

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravovědy

Veronika Kubrychtová

V. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední školy

Zdravý životní styl těhotné ženy se zaměřením
na výživu
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Olomouc 2010

OBSAH

OBSAH	3
1 ÚVOD	5
2 TEORETICKÉ POZNATKY	7
2.1 Životospráva	7
2.2 Zdravá výživa	8
2.2.1 Látky ovlivňující zdravou výživu	14
2.2.1.1 Makronutrienty	14
2.2.1.2 Mikronutrienty	18
2.2.1.3 Tekutiny	27
2.2.1.4 Vegetariánství	28
2.3 Další faktory ovlivňující životosprávu těhotných žen	29
2.3.1 Pohybová aktivita a odpočinek	29
2.3.1.1 Speciální cvičení pro těhotné	32
2.3.1.2 Sauna	35
2.3.2 Spánek	36
2.3.3 Tělesná hygiena a péče o kůži	37
2.3.3.1 Péče o chrup	37
2.3.3.2 Péče o vyprazdňování	38
2.3.4 Pohlavní styk	39
2.3.5 Oblečení a obuv	40
2.3.6 Cestování	41
2.3.7 Zaměstnání	42
2.3.8 Léky	43
2.3.9 Očkování	47
2.3.10 Návykové látky	48
2.3.10.1 Kouření	48
2.3.10.2 Alkohol	49
2.3.10.3 Drogy	50

3	PRAKTICKÁ ČÁST	52
3.1	Cíl práce.....	52
3.1.1	Dílčí úkoly práce.....	52
3.2	Metodika práce	53
3.2.1	Metoda výzkumu	53
3.2.2	Výzkumný vzorek.....	54
3.2.3	Zpracování dat	54
3.3	Statistické zpracování získaných dat	56
4	VÝSLEDKY A DISKUZE.....	94
5	ZÁVĚR	97
5.1	Přínos výsledků do praxe.....	98
	SOUHRN	99
	SUMMARY	100
	LITERATURA.....	101
	SEZNAM TABULEK.....	104
	SEZNAM GRAFŮ.....	106
	PŘÍLOHY	108

1 ÚVOD

Těhotenství je pro ženu jedno z nejkrásnějších období jejího života. Jedná se o fyziologický proces začínající splynutím ženských a mužských pohlavních buněk a končící porodem dítěte. Fyziologické těhotenství trvá průměrně 280 dní, tj. deset lunárních měsíců. Období těhotenství se dělí do tří trimestrů¹, během kterých se organismus ženy neustále mění a přizpůsobuje potřebám rostoucího plodu.

V současnosti se významně zlepšuje péče o matku i plod v období těhotenství. Ženy jsou lépe informované a dostává se jim kvalitnější prenatální péče, což má výrazný vliv na snížení rizik v období těhotenství a porodu. Je žádoucí, aby se na průběhu těhotenství aktivně podílela těhotná žena i její okolí.

Těhotenství klade na organismus ženy mimořádné nároky, a proto je v tomto období důležité dbát na správnou životosprávu. Životospráva je souhrn mnoha faktorů, které se navzájem doplňují a podporují. V dnešní době se o zdravém životním stylu stále hovoří, ale je také otázkou, co pro každého jednotlivce "zdravý životní styl" znamená. Základem kvalitního životního stylu je dodržování zásad výživy, pohybové aktivity, spánku, tělesné hygieny. Těhotné ženy by také měly brát v potaz oblékání, cestování, zaměstnání, užívání léků a návykových látek.

Danou problematikou se zabývá mnoho autorů: např. Pařízek A. - Kniha o těhotenství a porodu, Čech E. - Porodnictví, Müllerová D. – Výživa těhotných a kojících žen, Hronek M. - Výživa ženy v období těhotenství a kojení.

¹trimestr: období tří měsíců v těhotenství, které je vymezeno přibližným počtem týdnů. I. trimestr je od početí do 12. týdne, II. trimestr je od konce 12. týdne do 28. týdne, III. trimestr je od konce 28. týdne do porodu.

Problematikou zdravého životního stylu a informovaností těhotných žen o zásadách zdravé výživy jsem se zabývala již v bakalářské práci při studiu oboru Porodní asistentka (Jelínková, 2006). Ráda bych diplomovou práci využila k rozšíření svých poznatků. Hlavním cílem diplomové práce je poukázat na význam zdravého životního stylu s důrazem na oblast výživy v těhotenství. Prostřednictvím dotazníkového šetření je zjišťován postoj těhotných ke zdravé výživě, zda se těhotné správně stravují, jaký mají vztah ke zdravému životnímu stylu a jaký mají přístup k užívání léků a kouření v těhotenství.

V dnešní době se v čekárnách gynekologických ambulancí nevyskytuje ucelený přehled o zásadách zdravé výživy v těhotenství.

Na základě získaných poznatků z diplomové práce plánuji sestavit přehled o zásadách zdravé výživy a shrnout ho do brožury, která by byla k dispozici těhotným ženám v gynekologických ambulancích. Do brožury bych ráda vložila ukázkou jídelníčku vhodného především pro těhotné obézní ženy ve III. trimestru těhotenství.

(Příloha 2. Brožura pro těhotné)

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Životospráva

Životospráva je jako pojem jedním z nejvíc zmiňovaných fenoménů naší doby. Často je kladena otázka, co vše tento pojem zahrnuje.

Do oblasti životosprávy patří otázka zdravé výživy, střídání pohybové aktivity a odpočinku, tělesná hygiena a hygiena pohlavního styku, oblékání a obuv, bezpečné cestování a zaměstnání v těhotenství. Nesmí být opomenut abúzus alkoholu, drog a kouření.

Hlavní zásadou zdravé výživy je konzumace zdravé a vyvážené stravy, která pokryje dostatek energie, vitamínů a minerálů nezbytných pro správné fungování lidského organismu.

Jak již bylo zmíněno, všechny tyto faktory ovlivňují každého člověka, zejména pak ženu v těhotenství a její plod. Těhotná žena by měla věnovat dostatek pozornosti také tělesné hygieně. Cítí se tak lépe a výrazně se tím snižuje riziko přenosu infekce na plod. Pohlavní styk by měl být v tomto období především podle přání a zdravotního stavu ženy.

I vhodně zvolené oblečení a obuv umožní těhotné zažívat pocit pohodlí a uvolnění. Také cestování může v době těhotenství hrát významnou roli. Mělo by být omezeno jen na co nejkratší vzdálenosti a žena by měla dbát zvýšené opatrnosti.

Nesmí být opomenuto užívání návykových látek jako je kouření, alkohol a drogy, které mají nežádoucí vliv na vývoj plodu. V období těhotenství, ale nejenom tehdy, by se měla užívání těchto látek žena vyhnout (Roztočil, 2001; Zwinger, 2004; Čech, 2006).

Je důležité, aby těhotné ženy byly seznámeny se všemi možnostmi a omezeními v zaměstnání stanovenými Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 288/2003 Sb. a Zákoníkem práce § 153 – 161. Nejenom těhotné, ale i zaměstnavatelé, by se měli s těmito vyhláškami seznámit a řídit se pravidly z nich vyplývajícími (Čech, 2006).

2.2 Zdravá výživa

Výživa je velmi důležitým faktorem, který ovlivňuje vývoj zdravého těhotenství a porod zdravého dítěte. Správná výživa matky snižuje výskyt předčasného porodu, zvyšuje průměrnou porodní hmotnost a podporuje kojení.

Dobré stravovací návyky před otěhotněním, ve kterých žena pokračuje i v těhotenství, zlepšují adaptaci na zvyšující se nároky matky i plodu.

V těhotenství vznikají velké změny² z hlediska metabolismu živin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. Důležité je, aby těhotná žena všechny tyto složky potravy přijímala ve správném množství a poměru. Během těhotenství se zvyšuje energetická spotřeba vzhledem k zrychlenému bazálnímu metabolismu, přírůstku tuku, ostatních tkání a výživě rostoucího plodu (Hronek, 1999) (viz. Tabulka 2).

Nárůst tělesné váhy v těhotenství by měl být přímo úměrný hmotnosti plodu. Roli ovšem hraje i konstituce ženy. Zda má žena podváhu, normální váhu nebo nadváhu či obezitu, vypočítáme ze vzorce Body Mass index (BMI), který slouží jako jednoduchá pomůcka pro zjištění nebo ověření konstitučních předpokladů ženy ke změně váhy.

$$BMI = \frac{m}{v^2}$$

m – hmotnost v kg, v – výška v metrech

Pokud žena před těhotenstvím měla BMI index nižší než 20, měl by být její přírůstek o něco větší než u ženy s BMI vyšším než 25 nebo 30. Obecně doporučovaný přírůstek hmotnosti u těhotné průměrného vzrůstu a hmotnosti je 12 kg (Hronek, 1999, s. 10) (viz. Tabulka 1).

Intrauterinní (nitroděložní) opoždění vývoje plodu, předčasný porod a nízká porodní hmotnost novorozenců (méně než 2500 g) je častější u žen s podváhou na začátku těhotenství. Tyto ženy sice mají hmotnostní přírůstky vyšší, ale organismus nedokáže vykompenzovat nežádoucí vliv počáteční hmotnosti ženy na vývoj plodu (Hronek, 1999, s. 4).

² změny např.: zvýšený energetický příjem způsobený zrychlením metabolismu, zvýšený příjem vápníku z důvodu tvorby skeletu plodu, zvýšená potřeba železa důležitého pro zajištění správného fungování organismu matky a plodu apod.

U žen nedostatečně živěných před otěhotněním a na začátku těhotenství je také odhadováno dvojnásobně vyšší riziko, že předčasně porodí, a to i když ve II. trimestru tyto ženy dosahují dostatečného přírůstku hmotnosti (Hronek, 2004).

Tabulka 1. Doporučený hmotnostní přírůstek těhotných žen ve vztahu ke konstituci před těhotenstvím

	BMI před těhotenstvím	Doporučený přírůstek váhy
Podváha	< 19,5	12,5 – 18
Optimální hmotnost	19,5 – 24,9	11,5 – 16
Nadváha	25 – 29,9	7,5 – 11,5
Obezita	> 30	7,5

(Pokorná, 2008, s. 55)

Tabulka 2. Průměrný přírůstek hmotnosti

Průměrný přírůstek hmotnosti (g)	
Placenta	650
Plodová voda	800
Plod	3200
Děloha	1000
Prsy	500
Objem krve	1500
Tuk	3300
Celkem	10950

(Pokorná, 2008, s. 54)

Strava by měla být pestrá, vyvážená, lehce stravitelná, bohatá na vlákninu. Do jídelníčku by měla těhotná zařazovat především potraviny obsahující bílkoviny, železo, vápník, zinek, jód a vitamíny skupiny B – hlavně kyselinu listovou (Capoušková, 2005, s. 46). Není vhodná redukční dieta, která by mohla způsobit potrat nebo předčasný porod, ale na druhou stranu nadměrný kalorický příjem může vést k obezitě, gestačnímu diabetu (cukrovka vzniká v těhotenství), hypertenzi (krevní tlak nad 140/90), preeklampsii³, zvyšuje zátěž kloubů, může vést k hypertrofii plodu (velký plod) a zvyšuje riziko císařského řezu (Hronek, 1999; Hronek, 2004).

³ stav, kdy těhotná má alespoň jeden z rizikových faktorů (krevní tlak nad 140/90, zvýšenou hladinu bílkovin a otoky)

Příjem potravin se liší podle toho, v jakém trimestru těhotenství se žena nachází.

V I. trimestru by se energetický příjem neměl příliš lišit od stavu před otěhotněním. Těhotná by se měla vyvarovat přejídání, ale i hladovění. Déletrvající malnutrice (hladovění) může vést k abortu (potratu), intrauterinní retardaci plodu (nitroděložní zpomalení vývoje plodu). Přiměřený váhový přírůstek by měl činit v I. trimestru 1,5 – 2 kg (Capoušková, 2004; Pavlíčková, 2003).

V II. a III. trimestru se energetické nároky na organismus mírně zvyšují (Janků, 2003). Podle Pavlíčkové by přírůstek váhy v dalších měsících neměl přesáhnout 400 g za týden (Capoušková, 2005; Pavlíčková, 2003).

V dnešní době vlivem výživy, sedavého způsobu života a nevhodné životosprávy je v období otěhotnění 20 – 40 % žen obézních (Janků, 2003). Podle nových studií bylo zjištěno, že porodní hmotnost dítěte se mění v závislosti na počáteční hmotnosti matky. Ženy s počáteční hmotností nad 70 kg rodí děti s vyšší porodní hmotností, která je nezávislá na hmotnostním přírůstku matky (Hronek, 2004).

Je mylné se domnívat, že těhotná žena by měla jíst „za dva“. V dnešní době se zdůrazňuje především kvalitní složení stravy. (Ondrušková, 2004). Energetická spotřeba v těhotenství stoupá asi jen o 300 kcal/den, potřeba některých vitamínů a minerálů se ale zvyšuje až o 100 % (Caldá, 2003).

V České republice byl stanoven doporučený denní příjem energie u těhotných žen od II. trimestru 10 000 kJ (tj. 2400 kcal). Pomocí výzkumu bylo zjištěno, že s narůstající nadváhou podle BMI indexu by měly mít těhotné nižší energetický příjem potravou (Hronek, 2004).

Ve výživě těhotných není důležité množství potravy, ale její kvalita. Proto by těhotná žena měla denně přijímat potravou přibližně 70–80 g bílkovin, 350–400 g cukrů a asi 50 g tuků (Čech, 2006). Z toho vyplývá vyvážená strava v poměru 1/3 potravin bohatých na bílkoviny (libové maso, mořské ryby, mléko, netučné sýry atd.), 1/3 potravin by mělo být ovoce, zelenina a brambory a 1/3 obilné, nejlépe celozrnné produkty (Čech, 2006; Pařízek, 2005).

Pro přehlednost je uvedena Pyramida zdravé výživy.



Obrázek 1. Pyramida zdravé výživy (<http://olinea.wz.cz/image/pyramida.jpg>)

Základnu pyramidu tvoří obiloviny, těstoviny, rýže a pečivo. Z těchto složek čerpá těhotná nejvíce energie. Je proto vhodné, aby si vybírala zdravější varianty jednotlivých potravin, např. celozrnné pečivo, müsli, ovesné vločky, rýže natural atd. Naopak méně by měla zařazovat do jídelníčku bílé pečivo, sladké tukové pečivo, buchty apod. pro výraznou energetickou hodnotu těchto potravin.

Na tomto stupni je zařazena také zelenina, ovoce a vláknina. Zelenina má často nízkou energetickou hodnotu, obsahuje hodně vody, vlákniny a vitamínů. Žena by měla jíst raději zeleninu syrovou než vařenou, protože vařením dochází k významným ztrátám vitamínů. Ovoce je lepší konzumovat také v syrovém stavu, méně vhodné jsou marmelády a slazené kompoty.

Na prvním a druhém stupni je zařazeno mléko a mléčné výrobky, drůbež, ryby, vejce, luštěniny. Organismus díky mléku a mléčným výrobkům přijímá významné množství bílkovin a vápníku. Dobře stravitelné a žádoucí jsou kysané výrobky. Naopak šlehačky, příliš tučné a slané sýry nejsou příliš vhodnou variantou výběru mléčných výrobků.

Ryby, nejlépe mořské ryby, by těhotná měla jíst alespoň 2x týdně, čímž se zajistí přiměřené množství jódu. Mořské ryby je vhodné do jídelníčku zařazovat i pro obsah omega 3 a 6 nenasycených mastných kyselin.

Podle Ondruškové je vhodné konzumovat tři vejce týdně (1 vejce obsahuje 7 g bílkovin, 30 mg vápníku a 8 µg kyseliny listové). Naopak mezi nevhodné potraviny patří paštiky a uzeniny.

Vrchol pyramidy tvoří tuky, cukry a sůl, které by měly být jen nepatrnou složkou stravy těhotné (Ondrušková, 2004).

V těhotenství je žádoucí zvýšený příjem bílkovin, jódu, železa, vápníku, kyseliny listové atd. Těhotná by měla omezit nebo vyloučit ze svého jídelníčku smažená jídla na přepáleném tuku z důvodu vysokého obsahu karcinogenních látek. Také uzeniny obsahují karcinogenní látky, jsou těžko stravitelné a mají vysoký obsah tuku. Mezi další nevhodné zdroje patří potraviny s konzervačními látkami, ztužené tuky, umělá sladidla⁴, sladká jídla pro zvýšené riziko většího nárůstu hmotnosti, obezity a diabetu mellitu („cukrovky“). Nevhodné je i větší množství soli, které napomáhá vzniku vysokého krevního tlaku a edémů, a koření pro zvýšené riziko pyrózy (pálení žáhy). Podle Hronka (2004) kořenová zelenina (např. celer) ve zvýšeném množství překrvuje malou pánev a může působit jako abortivum (mít vliv na potrat) (Hronek, 2004).

Na příjem potravy má velký vliv i skutečnost, zda těhotná kouří či ne. Je obecně známo, že nikotin výrazně ovlivňuje to, jakou stravu těhotná žena přijímá. Zajímavá je studie brněnského souboru „Výživa těhotných: Rozdíly mezi ženami, které kouřily a nekouřily v průběhu těhotenství“. Tyto ženy byly rozděleny na aktivní a pasivní kuřáčky a nekuřáčky. Těhotné vyplňovaly anamnestický dotazník kolem 20. týdne těhotenství (Kukla, 1999). Byly objeveny výrazné rozdíly mezi výživovými zvyklostmi kouřících a nekouřících žen, většinou v neprospěch kuřáček – konzumovaly více uzenin, smažených jídel, sladké pečivo, limonády a kolové nápoje, naopak méně zeleniny a ovoce, mléka a mléčných výrobků. Je velmi smutné, když těhotná kuřáčka, která škodí sobě i svému nenarozenému dítěti, má ještě navíc horší výživové zvyklosti než nekuřáčka.

⁴ jsou látky uměle vyrobené, u kterých zatím nejsou přesné studie, které by potvrdily „neškodlivost“, těchto látek pro organismus, tím spíš pro organismus těhotné ženy a nenarozeného dítěte

Kromě toho aktivní kuřačky vypijí denně dvakrát více šálků kávy než pasivní kuřačky a téměř třikrát víc než nekuřačky. V těhotenství se však doporučuje pití kávy omezit maximálně na dva šálky denně z důvodu zrychlení srdeční frekvence plodu, snížení vstřebávání železa a vápníku z potravy apod. (Hronek, 2004). Kuřačky si častěji přislazují čaj nebo kávu. Důvodem může být spoléhání se na názor, že kouření chrání před vznikem obezity (Kukla, 1999).

2.2.1 Látky ovlivňující zdravou výživu

Látky, které ovlivňují zdravou výživu, obecně rozdělujeme na dvě základní skupiny, na tzv. makronutrienty a mikronutrienty.

Makronutrienty jsou živiny nesoucí energii. Patří sem sacharidy (cukry a škroby), lipidy (tuky) a proteiny (bílkoviny) (Hronek, 2004). Mezi mikronutrienty řadíme vitamíny a minerální látky, které jsou nezbytnými prvky pro správné fungování lidského organismu.

2.2.1.1 Makronutrienty

Proteiny (bílkoviny)

Bílkoviny jsou z hlediska chemického složení makromolekuly složené z aminokyselin spojených peptidickou vazbou. V organismu se bílkoviny štěpí v trávicím traktu na aminokyseliny a ty se využívají k syntéze bílkovin potřebných pro organismus (Hronek, 2004).

Bílkoviny jsou potřebné pro stavbu buněčných struktur a tkání plodu a jsou základní živinou pro matku i pro plod, a to nejvýznamněji ve III. trimestru. Z důvodu růstu plodu potřeba bílkovin stoupá u těhotné během těhotenství o 30 % od původní potřeby netěhotné ženy (Pařízek, 2005).

Nejkvalitnější bílkoviny jsou obsaženy v libovém mase, rybách, mléčných výrobcích, drůbežím mase, vejcích, luštěninách a ořechách.

Doporučená denní dávka bílkovin pro těhotnou ženu je 0,8–1,3 g/kg (Hronek, 2004). Např. těhotná žena vážící 70 kg by měla denně přijímat asi 70 g bílkovin potravou (vycházíme-li z průměrné hodnoty 1 g bílkovin/kg váhy).

70 g bílkovin odpovídá: 350 g hovězí libové maso bez kosti, 300 g čočky, 250 g 30% eidamu, 4 vaničky tvarohu, 7 bílků, 350 g máku apod.) (Kajaba, 1983).

Podle Ondruškové je doporučené denní množství bílkovin již od 2. měsíce těhotenství 1,3 g/kg/den (Ondrušková, 2004).

Hronek uvádí, že při nedostatečném příjmu bílkovin vzniká negativní dusíková bilance. U matky se tento nedostatek může projevit anemií, snížením koncentrace bílkovin v krvi (hypoproteinemie), snížením odolnosti k infekci, zhoršením hojení ran a vznikem edémů (otoků). U plodu se může nedostatek bílkovin projevit zpomalením růstu, poruchami tělesného i duševního vývoje a nízkou porodní hmotností.

Naopak při nadměrném příjmu bílkovin dochází k pozitivní dusíkové bilanci. Aminokyseliny, které nejsou využity, jsou štěpeny až na močovinu („finální produkt metabolismu“), kdy tento proces zatěžuje výrazně játra a vylučování močoviny zatěžuje ledviny.

Při nadměrném příjmu bílkovin dochází i ke zvýšenému příjmu tuků, protože většina zdrojů bílkovin živočišného původu obsahuje také tzv. skrytý tuk (Hronek, 2004).

V naší stravě je obvykle nadbytek bílkovin, ale u žen stravujících se přísnými alternativními způsoby výživy (makrobiotičky, vegetariánky, veganky apod.) hrozí nedostatečné množství příjmu bílkovin. Tyto ženy by měly dávku bílkovin nahradit dostatečným přísunem luštěnin a celozrnného pečiva (Janků, 2003).

Tabulka 3. Obsah bílkovin v jednotlivých potravinách

Potravina (100 g)	Přibližný obsah bílkovin (g)
maso	15–20
uzeniny	12–30
vejce	13–14
ryby	10–21
mléko	2–5
tvoroh	7–12
sýry	25–35
luštěniny	20–25
sója	40–42
ořechy	14–20
obiloviny celozrnné	6–20
zelenina, brambory	<1

(Müllerová, 2004, s. 27)

Sacharidy (cukry a škroby)

Sacharidy jsou organické látky obsažené v rostlinných a živočišných tkáních. Sacharidy jsou hlavním zdrojem energie, zajišťují 55–65% podíl denního příjmu energie.

Jednoduché cukry (glukóza z medu, fruktóza z ovoce, galaktóza z mléka atd.) se ze žaludku rychle vstřebávají a jsou rychlým zdrojem energie. Mohou pomoci i při nauze (nevolnosti) (Pařízek, 2005).

Složené cukry (škroby) obsažené v bramborách, obilovinách, luštěnině a kořenové zelenině společně s ovocem a ostatní zeleninou obsahují vlákninu (tzv. nestravitelné sacharidy).

Doporučená denní dávka sacharidů je podle Müllerové 400–450 g (Müllerová, 2004). Podle Hronka je doporučený příjem sacharidů v I. trimestru 320 g za den a od II. trimestru se potřeba sacharidů zvyšuje na 400 g za den (Hronek, 2004).

Vláknina má obzvláště v těhotenství velmi pozitivní vliv na střevní peristaltiku, je významnou prevencí zácpy, v žaludku vyvolává pocit sytosti. Kromě toho je odolná vůči štěpení trávicími šťávami, prochází v téměř nezměněné podobě tenkým stěvem a snižuje tím zároveň možnost vstřebávání toxických a karcinogenních látek stěvem, což významně snižuje riziko vzniku nádoru tlustého střeva. Doporučená denní dávka vlákniny je 25–30 g (Müllerová, 2004).

Vláknina se nachází v ovoci, luštěninách, bramborách, zelenině, lněném semínku, otrubách a celozrnných výrobcích (Müllerová, 2004; Janků, 2003).

Podle Hronka klesá při nedostatečném příjmu sacharidů pozornost, snižuje se tělesný i duševní výkon, dochází k výraznější únavě a v extrémním případě se mohou objevit příznaky hypoglykemického šoku.

Nadměrný příjem sacharidů zvyšuje potřebu vitamínu B₁. Podle epidemiologických studií byla zjištěna souvislost mezi příjmem sacharidů, obezitou a zubním kazem.

Další rizika nadměrného příjmu sacharidů:

- rozvoj diabetu II. typu (příp. gestační diabetes – „těhotenská cukrovka“)
- zvýšené riziko kardiovaskulárních (srdečních) chorob (Hronek, 2004)

Lipidy (tuky)

Lipidy jsou skupinou organických látek nerozpustných ve vodě. Tuky jsou důležitou složkou potravy pro svou vysokou energetickou hodnotu, ale i pro obsah esenciálních kyselin a v tučích rozpustných vitamínů (Hronek, 2004).

Podíl tuků v potravě by neměl přesáhnout 30 % příjmu energetických zdrojů (Pařízek, 2005). Doporučený denní příjem tuků je 50 g/den, nejvíce v podobě polynenasycených mastných kyselin. Nevhodná je konzumace živočišných tuků (sádlo, máslo, ztužené tuky apod.) ve větším množství (Hronek, 2004).

Jako **mastné kyseliny** se v biochemii označují vyšší monokarboxylové kyseliny. Mastné kyseliny mají alespoň 8 uhlíkových atomů. Mastné kyseliny se dělí na nasycené a nenasycené (http://cs.wikipedia.org/wiki/Mastn%C3%A9_kyseliny). Z celkového množství přijímaných tuků by měl být poměr nasycených mastných kyselin ku nenasyceným mastným kyselinám 1:3 (Hronek, 2004).

Nasycené mastné kyseliny neobsahují v řetězci žádnou dvojnou vazbu, tvoří dlouhé přímé řetězce (http://cs.wikipedia.org/wiki/Mastn%C3%A9_kyseliny). Jsou obsaženy především v živočišných tučích jako je např. tučné maso, uzeniny, neodtučněné mléčné výrobky a vejce.

Nadbytečný příjem nasycených mastných kyselin vede k obezitě a nadměrnému váhovému přírůstku (Hronek, 2004). Nasycené mastné kyseliny jsou z jater distribuovány do okolí ve vazbě na lipoproteiny, které obsahují velké množství cholesterolu. Proto nasycené mastné kyseliny zvyšují hladinu cholesterolu v krvi (http://cs.wikipedia.org/wiki/Mastn%C3%A9_kyseliny). Je nutné tyto potraviny užívat s mírou z důvodu zvýšeného rizika vzniku aterosklerotických plátů a následného zužování tepen, které může vést až ke vzniku angíny pectoris a infarktu myokardu.

Cholesterol je součástí tkání a tělesných tekutin. V těhotenství je důležitý pro syntézu některých hormonů, vitamínu D a žlučových kyselin, kromě toho má významný vliv na rozvoj mozku plodu. Těhotná žena má v tomto období fyziologicky vyšší hladinu cholesterolu v krvi. Denní doporučené množství cholesterolu by nemělo přesáhnout 300 mg (Hronek, 2004).

Zdrojem cholesterolu jsou potraviny živočišného původu, mozeček, játra, vejce, tučné maso atd. (Müllerová, 2004).

Nenasycené mastné kyseliny se dělí na mononenasycené a polynenasycené.

Mononenasycené kyseliny obsahují ve svém řetězci jednu dvojnou vazbu. Většinou se vyskytují v cis konfiguraci. Patří mezi ně ale i trans nenasycené kyseliny (TFA) v konfiguraci trans vyskytující se nejčastěji ve ztužených tucích, jemném trvanlivém pečivu, náhražkách čokolády a různých polevách.

Podle Ing. Kláry Hálové z Ústavu preventivního lékařství v Brně má zvýšená konzumace trans nenasycených mastných kyselin vliv na zvýšení LDL cholesterolu a mírné snížení HDL cholesterolu a také mohou zvyšovat inzulinovou rezistenci buněk, což podporuje vznik diabetu II. typu. V neposlední řadě zvyšují trans nenasycené mastné kyseliny riziko vzniku srdečně cévních chorob (Hálová, 2009, s. 46—47; http://cs.wikipedia.org/wiki/Mastn%C3%A9_kyseliny). Za zmínku stojí i informace, že trans nenasycené kyseliny přecházejí přes placentu a mohou vyvolat i předčasný porod (Müllerová, 2004).

Podle WHO (Světové zdravotnické organizace) by měl podíl trans nenasycených mastných kyselin tvořit maximálně 1 % z celkového energetického příjmu (Hálová, 2009, s. 46–47).

Polynenasycené kyseliny mají v řetězci více než jednu dvojnou vazbu. Patří mezi ně i **esenciální mastné kyseliny**, které si organismus nedokáže vyrobit a proto musí být přijímány potravou (Janků, 2003, s. 292).

Esenciální mastné kyseliny (omega-3 a omega-6) snižují hladinu cholesterolu v krvi (především omega-3 nenasycené kyseliny), naopak nadbytek tuků převážně živočišného původu (nasycené mastné kyseliny) přispívá ke vzniku a rozvoji aterosklerózy. Proto je důležité konzumovat potraviny se zvýšeným podílem tuků rostlinného původu (Hronek, 2004; Müllerová, 2004).

Omega 3 a omega 6 polynenasycené mastné kyseliny obsažené v rostlinných olejích, libovém mase, listové zelenině, mořských rybách a žloutku jsou ze všech druhů mastných kyselin nejvhodnější a mají pozitivní přínos v prevenci preeklampsie (Janků, 2003, s. 292).

Esenciální mastné kyseliny mají také vliv na rozvoj mozku plodu. Nedostatečný příjem esenciálních mastných kyselin zvyšuje riziko patologického vývoje nervové soustavy a nitroděložní růstové retardace (http://cs.wikipedia.org/wiki/Mastn%C3%A9_kyseliny).

Hronek uvádí, že nedostatečný příjem esenciálních mastných kyselin snižuje tělesnou výkonnost, snižuje odolnost vůči infekcím, v těhotenství pak zkracuje dobu těhotenství a snižuje porodní hmotnost novorozence.

Kdežto vysoký příjem tuků je zdrojem nevyužité energie, tedy pozitivní energetické bilance. V důsledku toho dochází ke zvýšenému ukládání tuků a vzniku obezity.

Zvýšená konzumace tuků s převážně nasycenými mastnými kyselinami zvyšuje cholesterolemii (hladinu cholesterolu v krvi). Také trans nenasycené mastné kyseliny zvyšují hladinu LDL cholesterolu (v laické mluvě „zlý cholesterol“) a snižují hladinu HDL cholesterolu (v laické mluvě „hodný cholesterol“). Naopak polynenasycené mastné kyseliny snižují hladinu cholesterolu tím, že zvyšují množství receptorů pro „vychytávání“ cholesterolu v játrech.

Nadměrný příjem mononenasycených kyselin (nejčastěji trans nenasycených kyselin) mohou mít vliv (z důvodu větší náchylnosti k oxidačním změnám) na předčasné a zrychlené stárnutí organismu. Proto se v těhotenství doporučuje zvýšený příjem látek s antioxidačními účinky (vitamin A, C, E apod.) (Hronek, 2004).

2.2.1.2 Mikronutrienty

Vitamíny

Vitamíny a minerální látky jsou nezbytné pro správnou funkci organismu. Dělí se na vitamíny rozpustné v tucích a vitamíny rozpustné ve vodě.

Vitamíny rozpustné ve vodě (vitamíny skupiny B a vitamin C) si organismus nedokáže ukládat do zásob a proto musí být denně přijímány v dostatečném množství potravou.

Vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K) se v těle ukládají, nemusí být přijímány pravidelně každý den, ale protože se v těle hromadí, tak je u nich větší riziko předávkování. Lidský organismus si kromě vitamínu D neumí vytvářet vitamíny, a proto musí být získávány potravou. Nejvíce vitamínů je v čerstvém ovoci a zelenině. V listové zelenině a ovoci jsou obsaženy vitamíny A, C, E a B6. Dále bohaté na vitamíny jsou brokolice, špenát, mrkev, rajčata, třešně, meruňky. Kromě ovoce a zeleniny je hodně vitamínů i v rybách, mléčných výrobcích, obilovinách a ořechách. Některé vitamíny jsou pouze živočišného původu, což může činit potíže u vegetariánek a těhotných, které nejedí mléčné výrobky (Pařízek, 2005).

Při dlouhotrvajícím nedostatečném příjmu vitamínů stravou se mohou projevit poruchy vývoje plodu. Tento vzniklý deficit je možné nahradit užíváním vitamínů v tabletové formě v doporučených denních dávkách. Když nemá těhotná žena možnost přijímat vitamíny v přirozeném stavu, může na základě doporučení lékaře užívat multivitaminové preparáty (Mamavit, Materna, Gravital apod.) určené přímo pro těhotné (Pařízek, 2005).

Ráda bych se nyní zmínila o těch vitamínech a minerálních látkách, které považuji za významnější v období těhotenství.

Kyselina listová B9 (Acidum follicum) je ze skupiny vitamínů B. Je nezbytná pro krvetvorbu, tvorbu nukleových kyselin, dělení buněk a tím i pro růst plodu. Člověk si ji nedokáže vytvořit a proto musí být přijímána potravou (Müllerová, 2004; Pařízek, 2005).

Kyselina listová má protektivní (ochranný) vliv ve vztahu ke vzniku defektu neurální trubice (Hronek, 2004). Užíváním 0,4 mg kyseliny listové alespoň jeden měsíc před otěhotněním a dále až do konce I. trimestru, kdy se úplně uzavírá neurální trubice, se u dětí významně snižuje riziko vzniku rozštěpů páteře a rozštěpů rtu až o 25–75 % (Čech, 2006; Janků, 2003). Žena, která již porodila dítě s rozštěpovou vadou nebo defektem neurální trubice, by měla po poradě s lékařem užívat dokonce 4 mg kyseliny listové denně jako prevenci opakování vývojové anomálie nebo alespoň snížení rizika postižení novorozence (Huch, 2007; Janků, 2003, s. 295; <http://www.gyne.cz/clanky/2001/601cl2/htm>).

Řada studií spojuje výskyt defektů neurální trubice s genetickými faktory, ale i s vlivem vnějšího prostředí. Vnější vlivy hrají velkou roli, pokud mají tyto těhotné ženy genetickou predispozici pro vývoj malformace. Mezi rizikové faktory patří výživa ženy v prekoncepčním období (před otěhotněním) a v době těhotenství, socioekonomické podmínky, olovo v pitné vodě, chřipka těhotné ženy, expozice ženy prudkému slunci v době těhotenství atd. (<http://www.gyne.cz/clanky/2001/601cl2/htm>).

Běžný denní příjem kyseliny listové z potravy často nedosahuje optimální dávky 0,4 mg, proto v některých zemích „fortifikují potraviny“ (obohacují potraviny malými dávkami kyseliny listové). Např. v USA se od roku 1998 povinně přidává kyselina listová do mouky (140 µg na 100 g mouky), v Kanadě dokonce 150 µg na 100 g mouky. Potraviny musí být vždy označeny, že obsahují přídavek kyseliny listové. Tímto se některé státy snaží zajistit příjem alespoň 0,3 mg kyseliny listové denně (Vašut, 2007).

Nedostatek kyseliny listové nepředstavuje riziko pouze pro ještě nenarozené dítě, ale i pro těhotnou ženu, u které může vyvolat spontánní potrat, předčasný porod, kardiovaskulární choroby, některé typy nádorů a také Alzheimerovu chorobu (Janků, 2003, s. 597).

Zdrojem kyseliny listové je listová zelenina, špenát, brambory, čočka, sója, pomerančová šťáva, maso, játra, ledvinky, ryby, vejce, mléko, cereálie, ořechy, semena, jahody, celozrnné obiloviny, pivovarské kvasnice atd. (Müllerová, 2004; Hronek, 2004).

Vitamín A je důležitý pro zdravý zrak a prevenci šerosleposti, správnou činnost pohlavních žláz a reprodukci (Vašut, 2007).

Opatrně by měla nakládat těhotná s vitamínem A a jeho deriváty izotretinoin a etretinát.

Jsou to preparáty s jednoznačně prokázaným teratogenním účinkem na plod při překročení maximální denní dávky 8000 IU (Čech, 2006).

Doporučená denní dávka je v České republice stanovena na 5000 IU (mezinárodních jednotek), což je asi 1,5 mg (Vašut, 2007).

Velké množství vitamínu A se nachází v játrech a játrových výrobcích (Capoušková, 2004).

Hypervitaminóza (zvýšené dávky vitamínu) vitamínem A zvyšuje riziko strukturálních anomálií o 25 %, riziko mentální retardace je 25 %. Častěji se vyskytují srdeční vady, malformace ucha a oka, rozštěpy patra atd.

Naproti tomu beta-karoten (přirozený prekurzor vitamínu A), který nalezneme nejvíce v mrkvi, špenátu, pomerančích a rajčatech, nemá žádný teratogenní efekt (Calda, 2003).

Vitamín C povzbuzuje imunitní systém, podporuje vstřebávání železa, má vliv na vývoj placenty, snižuje toxicitu vitamínu A. Nedostatek vitamínu C snižuje funkci imunitního systému, může způsobovat např. krvácení z dásní. Naopak nadměrná spotřeba vitamínu C může vést k průjmu a vyvolat u těhotné ženy předčasné děložní kontrakce (Pokorná, 2008; Hronek, 2004).

Denní doporučená dávka je 100–110 mg (Pokorná, 2008).

Zdrojem vitamínu C je čerstvé ovoce jako jsou pomeranče, citróny, grapefruity, třešně, meruňky, angrešt, rybíz, kiwi atd. (Hronek, 2004; Müllerová, 2004).

Vitamín D ovlivňuje hospodaření s vápníkem, zvyšuje vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě a snižuje jeho vylučování ledvinami. Při nedostatku vitamínu D může dojít k poškození jak matky, tak plodu. Rizikem pro matku je osteoporóza, pro plod křivice (Müllerová, 2004).

Potřeba užívání vitamínu D kolísá v závislosti na ročním období, v létě si tělo vytváří vitamin D vlivem slunečního záření. Při nedostatku slunečního záření je organismus odkázán na dodávání vitamínu D stravou. Významný je nedostatek tohoto vitamínu také u celiakie (Janků, 2003, s. 294).

Doporučená denní dávka je v rozmezí 2–10 µg. Zdrojem vitamínu D jsou mořské ryby, margaríny obohacované vitamínem D, žloutek, máslo, mléko, rybí tuk atd (Müllerová, 2004).

Multivitaminové doplňky stravy

Multivitaminové doplňky stravy obsahují komplex vitamínů a minerálních látek, které se mohou vzájemně ovlivňovat. Je nutné vždy sledovat složení multivitaminových přípravků a zároveň není vhodné kombinovat více těchto preparátů současně. Čím vyšší je obsah složek v tomto komplexu, tím vyšší je pravděpodobnost vzájemných interakcí. Proto je v těhotenství vhodné vždy vybírat osvědčené preparáty, které jsou určeny přímo pro těhotné (Pokorná, 2008; Ondrušková, 2004).

Na dnešním farmaceutickém trhu jsou dva základní druhy preparátů, které se liší svým složením a poměrem jednotlivých látek vzhledem k pokročilosti těhotenství – jeden je určen pro období prekoncepční (před plánovaným otěhotněním) a v I. trimestru a ten druhý je určen pro těhotné ve II. a III. trimestru.

Těhotná by měla informovat lékaře o užívání multivitaminového komplexu. V některých případech může působit multivitaminový preparát jako „jed“. Pokud těhotná trpí např. onemocněním štítné žlázy a bez ohledu na léčbu užívá multivitaminové přípravky, kde se vyskytuje významná dávka jódu, ničí tím práci svého lékaře a sobě zdraví. Podobné je to např. u některých onemocnění trávicího traktu (celiakie), při němž je porucha vstřebávání látek atd. Proto je nutné konzultovat užívání multivitaminových preparátů s lékařem.

Často je doporučováno doplnit stravu multivitaminami těhotným čekajícím dvojčata nebo druhé dítě po velmi krátké době (Ondrušková, 2004).

Vhodné je užívání multivitaminových preparátů také u vegetariánek a především pak u veganek, v jejichž organismu často chybí nezbytné vitamíny a minerální látky, které těhotná konzumující pestrá stravu získává potravou.

Obavy ze zvýšení porodní hmotnosti novorozence z důvodu užívání těchto preparátů zatím žádnými výzkumy nebyly prokázány (Vašut, 2007).

Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky se dělí na makroelementy (draslík, vápník, fosfor, sodík, hořčík atd.) a mikroelementy (železo, zinek, jód, fluor, měď atd.).

Minerální látky jsou nezbytné pro správný vývoj plodu. Některé prvky, byť jen v minimálním množství (stopové prvky), se významně podílejí na regulaci homeostázy (stálosti vnitřního prostředí). Pro těhotenství jsou nezbytné především vápník, železo, hořčík a jód. Nedostatečný příjem některých mikronutrientů může mít negativní vliv na vývoj plodu (Pařízek, 2005).

Vápník je nezbytný pro zajištění nervosvalové dráždivosti, krevní srážlivosti a kostního metabolismu matky i plodu. Vápník je nezbytný pro výstavbu kostí a zubů plodu, především ve III. trimestru jsou zvýšené nároky příjmu vápníku. Využití vápníku z potravy závisí na dostatku vitamínu D, hořčíku a dostatku bílkovin, které mají v organismu transportní funkci (Pařízek, 2005).

Nedostatek vápníku může mít za následek poškození zubů a odvápnování kostí (demineralizaci).

Doporučená denní dávka vápníku je 1200–1400 mg denně (Vašut, 2007).

Zdrojem vápníku jsou mléko, mléčné výrobky, listová zelenina, kukuřičné lupínky, brokolice, ryby, mák atd. (Pařízek, 2005).

Při nesnášenlivosti mléka a mléčných výrobků je po konzultaci s lékařem vhodná suplementace (náhrada) 600 mg/den vápníku ve formě tablet (Müllerová, 2004).

Hořčík (magnézium) společně s vápníkem je potřebný pro výstavbu kostí, nehtů a zubů. Hořčík působí také proti křečím a preventivně proti eklampsii. Podle MUDr. Janků léčba preeklampsie hořčíkem snižuje výskyt eklamptického záchvatu až o 50 % (Janků, 2003, s. 295).

Doporučená denní dávka v těhotenství je stanovena na 400 mg.

Nedostatek hořčíku se může projevit křečemi v lýtkách, hubnutím, nervovými poruchami, preeklampií, intrauterinní růstovou retardací (nitroděložním zpomalením růstu) a rizikem předčasného porodu (Pařízek, 2005).

Na druhou stranu hořčík prochází placentou a jeho nadbytek může u plodu způsobit hyporeflexii (snížení reaktivnosti) a útlum dýchání. Vliv magnézia na udržení těhotenství při hrozícím předčasném porodu zatím nebyl jasně prokázán (Janků, 2003, s. 295).

Zdrojem hořčíku jsou brambory, mořské ryby, sója, zelenina, banány, pomeranče, ořechy apod.

Železo je v těhotenství nezbytné. V průběhu těhotenství musí být výživa doplněna dostatečným množstvím železa pro matku i plod jako prevence před chudokrevností. Železo s vitamínem B12, vitamínem C a kyselinou listovou ovlivňují tvorbu hemoglobinu (Pařízek, 2005).

Zvýšená potřeba železa je daná potřebou plodu, placenty a zmnožením červených krvinek matky. Klesne-li hladina hemoglobinu v krvi pod 100 g/l, je žádoucí zahájit suplementaci železem. Železo by se nemělo podávat současně se zinkem, protože při vyšších hladinách železa se snižuje vstřebávání zinku (Müllerová, 2004).

Podle WHO je doporučená denní dávka železa pro ženy, které netrpí jeho nedostatkem 30–60 mg/den a ženám trpícím nedostatkem železa 120–240 mg/den (Janků, 2003, s. 293).

Vstřebávání železa zvyšuje vitamín C, proto se před jídlem bohatým na železo doporučuje vypít sklenici pomerančového džusu nebo sníst jednu porci ovoce nebo zeleniny. Naopak vstřebávání železa narušuje tanin (v čaji) a kofein (Ondrušková, 2006, s. 38).

Ve druhé polovině těhotenství už žena nepokryje zásobu železa z přirozených zdrojů potravy a proto je vhodné po konzultaci s lékařem přidávat k běžné stravě 30 mg železa ve formě tablet (Pařízek, 2005).

Nedostatek železa může vést k hypoxii (nedostatku kyslíku), růstové retardaci plodu. U matky se při nedostatku železa objevuje anémie spojená s únavou, pocity slabosti a větší riziko vzniku infekce, předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti novorozence (Ondrušková, 2006, s. 37).

Anémie je dle WHO stav, kdy hemoglobin (červené krevní barvivo) klesne v I. a II. trimestru pod 110 g/l, ve III. trimestru pod 105 g/l nebo hematokrit pod 32 % (Janků, 2003, s. 292).

Podle údajů WHO trpí ve vyspělých zemích až 50 % těhotných anémií.

Ve II. a III. trimestru je největší potřeba železa a právě v tomto období se deficit projeví u těhotných nejvíce (Ondrušková, 2006, s. 37).

Mezi rizikové skupiny trpící nedostatkem železa patří osoby s opakovaným krvácením, držící dietu s nedostatkem masa a kyseliny askorbové, ženy užívající pravidelně kyselinu acetylsalicylovou atd (Janků, 2003, s. 292).

Zdrojem železa je tmavé a červené maso, ryby, drůbež, kvasnice, celozrnný chléb, červená řepa, listová a kořenová zelenina, mandle, sušené ovoce (fíky, rozinky, sušené švestky a meruňky). Není vhodné pít černý čaj a kávu, protože snižují vstřebávání železa (Pařízek, 2005; Müllerová, 2004).

Jód je velmi důležitý pro vývoj mozku plodu. Po zavedení jodace jedlé soli v padesátých letech téměř vymizela struma u dětí a mladistvých. Na konci osmdesátých let se ale zvýšil nárůst výskytu strumy, téměř 10 % dětí a 20 % dospělých trpí výrazným nedostatkem jódu. Proto endokrinologická společnost doporučuje užívání jódu během těhotenství a kojení, protože bylo zjištěno, že přísun jódu ze soli je nedostačující především pro těhotné a kojící ženy. V České republice se do jídelníčku ryby zařazují velmi málo na rozdíl od přímořských oblastí, kde nedostatkem jódu trpí velmi malé množství lidí. Proto se těhotným ženám doporučuje užívání 100 µg jodidu denně, příp. je jód součástí některých multivitaminových doplňků stravy. U žen, které se léčily s hypotyreózou již před těhotenstvím, lékař musí zvýšit dávky hormonu T4 podávaného substitučně. Nároky na tento hormon se zvyšují s pokračující graviditou (Hronek a kol., 2001, s. 199–202).

Nedostatek jódu je závažný především v období těhotenství a porodu, kdy může způsobit spontánní potrat, předčasný porod, kreténismus. Při mírném nedostatku jódu se mohou narodit děti s nižší porodní hmotností a zvyšuje se riziko novorozenecké úmrtnosti (Müllerová, 2004). Holandští vědci potvrdili vliv funkce štítné žlázy matky na neurologický vývoj jejího potomka. Děti matek s hypofunkcí (sníženou funkcí) štítné žlázy měly v psychomotorickém vývoji mnohem horší výsledky než děti matek s eufunkcí (normální funkcí) štítné žlázy (Hronek, 2004).

Na druhou stranu byly zjištěny i možné negativní vlivy mnohonásobně zvýšených dávek jódu u těhotných žen v oblastech s deficitem jódu (Tasmánie, střední Afrika atd). Náhlý příjem jódu vyvolal přechodně vzrůst výskytu tyreotoxikózy („otravu jódem“) (Hronek a kol., 2001, s. 199–202).

Zinek se účastní na syntéze bílkovin a DNA. Trpí-li žena nedostatkem zinku, může to mít vliv na nitroděložní růstovou retardaci a předčasný porod (Janků, 2003, s. 293).

Podle Janků děti matek, které nepřijímají dostatečné množství zinku z potravy, mají větší riziko anencephalie (těžkého postižení mozku). Nedostatek zinku je častý u vegetariánek, protože v rostlinných zdrojích je obsah zinku výrazně nižší než v potravinách živočišného původu.

Doporučená denní dávka zinku je 9–16 mg. Těhotné, které preventivně užívají železo, mohou trpět nedostatkem zinku, protože jeho schopnost absorpce může být železem blokována (Janků, 2003, s. 293).

Zdrojem zinku je libové červené maso, kuřata, ryby, játra, celozrnné obiloviny, hrách, zelenina a mléko atd. (Vašut, 2007).

Tabulka 4 Mikronutriční karence ohrožující zdárný vývoj těhotenství

Vitamíny	Projevy nedostatečného příjmu
Kyselina listová	Defekt vývoje neurální trubice, spontánní potraty, zpomalení růstu, předčasný porod
B1	Kardiální dekompenzace matky i novorozence
B6	Pravděpodobnost předčasného porodu
B12	Megaloblastická anémie, poruchy vývoje mozku fetu
A, pozor! Předávkování je ale teratogenní	Inrauterinní růstová retardace a předčasný porod
D	Nižší porodní hmotnost, novorozenecká hypokalcemie a křeče, osteomalacie a deformity pánve matky
E	Hemolytická anémie, bronchopulmonální dysplázie, intraventrikulární krvácení
K	Hemoragická choroba novorozenců s intrakraniálním krvácením
Vybrané minerály a stopové prvky	
Jód	Potrat, kretenismus, novorozenecký hypothyreoidismus, nízká porodní hmotnost spojená s vyšší porodní úmrtností
Železo a s ním spojená anémie	Nedonošenost, nízká porodní hmotnost, zvýšená perinatální mortalita, riziko infekčních komplikací matky v šestinedělí
Zinek	Retardace plodu
Hořčík	Potrat, předčasný porod, rozvoj gestózy, předčasné děložní stahy

(Müllerová, 2004, s. 69)

2.2.1.3 Tekutiny

V těhotenství se doporučuje denní příjem tekutin dva až tři litry, přičemž v horkých letních dnech a při horečce se nároky organismu zvyšují (Müllerová, 2004).

Mezi vhodné tekutiny patří stolní voda, minerální voda (opatrně u minerálních vod s vysokou hladinou sodíku (nad 150 mg/l)), ovocný čaj, zeleninové šťávy, nízkotučné mléko a koktejly, ovoce a zelenina pro svůj velký podíl vody (Hronek, 2004).

Dlouhodobé pití bylinných čajů se nedoporučuje z důvodu zatížení organismu silicemi, alkaloidy atd. Mezi vhodné čaje pro delší užívání patří jahodník, ostružiník, lipový květ, šípky atd. Naopak maliník se doporučuje pít ke konci těhotenství (Hronek, 2004). Měl by podpořit vznik kontrakcí a urychlit porod. S těmito informacemi ale nemám vlastní zkušenost.

Nápoje s obsahem chininu (tonic) se nedoporučují z důvodu vyššího rizika vzniku děložních kontrakcí již při nízkém množství chininu (Hronek, 2004).

Nevhodné je pití slazených minerálek, které pro svou vysokou energetickou hodnotu mají vliv na přibývání na váze. Mezi nevhodné nápoje patří také alkoholické nápoje a nápoje s obsahem kofeinu, které mohou ve vyšších dávkách vyvolat spontánní potrat nebo předčasný porod (Pokorná, 2008). Kofein zvyšuje srdeční frekvenci plodu a brání vstřebávání železa a vápníku z potravy, což obzvláště v těhotenství je opravdu nežádoucí (Ondrušková, 2004). Některé studie poukazují také na to, že více než tři šálky kávy denně během těhotenství mohou mít souvislost s nižší porodní hmotností novorozence. Tato rizika lze např. snížit pitím instantní kávy bez kofeinu (Hronek, 2004).

Při nedostatečném přísunu tekutin (je nutno na to dbát především v horkých letních dnech) dochází k dehydrataci organismu, hypotenzi (snížený krevní tlak) a mdlobám. Při dlouhodobém deficitu dostatečného množství tekutin je častější výskyt močových infekcí a zácpy (Pokorná, 2008).

2.2.1.4 Vegetariánství

Vegetariánství preferuje rostlinnou stravu a odmítá živočišné zdroje (výjimkou jsou vejce a mléčné výrobky). Vegani konzumují pouze rostlinnou stravu (Hronek, 2004).

Tento způsob stravy je založen na konzumaci pěti základních druhů potravin: celozrnné výrobky, luštěniny, zelenina, ovoce, ořechy a semena (Müllerová, 2004). Pro plod vzniká vyšší riziko nedostatku určitých makronutrientů a mikronutrientů a z toho plynoucích komplikací. Existuje určitá spojitost vegetariánského způsobu stravování s předčasným porodem a nízkou porodní hmotností. U vegetariánů se často vyskytuje nedostatek bílkovin, vit. B12, vit. D, železa, vápníku, zinku atd. (Hronek, 2004).

Je tedy nutné těhotnou buď přesvědčit, aby po dobu těhotenství konzumovala všechny potraviny nebo se musí těhotné ženě dodávat nezbytné složky potravy ve formě suplementů (Hronek, 2004).

2.3 Další faktory ovlivňující životosprávu těhotných žen

2.3.1 Pohybová aktivita a odpočinek

Těhotenství není důvodem, proč by žena měla přestat dbát o svůj zevnějšek. Naopak, ženy by v tomto období měly zvýšeně dbát o své zdraví a fyzickou krásu. Většina žen je si vědoma, že tělesné změny způsobené těhotenstvím mají spíše negativní vliv na jejich formu postavy, a proto se snaží cvičením a správnou životosprávou minimalizovat tyto dopady (Roztočilová, 2003). Vhodná pohybová aktivita uleví od bolesti zad, podporuje správné držení těla a navozuje pocit pohody a uvolnění, který je způsobený vyplavením endorfinů. Pohybová aktivita je také velice vhodná jako prevence zácpy, snižuje výskyt tromboembolie a připravuje tělo těhotné ženy na zvládnutí těhotenství a porodu (Pařízek, 2005). Pro těhotnou ženu je velmi důležitý sociální kontakt s lidmi, tím spíš s těhotnými ženami. Mají si s kým promluvit o svých pocitech a potížích, mohou sdílet zážitky a zkušenosti s ostatními těhotnými apod.

V těhotenství je velmi vhodné dbát na dostatek pohybu na čerstvém vzduchu, doporučované jsou např. procházky. Pohyb má vliv na fyzickou, ale psychickou pohodu, je významným prvkem v prevenci zácpy, snižuje výskyt tromboembolie a připravuje tělo těhotné ženy na zvládnutí těhotenství a porodu. Těhotná žena by se při cvičení měla nejvíce zaměřit na uvolnění zádočných svalů, které jsou v těhotenství velmi přetíženy velkým bříškem. Dále cvičení zaměřené na uvolnění kyčelních kloubů a třísel a zlepšení vitální kapacity plic, které žena ocení především u porodu (Caplová, 2007, s. 52). Ženy, které cvičily v těhotenství, se naučily pracovat se svými svaly a zároveň je uměly správně a vědomě uvolňovat (Wessels, 2006). Netrpěly tak často bolestmi zad, prožívaly lépe průběh porodu a rychleji se zotavily po porodu a získali brzy svou původní postavu (Dumoulin, 2006).

Velmi vhodné je skupinové cvičení pro těhotné pod dohledem porodní asistentky.

Mezi další vhodné tělesné aktivity patří plavání, turistika a pravidelné denní procházky. Pro cvičení a sport v těhotenství platí několik pravidel, kterými by se měly těhotné řídit (Pařízek, 2005; Zwinger, 2004; Čech, 2006; Wessels, 2006).

Zásady pro cvičení v těhotenství:

- a) necvičit do úplného vyčerpání (riziko sníženého zásobení plodu kyslíkem z důvodu zvýšené produkce kyseliny mléčné v organismu)
- b) zvýšená tělesná teplota způsobená námahou by neměla překročit hranici 38 °C (tachykardie plodu = zvýšená srdeční frekvence)
- c) cvičení by nemělo dlouhodobě zvyšovat nitrobřišní tlak se zadržováním dechu (snížil by se tím průtok uteroplacentárním řečištěm a to by vedlo ke zhoršenému zásobení plodu kyslíkem)
- d) neprochladnout při cvičení (zvýšené riziko infekce močových cest)
- e) vyhýbat se aktivitám, kde hrozí riziko pádů a úrazů (jezdectví, judo atd.), úderů na břicho (míčové hry atd.), riziko častých doskoků, nárazů a otřesů těla, které by mohly způsobit poranění břišní stěny (atletika, jízda na koni).

Žena, která před těhotenstvím necvičila, by se neměla snažit v období gravidity vše dohnat (Pařízek, 2005; Huch, 2007).

Mezi vhodné aktivity provozované v těhotenství patří chůze na čerstvém vzduchu. Tato aktivita je velmi šetrná k zátěži kloubů. Vhodná je chůze po měkkém podkladě (např. v lese, kde je i dostatek čistého vzduchu). Žena by měla mít pohodlnou, odpruženou obuv a její tepová frekvence by neměla převýšit dlouhodobě více než 120 tepů za minutu (Huch, 2007).

Jízda na kole klidnějším tempem je též vhodná, ale je nutné brát v úvahu, že těhotné mají pomalejší reakce a je u nich tudíž vyšší riziko úrazů.

Plavání je velmi vhodná aktivita, nadnáší velké těhotné břicho, ulevuje od bolesti zad a ženy si mohou ve vodě i zacvičit. Na druhou stranu není vhodné často navštěvovat bazény pro veřejnost z důvodu vyššího rizika infekce. Těhotná žena by si měla vybírat bazény určené přímo pro plavání těhotných. Těchto bazénů je bohužel velmi málo.

Tanec (např. břišní tanec) je vhodnou přípravou na porod. Žena se naučí správně dýchat a relaxovat, krouživé pohyby pánví uleví od bolesti zad a uvolňují porodní cesty, v neposlední řadě houpavé pohyby uklidňují plod (Pařízek, 2005).

Vhodná je i jóga, při které se žena naučí správnému držení těla s rostoucím bříškem a vědomou prací se svaly pánevního dna a dýcháním. Jóga pomáhá také lymfatickému systému, zmenšuje otoky dolních končetin a kotníků, je prevencí trávicích potíží a zácpy, křečových žil. Ženy věnující se józe nemají tak často celulitidu, netrpí tolik sklonem k nadváze. Vyzařuje z nich vyrovnanost, sebedůvěra a půvab. U jógy se ale doporučuje profesionální vedení (Widdowson, 2004).

Ukázky cviků vhodných v těhotenství jsou např. v knihách Widdowson: Jóga – cvičení pro těhotné, Makedonová: Gravidjóga.

Za zmínku stojí i tzv. akvafitness („šlapání vody“). Tento druh cvičení má velkou přednost v tom, že se těhotná ve vodě o teplotě 28–29 °C téměř nepotí, ve vodě nemůže dojít k nárazu ani pádu, pomáhá při edémech. Žena musí být ale opatrná, aby se příliš nevyčerpala (Huch, 2007).

Renate Huch ve své knize dokonce podporuje jogging v těhotenství, pokud žena tuto aktivitu před otěhotněním prováděla. Nesmí samozřejmě sotva lapat po dechu, měla by být schopna při běhu mluvit. V USA byl zkoumán vliv jogingu na organismus matek a dětí a bylo dosaženo převážně pozitivních výsledků. Jogging v USA patří k doporučovaným pohybovým aktivitám v těhotenství (Huch, 2007).

Mezi nevhodné pohybové aktivity v těhotenství patří výkonnostní nebo vrcholový sport, sport v nadmořských výškách nad 2500 m a také kontaktní sporty (zmiňované výše), kde hrozí úder na břicho, pády, nárazy či otřesy těla, zvyšování nitrobřišního tlaku (tenis, bruslení, míčové hry, sjezdování, krasobruslení, jezdeckví, jízda na kanoi, vzpírání a vrhy, běh, squash, parašutistika, potápění atd.). Těhotná žena by se měla vyvarovat koupání ve veřejných lázních, rybnících a v moři z důvodu velmi často znečištěné a chladné vody (Pařízek, 2005; Čech, 2006; Zwinger, 2004; Huch, 2007; Roztočil, 2001).

2.3.1.1 Speciální cvičení pro těhotné

Speciální tělocvik pro těhotné je určitým tréninkem pro porod samotný. Cílem těhotenského cvičení je předcházet změnám, k nimž dochází v těhotenství a zaměřit se na posilování jednotlivých partií těla, které jsou zvýšeně zatížené v těhotenství, udržet organismus v dobré psychické i fyzické kondici a připravit těhotnou na porod tak, aby ho zvládla co nejlépe a poporodní adaptace byla co nejrychlejší.

Po domluvě s lékařem může těhotná navštěvovat cvičení pro těhotné. Vhodné je toto cvičení provozovat od začátku těhotenství až do porodu (Volejníková, 2002; Pařízek, 2005). Speciální těhotenská cvičení by měla vždy probíhat pod vedením zkušené porodní asistentky. Velkou roli hrají anamnestické údaje ženy z předchozího těhotenství. U žen s hrozícím předčasným porodem nebo vícečetným těhotenstvím se cvičení nedoporučuje.

Cvičení se zaměřuje na posilování břišních a prsních svalů, svalstva dna pánevního, prevenci křečových žil a plochých nohou, nácvik správného držení těla, správného dýchání, podporu střevní peristaltiky, relaxaci a psychickou přípravu na porod.

Vhodné je rozdělení cvičení těhotných žen podle jednotlivých trimestrů z důvodu určitých omezení v jednotlivých stupních těhotenství. Často se využívá cvičení na gymnastických míčích, které nutí ženu sedět rovně, zapojují se při něm zádové svaly a snižují se bolesti v zádech. Míče se využívají také k relaxaci při samotném porodu.

Cvičení je pro ženy s některými onemocněními nevhodné.

Příklady uvedených onemocnění jsou:

- těžká, nezvládnutelná hypertenze (TK nad 160/110)
- závažná kardiopulmonální, ortopedická (luxace kyčlí, kloubní onemocnění atd.) onemocnění
- inkompetence (nedostatečnost) hrdla děložního
- hrozící předčasný porod
- vcestné lůžko
- krvácení v těhotenství
- vícečetné těhotenství (Roztočilová, 2003)

Mezi relativní kontraindikace patří cvičení do 12. týdne těhotenství a toto cvičení by se mělo omezit nebo alespoň zmírnit v době předpokládané menstruace.

Každá těhotná navštěvující cvičení pro těhotné, by se měla před cvičením vyprázdnit, odložit všechny šperky, řetízky, hodinky, brýle apod. Měla by s sebou mít dostatek tekutin a volné oblečení na cvičení.

Každé těhotenské cvičení by mělo mít část úvodní (zahřátí) trvající asi 10 min., hlavní část zaměřenou na posilování trvající 30 min. a závěrečnou část (relaxace a psychická příprava na porod) trvající 20 min.

V I. a II. trimestru se může cvičit vsedě, vestoji, v lehu na zádech a na boku, na břicho (od II. trimestru je ale už cvičení na břicho nevhodné). Naopak vyloučit by se měly otřesy, poskoky, příliš rychlé zvyšování nitrobřišního tlaku a zvýšenou opatrnost by měla těhotná věnovat v době předpokládané menstruace.

Cvičení je zaměřené na protažení a posilování krčního svalstva, posilování prsních a břišních svalů, protažení mezilopatkových svalů, uvolňování a posilování pánevního dna, nácvik správného držení těla, posilování hýžděových svalů, cviky pro prevenci křečových žil, dechová cvičení, cviky na podporu střevní peristaltiky atd. Jednotlivá cvičení jsou velice dobře popsána v knize Volejníková: Cvičení v práci porodní asistentky a Dumoulin: Cvičíme v těhotenství.

Ve III. trimestru by mělo cvičení probíhat vždy pod vedením zkušené porodní asistentky z důvodu snadnějšího zadýchání těhotné způsobeného vytlačováním bránice zvětšující se dělohou, při ležení na zádech tlakem dělohy na dolní dutou žílu a rizikem vzniku mdlob atd. Cvičení je již více zaměřeno na průběh porodu.

Nezbytnou součástí předporodní přípravy je nácvik správného dýchání během porodu, používání břišního lisu a pánevního dna, porodní polohy, úlevové polohy a relaxace.

U cvičení ve III. trimestru opět platí vyloučení otřesů, poskoků, příliš rychlé zvyšování nitrobřišního tlaku, opatrnost v době předpokládané menstruace, ale navíc by neměly těhotné cvičit a ležet na břicho, ležet delší dobu na zádech (riziko syndromu dolní duté žíly = útlak dolní duté žíly dělohou a vznik mdlob), necvičit břišní svaly (riziko diastázy = rozestupu břišních svalů, předčasných děložních kontrakcí atd.) (Volejníková, 2002).

Cvičení podle Ludmily Mojžíšové

Toto cvičení je často zařazováno do prvků cvičení pro těhotné. Metoda Ludmily Mojžíšové se začala užívat jako součást léčby vertebrogenních potíží (bolesti páteře). Později se zjistilo, že velmi dobře pomáhá při léčbě sterility (neplodnosti) a infertility (žena otěhotní, ale dítě nedonosí - potratí). Cvičení podle Mojžíšové se využívá na léčbu vertebrogenních potíží, skoliózu u dětí mladších 15ti let, artrózu kyčlí, bolesti kostrče, dyspareunii (bolest při pohlavním styku), primární amenoreu (nemestruující dívky a ženy), nepravidelnou nebo bolestivou menstruaci, spastickou neprůchodnost vejcovodů, opakované potraty, sterilitu a infertilitu, obštipaci, inkontinenci u žen. Tato metoda je ale vhodná i v těhotenství, kdy po drobné úpravě sestavy cviků pozitivně ovlivňuje průběh těhotenství a usnadňuje porod.

Protože jde o poměrně náročné cviky závislé na správném provedení, je důležité, aby toto cvičení alespoň ze začátku vedl zkušený fyzioterapeut. Při cvičení platí zásady jako při každém cvičení – začít cvičit nejdříve dvě hodiny po jídle, před cvičením se vyprázdnit, mít na sobě pohodlný, volný oděv a cvičit při teplotě kolem 22 °C.

Cvičení by se mělo provádět pravidelně každý den. Cvičení trvá asi 45–60 min, lze jej rozdělit do tří částí podle jednotlivých partií těla (Strusková, 2003).

Alexandrova technika

Jedná se o fyzioterapeutickou metodu založenou na uvolněném držení těla. Jde o určitý filosofický směr, změnu myšlení. Učí těhotné s rostoucím bříškem správnému držení těla s co nejmenším zatížením bederní páteře.

Jako příklad uvedu nejznámější a v těhotenství často užívaný postoj OPICE. Opice je velmi efektivní způsob využívání vlastního těla, kdy hlava a kolena se vyklánějí dopředu a tím vyvažují hýždě, které jde dozadu nad paty. Tím vzniká „protichůdná svalová aktivita“ a je třeba jen minimální svalová námaha. Je potřeba jen málo energie, poloha není únavná a dává možnost větší pružnosti a pohyblivosti v těle. Opice je vhodná pro každodenní činnosti, např. ohýbání, zvedání předmětů atd. Postoj opice se objevuje i ve sportech jako je např. golf, tenis, bruslení, lyžování atd. (Forsstromová, Hampsonová, 1996).

2.3.1.2 Sauna

Sauna přináší mnoha ženám radost, zvyšuje odolnost organismu a má relaxační účinek. Pokud žena před otěhotněním saunu navštěvovala, tak není důvod, aby upustila od svých zvyklostí, ale s dodržáním určitých pravidel. Výjimkou je I. trimestr, kdy plodové vejce je v tomto období zranitelné tepelnými vlivy a saunování by mohlo vyvolat nezvratné změny centrálního nervového systému plodu. Těhotná by do sauny neměla chodit, pokud by pociťovala předčasné děložní kontrakce. Žena by také měla dodržovat určitá hygienická pravidla (sednout si na svůj suchý ručník, používat vlastní přezůvky). V sauně by těhotná měla zůstat jen po dobu jí příjemnou a měla by věnovat dostatek času a pozornosti pitnému režimu. Vhodné jsou minerální vody s hořčíkem, jehož hladina v organismu klesá vlivem pocení, a jeho nedostatek by mohl způsobit křeče a vyvolat předčasné děložní kontrakce (Pařízek, 2005).

2.3.2 Spánek

Únava k těhotenství, především v I. a III. trimestru, neodmyslitelně patří.

Pravidelný spánek je velmi důležitý pro obnovení fyzických a psychických sil. Pro vydatný spánek je potřebné zajistit klid, vyvětranou místnost, optimální teplota pro spánek je do 18 °C. Potřeba spánku je u každé ženy individuální. Každá těhotná by ale měla spát osm až devět hodin denně a usínat by měla před 23. hodinou. Vhodný je odpočinek i přes den, aby těhotná, která spí špatně v noci, nabrala dostatek sil (Pařízek, 2005).

Pro dobrý spánek je důležité vhodné oblečení, např. volná, pohodlná bavlněná noční košile. Také vhodná matrace a přikrývka sehrává v kvalitě spánku velkou roli. Matrace by měla být přiměřeně tvrdá, aby z ní nebolela záda. Na přikrytí je vhodná lehká přikrývka, která neomezuje těhotnou v pohybu. Žena by neměla jíst méně než 2 hodiny před ulehnutím těžko stravitelná jídla.

Ve III. trimestru se žena cítí často velmi unavená, i když odpočívá více než dříve. Je to dáno tím, že rostoucí břicho komplikuje výběr polohy na spaní, miminko kope a tím ženu probouzí, dalším důvodem může být bolest v zádech, v dolních končetinách atd. Vlivem tlaku dělohy na močový měchýř chodí těhotné v noci častěji na toaletu (Pařízek, 2005; Huch, 2007).

Při nespavosti by těhotná žena neměla v žádném případě užívat bez konzultace s lékařem hypnotika nebo sedativa z důvodu zvýšeného rizika poškození plodu. Nevhodné je i popíjení kávy nebo silného čaje ve večerních hodinách (Pařízek, 2005; Čech, 2006).

Naproti tomu je velmi vhodná večerní procházka, četba, koupel ve vlažné vodě, bylinné čaje (kozlík, meduňka, máta apod.), pravidelná doba usínání. Vhodný způsob navození spánku je autogenní trénink. Jedná se o určitou formu relaxace, kdy se žena učí vědomě uvolňovat jednotlivé části těla. Těhotná přitiskne pravou dolní končetinu k podložce a po 10 vteřinách ji uvolní a soustředí se na uvolnění napětí v této končetině. Stejně pokračuje s ostatními končetinami až do uvolnění celého těla (Mikulandová, 2007).

Vhodná poloha pro spánek je na boku, kdy jedno koleno si těhotná vypočloží polštářem a uleví tak zvětšujícímu se břichu. Tato poloha může významně pomoci k odstranění problémů s usínáním (Pařízek, 2005; Čech, 1999; Huch, 2007; Mikulandová, 2007).

2.3.3 Tělesná hygiena a péče o kůži

V těhotenství by žena měla zvýšeně dbát na tělesnou hygienu. Těhotná se bude cítit lépe a významně se tím sníží riziko přenosu infekce na plod.

Koupání ve vaně je v těhotenství nevhodné z důvodu rizika přehřátí organismu a vzniku infekce. Pokud se už těhotná koupe, neměl by pobyt ve vaně trvat déle než 5 minut. Doporučuje se každodenní sprchování vlažnou vodou a to nejlépe navečer z důvodu snadnějšího navození spánku po sprchování (Pařízek, 2005).

Po každém vymočení a stolici by si měla těhotná umýt oblast rodidel. Žena by neměla používat dráždivá mýdla ani žádné poševní výplachy. K zabránění vzniku infekce se doporučují mýdla s nižším pH. Pro udržení hebké a vláčné pokožky je vhodné každodenní ošetření hydratačním krémem (Pařízek, 2005; Huch, 2007).

Od druhé poloviny těhotenství je doporučována zvýšená péče o prsní bradavky, jejich pravidelné umývání a masáž.

Těhotná žena by se měla vyvarovat blízkého kontaktu se zvířaty z důvodu zvýšeného rizika přenosu např. toxoplasmózy, boreliózy apod., a následného poškození plodu.

2.3.3.1 Péče o chrup

Pravidelné čištění zubů po každém jídle po dobu dvou minut zvláště v období těhotenství, kdy se častěji tvoří zubní kazy a záněty dásní, je velmi důležité. Vhodné je absolvování dvou návštěv stomatologa v průběhu těhotenství. V těhotenství se často zhorší zanedbaný stav chrupu z doby již před otěhotněním. Nezbytná je i úprava stravy. Těhotná by měla jíst dostatek stravy bohaté na vápník, fosfor a další minerální látky, vyvarovat se pití sladkých nápojů na noc atd. (Pařízek, 2005; Huch, 2007).

2.3.3.2 Péče o vyprazdňování

Mezi nejčastější poruchy vyprazdňování v těhotenství patří zácpa a časté močení. Důležitá je zvýšená hygienická péče. Vhodné je sprchování nebo omytí rodidel po každém použití WC.

Těhotným ženám se doporučuje používání prodyšného bavlněného prádla a slipových vložek, aby se snížilo riziko vzniku infekce (Pařízek, 2005).

Silná laxativa (projímadla) nejsou v těhotenství vhodná. Těhotná žena ale může konzumovat stravu s vyšším obsahem vlákniny (ovoce, zelenina, celozrnné pečivo atd.), pít dostatek tekutin (stolní a minerální vody, kyselé mléko atd.). Jednoduchým a přitom účinným prostředkem je vypít sklenici vlažné vody nalačno. Také je vhodné naučit se chodit na stolicí v pravidelnou denní dobu.

V neposlední řadě má na úpravu stolice vliv pohybové aktivity. Při déletrvající zácpě se doporučuje glycerinový čípek. Častější močení se objevuje v důsledku útlaku močového měchýře rostoucí dělohou, ale může být i jednou ze známek infekce močových cest (Čech, 2006; Roztočil, 2001; Pařízek, 2005).

2.3.4 Pohlavní styk

V minulém století se pohlavní styk v graviditě vůbec nedoporučoval. Hlavním důvodem byla domněnka, že by žena mohla během těhotenství znovu otěhotnět (Trča, 1999).

V dnešní moderní době se na pohlavní život pohlíží jako na přirozenou součást života těhotné ženy. Pohlavní styk u fyziologického těhotenství je možný v celé délce trvání těhotenství bez nebezpečí pro matku i plod, pokud jsou ovšem dodrženy hygienické požadavky. Těhotná by měla být opatrnější hlavně v I. trimestru, kdy je tělo náchylnější a citlivější k poranění, v tomto období je také vyšší riziko vzniku komplikací – krvácení, abortu (potratu) apod. Ideální je, pokud se muž v době těhotenství řídí podle pocitů a přání své ženy (Čech, 2006; Huch, 2007).

Typický je pokles zájmu o sexuální aktivity v prvních třech měsících gravidity, obzvlášť cítí-li se žena unavená a trpí nevolností. Naopak k zvýšení zájmu o sex dochází často ve II. trimestru a k opětovnému poklesu v posledních třech měsících z důvodu horší pohyblivosti a větší únavy ženy. Mnoho žen v době těhotenství prožívá pohlavní styk intenzivněji, což je způsobeno zvýšenou hladinou pohlavních hormonů a zvýšeným prokrvením pohlavních orgánů zvyšujících citlivost a dráždivost (Trča, 1999; Pařízek, 2005).

Pro pohlavní styk jsou vhodné polohy, u kterých nedochází k tlaku na břicho na prsa. Jsou to například poloha na boku, vkleku, vsedě nebo poloha, kdy žena sedí obkročmo na partnerovi. (Pařízek, 2005).

Při pohlavním styku je nutná zvýšená hygiena, protože by mohlo dojít k přestupu infekce na plod a plodové obaly. Vhodné je používání prezervativu jako prevence vzniku infekce a snížení rizika vzniku předčasných děložních kontrakcí způsobených přítomností prostaglandinů ve spermatu (Čech, 2006; Pařízek, 2005).

Ke konci těhotenství lze masturbací, drážděním prsních bradavek a pohlavním stykem (přítomností prostaglandinů ve spermatu) vyvolat vyplavení oxytocinu a tím i děložní kontrakce.

Ženy s rizikovým těhotenstvím, u kterých došlo například ke krvácení v I. trimestru nebo již jednou předčasně porodily, by měly zvážit pohlavní styk v těhotenství.

Pohlavní styk je nevhodný u ženy s odteklou plodovou vodou, s krvácením z rodidel, u poševních infekcí, hrozícího potratu nebo předčasného porodu (Čech, 2006; Roztočil, 2001; Pařízek, 2005; Zwinger, 2004).

2.3.5 Oblečení a obuv

V průběhu těhotenství se mění termoregulace organismu ženy. Kromě vazodilatace se zvyšuje i pocení. Oděv těhotné ženy by měl být co nejvíce pohodlný, volný, prodyšný, lehký, ale zároveň by v něm neměla těhotná prochladnout. Nejvhodnějším materiálem je bavlna nebo příp. len dobře sající pot. Ale i žena těhotná by měla dbát na úpravu zevnějšku a cítit se dobře i doma (Pařízek, 2005; Huch, 2007).

Jak uvádí MUDr. Antonín Pařízek, spodní prádlo těhotných by mělo být přednostně bavlněné, jelikož je dobře prodyšné. Žena by si jej měla měnit minimálně každý den. Prádlo z umělých vláken může vyvolat kožní vyrážku a hlavně nesaje pot.

Podprsenka je v těhotenství důležitá. Prsy v těhotenství zvětšují svůj objem a pokud by nebyly podpírány, tak by mohly zůstat natrvalo pokleslé. Podprsenka by měla prsa podpírat širším zakončením pod košíčky, ne prsa komprimovat. Vhodná u podprsenky jsou široká ramínka a zapínání dozadu (Trča, 1999; Pařízek, 2005).

Kalhotky jsou nejlepší bavlněné, a to už od začátku těhotenství. Ve druhé polovině těhotenství je vhodnější nosit elastické, ne však příliš těsnící kalhotky poskytující oporu břišní stěně a ulevující částečně i od bolesti zad.

Ponožky by měly být bavlněné s volným ukončením, tzn. bez gumiček. Ponožky z umělých vláken jsou opět nevhodné, protože nesají pot. Podkolenky nejsou příliš vhodné, protože tím, jak obepínají lýtko, zvyšují riziko vzniku křečových žil (Pařízek, 2005).

Obuv by měla být pohodlná, netěsnit a zajišťovat bezpečnou chůzi. Doporučují se boty s nízkým a širokým podpatkem, s protiskluzovou podrážkou. Tyto kritéria nejlépe splňuje sportovní obuv, ideální se zapínáním na suchý zip. Vysoké podpatky u těhotných nejsou vhodné vzhledem k bederní hyperlordóze. Kdykoliv je to možné, měla by těhotná chodit bosa. Při sezení by si měla žena podložit dolní končetiny ve zvýšené poloze (Zwinger, 2004; Čech, 2006; Pařízek, 2005; Roztočil, 2001).

2.3.6 Cestování

Cestování je nezbytnou součástí životního stylu těhotné ženy. Pokud těhotenství probíhá fyziologicky, pak není cestování na kratší vzdálenost nebezpečné. Přesto by ale těhotná žena měla cestování omezit na minimum. Jedná-li se o rizikovou graviditu se sklonem ke krvácení a abortu (potratu), je cestování i na velmi krátkou vzdálenost velmi riskantní (Trča, 1999; Roztočil, 2001).

Pokud se ale těhotná stejně rozhodne cestovat na větší vzdálenosti, pak by jí cesta neměla příliš vyčerpávat. Měla by ale počítat s tím, že může během cesty nutně potřebovat rychlou lékařskou pomoc. Komplikace mohou nastat i v případě, že těhotenství probíhalo bez jakýchkoliv problémů. Cestování je vždy spojeno s určitými otřesy a vibracemi. Před každou větší cestou by těhotná měla zvážit, jak se cítí, dosavadní průběh těhotenství, způsob dopravy (auto, autobus, vlak, letadlo) a délku cesty, v neposlední řadě v jakém prostředí se ocitne (Pařízek, 2005; Čech, 2006).

Cestování na větší vzdálenosti je spojeno s rizikem úrazu, odlišným způsobem stravování a rizikem infekce. Dlouhodobý pobyt na slunci v teplých krajích může vést k rychlé dehydrataci a přehřátí organismu těhotné i plodu. Cestování na delší vzdálenosti ve III. trimestru se nedoporučuje z důvodu odloučení těhotné ženy od zdravotnického zařízení v případě komplikací nebo samotného porodu (Pařízek, 2005).

Cestování autem nebo autobusem na silnicích způsobuje otřesy. Větší otřesy mohou vyvolat předčasné děložní kontrakce. Po celou dobu cesty autem je vhodné používání tříbodových bezpečnostních pásů s tím, že spodní pás si těhotná dá pod břicho. Ženy v pozdějším stadiu těhotenství řídící automobil mají delší reakční dobu, tzn. že v případě nutnosti rychle zareagovat na situaci na silnici mají pomalejší reakce (Čech, 2006; Pařízek, 2005).

Cestování vlakem je pro těhotnou mnohem vhodnější, riziko otřesů je menší, je zde i možnost pohodlnějšího sezení nebo chůze, možnost využití toalety za jízdy.

Cestování letadlem je u mnoha cestujících spojeno se stresem a obavami. Při letu mají těhotné zvýšenou tendenci k otokům nohou, proto je dobré si zout boty, procvičit nohy a chodidla a alespoň jednou za dvě hodiny se projít po palubě, čímž se zlepší žilní návrat. Vhodné je použít i kompresivní punčochy v době letu (Pařízek, 2005; Roztočil, 2001; Zwinger, 2004).

Déletrvající lety letadlem se nedoporučují v posledním trimestru i u fyziologického těhotenství z důvodu omezené možnosti pomoci v případě komplikací nebo předčasného porodu. Většina leteckých společností umožní těhotným let až do 36. týdne těhotenství, pak již většinou pouze, pokud je žena doprovázena lékařem nebo má potvrzení o povolení letu od lékaře (Huch, 2007).

2.3.7 Zaměstnání

Ženy, které nemají namáhavou práci a jejichž těhotenství je fyziologické, mohou pracovat do 32.–34. týdne, po té nastoupí na mateřskou dovolenou (tj. šest až osm týdnů před porodem). Ženy se zaměstnáním, které vyžaduje zvýšenou fyzickou námahu nebo které pracují v prostředí pro těhotenství nevhodné (vibrace, záření, noční směny atd.), musí být přeřazeny na jinou, méně náročnou práci bez újmy na výdělku (Čech, 2006; Roztočil, 2001).

Práci těhotných žen a kojících matek upravuje Zákoník práce § 153-161 a Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 288/2003 Sb. Tyto normy zakazují těhotným ženám práci v prostředí s výskytem záření, toxických látek, prachu, střídání tepla a zimy, vibrací, práce ve výšce, v nefyziologické poloze, s tlakem na břicho, v horkých nebo naopak mrazírenských provozech. Těhotná nesmí pracovat v noci a nesmí zvedat břemena těžší než 5 kg. Zaměstnavatel musí ženě zajistit přechod na jinou, pro ni vhodnou a neškodící práci s tím, že jí ponechá původní výdělek. Zaměstnavatel musí také těhotné zajistit dostatek času na odpočinek. Pracovní výkon těhotné mohou komplikovat ranní nevolnosti a zvýšená únava na začátku těhotenství. Během těhotenství se snižuje pohyblivost a tím snížení pracovního nasazení (Čech, 2006; Pařízek, 2005; Roztočil, 2001; Zwinger, 2004).

Těhotné nesmějí pracovat přesčas. Žena nesmí být posílána na pracovní cesty mimo bydliště, nesmí s ní zaměstnavatel rozvázat pracovní poměr a žena má právo požádat o kratší nebo změněnou pracovní dobu. Těhotné nesmí být odepřena mateřská dovolená a musí mít možnost návratu do zaměstnání po skončení mateřské dovolené (Čech, 2006; Pařízek, 2005).

2.3.8 Léky

V období těhotenství by žena měla užívání každého léku zvážit. Léky působí nejenom na ni, ale může při delším užívání a větších dávkách dojít k transplacentárnímu přenosu a ovlivnit vývoj plodu. U žen, které užívají léky dlouhodobě, by měl lékař před plánovaným těhotenstvím upravit a vybrat takovou léčbu, která je pro těhotenství co nejméně riziková. K dlouhodobě užívaným preparátům mohou přibýt i léky, které žena před těhotenstvím nepotřebovala, například antiemetika (léky na nevolnost), laxativa (projímavé léky) apod. (Čech, 2006).

Těhotná žena užívá průměrně 4–10 druhů léků, a to skoro 80 % bez předpisu lékařem, za celé těhotenství (Roztočil, 2001). Hůře se zjišťují informace o užívání volně prodejných léků a bylinných přípravků, protože je lidé často nepovažují za „léky“ a uvedou jejich užívání až po cíleném dotazu (Caldá, 2003).

Thalidomidová aféra z 50.–60. let vedla k podrobnějšímu rozboru jednotlivých léků a k opatrnosti při předepisování léků pro těhotné. Thalidomid byl lék užívaný na přelomu 50.–60. let 20. století k léčbě nevolnosti, zvracení, nespavosti a na uklidnění.

Téměř 10 000 novorozenců bylo postiženo malformacemi končetin, srdce a nervů, ale pouze tehdy, pokud byl tento lék podáván v krátkém kritickém období mezi 21.–38. dnem od početí. K vyvolání fokomelie (zkrácení končetin) stačilo podání jen jediné dávky 50–100 mg, tj. jediné tablety. Po padesátém dni těhotenství bylo riziko malformací nižší a vzniklé vady nebyly už tolik závažné (Vašut, 2007).

Během vývoje každého léku jsou prováděny studie na několika druzích zvířat. Nelze samozřejmě 100 % zjištěné údaje u zvířat přenášet na člověka, ale zatím všechny známé lidské teratogeny vyvolaly obdobné poruchy i u zvířat. Proto v těhotenství platí pravidlo, že je lépe užívat monoterapii (jeden lék) a zároveň starší, více a déle prověřené léky než nové, nedostatečně prozkoumané (Jirsová, 2007).

Podle americké FDA (Food and Drug Administration) se celosvětově užívá klasifikace rizika teratogenity z roku 1976.

Tabulka 5: Klasifikace rizika teratogenity léků

	riziko nepravděpodobné
	riziko méně pravděpodobné (u zvířat není riziko, u lidí nevíme nebo nebylo prokázáno)
	riziko není známo (u zvířat je riziko, u lidí nevíme) – benefit z podání léků převyšuje riziko nežádoucích účinků
	u zvířat ani u lidí nevíme
	riziko je prokázáno (užívat jen v život zachraňujících situacích)
	riziko prokázáno (převažuje nad prospěchem léčby) – lék kontraindikován v těhotenství

Do skupiny A je řazeno pouze minimum látek (např. vitamíny v malých dávkách). Nejvíce látek patří do skupiny C, tzn. mezi léky, u nichž není riziko známé. Neznamená to však, že by léky ze skupiny C byly bezpečnější než ze skupiny D, jen se zatím nezná jejich účinek v těhotenství (Jirsová, 2007).

V dnešní době je známo jen málo látek, které jsou prokazatelně teratogenní. Lékař zvažující léčbu těhotné se snaží získat co nejvíce informací o daném léku a to buď v souhrnu informací o přípravku (SPC), kde je oddíl 4.6 nazvaný „Těhotenství a kojení“ (zde jsou údaje o riziku teratogenity, výsledky studií a doporučení pro užívání v těhotenství) nebo na internetu na www.sukl.cz (Státní ústav pro kontrolu léčiv), kde najde registrované léky a příbalové informace k lékům (Jirsová, 2007).

Některé léky jsou kontraindikovány pouze v období organogeneze (17.–90. den těhotenství), kdy lék působí na rychle se dělící buňky při vzniku orgánů a může dojít ke vzniku vrozených vývojových vad (Čech, 2006). Z celkového počtu vrozených vývojových vad jsou asi 3 % způsobeny teratogenním vlivem léků, 9 % zdravotním stavem matky, 20–25 % má genetický podklad a 65 % malformací je neznámého původu (Vašut, 2007). Mezi léky s prokázaným teratogenním vlivem patří např. cytostatika, warfarin, retinoidy, lithium apod. (Jirsová, 2007).

Ve II. trimestru většinou už malformace nevznikají, zvyšuje se ale riziko změny funkce orgánů (Roztočil, 2001). Mezi nevhodné lékové skupiny (skupina D) v tomto období patří ACE inhibitory, tyreostatika, opiáty, nesteroidní antirevmatika, betablokátory, tetracykliny, warfarin atd. (Jirsová, 2007).

Léky užívané na konci těhotenství mohou ovlivnit porod nebo stav novorozence po porodu (abstinenční příznaky – opiáty) (Jirsová, 2007).

Některé léky jsou kontraindikované (zakázané) po celé těhotenství.

Ráda bych se zmínila o nejčastěji užívaných lécích v těhotenství. Patří sem analgetika, případně antibiotika. Bezpečným lékem proti bolesti v těhotenství a po dobu kojení je paracetamol. Z antibiotik se doporučuje penicilin, příp. cefalosporiny (v případě alergie na penicilin), naopak tetracykliny jsou kontraindikovány po celou dobu těhotenství (způsobují malformace plodu, potlačují růst kostí a zubní skloviny) (Koucký, 2003).

V těhotenství dochází k určitým změnám v organismu ženy, které mohou ovlivnit působení léku. Progesteron zvyšuje metabolismus léků v játrech, absorpce léků podávaných per os (ústí) je pomalejší v souvislosti s poklesem gastrointestinální motility (vliv progesteronu), naopak absorpce (vstřebávání) léků inhalovaných může být urychlena vlivem zvýšeného dechového objemu a zvýšení minutové ventilace, dochází také ke zvětšení distribučního prostoru léků atd. (Koucký, 2003).

Maximum těchto fyziologických změn je v 34. týdnu těhotenství, kdy je často u těhotných zjištěna nižší hladina léků než po stejné dávce léků u netěhotných žen. Proto např. při léčbě antibiotiky kolem 34. týdnu gravidity by měla být dávka antibiotika k dosažení stejného léčebného efektu o 30–50 % vyšší než u ženy netěhotné (Koucký, 2003).

Intenzita účinku léku tedy závisí na koncentraci léku v organismu plodu, délce těhotenství, množství léku, metabolismu léku a jeho vylučování (Čech, 2006; Pařízek, 2005).

Zásady farmakoterapie v těhotenství

1. Těhotná žena by nadále měla užívat ty léky, které užívala při chronickém onemocnění před otěhotněním. Lékař musí ale ověřit, zda není tento lék v těhotenství kontraindikován (například diabetičky s perorálními antidiabetiky přecházejí na inzulínovou terapii).
2. Těhotná by neměla užívat jakýkoliv preparát (ani ten, který není vázán na lékařský předpis) bez konzultace s lékařem (Čech, 2006).
3. Lékař by měl při výběru léčby volit monoterapii (jeden lék) a zároveň léky starší, lépe prozkoumané a ověřené (Koucký, 2003).

4. Lékař by měl zvážit nutnost užívání léku těhotnou ženou.
5. Vždy se volí co nejnižší účinná dávka po co nejkratší dobu léčby.
6. Lékař by měl důsledně kontrolovat vedlejší účinky léku na matku i plod.
7. Pokud se vyskytnou nežádoucí účinky, od léčby se ustoupí a snahou lékaře je eliminovat nežádoucí účinky (Čech, 2006).

Za zmínku stojí i rostlinná léčiva jako určitá alternativa klasických léků. Bylinky mohou pomoci, avšak často chybějí klinické studie o použitelnosti v těhotenství a u dětí. Na základě zkušeností porodních asistentek se některé byliny používají bez obav i v těhotenství.

Mezi často používané patří:

- jitrocel, mateřídouška (kašel, vykašlávání)
- kozlík lékařský, kontryhel, meduňka, chmel (potíže s usínáním, uklidnění, uvolnění)
- lípa, šípek (nachlazení, rýma)
- medvědice lékařská, kopřiva, přeslička (záněty močového měchýře)
- ostružina, zázvor, máta (ranní nevolnost)
- dubová kůra (hemeroidy)
- pampeliška (otoky)

(Huch, 2007; Pokorná, 2008; Majdyšová, 2004)

Ale i s rostlinnými léčivy by těhotná měla nakládat opatrně. Některé bylinky mohou mít ve vyšších dávkách negativní účinky v době těhotenství, např. zvýšená stažlivost krevních cév nebo předčasné kontrakce dělohy apod. (Huch, 2007; Pokorná, 2008).

Podrobnější informace lze nalézt v knize Ingeborg Stadelmann: Zdravé těhotenství a přirozený porod.

2.3.9 Očkování

Obečně se očkování v době těhotenství nedoporučuje, především v I. trimestru těhotenství. Očkování živou vakcínou (spalničky, zarděnky, příušnice, TBC atd.) je v těhotenství kontraindikované, protože oslabený virus může být zdrojem nákazy pro plod (Čech, 2006).

Žena by měla otěhotnět nejdříve tři měsíce po aplikaci očkovací látky. Pokud je to možné a rizika převažují zisk z očkování, tak se očkování přesouvá na období po těhotenství. Avšak žádné očkování, které je provedeno na začátku těhotenství, není důvodem pro přerušení těhotenství (Marešová, 2003).

V ČR je velká část populace žen ve fertilním věku imunní proti tetanu, záškrtu, černému kašli, zarděnkám, spalničkám atd. z důvodu vysoké proočkovanosti už v dětství proti těmto nemocem. Přesto je ale dobré, aby gynekolog u ženy plánující těhotenství zkontroloval odolnost proti tetanu, zarděnkám a hepatitidě B (Marešová, 2003).

Těhotné se nejčastěji nechávají očkovat z důvodu dovolené v zahraničí. Některá očkování by neměla mít vliv na těhotenství, u jiných se udává určité riziko a některá jsou v těhotenství úplně zakázána. Do skupiny očkování bez výhrad v těhotenství patří tetanus, záškrť (od 4. měsíce těhotenství), dětská obrna. Do skupiny s určitou výhradou, kdy očkování se provádí pouze v případě nutnosti, patří klíšťová encefalitida, chřipka, hepatitida A a B, vzteklna. Mezi očkování zakázaná patří tuberkulóza, spalničky, zarděnky, příušnice a plané neštovice (Huch, 2007).

2.3.10 Návykové látky

Návykové látky jsou chemické látky, které způsobují díky svému chemickému složení změny ve vnímání, náladách a chování člověka. Obecně jsou tyto látky považovány ve společnosti za nežádoucí a v době těhotenství mohou negativně ovlivnit organismus matky i plodu. Mezi tyto látky můžeme řadit například nikotin, alkohol a drogy.

2.3.10.1 Kouření

Kouření v těhotenství negativně ovlivňuje vývoj plodu. Toxické látky vznikající při kouření snižují v organismu matky přenos kyslíku v důsledku vzniku karboxyhemoglobinu. Nikotin způsobuje stahy děložních cév, snižuje prokrvení svalů děložního a průtok krve dělohou.

Při kouření se zvyšuje krevní tlak a zpomaluje srdeční frekvence. Po vykouření jedné cigarety je možné u plodu zachytit ultrazvukem křečovitě pohyby, tachykardii (zvýšenou srdeční frekvenci) a hypoxii (nedostatek kyslíku) (Hronek, 2005).

Kouření zvyšuje riziko spontánních potratů (u kuřáček 1,4x častější) (Čech, 2006), abrupce placenty (odloučení placenty), vzniku placenty praevie (vcestné lůžko), předčasného porodu (u kuřáček 2,4 x častější). Kouření zvyšuje také riziko nízké porodní hmotnosti (nižší v průměru o 100–300 g) (Hronek, 2005). Jiné zdroje uvádějí, že hmotnost plodu je snížena o 5 percentilů na jednu vykouřenou krabičku cigaret za den (Calda, 2003) a riziko perinatální úmrtnosti (v období kolem porodu) je 1,2x vyšší (Čech, 2006). Bylo prokázáno, že kadmium vyskytující se v cigaretovém kouři ovlivňuje prostup iontů vápníku v děloze, vyvolává kontrakce dělohy a tím výrazně ovlivňuje předčasný porod (Hronek, 2005).

Děti kuřáček až dvakrát častěji umírají na syndrom náhlého úmrtí novorozence (Calda, 2003). Dokonce i u plodů matek, které jsou vystaveny pasivnímu kouření, byly objeveny jasné poruchy srdečního rytmu (Hronek, 2005).

Zajímavá je informace, že kouření je spojeno s vyšším rizikem rozštěpů rtu a patra (30% nárůst rizika), zkrácení končetin (30% nárůst rizika) a 20% rizikem urogenitálních malformací (poruch močového a pohlavního systému) (Králíková, 2004).

Kouření může u dítěte vyvolat alergické projevy, po narození a v prvních letech života u dětí kuřáček častěji vzniká astma a respirační infekce (bronchitida, pneumonie apod.) (Čech, 2006).

Byl také prokázán vztah mezi kouřením matky a častými záněty středouší u dětí (Hronek, 2005).

Souvislost s kouřením se objevila také u hyperkinetického syndromu spojeného s poruchou pozornosti a poruchou učení u dětí (Hronek, 2005).

Děti matek, které v těhotenství kouřily 20 nebo více cigaret denně, mají zvýšené riziko rozvoje závislosti na nikotinu (Hronek, 2005).

Vývoj plodu může být ohrožen i tzv. pasivním kouřením. Těhotná vdechuje zplodiny kouření ze svého okolí. Pokud žena není kuřačka, tak za hodinu pobytu v zakouřeném prostředí stoupá v její krvi hladina oxidu uhelnatého tak, jakoby sama kouřila. Těhotné ženy vystavené cigaretovému kouři mají o 20 % vyšší pravděpodobnost porodu dítěte s nízkou porodní vahou (Králiková, 2004).

U nás existuje už mnoho pracovišť a veřejných prostranství (včetně restaurací), kde je kouření zakázáno (Trča, 1999).

Mnohé kuřačky přestávají v těhotenství kouřit z důvodu ztráty chuti na cigaretu, někdy se u nich vyvine až odpor k cigaretovému kouři. Pokud těhotná zanechá kouření v průběhu I. trimestru, redukuje se riziko všech zmíněných dopadů téměř na úroveň nekuřačky. Ideální by ale bylo, kdyby kuřačka, která plánuje těhotenství, přestala kouřit nejméně půl roku před plánovaným těhotenstvím, aby se organismus stačil zbavit všech škodlivých látek z kouření (Čech, 2006; Pařízek, 2005; Roztočil, 2001; Huch, 2007; Hronek, 2005).

2.3.10.2 Alkohol

Požívání alkoholických nápojů a drog může vést k závažnému poškození plodu. Alkohol ovlivňuje růst plodu během celého těhotenství a v časném těhotenství má výrazný teratogenní účinek. Alkohol je u nás tolerovanou drogou a může být příčinou mentální retardace plodu.

Alkohol prostupuje přes placentu do těla plodu a tam se nachází v přímém poměru k obsahu vody, následkem toho orgány s vyšším obsahem vody, například mozek plodu, jsou zvýšeně vystaveny toxickému působení alkoholu. Vylučování alkoholu u plodu je až o 50 % nižší než u matky, čímž dochází k prodloužené expozici u plodu. Chronická konzumace alkoholu u ženy může vyvolat spontánní potrat, předčasné odloučení placenty, preeklampsii, předčasný porod, poruchu výživy plodu a neurologické poruchy apod. (Čech, 2006; Pařízek, 2005).

Vysoká spotřeba alkoholu v těhotenství (tj. asi tři skleničky tvrdého alkoholu denně) vede ke vzniku fetálního alkoholového syndromu (FAS) se závažnými důsledky pro život dítěte (Calda, 2003). Typickými známkami FAS jsou mentální retardace, hyperaktivita, problémy s učením a chováním, snížená pohyblivost v kloubech končetin, zvýšený výskyt vrozených srdečních, urogenitálních malformací a malformací centrálního nervového systému, porucha vývoje mozku a očí, krátká oční štěrba, plochý a široký nos (Čech, 2006; Pařízek, 2005; Roztočil, 2001; Zwinger, 2004; Hronek, 2004).

Podle mého názoru není možné stanovit hraniční množství alkoholu, které neovlivní plod, a proto bych všem těhotným doporučila, aby se zdržely alkoholu po celé těhotenství a v období kojení.

2.3.10.3 Drogy

Užívání drog v těhotenství představuje jak pro matku, tak i pro plod velké riziko. Užívání drog je spojeno s vyšším rizikem spontánních potratů, předčasného porodu, retardací růstu plodu a abstinčních příznaků novorozence (tzv. fetální abstinční syndrom). Aplikace drog injekční formou představuje také riziko přenosu infekce HIV a hepatitidy B, C atd. Navíc ženy užívající drogy mají větší sklon k pití alkoholu a kouření cigaret a častěji trpí poruchou výživy (Calda, 2003).

Amfetamin zvyšuje riziko perinatální úmrtnosti a morbiditu a na narozené děti má vliv v podobě poruch chování a zvýšené agresivity.

U více než poloviny novorozenců, jejichž matka užívala heroin, se dostaví abstinční příznaky ve formě křečí, zvýšené tvorby slin a pocení, zvracení, průjmů a horečky (Čech, 2006).

Odvýkací léčba v těhotenství je velmi riziková z důvodu abstinčních projevů plodu, které mohou vyvolat až intrauterinní (nitroděložní) úmrtí plodu (Čech, 2006; Roztočil, 2001). Proto se v případě nutnosti odvykací kúra směřuje do období II. trimestru. V těhotenství volíme substituční terapii, což je časově neomezená udržovací léčba odkládající trvalou abstinenci na dobu, kdy bude žena schopna detoxikační léčbu podstoupit. Podává se substituční látka v množství, které postačí k zvládnutí abstinčních příznaků, jiným způsobem než nitrožilním. Mezi nejčastěji užívané preparáty u nás patří methadon a buprenorphin (Vavřínová, 2007).

Zajímavá je tříletá studie prováděná v letech 2005–2007 na Gynekologicko-porodnické klinice 2.LF UK a FN Motol v Praze zkoumající socioekonomické pozadí těhotných žen závislých na opioidech a žen zařazených do substituční terapie (Vavřínková, 2007).

Mezi drogově závislé těhotné ženy patří nejčastěji ženy mladší (do 25 let), bez partnera, s nižším vzděláním. Ženy užívající drogy občas a uvědomující si škodlivé důsledky užívání drog zpravidla v těhotenství abstinují.

Drogově závislé gravidní ženy se často vyhýbají prenatalní péči. Ženy s těžkou závislostí na heroinu většinou přicházejí až k porodu bez jediné návštěvy u gynekologa nebo pokud navštěvují prenatalní poradnu, tak s lékařem příliš nespolupracují. Naproti tomu stoupá významně počet těhotných navštěvujících prenatalní poradnu po přechodu na substituční terapii. Tyto ženy zařazené do substitučního programu s lékařem spolupracují a pravidelné prohlídky dodržují.

Zajímavé je i zjištění, že drogově závislé těhotné ženy rodí předčasně až v polovině případů. Tyto těhotné mají výrazně nižší práh bolesti a vyžadují častěji analgetika k zvládnutí bolesti. V těchto případech se často využívá vedení porodu v epidurální analgézii (Vavřínková, 2007).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru dodržování zásad zdravého životního stylu u žen ve III. trimestru těhotenství v Pardubicích. Prostřednictvím dotazníkového šetření byl zjišťován postoj těhotných žen ke zdravé výživě.

3.1.1 Dílčí úkoly práce

- 1) zjistit informovanost těhotných žen o zásadách zdravé výživy
- 2) porovnat dodržování zásad zdravé výživy těhotnými ženami vzhledem k jejich vzdělání
- 3) porovnat vliv počtu gravidit (počtu těhotenství) na dodržování zásad zdravé výživy
- 4) porovnat vztah vzdělání a znalosti významu vlákniny ve stravě
- 5) určit vztah věku těhotných žen k užívání multivitaminových doplňků pro těhotné
- 6) porovnat výskyt kouření u respondentek před těhotenstvím a v těhotenství
- 7) zjistit vztah těhotných kuřáček ke konzumaci alkoholu

3.2 Metodika práce

3.2.1 Metoda výzkumu

Výzkumná část diplomové práce byla zpracována na základě informací získaných z dotazníku (Příloha 1. Dotazník) vytvořeného pro skupinu žen ve III. trimestru těhotenství. V úvodu dotazníku byly respondentky požádány o pravdivé, svědomité a anonymní vyplnění dotazníku.

„Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně“ (Chráska, 2000, s. 89).

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek. Jedná se o otázky otevřené a uzavřené.

Otevřené (nestrukturované) otázky nenavrhují respondentovi žádné hotové odpovědi.

Je u nich určen jen předmět, ke kterému se mají vyjádřit, jinak není respondent zpravidla žádným způsobem usměrňován. V dotazníku se jedná o otázky č. 1, 16, 22.

Uzavřené (strukturované) otázky se vyznačují tím, že respondentům nabízí vždy určitý počet předem připravených odpovědí. V dotazníku se jedná o otázky č. 2, 3, 5, 6, 8–12, 15, 17–21.

Užití uzavřených položek je výhodné pro jejich rychlé a snadné vyplnění a vyhodnocení. Nevýhodou pro respondentky je vybírat si z dané nabídky odpovědí, které pro ně mohou být nepřesné a nevystižné. Z tohoto důvodu byla u některých otázek využita i tzv. otázka polootevřená, kdy k nabízeným odpovědím přibyla i odpověď „jiné“, což umožňuje respondentce doplnit, co považuje za důležité. V dotazníku se jedná o otázky č. 4, 7, 13 a 14 (Chráska, 2000).

Začátek dotazníku je tvořen třemi otázkami, prostřednictvím kterých jsou zjišťovány základní demografické údaje o respondentkách. Otázky č. 4–22 jsou zaměřeny na dodržování zásad zdravé výživy těhotných. Respondentky se ke všem otázkám v dotazníku nemusely vyjádřit, nebylo to podmínkou vyplnění dotazníku.

3.2.2 Výzkumný vzorek

Cílovou skupinou byly těhotné ženy navštěvující poradnu pro těhotné v sedmi privátních gynekologických ambulancích v Pardubicích v období duben–květen 2009.

110 dotazníků bylo rozdáno organizátorem výzkumu, případně porodními asistentkami, ženám ve III. trimestru těhotenství (od 28. týdne do porodu) čekajícím na vyšetření v gynekologických ambulancích. Těhotným ženám bylo stručně vysvětleno, co je cílem výzkumu. Dotázané respondentky ochotně souhlasily s vyplněním dotazníku a ke všem otázkám se vyjádřily. Návratnost dotazníků byla 100 %.

3.2.3 Zpracování dat

S ohledem na konzultaci se statistikem bylo provedeno základní statistické zpracování dat získaných z dotazníku.

K hodnocení jednotlivých položek v dotazníku byla použita tabulka v počítačovém programu Microsoft Excel. Data byla roztříděna podle dvou kritérií:

Roztřídění dat pro základní hodnocení otázek bylo provedeno na základě jednoho kritéria - stejná odpověď dotazovaných na otázku (např. všechny těhotné, které si vybraly v otázce č. 5 odpověď „3x“). Byla tím získána hodnota odpovídající četnosti stejných odpovědí v rámci všech dotazníků. Pro zpracování výzkumu jsou použity veličiny absolutní četnost (n_i) a relativní četnost (f_i), kde “i” je pořadové číslo dotazníku. U každé tabulky je uvedena celková četnost (Σ), což je součet všech získaných odpovědí.

Roztřídění dat pro podrobnější hodnocení otázek bylo provedeno na základě dvou kritérií - stejná odpověď respondentek na otázku (např. všechny těhotné, které v otázce č. 5 zvolily odpověď „3x“) + respondentky patřící do jedné kategorie na základě všeobecné otázky – z hlediska věku, vzdělání nebo počtu gravidit (např. těhotné patřící dle počtu těhotenství do kategorie „primigravid = poprvé těhotných“).

Pro podrobnější hodnocení otázek jsou vybrány pouze otázky, které souvisí s danými cíli výzkumu a ukazují zajímavé výsledky.

Toto rozřídění bylo provedeno u otázek č. 5, 6, 8–12 a 15 vzhledem ke vzdělání a počtu gravidit, kde bylo zjišťováno jestli:

1) zásady zdravé výživy dodržují více ženy s vyšším dosaženým vzděláním než s nižším vzděláním - vzdělání bylo rozděleno na nižší (základní, středoškolské bez maturity) a vyšší (SŠ s maturitou, VOŠ, VŠ)

2) zásady zdravé výživy více dodržují primigravidy než multigravidy

Výsledkem jsou stejné odpovědi v rámci jedné kategorie z hlediska všeobecné otázky. Tato absolutní hodnota je označena symbolem n_j a relativní četnost f_j , kde „j“ je pořadové číslo kategorie v rámci všeobecné otázky. U každé tabulky je uvedena celková četnost (Σ), což je součet všech získaných odpovědí.

Relativní četnost je vyjádřena procentuálně a vypočítá se podle vzorce:

$$f_i = \frac{n_i}{n} \times 100$$

Všeobecné otázky jsou znázorněny v tabulce a výsečovém grafu, který vyjadřuje relativní počet respondentek v rámci jedné všeobecné otázky. U každé tabulky jsou zhodnoceny výsledky.

Konkrétní otázky jsou znázorněny v tabulce a sloupcovém grafu. Pro vyhodnocování konkrétních otázek vzhledem k obecným kritériím (věk, vzdělání, počet gravidit) je využito také sloupcového grafu. Výsledky každé tabulky jsou krátce zhodnoceny.

Pro zpracování diplomové práce byl použit textový editor Microsoft Word 2003 a Microsoft Excel 2003.

3.3 Statistické zpracování získaných dat

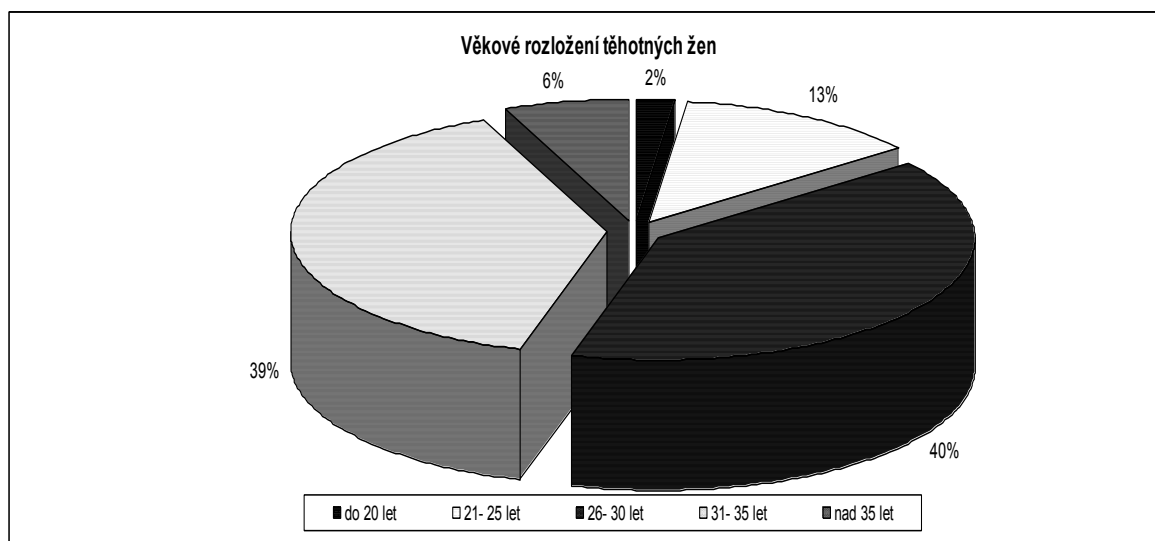
Položka 1 Věk respondentek

Těhotné ženy měly napsat svůj věk, který byl rozdělen do kategorie podle věkového rozmezí. Z celkového počtu 110 respondentek je 44 (40 %) žen ve věku 26–30 let, 43 (39 %) těhotných ve věku 31–35 let, skupinu dotazovaných ve věku 21–25 let tvoří 14 (13 %) těhotných, skupinu ve věku nad 35 let tvoří sedm (6 %) žen. Pouze dvě (2 %) jsou ženy ve věku do 20 let (Tabulka 6, Graf 1).

Tabulka 6. Věkové rozložení těhotných žen

Věk	n_i	f_i (%)
do 20 let	2	2
21-25 let	14	13
26-30 let	44	40
31-35 let	43	39
nad 35 let	7	6
Celkem	110	100

Graf 1. Věkové rozložení těhotných žen



Položka 2. Nejvyšší ukončené vzdělání

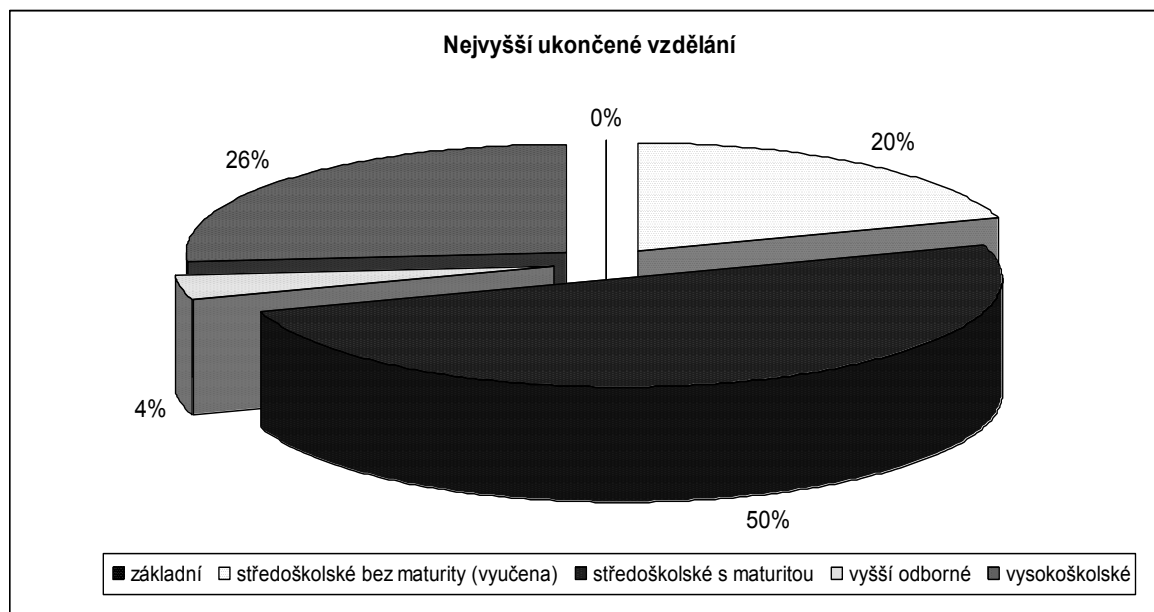
- a) základní
- b) středoškolské bez maturity (vyučena)
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Těhotné respondentky měly možnost výběru jedné odpovědi z nabízené škály. Z celkového počtu 110 těhotných pouze čtyři (4 %) ženy mají vyšší odborné vzdělání, 55 (50 %) respondentek má vzdělání středoškolské s maturitou, 22 (20 %) žen dosáhlo středoškolského vzdělání bez maturity, vysokoškolské vzdělání má 29 (26 %) žen a žádná (0 %) žena nemá základní vzdělání (Tabulka 7, Graf 2).

Tabulka 7. Rozdělení respondentek dle nejvyššího ukončeného vzdělání

Vzdělání	n_i	f_i (%)
základní	0	0
středoškolské bez maturity (vyučena)	22	20
středoškolské s maturitou	55	50
vyšší odborné	4	4
vysokoškolské	29	26
Celkem	110	100

Graf 2. Rozdělení respondentek dle nejvyššího ukončeného vzdělání



Položka 3. Počet těhotenství

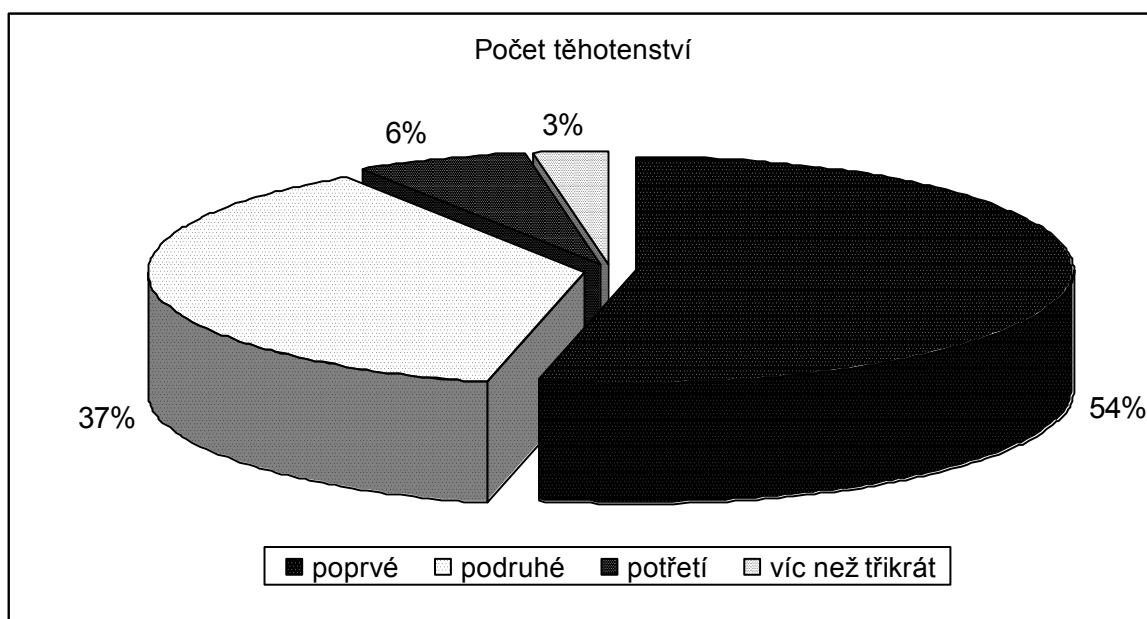
- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) více než třikrát

Těhotné měly možnost výběru jedné odpovědi ze čtyř nabízených možností. Z celkového počtu 110 dotazovaných žen je 59 (54 %) těhotných poprvé, 41 (37 %) žen těhotných podruhé. Menší část žen (sedm (6 %)) je těhotných již potřetí a pouze tři (3 %) respondentky jsou více než třikrát těhotné (Tabulka 8, Graf 3).

Tabulka 8. Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství

Počet těhotenství	n_i	f_i (%)
poprvé	59	54
podruhé	41	37
potřetí	7	6
víc než třikrát	3	3
Celkem	110	100

Graf 3. Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství



Položka 4. Zdroj informací o zásadách zdravé výživy

Možnost výběru více odpovědí:

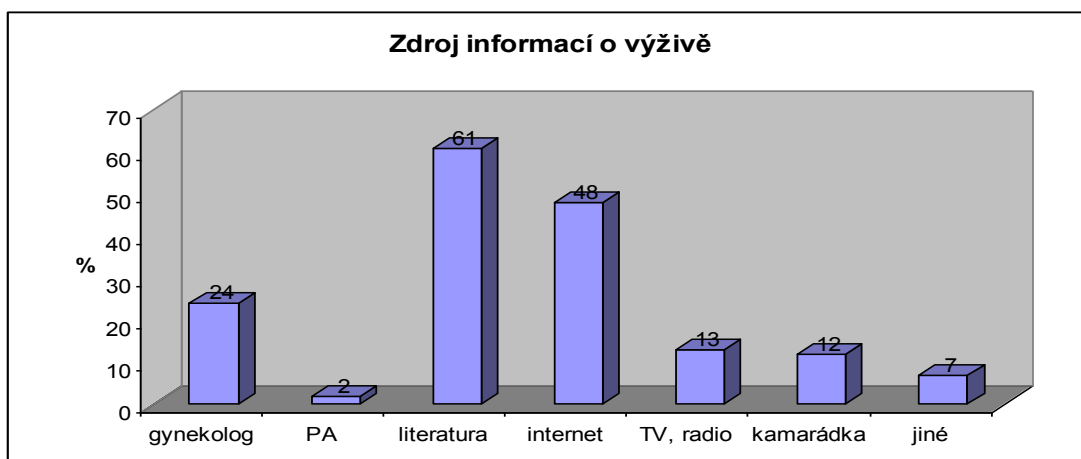
- a) gynekolog
- b) porodní asistentka (PA)
- c) literatura
- d) internet
- e) TV, radio
- f) kamarádka
- g) jiné

Respondentky měly možnost výběru více odpovědí z nabízené škály. Těhotné ženy se nejvíce o zásadách zdravé výživy dozvěděly z literatury – 67 (61 %) žen, často také získávaly informace z internetu – 53 (48 %) žen. Mezi častěji udávané zdroje informací o výživě udávají těhotné také gynekologa – 27 (24 %), naopak nejméně informací se dozvěděly těhotné ženy od porodní asistentky – dvě (2 %) ženy. V odpovědích „jiné“ byl nejčastěji uváděný zdroj „vlastní studium“ (Tabulka 9, Graf 4).

Tabulka 9. Zdroj informací o výživě v těhotenství

Zdroj informací o výživě	n_i	f_i (%)
gynekolog	27	24
porodní asistentka	2	2
literatura	67	61
internet	53	48
TV, radio	14	13
kamarádka	13	12
jiné	8	7

Graf 4. Zdroj informací o výživě v těhotenství



PA – porodní asistentka

Položka 5. Počet dávek jídla za den

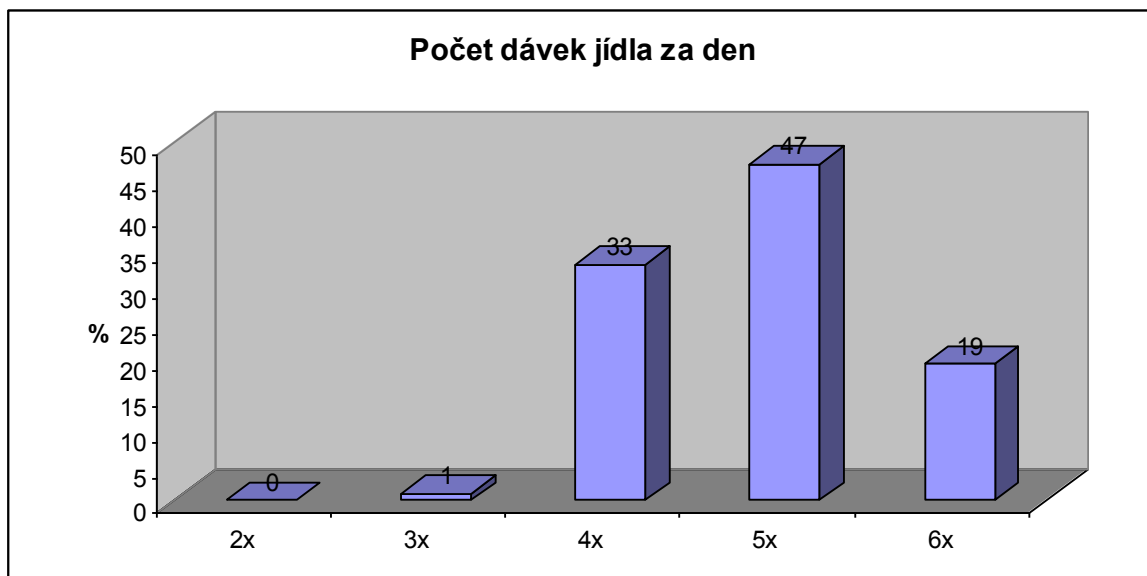
- a) 2x
- b) 3x
- c) 4x
- d) 5x
- e) 6x

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Z celkového počtu 110 respondentek se dvakrát denně nestravuje žádná (0 %) těhotná, jedna (1 %) těhotná se stravuje třikrát denně, 36 (33 %) těhotných čtyřikrát denně, 52 (47 %) žen se stravuje pětkrát denně a 21 (19 %) žen šestkrát denně (Tabulka 10, Graf 5).

Tabulka 10. Počet dávek jídla za den

Počet dávek jídla za den	n_i	f_i (%)
2x	0	0
3x	1	1
4x	36	33
5x	52	47
6x	21	19
Celkem	110	100

Graf 5. Počet dávek jídla za den



Hodnocení položky 5. vzhledem k nejvyššímu ukončenému vzdělání

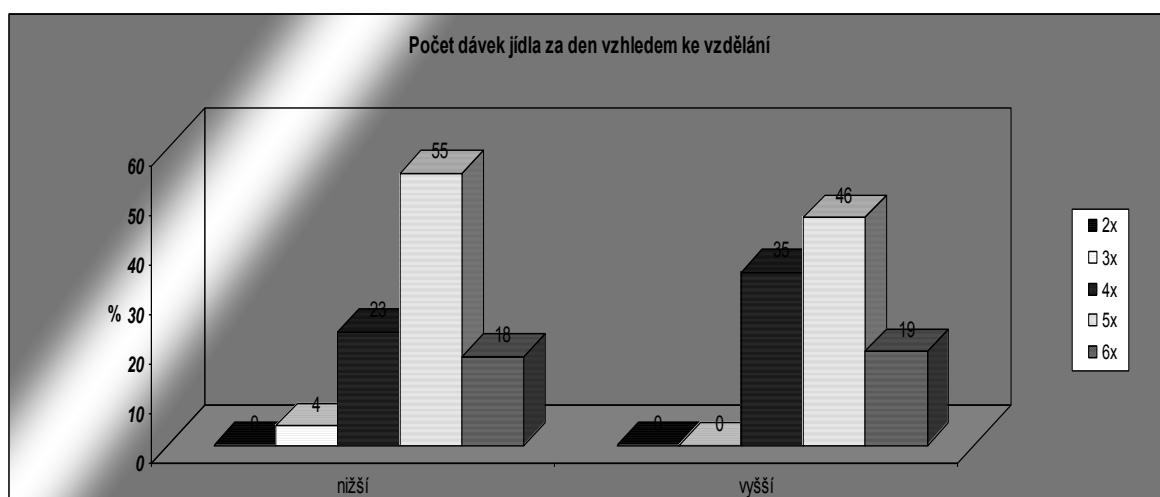
Z počtu 22 respondentek s nižším vzděláním se pětkrát denně stravuje 12 (55 %) žen, čtyřikrát denně pět (23 %) žen, šestkrát denně čtyři (18 %) těhotné, třikrát denně jedna (4 %) žena a dvakrát denně se nestravuje žádná (0 %) těhotná s tímto vzděláním.

Z počtu 88 žen s nejvyšším ukončeným vzděláním SŠ s maturitou, VOŠ nebo VŠ se stravuje pětkrát denně 40 (46 %) žen, šestkrát denně 17 (19 %) žen, čtyřikrát denně 31 (35 %) těhotných, dvakrát a třikrát denně se nestravuje žádná (0 %) žena s tímto vzděláním (Tabulka 11, Graf 6).

Tabulka 11. Počet dávek jídla za den vzhledem ke vzdělání

Vzdělání		2x		3x		4x		5x		6x	
		n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
nižší	22	0	0	1	4	5	23	12	55	4	18
vyšší	88	0	0	0	0	31	35	40	46	17	19
Celkem	110	0	0	1	1	36	33	52	48	21	18

Graf 6. Počet dávek jídla za den vzhledem ke vzdělání



Hodnocení položky 5 vzhledem k počtu těhotenství

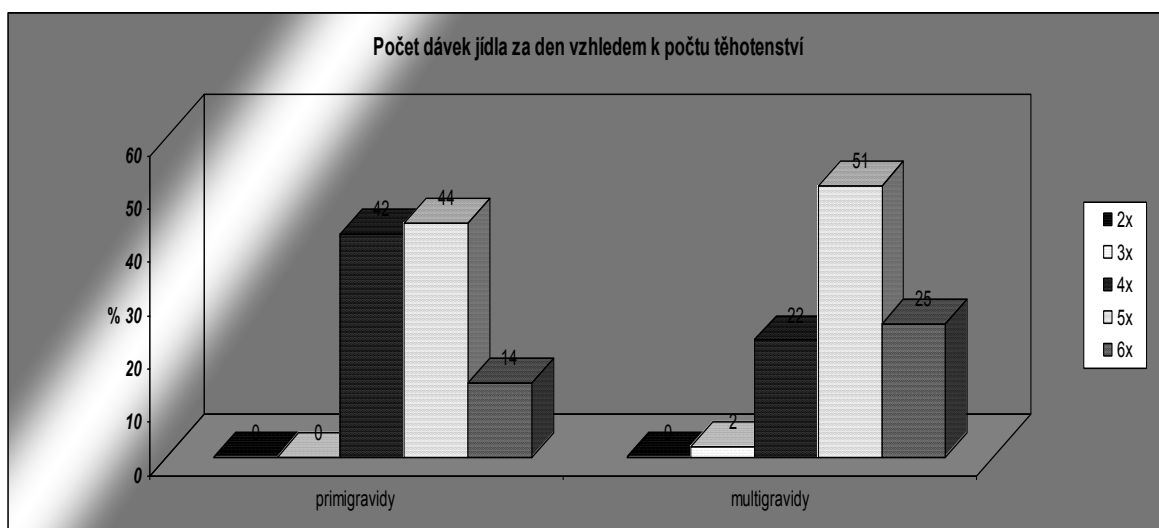
Z 59 žen poprvé těhotných se dvakrát a třikrát denně nestravuje žádná (0 %) z nich, čtyřikrát denně se stravuje 25 (42 %) žen, pětkrát denně 26 (44 %) žen a šestkrát denně se stravuje osm (14 %) žen.

Z 51 žen již vícekrát těhotných se 26 (51 %) žen stravuje pětkrát denně, 13 (25 %) žen dokonce šestkrát denně, 11 (22 %) žen čtyřikrát denně, jedna (2 %) žena třikrát za den a žádná (0 %) se nestravuje dvakrát denně (Tabulka 12, Graf 7).

Tabulka 12. Počet dávek jídla za den vzhledem k počtu těhotenství

Počet těhotenství		2x		3x		4x		5x		6x	
		n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j
primigravid ⁵	59	0	0	0	0	25	42	26	44	8	14
multigravid ⁶	51	0	0	1	2	11	22	26	51	13	25
Celkem	110	0	0	1	1	36	33	52	47	21	19

Graf 7. Počet dávek jídla za den vzhledem k počtu těhotenství



⁵ žena poprvé těhotná

⁶ žena vícekrát těhotná

Položka 6. Denní příjem tekutin

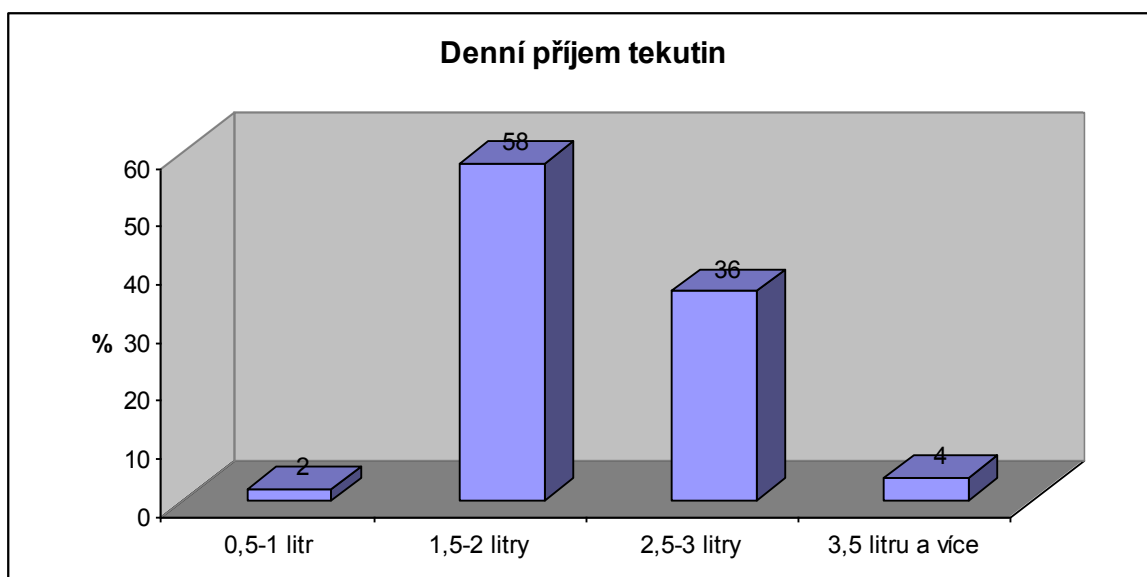
- a) 0,5–1 litr
- b) 1,5–2 litry
- c) 2,5–3 litry
- d) 3,5 litru a více

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Z celkového počtu 110 dotázaných vypijí denně dvě (2 %) ženy pouze 0,5–1 litr, 64 (58 %) žen má denní příjem tekutin 1,5–2 litry, 40 (36 %) těhotných vypije za den 2,5–3 litry tekutin a čtyři (4 %) těhotné 3,5 litru a více (Tabulka 13, Graf 8).

Tabulka 13. Denní příjem tekutin

Denní příjem tekutin	n_i	f_i (%)
0,5-1 litr	2	2
1,5-2 litry	64	58
2,5-3 litry	40	36
3,5 litru a více	4	4
Celkem	110	100

Graf 8. Denní příjem tekutin



Hodnocení položky 6 vzhledem k nejvyššímu ukončenému vzdělání

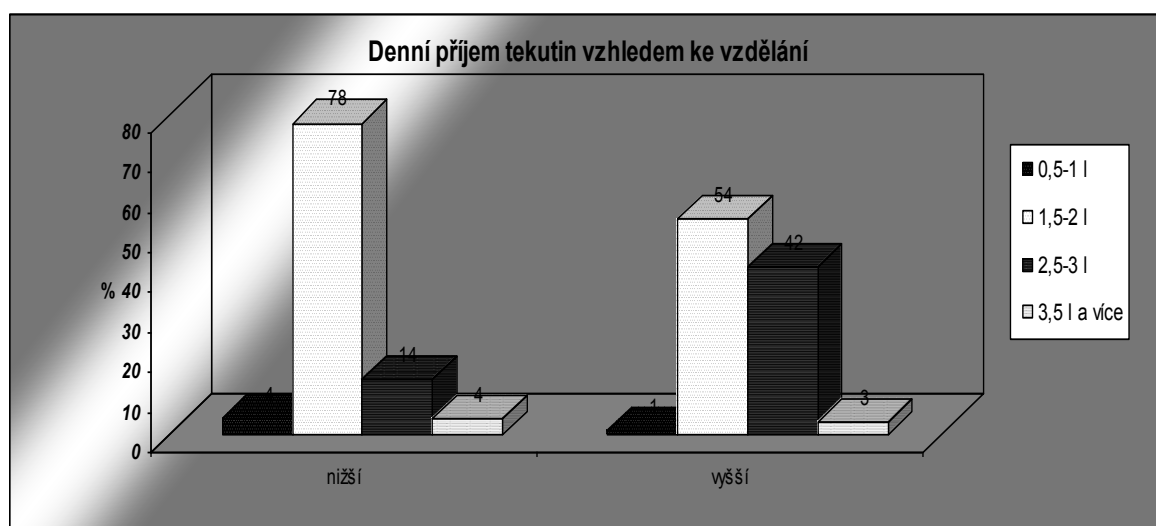
Z 22 těhotných s nižším ukončeným vzděláním vypije 17 (78 %) žen 1,5–2 litry tekutin za den, tři (14 %) ženy 2,5–3 litry denně, jedna (4 %) žena pije pouze 0,5–1 litr za den a jedna (4 %) žena více než 3,5 litru za den.

Z 88 těhotných s vyšším ukončeným vzděláním vypije 47 (54 %) žen 1,5–2 litry tekutin denně, 37 (42 %) žen 2,5–3 litry za den, tři (3 %) ženy více než 3,5 litru a jedna (1 %) žena 0,5–1 litr za den (Tabulka 14, Graf 9).

Tabulka 14. Denní příjem tekutin vzhledem ke vzdělání

Vzdělání		0,5-1 litr		1,5-2 litry		2,5-3 litry		> 3,5 litru	
		n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
nižší	22	1	4	17	78	3	14	1	4
vyšší	88	1	1	47	54	37	42	3	3
Celkem	110	2	2	64	58	40	37	4	3

Graf 9. Denní příjem tekutin vzhledem ke vzdělání



Hodnocení položky 6 vzhledem k počtu těhotenství

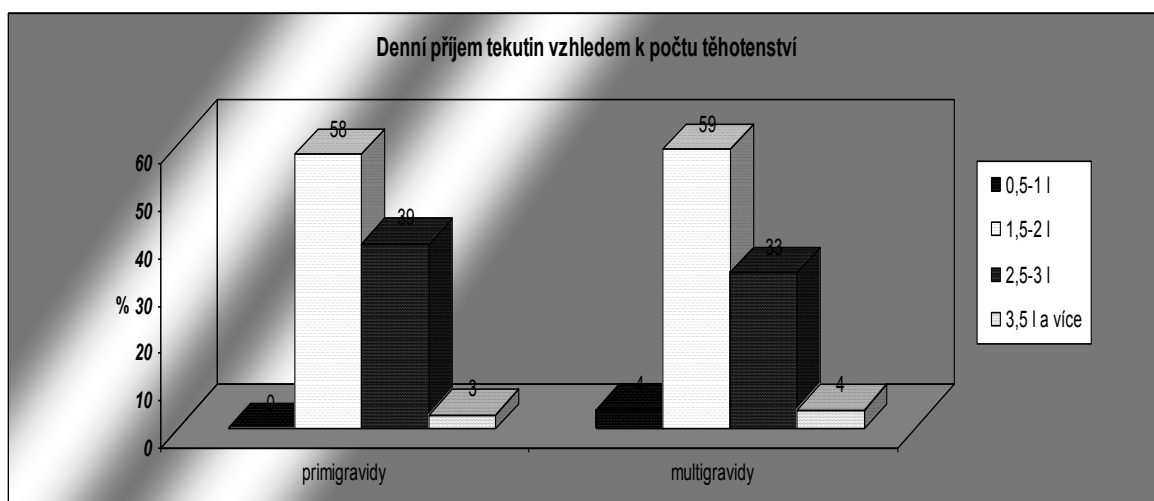
Z 59 poprvé těhotných 34 (58 %) žen vypije za den 1,5–2 litry tekutin, 23 (39 %) žen 2,5–3 litry, dvě (3 %) ženy více než 3,5 litru tekutin za den a méně než 1 litr tekutin neuvedla žádná (0 %) těhotná.

Z 51 žen vícekrát těhotných jich 30 (59 %) vypije denně 1,5–2 litry tekutin, 17 (33 %) žen 2,5–3 litry, dvě (4 %) ženy více než 3,5 litru tekutin za den a dvě (4 %) ženy méně než 1 litr tekutin denně (Tabulka 15, Graf 10).

Tabulka 15. Denní příjem tekutin vzhledem k počtu těhotenství

Počet těhotenství		0,5-1 litr		1,5-2 litry		2,5-3 litry		> 3,5 litru	
		n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j
primigravidy	59	0	0	34	58	23	39	2	3
multigravidy	51	2	4	30	59	17	33	2	4
Celkem	110	2	2	64	58	40	36	4	4

Graf 10. Denní příjem tekutin vzhledem k počtu těhotenství



Položka 7. Druhy tekutin

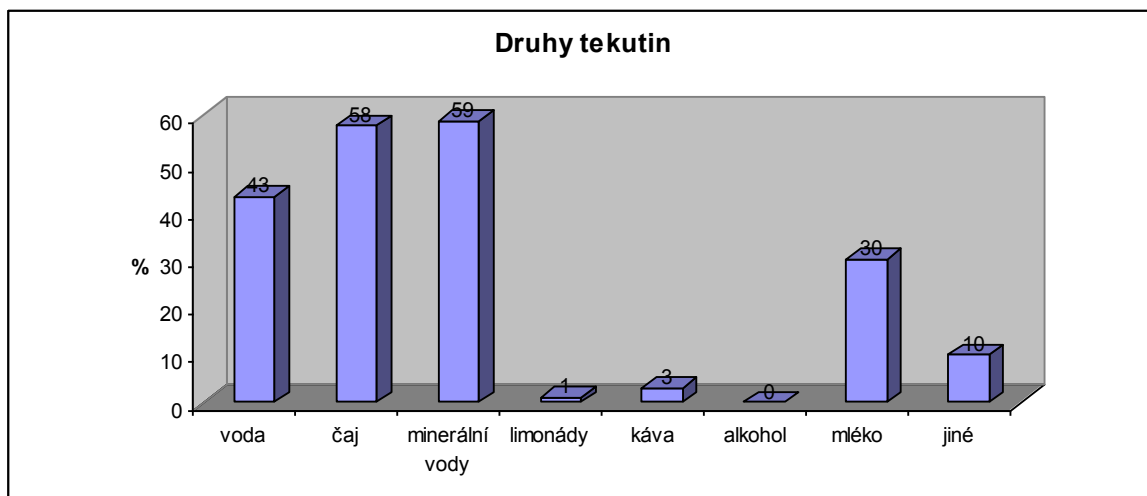
- a) voda z vodovodu
- b) čaj
- c) minerální vody
- d) limonády
- e) káva
- f) alkohol
- g) mléko
- h) jiné

Respondentky měly možnost výběru více odpovědí z nabízených možností. Těhotné ženy nejčastěji pijí minerální vody - 65 (59 %) žen a čaj - 64 (58 %) žen, mléko pije 33 (30 %) těhotných. U varianty „jiné“ těhotné nejčastěji uvedly ovocné džusy - 11 (10 %) žen (Tabulka 16, Graf 11).

Tabulka 16. Druhy tekutin

Druhy tekutin	n_i	f_i (%)
voda z vodovodu	47	43
čaj	64	58
minerální vody	65	59
limonády	1	1
káva	3	3
alkohol	0	0
mléko	33	30
jiné	11	10

Graf 11. Druhy tekutin



Položka 8. Pravidelnost příjmu ovoce a zeleniny

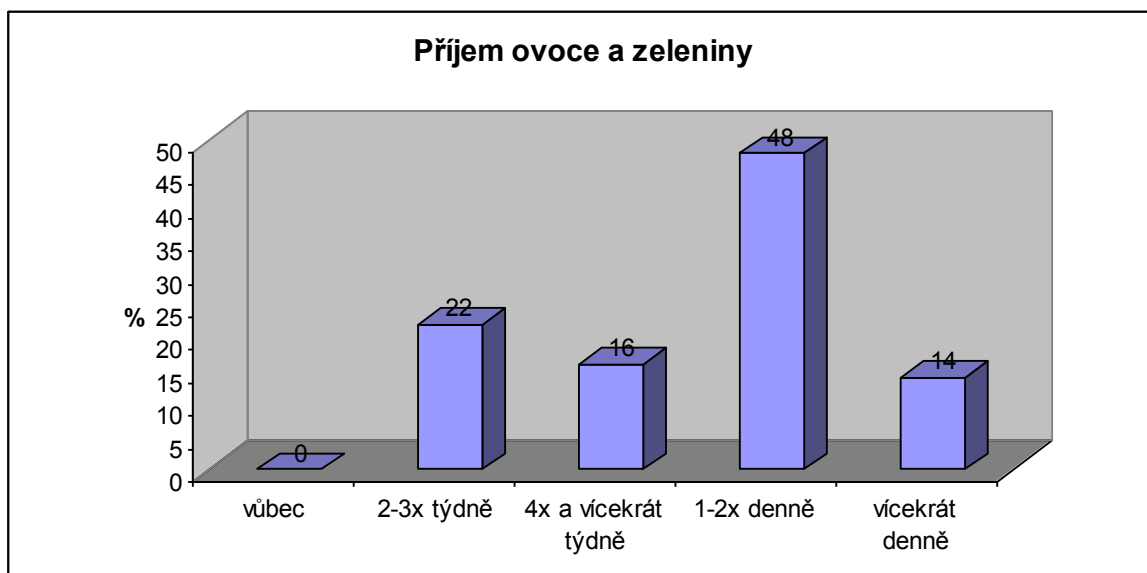
- a) vůbec
- b) 2–3x týdně
- c) 4x a vícekrát týdně
- d) 1–2x denně
- e) vícekrát denně

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Z celkového počtu 110 respondentek jí dvakrát až třikrát týdně ovoce a zeleninu 24 (22 %) těhotných, 17 (16 %) žen čtyřikrát a vícekrát týdně, 53 (48 %) žen jedenkrát až dvakrát denně a 16 (14 %) žen vícekrát denně, odpověď “vůbec” ne zvolila žádná (0 %) respondentka (Tabulka 17, Graf 12).

Tabulka 17. Pravidelnost příjmu ovoce a zeleniny

Příjem ovoce a zeleniny	n_i	f_i (%)
vůbec	0	0
2-3x týdně	24	22
4x a vícekrát týdně	17	16
1-2x denně	53	48
vícekrát denně	16	14
Celkem	110	100

Graf 12. Pravidelnost příjmu ovoce a zeleniny



Hodnocení položky 8 vzhledem k nejvyššímu ukončenému vzdělání

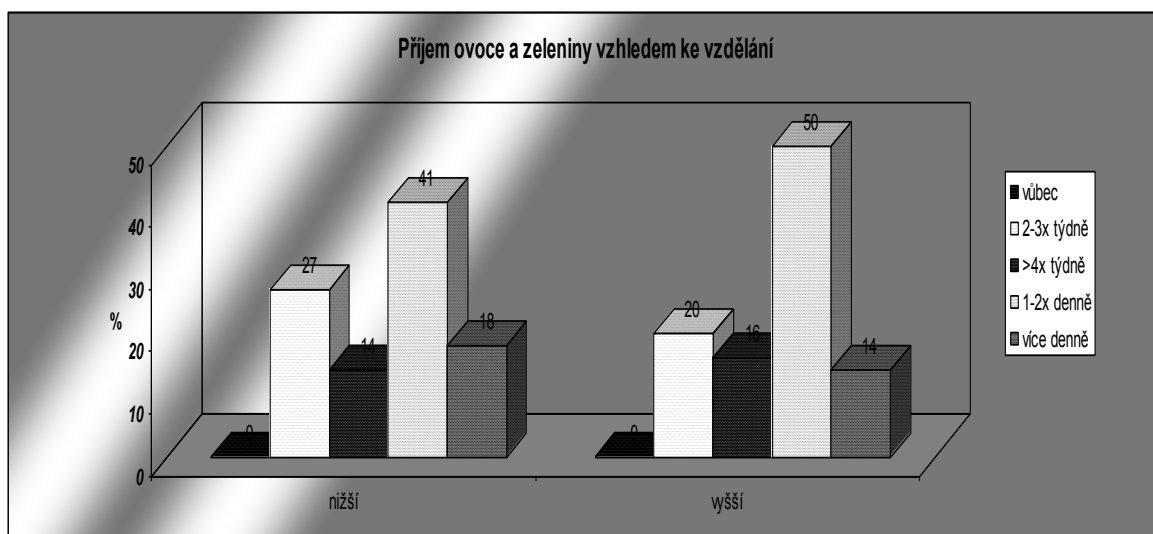
Z 22 těhotných s nižším ukončeným vzděláním jich devět (41 %) jí jedenkrát až dvakrát denně ovoce a zeleninu, šest (27 %) žen jí ovoce a zeleninu dvakrát až třikrát týdně, čtyři (18 %) ženy konzumují tyto zdroje vitaminů vícekrát denně, tři (14 %) ženy více než 4x týdně.

Z 88 těhotných s vyšším ukončeným vzděláním jich 44 (50 %) konzumuje ovoce a zeleninu jedenkrát až dvakrát denně, 18 (20 %) žen dvakrát až třikrát týdně, 14 (16 %) žen více než 4x týdně a 12 (14 %) žen vícekrát denně. Odpověď "vůbec" nevolila žádná (0 %) respondentka (Tabulka 18, Graf 13).

Tabulka 18. Příjem ovoce a zeleniny vzhledem ke vzdělání

Vzdělání		vůbec		2-3x týdně		>4x týdně		1-2x denně		vícekrát	
		n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
nižší	22	0	0	6	27	3	14	9	41	4	18
vyšší	88	0	0	18	20	14	16	44	50	12	14
Celkem	110	0	0	24	22	17	16	53	48	16	14

Graf 13. Příjem ovoce a zeleniny vzhledem ke vzdělání



Hodnocení položky 8 vzhledem k počtu těhotenství

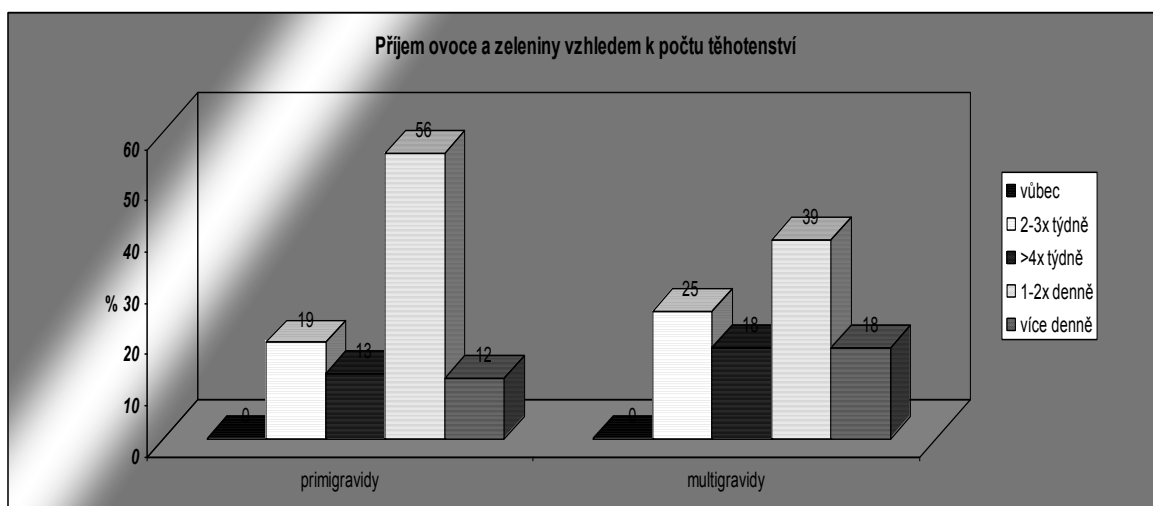
Z 59 poprvé těhotných jich 33 (56 %) konzumuje jedenkrát až dvakrát denně ovoce a zeleninu, 11 (19 %) žen dvakrát až třikrát týdně, osm (13 %) žen více než 4x týdně a sedm (12 %) žen vícekrát denně.

Z 51 žen vícekrát těhotných jich 20 (39 %) konzumuje ovoce a zeleninu jedenkrát až dvakrát denně, 13 (25 %) žen dvakrát až třikrát týdně, devět (18 %) žen více než 4x týdně, devět (18 %) žen vícekrát denně (Tabulka 19, Graf 14).

Tabulka 19. Příjem ovoce a zeleniny vzhledem k počtu těhotenství

Počet těhotenství		vůbec		2-3x týdně		>4x týdně		1-2x denně		více denně	
		n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j
primigravid	59	0	0	11	19	8	13	33	56	7	12
multigravid	51	0	0	13	25	9	18	20	39	9	18
Celkem	110	0	0	24	22	17	16	53	48	16	14

Graf 14. Příjem ovoce a zeleniny vzhledem k počtu těhotenství



Položka 9. Konzumace mléka a mléčných výrobků

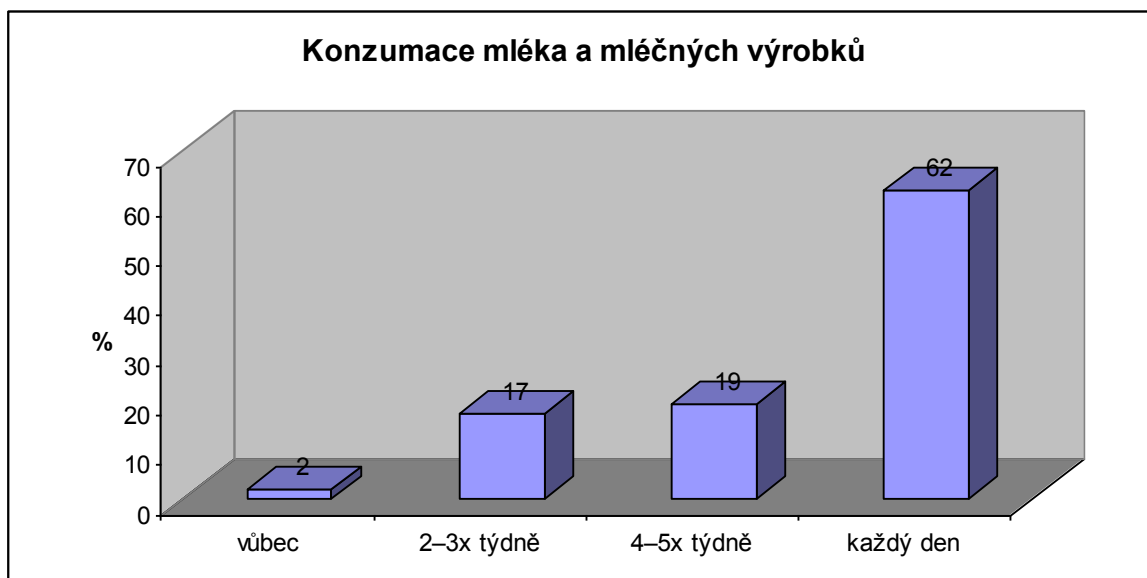
- a) vůbec
- b) 2 – 3x týdně
- c) 4 – 5x týdně
- d) každý den

Těhotné respondenty měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Z celkového počtu 110 respondentek dvě (2 %) ženy nekonzumují mléko a mléčné výrobky vůbec, 19 (17 %) žen konzumuje mléko a mléčné výrobky dvakrát až třikrát týdně, 21 (19 %) těhotných čtyřikrát až pětikrát týdně a 68 (62 %) žen konzumuje mléko a mléčné výrobky každý den (Tabulka 20, Graf 15).

Tabulka 20. Konzumace mléka a mléčných výrobků

Konzumace mléka a mléčných výrobků	n_i	f_i (%)
vůbec	2	2
2–3x týdně	19	17
4–5x týdně	21	19
každý den	68	62
Celkem	110	100

Graf 15. Konzumace mléka a mléčných výrobků



Hodnocení položky 9 vzhledem k nejvyššímu ukončenému vzdělání

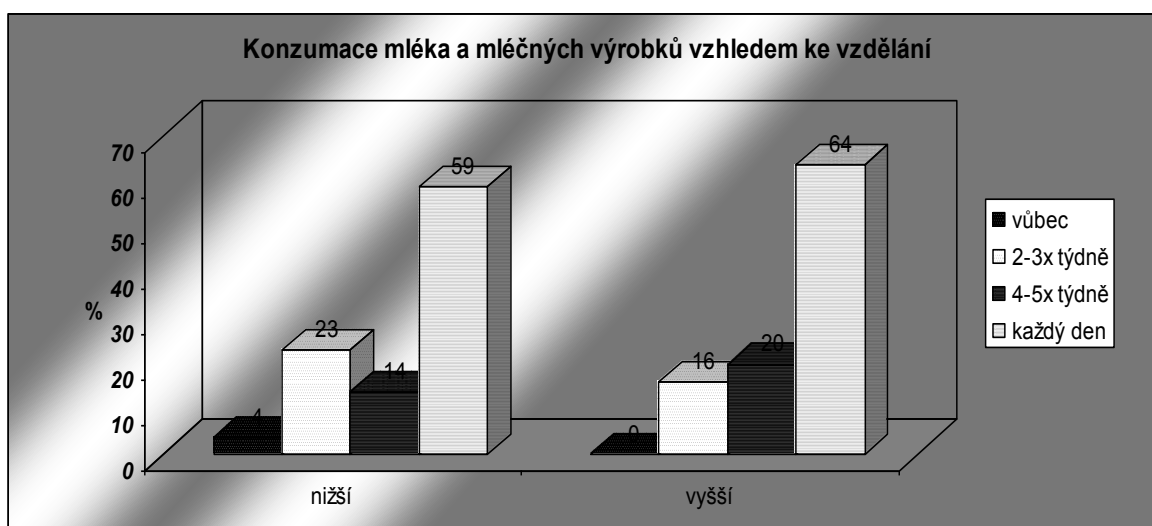
Z 22 těhotných s nižším ukončeným vzděláním jich 13 (59 %) konzumuje mléčné výrobky každý den, pět (23 %) žen dvakrát až třikrát týdně, tři (14 %) ženy čtyřikrát až pětkrát týdně a jedna (4 %) žena nekonzumuje mléko a mléčné výrobky vůbec.

Z 88 těhotných s vyšším ukončeným vzděláním jich 56 (64 %) konzumuje mléčné výrobky každý den, 18 (20 %) těhotných čtyřikrát až pětkrát týdně, 14 (16 %) žen dvakrát až třikrát týdně (Tabulka 21, Graf 16).

Tabulka 21. Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem ke vzdělání

Vzdělání		vůbec		2-3x týdně		4-5x týdně		každý den	
		n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
nižší	22	1	4	5	23	3	14	13	59
vyšší	88	0	0	14	16	18	20	56	64
Celkem	110	1	1	19	17	21	19	69	63

Graf 16. Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem ke vzdělání



Hodnocení položky 9 vzhledem k počtu těhotenství

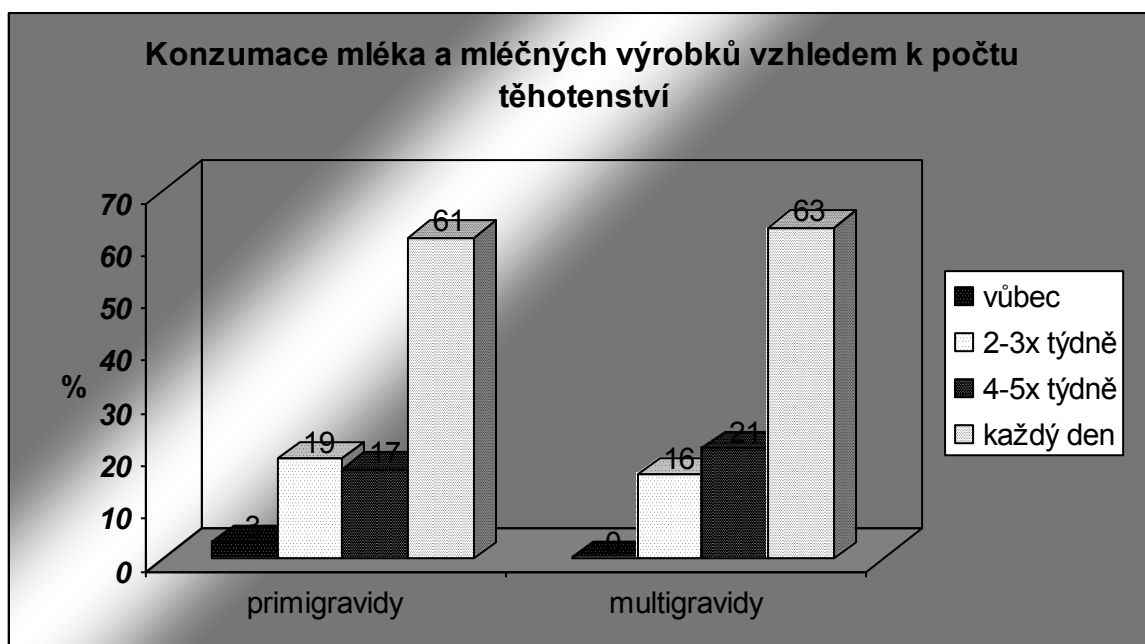
Z 59 žen poprvé těhotných jich 36 (61 %) konzumuje mléčné výrobky každý den, 11 (19 %) žen dvakrát až třikrát týdně, deset (17 %) žen čtyřikrát až pětkrát týdně a vůbec nekonzumují mléčné výrobky dvě (3 %) ženy.

Z 51 žen vícekrát těhotných jich 32 (63 %) konzumuje mléčné výrobky každý den, 11 (21 %) žen čtyřikrát až pětkrát týdně, osm (16 %) žen dvakrát až třikrát týdně a odpověď „vůbec“ nezvolila žádná (0 %) z nich (Tabulka 22, Graf 17).

Tabulka 22. Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem k počtu těhotenství

Počet těhotenství		vůbec		2-3x týdně		4-5x týdně		každý den	
		n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j
primigravidy	59	2	3	11	19	10	17	36	61
multigravidy	51	0	0	8	16	11	21	32	63
Celkem	110	2	2	19	17	21	19	68	62

Graf 17. Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem k počtu těhotenství



Položka 10. Konzumace podle druhu masa

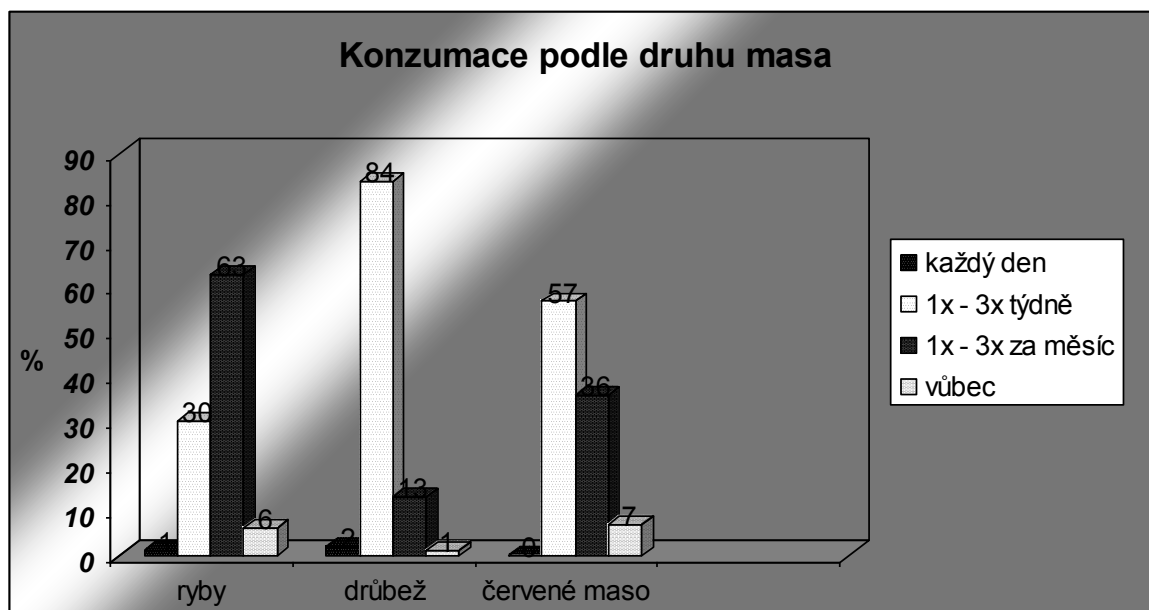
Respondentky měly možnost výběru více odpovědí z nabízené škály.

Ze 110 dotazovaných těhotných žen převážná většina – 93 (84 %) jí jedenkrát až třikrát týdně drůbeží maso. Rybami se stravuje 69 (63 %) těhotných jedenkrát až třikrát za měsíc. 62 (57 %) žen konzumuje červené maso (vepřové, hovězí) jedenkrát až třikrát týdně. Odpověď „vůbec“ u konzumace ryb zvolilo sedm (6 %) žen (Tabulka 23, Graf 18).

Tabulka 23. Konzumace podle druhu masa

maso, ryby	každý den		1–3x týdně		1–3x za měsíc		vůbec	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
ryby	1	1	33	30	69	63	7	6
drůbež	2	2	93	84	14	13	1	1
vepřové, hovězí	0	0	62	57	40	36	8	7

Graf 18. Konzumace podle druhu masa



Položka 11. Konzumace uzenin

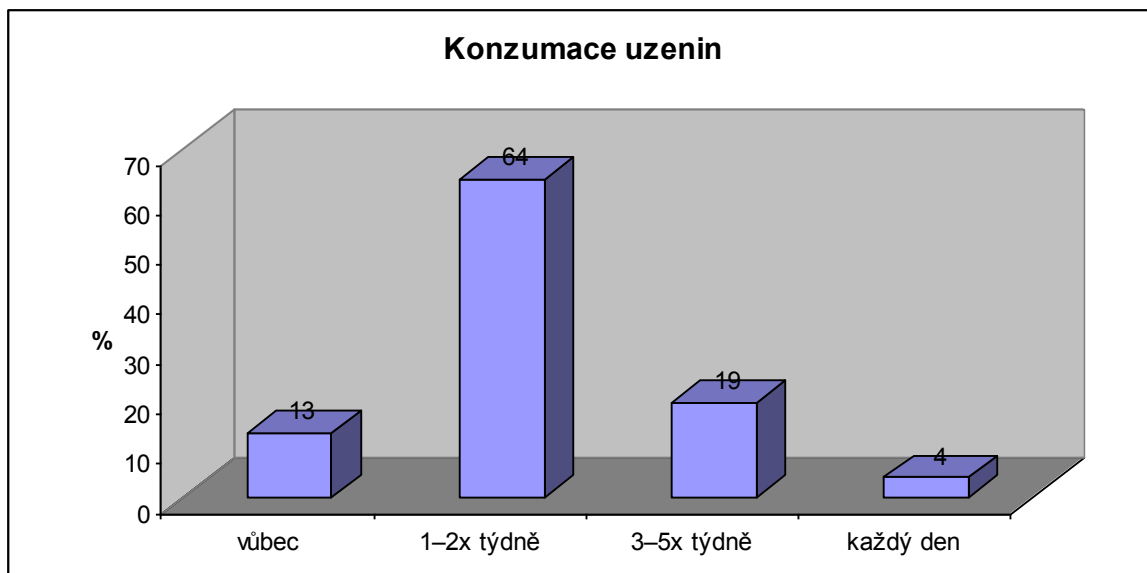
- a) vůbec
- b) 1–2x týdně
- c) 3–5x týdně
- d) každý den

Těhotné respondenty měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízených možností. Ze 110 dotazovaných žen jich 70 (64 %) konzumuje uzeninu jedenkrát až dvakrát týdně, 21 (19 %) těhotných dokonce třikrát až pětkrát týdně. pět (4 %) žen konzumuje uzeniny každý den. Naopak 14 (13 %) těhotných uzeniny nejí vůbec (Tabulka 24, Graf 19).

Tabulka 24. Konzumace uzenin

Uzeniny	n_i	f_i (%)
vůbec	14	13
1–2x týdně	70	64
3–5x týdně	21	19
každý den	5	4
Celkem	110	100

Graf 19. Konzumace uzenin



Hodnocení položky 11 vzhledem k nejvyššímu ukončenému vzdělání

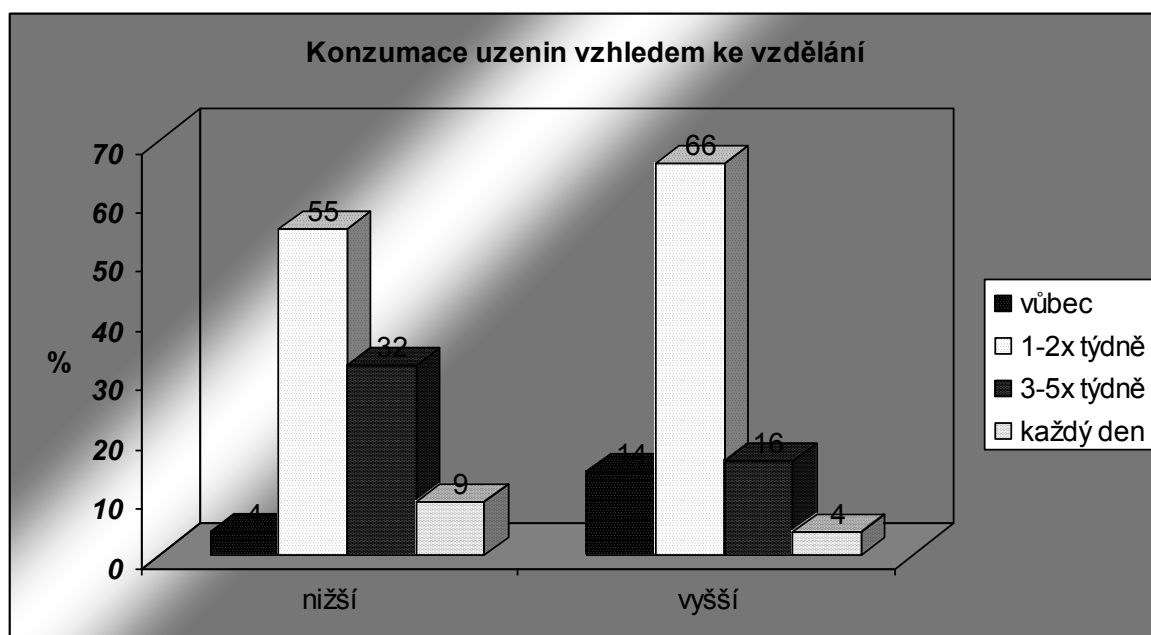
Z 22 těhotných s nižším ukončeným vzděláním jich 12 (55 %) konzumuje uzeniny jedenkrát až dvakrát týdně, sedm (32 %) žen třikrát až pětkrát týdně, dvě (9 %) ženy dokonce každý den. Pouze jedna (4 %) těhotná respondentka uvedla odpověď “vůbec”.

Z 88 těhotných respondentek s vyšším ukončeným vzděláním jich 58 (66 %) jí uzeniny jedenkrát až dvakrát týdně, 14 (16 %) žen třikrát až pětkrát týdně, 13 (14 %) těhotných uvedlo odpověď “vůbec”. Každý den konzumují uzeniny tři (4 %) těhotné respondentky (Tabulka 25, Graf 20).

Tabulka 25. Konzumace uzenin vzhledem ke vzdělání

Vzdělání		vůbec		1-2x týdně		3-5x týdně		každý den	
		n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
nižší	22	1	4	12	55	7	32	2	9
vyšší	88	13	14	58	66	14	16	3	4
Celkem	110	14	13	70	64	21	19	5	4

Graf 20. Konzumace uzenin vzhledem ke vzdělání



Hodnocení položky 11 vzhledem k počtu těhotenství

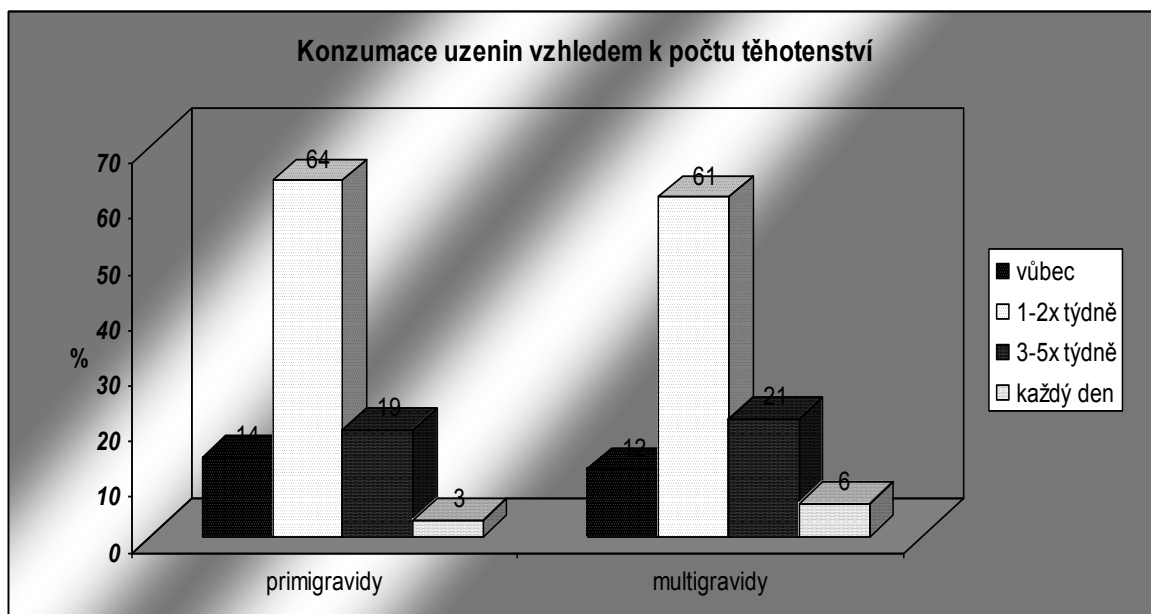
Z 59 žen poprvé těhotných jich 38 (64 %) konzumuje uzeniny jedenkrát až dvakrát týdně, 11 (19 %) těhotných třikrát až pětkrát týdně, vůbec uzeniny nejí osm (14 %) těhotných respondentek. Naopak každý den konzumují uzeniny dvě (3 %) ženy.

Z 51 žen vícekrát těhotných jich 31 (61 %) konzumuje uzeniny jedenkrát až dvakrát týdně, 11 (21 %) žen třikrát až pětkrát týdně, šest (12 %) žen uvedlo odpověď "vůbec". Každý den konzumují uzeniny tři (6 %) ženy (Tabulka 26, Graf 21).

Tabulka 26. Konzumace uzenin vzhledem k počtu těhotenství

Počet těhotenství		vůbec		1-2x týdně		3-5x týdně		každý den	
		n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j
primigravidy	59	8	14	38	64	11	19	2	3
multigravidy	51	6	12	31	61	11	21	3	6
Celkem	110	14	13	69	63	22	20	5	4

Graf 21. Konzumace uzenin vzhledem k počtu těhotenství



Položka 12. Konzumace potravin obsahujících vlákninu

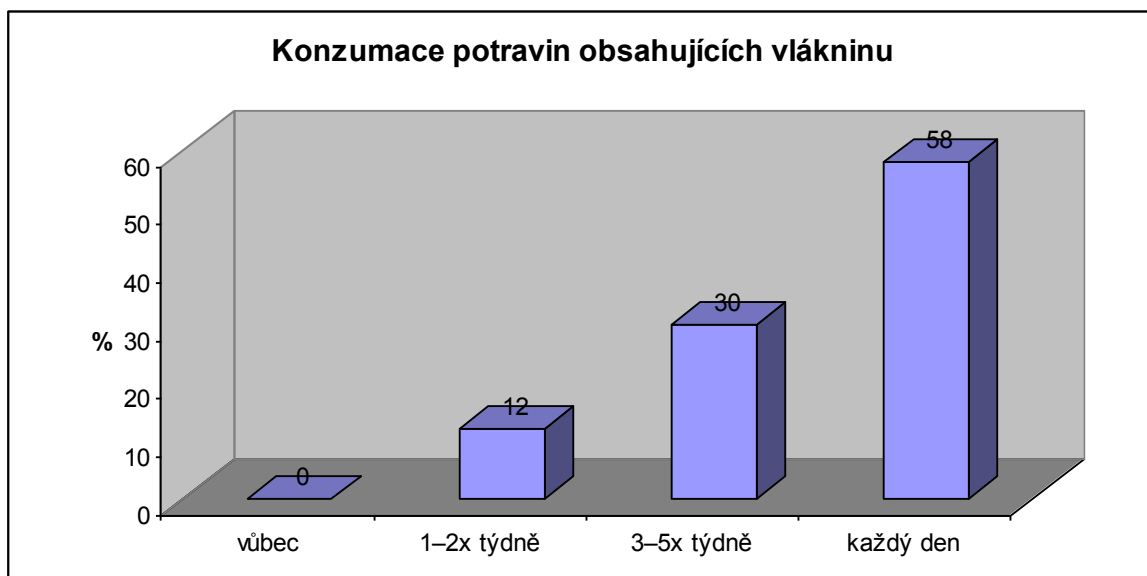
- a) vůbec
- b) 1–2x týdně
- c) 3–5x týdně
- d) každý den

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Ze 110 dotazovaných respondentek jich 64 (58 %) jí potraviny obsahující vlákninu každý den, 33 (30 %) těhotných třikrát až pětkrát týdně, 13 (12 %) žen konzumuje potraviny obsahující vlákninu jedenkrát až dvakrát týdně. Odpověď „vůbec“ ne zvolila žádná (0 %) žena (Tabulka 27, Graf 22).

Tabulka 27. Konzumace potravin obsahujících vlákninu

Vláknina	n_i	f_i (%)
vůbec	0	0
1–2x týdně	13	12
3–5x týdně	33	30
každý den	64	58
Celkem	110	100

Graf 22. Konzumace potravin obsahujících vlákninu



Hodnocení položky 12 vzhledem k nejvyššímu ukončenému vzdělání

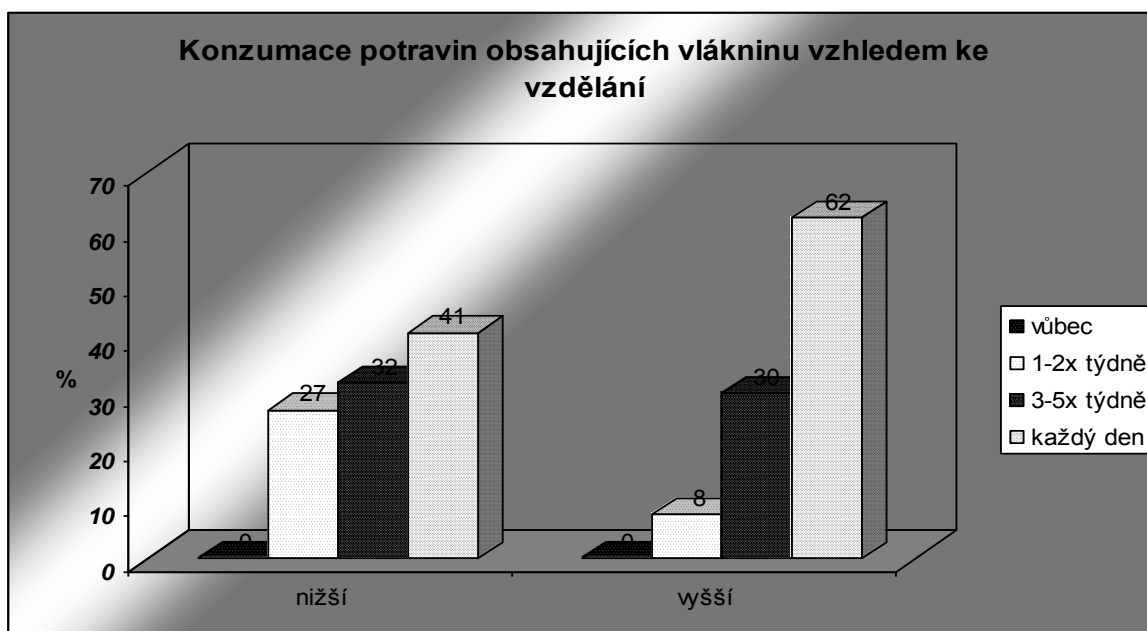
Z 22 těhotných s nižším ukončeným vzděláním jich devět (41 %) konzumuje potraviny obsahující vlákninu každý den, sedm (32 %) těhotných třikrát až pětkrát týdně, šest (27 %) žen jedenkrát až dvakrát týdně. Odpověď “vůbec” nezvolila žádná (0 %) respondentka.

Z 88 těhotných respondentek s vyšším ukončeným vzděláním jich 55 (62 %) konzumuje potraviny obsahující vlákninu každý den, 26 (30 %) žen třikrát až pětkrát týdně, sedm (8 %) těhotných jedenkrát až dvakrát týdně. Odpověď “vůbec” nezvolila žádná (0 %) respondentka (Tabulka 28, Graf 23).

Tabulka 28. Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem ke vzdělání

Vzdělání		vůbec		1-2x týdně		3-5x týdně		každý den	
		n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
nižší	22	0	0	6	27	7	32	9	41
vyšší	88	0	0	7	8	26	30	55	62
Celkem	110	0	0	13	12	33	30	64	58

Graf 23. Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem ke vzdělání



Hodnocení položky 12 vzhledem k počtu těhotenství

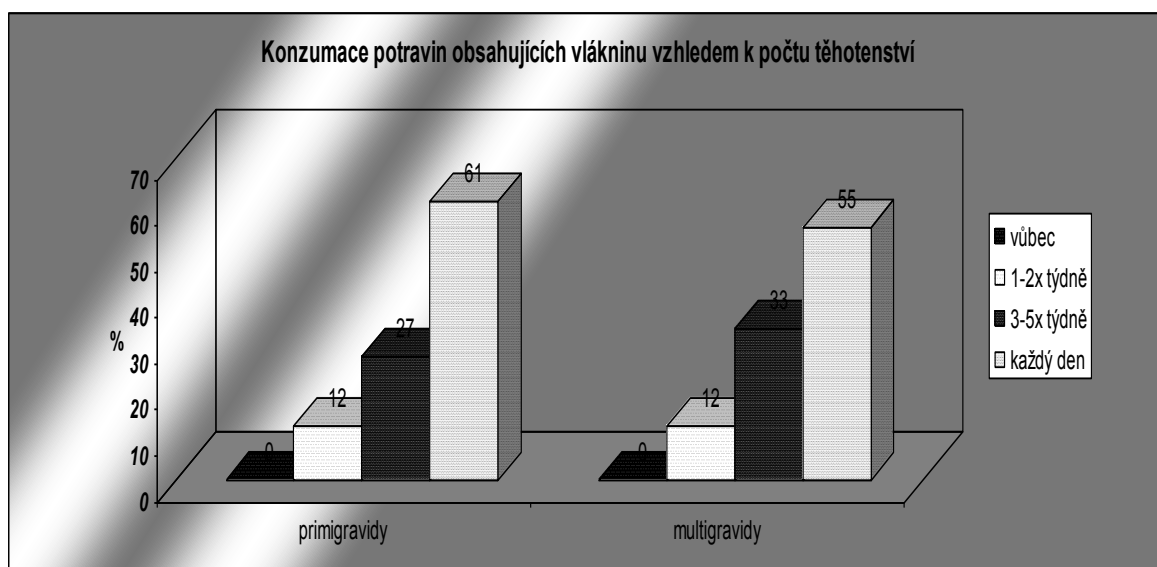
Z 59 žen poprvé těhotných jich 36 (61 %) konzumuje každý den potraviny obsahující vlákninu, 16 (27 %) žen třikrát až pětkrát týdně, sedm (12 %) těhotných respondentek jedenkrát až dvakrát týdně. Odpověď “vůbec” nezvolila žádná (0 %) respondentka.

Z 51 žen vícekrát těhotných jich 28 (55 %) konzumuje potraviny bohaté na vlákninu každý den, 17 (33 %) žen třikrát až pětkrát týdně, šest (12 %) těhotných respondentek jedenkrát až dvakrát týdně. Odpověď “vůbec” nezvolila žádná (0 %) respondentka (Tabulka 29, Graf 24).

Tabulka 29. Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem k počtu těhotenství

Počet těhotenství		vůbec		1-2x týdně		3-5x týdně		každý den	
		n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j	n _j	f _j
primigravidy	59	0	0	7	12	16	27	36	61
multigravidy	51	0	0	6	12	17	33	28	55
Celkem	110	0	0	13	12	33	30	64	58

Graf 24. Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem k počtu těhotenství



Položka 13. Druhy potravin obsahujících vlákninu

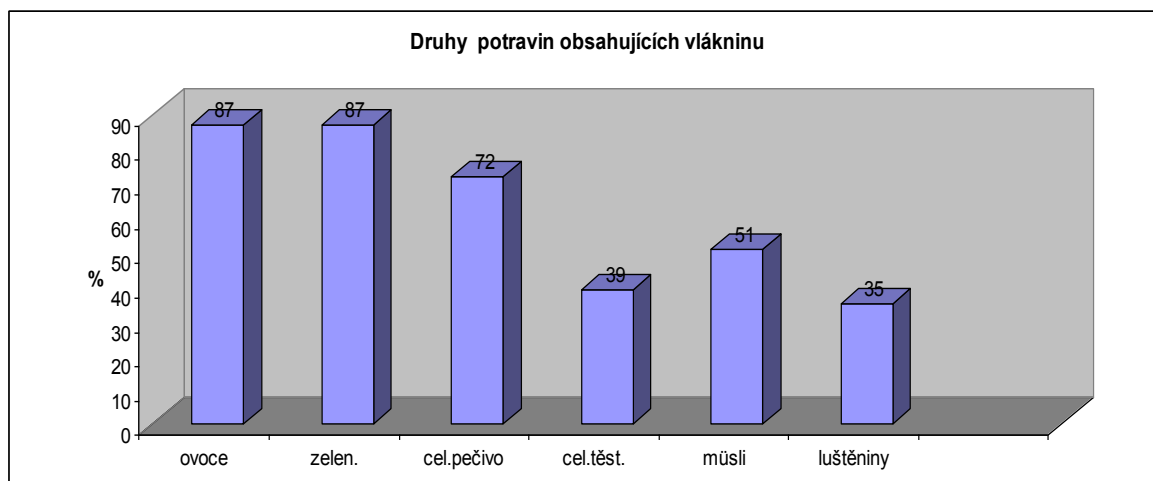
- a) ovoce
- b) zelenina
- c) celozrnné pečivo
- d) celozrnné těstoviny, rýže
- e) müsli
- f) luštěniny
- g) jiné

Těhotné respondentky měly možnost výběru více odpovědi z nabízené škály. Ze 110 respondentek uvádí 96 (87 %) žen konzumaci ovoce a zeleniny, 79 (72 %) těhotných celozrnné pečivo a 56 (51 %) těhotných müsli jako zdroj vlákniny (Tabulka 30, Graf 25).

Tabulka 30. Druhy potravin obsahujících vlákninu

Potraviny s vlákninou	n_i	f_i (%)
ovoce	96	87
zelenina	96	87
celozrnné pečivo	79	72
celozrnné těstoviny, rýže	43	39
müsli	56	51
luštěniny	38	35
jiné	0	0

Graf 25. Druhy potravin obsahujících vlákninu



Položka 14. Význam vlákniny v těhotenství

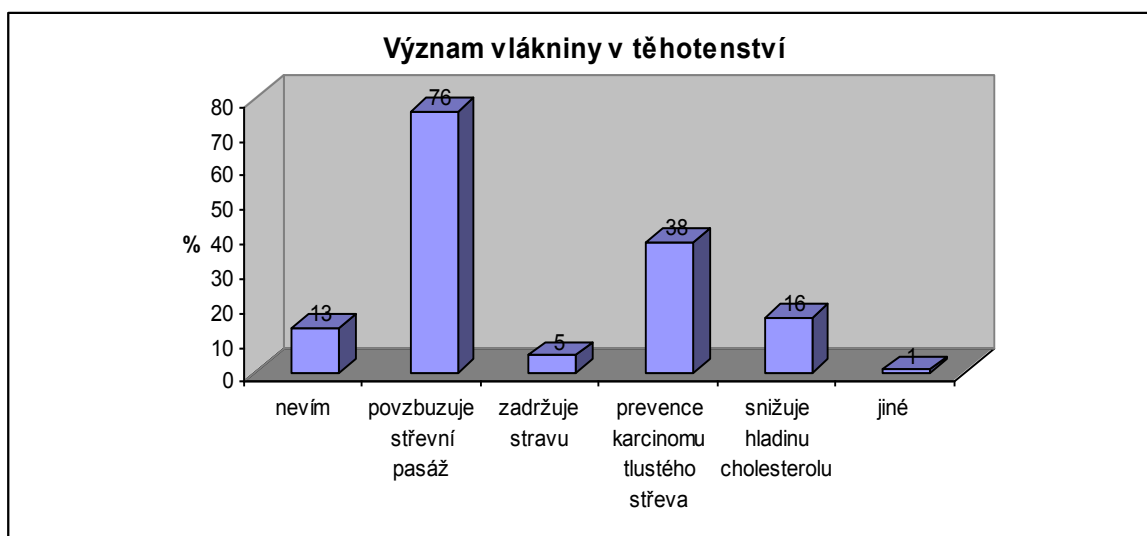
- a) nevím
- b) povzbuzuje střevní pasáž
- c) zadržuje stravu v trávicím systému
- d) prevence karcinomu tlustého střeva
- e) snižuje hladinu cholesterolu
- f) jiné

Těhotné ženy měly možnost výběru více odpovědí z nabízené škály. Ze 110 respondentek uvádí všechny tři správné odpovědi (povzbuzuje střevní pasáž, prevence karcinomu tlustého střeva, snižuje hladinu cholesterolu) sedm (6 %) těhotných. Alespoň dvě odpovědi ze tří správných uvádí 49 (45 %) těhotných žen. Dále pak 83 (76 %) žen uvádí povzbuzení střevní pasáže, 42 (38 %) žen prevenci karcinomu tlustého střeva a 18 (16 %) těhotných žen uvádí snížení hladiny cholesterolu. V odpovědi “jiné” uvedla jedna (1 %) těhotná respondentka vliv na vývoj plodu (Tabulka 31, Graf 26).

Tabulka 31. Význam vlákniny v těhotenství

Význam vlákniny v těhotenství	n_i	f_i (%)
nevím	14	13
povzbuzuje střevní pasáž	83	76
zadržuje stravu v trávicím systému	5	5
prevence karcinomu tlustého střeva	42	38
snižuje hladinu cholesterolu	18	16
jiné	1	1

Graf 26. Význam vlákniny v těhotenství



Hodnocení položky 14 vzhledem k nejvyššímu ukončenému vzdělání

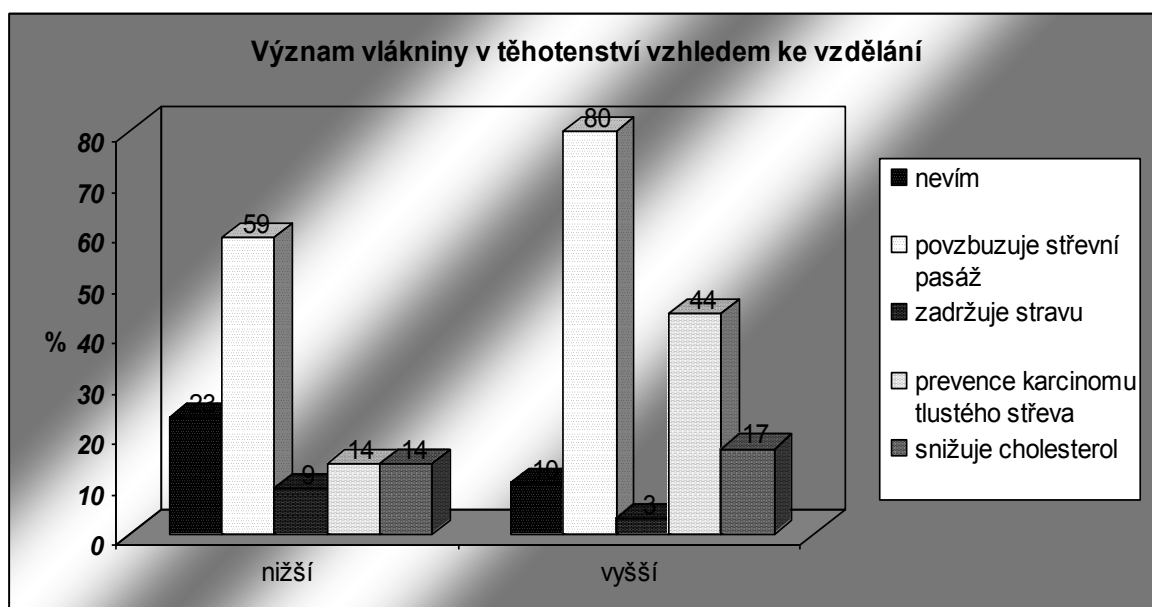
Z 22 žen s nižším ukončeným vzděláním nevedla žádná (0 %) žena všechny tři správné odpovědi (povzbuzuje střevní pasáž, prevence karcinomu tlustého střeva, snižuje hladinu cholesterolu). Odpověď “povzbuzuje střevní pasáž” uvedlo 13 (59 %) žen, pět (23 %) těhotných uvedlo “nevím”, tři (14 %) těhotné respondentky uvedly “snižuje hladinu cholesterolu”, tři (14 %) ženy uvedly “prevenci karcinomu tlustého střeva”, dvě (9 %) těhotné ženy uvedly “zadržuje stravu v trávicím systému”.

Z 88 žen s vyšším ukončeným vzděláním uvedlo sedm (8 %) žen všechny tři správné odpovědi (povzbuzuje střevní pasáž, prevence karcinomu tlustého střeva, snižuje hladinu cholesterolu) na zadanou otázku. Odpověď “povzbuzuje střevní pasáž” uvedlo 70 (80 %) těhotných žen, 39 (44 %) žen uvedlo “prevenci karcinomu tlustého střeva”, 15 (17 %) žen uvedlo “snižuje hladinu cholesterolu”, devět (10 %) těhotných respondentek uvedlo “nevím” a tři (3 %) ženy uvedly “zadržuje stravu v trávicím systému” (Tabulka 32, Graf 27).

Tabulka 32. Význam vlákniny v těhotenství vzhledem ke vzdělání

Vzdělání		nevím		povzbuzuje stř.pasáž		zadržuje stravu		prevence karcinomu tlust.střeva		snižuje cholesterol	
		n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
nižší	22	5	23	13	59	2	9	3	14	3	14
vyšší	88	9	10	70	80	3	3	39	44	15	17

Graf 27. Význam vlákniny v těhotenství vzhledem ke vzdělání



Položka 15. Dieta v těhotenství

a) ne, nedržela

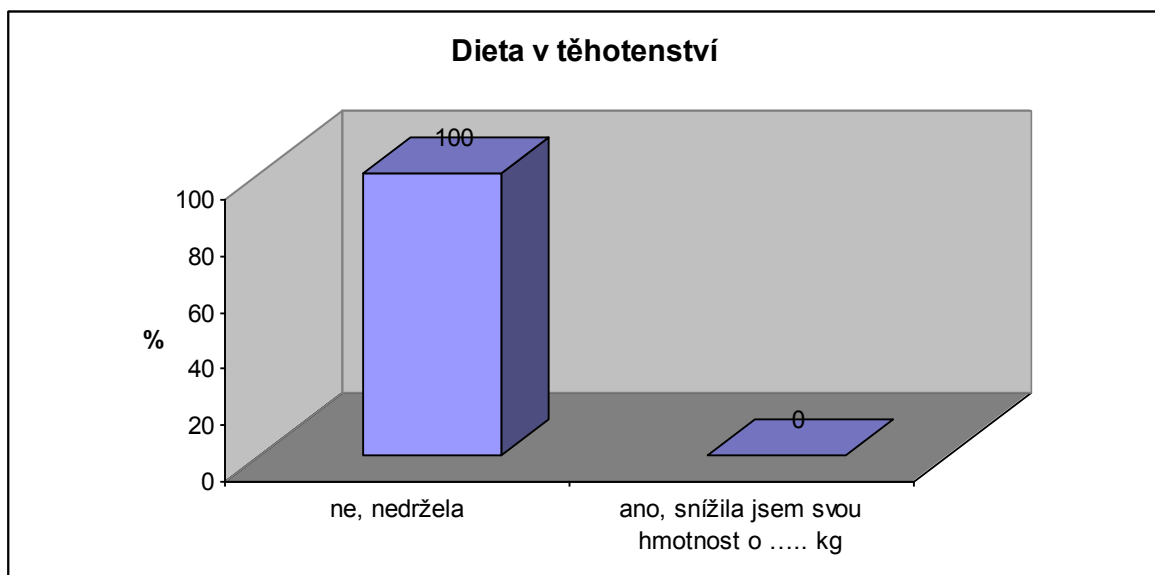
b) ano, snížila jsem svou hmotnost o kg

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. V těhotenství dietu nedrželo všech 110 (100 %) žen (Tabulka 33, Graf 28).

Tabulka 33. Dieta v těhotenství

Dieta v těhotenství	n_i	f_i (%)
ne, nedržela	110	100
ano, snížila jsem svou hmotnost o kg	0	0
Celkem	110	100

Graf 28. Dieta v těhotenství



Položka 16. Vitamíny a minerální látky v těhotenství

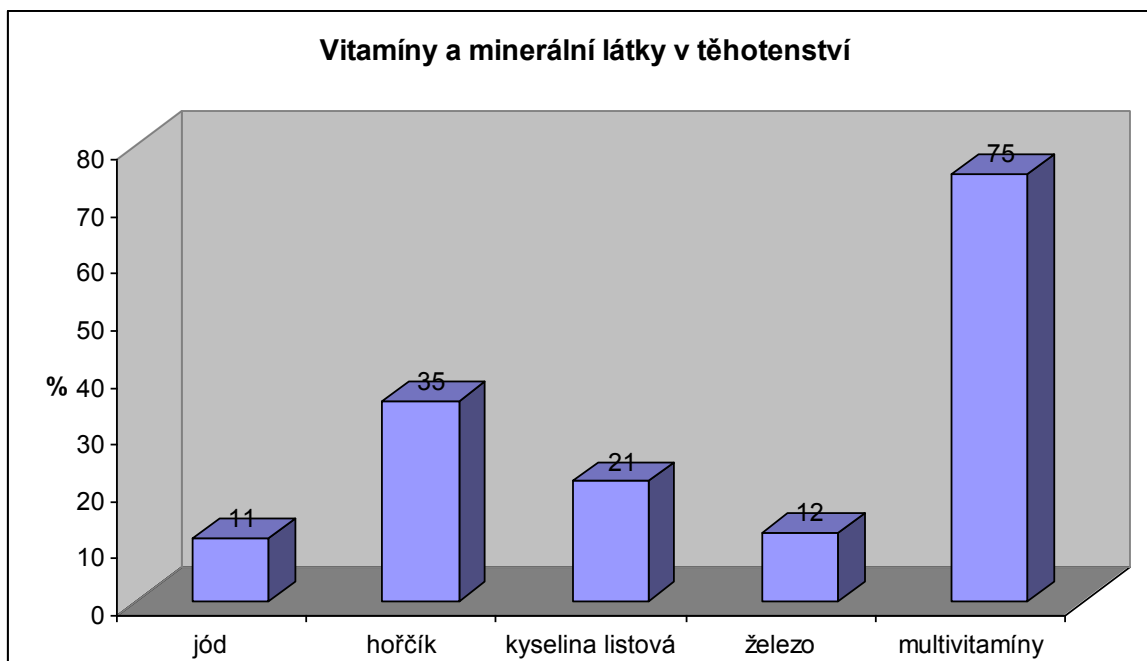
Těhotné ženy měly možnost vypsát více preparátů.

Ze 110 dotazovaných žen jich 82 (75 %) užívá multivitaminové doplňky stravy. Hořčík užívá v těhotenství 38 (35 %) žen, kyselinu listovou 23 (21 %) žen, železo užívá 14 (12 %) těhotných, jód užívá 12 (11 %) respondentek (Tabulka 34, Graf 29).

Tabulka 34. Vitamíny a minerální látky v těhotenství

Vitamíny a minerální látky	n_i	f_i (%)
jód	12	11
hořčík	38	35
kyselina listová	23	21
železo	14	12
multivitaminové doplňky stravy	82	75

Graf 29. Vitamíny a minerální látky v těhotenství



Hodnocení položky 16 vzhledem k věku těhotných žen

Těhotné respondentky měly možnost vypsát více preparátů. Respondentky byly rozděleny do dvou kategorií – mladší (do 30 let včetně) a starší (nad 30 let).

Z 60 respondentek ve věku do 30 let jich 21 (35 %) užívá hořčík, 16 (27 %) užívá kyselinu listovou, sedm (12 %) žen užívá jód a pět (8 %) železo.

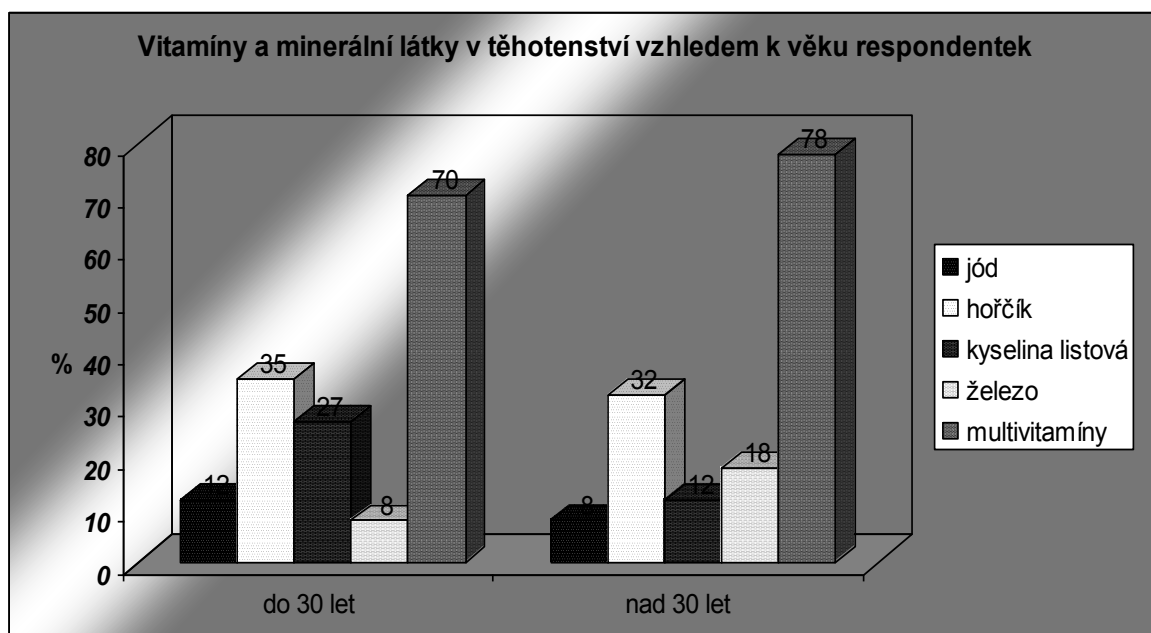
Z 50 žen ve věku nad 30 let jich 16 (32 %) užívá hořčík, devět (18 %) těhotných železo, kyselinu listovou užívá šest (12 %) žen a čtyři (8 %) ženy užívají jód.

Multivitamíny užívá 42 (70 %) těhotných žen v nižším věku (do 30 let) a 39 (78 %) žen ve vyšším věku (nad 30 let) (Tabulka 35, Graf 30).

Tabulka 35. Vitamíny a minerální látky v těhotenství vzhledem k věku respondentek

Věk		jód		hořčík		kyselina listová		železo		multivitamíny	
		nj	fj	nj	fj	nj	fj	nj	fj	nj	fj
do 30 let	60	7	12	21	35	16	27	5	8	42	70
nad 30 let	50	4	8	16	32	6	12	9	18	39	78

Graf 30. Vitamíny a minerální látky v těhotenství vzhledem k věku respondentek



Položka 17. Léky v těhotenství

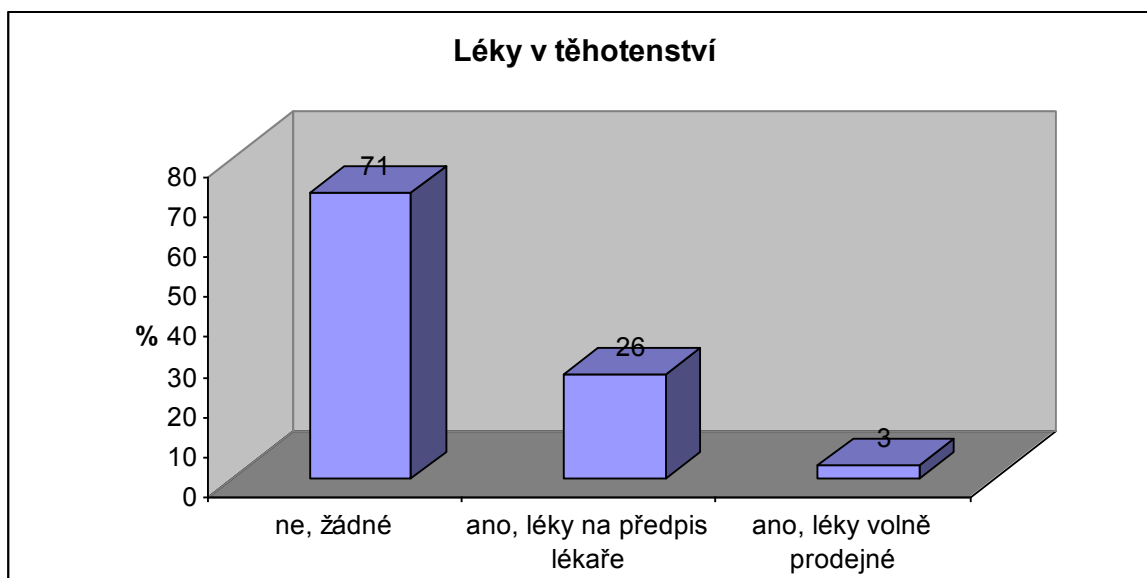
- a) ne, žádné
- b) ano, léky na předpis lékaře – jaké?
- c) ano, léky volně prodejné – jaké?

Ze 110 respondentek jich 78 (71 %) neužívá léky v těhotenství, 29 (26 %) žen užívá léky na předpis lékaře, tři (3 %) ženy léky volně prodejné. Mezi nejčastěji užívané léky uvádějí těhotné Letrox, antibiotika a Paralen (Tabulka 36, Graf 31).

Tabulka 36. Léky v těhotenství

Léky	n_i	f_i (%)
ne, žádné	78	71
ano, léky na předpis lékaře	29	26
ano, léky volně prodejné	3	3
Celkem	110	100

Graf 31. Léky v těhotenství



Položka 18. Pasivní kouření

a) ano

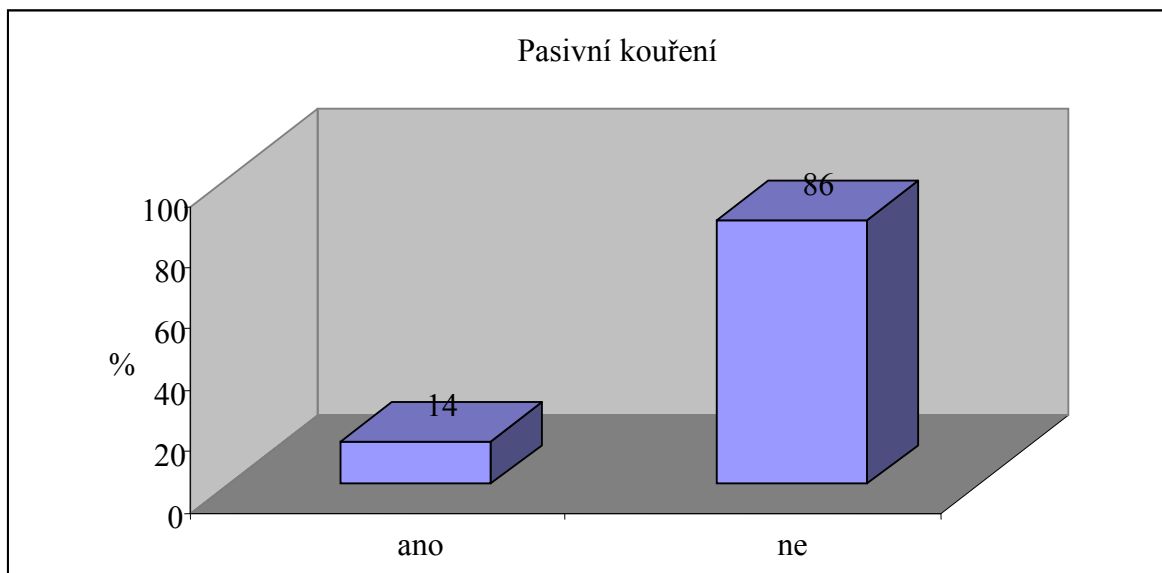
b) ne

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Ze 110 dotazovaných žen je 16 (14 %) pasivních kuřáků (Tabulka 37, Graf 32).

Tabulka 37. Pasivní kouření

Pasivní kouření	n_i	f_i (%)
ano	16	14
ne	94	86
Celkem	110	100

Graf 32. Pasivní kouření



Položka 19. Kouření před těhotenstvím

a) ne

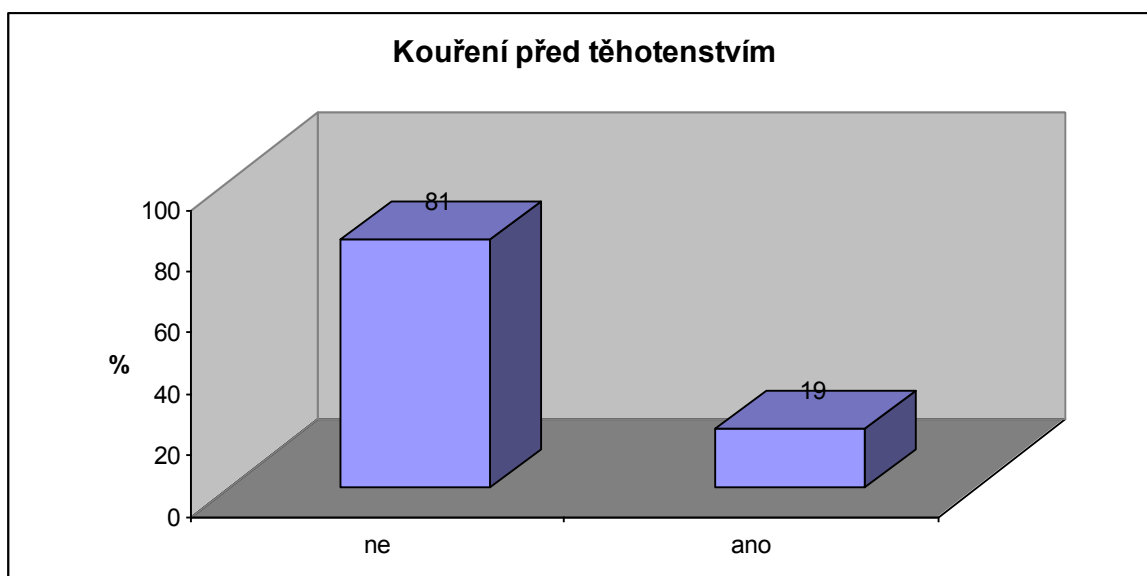
b) ano – cigaret za den

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Ze 110 dotazovaných žen jich před těhotenstvím kouřilo 21 (19 %), nejčastěji uvádí pět až deset cigaret průměrně za den. 89 (81 %) žen nekouřilo před těhotenstvím vůbec (Tabulka 38, Graf 33).

Tabulka 38. Kouření před těhotenstvím

Kouření před těhotenstvím	n_i	f_i (%)
ne	89	81
ano	21	19
Celkem	110	100

Graf 33. Kouření před těhotenstvím



Položka 20. Kouření v těhotenství

a) ne, vůbec

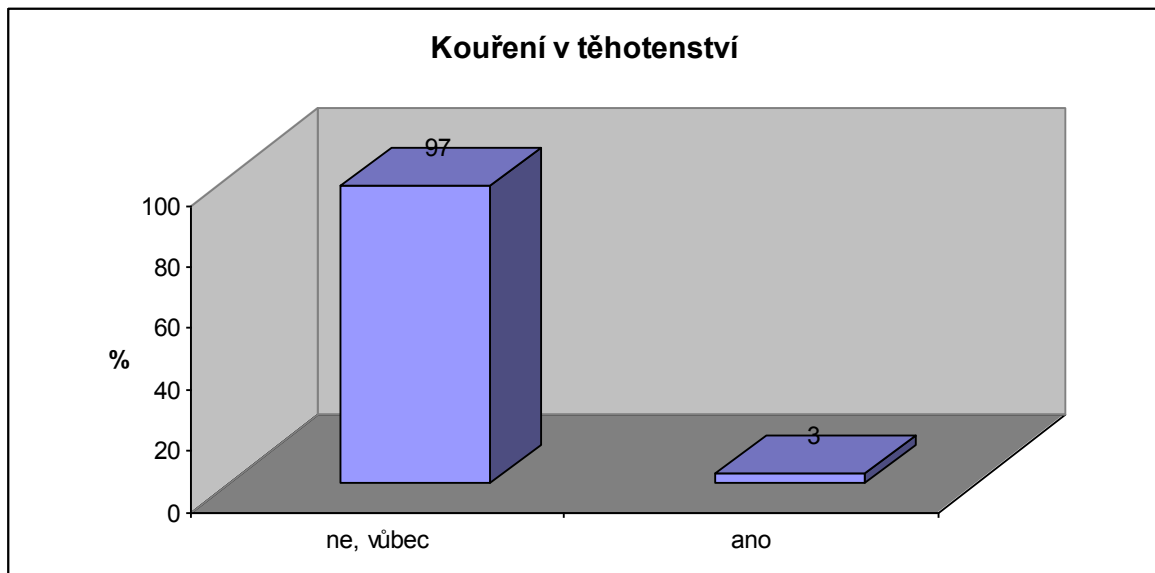
b) ano – cigaret za den

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Ze 110 respondentek tři (3 %) kouří i v těhotenství, zbylých 107 (97 %) v těhotenství nekouří (Tabulka 39, Graf 34).

Tabulka 39. Kouření v těhotenství

Kouření v těhotenství	n_i	f_i (%)
ne, vůbec	107	97
ano	3	3
Celkem	110	100

Graf 34. Kouření v těhotenství



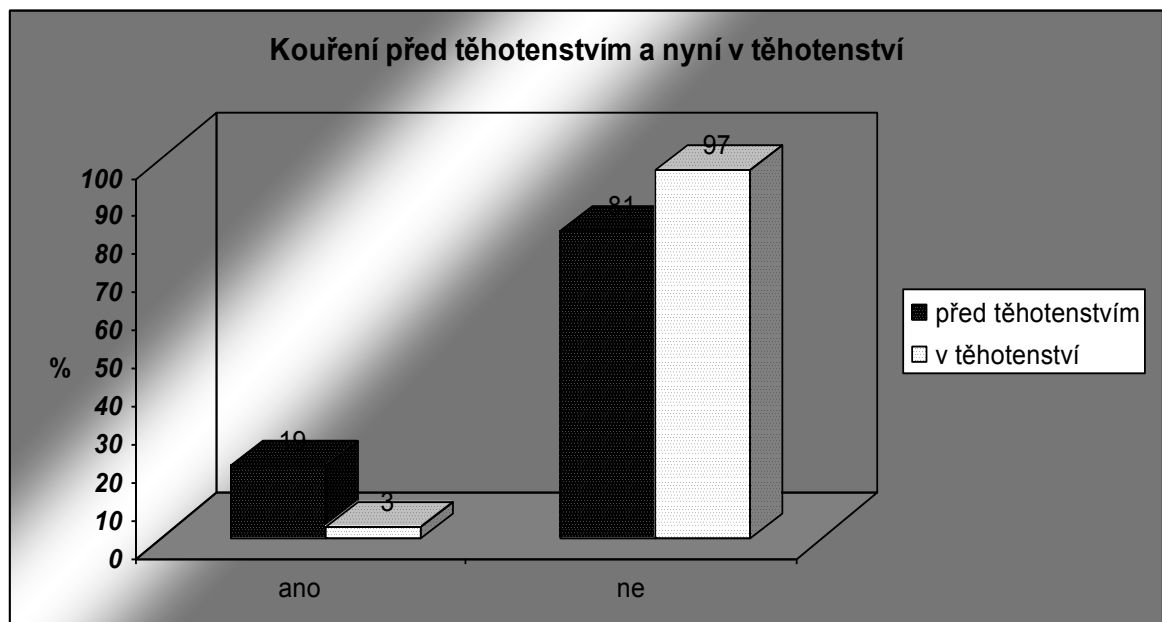
Hodnocení položky 19 a 20 - srovnání kouření před těhotenstvím a nyní v těhotenství

Před těhotenstvím kouřilo 21 (19 %) žen a nyní v těhotenství kouří “pouze” tři (3 %) (Tabulka 40, Graf 35).

Tabulka 40. Kouření před těhotenstvím a nyní v těhotenství

Kouření	ano		ne	
	n_j	f_j (%)	n_j	f_j (%)
před těhotenstvím	21	19	89	81
v těhotenství	3	3	107	97

Graf 35. Kouření před těhotenstvím a nyní v těhotenství



Položka 21. Alkohol v těhotenství

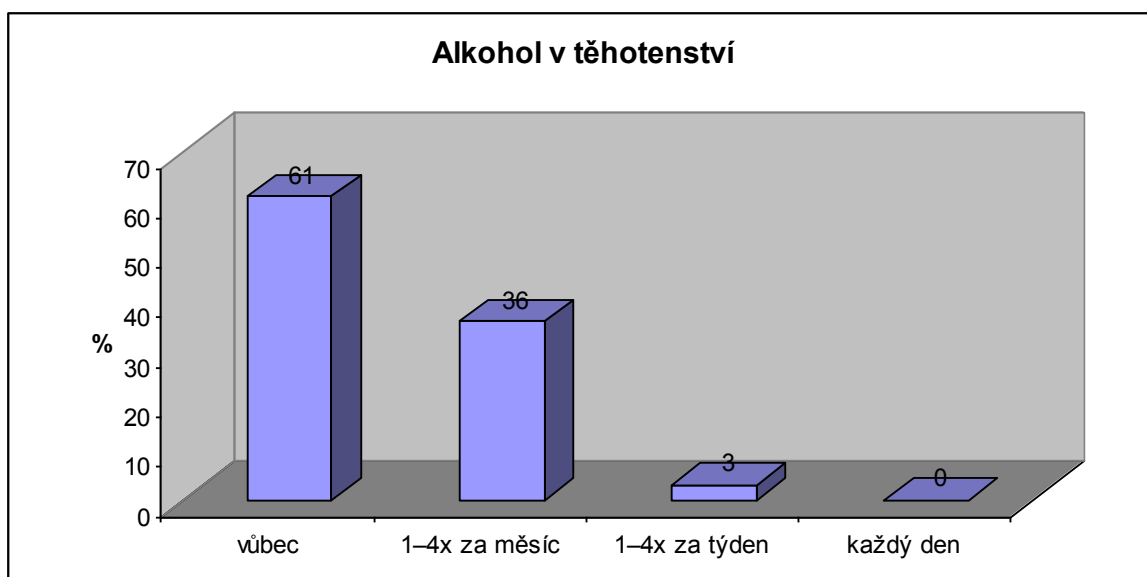
- a) vůbec
- b) 1–4x za měsíc
- c) 1–4x za týden
- d) každý den

Těhotné respondentky měly možnost výběru pouze jedné odpovědi z nabízené škály. Ze 110 dotazovaných těhotných jich 67 (61 %) nepije alkohol vůbec, 40 (36 %) pije alkohol jedenkrát až čtyřikrát za měsíc a tři (3 %) ženy pijí alkohol jedenkrát až čtyřikrát za týden (Tabulka 41, Graf 36).

Tabulka 41. Alkohol v těhotenství

Alkohol	n_i	f_i (%)
vůbec	67	61
1–4x za měsíc	40	36
1–4x za týden	3	3
každý den	0	0
Celkem	110	100

Graf 36. Alkohol v těhotenství



Hodnocení položky 20 a 21 – srovnání konzumace alkoholu v těhotenství u kuřáček a nekuřáček

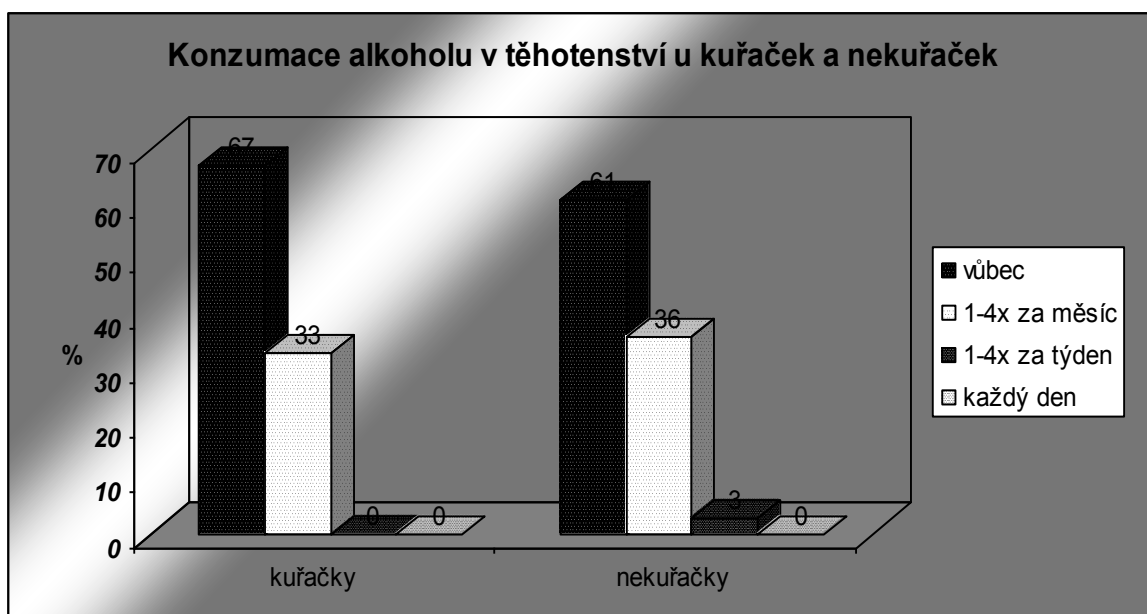
Ze tří těhotných kuřáček dvě (67 %) nepijí alkohol v těhotenství vůbec, jedna (33 %) těhotná žena pije alkohol jedenkrát až čtyřikrát za měsíc (uvedla pivo).

Za 107 nekuřáček jich 65 (61 %) nepije alkohol v těhotenství vůbec, 39 (36 %) těhotných žen jedenkrát až čtyřikrát za měsíc a tři (3 %) těhotné jedenkrát až čtyřikrát za týden (Tabulka 42, Graf 37).

Tabulka 42. Konzumace alkoholu v těhotenství u kuřáček a nekuřáček

Alkohol		vůbec		1-4x za měsíc		1-4x za týden		každý den	
		n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
kuřáčky	3	2	67	1	33	0	0	0	0
nekuřáčky	107	65	61	39	36	3	3	0	0
Celkem	110	67	61	40	36	3	3	0	0

Graf 37. Konzumace alkoholu v těhotenství u kuřáček a nekuřáček



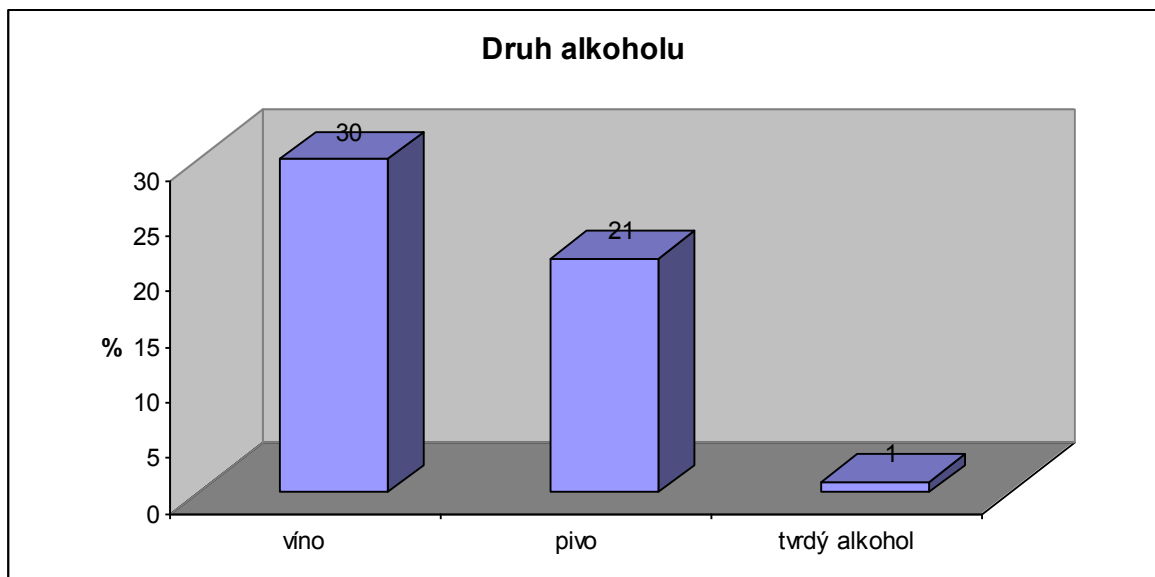
Položka 22. Druh alkoholu

Ze skupiny těhotných pijících alkohol jich 33 (30 %) pije víno, 23 (21 %) pivo a jedna (1 %) žena dokonce i tvrdý alkohol (uvedla vodku) (Tabulka 43, Graf 38).

Tabulka 43. Druh alkoholu

Druh alkoholu	n_i	f_i (%)
víno	33	30
pivo	23	21
tvrdý alkohol	1	1

Graf 38. Druh alkoholu



4 VÝSLEDKY A DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit míru dodržování zásad zdravého životního stylu těhotnými ženami s akcentem na oblast výživy.

Data zjištěná zpracováním dotazníků byly porovnány s definovanými předpoklady. Předpokladem bylo, že těhotné ženy jsou dostatečně informovány. Dalším předpokladem bylo, že ženy vícekrát těhotné dbají zásad zdravé výživy méně než ženy, které jsou těhotné poprvé (z důvodu méně času sama na sebe – péče o děti a domácnost). Dalším předpokladem bylo, že těhotné ve vyšším věku více užívají multivitaminové preparáty, než ženy ve věku nižším (z důvodu obav z nedostatku vitaminů a obav z horších výživových zvyklostí). Posledním předpokladem bylo, že těhotné kuřačky více konzumují alkohol oproti nekuřačkám.

V diplomové práci bylo zpracováno 110 (100 %) dotazníků. V následujících řádcích jsou uvedeny nejzajímavější výsledky, které jsou diskutovány s jednotlivými dílčími úkoly práce.

Informace o zásadách zdravé výživy v těhotenství zjistily respondentky především z literatury – 67 (61 %) a z internetu – 53 (48 %). Informace z internetu však mohou být nepřesné, někdy i nepravdivé, záleží na kvalitě vyhledaného materiálu. Informace o zásadách zdravé výživy poskytované gynekologem získalo pouze 27 (24 %) těhotných. Cílem každého gynekologa by mělo být podrobně informovat každou těhotnou o zásadách správné životosprávy včetně zdravé výživy. Zajímavé je zjištění, že pouze dvě (2 %) těhotné respondentky byly o zásadách zdravé výživy informovány porodní asistentkou. Porodní asistentka by měla trávit s těhotnými v gynekologických ambulancích nejvíce času a tudíž mít nejvíce příležitostí předat informace týkající se správné životosprávy. Bohužel tomu tak ale v dnešní době není. Porodní asistentka při prenatalní prohlídce těhotných žen pracuje nejvíce času v kartotéce, měří ženám krevní tlak, monitoruje CTG⁷ (kardiotokograf) apod. a na bližší komunikaci jí nezbyvá mnoho času. (Položka 4).

V současné době není k dispozici těhotným ženám v gynekologických ambulancích stručný a ucelený materiál, který by poskytoval jasné informace týkající se výživy. Motivačním činitelem je sestavit takový materiál.

⁷ přístroj, který zaznamenává srdeční akci plodu a reaktivitu dělohy těhotné ženy

Velmi překvapující zjištění je u položky 10. Těhotné ženy měly uvést pravidelnost konzumace masa a ryb. Ryby vůbec nekonzumuje sedm (6 %) těhotných i přes známý nedostatek jódu v této cílové skupině. Může to být způsobeno nedostatečnou osvětou těhotných žen, výraznějším finančním zatížením oproti cenám např. drůbežního masa nebo neoblíbeností této stravy (Položka 10).

Naopak uzeniny konzumuje 21 (19 %) těhotných třikrát až pětkrát týdně, pět (4 %) každý den a 70 (64 %) jedenkrát až dvakrát týdně. Potěší sice naše chuťové buňky a zrak, ale příliš zdravého v nich nenajdeme. Uzeniny obsahují hodně tuku, soli a dalších přísad nevhodných nejenom pro těhotnou ženu. Na druhou stranu ale 14 (13 %) těhotných nekonzumuje uzeniny vůbec (Položka 11).

Zajímavé bylo zjištění týkající se vlákniny. Vlákninu zařazují do jídelníčku všechny těhotné. Ne všechny těhotné ale znají význam vlákniny pro organismus. V položce zaměřené na znalost významu vlákniny v těhotenství 14 (13 %) respondentek uvedlo odpověď “nevím”. Tyto těhotné ženy nejspíš předpokládají dobrý vliv vlákniny pro organismus, ale přesným významem vlákniny se nezabývaly (Položka 12 a 14).

Těhotné s vyšším ukončeným vzděláním mají větší přehled o významu vlákniny pro organismus (Položka 14).

Při srovnání vlivu vzdělání na dodržování zásad zdravé výživy nebyly zjištěny výraznější rozdíly. Těhotné respondentky byly rozděleny na skupinu 22 žen s nižším ukončeným vzděláním (základní, středoškolské bez maturity) a 88 žen s vyšším ukončeným vzděláním (středoškolské s maturitou, vyšší odborné a vysokoškolské). Vzhledem k tomu, že 55 (50 %) respondentek uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou, tak nebylo možné lépe rozdělit tyto dvě úrovně a výsledky jsou tímto zkreslené. Proto je uvedena jen část zajímavých výsledků, které jsou pouze orientační.

Respondentky s vyšším ukončeným vzděláním konzumují častěji potraviny obsahující vlákninu (26 (30 %) žen třikrát až pětkrát týdně, 55 (62 %) těhotných každý den) než ženy s nižším ukončeným vzděláním (sedm (32 %) žen třikrát až pětkrát týdně, devět (41 %) těhotných každý den). Uzeniny vůbec nekonzumuje 13 (14 %) respondentek s vyšším ukončeným vzděláním oproti jedné (4 %) ženě s nižším ukončeným vzděláním. 14 (16 %) těhotných s vyšším ukončeným vzděláním konzumuje uzeniny třikrát až pětkrát týdně narozdíl od sedmi (32 %) těhotných s nižším ukončeným vzděláním. K jednotlivým výsledkům se nevyjadřuji z důvodu nerealizovatelného rozdělení těhotných respondentek na dvě stejně velké skupiny podle vzdělání (Položky 5, 6, 8–12, 15).

Při srovnání vlivu počtu gravidit (počtu těhotenství) na dodržování zásad zdravé výživy nebyly taktéž zjištěny významnější rozdíly. Těhotné respondentky byly rozděleny na skupinu 59 primigravid (poprvé těhotných) a 51 multigravid (vícekrát těhotných) (Položky 5, 6, 8–12, 15).

Při srovnání vlivu věku těhotných respondentek na užívání multivitaminových preparátů byly zjištěny srovnatelné výsledky. Multivitamíny užívá 42 (70 %) těhotných v nižším věku (do 30 let včetně) a 39 (78 %) ve věku vyšším (nad 30 let). U obou skupin většina užívá multivitaminové preparáty. Někteří gynekologové mají k užívání multivitaminových přípravků ambivalentní (rozdílný) postoj. Vyjadřují obavu vlivu zvýšeného užívání multivitaminových doplňků stravy na vyšší porodní hmotnost novorozenců. Tato obava ale zatím nebyla potvrzena. Vliv na vyšší porodní hmotnost novorozenců má nejspíš změna stravovacích a pohybových návyků těhotných žen. Těhotné se často přejídají v domnění, že “jedí za dva”, nechtějí cvičit nebo nemohou pro tzv. rizikové těhotenství, které je dnes velmi častou diagnózou. Těhotné jsou pak obézní a jejich plody mohou také tímto způsobem přibývat na váze (Položka 16).

Za zmínku stojí také zjištění, že 16 (14 %) těhotných respondentek je vystaveno tzv. pasivnímu kouření. Svědčí to nejspíš o nedostatečné osvětě kuřáků i těhotných, o nedostatku veřejných míst se zákazem kouření, ale i o netoleranci kuřáků v rodině těhotné ženy (Položka 18).

Zajímavé bylo zjištění výskytu kouření u respondentek před těhotenstvím a v těhotenství. 21 (19 %) respondentek kouřilo před těhotenstvím, nyní v těhotenství kouří tři (3 %) ženy. Většina žen je si vědoma škodlivého účinku kouření v těhotenství. Podle dostupných informací (viz. Teoretická část) by ale žena plánující těhotenství měla přestat kouřit nejméně půl roku před otěhotněním, aby se stihl organismus zbavit škodlivin způsobených kouřením (Položka 19 a 20).

Při vyhodnocení vztahu těhotných kuřaček ke konzumaci alkoholu 2 (67 %) respondentky nepijí alkohol vůbec a jedna (33 %) žena jedenkrát až čtyřikrát za měsíc (Položka 21).

5 ZÁVĚR

Životospráva je souhrn různých oblastí, které se navzájem doplňují a prolínají. Správná životospráva podporuje fyziologický průběh těhotenství a snadnější porod. Zdravá výživa a přiměřená pohybová aktivita snižuje riziko obezity v těhotenství.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda těhotné ženy mají povědomí o zdravém životním stylu, a zda se těmito zásadami také řídí.

Pro tento účel byl vytvořen dotazník zaměřený zejména na skupinu těhotných žen ve III. trimestru těhotenství. Dotazník měl celkem 22 otázek. Dotazníky byly rozdány organizátorem výzkumu, případně porodními asistentkami, v sedmi privátních gynekologických ambulancích v Pardubicích v období duben – květen 2009. Návratnost byla 100 % (110 dotazníků). Data byla zpracována v počítačovém programu Microsoft Excel.

Všeobecná data (věk, vzdělání, počet těhotenství) jsou znázorněna v tabulce a výšečovém grafu, konkrétní otázky jsou znázorněny v tabulce a grafu sloupcovém.

Cíl práce a dílčí úkoly práce byly splněny.

O zásadách zdravé výživy je 67 (61 %) těhotných žen informováno z literatury, 53 (48 %) žen z internetu. Naopak od gynekologa získalo informace velmi malé procento žen - 27 (24 %). Informace o zásadách správné životosprávy včetně zdravé výživy poskytla porodní asistentka pouze ve dvou (2 %) případech.

Sedm (6 %) těhotných nekonzumuje ryby vůbec. Naopak uzeniny konzumuje třetina těhotných několikrát týdně.

Těhotné s vyšším ukončeným vzděláním mají větší povědomí o významu vlákniny pro organismus.

Při srovnání vlivu věku těhotných respondentek na užívání multivitaminových preparátů byly zjištěny srovnatelné výsledky. Většina respondentek užívá multivitaminové preparáty v těhotenství bez ohledu na věk. Ve studii Kukly L. a kol. z roku 1999 užívalo multivitaminové preparáty na začátku těhotenství 41–45 % žen, v pokročilejším stadiu těhotenství 52–56 % žen (Hronek, 2004).

16 (14 %) těhotných žen je vystaveno tzv. pasivnímu kouření.

Většina respondentek zanechala kouření po otěhotnění. Tři (3 %) ženy kouří i v těhotenství. Vzájemná spojitost kuřáček a konzumace alkoholu nebyla prokázána vzhledem k malému vzorku těhotných žen kouřících v těhotenství.

5.1 Přínos výsledků do praxe

Ráda bych využila nově nabyté poznatky z diplomové práce k vytvoření přehledné "Brožury pro těhotné", která bude zaměřená především na zdravou výživu těhotných žen ve III. trimestru těhotenství. Součástí této brožury bude ukázka vhodného jídelníčku. Tuto brožuru bych ráda po obhájení diplomové práce rozdala do čekáren gynekologických ambulancí v Pardubicích, kde by měla sloužit těhotným ženám jako přehledný zdroj informací o správném stravování.

SOUHRN

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda těhotné ženy ve III. trimestru těhotenství (od 28. týdne do porodu) dodržují zásady zdravé výživy a vyvarují se užívání návykových látek. Navázala jsem na svou bakalářskou práci, která byla zaměřena na zjištění informovanosti těhotných žen o zdravé výživě a pohybové aktivitě v Pardubicích bez ohledu na délku těhotenství.

Pro získání dat byl vytvořen dotazník obsahující 22 otázek, který byl rozdán v sedmi gynekologických ambulancích v Pardubicích.

Většina těhotných žen dodržuje zásady správného stravování. Přesto těhotné některé zásady zdravé výživy buď neznají nebo je jen nechtějí dodržovat. A právě pro tyto ženy byla vytvořena "Brožura pro těhotné". Brožura je zaměřená na zásady zdravé výživy žen ve III. trimestru těhotenství. Součástí této brožury je i ukázka jídelníčku.

SUMMARY

The primary objective of this thesis was to find out whether pregnant women in the 3rd trimester of their pregnancy (beginning in the 28th week before delivery) observe the principles of healthy diet and resist becoming addicted to certain medication or drugs.

The thesis is partly based and follows the author's Bachelor paper focused on finding out whether and how well pregnant women, regardless of the length of their pregnancy, are informed and aware of the importance of healthy diet and physical activity.

To get the data needed, a questionnaire with 22 questions was distributed among pregnant women in 7 gynecological surgeries in Pardubice.

As the survey has shown, the most of the women observe the principles of healthy diet, however, some of them either are not aware of these principles or are only not willing to keep them. Particularly for this group of pregnant women a special brochure presenting the principles of healthy diet in the 3rd trimester of pregnancy has been written. The brochure also includes a sample menu.

LITERATURA

1. CALDA, P. *Perikoncepční péče – nejen nový termín, ale i nová kvalita*. Moderní gynekologie a porodnictví, září 2003, č. 2, s. 595–607. ISSN 1211-1058.
2. CAPLOVÁ, M. *Význam plavání a cvičení ve vodě pro těhotné ženy*. Sestra, 2007, ročník XVII, č. 3. ISSN 1210-0404.
3. CAPOUŠKOVÁ, P. *Výživa a cvičení těhotných*. Sestra, 2004, ročník XIV, č. 11, s. 66. ISSN 1210-0404.
4. CAPOUŠKOVÁ, P. *Výživa těhotných*. Sestra, 2005, č. 7–8, s. 46. ISSN 1210-0404.
5. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
6. DUMOULIN, Ch. *Cvičíme v těhotenství*. Přel. K. Bodnárová, 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 104 s. ISBN 80-7367-078-X.
7. FORSSTROMOVÁ, B.; HAMPSONOVÁ, M. *Alexandrova technika v těhotenství a při porodu*. Brno: Barrister@Principál, 1996. ISBN 80-85947-11-0.
8. HÁLOVÁ, K. *Trans nenasycené mastné kyseliny ve výživě člověka*. Sestra, 2009, ročník XIX, č. 6, s. 46–47. ISSN 1210-0404.
9. HRONEK, M.; URBANOVÁ, Š. *Kouření v těhotenství*. Gynekolog, 2005, ročník 14, č. 2, s. 75–78. ISSN 1210-1133.
10. HRONEK, M. *Výživa ženy v období těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. 310 s. ISBN 80-7345-013-5.
11. HRONEK, M. a kol. *Význam příjmu jódu v období těhotenství– suplementace jodem a její možná rizika*. Česká gynekologie, 2001, ročník 66, č. 3, s. 199–202. ISSN 1210-7832.
12. HRONEK, M. a kol. *Výživa v těhotenství: Hodnocení nutričního energetického příjmu vzhledem k BMI u gravidních žen*. Gynekolog, 1999, ročník 8, č. 5, s. 206–209. ISSN 1210-1133.
13. HUCH, R. *Šťastné těhotenství od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1717-3.
14. CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-7076-798-9.
15. JANKŮ, P. *„Preventivní farmakoterapie“ a výživa v těhotenství*. Moderní gynekologie a porodnictví, 12/2003, č. 2, s. 290–297. ISSN 1211-1058.

16. JELÍNKOVÁ, V. *Zdravý životní styl těhotné ženy se zaměřením na výživu a pohybovou aktivitu*. Bakalářská práce, 2002, Univerzita Pardubice.
17. JIRSOVÁ, E. Jak posuzovat riziko farmakoterapie v těhotenství. *Lékařské listy*, prosinec 2007, č. 21, s. 5–6. ISSN 0044-1996.
18. KOUCKÝ, M; ČEPICKÝ, P. *Farmakoterapie v těhotenství*. Moderní gynekologie a porodnictví, 12/2003, č. 2, s. 278–284. ISSN 1211-1058.
19. KRÁLÍKOVÁ, E.; HIMMEROVÁ, V. *Kouření a reprodukce*. Časopis lékařů českých, 2004, ročník 143, č. 4, s. 270–273. ISSN 0008-7335.
20. KUKLA, L. a kol. *Výživa těhotných: rozdíl mezi ženami, které kouřily a nekouřily v průběhu těhotenství*. *Gynekolog*, 1999, ročník 8, č. 3, s. 112 – 118. ISSN 1210-1133.
21. MAJDYŠOVÁ, V. *Bylinky a oleje v porodnictví*. *Sestra*, 2004, ročník XIV, č. 1, s. 23. ISSN 1210-0404.
22. MAKEDONOVÁ, N. *Gravidjoga*. Bratislava: Natajoga, 1991, 118 s. ISBN 80-900557-3-7.
23. MAREŠOVÁ, V.; VANIŠTA, J. *Očkování v těhotenství*. Moderní gynekologie a porodnictví, 12/2003, č. 2, s. 285–288. ISSN 1211-1058.
24. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007, 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4.
25. MÜLLEROVÁ, D. *Výživa těhotných a kojících žen*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. 119 s. ISBN 80-204-1023-6.
26. ONDRUŠOVÁ, K. *Nutriční anemie v těhotenství*. *Sestra*, 2006, ročník 16, č. 1, s. 37–38. ISSN 1210-0404.
27. ONDRUŠOVÁ, K. *Výživová intervence u těhotných v gynekologické ambulanci*. *Sestra*, 2004, ročník XIV, č. 2, s. 24–26. ISSN 1211-1058.
28. PAŘÍZEK, A. a kol. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2005. 425 s. ISBN 80-7262-321-4.
29. PAVLÍČKOVÁ, J. *Těhotenství, laktace a výživa*. *Sestra*, 2003, ročník XIII, č. 10, s. 44. ISSN 1210-0404.
30. POKORNÁ, J. a kol. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. 1. vyd. Brno: ERA, 2008, 132 s. ISBN 978-80-7366-136-6.
31. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 331 s. ISBN 80-7013-339-2.

32. ROZTOČILOVÁ, S. *Těhotenské cvičení*. Moderní gynekologie a porodnictví, prosinec 2003, č. 2, s. 301–309. ISSN 1211-1058.
33. STRUSKOVÁ, O.; NOVOTNÁ, J. *Metoda Ludmily Mojžíšové*. 1. vyd. Praha, 2003. 163 s. ISBN 80-237-3771-6.
34. TRČA, S. *Budeme mít děťátko*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 156 s. ISBN 80-7169-646-3.
35. VAŠUT, K. *Léčiva v těhotenství*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007, 112 s. ISBN 978-80-251-1452-0.
36. VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 51 s. ISBN 80-7013-351-1.
37. VAVŘINKOVÁ, B.; BINDER, T. *Socioekonomická data, průběh těhotenství a porodu u žen závislých na opioidech a na substituční terapii*. Česká gynekologie, 2007, ročník 72, č. 10, s. 330–335. ISSN 1210-7832.
38. WESSELS, M. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. Přel. S. Hoskovcová, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 128 s. ISBN 80-247-1427-2.
39. WIDDOWSON, R. *Jóga - cvičení pro těhotné*. 1. vyd. Praha: Svojtka&Co., 2004, 127 s. ISBN 80-7352-101-6.
40. ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

Internetové zdroje:

<http://www.gyne.cz/clanky/2001/601cl2.htm>

<http://www.sukl.cz>

http://cs.wikipedia.org/wiki/Mastn%C3%A9_kyseliny

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Doporučený hmotnostní přírůstek těhotných žen ve vztahu ke konstituci před těhotenstvím.....	9
Tabulka 2. Průměrný přírůstek hmotnosti.....	9
Tabulka 3. Obsah bílkovin v jednotlivých potravinách	15
Tabulka 5: Klasifikace rizika teratogenity léků	44
Tabulka 6. Věkové rozložení těhotných žen	56
Tabulka 7. Rozdělení respondentek dle nejvyššího ukončeného vzdělání	57
Tabulka 8. Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství.....	58
Tabulka 9. Zdroj informací o výživě v těhotenství	59
Tabulka 10. Počet dávek jídla za den.....	60
Tabulka 11. Počet dávek jídla za den vzhledem ke vzdělání	61
Tabulka 12. Počet dávek jídla za den vzhledem k počtu těhotenství.....	62
Tabulka 13. Denní příjem tekutin	63
Tabulka 14. Denní příjem tekutin vzhledem ke vzdělání	64
Tabulka 15. Denní příjem tekutin vzhledem k počtu těhotenství	65
Tabulka 16. Druhy tekutin	66
Tabulka 17. Pravidelnost příjmu ovoce a zeleniny	67
Tabulka 18. Příjem ovoce a zeleniny vzhledem ke vzdělání	68
Tabulka 19. Příjem ovoce a zeleniny vzhledem k počtu těhotenství	69
Tabulka 20. Konzumace mléka a mléčných výrobků	70
Tabulka 21. Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem ke vzdělání	71
Tabulka 22. Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem k počtu těhotenství	72
Tabulka 23. Konzumace podle druhu masa	73
Tabulka 24. Konzumace uzenin.....	74
Tabulka 25. Konzumace uzenin vzhledem ke vzdělání	75
Tabulka 26. Konzumace uzenin vzhledem k počtu těhotenství.....	76
Tabulka 27. Konzumace potravin obsahujících vlákninu	77
Tabulka 28. Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem ke vzdělání	78
Tabulka 29. Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem k počtu těhotenství...	79
Tabulka 30. Druhy potravin obsahujících vlákninu.....	80
Tabulka 31. Význam vlákniny v těhotenství	81

Tabulka 32. Význam vlákniny v těhotenství vzhledem ke vzdělání.....	82
Tabulka 33. Dieta v těhotenství	83
Tabulka 34. Vitamíny a minerální látky v těhotenství.....	84
Tabulka 35. Vitamíny a minerální látky v těhotenství vzhledem k věku respondentek .	85
Tabulka 36. Léky v těhotenství.....	86
Tabulka 37. Pasivní kouření.....	87
Tabulka 38. Kouření před těhotenstvím.....	88
Tabulka 39. Kouření v těhotenství.....	89
Tabulka 40. Kouření před těhotenstvím a nyní v těhotenství	90
Tabulka 41. Alkohol v těhotenství.....	91
Tabulka 42. Konzumace alkoholu v těhotenství u kuřáček a nekuřáček	92
Tabulka 43. Druh alkoholu	93

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1.	Věkové rozložení těhotných žen.....	56
Graf 2.	Rozdělení respondentek dle nejvyššího ukončeného vzdělání.....	57
Graf 3.	Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství.....	58
Graf 4.	Zdroj informací o výživě v těhotenství.....	59
Graf 5.	Počet dávek jídla za den.....	60
Graf 6.	Počet dávek jídla za den vzhledem ke vzdělání.....	61
Graf 7.	Počet dávek jídla za den vzhledem k počtu těhotenství.....	62
Graf 8.	Denní příjem tekutin.....	63
Graf 9.	Denní příjem tekutin vzhledem ke vzdělání.....	64
Graf 10.	Denní příjem tekutin vzhledem k počtu těhotenství.....	65
Graf 11.	Druhy tekutin.....	66
Graf 12.	Pravidelnost příjmu ovoce a zeleniny.....	67
Graf 13.	Příjem ovoce a zeleniny vzhledem ke vzdělání.....	68
Graf 14.	Příjem ovoce a zeleniny vzhledem k počtu těhotenství.....	69
Graf 15.	Konzumace mléka a mléčných výrobků.....	70
Graf 16.	Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem ke vzdělání.....	71
Graf 17.	Konzumace mléka a mléčných výrobků vzhledem k počtu těhotenství.....	72
Graf 18.	Konzumace podle druhu masa.....	73
Graf 19.	Konzumace uzenin.....	74
Graf 20.	Konzumace uzenin vzhledem ke vzdělání.....	75
Graf 21.	Konzumace uzenin vzhledem k počtu těhotenství.....	76
Graf 22.	Konzumace potravin obsahujících vlákninu.....	77
Graf 23.	Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem ke vzdělání.....	78
Graf 24.	Konzumace potravin obsahujících vlákninu vzhledem k počtu těhotenství.....	79
Graf 25.	Druhy potravin obsahujících vlákninu.....	80
Graf 26.	Význam vlákniny v těhotenství.....	81
Graf 27.	Význam vlákniny v těhotenství vzhledem ke vzdělání.....	82
Graf 28.	Dieta v těhotenství.....	83
Graf 29.	Vitamíny a minerální látky v těhotenství.....	84
Graf 30.	Vitamíny a minerální látky v těhotenství vzhledem k věku respondentek.....	85
Graf 31.	Léky v těhotenství.....	86
Graf 32.	Pasivní kouření.....	87

Graf 33.	Kouření před těhotenstvím.....	88
Graf 34.	Kouření v těhotenství.....	89
Graf 35.	Kouření před těhotenstvím a nyní v těhotenství	90
Graf 36.	Alkohol v těhotenství.....	91
Graf 37.	Konzumace alkoholu v těhotenství u kuřáček a nekuřáček	92
Graf 38.	Druh alkoholu	93

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Brožura pro těhotné

Příloha 1. DOTAZNÍK

Milá paní / slečno,

máte v rukou dotazník, který slouží k získání potřebných údajů pro mou diplomovou práci.

Cílem dotazníku je zjistit kvalitu a dostupnost informací těhotným o správné výživě a dodržování zásad zdravé výživy těhotných žen v 7.–9. měsíci těhotenství.

Prosím Vás o pravdivé a svědomité vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace zůstanou anonymní.

Předem děkuji za spolupráci.

Bc. Veronika Kubrychtová

studentka 4. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SŠ

1. Kolik Vám je let?

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) základní
b) středoškolské bez maturity (vyučena)
c) středoškolské s maturitou
d) vysokoškolské
e) vyšší odborné

3. Pokolikáté jste těhotná?

- a) poprvé
b) podruhé
c) potřetí
d) více než třikrát

4. Odkud jste se dozvěděla o zásadách zdravé výživy v těhotenství?

- a) gynekolog
b) porodní asistentka
c) literatura
d) internet
e) TV, radio
f) kamarádka
g) jiné (uved'te)

5. Kolikrát denně jíte? a) 2x b) 3x c) 4x d) 5x e) 6x

6. Jaký je Váš denní příjem tekutin?

- a) 0,5–1 litr
b) 1,5–2 litry
c) 2,5–3 litry
d) 3,5 litru a více

7. Jaké tekutiny nejčastěji pijete?

- a) voda z vodovodu
b) čaj
c) minerální vody
d) limonády
e) káva
f) alkohol
g) mléko
h) jiné (uved'te)

8. Jak často jíte ovoce nebo zeleninu?

- a) vůbec
b) 2–3x týdně
c) 4x a vícekrát týdně
d) 1–2x denně
e) vícekrát denně

9. Jak často konzumujete mléko a mléčné výrobky?

- a) vůbec
b) 2–3x týdně
c) 4–5x týdně
d) každý den

10. V tabulce označte, prosím, křížkem, jak často jíte jednotlivé druhy masa?

maso, ryby	každý den	1–3x týdně	1–3x za měsíc	vůbec
ryby				
drůbež				
červené maso				

11. Jak často jíte uzeniny (salámy, párky atd.)?

- a) vůbec b) 1–2x týdně c) 3–5x týdně d) každý den

12. Jak často jíte potraviny obsahující vlákninu? (tmavé pečivo, müsli, ovoce, zelenina atd.)?

- a) vůbec b) 1–2x týdně c) 3–5x týdně d) každý den

13. Které potraviny obsahující vlákninu jíte? Zakroužkujte.

- a) ovoce b) zelenina c) celozrnné pečivo d) celozrnné těstoviny, rýže
e) müsli f) luštěniny g) jiné (uved'te)

14. Proč je v těhotenství (ale i mimo něj) tak důležitá vláknina? Zakroužkujte správné odpovědi.

- a) nevím b) povzbuzuje střevní pasáž
c) zadržuje stravu v trávicím systému d) prevence karcinomu tlustého střeva
e) snižuje hladinu cholesterolu f) jiné (uved'te)

15. Držela jste v těhotenství dietu ve smyslu snižování hmotnosti?

- a) ne, nedržela b) ano, snížila jsem svou hmotnost o kg

16. Vypište, prosím, všechny vitamíny a minerální látky (příp. komplex multivitaminů), které jste dosud užívala v těhotenství.

17. Užívala jste v průběhu těhotenství nějaké léky? (s výjimkou multivitaminových doplňků stravy)

- a) ne, žádné b) ano, léky na předpis lékaře – jaké?
c) ano, léky volně prodejné – jaké?

18. Jste pasivní kuřák? (kouří se kolem Vás na pracovišti nebo doma?)

- a) ano b) ne

19. Kouřila jste před těhotenstvím?

- a) ne b) ano – Kolik cigaret průměrně za den? (uved'te)

Pokud jste v otázce č. 19 zvolila odpověď a), otázku č. 20 již nevyplňujte.

20. Kouříte nyní v těhotenství?

- a) ne, vůbec b) ano – Kolik cigaret průměrně denně? (uved'te)

21. Pila jste v průběhu těhotenství nějaký alkohol?

- a) vůbec b) 1–4x za měsíc c) 1–4x za týden d) každý den

22. Jmenujte, prosím, jaký alkohol jste pila nejčastěji?

Děkuji za vyplnění a přeji Vám příjemné těhotenství a krásné zdravé miminko.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Kubrychtová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Zdravý životní styl těhotné ženy se zaměřením na výživu
Název v angličtině:	Healthy lifestyle of pregnant woman focused on nutrition
Anotace práce:	Diplomová práce se skládá z teoreticko–praktické části a je zaměřená na zdravou výživu těhotných žen ve III. trimestru těhotenství. Metodou výzkumu byl dotazník, který sloužil pro zjištění dodržování zásad zdravé výživy v těhotenství. Výstupem diplomové práce je vytvoření “Brožury pro těhotné” zaměřené na zdravou výživu těhotných žen ve III. trimestru těhotenství.
Klíčová slova:	těhotenství, těhotná žena, životospráva, výživa, pohybová aktivita, odpočinek, tělesná hygiena, oblékání, cestování, zaměstnání, léky, návykové látky
Anotace v angličtině:	The thesis consists of a theoretical and practical part and it is focused on the healthy diet of pregnant women in the 3 rd trimester of their pregnancy. A questionnaire was used as a research method. Its purpose was to inquire about observing the principles of healthy diet in pregnancy. The outcome of the thesis was a “Brochure for the pregnant” presenting the principles of healthy diet in the 3 rd trimester of pregnancy.
Klíčová slova v angličtině:	pregnancy, pregnant woman, way of living, physical activity, relaxation, physical activity, dressing, traveling, occupation, medications, addictive drugs (substances)
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník Příloha 2. Brožura pro těhotné
Rozsah práce:	107 stran
Jazyk práce:	čeština

