



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Výživa v těhotenství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Markéta Jeníčková

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Výživa v těhotenství“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5. 2017

.....

Markéta Jeníčková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., Dr. h. c., a MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

Výživa v těhotenství

Abstrakt

Cílem mé bakalářské práce „Výživa v těhotenství“ bylo zjistit, jak se stravují ženy v těhotenství, zda jsou správně informovány o výživě, kde se informovaly a zda užívají doplňky stravy.

Ženy byly ve 2. trimestru těhotenství. Informace jsem získala pomocí dotazníků a týdenních jídelníčků. Dotazník mi pomohl ke zjištění, zda ženy užívají doplňky stravy, návykové látky, jaké potraviny si myslí, že by během těhotenství měly či neměly konzumovat a odkud získaly informace ohledně výživy. Z jídelníčku každé ženy jsem zjistila pomocí programu Nutriservis průměrný příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů za den a za týden. Tento program také vypočítal doporučený příjem energie za den. Porovнала jsem toto doporučení s nynějším příjmem živin a individuálně vyhodnotila.

Většina žen měla váhu před otěhotněním v normě, některé měly nadváhu, obezitu i mírnou podvýživu. Dle mého výzkumu se většina těhotných žen o výživě informovala zejména kvůli zdraví plodu. Informace získávaly nejvíce z knih, časopisů, internetu nebo od svého gynekologa. Z výzkumného souboru ani jedna žena nedodrhuje během těhotenství alternativní způsob stravování, neužívá drogy a kávu pije v doporučeném množství. Pouze jedna žena během těhotenství kouří. Uvedla „jen“ 5 cigaret denně. Doplňky stravy užívají nejčastěji pro zdraví plodu a prevenci.

Většina těhotných žen má vysokoškolské vzdělání. Nejčastěji byly ve věku 31 – 35 let a poté 26 – 30 let.

Klíčová slova

těhotenství; výživa; vitaminy; plod; riziko

Nutrition in pregnancy

Abstract

The aim of this Bachelor's thesis titled "Nutrition in Pregnancy" was to identify how women eat during pregnancy, whether they are properly informed about nutrition, where they get information and whether they take dietary supplements.

The researched women were in the second trimester of their pregnancy. The examined data were obtained through questionnaires and weekly food diaries. The questionnaire helped me to find out whether the women use dietary supplements or addictive substances. Next, it also identified what the women think they should or should not eat during pregnancy and where they acquired information regarding nutrition. I used the Nutriservis program to process the food diary of each woman to determine the average intake of energy, protein, fat and carbohydrates per day and per week. The program also calculated the recommended calorie intake per day. I compared this recommendation with the actual nutrient intake and evaluated it individually.

Most women had normal weight before pregnancy, some were overweight and there were even cases of obesity and moderate malnutrition. Next, the research showed that the majority of the pregnant women searched for information about nutrition primarily for the sake of fetal health. They mostly obtained the information from books, magazines, the internet or their gynecologist. The women from the research group do not follow any alternative diet during pregnancy, they do not use druha and drink only the recommended amount of coffee. Only one woman smokes during pregnancy; she indicated "just" 5 cigarettes a day. The women use supplements mostly for fetal health and prevention.

The majority of the pregnant women have a university education and they are between 31 and 35 years old. The second biggest group consists of women between 26 and 30 years.

Key words

pregnancy; nutrition; vitamins; fetus; risk

Obsah

Úvod.....	8
1. Teoretická část.....	9
1.1 Těhotenství.....	9
1.2 Prekoncepční výživa	9
1.2.1 Důležité nutrienty v prekoncepční výživě	10
1.3 Výživa v těhotenství	11
1.3.1 Váhový přírůstek a energetická potřeba	11
1.3.2 Bílkoviny	12
1.3.3 Tuky.....	13
1.3.4 Sacharidy	14
1.3.5 Vitaminy	15
1.3.6 Minerální látky a stopové prvky.....	18
1.3.7 Doplnky stravy	20
1.4 Zásady ve výživě v těhotenství.....	21
1.5 Rizikové faktory v těhotenství.....	24
1.5.1 Alkohol.....	24
1.5.2 Kofein	25
1.5.3 Kouření	25
1.5.4 Drogy a léky	26
1.5.5 Mikrobiální kontaminace.....	26
1.6 Alternativní způsoby stravování v těhotenství.....	27
1.6.1 Lakto – ovovegetariánství	28
1.6.2 Veganství.....	28
1.6.3 Makrobiotika	29
2. Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
2.3 Operacionalizace pojmů	30
3. Metodika výzkumu	31
3.1 Charakteristika výzkumného souboru a sběru dat	31
3.2 Analýza a zpracování dat.....	31

4. Výsledky	32
4.1 Výsledky - dotazník	32
4.2 Výsledky - jídelníčky	47
5. Diskuze	69
Závěr	72
Seznam literatury	74
Seznam příloh	79

Úvod

Výživa v těhotenství je důležitá pro vývoj plodu a zdraví matky. Při dodržování zásad výživy v těhotenství můžeme zabránit vzniku vývojových vad nebo nadměrnému přírůstku hmotnosti a tím rozvoji obezity (Mandžuková, 2008). Pokud žena plánuje otěhotnět, měla by změnit svůj životní styl již před otěhotněním (Suchánek, 2014). Mezi nejdůležitější změny patří neuzívat drogy, nekonzumovat nadměrné množství alkoholu, nekouřit, nekonzumovat plísňové sýry, syrové maso a vejce (Suchánek, 2014). Strava by měla být pestrá a pravidelná (Hofhanzlová, 2007). Alternativní způsoby stravování během těhotenství také nejsou vhodné, především veganství a makrobiotika. Pokud žena dodržuje veganskou či makrobiotickou stravu, měla by dle mého názoru od tohoto stravování během těhotenství ustoupit a konzumovat plnohodnotnou stravu.

V teoretické části bakalářské práce se nejprve zabývám prekoncepční výživou, kde uvádím důležité nutrienty, jako je kyselina listová, železo, jód nebo zinek. Dále přecházím k samotné výživě v těhotenství, kde na úvod je podstatné říci váhový přírůstek a energetický příjem v každém trimestru. Větší část práce věnuji důležitým živinám, jako jsou tuky, bílkoviny, sacharidy a následně vitaminy, minerální látky a stopové prvky. Následují doplňky stravy, které většina těhotných žen užívá kvůli zdraví plodu nebo jako prevenci. Jak jsem již uvedla, strava by měla být pestrá, pravidelná a také čerstvá. Těhotné ženy by se měly vyvarovat rizikovým faktorům, jako je nadměrné pití alkoholu, kávy, kouření nebo užívání drog či léků. Poslední kapitola je věnována alternativním způsobům stravování v těhotenství.

Cílem mé práce bylo zjistit, jak se stravují ženy v těhotenství. Zda jsou správně informovány o výživě a kde se informovaly. Zda užívají doplňky stravy. Informace jsem získala pomocí dotazníků a týdenního jídelníčku od těhotných žen ve 2. trimestru.

Toto téma jsem si vybrala, protože se v mé rodině a okolí vyskytuje problém s otěhotněním a potraty. Také mě zajímalo, jestli se těhotné ženy informují o výživě a jak moc změnilo svůj životní styl. Práce s ženami byla zajímavá hlavně proto, že některé vyplňování dotazníku i jídelníčku braly svědomitě, jiné naopak ne.

1. Teoretická část

1.1 Těhotenství

Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky, tedy vajíčka a spermie (Pařízek, 2015). Těhotenství trvá 40 týdnů a dělí se na třetinové úseky tzv. trimestry (Gregora a Velemínský ml., 2013). První trimestr začíná oplozením a končí 13. týdnem, druhý trimestr začíná ukončeným 13. týdnem a končí ve 26. týdně, třetí trimestr je od 27. týdne těhotenství až do porodu (Gregora a Velemínský ml., 2011). Dle Gregorové (2015) pokud žena porodí před ukončeným 37. týdnem, jedná se o předčasný porod. Tato autorka dále uvádí, že tyto porody se nejčastěji vyskytují od ukončeného 24. týdne do dokončeného 34. týdne těhotenství. Naopak pokud žena porodí po 42. týdně, hovoříme o přenášení (Gregora a Velemínský ml., 2011). Příčiny předčasného porodu mohou být infekce, vývojové vady dělohy, nedostatečná funkce děložního hrdla, kouření, drogy, psychická zátěž, nepřiměřený a pohlavní styk (Gregorová, 2015). Tato autorka dále uvádí riziko předčasného porodu u žen mladších 20 let a starších 35 let. Těhotenství lze prokázat domácím těhotenským testem, který stanoví výskyt hormonu hCG (lidský choriogonadotropin) produkovaný placentou během těhotenství v moči (Murkoff a Mazel, 2009). Dle těchto autorů tento test lze provést již dva týdny po početí. Mezi příznaky těhotenství patří vynechání menstruace, ranní nevolnost, zvracení, únava, závratě, mdloby, střídání nálad, změny chutí k jídlu, pocit zvýšeného napětí v prsech, zvětšení prsů, časté nucení k močení (Pařízek, 2015).

1.2 Prekoncepční výživa

Pokud žena plánuje otěhotnět, měla by začít se zdravější stravou již před otěhotněním a měla by vyloučit redukční diety a alternativní způsoby stravování (Suchánek, 2014). Dle tohoto autora výjimkou jsou ženy trpící potravinovými alergiemi nebo intolerancemi. Prekoncepční výživa by měla být pestrá a pravidelná (Pokorná et al., 2008). Dostatečný příjem makronutrientů a mikronutrientů snižuje riziko vzniku závažných vrozených malformací (např. rozštěp rtu, rozštěp patra, defekty močového traktu, zkrácení končetin, pylorická stenóza, kongenitální hydrocefalus, vzniku kónického tvaru hrudníku, defekt komorového septa) (Hronek a Barešová, 2012).

Doporučuje se alespoň 3 měsíce před plánovaným těhotenstvím, aby žena měla optimální tělesnou hmotnost (Suchánek, 2014). Tento autor dále uvádí, že by žena měla být v psychické pohodě, přestat kouřit a vynechat konzumaci alkoholu a užívání drog. Dle Pokorné et al. (2008) příliš vysoká či nízká výchozí tělesná hmotnost ženy může negativně ovlivnit zdraví dítěte a průběh těhotenství. Žena by měla optimalizovat svoji hmotnost ještě před otěhotněním (Pokorná et al., 2008). Hronek a Barešová (2012) uvádějí, že obezita u matky vede k makrosomii plodu, tím se shodují s Pokornou et al. (2008). Dále je riziko zvýšeného tlaku krve, gestačního diabetu u matky, komplikace porodu či nutnosti císařského řezu a obezity dítěte (Hronek a Barešová, 2012).

1.2.1 Důležité nutrienty v prekoncepční výživě

Kyselina listová se podílí na buněčném růstu a dělení (Vorlová, 2012). Její nedostatečné množství v počátku těhotenství (mezi 4. 7. týdnem) zvyšuje riziko rozvoje rozštěpu neurální trubice u plodu (Pokorná et al., 2008). Dle Pokorné et al. (2008) ženy, které plánují otěhotnět, by měly zvýšit příjem kyseliny listové již 3 měsíce před početím na 600 µg denně. Hronek a Barešová (2012) uvádějí 0,4 mg denně. U žen užívajících hormonální antikoncepci a kuřaček je snížena využitelnost, respektive zvýšená spotřeba kyseliny listové (Pokorná et al., 2008). Zdrojem kyseliny listové je květák, listová zelenina, brokolice, růžičková kapusta, špenát, zelí, rajčata, okurky, červená řepa, pomeranče, banány, maliny, celozrnné obiloviny, ořechy, játra (Stránský a Ryšavá, 2014).

Nenasycené mastné kyseliny v prekoncepčním období zabezpečují správný vývoj mozku u plodu, snižují riziko předčasného porodu, nízké porodní váhy novorozence a těhotenské preeklampsie (Hronek a Barešová, 2012).

Nedostatkem železa trpí vegetariánky, ženy s podváhou a ženy s nedostatkem vitamínu C, proto je třeba anémii zaléčit již v prekoncepčním období jinak hrozí zvýšené riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti novorozence (Hronek a Barešová, 2012). Tito autoři doporučují denní suplementaci železa na 60 mg. Dle Pokorné et al. (2008) pokud žena netrpí anémií, je preventivní suplementace zbytečná. Zdrojem železa jsou játra, maso, vejce, ryby, luštěniny, ořechy, celozrnné obiloviny, ovesné vločky (Stránský a Ryšavá, 2014).

Pokorná et al. (2008) uvádí, že nedostatkem jódu může dojít k nízké porodní hmotnosti plodu či k postižení mozku dítěte. Zdrojem jsou mořské ryby, kuchyňská sůl s jódem, mléko, mléčné výrobky, vejce (Stránský a Ryšavá, 2014).

Dostatečné množství vápníku před otěhotněním chrání ženu před odvápněním kostí během těhotenství (Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem vápníku jsou mléko, mléčné výrobky, luštěniny, celozrnné obiloviny, špenát, pórek, brokolice, zelí (Sabersky, 2009; Stránský a Ryšavá, 2014).

Zinek zvyšuje pohyblivost spermií a plodnost mužů i žen (Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem jsou celozrnné potraviny, dýňová semínka, pšeničné otruby, mák, hrách, houby, mořské ryby a plody moře, maso, mléko, mléčné výrobky (Mandžuková, 2008; Sabersky, 2009).

1.3 Výživa v těhotenství

Správná výživa zlepšuje šance na otěhotnění a na nekomplikované těhotenství, zlepšuje psychickou pohodu matky a po porodu se snáze dostane zpět na svoji váhu před otěhotněním (Pokorná et al., 2008). Mandžuková (2008) uvádí, že výživou můžeme zabránit nedostatečnému vývoji orgánů a snížit riziko vývojových vad, alergií a chudokrevnosti. Dle této autorky pestrá strava obsahuje všechny potřebné živiny, nepřispívá k nežádoucímu nárůstu hmotnosti a rozvoji obezity. Svou výživu by měly zlepšit především těhotné ženy, které jsou nedostatečně živěné, podvyživené, mají nadváhu či obezitu, ženy dodržující alternativní způsob stravování, drogově závislé, alkoholičky, kuřačky (Svačina et al., 2013; Pařízek, 2015). Tito autoři dále uvádí nedostatek pestré stravy u žen ze slabších sociálních vrstev či zdravotní důvody, kdy ženy musí dodržovat speciální dietní režimy vylučující některé potravinové skupiny.

1.3.1 Váhový přírůstek a energetická potřeba

Pařízek (2015) uvádí, že doporučený váhový přírůstek za celé těhotenství u žen s podvýživou (BMI <18,5 kg/m²) je 12,5 – 18 kg, s normální výživou (BMI 18,5 – 24,9 kg/m²) 11,5 – 16 kg, s nadváhou (BMI 25 – 29,9 kg/m²) 7 – 11,5 kg a s obezitou (BMI >30 kg/m²) do 7 kg. Tento autor se shoduje s Pokornou et al. (2008) a s Tláskalem a Kunovou (2016). Váhový přírůstek s dvojčaty 15,9 – 20,4 kg

a s trojčaty 22,7 kg (Hronek a Barešová, 2012). Podíl na nárůstu tělesné hmotnosti má plod, placenta, plodová voda, zvětšení dělohy, prsů a objemu krve, zadržení tekutin v těle, nárůst tuku (Brann, © 2007-2016).

V prvním trimestru těhotenství nejsou zvýšené energetické nároky (Pokorná et al., 2008; Hronek a Barešová, 2012). Tláškal a Kunová (2016) a Pokorná et al. (2008) uvádí, že ve druhém a třetím trimestru těhotenství se potřeba energie zvyšuje o 200 - 300 kcal (836 – 1254 kJ) denně. S těmito údaji se shodují Rumanaz a Alam (2012). Dle Hronka a Barešové (2012) se ve třetím trimestru potřeba energie zvyšuje o 450 kcal denně. Větší energetický příjem je žádoucí u podvyživených žen, těhotných mladších 18 let, žen s vícečetným těhotenstvím nebo u žen s nedostatečným váhovým přírůstkem (Pařízek, 2015). Nedostatečný příjem energie a živin může mít za následky zpomalení vývoje plodu, předčasný porod, spontánní potraty nebo nízkou porodní hmotnost novorozence (Svačina et al., 2013).

1.3.2 Bílkoviny

Bílkoviny kryjí 15 – 20 % z celkového denního příjmu (Vorlová, 2012). Dále jsou zdrojem aminokyselin, které jsou potřebné pro tvorbu tělesných bílkovin a výstavbu tkání plodu (Hronek a Barešová, 2012). Živočišné bílkoviny jsou plnohodnotné, protože obsahují všechny esenciální aminokyseliny, které jsou významné pro náš organismus (Mandžuková, 2008). Dle Hronka a Barešové (2012) rostlinné bílkoviny jsou neplnohodnotné, protože neobsahují některé esenciální aminokyseliny. Tito autoři dále uvádí, že je prospěšná kombinace např. sójových bílkovin s bílkovinami obilovin. Poměr v příjmu živočišných a rostlinných bílkovin by měl být 1:1 (Vorlová et al., 2012). V těhotenství je příjem bílkovin důležitý pro normální růst plodu, vývoj placenty, zvětšování dělohy a vývoje prsů (Mandžuková, 2008). Hronek a Barešová (2012) uvádějí, že nedostatek bílkovin se projeví u matky hypoproteinémií, nižší hmotností placenty, tvorbou otoků, nízkou porodní hmotností plodu a zvýšeným rizikem vzniku kardiovaskulárních onemocnění u potomka. Suchánek (2014) doplňuje, že nedostatek bílkovin se může projevit poruchou tělesného i duševního vývoje dítěte, zhoršeným hojením ran a sníženou odolností vůči infekcím. Deficitem jsou ohroženy veganky, makrobiotičky, ženy s nízkým socioekonomickým zázemím nebo ženy drogově závislé (Gregora, Velemínský ml., 2013). U nadměrného příjmu bílkovin Hronek a Barešová (2012) zmiňují zátěž pro ledviny a zvýšené riziko vzniku srdečně

cévních onemocnění v dospělosti. Zdroje bílkovin jsou ryby, maso, mléko, vejce, sýry, mléčné výrobky, luštěniny, ořechy (Fenwicková, 2012). Dle Mandžukové (2012) denní doporučená dávka bílkovin je 0,8 g bílkovin na 1 kg váhy, s tím se shoduje Suchánek (2014). Od druhého trimestru těhotenství stoupá potřeba bílkovin o 10 – 16 g denně (Pokorná et al. 2008).

1.3.3 Tuky

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu a neměly by přesáhnout 35 % (Suchánek, 2014). Tuky v potravě jsou důležité pro svou vysokou energetickou hodnotu, pro obsah esenciálních mastných kyselin a vitaminů rozpustných v tucích a také slouží jako tepelný izolátor v podkožní tkáni (Hronek a Barešová, 2012). Tito autoři dále uvádějí, že stravou bychom měli přijímat tuky, které obsahují esenciální mastné kyseliny. Esenciální mastné kyseliny, mezi které patří kyselina linolová (omega – 6) a α - linoleová (omega – 3), si organismus nedokáže vytvořit, proto je musíme přijímat v potravě (Nevrlá a Matějková, 2015). Tyto autorky dále uvádí, že přísun omega – 6 je ve stravě zpravidla dostačující a mezi omega – 3 nenasycené mastné kyseliny dále patří kyseliny eikosapentaenová a dokosahexaenová, která je důležitá pro normální vývoj zraku u kojenců a normální vývoj mozku u plodu. Suchánek (2015), Hronek a Barešová (2012) doplňují, že esenciální mastné kyseliny jsou významné pro srdce a mozek ženy i plodu a pro normální nitroděložní vývoj a dětský růst. Zdroje kyseliny α - linoleové jsou olejnata semena, sója a oleje například lněný, sójový, řepkový, pšeničné klíčky nebo vlašské ořechy (Nevrlá a Matějková, 2015). Dle těchto autorek kyseliny dokosahexaenová a eikosapentaenová se nachází v rybách a rybím tuku.

Pokorná et al., (2008) rozděluje mastné kyseliny na nasycené a nenasycené. Dle těchto autorů zdroje nasycených mastných kyselin je máslo, hovězí tuk, sádlo, mléčné výrobky, maso, kokosový a palmový tuk. Dle Suchánka (2015) tyto mastné kyseliny zvyšují hladinu cholesterolu v krvi a riziko vzniku kardiovaskulárních chorob v dospělosti. Nenasycené mastné kyseliny se vyskytují v olivovém oleji, řepkovém oleji, ořechách, mandlích, sóje, lněných, slunečnicových a sezamových semínkách, lososu, makrele, sledi (Pokorná et al., 2008). Hronek a Barešová (2012) říkají, že nedostatkem tuků dochází ke snížení tělesné výkonnosti, snižuje se odolnost vůči infekcím, zhoršuje se reprodukční schopnost, zpomalení růstu u mladých jedinců,

snižuje se porodní hmotnost novorozence a zkracuje se délka těhotenství. U nadměrného příjmu tyto autoři uvádějí nárůst tukové tkáně s následnou nadváhou či obezitou. Těhotné ženy by měly omezit konzumaci tzv. transmastných kyselin z důvodu zvýšeného rizika předčasného porodu (Suchánek, 2015). Zdroje těchto kyselin jsou sladká trvanlivá pečiva, polevy, trvanlivé listové těsto, náplně do zákusků a sušenek, některé pokrmy rychlého občerstvení (Suchánek, 2015). Průměrný denní příjem tuků v těhotenství je 70 g (Gregora, Velemínský ml., 2013).

1.3.4 Sacharidy

Sacharidy tvoří 50 – 55 % energetického příjmu (Suchánek, 2014). Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádějí, že sacharidy jsou hlavním zdrojem energie a kryjí 50 – 80 % energetické potřeby člověka, dále jsou součástí glukózy, škrobů a vláknin. Jednoduché sacharidy, jako jsou glukóza, fruktóza, sacharóza, laktóza, maltóza jsou ze stravy v tenkém střevě vstřebávány rychleji než složitější polysacharidy (Pokorná et al., 2008; Kudlová, 2009). Tito autoři píší, že mezi polysacharidy patří škrob a vláknina, které se štěpí na monosacharidy, až poté se vstřebávají. Hronek a Barešová (2012) dodávají, že polysacharidy při svém štěpení dodávají energii pozvolna a vyvolávají pocit sytosti. Těhotná žena by měla přijímat sacharidy z velké části ve formě škrobů, ty jsou obsaženy v bramborech, obilovinách a kořenové zelenině (Gregora a Velemínský ml., 2013). Maso, uzeniny, vejce, sýry a většina odrůd zeleniny obsahují minimální až nulové množství sacharidů (Suchánek, 2014). Nedostatek sacharidů způsobuje kolísání krevního cukru, klesá pozornost, snižuje se tělesný i duševní výkon (Hronek a Barešová, 2012). U nadměrného příjmu tyto autoři uvádějí potlačení růstu placenty a nižší porodní hmotnost plodu. Grofová (2010) píše, že vysoký příjem sacharidů s vysokým glykemickým indexem způsobuje hyperglykémie a poté hyperinzulinemie matky i plodu. Dle této autorky, pokud má matka trvale vyšší glykémie, hrozí riziko makrosomie plodu, neonatální hypoglykémie, postižení vývoje plic nebo smrt plodu. Těhotné ženy by neměly často konzumovat potraviny s vysokým glykemickým indexem (např. sladkosti, sladké pečivo, dezerty) z důvodu zvýšeného rizika diabetu (Sabersky, 2007; Hronek a Barešová, 2012). Grofová (2010) uvádí, že potraviny s nízkým glykemickým indexem obsahují komplexní sacharidy a vyšší podíl vlákniny, která způsobuje pocit sytosti.

Mezi zdroje sacharidů s nízkým glykemickým indexem patří luštěniny, ořechy, zelenina, houby, švestky, třešně, kokos, tvaroh, sýry, vejce a maso (Grofová, 2010).

Vláknina je nestravitelná složka potravy a patří do skupiny sacharidů tzv. polysacharidů (Hronek a Barešová, 2012). Její hlavní funkce je prevence obstipace, hemoroidů, hyperlipidémie, zubního kazu, zvětšuje střevní obsah a podporuje střevní peristaltiku, v žaludku dodává pocit sytosti a je potravou pro bakterie tlustého střeva (Pokorná et al. 2008; Stránský a Ryšavá, 2014). Kudlová (2009) dodává, že vláknina zmírňuje vzestup glykémie po jídle, snižuje resorpci exogenního cholesterolu a tvorbu endogenního. Jejím nedostatkem dochází ke vzniku zácpy jak v těhotenství, tak po porodu (Hronek a Barešová, 2012). Tito autoři píší, že nadměrná konzumace vlákniny snižuje vstřebávání některých dvojmocných prvků např. vápníku, železa, mědi a zinku. Zdroje vlákniny jsou otruby, ovesné vločky, švestkový kompot, hrách, fazole, kukuřice, banány, celozrnný chléb, neloupaná rýže, listová zelenina, rajčata, fíky, pohanka, ořechy, pomeranče, jablka (Mandžuková, 2008). Doporučená denní dávka vlákniny je 30 g (Stránský a Ryšavá, 2014).

1.3.5 Vitaminy

Vitaminy jsou látky, které si lidský organismus nedokáže vytvořit, a proto je musíme přijímat potravou (Pokorná et al.). Existují však výjimky např. vitamin A, který se může v těle vytvořit z provitaminu zejména beta - karotenu přijatého z potravy, vitamin D vzniká v pokožce působením slunečního záření, dále niacin a vitamin K, který je tvořen střevní mikroflórou (Pokorná et al., 2008). Vašut et al. (2007) rozděluje vitaminy na rozpustné v tucích a rozpustné ve vodě. Mezi rozpustné v tucích patří vitaminy A, D, E, K a rozpustné ve vodě jsou vitaminy skupiny B, kyselina listová, vitamin C (Vašut et al., 2007).

Vitaminy rozpustné v tucích se mohou v těle ukládat a jejich vysoký přívod může mít toxické následky (Suchánek, 2014).

Vitamin A je důležitý pro zrakové funkce, kůži, sliznice, správný růst plodu, tvorbu jeho kostí, vývoj placenty, vývoj plic plodu (Vašut et al., 2007; Hronek a Barešová, 2012; Gregora a Velemínský ml, 2013). Denní doporučená dávka dle Světové zdravotnické organizace v době těhotenství je 800 μ g (Pokorná et al., 2008). Hronek a Barešová (2012) uvádějí denní dávku pro těhotné ženy od 4. měsíce 1,1 mg retinolu nebo 6,6 mg all-trans- β -karotenu. Nedostatek způsobuje funkční poškození

kůže a sliznic, poruchy nervového systému, poruchy krve tvorby či neplodnost (Hronek a Barešová, 2012). Dle Gregory a Velemínského ml., (2013) se přebytek tohoto vitamínu u žen projevuje praskáním rtů a krvácením rtů, svěděním pokožky, podrážděností. Hronek a Barešová (2012) doplňují riziko tělesných malformací u novorozenců. Tito autoři píší, že české ženy mají dostatek tohoto vitamínu ve stravě, proto není nutná suplementace. Zdrojem je mrkev, listová zelenina, nať petržele, červená řepa, třešně, vejce, mléčné produkty, játra a rybí tuk (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Vitamin D si organismus dokáže vytvořit sám díky působení slunečního záření. Vitamin D ovlivňuje vstřebávání a využití vápníku a fosforu (Pokorná et al., 2008). Nedostatek tohoto vitamínu v těhotenství se projevuje u plodu sníženou hustotou kostí, zpomalením vývoje, nižší porodní hmotností či křivici u dětí a řídnutím kostí u žen (Hronek a Barešová, 2012; Gregora a Velemínský ml., 2013). Hronek a Barešová (2012) uvádějí, že předávkováním vitamínem D z potravy nedochází, riziko je pouze při užívání suplementů. Doporučená denní dávka v těhotenství je 400 I.U. (Suchánek, 2014). Zdrojem je rybí tuk, vaječný žloutek, mořské ryby, mléko, mléčné výrobky, máslo (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Vitamin E se využívá k léčbě neplodnosti, zabraňuje opakovaným potratům a je důležitý pro zdravý vývoj plodu (Mandžuková, 2008). Je nezbytný pro vytvoření zásob tuku u plodu, působí proti vývojovým poruchám plodu, snižuje riziko předčasných porodů a zvyšuje detoxikační schopnost jater (Mandžuková, 2008). Hronek a Barešová (2012) uvádí, že nedostatek vitamínu E může způsobit předčasný porod či potrat a u novorozenců může být příčinou anémie. Doporučená denní dávka v těhotenství je 13 mg (Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem jsou rostlinné oleje, vejce, maso a obilné klíčky (Vašut et al., 2007).

Vitamin K je v těle tvořen střevní mikroflórou a má vliv na srážlivost krve, aktivuje tvorbu srážecích faktorů (Pokorná et al., 2008). Při nedostatku tohoto vitamínu dle Hronka a Barešové (2012) dochází ke vzniku krvácivých projevů, snížení vstřebávání tuků a v těhotenství může být příčinou nevolností a častého zvracení. Doporučená denní dávka v těhotenství je 60 µg (Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem jsou obilné klíčky, zelená zelenina, ovoce, ovesné vločky, řepkový a sójový olej, mléko, vejce, maso, ryby, játra (Stránský a Ryšavá, 2014).

U vitamínů rozpustných ve vodě nehrozí předávkování, neboť se z těla jejich přebytek vyloučí močí (Suchánek, 2014).

Kyselina listová je důležitá pro tvorbu aminokyselin, přenašečů nervových impulsů a červených krvinek (Vašut et al., 2007). Dle těchto autorů také podporuje metabolismus bílkovin. Pokorná et al. (2008) zmiňují, že nedostatek kyseliny listové může způsobit nízkou porodní váhu novorozence či vznik vývojových vad nervového systému dítěte (rozštěp neurální trubice). Dle Grofové (2010) zelenina není jako zdroj dostačující, proto je nutné suplementovat. Tato autorka dále uvádí, že přebytek kyseliny listové nehrozí, neboť se vyloučí močí. Žena by měla mít dostatečný přísun kyseliny listové již 3 měsíce před početím a v prvních dvanácti týdnech těhotenství (Stoppardová, 2007). Doporučená denní dávka kyseliny listové v prekoncepčním období až do konce dvanáctého týdne gravidity je 400 µg a poté se zvyšuje na 600 µg (Hronek a Barešová, 2012). S tímto množstvím se shoduje Tláškal a Kunová (2016). Zdrojem kyseliny listové je špenát, brokolice, játra, luštěniny, celozrnné pečivo, citrusové plody, květák, listová zelenina, rajčata, okurky, červená řepa, pomeranče, banány, maliny (Vašut et al., 2007; Stránský a Ryšavá, 2014). Karmel (2013) dodává jako zdroje kvasnice, chřest a kapustu.

Vitamin C je důležitý pro tvorbu kolagenu, tím ovlivňuje stavbu tkání (v dásních, kůži, kostech), také se podílí na odbourávání cholesterolu v játrech, zvyšuje činnost imunitního systému a využitelnost vápníku, železa a kyseliny listové v organismu (Pokorná et al., 2008; Hronek a Barešová, 2012). Dle Hronka a Barešové (2012) nedostatek tohoto vitamínu v těhotenství může způsobit předčasný porod vzhledem k nízké tvorbě kolagenu a vyšší příjem vitamínu C než 500 mg za den může způsobit překyselení žaludku. Doporučená denní dávka vitamínu C je pro těhotné ženy do dvanáctého týdne gravidity 100 mg a poté 110 mg (Pokorná et al., 2008; Hronek a Barešová, 2012). Vašut et al. (2007) uvádí denní dávku nižší, a to 95 mg. Zdrojem je čerstvá zelenina a ovoce, zejména paprika, rajčata, křen, jahody, brokolice, citrusy, květák, brambory, kapusta (Vašut et al., 2007; Fenwicková, 2012; Gregora a Velemínský ml., 2013).

Vitaminy skupiny B jsou důležité pro činnost srdce, cév a nervového systému (Hronek a Barešová, 2012). Tito autoři píší, že nedostatek může způsobit kožní problémy, potíže nervového původu, zažívací potíže či poruchy růstu plodu, a naopak nadměrný příjem z běžné stravy nemůže nastat.

Vitamin B₁ zmírňuje nevolnost a zvracení během těhotenství (Suchánek, 2014). Dle Gregory a Velemínského ml., (2013) jeho nedostatek způsobuje nespavost, melancholii a neschopnost koncentrace. Zdrojem jsou rýže, kvasnice, maso, mléko,

obiloviny a ořechy (Vašut et al., 2007). Gregora a Velemínský ml., (2013) uvádí doporučenou denní dávku vitamínu B₁ pro těhotné ženy 2,5 mg. Dle Suchánka (2014) je denní dávka pro těhotné ženy 1,5 mg.

Vitamin B₂ se účastní na tvorbě nových tkání a jeho nedostatek se projevuje postižením kůže a sliznic (Vašut et al., 2007; Suchánek, 2014). Zdrojem je maso, vejce, mléko, listová zelenina, droždí, játra a ryby (Kudlová, 2009). Denní doporučená dávka vitamínu B₂ u těhotných žen do 3. měsíce je 1,2 mg a od 4. měsíce 1,5 mg (Hronek a Barešová, 2012).

Vitamin B₆ působí jako koenzym při metabolismu bílkovin a snižuje nevolnost, proto se doporučuje zvýšit jeho přísun všem ženám trpícím nevolnostmi (Vašut et al., 2007). Nedostatek může způsobit vznik otoků měkkých tkání, únavu, náchylnost k infekcím, depresivní stavy, křeče v dolních končetinách (Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem jsou celozrnné produkty, žloutek, ledviny, játra, maso a ryby (Kudlová, 2009). Denní doporučená dávka vitamínu B₆ u těhotných žen do 3. měsíce je 1,2 mg a od 4. měsíce 1,9 mg (Hronek a Barešová, 2012).

Vitamin B₁₂ je významný pro krvetvorbu a jeho nedostatek může způsobit megablastovou anémii, předčasný porod, riziko defektu neurální trubice u plodu a neplodnost ženy (Vašut et al., 2007; Suchánek, 2014). Zdrojem je maso, mléko, vejce, proto jsou nedostatkem ohroženi vegani a frutariáni (Suchánek, 2014). Tento autor dále uvádí denní doporučenou dávku vitamínu B₁₂ u těhotných žen 3,5 µg.

1.3.6 Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky a stopové prvky si naše tělo neumí vytvořit, proto je musíme přijímat ve stravě a tekutinách (Pokorná et al., 2008).

Vápník je nejdůležitější látka pro vývoj kostí, zubů, svalstva, srdce a nervové soustavy (Vašut et al., 2007; Gregora a Velemínský ml., 2013). Mandžuková (2008), Gregora a Velemínský ml. (2013) píší, že pokud žena v těhotenství nemá dostatek vápníku, musí jej plod čerpat z kostní tkáně matky, proto se doporučuje již před otěhotněním dbát na jeho dostatečný příjem. Zvýšený příjem je především ve 3. trimestru pro intenzivní růst skeletu plodu, a proto dostatečný příjem vápníku v těhotenství preventivně brání předčasnému porodu a snižuje riziko těhotenské hypertenze (Hronek a Barešová, 2012). Tito autoři dále uvádí, že snížený příjem bývá příčinou řídnutí kostí a může vést až k osteoporóze. Dle Suchánka (2014) doporučená

denní dávka vápníku u těhotných žen od 4. měsíce těhotenství je nově 800 – 900 mg. Hronek a Barešová (2012) uvádí množství u žen do 18 let 1200 mg od 19 let 1000 mg. Zdrojem je mléko, mléčné výrobky, losos, sardinky, tofu, mák, arašídy, fazole, sójové boby, slunečnicová semena, brokolice (Vorlová, 2012; Fenwicková, 2012).

Železo je nepostradatelná součást krevního barviva v červených krvinkách, které zásobují plod přes placentu (Pokorná et al., 2008; Hronek a Barešová, 2012). Zvýšený objem krve v těhotenství způsobuje vyšší potřebu železa (Stoppardová, 2007; Bowden a Tannisová, 2010). Železo bývá častým nutričním deficitem mezi 12. a 25. týdnem těhotenství (Pařízek, 2015). Tento autor dále uvádí následky deficitu, mezi které patří chudokrevnost matky, zhoršený vývoj plodu, nízká porodní hmotnost a zvýšené riziko úmrtnosti novorozence. U matky se deficit projevuje bolestmi hlavy, únavou, dušnostmi a zvýšeným rizikem infekčních komplikací během těhotenství (Svačina et al., 2013). Deficitem železa jsou ohroženy zejména vegetariánky, podvyživené ženy s nízkým energetickým příjmem a dospívající dívky (Chylková, 2014). Vitamin C podporuje a zvyšuje vstřebávání železa (Pokorná et al., 2008; Ho et al., 2016). Naopak dle Vorlové (2012) potraviny s obsahem fytátů, oxalátů, vlákniny, taniny a vápníku snižují jeho vstřebávání. Doporučená denní dávka železa u těhotných žen do 3. měsíce je 15 mg a od 4. měsíce je 30 mg (Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem je maso, žloutek, celozrnné výrobky, luštěniny, zelená zelenina (Grofová, 2010; Karmel, 2013).

Jód je důležitý pro činnost štítné žlázy a pro vývoj mozku plodu (Vašut et al., 2007; Gregora a Velemínský ml., 2013). Jeho nedostatek může způsobit zvětšení štítné žlázy, potraty, předčasné porody, poruchy vývoje plodu a plodnosti (Vašut et al. 2007; Mandžuková, 2008). Dále Pokorná et al. (2008) uvádí, že závažný deficit může způsobit postižení mozku (od poruchy poznávacích funkcí až ke kretenismu). Hronek a Barešová (2012) se shodují s Mandžukovou (2008), že nedostatek jódu v těhotenství může mít za následek hyperaktivitu a neklid dětí. Denní doporučená dávka pro těhotné ženy je 230 µg (Pokorná et al., 2008; Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem jsou mořské ryby, mořské plody, jodidované soli, některé minerálky (Grofová, 2010; Suchánek, 2014). Gregora a Velemínský ml. (2013) dále doplňují zdroje, jako jsou sýry, mléko, vejce a zelenina.

Hořčík je důležitý pro výstavbu kostí, zubů a nehtů, usnadňuje využívání kyslíku ve svalové tkáni, ovlivňuje funkci svalů a podílí se na vylučování adrenalinu (Gregora a Velemínský ml., 2013). Pokorná et al., (2008) doplňují, že hořčík snižuje aktivitu

zánětlivých procesů a ovlivňuje metabolismus glukózy. Dle Hronka a Barešové (2012) se podílí na metabolismu bílkovin, tuků a sacharidů a jeho nedostatek může způsobit u těhotných žen vyšší riziko potratu, výskyt předčasných porodních kontrakcí a u novorozenců vrozené vývojové vady. Denní doporučená dávka pro těhotné ženy do 18 let je 350 mg a od 19 let 310 mg (Hronek a Barešová, 2012). Zdrojem je mléko, mléčné výrobky, celozrnné produkty, citrusy, maso, ryby (Grofová, 2014).

Zinek je důležitý pro růst a imunitní systém plodu, u mužů je nezbytný pro tvorbu spermií a testosteronu (Mandžuková, 2008; Hronek a Barešová, 2012). Gregora a Velemínský ml., (2013) uvádějí, že během těhotenství klesá množství zinku v krvi ženy asi o 30 %. Při podávání vysokých dávek kyseliny listové a železa je zhoršeno vstřebávání a využití zinku, proto by ženy užívající doplňky kyseliny listové či železa měly dbát na jeho dostatečný příjem (Vašut, 2007). Dle Mandžukové (2008) se nedostatek zinku v prvních třech měsících těhotenství může projevit citlivostí na pachy a silnějšími ranními nevolnostmi. Hronek a Barešová (2012) dále doplňují, že deficit může způsobit nechutenství, poruchy imunity, záněty kůže, riziko výskytu potratu, předčasný porod, narušení růstu plodu nebo úplnou zástavu růstu. Denní doporučená dávka pro těhotné ženy do 3 měsíců je 7 mg a od 4. měsíce 10 mg (Hronek a Barešová, 2012; Gregora a Velemínský ml., 2013). Suchánek (2014) doporučuje denní dávku zinku 15 mg pro ženy od 4. měsíce těhotenství. Zdrojem jsou dýňová semena, pšeničné klíčky, otruby, luštěniny, vejce, cibule a korýši (Gregora a Velemínský ml., 2013).

1.3.7 Doplnky stravy

Potřeba vitaminů a minerálních látek se v těhotenství zvyšuje (Suchánek, 2014). Suplementovat v těhotenství by měly zejména ženy trpící podvýživou, vícečetná těhotenství, alternativní způsoby stravování, nechutenství, časté zvracení, mladistvé těhotné, těhotné ze sociálně slabé vrstvy obyvatelstva, závislé na nikotinu, drogách, alkoholu, chronicky nemocné (Stránský a Ryšavá, 2014). Multivitaminový preparát je komplex vitaminů a minerálních látek, které se mohou navzájem interagovat (Pokorná et al., 2008). Ženy během těhotenství by měly užívat preparáty určené pouze pro těhotné, protože neobsahují vitaminy, které by mohly mít na počátku gravidity nepříznivý vliv na plod (Kotrbová, 2009). Suchánek (2014) uvádí, že některé vitaminy mohou ve vysokých dávkách působit teratogenně na plod, a tím zvyšovat riziko

vrozených vývojových vad. Dle tohoto autora se jedná zejména o vitamin A, jehož dávka v potravinových doplňcích by neměla přesáhnout 0,8 mg ve formě retinolu, a poté vitamin B₁, jehož limit je 1,5 mg. Kotrbová (2009) uvádí, že před otěhotněním a od prvního trimestru se nejčastěji suplementuje kyselina listová, od druhého trimestru železo s folátem, pokud se prokáže u ženy anémie. Veselá (2009) dodává, že ženy často suplementují jód, vápník nebo zinek. Ostatní vitaminy a prvky lze dodávat ve formě multivitaminových preparátů (Kotrbová, 2009). Není vhodné kombinovat multivitaminové přípravky s doplňky stravy (Suchánek, 2014). Dle Kotrbové (2009) mezi často užívané multivitaminové preparáty pro těhotné v prvním trimestru patří Callibrum mami, Mammavit, Femibion, Pregminum, Materna, Gravital, CEM-M mimi. Odborníci doporučují podávat těhotenské vitaminy během prvního trimestru a poté se zaměřit na pestrou a vyváženou stravu (Kotrbová, 2009).

1.4 Zásady ve výživě v těhotenství

Strava v těhotenství by měla být pestrá, čerstvá a pravidelná (Hofhanzlová, 2007). Hronek a Barešová (2012) uvádí, že rozmanitost a vyváženost stravy zajišťuje dostatečný příjem živin, minerálních látek a vitaminů. Tito autoři doporučují 3 hlavní jídla denně – doporučený energetický obsah snídaně 20 %, oběda 35 %, večeře 30 %, poté dopolední i odpolední svačina 5 – 10 %. Stránský a Ryšavá (2014) uvádí pravidelný příjem stravy alespoň 5x denně. Jezte pomalu, v klidu s rozestupem 3 hodin mezi jednotlivými denními chody (Hronek a Barešová, 2012). Stoppardová (2007) doporučuje konzumovat potraviny čerstvé, sezonní ovoce a zeleninu a bio produkty, které neobsahují pesticidy a hormony. Vyvarovat bychom se měli konzervovaným jídlům, instantním polévkám, nahnilým a plesnivým potravinám, bílou mouku nahradit celozrnnou, vyhnout se jídlům mraženým a z rychlého občerstvení (Hofhanzlová, 2007; Hronek a Barešová, 2012).

Maso je zdroj hodnotných bílkovin a železa (Sabersky, 2009). Mělo by být vždy tepelně zpracované, upřednostňujeme libové drůbeží, králičí, hovězí, telecí méně vhodné je vepřové (Mandžuková, 2008). Ideální je konzumace libového masa nebo libových uzenin 2 – 3x týdně (Stránský a Ryšavá, 2014). Nevhodná jsou játra, ledviny, mozeček hamburgery, paštiky, salámy a klobásy (Hronek a Barešová, 2012).

Ryby jsou zdrojem hodnotných bílkovin a omega – 3 - mastných kyselin (Sabersky, 2009). Hronek a Barešová (2012) doplňují, že ryby jsou také zdrojem vápníku

a jódu. Upřednostňujeme ryby, jako je treska, mořská štika, losos, sardinky, pstruzi, kapr či sled' (Stránský a Ryšavá, 2014). Tito autoři dále uvádí ryby, kterým bychom se měli vyhnout pro jejich zvýšený obsah rtuti, je to žralok, tuňák, štika, makrela, mečoun, candát. Ideální je konzumace ryb 1 – 2x týdně (Mandžuková, 2008; Ho et al., 2016).

Mléko a mléčné výrobky jsou zdrojem vápníku a bílkovin (Sabersky, 2009). Upřednostňujeme „bílé“ výrobky, neobsahují přídavné látky, barviva a konzervanty, nízkotučné a polotučné do 3 % obsahu tuku, sýry do 30 % tuku v sušině, biokys, acidofilní mléko, netučné mléko, netučný tvaroh, syrovátka, podmásli, krémové sýry (Hronek a Barešová, 2012; Vorlová, 2012). Tito autoři dále uvádí nevhodné potraviny, jako je šlehačka, kávová smetana, tučné, slané, plísňové a zrající sýry, sladké přeslazené kakao, mléčná čokoláda, mražený smetanový krém. Ideální je konzumace mléčných výrobků 3x denně (Rumanaz a Alam, 2012).

Vejsce je zdrojem hodnotných bílkovin, draslíku, železa, fosforu a vitaminů A, D, E, K, B₁, a B₂ (Sabersky, 2009). Upřednostňujeme vejce dobře tepelně upravená, tím zabráníme nákaze salmonelózou (Mandžuková, 2008; Davies a Deery, 2014). Tato autorka doporučuje konzumovat 3 – 4 vejce týdně. Hronek a Barešová (2012) doporučují jedno vejce každý den.

Ovoce a zelenina jsou zdrojem vitaminů, minerálních látek a stopových prvků (Hronek a Barešová, 2012). Upřednostňujeme čerstvé, syrové ovoce a zeleninu před exotickými druhy (Mandžuková, 2008). Dle Hronka a Barešová (2012) méně vhodné je kandované ovoce, džemy a marmelády. Ideální je konzumace 5 porcí ovoce a zeleniny denně (Sabersky, 2009).

Luštěniny jsou zdrojem bílkovin, vitaminu B₁, B₁₂ a kyseliny listové (Sabersky, 2009). Hronek a Barešová (2012) dodávají, že luštěniny jsou velkým zdrojem vlákniny, která chrání před zácpou. Tito autoři dále uvádějí nevýhodu, kterou je tvorba plynů po konzumaci. Ideální je konzumace 1 – 2x týdně (Mandžuková, 2008).

Pečivo, obiloviny, brambory, těstoviny jsou zdrojem sacharidů, vlákniny, vitaminů skupiny B a železa (Hronek a Barešová, 2012). Těhotným ženám se doporučuje konzumovat 3 – 6 porcí denně těchto výrobků (Pokorná et al., 2008). Dle Hronka a Barešové (2012) mezi vhodné druhy patří tmavý chléb, neplněné suchary, celozrnné pečivo, kaše z ovesných vloček, bílá rýže, müsli a mezi nevhodné druhy patří sladké bílé pečivo, sladké knedlíky, buchtý, koláče, tukové pečivo.

Pokud vás přepadne chuť na sladké, můžete si dát kousek hořké čokolády, müsli tyčinku, čerstvé nebo sušené ovoce, ovesné sušenky nebo domácí moučník s celozrnnou moukou (Mandžuková, 2008).

Tato autorka dále doporučuje potraviny, které ze stravy vyloučit, mezi ně patří syrové maso a ryby, uzeniny, paštiky, syrová a naměkko vařená vejce, zrající, plísňové sýry, nepasterizované sýry, instantní potraviny, nasolené sýry, brambůrky, příliš ostrá kořeněná jídla, sladké limonády, alkohol, výrobky obsahující kofien.

Mezi nejvhodnější technologickou úpravu patří vaření ve vodě, v páře, dušení, pečení, grilování bez použití tuku (Svačina, 2008; Vorlová, 2012). Tento autor uvádí, že nevhodné je dlouhodobé smažení při vysokých teplotách, tím dochází k přepalování tuků a vzniku toxických látek. Davies a Deery (2014) dále uvádějí, že tepelně zpracované potraviny by měly být oddělené od syrových, aby nedošlo ke křížení. Ovoce a zeleninu bychom měli před konzumací důkladně omýt (Davies a Deery, 2014).

Vorlová (2012) doporučuje pro zahuštění omáček či masových šťáv využít zeleninu, vejce, pomleté ovesné vločky nebo brambory místo bílé mouky. Tato autorka dále uvádí, že pokrm můžeme okyselit citrónovou, grapefruitovou nebo pomerančovou šťávou místo octu.

Příjem tekutin je důležitý pro udržení vodní rovnováhy organismu a k udržení stálého obsahu vody v těle (Vorlová, 2012). Příjem je individuální, závisí na teplotě okolí, intenzitě tělesné aktivity, zdravotním stavu a tělesné hmotnosti (Pokorná et al., 2008). Tato autorka doporučuje příjem tekutin 30 – 35 ml na kilogram tělesné hmotnosti. Vorlová (2012) uvádí 35 – 45 ml na kilogram tělesné hmotnosti. Mezi vhodné nápoje patří balené, nesladké, neperlivé vody, ovocné čaje a nevhodnými nápoji jsou káva, černý čaj a sycené limonády, které překyselují organismus a mohou způsobit nadýmání a zvracení (Mandžuková, 2008; Gregora a Velemínský ml., 2013). Vorlová (2012) dodává, že mezi nevhodné nápoje řadíme alkohol a nápoje s obsahem chininu, jako je tonik. Dle této autorky by těhotné ženy měly omezit ovocné 100 % džusy na 500 – 1000 ml denně z důvodu obsahu velkého množství cukru, vhodnější variantou je konzumace čerstvého ovoce vcelku. Gregora a Velemínský ml. (2013) dále uvádí vhodné bylinkové čaje, jako je meduňka, třezalka, kopřiva, heřmánek, měsíček lékařský, jitrocel a mezi nebezpečné patří bolševník, vlašovičnick, pivoňka lékařská a jmelí. Nedostatečné množství tekutin může způsobit pocit únavy, podrážděnosti a vznik zácpy (Hronek a Barešová, 2012). Naopak nadměrný příjem

tekutin dle těchto autorů se může podílet na tvorbě otoků a vyšší vylučování vitamínů a minerálních látek.

1.5 Rizikové faktory v těhotenství

1.5.1 Alkohol

Alkohol je toxická látka, která může poškodit vajíčko a spermii již před početím (Gregora a Velemínský, 2013; Vašut et al., 2007). Dle Pokorné et al. (2008) alkohol v průběhu těhotenství prostupuje před placentu, a tím působí toxicky na plod. Alkohol pronikne do krevního oběhu plodu ve stejné koncentraci, jako se vyskytuje v krvi matky a následně plod ho vyloučí ze svého organismu za dvojnásobnou dobu než jeho matka (Murkoff a Mezel, 2009). Sabersky (2009) dodává, že alkohol poškozuje více dětí než nikotin, drogy nebo léky. Konzumace alkoholu v těhotenství může mít za následky pomalý růst, duševní vývoj a poškození mozku dítěte (Vašut, 2007). Stránský a Ryšavá (2014) doplňují, že může dojít k potratu, předčasnému porodu, nízké porodní hmotnosti, u dětí k typickým změnám tvaru obličeje a problémům v chování. Nejtěžší projev pití alkoholu v těhotenství je fetální alkoholový syndrom, který je hlavní příčinou mentální retardace a defektů novorozenců a při nadměrné konzumaci může být i smrt plodu (Vašut, 2007). Dle tohoto autora dítě s fetálním alkoholovým syndromem je celoživotně fyzicky i mentálně postižené. Příznaky tohoto syndromu u dětí jsou nápadně malá hlava, široký kořen nosu, tenký horní ret, často jsou krátkozraké a šilhají (Pařízek, 2015). Tento autor dále uvádí poruchu tvorby zubů, poškození mozku a srdce, bývají hyperaktivní, mají problémy s chováním a učením, často je postižen intelekt. Dávka alkoholu, která škodí, závisí na délce působení, hladině alkoholu v krvi matky, stravovacích návycích matky a individuální citlivosti (Vašut, 2007). Pití alkoholu v prvním trimestru se projevuje psychickými poruchami dítěte, ve druhém a třetím trimestru dochází k růstové retardaci a neurologickým poruchám (Pařízek, 2015). V průběhu těhotenství se nedoporučuje konzumace alkoholu, již malé množství může být pro plod rizikem (Pokorná et al., 2008).

1.5.2 Kofein

Kofein je látka podporující rychlejší a jasnější myšlení, zlepšuje tělesnou koordinaci a má diuretické účinky, také způsobuje roztěkanost, nespavost, třes a zrychlené dýchání (Pokorná et al., 2008). Během těhotenství kofein prochází přes placentu přímo k plodu a zvyšuje jeho tepovou frekvenci (Sabersky, 2009; Hronek a Barešová, 2012). Dle Pokorné (2008) se kofein vyskytuje přirozeně v rostlinách čajovníku, v kávových zrnech, v plodech guarany, v kakaových bobech, v lístcích maté a v ořeších koly. Stránský a Ryšavá (2014) píše, že káva snižuje prokrvení placenty a při velké konzumaci hrozí riziko potratu nebo předčasného porodu. Těhotné ženy by měly omezit konzumaci nápojů obsahujících kofein např. cola, obsahuje i velké množství cukru a kyseliny fosforečné, která způsobuje odvápnování kostí (Hronek a Barešová, 2012). Denní dávka kofeinu by neměla přesáhnout 300 mg, což odpovídá 3 šálkům kávy nebo 4 šálkům silného čaje nebo 6 sklenkám nápojů typu coly (Pařízek, 2015).

1.5.3 Kouření

Kouření v těhotenství poškozuje matku i plod (Vašut et al., 2007). Pokorná et al. (2008) uvádí, že negativní účinky kouření vyvolává především oxid uhelnatý a nikotin. Nikotin snižuje přísun kyslíku, a tím dochází k zúžení krevních cév v celém těle, včetně těch, které se vyskytují v pupeční šňůře (Kouřimová, 2016). Kouření u mužů zhoršuje kvalitu spermií a snižuje jejich počet (Pařízek, 2015). Dle tohoto autora ženy kuřačky mají vyšší pravděpodobnost mimoděložního těhotenství a samovolných potratů. Pokorná et al. (2008) dodává, že kouření v těhotenství zvyšuje riziko vzniku rakoviny, plicních a kardiovaskulárních onemocnění, ale také zvyšuje riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence. Dále dochází k předčasnému odloučení placenty, předčasnému odchodu plodové vody, zpomalenému růstu plodu, nižší porodní váze, zpomalenému somatickému a psychickému vývoji dítěte (Sachdeva et al., 2009; Stránský a Ryšavá, 2014). Králíková (2009) uvádí, že u plodu kuřačky je riziko hypovitaminózy vitamínu C. Žena by měla přestat kouřit, jakmile zjistí, že je těhotná (Gregora a Velemínský ml., 2013).

1.5.4 Drogy a léky

Mezi nejčastěji užívané drogy v těhotenství patří opioidy, léky proti bolesti, barbituráty, hašiš, kokain, amfetaminy, léky proti nespavosti nebo pervitin (Gregora a Velemínský ml., 2013). Tito autoři a Sachdeva et al. (2009) dále uvádí toxikomanií v těhotenství jako riziko předčasného porodu, poruchy placenty, nízká porodní hmotnost plodu, sklon k náhlému úmrtí novorozence i výskyt vrozených vývojových vad. Drogově závislé těhotné ženy by měly být v péči psychiatra a postoupit odvykací léčbu (Mandžuková, 2008).

Ženy během těhotenství užívají v průměru čtyři, až deset druhů léků což může vést k nežádoucím účinkům, jako je poškození vyvíjejícího se plodu v děloze, vznik vrozených vývojových vad, vyvolání samovolného potratu, předčasný porod nebo zpomalení růstu plodu v děloze (Gregora a Velemínský ml., 2013). Dle těchto autorů, pokud těhotná žena užívá léky dlouhodobě v souvislosti s jiným onemocněním, měla by po konzultaci s odborným lékařem léky vyřadit nebo nahradit jinými, které nebudou mít vliv na vyvíjející se plod. Pařízek (2015) uvádí že, každé léčivo ve vysoké dávce může ohrozit embryo či plod. První trimestr je nejcitlivější období (Pařízek, 2015). Teratogenní účinky léčiv způsobují narušení vývoje orgánu a poruchu jeho funkce v embryonálním nebo fetálním vývoji (Pokorná et al., 2008). Mezi prokázané teratogeny v 1. trimestru těhotenství dle těchto autorů patří cytostatika, některá antiepileptika, Warfarin a lithium.

1.5.5 Mikrobiální kontaminace

Infekční onemocnění, která mohou postihnout těhotné ženy a tím i plod v děloze, se dělí dle původce na parazitární (*Toxoplasma gondii*), virové (plané neštovice, zarděnky) a bakteriální (*Listeria monocytogenes*) (Palánová et al., 2016; Gregora a Velemínský ml., 2011). Dle Palánové (2016) preventivním opatřením je vyvarovat se konzumace potravin, kde se očekává zvýšený výskyt patogenních mikroorganismů (např. konzumace syrových vajec, nepasterovaného mléka a výrobků z něj, syrového masa a pití kontaminované vody).

Toxoplasmóza v těhotenství může způsobit poškození zraku a mozku nenarozeného dítěte (Gregora a Velemínský ml., 2011). Sabersky (2009) dodává, že při těžkém poškození plodu může dojít i k potratu. Tato infekce se přenáší konzumací syrového nebo nedostatečně tepelně opracovaného masa nebo kontaktem

s výkaly infikovaných koček (Stoppardová, 2007; Pařízek, 2015). Palánová (2016) dále uvádí jako rizikové potraviny nedostatečně omytou syrovou zeleninu či ovoce, které mohou být kontaminované znečištěnou vodou nebo výkaly kočky domácí. Těhotné ženy by se měly vyhnout kočičím výkalům a konzumaci syrového nebo nedostatečně tepelně zpracovaného masa (Murray et al., 2013).

Listerióza v těhotenství může způsobit narození mrtvého plodu, opakované potraty nebo poškození jater či plic dítěte (Stoppardová, 2007; Sabersky, 2009). Příznaky nákazy u těhotné ženy jsou jako u chřipky např. horečka, bolest svalů, zvracení, průjem zimnice (Murray et al., 2013). Palánová (2016) a Murray et al. (2013) uvádějí potraviny, při jejichž konzumaci došlo k onemocnění listeriózou, mezi které patří bryzda, nepasterované mléko, zeleninové saláty, majonézové saláty, nedostatečně tepelně upravená mražené zelenina, masné a rybí výrobky, nakládané maso. Dle Palánové (2016) a Karmel (2013) těhotná žena by neměla konzumovat výrobky ze syrového masa, syrového mléka a sýry s plísní na povrchu a uvnitř (Camembert, Hermelín, Brie, Niva, Roquefort, Gorgonzola).

Mezi hygienické zásady při přípravě potravin patří umývat si ruce, před a po manipulaci se syrovým masem, umývat kuchyňské povrchy, důkladně omývat ovoce a zeleninu, maso a zeleninu připravovat odděleně, maso konzumovat pouze tepelně zpracované, oddělit syrové a tepelně zpracované potraviny a jídla, užívat pouze pasterované mléko a mléčné výrobky, vyhýbat se zrajícím sýrům, vejce vařit natvrdo, nekonzumovat potraviny s překročeným expiračním datem, vyhnout se kontaktu s kočkami (Stránský a Ryšavá, 2014; Pařízek, 2015).

1.6 Alternativní způsoby stravování v těhotenství

Některé alternativní způsoby stravování mají větší, jiné menší vliv na organismus ženy a plod (Pokorná et al., 2008). Tito autoři je člení na makrobiotika, frutariánství, vegetariánství, které se dělí na veganství, laktoovovegetariánství, pulovegetariánství, peskovegetariánství a semivegetariánství (Pokorná et al., 2008).

1.6.1 Lakto – ovovegetariánství

Lakto - ovovegetariánství znamená, když je z výživy vyloučeno maso, lze konzumovat vejce a mléčné výrobky (Graham, 2008). Výhodou je částečný příjem živočišných potravin, které zajišťují příjem kvalitních bílkovin, vitamínu D₃, vitamínu B₂, vitamínu B₁₂, zinku a omega – 3 mastných kyselin (Pokorná et al., 2008). Dle Kaiserové (2015) lakto – ovovegetariánky mají zvýšený přísun rostlinné stravy obsahující fytáty a oxaláty, které blokují ve střevech vstřebávání vápníku. Vysoký obsah oxalátů, které se vyskytují ve špenátu, cizrně, rebarboře a řepě, úplně brání vstřebávání vápníku (Swinneyová a Andersonová, 2011). Tyto autorky dále uvádí, že vysoký obsah fytátů, které se vyskytují zejména v pšeničných vločkách, snižují vstřebávání vápníku z mléka. Při tomto způsobu stravování je zajištěn dostatečný příjem kyseliny listové (Kaiserová, 2015). Lakto – ovovegetariáni jsou vystaveni nedostatku železa, jelikož jeho hlavním zdrojem je „červené maso“ (Pokorná et al., 2008). Mezi nevýhody lakto – ovovegetariánství patří nižší přísun vitaminů D a B₁₂, nižší obsah železa a jódu (Stránský a Ryšavá, 2014). Tito autoři dále uvádějí výhody, mezi které patří nižší přísun cholesterolu, vyšší obsah sacharidů, vlákniny, vitaminů B₁, B₂, A, C, E, β – karotenu a kyseliny listové, lepší zásobení vápníkem a hořčíkem.

1.6.2 Veganství

Veganství znamená, když je konzumovaná pouze rostlinná strava (Hronek a Barešová, 2012). Graham (2008) uvádí, že vegani nekonzumují maso, ryby, mléčné výrobky, vejce ani med. Dle Hronka a Barešové (2012) u těhotných veganek je riziko nedostatku vitamínu B₁₂, vitamínu D, železa, zinku a snížený příjem vápníku. Pokorná et al., (2008) doplňuje nedostatek kvalitních bílkovin, vitamínu B₂ a omega – 3 mastných kyselin. Veganky by měly zdroje těchto prospěšných látek nahradit jinými například lněnými semínky, ořechy, olivovým, sojovým a lněným olejem, mořskými řasami, luštěninami nebo sojovými výrobky (Pokorná et al., 2008). U těhotných veganek je velmi důležité doplňovat vitamin B₁₂ v dávce 2 mg denně pro rozvoj mozku plodu, protože dítě je vnímavější k deficitu tohoto vitamínu více než jeho matka (Pařízek, 2015). Pokorná et al. (2008) doplňují, že veganská strava u dětí může způsobit opožděný růst, zvýšené riziko chudokrevnosti a křivici. U žen veganek může docházet k poruchám pohlavních hormonů, menstruačním problémům, osteoporóze nebo ke snížené schopnosti otěhotnět a donosit plod (Pokorná et al., 2008).

Mezi výhody veganství patří nižší přísun sodíku, vyšší obsah draslíku, hořčíku, manganu, vitaminů B₁, C, E, kyseliny listové a β – karotenu, vyšší přísun komplexních sacharidů a vlákniny, tato strava neobsahuje cholesterol (Stránský a Ryšavá, 2014).

1.6.3 Makrobiotika

Makrobiotická strava je založena na konzumaci celozrnných obilovin, zelenině, ovoci, luštěnin, ryb a doporučuje se pít a jíst pouze při pocitu žízně a hladu (Pokorná et al., 2008). Kushi a Kushi (2014) dále doplňují, že makrobiotici konzumují tempeh, tofu, houby, mořské řasy a vhodnými nápoji je pramenitá nebo studniční voda, čaj z pražené rýže nebo praženého ječmene. Dle Pokorné et al. (2008) se vyznavači makrobiotického způsobu stravování vyhýbají konzumaci „červeného masa“, drůbeži, mléku, mléčných výrobků, vejším, živočišnému tuku, tropickému ovoci, cukrovinkám a potravinám s obsahem přídavných látek. Zelenina by se měla upravovat různými způsoby, jako je napařování, soté, smažení a nedoporučuje se konzumovat chřest, bambusové výhonky, fenykl, špenát, šťovík, avokádo, lilek, rajčata, brambory, zelené a červené papriky (Kushi a Kushi, 2014). Tito autoři uvádí, že jednou až dvakrát týdně můžete sníst kousek bílého rybího masa nebo mořských plodů. Riziko deficitu hrozí u vápníku, železa, vitaminu D, C, B₂, B₁₂ a kyseliny listové (Kudlová et al., 2009). Tito autoři dále uvádí, že makrobiotická strava není vhodná pro zdravého člověka, natož pro těhotné ženy.

Dle Pařízka (2015) veganství a makrobiotika patří mezi nevhodné způsoby stravování matky během těhotenství.

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit, jak se stravují ženy v těhotenství.
- 2) Zjistit, zda jsou ženy správně informovány o výživě během těhotenství a kde se informovaly.
- 3) Zjistit, zda ženy v těhotenství užívají doplňky stravy.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak se stravují ženy v těhotenství?
- 2) Jak často se stravují ženy v těhotenství během dne?
- 3) Užívají ženy v těhotenství doplňky stravy?

2.3 Operacionalizace pojmů

Těhotenství: Těhotenství je období, které začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky, tedy vajíčka a spermie (Pařízek, 2015).

Strava: Strava je vše, co jedinec zkonzumuje za určitou dobu (Kudlová et al., 2009). Strava se skládá ze snídaně, oběda, večeře, přesnídávky a svačiny (Kudlová et al., 2009).

Výživa: Výživou rozumíme látky v tekuté nebo pevné formě, které jsou nepostradatelné pro stavbu a obnovu orgánů a zajištění všech životně důležitých pochodů (Stránský a Ryšavá, 2014).

Doplňky stravy: Doplnky stravy jsou potraviny s vysokým obsahem vitaminů a minerálních látek, tím se liší od potravin pro běžnou spotřebu (Pokorná et al., 2008). Jejich cílem je doplnit běžnou stravu spotřebitele (Kudlová et al., 2009).

3. Metodika výzkumu

3.1 Charakteristika výzkumného souboru a sběru dat

Výzkumný soubor tvořilo 20 těhotných žen ve 2. trimestru těhotenství.

Sběr dat probíhal v gynekologické ordinaci MUDr. Bořivoje Mejchara v Plzni, aleje Svobody 1397/29a (viz příloha 1), dále od rodinných příslušníků a známých. Výzkumné šetření probíhalo pomocí dotazníků (viz příloha 2) a týdenních jídelníčků. V dotazníku měly ženy nejprve uvést svoji tělesnou výšku, váhu před otěhotněním a týden těhotenství. Poté následovalo 21 otázek, ve kterých jsem zjišťovala, jak jsou těhotné ženy informované o výživě, jestli užívají doplňky stravy nebo návykové látky. Dále psaly týdenní jídelníček do formuláře (viz příloha 3), který jsem připravila. Jednotlivé potraviny vypisovaly v gramech. Z jídelníčku každé těhotné ženy jsem individuálně zjistila průměrný příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů za den a za týden pomocí programu Nutriservis.

V gynekologické ordinaci zdravotní sestra poskytovala těhotným ženám dotazník a formulář na týdenní jídelníček. Při další gynekologické kontrole přinesly vše vyplněné zpět. Od rodinných příslušníků a známých jsem vyplněné dotazníky i jídelníčky dostávala osobně nebo elektronickou cestou.

Výzkum probíhal od listopadu 2016 do ledna 2017.

3.2 Analýza a zpracování dat

Dotazníky jsem zpracovala pomocí grafů v programu Microsoft Excel a písemně popsala. Jídelníčky jsem zpracovala pomocí programu Nutriservis a výsledné hodnoty energie, bílkovin, tuků, sacharidů jsem u každé těhotné ženy napsala do tabulky vytvořené v programu Microsoft Word. Dále jsem v programu Nutriservis vypočítala doporučený průměrný příjem energie za den a dopočítala příjem bílkovin, tuků, sacharidů a porovnála s nynějším příjmem.

Nutriservis je aplikace, která slouží lékařům a nutričním terapeutům v nemocnicích, jedincům vyznávajícím zdravý životní styl nebo při zdravé redukci váhy (Nutriservis, © 2017). Díky této aplikaci můžeme zjistit svou denní potřebu energie (Nutriservis, © 2017). Jídelníček si sestavíme na základě pohlaví, věku, váhy, výšky a fyzické aktivity (Nutriservis, © 2017). Dále umožňuje propočítání jídelníčků a tím zjištění, kolik přijmeme energie a jednotlivých živin za den a poté za týden

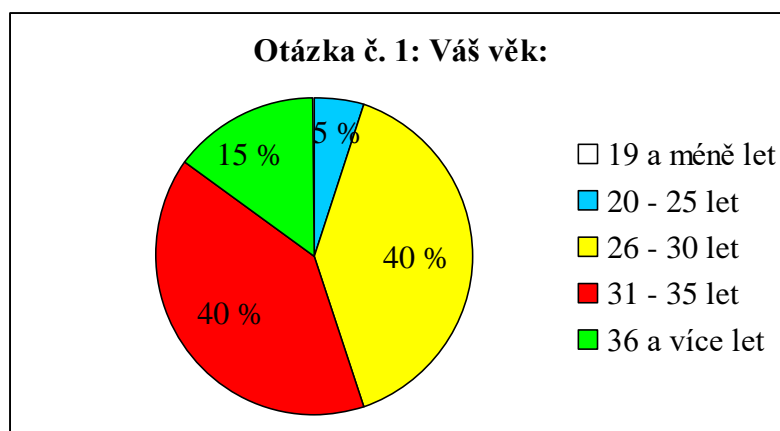
(Nutriservis, © 2017). Nutriservis Profesional užívají zejména lékaři, nutriční terapeuti a výživoví poradci, kteří sestavují jídelníčky na základě pohlaví, věku, váhy, výšky, fyzické aktivity nebo onemocnění (Nutriservis, © 2017). Výhodou je větší množství nutrietů. Nutriservis Plus užívají zejména jedinci, kteří chtějí redukovat svoji váhu, sportovci, kulturisti a vyznavači zdravého životního stylu (Nutriservis, © 2017). Nutriservis Free nevytváří a neukládá jídelníčky na základě váhy, fyzické aktivity, věku nebo faktoru onemocnění (Nutriservis, © 2017). Pouze umožňuje zjištění, zda je váš denní příjem vyvážený (Nutriservis, © 2017). Je demoverzí placeného Nutrisevisu (Nutriservis, © 2017).

4. Výsledky

4.1 Výsledky - dotazník

Otázka č. 1: Váš věk:

Graf 1: Váš věk: (20 respondentek)

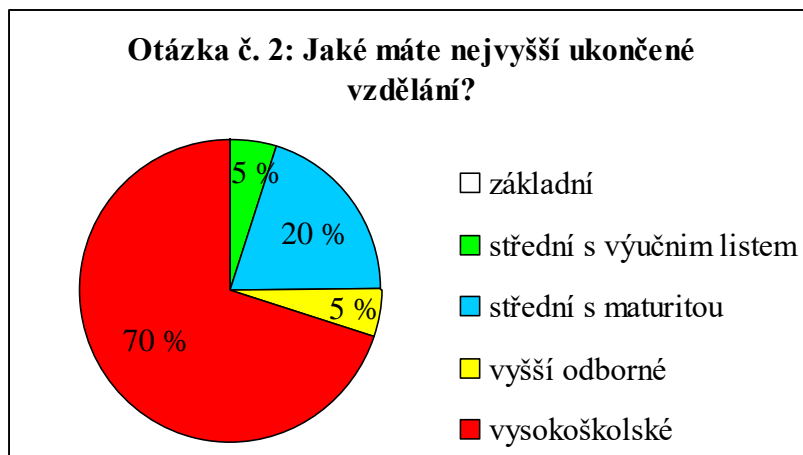


Zdroj: vlastní výzkum

Nejpočetnější věkovou skupinu tvoří těhotné ženy ve věku 31 – 35 let, kterých je celkem 8 (40 %), dále ve věku 26 – 30 let, kde je také 8 (40 %) žen. Skupinu 36 a více let tvoří 3 (15 %) těhotné ženy. Ve skupině 20 – 25 let je pouze 1 (5 %) žena. V poslední skupině 19 a méně let není žádná těhotná žena.

Otázka č. 2: Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?

Graf 2: Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání? (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinou jsou ženy s vysokoškolským vzděláním, kterých je celkem 14 (70 %). Poté jsou ženy se středním vzděláním s maturitou, které jsou 4 (20 %). Střední vzdělání s výučním listem má pouze 1 (5 %) těhotná žena a vyšší odborné vzdělání také 1 (5 %) žena. Se základním vzděláním nebyla žádná těhotná žena.

Otázka č. 3: Kolik kilogramů jste od začátku těhotenství přibrala?

Graf 3: Kolik kilogramů jste od začátku těhotenství přibrala? (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 7 (35 %) žen přibralo od začátku těhotenství 4 – 6 kg, z toho jich 5 mělo váhu před otěhotněním v normě, 1 žena podváhu a 1 obezitu I. stupně, dále 2 ženy byly

v 18. týdnu těhotenství, 1 ve 22. týdnu těhotenství, 3 ve 23. týdnu těhotenství a 1 žena ve 25. týdnu těhotenství.

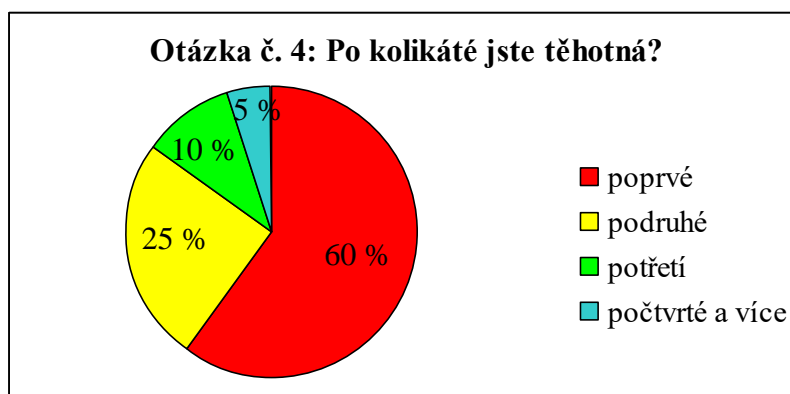
Celkem 6 (30 %) žen přibralo od začátku těhotenství 7 – 9 kg, z toho 3 měly váhu před otěhotněním v normě, 2 ženy nadváhu a 1 obezitu II. stupně, dále 2 ženy byly ve 26. týdnu těhotenství, 2 ve 25. týdnu těhotenství, 1 ve 24. týdnu těhotenství a 1 žena ve 21. týdnu těhotenství.

Celkem 6 (30 %) žen přibralo od začátku těhotenství 3 a méně kg, z toho 1 měla podváhu před otěhotněním, 4 ženy měly váhu v normě a 1 nadváhu. Dále 2 ženy byly v 19. týdnu těhotenství, další byly ve 14., 15., 17. a 21. týdnu těhotenství.

Pouze jedna žena přibrala od začátku těhotenství 10 a více kg, byla ve 26. týdnu těhotenství, již před otěhotněním měla nadváhu.

Otázka č. 4: Po kolikáté jste těhotná?

Graf 4: Po kolikáté jste těhotná? (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 12 (60 %) žen je poprvé těhotných a tvoří nejpočetnější skupinu. Z toho je 5 žen poprvé těhotných ve věku 31 – 35 let, dále ve věku 26 – 30 let je 6 žen a pouze 1 žena ve věku 20 – 25 let. Další nejpočetnější skupinu tvoří 5 (25 %) žen, které jsou podruhé těhotné. Z toho jsou podruhé těhotné ženy ve věku 31 – 35 let celkem 2, dále ve věku 26 – 30 let 2 ženy a pouze 1 žena ve věku 36 a více let. Potřetí jsou těhotné pouze 2 ženy a z toho 1 ve věku 31 – 35 let a 1 žena ve věku 36 a více let. Poslední a nejméně početnou skupinu tvoří 1 (5 %) žena, která uvedla, že je těhotná počtvrté a je ve věku 36 a více.

Otázka č. 5: Změnila jste v těhotenství své stravovací návyky?

Graf 5: Změnila jste v těhotenství své stravovací návyky? (20 respondentek)

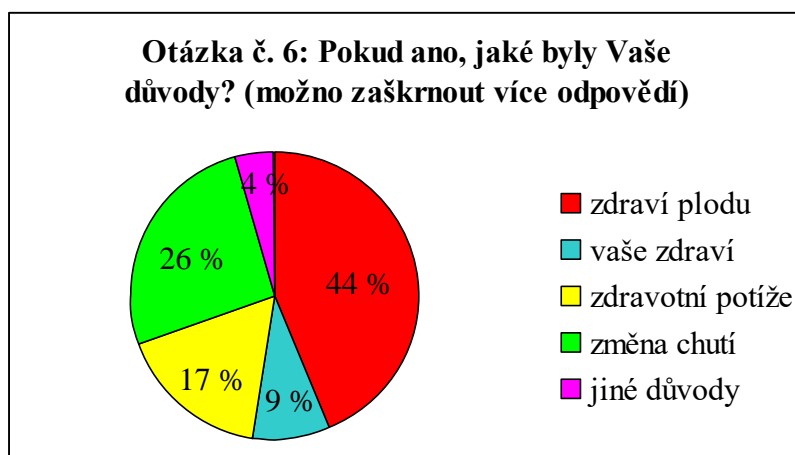


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Změnila jste v těhotenství své stravovací návyky?“ odpovědělo 14 (70 %) těhotných žen ano. Pouze 6 (30 %) odpovědělo, že své návyky nezměnily.

Otázka č. 6: Pokud ano, jaké byly Vaše důvody? (možno zaškrtnout více odpovědí)

Graf 6: Pokud ano, jaké byly Vaše důvody? (možno zaškrtnout více odpovědí) (14 respondentek)



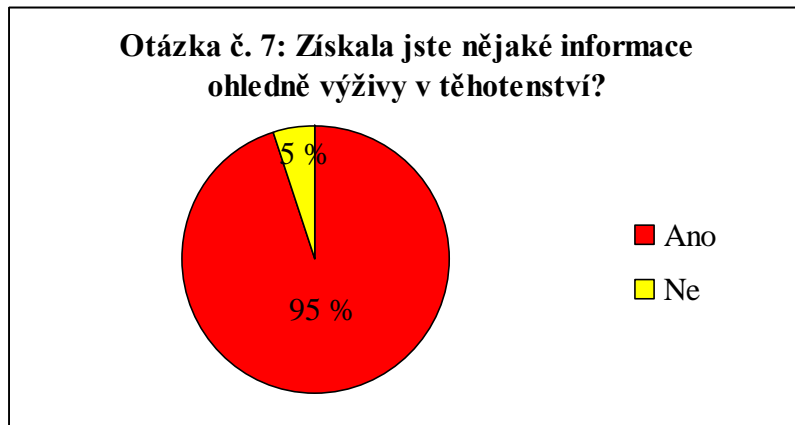
Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka se vztahuje na otázku předcházející. Odpovídaly pouze ženy, které změnilly své stravovací návyky. U této otázky mohly těhotné ženy zaškrtnout více odpovědí, které je vedly ke změně stravovacích návyků. Nejvíce uváděly zdraví plodu celkem 10 (44 %) žen. Poté změna chutí celkem 6 (26 %) žen a zdravotní potíže celkem

4 (17 %) ženy. Pouze 2 (9 %) ženy uvedly jako důvod změny stravování vlastní zdraví a 1 (4 %) uvedla gestační diabetes.

Otázka č. 7: Získala jste nějaké informace ohledně výživy v těhotenství?

Graf 7: Získala jste nějaké informace ohledně výživy v těhotenství? (20 respondentek)

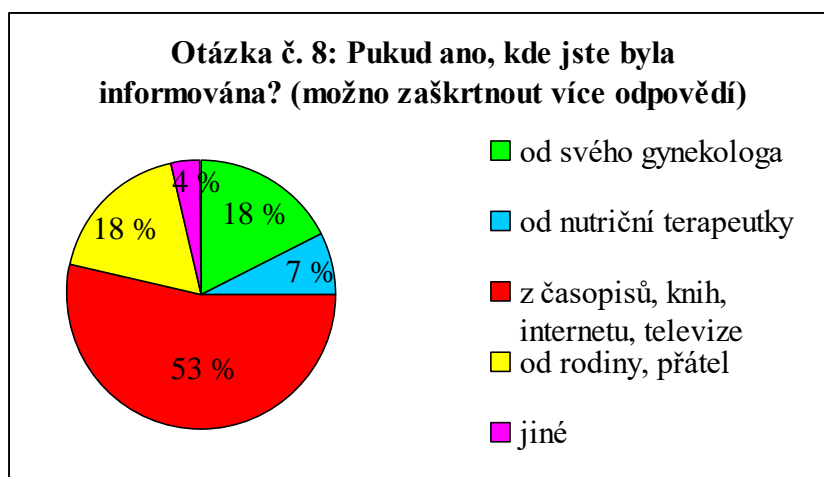


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Získala jste nějaké informace ohledně výživy v těhotenství?“ odpovědělo 19 (95 %) těhotných žen ano. Pouze 1 (5 %) odpověděla ne.

Otázka č. 8: Pokud ano, kde jste byla informována? (možno zaškrtnout více odpovědí)

Graf 8: Pokud ano, kde jste byla informována? (možno zaškrtnout více odpovědí) (19 respondentek)

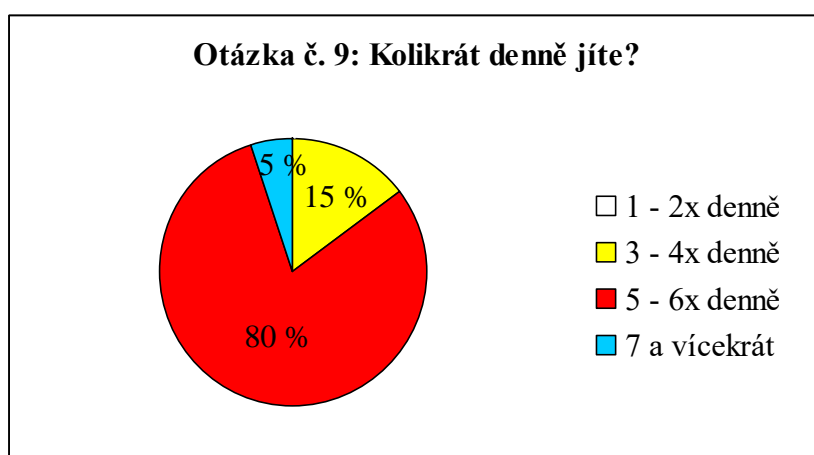


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka se vztahuje na otázku předcházející. Ženy mohly zaškrtnout více odpovědí, kde byly informovány ohledně výživy v těhotenství. Nejvíce uváděly z časopisů, knih, internetu, televize, celkem 15 (53 %) žen. Dále získávaly informace od svého gynekologa 5 (18 %) žen. Od rodiny a přátel se informovalo 5 (18 %) žen. Pouze 2 (7 %) získaly informace od nutriční terapeutky a 1 (4 %) žena na diabetologii.

Otázka č. 9: Kolikrát denně jíte?

Graf 9: Kolikrát denně jíte? (20 respondentek)

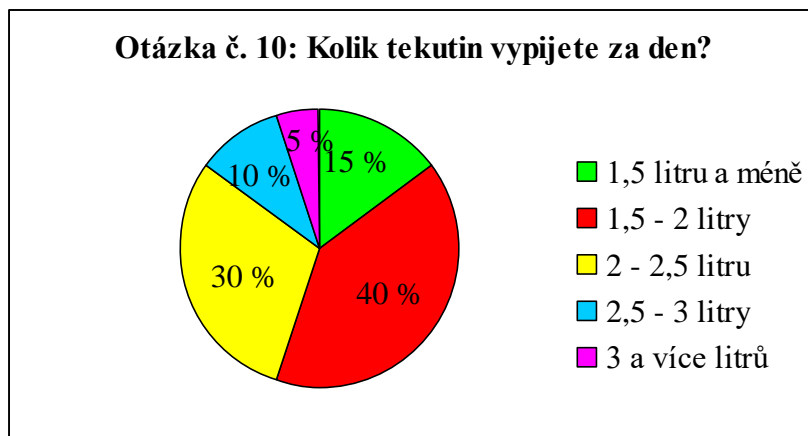


Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 16 (80 %) těhotných žen se stravuje 5 – 6x denně. Následně 3 (15 %) ženy se stravují 3 – 4x denně a pouze 1 (5 %) se stravuje 7 a vícekrát. Žádná těhotná žena nevedla stravu 1 – 2x denně.

Otázka č. 10: Kolik tekutin vypijete za den?

Graf 10: Kolik tekutin vypijete za den? (20 respondentek)

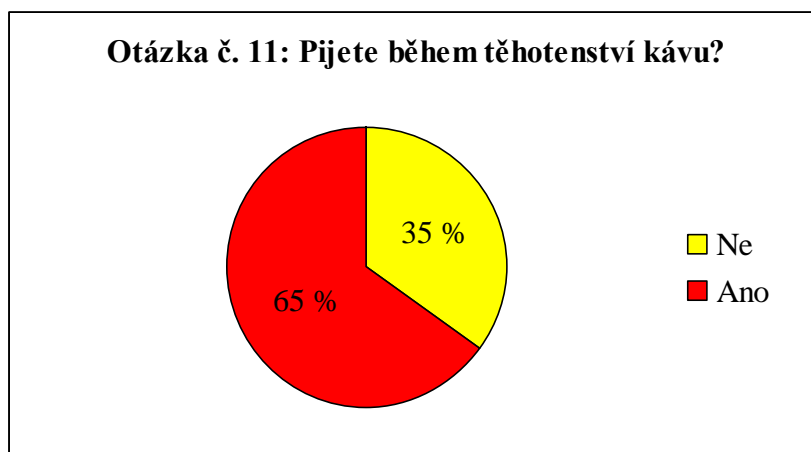


Zdroj: vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinu tvoří ženy, které vypijí 1,5 – 2 litry za den, celkem je to 8 (40 %) žen, dále 2 – 2,5 litru za den uvedlo 6 (30 %) žen. Poté 3 (15 %) ženy vypijí pouze 1,5 litru a méně. Během těhotenství 2 (10 %) ženy vypijí 2,5 – 3 litry za den. Jen 1 (5 %) vypije 3 a více litrů za den.

Otázka č. 11: Pijete během těhotenství kávu?

Graf 11: Pijete během těhotenství kávu? (20 respondentek)



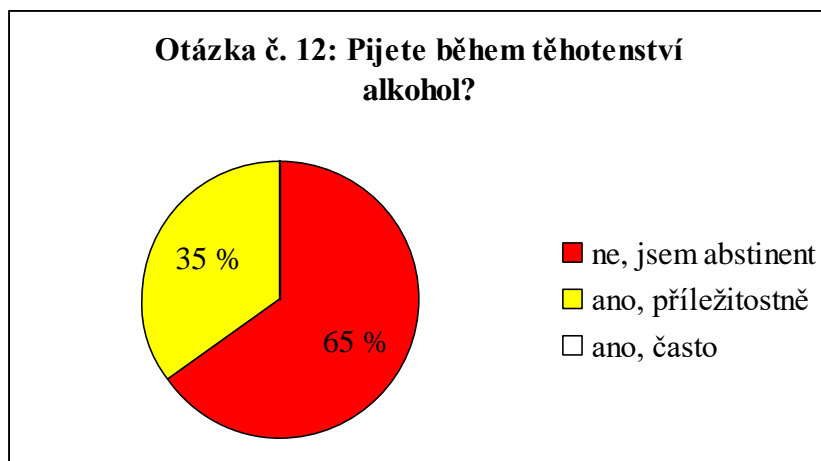
Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 13 (65 %) žen uvedlo, že během těhotenství pijí kávu. Z toho 5 žen pije kávu jednou denně (250 ml), další 4 ženy 2 - 3x za týden (250 ml), 1 žena 1 – 3x

za týden (100 ml), 1 žena 1x za týden (250 ml), 1 žena vypije 2 šálky kávy (250 ml) za den a pouze 1 žena pije kávu výjimečně. Celkem 7 (35 %) žen nepije kávu v těhotenství vůbec.

Otázka č. 12: Pijete během těhotenství alkohol?

Graf 12: Pijete během těhotenství alkohol? (20 respondentek)

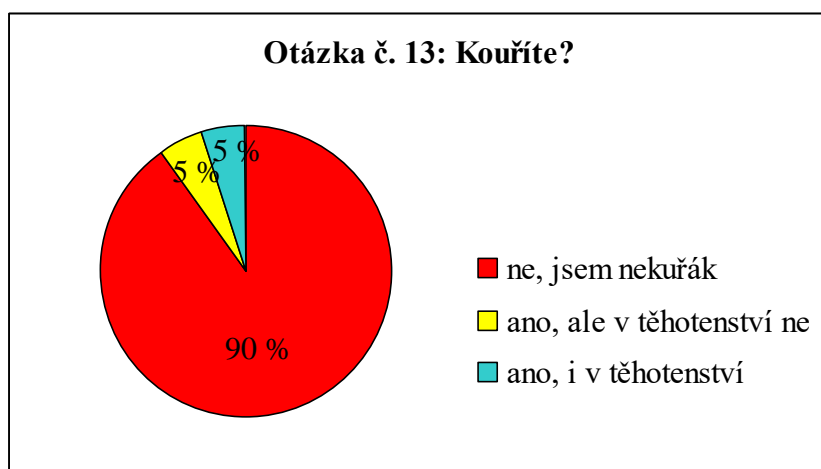


Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 13 (65 %) žen nepije v těhotenství alkohol, jsou abstinentky. Poté 7 (35 %) žen pije alkohol pouze příležitostně. Žádná nevedla časté pití alkoholu.

Otázka č. 13: Kouříte?

Graf 13: Kouříte? (20 respondentek)

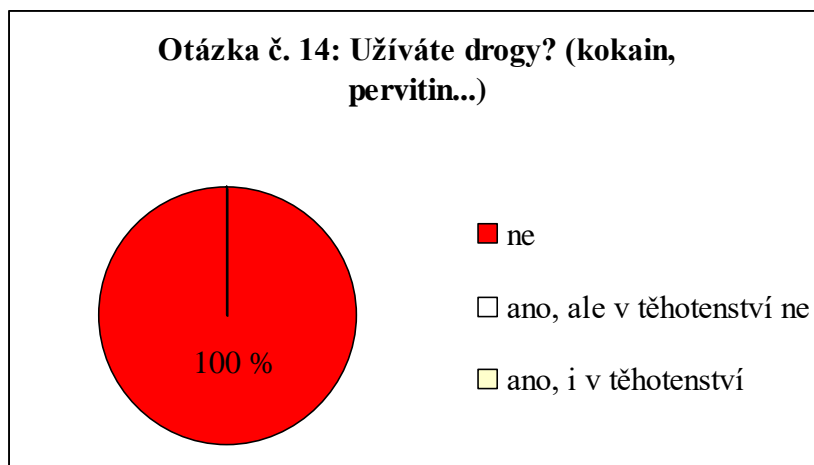


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Kouříte?“ odpovědělo 18 (90 %) žen, že jsou nekuřačky. Následně 1 (5 %) žena je kuřačka, ale v těhotenství nekouří a pouze 1 (5 %) odpověděla, že kouří i během těhotenství do 5 cigaret denně.

Otázka č. 14: Užíváte drogy? (kokain, pervitin...)

Graf 14: Užíváte drogy? (20 respondentek)

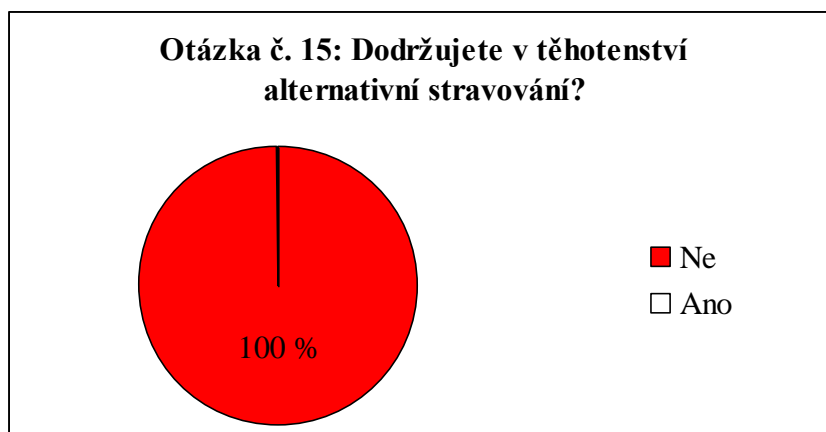


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Užíváte drogy?“ odpovědělo 20 (100 %) žen, že drogy neužívají. Tedy ani před otěhotněním, ani během těhotenství.

Otázka č. 15: Dodržujete v těhotenství alternativní stravování? (veganství, lakto – ovo vegetariánství, makrobiotika...)

Graf 15: Dodržujete v těhotenství alternativní stravování? (20 respondentek)

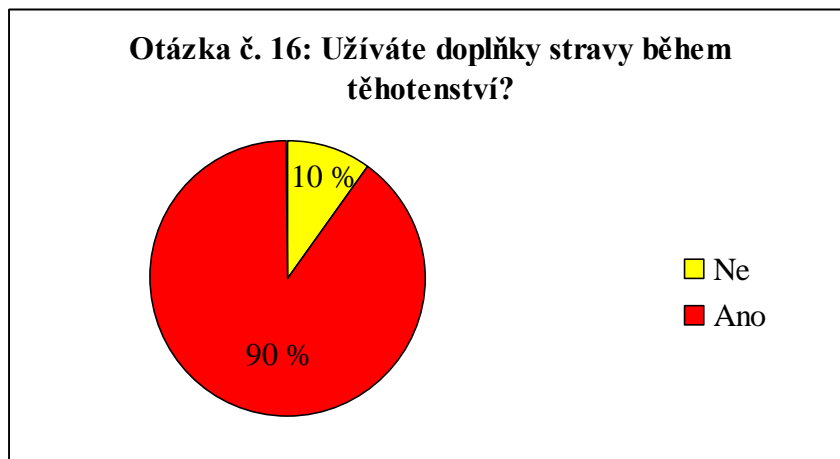


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Dodržujete v těhotenství alternativní stravování?“ odpovědělo 20 (100 %) žen ne.

Otázka č. 16: Užíváte doplňky stravy během těhotenství?

Graf 16: Užíváte doplňky stravy během těhotenství? (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1: Doplňky stravy, které nejčastěji užívají těhotné ženy.

Název	Počet žen
Femibion	12
Magne B6	4
Magnosolv	3
Maltofer	1
Osteogenon	2
Mamavit	2
Floradix	2
Fertiprona	1
Chytré miminko	2

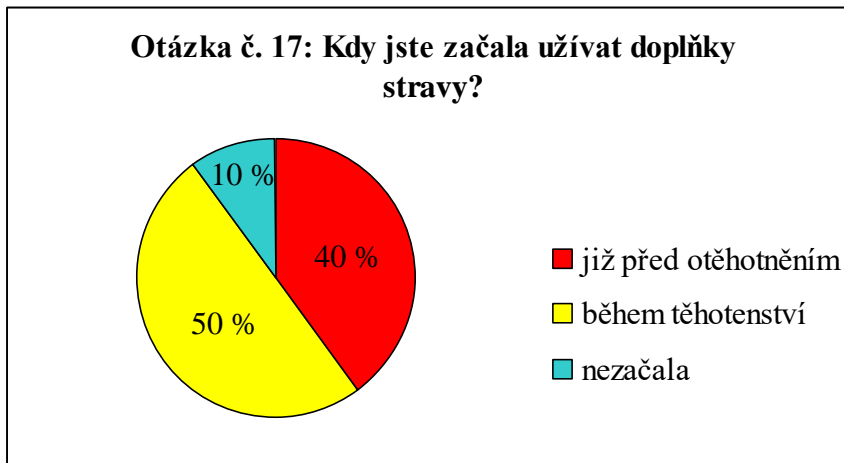
Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 18 (90 %) žen užívá během těhotenství doplňky stravy. Nejčastěji užívají Femibion a to 12 žen. Dále 4 ženy užívají Magne B6 a 3 Magnosolv. Pouze 1 žena užívá Maltofer a 2 Osteogenon. Těhotné ženy také užívají multivitaminové preparáty,

jako je Mamavit 2 ženy, Floradix 2 ženy, Fertiprona 1 těhotná žena a Chytré miminko 2 těhotné ženy. Pouze 2 ženy neužívají doplňky stravy žádné.

Otázka č. 17: Kdy jste začala užívat doplňky stravy?

Graf 17: Kdy jste začala užívat doplňky stravy? (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 10 (50 %) těhotných žen začalo užívat doplňky stravy až během těhotenství. O něco méně žen, tedy 8 (40 %), začalo užívat doplňky již před otěhotněním a 2 (10 %) je nezačaly užívat vůbec.

Otázka č. 18: Jaké byly Vaše důvody začít s užíváním doplňků stravy? (možno zaškrtnout více odpovědí)

Graf 18: Jaké byly Vaše důvody začít s užíváním doplňků stravy? (18 respondentek)

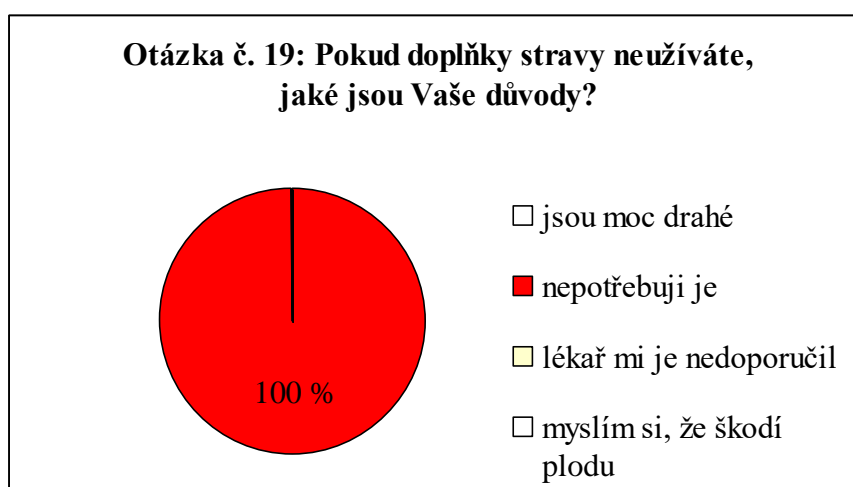


Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky mohly ženy zaškrtnout více odpovědí, které je vedly k užívání doplňků stravy. Nejvíce uváděly zdraví plodu celkem 14 (45 %) žen. Dalším nejčastějším důvodem byla prevence celkem 7 (23 %) žen a zdravotní potíže celkem 6 (19 %) žen. Pouze 3 (10 %) ženy uvedly jako důvod užívání doplňků stravy vlastní zdraví a 1 (3 %) žena uvedla užívání doplňků na podporu otěhotnění.

Otázka č. 19: Pokud doplňky stravy neužíváte, jaké jsou Vaše důvody? (možno zaškrtnout více odpovědí)

Graf 19: Pokud doplňky stravy neužíváte, jaké jsou Vaše důvody? (2 respondentky)

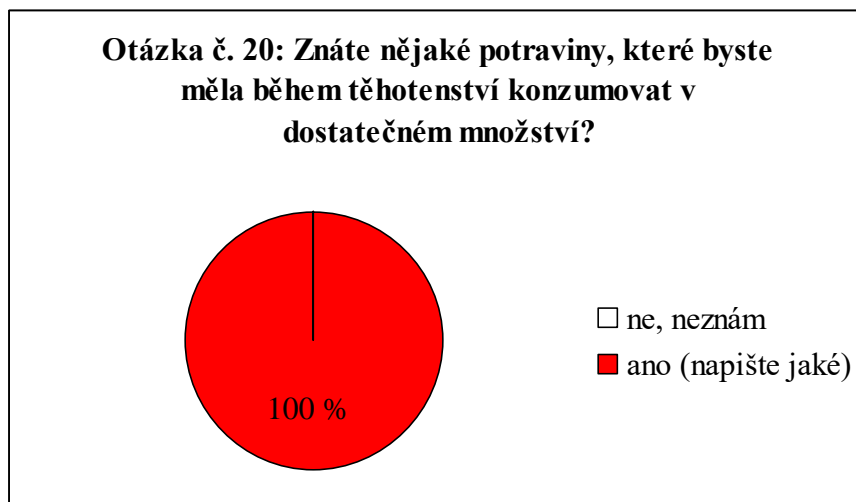


Zdroj: vlastní výzkum

Doplňky stravy neužívají pouze 2 (10 %) ženy z 20. Obě odpověděly, že je nepotřebují.

Otázka č. 20: Znáte nějaké potraviny, které byste měla během těhotenství konzumovat v dostatečném množství?

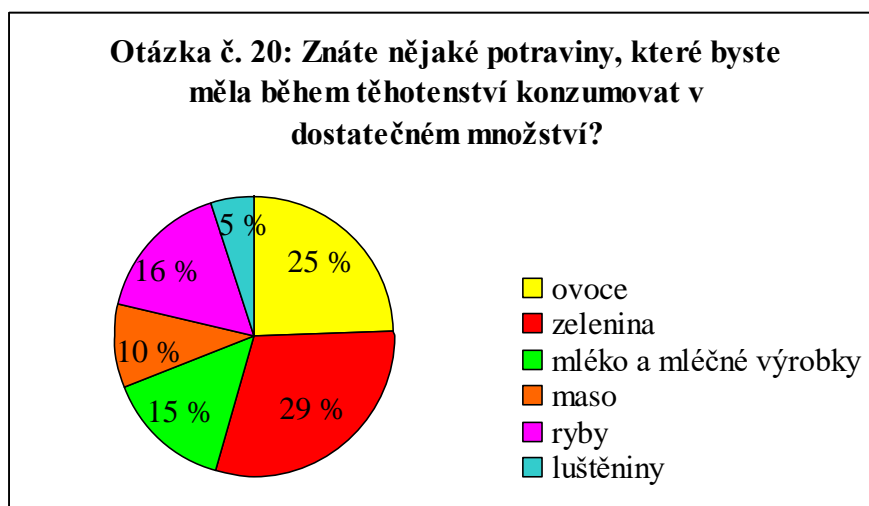
Graf 20: Znáte nějaké potraviny, které byste měla během těhotenství konzumovat v dostatečném množství? (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Znáte nějaké potraviny, které byste měla během těhotenství konzumovat v dostatečném množství?“ odpovědělo 20 (100 %) žen ano.

Graf 21: Potraviny uvedené respondentkami, které by měly konzumovat během těhotenství v dostatečném množství. (20 respondentek)

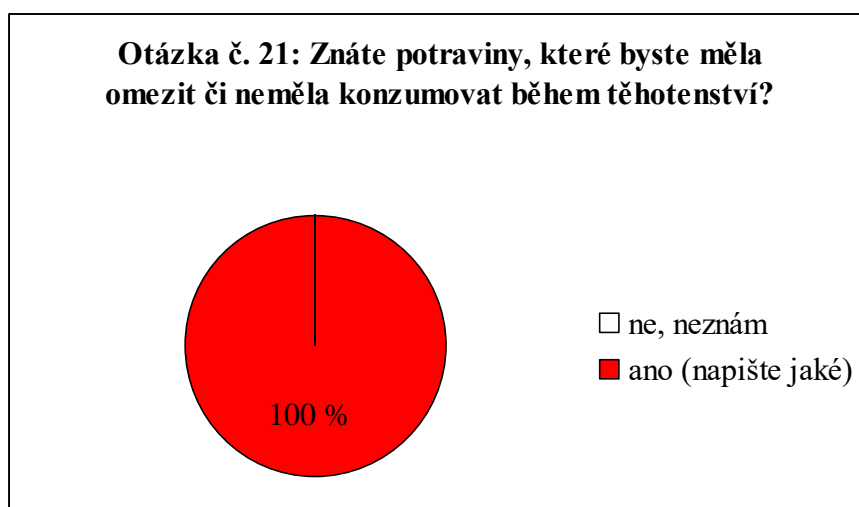


Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce ženy uváděly ovoce a zeleninu jako potravinu konzumovanou v dostatečném množství, celkem 18 (29 %) žen uvedlo zeleninu a 15 (25 %) uvedlo ovoce. Dále 9 (15 %) žen uvedlo mléko a mléčné výrobky, poté ryby 10 (16 %) žen a maso 6 (10 %) žen. Luštěniny uvedly pouze 3 (5 %) těhotné ženy.

Otázka č. 21: Znáte potraviny, které byste měla omezit či neměla konzumovat během těhotenství?

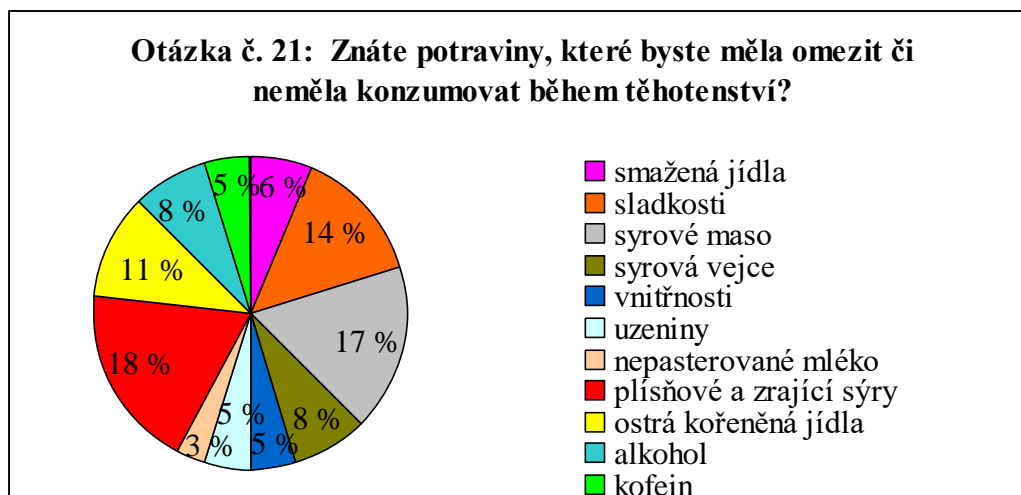
Graf 22: Znáte potraviny, které byste měla omezit či neměla konzumovat během těhotenství? (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku: „Znáte potraviny, které byste měla omezit či neměla konzumovat během těhotenství?“ odpovědělo 20 (100 %) žen ano.

Graf 23: Potraviny uvedené respondentkami, které by měly omezit či neměly konzumovat během těhotenství. (20 respondentek)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce ženy uváděly plísňové a zrající sýry a syrové maso jako potraviny, které by měly omezit nebo nekonzumovat během těhotenství, celkem 12 (18 %) žen uvedlo plísňové a zrající sýry a 11 (17 %) uvedlo syrové maso. Dále 9 (14 %) žen uvedlo sladkosti, poté ostrá kořeněná jídla 7 (11 %) žen a syrová vejce 5 (8 %) žen. Celkem 5 (8 %) žen uvedlo alkohol, následně smažená jídla 4 (6 %) ženy, poté kofein 3 (5 %) ženy, vnitřnosti 3 (5 %) ženy a uzeniny také 3 (5 %) ženy. Nepasterované mléko uvedly pouze 2 (3 %) těhotné ženy.

4.2 Výsledky - jídelníčky

Respondentka 1

Věk: 36 a více let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 57 kg

Výška: 164 cm

Žena je v 17. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 3 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláskal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 2: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	9049	120,87	51,49	311,13
Denní cíl	8421	71,6	73,51	262,56

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 3: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	9385	109,50	78,73	283,24

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den zvýšený příjem energie, bílkovin i sacharidů, naopak tuky jsou sníženy. Průměrný týdenní příjem energie, bílkovin a sacharidů je zvýšený, tuky jsou v normě.

Respondentka 2

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 65 kg

Výška: 175 cm

Žena je ve 14. týdnu těhotenství, její hmotnost se zatím nenavyšila

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 4: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	9754	90,07	93,56	296,33
Denní cíl	8524	72,48	67,65	265,77

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 5: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	8671	71,37	76,47	293,40

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den zvýšený příjem energie, bílkovin, sacharidů i tuků. Průměrný týdenní příjem energie a bílkovin je v normě, tuky a sacharidy jsou v nadbytku.

Respondentka 3

Věk: 36 a více let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 65 kg

Výška: 178 cm

Žena je v 18. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 4 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 6: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	7124	91,44	104,62	103,07
Denní cíl	8912	75,78	70,73	277,86

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 7: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7138	66,67	69,78	223,94

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den zvýšený příjem bílkovin a tuků, naopak snížený příjem energie a sacharidů. Průměrný týdenní příjem energie, bílkovin a sacharidů je snížený, tuky jsou v normě.

Respondentka 4

Věk: 36 a více let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 60 kg

Výška: 170 cm

Žena je ve 24. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 8 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 8: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	6540	37,49	71,18	196
Denní cíl	8830	75,09	70,08	275,31

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 9: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7624	66,83	69,11	236,49

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den snížený příjem energie, bílkovin i sacharidů, tuky má v normě. Průměrný týdenní příjem energie a bílkovin je snížený, naopak sacharidy jsou zvýšené a tuky jsou v normě.

Respondentka 5

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 53 kg

Výška: 165 cm

Žena je ve 21. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 7 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 10: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	5826	60,6	35,04	214,18
Denní cíl	8368	71,16	66,41	260,9

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 11: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6809	74,88	54,53	215,51

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den snížený příjem energie, bílkovin, tuků i sacharidů. Průměrný týdenní příjem energie, tuků a sacharidů je také snížený, bílkoviny jsou v normě.

Respondentka 6

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 61 kg

Výška: 179 cm

Žena je ve 26. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 7 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 12: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	13048	167,54	143,39	302,58
Denní cíl	8798	74,81	69,83	274,31

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 13: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	11021	104,19	101,42	339,30

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den vysoký příjem energie, bílkovin, tuků i sacharidů. Průměrný týdenní příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů je také vysoký.

Respondentka 7

Věk: 20 – 25 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 49 kg

Výška: 157 cm

Žena je ve 22. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 4 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 14: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	7588	107,9	61,69	214,01
Denní cíl	7800	66,33	61,9	243,2

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 15: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6799	74,85	65,07	189,08

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den zvýšený příjem bílkovin, snížený příjem sacharidů, příjem energie a tuků má v normě. Průměrný týdenní příjem energie, bílkovin a sacharidů je snížený, tuky jsou v normě.

Respondentka 8

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 54 kg

Výška: 169 cm

Žena je ve 25. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 5 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 16: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	9253	93,48	95,72	250,68
Denní cíl	8237	70,04	65,37	256,82

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 17: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7765	60,55	69,93	253,46

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den vysoký příjem energie, bílkovin i tuků, sacharidy má v normě. Průměrný týdenní příjem energie a bílkovin je snížený, tuky a sacharidy jsou v normě.

Respondentka 9

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 54 kg

Výška: 164 cm

Žena je ve 23. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 4 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 18: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	5187	116,30	60,38	260,45
Denní cíl	8300	70,58	65,87	258,78

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 19: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6355	84,21	50,38	218,95

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den nízký příjem energie a vysoký příjem bílkovin, tuky a sacharidy jsou v normě. Průměrný týdenní příjem energie, tuků a sacharidů je nízký, naopak příjem bílkovin je zvýšený.

Respondentka 10

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 60 kg

Výška: 162 cm

Žena je v 19. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 3 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 20: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	5540	62,04	41,78	186,03
Denní cíl	8445	71,81	67,02	263,31

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 21: Průměrný poměr živin za 4 dny

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6715	63,32	64,4	203,34

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den nízký příjem energie, tuků, sacharidů a bílkovin. Průměrný 4denní příjem energie, bílkovin a sacharidů je nízký, tuky jsou v normě.

Respondentka 11

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 75 kg

Výška: 175 cm

Žena je v 18. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 5 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 22: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	6731	64,87	48,37	254,74
Denní cíl	9107	77,44	72,27	283,95

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 23: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7290	75,77	59,27	235,71

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den nízký příjem energie, bílkovin, tuků i sacharidů. Průměrný týdenní příjem energie, tuků a sacharidů je také nízký, bílkoviny jsou v normě.

Respondentka 12

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 63 kg

Výška: 160 cm

Žena je ve 21. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 3 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 24: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	6585	47,48	67,88	196,12
Denní cíl	8427	71,66	66,88	262,74

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 25: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6070	53,38	58,99	179,3

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena má za jeden vybraný den nízký příjem energie, bílkovin i sacharidů, tuky jsou v normě. Průměrný týdenní příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů je nízký.

Respondentka 13

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 84 kg

Výška: 174 cm

Žena je ve 25. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 9 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis.

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 26: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	7136	49,35	61,95	227,9
Denní cíl	8463	71,96	67,17	263,87

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 27: Průměrný poměr živin za 6 dní

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7020	60,85	58,76	232,58

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato žena měla již před otěhotněním nadváhu. Program Nutriservis vypočetl její doporučený příjem živin. Za jeden vybraný den má nízký příjem energie, bílkovin, sacharidů a tuků. Průměrný týdenní příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů je také nízký.

Během 2. trimestru těhotenství bych u této ženy množství energie nenavýšovala, než je doporučený příjem dle programu Nutriservis. Měla by dodržovat zásady výživy v těhotenství, aby její tělesná hmotnost příliš nestoupala.

Respondentka 14

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 81 kg

Výška: 169 cm

Žena je ve 25. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 8 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis.

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 28: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	6361	59,1	46,33	223,57
Denní cíl	8223	69,92	65,26	256,39

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 29: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6808	64,69	55,79	230,71

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato žena měla již před otěhotněním nadváhu. Program Nutriservis vypočetl její doporučený příjem živin. Za jeden vybraný den má nízký příjem energie, bílkovin, tuků i sacharidů. Průměrný týdenní příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů je také nízký.

Během 2. trimestru těhotenství bych u této ženy množství energie nenavýšovala, než je doporučený příjem dle programu Nutriservis. Měla by dodržovat zásady výživy v těhotenství, aby její tělesná hmotnost příliš nestoupala.

Respondentka 15

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 81 kg

Výška: 168 cm

Žena je ve 26. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 10 kg.

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis.

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 30: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	8277	63,58	71,50	271,94
Denní cíl	8254	70,19	65,51	257,35

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 31: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7220	68,11	61,03	233,02

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena měla již před otěhotněním nadváhu. Program Nutriservis vypočetl její doporučený příjem živin. Za jeden vybraný den má příjem energie v normě, bílkoviny sníženy, tuky a sacharidy jsou zvýšeny. Průměrný týdenní příjem energie a sacharidů je snížený, bílkoviny a tuky jsou v normě.

Během 2. trimestru těhotenství bych u této ženy množství energie nenavýšovala, než je doporučený příjem dle programu Nutriservis. Měla by dodržovat zásady výživy v těhotenství, aby její tělesná hmotnost příliš nestoupala.

Respondentka 16

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 85 kg

Výška: 176 cm

Žena je v 19. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 3 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis.

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 32: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	4807	49,98	63,94	107,85
Denní cíl	8217	69,87	65,2	256,2

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 33: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6152	64,71	63,37	158,73

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato těhotná žena měla již před otěhotněním nadváhu. Program Nutriservis vypočetl její doporučený příjem živin. Za jeden vybraný den má nízký příjem energie, bílkovin i sacharidů, tuky jsou v normě. Průměrný týdenní příjem energie a sacharidů je nízký, bílkoviny a tuky jsou v normě.

Během 2. trimestru těhotenství bych u této ženy množství energie nenavýšovala, než je doporučený příjem dle programu Nutriservis. Měla by dodržovat zásady výživy v těhotenství, aby její tělesná hmotnost příliš nestoupala.

Respondentka 17

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 103 kg

Výška: 178 cm

Žena je ve 23. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 4 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis.

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 34: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	7944	67,75	86,35	219,56
Denní cíl	9097	77,36	72,2	283,64

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 35: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7389	71,21	58,2	246,72

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato žena měla již před otěhotněním obezitu I. stupně. Program Nutriservis vypočetl její doporučený příjem živin. Za jeden vybraný den má snížený příjem energie, bílkovin, sacharidů a zvýšený příjem tuků. Průměrný týdenní příjem energie, tuků a sacharidů je snížený, bílkoviny jsou v normě. Během 2. trimestru těhotenství bych u této ženy množství energie nenavyšovala, než je doporučený příjem dle programu Nutriservis, naopak bych příjem energie snížila. Měla by dodržovat zásady výživy v těhotenství, aby její tělesná hmotnost příliš nestoupala.

Respondentka 18

Věk: 26 – 30 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 100 kg

Výška: 165 cm

Žena je ve 26. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 9 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis.

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 36: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	5167	39,5	44,74	168,41
Denní cíl	8995	76,49	71,39	280,46

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 37: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7889	74,39	76,58	230,54

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato žena měla již před otěhotněním obezitu II. stupně. Program Nutriservis vypočetl její doporučený příjem živin. Za jeden vybraný den má snížený příjem energie, bílkovin, tuků i sacharidů. Průměrný týdenní příjem energie a sacharidů je snížený, bílkoviny a tuky jsou v normě.

Během 2. trimestru těhotenství bych u této ženy množství energie nenavyšovala, než je doporučený příjem dle programu Nutriservis, naopak bych příjem energie snížila. Měla by dodržovat zásady výživy v těhotenství, aby její tělesná hmotnost příliš nestoupala.

Respondentka 19

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 52 kg

Výška: 171 cm

Žena je v 15. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 3 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 38: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	6522	44,73	46,82	248,72
Denní cíl	8214	69,85	65,19	256,1

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 39: Průměrný poměr živin za 4 dny

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	6122	51,42	52,7	206,72

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato žena měla před otěhotněním mírnou podvýživu. Za jeden vybraný den má nízký příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů. Průměrný 4 denní příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů je také nízký. Měla by dodržovat zásady výživy v těhotenství, aby její tělesná hmotnost neklesala.

Respondentka 20

Věk: 31 – 35 let

Tělesná hmotnost před otěhotněním: 54 kg

Výška: 172 cm

Žena je ve 23. týdnu těhotenství, její hmotnost se navýšila o 6 kg

Energie (kJ) vypočítána v programu Nutriservis + 2. trimestr těhotenství navýšení o 1254 kJ (Tláškal a Kunová, 2016).

Bílkoviny kryjí 15 % celkového denního příjmu (Vorlová, 2012).

Tuky tvoří 30 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Sacharidy tvoří 55 % celkového energetického příjmu (Suchánek, 2014).

Tabulka 40: Poměr živin za den

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Denní součet	12443	65,95	120,63	415,94
Denní cíl	8443	71,79	67	263,24

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Tabulka 41: Průměrný poměr živin za týden

	Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
Týdenní průměrné nutrienty	7986	64,45	69,49	270,99

Zdroj: vlastní výzkum v programu Nutriservis

Vyhodnocení: Tato žena měla před otěhotněním mírnou podvýživu. Za jeden vybraný den má vysoký příjem energie, tuků a sacharidů, bílkoviny jsou sníženy. Průměrný týdenní příjem energie a bílkovin je snížen, tuky a sacharidy jsou v normě.

Shrnutí jídelníčků

Tabulka 42: Průměrný příjem živin za vybraný den. (20 respondentek)

Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
9864,63	67,31	72,28	234,97

Zdroj: vlastní výzkum

Průměrný příjem živin za vybraný den je 9864,63 kJ energie, 67,31 g bílkovin, 72,28 g tuků a 234,97 g sacharidů. Dle Suchánka (2014) průměrný příjem živin za den u těhotných žen, by měl činit od druhého trimestru 70 – 85 g bílkovin, 75 – 80 g tuků a sacharidy by měly tvořit 50 – 55 % energetického příjmu. U každé ženy jsem individuálně vyhodnotila její denní příjem živin a porovnála s doporučeným příjmem na základě její váhy, výšky, věku a fyzické aktivity.

Tabulka 43: Průměrný příjem živin za týden. (20 respondentek)

Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
7683,58	69,06	65,15	231,33

Zdroj: vlastní výzkum

Průměrný příjem živin za týden je 7683,58 kJ energie, 69,06g bílkovin, 65,15 g tuků a 231,33 g sacharidů. U každé těhotné ženy jsem individuálně vyhodnotila její týdenní příjem živin a porovnála s doporučeným příjmem na základě její váhy, výšky, věku a fyzické aktivity.

Tabulka 44: Nejčastěji se vyskytující hodnoty živin za vybraný den. (20 respondentek)

Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
6361 - 6731	61 - 68	42 – 48 60 - 68	220 - 296

Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější příjem živin za vybraný den je v rozmezí 6361 – 6731 kJ energie, 61 – 68 g bílkovin, 42 – 48 g a 60 – 68 g tuků a 220 – 296 g sacharidů.

Tabulka 45: Nejčastěji se vyskytující hodnoty živin za týden. (20 respondentek)

Energie (kJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
7020 - 7986	61 - 68	55 - 65	223 - 293

Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější příjem živin za týden je v rozmezí 7020 – 7986 kJ energie, 61 – 68 g bílkovin, 55 – 65 g tuků a 223 – 293 g sacharidů.

5. Diskuze

V praktické části jsem spolupracovala s 20 ženami ve 2. trimestru těhotenství, nejčastěji byly ve věku 26 – 30 let a 31 – 35 let s vysokoškolským vzděláním. Celkem 12 žen bylo poprvé těhotných. Dle mého názoru v dnešní době mnoho mladých lidí odkládá založení rodiny kvůli vzdělání a kariéře.

Problém, který se vyskytl na začátku výzkumu, byl, že některé ženy odmítly psát jídelníček, zdálo se jim složité vypisovat jednotlivé potraviny v gramech. Jiné ženy jídelníček vyplnily, ale nezapsaly množství. Naopak některé byly velmi ochotné a vše pečlivě vyplnily. Z jídelníčků nepoznám, jestli se tak doopravdy stravovaly, nebo byly ovlivněny výzkumem.

Jedním z cílů mé bakalářské práce bylo zjistit, jak se stravují ženy v těhotenství. Své stravovací návyky změnilo 14 (70 %) žen, velmi častým důvodem bylo zdraví plodu, změny chutí a zdravotní potíže. Ženy měly váhu před otěhotněním převážně v normě, ale také se vyskytovaly s podváhou či obezitou. Dle mého výzkumu 16 (80 %) těhotných žen se stravuje 5 – 6x za den, pouze jedna uvedla 7 a vícekrát za den. Také záleží, jak velké porce konzumují, jestli se přejídají a jedí tzv. za dva, nebo naopak jedí málo, protože nechtějí navýšit svoji tělesnou hmotnost. Hronek a Barešová (2012) doporučují 3 hlavní jídla denně – snídani, oběd, večeři a poté dopolední i odpolední svačinu, jíst pomalu, v klidu s rozstupem 3 hodin mezi jednotlivými denními chody.

Z jídelníčků těhotných žen jsem zjistila pomocí programu Nutriservis jejich průměrný příjem energie, bílkovin, tuků a sacharidů za týden a poté za vybraný den. Program Nutriservis také vypočítal doporučený příjem energie za den, příjem bílkovin, tuků a sacharidů, dopočítala jsem a porovnála s nynějším příjmem. Celkem 17 žen má nízký příjem energie, 14 žen má nízký příjem sacharidů, 10 žen nízký příjem bílkovin a tuky má 10 žen v normě. Bílkoviny kryjí 15 % z celkového denního příjmu, tuky tvoří 30 % a sacharidy tvoří 55 % energetického příjmu (Suchánek, 2014; Vorlová, 2012). K doporučenému množství energie za den jsem vždy připočítala 1254 kJ, tolik by měly navýšit ženy ve 2. trimestru těhotenství dle Tlášкала a Kunové (2016). U žen s nadváhou a obezitou jsem energii nenavyšovala, nechala jsem doporučený příjem dle programu Nutriservis, měly by se stravovat dle zásad výživy v těhotenství. Váhový přírůstek za celé těhotenství u žen s nadváhou činí 7 – 11,5 kg a s obezitou do 7 kg (Pařízek 2015). Dle mého názoru by ženy s nadváhou a obezitou

měly sledovat svoji tělesnou hmotnost a podle toho energii navýšit nebo mírně snížit. U žen s mírnou podváhou jsem energii navýšila o 1254 kJ, ale myslím si, že tyto ženy by mohly navýšit i více. Měly by sledovat svoji tělesnou hmotnost a stravovat se dle zásad výživy v těhotenství. Váhový přírůstek za celé těhotenství u žen s podváhou činí 12,5 – 18 kg (Pařízek 2015).

Jídelníček byl týdně, dvě ženy vyplnily pouze 4 dny, protože jeho psaní bylo pro ně časově náročné a jedna vyplnila 6 dní, na 7. den zapomněla. Jak jsem již uvedla, některé ženy psaly jídelníček pečlivě, zapisovaly jednotlivé potraviny v gramech, jiné naopak psaly pouze potraviny bez jejich hmotnosti, proto při zadávání jídelníčků do programu Nutriservis jsem musela odhadnout množství jednotlivých potravin. Zápis jídelníčku mohl být ovlivněn tím, že některé ženy nemusely vždy pravdivě uvést potraviny, které zkonsumovaly nebo nějaké nezapsaly. Příjem tekutin za den by měl činit dle Vorlové (2012) 35 – 45 ml na kilogram tělesné hmotnosti. V mém výzkumu 14 žen vypije za den 1,5 – 2,5 l tekutin, pouze jedna vypije 3 a více litrů za den. V dotazníku 16 (65 %) žen odpovědělo, že pijí kávu i během těhotenství, ale vždy v doporučeném množství, které činí denní maximální dávku kofeinu 300 mg, což odpovídá 3 šálkům kávy (Pařízek, 2015). Ženy v jídelníčku střídaly kávu s kofeinem i bez kofeinu. Dle mého názoru některé vypijí i více kávy, než uvedly, jen to nezapsaly. Alkohol nekonzumuje v těhotenství 13 (65 %) žen a 7 (35 %) pouze příležitostně. Příležitostně uváděly víno nebo pivo. V průběhu těhotenství se nedoporučuje konzumace alkoholu, již malé množství může být pro plod rizikem (Pokorná et al., 2008). Myslím si, že ženy se alkoholu v těhotenství vyvarují více než kávě, protože káva je pro mnohé denní součástí. Drogy neužívá žádná těhotná žena, ale i kdyby ano, dle mého názoru do dotazníku by je neuvedla. Dvě ženy jsou kuřačky, ale během těhotenství nekouří jen jedna, druhá kouří do 5 cigaret denně. V dnešní době kuřáků přibývá a některé ženy nepřestanou ani v těhotenství. Ženy kuřačky mají vyšší pravděpodobnost mimoděložního těhotenství a samovolných potratů, kouření v těhotenství zvyšuje riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence (Pařízek, 2015; Pokorná et al., 2008). Žena by měla přestat kouřit, jakmile zjistí, že je těhotná (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Dále mě zajímalo, jestli se ženy stravují alternativními způsoby, v dnešní době mnoho lidí upřednostňuje veganství nebo lakto – ovovegetariánství. Žádná z mých 20 respondentek se takto nestravuje. Je možné, že ve větším množství zkoumaného souboru by se nějaká žena těmito způsoby stravovala.

Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou ženy správně informovány o výživě během těhotenství a kde se informovaly. Ženy uváděly ovoce, zeleninu, mléko, mléčné výrobky, ryby, maso a luštěniny jako potraviny konzumované v dostatečném množství. Naopak plísňové a zrající sýry, syrové maso a vejce, sladkosti, ostrá kořeněná jídla, smažená jídla, vnitřnosti, uzeniny, alkohol, kofein uvedly jako potraviny, které by měly v těhotenství omezit nebo nekonzumovat vůbec. Dle Palánové (2016) je preventivním opatřením vyvarovat se potravinám, kde se očekává zvýšený výskyt patogenních mikroorganismů (např. syrová vejce, nepasterované mléko a výrobky z něj, syrové maso a pití kontaminované vody). Karmel (2013) a Palánová (2016) dodávají, že těhotná žena by neměla konzumovat výrobky ze syrového masa, syrového mléka a sýry s plísní na povrchu a uvnitř.

Tyto ženy znají potraviny, které by měly, či neměly konzumovat, ale ne vždy to odpovídá tomu, co opravdu jedí. Je možné, že u této otázky některé ženy nevěděly, jak odpovědět, tak se podívaly na internet nebo do knihy. Nejčastěji se informovaly o výživě z knih, časopisů, internetu, televize, od svého gynekologa nebo od rodiny a přátel. Nejdostupnější informace se vyskytují na internetu, ale nemusí být vždy pravdivé. Nejlepší způsob, jak se informovat, dle mého názoru, je z odborných knih, časopisů nebo od lékaře či nutriční terapeutky. Pouze jedna žena se informovala od nutriční terapeutky.

Posledním cílem bylo zjistit, zda ženy v těhotenství užívají doplňky stravy. Suplementovat v těhotenství by měly zejména ženy trpící podvýživou, vícečetné těhotenství, alternativní způsoby stravování, nechutenství, časté zvracení, mladistvé těhotné, závislost na nikotinu, drogách, alkoholu, chronická onemocnění (Stránský a Ryšavá, 2014). Ženy během těhotenství by měly užívat preparáty určené pouze pro těhotné, protože neobsahují vitaminy, které by mohly mít na počátku gravidity nepříznivý vliv na plod (Kotrbová, 2009). Z mého výzkumu celkem 18 (90 %) žen užívá doplňky stravy, 2 (10 %) ženy uvedly, že je nepotřebují. Nejvíce začaly doplňky užívat až během těhotenství, některé již před otěhotněním. Jejich důvody byly zdraví plodu, prevence, zdravotní potíže nebo vlastní zdraví. Nejčastěji užívají kyselinu listovou, jód nebo hořčík. Kotrbová (2009) uvádí, že před otěhotněním a od prvního trimestru se nejčastěji suplementuje kyselina listová, od druhého trimestru železo s folátem, pokud se prokáže u ženy anémie. Odborníci doporučují podávat těhotenské vitaminy během prvního trimestru a poté se zaměřit na pestrou a vyváženou stravu (Kotrbová, 2009).

Závěr

Ženy se velmi zajímají o stravu během těhotenství. Nejčastěji se informují z knih, časopisů, internetu nebo od svého gynekologa. Své stravování změnily zejména kvůli zdraví plodu nebo změně chutí během těhotenství.

Jedním z cílů mé práce bylo zjistit, jak se stravují ženy v těhotenství. Dle týdenních jídelníčků, které jsem vyhodnotila individuálně, má 17 žen nižší energetický příjem, 14 žen nízký příjem sacharidů, 10 žen nízký příjem bílkovin a tuky má 10 žen v normě. Průměrný příjem živin za vybraný den je 9864,63 kJ energie, 67,31 g bílkovin, 72,28 g tuků a 234,97 g sacharidů. Průměrný příjem živin za týden je 7683,58 kJ energie, 69,06 g bílkovin, 65,15 g tuků a 231,33 g sacharidů. Dle Suchánka (2014) průměrný příjem živin za den u těhotných žen, by měl činit od druhého trimestru 70 – 85 g bílkovin, 75 – 80 g tuků a sacharidy by měly tvořit 50 – 55 % energetického příjmu. V mém výzkumu se nejčastěji vyskytuje příjem živin za vybraný den v rozmezí 6361 – 6731 kJ energie, 61 – 68 g bílkovin, 42 – 48 g a 60 – 68 g tuků a 220 – 296 g sacharidů. Následně příjem živin za týden je v rozmezí 7020 – 7986 kJ energie, 61 – 68 g bílkovin, 55 – 65 g tuků a 223 – 293 g sacharidů.

Celkem 16 těhotných žen se stravuje 5 – 6x denně, 14 žen vypije za den 1,5 – 2,5 l tekutin, nekonzumují alkohol během těhotenství nebo jen příležitostně (např. víno, pivo), kávu pijí v doporučeném množství do 300 mg za den (Pařízek, 2015). Alternativní stravování nedodrží žádná žena, se kterou jsem spolupracovala.

Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou správně informovány o výživě a kde se informovaly. Dle mého výzkumu jsou ženy dobře informované, v dotazníku odpovídaly na otázky, jaké potraviny by měly konzumovat v dostatečném množství a které naopak omezit či vynechat. Každá žena vypsala správně vždy několik potravin. Drogy neužívá žádná těhotná žena a pouze jedna kouří. Jak jsem již uvedla, nejčastěji se informovaly z knih, časopisů, internetu, televize, od svého gynekologa nebo od rodiny a přátel.

Posledním cílem jsem zjišťovala, zda užívají doplňky stravy. Doplňky stravy užívá 18 žen kvůli zdraví plodu, prevenci nebo zdravotním potížím. Nejčastěji užívají kyselinu listovou, jód a hořčík. Ty, které doplňky neužívají, si myslí, že je nepotřebují. Odborná literatura uvádí, že doplňky stravy by měly užívat především podvyživené ženy, mladistvé, ženy s chronickým onemocněním nebo při častém zvracení. Dle mého

názoru by každá těhotná žena měla užívat doplňky stravy, zejména kyselinu listovou a jód.

Při zpracování této bakalářské práce jsem získala hodně nových informací o výživě nejen v těhotenství, ale i před plánovaným otěhotněním. Budoucí maminky jsou svědomité a o výživě se předem informovaly, alespoň ty, se kterými jsem spolupracovala.

Seznam literatury

1. BOWDEN, J., a TANNISOVÁ, A., 2010. *100 nejzdravějších jídel pro nastávající maminky: překvapivé a objektivní informace o potravinách, které byste měla v těhotenství jíst, ale nejspíš je nejíte*. 1. vydání. Praha: Fortuna Libri. 319 s. ISBN 978-80-7321-523-1.
2. BRANN, J., © 2007-2017. *Where does all the Pregnancy Weight Gain Go?* [online]. Women's Healthcare Topics. [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: http://www.womenshealthcaretopics.com/preg_weight_gain.htm.
3. CALDA, P., 2015. Kofein a těhotenství. *Gynekologie a porodnictví*. Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha, s. 21 – 22. ISSN 1803-9588
4. DAVIES, L., a DEERY, R., 2014. *Nutrition in Pregnancy and Child Birth: Food for Thought*. 1st ed. London: Routledge. 215 p. ISBN 978-0-415-53606-6-
5. FENWICKOVÁ, E., 2012. *Velká kniha o matce a dítěti*. 14. vyd. Praha: Ikar, 264 s. ISBN 978-80-249-1913-3.
6. GRAHAM, D., N., 2008. *The 80/10/10 Diet: Balancing Your Health, Your Weight, and Your Life One Luscious Bite at a Time*. Decatur, GA: FoodnSport Press. 348 p. ISBN 978-1-893831-24-7.
7. GREGORA, M., a VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vydání. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
8. GREGORA, M., a VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
9. GREGOROVÁ, R., 2015. *Hrozí vám předčasný porod?* [online]. Baby web. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/hrozi-vam-predcasny-porod>.

10. GROFOVÁ, Z., 2010. Výživa v těhotenství. *Medicína pro praxi*. 7 (1), 38 – 40, ISSN 1214 – 8687
11. HO, A., FLYNN, A. C., PASUPATHY, D., 2016. Nutrition in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 26 (9), 259 – 264, doi: 10.1016/j.ogrm.2016.06.005.
12. HOFHANZLOVÁ, J., 2007. *Nastávající a kojící maminky si vaří chutně a zdravě: recepty a plno rad, jak v těhotenství a při kojení zahnat hlad: rady lékařky maminkám*. 1. vydání. Čestlice: Pavla Momčilová - Medica Publishing, 102 s. ISBN 80-85936-58-5.
13. HRONEK, M., a BAREŠOVÁ, H., 2012. *Strava těhotných a kojících*. 1.vydání. Praha: Forsapi, 151s. ISBN 978-80-87250-20-4.
14. CHYLKOVÁ, M., 2014. *Nedostatek železa v těhotenství - jaké potraviny doplnit?* [online]. Zdravě. [cit. 2016-12-01]. Dostupné z: <https://vitaminy-a-minerally.zdrave.cz/nedostatek-zeleza-v-tehotenstvi-jake-potraviny-doplnit/>.
15. KAISEROVÁ, K., 2015. *Těhotenství vs. vegetariánství: co si musí hlídat ženy s alternativním stravováním?* [online]. Maminka. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <http://supermamy.maminka.cz/clanek/pro-zeny-super-mamy-materstvi-tehotenstvi-problemy-v-tehotenstvi/330522/tehotenstvi-vs-vegetarianstvi-co-si-musi-hlidat-zeny-s-alternativnim-stravovanim.html>.
16. KARMEL, A., 2013, *Eating for two The Complete Guide to Nutrition During Pregnancy and Beyond*. New York: Atria Books, 192 p. ISBN 978-1-4767-2977-0.
17. KOTRBOVÁ, D., 2009. *Doplňky stravy v graviditě*. [online]. Praktické lékařství. [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/01/08.pdf>.
18. KOUŘÍMOVÁ, E., 2016. *Jste těhotná a kouříte? Ublížíte svému dítěti!* [online]. Baby web. [cit. 2016-12-11]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/jste-tehotna-kourite-ublizujete-svemu-diteti>.

19. KRÁLÍKOVÁ, E., 2009. Výživa a kouření. In: KUDLOVÁ, E., et al. *Hygienu výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum, s. 148 – 152. ISBN 978-80-246-1735-0.
20. KUDLOVÁ, E., et al., 2009. *Hygienu výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum, 287 s. ISBN 978-80-246-1735-0.
21. KUSHI, M., KUSHI A., 2014. *Makrobiotické těhotenství a péče o novorozence*. Praha: Triton, 387 s. ISBN 978-80-7387-758-3.
22. MANDŽUKOVÁ, J., 2008. *Výživa v těhotenství od A do Z*. 1. vydání Praha: Vyšehrad. 99 s. ISBN 978-80-7021-951-5.
23. MURKOFF, H., a MEZEL, S., 2009. *What to Expect When You're Expecting*. 4th ed. London: Simon & Schuster. 612 p. ISBN 978-1-84737-375-5.
24. MURRAY, P., ROSENTHAL, K., a PFALLER, M., 2013. *Medical Microbiology*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders. 874 p. ISBN 978-0-323-08692-9.
25. NEVRLÁ, M., MATĚJKOVÁ, H., 2015. Význam polynenasycených mastných kyselin během těhotenství a při kojení, jejich zdroje a přívod. *Výživa a potraviny*. 70 (4), 99 – 103, ISSN 1211 – 846X
26. NUTRISERVIS, © 2017. *Nutriservis* [online]. Forsapi s.r.o. [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.nutriservis.cz/cs/>
27. PALÁNOVÁ, B., STÁVKOVÁ J., LEFNEROVÁ D., MATĚJKOVÁ H., 2016. Mikrobiologická rizika z potravin během těhotenství. *Výživa a potraviny*. 7 (1), 18 – 15. ISSN 1211 – 846X
28. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti: Těhotenství*. 5. vydání. Praha: Galén, 524 s. ISBN 978-80-7492-214-5.

29. POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V., PRUŠA, T., 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. 1. vydání. Brno: ERA, 132 s. ISBN 978-80-7366-136-6.
30. RUMANAZ, S. A., Alam, A., 2012. Pregnancy and Nutrition. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 11 (4), 267-272. ISSN 22234721.
31. SACHDEVA, P., PATEL, B.G., PATEL, B.K., 2009. Drug Use in Pregnancy; a Point to Ponder. *Indian Journal of Pharmaceutical Science*. 71 (1), 1-7. ISSN 0250474X.
32. SABERSKY, A., 2009. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. 1. vydání Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-2740-0.
33. STOPPARD, M., 2007. *Těhotenství: od početí k porodu*. 1. vydání. Praha: Fragment, 374 s. ISBN 978-80-253-0438-9.
34. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 274 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
35. SUCHÁNEK, P., 2014. Výživa v těhotenství dokáže u dětí ovlivnit schopnost učit se. *Farmi news*. 12 (3), 6 – 11, ISSN 1214 – 5017.
36. SUCHÁNEK, P., 2015. *Tuky v těhotenství a období kojení*. [online]. Ordinance. [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/tuky-v-tehotenstvi-a-obdobi-kojeni/>.
37. SVAČINA, Š., MÜLLEROVÁ, D., a BRETŠNAJDROVÁ, A., 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2. vydání Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-699-9.
38. SWINNEYOVÁ, B., a ANDERSONOVÁ, T., 2011 *Výživa v těhotenství: praktický a chutný průvodce prenatální výživou*. 1. vydání. Praha: Levné knihy, 402 s. ISBN 978-80-7309-874-2.

39. TLÁSKAL, P., 2016. *Výživa a potraviny pro zdraví*. Praha: Společnost pro výživu, z.s., ISBN 978-80-906659-0-3
40. VAŠUT, K., 2007. *Léčiva v těhotenství: [vliv léků a vitaminů na zdravý vývoj plodu]*. 1. vydání Brno: Computer Press, 112 s. ISBN 978-80-251-1452-0.
41. VESELÁ, I., 2009. *Těhotenství není legrace – minerály a doplňky stravy*. [online]. Bio – life. [cit. 2016-12-06]. Dostupné z: <http://www.bio-life.cz/clanky/deti-a-maminky/tehotenstvi-neni-legrace---mineraly-a-doplanky-stravy.html>.
42. VORLOVÁ, K. et al., 2012. *Zdravé těhotenství: jedinečný rádce pro úspěšné otěhotnění, těhotenství, porod i šestinedělí: zdravá výživa, zdravé vaření, zdravé cvičení*. 1. vydání. Brno: Babyonline, 99 s. ISBN 978-80-904216-3-9.

Seznam příloh

Příloha 1: Žádost o umožnění sběru dat

Příloha 2: Dotazník

Příloha 3: Formulář na jídelníček

Příloha 4: Jídelníčky těhotných žen (z důvodu velkého množství dat jsou jídelníčky přiloženy na CD)

Příloha 1: Žádost o umožnění sběru dat

Žádost o umožnění sběru dat

Vážený pane doktore,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru nutriční terapeut na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o distribuci dotazníků, ve vaší gynekologické ordinaci - alej Svobody 1397/29a, 323 00 Plzeň, které použiji při zpracování bakalářské práce na téma „Výživa v těhotenství“. V období listopad 2016 – leden 2017. Dotazník je anonymní. Získané informace poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji za ochotu a věnovaný čas.

V Plzni dne 23.11.2016

Markéta Jeníčková

Jeničková

Souhlasím nesouhlasím



Příloha 2: Dotazník

Milá maminko,

jmenuji se Markéta Jeníčková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru nutriční terapeut na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Chtěla bych vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který použiji při zpracování bakalářské práce na téma „Výživa v těhotenství“. Dotazník je anonymní. Jednotlivé odpovědi zakroužkujte nebo vypište.

Děkuji za ochotu a věnovaný čas.

Vaše váha před otěhotněním.....(kg)

Vaše výška.....(cm)

V jakém jste týdnu těhotenství.....

1) Váš věk:

- a) 19 a méně let
- b) 20 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) 36 a více let

2) Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) základní
- b) střední s výučním listem
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3) Kolik kilogramů jste od začátku těhotenství přibrala?

- a) 3 a méně kilogramů
- b) 4 - 6 kilogramů
- c) 7 – 9 kilogramů
- d) 10 a více kilogramů

4) Po kolikáté jste těhotná?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

5) Změnila jste v těhotenství své stravovací návyky?

- a) ano
- b) ne

6) Pokud ano, jaké byly Vaše důvody? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) zdraví plodu
- b) vaše zdraví
- c) zdravotní potíže
- d) změna chutí
- e) jiné důvody (napište jaké).....

7) Získala jste nějaké informace ohledně výživy v těhotenství?

- a) ano
- b) ne

8) Pokud ano, kde jste byla informována? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) od svého gynekologa
- b) od nutriční terapeutky
- c) z časopisů, knih, internetu, televize
- d) od rodiny, přátel
- e) jiné (napište jaké).....

9) Kolikrát denně jíte?

- a) 1 – 2x denně
- b) 3 – 4x denně
- c) 5 – 6x denně
- d) 7 a vícekrát

10) Kolik tekutin vypijete za den?

- a) 1,5 litru a méně
- b) 1,5 – 2 litry
- c) 2 – 2,5 litru
- d) 2,5 – 3 litry
- e) 3 a více litrů

11) Pijete během těhotenství kávu?

- a) ne
- b) ano, napište kolik šálků (250 ml).....

12) Pijete během těhotenství alkohol?

- a) ne, jsem abstinent
- b) ano, příležitostně
- c) ano, často (uved'te kolik).....

13) Kouříte?

- a) ne, jsem nekuřák
- b) ano, ale v těhotenství ne
- c) ano, i v těhotenství (uved'te kolik cigaret).....

14) Užíváte drogy? (kokain, pervitin.....)

- a) ne
- b) ano, ale v těhotenství ne
- c) ano, i v těhotenství (napište jaké a jak často).....

15) Dodržujete v těhotenství alternativní stravování? (veganství, lakto-ovo vegetariánství, makrobiotika.....)

- a) ne
- b) ano (napište jaké).....

16) Užíváte doplňky stravy během těhotenství?

- a) ne
- b) ano (napište jaké).....

17) Kdy jste začala užívat doplňky stravy?

- a) již před otěhotněním
- b) během těhotenství
- c) nezačala

18) Jaké byly Vaše důvody začít s užíváním doplňků stravy? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) zdravotní potíže
- b) prevence
- c) zdraví plodu
- d) vaše zdraví
- e) jiné (napište jaké).....

19) Pokud doplňky stravy neužíváte, jaké jsou Vaše důvody? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) jsou moc drahé
- b) nepotřebuji je
- c) lékař mi je nedoporučil
- d) myslím si, že škodí plodu
- e) jiné (napište jaké).....

20) Znáte nějaké potraviny, které byste měla během těhotenství konzumovat v dostatečném množství?

- a) ne, neznám
- b) ano (napište jaké).....

21) Znáte potraviny, které byste měla omezit či neměla konzumovat během těhotenství?

- a) ne, neznám
- b) ano (napište jaké).....

Příloha 3: Formulář na jídelníček

Jídelníček

Milá maminko,

jmenuji se Markéta Jeníčková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru nutriční terapeut na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Chtěla bych vás požádat o vyplnění 7denního jídelníčku, který použiji při zpracování bakalářské práce na téma „Výživa v těhotenství“. Dotazník je anonymní. Jednotlivé denní chody vypište do příslušného okénka. Prosím o záznam množství stravy v gramech (g) a tekutin v mililitrech (ml).

Děkuji za ochotu a věnovaný čas.

VZOR:

Snídaně	Chléb 80 g, sýr eidam 30 g, paprika 100 g, čaj ovocný 250 ml + 1 kostka cukru
Svačina	Bílý jogurt 150 g, banán 150 g, neperlivá voda 250 ml
Oběd	Pečené kuře 100 g, brambory 200 g, mrkvový salát 150 g, polévka knedličková 300 ml
Svačina	Celozrnná houska 60 g, lučina 20 g, jablko 150 g
Večeře 1	Zeleninové rizoto 300 g, okurkový salát 150 g
Večeře 2	Mléko 250 ml

1. DEN

Snídaně	
Svačina	
Oběd	
Svačina	
Večeře 1	
Večeře 2	