

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Zatloukalová Nikola

Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

Komparace vědomí o stravovacích návycích gravidních žen
v Olomouci se soudobými doporučeními

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 1. 4. 2014

Zatloukalová Nikola

Děkuji Mgr. Ludmile Zbořilové, za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a materiálových podkladů.

OBSAH

ÚVOD	5
1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE	6
2 TEORETICKÉ POZNATKY	7
2. 1 Charakteristika gravidity	7
2. 1. 1 Oplození a prenatální vývoj	7
2. 1. 2 Změny v organismu gravidní ženy	8
2. 1. 3 Hmotnostní změny	9
2. 2 Specifika výživy v období gravidity.....	11
2. 2. 1 Obecné zásady ve výživě gravidní ženy	11
2. 3 Charakteristika základních živin	12
2. 3. 1 Makronutrienty	12
2. 3. 2 Mikronutrienty	17
2. 4 Pitný režim v období gravidity	21
2. 5 Rizikové faktory ve výživě gravidní ženy	23
3 METODIKA PRÁCE.....	25
3. 1 Charakteristika výzkumného souboru	25
3. 2 Charakteristika zaměření výzkumu	25
3. 3 Organizace výzkumu	25
3. 4 Zpracování výsledků.....	26
4 VÝSLEDKY A DISKUZE	27
ZÁVĚR.....	42
SOUHRN, SUMMARY	43
REFERENČNÍ SEZNAM.....	45
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	48
PŘÍLOHY	49

ÚVOD

Potrava zaujímá v životě člověka nepostradatelnou roli. Je jednou z hlavních složek, která umožňuje člověku život. V průběhu fylogeneze i ontogeneze stravovací návyky i samotná strava prošla určitým vývojem. Trendem dnešní doby je co největší přizpůsobení výživy potřebám konkrétního jedince. V současné moderní společnosti podle Mikulandové (2004) stále vzrůstá touha po informacích. Můžeme se tedy setkat s různými doporučeními a návody na výživu pro různé pracovní pozice, věkové kategorie, somatické typy, sportovní odvětví, poúrazové a léčebné stavy a konkrétní životní etapy člověka.

Z našeho pohledu je jednou z nejdůležitějších životních etap jedince období těhotenství. Výživa a stravovací návyky v době těhotenství jsou jedním z hlavních faktorů ovlivňujících zdraví matky a zejména jejího dítěte. *„Je dlouhodobě prokázáno, že kvalitní a vyvážená strava společně s životním stylem optimalizuje zdraví těhotné ženy a redukuje rizika defektů, zajišťuje optimální vývoj plodu a jeho růst“* (Hronek, Barešová, 2012, s. 11). Nastávající matka by si měla uvědomit, že svým chováním výrazně ovlivňuje kvalitu současného

i budoucího života svého dítěte. Vhodnou stravou můžeme také podle Pokorné, Březové a Prušy (2008) minimalizovat rizika vrozených vývojových vad přes hodnotu porodní hmotnosti a správný fyzický i mentální vývoj dítěte až po prevenci různých alergií a dalších onemocnění.

Musíme tedy pracovat s faktem, že se během zmíněných devíti měsíců vytváří nový člověk a kvalitní základy jsou pro jeho život velmi podstatné. Dítě je v období svého vývoje zcela závislé na matce, proto by matky měly přistupovat k tomuto období zcela zodpovědně.

Pokorná, Březová a Pruša (2006) uvádí, že jestliže těhotná žena nedodrží patřičný životní styl, vystavuje se stresu špatnému ovzduší a konzumuje nevhodnou stravu, negativně působí na zdraví svého dítěte.

V naší práci přinášíme náhled na aktuální poznatky ve výživě gravidních žen, kterým bychom chtěli takto pomoci se v této problematice lépe orientovat. A optimalizovat tak co nejvíce období těhotenství s pohledu jejich stravovacích návyků.

1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit aktuální povědomí o optimálních stravovacích návycích těhotných žen v Olomouci.

Dílčí cíle

1. Analýza informovanosti gravidních žen o optimálním stravování v období těhotenství.
2. Analýza soudobých doporučených stravovacích návyků u gravidních žen.
3. Komparace získaných dat z dotazníkového šetření s odbornými zdroji.

Výzkumné předpoklady

1. Více než polovina respondentek si myslí, že jsou dobře informované o optimální výživě v těhotenství.
2. Více než polovina respondentek bude mít správné povědomí o optimálním váhovém přírůstku u zdravé ženy s optimální váhou.
3. Méně než polovina respondentek bude znát správné procentuální zastoupení základním živin ve stravě gravidní ženy.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2. 1 Charakteristika gravidity

Toto období, je pro ženu obdobím plné nejen fyzických, ale i psychických změn. Slezáková et al. (2011, s. 129) definuje těhotenství jako „...období, kdy dochází v organismu ženy k vývoji plodu. Začíná oplozením vajíčka a končí porodem“.

Podle Macků (1998) je těhotná žena označována jako gravidní žena nebo gravida. Žena, která otěhotněla, poprvé se nazývá primigravida, podruhé sekungravida, dále tercigravida, kvartigravida a tak dále. Otěhotní-li žena poprvé ve věku nad třicet let, v porodnické terminologii je označena jako stará primigravida.

Délka gravidity je počítána ode dne poslední menstruace ženy. Při pravidelném menstruačním cyklu trvá těhotenství 280 dnů, což je 40 týdnů nebo 10 lunárních (28–denních) měsíců. Porod je očekáván 281. den (Macků, 1998). Slezáková et al. (2011) dělí na období gravidity na trimestry:

- První trimestr do 12. týdne,
- druhý trimestr od 12. do 27. týdne,
- třetí trimestr od 28. týdne do porodu.

2. 1. 1 Oplození a prenatální vývoj

K oplodnění neboli fertilizaci dochází při splynutí jader pohlavní buňky samčí (spermie) a pohlavní buňky samičí (vajíčka). K tomuto spojení nejčastěji dochází v ampulární části vejcovodu. Po ovulaci je vajíčko schopno oplodnění maximálně do 24 hodin, poté zaniká. Oproti tomu je životnost spermií podstatně delší. Spermie mohou v těle ženy přežít až několik dní. (Kudela et al., 2008). Před proniknutím do oocyty dochází u spermie k procesu kapacitace, při které spermie získá schopnost oplodnit vajíčko. Poté co spermie pronikne do vajíčka, ztlušťuje se povrchová membrána oocyty a vajíčko se stává nepropustné pro další spermie. Po oplození se stává z oocyty zygota, v níž jsou spárovány chromozomy jak mateřské tak otcovské. Oplozené vajíčko nyní obsahuje již 46 chromozomů (46 XX nebo 46 XY). Následuje rýhování neboli dělení zygoty, během něhož dochází k posunu oplodněného vajíčka vejcovodem směrem do dělohy. Rýhováním vzniká blastocysta, (skládající se již z šestnácti buněk) která se 6. den po oplodnění začne zanořovat do sliznice dělohy. Tento proces je ukončen 11. den po oplodnění (Slezáková et al., 2011). Od čtvrtého

týdne od oplodnění hovoří Kobilková et al. (2005) o vývoji embrya. Zde dochází k vytvoření základu orgánů, vyvíjí se končetiny, nos, ústa a oční víčka. Od 9. týdne již hovoříme o plodu (fetusu), zde dochází k růstu, zrání, a funkční diferenciaci orgánů. Ve 12. týdnu plod měří asi devět cm a jsou diferenciovány zevní pohlavní orgány. Okolo 13. týdne se objevuje fetální ochlupení (lanugo), které před porodem vymizí. Pohyby plodu matka vnímá zhruba od 17. týdne těhotenství. Ačkoliv jsou plíce ještě velmi nezralé 24. týden je hranicí, od kdy je plod schopen přežít mimo tělo matky. Nyní se rychle vyvíjí nervový systém a mozek. Od 29. týdne má plod novorozenecký vzhled a má plně vyvinuté kosti. Od 33. týdne je plod schopen mimoděložního života. Pokud se plod narodí mezi 37. a 40. týdnem, hovoří se o včasném porodu (Roztočil et al., 2008). Z hlediska vývoje a výživy plodu má nezastupitelnou roli placenta.

Slezáková et al. (2011, s. 131) definují placentu „*jako orgán, který v průběhu těhotenství zprostředkovává kontakt mezi organismem matky a plodu, zásobuje plod kyslíkem, živinami a odvádí zplodiny jeho metabolismu. Je dočasnou endokrinní žlázou.*“.

Dle Čepického a Kurzové (2003) má placenta následující funkce:

- přenos kyslíku od matky do plodu,
- přenos oxidu uhličitého od plodu do matky,
- přenos živin od matky do plodu,
- přenos metabolických zplodin od plodu do matky,
- vylučování hormonů (steroidů, peptidů i proteinů) a dalších látek nehormonální povahy,
- bariéra proti infekci a některým chemickým látkám, zejména těm, které mají velkou molekulu.

2. 1. 2 Změny v organismu gravidní ženy

Podle Macků (1998) je období gravidity pro organismus značnou zátěží. Důvodem je potřeba zajistit výživu rychle se vyvíjejícímu plodu. Na organismu vznikají fyziologické změny, které ve většině případů po porodu ustoupí. Vznik hormonálních změn je připisován vlivu hypofyzárních a placentárních hormonů. Změny různého rozsahu jsou přítomny na téměř všech orgánech gravidní ženy.

Nejvíce nápadné změny na těle ženy jsou změny na rodidlech a prsních žlázách. Ke změnám na rodidlech dochází z důvodu adaptace na nové úkoly. Děložní tělo mění v průběhu gravidity svoji velikost, tvar a barvu. Na konci těhotenství je děloha objemově

12–20 krát větší, děloha před otěhotněním váží okolo 50g, před porodem je to až 1000g. Dále se mění tvar dělohy, z původního hruškovitého tvaru se stává tvar kulovitý. Průtok krve u netěhotné dělohy je zhruba 50 ml/min., na konci těhotenství se tento obsah zvětšuje až na 900ml/min.(Macků, 1998). Vlivem působení estrogenu a progesteronu se prsy zvětšují, dochází k množení mlékovodů a ukládání tuku ve vymezeném vazivu (Kudela et al., 2008).

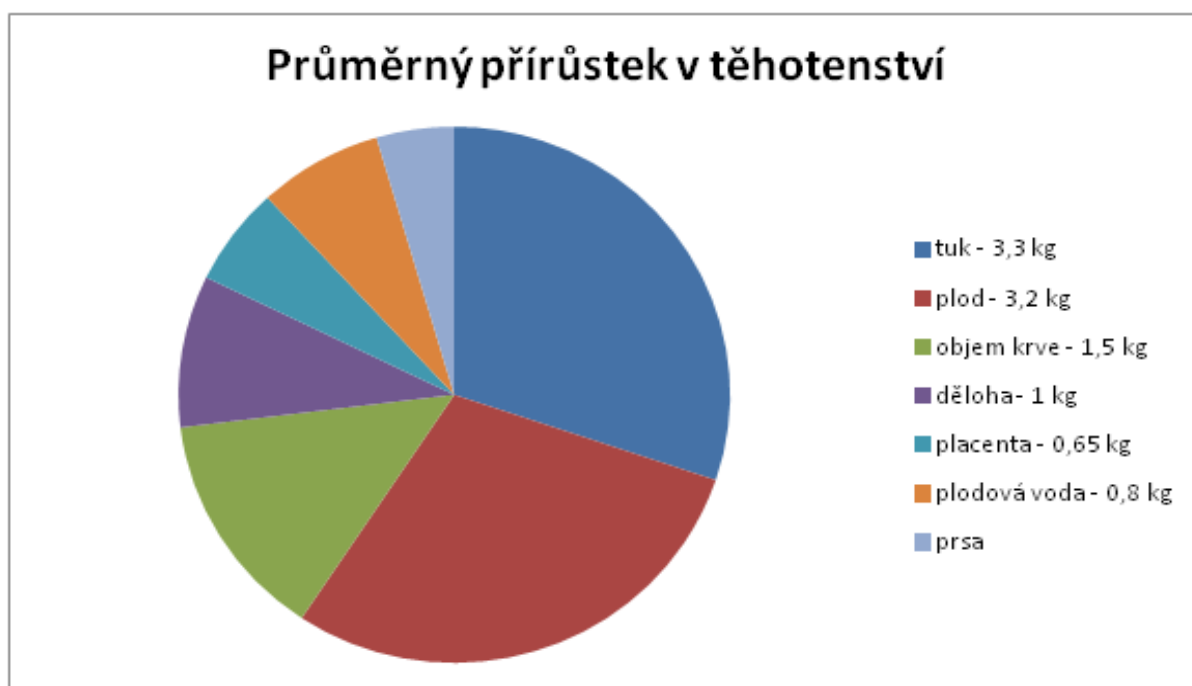
Slezáková et al. (2011) hovoří o zvětšení objemu krve. Ten se zvětšuje o 1000–1500ml, při němž je větší podíl nárůstu krevní plazmy než krevních elementů. Pulz se zrychluje přibližně o 13 úderů za minutu. Od druhého trimestru se vyskytuje hypotenze, ta může být ovlivněna polohou gravidy. Při poloze na zádech se může objevit syndrom dolní duté žíly. Tento syndrom se projevuje dle Roztočila et al. (2008, s. 100) „*náhlym vznikem hypotenze, která je vyvolána tlakem těhotné dělohy na dolní dutou žílu s následným snížením venózního návratu k srdci*“. Proto je těhotným doporučována poloha vleže na boku. Gravidita má vliv i na uropoetický systém. Během těhotenství se zvyšuje průtok krve ledvinami, a tím se zvyšuje glomerulární filtrace. V průběhu těhotenství se frekvence mikce mění. Z důvodu působení tlaku zvětšující se dělohy na močový měchýř se v prvním trimestru zvyšuje, ve druhém trimestru se tento stav normalizuje a ve třetím trimestru vstupuje hlavička do malé pánve a močový měchýř je opět utlačován (Kudela et al., 2008).

Dle Slezákové et al. (2011) stoupá spotřeba kyslíku., zvyšuje se respirační objem, ale je zachována dechová frekvence. V důsledku zvětšování dělohy, dochází ke zvýšení bránice o zhruba 4cm. Fyzické změny jsou doprovázeny i změnami psychickými. Brexwoldt et al. (1996) rozděluje z hlediska psychiky těhotenství do tří trimestrů. V prvním trimestru se gravida zaměřuje na sebe a přítomnost dítěte je v pozadí. Objevují se pochyby a strach ze ztráty těhotenství. V druhém trimestru žena začíná vnímat pohyby plodu a zvětšující se břicho, a tím vnímá plod jako samostatnou bytost. Toto období je pozitivním zážitkem, žena se snaží podporovat zdárný průběh těhotenství. Ve třetím trimestru se opět objevují obavy a strach. Žena má strach o zdravotní stav dítěte a ohrožení vlastního zdraví. Vyskytují se obavy ze selhání rodičovských zodpovědností.

2. 1. 3 Hmotnostní změny

Specifikace a hodnoty váhového přírůstku jsou ovlivněny výživou matky a výživovým stavem před otěhotněním. Nadbytek nebo nedostatek energetického příjmu může mít za následek zvýšení rizika pro plod i matku. Váhový přírůstek se v průběhu gravidity může lišit.

Svačina et al. (2008) určuje ideální váhový přírůstek u zdravé ženy s optimální váhou hodnotou v rozmezí mezi 10 a 12 kg, u podvyživených, či adolescentních žen hodnotou kolem 14 kg a u žen obézních přírůstkem 4–8 kg. Na finálním váhovém přírůstku se podílí hmotnost plodu, tuku, plodové vody, dělohy a prsou. Orientační hodnoty hmotnostní změny v průběhu těhotenství popisuje Bacovská (2013) na následujícím grafu.



Graf 1. Průměrný přírůstek v těhotenství

Žádoucí hmotnostní přírůstek určuje Hronek (2004) na základě BMI (Body Mass Index) před začátkem těhotenství. Ideální přírůstek hmotnosti reprezentují následující hodnoty:

- BMI 18,5–19,9 váhový nárůst 12,5–18,0 kg,
- BMI 20–25,9 váhový nárůst 11,4–16,0 kg,
- BMI nad 25,9 váhový nárůst 7,0–11,5 kg.

Keller (1993) doporučuje pro ženy s normální tělesnou hmotností (hmotnost podle Brocy) následující hodnoty hmotnostního přírůstku:

- První trimestr 1–2 kg,
- druhý a třetí trimestr 0,5 kg za týden.

S hmotnostním přírůstkem v graviditě stoupá i energetická potřeba. Dle Brázdové (1999) je energetická potřeba netěhotné ženy 2000kcal/den. V období energeticky náročného těhotenství se energetická potřeba zvyšuje. Zároveň je nutné ji korigovat dle aktuálního váhového přírůstku v graviditě, úrovně fyzické aktivity, stavu výživy (BMI) a aktuálního zdravotního stavu. Stránský (2005) doporučuje zvýšení energetického příjmu ve 2. trimestru o 200kcal a ve 3. trimestru o 300–400 kcal za den.

2. 2 Specifika výživy v období gravidity

Kvalitní a pestrá strava ovlivňuje kvalitu současného a budoucího života dítěte. Konzumace vhodné stravy má vliv jak na zdraví matky, tak na zdárný fyziologický vývoj plodu. Zdali se jídelníček těhotné ženy před otěhotněním skládal z vyvážené, kvalitní a pestré stravy, nebude potřeba zásadních změn. Naopak je třeba zlepšit u těhotných žen stravující se alternativními výživovými styly, ženy trpící nadváhou či obezitou, podvýživou, kuřačky a alkoholičky (Pařízek, 2006). Podle Trčy (1999) je v jídelníčku gravidních žen potřeba dbát na optimální poměr živin, dostačující kalorický příjem a optimální příjem vitamínů a minerálů. Pokorná, Březková a Průša (2008) ve své knize uvádí, že neexistuje nezdravá potravina, nýbrž její nezdravé množství. Proto je vhodné pestrou stravu rozdělit do menších porcí a konzumovat ji 5 krát denně. Pestrá strava by měla obsahovat sacharidy, lipidy, proteiny, vitamíny, minerální látky a vodu.

2. 2. 1 Obecné zásady ve výživě gravidní ženy

Gravida by měla mít optimální váhu a vhodně vyváženou kvalitní stravu (alespoň v posledních 3 měsících). Müllerová (2004) upozorňuje zejména na dostatečné množství kyseliny listové, vitamínu D, vápníku, železa, zinku a jódu. Těhotná žena by si měla dát pozor na zbytečné a nadměrné přejídání v podobě kaloricky bohaté, ale nutričně chudé stravy.

Kontrolu optimálního energetického příjmu zabezpečuje optimální váhový přírůstek ženy. Hronek a Barešová (2012) doporučují konzumaci 3 hlavních jídel o následném energetickém obsahu 20 % snídaně, 35 % oběd a 30 % večeře. Dopolodní a odpolední svačina by poté měla obsahovat 5–10 % energie. Pauza mezi jednotlivými jídly by měla být cca 3 hodiny.

Důležitým aspektem je i dodržování hygienických zásad při přípravě jídla, a tím předcházení přenosu infekcí na samotnou matku (toxoplazmóza, listerióza). Samotná

konzumace jídla by měla být klidná s patřičnou pozorností. Čermáková (2008, s. 62) ve své knize uvádí následující obecná doporučení:

1. Konzumace pestré stravy;
2. Navýšení energetického příjmu v těhotenství asi o 600 kJ;
3. Střídmý příjem tuků, především živočišného původu;
4. Dostatečný příjem vitaminů, minerálů a vlákniny – tj. zeleniny, ovoce a obilnin;
5. Střídmý příjem sacharózy;
6. Střídmý příjem sodíku, kuchyňské soli – především uzená jídla, uzeniny, konzervované potraviny;
7. Vyvarování se konzumace alkoholu;
8. Střídmá konzumace kofeinu“.

2. 3 Charakteristika základních živin

Zdravé stravování v období gravidity a nejen v něm spočívá v příjmu potravin obsahující základní živiny, které mají v organismu nezastupitelnou roli. Tyto živiny dělí (Müllerová, 2004) v následující tabulce.

Tabulka 1. Dělení živin dle Müllerové (2004)

Složky stravy	Dělení
Makronutrienty (nositelé energie)	Sacharidy (cukry a škroby) Lipidy (tuky) Proteiny (bílkoviny)
Mikronutrienty	Minerální látky Vitaminy
Seminutrienty	Vláknina potravy Fotochemické látky
Nenutriční komponenty stravy	Probiotika

2. 3. 1 Makronutrienty

Jako makronutrienty označujeme proteiny, sacharidy, lipidy nebo zjednodušeně bílkoviny, cukry a tuky. Z těchto základních živiny získává člověk energii. Důležitá

je vyváženost těchto živin. Doporučené procentuální zastoupení jednotlivých složek a energetické hodnoty makronutrientů prezentují tabulky 2 a 3.

Tabulka 2. Doporučené procentuální zastoupení makronutrientů ve stravě těhotné ženy (Huch,2007)

Proteiny	Sacharidy	Lipidy
10-15%	55-60%	30%

Tabulka 3. Energetická hodnota makronutrientů (Kunová, 2011)

Makronutrient	Energetická hodnota
1 g bílkovin	17 kJ (4 kcal)
1 g sacharidů	17 kJ (4 kcal)
1 g tuků	38 J (9 kcal)

A) Proteiny

Obecně jsou bílkoviny pro život člověka nenahraditelnou a nepostradatelnou živinou. Proteiny jsou makromolekuly skládající se z aminokyselin spojených peptidickou vazbou. Pro zajištění přestupu do krve dochází v trávicím traktu k jejich štěpení na aminokyseliny. Kunová (2004) uvádí, že lidský organismus potřebuje k životu dvacet různých aminokyselin. Dvanáct aminokyselin si lidský organismus dokáže vyrobit sám. Takové aminokyseliny označujeme jako neesenciální. Zbylých osm aminokyselin musí tělo přijmout ve stravě. Tyto aminokyseliny nazýváme esenciální. Podle obsahu aminokyselin dělí Mandžuková (2008) ve své knize dělí proteiny na:

- plnohodnotné (živočišné) bílkoviny, obsahující všechny nezbytné aminokyseliny, které jsou důležité pro náš organismus,
- neplnohodnotné (rostlinné) bílkoviny, neobsahující všechny nezbytné aminokyseliny, které organismus potřebuje (tyto bílkoviny jsou ale zdrojem vitamínů a minerálních látek).

Podle Kopeckého (2010) tvoří bílkoviny 12–18 % hmotnosti člověka a jsou hlavní stavební složkou tělesných a svalových tkání. Dále ovlivňují látkovou přeměnu, činnost nervové soustavy a podílí se na udržování stálého vnitřního prostředí. V případě nedostatku jiných substrátů, mohou proteiny krýt energetické potřeby organismu. Mandžuková (2008) poukazuje na důležitost dostatečného příjmu bílkovin pro normální růst plodu, zvětšování dělohy, vývoj placenty a vývoj prsní tkáně gravidní ženy.

Denní doporučená dávka proteinů

Svačina et al. (2008) doporučují navýšit spotřebu bílkovin o 1,2 g v prvním trimestru, o 6,1g ve druhém trimestru a o 10,7 g ve třetím trimestru z původní doporučené spotřeby netěhotné ženy, která je 0,8 g bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti. Podle Macků (1998) je odpovídající denní dávka bílkovin obsažena v jednom plátku tvrdého sýra, jednom vejci, dvou polévkových lžících tvarohu a v půl šálku hrášku nebo fazolí. Proteiny by se měli vyskytnout alespoň ve třech denních jídlech.

Nedostatečný a nadbytečný příjem proteinů

V našich podmínkách je nedostatečný příjem bílkovin spíše ojedinělý. Ohroženy jsou těhotné ženy stravující se alternativními způsoby výživy jako například makrobioticky, vegetariánky a veganky. Vyššímu riziku jsou také vystaveny ženy závislé na drogách, ženy s nedostatečným socioekonomickým zázemím a ženy trpící vážným onemocněním zažívacího traktu (Müllerová, 2004). Nedostatečný příjem bílkovin se podle Hronka a Barešové (2012) projevuje hypoproteinémií u matky, nízkou hmotností placenty, tvorbou otoků a nízkou porodní hmotností novorozence. Při nadbytku bílkovin zároveň dochází k nadbytku tuku, jelikož velká část zdrojů živočišných bílkovin obsahuje také tuk. Nadbytečný příjem bílkovin může také ovlivnit vývoj beta buněk Langerhansových ostrůvků ve slinivce, což může vést k rozvoji diabetu dítěte v dospělosti.

B) Sacharidy

Hronek (2004, s. 76) definuje sacharidy jako „*cyklické sloučeniny odvozené od alifatických hydroxyaldehydů nebo hydroxyketonů*“. Sacharidy jsou hlavním zdrojem energie, pokud tuto energii lidské tělo nevyužije, dojde k jejich uložení ve formě tuků. Dle Hronka (2004) jsou sacharidy významné pro správný růst a vývoj plodu. Do plodu se glukóza dostane skrze placentu na základě koncentračního spádu. Koncentrace glukózy u plodu

je nižší než u matky, protože část glukózy spotřebuje placenta a děloha. Do plodu se dostává pouze 28% glukózy.

Pitřha a Poledne (2009) dělí sacharidy na:

- **Monosacharidy** neboli jednoduché cukry skládající se z jedné cukerné jednotky. Organismus vstřebává a využívá jen jednoduché cukry. Hlavními zástupci monosacharidů jsou glukóza a fruktóza.
- **Oligosacharidy** jsou tvořeny dvěma až deseti molekulami monosacharidů. Mezi hlavní zástupce oligosacharidů řadíme maltózu, laktózu a sacharózu.
- **Polysacharidy** jsou tvořeny z více jak deseti molekul monosacharidů, tím jsou využívány pomaleji, protože musí být nejdříve rozštěpeny na monosacharidy. Mezi jejich zástupce patří škrob, celulóza, pektin a inulin.

U jednotlivých druhů sacharidů je rozdílná doba vstřebávání. Čím je vstřebávání rychlejší, tím rychleji stoupá hladina cukru v krvi, protože hormon inzulin jej nestačí odbourávat. Slinivka se může dostat nad hranici svých možností a projevuje se gestační diabetes (těhotenský diabetes). Rychlost vzestupu glykémie po přijaté stravě charakterizuje GI (glykemický index potravin). Vhodné je konzumovat potraviny s nízkým GI. Tyto potraviny navozují delší pocit sytosti a glukóza se vstřebává pozvolněji (Huch,2007).

Denní doporučená dávka sacharidů

Podle Hronka (2004) má netěhotná žena ve věku 19–34 let přijímat 321g sacharidů za den. Od druhého trimestru je vhodné tuto dávku zvýšit na 398g sacharidů denně.

Nedostatečný a nadbytečný příjem sacharidů

Podle Grofové (2007) vzniká u nedostatečného příjmu sacharidů v období gravidity ketóza, která poškozuje plod, u vysokého příjmu naopak vzniká hyperglykemie a hyperinzulinemie u matky a plodu, to může vést k potratu či k nutnosti volby císařského řezu.

Při nedostatečném příjmu sacharidů se snižuje tělesný i duševní vývoj těhotné ženy. V případě poklesu glukózy v krvi se těhotná může cítit unaveně a mohou se projevit příznaky hypoglykemického šoku. Při vysokém příjmu sacharidů může docházet k potlačení růstu placenty a zvýšení potřeby vitamínu B1. Při zvýšeném příjmu sacharózy se zvyšuje riziko vzniku gestačního diabetu, zubního kazu a nadměrného nárůstu hmotnosti během těhotenství (Hronek, 2004).

Do skupiny sacharidů řadíme i vlákninu. Vlákna je nestravitelná složka potravy ze skupiny polysacharidů. Jelikož nedochází k jejímu natrávení v trávicím traktu, nemůže být využita jako zdroj energie. Přesto není pochyb o její důležitosti. Mezi funkce vlákniny patří dle Pokorné, Březkové a Průšy (2008):

- regulace vstřebávání sacharidů, lipidů a cholesterolu,
- vazebná funkce (vázání žlučových kyselin a vody),
- vláknina je potravou pro probiotické bakterie žijící v tlustém střevě, které ji fermentují na krátké mastné kyseliny, ty jsou zdrojem energie pro buňky tlustého střeva,
- podporuje střevní peristaltiku,
- působí preventivně na vznik zubního kazu,
- v žaludku navozuje pocit sytosti.

Hronek a Barešová (2012) ve své knize uvádí 30g jako doporučenou denní dávku pro těhotné a kojící ženy. Vlákna je obsažena v luštěninách, ovoci, semenech a dalších.

C) Lipidy

Lipidy (tuky) jsou různorodou skupinou látek s podstatnými fyziologickými účinky v organismu. V rámci základního dělení vymezujeme tuky podle původu na rostlinné a živočišné. Z chemického hlediska náleží tuky do několika skupin. Nejčastější skupinou vyskytující se v potravinách jsou podle Piřhy a Poledneho (2009) triacylglyceroly (triglyceridy) vzniklé sloučením glycerolu a mastných kyselin. Podle typu mastné kyseliny získávají tuky specifické vlastnosti (např. skupenství).

Kopecký et al. (2010) dělí mastné kyseliny z hlediska jejich složení na nasycené a nenasycené mastné kyseliny. Nasycené mastné kyseliny se vyskytují zejména v tučných živočišného původu. V rostlinné podobě poté zejména v kokosovém tuku. Nasycené mastné kyseliny jsou spojovány s negativními účinky v řadě chorobných procesů (srdečně-cévní onemocnění). Nenasycené mastné kyseliny jsou podle Pokorné, Březkové a Průšy (2008) lidskému tělu prospěšnější, zejména nenasycené mastné kyseliny omega 9, omega 6 a omega 3, které snižují hladinu LDL cholesterolu v krvi.

Některé druhy mastných kyselin si tělo dokáže vyrobit samo, stejně jako u bílkovin. Určité druhy nenasycených mastných kyselin je nutno přijímat v potravě. Tyto látky nazýváme podle Kopeckého et al. (2010) jako esenciální (nenahraditelné) mastné kyseliny.

Důležitost přítomnosti tuků v potravě spočívá nejen v jejich energetické hodnotě, ale také v obsahu esenciálních mastných kyselin, vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E a K) sterolů atd. (Piřha, Poledne, 2009). U gravidních žen je třeba poukázat na důležitost esenciálních mastných kyselin, které jsou důležité pro vývoj mozku plodu. Hronek (2004) poukazuje nutnost příjmu nenasycených mastných kyselin pro správný nitroděložní vývoj a ostrost zraku.

Dle Mandžukové (2008) těhotné ženy, které zařazují do jídelníčku omega-3 mastné kyseliny příznivě ovlivňují vývoj mozkových funkcí a duševních schopností plodu. Zároveň snižují riziko nízké porodní hmotnosti novorozence. Bohatým zdrojem omega-3 mastných kyselin je tuňák, sledř, makrela, žralok a další.

Doporučená denní dávka

Doporučená denní dávka pro těhotné ženy je 75 g denně (z toho 40 g živočišného a 35 g rostlinného tuku). Tento příjem by měl být složen z 2/3 nenasycených mastných kyselin a 1/3 nasycených mastných kyselin (Hronek, 2004).

Nedostatečný a nadbytečný příjem tuků

Nízký příjem esenciálních mastných kyselin může mít dle Hronka (2004) za následek snížení tělesné výkonnosti a odolnosti proti infekcím. Může být důvodem předčasného porodu a nízké hmotnosti novorozence. Zvýšený příjem tuků může vést k nadměrnému váhovému přírůstku v těhotenství a ke zvýšené hladině cholesterolu v krvi.

2. 3. 2 Mikronutrienty

Součástí vyvážené stravy je také další složka nazývaná se mikronutrienty. Jedná se o pro tělo nezbytné vitamíny a minerální látky. Vitamíny se dělí podle své rozpustnosti ve vodě a tuku. Vitamíny skupiny B a C jsou vitamíny rozpustné ve vodě. Tělo si tyto vitamíny nedovede vytvořit do přílišné zásoby. Výjimkou je vitamín B₁₂, který může být zásobován až na pět let. Do zásob se ukládají vitamíny rozpustné v tucích, kam řadíme vitamín A, D, E a K (Pokorná, Březková, Průša, 2008). V těhotenství se potřeby organismu mění a s tím se mění potřeba jednotlivých vitamínů. V této kapitole budou nastíněny ty vitamíny a minerální látky, které v tomto období ženy vyžadují podle Mandžukové (2008) zvýšenou pozornost.

Kyselina listová

Tento vitamín patřící mezi vitamíny skupiny B si organismus nedokáže vytvořit, proto musí být přijímán stravou. U gravidních žen stoupá potřeba až na dvojnásobek. Kyselina listová je nezbytná pro dělení buněk, a tím i pro růst a vývoj plodu. Dále se podílí na procesu syntézy nukleových kyselin DNA a RNA, zodpovědných za přenos genetických informací (Sabersky, 2009). Mandžuková (2008) doporučuje zvýšit příjem kyseliny listové nejméně měsíc před otěhotněním, jelikož její nedostatek může obzvláště v prvním trimestru způsobit nezvratné škody, protože v tomto období je zárodek velice zranitelný. Dostatek snižuje riziko vzniku vážných vrozených vad (rozštěp patra, páteře, poruchy míchy a mozku), předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti a potratu. Doporučená denní dávka pro těhotnou ženu je podle Pokorné, Březkové a Průšy (2008) 600 µg.

Zdrojem kyseliny listové jsou ořechy, pomerančová šťáva, kvasnice, vnitřnosti, některé ovoce, luštěniny fazole čočka hrách brokolice, špenát chřest petržel, ovesné vločky atd. (Hronek, Barešová 2012).

Vitamin D

Tento vitamín je syntetizován v kůži, na kterou působí sluneční záření. Vitamin D reguluje hladinu vápníku a fosforu v krvi. Je proto důležitý při stavbě kostí a zdravých zubů. Jeho nedostatek v těhotenství je pro matku rizikem v podobě měknutí kostí a deformace pánve. U plodu jeho nedostatek může způsobit rachitidu. Naopak jeho nadbytek může být pro plod toxický (Müllerová, 2004).

Hronek a Barešová (2012) doporučují příjem vitamínu D ve výši 5 µg za den. Vitamin D je obsažen v játrech, rybích vnitřnostech, mléce, másle a vejci. (Kopecký et al., 2010)

Vitamin C

Vitamín, který si tělo neukládá do zásob, proto je nutné ho pravidelně doplňovat. Vitamin C je silným antioxidantem podílejícím se na syntéze kolagenu, serotoninu a steroidních hormonů nadledvin (Hronek, Barešová 2012). Mandžuková (2008) ve své knize hovoří o důležitosti vitamínu C pro správný růst a vývoj pevných kostí, zdravých zubů plodu a fyziologický vývoj placenty. Nedostatek vyvolává zvýšenou únavu, podrážděnost, náchylnost k infekčním chorobám a může být příčinou předčasného porodu (Hronek, Barešová, 2012).

Denní doporučenou dávku pro těhotné ženy uvádí Pokorná, Březková a Průša (2008) 110 mg. Nejvíce vitamínu C obsahují čerstvé plody šípku, rakytníku. Dále se nachází v černém rybízu petrželové nati, brokolici, zelené paprice atd.

Vitamín A

Významný vitamín pro růst tkání, buněk, sliznic, růst plodu a vývoj placenty. Zároveň zvyšuje odolnost proti infekcím a je nezbytný pro správnou funkci zraku (Hronek, 2004). Pokorná, Březková a Průša (2008) poukazuje na zvýšenou opatrnost při suplementaci v období gravidity, neboť překročená dávka může mít za následek různé vývojové poruchy plodu.

Dle WHO je doporučená denní dávka 800 µg za den. Zdrojem vitamínu A jsou tresčí játra, rybí tuk, žloutky, špenát mrkev, rajčata, paprika, červená řepa atd.

Vitamin E

Vitamín používající se k léčbě neplodnosti. Jeho přísun je důležitý pro vývoj plodu, napomáhá tvorbě tuku u plodu, snižuje riziko potratu a předčasného porodu. Při jeho nedostatku se může u novorozenců projevit anemie (Hronek, Barešová, 2012).

Denní doporučená dávka pro gravidní ženu je 14mg. (Pokorná, Březková, Průša, 2008). Zdrojem jsou různé druhy ořechů, petržel, hrách, špenát atd.

Jód

Jód jakožto stopový prvek je součástí hormonů štítné žlázy, nezbytných při látkové výměně, vývoji mozku a inteligence plodu v pozdějším věku. Nízký příjem jódu je příčinou snížené produkce těchto neurologický nedostatek jódu se podle Kotrbové (2009, s. 34–35) „projevuje od minimální mozkové funkce k syndromu vážné intelektuální nedostatečnosti *Nedostatek jódu má za důsledek celkovou ztrátu 10–15 IQ bodů v rámci běžné populace a představuje nejvýznamnější příčinu poškození mozku a retardace, které lze předcházet*“.

Podle Brázdové (2004) může být nedostatek jódu příčinou potratů, nízké porodní hmotnosti, strumy a hypothyreodismu matky.

Doporučená denní dávka je 100–150 µg. Těhotným ženám je doporučována suplementace jódu v doplňkách stravy (Vašut et al., 2007). Přirozeným zdrojem jódu jsou mořské ryby, některé minerální vody a obohacená sůl.

Vápník

Podle Hronka (2004) má vápník jako součást minerální složky kostí v době těhotenství nezbytný význam pro růst a vývoj skeletu plodu. Pokud v období těhotenství není dostatečný přísun vápníku, dochází k jeho uvolnění z houbovitě složky kostry gravidní ženy. To sebou nese riziko demineralizace kostí a tvorby zubního kamene. Vápník snižuje riziko předčasného porodu a těhotenské hypertenze. Jeho nedostatek může být příčinou bolestivosti kloubů a svalových křečí.

Podle WHO je doporučená denní dávka pro těhotné ženy 1200 mg. Zdrojem vápníku je především mléko a mléčné výrobky. Dále je obsažen v měkkých kostech ryb (sardinky), zelené zelenině a luštěninách (Müllerová, 2004).

Železo

Podle Sabersky(2009) je důležitým stopovým prvkem obsažen v krevním a svalovém barvivu a je zodpovědný za transport kyslíku. V těle gravidní ženy se tvoří větší množství krve, aby mohla být dostatečně zásobena placenta plodu. Železo je důležité pro zvýšení počtu erytrocytů a vytváření krve pro plod. Příjem železa je doporučován od začátku těhotenství ve druhém a třetím trimestru je třeba denní dávku zvyšovat. Nedostatečný příjem železa má za následek chudokrevnost projevující se únavou, slabostí, sníženou koncentrací těhotné ženy. Nedostatek nese riziko nízké váhy novorozence a nebezpečí předčasného porodu. Nadbytečný příjem není vhodný z důvodu snížení vstřebatelnosti zinku (Mandžuková, 2008).

Těhotným ženám je doporučeno přijímat dvojnásobek železa denně než netěhotným. Denní doporučená dávka je tedy 30mg. (Sabersky, 2009)

Přirozeným zdrojem železa jsou játra (z důvodu vysokého obsahu vitamínu A není doporučován), hovězí a drůbeží maso, kvasnice, luštěniny, obiloviny, dýňová semena, sušené meruňky atd. Železo je doporučeno přijímat zároveň s vitamínem C, neboť zvyšuje jeho obtížnou vstřebatelnost (Müllerová, 2004).

Zinek

Zinek je nezbytný pro optimální imunitní systém, růst a vývoj plodu. Absorbci zinku snižuje příjem železa a kyseliny listové, proto je nutné konzumovat potraviny s obsahem zinku. Jeho nedostatečný příjem může vést ke snížené odolnosti imunitního systému proti infekcím, zastavení růstu plodu a poruchám funkcí dělohy (Mandžuková, 2008).

Denní doporučenou dávkou je dle Hronka a Barešové (2012) pro těhotné ženy v prvním trimestru 7mg denně a od druhého trimestru 10mg denně. Zinek je obsažen v dýňových,

slunečnicových a sezamových semenech, pšeničných otrubách, ovesných vločkách, mořských plodech, luštěninách, tvrdých sýrech atd.

Hořčík

Podle Huch (2005) v těhotenství stoupá potřeba hořčíku, neboť dochází k jeho rychlejšímu vylučování. Jeho přítomnost v organismu je nezbytná pro metabolismus energie a bílkovin v buňkách, zároveň se podílí na výstavbě zubů a kostí. Jeho nedostatek vede ke svalovým křečím a předčasným děložním stahům.

Doporučenou denní dávku pro těhotnou ženu pokryje 220mg hořčíku za den. Hořčík se nachází v obilovinách, luštěninách, ořechách, zelené zelenině, banánech atd. Hořčík bývá často suplementován v podobě doplňků stravy (Pokorná, Březková, Průša, 2008).

2. 4 Pitný režim v období gravidity

Obecně lze říci, že organismus je tvořen ze 70 % vodou. Tato voda se v organismu nachází ve formě intracelulární a extracelulární. Vyvážený příjem tekutin je nezbytný pro udržení stálého obsahu vody v organismu. Voda se podílí na transportu živin a oxidu uhličitého z buněk. Tekutiny jsou zdrojem minerálních látek a slouží k napomáhání k regulaci tělesné teploty. V období gravidity dochází ke zvyšování extracelulární a intracelulární tekutiny z důvodu nárůstu hmoty plodového vejce, mléčné žlázy a objemu cirkulující krve. Tento nárůst tekutin tvoří téměř 90% přírůstek hmotnosti gravidní ženy (Hronek, 2004).

Hronek a Barešová (2012) uvádí 35 ml vody na kg hmotnosti za den jako optimální příjem tekutin. Do tohoto množství jsou započítány i tekutiny ze stravy (ovoce, zelenina, mléčné výrobky) a tekutiny, které vznikají oxidací živin v těle. Po odečtení tekutin ze stravy Hronek a Barešová (2012) doporučují příjem tekutin z nápojů cca 1500 ml za den. Toto množství je vhodné rozdělit do menších dávek přijímaných vícekrát denně.

Vhodné tekutiny

V období gravidity je vhodné pít nezávadné pitné vody. Mikulandová (2004) doporučuje konzumaci minerálních vod jakožto zdroj prospěšných minerálních látek. Jako prevence přísunu stejných minerálních látek je proto vhodné tyto minerální vody střídat. Podle Hronka a Barešové (2012) by měl příjem minerálních vod tvořit 20% z celkového denního příjmu tekutin. V těhotenství je taktéž vhodné přijímat tekutiny ve formě ovocných

a zeleninových džusů bez obsahu cukru. Z důvodu vysoké výživové hodnoty je vhodné pít mléka a kefíru.

Nevhodné tekutiny

Obecně není vhodný příjem tekutin s vyšším obsahem cukru. Mikulandová (2004) poukazuje na nevhodnost konzumace toniku a v něm obsaženého chininu, který působí na děložní svalovinu a podporuje vznik kontrakcí. Dále jako nevhodnou tekutinu uvádí kolové nápoje obsahující cukr, kofein a kyselinu fosforečnou, která napomáhá k vyplavování vápníku z těla a vede k řidnutí kostí.

Hronek a Barešová (2012) doporučují omezit pití kávy na jeden šálek denně. Kávu lze nahradit meltou či kávou bez kofeinu. Černý a zelený čaj jsou čaje obsahující kofein, proto by se konzumace měla taktéž omezit. Dle Sabersky (2009) je vhodné snížit pití černého či zeleného čaje na jeden až dva šálky denně. Kofein obsažený v čaji zvyšuje krevní tlak a zvyšuje pulz. **Kofein se v krvi dítěte odbourává až dvacetkrát déle než z krve dospělého člověka.** Sabersky (2009) poukazuje na přítomnost tříslovin v černém čaji. Tyto třísloviny brání vstřebávání železa a způsobují zácpu, proto není vhodné konzumovat čaj k jídlu.

Hronek a Barešová (2012) nedoporučují konzumovat nápoje s vyšším obsahem oxidu uhličitého. Oxid uhličitý může u gravidních žen podporovat překyselení organismu, říhání, nadýmání a nauzeu.

Nedostatečný příjem tekutin

V případě nedostatečného příjmu tekutin, dlouhodobého zvracení či dlouhotrvajícího průjmu může nastat dehydratace organismu. Mezi akutní příznaky dehydratace řadíme podle Kožíška (2005) malátnost, bolest hlavy, pokles duševní a fyzické výkonnosti a pokles koncentrace. V těle se hromadí odpadní látky a vzniká zácpa.

Nadbytečný příjem tekutin

Nadměrný příjem tekutin může vyvolat toxické příznaky vedoucí až ke smrti. Ovšem k tak velkému příjmu nedochází při běžné výživě. Konzumace slazených nápojů s sebou přináší riziko v podobě zvýšené tvorby tuků a následného přibírání na váze. Nadbytečný přísun tekutin se podílí na tvorbě otoku, a z důvodu vyšší tvorby moči dochází k vyššímu vylučování minerálních látek a vitamínů (Hronek, Barešová, 2012).

2. 5 Rizikové faktory ve výživě gravidní ženy

Z hlediska výživy těhotných žen mají na zdárný vývoj a růst plodu značný vliv i konzumace alkoholu, kofeinu, drog a kouření.

Alkohol

Alkohol je nejen v České republice tolerovanou drogou, která může mít neblahý vliv na organismus gravidní ženy a zdravý vývoj plodu. Příjem alkoholu by měl být v tak choulostivém období ženy velice omezený, v lepším případě zcela vyloučený. Stále zůstává nejasné, od jakého množství konzumace alkoholu dochází ke špatnému působení na plod. Pařízek (2006) poukazuje na neškodlivost občasně konzumace alkoholu ve velmi malém množství. Opačným polem problematiky je chronický alkoholismus.

Podle Hronka (2004) může při chronickém alkoholismu dojít ke vzniku fetálního alkoholového syndromu, který zahrnuje vývojové poruchy jako například kardiovaskulární defekty, anomálie končetin, zpomalený prenatální i postnatální růst, mikrocefalie, genitoanální dysplazie a psychické opoždění. Fetální alkoholový syndrom postihuje podle Müllerové (2004, s.70) „zhruba 10 % dětí matek, které během těhotenství konzumují během jednoho týdne 1,5–8 sklenek alkoholických nápojů (s obsahem asi 15 g alkoholu v jedné sklence). U žen, které alkohol konzumují v těhotenství ve vyšších dávkách, pak postihuje 30–40 % jejich dětí“.

Účinky alkoholu na dítě jsou v každém období těhotenství rozdílné. V prvních čtyřech až osmi týdnech gravidity dochází především k vytváření orgánů dítěte. Při konzumaci alkoholu v tomto období se narušuje dělení buněk a může dojít ke vzniku fyzických odlišností. Alkohol negativně ovlivňuje růst dítěte zejména mezi čtvrtým a šestým měsícem těhotenství. Do devátého měsíce plod roste a zvyšuje se objem jeho mozku. Konzumace alkoholu v tomto období brání ve vzájemné integraci nervových buněk a dochází k jejich odumírání. Výsledkem tohoto procesu zmenšení velikosti mozku a jeho trvalé poškození (Sabersky, 2009).

Kofein

Kofein se vyskytuje v čajových lístcích, kávových zrnech, coca-colových bobech a je přidáván do energizujících nápojů. Díky svým stimulačním účinkům se těší oblibě téměř celé společnosti. Proto je pochopitelné, že myšlenka vzdát se svého oblíbeného šálku kávy je pro mnohé gravidní ženy nepřijatelná. Není však nutné se kávy zcela vzdát. Hronek (2004)

uvádí jako maximální dávku kofeinu 300 mg za den. Tato hodnota se rovná dvěma šálkům espressa. Riziko nastává až při větším příjmu kofeinu, který způsobí zvýšení krevního tlaku a zrychlení pulzu nejen matky, ale i plodu.

Drogy

Užívání drog je veliký hazard s vlastním zdravím. Závislost na drogách představuje život ohrožující stav. Na matce a plodu se projevuje nejen fyzicky ale i psychicky. Matka je často při užívání drog vystavena infekčním nemocem (HIV, syfilis a hepatitida typu B) (Pařízek, 2006). Podle Macků (1998) mají různé drogy odlišný vliv na plod. Hašiš, kokain, amfetaminy a halucinogeny způsobují závislost psychickou, zatím co opia a barbituráty vyvolávají fyzickou závislost a dochází k ohrožení dítěte na životě.

Kouření

Dalším rizikovým faktorem ovlivňující zdravý vývoj plodu je kouření, a to ve formě aktivního tak pasivního kouření. Nikotin, oxid uhelnatý a další těžké kovy, které jsou obsaženy v cigaretách, mají neblahý vliv na zdravotní stav matky a nenarozeného dítěte. Podle Haussteina (1999) nikotin a oxid uhelnatý, jakožto součást cigaretového kouře mají neblahý vliv na porodní hmotnost dítěte a jsou příčinou předčasných porodů. Tyto situace jsou způsobeny vazbou oxidu uhelnatého na hemoglobin a následným vytvořením sloučeniny karboxyhemoglobinu.

Karboxyhemoglobin snižuje obsah kyslíku ve tkáních plodu, snižuje průchod krve dělohou, což může mít za následek poškození plodu. Brázdová (1999) tvrdí, že kouření v období gravidity je nevhodné nejen z důvodu neblahého účinku oxidu uhelnatého a nikotinu, ale také z důvodu špatného stravování budoucí matky. Těhotným kuřáčkám se zrychluje bazální metabolismus a zvyšuje se potřeba důležitých minerálních látek a vitamínů. Hronek (2004) poukazuje na souvislost mezi kouřením v období těhotenství a pozdějším výskytem zhoubných nádorů. Je patrné, že kouření a inhalace nikotinu v těhotenství je velice nevhodné jak pro matku tak plod.

3 METODIKA PRÁCE

V následující kapitole se zabýváme metodikou výzkumné části práce. Pro sběr dat byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Samotným prostředkem výzkumu byl anonymní nestandardizovaný dotazník. V dotazníkovém šetření byly použity otázky uzavřené (v jednom případě s možností doplnění). Respondentky měly vždy možnost výběru jedné odpovědi. Bakalářská práce je zpracována podle citační normy ČSN ISO 690 (01 0197).

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkové šetření bylo aplikováno na populaci těhotných žen všech věkových skupin v městě Olomouc. Pro šetření byl určen reprezentativní vzorek 120 žen. Jednalo se o ženy, které pravidelně navštěvují gynekologickou péči v rámci poraden pro těhotné.

V naší práci nebyl vzhledem k charakteru práce ve výsledkové části posuzován věk, počet dětí ani sociální status dotazovaných žen.

3.2 Charakteristika zaměření výzkumu

Dotazník byl sestaven tak, aby zjistil stav informovanosti o výživě těhotných žen v městě Olomouc. Celkem je v dotazníkovém šetření zahrnuto 14 otázek. Otázky byly koncipovány

za účelem splnění dílčích cílů práce. Otázka č. 1 se zabývá zjištěním úrovně dosaženého vzdělání pro následnou komparaci s celkovou informovaností o problematice výživy v období těhotenství. Otázky č. 2 a 3 zkoumají danou problematiku z hlediska obecné informovanosti. Následující otázky č. 4 až 14 hodnotí konkrétní znalosti ze zkoumané oblasti.

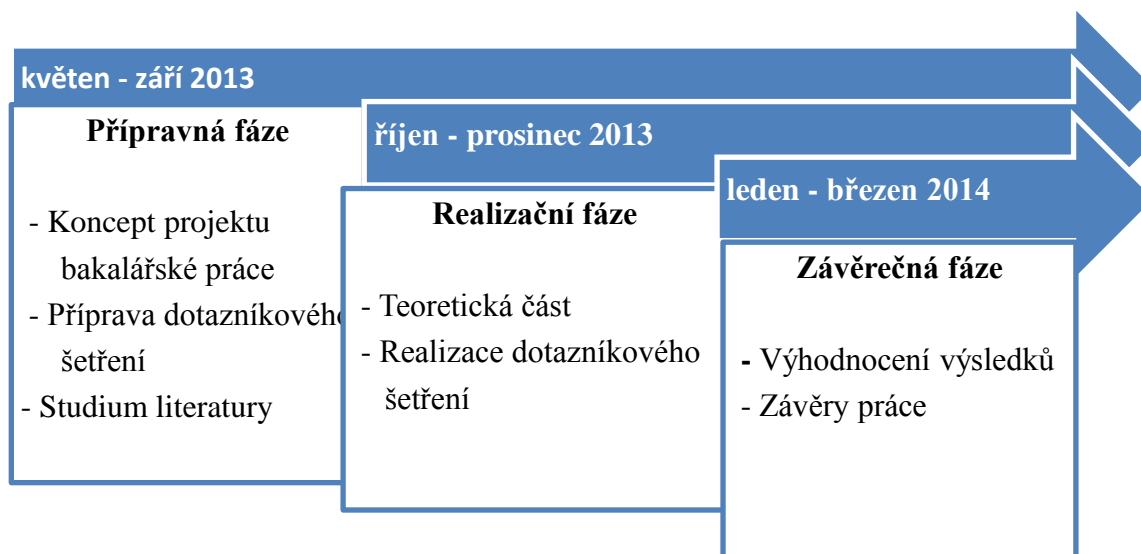
Před distribucí dotazníku pro účely zisku dat, bylo dotazníkové šetření aplikováno a vzorku 10 žen. Tato aplikace sloužila ke zjištění stavu srozumitelnosti otázek a přehlednosti předložených otázek.

Finální podoba dotazníku sloužící pro sběr dat v dotazníkovém šetření je k nahlédnutí v příloze 1.

3.3 Organizace výzkumu

Celý projekt bakalářské práce byl časově naplánován na období mezi březnem 2013 a dubnem 2014. Plán zpracování práce byl koncipován do tří dílčích fází. Tyto fáze byly rozděleny na fázi přípravnou, realizační a závěrečnou. V rámci jednotlivých fází byly

realizovány konkrétní úkoly. Pro ukázkou časové i úkolové posloupnosti předkládáme následující obrázek.



Obrázek 1. Harmonogram projektu diplomové práce

3. 4 Zpracování výsledků

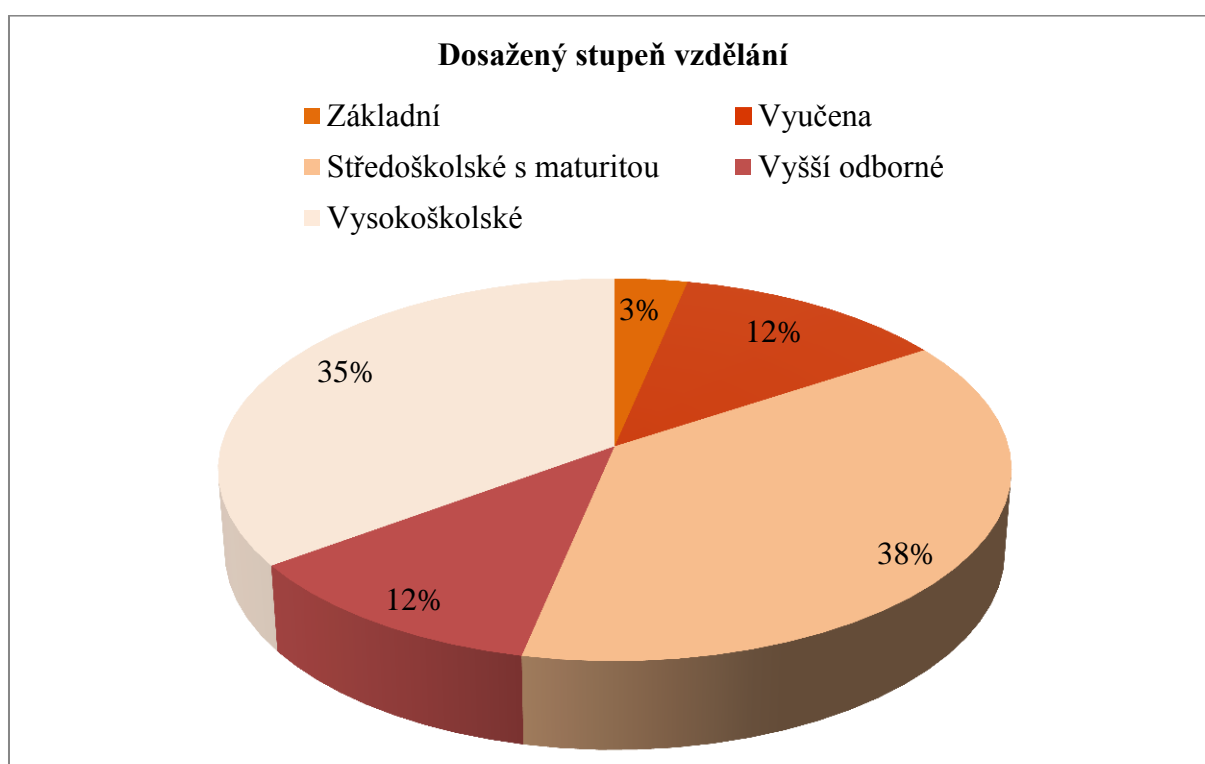
Při zpracování výsledků jsme vycházeli z metodiky podle Chrásky (2007) po sestavení výsledků kvantitativního výzkumu, která je založena na třech základních fázích. V první fázi byla data shromážděna a uspořádána. Následovalo vyhodnocení a poslední fází bylo grafické znázornění získaných dat.

Pro grafické znázornění výsledků šetření jsme použily grafy vytvořeny v programech Microsoft Word 2010 a Microsoft Excel 2010.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

V následující kapitole se zabýváme vyhodnocením dotazníkového šetření, které bylo pro potřeby práce realizováno u gravidních žen v městě Olomouc. Výsledky jsou vyhodnoceny v pořadí odpovídajícímu skladbě jednotlivých otázek. Do výsledkové části je zakomponována i diskuze porovnávající dosažený stav se stavem optimálním, založeným na soudobých doporučeních.

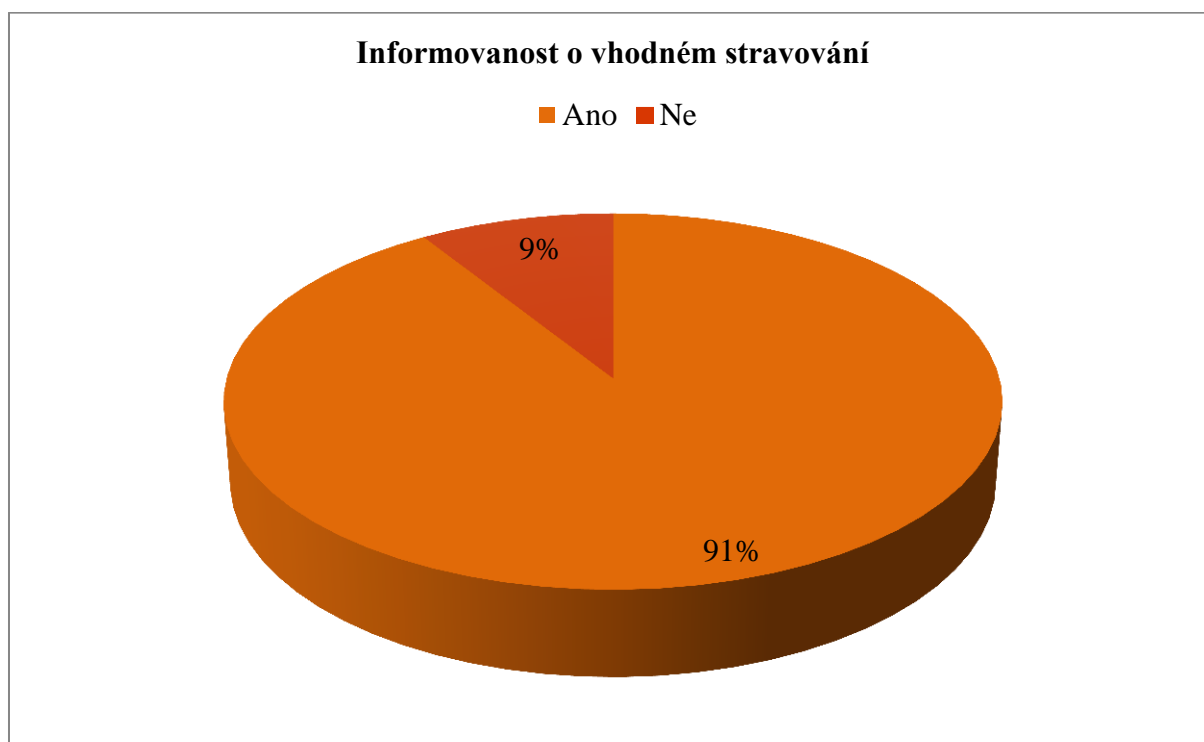
Otázka č. 1 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 2. Vzdělání respondentek

Z celkového počtu 120 (100 %) dotazovaných respondentek tvořilo nejpočetnější skupinu, přesně 45 (38 %) žen se středoškolským vzděláním s maturitou, vysokoškolského vzdělání dosáhlo 42 (35 %) z dotazovaných respondentek, následných 15 (12 %) respondentek je vyučeno a zbylých 14 (12%) mají vyšší odborné vzdělání. Celkem 4 (3%) respondentky tvořily nejméně početnou skupinu respondentek se vzděláním základním.

Otázka č. 2 Jste podle Vás dobře informovaná o optimálním stavování v období těhotenství?



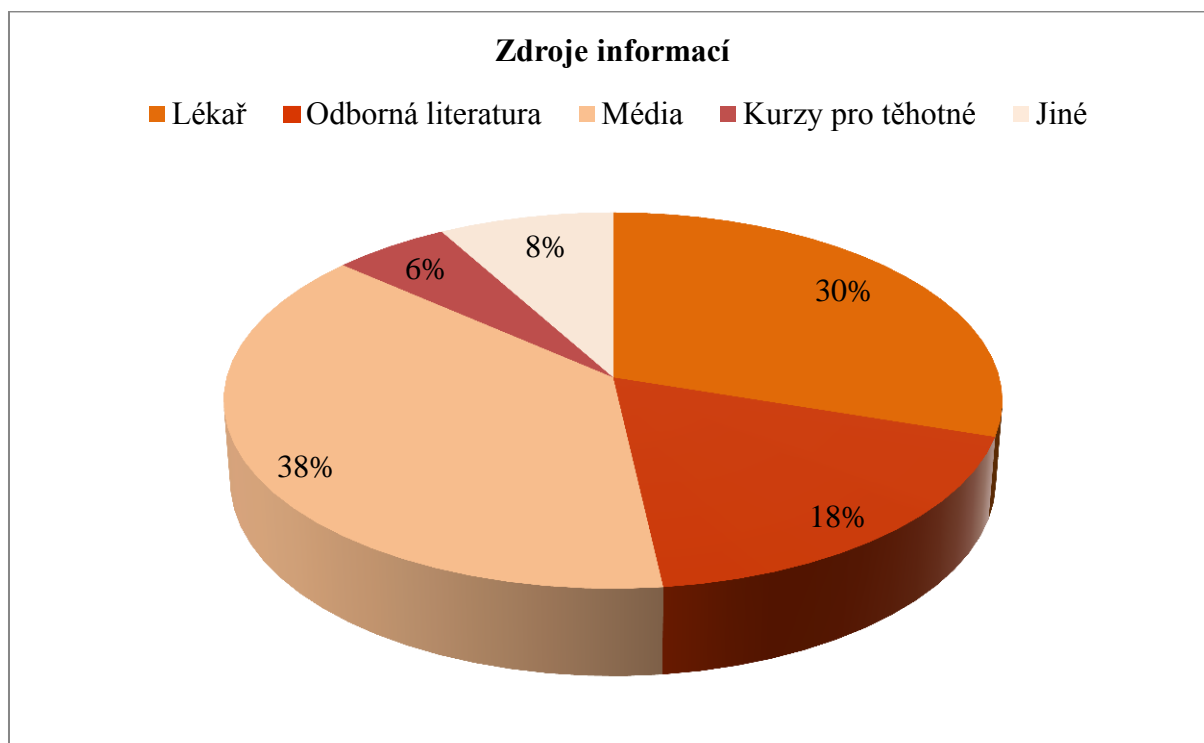
Graf 3. Hodnocení informovanosti o vhodném stravování v období gravidity

Z výše uvedeného grafu vyplývá toto zjištění. Celkem 110 (92 %) dotazovaných respondentek se subjektivně domnívá, že jsou informované o vhodném stravování v průběhu těhotenství. Zbýlých 10 (8 %) dotazovaných gravidních žen se necítí být dostatečně informované.

Druhá otázka prezentuje subjektivní pohled na informovanost u dotazovaných žen v rámci tématu výživy v období těhotenství. Prostřednictvím získaných odpovědí z následujících otázek z různých témat z oblasti výživy gravidních žen a následným srovnání se soudobými doporučeními posoudíme, zda dosažené výsledky odpovídají subjektivnímu vnímání respondentek.

V případě negativních odpovědí, bychom rádi tyto problémové oblasti vyzdvihly a apelovali tak na propracovanější postupy v procesech zajištění informovanosti u gravidních žen za účelem optimalizace stávajícího stavu.

Otázka č. 3 Odkud tyto informace převážně čerpáte?

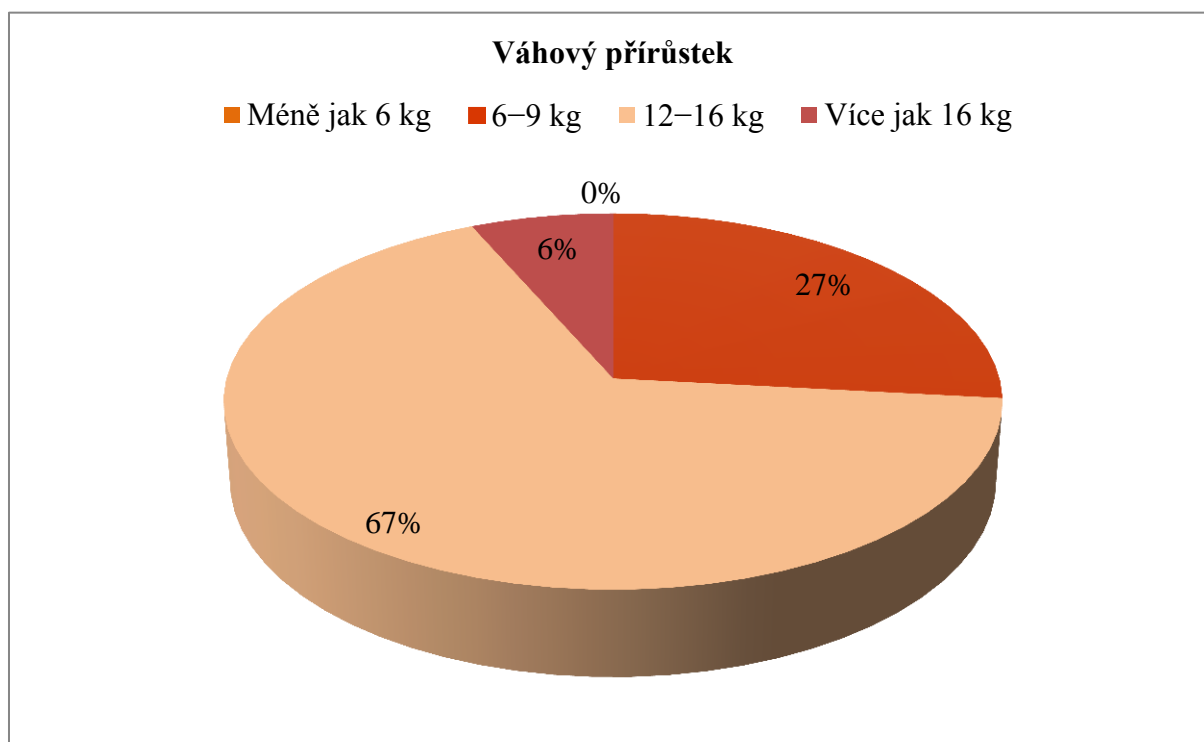


Graf 4. Zdroje informací o stravování gravidních žen

Graf 4 dokládá, že nejvíce z dotázaných respondentek, počtem 42 (38 %) získává informace o vhodném stravování v období těhotenství z médií. Další početnou skupinou bylo 33 (30 %) žen, které tyto informace čerpají převážně od svého lékaře. Třetím nejpočetnějším zdrojem je odborná literatura, kterou označilo 20 (18 %) žen. Informace z kurzů pro těhotné ženy získává 6 (6 %) gravidních žen Jiné zdroje uvedlo 9 (8 %) respondentek. Ty ve většině případů získávají informace od kamarádek a zbylé respondentky uvádějí jako zdroj informací rodinu.

Výsledky v tématu zabývajícím se převážným zdrojem informací, který respondentky používají, poukazují na značný vliv médií, jakož to hlavní informační nástroj. Nejodbornější nástroj poskytující informace, tedy lékař byl až na druhém místě. Získané výsledky vedou k zamyšlení, zda je práce lékařů v oblasti poskytování informací o výživě v době těhotenství dostatečná či zda by neměl být proces prenatální i postnatální lékařské péče z hlediska této problematiky upraven.

Otázka č. 4 Jaký je podle Vás optimální váhový přírůstek v těhotenství u zdravé ženy s optimální váhou?



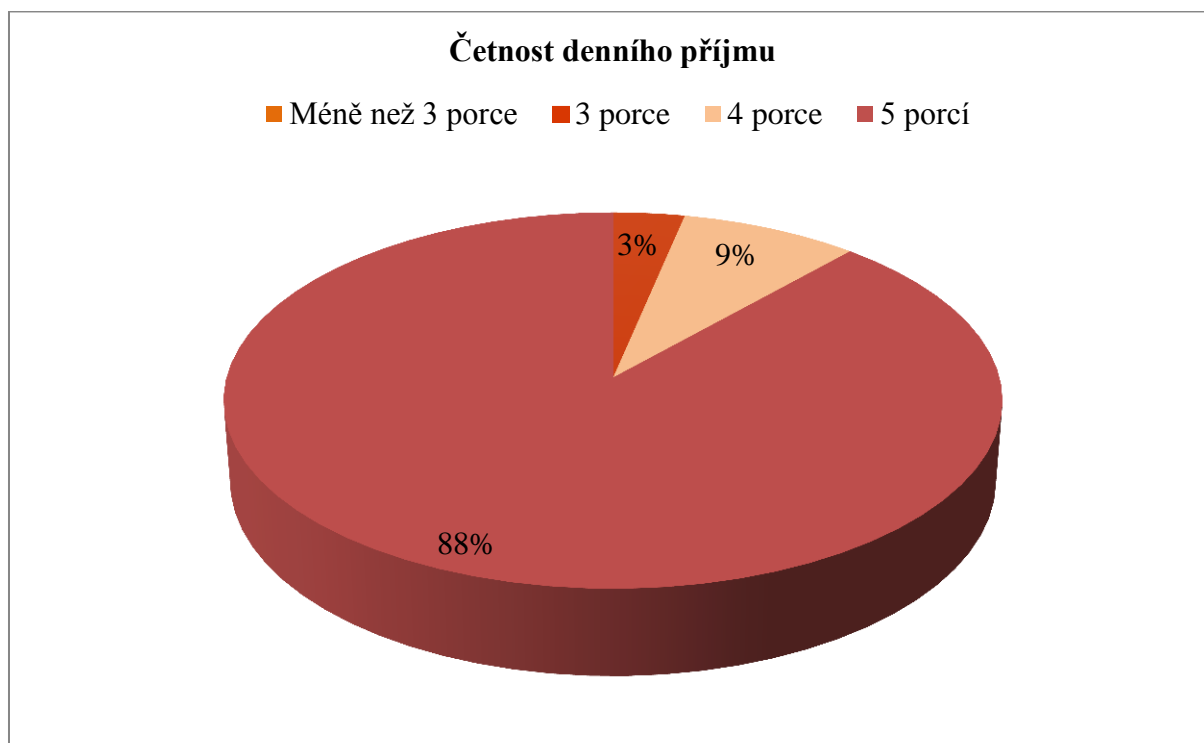
Graf 5. Povědomí o optimálním váhovém přírůstku v graviditě

Následující graf reprezentuje informovanost žen o optimálním hmotnostním přírůstku. Více než polovina dotazovaných respondentek, přesně 80 (67 %) se domnívá, že optimální nárůst hmotnosti během těhotenství je 12–16 kg. Celkem 32 (27 %) respondentek uvádí 6–9 kg jako optimální hmotnostní přírůstek a pouze 8 (6%) dotazovaných žen si myslí, že doporučený hmotnostní přírůstek je více jak 16 kg. Žádná z respondentek neuvedla možnost méně jak 6 kg.

Hronek a Barešová (2012) ve své knize uvádí jako minimální hodnotu váhového přírůstku 7 kg. U žen s optimální váhou (BMI 20–25 kg/m) před otěhotněním by se měl váhový přírůstek pohybovat mezi 11,4–16 kg. Ženy trpící podvýživou by měly svou váhu zvýšit o 18 kg.

V porovnání dosažených výsledku s doporučením Hronka a Barešové (2012) vyplývá, že více jak polovina žen (67 %) má správné povědomí o optimálním váhovém přírůstku u zdravé gravidní ženy. Zbylé odpovědi můžeme považovat jako chybné. Výsledky v této oblasti hodnotíme jaké negativní a zcela nedostatečné, proto tedy apelujeme na zvýšení informovanosti v této problematice.

Otázka č. 5 Do kolika porcí denně byste měla rozdělit svou denní stravu?



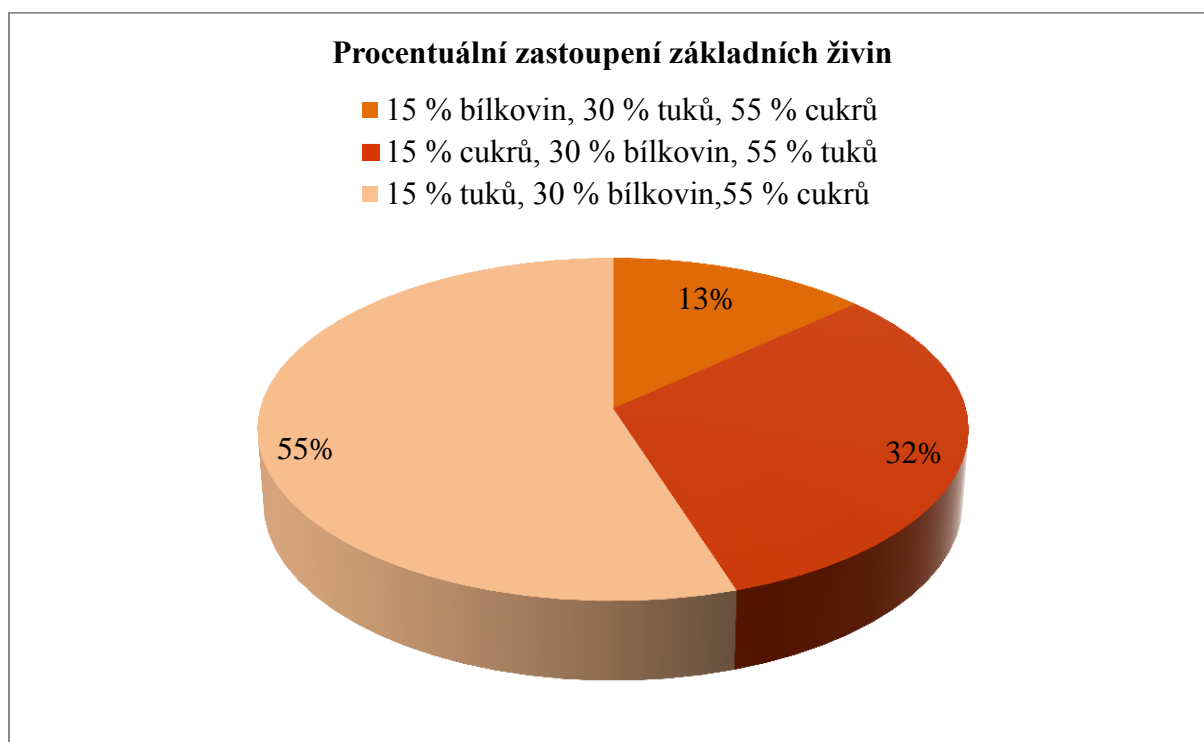
Graf 6. Hodnocení vědomí o rozdělení stravy během dne

Následující graf reprezentuje představu žen o rozdělení stravy během dne. Nejvíce, přesněji 106 respondentek (88 %) by svou denní stravu rozdělily do pěti až šesti porcí za den. Deset dotazovaných žen (9 %) tvrdí, že strava má být rozdělena do čtyř porcí denně. Celkem 4 (3 %) žen je názoru, že stravu je vhodné rozdělit do 3 porcí denně.

Hronek a Barešová (2012) doporučují konzumaci tří hlavních jídel a dvou svačín, dohromady tedy konzumaci pěti porcí jídla denně. Mezi těmito chody by měla být dodržena pauza v rozmezí tří hodin.

Většina žen (88 %) si je vědoma optimálního rozdělení stravy během dne a odpověděla tedy správně. Procentuální výskyt chybných odpovědí byl 12 %. Znalost této problematiky hodnotíme pozitivně, avšak vzhledem k jednoduchosti správné odpovědi by bylo vhodné zkoumanou problematiku více osvětlit v rámci pravidelných lékařských prohlídek.

Otázka č. 6 Jaké by mělo být podle Vás procentuální zastoupení základních živin ve Vaší denní stravě?



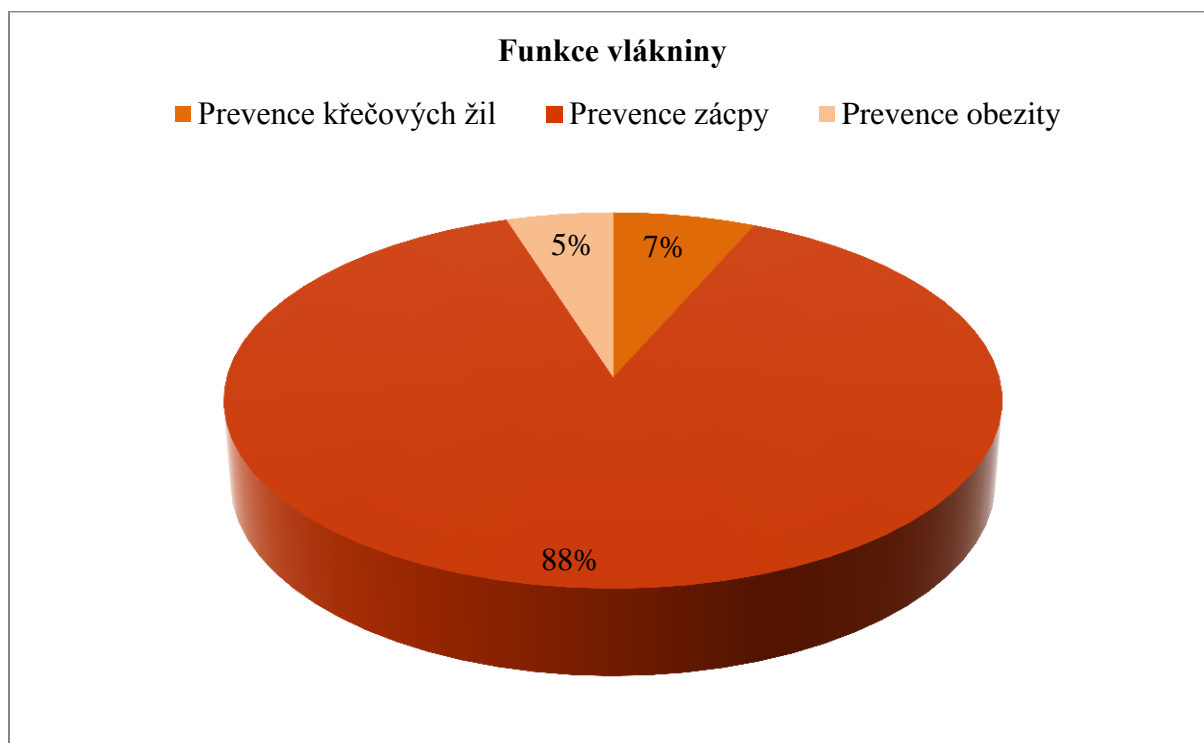
Graf 7. Informovanost o procentuálním zastoupení živin ve stravě gravidní ženy

Aktuální graf hodnotí míru znalosti gravidních žen o procentuálním rozdělení základních živin ve stravě. Huch (2007) definuje, že optimální zastoupení základních živin v potravě by mělo být následující: 15 % bílkovin, 30 % tuků a 55 % tuků. Vzhledem k této hypotéze a dosaženým výsledkům z dotazníkového šetření můžeme říci, že pouze 16 (13 %) respondentek má správné povědomí o optimální skladbě základních živin v potravě. Zbýlých 104 (87 %) žen odpovědělo nesprávně.

Dosažené výsledky hodnotíme negativně a znalost této problematiky u dotazovaných respondentek jako naprosto nedostatečnou. Z hlediska důležitosti této problematiky apelujeme na zvýšení informovanosti zabývajících se tímto tématem.

Podobného výsledku dosáhla i Papoušková (2013) ve své práci, zabývajících se informovaností těhotných a kojících žen o výživě v těhotenství. Z průzkumu realizovaného v Klatovské nemocnici a.s. a Domažlické nemocnici a.s. vyplynulo, že na otázku zabývajících se poměrem základních živin odpovědělo dobře pouze 11,2 % dotázaných žen.

Otázka č. 7 Proč je podle Vás důležitá vláknina ve stravě těhotné ženy?



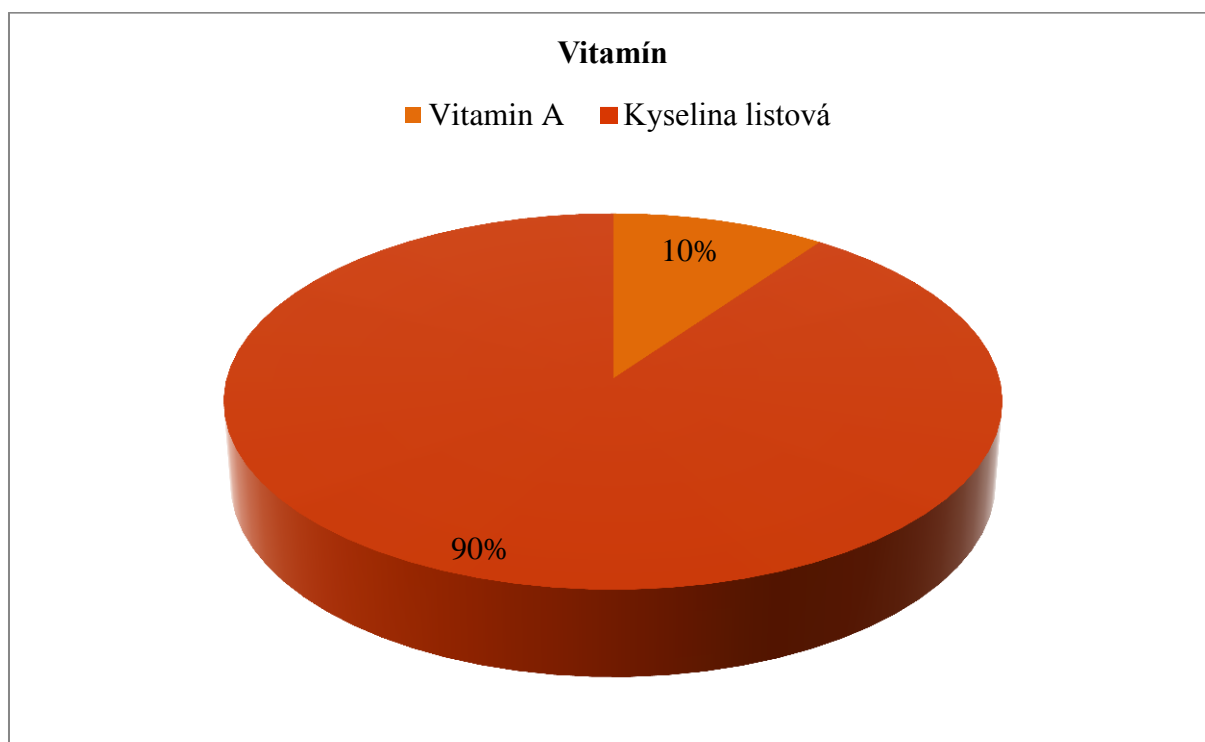
Graf 8. Vyhodnocení povědomí o důležitosti vlákniny

Celkem 106 (88%) ze 120 dotazovaných respondentek určilo vhodnost příjmu vlákniny z důvodu prevence vzniku zácpy v období těhotenství. Zbylých 8 (7 %) respondentek je názoru, že příjem vlákniny může ovlivnit vznik křečových žil a 6 (5 %) respondentek se domnívá, že příjem vlákniny v graviditě snižuje vznik obezity.

Jarolímková a Peterka (2003) ve své práci uvádí fakt, že vláknina na sebe váže na sebe toxické látky, snižuje pocit hladu a pozitivně ovlivňuje samovolný pohyb střev, tím působí preventivně proti zácpě.

Takřka 90 % žen odpovědělo v této otázce správně. Dosažený výsledek a tedy i povědomí gravidních žen o důležitosti vlákniny ve výživě těhotné ženy hodnotíme kladně a můžeme říci, že jsou ženy o této otázce dobře informované.

Otázka č. 8 U kterého z těchto vitamínů je podle Vás doporučeno navýšit jeho příjem v době před a během těhotenství?



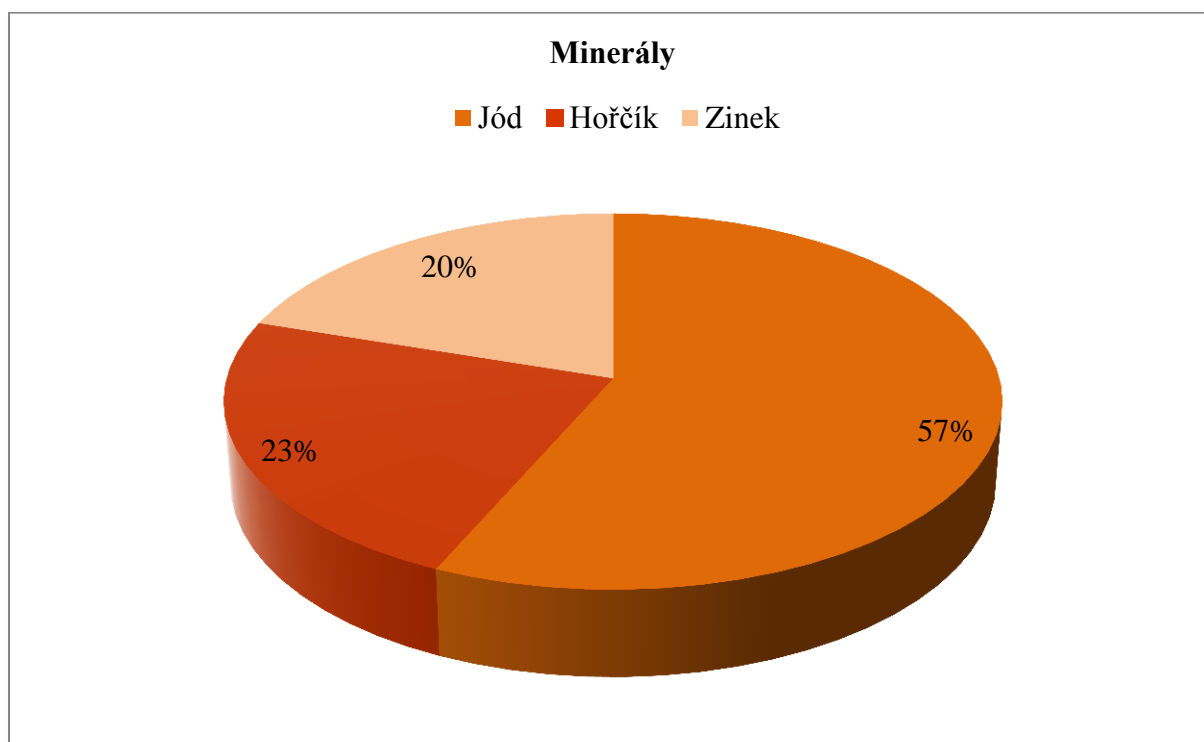
Graf 9. Povědomí o příjmu kyseliny listové v období gravidity

Graf č. 9 dokumentuje znalost žen v Olomouci o vhodnosti navýšení kyseliny listové v době před otěhotněním a v průběhu těhotenství. Z výsledků vyplývá, že 108 (90 %) respondentek je dostatečně informovaná o doporučovaném zvýšení příjmu kyseliny listové, naopak zbylých 12 (10 %) žen je přesvědčeno, že je vhodné zvýšit v těhotenství příjem vitamínu A.

Dostatečný příjem kyseliny listové snižuje riziko vzniku vývojových a růstových vad. Kyselina listová je důležitá pro růst plodu, proto se její potřeba se v době těhotenství zvyšuje. Mandžuková (2008) doporučuje zvýšit příjem kyseliny listové již v době před otěhotněním. Naopak Pokorná, Březková a Průša (2008) nabádají ve spojitosti s příjmem vitamínu A ke zvýšené opatrnosti neboť jeho nadbytek může podle nich působit teratogeně.

Jako pozitivní zjištění bereme, že celých 90 % žen má správné podvědomí o potřebě navýšení příjmu kyseliny listové. Předpokládáme, že jsou dotazované ženy o této problematice dobře informovány.

Otázka č. 9 Který z následujících minerálů má výrazný vliv na vývoj mozku a inteligenci dítěte?



Graf 10. Znalost vlivu jodu na vývoj mozku dítěte

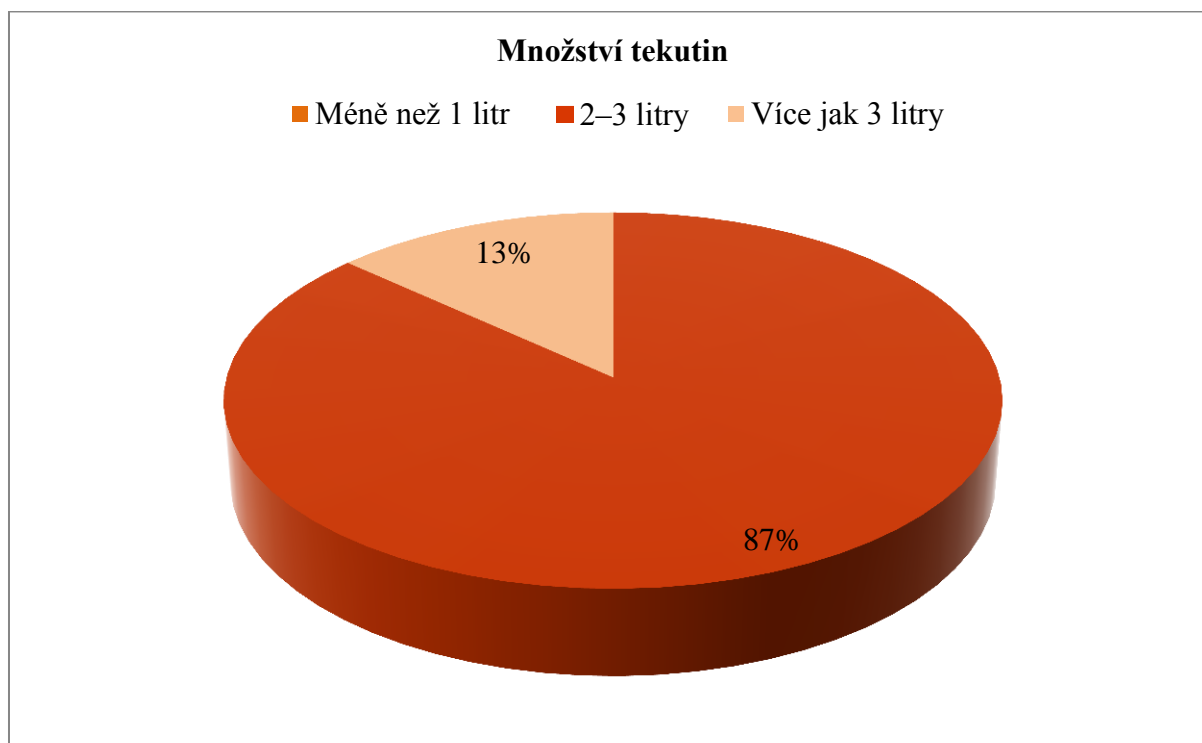
Graf 10. Znalost vlivu jodu na vývoj mozku dítěte

Z grafu č. 10 vyplývá, že nejvíce žen celkem 68 (57 %) se domnívá, že výrazný vliv na vývoj mozku a inteligenci dítěte má jód. Dále 28 (23 %) žen tvrdí, že snížená inteligence může být způsobena deficitem hořčíku v organismu a zbylých 24 (20 %) respondentek uvádí jako důležitý minerál pro vývoj mozku dítěte zinek.

Podle Honky a Barešové (2012) je důležitým a nezbytným minerálem pro správnou produkci hormonů štítné žlázy jód. Jeho nedostatek zpomaluje dozrávání nervové soustavy plodu. Potřebu jódu může podle autorů pokrýt konzumace ryb, ve frekvenci konzumace dvě porce ryby týdně.

Z dosažených výsledků vyplývá, že tohoto faktu si je vědomo 68 (57 %) dotázaných těhotných žen. Předložené výsledky poukazují na nízkou informovanost dotazované problematiky. Výsledek otázky č. 10 tedy hodnotíme jako velmi negativní a informovanost dotazovaných žen jako nedostatečnou.

Otázka č. 10 Jaký je podle Vás optimální denní příjem tekutin?



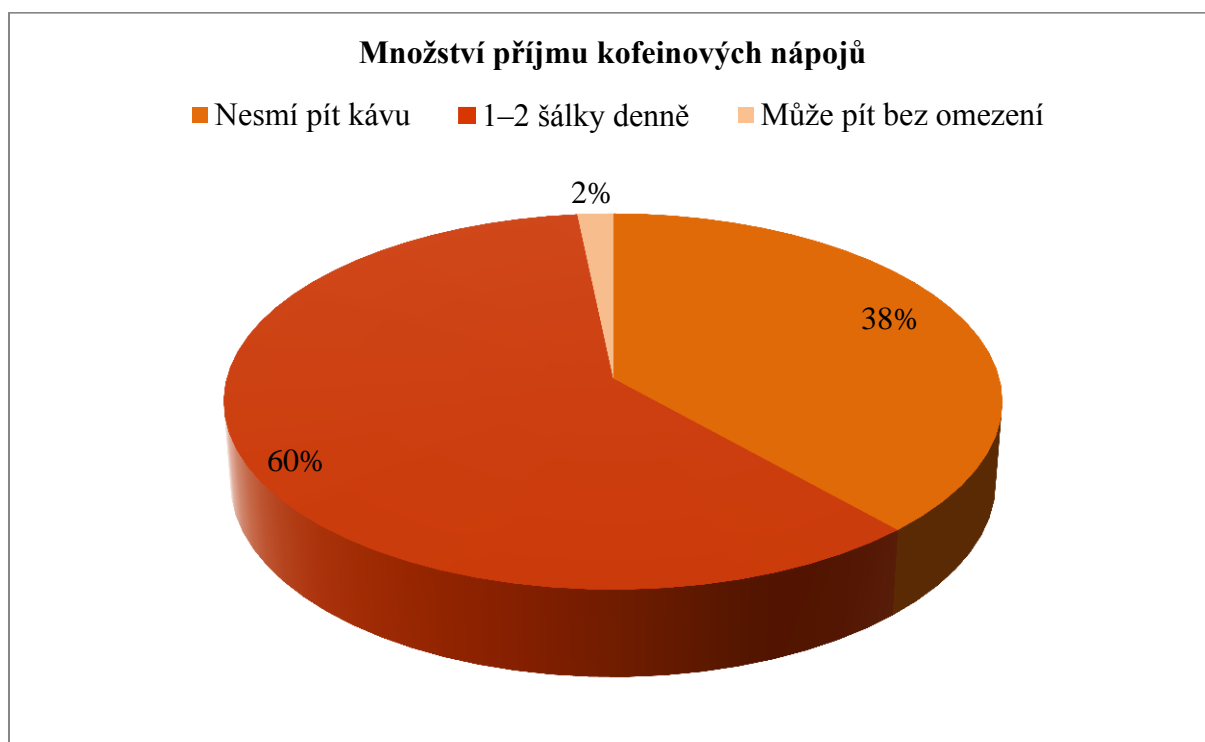
Graf 11. Hodnocení povědomí o optimálním denním příjmu tekutin

Z aktuálního grafu lze vyčíst následující stav, 104 (87 %) gravidních žen odpovědělo, že optimální množství přijatých tekutin u gravidních žen je 2–3 litry za den. Dalších 16 (13%) je názoru, že by těhotná žena měla vypít za den více jak 3 litry tekutin. Možnost méně než 1 litr neoznačila žádná respondentka.

Doporučené příjem tekutin závisí na řadě faktorů. Teplota okolního prostředí, zdravotní stav, fyzická aktivita a tělesná hmotnost ovlivňují potřebu příjmu tekutin. Sabersky (2009) ve své knize uvádí, že těhotná žena by měla přijmout okolo 3 litrů tekutin za den. V tomto množství je avšak započítán příjem tekutin z potravy. Po odečtu těchto tekutin je doporučený příjem vody okolo 1,5 litru denně.

Vzhledem k výsledku, že 104 (87 %) gravidních žen správně označilo možnost optimálního množství tekutin zkonsumovaných za den 2–3 litry a zbytek žen označilo možnost více jak 3 litry za den, kterou nepovažujeme jako chybnou. Hodnotíme tedy znalost této problematiky u dotazovaných žen jako velmi pozitivní a dobrou.

Otázka č. 11 Kolik podle Vás může těhotná žena vypít kávy, aby konzumace neměla negativní účinky na plod?



Graf 12. Informovanost o příjmu kofeinu v období gravidity

Ve výše uvedeném grafu jsou znázorněny výsledky zabývající se hodnocením postoje ke konzumaci kávy během gravidity. Více než polovina z dotazovaných respondentek počtem 72 (60 %) žen uvedla, že během těhotenství může gravidní žena vypít 1–2 šálky kávy denně. Celkem 46 (38 %) žen se domnívá, že by se těhotná žena konzumaci kávy během těhotenství měla zcela vyhnout. Pouhé 2 (2 %) ženy se omezením vůbec nezabývají.

Jelikož není jednoznačně prokázána bezpečnost kofeinu v graviditě, doporučuje Hronek (2004) těhotným ženám omezit pití kávy na maximálně dva šálky kávy denně. Z grafu 12 vyplývá, že tento názor sdílí více jak polovina dotázaných těhotných žen. Vzhledem k vědecké neprůkaznosti správného tvrzení dosažený výsledek nehodnotíme a spíše ho považujeme jako sondáž hodnotící aktuální stav této problematiky.

Otázka č. 12 Má podle Vás pasivní kouření vliv na vývoj plodu?



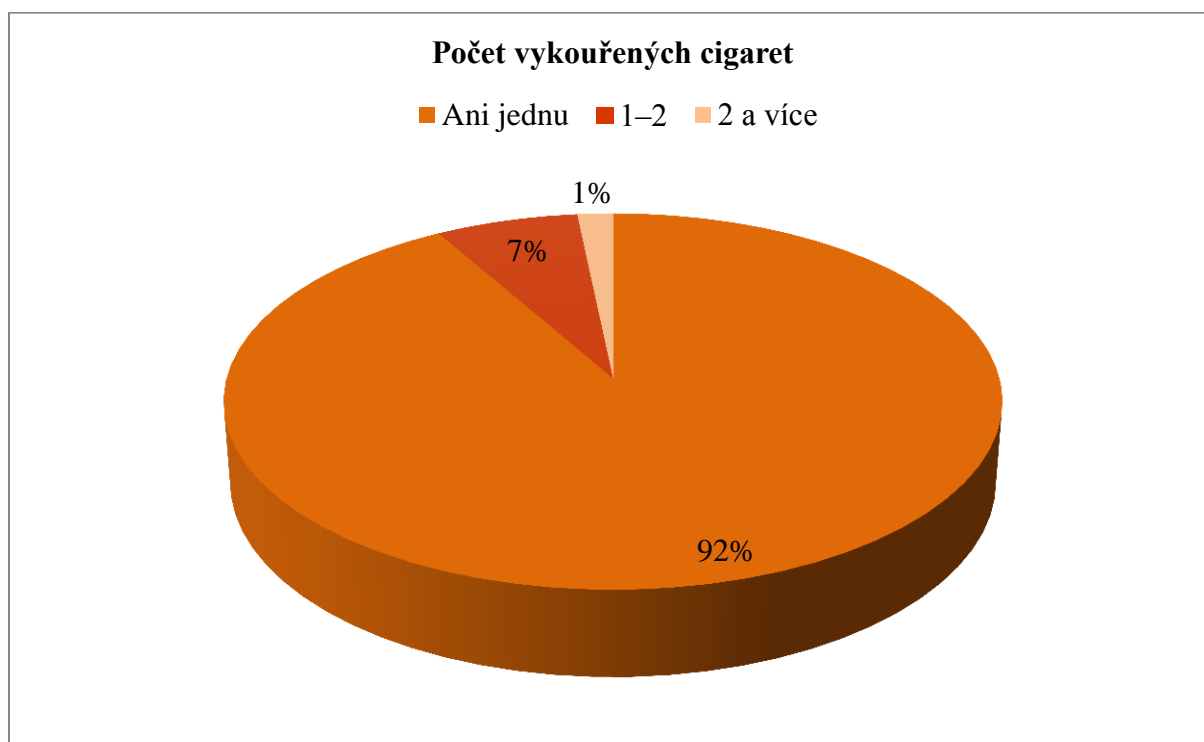
Graf 13. Informovanost gravidních žen o nevhodnosti pobývání v zakouřeném prostředí

Z následujícího grafu je patrné, že 110 (92 %) z celkového počtu 120 dotazovaných respondentek se domnívá, že má pasivní kouření negativní vliv na vývoj plodu. Pobyt gravidní ženy v zakouřeném prostředí není tedy podle nich vhodný. Zbýlých 10 (8 %) žen tvrdí, že pasivní kouření nemá vliv na vývoj dítěte. Čili gravidní žena se podle nich nemusí zakouřeným prostorám vyhýbat.

Renomovaný server U lekare.cz uvádí, že těhotné ženy pohybující se dlouhodobě v zakouřeném prostředí mají až o 50 % vyšší riziko samovolného potratu než jiné rodičky. Taktéž novorozenci mají v těchto případech nižší porodní hmotnost oproti novorozencům, jejichž matky se zcela vyvarovaly vlivu pasivního kouření.

Pozitivním zjištěním je fakt, že většina dotázaných gravidních žen si je tohoto faktu vědoma a je o rizicích pasivního kouření dobře informována. Dosažené výsledky tedy hodnotíme pozitivně a informovanost dotazovaných žen o tomto tématu jako dostatečnou.

Otázka č. 13 Kolik cigaret může podle Vás žena denně vykouřit, aby to nemělo negativní účinky na plod?



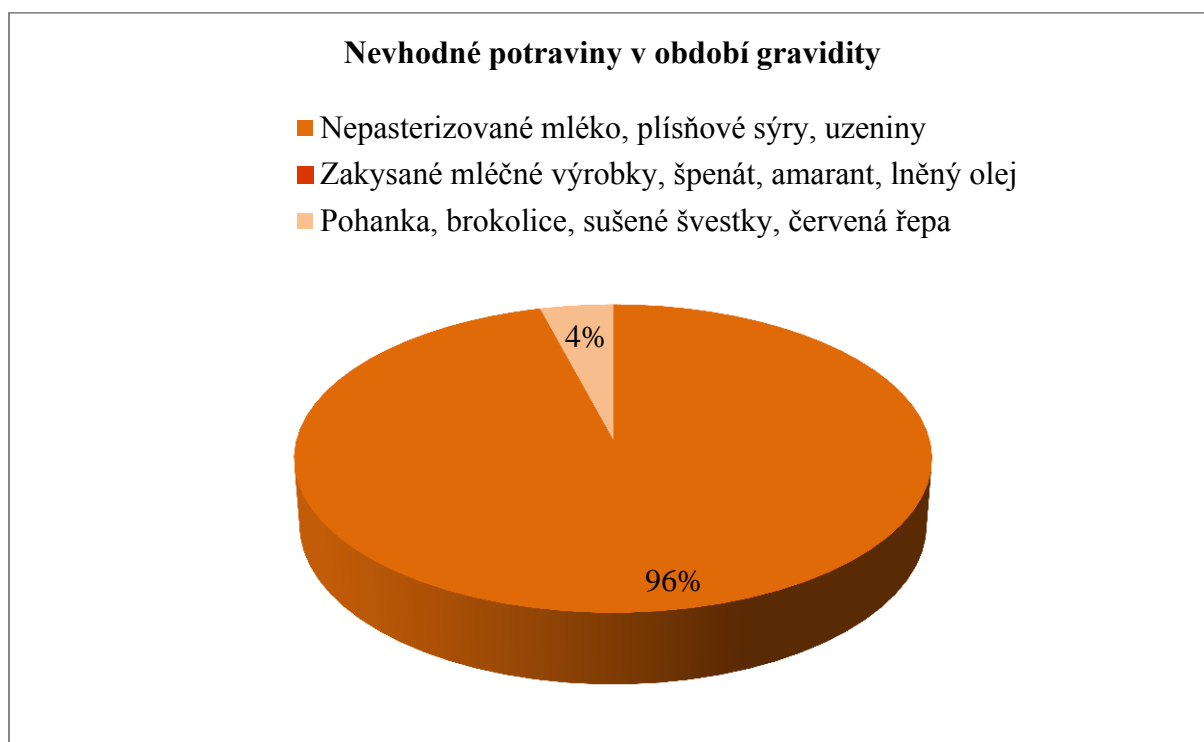
Graf 14. Informovanost o negativním vlivu kouření na vývoj plodu

Z grafu 14 vyplývá, že nejpočetnější skupina, tedy 110 (92 %) gravidních žen je názoru, že během těhotenství by se kouření měla žena zcela vyvarovat. Toleranci 1–2 cigaret uvedlo 8 (7 %) respondentek a zbylé 2 (1 %) ženy jsou názoru, že kouření nemá vliv na zdárný vývoj plodu.

Chemické látky, které se nacházejí v cigaretovém kouři, snižují zásobení plodu kyslíkem a živinami důležitými pro jeho vývoj. Tyto látky se dostávají skrze placentu do těla plodu již několik sekund po prvním „potáhnutí“ z cigarety. Na základě nezralosti jater a ledvin plodu dochází k pomalému odbourávání těchto chemických látek (Huch, 2007). Z tohoto tvrzení vyplývá, že i jediná cigareta denně má neblahý vliv na plod.

Informovanost gravidních žen o nevhodnosti kouření v jakémkoliv množství lze hodnotit jako dostatečnou a dosažené výsledky jako pozitivní. Vzhledem k závažnosti této problematiky by však bylo vhodné ženy o negativním vlivu kouření během těhotenství neustále informovat a maximálně minimalizovat procento aktivních kuřaček v kategorii gravidních žen.

Otázka č. 14 Které z následujících potravin je podle Vás nevhodné konzumovat v těhotenství



Graf 15. Hodnocení vědomí o konzumaci nevhodných potravin v těhotenství

Poslední graf předkládá informovanost gravidních žen o nevhodnosti konzumace určitých potravin. Znalost o nevhodnosti konzumace nepasterizovaného mléka, plísňových sýrů a uzenin vykazuje 115 (96 %) těhotných žen. Pouze 5 (4 %) respondentek tvrdí, že by se gravidní žena měla vyhnout konzumaci pohanky, brokolice sušených švestek a červené řepy.

Dle Bukáčové (2010) potraviny jako je brokolice a červená řepa jsou vydatným zdrojem kyseliny listové, jejíž potřeba v těhotenství narůstá. Sušené švestky, amarant a špenát obsahují železo, které je nezbytné pro prevenci výskytu anémie a rutin obsažen v pohance působí preventivně proti vzniku křečových žil a hemeroidů u těhotných žen. Taktéž prospěšný, nejen pro gravidní ženy je příjem zakysaných mléčných výrobků z důvodu obsahu vápníků a bakterií mléčného kvašení. Naprosto nevhodná je konzumace uzenin pro vysoký obsah konzervačních látek. Příjem plísňových sýrů, nebo nepasterizovaného mléka se může stát potenciálním zdrojem nákazy listeriózou, která může mít za následek potrat či předčasný porod (Müllerová, 2004).

Z dosažených výsledků vyplývá, že většina žen má dobré povědomí o vhodnosti konzumace určitých potravin v těhotenství. Pouze 5 (4 %) žen označilo chybnou odpověď. Dosažené výsledky hodnotíme kladně a informovanost žen o zkoumaném tématu jako dostatečnou.

Jednotlivé výsledky byly posuzovány z hlediska správnosti odpovědi dotazovaných žen. Měřítkem pro určení správnosti odpovědi byla soudobá doporučení čerpaná z odborné literatury. Pro stanovení, zda je výsledek pozitivní či negativní jsme stanovili hranici rovnající se či převyšující hodnotu 70 % správných odpovědí.

Z celkového počtu 14 otázek byly 3 otázky informativního charakteru zjišťující základní informace o respondentkách. Jednu otázku vzhledem k nejasnosti určení správné odpovědi považujeme jako sondážní. Zbýlých 10 otázek zkoumalo informovanost respondentek v konkrétních tématech vybraných z oblasti výživy v době gravidity. Z těchto otázek posuzujeme celkový stav informovanosti dotazovaných žen.

V úvodní části dotazníku byly respondentky dotazovány, zda si myslí, že jsou o problematice výživy v době gravidity dobře informovány. V prvním výzkumném předpokladu jsme stanovili, že více než polovina respondentek si myslí, že jsou dobře informované o optimální výživě v těhotenství. Celkem 90 % respondentek zvolilo možnost, že jsou dobře informované a potvrdilo náš výzkumný předpoklad. Vzhledem k dosaženým výsledkům můžeme říci, že dotazované ženy dopadly dobře. V 70 % otázek byly jejich odpovědi hodnoceny pozitivně.

Avšak vzhledem k závažnosti témat, ve kterých byly odpovědi žen hodnoceny negativně, apelujeme na zvýšení informovanosti, a to v následujících oblastech. Nejvíce negativního výsledku dosáhly respondentky v problematice procentuálního zastoupení základních živin v potravě gravidní ženy. Této problematice se věnoval i třetí výzkumný předpoklad,

ve kterém jsme definovali, že méně než polovina respondentek bude znát správné procentuální zastoupení základním živin ve stravě gravidní ženy. Toto tvrzení nám respondentky potvrdily. Správnou odpověď označilo jen 16 % dotazovaných žen.

Respondentky by také měly být více informovány v otázce optimálního váhového přírůstku. V druhém výzkumném předpokladu jsme stanovili tvrzení, že více než polovina respondentek bude mít správné povědomí o optimálním váhovém přírůstku u zdravé ženy s optimální váhou. Tento předpoklad dotazované ženy potvrdily, správnou odpověď označilo 67 % žen. Vzhledem k důležitosti toho tématu však považujeme tuto hodnotu jako nedostatečnou.

ZÁVĚR

Prostřednictvím naší práce přinášíme aktuální pohled na problematiku zabývající se stavem informovanosti gravidních žen. Zkoumaná problematika byla cílena na ženy všech věkových i sociálních skupin žijících v městě Olomouc. V rámci výzkumného šetření bylo posuzováno celkem 120 žen.

Práce je rozdělena na dvě části. Část teoretickou a část praktickou. V úvodu teoretické části se práce zabývá charakteristikou těhotenství a změnami s ním souvisejícími, včetně změn hmotnostních. Další oddíly této části jsou zacíleny na specifikaci výživy v období těhotenství. Pozornost je zde především věnována makronutrientům a mikronutrientům a jejich doporučenému příjmu v období těhotenství. Do výživy je zahrnut i pitný režim. V práci jsou taktéž řešeny rizikové faktory ve výživě gravidní ženy. Praktická část je založena zisku, zpracování a prezentaci dosažených výsledků získaných prostřednictvím dotazníkového šetření. Dosažené výsledky jsou srovnány se soudobými literárními zdroji. Na základě tohoto srovnání jsou jednotlivé výsledky posuzovány a prezentovány.

Dotazníkové šetření bylo založeno na celkem 14 otázkách. Tři otázky zjišťovaly základní informace o respondentkách. Jedna otázka je považována vzhledem k nejasnosti určení správné odpovědi jako ryze sondážní. Ziskem dat z oblasti zkoumající úroveň informovanost respondentek v konkrétních tématech vybraných z oblasti výživy v době gravidity se zabývalo celkem 10 otázek.

Dosažené výsledky přinesly zjištění, že 90 % dotázaných žen si myslí, že má dobré povědomí o správné výživě v období gravidity. Ve skutečnosti ženy odpovídaly správně jen 70 % případů. I přes přecenění subjektivního vědomí můžeme považovat celkový výsledek jako pozitivní. Nejvíce nesprávných odpovědí jsme našli v otázkách zkoumajících procentuální zastoupení základních živin, optimální váhový přírůstek a funkci jódu v potravě. Vzhledem k závažnosti těchto témat doporučujeme prohloubit informovanost v těchto oblastech, a to zejména v rámci základní gynekologické péče.

V práci byly vytyčeny tři výzkumné předpoklady, které byly prostřednictvím dosažených výsledků potvrzeny. Hlavní cíl práce koncipovaný v rámci tří dílčích cílů a zabývající se zjištěním stavu povědomí gravidních žen o optimálním stravování v období těhotenství byl i základní myšlenkou práce připomínající důležitost výživy v období těhotenství ženy. Výsledky práce nám ukázaly, že je důležitý nejen zisk nových a relevantních informací, ale zejména i jejich přenos na cílové skupiny.

SOUHRN

Bakalářská práce poskytuje aktuální sondáž do problematiky pojednávající o míře informovanosti v oblasti výživy gravidních žen v městě Olomouc. Práce se skládá z dvou hlavních částí – teoretické a praktické. Teoretická část přináší aktuální poznatky z tuzemských i zahraničních zdrojů. V rámci praktické části je zpracovááno dotazníkové šetření zkoumající aktuální stav.

Hlavním cílem práce bylo zjištění stavu povědomí gravidních žen o optimálním stravování v období těhotenství. Dílčí cíle se skládaly z analýzy informovanosti gravidních žen o optimálním stravování v období těhotenství, analýzy soudobých doporučených stravovacích návyků u gravidních žen a komparace získaných dat z dotazníkového šetření s odbornými zdroji.

Za účelem splnění cílů bylo realizováno dotazníkové šetření. Jednotlivé dotazníky byly distribuovány do gynekologických ambulancí a prenatalních poraden ve statutárním městě Olomouc. Výzkumný soubor byl tvořen celkem 120 těhotnými ženami žijících v Olomouci. Získané údaje byly vyhodnoceny, prezentovány pomocí grafů a srovnány se soudobými doporučeními.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že dotazované respondentky mají horší povědomí o výživě v období těhotenství, než se subjektivně domnívají, avšak v rámci globálního pohledu na zkoumanou problematiku může říci, že dosáhly pozitivních výsledků. V 70 % případů odpovídaly ženy správně. Pomocí získaných výsledků byly stanoveny oblasti, ve kterých by bylo vhodné ženy z hlediska výživy v období gravidity více informovat, zejména v rámci primární lékařské péče.

SUMMARY

The thesis provides the current exploration into the issues of dealing with the degree of awareness in the area of nutrition a pregnant women in the city of Olomouc. The work consists of two main parts – theoretical and practical. The theoretical part brings the latest insights from domestic and foreign sources. In the framework of the practical part is processed questionnaire survey exploring the current status.

The main aim of this work was to determine the status of pregnant awareness of women about optimal eating during pregnancy. Intermediate objectives consisted of awareness about the analysis of the optimal catering in the period of pregnancy, the analysis of contemporary recommended eating habits for gravidních women and a comparison of the data obtained from the questionnaire investigation with expert sources.

In order to meet the objectives of the survey were carried out. The individual questionnaires were distributed to Gynecologic outpatients ' departments and agencies in the statutory prenatal city Olomouc. Research file was made up of a total of 120 pregnant women living in Olomouc. The obtained data were evaluated, presented by charts and compared with contemporary recommendations.

Research by the investigation, it was found that the queried responder have poorer nutrition awareness in the period of pregnancy, rather than subjectively, but within a global perspective on the issues to be explored might say that the positive results achieved. In 70 % of cases correspond to women correctly. Using the obtained results were determined by the area in which it would be appropriate to women in terms of nutrition during pregnancy more info, especially in the context of primary health care.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BACOVSKÁ, E. Nutriweb. *Optimální váhový přírůstek během těhotenství*. [online]. 3. 4. 2013 [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <http://nutriweb.cz/cs/clanky/spravna-vyziva/optimalni-vahovy-prirustek-behem-tehotenstvi>
2. BUKÁČOVÁ, K. *Strava těhotné ženy* [online]. 2010 [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: http://www.agape-Poradna.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=27.
3. BRÁZDOVÁ, Z. 1999. *Výživa těhotných a kojících žen: rukověť*. Vyd. 1. Brno: Vladimír Smrčka. 27 s. ISBN 80-901427-3-7.
4. BRECKWOLDT, M. et al. 1996. *Gynekologie a porodnictví*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, viii. 648 s. ISBN 80-88824-56-7.
5. ČEPICKÝ, P. a KURZOVÁ, H. 2003. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktické lékaře, příručka k atestaci, pomocník v běžné praxi praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
6. ČERMÁKOVÁ, B. 2008. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: ERA. 144 s. Zdravá rodina. ISBN 978-80-7366-114-4.
7. GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada. 237 s., [8] s. barev. obr.příl. Sestra. ISBN 978-80-247-1868-2.
8. HAUSSTEIN, K. O. 1999. Cigarette smoking, nicotine and pregnancy. *International Journal of Clinical Pharmacology*. vol. 37, p. 417-427.
9. HRONEK, M. 2004. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf. 309 s. ISBN 80-7345-013-5.
10. HRONEK, M. a BAREŠOVÁ, H. 2012. *Strava těhotných a kojících*. 1. vyd. Praha: Forsapi. 151 s. Rady lékaře, průvodce dietou; sv. 18. ISBN 978-80-87250-20-4
11. HUCH, R. 2007. *Šťastné těhotenství od A do Z: 461 hesel*. Vyd. 1. Praha: Grada. 150 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1717-3
12. JAROLÍMKOVÁ, S. a PETERKA, M. 2003. *Aby se narodilo zdravé*. Vyd. 1. Praha: Chvojko nakladatelství. 157 s. ISBN 80-86183-42-4.
13. KELLER, U. 1993. *Klinická výživa*. 1. vyd. Praha: Scientiamedica. 236 s. ISBN 80-85526-08-5.

14. KOBILKOVÁ, J. et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, xv. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
15. KOTRBOVÁ, D. Praktické lékárenství. *Doplňky stravy v graviditě*. [online]. 2009 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/01/08.pdf>
16. KOPECKÝ, M. et al. 2010. *Somatologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 313 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-2271-8.
17. KOŽÍŠEK, F. Státní zdravotní ústav. *Pitný režim*. [online]. 1. 12. 2009 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/pitny-rezim>
18. KUDELA, M. et al. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 273 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-1975-6.
19. KUNOVÁ, V. 2004. *Zdravá výživa*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing. 136 s. Zdraví & životní styl. ISBN 80-247-0736-5.
20. KUNOVÁ, V. 2011. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 140 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-3433-0
21. MACKŮ, F. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem: výuková pomůcka pro studující středních a vyšších zdravotnických škol*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing. 327 s. ISBN 80-7169-589-0.
22. MACKŮ, F. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem: výuková pomůcka pro studující středních a vyšších zdravotnických škol*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing. 327 s. ISBN 80-7169-589-0.
23. MANDŽUKOVÁ, J. 2008. *Výživa v těhotenství od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad. 99 s., [8] s. barev. obr.příl. ISBN 978-80-7021-951-5.
24. MIKULANDOVÁ, M. 2004. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Vyd. 1. Brno: ComputerPress. 162 s. ISBN 80-251-0205-X.
25. MÜLLEROVÁ, D. 2004. *Výživa těhotných a kojících žen*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 119 s. Žijeme s dětmi; sv. 7. ISBN 80-204-1023-6.
26. PAPOUŠKOVÁ, L. 2013. *Informovanost mladých žen a dívek o důležitosti správné výživy v období těhotenství a kojení: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 101 s., Vedoucí diplomové práce Mudr. Lenka Luhanová
27. PAŘÍZEK, A. 2006. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
28. PÍTHA, J. a POLEDNE, R. 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada. 143 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2488-1.

29. POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V. a PRUŠA, T. 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. 1. vyd. Brno: ERA. 132 s. Zdravá rodina. ISBN 978-80-7366-136-6.
30. ROZTOČIL, A. et al. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
31. SABERSKY, A. 2009. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Vyd. 1. Praha: Grada. 184 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2740-0.
32. SLEZÁKOVÁ, L. et al. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 269 s., [8] s. barev. obr.příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3373-9.
33. STRÁNSKÝ, M. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy. *Výživa v těhotenství*. [online]. 2005 [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: [http://www.old.lf3.cuni.cz/vyziva /studijnimaterialy /vyzivatehotnych.doc](http://www.old.lf3.cuni.cz/vyziva/studijnimaterialy/vyzivatehotnych.doc)
34. SVAČINA, Š. et al. 2008. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
35. TRČA, S. 1999. *Budeme mít děťátko*. 6. vyd, v Gradě 1. vyd. Praha: GradaPublishing. 152 s. ISBN 80-7169-646-3.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy Eatingduring Pregnancy and Breastfeeding*. [online]. 2001 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/120296/E73182.pdf

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1. Dělení živin dle Müllerové

Tabulka 2. Doporučené procentuální zastoupení makronutrientů ve stravě těhotné ženy

Tabulka 3. Energetická hodnota makronutrientů

Graf 1. Průměrný přírůstek v těhotenství

Graf 2. Vzdělání respondentek

Graf 3. Hodnocení informovanosti o vhodném stravování v období gravidity

Graf 4. Zdroje informací o stravování gravidních žen

Graf 5. Povědomí o optimálním váhovém přírůstku v graviditě

Graf 6. Hodnocení vědomí o rozdělení stravy během dne

Graf 7. Informovanost o procentuálním zastoupení živin ve stravě gravidní ženy

Graf 8. Vyhodnocení povědomí o důležitosti vlákniny

Graf 9. Povědomí o příjmu kyseliny listové v období gravidity

Graf 10. Znalost vlivu jodu na vývoj mozku dítěte

Graf 11. Hodnocení povědomí o optimálním denním příjmu tekutin

Graf 12. Informovanost o příjmu kofeinu v období gravidity

Graf 13. Informovanost gravidních žen o nevhodnosti pobývání v zakouřeném prostředí

Graf 14. Informovanost o negativním vlivu kouření na vývoj plodu

Graf 15. Hodnocení vědomí o konzumaci nevhodných potravin v těhotenství

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 1

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Nikola Zatloukalová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro moji závěrečnou bakalářskou práci. **Dotazník je zcela anonymní** a získané údaje budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Zakroužkujte prosím jen jednu Vám preferovanou odpověď.

Předem děkuji za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Zatloukalová Nikola

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Vyučena
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vyšší odborné
 - e) Vysokoškolské

2. Jste podle Vás dobře informovaná o optimálním stavování v období těhotenství?
Pokud odpovíte ne, přeskočte otázku číslo 3.
 - a) Ano
 - b) Ne

3. Odkud tyto informace převážně čerpáte?
 - a) Lékař
 - b) Odborná literatura (knihy, časopisy, brožury)
 - c) Média (internet, televize)
 - d) Kurzy pro těhotné
 - e) Jiné:

4. Jaký je podle vás optimální váhový přírůstek v těhotenství u zdravé ženy s optimální váhou?

- a) Méně jak 6 kg
 - b) 6–9 kg
 - c) 12–16 kg
 - d) Více jak 16 kg
5. Do kolika porcí denně byste měla rozdělit svou denní stravu?
- a) Méně než 3 porce
 - b) 3 porce
 - c) 4 porce
 - d) 5 porcí
6. Jaké by mělo být podle Vás procentuální zastoupení základních živin ve Vaší denní stravě?
- a) 15 % bílkovin, 30 % tuků, 55 % cukrů
 - b) 15 % cukrů, 30 % bílkovin, 55 % tuků
 - c) 15 % tuků, 30 % bílkovin, 55 % cukrů
7. Proč je podle Vás důležitá vláknina ve stravě těhotné ženy?
- a) Prevence křečových žil
 - b) Prevence zácpy
 - c) Prevence obezity
8. U kterého z těchto vitamínů je podle Vás doporučeno navýšit jeho příjem v době před a během těhotenství?
- a) Vitamin A
 - b) Kyselina listová
9. Který z následujících minerálů má výrazný vliv na vývoj mozku a inteligenci dítěte?
- a) Jód
 - b) Hořčík
 - c) Zinek
10. Jaký je podle Vás optimální denní příjem tekutin?
- a) Méně než 1 litr

- b) 2–3 litry
- c) Více jak 3 litry

11. Kolik podle Vás může těhotná žena vypít kávy, aby konzumace neměla negativní účinky na plod?

- a) Nesmí pít kávu
- b) 1–2 šálky denně
- c) Může pít bez omezení

12. Má podle Vás pasivní kouření vliv na vývoj plodu?

- a) Ano
- b) Ne

13. Kolik cigaret může podle Vás žena denně vykouřit, aby to nemělo negativní účinky na plod?

- a) Ani jednu
- b) 1–2
- c) 2 a více

14. Které z následujících potravin je podle Vás nevhodné konzumovat v těhotenství

- a) Nepasterizované mléko, plísňové sýry, uzeniny
- b) Zakysané mléčné výrobky, špenát, amarant, lněný olej
- c) Pohanka, brokolice, sušené švestky, červená řepa

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Nikola Zatloukalová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Zbořilová Ludmila
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Komparace vědomí o stravovacích návycích gravidních žen v Olomouci se soudobými doporučeními
Název v angličtině:	A comparison of the consciousness on the eating habits of pregnant women in Olomouc with contemporary recommendations
Anotace práce:	Bakalářská práce pojednává o problematice informovanosti gravidních žen o optimálním stravování v období těhotenství. První část je věnována analýze teoretických poznatků. V druhé části je rozpracována metodika výzkumu, analýza a interpretace výsledků pomocí grafů. Z výsledků práce vyplývá, že z hlediska celkového hodnocení jsou těhotné ženy dobře informovány, avšak v klíčových tématech není stav informovanosti optimální.
Klíčová slova:	Těhotenství, výživa, makronutrienty, mikronutrienty, pitný režim, hmotnostní přírůstek.
Anotace v angličtině:	Thesis deals with the issue of awareness of women's gravidních of the optimal catering in the period of pregnancy. The first part is devoted to the analysis of the theoretical knowledge. In the second part it is elaborated the methodology of research, analysis and interpretation of results using charts. The results of the work show that in terms of the overall assessment of pregnant women are well informed, but in key topics is not the status of the information.
Klíčová slova v angličtině:	Pregnancy, nutrition, makronutrients, micronutrients, drinking habits, weight gain.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 dotazník
Rozsah práce:	49 stran
Jazyk práce:	Český jazyk