedením odborníka. V tomto období je cvičení zaměřené stále na stejné svalové skupiny, avřak je cvičení doplněné o tzv. předporodní přípravu. Tato příprava má za úkol zbavit ženu strachu a úzkosti z porodu. V rámci předporodní přípravy se žena učí správnému dýchání, porodnických poloh a relaxaci (Pařízek, 2006).

2.4.4 Cvičení na posílení svalů pánevního dna

Během těhotenství je jednou z nejméně zatěžovaných částí těla svalstvo pánevního dna. Svalstvo pánevního dna se nachází v kosterní části pánve, konkrétně mezi kostí stydkou, pánevní, křížovou a kostrčí. Slouží jako podpůrný aparát orgánů pánevní dutiny, zejména pro močový měchýř, močovou trubici, dělohu a konečník (Sikorová, 2009). Mimo těhotenství a porod má významnou roli i v jiných oblastech. Má podíl na udržování těla ve vzpřímené poloze a napomáhá udržování pánevních orgánů ve správné poloze. Svaly pánevního dna při vzájemné souhře s bránicí a některými břišními svaly udržují nitrobřišní tlak. Na funkci těchto svalů má také velký vliv držení těla. Při správném držení těla tyto svaly mohou správně fungovat, naopak nežádoucí předsunuté držení těla způsobuje nadměrné napětí těchto svalů a tím dochází k jejich oslabení (Vitíková, 2007). Těhotenství a porod jsou stěžejní příčinou ochabování svalstva pánevního dna. Následně pak dochází k inkontinenci neboli úniku moči, poklesu orgánů a ke snížení sexuálního uspokojení. Proto je důležité, je zpevňovat v období těhotenství, před i po porodu, aby nedocházelo k jejich ochabnutí (Dumoulin, 2001).

2.5 Psychika a ostatní vlivy v těhotenství

V organismu těhotné ženy dochází už od začátku těhotenství k somatickým, ale i k psychickým změnám. Psychické změny ovlivňují na jedné straně fyzikální změny v těle a na druhé straně sociální a ekonomické faktory. Psychické změny se vyskytují u všech těhotných, i přesto že jejich těhotenství bylo chtěné. Intenzita těchto změn je dána osobnostními kvalitami těhotné a vlivy okolí. V těhotenství je zapotřebí změnit své dosavadní modely chování a od některých typů chování je žádoucí úplně upustit, což následně vede k pocitům úzkosti, zmatku a jiným problémům. Důležité je, aby nová role těhotné ženy byla akceptována okolím. V prvním trimestru je úkolem ženy přijetí těhotenství. Žena je zaměřena na sebe, je více introvertní, zkoumá své tělo. V tomto období se u ženy vyskytují typické projevy, jako rozladěnost, nejistota a náladovost. V druhém trimestru si je žena vědoma existence plodu, neboť cítí jeho pohyby. Je spokojená, cítí se dobře a usiluje o zdárný průběh těhotenství. V posledním trimestru se žena soustřeďuje hlavně na termín porodu. Žena je v tomto období více zranitelná, má obavy o osud těhotenství a strach z porodu. Těhotná připravuje na porod (Roztočil a kol., 2008). Těhotenství může být proto pro ženu emocionálně náročné. Emoce a nálada ženy se rychle střídají. Tyto emocionální změny jsou způsobené změnami hladin hormonů. Na náladu ženy může mít také vliv změna její postavy. Mnoho těhotných žen si může klást otázku, zda její výkyvy nálad mohou mít negativní vliv na dítě.

Stoppardová tvrdí, že dítě na nálady ženy opravdu reaguje, např. v situacích, kdy je žena podrážděná nebo našťavaná, může dítě začít kopat, avšak neprokázalo se, že by tyto emocionální výkyvy měly škodlivý účinek na dítě. Dítě vnímá tedy i pocity své matky, což je umožněno tím, že různé emoce zapříčiňují vylučování různých chemických látek do krevního oběhu a následně se dostávají přes placentu k dítěti. Například zlost uvolňuje adrenalin, euforie zase endorfiny. Proto dítě v bříšku mění nálady a své pocity dle nálady své matky. Když je žena dobře naladěná, cítí se šťastně, tak i dítě v jejím bříšku je spokojené a šťastné. Proto Stoppardová doporučuje, aby ženy provozovaly často aktivity, které je činí šťastné (Stoppardová, 2007).

I když má žena ke svému těhotenství pozitivní postoj, tak se v těhotenství vyskytují různé nepříjemné pocity. Žena si může klást otázky, zda bude dobrou matkou, zda bude její dítě zdravé. Bude mít obavy z nových povinností, začíná přehodnocovat své dosavadní hodnoty. Těhotná se také bude obávat porodu a bolestí s ním spojené. Tyto obavy se projevují již zmíněnými výkyvy nálad od euforie až po depresi. Těhotná žena může být hysterická a její reakce na docela běžné situace bývají často přehnané, což se v těhotenství považuje za obvyklé. Tato emocionální labilita a nevyrovnanost se chápe jako adaptační reakce ženy na těhotenství a na její budoucí úlohu. Těhotná by své obavy neměla ignorovat a potlačovat, ale měla by se někomu svěřit, nejlépe svému manželovi či partnerovi, který by měl těhotnou ženu podporovat a vyjádřit pochopení. Je důležité, aby si oba partneři uvědomili, že nyní jeden druhého potřebuje víc než kdy jindy.⁶

Těhotenství je ovlivněné různými faktory, mezi které patří i věk ženy. Věk ženy ovlivňuje její psychiku a přístup k těhotenství. U těhotných žen v adolescentním věku jde často o nechtěná těhotenství, vzniklá z náhodného vztahu. Na druhé straně existují i ženy, které otěhotněly záměrně, aby urychlila své dospění a osamostatnily se od rodiny, ve které se cítí neuznávané. Tím se snaží od svého okolí získat zájem, avšak většinou to vede k pocitům samoty, bezmoci a izolace od vrstevníků. V tomto věku jsou ženy ještě duševně nezralé a nejsou schopné zvládnout psychické nároky v těhotenství. Mívají omezenou schopnost rozeznávat potřeby dítěte, což následně může vést k rozvoji subdeprivačních⁷ rysů osobnosti dítěte. V adolescentním věku ženy ještě stále hledají svou identitu, snaží

⁶ Psychické změny těhotných. [online]. [cit. 2014-1-12]. Dostupný z WWW: <http://www.porodnice.cz/clanky/psychicke-zmeny-tehotnych>

⁷ Subdeprivace – mírnější forma deprivace, skryté strádání. *ABZ slovník. Subdeprivace.* [online]. [cit. 2014-2-12]. Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/subdeprivace>

se porozumět svým pocitům a sobě samé, což může ovlivnit rodičovství a výchovu dítěte nezralou matkou. U nezralých matek se častěji rodí děti s nízkou porodní hmotností, tyto děti mají v mladistvém věku větší tendence k trestné činnosti. Starší ženy jsou již zralejší, mají stabilnější žebříček hodnot a větší sebevědomí. Avšak na druhou stranu těhotné prvorodičky po 35. roce mají větší obavy z neúspěchu těhotenství (Ratislavová, 2008).

2.5.1 Spánek, odpočinek, relaxace v těhotenství

Těhotenství je provázené typickými projevy, jako je únava, vyčerpání a vyšší potřeba spánku, obzvláště tedy na jeho počátku. Navíc je žena většinou rozladěná a prožívá různé zdravotní problémy, např. ranní nevolnosti, poruchy trávení či vylučování a vysoký nebo naopak nízký krevní tlak. Proto je v tomto období zvláště nutný dostatek odpočinku, spánku a relaxace (Hanáková a kol., 2010). Pařízek doporučuje ženám, aby spaly minimálně 8 hodin denně a podle možnosti a času alespoň jednu hodinu během dne. Dobrý spánek je příznak dobré adaptace ženy na své těhotenství. Většina žen s pravidelným těhotenstvím nemá poruchy spánku, avšak mohou se vyskytnout v posledních měsících těhotenství, kdy se žena často probouzí. To je způsobené pohyby plodu nebo pocitem nepohodlí. V pozdějších obdobích těhotenství, kdy jsou rozměry a hmotnost plodu vyšší a žena má již břicho, je spánek na břicho nepohodlný. Není ale ani doporučeno spát na zádech, neboť může u ženy nastat pocit nevolnosti a dušení. Zvětšená děloha totiž vyvíjí tlak na dolní dutou žílu a tím může dojít k narušení krevního oběhu. Vhodná poloha je na boku s vypodloženým pravým kolenem (Pařízek, 2006). Mikulandová tvrdí, že spát na břicho ve vyšším stádiu těhotenství není sice pohodlné, ale zdravotní potíže nezpůsobuje. Naproti tomu poloha na zádech je nebezpečná a může způsobovat i závažnější obtíže. Doporučuje tedy spát na boku, nejlépe levém s podloženými koleny, protože tato poloha podporuje plynulý průtok krve u ženy i dítěte (Mikulandová, 2007).

V případě, kdy ženy trpí v těhotenství nespavostí, se za žádnou cenu nedoporučuje užívat léky na spaní. Hanáková a kol. navrhuje pár rad, jak předejít nespavosti:

- Večerní procházka na čerstvém vzduchu,
- vlažná sprcha,
- nesledovat televizi,
- poslech relaxační hudby,
- nejíst před spaním, vypít pouze teplé mléko,

- vyvětrat místnost na spaní,
- přikrýt se lehkou přikrývkou (Hanáková a kol., 2010).

3 METODIKA PRÁCE

Následující kapitola práce popisuje průběh výzkumu, který je součástí bakalářské práce. Výzkumná část se zabývá problematikou životního stylu těhotných žen v dřívějších letech a dnes. Pro přípravu výzkumu jsem vycházela z poznatků teoretické části práce. (viz Kapitola 2).

3.1 Metodika výzkumu

Základní hlediska práce:

- Druh výzkumu: Kvalitativní výzkum
- Základní přístup: Mnohonásobná případová studie
- Výzkumná metoda: Kvalitativní dotazování
- Použitá technika sběru dat: Rozhovor (polostrukturovaný)

Následující podkapitoly obsahují popis jednotlivých částí výzkumného šetření.

3.1.1 Teoreticko-praktická příprava

Pro realizaci a přípravu výzkumu bylo stěžejní studium různých zdrojů informací, týkajících se problematiky těhotenství, vývoje plodu a životního stylu v těhotenství, konkrétně výživy, pohybu a psychicky v těhotenství. Využito bylo převážně tištěných zdrojů, tuzemských, ale i zahraničních. Méně často bylo pak použito internetových zdrojů, ze kterých jsem spíše čerpala významy cizích slov pro objasnění a lepší pochopení problematiky.

Poněvadž jsem potřeboval zjistit, jaké měla dřívější populace informace týkajících se těhotenství a zásad zdravého životního stylu v těhotenství, využila jsem i pár starších zdrojů. Praktická příprava se zakládala převážně na studiu literatury uvedené v referenčním seznamu. V předchozích letech jsem také docházela na přednášky předmětů Reprodukční zdraví a Péče o matku a dítě, kde jsem se také dozvěděla mnoho potřebných informací k mé práci a kde jsem získala přehled o dané problematice. V rámci těchto předmětů jsem také zjistila, z jakých zdrojů je vhodné k této problematice čerpat.

3.1.2 Výzkumné problémy

Na základě hlavního cíle bakalářské práce jsem stanovila dílčí cíle práce, které jsou charakterizovány pomocí následujících výzkumných otázek:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Dodržovaly těhotné ženy zásady lékaři či literaturou doporučeného zdravého životního stylu v těhotenství?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Jak se postupně měnila životospráva těhotných od 60. let po současnost v oblastech výživy, pohybu a psychiky, užívání návykových látek (alkoholu a cigaret) a co na to mělo vliv?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jaké faktory ovlivňují vedený způsob života těhotných?

3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru

Hendl (2005) udává několik doporučení pro výběr výzkumného souboru. Jednou z těchto doporučení je, že v případě, kdy volíme určitou osobu, musíme se zeptat, proč ji volíme. V mé práci se jedná o kvalitativní výzkum, konkrétně o mnohonásobnou případovou studii, při níž se případy vybírají cíleně, nikoliv náhodně. Strauss a Corbinová (1999) se shodují, že pořizování vzorků by mělo být spíše cílené než náhodné, ale přitom by měla být zachována určitá pružnost.

Cílem práce je zjistit, jaký životní styl vedly těhotné ženy dříve a dnes. Proto pro záměr práce byly vzorky vybírány také cíleně. Účelem práce je zmapovat, jak se postupem času měnila životospráva těhotných žen a co na to mělo vliv, proto jsem respondenty vybírala cíleně, dle toho, v jakém období byly těhotné.

Pro přehlednost jsem vytvořila tabulku, která zachycuje základní hlediska výběru souboru (viz Tabulka 2). V prvním sloupci je vymezeno období, ve které vybrané ženy otěhotněly. Ve druhém sloupci jsou následující zkratky respondentů:

- **R. 1.1.** – Respondent věkové kategorie 60. až 70. léta, první v pořadí dané věkové kategorie
- **R. 1.2.** – Respondent věkové kategorie 60. až 70. léta, druhý v pořadí dané věkové kategorie
- **R. 1.3.** – Respondent věkové kategorie 60. až 70. léta, třetí v pořadí dané věkové kategorie
- **R. 2.1.** – Respondent věkové kategorie 80. až 90. léta, první v pořadí dané věkové kategorie
- **R. 2.2.** – Respondent věkové kategorie 80. až 90. léta, druhý v pořadí dané věkové kategorie
- **R. 2.3.** – Respondent věkové kategorie 80. až 90. léta, třetí v pořadí dané věkové kategorie

- **R. 3.1.** – Respondent věkové kategorie 90. léta až po současnost, první v pořadí dané věkové kategorie
- **R. 3.2.** – Respondent věkové kategorie 90. léta až po současnost, druhý v pořadí dané věkové kategorie
- **R.3.3.** – Respondent věkové kategorie 90. léta až po současnost, třetí v pořadí dané věkové kategorie

Tabulka 2: Výběr respondentů dle věkových kategorií (zdroj: vlastní)

Věková kategorie	Respondent	Rok prvního těhotenství	Věk při prvním otěhotnění
60. – 70. léta	R. 1.1.	1961	16 let
	R. 1.2.	1971	21 let
	R. 1.3.	1974	18 let
80. – 90. léta	R. 2.1.	1980	17 let
	R. 2.2.	1985	22 let
	R. 2.3.	1985	19 let
90. – současnost	R. 3.1.	2000	19 let
	R. 3.2.	2011	20 let
	R. 3.3.	2013	19 let

3.1.4 Použitá metoda

Jako metodu pro sběr informací potřebných pro výzkum jsem se rozhodla využít metodu kvalitativního dotazování, které může zahrnovat nejrůznější typy rozhovorů, dotazníků či nějakých škál. Existují dvě protikladné formy rozhovoru, přičemž jeden typ rozhovoru má pevně danou strukturu otázek. Na druhé straně jsou rozhovory volné, které nemají pevně danou strukturu a dají se přirovnat k volnému vyprávění nějaké osoby. Já jsem se však rozhodla jít zlatou střední cestou.

K získávání dat jsem využila polostrukturovaný rozhovor, při kterém jsem měla přichystané otázky (viz Příloha 1), které jsou pro výzkum stěžejní, avšak respondent měl možnost volně mluvit o daném tématu. Polostrukturovaný rozhovor je charakterizován stanovením si určitého účelu, určité osnovy, ale také pružností procesu získávání dat. Pevně strukturované dotazování se v kvalitativním výzkumu nedoporučuje, neboť výzkumník tak vytváří rozhovor dle vlastní představy. Proto jsem zvolila metodu polostrukturovaného

dotazování, neboť při standardizovaném dotazování jsou respondentovy odpovědi nějakým způsobem korigovány a badatel nemusí mít možnost zjistit různé souvislosti a vztahy, které by pomohly lépe porozumět problematice, což by v rámci dílčích cílů práce nebylo vhodné. (Hendl, 2005).

3.1.5 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v lednu a únoru 2015. Výzkumný soubor tvořilo 9 respondentů, přičemž respondenti byli rozděleni do tří věkových kategorií (viz Tabulka 2). Pro získávání dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru, při kterém byly k dispozici předem připravené otázky, pro výzkum stěžejní (viz Příloha 1). Výběr souboru byl cílený. Vybírala jsem respondenty z věkových kategorií od 60. let minulého století až po současnost, neboť cílem práce je zjistit jaký životní styl vedly těhotné v dřívějších letech a dnes a jak se postupně životospráva těhotných měnila a co na to mělo vliv.

Pro vyhledání vzorku jsem se dotazovala známých, zda nevědí o někom, kdo by chtěl přispět do výzkumu a uskutečnil se mnou rozhovor. Od známých jsem tedy získala kontakty na dotyčné respondenty a sjednala jsem si s nimi schůzku. Setkání s respondenty trvalo přibližně 45 minut. Před rozhovorem jsem respondentům vysvětlila problematiku výzkumu. Následně jsme se pokusila podnítit konverzaci k obecným tématům, abych získala respondentovu důvěru. Upozornila jsem respondentky, že rozhovor bude nahráván a oni souhlasily a podepsaly souhlas s audio záznamem rozhovoru (viz Příloha 2). Samotný rozhovor trval asi 15 – 20 minut.

Po dobu výzkumu jsem si vedla deník, do kterého jsem si zaznamenávala své postřehy a nápady, jak pokračovat dál či, zda mám něco změnit apod.

4 VÝSLEDKY

Jak již bylo výše zmíněno, využila jsem jako techniku sběru dat polostukturovaný rozhovor. Rozhovory s respondenty jsem nahrávala na diktafon, přičemž každý respondent byl dopředu upozorněn a souhlasil. Dále jsem provedla doslovnou transkripci dat, což je proces převodu mluveného projevu z rozhovoru do písemné podoby. Transkripce je důležitá pro podrobné vyhodnocení dat. Kvalitativní analýza a interpretace dat je systematické nenumerické organizování dat, jehož cílem je, odhalit témata, pravidelnosti, formy, kvality či vztahy. Na rozdíl od kvantitativních dat nemají kvalitativní data strukturovanou podobu, což může zkomplikovat jejich vyhodnocení.

Cílem vyhodnocení a interpretace kvalitativních dat je komplexní a smysluplné zaznamenání zkoumaných jevů nebo případů. Míra smysluplnosti je pak dána účelem studie a výzkumnou otázkou. Při analýze dat případové studie se výzkumník snaží dát smysl nashromážděným údajům, přičemž může využít dva různé způsoby. Může postupovat buďto holisticky nebo analyticky – tedy kódováním. Ve větší míře se používá analýza pomocí kódování, což i já jsem využila při zpracování dat mého výzkumu. Při kódování se jedná o systematické prohledávání dat, jehož účelem je nalezení pravidelností a klasifikování jejich jednotlivých částí. Kódování pomáhá výzkumníkovi data lépe popsat. Kód je symbol, který se přiřazuje k úseku dat, který klasifikujeme nebo kategorizujeme, přičemž kódy se mají vztahovat k výzkumným otázkám či tématům (Hendl, 2005). Na základě přepsaných rozhovorů a postupným prohledáváním těchto dat jsem vytvořila 4 kategorie a ke každé kategorii jsem vypsala kódy a u každého kódu uvedla lokaci, neboť transkripce všech rozhovorů jsem zahrнула do příloh (viz Příloha 4 – 12), aby si popřípadě čtenáři mohli ověřit, odkud jsem vycházela.

Při kódování jsem vymezila následující kategorie:

- Kategorie 1: **Dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu**
- Kategorie 2: **Stravování žen během těhotenství**
- Kategorie 3: **Užívání alkoholu a cigaret v těhotenství**
- Kategorie 4: **Pohybová aktivita žen v těhotenství**

Dle Milese a Hubermana je využití tabulek, grafů či různých schémat při zobrazování dat v kvalitativní analýze důležité, protože kvalitativní data jsou objemná a méně strukturovaná.

(Hendl, 2005). Proto jsem se rozhodla výše uvedené kategorie roztřídit do tabulek. (viz Podkapitola 4.1.). Pod každou tabulkou je krátké zhodnocení a interpretace výsledků.

4.1 Vyhodnocení výzkumu

Kapitola obsahuje tabulky, ve kterých se nacházejí zkratky. Význam těchto zkratk je uvedený v seznamu symbolů a zkratk.

Tabulka 3. Kategorie – dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu – 1. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 1: Dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu			
Období	R.	Kód	Lokace
60. – 70. léta	R. 1.1.	Tak jsme ani nevěděli, že je to nějak důležité, nějak zdravě jezť. Nikdo mi to neřekl.	P. 4, Ř. 14
		<i>Aha, to je zajímavé, takže říkáte, že jste neměli tolik informací?</i> No, v tom to asi bude. Dneska furt v televizi vidím, jak říkají, jezťte zdravě, zdravá výživa je důležitá a tak, takže tenkrát to fakt nikdo neřikal, takové věci.	P. 4, Ř. 15-17
		<i>Takže třeba ani lékaři Vám nic neřikali, jako že to byste neměla jíst nebo něco takového?</i> Ne, ne. Vůbec.	P. 4, Ř. 17-18
		<i>A neměla jste třeba nějakou knihu o tom, nebo nevydávaly se takové časopisy?</i> Ne, ne, fakt ne.	P. 4, Ř. 18-19
	R. 1.2.	<i>No, teď tady mám poznačené, abych se ptala na informace, jako jaké jste měla informace o zásadách zdravého životního stylu v těhotenství?</i> Žádné, velice.	P. 5, Ř. 7-8
		Ne, ne, já jsem takové věci neměla. Já jsem chodila k doktorce pravidelně to jo, ale že bych něco četla tak to ne.	P. 5, Ř. 9-10
		<i>Ani doktoři Vám nic neřikali nebo neradili?</i> Tak možná mi něco říkali, ale já si to už nepamatuju. <i>A rodina nebo známí Vám nic neradili?</i> Ne.	P. 5, Ř. 10-12
	R. 1.3.	<i>A jaké jste měla informace o zásadách zdravého životního stylu v těhotenství?</i> No, já nevím.	P. 6, Ř. 6-7
		<i>Neměla jste k dispozici např. nějaké knihy nebo časopisy?</i> Někdy jsem si něco přečetla z nějakého časopisu, ale to jsem stejně potom zapoměla. <i>Aha, takže i když jste si něco přečetla, tak jste se podle toho neřídila?</i> No, ani ne, my jsme toho jako moc neměli.	P. 6, Ř. 7-10
		Doktoři mi neřikali nic. Sem tam mi rodina něco říkala. Hlavně, že mám jíst za dva nebo něco takového. Já jsem chtěla jíst hodně, ale nešlo to, protože mi pořád bylo zle.	P. 6, Ř. 11-13

Tabulka 4. Kategorie – dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu –
2. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 1: Dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu			
Období	R.	Kód	Lokace
60. – 70. léta	R. 1.3.	<i>Nemívali jste ve škole nějakou rodinnou výchovu, zdravotědu, nebo nějaký předmět, kde by Vám takové věci řekli? Ne.</i>	P. 6, Ř. 13-15
80. – 90. Léta	R. 2.1.	<i>Jaké jste měla informace o zásadách zdravého životního stylu v těhotenství? No, ani moc ne. Tenkrát to bylo jinak, nám tak nikdo nic neřikal.</i>	P. 7, Ř. 5-7
		<i>Ani doktoři Vám nedávali nějaké rady? Ne, to nemůžu taky nějak říct, ne.</i>	P. 7, Ř. 7-8
		<i>A třeba od známých nebo rodiny? A jo, moje mamka a moje sestry už měly děti, takže se snažily mi různě radit. Ať jím za dva, to mi hodně říkali, no ale na to jsem nedala, protože to jako není pravda.</i>	P. 7, Ř. 9-11
	R. 2.2.	<i>Měla jsem knihu Péče o dítě, myslím, že se to jmenovalo. A v té knize byly i informace o zdravé životosprávě v těhotenství? No, myslím, že jo. Jako já jsem ji až tak nějak nečetla.</i>	P. 8, Ř. 5-7
		<i>No, tak doktoři mi vyloženě nic nezakazovali, ani nedoporučovali. No a z rodiny mi říkali hodně, musíš jíst za dva, no a to vím, že je blbost, tak to vůbec není</i>	P. 8, Ř. 9-10
		<i>Jo a ještě, já jsem měla a pořád mám ráda hrozně sladké, tak i v těhotenství jsem mívala velké chutě na sladké a to mi třeba říkala mamka, že to nemám jíst a tak, ale stejně mě to nedalo a jedla jsem to.</i>	P. 8, Ř. 10-13
	R. 2.3.	<i>No vlastně jenom od lékařů, nic moc extra dostupného nebylo. Jenom nějaká taková ta literaturu, která se toho týkala, ale to bylo už spíše takové zastaralé.</i>	P. 9, Ř. 4-6
		<i>A co ti lékaři radili? Nevzpomenete si? Jéj, tak to já už si moc nepamatuju. Hm. (Přemýšlí). Vhodná strava, žádná káva, alkohol, tak to je samozřejmý. Odpočinek. Ale tak tenkrát to tak nebylo, jak dneska.</i>	P. 9, Ř. 6-8
		<i>A co rodina nebo známí, radili Vám něco? No ano. Určitě, tak kamarádky, starší příbuzní, nějaké ty tety, babičky. No to určitě.</i>	P. 9, Ř. 9-11
		<i>A co Vám tak říkali? Neříkali, že máte jíst za dva. No samozřejmě, že jo. A říkali, co nemám jíst. Například nejz rajskou, bude zrzavé. Jo, takové ty babské rady.</i>	P. 9, Ř. 11-12

Tabulka 5. Kategorie – dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu – 3. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 1: Dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu			
Období	R.	Kód	Lokace
90. léta – Současnost	R. 3.1.	No, já jsem si objednávala časopis o těhotenství a miminku. Teď si nevzpomenu, jak už se jmenoval, ale ten jsem četla.	P. 10, Ř. 4-5
		<i>Takže, tam byly i informace o správné životosprávě v těhotenství?</i> Jo, jo	P. 10, Ř. 6
		Ne, ten můj doktor mi teda nic neříkal. Žádné informace jsem od něho neměla.	P. 10, Ř. 7
		No, tak něco mi říkala mamka, nebo tchýně mi říkala, že mám jíst za dva a to zas mamka byla proti, že to není pravda. A tak já jsem na to nějak nedala, že bych jedla nějak hodně.	P. 10, Ř. 8-10
	R. 3.2.	Hm, asi nejvíce od těch doktorů, takhle. No oni Ti toho hodně řeknou. Takže toho bylo dost, myslím si, že až moc. Kdybych se v tom tak nebabrala, tak by to bylo možná jednodušší.	P. 11, Ř. 5-7
		<i>A řídila ses teda podle toho.</i> Jo, jo, snažila jsem se.	P. 11, Ř. 7-8
		Ani ne, že by mě někdo takhle jako to. Omezoval nebo radil, to ne.	P. 11, Ř. 9
		<i>A ani Ti třeba neříkal někdo, že máš jíst za dva?</i> Ne, no já vím to je taková blbost. Ono, jako člověk ani nemá hlad za dva, to je blbost.	P. 11, Ř. 9-11
		Akorát hodně pít. Musíš hodně pít, to bylo jako jediné, co mi tak říkali. No, a aby byla pestrá jako ta strava.	P. 11, Ř. 1-12
	R. 3.3.	No hodně jsem toho věděla od kamarádek nebo vlastně od bráchy mého manžela, protože ti už také mají dítě. Taky jsem četla nějaké časopisy. No a jinak mi i doktoři taky hodně věcí říkali.	P. 12, Ř. 6-8

Kategorie 1 se vztahuje k výzkumné otázce, jejíž cílem je zjistit faktory, které ovlivňují vedený způsob života těhotných žen. Při sběru dat jsem totiž zjistila, že informovanost žen o dané problematice je značně rozdílná v jednotlivých etapách. Proto jsem do připravených otázek pro respondenty zařadila také otázky zjišťující dostupnost informací o daném tématu. Účelem vymezené kategorie je zjistit, jaké informace měly těhotné ženy o zdravém životním stylu v těhotenství, z jakých zdrojů tyto informace čerpaly a zda byly tyto informace věrohodné. Zjistila jsem, že dostupnost informací byla v 60. – 70. letech téměř nulová. V tomto období ženy neměly k dispozici žádnou literaturu a lékaři neposkytovali také

téměř žádné informace. Z uvedených kódů v tabulce vyplývá, že informace čerpaly spíše od starších sourozenců a matek, avšak tyto informace byly zastaralé a nespolehlivé. Z těchto zjištěných skutečností lze předpokládat, že i úroveň zdravého životního stylu těhotných žen bude relevantní. V další periodě 80. – 90. let se informovanost těhotných začala vyvíjet. Literatura již byla obohacena knihami o dané problematice. Lékaři postupně také začali poskytovat základní informace. Avšak ještě zůstala tendence rodin a známých dávat těhotným chybné a zastaralé rady ohledně stravování v těhotenství. V současné době se dá říci, že informovanost těhotných žen je oproti dřívějším let na vysoké úrovni. Lékaři své pacientky více informují a upozorňují je, čeho by se měly vyvarovat.

Tabulka 6. Kategorie – Stravování žen během těhotenství – 1. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 2: Stravování žen během těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
60. – 70. Léta	R. 1.1.	<i>Jak jste se stravovala v těhotenství?</i> Hm. (Přemýšlí). Já ani nevím. Tak jedla jsem všechno, co bylo, tak to jsem jedla.	P. 4, Ř. 10-11
		<i>Myslíte si, že jste jedla zdravě?</i> Já nevím. My jsme to jako nějak neřešili.	P. 4, Ř. 11-12
		<i>Jedla jste třeba dostatek zeleniny a ovoce?</i> Hm. Já ani nevím. Tehdy jsme zas tolik toho neměli, jako dneska. No, ale vlastně od sousedů jsme dostávali hlavně jabka.	P. 4, Ř. 21-23
		<i>Aha, takže tím myslíte, že to kdysi nebylo až tak dostupné, jako ovoce a zelenina v obchodech a tak?</i> Tak nějak.	P. 4, Ř. 23-24
		Nic jsem neomezovala, co bylo, tak to jsem snědla, ani jsem neměla nějak možnost si vybírat, jak už jsem říkala.	P. 4, Ř. 26-27
	R. 1.2.	<i>Jak jste se stravovala? Myslíte si, že jste jedla zdravě?</i> No zdravě asi nikdy, protože já jsem měla ráda tučné maso, zelí jo, všechno jsem jedla. Ze začátku mi bývalo trochu špatně, ale pak to přestalo, takže já jsem jedla normálně.	P. 5, Ř. 15-17
		<i>A jedla jste ovoce a zeleninu?</i> Hm. Nějak moc ne.	P. 5, Ř. 17-18
		<i>Takže jste Vaše dosavadní stravování nezměnila?</i> Ne, vůbec.	P. 5, Ř. 18
		<i>Nezjistilo se při nějakém vyšetření, že Vám třeba chybí nějaká látka?</i> Ne, ne. <i>Takže jste nemusela užívat například vitamíny nebo železo v tabletách?</i> Ne, nic, nic takového.	P. 5, Ř. 18-20
	R. 1.3.	<i>Myslíte si, že jste jedla zdravě?</i> No, tak podle příležitosti. Protože mi bylo pořád špatně až do šestého měsíce, takže	P. 6, Ř. 18-20

Tabulka 7. Kategorie – Stravování žen během těhotenství – 2. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 2: Stravování žen během těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
60. – 70. léta	R. 1.3.	jsem moc nejedla. Hlavně jsem si vařila polévky po ránu, protože mi vždycky udělaly dobře.	P. 6, Ř. 18-20
		Jo potom už jo, chodila jsem na obědy do fabriky, takže tam jsem snědla, co bylo.	P. 6, Ř. 21-22
		No určitě jsem jedla na začátku míň než předtím, protože mi pořad bylo špatně, hlavně, když jsem ucítila jídlo z jídelny v práci. No a pak už normálně jako furt.	P. 6, Ř. 23-24
		Ano, při vyšetření krve mi zjistili, že mám málo červených krvinek, a proto jsem musela celé těhotenství brát železo v tabletkách. Jmenovalo se to Feronat nebo tak nějak.	P. 6, Ř. 25-27
80. – 90. Léta	R. 2.1.	Ne, nezměnila. Jedla jsem úplně normálně. Měla jsem třeba takové větší chutě na kyselé věci, ale že bych se nějak speciálně stravovala, to ne. Jako myslím, že jsem jedla vcelku zdravě.	P. 7, Ř. 14-16
		<i>Nezjistil se při vyšetření nedostatek nějaké látky potřebné v těhotenství?</i> No, ne, mě dělali jen takové klasické vyšetření. Tenkrát to tak nebylo. Kdysi nebyly ani ty ultrazvuky. Nebo jako možná to bylo. Já si pamatuju, při mém druhém těhotenství, to mě posílali až do Olomouce, to nebylo tak běžné, že to měl každý doktor. A to jenom proto, že se jim zdálo, že jsou to dva, jinak by mě ani neposlali.	P. 7, Ř. 16-20
	R. 2.2.	<i>Myslíte si, že jste jedla zdravě?</i> No, dá se říct, že zdravě.	P. 8, Ř. 16-17
		<i>Jedla jste dostatek zeleniny a ovoce?</i> No, i čokolády, to pořád.	P. 8, Ř. 17-18
		<i>Takže, jste jedla všechno, nedbala jste na to, že byste měla něco omezit?</i> No, tak alkohol a cigarety. Jinak ne. Nejedla jsem třeba tolik, ale jinak jsem jedla všechno.	P. 8, Ř. 18-19
		<i>Nezjistilo se při vyšetření, že máte nedostatek nějakých potřebných látek během Vašeho těhotenství?</i> Ne, nic takového mi nezjistili. Ani nevím, jestli mi dělali nějaké takové vyšetření.	P. 8, Ř. 20-22
	R. 2.3.	No myslím si, že tak normálně, jako průměr, nebylo to nějak extra. Myslím si, že ovoce a zeleninu jsem jedla vždycky. Takže nebylo to nějak extra. Normál.	P. 9, Ř. 15-16

Tabulka 8. Kategorie – Stravování žen během těhotenství – 3. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 2: Stravování žen během těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
80. – 90. Léta	R. 2.3.	Pila jsem méně kávy. No jinak já myslím, že jako kdyby se ten jídelníček nějak extra změnil, se nedá říct. To vím, že akorát ta káva byla taková a ještě alkohol žádný.	P. 9, Ř. 17-19
	R. 2.3.	<i>Nezjistil se při vyšetření nedostatek nějaké látky potřebné v těhotenství?</i> Ne, taková vyšetření se běžně, pokud bylo všechno v pořádku, pokud se nedělo něco nedobrého, tak se žádná taková vyšetření nedělala.	P. 9, Ř. 19-21
90. léta – současnost	R. 3.1.	No, snažila jsem se kafe, kofoly a různé ty sladké vody vypustit. Jedla jsem hodně ovoce a zeleniny. To mám ráda pořád. Měla jsem hodně ráda mandarinky, těch bych mohla sníst i kilo denně.	P. 10, Ř. 13-15
		<i>Nezjistil se při vyšetření nedostatek nějaké látky během Vašeho těhotenství, například jestli jste neměla málo železa?</i> Jo, musela jsem chvíli brát hořčik, protože mi od 6. měsíce tvrdlo břicho.	P. 10, Ř. 16-18
	R. 3.2.	No, já jsem nemohla jíst nic, já jsem nemohla ani nic cítit, já jsem mohla jenom zeleninu, to bylo tak jediné, co mi nedělalo špatně. Mě bylo totiž furt špatně, hlavně teda ze začátku no.	P. 11, Ř. 16-18
		No, tak pak už ke konci to šlo, že už jsem se najedla normálně.	P. 11, Ř. 18-19
		No tak jedla jsem míň, protože mi bylo pořád špatně.	P. 11, Ř. 20
		No, já jsem teda jako užívala magnésko, protože, to tak jako nějak beru furt, tak jsem ho brala i v tom těhotenství. I když ne, ze začátku jsem ho nebrala. A potom jsem ho brala až na konci. A pak klasicky tu kyselinu listovou, na začátku těhotenství. A ještě jsem si koupila na ten první trimestr jakési, protože jsem se to dozvěděla jako pozdě, tak jsem si akorát koupila nějaké prášky, co byly jako nějaké vitaminy. Protože jsem nemohla nic jíst, jsem furt zvracela, takže oni se mi to snažili tak jako vykompenzovat tím, že mi dají něco jiného.	P. 11, Ř. 22-28
	R. 3.3.	<i>Jak ses stravovala, myslíš si, že si jedla zdravě, jedla si třeba dostatek zeleniny a ovoce?</i> Jako jo, ale zase jsem to neřešila nějak úplně.	P. 12, Ř. 9-10
<i>I maso si jedla?</i> Všechno, jsem jedla. No ale potom asi od třetího měsíce mi bývalo furt špatně. Začala jsem hodně zvracet až do čtvrtého měsíce. To už pak dokonce hrozilo, že		P. 12, Ř. 10-14	

Tabulka 9. Kategorie – Stravování žen během těhotenství – 4. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 2: Stravování žen během těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
90. léta - současnost	R. 3.3.	mě odvezou do nemocnice, protože já jsem se jenom napila a hned jsem zvracela, takže v tuhle dobu jsem prostě skoro nic do sebe nedostala. Ale potom už to bylo jako dobré.	P. 12, Ř. 10-14
		Měla jsem nedostatek železa, tak jsem musela brát železo v tabletkách. A asi 6 měsíců po porodu zjistili u mého dítěte, že má anémii z nedostatku železa. Ke konci těhotenství jsem musela užívat magnesium v tabletách, protože jsem měla vysoký krevní tlak. Také jsem si kupovala v lékárně vitamínové preparáty.	P. 12, Ř. 15-18

Účelem kategorie 2 je zjistit a porovnat, jak se těhotné v době jejich těhotenství stravovaly, jaké potraviny omezovaly v těhotenství, zda dodržovaly určité zásady zdravé výživy a jestli neužívaly v těhotenství vitamínové preparáty či nějakou umělou nutriční stravu.

Z výše uvedené tabulky lze vyčíst, že stravování žen v 60. – 70. letech nebylo příliš zdravé. Vzhledem k tomu, že dříve neměly až takové možnosti, vybírat si, proto nebylo zbylí a musely jíst dle svých možností. Zelenina a ovoce se také příliš nekonzumovaly. Je možné, že je to právě z důvodu omezené dostupnosti těchto potravin. Dalším zjištěním je, že v této době ženy neužívaly žádné vitaminové preparáty, neboť lékaři neprováděli vyšetření, která by potvrdovala nedostatek některých látek u těhotných žen. Od 80. let se stále nějak výrazně stravování těhotných nezměnilo. Avšak prováděly se již pokrokovější vyšetření a některé ženy užívaly různé minerály či vitaminy v tabletách. V současné době jsou snahy těhotných žen o zdravé stravování docela značné. Avšak tyto snahy, komplikuje fakt, že některé ženy v těhotenství často zvracely a bylo jim mnohdy zle, proto jedly jen velmi málo a stravu si také často nahrazovaly umělou výživou.

Tabulka 10. Kategorie – Užívání alkoholu v těhotenství – 1. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 3: Užívání alkoholu a cigaret v těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
60. – 70. léta	R.1.1.	Ne, nikdy jsem nekouřila.	P. 4, Ř. 33
		Tak někdy, když jsme chodili na zábavy, tak jsem si dala sklenku vína, ale já jsem spíš hodně tancoval, takže jsem ani moc neměla čas pít a někdy jsem si dala jenom nějakou sodovku. <i>Aha a během těhotenství jste si někdy dala alkohol. (Zamýšlí se).</i> Ne, ne, myslím, že ne.	P. 4, Ř. 33-36
		<i>Aha a věděla jste v té době, že alkohol a cigarety jsou</i>	P. 4, Ř. 37-

Tabulka 11. Kategorie – Užívání alkoholu v těhotenství – 2. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 3: Užívání alkoholu a cigaret v těhotenství				
Období	R.	Kód	Lokace	
60. – 70. léta	R. 1.1.	<i>nebezpečné a hlavně v těhotenství?</i> Ani ne. O tom se tak nějak nemluvalo.	38	
	R. 1.2.	No, kouřila. <i>A i v těhotenství?</i> No.	P. 5, Ř. 21	
		<i>A pila jste alkohol v těhotenství?</i> No, při nějaké příležitosti. (Smích). Tenkrát ještě tak ne.	P. 5, Ř. 21-22	
		<i>A vědělo se tenkrát, že je kouření a alkohol škodlivý pro Vás i pro dítě?</i> No, tak jo, to člověk se jako dozvěděl, že. Já jsem tehdy začínala teprve kouřit. Já jsem tenkrát asi ještě tak moc nekouřila.	P. 5, Ř. 22-24	
		<i>A nezakazoval Vám to doktor?</i> Hm. Ne.	P. 5, Ř. 24-25	
	R. 1.3.	<i>No a kouřila jste někdy?</i> Ne.	P. 6, Ř. 29	
		<i>Pila jste alkohol?</i> V těhotenství ne. A mě bývalo i hodně špatně, takže jsem ani nemohla.	P. 6, Ř. 29-30	
		<i>A věděla jste, že v těhotenství je to nebezpečné, hlavně pro dítě?</i> Jo, jako slyšela jsem někde, že by se to nemělo, ale až tak se to neřešilo, že by mi to vyloženě někdo zakazoval.	P. 6, Ř. 30-32	
	80. – 90. léta	R. 2.1.	<i>Kouříte?</i> Ano. <i>A kouřila jste i během těhotenství?</i> No, jo. <i>A pila jste alkohol?</i> Ne, já nepiju vůbec, ani jsem nepila.	P. 7, Ř. 25-26
		R. 2.2.	<i>Takže, jak už jste říkala, během těhotenství jste vůbec nekouřila ani nepila alkohol, že?</i> Ne, nepila ani nekouřila.	P. 8, Ř. 22-23
<i>A mimo těhotenství?</i> No tak, když jsem byla mladá, tak jsem kouřila a i jsem si dala nějaký ten alkohol, ale jak jsem otěhotněla, tak jsem přestala kouřit a od té doby nekouřím, ale alkohol si sem tam dám.			P. 8, Ř. 23-25	
R. 2.3.		Ne, nikdy, to fakt nemám ráda, když někdo kouří.	P. 9, Ř. 21-22	
		To vím, že akorát ta káva byla taková a ještě alkohol žádný.	P. 9, Ř. 18-19	
		<i>A co ti lékaři radili? Nevzpomenete si?</i> Jéj, tak to já už si moc nepamatuju. Hm. (Přemýšlí). Vhodná strava, žádná káva, alkohol, tak to je samozřejmý.	P. 9, Ř. 6-7	
90. léta – současnost	R. 3.1.	<i>Kouřila jste v těhotenství?</i> Ne, ne, to vůbec.	P. 10, Ř. 18	
		<i>A pila jste alkohol?</i> Ne, tak já ani nepiju, ani nekouřím nikdy, tak v těhotenství už vůbec ne.	P. 10, Ř. 18-19	

Tabulka 12. Kategorie – Užívání alkoholu v těhotenství – 3. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 3: Užívání alkoholu a cigaret v těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
90. léta - současnost	R. 3.2.	<i>Kouříš? No, kouřila jsem předtím, ale teď už ne. A během těhotenství jsi kouřila? Ne, to vůbec.</i>	P. 11, Ř. 28-29
		Ani žádný alkohol, nic takového.	P. 11, Ř. 29
		<i>Takže sis byla vědoma, že je to v těhotenství absolutně nevhodné, že to škodí jak Tobě tak i Tvému dítěti? Ano, samozřejmě. To jsem věděla.</i>	P. 11, Ř. 29-31
	R. 3.3.	<i>Kouřila jsi v těhotenství? (Zděšení). Ne, tak já nekouřím vůbec.</i>	P. 12, Ř. 18-19
		<i>A ani nepila? Ne, ne, samozřejmě, že ne.</i>	P. 12, Ř. 19-20

Kategorie 3 řeší část výzkumné otázky č. 2. Konkrétně obsahuje kódy týkajících se užívání alkoholu a cigaret během těhotenství. Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že některé ženy v 60. – 70. let nebyly o škodlivosti užívání alkoholu a cigaret v těhotenství dostatečně informovány. Tehdy dokonce ani lékaři tyto ženy neupozorňovali. Dá se tedy předpokládat, že tyto ženy neměly možnost chránit sebe a své dítě proti tomuto nežádoucímu jevu. Oproti tomu v dalších generacích ženy již byly více informovány, avšak nedbaly na tato doporučení a přesto některé kouřily i pily v těhotenství, což je už otázka svědomí a vůle člověka. V dnešní době se o škodlivosti alkoholu a cigaret již zcela ví a ženy tyto zásady dodržují. Je tedy očividné, že rozvoj výzkumu ve zdravotnické oblasti má pozitivní vliv na chování dnešní populace.

Tabulka 13. Kategorie – pohybová aktivita žen v těhotenství – 1. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 4: Pohybová aktivita žen v těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
60. – 70. léta	R. 1.1.	<i>Dělala jste nějaký sport nebo cvičila jste doma? Ani ne, ale chodila jsem ještě 7 měsíců do práce, kde jsem dělala těžkou práci.</i>	P. 4, Ř. 41-43
		Ne. Ani doma jsem necvičila ani plavat. Já plavat ani neumím.	P. 4, Ř. 44
		<i>Chodila jste aspoň na procházky? Sem, tam.</i>	P. 4, Ř. 46-47
		<i>Takže v tom případě jste se asi ani před otěhotněním nevěnovala nějakému sportu nebo pohybové aktivitě? Ne. Aha, dobře, takže dál. Existovali v době Vašeho prvního těhotenství nějaké cvičební kurzy pro těhotné? Ne.</i>	P. 4, Ř. 47-49

Tabulka 14. Kategorie – pohybová aktivita žen v těhotenství – 2. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 4: Pohybová aktivita žen v těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
60. – 70. léta	R. 1.1.	<i>A kolik jste přibrala během těhotenství?</i> Jej, tak to už ani nevím. Myslím, že, těch 6 kilo, možná.	P. 4, Ř. 38-39
		<i>Dělala jste nějaký sport nebo cvičila jste doma?</i> Ne, ne. V práci jsem sportovala, u mašiny no. (Smích).	P. 5, Ř. 26-27
	R. 1.2.	Jinak sport žádný. Práce jsem měla až nad hlavu.	P. 5, Ř. 29
		<i>Ani jste nechodila někdy si zaplavat?</i> Ne, ne.	P. 5, Ř. 27-28
		<i>Existovali v době Vašeho prvního těhotenství nějaké cvičební kurzy pro těhotné?</i> To ne, vůbec. A já bych ani nechodila, jak se znám. (Smích). To u mě nehrozí.	P. 5, Ř. 29-31
		<i>Kolik jste během těhotenství přibrala?</i> 26 kilo.	P. 5, Ř. 25
		<i>Jak jste se pohybovala během těhotenství, dělala jste nějaký sport nebo cvičila jste doma?</i> Ani ne, dříve se takové věci moc neřešili. Nikdo, co vím, tak necvičil.	P. 6, Ř. 33-35
	R. 1.3.	Jo, vlastně, ano, tam kde jsem dříve bydlela, jsme měli takové malé jezírko, tak tam jsem někdy chodila plavat.	P. 6, Ř. 36-37
		<i>Takže, vlastně žádnému sportu jste se vyloženě nevěnovala? Ani před otěhotněním, ani potom?</i> Ne.	P. 6, Ř. 37-38
		Ne, předtím ještě žádné takové kurzy nebyly.	P. 6, Ř. 40
		<i>Kolik jste během těhotenství přibrala?</i> 5 Kg a to až tak ke konci. Protože jsem pořád zvracela, tak jsem spíš hubla.	P. 6, Ř. 32-33
		<i>Jak jste se pohybovala během těhotenství, dělala jste nějaký sport nebo cvičila jste doma?</i> Já jsem chodila ještě 8 měsíců do práce, takže ten pohyb jsem měla tam.	P. 8, Ř. 26-28
	80. – 90. léta	R. 2.1.	Ne, necvičila jsem, ani jsem nedělala žádný sport. Právě tehdy vládli ze strany těch rodičů takové zastaralé názory, to nesmíš, to teď nedělej, to je nebezpečné a takové, takže tehdy to fakt tak jako nebylo.
<i>Existovali v době Vašeho prvního těhotenství nějaké cvičební kurzy pro těhotné.</i> Ne.			P. 7, Ř. 30
Přibrala jsem okolo 6-7 Kg.			P. 7, Ř. 26
R. 2.2.		Jo, jo, jsem dělala u stroje ve fabrice, jsem pořád stála a ták.	P. 8, Ř. 28-29
		Ne, doma vůbec. To až právě po porodu, abych shodila. Ale jinak jsem chodila někdy třeba na procházky.	P. 8, Ř. 29-31
		<i>No a před otěhotněním, věnovala jste se nějakému sportu?</i> (Zamýšlí se). Ani ne, jen tak rekreačně jsem jezdila na kole a také jsem ráda tancovala.	P. 8, Ř. 31-32
		Ne, u nás určitě nebyly žádné kurzy. Tehdy asi ještě	P. 8, Ř. 33-

Tabulka 15. Kategorie – pohybová aktivita žen v těhotenství – 3. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 4: Pohybová aktivita žen v těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
	R. 2.2.	neexistovaly, a jestli jo, tak někde ve větších městech.	35
		<i>Kolik jste během těhotenství přibrala?</i> 20 Kg. Ale po porodu, jsem začala cvičit, takže jsem shodila.	P. 8, Ř. 25-26
	R. 2.3.	<i>Jak jste se pohybovala během těhotenství, dělala jste nějaký sport nebo cvičila jste doma?</i> Ne, chodila jsem do práce a to mi teda úplně stačilo.	P. 9, Ř. 23-24
		<i>Takže jste nechodila ani plavat, to se totiž hodně doporučuje?</i> Ne, tenkrát se to nenosilo. Nic takového, žádné takové nabídky nebyly, neexistovaly. Možná v těch velkých městech, ale tady na vesničkách ne, ne.	P. 9, Ř. 24-27
		<i>Takže v tom případě ani neexistovaly kurzy pro těhotné, že?</i> Ne, ne, neexistovaly.	P. 9, Ř. 27-28
		<i>A kolik jste přibrala během těhotenství?</i> No. (Smích). 18 kilo vím, že to tenkrát bylo.	P. 9, Ř. 22-23
	90. léta – současnost	R. 3.1.	Sport, žádný, nic takového. Mě jako říkali, že do toho třetího měsíce mám být opatrná a už od čtvrtého jsem musela jenom ležet, protože mi tvrdlo to břicho.
<i>A chodila jste aspoň na procházky?</i> No do toho třetího měsíce jsme chodili, ale pak už jsem jenom ležela.			P. 10, Ř. 23-24
<i>Existovali v době Vašeho prvního těhotenství nějaké cvičební kurzy pro těhotné?</i> No, asi jo. Možná někde tady kousek ve větších městech. Ale říkám, já jsem do nich ani chodit nemohla.			P. 10, Ř. 25-26
<i>Kolik jste přibrala?</i> 12 kilo.			P. 10, Ř. 19
R. 3.2.		<i>No a jak ses pohybovala během těhotenství, dělala jsi nějaký sport nebo cvičila jsi doma?</i> Plavání. No plavat jsme chodili téměř každý den.	P. 11, Ř. 39-41
		<i>Chodila si do nějakých cvičebních kurzů pro těhotné?</i> Ne, jako bylo tady něco takového, ale já jsem potom ležela hodně v nemocnici, protože jsem měla tu preeklamsii, tak jsem to pak už nestihla.	P. 11, Ř. 41-43
		<i>Kolik jsi během těhotenství přibrala?</i> No. (Smích). 30 Kg. Teda na začátku skoro nic, protože jsem furt zvacela. A pak jsem měla tu preeklamsii.	P. 11, Ř. 31-32

Tabulka 16. Kategorie – pohybová aktivita žen v těhotenství – 4. část (zdroj: vlastní)

Kategorie 4: Pohybová aktivita žen v těhotenství			
Období	R.	Kód	Lokace
90. léta - současnost	R. 3.3.	Sport jsem nedělala žádný, ani jsem necvičila doma, ale chodila jsem hodně na procházky, protože mi čerstvý vzduch vždycky udělal dobře.	P. 12, Ř. 24-26
		<i>Existovali v době Tvého těhotenství nějaké cvičební kurzy pro těhotné?</i> Ve větších městech určitě tyto kurzy byly nebo jsou, ale tady na malém městě to nebylo dostupné.	P. 12, Ř. 26-28
		<i>Kolik si v těhotenství přibrala?</i> Dá se říct, že jsem nepřibrala vůbec, protože jsem nejdříve často zvracela, tak jsem shodila 6 kilo a ke konci těhotenství jsem nabrala zase 6 kilo.	P. 12, Ř. 20-21

Kategorie 4 se týká pohybové aktivity těhotných žen v dřívějších letech a v současnosti. Je patrné, že se dříve ženy aktivně nevěnovaly nějaké pohybové činnosti nebo sportu. Dokonce některým bylo razeno, že pohyb a sport je v těhotenství nebezpečný a tudíž by jej neměly vykonávat. V dřívějších dobách totiž vládly milné představy a zastaralé názory, které přecházely z generace na mladší generace, avšak dnes se naštěstí od těchto rad upustilo a ženy se řídí spíše doporučení od lékařů. Ženy v dřívějších letech vykonávaly alespoň nějaký pohyb v jejich práci, neboť ještě asi 7 měsíců v těhotenství chodily do zaměstnání, kde prováděly fyzicky náročnou práci, takže pohyb v práci u nich nahrazoval vykonávání sportu či jiné pohybové aktivity. Otázkou však zůstává, zda pohyb v práci stačí ženu připravit na náročný porod. V dnešní době totiž mají ženy možnost navštěvovat kurzy speciálního cvičení pro těhotné, kdy jsou vedeny pod odborníky. Účelem těchto kurzů je připravit ženu na porod, zbavit ji strachu z porodu, naučit ji správnému dýchání a postupně posílit všechny oblasti svalstva. (viz Kapitola 2.4.3.). Současné ženy již věnují strážce pohybu v těhotenství větší pozornost. Sice nenavštěvovaly kurzy pro těhotné, ale často se věnovaly procházkám a plavání, což je nedoporučovanější druh pohybové aktivity v těhotenství. Je tedy zřejmé, že dnes jsou ženy lépe informovány také ohledně sportu a pohybu v těhotenství.

5 DISKUZE

V předchozí kapitole jsem stručně nastínila vyhodnocení výsledků výzkumu. V této kapitole bude provedena již hlubší analýza dat. Cílem kapitoly je zhodnotit praktickou část bakalářské práce a podrobnější popis výsledků výzkumného šetření, budu se je snažit zdůvodnit a podepřít odbornou literaturou.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem vedly životní styl těhotné ženy dříve a dnes. Již v první kapitole jsem se domnívala, že životní styl těhotných se postupně měnil. Tato domněnka se dle výsledků výzkumu potvrdila, avšak mým dalším záměrem bylo, pochopit smysl jednání respondentů, tedy zjistit také to, co souvisí s vedeným způsobem života těhotných a co tento způsob života u respondentek ovlivňuje. Tento dílčí cíl jsem vymezila prostřednictvím výzkumné otázky č. 3 (viz Kapitola 1). Pro účel práce jsem si přichystala seznam otázek na rozhovor s respondenty, abych neopomněla nic, co by mohlo být pro výzkum důležité, přičemž rozhovor byl polostrukturovaný, abych respondenty neomezovala ve výpovědích a tím abych subjektivně neomezila výsledky výzkumného šetření. Po sběru dat jsem zjistila, že životní styl těhotných žen se od 60. let opravdu značně změnil. V dřívějších letech ženy ve svém těhotenství žily méně zdravě, nedbaly zásad zdravé výživy a pohybu. V současné době jsou ženy více obezřetné ve vztahu ke zdraví a jejich těhotenství. Při rozhovoru s R. 1.1. jsem přišla na velice důležitý fakt, který považuji za nejvýznamnější faktor, který ovlivňuje vedený způsob života (viz Tabulka 3, R. 1.1.) a to skutečnost, že ženy v dřívějším období nebyly dostatečně informovány o tom, co je a není v těhotenství vhodné, tedy zdravé a jak by měly žít, aby byly zdravé samy matky i jejich nenarozené děti. Po tomto zjištění jsem do otázek pro respondenty zařadila také otázky týkajících se informovanosti o daném tématu.

Na základě kódování jsem stanovila 4 kategorie (viz Kapitola 4). V následujících pasážích textu se budu vyjadřovat k zjištěným výsledkům každé kategorie.

První kategorie je *dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu*. Ze zjištěných výsledků je patrné, že v dřívějších letech byla omezenost informací značná, což mělo vliv na to, že životní styl respondentek byl vcelku nevhodný ve vztahu ke zdraví matky i dítěte. Z výpovědí respondentek věkové kategorie 60. – 70. léta jsem zjistila, že respondentky neměly k dispozici žádnou odbornou literaturu a ani dokonce lékaři tyto ženy neinformovali. R. 1.3. uvedla, že si někdy přečetla informace týkajících se této problematiky v časopise, ale nedbala na to. R. 1.3. poprvé otěhotněla již v roce 1974, tedy jako nejmladší

z uvedeného věkového rozmezí, je tedy zřejmé, že v tomto období již začala „jakási éra poskytování informací.“ Dále R. 1.3. uvedla, že ji poskytovali rady příbuzní. Nejvíce ji radili, aby jedla za dva, což je typický klamný fenomén, který se zřejmě tradoval z generace na generaci. Respondenti věkového rozmezí 80. – 90. let byli informováni již lépe. R. 2.1., která otěhotněla v roce 1980, tedy nejdříve z respondentů tohoto období uvedla, že věrohodné informace neměla žádné, neinformovali ji ani lékaři a ani neměla žádnou literaturu, avšak byly ji poskytnuty rady ze strany rodiny, které však nebyly důvěryhodné. Další respondenti z tohoto období již měli k dispozici nějakou literaturu a i lékaři už byli obezřetnější a poskytovali různé rady a doporučení. Třetí věková kategorie je informována ze všech stran. Měly k dispozici odbornou literaturu, rady lékařů i rodiny a známých.

Ze zjištěných skutečností usuzuji, že dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu v těhotenství je nejpodstatnější faktor, který ovlivňuje životní styl těhotných. Současně existují i další faktory, které ale uvedu níže. Otázkou tedy zůstává, jak to, že dnes jsou ženy daleko více informovány oproti předešlým generacím? Dle mého názoru existuje více důvodů. V první řadě si myslím, že kdysi sami lékaři neměli tolik informací jako dnes. Až rozvojem vědy a výzkumů se zjistilo mnoho skutečností, které tehdy nebyly známi. Ženy byly odkázány na rady a doporučení svých starších příbuzných, avšak tyto informace bylo často nesprávné. Dokonce i lékaři dříve poskytovali chybné rady. Lékařská péče ani povědomí lékařů o dané problematice nebyla totiž na takové úrovni jako dnes. Na konci 19. století jeden lékař radil svým pacientkám, aby přijímaly stravu s vysokým obsahem bílkovin, ale s nízkým obsahem kalorií a méně tekutin, tak aby byl růst plodu omezen. Účelem toho bylo, aby se rodily co nejmenší děti, které by prošly porodními cestami, protože v té době měly téměř všechny ženy abnormálně malou pánev a trpěly křivicí. Dále lékaři ženám radili, aby se snažily omezit přílišné přibírání na váze. Avšak od 60. let se od těchto rad upustilo, neboť si lékaři začali všimnout vyšší úmrtnosti dětí s menší hmotností. Začali tedy ženám radit, aby se stravovaly tak, aby jejich přibývání na váze bylo značné. Proto je vedli ke konzumaci velkého množství masa, vajec a mléčných výrobků, což ale také není správné, neboť zaměření jídelníčku jen na výše uvedené potraviny může vést k mnohým zdravotním rizikům, jako je obezita a s ní spojené další rizika a onemocnění.⁸ Rozvoj výzkumů přispěl k publikování literatury zabývající se daným tématem. Dále k lepší informovanosti přispěla globalizace a rozvoj technologií. V dnešní době mají lidé k dispozici lepší komunikační prostředky, mají

⁸ Těhotenství včera a dnes. [online]. [cit. 2015-16-3]. Dostupný z WWW: <http://www.magazinzdravi.cz/tehotenstvi-vcera-a-dnes>

internet. Na internetu mohou lidé čerpat nejrůznější informace, kterých je opravdu mnoho. Dnes se rozšířil internet téměř do všech běžných domácností, ale dokonce i do veřejných sektorů, jako například do restaurací, autobusů, vlaků i obchodů. Další věcí je, že po revoluci došlo v ČR k transformaci zdravotnictví. Cílem této přeměny bylo změnit předchozí systém zdravotnictví a zrušit různá omezení, přičemž tento systém by měl být řízen tak, aby stačily dostupné finanční prostředky. Na počátku 90. let byl přijat Národní program zdraví, který byl nejvíce orientovaný na primární prevenci.⁹ Primární prevence je souhrn činností, jejímž cílem je předcházení vzniku novým nežádoucím jevům, například nemocí. Primární prevence se snaží posilovat a rozvíjet zdraví jedince a vede ho ke zdravému životnímu stylu, což spočívá především v informovanosti veřejnosti.¹⁰ Jak jsem výše zmínila, stát se po revoluci snažil ušetřit co nejvíce finančních prostředků, a proto se tedy zaměřil hlavně na primární prevenci, neboť je zaměřená na předcházení vzniku nemocí. Když onemocnění již vznikne, je pak zapotřebí více peněz pro diagnostiku a léčbu nemocného. Dle mého názoru je tato skutečnost dalším důvodem vyšší plurality informací o zdravém životním stylu.

Další kategorií je *stravování žen během těhotenství*. Stravování žen také z velké části souvisí s informovaností, ale ovlivňují ho i ostatní okolnosti. Respondentky prvního období se zřejmě moc zdravě nestravovaly. Jeden z důvodů byl, že v tomto období byla dostupnost některých potravin vcelku omezena, zejména tedy ovoce a zelenina, která se v těhotenství hojně doporučuje, neboť obsahuje velké množství potřebných látek pro zdárný vývoj plodu. Podle výpovědí respondentů není rozdíl ve stravování mezi prvními dvěma kategoriemi nijak patrný. V druhé věkové kategorii se stravovaly téměř stejně jako v první. Avšak je zde již ve větším množství konzumována zelenina a ovoce a také se již omezuje alkohol, cigarety a káva v těhotenství. V poslední věkové kategorii jsou stravovací návyky těhotných žen poměrně zdravější. Dostupnost ovoce a zeleniny je velká. Dělají se také vyšetření na posouzení stavu výživy, zda například nechybí ženě nějaká látka potřebná pro vývoj plodu. Těhotné ženy užívají v současné době různé vitaminové preparáty a náhradní výživu v tabletách. Veškerá aktuální literatura doporučuje zvýšení příjmu kyseliny listové, což R. 3.2. uvedla, že také užívala. Výživa těhotných žen tedy závisí na informovanosti o dané problematice, ale také

⁹ Žáček, A. Sociální lékařství v proměnách času, místa a hodnot. *Zdravotnictví v České republice*. [online]. 1998, Roč. 1, č. 1-2. [cit. 2015-19-3]. Dostupný z WWW: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2-1998.pdf>

¹⁰ *ABZ slovník cizích slov. Primární prevence*. [online]. [cit. 2015-19-3]. Dostupný z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/primarni-prevence>

dále na zdravotním stavu, neboť některé respondentky uvedly, že nemohly jíst, protože jim bývalo zle. Dalším faktorem je dostupnost potravin na trhu.

Třetí kategorií je ***užívání alkoholu a cigaret během těhotenství***. Výzkumy o prokázání škodlivosti požívání alkoholu v těhotenství se sice začaly vyvíjet již od 20. let minulého století, ale škodlivost nebyla zpočátku potvrzena. Od 60. let se považovalo působení alkoholu na plod při jeho konzumaci těhotnými ženami za jisté. Heuyer upozorňoval na vysokou úmrtnost dětí alkoholiků. Existence fetálního alkoholového syndromu se zjistila v roce 1973 při výzkumu Jonese a Smitha (Kvapilík, Svobodová, 1985). Proto lze předpokládat, že ženy okolo 60. let ještě o možných rizicích při konzumaci alkoholu v těhotenství nevěděly a nemusely tak na to dbát, což se také při výzkumném šetření potvrdilo. R. 1.1. uvedla, že sice v těhotenství alkohol nepila, ale o jeho škodlivosti nevěděla. Další respondentky si již byly vědomi o jeho škodlivosti, avšak R. 1.2. přesto v těhotenství alkohol pila. Užívání alkoholu není tedy jen věcí dostupnosti informací. Pokud jedinec jedná s vědomím možného nebezpečí, je to již záležitost individuální, je to také možný faktor prostředí, ve kterém se člověk nachází a ve kterém žije. V dalších letech pak respondenti v těhotenství alkohol nepili ani nekouřili, avšak jedna z respondentek uvedla, že v těhotenství kouřila.

Poslední kategorií je ***pohybová aktivita žen v těhotenství***. V současné době je mnoho odborné literatury, která uvádí doporučení pro sport a pohybovou aktivitu v těhotenství. Současné ženy opět mají dostatek informací o pohybové aktivitě v těhotenství oproti generacím minulým. Rozdíl v pohybové aktivitě je celkem značný. V dřívějších letech se ženy téměř žádné pohybové aktivitě či sportu nevěnovaly. R. 2.1. a R. 3.1. uvedly, že jim dokonce příbuzní radili, že v těhotenství by se měly nějakému pohybu vyhýbat, protože je to pro ně nebezpečné. Takže opět některé ženy byly ovlivněny milnými názory. Některé respondentky sice žádnou pohybovou aktivitu nevykonávaly, avšak byly zaměstnány v továrně, kde vykonávaly fyzicky namáhavou práci, takže aspoň nějakým způsobem se pohybovaly. Ženy v posledních letech ve svém těhotenství chodily často na procházky a chodily plavat, což se dle mnohých autorů v těhotenství nejvíce doporučuje, z čehož vyplývá, že informovanost má v dnešní době na tyto ženy značný vliv. Od roku 2008 stanovila Evropská Unie pokyny pro pohybovou aktivitu. Úspěšnost těchto pokynů závisí z velké části na změně veřejného mínění o dané problematice a na změně chování jedinců, prostřednictvím informovanosti veřejnosti. Ke zvýšení informovanosti může být využit internet. Zde se opět potvrzuje, že internet je jeden z nejvyužívanějších zdrojů informací.

„Mediální profesionálové jsou klíčoví hráči při dosahování změn v postojích veřejnosti i jednotlivců. Vzhledem k rostoucímu významu masových komunikačních médií, zejména televize, pro určování životních stylů, je důležité, aby profesionálové aktivní v tomto oboru byli informováni o problematice pohybové aktivity ve vztahu ke zdraví a dopadu na životní prostředí a o možnostech, které poskytují masová média pro ovlivnění zvyklostí lidí.“¹¹ Tímto se potvrzuje, že média mají také velmi značný vliv na životní styl lidí. Stát se tedy prostřednictvím informovanosti veřejnosti snaží posílit zdraví, tím že je vede k pohybové aktivitě, což je možným důvodem toho, že v dnešní době ženy více dbají na pohybovou aktivitu.

V práci jsem se zabývala také problematikou psychické stránky v těhotenství. Respondentů jsem se na tuto problematiku také ptala, avšak zjistila jsem, že prožívání žen v těhotenství je individuální záležitostí. Nedá se říci, že by psychické prožívání mělo souvislost s informovaností nebo jinými výše uvedenými faktory, proto jsem z této tematiky rozhovoru nevytvořila kategorii.

Souhrnně se dá tedy říci, že životní styl v oblasti výživy a pohybu se od 60. let značně změnil. Oblast psychiky je ale individuální, neboť každý své těhotenství prožívá jinak a má jiné pocity.

¹¹ Pokyny EU pro pohybovou aktivitu. [online]. [cit. 2015-19-3]. S. 34. Dostupný z WWW: file:///C:/Users/vlastnik/Downloads/EU_pohybova%20aktivita.pdf

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce Vliv životního stylu těhotné ženy na těhotenství a vývoj plodu bylo zjistit, jakým způsobem vedly životní styl těhotné ženy dříve a dnes. Při výzkumném šetření jsem spolupracovala s 9 respondenty – s 9 ženami, které již těhotné byly. Tyto ženy jsem rozdělila do tří období, dle roku ve kterém byly těhotné, účelem bylo porovnat jejich vedený způsob života v těhotenství. V teoretické části jsem se zabývala teoretickými poznatky o těhotenství, výživě, pohybu, psychice a užívání alkoholu a cigaret v těhotenství. Praktická část obsahuje popis realizace výzkumu. Zvolila jsem kvalitativní přístup, neboť jsem se snažila zjistit také ostatní vztahy a souvislosti s tématem, které by mi pomohly spatřit smysl jednání daného respondenta, což by mi kvantitativní výzkum neumožnil. V kapitole 3.1.2. jsem stanovila dílčí cíle práce prostřednictvím tří výzkumných otázek.

Zjistila jsem, že životní styl těhotných se přibližně za poslední 50 let změnil více či méně zejména v oblasti výživy a pohybu. Psychické prožívání je záležitostí značně individuální. Dříve se ženy méně pohybovaly a stravovaly se méně zdravě. V posledních letech se stravování i pohybová aktivita značně zlepšila.

Dále jsem při výzkumném šetření našla odpovědi ke stanoveným výzkumným otázkám:

Výzkumná otázka č. 1: V dřívějších generacích ženy neměly dostatek informací o zásadách zdravého životního stylu v těhotenství, proto nemohly ani tyto zásady dodržovat. V dnešní době jsou ženy o těchto zásadách informovány dobře a snaží se je dle svých možností dodržovat.

Výzkumná otázka č. 2: Od 60. let po současnost se životní styl žen v těhotenství změnil ve velké míře a to zejména v oblasti pohybu a výživy. Dnes ženy oproti letům minulých žijí zdravěji. Stravují se zdravěji, více se pohybují a v těhotenství nepijí alkohol ani nekouří.

Výzkumná otázka č. 3: Na základě výsledků výzkumného šetření jsem zjistila následující faktory, které ovlivňují vedený způsob života těhotných žen:

- Faktory informovanosti žen o zásadách zdravého životního stylu – dříve byla omezenost informací týkajících se dané problematiky opravdu značná, podle mého názoru je tento faktor ten nejpodstatnější.
- Demografické faktory – mimo rozhovor jsem se s respondenty bavila o různých tématech, abychom se navzájem blíže poznali a abych odstranila nedůvěru, která by mohla rozhovor zkomplikovat a dozvěděla jsem se od většiny žen, že pocházejí z

menších měst, kde nebyly dostupné těhotenské kurzy, proto zohledňuji tento faktor, neboť ženy pocházející z větších měst mají možností již širší.

- Faktory zdravotního stavu – některé ženy uváděly, že v těhotenství jim bývalo často špatně, proto se nemohly stravovat tak, jak by chtěly anebo tak, jak by bylo žádoucí.
- Faktory dostupnosti potravin – v dřívějších letech byla omezená dostupnost některých potravin, zejména tedy ovoce a zeleniny.

SOUHRN

Člověk má z poměrně velké části podíl na jeho zdravotním stavu, tím jak žije, jak se stravuje, jak se pohybuje. Dá se tedy říci, že je částečně zodpovědný za své zdraví. Pokud žena otěhotní, je zodpovědná jak sama za sebe a své zdraví, tak se stává zodpovědnou i za zdraví svého budoucího dítěte. Řadu potíží, které mohou v době těhotenství vzniknout, může ovlivnit sama matka vhodnou životosprávou.

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem vedly životní styl těhotné ženy dříve a dnes. V teoretické části se práce zabývá teoretickými poznatky o těhotenství a životosprávě, konkrétně o výživě, pohybové aktivitě a psychice v těhotenství. Praktická část se zabývá výzkumem, do kterého bylo zařazeno 9 respondentů z věkových kategorií od 60. let minulého století až po současnost.

Účelem výzkumu je zmapovat, jak se postupně měnila životospráva těhotných žen a co na to mělo vliv. Jedná se o výzkum kvalitativní. Pro sběr dat byla využita technika polostrukturovaný rozhovor.

Klíčová slova: Těhotenství, vývoj plodu, životní styl v těhotenství, výživa v těhotenství, pohybová aktivita v těhotenství, psychika a těhotenství.

SUMMARY

The human health can be influenced by many factors and the way how people live, eat or do exercise have significant impact on their health condition. In other words the people are responsible for their health. From the moment woman became pregnant she starts to be responsible not only for her health condition but even for the health condition of her expected baby. By keeping healthy lifestyle the woman is able to avoid any health problem during the pregnancy.

The aim of this bachelor thesis is to ascertain the differences between the way of lifestyle of pregnant women which they led in past and nowadays. The content of the theoretical part of this bachelor thesis are the theoretical pieces of information concerning the pregnancy, the nutrition, psysical activity and the mental health of pregnant women. The empirical part focuses on the survey, which deals with the way of lifestyle of women during the pregnancy, its gradual devevelopment and factors affecting this way of lifestyle.

The total number of nine respondents from different age categories ranging from the sixties of the last century up to the present were included in the survey. The survey has qualitative character. I am going to use half-structured interview for the data collection.

Key words: pregnancy, fetal development, lifestyle during pregnancy, diet in pregnancy, movement activity in pregnancy, psyche and pregnancy.

REFERENČNÍ SEZNAM

Seznam použité literatury

Tištěné dokumenty

1. BERÁNKOVÁ, B. 2002 *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 85 s. ISBN 80-7254-231-1.
2. BRÁZDOVÁ, Z. 2004. *Výživa těhotných a kojících žen*. Vyd. 2. Brno: Vladimír Smrčka, 27 s. ISBN 80-901427-7-X.
3. DUMOULIN, CH. 2006. *Cvičíme v těhotenství: názorný popis cviků a praktické rady*. Vyd. 1. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: Portál, 104 s. ISBN 80-7367-078-X.
4. FENWICKKOVÁ, E. 1992 *Velká kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Bratislava: PERFEKT, 253 s. ISBN 80-85261-21-9.
5. GREGORA, M. a VELEMÍNSKÝ M. 2005. *Kniha o matce a dítěti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 230 s. ISBN 80-247-0854-X.
6. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
7. GROFOVÁ, Z. 2010. Výživa v těhotenství. *Medicína pro praxi*, roč. 7, č. 1, s. 38-40. ISBN 978-80-741-064-3.
8. HANÁKOVÁ, T. a kol. 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, a.s., 256 s. ISBN 978-80-251-2788-9.
9. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 408 s. ISBN 80-7367-0040-2.
10. HRONEK, M. 2004. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Vyd. 1. Praha: MAXDORF s.r.o., 309 s. ISBN 80-7345-013-5.
11. KOPECKÝ, M. a kol. 2010. *Somatologie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 311 s. ISBN 978-80-244-227-8.
12. KUBÁTOVÁ, H. a ZNEBEJÁNEK, F. 2008. *Základy sociologie*. Vyd. 2, přeprac. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 151 s. Učebnice (Univerzita Palackého). ISBN 978-802-4418-742.

13. KVAPILÍK, J. a SVOBODOVÁ, A. a kol. 1985. *Člověk a alkohol*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 240 s.
14. MANDŽUKOVÁ, J. 2008. *Výživa v těhotenství od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, spol. s.r.o., 104 s. ISBN 978-80-7021-951-5.
15. MIKULANDOVÁ, M. 2007. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Vyd. 1.. Brno: Computer Press, 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4.
16. PAŘÍZEK, A. 2006. *Knih o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
17. POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V. a PRUŠA, T. 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*: 1. vyd. Brno: ERA group spol. s.r.o., 132 s. ISBN 978-80-7366-136-6.
18. RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
19. ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. SIKOROVÁ, L. 2009. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*: Vyd. 2. Brno: Computer Press, 128 s. ISBN 978-80-251-2420-8.
21. STOPPARDOVÁ, M. *Těhotenství: od početí k porodu*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2007, 374 s. ISBN 978-80-253-0438-9.
22. STRAUSS, A. a CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky zakotvené teorie*. Vyd. 1. Překlad Stanislav Ježek. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999, 196 s. sv. 2. ISBN 80-85834-60x.
23. ŠVEJCAR, J. a kol. 1985. *Péče o dítě*. Vyd. 4. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 344 s.
24. TRČA, S. 1999. *Budeme mít děťátko*. Vyd. 6., Praha: Grada Publishing, 156 s. ISBN 80-7169-646-3.
25. TRČA, S. 1990. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 158 s. ISBN 80-201-0024-5.
26. VITÍKOVÁ, R. 2007. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. Vyd. 1. Praha: Galén, 126 s. ISBN 978-80-7262-409-6.

Internetové zdroje

1. *Ketóza je přirozený stav.* [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupný z WWW: <http://fitplan.cz/ketoz/>
2. *ABZ slovník cizích slov. Pojem hyperglykemie.* [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/hyperglykemie>
3. *Velký lékařský slovní. Hyperinulinemie.* [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupný z WWW: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/hyperinzulinemie-3>
4. *Těhotenství od A do Z. Komplikace těhotenství – Velký plod (Makrosomie).* [online]. [cit. 2014-8-10]. Dostupný z WWW: <http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=HYPERLINK>
5. *Celostní medicína. Kyselina listová.* [online]. [cit. 2014-15-10]. Dostupné z WWW: <http://www.celostnimediceina.cz/kyselina-listova.htm>
6. *Porodnice. Psychické změny těhotných.* [online]. [cit. 2014-29-11]. Dostupný z WWW: <http://www.porodnice.cz/clanky/psychicke-zmeny-tehotnych>
7. *ABZ slovník cizích slov. Pojem subdeprivace.* [online]. [cit. 2014-2-12]. Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/subdeprivace>
8. *Těhotenství včera a dnes.* [online]. [cit. 2015-16-3]. Dostupný z WWW: <http://www.magazinzdravi.cz/tehotenstvi-vcera-a-dnes>
9. Žáček, A. Sociální lékařství v proměnách času, místa a hodnot. *Zdravotnictví v České republice [online]. 1998, Roč. 1, č. 1-2.* [cit. 2015-19-3]. Dostupný z WWW: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2-1998.pdf>
10. *ABZ slovník cizích slov. Pojem primární prevence.* [online]. [cit. 2015-19-3]. Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/primarni-prevence>
11. *EU Physical Activity Guidelines. 2008, Biarritz, 27. - 28. listopadu 2008.* Sborník [online]. [cit. 2015-19-3]. Dostupný z WWW: file:///C:/Users/vlastnik/Downloads/EU_pohybova%20aktivita.pdf

Seznam použitých symbolů a zkratek

%	procento
°C	stupeň celsia
µg	mikrogram
aj.	a jiné
AMK	aminokyselina
BMI	body mass index (index tělesné hmotnosti)
cca	cirka
CNS	centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
g	gram
g/l	gram na litr
GI	glykemický index
IU	International Unit (mezinárodní jednotka)
kCal	kilokalorie (energetická jednotka)
kg	kilogram
kJ	kilojoul (energetická jednotka)
MK	mastné kyseliny
mg	miligram
mg/den	miligramů za den
mikromol/l	mikromol na litr
např.	například
P.	příloha
R.	respondent
R. 1.1.	Respondent věkové kategorie 60. až 70. léta, první v pořadí dané věkové kategorie
R. 1.2.	Respondent věkové kategorie 60. až 70. léta, druhý v pořadí dané věkové kategorie
R. 1.3.	Respondent věkové kategorie 60. až 70. léta, třetí v pořadí dané věkové kategorie

- R. 2.1.** Respondent věkové kategorie 80. až 90. léta, první v pořadí dané věkové kategorie
- R. 2.2.** Respondent věkové kategorie 80. až 90. léta, druhý v pořadí dané věkové kategorie
- R. 2.3.** Respondent věkové kategorie 80. až 90. léta, třetí v pořadí dané věkové kategorie
- R. 3.1.** Respondent věkové kategorie 90. léta až po současnost, první v pořadí dané věkové kategorie
- R. 3.2.** Respondent věkové kategorie 90. léta až po současnost, druhý v pořadí dané věkové kategorie
- R. 3.3.** Respondent věkové kategorie 90. léta až po současnost, třetí v pořadí dané věkové kategorie
- Ř.** řádek
- Trans MK** transnasyčené mastné kyseliny
- tzv.** takzvané
- WWW** World Wide Web (celosvětová síť)
- WHO** World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam tabulek

- Tabulka 1:** Rozvržení stravy na den
- Tabulka 2:** Výběr respondentů dle věkových kategorií
- Tabulka 3:** Kategorie: dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu – 1. část
- Tabulka 4:** Kategorie: dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu – 2. část
- Tabulka 5:** Kategorie: dostupnost informací o zásadách zdravého životního stylu – 3. část
- Tabulka 6:** Kategorie: Stravování žen během těhotenství – 1. část
- Tabulka 7:** Kategorie: Stravování žen během těhotenství – 2. část
- Tabulka 8:** Kategorie: Stravování žen během těhotenství – 3. část
- Tabulka 9:** Kategorie: Stravování žen během těhotenství – 4. část
- Tabulka 10:** Kategorie: Užívání alkoholu v těhotenství – 1. část
- Tabulka 11:** Kategorie: Užívání alkoholu v těhotenství – 2. část
- Tabulka 12:** Kategorie: Užívání alkoholu v těhotenství – 3. část
- Tabulka 13:** Kategorie: pohybová aktivita žen v těhotenství – 1. část
- Tabulka 14:** Kategorie: pohybová aktivita žen v těhotenství – 2. část
- Tabulka 15:** Kategorie: pohybová aktivita žen v těhotenství – 3. část
- Tabulka 16:** Kategorie: pohybová aktivita žen v těhotenství – 4. část

Seznam příloh

- Příloha 1:** Otázky k rozhovoru
- Příloha 2:** Souhlas s pořízením audio záznamu rozhovoru
- Příloha 3:** Kopie souhlasu s pořízením audio záznamu rozhovoru
- Příloha 4:** Transkripce rozhovoru s R. 1.1.
- Příloha 5:** Transkripce rozhovoru s R. 1.2.
- Příloha 6:** Transkripce rozhovoru s R. 1.3.
- Příloha 7:** Transkripce rozhovoru s R. 2.1.
- Příloha 8:** Transkripce rozhovoru s R. 2.2.
- Příloha 9:** Transkripce rozhovoru s R. 2.3.
- Příloha 10:** Transkripce rozhovoru s R. 3.1.
- Příloha 11:** Transkripce rozhovoru s R. 3.2.
- Příloha 12:** Transkripce rozhovoru s R. 3.3.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Miroslava Bajcarová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Vliv životního stylu těhotné ženy na těhotenství a vývoj plodu
Název v angličtině:	The influence of lifestyle of pregnant woman on her pregnancy and embryonic development
Anotace práce:	<p>Člověk má z poměrně velké části podíl na jeho zdravotním stavu, tím jak žije, jak se stravuje, jak se pohybuje. Dá se tedy říci, že je částečně zodpovědný za své zdraví. Pokud žena otěhotní, je zodpovědná jak sama za sebe a své zdraví, tak se stává zodpovědnou i za zdraví svého budoucího dítěte. Řadu potíží, které mohou v době těhotenství vzniknout, může ovlivnit sama matka vhodnou životosprávou.</p> <p>Cílem práce je zjistit, jakým způsobem vedly životní styl těhotné ženy dříve a dnes. V teoretické části se práce zabývá teoretickými poznatky o těhotenství a životosprávě, konkrétně o výživě, pohybové aktivitě a psychice v těhotenství.</p> <p>Praktická část se zabývá výzkumem, do kterého bylo zařazeno 9 respondentů z věkových kategorií od 60. let minulého století až po současnost. Účelem výzkumu je zmapovat, jak se postupně měnila životospráva těhotných žen a co na to mělo vliv. Jedná se o výzkum kvalitativní. Pro sběr dat byla využita technika polostrukturovaný rozhovor.</p>
Klíčová slova:	Těhotenství, vývoj plodu, životní styl v těhotenství, výživa v těhotenství, pohybová aktivita v těhotenství, psychika a těhotenství

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The human health can be influenced by many factors and the way how people live, eat or do exercise have significant impact on their health condition. In other words the people are responsible for their health. From the moment woman became pregnant she starts to be responsible not only for her health condition but even for the health condition of her expected baby. By keeping healthy lifestyle the woman is able to avoid any health problem during the pregnancy.</p> <p>The aim of this bachelor thesis is to ascertain the differences between the way of lifestyle of pregnant women which they led in past and nowadays. The content of the theoretical part of this bachelor thesis are the theoretical pieces of information concerning the pregnancy, the nutrition, physical activity and the mental health of pregnant women.</p> <p>The empirical part focuses on the survey, which deals with the way of lifestyle of women during the pregnancy, its gradual development and factors affecting this way of lifestyle. The total number of nine respondents from different age categories ranging from the sixties of the last century up to the present were included in the survey. The survey has qualitative character. I am going to use half-structured interview for the data collection.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>pregnancy, fetal development, lifestyle during pregnancy, diet in pregnancy, movement activity in pregnancy, psyche and pregnancy.</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha 1: Otázky k rozhovoru</p> <p>Příloha 2: Souhlas s pořízením audio záznamu rozhovoru</p> <p>Příloha 3: Kopie souhlasu s pořízením audio záznamu rozhovoru</p> <p>Příloha 4: Transkripce rozhovoru s R. 1.1.</p> <p>Příloha 5: Transkripce rozhovoru s R. 1.2.</p> <p>Příloha 6: Transkripce rozhovoru s R. 1.3.</p> <p>Příloha 7: Transkripce rozhovoru s R. 2.1.</p> <p>Příloha 8: Transkripce rozhovoru s R. 2.2.</p> <p>Příloha 9: Transkripce rozhovoru s R. 2.3.</p> <p>Příloha 10: Transkripce rozhovoru s R. 3.1.</p> <p>Příloha 11: Transkripce rozhovoru s R. 3.2.</p> <p>Příloha 12: Transkripce rozhovoru s R. 3.3.</p>

Rozsah práce:	64 stran
Jazyk práce:	Český jazyk