

UNIVERZITA PALACKÉHO OLOMOUČ

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Jana Culková

Problematika životního stylu těhotných žen

Olomouc 2012 Vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.

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

V Olomouci dne

Jana Culková

Poděkování

Děkuji MUDr. Miladě Bezděkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování cenných rad a trpělivosti při společných konzultacích. Také děkuji za spolupráci ordinací MUDr. Martině Jeníkové i MUDr. Monice Léblové ve Varnsdorfu a MUDr. Haně Gebauerové a MUDr. Imad Hamdanieh v Olomouci. Zvláště děkuji všem respondentům za jejich ochotu při vyplnění dotazníků.

OBSAH

OBSAH	4
ÚVOD	6
CÍLE PRÁCE	7
TEORETICKÉ POZNATKY	8
1 Charakteristika těhotenství	8
1.1 Průběh těhotenství a jeho změny v těle matky	8
1.2 Vývoj plodu	12
2 Ochrana těhotné ženy	15
2.1 Prenatální péče	15
2.2 Zaměstnání	17
2.3 Mateřská dovolená	17
3 Výživa	19
3.1 Vhodné potraviny	22
3.2 Tekutiny	30
4 Nežádoucí faktory ovlivňující těhotenství	32
4.1 Léky	32
4.2 Drogy	33
4.3 Kouření	34
4.4 Kofein	35
4.5 Alkohol	36
VÝZKUMNÁ ČÁST	37
5 MATERIÁL A METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
5.1 Zkoumaný soubor	37
5.2 Zpracování dat	37
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	38
ZÁVĚR	64
SOUHRN	66
REFERENČNÍ SEZNAM	68
PŘÍLOHY	70
PŘÍLOHA Č. 1 DOTAZNÍK	70

SLOVNÍČEK	73
POUŽITÉ ZKRATKY	77
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	79
ANOTACE	81

ÚVOD

Každá žena alespoň jednou v životě prožije období, které zvěční jako tím nejkrásnějším, co mohla ona sama prožít. Toto období až do konce svého trvání ukrývá vnitřní tajemství. Ano, je to právě těhotenství, kdy žena v jeho průběhu přebírá veškerou zodpovědnost za vývoj svého dítěte, a proto by si každá žena měla uvědomit, že svými zvyklostmi a návyky ve své životosprávě ovlivňuje zdraví svého dítěte. Dává mu do života základ, se kterým se pak narodí. Právě proto jsem se rozhodla napsat na téma těhotenství bakalářskou práci s názvem „**Problematika životního stylu těhotných žen**“, abych svým výzkumem zjistila, do jaké míry jsou ženy schopny zajít, aby zajistily svému dítěti klidný a vyrovnaný nitroděložní vývoj. Jestli se dokáží zbavit svých špatných návyků v jídelníčku a vyvarovat se rizikovým faktorům, které nepříznivě ovlivňují plod. Nezapomeňme na to, že i dnešní svět plný moderní doby nabízí mnoho informací, které mnohdy nemusí být až tak dobré ve kvalitní formě. Proto je nesmírně důležité, aby se gravidní žena dokázala orientovat v té obrovské škále informací. I toto je důvod, proč bakalářská práce vznikla.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V **teoretické části** popisují charakteristiku a průběh těhotenství s lékařskou a právní ochranou. V samotné životosprávě se zaměřuji na oblast výživy ženy a jejím příjmem tekutin a na oblast rizikových faktorů. **Praktickou část** jsem orientovala na dotazníkové šetření, které proběhlo ve dvou městech Varnsdorf a Olomouc. Dohromady bylo rozdáno 132 dotazníků. Dotazníky byly vypracovány tak, abych na jejich základě mohla zjistit stav životního stylu gravidních žen. Následně byly vypracovány tabulky a grafy vyjadřující odpovědi gravidních žen.

CÍLE PRÁCE

Hlavní účelem bakalářské práce je zmapovat stav životního stylu těhotných žen.

Dílčí cíle

K určení dílčích cílů jsem vycházela z 3 oblastí životního stylu, které se dotýkaly témat informovanosti, rizikových faktorů a výživy.

1. Zjistit návštěvnost předporodního kurzu vzhledem ke vzdělání těhotných žen (otázka 2.).
2. Porovnat stav životosprávy v oblasti výživy, rizikových faktorů a léčiv mezi městy Varnsdorf a Olomouc (otázka 3., 4., 5., 6., 10., 11., 12. a 13.).
3. Zjistit nejvíce konzumovaný doplněk stravy (otázka 10.).
4. Porovnat stav informovanosti těhotných žen mezi městy Varnsdorf a Olomouc (otázka 1., 7. a 14.).

TEORETICKÉ POZNATKY

Tato kapitola přináší informace o průběhu těhotenství, jak vzniká nový život a jaké změny nastávají v organismu matky, která plod nosí a která by měla dodržovat správnou životosprávu v oblasti výživy, rizikových faktorů a návštěvy poradny. Dále přináší také poznatky z oblasti práva, kde se zabývám právní ochranou matky.

1 Charakteristika těhotenství

1.1 Průběh těhotenství a jeho změny v těle matky

Každá pohlavní buňka je gameta, která má poloviční počet chromozomů 23. 22 chromozomů s názvem autozomy nesou genetické informace. Poslední 23. chromozom je **gonozom**, který nám určí pohlaví. U muže se označuje XY a u ženy XX. V okamžiku, kdy splyne mužská pohlavní buňka spermie s ženskou pohlavní buňkou vajíčkem, vzniká těhotenství – gravidita. Těhotenství trvá 40. týdnů (280dní), to je 10 lunárních měsíců. Jeden lunární měsíc má 28 dnů. A celých těchto 9 dlouhých kalendářních měsíců se vyvíjí plod. Jeho vývoj a růst probíhá v děloze matky. Vše začíná oplodněním tedy koncepcí vajíčka ve vejcovodu, kam se dostane z vaječníku, kde bylo uloženo v obalu folikulárních buněk. Když folikulární vrstva buněk praskne, dochází k ovulaci a vajíčko je zachyceno třásněmi vejcovodu (viz obr. 1.). Než se spermie dostanou k vajíčku, musí překonat dlouhou cestu, která začíná klenbou poševní. Odtud do dělohy přes kanál děložního hrdla projdou přes dutinu děložní do vejcovodu., kde se nachází vajíčko. Následně se začne vajíčko dělit a prochází různými stádii: zygota, morula, blastula. Mezitím prochází vejcovodem, až se zahnízdí ve sliznici dělohy (Macků, 1998).

Oplozené vajíčko nazývajícím se **zygotou**, se začne dělit tedy rýhovat. Během prvních 22-28 hodin se rozdělí na první dvě buňky - blastomery. Za dalších 48 hodin vznikne morula o 8-16 blastomerách. 5. den po oplodnění nastává fáze blastocysty. Tu tvoří 50-60 blastomer. Tato doba je typická pro tvorbu vnějšího a vnitřního obalu. **Trofoblast** je vnější obal, k němuž zevnitř přiléhá na jeden pól embryoblast. To je zárodečný terčík. Z trofoblastu se vyvinou obaly a z embryoblastu embryo a následně plod. Po té se rýhování zpomalí a vajíčko 48 hodin odpočívá blíže děložního rohu. Kolem 6. - 7. dne se zanoří do sliznice dělohy, protože v tuto dobu, 21. dne děložního cyklu, je děloha připravená na přijetí vajíčka. Je vysoko narostlá a prosáklá. Trofoblastem je produkován choriový gonadotropin HCG. Ten způsobí, že se žluté tělísko, které mělo zaniknout, přemění na těhotenské žluté tělísko, jež

začne vytvářet estrogen a progesteron, což způsobí, že se menstruace nedostaví. To pokládáme za první nejistou známku těhotenství. Choriový gonadotropin má tak vysokou hladinu v těle, že těhotenství lze již prokázat odběrem moče nebo krve. Kritickou fází je doba nidace, kdy vajíčko může zaniknout z důvodu poruchy vývoje blastocysty a následně je odplaveno s menstruační krví.

Po nidaci a 15 den po oplození nastává období **blastogeneze**. Na embryoblastu se odliší 2 vrstvy **ektoderm a entoderm**. Mezi nimi se vytvoří **mezoderm** (Machová, 2008).

Ektoderm se vytvoří blíže ke stěně blastocysty a mezi jeho vrstvami nalezneme amniovou dutinu vyplněnou tekutinou. Dutina se zprvu zvětšuje mezi embryonálním terčíkem a plodovými obaly a po té pod embryonální terčík. Z ektodermu vzniká nervová soustava její součástí, zrakové a sluchové ústrojí, pro tvorbu kůže.

Entoderm se rozrůstá od okrajů směrem pod terčík, zde se okraje spojí a vznikne žloutkový váček. Mezitím embryoblast utvořil základ pro srdce a aortu. Z něj vrostly cévy až do žloutkového váčku a vznikl žloutkový oběh důležitý pro výživu zárodku. Jak z ektodermu se vytvořily soustavy, tak z entodermu se vyvíjí trávicí ústrojí s přídatnými orgány žlučníku spolu se žlučnickovými cestami a slinivkou břišní a dalších orgánů jako jsou plíce a štítná žláza (Macků, 1998).

Primární mezoderm vytlačuje dutinu k obalu blastocysty a vytvoří se tak plodová vrstva blan a proniká mezi entoderm a ektoderm. Z tohoto listu vzniknou další soustavy pohybová, cévní, vylučovací a pohlavní. Zárodečný stvol tvaru široké stopky spojuje embryoblast s trofoblastem. **Embryogeneze** nastává třetím týdnem. Z embryoblastu se vytvořilo embryo a s ním i života důležité orgány. Další důležitou částí vznikající v této fázi těhotenství je vznik placenty pro výživu embrya. Placenta váží 500g a má tvar oválného disku. Upíná se na zadní stěnu děložní stěny. Spojuje se s plodem 60 cm dlouhým pupečníkem, jenž ústí do pevné základny placenty choriový plotny. Pupečník se skládá ze dvou tepen a jedné žíly (Roztočil, 2008).

Placenta plní tři funkce: ochrannou, vyživovací a sekreční.

- **Ochranná funkce** spočívá v bariéře placenty. Chrání plod proti mikroorganismům a toxinům.

- **Vyživovací funkce** má za úkol zprostředkovat látkovou výměnu. Přes placentu přechází též i léky, vitaminy, sulfonamidy a antibiotika. Hormony jako jsou například kortikoidy, progesteron, inzulin a adenokortikotropní hormon placentou neprocházejí.
- Cílem **sekreční funkce** je vytvořit choriový gonadotropin, placentární laktogen, estrogen, progesteron, choriový kortikotropin a relaxin. Umí vytvořit až 60 enzymů (Rokyta, 2002).

Plodová plocha placenty je pokryta bezcévnou ovčí blánou – **amniem**, která přechází až na pupečník. **Chorion** je druhá blána, blána klkatá, též bez cév a je pevná. Na okraji placenty zesílí v choriovou plotnu. Samotný plod plave v rychle se obměňující plodové vodě, v amniové tekutině (viz obr. 2.). Na konci těhotenství se obmění až o 50% za hodinu. „*Její objem činí 750 – 1000 ml.*“ (Rokyta, 2008, s. 240) Plodová voda chrání plod svým stejnoměrným tlakem a umožňuje plodu se pohybovat. Je to čirá tekutina skládající se z 99% vody, 0,3% glukolýzy bílkovin, 0,7% močoviny, kreatininu a minerálních látek. Dále v ní najdeme chloupky lanuga a epitelie z povrchu plodu. Pupečník a placenta se podílí na fetálním oběhu plodu. Srdce plodu pošle za 1 minutu až 500 ml krve tepnami k placentě.

Fetální oběh

Krev z **těla plodu** (viz obr. 3.) je odváděna párovými **aa. umbilicales**. Tyto tepny vstupují do pupečníku (spojení mezi plodem a placentou), po okysličení a výměně metabolitů je **krev z placenty** vedena do těla plodu opět pupečníkem ve **v. umbilicalis**. Pupečník tedy obsahuje jednu pupečnickovou žílu a dvě pupečnickové tepny. V. umbilicalis probíhá v těle plodu od pupku k játrům. Část krve (skoro polovina) se dostává do jater, kde se zpracovávají živiny. Protože fetální játra nedokáží pojmout celý objem krve, vytváří se **žilní spojka** – ductus venosus Arantii (průtok krve je regulován sfinkterem), která obchází játra a napojuje se přímo na **vena cava inferior**. Okysličená krev z placenty tedy přitéká do srdce dolní dutou žílou a její tok je v pravé síni směřován proti **foramen ovale** do levé síně. **Okysličená krev** se pak z levého srdce dostává do oblouku aorty a jeho větvemi především do cév hlavy, krku a horních končetin. **Odkysličená krev** z hlavy, krku a horních končetin přitéká do **v. cava superior** a její cestou dál do pravé síně, kde je krevní proud směřován proti pravému atrioventrikulárnímu ústí prostřednictvím příčného valu – torus intervenosus, dále pokračuje z pravého srdce do truncus pulmonalis a z něj se většina krve dostává **spojkou do aorty** – **ductus arteriosus Botalli**. Touto spojkou jsou obcházeny plíce, které jsou u plodu

zkolabované a nefunkční – nejsou dostatečně vyvinuty, díky kontrahovaným plicním arteriím je v nich vysoký proudový odpor a hypoxická vazokonstrikce, plicemi protéká jen 10 % srdečního výdeje plodu (Rokyta, 2008).

Těhotná žena zažívá mnoho změn fyziologických funkcí soustav těla. V těhotenství působí mnoho hormonů na orgány, které se musí těhotenství přizpůsobit.

- **Děloha** se přizpůsobí těhotenství. Mění svůj tvar a koncem těhotenství váží až 1000g a zvětší se až na objem 500 ml. Vtáčí se doprava a ještě stáčí doprava kolem své podélné osy. Její tělo je zřívavé a prosáklé. Děložní hrdlo uzavírá děložní dutinu a nemění tvar. Vejcovody a vaječníky se ve 4. měsíci vysunou nahoru z malé pánve.
- **Pochva a vulva** jsou překrvené a prosáklé. Poševní stěna sliznice je poddajná.
- **Prsa** se celkově zvětší, protože vmezeřeném vazivu přibývá tuk. Kolem bradavkového dvorce se ukládá více pigmentu. Už v prvních týdnech se pomocí masáže může vytlačit z prsu mlezivo. To je tekutina rosolovité hmoty. Zvyšuje se průtok ledvinami a celkovým objem vody se zvětší až o 20 %. Děloha močový měchýř vysouvá nahoru, a proto dochází k častějšímu vyprazdňování. Nachází se tu riziko ruflexu moči, kdy se moč vrací zpátky do močovodů, které jsou během těhotenství rozšířené.
- **I dýchací systém** zažívá změny, jelikož žena zvýší spotřebu kyslíku o 20 % a též se zvýší i plicní ventilace.
- **V kardiovaskulárním systému** se objem srdce se zvýší nejvíce ve 32. týdnu. Zrychluje se krevní oběh. Ve složení krve dojde k vyššímu počtu erytrocytů až o 24 % a plazmy o 40 % - 50 %, ale v důsledku toho se krev zředí a krvinky sníží svůj počet. Metabolismus se celý přemění ve všech složkách potravy.
- **V trávicím systému** se sníží tonus hladkého svalstva, což je příčinou zácpy a plynatosti. Svěrač žaludku ochabne, tak se kyselý obsah žaludku dostane zpátky, do dolní části jícnu. To je důvod, proč gravidní ženy pálí žáha (Slezáková, 2011).

Žena přibere až o 12 kg více a to donutí páteř se prohnout vpřed, ale aby se vyrovnala rovnováha, tak dojde ještě k hrudní kyfóze. Též se změní styl chůze na kachní chůzi na široké bázi, poněvadž kloubní pouzdra jsou prosáklá. Na kůži dochází k tvorbě pajizévek a to hlavně na břišní stěně, dále pak na hýždích i prsu a to z důvodu napínání kůže. Tělesné změny doprovází psychické změny. Žena přemýšlí nad porodem a těší

se z očekávání svého dítěte, ovšem zažívá i obavy, jestli zvládne péči o něj. Z tohoto důvodu se střídají dobré i špatné nálady, které se mohou rychle měnit. Dobrý psychický stav zapříčiňuje i kvalitní spánek. Doporučený počet hodin spánku je osm hodin v noci a jedna hodina během dne (Janouchová, 2008).

1.2 Vývoj plodu

20. den po oplodnění je patrný kaudální a kraniální konec. Zárodek je dlouhý 2 mm. Je vytvořen nejvíce důležitý orgán srdce spolu s cévami.

Koncem prvního měsíce měří 8 mm a je prorostlý klky. Na kraniální části se vytvořil základ pro oči, uši a nos. Jsou vytvořeny i výčnělky končetin se základy pro prsty. Na konci embryonální fáze 2. lunárního měsíce má hmotnost 5 g a měří 3 cm. Hlavová část je větší než trup a končetiny.

Od 9. týdne nastává fetální období, které se dělí na ranní a pozdní. V ranní fázi se vytvoří orgány a postupně přebírají svou funkci. Tato fáze trvá od 9. týdne do 26. týdne. Ledviny již tvoří moč, která je vylučována vývodnými cestami do plodové vody. Plod vodu polyká a v jeho trávicím ústrojí se hromadí **mekonium**. To je první budoucí stolice hned po porodu nazývaná se smolka.

Od 7. týdne jsou viditelné ozvy na ultrazvuku, ale od 18. týdne lze poslouchat ozvy plodu stetoskopem.

Kolem 20. týdne je dítě již pohyblivé a matka jeho pohyby cítí. Když se dítě nehýbe, říká se, že spí.

Od 27. týdne mluvíme už o pozdní fázi fetálního období. Orgány funkčně dozrávají a plod nabírá na hmotnosti a roste.

Na konci 3. lunárního měsíce (viz tab. 1.) je dlouhý 9 cm a váží 20 g. Vyvíjejí se pohlavní orgány. Kostra je zatím tvořena chrupavkou.

Ve 4. lunárním měsíci je plod pokryt lanugem velmi jemným chmýřím. Plod již dosáhl 16 cm a váží 120 g.

V 5. lunárním měsíci povyroste o dalších 9 cm a na váze má 250 g. Vlasy a nehty začínají růst. Podkožní tuk je tenký.

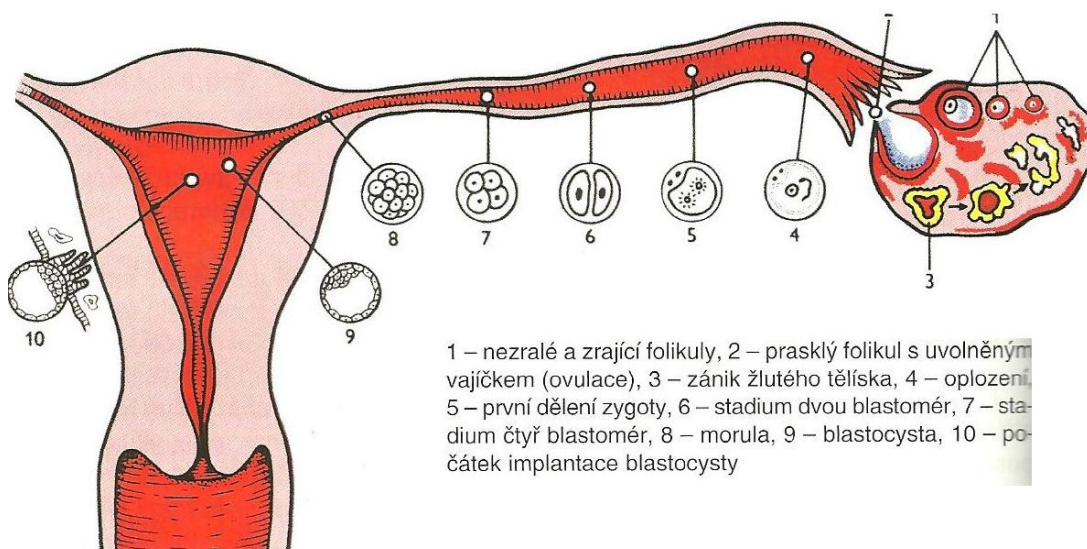
Koncem 6. lunárního měsíce je plod dlouhý 30 cm a váží 600 g. Oční víčka jsou rozdělena. V posledních 4 lunárních měsících plod přibírá především na váze.

V 7. lunárním měsíci už má 35 cm a váží o 600 g více než předchozí měsíc. V plicích se vytvořila látka s názvem **surfaktant** pro rozvinutí plic.

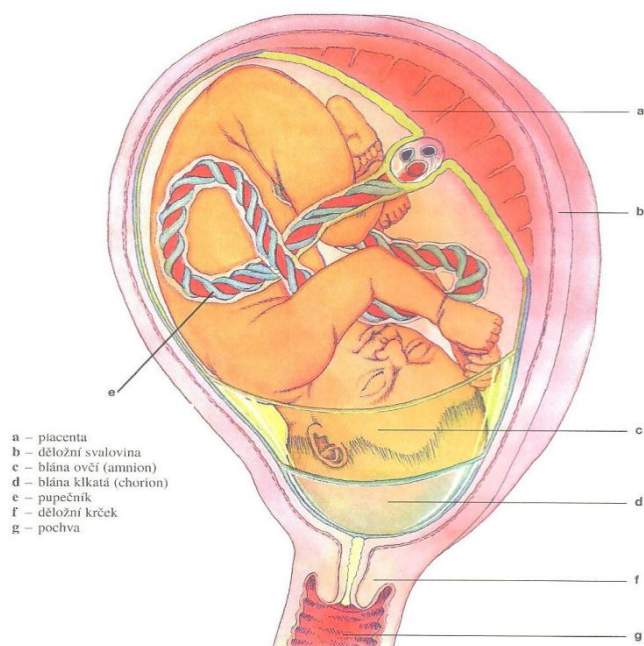
Na konci 8. lunárního měsíce plod váží 1800 g a měří 40 cm. Tvoří se osifikační jádro v epifýze stehenní kosti.

V 9. lunárním měsíci 45 cm plod váží 2700 g. Lanugo zmizí a kůže je napjatá. Podkožní tukový polštář je vytvořen.

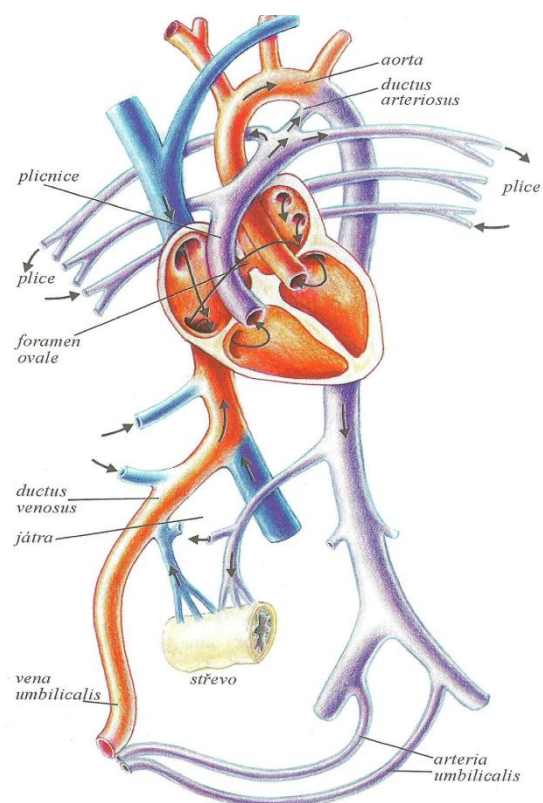
V 10. lunárním měsíci plod vykazuje známky zralosti a je funkčně připraven na život po porodu. Délka činí 48 – 52 cm a hmotnost 3300 – 3500 g. Bílá mazlavá hmota pokrývá růžovou napjatou kůži. Lebeční švy jsou úzké a fontanely malé. Nehty překrývají prsty. Ušní a nosní chrupavka jsou vytvořeny. U dívek velké stydké pysky překrývají malé. U chlapců jsou sestouplá varlata. Po porodu dítě křičí. Základem je měření **Apgar skóre**, kdy dítě může získat za každou položku od 0 – 2 body. Sleduje se 5 položek: srdeční akce, svalový tonus, dýchání, reakce na podráždění a barva kůže (Macků, 1998)



Obrázek 1. Schéma znázornění ovulace, oplození, postupu časných stádií zárodků vejcovodem a uhníždění blastocysty v děloze (Machová, 2008)



Obrázek 2. Uložení plodu a plodové vody (Rokyta, 2002)



Obrázek 3. Fetální oběh (Rokyta, 2008)

<i>Dokončený lunární měsíc</i>	<i>Velikost plodu (cm)</i>	<i>Hmotnost plodu (g)</i>
3.	3 x 3	35
4.	4 x 4	100
5.	5 x 5	300
6.	6 x 5	600–700
7.	7 x 5	900–1300
8.	8 x 5	1500–1800
9.	9 x 5	2000–2500
10.	10 x 5	3000–3500

Tabulka 1. Růstové charakteristiky plodu (Machová, 2008)

2 Ochrana těhotné ženy

2.1 Prenatální péče

Prenatální péče spočívá v pravidelné kontrole a sledování zdravotního stavu těhotné ženy za účelem narození zdravého jedince. Každá žena by měla pravidelně docházet ke svému gynekologickému lékaři do perinatální poradny, kde ji seznámí se základními informacemi o těhotenství, porodu a vývoji plodu. Žena by měla navštívit poradnu celkem desetkrát. Při každé návštěvě žena projde různými vyšetřeními. „***První vyšetření** v prenatální poradně by mělo být provedeno do 12. týdne gravidity.*“ (Macků, 1998, s. 141) Hlavní cíl je zajistit celkovou anamnézu těhotné. Lékař získá tak přehled o nemocech vyskytující se v rodině a o nemocech, které prodělala sama těhotná. Jde například o diabetes mellitus, prodělaná infekční onemocnění, záněty zevních i vnitřních rodidel a další. Zjistí též proti jakým nemocem je očkována. Nedílnou součástí anamnézy je i sociální anamnéza zabývající se finanční situací těhotné a jejího bydlení (Čech, 2006).

Dalším cílem je stanovit termín porodu a vydat těhotenskou průkazku, kam se zapisují všechny údaje o vyšetřeních, které těhotná podstoupila. Patří sem laboratorní vyšetření krve, moči, dále ultrazvukové a speciální vyšetření. V těhotenské průkazce nesmí chybět ani základní údaje o výšce, hmotnosti, pánevních rozměrech a hodnotách krevního tlaku. V průkazce najdeme záznam i o získané anamnéze a kolonku pro stomatologa a praktického lékaře, které musí klientka navštívit alespoň jednou (Roztočil, 2001).

Při druhém vyšetření mezi **11. - 13. týdnem** se ženě vyšetří moč na močový sediment a krev na stanovení krevní skupiny, Rh faktoru, krevního obrazu, viru HIV, prokázání

antigenu HbsAg žloutenky typu B, na stanovení glykémie a screening nepravidelných erytrocytárních protilátek. Provede se kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening nejčastějších chromozomálních vad. V **16. týdnu** se odebere krev na zjištění hladiny hormonů: choriový gonadotropin, alfafetoprotein, volný estriol z důvodu zjištění Downova sy, Edwardsova sy a vrozených vývojových vad. Před **24. týdnem** se dostaví opět na sonografii a mezi **24. - 28. týdnem** se ženě provede orální glukozový toleranční test, protože i zdravá žena může onemocnět úplavicí cukrovou a to může ohrozit vývoj dítěte a způsobit funkční poruchy. Znova se v tomto období odebere krev na krevní obraz a vyšetří se syfilis. Do **32. týdne** podstoupí další ultrazvuk a následně od **36. týdne** ho podstupuje každý týden až do porodu (Slezáková, 2011).

Ve **38. týdnu** se odebere kultivace pochvy na zjištění streptokoků skupiny B. Klasické vyšetření srdečních ozev a stahování dělohy kardiokografem proběhne mezi **38. – 40. týdnem**. Pokud žena neporodí v daném termínu, je nadále sledována a lékař rozhodne o dalších krocích. S kontrolou tělesného stavu úzce souvisí i psychický stav těhotné v její přípravě na porod pomocí předporodního kurzu, kam může docházet i s otcem svého dítěte, kde se nacvičí, jak dýchat při kontrakcích a jak se chovat při porodu. Jsou celkově poučeny o průběhu porodu a péči o novorozence (Slezáková, 2011).

Očkování cizím slovem imunizace chrání tělo proti infekčním nakažlivým onemocněním. Dělíme ho na aktivní a pasivní. Při aktivní imunizaci se do těla vpraví oslabený vir nebo bakterie, kdy se stimuluje vlastní imunita. Nutno někdy přeočkovat. Výhodou je dlouhodobá odolnost. Při pasivní imunizaci podáním protilátek nastává okamžitá reakce s antigenem, ale nevytváří se paměťové buňky jako u aktivní imunizace. Působí krátkodobě. Ženě v době gravidity není doporučováno se nechávat očkovat, protože může dojít k těžkým komplikacím obzvláště pak v prvních 4 měsících těhotenství, proto všechny ženy očkujeme v době ještě před otěhotněním. Jen lékař ze závažných důvodů rozhodne, zda proběhne u těhotných očkování. Přípustné očkování je proti záškrtu, tetanu, žluté horečce a dětské obrně. Očkování, která se v těhotenství neprovádějí, jsou proti choleře, chřipce, příušnicím, zarděnkám a infekční žloutence. U spalniček stačí podat gamaglobulin (Vašut, 2007).

2.2 Zaměstnání

Mateřství a rodičovství je významnou sociální událostí v životě, kdy žena a muž díky své lásce zakládají rodinu, která je základní stavební jednotka společnosti. Těhotnou ženu proto stát musí chránit z pohledu zdravotnické péče a v pracovních vztazích. Dostává se jí zvláštní péče, aby byl ochráněn zdravý vývoj dítěte.

Ministerstvo vydalo vyhlášku č. 288/2003 Sb., která udává přehled zakázaných a nevhodných prací pro těhotné ženy. Všem ženám je zakázáno pracovat při těžbě nerostů a v dolech. Zakázané a nevhodné práce se týkají především pracovního prostředí, kde se mění hodnoty tlaku, kde je nedostatek kyslíku, prostředí větší možnosti úrazů, v prostředí s manipulací léků a chemických látek, v prostředí ionizujícího záření, v prostředí větší vibrace a hlučném prostředí a další (Vyhláška č. 288/2003 Sb.).

Práce přesčas je zcela zakázána. Žena má právo podat žádost na změnu převedení do jiné vhodnější práce. Dále se svým souhlasem může odjet na pracovní cestu. Pokud pracuje v noci, může požádat o přeřazení na denní práci (Zákoník práce č. 262/2006 Sb. § 239 a § 241).

Pokud těhotná žena nemůže vykonávat svou vlastní práci z důvodu ohrožení svého zdraví a zdraví plodu, je zaměstnavatel povinen přemístit ženu na jiné pracoviště. Tuto možnost umožňuje vyhláška č. 288/2003. Na základě přemístění na jiné pracoviště má žena právo na nárok Vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství (dále jen VPTM) z nemocenského pojištění a to do výše denního vyměřovacího základu, pokud dosáhne nižšího výdělku (Zákoník práce č. 262/2006 Sb. § 239).

2.3 Mateřská dovolená

Z ochrany svého zdraví i plodu má žena nárok na mateřskou dovolenou, na kterou může nastoupit nejdříve od počátku 8, ale zpravidla je to od počátku 6 týdne před porodem. Po narození jednoho dítěte trvá mateřská dovolená 28 týdnů. Pokud žena porodí více dětí, náleží ji mateřská dovolená 37 týdnů. Jestliže se dítě narodí mrtvé, žena zůstává na mateřské 14 týdnů. Žena, která převzala dítě do péče nahrazující péči rodičů dle rozhodnutí orgánů, zůstává na dovolené 22 týdnů, při převzetí více dětí až 31 týdnů. Zemře-li dítě v průběhu mateřské dovolené, jsou matce ještě poskytnuty dva týdny (<http://www.mpsv.cz/cs/4>).

Po dobu mateřské nemá nárok na mzdu, ale při splnění podmínek stanovených zákonem č. 88/1968 Sb. O prodloužené mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a

přídavcích na děti z nemocenského pojištění ve znění pozdějších předpisů má nárok na peněžitou dávku v mateřství.

Na dávku má nárok jak žena, která dítě porodila, tak i otec dítěte nebo její manžel, který s ní sepsal písemnou dohodu, že bude pečovat o dítě. Muž se může starat o dítě a pobírat Peněžitou pomoc v mateřství (dále jen PPM) i v době, kdy se žena nemůže postarat o své dítě ze závažných zdravotních problémů. Po skončení mateřské dovolené nastává rodičovská dovolená trvající až nejdéle do tří let svého dítěte, o kterou může požádat jak matka, tak i otec. Pokud nastoupí do práce již během tří let, tak může znova požádat o rodičovskou dovolenou. Dle zákona č. 117/1995 Sb. má matka nárok na dávku státní sociální podpory na rodičovský příspěvek (Bělina, 2001).

Po dobu mateřské dovolené je žena finančně zabezpečena Peněžitou pomocí v mateřství (PPM). Tuto dávku mohou pobírat ženy spjaté se zákoníkem práce, ale i ženy jako studentky a společnice a jednatelky s. r. o. Předem je ale nutné zažádat o PPM písemnou formou, kde je potvrzen termín porodu a kde je uvedeno datum, od kdy je žádáno PPM. Pro poskytnutí dávky je nutno splnění určitých podmínek, kam lze zařadit účastnění na nemocenském pojištění za poslední dva roky. Když žena pracuje ve více zaměstnání, posuzuje se PPM zvlášť a též musí být souběžně účastněna na nemocenském pojištění. U studentek je studium považováno za zaměstnání a ochranná lhůta činí 6 měsíců. Žádost PPM přijímá škola a po té vyplácí i dávku. Podmínkou je ale přerušení nebo ukončení studia. Ženy vedeny na pracovním úřadě nejsou účastněny na nemocenském pojištění, a proto nemají nárok na PPM.

Dávky PPM mohou být přerušeny z 5 důvodů:

1. Když žena nastoupí do práce.
2. Z nepříznivého stavu ženy, když není schopna se starat o své dítě.
3. Nemoc dítěte převzaté do nemocničního zařízení.
4. Porušení role jako matky, když se přestala starat o své dítě.
5. Úmrtí dítěte. (Burdová, 2008)

Žena při mateřské dovolené je omluvena z nepřítomnosti práce a zaměstnavatel ji nesmí udělit výpověď. Jestli ovšem dojde k organizačním změnám, je výpověď možná. A to při zrušení zaměstnavatele nebo jeho části a dále v přemístění zaměstnavatele nebo jeho části.

Jestliže výpověď byla dána před nástupem na mateřskou, tak výpovědní lhůta skončí v průběhu mateřské dovolené spolu současně s mateřskou dovolenou (Bělina, 2001).

Mateřská dovolená je posuzována jako výkon práce, proto je brána jako odpracována a žena má nárok na dovolenou. Tu mohou čerpat hned po skončení mateřské. Žena po svém uvážení může po skončení mateřské nastoupit nazpět do práce. Zaměstnavatel nesmí ženě bránit v tom, když se chce vrátit opět na zbytek mateřské dovolené (Burdová, 2008).

V práci je žena více chráněna do 9. měsíce po porodu, když kojí. Nesmí vykonávat práci ohrožující mateřství a práci, pro kterou není zdravotně způsobilá. Je jí zakázána práce na přesčas. Má právo požádat i o úpravu pracovní doby v týdnu. Kojící žena má právo na zvláštní přestávky, které se započítávají do mzdy. *„Zaměstnankyni, která pracuje po stanovenou týdenní pracovní dobu, přísluší na každé dítě do konce 1 roku jeho věku 2 půlhodinové přestávky a v dalších 3 měsících 1 půlhodinová přestávka za směnu.“* (Burdová, 2008, 69 s.)

Porodné je jen jednorázová, na kterou mají nárok finančně slabé rodiny. Vyplácí se jen na prvně živě narozené dítě částkou 13 000Kč. Při vícečetném porodu dávka činí 19 500Kč. Nárok na dávku vzniká až do jednoho roku po narození dítěte. Žádost se podává v místě trvalého bydliště vyplněním formuláře (Zákon č. 117/1995 Sb. §44).

3 Výživa

Výživa je jedna z nejzákladnějších složek **zdravého životního stylu** obzvláště v době gravidity. Žena v době gravidity zajišťuje výběr a příjem živin pro svůj plod, a proto by si měla uvědomit, jakým způsobem se stravuje a že její styl stravování ovlivní tělesný a psychický stav dítěte. Je jeho strojevodcem v průběhu nitroděložního vývoje. Těhotenství není žádná nemoc, ale normální fyziologický stav ženy, která by měla zajistit svému dítěti kvalitní příjem živin, nikoliv jíst za dva, ale dbát na přísun všech složek potravy, kam patří **cukry, tuky a bílkoviny** s dalšími složky jako jsou **minerály, vitaminy a voda**. Všechny tyto potravinové složky se nachází v potravinové pyramidě (viz obr. 4.), doporučenou Ministerstvem zdravotnictví České republiky, podle níž by se měly všechny těhotné ženy řídit. Pyramida se skládá ze 4 pater, z nichž nejnížší je základnou potravin konzumované denně. Vrchol pyramida tvoří špička typická pro volné tuky a cukry, které je nutno omezit (Pokorná, 2008).

Než žena otěhotní, měla by změnit svůj jídelníček nebo upravit. „*Některé nutriční aspekty mohou navíc být zanedbávány již v období před otěhotněním, nesprávné výživové návyky je tak lepší upravit ještě před početím dítětem. Pozdější změna stravování nemusí totiž být dostačující a může být pro vás stresující a nakonec nad vaše síly.*“ (Pokorná, 2008, s. 46)

Výživové návyky se utvářejí od **dětství**, proto je těžké je najednou a prudce změnit. Někdy je nutná pomoc od odborníků přes výživu. „*Zavedení dobrého stravování zlepší vaši plodnost a položí dobré základy pro zdravou výživu v těhotenství.*“ (Trewinnard, 2005, s. 69) Pro zjištění stavu výživy poslouží deníček, kam si žena zapisuje všechny zkonsumované potraviny.

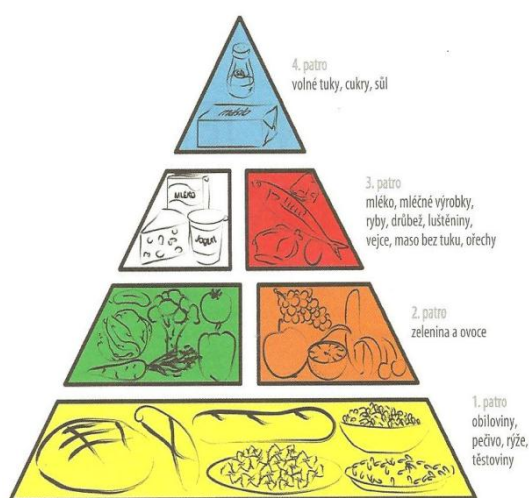
Dvě nejdůležitější zásady v oblasti výživy vychází z pravidelného příjmu potravy každé **3 – 4 hodiny**, to znamená 4 – 6 krát denně, a z **pestré a kvalitní výživy**.

Před graviditou je zvláště nutné upozornit na optimální tělesnou hmotnost, kterou zjistíme podle tabulky výšky a váhy BMI – body mass indexu (viz. tab. 3.). Optimální BMI znázorňuje hodnotu 18 – 22. Pod hodnotu 18 trpí žena podvýživou, která může ovlivnit blaho dítěte a přispět tak rozvojem nemocí typu hypertenze nebo diabetu melittu 2. Typu. Hodnota nad 22 ukazuje na zvýšenou tělesnou hmotnost. Dítě tak přibere hodně na váze a může nastat porod s komplikacemi. Samotná žena je ohrožena hypertenzí a těhotenskou cukrovkou (Trewinnard, 2006)

Kvalitní strava matky zabraňuje vzniku tělesných vývojových vad plodu, ale také chrání matku. Plod si totiž bere od matky veškeré živiny pro svůj vývoj, a proto při nekvalitním dlouhodobém příjmu potravin je žena ohrožena například osteomalácií nebo osteoporózou. „*To co nastávající maminky jedí a pije v průběhu těhotenství, může zásadním způsobem ovlivnit zdraví dítěte i jejich vlastní zdraví.*“ (Fořt, 2001, s. 46)

Gravidita **nevyžaduje příliš vysoké energetické nároky**, proto není vhodné zvýšit objem stravy. V současnosti je obsah energie žen více než nadprůměrný. Žena by měla v průběhu těhotenství nabrat 8 – 12 kg (viz tab. 2.). Znamená to 100 – 120 g týdně při prvních 10 týdnech a ve zbylých 30 týdnech 300 g týdně. Z nabraných kil jsou 3 – 4 kg jen tuk, proto by ženy s nadváhou měly nabrat v době gravidity jen o 7 – 8 kg. Praxe je ovšem jiná. **Výdej energie** ve vyšším stupni těhotenství je **nízký**, protože je žena omezena v pohybu (Fořt, 2001).

Součástí kvalitní stravy jsou i **multivitaminové preparáty a doplňky stravy**, které obsahují vysokou hladinu vitaminů a minerálů. Je nutné konzultovat s lékařem příjem těchto preparátů (viz tab. 6.), jelikož každý organismus má jiný metabolismus a v organismu těhotné ženy jsou zatíženy tyto orgány: **srdce, ledviny a játra**. Lékař vždy stanoví denní doporučenou dávku, která se nesmí překročit. Multivitaminové preparáty se nesmí kombinovat z důvodu kumulace – nahromadění vitaminů a minerálů v těle. Všechny významné vitaminy a minerály nalezneme v potravě, proto se k tabletovým formám přikláníme až po vyčerpání zdrojů v potravě nebo na doporučení lékaře (Pokorná, 2008).



Obrázek 4. Potravinová pyramida (Pokorná, 2008)

<i>Týden</i>	<i>Týdenní přírůstek v g</i>	<i>Celkem v g</i>
1. – 12.	žádný	0
13. – 15.	250	750
16. – 22.	350	2450
23. – 24.	400	800
25. – 26.	450	900
27. – 35.	maximálně 500	4500
36. – 38.	400	1200
39. – 40.	300	600
Celkem		asi 11 200

Tabulka 2. Hmotnostní přírůstek těhotných (Macků, 1998)

Našemu organismu vládnou **bílkoviny**, protože slouží jako stavební materiál pro buňky a tvoří trávicí šťávy, enzymy, hormony a obranné látky. Při dlouhodobém hladovění poslouží jako energie. Jejich stavební jednotkou jsou aminokyseliny, které tělo přijímá ze zdrojů živočišných a rostlinných. Zvláštním druhem aminokyseliny jsou esenciální, jež si tělo neumí vyrobit, proto je nutné je přijímat v potravě. Jejich plnohodnotným rostlinným zdrojem jsou luštěniny, ale kvalitnějším zdrojem je živočišný, a to v mase, rybách, mléce a vejcích. Celkový poměr rostlinných a živočišných zdrojů je 1 : 1. **Doporučená denní dávka** (dále jen DDD) se pohybuje v rozmezí od **0,8 – 1 g** bílkovin na 1 kg optimální tělesné hmotnosti. **V době těhotenství** je ovšem nutný zvýšený příjem bílkovin od druhého trimestru denně až o **10 – 16 g bílkovin více** (Pokorná, 2008).

Hlavním rychlým zdrojem těla jsou **sacharidy**. Pokrývají až **60% celkového** energetického příjmu. Dělí se na jednoduché cukry a polysacharidy. V tenkém střevě se rychleji vstřebávají jednoduché cukry, jelikož polysacharidy jsou složité cukry a musí se nejdříve rozštěpit. Sacharidy se nachází v ovoci a zelenině, v řepném cukru, v medu, v obilovinách, v luštěninách a v džusech. Pro těhotnou ženu je více přijatelné přijímat energii ve formě obilovin (ječmen, oves, žito, pšenice, rýže a kukuřice). Denní doporučená dávka pro těhotné ženy je **3 - 6 porcí výrobků** z těchto potravin – pečivo, obiloviny, rýže a těstoviny. „*Jedna porce představuje například jeden krajíc chleba (60 g) či jeden rohlík, 125 g vařené či dušené rýže nebo těstovin.*“ (Pokorná, 2008, s. 15) Zvláštním druhem sacharidů je vláknina, což je nestravitelný enzym. Reguluje vstřebávání sacharidů, tuků a cholesterolu. V žaludku způsobuje pocit sytosti. V tlustém střevě slouží jako prebiotikum potrava pro probiotické bakterie. Podporuje střevní peristaltiku a působí proti zácpě. Vlákninu obsahují obiloviny, košťálová zelenina, ovoce (hruška, banán, červený rybíz), luštěniny (hrách, čočka) a ořechy. Doporučená denní dávka dle WHO je **30 g** (Hronek, 2004).

Bohatým zdrojem energie je **tuk, 1 g tuku obsahuje 37 KJ**. Tuk je stavební složkou buněčných membrán. Je potřebný ke vstřebávání vitaminů A, D, E, K rozpustných v tucích. Ovlivňuje hladinu cholesterolu. Je izolátorem tepla a tvoří obaly vnitřních orgánů pro mechanickou obranu. Dle původu dělíme tuk na rostlinný, kam patří všechny oleje, z nichž nejvyšší je olivový olej, a na živočišný, kam spadá máslo, sádlo, lůj a slanina. V tuku se skrývají mastné kyseliny, které se dělí na nasycené a nenasycené. Nasycené si tělo umí vyrobit, ale nenasycené je nutné přijímat stravou. Jejich celkové množství denní dávky je **60 – 80 g**. Nasycené mastné kyseliny najdeme v másle, mléku a mléčných výrobcích, v mase a v kokosovém a palmovém oleji. Nenasycené se vyskytují ve všech

druzích ořechů, v sóje, v řepce oleje a v avokádu, v rybách (losos, makrela). **Cholesterol** je živočišný tuk, který si tělo dokáže vyrobit samo, ale přijímá ho i ve stravě. Doporučená denní dávka je **300 mg**. Je potřebný pro tvorbu hormonů, vitaminu D a žlučových kyselin. Je součástí tkání a tělesných tekutin. V těle se nachází ve formě HDL a LDL. Částice LDL dodává cholesterol do periferních tkání a HDL částice ho z tkání přenáší do jater. „*Udržování přiměřené hladiny cholesterolu v krvi je ale značně ovlivňováno dalšími výživovými faktory, zejména zastoupením vlákniny (luštěniny, obiloviny, ovoce a zelenina), fytosterolů (slunečnicová a sezamová semínka, obiloviny) a různých mastných kyselin.*“ (Pokorná, 2008, s. 26)

Vitaminy pro tělo prospěšné a ochranné látky podílející se na přeměně základních živin. V energetickém metabolismu napomáhají k přeměně chemické energie na biologickou. Vitaminy tedy slouží jako biokatalyzátory, které urychlují metabolismus. Tělo si je nedokáže vytvořit až na pár výjimek. Přijímáme je stravou z rostlinných a živočišných zdrojů. Nedostatek vitamínů označujeme jako **hypovitaminóza** a při úplné absenci **avitaminóza**. Při zvýšené hladině vitamínů vzniká **hypervitaminóza**. Vitaminy se dělí na vitaminy **rozpustné v tucích** a **rozpustné ve vodě**. U člověka se uplatňuje 13 vitamínů (Rokyta, 2008).

Do skupiny vitamínů rozpustných v tucích patří vitaminy **A, D, E, K**. **Retinol** je **vitamin A**, který slouží pro růst epitelů, sliznic a kůže. Je významný pro syntézu bílkovin, nukleových kyselin, glykolipidů a glykoproteinů. Přenáší sacharidy. Podporuje odolnost organismu proti infekcím. Podporuje redukční systém, vývoj placenty a tvorbu kostí. Hraje roli v tvorbě rodopsinu. Vyskytuje v živočišných potravinách (čerstvé a pomazánkové máslo, plnotučné mléko, sýry - hermelín, niva) a v rostlinných zdrojích (pomeranče, banány, meruňky, bílé zelí, mrkev, špenát, kapusta a rajčata). **DDD je 0,8 mg**. **Hypovitaminóza** je u nás vzácná. Projevem jsou malformace (rozštěpu rtu), funkční vznikají poruchy nervového systému (defekty v kranioální části nervové trubice) a krvetvorby. „*Vitamin A má teratogenní účinky, zejména je – li přijímán ve větší míře v průběhu prvních 28 -70 dnů v těhotenství.*“ (Hronek, 2004, s. 95).

„*Relativně vyšší zásoby vitaminu A v játrech byly pozorovány u plodů matek mladších 18 let nebo 40let, to znamená dvou skupin, u kterých je vyšší incidence anomálií plodu.*“ (Hronek, 2004, s. 93)

Vitamin D neboli **Kalciferol** stimuluje vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě. Reguluje mineralizaci kostí působením na osteoklast. Podává se při onemocnění křivice, řídnutí a měknutí kostí a při pomalém hojení ran. V době těhotenství ovlivňuje růst plodu. Jeho **provitamin D** se vytváří ze slunečního záření ultrafialového světla. Nachází se především v rybách (losos, makrela, tuňák) a v mléčných výrobcích. **DDD je 10 µg.** **Hypovitaminóza** je typická z nedostatku potravy bohaté na vitamin A a ze znečištěného ovzduší. Snižuje hladinu fosfátů a vápníku v krvi. V těhotenství způsobí deformity pánve a následné měknutí kostí. U plodu se po porodu projeví křivice a snížená hladiny vápníku v krvi. Plod pomaleji roste. Z předávkování vitaminů A vznikne **hypervitaminóza** se zvýšenou hladinou vápníku v krvi a v orgánech jako je srdce, ledviny a tepny. Jedinec trpí bolestí hlavy, trávicími potížemi a žízní.

Vitaminu E nese název **Tokoferol**, který je vysvětlen tímto způsobem: „to co přináší plodnost, to co podporuje plození.“ Je důležitý pro reprodukční systém v léčbě neplodnosti. Nachází se ve všech membránách buněk. Zpomaluje stárnutí. Slouží jako prevence vzniku křečových žil a nádorů. Podporuje zárodečnou tkáň. Má antioxidační účinek. Jeho zdrojem jsou tyto potraviny: slunečnicový a olivový olej, lískové a vlašské ořechy, mandle a ovesné vločky. **DDD dle WHO je 14 mg.** Při **hypovitaminóze** vzniká především neplodnost a dále křečové žíly, poruchy trávení a alergie. V těhotenství je spojena s potraty a předčasnými porody. Při **zvýšeném příjmu** vznikají též trávicí potíže, zvýšená hladina cholesterolu a poruchy srážení krve.

Antihemoragický vitamin K Fylochinon je základem pro funkci srážecích faktorů. Slouží jako prevence krvácivosti u těhotných žen. Je tvořen bakterií *Escherichia coli* v tlustém střevě, ale přijímáme ho i potravou. Vyskytuje se v košťálové a listové zelenině a dále v paprikách a rajčatech. Zastoupení má i v ovoci v jahodách a kiwi. Jeho zastoupení nalezneme také v hovězím i kuřecím masu a v mléčných výrobcích. **DDD dle WHO je 75 µg.** Při **hypovitaminóze** nastávají krvácivé stavy, poruchy vstřebávání živin a choroby jater. **Hypervitaminóza** je vzácná, ale může se vyskytnout hemolýza červených krvinek (Hronek, 2004).

Skupinu **vitaminu rozpustných ve vodě** tvoří **vitamin C a B komplex**. Pod názvem kyseliny askorbové se skrývá název vitamin C, který slouží především jako prevence proti nachlazení a podporuje imunitní systém. Patří mezi antioxidanty a zabraňuje stárnutí buněk. Slouží jako prevence proti nejružnějším onemocněním a to především proti rakovinnému bujení, alergiím

a astmatu i neplodnosti. Ovlivňuje stavbu tkání tvorbou kolagenu. V těhotenství je nutný pro normální vývoj placenty, pro zvýšení imunity plodu a pro správný růst kostí a zubů. Může se zničit varem a skladováním v teple a na světle. **DDD dle WHO je 120 mg.** Typickými projevy pro **hypovitaminózu** jsou zduřelé dásně až krvácivost, zvýšená náchylnost k infekcím, horší hojivost ran, vypadávání vlasů a poruchy zraku. Člověk se cítí unaveně a je vyčerpaný. Při **hypervitaminóze** se nadbytek vyloučí z těla ven močí. Rizikem jsou genetické mutace a vrozené vady. V těhotenství považuje plod zvýšenou dávku za normální a po narození vykazuje známky hypovitaminózy. Dítě trpí kurdějem (Pokorná, 2008).

B komplex je tvořen vitamíny B₁, B₂, B₃, B₅, B₆, B₉, a B₁₂. B komplex udržuje nervové a svalové funkce a napomáhá metabolismu.

- **B₁ THIAMIN** je důležitý pro správný metabolismus sacharidů. Působí při únavě, stresu a námaze. Nezbytný pro vývoj a funkci mozku. **DDD je 1,5mg.**
- **B₂ RIBOLAVIN** spaluje cukry a při jeho nedostatku se vytvoří záněty kožní sliznice (praskají koutky úst). **DDD je 1,6mg.**
- **B₆ PYRODIXIN** spolu s železem a kyselinou listovou je potřebný pro tvorbu červených krvinek. Též je nutný pro imunitní systém a energetický metabolismus. **DDD je 2,5mg.**
- **B₁₂ KOBALAMIN** je potřebný pro krvetvorbu a metabolismus všech základních živin. Ovlivňuje funkci nervové soustavy. Jeho zásoby vydrží v těle až 5let. **DDD je 3,5μg** (Hronek, 2004).
- **B₉ KYSELINA LISTOVÁ – FOLÁT** patří mezi nejsledovanější prvky sledované v příjmu potravin těhotných žen, protože hraje obrovskou roli v prevenci proti rozštěpu páteře a nevyvinutí mozku a také nesmíme zapomenout na roli hrající v krvetvorbě a růstu i dělení buněk. *„V šedesátých a sedmdesátých letech vědci začali prokazovat, že multivitamíny a kvalitní strava bohatá na zeleninu může toto riziko u většiny matek redukovat. Na základě tohoto zjištění byl proveden detailní výzkum asi 1 800 těhotných žen ve Velké Británii a dalších evropských zemí, o kterých se vědělo, že mají riziko zadního rozštěpu páteře, aby se potvrdilo, které vitamíny je mohou chránit. Výsledky publikované v roce 1991 ukázaly, že 70% žen, u kterých se očekávaly vady, vadám předešlo tím, že užívaly kyselinu listovou před početím a v raném stadiu těhotenství.“* (Trewinnard, 1999. S. 78) **DDD dle WHO je 600 μg.**

Varem se ničí. Doporučuje se zvýšit denní příjem již před početím až do 12. týdne, jelikož v tuto dobu je vyvinuta nervová soustava. Zdrojem je listová a košťálová zelenina, luštěniny a ořechy, kvasnice, vnitřnosti, pomeranče, banány a vajíčka. Při **hypovitaminóze** se vyskytne riziko megablastové anémie, vrozených vývojových vad neurální trubice a po porodu nižší porodní váhy. U **hypervitaminózy** u epileptiků se spekuluje o možném vzniku křečí (Trewinard, 1999).

Poslední složkou stravy jsou **minerály a stopové prvky**. Jsou to anorganické látky, které tvoří základ enzymů a chemických sloučenin různě ovlivňujících biochemické pochody organismu. Jsou součástí zubů, kostí, vlasů, nehtů. Dodávají se ve stravě a tekutinách. Zastupují nejrůznější funkce a ovlivňují některé vitamíny, podílí se například na metabolismu, jsou stavebními jednotkami kostí a zubů, nervosvalová dráždivost by bez nich nefungovala, bývají antioxidačními činidly a další. **Hlavní biogenní prvky minerálů** jsou vodík, kyslík, uhlík a dusík. **Minerální prvky**, které se v organismu nacházejí v nižších koncentracích, jsou sodík, draslík, vápník, fosfor, síra a hořčík. **V nejnižším množství** se v těle nachází stopové prvky a to železo, zinek, jod, selen, hliník, měď, fluor, mangan, kobalt, cín a chrom (Rokyta, 2008).

Jod (I – Iodum) spolupracuje s hormony štítné žlázy, které zajišťují tělesný, mentální a pohlavní vývoj jedince. Dále ovlivňují celkový metabolismus tělních buněk. **DDD dle WHO je 230 µg**. Zdrojem jsou mořské plody a ryby (makrela, treska a humr). Nachází se též v zelenině v pórků, brokolici, špenátu, zelí i mrkvi, dále pak v mléčných výrobcích jako jsou plátkové sýry, vejce a plnotučné mléko. V poslední době se začali potraviny obohacovat o jod. Jsou to například jodizovaná sůl, dětské piškoty, ovocné marmelády a přesnídávky. Když žena v těhotenství trpí **nedostatkem jodu**, ohrožuje to její plod tím, že se nediferencují jednotlivé nervy a nedojde ani vytvoření myelinových pochv. To má za následek narození defektního potomka, který trpí kretenismem s příznaky nízké tělesné hmotnosti, sníženou inteligencí, hluchoněmostí a strabismem, svalovou ztuhlostí a zvýšenou hladinou cholesterolu. Aby se předešlo takovému riziku, začalo se v mnoha zemích s prevencí, která odpovídá **jodizování soli** (Hronek, 2004).

Ve světě ale vznikají rozpory mezi DDD v příjmu jodu, která stanovila WHO. Oproti ní američtí autoři knihy *Nutrition in pediatrics* uvádí, že příjem jodu by se měl snížit v době těhotenství na polovinu (Fořt, 2007). Další problém se naskytá v příjmu soli, kdy gravidní žena, nesmí příliš solit, tím se ovšem sníží příjem jodu. Proto se v těhotenství doporučuje

konzumace mořských ryb nebo speciálních potravinových doplňků zvaných KELP (Fořt. 2007).

Plod v těhotenství je závislý na příjmu hormonů štítné žlázy až do 12. týdne vývoje, proto žena trpící sníženou funkcí štítné žlázy přijímá léky s vyšší dávkou hormonu štítné žlázy.

Vápník (Ca – Calcium) je základní složkou pro tvorbu kostí a zubů. V nervové soustavě ovlivňuje dráždivost nervové buňky a v kardiovaskulárním systému se podílí na krevním srážení a na funkci převodního systému. V těhotenství v poslední fázi přechází do plodu denně až **300 mg** vápníku, proto matka musí zvýšit jeho příjem, aby ochránila svůj skelet, aby nedocházelo k řídnutí a meknutí kostí. Dále hrozí kazivost zubů a svalové křeče. Vstřebávání je ovlivněno vitaminem D a hormonem parathormonem. Zvýšená hladina mimo buňku snižuje dráždivost buňky a zvýšená hladina uvnitř buňky zvyšuje dráždivost. Snižuje riziko preklampsie, což je onemocnění těhotných žen spojené s vysokým tlakem, otoky, pocitem na zvracení proteinurií. **DDD dle WHO je 1200 mg.** Zdrojem jsou mléčné výrobky a košťálová zelenina (Pokorná, 2008).

Železo (Fe – Ferrum) je součástí hemoglobinu a na jeho molekuly se vážou molekuly kyslíku. Potřeba v těhotenství se zvyšuje až dvojnásobek. Odchází do placenty, plodu a jeho míchy. Dostatek pomáhá proti porodním křečím i bolestem a zlepšuje se i rekonvalescence po porodu. Vitamin C napomáhá vstřebávat železo. „*Pokud před jídlem bohatým na železo (například masem) vypijeme sklenici čerstvé šťávy nebo džusu z pomeranče či grapefruitu, výrazně se zvýší využitelnost železa v organismu.*“ (Mandžuková, 2008, s. 35) **DDD je 15mg.** Zdrojem je (viz tab. 5.) červené maso, luštěniny, vejce, špenát a hořká čokoláda. **Nedostatek** železa způsobuje chudokrevnost a snižuje obranu organismu. Nedostatkem trpí až 50% těhotných žen. Další rizikem je předčasný porod a snížená porodní váha dítěte. **Zvýšený příjem železa** v doplňcích stravy způsobuje zácpu a pálení žáhy (Mandžuková, 2008).

Hořčík (Mg – magnesium) spolu s vápníkem by měly být přijímány v poměru (2 vápník : 1 hořčík). Aktivuje enzymy. Slouží pro nervosvalový přenos. Podporuje metabolismus vápníku a fosforu a ovlivňuje metabolismus bílkovin, tuků a cukrů. Zabezpečuje správnou funkci hormonů. Zabraňuje poruchám srdeční činnosti a snižuje vysoký tlak. **DDD je 450 mg.** Zdrojem jsou celozrnné obiloviny, mléčné výrobky, luštěniny, ořechy a tvrdá voda. **Nedostatkem** vznikají poruchy placenty a krevní srážlivosti a způsobují preklampsii a předčasné děložní stahy. Projevem jsou křeče v lýtkách, únava, třes a zvýšený tlak v hlavě. (Mandžuková, 2008).

POŽADAVEK	DOPORUČENÝ ZDROJ	
Potraviny s obsahem kalcia	50 g tvrdého sýru 100 g taveného sýru 325 g tvarohu 250 ml jogurtu	200 ml mléka či mléka namíchaného ze sušeného 75 g konzervovaných sardinek nezravených kostí
Potraviny s obsahem proteinů první třídy	75 g tvrdého sýru 100 g taveného sýru 500 ml mléka 340 ml jogurtu 3 vejce velikosti 1	100 g čerstvých nebo konzervovaných ryb 100 g garnátů 75 g hovězího, jehněčího, vepřového, drůbeže, vnitřnosti (ne játra), bez tuků
Listová a hlízovitá zelenina a ovoce	25 g špenátu, jednotlivé růžičky brokolice 13 g mrkve 250 g hrachu, fazolí 25 g sladkých paprik 150 g rajčat	50 g melounu 6 švestek 1 mango, pomeranč, grapefruit 2 meruňky 4 broskve, jablka, hrušky
Celá zrna a složené sacharidy	75 g krup, neloupané rýže, prosa 25 g celozrnné či sójové mouky 1 krajíček celozrnného či sójového chleba 6 celozrnných chlebových tyčinek	75 g fazolí, sójových bobů, hrášku 100 g čočky, hrachu 1 celozrnná pitta nebo tortilla 6 celozrnných sušenek
Potraviny bohaté na vitamín C	25 g sladkých paprik 225 g rajčat 200 g ostružin nebo malin 100 ml citrusového džusu	25 g černého rybízu 75 g jahod 1 velký citron nebo pomeranč 1/2 středního grapefruitu

Tabulka 4. Tabulka s doporučenými potravinami (Stoppardová, 1996)

Hemové železo – vázané na živočišné potraviny				Nehemové železo – vázané na rostlinné zdroje			
telecí játra	9	kuřecí maso	0,8	špenát	0,4	rýže	0,3
mléko kravské	0,05	mléko mateř.	0,03	čočka	0,2	brambory	0,6
máslo	0,15	jogurt	0,05	olivový olej	0,4	vlašské ořechy	3,0
uštěřice	6	pstruh	1,5	čokoláda	1,0	švestky	2,0

(v mg na 100 g potraviny – příklady)

Tabulka 5. Potravinové zdroje železa (Fořt, 2001)

OBSAH LÁTKY V JEDNÉ TABLETĚ	CALIBRUM MAMI*	CALIBRUM BABY PLAN	GS Mamavit	MATERNA	GRAVITAL	NB PRENATAL**
VITAMÍNY						
vitamín A			0,8 mg	3 mg	0,6 mg	1,2 mg
vitamín B1	1 mg		2,25 mg	3 mg	1,2 mg	1,8 mg
vitamín B2	1 mg		2,6	3,4 mg	1,7 mg	1,7 mg
vitamín B3						18 mg
vitamín B6	1 mg		3 mg	10 mg	2 mg	2,6 mg
vitamín B12			9 g	12 g	6 g	4 g
vitamín C	100 mg	100 mg	120 mg	111 mg	120 mg	100 mg
vitamín D	2,5 g		10 g	1 mg	10 g	10 g
vitamín E	10 mg	30 mg	30 mg	60 mg	25 mg	11 mg
vitamín PP	7,5 mg		20 mg	20 mg		
kys. panthotenová	5,0 mg		10,9 mg	10 mg	10 mg	
kyselina listová	200 g	400 g	400 g	1000 g	400 g	800 g
beta karoten			0,6 mg	4,4 mg	1,8 mg	
biotin	15 g		45 g	30 g	50 g	
MINERÁLY						
fosfor	50 mg		125 mg		125 mg	
hořčík	50 mg		100 mg	50 mg	100 mg	
chróm	12,5 g		25 g	25 g		
jód	75 g	150 g	150 g	150 g	150 g	
mangan	1 mg		2 mg	5 mg	2 mg	
měď	0,25 mg		2 mg	2 mg	2 mg	
molybden			25 g	25 g	25 g	
selen			50 g	25 g	50 g	
vápník	100 mg		162 mg	250 mg	162 mg	200 mg
zinek	5 mg			25 mg	15 mg	25 mg
železo	10 mg	20 mg	18 mg	60 mg	18 mg	27 mg

Tučným písmem jsou zvýrazněny látky, jejichž dostatečný příjem je v těhotenství nezbytný.

Tabulka 6. Přehled nejčastěji prodávaných přípravků obsahující minerály a vitamíny pro užívání v době těhotenství (Vašut, 2007)

3.2 Tekutiny

Ženské tělo je tvořeno z **53% vodou**, která zastupuje v těle **mnoho funkcí**.

- Podporuje vstřebávání živin.
- Přináší živiny k buňkám.
- Rozpouští a vylučuje nadbytečné produkty metabolismu.
- Umožňuje ohebnost kloubů
- Vytváří ochranný povlak kolem orgánů.

- Reguluje hladinu elektronů a protonů v buňkách.
- Odpařováním při pocení pomáhá regulovat tělesnou teplotu.

V průběhu těhotenství je nutné zvýšit příjem tekutin až o **6 litrů pro plod, plodovou vodu a placentu**. Tekutiny se dostávají do těla formou nápojů a potravin. V malém množství se tvoří i metabolismem. **Cévní systém** matky zvýší svůj **objem** až o 1500 ml, proto žena musí přijímat tekutiny v dostatečném množství v průběhu celého dne. Předchází se tím pocit žízně. Nevhodné je příjem tekutin najednou, protože se tím ničí ledviny. Příjem tekutin je zcela individuální. Též záleží na denním příjmu ovoce a zeleniny, polívek a mléka (Pokorná, 2008). „*Denní potřeba tekutin se pohybuje mezi 1500 až 2000ml.*“ (Macků, 2008)

Za nejvhodnější tekutinu je považována **voda** nejlépe z veřejného vodovodu, protože je zcela nezávadná, ale její kvalita se různě liší. Při koupi balené vody je zapotřebí si všimnout mineralizace vody a obsahu přídatných látek. Z minerálních látek se jedná o sodík, hořčík, vápník, fluor a dusičnany. Přídatné látky jsou éčka, která mohou být zdraví prospěšná, ale většinou se jedná o chemické sloučeniny zatěžující metabolismus.

V **perlivých vodách** se vyskytuje **oxid uhličitý**, kterého se tělo za normálních okolností zbavuje například dýcháním. Oxid uhličitý v tekutinách ovlivňuje pH a tím podporuje pálení žáhy a zvracení. Střevní peristaltika je zvýšená (Mandžuková, 2008).

Ovocné a zeleninové nektary by měly obsahovat minimálně **50 %** ovocné a zeleninové složky. **100 %** džusy je nutno ředit vodou, protože obsahují vyšší množství sacharidů. To způsobí vyšší energetickou hodnotu.

Pravé černé čaje s obsahem kofeinu působí na matku i plod na jejich nervovou a vylučovací soustavu. V rámci vylučovací soustavy tělo odvodňuje a v rámci nervové soustavy působí jako stimulant proti únavě. Druhou složkou černých čajů jsou třísloviny, které neblahodárně snižují vstřebávání železa důležité pro červené krevní barvivo – hemoglobin. Může tak nastat anémie.

Nepravé ovocné čaje neškodí tělu kofeinem a tříslovinami, protože je neobsahují, ale na druhou stranu obsahují aroma a barviva, která poškozují sklovinu. Výhodou ovocných čajů je antioxidantní účinek.

Červený čaj rooibos je druhem nepravého čaje pro těhotnou ženu zcela doporučován, jelikož obsahuje minerální látky a antioxidantní látky (Pokorná, 2008).

Bylinné čaje je zapotřebí zkontrolovat s lékařem nebo s lékárníkem, protože každá z bylin má jinou funkci a je nutné vybrat takové, které neohrozí vývoj plodu.

Za nevhodné nápoje se považují slazené minerální vody, limonády a cola pro obsah umělých barviv, aromatických a konzervačních látek a oxidu uhličitého. U coly je třeba dávat pozor na obsah kofeinu a kyseliny fosforečné, která negativně ovlivňuje využití vápníku v těle. Chinin v toniku je nebezpečnou látkou pro riziko vzniku kontrakcí dělohy. Může tak vyvolat potrat nebo předčasný porod.

4 Nežádoucí faktory ovlivňující těhotenství

4.1 Léky

Základem všech léků jsou chemické látky, které pozitivně ovlivňují náš organismus při změnách způsobených různými druhy mikroorganismů. Na druhou stranu každý lék může působit i nežádoucími účinky. Léky patří do nepříznivých rizikových faktorů jako kofein, alkohol nebo drogy, které procházejí přes placentu do oběhu plodu. Plod je tak ohrožen malformacemi orgánů nebo končetin. Samostatné léky mohou poškodit plod méně než samostatné nemoci s doprovodnými příznaky – například vysoká horečka. Za rizikové považujeme astma, alergie a chřipky. Za nejcitlivější období patří období **prvních 14 dnů**. Následkem působení léků plod **odumře** nebo se vyvine **znetvořený**. Ve vzácnějším případě se narodí bez poškození (Vašut, 2007).

Nežádoucí účinky léků testovaných na zvířatech se nemusí na nich prokázat, ale u lidí ano. „V současné době se odhaluje, že z celkového počtu všech malformací jsou asi 3% malformací způsobena léčivý.“ (Vašut, 2007, s. 7) Žena se nesmí chovat jako samoléčitelka, ale všechny léky prokonzultovat s lékařem, i když by se mohlo jednat o homeopatika nebo léčivé bylinné rostliny. Lékař je pak zodpovědný za výběr léků pro těhotnou ženu. V současnosti trh nabízí mnoho léků, proto by měl lékař s opatrností vybírat léky. Některé mohou být kontraindikovány v určitém období těhotenství a v jiném ne. „V průměru užívá žena v průběhu těhotenství 4 - 10 druhů léků po různě dlouhou dobu a to téměř 80 % bez lékařského předpisu.“ (Roztočil, 2001. s. 106) Za takovéto chování žen mohou příznaky těhotenství, kam patří nevolnost nebo pálení žáhy.

Součástí každého léku je příbalový leták, který je za nutné přečíst. Ženy v něm naleznou důležité informace o léku a jeho účincích a dávkování, které se nesmí přesáhnout.

3 základní pilíře rozhodnou o míře a druhu poškození. Je to chemická povaha látky, výše a doba použité dávky a období těhotenství. V období organogeneze mezi **14. – 56. dnem** po početí vznikají u plodu působením léků **vrozené vývojové vady**. Po 12. týdnu je dítě ohroženo **psychickým i tělesným vývojem** (Macků, 1998).

Zásady pro užívání léků: (Roztočil, 1998)

- Žena, jejíž zdravotní stav vyžadoval léky již před těhotenstvím, bere léky i během trvání těhotenství. Při jejich kontraindikaci, lékař předepíše jiné.
- Při vzniku vedlejších účinků, je nutné ukončit léčbu.
- Zvážit vůbec nezbytnost léků pro léčbu těhotné.
- Všechny léky na lékařský předpis i bez něj nutno konzultovat s lékařem.
- Gravidní žena má brát léky s nejnižším terapeutickým účinkem po nejkratší dobu.

4.2 Drogy

Droga je návyková látka, která vede k toxikománii, protože dokáže vyvolat silný psychický účinek a po přerušení opakovaných dávek vyvolá nepříjemné pocity. Tento koloběh u jedince vyvolá dychtění „craving“ po droze. Do České republiky se nelegální obchod s drogami dostal po převratovém roce 1989. Chuť vyzkoušet drogu oslovuje především mladé lidi ve věku teenager a mladší dospělosti. „*Asi 1/3 z nich jsou ženy ve věku, kdy mohou mít děti.*“ (Macků, 1998, s. 118)

Ženy závislé na drogách přestávají menstruovat a jejich menstruační cyklus se zastaví, proto docílí pocitu, že nemohou nikdy otěhotnět. To se ale zakládá na omylu. Mnohé ani z nich nevědí, že procházejí prvními měsíci těhotenství. Příčinou závislosti na drogách v jejich případě je problémové sociální prostředí, ve kterém se nacházejí nebo ve kterém vyrůstali. Tyto ženy nedosáhnou vyššího vzdělání. Jsou ovlivněny svými vrstevníky a partou, s níž se schází. Trpí nedostatkem financí, protože v závislosti na drogách přijdou o práci. S partnery nedokáží udržet rovnocenný vztah. „*Průměrný věk našich pacientek – uživatelék je 22,7 roku, u uživatelék heroinu to je 23 let*“ (Vavřínková, Binder, 2006, s. 29).

Ženy ve svém nitru touží po dítěti a tento pocit může znamenat i naději na záchranu dítěte i matky, jelikož mohou dostat chuť se zbavit závislosti. Samy se ale nedokážou vrátit do normálního života, proto potřebují péči od společností hlavně zdravotníků. Pomoc a rady

se jim dostane na každém porodnickém oddělení. „*Je málo pravděpodobné, že na drogách závislá žena se po otěhotnění uvědoměle, bez odborné pomoci vzdá své drogy ve prospěch dítěte.*“ (Macků, 1998, s. 208) Nejrizikovější skupinu představují ženy závislé na opioidech, jelikož samotná žena i plod jsou ohroženy na životě. Cévy dělohy jsou zúžené, sníží se tak průtok krve přes placentu a vzniknou tak děložní stahy. Nastává tak riziko potratu nebo předčasného porodu dítěte s nižší porodní váhou.

Závislost na drogách se psychicky i fyzicky projeví na matce i plodu. Matka je vystavena nakažlivým infekcím – HIV, SYFILIS, ŽLOUTENKA TYPU B, C (Pařízek, 2007).

Různé druhy drog vyvolají různé druhy postižení u plodu. Opia a barbituráty probudí **fyzickou závislost** a dítě je ohroženo na životě. Jejich působením vznikají vývojové vady srdce, centrálního nervového systému, trávicího ústrojí a vylučovacího ústrojí. Hašiš, kokain, halucinogeny a amfetaminy vyvolají **psychickou závislost** (Macků, 1998).

První návštěva u gynekologa prozradí, zda žena bere drogy příležitostně nebo zda je těžce závislá. Těžce závislé ženy obvykle přicházejí až k porodu bez jakékoliv prenatální péče. Zdravotníci se snaží ženu směřovat ke snížení dávky nebo k substituční terapii. Nutná je i spolupráce sociálních pracovníků, kteří napomůžou v otázce bydlení a výživy. Substituční terapie je léčba **metadonem**. To je opium působící jako náhradní droga ve formě tablet, které se berou pod přísnou lékařskou kontrolou. Léčbu metadonem doporučí lékař s atestací psychiatrie. Metadon byl objeven za druhé světové války v Německu. Roku 1970 se začal podávat závislým ženám v USA. V České republice se používá od roku 1997. „*Zabraňuje vzniku abstinčních příznaků, nenavozuje euforii, blokuje touhu po droze.*“ (Vavřínková, Binder, 2006, s. 63)

4.3 Kouření

Pasivní i aktivní kouření je jedním z dalších rizikových faktorů poškozující plod, který zapříčiní především nižší porodní hmotnost plodu, proto existují odvykační programy pro ženy kuřáčky, které alespoň díky těmto programům sníží počet vykouřených cigaret. Kuřáčky závislé na nikotinu vykouří za den 10 cigaret a hodinu po probuzení si musí zapálit. (Pařízek, 2006). „*Z konečných výsledků výzkumů víme, že více než polovina kuřáček se bojí kouřit během těhotenství, ale 10% kouří i nadále*“ (Enkin, 1998, s. 46). Simpson koncem 50. Let jako první svým výzkumem dokázal, že nikotin z cigaret jasně ovlivňuje vývoj plodu.

„Kouření je odpovědné za 15 – 20 % dětí s nízkou porodní hmotností, 10 – 15 % předčasných porodů a za 5% intrauteriních úmrtí.“ (Vavřínková, Binder, 2006, s. 58)

Základní problém je průchod oxidu uhelnatého z vykouřených cigaret placentou a jeho navázání na hemoglobin, proto se kyslík nemůže uvolnit do tkání. Současně se také připojí oxid uhličitý. Vzniká tak karboxyhemoglobin, jehož hodnota je vyšší u plodu než u matky. Součástí je i zvýšená hodnota hormonů katecholaminů. Plod je tak vystaven přechodnou hypoxií, tedy sníženou hladinou ve tkáních. Hypoxie přechází do chronického stádia na základě množství vykouřených cigaret a placentárních změn, kdy je typická nízká cirkulace a nekróza na okrajích placenty. Plod trpí celé hodiny nedostatkem kyslíku, když žena vykouří jednu jedinou cigaretu. Plod má křečovitě pohyby a zvýšenou srdeční akci. Těhotenství končí spontánním potratem nebo předčasným porodem s příznaky nízké porodné hmotnosti a vzrůstu, se sklonem k alergiím a exémům (Macků, 1998).

Všem kuřáčkám je doporučeno, aby minimálně 1 rok před otěhotněním skončily s kouřením.

4.4 Kofein

Je přírodní alkaloid v čajových lístcích, v kávových zrnkách nebo v cole. Je přijímán ve velké míře celou společností. Závislost na kofeinu se nazývá „kofeinismus“. Pokud žena nepřesáhne dávku kofeinu ve výši **300 mg** za den, nejedná se o poškození na zdraví. To se rovná 6 šálkům kávy, 4 šálkům čaje. Jestliže žena překročí hranici, těhotenství může skončit potratem, předčasným porodem nebo porodem mrtvých plodů. Kofein projde placentou a způsobí plodu zvýšenou dechovou a srdeční frekvenci. Snižuje vstřebávání železa, proto se u matky i plodu může vyvinout anémie. Teratogenní účinek kofeinu nebyl prokázán (Hronek, 2004).

Příjem kofeinu souvisí se závislostí na cigaretách. *„Podle studia uváděly aktivní kuřáčky třikrát vyšší spotřebu šálků kávy než nekuřáčky a dvakrát vyšší než pasivní kuřáčky. Zároveň byly zvyklé sladit kávu více než nekuřáček“* (Hronek, 2004, s. 263). V malých dávkách vyvolá mírné zvýšení tlaku krve a tím se zvýší průtok fetoplacentárním oběhem. Ve vyšších dávkách způsobí žaludeční potíže a může být příčinou těhotenské hypertenze (Roztočil, 2001).

4.5 Alkohol

Alkohol je společensky uznávaná a tolerovaná droga v mnoha zemích světa, která ovšem působí jako jed v období těhotenství, protože poškozuje plod a deformuje ho. Již tisíce let před naším letopočtem přišly první poznatky o jeho špatném působení na plod. Ve Starém Řecku filozof Platón uvedl ve svém spise: „*Bylo – li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něho slabomyslnost a neposlušnost. Bývá často nemocné.*“ (Macků, 1998, s. 121) Ve starověku vznikaly zákony, které nakazovaly, aby partneři neplodili dítě po požití alkoholu, jelikož může poškodit gamety ještě před početím. Alkoholismus v těhotenství je dodnes závažným problémem ve společnosti. Všeobecně ženy vědí, že alkohol poškozuje jejich plod, ale nedokáží si představit až do jaké míry. Proto by je měl jejich osobní gynekolog poučit o účincích alkoholu a rizicích s ním spojené a výslovně všem zakázat pít alkohol v jakékoliv podobě ani víno, ani pivo. Ženy zvyklé pít pravidelně alkohol, dostávají strach a většinou své chování k alkoholu mění. „*Na druhé straně příležitostný doušek piva dítě nikterak neohrozí.*“ (Pařízek, 2006, s. 201)

Nejnebezpečnějším obdobím je první trimestr, kdy žena ještě většinou neví, že je těhotná. „*K vývojovým abnormalitám dochází při pravidelném požívání alespoň 28,5 ml alkoholu denně, ačkoliv byl zveřejněn pouze jeden případ po jedné masivní dávce alkoholu v prvních týdnech těhotenství.*“ (Enkin, 1998, s. 47) Při těžké závislosti na alkoholu je dítě postiženo alkoholovým fetálním syndromem. Je to komplex malformací a vývojových vad. Alkohol též způsobuje poruchy výživy plodu, samovolným potrat a předčasné odloučení placenty.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část nabízí poznatky z oblasti dotazníkového šetření, jaká cílová skupina byla oslovena, jak byla zpracovaná data a jak byly vyhodnoceny výsledky.

5 MATERIÁL A METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola zahrnuje veškeré informace o průběhu dotazníkového šetření, jaký typ dotazníku byl zvolen a z jakých otázek se skládá, dále kterou cílovou skupinu jsem oslovila a kde bylo dotazníkové šetření prováděno.

Pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní formu metody výzkumu a to nestandardizovaný dotazník. Posloužil mi ke zjištění stavu životního stylu těhotných žen. Dotazník se skládá z 3 demografických otázek a 14 otázek, které se týkaly oblasti informovanosti, rizikových faktorů a výživy. K rychlému zpracování dotazníků jsem zvolila otázky uzavřeného typu a polootevřeného typu, kdy ženy měly možnost slovního doplnění. 8 uzavřených otázek naskytovalo 2, 3 nebo 4 předem připravené možnosti, ze kterých si žena mohla vybrat. Jednalo se o otázky 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, a 13. 6 polootevřených otázek poskytovalo také předem připravené možnosti, ale respondentky připojily své slovní odpovědi. Jednalo se o otázky 1, 2, 6, 8, 10 a 14.

5.1 Zkoumaný soubor

Cílovou skupinou výzkumu byly těhotné ženy nebo ženy krátce po porodu. Celkový počet dotazovaných bylo 132. Polovina dotazníků byla rozdána v únoru a březnu roku 2012 v mém rodném městě Varnsdorf a jeho okolí. Druhá polovina byla rozdána též v těchto měsících ve městě Olomouc.

Do vyplňování dotazníků byly zainteresovány ženy nejen z gynekologických ambulancí, ale i ženy z mého okolí, které se rády a aktivně podílely na výzkumu. Dotazníky byly osobně rozdány nebo rozeslány emailem. Bylo rozdáno 132 dotazníků a jejich návratnost byla 100 %.

5.2 Zpracování dat

K vyhodnocení otázek z dotazníku mi posloužil Microsoft Excel a Microsoft Word. Každá otázka byla vyhodnocena zvlášť. Ke každé otázce byla přiřazena společná tabulka pro obě města a následně byly vytvořeny grafy. Pod každým grafem byly vyhodnoceny výsledky. V práci byly použity převážně sloupcové grafy, jen v pár případech byly použity výsečové

grafy. Ve výsledcích najdeme 23 tabulek a 18 grafů. Z toho je 16 grafů sloupcových a 2 grafy výšečové.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou zpracovány dotazníky a vyhodnocovány výsledky pomocí tabulek a grafů, jejichž součástí je také text. V dotazníku jsou uvedeny 3 demografické údaje (věk, stav a vzdělání respondentek). V interpretaci výsledků je graficky znázorněno vzdělání respondentek, které je pak porovnáváno vzhledem k návštěvnosti předporodního kurzu v obou městech. A dále je pro zajímavost znázorněn stav respondentek, pro zjištění sociálního zázemí. U otázek č. 4, 7, 9, a 11 jsou použity jen tabulky. Jedná se o tabulky 3, 8, 10, 13 a 15.

Otázka č. 1 – věk respondentek

Otázka č. 2 – stav respondentek

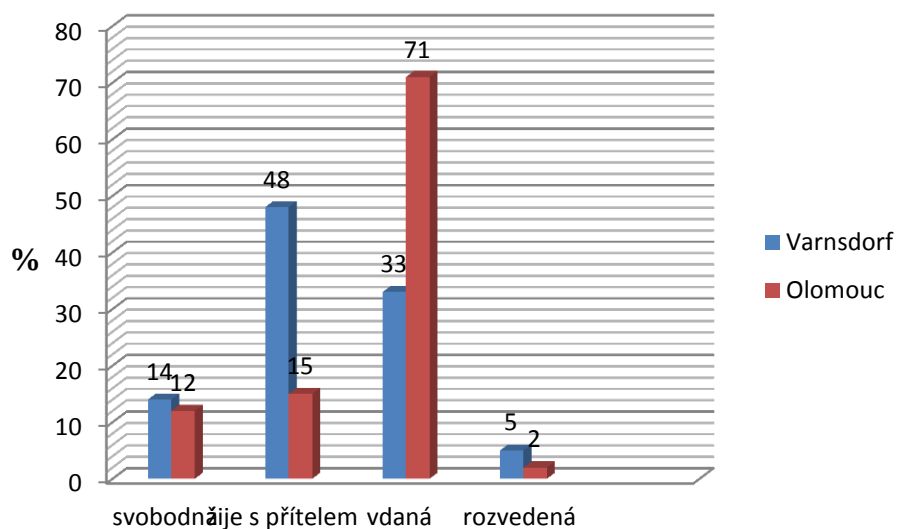
Ženy u otázky číslo 2 měly na výběr z těchto možností:

- | | |
|---------------------------------------|--------------|
| a) svobodná | c) vdaná |
| b) žiju se svým přítelem v domácnosti | d) rozvedená |

Tabulka 1. Stav respondentek (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Stav	n	%	n	%
svobodná	9	14	8	12
žije s přítelem	32	48	10	15
vdaná	22	33	47	71
rozvedená	3	5	1	2
Σ	66	100	66	100

Graf 1. Stav respondentek (Varnsdorf + Olomouc)



Z celkového počtu 66 dotazovaných respondentek ve **Varnsdorfu** 32 (48 %) žije se svým přítelem a 22 (33 %) je vdaných. Skupinu svobodných respondentek tvoří 9 (14 %) žen a skupinu rozvedených tvoří 3 (5 %) žen. Oproti tomu v **Olomouci** z celkového počtu 66 dotazovaných nejpočetnější skupinu tvoří vdané ženy 47 (71 %). Jen 10 (15 %) žen žije se svým přítelem v domácnosti a 8 (12 %) žen je svobodných. Jenom 1 (2 %) žena je rozvedená (viz tab. 1 a graf 1).

Otázka č. 3 – vzdělání respondentek

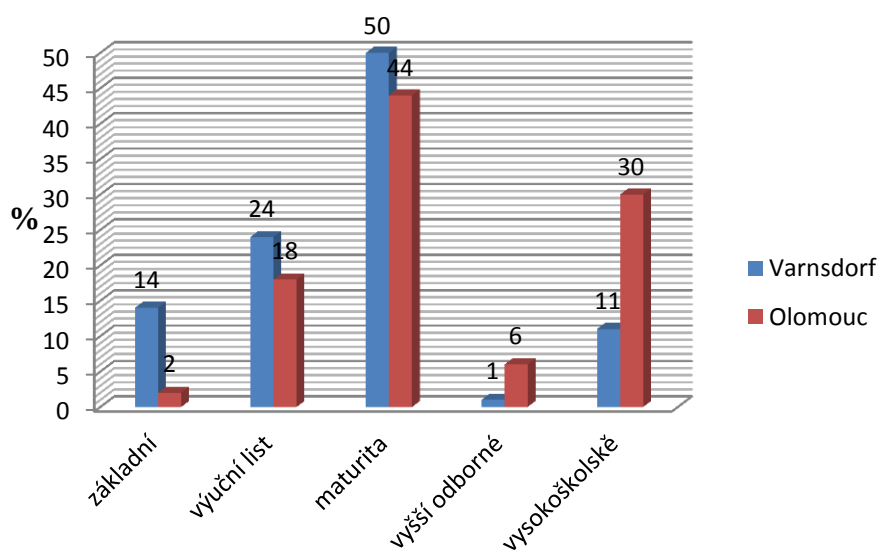
Ženy měly na výběr z těchto možností:

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

Tabulka 2. Vzdělání respondentek (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Vzdělání	n	%	n	%
základní	9	14	1	2
výuční list	16	24	12	18
maturita	33	50	29	44
vyšší odborné	1	1	4	6
vysokoškolské	7	11	20	30
Σ	66	100	66	100

Graf 2. Vzdělání respondentek (Varnsdorf + Olomouc)



Z celkového počtu dotazovaných 66 respondentek ve **Varnsdorfu** jen 7 (11 %) žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání a 1 (2 %) žena má vyšší odborné vzdělání. Nejpočetnější skupinou jsou středoškolsky vzdělané ženy s maturitou a to 33 (50 %) žen. Výuční list má 16 (24 %) žen. Základní vzdělání má 9 žen (14 %). Z celkového počtu dotazovaných 66 respondentek v **Olomouci** má 20 (30 %) žen vysokoškolské vzdělání a 4 (6 %) ženy mají vyšší odborné vzdělání. Opět nejpočetnější skupinou jsou ženy se středoškolským vzděláním s maturitou 29 (44 %) žen. Středoškolského vzdělání bez maturity dosáhlo 12 (18 %) žen a jen 1 (2 %) žena má základní vzdělání (viz tab. 2 a graf 2).

Otázka č. 4 Navštěvovala jste pravidelně svou gynekologickou poradnu?

- a) Ano
- b) Ne Proč?

Tabulka 3. Pravidelné návštěvy u gynekologa (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ano	66	100	66	100
Ne	0	0	0	0
Σ	66	100	66	100

Všech 132 (100 %) dotazovaných respondentek ve Varnsdorfu i v Olomouci v době těhotenství navštěvovali svou gynekologickou poradnu (viz tab. 3).

Otázka č. 5 Navštěvovala jste předporodní kurz?

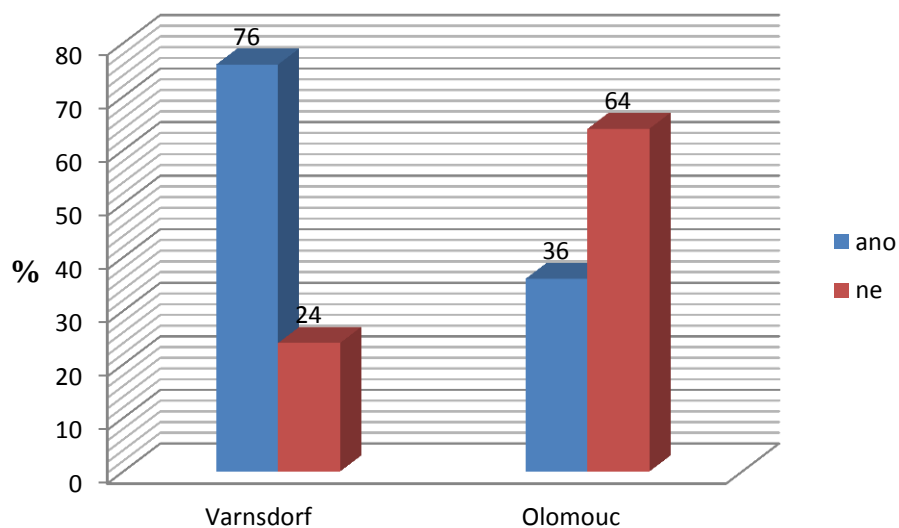
- a) Ano Proč?
- b) Ne Proč?

Tabulka 4. Návštěvnost předporodního kurzu (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ano	16	24	24	36
Ne	50	76	42	64
Σ	66	100	66	100

Ve **Varnsdorfu** z 66 dotazovaných žen 16 (24 %) **navštěvovalo** předporodní kurz, ovšem ty, které kurz **nenavštěvovaly**, bylo 50 (76 %). Ve městě **Olomouc** z 66 dotazovaných žen bylo 24 (36 %) žen **navštěvujících** předporodní kurz, ale více bylo žen, které předporodní kurz **nenavštěvovaly** a to 42 (64 %) žen (viz tab. 4 a graf 3).

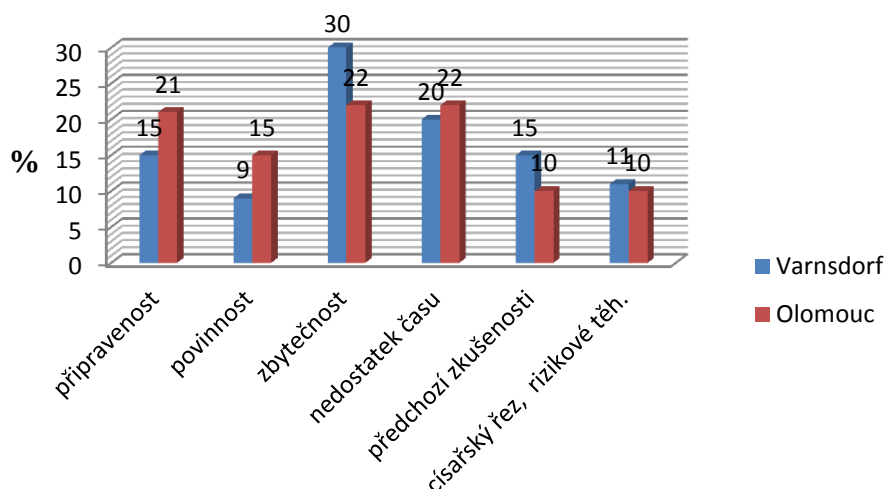
Graf 3. Návštěvnost předporodního kurzu (Varnsdorf + Olomouc)



Tabulka 5. Nejčastější uváděné pozitivní i negativní důvody pro návštěvnost předporodního kurzu (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
přípravenost, informovanost	10	15	14	21
povinnost	6	9	10	15
zbytečnost	20	30	15	22
nedostatek času	13	20	15	22
předchozí zkušenosti	10	12	7	10
císařský řez, rizikové těh.	7	11	5	10
Σ	66	100	66	100

Graf 4. Nejčastější uváděné pozitivní i negativní důvody pro návštěvnost předporodního kurzu (Varnsdorf + Olomouc)

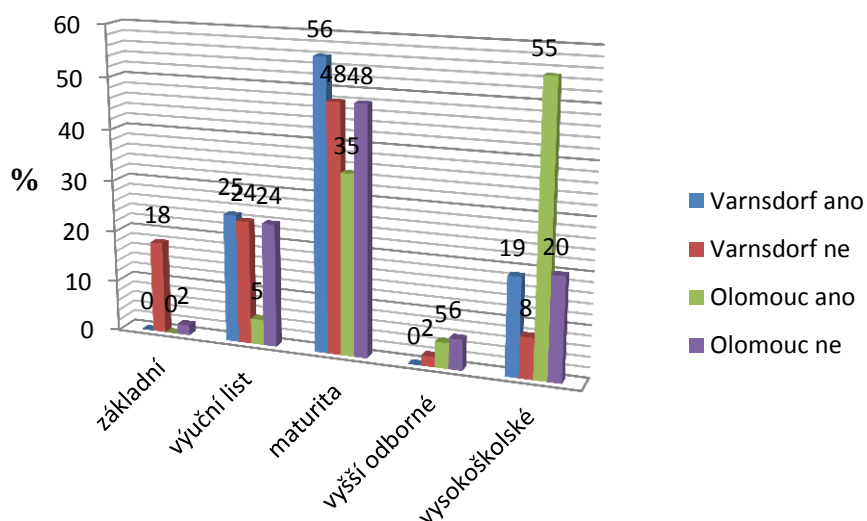


Ve **Varnsdorfu** 16 žen, které docházely na předporodní kurz, uvedlo 10 (15 %) žen, že kurz navštěvovaly pro svou **informovanost a připravenost** a 6 (9 %) žen to uvedlo jako svou **povinnost**. Oproti tomu v **Olomouci** z 24 žen, které docházely na předporodní kurz, jich 14 (21 %) uvedlo odpověď **informovanost a připravenost** a zbylých 10 (15 %) žen uvedlo odpověď **povinnost**. Oproti tomu do důvodů uváděny ženami, které na kurz nechodily, spadalo nejvíce odpovědí jako zbytečnost a nedostatek času. Odpověď **zbytečnost** zvolilo ve **Varnsdorfu** 20 (30 %) žen a odpověď **nedostatek času** zvolilo 13 (20 %) žen. Zbylé dva důvody: **předchozí zkušenosti** zvolilo 10 (12 %) žen a **císařský řez, rizikové těhotenství** 7 (11 %) žen. V **Olomouci** též 15 (22 %) žen uvedlo odpověď **zbytečnost**. Stejná položka platí pro odpověď **nedostatek času**. **Předchozí zkušenosti** uvedlo 7 (10 %) žen a **císařský řez, rizikové těhotenství** uvedlo 5 (10 %) žen (viz tab. 5 a graf 4).

Tabulka 6. Porovnání návštěvnosti předporodního kurzu vzhledem ke vzdělání (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf				Olomouc			
Odpověď	ano		ne		ano		ne	
Odpověď	n	%	n	%	n	%	n	%
základní	0	0	9	18	0	0	1	2
výuční list	4	25	12	24	1	5	11	24
maturita	9	56	24	48	7	35	22	48
vyšší odborné	0	0	1	2	1	5	3	6
vysokoškolské	3	19	4	8	11	55	9	20
Σ	16	100	50	100	24	100	42	100

Graf 5. Porovnání návštěvnosti předporodního kurzu vzhledem ke vzdělání (Varnsdorf + Olomouc)



Z tohoto grafu a z tabulky nad ním lze vyčíst, že jen 7 žen ze 22 žen s maturitou kurz navštěvovalo a 11 žen z 20 žen s vysokoškolským vzděláním též kurz navštěvovalo. Jen 1 žena ze 4 žen s vyšším odborným vzděláním kurz navštěvovala a též 1 žena z 11 žen

s vyúčním listem kurz navštívila. 1 žena se základním vzděláním kurz nenavštěvovala (viz tab. 6 a graf 5).

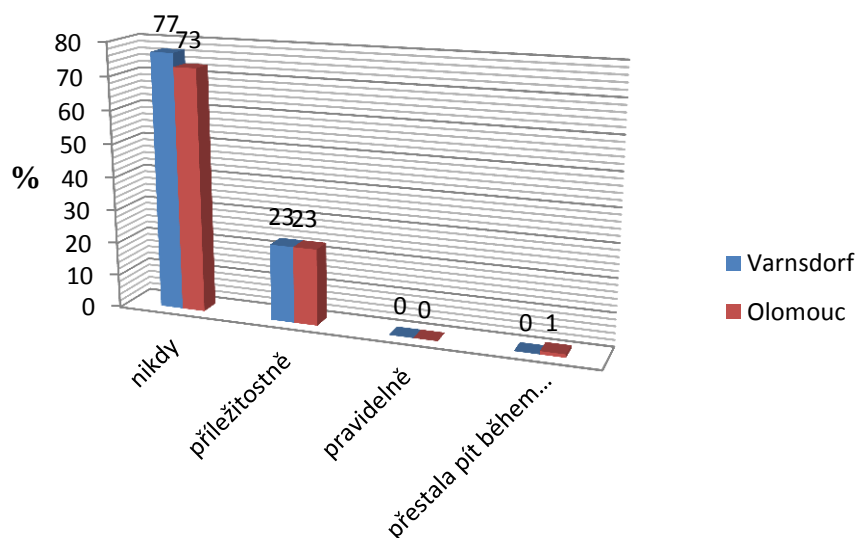
Otázka č. 6 Požívala jste alkohol během těhotenství?

- a) Nikdy. c) Pravidelně.
b) Příležitostně. d) Před těhotenstvím jsem přestala pravidelně pít.

Tabulka 7. Požívání alkoholu během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Nikdy	51	77	48	73
Příležitostně	15	23	17	23
Pravidelně	0	0	0	0
Přestala pít před těhotenstvím	0	0	1	1
Σ	66	100	66	100

Graf 6. Požívání alkoholu během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)



Ve Varnsdorfu na otázku číslo 3 odpovědělo z 66 dotazovaných žen 51 (77 %), že alkohol během těhotenství **nikdy nepožilo** a 15 (23 %) žen alkohol požívalo **příležitostně**. Odpověď

pravidelně a přestala pít během těhotenství neuvedla žádná (0 %) žena. V **Olomouci** z celkového počtu 66 respondentek 48 (73 %) žen alkohol během těhotenství **nikdy** nepožilo. Dalších 17 (23 %) žen pilo alkohol **příležitostně**. **Pravidelně** alkohol **nepila** žádná žena 0 (0 %) a 1 (1 %) žena **přestala pravidelně pít alkohol před těhotenstvím** (viz tab. 7 a graf 6).

Otázka 7. Brala jste drogy během těhotenství?

- a) Nikdy.
- b) Příležitostně.
- c) Pravidelně.

Tabulka 8. Drogy (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Nikdy	66	100	66	100
Příležitostně	0	0	0	0
Pravidelně	0	0	0	0
Σ	66	100	66	100

Žádná dotazovaná respondentka ve Varnsdorfu ani v Olomouci nebrala drogy během těhotenství (viz tab. 8).

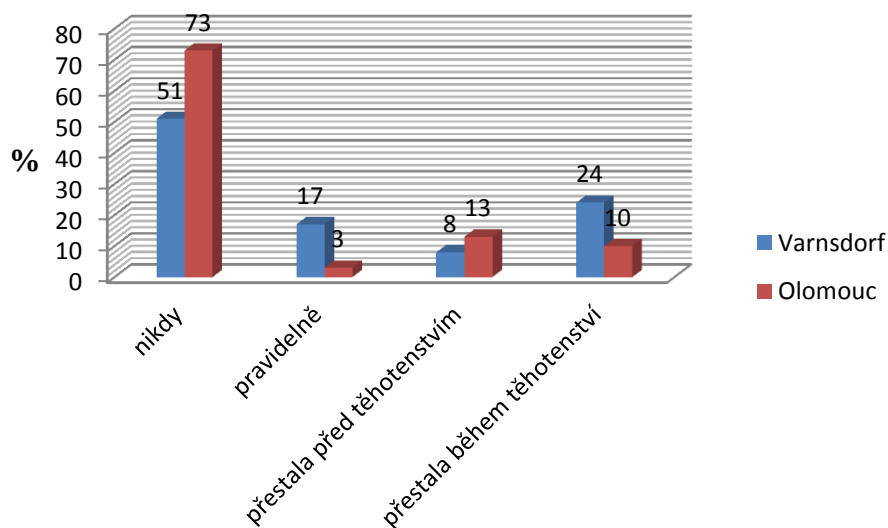
Otázka č. 8 Kouřila jste během těhotenství?

- a) Nikdy - jsem nekuřačka.
- b) Pravidelně – uveďte počet cigaret.
- c) Před těhotenstvím jsem přestala kouřit.
- d) Během těhotenství jsem přestala kouřit.

Tabulka 9. Tabakaismus během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Nikdy.	34	51	48	73
Pravidelně.	11	17	2	3
Přestala před těhotenstvím.	5	8	9	14
Přestala během těhotenství.	16	24	7	10
Σ	66	100	66	100

Graf 7. Tabakaismus během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)



Ve **Varnsdorfu** z celkového počtu respondentek 34 (51 %) žen odpovědělo, že **nikdy** během těhotenství nekouřilo, jelikož jsou nekuřačky. Dalších 11 (17 %) žen kouří **pravidelně**. **Před těhotenstvím** 5 (8 %) žen přestalo kouřit a dalších 16 (24 %) žen přestalo kouřit **během těhotenství**. Ve městě **Olomouc** opět nejpočetnější odpověď byla **Nikdy** a to 48 (73 %) žen. **Pravidelně** během těhotenství kouřily 2 (3 %) ženy. **Před těhotenstvím** přestalo kouřit 9 (14 %) žen a **během těhotenství** přestalo kouřit 7 (10 %) žen (viz tab. 9 a graf 7).

Tabulka 10. Počet cigaret za den (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
cigarety 1-5	7	64	1	50
cigarety 6-10	4	36	1	50
Σ	11	100	2	100

Z celkového počtu 11 respondentek z **Varnsdorfu**, které během těhotenství kouřilo, jich 7 (64 %) uvedlo, že během 24 hodin vykouřilo 1 – 5 cigaret a 4 (36 %) respondentky uvedly 6 -10 cigaret. Z 2 respondentek z města **Olomouc** uvedla 1 (50 %) žena, že vykouří 1 - 5 cigaret za den a 2. (50 %) žena uvedla 6 – 10 cigaret (viz tab. 10).

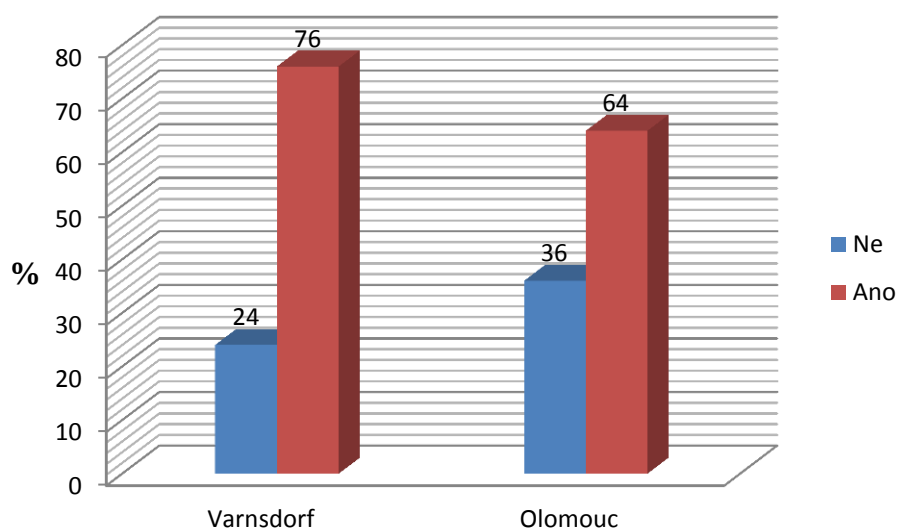
Otázka č. 9 Doplnovaly váš denní příjem tekutin také nápoje s kofeinem?

- a) Ne
- b) Ano – Kolik sklenic? Čeho? káva čaj cola

Tabulka 11. Denní příjem nápojů s kofeinem (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ne	13	24	24	36
Ano	50	76	42	64
Σ	66	100	66	100

Graf 8. Denní příjem nápojů s kofeinem (Varnsdorf + Olomouc)

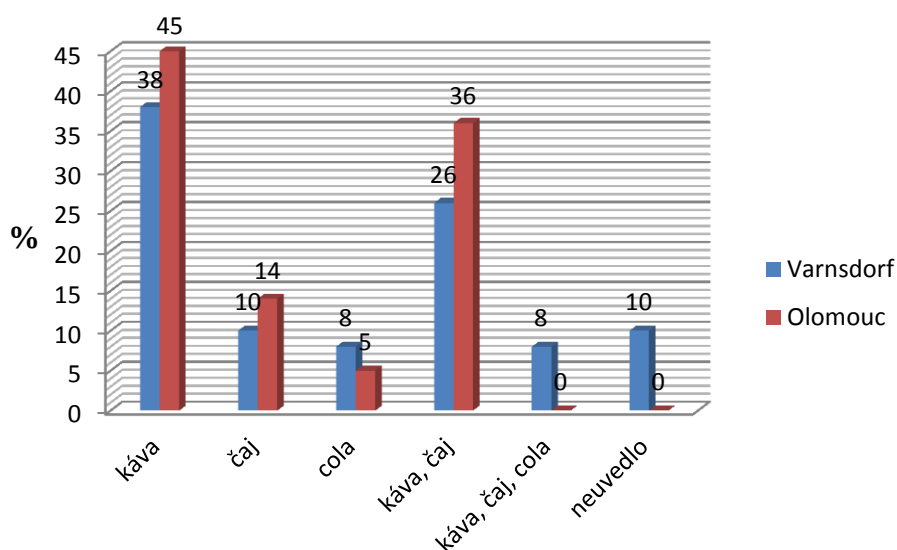


Ve **Varnsdorfu** z 66 respondentek 16 (24 %) žen **nepřijímalo** během těhotenství nápoje s kofeinem, ale 50 (73 %) žen **ano**. Také v městě **Olomouc** větší skupinu tvořilo 42 (64 %) žen s odpovědí **ano**, oproti tomu 24 (36 %) žen tvořilo skupinu s odpovědí **ne** (viz tab. 11 a graf 8).

Tabulka 12. Přehled druhů přijímaných kofeinových nápojů (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
káva	9	38	19	45
čaj	5	10	6	14
cola	4	8	2	5
káva, čaj	13	26	15	36
káva, čaj, cola	4	8	0	0
neuveďlo	5	10	0	0
Σ	50	100	42	100

Graf 9. Přehled druhů přijímaných kofeinových nápojů (Varnsdorf + Olomouc)



Ve městě **Varnsdorf** z celkového počtu 50 žen přijímající nápoje s kofeinem uvedlo 19 (38 %) žen, že během těhotenství pilo jen **kávu**. **Kávu i čaj přijímalo** 13 (26 %) žen. **Čaj** přijímalo 5 (10 %) žen. **Colu** přijímaly 4 (8 %) ženy a další 4 (8 %) ženy přijímaly **kávu, čaj i colu**. 5 (10 %) žen **nevedlo** žádný druh přijímaného nápoje. Ve městě **Olomouc** z celkového počtu 42 žen přijímající nápoje s kofeinem uvedlo 19 (45 %) žen, že během těhotenství pilo jen **kávu**. **Kávu i čaj přijímalo** 15 (36 %) žen a 6 (14 %) žen pilo jen **čaj**. Zbýlé 2 (5 %) ženy pily denně **colu** (viz tab. 12 a graf 9).

Tabulka 13. Počet sklenic a druh vypitých nápojů u respondentek (Varnsdorf)

Města	Varnsdorf									
Počet sklenic	káva		čaj		cola		káva, čaj		káva, čaj, cola	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	16	84	5	100	2	50	0	0	4	100
1 – 2	0	0	0	0	0	0	7	54	0	0
2	0	0	0	0	2	50	1	7	0	0
2 - 3	3	16	0	0	0	0	1	8	0	0
3	0	0	0	0	0	0	4	31	0	0
4 a více	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σ	19	100	5	100	4	100	13	100	4	100

Z této tabulky lze vyčíst, že 16 (84 %) žen pije denně 1 sklenici kávy, 5 (100 %) žen pije denně 1 sklenici čaje, 2 (50 %) ženy pijí denně 1 sklenici coly a 4 (100 %) ženy pijí denně 1 sklenici kávy, čaje a coly. 1 – 2 sklenici kávy i čaje pije 7 (54 %) žen. Denně 2 (50 %) ženy vypijí 2 sklenice čaje a 1 (7 %) žena vypije kávu i čaj. Kávu po 2 – 3 sklenicích denně vypijí 3 (16 %) ženy a kávu i čaj po 3 sklenicích vypije 1 (8 %) žena. Kávu i čaj po 3 sklenicích denně vypijí 4 (31 %) ženy. (viz tab. 13)

Tabulka 14. Počet sklenic a druh vypitých nápojů u respondentek (Olomouc)

Město	Olomouc									
Počet sklenic	káva		čaj		cola		káva, čaj		káva, čaj, cola	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	14	74	1	17	2	100	6	40	0	0
1-2	0	0	0	0	0	0	3	20	0	0
2	4	21	5	83	0	0	1	7	0	0
2 – 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	3	20	0	0
4 a více	1	5	0	0	0	0	2	13	0	0
Σ	19	100	6	100	2	100	15	100	0	0

Z tabulky pro Olomouc lze vyčíst, že denně vypije 1 sklenici kávy 14 (74 %) žen, 1 sklenici čaje vypije 1 (17 %) žena, 2 (100 %) ženy vypijí 1 sklenici coly a kávu i čaj po 1 sklenici vypije 6 (40 %) žen. Denně vypijí kávu i čaj po 2 sklenicích 3 (20 %) ženy. Kávu po 2 sklenicích vypijí 4 (21 %) ženy, čaj po 2 sklenicích denně vypije 5 (83 %) žen a 1 (7 %) žena vypije kávu i čaj po 2 sklenicích. Kávu i čaj po 3 sklenicích denně vypijí 3 (20 %) ženy. Kávu po 4 sklenicích vypije jen 1 (5 %) žena a kávu i čaj vypijí 2 (13 %) žen.

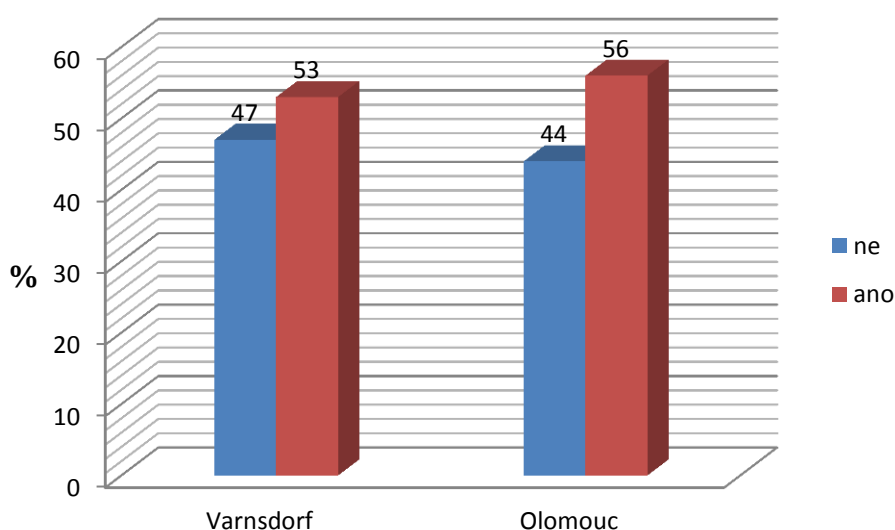
Otázka č. 10 Byla jste informována svým gynekologem, do jaké míry může kouření, alkohol a drogy poškodit vaše dítě?

- a) Ne
- b) Ano

Tabulka 15. Informovanost o míře poškození plodu rizikovými faktory u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ne	31	47	29	44
Ano	35	53	37	56
Σ	66	100	66	100

Graf 10. Informovanost o míře poškození plodu rizikovými faktory u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)



Ve **Varnsdorfu** odpovědělo 31 (47 %) žen, že **nebyly** informovány o míře poškození plodu rizikovými faktory, ale jen o 4 žen více tedy, 35 (53 %) žen odpovědělo, že **byly** informovány. Výsledky **Olomouce** byly skoro na stejné procentové míře jako Varnsdorf. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 29 (44 %) žen, že **nebyly** informovány, ale 37 (56 %) žen odpovědělo **ano**. Výsledky jsou tedy těsné (viz tab. 14 a graf 10).

Otázka č. 11 Byla jste během těhotenství očkovaná proti nějaké závažné infekční nemoci?

- a) Ne
- b) Ano Proti čemu?

Tabulka 16. Očkování proti závažné infekční nemoci (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ne	66	100	66	100
Ano	0	0	0	0
Σ	66	100	66	100

Na otázku 7 z celkového počtu dotazovaných zvolilo všech 66 (100 %) žen odpověď ne. Také v Olomouci byla všech dotazovaných 66 žen (100 %) odpověď ne (viz tab. 15).

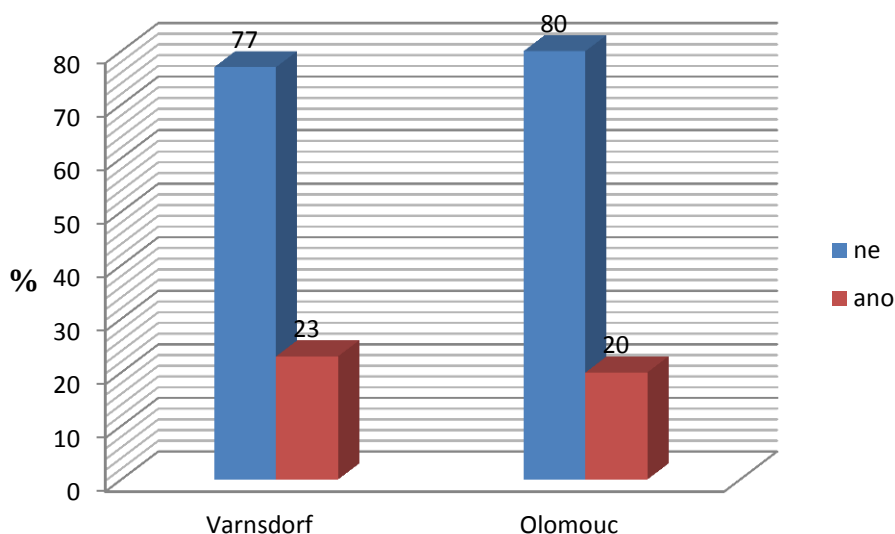
Otázka č. 12 Brala jste v průběhu těhotenství pravidelně léky, které vyžaduje váš zdravotní stav?

- a) Ne – jsem zcela zdravá.
- b) Ano

Tabulka 17. Pravidelný příjem léků vyžadující zdravotní stav během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
odpověď	n	%	n	%
Ne	51	77	53	80
Ano	15	23	13	20
Celkem.	66	100	66	100

Graf 11. Pravidelný příjem léků vyžadující zdravotní stav během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)



Ve městě **Varnsdorf** z celkového počtu 66 respondentek si 51 (77 %) žen zvolilo odpověď **Ne** a zbylých 15 (23 %) žen zvolilo odpověď **Ano** a pravidelně bralo léky vyžadující jejich zdravotní stav. V **Olomouci** byly opět výsledky velmi podobné městu Varnsdorf. Z celkového počtu 66 respondentek si 53 (80 %) žen zvolilo odpověď **Ne** a 13 (20 %) žen zvolilo odpověď **Ano** (viz tab. 16 a graf 11).

Otázka č. 13 Brala jste v průběhu těhotenství doplňky stravy – např: vitaminy?

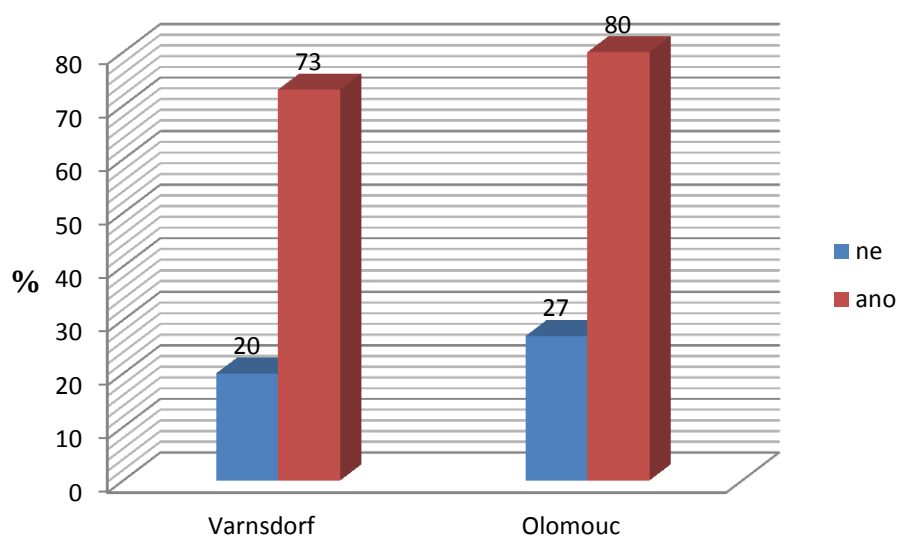
- a) Ne
- b) Ano – Jaké?

Kolik tablet denně?

Tabulka 18. Doplňky stravy v průběhu těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ne	18	27	13	20
Ano	48	73	53	80
Σ	66	100	66	100

Graf 12. Příjem doplňků stravy během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc)

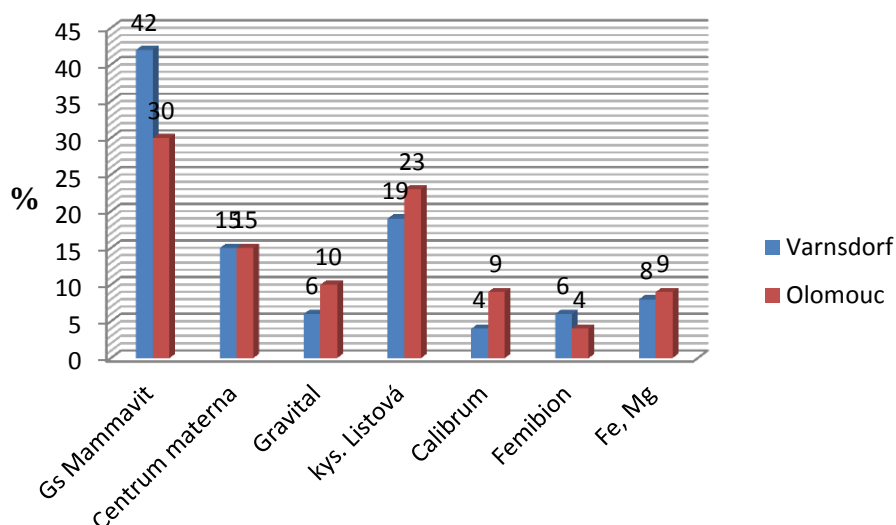


Ve Varnsdorfu 18 (27 %) žen **nepřijímalo** doplněk stravy, ale 48 (73 %) žen **ano**. Ve městě **Olomouc** z 66 respondentek 13 (20 %) žen **nebralo** během těhotenství žádné doplňky stravy a 53 (80 %) žen **přijímalo** během těhotenství doplňky stravy (viz tab. 17 a graf 12).

Tabulka 19. Nejvíce kupovaný doplněk stravy (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
GS Mamavit	20	42	16	30
CentrumMaterna	7	15	8	15
Gravital	3	6	5	10
Kyselina listová	9	19	12	23
Calibrium	2	4	5	9
Femibion	3	6	2	4
Fe, Mg	4	8	5	9
Σ	48	100	53	100

Graf 13. Nejvíce kupovaný doplněk stravy (Varnsdorf + Olomouc)



Z grafu lze vyčíst, že nejvíce kupovaný doplněk stravy ve **Varnsdorfu** i v **Olomouci** byl **GS Mamavit**. V obou městech pak následovala **kyselina listová**. Na třetím místě se umístil **Centrum Materna**. Gs Mammavit si pořídilo 20 (42 %) žen ve Varnsdorfu a 16 (30 %) žen v Olomouci. Kyselinu listovou přijímalo 9 (19 %) žen ve Varnsdorfu a 12 (23 %) žen v Olomouci. Centrum materna si koupilo 7 (15 %) žen ve Varnsdorfu a 8 (15 %) žen v Olomouci (viz tab. 18 a graf 13).

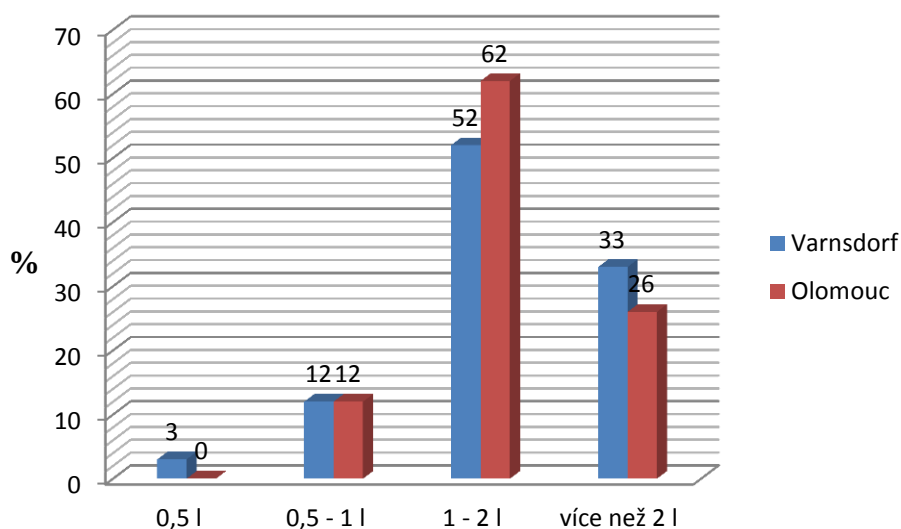
Otázka č. 14 Jaký byl váš denní příjem tekutin?

- a) 0,5 l
- b) 0,5 l – 1 l
- c) 1 l – 2 l
- d) Více než 2 l

Tabulka 20. Denní příjem tekutin u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
0,5 l	2	3	0	0
0,5 l – 1 l	8	12	8	12
1 l – 2 l	34	52	41	62
Více než 2 l	22	33	17	26
Σ	66	100	66	100

Graf 14. Denní příjem tekutin u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)



Ve městě **Varnsdorf** ze 4 možných odpovědí si z 66 respondentek nejvíce žen vybralo odpověď typu c) a to 34 (52 %) žen 1 l – 2 l. Následovala odpověď d), kterou si vybralo 22 (33 %) žen. Dalších 8 (12 %) žen si vybralo odpověď b). Jen 2 (3 %) ženy si vybraly odpověď a). V **Olomouci** byla také nejvíce vybírána odpověď c) a to 41 (62 %) ženou. Po té též následovala odpověď d), volena 17 (26 %) ženami a stejný počet žen jako ve Varnsdorfu tedy 8 (12 %) žen volilo dopověď b). Žádná žena 0 (0 %) nezvolila odpověď a). (viz tab. 19 a graf 15)

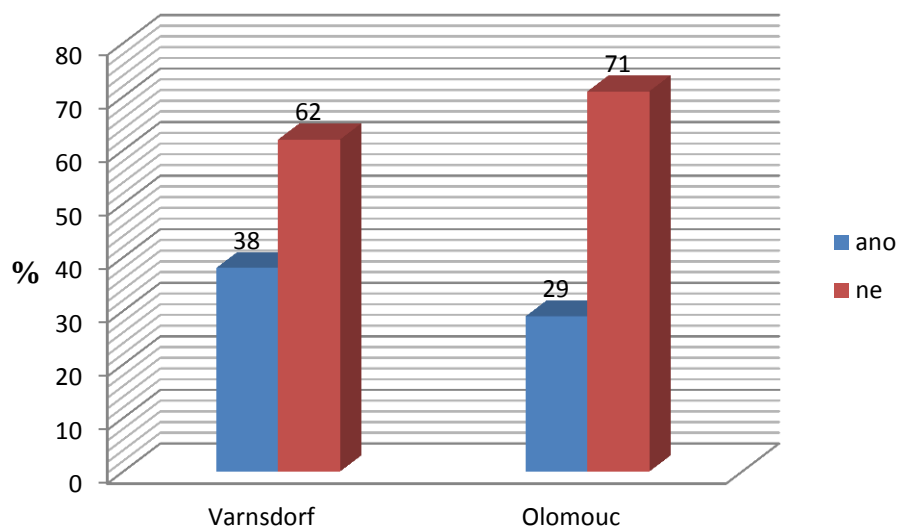
Otázka č. 15 Zvýšila jste svůj denní příjem bílkovin o 1,5 – 2 g/kg?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 21. Denní příjem bílkovin během těhotenství u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ano	25	38	19	29
Ne	41	62	47	71
Σ	66	100	66	100

Graf 15. Denní příjem bílkovin během těhotenství u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)



Ve městě **Varnsdorf** jen 25 (38 %) žen zvýšilo svůj denní příjem bílkovin o 1,5 – 2 g/kg. Ovšem velkou převahu měla odpověď Ne, kterou zvolilo 41 (62 %) žen. Město **Olomouc** bylo na tom podobně. Dokonce jen 19 (29 %) žen zvýšilo svůj denní příjem bílkovin, to je o 6 žen méně než ve Varnsdorfu a 47 (71 %) žen nezvýšilo svůj denní příjem bílkovin (viz tab. 20 a graf 15).

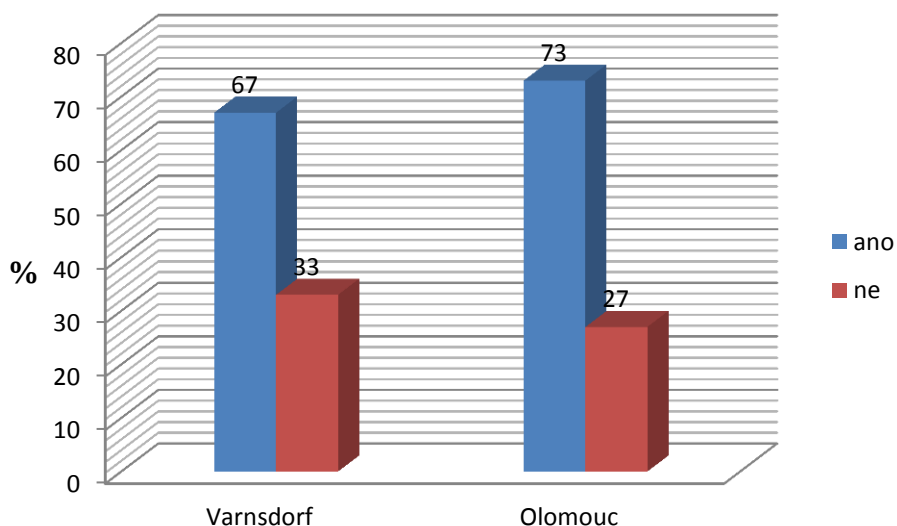
Otázka č. 16 Zaměřila jste se ve svém jídelníčku na vyšší příjem kyseliny listové (listová zelenina, luštěniny...)?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 22. Zvýšený příjem kyseliny listové u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)

Města	Varnsdorf		Olomouc	
Odpověď	n	%	n	%
Ano	44	67	48	73
Ne	22	33	18	27
Σ	66	100	66	100

Graf 16. Zvýšený příjem kyseliny listové během těhotenství u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)



Ve **Varnsdorfu** z 66 dotazovaných žen **zvýšilo** svůj denní příjem kyseliny listové 44 (67 %) žen, oproti tomu 22 (33 %) žen **nezvýšilo** svůj denní příjem kyseliny listové. Ve městě **Olomouc** **zvýšilo** svůj denní příjem kyseliny listové 48 (73 %) žen, oproti tomu 18 (27 %) žen **nezvýšilo** svůj denní příjem kyseliny listové (viz tab. 21 a graf 16).

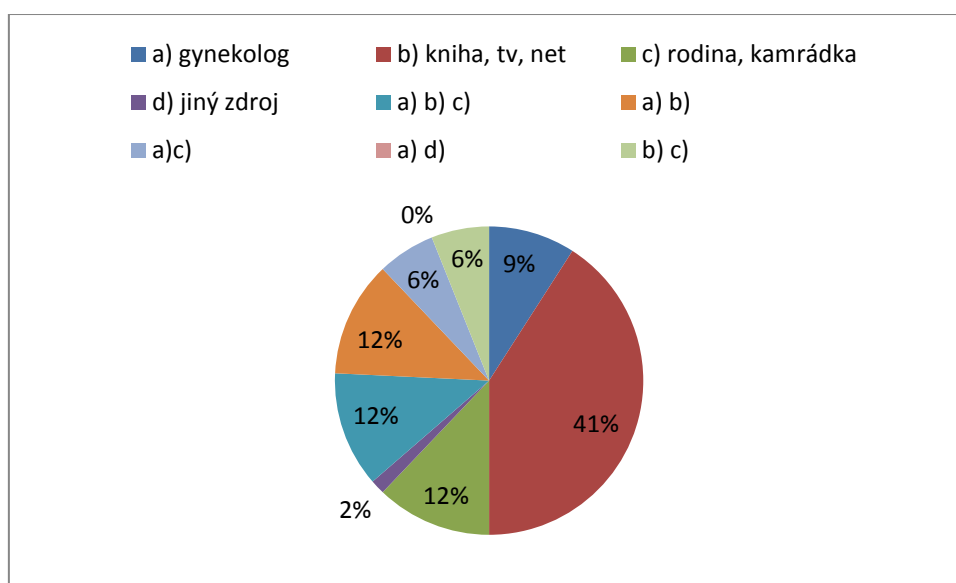
Otázka č. 17 Informace o průběhu a životosprávě jsem získala především od?

- a) svého gynekologa
- b) ze zdrojů – kniha, TV, net
- c) svého okolí – rodina, kamarádka
- d) z jiného zdroje – uveďte jaký

Tabulka 23. Informace o průběhu těhotenství a životosprávě u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)

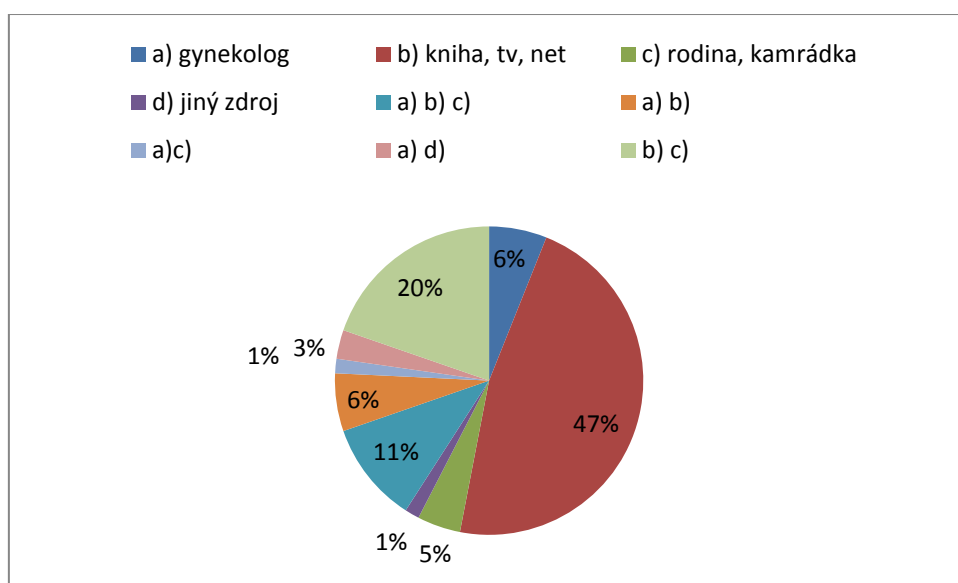
Města	Varnsdorf		Olomouc	
odpověď	n	%	n	%
a) gynekolog	6	9	4	6
b) kniha, tv, net	27	41	31	47
c) rodina, kamarádka	8	12	3	5
d) jiný zdroj	1	2	1	1
a), b), c)	8	12	7	11
a), b)	8	12	4	6
a), c)	4	6	1	1
a), d)	0	0	2	3
b), c)	4	6	13	20
Σ	66	100	66	100

Graf 17. Informace o průběhu těhotenství a životosprávě u respondentek (Varnsdorf)



Největší část tohoto grafu tvoří skupina 27 (41 %) žen, která si zjišťovala informace o těhotenství z knih, internetu a tv. Od blízkého okolí zjišťovalo informace 8 (12 %) žen, 6 (9 %) žen od svého gynekologa a jen 1 (2 %) žena uvedla jiný zdroj a to předporodní kurz. Zbýlých 24 žen tvořilo skupinky několika možných odpovědí. Z těchto 24 žen 8 (12 %) žen zvolilo odpověď: gynekolog, zdroje (kniha, net..), blízká rodina. Dalších 8 (12 %) žen zvolilo odpověď gynekolog a zdroje (kniha, net..). Odpověď gynekolog a blízké okolí si vybraly 4 (6 %) ženy a poslední 4 (6 %) ženy si vybraly odpověď kniha, tv, net a blízké okolí (viz tab. 22 a graf 17).

Graf 18. Informace o průběhu těhotenství a životosprávě u respondentek (Olomouc)



I v tomto grafu tvoří nejpočetnější skupinu ženy, které získávaly informace ze zdrojů: kniha, net a tv. Těchto žen bylo 31 (47 %). 4 (6 %) ženy získávaly informace od gynekologa, 3 (5 %) ženy od blízkého okolí a 1 (1 %) žena uvedla též jako jiný zdroj předporodní kurz. 27 žen opět tvořilo vícečetné odpovědi. Z této skupiny 13 (20 %) žen uvedlo odpověď blízká rodina a zdroj (kniha, net a tv...), 7 (11 %) žen si vybralo všechny 3 odpovědi: gynekolog, blízké okolí a zdroje a 4 (6 %) ženy si vybraly odpověď gynekolog a zdroje knihy, tv a netu. 2 (3 %) ženy utvořilo odpověď gynekolog a předporodní kurz a jen 1 (1 %) žena uvedla odpověď gynekolog a blízká rodina (viz tab. 22 a graf 18).

ZÁVĚR

Závěrem bakalářské práce na téma **Problematika životního stylu těhotných žen**, bych chtěla konstatovat, že toto téma práce a její zpracování bylo pro mě velkým přínosem jak z oblasti teoretických poznatků z odborné literatury, tak z oblasti praktické části, která je charakteristická svým výzkumem. Životní styl je stále probírané téma dnešní doby. Celé období těhotenství není jen o tom zplodit dítě a očekávat ho celých 9 měsíců, ale právě v průběhu celých dlouhých měsíců by žena měla dbát na svoji životosprávu, vyvarovat se rizikových faktorů a důkladně pravidelně přijímat kvalitní živiny. V sociální oblasti by měla zažívat psychickou podporu blízkého okolí a připravit svůj sociální zázemí pro své očekávané dítě. Nezapomeňme ani na pravidelné zdravotní prohlídky, které také ovlivňují průběh celého těhotenství.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část je **teoretická**, kde se zabývám kapitolami typickými pro průběh těhotenství a jeho změnami v těle gravidní ženy, vývojem plodu a návštěvy poraden pro těhotné ženy. Další kapitoly byly věnovány právní ochraně těhotných žen, které byly zaměřeny na zaměstnání a mateřskou dovolenou. Hlavní tezí byla dlouhá kapitola výživy, kde popisuju, jak by se těhotná žena měla stravovat a které tekutiny by měla přijímat. Zajímavou kapitolou jsou nežádoucí rizikové faktory, které mohou ovlivnit vývoj plodu. Patří sem kouření, alkohol, drogy, kofein v nápojích a léky. Zpracování všech těchto kapitol vyžadovalo velkou trpělivost a svědomitost, protože možné zainteresované literatury by mohlo být hodně, ale ne každá je na tak kvalitní úrovni, aby mohla být použita do zpracování práce. Druhou částí je část **praktická**, pro jejíž zpracování jsem si vybrala dotazníkové šetření. Tato forma metody výzkumu je kvantitativní. Celkem bylo rozdáno 132 dotazníků ve městech Varnsdorf a Olomouc. Jejich návratnost byla 100 %. Dotazník celkem obsahoval 14 otázek. Při zpracování a vyhodnocování byly výsledky obou měst porovnávány v tabulkách a grafech. Pro grafické znázornění byly vybrány výsečové grafy a u pár případů i sloupcové grafy a to pro lepší znázornění. Stanoveny byly 4 dílčí cíle a všechny byly vyjádřeny v grafech v kapitole výsledky.

Zajímavostí z výsledků bylo že, všechny ženy navštěvovaly pravidelně svoji poradnu, ale s návštěvností **předporodních kurzů** to bylo horší. Z obou měst dohromady navštívilo předporodní kurz jen 40 žen ze 132 dotazovaných žen. Při otázce proč nenavštěvovaly tento kurz, se nejvíce dostalo odpovědi, že ho považují za zbytečný nebo že měly nedostatek času. Ve městě **Varnsdorf** nejvíce navštěvovalo tento kurz ženy s maturitou. Tento výsledek vznikl

i proto, že nejvíce dotazovaných ve městě Varnsdorf byly právě ženy s maturitou. Oproti tomu v **Olomouci** největší návštěva byla žen s vysokoškolským vzděláním. Nejvíce konzumovaný **nápoj s kofeinem** byl ve Varnsdorfu káva, čaj, ale v Olomouci jen káva. Ve **Varnsdorfu** přijímalo 50 žen nápoj s kofeinem, ale v **Olomouci** jen 42. V oblasti výživy byl nejvíce konzumovaný doplněk stravy **GSMamavit** a to 48 ženami ve Varnsdorfu a 53 ženami v Olomouci. V oblasti **příjmu tekutin** nejvíce žen odpovědělo, že přijímají z den 1 – 2 litry a to 34 žen ve Varnsdorfu a 41 žen v Olomouci. Poslední zajímavostí bylo, že ženy nevíce **přijímají informace** ze zdrojů knih, televize a internetu.

SOUHRN

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit stav životního stylu těhotných žen. V dnešní době existuje mnoho informací o tomto stále probíraném tématu, ale ne všechny jsou tak kvalitní, aby se podle nich mohla gravidní žena řídit. Dnešní svět je totiž přehlcen mnoho nekvalitními informacemi, a proto vznikla i tato bakalářská práce, která obsahuje odborné poznatky z literatury uvedené v referenčním seznamu. Odborné poznatky jsou uvedeny v první teoretické části. Pro lepší orientaci v teoretické části byl vytvořen i slovníček a seznam použitých zkratk. Druhá část práce je zaměřena na praktické poznatky z dotazníkového šetření, jež bylo provedeno ve městech Varnsdorf a Olomouc. Celkem bylo rozdáno 132 dotazníků. Dotazník obsahuje 14 otázek a je umístěn v kapitole Přílohy. Ke každé otázce byla zpracována společná tabulka obou měst a následně výsledky byly graficky zpracovány ve sloupcových grafech, v některých případech byly také použity grafy výsečové. V závěru pro informaci byly ještě uvedeny některé výsledky, které mi poskytly zajímavý náhled do této problematiky. Bakalářská práce mi přinesla mnoho zajímavých informací o této problematice. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že gravidní ženy jsou dle výsledků dobře informovány o průběhu těhotenství a převážně dbají na svou životosprávu. Ovšem v některých případech, například jen 11 ze 132 respondentek pravidelně kouřilo během těhotenství. Uspokojivé výsledky dopadly v oblasti výživy. Pravidelně přijímají tekutiny, i když jejich příjem je doplňován kofeinovými nápoji, především kávou. Ve výživě více než polovina přijímá kyselinu listovou a doplňky stravy.

SUMMARY

The main objective of this thesis was to determine the status of the lifestyle of pregnant women. Nowadays there are a lot more information about this subject matter at hand, but not all are so good that using them could manage pregnant woman. Today's world is overloaded because many low-quality information, and therefore was also this thesis, which includes expertise from the literature listed in the reference list. Expertise are listed in the first part. For better orientation in the theoretical part was created as a glossary and list of abbreviations. The second part focuses on practical knowledge of the survey which was carried out in cities and Varnsdorf Olomouc. A total of 132 questionnaires were distributed. The questionnaire contains 14 questions and is located in the Attachments section.

For each question the common table was prepared in both cities and then the results were processed graphically in bar charts, in some cases were also used pie charts. Finally, for

information, were still listed some results that have given me an interesting insight into this issue. Bachelor thesis gave me a lot of interesting information on this issue. The survey showed that pregnant women are as well informed of the results during pregnancy and mainly ensure to their lifestyle. However, in some cases, for example, only 11 of the 132 respondents had smoked regularly during pregnancy. Satisfactory results fell in the field of nutrition. Regularly receive fluids, even if their income is supplemented by caffeine drinks, especially coffee. In nutrition receives more than half of folic acid and dietary supplements. The work was assigned to compact CD, on which is recorded the entire thesis.

REFERENČNÍ SEZNAM

Odborná literatura

1. BĚLINA, M. *Pracovní právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2001. 474 s.
2. BURDOVÁ, E., SCHMIED, Z., ŽENÍŠKOVÁ, M. *Těhotenství, mateřská a rodičovská dovolená*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. 160 s. ISBN 978-80-7357-371-3.
3. BRÁZDOVÁ, Z. *Výživa těhotných a kojících žen*. 2. vyd. Brno: Vladimír Smrčka, 2004. 28 s. ISBN 80-901427-7-X.
4. ČECH, E. et al *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
5. ENKIN, M. *Efektivní péče v perinatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 386 s. ISBN 80-7169-417-7.
6. FOŘT, P. *Moderní výživa: pro těhotné, kojící ženy a děti*. 1. vyd. Praha: Metramedia, 2001. 392 s. ISBN 80-238-5885-8.
7. FOŘT, P. *Tak co mám jíst*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 424 s. ISBN 978-80-247-1459-2.
8. HUCH, R. *Šťastné těhotenství od A až do Z*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1717-3.
9. HRONEK, M. *Výživa v obdobích těhotenství a kojení*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 316 s. ISBN 80-7345-013.
10. JANOUCHOVÁ, K. *Život dítěte*. 1. vyd. Praha: Acropolis, 2008. 688 s. ISBN 978-80-86903-84-2.
11. KRÁLIČKOVÁ, Z. *Lidskoprávní dimenze českého rodinného práva*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 191 s. ISBN 978-80-210-5053-2.
12. MACKŮ, F. a J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.
13. MACHOVÁ, J. *Biologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 270 s. ISBN 978-80-7184-867-7.
14. MANDŽUKOVÁ, J. *Výživa v těhotenství od A do Z*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7021-951-5.
15. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 304 s. ISBN 978-80-247-1521.
16. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

17. POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V., PRUŠA, T. *Výživa léky: v těhotenství a při kojení*. 1. vyd. Brno: Era group, 2008. 118 s. ISBN 978-80-7366-136-6.
18. PŘIB, J. et al. *Mateřská a rodičovská dovolená*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2002. 156 s. ISBN 80-247-0216-9.
19. ROKYTA, R., MAREŠOVÁ, D., TURKOVÁ, Z. *Somatologie II*. 1. vyd. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2002. 132 s. ISBN 80-86432-31-9.
20. ROKYTA, R. et al. *Fyziologie pro bakalářská studia*. 2. vyd. Praha: ISV, 2008. 428 s. ISBN 80-86642-47-X.
21. ROZTOČIL, A. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 332 s. ISBN 80-70-1333-92.
22. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
23. STOPPARDOVA, M. *Početí, těhotenství a porod*. 1. vyd. Martin: Neografie, 1996. ISBN 80-85186-91-8.
24. TREWINNARD, K. *Jak přirozeně otěhotnět: Možnosti jak zvýšit šance na přirozené početí*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2006. 190 s. ISBN 80-251-0746-7.
25. VAŠUT, K. et al. *Léčiva v těhotenství: vliv léků a vitamínů na zdravý vývoj plodu*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2007. 112 s. ISBN 978-80-251-1452-0.
26. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 127 s. ISBN 80-7254-829-8.
27. VOKURKA, M. a J. HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2000, 495 s. ISBN 80-85912-38-4.
28. VÝBORNÁ, L., DOČEKALOVÁ, M. *Fit maminka*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2004. 240 s. ISBN 80-249-0395-4.

Zákony

Vyhláška č. 288/2003 Sb.

Zákoník práce č. 262/2006 Sb.

Zákon č. 117/1995 Sb.

Internetové zdroje

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

<http://www.mpsv.cz/cs/4>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1 DOTAZNÍK

DOTAZNÍK DO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

PROBLEMATIKA ŽIVOTNÍHO STYLU TĚHOTNÝCH ŽEN

INFORMACE:

Tento dotazník je zcela anonymní. Na otázky prosím odpovídejte pravdivě. Odpověď kroužkujte, případně slovně doplňte. **Kroužkujte jednu vámi zvolenou odpověď.** U otázky 14. můžete zvolit více odpovědí. Údaje získané v tomto dotazníku budou zpracovány do mé bakalářské práce.

Všem děkuji za spolupráci.

Doplňte:

Věk:

Stav: a) svobodná

b) žiju se svým přítelem v domácnosti

c) vdaná

d) rozvedená

Vzdělání: a) základní

b) středoškolské bez maturity (výuční list)

c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

Otázky:

1. Navštěvovala jste pravidelně svou gynekologickou poradnu?

a) Ano

b) Ne Proč?

2. Navštěvovala jste předporodní kurz?

a) Ano Proč?

- b) Ne Proč?
3. Požívala jste alkohol během těhotenství?
- a) Nikdy.
 - b) Příležitostně.
 - c) Pravidelně.
 - d) Před těhotenstvím jsem přestala pravidelně pít.
4. Brala jste drogy během těhotenství?
- a) Nikdy.
 - b) Příležitostně.
 - c) Pravidelně.
5. Kouřila jste během těhotenství?
- a) Nikdy – jsem nekuřačka.
 - b) Pravidelně – uveďte počet cigaret za den.
 - c) Před těhotenstvím jsem přestala kouřit.
 - d) Během těhotenství jsem přestala kouřit.
6. Doplnňovaly váš denní příjem tekutiny také nápoje s kofeinem?
- a) Ne
 - b) Ano – Kolik sklenic?
Čeho? káva čaj cola
7. Byla jste informována svým gynekologem, do jaké míry může kouření, alkohol a drogy poškodit vaše dítě?
- a) Ne
 - b) Ano
8. Byla jste během těhotenství očkována proti nějaké závažné infekční nemoci?
- a) Ne
 - b) Ano Proti čemu?
9. Brala jste v průběhu těhotenství pravidelně léky, které vyžaduje váš zdravotní stav?
- a) Ne – jsem zcela zdravá.
 - b) Ano

10. Brala jste v průběhu těhotenství doplňky stravy – např: vitaminy?
a) Ne
b) Ano – Jaké?
Kolik tablet denně?
11. Jaký byl váš denní příjem tekutin?
a) 0,5 l
b) 0,5l – 1 l
c) 1 l – 2 l
d) Více než 2 l
12. Zvýšila jste svůj denní příjem bílkovin o 1,5 – 2g/kg?
a) Ano
b) Ne
13. Zaměřila jste se ve svém jídelníčku na vyšší příjem kyseliny listové (listová zelenina, luštěniny...)
a) Ano
b) Ne
14. Informace o průběhu a životosprávě jsem získala především od?
a) svého gynekologa
b) ze zdrojů – kniha, TV, internet
c) svého okolí – rodina, kamarádka
d) z jiného zdroje – uveďte jaký

Vaše poznámky a připomínky k dotazníku:

SLOVNÍČEK

A

aa. umbilicales – pupečníkové tepny

alergie – přecitlivělost

alkaloid – dusíkatá zásaditá látka s jedovatým účinkem

amfetamin – syntetická droga se stimulačním účinkem na centrálním nervový systém

amnion – vnitřní plodový obal, „blána ovčí“

anamnéza – soubor údajů o pacientovi

anorganický – týkající se neživých látek

apgar skóre – sledování zdravotního stavu novorozence těsně po porodu

antibiotika – látky zastavující růst bakterií nebo je přímo ničí

antigen – zpomalují oxidační reakce

avitaminóza – chorobný stav způsobený nedostatkem určitého vitamínu

B

barbiturát – derivát kyseliny barbiturové mající tlumící účinek na nervový systém

biogenní – nezbytné chemické prvky pro živý organismus

blastogeneze – první fáze vzniku zárodku

blastoméra – buňky vznikající rýhováním oplozeného vajíčka

blastula - rané vývojové stádium zárodku ve formě váčku obsahující dutinku

D

deformita – znetvoření, zkřivení

diabetes mellitus – úplavice cukrová

ductus venosus – žilní spojka

E

embryoblast – vnitřní buněčná masa vajíčka

embryogeneze – zárodečný vývoj

ektoderm – vnější zárodečný list

entoderm – vnitřní zárodečný list

epifýza – zakončení dlouhé kosti; šišinka mozková

epilepsie – „padoucnice“ onemocnění mozku projevující se záchvaty s příznaky křečí, poruchy vnímání atd. **esenciální mastné kyseliny** – pro náš organismus nezbytné kyseliny, které je nutno přijímat potravou

erytrocyt – červená krvinka

F

fetální – druhá část vývoje plodu od 3. Měsíce do narození

fontanela – vazivové spojení na hlavě novorozence v místě zkřížení švů lebečních, lupínek

fosfát – je sůl kyseliny fosforečné

foramen ovale – oválný otvor mezi síněmi

fyziologický – týkající se zdravého organismu, normální

G

gameta – pohlavní buňka

glykolipidy – tuky s cukernou složkou v molekule

glykolýza – je metabolický proces, při kterém se mění cukr na dvě složky pyruvátu

glykoproteiny – bílkoviny s cukernou složkou v molekule

gravidita – těhotenství

H

halucinogeny – působí na nervový systém tak, že změní vnímání od reality

hemoglobin – červené krevní barvivo

hypertenze – vysoký krevní tlak

hypervitaminóza – chorobný stav z nadbytku vitaminů

hypovitaminóza – chorobný stav z nedostatku vitaminů

hypoxie – nedostatek kyslíku ve tkáních

CH

chinin – alkaloid způsobující poruchy zraku, sluchu, bolesti hlavy, alergie

chorion – vnější plodový obal, „blána klkatá“

chromozom – vláknitá struktura buněčného jádra, v níž je v podobě DNA obsažena dědičná informace

I

imunizace – očkování

intrauterinní – nitroděložní

K

karboxyhemoglobin – oxid uhelnatý navázaný na hemoglobin

kardiotokografie – vyšetřovací metoda, která sleduje děložní stahy a měří srdeční ozvy
kaudální – směr k pánvi

koncepce – oplodnění

kontraindikace – stav pacienta vylučující některé léčebné postupy

kontrakce – děložní stahy

konzervační látky – přídatná látka, která se přidává do potravin při zpracování, při výrobě, skladování nebo balení

kraniální – směr k lebce

kreatinin – látka vznikající ve svaích z kreatinu, její koncentrace v krvi odráží funkci ledvin

kumulace – nahromadění léku

L

lanugo – chmýří

M

malformace – vrozená vývojová úchylka tvaru

megablastová anémie – chudokrevnost provázená přítomností megaloblastů – velkých nezralých červených krvinek v kostní dřeni

mekonium – „smolka“ první stolice u novorozence

metabolismus – látková přeměna

metabolit – produkt látkové přeměny metabolismu určité látky

mezoderm – střední zárodečný list

mlezivo – prvotní mléko „kolostrum“

morula – vývojové stadium lidského zárodku po několika prvních děleních 16–32 zcela rovnocenných buněk

O

organogeneze – vznik základů jednotlivých orgánů

osteomalacie – onemocnění kostí způsobené nedostatkem vitamínu D v dospělosti, vede k měknutí kostí

osteoporóza – časté onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty „řidnutí kostí“

P

plicní ventilace – výměna dýchacích plynů mezi krví a vnějším prostředím

preeklampsie – těhotenské onemocnění s otoky, bílkovinou v moči a vysokým krevním tlakem

prebiotikum – potrava pro střevní bakterie

prenatální – období před porodem

probiotikum – zdraví prospěšné bakterie

proteinurie – bílkovina v moči

S

screening – použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob

stetoskop – jednoduchý nástroj k poslechu tělesných zvuků, dnes užíván v porodnictví k poslechu srdečních ozev plodu

streptokok – bakterie vyskytující se ve dvojicích nebo řetězcích

substituční – podpůrná

sulfonamidy – léky užívané k léčbě bakteriálních infekcí

surfaktant – je aktivní látka skládající se na z tuků a bílkoviny na povrchu plicních sklípků

syfilis – chronická pohlavní infekční choroba, „příjice“

T

teratogenní – způsobující vznik vrozených vývojových vad a defektů zrůdností

torus intervenosus – příčná val

toxikománie – drogová závislost

trofoblast – vnější vrstva vajíčka tvořena z plochých až kubických buněk na povrchu blastocysty

truncus pulmonalis – plicní kmen

U

ultrasonografie – vyšetřovací metoda využívající ultrazvuk a grafické znázornění

V

vazokonstrikce – zúžení cév

vena cava inferior – dolní dutá žíla

vena cava superior – horní dutá žíla

v. umbilicalis – pupečnicková žíla

Z

zygota – oplozené vajíčko s diploidním počtem chromozomů

(Vokurka, Hugo, 2000; <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>)

POUŽITÉ ZKRATKY

atd. - atak dále

č. - číslo

BMI – body mass index

DDD – denní doporučená dávka

HCG – choriový gonadotropin

HDL - High-density lipoprotein = vysokodensitní lipoprotein

HIV - Human Immunodeficiency Virus = virus lidské imunitní nedostatečnosti

LDL - Low-density lipoprotein = pomalodensitní lipoprotein

např: - například

PPM – peněžitá pomoc v mateřství

Sb. - sborník

VPMT – vyrovnávací přivýdělek v těhotenství a mateřství

WHO – world health organization = světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tab. 1. Stav respondentek.....	37
Tab. 2. Vzdělání respondentek	39
Tab. 3. Pravidelné návštěvy u gynekologa	40
Tab. 4. Návštěvnost předporodního kurzu	40
Tab. 5. Nejčastější uváděné pozitivní i negativní důvody pro návštěvnost předporodního kurzu	41
Tab. 6. Porovnání návštěvnosti předporodního kurzu vzhledem ke vzdělání (Varnsdorf + Olomouc).....	43
Tab. 7. Požívání alkoholu během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc).....	44
Tab. 8. Drogy (Varnsdorf + Olomouc).....	45
Tab. 9. Tabakismus během těhotenství.....	46
Tab. 10 Počet cigaret za den (Varnsdorf + Olomouc).....	47
Tab. 11. Denní příjem nápojů s kofeinem (Varnsdorf + Olomouc)	47
Tab. 12. Přehled druhů přijímaných kofeinových nápojů (Varnsdorf + Olomouc).....	48
Tab. 13. Počet sklenic a druh vypitých nápojů u respondentek (Varnsdorf + Olomouc) ...	49
Tab. 14. Informovanost o míře poškození plodu rizikovými faktory u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)	50
Tab. 15. Tabulka 15. Očkování proti závažné infekční nemoci (Varnsdorf + Olomouc)...	51
Tab. 16. Pravidelný příjem léků vyžadující zdravotní stav během těhotenství (Varnsdorf + Olomouc).....	52
Tab. 17. Doplnky stravy v průběhu těhotenství (Varnsdorf + Olomouc).....	53
Tab. 18. Nejvíce kupovaný doplněk stravy (Varnsdorf + Olomouc)	54
Tab. 19. Denní příjem tekutin u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)	55
Tab. 20. Denní příjem bílkovin během těhotenství u respondentek (Varnsdorf + Olomouc)	56
Tab. 21. Zvýšený příjem kyseliny listové u respondentek (Varnsdorf + Olomouc).....	58

Tab. 22 Informace o průběhu těhotenství a životosprávě u respondentek (Var.+ Olo.)	59
Graf 1. Stav respondentek (Varnsdorf + Olomouc).....	38
Graf 2. Vzdělání respondentek (Varnsdorf + Olomouc).....	39
Graf 3. Návštěvnost předporodního kurzu (Varnsdorf + Olomouc).....	41
Graf 4. Nejčastější uváděné pozitivní i negativní důvody pro návštěvnost předporodního kurzu (Var. + Olo.)	42
Graf 5. Porovnání návštěvnosti předporodního kurzu vzhledem ke vzdělání (Var. + Olo.).....	43
Graf 6. Požívání alkoholu během těhotenství (Var. + Olo.).....	44
Graf 7. Tabakaismus během těhotenství (Var. + Olo.).....	46
Graf 8. Denní příjem nápojů s kofeinem (Var. + Olo.)	48
Graf 9. Přehled druhů přijímaných kofeinových nápojů (Var. + Olo.)	49
Graf 10. Informace o míře poškození plodu rizikovými faktory u respondentek (Var. + Olo.)	51
Graf 11. Pravidelný příjem léků vyžadující zdravotní stav během těhotenství (var. + Olo.)	52
Graf 12. Příjem doplňků stravy během těhotenství (Var. + Olo.)	53
Graf 13. Nejvíce kupovaný doplněk stravy (Var. + Olo.)	54
Graf 14. Denní příjem tekutin u respondentek (Var. + Olo.)	56
Graf 15. Denní příjem bílkovin během těhotenství u respondentek.....	57
Graf 16. Zvýšený příjem kys. Listové během těhotenství u respondentek (Var. + Olo.)....	58
Graf 17. Informace o průběhu těhotenství a životosprávě u respondentek (Var.).....	59
Graf 18. Informace o průběhu těhotenství a životosprávě u respondentek (Olo.).....	60

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jana Culková
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Milada Bezděková
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Problematika životního stylu těhotných žen
Název v angličtině:	The lifestyle issues of pregnant women
Anotace práce:	Záměrem bakalářské práce je zjistit stav životního stylu těhotných žen. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, část teoretická a část praktická. Část teoretická se zabývá odbornými poznatky celého průběhu těhotenství a rady, jak by žena měla zodpovědně přistupovat k těhotenství a jaké zásady by měla dodržovat v oblasti výživy a rizikových faktorů. V praktické části je zahrnuto dotazníkové šetření a jeho výsledky z měst Varnsdorf a Olomouc. Při vyhodnocení každé otázky byla zhotovena tabulka obou měst a k výsledkům každého města byly přiděleny grafy.
Klíčová slova:	těhotenství, vývoj plodu, poradna, právní ochrana těhotné ženy, výživa matky, rizikové faktory (kouření, alkohol, drogy, kofein), výzkum, dotazníky

Anotace v angličtině:	The purpose of this work is determined the status of pregnant women. The work is divided into two parts, the theoretical part and the practical part. The theoretical part deals with professional knowledge of the entire process of pregnancy and advice, how should a women responsible approach to pregnancy and what principles should be respected in the field of nutrition and risk factors. The practical part includes a questionnaire survey and the results from Varnsdorf Olomouc. During the evaluation of each question was made the table of both cities and the results of each were allocated plots.
Klíčová slova v angličtině:	pregnancy, embryonic and fetal development, prenatal clinic, legal protection of pregnant women, healthy food for pregnant women, risk factors (smoking, drugs, alcohol, caffeine), research, questionnaire
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 DOTAZNÍK
Rozsah práce:	82 stran
Jazyk práce:	český jazyk