

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Veronika Machová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Veronika Machová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

VLIV ŽIVOTNÍHO STYLU NA TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2018

Prohlášení

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

V Plzni dne 28. 03. 2018.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Janě Horové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji svým prarodičům, kteří mi byli velkou oporou.

Anotace

Příjmení a jméno: Veronika Machová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv životního stylu na těhotenství

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 21

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: těhotenství, životní styl, zdravý životní styl, návykové látky

Souhrn:

Teoretická část mé bakalářské práce se nejdříve zabývá těhotenstvím ve všech jeho fázích, Změnami u matky i vývojem plodu. V další části jsem se zaměřila na životní styl, a s ním spojenou výživu, pohybovou aktivitou, spánek a psychiku. Poté jsem psala o rizikových faktorech, které ovlivňují těhotenství, jako jsou alkohol, kouření, kofein a drogy. Poslední kapitolu jsem věnovala lékům.

Praktická část má výzkumný charakter, základním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost žen ohledně vlivu životního stylu na těhotenství.

Annotation

Surname and name: Veronika Machová

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The impact of lifestyle to pregnancy

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 21

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 42

Keywords: pregnancy, lifestyle, healthy lifestyle, addictive substances

Summary:

The theoretical part of my bachelor thesis first deals with pregnancy in all its stages, changes in the mother and fetal development. In the next part, I focused on lifestyle, associated nutrition, physical activity, sleep and psyche. After that I wrote about the risk factors that affect pregnancy like alcohol, smoking, caffeine, drugs and medicines. The last chapter is devoted to the work of midwives.

The practical part has a research character, where the main objective was to find out what is the awareness of women about the influence of lifestyle on pregnancy.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 TĚHOTENSTVÍ.....	12
1.1 I. trimestr.....	12
1.2 II. trimestr.....	13
1.3 III. trimestr.....	14
2 ŽIVOTNÍ STYL V TĚHOTENSTVÍ.....	15
2.1 Výživa.....	15
2.1.1 Váhový přírůstek.....	15
2.1.2 Hydratace.....	17
2.1.3 Složky stravy – tuky, bílkoviny, vitamíny a minerální látky.....	17
2.1.4 Nevhodné potraviny.....	18
2.2 Pohybová aktivita.....	19
2.3 Spánek a psychika.....	20
2.3.1 Spánek.....	20
2.3.2 Psychika.....	20
3 RIZIKOVÉ FAKTORY V TĚHOTENSTVÍ.....	22
3.1 Návykové látky v těhotenství.....	22
3.1.1 Alkohol.....	22
3.1.2 Kouření.....	24
3.1.3 Kofein.....	25
3.1.4 Drogy.....	26
3.1.5 Péče o uživatelky návykových látek.....	28
4 LÉKY V TĚHOTENSTVÍ.....	30
5 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
6 FORMULACE PROBLÉMU.....	34
7 CÍL VÝZKUMU.....	34
8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	36
9 METODA SBĚRU DAT.....	36
10 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	37
11 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	38
12 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ.....	60
DISKUZE.....	64
ZÁVĚR.....	67

BIBLIOGRAFIE	68
SEZNAM ZKRATEK.....	73
SEZNAM OBRÁZKŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

„Nejdřív se na sebe usmáli,
potom se do sebe zamilovali...
Nakonec se spolu políbili...
(Wolker 1964, s. 38)“

Naštěstí nežijeme v době Wolkrových milenců z Balady o nenarozeném dítěti. Absolvujeme nutné stupně vzdělání a můžeme se rozhodnout, kdy se dítě narodí. Stejně jako v baladě je nutno mít partnera, se kterým si rozumíme a máme se rádi. Většinou harmonický partnerský vztah touží po hlubším naplnění, tím je narození dítěte. Základním předpokladem rodičovství je věková i ekonomická připravenost.

V dnešní době tedy do popředí vstupuje plánované rodičovství, kdy partneri vytvářejí nejvhodnější podmínky pro početí a fyziologický průběh těhotenství. Toto období přináší spoustu otázek, které je potřeba zodpovědět. Průměrná délka těhotenství je 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tedy přesně 280 dní, které jsou pro ženu jak psychicky, tak fyzicky náročné. V průběhu těhotenství chodí ženy na pravidelné kontroly do těhotenských poraden ke svému obvodnímu gynekologovi, kde čerpají cenné informace ohledně svého stavu.

Má bakalářská práce, která vznikla na základě mnou provedené rešerše, se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V ní chceme nastínit, co to těhotenství je, popisujeme jednotlivé trimestry, vývoj plodu a jeho úskalí. Dále se věnujeme životnímu stylu v těhotenství. Zmíníme i důležité faktory pro fyziologický růst, jako jsou přiměřený váhový přírůstek, dostatečná hydratace, pestrá vyvážená strava a v neposlední řadě vhodná fyzická i psychická aktivita ženy matky. Ovšem má práce není jen o zdravém životním stylu, který koresponduje s fyziologickým těhotenstvím, nýbrž o vlivu jednotlivých faktorů, které vedou k rizikovému, až patologickému průběhu. Mezi takové vlivy řadíme alkohol, kouření, kofein, drogy a některé léky, jež mohou velmi ovlivnit, až zastavit vývoj plodu, případně se podílet na vzniku duševních poruch dítěte a poruch chování.

Teoretickou část zakončuji kapitolou o práci a kompetencích porodní asistentky.

V praktické části mého kvantitativního výzkumu jsme na podkladě 110 dotazníků vyhodnotili přístup a odpovědnost budoucích matek. Hlavním cílem mé práce je zjistit míru jejich informovanosti o vlivu životního stylu na těhotenství.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství začíná splynutím samčí a samičí pohlavní buňky, spermie a vajíčka. Přesto existují dvě jiné možnosti, jak počítat stáří dítěte. Buď podle doby oplození, tedy embryonální či fetální stáří, nebo podle poslední menstruace, takzvané menstruační stáří či gestační. Dle dnešní konvence počítáme s gestačním stářím, tedy bereme těhotnou již dva týdny před tím, než vlastně došlo k splynutí buněk, a to od prvního dne poslední menstruace (Pařízek 2015, s. 69, 158). Pro zorientování je důležité vysvětlit si i následující. „Termín porodu se počítá 40 týdnů od prvního dne poslední menstruace. Průměrné těhotenství trvá 39 týdnů (Procházka 2016, s. 24).“ Pro výpočet termínu použijeme Naegeleho pravidlo, kdy od tohoto data odebereme tři měsíce a přidáme sedm dnů. Tedy porod je naplánován na 40. týden. Pokud žena porodí do 37. týdne, klasifikujeme to jako předčasný porod, pokud po 42. týdně, jedná se o přenášení. „Přesná datace těhotenství je důležitá, protože se s ní počítá při různých prenatalních testech (Procházka 2016, s. 24).“ Těhotenství je rozčleněno na tři trimestry, kdy první je nejrizikovější (Procházka 2016, s. 24).

1.1 I. trimestr

Po spojení vajíčka a spermie ve vejcovodu dochází k dělení buněk a transportu do dělohy. Ovšem tyto fáze nejsou nijak provázeny chemickými či hormonálními změnami, které by účinkovaly na organismus ženy. Teprve nidací v děloze na sebe vzájemně působí matka a embryo (Pařízek 2015, s. 162–164). Buňky se rychle dělí a zvyšuje se jejich počet, až se vyvinou tři vrstvy: vnitřní, střední a vnější. To vše se odehraje během prvních čtyř týdnů. Do konce 12. týdne se z každé vrstvy vyvinou specializované tkáně a embryo bude už skoro plně vyvinuté. Ta vnější vrstva se nazývá ektoderm. Z ní vznikne mozek, nervový systém, kůže, vlasy, nehty a zuby. Střední vrstva se nazývá mezoderm, ze které se vyvine srdce, krevní oběh, kosti, svaly a pohlavní orgány. Poslední, vnitřní, je endoderm, z ní jsou plíce, játra, močový měchýř a trávicí systém. Z toho vyplývá, že k většině vývoje dochází ze začátku, a proto je důležité podniknout určité kroky

k tomu, abychom zvýšili pravděpodobnost úspěšného těhotenství. Právě životní styl, kdy se žena vyhýbá některým jídlům, alkoholu, kouření, chemikáliím i jedovatým látkám nebo užívá kyselinu listovou, může mít kýžený efekt (Svojtka & Co 2009, s. 58–61).

V embryonálním období, tedy v prvních 10 týdnech, může vlivem toxinů dojít k potratu, nebo jejich dalším působením k vrozeným vývojovým vadám, které tedy zapříčiní následnou smrt či výrazný defekt embrya. Většinou koncem tohoto období dochází k diagnostice těhotenství pomocí ultrazvuku (Procházka 2016, s. 16). Fetální období plynule navazuje na embryonální, kdy už má plod veškeré výchozí důležité orgány vytvořené, a tedy již není natolik citlivý na toxiny a jejich negativní vlivy (Procházka 2016, s. 18). Koncem I. trimestru, tedy ve 12. týdnu, plod váží přibližně 14 g a měří asi 6,5 cm. Jeho kůže je průhledná, prsty jsou oddělené a začínají se vyvíjet nehty. Všechny kosti jsou vytvořené, pouze se osifikují. Srdce pumpuje a krevní oběh pracuje naplno stejně jako ledviny a trávicí soustava. Lze i rozeznat rysy obličeje (Svojtka & Co 2009, s. 64).

V těle těhotné dochází k mnoha změnám s odlišnými příznaky. U většiny žen se těhotenství ohlašuje vynecháním menstruace, zvětšením prsou a napětím v nich. Někdy se začínají objevovat první obtíže, jako jsou nevolnost, zvracení, zácpa, plynatost, pálení žáhy, častější nucení na močení, únava, podrážděnost a psychická nestabilita, které dokážou znepříjemnit celý den, ovšem nejsou nijak nebezpečné pro dítě ani matku. Ve 3. měsíci je již děloha velká jako grapefruit a počáteční obtíže by měly pomalu ustupovat. Žena se cítí lépe a vrací se jí chuť k jídlu (Pařízek 2015, s. 171–184).

1.2 II. trimestr

„V 16. týdnu jsou již tělíčko a končetiny, kostra i orgány do detailů vytvořeny a teď již budou po celý zbytek těhotenství pouze růst a vyvíjet se (Svojtka & Co 2009, s. 66–70).“ Do 20. týdne se vytvoří vše důležité, co dítě potřebuje, přestože by ještě nepřežilo mimo dělohu, ale už nevznikají nové části. Poté jen roste a vyvíjejí se některé části, jako jsou plíce. Kolem 24. týdne gestace se ve většině zemí světa považuje dítě za „životaschopné“ a v případě předčasného porodu lze

s dopomocí profesionální intenzivní péče a umělé plicní ventilace zvýšit jeho šanci na přežití (Svojtka & Co 2009, s. 66–70).

Tělo matky se přizpůsobuje velkým nárokům počátečních týdnů a zároveň ustoupí prvotrimestrální potíže. Dá se říct, že nastala nejradostnější fáze těhotenství (Pintová 2015, s. 100). Okolí si začíná všímat, že se zvětšuje břicho a mizí pas. Dítě roste a s ním i chuť matky k jídlu. Zároveň ochabuje žaludek a střeva, což může mít za následek zácpu. Při nevhodné výživě se tento problém může prohloubit, a i proto je vhodné jíst vyváženou pestrou zdravou stravu a dostatečně pít (Pařízek 2015, s. 171–184). V 16. týdnu je v děloze stále dostatek místa pro volný pohyb, ovšem některé citlivější ženy mohou poprvé zachytit pohyby dítěte. Většina těhotných cítí takové pohyby či záchvěvy až od 18. do 22. týdne těhotenství (Svojtka & Co 2009, s. 66–70).

1.3 III. trimestr

Vývoj dítěte se dokončuje a vše se točí kolem blížícího se porodu. Do 37. týdne se jedná o předčasný porod, od 38. do 42. týdne se bavíme o porodu v termínu. Ve 37. týdnu je již hlavní vývoj dokončen. Ve 40. týdnu gravidity je dítě stejné jako po narození, váží kolem 3,5 kg a měří 47–51 cm (Svojtka & Co 2009, s. 76–83). Plod má kolem sebe málo místa, a proto se snaží zaujmout takovou pozici, aby zabrala co nejméně prostoru. Tuto pozici nazýváme flekční držení, kdy je brada opřená o hrudník, ohnutá záda včetně všech kloubů jak na horních, tak i dolních končetinách, má překřížené ruce i nohy (Skutilová 2016, s. 34). Dítě je už velké a nelze jednoduše najít příjemnou pozici pro ženu. V posledním měsíci chodí na kontrolu ke svému gynekologovi každý týden, ten kontroluje, jak dítě sestupuje do porodních cest (Pintová 2015, s. 145). V tomto období některé ženy vnímají Braxtonovy-Hicksovy kontrakce neboli poslíčky, což jsou mírné, nepravidelné stahy dělohy, které mohou být nečekaně bolestivé a důvodem návštěvy gynekologa či porodnice. Ovšem tento zvyšující se tlak krve na placentu mívá i pozitivní vliv na růst plodu a nemusí deklarovat předčasný porod (Mander 2014, s. 128).

2 ŽIVOTNÍ STYL V TĚHOTENSTVÍ

Životní styl každého z nás se odvíjí od ekonomické situace společnosti i sociálního statusu. Jedná se o formu chování, kdy se na základě svobodné vůle rozhodneme v dané životní situaci. Již v dětství dostáváme informace od rodičů, abychom měli dostatečné znalosti o tom, co je škodlivé pro naše zdraví, a mohli to dále aplikovat. Záleží jen na nás, jestli se rozhodneme pro zdravé alternativy nebo pro ty, které poškozují naše zdraví (Machová 2009, s. 16).

2.1 Výživa

Mezi dokumenty WHO patří *Globální strategie výživy, fyzické aktivity a zdraví* (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health) (2004), která zahrnuje pět základních cílů:

1. „Dosáhnout energetické rovnováhy a zdravé hmotnosti.“
2. „Omezit příjem energie z tuků a posunout spotřebu nasycených mastných kyselin směrem k nenasyceným, vyloučit trans-formy mastných kyselin.“
3. „Zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin a ořechů.“
4. „Omezit příjem volných cukrů.“
5. „Omezit spotřebu soli (sodíku), jodizovat sůl.“ (Svačina 2013, s. 16)

Cesta k nižšímu riziku pro normální vývoj plodu a pro zdraví matky vede přes nutričně vyváženou výživu. Je vhodné, aby se žena již před těhotenstvím živila normálním způsobem bez závažnějších potíží. V těhotenství je nezbytný dostatečný příjem energie, bílkovin, tuků a především kyseliny listové, železa a vitamínu D (Pařízek 2015, s. 296).

2.1.1 Váhový přírůstek

Při každé těhotenské poradně proběhne vážení, které je důležitým ukazatelem postupujícího těhotenství. Úbytek či nadměrný růst hmotnosti je

rizikový. Pokud žena v těhotenství jí pestrou, zdravou a vyváženou stravu, přibere pouze to, co má. Tato hmotnost se skládá z váhy plodu, placenty, dělohy, vody plodové, ze zvětšeného objemu krve, retence vody v těle, z růstu prsou a zásob tuků. V průběhu prvního trimestru se váha nijak nemění. Mezi 13. a 20. týdnem přírůstek činí tři kilogramy a od 21. do 30. týdne 5,5 až 6,6 kilogramu. Další tři kilogramy žena nabere od 31. do 36. týdne. V posledním měsíci těhotná na váze ubude, přestože dítě přibírá. Je to dáno úbytkem plodové vody a dalších tekutin v těle. Je dobré mít na mysli, že každá žena přibírá různým tempem.

Pro dostatečnou orientaci v problematice je důležité vysvětlit následující pojem. BMI = BODY MASS INDEX (Index tělesné hmotnosti)

$$\text{BMI} = \text{hmotnost těla v kilogramech} / (\text{výška v m})^2$$

Pro zhodnocení normálního BMI je výsledek 20–25. Pokud je menší, jedná se o podváhu, a pokud větší o nadváhu s tím, že čím je číslo vzdálenější od normálu, tím je stav ženy závažnější (Svojtko & Co 2009, s. 88–90). Váhový přírůstek se odvíjí od počáteční hmotnosti a stavu těhotné. Je naprosto normální a žádané, aby žena v těhotenství přibrala. Ovšem u zdravé ženy by měl přírůstek činit 10–12 kg. Pokud má žena BMI nižší, měla by přibrat mnohem víc, a sice až 18 kg. Při indexu vyšším je doporučeno nabrat pouhých 6–7 kg (Huch 2007, s. 81–82). Čím níže je BMI pod 19, o to větší je riziko předčasného porodu, a čím vyšší je BMI nad 30, o to menší je toto riziko (Koucký 2014, s. 14). Ovšem u obézních žen stoupá riziko gestační hypertenze a gestačního diabetu, pokud přibírají více, než by měly (Huch 2007, s. 84). Studie z Ostravy, vliv životního stylu na vznik gestačního diabetu mellitu, zkoumala 45 těhotných žen v 35. – 40. týdnu. Z nichž 58 %, 26 žen, mělo podle BMI normální váhu a právě v této skupině došlo k největším nárůstům na váze v průběhu gravidity. Pouze 12 žen mělo optimální váhový přírůstek do 12 kg, a tedy 14–38 kg navíc mělo 14 těhotných. Mezi hlavní faktory gestačního diabetu patří nadváha z nadměrného příjmu potravy a nedostatku pohybu (Sikorová 2014, s. 44–45).

Pokud se BMI vyšplhá nad 30, jedná se o jeden z rizikových faktorů pro vznik preeklampsie. Ta je spojována s hypertenzí a bílkovinou v moči. (Procházka 2016, s. 61–62).

2.1.2 Hydratace

Hydratace je velmi důležitý faktor aktivního těhotenství. Především v I. trimestru, kdy dochází k rozšíření kapacity oběhového systému. Tento deficit musí tělo vyrovnat, což vede k nárůstu objemu krve a tepového objemu asi o 40 %. Během kompenzace je tělo náchylnější k dehydrataci, proto je důležité při tělesné aktivitě doplňovat tekutiny. Následkem nedostatečného pití je děložní aktivita, která může vést k potratu. Je doporučováno vypít denně osm 250ml sklenic (Pintová 2015, s. 69–71).

Tyto sklenice by měly být naplněny čistou vodou, ta je totiž v těhotenství nejlepší. Je možné pít i vodu z vodovodu, která je dle přísných směrnic nezávadná, a tedy vhodná. Také je možné vybírat z řad minerálních a balených vod. Pokud chce žena pít minerální vody obohacené o vápník a hořčík, neměla by tak činit dlouhodobě. Za zmínku stojí i džusy, které obsahují biologicky aktivní látky. Co by ženy rozhodně neměly pít, jsou slazené minerální vody, alkohol nebo nápoje s kofeinem. Minerální vody s oxidem uhličitým napomáhají překyselení organismu, pálení žáhy, nadýmání a navozují stav dostatečné hydratace, přestože tělo strádá. Velké množství zkonsumovaných nápojů s kofeinem může vést k spontánním potratům či růstové restrikci plodu (Flídrová 2017, s. 25–26).

2.1.3 Složky stravy – tuky, bílkoviny, vitamíny a minerální látky

Strava by měla být dostatečně pestrá a pokrýt nároky těla. V průměru se jedná o navýšení o jedno jablko či jogurt. Tuky ideálně nenasycené, které se nacházejí v olivovém oleji, ořechách či tučných rybách. Při zvýšené konzumaci nasycených tuků ze zákusků a chlebičků dítě poroste, ovšem jeho vývoj nebude tak rychlý, jako by mohl být. Mléčné výrobky by měly být v jídelníčku 2x denně zastoupeny mlékem, sýrem nebo jogurtem jako zdroj bílkovin a vápníku, který posiluje kosti a zuby, má pozitivní vliv na imunitní systém, podporuje stahy svalů a krevní srážlivost. Další nedílnou součástí pestrého jídelníčku jsou bílkoviny, ty by se měly taktéž konzumovat 2–3x denně, jelikož jsou potřebné pro obnovu a růst nových buněk jak u ženy, tak u plodu. Jako výborný zdroj poslouží maso, ryby, vejce, luštěniny i ořechy či různá semínka.

Další složkou by mělo být ovoce a zelenina jako zdroj vitamínů, minerálů a vlákniny. Jeden z důležitých suplementovaných vitamínů je kyselina listová, jejíž nedostatek vede k poruchám vývoje neurální trubice, například rozštěpu páteře. Tento vitamín B₉ je důležitý i pro pohlavní soustavu, vývoj erytrocytů a především pro dělení buněk. Najdeme ho v zelené listové zelenině, ořechách, vejcích, brokolici i v banánu (Svojtka & Co 2009, s. 92–95). Další důležitý prvek, který se často suplementuje kvůli anémii, je železo. Jeho deficit může zapříčinit nedostatečný vývoj plodu, který vede k nedonošenosti a zvýšení rizika úmrtí novorozence. Příklad potravin, ze kterých se železo dobře vstřebává, je libové maso, vnitřnosti nebo i žloutek (Pařízek 2015, s. 300,301). Nezbytný je rovněž hořčík, jehož nedostatek může vyvolat potrat či předčasný porod. Najdeme ho v mase, vejcích, ořechách či v zelené listové zelenině. Jako poslední skupinu bych uvedla sacharidy. Jídla bohatá na škrob, například chleba, cereálie a brambory, jsou důležitým zdrojem energie po celý den. (Svojtka & Co 2009, s. 92–95). Při léčbě anémie často dochází k nižšímu vstřebávání zinku ve střevě, proto se musí také doplňovat. Při jeho nedostatku se v mírnější formě setkáme s růstovými problémy a zhoršenou imunitou plodu (Pařízek 2015, s. 301). Mezi hormony štítné žlázy řadíme jód. Ten reguluje tělesnou teplotu, bilanci vody v těle, hormonální procesy, odpovídá za správnou funkci centrální nervové soustavy, za přiměřený růst a tělesný vývoj. Pokud tento stopový prvek chybí, může se opozdit vývoj plodu nebo se zvětšit štítná žláza, což vede k problému s polykáním a dýcháním. Denní doporučená dávka činí 230 µg. Zdrojem jódu je v dnešní době jodizovaná sůl, mléko a plody moře. Ovšem nadměrná konzumace přípravků s jódem může vést k hyperfunkci štítné žlázy (Štěpánová 2014, s. 25).

2.1.4 Nevhodné potraviny

Těhotným ženám se nedoporučuje konzumace margarínů, tedy rostlinných roztíratelných tuků, vzniklých zastaralým způsobem výroby, kde se nachází transmastné kyseliny vyvolávající předčasný porod. Moderní margaríny již tuto látku ve větší míře neobsahují, což také lze vyčíst z etiket daných výrobků, a je vhodné nakombinovat více druhů margarínů pro jejich různorodé zastoupení mastných kyselin. Je vhodné střídat rostlinné oleje a využívat je pouze

k doporučenému způsobu užití. Také by nemělo docházet k opakovanému používání olejů (Svačina 2013, s. 247).

Z mléčných výrobků se ženy musí vyhýbat měkkým plísňovým sýrům, nepasterizovaným sýrům, sýrům s modrou plísní, neupravenému kravskému, ovčímu nebo kozímu mléku a výrobkům z nich vytvořených, domácí zmrzlíně z bílků a žloutků, protože mohou způsobit listeriózu, salmonelózu nebo toxoplazmózu. Syrová vejce a výrobky z nich mohou vyvolat salmonelózu. Těhotné ženy by se měly vyhýbat i syrovému maso, vždy ho řádně tepelně zpracovat, jíst játra a výrobky z nich jen v rozumné míře, neboť vysoký obsah vitamínu A může způsobit poškození plodu (Svojtka & Co 2009, s. 98–101). Některé potravinové otravy vedou k potratu či předčasnému porodu (Huch 2007, s. 99). WHO, Světová zdravotnická organizace odhaduje, že porodní komplikace, které souvisí i s nezdravou výživou během těhotenství, zvyšují perinatální úmrtnost. Negativní účinky nezdravé výživy se mohou projevit před porodem, po porodu, ale i v dospělosti (Samohýl 2016, roč. 61, č. 2, s. 49).

2.2 Pohybová aktivita

„Fyzická kondice matky prospívá i rostoucímu plodu, dokud posloucháte signály těla a upravujete podle nich aktivitu tak, abyste pohybem vytvořila svému dítěti tu nejlepší základnu (Pintová 2015, s. 35).“ Je nežádoucí, aby žena 40 týdnů seděla na gauči a těhotenství se bralo jako nemoc. Tímto sedavým způsobem by si mohla zvýšit riziko vzniku gestační cukrovky nebo hypertenze (Pintová 2015, s. 35). Pokud žena zjistí, že je těhotná, její následující pohybové aktivity se odráží od její kondice, BMI a zvyklostí. Sportovkyně by rozhodně neměly přetěžovat organismus a pokoušet se zlepšit svůj výkon. U začátečnic je důležitý výběr sportu s lehkou až střední zátěží. Vhodné sporty jsou svižná chůze či jóga (Pintová 2015, s. 39–41). Mezi zcela nevhodné cvičení, kde může dojít k pádu a ke zvýšení nitrobřišního tlaku, řadíme cviky na náradí, míčové hry, potápění, vrcholové tréninky, silové sporty a vytrvalostní sporty. Mezi rizikové lyžování, bruslení, jízdu na koni a tenis, kdy případný pád na břicho může mít fatální následky. (Gregora 2017, s. 23)

2.3 Spánek a psychika

K základům správné životosprávy, kam řadíme faktory snižující možnost zdravotních komplikací, patří pravidelný spánek, možnost odpočinku či správně orientovaná duševní činnost (Hájek 2014, s. 60).

2.3.1 Spánek

Při dobrém psychickém i fyzickém přizpůsobení se na těhotenství mají ženy příjemný spánek, netrpí na různé poruchy, jako jsou nesnadné usínání nebo probouzení ze spánku. Těhotenství má vyšší nároky i na potřebu spánku. Žena by měla spát alespoň osm hodin denně, a pokud jí to okolnosti dovolí, nejméně i hodinku během dne. Z počátku těhotenství, kdy dochází k hormonálním změnám, je přirozené, že ženy potřebují více spánku nehledě na čas. Je i malá možnost, že to bude úplně obráceně. S novou rolí, novým životem, může přijít úzkost a strach, kteří podněcují noční buzení. Ovšem oba jevy vymizí a v druhém trimestru dojde k celkovému zklidnění.

Do 5. nebo 6. měsíce může těhotná spát v libovolné pozici, poté už musí hledat pohodlnější polohu. Spát na břicho je prakticky nemožné vzhledem k jeho velikosti a na zádech dochází k utlačení velké břišní cévy, což vede k syndromu dolní duté žíly, a tudíž k nepříjemným pocitům nevolnosti a dušení. Ženě zůstává už jen poloha na boku. V III. trimestru jsou časté křeče, sny a pohyby plodu, které ji vzbudí ze spánku, a tak se potom snaží vykompenzovat svůj noční deficit přes den (Pařízek 2015, s. 388).

2.3.2 Psychika

Být těhotná a čekat dítě je úžasný a obávaný přechod v životě, který dokáže zatřást s každou identitou (Pintová 2015, s. 72). Prenatální komunikace s plodem vytváří důvěru rodičů ve vlastní rodičovské schopnosti a podporuje vztahy. Její nedílnou součástí je hlasitá i „vnitřní“ komunikace obou rodičů s plodem (www.zdravi.euro.cz ©2018). „Únava, starosti, obavy, pocity slabosti, náladovost, problémy s koncentrací, depersonalizace, ambivalentní vztah k dítěti, pochyby o sobě a vegetativní projevy úzkosti se objevují až u 90 % žen (Skutilová 2016, s. 20).“ Všechny tyto projevy můžeme pokládat za zcela normální. Ovšem

mohou být i první známkou úzkostné poruchy (Skutilová 2016, s. 20). Pokud je žena příliš zatížená a ve stresu, někdy dochází ke zvýšení krevního tlaku, což může být příčinou sníženého průtoku krve s následným ovlivněním růstu dítěte. Dalším příznakem stresu jsou potíže se soustředěním, podrážděnost, nespavost, únava, smutek či úzkost, neschopnost uvolnit se nebo i bolavé svaly, a proto by se žena měla vyrovnávat se stresem co nejdříve (Svojtka & Co 2009, s. 166).

Mezi úplně první obavy těhotné ženy řadíme strach z toho, jak změnu přijme partner. Psychické obtíže s tím spojené jsou přímo úměrné vztahu, který pár má, a plánovanosti těhotenství. Je dobré si načíst dostatek informací o těhotenství, porodu i mezilidských vztazích, protože snižují míru obav a úzkosti. Možnost mít poškozené dítě je vážnou obavou, která vzrůstá s hraničními výsledky screeningových vyšetření. Zde je na místě, aby personál podával informace jasně a srozumitelně. Mezi podstatné starosti řadíme strach z porodu. Některé ženy si myslí, že neporodí, že nic nezvládnou, např. výchovu dítěte, ztratí zaměstnání nebo bydlení. Velikou roli zde hraje chápat partner, proškolený personál a psychoprophylaktická příprava k porodu, která může zmírnit všechny obavy.

Posledním zmíněným bude strach z bolesti. Bolest je: „Nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo jako takový popsany.(IASP 2017)“ Definice jsou různé, ovšem je důležité nezapomenout na biopsychosociální pojetí bolesti (Mander 2014, s. 50–51). Dobrý vliv na ženu má dostatečná informovanost o tom, co ji čeká, již předem známé prostředí, které si žena vybrala k porodu, a personál (Hájek 2014, s. 63).

3 RIZIKOVÉ FAKTORY V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství rozdělujeme dle stupně rizika na fyziologické, rizikové a patologické. Rizikové faktory mohou způsobit změnu fyziologického těhotenství, a proto provádíme určitá preventivní opatření. U žen, které se nacházejí v rizikové kategorii, se nejedná o vlastní onemocnění, které by je tam řadilo, nýbrž o biologické a sociální rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost patologického stavu. Nástrojem pro identifikaci rizika je anamnéza. Jedná se o všeobecnou anamnézu (demografická, sociální, rodinná a osobní anamnéza), která zahrnuje ekonomický status, věk, výšku, hmotnost před otěhotněním, zaměstnání a abúzus (Gregora 2015, s. 44)...

3.1 Návykové látky v těhotenství

Pro účely mé bakalářské práce se rozumí návykovou látkou: „Alkohol, tabák, omamné a psychotropní látky a jiné látky s psychoaktivními účinky, jejichž užívání může vést nebo se podílet na vzniku a rozvoji duševních poruch a poruch chování (Zákon č. 65/2017 Sb.).“

3.1.1 Alkohol

Látka, která vzniká kvašením obilí či ovoce. Fermentované nápoje mohou obsahovat od 2 % až do 20 %. Destilované nápoje již mají větší procentuální zastoupení alkoholu, které dosahuje průměrně k 50 %. Jeho efekt na lidský organismus se odvíjí od zkonsumovaného množství (www.drugfreeworld.org, ©2018). Společností přijatá droga, která představuje větší nebezpečí než nelegální drogy. Snadná dostupnost, pestrá široká škála druhů a množství reklamních materiálů, které lákají především mladé lidi, jsou faktory, které pomáhají rozšiřovat řádky uživatelů (Šedová 2017, s. 23). Průměrná roční spotřeba v České republice na osobu činí 6,8 l čistého alkoholu. S konzumací alkoholu souvisí i kouření tabáku, kdy dochází k nabalování rizik s tím spojené. Dalším faktorem, které ovlivňuje pití alkoholu, je nejvyšší dosažené vzdělání, a u něhož bylo dokázáno, že nižší sociální status koreluje s vyšším výskytem škodlivého a problémového pití (<http://www.mzcr.cz>, ©2017).

Alkohol je látka, která prochází placentou do fetálního oběhu, a proto při jejím požití během těhotenství může vést k vážným poruchám plodu. Koncentrace alkoholu v krvi plodu po dvou až třech hodinách konzumace je vyšší než koncentrace v krvi matky, protože játra dítěte odbourávají alkohol velmi pomalu. K závažnému poškození, jako jsou skeletové a orgánové abnormality, může dojít již v prvních týdnech života plodu. V pokročilejším stadiu těhotenství se setkáváme s poškozením centrální nervové soustavy dítěte a hypoxií, která může vést k potratu nebo porodu mrtvého plodu (Flídrová 2017, s. 9).

Intenzivní pití alkoholu má za příčinu FASDs – Fetal Alcohol Spektrum Disorders, jehož následkem mohou být psychické problémy, problémy s chováním a učením. Často se jedná o kombinaci těchto problémů. Mezi jeho nejzávažnější poruchy patří FAS – Fetal Alkohole Syndrome (<https://www.cdc.gov>, ©2017). Fetální alkoholový syndrom (FAS), multisystémová porucha způsobená nadměrným pitím alkoholu, je typická nízkou porodní hmotností, malým obvodem hlavy a obličejovými abnormalitami, poruchami učení, vývojovým opožděním nebo špatnou socializační dovedností (Oster 2016, s. 42). Mezi obličejové abnormality plodu patří chybějící rýha mezi nosem a horním rtem. Časté jsou i problémy se srdcem, ledvinami nebo kostmi (<https://www.cdc.gov>, ©2017).

FAS má i mírnější formy, tzv. FAE – Fetal Alcohol Effect, ARBD – Alkohol Related Birth Defects a ARND – Alkohol Related Neurodevelopmental Disorders. FAS řadíme mezi embryopatie, jelikož působí již na zárodek. Americká Národní organizace fetálního alkoholového syndromu říká, že 40 000 dětí trpí tímto problémem, což je více než dětí s Downovým syndromem, rozštěpem páteře či svalovou dystrofií. Nejaktuálnější studie uvádí, že s FAS se ročně narodí 119 000 dětí (Šedová 2017, s. 21–22).

Mírnější formy FAS zůstávají často nerozpoznány, jejich detekce je velmi obtížná. V první řadě se musí odhalit jiné teratogenní embryopatie s podobnými příznaky, např. rubeola (zarděnky) nebo toxoplazmóza. V ČR se diagnostikuje FAS dle přítomnosti abnormalit, neexistuje žádný doporučený postup. Při podezření je doporučováno svolat multidisciplinární tým, který se bude pečlivě starat o těhotnou. Tento tým se skládá z pediatrů, genetiků, neurologů, psychologů aj. Dále je vhodné ženě provést genetická vyšetření pro detekci jiné

genetické poruchy. Pokud i tato metoda selže, jsou na řadě zahraniční diagnostické metody. Mezi nejmodernější řadíme proces, při kterém se v těle matky zjišťují biologické markery, jež upozorňují na vyšší riziko sníženého psychomotorického vývoje, snížené paměti, pozornosti a dalších typických příznaků spojených s FAS.

Jelikož je diagnostika tak náročná, vyplatí se zainventovat do prevence FAS, tedy zaměřit se na užívání alkoholu ve společnosti. V ČR se o to stará Ministerstvo zdravotnictví, které spolupracuje s adiktologickými centry a klinikami (Šedová 2017, s. 21–27).

3.1.2 Kouření

Toxické látky vznikající při kouření cigaret ohrožují nejen život plodu. Mezi nejdůležitější látky řadíme nikotin a oxid uhelnatý (Oster 2016, s. 58). Podle statistiky WHO, WHO report on the global tobacco epidemic 2015, má Evropa nejvyšší prevalenci dospělých kuřáků na světě – 28 % a jedno z nejvyšších zastoupení i u dospívající mládeže (<http://www.euro.who.int>, ©2017). V roce 2016 bylo v ČR celkem 28,6 % kuřáků, kdy průměrná žena vykouřila 5–9 cigaret denně. Tato neřest zkracuje život o 15 let a je důvodem každého šestého úmrtí (<http://www.mzcr.cz>, ©2017).

Kouření je na prvním žebříčku oblíbenosti u českých žen, odhadem 1/5 těhotných a kojících žen kouří, ovšem přesná data nejsou známá (Vavřínková 2006, s. 58). S věkem rodičky negativně stoupá vliv kouření. „Spontánní potraty jsou u kuřaček 1,4krát častější, perinatální úmrtnost 1,2krát vyšší. Děti kuřaček mají nízkou porodní hmotnost 1,9krát častěji, stejně jako předčasný porod.“ Syndrom náhlé smrti, astma či respirační infekce jsou častější než u dětí žen, které během těhotenství nekouřily (Čech 2014, s. 62).

Flídrová (2017, s. 10-13) ve své práci uvádí, že toxické látky zvyšují riziko mimoděložního těhotenství, ovlivňují životnost pohlavních buněk i samotnou blastogenezi a transport oplodněného vajíčka. Pokud žena vdechne cigaretový kouř, látky z něho uvolněné se vstřebají do krevního oběhu, kudy se transplacentárně dostanou k plodu. Nikotin sníží děložní průtok tím, že zúží cévy v placentě, a zároveň zvyšuje tlak matky. Oxid uhelnatý se postará o nižší saturaci

okolních orgánů matky i organismu plodu. Jedno z rizik spojených s nikotinismem, které se zvyšuje o 62 %, je abrupce placenty neboli předčasné odloučení placenty. Jako další bych uvedla dvakrát častější placentu previi – vcestné lůžko.

Při nedostatečném prokrvení placenty dochází k intrauterinní hypoxii plodu, která poškozuje jeho vývoj. Ta se může podepsat na vrozených vývojových vadách, růstové retardaci, chronické hypoxii, nízké porodní hmotnosti nebo syndromu náhlého úmrtí novorozence. Fetální tabákový syndrom (FTS) je růstová retardace plodu způsobená tabákovým kouřením (Flídrová 2017, s. 10–13). Kouření může způsobit malformace končetin, rozštěpy patra, malformace urogenitálního traktu nebo srdeční vady. Také má za následek změny v mozku, které se projeví až v dětském věku (Kubíčková 2017, s. 16–25).

Rozhodně stojí za zmínku i pasivní kouření, kdy nekuřák vdechuje cigaretový kouř v zakouřeném prostředí. Tento rizikový faktor může poškodit plod i matku, snižuje porodní hmotnost přibližně o 107 gramů, přispívá rozvoji atopie u plodu, alergie u dítěte, zvyšuje riziko poškození důležitých systémů (nervový, endokrinní, imunitní, respirační a kardiovaskulární) (Flídrová 2017, s. 14). V České republice vyšel zákon č. 65/2017 Sb., který nabyl účinnosti dnem 31. 05. 2017 a mimo jiné zakazuje kouřit ve vnitřních prostorách provozovny stravovacích služeb, tedy v restauracích, čímž podporuje nekuřáky a jejich zdraví (<https://www.zakonyprolidi.cz>, ©2017).

3.1.3 Kofein

„Kofein je přírodní alkaloid, který se nachází např. v kávových zrnech, čajových listech, Coca-Cole a tzv. energetických nápojích (Kostiuk 2013, s. 6).“ Jedná se o psychoaktivní látku, která především stimuluje centrální nervovou soustavu. Nejdůležitější je si uvědomit, že tato látka prochází placentární bariérou a přechází i do mateřského mléka, a proto je důležité být dostatečně opatrní při konzumaci této běžně užívané látky. Při větší spotřebě může dojít k úzkostným stavům, způsobit gestační hypertenzi či způsobit žaludeční potíže. U žen ve 38. týdnu těhotenství může dojít ke snížení průtoku krve placentárními klky. Hranice při konzumaci kávy by měly být dva šálky denně, ideálně bezkofeinová, a u čaje

snížit koncentraci kofeinu před konzumací 30 sekundovým vylouhováním lístků (Kostiuk 2013, s. 6).

Jak jsem již napsala, káva v rozumném množství je v pořádku. Konzumace kofeinu prošla spoustu studií, ovšem neexistují přesná doporučení, jak s ní nakládat. Studie z roku 2010 z Marylandu, kde 76 % zkoumaných žen vypilo denně méně než tři šálky kávy. Tato studie neodhalila žádný vztah mezi kofeinem a potratem (www.fertstert.org, ©2018). Další větší studie z roku 2008 z časopisu *Epidemiology* zahrnovala 2400 žen. Před 20. týdnem těhotenství potratilo 258 z nich. U těch, které nepily kávu, došlo v 10 % k potratu, ženy, které vypily půl šálku až dva, potratily o něco častěji, ovšem o žádný markantní rozdíl se nejedná, a tedy je statisticky bezvýznamný (www.jstor.org, ©2018). Další studie z roku 2008 z Kalifornie uvádí u žen, které vypily více než dva šálky denně, vyšší výskyt potratů a to v 25 %, oproti 13 % potratů u žen, které vypily méně (Oster, 2016, s.50–57).

V Dánsku proběhl výzkum na 1207 ženách, které pily hodně kávy. Polovina dostávala normální rozpustnou a druhá polovina bez kofeinu. Vědci došli k závěru, že porozené děti obou skupin byly stejné hmotnosti, délky, velikosti hlavy i gestačního věku. Další dánská studie, která zahrnovala 100 000 žen, došla k závěru, že ženy, které vypily více než osm šálků denně, mají větší riziko potratu, než ty, které konzumovaly méně kofeinu, a to 1,9 % žen ve vysokokofeinové oproti 1,2 % žen v té nízkokofeinové (Oster, 2016, s.50–57).

3.1.4 Drogy

Užívání a šíření drog je typické u mladé generace, tedy mladých matek a mladých rodin. V roce 2013 bylo v naší republice evidováno 2881 drogově závislých žen (ve věku 15 až 44, průměrný věk činil 26,9 roku), z toho 2174 užívalo stimulancia, 434 opiáty, 227 kanabinoidy, 23 tlumivé látky, 2 halucinogeny a ostatní ženy měly závislost na jinou návykovou látku (př. těkavé látky). Bok po boku spolu s abúzem drog jde nikotinismus či užívání jiné drogy nebo alkoholu. Jedná se o rostoucí trend, který zvyšuje počet těhotných žen, které užívají drogy (Hamplová 2015, s. 1). Prevalence předčasných porodů, snížené porodní hmotnosti, nezralosti i novorozenecké úmrtnosti u drogově závislých matek je

tříkrát až sedmkrát častější než u běžné populace. Abúzus drog ovlivňuje i období laktace a zhoršuje schopnost matky pečovat o své dítě. Ve skupině toxikomanek se setkáme s řadou rizikových faktorů, jako je neuspořádaný život, nezaměstnanost, promiskuita, zvýšené riziko infekce, snížená imunita, nedostatečná výživa a hygiena, i s vyšším rizikem výskytu komplikací v těhotenství, jako jsou záněty porodních cest, předčasný odtok plodové vody, anémie, hepatitidy a sexuálně přenosné nemoci (Kostiuk 2013, s. 7).

Dle zahraničních studií užívání drog zvyšuje riziko prenatální úmrtnosti i vznik vrozených vývojových vad. Při dlouhodobém a pravidelném užívání těchto látek se můžeme setkat s neonatálním abstinčním syndromem (Hamplová 2015, s. 1). NAS je soubor postnatálních příznaků u novorozence drogově závislé matky, které vznikají na základě reakce centrálního nervového systému (CNS), mezi jehož symptomy řadíme zvýšenou dráždivost, třes, křeče, zvýšený svalový tonus, problémy gastrointestinálního traktu s projevy, jako jsou řídká až vodnatá stolice, nekoordinované sání až polykání, intolerance stravy (regurgitace až projektilové zvracení), nedostatečnost respiračního systému, kdy dochází k tachypnoi, apnoi či dyspnoi, ucpanému nosu, kýchání, zívání i škytavce, narušení vegetativního systému a s ním spojené pocení, poruchy prokrvení, termoregulace, slzení, slinění a v neposlední řadě typický obraz horečky s úbytkem na váze. Existuje i potenciální pozitivní účinek na novorozence při maturaci plic, kdy dojde k menšímu respiračnímu distresu u nedonošeného plodu. Ovšem tato skutečnost nijak nepřevyšuje rizika spojená s abúzem drog (Straňák 2015, s. 52–53).

Při užívání vysokých dávek sedativ dochází ke kraniofaciálním anomáliím i psychomotorické retardaci, kdy dlouhodobé pravidelné užívání má za následek NAS. V případě, že žena užívá opioidy, jako je heroin, se setkáváme s nízkou porodní hmotností i nezralostí a nástupem NAS do 48 hodin po porodu u 95 % žen s tímto abúzem. U těchto dětí je i vyšší riziko SIDS (syndromu náhlého úmrtí novorozence). Při nadbytku stimulancí, jako jsou kokain či pervitin, je také vyšší riziko SIDS, nízká porodní hmotnost, nezralost, ale také se mohou projevit poruchy imunity či intrakraniální patologie. Vysoké riziko poškození plodu mají na svědomí těkavé látky, které také přechází transplacentárně, s nimiž jsou

spojovány malformace plodu, opožděný vývoj, mentální retardace, NAS, vyšší riziko SIDS i kojenecké mortality a poporodní útlum dýchacích cest. Mezi poslední zmíněné a často zneužívané drogy patří kanabinoidy, které ovlivňují vývoj optických drah a způsobují malformaci končetin (Hamplová 2015, s. 1).

3.1.5 Péče o uživatelky návykových látek

Každá žena by měla navštívit svého obvodního gynekologa dva až tři týdny po vynechání menstruace. Pokud se gravidita potvrdí, těhotná začne pravidelně navštěvovat poradnu, kde se sleduje stav organismu matky a vývoj plodu. Dle závažnosti abúzu a stavu organismu je žena převedena do poradny s intermediární péčí nebo do poradny v perinatologickém centru, kde jí je nabídnuta speciální péče (Pařízek 2015, s. 88). Vzhledem tomu, jak těhotná žije, často dochází k pozdnímu záchytu těhotenství a k nepravidelným kontrolám v poradně. Pokud tedy žena přijde, porodní asistentka s profesionálním přístupem odebere anamnézu a na jejím základě doporučí případné snižování dávek či konzultaci s odborníky. Je velice důležité, aby těhotnou důkladně edukovala o vhodném životním stylu (Vavřínková 2006, s. 34-36). Právě těhotenství má být dostatečným důvodem pro změnu chování.

Ženy, které pijí alkohol příležitostně, je snazší přesvědčit o důležitosti abstinence nejen destilátů, ale i vína a piva, než pravidelné konzumentky (Pařízek 2015, s. 422). Pokud si přece ženy chtějí dopřát, tak jedině malé množství, které ovšem není přesně stanoveno, nebo produkty typu nealkoholického piva. Každý jedinec má jinou citlivost a rychlost odbourávání alkoholu. Ženy by měly být při konzumaci alkoholu obezřetné a nezapomínat na to, že čím více vypijí, tím větší riziko hrozí plodu. Rozhodně by se těhotné při obavách o osud plodu měly podělit se svým gynekologem (Goetz 2008–2016, s. 2).

Péče u narkomanek se rozchází u závažnosti závislosti a tvrdosti dané drogy, rozhodně by ženy měly dostat odbornou pomoc. V České republice v současné době od roku 2000 funguje program Centra pro rodinu Drop In v Praze, kde nabízí ambulantní služby pro těhotné narkomanky. Tato společnost má za cíl abstinenci svých klientek od drog a alkoholu. Základním účelem je integrace

žen tak, aby zvládly veškeré rodičovské dovednosti. Zajistily své děti jak zdravotně, tak sociálně, materiálně i psychologicky (Hamplová 2015, s. 113).

4 LÉKY V TĚHOTENSTVÍ

Bezpečnost léků v graviditě je velmi specifické a citlivé téma. Obecně se řídíme několika zásadami, jako jsou: zdraví matky je prioritou, k léčbě zvolit vyzkoušený a déle používaný lék, snažit se zbytečně nekombinovat různá léčiva a volit jen jeden, neboť neléčená nemoc může působit větší ohrožení pro plod než daná terapie... Každý lék jinak působí a má jinou schopnost transportu přes placentární bariéru. Zároveň velmi důležitým faktorem je doba, ve které je lék podán. Některé léky přímo působí na plod a tím ho ohroží, nebo mají nepřímý vliv například na placentu, čímž také mohou ohrozit plod. V prvních 14 dnech od oplodnění v takzvaném preimplantačním a implantačním období dochází k embryotoxickému působení. V této fázi buď dojde k odumření embrya, nebo se nic nestane a zárodek se dál normálně vyvíjí. V období organogeneze od 3. do 12. týdne se mohou projevit teratogenní účinky léků. V následujícím fetálním období je riziko poškození nižší, ovšem v posledním měsíci je důležitá ostražitost, jelikož účinek léčiv může přetrvávat i po porodu, kdy jej novorozenec nemůže eliminovat přes placentu. Pokud žena kojí, mohou se podané léky dostat přes mateřské mléko k dítěti a tím i ovlivnit jeho organismus.

Food and Drug Administration (FDA) vydalo s platností od 30. 6. 2015 jednu z nejvýznamnějších klasifikací léků. Pět kategorií – A, B, C, D a X.

„A - kontrolované studie u těhotných neprokázaly riziko poškození

B - studie na zvířatech neprokázaly riziko a kontrolované studie u těhotných nebyly provedeny

C - prokazatelně teratogenní nebo embryocidní efekt u zvířat, studie na těhotných nebyly provedeny nebo nejsou dostupné údaje u zvířat ani u těhotných

D - existují doklady rizika pro lidský plod, ale z důvodů nenahraditelnosti v kritických situacích může být podán

X - riziko jednoznačně převažuje nad prospěchem“ (www.medicabaze.cz, ©2018)

Ve skupině B nalezneme základní analgetikum a antipyretikum, paracetamol, který je vhodné požívat po celou dobu těhotenství i laktace. Jsou zde i opiáty, jako je pethidin (dolsin) nebo morfin při krátkodobém užití. Při nevolnosti a zvracení podáváme antiemetika z této kategorie prokinetikum metoklopramid (Degan). Při viróze jako mukolytikum lze z této skupiny použít acetylcystein (ACC long).

Mezi léky, které jsou prokazatelně teratogenní v I. trimestru, patří warfarin (kostní deformity a defekty CNS), lithium (srdeční malformace) nebo valproat (defekty neurální trubice). Prokázaný škodlivý účinek ve fetálním období mají ACE inhibitory (renální selhání, oligohydramnion), betablokátory (retardace růstu), warfarin (intrakraniální krvácení) nebo i tetracykliny (poruchy vývoje skloviny, kostní hmoty) (www.medicabaze.cz, ©2018).

5 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Dle doporučeného postupu při poskytování prenatální péče provádíme pravidelná a nepravidelná vyšetření. Pravidelná jsou taková, které proběhnou při každé návštěvě těhotenské poradny. Mezi ně patří například získání anamnestických údajů, zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku i analýza moči. Nepravidelná probíhají v určeném týdnu těhotenství. Tam řadíme komplexní vyšetření do 14. týdne, jehož součástí je vystavení těhotenské průkazky, pravidelná poradna, nabídnutí screeningu v I. trimestru, podrobné informace o dalším průběhu prenatální péče, krevní a ultrazvukové vyšetření. Patří tam řada vyšetření jak krevních, tak ultrazvukových, jako příklad bych uvedla orální glukózový toleranční test, který se provádí mezi 24. a 28. týdnem těhotenství, který slouží k zjištění gestačního diabetu mellitu, tedy cukrovky. Lékař rozhodne na základě získané anamnézy o míře případného rizika. „Invasivní metody prenatální diagnostiky na základě vyhodnocení výsledku screeningu indikuje a provádí pouze gynekolog (www.perinatologie.cz, ©2018).“ Právě v těhotenských poradnách vzniká prostor pro edukaci porodní asistentkou. Ať už prekoncepčně či prenatálně, vždy podat dostatečné informace. Ty se mohou týkat životního stylu, pohybu, hmotnosti i výživy (Sikorová 2014, s. 44–45)...

Dle vyhlášky č. 55/2011 v aktuálním znění, která nabyla platnost od 14. 03. 2011, lze zjistit, jaké kompetence má porodní asistentka. Ta pracuje bez odborného dohledu a poskytuje péči těhotné, rodičů a ženě do šestého týdne po porodu. Sledování fyziologického těhotenství, poskytování informací o prevenci komplikací, o životosprávě v těhotenství a při kojení, o porodu i o šestinedělí jsou způsoby, jakými porodní asistentka vykonává svou činnost. Má možnost navštívit těhotnou, šestinedělku či gynekologicky nemocnou ženu v rodině, kde zkontroluje její zdravotní stav. Dále může diagnostikovat těhotenství, provádět vyšetření, kterými sleduje fyziologický průběh těhotenství a stav plodu, a rozpoznat případné příznaky patologií. Pokud porodní asistentka zjistí nějaká rizika, předá ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru. Porodní asistentka pečuje o ženu v průběhu porodu a vede fyziologický porod a následně i ošetří poporodní poranění. V neodkladných případech lze i vést porod v poloze koncem pánevním. Porodní asistentka má v kompetencích i starostlivost o fyziologického

novorozence, kdy mu může prostřednictvím ošetrovatelského procesu poskytnout první ošetření a případně neodkladnou resuscitaci.

Porodní asistentka může i asistovat při komplikovaném porodu či gynekologickém výkonu a instrumentovat na operačním sále, pokud pracuje pod přímým vedením lékaře, který má specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví. Některé kompetence jsou shodné s pravomocí všeobecné sestry. Jako příklad bych uvedla sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí pacientů, získávání anamnézy, edukace v ošetrovatelských postupech, zavedení, hodnocení a ošetrování centrálního a periferního žilního vstupu, podávání a aplikaci léčivých přípravků a krevních derivátů nitrožilně u těhotné, rodící, šestinedělky a u pacientky s gynekologickým onemocněním (www.zakonyprolidi.cz, ©2018).

Porodní asistentky, které pracují mimo nemocnici, tedy poskytují komunitní péči, se mohou individuálně věnovat své klientce a být pro ni průvodkyní po celou dobu těhotenství. Především se zaměřují na podporu fyziologie a jejího zdraví pomocí efektivních nástrojů, jako jsou hlava, ruce a srdce, které porodní asistentky používají. Tento přístup stojí na vzájemné důvěře a upřímnosti. V každé fázi těhotenství při setkáních dostává klientka od své porodní asistentky všechny informace ohledně svého stavu a probíhajících změn, které následně společně hodnotí. Veškerá edukace probíhá během těhotenství, kdy se ženě vysvětlují všechna důležitá fakta ohledně změn, možných úkazů, porodu i šestinedělí. Pokud má těhotná problémy, například s nevolností a zvracením, porodní asistentka jí doporučí účelnou změnu, v tomto případě životního stylu, nikoliv léky (Štromerová 2010, s. 9–23).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Těhotenství je fyzicky náročné období, a pokud žena žije zdravým způsobem života, snižuje možnost zdravotních komplikací. „Základem správné životosprávy v těhotenství je dodržování pravidelnosti spánku a zdravé stravy, pravidelné vyměšování, zajištění dostatečného pohybu a správně orientované duševní činnosti a zejména možnost odpočinku, kdykoli ho žena potřebuje (Čech 2014, s. 60-62).“ Těhotné by se měly vyhýbat duševnímu stresu, nadměrné tělesné námaze, kouření, alkoholu a drogám (Čech 2014, s. 60-62). Z mezinárodního projektu WHO s názvem Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství (ELSPAC) vychází, že z výzkumného souboru v České republice 43 % dotázaných žen ve 20. týdnu gravidity byly kuřačky. Z výzkumu dále vychází: „že matkám, které kouří, se rodí děti s menší průměrnou porodní hmotností, než matkám, které nekouří. (Harcová 2013, s. 31-35)“.

Téma vliv životního stylu v těhotenství jsem si vybrala z toho důvodu, abych zmapovala užívání návykových látek v těhotenství. Mým cílem je zjistit, zda byly ženy dostatečně informovány o vlivu životního stylu na těhotenství. Na konci tohoto výzkumu bych ráda vytvořila edukační leták, kde bych varovala před nikotinismem v těhotenství.

Jaká je informovanost žen o užívání návykových látek v těhotenství a jejich vlivu na průběh těhotenství?

7 CÍL VÝZKUMU

Zjistit informovanost žen o užívání návykových látek v těhotenství a jejich vlivu na průběh těhotenství.

2.1 Dílčí cíle a předpoklady

Cíl 1: Zjistit, jestli ženy žijí zdravě v průběhu těhotenství. (Splňují aspoň čtyři kritéria – výživa, spánek, pohybová aktivita, hydratace, užívání návykových látek)

Předpoklad 1: Domnívám se, že více než polovina žen splňuje podmínky pro zdravý životní styl.

Otázka č. 4, 5, 6, 7, 9

Operacionalizace: Vybrané faktory zdravého životního stylu

- Výživa: Pravidelná pestrá strava s dostatkem zeleniny, ovoce, vitamínů a minerálů. (Gregora 2017, s. 17)
- Spánek: Alespoň osm hodin denně a během dne podle možností (Pařízek 2015, s. 386)
- Pohybová aktivita: pravidelná denní aktivita, např. procházky, plavání, jóga nebo tanec (Pařízek 2015, s. 358)
- Hydratace: alespoň dva l/den (Pintová 2015, s. 71)
- Užívání návykových látek: ženy v průběhu těhotenství nekouřily, nepily alkohol a neužívaly drogy

Cíl 2: Zjistit, co respondentky považují za rizikové faktory v těhotenství.

Předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina žen má povědomost o tom, jaké negativní faktory působí na těhotenství (kritérium pro znalost více než pět vlivů (včetně)).

Otázky č. 8, 15

Operacionalizace

- Rizikové faktory: nedostatečný spánek, trvajících malnutrice, nadměrná tělesná námaha, duševní stres, infekce, kouření, pití alkoholu, užívání drog, některé léky, rentgenové záření, různé chemikálie...

Cíl 3: Zjistit, zda ženy užívají návykové látky během těhotenství (kouření, pití alkoholu, užívání drog).

Předpoklad 3: Předpokládám, že více než polovina žen neužívá žádné návykové látky během těhotenství.

Otázka č. 10, 11, 12

Operacionalizace: Užití návykových látek

- Kouření – více než jedna cigareta během těhotenství
- Alkohol – konzumace aspoň 1x během těhotenství (Dle prof. Goetzeho neexistuje „bezpečná“ malá dávka alkoholu - www.vrozene-vady.cz, ©2017)
- Drogy – více než 1x za těhotenství

Cíl 4: Zjistit, zda ženy užívají léky v těhotenství a případně jaké.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina žen neužívá žádné léky v těhotenství.

Otázka č. 13

Cíl 5: Zjistit, z jakých zdrojů těhotné ženy nejčastěji čerpají informace o životním stylu v těhotenství (lékař, porodní asistentka, leták, knížky, beseda, film, internet...).

Předpoklad 5: Předpokládám, že více než polovina žen uvádí jako zdroj informací lékaře a internet.

Otázka č. 14

8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Do dotazníkového průzkumu vybírám ženy ve svém okolí, které jsou těhotné, nebo jejich nejmladší dítě nedovršilo čtyř let.

9 METODA SBĚRU DAT

Ke sběru dat v mém kvantitativním výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný dotazník o 15 otázkách. Ten jsem nejdříve rozdala třem ženám, s cílem provést pilotní studii a za účelem ověření proveditelnosti a zlepšení plánu výzkumu. Při dotazníkovém šetření jsem využila metodu sněhové koule (snowball), kdy jsem předem vybraným ženám, které splnily kritéria, rozdala své dotazníky a požádala je, aby je daly dalším ženám ve svém okolí, jež také splňují podmínky dotazníku.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

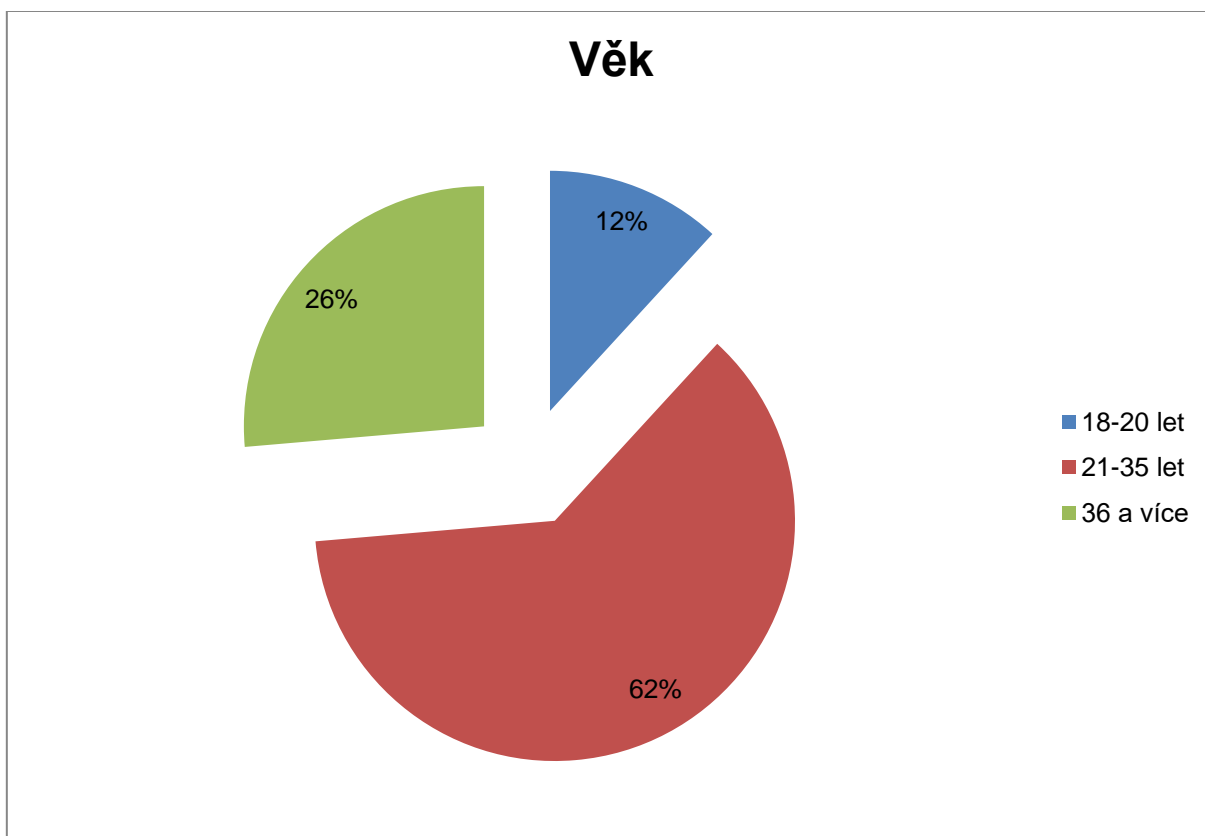
Výzkum proběhl od ledna 2018 do února 2018. Dotazníky jsem rozdala osobně v tištěné podobě pouze ženám v mém okolí, které splňovaly předem daná kritéria (nyní probíhající těhotenství nebo matky s dítětem, které nedovršilo čtyř let). Celkem jsem rozdala 140 dotazníků, z toho se mi vrátilo 110, jedná se tedy o 78procentní návratnost.

11 ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázky (otázka č. 1, 2 zjišťovaly věk, nejvyšší dosažené vzdělání)

Otázka č. 1: Uveďte svůj věk:

Graf č. 1

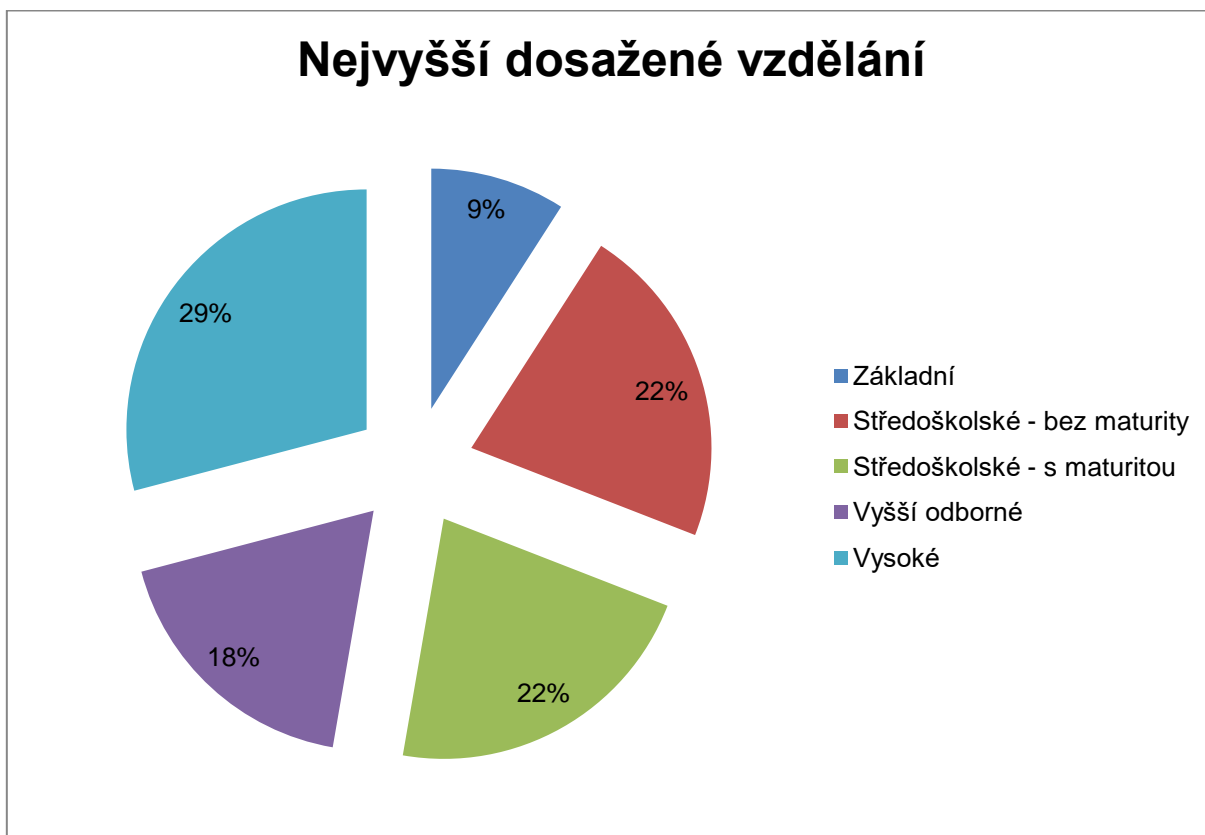


Zdroj: vlastní

Ze 110 dotázaných žen jich nejvíce je v kategorii od 21 do 35 let, a to 62 procent. Přes 36 let má 26 %. Nejmenší zastoupení mají ženy ve věku 18–20 let, a to pouze 12 %.

Otázka č. 2: **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Graf č. 2



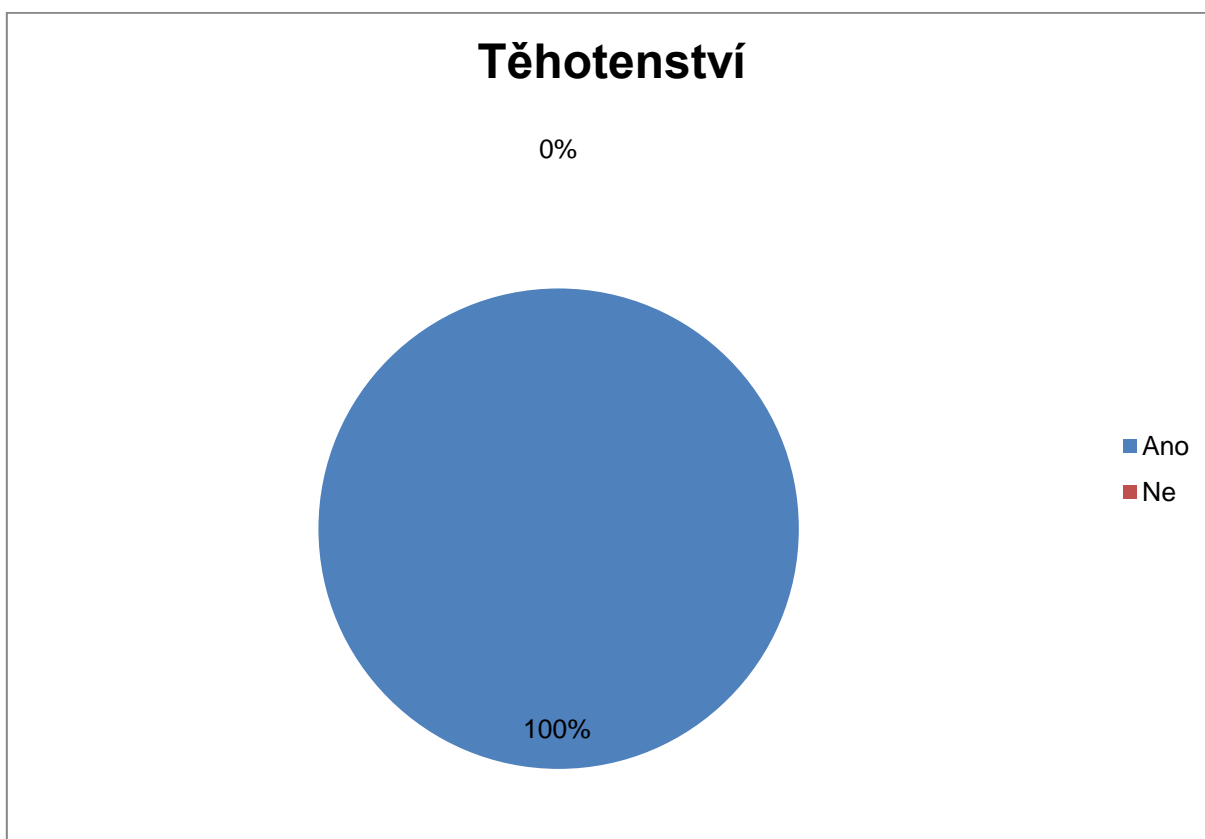
Zdroj: vlastní

29 % žen uvádí, že mají vysokoškolské vzdělání. Středoškolské vzdělání bez maturity má 22 %, stejně jako s maturitou. Vyšší odborné vykazuje 18 % dotázaných. Posledních 9 % patří ženám se základním vzděláním.

Kontrolní otázka (otázka č. 3 zjišťuje, zda respondent splňuje daná kritéria)

Otázka č. 3: **Byla jste někdy těhotná v posledních 4 letech (od roku 2014) nebo jste nyní?**

Graf č. 3



Zdroj: vlastní

Všech 110 žen odpovídá ANO, a tedy splňují předem daná kritéria mé bakalářské práce.

Cíl 1: Zjistit, jestli ženy žijí zdravě v průběhu těhotenství. (Splňují aspoň čtyři kritéria – výživa, spánek, pohybová aktivita, hydratace, užívání návykových látek)

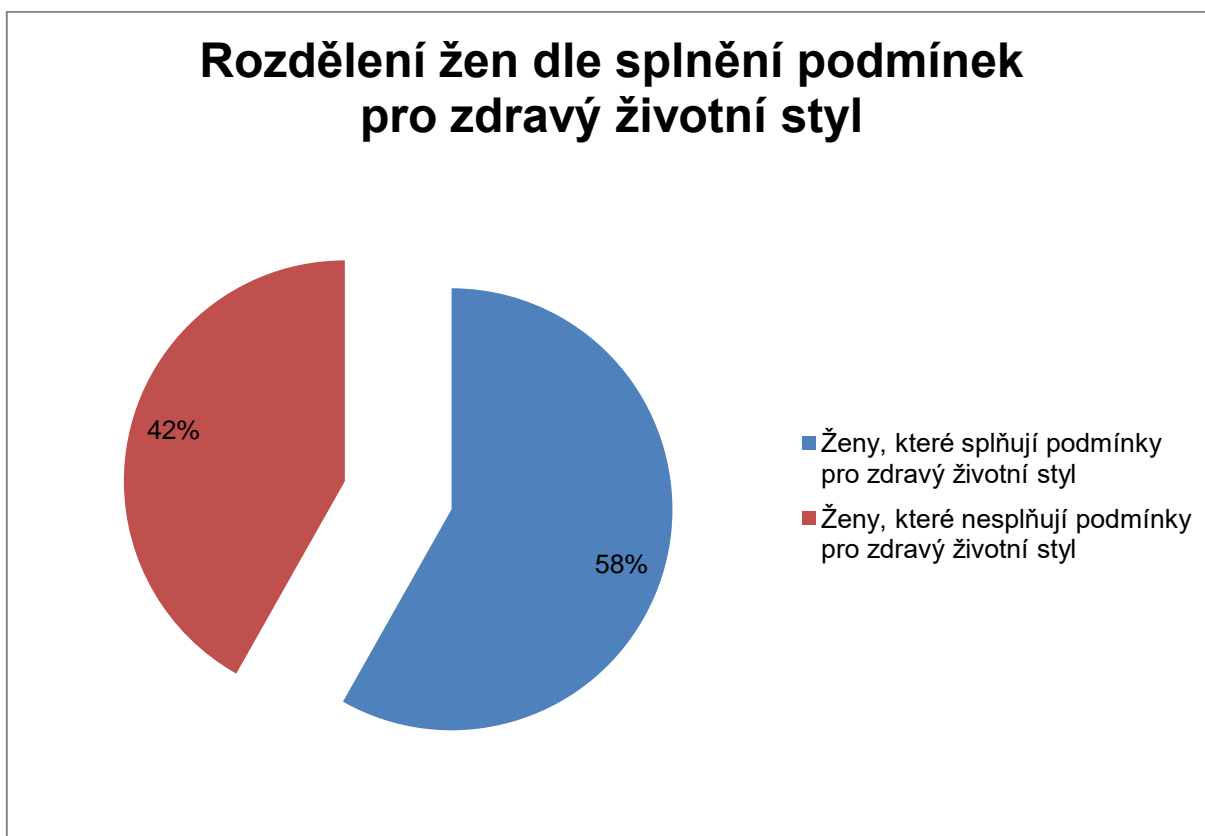
Předpoklad 1: Domnívám se, že více než polovina žen splňuje podmínky pro zdravý životní styl.

Otázka č. 4, 5, 6, 7, 9

Operacionalizace: Vybrané faktory zdravého životního stylu

- Výživa: Pravidelná pestrá strava s dostatkem zeleniny, ovoce, vitamínů a minerálů. (Gregora 2017, s. 17)
- Spánek: Alespoň osm hodin denně a během dne podle možností (Pařízek 2015, s. 386)
- Pohybová aktivita: pravidelná denní aktivita, např. procházky, plavání, jóga nebo tanec (Pařízek 2015, s. 358)
- Hydratace: alespoň dva l/den (Pintová 2015, s. 71)
- Užívání návykových látek: ženy v průběhu těhotenství nekouřily, nepily alkohol a neužívaly drogy

Graf č. 4

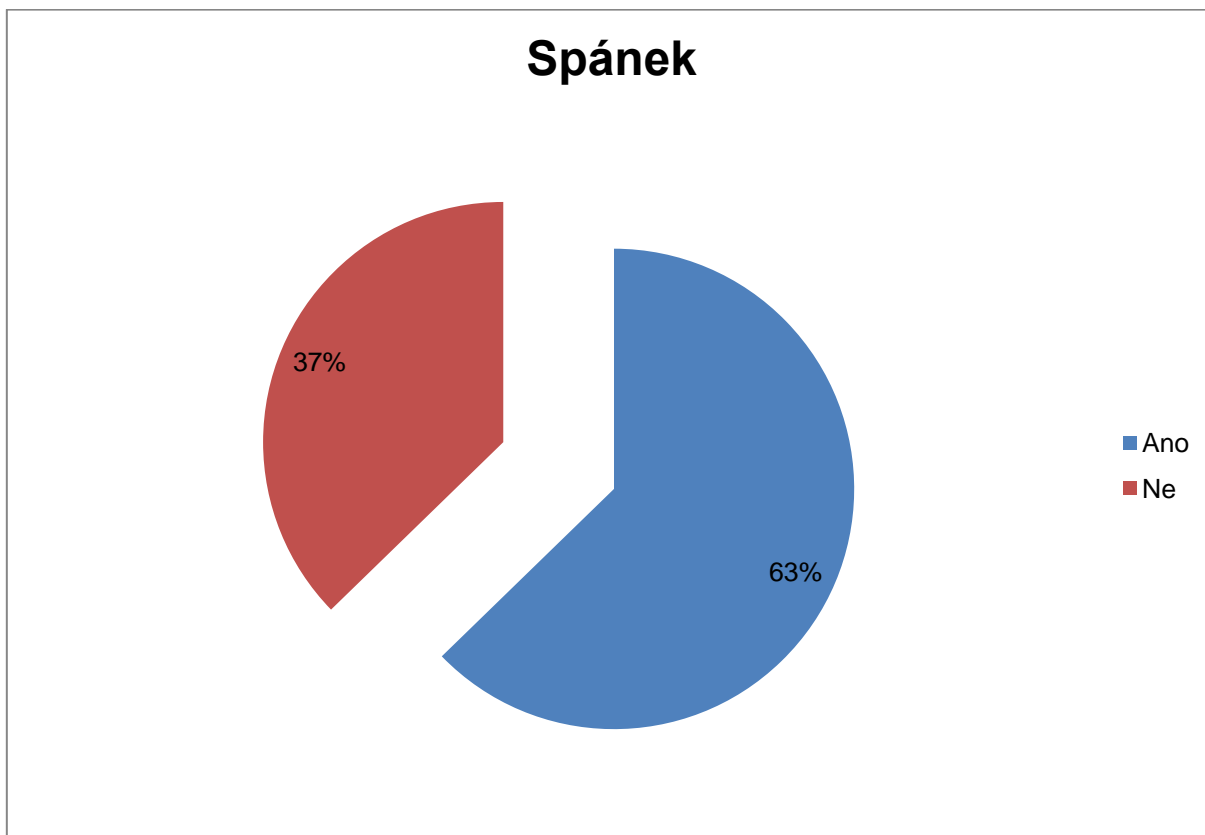


Zdroj: vlastní

Ze 110 dotázaných žen přesně 58 % splňuje podmínky pro zdravý životní styl, tedy čtyři z pěti kritérií. Zbytek, 42 %, žije nezdravým způsobem života.

Odpovědi na jednotlivé otázky.

Otázky č. 4: **Spíte v těhotenství 8 hodin a více?**

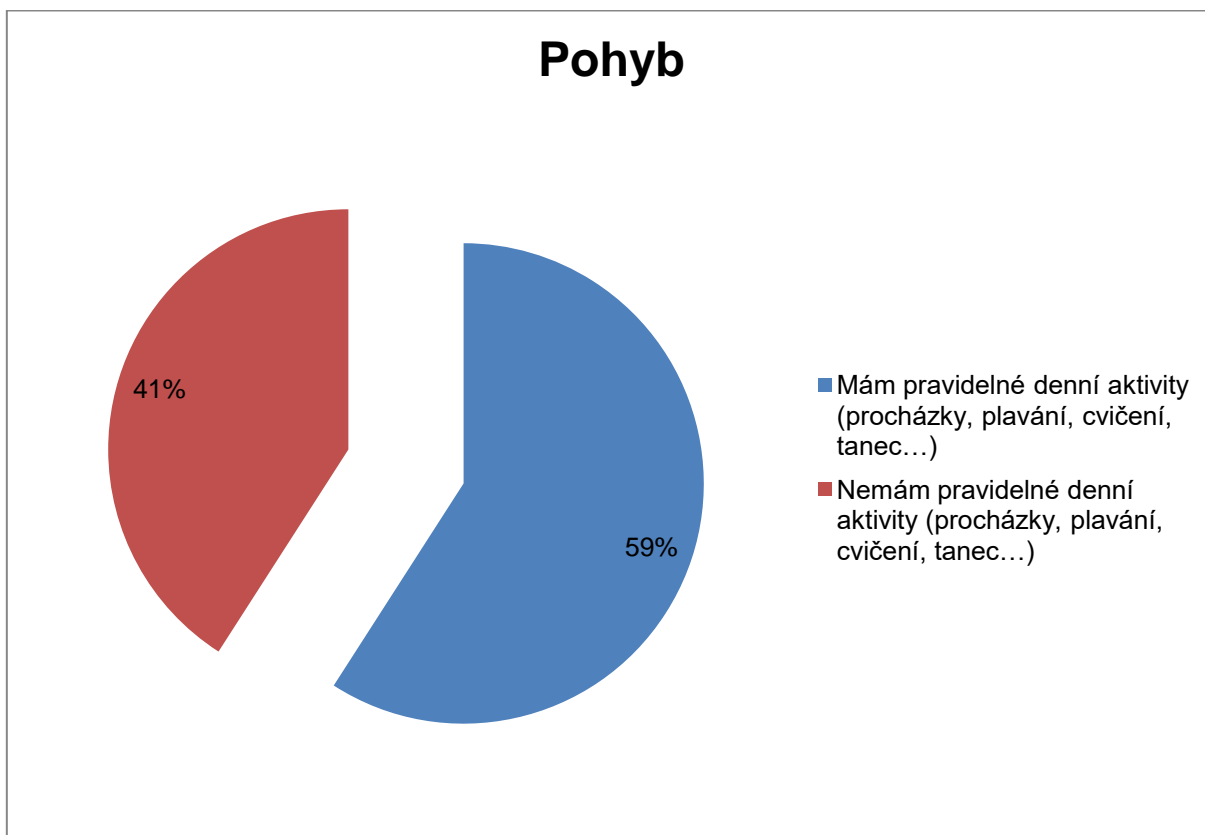


Zdroj: vlastní

63 % žen spí více než osm hodin denně, čímž splňují jednu z podmínek pro zdravý životní styl v těhotenství. Méně než osm hodin spí 37 % dotázaných.

Otázka č. 5: **Vaše pohybová aktivita v těhotenství:**

Graf č. 5

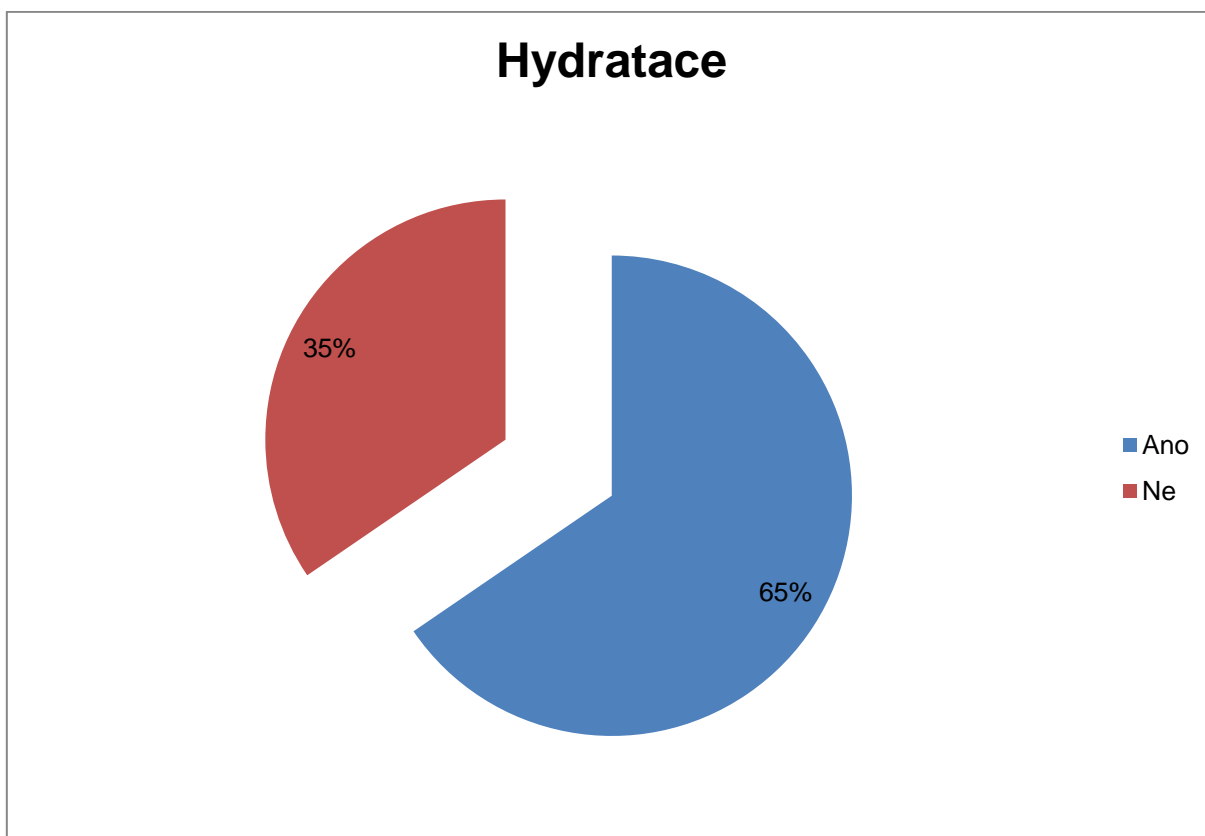


Zdroj: vlastní

59 % žen má pravidelné denní aktivity, jakou jsou procházky, plavání, cvičení nebo tanec. 41 % dotázaných tyto činnosti denně neprovozuje.

Otázka č. 6: **Vypijete v těhotenství 2 litry tekutin a více za den?**

Graf č. 6

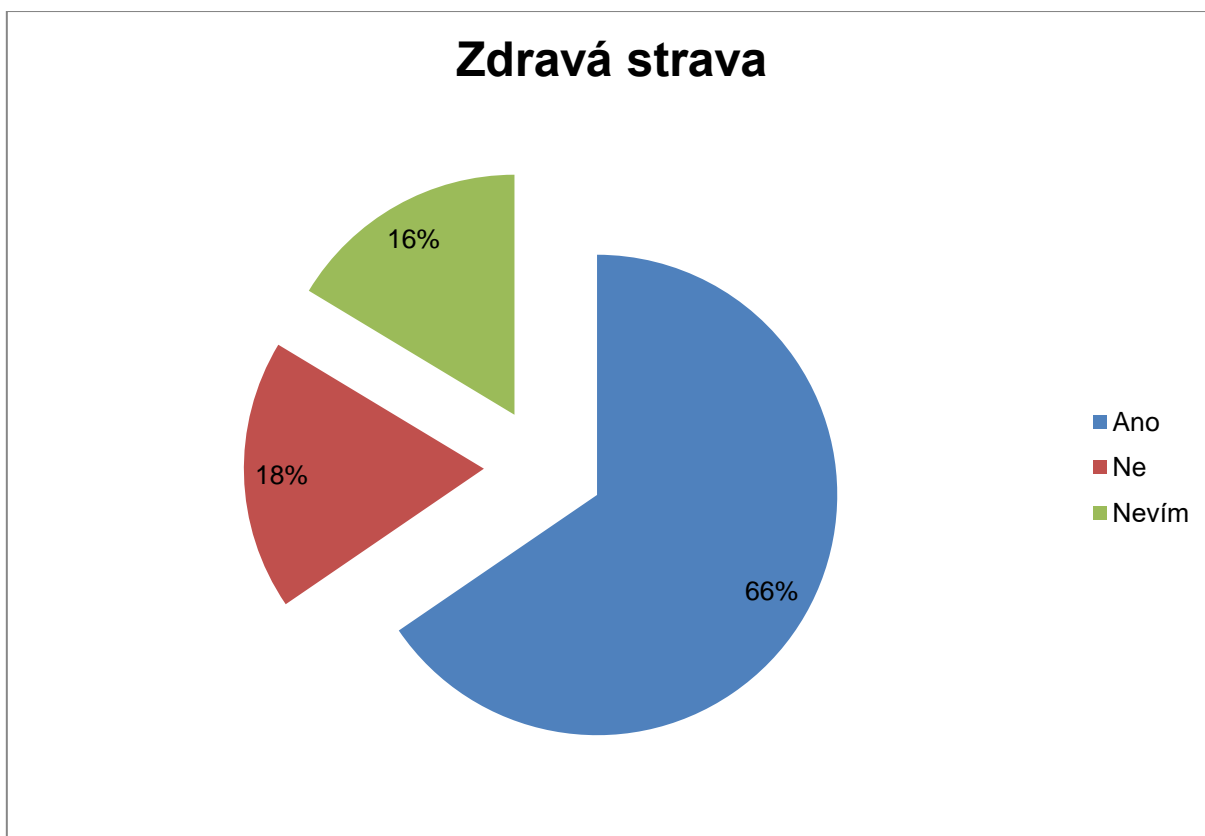


Zdroj: vlastní

V těhotenství 65 % žen vypije dva litry tekutin a více. Pouze 35 % respondentek nevypije ani dva litry.

Otázka č. 7: **Myslíte si, že jíte zdravě v těhotenství (př.: pravidelná pestrá strava, nepřejídáte se, dostatek ovoce, zeleniny, vitamínů...)?**

Graf č. 7

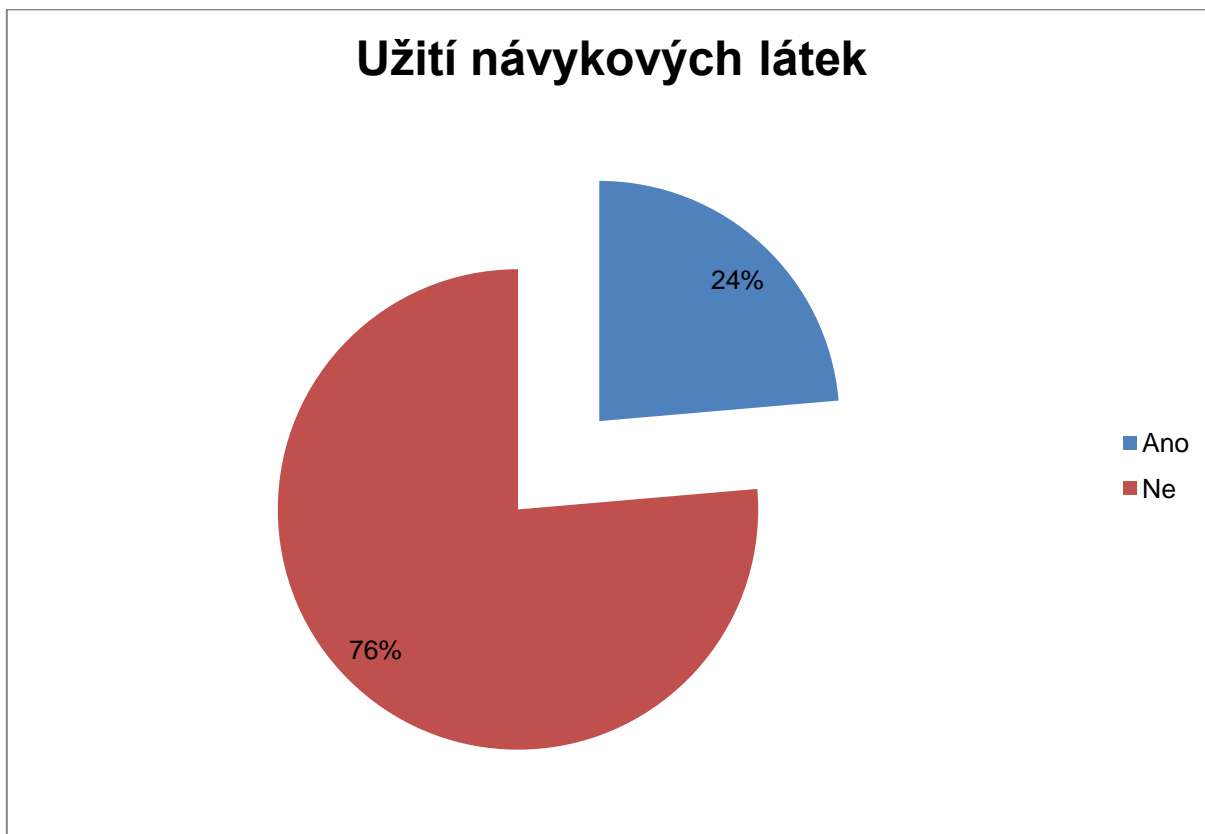


Zdroj: vlastní

Z uvedeného grafu vyplývá, že 66 % žen si myslí, že v těhotenství jí zdravě (mají pravidelnou pestrou stravu, nepřejídají se, jedí dostatek ovoce a zeleniny, mají dostatečný příjem vitamínů). 18 % žen si myslí, že nejedí zdravě a 16 % neví.

Otázka č. 9: **Užíváte v těhotenství nějaké návykové látky (kouření, alkohol, drogy)?**

Graf č. 8



Zdroj: vlastní

Přesně 84 žen, tedy 76 %, neužívá v těhotenství žádné návykové látky. 24 procent, 26 žen, užívá v těhotenství nějakou návykovou látku.

Cíl 2: Zjistit, co respondentky považují za rizikové faktory v těhotenství.

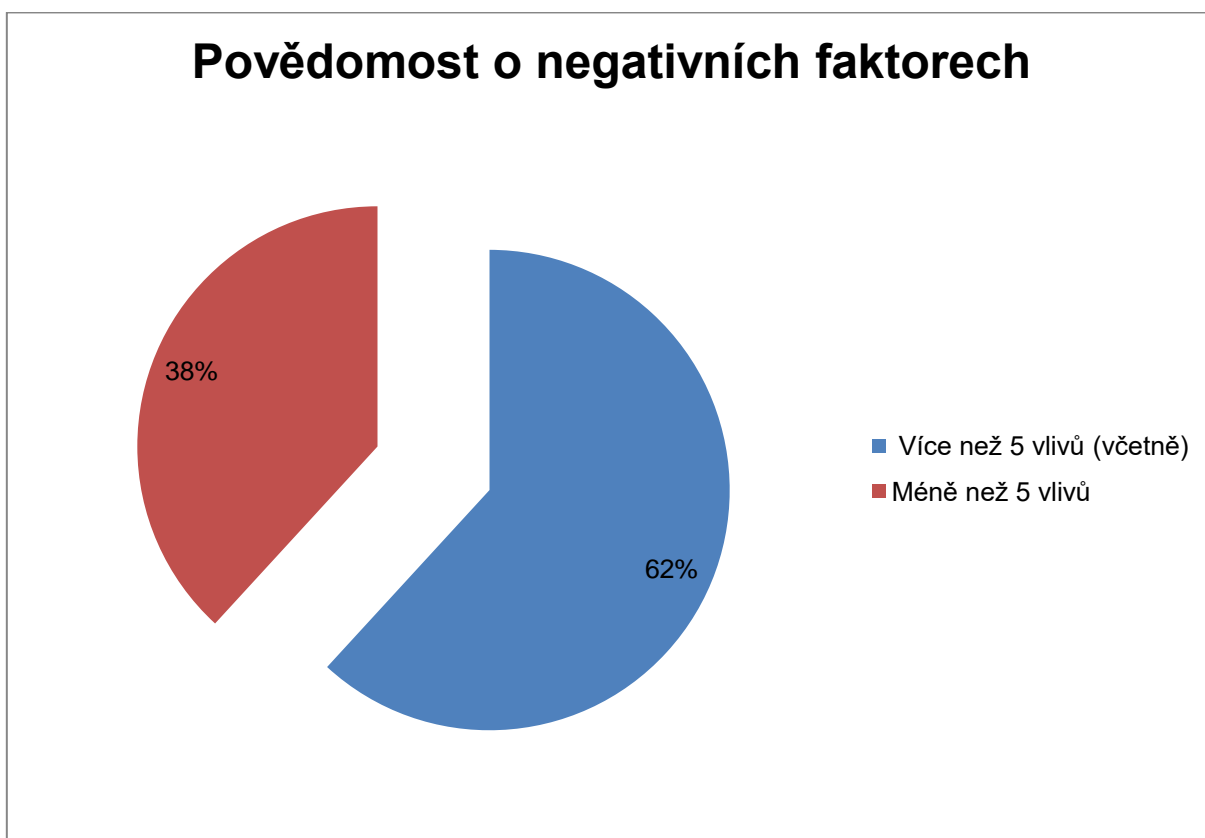
Předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina žen má povědomost o tom, jaké negativní faktory působí na těhotenství (kritérium pro znalost více než pět vlivů (včetně)).

Otázky č. 8, 15

Operacionalizace

- Rizikové faktory: nedostatečný spánek, trvalý malnutrice, nadměrná tělesná námaha, duševní stres, infekce, kouření, pití alkoholu, užívání drog, některé léky, rentgenové záření, různé chemikálie...

Graf č. 9



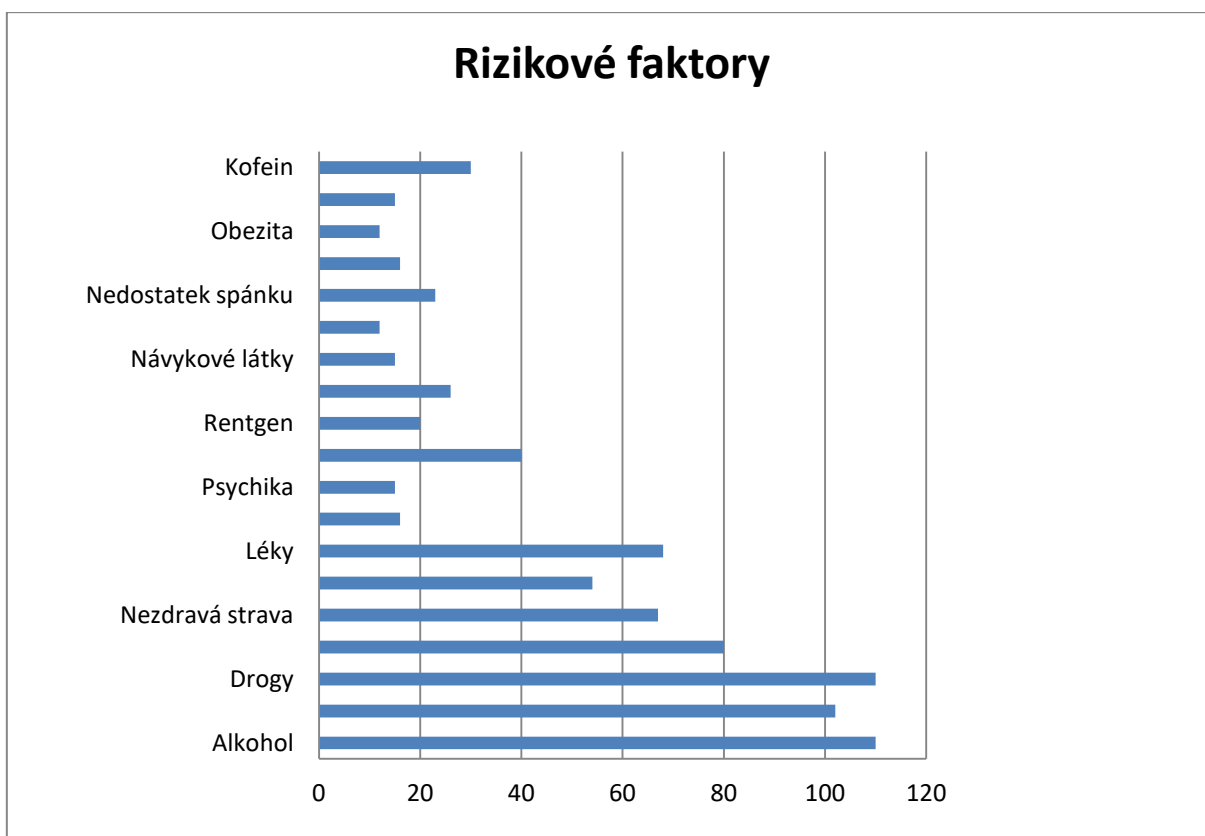
Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že 62 % respondentek zná více než pět (včetně) rizikových faktorů, které mohou negativně působit na těhotenství. 38 % dotázaných uvádí méně než pět vlivů.

Odpovědi na jednotlivé otázky.

Otázka č. 8: **Znáte nějaké rizikové faktory, které by mohly negativně působit na těhotenství? (vypíšte co nejvíce vlivů)**

Graf č. 10

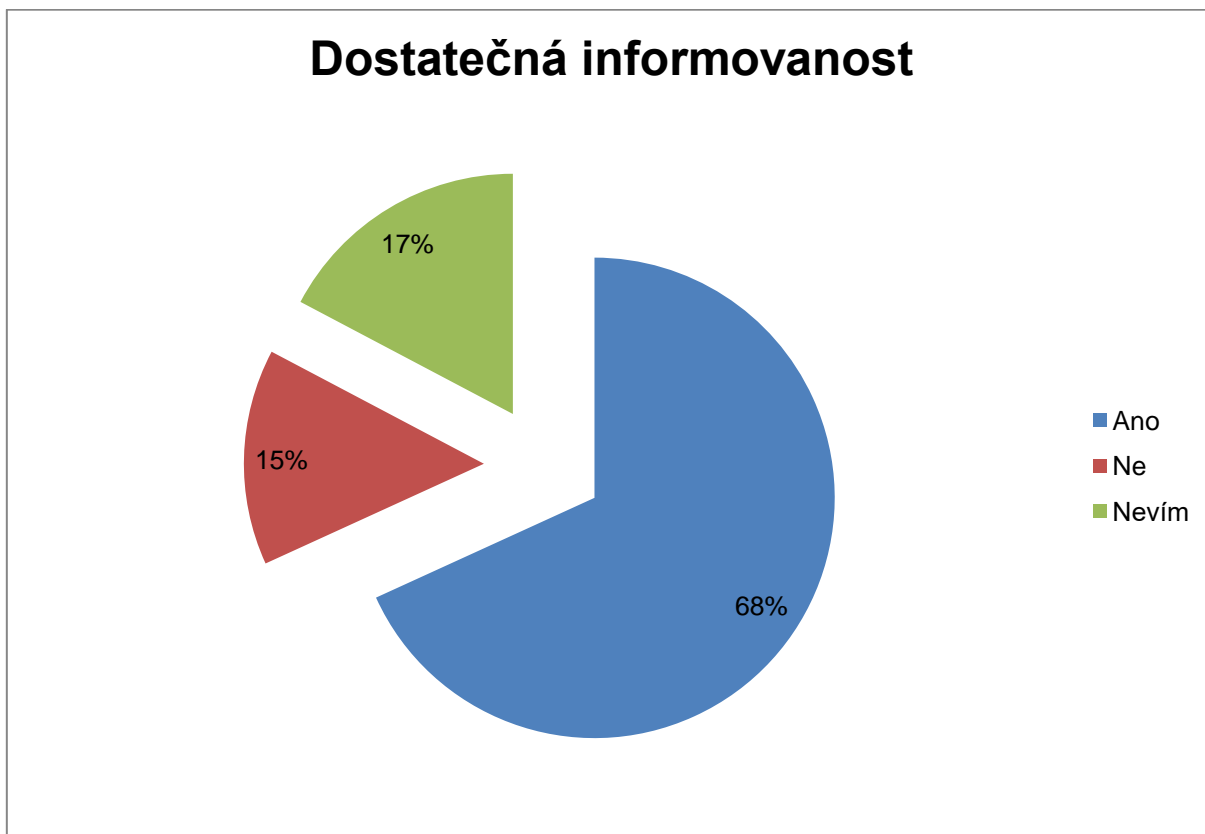


Zdroj: vlastní

Všech 110 žen zmiňuje jako rizikový faktor alkohol a drogy. 102 žen uvádí i kouření. Další je stres s 80 hlasy. 68 žen přiznává léky a 67 nezdravou stravu. 54 žen uvádí těžkou práci. 40 se shoduje na infekci, 30 na kofeinu, 26 na nedostatku pohybu, 23 na nedostatku spánku a 20 na rentgenovém záření. 16 žen zmiňuje i nadměrný přírůstek na váze v těhotenství, stejný počet má i nedostatečná hydratace. 15 respondentek uvádí psychiku jako rizikový faktor a se stejným počtem hlasů jsou i onemocnění matky a návykové látky. 12 žen udává obezitu a nízký/vysoký věk. Celkem 19 různých rizikových faktorů v těhotenství.

Otázka č. 15: **Myslíte si, že jste dostatečně informovaná o negativních vlivech v těhotenství?**

Graf č. 11



Zdroj: vlastní

68 % žen si myslí, že jsou dostatečně informovány o negativních vlivech v těhotenství. 17 % neví a 15 % není dostatečně informováno.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy užívají návykové látky během těhotenství (kouření, pití alkoholu, užívání drog).

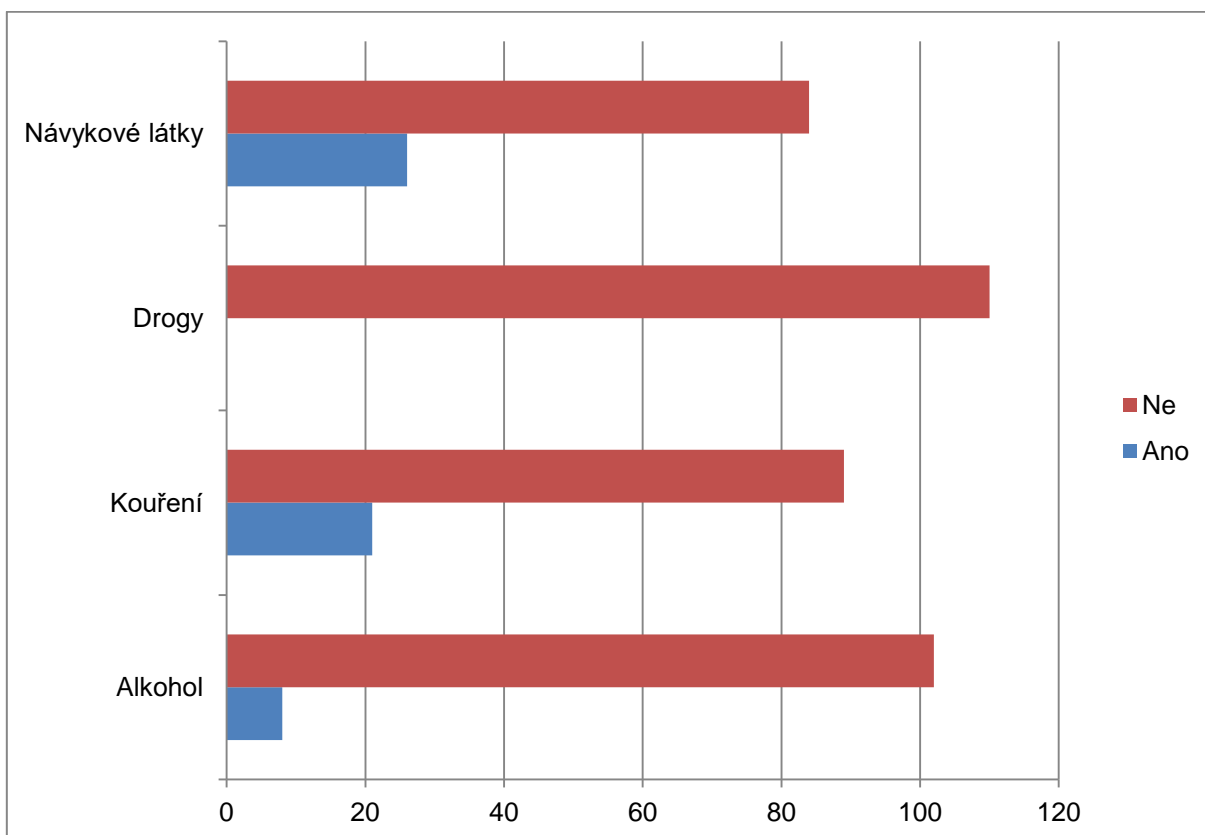
Předpoklad 3: Předpokládám, že více než polovina žen neužívá žádné návykové látky během těhotenství.

Otázka č. 10, 11, 12

Operacionalizace: Užití návykových látek

- Kouření – více než jedna cigareta během těhotenství
- Alkohol – konzumace aspoň 1x během těhotenství (Dle prof. Goetzeho neexistuje „bezpečná“ malá dávka alkoholu - www.vrozene-vady.cz)
- Drogy – více než 1x za těhotenství

Graf č. 12



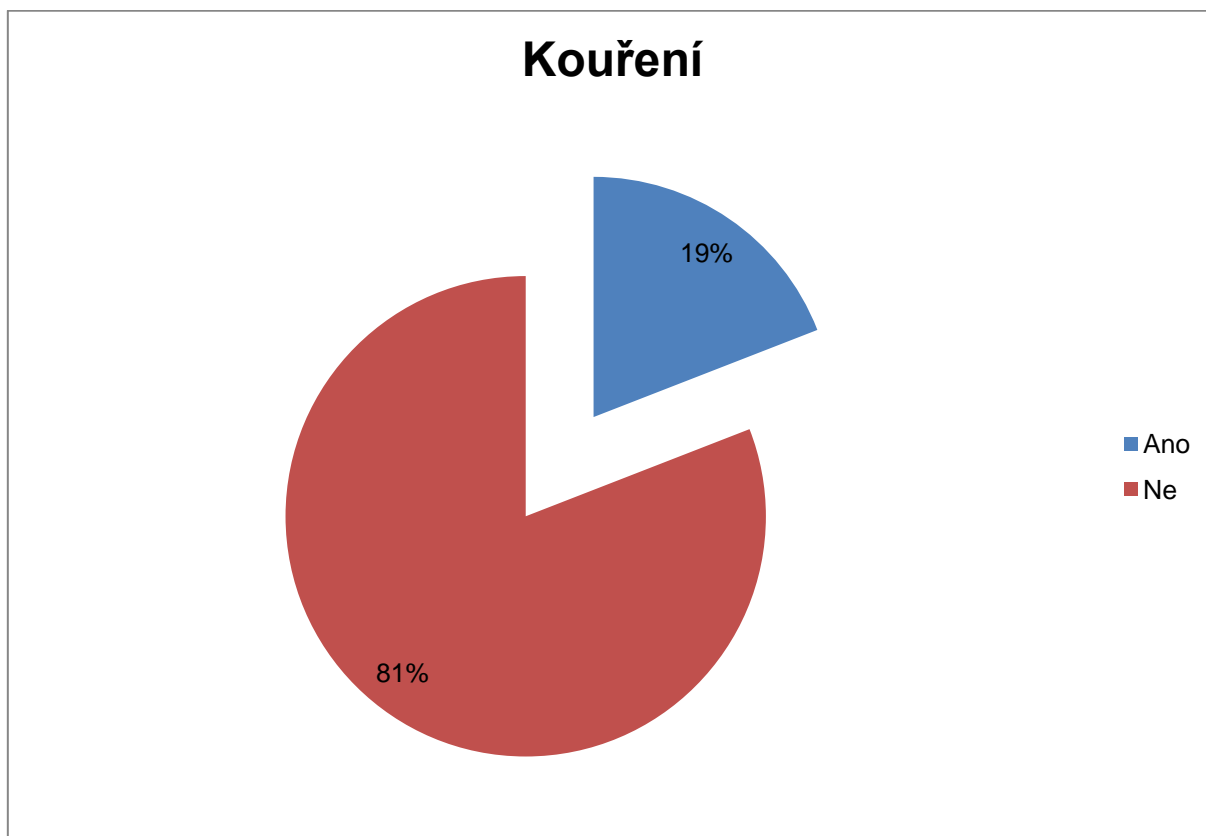
Zdroj: vlastní

Z uvedeného grafu vyplývá, že návykové látky užívá v těhotenství pouze 26 žen, tedy více než polovina žádné návykové látky neužívá.

Odpovědi na jednotlivé otázky.

Otázka č. 10: **Kouříte v těhotenství (aspoň 1x)?**

Graf č. 13

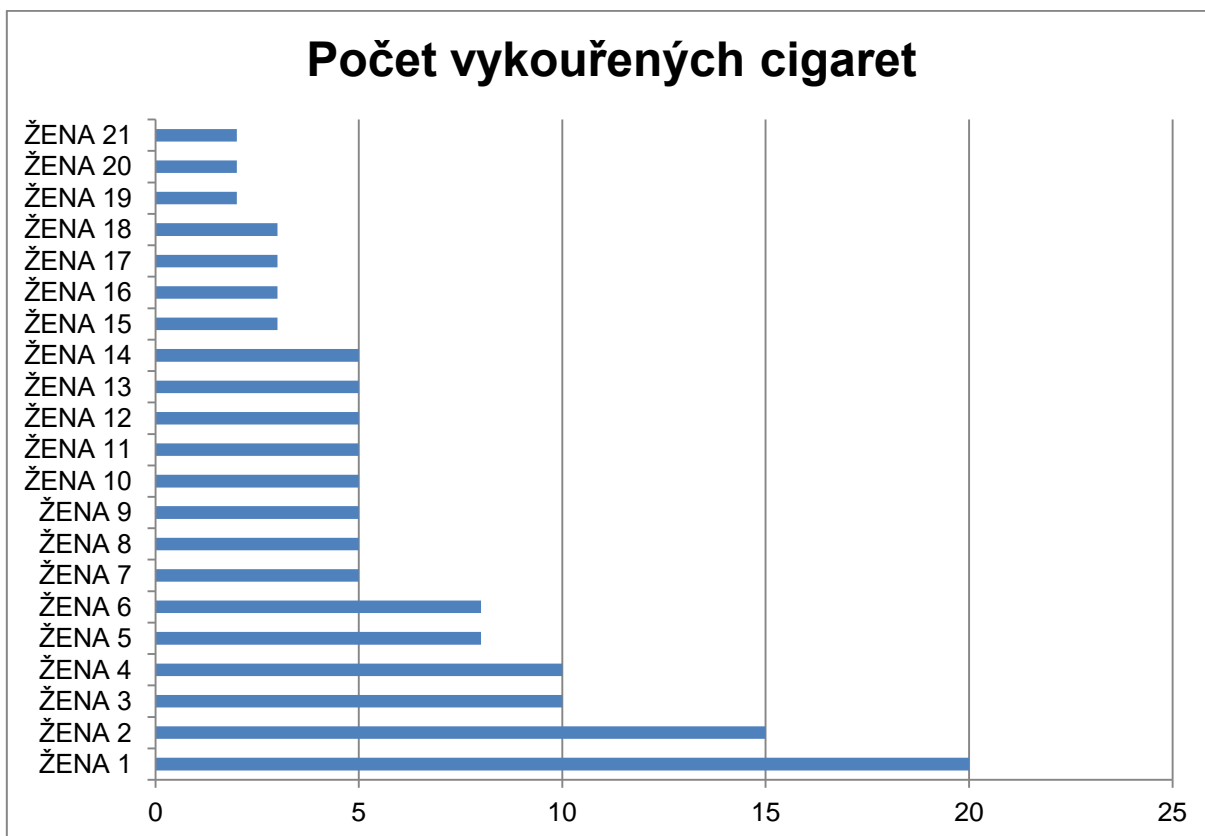


Zdroj: vlastní

81 % žen nekouří v těhotenství. Tedy zbývajících 19 %, přesněji 21 žen, kouří.

Pokud jste odpověděla ANO, kolik vykouříte cigaret za den?

Graf č. 14

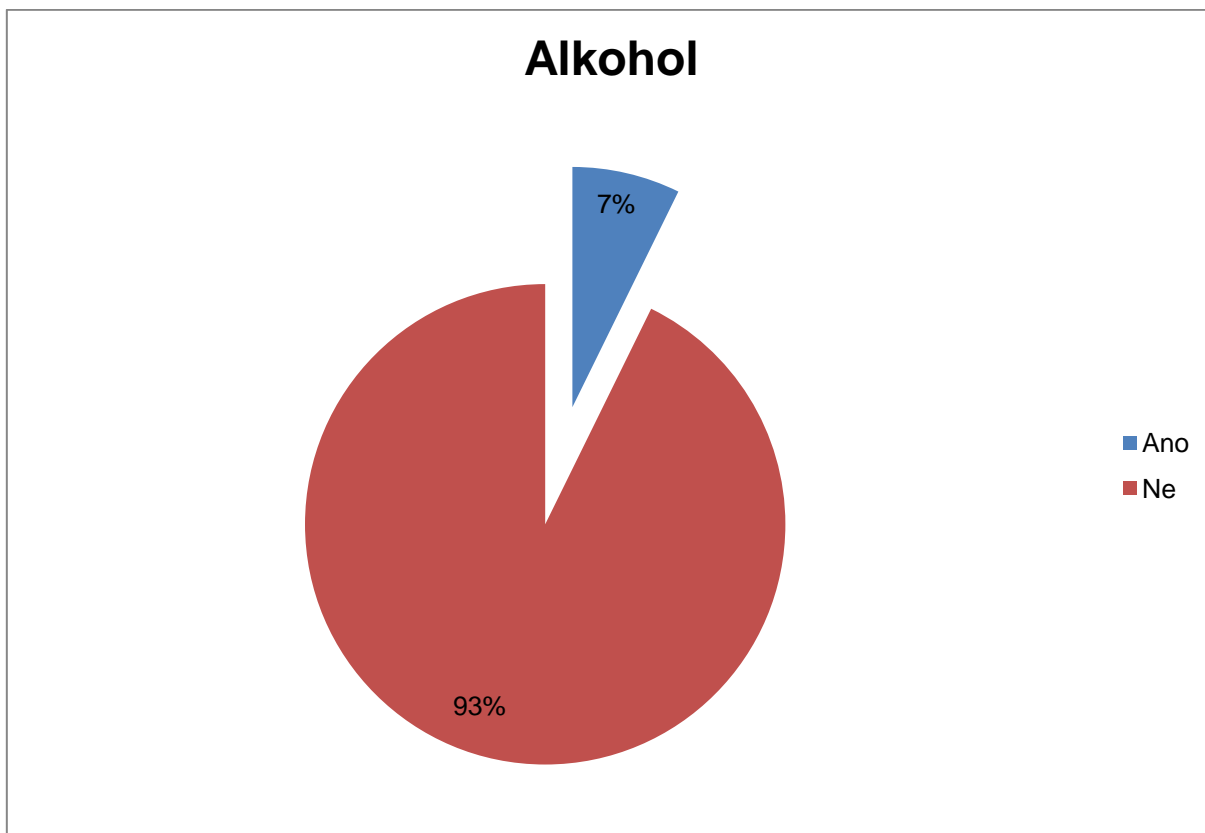


Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že nejvíce vykouřených cigaret za den je 20. Poté 15 a 2x deset. Dvě ženy osm cigaret za den. Osm žen kouří denně pět cigaret. Čtyři ženy tři cigarety. Pouze tři ženy mají za celý den jen dvě cigarety. Z toho vyplývá, že průměrná denní spotřeba jedné ženy je téměř 6 cigaret.

Otázka č. 11: **Konzumujete v těhotenství alkoholické produkty (aspoň 1x)?**

Graf č. 15

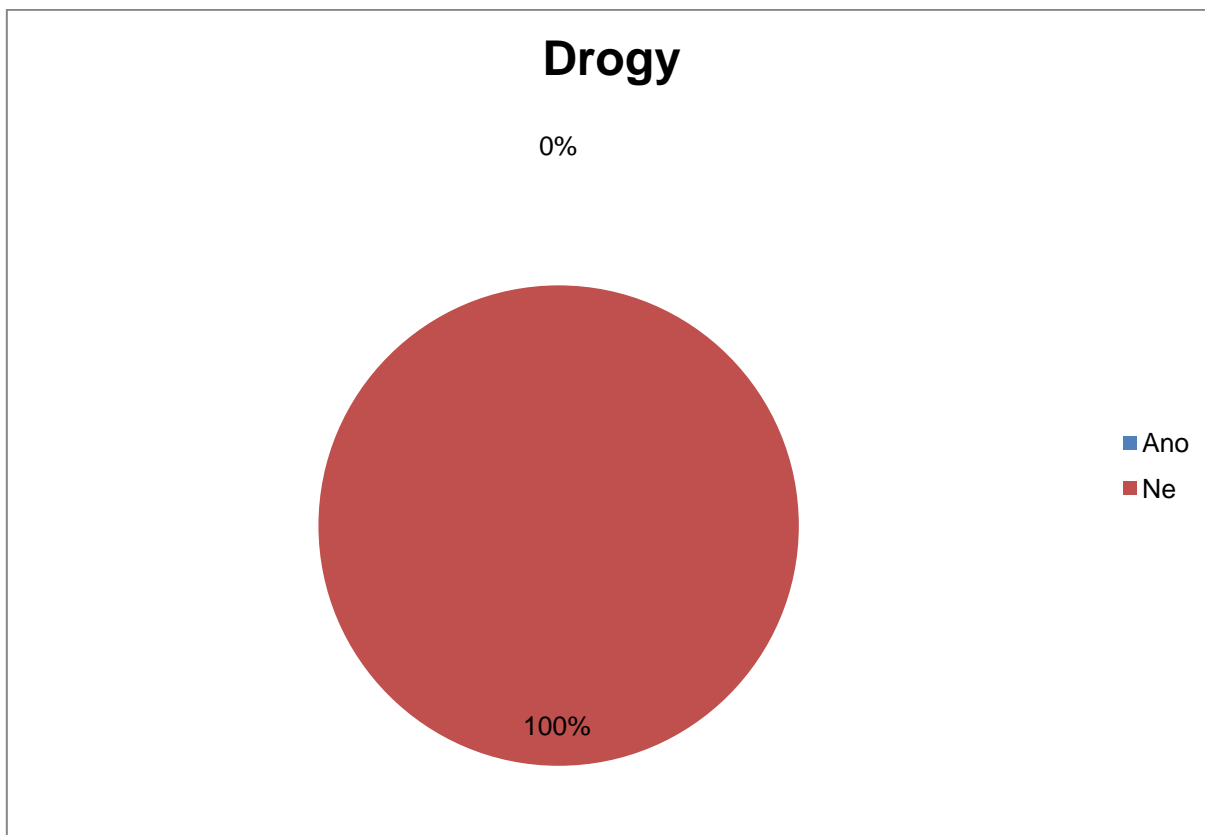


Zdroj: vlastní

102 žen, 93 %, se v těhotenství alkoholu vyhýbá. Osm žen, 7 %, konzumuje alkoholické produkty v těhotenství.

Otázka č. 12: **Požíváte drogy v těhotenství (aspoň 1x)?**

Graf č. 16



Zdroj: vlastní

Všech 110 žen, 100 %, odpovědělo, že žádné drogy v těhotenství nepožívá.

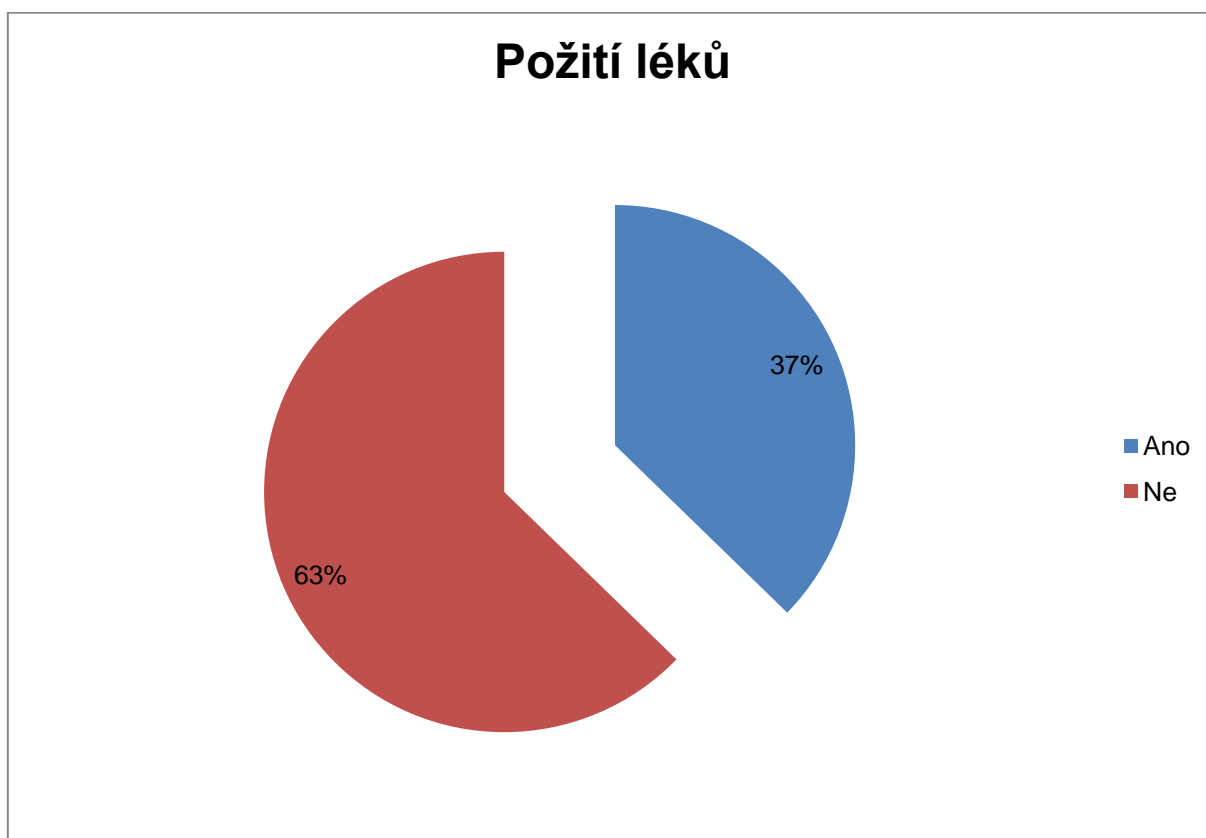
Cíl 4: Zjistit, zda ženy užívají léky v těhotenství a případně jaké.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina žen neužívá žádné léky v těhotenství.

Otázka č. 13

Otázka č. 13: **Užíváte léky v těhotenství?**

Graf č. 17

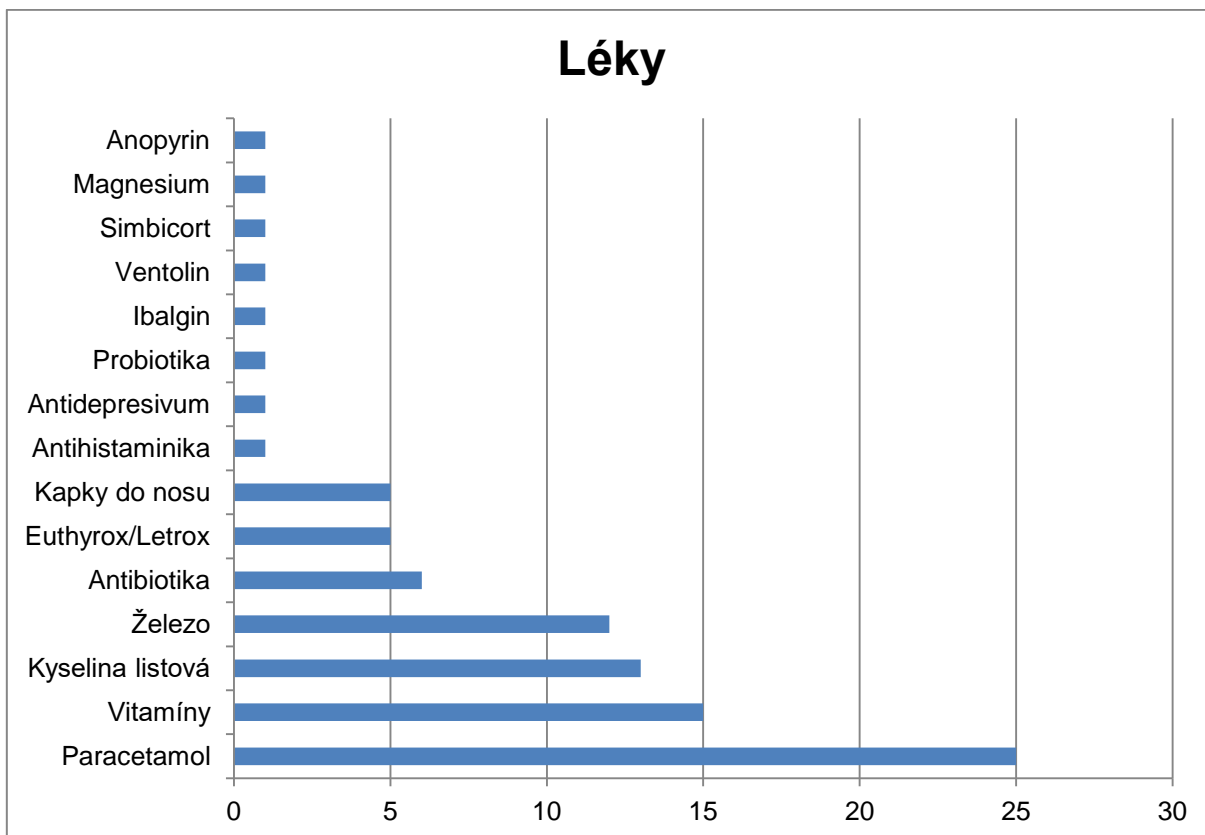


Zdroj: vlastní

Z uvedených dat vychází, že 63 % žen neužívá žádné léky v těhotenství. 37 procent žen potřebuje nějaké léky užít.

Pokud jste odpověděla ANO, o jaký lék se jedná?

Graf č. 18



Zdroj: vlastní

Z grafu vychází, že nejčastěji používaným lékem je Paracetamol, který používá 25 žen. Dalším často užívaným jsou vitamíny s 15 konzumentkami, kyselina listová s 13 a železo s 12. Šest žen má antibiotika. Léky na štítnou žlázu používá pět žen. Stejný počet konzumentek kapky do nosu. Nejméně užívaným jsou antihistaminika, antidepressiva, probiotika, ibalgin, ventolin, simbicort, magnesium a anopyrin. Každý z nich je vypsán pouze jednou.

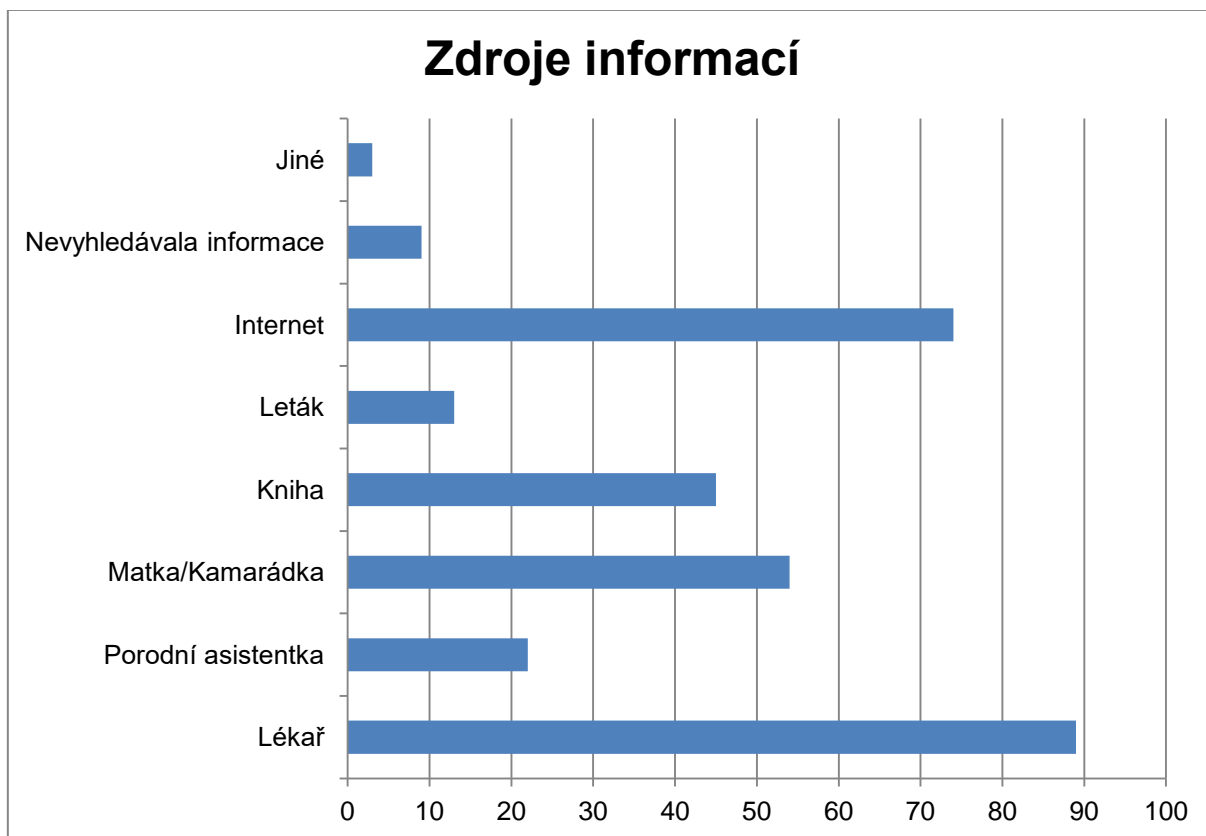
Cíl 5: Zjistit, z jakých zdrojů těhotné ženy nejčastěji čerpají informace o životním stylu v těhotenství (lékař, porodní asistentka, leták, knížky, beseda, film, internet...).

Předpoklad 5: Předpokládám, že více než polovina žen uvede jako zdroj informací lékaře a internet.

Otázka č. 14

Otázka č. 14: **Odkud čerpáte informace o životním stylu v těhotenství (možnost více odpovědí)?**

Graf č. 19



Zdroj: vlastní

Z uvedeného grafu vyplývá, že je nejvíce využíván jako zdroj informací v těhotenství lékař. Toho si volí 89 dotázaných. Hned za ním je internet, kde hledá 74 žen. 54 odpovídá, že jako zdroj informací pro ně je matka či kamarádka. 45 žen si cenné informace nachází v knížkách. 32 dostává radu od porodní asistentky. 13 respondentek využívá leták, devět nic nevyhledává a tři volí jinou možnost. Jako jiná možnost je uveden časopis pro maminky.

12 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ

Cíl 1: Zjistit, jestli ženy žijí zdravě v průběhu těhotenství. (Splňují aspoň čtyři kritéria – výživa, spánek, pohybová aktivita, hydratace, užívání návykových látek)

Předpoklad 1: Domnívám se, že více než polovina žen splňuje podmínky pro zdravý životní styl.

Operacionalizace: Vybrané faktory zdravého životního stylu

- Výživa: Pravidelná pestrá strava s dostatkem zeleniny, ovoce, vitamínů a minerálů. (Gregora 2017, s. 17)
- Spánek: Alespoň osm hodin denně a během dne podle možností (Pařízek 2015, s. 386)
- Pohybová aktivita: pravidelná denní aktivita, např. procházky, plavání, jóga nebo tanec (Pařízek 2015, s. 358)
- Hydratace: alespoň dva l/den (Pintová 2015, s. 71)
- Užívání návykových látek: ženy v průběhu těhotenství nekouřily, nepily alkohol a neužívaly drogy

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 4, 5, 6, 7, 9. Otázkou č. 4 se dozvídám, jestli ženy spí v těhotenství více než 8 hodin za den. 63 % odpovídá kladně, tedy spí více než osm hodin za den. Zbývajících 37 % spí méně než osm hodin. Další otázka, č. 5, zjišťuje, jakou mají těhotné pohybovou aktivitu. 59 % žen má pravidelné denní aktivity, jako jsou procházky, plavání, cvičení nebo tanec. 41 % dotázaných tyto činnosti denně v těhotenství neprovozuje. V otázce č. 6 se zabývám hydratací. Zjišťuji, že v těhotenství 65 % žen vypije dva litry tekutin a více, a tedy 35 % respondentek nevypije ani dva litry. V otázce č. 7 se dozvídám, jak se ženy stravují. Z odpovědí vyplývá, že 66 % žen si myslí, že v těhotenství jí zdravě (mají pravidelnou pestrou stravu, nepřejídají se, jedí dostatek ovoce a zeleniny, mají dostatečný příjem vitamínů). 18 % žen si myslí, že nejedí zdravě a 16 % neví. V poslední otázce č. 9 se dozvídám, zda žena užila nějaké návykové látky v těhotenství. Přesně 84 žen, tedy 76 %, neužívá v těhotenství žádné návykové látky a 24 %, 26 žen, užívá v těhotenství nějakou návykovou látku.

Ze 110 dotázaných žen přesně 64 respondentek, 58 %, splňuje podmínky pro zdravý životní styl, tedy čtyři z pěti kritérií. Zbytek, 42 %, žije nezdravým způsobem života.

Závěr: Předpoklad 1 se potvrdil.

Cíl 2: Zjistit, co respondentky považují za rizikové faktory v těhotenství.

Předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina žen má povědomost o tom, jaké negativní faktory působí na těhotenství (kritérium pro znalost více než pět vlivů (včetně).

Operacionalizace

- Rizikové faktory: nedostatečný spánek, trvajících malnutrice, nadměrná tělesná námaha, duševní stres, infekce, kouření, pití alkoholu, užívání drog, některé léky, rentgenové záření, různé chemikálie...

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 8 a 15. V otázce č. 8 se dozvídám, co ženy považují za negativní faktory působící na těhotenství. Všechny 110 žen, 100%, zmiňují jako rizikový faktor alkohol a drogy. 102 žen uvádí i kouření. Další je stres s 80 hlasy. 68 žen přiznává léky a 67 nezdravou stravu. 54 žen uvádí těžkou práci. 40 se shoduje na infekci, 30 na kofeinu, 26 na nedostatku pohybu, 23 na nedostatku spánku a 20 na rentgenovém záření. 16 žen zmiňuje i nadměrný přírůstek na váze v těhotenství, stejný počet má i nedostatečná hydratace. 15 respondentek uvádí psychiku jako rizikový faktor a se stejným počtem hlasů jsou i onemocnění matky a návykové látky. 12 žen udává obezitu a nízký/vysoký věk. Celkem 19 různých rizikových faktorů v těhotenství. Otázkou č. 15 zjišťuji, jestli si ženy myslí, že jsou dostatečně informované o vlivu životního stylu na těhotenství. 68 % žen odpovědělo kladně, tedy si myslí, že jsou dostatečně informované o negativních vlivech v těhotenství. 17 % neví a 15 % zastává názor, že nejsou dostatečně informované.

Ze 110 dotázaných žen, 62 %, 68 respondentek zná pět a více rizikových faktorů, které mohou negativně působit na těhotenství. 38 %, 42 dotázaných uvádí méně než pět vlivů.

Závěr: Předpoklad 2 se potvrdil.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy užívají návykové látky během těhotenství (kouření, pití alkoholu, užívání drog).

Předpoklad 3: Předpokládám, že více než polovina žen neužívá žádné návykové látky během těhotenství.

Operacionalizace: Užití návykových látek

- Kouření – více než jedna cigareta během těhotenství
- Alkohol – konzumace aspoň 1x během těhotenství (Dle prof. Goetzeho neexistuje „bezpečná“ malá dávka alkoholu - www.vrozene-vady.cz)

- Drogy – více než 1x za těhotenství

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 10, 11 a 12. V otázce č. 10 se zabývám kouřením. Na otázku odpovědělo 89 žen záporně, tedy 81 % nekouří. Zbývajících 21 žen, 19 %, jsou kuřačky. Ženy, které odpověděly kladně, doplnily počet vykouřených cigaret za den. Nejvíce vykouřených cigaret za den je 20. Poté 15 a 2x deset. Dvě ženy osm cigaret za den. Osm žen kouří denně pět cigaret. Čtyři ženy tři cigarety. Pouze tři ženy mají za celý den jen dvě cigarety. 19 % jsou pravidelně kouřící ženy s průměrná denní spotřebou téměř šesti cigaret. V otázce č. 11 zjišťuji, jestli ženy konzumují alkohol v těhotenství. 102 žen, 93 %, se v těhotenství alkoholu vyhýbá. Osm žen, 7 %, konzumuje alkoholické produkty v těhotenství. Otázkou č. 12 zjišťuji konzumaci drog. Všech 110 žen, 100%, odpovědělo, že žádné drogy v těhotenství nepožívá.

Ze 110 žen návykové látky užívá v těhotenství pouze 26 žen, tedy více než polovina, 74 těhotných, žádné návykové látky neužívá.

Závěr: Předpoklad 3 se potvrdil.

Cíl 4: Zjistit, zda ženy užívají léky v těhotenství a případně jaké.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina žen neužívá žádné léky v těhotenství.

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 13. V ní zjišťuji, zda ženy užívají nějaké léky v těhotenství. Z uvedených odpovědí vychází, že 63 %, 69 žen, neužívá žádné léky v těhotenství a 37 %, 41 žen, potřebuje nějaké léky užít. Všech 41 kladně odpovídajících vypsaly léky, které užívají. Nejčastěji používaným lékem je Paracetamol, který používá 25 žen. Dalším často užívaným jsou vitamíny s 15 konzumentkami, kyselina listová s 13 a železo s 12. Šest žen má antibiotika. Léky na štítnou žlázu používá pět žen. Stejný počet konzumentek kapky do nosu. Nejméně užívaným jsou antihistaminika, antidepresiva, probiotika, ibalgin, ventolin, simbicort, magnesium a anopyrin. Každý z nich je vypsán pouze jednou.

Závěr: Předpoklad 4 se potvrdil.

Cíl 5: Zjistit, z jakých zdrojů těhotné ženy nejčastěji čerpají informace o životním stylu v těhotenství (lékař, porodní asistentka, leták, knížky, beseda, film, internet...).

Předpoklad 5: Předpokládám, že více než polovina žen uvede jako zdroj informací lékaře a internet.

K tomuto cílu se vztahuje otázka č. 14. V ní zjišťuji, z jakých zdrojů ženy čerpají informace o životním stylu v těhotenství. Nejvíce využíván jako zdroj informací v těhotenství je lékař, toho si volí 89 dotázaných. Hned za ním je internet, kde hledá 74 žen. 54 odpovídá, že jako zdroj informací pro ně je matka či kamarádka. 45 žen si cenné informace nachází v knížkách. 32 dostává radu od porodní asistentky. 13 respondentek využívá leták, devět nic nevyhledává a tři volí jinou možnost. Jakou jinou možnost je uveden časopis pro maminky.

Závěr: Předpoklad 5 se potvrdil.

DISKUZE

V této bakalářské práci se zabývám vlivem životního stylu na těhotenství. Cílem výzkumného šetření je zmapování životního stylu. Zajímá mě přístup žen k výživě, hydrataci, denní aktivitě, rizikovým faktorům v těhotenství. Dále užívání návykových látek v těhotenství a informovanost o vlivu životního stylu na těhotenství. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření za využití metody snowball. Celkem odpovídalo 110 žen. Dotazník se skládal z 15 otázek, které se týkaly životního stylu.

Celý život se setkáváme s těhotnými ženami. Každá je jedinečná a jiná. Jejich chování nám o nich mnohé prozradí. Právě těhotenství je důvodem změny životního stylu. Proč tomu tak je?

První cíl zjišťuje, jestli ženy žijí zdravě v průběhu těhotenství. Zdravý životní styl snižuje rizika vzniku komplikací v průběhu těhotenství. Například pestrá vyvážená strava, dostatečná hydratace, pravidelná denní aktivita či klidný spánek více než osm hodin. Můj předpoklad, že více než polovina žen žije zdravě, se potvrdil. Výživa je velice důležitým faktorem životního stylu. Studentka Denisa Štěpánová z Fakulty zdravotnických studií v Plzni se zabývala tématem Zdravý životní styl v těhotenství (2014) a zjistila, že 65% dotazovaných žen mělo správné informace o zásadách vhodné výživy v období těhotenství, což koreluje s mým prvním potvrzeným předpokladem. Ve chvíli, kdy žena zjistí, že je těhotná, začíná brát ohledy i na nenarozeného potomka. Proto, aby se jí dítě narodilo zdravé, je otevřená mnoha možnostem.

Ve druhém cíli zjišťuji, co ženy považují za rizikové faktory v těhotenství. O negativních vlivech v těhotenství se můžeme dočíst leckde, například i na krabičkách od cigaret. Můj předpoklad, že více než polovina žen má povědomost o tom, jaké negativní faktory působí na těhotenství, se potvrdil, když 62 % respondentek vypsalo pět a více vlivů. Celkem jsem se v dotazníku setkala s 19 různými rizikovými faktory. Všechny 110 dotázaných žen zmínilo alkohol a drogy. O osm méně jich vypsalo kouření. Studentka Sabina Flídrová z Pedagogické fakulty v Brně se zabývala tématem Rizikové faktory v těhotenství (2017) a zjistila, že téměř 90 % žen zná negativní následky pro vývoj plodu v důsledku kouření

v těhotenství, a tedy došla k podobnému závěru jako já. Ovšem u negativního působení alkoholu na vývoj plodu se naše výsledky liší. 100 % mých respondentek uvádí alkohol jako rizikový faktor, v práci Flídrové pouze 83 % žen ví o negativním působení alkoholu na vývoj plodu. Tento rozdíl je zřejmě dán procentuálním zastoupením žen, které pily alkohol v těhotenství, v dotazníkovém šetření.

Ve třetím cíli zjišťuji, zda ženy užívají návykové látky během těhotenství (kouření, pití alkoholu, užívání drog). Můj předpoklad, že více než polovina žen neužívá žádné návykové látky, se potvrdil. Myslím si, že výsledek šetření procentuálního zastoupení kuřáček v dotazníkovém šetření, kdy 19 % z nich kouří, tedy 21 žen, je přiměřený dnešní době. Průměrná denní spotřeba jedné ženy vychází téměř na šest cigaret. Podle ministerstva zdravotnictví v roce 2016 bylo v ČR celkem 28,6 procenta kuřáků, kdy průměrná žena vykouřila 5–9 cigaret denně. Přesto si myslím, že tato čísla jsou poněkud znepokojivá. Většina žen si uvědomuje negativní následky kouření, a přesto kouří. Studentka Harcová Šárka z Lékařské fakulty v Brně ve své práci Alkoholismus a kouření v těhotenství a vliv na porodní parametry novorozenců (2013) uvádí, že u kuřáček zjistila 2x vyšší riziko růstové restrikce plodu než u nekuřáček, což potvrzuje známý fakt, že při dlouhodobém užívání nikotin způsobuje zpomalený růst plodu. S kouřením souvisí i konzumace alkoholu, kdy dochází k nabalování rizik s tím spojené. Velice mě potěšil výsledek šetření, který ukázal, že 93 % žen se alkoholu v těhotenství vyhýbá. V již zmíněné bakalářské práci Flídrové je značně znepokojující zjištění, kde 41 % žen se v těhotenství napilo alkoholu.

Ve čtvrtém cíli zjišťuji, zda ženy užívají léky v těhotenství a případně jaké. Můj předpoklad, že více než polovina žen neužívá žádné léky v těhotenství, se potvrdil, když 63 % žen neužívalo žádné léky v průběhu těhotenství. Konzumace léků je velice specifické téma, o kterém by měly být těhotné informovány od svého gynekologa. Nejčastěji konzumovaným lékem je paracetamol, ať už ve formě paralenu nebo panadolu, který užívalo 25 respondentek. Další často užívané jsou vitamíny s 15 konzumentkami, kyselina listová s 13 a železo s 12. Hronek (2004, s. 42) uvádí, že v roce 1996–2002 proběhla v Hradci Králové nutriční deskriptivní studie, které se zúčastnilo 694 náhodně vybraných těhotných žen ve druhém trimestru. U 271 z nich byly po odběru krve vyhodnoceny vybrané biochemické markery. Zjistilo se, že významný deficit byl u příjmu železa (60 % doporučené

denní dávky), vitamínu B₂ (o 15 % méně než je doporučená denní dávka), vitamínu C (o 37 % méně než je doporučená denní dávka), hořčíku i vápníku. Právě proto, abychom udrželi hladinu železa ve fyziologickém rozmezí, je gynekologem nasazena jeho suplementace.

Pátým cílem zjišťuji, z jakých zdrojů těhotné ženy nejčastěji čerpají informace o životním stylu v těhotenství. Můj předpoklad, že více než polovina žen uvede jako zdroj informací lékaře a internet, se potvrdil. Nejvíce využíván jako zdroj informací v těhotenství je lékař, toho si volí 89 dotázaných, což mě mile překvapilo. Očekávala jsem, že na prvním místě bude internet. Ten je hned na druhé příčce oblíbenosti, kde hledá 74 žen. Ovšem pouhých 32 žen dostává radu od porodní asistentky. Jedná se o alarmující číslo. Tento fakt je dán i tím, že ženy nejsou moc zvyklé v těhotenství spolupracovat s porodní asistentkou a často ani nevědí, že jim zrovna porodní asistentka může pomoci. Podle vyhlášky č. 55/2011 v aktuálním znění, která nabyla platnost od 14. 03. 2011, lze zjistit, jaké kompetence má porodní asistentka. Ta pracuje bez odborného dohledu a poskytuje péči těhotné, rodičů a ženě do šestého týdne po porodu, sleduje fyziologické těhotenství, poskytuje informace o prevenci komplikací, o životosprávě v těhotenství a při kojení, o porodu i o šestinedělí. Dále může provádět vyšetření, kterými sleduje fyziologický průběh těhotenství a stav plodu. Porodní asistentka má možnost navštívit těhotnou i šestinedělku v rodině, kde zkontroluje její zdravotní stav. Tedy porodní asistentka má v kompetencích edukaci žen o životním stylu v těhotenství, přesto se tak často neděje. Má zjištění jsou porovnatelná s bakalářskou prací Lucie Krajíkové z Fakulty zdravotnických studií v Plzni, která se zabývala tématem Nejčastější těhotenské potíže (2016), kde jen 13 % dotázaných žen spolupracovalo s porodní asistentkou. Jako pozitivní vidí fakt, že všechny ženy, které byly ve styku s porodní asistentkou, dostaly potřebné rady. Myslím si, že by bylo potřebné dostatečně informovat ženy o možnosti využití porodní asistentky.

Všeobecná doporučení pro praxi vytvořené na základě poznatků při zpracování praktické části:

- Sestavení edukačního letáku varující před negativním vlivem kouření.
- Rozšíření povědomí o práci porodní asistentky ve spolupráci s lékaři.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá vlivem životního stylu na těhotenství. Teoretická část mé práce začíná popisem změn v těle matky a vývoje plodu během trimestrů. Poté se věnuji životnímu stylu ve všech jeho podobách. Píši o výživě, váhovém příbytku, hydrataci, sportovní aktivitě, spánku i psychice. Dále pokračuji rizikovými faktory. Mezi ně řadíme návykové látky, jako jsou alkohol, kouření, kofein a drogy. Zmíním se i o lécích. Jako poslední kapitola v mé teoretické části je péče porodní asistentky, kde shrnuji její kompetence.

Praktická část mé práce vznikla na podkladě kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Mým cílem bylo zmapovat životní styl respondentek v těhotenství. Především mě zajímala jejich informovanost o negativních vlivech v těhotenství. Z šetření vyplynulo, že více než polovina žen má dostatečné povědomí o těchto faktorech. První dílčí cíl stanovil otázku ohledně zdravého životního stylu v těhotenství. Ukázalo, že více než polovina žen se snažila žít zdravě, čímž předcházela možným rizikům. Z jiného cíle vyplynulo, že necelá pětina respondentek kouřila v těhotenství. Průměrná denní spotřeba jedné ženy vycházela téměř na šest cigaret. Přestože většina žen znala negativní následky kouření, část z nich kouřila. Proto jsem po sepsání této práce navrhla edukační leták, který varuje před nikotinismem v těhotenství. Poslední cíl mé práce se zabýval zdrojem, který ženy využily při vyhledávání informací. Jako zklamání bych uvedla spolupráci žen s porodními asistentkami. Pouze 30 % respondentek čerpalo z jejich rad. A proto jsem jako doporučení do praxe uvedla rozšíření povědomí žen o práci porodní asistentky ve spolupráci s lékaři.

„Měsíc nad městem svítící
se třikrát naplnil a dvakrát has,
když potřetí hasl nad černou ulicí,
dětská ústa k srdci promluvila:
Maminko milá,
já jsem láska,
která by ráda se narodila!
(Wolker 1964, s. 38)“

BIBLIOGRAFIE

Centers for Disease Control and prevention. 2017. *Facts about FASDs.* [Online] 06. červen 2017. [Citace: 17. září 2017.] <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/facts.html>.

Česká republika. 2010-2017. *Zákon č. 65/207 Sb.* [Online] AION CS, 2010-2017. [Citace: 16. září 2017.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>.

— **2010-2018.** Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákon č. 55/2011 Sb.* [Online] AION CS, 2010-2018. [Citace: 23. březen 2018.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?citace=1>.

Dumoulin, Chantale. 2006. *Cvičíme v těhotenství. 1. vydání.* Praha : Portál, 2006. str. 104. 80-7367-078-X.

Farmakoterapie v graviditě. 2010. [Online] 2010. [Citace: 12. březen 2018.] http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&catelid=33&what=full&termid=3476&name=Farmakoterapie+v+gravidit%C4%9B&h=empty#jump.

Flídrová, Sabina. 2017. *Rizikové faktory v těhotenství.* [Online] 2017. [Citace: 12. březen 2018.] Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková, Ph.D.. <http://theses.cz/id/h3ogfi/>.

Foundation for a drug-free world. The Truth About Alcohol. [Online] [Citace: 5. únor 2018.] <http://www.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol.html>.

Frye, Anna. 2013. *Holistic Midwifery: a comprehensice textbook for midwives in homebirth practice.* Portland : Oregon: Labrys Press, 2013. str. 1184. 978-1-891-145-55-1.

Gregora, Martin a Velemínský ml., Miloš. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství.* Praha : Grada Publishing, 2011. str. 229. 978-80-247-3081-3.

Gregora, Martin, Velemínský, Miloš. 2017. *Těhotenství a mateřství. 2. aktualizované vydání.* Praha : Grada, 2017. str. 256. 978-80-271-9816-0.

Hájek, Zdeněk, Čech, Evžen a Maršál, Karel. 2014. *Porodnictví 3. zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha : Grada, 2014. str. 538. 978-80-247-4529-9.

Hamplová, Lidmila, Sedláčková, Simona, Veselý, Zdeněk. 2015. *Problematika užívání návykových látek v těhotenství.* 2015, Sv. 60, 3, stránky 112-115. Hygiena (Státní zdravotní ústav, Print).

Harcová, Šárka. 2013. *Alkoholismus a kouření v těhotenství a vliv na parametry novorozenců.* [Online] 2013. [Citace: 14. prosinec 2017.] Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Lubomír Kukla. http://is.muni.cz/th/323940/lf_b/.

Hronek, Miloslav. 2004. *Výživa ženy v období těhotenství a kojení.* Praha : Maxdorf, 2004. str. 309. 80-7345-013-5.

IASP. 2017. *IASP Taxonomy.* [Online] 2017. [Citace: 24. březen 2018.] <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>.

Kelnarová, Jarmila, Matějková, Eva. 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů. 1. vydání.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. str. 168+16 stran barevné přílohy. 978-80-247-3270-1.

Kostiuk, Pavel. 2013. *Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci.* Praha : Farmi News, 2013. roč. 11, č. 3, str. 6-7. 1214-5017.

Koucký, Michal, Smíšek, Jan. 2014. *Spontánní předčasný porod.* Praha : Maxford, 2014. str. 155. 978-80-7345-416-6.

Krajčiová, Lucie. 2016. *Nejčastější těhotenské potíže.* [Online] 2016. [Citace: 25. březen 2018.] Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. https://theses.cz/id/t6m0pa/?lang=sk;zpet=%2Fth_search%2Fprace_na_stejne_tema%3Fpg%3D1%3Blang%3Dsk%3Bks%3Dpotize%3B.

Kubíčková, Klára. 2017. *Kouření v období těhotenství a šestinedělí.* [Online] 2017. [Citace: 15. prosinec 2017.] Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Renata Hrubá. <http://theses.cz/id/6gaj2k/>.

Machová, Jitka, Kubátová, Dagmar. 2009. *Výchova ke zdraví.* Praha : Grada, 2009. str. 291. 978-80-247-2715-8.

Mander, Rosemary. 2014. *Těhotenství, porod a bolest.* Praha : Triton, 2014. str. 312. 978-80-7387-810-8.

Ministerstvo zdravotnictví. *Spotřeba alkoholu a tabáku v České republice je stále vysoká.* [Online] [Citace: 18. září 2017.] http://www.mzcr.cz/dokumenty/spotreba-alkoholu-a-tabaku-v%c2%a0ceske-republice-je-stale-vysoka_14228_3692_1.html.

Ondriová, Iveta PhDr., Cínová, Janka PhDr. 2013. *Vliv prenatální komunikace na zdravý vývoj dítěte.* [Online] 2. Leden 2013. [Citace: 25. Březen 2018.] <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-prenatalni-komunikace-na-zdravy-vyvoj-ditete-468397>.

Oster, Emily. 2016. *Těhotenství bez strašáků: nenechte se zdeptat zamčenými pravdami. 1. vydání.* Brno : CPress, 2016. str. 228. 978-80-264-162-8.

Pařízek, Antonín. 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání, Těhotenství 1. díl.* Praha : Galén, 2015. str. 481. 978-80-7492-214-5.

Pintová, Kristina, Kramerová, Rachel. 2015. *Těhotná a fit. 1. vydání.* Praha : Mladá fronta a.s., 2015. str. 320. 978-80-204-3347-3.

Samohýl, Martin, Rams, Roman, Hirošová, Katarína, et al. 2016. Vplyv výživy a rizikových faktorov životného štýlu matky na pôrodnú hmotnosť a dĺžku novorodenca. *Hygiena (Státní zdravotní ústav, Print).* 2016. roč. 61, č. 2, str. 48-55. 1802-6281.

Savitz, David A., Chan, Ronna L., Herring, Amy H., Howards, Penelope P., Hartmann, Katherine E. 2008. Epidemiology. *Caffein and Miscarriage Risk.* [Online] leden 2008. [Citace: 24. březen 2018.] Vol. 19, No. 1, pp. 55-62. http://www.jstor.org/stable/20486494#page_scan_tab_contents.

Sikorová, Ludmila, Dušová, Bohdana. 2014. Vliv životního stylu na vznik gestačního diabetu. *Sestra (Praha).* 2014. roč. 61, č. 2, str. 48-55. 1802-6281.

Skutilová, Vladana. 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství. 1. vydání.* Praha : Grada, 2016. str. 160. 978-80-271-09869.

Straňák, Zbyněk, Janota, Jan a kol. 2015. *Neonatologie. 2. přepracované a rozšířené vydání.* Praha : Mladá fronta, 2015. str. 637. 978-80-204-3861-4.

Svojtka&Co., s.r.o. 2009. *Těhotenství, odpovědi a všechny vaše otázky. 1. vydání.* Praha : Svojtka, 2009. str. 256. 978-80-256-0115-0.

Šedová, Klára. 2017. *Návykové látky v těhotenství.* [Online] 2017. [Citace: 14. prosinec 2017.] Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Barbora Faltová. <http://theses.cz/id/wzutgt/>.

Štěpánová, Denisa. 2014. *Zdravý životní styl v těhotenství.* [Online] 2014. [Citace: 24. březen 2018.] Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Jana Horová. <https://theses.cz/id/ioboju>.

Štromerová, Zuzana. 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky a zvědavé rodiče.* Praha : Argo, 2010. str. 313. 978-80-257-0324-3.

Unzeitig V., Měchurová A., Ľubušký M., Velebil P., Dvořák V. 2015. Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny - odborné dokumenty. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství, Doporučený postup.* [Online] 11. prosinec 2015. [Citace: 24. březen 2018.] <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>.

Vavřínková, Blanka, Binder, Tomáš. 2006. *Návykové látky v těhotenství. 1. vydání.* Praha : Triton, 2006. str. 122. 80-7254-829-8.

Vrozené vývojové vady. 2008-2016. *Na alkohol velký pozor.* [Online] 2008-2016. [Citace: 6. únor 2018.] <http://www.vrozene-vady.cz/primarni-prevence/index.php?co=alkohol>.

Volker, Jiří. 1964. *Srdce štít. 1. vydání.* Praha : Klub přátel poezie, 1964. str. 128. 22-076-64.

World Health Organization. *Data and statistics.* [Online] [Citace: 17. září 2017.] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>.

Z. Pollack, Anna , Louis, Germain M. Buck, Sundaram, Rajeshwari, Lum, Kristen J. 2010. Fertility and Sterility. *Caffein consumption and miscarriage: a prospective cohort study*. [Online] PlumX Metrics, 1. leden 2010. [Citace: 24. březen 2018.] Volume 93, Issue 1, Pages 304-306. [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(09\)02488-1/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(09)02488-1/fulltext).

SEZNAM ZKRATEK

ARBD	Alkohol Related Birth Defects
ARND	Alkohol Related Neurodevelopmental Disorders
BMI	Body mass index
CNS.....	Centrální nervová soustava
ČR.....	Česká republika
FAE	Fetal Alcohol Effect
FAS	Fetal Alcohol Syndrom
FASDs.....	Fetal Alcohol Spektrum Disorders
FDA	Food and Drugs Administration
FTS	Fetální tabákový syndrom
NAS.....	Neonatalní abstinenční syndrom
SIDS.....	Syndrom náhlého úmrtí novorozence
WHO	World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1.....	38
Graf č. 2.....	39
Graf č. 3.....	40
Graf č. 4.....	42
Graf č. 5.....	44
Graf č. 6.....	45
Graf č. 7.....	46
Graf č. 8.....	47
Graf č. 9.....	48
Graf č. 10.....	49
Graf č. 11.....	50
Graf č. 12.....	52
Graf č. 13.....	53
Graf č. 14.....	54
Graf č. 15.....	55
Graf č. 16.....	56
Graf č. 17.....	57
Graf č. 18.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník.....	76
Příloha č. 2 – Leták	78
Příloha č. 3 – Rešeršní strategie	79

Příloha č. 1 - Dotazník



Vážené paní,

tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění anonymního dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: Vliv životního stylu na těhotenství. Jsem studentka porodní asistence ve třetím ročníku Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni.

Děkuji za Váš čas,

Veronika Machová

1. Uveďte svůj věk
 - a. 18-20 let
 - b. 21-35 let
 - c. 36 a více
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. Základní
 - b. Středoškolské – bez maturity
 - c. Středoškolské – s maturitou
 - d. Vyšší odborné
 - e. Vysokoškolské
3. Byla jste někdy těhotná v posledních 4 letech (od roku 2014) nebo jste nyní?
 - a. Ano
 - b. Ne

Pokud Vaše odpověď zní NE, prosím nevyplňujte dál dotazník.
4. Spíte v těhotenství 8 hodin a více?
 - a. Ano
 - b. Ne
5. Vaše pohybová aktivita v těhotenství
 - a. Mám pravidelné denní aktivity (procházky, plavání, cvičení, tanec...)
 - b. Nemám pravidelné denní aktivity (procházky, plavání, cvičení, tanec...)
6. Vypijete v těhotenství 2 litry tekutin a více za den?
 - a. Ano
 - b. Ne
7. Myslíte si, že jíte zdravě v těhotenství (př.: pravidelná pestrá strava, nepřejídáte se, dostatek ovoce, zeleniny, vitamínů...)?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

8. Znáte nějaké rizikové faktory, které mohou negativně působit na těhotenství?
(vypište co nejvíce vlivů)

9. Užíváte v těhotenství nějaké návykové látky (kouření, alkohol, drogy)?

- a. Ano
- b. Ne

10. Kouříte v těhotenství (aspoň 1x)?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste odpověděla ANO, kolik vykouříte cigaret za den? _____

11. Konzumujete v těhotenství alkoholické produkty (aspoň 1x)?

- a. Ano
- b. Ne

12. Požíváte drogy v těhotenství (aspoň 1x)?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste odpověděla ANO, o kterou drogu se jedná? _____

13. Užíváte léky v těhotenství?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste odpověděla ANO, o jaký lék se jedná?

14. Odkud čerpáte informace o životním stylu v těhotenství (možnost více odpovědí)?

- a. Od lékaře
- b. Od porodní asistentky
- c. Od matky/kamarádky
- d. Z knížky
- e. Z letáku
- f. Z internetu
- g. Žádné informace jsem nevyhledávala
- h. Jiné: _____

15. Myslíte si, že jste dostatečně informovaná o negativních vlivech v těhotenství?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 – Leták

Přemýšlíte, že přestanete kouřit?



Každá vykouřená cigareta snižuje průtok krve dělohou, a tím zvyšuje riziko poškození dítěte.

Kouřením riskujete předčasný porod a nízkou porodní hmotnost novorozence.

**Nemyslete za ně, myslete na ně!
Vaše dítě vás potřebuje.**

MÁ TO SMYSL

Zdroj: vlastní

Příloha č. 3 – Rešeršní strategie

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: těhotenství, životní styl, zdravý životní styl, návykové látky

Klíčová slova v Aj: pregnancy, lifestyle, healthy lifestyle, addictive substances

Jazyk: český, slovenský, anglický

Období: 2016-2018

Databáze: Google Scholar, Medvik, Theses, katalog studijní a vědecké knihovny města Plzně



NALEZENO:

Google Scholar: 47 článků

Medvik: 214 článků

Theses: 128 článků

Katalog: 21 knih

Celkem: 410 publikací



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

Duplicitní články

Obsah neodpovídající zadaným cílům Bc. práce



Pro účely teoretické části bakalářské práce
využito 30 publikací.

Pro tvorbu bylo dále využito 12 internetových
zdrojů