

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Denisa Štěpánová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Denisa Štěpánová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL V TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Plzeň 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 24. 03. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Janě Horové za odborné vedení, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Štěpánová Denisa

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Zdravý životní styl v těhotenství

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran: číslované - 69, nečíslované - 23

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: těhotenství – výživa – porodní asistentka – životní styl - zdraví

Souhrn:

Teoretická část mé bakalářské práce je zaměřena všeobecně na zdravý způsob života. V této části práce jsem se zabývala pohybovou aktivitou, odpočinkem, sexuálním životem, léky, škodlivostí návykových látek a také psychikou těhotných žen. Nejobsáhlejším tématem byla především vhodná výživa těhotných žen, kde jsem se zabývala jak prekoncepční výživou, tak zásadami správného stravování v období gravidity.

Praktická část má charakter výzkumný a hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou ženy dostatečně a správně informovány o vhodné výživě nejen v těhotenství, ale i prekoncepčně.

Annotation

Surname and name: Štěpánová Denisa

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Healthy lifestyle in pregnancy

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages: numbered – 69, not numbered - 23

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 33

Key words: pregnancy – nutrition – midwife – lifestyle - health

Summary:

The theoretical part of my work is focused generally to a healthy way of life. In this section, I considered physical activity, relaxation, sexual life, medicaments, harmfulness of drugs and psyche of pregnant women. The most comprehensive topic was particularly the appropriate nutrition for pregnant women, in which I have dealt with both pre-conception nutrition and principles of healthy eating during pregnancy.

The practical part is of research character with the main goal to find out, whether women are adequately and correctly informed about proper nutrition, not only during pregnancy but also before conception.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ŽIVOTNÍ STYL V TĚHOTENSTVÍ	12
1.1 Pohybová aktivita	13
1.2 Odpočinek a spánek.....	15
1.3 Sexuální aktivita	16
1.4 Návykové látky.....	17
1.5 Léky a očkování.....	17
1.6 Psychika těhotných žen	18
2 VÝŽIVA V TĚHOTENSTVÍ	20
2.1 Prekoncepční výživa a změny metabolismu těhotných žen	20
2.2 Nutriční složení stravy	21
2.2.1 Makronutrienty	21
2.2.2 Mikronutrienty	24
2.3 Zásady správné výživy	26
2.3.1 Potravinová pyramida	28
2.3.2 Hygienické zásady při přípravě potravy.....	29
2.3.3 Pitný režim	30
2.4 Terapeutické možnosti stravy	31
2.5 Alternativní výživa v těhotenství.....	33
2.5.1 Alternativní styly výživy	33
2.5.2 Fytoterapie.....	34
3 EDUKAČNÍ ČINNOST PORODNÍ ASISTENTKY	36
3.1 Cíle edukace a fáze edukačního procesu	37
3.2 Všeobecné aspekty edukace těhotných žen	38
PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 FORMULACE PROBLÉMU	40

4.1 Hlavní problém.....	40
4.2 Dílčí problémy.....	40
5 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	42
6 METODIKA	42
7 VZOREK RESPONDENTŮ	42
8 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	43
9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	67
10 DISKUSE.....	72
ZÁVĚR	77
SEZNAM ZDROJŮ.....	79
SEZNAM GRAFŮ.....	82
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	83
SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Těhotenství je pro každou ženu nejdůležitější a nejkrásnější období v životě. V období těhotenství je ženin organismus vystaven větší zátěži než mimo graviditu. Proto je důležité předcházet možným problémům, které by se mohly během gravidity vyskytnout. A stejně důležité je, aby budoucí matka věděla, že některé těhotenské neduhy a komplikace, které by mohly během gravidity nastat, může do jisté míry ovlivnit sama, a to správným životním stylem a výživou. Protože každá žena si přeje přivést na svět zdravé dítě, měla by se zajímat o zdravý životní styl a snažit se ho dodržovat. Každá těhotná žena by tedy měla být dostatečně informována o vhodné výživě a celkově zdravém životním stylu. V těhotenství je velmi důležitá vhodná výživa ženy, která tělu dodá vše potřebné nejen pro matku, ale i plod. Vhodnou stravou žena také může eliminovat některé obtíže, které těhotenství doprovázejí. Proto by žena neměla podceňovat správnou výživu během těhotenství a především v prvních třech měsících, kdy se tvoří základní orgány plodu. V tomto období je plod velmi citlivý vůči vnějším vlivům. Ovšem správná strava je důležitá nejen během celého těhotenství, ale již prekoncepčně. Na to by ženy měly být včas upozorňovány, protože vhodnou prekoncepční přípravou mnohdy ženy mohou předejít některým problémům během těhotenství, porodu a šestinedělí.

V dnešní době je životní styl a vhodná výživa stále aktuální a diskutované téma. Právě na tuto oblast se zaměřuje mnoho autorů, je napsána spousta knih, časopisů, publikací a o vhodném životním stylu se také můžeme dočíst na mnoha internetových stránkách. Proto jsem přesvědčená, že většina žen zná alespoň základy této problematiky, ale ani to není záruka, že ženy budou pravidla zdravého stylu života dodržovat.

Protože zdravý životní styl je problematika velice rozsáhlá, rozhodla jsem se, že v praktické části mé bakalářské práce se budu věnovat především tomu zásadnějšímu tématu, a to výživě v těhotenství. Myslím si, že právě v této oblasti jsou největší nedostatky. Z tohoto důvodu se v teoretické části mé práce zabývám správnými stravovacími návyky. Ale zmíním všechny ostatní aspekty životního stylu, které jsou také velmi důležité.

Cílem mé práce je zjistit, zda jsou ženy dostatečně a správně informovány o vhodném způsobu stravování nejen v graviditě, ale také prekoncepčně. Dále mě zajímá, jaké faktory mají vliv na informovanost žen, kdo jim informace poskytuje nebo z jakých zdrojů je nejčastěji získávají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ŽIVOTNÍ STYL V TĚHOTENSTVÍ

Machová (2009, s. 16) uvádí: „Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrnou dobrovolného chování a životními situacemi.“

Chování člověka je limitováno ekonomickou situací společnosti, sociální pozicí člověka a je v souladu s rodinnými zvyklostmi. Záleží tedy na temperamentu, vzdělání, věku, příjmu, pohlaví a na postojích a hodnotové orientaci každého z nás. Pokud má člověk dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví podporuje a naopak co mu škodí, tehdy se může správně rozhodnout. Je nesmírně důležité, aby rodiče své děti informovali již od útlého věku o tom, co je vhodné a co nikoliv. (Machová, 2009, s. 16).

Dnes zhoršují kvalitu života tzv. civilizační choroby, např. kardiovaskulární nemoci, nádorová nebo metabolická onemocnění (obezita, diabetes mellitus). Tyto choroby jsou způsobené přejídáním se, sedavým způsobem života a také zhoršujícími se mezilidskými vztahy. Zdravý životní styl je ten způsob života, kde se neobjevuje alkohol, kouření, drogy, ale ani nedostatek pohybu a špatné mezilidské vztahy. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 53).

Těhotenství klade na ženu vyšší nároky. Pokud žena bude dodržovat zdravý životní styl, sníží se tak možné zdravotní komplikace. Zdravý styl života zahrnuje mimo jiné také pravidelný spánek, vyměšování, zdravou stravu a dostatek pohybu. (Čech, 2006, s. 74).

Vývoj dítěte bývá nejvíce ovlivňován během prvních tří měsíců těhotenství. V tomto období je plod nejvíce citlivý vůči vnějším vlivům a právě v těchto měsících by těhotná žena měla jíst zdravě, vyvarovat se kouření, alkoholu, drog a udržovat se v kondici. V případě, že se partneři rozhodnou založit rodinu, měli by se připravovat již několik měsíců před plánovaným početím. Pokud budoucí matka trpí nějakou chronickou chorobou, měla by navštívit svého lékaře a poradit se s ním. Dále ženy, které pracují na rizikovém pracovišti ohrožující zdraví těhotné, by se měly snažit najít bezpečnější práci. Nevhodná práce je i ta, kde žena zvedá těžká břemena. Také by se žena měla před početím zaměřit na vyváženou stravu s dostatkem vitamínů, živin a přiblížit se tak ke správné tělesné hmotnosti. (Pařízek, 2008, s. 41).

1.1 Pohybová aktivita

Těhotenství je období, kdy si ženy začnou více uvědomovat své tělo a jeho schopnosti. Tyto nové pocity by měly ženu podpořit k pohybové aktivitě během těhotenství. Fyzická aktivita dodává, sílu, energii a zbavuje únavy. Může také ulevit od nevolnosti, bolestí zad nebo zmírňuje křeče v lýtkách. Kromě toho se žena cítí lépe, což se přenáší i na plod. Cvičení také přispěje po porodu k rychlejšímu návratu na svou původní hmotnost. (Dumoulin, 2006, s. 11).

Pohybová aktivita v těhotenství je specifická a každá žena k ní musí přistupovat individuálně. Vždy záleží na aktuálním zdravotním stavu ženy, ale také na předešlé pohybové aktivitě a trénovanosti. V těhotenství by žena rozhodně neměla začínat s pravidelným cvičením v posilovně nebo běháním, když se před otěhotněním těmto aktivitám nevěnovala. Některé sporty se v těhotenství stávají nebezpečné pro zdravý vývoj plodu, jiné aktivity se mohou jen poupravit a s některými aktivitami je nejvhodnější začít právě v období gravidity. Pohybovou aktivitu, kterou si žena vybere, by měla konzultovat se svojí porodní asistentkou, která ví nejlépe, jaká zátěž je pro těhotnou ženu snesitelná. Když se během cvičení objeví potíže, jako jsou například bolesti břicha, závratě, tachykardie, palpitace nebo bolesti hlavy, je nutné cvičení přerušit, popř. vyhledat lékaře. (Bejdáková, 2006, s. 11-12).

Vhodné aktivity pro těhotné ženy jsou např. cvičení na míčích, jízda na rotopedu či kole, plavání, gravidjóga, jóga, tanec, chůze a těhotenský aerobik. Nejideálnější je tyto aktivity střídat. Žena by měla vypít půl litru čisté neperlivé vody jak před cvičením, tak po cvičení, aby se tak předešlo dehydrataci organismu. V těhotenství je důležité cvičit s mírou, necvičit do únavy, ale jen pro radost, protože právě v těhotenství se více zatěžuje kardiovaskulární a dýchací systém. (Martincová, 2012, s. 60).

Dále jsou sporty, které se nedoporučují, a aktivity, které jsou naprosto nevhodné. Mezi sporty, které se v období těhotenství nedoporučují, patří jízda na koni, lyžování, bruslení, tenis, aerobik a další. U těchto sportů hrozí poranění, ale také záleží na zdravotním stavu budoucí matky, na tom, jak je v určitém sportu zdatná a jak intenzivně ho provádí. Při provozování těchto sportů je nutný individuální přístup každé ženy a zde by také porodní asistentka měla posoudit, zda je vhodné či nevhodné pro danou těhotnou tuto aktivitu vykonávat. Nakonec existují sporty, které jsou vyloučeny, a pod tuto skupinu spadají adrenalinové sporty, (např. seskoky padákem, horolezectví, bungee jumping), protože zde je velké riziko úrazu či těžkého zranění. Není vhodné také potápění, míčové

hry, silové sporty, které zvyšují nitrobřišní tlak a kanoistika při které hrozí nebezpečí úrazu, prochlazení nebo zanesení infekce do rodidel. Během těhotenství jsou úplně vyloučeny všechny namáhavé vytrvalostní výkony, např. při běhu, jízdě na kole, běhu na lyžích. Vyloučená je vrcholová forma tréninku, ať už se jedná o jakýkoliv sport. (Bejdáková, 2006, s. 14-15). Absolutně nevhodné je cvičení u těhotných žen, které potratily více než dvakrát, protože zde hrozí opět potrat nebo také ve vyšším stádiu těhotenství předčasný porod. Dále je nevhodná pohybová aktivita u žen s inkompetencí děložního hrdla, vícečetným těhotenstvím a u žen s těžkým kardiovaskulárním, plicním onemocněním, či patologií placenty a eklampsii. Pokud má žena rizikové těhotenství, je třeba poradit se s lékařem. (Martincová, 2012, s. 61).

V dnešní době si těhotné ženy mohou vybrat ze široké nabídky různých těhotenských kurzů cvičení pod vedením porodních asistentek či fyzioterapeutů, kteří pomohou najít každé těhotné ženě správnou míru námahy. (Wessels, Oellerich, 2006, s. 6-7).

Speciální cvičení pro těhotné by měli vést zkušené porodní asistentky nebo fyzioterapeuti a měli by se zaměřovat na posilování svalů pánevního dna, břišních svalů a na prevenci křečových žil. Pokud probíhají tato cvičení pod vedením porodní asistentky, na závěr by mohla být doplněna teorií o přípravě žen k porodu včetně nácviků správného dýchání a relaxaci svalů během porodu.

Existují určitá specifika a doporučení cviků pro jednotlivé trimestry. V prvním trimestru je důležité vyvarovat se extrémní námaze, neprovádět výpady, skoky, visy a snažit se vynechat veškeré otřesy. Cvičení může probíhat ve všech polohách, včetně lehu na břiše. Ve druhém trimestru by se žena měla již vyvarovat lehu na břiše a na zádech by neměla cvičit moc dlouho, protože děloha utlačuje dolní dutou žílu, čímž se sníží krevní návrat k srdci. Také se zhoršuje rovnováha vlivem rostoucího břicha, a proto je důležité dbát na správné držení těla. Ve třetím trimestru by se těhotná žena měla snažit omezit dlouhé stání a zařadit celkovou relaxaci svalů. (Pařízek, 2008, s. 297-310).

1.2 Odpočinek a spánek

Pro těhotnou ženu je velmi důležitý odpočinek, který je podstatný pro její fyzické i psychické zdraví. Správná relaxace napomáhá k prokrvení dělohy a placenty. Nejvhodnější poloha těhotné ženy je na boku, na počátku těhotenství také vleže a ke konci gravidity je nejideálnější pololeh. Dlouhé stání na jednom místě je nevhodné, dochází tak k přetěžování kloubů a tvorbě otoků na dolních končetinách. Pokud situace např. v zaměstnání dlouhé stání ženy vyžaduje, je nutné, aby žena nestála na jednom místě, ale popocházela. V dolní polovině těla se tak zlepši krevní oběh. Ideální poloha není ani dlouhé sezení, kdy má žena nohy svěšené dolů na zem, naopak nohy by měly být ve výši pánve. Na konci těhotenství se může stát při poloze na zádech, že žena pocítí náhlou nevolnost a dušení. Jedná se o syndrom dolní duté žíly, přičemž je tato žíla utlačována vahou těhotné dělohy, krevní oběh je narušen a dýchání ztíženo. První pomocí je položit ženu na bok, vhodné také je neležet na zádech, ale spíše v pololeže, kdy záda ženy jsou výše než její nohy. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 20 a Pařízek, 2008, s. 318-321).

V prvním trimestru, a to především na počátku těhotenství, mají budoucí maminky zvýšenou potřebu spánku kdykoliv během dne. Pokud je to možné, je vhodné se spánku nebránit. Je to naprosto běžný jev vznikající na základě hormonálních změn probíhajících v organismu těhotných žen. Ke konci prvního trimestru by tato nepřekonatelná potřeba spánku měla zmizet. Naopak existují ženy, které v prvních třech měsících těhotenství prožívají neklidné noci, a to z důvodu psychických změn, které těhotenství přináší. Ženu zneklidňuje, že jí začíná nová etapa života, má obavy z toho, co jí čeká a zda to zvládne. Tyto úzkosti jsou zcela běžné.

Druhý trimestr je období, kdy většinou již ustoupily veškeré těhotenské obtíže projevující se na počátku těhotenství. Zvětšuje se břicho a těhotná začíná pomalu pociťovat pohyby dítěte. To vše vede k psychické pohodě a tím ke klidnému spánku. Žena může odpočívat v jakékoliv poloze.

Tyto ideální podmínky ke spánku mizí od pátého nebo šestého měsíce těhotenství, kdy je břicho už dost velké, a tak se obtížněji hledá vhodná poloha pro relaxaci. Také spánek může být zhoršený kvůli možným křečím dolních končetin a vlivem intenzivnějších pohybů dítěte. Tyto poruchy spánku na plod nemají vliv. Pokud má těhotná žena problémy se spánkem může jí pomoc fyto terapie, vhodná je meduňka a kozlík lékařský. Těhotné ženy by měly spát alespoň osm hodin denně, a pokud možno nejméně jednu hodinu během dne. Vlivem změn, které probíhají v organismu ženy, jsou sny velmi

bohaté, plné fantazie, strachu z porodu a obav o dítě. Tyto obavy, které se mohou promítat ve snech, jsou zcela přirozené. (Pařízek, 2008, s. 318-321).

1.3 Sexuální aktivita

Mnoho párů má strach, že pohlavní styk v těhotenství může ublížit dítěti, obávají se také zanesení infekce do dělohy a infekce plodu. To je ovšem možné pouze v případě pohlavně přenosných chorob. Plod je v děloze chráněn amniotickým vakem a hlenovou zátkou, sex proto neznamena pro plod žádné riziko. Ovšem existují situace, kdy by se měly páry sexu vyhybat. Mezi tyto situace patří stavy, kdy jsou porušené plodové obaly nebo pokud žena během těhotenství krvácí. Dále by se pohlavnímu styku měly vyvarovat ženy, které prodělaly v minulosti potrat nebo předčasný porod. V případě, že se objevily známky hrozícího předčasného porodu během nynějšího těhotenství, doporučuje se vyvarovat se sexu především během posledních tří měsíců před porodem. (Deansová, 2004, s. 155).

Ženy během prvního trimestru obvykle nemají chuť na pohlavní styk, a to z důvodu těhotenských obtíží, jako jsou ranní nevolnosti, zvracení nebo velká únava. Ve druhém trimestru se touha zvyšuje a ve třetím pak opět klesá. Existují i ženy, které během těhotenství zcela ztrácejí zájem o sex. Je to ovlivněno hormonálními změnami, psychickým stavem ženy a také nezájem o sex souvisí se změnou vzhledu. Mnoho žen si nepřipadá přitažlivě, a to především v posledním trimestru. Ovšem je to pouze dočasný jev a po porodu a šestinedělí se obvykle vše vrací do normálu. Ve druhém trimestru se zvyšuje zájem o sex především díky hormonálním změnám, které zajistí velmi intenzivní prožitek pohlavního styku, a to na základě zvýšeného prokrvení pánevních orgánů a pochvy, kde dochází ke zvýšené lubrikaci. Sexuální vzrušení se zvyšuje a ženy tak mohou dosáhnout orgasmu snadněji než dříve. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 24).

Po pohlavním styku se svým partnerem se žena cítí šťastná, milována a tyto pocity se přenáší i na dítě. Ovšem jsou i situace, kdy o pohlavní akt nemá zájem spíše partner těhotné. Na ženu může nahlížet spíše jako na matku než na milenku. Někteří muži zase ztrácejí zájem o sex z důvodu blízkosti dítěte, které by pak bylo svědkem jejich aktu. Také se partner může cítit odmítaný, protože jsou narušené obvyklé projevy náklonnosti. Pokud se objeví jakýkoliv problém v této oblasti, je důležité, aby oba partneři spolu o těchto problémech mluvili a vyjádřili všechny své pocity. Pokud pohlavní styk někomu z páru nevyhovuje, existují i jiné způsoby projevování náklonnosti k druhé polovičce. Páry si

mohou vyjadřovat lásku pouhými polibky, hlazením, mazlením nebo masáží. (Deansová, 2004, s. 157).

1.4 Návykové látky

Kouření je u nás v České republice celkem časté a bohužel se počet kuřáků neustále zvyšuje. Je jedním z faktorů zhoršující plodnost mužů. Kouř z cigaret obsahuje mnoho chemických látek poškozujících zdraví. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 25).

Toxické látky, které vznikají během kouření, omezují přenos kyslíku na základě vzniku karboxyhemoglobinu. Průtok krve dělohou pak snižuje nikotin obsažený v cigaretách. Polycyklické aromatické látky a kadmium negativně ovlivňují placentární funkci. U žen kouřících v těhotenství bývá větší výskyt spontánních potratů, předčasných porodů, také bývá častější perinatální úmrtnost. Děti kuřaček obvykle mívají nižší porodní hmotnost a růstový deficit pokračuje i po porodu, protože kuřačky kojí méně často. Dále se u dětí kuřaček vyskytuje častěji syndrom náhlé smrti, děti trpí na astma a respirační infekce. Pokud by žena pouze omezila počet cigaret, nemělo by to žádný vliv na tyto negativní účinky, proto se doporučuje těhotným úplně přestat s kouřením.

Požívání alkoholických nápojů a drog vede k závažným poruchám plodu, jako je fetopatie, embryopatie či dystrofie plodu. Míra poškození závisí na dávce, pravidelnosti a na době těhotenství, ve které se plod nachází při požívání škodlivých látek. Také je častější výskyt předčasných porodů a preeklamsií. V prenatalní poradně je žena varována před požíváním alkoholu a drog. Pokud to žena nerespektuje, je povinností lékaře či porodní asistentky ženu odeslat do poradny pro riziková těhotenství, která zajistí sledování růstu plodu a průběhu těhotenství. (Čech, 2006, s. 76).

1.5 Léky a očkování

K faktorům ovlivňující těhotenství je nutné zařadit užívání léků. Těhotná žena by si měla uvědomit, že užívání některých léků v graviditě by mohlo být nebezpečné jak pro ni samotnou, tak především pro plod.

Proto se doporučuje na první prohlídce informovat lékaře o lécích, které žena pravidelně užívá. Na mnoha lécích je napsáno, aby se neužívaly v těhotenství, protože jejich účinky v tomto období ještě nebyly prostudovány. (Deansová, 2004, s. 76-77).

Mezi nejzávažnější nežádoucí účinky se uvádí zpomalení růstu plodu, vznik vrozených vývojových vad, vyvolání spontánního potratu a předčasný porod. Samozřejmě

rozsah poškození je závislý na době podávání léků, na jeho chemické povaze a množství. Jestliže žena užívala před otěhotněním dlouhodobě léky v souvislosti s jiným onemocněním, je nutné, aby její těhotenství bylo plánované. V tomto případě lékař musí upravit typ a dávkování léků, aby neohrozily těhotenství. Je nutné, aby žena neužívala žádný lék během gravidity, aniž by se poradila s lékařem. Toto pravidlo platí i pro volně prodejné léky. V neposlední řadě je důležité, aby svého lékaře informovala o možných vedlejších účincích, které by se u ní projeví. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 26-27).

Některá léčiva mohou mít na plod i teratogenní účinky. Za prokázané teratogeny v prvním trimestru jsou považovány cytostatika, Warfarin, lithium a také některá antiepileptika. Za škodlivé léky v období fetálního vývoje považujeme opět cytostatika, Warfarin, opioidy, barbituráty, benzodiazepiny, tyreostatika, inhibitory ACE, beta-blokátory a další. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 111).

Očkování u těhotných žen se provádí pouze v nezbytně nutných případech a vůbec se nedoporučuje v prvních čtyřech měsících. Výjimkou je očkování proti vzteklině a tetanu. O tom, zda a kdy je nutné očkování ženy, může rozhodovat pouze lékař, který těhotnou ženu pravidelně kontroluje a musí zvážit, zda není větší riziko pro ženu i plod očkování než možné riziko infekce. (Pařízek, 2008, s. 350).

1.6 Psychika těhotných žen

V těhotenství se vlivem hormonů mění emoce. Některé ženy po zjištění, že jsou těhotné, budou cítit ohromnou radost, pocit triumfu, že se jim podařilo otěhotnět, a také pocity psychického spojení se svým partnerem. Jindy může znamenat zjištění gravidity velký problém, a to v těch případech, kdy žena na těhotenství ještě není připravená, nebo v době, kdy těhotenství ještě není plánované atd. Některé ženy i přesto, že potomka chtěly, mohou prožívat negativní pocity a emoce. Obvykle cítí, že vše probíhá velmi rychle. Obávají se odpovědnosti za jinou bytost, mají strach, zda těhotenství a vše, co je s tímto jiným stavem spojené, zvládnou. Samozřejmě se také objevují obavy z porodu. Všechny tyto emoce a pocity jsou naprosto přirozené, individuální a obvykle se mění v různých obdobích těhotenství. (Deansová, 2004, s. 150).

V období prvního trimestru se žena soustředí především na sebe, pozoruje na svém těle známky těhotenství a smíruje se s faktem, že v ní žije plod, který jí změní dosavadní způsob života. Uvažuje o tom, co se všechno změní, čeho se bude muset vzdát. V tomto období často ženy vyhledávají své matky. Objevují se také ambivalentní pocity, pochyby,

rozladěnost, nejistota a přecitlivělost. Ženy jsou velmi citlivé na veškeré reakce okolí a především na reakce svého partnera a také jsou velmi vnímavé, jak a do jaké míry se jim partner snaží pomoci. Porodní asistentky by s těhotnou ženou v tomto období měly dostatečně komunikovat, vyslechnout její starosti a akceptovat její ambivalentní pocity.

V době, kdy začne žena vnímat pohyby plodu a je viditelná zvětšující se velikost břicha, obvykle se mění ambivalentní pocity v pozitivní. Žena s plodem navazuje první kontakt, mluví na něj, hladí si břicho, klade důraz na životní styl, vyhledává cvičení pro těhotné a také si vyhledává veškeré informace. Fyzická výkonnost se zvyšuje, emoce jsou intenzivnější. Těhotné ženy mohou mít různé fantazie o tom, jak plod vypadá a jakého je pohlaví. Ženy, které mají negativní zkušenosti již z předchozího těhotenství, mohou v této době být úzkostné. V tomhle období obvykle porodní asistentka ženu provádí předporodním kurzem a podává potřebné informace. Je důležité, aby se ženy zapojily do skupin těhotných žen, kde si mohou vyměňovat svoje zkušenosti, informace, sdělovat své pocity, obavy a porodní asistentka by pak měla různé úvahy a otázky uvést na pravou míru.

V závěru těhotenství se pak ženy připravují na příchod svého potomka, zařizují pokoj, nakupují vybavičku a připravují se na porod. Je to období náročnější, protože organismus je vystavený větší zátěži, ženy jsou často brzy unavené, trpí nespavostí a tělesnou nepohodou. Velikost břicha také může vyvolávat pocity nepřitažlivosti a nemotornosti. V tomto období je obvyklý pocit nekonečného těhotenství. Ženy již mají obavy z porodu, především z bolesti. Objevuje se strach, zda zvládnou porodit dítě a zda bude zdravé, obávají se také různých komplikací. V této době porodní asistentka je oporou pro ženy a ženám naslouchá. Cílem předporodní přípravy je zvýšit sebevědomí ženy a zvýšit důvěru ve své tělo porodit a postarat se o dítě. Důležité je i rodinné zázemí a podpora partnera. (Ratislavová, 2008, s. 26-27).

2 VÝŽIVA V TĚHOTENSTVÍ

2.1 Prekoncepční výživa a změny metabolismu těhotných žen

Pokud žena plánuje graviditu a přemýšlí, jak by mohla přispět ke správnému průběhu těhotenství a zdravotnímu stavu svého dítěte, je vhodné dodržovat zásady tzv. prekoncepční výživy. (Hronek, Barešová, 2012, s. 13).

Doporučuje se zhodnotit vlastní životní styl a případně ho upravit tak, aby se vytvořily správné stravovací návyky pro období gravidity. Tímto krokem lze pozitivně ovlivnit celoživotní zdraví dítěte. Dodržováním zásad zdravé výživy lze předejít řadě negativních stavů, které se mohou vyskytnout při chybění určitých složek potravy a dále předejdeme kardiovaskulárním onemocněním nebo také diabetu či obezitě. Mezi základní zásady výživy v těhotenství, ale i v období před a po otěhotnění patří udržení optimální tělesné hmotnosti, vyvážená strava, zastoupení vitamínů a minerálních látek a pitný režim. (Martincová, 2012, s. 6).

Ačkoliv by měl být jídelníček pestrý a vyvážený po celou dobu gravidity, nejdůležitější je především v prvních týdnech, protože se vyvíjí páteř, orgány a končetiny plodu. Podstatnou úlohu v tomto období hraje kyselina listová, železo, vápník, vitamíny, minerální látky, bílkoviny, tuky a sacharidy. Doporučuje se poradit s porodní asistentkou o vhodné stravě v těhotenství, protože každá žena je jedinečná a také příjem potravy závisí na zdravotním stavu ženy, hmotnosti, pohybové aktivitě, dědičnosti a stresu během života ženy. (Bowden, Tannisová, 2010, s. 20-21).

Je nutné, aby porodní asistentka změny v metabolismu těhotné ženy znala, pokud chce správně edukovat o vhodném stravování.

Během těhotenství dochází ke zvýšeným nárokům na metabolismus ženy. Musí se tak zajistit zvýšená energetická a nutriční potřeba plodu i nově vznikajících orgánů nebo zvětšujících se tkání, které zabezpečují těhotenství a laktaci. Jedná se především o amniovou tekutinu, placentu, dělohu, zvětšení krevního oběhu, prsní tkáň a zvýšení zásobního tuku. Tyto zvýšené nároky zabezpečuje zvýšená metabolická rychlost a změna chování těhotné ženy ve stravování a fyzické aktivitě. Přizpůsobení metabolismu zvýšeným nárokům je zajištěno na základě vytvoření placenty produkující hormony ovlivňující právě metabolismus živin. Tyto hormony ovlivňují metabolickou rychlost, zvyšují účinnost vstřebávání živin ve střevě a snižují ztráty živin. Pokud během těhotenství

bude matka drasticky hladovět, organismus není schopen nedostatečnou výživu kompenzovat, což bude mít vliv na růst a vývoj plodu.

Choriový gonadotropin, placentární laktogen a estrogeny ovlivňují metabolismus sacharidů, lipidů a kostní metabolismus. Progesteron způsobuje relaxaci hladkých svalů. Po desátém týdnu gravidity se zvyšuje objem krevní plazmy, což se projevuje snížením látek a živin obsažených v plazmě i přesto, že pro většinu z nich se zvyšuje jejich absolutní obsah v krevní plazmě. Proto u některých živin, jako např. u triacylglycerolů, plazmatických lipidů, cholesterolu nebo volných mastných kyselin stoupá jejich koncentrace. Ve druhé polovině těhotenství je až o 60 % rychlejší bazální metabolismus matky. Jak u matky, tak u plodu se vytváří energetická rezerva zásobního tuku. (Müllerová, 2004, s. 44-45).

2.2 Nutriční složení stravy

Živiny lze dělit na makronutrienty, mikronutrienty, seminutrienty a nenutriční komponenty stravy. Seminutrienty jsou z rostlinné stravy mající příznivé účinky na organismus, přestože nejsou zcela nezbytné. Patří sem vláknina, fytochemické látky, jako jsou flavonoidy, isoflavonoidy, chlorofyly atd., nacházejí se v zelenině, ovoci a čajích. Probiotika jsou nenutriční komponenty stravy.

Živiny, ze kterých se získává energie, se nazývají makronutrienty. Patří sem bílkoviny, tuky a cukry. (Müllerová, 2004, s. 24-25).

2.2.1 Makronutrienty

- **Bílkoviny**

Bílkoviny jsou základní stavební složkou svalstva, fungují jako hormony, enzymy, protilátky či transportní složky a slouží také jako zdroj energie. V graviditě jsou nezbytné pro normální růst a vývoj plodu, placenty, dělohy a prsou.

Při nedostatečném příjmu bílkovin dochází ke zpomalení růstu plodu, narušení metabolismu, anémii, vzniku edémů a také klesá odolnost vůči infekcím. Tento deficit bílkovin se projeví nižší hmotností placenty, hypoproteinemií, edémy a nízkou porodní hmotností novorozence. Naopak při zvýšené spotřebě bílkovin vzrůstá množství močoviny zatěžující játra a ledviny. (Hronek, 2004, s. 57-62).

Bílkoviny jsou zdrojem tzv. esenciálních mastných kyselin, které musíme přijímat potravou, protože organismus si je nedokáže sám vyrobit. Biologicky plnohodnotné

bílkoviny obsahují všechny esenciální aminokyseliny, a to v potřebném množství. Nejvyšší biologickou hodnotu mají bílkoviny živočišného původu, které můžeme nalézt v mase, vejcích, rybách a mléčných výrobcích. Naopak v rostlinných zdrojích se esenciální aminokyseliny nevyskytují. Proto se doporučuje konzumovat rostlinné a živočišné bílkoviny v poměru 1:1. Doporučená denní dávka je 58 g bílkovin denně. (Hronek, Barešová, 2012, s. 34 – 35 a Komprda, 2009, s. 13).

- **Tuky**

Tuky jsou nezbytné k tvorbě buněčných membrán a jejich správné funkci. Jsou nutné také ke vstřebávání vitamínů A, D, E, K a karotenů, působí v zánětlivých reakcích a ovlivňují hladinu cholesterolu. Slouží jako tepelné izolátory v podkoží. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 23).

Důležité je přijímat stravou především esenciální mastné kyseliny, které si tělo neumí vytvořit samo. Jsou to kyseliny linolová, linoleová a arachidonová. Tyto esenciální mastné kyseliny se rozdělují na dvě metabolické řady označované jako omega-6 a omega-3 polynenasycené mastné kyseliny a jsou důležité pro funkci imunitního systému jak matky, tak plodu. Příjem omega-3 mastných kyselin je v období gravidity také podstatný pro vývoj mozku plodu. (Hronek, Barešová, 2012, s. 36).

Nedostatečný přísun esenciálních mastných kyselin má za následek sníženou odolnost proti infekcím, pokles výkonnosti, zkracování délky těhotenství a sníženou hmotnost novorozence. Naopak nadměrným příjmem tuků se dosáhne zvýšeného ukládání tuků a vzniku obezity. Vlivem oxidačních změn je zvýšené riziko karcinogeneze, předčasného a zrychleného stárnutí organismu. Proto je nutné v graviditě zajistit zvýšený přísun látek s antioxidačními účinky (vit. A, E, C...). Doporučená denní dávka antioxidantů pro těhotné ženy je 75 g/den. Zdroj kyseliny linolové je listová zelenina, živočišné tuky, drůbeží maso, rostlinné oleje a obilná semena. V mořských, sladkovodních rybách a jiných mořských živočiších zase nalezneme mastné kyseliny řady omega-3 a 6. (Hronek, 2004, s. 68-72).

Cholesterol je látka, která je podobná tukům, bez něj by se v těle netvořily žlučové kyseliny, hormony a vitamin D. Organismus si ho vyrábí v těle sám, ale také ho dostává společně s jídlem. Pokud se cholesterolu ze stravy dostává dostatečné množství, tlumí se jeho vlastní sekrece v těle. Existují dva druhy cholesterolu, a to HDL (high density lipoprotein) a LDL (low density lipoprotein). Zvýšené množství LDL cholesterolu

způsobuje jeho usazování v cévách a na základě toho mohou vznikat srdečně-cévní choroby. Naopak HDL cholesterol je schopný tyto usazeniny redukovat. Cholesterol je důležitý i pro správný vývoj plodu. (Sabersky, 2009, s. 55).

- **Sacharidy**

Sacharidy slouží jako primární zdroj energie. Všechny jednoduché cukry přijímané potravou se po vstřebání do krve dostanou do jater, kde se přeměňují na glukózu, která je nejvýznamnějším zdrojem energie především pro mozek, ledviny či erytrocyty a je také důležitá pro tvorbu některých sloučenin jako DNA či RNA. (Komprda, 2009, s. 20).

Nedostatečný přísun sacharidů vede ke sníženému tělesnému i duševnímu výkonu, zvýšené únavě až k hypoglykemickému šoku. Naopak vysoký příjem sacharidů způsobuje hyperlipidemii a zvyšuje se potřeba vit. B1. V posledních letech souvisí vznik DM II. typu se zvýšeným přísunem sacharidů v potravě, což sebou nese i svá rizika jako např. nadměrný hmotnostní přírůstek během těhotenství, a také větší riziko kardiovaskulárních chorob. Doporučená denní dávka v prvním trimestru je 321g sacharidů za den, ve druhém trimestru 398g. (Hronek, 2004, s. 76-80).

Glykemický index udává rychlost zvyšování hladiny cukru v krvi po konzumaci stravy. Čím více a rychleji se hladina cukru zvýší, tím je vyšší i glykemický index. Vhodnější je strava, která má nižší glykemický index, protože dodává energii pozvolna. Dále velmi důležité je celkové množství sacharidů v potravě. Např. mrkev má glykemický index poměrně vysoký, ale celkový obsah sacharidů je nízký. Hodnotu indexu ovlivňují ještě další faktory, jako je způsob zpracování jídla, obsah vlákniny, tuku, kyselost, vzájemný poměr živin a velikost porce. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 21).

Vláknina je velmi důležitá látka patřící do skupiny sacharidů. Její pravidelný příjem ovlivňuje řadu onemocnění jako hemoroidy, zácpu, křečové žíly nebo nemoci trávicího traktu. (Mandžuková, 2008, s. 14). Další její funkce je pokles vstřebávání toxických a karcinogenních látek ve střevě, čímž snižuje riziko vzniku nádoru tlustého střeva. Denní doporučená dávka je 25-30g. Nalezneme ji v zelenině (brokolice, kapusta, bílé zelí, čočka, hrách), ovoci (banán, hruška, červený rybíz), celozrnných výrobcích (bílé pečivo, celozrnný chléb) a otrubách. (Müllerová, 2004, s. 30-31).

2.2.2 Mikronutrienty

Do této skupiny řadíme vitamíny a minerální látky, které jsou nezbytné pro udržení životních funkcí. Vitamíny dělíme na rozpustné ve vodě (vitaminy skupiny B, vit. C) a vitamíny rozpustné v tucích (vitamin A, D, E, K). Vitamíny rozpustné ve vodě je nutné přijímat denně v dostatečném množství, protože si je organismus nedovede ukládat do zásob na rozdíl od vitamínů rozpustných v tucích. Ty ovšem mají jinou nevýhodu, a to že u nich hrozí větší riziko předávkování právě z důvodu uskladňování se v těle. Minerální látky si tělo neumí vytvořit samo, proto je musíme organismu dodávat. (Müllerová, 2004, s. 25).

Přestože jsou všechny vitamíny a minerální látky ve stravě důležité, existují takové, které mají velký význam právě v období těhotenství. Jedná se o vitamin A, kyselinu listovou, železo, jód a vápník.

Funkcí **vitamínu A** je podpora růstu a správné činnosti pohlavních žláz, odolnost vůči infekcím, udržování dobrého stavu kůže a sliznic a dále zajišťuje dobrý zrak. Hlavním zdrojem jsou vejce, tuňák, kysaná smetana, margarín, máslo, mléko. Dlouhodobé užívání vitamínového preparátu může poškodit játra a v době gravidity může způsobovat různé vývojové vady plodu. Proto ženy, u nichž je nutné vitamínové produkty v těhotenství užívat by měly konzumovat takové vitamínové preparáty, které jsou určeny speciálně těhotným ženám. Dle WHO denní příjem vitamínu A v těhotenství je 800 µg.

Kyselina listová (B9) je nezbytná pro tvorbu krve, obnovu a růst buněk. Nedostatek tohoto vitamínu může mít za následek nízkou porodní váhu novorozence, mohou také vzniknout vývojové vady nervového systému plodu, působí na růst plodu a placenty. Proto je v období gravidity příjem kyseliny listové velice podstatný, a to především v prvním trimestru. Zdrojem kyseliny listové je především listová zelenina, luštěniny, kvasnice, ořechy a vnitřnosti. Tento vitamín lze užívat jako doplněk stravy, pokud strava není dostatečně bohatá na zeleninu. Doporučený denní příjem kyseliny listové v těhotenství je 600µg. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 27-31).

Vápník (Ca) udržuje silné a zdravé kosti a zuby, je nutný pro výstavbu kostry rostoucího plodu. Také je důležitý pro srážlivost krve, činnost krevního tlaku a funguje jako podpora správné činnosti nervové soustavy matky i plodu. Již na počátku těhotenství je vápník odebírán ze zásob v kostech, proto by ženy měly klást důraz na dostatek této látky již prekoncepčně. Zdrojem vápníku jsou mléko a mléčné výrobky, mák, sójové boby,

ryby a sezamová semena. Doporučené denní množství pro těhotné ženy je 1200 mg. Pro lepší vstřebávání vápníku je vhodný vitamín D. Potřebu vápníku zvyšuje nadměrná konzumace bílého pečiva.

Příjem **železa (Fe)** je nezbytný pro normální průběh gravidity. Nedostatek železa se projevuje anémií, zvyšuje se pravděpodobnost nízké porodní váhy novorozence nebo předčasného porodu. Jeho konzumace se doporučuje od začátku těhotenství, ve druhém a třetím trimestru je nutné jeho příjem zvýšit. Denní doporučená dávka pro těhotné ženy je až 20 mg. Dostatečné množství železa napomáhá proti křečím, bolestem a zlepšuje poporodní hojení a rekonvalescenci. Těhotné ženy by si ovšem měly dát pozor na velmi vysoké dávky železa ve formě potravinových doplňků, které mohou vyvolat zácpu a ohrozit zásoby zinku. Jako zdroj železa se uvádí všechny vnitřnosti, především játra, hovězí a drůbeží maso, plody moře, ovoce, kvasnice a celozrnné potraviny. Vitamín C podporuje vstřebávání železa a také pokud žena před jídlem vypije sklenici čerstvé šťávy nebo pomerančového či grepového džusu. Naopak kofein a černý čaj brání vstřebávání tohoto minerálu. Vhodné je konzumovat sušené ovoce bohaté na železo místo sladkostí. (Mandžuková, 2008, s. 29-33).

Jód (I) je součástí hormonů štítné žlázy regulující tělesnou teplotu, bilanci vody a hormonální procesy. Odpovídá za funkci CNS a je odpovědný také za růst a tělesný vývoj. Plod si vytváří hormony sám a potřebuje k tomu tento prvek od matky, proto těhotná žena potřebuje dostatek zásob tohoto stopového prvku. Pokud je ho nedostatek dochází ke zvětšení štítné žlázy matky i plodu, což může vést k potížím s polykáním a dýcháním. Vlivem nedostatku tohoto minerálu se také může opozdit vývoj plodu. Těhotným ženám se denně doporučuje 230 μ g. Zdrojem jódu je především sůl, také mléko a mořští živočichové. Možné je užívat tablety s obsahem jódu. Pokud žena kromě přípravků s jódem užívá také přípravky z řas či chaluh, dochází k nadměrnému zásobení, které se může projevit hyperfunkcí štítné žlázy. (Sabersky, 2009, s. 58-59).

Mezi další důležité vitamíny a minerální látky patří **vitamín D**, který je důležitý pro správný růst kostí a zubů. **Vitamín E** je silný antioxidant, který zajišťuje správný vývoj buněk plodu. **Vitamín K** je důležitý především pro srážení krve a snižuje tak riziko krvácení v těhotenství. **Vitamín C** je také velmi silný antioxidant, podporuje tedy imunitu, zajišťuje růst a udržování zdravých kostí a zubů. Podstata **thiaminu (B1)** spočívá ve správné funkci metabolismu sacharidů a je důležitý pro správnou činnost NS, srdce a svalů. **Riboflavin (B2)** zasahuje do proměny sacharidů a bílkovin a je potřebný k tvorbě

hormonů nadledvinek. **Pyridoxin (B6)** je důležitý pro tvorbu erytrocytů, protilátek a pro funkci nervové a trávicí soustavy. **Kobalamin (B12)** má vliv na NS a je podstatný pro krvetvorbu. (Klescht, 2006, s. 73-75).

Sodík (Na) působí na regulaci svalů, hospodaření s vodou a na výši krevního tlaku, nadbytek této látky krevní tlak zvyšuje. **Draslík (K)** je pravý opak sodíku. Pokud je ho ve stravě nedostatečné množství, může to ovlivnit činnost srdce, peristaltiku střev (způsobuje zácpu), zhoršit dráždivost svalů a nervů a vyvolává nespavost. Další minerální látkou je **fosfor (P)**, významný pro stavbu kostí a zubů a pro využití energie. **Hořčík (Mg)** působí na metabolismus glukózy, činnost srdce, funkci cévních stěn, snižuje aktivitu zánětlivých procesů. Pokud těhotné ženy nemají dostatek této minerální látky, mohou trpět na křeče dolních končetin, dráždivou dělohu nebo se mohou vyskytnout problémy se srážlivostí krve. Právě na tyto problémy může porodní asistentka či lékař doporučit magnézium v tabletkové formě. Ovšem je vhodné tabletky vysadit ke konci gravidity, protože by mohly tlumit děložní aktivitu na počátku porodu. **Zinek (Zn)** ovlivňuje metabolismus bílkovin a imunitu. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 31-35).

Vyvážená strava obsahuje veškeré vitamíny důležité pro matku i plod. Jako doplněk stravy se doporučuje pouze kyselina listová a jód, event. pak hořčík nebo železo. Některé ženy si však mohou zakoupit vitamínové preparáty s domněnkou, že obsahují všechny potřebné vitamíny a stopové prvky v potřebném množství, ale mnohdy v těchto preparátech chybí právě ty vitamíny, kterých má žena nedostatek. V některých vitamínových přípravcích chybí vitamin D, který je důležitý pro těhotné ženy, a zase naopak obsah zinku překračuje maximální množství, které může být v těchto doplňcích stravy. Nereflektované užívání těchto preparátů může být i nebezpečné, neboť některé přípravky mohou obsahovat velké množství vitamínů rozpustných v tucích. Např. zvýšený příjem vitamínu A v prvním trimestru může vést k poškození plodu. Největší riziko předávkování vitamíny hrozí u vitamínu A a D. (Sabersky, 2009, s. 170-171).

2.3 Zásady správné výživy

Mezi základní zásady výživy patří v případě plánovaného těhotenství optimální tělesná hmotnost a dobře vyvážená strava minimálně v posledních třech měsících před početím. Další zásadou je, aby strava těhotné ženy měla správnou energetickou hodnotu a zastoupení dostatečného množství bílkovin a tuků. V jídelníčku by neměl chybět ani dostatečný příjem vitamínů a minerálních látek jak již bylo výše popsáno, z nichž je

v těhotenství především důležitý vápník, železo, kyselina listová a jód. Jednoduše řečeno, jídelníček těhotné ženy by měl být pestrý, vyvážený se zastoupením celozrnných obilovin, ovoce, zeleniny, ryb, ořechů, libového masa, luštěnin a mléčných výrobků. (Müllerová, 2004, s. 14).

Optimální tělesná hmotnost je taková, která je spojena s minimálními zdravotními riziky. Je velice důležitá, protože hmotnost ženy před otěhotněním souvisí s porodní hmotností novorozence. Pokud žena během těhotenství nepřibere dostatečně, zvyšuje se tak riziko předčasného porodu nebo nízké porodní váhy novorozence. Pokud naopak přibere nadměrně, vzrůstá riziko preeklampsie, gestačního diabetu nebo obezity u dítěte. Optimální váhový přírůstek hmotnosti během gravidity je 8-12 kg. Ovšem tento přírůstek je individuální a vychází z hmotnosti před otěhotněním. Ženy, které byly podvyživené, mohou v těhotenství přibrat až 18 kg, naopak obézní ženy by měly přibrat méně než 11 kg. V případě očekávání dvojčat je samozřejmě vyšší hmotností přírůstek a to až 20 kg. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 54 – 56).

Doporučený denní příjem energie, je pro netěhotnou ženu s normální váhou přibližně 8400 kJ (2000 kcal). U těhotných žen je to v jednotlivých trimestrech odlišné. Na počátku těhotenství během prvního trimestru není potřeba nijak energetickou hodnotu stravy zvyšovat. Ve druhém a třetím trimestru stoupá nárok na energetický příjem o 15 %, což je strava o hodnotě 1260 kJ (300 kcal). 300kcal odpovídá např. jednomu středně velkému jablku nebo jednomu bílému jogurtu. Celkový denní příjem tedy činí 9660 kJ (2300 kcal) za den. (Martincová, 2012, s. 6-13).

Pokud se těhotná žena neobejde bez sladkostí, doporučuje se, aby vyhledávala potraviny, kde je méně tuku a přidaných cukrů, a je nutné konzumovat sladkosti v rozumném množství. Další radou je, aby budoucí matka jedla pravidelně v průběhu celého dne, tím se stabilizuje hladina cukru v krvi a sníží se tak chuť na sladké. Pauza mezi jídly by neměla trvat déle než tři hodiny. A také je důležité pít dostatečné množství tekutin, protože pocit hladu může někdy vyvolávat právě nedostatek tekutin. Obecně se doporučuje vypít denně 2-3 l tekutin. (Parker-Littlerová, 2010, s. 53).

Protože placentou k plodu neprochází jen živiny, ale také některé škodlivé látky, je důležité, aby si těhotné ženy dávaly pozor na to, co je vhodné a co nikoli.

Nevhodné jsou veškeré nepasterizované mléčné výrobky a plísňové zrající sýry, jako např. hermelín, niva atd. Dále se nedoporučuje konzumovat hotová neohřátá jídla, syrová nebo nedovařená vejce, vaječné pokrmy včetně majonéz, syrové masové pokrmy,

syrová ryba a nevhodné je také suši. Na seznamu potravin, kterých by se žena měla vyvarovat, je také ovčí nebo kozí mléko a jejich produkty a konzervované potraviny. V neposlední řadě jsou to potraviny s vysokým obsahem cukrů, kofeinem a samozřejmě alkohol a drogy. (Deansová, 2004, s. 112).

2.3.1 Potravinová pyramida

Základní živiny je vhodné konzumovat v poměru: sacharidy 55 %, bílkoviny 15 % a tuky max. 30 %. V přepočtu na energetický obsah živin to znamená denní konzumaci cca 100 g bílkovin, 80 g tuku a 360 g sacharidů. (Komprda, 2009, s. 11). Pestrost pomáhá objasňovat potravinová pyramida, která se liší v různých zemích, podle tradic a potřeb. (viz příloha č. 3).

V současné době představilo fórum zdravé výživy novou výživovou pyramidu, která pomáhá při dodržování zdravého stravování. Fórum zdravé výživy tuto pyramidu aktualizovalo v roce 2013 a v mé bakalářské práci ji lze najít v příloze č. 2. Tato aktuální pyramida je vytvořena pro český národ a jeho způsob stravování. V mé práci podrobněji uvádím potravinovou pyramidu z roku 2008. Tato potravinová pyramida má čtyři patra. Trojúhelníkový tvar pyramidy představuje doporučené množství potravin v jednotlivých patrech. Čím nižší patro, tím více potravin z dané skupiny by se mělo konzumovat. Budoucí matky svoji energetickou potřebu během těhotenství postupně zvyšují, kdežto pohybová aktivita zase klesá. Proto se doporučuje během druhého trimestru přidávat ke každé skupině pyramidy o jednu porci více oproti předchozímu období a věnovat se především výběru výživově hodnotných potravin než energetické hodnotě.

Potřeba energie během gravidity vzrůstá a těhotná žena by ji měla přijímat ze sacharidů a především ve formě obilovin, které tvoří základ potravinové pyramidy. Mezi obiloviny lze zařadit pšenici, žito, oves, ječmen, kukuřici, rýži, proso nebo pohanku. Podle příjmu energie se doporučuje těhotným ženám konzumovat denně 3-6 porcí výrobků z obilovin. Přičemž jedna porce představuje např. jeden krajíc chleba (60 g), jeden rohlík, 125 g rýže nebo těstovin. Vhodné je upřednostňovat celozrnné výrobky než výrobky z bílé mouky. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 14-15).

V druhém patře potravinové pyramidy se nachází ovoce a zelenina, u které se upřednostňují tmavě zbarvené druhy jako je špenát či brokolice a také oranžové druhy, např. mrkev. U ovoce je důležitá druhová rozmanitost. Těhotné ženy by si měly dát pozor na ovocné šťávy kvůli vysokému obsahu cukru. (Komprda, 2009, s. 44).

Ve třetím patře potravinové pyramidy najdeme ryby, luštěniny, vejce, maso a ořechy. Tyto potraviny jsou zdrojem bílkovin, železa, jódu, vlákniny, vitamínů A, D a skupiny B. Měly by být v jídelníčku zahrnuty asi v 1-3 porcích denně. Doporučuje se sníst týdně 2 porce ryb a 4 vejce, a to kvůli vysoké výživové hodnotě. Ve třetím patře potravinové pyramidy také najdeme mléko a mléčné výrobky, které jsou zdrojem potřebného vápníku, vitamínů A, D a vitamínů skupiny B a v neposlední řadě obsahují také kvalitní bílkoviny. Nejhodnotnější jsou kysané mléčné výrobky. Doporučené denní množství je 2-3 porce, přičemž jednu porci představuje 250 ml sklenice mléka, 200 ml jogurtu nebo 50 g sýra. Mělo by se upřednostňovat spíše nízkotučné mléko a mléčné výrobky.

V posledním patře potravinové pyramidy je zobrazena skupina volného tuku, olejů, solí a sladidel. Doporučuje se konzumovat maximálně 2 porce denně, přičemž jedna porce cukrů či tuku váží asi 10 g. Potraviny z posledního patra je vhodné konzumovat v minimálním množství. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 14-18).

2.3.2 Hygienické zásady při přípravě potravy

V období těhotenství a především v prvním trimestru by si ženy měly dávat pozor na dodržování hygienických pravidel při přípravě jídla. Tím se předejde přenosu některých infekcí z potravy na matku, které mohou ovlivnit vývoj plodu. (Mandžuková, 2008, s. 44).

Doporučuje se, aby těhotné ženy dostatečně dbaly na čistotu, protože bakterie se mohou zdržovat na různých předmětech a manipulací s nimi se mohou dostat na ruce, kterými by kontaminace mohla být šířena dále. Také je nutné oddělovat syrové potraviny od tepelně upravených. Žena by měla být důsledná ve vaření pokrmů, protože vysoká teplota zničí nejvíce mikrobů. Vhodné je ujistit se, zda maso u kosti není krvavé. Také je důležité uchovávat potraviny při nízkých teplotách, protože bakterie nerostou při teplotách nižších než 4-5 °C. Doporučuje se kontrolovat teplotu v ledničce, která by se měla pohybovat do 4-5°C. Drůbež, čerstvé maso a ryby by se měly v chladničce skladovat nejdéle 1-2 dny. Samozřejmostí je používat nezávadnou vodu a suroviny. (Kastnerová, 2012, s. 86-87).

Žena by měla konzumovat jen pasterizované mléko a mléčné výrobky. Pečlivé mytí ovoce a zeleniny je samozřejmostí. Důležité je také vyvarovat se měkkým zrajícím sýrům a styku s kočkami a veškerými materiály, které by mohly být kontaminovány fekáliemi koček. Dodržováním těchto hygienických zásad by se těhotná žena měla vyhnout

onemocněním jako je listerióza nebo toxoplazmóza představující ohrožení plodu. (Pařízek, 2008, s. 252).

Původce listeriózy je bakterie rozšířená v okolním prostředí. Třetina případů tohoto onemocnění se vyskytuje právě v těhotenství. Tato bakterie může vyvolat meningitidu. Vzácně může listerióza vyústit až v potrat, předčasný porod nebo odumření plodu. Možné zdroje těchto bakterií jsou plísňové zrající sýry, sýry s modrou plísní, nepasterizované mléko a mléčné výrobky, dále jídla chlazená a znovu ohřívána, párky v rohlíku, nedovařená drůbež nebo syrová ryba. Další infekcí je toxoplazmóza, která může vést až k poškození mozku či zraku plodu. Největší riziko představuje infekce ženy ve třetím trimestru. Tento prvok je ve stolici živočichů, především pak venkovních koček, ale mimo to je také přítomen v půdě a v syrovém nedovařeném mase a drůbeži. Je tedy nutné věnovat zvýšenou pozornost dostatečnému vaření pokrmů, mýt si ruce po hlazení domácích mazlíčků a nosit rukavice při zahradničení. Potencionálním nebezpečím je také salmonelóza. Bakterie Salmonella se může vyskytovat ve vejcích nebo drůbeži, proto by měly být dostatečně tepelně upravovány. Těhotná žena by se měla vyhýbat konzumaci nedovařených a syrových vajíček a potravin, které je mohou obsahovat, jako je domácí majonéza nebo zmrzlina. (Deansová, 2004, s. 111).

2.3.3 Pitný režim

V období gravidity je také velmi důležitý pitný režim. Potřeba tekutin je závislá na mnoha faktorech, např. závisí na teplotě okolního prostředí, zdravotním stavu, tělesné hmotnosti nebo na intenzitě tělesné aktivity. Doporučuje se přijímat 30-35 ml tekutin na kg tělesné hmotnosti, přičemž se do tekutin počítají polévky, mléko, ovoce nebo zelenina.

Mezi vhodné nápoje patří voda. Doporučována je voda z veřejného vodovodu. Z balených vod jsou nejvhodnější slabě mineralizované vody. Těhotné ženy by si měly dát pozor na zvýšené množství sodíku v minerálních vodách, protože je přijímán z potravy již ve větším množství a mohl by tak zvyšovat krevní tlak. Vhodnější jsou neperlivé vody, neboť perlivé mohou podporovat pálení žáhy nebo zvracení. Další podstatnou věcí je skladování tekutin. Měly by se skladovat v temnu a chladu v opačném případě hrozí přechod různých škodlivin z obalů do tekutin a množení mikroorganismů.

Džusy jsou vhodné jen ty, které obsahují minimálně 50 % ovocné složky. Co se týká slazených minerálních vod, limonád a kolových nápojů, je vhodnější vynechat je úplně, protože mají vysoký obsah sacharidů, barviv, umělých sladidel a konzervačních

látek. U kolových nápojů je velké množství kofeinu a kyseliny fosforečné. Nevhodné jsou také tekutiny obsahující chinin vyvolávající stahy dělohy.

Mléko je vhodné pro každodenní užití, ale není nutné ho konzumovat často ve velkém množství. V některých případech může vyvolat u plodu alergii na kravskou bílkovinu. Postačí jedna sklenice mléka denně spolu s dalšími mléčnými výrobky, jako jsou jogurty či sýry. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 38-43).

Káva a alkohol jsou nevhodné tekutiny, protože alkohol poškozuje vývoj plodu. Pokud těhotné ženy pravidelně konzumují alkoholické nápoje ve větší míře, hrozí riziko vzniku tzv. „alkoholového fetálního syndromu u plodu“. Ten se projevuje zpomalením růstu plodu s vrozenými vývojovými vadami v oblasti obličeje, centrální nervové soustavy, srdce, močového a genitálního ústrojí. Kofein také prostupuje placentou a ovlivňuje srdeční činnost plodu. (Müllerová, 2004, s. 70).

2.4 Terapeutické možnosti stravy

Typickými a častými problémy v těhotenství bývají ranní gestózy a zvracení. Vyskytují se až u 70 % těhotných žen, a to především v prvním trimestru, ovšem mohou přetrvávat i nadále. Za možnou příčinu nevolnosti a zvracení se udává vliv hormonů, především lidského choriogonadotropinu (hCG). Vlivem těhotenských hormonů se často po ránu vyskytuje hypoglykémie, která je příčinou nevolnosti. Proto je vhodné ještě předtím, než těhotná žena vstane z postele, sníst pár piškotů nebo kousek pečiva, aby se zvýšila hladina cukru v krvi. Poté je důležité se nasnídat. Také se doporučuje přijímat stravu spíše v menších porcích častěji během dne a nezapomínat na pitný režim. Pro snížení pocitu nevolnosti se mohou užívat vitamínové preparáty, kde je obsažen vitamin B6 (pyridoxin). Z rostlinných přípravků je vhodný meduňkový čaj nebo v menším množství také mátový čaj. V případě déletrvajících obtíží, které snižují kvalitu života, je vhodné kontaktovat svého lékaře či porodní asistentku. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 88-89).

Dalším problémem v graviditě může být pálení žáhy, které postihuje 30-60 % žen. Objevuje se na začátku a na konci těhotenství vlivem uvolněného dolního svěrače jícnu, kdy dochází ke zpětnému vyplavování kyselého obsahu žaludku do jícnu. Ke konci těhotenství pálení žáhy také způsobuje zvětšená děloha tlačící na žaludek. Doporučuje se konzumovat nedráždivé jídlo v menších porcích. Vyhybat se jídlům, které uvolňují svěrač jícnu, např. tučná jídla, mentol nebo čokoláda. Vhodné je také spát v polosedě, kdy má

těhotná žena podloženou horní polovinu těla. V případě užívání antacid by se měla těhotná žena poradit s lékařem, protože některá mohou vázat železo. (Müllerová, 2004, s. 77-78).

Otoky mohou být příznakem preeklampsie, jsou časté hlavně ve třetím trimestru, kdy krevní oběh je náročnější a v těle ženy je zadržována tekutina. Pokud je to možné, doporučuje se nestát dlouho na jednom místě a při odpočinku zvedat končetiny do úrovně boků. Vhodné je omezit příjem soli a potravin s jejím obsahem a zajistit odpovídající příjem sodíku, draslíku a bílkovin. Také procházka napomáhá zlepšit krevní oběh.

Dalším problémem v graviditě může být tzv. těhotenská hypertenze, která po skončení gravidity může odeznít. V horším případě může být součástí dalších onemocnění, jako je preeklampsie nebo eklampsie. Hypertenze je nebezpečná pro plod, protože může způsobit růstovou retardaci, nebo může být příčinou potratu či předčasného porodu. Je nutné zachovat pitný režim v denních dávkách, omezit příjem sodíku, vyloučit kofein a naopak zařadit potraviny bohaté na vápník, draslík a bílkoviny. (Hronek, Barešová, 2012, s. 80-86).

Těhotné ženy může trápit zácpa, což je menší počet stolic než tři týdně. Dochází k ní vlivem těhotenských hormonů snižujících střevní peristaltiku, rostoucí dělohy utlačující střeva a také vlivem omezené pohybové aktivity těhotných žen. Zácpu také mohou způsobovat některé preparáty s železem. Důležitý je především dostatečný příjem tekutin, vlákniny a dostatek pohybu. Doporučuje se také konzumace kysaných mléčných výrobků, které pomáhají obnovovat střevní mikroflóru. K užívání laxativ během těhotenství se přistupuje až po vyčerpání dietních a režimových opatření. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 93-94).

V prvním trimestru mnoho žen pociťuje únavu, která se objevuje i na konci gravidity. Na počátku těhotenství může být příčina dána na základě nechuti k jídlu vlivem ranních gestóz a tak dochází ke ztrátám důležitých vitamínů a minerálních látek. Pokud nechutí k jídlu brání běžnému stravování, je vhodné poradit se s porodní asistentkou či lékařem o užívání multivitaminových preparátů. Únava může být také způsobena kolísáním hladiny glykémie. V tomto případě je na místě konzumovat více vlákniny. Další příčinou může být anémie ženy, která je během gravidity celkem běžná. Zde se doporučuje konzumovat více potravin s obsahem železa a přidat i vitamín C. Důležitý je odpovídající příjem tekutin denně, protože ve vyšších fázích těhotenství může být únava vyvolána dehydratací, protože ženy močí častěji a snižují příjem tekutin. (Hronek, Barešová, 2012, s. 83).

Mnoho těhotenských obtíží je možno redukovat zdravým jídelníčkem a pohybem. Mezi doporučované potraviny, které mohou zmírnit těhotenské obtíže, patří třešně acerola, vyzrálý sýr čedar, kefír, špenát, kiwi, sušená rajčata na slunci, artyčoky, šťáva ze sušených švestek, pšeničné klíčky, karob, dýňová semínka, celozrnné těstoviny, lněné semínko, prstuh duhový a jogurt. (Bowden, Tannisová, 2010, s. 179).

2.5 Alternativní výživa v těhotenství

V dnešní době existuje spousta žen, které se neřídí oficiálními výživovými doporučeními, ale uznávají celou řadu jiných výživových směrů. Nejrozšířenějším alternativním způsobem u nás je tzv. vegetariánství, které se ještě dále dělí na různé podskupiny. V poslední době se také mluví o makrobiotikách, dělené stravě nebo o výživě podle krevních skupin. Některé výživové směry mohou mít zásadní vliv na plod. Ženy by si měly uvědomit, že tyto diety jsou rizikové pro vývoj plodu z důvodu nedostatečného příjmu energie, bílkovin, vitamínu B12, vit. D, železa, vápníku a zinku (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 73).

2.5.1 Alternativní styly výživy

V dnešní době existuje celá řada různých výživových směrů, které se vždy nějak liší od standardních zásad správné výživy. V České republice je nejrozšířenějším směrem vegetariánství.

Vegetariáni neuznávají příjem potravin živočišného původu, především masa.

Vegani vylučují veškerou stravu živočišného původu. Měli by tedy v těhotenství doplňovat především vitamín B12 v dávce 2 mg denně.

Vitariánství je obdoba veganství, ale konzumuje se vše pouze v syrovém stavu.

Mezi méně striktnější výživové směry lze zařadit laktoovovegetariánství a semivegetariánství, které připouští konzumaci některých živočišných potravin.

Laktoovovegetariáni mohou konzumovat mléko a vejce a semivegetariáni pak navíc ještě ryby a drůbeží maso.

Také existují pulovegetariáni konzumující z potravin živočišného původu pouze drůbeží maso a peskovegetariáni jedí pouze plody moře.

Laktovegetariánství je stejné jako laktoovovegetariánství, ale jeho zastánci nejedí vejce. Zde hrozí především nedostatek železa.

Fruitariánství spočívá v konzumaci pouze syrového ovoce.

Makrobiotika jsou způsob výživy, kde základ jídelníčku tvoří celozrnné obiloviny, zelenina, někdy i ovoce, luštěniny a ryby. Lidé stravující se tímto způsobem se vyhýbají konzumaci mléka, mléčným výrobkům, „červenému masu“ a drůbeži, vejcím, cukrovinkám, živočišným tukům, tropickému ovoci a potravinám s obsahem přídatných látek. Zde hrozí také nedostatek železa, energie, omega-3 mastných kyselin, vit.B12, B2 a zinku.

Vegetariánství je výhodné především díky většímu množství ovoce, zeleniny a celozrnných výrobků, čímž se snižuje příjem cholesterolu. Může také snižovat riziko vzniku některých onemocnění. Ale ani jeden z těchto výživových směrů nelze doporučit jako optimální stravovací režim a v těhotenství už vůbec ne. Kromě problému nedostatečného množství vitamínu B12 bývá i nedostatek vápníku. I při částečném hrazení vápníku alternativními způsoby se doporučuje doplňovat tento minerál formou tablet v dávce 300 mg, stejně tak platí doplňování i u vitamínu D, železa a zinku. Nedostatečné množství bývá také u hořčičku a vitamínů skupiny B. Těhotné ženy by měly dbát na dostatečný příjem energie, proteinů a správnou kombinaci rostlinných zdrojů proteinů z obilovin, luštěnin, tvarohu, ořechů nebo arašídů. Ovšem veškeré alternativní diety jsou pro plod rizikové z důvodu poškození plodu z nedostatečné výživy. Veganství a makrobiotika je z lékařského hlediska hodnoceno jako naprosto nevhodný způsob stravování během gravidity. (Müllerová, 2004, s. 87., Pařízek, 2008, s. 250, Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 73).

2.5.2 Fytoterapie

V dnešní době se mnoho lidí domnívá, že užívání léčivých rostlin a bylinných směsí je velmi zdravé, protože se jedná o přírodní cestu. Ovšem je třeba brát ohled na to, že ne vše z přírody je zdravé, a to především pro těhotné ženy.

Mezi vhodné léčivé rostliny v graviditě patří např. brusinka, heřmánek, jitrocel, kontryhel, kopřiva, levandule, také je vhodný maliník, meduňka, měsíček, pohanka a šípek. Naopak mezi byliny nedoporučované v těhotenství patří bazalka, bříza, hloh, hluchavka, jestřabina, kokoška, pelyněk, přeslička, rozmarýn, šalvěj nebo také ženšen. (Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 122-123).

Co se týká konzumace bylinných čajů v těhotenství, nelze jednoznačně vyjádřit, zda jsou vhodné nebo ne. Některé druhy čajů pravděpodobně bezpečné jsou, jiné se zase nedoporučují. Proto dokud těhotná žena nebude dostatečně informována o účincích daného

bylinného čaje, měla by být velmi opatrná při výběru, číst pozorně etikety na obalech čajů a v neposlední řadě je na místě poradit se o užívání s porodní asistentkou či jiným odborníkem. Např. heřmánek je považován za bezpečnou bylinu a má uklidňující účinky na podrážděnou dělohu. Přesto se jeho konzumace doporučuje v malém množství. Naopak konzumace zeleného čaje není doporučována, protože snižuje účinnost kyseliny listové, která je velmi podstatná během gravidity. Není vhodné vařit si čaj z domácích produktů, pokud si těhotné ženy nejsou zcela jisté, o jaké druhy bylinek se jedná. V domácích podmínkách také nelze určit přesné a bezpečné dávkování. (Murkoff, Mazel, 2009, s. 110-111).

3 EDUKAČNÍ ČINNOST PORODNÍ ASISTENTKY

Těhotenství a porod jsou nezapomenutelným zážitkem pro každou ženu. Těhotné ženy jsou v očekávání, jak zvládnou nejen porod, ale i péči o novorozence a celý chod domácnosti. Jsou v očekávání, co jim přinese tato životní událost, která jim změní dosavadní způsob života. A právě v tomto období jsou tu pro těhotné ženy porodní asistentky, které by měly být rádcem nejen samotných žen, ale i rodin a komunit. Právě porodní asistentky by se měly velkou měrou podílet na tom, aby ženy měly na toto jedinečné období života krásné vzpomínky. Prvořadá úloha porodní asistentky je stát se průvodcem těhotných žen v období těhotenství, porodu i šestinedělí a informovat ženy o tom, jak se udržovat v dobrém zdravotním stavu. (Eggová, Vránová, 2010, s. 20, Vránová, 2011, s. 11).

Pokud porodní asistentka vede předporodní kurzy, je důležité, aby si uvědomila, o čem rodiče informuje a jaký vliv mohou mít tyto informace na průběh porodu a spokojenost rodičů. Dostatečné množství kvalitních informací pomůže rodičce snáze se orientovat v období těhotenství, porodním procesu a zachovat si klidnou hlavu v náročné životní situaci, jako je porod. Přání rodičů je přivést na svět miminko v klidu, pohodě a pokud možno přirozenou cestou, a v tom právě spočívá úkol porodní asistentky. (Štomerová, 2010, s. 234).

V dnešní době si těhotné ženy mohou vybrat z různých nabídek předporodních kurzů, které poskytují jak soukromé gynekologické praxe, tak porodnice. Tyto kurzy vedou vyškolené porodní asistentky s praxí a ženy jsou zde seznámeny s těhotenstvím, průběhem porodu a šestinedělím. Kromě toho jsou ženy edukovány v péči o novorozence a seznámeny s problematikou kojení. Porodní asistentky těhotné ženy také informují o základní odborné terminologii používané v těhotenství a za porodu. Obvykle je také součástí kurzů nácvik poloh během porodu, dechová a relaxační cvičení. Porodní asistentky také nabízejí ženám různé aktivity, které jsou v těhotenství vhodné, jako např. cvičení s míči, jóga nebo plavání a tím se snaží ženu zaktivizovat a zapojit do komunity dalších těhotných žen. Dále porodní asistentky mohou ženy seznámit s nefarmakologickými metodami tlumení bolesti za porodu. Důležité také je zapojení partnera těhotné ženy do přípravy a podpora vztahu matka a otec, otec a plod. Pokud kurz pořádá porodnice, obvykle bývá zvykem seznámení těhotných žen s prostředím porodních sálů. Výhodou předporodních kurzů je skupina těhotných žen či párů, kde se těhotné ženy mohou navzájem seznámit a tak se podpořit a vyměňovat si důležité informace, které spolu

v těhotenství sdílejí. Porodní asistentky, které vedou edukaci těhotných žen, by měly mít nejen výborné komunikační schopnosti, ale také schopnost odborně pracovat se skupinou a měly by umět používat prvky psychoterapie k podpoře sebedůvěry žen. (Ratislavová, 2008, s. 52-53).

Eggová a Vránová (2010, s. 20) uvádějí: *„Edukační proces je řízená činnost lidí, při níž se nějaký subjekt učí, obvykle za působení jiného subjektu, který vyučuje. Člověk, který je aktivním producentem vyučování, je označován jako edukátor. Jako edukant je označován subjekt učení.“*

3.1 Cíle edukace a fáze edukačního procesu

Cílem edukace porodní asistentky je informovat těhotné ženy o těhotenství, průběhu porodu, šestinedělí a také je informovat o péči o novorozence a kojení. Cíle edukace se mohou rozdělit na cíle kognitivní, afektivní a psychomotorické. Kognitivní neboli poznávací cíle jsou zaměřené tak, aby těhotná žena věděla, jak se má rozhodnout na základě specifických vědomostí a vysvětlení. Afektivním cílem je, aby si žena vytvořila hodnotovou orientaci a vztah k nové etapě svého života. Psychomotorický cíl zahrnuje osvojování si návyků a získávání zručnosti, např. dechová cvičení.

První fází edukačního procesu je fáze přípravná, kdy si porodní asistentka klade otázky typu: Proč bude někoho edukovat a jakým aktivitám se bude věnovat. Dále jakým způsobem bude ženy učit a také si určí, jaké podmínky jsou dostupné (časové, prostorové, materiální, personální).

Další je fáze faktická. Je to fáze, kdy porodní asistentka uskutečňuje svoji představu, tak aby splnila předem stanovené cíle.

Porodní asistentka v roli edukátorky pracuje jak s fyzickou stránkou matky, tak i s psychickou, duchovní a sociální stránkou. Cíle edukace musí zahrnovat podporu ženy ve chvílích stresu a strachu, dostatečné množství potřebných informací. Dále se porodní asistentka snaží, aby těhotná žena porozuměla podstatě svého problému. Také jí pomáhá pochopit a přijmout novou roli a popřípadě opravuje její chybné koncepce. (Eggová, Vránová, 2010, s. 20).

3.2 Všeobecné aspekty edukace těhotných žen

V první řadě by se měla porodní asistentka připravit a vybrat si formu edukace, která se jí zdá nejefektivnější. Při edukaci je vhodné vytvořit příjemnou atmosféru a přizpůsobit tomu také prostředí. Dále by měla edukovat maximálně 5-7 lidí, takže buď 5-7 těhotných žen nebo méně žen, ale i s partnery. Porodní asistentka může také edukovat ženu jako jednotlivce. Výhodou je pak soukromí, intimita a dostatečné množství času pro danou těhotnou ženu. Důležité také je stanovit si jasné cíle a aktivně zapojit všechny zúčastněné. Na konci svého kurzu je důležité dát dostatečný prostor pro případné dotazy a na závěr v základech shrnout vše podstatné.

Ze všeho nejdůležitější je, aby porodní asistentka působila na účastníky kurzu příjemně a získala si jejich důvěru. Ta se projeví tím, že se na ni nebojí kdykoliv a s čímkoliv obrátit (Eggová, Vránová, 2010, s. 20).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

4.1 Hlavní problém

V dnešním „hektickém“ moderním světě lidé příliš nežijí správným stylem života, který by pro ně měl být samozřejmostí. Mnoho lidí se nevěnuje žádné pohybové aktivitě, strava je nepravidelná, nevyvážená, často s nedostatkem potřebných živin. Není neobvyklý ani pravidelný stres, který na nás působí. Všechny tyto faktory a mnoho dalších se podepisují na našem zdraví a žena plánující graviditu by se je měla snažit co nejvíce eliminovat. A to nejen v době těhotenství, ale již před plánovanou koncepcí. Protože těhotenství klade celkově vyšší nároky na ženin organismus, měla by se držet zásad zdravého životního stylu a především stravování. Ale jsou ženy informovány o vhodné výživě před těhotenstvím a v těhotenství?

Hlavní cíl: Zjistit, zda jsou ženy informované o vhodném stravování nejen v těhotenství, ale také v období před graviditou.

4.2 Dílčí problémy

Cíl č. 1: Zjistit, zda ženy mají správné informace o vhodné výživě v těhotenství.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že většina žen má správné informace o vhodné výživě v těhotenství.

Kritérium: Většina, alespoň 70 % dotazovaných žen, odpoví správně na 4 z 5 znalostních otázek

Otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8

Cíl č. 2: Zjistit, zda jsou ženy informovány o prekoncepční výživě.

Předpoklad č. 2: Předpokládám, že většina žen není informována o prekoncepční výživě.

Kritérium: Většina je alespoň 70 %

Operacionalizace: prekoncepční výživa je výživa ženy před těhotenstvím

Otázky č. 9, 10 a 11

Předpoklad č. 3: Předpokládám, že ženy s vysokoškolským a středoškolským vzděláním si samy vyhledávají informace o prekoncepční výživě častěji než ženy se základním vzděláním.

Otázky č. 2, 9, 10 a 11

Cíl č. 3: Zjistit, jaké nejčastější „věcné“ zdroje informací o vhodné výživě v těhotenství ženy využívají.

Předpoklad č. 4: Předpokládám, že většina z dotázaných těhotných žen získala nejvíce informací z internetových zdrojů.

Kritérium: Většina je alespoň 70 %

Otázky č. 1, 3, 12, 13 a 14

Cíl č. 4: Zjistit, zda jsou těhotné ženy edukovány v prenatalních poradnách o vhodných stravovacích návycích.

Předpoklad č. 5: Předpokládám, že většina žen je edukována od porodní asistentky o zásadách správného stravování v těhotenství.

Operacionalizace: edukace je vzdělávací proces

Kritérium: Většina je alespoň 70 %

Otázky č. 15, 16, 17, 18 a 19

Předpoklad č. 6: Domnívám se, že většina žen by uvítala více informací ohledně správné stravy v prenatalních poradnách.

Kritérium: Většina je alespoň 70 %

Otázky č. 15, 20 a 21

5 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda jsou ženy dostatečně a správně informovány o vhodné výživě nejen v graviditě, ale také prekoncepčně. Dále jsem se chtěla dozvědět, zda těhotné ženy mají snahu si vyhledávat informace o vhodné výživě v těhotenství samy, nebo jestli jsou jim poskytovány především v prenatálních poradnách. Tímto výzkumem jsem také chtěla zjistit nejčastější zdroje, ze kterých těhotné ženy čerpají informace, a pokud jsou jim tyto informace podány v prenatálních poradnách, zajímalo mě, zda je edukovala porodní asistentka či gynekolog.

6 METODIKA

K získání požadovaných dat jsem použila metodu dotazníkového šetření. Před rozdělením dotazníků jsem provedla pilotní studii, kdy jsem rozdala šesti těhotným ženám dotazníky za účelem ověření proveditelnosti a vylepšení plánu výzkumu. Dotazník byl strukturovaný a jeho součástí bylo celkem 10 uzavřených a 11 polouzavřených otázek. První otázky jsou filtrující na získání základních informací, jako je věková kategorie, nejvyšší ukončené vzdělání a počet těhotenství. Další otázky se vztahují k daným cílům.

7 VZOREK RESPONDENTŮ

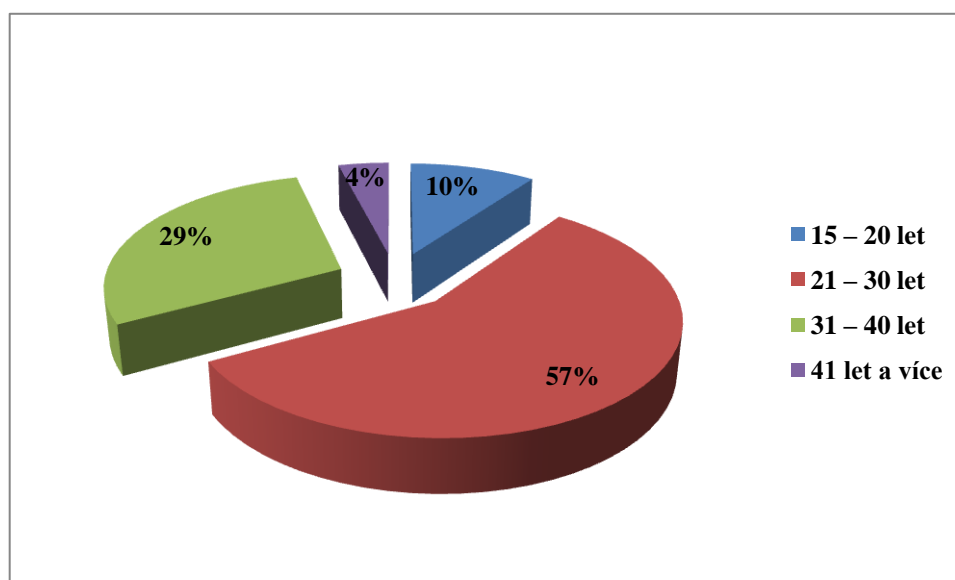
Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy různého věkového rozmezí, stáří těhotenství a parity. Dotazníky jsem rozdávala v soukromých gynekologických ordinacích v Plzni. Výzkum probíhal v období od začátku ledna do konce února 2013. Dotazníky byly rozdávány v tištěné formě a byly anonymní. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků a navrátilo se mi jich 100, návratnost tedy byla 83 %

8 ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázky (otázky č. 1, 2 a 3 zjišťovaly věkovou kategorii, nejvyšší ukončené vzdělání a počet těhotenství žen)

Otázka č. 1: **Kolik je Vám let?**

Graf 1: Věk dotazovaných žen

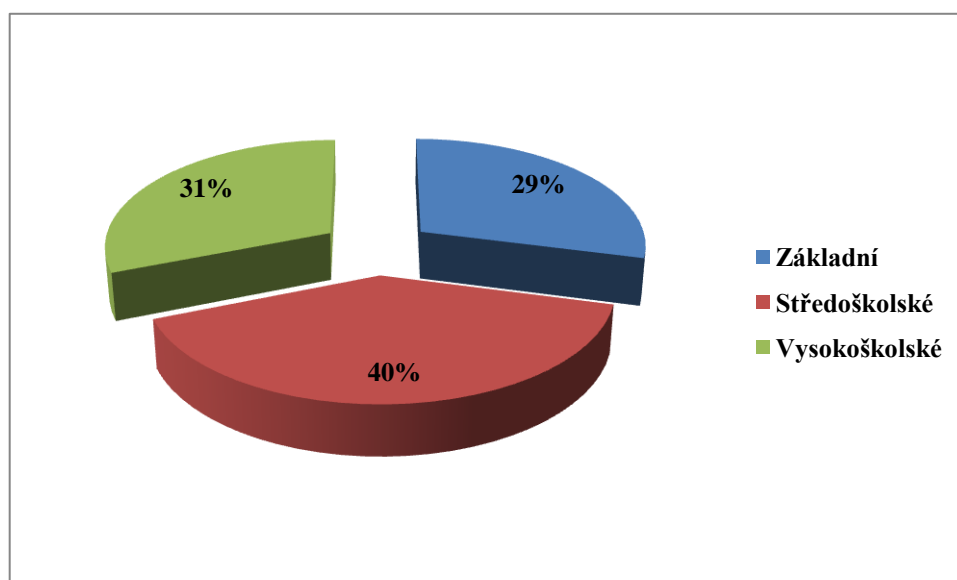


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentek vyplývá, že nejvíce dotázaných žen je ve věku 21 – 30 let, protože tuto možnost zvolilo 57 % respondentek. Ve věkovém rozmezí 31 – 40 let je 29 % žen. Mnohem slabší zastoupení dotazovaných žen je ve věku 15 – 20 let, kterých je 10 % a pouze 4% dotazovaných žen je ve věku 41 let a více.

Otázka č. 2: **Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?**

Graf 2: Vzdělání dotazovaných žen

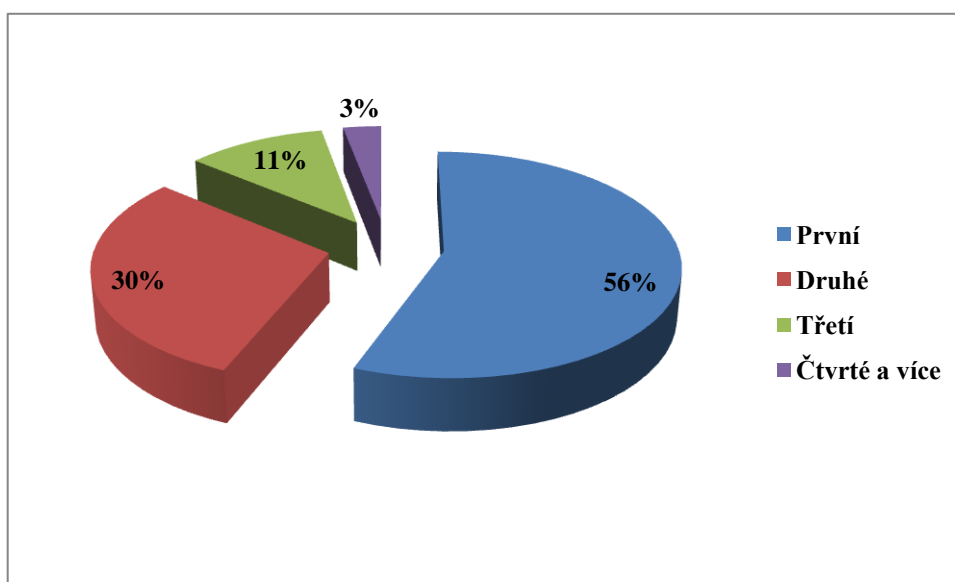


Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných respondentek bylo 40 % žen se středoškolským vzděláním, 31 % žen vystudovalo vysokou školu a 29 % tvořily ženy se základním vzděláním.

Otázka č. 3: **Pokolikáté jste těhotná?**

Graf 3: Počet těhotenství



Zdroj: vlastní

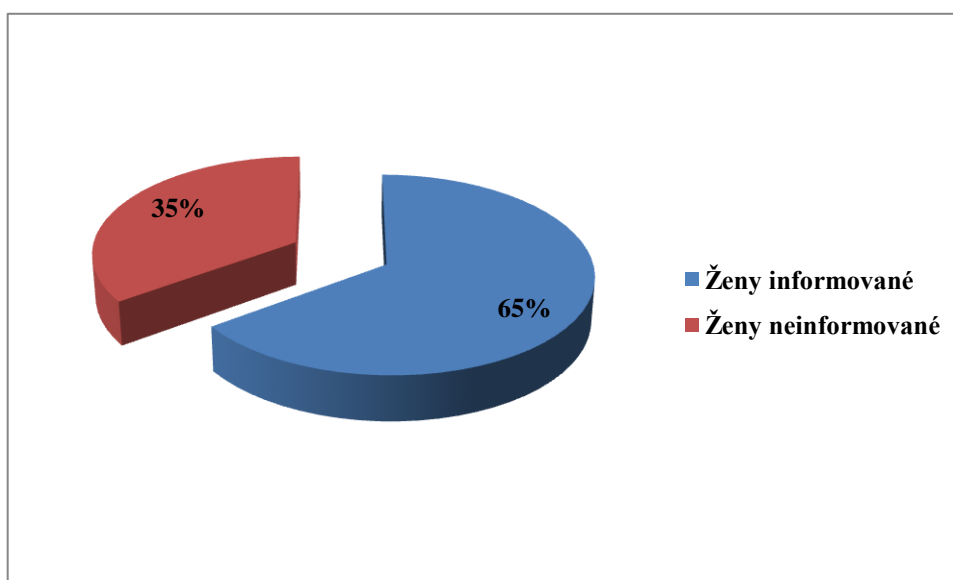
Z grafu č. 3 vyplývá, že 56 % dotazovaných žen prožívá graviditu poprvé, druhé těhotenství prožívá 30 % respondentek. Třetí graviditu udává 11 % žen a více než po třetí prožívají těhotenství 3 % dotazovaných žen.

Cíl 1: Zjistit, zda ženy mají správné informace o vhodné výživě v těhotenství.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že většina žen má správné informace o vhodném stravování v těhotenství. (Otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8)

Kritérium: Většina, alespoň 70 % dotazovaných žen odpoví správně na 4 z 5 znalostních otázek.

Graf 4: Rozdělení žen podle informovanosti o zásadách vhodné výživy v těhotenství



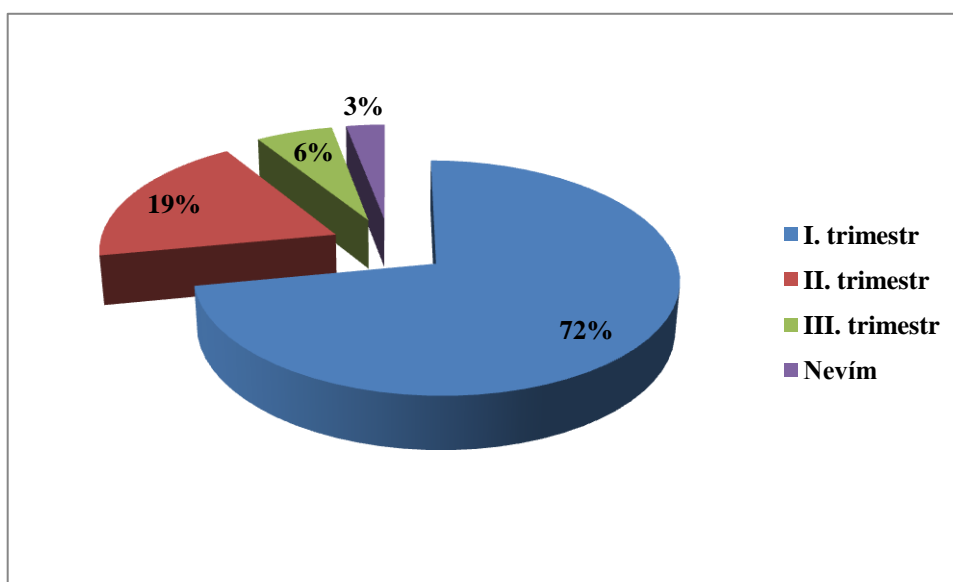
Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen odpovědělo správně alespoň na 4 z 5 vědomostních otázek 65 % těhotných žen a ostatní ženy, tedy 35 %, zvolily více než jednu špatnou odpověď. Z toho vyplývá, že 65 % dotazovaných žen má správné informace o vhodné výživě v graviditě a 35 % dotazovaných respondentek tyto znalosti nemá.

Dále uvádím odpovědi dotazovaných respondentek na jednotlivé otázky:

Otázka č. 4: **Ve kterém trimestru si myslíte, že má výživa největší vliv na správnou tvorbu orgánů plodu?**

Graf 5: Největší vliv výživy na správnou tvorbu orgánů plodu

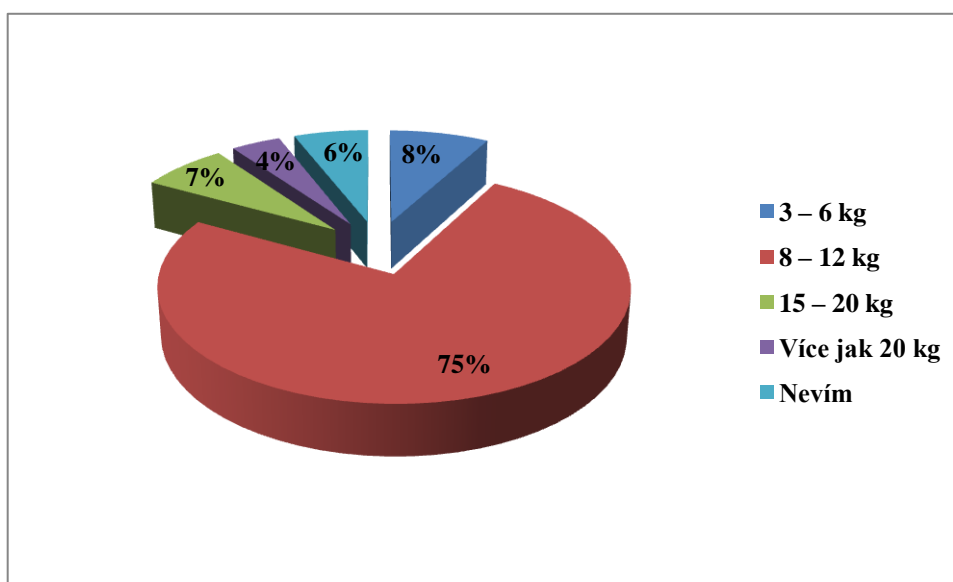


Zdroj: vlastní

Největší počet žen, 72 %, správně uvádí, že největší vliv na správnou tvorbu orgánů plodu má výživa v I. trimestru, 19 % dotazovaných respondentek udává největší vliv výživy ve II. trimestru, 6 % předpokládá, že je nejdůležitější výživa ve III. trimestru, a 3 % dotazovaných žen neznalo odpověď na tuto otázku.

Otázka č. 5: **Optimální váhový přírůstek těhotné ženy v graviditě by měl být:**

Graf 6: Optimální váhový přírůstek ženy v graviditě

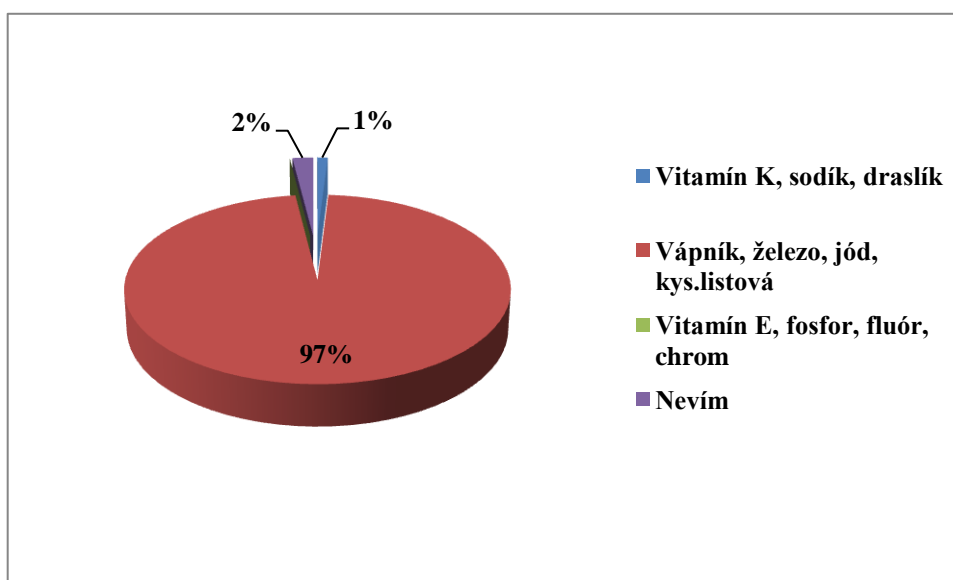


Zdroj: vlastní

Největší procento dotazovaných žen, 75 %, správně udává optimální váhový přírůstek v těhotenství 8 – 12 kg. Za optimální váhový přírůstek považuje 8 % žen 3 – 6 kg, 7 % těhotných žen považuje za správné přibrat 15 – 20 kg. Na tuto otázku neznalo odpověď 6 % dotazovaných respondentek a 4 % dotazovaných žen udává jako optimální váhový přírůstek v těhotenství více než 20 kg.

Otázka č. 6: **Zaškrtněte skupinu vitamínů a minerálních látek, o kterých si myslíte, že patří k nejdůležitějším v období těhotenství:**

Graf 7: Nejdůležitější vitamíny a minerální látky v graviditě

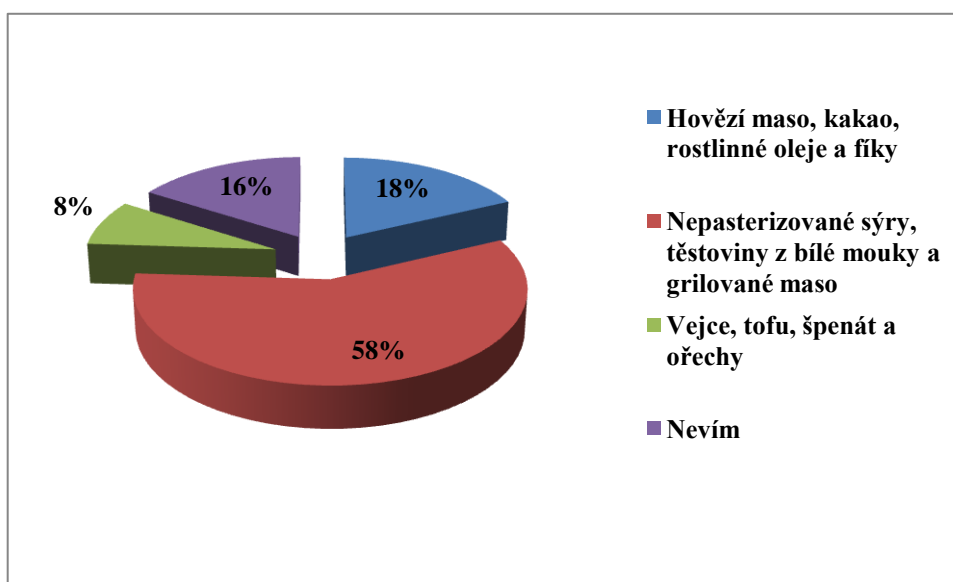


Zdroj: vlastní

Naprostá většina dotazovaných žen, 97 %, správně uvádí jako nejdůležitější vitamíny a minerální látky v těhotenství vápník, železo, jód a kyselinu listovou. Na tuto otázku neznala odpověď 2 % dotazovaných respondentek. Pouze 1 % žen uvádí jako nejdůležitější vitamíny a minerální látky v graviditě vitamín K, sodík a draslík. Vitamin E, fosfor, fluór a chrom nezvolila žádná z dotazovaných respondentek.

Otázka č. 7: Vyberte skupinu potravin, kterou není vhodné ve velké míře konzumovat v těhotenství:

Graf 8: Nevhodné potraviny v těhotenství

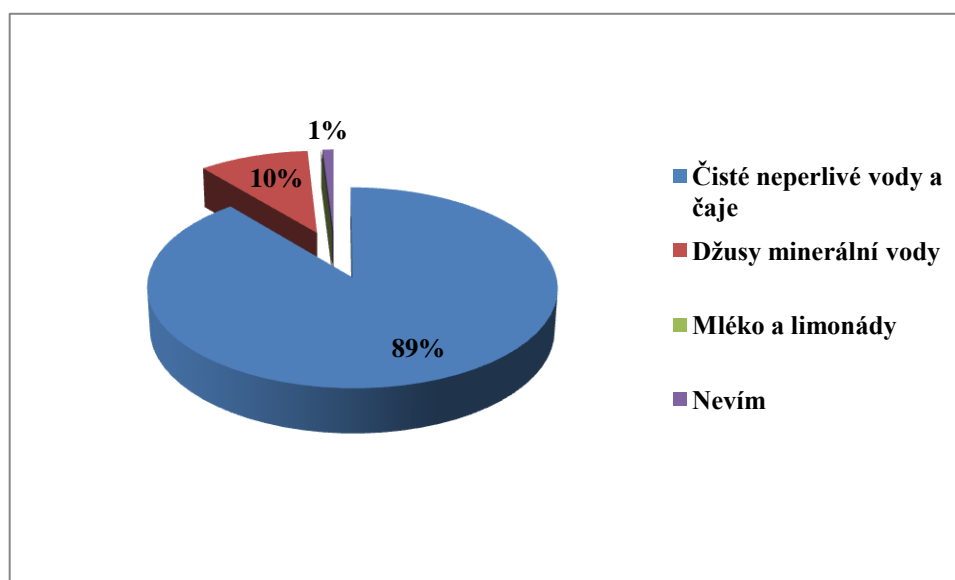


Zdroj: vlastní

Z vybrané nabídky potravin 58 % žen správně uvedlo jako nevhodné potraviny v těhotenství nepasterizované sýry, těstoviny z bílé mouky a grilované maso, 18 % respondentek považuje za nevhodné potraviny hovězí maso, rostlinné oleje a fíky, 16 % žen neznalo odpověď na tuto otázku a jen 8 % žen uvádí jako nevhodné potraviny v graviditě vejce, tofu, špenát a ořechy.

Otázka č. 8: **Jaké tekutiny je nejvhodnější přijímat v období gravidity?**

Graf 9: Vhodné tekutiny v období gravidity



Zdroj: vlastní

Z uvedených možností naprostá většina - 89 % dotazovaných žen - správně uvádí jako nejvhodnější tekutiny v těhotenství čisté neperlivé vody a čaje, 10 % respondentek považuje za vhodné nápoje džusy a minerální vody, pouhé 1 % dotazovaných žen neznalo odpověď na tuto otázku a možnost mléko a limonády nezvolila žádná z dotazovaných žen.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou ženy informovány o prekoncepční výživě.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že většina žen není informovaná o prekoncepční výživě. (otázky č. 9, 10 a 11)

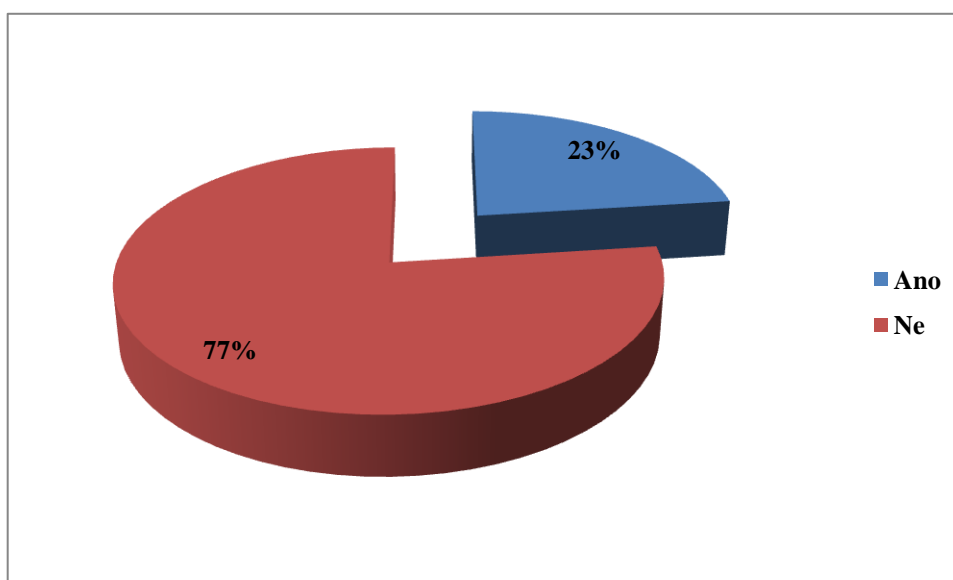
Předpoklad č. 2: Předpokládám, že ženy s vysokoškolským a středoškolským vzděláním si samy častěji vyhledávají informace o prekoncepční výživě než ženy se základním vzděláním. (Otázky č. 2, 9, 10 a 11)

Kritérium: Většina alespoň 70 %

Operacionalizace: prekoncepční výživa je výživa ženy před těhotenstvím

Otázka č. 9: **Byla jste někým informována ohledně prekoncepční výživy?**

Graf 10: Rozdělení žen podle informovanosti o prekoncepční výživě

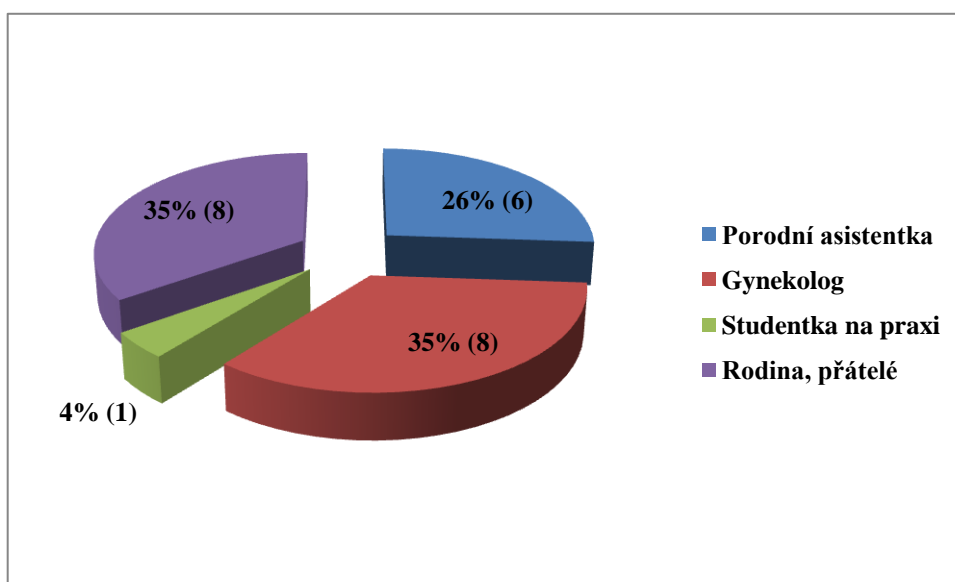


Zdroj: vlastní

Graf č. 10 ukazuje, že většina - 77 % žen - nebyla nikým informována o prekoncepční výživě a jen 23 % dotazovaných respondentek bylo seznámeno s prekoncepční výživou.

Otázka č. 10: Pokud ano, kdo Vám informace poskytl?

Graf 11: Zdroj informací o prekoncepční výživě



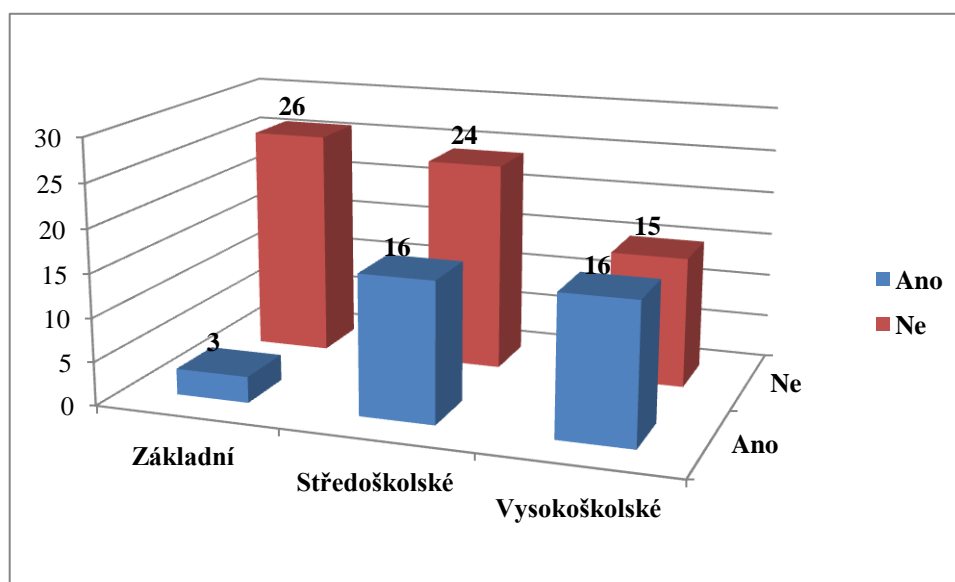
Zdroj: vlastní

Na otázku č. 10 neodpovídaly všechny respondentky, ale pouze ty, které na předchozí otázku odpověděly kladně, tj. 23 % dotazovaných žen. V grafu uvádím jako 100 % těchto 23 kladně odpovídajících dotazovaných žen. Od svého gynekologa bylo informováno 35 % dotazovaných žen a stejně tak 35 % žen získalo tyto údaje od rodiny a přátel, 26 % dotazovaných respondentek bylo informováno od porodní asistentky. Pouze jedna dotazovaná žena uvádí, že byla informována od studentky na praxi. V dotazníku byla na výběr i možnost „jiný zdroj“, tuto možnost ovšem nezvolila žádná z dotazovaných respondentek.

Otázka č. 11: **Vyhledávala jste si informace o prekoncepční výživě sama?**

+ Otázka č. 2: **Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:**

Graf 12: Samostatné vyhledávání informací o prekoncepční výživě



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 12 vyplývá, že většina dotazovaných žen, tedy 65 %, si nevyhledávala sama informace o prekoncepční výživě a 35 % žen se samy zajímaly a zjišťovaly si tyto údaje. Otázku č. 11 jsem srovnávala s otázkou č. 2: Nejvyšší ukončené vzdělání. Celkem odpovídalo 100 žen, z toho 40 % žen se středoškolským vzděláním, 31 % žen s vysokoškolským vzděláním a 29 % dotazovaných žen mělo základní vzdělání. Pouze 3 dotazované ženy, které měly vzdělání základní, si vyhledávaly informace o prekoncepční výživě samy a 26 žen se základním vzděláním nikoliv. Se středním vzděláním 16 dotazovaných respondentek odpovědělo na tuto otázku kladně a 24 žen naopak záporně. S vysokoškolským vzděláním odpovědělo kladně 16 žen a záporně 15 dotazovaných žen.

Cíl 3: Jaké nejčastější „věcné“ zdroje informací o vhodné výživě v těhotenství ženy využívají?

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že většina z dotazovaných žen získala největší množství informací z internetových zdrojů. (Otázky č. 12, 13 a 14)

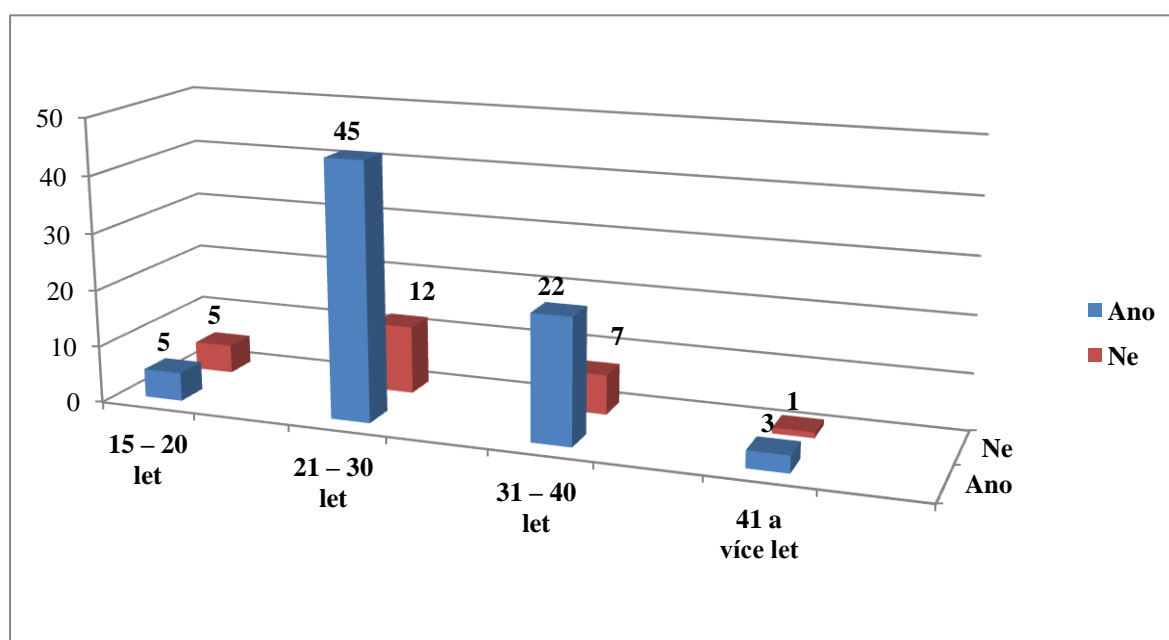
Kritérium: Většina alespoň 70 %

Otázka č. 12: **Vyhledávala jste si sama informace o zásadách správné výživy v těhotenství?**

+ Otázka č. 1: **Kolik je Vám let?**

+ Otázka č. 3: **Pokolikáté jste těhotná?**

Graf 13: Samostatné vyhledávání informací o zásadách správné výživy v graviditě v souvislosti s věkem

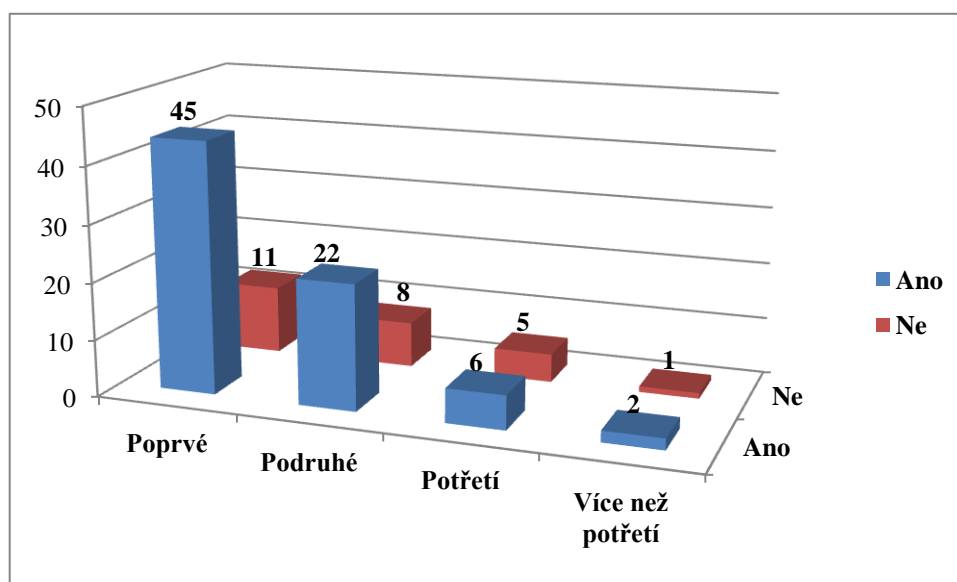


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 13 vyplývá, že většina dotazovaných žen, tedy 75 %, se zajímala a vyhledávala si informace o správné výživě v těhotenství a 25 % žen si informace o vhodné stravě v graviditě nevyhledávalo. Otázku č. 12 jsem srovnávala s otázkou č. 1: s věkem. Ze 100 žen největší zastoupení, 57 %, měly ženy ve věku 21 – 30 let, 29 % žen bylo ve věku 31 – 40 let, ve věku 15 – 20 let bylo 10 % respondentek a ve věku 41 let a více odpovídala 4 % dotazovaných žen. Ve věkovém rozmezí 21 – 30 let odpovědělo kladně 45 žen a záporně 12 žen, ve věkové kategorii 31 – 40 let si 22 žen shánělo informace a 7 respondentek nikoliv. Ve věku 15 – 20 let si 5 žen vyhledávaly informace samy a 5

dotazovaných žen nikoliv. A ve věkové kategorii 41 let a více si 3 ženy sháněly informace a pouze 1 žena nikoliv.

Graf 14: Samostatné vyhledávání informací o zásadách správné výživy v graviditě v souvislosti s počtem těhotenství

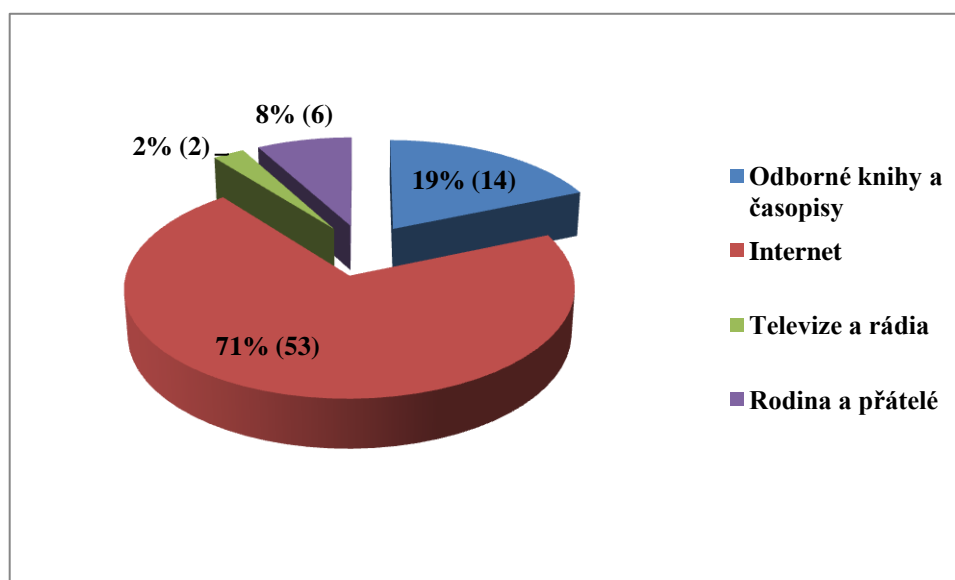


Zdroj: vlastní

Také otázku č. 12 jsem srovnávala s otázkou č. 3: počtem těhotenství. Ze 100 žen bylo u 56 % první těhotenství, 30 % žen byly těhotné podruhé, 11 % potřetí a nejméně dotazovaných žen, 3 %, prožívalo těhotenství počtvrté a více. 45 poprvé těhotných žen si vyhledávaly informace o zásadách správné výživy samy, pouze 11 těchto žen nikoliv. 22 žen podruhé těhotných, odpověděly kladně a 8 těchto žen záporně. 6 žen prožívající třetí těhotenství si informace vyhledávaly a 5 těchto žen nikoliv. 2 ženy prožívající těhotenství potřetí a více, odpověděly kladně a pouze 1 žena záporně.

Otázka č. 13: **Pokud ano, uveďte jeden primární zdroj, ze kterého jste čerpala informace.**

Graf 15: Primární zdroj informací o výživě v těhotenství

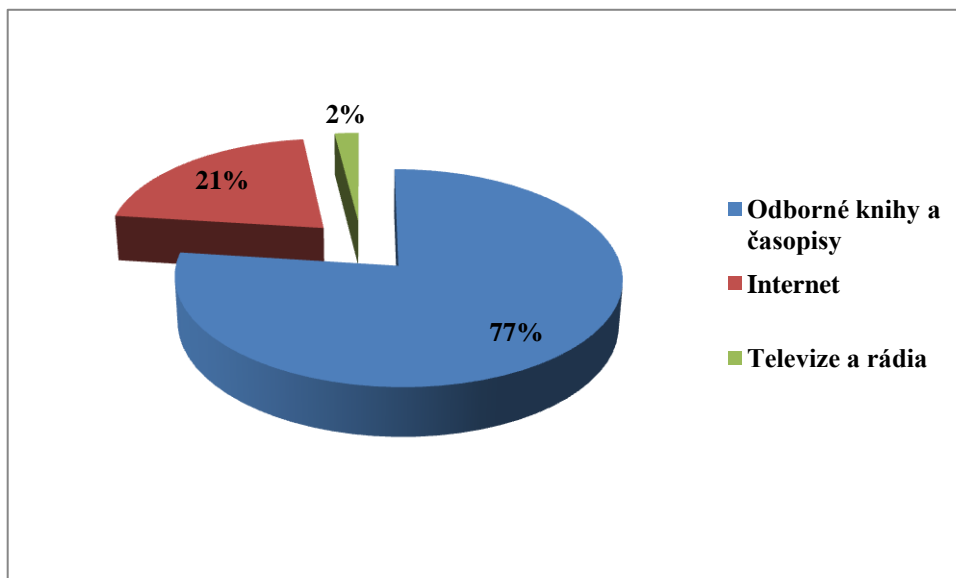


Zdroj: vlastní

Na otázku č. 13 neodpovídaly všechny respondentky, ale pouze ty, které na předchozí otázku odpověděly kladně, tedy 75 %. Tento graf zobrazuje procentuální zastoupení primárních zdrojů, ze kterých dotazované respondentky získávaly údaje o vhodné výživě v graviditě. V grafu uvádím 100 % ze 75 kladně odpovídajících dotazovaných žen. Většina žen, tedy 71 %, uvádí jako primární zdroj internet, 19 % žen čerpalo informace z odborných knih a časopisů, 8 % dotazovaných respondentek získalo informace od své rodiny a přátel, jen 2 % těhotných žen uvedla jako primární zdroj média.

Otázka č. 14: Z jakých zdrojů si myslíte, že získáte nejkvalitnější informace:

Graf 16: Zdroj nejkvalitnějších informací o vhodné výživě v graviditě



Zdroj: vlastní

Otázkou č. 14 jsem chtěla zjistit, jaký zdroj informací je podle respondentek nejkvalitnější, tedy kde si myslí, že získají správné a pravdivé informace o zásadách správné výživy v těhotenství. Na tuto otázku odpovídaly všechny dotazované respondentky, tedy 100 %. Z grafu č. 16 je patrné, že většina, tedy 77 % respondentek, uvádí jako důvěryhodný zdroj informací odborné knihy a časopisy, přestože 71 % žen čerpalo z internetu, pouze 21 % uvádí internet jako kvalitní zdroj informací, média udávají pouze 2 % dotazovaných žen.

Cíl 4: Zjistit, zda jsou ženy v těhotenství edukovány v prenatalních poradnách o vhodných stravovacích návycích.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že většina žen je edukována od porodní asistentky o zásadách správného stravování v těhotenství. (Otázky č. 15, 16, 17, 18 a 19)

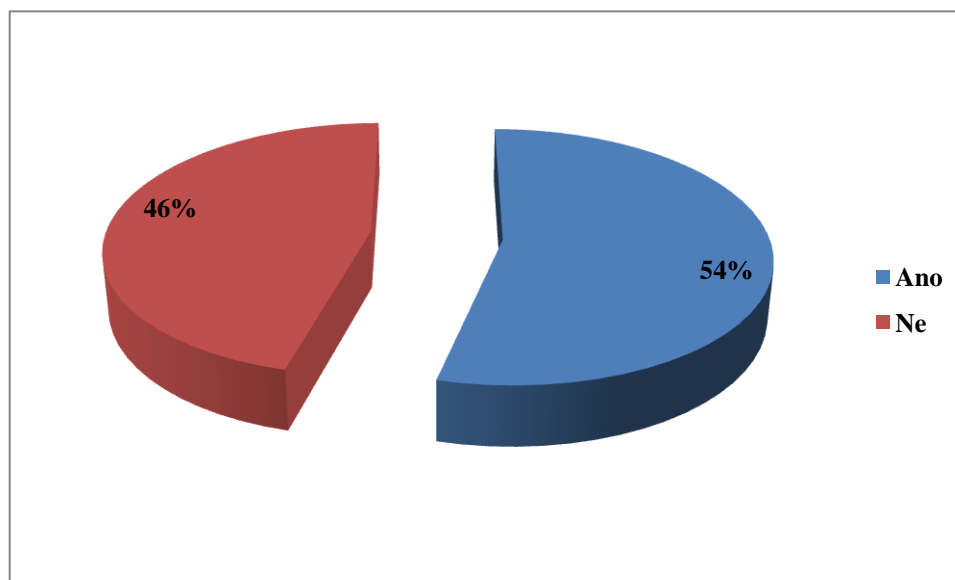
Předpoklad č. 2: Domnívám se, že většina žen by uvítala více informací ohledně správné výživy v prenatalních poradnách. (Otázky č. 15, 20 a 21)

Kritérium: Většina je alespoň 70 %

Operacionalizace: edukace je vzdělávací proces

Otázka č. 15: **Byla jste v prenatalní poradně informována o vhodných stravovacích návycích v období gravidity?**

Graf 17: Rozdělení žen podle informovanosti v prenatalní poradně o vhodné výživě v graviditě

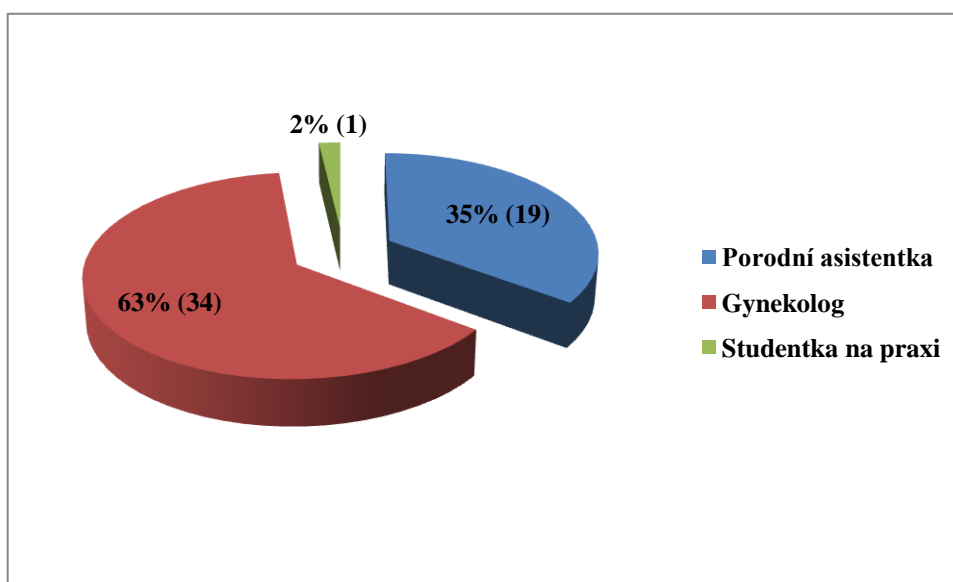


Zdroj: vlastní

Graf č. 17 zobrazuje, že o správné výživě v těhotenství bylo v prenatalní poradně informováno 54 % dotazovaných žen a 46 % informace v prenatalních poradnách nezískalo.

Otázka č. 16: Pokud ano, od koho jste informace získala?

Graf 18: Zdroj informací v prenatálních poradnách



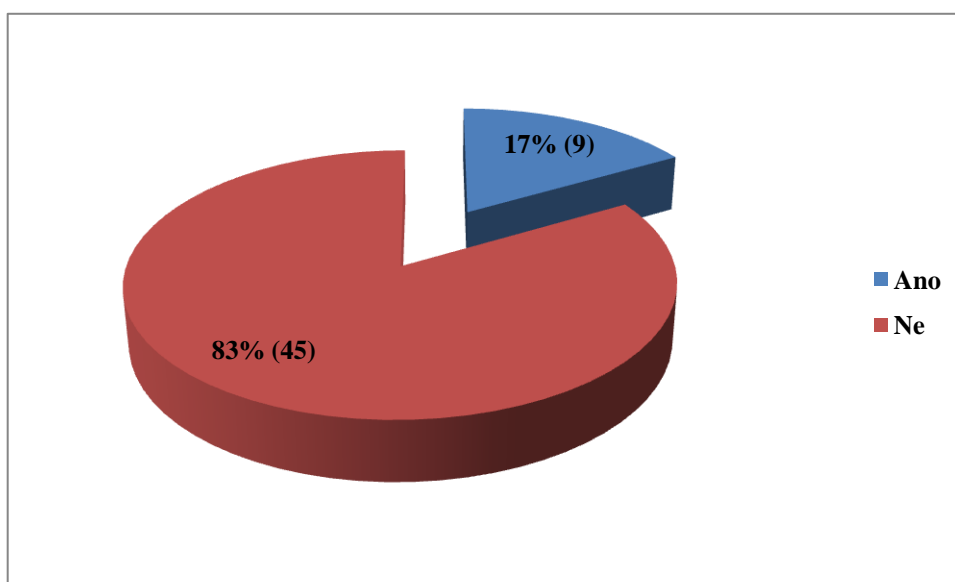
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku neodpovídaly všechny dotazované respondentky, ale pouze ty, které odpověděly v předchozí otázce kladně, tedy 54 % dotazovaných žen. V grafu uvádím

100 % z těchto 54 kladně odpovídajících žen. Největší procento dotazovaných žen, tedy 63 %, se dozvědělo o vhodné výživě v graviditě od svého gynekologa, 35 % od porodní asistentky a 2 % dotazovaných žen získaly informace od studentky na praxi.

Otázka č. 17: **Byly pro Vás tyto informace dostačující?**

Graf 19: Rozdělení žen podle toho, zda pro ně byly dostačující získané informace

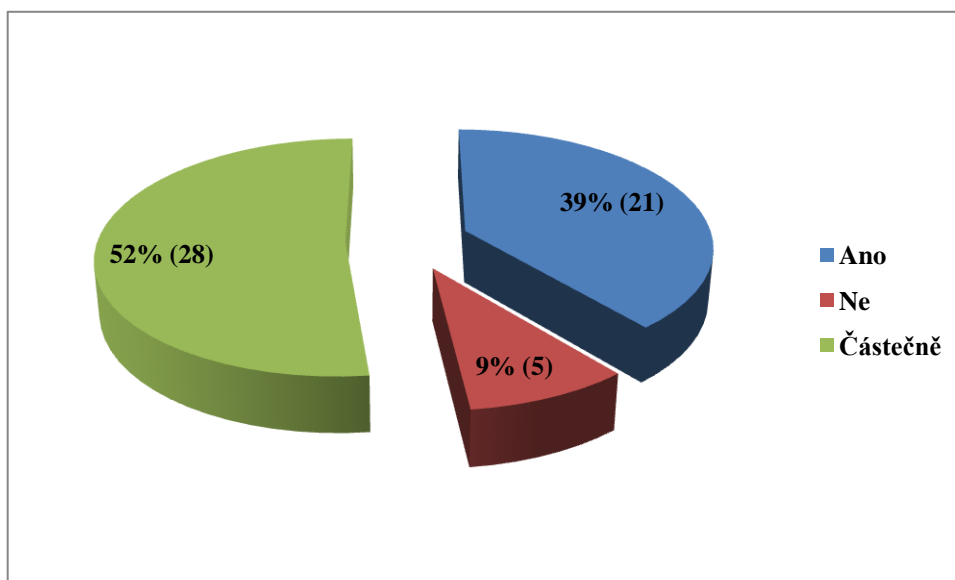


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo také 54 % dotazovaných žen. V grafu uvádím jako 100 % těchto 54 dotazovaných žen. Graf č. 19 zobrazuje, že pro 83 % dotazovaných respondentek nebyly dostačující získané informace v prenatalních poradnách, pouze 17 % žen odpovědělo, že jim získané informace stačily.

Otázka č. 18: **Řídila jste se těmito informacemi?**

Graf 20: Rozdělení žen podle dodržování získaných informací o vhodné výživě v těhotenství

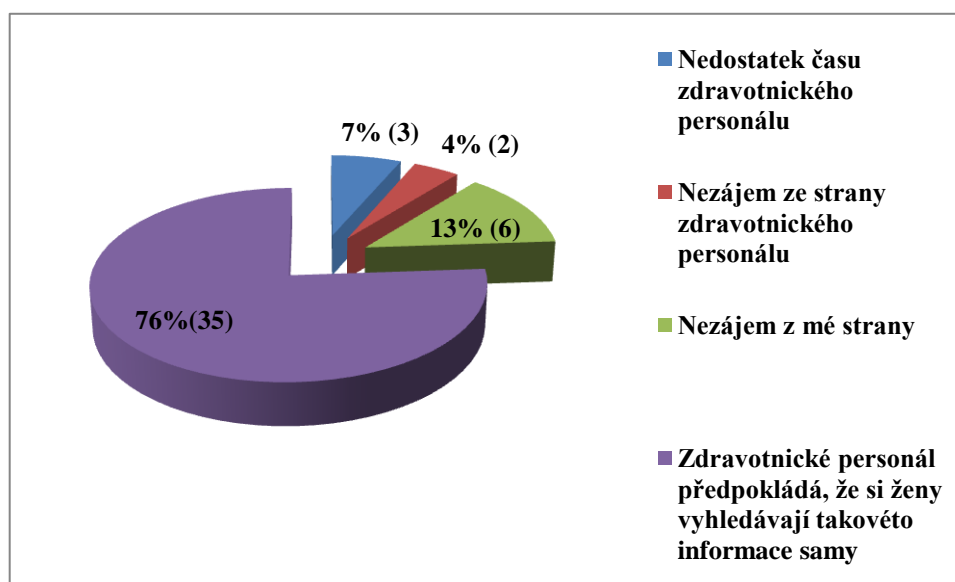


Zdroj: vlastní

Otázkou č. 18 jsem chtěla zjistit, zda se těhotné ženy získanými informacemi v prenatální poradně řídily nebo ne. Na tuto otázku odpovídalo 54 % žen. V grafu uvádím 100 % z těchto 54 dotazovaných žen. Z grafu č. 20 vyplývá, že 52 % dotazovaných respondentek se těmito informacemi řídilo jen částečně, 39 % žen udává, že se získanými informacemi řídily, a pouze 9 % dotazovaných žen odpovědělo, že se jimi neřídily.

Otázka č. 19: Pokud jste v prenatální poradně nebyla informována o výživě v těhotenství, z jakého důvodu si myslíte, že Vám informace nebyly poskytnuty?

Graf 21: Důvod neposkytnutí informací v prenatální poradně o vhodné stravě

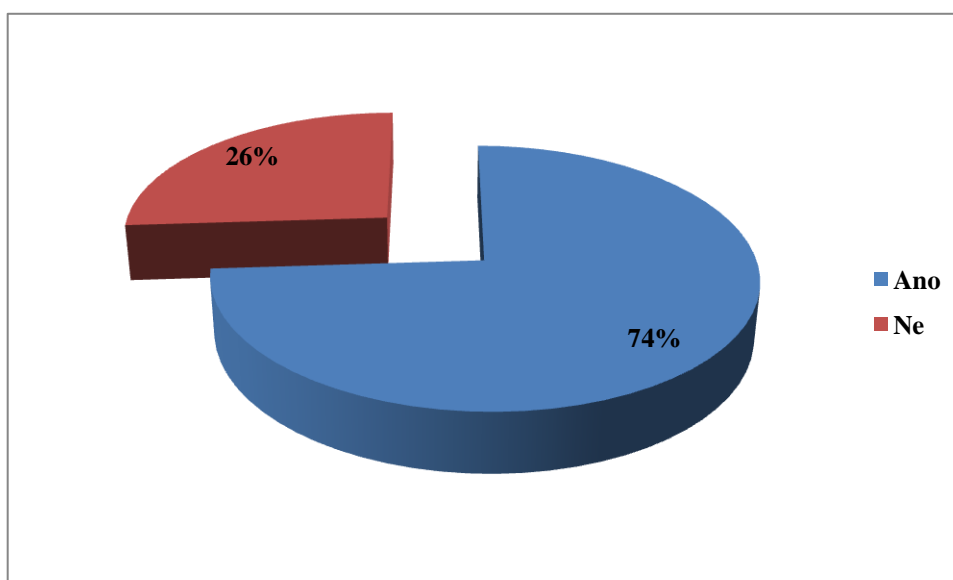


Zdroj: vlastní

Otázkou č. 19 jsem chtěla zjistit, z jakého důvodu si dotazované respondentky myslí, že jim informace v prenatální poradně o vhodné výživě v graviditě nebyly poskytnuty. Na tuto otázku odpovídaly pouze ty ženy, které informace v prenatálních poradnách nedostaly, tedy 46 % dotazovaných žen. V grafu uvádím jako 100 % těchto 46 dotazovaných žen. Z grafu č. 21 vyplývá, že 76 % udává jako důvod neposkytnutí informací předpoklad zdravotnického personálu, že si takovéto informace těhotné ženy vyhledávají samy, protože je to v jejich vlastním zájmu a jsou snadno dostupné, 13 % dotazovaných žen nemělo o tyto informace zájem, 7 % uvádí jako důvod neposkytnutí informací nedostatek času zdravotnického personálu a pouze 4 % dotazovaných žen vnímaly nezájem ze strany zdravotnického personálu.

Otázka č. 20: **Uvítala byste více informací v prenatálních poradnách ohledně zásad správné výživy v graviditě?**

Graf 22: Uvítání více informací v prenatálních poradnách o vhodném stravování v období gravidity

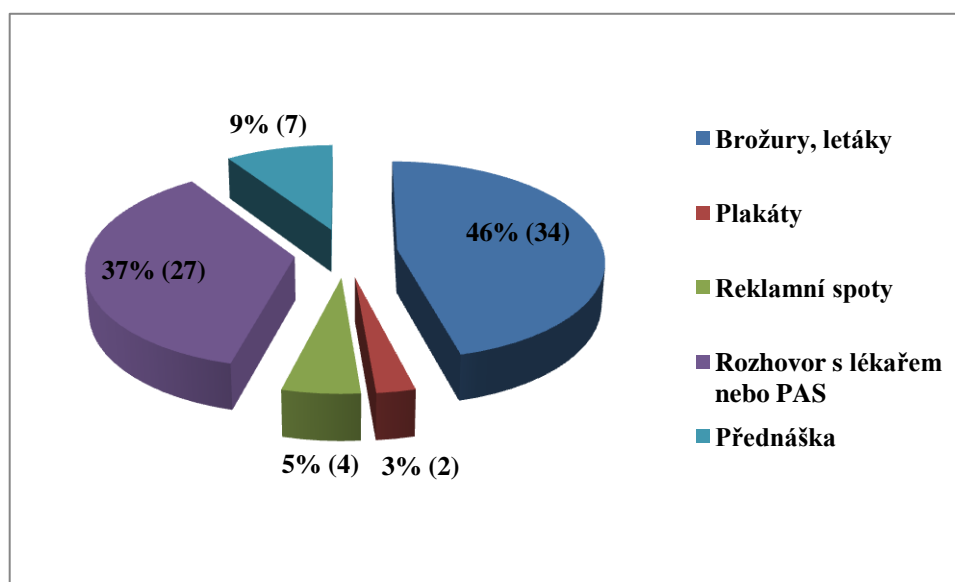


Zdroj: vlastní

Na otázku č. 20 odpovídalo celkem 100 % respondentek. Graf č. 22 ukazuje, že většina dotazovaných žen, tedy 74 %, by uvítala více informací v prenatálních poradnách ohledně správné výživy v těhotenství a 26 % dotazovaných respondentek by tuto možnost neuvítalo.

Otázka č. 21: Pokud ano, která forma podávání informací v prenatalních poradnách ohledně zdravé výživy v těhotenství by pro Vás byla nejpříjemnější?

Graf č. 23: Nejpříjemnější forma podávání informací v prenatalních poradnách



Zdroj: vlastní

Otázkou č. 21 jsem chtěla zjistit, jaká forma podávání informací v prenatalních poradnách by byla pro těhotné ženy nejpříjemnější. Na tuto otázku odpovídaly pouze dotazované respondentky, které v předchozí otázce zvolily, že by uvítaly více informací v prenatalních poradnách ohledně správné výživy v těhotenství, tedy 74 %. Dále uvádím jako 100 % těchto 74 dotazovaných žen. Formou brožur a letáků by uvítalo informace 46 % žen, 37 % dotazovaných respondentek by toto téma nejraději probralo s lékařem či porodní asistentkou, 9 % žen by dalo přednost přednáškám, 5 % žen by uvítalo reklamní spoty a 3 % žen by měly zájem o plakáty.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V bakalářské práci se zabývám tématem zdravý životní styl v těhotenství. V teoretické části mé bakalářské práce je uveden celkový životní styl, který zahrnuje pohybovou aktivitu, odpočinek, sexuální aktivitu, návykové látky, léky, očkování a psychiku těhotných žen. Dále jsem zmínila důležitou činnost porodní asistentky, a to edukaci těhotných žen, a především se zaměřuji na výživu v těhotenství. Protože zdravý životní styl je problematika velice rozsáhlá, rozhodla jsem se, že v praktické části mé bakalářské práce se budu věnovat především tomu zásadnějšímu tématu, a to výživě v těhotenství. Myslím si, že právě v této oblasti jsou největší nedostatky. Z tohoto důvodu se v teoretické části mé práce zabývám především správnými stravovacími návyky. Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost těhotných žen o vhodné výživě nejen v těhotenství, ale také v období před graviditou. K průzkumu této problematiky jsem použila metodu dotazníkového šetření. Před rozdáním dotazníků jsem provedla pilotní studii, kdy jsem rozdala šesti těhotným ženám dotazníky za účelem ověření srozumitelnosti jednotlivých položek a vylepšení dotazníku. Po potvrzení jasnosti a pochopitelnosti všech položek jsem mohla přistoupit k distribuci vlastního dotazníku. Dotazníky jsem rozdávala v gynekologických ordinacích v Plzni v měsících lednu a únoru 2014. Vzorek tvořily těhotné ženy různého věkového rozmezí a parity. Dotazníky byly rozdány v tištěné formě a byly anonymní. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků a vrátilo se mi 100 dotazníků, návratnost tedy byla 83 %.

Cíl 1: Zjistit, zda ženy mají správné informace o vhodné výživě v těhotenství.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že většina žen má správné informace o vhodné výživě v těhotenství.

K tomuto předpokladu a cíli se vztahují otázky č. **4, 5, 6, 7 a 8**, které byly vědomostní. Těmito otázkami jsem chtěla zjistit, zda mají těhotné ženy informace o zásadách vhodné výživy v graviditě. Vědomostní otázky jsem se snažila volit tak, abych zjistila, zda ženy mají základní znalosti o vhodné výživě v těhotenství, ale zároveň tak, aby tyto otázky nebyly pro ženy příliš snadné. Jako kritérium jsem si zvolila, že budu považovat za dostatečnou informovanost žen, pokud většina respondentek (70 %) odpoví správně alespoň na 4 z 5 vědomostních otázek.

Správně odpovědělo 65 % dotazovaných žen a více než jednu špatnou odpověď zvolilo 35 % respondentek.

Závěr: Předpoklad č. 1 se nepotvrdil.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou ženy informovány o prekoncepční výživě.

Předpoklad č. 2: *Předpokládám, že většina žen není informována o prekoncepční výživě.*

K tomuto předpokladu a cíli se vztahují otázky č. **9, 10 a 11**. Otázkou č. 9 jsem se chtěla dozvědět, jestli ženy někdo informuje ohledně prekoncepční výživy. Na otázku č. 10 odpovídaly pouze ženy, které v předchozí otázce odpověděly kladně, touto otázkou jsem zjistila, kým byly těhotné ženy informovány o této problematice. A otázkou č. 11 jsem chtěla zjistit, zda si těhotné ženy informace o prekoncepční výživě vyhledávají samy bez ohledu na to, zda již někým informovány byly nebo ne.

Informace o prekoncepční výživě nedostalo 77 % dotazovaných respondentek a pouze 23 % žen tyto informace získalo. Nejčastěji byly ženy informovány svým gynekologem, rodinou a přáteli, menší procento žen pak porodní asistentkou. Otázkou č. 11 jsem se dozvěděla, že pouze 35 % dotazovaných žen si informace o prekoncepční výživě samy vyhledávaly a 65 % žen se o tuto problematiku nezajímaly.

Závěr: Předpoklad č. 2 se potvrdil.

Předpoklad č. 3: *Předpokládám, že ženy s vysokoškolským a středoškolským vzděláním si samy vyhledávají informace o prekoncepční výživě častěji než ženy se základním vzděláním.*

K tomuto předpokladu a cíli se vztahují otázky č. **2, 9, 10 a 11**. Otázku č. 11 jsem srovnávala s otázkou č. 2: Nejvyšším dosaženým vzděláním. Pouze 3 ženy se základním vzděláním si informace o tomto tématu vyhledávaly, 16 dotazovaných žen se středoškolským vzděláním se také zajímalo o prekoncepční výživu, stejně tak 16 žen s vysokoškolským vzděláním. Ačkoliv žen se základním vzděláním vyplňujících tento dotazník bylo nejméně, z grafu č. 12 vyplývá, že si spíše samy vyhledávají informace středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané ženy.

Závěr: Předpoklad č. 3 se potvrdil.

Cíl 3: Zjistit, jaké nejčastější „věcné“ zdroje informací o vhodné výživě v těhotenství ženy využívají.

Předpoklad č. 4: *Předpokládám, že většina z dotazovaných žen získala nejvíce informací z internetových zdrojů.*

K tomuto předpokladu a cíli se vztahují otázky č. **1, 3, 12, 13 a 14**. Otázkou č. 12 jsem se ptala těhotných žen, zda si vyhledávají samy informace o zásadách správné výživy v těhotenství. Zde, na rozdíl od prekoncepční výživy, si většina dotazovaných respondentek, 75 %, informace samy vyhledávaly a pouze 25 % se o zásady správné výživy v těhotenství nezajímalo.

Otázku č. 12 jsem srovnávala s otázkou č. 1: věkem. V každé věkové kategorii uváděné v dotazníku si většina žen sama vyhledávala informace o vhodné výživě v graviditě. Pouze ve věku 15 – 20 let odpověděl stejný počet žen jak kladně, tak záporně, tedy 5 žen si vyhledávalo informace a 5 respondentek nikoliv, což může být dáno nižším věkem, protože těhotenství v tomto věku může být často neplánované a nechtěné.

Dále jsem otázku č. 12 porovnávala s otázkou č. 3: počtem těhotenství. Z grafu č. 14 vyplývá, že i zde si většina žen sama vyhledává informace o správné výživě v graviditě. Pouze u žen, které byly těhotné potřetí, je rozdíl jedné ženy ve prospěch samostatného vyhledávání informací, stejně tak u žen prožívajících graviditu více než potřetí.

Na otázku č. 13 dále odpovídalo 75 % žen, ve které měly uvést primární zdroj, ze kterého tyto informace čerpaly. Většina žen, 71 %, zvolila jako primární zdroj informací internet, 19 % žen čerpalo z odborných knih a časopisů, ostatní možnosti byly zvoleny pouze malým procentem dotazovaných žen. Otázkou č. 14 jsem chtěla zjistit, z jakého zdroje si ženy myslí, že získají nejkvalitnější informace. Do dílčího cíle č. 3 jsem napsala „věcné“ zdroje, stejně tak v dotazníku u otázky č. 14 byly uvedeny také jen „věcné“ zdroje, protože jsem předpokládala, že kdybych se dotazovaných žen zeptala na nejkvalitnější zdroj informací obecně, většina žen by odpověděla, že nejkvalitnější informace by vyhledávaly u odborníků, tedy u svého gynekologa či porodní asistentky. A já jsem chtěla zjistit, odkud těhotné ženy čerpají informace samy, nikoliv z úst odborníků. Na otázku č. 14 většina žen, tedy 77 %, odpověděla, že nejkvalitnější informace naleznou v odborných knihách a časopisech, 21 % uvedlo jako zdroj nejkvalitnějších informací internet a pouze 2 % uvedla média.

Závěr: Předpoklad č. 4 se potvrdil.

Cíl 4: Zjistit, zda jsou těhotné ženy edukovány v prenatalních poradnách o vhodných stravovacích návycích.

Předpoklad č. 5: *Předpokládám, že většina žen je edukována od porodní asistentky o zásadách správného stravování v těhotenství.*

K tomuto předpokladu a cíli se vztahují otázky č. **15, 16, 17, 18 a 19**. Otázkou č. 15 zjišťuji, zda dotazované respondentky byly v prenatalní poradně edukovány o vhodných stravovacích návycích v období gravidity. Z dotazníkového průzkumu vyšlo, že o správné výživě v těhotenství bylo v prenatalní poradně informováno 54 % dotazovaných žen a 46 % respondentek informace v prenatalních poradnách nedostalo. Z otázky č. 16 vyplynulo, že největší procento dotazovaných žen, 63 %, které byly v prenatalních poradnách informovány, získaly tyto informace od svého gynekologa, 35 % od porodní asistentky a 2 % od studentky na praxi. Otázkou č. 17 jsem zjišťovala, zda pro těhotné ženy byly tyto informace dostačující, přičemž pro 83 % dotazovaných žen tyto informace dostačující nebyly a pouze 17 % žen se zdály informace získané v prenatalní poradně dostačující. V otázce č. 18 odpovídaly dotazované respondentky na otázku, jestli se těmito informacemi řídily, 39 % žen uvedlo, že se získanými informacemi řídily, 52 % se jimi řídilo jen částečně a pouze 9 % se jimi neřídilo vůbec. Na otázku č. 19 odpovídaly pouze ženy, které v prenatalních poradnách informace nedostaly. Touto otázkou jsem zjišťovala, z jakého důvodu si těhotné ženy myslí, že jim v prenatalní poradně nebyly informace poskytnuty. Většina žen, 76 %, si myslí, že zdravotnický personál předpokládá, že si ženy vyhledávají takovéto informace samy, protože je to v jejich vlastním zájmu a jsou dostupné. Ostatní možnosti zvolilo jen nízké procento dotazovaných respondentek.

Závěr: Předpoklad č. 5 se nepotvrdil.

Předpoklad č. 6: *Domnívám se, že většina žen by uvítala více informací ohledně správné stravy v prenatalních poradnách.*

K tomuto předpokladu a cíli se vztahují otázky č. **15, 20 a 21**. Z otázky č. 15 jsem se dozvěděla, jak již bylo uvedeno, že v prenatalní poradně bylo informováno 54 % dotazovaných žen o správné výživě v těhotenství a 46 % nikoliv. Otázkou č. 20 jsem zjišťovala u všech dotazovaných, zda-li by uvítaly v prenatalních poradnách více informací ohledně zásad správné výživy v graviditě. Ze 100 dotazovaných žen odpovědělo kladně 74 % žen, tedy většina, a ostatních 26 % žen o více informací ohledně zdravé výživy v prenatalních poradnách nemá zájem.

Poslední otázka patřila těm ženám, které v předcházející otázce odpověděly, že by uvítaly více informací v prenatálních poradnách. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaká forma podávání informací v prenatálních poradnách ohledně vhodné výživy v těhotenství by pro těhotné ženy byla nejpřijatelnější. Největší procento žen, 46 %, zvolilo brožury a letáky, 37 % žen by si o vhodné výživě nejraději promluvílo s lékařem či porodní asistentkou a ostatní možnosti zvolilo jen malé množství dotazovaných respondentek.

Závěr: Předpoklad č. 6 se potvrdil.

10 DISKUSE

Prvním cílem bylo zjistit, zda ženy mají správné informace o vhodné výživě v těhotenství. Správné informace o zásadách vhodné výživy v období těhotenství má 65 % dotazovaných žen a 35 % žen tyto znalosti chybí. Ačkoliv se mi tento předpoklad nepotvrdil, považuji 65 % dotazovaných žen, které odpověděly správně na většinu otázek, jako poměrně uspokojivý výsledek. Tento dílčí cíl mě přesvědčil, že větší část těhotných žen má alespoň určité znalosti o tom, jak se správně stravovat v období těhotenství.

Student Robin Havelka z Fakulty sportovních studií na Masarykově univerzitě v Brně se v bakalářské práci zabýval tématem Znalost těhotných žen o výživě a pohybu v těhotenství (2013) a zjistil, že dosavadní stravovací režim v průběhu těhotenství změnila většina žen. Z toho plyne, že většina žen přistupuje k těhotenství zodpovědně. Dle výsledku z mého výzkumu, kde mnohem více žen mělo znalosti o vhodné výživě, a dle zjištění studenta Robina Havelky usuzuji, že většina žen si uvědomuje význam zdravé výživy a není lhostejná ke svému zdraví a především ke zdraví svého plodu, protože každá matka si přeje přivést na svět zdravé dítě.

V bakalářské práci studentky Jany Pospíšilové z Fakulty zdravotnických studií v Plzni zabývající se vlivem výživy na průběh gravidity (2013) bylo zjištěno, že těhotné ženy s nevhodným stravováním během gravidity mají vyšší výskyt onemocnění, jako je např. preeklampsie, hypertenze, anémie, gestační diabetes mellitus nebo porucha funkce štítné žlázy. Proto je výživa žen v těhotenství velmi důležitá a v žádném případě by se neměla podceňovat. Pouhá strava nezaručuje bezkomplikovaný průběh gravidity, ale nepochybně k němu významně přispívá.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou ženy informovány o prekoncepční výživě. Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že většina žen informována o této problematice od nikoho bohužel není a ani si tyto informace většina žen sama nevyhledávala. Myslím si, že ženy, které graviditu neplánovaly a nečekaně otěhotněly, přicházejí do gynekologické ordinace již v době těhotenství, takže na veškeré informace ohledně prekoncepční výživy je již pozdě. A protože graviditu neplánovaly, tak předpokládám, že asi většina z těchto žen si nevyhledávala informace o prekoncepční výživě. To také může být důvod nízkého procenta informovaných žen o této problematice.

Ovšem u žen, které graviditu plánují, by měla být informovanost o prekoncepční výživě samozřejmostí. Správná výživa je velmi důležitá nejen po celou dobu těhotenství,

ale také před otěhotněním a je velmi důležité na toto ženy včas upozornit. V prvních týdnech těhotenství se totiž zakládají všechny orgány plodu. V tomto období je plod velmi vnímavý vůči okolním vlivům a mohlo by dojít k různým problémům vlivem nesprávné výživy a životního stylu. Proto pokud se pár rozhodne mít dítě, měl by zhodnotit svůj dosavadní způsob života.

Otázku č. 11 jsem srovnávala s otázkou č. 2: Nejvyšším dosaženým vzděláním. Ačkoliv žen se základním vzděláním vyplňujících dotazník bylo nejméně, z mého výzkumného šetření vyplynulo, že samy si vyhledávají informace o prekoncepční výživě spíše středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané ženy.

V bakalářské práci studentky Lucie Bauerové zabývající se na Lékařské fakultě v Brně prekoncepční přípravou páru (2011) bylo zjištěno, že pouze u 31 % žen probíhala prekoncepční příprava a u 69 % nikoliv. V porovnání s mojí bakalářskou prací se výsledky nikterak nezlepšily. Myslím si, že si ženy nejsou vědomy závažnosti této problematiky nebo nepřikládají prekoncepční výživě dostatečný význam, jaký by měly. Kladla bych tedy větší důraz na informovanost o důležitosti prekoncepční výživy. Dle mého názoru by byla zapotřebí větší osvěta o tomto tématu, aby se tak ženy plánující graviditu dozvěděly již před těhotenstvím o vhodné výživě a celkově správném a zdravém životním stylu.

Třetí dílčí cíl měl zjistit jaké nejčastější „věcné“ zdroje informací o vhodné výživě v těhotenství ženy využívají. Většina dotazovaných respondentek si vyhledává informace o zásadách správné výživy sama. Tuto skutečnost beru za velmi pozitivní, protože se tím potvrzuje, že ženy v tomhle ohledu nejsou lhostejné a zajímají se o vhodné stravovací návyky během gravidity. Podle mého názoru je to dáno především tím, že jsou si ženy plně vědomy toho, že na nich leží zodpovědnost za jejich dítě a chtějí pro něj jen to nejlepší, proto se většina žen o zdravou výživu zajímá. Většina těchto žen uvedla jako primární zdroj internet. V další otázce jsem zjišťovala, jaký zdroj informací je podle respondentek nejkvalitnější, tedy kde si myslí, že získají validní informace o zásadách správné výživy v těhotenství. Většina žen uvádí jako nejkvalitnější zdroj informací odborné knihy a časopisy, přestože nejčastější a primární zdroj informací je internet.

Výsledky tohoto cíle jsem srovnala s bakalářskou prací psanou studentkou Anhelinou Synovyd na Fakultě zdravotnických studií v Plzni v roce 2012, která se zabývala výživovým doporučením těhotných žen v teorii i praxi. I v jejím výzkumu vyšel jako nejvyužívanější zdroj informací právě internet, stejně tak to bylo v bakalářské práci

studentky Hany Kolmanové, která se zabývala vlivem výživy v těhotenství na průběh porodu a porodní hmotnost novorozence (2009) na Lékařské fakultě v Brně. V tomhle směru se tedy nic nezměnilo. Ovšem na internetu mohou být informace nepřesné a zkreslené, ale záleží na kvalitě obsahu internetových stránek. V dnešní době se internet stal naprostou, běžnou a řekla bych i nepostradatelnou součástí našeho života, kde si těhotné ženy mohou snadno a rychle vyhledat vše, co potřebují. Je to snazší a pohodlnější, než jít do knihovny či knihkupectví a vyhledávat potřebné informace v odborné literatuře. Myslím si, že z tohoto důvodu mnoho žen dává přednost právě pohodlnosti internetu před odbornou literaturou.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou těhotné ženy edukovány v prenatalních poradnách o vhodných stravovacích návycích. Z dotazníkového průzkumu vyšlo, že o správné výživě v těhotenství bylo v prenatalní poradně informováno 54 % dotazovaných žen a 46 % informace v prenatalních poradnách nedostalo. Ačkoliv výsledná procenta žen byla podobná, přesto jsem byla příjemně překvapena, protože jsem spíše očekávala, že většina žen tyto informace v prenatalních poradnách nedostává. Většina žen uvedla, že tyto informace získaly od svého lékaře, mnohem méně žen pak od porodní asistentky.

V bakalářské práci studentka Jana Gruberová, která se zabývala tématem životosprávy a životním stylem těhotné ženy na Lékařské fakultě v Brně (2007), zjistila, že 55 % žen dostalo informace o životosprávě od svého lékaře a jen 4 % od porodní asistentky. Podle mého názoru porodní asistentky pracující v gynekologických ambulancích musí věnovat převážnou část času stráveného v práci především administrativě a mají minimální množství času na to s těhotnou ženou více komunikovat. Myslím si, že výsledky tohoto cíle jsou dány především tím, že s ženou během její návštěvy v prenatalní poradně stráví více času právě gynekolog, který má tedy i větší prostor s ženou komunikovat a více času na edukaci. Pro většinu žen, které informace získaly, byly tyto poznatky nedostačující a většina žen by tak uvítala v prenatalních poradnách více informací ohledně zdravé výživy v graviditě, a to především formou brožur či letáků, ale mnoho žen by si o vhodné výživě nejraději promluvílo s lékařem či porodní asistentkou.

Většina dotazovaných respondentek, které v prenatalní poradně o vhodné výživě informovány nebyly, jsou toho názoru, že zdravotnický personál předpokládá, že si ženy

vyhledávají takovéto informace samy, protože je to v jejich zájmu a jsou dostupné z různých zdrojů.

Ačkoliv je to znepokojující, podle mého názoru v prenatalních poradnách bohužel není dostatek času na to, aby ať už porodní asistentka, nebo lékař podrobněji edukovali těhotné ženy o vhodném stravování. Jak jsem již uvedla, porodní asistentce zabere velké množství času administrativa, a i když lékaři mají asi o trochu více času na komunikaci s těhotnou, není to dostatečný prostor pro podrobné informování všech těhotných žen o vhodné výživě a celkově zdravém životním stylu. Z tohoto důvodu bych si v prenatalních poradnách představovala edukaci také s pomocí brožur či letáků. Tato moje představa se potvrdila i v dotazníkovém šetření.

Za velmi pozitivní jev považuji, že v dnešní době se autoři mnoha knih zabývají vhodnou výživou žen v graviditě a literatura věnující se této problematice se neustále rozvíjí a zdokonaluje. Dnes jsou tyto informace přístupné pro všechny. Ženy mají velký výběr z různých odborných knih a časopisů, kde mohou čerpat informace na toto téma. Na internetu se najde také dostatečné množství různých spolehlivých zdrojů, kde si ženy mohou vyhledávat veškeré informace, ale zde je nutná obezřetnost při výběru validních internetových zdrojů. V případě potřeby upřesnění informací by jim určitě rád pomohl právě zdravotnický personál v gynekologických ambulancích potřebnou informaci objasnit a upřesnit. Dalším výborným zdrojem informací o vhodných zásadách stravování v graviditě jsou předporodní kurzy, kde se ženy zajisté dozví vše potřebné.

Dle mého výzkumného šetření bych jako výstup pro praxi zvolila distribuovat letáky či brožury do gynekologických ambulancí. Představovala bych si, že tyto letáky budou obsahovat nejen základní informace o vhodné výživě žen v období těhotenství, ale také bych zde uvedla alespoň několik kvalitních zdrojů, ze kterých by mohly těhotné ženy čerpat další informace. Určitě bych také odkázala na těhotenské kurzy i s kontakty na porodní asistentky a v letáčku bych neopomněla zmínit, že v případě potřeby se mohou obrátit na zdravotnický personál gynekologických ambulancí.

Samostatný letáček bych udělala na téma prekoncepční výživy. Zde bych zdůraznila především význam vhodného stravování a celkově zdravého životního stylu již před otěhotněním, aby se tak ženy dozvěděly, že vhodná výživa není důležitá jen během těhotenství, ale již před otěhotněním, a aby tak ženy prekonceptci přikládaly dostatečný význam. Tímto způsobem by se ženy včas dozvěděly o významu prekoncepční výživy a

mohly by se tak včas zamyslet nad svými dosavadními stravovacími návyky a s dostatečnou časovou rezervou případně některé nevhodné návyky změnit.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na zdravý životní styl v těhotenství. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou. V teoretické části mé bakalářské práce zdůrazňuji význam zdravého životního stylu, který by žena měla dodržovat nejen po celý život, ale především právě v období těhotenství. V teoretické části jsem se zabývala pohybovou aktivitou, odpočinkem, sexuálním životem, léky, škodlivostí návykových látek a psychikou těhotných žen. Nejobsáhlejším tématem byla především vhodná výživa žen v období gravidity, kde jsem se zabývala prekoncepční výživou a jejím významem, nutričním složením potravin a také popisuji zásady správné výživy v jednotlivých trimestrech. Dále zde zobrazuji potravinovou pyramidu určenou pro těhotné ženy a hygienické zásady, které by ženy v těhotenství měly dodržovat. V kapitole terapeutické možnosti stravy jsou uvedena doporučení jak se chovat a co dělat, když ženu trápí těhotenské neduhy, a okrajově jsem zmínila alternativní styly výživy a fytoterapii. V poslední kapitole jsem se zabývala edukační činností porodní asistentky, kde popisuji roli porodní asistentky v edukačním procesu a přínosy těhotenských kurzů.

Praktickou část tvořily informace získané pomocí dotazníkového šetření. Mým hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou ženy dostatečně a správně informovány o vhodném způsobu stravování nejen v graviditě, ale také prekoncepčně. Předpokládala jsem, že většina žen bude mít správné informace. Ačkoliv se mi tento předpoklad nepotvrdil, chybělo jen několik procent k potvrzení i tohoto předpokladu. Tedy větší část žen má znalosti o tom, jak se správně stravovat během těhotenství, proto považuji tento výsledek za poměrně uspokojivý. Ale přesto mě tento dílčí cíl přesvědčil, že je zde menší procento těhotných žen, které mají neustále určité nedostatky a mezery ve vědomostech ohledně vhodné výživy v období gravidity. Za hlavní nedostatek považuji především informace o prekoncepční výživě, kdy většině těhotných žen nebyly poskytnuty žádné informace o této problematice a ani samy ženy se o toto téma nezajímaly. Ovšem naopak tomu bylo při samostatném vyhledávání informací o zásadách vhodného stravování v graviditě. Zde většina žen uvedla, že si samy informace vyhledávají. Jako primární zdroj, ze kterého čerpaly informace, uvedly internet, přestože jsou si vědomy toho, že nejkvalitnější informace získají spíše v odborné literatuře.

Co se týká informovanosti žen o vhodné výživě v těhotenství v prenatalních poradnách, byly výsledky podobné, ale větší počet žen informace v prenatalních poradnách získaly, a to především od svého gynekologa. Ovšem pro většinu z nich tyto informace

dostačující nebyly a uvítaly by více informací o této problematice. A protože mnoho žen si uvědomuje nedostatek času zdravotnického personálu v prenatalních poradnách, zvolila většina žen možnost získávání informací ohledně vhodné výživy formou letáků či brožur.

Z mého šetření vyplývá, že informovanost žen o zdravé výživě v těhotenství není vůbec špatná, ale přesto je neustále co vylepšovat. V dnešní době je správná výživa nedílnou součástí každého těhotenství. Dodržováním zásad správné výživy a zdravého životního stylu v těhotenství mohou ženy eliminovat různé problémy v průběhu těhotenství a především tím mohou ovlivnit správný vývoj a růst plodu.

V prenatalních poradnách by určitě těhotné ženy měly dostat alespoň základní informace o tomto tématu od porodních asistentek, které by se měly snažit ženy navést na samostatné vyhledávání potřebných informací a upozornit je na to, že výživa hraje během těhotenství významnou roli, a to nejen v prvních třech měsících a po celou dobu těhotenství, ale již prekoncepčně. Také bych si představovala, že by porodní asistentky nebo lékař mohli ženám doporučit odbornou literaturu nebo vhodné internetové stránky, kde by těhotné ženy tyto informace našly, a samozřejmě je ubezpečit, že v případě potřeby jim tyto poznatky upřesní. Ovšem ideálnější by bylo, kdyby to bylo jen trochu možné, ženy o tomto tématu informovat. Bohužel ve většině gynekologických ambulancí není tolik prostoru pro podrobnější edukaci nejen o vhodné výživě, ale celkově o zdravém životním stylu, proto bych si představovala těhotné ženy edukovat alespoň formou letáků či brožur, které by našly právě v gynekologických ambulancích a které by obsahovaly alespoň základní informace ohledně vhodné výživy v těhotenství a ve kterých by bylo zveřejněno několik spolehlivých zdrojů, odkud by těhotné ženy mohly tyto informace čerpat. Samostatný letáček bych udělala zvlášť na téma prekoncepční výživy.

SEZNAM ZDROJŮ

1. BAUEROVÁ, Lucie. Prekoncepční příprava páru. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Radka WILHELMOVÁ.
2. BEJDÁKOVÁ, Jitka. Cvičení a sport v těhotenství: sporty vhodné i nevhodné, zásady cvičení, speciální tělocvik pro těhotné, základy výživy, tanec, gravidjóga. Praha: Grada, 2006. 136s. ISBN 80-247-1214-8.
3. BOWDEN, Jonny a TANNISOVÁ, Alisson. 100 nejzdravějších jídel pro nastávající maminky: překvapivé a objektivní informace o potravinách, které byste měla v těhotenství jíst, ale nejspíš nejíte. Přeložila A. Amchová. Praha: Fortuna Libri, 2010. 319s. ISBN 978-80-7321-523-1.
4. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel a SRP, Bedřich a kol. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 544s. ISBN 978-80-247-1303-8.
5. ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2010. 128s. ISBN 978-80-247-3213-8.
6. DEANSOVÁ, Anne. *Kniha knih o mateřství*. Přeložili J. FALESOVÁ a I. FALES. Praha: Fortuna print, 2004. 392s. ISBN 80-7321-117-3.
7. DUMOULIN, Chantale. *Cvičíme v těhotenství: Názorný popis cviků a praktické rady*. Přeložila K. Bodnárová. Praha:Portál, 2006. 104s. ISBN 80-7367-078-X.
8. EGGOVÁ, Petra a VRÁNOVÁ, Věra. Edukační činnost porodní asistentky. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Promediamotion, 2010, roč. VI., č. 6. ISSN 1801-1349.
9. GRUBEROVÁ, Jana. *Životaspráva a životní styl těhotné ženy*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natália BEHARKOVÁ.
10. GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. 229s. ISBN 978-80-247-3081-3.
11. HAVELKA, Robin. *Znalost těhotných žen o výživě a pohybu v těhotenství*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Jana JUŘÍKOVÁ.
12. HRONEK, Miloslav a BAREŠOVÁ, Hana. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi, 2012. 151s. ISBN 978-80-87250-20-4.

13. HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. 309s. ISBN 80-7345-013-5.
14. KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová forma, 2012. 378s. ISBN 978-80-7453-250-4.
15. KLESCHT, Vladimír. *Přirozené zdraví: aneb Jak si nevyrobět nemoci*. Brno: Vladimír Klescht, 2006. 141s. ISBN 80-239-7324-X.
16. KOLMANOVÁ, Hana. *Vliv výživy v těhotenství na průběh porodu a porodní hmotnost novorozence*. Brno, 2009. Bakalářské práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Radka WILHELMOVÁ.
17. KOMPRDA, Tomáš. *Výživou ke zdraví*. Velké Bílovice: TeMi CZ, 2009. 112s. ISBN 978-80-87156-41-4.
18. MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. 291s. ISBN 978-80-247-2715-8.
19. MANDŽUKOVÁ, Jarmila. *Výživa v těhotenství od A do Z*. Praha: Vyšehrad, 2008. 99s. ISBN 978-80-7021-951-5.
20. MARTINCOVÁ, Jana. *Zdravé těhotenství: Jedinečný rádce pro úspěšné otěhotnění, těhotenství, porod i šestinedělí: Zdravá výživa, zdravé vaření, zdravé cvičení*. Brno: Babyonline, 2012. 99s. ISBN 978-80-904216-3-9.
21. MURKOFF, Heidi a MAZEL, Sharon. *What to expect, when you're expecting: the world's best-selling pregnancy manual*. London: Simon & Schuster UK, 2009. 612s. ISBN 978-1-84737-375-5.
22. MÜLLEROVÁ, Dana. *Výživa těhotných a kojících žen: Správné stravovací návyky, je třeba jíst za dva? Kuchařské recepty pro nastávající maminky, těhotenství vegetariánek a veganek*. Praha: Mladá fronta, 2004. 119s. ISBN 80-204-1023-6.
23. PARKER-LITTLEROVÁ, Catharine. *Průvodce těhotenstvím a porodem: vše o vašich 40 týdnech a ještě víc, na co se bojíte kohokoli zeptat*. Přeložila S. KRÁLOVÁ. Praha: Ikar, 2010. 320s. ISBN 978-80-249-1376-6.
24. PAŘÍZEK, Antonín. *Knih o těhotenství a dítěti: Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím až do dvou let dítěte*. 3 vydání. Praha: Galén, 2008. 685s. ISBN 978-80-7262-594-9.
25. POKORNÁ, Jitka a BŘEZKOVÁ, Veronika a PRUŠA, Tomáš. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: Era group, 2008. 132s. ISBN 978-80-7366-136-6.

26. POSPÍŠILOVÁ, Jana. *Vliv výživy na průběh gravidity*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Magdaléna NESVADBOVÁ.
27. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106s. ISBN 978-80-254-2186-4.
28. SABERSKY, Annette. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky: ideální jídelníček, výživa od A do Z, jak předcházet komplikacím, kvalitní a vyvážená strava*. Přeložila J. BÍLKOVÁ. Praha: Grada, 2009. 184s. ISBN 978-80-247-2740-0.
29. STARNOVSKÁ, Tamara. Česká potravinová pyramida Fóra zdravé výživy. Florence. Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. Vychází pod patronací české asociace sester, Ambit Media, a.s., 2013, roč. IX, 17 – 18. ISSN 1801-464X.
30. SYNOVYD, Anhelina. *Výživová doporučení pro těhotné ženy v teorii a praxi*. Plzeň, 2012. Bakalářské práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Dana MÜLLEROVÁ.
31. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky a zvědavé rodiče*. Praha: Argo, 2010. 313s. ISBN 978-80-257-0324-3.
32. VRÁNOVÁ, Věra. *Porodní asistence I.: žena s fyziologickým těhotenstvím, porodem a novorozencem v péči porodní asistentky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 149s. ISBN 978-80-244-2917-5.
33. WESSELS, Miriam a OELLERICH, Heike. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí: Co se děje s mým tělem? Jak zůstat zdravá a atraktivní? Které cviky jsou nejvhodnější?*. Praha: Grada, 2006. 128s. ISBN 80-247-1427-2.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk dotazovaných žen	43
Graf 2: Vzdělání dotazovaných žen	44
Graf 3: Počet těhotenství	45
Graf 4: Rozdělení žen podle informovanosti o zásadách vhodné výživy v těhotenství	46
Graf 5: Největší vliv výživy na správnou tvorbu orgánů plodu	47
Graf 6: Optimální váhový přírůstek ženy v graviditě.....	48
Graf 7: Nejdůležitější vitamíny a minerální látky v graviditě	49
Graf 8: Nevhodné potraviny v těhotenství	50
Graf 9: Vhodné tekutiny v období gravidity	51
Graf 10: Rozdělení žen podle informovanosti o prekoncepční výživě	52
Graf 11: Zdroj informací o prekoncepční výživě	53
Graf 12: Samostatné vyhledávání informací o prekoncepční výživě	54
Graf 13: Samostatné vyhledávání informací o zásadách správné výživy v graviditě v souvislosti s věkem.....	55
Graf 14: Samostatné vyhledávání informací o zásadách správné výživy v graviditě v souvislosti s počtem těhotenství	57
Graf 15: Primární zdroj informací o výživě v těhotenství.....	58
Graf 16: Zdroj nejkvalitnějších informací o vhodné výživě v graviditě	59
Graf 17: Rozdělení žen podle informovanosti v prenatalní poradně o vhodné výživě v graviditě.....	60
Graf 18: Zdroj informací v prenatalních poradnách.....	61
Graf 19: Rozdělení žen podle toho, zda pro ně byly dostačující získané informace.....	62
Graf 20: Rozdělení žen podle dodržování získaných informací o vhodné výživě v těhotenství.....	63
Graf 21: Důvod neposkytnutí informací v prenatalní poradně o vhodné stravě	64
Graf 22: Uvítání více informací v prenatalních poradnách o vhodném stravování v období gravidity.....	65
Graf č. 23: Nejpřijatelnější forma podávání informací v prenatalních poradnách	66

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

HDL high density lipoprotein

LDL low density lipoprotein

DM Diabetes mellitus

WHO World Health Organisation

CNS centrální nervová soustava

DNA deoxyribonukleová kyselina

RNA ribonukleová kyselina

NS nervová soustava

ČR Česká republika

hCG lidský choriogonadotropin

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: DOTAZNÍK	85
Příloha č. 2: AKUTÁLNÍ POTRAVINOVÁ PYRAMIDA FÓRA ZDRAVÉ VÝŽIVY...	89
Příloha č. 3: POTRAVINOVÁ PYRAMIDA	90
Příloha č. 4: UKÁZKA JÍDELNÍČKU PRO TĚHOTNÉ ŽENY	91
Příloha č. 5: DŮVOD NÁRŮSTU TĚLESNÉ HMOTNOSTI BĚHEM TĚHOTENSTVÍ	92

Příloha č. 1: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Denisa Štěpánová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka Fakulty zdravotnických studií na ZČU v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou sloužit pouze jako podklad pro moji bakalářskou práci, ve které se zabývám zdravým životním stylem v těhotenství. U otázek je možná pouze jedna správná odpověď, pokud není uvedeno jinak. Veškeré získané údaje jsou anonymní.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

Denisa Štěpánová

1. Kolik je Vám let?
 - a) 15 - 20 let
 - b) 21 - 30 let
 - c) 31 - 40 let
 - d) 41 a více let

2. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Středoškolské
 - c) Vysokoškolské

3. Pokolikáté jste těhotná?
 - a) Poprvé
 - b) Podruhé
 - c) Potřetí
 - d) Více než potřetí

4. Ve kterém trimestru si myslíte, že má výživa největší vliv na správnou tvorbu orgánů plodu?
 - a) V I. trimestru (1., 2. a 3. měsíc těhotenství)
 - b) Ve II. trimestru (4., 5. a 6. měsíc těhotenství)
 - c) Ve III. trimestru (7., 8. a 9. měsíc těhotenství)
 - d) Nevím

5. Optimální váhový přírůstek těhotné ženy v graviditě by měl být:

- a) 3 - 6 kg
- b) 8 - 12 kg
- c) 15 - 20 kg
- d) Více jak 20 kg
- e) Nevím

6. Zaškrtněte skupinu vitamínů a minerálních látek, o kterých si myslíte, že patří k nejdůležitějším v období těhotenství:

- a) Vitamin K, sodík, draslík
- b) Vápník, železo, jód a kyselina listová
- c) Vitamin E, fosfor, fluór, chrom
- d) Nevím

7. Vyberte skupinu potravin, kterou není vhodné ve velké míře konzumovat v těhotenství:

- a) Hovězí maso, kakao, rostlinné oleje a fíky
- b) Nepasterizované sýry, těstoviny z bílé mouky a grilované maso
- c) Vejce, tofu, špenát, ořechy
- d) Nevím

8. Jaké tekutiny je nevhodnější přijímat v období gravidity?

- a) Čisté neperlivé vody a čaje
- b) Džusy a minerální vody
- c) Mléko a limonády
- d) Nevím

9. Byla jste někým informována ohledně prekoncepční výživy (*tzn. výživa před těhotenstvím*)?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste u ot. č. 9 zvolila odpověď ANO, prosím odpovězte dále na ot. č. 10 i 11.

Pokud jste u ot. č. 9 zvolila odpověď NE, prosím odpovězte dále na ot. č. 11.

10. Pokud ano, kdo Vám informace poskytl? (*možno více odpovědí*)

- a) Porodní asistentka
- b) Gynekolog

- c) Studentka na praxi
- d) Rodina, přátelé
- e) Jiné, uveďte.....

11. Vyhledávala jste si informace o prekoncepční výživě sama?

- a) Ano
- b) Ne

12. Vyhledávala jste si sama informace o zásadách správné výživy v těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne

13. Pokud ano, uveďte jeden primární zdroj, ze kterého jste čerpala informace?

(primární zdroj = základní, prvotní, hlavní zdroj)

- a) Z odborných knih a časopisů
- b) Z internetu
- c) Z televize a rádia
- d) Od své rodiny a přátel
- e) Jiné, uveďte.....

14. Z jakých zdrojů si myslíte, že získáte nejkvalitnější (nejpravdivější) informace:

- a) Z odborných knih a časopisů
- b) Z internetu
- c) Z televize a rádia
- d) Jiné, uveďte (*uvádějte prosím „věcné“ zdroje, ne osoby*).....

15. Byla jste v prenatální poradně informována o vhodných stravovacích návycích v období gravidity?

- a) Ano
- b) Ne

16. Pokud ano, od koho jste informace získala? (*možno více odpovědí*)

- a) Od porodní asistentky
- b) Od svého gynekologa
- c) Od studentky na praxi
- d) Jiné, uveďte.....

17. Byly pro Vás tyto informace dostačující?
- a) Ano
 - b) Ne
18. Řídila jste se těmito informacemi?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Částečně
19. Pokud jste v prenatální poradně nebyla informována o výživě v těhotenství, z jakého důvodu si myslíte, že Vám informace nebyly poskytnuty:
- a) Nedostatek času zdravotnického personálu
 - b) Nezáměr ze strany zdravotnického personálu
 - c) Nezáměr z mé strany
 - d) Myslím si, že zdravotnický personál předpokládá, že si ženy vyhledávají takovéto informace samy, protože je to v jejich zájmu a jsou dostupné
 - e) Jiné, uveďte.....
20. Uvítala byste více informací v prenatálních poradnách ohledně zásad správné výživy v graviditě?
- a) Ano
 - b) Ne
21. Pokud ano, která forma podávání informací v prenatálních poradnách ohledně zdravé výživy v těhotenství by pro vás byla nejpříjemnější? (*možno více odpovědí*)
- a) Brožury
 - b) Plakáty
 - c) Letáky
 - d) Reklamní spoty
 - e) Rozhovor s PAS
 - f) Rozhovor s lékařem
 - g) Přednáška
 - h) Jiné, uveďte.....

Příloha č. 2: AKUTÁLNÍ POTRAVINOVÁ PYRAMIDA FÓRA ZDRAVÉ VÝŽIVY

Obrázek 1 – Aktuální potravinová pyramida

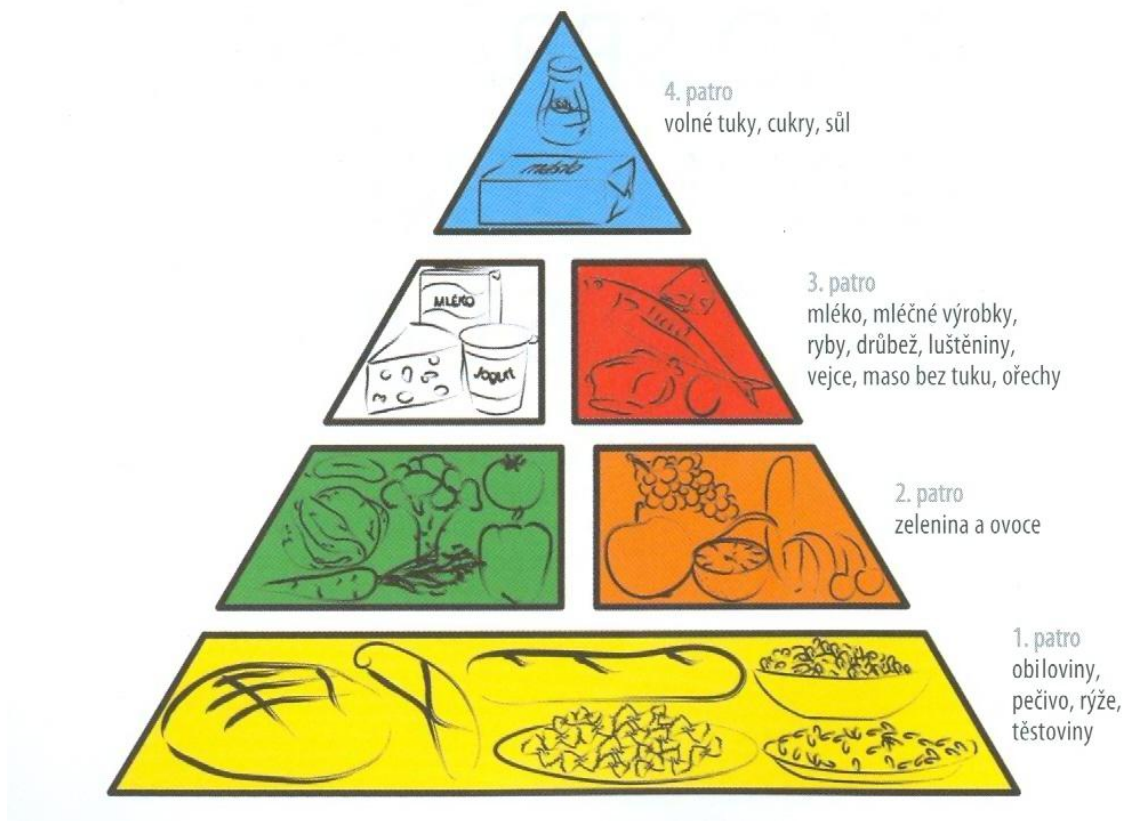


- jezte pestrou stravu rozloženou do celého dne
- zvyšte spotřebu zeleniny a ovoce na 600 g denně (400 g zeleniny, 200 g ovoce)
- denně konzumujte nejméně 2 l tekutin, přednost dávejte vodě
- nezapomínejte na pravidelnou denní konzumaci mléčných výrobků, nejlépe zakysaných
- na teplou i studenou kuchyni používejte rostlinné oleje a kvalitní margariny
- maso jezte jen libové, bez viditelného tuku
- omezte smažené pokrmy a vyhýbejte se oplatkám, keksům a sušenkám s náplní a polevou
- vybírejte si potraviny s nižším obsahem sodíku, nepřisolujte
- udržujte si optimální tělesnou hmotnost, pravidelně se hýbejte

Další informace a dotazy: www.fzv.cz

Příloha č. 3: POTRAVINOVÁ PYRAMIDA

Obrázek 2 - Potravinová pyramida



Zdroj: Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 14

Příloha č. 4: UKÁZKA JÍDELNÍČKU PRO TĚHOTNÉ ŽENY

Snídaně

Obiloviny: 2 krajíce chleba 120 g

Ovoce: pomeranč 100 g

Bílkoviny: žervé 20 g, 2 plátky 30% Eidamu 40 g

Svačina

Obiloviny: müsli

Ovoce: banán 120 g

Bílkovina: jogurt 150 g

Oběd

Obiloviny: rýže 150 g

Zelenina: mrkvový salát s jablkem 100 g

Bílkoviny: kuřecí prsa (s broskví) 100 g

Ostatní: polévka drůbeží s nudlemi 250 ml

Svačina

Ovoce: jablko 150 g + mandarinka 80 g

Večeře

Obiloviny: celozrnný rohlík 60 g

Zelenina: rajče 100 g a paprika 80 g

Bílkoviny: šunka 3 plátky 30 g

Ostatní: pomazánkové máslo 20 g

Celkem přibližně 8 075 kJ, 80 g bílkovin, 281 g sacharidů, 51 g tuků

Zdroj: Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 226

Příloha č. 5: DŮVOD NÁRŮSTU TĚLESNÉ HMOTNOSTI BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

Nárůst tělesné hmotnosti v graviditě

Důvod	Průměrný přírůstek hmotnosti (g)
Placenta	650
Plodová voda	800
Plod	3 200
Děloha	1 000
Prsy	500
Objem krve	1 500
Tuk	3 300
Celkem	10 950

Zdroj: Pokorná, Březková, Pruša, 2008, s. 54

