

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Kateřina Dvořáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Kateřina Dvořáková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

VLIV VÝŽIVY NA PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina DVOŘÁKOVÁ**
Osobní číslo: **Z16B0055P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Vliv výživy na průběh těhotenství**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **HANÁKOVÁ, Taťána. CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdaléna a VOLNÁ, Pavla. Velká Česká kniha o matce a dítěti. 2 vyd. ČR: Computerpress, 2015. 256s. ISBN 978-80-264-0755-3**
- **HRONEK, Miroslav a BAREŠOVÁ, Hana. Strava těhotných a kojících: Svazek XVIII. 1 vyd. ČR: Forsapi, 2012. 152s. ISBN 978-80-87250-20-4**
- **ELIÁŠOVÁ, Jana a VORLOVÁ, Kamila. Zdravé těhotenství. 1 vyd. ČR: Babyonline, 2012. 100s. ISBN 978-80-904216-3-9**
- **FEYEREISI, Jaroslav a KŘEPELKA, Petr. Naše dítě: Než se narodí... až se narodí. 1 vyd. ČR: Ottovo nakladatelství, 2015. 528s. ISBN 978-80-7451-456-2**
- **HARRIS, A. Christine. The Pregnancy Journal: A day-to-day guide to a healthy and happy pregnancy. 4 vyd. USA: Chronicle Books, 2016. 206p. ISBN 978-1452155524**

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jana Horová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. března 2019**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2019

Vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kateřina Dvořáková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv výživy na průběh těhotenství

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran- číslované: 64

Počet stran- nečíslované: 25

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: výživa, matka, miminko, pestrost stravy, prekoncepční výživa, těhotenství

Souhrn:

Tato bakalářská práce pojednává o výživě v těhotenství. Práce je rozdělena na část praktickou a teoretickou. V teoretické části se věnuji výživě v těhotenství a v jednotlivých trimestrech, důležitým složkám potravy, výživě při určitých těhotenských obtížích, rizikovým faktorům v těhotenství a výživě žen s rizikovou graviditou. V praktické části zjišťuji stravovací návyky žen v těhotenství a případné souvislosti s výskytem potíží v těhotenství. Výsledkem výzkumného šetření v praktické části je, že těhotným ženám se v pokročilé graviditě zhoršuje pravidelnost stravy. Nepravidelnost stravy, která ženám nevyhovuje, s pokročilou graviditou klesá. Dále také s pokročilou graviditou roste celková pestrost stravy. Většina žen hodnotí své stravovací návyky jako celkem dobré, ale že by se daly zlepšit. Z mé praktické části také plyne, že chybějící složky potravy ve stravě mohou úzce souviset s výskytem obtíží v těhotenství.

Abstract

Surname and name: Kateřina Dvořáková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The influence of nutrition during pregnancy

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 25

Number of attachments: 4

Number of literature items used: 24

Keywords: mother, baby, a variety of nutrition, preconception nutrition, pregnancy

Summary:

This bachelor's thesis is about the issues of nutrition during pregnancy. The thesis is divided into practical and theoretical part. In the theoretical part I focus on the nutrition in pregnancy and particular trimesters, important elements of nourishment, nutrition during the specific gestational difficulties, high-risked factors in pregnancy and a nourishment of women with high-risked gravidity. In the practical part I find out the boarding habits of women in pregnancy and I find connections with the occurrence of difficulties. The result of an investigation in the practical part is deterioration in a diet periodicity of women in progressed gravidity. But the diet aperiodicity, which does not suit to women, goes down with progressed gravidity. With an advanced gravidity grows a variety of food. Most of women rate their food habits as pretty good but they think that it could be better. I found out that missed elements of food in nourishment could be related with the occurrence of difficulties in pregnancy.

Předmluva

Téma bakalářské práce- *Vliv výživy na průběh těhotenství* jsem si zvolila, protože mě velice zajímá výživa žen v těhotenství. Cílem mé bakalářské práce je zmapovat stravovací návyky žen a výskyt obtíží v těhotenství v souvislosti s výživou. Také se téměř ve všech publikacích a sociálních sítích zdůrazňuje důležitost pestré a pravidelné stravy, proto mě velice zajímá, zdali jsou ženy dostatečně informované o výživě v těhotenství a jestli změnilo stravovací návyky v těhotenství oproti stravě, když těhotné nebyly.

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Janě Horové za odborné vedení mé bakalářské práce, za vstřícnost, ochotu, pečlivost, spolehlivost, cenné rady a čas, který mi věnovala. Také děkuji mé rodině, která mi byla oporou během celého studia.

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM GRAFŮ | 12 |
| SEZNAM TABULEK..... | 13 |
| ÚVOD | 14 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 16 |
| 1 VÝŽIVA V TĚHOTENSTVÍ | 17 |
| 1.1 Význam prekoncepční výživy | 17 |
| 1.2 Specifika výživy v těhotenství | 17 |
| 1.3 Příjem tekutin v těhotenství | 19 |
| 2 Výživa v jednotlivých trimestrech..... | 20 |
| 2.1 Výživa v I. trimestru | 20 |
| 2.2 Výživa v II. trimestru..... | 20 |
| 2.3 Výživa v III. trimestru..... | 21 |
| 3 Důležité složky potravy | 23 |
| 3.1 Bílkoviny..... | 23 |
| 3.2 Tuky | 24 |
| 3.3 Sacharidy..... | 24 |
| 3.4 Vitaminy..... | 25 |
| 3.4.1 Vitaminy rozpustné v tucích | 26 |
| 3.4.2 Vitaminy rozpustné ve vodě..... | 26 |
| 3.5 Minerální látky | 27 |
| 3.5.1 Vápník..... | 27 |
| 3.5.2 Železo..... | 28 |
| 3.5.3 Jód..... | 28 |
| 3.5.4 Hořčík | 29 |
| 3.5.5 Zinek | 29 |
| 3.5.6 Chrom, Selen, Měď | 30 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4 | Výživa při těhotenských obtížích | 31 |
| 4.1 | Ranní nevolnost | 31 |
| 4.2 | Pálení žáhy | 32 |
| 4.3 | Zácpa..... | 32 |
| 4.4 | Otoky..... | 33 |
| 4.5 | Hemoroidy..... | 33 |
| 5 | Výživa žen s rizikovou graviditou..... | 35 |
| 5.1 | Těhotenská cukrovka (Gestační diabetes mellitus) | 35 |
| 5.2 | Hypertenze | 35 |
| 5.3 | Anémie..... | 36 |
| 6 | Rizikové faktory v těhotenství..... | 38 |
| 6.1 | Kouření..... | 38 |
| 6.2 | Alkohol..... | 39 |
| 6.3 | Drogy | 39 |
| 6.4 | Kofein | 40 |
| 6.5 | Léky | 41 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 42 |
| 7 | FORMULACE PROBLÉMU..... | 43 |
| 8 | HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU..... | 44 |
| 8.1 | Dílčí cíle a výzkumné otázky | 44 |
| 9 | CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU | 45 |
| 10 | METODIKA PRÁCE..... | 45 |
| 11 | ORGANIZACE VÝZKUMU | 45 |
| 12 | Prezentace a INTERPRETACE VÝSLEDKŮ | 46 |
| 13 | Analýza získaných údajů | 69 |
| 14 | DISKUSE | 74 |
| 15 | ZÁVĚR..... | 77 |

| | | |
|----|------------------------|----|
| 16 | SEZNAM LITERATURY..... | 79 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 81 |
| | PŘÍLOHY..... | 82 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf č. 1- Kolikrát jste rodila?..... | 46 |
| Graf č. 2- Rozdělení žen do trimestrů..... | 47 |
| Graf č. 3- Pravidelnost stravy těhotných žen v I. trimestru | 47 |
| Graf č. 4- Pravidelnost stravy těhotných žen v II. trimestru | 48 |
| Graf č. 5- Pravidelnost stravy těhotných žen v III. trimestru..... | 49 |
| Graf č. 6- Průběh konzumace jídel těhotných žen v jednotlivých trimestrech..... | 53 |
| Graf č. 7- Stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech..... | 54 |
| Graf č. 8- Strava žen před otěhotněním a v průběhu těhotenství | 55 |
| Graf č. 9- Nedostatek určitých složek potravy ve stravě před otěhotněním a v těhotenství | 56 |
| Graf č. 10- Informovanost žen o výživě v těhotenství v I. trimestru..... | 57 |
| Graf č. 11- Informovanost žen o výživě v těhotenství v II. trimestru..... | 58 |
| Graf č. 12- Informovanost žen o výživě v těhotenství v III. trimestru | 58 |
| Graf č. 13- V jakém období by ženy preferovaly dostávat informace o výživě..... | 60 |
| Graf č. 14- Formy přenosu informací těhotným ženám v těhotenství | 61 |
| Graf č. 15- Kdo předával těhotným ženám informace o výživě v těhotenství..... | 62 |
| Graf č. 16- BMI se kterým vstupovaly ženy do těhotenství..... | 63 |
| Graf č. 17- Věk žen..... | 64 |
| Graf č. 18- Obtíže těhotných žen..... | 65 |
| Graf č. 19- Jak řeší těhotné ženy jednotlivé obtíže v rámci výživy..... | 66 |
| Graf č. 20- Výskyt obtíží u žen v těhotenství, se kterými musely navštívit lékaře | 67 |
| Graf č. 21- Obtíže, kterými trpěly ženy v těhotenství..... | 68 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka č. 1- Přehled četnosti odpovědí těhotných žen o nedostatku určitých složek potravy v jednotlivých trimestrech | 49 |
| Tabulka č. 2- Přehled četnosti odpovědí o pitném režimu těhotných žen v jednotlivých trimestrech..... | 50 |
| Tabulka č. 3- Přehled četnosti odpovědí o tekutinách, které ženy v těhotenství přijímají v jednotlivých trimestrech..... | 51 |
| Tabulka č. 4- Přehled četnosti odpovědí o požívání návykových látek těhotných žen v jednotlivých trimestrech..... | 51 |
| Tabulka č. 5- Informovanost těhotných žen s počtem gravidit | 59 |
| Tabulka č. 6- Přehled nejčastějších obtíží v souvislosti s nedostatkem určitých složek potravy..... | 65 |

ÚVOD

Výživa je v dnešní době čím dál aktuálnější téma. Někteří lidé se v dnešní době snaží jíst zdravě a sestavovat si pestré jídelníčky a někdo výživu zanedbává a jí nepravidelně a nezdravě. Nelze si ovšem nevšimnout obézních lidí pohybujících se po ulicích, dlouhých front ve fastfoodech a celkově špatných stravovacích návyků české populace. Jestliže nám nevádí obézní stav a s ním související obtíže, těhotenství by mělo být období, kdy si každá žena uvědomí důležitost správné výživy.

Žena by se neměla začít zajímat o výživu až poté co otěhotní, ale také je důležité dbát na pravidelnou a pestrou stravu již v prekoncepčním období, ideálně 3 měsíce před otěhotněním.

V těhotenství žena už neovlivňuje jen svůj život, ale také život svého dítěte. Každá maminka by měla s postupujícím těhotenstvím navyšovat svůj energetický příjem, který má vliv na nitroděložní vývoj plodu. Důležité je, aby plod měl k dispozici všechny potřebné látky, a proto si každá maminka může sestavit svůj jídelníček a tím se vyhnout nevyvážené stravě.

Téma mé bakalářské práce: *Vliv výživy na průběh těhotenství* jsem si zvolila, protože mě velice zajímá, jak se těhotné ženy stravují. V knihách, časopisech a zkrátka všude je zmiňována důležitost stravy. A proto mě velice zajímá, zdali ženy v těhotenství mají dostatek informací o výživě a stravují se pravidelně a pestře.

V mé bakalářské práci se věnuji výživě v těhotenství, složkám potravy, které by ženy v těhotenství neměly opomíjet, výživě při určitých těhotenských obtížích, rizikovým faktorům v těhotenství a výživě žen s rizikovou graviditou.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit stravovací návyky žen v těhotenství a případné souvislosti s výskytem potíží v těhotenství. Mezi mé další cíle patří zmapovat stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech, zjistit zdali se liší stravovací návyky žen před otěhotněním a v době těhotenství, zdali mají ženy dostatek informací o správné výživě v těhotenství a zmapovat potíže, kterými trpí ženy v těhotenství. Jako poslední cíl jsem si stanovila vytvoření edukačního materiálu, o který budou mít ženy účastníci se mého výzkumu největší zájem.

Zdroje k mé bakalářské práci jsou ze studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje, kde jsem si nechala od místních zaměstnanců sestrojít rešerši, podle které jsem v mnoha případech postupovala. Některé knihy jsem si vypůjčila v knihovně zdravotnických studií v Plzni. Také je důležité zmínit, že jsem ve své práci použila knihu *Výživa těhotných a kojících žen* od Dany Müllerové, vydanou v roce 2004. Tuto knihu jsem bohužel musela použít i přesto, že byla vydaná před 15 lety, protože velmi důležité informace, které jsem se v ní dočetla, v jiné knize nebyly.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝŽIVA V TĚHOTENSTVÍ

Velmi důležité je si uvědomit, že plod získává živiny z matky a proto by měly těhotné ženy dbát na svou pestrou a vyváženou stravu. Strava v těhotenství by měla obsahovat rozumné množství škrobových uhlohydrátů, tuků, bílkovin, vitaminů a minerálů. Velice dobré je konzumovat čerstvou a syrovou zeleninu, která je vhodným zdrojem vitaminů a minerálů. (Mackonochie, Lewis, 2009, s. 30)

1.1 Význam prekoncepční výživy

Jestliže má žena zájem přispět k bezproblémovému těhotenství, je dobré, aby dodržovala prekoncepční stravu. Jestliže chce žena mít jistotu, že její miminko bude mít nejlepší start do života, měla by tuto stravu dodržovat již tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Vše co žena sní, se později stane potravou i pro její dítě. Co je v matčině těle uloženo před početím, je velmi důležité pro pozdější vývoj orgánů plodu. (Mackonochie, Lewis, 2009, s. 12)

Vyvážený příjem makronutrientů a mikronutrientů v období před otěhotněním snižuje rizika různých vrozených vývojových vad plodu. Prekoncepční výživa může ženě také pomoci otěhotnět a především má vliv na dosažení optimální tělesné hmotnosti. Správná výživa před otěhotněním má vliv na bazální metabolismus, což souvisí se spalováním živin v těle. Výživa před otěhotněním ovlivňuje tvorbu hormonů a zabraňuje vzniku anémie v těhotenství. V prekoncepční výživě je důležité přijímat kyselinu listovou (minimálně 0,4 mg denně), nenasycené mastné kyseliny (především kyselinu dokosahexaenovou) obsažené v rybím tuku (okolo 300 mg/den), dostatečný příjem železa, vápníku a zvýšit příjem vitamínu C na 200 mg/den. Již minimálně tři měsíce před otěhotněním je důležité se vyhnout kofeinu, kouření, alkoholu a dalším návykovým látkám. (Hronek, Barešová, 2012, s. 13 - 14)

1.2 Specifika výživy v těhotenství

Mnoho těhotných žen má zafixované, že má v těhotenství jíst dvakrát tolik, ale mnohem důležitější je dbát dvakrát tolik na pestrost stravy, nikoliv však jíst dvakrát tolik porcí. (Weissová, 2010, s. 46 - 47)

Těhotenství je období, kdy by měla každá těhotná dbát na pravidelnou, vyváženou stravu a především na své zdraví. Správná výživa je důležitá v těhotenství jak pro plod, tak

pro matku. Výživa během těhotenství by měla být vyvážená, aby plod měl k dispozici všechny potřebné látky, ale také je důležitá pro matku, aby měla dostatek síly a energie nejen na celé těhotenství, ale i porod. (Shahid a kolektiv, 2012, s. 267)

Strava v těhotenství by měla obsahovat správné a vyvážené množství škrobových uhlohydrátů, tuků, bílkovin, vitaminů a minerálů vyžadující těhotenství. (Mackonochie, Lewis, 2009, s. 30)

Je potřeba dbát na zvýšenou potřebu energie, která má vliv na nitroděložní život plodu a poskytuje dostatečný čas na vývoj mozku plodu. Jestliže matka plodu nemá dostatečný příjem energie, vede to k rizikům předčasných porodů, špatnému prospívání plodu, častým spontánním potratům, vrozeným vývojovým vadám plodu nebo hypotrofiím. Ovšem přehnaný příjem energie také nemá dobrý vliv na plod. (Pařízek, 2015, s. 296)

Těhotná žena by měla dodržovat pravidelnou stravu a to jednotlivé chody s maximální doporučenou energetickou hodnotou snídaně (20%), svačina (5-10%), oběd (35%), odpolední svačina (5-10%) večere (30%). Při jídle by se žena měla věnovat pouze jídlu a nedělat jiné činnosti. Je dobré si k jídlu v klidu sednout a zkonsumovat ho v prostředí, kde se žena cítí dobře. Důležité je si na jídlo vyhradit dostatek času a nikam nechvátat. Při nákupu potravin je velmi podstatná kvalita, a proto je důležité si přečíst etikety jednotlivých výrobků a informovat se o složení. Pokud žena kupuje nějaký výrobek ve slevě, je dobré, aby pátrala po tom, proč je zlevněný. (Hronek, Barešová, 2012, s. 15)

Každá těhotná žena by se v těhotenství měla vyhýbat polotovarům a konzumovat je pouze výjimečně, protože polotovary obsahují spousta aromat, emulgátorů, barviv a konzervantů. Z toho důvodu se doporučuje, aby si těhotné ženy pokrmy připravovaly samy z čerstvých a nutričně výhodných surovin. Místo koření je dobré používat čerstvé bylinky, které mají vysoký obsah vitamínu C. (Laue, 2018, s. 34)

V těhotenství by pro každou ženu měla být povinností zvýšená pozornost na hygienu před stravováním. Po manipulaci se syrovým masem, by si každá maminka měla pečlivě umýt ruce. Před konzumací ovoce a zeleniny je nutné ji pečlivě omýt. Také kuchyň, nádobí, utěrky a další pomůcky musí každá maminka udržovat v naprosté čistotě. (Mackonochie, Lewis, 2009, s. 30)

1.3 Příjem tekutin v těhotenství

Správný příjem tekutin v těhotenství vede ke správné látkové výměně a odvodu odpadních látek z těla. Tekutiny v těle zajistí transport důležitých látek, ovlivňují termoregulaci a slouží jako rozpouštědlo pro minerální látky a vitamíny. Pravidelný pitný režim je velmi důležitý, protože objem krve se v těhotenství zvyšuje a objem vody pro organismus stoupá. Každá maminka by měla optimálně přijmout 35ml vody na kg hmotnosti za den. V tomto množství tekutin jsou započtené také tekutiny ze stravy (cca 900ml) a 350ml vody, která vzniká oxidací živin v těle. Optimální příjem tekutin v nápojích je tedy 1500- 2500 ml za den. Je dobré pít během celého dne, ale v malých dávkách, protože velké dávky tekutiny najednou zvyšují tvorbu moči, ale zanechají méně tekutiny v těle. V těhotenství by měly ženy preferovat čistou pitnou vodu. Dobré jsou také minerální vody bohaté na hořčík, ale nelze je doporučit často spíše jen nárazově, protože při častém pití minerálních látek by hrozilo nebezpečí například ledvinových kamenů. Také by si ženy měly dávat pozor na nápoje sycené oxidem uhličitým, protože vedou k nadýmání a častému říhání. Maminky by neměly pít kávu, která obsahuje kofein, což se dá samozřejmě nahradit bezkofeinovou kávou. Omezení také platí na veškeré kofeinové nápoje. Vyhnutí se konzumaci alkoholu je samozřejmostí, protože ten způsobuje fetální alkoholový syndrom, hypotrofii, předčasný porod a jiné potíže. Při nedostatečném příjmu tekutin, bude maminka pozorovat pocity únavy, dehydrataci, psychické kolísání a bude docházet k hromadění látek, které povedou k zácpě. Naopak při nadbytku tekutin budou těhotné vznikat otoky. (Hronek, Barešová, 2012, s. 26 - 27; Laue, 2018, s. 45)

2 VÝŽIVA V JEDNOTLIVÝCH TRIMESTRECH

Výživa v jednotlivých trimestrech se vždy do nějaké míry liší, protože každý trimestr má jiné energetické nároky. Pestrá a pravidelná strava, obsahující požadované složky potravy, je prevencí ke vzniku těhotenských obtíží a také brání vzniku nadváhy. Během těhotenství by těhotná žena měla nabrat na váze okolo 8 - 12 kg. V prvním trimestru by žena měla nabrat přibližně o 2kg, v druhém trimestru o 5kg a v třetím trimestru také o 5 kg. (Gregora, Velemínský, 2013, s. 37)

2.1 Výživa v I. trimestru

V prvním trimestru nejsou zvýšené nároky na výživu po energetické stránce, ale ženy by měly dbát, aby výživa byla pravidelná a rozmanitá. Každá těhotná žena by v prvním trimestru měla přibýt okolo 2 kg. (Weissová, 2010, s. 52-53)

Je nutné, aby se žena vyhýbala xenobiotikům (konzervantům) a zároveň zajistila příjem makronutrientů a mikronutrientů, které vyžaduje těhotný stav pro správný vývoj embrya a plodu. V tomto období je důležité, aby si žena pohlídala dostatečný příjem bílkovin, kyseliny listové, omega-3 mastných kyselin a železa. Ženy by měly během těhotenství přijímat 1 g bílkovin za den. Velmi důležitý je příjem esenciálních aminokyselin, které jsou potřebné k tvorbě tkání plodu a růstu prsů matky. Těhotná žena by také měla klást důraz na příjem železa, protože je v prvním trimestru ve zvýšené formě nabízené placentě a plodu. Dostatek železa maminku chrání před anémií, ale také před potratem. Důležitý je také příjem omega-3 mastných kyselin, které ženu opět chrání před potratem, ale především mají vliv na nervovou soustavu plodu. Maminky nesmí opomíjet příjem kyseliny listové, která je nezbytná pro vývoj plodu. Její dostatečný příjem slouží jako prevence před předčasným porodem, krvácením a malformacemi plodu. V případě ranní nauzey je potřeba doplnění potřebných látek pomocí multikompozitivních vitaminových a minerálových preparátů, aby byly potřebné mikronutrienty a makronutrienty v případě zvracení kompenzovány. (Hronek, Barešová, 2012, s. 28)

2.2 Výživa v II. trimestru

V druhém trimestru přibývá nároků plodu a z toho důvodu, by měla každá těhotná žena v tomto období navýšit příjem energie o 200 - 300 kcal/den a další potřebné složky potravy. Je důležité, aby se maminka zaměřila na příjem hořčíku, vápníku, jódu a železa.

Plodu se vyvíjí kostra a je potřeba, aby maminka přijímala dostatek vápníku. Jestliže matka nebude mít dostatek vápníku, miminko si ho bude brát z jejích kostí a může to vést k řídnutí kostí matky neboli osteoporóze. Dbát musí těhotná žena také na dostatečný příjem hořčíku, který má protikřečové účinky, má také vliv na psychiku těhotné a celkově drží stabilitu v těhotenství. Těhotná žena by měla v dostatečné míře přijímat jód, který plod využívá k slučování hormonů štítné žlázy, o které se plod od 12 týdne musí postarat sám. Aby nedošlo k nedostatku jódu, maminkám se doporučuje v malém množství příjem jodové soli. Nedostatečné množství jódu může vést k vývojovým poruchám mozku. (Hronek, Barešová, 2012, s. 29; Gregora, Velemínský, 2013, s. 42)

Těhotná žena nesmí opomíjet příjem železa, které je důležité pro tvorbu krvinek. Při nedostatečném množství železa dochází k chudokrevnosti. (Kejvalová, 2012, s. 22)

2.3 Výživa v III. trimestru

V tomto období žena musí myslet na příjem železa, jódu, zinku, vápníku, hořčíku a vlákniny. Je dobré navýšit příjem vápníku, který je obsažený například v mléce. (Pařízek, 2009, s. 187)

Při nedostatku vápníku a hořčíku může docházet ke křečovitým stahům dolních končetin, ambivalenci nálad, bolestivosti kloubů a poruchám tlaku. Tyto látky jsou v částečné míře také prevencí preeklampsie, která postihuje 10% těhotných žen. Hořčík může být pro těhotnou ženu také prevencí předčasného porodu. Jestliže je dlouhodobý nedostatek vápníku, tak je dobré ho suplementovat. Ovšem je důležité 3 týdny před termínem porodu suplementaci vysadit, aby neovlivňovala při porodu činnost děložní. Také je důležité navýšit příjem vitamínu D, který ovlivňuje vstřebávání vápníku. Aby se kostra plodu v tomto období řádně mineralizovala, je potřeba navýšit také příjem fosfátů. Plod má velmi vysokou potřebu vitamínu C, který by těhotná žena v tomto období měla také navýšit. Nedostatečný příjem vitamínu C může vést k předčasnému porodu. Ženám se doporučuje, aby vitamin C přijímaly v přírodní formě a to formou ovoce a zeleniny. Důležitý je také příjem omega- 3 mastných kyselin. Maminkám v tomto období je doporučený příjem kyseliny dekosahexaenové 200 mg/ den. Mastné kyseliny mají vliv na prevenci předčasného porodu, ale také na stabilizaci těhotenství. V těhotenství musí také žena klást veliký důraz na probiotika, která napomáhají kolonizaci tlustého střeva a zároveň brání ženu před vulvovaginitidami. Bránit ženu před infekcemi vaginálního prostředí je velice důležité, protože je to prevence předčasného porodu, která je právě

z 30% způsobena infekcemi vaginálního prostředí. Probiotické bakterie také přispějí ke snížení váhy po porodu. Každá maminka musí zajistit dostatek vlákniny, která má detoxikační funkci, vede k prevenci před zácpou a ovlivňuje hospodaření s glykemií. Žena by měla přijímat 30- 50 % vlákniny z obilí a další příjem vlákniny je dobré pokrýt z ovoce a zeleniny. Celková dávka vlákniny by měla být denně okolo 30 g. Důležitý je samozřejmě také příjem zinku, který nám ovlivňuje imunitu, porodní hmotnost a stabilitu v těhotenství. (Hronek, Barešová, 2012, s. 30 - 31)

3 DŮLEŽITÉ SLOŽKY POTRAVY

Každá zodpovědná maminka se v těhotenství snaží přijímat vyváženou a pestrou stravu, protože právě výživa může zásadním způsobem ovlivnit plod i průběh těhotenství. Důležité je, aby těhotné ženy dbaly na vyvážený příjem vitamínů, minerálů, stopových prvků, sacharidů, bílkovin, tuků a vlákniny. Nedostatek těchto látek lze po konzultaci s lékařem nahradit formou multivitaminových přípravků, ale nejlepší je, když žena dbá na dostatečný příjem těchto látek v přirozené formě. To znamená, že každá maminka by měla klást důraz na dostatečný příjem ovoce, zeleniny a potravin bohatých na vlákninu. Průměrný energetický příjem těhotné ženy by měl být okolo 2400 kcal denně. Nižší nebo naopak výrazně vyšší příjem by mohl mít negativní vliv pro plod i celé těhotenství. (Gregora, Velemínský, 2013, s. 39 - 40, 43)

3.1 Bílkoviny

V těhotenství je velmi podstatné myslet na zvýšený příjem bílkovin, který činí cca 60 g na den, což je oproti normálnímu ne-těhotenskému příjmu bílkoviny o 10 - 16 g více. (Kejvalová, 2012, s. 20 - 21)

Maminkám se doporučuje konzumovat kvalitní potraviny s vysokým obsahem bílkovin, tedy bílkoviny s vyšší biologickou hodnotou, mezi které patří například ryby, maso a vejce. (Laue, 2018, s. 33)

Bílkoviny jsou velmi důležité jako zdroj aminokyselin, které se podílí na tvorbě tkání plodu a tvorbě tělesných bílkovin. Těhotná žena by měla mít dostatečný příjem bílkovin, protože bílkoviny mají velký vliv na velikost plodu, vývoj a růst placenty, růst dělohy a prsů. Bílkoviny plní také další funkce, které jsou například funkce enzymů, transportních látek, hormonů a protilátek. Bílkoviny tvoří zdroj esenciálních aminokyselin, což jsou aminokyseliny, které si náš organismus neumí sám vyrobit. Jsou to aminokyseliny, jako je například tryptofan, lysin, valin a fenylalanin. Nedostatek bílkovin v těhotenství vede k hypoproteinémii, malému nárůstu placenty, hypotrofii plodu a tvorbě otoků matky. Také je při nedostatku bílkovin mnohem vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění u miminka. Naopak při zvýšeném příjmu dochází k vyšší tvorbě močoviny a tím i k vyšším požadavkům ledvin, dále také vzniká vyšší riziko vzniku diabetu a vyšší riziko kardiovaskulárních chorob v dospělosti miminka. Mezi vysokohodnotné bílkoviny

patří bílkoviny živočišného původu například z ryb, vajec a masa. Těhotné ženě se doporučuje denní dávka 58 g bílkovin za den. (Hronek, Barešová, 2012, s. 34 - 35)

3.2 Tuky

Tuky jsou velmi důležité a to nejen pro svou vysokou složku energetické hodnoty, ale také pro rozpustnost vitaminů A, D, E, K nebo funkci izolační. (Hronek, Barešová, 2012, s. 35 - 36)

Energie je v těhotenství potřeba navýšit, ale příjem tuků nikoli. Strava těhotné obsahuje 20% - 30% tuků což činí 80g denně. Žena by měla ve své stravě dbát na kombinaci rostlinných a živočišných tuků. Rostlinné oleje jako jsou například řepkový, olivový a slunečnicový obsahují hodnotné nenasycené mastné kyseliny a mají také velký obsah důležitých vitaminů A a E. Oproti tomu živočišné tuky, jako jsou například tuky v másle nebo sýru, jsou potřebné pro přísun vitamínu D a lecitinu. (Laue, 2018, s. 33)

Každá maminka by měla dbát na to, aby její strava obsahovala především tuky, které obsahují takzvané esenciální mastné kyseliny, tedy kyseliny, které si není schopné matčino tělo vyrobit. Mezi esenciální kyseliny patří kyselina linolová, linoleová a arachidonová. Nedostatečný příjem tuků vede ke snížení odolnosti těla, což vede k různým infekcím a nemocem. Nedostatek tuků také zpomaluje růst a negativně ovlivňuje reprodukci. V těhotenství nedostatek tuků může způsobit předčasný porod nebo také hypotrofii plodu. Naopak nadměrný příjem tuků vede k nadváze až obezitě, ale také způsobuje vyšší riziko aterosklerózy. (Hronek, Barešová, 2012, s. 35 - 36)

Během těhotenství se nedoporučuje ve výrazné formě omezovat příjem cholesterolu, protože jeho příjem je důležitý pro vývoj plodu a pro fyziologické a úspěšné těhotenství je potřebná zvýšená hodnota cholesterolu v krvi. Ovšem není doporučeno v těhotenství konzumovat smažené oleje či preferovat sladké a tučné jídlo. (Pařízek, 2015, s. 296 - 298)

3.3 Sacharidy

Sacharidy patří také mezi významný zdroj energie, ale především pro mozkovou a svalovou činnost. Sacharidy by se měly v 50 - 55% podílet na přísunu energie, ale také velmi záleží na tom, o jaké sacharidy se jedná. Denní dávka sacharidů činí cca 400 - 450 g potravin, které sacharidy obsahují. Existují takzvané jednoduché sacharidy, mezi které

patří například fruktóza, kterou organismus těhotné ženy již nemusí štěpit a proto je fruktózu možné rovnou zpracovávat. Podstatné je, že jednoduchý sacharid neboli fruktóza ženu nezasytí a zanedlouho dostane opět chuť na sladké. Ovšem jednoduché sacharidy mají také své výhody, jako například glukóza, která je zdrojem energie pro velmi důležité orgány, jako jsou mozek a ledviny. Jednoduché sacharidy se podílí na tvorbě spousta důležitých sloučenin, například RNA a DNA. Oproti tomu složené sacharidy neboli polysacharidy musí organismus štěpit na jednoduché sacharidy, až poté jsou tělu k dispozici, proto i více zasytí, jsou významným zdrojem energie a drží stabilitu glykémie v krvi. (Hronek, Barešová, 2012, s. 40 - 41)

Mezi polysacharidy patří například vláknina. Existují dva druhy vlákniny. Vláknina nerozpustná ve vodě, která naše tělo chrání před zácpou a vláknina rozpustná ve vodě, která snižuje hladinu cholesterolu v krvi a brání tělo před vznikem hemoroidů. Doporučuje se, aby každá těhotná žena zařadila do svého jídelníčku 30 g vlákniny denně. Při nedostatku vlákniny se maminky potýkají se zácpou. Naopak při nadměrném příjmu dochází ke špatnému vstřebávání železa, vápníku, mědi a zinku. (Hronek, Barešová, 2012, s. 40 - 41)

Mezi zdroje polysacharidů patří například ovoce, zelenina, otrudy a obiloviny. (Laue, 2018, s. 33)

Při nedostatku sacharidů dochází k duševní labilitě a špatným hladinám cukru v krvi. Naopak nadměrná konzumace sacharidů může potlačovat růst placenty, zvyšovat riziko obezity a diabetu. Sladkosti je v těhotenství vhodné nahradit konzumací oříšků a sušeného ovoce. Sacharidy můžeme přijímat formou luštěnin, jablek, oříšků, těstovin, celozrnné rýže a brambor. (Hronek, Barešová, 2012, s. 40 - 41)

3.4 Vitaminy

Každá žena v těhotenství potřebuje daleko více vitaminů než obvykle. A proto je důležité, aby jedla pestrou a vyváženou stravu, která obsahuje všechny potravinové skupiny. Žena by si měla hlídat pravidelný přísun čerstvé a pečlivě omyté zeleniny, která bude převážně v syrové formě, protože při tepelných či jiných úpravách se v zelenině snižuje počet vitaminů. Nedostatek vitaminů v těhotenství může mít velmi špatný vliv na plod. (Pařízek, 2015, s. 299)

3.4.1 Vitaminy rozpustné v tucích

Mezi vitaminy rozpustné v tucích patří vitaminy A, D, E, K. Vitamin A je velmi důležitý pro růst buněk, vývoj zraku, pro růst, zrání a vývoj plodu, pro vývoj kostí plodu a růst a vývoj placenty. (Hronek, Barešová, 2012, s. 42 - 45)

Vitamin A se nachází v meruňkách, vejci, mrkvi a špenátu. Těhotným ženám se doporučuje denní dávka vitamínu A 1,1 mg. Při nedostatečném příjmu vitamínu A může docházet k poruchám tvorby krve, poruchám nervového systému, poruchám plodnosti, poruchám zraku a růstu kostí. (Kejvalová, 2012, s. 21)

Vitamin D je v těhotenství velmi důležitý pro vývoj kostry plodu, protože vitamin D ovlivňuje vstřebávání vápníku do kostí. Vitamin D také předchází vzniku osteoporózy. Denní dávka v těhotenství je doporučena 5 mikrogramů denně. Při nedostatečném příjmu vitamínu D se vápník vstřebává ve snížené formě a zvyšuje se riziko osteoporózy. Nedostatek je způsoben nedostatečným sluněním nebo nedostatečným příjmem v potravě. Naopak při vysokém příjmu vitamínu D dochází ke zvýšené únavě, nauze, zvracení a bolestem hlavy. Mezi časté projevy hypervitaminózy patří stálá žízeň nebo průjem.

Také žena nesmí opomíjet příjem vitamínu E, který je důležitý pro vývoj a růst plodu. Vitamin E snižuje riziko potratu a předčasného porodu. Doporučená denní dávka činí v těhotenství 13 mg denně. Při sníženém příjmu se zvyšuje riziko předčasných porodů, potratů a může také vznikat anémie u novorozenců. Při zvýšeném příjmu dochází k nauze, zvracení, průjmu a únavnosti, ale při běžné stravě, by k předávkování nemělo dojít. Zdrojem vitamínu E jsou například ořechy, špenát, petržel a ovesné vločky.

Další nezbytný vitamin v těhotenství je vitamin K, který chrání těhotnou ženu před vnitřním krvácením a také ovlivňuje metabolismus kostí a pojivové tkáně. V těhotenství je denní doporučená dávka 60 mikrogramů. Při nedostatku vitamínu K vzniká riziko krvácení a špatné absorpce tuků. Mezi časté zdroje vitamínu K patří špenát, brokolice, fazole a brambory. (Hronek, Barešová, 2012, s. 42-45)

3.4.2 Vitaminy rozpustné ve vodě

Mezi vitaminy rozpustné ve vodě patří vitaminy B a C. Vitamin B je důležitý pro činnost srdce, nervového systému, cév a funkci metabolismu. Jestliže žena užívá jeden z vitamínů B je doporučeno, aby k němu zároveň užívala B komplex, který navýší účinnost v těle. Při nedostatku vitamínu B dochází k poruchám nervového systému, kožním

problémům a k poruchám vývoje plodu. Oproti tomu při nadbytku vitamínu B může docházet k navýšení hmotnosti ženy i plodu. Mezi zdroje vitamínu B patří kvasnice, celozrnné pečivo, ovoce a zelenina. (Hronek, Barešová, 2012, s. 58 - 59)

Důležité je také zmínit důležitý vitamin B11 neboli kyselinu listovou, která je v těhotenství velmi důležitá. Kyselina listová je nezbytná pro vývoj a růst plodu. V těhotenství snižuje riziko malformace plodu, ovlivňuje krvácení u porodu, chrání ženu před předčasným porodem a před hypotrofií plodu. (Hronek, Barešová, 2012, s. 58 - 59)

Kyselina listová a její deriváty, jsou pro lidský organismus nepostradatelnou složkou pro syntézu nukleových kyselin a aminokyselin. Zásoby v lidském těle jsou okolo 10 – 20 g. Ovšem většinou těhotné jsou ohroženy nedostatkem. (Hrnčířová, 2017, s. 158)

U 50% žen je kyseliny listové nedostatek, a proto je důležité jí přijímat ve formě suplementů. Při nedostatku kyseliny listové se zvyšuje riziko vzniku malformací plodu. Mezi přirozené zdroje kyseliny listové patří například čočka, fazole, brokolice, špenát a chřest. Doporučená dávka v těhotenství činí 600 mikrogramů denně. (Hronek, Barešová, 2012, s. 58 - 59)

Samozřejmě maminky nesmí zapomínat na dostatečný příjem vitamínu C, který se podílí na tvorbě kolagenu, na odbourávání cholesterolu v játrech, posiluje odolnost celého organismu a účastní se syntézy mnoha látek. Denní dávka činí do 3. měsíce těhotenství 100 mg a od 4. měsíce 110 mg. Při nedostatku vitamínu C dochází k pocitům únavy, k ambivalenci pocitů, k infekcím a v těhotenství může způsobit předčasný porod. Nedostatek vitamínu C může také vést k svalovým křečím, bolestem kloubů a zvýšené kazivosti chrupu. Při nadbytečném příjmu vitamínu C může docházet k překyselení žaludku a u novorozence můžou vznikat příznaky hypovitaminózy. Mezi nejčastější zdroje vitamínu C patří ovoce a zelenina. (Hronek, Barešová, 2012, s. 58 - 59)

3.5 Minerální látky

3.5.1 Vápník

Vápník je velmi důležitá minerální látka, která má vliv na pevnost, růst a vývoj kostí a zubů. Tento minerál má velký vliv také na funkci krevního tlaku, na imunitu, kontrakci svalů a především vliv na správnou funkci nervové soustavy maminky i plodu. (Swinneyová, Andersonová, 2011, s. 40)

Dostatek vápníku v těhotenství je velmi důležitý pro růst a vývoj kostry plodu, ale také brání vzniku preeklampsie, předčasného porodu a hypertenze. Každá maminka by měla dbát na dostatečný příjem vápníku již před otěhotněním a to v prekoncepční výživě, protože jestliže v těhotenství plod nemá dostatek vápníku ze stravy matky, začne si ho brát z kostí matky. Při nedostatku vápníku v těhotenství dochází také ke vzniku rizika, že plod bude mít v dospělosti nízké množství kostní hmoty. Nedostatek vápníku v pokročilém těhotenství také zvyšuje riziko odvápnění kostry matky. Doporučená dávka pro těhotnou ženu je 1200 mg za den. Mezi významné zdroje vápníku patří mléčné výrobky, losos, luštěniny, lískové ořechy, mandle, špenát, rýže, ovoce, zelenina, mák, sója a další. (Kejvalová, 2012, s. 22; Hronek, Barešová, 2012, s. 58 - 59)

3.5.2 Železo

Tento minerál je velmi důležitý pro tvorbu krve konkrétně tvorbu červených krvinek. Železo je součástí hemoglobinu, neboli červeného krevního barviva a myoglobinu, tedy proteinu svalů. V těchto barvivech se na železo váže kyslík a odvádí ho do míst, kde je ho potřeba. Železo se také účastní dýchání v buňkách. V těhotenství je důležitý dostatečný přísun železa a s železem i dostatečný přísun kyslíku, pro normální vývoj plodu. Plod produkuje své vlastní krevní elementy, a proto je přes placentu od matky nutné navýšit příjem železa a tím i kyslíku, čemuž odpovídá to, že matka musí příjem železa v době těhotenství navýšit. (Hronek, Barešová, 2012, s. 66)

Těhotná žena by měla přijímat do 3. měsíce těhotenství 15 mg železa a od 4. měsíce se dávka zdvojnásobí na 30 mg. Při nedostatku železa dochází k chudokrevnosti, neboli vzniká takzvaná sideropenická anemie. Při nadměrném příjmu železa mohou vznikat kyslíkové radikály. (Hronek, Barešová, 2012, s. 66 - 67)

Mezi běžné zdroje železa patří například špenát, brokolice, libové červené maso, losos a sušené meruňky. (Fenwicková, 2012, s. 52)

3.5.3 Jód

Tato minerální látka je velmi důležitá pro funkci bazálního metabolismu. Je součástí hormonu štítné žlázy. V těhotenství se zvyšují nároky pro tento minerál, neboť narůstají tkáně v těle, zvýší se také nároky štítné žlázy a tím i funkce metabolismu. Jód je také velmi důležitý pro transport látek k plodu, u plodu je jód také součástí syntézy hormonů štítné žlázy, která ovlivňuje funkci nervové soustavy a vývoj smyslů plodu. (Hronek, Barešová, 2012, s. 70)

Při nedostatku jódu může docházet ke vzniku vývojových poruch plodu, poruchám spojených s nervovým systémem a potratům. Nedostatek jódu také vede ke snížené produkci hormonů štítné žlázy matky, ale i plodu. Doporučná denní dávka pro těhotnou ženu je 175 mikrogramů. Mezi nejčastější zdroje jódu patří například mořské plody, mořské ryby, žampiony, brokolice, špenát a sůl s vyšším obsahem jódu. (Swinneyová a Andersonová, 2011, s. 46; Kejvalová, 2012, s. 22)

3.5.4 Hořčík

Tento minerál je velmi důležitý především pro transport látek. Hořčík dráždí nervové buňky, které ovlivňují svalstvo a při jeho nedostatku může docházet k bolestem svalů a křečím. (Laue, 2018, s. 38)

Hořčík se také účastní metabolismu sacharidů, tuků, bílkovin, slouží jako prevence preeklampsie a zlepšuje průběh gravidity. (Hronek, Barešová, 2012, s. 63)

Denní doporučená dávka v těhotenství činí 450 mg. Při nedostatku hořčíku může docházet ke svalovým křečím, předčasnému porodu, při nejhorším může dojít také k potratu a později k poruchám v šestinedělí. Mezi zdroje hořčíku patří například zelená zelenina, mandle, ovesné vločky, banány a celozrnná pšeničná mouka. Důležité je dbát na to, zdali těhotná žena bere železo i hořčík formou suplementů. Mezi příjmem železa a hořčíku by měly uplynout minimálně dvě hodiny. (Laue, 2018, s. 38)

3.5.5 Zinek

Tento minerál je velmi důležitý pro tvorbu inzulínu, má vliv na funkci imunitního systému a podporuje správný růst tkání. Také je důležitý pro správný růst, vývoj plodu a u mužského pohlaví pro tvorbu zdravých spermií. (Swinneyová a Andersonová, 2011, s. 46)

Zinek zvyšuje v těle využití vitaminů A a B₂, je důležitý pro tvorbu nových buněk a je to silný antioxidant. Při nedostatku zinku dochází k riziku potratovosti, riziku předčasného porodu, může vést k hypotrofii, vzniká riziko vzniku anémie a vede ke špatné funkci dělohy. Naopak při nadbytku zinku dochází ke zhoršení funkce imunitního systému. Doporučená denní dávka zinku do 3. měsíce těhotenství je 7 mg a od 4. měsíce 10 mg. Mezi nejčastější zdroje patří například krůtí maso, vejce, mléčné výrobky, ovesné vločky, čočka, kakao, dýňová semínka, sušené fíky a mandle. (Swinneyová a Andersonová, 2011, s. 46; Hronek, Barešová, 2012, s. 74)

3.5.6 Chrom, Selen, Měď

Chrom má vliv na inzulín a především ovlivňuje energii, která vzniká z glukózy. Z čehož plyne, že chrom ovlivňuje vznik těhotenské cukrovky a předchází jejímu vzniku. Denní dávka pro dospělé ženy je 50 – 200 mikrogramů. Mezi zdroje chromu patří například maso, žampiony a chřest. (Swinneyová a Andersonová, 2011, s. 47)

Selen je velmi důležitý pro antioxidační funkce. Také odvádí vzniklé radikály a jiné toxické látky, které vznikají v těhotenství ve zvýšené míře. Při nedostatku může docházet k vyšším rizikům potratovosti a předčasnému porodu. Doporučená denní dávka činí 30 - 70 mikrogramů. (Hronek, Barešová, 2012, s. 76)

Měď je součástí dýchacích enzymů, ovlivňuje hospodaření železa v těle a podílí se na tvorbě energie v buňkách. Při nedostatku může vznikat riziko osteoporózy, hypotrofie plodu a riziko vzniku malformace plodu. Doporučená denní dávka je 1 - 1,5 mg mědi. (Hronek, Barešová, 2012, s. 77)

4 VÝŽIVA PŘI TĚHOTENSKÝCH OBTÍŽÍCH

Těhotenství je velmi významné období v životě ženy, kdy dochází k mnoha změnám. Těhotenství se dělí na tři trimestry a každý trimestr nese svá specifika. Změny probíhají v celém těle a také samozřejmě v trávicím systému. Těhotné ženy mají překrvenou, zduřelou a prosáklou ústní sliznici, která je velmi citlivá a proto vyžaduje zvýšenou péči. Z tohoto důvodu se také doporučuje, aby ženy v těhotenství alespoň jednou navštívily stomatologa. Hladká svalovina stěn trávicího ústrojí má pod vlivem progesteronu nižší napětí, což vede k ochabnutí sfinkteru mezi jícnem a žaludkem, také k horší peristaltice střev a k obtížnému vyprazdňování žlučníku. Na základě těchto změn vznikají mnohé těhotenské obtíže. (Feyereisel a kolektiv, 2015, s. 11, s. 40)

4.1 Ranní nevolnost

Ranní nevolnosti se projevují v podobě nechutenství k jídlu, zvracení či nucení na zvracení, což nám mnohdy říká, že matčino tělo je v nerovnováze. Některé těhotné ženy se s těmito obtížemi potkávají ráno či večer, některé celý den. Tyto obtíže nejčastěji vznikají důsledkem nadměrné konzumace džusů, mléčných výrobků, cukru, soli, rajčat či například koření. Nadměrnou konzumací soli se maminkám svaští žaludek, čímž vznikají pocity na zvracení nebo maminka úplně ztratí chuť k jídlu. Tyto obtíže mohou ženy v těhotenství řešit větším důrazem na výživu. (Kushi, 2014, s. 170)

Maminkám se doporučuje, aby nejedly velké porce najednou, ale stravovaly se častěji po malých dávkách. Důležité je jednotlivé chody prokládat tekutinou, tedy velký důraz klást na pitný režim. Na ranní nevolnost se doporučuje banán, studené jablko, meloun či například hroznové víno. Mezi doporučené tekutiny patří čaje, které mají uvolňující a zklidňující účinky, například heřmánkový čaj a tekutiny s méně sycenou vodou. (Kejvalová, 2012, s. 19 - 20)

Maminky by se měly vyhýbat konzumaci tučných a vysoce aromatických jídel. Dobré je, aby si maminky vypořádaly, které potraviny jim způsobují potíže a ty nahradily potravinami, které jim přináší úlevu. Důležité je mezi jednotlivé chody zařadit odpočinek. Při zvýšeném nechutenství je dobré nedostatek látek suplementovat, aby plod měl dostatek minerálních látek a vitaminů pro vývoj. (Hronek, Barešová, 2012, s. 78)

4.2 Pálení žáhy

Tento problém se vyskytuje až u 75% těhotných žen v závěru těhotenství. Mezi časté příčiny pálení žáhy patří nadměrná produkce progesteronu, který uvolňuje svalovinu jícnového svěrače dolní části, čímž se vrací obsah žaludku zpět do jícnu a dutiny ústní. Také se vrací z žaludku žaludeční šťávy vlivem zvětšené dělohy, která na něj vynakládá velký tlak. Mezi další příčiny patří konzumace těžkých jídel nebo například kouření, alkohol, ale také stres. (Hronek, Barešová, 2012, s. 80 - 81)

Pálení žáhy se nejsilněji projevuje po jídle nebo ve večerních hodinách, tedy když si žena lehne. Proto je dobré, aby si žena na noc podložila horní třetinu těla. Po jídle se doporučuje si nelehat. (Kushi, 2014, s. 158)

Před spaním je dobré, aby si maminka připravila a zkusila dát teplý mléčný nápoj. Úlevu maminkám také může přinést mátový nebo heřmánkový čaj. (Fenwicková, 2012, s. 41)

Při pálení žáhy se doporučuje vyhýbat se tučným jídlům, kofeinu, alkoholu a jídlům podporujícím tvorbu kyselin. Naopak se doporučuje konzumovat potraviny, které neutralizují žaludeční kyseliny, a nejíst těsně před spánkem. (Hronek, Barešová, 2012, s. 80 - 81)

4.3 Zácpa

Mezi časté příčiny patří například snížený příjem tekutin, kdy v tlustém střevě je méně tekutin a obsah je více zahuštěn, dále také zvýšená produkce progesteronu, který působí relaxačně na hladkou svalovinu tedy i na střevo. Suplementy železa také způsobují zácpu. Aby každá maminka zácpě předešla, je důležité, aby dodržovala pravidelný pitný režim, navýšila příjem vlákniny, do svého jídelníčku zařadila například zakysané mléko, okurkový salát, meruňky, kysané zelí, celozrnné výrobky a švestky. (Hronek, Barešová, 2012, s. 78 - 79)

Také se maminkám doporučuje vyhýbat se tukům, ořechům, ořechovému máslu, mastným a smaženým jídlům. Také je dobré zařadit do svého dne nějakou tělesnou aktivitu, například půlhodinovou denní procházku. Těhotné ženy trpící zácpou, by měly jíst naposledy minimálně dvě až tři hodiny před spaním. (Kushi, 2014, s. 176 - 177)

Maminkám mohou také do značné míry ulevit bylinkové doplňky s obsahem zázvoru, heřmánku a fenyklu. (Fenwicková, 2012, s. 40)

Mezi další stimulaci střev patří masáž, při které se vyhledá přesně daný bod na zevní straně ruky pod palcema silným stiskem, krouživým pohybem se masíruje. Masáž provádíme přibližně pět minut na každé ruce. (Kushi, 2014, s. 176 - 177)

4.4 Otoky

Otoky jsou velmi častým problémem ve třetím trimestru. Mohou být také jedním z příznaků preeklampsie, je tedy třeba otoky správně posoudit. Otoky v těhotenství jsou způsobeny zvýšeným zadržováním vody v těle ženy a zvýšenou náročností krevního oběhu horní části trupu a končetin. (Hronek, Barešová, 2012, s. 80 - 81)

Aby maminky otokům předešly či je zmírnily, doporučuje se, aby kdykoli to jde, si daly končetiny do zvýšené polohy. Dále jsou také velmi dobré masáže, které zaktivují a podpoří krevní oběh v končetinách. (Laue, 2018, s. 76)

Také se doporučuje hýbat s prsty nohou a využívat pozitivního vlivu vody při koupeli nohou. Maminky by měly ve zvýšené míře dbát na pravidelný pitný režim, dostatečný příjem bílkovin, draslíku, sodíku a naopak se vyhýbat nadbytečnému příjmu soli. (Feyereisel a kolektiv, 2015, s. 44)

4.5 Hemoroidy

Jsou dilatované cévy v oblasti konečníku, které vznikají vlivem hormonů a uvolňují vazivovou tkáň konečníku. (Laue, 2018, s. 76)

Také mohou vznikat vlivem velkého tlaku hlavičky plodu. U většiny žen se po porodu samy vytratí. (Fenwicková, 2012, s. 41)

Těhotným ženám se doporučuje konzumace potravin s vysokým obsahem vlákniny, například ovoce a celozrnný chléb. Důležitý je pravidelný pitný režim a sedací koupele s teplým heřmánkovým čajem. Každá těhotná žena by se měla snažit o správnou pravidelnou stravu, aby vznikala měkká stolice a žena nemusela křečovitě tlačit. (Laue, 2018, s. 76)

Maminkám také může přinášet úlevu konzumace bylinných doplňků, ale samozřejmě jen v mírném množství. Mezi úlevové bylinky patří například heřmánek, kopřiva, lékořice a kořen z pampelišky. (Fenwicková, 2012, s. 41)

Dobré je, aby těhotné ženy přijímaly stravu s vyšším obsahem rutinu, čímž se zpevní stěna cév. Mezi jeho nejčastější zdroje patří například slupky z jablek, pohanka, švestky, višně, lesní plody a chřest. (Kohoutová, 2018)

5 VÝŽIVA ŽEN S RIZIKOVOU GRAVIDITOU

Energie každé ženy je v těhotenství věnována především plodu, proto se v matčině organismu spousta věcí mění, s čímž mohou souviset vznikající obtíže vnášející určitá rizika do těhotenství. (Laue, 2018, s. 74)

5.1 Těhotenská cukrovka (Gestační diabetes mellitus)

Těhotenská cukrovka se vyskytuje u 4% těhotných žen a po porodu většinou vymizí. Důležitá je tvorba inzulínu ve slinivce břišní, protože díky inzulínu se může glukóza dostávat do lidských buněk. V těhotenství je potřeba vysokého množství inzulínu jednak kvůli vyšší hmotnosti ženy a také z důvodu velké hladiny hormonů, které pracují proti inzulínu. Jestliže si tělo nevyrobí potřebné množství inzulínu, zvyšuje se hladina cukru v krvi, na základě čehož poté vzniká cukrovka. Mezi ženy s rizikem vzniku těhotenské cukrovky patří především ženy, které trpí nadváhou nebo ženy, které mají vyšší věk. Mezi projevy těhotenské cukrovky patří únava a časté močení. Taková žena má vyšší riziko vzniku preeklampsie, hypertenze, infekce močových cest a předčasného porodu. Těhotenská cukrovka má také samozřejmě vliv na vývoj plodu, který s největší pravděpodobností bude makrosomní a v dospělosti může trpět obezitou. (Swinneyová a Andersonová, 2011, s. 129 - 130)

Těhotenská cukrovka vyžaduje léčbu diabetologem. Žena trpící gestačním diabetem, by neměla hubnout a držet extrémně přísnou diabetickou dietu vedoucí k hypoglykémii. Naopak se těmto ženám doporučuje rozdělit si jednotlivé chody do šesti denních dávek a vyhýbat se nadměrnému příjmu sacharidů s vysokým glykemickým indexem, tedy sladkostem. Ženy ve druhém a třetím trimestru by měly přijímat 30 kcal/ kg denně. Doporučuje se navýšení příjmu celozrnného pečiva, těstovin, celozrnné rýže a brambor. Pokud dieta nebude dostačující, je nutné nasadit inzulínovou terapii. (Hronek, Barešová, 2012, s. 82 - 83)

5.2 Hypertenze

Hypertenze je definována jako tlak naměřený v klidu 140/90 mmHg nebo vyšší při dvou měřeních v rozmezí 6 hodin. Vznikla-li hypertenze před těhotenstvím, jedná se o chronickou hypertenzi, která se vyskytuje pouze v 1% případech. Vyskytla-li se hypertenze po 20. týdnu těhotenství, jedná se o gestační hypertenzi, která obvykle do konce šestinedělí

vymizí a je přítomna u 5 - 6% těhotných. Pokud hypertenze přetrvává i po šestinedělí, jedná se o chronickou hypertenzi. Jestliže těhotná žena trpí hypertenzí, musí lékař vyloučit preeklampsii. (Pařízek a kolektiv, 2012, s. 70)

Kontrola krevního tlaku v průběhu těhotenství je důležitá, protože hypertenze může snížit příjem kyslíku k plodu, čímž mohou vznikat u plodu rizika vzniku růstových retardací a rizika potratu či předčasného porodu. Velmi častou příčinou hypertenze je právě výživa, kdy těhotná žena nedbá na dostatečný příjem bílkovin, vápníku, hořčíku či vitaminů. Proto je důležité, aby žena dodržovala pravidelnou, pestrou stravu bohatou na bílkoviny a dostatečný pitný režim vyžadující těhotenství. Vhodné je do stravy zařadit potraviny bohaté na vápník, který společně s diuretickým účinkem cév snižuje tlak krve. Ženy nesmí opomíjet příjem draslíku, který je antagonistou sodíku a vylučuje ho z těla, čímž plní funkci snižování tlaku. Důležité je, aby se ženy vyhýbaly konzumaci kofeinu, alkoholu, nikotinu a omezily příjem sodíku. (Hronek, Barešová, 2012, s. 85 - 86)

Dále je dobré, aby těhotné ženy trpící hypertenzí vyřadily ze svého jídelníčku uzeniny, paštiky, instantní pokrmy, nakládané masa, slané sýry, chipsy a omezily příjem soli. (Kohoutová, 2018)

5.3 Anémie

V těhotenství je anémie velmi častým problémem. K anémii dochází při nízkém množství červených krvinek v krvi nebo sníženému množství hemoglobinu. Druhů anémií je mnoho, ale nejčastější je právě anémie z nedostatku železa. V těhotenství se zvyšují nároky na železo, které je potřeba nejen pro matku, plod, ale také pro placentu. Většinou strava těhotných žen neobsahuje dostatek železa vyžadující těhotenství. Mezi časté příznaky anémie patří bledost, vyčerpanost, vybledlé nehty a snížení sexuální apetence. Ideální je, aby těhotná žena přijímala železo z přírodních zdrojů, nikoli suplementů. (Kushi, 2014, s. 122 - 127)

Aby těhotné ženy předcházely nedostatku železa, musí mít pravidelnou a vyváženou stravu. Například vynechání masa z jídelníčku, může vést k nedostatečnému přísunu železa do organismu. Maso je největším zdrojem železa, jeho míra vstřebatelnosti je okolo 30% oproti ostatním potravinám, ze kterých se vstřebá okolo 5% přijatého železa. (Novotná, Calda, 2016, s. 48 - 49)

Mezi potraviny bohaté na železo patří například libové červené maso, sardinky, fazole, špenát, cereálie a luštěniny. Ke vstřebávání železa dochází nejlépe za přítomnosti vitamínu C, zatímco čaj a káva absorpci železa zhoršují. (Fenwicková, 2012, s. 52)

Lékaři po nějaké době hladinu železa v krvi kontrolují, aby zjistili, jestli se nejedná o planý poplach. Někdy totiž červeným krvinkám trvá, než se adaptují na zvýšený objem krve v těhotenství. (Weissová, Pietrantoni, 2010, s. 182 - 183)

6 RIZIKOVÉ FAKTORY V TĚHOTENSTVÍ

Existuje mnoho vlivů zevního prostředí, které mohou ve značné míře poškodit plod nebo dokonce způsobit odumření zárodku v děloze. Proto je důležité, aby každá těhotná věděla, kterým rizikovým faktorům by se měla v těhotenství vyhýbat. Mezi ně patří především alkohol, drogy, kouření a některé léky. Do 17. dne po oplození působí-li výše uvedené látky na buňky plodu a dojde tak k poškození velkého počtu buněk vyvíjecího se zárodku, dojde k odúmrtí zárodku a následnému potratu. Nedojde-li k poškození velkého počtu buněk zárodku a nepoškozené buňky jsou plně schopné nahradit ty poškozené, těhotenství nadále pokračuje bez vzniku vrozené vývojové vady. Tato přirozená ochrana před vznikem vrozených vývojových vad po 17. dni od oplození odpadá. Vrozené vývojové vady mohou vznikat i do 90. dne, kdy se dokončí úplný vývoj orgánů plodu. I v pozdějších fázích těhotenství mohou vlivem škodlivých látek vznikat různé vady. Může dojít k nitroděložní růstové retardaci, k předčasnému porodu a také může vznikat řada nemocí, které se projeví až po narození miminka či v jeho dospělosti. Mezi tyto poruchy patří například cukrovka, obezita a infarkt myokardu. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 25)

6.1 Kouření

Kouření je jedním z velmi podceňujících a nejškodlivějších faktorů, které negativně ovlivňují vývoj plodu a poté i novorozence. Při kouření v těle matky vznikají toxické látky a omezují v jejím organismu přenos kyslíku. Mezi velmi škodlivou látku obsahující cigaretový kouř patří například nikotin. Nikotin je velmi návyková látka, která se dostává do organismu spolu s kapičkami dehtu, který je také velice škodlivý. Mnohé škodlivé látky, které obsahuje cigaretový kouř, procházejí placentou a poškozují plod. Tyto látky negativně ovlivňují proud krve a tím i transport látek a kyslíku přes placentu k plodu. (Feyereisel a kolektiv, 2015, s. 11, s. 65)

Kouření v těhotenství také vystavuje ženu riziku samovolného potratu v prvních týdnech. Kolem porodu jsou vysoká rizika nitroděložního úmrtí. Důsledkem toho, že maminka v těhotenství kouřila, se miminka rodí s nižší porodní hmotností, s poruchami soustředění, mohou trpět lehkou mozkovou dysfunkcí nebo poruchami chování. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 25 0- 26)

Výsledkem vědeckého výzkumu prokazujícího negativní vliv kouření na plod, vznikl fetální tabákový syndrom. Fetální tabákový syndrom musí splňovat určitá kritéria,

mezi která patří, že matka kouří během těhotenství pět a více cigaret, během těhotenství má normální tlak, miminko se narodí s hmotností pod 2500g a nemá jiné známky nitroděložního vývoje. (Feyereisel a kolektiv, 2015, s. 11, s. 65)

6.2 Alkohol

Alkohol je droga, která je tolerovaná, ale v těhotenství jeho nadměrná konzumace může plod negativně ovlivnit, či způsobit jeho nitroděložní smrt. Také vzniká riziko samovolného potratu či předčasného porodu. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 25 - 26)

Plod maminky, která požívala nadměrné množství alkoholu v těhotenství, může trpět různými deformacemi. Například deformacemi obličeje, ale také srdce a mozku. Děti žen, které ve vysoké míře konzumují alkohol v těhotenství, nejčastěji trpí poruchami vývoje centrálního nervového systému, poruchami mentálního a psychomotorického vývoje. Také mohou trpět opožděným duševním vývojem a poruchami růstu. Všechny tyto příznaky se nazývají fetální alkoholový syndrom. Fetální alkoholový syndrom patří mezi nejčastější příčinu vzniku psychomotorického poškození. Neurologické a psychické poruchy doprovázejí dítě většinou po celý život. Mezi kritéria diagnostiky fetálního alkoholového syndromu patří růstová restrikce plodu, vyhlazený žlábek mezi nosem a horním rtem, poškození centrálního nervového systému a matčina nadměrná konzumace alkoholu v těhotenství. (Feyereisel a kolektiv, 2015, s. 11, s. 65 - 66)

6.3 Drogy

Přibližně jedna třetina drogově závislých jsou právě ženy v reprodukčním období. Drogově závislí lidé nejčastěji zneužívají léky zmírňující bolest, tedy analgetika, léky proti nespavosti neboli barbituráty a dále vlastní drogy jako jsou marihuana, pervitin, kokain a hašiš. (Feyereisel a kolektiv, 2015, s. 11, s. 66)

Většina žen požívající drogy nemenstruuje, takže se mnohdy domnívá, že je neplodná a nemůže otěhotnět. Že je žena těhotná se dozvídá až v pokročilejším stádiu těhotenství a to až když přibírá na váze nebo cítí pohyby. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 25 -26)

Nitrožilní aplikace drog zvyšuje riziko, že matka má infekční žloutenku typu C, HIV nebo AIDS, což opět negativně ovlivňuje plod. Problém drogově závislých žen je také nedostatek finančních prostředků a problematická komunikace. Většina těchto žen

nenavštěvuje prenatální poradny a nedodržují správný režim v těhotenství. (Gregora, Velemínský, 2013, s. 53)

V těhotenství drogově závislých žen vznikají vysoká rizika poruch a pravděpodobnost, že se těhotenství nebude vyvíjet normálně. Vzniká až desetkrát vyšší riziko, že se placenta bude špatně vyvíjet, tím bude ohrožen i vývoj plodu a může docházet k poruchám růstu plodu, tedy k hypotrofii. Také vzniká vysoké riziko nitroděložního úmrtí plodu. Může dojít k předčasnému porodu a akutním komplikacím souvisejících s porodem, jako je například předčasné odlučování placenty nebo krvácení. Poruchy, které u plodu mohou nastat, jsou ovlivněny jednotlivými druhy drog. V závislosti na druhu drogy vznikají vrozené vývojové vady močového systému plodu, poruchy kardiovaskulárního systému, poruchy centrálního nervového systému a různé deformity končetin. Děti drogově závislých žen po narození trpí poruchami psychického vývoje. (Feyereisel a kolektiv, 2015, s. 11, s. 66)

6.4 Kofein

Mnoho žen si kávou nastartuje svůj organismus a bez kávy si nedokáže den představit. Jestliže žena plánuje otěhotnět nebo dokonce otěhotněla, káva obsahující kofein musí jít stranou. Poté co žena v těhotenství kofein zkonsumuje, dostává se kofein přes placentu do oběhu plodu. Kofein působí na plod delší dobu, protože matka plodu velice pomalu odbourává kofein v těhotenství a organismus plodu je velice pomalý. (Voerman a kolektiv, 2016, s. 1170)

Například během I. trimestru se vylučování kofeinu zvyšuje na 5 - 6 hodin a ve 35. týdnu těhotenství se zvyšuje dokonce na 18 hodin. U novorozenců počas odbourávání kofeinu může být až 40 - 130 hodin, z důvodu nezralého metabolismu vylučování kofeinu novorozence. (Calda, 2015)

Konzumace nadměrného množství kofeinu v těhotenství zvyšuje riziko hypotrofie plodu, což by mohl být problém například u předčasně narozených dětí. Kofein snižuje absorpci minerálů a vzniká riziko potratu plodu. Proto se těhotným ženám doporučuje kofein vyřadit ze svého jídelníčku. Kofeinová káva se dá nahradit *Carem* či *Meltou*. (Swinneyová a Andersonová, 2011, s. 55)

6.5 Léky

Většina žen užívá v těhotenství léky a to některé dokonce bez lékařského předpisu. Některé však mohou být pro plod i matku v těhotenství nebezpečné. Proto by každá těhotná žena měla zvážit rizika, tedy pro a proti, a před užíváním léků se poradit s lékařem. Mezi vážné nežádoucí účinky léků patří poškození vyvíjejícího se plodu v děloze, vznik samovolného potratu, předčasný porod, hypotrofie nebo vznik vrozených vývojových vad plodu. Druh a rozsah poškození ovlivňuje chemická povaha léku, stádium těhotenství kdy byl lék podán a množství léku. (Gregora, Velemínský, 2013, s. 54)

Pokud žena má nějaké vážné potíže již před otěhotněním, na které musí brát léky, její těhotenství by mělo být plánované. Vždy je lepší před otěhotněním nebo na počátku těhotenství konzultovat dávkování a typ léku s odborným lékařem, aby léky neohrožovaly těhotenství a vývoj plodu. Protože kdyby léky měly mít špatný vliv na těhotenství, lékař by je nahradil lékem, který nemá negativní vliv na těhotenství. Maminka by neměla začít brát žádné léky v těhotenství bez konzultace lékaře. (Gregora, Velemínský, 2013, s. 54)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Pokud ženy během svého života opomíjí pestré a správné stravovací návyky, těhotenství by mělo být období, kdy obětují část svého času právě přípravě zdravých a pestrých pokrmů, které si poté v klidu zkonzumují. Také je důležitá pravidelnost stravy a uvědomění si toho, že to vše nedělají pouze pro sebe, ale také pro miminko. Hronek a Barešová (2012, s. 15) uvádí, že „Rozmanitá a vyvážená strava zajišťuje dostatečný příjem základních živin, minerálních látek a vitaminů, a to jak v těhotenství, tak v době kojení, je velmi důležitá pro průběh těhotenství a vývoj plodu.“ V této souvislosti Velemínský a Gregora (2013, s. 39) uvádí, že nepravidelná a nedostatečně vyvážená strava může v určitých případech vést k negativním situacím, které se mohou projevit před porodem, v průběhu porodu či některé až v dospělosti miminka.

Moje výzkumná otázka tedy zní: Stravují se ženy v těhotenství pestrou, pravidelnou a vyváženou stravou?

8 HLAVNÍ CÍL VÝZKUMU

Zjistit stravovací návyky žen v těhotenství a případné souvislosti s výskytem potíží v těhotenství.

8.1 Dílčí cíle a výzkumné otázky

1) Zmapovat stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech.

- Jaké jsou stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech?

Otázky č. 2, 6, 9, 11, 12, 17, 19, 20

2) Zmapovat stravovací návyky žen před otěhotněním a v době těhotenství.

- Změnily se stravovací návyky žen v těhotenství oproti stravovacím návykům, když těhotné nebyly?

Otázky č. 8, 10

3) Zjistit informovanost těhotných žen o správné výživě v těhotenství.

- Jakou formou by ženy preferovaly podávání informací o výživě v těhotenství?
- V jakém období těhotenství by těhotné ženy preferovaly dostávat informace o výživě?
- Mění se informovanost žen s počtem porodů?
- Mění se informovanost v jednotlivých trimestrech?
- Kdo předával těhotným ženám informace o výživě v těhotenství?

Otázky č. 1, 13, 14, 15, 16

4) Zmapovat potíže, kterými trpí ženy v těhotenství.

- Trpí těhotné ženy nějakými obtížemi? Jak tyto obtíže řeší v rámci výživy?

Otázky č. 3, 4, 5, 7, 18

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr vzorku respondentů byl záměrný. Kritéria pro výběr respondentů byla taková, že dotazník mohly vyplňovat pouze těhotné ženy. Jiné kritérium výzkum nevyžadoval. Vzorek respondentů se týkal 110 žen, které dotazník obdržely.

10 METODIKA PRÁCE

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní výzkum, díky kterému bylo možné posbírat mnoho odpovědí na mé otázky, z nichž jsem následně mohla vypracovat výsledky. Využit byl polostrukturovaný dotazník, který obsahuje 20 otázek, které se zaměřují na výživu těhotné ženy v jednotlivých trimestrech, na informovanost těhotných žen o správné výživě a na obtíže vzniklé v těhotenství. Zvýšená návratnost dotazníků byla zajištěna osobním kontaktem. Dále jsem využila metodu snowball. Metoda snowball spočívá v získávání nových kontaktů osobami, které se již ve výběrovém souboru nacházejí.

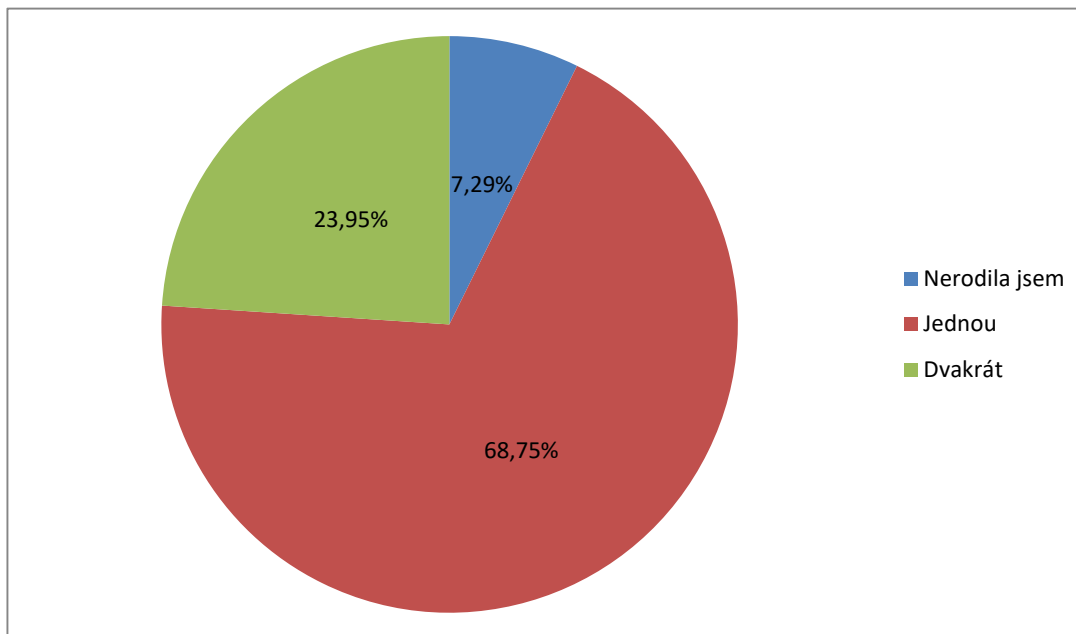
11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 20. 12. 2018 do 25. 1.2019 v Třeboni v gynekologické ambulanci a část dotazníků bylo distribuováno elektronickou formou na www.facebook.com ve skupině Rodíme 2019. Další dotazníky jsem rozdala prostřednictvím mých známých osob metodou snowball. Souhlas zařízení je v příloze mé bakalářské práce. Rozdaných bylo 150 dotazníků a vrátilo se mi jich 110, tedy 73%, z nichž jsem náhodným výběrem vylosovala srovnatelný počet dotazníků pro jednotlivé trimestry, čímž jsem dosáhla toho, že v každém trimestru mám 32 žen (dotazníků) se kterými pracuji ve svém výzkumu. A proto nyní 100% je 96 žen.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1- Kolikrát jste rodila?

Graf č. 1- Kolikrát jste rodila?



Zdroj: vlastní

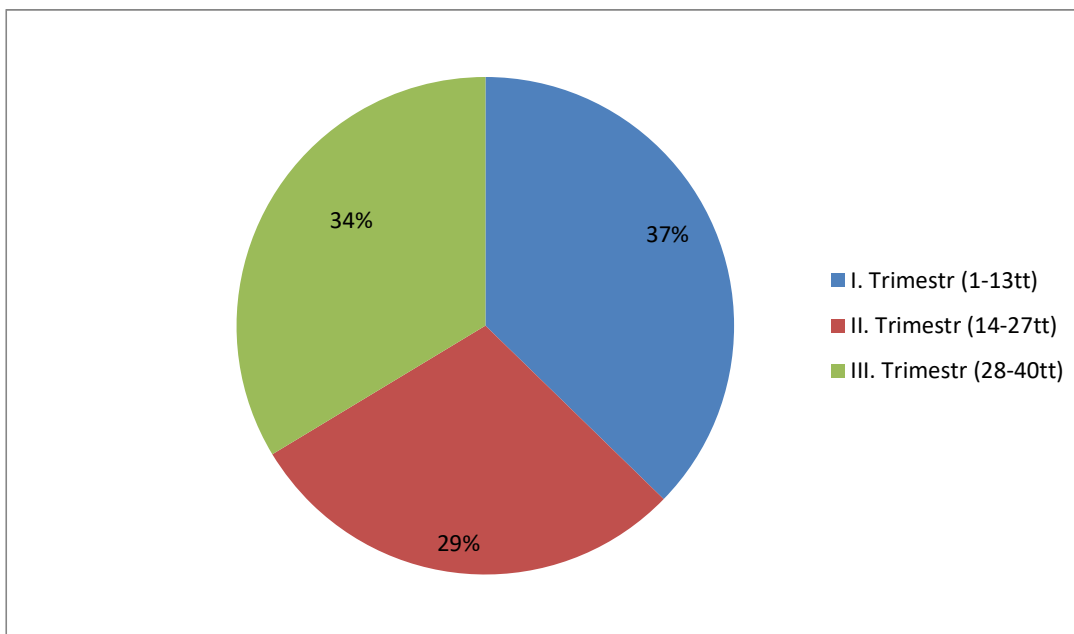
Z grafu číslo 1 je patrné, že z 96 žen odpovědělo 66 (68,75%) žen, které rodily jednou, 23 (23,95%) žen rodilo dvakrát a 7 (7,29%) žen nerodilo ani jednou.

Cíl 1: Zmapovat stravovací návyky žen v jednotlivých trimestrech.

Jaké jsou stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech?

Otázka č. 2- **V kolikátém jste nyní týdnu těhotenství?**

Graf č. 2- Rozdělení žen do trimestrů

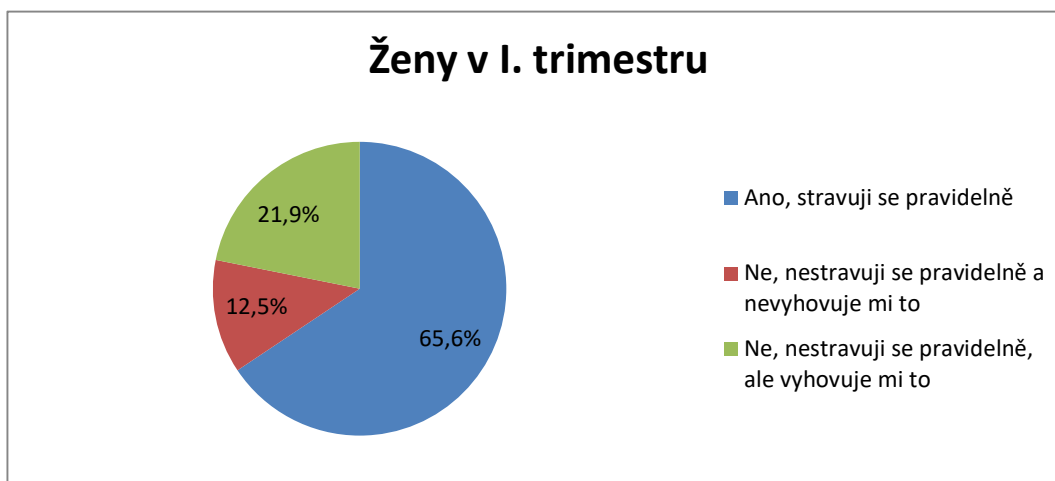


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 2 je patrné, že ze 110 žen je 41 (37%) žen v prvním trimestru, 32 (29%) v druhém trimestru a 37 (34%) žen v třetím trimestru. Zde užívám k vytvoření výsledků všech 110 dotazníků, abych zjistila kolik, žen v jednotlivých trimestrech, mi dotazník vyplnilo.

Otázka č. 6- **Stravujete se pravidelně? (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře)**

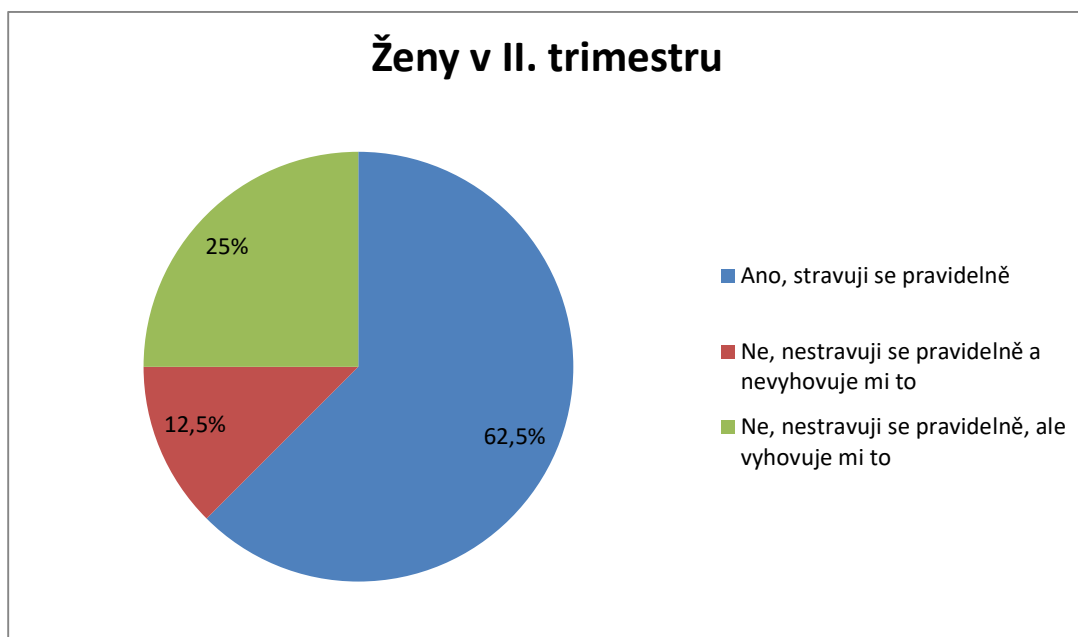
Graf č. 3- Pravidelnost stravy těhotných žen v I. trimestru



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 3 je patrné, že 21 (65,6%) těhotných žen z 32 žen se v I. trimestru stravuje pravidelně (snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře). 4 (12,5%) ženy v I. trimestru se nestravují pravidelně a jejich nepravidelná strava jim nevyhovuje. Zbýlých 7 (21,9%) žen v I. trimestru se nestravuje pravidelně (nestravují se všemi výše uvedenými chody), ale jejich nepravidelná strava jim vyhovuje.

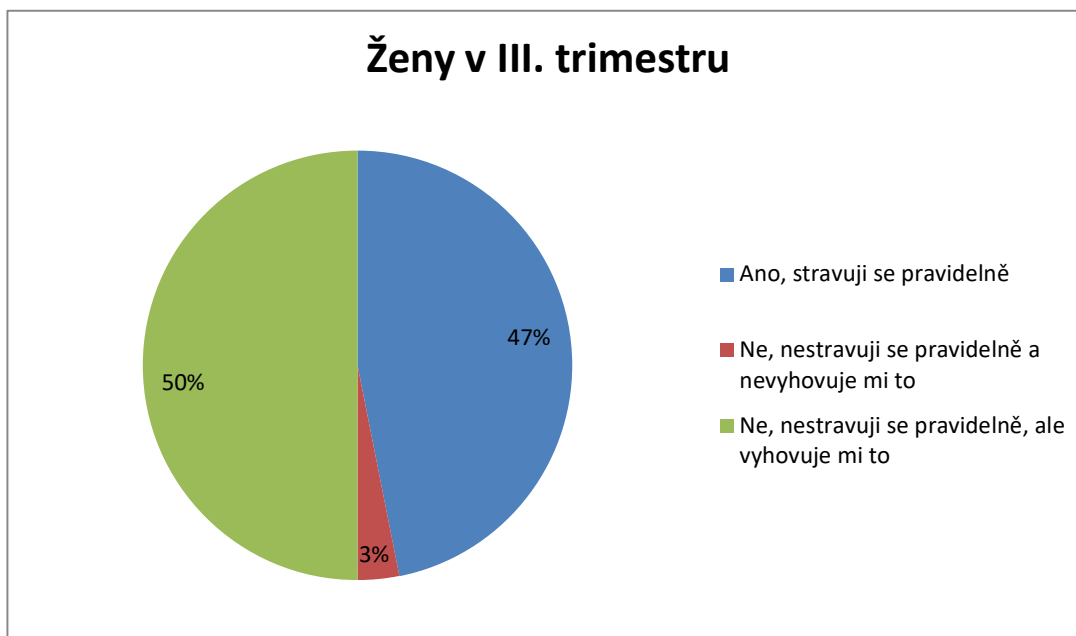
Graf č. 4- Pravidelnost stravy těhotných žen v II. trimestru



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 4 je patrné, že 20 (62,5%) těhotných žen z 32 žen se v II. trimestru stravuje pravidelně. 4 (12,5%) ženy v II. trimestru se nestravují pravidelně a jejich nepravidelná strava jim nevyhovuje. Zbýlých 8 (25%) žen se nestravuje pravidelně, ale jejich strava jim vyhovuje.

Graf č. 5- Pravidelnost stravy těhotných žen v III. trimestru



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 5 je patrné, že 15 (47%) těhotných žen z 32 žen se v III. trimestru stravuje pravidelně. 1(3%) žena se nestravuje pravidelně a její nepravidelná strava ji nevyhovuje a 16 (50%) žen v III. trimestru se nestravuje pravidelně, ale jejich nepravidelná strava jim vyhovuje.

Otázka č. 9- **Zaškrtněte všechny složky, které v nynějším těhotenství CHYBÍ ve Vašem jídelníčku.**

Tabulka č. 1- Přehled četnosti odpovědí těhotných žen o nedostatku určitých složek potravy v jednotlivých trimestrech

| | I. trimestr | II. trimestr | III. trimestr |
|--|-------------|--------------|----------------|
| Maso (alespoň 80g denně) | 6 (19%) | 5 (16%) | 9 (28%) |
| Mléčné výrobky (3 porce- např. 200ml mléka, jogurt a 55g sýra denně) | 8 (25%) | 4 (13%) | 4 (12,5) |
| Luštěniny (1 porce denně) | 12 (38%) | 15 (47%) | 12 (37,5%) |
| Zelenina (alespoň tři porce denně- jedna porce 100g) | 5 (16%) | 0% | 0% |

| | | | |
|---------|----------|----------|-------------------|
| Jím vše | 14 (44%) | 17 (53%) | 20 (62,5%) |
|---------|----------|----------|-------------------|

Zdroj: vlastní

Zdroje hodnot: (Müllerová, 2004, s. 16)

V tabulce č. 1 jsou znázorněny odpovědi 96 žen, které jsou rozděleny dle trimestrů, tedy v každém trimestru odpovědělo 32 žen. Ženy mohly vybrat více odpovědí. V I. trimestru 6 (19%) žen má ve své stravě nedostatek masa, 8 (25%) žen má nedostatek mléčných výrobků, 12 (38%) ženám chybí ve stravě luštěniny, 3 (9%) ženy nemají dostatek ovoce, 5 (16%) žen má nedostatek zeleniny ve své stravě a 14 (44%) žen jí vše. V II. trimestru 5 (16%) žen má nedostatek masa, 4 (13%) ženy mají nedostatek mléčných výrobků ve své stravě, 15 (47%) ženám chybí v jejich stravě luštěniny, 8 (25%) ženám chybí ovoce a 17 (53%) žen jí vše. V III. trimestru 9 (28%) žen má nedostatek masa ve své stravě, 4 (12,5%) ženám chybí ve stravě mléčné výrobky, 12 (37,5%) ženám chybí luštěniny, 1 (3%) žen má nedostatek ovoce ve své stravě a 20 (62,5%) žen jí vše.

Otázka č. 11- Kolik denně vypijete tekutin?

Tabulka č. 2- Přehled četnosti odpovědí o pitném režimu těhotných žen v jednotlivých trimestrech

| Množství | I. trimestr | II. trimestr | III. trimestr |
|----------|-------------|--------------|---------------|
| 1l | 4 (12,5%) | 1 (3%) | 2 (6%) |
| 1,5l | 6 (19%) | 5 (16%) | 4 (13%) |
| 2l | 9 (28%) | 13 (41%) | 17 (53%) |
| 2,5l | 4 (12,5%) | 2 (6%) | 1 (3%) |
| 3l | 9 (28%) | 11 (34%) | 8 (25%) |

Zdroj: vlastní

V tabulce č. 2 jsou znázorněny odpovědi těhotných žen o jejich denním příjmu tekutin. V I. trimestru vypijí denně 1 litr 4 (12,5%) ženy, 1,5 litru 6 (19%) žen, 2 litry 9 (28%) žen, 2,5 litru 4 (12,5%) ženy a 3 litry 9 (28%) žen. V II. trimestru vypijí denně 1 litr 1 (3%) žena, 1,5 litru 5 (16%) žen, 2 litry 13 (41%) žen, 2,5 litru 2 (6%) ženy a 3 litry 11 (34%) žen. V III. trimestru vypijí denně 1 litr 2 (6%) ženy, 1,5 litry 4 (13%) ženy, 2 litry 17 (53%) žen, 2,5 litru 1 (3%) žena a 3 litry 8 (25%) žen.

Otázka č. 12- Jaké tekutiny nejčastěji v těhotenství pijete?

Tabulka č. 3- Přehled četnosti odpovědí o tekutinách, které ženy v těhotenství přijímají v jednotlivých trimestrech

| | I. trimestr | II. trimestr | III. trimestr |
|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Pitná kohoutková voda | 18 (56,3%) | 11 (34,3%) | 10 (31,2%) |
| Čaj | 2 (6,3%) | 1 (3,1%) | 2 (6,3%) |
| Sirup | 0% | 3 (9,4%) | 4 (12,5%) |
| Džus | 1 (3,1%) | 3 (9,4%) | 2 (6,3%) |
| Soda | 1 (3,1%) | 4 (12,5%) | 2 (6,3%) |
| Čaj + šťáva | 2 (6,3%) | 10 (31,3%) | 0% |
| Čaj + pitná voda z kohoutku | 7 (22%) | 0% | 10 (31,2%) |
| Pitná voda z kohoutku + džus | 1 (3,1%) | 0% | 0% |
| Mléko | 0% | 0% | 2 (6,3%) |

Zdroj: vlastní

V tabulce č. 3 jsou znázorněny odpovědi těhotných žen o tekutinách, které přijímají během těhotenství. Za každý trimestr odpovídá 32 žen. V I. trimestru 18 (56,3%) těhotných žen pije nejčastěji pitnou kohoutkovou vodu, 2 (6,3%) ženy v těhotenství pijí čaj, 1 (3,1%) těhotná žena pije džus, 1 (3,1%) těhotná žena pije sodu, 2 (6,3%) ženy pijí čaj a šťávu, 7 (22%) žen pije vodu a čaj a 1 (3,1%) žena pije pitnou kohoutkovou vodu a džus. V II. trimestru 11 (34,3%) žen nejčastěji pije pitnou kohoutkovou vodu, 1 (3,1%) těhotná žena pije čaj, 3 (9,4%) ženy pijí džus, 3 (9,4%) ženy pijí sirup, 4 (12,5%) ženy pijí sodu a 10 (31,3%) žen pije čaj a šťávu. V III. trimestru pije 10 (31,2%) žen nejčastěji pitnou kohoutkovou vodu, 2 (6,3%) ženy pijí čaj, 4 (12,5%) ženy pijí sirup, 2 (6,3%) ženy pijí džus, 2 (6,3%) ženy pijí sodu, 10 (31,2%) žen pije v těhotenství pitnou kohoutkovou vodu a čaj a 2 (6,3%) ženy pijí mléko.

Otázka č. 17- Požíváte v těhotenství pravidelně (uved'te kolikrát minimálně denně/ týdně) nějaké návykové látky?

Tabulka č. 4- Přehled četnosti odpovědí o požívání návykových látek těhotných žen v jednotlivých trimestrech

| | I. trimestr | II. trimestr | III. trimestr |
|----------------------------|-------------|--------------|---------------|
| Kofein- 1 šálek kávy denně | 6 (19%) | 11 (34,4%) | 10 (31,3%) |
| Kofein- 2 šálky kávy denně | 0% | 3 (9,4%) | 1 (3,1%) |
| Kofein- 3 šálky denně | 0% | 0% | 2 (6,3%) |
| Kofein- 1 šálek | 6 (19%) | 0% | 0% |

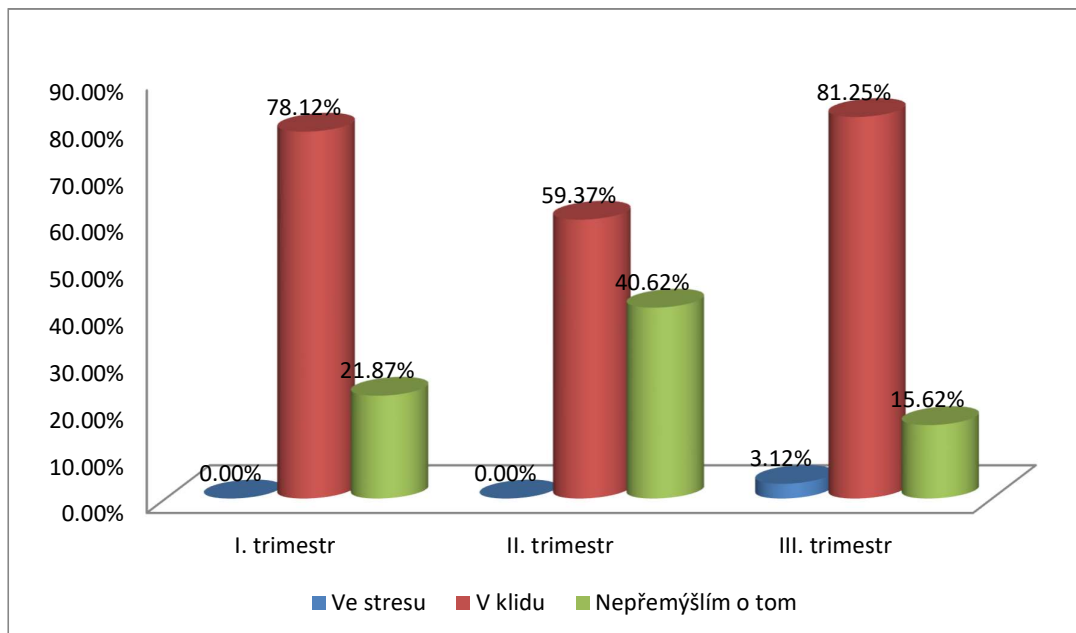
| | | | |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| kávy týdně | | | |
| Kofein- 2 šálky kávy týdně | 0% | 1 (3,1%) | 1 (3,1%) |
| Cigarety- 2 denně | 1 (3%) | 0% | 1 (3,1%) |
| Cigarety- 3 denně | 0% | 0% | 1 (3,1%) |
| Cigarety- 5 denně | 1 (3%) | 1 (3,1%) | 0% |
| Cigarety- 10 denně | 0% | 0% | 1 (3,1%) |
| Alkohol | 0% | 0% | 0% |
| Nepožívám žádné návykové látky | 18 (56%) | 16 (50%) | 18 (56,3%) |

Zdroj: vlastní

V tabulce č. 4 jsou znázorněny odpovědi těhotných žen týkající se přijímání návykových látek v těhotenství. Těhotné ženy v této otázce mohly odpovědět více odpovědí a v každém trimestru odpovědělo na otázku 32 žen. V I. trimestru 6 (19%) žen vypije jeden šálek kávy s kofeinem denně a 6 (19%) žen si dá šálek kávy s kofeinem jednou týdně. V I. trimestru 1 (3%) žena vykouří 2 cigarety denně a 1 (3%) žena vykouří 5 cigaret denně. V I. trimestru 18 (56%) žen nepožívá žádné návykové látky. V druhém trimestru 11 (34,4%) žen vypije jeden šálek kávy s kofeinem denně, 3 (9,4%) ženy vypijí v těhotenství 2 šálky kávy s kofeinem denně a 1 (3,1%) žena vypije dva šálky kávy s kofeinem týdně. V druhém trimestru 1 (3,1%) žena vykouří 5 cigaret denně a 16 (50%) těhotných žen nepožívá žádné návykové látky. Ve III. trimestru 10 (31,3%) žen vypije 1 šálek kávy s kofeinem denně, 1 (3,1%) žena vypije 2 šálky kávy s kofeinem denně, 2 (6,3%) ženy vypijí denně tři šálky kávy s kofeinem a 1 (3,1%) žena vypije dva šálky kávy s kofeinem týdně. V III. trimestru 1 (3,1%) žena vykouří dvě cigarety denně, 1 (3,1%) žena vykouří 3 cigarety denně, 1 (3,1%) žena vykouří v těhotenství 10 cigaret denně a 18 (56,3%) žen nepožívá v těhotenství žádné návykové látky.

Otázka č. 19- Jak probíhá Vaše konzumace jednotlivých jídel?

Graf č. 6- Průběh konzumace jídel těhotných žen v jednotlivých trimestrech

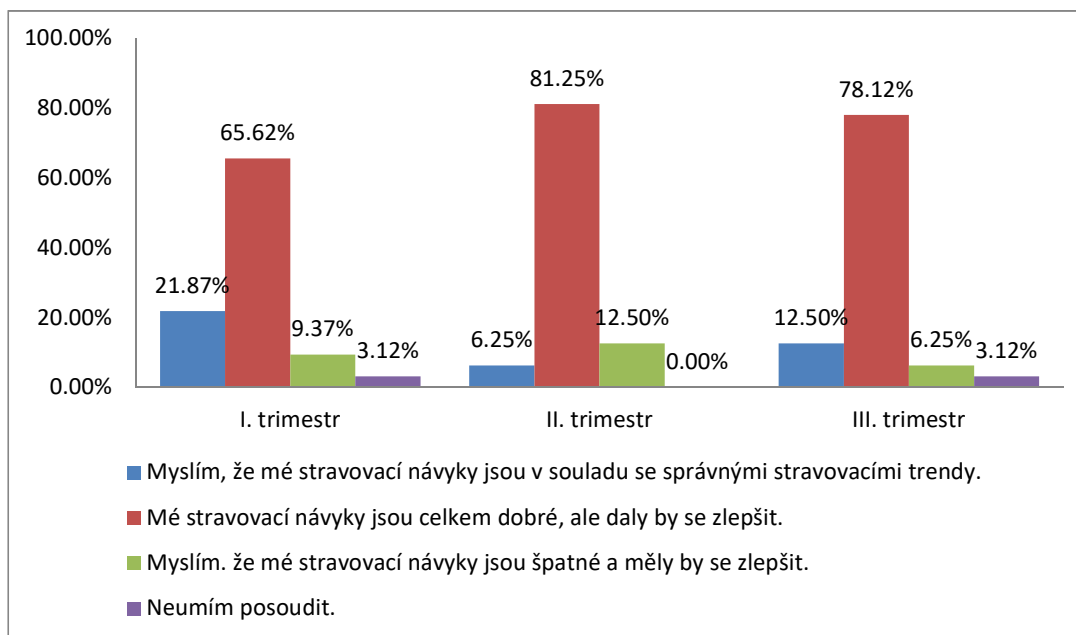


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 6 je patrné že v I. trimestru se 25 (78,12%) žen z 32 žen stravuje v klidu a 7 (21,87%) žen nepřemýšlí o tom, jak se stravuje. Ve II. trimestru se 19 (59,37%) žen stravuje v klidu a 13 (40,62%) žen o tom nepřemýšlí. Ve III. trimestru se 1 (3,12%) žena stravuje ve stresu, 26 (81,25%) žen se stravuje v klidu a 5 (15,62%) žen o tom nepřemýšlí.

Otázka č. 20- Subjektivně prosím zhodnoťte Vaše stravovací návyky.

Graf č. 7- Stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech



Zdroj: vlastní

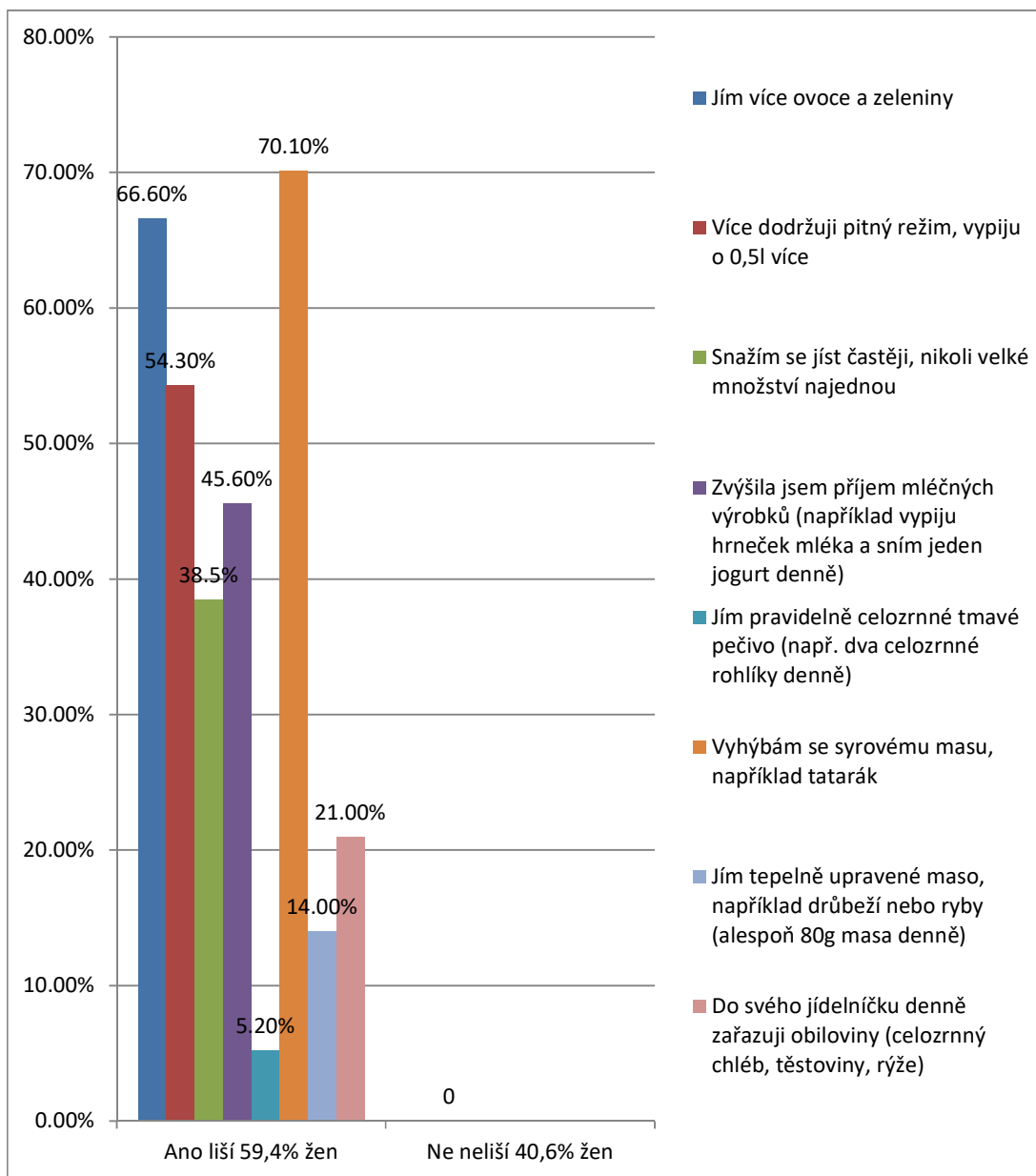
Z grafu č. 7 je patrné, že 7 (21,87%) žen v I. trimestru se stravuje v souladu se správnými stravovacími trendy, 21 (65, 62%) žen se stravuje celkem dobře, ale jejich strava by se dala zlepšit, 3 (9,37%) ženy si myslí, že mají špatné stravovací návyky a měly by se zlepšit a 1 (3,12%) žena o tom nepřemýšlí. Ve II. trimestru si 2 (6,25%) ženy myslí, že mají správné stravovací návyky v souladu se správnými stravovacími trendy, 26 (81,25%) žen si myslí, že jejich stravovací návyky jsou dobré, ale daly by se zlepšit a 4 (12,50%) ženy si myslí, že mají špatné stravovací návyky a měly by je zlepšit. Ve III. trimestru 4 (12, 5%) ženy si myslí, že mají správné stravovací návyky v souladu se správnými stravovacími trendy, 25 (78,12%) žen si myslí, že jejich stravovací návyky jsou dobré, ale daly by se zlepšit, 2 (6,25%) ženy si myslí, že mají špatné stravovací návyky a měly by je zlepšit a 1 (3,12%) žena o tom nepřemýšlí.

Cíl 2: Zmapovat stravovací návyky žen před otěhotněním a v době těhotenství.

Změnily se stravovací návyky žen v těhotenství oproti stravovacím návykům, když těhotné nebyly?

Otázka č. 8- Liší se něčím Vaše strava (vnímáte nějaké rozdíly) v těhotenství oproti stravě, kterou jste měla, když jste těhotná nebyla?

Graf č. 8- Strava žen před otěhotněním a v průběhu těhotenství



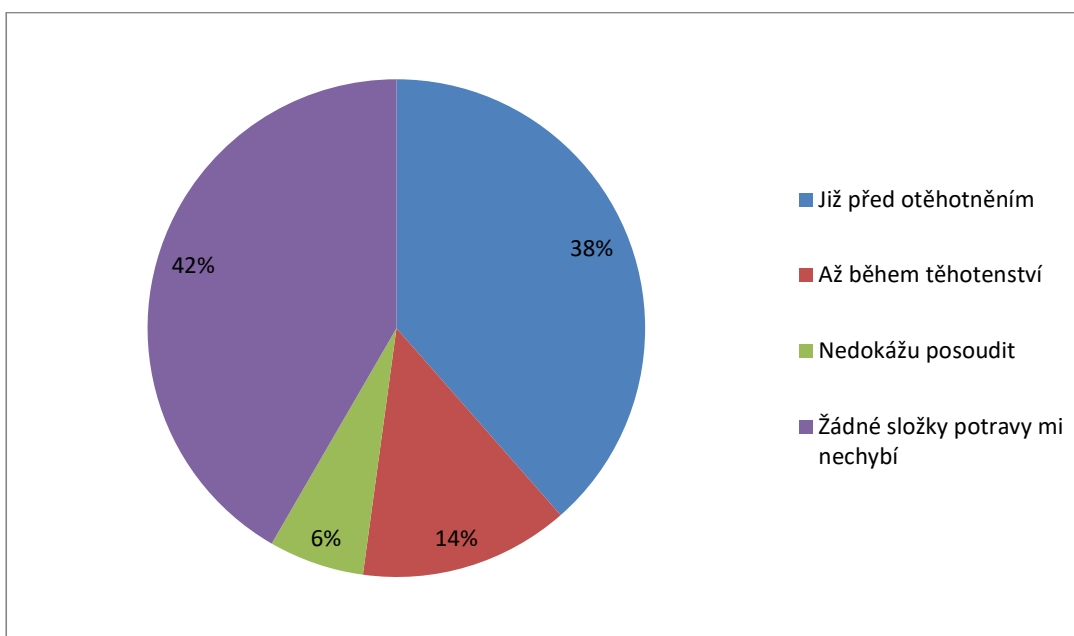
Zdroj: vlastní

Ženy mohly odpovědět více odpovědí v této otázce. Z grafu č. 7 je patrné, že 57 (59,4%)žen se stravuje v těhotenství jinak, oproti stravě když těhotné nebyly. 39 (40,6%) těhotných žen se stravuje v těhotenství stejně jako v netěhotném stavu. Z 57 (59,4%) žen, které změnilly svojí stravu oproti stravě, když těhotné nebyly, 38 (66,60%) žen jí více ovoce a zeleniny, 31 (54,30%) žen více dodržuje pitný režim, vypije o 0,5l více, 22

(38,50%) žen se snaží jíst častěji, nikoli velké množství najednou, 26 (45,60%) žen zvýšilo příjem mléčných výrobků, 3 (5,20%) ženy jí pravidelně tmavé celozrnné pečivo, 40 (70,10%) žen se vyhýbá syrovému masu a 8 (14%) žen jí tepelně upravené maso, například drůbeží a ryby a 12 (21%) žen denně do svého jídelníčku zařazuje obiloviny.

Otázka č. 10- Pokud Vám chybí v nynějším těhotenství ve stravě nějaké složky potravy, chyběly Vám již:

Graf č. 9- Nedostatek určitých složek potravy ve stravě před otěhotněním a v těhotenství



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 9 je patrné, že 40 (42%) ženám v těhotenství ve stravě nic nechybí, 37 (38%) ženám nějaké složky potravy chyběly již před otěhotněním, 13 (14%) ženám chyběly nějaké složky potravy až v těhotenství a 6 (6%) žen neumí posoudit, zda jim nějaké složky potravy chybí a od kdy.

Cíl 3: Zjistit informovanost těhotných žen o správné výživě v těhotenství.

Jakou formou by preferovaly podávání informací o výživě v těhotenství?

V jakém období těhotenství by těhotné ženy preferovaly dostávat informace o výživě?

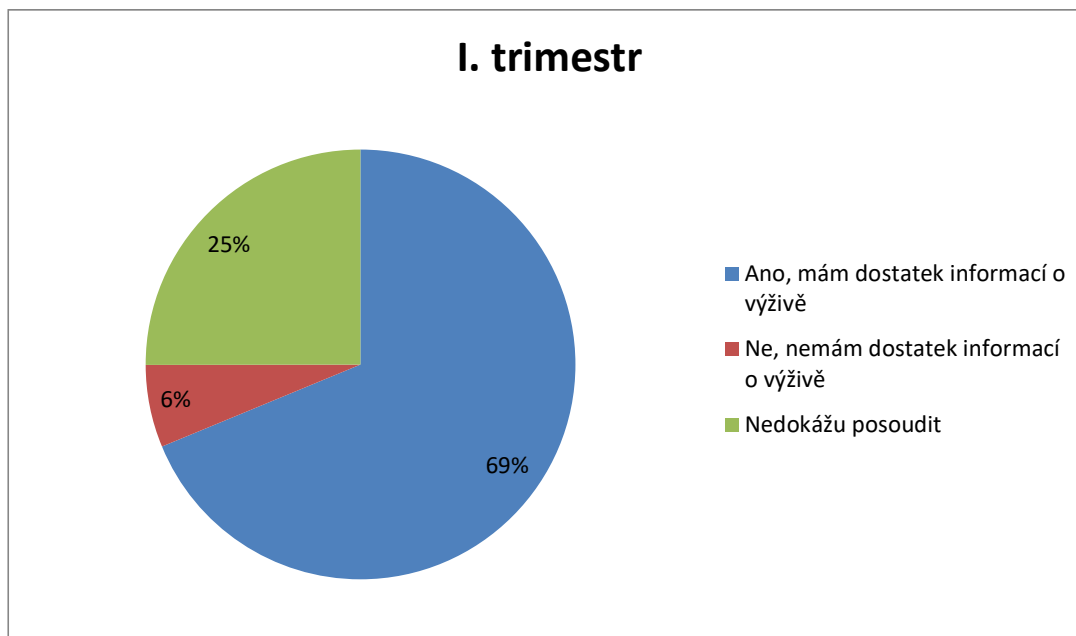
Mění se informovanost žen s počtem gravidit?

Mění se informovanost v jednotlivých trimestrech?

Mají těhotné ženy dostatek informací o výživě v těhotenství?

Otázka č. 13- **Myslíte si, že máte dostatek informací o výživě?**

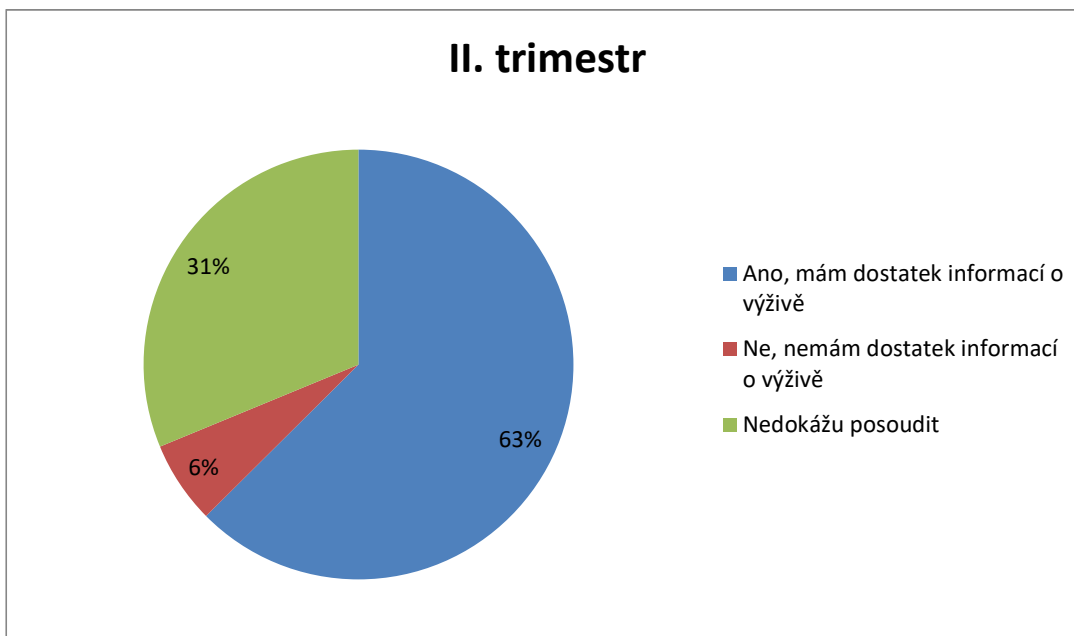
Graf č. 10- Informovanost žen o výživě v těhotenství v I. trimestru



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 10 je patrné že 22 (69%) žen má v I. trimestru těhotenství dostatek informací, 2 (6%) ženy si myslí, že nemají v těhotenství v I. trimestru dostatek informací o výživě a 8 (25%) žen nedokáže posoudit, zdali má v těhotenství v I. trimestru dostatek informací o výživě.

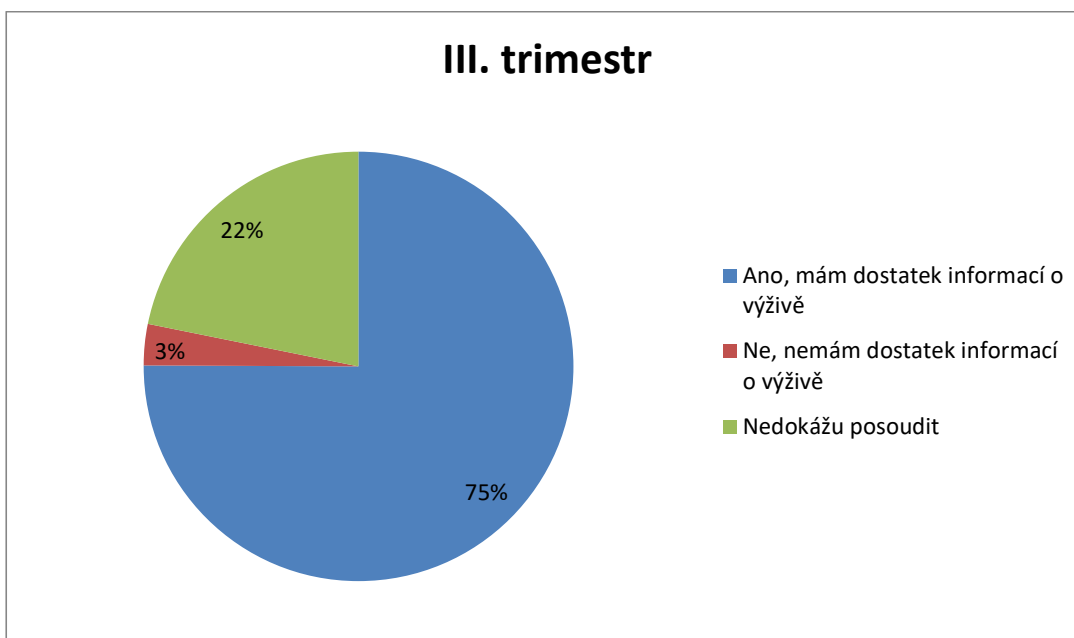
Graf č. 11- Informovanost žen o výživě v těhotenství v II. trimestru



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 11 je patrné, že 20 (63%) žen má ve II. trimestru dostatek informací o výživě, 2 (6%) ženy si myslí, že ve II. trimestru nemají dostatek informací o výživě a 10 (31%) žen nedokáže posoudit, zdali mají dostatek informací o výživě ve II. trimestru těhotenství.

Graf č. 12- Informovanost žen o výživě v těhotenství v III. trimestru



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 12 je patrné, že 24 (75%) žen ve III. trimestru má dostatek informací o výživě, 1 (3%) žena si myslí, že nemá dostatek informací ve III. trimestru o výživě a 7 (22%) žen nedokáže posoudit, zdali mají ve III. trimestru dostatek informací o výživě.

Tabulka č. 5- Informovanost těhotných žen s počtem gravidit

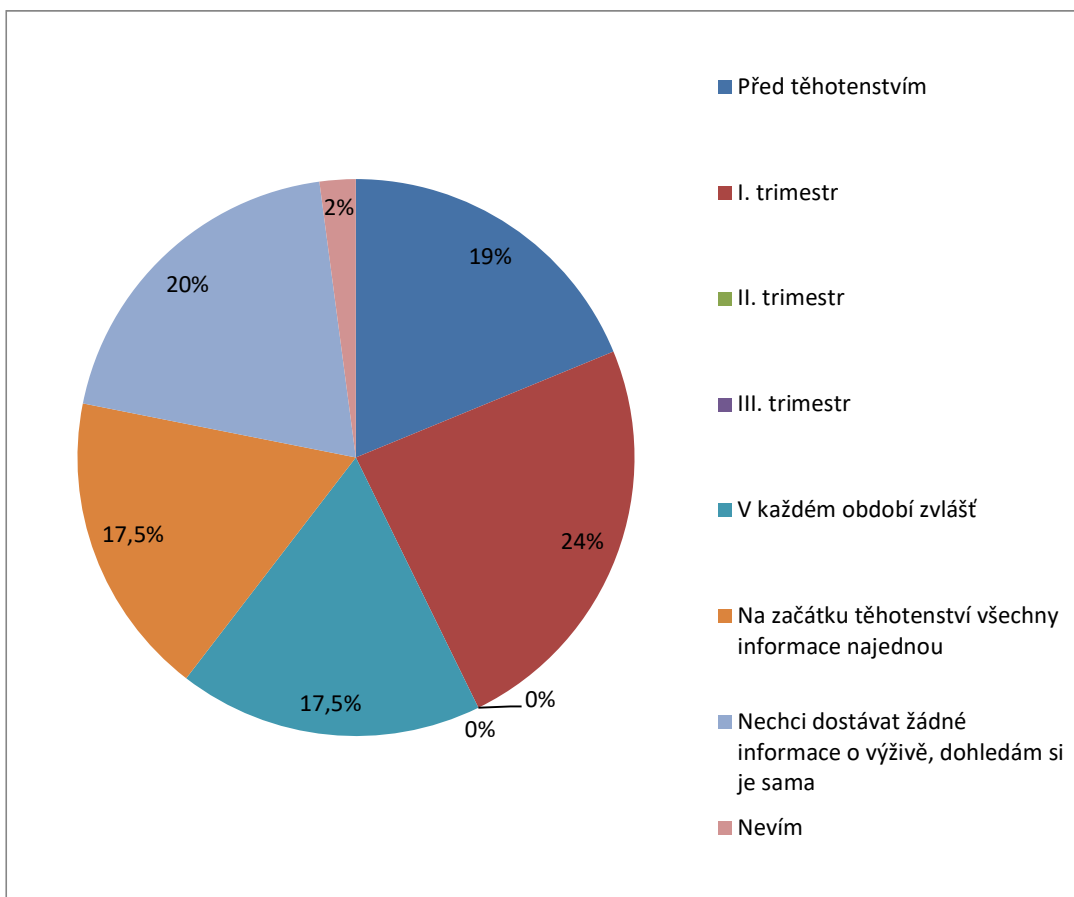
| | Ano, mám dostatek informací o výživě v těhotenství | Ne, nemám dostatek informací o výživě v těhotenství | Nedokážu posoudit, zdali mám dostatek informací o výživě v těhotenství |
|------------------------------------|--|---|--|
| Nerodila jsem ještě- 7 (7,29%) žen | 2 (28,6%) | 4 (57,1%) | 1 (14,3%) |
| Rodila jsem 1x - 66 (68,75% žen) | 45 (68,2%) | 1 (1,5%) | 20 (30,3%) |
| Rodila jsem 2x - 23 (23,95% žen) | 19 (82,6%) | 0% | 4 (17,4%) |

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 5 je patrné, že 2 (28,6%) ženy ze 7 žen, které ještě nerodily, si myslí, že mají dostatek informací o výživě v těhotenství, 4 (57,1%) ženy ze 7 žen, které ještě nerodily si myslí, že nemají dostatek informací a 1 (14,3%) žena, která ještě nerodila, nedokáže posoudit, zdali má dostatek informací o výživě v těhotenství. 45 (68,2%) žen z 66 žen, které již jednou rodily si myslí, že mají dostatek informací o výživě v těhotenství, 1 (1,5%) žena z 66 žen, která již jednou rodila si myslí, že nemá dostatek informací o výživě a 20 (30,3%) žen, které již jednou rodily, nedovedou posoudit, zdali mají dostatek informací o výživě nebo ne. 19 (82,6%) žen z 23 žen, které již dvakrát rodily si myslí, že mají dostatek informací o výživě a 4 (17,4%) ženy z 23 žen, které dvakrát rodily, nedokážou posoudit, zdali mají dostatek informací o výživě nebo ne.

Otázka č. 14- V jakém období byste preferovala předání základních informací o výživě v těhotenství?

Graf č. 13- V jakém období by ženy preferovaly dostávat informace o výživě

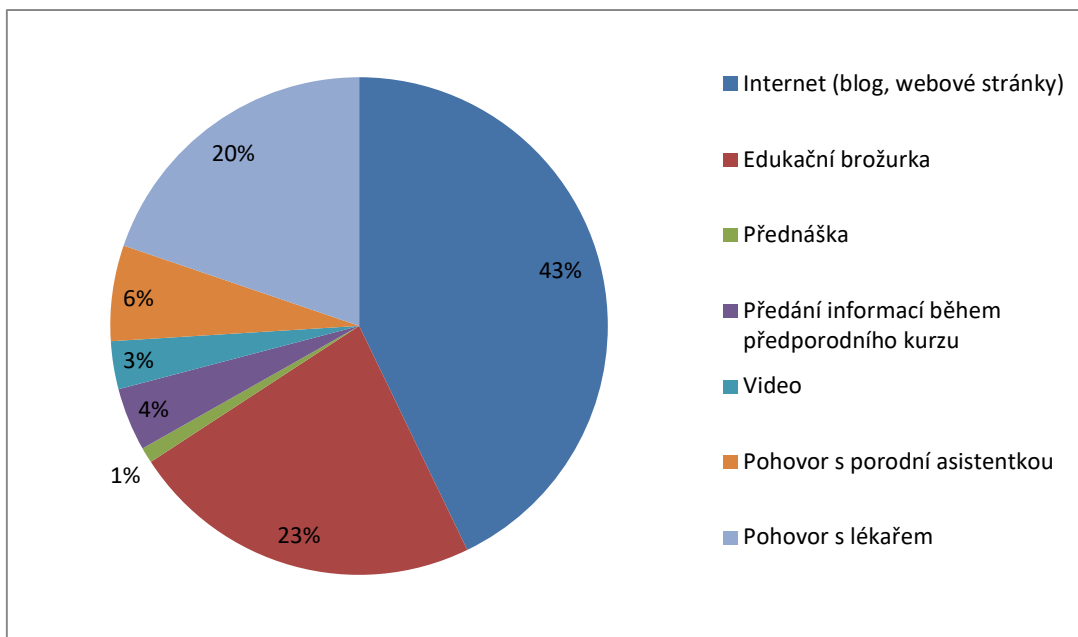


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 13 je patrné, že 18 (19%) žen z 96 žen by preferovalo dostávat informace o výživě před těhotenstvím, 23 (24%) žen by preferovalo dostávat informace o výživě v I. trimestru těhotenství, 17 (17,5%) žen by preferovalo získat informace o výživě v každém období zvlášť, 17 (17,5%) žen by preferovalo získat všechny informace o výživě najednou na začátku těhotenství, 19 (20%) žen nechce dostávat žádné informace o výživě v těhotenství a 2 (2%) ženy neví, jakou formou by preferovaly získávat informace o výživě.

Otázka č. 15- **Jakou formu přenosu informací o výživě v těhotenství byste preferovala?**

Graf č. 14- **Formy přenosu informací těhotným ženám v těhotenství**

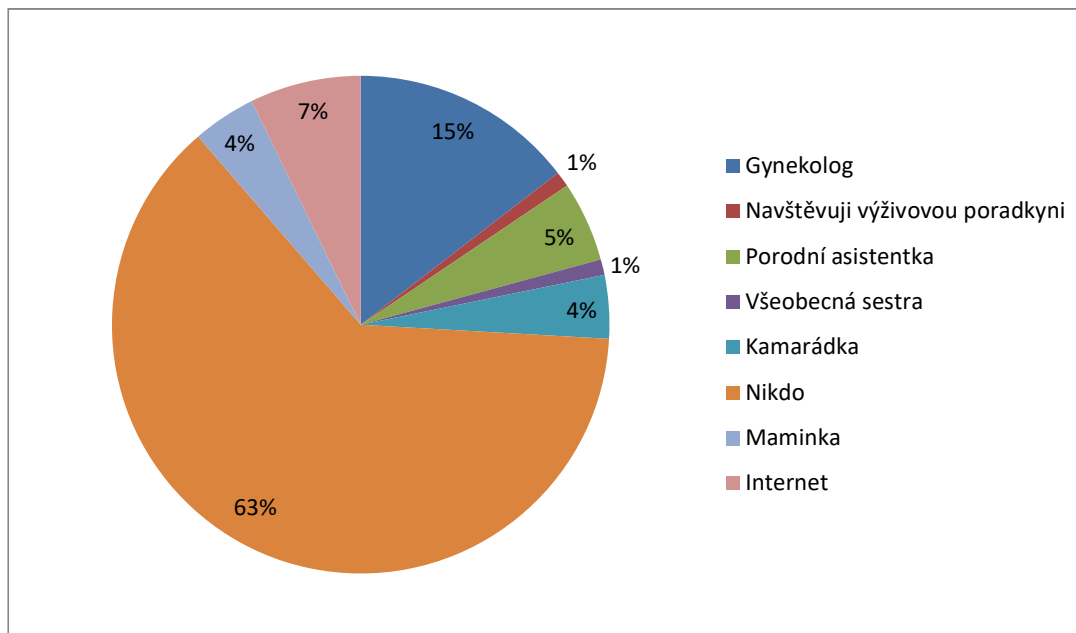


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 14 je patrné že 41 (43%) žen z 96 žen by preferovalo dostávat informace o výživě formou internetu (blogu nebo webové stránky), 22 (23%) žen by preferovalo dostávat informace o výživě formou edukační brožurky, 1 (1%) žena by preferovala dostávat informace o výživě v těhotenství formou přednášky, 4 (4%) ženy by preferovaly získání informací předáním informací během předporodního kurzu, 3 (3%) ženy by preferovaly získání informací formou videa, 6 (6%) žen by preferovalo získání informací o výživě v těhotenství pohovorem s porodní asistentkou a 19 (20%) žen by preferovalo získání informací o výživě formou pohovoru s lékařem.

Otázka č. 16- Předával Vám někdo doposud informace o výživě?

Graf č. 15- Kdo předával těhotným ženám informace o výživě v těhotenství



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 15 je patrné, že 14 (15%) z 96 žen informoval v těhotenství o výživě gynekolog, 1 (1%) žena navštěvovala výživovou poradkyni, která jí informace o výživě předávala, 5 (5%) žen bylo informováno o výživě porodní asistentkou, 1 (1%) žena byla informovaná o výživě všeobecnou sestrou, 4 (4%) ženy informovala o výživě v těhotenství kamarádka, 4 (4%) ženy informovala o výživě v těhotenství jejich maminka, 7 (7%) žen si našlo informace o výživě v těhotenství na internetu a 60 (63%) žen o výživě v těhotenství nikdo neinformoval.

Cíl 4: Zmapovat potíže, kterými trpí ženy v těhotenství.

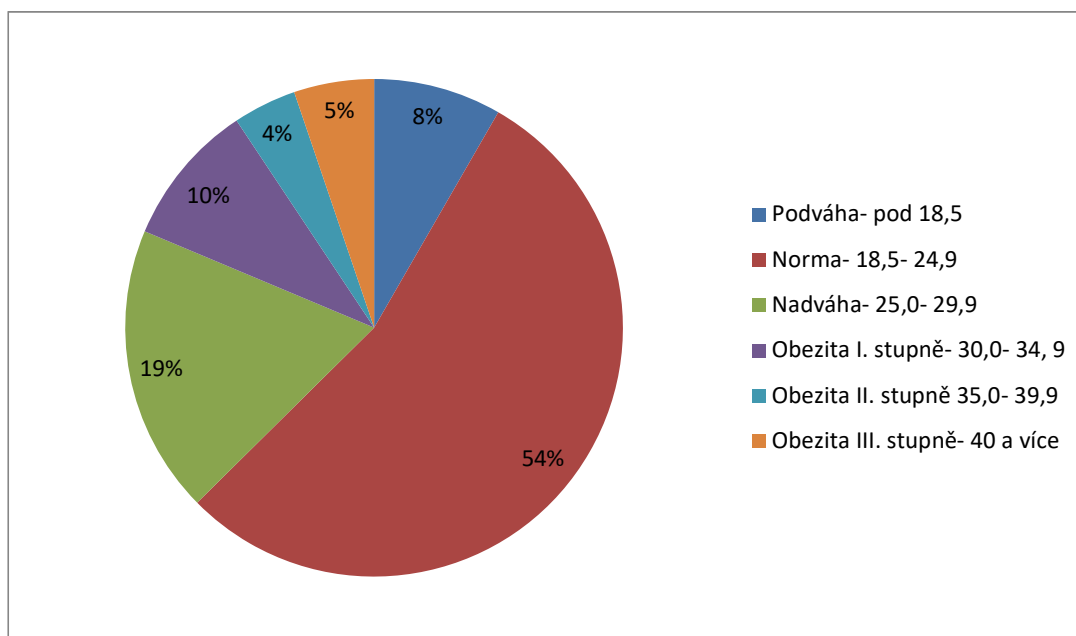
Trpí těhotné ženy nějakými obtížemi? Jak tyto obtíže řeší v rámci výživy?

Otázka č. 3- **Kolik měříte?**

Otázka č. 5- **Kolik jste vážila, než jste otěhotněla?**

Odpovědi z otázek č. 3 a 5 byly použity na výpočet BMI (Body Mass Index)= váha v kg/ (výška v m)².

Graf č. 16- BMI se kterým vstupovaly ženy do těhotenství



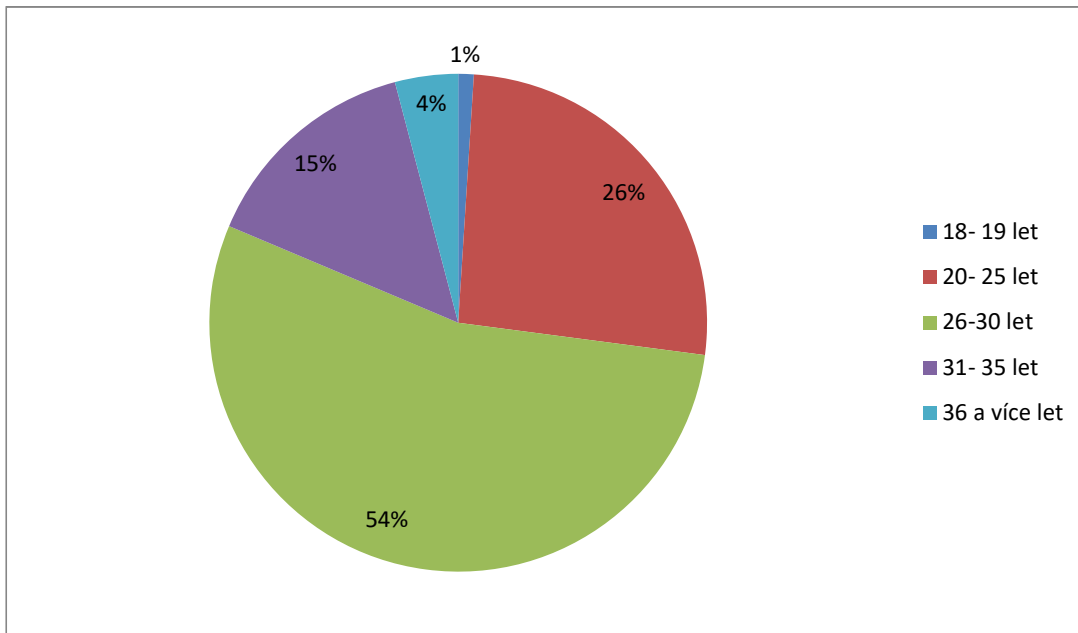
Zdroj: vlastní

Zdroj informací BMI (Kejvalová, 2012, s. 17)

Z grafu č. 16 je patrné, že 8 (8%) žen z 96 žen vstupovalo do gravidity s podvážkou, 52 (54%) žen vstupovalo do gravidity s BMI v normě, 18 (19%) žen vstupovalo do těhotenství s nadváhou, 9 (10%) žen vstupovalo do těhotenství s obezitou I. stupně, 4 (4%) ženy vstupovaly do těhotenství s obezitou II. stupně a 5 (5%) žen vstupovalo do těhotenství s obezitou III. stupně.

Otázka č. 4- Kolik Vám je let?

Graf č. 17- Věk žen

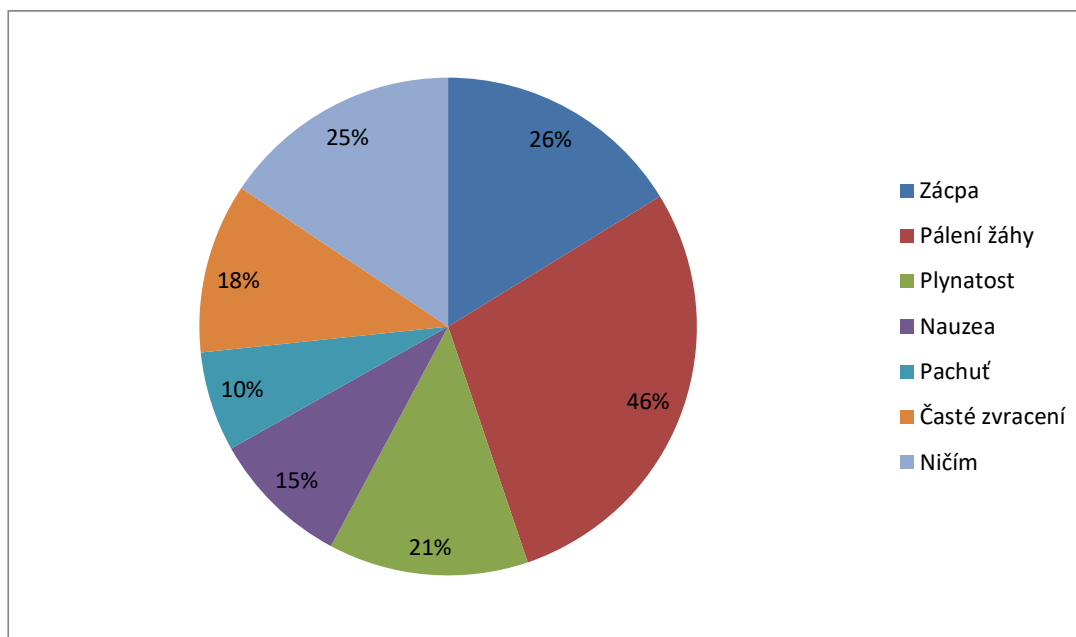


Zdroj: vlastní

Z 96 žen je 1 (1%) žena ve věku 18-19 let, 25 (26%) žen ve věku 20- 25 let, 52 (54%) žen ve věku 26- 30 let, 14 (15%) žen ve věku 31- 35 let a 4 (4%) ženy jsou ve věku 36 a více let.

Otázka č. 7- **Trpíte v těhotenství nějakými obtížemi? Jak je řešíte v rámci výživy?**

Graf č. 18- Obtíže těhotných žen



Zdroj: vlastní

Těhotné ženy mohly odpovědět více odpovědí. 25 (26%) žen v těhotenství trpí zácpou, 44 (46%) těhotných žen trpí pálením žáhy, 20 (21%) žen trpí v těhotenství plynatostí, 14 (15%) těhotných trpí nauzeou, 10 (10%) žen v těhotenství trpí pachutí, 17 (18%) žen v těhotenství trpí častým zvracením a 24 (25%) těhotných žen nemá žádné obtíže.

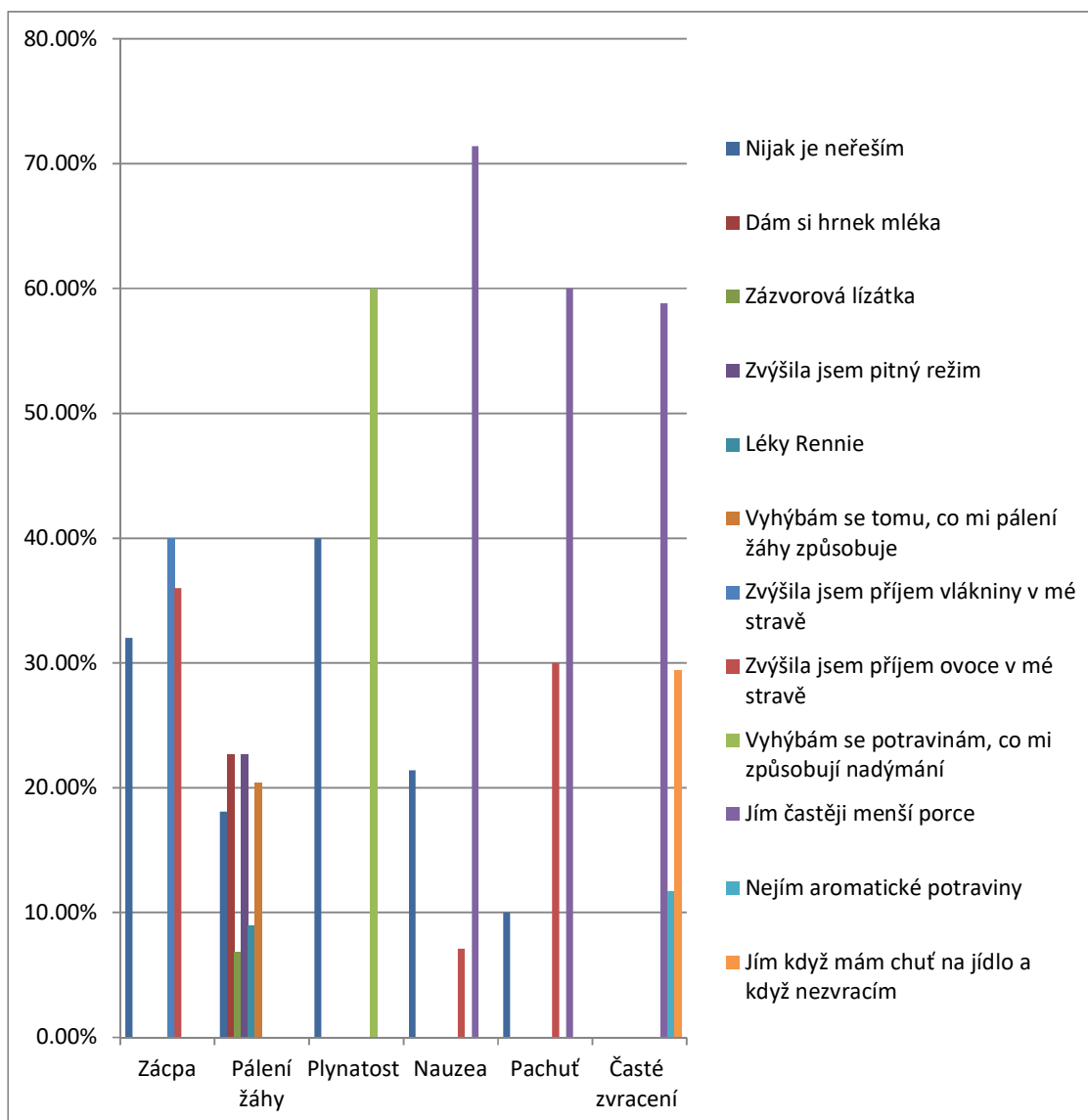
Tabulka č. 6- Přehled nejčastějších obtíží v souvislosti s nedostatkem určitých složek potravy

| Obtíže | Nedostatek mléka | Nedostatek luštěnin | Nedostatek ovoce |
|-------------|------------------|---------------------|------------------|
| Pálení žáhy | 14 (32%) | 20 (45%) | - |
| Zácpa | - | 9 (36%) | 44% |
| Plynatost | - | 10 (50%) | - |

Zdroj: vlastní

11 (44%) žen z 25 žen, které trpí zácpou má nedostatek ovoce ve stravě a 9 (36%) žen má nedostatek luštěnin. 14 (32%) žen ze 44 žen, které trpí pálením žáhy, mají nedostatek mléka ve své stravě a 20 (45%) žen má nedostatek luštěnin. 10 (50%) žen z 20 žen, které trpí plynatostí má nedostatek luštěnin ve své stravě.

Graf č. 19- Jak řeší těhotné ženy jednotlivé obtíže v rámci výživy



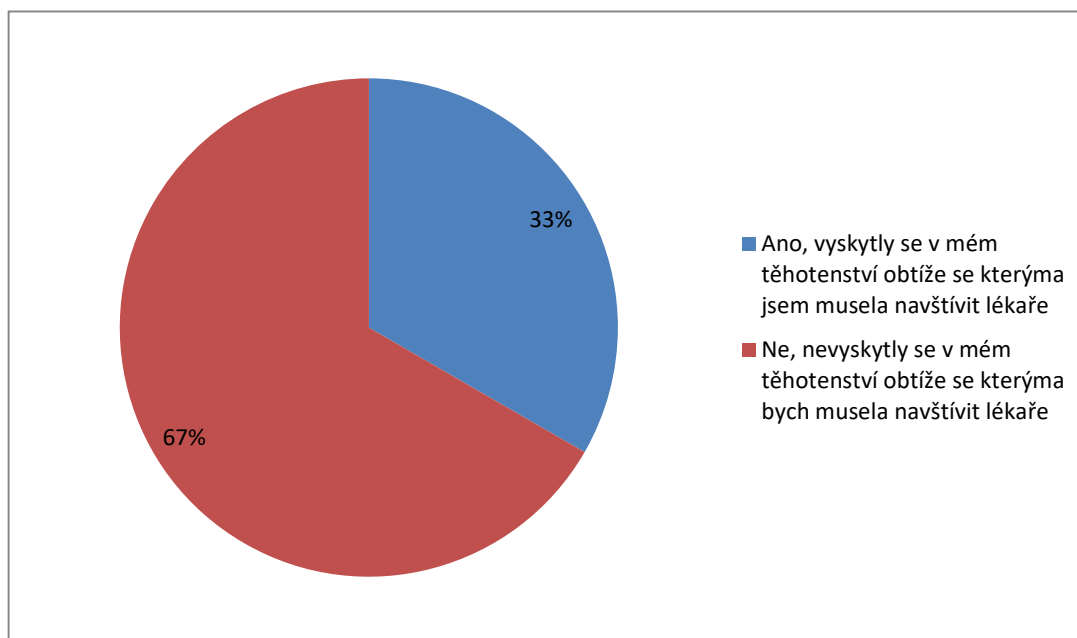
Zdroj: vlastní

Z grafu č. 19 je patrné, že 8 (32%) z 25 žen, které trpí zácpou, zácpu nijak neřeší, 10 (40%) žen trpících zácpou zvýšilo příjem vlákniny ve své stravě a 9 (36%) žen trpících zácpou zvýšilo příjem ovoce ve své stravě. 8 (18%) ze 44 těhotných žen trpících pálením žáhy tuhle obtíž nijak neřeší, 10 (23%) žen si na pálení žáhy dá hrnek mléka, 3 (7%) ženy na pálení žáhy používají zázvorová lízátka, 10 (23%) žen trpících pálením žáhy zvýšilo pitný režim, 4 (9%) ženy používají na pálení žáhy léky Rennie a 9 (20%) žen se vyhýbá potravinám, které jim způsobují pálení žáhy. 8 (40%) těhotných žen z 20, které trpí plynatostí, tento problém nijak neřeší a 12 (60%) žen, které trpí plynatostí, se vyhýbá

nadýmavým potravinám. 3 (21,5%) těhotné ženy ze 14, které trpí nauzeou, tuto obtíž nijak neřeší, 10 (71,5%) žen nauzeu řeší tím, že jí častěji menší porce a 1 (7%) žena trpící nauzeou do svého jídelníčku přidala více ovoce. 1 (10%) z 10 těhotných žen trpících pachutí tuto obtíž nijak neřeší, 6 (60%) žen trpících pachutí jí častěji po malých dávkách a 3 (30%) ženy trpící pachutí do svého jídelníčku zařadily více ovoce. 5 (29%) ze 17 žen trpících zvracením v těhotenství tuhle obtíž řeší tak, že přijímají stravu, pouze když na ní mají chuť a nezvrací, 10 (59%) žen trpících zvracením v těhotenství jí častěji po malých dávkách a 2 (12%) ženy řeší zvracení v těhotenství tak, že se vyhýbají aromatickým potravinám.

Otázka č. 18- **Vyskytly se u Vás v tomto těhotenství nějaké potíže, se kterými jste musela navštívit lékaře? Pokud ano jaké?**

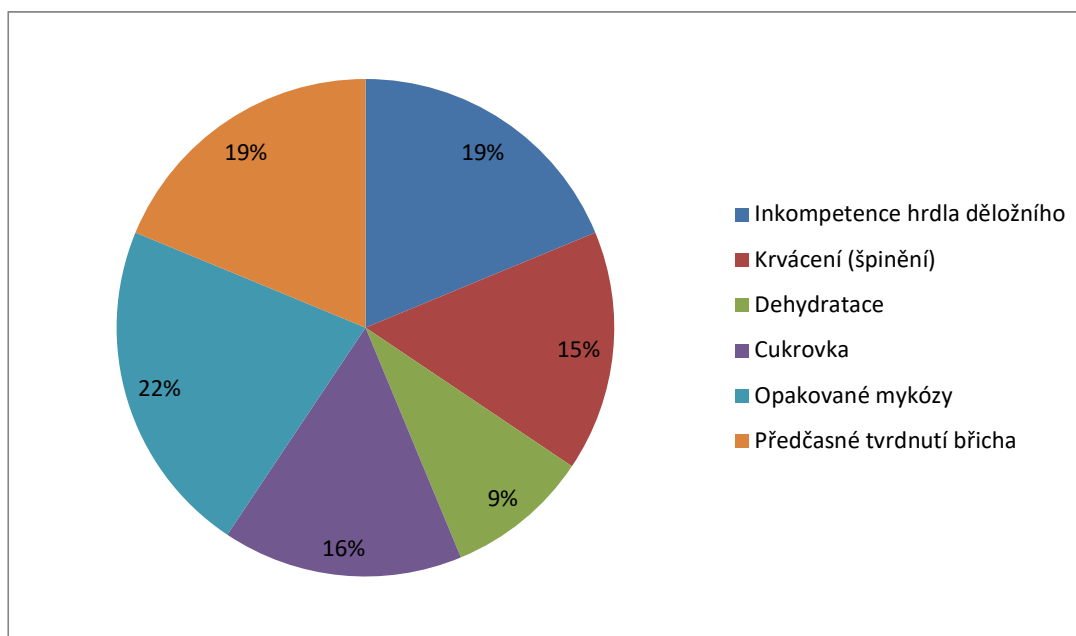
Graf č. 20- Výskyt obtíží u žen v těhotenství, se kterými musely navštívit lékaře



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 20 je patrné že 32 (33%) žen mělo v těhotenství nějaké obtíže, se kterými musely navštívit lékaře a 64 (67%) žen v těhotenství žádné obtíže nemělo.

Graf č. 21- Obtíže, kterými trpěly ženy v těhotenství



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 21 je patrné, že 6 (19%) z 32 těhotných žen v těhotenství navštívilo lékaře s inkompetencí hrdla děložního, 5 (15%) žen v těhotenství krvácelo (špinilo), 3 (9%) těhotné ženy byly dehydratované na základě opakovaného zvracení, 5 (16%) těhotných žen mělo cukrovku, 7(22%) těhotných žen mělo problémy s opakovanými mykózami a 6 (19%) těhotných žen se setkala s předčasným tvrdnutím břicha.

13 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zmapovat stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 2, 6, 9, 11, 12, 17, 19 a 20. Těmito otázkami jsem zjišťovala, v kolikátém jsou ženy týdnů těhotenství (trimestru), jestli se těhotné ženy stravují pravidelně a pokud ne, zda jim jejich pravidelnost stravy vyhovuje. Dále jsem zjišťovala, jaké složky potravy těhotným ženám v nynějším těhotenství ve stravě chybí, kolik tekutin denně vypijí, jaké tekutiny pijí nejčastěji a jestli v těhotenství pravidelně užívají nějaké návykové látky. V otázce č. 19 jsem zjišťovala, jak probíhá konzumace jednotlivých jídel těhotných žen a poté v otázce č. 20 jsem se dotazovala na subjektivní pohled těhotných žen na jejich vlastní stravovací návyky. Všechny odpovědi výše uvedených otázek jsem si rozdělila do jednotlivých trimestrů.

K prvnímu cíli se vztahoval **výzkumný problém**: Jaké jsou stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 6, kde jsem zjišťovala, zdali se těhotné ženy v jednotlivých trimestrech stravují pravidelně. Pomocí otázky č. 6 bylo zjištěno, že těhotným ženám se v pokročilé graviditě zhoršuje pravidelnost stravy, ale nevyhovující nepravidelnost stravy těhotných žen s pokročilou graviditou klesá. Ve všech trimestrech odpověděla většina těhotných žen, že se stravují pravidelně.

Dále jsem tento výzkumný problém ověřila otázkou č. 9, kde jsem zjišťovala, které složky potravy chybí těhotným ženám v jednotlivých trimestrech. Pomocí této otázky jsem se dozvěděla, že s postupující graviditou roste pestrost stravy, ale snižuje se konzumace masa.

Také jsem tento výzkumný problém ověřila otázkou č. 11 a 12, kde jsem se dozvěděla, že většina těhotných žen dodržuje pravidelný pitný režim a nejvíce žen pije v těhotenství pitnou vodu z kohoutku.

Dále jsem tento výzkumný problém ověřila otázkou č. 17 a 19, kde jsem pomocí otázky č. 17 zjistila, že většina žen nepožívá žádné návykové látky v těhotenství a pokud ano, tak je návykovou látkou nejčastěji kofein. Také jsem se pomocí otázky č. 19 dozvěděla, že většina žen se v těhotenství stravuje v klidu.

Poté jsem tento výzkumný problém ověřila otázkou č. 20, kde jsem se respondentů dotazovala na jejich subjektivní pocit, týkající se stravovacích návyků. Většina žen odpověděla, že se stravují celkem dobře, ale jejich strava by se dala zlepšit.

Cíl 2: Zmapovat stravovací návyky žen před otěhotněním a v době těhotenství.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 8 a 10. V otázce č. 8 jsem zjišťovala, jestli se liší strava těhotných žen oproti stravě, když těhotné nebyly a v otázce č. 10 jsem zjišťovala, jestliže ženám v těhotenství nějaké složky chyběly, jestli jim chyběly již před otěhotněním nebo až během těhotenství.

K tomuto cíli se vztahoval **výzkumný problém**: Změnily se stravovací návyky žen v těhotenství oproti stravovacím návykům, když těhotné nebyly?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 8, kde jsem zjišťovala, zdali se lišila strava těhotných žen v těhotenství oproti stravě, když těhotné nebyly a čím se lišila. Ženy mohly odpovědět více odpovědí v této otázce. Většina žen odpověděla, že se stravuje v těhotenství jinak, oproti stravě když těhotné nebyly. Většina těhotných žen navýšila energetický příjem ve své stravě.

Dále jsem tento výzkumný problém ověřila otázkou č. 10, kde jsem zjišťovala, zdali těhotným ženám nějaké složky potravy chybí, jestli jim chyběly již před otěhotněním nebo až v těhotenství. Nejvíce žen odpovědělo, že jim v těhotenství ve stravě nic nechybí. Pokud ženám nějaké složky potravy v těhotenství chybí, chyběly jim většinou již před otěhotněním.

Cíl 3: Zjistit informovanost těhotných žen o správné výživě v těhotenství.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 1, 13, 14, 15 a 16. Těmito otázkami jsem zjišťovala, kolikrát již ženy rodily, jestli si těhotné ženy myslí, že mají dostatek informací o výživě v těhotenství a v jakém období by preferovaly předání základních informací o výživě v graviditě. V otázce č. 15 jsem dělala průzkum, jakou formu přenosu informací o výživě v těhotenství by ženy preferovaly, a v otázce č. 16 jsem zjišťovala, jestli těhotným ženám doposud někdo předával nějaké informace o výživě.

K tomuto cíli se vztahoval **výzkumný problém č. 1**: Jakou formou by ženy preferovaly podávání informací o výživě v těhotenství?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 15, kde jsem zjišťovala, jakou formou by těhotné ženy chtěly být o výživě v těhotenství informovány.

Na základě **výzkumného problému č. 1** bylo zjištěno pomocí otázky č. 15, že nejvíce žen by si přálo dostávat informace o výživě v těhotenství internetovou formou v podobě blogu nebo webové stránky.

K tomuto cíli se vztahoval **výzkumný problém č. 2**: V jakém období těhotenství by těhotné ženy preferovaly dostávat informace o výživě?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 14, kde jsem se těhotných žen dotazovala, v jakém období by preferovaly předání informací o výživě v těhotenství.

Na základě **výzkumného problému č. 2** bylo zjištěno pomocí otázky č. 14, že nejvíce žen by preferovalo dostávat informace o výživě na začátku těhotenství (1. trimestr). Uvědomuji si, že tento výsledek není validní, protože odpovídaly ženy v různých trimestrech.

K tomuto cíli se vztahoval také **výzkumný problém č. 3**: Mění se informovanost žen s počtem porodů?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 1 a 13, kde jsem zjišťovala, zdali si těhotné ženy s různým počtem porodů myslí, že mají dostatek informací o výživě.

Na základě **výzkumného problému č. 3** bylo zjištěno pomocí otázky č. 1 a 13, že s přibývajícím počtem porodů roste informovanost těhotných žen o výživě. Většina žen, které ještě nerodily, si myslí, že nemají dostatek informací o výživě.

K tomuto cíli se vztahoval také **výzkumný problém č. 4**: Mění se informovanost v jednotlivých trimestrech?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 13, kde jsem se dotazovala těhotných žen, jestli si myslí, že mají dostatek informací o výživě.

Na základě **výzkumného problému č. 4** bylo zjištěno pomocí otázky č. 13, že informovanost žen v jednotlivých trimestrech se zásadně neliší.

K tomuto cíli se vztahoval také **výzkumný problém č. 5**: Kdo předával těhotným ženám informace o výživě v těhotenství?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 16, kde jsem zjišťovala, zda těhotné ženy někdo edukoval o výživě.

Na základě **výzkumného problému č. 5** bylo zjištěno pomocí otázky č. 16, že většinu žen o výživě v těhotenství nikdo needukoval.

Cíl 4: Zmapovat potíže, kterými trpí ženy v těhotenství.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 7 a 18. Těmito otázkami jsem zjišťovala, kolik těhotné ženy měří a kolik vážily, než otěhotněly, z čehož jsem poté vypočítala BMI, se kterým vstupovaly do gravidity. V otázce č. 4. jsem se dotazovala, kolik je ženám let, v otázce č. 7 jsem pátrala, jestli ženy mají v těhotenství nějaké obtíže, popřípadě jak je řeší v rámci výživy a v otázce č. 18 jsem zjišťovala, zdali ženy v těhotenství trpěly nějakými obtížemi, se kterými musely navštívit lékaře popřípadě s jakými a jestli tyto obtíže mají nějakou souvislost s nedostatečným příjmem určitých složek potravy.

K tomuto cíli se vztahoval **výzkumný problém**: Trpí těhotné ženy nějakými obtížemi? Jak tyto obtíže řeší v rámci výživy?

Tento výzkumný problém jsem si ověřila otázkou č. 3 a 5, kde jsem zjišťovala s jakým BMI ženy vstupovaly do gravidity. Pomocí těchto otázek bylo zjištěno, že 46% žen nevstupovalo do gravidity s ideálním BMI.

Tento výzkumný problém jsem si ověřila také otázkou č. 7, kde jsem zjišťovala, jakými obtížemi těhotné ženy trpí. Pomocí této otázky bylo zjištěno, že mezi nejčastější obtíže těhotných žen patří pálení žáhy, plynatost a zácpa. Pálení žáhy řeší ženy nejčastěji mlékem, zvýšeným příjmem tekutin a vynecháním potravin, které způsobují pálení žáhy. Zácpu řeší navýšením vlákniny a ovoce ve stravě, plynatost řeší zvýšeným příjmem ovoce a vynecháním potravin, které způsobují nadýmání. Poté jsem dala do souvislosti obtíže těhotných žen s nedostatkem určitých složek potravy, kde mi pomocí mého výzkumu vyšlo, že nedostatek určitých složek potravy, může úzce souviset se vzniklými obtížemi v těhotenství.

Dále jsem tento výzkumný problém ověřila otázkou č. 18, kde jsem se dotazovala těhotných žen, zda se jim vyskytly v těhotenství nějaké obtíže, se kterými by musely

navštívit lékaře. Bylo zjištěno, že většina žen žádné obtíže, se kterými by musela navštívit lékaře, neměla.

14 DISKUSE

Ve své bakalářské práci se věnuji stravovacím návykům těhotných žen, informovaností o výživě těhotných žen a obtížemi, kterými trpí ženy v těhotenství. V praktické části jsem provedla šetření pomocí dotazníků.

Mým hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají ženy stravovací návyky v těhotenství a případné souvislosti s výskytem potíží v těhotenství. Zaměřila jsem se na cílovou skupinu žen, které byly v době mého výzkumu těhotné.

Prvním dílčím cílem bylo zmapovat stravovací návyky žen v jednotlivých trimestrech. Můj výzkumný problém zněl, jaké jsou stravovací návyky těhotných žen v jednotlivých trimestrech. Nejen v mém výzkumu, ale také z bakalářské práce Veroniky Pernicové (2009) vyplynulo, že většina žen se v těhotenství stravuje pravidelně.

Dále jsem zjistila, že těhotným ženám se v pokročilé graviditě zhoršuje pravidelnost stravy, ale nepravidelná strava, která těhotným ženám nevyhovuje, s pokročilou graviditou klesá. S pokročilou graviditou roste celková pestrost stravy, ale snížila se konzumace masa. Většina žen v těhotenství hodnotí své stravovací návyky jako celkem dobré, ale daly by se zlepšit.

Dalším dílčím cílem bylo zmapovat stravovací návyky žen před otěhotněním a v době těhotenství. Můj výzkumný problém zněl, jestli se změnila stravovací návyky žen v těhotenství oproti stravovacím návykům, když těhotné nebyly. Nejen v mém výzkumu, ale také Veronika Pernicová (2009) zjistila, že více jak polovina těhotných žen se v těhotenství stravuje jinak, než v období kdy těhotné nebyly. Více jak polovina těhotných žen, navýšila energetický příjem ze stravy v těhotenství. Dále z mého výzkumu vyplynulo, že nejvíce ženám, kterým chybí v těhotenství nějaké složky potravy, jim chyběly již před otěhotněním.

Další stanovený dílčí cíl byl zjistit informovanost těhotných žen o správné výživě v těhotenství. Výzkumný problém zněl, jakou formou by těhotné ženy preferovaly podávání informací o výživě. Na základě mého výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce žen by si přálo dostávat informace o výživě v těhotenství internetovou formou v podobě blogu nebo webové stránky. Dále jsem se zabývala, v jakém období těhotenství by těhotné ženy preferovaly dostávat informace o výživě. Zjistila jsem, že nejvíce žen by preferovalo

dostávat informace o výživě na začátku těhotenství (1. trimestr). Dále jsem zjišťovala, zdali se mění informovanost žen s počtem gravidit. Z mého výzkumu vyšlo, že s přibývajícím počtem porodů roste informovanost těhotných žen o výživě a většina žen, které ještě nerodily, si myslí, že nemají dostatek informací o výživě. Také jsem se zabývala informovaností těhotných žen v jednotlivých trimestrech, kde na základě mého výzkumu bylo zjištěno, že informovanost žen v jednotlivých trimestrech se zásadně neliší. Další výzkumný problém zněl, kdo předával těhotným ženám informace o výživě v těhotenství. Pomocí mého výzkumu bylo zjištěno, že většinu žen o výživě v těhotenství nikdo needukoval. Pouze 5 (5%) žen z 96 žen informovala o výživě v těhotenství porodní asistentka a gynekolog dle mého výzkumu edukoval pouze 14 (15%) těhotných žen z 96 žen. Oproti tomu dle bakalářské práce Alžběty Slámové (2011), bylo zjištěno, že gynekolog informoval o výživě v těhotenství 20 (33,3%) žen z 60 žen. Tento procentuální rozdíl může být způsobený tím, že výzkum Alžběty Slámové (2011) probíhal v čekárně prenatální poradny gynekologicko- porodnické kliniky FN v Motole, kde je větší pravděpodobnost přítomnosti gynekologů účastnících se seminářů o výživě. Oproti tomu můj výzkum probíhal především v malém městě, kde není taková možnost návštěvnosti kurzů a seminářů týkajících se výživy, a proto gynekologové z maloměsta nemusí mít tolik informací o výživě oproti gynekologům z Prahy.

Mým posledním cílem bylo zmapovat potíže, kterými těhotné ženy trpí. Výzkumný problém zněl, zdali těhotné ženy trpí nějakými obtížemi, popřípadě jak je řeší v rámci výživy. Na základě mého výzkumného šetření bylo zjištěno, že 46% žen nevstupovalo do gravidity s ideálním BMI, tyto ženy do gravidity vstupovaly nejčastěji s nadváhou a obezitou. Poté z mého výzkumu vyšlo, že nejčastěji ženy trpí v těhotenství pálením žáhy a dalšími častými problémy jsou zácpa a plynatost. Pálení žáhy tlumí ženy nejčastěji mlékem, zvýšeným příjmem tekutin a vynecháním potravin, které způsobují pálení žáhy. Zácpě předchází navýšením vlákniny a ovoce ve stravě, plynatost řeší zvýšeným příjmem ovoce a vynecháním potravin, které způsobují nadýmání. Poté jsem dala do souvislosti obtíže těhotných žen s nedostatkem určitých složek potravy. Dle mého názoru ženy s nedostatečným příjmem ovoce, tedy nedostatečným příjmem vlákniny, mohou mít větší sklony k zácpě. Domnívám se, že nedostatek luštěnin a mléka s pálením žáhy nemá výraznou souvislost, stejně tak jako nedostatek luštěnin nemá výrazný vliv na plynatost a zácpu. Tyto trendy mohou být způsobeny obecným nedostatkem luštěnin v jídelníčku těhotných žen.

Všeobecná doporučení pro praxi vytvořené na základě výsledků získaných z praktické části:

- Rozvinout informovanost žen o výživě v těhotenství.
- Zvýšit možnost zdrojů o výživě pomocí webových stránek (blogu).
- Věnovat se předávání informací o výživě v těhotenství především v I. trimestru.
- Dbát na kvalitní a pečlivé předávání informací především ženám, které ještě nerodily.
- Prosazovat důležitost prekoncepční stravy.
- Podpořit ženy v pravidelné konzumaci důležitých složek potravy.

15 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem- *Vliv výživy na průběh těhotenství*. Z mého výzkumu vyplynulo, že těhotným ženám se v pokročilé graviditě zhoršuje pravidelnost stravy, ale nevyhovující nepravidelnost stravy těhotných žen s pokročilou graviditou klesá. Také z mého výzkumu plyne, že s přibývajícím počtem porodů roste informovanost těhotných žen o výživě a většina žen, které ještě nerodily, si myslí, že nemají dostatek informací o výživě. Dále jsem se z výzkumu dozvěděla, že většinu žen o výživě v těhotenství nikdo needukoval a také z výzkumu vyplynulo, že nedostatek určitých složek potravy může úzce souviset se vzniklými těhotenskými obtížemi. Na základě získaných informací z mého výzkumu, je důležité podotknout, aby si všichni zdravotníci, ale především i maminky či budoucí matky, uvědomili důležitost pestré a vyvážené stravy v těhotenství a v České republice se edukace těhotných žen podpořila.

V praktické části mým hlavním cílem bylo zjistit, jaké stravovací návyky mají ženy v těhotenství a případné souvislosti s výskytem obtíží v těhotenství. K získání potřebných informací jsem zvolila kvantitativní výzkum, na základě něhož jsem si sestavila dotazník, který jsem rozeslala a rozdala těhotným ženám. Také jsem si stanovila dílčí cíle a výzkumné otázky, na které jsem našla odpověď pomocí mého dotazníkového šetření.

S výsledky mé bakalářské práce jsem převážně spokojena, protože jsem získala přehled o výživě, obtížích a informovanosti těhotných žen. Nedá se říct, že bych byla spokojená s informacemi, které jsem se pomocí dotazníkového šetření dozvěděla, naopak některé mě zklamaly. Mrzí mě podceňování edukace o výživě v těhotenství, přičemž jsem se také dozvěděla, že vícerodičky mají více informací než prvorodičky a proto bychom se jim měli více věnovat.

Po studiu na Západočeské univerzitě v Plzni, bych se chtěla věnovat oboru porodní asistentka a pracovat na porodním sále, kde budu mít dostatek času na péči o ženy. Také plánuji absolvovat nějaký kurz či seminář na téma výživy těhotných žen.

Doufám, že má bakalářská práce nebude přínosem jen mě samotné, ale také ostatním ženám. Také budu velice ráda, když se do budoucna zrealizuje co nejvíce mých doporučení pro praxi. Na základě mého výzkumu vyšlo, že by si nejvíce žen přálo dostávat informace o výživě formou blogu či webové stránky, a proto jsem se rozhodla splnit některé doporučení pro praxi hned a vytvořit maminkám blog (dostupný z: <https://vyziva-v->

tehotenstvi.webnode.cz/) z mého pohledu s nejdůležitějšími informacemi, co se výživy v těhotenství týče. Tento blog je zveřejněn na facebookové stránce ve skupině, kde jsem dělala dotazníkové šetření, dále ho ode mne obdržely ženy, které vyplnily můj dotazník, a také ho zveřejním v gynekologické ordinaci v Třeboni, kde výzkum probíhal. Informace, které jsem získala pomocí dotazníkového šetření, budou k dispozici maminkám, které o ně mají zájem.

16 SEZNAM LITERATURY

1. **LAUE, Brigit.** *Těhotenství*. 1.vyd. Praha: Jan Vašut s.r.o, 2018. 160 s. ISBN 978-80-7236-993-5.
2. **HRONEK, Miloslav a Hana BAREŠOVÁ.** *Strava těhotných a kojících*. 1.vyd. Praha: Forsapi, s.r.o, 2012. 151 s. ISBN 978-80-87250-20-4.
3. **PAŘÍZEK, Antonín.** *Těhotenství*. 5.vyd. Praha: Galén, spol. s. r. o, 2015. 480 s. ISBN 978-80-7492-214-5.
4. **MACKONOCHE, Alison a Sara LEWIS.** *Těhotenství výživa a péče o miminko*. 1. vyd. Praha 3: Svojtka & Co. s. r. o, 2009. 511 s. ISBN 978-80-2560-155-6.
5. **WEISSOVÁ, Robin Elise a Marcello PIETRANTONI.** *Těhotenství krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Fortuna libri, 2010. 320 s. ISBN 978-80-7321-518-7.
6. **KEJVALOVÁ, MUDr. Lenka.** *Výživa dětí od A do Z*. 2. vyd. Praha 3: Vyšehrad, 2012. 160 s. ISBN 978-80-7429-256-9.
7. **SWYNNEYOVÁ, Bridget a Tracey ANDERSONOVÁ.** *Výživa v těhotenství*. 2. vyd. Český Těšín: FINIDR s.r.o, 2011. 400 s. ISBN 978-80-7309-874-2.
8. **GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ.** *Čekáme dítě*. 2.vyd. Havlíčkův Brod: GradaPublishing, 2013.373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
9. **GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ.** *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: GradaPublishing, 2011. 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
10. **KUSHI, Michio a Aveline KUSHI.** *Makrobiotické těhotenství a péče o novorozence*. 1. Vyd. Praha 10: TRITON, 2014. 387 s. ISBN 978-80-7387-758-3.
11. **PAŘÍZEK, Antonín.** *Knihy o těhotenství a dítěti*. 4.vyd. Praha 5: Galén, 2009. 561 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
12. **FEYEREISL, Jaroslav a Petr KŘEPELKA.** *Naše dítě než se narodí až se narodí*. 1. Vyd. Praha 3: OTTOVO NAKLADATELSTVÍ, 2015. 528 s. ISBN 978-80-7451-456-2.
13. **FENWICKOVÁ, Elizabeth.** *Velká kniha o matce a dítěti*. 14.vyd. Praha 5: Euromedia Group, k. s. - Ikar, 2012. 264 s. ISBN 978-80-249-1913-3.
14. **PAŘÍZEK, Antonín.** *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha 5: Galén, 2012. 285 s. ISBN 978-80-7262-949-7.
15. **MÜLLEROVÁ, Dana.** *Výživa těhotných a kojících žen*. 1. vyd. Praha 4: Mladá fronta, 2004. 124 s. ISBN 80-204-1023-6.

16. **KOHOUTOVÁ, Marie.** Výživa při potížích v těhotenství 2. *Angis revue.* 2018, roč. 11, září-říjen, ISSN2464-5435. Dostupné také z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/247>.
17. **KOHUTOVÁ, Marie.** Výživa při potížích v těhotenství. *Angis revue.* 2018, roč. 11, červen-srpen, s. 38-39. ISSN 2464-5435. Dostupné také z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/240/>.
18. **CALDA, Pavel.** Kofein a těhotenství, nové poznatky. *Abctehotenstvi* [online]. Praha, 2015 [cit. 2019-03-11]. ISSN 1803 - 9588. Dostupné z: https://www.abctehotenstvi.cz/txt/kofein-a-tehotenstvi-nove-poznatky_2.
19. **HRNČÍŘOVÁ, Dana.** Kyselina listová – její význam, biodostupnost a potravinové zdroje. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa.* 2017, roč. 20, č. 3, s. 158-162. ISSN 1211-9326. Dostupné také z: http://www.tigis.cz/images/stories/DMEV/2017/03/DMEV_Clanek_3_2017_Hrncirova.pdf.
20. **SHAHID, RumanazAsma a kolektiv.** Pregnancy and Nutrition. *BangladeshJournalofMedical Science* Vol. 11 No. 04 Oct'12, Dostupné z: <https://www.banglajol.info/index.php/BJMS/article/view/12596>.
21. **VOERMAN, Ellis and collective.** Maternal Caffeine Intake During Pregnancy, Early Growth, and Body Fat Distribution at School Age.et al.Obesity; SilverSpring Vol. 24, Iss. 5, (May 2016): 1170-1177. DOI:10.1002/oby.21466Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1789063687/74AEBEFE0F874DF4PQ/1?accountid=45047>.
22. **NOVOTNÁ, Michael a CALDA, Pavel.** Železo v těhotenství. *ActualGyn* 2016, 8, 48-53. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2016_200.pdf.
23. **PERNICOVÁ, Veronika. 2009.** Specifika výživy těhotných žen. Brno: Masarykova univerzita, 2009. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Martina Martínková.
24. **SLÁMOVÁ, Alžběta. 2011.** Výživa matek v těhotenství- Potřeby, informovanost a možnost ovlivnění. Praha: Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta 2011. Bakalářská práce. Vedoucí práce: MUDr. Eva Kudlová, CSc.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1: Dotazník
- Příloha 2: Rešerše
- Příloha 3: Souhlas organizace
- Příloha 4: Obrázek mé webové stránky

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Vážená maminko,

jmenuji se Kateřina Dvořáková a studuji třetím rokem obor porodní asistentka na Západočeské univerzitě v Plzni. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Tento dotazník mi pomůže zjistit, jaký vliv má výživa Vás maminek na průběh těhotenství. Pokud byste na některou z otázek nechtěla odpovědět, samozřejmě odpovídat nemusíte. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce. Možná je i slovní odpověď. Pro případné otázky či zájem o výsledky tohoto výzkumu, mě můžete kontaktovat pomocí e-mailové adresy: kacka.dvo@seznam.cz. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Kolikrát jste rodila?

2. V kolikátém jste nyní týdnu těhotenství?

3. Kolik měříte?

4. Kolik Vám je let?

5. Kolik jste vážila, než jste otěhotněla?

6. Stravujete se pravidelně? (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře)

a) Ano

b) Ne

- Pokud se nestravujete všemi těmito chody (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře), vyhovuje Vám vaše strava? (Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, pak na tuto otázku neodpovídejte).

a) Ano

b) Ne

7. Trpíte v současném těhotenství na nějakou z těchto obtíží? (Můžete zakroužkovat více odpovědí)

a) Zácpa

b) Pálení žáhy

c) Plynatost

d) Nauzea

e) Pachuť

f) Časté zvracení

g) Ničím

- Jestliže nějakou z těchto obtíží trpíte, jak ji řešíte v rámci výživy?

8. Liší se něčím Vaše strava (vnímáte nějaké rozdíly) v těhotenství oproti stravě, kterou jste měla, když jste těhotná nebyla? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

a) Ano liší

- Vyberte čím:

a) Jím více ovoce a zeleniny

b) Více dodržuji pitný režim, vypiju o 0,5l více

- c) Snažím se jíst častěji, nikoli velké množství najednou
- d) Zvýšila jsem příjem mléčných výrobků (například vypiju hrneček mléka a sním jeden jogurt denně)
- e) Jím pravidelně celozrnné tmavé pečivo (například dva rohlíky denně)
- f) Vyhýbám se syrovému masu, například tatarák
- g) Jím tepelně upravené maso, například drůbeží nebo ryby (alespoň 80g masa denně)
- h) Do svého jídelníčku denně zařazuji obiloviny (celozrnný chléb, těstoviny, rýže)

b) Ne neliší

9. Zaškrtněte složky, které v nynějším těhotenství **CHYBÍ** (vůbec je nejíte) ve Vašem jídelníčku.

- a) Maso (alespoň 80g denně)
- b) Mléčné výrobky (3 porce- např. 200 ml mléka, jogurt a 55g sýra denně)
- c) Luštěniny
- d) Ovoce 2 porce denně (1 porce 100g ovoce)
- e) Zelenina 3 porce denně (1 porce 100g zeleniny)
- f) Jím vše

10. Pokud Vám v nynějším těhotenství ve stravě chybí nějaké složky potravy, chyběly Vám:

- a) Již před otěhotněním
- b) Až během těhotenství
- c) Nedokážu posoudit

11. Kolik vypijete denně tekutin?

12. Jaké tekutiny nejčastěji pijete?

13. Myslíte si, že máte dostatek informací o výživě v těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedokážu posoudit

14. V jakém období byste preferovala předání základních informací o výživě v těhotenství?

- a) Před těhotenstvím
- b) I. trimestr
- c) II. trimestr
- d) III. trimestr
- e) V každém období zvlášť
- f) Na začátku těhotenství všechny informace najednou
- g) Nechci dostávat žádné informace o výživě, dohledám si je sama
- h) Nevím

15. Jakou formu přenosu informací o výživě v těhotenství byste preferovala?

- a) Internet (blog, webové stránky)
- b) Edukační brožurka
- c) Přednáška
- d) Předání informací během předporodního kurzu

- e) Video
- f) Pohovor s porodní asistentkou
- g) Pohovor s lékařem
- h) Jiné uveďte _____

16. Předával Vám někdo doposud informace o výživě?

- a) Gynekolog
- b) Navštěvuji výživovou poradkyni
- c) Porodní asistentka
- d) Všeobecná sestra
- e) Kamarádka
- f) Nikdo
- g) Jiné uveďte _____

17. Požíváte v těhotenství pravidelně (uveďte kolikrát minimálně denně/ týdně) nějaké návykové látky?

- a) Kofein (kávu, Coca-Colu)
Jak často? _____
- b) Cigarety
Kolik? _____
- c) Alkohol
Kolik? Jak často? _____
- d) Nepožívám návykové látky
- e) Nechci odpovídat

18. Vyskytly se u Vás v tomto těhotenství nějaké potíže, se kterými jste musela navštívit lékaře?

a) Ano

Jaké? _____

aa) nechci specifikovat

b) Ne, nevyskytly

19. Jak probíhá Vaše konzumace jednotlivých jídel?

a) Ve stresu

b) V klidu

c) Nepřemýšlím o tom

20. Subjektivně prosím zhodnoťte Vaše stravovací návyky.

a) Myslím si, že mé stravovací návyky jsou v souladu se správnými stravovacími trendy

b) Mé stravovací návyky jsou celkem dobré, ale daly by se zlepšit

c) Myslím si, že mé stravovací návyky jsou špatné a měly by se zlepšit

d) Neumím posoudit

Příloha 2: Rešerše

Vliv výživy na těhotenství

KNIHY

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 1. díl, Těhotenství*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. 481 s. ISBN 978-80-7492-213-8.

Sig. SVK PK: 31B69757-1

umístění ve volném výběru: 618

POKORNÁ, Jitka, SUCHODOLOVÁ, Veronika a PRUŠA, Tomáš. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. 1. vyd. Brno: ERA, 2008. 132 s. Zdravá rodina. ISBN 978-80-7366-136-6.

Sig. SVK PK: 31B29782 (na objednání ze skladu)

MACKONOCHE, Alison a LEWIS, Sara. *Těhotenství, výživa a péče o miminko: [obrazová příručka]*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co., 2009. 511 s. ISBN 978-80-256-0155-6.

Sig. SVK PK: 31B40503

umístění ve volném výběru: 613.95

STRÁNSKÝ, Miroslav a RYŠAVÁ, Lydie. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2., dopl. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. 273 s. ISBN 978-80-7394-478-0. (7.1 – Výživa těhotných)

V SVK PK není

TLÁSKAL, Petr et al. *Výživa a potraviny pro zdraví*. Praha: Společnost pro výživu, z.s., 2016. 101 s. ISBN 978-80-906659-0-3.

Sig. SVK PK: 391A68606

umístění ve volném výběru: 613.2

ČLÁNKY – vyhledávání viz <https://www.medvik.cz/bmc/>

KOHUTOVÁ, Marie. Výživa těhotných a kojících žen. *Angis revue*. 2017, roč. 10, č. 4 (září-říjen), s. 42-43. ISSN 2464-5435. Dostupné také z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/213/>.

KOHUTOVÁ, Marie. Výživa při potížích v těhotenství. *Angis revue*. 2018, roč. 11, červen-srpen, s. 38-39. ISSN 2464-5435. Dostupné také z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/240/>.

HRNČÍŘOVÁ, Dana. Kyselina listová – její význam, biodostupnost a potravinové zdroje. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*. 2017, roč. 20, č. 3, s. 158-162. ISSN 1211-9326. Dostupné také z: http://www.tigis.cz/images/stories/DMEV/2017/03/DMEV_Clanek_3_2017_Hrncirova.pdf.

SAMOHÝL, Martin, ARGALÁŠOVÁ, Ľubica a HIROŠOVÁ, Katarína, et al. Příjem vybraných mikronutrientů v těhotenství. *Gynekolog*. 2017, roč. 26, č. 2, s. 60-66. ISSN 1210-1133.

t. č. jako příručka v čítrně časopisu bez předchozího objednání

ANDERLOVÁ, Kateřina. Vliv výživy během těhotenství na vývoj plodu. *ZN plus*. 2017, roč. 66, č. 14, s. 13-15. ISSN 2533-3968.

t. č. jako příručka v čítrně časopisu bez předchozího objednání

zahraniční články – <https://svkpk.cz/katalogy-databaze/#dbe-zahranicni-tb> – plnotextové databáze EBSCO a ProQuest

<http://www.nusl.cz/> - bakalářské a diplomové práce, např. <http://invenio.nusl.cz/record/364564>

Příloha 3: Souhlas organizace

SOUHLAS ORGANIZACE S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

Vážený pane doktore,
jmenuji se Kateřina Dvořáková a třetím rokem studuji obor Porodní asistentka na Západočeské univerzitě v Plzni. Žádám Vás o svolení k provedení výzkumu v období od 20. 12. 2018- 20. 2. 2019 ve vaší organizaci. S Vaším svolením budou rozdány dotazníky na Vašem pracovišti, které budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Dotazník, který bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován.

Název bakalářské práce: Vliv výživy na těhotenství

STUDENT

Kateřina Dvořáková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: kacka.dvo@seznam.cz

CÍL STUDIE

Cílem výzkumu je zjistit stravovací návyky žen v těhotenství a případné souvislosti s výskytem potíží v těhotenství.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Souhlasím s provedením výzkumu na pracovišti:

Podpis vedoucího organizace:

Datum: 21.12.2018

Podpis studenta:

Datum: 21.12.2018



MediGyn s.r.o. MUDr. Jiří Pecha

Pregnancy food blog



I. trimestr

- > V prvním trimestru nejsou zvýšené nároky na výživu po energetické stránce, ale ženy by měly dbát, aby výživa byla pravidelná a rozmanitá.
- > Důležité je neopomíjet příjem bílkovin, kyseliny listové, omega-3 mastných kyselin a železa.