



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Životní styl ženy v těhotenství**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:  
**PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Veronika Volfová

**Vedoucí práce:** PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „*Životní styl ženy v těhotenství*“ vypracovala samostatně pouze s použitím dostupné literatury uvedené v seznamu citované literatury.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Veronika Volfová

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za odborné konzultace a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Také chci poděkovat rodině a partnerovi za podporu a trpělivost během náročného studia.

# Životní styl ženy v těhotenství

## Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřená na informovanost těhotných žen v oblasti zdravého životního stylu. V teoretické části jsou popsány jednotlivé složky zdravého životního stylu a jejich problematika. Dále je popsána péče porodní asistentky a její edukace v jednotlivých oblastech zdravého životního stylu. Pro výzkumné šetření byla využita kvalitativní metoda.

Sběr dat byl uskutečněn pomocí polostrukturovaných rozhovorů s těhotnými ženami, které docházely do těhotenské poradny. Výběrový vzorek byl vybrán z těhotných žen, které se chtěly podílet na výzkumu bakalářské práce. Výzkum probíhal na přelomu měsíce února a března v roce 2018. Rozhovory se ženami byly provedeny anonymně se zájmem o zachování soukromí a po jejich souhlasu nahrány na diktafon. Získané rozhovory byly pečlivě přepsány, analyzovány a kódovány metodou „tužka – papír“.

Rozhovor se skládal z 11 otázek, které byly dle potřeby doplněny o podotázky. Odpovědi byly rozčleněny do jednotlivých kategorií a následně podkategorií. Výzkumný soubor tvořilo 7 těhotných žen od 23 do 42 let věku.

Pro tuto bakalářskou práci byl stanoven jeden cíl. Cílem bylo zjistit informovanost žen v oblasti zdravého životního stylu v období těhotenství. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývala tím, jak se změnila stravovací návyky žen v těhotenství.

Z šetření vyplynulo, že téměř všechny ženy se v období těhotenství snažily o zlepšení svých stravovacích návyků. Respondentky často uváděly, že jedly lehké, zdravé pokrmy a také zařadily do jídelníčku mnohem více ovoce a zeleniny. Zároveň jedly pravidelně a zajímaly se o to, odkud potraviny pocházejí. Respondentky také uváděly potraviny, které se snažily ve svém jídelníčku eliminovat. Patřily mezi ně smažená, tučná jídla a sladké či slané pochutiny. Ačkoli si byly respondentky vědomy nevhodností těchto potravin, některé z nich se svěřily, že díky těhotenským chutím občas něco takového snědly.

Co se týče pitného režimu, výzkumné šetření ukázalo, že si všechny ženy myslí, že by měly zvýšit svůj příjem tekutin. Ženy pily nejčastěji vodu, čaj nebo ovocný džus.

Stejně tak jako tomu bylo u potravin, také některým tekutinám se ženy snažily vyhnout. Dle všech respondentek je nevhodná káva, dále také uváděly nápoje jako Coca-Cola nebo Kofola. Jedna respondentka však zmínila, že Coca-Cola pro ni byla velkým pomocníkem v prvním trimestru při těhotenské nevolnosti.

Pouze tři ženy uvedly, že své stravovací návyky neměnily. Jedna z nich byla toho názoru, že měla správné stravovací návyky již před otěhotněním. Dvě další respondentky své těhotenství neplánovaly, a proto se na změnu stravování nijak nezaměřily.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem ženy získávají informace o správném životním stylu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že šest ze sedmi respondentek získávají informace pomocí internetu. Tři respondentky uvedly jako zdroj ostatní maminky nebo kamarádky a pouze dvě respondentky odpověděly, že některé informace získaly od porodních asistentek na předporodních kurzech. Z toho vyplývá, že žádná respondentka nevyhledávala informace o zdravém životním stylu v těhotenství od porodní asistentky v rámci prenatální péče v ordinaci u gynekologa.

Informace a poznatky získané při zpracování bakalářské práce mohou být pomocným materiálem pro porodní asistentky v rámci edukace těhotných žen o zdravém životním stylu v těhotenství. Výstupem bakalářské práce je informativní letáček zaměřený na dodržování zásad správného životního stylu v těhotenství.

### **Klíčová slova**

Těhotenství; Těhotná žena; Životní styl;

## **The lifestyle of pregnancy women**

### **Abstract**

The bachelor thesis is focused on the of pregnant women's awareness in the field of healthy lifestyle. In the theoretical part there are described individual parts of healthy lifestyle and their problems. It also describes care of the midwife and her education in individual areas of healthy lifestyle. For the research I have used a qualitative method.

Data collection was done with using semi-structured interviews with pregnant women who attended pregnancy counseling. The sample was selected from pregnant women who wanted to participate in the bachelor thesis research. The research was made at the turn of February and March 2018. Women's interviews were made anonymously with privacy interest and recorded on a dictaphone after their agreement. The interviews have been carefully handwritten, analyzed and coded.

The interview included 11 questions that were supplemented by sub-questions, if it was necessary. Answers were divided into individual categories and then subcategories. There were 7 pregnant women in the research group, with age from 23 to 42.

There was only one goal set for this bachelor thesis. It was to find women's awareness of healthy lifestyle during pregnancy. Based on this objective, two research questions have been defined. The first research question looked at how the eating habits of women in pregnancy have been changed.

The survey showed that almost all women tried to improve their eating habits during their pregnancy. Respondents often reported eating light and healthy food and adding much more fruit and vegetables to the diet. In the meantime, they have been eating regularly and have been interested in from where the food is. Respondents also reported food that they tried to eliminate in their diet. They included fried, fat meals, and sweet or salty snacks. Although respondents were aware of the inappropriateness of these foods, some of them still have consumed something like this because of their pregnancy tastes.

Talking about the drinking mode, research shows that all women think they should increase their fluid intake. They mostly drink water, tea or fruit juice. Some women also tried to avoid some fluids, just as they did with food. According to all respondents, coffee is inappropriate, as well as drinks such as Coca-Cola or Kofola. One respondent

mentioned that coca-cola was a great help to her during the first trimester of pregnancy sickness.

Only three women said they did not change their eating habits. One of them thought that she had the right eating habits even before she was pregnant. Two other respondents did not plan their pregnancies so they did not focus on changing the diet.

The second research question was about how women get information about the right lifestyle. The survey revealed that six out of seven respondents get information from the internet. Three respondents mentioned other mums or friends as their source, and only two respondents said that some information had been received from midwives at pre-natal courses. It follows that no respondent was looking for information about a healthy lifestyle in pregnancy from midwife in prenatal care at a gynecologist's office.

The information and knowledge gained during the bachelor's thesis may be helpful to midwives in the context of pregnant women's education about a healthy lifestyle during their pregnancy. The result of the bachelor thesis is an informative leaflet focusing on keeping the principles of correct lifestyle in pregnancy.

## **Keywords**

Pregnancy; Pregnant women; The lifestyle

## Obsah

1	Současný stav	10
1.1	Životní styl	10
1.2	Těhotenství	10
1.3	Zásady stravování v těhotenství	12
1.3.1	Význam jednotlivých složek	14
1.3.2	Potraviny v těhotenství	18
1.3.3	Vylučování	18
1.3.4	Váhová bilance	19
1.3.5	Stravovací alternativy v těhotenství	20
1.4	Návykové látky v těhotenství	20
1.4.1	Rizika návykových látek pro plod	23
1.5	Pohybové aktivity během těhotenství	24
1.5.1	Vhodné pohybové aktivity	25
1.5.2	Nevhodné pohybové aktivity	27
1.5.3	Spánek a relaxace	27
1.6	Oblékání v těhotenství	28
1.7	Cestování v těhotenství	29
1.8	Pohlavní styk v těhotenství	30
1.9	Role porodní asistentky v přípravě na porod	31
2	Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1	Cíle práce	33
2.2	Výzkumné otázky	33
2.3	Operacionalizace pojmů	33
3	Metodika	34
3.1	Metodika a technika výzkumu	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	34
4	Výsledky výzkumu	36
4.1	Identifikační údaje respondentek (R1-R7)	36
4.2	Kategorizace dat	37
5	Diskuze	50
6	Závěr	55
7	Seznam použitých zdrojů	57



8	Přílohy	65
9	Seznam zkratek	70

## Úvod

Období těhotenství je pro rodiče, a zvláště pak pro ženu, nezapomenutelné období, které pro ně představuje mnoho nových informací, pocitů a vzniklých situací, na něž nebyli doposud zvyklí. Po celých devět měsíců se vyvíjí nový život a s tím přichází i určitá míra odpovědnosti. Na ženské tělo jsou kladeny nároky v oblasti fyzické, psychické i emoční. A i když se o těhotenství často mluví jako o nejkrásnějším období v životě ženy, souvisí s ním také obavy z nadcházejícího porodu a péče o novorozence.

Psychický stav těhotných žen je ovlivněn přílivem těhotenských hormonů, a tak se může stát, že v jednu chvíli je vše “zalité sluncem“, a za chvíli je vše naopak. Proto žena v tomto období potřebuje oporu a porozumění od partnera, rodiny a zároveň dostatek srozumitelných informací od lékaře a porodní asistentky.

Zdravý životní styl přímo ovlivňuje lidské zdraví a v období těhotenství platí toto tvrzení dvojnásob. Žena svými rozhodnutími ovlivňuje nejen zdraví svoje, ale i plodu. Proto úloha porodní asistentky spočívá především v důsledné edukaci.

Péče porodní asistentky o těhotnou ženu se liší v závislosti na stádiu těhotenství. Zpočátku je důležitá edukace o vhodném životním stylu, dále pak podpora ženy, aby eliminovala špatné návyky, pokud nějaké má. Mezi takové můžou spadat kouření, pití alkoholu nebo užívání jiných návykových látek. Součástí prenatální péče porodní asistentky je rovněž příprava ženy na možné vzniklé situace a také to, jak jim preventivně předejít nebo je řešit. Jedním takovým příkladem může být prevence vzniku zácpy pomocí nenadýmavé stravy, dostatku tekutin a vlákniny.

S ubíhajícími týdny těhotenství porodní asistentka ženu psychicky připravuje na blížící se porod. Kvalitní informace o porodu a vše kolem něj se žena dozví také na předporodních kurzech. Důležitým prvkem na těchto kurzech je nauka o správném dýchání během porodu a volba vhodných úlevových poloh. Dále je třeba ženu naučit, jak správně rozpoznat začínající porod a kdy je vhodné se vypravit do porodnice.

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost žen v oblasti zdravého životního stylu v těhotenství. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na změnu životního stylu již v rámci plánování gravidity. Zároveň bylo zjišťováno, jakým způsobem získávají těhotné ženy informace o zdravém životním stylu a jak jsou o této problematice informovány. Proto byly posouzeny názory žen na jednotlivé komponenty zdravého

životního stylu. Sběr dat byl proveden prostřednictvím kvalitativní metody za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo celkem 7 těhotných žen.

Ráda bych, aby tato bakalářská práce sloužila porodním asistentkám jako edukační materiál ohledně zdravého životního stylu a napomáhala správnému chování těhotných žen.

# 1 Současný stav

## 1.1 Životní styl

Životní styl je jeden z hlavních činitelů, který určuje kvalitu našeho zdraví (Kartysheva et al., 2015). Autoři definují životní styl různě. Machová et al. (2016) uvádí, že životní styl je druhem lidského chování a rozhodování za běžných denních okolností. Čeledová a Čevela (2010) zmiňují, že nelze zcela vyjádřit a definovat všechny aspekty životního stylu. Obecně lze také říci, že životní styl je komplexní pojmenování pro chování člověka v oblasti stravování, pohybové aktivity a myšlení (Super životní styl © 2015).

Životní styl není ovlivněn pouze naším rozhodováním, nýbrž také vlivem prostředí a společnosti, v níž vyrůstáme a žijeme (Sak, Kolesárová, 2012). Mezi složky, které může člověk ve svém životě ovlivnit, patří například zdravá strava, pravidelná pohybová aktivita, abstinence kouření a alkoholu (Müllerová, 2014).

V dnešní době jsou dostupné lákavě vypadající potraviny za příznivou cenu. Jsou ale většinou chemicky zpracované, a proto je někdy těžké mezi nimi vybrat potraviny zdraví prospěšné (Andersen, 2014). Vše, co jíme, ovlivňuje naše zdraví, záleží jen na tom, jaké potraviny se rozhodneme konzumovat (Hartwig, Hartwigová, 2014). Dle Vackové (2015) je každý člověk odpovědný za své tělo a svým rozhodováním staví základy zdraví pro nadcházející dny.

Dalším pilířem zdravého životního stylu je pohyb (Müllerová, 2014). Dle Vackové (2015) je náš život velmi uspěchaný a na pravidelný pohyb už mnohdy nezbývá čas. *Fyzická neaktivita je identifikována jako čtvrtý z hlavních rizikových faktorů globální úmrtnosti, způsobuje 6 % všech úmrtí na celém světě* (Müllerová, 2014, s. 128).

Webové stránky Super životní styl (© 2015) zmiňují, že pokud chce člověk svůj životní styl změnit, může tak učinit téměř kdykoliv. Dle Pařízka (2015) je vhodné, aby žena, která plánuje otěhotnět, zhodnotila a popřípadě změnila svůj životní styl. Pokud se bude starat o svoje tělo a žít zdravým životním stylem, sníží tak riziko vzniku nemocí (Vacková, 2015).

## 1.2 Těhotenství

Těhotenství je významné období a zároveň velký zlom v dosavadním životě obou partnerů (Pařízek, 2015). Lze ho také definovat jako proces, při kterém se v organismu ženy vyvíjí další biologická jednotka – plod (Slezáková et al., 2017). Na jeho počátku

jsou mužská a ženská pohlavní buňka, přičemž každá nese 23 chromozomů (Pařízek, 2015). Splynutím těchto buněk dochází k oplození a vzniká buňka, která se nazývá zygota (Pařízek, 2015). Ta obsahuje genetickou informaci jak od otce, tak od matky (Hájek et al., 2014).

Slezáková et al. (2017) uvádí, že spojením chromozomů XX vzniká jedinec pohlaví ženského, spojením chromozomů XY vzniká pohlaví mužské.

Potvrdit nebo vyvrátit těhotenství lze pomocí moderních metod již za několik dní po pohlavním styku (Pařízek, 2015). Těhotenské testy pomáhají rozpoznat těhotenství pomocí senzitivity na lidský choriový gonadotropin, tzv. těhotenský hormon (Pařízek, 2015). Lékař je schopen pomocí ultrazvukové vaginální sondy rozpoznat těhotenství od pátého týdne, srdeční akci plodu lze vidět od šestého týdne těhotenství (Roztočil et al., 2017). Spolehlivý odhad délky těhotenství od oplození do porodu kompletně vyvinutého plodu nelze s přesností stanovit (Hájek et al., 2014). Trvání těhotenství je ustanoveno na 280 dní, to znamená 10 lunárních měsíců (Hájek et al., 2014). Období těhotenství dělíme na tři trimestry, první trimestr končí dvanáctým týdnem těhotenství, druhý trimestr dvacátým osmým týdnem a třetí trimestr končí termínem porodu (Pařízek, 2014).

V organismu ženy dochází v průběhu těhotenství ke změnám, které pomáhají tělo přizpůsobit samotnému průběhu těhotenství, následnému porodu a péči o dítě (Anderlová, 2017). Období těhotenství významně ovlivňuje téměř všechny funkce ženského těla (Hájek et al., 2014). V první polovině gravidity organismus ženy zvyšuje ukládání tukové tkáně z důvodu zásoby energie, samotný růst plodu a placenty tak probíhá spíše ve druhé polovině těhotenství (Anderlová, 2017). Z toho vyplývá, že se změny v ženském těle liší dle stáří gravidity (Hájek et al., 2014). Gregora a Velemínský ml. (2013) řadí mezi důležité změny v organismu ženy růst tkání, retenci tekutin ve tkáni, relaxaci hladkého svalstva a celkové přizpůsobení organismu těhotenství.

Pokud žena zjistí, že je těhotná, měla by se co nejdříve dostavit ke svému gynekologovi, ten jí vystaví těhotenskou průkazku a rozvrhne návštěvy v těhotenské poradně, kde bude po celou dobu těhotenství monitorován její stav (Velemínský st., Velemínský ml., 2017). Porodní asistentka ženu poučí o tom, proč je důležité, aby navštěvovala těhotenskou poradnu.

### **1.3 Zásady stravování v těhotenství**

Vyvážená strava a pestrá skladba jídelníčku jsou velmi důležité pro zdraví ženy, normální průběh těhotenství a fyziologický vývoj plodu (Pařízek, 2015).

Hronek a Barešová (2012) uvádí, že by každá těhotná žena měla dbát na správný přísun vitamínů, stopových prvků a minerálních látek. Základním stavebním kamenem kvalitní a vyvážené stravy je přiměřený příjem bílkovin, tuků a cukrů (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Kasper (2015) zmiňuje, že nevhodně zvolená strava v průběhu těhotenství zvyšuje pravděpodobnost vzniku onemocnění ženy a představuje budoucí riziko pro postnatální život ještě nenarozeného dítěte. Riziko nesprávného vývoje plodu z důvodu nedostatečného stravování můžeme očekávat u žen sociálně slabých (Pařízek, 2015). Porodní asistentka by měla zvláště věnovat pozornost alternativně stravujícím se těhotným ženám a dále těm, které mají lékařem nařízenou dietu (Pařízek, 2015). Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) se nesprávně zvolená strava a její nepříznivý vliv na plod může projevit až v dospělém věku dítěte.

Strava těhotné ženy by měla být přijímána v pravidelných intervalech a měla by být snadno stravitelná (Hájek et al., 2014). Gregora a Velemínský ml. (2017) kladou důraz na konzumaci čerstvého ovoce, zeleniny a stravy bohaté na vlákninu. Anderlová (2017) doporučuje zařadit do jídelníčku především přirozené a čerstvé potraviny, naopak vyhnout by se měla žena průmyslově a chemicky zpracovaným potravinám. Dle Hájka et al. (2014) je během těhotenství vhodné minimalizovat potraviny s vysokým obsahem tuků a cukrů. Jak uvádí Strnadlová a Zezrán (2013), významnou změnou ve stravování během těhotenství by mělo být také omezení soli. Hronek a Barešová (2012) nedoporučují jídla hotová mražená, instantní, smažená a potraviny z rychlého občerstvení. Dle Pařízka (2015) musí být těhotná žena opatrná i při přípravě masa, proto by si měla vždy po jeho přípravě umýt ruce, pracovní plochu a konzumovat jen dostatečně tepelně upravené maso. Tato preventivní opatření snižují riziko nákazy listeriózou či toxoplasmózou. Anderlová (2017) připomíná, že pokud žena potraviny správně tepelně upraví, minimalizuje tak riziko možnosti přenosu infekce z jídla. V případě, že těhotná žena onemocní jednou z výše zmíněných chorob, hrozí plodu vážné poškození, či dokonce úmrtí (Pařízek, 2015).

### *Pitný režim*

Tekutiny jsou podstatným prvkem ve výživě těhotné ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013). Díky tekutinám mateřský organismus obstarává látkovou výměnu, zachovává normální tělesnou teplotu a snižuje riziko vzniku zácpy (Hronek a Barešová, 2012). Gregora, Velemínský ml. (2017) a Roztočil et al. (2017) se shodují, že by těhotná žena měla denně vypít 2 litry tekutin. Hronek a Barešová (2012) doporučují neperlivou a stolní vodu z ověřeného zdroje. Gregora a Velemínský ml. (2013) řadí mezi vhodné nápoje v těhotenství ovocné čaje, limonády bez kofeinu a cukru. Roztočil et al. (2017) doporučuje bylinné čaje z borůvek, brusinek a jitrocele. Dle Hronka a Barešové (2012) by se ženy v období těhotenství měly vyhnout konzumaci některých bylinných čajů. Názory autorů na toto téma se liší. Například Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádí čaj z divizny jako vhodný pro těhotné ženy. Roztočil et al. (2017) nesouhlasí a diviznu s lékořicí, fenyklem a hřebíčkem řadí mezi čaje v těhotenství nevhodné. Gregora a Velemínský ml. (2013) dále nedoporučují například pivoňku lékařskou nebo vlaštovičník.

Wenzel (2014) vysvětluje, že zázvorový čaj může při vysokém dávkování vyvolat kontrakce dělohy, avšak při správném dávkování je neopomenutelným pomocníkem při těhotenské nevolnosti. Roztočil et al. (2017) souhlasí a doporučuje zázvor užívat pouze v omezeném množství.

Jako další nevhodné tekutiny v těhotenství jsou dle Hronka a Barešové (2012) alkoholické nápoje, káva a coca cola. Gregora a Velemínský ml. (2013) ještě nedoporučují černý čaj.

### *Vláknina*

Vláknina je druh sacharidu, který nalezneme v rostlinné stravě (Kleiner, 2015). Kunová (2011) dělí vlákninu na rozpustnou ve vodě a nerozpustnou. Rozpustná vláknina se pomocí tekutiny v žaludku zvětší a pocit sytosti je delší. Kleiner (2015) a Kunová (2011) se shodují, že nerozpustná vláknina zlepšuje střevní peristaltiku a urychluje průchod trávicím systémem.

Vláknina chrání těhotné ženy před vznikem zácpy a hemoroidů, váže na sebe toxické látky a žlučové kyseliny (Hronek, Barešová, 2012). Anderlová (2017) doporučuje příjem až 30 gramů vlákniny denně. Hronek a Barešová (2012) uvádí jako

kvalitní zdroje vlákniny ovoce, zeleninu a její slupky, semena, luštěniny a obiloviny (Příloha 1).

### *Doplňky stravy*

Pokud nemá žena dostatek mikronutrientů, je důležité tyto chybějící látky suplementovat (Anderlová, 2017). Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) je vhodné, aby žena začala vitamínové přípravky užívat už v prekoncepčním období. Žádoucí je suplementace kyseliny listové a jódu (Anderlová, 2017). Jejich význam v těhotenství je zmíněn v následující kapitole.

Mezi vhodné potravinové doplňky patří Calibrum, Materna a Gravital (Hanáková et al., 2015). Naopak Pařízek (2015) doporučuje Femibion. Výběr vhodného multivitaminového přípravku může těhotná žena konzultovat se svým gynekologem (Gregora, Velemínský ml., 2017).

V jižní Austrálii byla provedena studie, která zjistila, že ženy v těhotenství užívaly doplňky stravy, protože se domnívaly, že se jedná o nejjednodušší a nejspolehlivější způsob k získání potřebných vitamínů (Malek et al., 2017). Jiná studie, provedena ve Švédsku mezi roky 2013-2014, uvedla, že 78 % dotázaných žen užívalo v prvním trimestru nejméně jeden výživový doplněk (Bärebring et al., 2017).

#### **1.3.1 Význam jednotlivých složek**

##### *Bílkoviny*

Bílkoviny jsou zásadní složkou ve stravě každého člověka (Kunová, 2011). Lze je rozdělit na živočišné a rostlinné, živočišné mají oproti rostlinným vyšší vstřebatelnost (Pastucha et al., 2014). Z tohoto důvodu byly živočišné bílkoviny dříve považovány za hodnotnější, avšak dnes už je známo, že nejvhodnější je kombinace obou druhů zmíněných bílkovin (Kunová, 2011).

Bílkoviny jsou také nepostradatelnou složkou potřebnou pro fyziologický růst plodu (Hájek et al., 2014). Jejich přísun je velmi důležitý, protože lidský organismus není schopen živočišné bílkoviny sám syntetizovat (Hájek et al., 2014). Nedostatek bílkovin může zapříčinit zpomalení vývoje plodu, jeho špatné prospívání nebo nízkou porodní hmotnost novorozence (Pařízek, 2015). Strnadelová a Zerzán (2013) zmiňují, že jsou v průběhu těhotenství ledviny více namáhány, proto by měla žena do svého



jídelníčku zařazovat bílkoviny úměrně. Jejich nadbytek ve stravě může mít za následek snížení funkce ledvin.

Netěhotná žena by měla denně přijmout 1 gram bílkovin na 1 kilogram hmotnosti, po otěhotnění by měla příjem navýšit až o 30 % (Anderlová, 2017). Mezi hodnotné zdroje bílkovin řadíme libové maso, vejce, luštěniny, ořechy, mléko a výrobky z něj (Hronek, Barešová, 2012). Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) by v jídelníčku těhotné ženy mělo převažovat maso z ryb, drůbeže, telecí nebo libové hovězí. Hronek a Barešová (2012) také doporučují konzumaci ryb, zvláště pak lososa, pstruha, sardinky a sledě.

### *Tuky*

Tuky, jinak známé také jako lipidy nebo mastné kyseliny, jsou pro lidské tělo velmi důležité a fungují jako zdroj a zásobárna energie (Perry, 2017). Dle Fořta a Macha (2017) přispívají tuky k ochraně životně důležitých orgánů a pomáhají udržovat správnou tělesnou teplotu. Fořt, Mach (2017) a Středa (2009) dělí tuky na tzv. „hodné tuky“, které cholesterol v krvi umí snížit, a „zlé tuky“, které ho naopak zvyšují. Mezi tuky zdraví prospěšné patří například řepkový, slunečnicový a olivový olej, mezi tuky s negativním vlivem na lidský organismus se řadí tuk z masa a mléčných výrobků nebo palmový olej (Středa, 2009). Nelze opomenout, že se tuky také podílejí na vstřebávání vitamínů A, D, E a K (Hronek, Barešová, 2012).

Neméně důležité jsou tuky ve stravě těhotné ženy (Anderlová, 2017). Avšak některé z nich jsou v těhotenství prospěšné, jiné ne (Gregora, Velemínský ml., 2013). Užitečné jsou tuky, které obsahují tzv. esenciální mastné kyseliny (Anderlová, 2017). Gregora a Velemínský ml. (2013) zmiňují, že esenciální mastné kyseliny si lidské tělo nedokáže samo syntetizovat, proto je těhotná žena musí přijímat ve stravě.

Tuky v první řadě zajišťují vývoj očí plodu, růst mozku, nervové tkáně (Anderlová, 2017). Z toho důvodu by těhotná žena měla denně přijmout 70 gramů tuku (Gregora, Velemínský, 2013). Jako vhodné zdroje tuků uvádí Anderlová (2017) tučné ryby, olejnatá semena a sóju.

### *Sacharidy*

Sacharidy neboli cukry jsou klíčovým zdrojem energie (Gregora, Velemínský ml., 2013). Těhotná žena by měla zařadit do svého jídelníčku výhradně složené sacharidy,

tzv. polysacharidy. Jejich výhodou je, že umí dávkovat energii postupně a pocit sytosti je významně delší než při příjmu jednoduchých sacharidů (Hronek, Barešová, 2012). Složené sacharidy najdeme v celozrnných výrobcích, bramborách, luštěninách, ale také v mléčných výrobcích, v ovoci a zelenině (Anderlová, 2017). Hronek a Barešová (2012) uvádí, že by těhotné ženy měly denně v sacharidech přijmout minimálně 50 % z celkového energetického příjmu. Avšak je potřeba těhotné ženě zdůraznit, že vysoký přísun sacharidů ve stravě může vést k obezitě a zvyšuje riziko vzniku diabetu mellitu v těhotenství (Anderlová, 2017).

### *Vitamíny*

Během těhotenství potřebuje žena vyvážený a pravidelný přísun vitamínů a minerálních látek (Pařízek, 2015). Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) se nedostatečnost vitamínů v ženském těle během mateřství může projevit poruchami zdraví jak u plodu, tak u matky. Proto Pařízek (2015) doporučuje v těhotenství přijímat vitamíny ve formě zeleniny a ovoce.

Jednu z nejvýznamnějších rolí při vývoji centrálního nervového systému sehrává vitamín B11, neboli kyselina listová (Anderlová, 2017). Její nedostatek v období těhotenství může vyvolat potraty, vrozené vývojové vady a předčasný porod (Pařízek, 2015). Proto je její příjem doporučován již před těhotenstvím. Kyselina listová patří mezi vitamíny rozpustné ve vodě, to znamená, že při jejím vysokém dávkování nevyvolává hypervitaminózu (Kasper, 2015). Vzhledem k tomu, že lidské tělo si nedokáže tento vitamín uložit a později využít, je v období těhotenství doporučené jeho každodenní doplňování. Zdrojem kyseliny listové jsou zelenina, ořechy, vejce a některé obiloviny (Anderlová, 2017). Pařízek (2015) zdůrazňuje, že kyselina listová ztrácí po tepelné úpravě svoje vlastnosti.

Podle Gregory a Velemínského ml. (2013) je třeba zmínit důležitost vitamínu C. Stejně jako kyselina listová, tak i vitamín C patří mezi vitamíny hydrofilní, neboli rozpustné ve vodě. Dle Gregory a Velemínského ml. (2011) se právě díky němu lépe vstřebávají minerální látky, jako je například železo.

Sabersky (2011) uvádí vitamín A jako další neméně důležitý vitamín v období těhotenství. Je nepostradatelný pro správný vývoj buněčného metabolismu, správný růst placenty a kostí. (Anderlová, 2017). Avšak Gregora, Velemínský ml. (2013)

a Anderlová (2017) varují před jeho vysokým dávkováním, protože v některých případech může zapříčinit i vrozené vývojové vady.

Anderlová (2017) a Sabersky (2011) dále připomínají důležitost vitamínu D, který se podílí na správném fungování imunitního systému, a vitamínu E, jenž podle studií chrání plod před vznikem astmatu v dospělém věku.

### *Minerální látky*

Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádí, že nezastupitelným minerálním prvkem v těhotenství je železo. Těhotné ženy se potýkají s jeho častým deficitem. Jeho nedostatek se může projevit zhoršeným dýcháním, únavou nebo bolestí hlavy (Pařízek, 2015). Mezi jeho kvalitní zdroje řadíme hovězí, kachní a kuřecí maso, dále špenát a ořechy (Hronek, Barešová, 2012).

Dle Anderlové (2017) potřebuje těhotná žena také dostatečné množství vápníku. Ten pomáhá při stavbě kostí a zubů, v případě jeho nedostatku čerpá plod vápník z kostí matky a může dojít k jejich demineralizaci (Gregora, Velemínský ml., 2013). Sabersky (2011) a Anderlová (2017) uvádí, že pro dostatečný příjem vápníku je vhodná konzumace jogurtů a sýrů, ořechů a luštěnin. Vítaným minerálním prvkem je také hořčík, který je společně se zmíněným vápníkem významnou složkou při výstavbě kostí plodu (Sabersky, 2009). Gregora a Velemínský ml. (2013) ještě zmiňují potřebu selenu, který pomáhá předcházet vzniku rakoviny, a zinku, jehož schopností je podpora vývoje centrálního nervového systému u plodu. Středa (2009), Gregora a Velemínský ml. (2013) se shodují, že oba tyto minerální prvky nalezneme v potravinách, jako jsou luštěniny, cibule nebo vejce. Neméně důležitým minerálem v období těhotenství je jód, který rovněž napomáhá správnému vývoji mozku a štítné žlázy (Sabersky, 2009). V letech 2005 až 2007 byl Centrem pro bezpečnost potravin v Honkongu proveden výzkum, který zjistil, že průměrný denní příjem jódu těhotné ženy byl 69,5 mikrogramů, přičemž Světová zdravotnická organizace doporučuje během těhotenství příjem 250 mikrogramů jódu denně (Tam et al., 2017).

Fořt a Mach (2017) dokonce navrhuje zavedení celoplošného screeningu pro kontrolu hladiny jódu jako součást prenatálních kontrol v těhotenství.

### **1.3.2 Potraviny v těhotenství**

V období těhotenství by měla žena obzvlášť dbát na správný stravovací režim (Pařízek, 2015). Anderlová (2017) vyzdvihuje pestrou stravu, která obsahuje vyvážený poměr bílkovin, tuků, sacharidů a mikronutrientů. Hronek a Barešová (2012) zmiňují, že je důležité jíst ryby, maso, vejce, ovoce a zeleninu, obiloviny a luštěniny. Podle Hájka et al. (2014) a Anderlové (2017) by těhotná žena měla přijímat dostatek mléka amléčných výrobků. Pařízek (2015) doporučuje zařazovat častěji do jídelníčku potraviny bohaté na kyselinu listovou, v tomto případě se jedná o zeleninu, lesní plody, ovoce, ořechy nebo semena. Porodní asistentka by měla zjistit stravovací návyky ženy a poučit ji o konzumaci jednotlivých potravin. Zároveň ženě vysvětlí, které potraviny by měla konzumovat, a které by bylo vhodné vynechat.

Existují také potraviny, které nejsou v období těhotenství vhodné. Například Pařízek (2015) nedoporučuje konzumovat ryby dravé (žralok, štika, mečoun) z důvodu možnosti jejich kontaminace rtuť. Gregora a Velemínský ml. (2017) připomínají, že je v těhotenství nevhodné jíst sladkosti, slané lupínky, hamburgery a další nezdravé pochutiny, které obsahují velké množství cukru nebo soli. Dle Hronka a Barešové (2012) by těhotná žena neměla konzumovat uzeniny z důvodu obsahu rakovinotvorných látek, soli a látek přidávaných pro zvýraznění chuti nebo barvy. Pařízek (2012) varuje před konzumací zrajících sýrů a nedostatečně tepelně upraveného masa z důvodu rizika nákazy toxoplazmózou a listeriózou. Hanáková (2015) nedoporučuje těhotným ženám konzumovat levné margaríny, vepřové sádlo, přepálené oleje nebo smažené výrobky. Na tuto problematiku byl ve státě Washington proveden výzkum, který zjistil, že je konzumace smažených potravin spojena se vznikem gestačního diabetu mellitu (Osorio et al., 2017).

### **1.3.3 Vylučování**

V mateřském organismu probíhá mnoho změn, přičemž některé hormonální změny mohou mít za následek potíže s vyměšováním (Gregora, Velemínský ml., 2017). Pařízek (2015) upozorňuje, že důvodem problémů může být železo, které je důležité pro správný vývoj plodu. Žena ho často užívá v potravinových doplňcích, avšak jeho vedlejším účinkem může být právě zácpa. Proto by měla těhotná žena dbát na dostatečný příjem tekutin a vlákniny (Tošner et al., 2014). Roztočil et al. (2017) popisuje zácpu jako stav, který je při těhotenství fyziologický.

Dle Čermákové (2017) je nevhodné, aby žena během těhotenství používala laxativa, místo nich jí porodní asistentka doporučí konzumaci lněného semínka, švestek nebo fíků. Dále ženě vysvětlí nácvik defekačního reflexu. Dle Horáka et al. (2013) defekační reflex spočívá v pravidelném pokusu o vyprázdnění stolice každý den, nejlépe vždy ve stejnou hodinu. Kapounová (2007) uvádí, že by žena měla po probuzení vypít skleničku vody, po půl hodině se nasnídat a poté se pokusit o defekaci. Zároveň zdůrazňuje, že nutkání k defekaci by neměla žena nikdy zdržovat. Kurucová (2016) udává, že je při vyprazdňování důležité zajistit dostatek intimity a soukromí.

#### **1.3.4 Váhová bilance**

Hronek a Barešová (2012) zmiňují, že ke zvýšení tělesné hmotnosti v těhotenství dochází z těchto důvodů: zvýšený objem tělesného tuku, retence tekutin v organismu, růst plodu a placenty. Anderlová (2017) uvádí, že váhový přírůstek vychází z počáteční váhy před otěhotněním, to znamená, že čím vyšší je BMI ženy před otěhotněním, tím nižší by měl být její ideální váhový přírůstek. Porodní asistentka ženu poučí, jak pravidelně sledovat svou váhu. Pro přesnou kontrolu hmotnosti by se těhotná žena měla vážit pravidelně jedenkrát týdně vždy ve stejnou hodinu a ve stejném oblečení (Gregora, Velemínský ml., 2013). Objektivního výsledku žena dosáhne, pokud se zváží ráno před jídlem a po vykonání potřeby na toaletě (Hronek, Barešová, 2012). Dle Gregory a Velemínského ml. (2017) by měl být váhový přírůstek do 12 kg. Pokud je značně vyšší, je vhodná konzultace s gynekologem. Porodní asistentka zváží ženu při každé návštěvě v těhotenské poradně a poučí ji, aby se dostavila na kontrolu ke svému gynekologovi při případném výrazném úbytku či přírůstku váhy.

Vyšší nárůst hmotnosti u těhotné ženy může být následkem konzumace potravin s velkým obsahem tuků a cukrů (Hronek, Barešová, 2012). Jestliže je těhotná žena obézní, zvyšuje se pravděpodobnost rizikových stavů jak pro ni, tak pro novorozence (Freeman et al., 2017). V roce 2008 byla provedena studie, jejíž výsledky dokládají, že pokud těhotná žena dodržuje zdravý životní styl, snižuje tak riziko vzniku nadměrné tukové tkáně u novorozence (Dahly, 2017). Dle Anderlové (2017) má také těhotná žena s nadváhou vyšší riziko vzniku těhotenského diabetu mellitu, hypertenze a preeklampsie.

Naopak nízký váhový přírůstek nebo úbytek hmotnosti může vést k předčasnému porodu nebo nízké porodní váze novorozence (Hronek, Barešová, 2012). Čermáková

(2017) proto doporučuje, aby se žena během těhotenství vyhnula všem redukčním dietám.

### ***1.3.5 Stravovací alternativy v těhotenství***

Nejznámější stravovací alternativou je vegetariánství (Pařízek, 2015). Vegetariánství lze dále dělit například na semivegetariánství - lidé, kteří vědomě konzumují málo masa a ryb, laktoovegetariánství - lidé, kteří nejedí maso a ryby, a veganství - lidé, kteří nejedí žádné živočišné produkty a odmítají další produkty živočišného původu (Grosshauser, 2015). Pařízek (2015) uvádí jako nejradikálnější způsob stravování frutariánství, při němž se lidé stravují pouze syrovým ovocem. Nejčastější alternativou je laktoovegetariánství (Kasper, 2015).

#### *Vegetariánství*

Těhotná žena stravující se vegetariánským způsobem by měla svůj stav konzultovat s výživovým odborníkem (Gregora, Velemínský ml., 2017). Dle Hanákové et al. (2017) má vegetariánství některé výhody, například nižší příjem tuků, cholesterolu a snížené riziko výskytu vrozených vad neurální trubice u plodu. Avšak Pařízek (2015) také uvádí zdravotní rizika - deficit vápníku, hořčiku, železa a vitamínů B-komplexové řady. Deficit těchto látek v organismu těhotné ženy zvyšuje riziko vzniku zdravotních komplikací pro plod (Hanáková et al., 2017). Pařízek (2015) doporučuje při rostlinné stravě suplementaci vitamínu B12 v dávkování 2mg denně.

Pro dostatečný přísun vitamínů by měla těhotná žena zařadit rostlinné bílkoviny v podobě luštěnin, obilovin, ořechů a sójového masa (Pařízek, 2015). Nedostatky vegetariánské stravy žena vyřeší tak, že zařadí do jídelníčku dostatek sójových výrobků, mléka, vajec a vitamínů pro těhotné (Pintová, Kramerová, 2015).

Z toho vyplývá, že při správně sestaveném vegetariánském jídelníčku je pokrytá potřeba všech důležitých živin (Kasper, 2015). Přesto jsou těhotné ženy stravující se vegetariánským způsobem automaticky řazeny do rizikové kategorie (Hanáková et al., 2015).

### ***1.4 Návykové látky v těhotenství***

V současné době jsou těhotné ženy vystaveny nástrahám zevního prostředí, které mohou zapříčinit nesprávný vývoj plodu, jeho poškození, či dokonce potrat nebo

předčasný porod (Gregora, Velemínský ml., 2017). Hronek a Barešová (2012) řadí mezi škodlivé látky v těhotenství alkohol a kouření. Vavřínková (2016) zmiňuje také výskyt drog v období těhotenství.

#### *Požívání alkoholu v těhotenství*

Konzumace alkoholu je dnes jednou z nejčastějších příčin nemocí a smrti po celém světě (Antonelli et al., 2017). V České republice je užívání alkoholu legální (Pařízek, 2015). Jeho konzumace však může poškodit pohlavní buňky ještě před početím (Kukla et al., 2016). Největší škody způsobené alkoholem však hrozí v prvních týdnech těhotenství (Gregora, Velemínský ml., 2017). Proto je důležité vyřadit alkohol ještě před obdobím plánovaného rodičovství (Hronek, Barešová, 2012).

Pařízek (2015) uvádí, že časté a pravidelné užívání alkoholu v těhotenství zvyšuje riziko potratu, předčasného porodu nebo abrupce placenty. Hájek et al. (2014) také zmiňuje, že při konzumaci návykových látek stoupá riziko výskytu preeklampsie. Roztočil et al. (2017) popisuje alkohol jako jed, který negativně ovlivňuje nejen organismus matky, ale také plodu, k němuž se dostává skrze placentu. Všechny těhotné ženy by měla porodní asistentka důrazně upozornit na rizika spojená s konzumací návykových látek (Hájek et al., 2014). Pařízek (2015) uvádí, že by se žena měla v období těhotenství a následně během kojení vzdát alkoholu ve všech jeho formách. Pařízek (2015) ale dodává, že pokud žena občas vypije malé množství piva, její plod není v ohrožení.

#### *Kouření v těhotenství*

Kouření patří v naší zemi k jednomu z nejčastějších zlovyků a počet jeho příznivců stále stoupá (Gregora, Velemínský ml., 2017). Například v roce 2015 připadalo na jednoho člověka 2010 vykouřených cigaret ročně (Český statistický úřad, 2016). Tento zlovyk snižuje plodnost žen i mužů (Pařízek, 2015). Králíková (2014) uvádí, že v těhotenství kouří až 20 % žen.

Kouření během těhotenství vede později k riziku vzniku astmatu u dítěte a zvýšení perinatální mortality matky (Novotná, Novák, 2012). Roztočil et al. (2017) a Pařízek (2015) se shodují, že s kouřením v těhotenství roste riziko úmrtí plodu, předčasné odloučení placenty, dále se zvyšuje možnost vzniku mimoděložního těhotenství a komplikací při porodu.

Pro těhotnou ženu je pasivní kouření stejně nebezpečné jako aktivní, proto by se měli ženě přizpůsobit i případní kuřáci v rodině (Kukla et al., 2016). V případě, že kouří sama těhotná žena, porodní asistentka jí vysvětlí, že je důležité co nejdříve přestat (Pařízek, 2015). Nikotin obsažený v cigaretovém kouři totiž ovlivňuje průtok krve mezi plodem a placentou (Roztočil et al., 2017). *Bohužel se stále často setkáváme s ženami, jímž gynekolog nedoporučil v těhotenství přestat kouřit, aby plod neprožíval stres. K takovému doporučení neexistuje jediný validní pramen a civilizovaný lékař by je neměl vyslovit* (Králíková, 2014, s. 140). Gregora a Velemínský ml. (2013) souhlasí a doporučují těhotné ženě přestat kouřit co nejdříve. Proto je důležité, aby porodní asistentka zjistila, jestli žena kouří, popřípadě kolik cigaret denně vykouří.

V případě, že má žena chuť na cigaretu do 60 minut po probuzení a vykouří denně více jak 10 cigaret, lze hovořit o závislosti na nikotinu (Pařízek, 2015). V takové situaci je vhodné doporučit návštěvu poradny specializované na odvykání kouření (Wilhelmová, Hrubá, 2014).

#### *Abúzus drog v těhotenství*

Termín abúzus drog znamená pravidelné užívání omamných látek a vyskytuje se asi u 6 % obyvatelstva (Binder et al., 2015). Dle Gregory a Velemínského ml. (2017) počet žen, které během těhotenství holdují drogám, stále roste. Je velmi důležité, aby lékař u takové ženy zjistil, zda se jedná o závislost nebo o občasné užívání (Vavřínková, 2016). Žena závislá na drogách své těhotenství většinou neplánuje. Zpravidla se o něm dozví, až když si všimne, že jí roste břicho, nebo když se objeví první pohyby plodu (Gregora, Velemínský ml., 2017). Proto je podstatné, aby lékař při první návštěvě určil stáří plodu (Vavřínková, 2016).

Binder (2015) a Vavřínková (2016) se shodují, že mezi nejoblíbenější drogy závislých uživatelů patří marihuana, pervitin a heroin. Mezi další látky patří různé druhy rozpouštědel, stimulantů a halucinogenů (Kalina et al., 2015). U žen, které jsou na těchto látkách závislé, stoupá riziko předčasného porodu a hrozí nesprávný vývoj placenty (Gregora, Velemínský ml., 2017). Při nitrožilní aplikaci drog hrozí riziko přenosu viru HIV nebo hepatitidy (Vavřínková, 2016). Tyto nemoci mohou dále negativně ovlivňovat vývoj plodu (Kukla et al., 2016). Vavřínková (2016) zmiňuje, že se těhotné ženy s těžkou drogovou závislostí obvykle dostaví až k samotnému porodu. Z toho vyplývá, že mnohdy kompletně chybí prenatální péče (Binder et al., 2015). Děti,



kteře se takovými matkám narodí, mají zpravidla nízkou porodní hmotnost a může se u nich vyskytnout abstinenční syndrom (Gregora, Velemínský ml., 2017). Ševela et al. (2015) podotýká, že je pro ženu a plod náhlé vyřazení drogy v těhotenství stejně nebezpečné jako pokračování v jejím užívání. Proto se k detoxikaci v období těhotenství přistupuje jen velmi zřídka (Vavřínková, Hrdličková, 2015).

#### ***1.4.1 Rizika návykových látek pro plod***

##### *Fetální alkoholový syndrom*

Důkazy o negativním vlivu alkoholu na plod datujeme již od počátku sedmdesátých let (Štembera et al., 2014). Gregora a Velemínský ml. (2017) připomínají, že alkohol dokáže velmi poškodit nitroděložní vývoj plodu. Následně může vzniknout fetální alkoholový syndrom (dále jen FAS). FAS se projevuje komplexem tělesných a mentálních poruch (Kejklíčková, 2016). Mezi viditelné znaky patří výrazně menší hlava, úzký horní ret a strabismus (Pařízek, 2015). Binder et al. (2015) uvádí abnormality uší a výrazně kratší nos. Rozvoj tohoto syndromu je sledován u plodů, jejichž matky v těhotenství konzumovaly velké množství alkoholu (Seidl a Vaněčková, 2014). Těmto dětem mohou být v pozdějším věku diagnostikovány hyperaktivní syndrom nebo poruchy chování (Seidl, 2015). Bohužel není známo množství alkoholu, které musí těhotná žena za den vypít, aby byl plod ohrožen FAS (Štembera et al., 2014).

##### *Rizika kouření pro plod*

Pařízek (2015) zmiňuje, že pokud žena v těhotenství kouří, hrozí plodu vyšší riziko poruch vývoje, než u těhotných žen nekuřáček. Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) může také dojít až k intrauterinní smrti plodu. Kukla et al. (2016) také upozorňuje, že průměrná porodní váha je znatelně nižší u dětí, jejichž matky v těhotenství kouřily. Porodnice (©2014) uvádí až 50 % případů náhlého úmrtí novorozenců, jež je přisuzováno právě kouření ženy během těhotenství. Haslinger et al. (2017) připomíná, že děti, jejichž matky v těhotenství kouřily, mají v dospělém věku vyšší riziko výskytu onemocnění jako je obezita a diabetes mellitus.

Podle Látalové (2013) mohou mít děti narozené matkám kuřáčkám později větší sklon k páčání přestupků nebo trestných činů. Zároveň odkazuje na studii provedenou v Dánsku, během níž byla zjištěna spojitost mezi kouřením v antenatálním období a páčáním trestné činnosti v dospělém věku. Gregora a Velemínský ml. (2013)

zmiňují, že u dětí, které byly v prenatálním období vystaveny kouření, hrozí novorozenecký abstinenční syndrom nebo poruchy chování. Nejvhodnější tedy je, aby žena vůbec kouřit nezačínala. Pokud již kouří, je důležité s tím okamžitě přestat (Pařízek, 2015).

#### *Novorozenecký abstinenční syndrom*

Těhotná žena závislá na návykových látkách ohrožuje nejen zdraví svoje, ale i plodu, k němuž se látky dostávají skrze placentu (Binder et al., 2015). Tyto látky se následně nashromáždí v plodové vodě a mají na plod stejně negativní účinek jako na matku (Binder et al., 2015). Po porodu vzniká u novorozence potřeba drogy, která mu byla v těhotenství dodávána (Gregora, Velemínský ml., 2017). Tento jev se nazývá novorozenecký abstinenční syndrom (dále jen NAS), (Vavřínková, Hrdličková, 2015). NAS se rozvíjí zpravidla u dětí, jejichž matky užívaly opoidní látky (Hosák et al., 2015). Projevy bývají u novorozenců znatelné již do 48 hodin po porodu (Vavřínková, Hrdličková, 2015). Ševela et al. (2011) řadí mezi nejčastější příznaky výrazné pocení, třes, křeče a poruchy gastrointestinálního traktu. Při terapii u těchto novorozenců je důležité snížit osvětlení, minimalizovat hluk a vytvořit neutrální teplotu v okolí (Vavřínková, Hrdličková, 2015). NAS je jednoznačně nejhroživější následek pro novorozence závislé matky (Roztočil et al., 2017).

#### **1.5 Pohybové aktivity během těhotenství**

Pravidelná fyzická aktivita je pro lidské tělo prospěšná v mnoha směrech (Peterková, 2017). Pohyb v těhotenství napomáhá jak fyzické, tak i duševní pohodě, tělo se tak lépe připraví na nadcházející porod (Pařízek, 2015). Dle Stackeové (2013) došlo na přelomu devadesátých let k velké změně v oblasti sportování v těhotenství. Do té doby byl jakýkoli pohyb doporučován velmi sporadicky. Těhotná žena, která tehdy na běhání i jen pomyslela, byla považována za bláznivou matku, jež dává všanc život svého dítěte (Gaudníková, 2015). Dnes patří tělesný pohyb neodmyslitelně do komplexu správné životosprávy těhotné ženy stejně jako zdravá strava, odpočinek a spánek (Binder et al., 2015). Pokud byla žena zvyklá na pohyb i před otěhotněním, nemusí s ním nutně po otěhotnění skončit. Je ale podstatné vybrat takový pohyb, který je pro období těhotenství vhodný (Ašenbrennerová et al., 2012).

Bašková (2015) doporučuje vykonávat veškeré aktivity během těhotenství pouze do výšky 1800 metrů nad mořem, pohyb ve vyšších výškách už je pro těhotnou ženu rizikem. Odborníci po celém světě se neshodují v druhu pohybové aktivity v období těhotenství (Stackeová, 2013). Pařízek (2015) hovoří o některých studiích, které prokázaly, že když se těhotné ženy věnovaly pohybu během těhotenství, měly pak kratší porod a nižší výskyt komplikací při něm. Pintová a Kramerová (2015) doporučují, aby žena naslouchala svému tělu a dle toho volila fyzickou aktivitu. Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) není vhodná v období těhotenství extrémní zátěž. Stackeová (2013) uvádí pravidlo, že by žádná těhotná žena neměla začínat s novým druhem pohybové aktivity, na níž nebyla před otěhotněním zvyklá.

Zůstat zdravá a fit je jedna z nejlepších věcí, kterou může žena během těhotenství pro sebe a své nenarozené dítě udělat (Carey, 2017).

### ***1.5.1 Vhodné pohybové aktivity***

Správně zvolená pohybová aktivita zlepšuje náladu, zlepší spánek a také napomáhá optimalizovat váhový přírůstek v těhotenství (Corey, 2017). Mezi pohybové aktivity vhodné v celém průběhu fyziologického těhotenství řadí Gregora a Velemínský ml. (2017) plavání a chůzi.

S přibývajícím týdnem těhotenství se váha ženy postupně zvyšuje a pohybové cvičení začíná být náročné a nepohodlné, proto je vhodné plavání, při kterém je žena vodou nadnášena a nemusí vyvinout nadměrnou fyzickou aktivitu (Bullock, 2016). Roztočil et al. (2017) souhlasí a připomíná další pozitiva plavání, jako jsou zlepšení cirkulace krve ve tkáních, prevence zácpy a zmírnění bolesti zad. Cvičení a plavání v bazénu působí částečně jako prevence gestačního diabetu a zabraňují přehřátí, které může hrozit u jiných fyzických aktivit (Bullock, 2016). Corey (2017) doporučuje plavání 3x až 5x týdně, vždy po dobu 30 minut. Čermáková (2017) uvádí, že těhotná žena může bezpečně plavat až do termínu porodu, avšak Bullock (2016) varuje před rizikem pádu v okolí bazénu a doporučuje těhotným ženám nosit protiskluzovou obuv. Podle Pařízka (2015) je vhodné, aby ženy navštěvovaly místa, kde jsou bazény vymezené přímo pro těhotné. Smíšené bazény totiž mohou být přeplněné a zvyšuje se tak riziko, že těhotnou ženu někdo omylem udeří do břicha (Bullock, 2016).

Roztočil et al. (2017) připomíná další vhodné cvičení v těhotenství - gravidjógu. Dle Kündig (2016) pomáhá jóga v těle nastolit klid a zároveň ženu příjemně provede

celým těhotenstvím a připraví na samotný porod. Jóga také snižuje krevní tlak a zkvalitňuje dýchání (Corey, 2017). Úprava dýchání je žádoucí, protože rostoucí děloha dýchání ztěžuje (Vychodilová et al., 2015). Porodní asistentka ženu poučí o správném dýchání, které žena využije následně i u porodu. Únava, zácpa, vysoký krevní tlak nebo bolesti zad, všechny zmíněné problémy pomůže jóga zmírnit (Kündig, 2016). Dle Roztočila et al. (2017) dokáže navodit pocit vyrovnanosti, blaženosti a klidu, tím předchází stresu a depresím.

Chůze je pro naše tělo velmi přirozený pohyb, proto je v těhotenství tak doporučována (Corey, 2017). Chůzi si lze usnadnit trekkingovými holemi, ty pomáhají tlumit nárazy, zlepšit stabilitu a zapojí do pohybu i horní končetiny (Tvrzník, Gerych, 2014). Corey (2017) doporučuje pro začátek chůzi 3x až 5x týdně po dobu 10 minut.

Před jakýmkoliv pohybem je klíčové, aby se těhotná žena nejdříve rozešla. Pokud chodí na nějaké skupinové cvičení, měla by instruktora informovat o svém těhotenství (Pintová, Kramerová, 2015).

Gregora a Velemínský ml. (2013) doporučují těhotným ženám cvičení na míči, to dokáže uvolnit svaly, zlepšit rovnováhu a přispívá ke správnému dýchání. Těhotná žena se také může bezpečně věnovat golfu, pomalé jízdě na kole nebo tanci (Pařízek, 2015). Tanec je bezpečné provádět po celou dobu těhotenství, těsně před porodem i v šestinedělí, protože zpevňuje pánevní a břišní svaly, které mohou být vlivem funkčních změn v těhotenství oslabené (Roztočil et al., 2017). Dle Markové (2013) tanec dokáže prohloubit spojení mezi matkou a plodem a zároveň navozuje fyzickou i psychickou relaxaci. Klidné a kolébavé pohyby jsou při tanci vítány, protože dítě v děloze uklidňují (Bašková, 2015). Roztočil (2017) vysvětluje, že tanec pomáhá ženě zachovat pocit atraktivity, tím má pozitivní vliv na její psychiku. V některých zemích jsou tance jedním z prvků předporodní přípravy, jejich cílem je usnadnit ženě porod (Czyžová, 2012). Proto je vhodné, aby jí porodní asistentka tanec a další těhotenské cvičení doporučila.

Dnes má těhotná žena možnost vybrat si některou z mnoha institucí, které nabízejí specifická cvičení pro těhotné ženy, vedená nejčastěji porodními asistentkami (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Těhotná žena může cvičit také doma, avšak není na škodu, když zvolený pohyb konzultuje s porodní asistentkou.

### **1.5.2 Nevhodné pohybové aktivity**

Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) je nevyhovující, aby těhotná žena prováděla cvičení se zadržováním dechu. Nevhodná jsou dále cvičení, při nichž hrozí riziko pádu či zranění. Pařízek (2015) je stejného názoru a dodává, že pokud se žena zraní, medikamentózní léčba zranění může negativně ovlivnit plod. Obecně se těhotným ženám nedoporučují jízda na koni, míčové hry, posilování, extrémní a silové sporty (Roztočil et al., 2017). Bohužel i cvičení má své hranice a je mnoho zdravotních důvodů, kvůli kterým lékař nemusí v těhotenství cvičení doporučit (Gregora, Velemínský ml., 2013). *Těhotná žena by neměla zvyšovat svoji tělesnou aktivitu cvičením při těžké hypertenzi, při srdečních onemocněních, zejména tam, kde jsou přítomny poruchy srdečního rytmu, pokud trpí chudokrevností těžšího stupně, je přítomen nekompenzovaný diabetes, hrozí předčasný porod nebo krvácení z rodidel* (Roztočil et al., 2017, s. 235). Pintová a Kramerová (2015) popisují, že pohyb v těhotenství je kontraindikován při vícečetné graviditě, vcestrném lůžku nebo po odtoku plodové vody.

V předcházející kapitole byl jako vhodný pohyb v těhotenství zmíněn tanec. I ten má však pro těhotné ženy své hranice. Quin (2015) nedoporučuje opakované točení a rychlé změny směru nebo polohy. Dle Kündig (2016) by se žena při cvičení jógy měla vyhnout cvikům na zpevnění břišního svalstva a cvikům, které se provádí na břiše. Pařízek (2015) dále připomíná skoky do vody a koupání v přírodních vodních tocích, voda v nich může být znečištěná a těhotná žena může být ohrožena infekcí. Proto není plavání doporučováno ani v období šestinedělí (Marková, © 2014). Při plavání je také nevhodné plavat styl "motýlek" (Čermáková, 2017).

### **1.5.3 Spánek a relaxace**

Vzhledem k tomu, že má každý člověk rozdílnou potřebu spánku, je dobré naslouchat svému tělu a rozpoznat signály, kterými nám tělo říká, kdy je čas odpočinku (Pantley, 2012). Dospělý člověk spí v průměru 6-8 hodin denně (Rokyta, 2015). Během těhotenství se ale požadavky na spánek zvyšují. Dle Pařízka (2015) by měla těhotná žena spát minimálně 8 hodin denně. Gregora a Velemínský ml. (2013) doporučují spánek pravidelný a nepřerušovaný, protože právě při takovém spánku dochází k důležité regeneraci tělesných a psychických sil.

S ubíhajícími týdny se děloha zvětšuje a pro ženu přestává být spánek pohodlný. Kvůli rostoucímu břichu je stále těžší najít pohodlnou polohu (Ašenbrennerová et al., 2012). Rostoucí děloha tlačí také na močový měchýř a žena chodí častěji močit (Ghosh, © 2017). Idzikowski (2013) proto připomíná vyhnout se čaji, kávě a alkoholickým nápojům, které působí močopudně. Dalla-Camina (2013) doporučuje udělat si spánkový rituál, nastavit si večerku pokud možno vždy na stejnou hodinu a před spaním včas vypnout mobilní telefon a televizi. Ženě se bude lépe spát v nepřetopené místnosti, v níž bude čerstvý vzduch (Gregora, Velemínský et al., 2017). Dle Roztočila et al. (2017) si žena může dopřát kratší spánek také po obědě.

Pokud spí těhotná žena na zádech, hrozí jí útlak dolní duté žíly, jenž se projevuje nauzeou a ztíženým dýcháním (Pařízek, 2015). Doporučená poloha je proto na levém boku, kdy se děloha od žíly odkloní a průtok krve je zajištěn (Ašenbrennerová et al., 2012). Skutilová (2016) uvádí, že odpočinek v těhotenství nemusí znamenat přímo spánek, odpočinout si žena může u čtení knihy nebo příjemnou koupelí. Mezi vítané formy relaxace patří také příjemná procházka nebo lehké cvičení (Gregora, Velemínský ml., 2017).

### ***1.6 Oblékání v těhotenství***

Dříve těhotné ženy nosily převážně volné a neforemné oblečení, dnes už je tato doba pryč a těhotné ženy mohou vybírat z mnoha druhů módních kousků (Hanáková et al., 2015). Pohodlné oblečení je hlavní pravidlo, kterým by se měla těhotná žena při výběru řídit (Pařízek, 2015). Gregora a Velemínský ml. (2017) nedoporučují těhotným ženám nosit příliš upnuté oblečení, do pátého měsíce většinou nemusí ani nosit speciálně upravené těhotenské oblečení. Oblečení by mělo být převážně bavlněného původu a volné v oblasti pasu (Hanáková et al., 2015). Totéž platí i o spodním prádle. Pařízek (2015) nedoporučuje nosit prádlo z umělých a neprodyšných tkanin. Vhodné je speciální těhotenské prádlo, jež nabízí mnoho obchodů.

Vlivem hormonů se během těhotenství neustále mění také velikost ňader, je proto důležité vybrat kvalitní a příjemnou podprsenku (Gregora, Velemínský ml., 2013). Pokud žena před otěhotněním byla zvyklá nosit boty na vysokém podpatku, v období těhotenství tato obuv není vhodná, protože zvyšuje riziko zranění (Gregora, Velemínský ml., 2013). Pařízek (2015) proto navrhuje pohodlnou obuv s pevnou patou a bez podpatku.

Nakonec ale záleží jen na ženě, v čem se bude během těhotenství cítit pohodlně (Gulati, © 2015).

### **1.7 Cestování v těhotenství**

V minulosti ženy během těhotenství cestovaly autem spíše sporadicky, dnes jsou běžnými účastníky silničního provozu ať už jako samotné řidičky, nebo spolucestující (Pařízek, 2015). Avšak jen málo žen si je vědomo rizik, které cestování přináší (Jones, Chan, 2016). Hanáková et al. (2015) podotýká, že s cestováním roste pravděpodobnost těžkých poranění. Dle Pařízka (2015) pochází až 70 % všech vážných zranění v těhotenství právě ze silničních nehod. Gregora a Velemínský ml. (2017) nedoporučují těhotným ženám cestovat na dlouhé vzdálenosti.

V prvním trimestru může jízda autem vyvolat nevolnost, ve třetím trimestru hrozí riziko předčasného porodu, proto je z hlediska bezpečí vhodné cestování směřovat do druhého trimestru (Gregora, Velemínský ml., 2013). Důležité je, aby byla těhotná žena při cestování autem vždy správně připoutána (Pařízek, 2015). Připoutání bezpečnostním pásem je dáno zákonem 361/2000 Sb., který nařizuje připoutání řidiče i všech ostatních přepravovaných osob, včetně gravidních žen. Gregora, Velemínský ml. (2017) a Pařízek (2015) poukazují na velké procento těhotných žen, které se domnívají, že v případě dopravní nehody může bezpečnostní pás zranit jejich nenarozené dítě. Toto tvrzení však není správné. *Je prokázáno, že většina těhotných žen a jejich dítě při nehodě nepřežijí právě proto, že žena nebyla připoutána* (Hanáková et al., 2010, s. 94).

Na toto téma byl v roce 2015 v Honkongu proveden výzkum, který zjistil, že zúčastněné ženy během těhotenství omezily používání bezpečnostních pásů, a zároveň potvrdil, že čím vyšší bylo vzdělání ženy, tím byla také vyšší pravděpodobnost užití bezpečnostních pásů během těhotenství (Lam, 2016). Podle studie z roku 2016 používá 90 % těhotných žen po dobu těhotenství bezpečnostní pás, přestože se domnívají, že může ohrozit zdravotní stav dítěte (Auriault, 2016). Pokud žena nechce v těhotenství používat běžný bezpečnostní pás, porodní asistentka ji seznámí s možností použití speciálního bezpečnostního pásu určeného přímo pro těhotné ženy.

Hanáková et al. (2015) zmiňuje jako jeden z vhodných druhů cestování v těhotenství let letadlem. Hájek et al. (2014) však nedoporučuje létat ženám ve třetím trimestru, dále ženám, jejichž těhotenství je považováno za rizikové. Negativní vliv na těhotné ženy mohou mít během letu nestálost okolního tlaku a vzniklé stresové situace

(Gregora, Velemínský ml., 2017). Vlhkost vzduchu během letu je jiná, než na kterou je žena na zemi zvyklá, měla by mít proto k dispozici dostatek tekutin (Pařízek, 2015). Je vhodné, aby cestu na delší vzdálenost konzultovala se svým lékařem (Hájek et al., 2014). Naopak Gregora a Velemínský ml. (2013) považují za nejvhodnější cestování jízdou vlakem a také zdůrazňují, že před cestou do zahraničí je důležité zajistit pojištění pro případ nutného ošetření.

### **1.8 Pohlavní styk v těhotenství**

Pohlavní styk by měl být projevem lásky a harmonického vztahu dvou lidí (Kubík, 2012). Traduje se, že by měl pár během těhotenství výrazně snížit četnost pohlavního styku (Pařízek, 2015). Dle Roztočila et al. (2017) nemá milování pro fyziologické těhotenství žádné nežádoucí důsledky. Pokud je tedy těhotenství bez komplikací, je pohlavní styk bezpečný jak pro matku, tak pro nenarozené dítě (Tošner et al., 2014). Gregora a Velemínský ml. (2017) však zdůrazňují důležitost intimní hygieny a volbu vhodných poloh.

Dle Hanákové et al. (2015) se během těhotenství žena nemusí vzdát svých sexuálních fantazií a tužeb, ba naopak. Pařízek (2015) uvádí, že díky tělesným a duševním změnám může být těhotenství sexuálně velmi vzrušivým obdobím. Avšak záleží vždy na individuálním pocitu každé ženy. Jsou ženy, které o sexuální styk v těhotenství nemají zájem (Gregora, Velemínský ml., 2017). Hanáková (2015) podotýká, že je možné toto chování vidět u žen, kterým trvalo déle otěhotnět, a mají strach, aby svým sexuálním chováním neohrozily vymodlené dítě. Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádí, že další příčinou mohou být také hormonální změny. Dle Čermákové (2017) se může žena kvůli těmto změnám cítit méně přitažlivá. Na téma vnímání sexuality těhotných žen byla v roce 2013 v Íránu provedena studie. Ta zjistila u téměř 70 % žen snížení sexuálních tužeb a 65 % žen si myslí, že při pohlavním styku hrozí poranění plodu (Babazadeh, 2013). Tyto výsledky potvrzuje také studie zveřejněná v časopise *Journal of sex research*, kde byl strach z poškození plodu uveden jako hlavní příčina snížení sexuální frekvence v těhotenství (Radoš et al., 2014).

Porodní asistentka se stává v takové situaci vhodným edukátorem, měla by těhotné ženě podat dostatek informací a zbavit ji obav ohledně pohlavního styku ve fyziologické graviditě (Babazadeh, 2013). Hanáková (2015), Gregora a Velemínský ml. (2017) se shodují, že chuť těhotné ženy na milování se mění v závislosti na stáří



gravidity. V prvním a posledním trimestru těhotenství je obvykle zájem o pohlavní styk snížený, naopak ve druhém trimestru touha ženy stoupá. Hanáková (2015) zmiňuje, že některé ženy v tomto období mají větší představitost a lepší sexuální prožitek.

V období těhotenství může mít ženino rostoucí břicho vliv také na sexualitu jejího partnera (Nakić et al., 2015). Pařízek (2015) uvádí, že v důsledku změny proporcí těhotné ženy, může partner po dobu těhotenství ztratit o ženu zájem v sexuální oblasti. Jedna z provedených studií zjistila, že až polovina mužů pociťuje během těhotenství partnerky nespokojenost v sexuálním životě. Dalších 80 % mužů hovoří o obavách z možného poškození plodu při pohlavním styku (Nakić et al., 2015). Za žádných okolností by se do pohlavního styku neměl ani jeden z partnerů nutit, vždy je důležitý dostatek komunikace a porozumění (Pařízek, 2015).

Jsou případy, kdy lékař nemusí doporučit pohlavní styk v těhotenství ze zdravotních důvodů (Tošner et al., 2014). Čermáková (2017) uvádí například výtok či krvácení z pochvy. Gregora a Velemínský ml. (2017) nedoporučují pohlavní styk v případě rizika předčasného porodu.

### ***1.9 Role porodní asistentky v přípravě na porod***

Příchod dítěte na svět je významný okamžik pro každého rodiče (Tauberová, 2014). V dnešní době se v průběhu těhotenství většina žen zajímá o nadcházející porod a vše kolem něj (Pařízek, 2015). Dle Gregory a Velemínského ml. (2017) získávají těhotné ženy informace často z internetových zdrojů, avšak spolehlivější je návštěva předporodních kurzů, které jsou vedeny školenými porodními asistentkami. Téměř všechny nemocnice v České republice tyto kurzy pořádají (Roztočil et al., 2017). *Předporodní příprava bývá rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou (Pařízek, 2015, s. 36).* Gregora a Velemínský ml. (2013) vysvětlují, že v první části se jedná o několik sezení, při kterých se nastávající maminka dozví, jak se v těhotenství a šestinedělí stravovat nebo jak s narozeným dítětem správně zacházet. Ve druhé části předporodní přípravy se těhotné ženy zaměřují na speciální cviky, které jim pomáhají zůstat přiměřeně aktivní po celou dobu těhotenství (Pařízek, 2015). Volba cvičení v těhotenství byla popsána v podkapitole 1.5.1. Jak už bylo zmíněno, je důležité, aby aktivní cvičení v těhotenství žena vždy konzultovala s porodní asistentkou. Pomocí informací od porodních asistentek se mohou na porod lépe psychicky i fyzicky připravit. Patří k tomu také návštěva porodního sálu, kterou mají některé nemocnice

zahrnutou v předporodních kurzech. Na předporodních kurzech nebo v těhotenské poradně porodní asistentka těhotné ženy informuje o příznacích počínajícího porodu a vysvětlí jim, kdy je ten správný čas k odjezdu do porodnice.

Dle Roztočila et al. (2017) je důležitou součástí přípravy na porod porodní plán. Pařízek (2015) uvádí, že porodní plán je soupis požadavků a přání, které si žena při porodu přeje. Roztočil et al. (2017) podotýká, že některá přání těhotných žen mohou být nereálná či velmi špatně proveditelná. Vždy tedy záleží na možnostech konkrétního zařízení a porodních asistentkách, které se ženám snaží co nejvíce vyhovět. Z toho důvodu je vhodné, aby ženě pomohla sestavit porodní plán právě porodní asistentka. Součástí porodního plánu bývá přání, kdo by porod měl odvádět, zda porodní asistentka nebo lékař (Michaels, 2016). Mei et al. (2016) uvádí, že zhruba 70 % žen si po porodu přeje bonding. Žena také může požadovat přítomnost doprovodu u porodu, aromaterapii či poslech oblíbené hudby (Roztočil et al., 2017).

Podle Mei et al. (2016) v porodním plánu ženy také uvádí, co si při porodu nepřejí, nejčastějším takovým přáním bývá odmítnutí epiziotomie.

Doba před porodem a po porodu může být pro ženu nelehká a vyčerpávající (Bašková, 2015). Porodní asistentka je pro ni v tomto období oporou a připravuje ji i jejího partnera na radostné i náročné chvíle (Čermáková, 2017). Porodní asistentka ženu seznámí s vhodnými alternativními metodami, jež může využít jak v období těhotenství, tak při samotném porodu.

Porodní asistentka ženu informuje o potravinách urychlujících či usnadňujících porod (Čermáková, 2017). Například Holub (2017) doporučuje ve třetím trimestru pít čaj z maliníku, neboť má pozitivní vliv na hladké svalstvo a tím připravuje porodní cesty na porod. V pití maliníku se doporučuje pokračovat i po porodu, dle webových stránek MonPeri (©2016) čaj mimo jiné také napomáhá k očištění porodních cest po porodu. Dalším pomocníkem, který pomáhá miminku na svět, je lněné semínko, jeho konzumace dle Čermákové (2017) změkčuje porodní cesty.

Těhotná žena by měla vědět, jaké jsou možnosti tlumení bolesti při porodu, proto ji porodní asistentka informuje o farmakologických i nefarmakologických metodách. Dále ji informuje o možnosti cvičení s Anibalem, který pomáhá připravit porodní cesty na porod. Holub (2017) dále uvádí, že pokud žena cítí velký strach z porodu, je možné použít homeopatii. Váňová (2016) doporučuje například podání Calcarea phosphorica, v případě silných bolestí při porodu.

## 2 Cíle práce a výzkumné otázky

### 2.1 Cíle práce

V rámci výzkumné části bakalářské práce byl stanoven následující cíl.

Cíl 1.: Zjistit informovanost žen v oblasti zdravého životního stylu během těhotenství.

### 2.2 Výzkumné otázky

Na základě výše uvedeného cíle byly stanoveny dvě následující výzkumné otázky.

1. Jak se změnily stravovací návyky žen v těhotenství?
2. Jakým způsobem ženy získávají informace o správném životním stylu?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Porodní asistentka** je vystudovaný, plně zaškolený, zdravotnický odborník, který pečuje o ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Mezi kompetence také patří péče o novorozence a kojence (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

**Životní styl** je shrnutí rozhodnutí a chování člověka, ve věcech, které přímo ovlivňují jeho zdraví (Vacková, 2015).

**Těhotenství** je životní etapa ženy, při které dochází k vývoji nového života – plodu (Slezáková et al., 2017).

**Porodní plán** je soupis bodů a přání, které si žena přeje, aby byly při porodu dodrženy a vyslyšeny (Bašková, 2015).

**Edukace** je vzdělávací termín definovaný jako vzdělávání nebo výchova osob a v ošetrovatelství vede ke zlepšení postoje a chování ovlivňující vlastní zdraví (Sedlářová et al., 2008).

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

V praktické části bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden prostřednictvím rozhovorů s těhotnými ženami ve věku 23 až 42 let. Výzkumné šetření bylo provedeno ve Středočeském kraji v okrese Příbram na přelomu března a dubna roku 2018. Rozhovory proběhly v domácím prostředí respondentek. V rozhovorech byla zjišťována informovanost žen o zdravém životním stylu v těhotenství a jejich názory na jednotlivé složky zdravého životního stylu. Dále bylo zjišťováno, kde ženy získávají informace o zdravém životním stylu v těhotenství.

Dotazované respondentky byly před začátkem jednotlivých rozhovorů seznámeny s tématem bakalářské práce a ústně vyjádřily souhlas se zpracováním získaných osobních údajů v zájmu zachování jejich soukromí. Respondentky byly seznámeny s tématem bakalářské práce a ujistěny o anonymitě veškerých získaných informací. Všechny dotazované respondentky souhlasily s nahráváním rozhovoru na diktafon. Následoval polostrukturovaný rozhovor, který se skládal ze dvou částí (Švaříček, Šed'ová, 2010). V úvodu byly položeny čtyři otázky, které zjišťovaly identifikační údaje jednotlivých respondentek. Ve druhé části bylo ženám položeno jedenáct otázek, které se týkaly zdravého životního stylu před otěhotněním i po něm. V případě potřeby byly rozhovory doplněny o podotázky. V zájmu zachování anonymity respondentek byly jednotlivé rozhovory očíslovány R1 – R7. Celkem bylo tedy ve výzkumném vzorku 7 žen. Ve chvíli, kdy se odpovědi jednotlivých respondentek začaly opakovat, bylo výzkumné šetření ukončeno (Disman, 2011).

Rozhovory byly poté z diktafonu doslovně přepsány, vytisknuty a analyzovány pomocí metody kódování v ruce, neboli tužka a papír (Švaříček, Šed'ová, 2010). Následně byly stanoveny kategorie a podkategorie. Pro lepší přehlednost jsou kategorie i podkategorie zobrazeny v textu pomocí schémat.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 7 respondentek, které byly v době provádění výzkumu těhotné. Výběr žen probíhal na základě toho, že byly těhotné. Věkové rozmezí žen bylo od 23 do 42 let, přičemž průměrný věk je 29 let. Pro různorodost odpovědí byly záměrně vybrány ženy různého věku. Tři respondentky mají středoškolské vzdělání s maturitou a jedna respondentka vyšší odborné vzdělání. Další tři respondentky uvedly

vzdělání vysokoškolské. Ve výzkumném souboru nebyla žádná žena s pouze základním vzděláním. Pět ze sedmi respondentek bylo těhotných poprvé, zbývající dvě byly těhotné podruhé.

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Identifikační údaje respondentek (R1-R7)

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek.

Respondentka	Věk	Gravidita	Vzdělání	Bydliště
R1	23	II.	Středoškolské s maturitou	Město
R2	26	I.	Středoškolské s maturitou	Město
R3	42	II.	Vysokoškolské	Město
R4	23	I.	Středoškolské s maturitou	Město
R5	36	I.	Vyšší - Absolutorium	Vesnice
R6	29	I.	Vysokoškolské	Vesnice
R7	26	I.	Vysokoškolské	Vesnice

Zdroj: Vlastní

Nejmladší respondentce bylo 23 let, nejstarší respondentce 42 let.

Respondentce 1 je 23 let a žije ve městě, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, toto je její druhé těhotenství, první byl zamlklý potrat.

Respondentce 2 je 26 let a žije ve městě, jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedla středoškolské s maturitou a těhotná je poprvé.

Respondentce 3 je 42 let. Bydlí ve městě a má vysokoškolské vzdělání. Je těhotná podruhé.

Respondentce 4 je 23 let a těhotná je poprvé. Udává, že momentálně bydlí ve městě, ale plánuje se vrátit zpět na vesnici. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou.

Respondentce 5 je 36 let a těhotná je poprvé. Nyní žije na vesnici, ale dříve dlouho žila ve městě. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné.

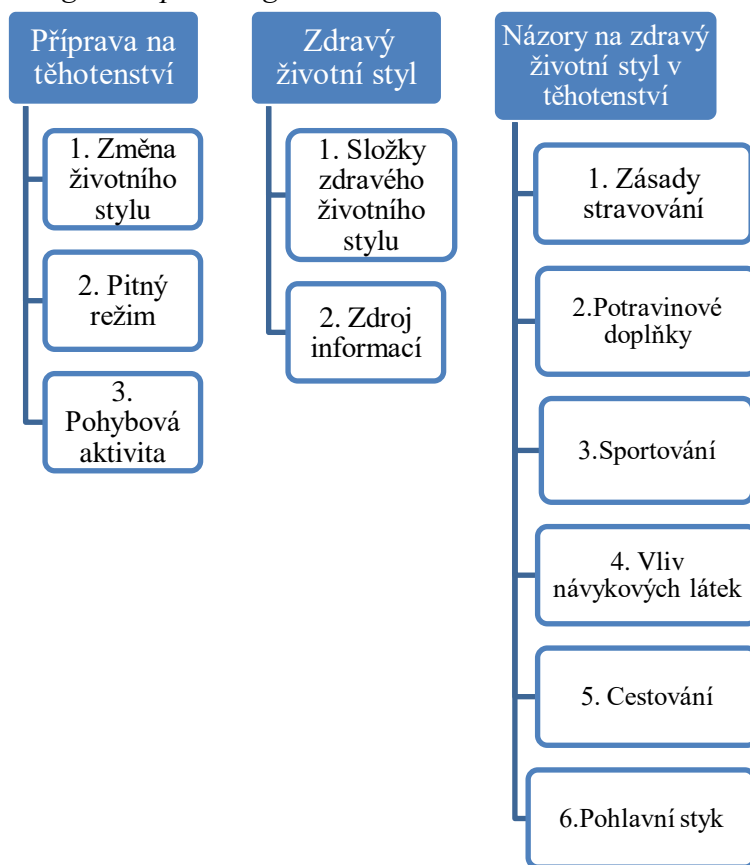
Respondentce 6 je 29 let a žije ve městě. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské – magisterské. Těhotná je podruhé.

Respondentce 7 je 26 let a bydlí na vesnici. Je těhotná poprvé a její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

#### 4.2 Kategorizace dat

Na základě odpovědí získaných při výzkumném šetření, byly stanoveny 3 hlavní kategorie (schéma 1. Kategorie a podkategorie). První kategorie Příprava na těhotenství má tři podkategorie – Změna životního stylu, Pitný režim, Pohybová aktivita. Druhá kategorie Zdravý životní styl má dvě podkategorie – Složky zdravého životního stylu, Zdroj informací. Třetí kategorie Názory na zdravý životní styl v těhotenství se skládá ze sedmi podkategorií – Zásady stravování, Potravinové doplňky, Sportování, Vliv návykových látek, Cestování, Pohlavní styk, Předporodní kurzy.

Schéma 1: Kategorie a podkategorie



Zdroj: Vlastní

## **Kategorie 1 Příprava na těhotenství**

Kategorie Příprava na těhotenství obsahuje tři následující podkategorie. Změna životního stylu, Pitný režim a Pohybová aktivita. Tyto jednotlivé podkategorie jsou zaměřeny na životní styl v prekoncepčním období. Dále jsou zaměřeny na to, jakým způsobem se na samotné těhotenství ženy připravovaly.

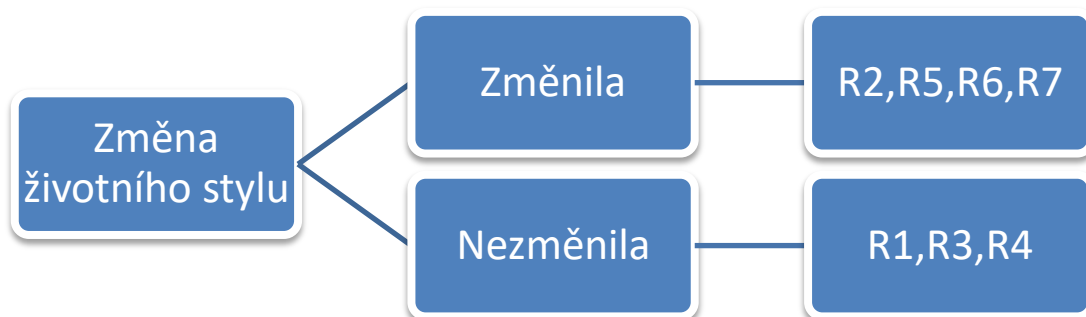
### ***Podkategorie 1 Změna životního stylu***

Tato podkategorie popisuje, zda ženy změnily před otěhotněním svůj životní styl. (schéma 2) Pokud svůj životní styl změnil, v jaké to bylo oblasti.

Čtyři ze sedmi respondentek (R2,R5,R6,R7) uvedly, že v rámci plánování těhotenství změnil svůj životní styl. Respondentka 7 dokonce odpověděla: „*Psychicky jsem se připravovala už nejméně rok dopředu, protože jsem se na samotné těhotenství velmi těšila, a tak jsme se přestěhovali na venkov a snažila jsem se tolik nestresovat*“. R5 také hovořila o psychické připravenosti na mateřství a uvedla: „*Myslím si, že ve dvaceti letech bych těhotenství po fyzické stránce zvládala lépe, ale co se týče psychicky, jsem ráda, že jsem počkala. Cítím, že teď je ten správný čas na mateřství.*“ Respondentky (R2,R5,R6,R7) také uvedly, že změnil své stravovací návyky, snažily se jíst více ovoce, zeleniny a zároveň zvýšily svou pohybovou aktivitu. Respondentka (R7) ještě dodala, že ve stravě eliminovala sladké pochutiny. Dvě respondentky (R2,R6) konzumovaly před otěhotněním potravinové doplňky. Kupříkladu R6 odpověděla: „*Začala jsem brát kyselinu listovou a vitamín E, protože podporuje činnost pohlavních orgánů.*“ Naopak respondentky (R1,R3,R4) na otázku, zda změnil životní styl již před otěhotněním, odpověděly, že nikoli. R3 a R4 uvedly, že tomu tak bylo z důvodu neplánovaného těhotenství. Respondentka 1 svůj životní styl nezměnila, protože dle ní nebylo co měnit. Doslova řekla: „*Již předtím jsem jedla zdravě, nekouřím, nepiji alkohol, pila jsem hodně vody, ovocné čaje a také jsem chodila jednou týdně na pilates.*“



Schéma 2 Podkategorie Změna životního stylu



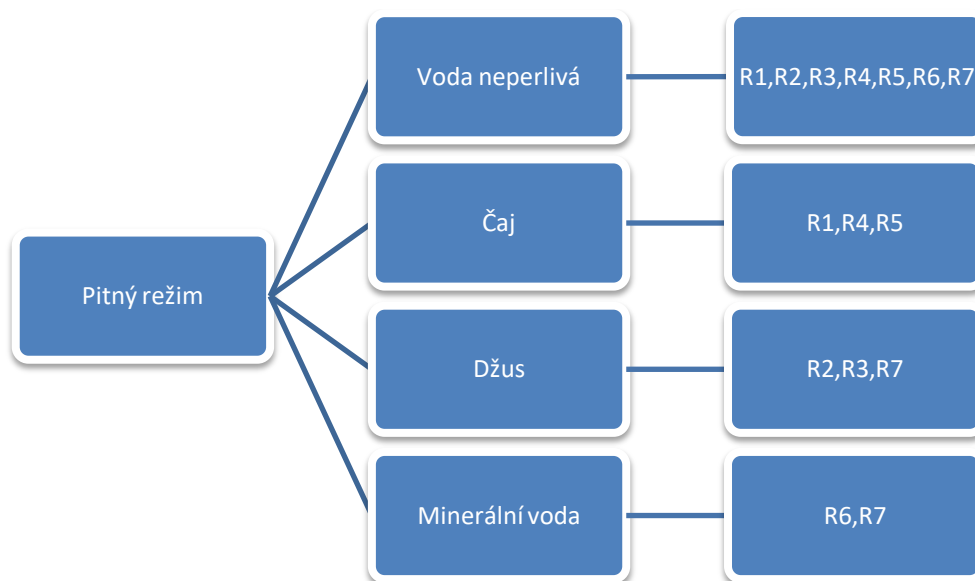
Zdroj: Vlastní

### **Podkategorie 2 Pitný režim**

Tato podkategorie popisuje pitný režim žen před otěhotněním. Zajímalo nás, jaké tekutiny nejčastěji pily a v jakém množství.

Všechny respondentky pily před otěhotněním nejčastěji neperlivou vodu. Tři respondentky (R1,R4,R5) pijí také čaje. Naopak respondentky (R2,R3,R7) dávají přednost ovocným džusům. Minerální vodu pijí pouze dvě respondentky (R6,R7). Co se týká množství vypitých tekutin za den, všechny respondentky se shodly na tom, že by měly obecně příjem tekutin zvýšit. Nejméně tekutin vypije R4, která uvedla, že před otěhotněním vypila 0,5 litru tekutin denně, svůj příjem tekutin zvýšila až po otěhotnění, kdy vypila až 1,5 litru tekutin denně. Doslovně odpověděla: „*Je to mnohem jednodušší než před otěhotněním, protože mám daleko větší potřebu pít, než jsem měla dříve.*“ Taktéž respondentky R5 a R3 vypijí maximálně 1,5 litru tekutin denně. Naopak respondentky (R1,R2,R6,R7) uvedly, že běžně vypijí až 2 litry tekutin denně.

### Schéma 3 Podkategorie Pitný režim



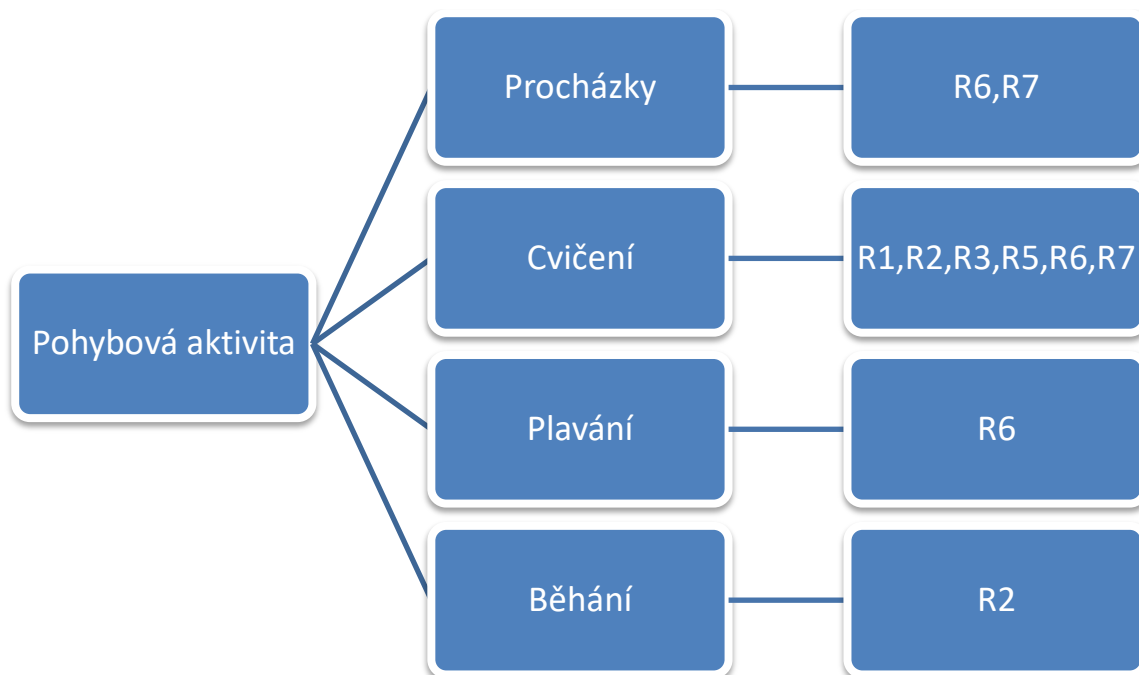
Zdroj: Vlastní

### Podkategorie 3 Pohybová aktivita

Tato podkategorie popisuje pohybové návyky žen před otěhotněním, tedy jaký druh pohybové aktivity ženy volily a jak často se dané aktivitě věnovaly.

Všechny respondentky (R2,R5,R6,R7), které před otěhotněním změnily svůj životní styl, také uvedly, že zvýšily pohybovou aktivitu. R6 odpověděla: „*Chodím na procházky a plavu, sama jsem také lektorka těhotenského cvičení.*“ Rovněž i respondentky (R2,R5,R7) chodily před otěhotněním na procházky nebo cvičení. R2 zmínila, že chodila také běhat. R3 cvičila jednou týdně hodinu jógu. R1 uvedla, že již dlouho dochází na hodiny pilates, a bylo tomu tak i při plánování těhotenství. R5 absolvovala kurz posílení pánevního dna, protože se domnívala, že to usnadní následné těhotenství i porod. R7 odpověděla: „*Chodila jsem pravidelně na dlouhé procházky a občas jsem si byla i zacvičit.*“ Pouze R4 nevyvíjela před otěhotněním žádnou fyzickou aktivitu.

Schéma 4 Podkategorie Pohybová aktivita



Zdroj: Vlastní

## Kategorie 2 Zdravý životní styl

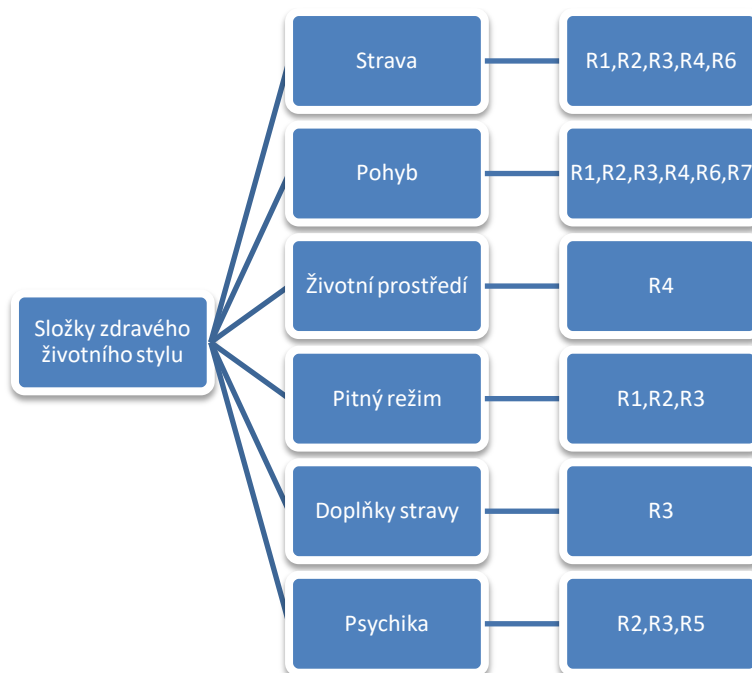
Další kategorie s názvem Zdravý životní styl popisuje, jaké složky respondentky řadí do zdravého životního stylu. Zároveň nás zajímalo, kde respondentky získávaly informace o zdravém životním stylu. Kategorie je dále rozdělená na dvě podkategorie - Složky zdravého životního stylu a Zdroj informací.

### Podkategorie 1 Složky zdravého životního stylu

Dle respondentek (R1,R2,R3,R4,R6) patří do zdravého životního stylu pravidelná strava složená z čerstvých a kvalitních potravin a z dostatku vitaminů přijímaných zejména v podobě ovoce a zeleniny. Dále respondentky jmenovaly aktivní pohyb a prostředí, ve kterém ženy žijí. R5 nevyjmenovala žádné konkrétní složky a vyjadřuje se takto: „Začala jsem žít intuitivně a plním tělu to, co si žádá. Začala jsem mu naslouchat, a to je podle mě zdravý životní styl. Člověk by se měl zastavit, zamyslet se a zjistit, co je pro něho v životě důležité.“ R1 je podobného názoru, zdravý životní styl pro ni znamená: „Chovat se tak, abych se ve svém těle cítila dobře, a proto naslouchám svému

tělu. *Vyvíjím fyzickou činnost a orientuji se v potravinách, které jím.*“ Respondentky (R2,R3,R5) zároveň zmínily psychickou pohodu jako součást životního stylu. Dále také respondentky (R1,R2,R3) uvedly dostatek tekutin. Respondentka 3 se domnívá, že do složek zdravého životního stylu patří také doplňky stravy.

*Schéma 5 Podkategorie Složky zdravého životního stylu*



*Zdroj: Vlastní*

### **Podkategorie 2 Zdroj informací**

Tato podkategorie popisuje, kde a jak ženy získávají informace o zdravém životním stylu v těhotenství. Odpovědi respondentek na tuto otázku nebyly příliš rozmanité, většina žen odpověděla, že informace hledaly nejčastěji pomocí internetu.

Respondentky (R1,R2,R3,R5,R6,R7) odpověděly, že informace získaly na internetových stránkách, webech, diskuzních fórech nebo sociálních sítích. R6 získala některé informace na předporodních kurzech. Stejně tak R7 odpovídá: „*Informace získávám na předporodních kurzech nebo na internetu.*“ Respondentky (R2,R3,R5) se nejvíce informací dozvěděly od kamarádek, známých nebo od ostatních maminek. Také R2 uvedla jako zdroj známé a kamarádky, které jsou taktéž těhotné. Nejrozdílnější byla odpověď R4: „*Vesměs si myslím, že žiji zdravým životním stylem, a proto si o tom nic*

*moc nehledám.*“ Z této kategorie vyplývá, že nejvíce informací ženy získávají přes internet. Bohužel tyto informace mnohdy nebývají pravdivé ani prospěšné.

*Schéma 6 Podkategorie Zdroj informací*



*Zdroj: Vlastní*

### **Kategorie 3 Názory na zdravý životní styl v těhotenství**

Tato kategorie popisuje názory žen na jednotlivé složky zdravého životního stylu. Kategorie je dále dělena do následujících podkategorií: Zásady stravování, Potravinové doplňky, Sportování, Vliv návykových látek, Cestování a Pohlavní styk.

#### ***Podkategorie 1 Zásady stravování***

Tato podkategorie popisuje, jaké jsou dle respondentek zásady správného stravování v těhotenství. Respondentky uváděly, jaké potraviny a tekutiny by těhotná žena měla konzumovat, a jakým by se měla naopak vyhnout.

Respondentky (R3,R5) se domnívají, že těhotná žena by měla dbát na dostatečný přísun ovoce a zeleniny. Co se týče pitného režimu, respondentky (R1,R2,R4,R7) se v odpovědích shodly, že pro těhotnou ženu je nejvhodnější voda. Džusy a čaje patří také mezi tekutiny, které jsou dle respondentek (R1,R2,R7) v těhotenství vhodné. Naopak respondentky (R1,R2,R3,R6) si myslí, že těhotná žena by neměla pít slazené nápoje. Přestože respondentka 6 si je vědoma nevhodnosti slazených nápojů

v těhotenství, zároveň odpověděla: „*V prvním trimestru jsem pila jen Coca-Colu a Birel, jinak jsem vše vyzvracela.*“

Dle všech respondentek (R1,R2,R3,R4,R5,R6,R7) také není vhodné, aby těhotná žena pila kávu. Respondentka 3 na toto téma odpověděla: „*Těhotná žena by neměla pít kávu, protože kamarádka má hyperaktivního syna, a doktorka jí řekla, že je to proto, že v těhotenství často pila kávu.*“ Respondentka 5 si také myslí, že pokud žena pije kávu často, měla by její pití omezit, zároveň si ale není vědoma žádného negativního účinku kávy na ženu ani na plod. R1 se domnívá, že jeden šálek kávy denně je v pořádku. Velká část respondentek (R1,R2,R4,R6,R7) zařadila mezi nevhodné tekutiny pro těhotné také alkohol. Respondentky (R3,R5) alkohol v těhotenství nezmínily. Respondentka 4 uvedla černý čaj jako nevhodný pro těhotné ženy.

Co se týče nevhodných potravin, respondentky (R2,R3,R6,R7) řadí mezi nevhodné potraviny smažené, sladké a tučné jídlo. Respondentky (R2,R6) také zmínily, že by těhotné ženy neměly konzumovat jídlo z rychlého občerstvení. R1 dále doporučila vyřadit nadýmavé potraviny. R4 se k tomuto tématu vyjadřuje takto: „*Pokud žena již před těhotenstvím jedla zdravě nebo se snažila o zdravý životní styl, tak není nutné si něco zakazovat. Měla by se hlavně dívat na to, co vyhovuje jí i miminku, a zároveň aby na konci těhotenství neměla problémy s váhou.*“ Pouze respondentky (R1,R2) se zmínily o nevhodnosti kouření a drog v těhotenství.

### ***Podkategorie 2 Potravinové doplňky***

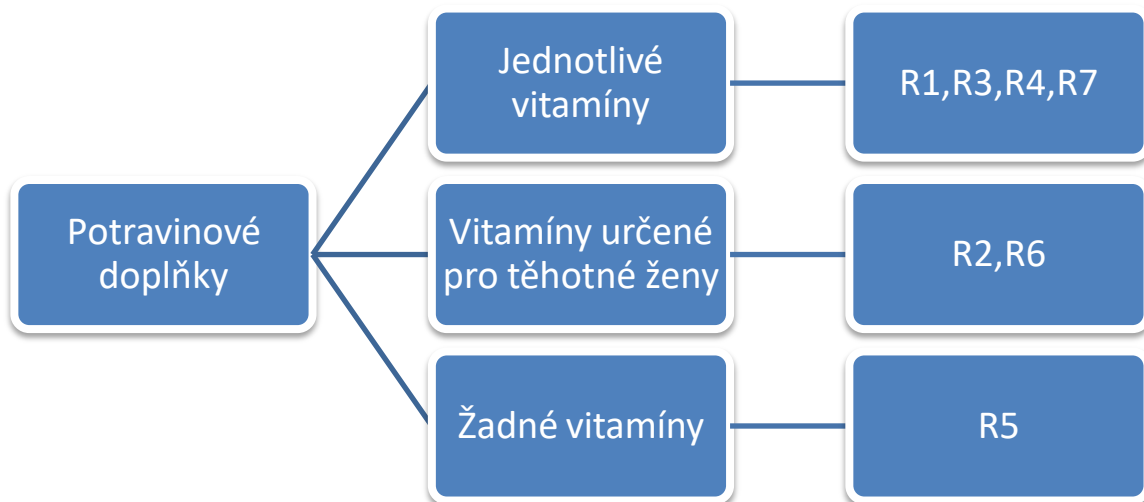
Tato podkategorie popisuje, zda respondentky užívají v těhotenství potravinové doplňky, a pokud ano, tak jaké a proč.

Respondentkám byla položena otázka, jaký mají názor na užívání potravinových doplňků v těhotenství. Například respondentky (R1,R3,R4,R7) sice užívaly v těhotenství jednotlivé doplňky stravy jako železo, kyselinu listovou nebo jód, avšak myslí si, že komplexní těhotenské vitamíny nejsou nutné. Například R1 uvedla: „*Myslím si, že je to reklamní tah na těhotné ženy. Zároveň si myslím, že jsou na trhu stejné doplňky stravy, akorát se nejmenují Šťastné miminko a nejsou tak drahé. Záleží na každé ženě, já to nevyužívám. Beru jen komplex železa, céčka a béčka.*“ R7 je podobného názoru a zmínila, že těhotenské vitamínové doplňky jsou předražené, ale zároveň chápe, že těhotné ženy se snaží udělat maximum pro zdraví svého miminka. R3 také souhlasí a myslí si, že doplňky stravy pro těhotné jsou pouze velkou komerční

bublinou. R4 uvedla, že pokud žena jí pestrou a vyváženou stravu, vitamíny nejsou potřebné. Sama užívala jen kyselinu listovou na začátku těhotenství.

Pouze respondentky (R2,R6) si zakoupily vitaminové doplňky určené pro těhotné ženy. R2 je toho názoru, že těhotná žena může udělat maximum pro své dítě tím, že bude suplementovat vitamíny pro těhotné. Tím také potvrzuje výše zmíněnou domněnku R7. R2 sice uvedla, že užívala těhotenské vitamíny, ale zároveň přiznala, že se po nich necítila dobře. Konkrétně řekla: „*Brala jsem Mamavit, ale bylo mi z toho zle a i ostatní maminky to říkaly, tak jsem ho přestala brát. Paní doktorka mi ale řekla, že něco bych brát měla, a tak jsem si koupila Chytré miminko.*“ R2 poté konstatovala, že při dalším těhotenství si už vitamíny pro těhotné nezakoupí a bude užívat jen kyselinu listovou. Respondentka totiž slyšela, že se ženám, které berou těhotenské vitamíny, rodí velké děti. S tím souhlasí také R5 a R7. R5 se k tomuto tématu vyjádřila: „*Říká se, že po vitamínech se rodí velké děti, a četla jsem i nějaké studie, kde psali, že velké děti se rodí ženám, které berou těhotenské vitamíny.*“

Schéma 7 Podkategorie Potravinové doplňky



Zdroj: Vlastní

### ***Podkategorie 3 Sportování***

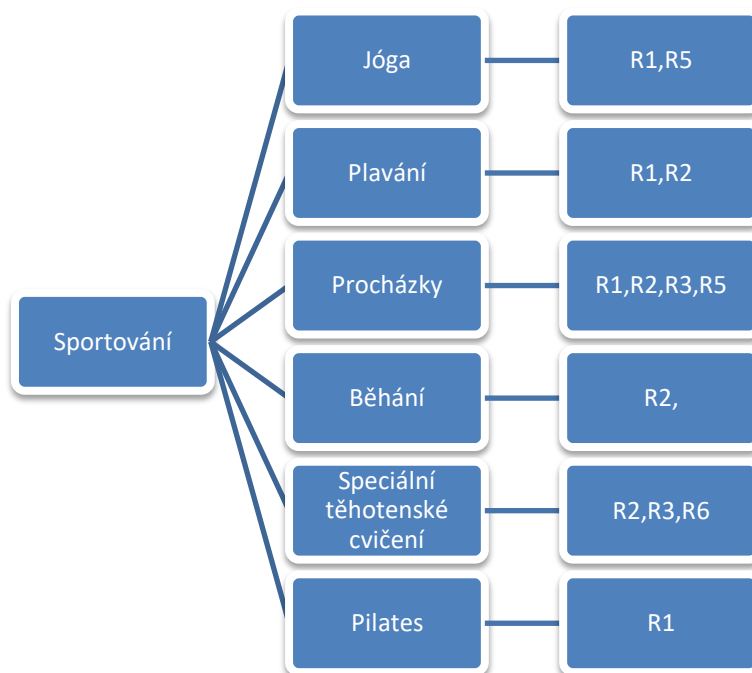
Tato podkategorie se zabývá názory těhotných žen na sportování v těhotenství. Zjišťuje, jaké sportovní aktivity respondentky považují za vhodné či nevhodné pro těhotné ženy. Ženám byla položena otázka, jaký mají názor na sportování v těhotenství.

Všechny respondentky (R1,R2,R3,R4,R5,R6,R7) uvedly názor, že sportování v těhotenství je vhodné a zdraví prospěšné. Dle respondentek (R1,R3,R4,R6,R7) je důležitým ukazatelem správného pohybu v těhotenství fakt, zda již před těhotenstvím žena sportovala. R1 zmínila: „*Ano, ale ne ve větší míře než před těhotenstvím. Já se také snažím udržovat stejnou fyzickou jako před těhotenstvím. Ale záleží, jak se kdo cítí. Podle mě ženy, které se před těhotenstvím nehýbaly, budou bolet záda a otékat nohy.*“ Kromě R7 uvedly všechny ostatní respondentky jógu jako vhodné cvičení v těhotenství. Respondentky (R1,R2) řadí také plavání mezi vhodný pohyb pro těhotné. R4 a R5 se domnívají, že vhodné jsou také tance. R5 dokonce uvádí, že orientální tance byly dříve brány jako porodní tance. Dále patří procházky mezi doporučenou aktivitu respondentek (R1,R2,R3,R5).

Sportování v těhotenství má však své hranice. R7 si je takových okolností vědoma a vyjádřila se takto: „*Určitě je to vhodné u žen, které jsou fyzicky v pořádku. Pokud jim ale gynekolog řekne, že jim hrozí nějaké riziko, určitě by ho měly poslechnout a neměly by cvičit ani se nijak fyzicky namáhat.*“ R6 ještě dodává, že těhotná žena může cvičit, pokud se jí nezkracuje čípek nebo netvrdne břicho. Respondentky dále hovořily o pohybových aktivitách, které jsou dle nich v těhotenství nevhodné. R4 si myslí, že by se těhotná žena měla vyhnout adrenalinovým sportům a aktivitám, kde je hodně otřesů. R6 se k tématu vyjadřuje následovně: „*Nevhodné je bruslení, lyžování a ostatní sporty, kde hrozí pád.*“ R3 má podobný názor a uvedla: „*Určitě není vhodné chodit běhat, jezdit na kole nebo na koni. Bála bych se, že spadnu na břicho a ublížím si.*“ R2 má na běhání v těhotenství odlišný názor a domnívá se, že běhání v těhotenství je v pořádku.



### Schéma 8 Podkategorie Sportování



Zdroj: Vlastní

#### Podkategorie 4 Vliv návykových látek

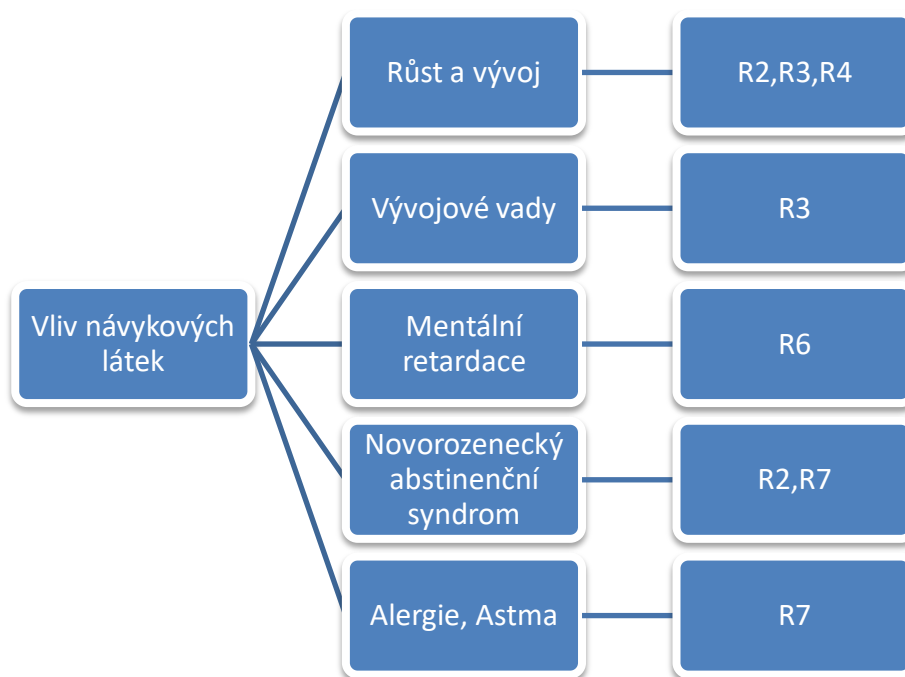
Podkategorie Vliv návykových látek představuje názory jednotlivých respondentek na užití návykových látek v graviditě. V této podkategorii byly názory velmi podobné.

Poté co byla respondentkám položena otázka, jaký má podle nich vliv užívání návykových látek na plod, se respondentky (R1,R2,R3,R4,R5,R7) jednoznačně shodly. Dle nich užívání návykových látek v těhotenství jednoznačně negativně ovlivňuje plod. Pouze respondentka R6 uvedla, že nedokáže toto téma posoudit, protože nepije alkohol a nekouří. Ale řekla: „*Domnívám se, že může vzniknout mentální retardace.*“ R7 a R2 uvedly, že pokud žena v těhotenství užívá návykové látky, po narození tyto látky novorozenci chybí. Laicky tak popsaly NAS, tedy novorozenecký abstinční syndrom. Respondentky (R2,R3,R4,R6) uvedly, že se novorozenci mohou narodit s menší porodní váhou a do budoucna mít problémy s růstem. Jako další problém těchto dětí uvedly respondentky (R3,R6,R7) možný vznik vrozených vývojových vad a mentálních retardací. R7 zmínila riziko astmatu a alergií v případě, že těhotná žena kouří. R5 uvedla, že zná několik maminek, kterým lékař nedoporučil přestat v těhotenství kouřit. Co se týče alkoholu, respondentky (R1,R4,R5,R6) zmínily, že pokud si dají občas

sklenku vína, miminku žádné výše zmíněné následky nehrozí. Avšak R1 uvedla, že časté popíjení alkoholu musí mít zajisté vliv na plod.

R4 k tomu sděluje: „Obecně si myslím, že návykové látky jsou škodlivé pro každého člověka, ať těhotného, či netěhotného. O to horší je to v těhotenství, kdy mají látky negativní vliv i na miminko. Myslím, že to ovlivňuje růst i pozdější vývoj. Co se týče alkoholu, pokud si dám deci vína za tři měsíce, nemyslím si, že by to poškodilo miminko.“

Schéma 9 Podkategorie Návykové látky v těhotenství



Zdroj: Vlastní

### Podkategorie 5 Cestování

Tato podkategorie popisuje, co si respondentky myslí o cestování v těhotenství, popřípadě jaké formy cestování jsou v těhotenství vhodné. Stejně jako v předchozí podkategorii se i zde odpovědi respondentek často opakovaly.

Respondentkám byla položena otázka, jaký mají názor na cestování v těhotenství. Čtyři ze sedmi respondentek (R4,R5,R6,R7) opověděly, že se necítí na cestování na dlouhé vzdálenosti, nebo dokonce do zahraničí. R6 upřesňuje odpověď: „Nevydávala bych se někam, kde si nejsem jistá předporodní i neonatologickou péčí.“ R7 je rovněž stejného názoru.

Několik respondentek (R1,R3,R4) uvedlo, že nevhodnější je cesta vlakem. R1 dodala, že ve vlaku se může na rozdíl od auta projít a protáhnout si nohy dle potřeby. Co se týče cestování letadlem, zde se názory respondentek liší. R3 uvádí, že by letadlem v těhotenství necestovala. R4 se domnívá, že záleží na doporučení od lékaře a dodává: „*V devátém měsíci je to asi velmi riskantní, protože se blíží porod a žena může začít rodit dřív.*“ R2 se domnívá, že už v osmém měsíci by těhotná žena letadlem letět neměla. R6 si myslí, že těhotná žena může letět letadlem pouze do druhého trimestru. R5 se vyjadřuje: „*Když je v těhotenství vše v pořádku, tak to asi nevádí, ale mě to v tomhle období nikam netáhne.*“

### ***Podkategorie 6 Pohlavní styk***

Tato podkategorie popisuje názory respondentek na pohlavní styk v těhotenství. Odpovědi respondentek byly oproti jiným otázkám, co se týče obsahu, kratší.

Dokonce se všechny respondentky shodly, že pokud je žena zdravotně v pořádku, není důvod vyhýbat se pohlavnímu styku. Respondentky (R1,R2,R5) se svěřily, že z počátku měly s pohlavním stykem problém z důvodu pocitu, že mohou ublížit miminku. Tytéž respondentky se se svými pocity svěřily lékaři a ten jim vše vysvětlil. R4 uvedla, že někteří muži mohou mít podobné pocity a bojí se, že miminku ublíží. R3 projevila obavy z možného vyvolání porodu a řekla, že slyšela, že sperma může vyvolat porod.

Dvě respondentky (R6,R7) také zmínily fyzickou změnu ženského těla a tím možný vliv na jejich přitažlivost. R6 řekla: „*Ke konci těhotenství to tělo vypadá také jinak.*“ R7 se zmínila: „*Momentálně se ve svém těle necítím přitažlivě, ale manžel to vidí jinak, takže v této oblasti zatím problém nemáme.*“

## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá životním stylem těhotných žen. Životní styl ženy v těhotenství byl a stále je velmi diskutovaným tématem. Zajímalo nás proto, jaké jsou názory těhotných žen na jednotlivé složky zdravého životního stylu a zároveň jaké jsou jejich znalosti o této problematice. Dále jsme se zaměřily na to, kde ženy získávaly potřebné informace.

Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy ve věku 23 až 42 let. Průměrný věk těhotné ženy z výzkumného souboru je 29 let. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (2017) se v roce 2015 narodilo matkám do 29 let 32 938 dětí. Český statistický úřad (2017) zároveň uvádí, že v roce 2016 byl průměrný věk žen prvorodiček 28 let. Avšak Trča (2009) zmiňuje, že nejvhodnější doba pro otěhotnění je mezi 20 a 25 rokem.

Respondentkám bylo na začátku rozhovoru nejprve položeno několik identifikačních otázek, dále následovaly otázky ohledně zdravého životního stylu v těhotenství.

Tato práce je také zaměřena na roli porodní asistentky v péči o těhotnou ženu. V tomto směru by měla porodní asistentka zastat především roli edukátorky, která ženu podrobně provede celým těhotenstvím a poskytne jí informace, které bude postupně po dobu těhotenství a při porodu potřebovat. Mezi kompetence porodní asistentky patří péče o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, zároveň také pečuje o novorozence a kojence (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014). Cílem porodní asistentky by měla být zvláště pak edukace těhotné ženy o zdravém životním stylu a tím podpora bezproblémového průběhu těhotenství a fyziologického růstu plodu (Bašková, 2015).

Zvoleným cílem bakalářské práce bylo proto zjistit, jak jsou ženy informované v oblasti zdravého životního stylu během těhotenství. Abychom mohly informovanost žen dostatečně posoudit, bylo nutné nejdříve zjistit, co si respondentky představují pod pojmem zdravý životní styl. Čevela a Čeledová (2010) uvádí, že na tuto otázku lidé odpovídají různě, pro někoho je životní styl to, zda žije na vesnici či ve městě, pro jiného to, jak se stravuje nebo obléká, a pro dalšího člověka může být životní styl forma práce či trávení volného času. Dle Vackové (2015) je zdravý životní styl pro člověka určitou formou odpovědnosti za své tělo a tím i za rozhodnutí, které pro své tělo činí pro dnešní i pro budoucí dny. Pro zdravý životní styl je třeba rovnováha těla ve třech rovinách, duševní, tělesné a emocionální (Vacková, 2015). Dle Markové et al.(2006)

tento výrok potvrzuje i definice Světové zdravotnické organizace již z roku 1948, která říká, že zdraví je stav úplné fyzické, psychické i sociální pohody, nejen za nepřítomnosti nemoci.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že respondentky vnímají životní styl jako volitelný způsob života, který ovlivňuje jejich zdraví. R1, R3 a R5 ve svých odpovědích kladly důraz především na rovnováhu těla a mysli. R2 si naopak pod životním stylem představuje toto: „*Pravidelná strava, vypít alespoň 2 litry denně, chodit ven na procházky a na vzduch, neseďt jen doma, ale mít nějaké koníčky*“. Zajímavá byla také odpověď R1, která řekla: „*Znamená pro mě chovat se tak, abych se ve svém těle cítila dobře, a také se snažit vyvíjet fyzickou činnost, orientovat se v potravinách, které jsou škodlivé, a které ne, a naslouchat svému tělu*“. Podobného názoru byla také R4, která uvedla: „*Představuju si to tak, že je správné, aby můj příjem jídla byl vyvážený a v rovnováze spolu s pohybem a aby potraviny, které konzumuji, byly kvalitní a čerstvé*“. Názory respondentek jsou shodné také s Vackovou (2015), která se o zdravém životním stylu vyjadřuje jako o chování každého člověka, který ovlivňuje své zdraví díky jednotlivým rozhodnutím.

Jako součást otázky, co si ženy představují pod pojmem zdravý životní styl, jim byla položena doplňující otázka. Respondentek jsme se ptaly na to, jaké složky dle nich patří do zdravého životního stylu. Müllerová (2014) uvádí, že tam patří zdravá strava, pravidelná pohybová aktivita, abstinence kouření a alkoholu. Ostatně tyto zmíněné složky uváděly taktéž respondentky v našem výzkumném šetření. Mezi odpověďmi respondentek nejčastěji dominovaly pojmy, jako je strava a pohybová aktivita. Například R7 řekla: „*Patří tam určitě zdravá strava a pohybová aktivita, nezatěžovat zbytečně své tělo a snažit se co nejvíce jíst lehké, stravitelné a lokální potraviny*“.

Také všech sedm respondentek uvedlo pohyb jako nezbytnou součást životního stylu. Důležitost vhodné stravy zmínilo šest respondentek.

Dle mého názoru je to tím, že dnešní doba je velmi orientovaná na zdravý životní styl, a proto není divu, že pojmy strava a pohyb jsou v povědomí většiny respondentek. Média, časopisy, knihy, ale i další zdroje radí, jak se stravovat, jaké tekutiny pít, jak často se hýbat a jakou aktivitu zvolit. V současné době se nabízí nespočetné množství stravovacích směrů, jako je raw strava, paleo strava, nízkosacharidová dieta, detoxikační čaje nebo zázračné super zdravé, metabolismus urychlující potraviny.

Podobně je tomu i v oblasti pohybových aktivit. Centra pro těhotné ženy, ale i fitness centra se předhánějí s nabídkou cvičení. Díky tomu mohou těhotné ženy docházet na těhotenskou jógu, léčebnou tělesnou výchovu, plavání pro těhotné nebo cvičení pro těhotné. Čermáková (2017) uvádí, že cvičení v těhotenství je důležité pro zlepšení fyzické i psychické kondice, nácviku správného dýchání i relaxačních technik a tím pádem nedílnou součástí přípravy na porod.

Všechny respondentky věří, že pohyb v těhotenství je dobrý jak pro jejich zdraví, tak pro zdraví plodu. Odpovědi respondentek se často opakovaly, například R4 pohyb v těhotenství shrnula takto: *„Myslím si, že těhotenství není nemoc, ale určitě není dobré začít jen proto, aby těhotná sportovala. Takže ano, ale sport, který již žena prováděla před těhotenstvím. Je vhodné vše, co má přívlastek těhotenská, například těhotenské cvičení, jóga a tance. A pokud žena sport vykonává s rozumem, tak žádný není nebezpečný. Vyjma adrenalinových sportů nebo sportů, kde je hodně otřesů“*. S tímto tvrzením souhlasí Stackeová (2013), která uvádí, že není vhodné, aby žena po otěhotnění začínala s aktivitou, na kterou nebyla před otěhotněním zvyklá. Tento názor má také drtivá většina respondentek, konkrétně respondentky (R1,R2,R3,R4,R6,R7).

Janson (2010) mluví o fyzické aktivitě nejen z důvodu udržení dobré fyzické kondice, ale také z důvodu snížení míry stresu. Například Machová et al., (2016) uvádí, že při pohybové aktivitě se zlepšuje fyzické zdraví a zároveň dochází v mozku k vyplavení nervového přenašeče, zvaného dopamin, jehož schopností je navození dobré nálady, pocitu štěstí a radosti. Ayers a Visser (2015) také zmiňují, že duševní nepohoda a stres v těhotenství můžou mít za následek nízkou porodní váhu novorozence, nebo dokonce předčasný porod. Rovněž studie provedena v Dánsku poukazuje na souvislost mezi psychickým stresem v těhotenství a zvýšeným rizikem předčasného porodu (Wisborg et al., 2008). Proto by se zvláště těhotné ženy měly věnovat vhodné pohybové aktivitě, aby tyto pocity podpořily a zabránily tak vzniku stresu. Rovněž respondentka 3 uvedla, že má vždy po procházce dobrou náladu. Autorka Kraska-Lüdecke (2007) doporučuje bojovat proti stresu formou relaxačních technik a zmiňuje například jógu, dechová cvičení, muzikoterapii, aromaterapii, barevné malování atd. Myslím, že v tomto ohledu by se daly také využít antistresové omalovánky pro dospělé. Jiným pomocníkem proti stresu je podle Huber (2009) meditace a relaxační techniky. Dle odpovědí respondentek, ale i názoru autorů můžeme tedy soudit, že velký důraz je kladen právě na stravu a pohybovou aktivitu.

Co se týče vhodně zvolené aktivity v těhotenství, Gregora a Velemínský ml. (2017) doporučují chůzi a plavání. Respondentky (R1,R2,R3,R5) s tímto doporučením souhlasí, jelikož jako vhodný druh pohybové aktivity v těhotenství uváděly nejčastěji procházky. Respondentky (R1,R2) se domnívají, že prospěšné je také plavání. Respondentky (R2,R3,R6) si také myslí, že vhodná jsou ta cvičení, která jsou věnovaná konkrétně těhotným ženám. Hudáková a Kopáčiková (2017) uvádí, že tato cvičení jsou v dnešní době nabízena v mnoha institucích.

Výzkumným šetřením jsme se snažily zjistit, jak se změnila stravovací návyky žen v těhotenství. Pařízek (2015) ve své knize zmiňuje vhodnost posouzení a případné změny životního stylu již před otěhotněním. Změna životního stylu, a tedy i stravovacích návyků, je dle Gregory a Velemínské ml. (2013) zajisté součástí termínu pozitivní plánování rodičovství. Respondentky (R2,R5,R6,R7) názor autorů potvrdily, jelikož uvedly, že svůj životní styl změnila již v době plánování těhotenství. Respondentky (R1,R3,R4) svůj životní styl před otěhotněním nezměnily. R3 a R4 jako důvod uvedly to, že těhotenství neplánovaly. Vzhledem k této informaci nelze s přesností určit, zda by tyto respondentky při plánovaném těhotenství vědomě změnila svůj životní styl. Avšak dle odpovědí (R2,R5,R6,R7) lze předpokládat, že by se na životní styl více zaměřily. Pouze respondentka R1 odpověděla, že nemusela nijak měnit životní styl, protože dle ní byl její životní styl adekvátní. Z odpovědí všech respondentek vyplývá, že vědí, jak důležitý je jejich životní styl před otěhotněním i v samotném těhotenství.

Výzkumné šetření dále zjišťovalo, jakým způsobem ženy získávají informace o zdravém životním stylu. V dnešní době má téměř každá žena přístup k celé škále informací, je proto důležité zvolit vhodný validní pramen. Porodní asistentka je jedním z nich.

Součástí péče porodní asistentky v prenatalních poradnách by měla být edukace těhotných žen ohledně zdravého životního stylu. Což zahrnuje poradenství ohledně stravy, pohybové aktivity, oblékání, ale také pohlavního styku či užívání návykových látek. Dále těhotnou ženu připravuje na porod a péči o své tělo před i po něm.

V kompetencích porodní asistentky je také péče o novorozence a kojence (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014). To znamená, že porodní asistentka ženu předběžně seznámí s nadcházející péčí o dítě a zároveň ji doporučí, co je vhodné pro novorozence zpočátku obstarat. Porodní asistentka se snaží zlepšit/změnit nejen

návyky těhotné ženy, ale zároveň i její rodiny, která ženu přímo ovlivňuje. Tímto způsobem porodní asistentka snižuje, popřípadě eliminuje rizikové faktory, které by mohly ovlivnit zdraví jak těhotné ženy, tak její plod (Bašková, 2015). Pomocí této péče může porodní asistentka včas objevit možná rizika a nepravidelnosti.

Proto nás velice překvapily výsledky výzkumného šetření, ze kterých vyplynulo, že pouze respondentky (R6 a R7) získaly některé informace od porodních asistentek. Avšak respondentky odpověděly, že informace získaly v rámci předporodních kurzů. Z výzkumného šetření tudíž vyplývá fakt, že žádnou z našich dotazovaných respondentek needukovala o zdravém životním stylu porodní asistentka v rámci péče v prenatální poradně.

Drtivá většina respondentek odpověděla, že všechny potřebné informace hledaly pomocí internetu. Domnívám se, že to je z důvodu rychlé a snadné dostupnosti těchto informací, ačkoli se dá debatovat o pravdivosti takových informací.

Ostatní respondentky získaly informace od kamarádek a známých. R2 odpověděla: *„Hodně informací mám od známých, protože spousta v mém okolí je v očekávání, tak si radíme navzájem a zbytek si najdu pomocí internetu“*.

Domnívám se, že porodní asistentky by se měly více zaměřit na podávání informací ženám v rámci prenatální péče. Na druhou stranu by se ženy měly z vlastní iniciativy porodních asistentek tázat na věci, na které chtějí znát odpověď.



## 6 Závěr

Životní styl je součástí života každého z nás. Skládá se z několika složek, které lze svým rozhodováním ovlivnit a zároveň přímo působí na naše zdraví. V těhotenství platí toto pravidlo dvojnásob. Porodní asistentka ženy edukuje o správném životním stylu a provází je tak celým těhotenstvím.

Tématem bakalářské práce byl životní styl ženy v těhotenství. Teoretická část obsahuje kapitoly, ve kterých je detailně popsáno, jaký životní styl by měly těhotné ženy dodržovat.

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s těhotnými ženami ve věku 23 až 42 let. Výzkumné šetření probíhalo na přelomu měsíce března a dubna roku 2018.

Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen jeden hlavní cíl - zjistit informovanost těhotných žen v oblasti zdravého životního stylu v těhotenství. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývala tím, jak se změnily stravovací návyky žen v těhotenství. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem ženy získávají informace o správném životním stylu. Obě tyto otázky byly díky rozhovorům s respondentkami zodpovězeny.

Z výsledků výzkumu jasně vyplývá, že respondentky, které své těhotenství plánovaly, rovněž přizpůsobily svůj životní styl zdravým zásadám a již před otěhotněním se správně stravovaly. Naopak dvě respondentky, které své těhotenství neplánovaly, svůj životní styl před otěhotněním nezměnily. Pouze jedna respondentka se domnívala, že její dosavadní životní styl byl po všech stránkách v pořádku, nemusela proto v období plánování nic měnit.

Z výzkumu rovněž vyplývá, že respondentky se vhodné stravovací návyky snaží udržet i po celou dobu těhotenství. Přesto jedna respondentka odpověděla, že i když věděla o nevhodnosti některých nápojů, pila je, protože jí napomáhaly při těhotenské nevolnosti.

Respondentky si zároveň uvědomují i další důležité složky zdravého životního stylu, jako je dodržování pitného režimu, užívání doplňků stravy, vhodně zvolená pohybová aktivita a v neposlední řadě jsou významné i zdravé životní podmínky a péče o duševní pohodu.

Z výsledků výzkumného šetření bylo také zjištěno, jakým způsobem ženy získávají informace ohledně zdravého životního stylu v těhotenství. Vzhledem k tomu, že je

v dnešní době snadno přístupný internet, dalo se předpokládat, že velká část žen hledá informace právě tam. To potvrdily i respondentky, neboť šest z nich odpovědělo, že si informace nacházejí v největší míře právě na diskuzních fórech, webech, sociálních sítích a jiných internetových stránkách. Tři z těchto respondentek získávaly informace také od kamarádek či známých a pouze dvě respondentky uvedly jako částečný zdroj informací předporodní kurz. Žádná z respondentek neuvedla, že by nějaké informace získala od porodní asistentky v prenatální poradně.

Výsledky získané pomocí výzkumného šetření mohou sloužit porodním asistentkám jako pomocný materiál, díky kterému mohou edukovat těhotné ženy. Výstupem bakalářské práce je informační leták, který je k bakalářské práci přiložen.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ANDERSEN, S. W., 2014. *Najděte své ideální zdraví*. Brno: cPress. 216 s. ISBN 978-80-264-0486-6.
2. ANTOANDERLOVÁ, K., 2017. Vliv výživy během těhotenství na vývoj plodu. *Zdravotnické noviny*. 66(14), 13. ISSN 2533-3968.
3. AŠENBRENEROVÁ, A. et al., 2012. *Velká kniha o mateřství*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. 368 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
4. AURIAULT, F. et al. 2016. Pregnant women in vehicles: Driving habits, position and risk of injury. *Accident analysis and prevention*. 89(4), 57-61, doi: 10.1016/j.aap.2016.01.003.
5. AWOBODE, H., OLUBI, I., 2014. Prevalence of Toxoplasma gondii and HIV infection among pregnant women in Ibadan North Local Government, Oyo State. *Afr J Med Med Sci*. 43(10), 39-45. ISSN 0309-3913.
6. AYERS, S., VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
7. BÄREBRING, L. et al., 2017. Sociodemographic factors associated with dietary supplement use in early pregnancy in a Swedish cohort. *Br J Nutr*. 119(1), 90-95, doi: 10.1017/S0007114517003270.
8. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
9. BAZADADEH, R. et al., 2013. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *Int J Gynaecol Obstet*. 120(1), 82-4, doi: 10.1016/j.ijgo.2012.07.021.
10. BINDER, T. et al., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-2854-7.
11. BORRELLI, S., 2014. What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*. 30(1), 3-10. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.019.
12. BULLOCK, L., 2016. *Water exercise for pregnant women* [online]. AWHONN [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: [1url.cz/HtSDj](http://1url.cz/HtSDj)
13. CAREY, E., 2017. What Exercises Are Safe in the First Trimester? [online]. Healthline [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: [1url.cz/ItS4O](http://1url.cz/ItS4O)

14. CZYŽOVÁ, I., 2012. *Kostýmy pro orientální tance*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4350-9.
15. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.
16. Český statistický úřad. 2016. *Spotřeba cigaret na 1 obyvatele v České republice v letech 1989-2015*. [online]. ČSÚ [2017-11-5] Dostupné z: [1url.cz/ltSnv](http://1url.cz/ltSnv)
17. Český statistický úřad. 2017. *Aktuální populační vývoj v kostce*. [online]. ČSÚ [2018-04-21] Dostupné z: [1url.cz/Et8Rb](http://1url.cz/Et8Rb)
18. DAHLY, D., 2017. Associations between maternal lifestyle factors and neonatal body composition in the Screening for Pregnancy Endpoints (Cork) cohort study. *Int J epidemiol.* 47(1), 131-145. doi: 10.1093/ije/dyx221.
19. DALLA-CAMINA, M., 2013. *Jak získat doopravdy to, co chceme*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4783-5.
20. DISMANN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
21. FOŘT, P., MACH, I., 2017. *Nevíte, co jíte*. Brno: BizBooks. 264 s. ISBN 978-80-265-0274-6.
22. FREEMAN, M., P. et al., 2017. Gestational Weight Gain and Pre-pregnancy Body Mass Index Associated With Second-Generation Antipsychotic Drug Use During Pregnancy. *Psychosomatics.* 3182 (17), 30192-5. doi: 10.1016/j.psych.2017.09.002.
23. GAUDNÍKOVÁ, G., 2015. *Běhání pro ženy*. Brno: Cpress. 160 s. ISBN 978-80-264-0851-2.
24. GHOSH, M., © 2017. *How To Ease Frequent Urination During Pregnancy* [online]. Mom Junction [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: [1url.cz/MtSUd](http://1url.cz/MtSUd)
25. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. ml., 2013. *Čekáme dítě*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
26. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. ml., 2013. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
27. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. ml., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.
28. GROßHAUSER, M. 2015. *Sportovní výživa pro vegetariány a vegany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5527-4.

29. GULATI, S., © 2015. *What Are The Right Clothes To Wear During Pregnancy?* [online]. Mom Junction [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: [1url.cz/WtSUy](http://1url.cz/WtSUy)
30. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3.vyd. Praha: Grada. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
31. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vyd. Brno: Cpress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
32. HARTWIG, D., HARTWIGOVÁ, M., 2014. *Jídlo na prvním místě*. Brno: Jan Melvil Publishing. 336 s. ISBN 978-80-872-7067-7.
33. HASLINGER, C. et al., 2017. Effect of maternal smoking on stress physiology in healthy neonates. *J perinatol.* 38(2), 132-136. doi: 10.1038/jp.2017.172.
34. HOLUB, J. T., 2017. *Jak léčit děti homeopatií*. Brno: Cpress. 152 s. ISBN 978-80-2640-761-4.
35. HORÁK, L. et al, 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3595-5.
36. HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a Pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
37. HRONEK, M., BAREŠOVÁ, H. 2012. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi. 151 s. ISBN 978-80-87250-20-4.
38. HUBER, J. et al., 2009. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2486-7.
39. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M. 2017. *Příprava na porod*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
40. IDZIKOWSKI, CH., 2013. *Sound A sleep: The Expert Guide to Sleeping Well*. London: Watking publishing limited. 208 s. ISBN 978-17-80-2861-67.
41. JANSON, S., 2010. *Jak nebýt perfektní, ale úspěšný*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3540-5.
42. JONES, CA., CHAN, C. Bon voyage: an update on safe travel in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 36(12), 1101-6. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30389-3.
43. JOSEF, M. et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. Praha: Grada. 777 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
44. KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

45. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
46. KARTYSHEVA, Sl. et al., 2015. Self – assesment of health status and lifestyle among students of pedagogical university. *Gigiena i sanitaria*. 94(9), 18-20.
47. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
48. KEJKLÍČKOVÁ, J., 2016. *Vady řeči u dětí*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
49. KLEINER, S., 2015. *Fitness výživa*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-5289-1.
50. KRÁLÍKOVÁ, E., 2014. Komentář ke článku Wihelmová et al., Odvykání kouření u těhotných. In: *Praktická gynekologie*. 18(2), s. 140-141. ISSN 1211–6645.
51. KRASKA-LUDECKE, K., 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.
52. KUBÍK, J., 2012. *Sexualita není tabu*. Brumovice: Carpe Diem. 328 s. ISBN 978-80-87631-78-2.
53. KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
54. KÜNDIG, B., 2016. *Těhotenská jóga*. Olomouc: Fontána. 105 s. ISBN 978-80-7336-840-1.
55. KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. 2. vyd. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.
56. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
57. LAM, W. et al., 2016. Seatbelt use by pregnant women: a survey of knowledge and practice in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 22(5), 420-7. doi: 10.12809/hkmj164853.
58. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
59. MACHOVÁ, J. et al., 2016. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

60. MALEK, P. et al., 2017. Understanding motivations for dietary supplementation during pregnancy. *Midwifery*. 57(2), 59-68. doi: 10.1016/j.midw.2017.11.004.
61. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
62. MARKOVÁ, L. © 2014. *Cvičení v šestinedělí* [online]. Kamenice: Mother-Care-Centrum spol. s.r.o. [cit. 2017-29-12]. Dostupné z: [1url.cz/etOzk](http://1url.cz/etOzk)
63. MARKOVÁ, T., 2013. Tanec v těhotenství. In: GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Čekáme děťátko*. 2. vyd. Praha: Grada. s. 58-9. ISBN 978-80-247-3781-2.
64. MEI, J. et al., 2016. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*. 43(2), 144-50. doi: 10.1111/birt.12226.
65. MICHAELS, J., 2017. *Hurá, miminko!* Olomouc: Anag. 448 s. ISBN 978-80-7554-054-3.
66. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2018-29-3]. Dostupné z: [1url.cz/Rt3ee](http://1url.cz/Rt3ee)
67. MONPERI © 2016. *Kdy začít pít čaj z maliníku v těhotenství?* [online]. Monperi [cit. 2017-11-19]. Dostupné z: [1url.cz/Pt0JM](http://1url.cz/Pt0JM)
68. MULEROVÁ, D., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
69. NAKIĆ, R. et al. 2015. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *Journal of sex and marital therapy*. 41(3), 282-93. doi:10.1080/0092623X.2014.889054.
70. NELLI, M. et al., 2017. Alcohol addiction-the safety of available approved treatment options. *Expert Opin Drug Saf*. 17(2), 169-177. doi: 10.1080/14740338.2018.1404025.
71. NOVOTNÁ, B. NOVÁK, J., 2012. *Alergie a astma: v těhotenství, prevence v dětství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-8283-6.
72. PANTLEY, E., 2012. *Klidné spaní a ukládání*. Brno: cPress. 208 s. ISBN 978-80-264-0107-0.
73. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vyd. Praha: Galén. 524 s. ISBN 978-80-7492-214-5.

74. PASTUCHA, D., 2014. *Tělovýchovné lékařství*. Praha: Grada. 290 s. ISBN 978-80-247-4837-5.
75. PERRY, B., 2017. *Fitness pro ajičky*. Brno: cPress. 304 s. ISBN 978-80-251-4016-1.
76. PETERKOVÁ, K., 2017. *Vliv pohybu na lidský organismus* [online]. Brno: Viviente [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: [1url.cz/ftS44](http://1url.cz/ftS44)
77. PINTOVÁ, K., KRAMEROVÁ, R., 2015. *Těhotná a fit*. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-3347-3.
78. PORODNICE, © 2014. *Kouření a těhotenství* [online]. Kamenice: Mother-Care-Centrum spol. s.r.o. [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: [1url.cz/UtSdi](http://1url.cz/UtSdi)
79. QUIN, E. et al., 2015. *Safe dance practise*. USA: Sheridan books. 304 s. ISBN 978-1-4504-9645-2.
80. ROKYTA, R. 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada. 721 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
81. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
82. SABERSKY, A., 2009. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2740-0.
83. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
84. SEDLÁŘOVÁ, P., et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
85. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
86. SEIDL, Z., VANĚČKOVÁ, M. 2014. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada. 532 s. ISBN 978-80-247-4546-6.
87. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.
88. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-802-7102-143.
89. STACKEOVÁ, D., 2013. *Fitnes manuál pro ženy*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4437-7.



90. STRNADELOVÁ, V., ZERZÁN, J., 2013. *Radost ze zdravých dětí: preventivní i léčebná strava pro celou rodinu*. 3. vyd. Olomouc: ANAG, ISBN 978-807-2638-352.
91. STŘEDA, L., 2009. *Univerzita hubnutí*. Euroinstitut. 251 s. ISBN 978-80-87372-01-2.
92. SUCHÝ, J., NÁHLOVSKÝ, P., 2012. *Životní koučování a sebekoučování*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 9788024778990.
93. SUPER ŽIVOTNÍ STYL, © 2015. *Co je to zdravý životní styl?* [online]. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: [lurl.cz/2tS6F](http://lurl.cz/2tS6F)
94. ŠEVELA, K. et al., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v interní medicíně*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
95. ŠTEMBERA, Z. et al., 2014. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum. 660 s. 978-80-246-2168-5.
96. ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ K., 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
97. TAUBEROVÁ, M., 2014. *Narození dítěte v lidovém prostředí a rituální vliv obřadní textilie – koutní plachty*. Praha: Národní muzeum. 174 s. ISBN 978-80-7036-426-0.
98. TOŠNER, J., 2014. Celková životospráva a pracovní zařazení ženy v těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3.vyd. Praha: Grada. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
99. TRČA, S., 2009. *Plánované rodičovství – Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978-80-247-2794-3.
100. TVRZNÍK, A., GERYCH, D., 2014. *Velká kniha běhání*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4872-6.
101. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKA ČR, 2017. *Rodička a novorozenec*. Praha: ÚZIS. 126 s. ISBN 978-80-7472-160-1.
102. VACKOVÁ, K., 2015. *Co je to zdravý životní styl?* [online]. Vitalia [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: [lurl.cz/KtsFK](http://lurl.cz/KtsFK)
103. VÁŇOVÁ, H., 2016. *Praktická homeopatie: Využití dvanácti biochemických solí*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0109-2.
104. VAVŘINKOVÁ, B., 2016. Bojíme se drogově závislých těhotných žen? *Moderní gynekologie a porodnictví*. 24(1), 44-6. ISSN 1211-1058.

105. VAVŘINKOVÁ, B., HRDLIČKOVÁ, M. 2015. Drogově závislé matky a jejich děti. In: TAKÁCS, L. et al., *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada, s. 105-116. ISBN 978-80-247-5127-6.
106. VELEMÍNSKÝ, M. st., VELEMÍNSKÝ, M. ml. 2017. *Dítě od početí do puberty*. Praha: Triton. 443 s. ISBN 978-80-7553-148-3.
107. VYCHODILOVÁ, R. et al., 2015. *Rollfit aneb rolujeme a cvičíme s pěnovými válci*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5673-8.
108. WENZEL, M., 2014. *Léčivé rostliny: nejlepší využití pro zdraví celé rodiny*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4751-559.
109. WILHELMOVÁ, R., HRUBÁ, D., 2014. Odvykání kouření v těhotenství. *Praktická gynekologie*. 18(2), 134-9. ISSN 1211-6645.
110. WISBORG, K. et al., 2008. Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study. *International journal of obstetrics and gynaecology*. 115(7), 882-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01734.x.
111. Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), 2000. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 23, s. 1154-59. ISSN 1211-1244.

## **8 Přílohy**

Seznam příloh: Příloha 1 Tabulka obsahu vlákniny v potravinách

Příloha 2 Otázky k rozhovoru

Příloha 3 Ukázka kódování

Příloha 4 Seznam tabulek a schémat

### Příloha 1 Tabulka obsahu vlákniny v potravinách

Potravina	Vláknina(g/100g)
Sója	18
Fazole	15
Křehký chléb	16-19
Sušené fiky	12
Celozrnné pečivo	8-10
Ovesné vločky	7
Rybíz	6
Hrášek	5
Maliny	5
Rýže Natural	4
Pšeničná mouka	4
Cornflakes	4
Fazolky, kapusta	3
Bílý chléb	3
Brokolice	3
Mrkev	3
Zelí	3
Banány	3
Květák	2
Jablka	2
Pomeranče	2
Brambory	2
Rajčata	1,5
Sušenky	1-2
Okurka	1
Bílá rýže	1
Hamburger	0,5

Zdroj: KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. 2. vyd. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.

## **Příloha 2 Otázky rozhovoru s respondentkami**

Zdroj: Vlastní

### 1. ODDÍL: IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY

2. Kolik Vám je let?
3. Po kolikáté jste těhotná?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Kde bydlíte?

### 2. ODDÍL: OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE ŽIVOTNÍHO STYLU V TĚHOTENSTVÍ

1. Jak jste se na těhotenství připravovala?
2. Co si představíte pod pojmem zdravý životní styl a jaké složky podle vás patří do životního stylu?
3. Jaké zásady stravování by měla podle vás těhotná žena dodržovat?
4. Jak vás podporuje rodina ohledně zdravého životního stylu?
5. Jaký máte názor na užívání potravinových doplňků v těhotenství?
6. Jaký máte názor na sportování v těhotenství?
7. Jaký má podle vás vliv užívání návykových látek na plod?
8. Jaký máte názor na cestování v těhotenství?
9. Jaký máte názor na pohlavní styk v těhotenství?
10. Jaký je váš názor na předporodní kurzy a co se na nich ženy mohou naučit?
11. Jakým způsobem jste získávala informace o zdravém životním stylu?

## Příloha 3 Ukázka kódování

R2

### Identifikační otázky

Kolik Vám je let? 26

Po kolikáté jste těhotná? poprvé

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Střední s maturitou

Kde bydlíte? město

### Rozhovorové otázky

1) Jak jste se na těhotenství připravovala? (případné podotázky, plánovala jste těhotenství? Jak se liší Váš životní styl před otěhotněním a po něm? Co jste jedla pila, jaký byl Váš běžný den? Jak jste se hýbala?)

Plánovali jsme ho s manželem, chodila jsem hodně cvičit, snažila jsem se běhat a dávala jsem na sebe pozor, co se týče nemoci a v práci protože pracuji v mateřské škole tam je hodně bacilů. Brala jsem vitamíny, těhotenské, kyselinu listovou na začátku těhotenství. Upravila jsem stravu.

Dříve jsem nerada vařila, a tak navštěvovali jsme rychlé občerstvení jako kfc a burger king a potom jsem to změnila a více jsem začala doma vařit. A také jím více zeleninu a ovoce. Také jsem před otěhotněním chodila k fitness trenérce, která mi dělala jídelníček. Většinou jsem snídala jogurt vločky a ořechy, ke svačině ovoce, k obědu jsem jedla s dětmi v práci ve školce. Ke svačině jsem měla křehké plátky s lučinou a k večeři jsem měla rybu. A také jsem se snažila více pít, skoro 2 litry.

2) Co si představíte pod pojmem zdravý životní styl? Jaké složky podle vás patří do životního stylu?

Pravidelná strava, vypít alespoň 2 litry denně, chodit ven na procházky na vzduch a nesedět jen doma ale mít nějaké koníčky.

3) Jaké zásady stravování by měla podle Vás těhotná žena dodržovat? (Jaké potraviny by měla jíst a jaké ne? Co by měla pít a co ne? Může pít alkohol a kolik? Může pít kávu a kolik?)

Pít vodu a čaje, myslím si u džusy ovočné. Neměla by koka kolu kofolu

Zdroj: Vlastní

#### **Příloha 4 Seznam tabulek a schémat**

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

Schéma 1 – Kategorie a podkategorie

Schéma 2 – Podkategorie změna životního stylu

Schéma 3 – Podkategorie pitný režim

Schéma 4 – Podkategorie pohybová aktivita

Schéma 5 – Podkategorie složky zdravého životního stylu

Schéma 6 – Podkategorie zdroj informací

Schéma 7 – Podkategorie potravinové doplňky

Schéma 8 – Podkategorie sportování

Schéma 9 – Podkategorie návykové látky v těhotenství

## **9 Seznam zkratk**

NAS – Novorozenecký abstinční syndrom

FAS – Fetální alkoholový syndrom