

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

**Zdravotní edukace v oblasti adekvátního pohybového režimu u vybrané
skupiny dospělých, gravidních žen. Edukační materiál.**

Diplomová práce

Autor: Bc. Pavla Čihovská
Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

České Budějovice, 2014

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Zdravotní edukace v oblasti adekvátního pohybového režimu u vybrané skupiny dospělých, gravidních žen. Edukační materiál.

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Pavla Čihovská
Studijní obor: Výchova ke zdraví
Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

České Budějovice, 2014

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Institute of Health Education

Health education in field of the adequate motion regimen at selected
group of adult, gravid women. Educational material.

Graduation theses

Author: Bc. Pavla Čihovská
Field of study: Health Education
Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

České Budějovice, 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc.Pavla Čihovská

Název diplomové práce: Zdravotní edukace v oblasti adekvátního pohybového režimu u vybrané skupiny dospělých, gravidních žen. Edukační materiál.

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt

Téma diplomové práce: Zdravotní edukace v oblasti adekvátního pohybového režimu u vybrané skupiny dospělých, gravidních žen. Edukační materiál.

Cílem práce bylo na základě analýzy poznatků získaných studiem odborné literatury, koncipovat vhodné pohybové aktivity pro těhotné ženy. Práce obsahuje stručnou charakteristiku celého období těhotenství, s popisem fyziologických změn a průběhu těhotenství, porodu a se základním popisem rizikového a patologického průběhu těhotenství. Vymezuje vhodné a nevhodné pohybové aktivity v průběhu fyziologického těhotenství, zdravotní edukaci a vhodný edukační materiál.

Dalším cílem práce bylo, v praktické části práce, pomocí dotazníků zjistit názory těhotných žen na pohybové aktivity a životní návyky, v období před otěhotněním a v době gravidity.

Práce je teoretickým návodem pro praktické začlenění pohybových aktivit do života těhotných žen a jejich života rodinného.

Klíčová slova: těhotenství, porod, šestinedělí, zdraví, zdravý životní styl, pohybová aktivita, zdravotní edukace

Bibliographic identification

Name and surname: Bc. Pavla Čihovská

Name of dissertation: Health education in field of the adequate motion regimen at selected group of adult, gravid women.Educational material.

Field of study: Health Education

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

The year of presentation: 2014

Abstract

Subject of the dissertation: Health education in field of the adequate motion regimen at selected group of adult, gravid women.Educational material.

It was the purpose of dissertation on the basis of knowledge from study technical literature devise right motion activity. For pregnant women the dissertation includes short characteristic of all period pregnancy, whit description physiologic change and course of pregnancy, childbirth and with basic description high risk nad pathologic course of pregnancy.

This dissertation describe proper and improper motion activities during physiologic pregnancy, health education and proper education material.

It was next purpose of dissertation in practical part with questionnaire discover opinions gravid women on motion activities and life habits, in the period before pregnancy and in time of pregnancy.

This dissertation is theoretical instruction for practical integration motion activities into the life gravid women and their family life.

Keywords: pregnancy, birth, confinement, health, healthy lifestyle, physical activity, health education

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Zdravotní edukace v oblasti adekvátního pohybového režimu u vybrané skupiny dospělých, gravidních žen. edukační materiál, vypracovala samostatně, pod odborným vedením MUDr. Ing. Bc. Markéty Kastnerové Ph.D. a na základě literatury a pramenů uvedených v seznamu použité literatury.

V Českých Budějovicích dne 10.4.2014

Bc. Pavla Čihovská

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 4. 2014

Bc. Pavla Čihovská

Na tomto místě bych ráda upřímně poděkovala vedoucí mé diplomové práce MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph.D., za její ochotu, trpělivost, podnětné konzultace a cenné rady, které mi pomohly při psaní této práce.

OBSAH:

1.ÚVOD	14
2. TEORETICKÁ ČÁST	16
2.1 Fyziologické těhotenství	16
2.1.1 Vznik, vývoj a délka těhotenství.....	16
2.1.2 Dělení gestace.....	17
2.1.3 Změny v těhotenství.....	18
2.1.3.1 Fyzické změny.....	18
2.1.3.2 Psychické změny.....	20
2.1.3.3 Sociální změny.....	20
2.2 Porod, rizikové těhotenství, šestinedělí	21
2.2.1 Fyziologický porod.....	21
2.2.1.1 První doba porodní.....	21
2.2.1.2 Druhá doba porodní.....	22
2.2.1.3 Třetí doba porodní.....	22
2.2.2 Porod císařským řezem.....	23
2.2.3 Rizikové těhotenství.....	23
2.2.4 Patologické těhotenství.....	23
2.2.4.1 Klasifikace rizikových faktorů.....	24
2.2.4.2 Celková onemocnění matky.....	25
2.2.5 Fyziologické šestinedělí.....	26
2.2.6 Patologie v šestinedělí.....	26
2.3 Pohybová aktivita	27
2.3.1 Pozitivní vliv pohybové aktivity na zdraví.....	28
2.3.2 Zdravotní přínosy pohybové aktivity.....	29

2.3.3	Nedostatečná pohybová aktivita.....	31
2.3.4	Rizika cvičení	32
2.3.5	Pohybová aktivita v těhotenství.....	33
2.3.5.1	Intenzita cvičení v těhotenství.....	33
2.3.5.2	Zdravotní přínosy cvičení v těhotenství.....	34
2.3.5.3	Adekvátní pohybové aktivity v těhotenství.....	34
2.3.5.4	Doporučené pohybové aktivity v těhotenství	35
2.3.5.5	Prevence neurovegetativních změn.....	36
2.3.5.6	Správné držení těla.....	36
2.3.5.7	Vitální kapacita plic.....	37
2.3.5.8	Posilování prsních svalů.....	37
2.3.5.9	Posilování břišních svalů.....	38
2.3.5.10	Posilování svalů pánevního dna.....	38
2.3.5.11	Posilování klenby nohy.....	39
2.3.5.12	Prevence křečových žil a zácpy.....	39
2.3.6	Druhy pohybových aktivit.....	40
2.3.6.1	Těhotenský tělocvik.....	41
2.3.6.2	Cvičení v jednotlivých trimestrech těhotenství.....	42
2.3.6.3	Nevhodné druhy pohybových aktivit v těhotenství.....	43
2.3.6.4	Cvičení v šestinedělí.....	45
2.4	Edukace.....	46
2.4.1	Edukační realita.....	46
2.4.2	Edukační prostředí a konstrukty.....	46
2.4.3	Edukační proces.....	47
2.4.4	Edukační plán.....	47

2.4.5 Edukační metody.....	47
2.4.6 Edukační cíle.....	47
2.4.7 Fáze edukačního procesu.....	48
2.5 Životní styl v současnosti.....	48
2.5.1 Zdraví.....	49
2.5.2 Životní styl.....	49
2.5.3 Zdravotní edukace těhotných žen.....	50
2.5.4 Zásady zdravotní edukace.....	50
2.5.5 Předporodní příprava.....	51
2.5.6 Práva během těhotenství a porodu.....	52
2.5.7 Prevence.....	52
2.5.7.1 Primární.....	52
2.5.7.2 Sekundární.....	53
2.5.7.3 Terciární.....	53
2.5.8 Civilizační choroby.....	53
2.5.9 Výživa v těhotenství.....	54
2.5.9.1 Výživová doporučení.....	54
2.6 Edukační materiál.....	56
2.6.1 Vhodné edukační prostředí.....	58
2.7 Využití v praxi.....	58
3. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	59
3.1 Cíle a hypotézy.....	59
3.1.1 Cíl práce	59
3.1.2 Úkoly práce.....	59
3.1.3 Hypotézy.....	59

4. Metodologie	60
4.1 Charakteristika testovaného souboru	60
4.2 Charakteristika cílové skupiny	60
4.3 Metodika sběru dat	61
5. Výsledky	62
6. Diskuze	132
7. Závěr	142
8. Seznam použitých zdrojů	143
9. Seznam příloh	148

1. Úvod

Období těhotenství a mateřství je pro většinu žen nejdůležitějším obdobím života a naplnění podstaty existence ženy, splnění životního poslání. Toto období je pro ženu fyzicky i psychicky náročné. Během těhotenství se musí připravit jak na porod, tak na mateřství. Přestože jsou těhotenství a porod přirozenými ději, na které je organismus zdravé ženy dobře připraven, je přece jenom dobré pomoci mu vlastní aktivitou. Většina matek prostuduje mnoho literatury, aby se dozvěděly, co je pro jejich dítě nejlepší. V dnešní době se již ví, že pohyb prospívá všeobecně, tedy i v těhotenství.

Cvičení ale musí být přizpůsobeno potřebám těhotné ženy. Každá těhotná žena i ta, s fyziologickým průběhem těhotenství, navštěvuje lékaře a je pod jeho neustálým dohledem. O vývoji plodu a průběhu těhotenství se rozhoduje často ještě před otěhotněním. Prekoncepční příprava je jeden z nejdůležitějších faktorů a snižuje riziko výskytu vrozených vad. Jedná se především o zanechání nesprávních návyků, o prevenci a včasnou léčbu chorob, správnou výživu a adekvátní pohybovou aktivitu.

Představa krásného očekávání se může náhle a nečekaně změnit s příchodem komplikací. Z aktivního života se žena ocitne v pracovní neschopnosti, ztrácí společenské kontakty, nemůže vykonávat či musí omezit své koníčky, sníží se jí finanční příjem. Pokud musí jen ležet, je navíc závislá i v základních denních činnostech na ostatních lidech. Změní se jí výrazně život a zažívá pocity strachu a nejistoty. Po zjištění těhotenství by žena měla brát ohled na to že je těhotná, ale pokud se cítí dobře, těhotenství probíhá bez komplikací, nemusí se zříci svého nerizikového zaměstnání, přestat se stýkat s lidmi nebo se vyhýbat tělesnému pohybu. Je jen důležité, aby byla dostatečně informována a věděla, které aktivity jsou pro ni rizikové a těm se vyhnula. (Kobilková, 2005).

Pro budoucí maminky je velmi důležité udržovat si dobrý fyzický a duševní stav. Ženy, které jsou fyzicky aktivní a mají nad svým tělem kontrolu, nemají obavy z porodu, jsou uvolněné, lépe zvládají bolest a strach.

Těhotenství mohou provázet různé komplikace a vhodnou pohybovou aktivitou, správnou stravou, odstraněním nežádoucích návyků, se jim často dá předcházet, nebo zmírnit jejich projevy. Velkou motivací pro ženy je vědomí, že se snaží dát ještě nenarozenému dítěti ten správný start do života.

Rozvojem moderní společnosti je život ve 21. století velmi ovlivněn. Lidé

nemají tolik přirozené pohybové aktivity jako v minulosti a nahrazují ji aktivitami uměle vytvořenými. Pohyb, který existuje v civilizovaném světě není spontánní, ale zformovaný. Převládá zde pohyb mechanický, zautomatizovaný. Ten umožňuje lepší výkonnost, abychom rychleji špli k „pokroku“.

V mé práci budu sledovat pohybové aktivity u žen před těhotenstvím a v těhotenství a jejich životní návyky, abych mohla posoudit, k jakým změnám došlo. Získaný materiál by měl sloužit k prozkoumání těchto změn a k nalezení optimálních doporučení pro zlepšení fyzické i psychické kondice žen v těhotenství a po porodu.

Práce je tvořena z dostupných odborných zdrojů. V práci uvádím informace o fyziologii těhotenství, rizikových faktorech, cvičení v těhotenství a jeho zásadách. Popisují nejvhodnější sporty pro těhotné ženy, ale i ty kterým by se měly vyhnout. Rozdělují také cvičení podle vhodnosti v jednotlivých trimestrech. Pro úplnost uvádím stručně i období šestinedělí.

Těhotné ženy, ale i ty ženy, které těhotenství teprve plánují, by měly mít základní znalosti o tom, jak těhotenství probíhá, k jakým změnám dochází, jak se mění fyziologické potřeby a jak předcházet zdravotním komplikacím v průběhu těhotenství.

Domnívám se, že v současné době není význam pohybu v průběhu těhotenství dostatečně prezentován a proto jsem si téma zdravotní edukace těhotných žen v oblasti pohybové aktivity, zvolila. Myslím, že pokud budou ženy dostatečně informovány, budou i v budoucnu, při výchově svých dětí, prosazovat zdravý životní styl, včetně adekvátní pohybové aktivity.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Fyziologické těhotenství

V historii bylo těhotenství a porod bráno jako normální součást života ženy i když mateřská a novorozenecká úmrtnost byla vysoká. Představy o vývoji plodu a o fyziologických změnách v těhotenství, byly většinou velmi zkreslené a postavení ženy v minulosti nebylo nejlepší. V průběhu těhotenství byly ženy vystaveny fyzické práci a období po porodu bylo velmi krátké. Rady, jak o sebe pečovat v době těhotenství se většinou přenášely v rámci rodiny, z matky na dceru, případně od dalších starších a zkušených žen, které měly již své zkušenosti s těhotenstvím a porodem. Lékařská péče o těhotnou ženu vycházela většinou z rad starověkých a arabských lékařů. Eucharius Roesslin ve své knize *Der Schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten*, (1513) píše: "*Těhotná žena nemá být líná a zahálčivá, má mírně choditi, varovati se nemírného tlaku a skákání. Lidé mají míti se na pozoru, aby ji neudeřili do ramen a šíje. Blíží-li se slehnutí, má tu a tam seděti hodinu s roztaženými stehny, pak zase rychle vstáti, běhati dolů a nahoru po vysokých schodech, zpívati nebo hlučně volati*". Celkově je rad pro těhotné ženy v lékařských spisech té doby málo, s rozvojem babictví však začalo informací přibývat a byly dostupné i v písemné formě. (Mlynářová, 2006).

Od počátku těhotenství si žena uvědomuje, že její dosavadní život se s příchodem dítěte celý změní. Pocity radosti i strachu a nejistoty, provázejí všechny těhotné, i ty, u kterých bylo těhotenství pečlivě plánované a chtěné. Výraznější psychické změny se objevují u žen se špatným sociálním zázemím, žen samoživitelek nebo u nechtěných těhotenství. U plánovaného těhotenství se ženy snaží různými způsoby podpořit bezproblémový průběh těhotenství, zdravě se stravovat, vyhýbat se škodlivým látkám, relaxovat. (Kobilková, 2005).

2.1.1 Vznik, vývoj a délka těhotenství

Těhotenství (gravidita, gestace), začíná splnutím ženské a mužské pohlavní buňky (vajíčka a spermie) a končí porodem plodu. Po celou dobu těhotenství mluvíme o plodu, až porodem se stává plod novorozencem. Těhotenství se počítá od prvního dne poslední menstruace, a to v týdnech. Trvá 40 týdnů, tedy 10 lunárních (čtyřtýdenních)

měsíců, (9 měsíců kalendářních). Nejpřesněji se udává délka gravidity v týdnech, přepočítávání na kalendářní měsíce se prakticky neužívá. Těhotenství rozdělujeme na tři trimestry a v každém z nich dochází k postupným změnám a vývoji plodu. První trimestr se počítá od oplodnění, do ukončeného 11. týdne, druhý od 12. týdne do ukončeného 27. týdne a třetí od 28. týdne do porodu. Během prvních tří týdnů od početí se oplodněné vejce dělí a vyvíjí (blastogeneze). Po tomto období dochází k vývoji a diferenciaci jednotlivých orgánů (embryogeneze), která je ukončena kolem 11. týdne těhotenství. Další vývoj (fetogeneze), se vyznačuje růstem a zráním plodu až do porodu. (Čech, 2006; Pařízek, 2009).

2.1.2 Dělení gestace

Podle různých vyšetření a příznaků, můžeme těhotenství diferencovat na fyziologické, s normálním průběhem, rizikové, které zatím probíhá normálně, ale žena má primární zátěž vzniklou před a nebo během těhotenství a patologické, které má prokazatelně chorobný průběh a ohrožuje na životě matku nebo plod, nebo oba současně. (Čech, 2006).

Při prvním vyšetření v těhotenské poradně doporučuje česká porodnická společnost ošetřujícímu lékaři, rozhodnout na základě získaných anamnestických údajů a aktuálního klinického nálezu, o míře případného rizika a těhotnou zařadit do některé ze tří následujících skupin:

1. Těhotné s malým rizikem jsou ženy bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako fyziologické.
2. Těhotné ženy se středním rizikem mají svoji anamnézu zatíženu rizikovými faktory. Výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme jako rizikové.
3. Těhotné s vysokým rizikem mohou, (ale nemusí), mít v anamnéze rizikové faktory. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických, klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Do této skupiny patří i ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Takové těhotenství označujeme jako patologické. (Měchurová, 2012).

Přibližně 80% gravidit je fyziologických a jen 20% tvoří těhotenství riziková,

která je potřeba vyhledat a intenzivně sledovat. (Hájek 2004; Calda, 2010).

Po zařazení do kategorie, je porod veden ve spádové oblasti nebo v perinatologickém centru. Systém péče v ČR je diferencován na porodnická zařízení základního typu, zařízení intermediální péče a síť perinatálních center. Od zařazení těhotné ženy do určité skupiny, by se měla odvíjet i frekvence pohybové aktivity těhotné ženy. (Srpa, 2011).

2.1.3 Změny v těhotenství

Aby mohl plod vzniknout, růst a vyvíjet se, vyžaduje vznik řady změn. Ty můžeme rozdělit na fyzické, psychické a sociální. U některých žen jsou tyto změny výraznější než u jiných, některé změny se nemusí vůbec objevit. Těhotenství je spojeno se změnami téměř všech orgánových systémů. Fyziologické, biochemické a anatomické změny jsou důležité k adaptaci organismu ženy na nároky vyvíjejícího se plodu, ale zároveň adaptační změny zabraňují poškození mateřského organismu v průběhu těhotenství, porodu a v šestinedělí. Adaptační změny organismu indukované těhotenstvím, jsou obvykle reverzibilní a vracejí se opět na původní úroveň před těhotenstvím, za několik měsíců po porodu nebo ukončení laktace. (Pařízek, 2009).

2.1.3.1. Fyzické změny

Organismus nastávající matky prodělává celou řadu změn a přizpůsobuje se potřebám vyvíjejícího se plodu. Mění se hormonální nastavení organismu ženy, v důsledku kterého nastávají změny orgánových systémů a změny metabolické.

Největších změn dosahuje děloha, která hypertrofuje a zvětšuje svou hmotnost z původních 50g na 1000g a zároveň zvětšuje svoji kapacitu až 500x, na 5litrů. Metabolismus živin celkově vzroste asi o 20 %. V souvislosti s vyšším metabolismem, se zvyšuje spotřeba kyslíku přibližně o 15-20%, tělo produkuje více kysličníku uhličitého a frekvence dýchání se zvyšuje o 45%. Dochází k všeobecné vazodilataci, zrychluje se krevní oběh, krevní objem se zvyšuje o 35-50%, klidová srdeční frekvence se zvyšuje až o 20%, organismus zadržuje v těle více vody. (Roztočil, 2011).

Zdrojem zažívacích a dýchacích obtíží může být pro těhotnou ženu ke konci těhotenství změna polohy bránice. Střevní peristaltika se zpomaluje a to může být pro

ženu zdrojem těhotenské zácpy. V těhotenství dochází ke změnám ve svalech, kloubech a držení těla, působením hormonů dochází k rozvolňování vazů. (Beránková, 2004).

Váhou těhotné dělohy se pánev posouvá vpřed a zvětšuje se bederní lordóza. Špatné držení těla je pak příčinou bolestí a snížení stability. Rostoucí váha plodu, posunutí těžiště vpřed, rozvolnění vazů, zatížení svalů, klade zvýšené nároky na pohybové ústrojí těhotné ženy. Zdravotní potíže může způsobit i rozvolnění chrupavčitého spojení stydkých kostí, nebo rozestup přímého břišního svalu, diastáza. (Roztočil, 2011).

V souvislosti s adaptací mateřského organismu na těhotenství se mohou objevit změny čichu a chutí, individuálně specifické těhotenské chutě či averze k určitým druhům jídla. (Čech, 2006).

Mezi nejnapadnější změny na těle těhotné ženy patří zvětšující se prsy. Na kůži, zvláště ve střední čáře břicha, v krajině pupku, se zvýšenou měrou ukládá kožní barvivo. V pokročilém těhotenství vznikají u některých žen rozšířené žíly na lýtkách, které vyvolává zvýšené množství krve, jež koluje v žilách těhotné ženy a snížená pružnost žilních stěn. V druhé třetině těhotenství jsou tělesné změny ještě výraznější. (Beránková, 2004; Bejdáková, 2006).

V průběhu gravidity se postupně zvyšuje tělesná hmotnost. Doporučené přírůstky jsou stanoveny v závislosti na hodnotě indexu tělesné hmotnosti (BMI) před otěhotněním. Přibírání na váze během těhotenství ovlivňuje také úspěšnost těhotenství. Při nadměrném přibírání se zvyšuje riziko císařského řezu, obezity u dítěte, preeklampsie u matky, obtížnější je i snižování váhy po porodu. Při nedostatečném přibírání se zvyšuje riziko předčasného porodu a nízké porodní váhy u dítěte. Nejméně polovina těhotných žen přibírá v těhotenství méně nebo více, než jsou doporučené přírůstky, přičemž nejčastěji překračují doporučené přírůstky ženy s nadváhou a ženy obézní. Edukace těhotných žen, by se měla zaměřit na hodnocení přírůstků na váze během těhotenství a na poradenství ve věci přiměřené výživy a tělesného pohybu. V optimálním případě by se měly ženy, které mají nadváhu nebo jsou obézní, snažit upravit svou váhu směrem k normálním mezím už před otěhotněním, protože během těhotenství je regulace váhy mnohem obtížnější. (Řehová, 2009).

Pokud otěhotní obézní žena, je doporučován celkový hmotnostní přírůstek 7 – 11 kg. (Kolouch, 2008).

2.1.3.2 Psychické změny v těhotenství

Hormonální změny způsobují nejen změny tělesné, ale i psychické. Těhotenské změny a odpovědnost za zdravý vývoj plodu, mohou být prožívány jako stresová situace. U těhotné ženy se mohou objevit stavy úzkosti, deprese, náladovost, poruchy kognitivních funkcí, neuróza. Na samém konci těhotenství bývají těhotné ženy citlivé a podrážděné. Často bývá popisovaná tzv. *těhotenská encefalopatie*, projevující se jako dezorientace, zmatenost, zapomnětlivost, neschopnost souvislé verbální komunikace nebo poruchy čtení. Tento stav je to velmi běžný, postihuje téměř polovinu těhotných a je přechodný. Depresemi trpívají častěji ženy s negativním nebo ambivalentním postojem k těhotenství. Deprese souvisí také s nízkým váhovým přírůstkem ženy, kouřením a konzumací alkoholu. Těhotenské deprese pak výrazně zvyšují výskyt porodních a poporodních komplikací. (Kobilková, 2005; Kohoutek, 2008).

2.1.3.3 Sociální změny v těhotenství

Během těhotenství dochází ke změnám v partnerských a rodinných vztazích. Partnerský vztah se postupně mění na rodičovský a změny jsou větší u prvorodiček. Vztah k dítěti úzce souvisí s tím, zda-li je těhotenství plánované, chtěné, neplánované či nechtěné. Negativní postoj k těhotenství významně souvisí s rizikem potratu a předčasného porodu. Nastávají i změny ekonomické situace a časté těhotenské úzkosti souvisí s ekonomickými faktory. V důsledku sociálních změn se objevuje pocitová ambivalence, změny stupnice hodnot i změny sebehodnocení ženy. (Pařízek, 2009).

Negativní postoj ženy k těhotenství může mít záporný vliv na vývoj plodu primárně, biochemicky, vlivem negativních emocí matky a sekundárně, nevhodným a nehygienickým zacházením těhotné ženy samé se sebou. Negativní postoje žen v těhotenství se mohou škodlivě promítnout do neuropsychického vývoje narozených dětí. (Kohoutek, 2008).

2.2 Porod, rizikové těhotenství, šestinedělí

2.2.1 Fyziologický porod

Normální porod je spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, který je neměnný během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně, v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu. (WHO, 1999).

Porod (partus), je každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec s minimální hmotností 500g, anebo přežije-li i s menší hmotností, alespoň 24 hodin. Známkami vitality novorozence se rozumí srdeční akce, dechová aktivita, pulsace pupečníku nebo pohybová aktivita svalstva. Porod do konce 37. týdne označujeme jako porod předčasný, a po 42. týdnu jako porod opožděný. Porod mezi těmito termíny je porod včasný. (Čech, 2006; Pařízek, 2009).

Hlavičku a pánevní konec plodu označujeme jako velké části, horní a dolní končetiny jako malé části plodu. Hlavička plodu má příčné a podélné průměry (diameter) a k nim prostupující obvody (cirkumference), které jsou důležité při postupu plodu porodními cestami. Porodní cesty rozdělujeme na tvrdé (kostěná část pánve) a měkké (tkáně pánevního dna, svaly). Roli hraje poloha plodu na konci těhotenství. Jako fyziologické polohy považujeme polohy hlavičkou a koncem pánevním. Jako patologické, polohy příčné a jako dočasné polohy šikmé. Spontánní porody se dnes většinou vedou v poloze hlavičkou. Poloha plodu pánevním koncem se vyskytuje přibližně u 3% gravidit. (Čech, 2006).

2.2.1.1 První doba porodní: otevírací

První doba porodní je fáze porodu, při níž dochází za pomoci děložních stahů (kontrakcí), k otevírání a zkracování hrdla děložního až do úplného zániku a vytvoření souvislého porodního kanálu. Doba mezi stahy se postupně zkracuje a délka stahů prodlužuje. V průběhu první doby porodní může dojít k samovolnému prasknutí vaku blan a odtoku plodové vody. Častěji však bývá vak blan protržen (dirupce). V této době může rodička využít nejvíce úlevové polohy, pohyb ve sprše, na míči. Průběžně se provádí vyšetření a monitorace srdeční činnosti plodu zevním kardiokografem, eventuelně ultrazvuková kontrola polohy plodu. (Calda, 2010; Roztočil 2011).

Poloha rodící ženy během první doby porodní ovlivňuje průtok krve v děloze. Dobré prokrvení placenty a svalstva porodních cest, je důležité pro hladký průběh porodu a dobrý stav plodu. Při poloze na zádech může těžká děloha způsobit stlačení velkých cév a snížit tak průtok krve do dělohy. Poloha vleže na zádech snižuje i sílu děložních kontrakcí, a tím se může prodlužovat porodní děj. Chůze, sed nebo ležení na boku jsou proto pro průběh porodu výhodnější. Rodičky mohou volně chodit, sedět, mohou si zvolit polohu na čtyřech, mohou se sprchovat nebo se uvolnit v relaxační vaně. Jednotlivé polohy mohou střídát, tak jak jim to vyhovuje. Pokud není racionální důvod, tak by žena v I. době porodní neměla jen ležet na zádech. (Pařízek, 2012).

Technika dýchání. V první době porodní, kdy žena ještě nemůže tlačit, využívá tzv. "psí dýchání". Jde o krátké, rychlé, mělké dýchání při kontrakcích, k potlačení nucení tlačit. (Kobilková, 2005).

2.2.1.2 Druhá doba porodní: vypuzovací

Průběh druhé doby porodní určují děložní kontrakce, břišní lis, tvar hlavičky a konkavita porodních cest. Hlavička vstupuje do pánevního vchodu a poté prostupuje do pánevní šíře a úžiny. Žena pociťuje silný tlak a zapojuje reflektoricky břišní lis a tím zesiluje intenzitu porodních sil. Aktivní zapojení je pro rodičku velmi fyzicky náročné. Musí kombinovat použití svalstva a zároveň správně dýchat. V této fázi rodička dýchá hluboce, s krátkým zadržením dechu a krátkou pauzou po výdechu. Vědomě se snaží při kontrakci zapojit břišní lis. Vhodný je nácvik v předporodní přípravě. Většinou v úžině, provede hlavička plodu vnitřní rotaci, kdy vedoucí bod (malá fontanela), se otáčí dopředu za sponu, (u abnormální rotace naopak dozadu ke kostrči). Poté se hlavička posune a opře o dolní okraj stydké spony a postupně pořezává nejdříve záhlaví, pak předhlaví, čelo a bradička plodu. Po porodu hlavičky následuje její zevní rotace, kdy se otáčí tam, kam směřuje ještě neporozený hřbet plodu. Následuje porod níže uloženého (vedoucího) raménka a po něm porod zadního raménka a trupu plodu již zcela bez zvláštního mechanismu. (Čech 2006; Pařízek 2009; Roztočil, 2011).

2.2.1.3 Třetí doba porodní: porod placenty a plodových blan

Po určité klidové fázi, dojde opět ke kontrakcím, při kterých dochází k

odloučení placenty a následně k porodu placenty a plodových obalů. Placenta se odloučí a vyjde většinou během několika minut. Při komplikacích musí být odstraněna chirurgicky. Následuje ošetření poranění vzniklých během porodu, označovaných také jako čtvrtá doba porodní. (Čech, 2006).

2.2.2 Porod císařským řezem

Nejčastěji prováděnou operací v těhotenství je císařský řez. Indikace může být primární, plánovaná a o provedení operace je rozhodnuto již dříve v těhotenství, např. při primárním onemocnění matky, nebo nepoměru pánve. Velmi často vznikne indikace k císařskému řezu akutně a operace se provádí neprodleně, protože je ohrožen plod, matka a nebo oba současně. (Pařízek, 2012).

2.2.3 Rizikové těhotenství

U některých žen existují rizika, která by mohla ohrozit průběh těhotenství nebo vývoj plodu. Jedná se o situace, kdy je rizikový faktor přítomen již před těhotenstvím, nebo od jeho počátku. Tyto ženy pak mají zavedený jiný režim a jsou sledovány v poradně pro riziková těhotenství. Znamky těhotenské patologie přítomny nejsou, ale jsou přítomny tzv. "*rizikové faktory*". Výsledkem působení rizikového faktoru může být úmrtí plodu, vývojová vada u plodu nebo postnatální morbidita. (Hájek, 2004; Pařízek, 2012).

2.2.4 Patologické těhotenství

Patologické těhotenství znamená, že je buď sama vážně nemocná těhotná žena, nebo plod. Často mohou problémy potkat oba současně. U některých žen existuje choroba již před otěhotněním a v těhotenství se může zhoršit (např. cukrovka, některá plicní a srdeční onemocnění), nebo se objeví až v průběhu těhotenství (např. těhotenská cukrovka, preeklampsie). U plodu se mohou vyskytnout vrozené vývojové vady, stavy poruchy výživy, projevy Rh-izoimunizace atd. (Hájek, 2004; Pařízek, 2012).

2.2.4.1 Klasifikace rizikových faktorů.

Rizikové faktory mohou být ze strany matky, plodu, nebo placenty. Rizikovým faktorem je vrozená predispozice u matky, nepříznivý průběh předchozích těhotenství, potraty, předčasný porod v anamnéze, nebo inkompetence děložního hrdla. Četnost výskytu je podle různých autorů 0,2 -7%. Celkové choroby matky mohou ovlivnit i plod, například diabetes mellitus, chronické onemocnění ledvin a další. Tyto rizikové faktory jsou i nejčastější příčinou hospitalizace v průběhu gravidity. Rizikovým faktorem je i nevhodné chování těhotné ženy (kouření, užívání drog, alkohol), které vede často k intrauterinní růstové retardaci plodu, kdy dosud normálně rostoucí plod svůj růst zpomaluje nebo ho úplně zastaví a ultrazvukový odhad jeho váhy je menší, než u 95 % všech plodů v odpovídajícím týdnu těhotenství. Příčinou je obvykle snížená funkce placenty. (Hájek, 2004; Calda, 2010; Pařízek, 2012).

Například kofein zvyšuje produkci adrenalinových hormonů a způsobuje krátkodobou schopnost využití kyslíku a živin pro plod. Alkohol může poškodit vývoj plodu, stejně tak jako drogy a některé léky a při vdechování kouře z cigaret, klesá množství kyslíku v cévách a plod reaguje na nedostatek kyslíku změnou tepové frekvence. (Mikulandová, 2007).

Požívání alkoholu by se mělo v těhotenství vyloučit, stejně jako kouření. Komplikace v těhotenství, které jsou dnes častější než byly dříve, mohou mít značný vliv na vývoj plodu, ale mohou být rizikové i po narození. (Kohoutek, 2008).

Mnohé budoucí matky dokáže těhotenství přimět k pozitivním změnám. Přestanou kouřit, konzumovat alkohol, zvýší péči o své zdraví, včetně přiměřeného cvičení. (Taussig, 2012).

Intrauterinních, (nitroděložních) příčin rizikového těhotenství je velmi mnoho a často může jít o kombinaci více rizikových faktorů. V dnešní době se zvyšuje počet starších rodiček a u nich je po 35. roce života těhotenská zátěž pro organismus vyšší. Častěji se u nich vyskytuje hypertenze, růstová retardace plodu, předčasný nebo operativní porod. Komplikací je také obezita těhotné ženy. (Hájek, 2004; Pařízek, 2012).

Nejvíce těhotných žen je dnes ve věku 20 - 29 let, celých 60%. (Bejdáková, 2006).

Více žen dnes uvažuje o prvním těhotenství, až v době třiceti nebo čtyřiceti let.

(Taussig, 2012).

Těhotenství může ovlivnit změna v délce trvání gravidity. Nejčastějším rizikem je hrozící předčasný porod, mezi 24. a neukončeným 37. týdnem. Čím nižší je týden gravidity, tím více existují rizika závažných, dlouhodobých komplikací pro novorozence. Četnost předčasných porodů je 5 - 7% ve vyspělých státech, v rozvojových zemích je ještě vyšší. Ročně se v České republice narodí kolem 8000 dětí předčasně. Riziko existuje i u prodlouženého těhotenství, jehož délka přesáhne 294 dní od prvního dne poslední menstruace nebo 280 dní od ovulace. Plod je ohrožen hypoxií nebo odumřením. (Hájek, 2004; Pařízek, 2012).

Při nidaci plodového vejce mimo dutinu děložní vznikne mimoděložní těhotenství, které může ohrozit těhotnou ženu na životě a graviditu je nutné ukončit operační cestou. Do rizikové skupiny patří i vícečetné těhotenství. V průběhu vývoje a růstu plodů, jsou na mateřský organismus kladeny mnohem větší nároky a zvyšuje se i procento komplikací. K nejčastějším patří předčasný porod a nižší porodní hmotnost plodů, vyšší riziko rozvoje preeklampsie, těhotenské cukrovky nebo předčasného odlučování placenty. Další komplikace tvoří změny pánve vrozené, nebo získané, např. po úrazech, poruchy v uložení a fixaci dělohy, patologie pupečníku nebo placenty, zejména její lokalizace nebo předčasné odlučování. (Hájek, 2004; Pařízek, 2012).

2.2.4.2 Celková onemocnění matky v těhotenství

Některá onemocnění se vyskytují pouze v těhotenství nebo v časném šestinedělí, například preeklampsie. K hlavním projevům preeklampsie patří otoky, zvýšený krevní tlak a zvýšený odpad bílkovin v moči. Nerozpoznaná a neléčená, může vést ke křečím, bezvědomí, (eklamptický záchvat) a ohrožuje bezprostředně na životě matku i plod. Vyskytuje se u 7 - 15% těhotenství. (Pařízek, 2012).

Závažnou komplikací se zvýšenou perinatální a mateřskou mortalitou je HELLP syndrom. Je to stav těžké preeklampsie, spojené s trombocytopenií a elevací jaterních testů. Ohrožuje těhotnou ženu i plod. Mortalita je vysoká, přibližně 40%. (Pařízek, 2012).

Choroby ale mohou postihnout jakýkoli systém těhotné ženy. Srdeční onemocnění komplikují asi 1 % těhotenství a patří k nejzávažnějším. Jedná se

především o vrozené a získané vady srdečních chlopní. V těhotenství se zvyšuje objem cirkulující krve a na srdce jsou kladeny mnohem větší nároky, proto je nutná pečlivá observace. Těhotenství může komplikovat onemocnění jater a trávicího traktu. V těhotenství plní játra detoxikační funkci navíc i pro plod a může vzniknout porušení jejich funkce. Z krevních chorob je nejčastěji se vyskytující anemie, obvykle korigovaná substitucí železa. Těhotné postihují i nemoci ledvin, cystitida, nebo renální kolika. Z endokrinních nemocí se v těhotenství nejčastěji vyskytuje diabetes mellitus a nemoci štítné žlázy. Dalšími nemocemi jsou kožní choroby jako herpes, dermatitidy. Časté jsou i neurologické choroby (epilepsie) a psychiatrické (deprese, stavy úzkosti). Vyskytnout se mohou i nádorová onemocnění nebo onemocnění vyžadující okamžitý chirurgický zákrok, např. appendicitis. (Pařízek, 2012).

V těhotenství se mohou vyskytnout všechny druhy diabetu. Přibližně 6% těhotenství je komplikováno některým z nich. Nejčastějším druhem je gestační diabetes mellitus, vyskytuje se asi u 4% gravidit. V současnosti se zvyšuje počet diabetiček 1. typu (1 - 2%) i diabetu 2. typu (1 - 2%). Nejzávažnější komplikací diabetiček je pak nitroděložní úmrtí plodu, často v posledních týdnech gravidity. Většina těhotných žen s těhotenskou cukrovkou dodržuje diabetickou dietu s úpravou sacharidů. Pokud jsou při vyšetření hodnoty glykémie nadále vysoké, je nutné přistoupit k aplikaci inzulínu. (Andělová, 2011).

2.2.5 Fyziologické šestinedělí.

Podle WHO, je šestinedělí (puerperium), poporodní období, které začíná jednu hodinu po porodu placenty a přetrvává po dobu následujících šesti týdnů, kdy se organismus ženy ve velké míře navrátí do normálního stavu. (WHO 1999).

Toto období zahrnuje fyziologické změny hojení porodního poranění, obnovení menstruačního cyklu, rozvoj laktace, edukaci o vhodném cvičení šestinedělek. Psychologická adaptace trvá většinou několik dnů. (Mikulandová, 2007).

2.2.6 Patologie v šestinedělí

Komplikace po porodu mohou být akutní a ohrožovat život ženy. Řadíme sem silná krvácení, záněty žil (tromboflebitis), embolie. V rozvinutých zemích je

tromboembolická nemoc hlavní příčinou úmrtí matky. Embolizace plic je jejím nejzávažnějším projevem, objeví se neočekávaně, bez předešlých klinických příznaků. Časná mobilizace po porodu je hlavní profylaxí. Většina úmrtí matek a novorozenců nastává právě v poporodním období a v této době, se také vytvářejí predispozice pro dlouhodobou nemocnost. Prevence komplikací v šestinedělí je dobrá předporodní a psychoprofylaktická příprava ženy, včetně edukace o pohybové aktivitě po propuštění do domácího prostředí. (Čech, 2006).

2.3 Pohybová aktivita.

Pohyb definujeme jako: „*jakoukoli aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence*“. (WHO, 2004).

Zdraví zlepšující pohybová aktivita (health-enhancing physical activity), zlepšuje zdraví bez zbytečného rizika poranění nebo úrazu. (WHO, 2007).

Tento koncept vychází z pojetí tzv. zdravotně prospěšného chování, které zahrnuje i další důležité komponenty zdraví jako zdravá výživa, nebo prevenci rizikového chování, např. kouření. Důraz klade na preventivní charakter intervencí a programů podpory pohybové aktivity, z hlediska prevalence neinfekčních nemocí, tzv. primární prevenci. Pohybová aktivita je významným nástrojem při léčbě těchto onemocnění. (WHO, 2007).

Základní determinanty zdraví tvoří dle WHO, životní styl (50 %), životní prostředí (20 %), genetická výbava každého jedince (20 %) a úroveň zdravotnických služeb (10 %). Důležitá je odpovědnost každého jedince za své zdraví. Největších zdravotních benefitů a preventivních účinků na vznik hromadných neinfekčních onemocnění, je dosahováno při pohybové aktivitě střední intenzity. (WHO, 2007).

Z tohoto důvodu se nejčastěji doporučuje vykonávat pravidelnou pohybovou aktivitu střední intenzity. Ta je podstatnou součástí léčby některých onemocnění. Jedná se především o hypertenzní chorobu, ischemickou chorobu srdeční, obezitu, diabetes mellitus, poruchy hybného systému, osteoporózu a další. (WHO, 2007).

Pohybová aktivita je důležitou součástí zdravého životního stylu. Má nezastupitelnou úlohu jak v prevenci, tak i v léčbě řady civilizačních onemocnění. Prudký nárůst těchto onemocnění souvisí s rozvíjející se hypoaktivitou a se změnou

fyzického zatížení v zaměstnání i v domácnosti. (Máček, 2011).

Způsob života, který s sebou přinesla civilizace, je nedostatek pohybu, hypoaktivita, konflikt mezi vrozenou dispozicí člověka k pohybu a skutečným pohybovým režimem. Nedostatek pohybové aktivity se projevuje při „sedavém“ způsobu života, (desadaptace), která snižuje úroveň přizpůsobení se tělesné zátěži, (opak adaptace). Desadaptace se pak projevuje ve všech subsystémech lidského organismu. Částečná nebo úplná ztráta funkčních a morfologických změn organismu, které se rozvinuly jako adaptace na fyzické zatížení v předchozím tréninku, se projevuje jako detréning. Příčinou detréningu je podstatné snížení nebo chybění tréninku. Detréning by se neměl zaměňovat za abstinenční syndrom, což je soubor zdravotně nepříznivých projevů, po náhlém přerušení intenzivního tréninku. Sport je pohybová činnost člověka, zpravidla soutěžní. Sportovní pohybovou aktivitu lze rozlišovat např. podle účelu na relaxační, rekreační, prožitkovou, výkonnostní, soutěžní, profesionální atd. (Máček, 2011).

2.3.1 Pozitivní vliv pohybové aktivity.

Z hlediska preventivního působení na zdraví člověka, je u pohybové aktivity podstatná její frekvence, délka trvání a intenzita s jakou je vykonávána. Pohyb pomáhá udržet svaly pevné a tím jim umožňuje plnit svou funkci, držet vnitřnosti a kostru tam, kde mají být. Při inaktivitě se orgány začnou obalovat tukem, nemůžou správně plnit svou funkci a časem začnou selhávat. Při sedavém způsobu života, může docházet nejen k energetické nerovnováze mezi přijímanou a vydanou energií, ale také k ochabování svalstva, včetně svalu srdečního. Může docházet ke snižování celkové výkonnosti organismu a v důsledku toho i výkonnosti srdce. Pravidelná pohybová aktivita je součástí zdravého životního stylu, stejně jako správná životospráva, odpočinek, spánek. Upevňuje zdraví a člověk je aktivní do vyššího věku. Pohybová aktivita a fyzická práce se oproti minulosti výrazně snížila. Lidé všude jezdí autem, přibývá více zaměstnání, kde člověk sedí celou pracovní dobu a po práci sedí více u televize, nebo počítačů. (Novotný, 2010).

Pohybová aktivita pomáhá udržet lidský organismus v dobrém zdravotním stavu, tělesné i psychické kondici. Důležitou roli má v každém věku. U dětí stimuluje

optimální růst, vývoj nervového a pohybového aparátu, správný rozvoj krevního oběhu a funkci srdce. U dospělé a stárnoucí populace působí přiměřený pohybový režim na nervový, pohybový, oběhový a endokrinní systém. Zvyšuje toleranci ke stresu, depresi a poruchám spánku. Má výrazný psychoregulační efekt při kompenzaci mentální zátěže. Při kolektivních hrách a sportech přispívá k rozvoji sociálních vztahů. (Novotný, 2010).

Pravidelná pohybová aktivita je základem změny životního stylu a pomáhá udržet další změny, např. nekuřáctví, nebo lepší zvládnání stresu. (Kastnerová, 2011).

Pohybová aktivita hraje významnou úlohu při ontogenezi člověka a je významným prostředkem v boji proti hromadným neinfekčním onemocněním. V současné době je velký nárůst těchto onemocnění ve světě. Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou smrti také v České republice. (WHO 2007). Světová zdravotnická organizace již v roce 2003 uváděla, že hromadná neinfekční onemocnění (NCD), mají na svědomí více než 60 % úmrtí na světě. V důsledku neustálého zvyšování vzniku civilizačních chorob, zavedla nový termín „*podpora pohybové aktivity*“. (WHO, 2003).

Stejskal (2004), považuje pravidelné cvičení spolu s přirozenou (habituální), pohybovou aktivitou a přiměřeným příjmem energie, za nejlepší, nejbezpečnější a ekonomicky nejméně náročné preventivní a léčebné prostředky v boji s výše uvedenými onemocněními. (Stejskal, 2004).

Vznik a rozvoj neinfekčních onemocnění souvisí se způsobem života a rizikovými faktory jsou kouření, nesprávná výživa, pohybová inaktivita, alkohol, psychosociální stres. Tato onemocnění jsou hlavní příčinou předčasných úmrtí a ekonomickou zátěží pro společnost i zdravotnictví. (Šteflová, 2011).

Pravidelná pohybová aktivita může být prováděna v domácím prostředí a cvičení ve fitcentrech, by mělo představovat návrat k vyšší habituální zátěži. (Kolouch, 2013).

2.3.2 Zdravotní přínosy cvičení

Pohybová aktivita působí preventivně. Snižuje vznik kardiovaskulárních chorob, pozitivně ovlivňuje kardiopulmonální systém, zvyšuje maximální tepový objem, snižuje klidovou tepovou frekvenci a krevní tlak. Pohyb ovlivňuje chemické pochody v krvi, snižuje hladinu cholesterolu LDL, zvyšuje hladinu HDL. Snižuje agregaci trombocytů

při tvorbě aterosklerotických plátů. Vede ke snížení hmotnosti, k lepší psychické pohodě, ke snížení výskytu depresí. Dále zvyšuje pružnost vazů, ohebnost kloubů, zvyšuje svalovou sílu a hustotu kapilárních sítí, zvyšuje obsah minerálů v kostech. Zároveň zvyšuje pracovní výkonnost, produktivitu práce, pracovní kapacitu a snižuje počet pracovních úrazů. (Kastnerová, 2011).

Pohybová aktivita stimuluje produkci endorfinů v mozku, ty způsobují dobrou náladu, lepší snášení bolesti, pocit uvolnění, štěstí. Pohyb zvyšuje duševní potenciál, zlepšuje paměť, harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému. Člověk se cítí klidnější, vyrovnanější, odolnější vůči všem druhům stresu. Uvolňuje se svalové napětí a zmenšují se záporné emoce, zvyšuje se sebevědomí. Pohyb zpomaluje proces stárnutí, prodlužuje délku života a aktivní délku života ve stáří. Má preventivní vliv na vznik chronického únavového syndromu, pomáhá lidem přestat kouřit, potlačuje abstinenci příznaky. Pozitivně ovlivňuje těhotenství a porod. (WHO, 2007).

Lidé kteří cvičí se cítí svěží, uvolnění. Lidé kteří se pohybují málo, mají větší výskyt příznaků stresu a civilizačních chorob. (Křivohlavý, 2009).

Důležitá je výdrž v pravidelném a dlouhodobém tělesném cvičení. Často dochází k selhání pravidelného cvičení u lidí se sedavým způsobem zaměstnání, u kuřáků, obézních lidí. Opačný, kladný vliv na výdrž cvičení má sociální opora, povzbuzování partnerů, rodiny, hravá forma cvičení, zapojení přátel a formy kladného posilování motivací. (Křivohlavý, 2009).

Pohybová aktivita je součástí podpory zdraví. Pravidelná tělesná aktivita je úspěšná v primární a sekundární prevenci. Snížená pohybová aktivita je rizikový faktor pro vznik civilizačních nemocí. (Kastnerová, 2011).

Byl prokázán preventivní účinek tělesné aktivity adolescentů na vznik civilizačních nemocí v dospělosti. Sportovní trénink před a po pubertě vyvolává takové změny, které brání osteoporóze až do pozdní dospělosti. (Máček, 2011).

Motivací k pohybové aktivitě a důvodem ke cvičení, bývá snaha ke zlepšení a udržení zdravotního stavu, nebo jako možnost využití léčebných účinků pohybu u obezity, hypertenze, diabetu a dalších nemocí. Motivací může být i zlepšení vzhledu, zažití příjemných pocitů a prožitků, poznávání nových věcí, osob, situací a lepší uplatnění a prosazení ve společnosti. (Novotný, 2010).

Cvičení má být pravidelné a přiměřené možnostem konkrétního cvičence. Má

zahrnovat jak aerobní cvičení, tak posilování a protahování svalů. Podle doporučení ACSM, (Americká společnost pro sportovní medicínu), má být celková délka cvičení střední intenzity, nejméně 150 minut týdně. Přínos cvičení pro zdraví člověka vysoko převyšuje případná rizika, spojená s jednotlivými typy cvičení. Denní cvičení se stává pro dnešního člověka naprosto nezbytným. Každý cvičební program má zahrnovat kardiorepirační cvičení. To představuje 30-60 minut středně intenzivního cvičení, pět dní v týdnu nebo 20-60 minut intenzivního cvičení, tři dny v týdnu. Cvičení může být v jednom nepřerušném celku, ale také může být rozděleno do několika částí o délce alespoň 10 minut. Optimální pohybová aktivita v sobě zahrnuje jak aerobní (vytrvalostní) tak kompenzační (posilovací, protahovací) a relaxační (uvolňovací) cvičení. (ACSM, 2011; Kolouch, 2013).

2.3.3 Nedostatečná pohybová aktivita

Nedostatečná pohybová aktivita má vliv na metabolismus jedince, který je při nedostatečném pohybu zpomalen. Diabetes 2. typu je pak součástí metabolického syndromu, kdy je současně přítomna obezita, porucha metabolismu tuků a hypertenze. (Šmahelová, 2013).

Nedostatek pohybu má za následek mnohá závažná onemocnění, znemožňuje lidem v produktivním věku pracovat. Společnost je zatížena léčbou nemocí, které si nemocní částečně způsobili svoji nekázní a nezájmem o zdraví. Odčerpávají finanční prostředky, které by se daly využít efektivnějším způsobem. (Kukačka, 2010).

Nedostatek prostoru pro přirozený pohyb, množství emotivně přitažlivých nabídek pro sedavý způsob trávení volného času (televize, video, počítačové hry apod.), životní styl rodiny aj., pak mohou postupně vést ke snižování pohybové aktivity, úrovně tělesné zdatnosti, k preferenci klidových činností, ke vzniku oslabení podpůrně-pohybového aparátu i k nevyváženému příjmu a výdeji energie, tj. k nadváze a obezitě. (Mužík, 2010).

Nedostatek pohybu vede k ochabnutí svalového tonusu a to má silný dopad na pohybové ústrojí, i na estetičnost svalů. Nedostatečná opora páteře a ochabnutí svalstva trupu, má za následek celkově špatné držení těla a postavení pánve. (Kukačka, 2010).

Lidský organismus, který není pravidelně zatěžován pracovní nebo sportovní

pohybovou aktivitou, nemá zformovány adaptační mechanismy pro zátěžové situace, mezi které patří i schopnost odolávat únavě. Svalstvo, které se pravidelně nezatěžuje a neuvolňuje, má tendence ke ztuhlosti a zkrácenosti, což se projevuje bolestmi. (Kukačka, 2010).

Nedostatek pohybu má vliv na všechny stránky osobnosti člověka a ovlivňuje i sociální vztahy s okolím. (Dostálová, 2011).

Protože frekvence a náročnost habituální zátěže bude i nadále klesat, představuje záměrná fyzická stimulace, tzn. cvičení, jedinou reálnou formu intervence s cílem udržet odpovídající úroveň zdatnosti a výkonnosti nezbytných pro dlouhodobé udržení zdraví. (Kolouch, 2008).

2.3.4 Rizika cvičení.

Cvičení může být i návyková činnost (addikce). U některých jedinců po přerušení tělesné aktivity mohou nastat abstinenční příznaky, jako u odvykání drogám. Objevují se pocity úzkosti, napětí, nepokoje (iritace), neklid. Negativní addikce je charakteristická neustálým zvyšováním sportovního cíle, hranice výkonu. Jedinci si stanovují často i nebezpečné cíle. Mohou pak zanedbávat rodinu, práci a vše ostatní na úkor dosažení cíle. (Křivohlavý, 2009).

Rizika cvičení jsou u osob se sedavým způsobem života, kteří provádí neobvyklý nebo nečekaný tělesný výkon. Riziko je zde náhlá smrt, bolesti svalů, kloubů, fraktury. Rizikové je cvičení u osob s rodinnou anamnézou infarktu myokardu, ischemické choroby nebo iktu, u lidí s vrozenými vadami kardiovaskulárního systému, vrozenými anomáliemi koronárních cév, atd. Obecné riziko pak tvoří úrazy. (Kastnerová, 2011).

Při sedavém zaměstnání nejsou naše svaly stimulovány, krev se více shromažďuje v orgánech dutiny břišní a pánve. Periferie není dostatečně prokrvená a procesy v ní se zpomalují. Při sezení se mízním systémem dostávají do těla toxiny ze zplodin metabolismu. Při intenzivní pohybové aktivitě se pohyb mízy zrychluje 5-15x. (Kolouch, 2008).

2.3.5 Pohybová aktivita v těhotenství

Jakmile se žena dostane do jiného stavu, ze všech stran většinou slyší, že se musí hlídat, ať si neublíží, ať se nepřepíná a jen leží a odpočívá. Následkem může být větší přibírání na váze a přitom pohyb by měl být nezbytnou součástí fyziologického těhotenství. Správný druh fyzické aktivity udržuje zdravotní i psychický stav na dobré úrovni a naopak nicnedělání ohrožuje zdraví ženy i zdraví plodu. (Dumoulin 2006).

Těhotenství je ideální období pro přijetí dobrých životních návyků v oblasti fyzické aktivity. Je to dostatečná motivace a žena chce být v co nejlepším zdravotním stavu. Dříve se aktivním ženám radilo, aby během těhotenství cvičení omezily, nebo dokonce ukončily. Panovalo přesvědčení, že malformace plodu, spontánní potraty a předčasné porody, bývají často spojeny se cvičením během těhotenství. Dnešní studie ukazují, že kardiovaskulární cvičení během těhotenství má pozitivní vliv, dodává těhotné ženě více energie a tím vede ke snížení únavy. Omezuje přílišný nárůst hmotnosti, snižuje výskyt svalových křečí, zpomaluje rozvoj křečových žil. Kromě toho zvyšuje sebevědomí a zároveň snižuje pocity úzkosti a deprese během těhotenství (Dumoulin 2006).

Pravidelná, přiměřená (adekvátní) pohybová aktivita, přináší z hlediska preventivního působení na lidské zdraví prokazatelné výhody. U těhotných žen snižuje riziko potratu, usnadňuje porod a je dokázáno, že aktivním matkám se rodí zdravější děti. (WHO, 2007).

2.3.5.1 Intenzita cvičení v těhotenství

Americká gynekologická společnost, (ACOG), v roce 2009 uvedla, že zdravá těhotná žena, se může čtyřikrát týdně věnovat cvičení mírné intenzity, aniž by plodu hrozilo riziko poškození. Cvičení mírné intenzity nepředstavuje žádné nebezpečí, naopak může být prospěšné těm ženám, jejichž těhotenství probíhá bez komplikací. Pravidelné cvičení je vhodnější než občasná nárazová aktivita. Cvičit by měla těhotná žena na dřevěném podkladu nebo na podkladu potaženém koberci, který omezuje nárazy a vytváří pevný, neklouzavý podklad. (ACOG, 2009).

Americká gynekologická společnost doporučuje těhotným ženám pravidelně cvičit alespoň 3x týdně, přiměřené intenzity. Před zahájením cvičení doporučuje 5 minut k rozcvičení jízdou na rotopedu, nebo pomalou chůzí. Tepová frekvence nemá

přesáhnout 140 tepů za minutu. Intenzivní cvičení nemá trvat déle, než 15 minut. V I. trimstru od početí, který je pro vývoj těhotenství nejrizikovější, je vhodné snížit intenzitu cvičení na 70% dosavadní. (ACOG, 2009).

Cvičení mírné až střední intenzity není třeba omezovat, s výjimkou silových prvků. (Havlíčková, 2004).

2.3.5.2 Zdravotní přínosy cvičení v těhotenství

Při správném cvičení dojde k posílení, protažení a uvolnění konkrétní skupiny svalů, tím se dosáhne správného rozložení svalových sil, které zajistí možnost optimálního vývoje a udržení kondice a zdraví. Doba cvičení by měla být příjemným odpočinkem, aby se žena cítila dobře. (Dumoulin 2006).

Cílem je i ovlivnit některé změny těla. V celém průběhu těhotenství je zvýšená hladina progesteronu a čím vyšší tato hladina je, tím více se rozvolňují vazy v organizmu. To má pak často za následek, spolu s narůstající hmotností, zborcení klenby nohy a rozvolnění pánevních skloubení, zejména v oblasti beder a kříže, což se projevuje bolestí a sníženou pohyblivostí. (Volejníková, 2005).

2.3.5.3 Adekvátní pohybová aktivita v těhotenství

Indikované a adekvátní cviky jsou ty, které jsou doporučovány, nejsou škodlivé a pomáhají připravit ženu co nejlépe na porod a udržet organismus těhotné v dobré fyzické i psychické kondici. (Kobilková, 2005).

Cvičení je zaměřeno na jednotlivé orgánové systémy a oblasti a ovlivňuje nepříznivě způsobené změny neurovegetativního systému. Posiluje prsní a břišní svaly, uvolňuje a posiluje svaly pánevního dna. Zlepšuje postavení klenby nohy a přispívá ke správnému držení těla. Zajišťuje lepší žilní návrat krve, omezuje vznik zácpy a zlepšuje vitální kapacitu plic.

Hlavní přínos zdravého pohybu v těhotenství je v prevenci, v lepší psychické a lepší fyzické kondici. Působí jako prevence nadměrného přírůstku hmotnosti, má pozitivní vliv na zdravý vývoj plodu. Cvičení může snižovat riziko komplikací během těhotenství, jako je vznik hypertenze a diabetu. Zdravá těhotná žena, která cvičí, by v tom měla pokračovat. A pokud žena před otěhotněním necvičila pravidelně, měla by být

vedena k tomu, aby začala s mírným cvičebním programem. (Krejčí, 2009).

Pravidelný pohyb je prospěšný pro matku i dítě a pravidelné cvičení snižuje výskyt gestačního diabetu o 5% a preeklampsie o 40%. Podle americké společnosti pro gynekologii a porodnictví, se doporučuje 30 minut denně mírné pohybové aktivity, s vyloučením rizikových sportů, kde hrozí pády, údery do břicha atd. (Hidding, 2010).

Fyzická inaktivita zdárnému průběhu těhotenství neprospívá. V průběhu normálně probíhajícího těhotenství běžná ani zvýšená fyzická zátěž nezvyšuje riziko potratu, ani předčasného porodu. Ženy fyzicky aktivní rok před otěhotněním a v průběhu těhotenství, mají výrazně snížené riziko nejen gestačního diabetu, ale například i preeklampsie. Je jen velmi málo těhotenských komplikací, kdy je ženě doporučeno pohyb omezit. (Krejčí, 2009).

Těhotenství není nemoc. Je to přírodou dokonale naprogramovaný proces, který vede ke vzniku nového života. Ženský organizmus je na něj geneticky naprogramován a proto jej ve většině případů zvládá bez výrazných komplikací. Dlouhodobě nezdravý životní styl, vyvolává negativní změny v organizmu těhotné ženy. (Pařízek, 2012).

Těhotenství dokáže přimět budoucí matky k pozitivním změnám ve svém životním stylu. Mnohé z nich přestanou kouřit, konzumovat alkohol a zásadně zvýší péči o své zdraví, včetně zapojení přiměřeného cvičení. Profesor Švejcár uvádí: „*Pokud chceme mít zdravé děti, starejme se především o to, abychom měli zdravé ženy*“. Pokud lékař doporučil klid na lůžku, nebo stanovil, že jde o rizikové těhotenství, při kterém hrozí vznik komplikací, je pro ženu vhodné odpočívat. Později, pokud to je možné, může chodit alespoň na procházky. Dobrá kondice během těhotenství může porod usnadnit. (Taussig, 2012).

Počet žen, které pravidelně v těhotenství cvičí, se snižuje s rostoucím BMI. (Bejdáková, 2006)

2.3.5.4 Doporučené pohybové aktivity v těhotenství

V průběhu každého cvičení by měla těhotná žena dbát o správný pitný režim, jako prevenci před dehydratací organismu. Pokud se objeví neobvyklé symptomy, okamžitě by měla cvičení přerušit. Před aerobním cvičením by měla zařadit zahřívací

cviky a po ukončení relaxaci. (Bejdáková, 2006).

Přiměřená pohybová aktivita napomáhá zmírnit změny, které souvisejí s těhotenstvím, a připravuje tělo na porod tak, aby jeho průběh byl co nejlepší a nejrychlejší. Dokonce některé studie ukázaly, že u žen, které v těhotenství cvičily, se zkrátila délka porodu, snížil se výskyt komplikací, které mohly vést k císařským řezům, a ženy se po porodu rychleji zotavovaly. (Volejníková, 2005; Bejdáková, 2006).

Rozsah a intenzita pohybu jsou závislé na tom, zda žena před těhotenstvím cvičila, či nikoliv. Pokud ano, pak lze v aktivitách pokračovat, nebo je vhodně upravit. Pokud žena necvičila, měla by si vybrat cvičení, které je vhodné pro těhotné. (Domoulin, 2006).

Pokud je žena zdravá, nemá závažné problémy, může v době těhotenství cvičit. Předcházet by měly konzultace s gynekologem. Není vhodné začínat hned s novým druhem sportu a přemáhat se. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006; Domoulin, 2006).

Většina žen se cvičení může věnovat i když dříve aktivně nesportovaly. Pohyb by měl být doporučen všem ženám s fyziologickým průběhem gravidity. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006; Domoulin, 2006).

Pro průběh těhotenství a úspěšný vývoj plodu má velký význam, aby ženy v těhotenství žily v pohodě, harmonii, bez velké tělesné a duševní námahy. Důležité jsou procházky na čerstvém vzduchu a každodenní pobyt v přírodě, které většinou dovedou těhotnou ženu žádoucím, především uklidňujícím způsobem přeladit. (Kohoutek, 2008).

2.3.5.5 Prevence neurovegetativních změn

V průběhu těhotenství, zejména na jeho počátku, ovlivňují hormony psychiku ženy. Nálada je často zhoršená, žena se nadměrně bojí, je plačtivá, melancholická atd. Při relaxačním, (uvolňovacím) cvičení, se žena odpoutává od svých každodenních starostí, zmírní se stres, a s ním spojené nadměrné napětí svalů. Začnou se vyplavovat endorfiny, které kladně působí na zlepšení nálady. (Volejníková, 2005)

2.3.5.6 Správné držení těla

Držení těla se v době těhotenství mění. To je způsobeno zvětšující se dělohou a zvětšením prsů. Některé svaly ochabují a zkracují se, jiné se protahují a jsou zvýšeně

namáhány. Hrudní páteř se klene směrem dozadu a naopak bederní páteř se nadměrně vyklenuje dopředu, vzniká tzv. hyperlordóza. To může vést k zablokování žeber, jejich bolesti a k dušnosti. Potížím lze předcházet posilováním ochablých svalů a uvolňováním svalů přetěžovaných. (Sikorová, 2006; Domoulin, 2006).

Ideální postoj v době těhotenství je takový, kdy *„osa krku je kolmá k zemi, brada svírá s krkem úhel 90 %, horní část hrudníku je vypjatá dopředu, ramena rozložena do šířky a svěšena dolů, pánev je horním koncem zatažena vzad, břicho je ploché, obrys boků je symetrický a při chůzi nekolíbají ze strany na stranu, dolní končetiny jsou ve stoji v kloubech vytaženy vzhůru, pánev je spadlá do kyčlí, kyčle, kolena a hlezenní klouby leží v jedné ose, nožní klenba je správně příčně i podélně vyklenut.“* (Volejníková, 2005).

Ideální sed podle Sikorové (2006), je na židli s posazením až do zadu, nohy i záda se opírají a chodidla jsou volně na podlaze. Ramena srovnaná, hlava povytáhnutá ze šíje a ruce volně položené v klíně.

Ideální vstávání by mělo začínat přetočením se na bok a s pomocí spodní ruky by se mělo tělo zvednout. Druhá ruka by měla poskytovat oporu. Následovat by mělo zvednutí do kleku a pak do dřepu, poté by se dlaně měly opřít o kolena a až poté vstávání. (Sikorová, 2006).

Těhotné ženy nesmí zvedat těžká břemena. Předměty ze země by těhotné ženy neměly nikdy zvedat z předklonu, ale zachovat záda rovná a pracovat s pokrčením a narovnáním nohou. Ideální zvedání břemene je v dřepu s rovnými zády, kdy se uchopí předmět oběma rukama a přitáhne co nejbližší k tělu. Doporučuje se vstávat pomocí nohou s rovnými zády. (Sikorová, 2006).

2.3.5.7 Vitální kapacita plic

Zvětšující se děloha vytlačuje břišní orgány směrem nahoru a ty stlačují bránici. To způsobuje dušnost těhotných. Návikem dýchání může dojít ke zlepšení vitální kapacity plic, ke zmírnění dušnosti ženy a k lepšímu okysličení krve plodu. (Čech, 2006).

2.3.5.8 Posilování prsních svalů

Působením hormonů se zvětšují prsní žlázy. Kůže musí zvětšit svoji plochu a

prsňí svaly pod vlivem zvyšující se hmotnosti prsů ochabují. Zkrácení a ochabnutí prsňích svalů ovlivňuje postavení páteře a hrudníku. Žebra se zablokují a způsobí nepříjemnou bolest a nepřirozené postavení páteře. Změny jsou ještě výraznější po porodu, při nástupu laktace. Prevencí je protažení a posílení svalstva i v oblasti zad a mezilopatkových svalů. (Volejníková, 2005).

2.3.5.9 Posilování břišňích svalů

Břišňí svaly se napínají zvětšující se dělohou. Šikmé a přímé břišňí svaly se napínají, zeslabují a klesá jejich funkce. Změny vedou k nadměrnému zatížení svalů zad a páteř se v bederní oblasti nadměrně prohýbá. Vzniká tak tzv. hyperlordóza, která vyvolává nadměrný tlak na meziobratlové ploténky a může dojít k poškození. Zatížení svalů zad způsobuje bolesti v bederní a křížové oblasti. Žena by měla přiměřeně posilovat svalstvo již před otěhotněním a v I. trimestru. Oslabení svalů může působit potíže i během porodu, při vypuzování plodu z dělohy. Naopak ve II. a III. trimestru, pokud je děloha velmi zvětšená, nejsou cviky na přímé břišňí svaly doporučovány. Hrozí možnost rozestupu těchto svalů, nebo možnost protržení vazivové části mezi přímými břišňími svaly, vyhrěznutí břišňích orgánů a vytvoření kýly.

Stejně jako Nováková 2010, uvádí Volejníková, 2005, že břišňí svaly bývají oslabené zvětšujícím se obsahem dělohy. Tím vzniká riziko rozestupu břišňích svalů, zpomalení střevní peristaltiky, vadné držení těla s bolestmi v kříži. Oslabené břišňí svaly poté nedovolí ženě v průběhu porodu dobře tlačit. (Volejníková 2005; Nováková 2010).

2.3.5.10 Posilování svalů pánevního dna

Svalstvo dna pánevního je oblastí, kterou většina žen ovládá jen velmi málo. Běžně vědomě používáme napnutí svalů při potřebě udržení moči nebo stolice. Přitom používáme pouze část svalstva této oblasti. Posílení dna pánevního může zamezit nadměrnému uvolnění skloubení v pánvi, způsobené zvýšenou hladinou progesteronu. Při porodu může zabránit vzniku symfyzeolýzy, rozvolnění spojení mezi částmi stydké kosti. (Nováková, 2010).

Nácvikem uvolňování svalů dna pánevního po předcházejícím napětí, se může zkrátit I. i II. doba porodní. Uvolnění dna pánevního spolu s dostatečně pevnou břišňí

stěnou, dovolí plodu dobře se vyvíjet a zkrátí dobu porodu. Pokud žena není schopna uvolnit pánevní dno, plod prochází staženými porodními cestami a často vznikne poranění. (Volejníková, 2005).

V průběhu těhotenství zažije většina žen od konce II. trimestru epizodu inkontinence moči. Nejčastěji se jedná o tzv. stresovou inkontinenci, která souvisí s špatnou funkcí a poruchou svalů pánevního dna. Pánevní dno je nejnižším místem, kam dopadá tlak orgánů dutiny břišní. U žen tyto příčné pruhované svaly podírají dělohu, močový měchýř, konečník a pomáhají uzavírat svěrače okolo močové trubice a konečníku. Tím brání úniku moči, stolice, plynů. V těhotenství dochází k velkému zatížení a častému poškození po porodu. Cvičením se zlepšuje pánevní dno, které napomáhá dobrému průběhu jak těhotenství, tak regeneraci po porodu a snižuje výskyt inkontinence v průběhu dalšího života. (Nováková, 2010).

Nováková, doporučuje začít s posilování svalů pánevního dna okolo 20. týdne těhotenství a pokračovat až do konce 35. týdne. (Nováková, 2010).

2.3.5.11 Posilování klenby nohy

V těhotenství se pod vlivem hormonů uvolňují vazy. Dochází ke vzniku plochých nohou, které působí bolestivost při chůzi nebo stání a postupně dochází k bolestem zad, z důvodu neefektivního pružení klenby nohy. Páteř trpí nadměrnými nárazy při běhu i chůzi. Vhodné je procvičovat chůzi po nerovném povrchu, zkoušet zdvíhat nohou různé předměty ze země nebo zkusit psát nohou. (Volejníková, 2005).

2.3.5.12 Prevence křečových žil a zácpy

Zvyšováním váhy dochází v poloze na zádech k tlaku na dolní dutou žílu, která odvádí krev z dolních končetin a malé pánve k srdci. Krev se pak hromadí v žilách dolních končetin a vznikají varixy. Roztažená céva ve které stagnuje krev, je ideálním místem k tvorbě sraženin a vzniku embolie. U těhotných je nutné vhodné polohování a cvičení. (Sikorová, 2006).

Hormonální změny působí zpomalení střevní peristaltiky a vznik zácpy. Stolice, která tlačí na střevní stěnu vyvolává defekační reflex a v případě tvrdé stolice musí žena více tlačít. Tlačení se zvyšuje tlak v cévách malé pánve a ty se rozšiřují a vznikají hemeroidy. Stagnace střevního obsahu způsobuje nedostatečný přísun živin k

buňkám střevní sliznice, ty pak odumírají nebo se regenerují špatným způsobem. Cvičení spolu s úpravou jídelníčku a pitného režimu, je prevencí vzniku zácpy. (Sikorová, 2006).

2.3.6 Druhy pohybových aktivit

Chůze a turistika

Chůze posiluje a prokrvuje všechny svalové skupiny. Doporučuje se 20 až 30 minut chůze, 3x týdně. Postupně lze zvýšit na 30 až 60 minut denně. Vhodným místem pro chůzi je příroda, les, pobyt na čerstvém vzduchu. Při chůzi by žena měla správně držet tělo. Kvalitní obuv je prevencí proti plochým nohám. Chůze je i prevencí proti zácpě. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006).

Jízda na kole

Jízda na kole se doporučuje pouze pomalým tempem a ne v městském dopravním provozu, kde dochází k vdechování výfukových plynů s vysokým obsahem oxidu uhelnatého. Těhotné ženy mají zpomalenější reakce a to může být příčinou kolizí a zranění. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006).

Plavání

Plavání je nejvhodnější sportovní aktivita v těhotenství. Plavat těhotné ženy mohou od začátku těhotenství. Voda tělo nadnáší, v bazénu váží pouze desetinu své normální váhy. Cvičení ve vodě méně zatěžuje klouby a uvolňuje kosterní aparát. Zpevňují se zádové svaly a prohlubuje se dýchání. Ve vodě lze provozovat i aquaerobic, tanec ve vodě. Vyhýbat by se měla těhotná žena rybníkům a řekám, kde bývá voda znečištěná a chladná. V moři může být ohrožena nárazy vln. Skoky do vody jsou nevhodné. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006).

Jóga a gravidjóga

Jóga klade důraz na dýchání, relaxaci, držení a uvědomování si vlastního těla. Vhodné je cvičit tzv. *Gravidjógu*. Ta pomáhá upravit držení a vyrovnaní těla, podporuje krevní oběh a účinnější dýchání a zmírňuje těhotenské bolesti hlavně v bederní páteři a v oblasti nohou. Působí pozitivně i na vnitřní orgány, zmírňuje poruchy trávení a nevolnost. Ovlivňuje psychiku, zmírňuje napětí a úzkost. Ke cvičení je doporučeno používat podložku, malý polštářek, deku. Oblečení má být pohodlné. Jóga je vhodné cvičení i po porodu. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006; Miller, 2009).

Pilates

Vychází z harmonie těla a mysli. Pilates cvičení je upravené pro těhotné, posiluje části těla důležité pro těhotenství a porod. Nepřetěžuje svaly a klouby. Důraz klade na dýchání, posilování hýžd'ových, prsních a břišních svalů. Zaměřuje se na uvolnění svalů, které jsou v těhotenství přetěžované, jako například záda, nebo svaly pánevního dna. Pomáhá při udržování tělesné rovnováhy a nácviku správného postoje. Má velký význam při zotavování těla po porodu. Pilates může těhotná žena začít cvičit i v době těhotenství. (Sikorová, 2006; Bejdáková, 2006).

Cvičení s využitím velkých míčů (cvičení na fitballech)

Cvičení na míči je považováno za vhodnou techniku cvičení pro těhotné ženy. Slouží k posilování, protahování a podpoře správného držení těla. Cvičení je prospěšné pro podporu a posílení pánevního dna, posílení zad v bederní oblasti a uvolnění křížokyčelní oblasti. Velké využití má v I. době porodní. (Bejdáková, 2006; Blahušová, 2008).

Cvičení s využitím malých míčů

Malé míčky jsou dynamická balanční pomůcka a dají se využít v době těhotenství k usnadnění pohybu při cviku, při stabilizaci poloh, nebo jako podpora při sezení. Dají se použít jako odporová pomůcka při posilovacím cvičení prsních svalů, nebo vnitřních svalů stehien. (Bejdáková, 2006).

Alexandrova technika

Alexandrova technika se používá v těhotenství k překonávání normálních těhotenských obtíží. Cvičení pomáhá předcházet těhotenským problémům a zlepšuje vnitřní rovnováhu. Pomáhá prohloubit dýchání, zlepšuje krevní oběh a trávicí systém. Metoda se snaží naučit, jak dosáhnout co nejefektivnějšího pohybu, s co nejmenší námahou a nezapořádání zbytečných svalů. (Bejdáková, 2006).

2.3.6.1 Těhotenský tělocvik (těhobic)

Těhotenský tělocvik připravuje těhotné ženy na porod. Cviky jsou zaměřené na posílení svalových skupin, které v průběhu těhotenství ochabují a jsou důležité pro porod. Těhobic podporuje dechovou gymnastiku, nácvik správného dýchání v jednotlivých fázích porodu, tlačení ve II. době porodní a relaxaci, v období mezi kontrakcemi. Cvičení je vhodné provozovat po celou dobu těhotenství. Těhotenská

gymnastika je ideální cvičení pro těhotné. Cvičení je speciálně zaměřené na posílení svalů ovlivňující hladký průběh porodu. Učí správnému dýchání, ovlivňování bolestivosti a zvyšují fyzickou kondici.

Aerobik pro těhotné

Aerobic se doporučuje více ženám, které aerobic cvičily již před těhotenstvím. Cvičení je charakteristické nízkou zátěží a rychlostí. Neobsahuje skoky, výskoky, otočky a švihové prvky. (Bejdáková, 2006).

Tanec

Tanec je dobrou přípravou na porod. Žena se učí lépe ovládat své tělo, správně dýchat a relaxovat. Při břišním tanci se naučí pohybovat pánví, což využije i při samotném porodu. Tanec má pozitivní vliv i na plod, protože vláčné, pomalé a houpavé pohyby orientálního tance plod uklidňují. Při tanci se posilují břišní i zádové svaly a páteř. Tanec lze provozovat většinou až do konce těhotenství.

Další sportovní aktivity

Jízda na speciálních trenažérech. Vhodná je jízda pomalé intenzity s malou zátěží. (Bejdáková, 2006).

Golf je fyzicky nenáročný sport, který lze provozovat ještě téměř před porodem. Cvičení na stepperu je pohyb, jako kdyby žena šlapala do schodů a je vhodný na posílení nohou a pánevních svalů. Prospívá snažšímu porodu i pozdějšímu návratu do kondice po porodu.

2.3.6.2 Cvičení těhotných podle jednotlivých trimestrů

Cvičit se má v místnosti, která má být prostorná a větratelná. K pomůckám patří deky, žíněnky. Cviky se opakují 3x až 5x, později 10x. Při cvičení těhotná pravidelně dýchá, nepřetěžuje se, při únavě je nutná relaxace. (Volejníková 2005).

Cvičení v I. trimestru

V I. trimestru se provádí cviky mimo skoků, běhu, visu, výpadů. Cvičení je možné provádět ve stoje, v sedě, vleže a procvičovat břišní svaly, klenbu nohy, prsní svaly. Podporovat elasticitu hrudníku, prokrvování dolních končetin a střevní peristaltiku. V I. trimestru mohou ženy cvičit, pokud se cítí dobře. Cvičení je zaměřené na správné držení těla, prsní a břišní svaly a svaly klenby nožní. Dolní končetiny se jako prevence křečových žil podkládají do zvýšené polohy. Důležitá je relaxace. (Sikorová,

2006).

Cvičení v II. trimestru

V II. trimestru jsou vhodné cviky stejné jako v I. trimestru, jen se necvičí v poloze na břiše. Nacvičuje se zadržování dechu a uvolňování kyčelních kloubů. V II. trimestru se zvětšuje břicho a většinou mizí nevolnosti z počátku těhotenství. Ženy, které dříve sportovaly, mohou v této aktivitě pokračovat s omezením některých nevhodných sportů. V tomto období je vhodné začít s cvičením i pro ženy, které dříve žádnou pohybovou aktivitu nevykonávaly. (Sikorová, 2006).

Cvičení v III. trimestru

V III. trimestru jsou cviky zaměřeny na jednotlivé porodní doby. Pro I. dobu porodní se nacvičuje břišní dýchání, "psi" dýchání, masáže, odlehčování. Při kontrakci má rodička pravidelně pomalu a zhluboka dýchat do „ břicha“. Při pomalém vdechu uvolní břišní stěnu, břicho se nafoukne, vyklene. Při výdechu břicho klesá. Při tomto dýchání se při kontrakci nezvyšuje nitrobřišní tlak a plod dostane hlubokým dýcháním více kyslíku. (Volejníková 2005; Bejdáková, 2006).

Odlehčovací manévry

Odlehčovací manévry jsou v průběhu I. doby porodní velmi důležité. Ve stoji rozkročném, dá rodička ruce v bok, krouží pánví a poté provede široký dřep rozkročný a rukama se opře o lůžko a mírně hmitá pánví dolů a nahoru. Tyto pohyby pomáhají vstupu hlavičky do pánve. Při kontrakci si rodička může pomáhat masáží křížové oblasti. (Volejníková, 2005).

Relaxace

Relaxace je hluboké uvolnění svalstva i psychiky. Je účinná při překonávání stresu, spolu s dostatečným a pravidelným spánkem a odpočinkem. Spánek se u těhotných žen doporučuje 8-9 hodin v noci a 1-2 hodiny odpočinku během dne. Relaxaci mohou provádět i ženy s rizikovým průběhem těhotenství. (Machová, 2009).

Ženy, které ovládají relaxační techniky, si mezi kontrakcemi dokáží lépe odpočinout a načerpat nové síly. Cítí se všeobecně jistější a silnější. (Machová, 2009).

2.3.6.3 Nevhodné druhy pohybových aktivit v těhotenství

V celém těhotenství jsou kontraindikovány cviky s dopady, nárazy nebo doskoky. Při otřesech těla matky, může dojít vlivem narážející části plodu na hrdlo

děložní k počátku otevírání děložního čípku. Děloha je nárazy drážděna a může vzniknout předčasná kontrakční činnost. (Pařízek, 2012).

V II. trimestru nejsou vhodné cviky prováděné vleže na břiše a v III. trimestru by žena neměla cvičit vleže na zádech bez zvýšení hlavy. Důvodem je zvětšená děloha, která v této polohách nadměrně tlačí na dolní dutou žílu a způsobuje tak snížení žilního návratu krve do srdce. To vyvolává nevolnost, městnání krve v žilách a otoky. Při sníženém návratu krve mohou vznikat varixy a tromby. Krevní sraženiny se vytvářejí na stěnách cév a při nadměrné tvorbě trombů může dojít až k ucpání drobných cév a odumření tkáně. Pokud se trombus žilní stěny utrhne, putuje oběhem a může způsobit embolii. (Pařízek, 2012).

V II. a III. trimestru by ženy, které mají příliš zvětšenou dělohu, ať už z důvodu velkého plodu, nadměrného množství plodové vody nebo vícečetného těhotenství, neměly posilovat přímé břišní svaly. Při cvičení by mohlo dojít k rozestupu přímých břišních svalů, tzv. diastáze, nebo ke vzniku kýly, což je v těhotenství velká komplikace, někdy až život ohrožující stav. (Pařízek, 2012).

Koupání ve veřejných lázních, rybnících, řekách a v moři, zejména ve druhé polovině těhotenství není pro těhotné ženy vhodné. Voda bývá znečištěná, chladná, v moři je těhotná ohrožena úderem vln. Vždy je nutné vyhnout se prochladnutí.

Problémovými sporty jsou tenis, bruslení, terénní běh. Jsou vysoce rizikové a ženě hrozí zranění. (Bejdáková, 2006).

Sjezdové lyžařské disciplíny jsou nevhodné, stejně jako snowboarding. Úraz si těhotná nemusí způsobit sama, ale může do ní narazit jiný lyžař. Riziko zvyšuje i umělý zledovatělý sníh. Kolize na tvrdém podkladu je mnohem nebezpečnější než pád do měkkého přírodního sněhu. (Pařízek, 2009).

Nevhodné jsou hluboké dřepy a předklony (mrtvý tah) a cviky namáhající silově břicho a cviky tlakové, vyžadující zatínání břicha. Příliš vhodný není běh a stejně tak většina kontaktních sportů (např. míčové hry), kvůli riziku úrazu. Nevhodné je cvičení v posilovně se zátěží, jízda na kolečkových bruslích, nebo jízda na koni. (Bejdáková, 2006).

Do rizikových sportů se zařazují kolektivní, kontaktní sporty, jako jsou volejbal, basketbal. Patří mezi ně i extrémní, adrenalinové sporty, jako bungee jumping, saskoky padákem a horolezectví. Rizikové je potápění, rafting, kanoistika, cvičení na

nářadí, silové sporty, vrcholový trénink a náročné posilování. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006; Pařízek, 2012).

Vyhnout by se měla těhotná žena cvičení v horkém a vlhkém prostředí. Nikdy by neměla cvičit do úplného vyčerpání, tělesná teplota nesmí překročit 38C a při potížích, točení hlavy musí ihned přestat. Při cvičení nesmí zadržovat dech a zvyšovat tlak v břiše. Sport je vhodným doplňkem pro psychickou i fyzickou kondici těhotné, ale každá žena sama musí více než jindy, rozumně zvážit své schopnosti a možnosti.(Pařízek, 2009).

Všechny ženy se nemohou věnovat cvičení v době těhotenství i když dříve sportovaly. Je to v době rizikového nebo patologického průběhu těhotenství. Těhotné ženy s velkým rizikem musí cvičení omezit nebo úplně vynechat. (Bejdáková; 2006; Sikorová, 2006).

V těhotenství je sport zakázán například při hrozícím předčasném porodu, inkompetenci děložního hrdla, vcestném lůžku, krvácení, u vícečetných těhotenství, preeklampsie, u závažných srdečních vad, nebo u nízké hmotnosti plodu. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006; Pařízek, 2012).

Cvičení musí žena přerušit, objeví-li se bolesti břicha, hlavy, začne-li žena krvácet, pociťuje zvýšenou únavu, cítí-li slabost, nebo dušnost. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006).

2.3.6.4 Cvičení v šestinedělí

Cvičení v období šestinedělí má značnou roli a edukace by v tomto období měla být důkladná. Organismus rychleji regeneruje a cvičení zabraňuje poporodním obtížím, jako jsou bolesti zad, problémy s udržení moči, sestup dělohy atd. Cílem cvičení je odstranit změny, které v těle ženy nastaly v průběhu těhotenství, při porodu a následně i v šestinedělí. Cvičení vede k rychlejšímu zotavení a návratu do kondice po porodu, která je potřebná při péči o novorozence. Začít cvičit může již za 12 hodin po spontánním porodu a za 24 hodin po porodu sekci. (Volejníková, 2005).

Doporučuje se začínat pozvolna, obtížnost zvyšovat postupně, podle aktuálního stavu. (Beránková, 2004).

Cílem cvičení je povzbudit krevní oběh a zabránit vzniku trombóz. Upevnit a posílit svaly, ty které byly přetěžovány (břišní, bederní) nebo poškozeny (svaly

pánevního dna). Urychlit zavinování dělohy a její správné uložení v malé pánvi. Povzbudit činnost mléčných žláz a urychlit návrat do fyzické i psychické kondice. Cvičení v tomto období má význam léčebný, preventivní a estetický. Působí pozitivně na psychiku ženy, dodává jí sebedůvěru a pomáhá jí být co nejdříve soběstačnou. (Volejníková, 2005; Nováková, 2010).

Dnes již všechny porodnice upřednostňují včasné vstávání po porodu a časnou mobilizaci šestinedělky a cvičení, které je zaměřeno na jednotlivé části těla. (Beránková, 2004)

2.4 Edukace

Pojem edukace pochází z latinského *educare*, *educare* a znamená, vést, vychovávat. Podle Průchy (2013), je to proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, s cílem navodit pozitivní změny v jeho dovednostech, vědomostech, postojích a návycích. Pod tímto pojmem rozumíme výchovu a vzdělávání. (Průcha, 2013).

K edukaci je zapotřebí přítomnost minimálně dvou osob, které si předávají informace. Edukace je celoživotní vzdělávání, poskytované formálními vzdělávacími institucemi nebo cestou neformální, jako je rodina, přátelé. (Magurová, 2009).

2.4.1 Edukační realita

Edukační realita je základní pojem pedagogiky. Jedná se o jakoukoli situaci, kdy dochází k edukaci a jsou přítomni lidé. Obsahem je učivo. Zahrnuje edukátora, edukanta a edukační prostředí. Edukátor je subjekt, aktér na straně jedné a edukant subjekt učení bez rozdílu věku na straně druhé. (Průcha 2013).

2.4.2 Edukační prostředí a konstrukty

Edukační prostředí je místo, ve kterém edukace probíhá. To ovlivňují podmínky ergonomické jako například osvětlení, hluk, ale i sociální klima a atmosféra edukace. Edukační konstrukty jsou všechny teorie, postupy plány, scénáře, prognózy, předpisy, které určují a ovlivňují reálné edukační procesy. (Juřeníková, 2010).

2.4.3 Edukační proces

Edukační proces je soubor všech činností, kdy se jeden subjekt (edukant) učí, druhý subjekt (edukátor) vyučuje, instruuje nebo informace zprostředkovává textem. Edukační proces probíhá od prenatalního období do pozdního stáří. Probíhá ve všech etapách vývoje člověka, nejintenzivněji v období dětství a dospívání. Při osvojování poznatků se utvářejí charakterové, citové, volní, tělesné i rozumové vlastnosti a schopnosti. Edukace zahrnuje stránku poznávací, operační (operace a dovednosti, které si člověk osvojuje) a hodnotovou (usměrňování jedince k vytvoření pozitivní hierarchie hodnot). (Průcha, 2013).

2.4.4 Edukační plán

Edukační plán navazuje na edukační proces, kde došlo k získání nejpodstatnějších informací. Vychází z potřeb jedince a motivuje ho v oblasti edukace. Vyžaduje nezbytnou spolupráci mezi edukátorem a edukantem. Cíle v edukačním plánu se sestavují společně s jedincem. Zjišťují se momentální potřeby, především ve smyslu dlouhodobé změny životního stylu, společenského postavení a chování. Do této kategorie spadá vlastní plánování a stanovení předem určených cílů. (Špirudová, 2006).

2.4.5 Edukační metody

Edukační metodu můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. (Vondráček, 2011).

Metody edukace je vždy nutné přizpůsobit každému jedinci individuálně a zvolit vhodnou metodu výuky. Nejčastěji jsou užívány metody slovní (podání ústní a písemně) a metody demonstrační (ukázky, předvedení). (Juřeníková, 2010).

2.4.6 Edukační cíle

Cíle edukace slouží nejen ke stanovení edukačního plánu, ale jsou i měřítkem k hodnocení již proběhlé edukace. Cíle lze dělit na krátkodobé a dlouhodobé, nižší a vyšší. Pro správné stanovení a formulaci cílů lze použít taxonomie cílů pro jednotlivé oblasti. (Juřeníková, 2010).

Cíl chápeme jako ideální představu předpokládaných výsledků, jichž má být ve

výchově dosaženo. Obecně lze cíle diferencovat na kognitivní (vzdělávací, poznávací), při kterých dochází k osvojování poznatků a intelektových dovedností (znalostí, porozumění, analýzy, syntézy a hodnotící posouzení). Cíle afektivní (postojové, hodnotové), při kterých dochází k osvojování postojů, tvoření hodnotové orientace (vnímavosti, reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot) a cíle psychomotorické (výcvikové), kde si jedinec osvojuje psychomotorické dovednosti (řeč, psaní, manipulaci, imitaci, zpřesňování, koordinaci, automatizaci). (Špirudová, 2006; Vondráček, 2011).

2.4.7 Fáze edukačního procesu

V první fázi se musí posoudit a zjistit co nejvíce informací o jedinci. Je to hlavně snaha a ochota učit se něčemu novému. (Špirudová, 2006; Jueníková, 2010).

Druhá fáze je zaměřena na přesvědčení o důležitosti učení se novému, motivaci. V této oblasti pomůže příjemné prostředí, vlídné chování a vedení k samostatnosti. Podstatnou roli také hraje zvolený styl učení. Vhodný je individuální přístup se zapojením do výuky všech smyslů. Podstatnou roli také hraje věk jedince, který ovlivňuje proces zapamatování si, vnímavosti a vybavení naučeného. (Špirudová, 2006).

Třetí fáze, expoziční, je zaměřena stanovené cíle. Postup záleží na stanovených cílech a edukačním tématu, např. zaměření se na zásady správné výživy, přiměřené pohybové aktivity.

Ve čtvrté fázi, fixační, se podává více informací pomocí letáků, knih, přístupu na internetové stránky. Zde si jedinci mohou zopakovat a vštípit již naučené či doplnit chybějící informace.

V páté fázi se provádí kontrola podaných informací, dotazování, zapisování do formulářů hodnotících edukační program. (Špirudová, 2006).

2.5 Životní styl v současnosti

Současný životní styl je charakteristický nárůstem objemu volného času a současně poklesem pohybových aktivit. Je výrazně ovlivněn hromadnými sdělovacími prostředky. Pokles fyzických aktivit a současný nárůst energetického příjmu, vede k poruchám regulačních mechanismů a přináší zdravotní rizika, která vedou k zdravotním

poruchám, souhrnně nazývaných civilizační choroby. Sedavý způsob života, nedostatek tělesného pohybu jak v zaměstnání, tak ve volném čase, je v dnešní společnosti obvyklý. Vznikají poruchy tělesného i psychického zdraví, energetická nerovnováha a tím je také ovlivněna kvalita života jedinců. (Stejskal, 2004).

2.5.1 Zdraví

Definice WHO, 2000: " *zdraví je úplný stav tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze absence nemoci* ". (Šteflová, 2011).

Každý jedinec má geneticky dané určité predispozice. Genetická vybavenost a vlivy okolí (enviroment,) rozhodujícím způsobem utváří způsob života. Nejběžnější typ pohybu, který vykonáváme během dne, aniž bychom si ho uvědomovali, je pohybová habituální aktivita, kdy se přemísťujeme z místa na místo. V dnešní době se více užívají dopravní prostředky, což vede k hypokinezi, stavu snížené tělesné aktivity a ke vzniku hromadných neinfekčních onemocnění.(Čeladová, 2010).

Habituální pohybová aktivita je důležitá pro zdravý životní styl, ale k ní by měla být další intenzivní pohybová varianta. Aby jedinec cvičil pro zdraví, je potřeba určení optimální zátěže, cvičit pravidelně a dlouhodobě. (Stejskal, 2004).

2.5.2 Životní styl

Pravidelná pohybová aktivita, přiměřený energetický příjem, jsou nejlepším nejbezpečnějším a ekonomicky nenákladným preventivním nebo i léčebným prostředkem většiny civilizačních nemocí. Pohyb má velký význam při emocionálním ladění. Cvičící jedinec má zvýšený pocit sebedůvěry, snadněji zvládá stres, pravidelný pohyb podporuje zvýšení pracovní kapacity. Upravuje nálady, zmenšuje deprese a neopodstatněné obavy. Ke změnám dochází v mozku, kdy aktivní jedince má vyšší produkci nervosvalových přenašečů, modulátorů, které snižují bolest, zlepšují náladu a přináší pocit radosti. (Stejskal, 2004; Bartůňková 2006; Čeladová, 2010).

Péče o zdraví představuje hledání bio-psycho-socio-spirituální pohody osobnosti. Zdraví se často chápe jako prostředek k dosažení cíle. (Blahutková, 2005).

Prevence defíclit i vážnějších poruch v prenatálním, perinatálním i raně postnatálním stadiu vývoje vyžaduje, aby rodiče usilovali o zdravý životní styl. Nejen o somatickou, ale i o psychickou kvalitu osobního a rodinného života. (Kohoutek, 2008).

Výchova ke zdravému životnímu stylu má celoživotní charakter, proto lze výchovu ke zdravému životnímu stylu definovat jako působení na jedince všech věkových kategorií. Zdatnost je rozvinutá schopnost organismu odolávat vnějšímu stresu, připravenost organismu konat práci. (Čeladová, 2010).

Životní styl je systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí, typických, charakteristických pro určitý živý subjekt nebo i objekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování.

Změna životního stylu a setrvačnosti navyklého dosavadního způsobu života, neochota či snížená schopnost změnit své chování, je cílem edukačního procesu. Jedinec mezi variantami životního stylu hledá tu, kterou ve svých specifických podmínkách může naplnit a která by současně v daném okamžiku nejvíce odpovídala a vyhovovala jeho potřebám, hodnotám a jeho představě o naplnění sociálních rolí, jejichž je nositelem. Člověk si vybírá podle svobodné vůle. (Šmídová, 1992; Čeladová, 2010).

2.5.3 Zdravotní edukace těhotných žen

Zdravotní edukace těhotných žen je zaměřena na identifikaci rizik, jejich eliminaci a na podporu zdravého životního stylu. Důraz je kladen na primární péči a aktivní zapojení ženy do procesu naplňování cílů Zdraví 21, zejména v oblasti reprodukčního zdraví, podpory pohybové aktivity, správného životního stylu. Předpokladem pro plnění role edukátorky těhotných žen je důležité, mít dostatek informací, znalostí a dovedností, pochopit vlastní role, znát edukační proces, vytvořit a posoudit edukační projekt. Východiska edukace vychází ze slov vědět, umět, chtít. (Juřeniková, 2010).

2.5.4 Zásady zdravotní edukace

Žena má právo na informace a edukace by se měla stát jednou z hlavních priorit a měla by vést ke zlepšení kvality života ženy. Aby edukace byla účinná, je třeba posoudit deficitní oblast, určit potřeby a posoudit naléhavost edukace v dané oblasti. Na základě toho určit jasný cíl edukace. Zvolit správný způsob, formu edukace, používat správné metody, správně a dostatečně ženy motivovat.

Edukace by měla být zaměřena na těhotenství, porod a jeho průběh, zásady správné výživy, úpravu životního stylu, omezení rizikových faktorů a informace o vhodných pohybových aktivitách v těhotenství i po porodu. (Juřeníková, 2010).

Edukační cíl musí splňovat určité požadavky a to: konzistentnost, přiměřenost, jednoznačnost, kontrolovatelnost. Cílem edukace je pomoc ženám a jejich rodinám dosáhnout tělesného, duševního, sociálního a duchovního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a kulturním prostředím, se zaměřením na reprodukci a početí. (Nemcová, 2010).

Informace by měly být srozumitelné, snadno pochopitelné, jasné, pozitivně motivující a pravdivé. Podané informace je třeba opakovat a ověřovat si správnost pochopení podaných informací ženou. (Juřeníková, 2010).

2.5.5 Předporodní příprava

Předporodní příprava (psychoprofylaktická příprava), je součástí edukační činnosti, kterou nejčastěji provádí porodní asistentka. Celý edukační proces by měl být naplánován s jasným a kvalitním podáním informací. V předporodní přípravě se aplikuje edukace komplexní. Za komplexní edukaci se považuje edukace, kdy jsou jedinci etapově předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje zdraví prospěšných opatření, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. (Juřeníková, 2010).

Předporodní příprava, vyplňuje mezeru mezi informací, kterou žena má, a informací, která je potřebná pro to, aby dokázala zvládnout určité činnosti.

Každý člověk má mít přiměřené znalosti a vědomosti jak pečovat o své zdraví. Základem je posilování sebedůvěry, sebeuvědomění, samostatnosti. Jedinec, který pečuje o své zdraví, považuje za zcela přirozené pečovat o zdraví svých blízkých. Výchovou lze zvýšit zdravotní povědomí jedince o zdraví, zdravém životním stylu, odpovědnosti za své zdraví. K tomu potřebuje informace, motivaci, podmínky. Výchova se zaměřuje na jedince, skupinu, celou společnost (př.sociální marketing). Má za úkol poskytnout dostatek informací o možnostech jak předcházet nemocem, motivovat, zlepšit znalosti, ovlivnit postoje, zájem o vlastní zdraví a změnit chování vedoucí k posílení zdraví. (Nemcová, 2010).

Těhotná žena by si měla uvědomit, jakou hodnotu přiřazuje svému zdraví a pochopit, že každý sám má na stavu svého zdraví největší podíl. Edukace ke zdravému

stylu života se snaží podpořit těhotnou ženu, aby byla schopna zachovat a posilovat své zdraví po celý život. Aby aktivně vyhledávala informace o zdravém životním stylu, dodržovala patřičné návyky a doporučení, která podporují zdraví člověka. Žena by měla vědomě a aktivně pečovat o své zdraví a být si vědoma odpovědnosti za své zdraví. Měla by vnímat starost o své zdraví jako svoji povinnost i právo. Těhotná žena by měla chtít své zdraví upevňovat, vědět co je zdraví prospěšné a co ne, měla by mít vytvořené podmínky k realizaci zdravého způsobu života. Výchova proto musí být systematická, soustavná, srozumitelná, podložena novými poznatky vědy. Výchova ke zdraví je nedílnou součástí péče o zdraví a každý občan na ni má zákonný nárok. Zaměření má být na jednotlivce (zdravé, nemocné ohrožené na zdraví), na skupinu (děti, mládež, seniory), na celou společnost (součást preventivní péče). (Čeladová, 2010).

2.5.6 Práva během těhotenství a porodu.

Žena má být informována o právech během těhotenství a porodu. Podle zákona má nárok na zdravotní péči v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy. Poskytování zdravotních služeb je zde podmíněno svobodným souhlasem ženy, poskytnutým na základě řádného poučení. Jakýkoli zákrok může žena odmítnout. (Liga lidských práv, 2013)

2.5.7 Prevence

Prevence vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a k prodloužení aktivní délky života. Je to aktivita pro zdraví. Preventivní činnost je: obecná, podpora zdravého způsobu života a specifická, profylaktická, která je cíleně zaměřená na prevenci vzniku určité choroby (očkování). (Čeladová, 2010).

Prevenci dělíme dle časového hlediska na primární, sekundární, terciální.

2.5.7.1 Primární prevence

Primární prevence má ochránit, posílit zdraví, zabránit vzniku nemoci, je orientovaná na ochranu zdravého životního stylu, pracovních podmínek. Podílí se na ní zdravotnictví, opatření a činnosti ochrany veřejného zdraví a výchova ke zdraví. (Čeladová, 2010).

2.5.7.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence má za úkol předejít nepříznivým následkům již vzniklé nemoci, komplikacím, nevratným změnám, invaliditě. Hlavním prostředkem je určení včasné a správné diagnózy, včasná a účinná terapie. Obsahem jsou i preventivní prohlídky, jejichž rozsah upravuje vyhl. MZ ČR č.3/2010Sb. (např. prohlídky těhotných, novorozenců, dětí, dorostu, atd.). (MZ ČR, 2010).

2.5.7.3 Terciární prevence

Terciární prevence představuje rehabilitaci, návratnou péči, která má za cíl obnovit ztracenou a omezenou funkci, aby jedinec mohl plnit své úkoly, role a zapojit se do běžného života a starat se sám o sebe, být co nejvíce soběstačný. (Magurová, 2009).

2.5.8 Civilizační nemoci

Rizika životního stylu lze rozdělit na ovlivnitelná a neovlivnitelná. Převážná část patří do první kategorie, jedná se především o kouření, nadváhu, nesprávné stravování nebo nízkou pohybovou aktivitu. To jsou zároveň nejčastější rizikové faktory úmrtnosti a spolu s alkoholem, jsou hlavními determinantami našeho zdraví. (WHO, 2007).

Mezi neovlivnitelné faktory řadíme především věk, pohlaví a dědičnost. Nadváha a obezita jsou závažná, chronická, metabolická onemocnění, která jsou charakterizována zvýšeným podílem tukové tkáně na celkové hmotnosti. Nadváha je spojena s řadou rizik, především metabolických onemocnění, jako je diabetes, hypertenze, nebo ateroskleróza, která je zodpovědná za nejvíce úmrtí v civilizovaných zemích. Podle odhadů, trpělo v roce 2010 zhruba 400 milionů lidí v Evropě nadváhou a 120 milionů lidí bylo obézních, přičemž toto číslo do budoucna ještě poroste. V České republice mělo nadměrnou hmotnost 54% populace, 17% trpělo obezitou. Nesprávné stravování přináší mnoho dalších zdravotních rizik. Příjem potravy ovlivňuje tělesnou a psychickou kondici jedince a je závislý na znalostech člověka o potřebách správné výživy. (Chochola, 2011).

Osvěta a vzdělání by měly vzbudit u lidí zájem o zdraví a o to, jak jej chránit.

V dřívější době byl pohyb pro lidi každodenní součástí života. Dnes si určitou pohybovou aktivitu vyhledáváme cíleně a vyhrázujeme si na ni čas, protože většinu běžného pohybu za nás vykonávají stroje. (Čeladová, 2010).

2.5.9 Výživa v těhotenství.

Těhotná žena by měla být edukována o zásadách správné výživy. Fetální růst je určen gestačním věkem a je závislý na zdravotním stavu a výživě matky. Normální porodní váha u termínového plodu se pohybuje mezi 3300–3500g u obou pohlaví. Nedostatečná výživa během těhotenství může vést k hypotrofií plodu. (Pařízek, 2012).

V současné době se v teorii tzv. „programování“, diskutuje o možném vlivu nedostatečné výživy na plod a vzniku nemocí v dospělosti. Smyslem zdravé výživy ženy v období těhotenství, je vytvoření podmínek pro optimální vývoj plodu a zachování dobrého nutričního stavu matky. Současná doporučení energie a živin vycházejí většinou z faktoriálních odhadů, kdy se navyšuje dávka pro ženy netěhotné, o odhady potřeby plodu. (FSA, 2012).

Tuto situaci komplikuje výchozí nutriční stav matky na počátku gravidity, kdy podvyživené ženy potřebují pro optimální vývoj svého dítěte přibrat více, a tedy mít vyšší energetické dávky, v porovnání se ženami s přiměřeným výživovým stavem, či dokonce v porovnání se ženami obézními. Během celého těhotenství se doporučuje navýšit dávku připadající na dospělé zdravou ženu o 1,3 MJ (300 kcal) denně. (FAO, 2001).

2.5.9.1 Výživová doporučení

Podle studie Organizace pro výživu a zemědělství z roku 2001, potřebují zdravé ženy s normální váhou zvýšit energetický příjem v 1. trimestru těhotenství o 85 kcal (355 kJ) denně, ve 2. trimestru o 285 kcal (1195 kJ) denně a ve 3. trimestru o 475 kcal (1990 kJ) denně. Doporučený denní příjem energie pro netěhotné ženy v produktivním věku, s normální váhou, je přitom 2 000 kcal (8400 kJ). Tyto hodnoty vycházejí z potřeb zdravých žen s normální váhou před otěhotněním. (FAO, 2001).

Podle odhadu energetických potřeb na celé těhotenství z různých šetření, je potřeba pro vývoj plodu 29–35 MJ (121 800–147 000 kcal), placenty 2–3 MJ (8400–12

600 kcal), pomocných tkání matky 10–12 MJ (42 000–50 400 kcal), tukové tkáně matky 28–106 MJ (117 600–445 200 kcal) a na bazální energetický výdej 8–126 MJ (33 600–529 200 kcal). V praxi bývá měřítkem dostatečného energetického příjmu optimální váhový přírůstek. (FAO, 2001).

U zdravé ženy s přiměřeným výživovým stavem na počátku gravidity je optimální váhový přírůstek na konci těhotenství 10–12 kg, u podvyživených žen, nebo adolescentních žen, kolem 14 kg, zatímco u žen obézních je doporučován váhový přírůstek nižší, obvykle kolem 4–8 kg. (Národní akademie věd USA, 2009).

Přírůstek váhy

Přírůstek váhy za první trimestr těhotenství by se měl pohybovat přibližně mezi 1,5 - 2 kg, od druhého trimestru by měla těhotná žena přibývat cca 400 g za týden a za celou graviditu 10kg +/-3kg. Velikost přírůstku by se měla odvíjet od hodnoty BMI před těhotenstvím, pod BMI 20 by měl být přírůstek 11-13kg, při hodnotách BMI nad 25, by měl být přírůstek 7 až 10kg. Za fyziologické minimum lze považovat přírůstek 6kg. (Kastnerová, 2011).

Přibírání na váze během těhotenství ovlivňuje úspěšnost těhotenství. Ústav pro lékařství Národní akademie věd USA, (2009) uvádí, že nejméně polovina žen v těhotenství přibírá více než jsou doporučené váhové přírůstky. Nejvíce přibírají ženy s nadváhou a obézní. Všechny ženy mají být v době těhotenství, nejlépe před ním, informovány o přiměřené výživě a přiměřené pohybové aktivitě. Při porodu je plod obézní matky ohrožen rizikem poranění, stejně tak jako ona sama. (Národní akademie věd USA, 2009).

Těhotné ženy mají jíst pravidelně, tři hlavní jídla a dvě svačiny denně. Ve stravě mají být zastoupeny všechny základní druhy živin. Sladkosti, tučná jídla, slanné pokrmy, potraviny s vysokým kalorickým obsahem, mají být ze stravy vyloučeny. Strava ovlivňuje DNA plodu, metabolismus tuků a po narození může vznikat obezita dětí. Přesto není dobré držet v období gravidity striktní diety. (Chochola, 2011).

Výživu ve 21. století ovlivňují mediální reklamy. Rostou sítě podniků fast foods. Tyto pokrmy jsou rychlé, tučné, chuťově výrazné a vedou k obezitě. (Hronek, 2004).

Vzdělanější lidé, mají větší tendence ke zdravému životnímu stylu, oproti nižší sociální vrstvě, která klade důraz na rychlost a cenu. (Kunová, 2004).

V ekonomicky vyspělých zemích jsou největší hrozbou civilizační choroby. Kardiovaskulární, nádorová onemocnění, obezita, diabetes mellitus, cévní mozkové příhody, hypertenze a další. Na vzniku těchto onemocnění se podílí nadbytek živočišného tuku, nízká fyzická aktivita, zvýšená míra sociálního stresu, abúzus alkoholu a kouření. Dalšími rozhodujícími faktory pro zdravý životní styl jsou znalosti, vzdělání, motivace, sebekázeň a finanční zajištění. (Kunová, 2004).

Výživová doporučení vychází z nutričních cílů *Globální strategie výživy, fyzické aktivity a zdraví*. (WHO, 2004).

Ve stravě je nutné zvýšit spotřebu ovoce, zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin a ořechů. Omezit příjem volných cukrů, omezit spotřebu soli. (Hronek, 2004).

WHO v roce 2012, schválila spolu s ostatními státy, včetně Ministerstva zdravotnictví České republiky, nový, regionální program Zdraví 2020. Zaměřuje se na zlepšení zdraví pro všechny, překonávání nerovností ve zdraví, lepší vedení a řízení v oblasti péče o zdraví. (MZČR, 2013).

Gravidita komplikovaná diabetem u ženy s nadváhou či obezitou, nepředstavuje pouze zvýšené riziko pro průběh těhotenství a budoucí život ženy, ale také řadu rizik pro plod a další vývoj po narození. Mezi rizika pro vývoj dítěte do budoucna patří riziko vzniku opět nadváhy či obezity, diabetu, hypertenze a kardiovaskulárních komplikací. Ze všech těchto důvodů je velice důležité co nejvíce informovat ženy ve fertilním věku, o škodlivosti nadváhy a obezity pro jejich budoucí těhotenství a možných následcích i pro jejich děti. Vysoká hodnota BMI před graviditou je spojena s řadou těhotenských rizik. Jedná se o vyšší počty vrozených vývojových vad, hypertrofické plody, hypertenzi, preeklampsii, úmrtí plodu i vyšší počet neonatálních úmrtí. Dalšími riziky jsou růstová retardace plodů žen s těžkou obezitou, možné komplikace při porodu, vyšší počty těhotenství ukončovaných císařským řezem, vyšší počet dní, které v souvislosti s porodem stráví matka i novorozenec v nemocniční péči i vyšší počet novorozenců, jejichž stav vyžaduje přijetí na jednotky intenzivní péče. Diabetes i obezita patří mezi hlavní onemocnění matky, které vedou ke vzniku řady onemocnění potomků v dospělosti. (Andělová, 2011).

2.6 Edukační materiál

Podpůrné tištěné materiály představují základní intervenci podpory pohybové

aktivity. Jedná se o intervence formou tištěných materiálů, které poskytují informace o doporučené úrovni pohybové aktivity a způsobech zvýšení úrovně pohybové aktivity.

Edukační materiály jsou v různých formách plakátů, letáků, brožur. Mohou se doplnit ústním vysvětlením, nejčastěji v ordinaci lékařů.

Informační materiály o pohybové aktivitě poskytují informace o důležitosti pohybové aktivity v životě člověka. Edukační materiál v těhotenství je vhodné zaměřit na správnou životosprávu, u diabetiček s edukací o dodržování dietního režimu, selfmonitoringu hodnot glykemií, sledování ketolátek v moči a vhodné pohybové aktivitě. (Kalman, 2013).

Edukační materiály o pohybové aktivitě se nazývají „*Průvodce pohybovou aktivitou*“, (Physical Activity Guide). Poskytují detailnější informace o doporučené úrovni pohybové aktivity, jaký typ, jaká intenzita, jaká délka pohybové aktivity, bude pro zdraví mít největší efekt. Jsou obvykle zaměřeny na různé cílové skupiny například na seniory, rodiče, děti. (Kalman, 2013).

Na základě dostupných vědeckých důkazů a několika efektivních strategií jsou doporučeny akce na podporu pohybové aktivity: nabádat rodiče k omezování „*sedavého*“ způsobu trávení volného času (sledování televize, hraní počítačových her) dětí; maximalizovat počet hodin tělesné výchovy a rozšířit nabídku pohybových aktivit tak, aby se staly základní pohybové dovednosti součástí každodenního života dětí. (Kalman, 2013).

Jako možné metody uvádí Čeledová 2010, upoutání pozornosti k danému problému pomocí reklamy nebo TV spotu, sdělení základních informací, rad (např. poskytnutím letáků, zveřejněním článků v novinách, časopisech), nebo sdělení obsáhlejších informací (v knihách, brožurách, uskutečňováním besed nebo přednášek na dané téma. Jako hlavní cíl uvádí motivaci ke změně chování, s využitím různých kurzů, nebo uspořádáním výstav. Účinný může být i sociální marketing, metody a prostředky, které cíleně působí na vybranou skupinu obyvatel, se záměrem ovlivňovat a měnit jejich postoje. Možností sociálního marketingu je i peer program, výchova pomocí věkových vrstevníků, ze stejné sociální, profesní skupiny. (Čeledová 2010).

Sociální marketing využívá televize, rozhlasu, hromadných sdělovacích prostředků, tisku. Sociální marketing by měl vycházet z tzv. sociálního mixu, vycházejícího ze čtyř P (produkt, price, promotion, place). Vedle sociálního marketingu,

lze využít k edukaci mluvené a psané slovo, soutěže, televizní vysílání. Edukace musí probíhat cíleně k věku, vzdělání, konkrétnímu problému. Zdravotní uvědomění jedince začíná jako celoživotní komplex výchovy a vzdělávání v rodině, ve škole, v zaměstnání. (Čeledová 2010).

Jako další vhodné metody je možné využití nosičů DVD s praktickými ukázkami pohybových aktivit, užití informačních technologií, speciálních softwarů, webových aplikací k motivaci nebo edukaci.

2.6.1 Vhodné edukační prostředí

Základ edukace začíná v rodinném prostředí. Rodiče jsou vzorem pro dítě. WHO doporučuje jako vhodné prostředí školu a pracoviště. Velmi důležitým intervenčním prostředím, které zásadně ovlivňuje vztah dětí k pohybové aktivitě a jejich informovanost o důležitosti a významu pohybu v životě člověka, je škola. Úroveň pohybové aktivity u dětí neustále klesá a dětská obezita roste. (WHO, 2004).

Podle WHO (2000), jsou školy důležitým místem ve kterém lze rozvíjet a chránit zdraví.

WHO (2007) shledává i pracoviště ideálním místem pro podporu pohybové aktivity. Ta musí být nedílnou součástí každé národní strategie. (WHO, 2007).

2.7 Využití v praxi

Pohyb je přirozeným projevem každého živého organismu. Pohyb je pro těhotnou ženu prospěšný. Cvičení s vyloučením nevhodných pohybových aktivit, je přínosné pro těhotnou ženu i pro vyvíjející se plod. Přínosem je dobrá fyzická kondice, připravenost na porod a po porodu rychlejší návrat k původní váze. Zlepšuje se psychika, odbourává se stres.

Pohyb by měl být nedílnou součástí života těhotné ženy. Správné životní návyky by se měly stát vzorem pro správný vývoj dítěte.

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíle práce a hypotézy

3.1.1 Cíl práce

Cílem práce bylo analyzovat zdravotní edukaci v oblasti adekvátního pohybového režimu u vybrané skupiny dospělých, gravidních žen a edukační materiály, pomocí dotazníku. Zmapovat individuální pohybovou aktivitu a životní návyky žen, před graviditou a v průběhu fyziologického těhotenství.

3.1.2 Úkoly práce

- Vyhledávání odborné literatury, vědeckých zdrojů, vztahujících se k dané problematice
- Zpracování odborných zdrojů
- Sestavení cílů diplomové práce
- Sestavení metodického postupu diplomové práce
- Zpracování zjištěných výsledků
- Diskuze a závěr ze zjištěných výsledků
- Zpracování seznamu literatury, seznamu příloh

3.1.3 Hypotézy

Pro účely výzkumné části diplomové práce jsem vytvořila celkem tři hypotézy. Zajímala jsem se o průběh gravidity, pohybovou aktivitu, negativní návyky žen. Často jsem dávala ženám prostor k vyjádření jejich názorů.

H₁ Dotazované ženy s fyziologickým průběhem gravidity, vykonávají individuální, pohybovou aktivitu v těhotenství méně, než v době před těhotenstvím.

H₂ Dotazované ženy s fyziologickým průběhem těhotenství, vykonávají více pohybové aktivity, než ženy s rizikovým průběhem gravidity.

H₃ Dotazované ženy více změní své negativní návyky v průběhu těhotenství, než v době mimo těhotenství.

4. Metodologie

V prvním kroku statistického zpracování dat se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislostí. Byl použit chí-kvadrat test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce. Předpokladem bylo, aby teoretické četnosti v jednotlivých políčkách neklesly pod hodnotu 5, alespoň v 80% políček a ve zbylých políčkách neklesly pod hodnotu 2, protože prázdné nebo málo zaplněné buňky bývají zdrojem nespolehlivosti asymptotických statistik. Tabulku s menším obsazením políček testujeme Fisherovým testem. Ten patří k přesným testům nezávislosti.

Byla zvolena hladina významnosti 1%, tedy vysoká významnost. Tomu odpovídají p-hodnoty menší než 0,01. To znamená, že je-li p-hodnota menší než 0.01, hypotézu o nezávislosti zamítáme, neboť závislost je vysoce významná.

Pro specifikaci, u kterých kategorií nastal vysoce významný rozdíl, byla použita adjustovaná standardní rezidua, která se porovnávala s kvantily standardizovaného normálního rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti. Pro 1% hladinu je to 99% kvantil a to je 2,58 (v případě 5% hladiny by se jednalo o 95% kvantil a to je 1,96). Tam, kde se závislost prokázala, hledaly se kategorie s významným rozdílem. Byla použita standardizovaná rezidua, která se porovnávala s kvantily standardizovaného rozložení pro zvolenou hladinu spolehlivosti.

4.1 Charakteristika testovaného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze 150 těhotných žen, v různé délce gravidity. Z výzkumného vzorku byla návratnost 97% (145 dotazníků). 3 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplnost. Pro účely výzkumné části bylo použito 142 platných dotazníků.

4.2 Charakteristika cílové skupiny

Výzkumný vzorek tvořily náhodně vybrané těhotné ženy, z okresu České Budějovice. Sběr dat probíhal v březnu 2014. Rozhodujícím požadavkem byla potvrzená gravidita v době sběru dat, bez ohledu na délku gestace.

Výzkumná část diplomové práce se zaměřuje na problematiku nízké individuální pohybové aktivity žen v průběhu fyziologického těhotenství, bez

psychoprofylaktické přípravy. Zajímala jsem se, zda těhotné ženy vykonávají individuální pohybovou aktivitu v graviditě. Pro úplnost jsem zmapovala i psychoprofylaktickou přípravu. Ta se skládá z různých částí přednášek, školení otců při porodu, nácviku dýchání, video prezentací atd., proto jsem jí do individuální pohybové aktivity těhotných žen nezahrnovala. Zjištěná data jsou uvedena samostatně.

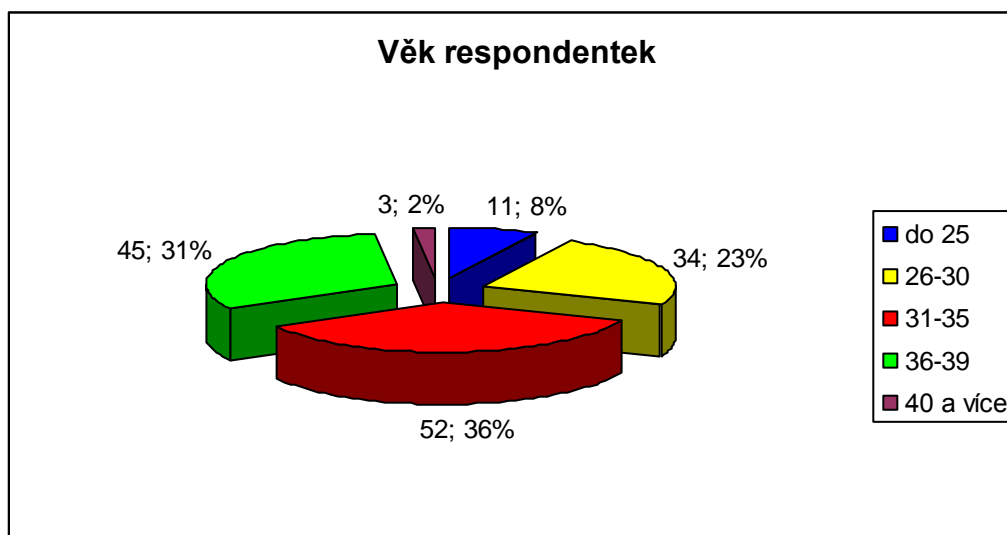
4.3 Metodika sběru dat

Pro výzkumnou část mé diplomové práce jsem použila metodu dotazování pomocí dotazníků. Dotazník umožňuje získat informace od většího počtu respondentek. Dotazník byl anonymní, aby byla zachována anonymita respondentek.

Dotazník jsem uspořádala ze základních 27. otázek a nechala jsem respondentkám dostatečný prostor pro konkretizaci jednotlivých odpovědí. Z vyhodnocených dat jsem poté sestavila grafy.

5 Výsledky práce

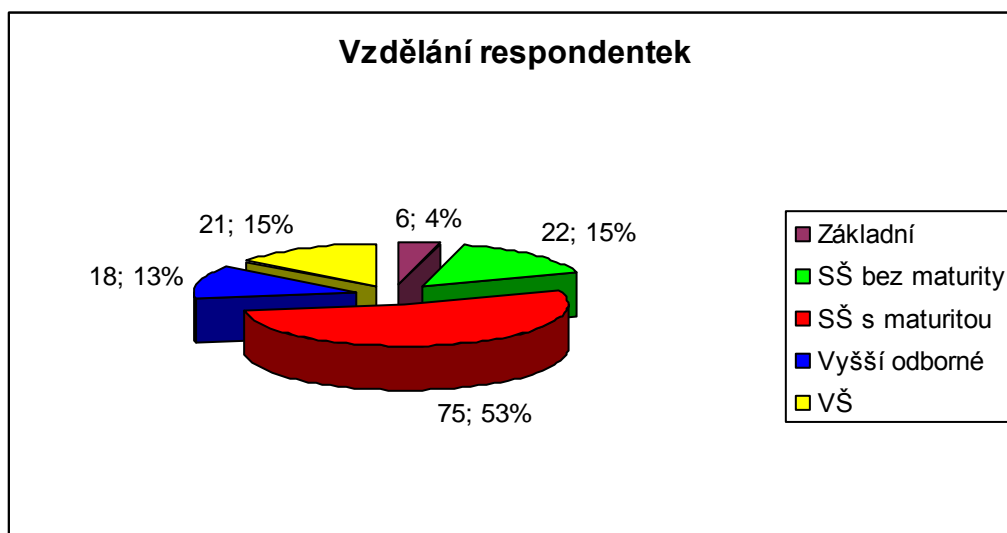
Graf.č. 1: Věk respondentek



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.1 zobrazuje věkové zastoupení těhotných žen ve výzkumném vzorku. Nejsilnější věkovou skupinu tvořily ženy ve věkovém rozmezí 31-35 let, celkem 36% (52 respondentek). Druhou skupinu zaujímaly respondentky ve věku 36-39 let, 31% (45 respondentek). Třetí nejsilnější skupinou byly ženy ve věku 26-30 let, ty tvořily 23% (34 respondentek) z výzkumného vzorku. Čtvrtou skupinu v pořadí zaujímaly těhotné ženy do 25.let věku, 8% (11 respondentek). Nejméně zastoupenou skupinou byly ženy ve věku nad 40 let, byly pouze 2% (3 respondentky). Označit mohly respondentky jednu z 5. možností.

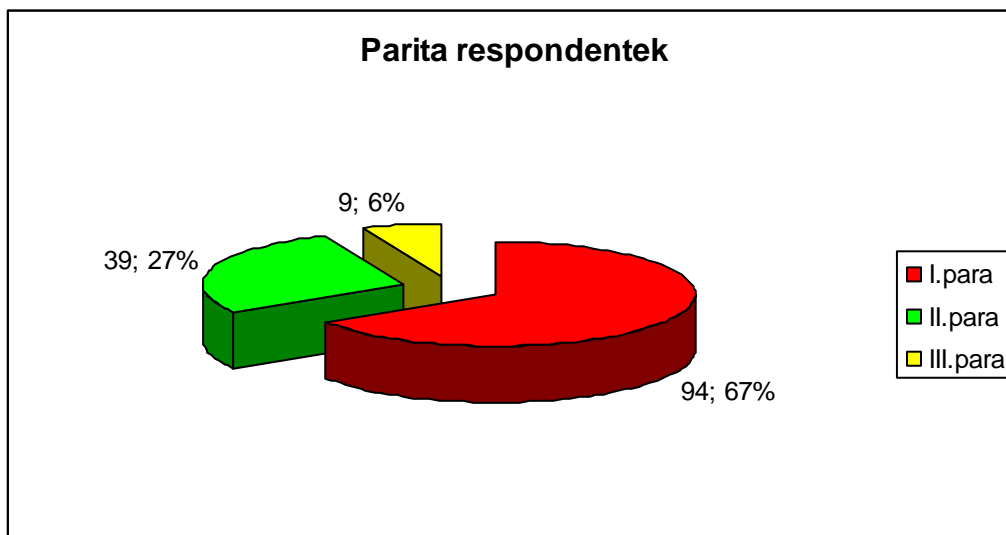
Graf č. 2: Vzdělání respondentek



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 2 vyplývá, že nejvíce respondentek mělo středoškolské vzdělání s maturitou 53% (75 respondentek). Další skupinu tvořily respondentky se středoškolským vzděláním bez maturity 15% (22 respondentek) a těsně za nimi ženy s vysokoškolským vzděláním, tuto možnost uvedlo 15% (21 respondentek). Vyšší odborné vzdělání mělo 13% (18 respondentek). Nejméně respondentek mělo základní vzdělání, tuto možnost uvedly 4% (6 respondentek). Označit mohly respondentky jednu z 5. možností.

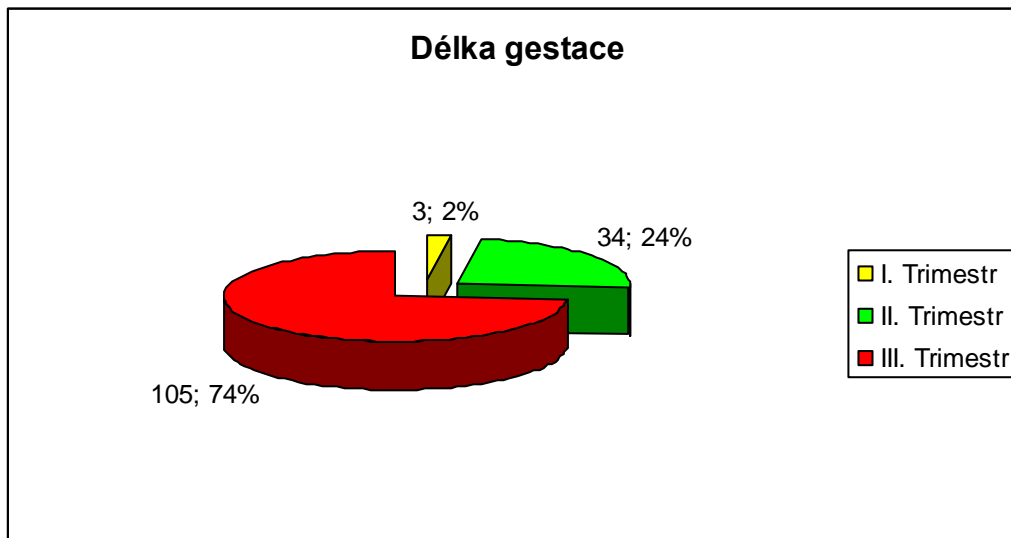
Graf č. 3a): Parita respondentek



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 3a) vyplývá, že nejvíce respondentek bylo prvorodiček, (I para) 67% (94 respondentek). Další skupinou byly respondentky druhorodičky, (II para), těch bylo 27% (39 respondentek). Poslední skupinou byly ženy rodící potřetí, (III para) 6% (9 respondentek). Jinou možnost nevedla žádná z dotazovaných respondentek 0% (0 respondentek).

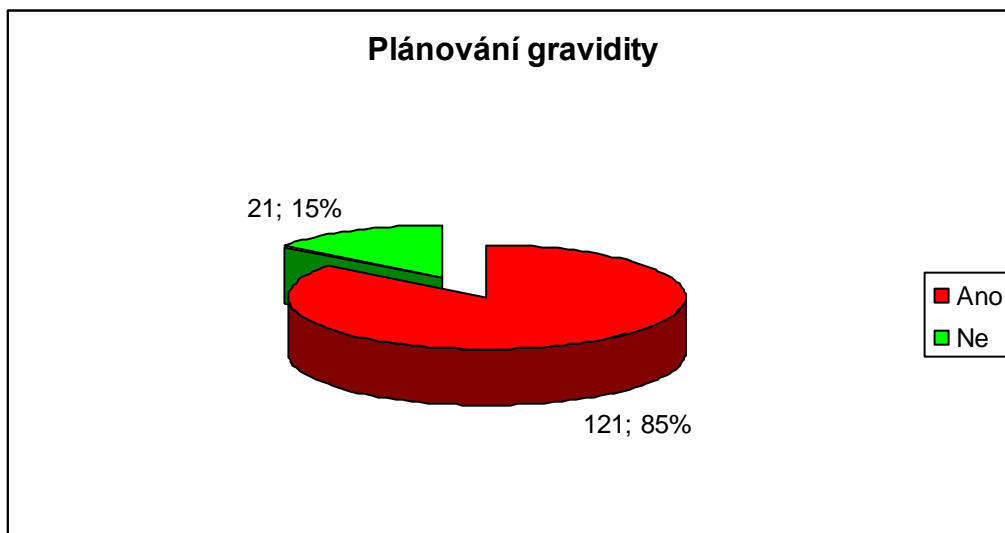
Graf č. 3b): Délka textace



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3b) ilustruje rozložení gravidit do jednotlivých trimestrů. Největší zastoupení měly ženy ve III. trimestru gravidity 74% (105 respondentek). Ve II. trimestru gravidity bylo 24% (34 respondentek) a v I. trimestru pouze 2% (3 respondentky).

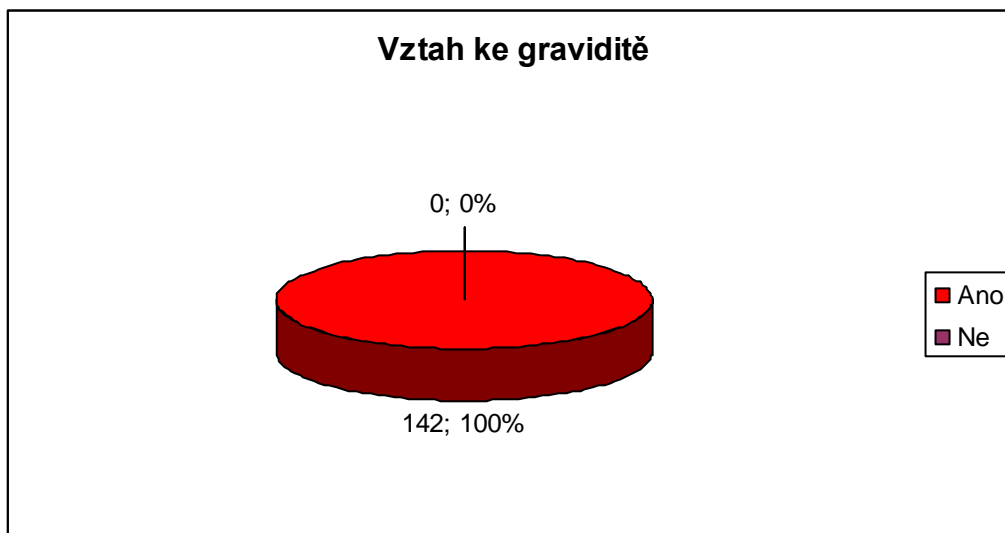
Graf č. 3c): Plánování gravidity



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.3c) rozděluje gravidity z hlediska plánování. 85% (121 respondentek) uvedlo, že těhotenství bylo plánované. 15% (21 respondentek) uvedlo, že těhotenství plánované nebylo. Označit mohly respondentky jednu ze 2 .možností.

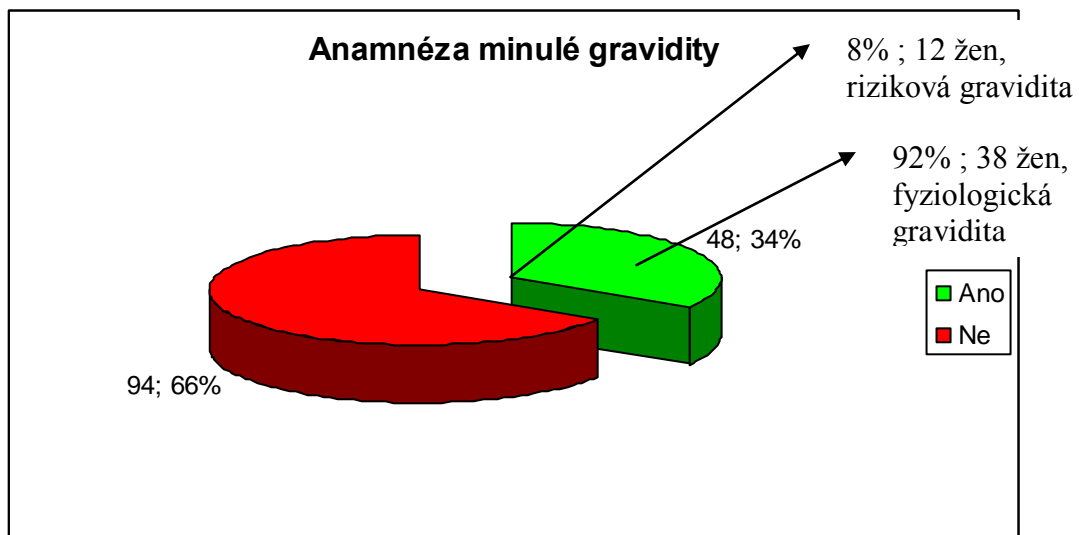
Graf č. 3d): Vztah žen ke graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.3d) ukazuje, že 100% (142 žen) označilo graviditu jakou chtěnou. Druhou možnost neoznačila žádná z dotazovaných respondentek. 0% (0 respondentek). Označit mohly ženy jednu ze 2. možností.

Graf č. 3e): Anamnéza minulé gravidity, (minulých gravidit)

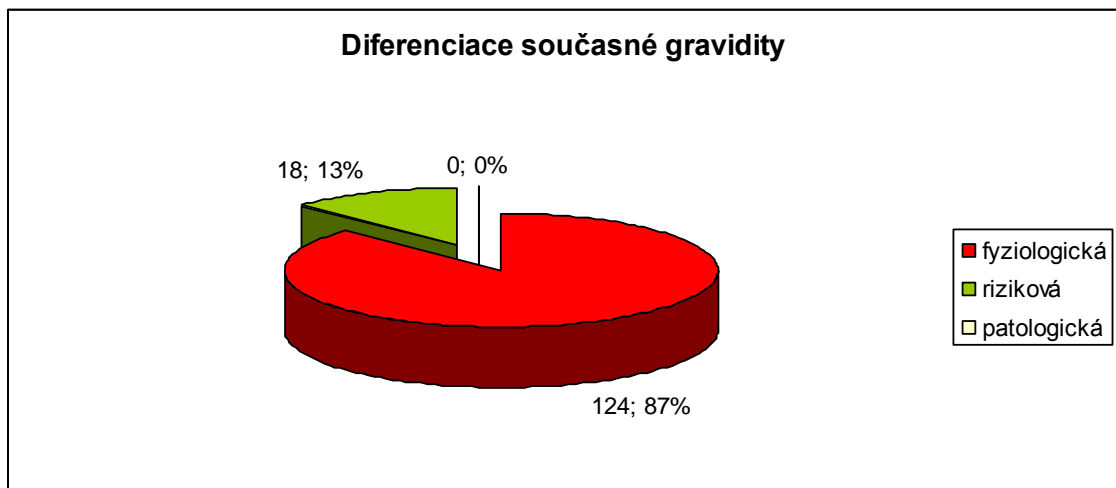


Zdroj: *Vlastní výzkum*

Graf č. 3e) dotazoval respondentky na již proběhlou graviditu v minulosti. 34% (48 respondentek) uvedlo, že již v minulosti rodily. 66% (94 respondentek) ještě nerodilo. 8% (12 žen) mělo v předešlé graviditě rizikový průběh.

Respondentky mohly uvést více důvodů, souběh komplikací, proč jejich předešlá gravidita byla riziková. 12 respondentek uvedlo celkem 13 odpovědí. 8 respondentek uvedlo, že důvodem předešlé rizikové gravidity byla cukrovka (gestační diabetes mellitus) a 5 respondentek uvedlo, že důvodem byla malá váha plodu (hypotrofizace plodu).

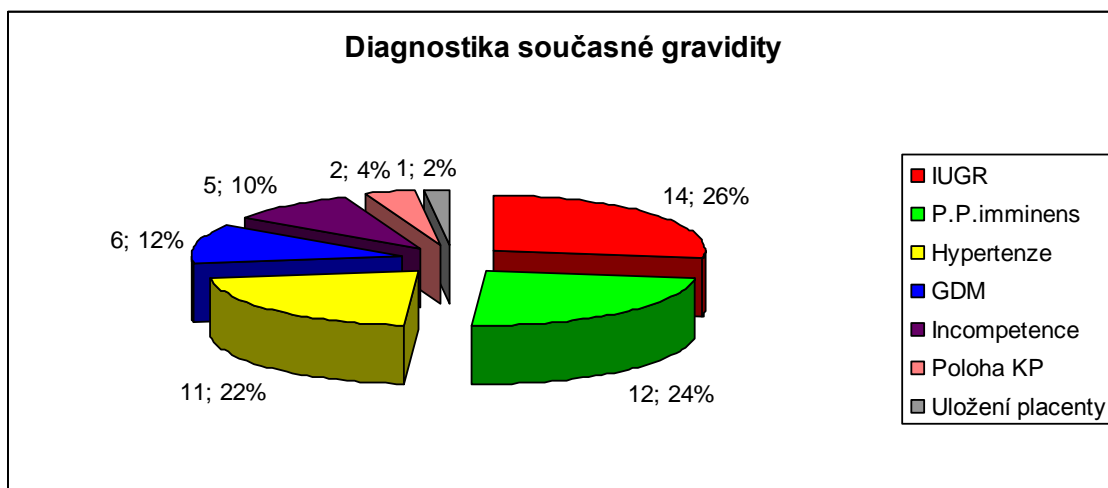
Graf č. 4a): Diferenciace současné gravidity



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.4a) měly respondentky uvést, do jaké kategorie lékař v prenatalní poradně zařadil jejich graviditu. Označit mohly jednu ze 3. možností. 87% (124 respondentek) uvedlo, že jejich těhotenství lékař označil jako fyziologické. U 13% (18 respondentek) označil průběh jejich gravidity jako rizikový. Patologický průběh gravidity neměla žádná z dotazovaných žen 0% (0 respondentek).

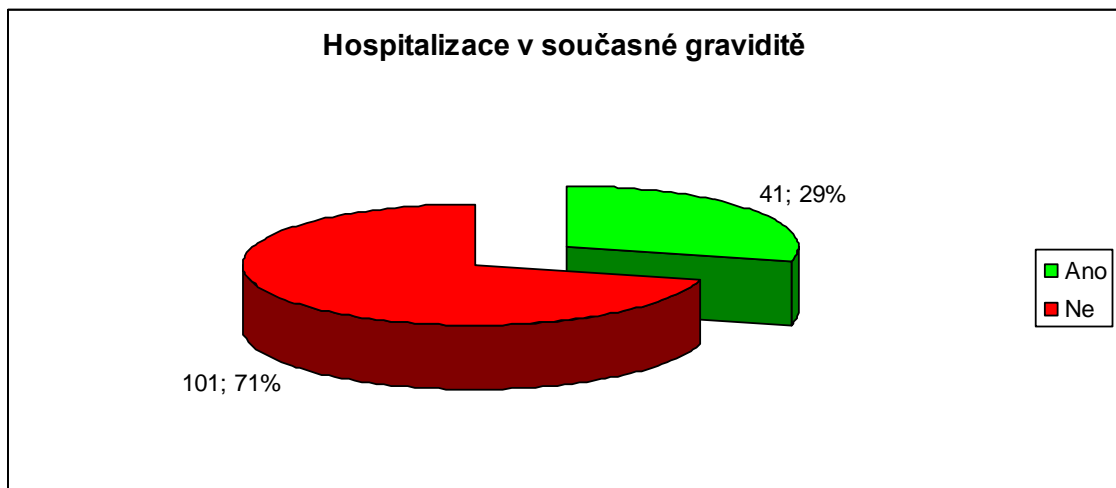
Graf č. 4b): Diagnostika současné gravidity



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.4b) měly respondenty upřesnit důvod zařazení jejich současné gravidity do rizikové skupiny. Některé respondenty měly kombinaci více diagnóz. 18 respondentek s rizikovým průběhem gravidity, uvedlo celkem 51 odpovědí. Nejčastěji se vyskytující komplikací gravidity bylo, že plod nerostl (hypotrofizace plodu). Tuto odpověď uvedlo 26% (14 respondentek). U 24% (12. respondentek) hrozil předčasný porod (partus praematurus imminens). 22% (11 repondentek) mělo v graviditě vysoký krevní tlak (hypertenze). 12% (6 respondentek) uvedlo jako důvod rizikové gravidity cukrovku v těhotenství (gestační diabetes mellitus). U 10% (5. respondentek) byla zjištěna inkompetence děložního čípku a u 4% (2. respondentek) byla zjištěna poloha plodu koncem pánevním. Poslední diagnózu tvořilo uložení placenty (placenta praevia) u 2% (1. respondentky). Jinou odpověď respondentky neuvedly, 0% (0 žen).

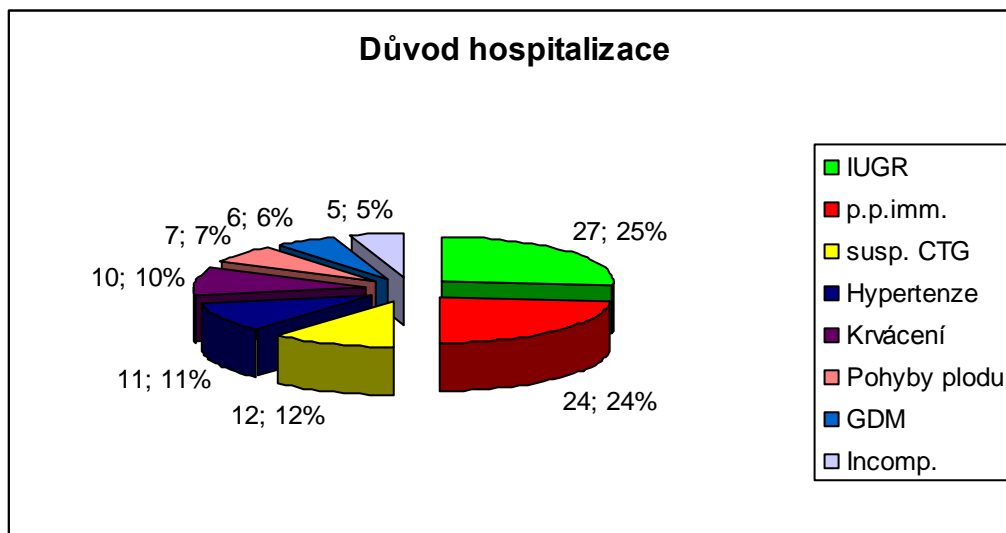
Graf č. 4c): Hospitalizace v průběhu současné gravidity



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.4c) měly respondentky uvést, zda byly v průběhu tohoto těhotenství hospitalizovány v nemocnici. Označit mohly jednu ze 2. možností. 142 respondentek odpovědělo následovně: 29% (41 respondentek) uvedlo že ano, byly v současné graviditě hospitalizovány v nemocnici. 71% (101 respondentek) uvedlo, že hospitalizováno nebylo.

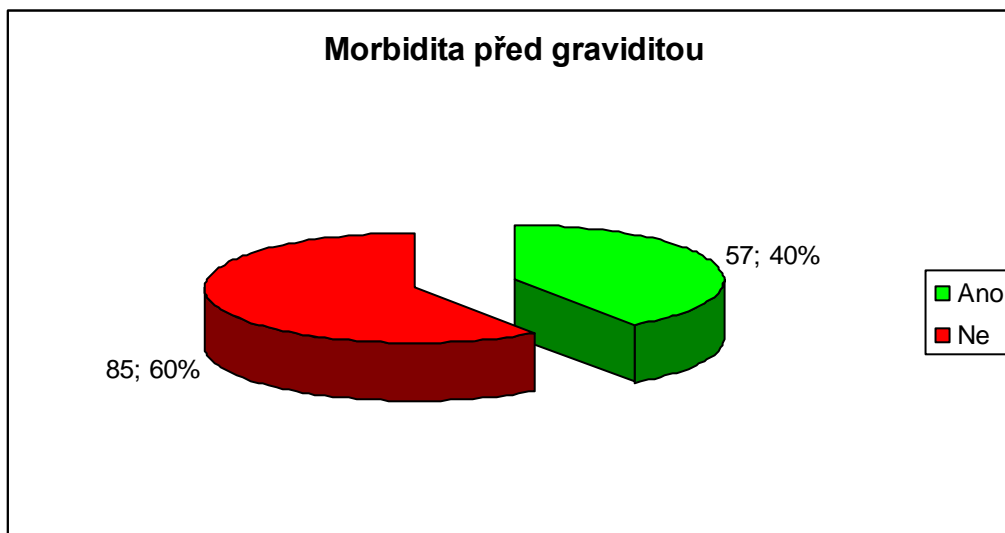
Graf č. 4d) : Důvod hospitalizace



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.4d) ukazuje důvody k hospitalizaci respondentek v probíhající graviditě. U některých z 41.hospitalizovaných respondentek byla zjištěna kombinace více diagnóz. Respondenty uvedly celkem 102 odpovědí. Nejvíce žen bylo v graviditě hospitalizováno pro menší růst plodu (hypotrofizace plodu). Celkem tuto odpověď uvedlo 25% (27 žen). Na druhém místě v příčinách hospitalizace byl hrozící předčasný porod (partus praematurus imminens). Ten byl diagnostikován u 24% (24 žen). Pro suspektní monitoraci plodu (karditokograf), bylo hospitalizováno 12% (12 žen) a pro vysoký krevní tlak (hypertenzi) 11% (11 žen). Páté místo tvořily ženy s krvácením v graviditě, celkem 10% (10 žen). Šestou skupinu tvořily ženy, které méně cítily pohyby plodu, 7% (7 žen). Na předposledním místě byly hospitalizovány ženy s těhotenskou cukrovkou (gestační diabetes mellitus, GDM), zjištěnou u 6% (6 žen). Jako poslední důvod hospitalizace uvedly ženy inkompetenci děložního čípku, celkem 5% (5 žen). Jinou odpověď respondentky nevedly, 0% (0 žen).

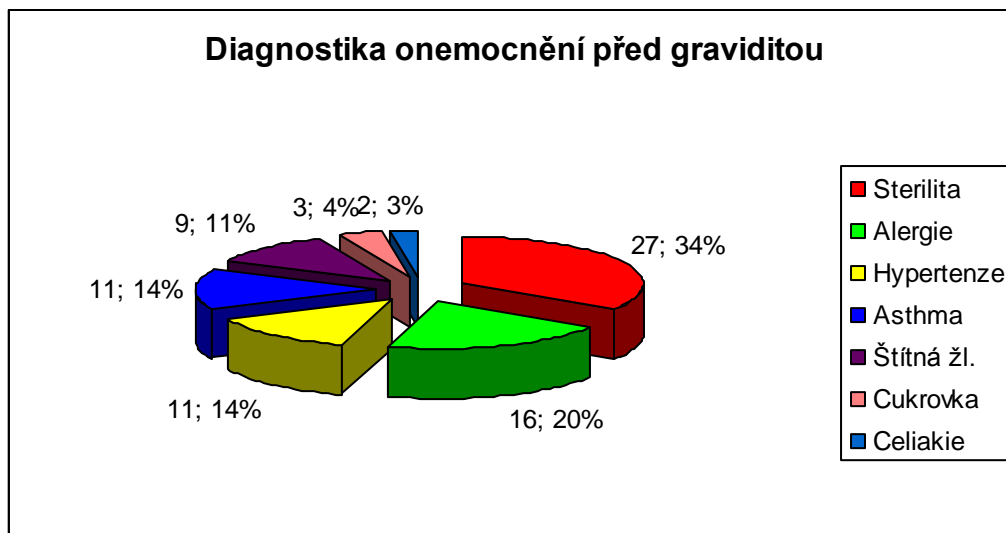
Graf č. 5a): Morbidita před graviditou



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.5a) zjišťoval počet respondentek s onemocněním před graviditou. Označit mohla každá ze 142 respondentek pouze jednu ze 2 možností. 40% (57 žen) uvedlo možnost ano, že se léčily. 60% (85 žen) uvedlo variantu ne, před graviditou se neléčily.

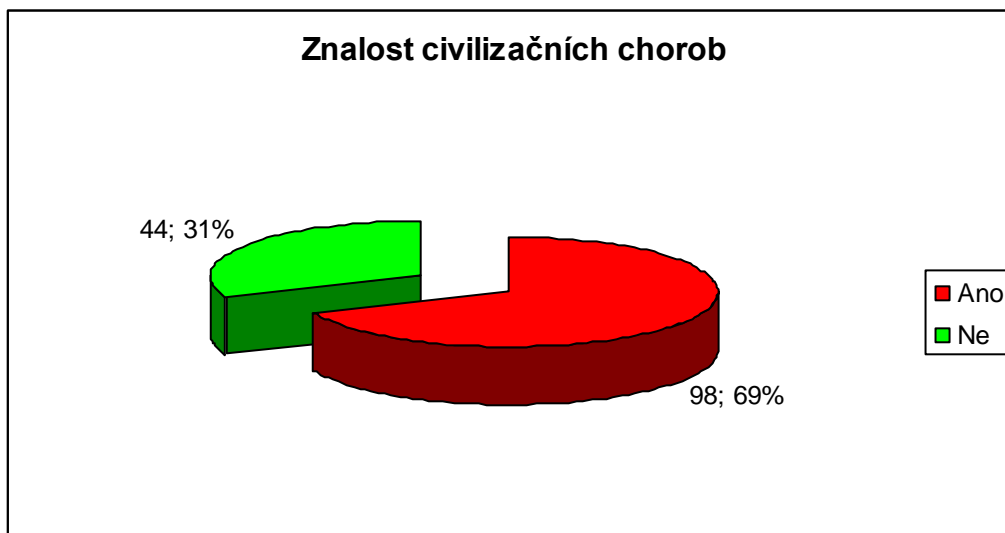
Graf č. 5b): Diagnostika onemocnění před graviditou



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.5b) měly respondenty upřesnit, s čím se před graviditou léčily. Před graviditou se léčilo 57 respondentek a mohly uvádět více odpovědí. Celkem uvedly ženy 79 odpovědí. Nejvíce žen, podstoupilo léčbu z důvodu sterility, celkem 34% (27 respondentek). 20% (16 žen) se léčilo s různými typy alergií. 14% (11 žen) se léčilo pro vysoký krevní tlak (hypertenze). 14% (11 respondentek) uvedlo astmatické potíže. Další onemocnění tvořily potíže se štítnou žlázou. Tuto odpověď uvedlo 11% (9 žen). 4% (3 respondentky) se léčily s cukrovkou a 3% (2 ženy) s celiakií. Jinou odpověď ženy nevedly, 0% (0 žen).

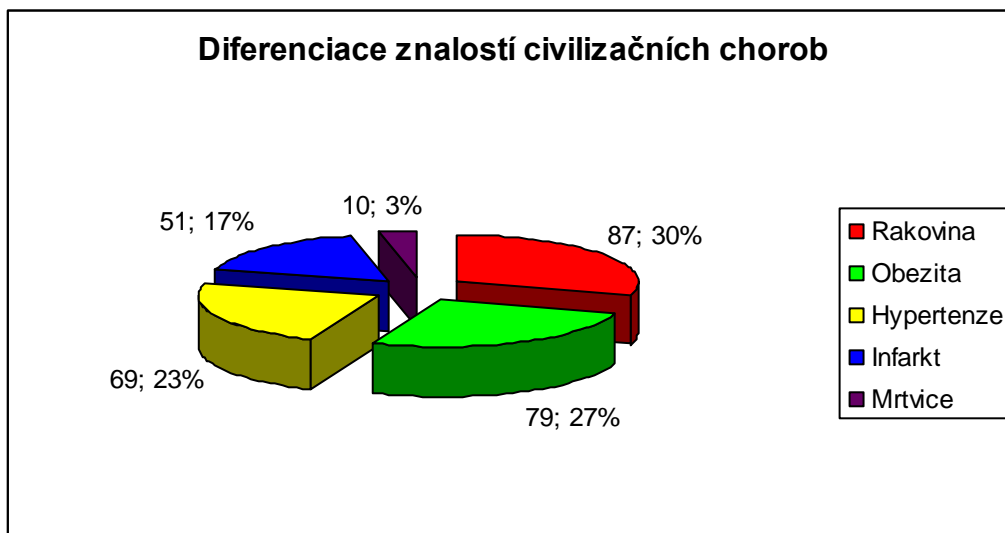
Graf č. 6a): Znalost civilizačních chorob



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.6a) bylo zjištěno, že 69% (98 žen) zná pojem civilizační choroby. Naopak 31% (44 žen) tento pojem nezná. Označit mohly ženy jednu ze 2. možností.

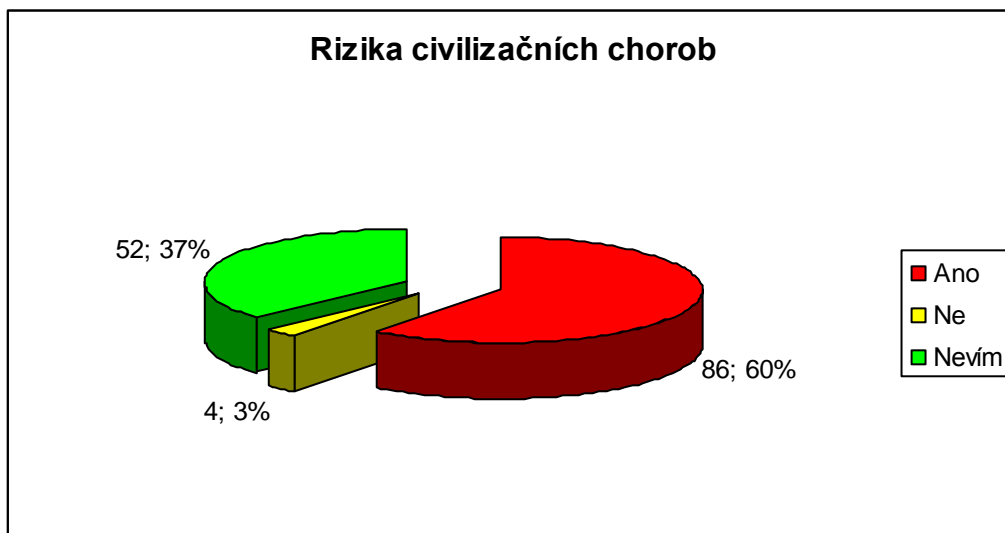
Graf č. 6b) Diferenciace znalostí civilizačních chorob



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.6b) demonstruje konkrétní znalost civilizačních chorob. Respondentky mohly vypsát více odpovědí, nebo označit variantu nevím. 98 respondentek uvedlo celkem 296 odpovědí. Bylo zjištěno, že 30% (87 žen), uvedlo jako civilizační nemoc rakovinu. 27% (79 žen) jako civilizační nemoc označilo obezitu a 23% (69 žen) vysoký krevní tlak (hypertenze). 17% (51 žen) odpovědělo, že hrozí vznik infarktu a 3% (10žen) uvedlo jako možnost vznik mozkové mrtvice. Variantu nevím neoznačila žádná z dotazovaných respondentek, 0% (0 žen). Jinou odpověď ženy neuvedly, 0% (0 žen).

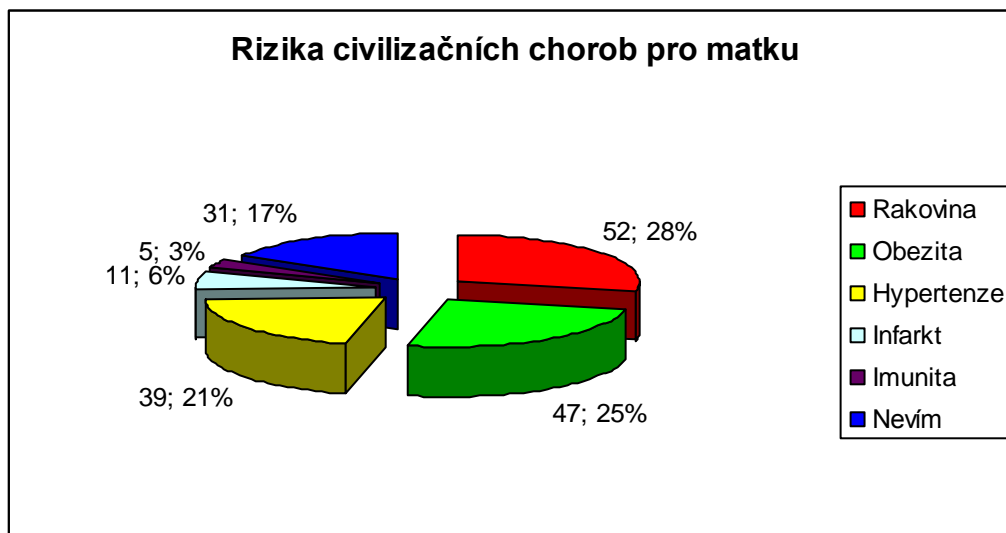
Graf č. 7a): Rizika civilizačních chorob



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.7a) dotazoval těhotné ženy, zda si myslí, že civilizační choroby mohou ovlivnit správný průběh gravidity. Označit mohly jednu ze 3. možností. 60% (86 žen) uvedlo variantu ano, mohou. 37% (52 žen) odpověď nevědělo a označilo variantu nevím. Poslední položku ne, označily 3% (4 ženy).

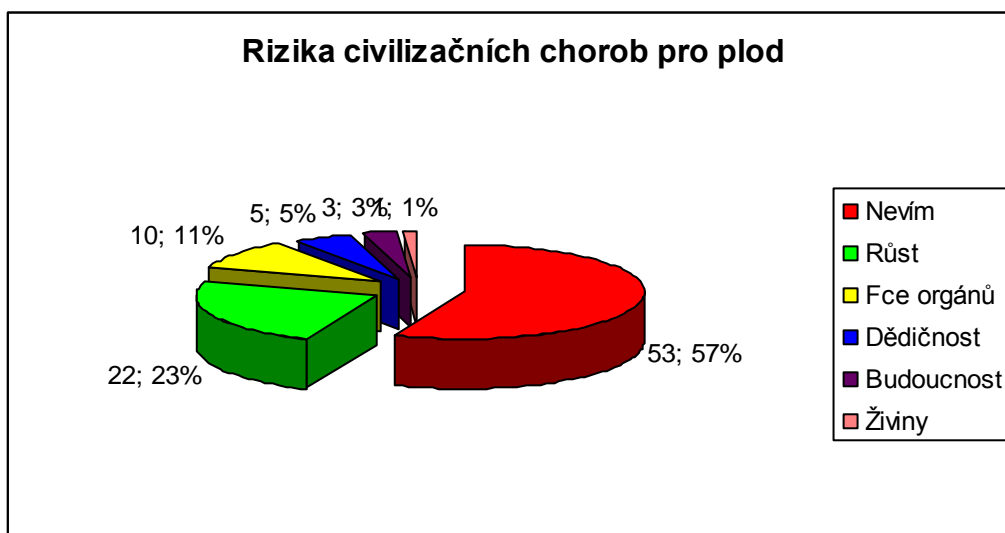
Graf č. 7b): Rizika civilizačních chorob pro matku



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.7b) měly respondentky uvést rizika civilizačních chorob pro matku a mohly uvádět více odpovědí, nebo označit možnost nevím. 86 žen uvedlo celkem 185 odpovědí. Nejvíce odpovědí bylo, že rizikem pro matku je vznik rakoviny. Tuto možnost uvedlo 28% (52 žen). 25% (47 žen) uvedlo riziko vzniku obezity a 21% (39 žen) riziko vzniku vysokého krevního tlaku, (hypertenze). 17% (31 žen), využilo a označilo variantu nevím, neznají konkrétní rizika civilizačních chorob pro matku. 6% (11 žen) pak uvedlo jako riziko, vznik infarktu a 3% (5 žen) oslabení imunity. Jiná varianta odpovědí uvedena nebyla, 0% (0 žen).

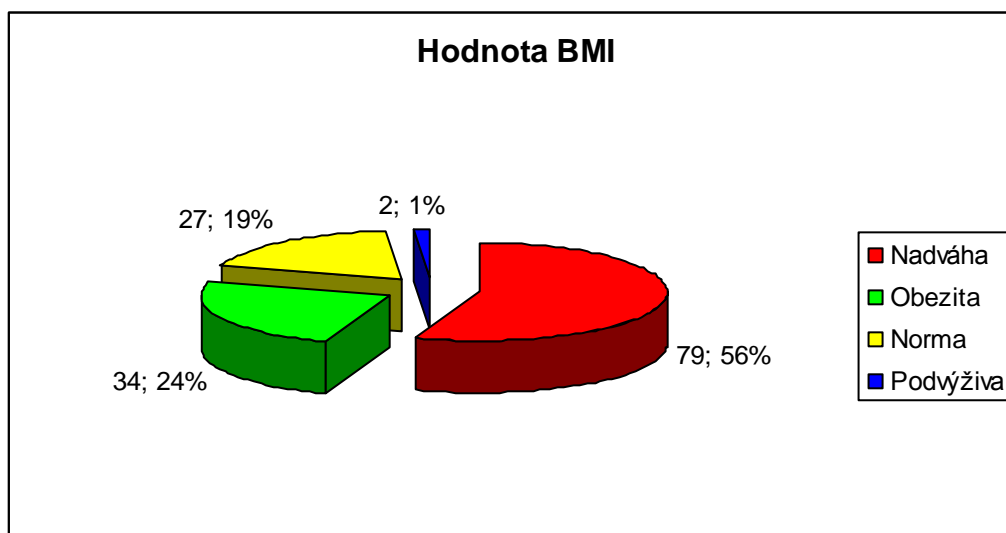
Graf č. 7c): Rizika civilizačních chorob pro plod



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.7c) měly ženy uvést rizika civilizačních chorob pro plod a mohly uvádět více odpovědí. 86 žen uvedlo celkem 94 odpovědí. Nejvíce respondentek označilo variantu nevím, 57% (53 žen). 23% (22 žen) uvedlo, že plod nebude v důsledku civilizační choroby prospívat v růstu. 11% (10 žen) odpovědělo, že plod bude mít nefunkční některé orgány, které již blíže nespecifikovaly. 5% (5 žen) uvedlo, že plod může zdědit nemoc od rodičů a 3% (3 ženy) si myslí, že nemoc se projeví v budoucnosti. Poslední, 1% (1 žena) uvedla, že plod nebude mít dostatek živin, vitamínů nebo minerálů od matky. Jiná odpověď uvedena nebyla, 0% (0 žen).

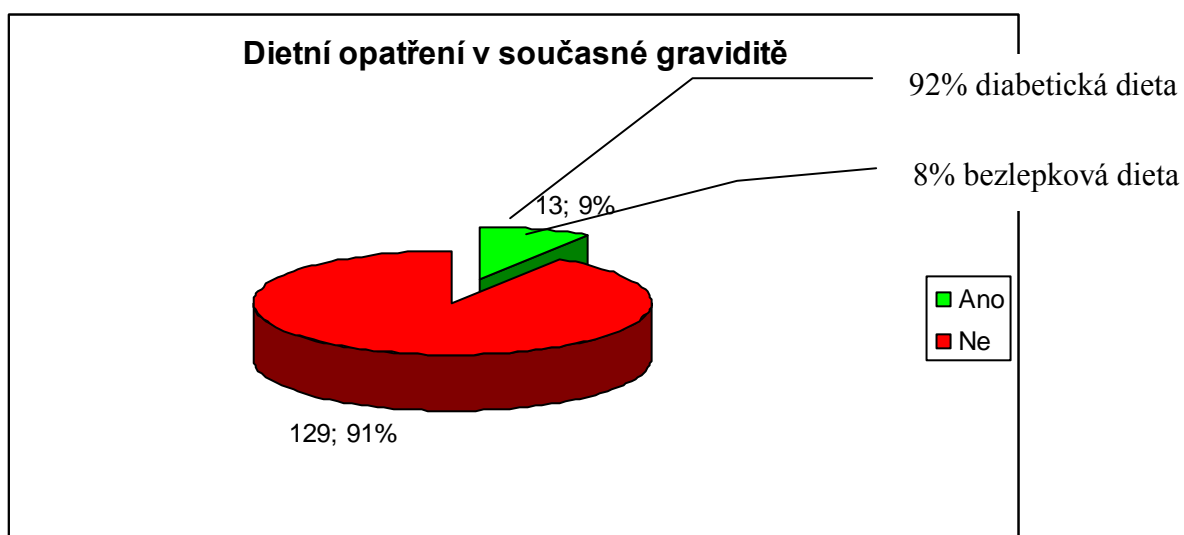
Graf č. 8: Hodnota BMI v současné graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.8 ukazuje zařazení respondentek podle hodnoty BMI, v současné graviditě. Nejvíce respondentek 56% (79 respondentek), se nacházelo v rozmezí hodnot nadváhy. Druhou skupinu tvořily ženy obézní, bylo jich 24% (34 respondentek). Třetí skupinu tvořily ženy s normální váhou, 19% (27 respondentek). Nejméně zastoupené bylo rozmezí hodnot v pásmu podvýživy, sem byly zařazeny 1% (2 respondentky).

Graf č. 9: Dietní opatření v současné graviditě

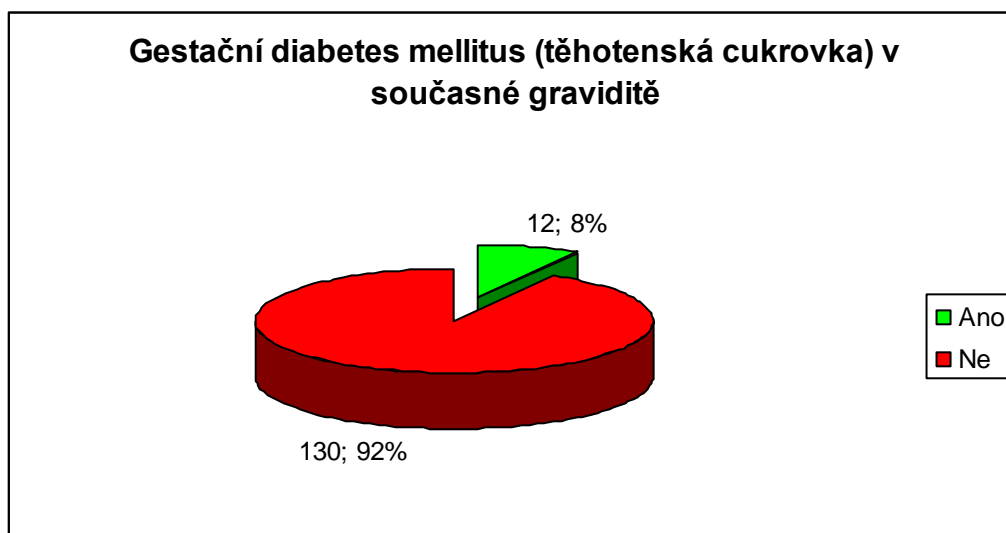


Zdroj: *Vlastní výzkum*

Graf č.9 zjišťoval případné dietní opatření v průběhu současné gravidity. 91% (129 respondentek) nedodržovalo v průběhu gravidity žádnou dietu, označilo variantu ne. 9% (13 respondentek) mělo určité dietní opatření a označilo variantu ano.

K upřesnění mohlo 13 žen s dietou, uvést druh dodržované diety. 92% (12 respondentek) dodržovalo dietu diabetickou, 8% (1 respondentka) bezlepkovou. Jiná varianta odpovědí uvedena nebyla, 0% (0 žen).

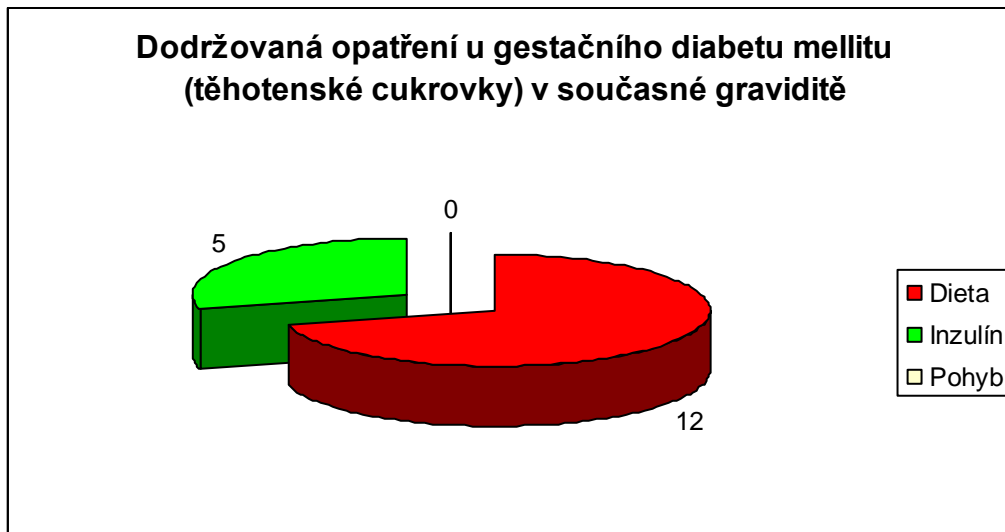
Graf č. 10a): Gestační diabetes mellitus (těhotenská cukrovka) v současné graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.10a) demonstruje výskyt gestačního diabetu v současné graviditě. Označit mohly ženy jednu ze 2 možností. U 92% (130 respondentek) nebyl gestační diabet diagnostikován. U 6% (9 respndentek) byl diabetes zjištěn v průběhu gravidity a u 2% (3 respondentek) byl diabetes diagnostikován již před graviditou.

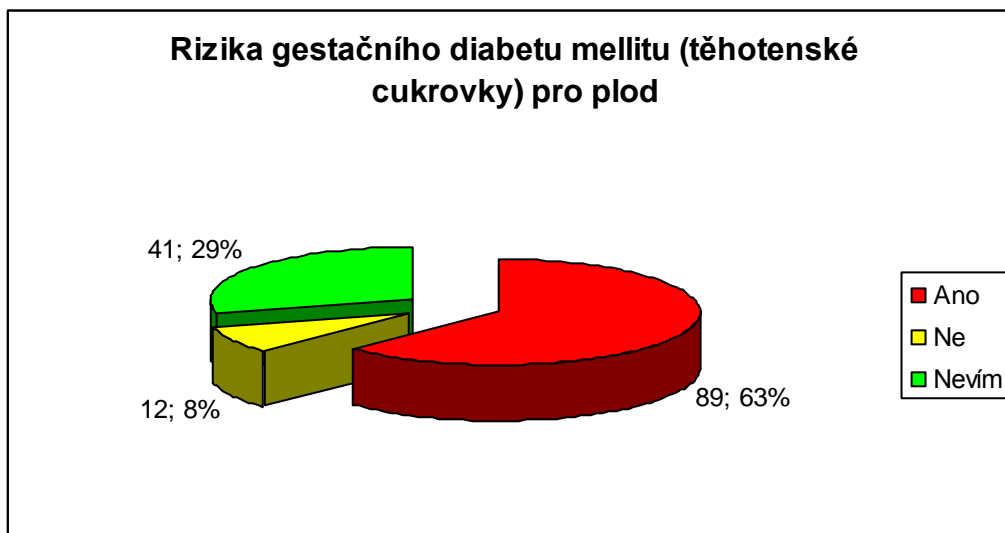
Graf č. 10b): Dodržovaná opatření u gestačního diabetu mellitu (těhotenské cukrovky) v současné graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.10b) respondentky uváděly, jaká opatření dodržují u diagnostikované těhotenské cukrovky. 12 respondentek s diabetem uvedlo následující odpovědi. 100% 12 (respondentek) uvedlo, že dodržují diabetickou dietu. 42% (5 respondentek) si aplikovalo inzulín. Žádná z dotazovaných žen neuvédla možnost, že vykonávala pravidelně pohybovou aktivitu ke kompenzaci diabetu, 0% (0 respondentek). Žádná z respondentek také neoznačila možnost, že nedodržovaly žádná doporučení, 0% (0 respondentek).

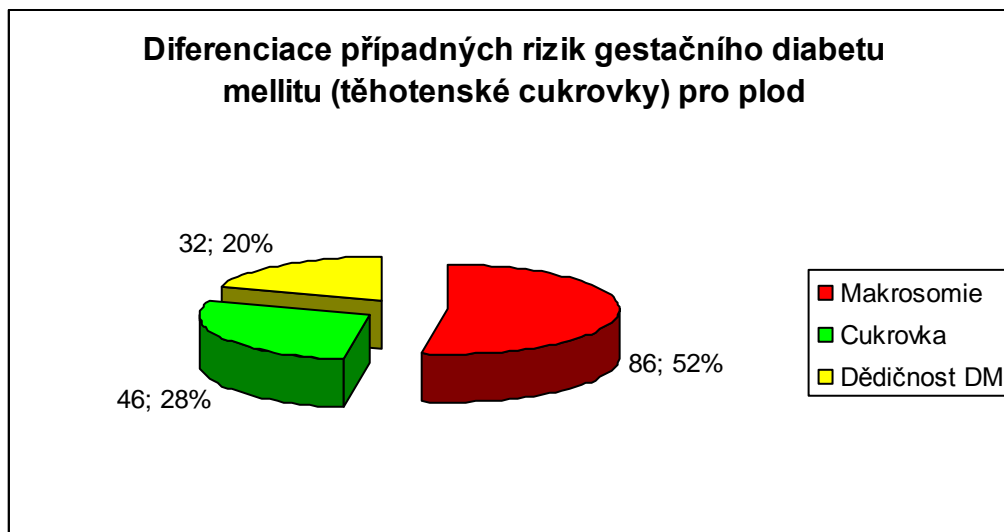
Graf č. 11a): Rizika gestačního diabetu mellitu (těhotenské cukrovky) pro plod



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.11a) měly respondnetky uvést, zda znají rizika pro plod při zjištění gestačního diabetu mellitu. Označit mohly jednu ze 3. možností. 63% (89 respondentek) označilo varinatu ano, rizika znají. 29% (41 respondentek) uvedlo variantu nevím a 8% (12 respondentek) uvedlo variantu ne, neznají rizika těhotenské cukrovky pro plod.

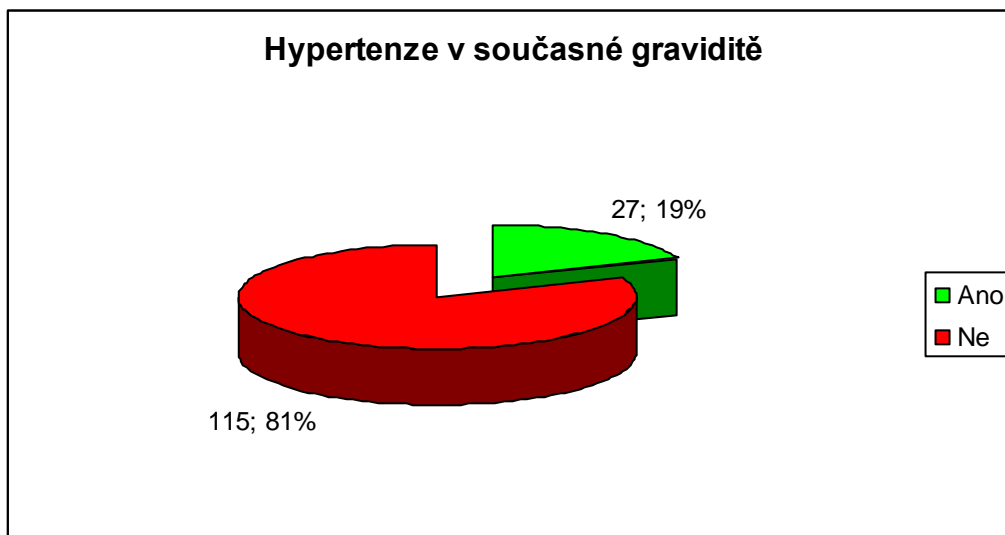
Graf č. 11b): Diferenciace případných rizik gestačního diabetu mellitu (těhotenské cukrovky) pro plod



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.11b) mohly respondenty uvádět více odpovědí k upřesnění rizik gestačního diabetu pro plod. Celkem 89 žen uvedlo 164 odpovědí. Nejvíce žen, 52% (86 respondentek) uvedlo, že plod ohrožuje případná větší velikost (makrosomie plodu). 28% (46 respondentek) uvedlo jako případné riziko vznik cukrovky v dospělosti a 20% (32 respondentek) uvedlo vznik cukrovky jako dědičnou nemoc. Jiná odpověď respondentkami uvedena nebyla, 0% (0 žen).

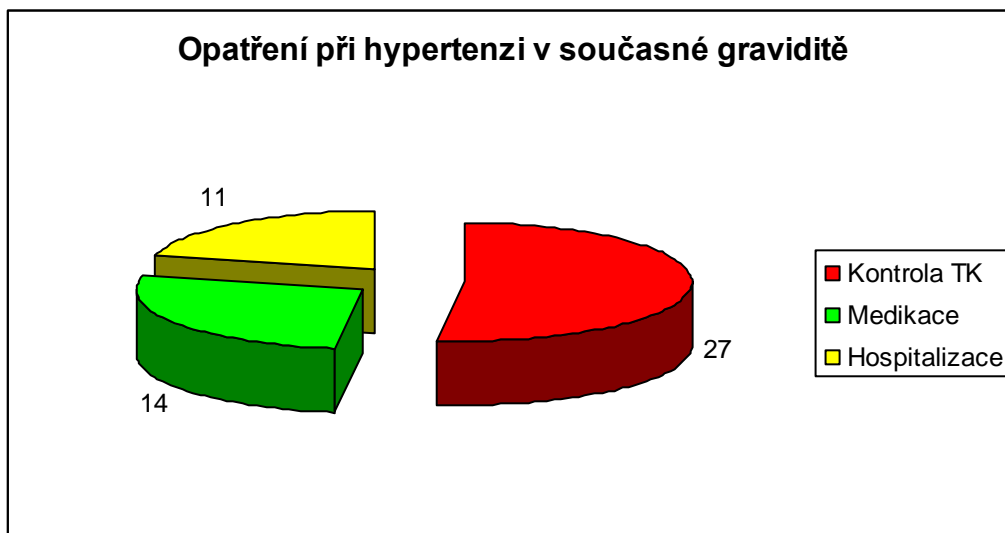
Graf č. 12a) : Hypertenze v současné graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.12a) respondentky uváděly, zda u nich v průběhu tohoto těhotenství byl zjištěn vysoký krevní tlak (hypertenze). Označit mohly jednu ze 2 možností. 81% (115 respondentek) sdělilo, že hypertenze u nich zatím zjištěna nebyla. 19% (27 respondentek) uvedlo možnost opačnou, hypertenze u nich v průběhu této gravidity zjištěna byla, z toho 11 žen mělo hypertenzi ještě před graviditou.

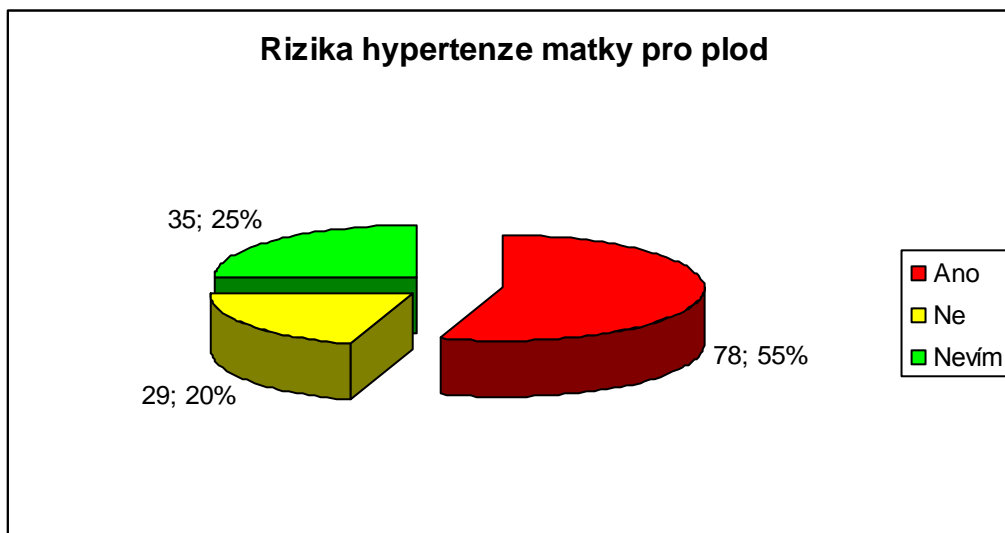
Graf č. 12b): Opatření při hypertenzi v současné graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.12b) ukazuje případná opatření u těhotných žen při zjištění hypertenze. Respondenty mohly uvádět více odpovědí. Uvedly jich celkem 52. Všechny ženy 100% (27 respondentek), uvedlo denní kontrolu tlaku. 27% (14 respondentek) mělo předepsanou medikaci a užívalo léky. 21% (11 respondentek) byly z důvodu hypertenze hospitalizovány v nemocnici. Jinou odpověď respondentky nevedly, 0% (0 žen).

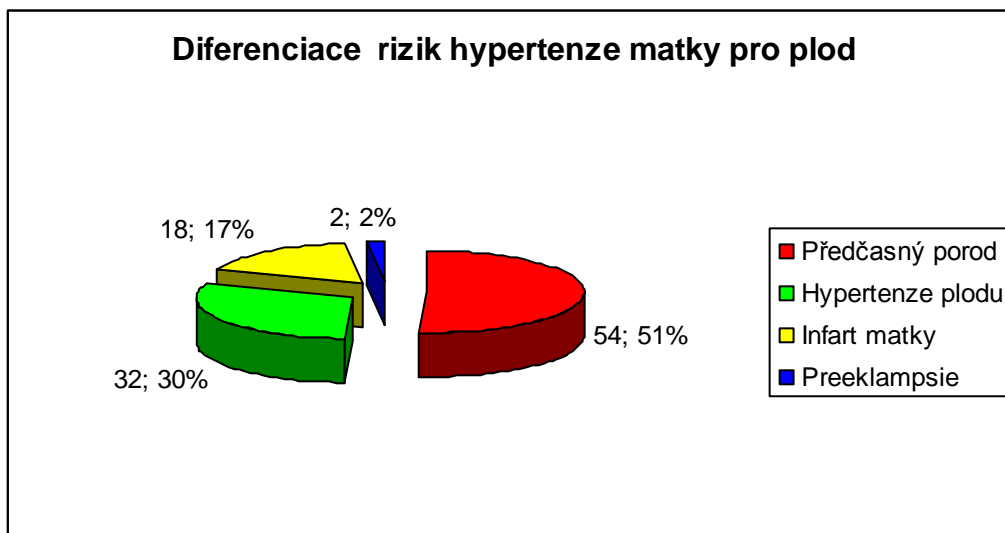
Graf č. 13a): Rizika hypertenze matky pro plod



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.13a) dotazoval ženy na případná rizika hypertenze v graviditě pro plod. Označit mohly jednu ze 3. možností. 55% (78 respondentek) uvedlo, že případná rizika znají. 25% (35 respondentek) uvedlo možnost nevím a 20% (29 respondentek) uvedlo, že případná rizika hypertenze pro plod neznají.

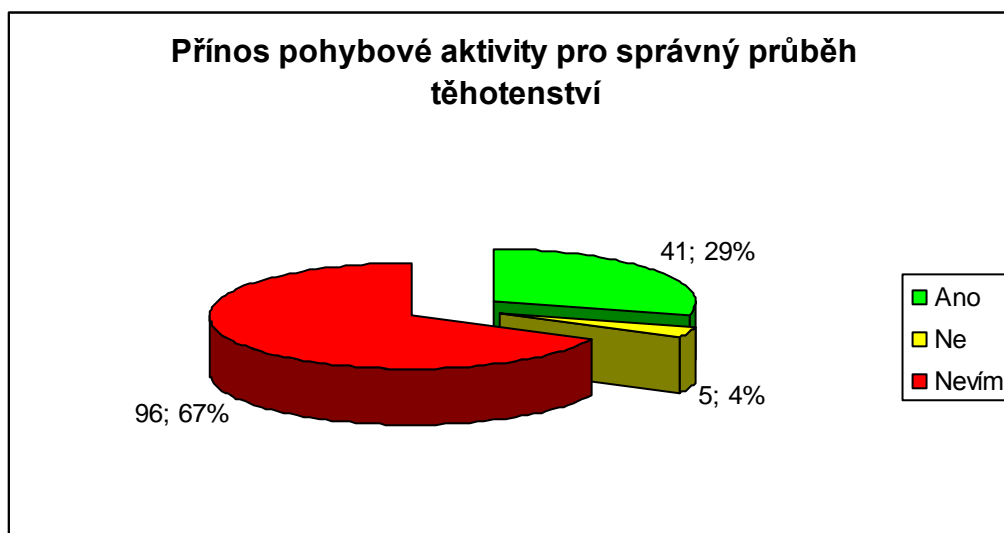
Graf č. 13b): Diferenciace rizik hypertenze matky pro plod



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.13b) sloužil k upřesnění předcházejících odpovědí. V doplňující otázce na konkrétní rizika hypertenze matky pro plod, sdělilo jen 78 žen, že konkrétní rizika zná. Respondentky mohly uvádět více odpovědí. Celkem uvedly 106 odpovědí. Nejvíce 51% (54 respondentek) uvedlo, že hrozí předčasné ukončení těhotenství (předčasný porod). Jako druhé riziko odpovědělo 30% (32 respondentek) možnost vzniku hypertenze u plodu. 17% (18 respondentek) uvedlo vznik infarktu u matky a 2% (2 respondentky) možnost vzniku preeklampsie. Jiná odpověď uvedena nebyla, 0% (0 žen).

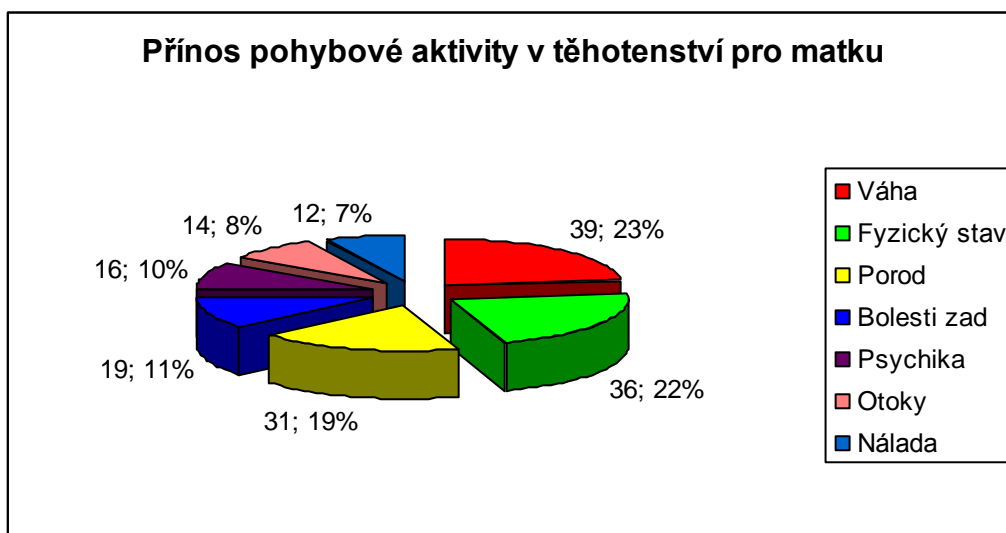
Graf č. 14a): Přínos pohybové aktivity pro správný průběh těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.14a) byly ženy dotázány, zda je pohybová aktivita vykonávaná v těhotenství pro jeho správný průběh přínosná. Označit mohly jednu ze 3. možností. 67% (96 respondentek) uvedlo variantu nevím a 4% (5 respondentek) variantu ne, nemyslí si, že pohybová aktivita by byla pro průběh těhotenství přínosná. Jen 29% (41 respondentek) uvedlo, že pohybová aktivita je přínosem pro správný průběh těhotenství a označily variantu ano.

Graf č. 14b): Přínos pohybové aktivity v těhotenství pro matku

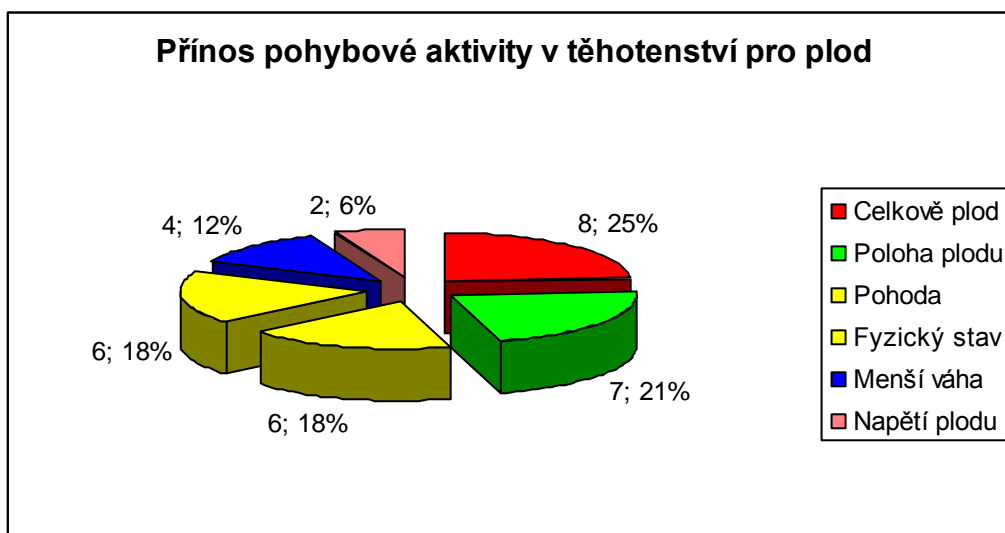


Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.14b) ženy uváděly konkrétní přínos pohybu v těhotenství pro ně samotné. Mohly napsat více odpovědí. 41 respondentek, které uvedly, že přínos pohybu pro průběh gravidity znají, uvedlo celkem 167 odpovědí. Varianta nevím označena nebyla 0% (0 respondentek).

Nejvíce, 23 % (39 respondentek), uvedlo jako přínos pohybové aktivity pro matku lepší kontrolu nad přibíráním na váze. Na druhém místě ženy odpověděly, že si lépe udrží fyzický stav, aktivitu 22 % (36 respondentek). 19 % (31 respondentek) si myslí, že pohybová aktivita během těhotenství ulehčí jejich porod. 11% (19 respondentek) uvedlo, že jim zmírní bolesti zad a 10% (16 respondentek), želepší jejich psychický stav. 8 % (14 respondentek) uvedlo, že jim nebudou otékat nohy a 7% (12 respondentek), že budou mít dobrou náladu. Jiná odpověď uvedena nebyla, 0% (0 žen).

Graf č. 14c): Přínos pohybové aktivity v těhotenství pro plod

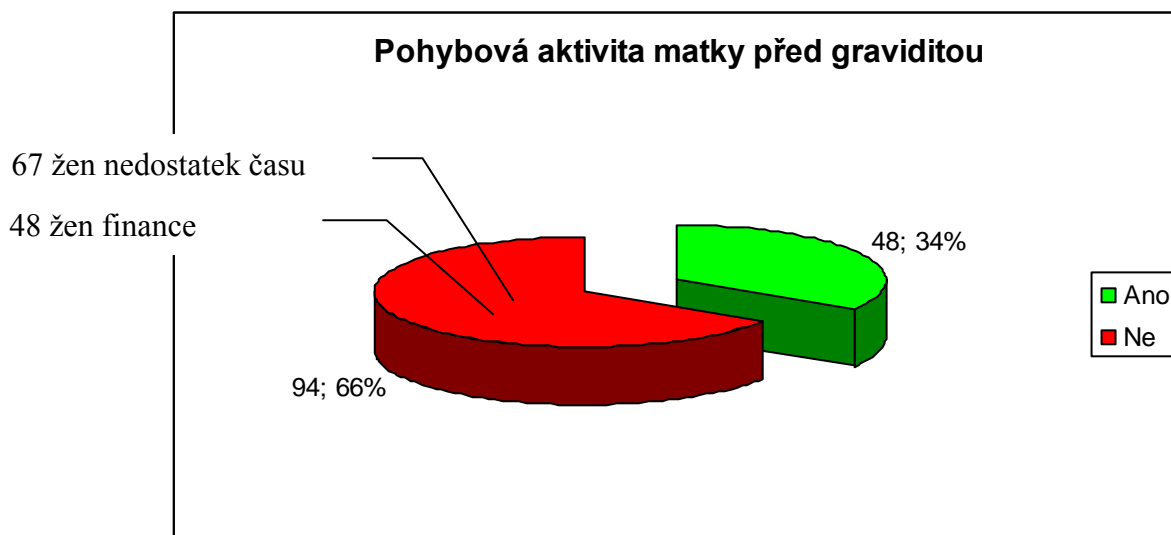


Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.14c) ženy uváděly konkrétní přínos pohybu v těhotenství pro vyvíjející se plod. 8% (12 respondentek) odpovědělo, že přínos pohybu pro plod zná a označilo variantu ano. Druhou možnost nevím, označilo 92 % (130 respondentek).

Celkem 12 respondentek uvedlo 33 odpovědí. V konkrétních odpovědích sdělilo 25 % (8 respondentek), že pohybová aktivita v průběhu těhotenství je celkově prospěšná pro plod. 21 % (7 respondentek) si myslí, že pohybová aktivita v těhotenství může změnit polohu plodu. 18% (6 respondentek) uvedlo, že pohoda matky působí na plod. Stejný počet žen 18 % (6 respondentek) odpovědělo, že plod bude díky pohybové aktivitě během těhotenství, více fyzicky odolný. 12% (4 respondentky) si myslí, že díky pohybu během gravidity bude plod mít menší váhu. Poslední odpovědi žen bylo, že pohybová aktivita během gravidity uvolní napětí u plodu 6 % (2 respondentky). Jiná varianta odpovědí uvedena nebyla, 0% (0 žen).

Graf č. 15a): Pohybová aktivita matky před graviditou

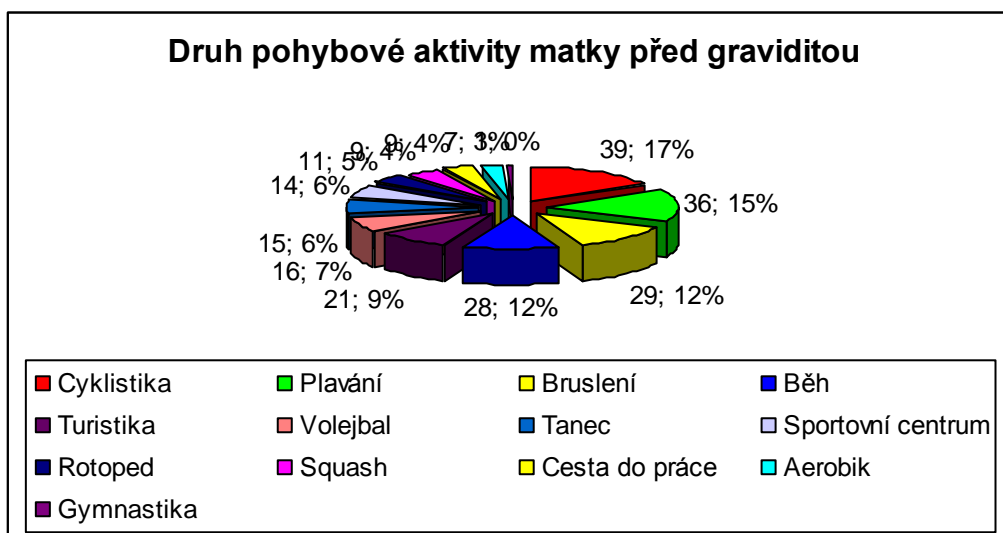


Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.15a) měly ženy uvést svoji pohybovou aktivitu před otěhotněním. Na výběr měly jednu ze dvou variant. 66 % (94 respondentek) uvedlo, že žádnou pohybovou aktivitu před těhotenstvím nevykonávalo a označilo možnost ne. Druhou variantu ano, že pohybovou aktivitu před těhotenstvím vykonávaly, označilo 34 % (48 respondentek).

K upřesnění mohly ženy, které žádnou pohybovou aktivitu před graviditou nevykonávaly, uvést důvod jejich inaktivity. Mohly uvádět více odpovědí. 94 nevíčících respondentek uvedlo celkem 115 odpovědí. Ženy, jako častý důvod uváděly nedostatek času, 67 respondentek a 48 respondentek uvedlo jako důvod inaktivity, finanční stránku. Jinou odpověď respondentky neuvedly, 0% (0 žen).

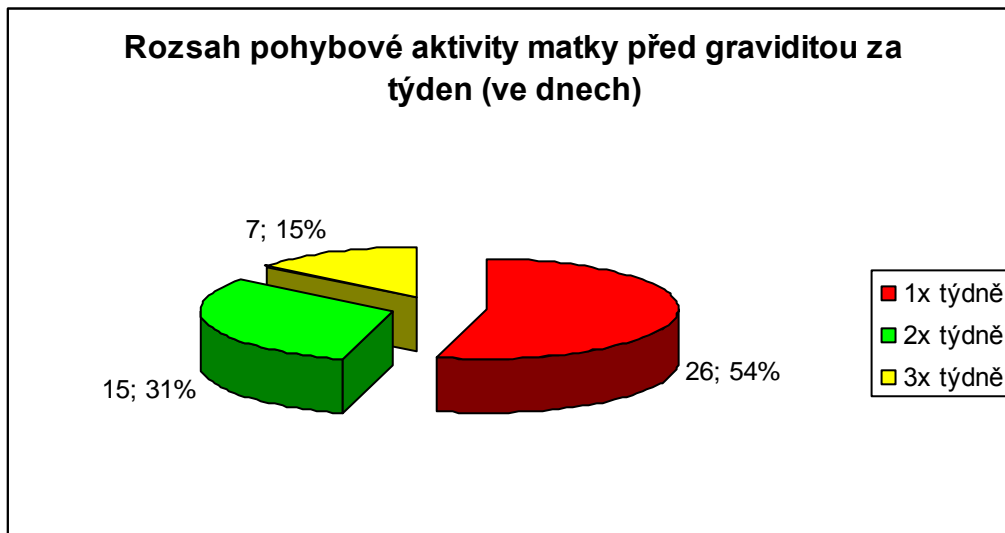
Graf č. 15b): Druh pohybové aktivity matky před graviditou



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.15b) měly respondentky uvést, jaký druh pohybové aktivity vykonávaly před otěhotněním. Mohly uvádět více odpovědí. Z celkového počtu 48 žen, které před graviditou cvičily, uvedly celkem 196 odpovědí. 17 % (39 respondentek) uvedlo cyklistiku, 15 % (36 respondentek) plavání, 12% (29 respondentek) bruslení, 12 % (28 respondentek) běh, 9 % (21 respondentek) turistiku, 7% (16 respondentek) volejbal, 6% (15 respondentek) orientální tance, 6% (14 respondentek) posilování ve sportovním centru, 5% (11 respondentek) jízdu na rotopedu, 4% (9 respondentek) squash, a stejný počet 4 % (9 respondentek) uvedlo jako pohybovou aktivitu cestu do práce pěšky. 3% (7 respondentek) odpovědělo aerobic a 1 % (1 respondentka) gymnastiku. Žádná jiná varianta odpovědi uvedena nebyla, 0% (0 žen).

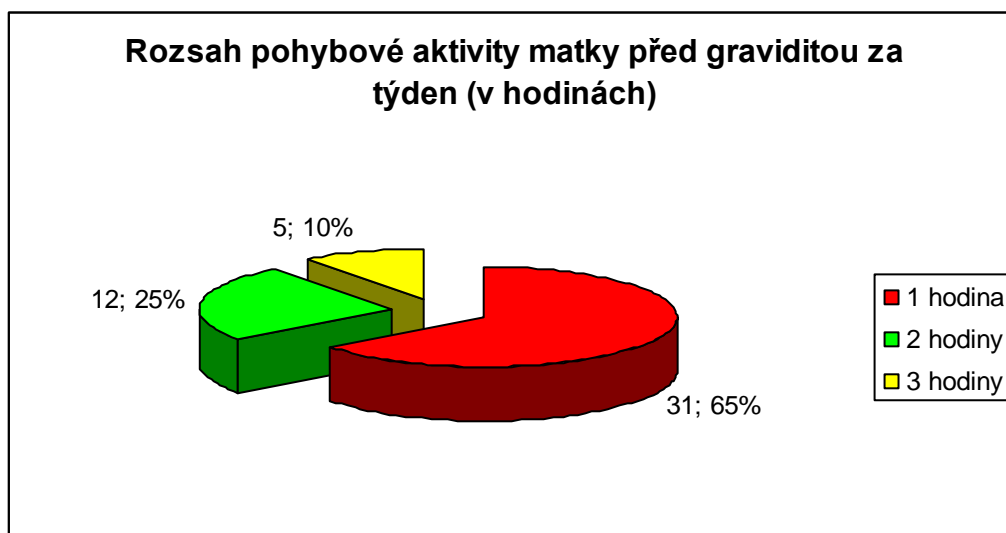
Graf č. 15c): Rozsah pohybové aktivity matky před graviditou za týden, (ve dnech)



Zdroj: *Vlastní výzkum*

V Grafu č.15c) uvedlo 48 cvičících žen před graviditou, kolikrát týdně tuto aktivitu vykonávaly. 54 % (26 respondentek) pohybovou aktivitu vykonávalo 1x týdně. 31 % (15 respondentek) cvičilo 2x týdně a 15 % (7 respondentek), 3x týdně. Jiná odpověď uvedena nebyla, 0% (0 žen).

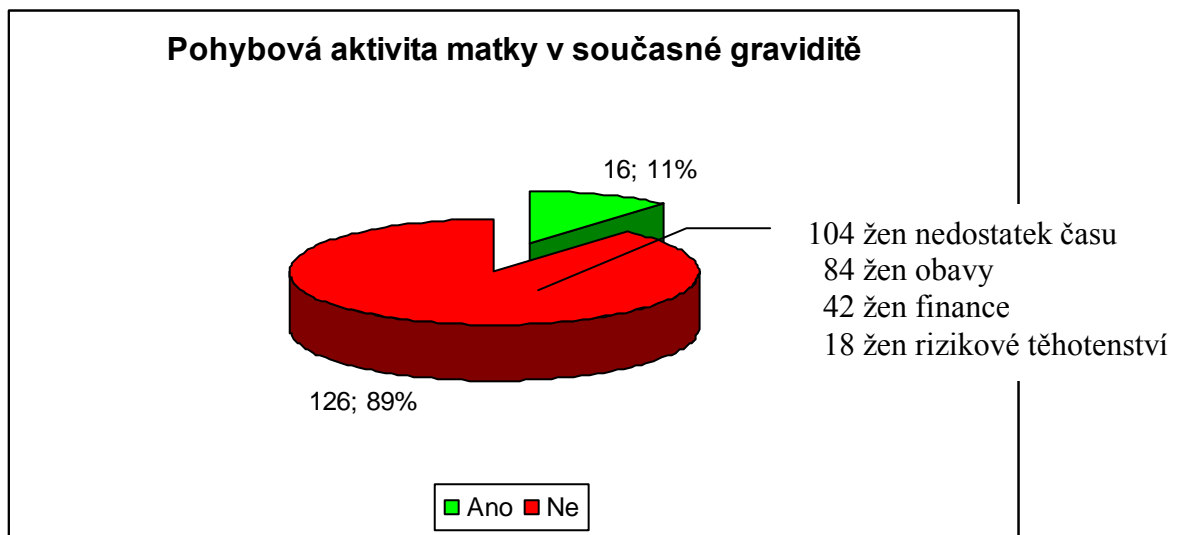
Graf č. 15d): Rozsah pohybové aktivity matky před graviditou za týden, (v hodinách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.15d) uvedlo 48 cvičících žen, kolik hodin cvičily. 65 % (31 respondentek) cvičilo 1 hodinu, 25 % (12 respondentek) cvičilo 2 hodiny a 10 % (5 respondentek), 3 hodiny. Jiná varianta odpovědí uvedena nebyla, 0% (0 žen).

Graf č. 16a): Pohybová aktivita matky v současné graviditě

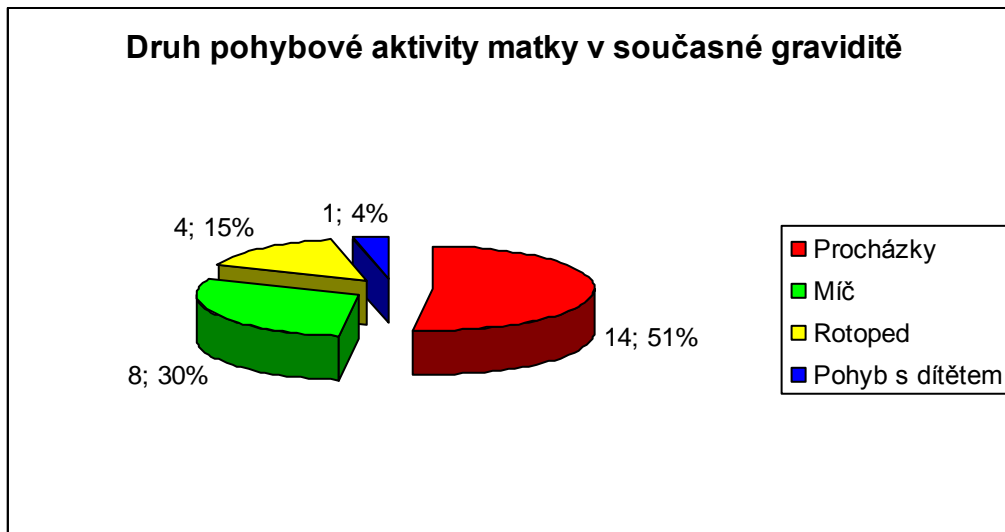


Zdroj: *Vlastní výzkum*

Graf č.16a) mapuje pohybovou aktivitu matky v současné graviditě, mimo kurzu psychoprolaxe. Označit mohly ženy jednu ze 2 možností. 89% (126 respondentek) nevykonávalo, nebo nevykonává v této graviditě žádnou pohybovou aktivitu a označilo variantu ne. Pouze 11 % (16 respondentek) pohybovou aktivitu v tomto těhotenství vykonávalo, nebo vykonává. Ty označily variantu ano.

K upřesnění mohlo 126 necvičících žen uvést důvody, proč v této graviditě necvičily, nebo necvičí. Uvedeno bylo celkem 248 odpovědí. Nejčastěji respondentky sdělily, že nemají dostatek času, 104 respondentek. 84 respondentek vyjádřilo obavy z potratu, nebo předčasného porodu. 42 respondentek uvedlo nedostatek financí a 18 respondentek rizikový průběh těhotenství.

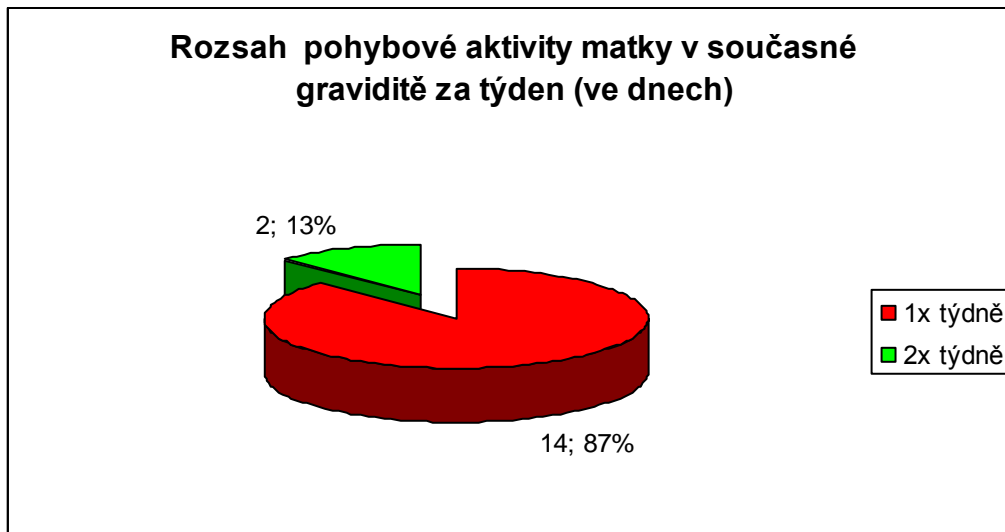
Graf č. 16b): Druh pohybové aktivity matky v současné graviditě, mimo kurzu psychoprofylaxe



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.16b) ukazuje druh pohybové aktivity matky v současné graviditě. Z celkového počtu 16 cvičících žen, uvedly celkem 27 odpovědí. Respondentky mohly uvádět více odpovědí. 51% (14 respondentek) uvedlo jako druh vykonávané pohybové aktivity v tomto těhotenství procházky. 30% (8 respondentek) cvičilo na míči a 15% (4 respondentky) jezdily na rotopedu. 4% (1 respondentka) uvedla pohyb se starším dítětem při cvičení rodičů s dětmi. Jiná odpověď respondentkami uvedena nebyla, 0% (0 žen). Do odpovědí neměly zahrnovat kurzy psychoprofylaxe, předporodní přípravu.

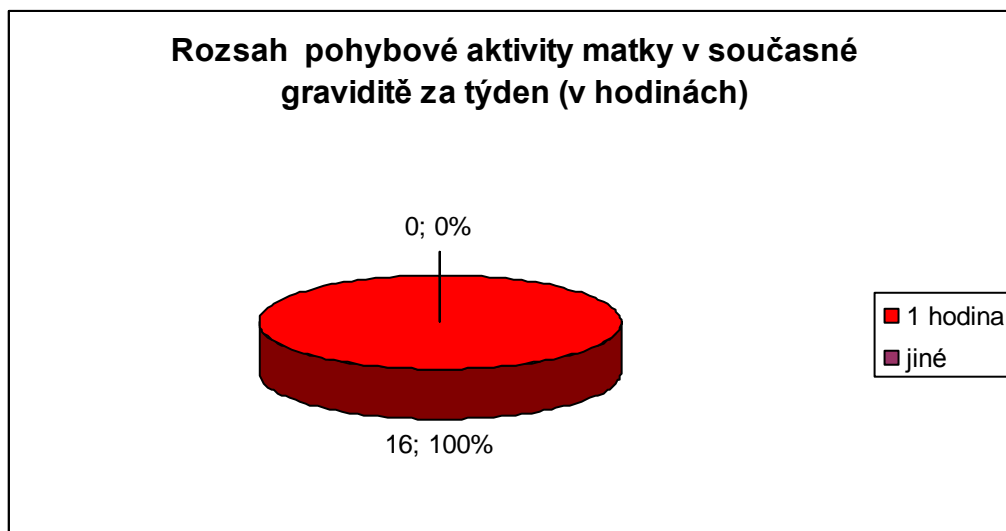
Graf č. 16c): Rozsah pohybové aktivity matky v současné graviditě za týden, (ve dnech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.16c). Z 16 cvičících žen uvedly respondentky, že nejčastěji v tomto těhotenství cvičily, nebo cvičí 1x týdně, 87% (14 respondentek). 13% (2 respondentky) měly rozsah pohybové aktivity 2x týdně. Jiná varianta odpovědi uvedena nebyla, 0% (0 žen).

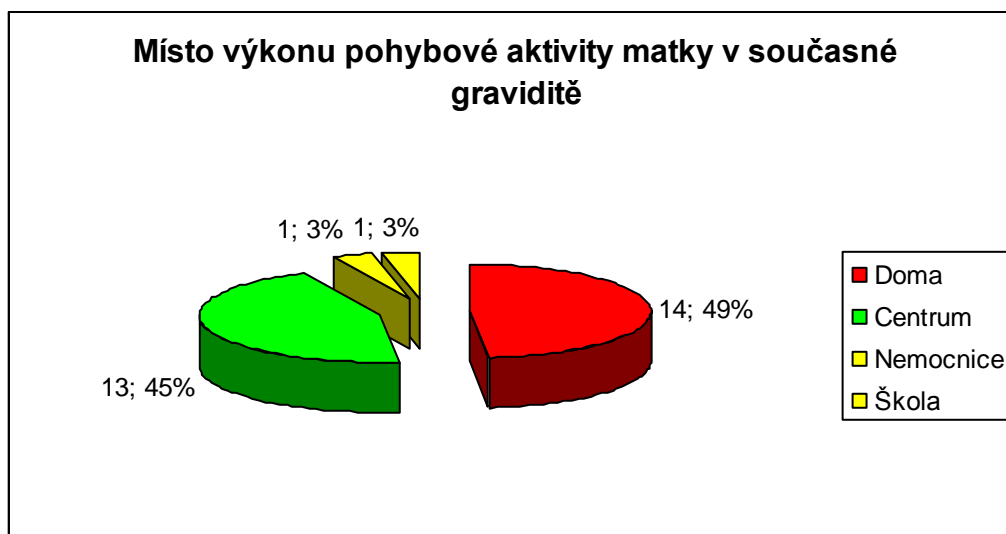
Graf č. 16d): Rozsah pohybové aktivity matky v současné graviditě za týden (v hodinách)



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.16d) ženy uváděly počet hodin. 100% (16 respondentek) uvedlo pouze možnost 1 hodinu za týden. Jinou odpověď respondentky nevedly, 0% (0 žen).

Graf č. 16e): Místo výkonu pohybové aktivity matky v současné graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.16e) ženy uváděly místo, kde pohybovou aktivitu vykonávaly nebo vykonávají.

Mohly uvádět více odpovědí, kombinaci různých míst. Celkem 16 cvičících žen uvedlo 19 odpovědí. 49% (14 respondentek) odpovědělo, že pohybovou aktivitu vykonává doma. 45% (13 respondentek) uvádělo jako místo výkonu pohybové aktivity sportovní centrum. 3% (1 respondentka) uvedla, že pohybovou aktivitu vykonávala v nemocnici a 3% (1 respondentka) ji vykonávala v tělocvičně ve škole. Jiné odpovědi respondentky nevedly, 0% (0 žen).

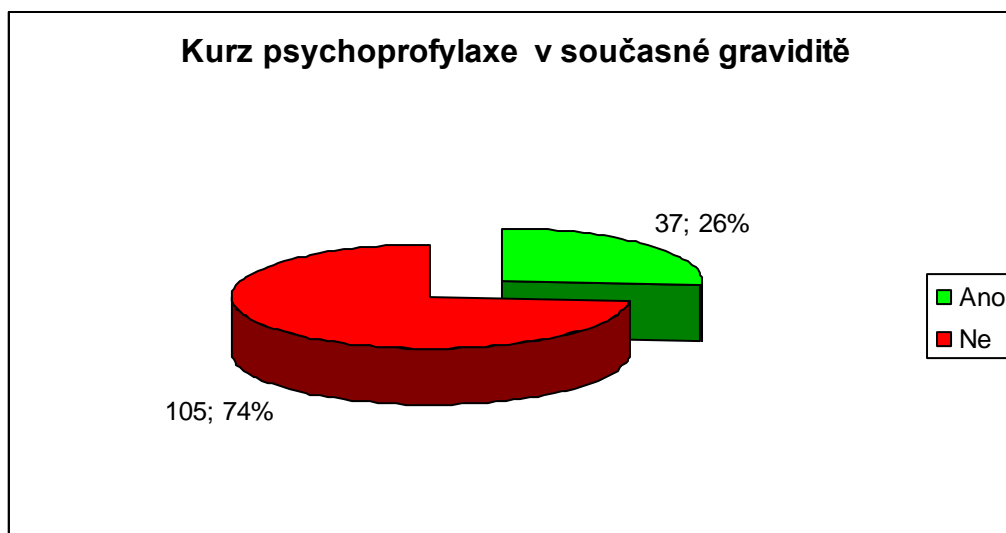
Graf č. 17): Pohybová aktivita žen s rizikovou graviditou



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č.17 měly ženy s rizikovým průběhem gravidity uvést, zda v průběhu současné, rizikové gravidity vykonávaly pohybovou aktivitu, mimo předporodní přípravy. 100% (18 respondentek), které měly rizikový průběh gravidity, označilo možnost ne. V průběhu rizikové gravidity nevykonávaly žádnou pohybovou aktivitu. Možnost odpovědi ano, označena nebyla.

Graf č. 18a): Kurz psychoprolaxe v současné graviditě



Zdroj: *Vlastní výzkum*

V Grafu č.18a) uváděly ženy, zda navštěvovaly nebo navštěvuují v současné graviditě kurz psychoprolaxe. Označit mohly jednu ze 2 možností. 26% (37 respondentek) uvedlo možnost ano a 74% (105 respondentek), možnost ne.

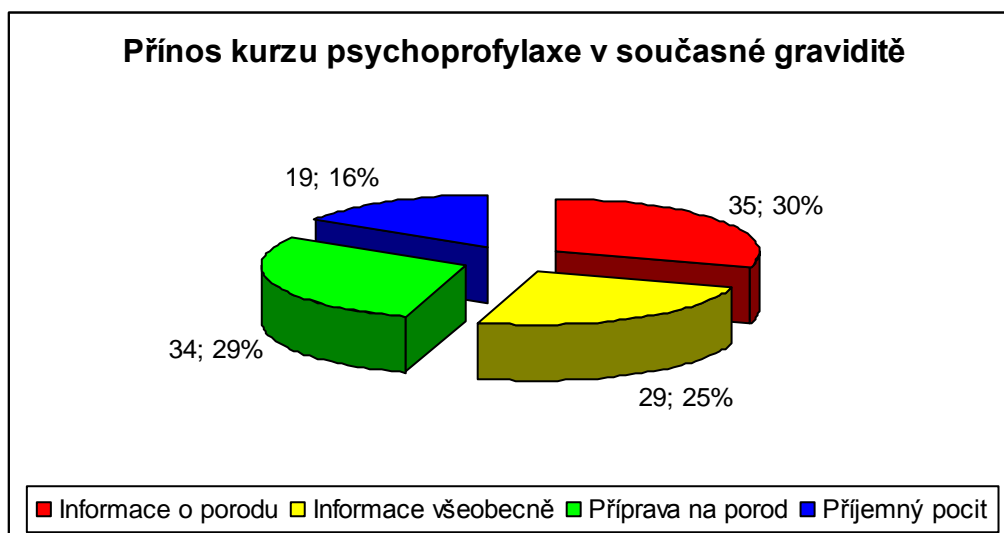
Graf č. 18b): Důvody nízké návštěvnosti kurzu psychoprolaxe v současné graviditě



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.18b) měly respondentky upřesnit, proč nenavštěvovaly anebo nenavštěvují kurz psychoprolaxe. Mohly uvádět více odpovědí. Ze 105. žen, které kurz nenavštěvovaly a nenavštěvují, uvedly ženy celkem 123 odpovědí. 76% (94 respondentek) uvedlo jako důvod nedostatek času a 24% (29 respondentek), že kurz není dostupný v blízkosti jejich bydliště. Jiné odpovědi respondentky neuvedly, 0% (0 žen).

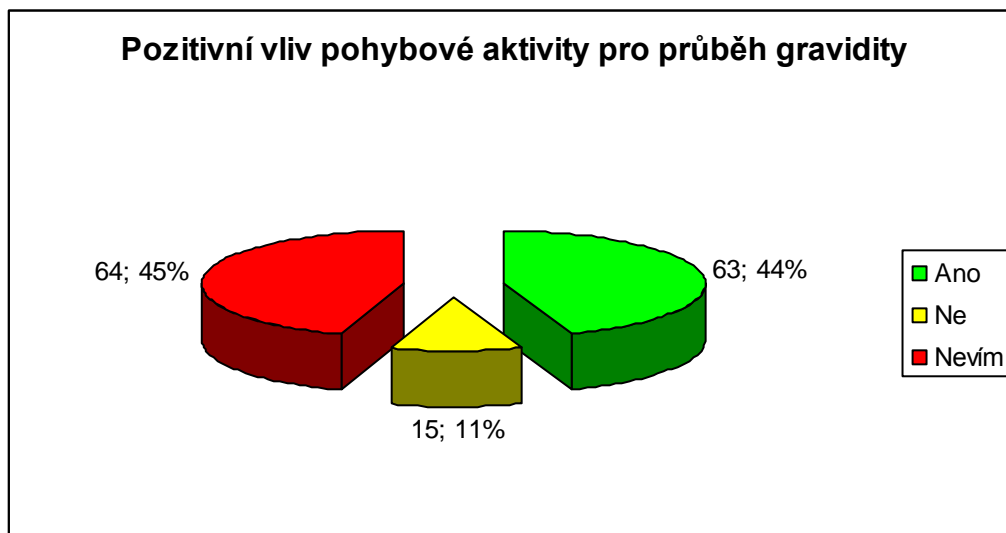
Graf č. 18c): Přínos kurzu psychoprolaxe v současné graviditě



Zdroj: *Vlastní výzkum*

V Grafu č.18c), 37 žen navštěvujících kurz psychoprolaxe, odpovědělo, že přínosem pro ně bylo, získání informací o průběhu porodu, celkem tak odpovědělo 30% (35 respondentek). 29% (34 respondentek) uvedlo kurz psychoprolaxe jako dobrou přípravu na porod, 25% (29 respondentek) získání informací všeobecně a 16% (19 respondentek) uvedlo, že kurzy byly příjemné. Jiný přínos psychoprolaxe pro současnou graviditu uveden nebyl, 0% (0 žen). Ženy mohly uvádět více odpovědí a celkem jich uvedly 117.

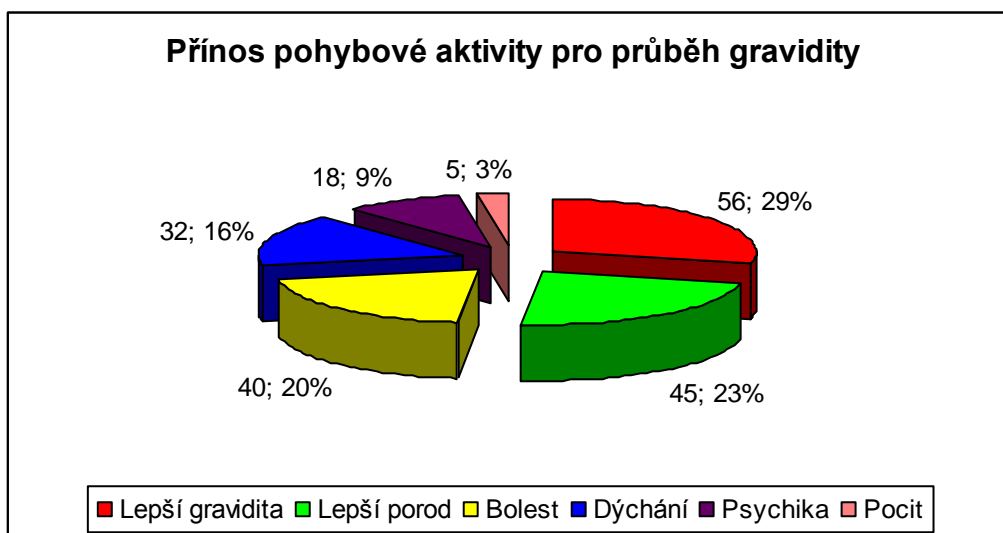
Graf č. 19a): Pozitivní vliv pohybové aktivity pro průběh gravidity



Zdroj: *Vlastní výzkum*

Graf č.19a) ukazuje, co si ženy všeobecně myslí o pozitivním vlivu pohybové aktivity pro průběh těhotenství. Označit mohly jednu ze 3. možností. 45 % (64 respondentek) uvedlo, že neví jestli má pohybová aktivita v graviditě pozitivní vliv na její průběh. 44% (63 respondentek) si myslí, že ano, pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje průběh gravidity. Posledních 11% (15 respondentek) si myslí, že pohybová aktivita v graviditě pozitivní vliv nemá.

Graf č. 19b): Přínos pohybové aktivity pro průběh gravidity

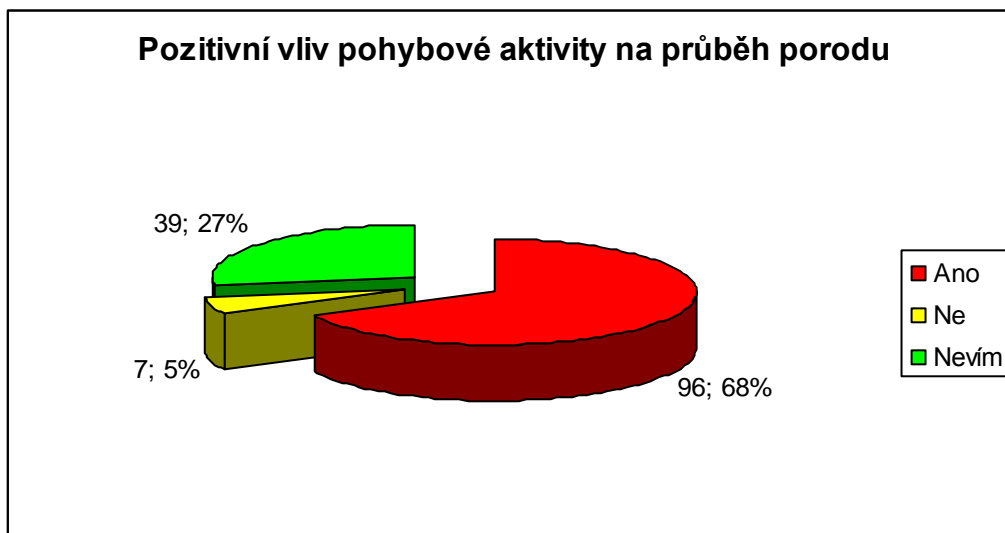


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.19b) zjišťoval, jaká pozitiva pohybová aktivita v graviditě přináší. Respondentky mohly uvádět více odpovědí. Z 63. žen, které uvedly v předchozím grafu, že pohybová aktivita má pozitivní vliv pro průběh gravidity, napsaly ženy celkem 196 odpovědí.

29 % (56 respondentek) uvedlo, že pohybová aktivita bude přínosná pro lepší průběh jejich gravidity. 23% (45 respondentek) si myslí, že zlepší průběh jejich porodu a 20 % (40 respondentek) udává odbourání bolesti v zádech. 16 % (32 respondentek) uvedlo, že zlepší jejich dýchání a 9% (18 respondentek), že zlepší jejich psychiku před porodem. Poslední 3% (5 respondentek) uvedlo, že budou mít lepší cit pro dítě. Jiná odpověď uvedena nebyla, 0% (0 žen).

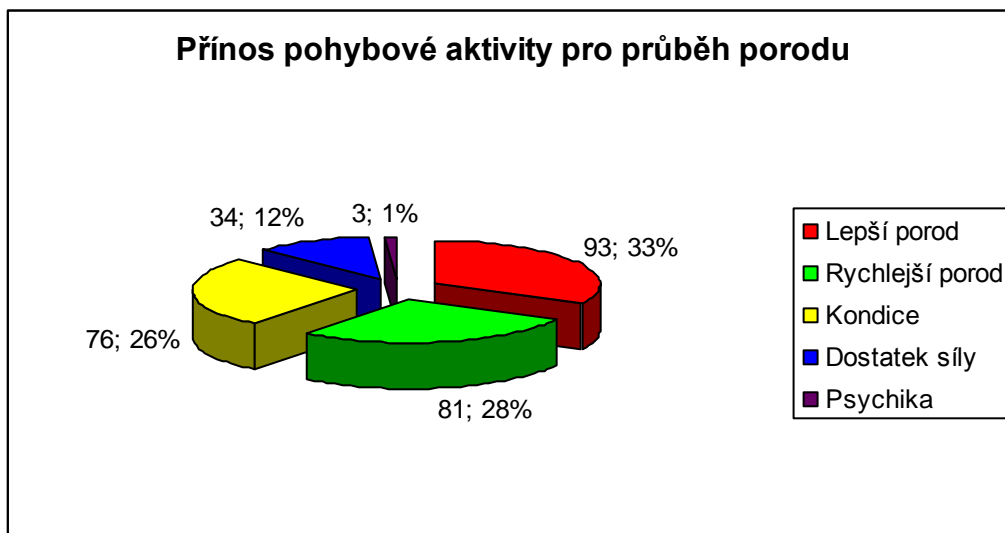
Graf č. 19c): Pozitivní vliv pohybové aktivity na průběh porodu



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.19c) ukazuje, zda si respondentky myslí, že pohybová aktivita pozitivně ovlivní průběh porodu. Označit mohly jednu ze 3. možností. 68% (96 respondentek) uvedlo, že ano, 27 % (39 respondentek), neví a 5 % (7 respondentek) si myslí, že ne.

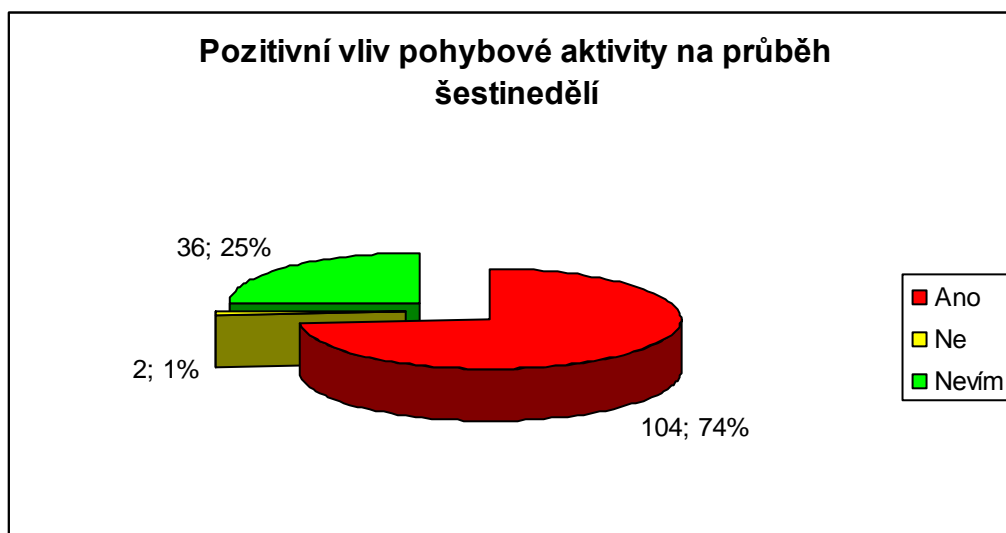
Graf č. 19d): Přínos pohybové aktivity pro průběh porodu



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.19d) dotazoval ženy, jak si konkrétně myslí, že pohybová aktivita ovlivní průběh porodu. Odpovědělo celkem 96 žen a mohly uvádět více odpovědí. Celkem uvedly 287 odpovědí. 33% (93 respondentek) sdělilo, že mohou mít lepší porod, 28% (81 respondentek) si myslí, že se porod urychlí a 26% (76 respondentek), že budou v dobré fyzické kondici. 12 % (34 respondentek) udává, že budou mít na porod dostatek síly a 31% (3 respondentky) si myslí, že jejich dobrá psychika při cvičení, se přenesou i na plod. Jiné odpovědi ženy neuvěděly, 0% (0 žen).

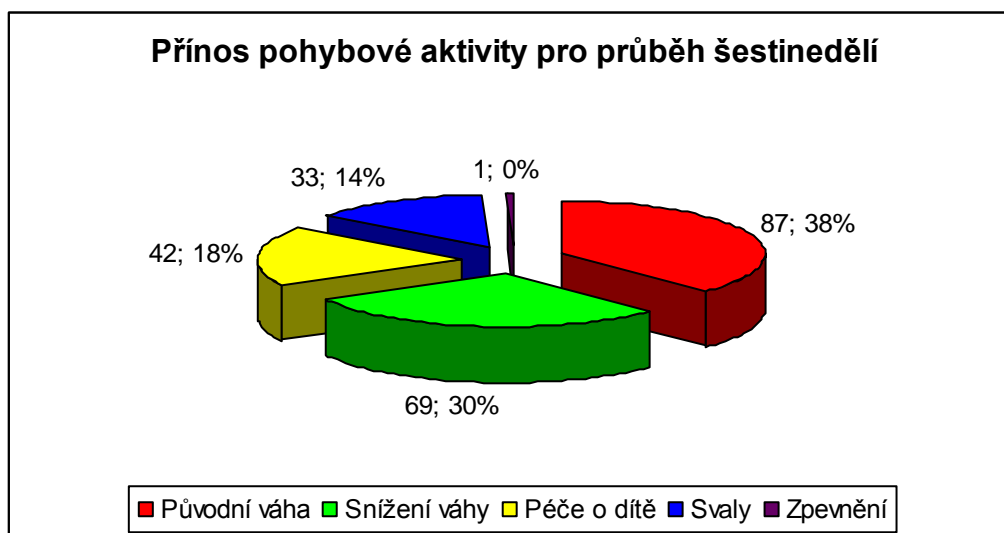
Graf č. 19e): Pozitivní vliv pohybové aktivity na průběh šestinedělí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.19e) dotazoval ženy zda si myslí, že pohybová aktivita může pozitivně ovlivnit průběh šestinedělí. Označit mohly jednu ze 3. možností. 74% (104 respondentek) odpovědělo ano, že může. 25 % (36 respondentek) odpovědělo, že neví a 1% (2 respondentky) odpověděla, že ne.

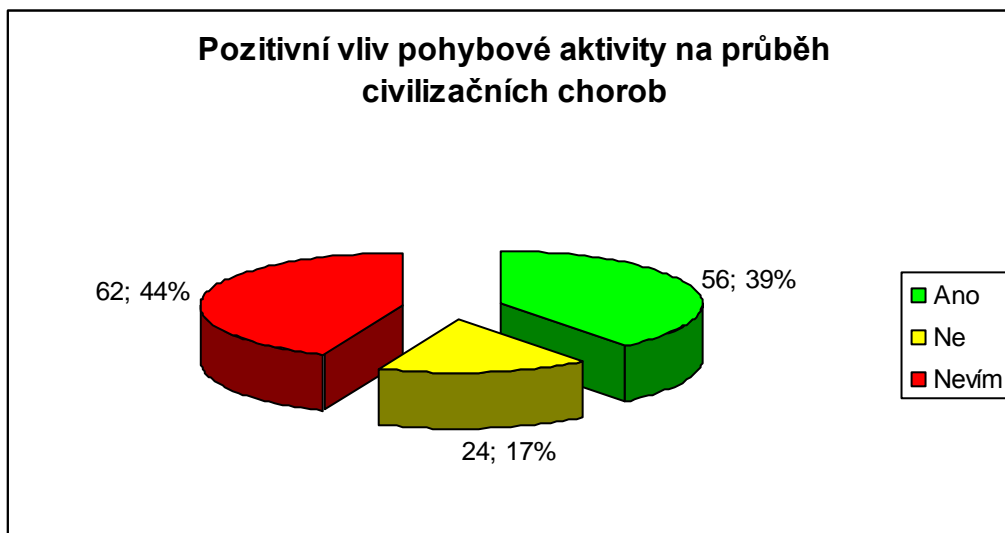
Graf č. 19f): Přínos pohybové aktivity pro průběh šestinedělí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.19f) znázorňuje, co si respondentky konkrétně myslí, o přínosu pohybové aktivity na průběh šestinedělí. Celkem odpovědělo 104 žen a uvedlo 232 odpovědí. Odpovědi mohly uvádět více. Nejvíce, 38% (87 respondentek) sdělilo, že se mohou rychleji navrátit k původní váze. 30% (69 respondentek) uvedlo, že se sníží jejich váha. 18% (42 respondentek) si myslí, že by mohly lépe zvládat péči o dítě. 14% (33 respondentek) uvedlo, že se mohou zpevnit jejich svaly a 1% (1 respondentka) si myslí, že se jí může zpevnit děloha. Jiné odpovědi uvedeny nebyly, 0% (0 žen).

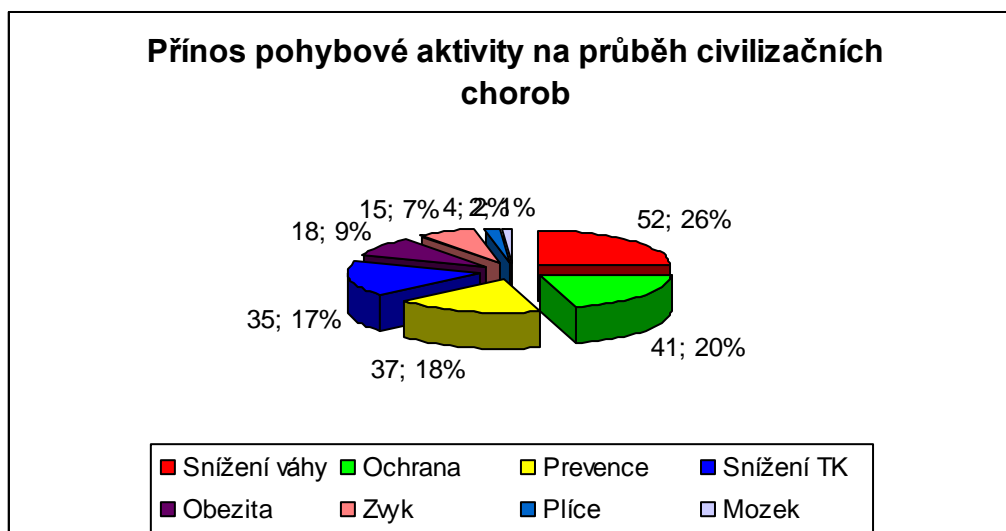
Graf č. 19g): Pozitivní vliv pohybové aktivity na průběh civilizačních chorob



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.19g) zjišťoval, zda si respondentky myslí, že pohybová aktivita může mít pozitivní vliv na průběh civilizačních chorob. Označit mohly jednu ze 3. možností. 44 % (62 respondentek) odpovědělo, že neví. 39% (6 respondentek) odpovědělo, že ano a 17 % (24 respondentek), uvedlo variantu ne.

Graf č. 19h): Přínos pohybové aktivity na průběh civilizačních chorob

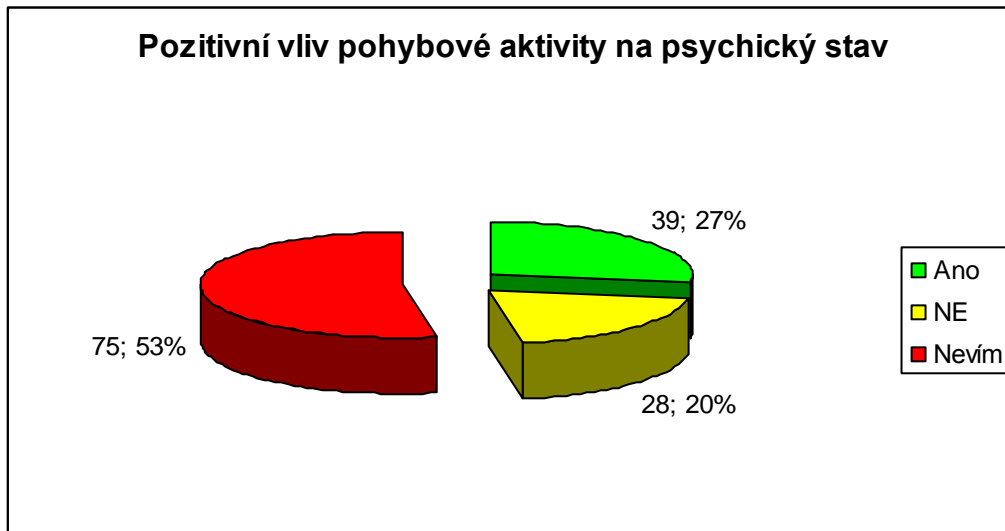


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.19h) zjišťoval, jestli si respondentky myslí, že pohybová aktivita bude mít konkrétní vliv na průběh civilizačních chorob. Uvádět mohly více možností. Z 56 žen, které v předchozím grafu uvedly, že pohybová aktivita může mít vliv na průběh civilizačních chorob, uvedly ženy celkem 204 odpovědí.

26 % (52 respondentek) si myslí, že pohybová aktivita by jim mohla pomáhat snižovat váhu a tím je ochránit před horším průběhem civilizačních nemocí. 20% (41 respondentek) odpovědělo, že ke vzniku nemoci by vůbec nedošlo. 18% (37 respondentek) si myslí, že pohybová aktivita působí preventivně před vznikem civilizačních chorob. 17% (35 respondentek) si myslí, že pohybová aktivita pomáhá snižovat krevní tlak. 9% (18 respondentek) uvedlo, že může pomáhat při snižování obezity. 7% (15 respondentek) si myslí, že by si zvykly na pohyb. 2% (4 respondentky) uvedly, že by měly lepší vzdušnost plic a 1% (2 respondentky), že by se jim mohl lépe prokrvit mozek a nedošlo by ke vzniku civilizační choroby. Jiné odpovědi uvedeny nebyly, 0% (0 žen).

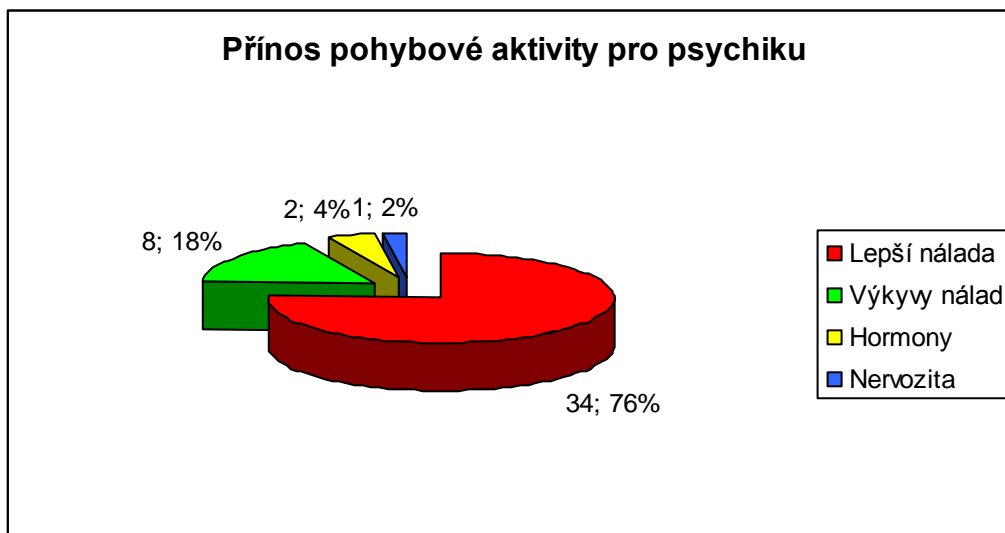
Graf č. 20a): Pozitivní vliv pohybové aktivity na psychický stav



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.20a) mapoval, zda si ženy myslí, že pohybová aktivita může mít pozitivní vliv na psychický stav. Odpovědi mohly volit ze 3. variant. 53 % (75 respondentek) označilo variantu nevím, 27% (39 respondentek) variantu ano a 20% (28 respondentek) variantu ne.

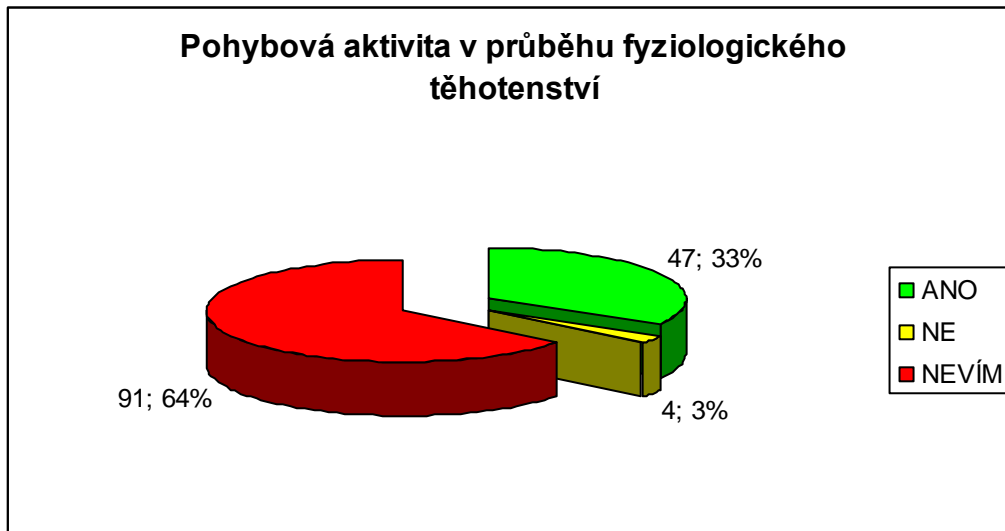
Graf č. 20b): Přínos pohybové aktivity pro psychiku



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.20b) ukazuje, jak si ženy myslí, že může pohybová aktivita ovlivnit jejich psychický stav. Celkem 39 žen uvedlo 45 odpovědí a mohly jich uvádět více. 76% (34 respondentek) sdělilo, že by jim pohybová aktivita zlepšila náladu. 18% (8 respondentek) si myslí, že by mohly mít menší výkyvy nálad. 4% (2 respondentky) uvedly, že by došlo k vyplavení hormonu endorfinu a 2% (1 respondentka) si myslí, že při pohybové aktivitě by došlo ke snížení nervozity z porodu. Jiná odpověď uvedena nebyla, 0% (0 žen).

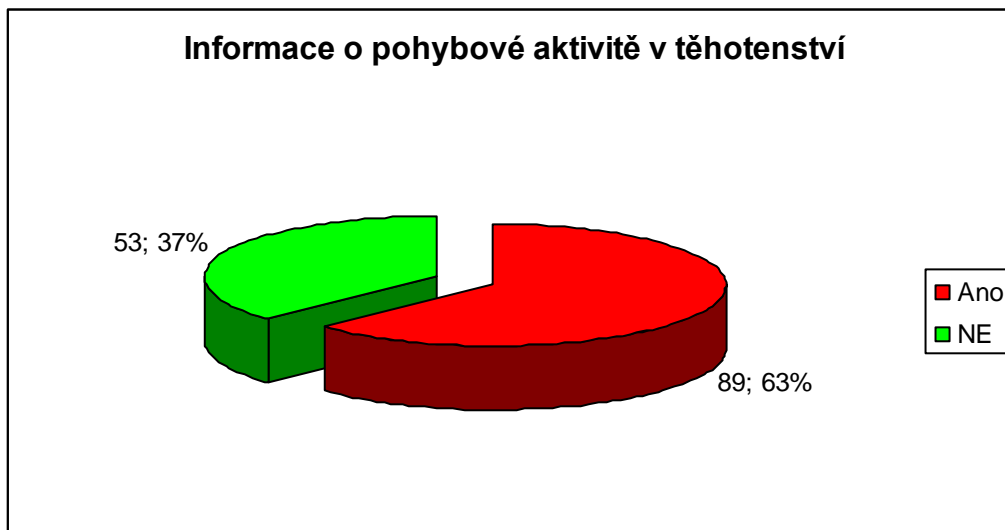
Graf č. 20c): Pohybová aktivita v průběhu fyziologického těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.20c) zjišťoval, zda si ženy myslí, že pohybová aktivita je v průběhu fyziologického těhotenství doporučována. Volit mohly ze 3. variant odpovědí. 64% (91 respondentek) zvolilo odpověď neví, 33% (47 respondentek) odpověď ano a 3% (4 respondentky) odpověď ne.

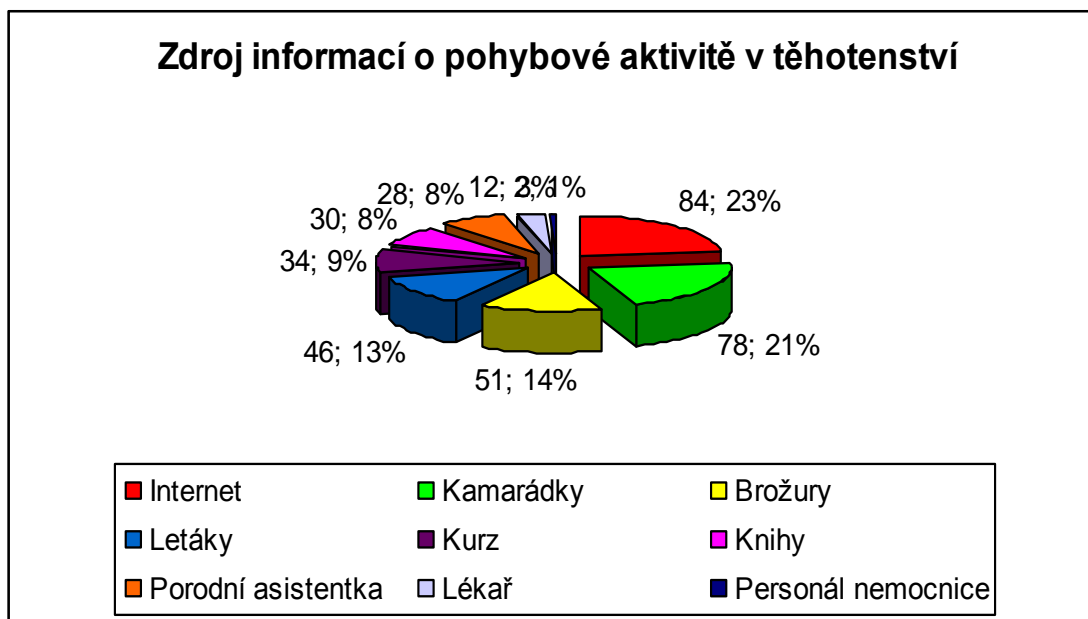
Graf č. 21a): Informace o pohybové aktivitě v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.21a) ukazuje, zda se ženy zajímaly o informace o pohybové aktivitě v průběhu těhotenství. Označit mohly jednu ze 2 možností. 63% (89 respondentek) uvedlo možnost ano, 37% (53 respondentek) možnost ne.

Graf č. 21b): Zdroj informací o pohybové aktivitě v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.21b) byly ženy dotazovány na zdroj, odkud informace o pohybové aktivitě v těhotenství čerpaly. Odpovědělo celkem 89 žen a uvedlo 365 odpovědí. V odpovědích mohly uvádět více zdrojů. Nejvíce 23% (84 respondentek) čerpalo informace z internetu. 21% (78 respondentek) mělo jako zdroj informací své kamarádky. 14% (51 respondentek) získávalo informace z brožur a 13 % (46 respondentek) z letáků. 9% (34 respondentek) uvedlo, že informace získaly v těhotenském kurzu. 8% (30 respondentek) čerpalo informace z knih. 8% (28 respondentek) dostávalo informace o pohybové aktivitě od porodních asistentek, 2% (12 respondentek) od lékaře a 1% (2 respondentky) dostaly informace od personálu v nemocnici. Jiné varianty odpovědí uvedeny nebyly, 0% (0 žen).

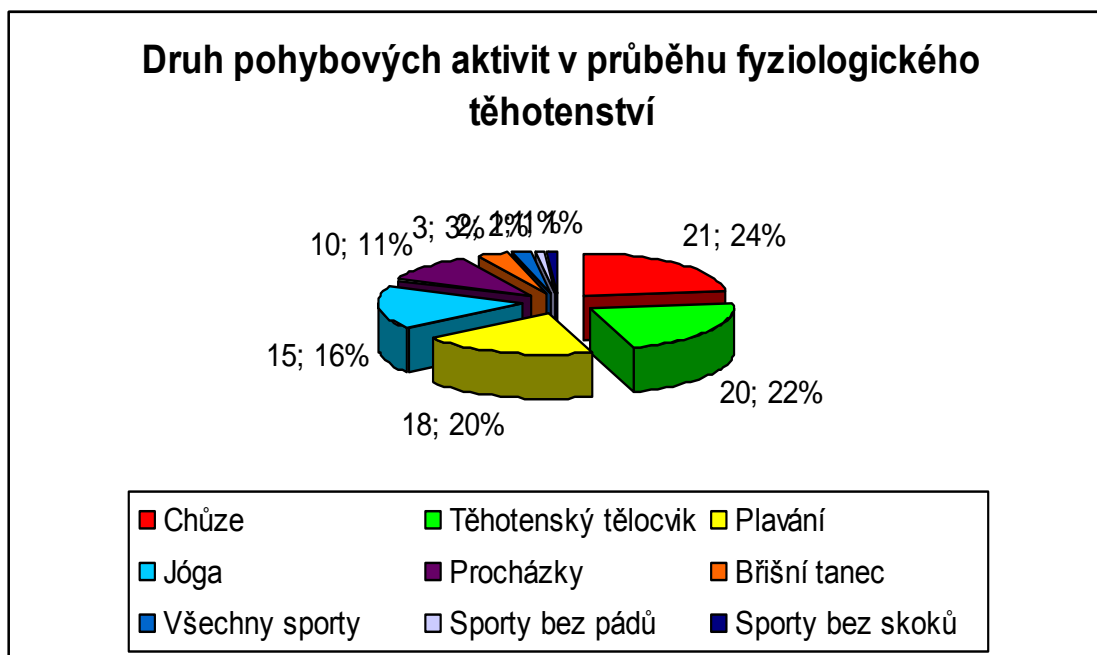
Graf č. 22a): Znalost pohybových aktivit v průběhu fyziologického těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.22a) ukazuje, zda mají ženy znalosti o pohybových aktivitách v průběhu fyziologického těhotenství. Mohly vybírat jednu ze 2. možností odpovědí. Celých 85% (121 respondentek) označilo možnost nevíám a 15% (21 respondentek), možnost ano.

Graf č. 22b): Druh pohybových aktivit v průběhu fyziologického těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.22b) dotazoval ženy, jaké druhy pohybových aktivit v průběhu fyziologického těhotenství mohou provádět. Uvádět mohly více odpovědí. Celkem odpovědělo 21 žen a uvedlo 91 odpovědí.

24% (21 respondentek) uvedlo jako vhodnou pohybovou aktivitu chůzi, 22% (20 respondentek) těhotenský tělocvik. 20 % (18 respondentek) uvádělo plavání, 16% (15 respondentek) jógu a 11% (10 respondentek) procházky. 2% (3 respondentky) si myslí, že vhodné jsou břišní tance. 1% (2 respondentky) si myslí, že vhodné jsou všechny sporty. 1% (1 respondentka) uvedla, že vhodné jsou sporty bezpečné a bez pádů a 1 % (1 respondentka) uvedla, že vhodné jsou sporty bez zátěže a skoků. Jiné možnosti uvedeny nebyly, 0% (0 žen).

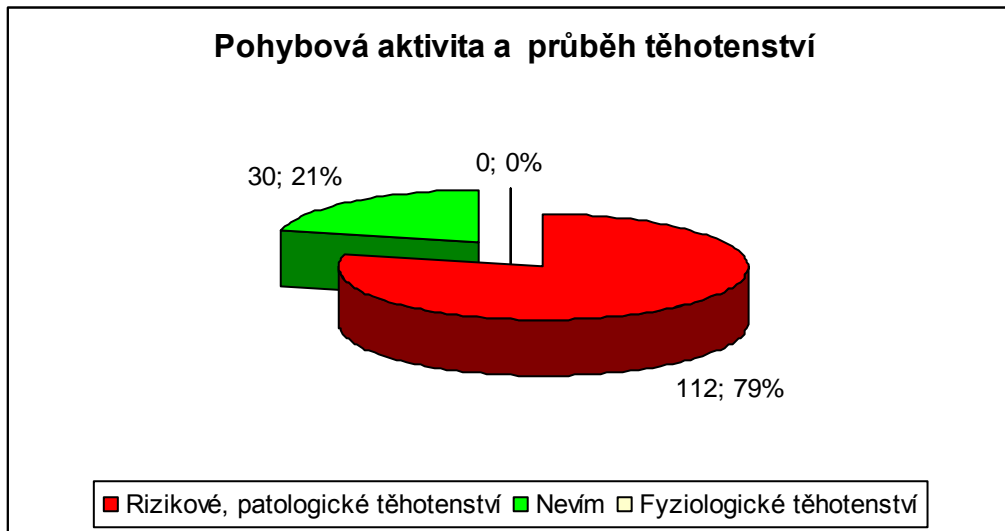
Graf č. 23): Adekvátní pohybová aktivita v průběhu fyziologického těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.23 ukazuje, jakou variantu ženy vybraly ze 4. možností o frekvenci pohybové aktivity v graviditě. 81 % (115 respondentek) označilo jako odpověď nevím, 13 % (19 respondentek) označilo správnou variantu 3x týdně. 6 % (8 respondentek) označilo jako možnost odpověď 1x za 14 dní. Varianta 1x za měsíc nebyla označena ani jednou respondentkou, 0 % (0 respondentek).

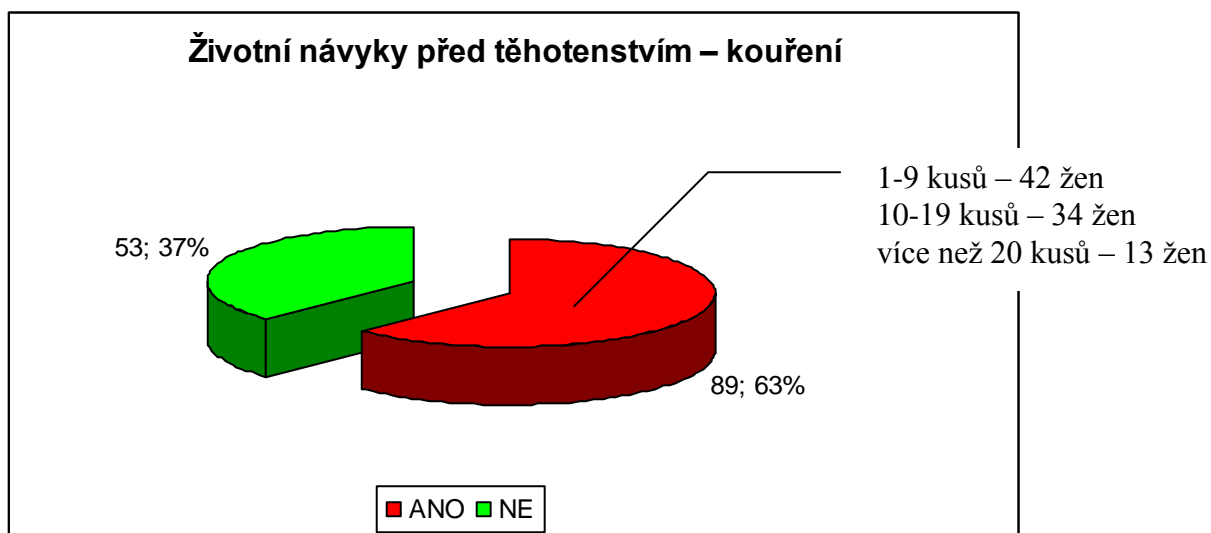
Graf č. 24: Pohybová aktivita a průběh těhotenství



Zdroj: *Vlastní výzkum*

V Grafu č.24, měly ženy označit jednu ze 3. variant odpovědí na otázku, kdy si myslí, že pohybová aktivita v graviditě nemá být vykonávána. Variantu při rizikovém nebo patologickém průběhu gravidity, označilo 79% (112 žen), variantu nevím 21% (30 respondentek). Variantu při fyziologickém průběhu gravidity neoznačila žádná z dotazovaných respondentek, 0% (0 respondentek).

Graf č. 25a): Životní návyky před těhotenstvím – kouření

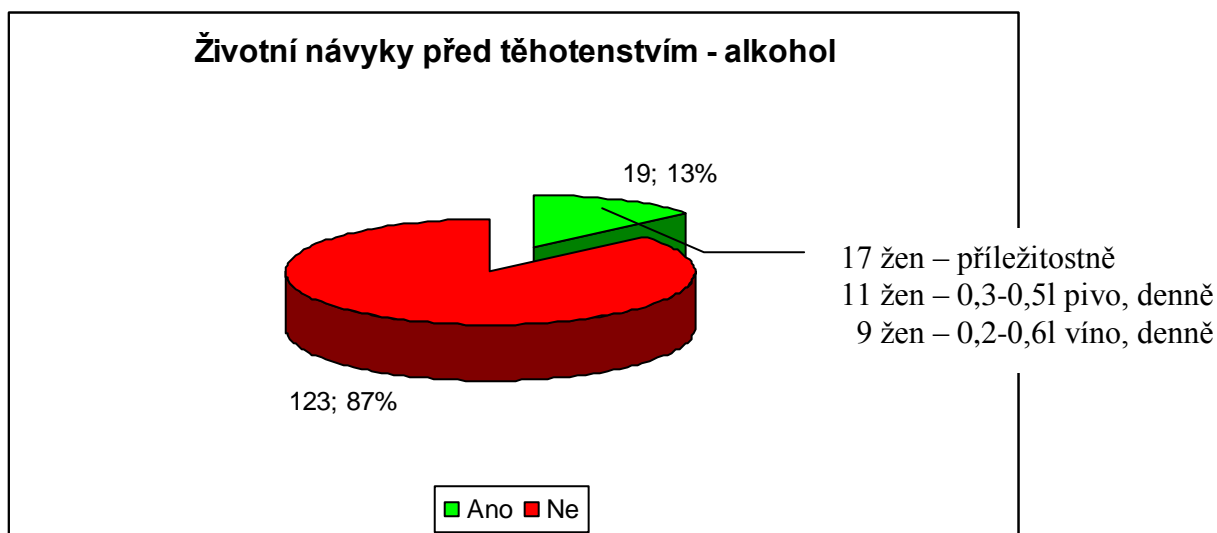


Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.25a) měly ženy odpovědět, zda před graviditou kouřily. Vybrat mohly jednu ze 2 odpovědí. 63% (89 žen) uvedlo, že ano a 37% (53 žen), že ne.

V případě, že před těhotenstvím kouřily, měly upřesnit počet cigaret za den. Celkem kouřilo 89 žen, z toho 3 příležitostně a 86 pravidelně. 42 žen odpovědělo, že množství vykouřených cigaret za den, se pohybovalo v rozmezí 1-9 kusů. 34 žen uvedlo rozmezí 10-19 kusů za den a 13 žen sdělilo, že kouřilo více než 20 cigaret denně. Jiné odpovědi respondentky neuvedly, 0% (0 žen).

Graf č. 25b): Životní návyky před těhotenstvím – alkohol

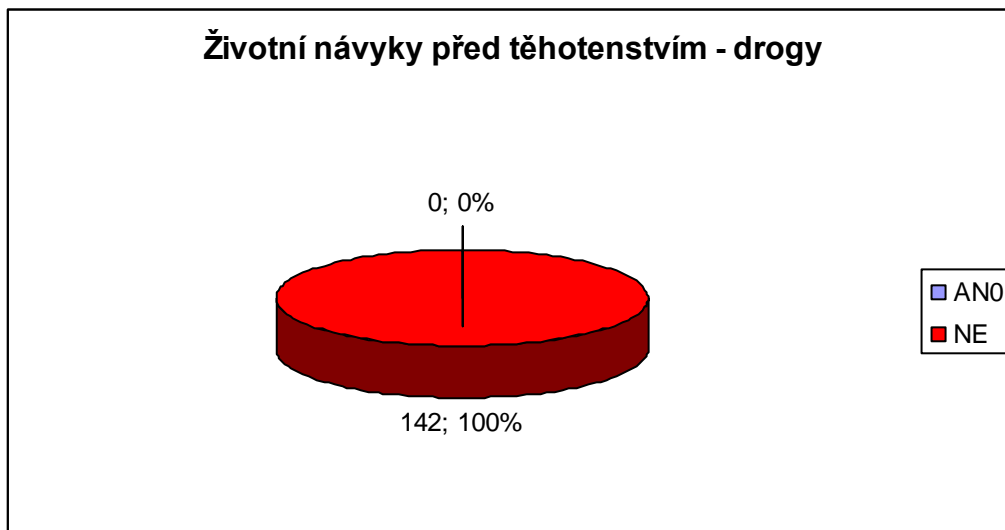


Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.25b) odpovídaly ženy na otázku životních návyků před graviditou, konkrétně alkoholu. Měly vybírat jednu ze 2 možností. 87% (123 žen) uvedlo možnost ne, alkohol nepily. 13% (19 žen) uvedlo možnost ano, alkohol před graviditou pily, z toho 2 ženy pravidelně.

K upřesnění mohly ženy doplnit množství i druhy konzumovaného alkoholu. Uvádět mohly i více možností, kombinaci alkoholu. Celkem odpovídalo 19 žen a uvedlo 37 odpovědí. 17 žen sdělilo frekvenci konzumace alkoholu jen příležitostně, bez přesnější specifikace četnosti. 11 žen uvedlo konzumaci 0,3-0,5l piva, 1x týdně a 9 žen odpovědělo, že konzumuje víno v množství 0,2l – 0,6 l týdně. Jinou odpověď ženy neuvedly, 0% (0 žen).

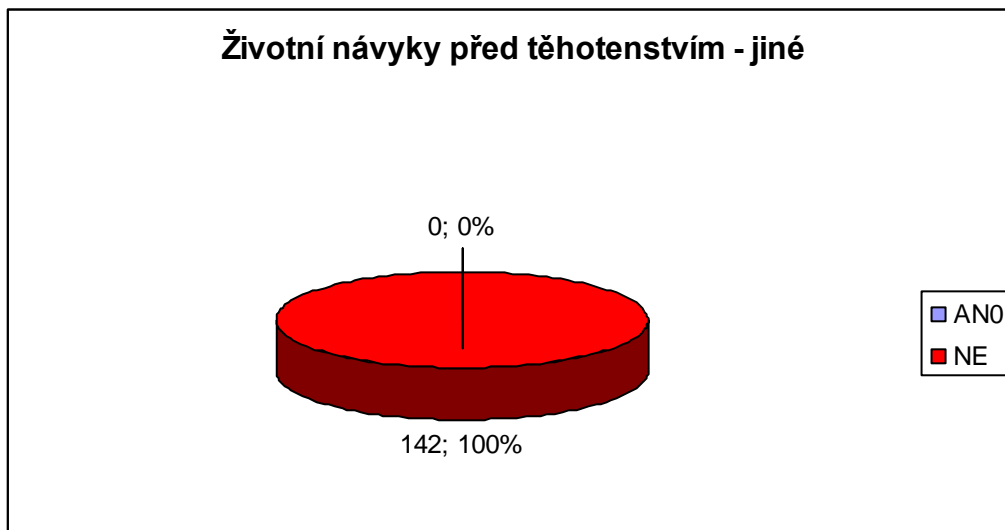
Graf č. 25c): Životní návyky před těhotenstvím – drogy



Zdroj: *Vlastní výzkum*

V Grafu č.25b) měly ženy označit odpověď, zda užívaly před graviditou drogy. Vybrat mohly jednu ze 2 možností. 100% (142 respondentek) označilo variantu ne. Variantu ano, neoznačila žádná z dotazovaných respondentek 0% (0 respondentek).

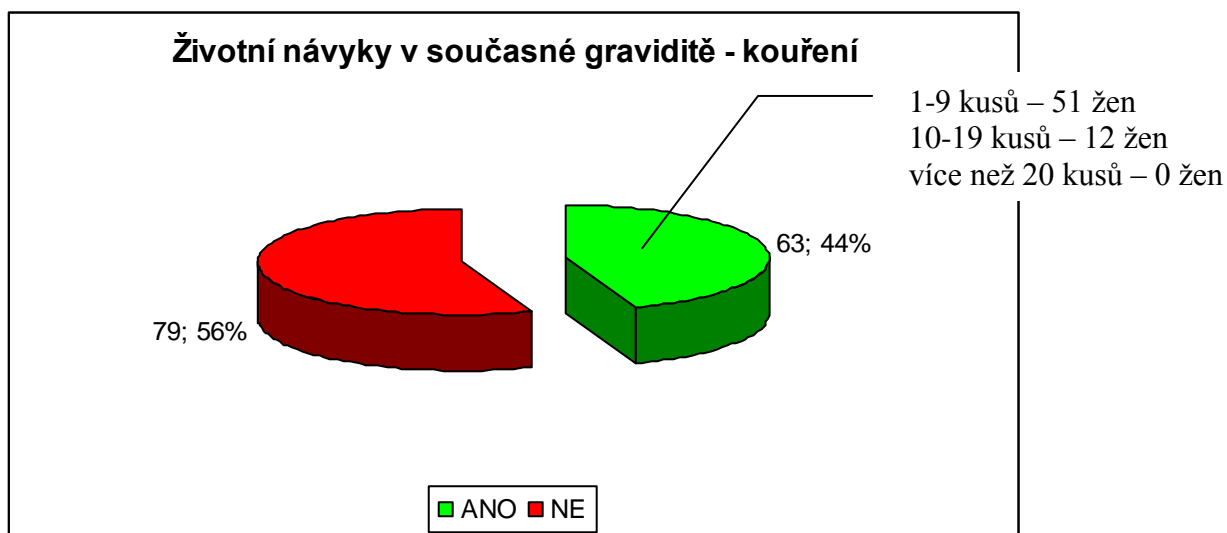
Graf č. 25d): Životní návyky před těhotenstvím – jiné



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.25d) žádná z respondentek nevyužila možnost uvést jiné životní návyky. 0% (0 respondentek).

Graf č. 26a): Životní návyky v současné graviditě – kouření

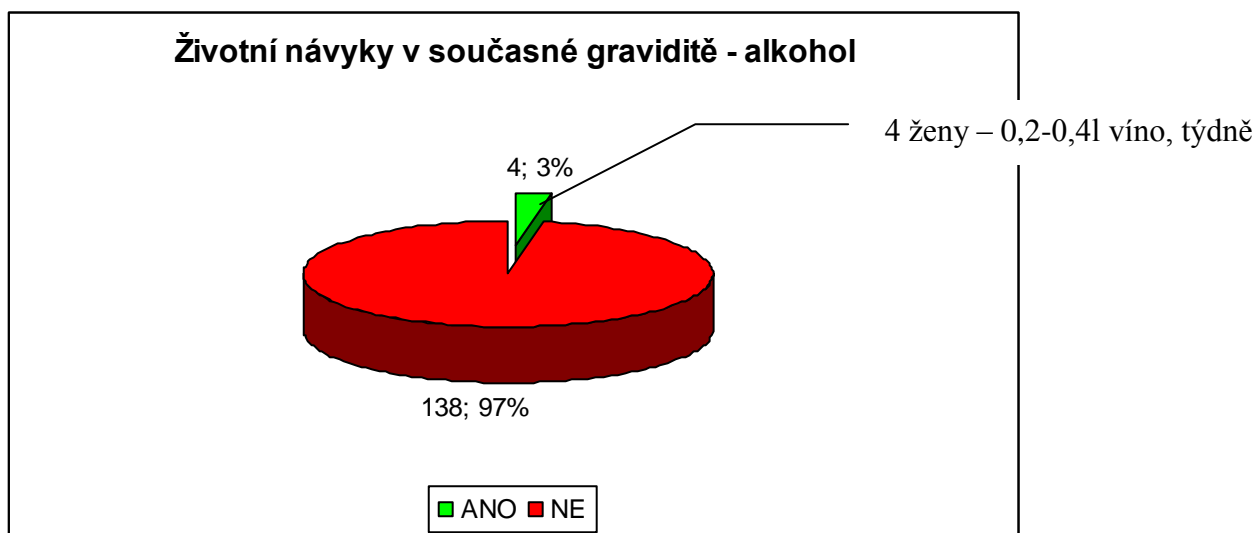


Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.26a) měly ženy odpovědět, zda v současné graviditě kouří. Na výběr měly 2 varianty odpovědí. 56% (79 žen) uvedlo variantu ne, nyní v graviditě nekouří. Odpověď ano, označilo 44% (63 žen), z toho 37 žen příležitostně, 26 pravidelně.

K upřesnění měly ženy uvést kolik kusů cigaret vykouří během jednoho dne. Z 63. kouřících žen, odpovědělo 51 respondentek, že kouří 1-9 kusů cigaret denně. 12 respondentek uvedlo množství vykouřených cigaret během dne v rozmezí 10.-19. kusů. Jiné hodnoty respondentky neuvedly, 0% (0 žen).

Graf č. 26b): Životní návyky v současné graviditě – alkohol

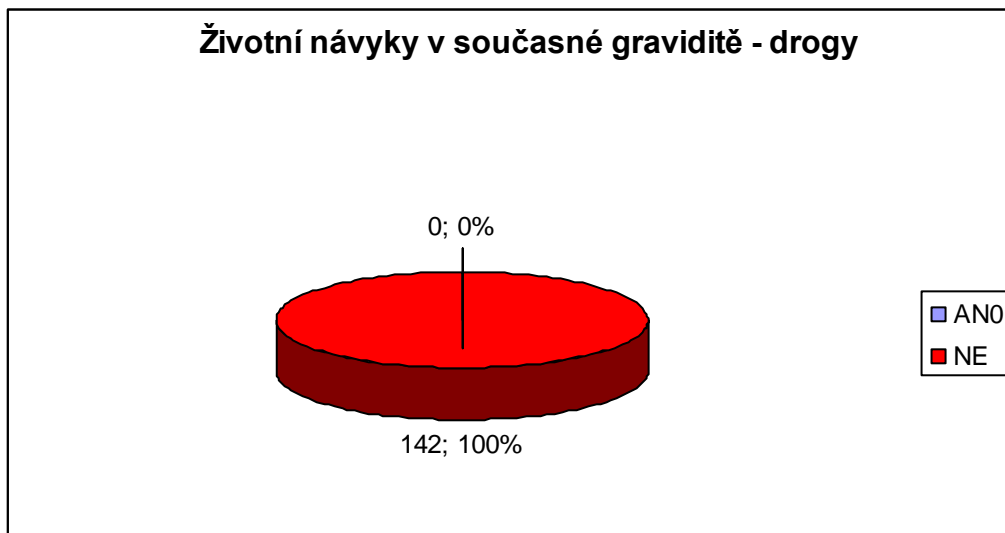


Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.26b) měly ženy uvádět, zda v průběhu této gravidity konzumují alkoholické nápoje. Volit měly ze 2 variant. 97% (138 respondentek) označilo variantu ne, alkoholické nápoje nekonzumují. 3% (4 respondentky) označily variantu ano, i nyní v graviditě alkoholické nápoje příležitostně konzumují.

K upřesnění mohly ženy uvést druh a množství konzumovaných alkoholických nápojů. Odpovídaly 4 respondentky a mohly uvést více odpovědí. 100 % (4 ženy) uvedly, že pijí víno, v rozmezí 0,2- 0,4 l za týden. Jinou odpověď ženy nevedly, 0% (0 žen).

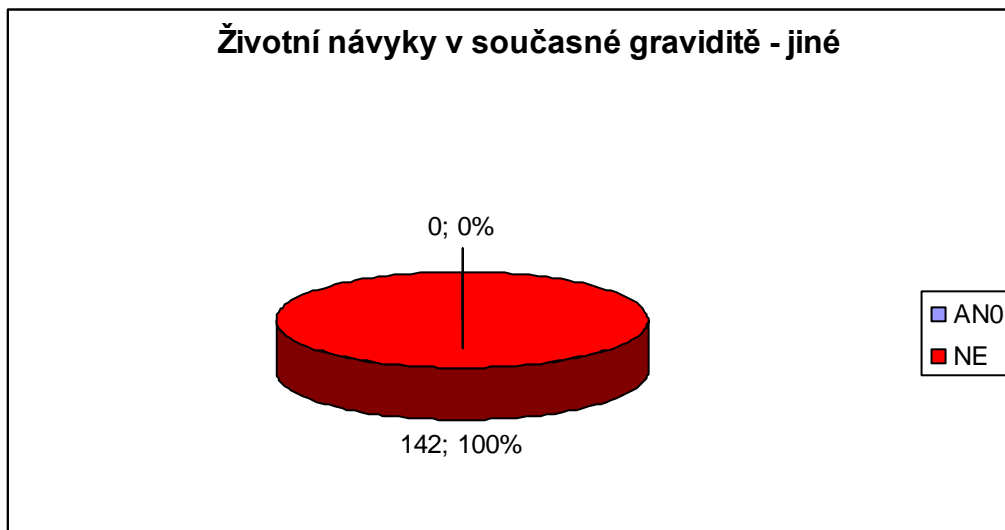
Graf č. 26c): Životní návyky v současné graviditě – drogy



Zdroj: *Vlastní výzkum*

V Grafu č.26c) je zobrazeno, jak ženy odpovídaly na otázku životních návyků v současné graviditě, zda užívají drogy. Vybírat mohly jednu ze 2 odpovědí. Všechny respondentky, 100% (142 žen) označilo variantu ne, drogy neužívají. Variantu ano, neoznačila žádná z dotazovaných žen 0% (0 respondentek).

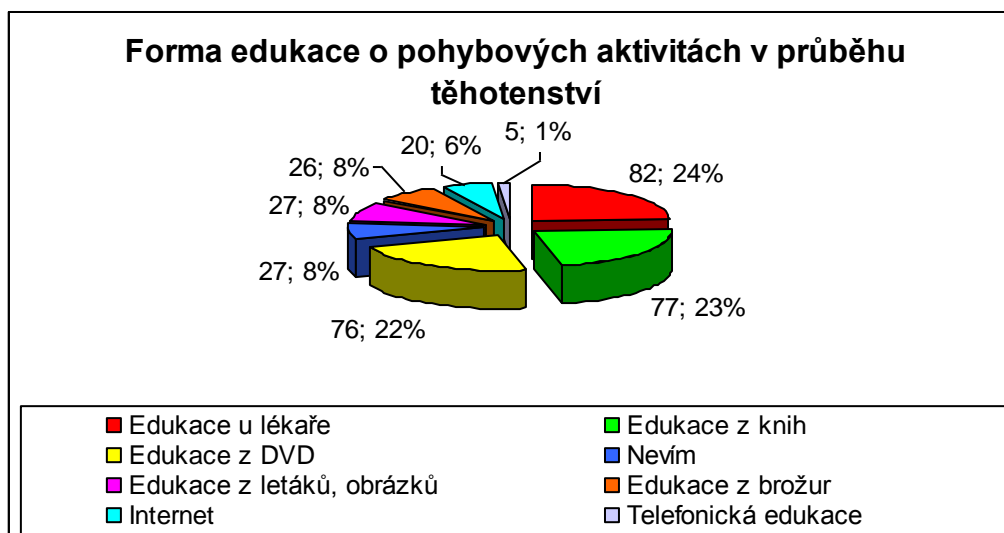
Graf č. 26d): Životní návyky v současné graviditě – jiné



Zdroj: *Vlastní výzkum*

V Grafu č.26d) mohly ženy uvést, jaké jiné životní návyky v současné graviditě mají. Možnost odpovědět, nevyužila žádná z dotazovaných žen, 0% (0 respondentek).

Graf č. 27): Forma edukace o pohybových aktivitách v průběhu těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

V Grafu č.27 měly ženy uvést, jakou formu by měla mít edukace o pohybu v graviditě, jak nebo kde by měly být informace poskytovány. Respondentky mohly uvádět více odpovědí. Celkem uvedly 313 variant edukace.

25% (82 respondentek) uvedlo, že vhodná forma edukace by měla probíhat u lékaře. 23% (77 respondentek), by chtělo informace čerpat z knih. 23% (76 respondentek) by uvítalo edukaci v podobě DVD. 7% (27 žen) uvedlo, že odpověď nevím. 7% (27 respondentek) považuje za vhodnou edukaci letáky i s obrázky cviků. 6% (26 respondentek) by chtělo edukaci pomocí brožur. 5% (20 respondentek) uvedlo jako vhodnou formu edukace internet a 4% (5 respondentek), by chtělo dostávat informace telefonicky, když jsou doma.

6. Diskuze

H1 Dotazované ženy s fyziologickým průběhem gravidity, vykonávají individuální, pohybovou aktivitu v těhotenství méně, než v době před těhotenstvím.

H0 Nulová hypotéza předpokládá, že těhotenství nemá vliv na pohybovou aktivitu, že mezi cvičením před těhotenstvím a v těhotenství není žádný vztah.

Dělení gravidity

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fyziologická	124	87,3	87,3	87,3
	Riziková	18	12,7	12,7	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Dělení grav. * cvičení před grav. Crosstabulation

			Cvičení před graviditou		Total
			ano	ne	
C o u n t	Dělení gravidity	fyziologická	37	87	124
		riziková	11	7	18
	Total	48	94	142	
% within Dělení gravidity	Dělení grav.	fyziologická	29,8%	70,2%	100,0%
		riziková	61,1%	38,9%	100,0%
	Total	33,8%	66,2%	100,0%	
% within cvičení před graviditou	Dělení grav.	fyziologická	77,1%	92,6%	87,3%
		riziková	22,9%	7,4%	12,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	
Adjusted Residual	Dělení grav.	fyziologická	--	++	
		riziková	++	--	

Cvičení před graviditou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	48	33,8	33,8	33,8
	ne	94	66,2	66,2	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Cvičení před graviditou ve dnech / týden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		94	66,2	66,2	66,2
	1 den	31	21,8	21,8	88,0
	2 dny	12	8,5	8,5	96,5
	3 dny	5	3,5	3,5	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Cvičení před graviditou v hodinách / týden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		94	66,2	66,2	66,2
	1 hodina	26	18,3	18,3	84,5
	2 hodiny	15	10,6	10,6	95,1
	3 hodiny	7	4,9	4,9	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Individuální cvičení v graviditě, mimo psychoprolaxe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	16	11,3	11,3	11,3
	Ne	126	88,7	88,7	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Individuální cvičení v graviditě ve dnech / týden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		126	88,7	88,7	88,7
	1 x týdně	14	9,9	9,9	98,6
	2 x týdně	2	1,4	1,4	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Individuální cvičení v graviditě v hodinách / týden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		126	88,7	88,7	88,7
	1 hodina	16	11,3	11,3	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Psychoprofylaktická příprava

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	37	26,1	26,1	26,1
	ne	105	73,9	73,9	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

Individuální cvičení v graviditě, mimo psychoprofylaxe

Dělení grav. * cvičení v graviditě, mimo psychoprofylaxe Crosstabulation

			Individuální cvičení v graviditě, bez psychoprofylaxe		Total
			ano	ne	
Count	Dělení grav.	fyzilogická	16	108	124
		riziková	0	18	18
	Total	16	126	142	
% within Dělení gravidity	Dělení grav.	fyzilogická	12,9%	87,1%	100,0%
		riziková	0,0%	100,0%	100,0%
	Total	11,3%	88,7%	100,0%	
% within cvičení v graviditě, mimo psychoprofylaxe	Dělení grav.	fyzilogická	100,0%	85,7%	87,3%
		riziková	0,0%	14,3%	12,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	
Adjusted Residua	Dělení grav.	fyzilogická	o	o	
		riziková	o	o	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,618(b)	1	0,106		
Fisher's Exact Test				0,223	0,100
N of Valid CASE	142				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

Jak vyplývá z vyhodnocených výsledků dotazníků, graf 15a), pohybovou aktivitu před graviditou z celkového počtu 142 respondentek, vykonávalo jen 48 žen a 94 žen necvičilo. Jako důvod uvedlo například 67 respondentek nedostatek času a 48 respondentek uvádělo jako důvod finance. Rozsah pohybové aktivity byl i před

graviditou nedostatečný. Ženy cvičily nejčastěji 1x týdně a pouze 1 hodinu, graf 15 c), 15d). To znamená, že cvičily pouze 60 minut týdně, oproti doporučení cvičit týdně minimálně 150 minut. K tomuto doporučení se přiblížilo 12 respondentek, které cvičily 2 hodiny. 5 respondentek cvičilo 3 hodiny, 180 minut a splňovaly doporučený limit, graf č. 15c) a 15d). V graviditě došlo k výraznému snížení pohybové aktivity. Jen 16 respondentek pohybovou aktivitu v tomto těhotenství vykonávalo, nebo vykonává, graf 16a), přitom pokud ženy cvičily, doporučuje Taussig, (2012), pouze intenzitu cvičení snížit na 70% dosavadní. Cvičení mírné, až střední intenzity, není třeba omezovat s výjimkou silových prvků, vůbec. (Havlíčková, 2004). Pravidelná, přiměřená (adekvátní), pohybová aktivita u těhotných žen snižuje riziko potratu, usnadňuje porod a je dokázáno, že aktivním matkám se rodí zdravější děti.(WHO, 2007).

Indikované a adekvátní cviky jsou ty, které jsou doporučovány, nejsou škodlivé a pomáhají připravit ženu co nejlépe na porod a udržet organismus těhotné, v dobré fyzické i psychické kondici. (Kobilková, 2005).

V graviditě cvičilo jen 16 žen, graf č. 16a) a jako vhodnou pohybovou aktivitu tyto ženy uváděly procházky, 14 žen, cvičení na míči, 8 žen a jízdu na ortopedu, 1 žena, graf č. 16b). Tyto aktivity odpovídají doporučení autorů. Bejdáková, (2006) chůzi doporučuje 20 až 30 minut, 3x týdně. Kohoutek, (2008), udává, že procházky na čerstvém vzduchu a každodenní pobyt v přírodě, mají pozitivní vliv na těhotnou ženu. Bejdáková, (2006), Blahušová, (2008), považují pro těhotné ženy za vhodné cvičení na míči. Slouží k posilování, protahování a podpoře správného držení těla. Autorky navíc doporučují, například plavání, jógu, opatrnou jízdu na kole, atd. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006). V graviditě by se měly ženy zaměřit na různé části těla. Ženy ve III. trimestru, by se měly zaměřovat na přípravu těla na porod, jak doporučuje např. Bejdáková, (2006).

Jak bylo z výzkumné vzorku zjištěno, z 16 cvičících žen v současné graviditě, uvedly respondentky, že nejčastěji v tomto těhotenství cvičily, nebo cvičí 1x týdně, 14 respondentek a 2 respondentky uvedly rozsah pohybové aktivity 2x týdně, graf č.16c). V grafu č.16d) ženy uváděly počet hodin, 16 žen uvedlo pouze možnost 1 hodinu za týden. Ženy vykonávají pohybovou aktivitu v menším rozsahu, než je doporučováno. Přesto ženy znaly přínos pohybové aktivity pro matku. 39 žen uvedlo jako pozitivní vliv, lepší kontrolu nad přibíráním na váze nebo udržení dobrého fyzického stavu, 36

žen, graf č.14b).

Pearsonův chí kvadrát prokázal, že není závislost mezi cvičením před graviditou a v graviditě.

Nulová hypotéza pro statistické vyhodnocení k hypotéze H₁, že těhotenství nemá vliv na pohybovou aktivitu, že mezi cvičením před těhotenstvím a v těhotenství není žádný vztah, byla zamítnuta.

Pearsonův chí kvadrát je roven 0. Tedy hypotéza H₀ je vyvrácena a platí H₁, těhotné ženy vykonávají individuální, pohybovou aktivitu v těhotenství méně, než v době před těhotenstvím. Pearsonova hodnota pomáhá vyvrátit hypotézy a hodnoty od 0 – 0,01, prokazují vysoce významnou závislost, 99%.

H₂ Dotazované ženy s fyziologickým průběhem těhotenství, vykonávají více pohybové aktivity, než ženy s rizikovým průběhem gravidity.

H₀ Dotazované ženy s fyziologickým průběhem těhotenství, nevykonávají více pohybové aktivity, než ženy s rizikovým průběhem gravidity.

Individuální pohybová aktivita žen s rizikovým průběhem gravidity

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		124	87,3	87,3	87,3
	ne	18	12,7	12,7	100,0
	Total	142	100,0	100,0	

V současné graviditě mělo 18 žen rizikový průběh gravidity, graf č. 4a). Častou diagnózou byl hrozící předčasný porod, u 12. žen, hypertenze u 11. žen, gestační diabetes mellitus u 6. žen, graf č. 4b). Ženy měly i kombinaci více chorob. Onemocnění vzniklo, i když ženy odpočívaly a necvičily. Pohybová aktivita nemá na průběh gravidity negativní vliv. Jak uvádí Dumoulin, (2006), dříve se ženy domnívaly, že spontánní potraty a předčasné porody, jsou spojeny s cvičením během těhotenství. Dnes se ukazuje, že kardiovaskulární cvičení má naopak na průběh těhotenství pozitivní vliv.

(Dumoulin, 2006).

Většina žen, se cvičení může věnovat i když dříve aktivně nesportovaly. Pohyb by měl být doporučen všem ženám s fyziologickým průběhem gravidity. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006; Dumoulin, 2006). U 124. dotazovaných respondentek, byla současná gravidita označena v prenatalní poradně jako fyziologická. U 18 respondentek, byl průběh jejich gravidity označen jako rizikový, (graf č.4a). To přibližně odpovídá výzkumným zjištěním, Hájek, (2004), shodně jako Pařízek (2011), uvádí, že 80% gravidit je fyziologických a jen 20% tvoří těhotenství riziková.

Některé ženy se proto nemohou věnovat cvičení v době těhotenství i když dříve sportovaly. Jak uvádí Bejdáková, (2006) nebo Sikorová, (2006), je to v době rizikového nebo patologického průběhu těhotenství. Těhotné ženy s velkým rizikem musí cvičení omezit nebo úplně vynechat. (Bejdáková, 2006; Sikorová, 2006; Pařízek, 2011).

Hypotézu H₂, se nepodařilo statisticky prokázat. Nepodařilo se jednoznačně prokázat závislost v pohybové aktivitě mezi ženami s rizikovým a fyziologickým průběhem gravidity. Hypotéza H₂ není zcela průkazná a proto byla přijata hypotéza H₀.

H₃ Dotazované ženy více změní své negativní návyky v průběhu těhotenství, než v době mimo těhotenství.

H₀ Gravidita nemá vliv na změnu návykového chování v oblasti kouření a požívání alkoholu u těhotných žen.

Návyk před graviditou, kouření

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne	53	37,3	37,3
	pravidelně	86	60,6	60,6
	příležitostně	3	2,1	2,1
	Total	142	100,0	100,0

Návyk v současné graviditě, kouření

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		3	2,1	2,1
	ne	76	53,5	53,5
	pravidelně	26	18,3	18,3
	příležitostně	37	26,1	26,1
	Total	142	100,0	100,0

Návyk před grav, kouření * návyk v grav, kouření Crosstabulation

			návyk v grav, kouření	ne	Total
			a n o	ne	
Count	Návyk před grav, kouření	ano	63	26	89
		ne	0	53	53
	Total	63	79	142	
% within Návyk před grav, kouření	Návyk před grav, kouření	ano	70,8%	29,2%	100,0%
		ne	0,0%	100,0%	100,0%
	Total	44,4%	55,6%	100,0%	
% within návyk v grav, kouření	Návyk před grav, kouření	ano	100,0%	32,9%	62,7%
		ne	0,0%	67,1%	37,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	
Adjusted Residual	Návyk před grav, kouření	ano	+++	---	
		ne	---	+++	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	67,435(b)	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
N of Valid Cases	142				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,51.

Návyk před graviditou, alkohol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne	123	86,6	86,6
	pravidelně	2	1,4	1,4
	příležitostně	17	12,0	12,0
	Total	142	100,0	100,0

Návyk v současné graviditě, alkohol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne	138	97,2	97,2
	příležitostně	4	2,8	2,8
	Total	142	100,0	100,0

alkohol před grav. * alkohol v grav. Crosstabulation

		alkohol v grav.		Total
		ano	ne	
Count	alkohol před grav.	ano	4	15
		ne	0	123
	Total	4	138	142
% within alkohol před grav.	alkohol před grav.	ano	21,1%	78,9%
		ne	0,0%	100,0%
	Total	2,8%	97,2%	100,0%
% within alkohol v grav.	alkohol před grav.	ano	100,0%	10,9%
		ne	0,0%	89,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	alkohol před grav.	ano	+++	---
		ne	---	+++

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	26,645(b)	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
N of Valid Cases	142				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.

Taussig, (2012) uvádí, že těhotenství dokáže přimět budoucí matky k pozitivním změnám ve svém životním stylu. Mnohé z nich přestanou kouřit, konzumovat alkohol a zásadně zvýší péči o své zdraví, včetně zapojení přiměřeného cvičení. (Taussig, 2012).

Světová zdravotnická organizace udává, že základní determinanty zdraví tvoří nejvíce právě životní styl, (50 %). (WHO, 2000).

Kobilková uvádí, že u plánovaného těhotenství se ženy snaží různými způsoby podpořit bezproblémový průběh těhotenství, zdravě se stravovat, vyhýbat se škodlivým látkám, relaxovat. (Kobilková, 2005). Naopak ženy s negativním nebo ambivalentním postojem k těhotenství, trpí často depresemi. Ty souvisí také s nízkým váhovým přírůstkem ženy, kouřením a konzumací alkoholu. Těhotenské deprese pak výrazně zvyšují výskyt porodních a poporodních komplikací. (Kobilková, 2005; Kohoutek, 2008).

Mikulandová, (2004), poukazuje na fakt, že alkohol může poškodit vývoj plodu, stejně tak jako drogy a některé léky. (Mikulandová, 2004). Kohoutek, (2004), upozorňuje, že požívání alkoholu by se mělo v těhotenství vyloučit, stejně jako kouření. Komplikace v těhotenství, které jsou dnes častější než byly dříve, mohou mít značný vliv na vývoj plodu i po narození. (Kohoutek, 2008).

Při vdechování kouře klesá množství kyslíku v cévách a plod reaguje na nedostatek kyslíku změnou tepové frekvence a to je pro plod nevhodné. (Mikulandová, 2004).

Nulovou hypotézu, že gravidita nemá vliv na návyk v oblasti kouření, zamítáme s velmi vysokou pravděpodobností. Fisheruv přesný test je 0,00. Přijímáme tedy hypotézu H₃ o změně negativních návyků u těhotných žen v oblasti kouření. Stejně jako u kouření, došlo u 78,9% těhotných žen, které před graviditou požívaly alkohol, ke změně negativních návyků. H₃ byla přijata.

7. Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na vhodnou pohybovou aktivitu a její přínos pro matku a plod v době těhotenství. Využití pohybu při porodu a získání fyzické kondice po porodu.

Z vyhodnocených odpovědí je jasné, že ne všechny stanovené hypotézy se potvrdily a ze zjištěných výsledků je zřejmé, že ženy i v době fyziologického těhotenství cvičí méně.

Dostatek pohybu, má pro tělo a zdraví jako celek nepopíratelný přínos. Ovšem jen nepatrná část populace si dokáže uvědomit význam tohoto faktu. Je všeobecně známo, jak důležitá je dostatečná pohybová aktivita, spolu se správnou a zdravou výživou, ve vztahu k dobrému zdraví a prevenci civilizačních onemocnění. Stále se ovšem najde množství důvodů, které člověk používá jako omluvu nedostatku pohybu. Nejběžněji používaným je nedostatek času, kvůli zaměstnání, rodině...

Cílem práce bylo na základě dostupné odborné literatury uvést komplexní informace, které se k tématu vztahují a výzkumným šetřením zmapovat a vyhodnotit, jaké jsou postoje dospělých žen, k problematice pohybu v těhotenství a jejich informovanost o vhodných a nevhodných pohybových aktivitách v průběhu fyziologického těhotenství. Dále také předložení vhodných cvičení pro jednotlivá období těhotenství.

Největším přínosem této práce je shrnutí kladů a záporů pohybu v těhotenství a představení nejvýznamnějších cvičení, která lze těhotným ženám doporučit. Edukace těhotných žen, by měla být více zaměřena na pozitivní vliv a podporu pohybové aktivity v době těhotenství.

8. Seznam použitých zdrojů

- BARTUŇKOVÁ, Staša. 2006. *Fyziologie člověka a tělesných cvičení*. 1.vydání. Praha: Karolinum. 285 str.ISBN: 97-880-246-18173
- BEJDÁKOVÁ, Jitka. 2006. *Cvičení a sport v těhotenství: sporty vhodné a nevhodné, zásady cvičení, speciální tělocvik pro těhotné, základy výživy, tanec, gravidjóga*. 1. vydání. Praha: Grada.133 str. ISBN 80-247-1214-8
- BERÁNKOVÁ, Blanka. 2004. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. 1.vydání. Praha: Triton. 85str. ISBN: 80-7254-231-1
- BLAHUŠOVÁ, Eva. 2008. Gyro metoda cvičení. 1.vyd. Praha: Olympia. 93 str. ISBN 978-80-7376-091-5
- BLAHUTKOVÁ, Marie a kol. 2005. Vliv školní tělesné výchovy na agresivitu a projevy agresivního chování adolescentů. In *Pohybové aktivity a zdraví člověka*. 1.vydání. Ústí nad Labem: UJEP. ISBN 80-7077-691-9
- CALDA, Pavel. 2010. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii*. 2.vydání. Praha: Aprofema. 495 str. ISBN: 9788090370623
- ČECH, Evžen a kol. 2006. *Porodnictví 2*. 2.doplňené vydání. Praha: Grada, 546 str. ISBN: 80-247-1303-9
- ČELEDOVÁ, Libuše a kol. 2010. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 str. ISBN 978-80-247-3213-8
- DOSTÁLOVÁ, Iva a kol. 2011. *Vyšetřování svalového aparátu*. 1. vydání. Olomouc: Hanex. 86str. ISBN 80-85783-51-7
- DUMOULIN, Chantele. 2006. *Cvičíme v těhotenství*. Praha: Portál. 104 str. ISBN80-7367-078-X
- HAVLÍČKOVÁ, Ladislava a kol. 2004. *Fyziologie tělesné zátěže I*. 1.vydání. Praha: Karolinum. 203 str. ISBN 80-7184-875-1
- HÁJEK, Zdeněk. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1.vydání. Praha: Grada. 444str. ISBN: 80-247-0418-8
- HIDDING, Steffi. 2010. *Bedarfsgerechte Ernährung und körperliche Aktivität in der Schwangerschaft*. München: Grin Verlag. 54 str. ISBN 978-3-640-79940-4
- HRONEK, M. 2004. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. 1.vydání. Praha: Maxdorf. 309 str. ISBN 80-7345-013-5.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vydání. Praha:

Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALMAN, Michal. 2013. *Zelená kniha zdravého životního stylu se zaměřením na podporu pohybové aktivity*. VŠ skripta. 72 str. ISBN: 978-80-244-3451

KASTNEROVÁ, Markéta. 2011. *Poradce pro výživu*. 1.vydání. České Budějovice: Nová Forma. 377str. ISBN 978-80-7453-177-4

KOBILKOVÁ, Jitka. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vydání.Praha: Galén. 368 str. ISBN 80-7262-315-X

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál, 280 str. ISBN 978-80-7367-568-4

KUKAČKA, Vladislav. 2010. *Udržitelnost zdraví*. 1.vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 228str. ISBN 978-80-7394-217-5

KUNOVÁ, Václava. 2004. *Zdravá výživa*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0736-5

MACHOVÁ, Jitka a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1.vydání. Praha: Grada. 291 str. ISBN 978-80-247-2715-8.

MÁČEK, Miloš a kol. 2011. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. 1. vydání. Praha: Galén. 245 str. ISBN: 978-80-726-2695-3

MAGUROVÁ, Dagmar a kol. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 156 str. ISBN 978-80-8063-326-4

MIKULANDOVÁ, Magdalena. 2007. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1. vydání. Brno: Computer Press. 136 str. ISBN: 978-80-2511-4704

MILLER, Olivia. 2009. *Yoga in der Schwangerschaft: 50 Übungskarten für eine sanfte Geburt*. 1. vydání. Verlag: Irisiana. 108 str. ISBN 978-3424150001

MUŽÍK, Vladislav a kol. 2010. *Pohybová aktivita dětí v mladším školním věku*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5371

NEMCOVÁ, Jana a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vydání. Martin: Osveta. 260 str. ISBN: 978-80-8063-321-9

PAŘÍZEK, Antonín. 2009. *Knih o těhotenství a dítěti*. 4.vydání. Praha: Galén. 776 str. ISBN-13: 978-80-7262-653-3

PAŘÍZEK, Antonín a kol. 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén. 285 str. ISBN 978-80-7262-949-7

PRŮCHA, Jan. 2013. *Moderní pedagogika*. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál. 488

str. ISBN: 978-80-2620-4565

ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. 1.vydání. Praha: Grada. 528 str. ISBN 978-80-247-2832-2

SIKOROVÁ, L. 2006. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. 1.vydání. Brno: Computer Press, 126 s. ISBN 80-251-1202-0

STEJSKAL, Pavel. 2004. *Proč a jak se zdravě hýbat*. 1.vydání. Břeclav: Presstempus. 125 str. ISBN 80-903350-2-0

ŠMÍDOVÁ, Olga. 1992. *Životní styl a styl života*. 1.vydání. Praha: Karolinum. 187str. ISBN 80-7066-660-9

ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1213-X

VOLEJNÍKOVÁ, Hana. 2005. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. upravené vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 51str. ISBN 80-7013-351-1

VONDRÁČEK, Lubomír a kol. 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry*. Příručka pro výuku a praxi. 1. vydání. Praha: Grada. 136 str. ISBN 978-80-247-3697-6

Internetové zdroje:

ACOG. *Posilovací cvičení v těhotenství*. [online]. 2009 [cit. 20.12.2013]. Dostupné z <http://fitstyl.webnode.cz/news/cviceni-v-tehotenstvi/>

ACSM. *Nová doporučení kvantity a kvality pohybové činnosti*. [online]. 2011 [cit. 20.9.2013]. Dostupné z http://www.fitnet.eu/index.php?&desktop_back=clanky&action_back=&id_back=28&desktop=clanky&action=view&id=333

ANDĚLOVÁ, Kateřina. *Gravidita a diabetes mellitus*. [online]. 2011 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/24484>

FAO. *Mezinárodní ujednání o rostlinných genových zdrojích pro výživu a zemědělství*. [online]. 2001 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z http://www.csvv.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=533:text-o-organizaci-fao&catid=85&Itemid=100001

FSA. *Programování lidského plodu*. [online]. 2011 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://www.viscojis.cz/vyziva/vyziva-zajimavosti/189-programovani-plodu>

CHOCHOLA, Jiří. *Dieta a těhotenství*. [online]. 2011 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://www.mojebrisko.cz/?p=1874>

KOHOUTEK, Rudolf. *Duševní vývoj v prenatálním a perinatálním stadiu*. [online]. 2008 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/dusevni-vyvoj-v-prenatalnim-a-perinatalm-stadiu>

KOLOUCH, Vladimír. *Doporučení cvičení*. [online]. 2008 [cit. 21.11.2013]. Dostupné z http://www.fitnet.eu/index.php?&desktop_back=clanky&action_back=&id_back=28&desktop=clanky&action=view&id=251

KOLOUCH, Vladimír. *Nesedět! Hýbat se!* [online]. 2013 [cit. 20.12.2013]. Dostupné z http://www.fitnet.cz/index.php?&desktop_back=clanky&action_back=view&id_back=254&desktop=clanky&action=view&id=392

KREJČÍ, Hana. *Těhotenská cukrovka*. [online]. 2009 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://www.tehotenskacukrovka.cz/mile-nastavajici-maminky>

LIGA lidských práv. *Práva během těhotenství a porodu*. [online]. 2013 [cit. 28.1.2014]. Dostupné z <http://www.tehotenstvi.cz/prava-behem-tehotenstvi-porodu>

MĚCHUROVÁ, Alena. *Doporučené postupy v perinatologii*. [online]. 2012 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/DP%20dispenzarni%20pece%20fin..doc>

MLYNÁŘOVÁ, Alice. *Příprava na porod*. [online]. 2006 [cit. 28.1.2014]. Dostupné z <http://www.rodina-deti.doktorka.cz/tehotenstvi-priprava-porod-obdobi-2006-03-08/>

MZ ČR. *Preventivní prohlídky*. [online]. 2010 [cit. 20.01.2014]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html

MZ ČR. *Zdraví 2020*. [online]. 2013 [cit. 20.01.2014]. Dostupné z mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=19167&typ=application/pdf&nazev

NOVÁKOVÁ, Eva. *Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence*. [online]. 2010 [cit. 11.11.2013]. Dostupné z <http://zdravi.e.15.cz/clanek/sestra/cviceni-v-tehotenstvi-a-prevence-inkontinence-450952>

NOVOTNÝ, Michael. *Protahovací cviky*. [online]. 2010 [cit. 20.01.2014]. Dostupné z [\[http://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkchttp://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkchttp://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkchttp://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkc ...\]](http://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkchttp://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkchttp://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkchttp://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkchttp://dum.rvp.cz/vyhledavani/autor.html?id=qdffkc...)

ŘEHOVÁ, Irena. *Přibírání v těhotenství*. [online]. 2009 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://www.maminkam.cz/pribirani-v-tehotenstvi>

SRPA, Bohuslav. *Prenatální péče*. [online]. 2011 [cit. 28.1.2014]. Dostupné z <http://www.neonatologie.cz/tehotenstvi><http://www.neonatologie.cz/tehotenstvi>

ŠMAHELOVÁ, Alena. *Metabolický syndrom-rizikové faktory, příznaky, projevy, léčba*. [online]. 2013 [cit. 20.01.2014]. Dostupné z <http://www.doktorweb.cz/metabolicky-syndrom-rizikove-faktory-priznaky-projevy-lecba-2/>

ŠTEFLOVÁ, Alena. *Projekty na podporu zdraví realizované WHO 2000, konference ČZS*. [online]. 2011 [cit. 28.1.2014]. Dostupné z <http://www.who.cz>

TAUSSIG, Jan. *Ženy a fitness – cvičení v těhotenství. Doporučení Americké gynekologické společnosti pro cvičení těhotných*. [online]. 2012 [cit. 20.01.2014]. Dostupné z <http://www.sportvital.cz/sport/fitness/fitness-pro-zeny/zeny-a-fitness-cviceni-v-tehotenstvi/>

ÚSTAV pro lékařství národní akademie věd USA. *Přírůstky váhy*. [online]. 2009 [cit. 20.01.2014]. Dostupné z <http://cme.medscape.com/viewarticle/703521>

WHO. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. [online]. 1999 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-uporodu-WHO.pdf>

WHO. *Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví*. [online]. 2003 [cit. 20.11.2013]. Dostupné z <http://vipppa.upol.cz/publikace/kap02.pdf>

WHO. *Globální strategie výživy, fyzické aktivity a zdraví*. [online]. 2004 [cit. 10.11.2013]. Dostupné z <http://vipppa.upol.cz/publikace/kap02.pdf>

WHO. *Akční plán. Globální strategie prevence a kontroly hromadných neinfekčních nemocí*. [online]. 2007 [cit. 10.11.2013]. Dostupné z <http://vipppa.upol.cz/publikace/kap02.pdf>

9. Seznam příloh

Příloha č. 1: Anonymní dotazník pro těhotné ženy

Příloha č. 2: Vzorec pro výpočet BMI. Tabulka kategorií a číselných hodnot BMI dle WHO

Příloha č. 3: Vitální kapacita plic

Příloha č. 4: Doporučení Ústavu pro lékařství Národní akademie věd USA pro přírůstky na váze během těhotenství (v kg)

Příloha č. 5: Správné a špatné držení těla

Příloha č. 6: Návčik hlubokého dýchání

Příloha č. 7: Cvik na usnadnění zpětného toku krve k srdci

Příloha č. 8: Cvik na uvolnění kyčlí

Příloha č. 9: Cvik proti plochým nohám

Příloha č. 10: Zvedání pánve

Příloha č. 11: Relaxační poloha tygřika

Příloha č. 12: Návčik psího dýchání v „kolenoprsní“ poloze

Příloha č.1: Anonymní dotazník pro těhotné ženy

Milé nastávající maminky,
prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Zjištěné informace budou použity pouze pro účely vypracování diplomové práce. Není-li uvedeno jinak, zaškrtněte Vámi vybranou odpověď . Děkuji za Váš čas.

1. Váš věk:

Do 25.let 31- 35 let
26-30 let 36-39 let nad 40 let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :

Základní
Střední odborné bez maturity
Střední odborné s maturitou
Vyšší odborné
Vysokoškolské

3a) Nynější těhotenství je Vaše v pořadí:

b) jste vtýdnu těhotenství.

c) Těhotenství bylo plánované neplánované

d) Těhotenství bylo chtěné nechtěné

e) Pokud jste již v minulosti rodila, bylo některé vaše těhotenství rizikové?

Ano Ne

4. Vaše nynější těhotenství označil lékař v prenatální poradně jako:

a) fyziologické rizikové patologické

b) V případě rizikového/ patologického označení tohoto těhotenství, doplňte prosím diagnózu, nebo provázející potíže.....(můžete napsat více odpovědí)

c) byla jste v průběhu tohoto těhotenství již hospitalizována v nemocnici?

Ano Ne

d) Pokud ano, uveďte důvod hospitalizace

5. Měla jste před tímto těhotenstvím zdravotní potíže, léčila jste se s nimi?

a) Ano Doplňte jaké (můžete napsat více odpovědí)

Ne

b) uveďte prosím druh nemoci, potíže

6.a) Znáte pojem civilizační choroby?

a) Ano Ne Pokud jste odpověděla ne, přejděte prosím otázce č.7.

b) Pokud ano, uveďte některé civilizační choroby..... (můžete napsat více odpovědí)

7. Myslíte, že civilizační choroby mohou znamenat riziko pro správný průběh gravidity? a) Ano Ne Nevím

Pokud ano, doplňte jaká rizika hrozí: b) pro Vás

c) pro plod

.....

(můžete napsat více odpovědí)

8. Vaše výška v cm

Vaše hmotnost : nyní v těhotenství kg BMI (prosím, nevyplňujte)

9. V tomto těhotenství jste dodržovala dietu?

Ano jakou? Ne

10. Byla u Vás v těhotenství diagnostikována těhotenská cukrovka (gestační diabetes mellitus)?

a) Ano Ne Pokud jste odpověděla ne, přejděte prosím otázce č.11.

- b) **pokud ano :** držela jste diabetickou dietu
aplikovala jste si pravidelně inzulín
pravidelně jste vykonávala pohybovou aktivitu
nedodržovala jste žádná doporučení

(můžete označit více odpovědi)

11. Znáte nějaká rizika diabetu u matky pro plod?

a) Ano Ne Nevím

b) Pokud ano, doplňte prosím rizika diabetu pro plod.....

12. Měla jste vysoký krevní tlak (hypertenzi) v průběhu těhotenství ? (Hodnoty nad 140/90) a)Ano Ne

b) Pokud ano, jaká jste dodržovala opatření, užívala léky, atd.....

13. Znáte rizika hypertenze (vysokého krevního tlaku) u matky pro plod?

a) Ano Ne Nevím

b) Pokud ano, víte jaká jsou rizika hypertenze u matky pro vyvíjející se plod?

Ano Nevím

Prosím doplňte jaká jsou rizika u hypertenze matky, pro plod.....

14. Myslíte, že pohybová aktivita je v těhotenství přínosem pro jeho správný průběh? a) Ano Ne Nevím

b) pokud ano, víte v čem je přínosná pro Vás?

Ano doplňte jak..... Nevím

c) **pokud ano, víte v čem je přínosná pro plod?**

Ano doplňte jak Nevím

15. Vaše pohybová aktivita před tímto těhotenstvím: (můžete uvést více odpovědí)

a) **žádnou pohybovou aktivitu jste nevykonávala**

Pokud jste zvolila tuto odpověď, uveďte prosím důvod.....

b) **aktivně jste před těhotenstvím vykonávala pohybovou aktivitu**

prosím upřesněte druh pohybové aktivity

c) **doplňte kolik dní v týdnu jste tuto aktivitu vykonávala**

.....

d) **kolik hodin týdně**

Prosím doplňte.

16. Vaše pohybová aktivita v tomto těhotenství, mimo kurzu psychoprofylaxe:

(můžete uvést více odpovědí)

a) **žádnou pohybovou aktivitu jste nevykonávala, nevykonáváte**

Pokud jste zvolila tuto odpověď, uveďte prosím důvod.....

b) **vykonávala jste, (nebo vykonáváte) pohybovou aktivitu**

prosím upřesněte druh pohybové aktivity.....

c) **kolikrát týdně jste tuto aktivitu vykonávala, (nebo vykonáváte)?**

.....

d) **kolik hodin týdně**

e) **kde jste pohybovou aktivitu vykonávala (nebo vykonáváte)?** (doma, ve sportovním centru, atd.) Prosím doplňte.....

17. Jen pro ženy s rizikovým průběhem současné gravidity. Vykonávala jste, vykonáváte v této rizikové graviditě pohybovou aktivitu ?

Ano Ne

18. Navštěvovala jste, (navštěvujete) předporodní psychoprofylaktický kurz, (předporodní přípravu)?

a) Ano b) V čem byla pro Vás předporodní příprava přínosná?

Prosím doplňte, (můžete uvést více odpovědí),

.....

b) Ne Pokud ne, můžete napsat důvod.....

19. Myslíte, že pohybová aktivita může nějak pozitivně ovlivnit :

a) **těhotenství** Ano b) doplňte jak.....

Ne

Nevím

c) **porod** Ano d) doplňte jak.....

Ne

Nevím

e) **šestinedělí** Ano f) doplňte jak.....

Ne

Nevím

g) **průběh některých civilizačních onemocnění:** Ano

h) doplňte jak.....

Ne

Nevím

20. Myslíte, že pohybová aktivita v těhotenství může pozitivně ovlivnit Váš psychický stav?

a) Ano b) jak.....

Ne

Nevím

c) je pohybová aktivita v průběhu fyziologického těhotenství doporučována?

Ano

Ne

Nevím

21. Zajímaly Vás informace o pohybové aktivitě v těhotenství?

a) Ano Ne Pokud jste odpověděla ne, přejděte prosím k další otázce.

b) pokud ano, kde jste informace čerpala?

22. Víte, jaké pohybové aktivity můžete vykonávat v těhotenství pokud probíhá fyziologicky? a) Ano Ne Nevím

b) Pokud ano, prosím doplňte druh pohybové aktivity.

.....

23. Adekvátní pohybová aktivita v průběhu fyziologického těhotenství je doporučována vykonávat :

1x za měsíc

1x za 14 dní

3x týdně

Nevím

24. Podle průběhu gravidity, nemá být pohybová aktivita vykonávána,

vyberte jednu možnost odpovědi:

při fyziologickém průběhu těhotenství

při rizikovém nebo patologickém průběhu gravidity

25. Vaše návyky před těhotenstvím:

a) Kouření: Ano, pravidelně , příležitostně , kolik ks denně Ne

b) Alkohol: Ano, pravidelně , příležitostně , druh, množství týdně Ne

c) Drogy : Ano, pravidelně , příležitostně , druh, množství denně Ne

d) Jiné

26. Vaše návyky v průběhu tohoto těhotenství:

- a) Kouření: Ano, pravidelně , příležitostně , kolik ks denně Ne
- b) Alkohol: Ano, pravidelně , příležitostně , kolik týdně, množství ... Ne
- c) Drogy : Ano, pravidelně , příležitostně , kolik ks denně Ne
- d) Jiné

27. Jak by podle Vás měla vypadat edukace o pohybových aktivitách v těhotenství?

(jakou formu by měly být informace poskytovány, nebo na jakých místech, atd.).

Prosím doplňte

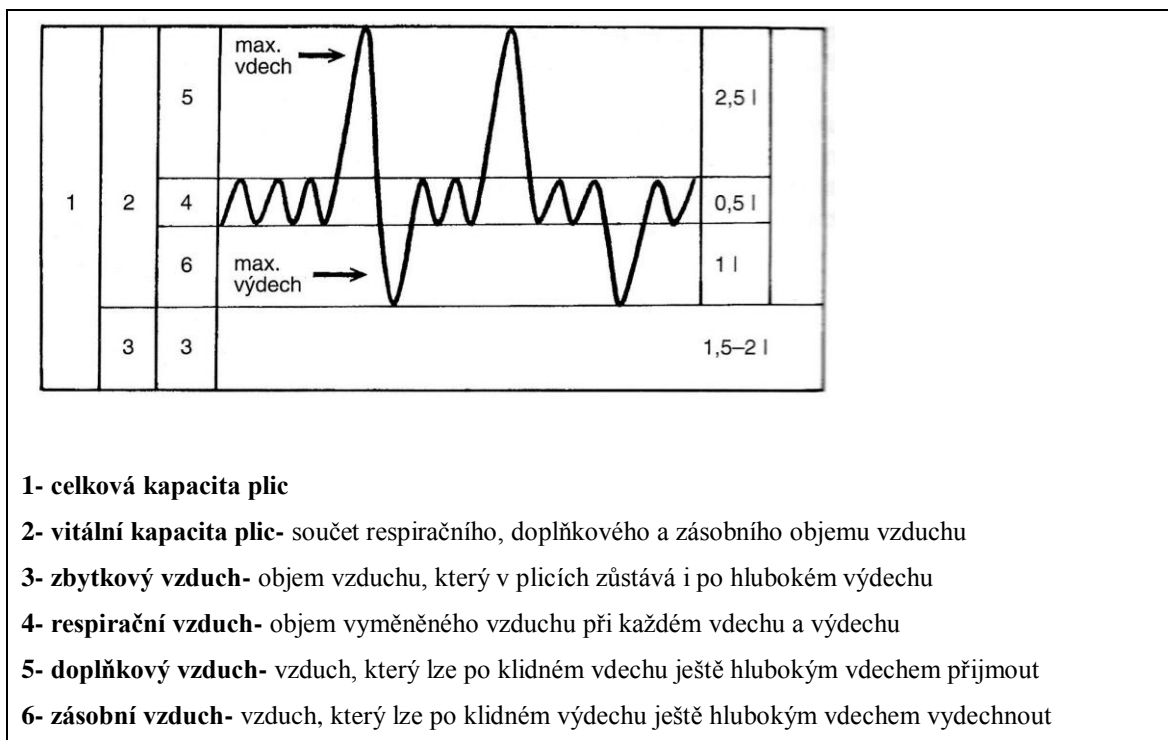
Příloha č. 2: Vzorec pro výpočet BMI. Tabulka kategorií a číselných hodnot BMI dle WHO

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2}$$

Hodnota výpočtu	Kategorie
méně než 18,50	Podváha
18,50-24,99	Norma
25-29,99	Nadváha
30-34,99	Obezita 1. stupně
35-39,99	Obezita 2. stupně
Více než 40	Obezita 3. stupně

(Dostupné z www: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>)

Příloha č. 3: Vitální kapacita plic



(Machová, 2005, s. 89)

Příloha č. 4: Doporučení Ústavu pro lékařství Národní akademie věd USA pro přírůstky na váze během těhotenství (v kg)

BMI* před otěhotněním (kg/m ²)	Kategorie	Doporučený přírůstek váhy v těhotenství	Doporučený týdenní přírůstek váhy v 2. a 3. trimestru	Doporučený přírůstek váhy v těhotenství s dvojčaty
< 18,5	Podváha	12,5 – 18	0,5	
18,5 – 24,9	Normální váha	11,5 – 16	0,4	17 – 25
25,0 – 29,9	Nadváha	7 – 11,5	0,3	14 – 23
≥ 30	Obezita	5 – 9	0,2	11 – 19

(Zdroj: <http://cme.medscape.com/viewarticle/703521>)

Příloha č. 5: Správné (A) a špatné (B, C) držení těla

ucho nad ramenem

rovná záda

mírné pokrčení v kolenou

rovnoměrné rozložení váhy na obě chodidla



(Sikorová, 2006, s. 12)

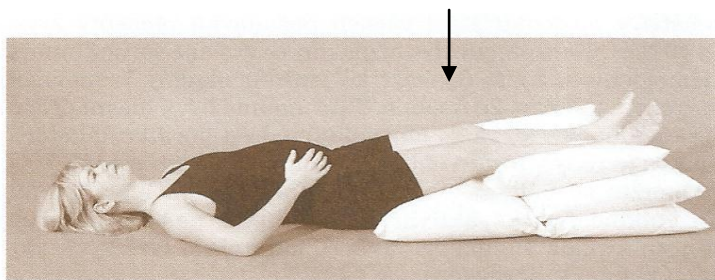
Příloha č. 6: Nácvik hlubokého dýchání

Význam: procvičení horních končetin, protažení prsních a zádočných svalů, balanční sed, posílení břišní stěny.



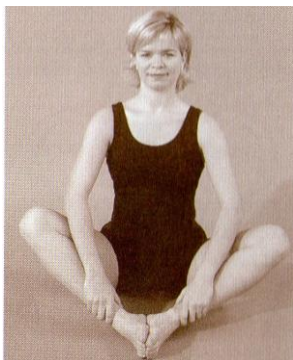
(Sikorová, 2006, s. 90)

Příloha č. 7: Cvik na usnadnění zpětného toku krve k srdci



(Dumoulin, 2006, s. 22)

Příloha č. 8: Cvik na uvolnění kyčlí



(Dumoulin, 2006, s. 82)

Příloha č. 9: Cvik proti plochým nohám



(Sikorová, 2006, s. 38)

Příloha č. 10: Zvedání pánve

Význam: posílení břišních a zádočných svalů, protažení flexorů kyčle.



(Sikorová, 2006, s. 63)

Příloha č. 11: Relaxační poloha tygřika



(Sikorová, 2006, s. 117)

Příloha č. 12: Návuk psího dýchání v „kolenoprsní“ poloze



(Sikorová, 2006, s. 93)