

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

na téma

Metodologie snižování nadváhy u žen po porodu

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.
Vypracovala: Veronika Šulcová
Studijní obor: Výchova ke zdraví

České Budějovice, duben 2009

**UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA
ČESKÉ BUDĚJOVICE**

**FACULTY OF EDUCATION
DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION**

BACHELOR THESIS

on

Methodology of Overweight Reduction for Women after Childbirth

Supervisor: doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.
Name of the author: Veronika Šulcová
Field of study: Health Education

České Budějovice, April 2009

BIBLIOGRAFICKÁ IDENTIFIKACE

Název bakalářské práce: Metodologie snižování nadváhy u žen po porodu

Jméno a příjmení autora: Veronika Šulcová

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.

Rok obhajoby: 2009

Anotace:

Nadváha či dokonce obezita vzniká u žen nejčastěji v období gravidity. Zvýšení hmotnosti u nich mnohdy přetrvává i dále po porodu. Velmi často již není žena schopna nikdy zredukovat svoji hmotnost na stav před začátkem těhotenství. Nadváha a obezita je pro ženy samozřejmě nepříjemná z kosmetického hlediska, mnohem závažnější jsou ale komplikace, které mohou významně zkracovat délku života. Pokud má tedy žena po porodu nadváhu nebo je dokonce obézní, měla by se snažit svoji hmotnost rozumně redukovat. Správným řešením je příjem vyvážené stravy s přiměřenou energetickou hodnotou v kombinaci s pravidelnou pohybovou aktivitou. Součástí této práce bylo vytvoření tříměsíčního intervenčního programu na bázi jógových technik pro ženy po porodu. Těmto pěti ženám se nenásilnou a příjemnou cestou podařilo zhubnout v průměru 3 kg. Program měl však i další velmi přínosné účinky na všechny oblasti zdraví žen.

Klíčová slova: nadváha a obezita, gravidita, poporodní období, snižování nadváhy, jógové techniky.

BIBLIOGRAPHIC IDENTIFICATION

Title of the thesis: Methodology of Overweight Reduction for Women after Childbirth

Name of the author: Veronika Šulcová

Field of study: Health Education

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia, České Budějovice

Supervisor: doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.

Year of the presentation: 2009

Abstract :

The overweight or even the obesity of women usually begins at the time of pregnancy. It often continues after the childbirth. A lot of women are never not able to reduce their weight to the value before their pregnancy. Overweight and obesity are not only a beauty problem but there are much more serious complications that can shorten the lifetime. Women with overweight or obesity should try to reduce their weight. The good solution is a receiving a balanced diet with a reasonable energy value and regular movement activities. This thesis is based on the creation of three-month yoga programme for women after childbirth. These women managed to reduce the weight of three kilograms on average. This programme also had a good impact on all health of these women.

Keywords: overweight and obesity, pregnancy, postpartum period, overweight reduction, yoga techniques.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Metodologie snižování nadváhy u žen po porodu“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v referenčním seznamu.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní doc. PaedDr. Miladě Krejčí, CSc., za odborné vedení a ochotu pomoci při vypracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem pěti ženám, které se zúčastnily tříměsíčního intervenčního programu a ochotně spolupracovaly.

Konečně děkuji své šestileté dceři a jejímu otci za ohleduplnost a vytvoření ideálních studijních podmínek.

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	NADVÁHA A OBEZITA	11
2. 1	Historie obezity	11
2. 2	Definice otylosti	13
2. 2. 1	Definice obezity podle charakteru rozložení tuku	13
2. 3	Žena a obezita	14
2. 4	Etiopatogeneze obezity u žen	17
2. 4. 1	Základní živiny a jejich vlastnosti	18
2.5	Diagnostika obezity	20
2. 6	Zdravotní rizika obezity u žen	23
2. 7	Metody snižování nadváhy a obezity	25
2. 7. 1	Dietní opatření pro snížení nadváhy	25
2. 7. 2	Pohybová aktivita při snižování nadváhy	27
2. 7. 3	Kognitivně – behaviorální techniky při snižování nadváhy	28
2. 7. 4	Farmakoterapie obezity	30
2. 7. 5	Chirurgická léčba obezity	31
3	OBDOBÍ MATEŘSTVÍ A NADVÁHA	33
3. 1	Vymezení pojmů	33
3. 2	Fyziologické změny organismu v těhotenství	34
3. 3	Výživa v těhotenství	36
3. 4	Změny organismu a psychiky v poporodním období	37
3. 5	Gravidita a obezita a její snižování po porodu	39
4	JÓGA	43
4. 1	Vymezení pojmů	43
4. 2	Hathajóga (tělesná cvičení)	45
4. 3	Účinky jógových cvičení	46
4. 4	Zásady cvičení jógy	48
4. 5	Gravidjóga	48
5	METODOLOGIE	50
5. 1	Cíl práce	50
5. 2	Úkoly práce	50

5.3	Výzkumné otázky	51
5.4	Metodika	51
5.5	Organizace výzkumného šetření	52
5.6	Charakteristika souboru	52
5.7	Charakteristika intervenčního programu	56
6	VÝSLEDKY A DISKUSE	59
6.1	Diskuse k výsledkům u jednotlivých kasuistik	64
6.2	Diskuse k celému výzkumu	65
7	ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	67
8	SEZNAM LITERATURY	68
9	PŘÍLOHY	71
9.1	Příloha č. 1 : Fotografie z realizace intervenčního programu	72
9.2	Příloha č. 2 : Obr. Princip bariatrických operací.....	74
9.3	Příloha č. 3 : Česká potravinová pyramida.....	75
9.4	Příloha č. 4: Intervenční program.....	76
9.5	Příloha č. 5: Podklady pro rozhovor na téma stravovacích návyků.....	110

1 ÚVOD

Téma “Metodologie snižování nadváhy u žen po porodu” jsem si vybrala z více důvodů: Problematika obezity je v dnešní době velmi aktuální. Obezita není zdaleka jen kosmetický problém, je to závažná civilizační choroba, kterou trpí vysoké procento populace. Toto téma je také aktuální z pohledu výchovy ke zdraví, protože jeden ze základních aspektů zdraví je dosažení optimální hmotnosti a její udržení. Právě ženy v období těhotenství a po porodu jsou ohroženou skupinou z hlediska vzniku nadváhy a obezity. A konečně se téma dotýká i mě samotné, jelikož ještě šest let po porodu se potýkám s nadváhou. Podle mého názoru může být tato osobní zkušenost užitečná ve spolupráci s těmito ženami.

Velká prevalence obezity ve vyspělých zemích je způsobena nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie. Pozitivní energetická bilance vzniká na podkladě konzumního a pohodlného postoje k životu. Již malé děti tráví více času u televize či počítače se sáčkem bramborových lupínků než na čerstvém vzduchu se zdravou svačinkou v ruce. V dnešní moderní době žijí lidé uspěchaným ale sedavým způsobem života. Stresují se, spěchají, a proto nechodí pěšky. Jedou tedy autem a v něm opět sedí. Spěchají, a proto si neuvaří plnohodnotné jídlo, raději se najedí na ulici něčeho smaženého z fast – foodu.

Mnoho lidí si neuvědomuje, že je obezita vlastně jedno z nejzákeřnějších onemocnění dnešní doby. Právě na podkladě obezity vzniká většina dalších civilizačních chorob: kardiovaskulární onemocnění (kornatění tepen, infarkt myokardu, angina pectoris, cévní mozková příhoda), metabolická onemocnění (nejznámější je cukrovka 2. typu, která je rizikovým faktorem mnoha dalších chorob). Také mnoho nádorů a nespočet dalších nemocí může vznikat díky obezitě.

Redukce nadváhy a obezity je složitý, dlouhodobý, vlastně celoživotní proces. Ke snížení hmotnosti a udržení váhového úbytku nestačí pouze “nejíst”, ta správná léčba obezity vyžaduje změnit návyky a postoj k jídlu, zvládat chování v rizikových situacích (např. přejídání na podkladě stresu), někdy je třeba dokonce změnit i postoje k životu (odklon od konzumu). Správný postup dále zahrnuje pravidelnou pohybovou aktivitu, psychoterapii (nejčastěji kognitivně – behaviorální metody) a při morbidní obezitě i farmakoterapii popř. chirurgický zákrok. Tyto krajní metody musí být však opět kombinovány se zdravým životním stylem, ten je totiž jediným správným, trvalým a nenahraditelným řešením obezity.

Nadváha či obezita často vzniká v těhotenství a to i u žen, které s hmotností dříve problémy neměly. Pokud se žena stává těhotnou a zároveň má nadváhu, ohrožuje sebe i dítě mnoha potencionálními komplikacemi. U mnoha žen přetrvává nadváha i po porodu a některé se

jí již nikdy nezbaví. Tento stav pak ženám přináší nejen riziko vzniku dalších a závažnějších onemocnění, ale často je vystavuje i jisté psychické nerovnováze, stresu a snížené sebedůvěře.

Výzkumná část této práce byla zaměřená na skupinu pěti žen, u kterých buď přetrvávala nadváha po porodu, nebo nebyly úplně spokojeny se svými tělesnými proporcemi a chtěly je změnit. Pro snížení nadváhy u těchto žen jsem vytvořila tříměsíční intervenční program na bázi jógových technik, který jsme spolu postupně realizovaly. Součástí programu bylo také pravidelné informování o zdravém životním stylu. Jejich věk se pohybuje mezi 21 až 40 lety a po dobu trvání intervenčního programu musely být děti, které ženy porodily, mladší jednoho roku.

Tyto tři měsíce jsem se snažila ženám pomoci se snižování nadváhy a s dosažením pozitivních změn v oblasti jejich psychiky (větší sebedůvěra, spokojenost se svým tělem ...).

2 NADVÁHA A OBEZITA

2. 1 Obezita v historii lidstva

Otylost, která je nejčastějším metabolickým onemocněním dneška, patří k tzv. civilizačním chorobám. Nicméně otylost se neobjevuje až v době moderní civilizace. Doklady o tom, že se obezita u lidí vyskytovala již v éře , před více než 25 tisíci lety, poskytují četné archeologické nálezy z různých míst Evropy. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al.,1997)

Obézní jedinec v této době neměl příliš jednoduchou situaci – pro obezitu nemohl rychle běhat a stával se snadnou kořistí. Ale v určité míře se vyskytovala u těch, kteří měli k obezitě dispozice. Opakovaná krátká období relativní hojnosti (například po úspěšném lovu) a dlouhá období krutého hladovění (zejména v zimních měsících) dávala evoluční výhodu právě těm jedincům, kteří byli schopni z toho mála, co snědli, přeměnit co nejvíce do tukových zásob, a zajistit si tak rezervu pro horší časy.

(WILDOVÁ, 2007, Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web:

http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=7439&s_rub=121&s_sv=1&s_ts=39673,854375)

Z této doby se nachází nálezy sošek Venuše na mnoha místech ve světě. Willendorf v Rakousku, Laussel ve Francii a Věstonice na jižní Moravě jsou místa nálezu sošek Venuší. Sošky obvykle zobrazují gynoidně dysplastickou či abdominální obezitu s mohutným poprsím jako symbol hojnosti a plodnosti. Obezita se vyskytovala ve starověkém Egyptě, a to především u bohatých vrstev. Rozbory kožních řas mumií potvrdily, že někteří faraóni trpěli obezitou. Používání akupunktury v léčbě otylosti má své kořeny ve starověké čínské medicíně. Z ní vycházející čínská medicína poukazuje na to, že přejídání způsobuje choroby a zkracuje život. Ve starém Řecku a Římě je propagován zdravý životní styl. Idolem antiky se stává urostlý atletický typ symbolizovaný Myrónovým Diskobolem. Lékařské autority již v té době poukazují na zdravotní rizika obezity. Hippokrates upozorňuje na to, že náhlá smrt postihuje častěji osoby otlé než ty, které mají přiměřenou hmotnost. Galén jako vůdčí osobnost medicíny ve starém Římě dělí obezitu na přiměřenou a morbidní. (HAINER a kol., 2004)

Středověk se potýká s problémy hladomoru. U vládnoucích aristokratů však hojnost jídla a pití vede k častějšímu výskytu otylosti a dny. Středověcí lékaři se však těmito problémy nezabývají. Výjimkou je osobní lékař Karla IV., mistr Havel ze Strahova, který podává svému vladaři návod na střídou životosprávu.

Od 18. století se objevují nové poznatky a hypotézy o obezitě, které dodnes neztratily na aktuálnosti:

1760 – M. Flemyng poukazuje na sklon k obezitě v rodinách vzhledem k tomu, že ne všichni obézní jsou velkými jedlíky a ne všichni štíhlí jedí střídmě;

1774 – A. Lavoisier definuje zákony termodynamiky, vypracovává metodu kalorimetrie, poukazuje na význam spalování živin a pokládá základy moderního pojetí energetické rovnováhy v organismech;

1793 – T. Beddoes vyslovuje hypotézu, že obezita vzniká v důsledku snížené oxidace tuků;

1836 – A. Quetelet definuje index tělesné hmotnosti;

1850 – T.L. Chambers vypracovává kritéria pro hodnocení nadváhy srovnáním s normou získanou vyšetřením zdravých lidí. Obezitu charakterizuje jako zvýšené ukládání tuku v důsledku pozitivní energetické bilance. Při léčbě obezity doporučuje stravu o nízkém obsahu tuku a procházky;

1864 – W. Banting publikuje „Pojednání o otylosti určené veřejnosti“, v němž popisuje redukční dietu sestavenou na základě rad lékaře W. Harveyho;

1879 – vyroben sacharin jako první náhražka cukru. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

Ve 20. století vzniká množství dietních postupů, jež mají redukovat tělesnou hmotnost a odrážejí trvalou snahu o štíhlou linii. Počátkem minulého století se vlivem pařížských módních tvůrců prosazuje štíhlá linie „bez ňader“, která je ve 20. letech podporována narůstajícím feministickým hnutím. Padesátá léta minulého století dávají přednost oblým tvarům. V r. 1967 se však stává ztělesněním krásy anglická modelka Twiggy, která trpí mentální anorexií. Její antropometrické parametry – váha 41 kg při výšce 170 cm. Podváhu vykazuje většina modelek a královen krásy i v dalších desetiletích minulého století. Až teprve na přelomu tisíciletí se zdá, že se společnost odvrací od vyzábělých modelek a začíná vyznávat přirozenou ženskou krásu. (HAINER a kol., 2004)

Řada diet, které vznikly ve 20. století je vyvážených a odpovídajících požadavkům racionálního redukčního režimu. Mnohé z nich jsou však jednostranné a nevyrovnané co do obsahu základních živin a esenciálních nutričních faktorů. Některé obsahují nepřiměřené množství tuků, jiné neúměrně redukuje příjem sacharidů. Od 60. let se stává nedílnou součástí snižování nadváhy behaviorální intervence jídelních a pohybových návyků, která zlepšuje dlouhodobou prognózu redukčního režimu. Na základě nových poznatků je definována úloha pohybové aktivity v léčbě obezity. Na sklonku 20. století dostávají lékaři do rukou moderní farmaka k léčbě obezity, která příznivě ovlivňují jak redukci nadbytečných zásob, tak i zdravotní rizika provázející obezitu. Převrat v léčbě těžkých stupňů obezity představuje

koncem století moderní chirurgická léčba, již lze docílit nejučinnějšího dlouhodobého úspěchu. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

2.2 Definice otylosti

„Obezita čili otylost je patologické zvýšení tělesné hmotnosti podmíněné nadměrným hromaděním tělesného tuku a doprovázené řadou závažných komplikací.“ (PACOVSKÝ a kol., 1986, s.781)

„Obezita (nadváha) je stav, při kterém dochází k nadměrnému hromadění rezervního tuku v důsledku nerovnoměrného příjmu a výdeje energie.“ (KLENER, 2002, s.25)

„Obezita je multifaktoriální onemocnění, které je výsledkem interakce vnějších faktorů s faktory genetickými.“ (HAINER a kol., 2004, s.109)

„ Obezita je závažné chronické metabolické onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným podílem tuku na tělesném složení se současným vzestupem tělesné hmotnosti nad normální rozmezí. Obezitu je nutno chápat jako nemoc a současně důležitý rizikový faktor podílející se na vzniku řady dalších onemocnění.“ (KUNEŠOVÁ et al., 2005, s.1)

Na základě současných trendů vzestupu prevalence a incidence nadváhy i obezity v celosvětovém měřítku odborníci předpovídají riziko **pandemie obezity** pro 21. století. Obezitu je nutno definovat jako **chronické závažné onemocnění**, podílející se na zhoršení aktuálního zdravotního stavu s negativními dopady na zdraví fyzické i duševní, zhoršování sociální i ekonomické úrovně jednotlivce i celé společnosti. (HLÚBIK, 2002. Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/504.pdf>)

2. 2. 1 Definice obezity podle charakteru rozložení tuku

„Rozložení tuku na těle je dáno umístěním tukové tkáně buď převážně na trupu a v dutině břišní, nebo v oblasti horní části stehen a boků a případně paží.“ (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA 2002, s.74)

Hromadění tuku v uvnitř břicha charakterizuje tzv. *obezitu viscerální* (útrobní) neboli *androidní* (mužského typu). U žen se častěji zmnožuje podkožní tuk, a to zejména na hýždích a stehnech. Pak hovoříme o *obezitě gynoidní* - ženského typu. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

Velmi důležitá je distribuce tukové tkáně. Kardiovaskulární riziko je mnohem větší u androidní obezity, než u gynoidní obezity. Ovšem oba typy se mohou vyskytovat u obou pohlaví, ale výrazně převažuje typ podle pohlaví. Nemoci vyvolané obezitou nejsou

způsobeny tolik množstvím tuku, ale jeho distribucí. Viscerální obezita je spojena i s hypertenzí, hyperfiltrací v ledvinách, zvýšenou zánětlivou odpovědí a abnormalitami tukového metabolismu. Dále jsou častější koronární srdeční onemocnění a diabetes. Gynoidní obezita má vyšší výskyt chorob žlučníku, venózních onemocnění, spondylózy a zácpy. (HOLEČEK, ROKYTA & VLASÁK, 2007)

U velmi těžké obezity (BMI nad 40) však již ženský typ rozložení tuku před metabolickými komplikacemi obezity nechrání a objevují se stejně často jako u mužského typu rozložení tuku. Důvodem je velké množství tuku nejenom na stehnech a bocích, ale i v oblasti trupu a břicha. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA, 2002)

2.3 Žena a obezita

Podle údajů WHO (Světová zdravotnická organizace) v Anglii v letech 1980–1995 zaznamenali vzestup prevalence obezity u žen z 6% na 15%. U francouzských žen v období menopauzy byl pozorován vzestup tělesné hmotnosti v průměru o 12 kg a došlo k vzestupu BMI o 4,6 kg/m. Obdobný vzestup tělesné hmotnosti byl zaznamenán i u žen v Itálii, Anglii a Německu. Ve studii MONICA (MONItoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases) byl prokázán vzestupný trend nárůstu hmotnosti již od věkové kategorie 30 let především u žen.

(HLÚBIK, 2002. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web:

<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/504.pdf>)

Další údaje uvádějí, že je Česká republika na prvním místě ve výskytu nadváhy a obezity v Evropě. Podíl nadváhy činí 30,7 % a obezity 18,3 % ženské populace. Celkem má BMI nad 25 plných 49 % všech žen (rok 2004). Za posledních 10 let podíl skupiny s BMI nad 25 stagnuje kolem zhruba 50 % ženské populace. Je však pozorován výrazný přesun od nadváhy k ještě rizikovější obezitě a přesun ve prospěch mladších věkových kategorií ve fertilním věku. Konsekvence tohoto stavu na fertilitu rozeberu dále. Počet obézních se od začátku devadesátých let zhruba zdvojnásobil.

Zdravotní rizika se vyjadřují zvýšením indexů ukazujících na riziko vzniku některé z chorob, jsou závislá i na době vzniku obezity a nadváhy. S klesajícím věkem vzniku obezity stoupají rizika celkové mortality (úmrtnost) a morbidit (nemocnost). Rizika se uplatňují ve všech orgánových systémech člověka, včetně systému reprodukčního. (SKŘIVÁNEK, 2008)

Obezita s sebou nese mnoho „ženských“ problémů. Často je příčinou nepravidelných menstruačních cyklů a sterility. Již při mírné obezitě s BMI kolem 30 je plodnost snížena téměř třikrát. Způsobuje to např. vysoká hladina inzulínu u obézních a také látky vylučované

tukovou tkání. Optimální plodnost pro otěhotnění je při BMI 21 – 22, podle statistických šetření klesá postupně plodnost při váze nižší i vyšší. Obézní ženy se běžně léčí pro sterilitu. Dostávají – li hormony, stává se, že dále přiberou, a vzniká začarovaný kruh. Naopak je běžné, že během úspěšné redukční kúry žena snadno otěhotní již při úbytku několika kilogramů. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA a kol., 2002)

Riziko komplikací v těhotenství a při porodu:

- riziko mimoděložního těhotenství je 2x vyšší u obézních pacientek,
- výskyt hypertenze a preeklampsie je 4-5x vyšší,
- vyšší je i riziko gestačního diabetu a komplikovaného porodu,
- riziko předčasného porodu je asi 2x vyšší, riziko porodu mrtvého plodu je 3x vyšší, porod bývá delší, riziko porodu císařským řezem je 2-3x vyšší u obézních pacientek,
- častější jsou obecně všechny perinatální komplikace, k perinatálnímu úmrtí dochází 2-4x častěji.

Mezi poporodní komplikace matky patří typicky častější infekce močových cest a zhoršení hojení rány, ať již nástřih váze nebo laparotomie po císařském řezu. Zvýšená rizika pro plod mimo již uvedená ohrožení porodnickými komplikacemi jsou dána častějšími defekty neurální trubice (spina bifida), srdečními vadami, což je zřejmě způsobeno zhoršenou absorpcí folátů u obézních matek.

Inkontinence je komplexním problémem a není jistě jen problémem obézních žen. Mezi rizika patří obecně obezita, resp. zvýšený obvod pasu, konstituce, těžká fyzická práce, dále věk, délka menstruačního cyklu, počet těhotenství a porodů a jejich průběh a komplikace, ale i vzdělání, zdravotní osvěta a další faktory.

Příčinou je především vysoký trvalý nitrobřišní tlak, vysoký trvalý tlak v močovém měchýři, zvýšené trvalé napětí svalů pánevního dna, zvýšené trvalé napětí nervů vnějšího genitálu, které mají mimo jiné i vliv na prokrvení a inervaci měchýře. Alarmující je, že zvýšení BMI o 5 zvyšuje riziko inkontinence o 60-100 %. Obezita je i rizikovým faktorem chirurgického řešení, je u ní 2x vyšší riziko selhání metody. (SKŘIVÁNEK, 2008)

Dříve býval nárůst hmotnosti u žen spojován s podáváním estrogenů při antikoncepci či hormonální substituční léčbě v přechodu. Současně používaná hormonální antikoncepce a substituční léčba obsahuje takové dávky estrogenů, které by neměly potencovat nárůst hmotnosti. V poslední době byla provedena analýza faktorů ovlivňujících štíhlost u čtyřicetiletých žen. Štíhlé ženy měly vyšší vzdělání a lepší socioekonomické postavení. Štíhlé ženy vykazovaly nižší hladiny androgenů, v koncentracích tyreoidálních hormonů a hladině

kortizonu nebyly zjištěny rozdíly mezi štíhlými ženami a ženami s nadváhou. (HAINER a kol., 2004)

Rizikovým obdobím pro nárůst hmotnosti bývá období těhotenství a období po porodu. V těhotenství fyziologicky stoupá hmotnost průměrně o 12,5 kg, z toho připadá na vzestup tukové tkáně matky 3 – 6 kg. K akumulaci tuku u těhotné ženy dochází především v průběhu prvních dvou trimestrů. Tuk nahromaděný během těhotenství představuje energetickou zásobárnu pro dítě v období kojení. V některých studiích je zvažován „ochranný vliv“ kojení s ohledem na poporodní vzestup váhy, resp. neschopnost zredukovat hmotnostní vzestup dosažený během těhotenství. Bezpochyby kojení ovlivňuje energetickou bilanci ženy po porodu. Na druhé straně nárůst váhy v poporodním období zaznamenáváme i u kojících žen. Předpokládá se, že psychosociální faktory a změna životního stylu sehrávají hlavní úlohu ve vzestupu hmotnosti, který pozorujeme jak v poporodním období, tak v přechodu. Psychologové někdy hovoří o „motivačním selhání“ žen v těchto obdobích. Podobně jako u mužů sehrává i u žen při vzestupu váhy úlohu pokles pravidelné pohybové aktivity. Ten zjišťujeme nejen při zanechání sportovní činnosti, při úrazech a onemocněních, zejména při postižení pohybového aparátu, ale i v období těhotenství a v období přechodu. V období menopauzy dochází u většiny žen k vzestupu hmotnosti, který je spojen s redistribucí tuku. Tuk se více ukládá v horních partiích těla a v abdominální oblasti. (HAINER a kol., 2004)

Obezita je nejen problémem doprovázeným čistě zdravotními riziky, ale je příčinou řady psychických potíží, počínaje nižším sebevědomím, frustrací při konfrontaci s vžitým „kultem ideálu krásy“. Někdy dochází k sociální izolaci (anti-fat racism) a v jejím důsledku v dětství a mládí k šikaně ve školách, později zhoršení společenského uplatnění. Problémy mohou vyústit až do depresivních a úzkostných poruch, výjimkou nejsou ani suicidální pokusy, zejména u teenagerů. V mládí mívá žena potíže s navazováním vztahů, zařazením do kolektivu vrstevníků, pracovním uplatněním a nedostatkem sebevědomí. Následují obvykle potíže s vhodnou antikoncepcí, posléze s otěhotněním, gravidita mívá více komplikací, vyžaduje častější hospitalizace, častěji končí císařským řezem, děti mívají čtenější rané komplikace. S věkem se postupně objevují příznaky zdravotních rizik obezity. Mezitím žena prožívá intermitentní frustrace z obvykle neúspěšných pokusů o snížení nadváhy, následujících dalším přibýváním. Bludný kruh bývá završen rozvojem diabetu, cévními komplikacemi a podle statistických dat i předčasným úmrtím ženy. (SKŘIVÁNEK, 2008)

2. 4 Etiopatogeneze obezity u žen

Obezita je charakterizována multifaktoriální etiologií. Obezigenní prostředí hraje podstatnou roli při vzniku a rozvoji nadváhy a obezity. Ke stěžejním faktorům lze zařadit genetickou predispozici, která je většinou polygenního charakteru a na vzniku obezity se podílí až z 50%. **Geneticky podmíněné faktory**, lze rozdělit na oblast související s výběrem, konzumací a metabolismem základních živin, včetně regulace příjmu potravy (pocit hladu, chuťové preference) a na oblast související s regulací výdeje energie zahrnující klidový energetický výdej a výdej během pohybové aktivity. Dlouhodobá **pozitivní energetická bilance** hraje v etiopatogenezi obezity zásadní roli. Jestliže je **energetický příjem** ve srovnání s výdejem vyšší, nadbytečně zkonsumovaná energie je ukládána ve formě triacylglycerolů do tukových buněk s následným vzestupem podílu tělesného tuku. Hlavní složkou výdeje energie je bazální **energetický výdej**, který je závislý na pohlaví, věku, tělesném povrchu a fyziologickém stavu organismu. Součástí celodenního energetického výdeje je také termogenní efekt potravy a výdej energie při aktivním pohybu. Nedílnou součástí etiologie obezity představují **psychologické faktory**. Na vzniku obezity se také podílí **konkrétní sociálně kulturní a ekonomická situace**. (KUNEŠOVÁ et al., 2005)

Obezita vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, když dojde k porušení energetické rovnováhy a energetický příjem převyší energetický výdej.

(energetická bilance = energetický příjem – energetický výdej) (HAINER a kol., 2004)

Celkový příjem energie závisí na skladbě potravy, resp. na obsahu základních živin (sacharidů, tuků, bílkovin), alkoholu a vlákniny. **Energetický příjem** by měl odpovídat energetickému výdeji. Ten závisí na pohlaví (je větší u mužů než u žen), věku (klesá s věkem) a stupni fyzické aktivity. Doporučené denní dávky jsou u nás překračovány o 20 – 25%, takže zvýšený energetický příjem je bezpochyby jedním z významných faktorů, který se podílí na pozitivní energetické bilanci a vysokém výskytu obezity u nás. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

Z hlediska systémového pohledu na obezitu je kladen důraz na **psychosociální faktory**, které mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku obezity a následně ovlivňovat samotný průběh a úspěšnost léčby. Kromě životních událostí a mikrostressorů má značný význam osobnostní profil jedince, sebepojetí, rodinný systém, specifické vývojové období apod. Mezi obézními lidmi jsou ve zvýšené míře popisovány afektivní poruchy, impulzivita, nižší subjektivně vnímaná kvalita života, pocity izolace, diskriminace a ztíženého společenského uplatnění, nižší sociabilita, převažující depresivní prožívání. Tyto psychické problémy a poruchy však mohou být důsledkem nadváhy nebo neúspěchu při její redukci. Odlišnosti jsou u obézních

oproti jedincům s normální hmotností v rovině behaviorální, zejména v jídelním chování. Obézní jedí častěji sladká jídla, mají zvýšenou frekvenci žvýkání, rychleji polykají sousta, jedí při současně jiné činnosti. Obézní neregulují příjem potravy na podkladě endogenních signálů, spíše reagují na zevní stimuly. Obezita zpravidla zvyšuje citlivost na svůj vzhled, typické je narušené prožívání proporcí vlastního těla. Subjektivní vnímání rozměrů těla může být u obézního spojeno s nepříjetím jeho jednotlivých částí nebo těla jako celku nebo nadhodnocování rozměrů těla či jeho partií. Poruchy vnímání tělového schématu mohou způsobovat nejistotu v interpersonálních vztazích, v kvalitě sexuálního života i v profesním vývoji. Tělové schéma a vnější zjev jsou úzce vázány k sebehodnocení a sebezžívání, procesy, které jsou významné pro vnitřní stabilitu a integritu osobnosti člověka.

(HLÚBIK, VOSEČKOVÁ, 2002. Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/551.pdf>)

Z hlediska nových poznatků se jasně ukazuje, že náchylnost k rozvoji obezity je ovlivňována **dědičnými faktory**. Význam dědičnosti byl prokázán u řady faktorů, které mohou ovlivňovat rozvoj otylosti:

- chuťové preference tuků a sladkého,
- klidový energetický výdej,
- postprandiální energetický výdej,
- spontánní pohybová aktivita,
- složení kosterního svalu ve vztahu k charakteru vláken a oxidaci substrátů,
- schopnost spalovat tuky a sacharidy, citlivost k inzulínu,
- nastavení mechanismů regulujících tělesnou hmotnost v hypotalamu.

Podle rozsáhlých studií je index tělesné hmotnosti determinován z 25 – 40% genetickými faktory. Ještě více se však genetické faktory podílejí na určování tělesného složení (množství tuku a aktivní tělesné hmoty) a na určování viscerálního tuku. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

2. 4. 1 Základní živiny a jejich vlastnosti

Tuky jsou sloučeniny glycerolu a mastných kyselin. Mastné kyseliny se dělí na nasycené (obsaženy v živočišných tucích, působí nepříznivě) a nenasycené. Nenasycené se dále dělí na jednoduše nenasycené (monoenoové) a vícenásobně nenasycené (polenoové). Monoenoové mastné kyseliny působí příznivě na zdraví (obsahuje je olivový olej, avokádo a ořechy). Polenoové mastné kyseliny musíme přijímat potravou, protože si je naše tělo neumí vyrobit.

Snížují hladinu cholesterolu v krvi, jsou obsaženy v rostlinných olejích, margarínech a rybím tuku. Energetická hodnota 1 g tuku je 38 kJ. Příjem tuku by měl být 25 – 30% z celkové energie, což představuje asi 80 -100g. Pro snížení hmotnosti je třeba denní příjem energie omezit asi na 5000 kJ , 30% z tohoto množství činí jen 40 g. Průměrný současný člověk ve skutečnosti konzumuje tuky v množství 120 g denně.

Sacharidy tvoří co do poměru jednotlivých živin největší část. Dělí se na jednoduché sacharidy, složité sacharidy a oligosacharidy. Některé jednoduché sacharidy mají sladkou chuť, ty mohou být nazývány cukry. Jedná se o glukózu, fruktózu a galaktózu. Sladkou chuť mají takzvané disacharidy, z nichž nejvýznamnější je sacharóza, čili řepný cukr, méně významné laktóza a maltóza. Příjem řepného cukru je ve všech vyspělých zemích nepřiměřeně vysoký (u nás 40 kg na osobu za rok) v USA ještě vyšší. Vinu na tom mají hlavně slazené nápoje a sladkosti. Jedná se o pouhý návyk, člověk se bez řepného cukru dokáže úplně obejít. Složité sacharidy mají ve výživě nezastupitelné místo. Jejich zdrojem jsou obiloviny, luštěniny, zelenina, ovoce a brambory. Oligosacharidy stojí na pomezí jednoduchých a složitých sacharidů. V moderním potravinářství se vyskytují velmi často (cereálie a mléčné výrobky). Minimální denní příjem sacharidů je 50 g, horní hranicí je 500 g, většina lidí má příjem sacharidů v rozmezí 100-300 g za den. Při nedostatku sacharidů dochází k odbourávání tukových zásob, pokud je příjem sacharidů extrémně nízký dochází i k úbytku svalové hmoty. Nadměrný příjem sacharidů vede k hromadění tukových zásob. Vysokosacharidová strava vede po čase k poruše glukózové tolerance, až vzniku cukrovky. Energetická hodnota 1g sacharidů je 17 kJ.

Bílkoviny (proteiny) jsou pro výživu člověka naprosto nutné a nenahraditelné. Bez nich by nebyla možná stavba těla a obnova tkání ani tvorba bílkovin s určitou funkcí v organismu (enzymy, bílkoviny krevní plazmy, nukleové kyseliny a další). Nejmenší stavební prvky jsou aminokyseliny. Bílkoviny se dělí podle zdroje na živočišné a rostlinné. Energetická hodnota 1g bílkovin je 17 kJ. Optimální příjem činí 1-1,5 g / kg /den. Přebytek bílkovin vede k zatěžování organismu dusíkatými metabolity, které se musí přes ledviny a játra vyloučit. S tím stoupá i riziko dny

Vláknina snižuje energetickou denzitu potravy a navíc díky své bobtnavosti navozuje dilataci horních partií zažívacího traktu a tím navozuje pocit sytosti. Nedostatečný příjem vlákniny u naší populace se může podílet na rozvoji obezity a jejích komplikací.

Alkohol a jeho zvýšená konzumace se může podílet na vzniku obezity a zejména na akumulaci rizikového viscerálního tuku. Alkohol má vysoký energetický obsah (29 kJ/g) a je

bezprostředně po požití oxidován. Oxidace alkoholu vede k potlačení spalování jiných energetických zdrojů a k jejich hromadění. (KUNOVÁ, 2004)

2. 5 Diagnostika obezity

Diagnostiku obezity a nadváhy lze rozdělit na oblast anamnestickou, klinické vyšetření, antropometrické sledování, měření tělesného složení a biochemické vyšetření. Výše uvedená vyšetření jsou základním předpokladem pro stanovení diagnózy obezity a pro stanovení terapeutického postupu. V rámci rodinné anamnézy je vhodné zaměřit pozornost na přítomnost nadváhy a obezity u rodičů a sourozenců či dalších příbuzných. Osobní anamnéza, konkrétně obezitologická část, zjišťuje změny tělesné hmotnosti od narození (včetně porodní hmotnosti) až do doby aktuálního vyšetření se zaměřením na kritická období – předškolní věk, období puberty, stáří, u žen těhotenství a menopauza. (KUNEŠOVÁ et al., 2005)

Většina epidemiologických studií vychází z jednoduchých antropometrických kritérií - tělesné výšky a hmotnosti. Sama tělesná hmotnost je sice velmi užitečným ukazatelem ovšem pro klinickofyziologické hodnocení stavu výživy aj. ne zcela úplným kritériem, poněvadž necharakterizuje blíže tělesné složení, tedy nevyjadřuje poměr tělesného tuku a beztukové tělesné hmoty v těle. (RATH, 1987)

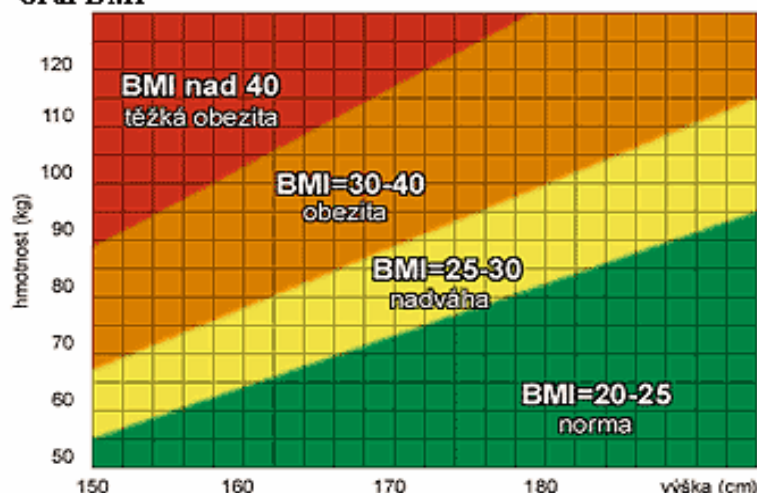
V posledních desetiletích se odborníci shodli na vzorci, který se nazývá index tělesné hmotnosti (body mass index, zkráceně BMI). Jeho výsledek vyjadřuje poměr hmotnosti (v kilogramech) k tělesné výšce (v metrech) umocněné na druhou.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{tělesná výška (m}^2\text{)}}$$

Jestliže je výsledek v rozmezí 18,5 až 25, je to ze zdravotního hlediska normální hodnota. Přesáhne – li hodnotu 25, jedná se o nadváhu, je – li vyšší než 30, mluvíme již o obezitě. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA a kol., 2002)

Tento index definoval v roce 1836 A. Quetelet na základě vyšetřování belgické populace. BMI samozřejmě přesně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty. Při stejném BMI mají ženy větší podíl tuku než muži a starší jedinci než jedinci mladší. U sportovců provozujících silové sporty (vzpěrači, kulturisté) vzestup BMI odráží zmnožení svalové hmoty a nikoli zmnožení tuku. Přes řadu výhrad můžeme na základě BMI určit zdravotní rizika spojená s obezitou. Při BMI 25 – 30 hovoříme o nadváze, která obvykle nepředstavuje vážnější zdravotní rizika. Podle rozsáhlých epidemiologických studií však vzestup BMI nad 27 obvykle vede k určitému nárůstu mortality. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al.,1997)

Graf BMI



Obr. 1 (Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://compex.zdravi-cz.eu/nadvaha-obezita.php>)

Absolutní **hmotnost** stanovíme ne přesné váze, za definovaných podmínek, tj. bez bot, nejlépe ve spodním prádle, při každé kontrole ve stejném denním období, po vyprázdnění močového měchýře, s přesností na 0,1 kg. Z hmotnosti můžeme vypočítat váhově – výškový index. V současné době se nejčastěji používá hmotnostní index (**BMI**). Při daném BMI však obsah tukové tkáně kolísá v širokém rozmezí. Výšku měříme na přesné lékařské míře, s přesností na 0,1 cm.

(HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

Dále existují **metody měření složení těla**, kterými se stanoví obsah tukové tkáně, beztukové tělesné hmoty, vody, kostních minerálů a dalších složek těla. Obezita je dána u žen obsahem tukové tkáně $\geq 30\%$. Tuk a tuková tkáň se skládá z adipocytů, extracelulární tekutiny, cév, nervových zakončení a pojivové tkáně, zatímco tuk je tvořen pouze lipidy v tukové tkáni.

Nejjednodušší metodou k stanovení obsahu tukové tkáně je **antropometrické měření**. **Obvod pasu** je jednoduchý antropometrický ukazatel, který nejlépe koreluje s intraabdominálním obsahem tukové tkáně, ale rovněž s plochou subkutánní abdominální tukové tkáně. Obvod pasu měříme v polovině vzdálenosti mezi spodním okrajem dolního žebra a crista iliaca v horizontální rovině.

Obvod boků měříme ve výši maximálního vyklenutí hýždí v horizontální rovině. Osoba stojí vzřímeně s nohama u sebe, s uvolněnou břišní stěnou, s pažemi podél těla, na konci normálního výdechu, měříme s přesností na 0,5 cm. (HAINER a kol., 2004)

Dále můžeme měřit poměr **pas/boky** a poměr **pas/výška**.

Podrobné vyšetření zahrnuje měření 10 resp. 4 **kožních řas** (dle Pařízkové, 1977, resp. Dle Durnina&Wommersley, 1974). Každá z metod vyžaduje jiný druh **kaliperu**. K orientačnímu vyšetření postačují 2 kožní řasy, a to subkapsulární a nad tricepsem. Jejich poměr se nazývá index centralizace. Hodnocení je možno provádět součtem tloušťky řas nebo regresivními rovnicemi na výpočet procenta tuku z daného součtu řas. Výhodou metody je její nízká cena, nevýhodou pak nutnost erudice vyšetřujícího. (HAINER a kol., 2004)

Jedna z měřicích metod pro měření tuku a vody v těle, vyvinutá vědci z celého světa, se nazývá **bioelektrická impedanční analýza** (bioimpedance). Při této metodě prochází tělem slabé, pro lidské tělo naprosto bezpečné a nepostřehnutelné elektrické proudění. Měření je založeno na skutečnosti, že elektrický proud prochází snadněji tekutinou v našich svalech než tukem. Dnes existují zjednodušené přístroje na měření tuku i do domácností. Jsou založeny na bioelektrické impedanci. Jeden typ přístroje se uchopí ve stoje do rukou, proud projde pouze horní polovinou těla, takže přesnost měření je o něco nižší. Druhou možností jsou váhy na obdobném principu, kde proud naopak prochází dolní polovinou těla. U osob s gynoidním typem obezity mohou tyto váhy s měřením tuku nadhodnocovat až o 10 procent. U těchto typů měření je třeba hlídat standardní podmínky – změřené množství tuku může zkreslit menstruace, ale také nadměrné vypocení, nebo naopak příjem tekutin apod. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA a kol., 2002)

Mezi referenční metody patří **hydrodenzitometrie** neboli podvodní vážení. Obsah tukové tkáně se počítá z hustoty (denzity) těla získané výpočtem z hmotnosti těla na vzduchu při známé denzitě vody při dané teplotě a po odečtení reziduálního plicního objemu a plynu ve střevech. Další referenční metody jsou **zobrazovací**, jako CT, NMR a duální rentgenová absorpciometrie (DEXA), jejichž nevýhodou je nedostatečná dostupnost a vysoká cena. Přesné **stanovení energetického příjmu** bývá u obézních pacientů často velmi problematické. Nejčastěji jsou využívány metody založené na záznamu příjmu potravy (po dobu 3 – 7 dnů). Třídenní záznam zahrnuje 2 dny všední a jeden den víkendu. 7 denní záznam má vyšší výpovědní hodnotu. Alespoň potraviny používané doma by měly být váženy, druh použitého výrobku musí být přesně zaznamenán (např. sýr Lipno 30% 40g, chléb Racio 1 plátek). Záznam vede pacient (klient) po podrobném poučení. Vyhodnocuje se počítačem. Průměrný příjem za den se srovnává s doporučenými denními dávkami pro dané pohlaví, věkovou skupinu a fyzickou aktivitu, případně s doporučenými dávkami při redukční dietě. Informaci o jídelních zvyklostech získáme dotazníkem na jídelní preference, kde jsou zaznamenávány potraviny a skupiny potravin, kterým vyšetřovaná osoba dává přednost (např.

tučné maso, bílé pečivo, ovoce atd.) Zvláštní místo zaujímá dotazník na častost, s jakou je určitá potravina nebo skupina potravin používána. **Celkový energetický výdej** je dán třemi složkami: bazálním energetickým výdejem, postprandiální termogenezí a fyzickou aktivitou. Jeho stanovení je velmi obtížné a vyžaduje mnoho složitých vyšetření (např. přímá a nepřímá kalorimetrie, „dvojitě značená voda“, „značený bikarbonát“ apod.).

(HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

2. 6 Zdravotní rizika obezity u žen

Na rozdíl od nadváhy, která nemusí vždy znamenat zvýšenou zátěž, představuje obezita (BMI >30) riziko pro zdravotní stav hned v několika směrech. Je to věc nepříjemná nejen esteticky, ale i kvůli problémům s oblékáním, větší únavou, zvýšeným pocením, sklonem ke kožním změnám v místech záhybů kůže. Otylost kromě zátěže pohybového ústrojí a zvýšené námahy působí i jinou ještě nebezpečnější cestou. V důsledku zvýšeného množství tukové tkáně dochází ke změnám v látkové přeměně (metabolismu) tuků a cukrů, což vede k onemocnění cév, vysokému krevnímu tlaku, cukrovce. To všechno jsou nemoci, které sice umíme léčit, ale ne vyléčit. Navíc se scházejí u téhož člověka – proto mluvíme o „metabolickém syndromu.“ (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA a kol, 2002)

Závažná obezita významně zkracuje očekávanou délku dožití, to je dokonce obsaženo v jedné z definic. Obézní mají mnohem častěji zvýšený krevní tlak, který, není – li léčen způsobuje srdeční selhávání a mozkovou mrtvici. Cukrovka vzniklá v dospělosti postihuje v nejméně 80 % osoby obézní nebo s nadváhou a s centrálním rozložením tukové tkáně. Přitom cukrovka je u nás nejčastější příčinou oslepnutí a selhání ledvin, následky postižení cév dolních končetin u diabetiků jsou všeobecně známé. Změny ve spektru krevních tuků (hyperlipoproteinemie) mají u obézních za následek častější aterosklerózu cév včetně věnčitých tepen, tedy infarkty a ischemické mozkové příhody. To všechno jsou nemoci spojené s předčasným úmrtím. Pochopitelně jde o riziko – ne každý obézní onemocní, ale pravděpodobnost má vyšší. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA a kol, 2002)

Přehled komplikací obezity

1. Metabolické komplikace : inzulinorezistence – hyperinzulinemie – porucha glukózové tolerance – diabetes mellitus, poruchy metabolismu lipidů, hyperurikémie, zvýšená koncentrace fibrinogenu a PAI-1 (u androidní obezity).

2. Kardiovaskulární komplikace: ischemická choroba srdeční ve všech svých projevech, hypertenze, snížená kontraktilita myokardu – systolicko-diastolická dysfunkce – srdeční selhání, arytmie a náhlá smrt, cévní mozkové příhody, tromboembolická nemoc, varixy.

3. Respirační poruchy : Pikwickův syndrom, syndrom spánkové apnoe.

4. Endokrinní poruchy: hyperandrogenismus , hyperkortizolismus, snížená sekrece růstového hormonu, změněná aktivita sympatoadrenálního systému.

5. Gynekologické komplikace: poruchy menstruačního cyklu a infertilita, zvýšený výskyt karcinomu ovaria, cervixu, dělohy, endometria a prsu , komplikace v těhotenství a při porodu, záněty.

6. Gastrointestinální komplikace : hiátová kýla a gastroesofageální reflux, steatóza jater, cholelitiáza, cholecystitida, pankreatitida.

7. Chirurgické a ortopedické komplikace: horší hojení ran, kýly, úrazy degenerativní onemocnění kloubů a páteře, zejm. gonartróza a coxartróza.

8. Kožní komplikace: ekzémy, mykózy, strie, celulitida, hypertrichóza, hirsutismus.

9. Psychosociální komplikace: společenská diskriminace, deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy. (KALOUSKOVÁ, KUNEŠOVÁ, 2008)

Postižení srdce při obezitě způsobuje jednak častější výskyt ischemické choroby srdeční, zejména ve spojení s dalšími rizikovými faktory (hypertenze, hyperlipoproteinémie, diabetes, jednak kardiomyopatie, jejímž základem je steatóza myokardu spolu s hypertrofií levé srdeční komory. Srdečnímu selhání je věnována zvýšená pozornost zejména proto, že je hlavní příčinou úmrtí osob s morbidní obezitou. Snížení funkce levé komory v závislosti na stupni obezity bylo prokazatelné u obézních osob středního věku i bez známek kardiomyopatie a jiných přidružených onemocnění. (RATH, 1987)

Obezita, **cukrovka**, hypertenze a hyperlipoproteinémie byly již v 80. letech označeny Kaplanem jako tzv. smrtící čtveřice. Tato společně se vyskytující skupina nemocí je hlavní příčinou úmrtí ve všech vyspělých státech, jejich frekvence však významně stoupá i v rozvojových zemích. Základní důsledkem těchto onemocnění a příčinou úmrtí na ně je ateroskleróza. Sledujeme – li výskyt obezity a diabetu ve světě, zjišťujeme, že právě v zemích, kde je nejvíce obézních, je i nejvíce diabetiků 2. typu. Hledá – li se tzv. třetí faktor, tedy něco co s výskytem obou nemocí souvisí, dospívají epidemiologické studie k tomu, že to je především omezení fyzické aktivity a nadměrný příjem jídla. (HAINER a kol., 2004)

Obezita je také jedním z rizikových faktorů pro vznik některých **zhoubných nádorů**. Pokud obézní pacient ještě kouří, tak se rizika vzniku zhoubného nádoru nesčítají, ale násobí! **Nádory trávicího traktu** -patří sem zejména karcinom tlustého střeva. Česká republika ve výskytu tohoto nádoru bohužel zaujímá první místo na světě. Mezi rizikové faktory patří zejména složení stravy – málo vlákniny, která je obsažena zejména v ovoci a zelenině či v

luštěninách, a naopak vysoký přísun tučné a uzené potravy. Dalším z rizikových faktorů je vysoký příjem alkoholu.

Nádory reprodukčních orgánů -jedná se především o zhoubný nádor vaječníků a dělohy. U těchto typů nádorů bylo jasně prokázáno, že obezita je jedním z významných rizikových faktorů, zejména pak u nádorů tzv. endometria (vnitřní části dělohy). Pokud pacientka svou hmotnost zredukuje, riziko vzniku nádoru se snižuje.

Nádory prsu -výskyt zhoubných nádorů prsů je čím dál tím vyšší. I zde je obezita jedním z rizikových faktorů, které pravděpodobnost výskytu zvyšují, především pak pravděpodobnost opakovaného vzniku u pacientek, které v minulosti prošly léčbou s úspěchem. (HOUSOVÁ, 2008. Retrieved 1.1.2009 from the world wide web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=100>)

2. 7 Metody snižování nadváhy a obezity

Komplexní léčbu obezity lze rozdělit na oblast **dietních opatření** se změnou **pohybové aktivity** za využití **kognitivně behaviorálních technik**, využití cílené **farmakoterapie** a na bariatrickou **chirurgickou intervenci**. Pozitivního efektu v průběhu redukce nadměrné tělesné hmotnosti v ambulantní praxi lze dosáhnout aplikací komplexního postupu. Při léčebném ovlivňování nadměrné tělesné hmotnosti je nutné dosáhnout dlouhodobě negativní energetické bilance, a to snížením příjmu energie z potravy se současným zvýšením výdeje energie tělesnou aktivitou. Základním předpokladem úspěšné redukce tělesné hmotnosti je pozitivní motivace obézního k hubnutí, vypracování individuálního léčebného plánu, stanovení reálných cílů a pravidelná kontrola efektivity zvoleného postupu. (KUNEŠOVÁ et al.,2005)

2. 7. 1 Dietní opatření pro snížení nadváhy

K dietní léčbě se doporučuje řada postupů. Mnohé z nich však jsou biologicky nevyvážené či doporučují příliš striktní energetickou restrikcí, která je obvykle spojena s deficitem několika významných nutričních faktorů. Redukční diety šířené na komerčním principu opomíjejí behaviorální intervenci a jsou zaměřeny na jednorázové rychlé zhubnutí, což může navodit poruchy příjmu potravy či následný jo – jo efekt. Dnes se doporučuje akcentovat v léčbě obezity především dlouhodobou, celoživotní změnu životního stylu. Obézní jedinec by se měl naučit nahrazovat v jídelníčku tučná a sladká jídla (vepřové maso, smetana, tučné salámy a sýry, čokoláda, moučníky) pestrou stravou s nižším obsahem tuku (nízkotučné mléčné a masné výrobky) a vyšším obsahem vlákniny (zelenina, ovoce, celozrnné

a tmavé mlýnsko – pekárenské výrobky). V žádném případě by neměl obézní pociťovat při takové změně jídelníčku pocit utrpení a oběti, tak jak to často vnímal., dodržoval – li v minulosti přísnou redukční dietu. Nahrazení dietománie trvalou změnou životního stylu zabrání balancování mezi obdobími, v nichž se přejídá a jeho hmotnost většinou stoupá nad výchozí úroveň. Opakované kolísání tělesné hmotnosti může negativně ovlivnit stav jedince a výskyt komplikací obezity. (HAINER, KUNEŠOVÁ et al., 1997)

Přestože změnu celkového životního stylu nelze redukovat na počítání **kilojoulů**, je dobré získat alespoň základní orientaci v energetických hodnotách potravin hodnotách potravin a jejich složení. Kilojoul (kJ) je jednotkou množství energie obsažené v potravinách. Ve starší nebo zahraniční literatuře se můžeme setkat s jednotkou **kilokalorie** (kcal). Vztah mezi oběma jednotkami je: **1 kcal = 4,2 kJ**

Orientační energetické hodnoty potravin (ve 100 g):

okolo 120 kJ	zelenina
220 kJ	ovoce
400 – 1000 kJ	většina druhů netučného masa a ryb, mléčné výrobky, nízkotučné sýry, přílohy
900 – 1700 kJ	mlýnsko – pekárenské výrobky, mouka, vločky, cereálie, tučné sýry
900 – 2000 kJ	tučná masa, uzeniny
2000 – 2500 kJ	sladkosti, chipsy, oříšky
2000 – 3600 kJ	tuky

(MÁLKOVÁ, KUNEŠOVÁ, KUDRNA a kol., 2002)

Glykemický index zavedl v 80. letech D. Jenkins, profesor výživy na univerzitě v Torontu, který se touto problematikou zabýval v 80. letech. Podstatou teorie GI je zjištění, že některé sacharidy zvyšují hladinu krevního cukru více, jiné méně. Konzumace potravin s nízkým GI je výhodná pro mnoho lidí. Ve vztahu k redukci váhy lze říci, že pokud budou dva lidé dodržovat dietu o stejné energetické hodnotě, je pravděpodobné, že zhubne více ten, který bude jíst převážně potraviny s nižším glykemickým indexem. Čím vyšší hodnotu glykemického indexu potravina má, tím více se po jejím požití rozhoupe hladina cukru v krvi. Potraviny s nízkým GI oproti tomu zvyšují hladinu glykémie pozvolna, bez výkyvů. Kromě obézních by měli být ostražití i diabetici a lidé, v jejichž rodinách se vyskytují srdečně – cévní choroby.

(MÁLKOVÁ,ŠTOCHLOVÁ, 2007)

Optimální dieta by měla splňovat následující kritéria:

1. snížení množství nasycených tuků,
2. vyšší obsah mononenasycených a polynenasycených tuků,
3. zvýšené množství zeleniny, luštěnin, ovoce a potravin obsahujících škrob s nízkým glykemickým indexem (GI),
4. snížený obsah soli,
5. omezený obsah alkoholu.

Obsah bílkovin by měl být podobný jako u ostatní populace se zaměřením na rostlinné bílkoviny a bílkoviny ryb. Obsah energie v dietě závisí na individuální situaci jedince. Vyšší hodnota (8000 kJ) je určena pro osoby s vysokým příjmem energie před zahájením léčby nebo pro osoby s vyšším energetickým výdejem po stabilizaci hmotnosti, nižší hodnota pro osoby s původně nízkým příjmem energie, v průběhu redukce hmotnosti s nižším energetickým výdejem. (HAINER a kol., 2004)

2.7. 2 Pohybová aktivita při snižování nadváhy

Postupné zvyšování fyzické zátěže, především v mimopracovních pohybových aktivitách ve volném čase, se podílí na prohlubování negativní energetické bilance. Důležitým faktorem je postupné zvyšování zátěže. Doporučuje se aerobní fyzická aktivita dynamického charakteru, kterou osoba provádí nejméně 4x - 5x týdně podobu 30 – 45 minut s intenzitou 60–70% maximální tepové frekvence navíc ke své původní fyzické aktivitě. (Orientační výpočet u zdravých osob je $220 - \text{věk}$ a 60 – 70% z vypočítané hodnoty. U nemocných osob např. s kardiovaskulárním onemocněním je zátěž nutné stanovit individuálně na základě odborného vyšetření u specialisty). Za vhodnou je považována chůze, plavání, jízda na kole nebo rotopedu. Za nevhodné lze považovat všechny aktivity, při kterých dochází k opakované nepřiměřené zátěži kardiovaskulárního, plicního, případně i pohybového aparátu. Cvičení vytrvalostního charakteru o mírné intenzitě (posilování s minimální zátěží nebo jen s váhou vlastního těla) příznivě ovlivňuje metabolickou zdatnost organismu.

(KUNEŠOVÁ et al., 2005)

Při redukční léčbě obezity se zvýšením množství pohybové aktivity se zvyšuje celkový energetický výdej. Velikost energetického výdeje při pohybové aktivitě závisí na objemu pohybové aktivity, tj. na době jejího trvání a její intenzitě, a samozřejmě i na jejím druhu. Při obvyklých doporučených trvání a intenzity pohybové aktivity (45 minut 3 – 4x týdně na úrovni 50 – 70% maximální aerobní kapacity) lze očekávat energetický výdej 1500 – 1800

kcal., resp. 6300-7600 kJ/týden. Je zřejmé, že energetický deficit dosažený konvenčními programy pohybové aktivity není příliš výrazný ve srovnání s deficitem dosaženými redukcí energetického příjmu. Výsledky mnohých sledování účinků pravidelné aerobní pohybové aktivity na redukci váhy u obézních jsou variabilní. Při využití velmi intenzivních programů (500 – 800 minut pohybové aktivity týdně po dobu 8 – 16 týdnů), byly zaznamenány významné redukce váhy (5 – 7 kg za dobu trvání programu). U programů s trváním pohybové aktivity mezi 90 – 200 minutami týdně (při intenzitách cvičení od 50 do 70 % maximální aerobní kapacity) byly zaznamenány úbytky váhy přibližně do 3 kg při době trvání tréninkového programu mezi 8 – 24 týdny. Mírná či žádná redukce váhy byly v nedávných sledováních u programů s tréninkem silově-dynamického typu, tyto programy vedou ke zvýšení svalové hmoty, či, ve spojení s dietním režimem, k prevenci úbytku svalové hmoty. (HAINER a kol., 2004)

Nejdůležitější je najít takový pohyb, který bude člověka snižujícího nadváhu nebo upravujícího životní styl bavit. Pro jakýkoliv věk je vhodná chůze. Může pochodovat, jak daleko chce, rychlostí, jaká mu bude vyhovovat, o samotě nebo a přáteli. Dalším vhodným pohybem je plavání, ještě lépe aquaerobic. Aquaerobic je vhodný pro ty, kteří mají pohybové obtíže, nebo i větší nadváhu. Pro všechny se hodí cvičení při hudbě či cvičení podle videokazet, ty zaručí správnost prováděných cviků. Pohyb nejen zvyšuje energetický výdej, má ještě řadu dalších kladů. Doprovází – li cvičení redukcí hmotnosti pomocí diety, redukuje se především tuková tkáň a ne tkáň svalová. Pohyb je také významným preventivním činitelem mnoha nemocí. Dále má příznivé účinky na duševní rovnováhu člověka. Při výzkumu faktorům které přispívají k udržení váhových úbytků po zhubnutí, se ukázalo, že nejúčinnější z nich je právě pravidelný pohyb. Pokud jedinec ve cvičení vytrvá, bude mu odměnou nejen úbytek na váze, ale především zdraví, dobrá kondice a větší radost ze života. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA a kol., 2002)

2. 7. 3 Kognitivně - behaviorální techniky při snižování nadváhy

Kognitivně - behaviorální terapie (dále jen KBT) představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie. Vychází z teorií učení. Učení se zde chápe širěji, než tomu bylo dříve. Není to pouhé osvojování si vědomostí, ale výsledkem procesu učení jsou změny v chování, myšlení a emocích. Reakce vznikající učením nemusí být samozřejmě vždy pozitivní, ale mohou být i negativní, např. vytváření zlovyků, v našem případě učení se nevhodným stravovacím a pohybovým návykům. Cílem KBT terapie je vypracování programu, jímž na základě teorií učení navodíme žádoucí změny v nevhodném chování,

myšlení a emocích. (MÁLKOVÁ, 2007. Retrieved 13. 12 2008 from the world wide web: <http://www.venkovskyprostor.cz/?D=42>)

Praktická aplikace kognitivně behaviorální terapie společnosti STOB. Společnost STOB používá komplexní přístup k terapii obezity dle pyramidy správné redukce nadváhy. Metodiku KBT již více než 20 let aplikuje v kurzech snižování nadváhy PhDr. Iva Málková, zakladatelka společnosti STOB (**ST**op **OB**ezitě). K postupnému rozšiřování těchto kurzů i mimo Prahu začalo docházet v r. 1991, kdy byla společnost STOB založena. V současnosti sdružuje 300 psychologů, lékařů, dietních sester, cvičitelek a dalších odborníků, jejichž cílem je pomáhat obézním v boji s nadbytečnými kilogramy. Aktivity společnosti STOB jsou založeny na metodě kognitivně behaviorální psychoterapie, která byla úspěšně ověřena na mnoha tisících obézních a je i ve světě uznána za efektivní metodu terapie obezity. Hlavní cíle společnosti STOB lze rozdělit do následujících oblastí:

1. organizování kurzů snižování nadváhy,
2. organizování redukčně – kondičních kurzů,
3. organizování speciálních cvičení pro obézní,
4. organizování poradny,
5. organizování STOB klubu, vydávání časopisu pro obézní Hubneme s rozumem,
6. organizování celostátních akcí propagujících zdravý způsob hubnutí,
7. školení odborníků pro vedení kurzů,
8. příprava a vydávání pomůcek usnadňujících hubnutí (brožury, audiokazety, videokazety, kalendář apod.).

Kurzy snižování nadváhy trvají 12 týdnů a účastníci se scházejí jednou týdně na tři hodiny. Jedna hodina je věnována speciální pohybové aktivitě, která respektuje zdravotní omezení pro cvičení obézních, její intenzita je však taková, aby docházelo ke spalování tuků. Další dvě hodiny jsou věnovány psychoterapeutickému působení. To je zaměřeno nejdříve na zmapování chyb a jejich postupné odstraňování. Oproti jiným metodám hubnutí se však nezamýšlí pouze nad tím, co jíst, ale také jak docílit splnění předsevzetí a nacvičit si vůli. Metodika učí, jak řešit stresy jinak než jídlem, jak ovládat nevhodné myšlenky a emoce, které často dělí život obézních na etapu hubnutí a etapu sbírání sil na další hubnutí, kdy se v jídle vůbec nekontrolují a kila jdou nahoru. Neochuzuje o požitek z jídla, ale mění postupně nevhodné stravovací a pohybové návyky. Tato změna by měla přivést hubnoucí nejen k trvalým váhovým úbytkům, ale i ke zvýšení kvality života. Výhodou skupinové terapie je fakt, že se v kurzu scházejí lidé s podobnými problémy, kteří se při postupné změně životního stylu navzájem podporují. Úspěšnost metodiky kognitivně – behaviorální terapie obezity

používané v kurzech snižování nadváhy organizovaných společností STOB byla potvrzena již na mnoha tisících jejich absolventů. Průměrný úbytek během kurzu činí 6,5 kg. Mnohem důležitějším výsledkem však je, že tato metodika patří mezi nejlepší při srovnávání udržení váhových úbytků. (HAINER a kol., 2004)

Kognitivně – behaviorální terapie je nejkompexnějším prostředkem v léčbě obezity. Jen málo údajů bylo však zveřejněno o její dlouhodobé účinnosti. Nedávno byla v obezitologickém centru University v Bologni v Itálii provedena studie, které se zúčastnilo 1068 probandů (z toho 868 žen) léčených kognitivně – behaviorální terapií. Probandi byli zařazeni do tří různých programů: 14 –ti týdenní program pro osoby s mírnou nadváhou (672 osob), 16 – ti týdenní program pro morbidně obézní (259 osob) nebo 20- ti týdenní program pro pacienty s poruchami příjmu potravy (137 osob). Osmdesát pět procent probandů dokončilo úspěšně kognitivně – behaviorální program v celé délce. Probandi zhubli průměrně okolo 6 % hmotnosti, osoby s morbidní obezitou dokonce více než 10% z původní tělesné hmotnosti. Účast na pravidelné kontrolní návštěvě se za následující rok postupně snížil. U žen a probandů, kteří snížili svoji hmotnost o více než 10% bylo větší riziko následného opětovného růstu hmotnosti. (MELCHIONDA et al., 2003)

2. 7. 4 Farmakoterapie obezity

Léky používané k léčbě obezity mají upravovat regulační nebo metabolickou poruchu, která se podílí na vzniku obezity. Mají tedy za cíl např. navodit pocit sytosti tehdy, je – li porušena regulace pocitu sytosti v centrech hladu a sytosti v centrálním nervovém systému. Jiné léky proti obezitě ovlivňují zase metabolickou poruchu projevující se energetickou úsporností či neschopností spalovat tuky. Léky proti obezitě se dnes rozdělují do tří skupin, a to na léky navozující pocit sytosti v CNS, na léky zvyšující energetický výdej a na léky, které svým působením v zažívacím traktu snižují dostupnost tuků v organismu. Účinné moderní léky proti obezitě mají za cíl nejen redukovat zásoby tělesného tuku, ale významně snižují rovněž množství „rizikového“ útrobního tuku a příznivě ovlivňují zdravotní rizika spojená s obezitou. Podávání léků při léčbě obezity významně zlepšuje její dlouhodobou úspěšnost. Základem komplexní léčby obezity je jak nízkoenergetická dieta s omezením příjmu tuků a zvýšená fyzická aktivita, tak změna pohybových a jídelních návyků, k níž přispívá kognitivně – behaviorální psychoterapie. K podávání léků k léčbě obezity dnes přistupujeme obvykle až po selhání zmíněné komplexní nefarmakoterapie léčby. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA et al., 2002)

Farmakoterapii lze s úspěchem použít u pacientů k prohloubení efektu redukční diety, k zajištění dlouhodobého poklesu tělesné hmotnosti a k stabilizaci úbytku hmotnosti. Farmakoterapie je indikována u pacientů s BMI ≥ 30 a u pacientů BMI nad 27 s komplikacemi (DM2. typu, hypertenze, dyslipidemie), které nejsou kontraindikací pro podávání příslušného léku. V současnosti lze v ambulantní praxi použít moderní přípravky sibutramin nebo orlistat, v některých případech lze maximálně po dobu 3 měsíců použít Elsinorské prášky – kombinaci kofeinu a efedrinu. (KUNEŠOVÁ et al., 2005)

Jedním z mála dostupných přehledů je práce Bayesova již z roku 2004. Ta rozděluje potenciální nová antiobezitika do 5 skupin:

- léky ovlivňující centrální nervový systém, které působí na neurotransmitery – zejména látky příbuzné dnešním anorektikům a antidepresivům;
- léky zasahující do okruhu centrálního působení leptinu a inzulínu,
- léky ovlivňující gastrointestinální trakt ,
- léky ovlivňující energetický výdej ,
- různé – např. léky vyvolávající apoptózu tukových buněk.

(SVACHINA, 2007. Retrieved 29.12.2008 from the world wide web:

<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/Farmakoterapie-4-2007-693-Novinky-ve-farmakoterapii-obezity.pdf>)

2. 7. 5 Chirurgická léčba obezity

Nemocní s těžkým stupněm obezity, tzn. BMI > 40 , u nichž nebyly jiné metody snížení hmotnosti účinné, jsou indikováni k chirurgickému výkonu. Pro ten se lékaři rozhodují také u nemocných s BMI > 35 , kteří trpí oběhovými, metabolickými nebo pohybovými komplikacemi. Chirurgická léčba zabývající se léčbou obezity se nazývá **bariatrická chirurgie**. Její úspěšnost spočívá v dlouhodobém poklesu nadváhy, který přetrvává zásluhou časného a déletrvajícího pocitu sytosti po příjmu stravy. Nejčastěji se provádějí restriktivní operace na žaludku: vertikální bandážová gastroplastika (VBG) a adjustabilní či neadjustabilní gastrická bandáž (GB).

(ZACHOVÁ, ŠKOCHOVÁ, 2006. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=339>)

V roce 1978 doktor Wilkinson ve snaze o zmenšení objemu přijímané stravy vypracoval metodu tzv. **gastrické bandáže** (GB). Hlavním principem je stažení a tím zúžení žaludku v

jeho horní části našitím pásku, kroužku nebo jiného materiálu na zevní povrch, čímž se tvar žaludku změní přibližně do podoby nesouměrných přesýpacích hodin. Dnes se již téměř neprovádí. V roce 1979 dr. Wilkinson poprvé použil pro zmenšení objemu žaludku metodu **intragastričního balonu**. V roce 1985 ve Švédsku poprvé použili lékaři Forsell a Hallberg bandáž s balonkem na vnitřní straně bandáže, tzv. **silikonovou adjustabilní** (doplňovatelnou, nastavitelnou) gastrickou bandáž, která je dosud známa jako SAGB (Swedish Adjustable Gastric Band). V roce 1986 v USA začíná dr. Kuzmak nezávisle na dr. Forsellovi také používat silikonovou manžetu s balonkem na vnitřní straně bandáže. Od té doby se gastrická bandáž stala jednou z nejpoužívanějších metod bariatrické chirurgie. Vývoj operačních metod pokračoval a přes několik mezistupňů se v roce 1999 začala používat tzv. **sleeve gastrektomie** (SG, odstranění části žaludku za současného vytvoření jakési trubice či rukávce) – původně jen jako první část plánovaných rozsáhlejších operací, které se prováděly cca 12–18 měsíců po operaci, kdy došlo u pacienta k takové redukci hmotnosti, aby byl dalšího výkonu schopen .

(KASALICKÝ, HOUSOVÁ, 2008. Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=uvod&id=77>).

(viz příloha obr 1)

3 MATEŘSTVÍ A NADVÁHA

3. 1 Vymezení pojmů

Těhotenství je období od oplodnění vajíčka do začátku porodu. Nazývá se též *gravidita* nebo *gestace*. Těhotná je označována jako gravidní žena nebo prostě gravida.

Systematická lékařská péče věnovaná těhotným ženám je zahrnovaná pod pojem ***prenatální péče*** a je zajišťována ženskými lékaři.

Pokročilost těhotenství se podle dlouhodobé praxe udává v týdnech a v tzv. lunárních měsících (tj. 28 denních, neboť i menstruační krvácení se dostávají ve stejných cyklech. Těhotenství trvá, je – li vztahováno k prvnímu dni poslední menstruace, při pravidelném 28 denním menstruačním cyklu 280 dnů, tj. 40 týdnů, 10 lunárních měsíců. Porod lze očekávat 281. den. Ve skutečnosti těhotenství začíná v okamžiku splnutí vajíčka a spermie po ovulaci. Vztahováno k tomuto ději (resp. jeho datu) trvá těhotenství 267 dnů, porod lze očekávat 268. den po ovulaci, resp. oplozovací souloži.

Plánované rodičovství je snaha partnerského páru směřující k tomu, aby žena otěhotněla a porodila dítě v době pro nastávající rodiče z nejrůznějších důvodů nejvhodnější. Z biologického a genetického hlediska je pro první otěhotnění **optimální věk ženy** mezi 20. až 24. rokem. Ve srovnání s tímto optimálním věkem pro první mateřství klesá s přibývajícím věkem pravděpodobnost prvního otěhotnění u ženy 30leté na 30%, 35leté na 11% a 40leté na 3%. Mimo toho jsou těhotenství žen nad 35 roků spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací (samovolných potratů, projevů pozdní gestózy, metabolických poruch, poruch nitroděložního vývoje plodu). (MACKŮ & MACKŮ, 1998)

„**Porodem** (partus) označujeme děj, kdy obvykle zralý a donošený plod opouští mateřský organismus a prochází porodními cestami na svět. Porod plodu probíhá ve třech fázích a celý děj rozdělujeme na dobu otevírací, dobu vypuzovací a dobu k lůžku.“

(KOBILKOVÁ et al., 2005, s.243 - 244)

Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije – li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je podmínkou porodu minimální hmotnost 1000g. Ukončení po narození plodů o nižších než uvedených hmotnostech označujeme jako potrat. Od 38. do 42. týdne těhotenství včetně hovoříme o porodu v termínu nebo také o včasném porodu a ukončení těhotenství po 42. týdnu těhotenství označujeme jako opožděný porod. Porod do konce 37. týdne těhotenství označujeme jako předčasný.

(ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, SRP a kol., 1999)

Poporodní období se vzhledem k jeho průměrné délce trvání nazývá v češtině **šestinedělí**. Jde o takovou malou nomenklaturně numerickou českou specialitu. Jeho počátek začíná porodem placenty. Je sporné, zdali "IV. doba porodní" je součástí porodu nebo první fází šestinedělí. Ukončení šestinedělí je individuální a zpravidla se za něj považuje ukončení poporodních involučních změn organismu matky a restaurace menstruačního cyklu. Ta je ovšem individuální v závislosti na trvání laktace a frekvence kojení. Proto se zařazuje ukončení šestinedělí do širokého intervalu 6.-12. týdnů po porodu. Nicméně většina fyziologických funkcí ženy se navrácí k normálu do 6 týdnů po porodu. Pouze kardiovaskulární funkce a psychické změny ženy mohou přetrvávat po několik měsíců. (ROZTOČIL, 2004, Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php)

3. 2 Fyziologické změny organismu v těhotenství

U zdravé ženy považujeme těhotenství za fyziologický stav. Pro organismus ženy znamená gravidita určitou zátěž, zejména kardiovaskulárního systému, plic, ledvin a jater. Je potřeba znát změny, k nimž v těle ženy v době fyziologického těhotenství dochází, aby se mohly včas rozpoznat patologické pochody. Organismus ženy se na těhotenství v prvním trimestru *adaptuje* , potom se s těhotenstvím vyrovnává – *období tolerance* a v posledním trimestru je organismus ve *stadiu zatížení*. (KOBILKOVÁ et al., 2005)

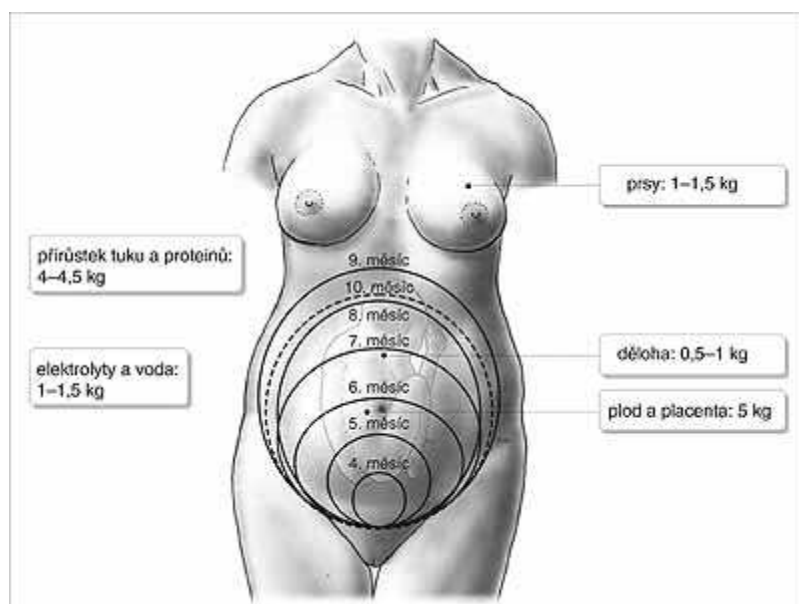
Těhotenství změní celý mateřský organismus, který se musí podřídit výjimečné situaci, kdy plod – další biologická jednotka – hluboce zasahuje do téměř všech jeho funkcí. V zásadě je možno rozlišit čtyři procesy přizpůsobení mateřského těla graviditě:

- *růst tkání*, např. hypertrofie rodidel a prsů,
- *retence tekutin ve tkáni* způsobená hormonálními vlivy, např. prosáknutí vulvy a vagíny,
- *relaxace hladkého svalstva* pod vlivem progesteronu, uvolnění dělohy, dilatace a snížená peristaltika střev, močových a žlučových cest,
- *všeobecné funkční přizpůsobení zvýšeným nárokům těhotenství*, např. zvětšení cirkulujícího objemu krve, zvýšení srdeční činnosti a prokrvení ledvin i celkové zvýšení metabolické a endokrinní aktivity. (ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, SRP a kol., 1999)

Objem krve i plazmy a červených krvinek se v těhotenství podstatně zvyšuje, aby se zajistilo krevní zásobení placenty a zvětšené dělohy a aby byly uspokojeny zvýšené nároky na transport kyslíku. Zvětšení objemu plazmy je větší než zvětšení objemu krvinek, což vede k poklesu koncentrace hemoglobinu. Sedimentace erytrocytů je zvýšená. Osmolalita plazmy klesá. **Krevní oběh matky** doznává velkých změn a největší změny se objevují již v prvních 12 týdnech. Zvyšuje se minutový srdeční výdej. Koncem těhotenství může děloha komprimovat vena cava inferior a způsobit pokles žilního návratu k srdci, což může způsobit hypotenzí syndrom. Systolický tlak krve bývá nezměněn, diastolický tlak klesá. Srdce matky bývá zvětšené. Koncem těhotenství dochází k žilní stáze a otoku dolních končetin (ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, SRP a kol., 1999)

Metabolické změny – organismus matky zajišťuje výživu plodového vejce a připravuje mléčnou žlázu pro její funkci po porodu. Zvětší se tělesná hmotnost těhotné – jednak růstem dělohy a jejího obsahu, jednak zvětšením krevního řečiště, množstvím kolující krve a zvýšením objemu extracelulární tekutiny v mezibuněčných prostorech. Malá část přírůstku připadá na rezervy matky, tj. ukládání tuku a proteinů a zmnožení intracelulární tekutiny v buňkách. Hmotnostní přírůstek za celé těhotenství dosahuje průměrně 12 kg, zvětšuje se ve tvaru strmě stoupající křivky. V posledních 3 měsících gestace by těhotná neměla přibývat více než 500 g za týden. (MACKŮ & MACKŮ, 1998)

Tělesná hmotnost se vždy v těhotenství zvyšuje, v průměru u zdravých žen o 12,5 kg (9 až 15 kg). Nejvyšší přírůstek hmotnosti nastává v druhé polovině těhotenství, kdy k němu přispívá retence tekutin ve tkáních. Přírůstek hmotnosti závisí jak na plodovém vejci, tak na mateřských faktorech. Souvislost mezi příjmem energie a přírůstkem hmotnosti matky však není přímočará. Proto se nedoporučuje, aby se matka snažila o omezování přírůstku nebo dokonce o redukci hmotnosti. Taková snaha může vést ke kvalitativnímu zhoršení výživy s negativními důsledky pro růst a vývoj plodu. (ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, SRP et al., 1999)



Obr. 2 Změny tělesné hmotnosti ženy během těhotenství a výška děložního fundu v jednotlivých měsících těhotenství.

(Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.porodnici.cz/fyziologicke-zmeny-u-zeny-v-tehotenstvi>)

3. 3 Výživa v těhotenství

Velké změny vznikají na úrovni metabolismu živin, minerálů, vitamínů i stopových prvků. Kvantita i kvalita se mění podle trvání gravidity. Strava má být popisovaným změnám přiměřená a lehce stravitelná. V prvním trimestru se požadavky energetického příjmu neliší od stavu před graviditou. Žena se musí vyhnout extrémům přejídání i hladovění. Delší dobu trvající malnutrice vede k retardaci intrauterinního růstu plodu i k abortu (potratu).

(ČECH, HÁJEK, MARŠÁL, SRP, 1999)

Zdravé stravování v těhotenství spočívá v přijímání co nejširšího sortimentu správných druhů potravin – tedy potravin bohatých na základní živiny. První zásadou výživy těhotných je orientace na čerstvé ovoce a zeleninu, celozrnné produkty, lehce stravitelná masa a mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku. Další obecnou zásadou je, čím blíže má potrava svému přirozenému stavu, tím je hodnotnější. Konzervované potraviny přicházejí v úvahu jen v nevyhnutelných situacích. **Energetická spotřeba** se v těhotenství zvýší jen asi o 15% (nejlépe kolem 2400 kcal denně). Jednou ze zásad výživy těhotných je přijímat 5 až 6 menších porcí denně. Ve výživě těhotných je rozhodující složení potravy. Je třeba přijímat především ty složky potravy, které dodají potřebné látky překotně se vyvíjejícímu plodu. Proto má v denním množství stravy být 70 až 80 g bílkovin, 350 až 400 g sacharidů, asi 50 g

tuků, tzn. Asi po jedné třetině potravin bohatých na bílkoviny (libové maso, mléko, netučný sýr, mořské ryby), po další ovoce (asi 5%), zeleniny a brambor (asi 25%) a konečně třetina obilných produktů, jako je celozrnný chléb a jiné výrobky podobného druhu. **Denní potřeba tekutin** se pohybuje mezi 1500 až 2000 ml. Spotřeba tekutin by měla být hrazena: půl litrem netučného mléka nebo podmáslí a dalším litrem a půl tekutin je vhodné dodat tělu minerálními vodami s obsahem hořčičku, bylinnými čajem nebo málo slazenými ovocnými šťávami. (MACKŮ & MACKŮ, 1998)

Příjem vápníku má být asi 1500 mg denně. Zatím je zřejmé, že energetický příjem našich těhotných je dostatečný až nadměrný, není však správně rozdělen. Převažuje příliš vysoká spotřeba tuků – až 142% předepsané normy. Za nepříznivou se dá považovat i spotřeba vápníku, která dosahuje asi 62% předepsané dávky. Nedostatečná spotřeba železa se podílí do značné míry na vysokém výskytu anémie u těhotných žen (42,2%). Doporučená dávka železa je 18 mg na den. Těhotné mívají také nedostatečný příjem jódu, který je významným prvkem pro správný vývoj plodu. Jód se podává ve formě tablet. Alkohol, černá káva a kouření jsou pro těhotnou nevhodné. (KOBILKOVÁ et al., 2005)

V ČR byly stanoveny tyto doporučené denní dávky pro příjem energie: Lehce pracující 19 - 34 leté ženy a studující 15 - 18 leté dívky mají přijímat potravou denně 9000 kJ (tj. 2150 kcal), ženy ve věku 19 - 34 let se středně těžkou prací a fyzicky pracující 15 - 18 leté dívky potřebují přísun přibližně 10 000 kJ (tj. 2385 – 2390 kcal) denně a denní potřeba energie pro 19 - 34 leté ženy s fyzicky namáhavou prací činí 11 000 kJ (tj. 2625 kcal). Shodný přísun energie (tj. 2625 kcal, 11 000 kJ) je pro těhotné ženy od druhého trimestru a pro těhotné ženy ve třetím trimestru gravidity . U kojících žen by měl být přísun energie 12000 kJ (tj. 2865 kcal). (HRONEK, BERANOVÁ & KUSCHOVÁ, Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: <http://www.gyne.cz/clanky/1999/499cl5.htm>)

3. 4 Změny organismu a psychiky v poporodním období

V průběhu šestinedělí dochází v organismu ženy ke dvěma skupinám změn. Jde o změny involuční, kterými se tělo nedělký dostává funkčně i anatomicky na předporodní úroveň a o změny progresivní, kdy naopak dochází k rozvoji funkcí orgánů, které byly mimo těhotenství v klidovém stavu. Jde především o nástup a průběh laktace. Nutno však podotknout, že involuční změny nikdy nenavrátní organismus ženy do předtěhotenského stavu a to až po funkční, tak po anatomické stránce. Podobně je to také s estetikou ženina těla. (ROZTOČIL, 2004, Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php)

Toto období zahrnuje:

- fyziologické změny,
- hojení porodního poranění,
- nepravidelnosti změn,
- obnovení menstruačního cyklu,
- obnovení pohlavního styku,
- antikoncepce po porodu,
- rozvoj laktace nebo jeho zástava cvičení šestinedělek.

(HANÁKOVÁ, 2007. Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/10_02.html)

Nejvíce vítanou poporodní změnou je u většiny žen **snížení poporodní hmotnosti**. Okamžitá poporodní ztráta osciluje mezi 5 a 6,5 kg. Tato je vyvolána porodem plodu, placenty, odtokem plodové vody a krevní ztrátou. V průběhu 6 poporodních týdnů se dostane na výchozí hmotnost před otěhotněním 28% žen. Kojení má relativně malý vliv na poporodní ztrátu hmotnosti. Program "dieta a cvičení" může docílit úbytku tělesné hmotnosti cca 0,5 kg za týden mezi 4. a 14. poporodním týdnem u obézních žen. Tento program nesnižuje růst jejich novorozenců.

(ROZTOČIL, 2004, Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php)

Psychika žen v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži, která pramení z hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, fyzických změn a z adaptace na novou roli matky. Citové pohnutky i všechny ostatní vlivy, které působí na průběh těhotenství a porodu, se uplatňují též v období po porodu a navíc k nim přistupují nové zážitky spojené s nedávným porodem. To, jak bude psychika ženy na zátěž v období šestinedělí reagovat, je multifaktoriálně podmíněno. Za hlavní faktory, které psychiku ženy v raném období šestinedělí ovlivní, můžeme považovat: náhlé hormonální změny po porodu (pokles hladiny progesteronu a estrogeneru, sekrece prolaktinu, oxytocinu), průběh porodu, fyzické změny po porodu (pokles hmotnosti, zavínování dělohy, nástup laktace, změny tělesného schématu), novou sociální roli matky, změnu životního stylu (únava, vyčerpání, nedostatek spánku, neustálá pohotovost a péče o dítě), osobnostní vlastnosti a zkušenosti s péčí o dítě a v neposlední řadě vliv sociální opory. Žena několik hodin po porodu i přes všechno vyčerpání často nemůže usnout, v představách se znovu a znovu odehrává celý porod, žena porovnává prožitek náročné situace se sebepojetím. Psychika se dále vyrovnává s přijetím novorozence

jako samostatné bytosti, existující nezávisle na matčině těle. V prvních dnech po porodu upevňuje matka svůj citový vztah k novorozenci během péče o něj, během kojení, začíná být plně v zajetí myšlenek na dítě. Narůstá pocit odpovědnosti za dítě, za jeho zdraví, výchovu. Matka je ve stálé pohotovosti a spolu s nedostatkem spánku se stupňuje únava a fyzická vyčerpanost. (RATISLAVOVÁ, 2008, Retrieved 13. 12. 2008 from the world wide web: <http://www.klinikazdravi.cz/articles.php?id=df90bbf2-db61-102b-b10a-003048330e04>)

3. 5 Gravidita a obezita a její snižování po porodu

Žena má v porovnání s mužem zvýšený obsah tuku v těle. Tento rozdíl je dán odlišným hormonálním vybavením muže a ženy a obecně biologicky může souviset s funkcí ženy jakožto udržovatelky rodu: plod získává energii k růstu a vývoji prostřednictvím matky, jejíž vlastní organismus může být i zdrojem energie pro vyvíjející se plod. Za specifická ženská rizika pro vznik obezity lze považovat menarché, období gravidity a laktace a dále období klimakteria. Nejvýrazněji se jako faktor vedoucí k obezitě uplatňuje gravidita.. V anamnéze obézních žen je zvýšení hmotnosti v souvislosti s graviditou velmi časté. Hmotnostní přírůstek větší než 10 kg mělo 56% žen, přírůstek 20 a více kg mělo 45% žen. Maximální zvýšení hmotnosti v souvislosti s jedinou graviditou bylo 68 kg, při čtyřikrát opakovaných graviditách + 118kg. U neobézních žen se hmotnost po porodu upravila přibližně v 80%, ve zbývajících 20% došlo k mírnému zvýšení hmotnosti o 3 – 6 kg. (RATH, 1987)

Rychle narůstající hmotnost ke konci gravidity je u části žen doprovodným příznakem hypertenzní choroby v graviditě. U těhotných s obezitou od začátku gravidity je též časté riziko vzniku této choroby. Souvislost obezity s hypertenzní chorobou mimo graviditu je známou skutečností, ale zatímco mimo graviditu je chronická hypertenze i obezita dlouhodobou záležitostí, v těhotenství hrozí v této kombinaci relativně rychlý vývoj. Z dalších závažných metabolických změn komplikuje graviditu diabetes. Latentní diabetes s vylučováním cukru močí (glykosurií) byl téměř výlučně zjištěn u obézních žen. Diabetes i značná obezita jsou příčinou makrosomie plodu (nad 4 kg), což je typické i při neléčeném diabetu. U těchto žen se současně až ve 40% případů vyskytuje hypertenze (u žen s normální hmotností před porodem pouze u 1,3%). Všeobecně se udává 20 – 25x vyšší výskyt hypertenzních chorob u extrémně obézních rodiček. Obézní rodičky jsou psychicky pohodlnější a bez výrazné fyzické aktivity u porodu. Tvoří jen malou část spolupracujících žen při psychosomatické přípravě na porod. Velmi obézní ženy jsou někdy i bradypsychické a těžko se s nimi komunikuje jak v předporodních poradnách tak při samém porodu.

Spontánně probíhá porod u 85% žen s podváhou, u 82% s nadváhou a jen u 75% výrazně obézních žen. Do první gravidity vstupuje 8 – 20 žen už obézních. U žen obézních už před otěhotněním je též třeba počítat s adaptací organismu na obezitu. To je jeden z důvodů selhávání různých opatření na snížení hmotnosti. Obézní ženy mají zvýšené ukládání energie. V porovnání s neobézními, přibírají obézní ženy více při stejném anebo nižším energetickém příjmu. Těhotné s normální hmotností nebo podváhou však mohou při hormonálních a metabolických změnách v těhotenství také velmi rychle přibrat. Dívky a mladé ženy s podváhou přibírají někdy velmi rychle na začátku gravidity, někdy v druhém trimestru a někdy až několik týdnů před porodem. (DRÁČ, KŘUPKA, 1992)

Největší průměrný přírůstek se vyskytuje v druhém trimestru (1 – 10 kg). Část žen velmi přibírá v prvním trimestru a potom si přírůstek hmotnosti kontroluje a koriguje. Většinou však platí, že ženy, které rychle přiberou v prvním trimestru, přibírají více i v dalších trimestrech a konečný přírůstek je značně nad normou. Ženy by měly do gravidity vstupovat s mírnou podváhou, protože každé těhotenství na nich zanechá oproti původnímu stavu určitou nadváhu. Dále se doporučuje, aby obézní ženy snížili svou hmotnost ještě před otěhotněním. Ideální stav je, když má žena normální hmotnost na začátku gravidity a dále přibere jen tolik, kolik váží plodové vejce s dělohou a zvýšení objemu cirkulující krve. Tohoto stavu však dosahuje jen velmi málo žen. Tento požadavek je v zájmu žen a je možno ho, při respektování zásad zdravé výživy a současném zajištění plodu základními živinami, dodržet. Nadměrný přírůstek tukové tkáně v těhotenství je způsobený nadměrnou chutí k jídlu (hyperfagií) někdy až tzv. vlčím hladem. Spolu s dalšími negativními faktory tvoří základní bariéru proti úsilí lékařů dosáhnout optimální hmotnosti či přírůstku v těhotenství.

(DRÁČ, KŘUPKA, 1992)

Uvádí se, že celkový energetický příjem stanovený pro těhotné ženy v našich doporučených dávkách je zbytečně vysoký. Rozdíl mezi dávkou určenou pro netěhotné lehce pracující 19 - 34 leté ženy a pro gravidní ženy od druhého trimestru činí 2000 kJ (tj. 475 kcal), což je nejvyšší přírůstek pro období těhotenství ze všech výše uvedených doporučení. Hmotnost těhotné ženy zvyšuje zejména voda nahromaděná v jejím těle, dále plodové vejce a prosáknutí dělohy (hmotnost plodu je průměrně 3200 g, plodové vody 1000 g, placenty a dělohy 1000g – dohromady to činí asi 5200 g). Jestliže pak sečteme hmotnost všech orgánů a tekutin, které zvyšují hmotnost gravidní ženy, (tj. placenty, dělohy, prsních žláz, krve, tělních tekutin) a průměrnou hmotnost novorozence, nemá být celkový přírůstek hmotnosti během gravidity vyšší než 12 kg. Při nadváze nebo podnormální váze se hmotnostní přírůstky liší. Hmotnost před graviditou švýcarští autoři porovnávají s tzv. ideální hmotností, která je u žen

o 6% nižší než normální hmotnost. U žen, jejichž hmotnost je nižší než 90% ideální hmotnosti, je optimální přírůstek hmotnosti v těhotenství 13,6 kg, u žen s hmotností od 90 do 135% ideální hmotnosti je jeho výše 9,1 kg a u žen se zvýšenou hmotností, jejichž hmotnost je rovna hodnotě vyšší než 135% ideální hmotnosti, má být přírůstek hmotnosti v těhotenství 7,0 kg. (HRONEK,BERANOVÁ& KUSCHOVÁ, Retrieved 13.12.2008 from the world wibe web: <http://www.gyne.cz/clanky/1999/499cl5.htm>)

Doporučení pro Evropské společenství odhadují žádoucí hmotnostní přírůstek na základě BMI před začátkem těhotenství (tedy také v závislosti na hmotnosti před graviditou). Pro ideální přírůstek hmotnosti v těhotenství platí následující hodnoty: pro ženy s BMI před těhotenstvím 18,5 - 19,9 má činit 12,5 - 18,0 kg, pro ženy s BMI 20,0 - 25,9 byl stanoven ve výši 11,4 - 16,0 kg a u žen s BMI vyšším než 25,9 je jeho ideální hodnota rovna 7,0 - 11,5 kg. Nadváha (nad 120% ideální hmotnosti) zvyšuje během gravidity riziko pro vznik diabetu, hypertenze, tromboembolických příhod, potřeby císařského řezu, vyšší perinatální mortality a snížené produkce mléka. (HRONEK,BERANOVÁ& KUSCHOVÁ, Retrieved 13.12.2008 from the world wibe web: <http://www.gyne.cz/clanky/1999/499cl5.htm>)

Základem **snížování nadváhy po porodu** by měla být vyvážená pravidelná strava. Velmi důležité je jíst alespoň 4–5× denně po malých dávkách. Hubnutí by nemělo být nijak drastické, ideální úbytek je 1–2 kg za měsíc. U nekojících žen může být úbytek větší, až 1 kg týdně. Je třeba dbát na dostatek ovoce a zeleniny v jídelníčku. Strava kojící matky by měla být šetřící, tzn. omezit nadýmavé pokrmy a potraviny, alergičky navíc alergenní potraviny, jako jsou např. citrusy, jahody, med, ořechy, čokoláda a rajčata. Konzumace nenadýmavého ovoce je vhodná zhruba 2× denně, nejlépe na svačinu. Zeleninu lze zařazovat prakticky ke každému jídlu, jelikož obsahuje vlákninu, vitaminy, minerální látky a především málo kalorií. I zde je potřeba dávat pozor na nadýmavé druhy, jako jsou květák, zelí, kapusta, kedlubna, brokolice apod., a potenciální alergeny, např. rajčata. Po třech měsících se mohou do jídelníčku postupně zařazovat i nadýmavé druhy. K pití je vhodné pravidelné pití čaje pro kojící matky nebo přímo fenýklový čaj. Pro redukci hmotnosti, je dobré omezit především množství sacharidů (jež jsou základem každé stravy). Měly by se upřednostňovat celozrnné potraviny s tím, že je důležité individuálně vyzkoušet, zda nečiní kojenci problémy. Z pečiva je vhodnější chléb či tmavé pečivo, a to raději bez semínek, rovněž celozrnné obiloviny (rýže, kuskus). Jídelníček se může dále obohatit o jáhly, pohanku a celozrnné těstoviny. Kromě vlákniny obsahují celozrnné obiloviny celou řadu minerálních látek a vitaminů. Velmi dobrým zdrojem kvalitních bílkovin jsou luštěniny, většina z nich je bohužel nadýmavá. Velmi důležitým faktorem, jenž přispívá k úspěšnému úbytku tukových polštářků, je řádný pitný

režim. Nejvhodnější je pít pravidelně v malých dávkách. Vhodné jsou kvalitní stolní vody, ředěné 100% ovocné šťávy, neslazené ovocné a zelené čaje, některé bylinkové čaje (pozor, ne všechny bylinky jsou pro kojící matky vhodné – např. šalvěj, která zastavuje laktaci). O konzumaci alkoholu u kojící ženy snad není nutné se rozepisovat. Omezit se mají sladkosti, cukr a slazené nápoje. Důležitou součástí hubnutí je samozřejmě pohyb. S mírným cvičením lze začít již v porodnici. Pod dohledem rehabilitační sestry posilují matky svaly dna pánevního a šikmých svalů břišních. Vhodné jsou procházky s kočárkem. Další možností je začít chodit na nějaké cvičení určené pro maminky po porodu (např. jóga). Nikdy by se nemělo s redukcí nadváhy začínat už během šestinedělí, jelikož v tomto období má organismus spoustu problémů sám se sebou a potřebuje zvláštní péči, než se všechny jeho funkce vrátí do normálu.

(MIČOVÁ, 2008. Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=86>)

4 JÓGA

4.1 Vymezení pojmů

Před mnoha tisíciletími zkoumali indiští rišiové (mudrci a světci) ve svých meditacích přírodu a vesmír. Probádali zákony hmotných i duchovních oblastí a získali vhled do základních souvislostí vesmíru. V zevním světě i na duchovních úrovních prozkoumali vesmírné i přírodní zákony a prvky, život na Zemi, i síly energie, vznik vesmíru a působení elementárních sil. Mnohé z těchto poznatků dnes znovu objevuje a potvrzuje moderní věda. Z těchto zkušeností a závěrů vznikl velmi rozsáhlý a všeobsažný systém zvaný JÓGA, který obsahuje neocenitelné praktické rady týkající se těla, dechu, koncentrace, uvolnění i meditace. Slovo **jóga** pochází ze sanskrtu a znamená „**spojit, sjednotit**“. Jógové cviky působí celistvě a uvádějí tělo, mysl, vědomí i duši do rovnováhy. Pomocí jógy v sobě rozvíjíme vyšší porozumění sobě samým, smyslu svého života i svému vztahu k Bohu. Na duchovní cestě nás jóga přivádí k nejvyššímu poznání a trvalé blaženosti ve sjednocení individuálního a univerzálního já. Jóga je nejvyšší vesmírný princip. Je to světlo života, univerzální, tvůrčí vědomí, které je stále bdělé, vědomí, jež je a bude věčné. (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006)

Základní cíl všech různých podob jógových cvičení je smířit individuální Já (džíva) s Absolutním nebo – li ryzím vědomím (brahmanem). Sloučení s neměnnou realitou, osvobozuje ducha od všech pocitů odtržení a od iluze času, prostoru a příčinnosti. Je to pouze naše nevědomost a neschopnost rozlišovat mezi reálným a nereálným, která nám brání uvědomit si pravou podstatu. Dokonce i při této nevědomosti lidský duch často vnímá, že mu v životě něco schází – něco nemůže uspokojit ani dosažení nějakého cíle, ani splnění nějaké touhy. To, jak každý jednotlivec neustále hledá lásku, úspěch, změnu a štěstí, svědčí pro skryté uvědomování si pravé podstaty, kterou sice tušíme, ale neumíme jí dosáhnout. (LIDELLOVÁ & RABINOVÍČ, 2002)

Jóga je pradávným prostředkem rovnováhy a harmonie. Má mnoho stylů, které se mohou navzájem prolínat. Jejich úkolem je dovést ke stejnému cíli. Tím je nejen relaxace a uvolnění, ale také uvědomění si vlastního těla a jeho spojení v jeden celek s myslí. Mezi hlavní cesty jógy patří karmajóga, džánajóga, bhaktijóga a rádžajóga. Součástí poslední jmenované cesty je hathajóga. (FRIDRICH, 2008)

Každá cesta jógy vyhovuje lidem s různým temperamentem či přístupem k životu. Každá vede ke stejnému cíli – splynutí s Brahmou, Bohem a má – li být dosaženo skutečné moudrosti, tak lekce jednoho druhu musí tvořit celek. **Karmajóga** - jóga činu – je cesta, kterou si vybírají lidé orientovaní na vnější svět. Očistí srdce tím, že člověka naučí jednat

nesobecky, bez pomyšlení na zisk nebo odměnu. Odpoutáním se od plodů svého jednání a obětováním jich Bohu se člověk naučí pokořit vlastní já. Toho dosáhne, bude – li při každé činnosti opakovat mantru.

Bhaktijóga – jóga oddanosti – je vhodná zvláště pro lidi citového založení. Podstatnou část Bhaktijógy tvoří monotónní prozpěvování modliteb k Bohu.

Džňánajóga – jóga poznání či moudrosti – je ze všech nejobtížnější a vyžaduje ohromnou sílu vůle a rozumu. Vyznavači Džňánajógy znají filozofii Védánta a užívají svou mysl ke zkoumání její podstaty. Stejně jako odlišujeme prostor vně a uvnitř sklenice, tak oddělujeme sami sebe od Boha. Džňánajóga vede její cititele k zážitku jednoty s Bohem přímo rozbitím této sklenice, rozpuštěním přediva nevědomosti. Než se někdo rozhodne zabývat se Džňánajógou, musí mít zvládnuty lekce ostatních odnoží jógy, protože bez nesobeckosti a lásky k Bohu, silného těla i duše se může snaha po seberealizaci proměnit v plané spekulace.

Rádžajóga – „královská cesta“ – je uměním ovládat tělo i duši. Nabízí srozumitelný způsob zvládnutí myšlenkových vln proměnou duševní a fyzické energie na energii duchovní.

Rádžajóga má osm stupňů – jsou to postupné série kroků nebo disciplín, které očišťují tělo a mysl a vedou k osvícení. Jsou to : Jama, Nijama, Ásána, Pranájáma, Pratyáhára, Dhárana, Dhjána a Sámándhi. Jama neboli sebeovládání, je rozděleno do pěti morálních příkazů, zacílených na odbourání nízkých povahových vlastností: žádné násilí, pravdomluvnost v myšlenkách i činech, umírněnost ve všech směrech a zákaz vlastnit a krást. Nijama, kvalit bdělosti je také pět. Mají pěstovat pozitivní vlastnosti, které se skládají z : čistoty, spokojenosti, střízlivosti, studia posvátných textů a žití se stálým vědomím Božské přítomnosti. *Ásany* , jógové polohy, a *Pránájáma*, umění ovládat dech, jsou podmnožinou Rádžajógy – **Hathajóga**. (LIDELLOVÁ & RABINOVIC, 2002)

Systém „Jóga v denním životě“ je rozsáhlé celoživotní dílo, které sestavil Paramhans svámí Mahéšvaránanda. Využití této knihy je skutečně komplexní, a proto se do jejího názvu dostalo slovo „systém“. Systém „Jóga v denním životě“ se vyučuje po celém světě v jógových střediscích, na vysokých školách, ve zdravotnických zařízeních, sportovních klubech, rehabilitačních centrech a lázeňských domech. Je vhodný pro všechny věkové stupně, nevyžaduje žádné akrobatické schopnosti a umožňuje jógovou praxi netrénovaným, nemocným a postiženým osobám nebo lidem v rekonvalescenci. „Jóga v denním životě“ postihuje všechny oblasti: nezabývá se pouze fyzickou složkou, ale zahrnuje i duševní a duchovní aspekt. Pozitivní myšlení, nasměrování myšlenek na Boha, vytrvalost, kázeň, modlitba, ale i laskavost a pochopení jsou cestou, která vede k sebezpoznání a sebeuskutečnění. (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006)

Cíle „Jógy v denním životě“:

- tělesné zdraví,
- duševní zdraví,
- sociální zdraví,
- duchovní zdraví,
- seberealizace a uskutečnění Božského v nás.

(MAHÉŠVARÁNANDA, 2006)

4. 2 Hathajóga (tělesná cvičení)

Tělesné zdraví je jedním z nejdůležitějších základů našeho života. Paracelsus řekl zcela výstižně : „ Zdraví není všechno, ale bez zdraví ničeho není.“ Pro zachování nebo obnovení zdraví existují tělesná cvičení (ásany), dechová cvičení (pránájáma) a relaxační techniky. V „Józe v denním životě“ jsou klasické ásany a pránájáma rozčleněny do osmidílného systému, který začíná „Sarva hita ásanami“ (cviky vhodné pro všechny). Po tomto prvním, přípravném díle následuje sedm dalších, které vedou krok za krokem k pokročilým ásanám a pránájámě. (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006)

Jóga se liší od běžných druhů cvičení nejen tím, že obsahuje některé zvláštní cviky, ale také odlišnou technikou přístupu k nim. Je založena na souhře těla a ducha, takže při ní nemůže dojít k nadměrnému přetížení organismu a jeho škodlivým následkům, a to ani při náročnějších technikách. Souhra těla a ducha předpokládá neustále vnímat pocity, které při cvičení vznikají a řídit se jimi. (MAKEDONOVÁ, 1991)

Hathajóga obsahuje cvičení s odstupňovanou obtížností. Snadné varianty jsou vhodné pro začátečníky nebo nemocné, kdežto nejobtížnější vyžadují dlouhodobou přípravu. Podle účinku rozeznáváme cvičení aktivační a relaxační. Relaxační cvičení mohou být použita i nemocnými. Rozdíl mezi Hathajógou a evropským tělocvikem lze zjednodušeně charakterizovat takto: evropský tělocvik je primárně zaměřen na rychlé stahy kosterního svalstva a vyvolává během cvičení a po něm přechodné zvýšení aktivity sympatiku. (mimovolní činnost organismu je řízena zejména vegetativní nervovou soustavou sestávající ze sympatiku a parasympatiku. Velmi zjednodušeně lze říci, že sympatikus zaměřuje organismus na změny, kdežto parasympatikus spíše charakterizuje ustálený stav, např. ve spánku.) bezprostředním následkem takového cvičení je únava. Relativní převaha parasympatiku nastává v klidu a je výsledkem dlouhodobého tréninku. Na druhé straně

provedení sestavy jógových cvičení vede ke zvýšení vyrovnanosti organismu. Po cvičení se má cvičenec cítit osvěžen a uklidněn, protože sada cvičení posunuje spíše stav vegetativního systému směrem k převaze parasympatiku. (VOTAVA a kol., 1988)

Ásana je sanskrtský výraz pro tělesnou pozici. Obecně ásana znamená zaujmout na delší čas určitou pozici a cítit se v ní příjemně a uvolněně. Pataňdžali, který ve 2. století př. Kr. sepsal zásady a poznatky jógy do jógasúter (pouček), nazývá ásanou pouze meditační sed, zatímco tělesná cvičení označuje jako jóga vjána. Běžně se však za ásany považují i dynamické jógové cviky. Mnohé ásany byly odvozeny od přirozených pohybů a pozic zvířat a někdy také odrážejí schopnost zvířat pomoci si v případě onemocnění, mají také názvy po zvířatech, např. kočka, srnka, zajíc, atd. Ásany hluboce ovlivňují tělo i mysl. Jejich cvičením docílíme blahodárného účinku, který získávají zvířata, když tyto pozice zaujímají zcela instinktivně. Např. u márdžarí (kočky) je to protažení těla a páteře, u bhudhažanga ásany (kobry) zase rozpuštění agrese a emocí, u šašanka ásany (zajíce) uvolnění.

Pránájána je vědomé a volní usměrňování dechu (prána = dech, kosmická energie, jána = kontrolovat, regulovat). Každým dechem přijímáme kyslík, ale i pránu. Prána je mnohem víc než jeden dech. Prána je kosmická energie, síla vesmíru, která tvoří, uchovává i mění. Je základním prvkem života a vědomí. Prána se nachází i v potravě. Proto je tak důležité přijímat zdravou a plnohodnotnou **vegetariánskou** stravu.

Relaxace – aby se mohl plně projevit účinek jógových cviků, je nutné se naučit správně se uvolňovat před cvičením i mezi jednotlivými cviky. Existuje několik technik a poloh sloužících k relaxaci. Některé techniky uvolňují celé tělo a umožňují také duševní uvolnění, jiné jsou zaměřeny jen na dané části těla. Po určité době dokáže člověk sám posoudit, která relaxační poloha po jakém cviku mu nejvíce vyhovuje. (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006)

4.3 Účinky jógových cvičení

V posledních letech se začaly na účinky jógy soustřeďovat lékařské výzkumy. Studie například dokázaly, že relaxace v daných polohách účinně přispívá ke snížení vysokého krevního tlaku a že pravidelné cvičení ásan a pránájámy může pomoci při rozmanitých chorobách, jako jsou artritida, arterioskleróza, chronická únava, astma, křečové žíly a poruchy. Laboratorní testy také potvrdily schopnost jogínů vědomě ovlivňovat tělesné funkce a to i ty, které nepodléhají volní kontrole – např. teplotu, srdeční rytmus a krevní tlak. Při jedné studii účinků Hathajógy, která trvala šest měsíců, byly zjištěny následující skutečnosti: došlo k významnému zvýšení kapacity plic a dýchání, snížení tělesné váhy a obvodu kolem pasu, zlepšila se schopnost odolávat stresům, objevilo se snížení hladiny cholesterolu a

množství cukru v krvi – vše byl výsledek stabilizujícího a uzdravujícího účinku na tělesný systém. Dnes už nejsou žádné pochyby o účinnosti jógy ve smyslu jejího přínosu v oblasti prevence a možnosti uzdravovat. (LIDELLOVÁ & RABINOVIČ, 2002)

Všeobecně je přijímáno, že jóga je schopna pomoci:

- redukovat hmotnost – jak všeobecně, tak i na určitých částech těla,
- zformovat postavu,
- posílit organismus a jeho funkce,
- naučit správné relaxaci,
- udržet psychiku v uvolněném stavu i při stresujících situacích,
- odstranit duševní napětí a zlepšit koncentraci,
- eliminovat mnohé příčiny depresí,
- prožít pocit jedinečnosti sami se sebou i s druhými,
- přijmout sebe takové, jací jsme,
- stát se mírumilovnějšími, jak osobně, tak globálně.

(HAWEOVÁ, 2005)

Pravidelné cvičení ásan:

- zvyšuje pružnost páteře,
- zlepšuje pohyblivost kloubů,
- napomáhá uvolnění, posílení a bohatému prokrvení svalů,
- povzbuzuje a harmonizuje činnost orgánů i žláz,
- podporuje látkovou výměnu a funkci lymfatického systému,
- posiluje imunitní systém,
- normalizuje a stabilizuje krevní oběh a krevní tlak,
- zklidňuje a posiluje nervy,
- pročišťuje a osvěžuje pokožku.

Účinky pránájámy:

- zachování a zlepšování tělesného zdraví,
- pročištění krve, posílení srdce a plic, normalizace krevního tlaku,
- harmonizace a stabilizace nervového systému,
- podpora léčebných procesů a léčebné terapie,
- zvýšení odolnosti proti nákazám,
- odstranění stresu, nervozity, depresí, zklidnění myšlenek a emocí,

vnitřní vyrovnanost, rozpuštění energetických bloků. (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006)

4. 4 Zásady cvičení jógy

- Vyhradit si během dne určitý čas pouze na jógu,
- necvičit s plným žaludkem (za 3 – 4 hodiny po hlavním jídle) ,
- obléci si lehký volný oděv, pokud možno z přírodních materiálů, který nijak neomezuje v pohybu, cvičit bosí nebo v bílých bavlněných ponožkách ,
- všechny pozice provádět pomalu a s rozmyslem, pokaždé se soustředit na dýchání a na uvolnění,
- cvičit v dobře vyvětrané místnosti na podložce .

Některá omezení při cvičení:

- při vysokém krevním tlaku, srdeční chorobě, těhotenství nebo menstruaci neprovádět polohy „vzhůru nohama“, např. svíčku,
- při artritidě cvičit opatrně, upravit pozice,
- při problémech s páteří dát pozor při ohýbání trupu,
- při problémech s krevním tlakem dodržovat opatrnost při zadržování dechu.

(HAWEOVÁ, 2005)

Důležité zásady při cvičení ásan:

Ásany se provádějí vždy v souladu s dechem. Pohyby rozpínající hrudník a dutinu břišní jsou vždy spojeny s nádechem. Pohyby stahující hrudník a dutinu břišní jsou vždy spojeny s výdechem. Nejprve se ásana provede jednou či dvakrát bez delší výdrže a pohyb těla se sladí s dechem. Při tom se zcela přesně stanoví, k jaké fázi pohybu patří nádech a k jaké výdech. Takový způsob cvičení zklidňuje nervovou soustavu, povzbuzuje činnost žláz, zvětšuje dechovou kapacitu a rozpouští duševní i tělesný stres. Mysl se uvolní, zklidní a projasní. Teprve pak setrváme v ásaně delší čas a dýcháme v ní normálně. Soustředíme se na tu část těla, na niž ásana působí, a směřujeme tam i vědomí dechu. Pak provedeme protipozici nebo vyrovnávací cvik. Je –li například trup stlačen nebo v předklonu, v následující ásaně se protáhne nebo napřímí.

(MAHÉŠVARÁNANDA, 2006)

4. 5 Gravidjóga

Jóga hledá v člověku ztracenou přirozenost a jejím základem je sebepoznání. Učí, jak správně užívat své tělo. Z toho vyplývá, že gravidjóga hledá tuto přirozenost v ženě. Nabízí jí určitý životní styl, dá se přizpůsobit individuálním potřebám každé ženy a nevyžaduje žádnou předchozí trénovanost. Učí maminky, jak zvládat těžkosti a stresy v průběhu těhotenství, jak

navodit psychickou a fyzickou odolnost a pohodu a hlavně se je snaží připravit na bezbolestný porod, který byl podle učení gravidjógy dříve přirozeností každé ženy.

(BEJDÁKOVÁ, 2006)

Podle gynekoložky Stülpnagelové je těhotenství obdobím velkých změn a nových možností. Mnoho nastávajících maminek má chuť zkusit něco nového, zbavit se starých zlovyků a udělat pro sebe a své děťátko něco užitečného. Právě v těhotenství se některé ženy začnou zajímat o jógu. Během její dlouholeté praxe v nemocnici v Hamburku, kde pracovala jako primářka na gynekologickém oddělení, byla ročně až u 1700 porodů. Právě ve své praxi poznala, že žena, která je dobře připravena na porod, ho také mnohem lépe snáší. Ženy, které cvičily v průběhu těhotenství jógu, se umí lépe vyrovnat s porodními bolestmi právě díky jógovým cvikům, které posílily jejich vnímání podnětů vlastního těla.

(STÜLPNAGEL, 2006)

V průběhu devíti měsíců těhotenství se tělo ženy neustále mění. Hormonální sekrece uvolňují a změkčují vaziva mezi klouby, aby se kostra stala pružnější a roztažitelnější při přípravě k porodu. Celkově se zvyšuje množství tekutin v těle, důsledkem čehož se srdce více namáhá. Více jsou zatíženy také ledviny, protože musí filtrovat a vylučovat odpadní látky současně za ženu i dítě. Kromě toho se snižuje schopnost trávení v důsledku hormonálního změkčení svalů trávicího ústrojí. Zvýšená ohebnost znamená, že je tělo lépe připraveno na jógu a cvičení než jindy. Cvičení podle programu základní jógy v kombinaci s hlubokým dýcháním vylepší všechny tělesně důležité činnosti včetně oběhu tekutin, odstraňování odpadů, respiraci a zároveň zvýší celkovou úroveň zdraví a energie.

(BALASKASOVÁ, 1996)

Cvičení jógy se od běžných druhů fyzické aktivity liší tím, že se soustřeďuje na sladění tělesné a duševní stránky organismu. Proto také nedochází k jeho přetěžování, protože při vnímání pocitů se nedovolují negativní pocity z prováděného cviku. Pohyby jsou pomalé, vedené právě proto, aby žena stihla vnímat působení cviků a uvědomovat si, na jaké svalové skupiny je cvik zaměřen. Ke cvičení je potřeba trpělivost. Před a po každé sérii cviků by měla následovat krátká relaxace. S gravidjógou lze začít kdykoliv v průběhu těhotenství. Cvičit můžeme kdykoliv v průběhu dne, ale je dobré zavedení pravidelnosti, zařazení cvičení do denního režimu. Mezi další účinky cvičení gravidjógy patří: zlepšení adaptability organismu na změny, prevence vznik obtíží typických pro období gravidity, jako jsou křečové žíly, trávicí obtíže a podobně, zvyšuje sebevědomí potlačuje negativní pocity depresí a stresu.

(BEJDÁKOVÁ, 2006)

5 METODOLOGIE

5.1 Cíl práce

Cílem práce je vytvoření tříměsíčního intervenčního programu na bázi jógových technik pro snižování nadváhy u žen po porodu a jeho ověření v praxi. Jako dílčí cíl jsme si stanovili sledování vlivu námi vytvořeného intervenčního programu na oblast psychiky žen po porodu (vnímání sebe sama, sebeúcta, vnitřní vyrovnanost).

5.2 Úkoly práce

Z uvedených cílů vyplývají následující úkoly:

- Vyhledání literárních pramenů. Provedení obsahové analýzy odborné literatury (časopisecké a knižní) vztahující se k tématu nadváhy, obezity, redukce hmotnosti, období po porodu a jógy. Dále provedení obsahové analýzy ověřených internetových zdrojů.
- Výběr skupiny žen – probandek, se kterými bude výzkumný záměr realizován. Vyhledání provést v kraji Vysočina (město Třebíč a okolí). V době realizace tříměsíčního intervenčního programu nebudou děti zúčastněných žen starší jednoho roku.
- Provedení vstupní diagnostiky probandek a analýzy jejich základních dat před zahájením aplikace intervenčního programu. Data budou získána z následujících oblastí:
 - ukazatele anamnestické (věk, počet dětí, předchozí problémy s nadváhou, chronická onemocnění, povolání...),
 - ukazatele somatické (věk, tělesná výška, tělesná hmotnost),
 - stravovací návyky, pitný režim.
- Vytvoření intervenčního programu na bázi jógových technik (ásany, relaxace, pránájáma).
- Výstupní šetření účastnic výzkumného sledování.
- Utřídění a zpracování získaných dat, analýza a vyhodnocení výsledků, diskuse.
- Stanovení závěrů a doporučení pro praxi.
- Zpracování výsledků do formy metodického materiálu.

5. 3 Výzkumné otázky

Na základě vymezení cíle a úkolů bakalářské práce a v souladu se studiem materiálů věnovaných této problematice jsme si pro svou práci stanovili následující výzkumné otázky:

- Předpokládáme, že na základě intervenčního programu dojde k prokazatelnému snížení hmotnosti probandek.
- Předpokládáme, že na základě intervenčního programu dojde ke zlepšení životosprávy jednotlivých probandek (úprava stravovacích návyků a pitného režimu).
- Předpokládáme, že na základě intervenčního programu dojde u žen ke zkvalitnění života i po psychické stránce (větší sebedůvěra, spokojenost s vlastním tělem).

5. 4 Metodika

Tato práce má formu základního výzkumného šetření spíše kvalitativní povahy, obsahuje však některé kvantitativní prvky. Pro získání potřebných informací ke splnění úkolů práce, realizaci stanovených cílů a ověření či vyvrácení výzkumných otázek jsme zvolili metodu obsahové analýzy literárních zdrojů (teoretická část práce) a základní výzkumné metody (výzkumná část práce):

- Anamnéza,
- somatická měření (hmotnost, výška, BMI),
- intervenční program,
- nestandardizovaný rozhovor (interview) na různá témata (stravovací návyky, vliv intervenčního programu na různé oblasti psychiky),
- pozorování.

Analýza odborné literatury se týkala především problematiky nadváhy a obezity, její charakteristiky, zvýšené hmotnosti v poporodním období, redukce nadváhy a jógy. Ke stanovení tělesné hmotnosti jsme použili digitální váhu s přesností vážení na 0,1 kg, ke stanovení výšky nástěnné měřidlo s přesností měření na 1 cm. Ženy se měřily a vážily pouze ve spodním prádle a bosé. Pro hodnocení tělesné hmotnosti jsme využili výpočtů podle vzorce BMI.

V posledních desetiletích se odborníci shodli na vzorci, který se nazývá index tělesné hmotnosti (body mass index, zkráceně BMI). Jeho výsledek vyjadřuje poměr hmotnosti (v kilogramech) k tělesné výšce (v metrech) umocněné na druhou.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{tělesná výška (m}^2\text{)}}$$

Jestliže je výsledek v rozmezí **18,5 až 25**, je to ze zdravotního hlediska *normální hodnota*. **Přesáhne – li hodnotu 25**, jedná se o *nadváhu*, je – li **vyšší než 30**, mluvíme již o *obezitě*. (MÁLKOVÁ, KUNOVÁ, KUDRNA a kol., 2002)

Hlavním pilířem **intervenčního programu** byla jóga. Ženy si za tři měsíce trvání intervenčního programu měly osvojit základy jógových cvičení, relaxace a dechových technik. Součástí intervenčního programu bylo i získání znalostí z oblasti zdravé výživy a správného pitného režimu. Tyto znalosti a dovednosti měly ženy přivést k rozumnému snížení jejich hmotnosti. Podrobný popis celého intervenčního programu viz přílohy.

Tabulky a grafy jsme zpracovávali v programu Microsoft Excel.

5. 5 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření jsme započali v květnu 2008. Odbornou literaturu jsme shromažďovali a studovali až do října 2008. Během srpna až listopadu probíhal dle stanovených kritérií výběr žen - probandek vhodných pro intervenční program. Od listopadu 2008 do ledna 2009 jsme vypracovávali teoretickou část práce na podkladě odborné literatury a ověřených internetových zdrojů. V prosinci 2009 jsme vytvořili úvodní část intervenčního programu a shromažďovali materiály pro jeho další tvorbu a postupnou realizaci. Od 13. ledna do 31. března 2009 (každé úterý) byl realizován intervenční program se ženami po porodu. Za chodu programu docházelo k jeho postupnému dotváření. V dubnu jsme dokončili šetření, vyhodnotili výsledky a vypracovali výzkumnou zprávu.

5. 6 Charakteristika souboru

Skupina probandek byla vybrána dle následujících kritérií: žena se musela právě nacházet v období po porodu, které se vyznačovalo tím, že po dobu trvání intervenčního programu (leden – březen 2009) muselo být její dítě mladší jednoho roku. Další podmínkou bylo, aby žena měla některou z forem nadváhy či obezity, nebo alespoň trpěla nějakou tělesnou disproporcí, kterou by chtěla pozitivně ovlivnit či zredukovat. Výběr žen byl proveden ve městě Třebíč a jeho okolí.

Tříměsíčního intervenčního programu se zúčastnilo pět žen ve věku 21 – 40 let. U každé ženy jsme zjišťovali metodou rozhovoru základní anamnestická data, stravovací návyky,

důvody, proč se zúčastnily intervenčního programu a další údaje. Ženy souhlasily s uvedením jejich křestního jména v závěrečné zprávě.

Zde jsou bližší informace o probandkách: (k 13.1.2009)

Ivana: 21 let

Výška: 168 cm, *hmotnost:* 72,4 kg. BMI: 26, 65 - **nadváha**

Má jedno dítě – chlapce (6měsíců). Žije na vesnici s partnerem u jeho rodičů. Je na mateřské dovolené. Má vystudovanou střední školu zaměřenou na sociální sféru, ještě nebyla nikde zaměstnána. Netrpí žádným chronickým onemocněním, pouze alergií na některé potraviny (ořechy, mléko, jahody).

V těhotenství přibrala 12 kg, předtím nikdy nadváhou netrpěla, vždy bývala štíhlá. Momentálně kojí.

V rozhovoru zaměřeném na stravovací návyky jsme zjistili některé nedostatky: Ivana pravidelně nesnídá, téměř nejí mléčné výrobky, smaží pokrmy na sádle, často konzumuje masné a zabijačkové pokrmy, denně jí zákusky a čokoládu. K dobrým návykům patří denní konzumace syrové zeleniny a ovoce a pití neslazených nápojů, kterých však Ivana vypije pouze kolem 1 l za den.

Před těhotenstvím a porodem běžně a pravidelně sportovala: jezdila na kole, chodila na dlouhé procházky s přítelem, hrála závodně volejbal. Po porodu je pohybová aktivita prakticky nulová, snad jenom procházky s kočárkem (nyní v zimním období však velmi omezeně).

Ivana nemá žádné zkušenosti se cvičením jógy. Na intervenční program se však velmi těší. Moc by chtěla dokázat rozumně zredukovat hmotnost, zpevnit si tělo a opět nabýt ztracenou sebedůvěru.

Marcela: 23 let

Výška: 166 cm, *hmotnost:* 62,9 kg. BMI: 22,83 – **normální hmotnost**

Marcela má sice podle BMI normální hmotnost, vadí jí však velmi povolené břicho a celkově nezpevněné tělo.

Má jedno dítě – dívku (9 měsíců). Žije na vesnici hned vedle okresního města s přítelem v malém rodinném domku. Momentálně je na mateřské dovolené. Vystudovala gymnázium. Dříve pracovala jako prodavačka v obchodě s dětským textilem. Trpí mírnou chudokrevností, jinak žádná závažná onemocnění neudává.

Marcela v těhotenství přibrala 16 kg, nyní už má oproti stavu před otěhotněním pouze 3 kg nadváhu. Zhubla během kojení, touto dobou již nekojí. Nikdy dříve nemívala problémy s nadváhou. Nyní má ochablé svalstvo po celém těle a nezpevněnou kůži na břiše se známkami strií.

Stravovací návyky jsou celkem správné. Marcela bohatě snídá, konzumuje čerstvé ovoce i zeleninu. Obvykle jí 5x denně. Lze ji však vytknout velké množství zkonsumovaného bílého pečiva za den, a poměrně dost sladkostí (vícekrát denně). Pitný režim je v pořádku a to 2 – 2,5 litrů denně.

S pohybem na tom také není moc dobře, občas chodí plavat a na spinning (méně než 2x do měsíce). S jógou už se setkala, navštěvovala hodiny jógy při DDM od 16 do 18 let. Vzpomíná na to velmi ráda a chtěla by se k józe vrátit.

Lucie: 30 let

Výška: 164 cm, *hmotnost:* 69,2 kg. BMI: 25,72 – **nadváha**

Lucie má dvě děti (dívku – 10 let, a chlapce - 3 měsíce). Žije s manželem v panelákovém bytě v okresním městě. Momentálně je na mateřské dovolené. Vystudovala střední zdravotnickou školu a před MD pracovala jako zdravotní sestra na interním oddělení nemocnice. Žádnou chronickou nemocí ani alergií netrpí. Plně kojí.

Lucie v prvním těhotenství přibrala 17 kg a nikdy se jí už nepodařilo zhubnout na původní hmotnost, v druhém těhotenství přibrala již jen 10 kg. Za svůj život už vyzkoušela všechny možné zdravé i nezdravé diety. Vždy s následným JO – JO efektem.

Dotazováním na její stravovací návyky jsme zjistili, že jí jen 2x denně velké množství jídla a jí velmi rychle. Většinou to jsou samé kalorické bomby. Nekonzumuje téměř ovoce a zeleninu. Konzumuje spíše masitou stravu s přílohami. Pitný režim je 1 -2 litry denně.

Před druhým těhotenstvím neměla příliš mnoho pohybu. 1x týdně chodila cvičit aerobic. 2x měsíčně rekreačně plavala. O víkendech chodila s dítětem a manželem na delší procházky. S jógou se ještě nikdy nesešla.

Romana: 36 let

Výška: 173 cm, *hmotnost:* 80,8 kg. BMI: 26,99 – **nadváha**

Má dvě děti (chlapce – 6 let a dívku – 8 měsíců). Žije s manželem v panelákovém bytě na okraji města. Momentálně je na mateřské dovolené. Vystudovala vyšší zdravotnickou školu, před nástupem na MD pracovala ve funkci staniční sestry ortopedického oddělení nemocnice.

Poslední dobou mívá zvýšený krevní tlak (až 150/90), zatím se s ním neléčí. Hodně se také potí a zadýchává při námaze.

V prvním těhotenství přibrala 20 kg, které se jí podařilo zhubnout cvičením a nízkokalorickou dietou, v druhém těhotenství přibrala 12 kg, které se jí nedaří zhubnout. Svě dítě již nekojí. Před oběma těhotenstvími byla velmi štíhlá. V 16 letech měla problémy s příjmem potravy, nejspíš trpěla lehčí formou mentální anorexie. Dokonce se léčila.

Nyní jsou její stravovací návyky celkem správné, jí pravidelně, asi 4x denně, akorát mezi jídly ochutnává a ujídá vše možné. Romana jí pouze kuřecí a rybí maso, hodně čerstvého ovoce a zeleniny, tmavé a celozrnné pečivo. Pije přes 2 litry za den. Většinou však sladké limonády. Také pije 2 kávy denně.

Dříve Romana hodně sportovala, poslední roky měla ale prý mnoho práce, takže na pohyb zbylo jen málo času. Nepravidelně zašla na aerobik, nebo jela na výlet na kole. S jógou se ještě nikdy nesetkala. Pouze o ní četla, i když ji zaujala, nenašla si doposud čas jí vyzkoušet.

Jitka: 40 let

Výška: 164 cm, *hmotnost:* 65,4 kg. BMI 24,22 – **normální hmotnost**

Jitka má sice podle BMI ještě normální hmotnost, pohybuje se však již skoro na hranici s nadváhou a necítí se úplně dobře. Chtěla by hlavně zpevnit tělo a docílit toho, aby bylo pružnější. Žije s manželem v bytovce ve městě. Na mateřské dovolené je s chlapcem (8 měsíců), dále má 18letou a 15letou dceru. Vystudovala střední pedagogickou školu a celý život pracuje jako učitelka v mateřské škole.

Při prvním těhotenství přibrala 16 kg, vše nějak přirozeně zhubla, při druhém 12 kg, opět zhubla, měla nadváhu asi 3 kg oproti hmotnosti před 1. těhotenstvím. V nynějším těhotenství přibrala 10 kg, ale hubnutí již nejde vůbec tak rychle a tak samo jako před 15 lety. Jitka bývala vždy štíhlá. Trpí sníženou funkcí štítné žlázy (diagnostikováno před 2 roky) a varixy (křečové žíly) na dolních končetinách.

Stravovací návyky má asi ze všech žen nejlepší. Již 15 let je lakto-ovo-vegetariánka, pravidelně drží jednodenní půst. Nyní ještě kojí, takže půst vynechává. Jí hodně zeleniny, kterou sama pěstuje, pije velké množství bylinkových čajů (až 3 litry). Jediné, co nemá ráda jsou mléčné výrobky. Jí pouze jogurty.

Po třetím porodu ještě nesportovala, pouze chodí s kočárkem na procházky. Před 3. těhotenstvím provozovala cyklistiku, cvičila aerobic a plavala. Do jógy chodila kdysi dávno, jediný zážitek, který si pamatuje, že při relaxaci vždy usnula.

5. 7 Charakteristika intervenčního programu

Při sestavování intervenčního programu jsme vycházeli ze skutečnosti, že ženy jsou jen několik málo měsíců po porodu a prakticky v posledních měsících neprovozovaly žádnou pohybovou činnost. Jógová cvičení tedy začínala od těch nejjednodušších a pokračovala k obtížnějším dle aktuálního fyzického stavu probandek. Dále jsme uznali za vhodné zařadit do programu vždy před zahájením vlastního cvičení krátký informační úsek. Podávali jsme informace o zdravém životním stylu, zdravé a rozmanité stravě, složkách výživy a jejich významu, o pitném režimu a mnoho dalších.

Hodinová dotace čistě na cvičení jógy byla 12 hodin. Celému intervenčnímu programu jsme však věnovali mnohem více času. Se ženami jsme se scházely 1x týdně v úterý, asi od 18 do 20 hodin. Od 19 do 20 hodin trvalo samotné cvičení jógy. Scházely jsme se v našem domě, kde jsme měly celou jednu místnost vyhrazenou na cvičení jógy. Ženy s sebou měly vlastní podložky a pohodlné oblečení na cvičení. Intervenční program začal 13.1. a skončil 31.3.2009. Měly jsme tedy 12 setkání. Mimo to, měly ženy za úkol alespoň 2x týdně cvičit jógu doma podle nakopírovaných cviků a sestav. Také se měly snažit jíst a pít podle zásad zdravé výživy, které se dozvěděly z intervenčního programu a provozovat i jiné pohybové aktivity v rámci jejich možností.

V některých částech programu jsem postupovala podle projektu GAČR 406/05/2431, který byl realizován v letech 2005 - 2007 pod vedením doc. Krejčí z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích: Intervenční jógový program byl vždy 3měsíční. Jógový intervenční program byl 1× v týdnu prováděn společně ve sportovním centru, v dalších dnech opakovaně doma. Každé 2 týdny byl cvičební cyklus změněn. Výsledky indikují jógový program jako vhodný a účinný ve formě denního tréninku pro redukci obezity a nadváhy, zejména u komplikací s arteriosklerózou, diabetem, ap. Jógový intervenční program tak může být doporučen pro trenérskou i klinickou praxi. Tento pohybový program mění postoj k Self, harmonizuje a vytváří zdravou identitu. Napomáhá sebekontrolě a rozvoji sebeúcty, což jsou důležité předpoklady pro udržení zdravého životního stylu po snížení nadváhy. Námí vytvořený a výzkumem ověřený postup lze jednoznačně doporučit také jako startovní program. V jeho průběhu dojde totiž k optimální redukci hmotnosti organismu a kloubní a svalový systém je připraven pro přijetí dalších pohybových činností, nejlépe aerobního charakteru. Také rozvoj sebedůvěry a sebeúcty a celkový rozvoj pohybové koordinace v průběhu intervenčního jógového tréninku umožňuje lepší zvládnutí následných pohybových aktivit podle volby daného jedince. (KREJČÍ, 2006)

Podle Krejčí je jóga velmi vhodná nejen pro snižování nadváhy a to z mnoha důvodů: Jóga je přirozený způsob jako sama příroda, kdysi totiž i jóga vznikala v přírodě. Pro nejlepší účinky by se jóga měla cvičit každý den. Cvičení přináší rozvoj těla, imunitního systému, rovnováhu nervového systému, reguluje systémy žláz, trávení a podporuje orgány. Dále napomáhá rozvoji svalů a kloubů. Mnohé problémy se zdravím se dají vyřešit každodenním cvičením. Zvláště vhodné a důležité je cvičení jógy po 35. roku života. Jógová cvičení jsou pomalá a uvolňující, proto vyhovují lidem s nadváhou v začátku redukčního programu. Tito lidé si jsou díky józe schopni uvědomit své tělo, uvolnit se, brzy zjistí změny, získají sebedůvěru, rozdýchají se, zpevní ochablé svaly a jógová filozofie je nenásilně vede ke zdravé životosprávě. Lidé s nadváhou by měli na jógu navázat adekvátním pohybovým režimem, nejlépe aerobním (vycházky, cyklistika běžky...). V dnešní době již existují kurzy jógy zaměřené na snižování nadváhy. Pro nejlepší výsledky by se měla jóga cvičit 1,5 hodiny denně. Téměř hodinu cvičíme ásany, několik minut relaxace a půl hodiny pránájámu. (nebo 40 minut ásany a zbývající čas meditace). Vhodným cvičením pro začátečníky a obézní jsou tzv. *sarva hita ásany* (jednoduchá cvičení vhodná pro všechny). Vhodné je při redukcii hmotnosti cvičit tzv. *agnisára krija* (*agnó = oheň*), je to speciální cvičení na zrychlení metabolismu a spalování. Různé pozice mění pochody v lidském těle. *Předklon* má zklidňující účinky, podporuje krevní oběh, prokrvení celého těla, imunitu a trávicí systém. *Záklon* stimuluje organismus a aktivuje. Střídání různých poloh má specifický účinek. V nových metodách snižování nadváhy je vždy zahrnutá *relaxace*. Relaxace snižuje tenzi svalů, prohloubí dýchání a uvolní mozek. Pokud chceme opravdu žít podle zásad jógy, měli bychom upravit i stravu (to musíme samozřejmě také udělat, pokud chceme snížit nadváhu). Měli bychom přijímat pouze *satvickou* stravu (čerstvou a plnou enzymů), vyhýbat bychom se měli *radžastické* stravě (dráždivé, obsahující kofein, koření, cukr, sůl, dochucovadla, alkohol) a stravě *tamasické* (konzervy, ohříváné věci). Občas bychom měli držet jednodenní půst na pročištění organismu. Nebo 1x ročně jíst měsíc pouze zeleninu.

(M. KREJČÍ, přednáška, 31.10. a 14.11. 2008)

Při sestavování intervenčního programu jsem řídila hlavně zásadami, které jsem se dozvěděla z přednášek M. Krejčí, cvičební jednotky jsem sestavovala podle knih *Jóga v denním životě* (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006), *Jóga proti bolestem v zádech* (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003) a podle semináře snižování nadváhy pomocí jógových cvičení.

Cvičební jednotka trvala 1 hodinu. Každé dva týdny byl cvičební cyklus změněn. Každá cvičební jednotka začínala relaxací, nácvikem plného jógového dechu. Následovalo cvičení

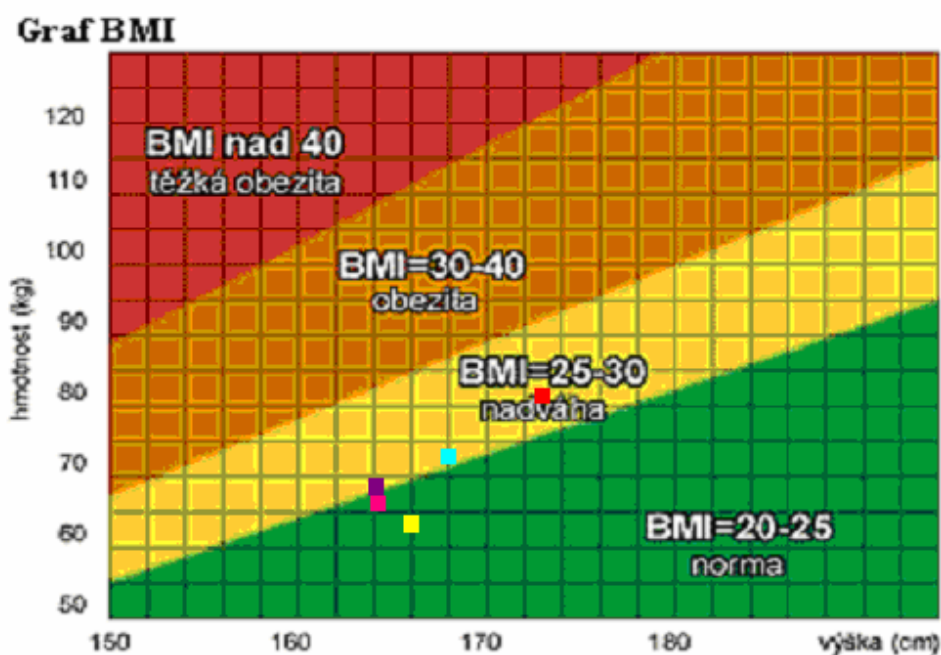
ásan, od nejjednodušších pozic, přes složitější, různé kombinace ásan až po jednoduché sestavy. Cvičení bylo prokládáno fázemi uvolnění. Na konci jsme zařadili pránájámu, později pránájámu bhastríká a také jsme se učili meditovat. (viz příloha č.4).

6 VÝSLEDKY A DISKUSE

Pro ověření první výzkumné otázky jsme využili měření tělesné výšky, vážení hmotnosti a výpočtu BMI (body mass index) k určení normální hmotnosti, nadváhy a obezity. První měření a vážení jsme provedli dne 13.1. 2009 před započítím intervenčního programu, druhé a zároveň závěrečné měření a vážení jsme provedli dne 31.3. 2009 po ukončení intervenčního programu.

Zde předkládáme jednotlivé ukazatele (tabulky a grafy) pro zřehlednění výsledků výzkumu.

Graf č. 1 Stav BMI probandek před zahájením intervenčního programu

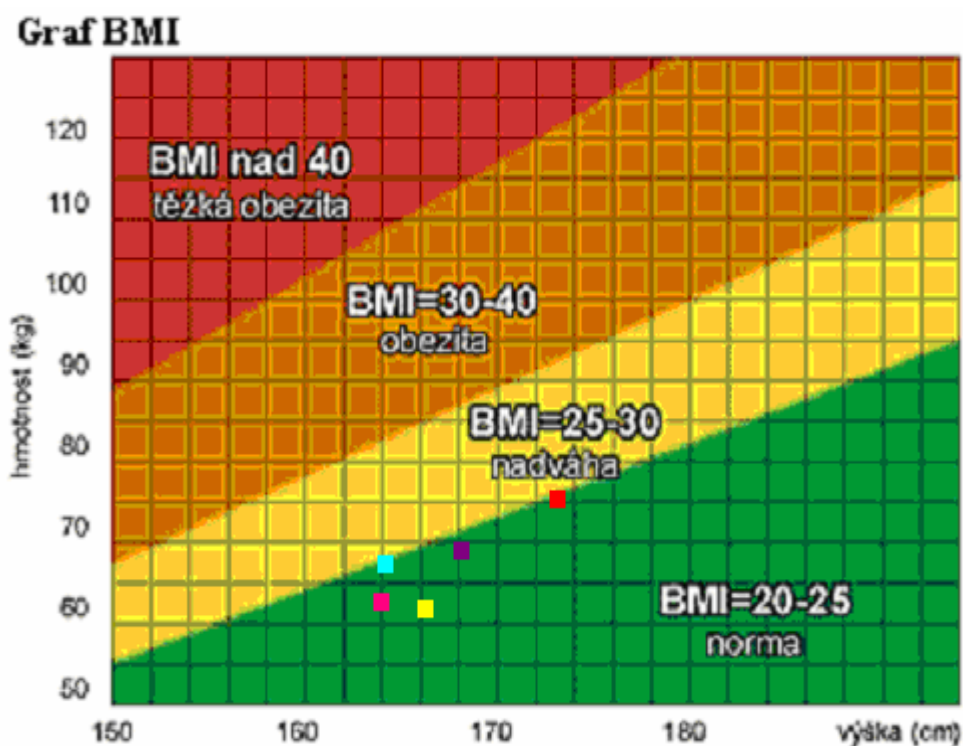


Legenda:

- Ivana
- Marcela
- Lucie
- Romana
- Jitka

Z výpočtů BMI a dosazení výsledků do grafu jsme zjistili, že tři z pěti žen trpí nadváhou, jedna žena je na hranici mezi normální váhou a nadváhou a jedna žena má normální hmotnost. Všechny ženy se v rozhovoru vyjádřily, že se budou v intervenčním programu snažit hmotnost redukovat.

Graf č. 2 Stav BMI probandek po ukončení intervenčního programu



Legenda:

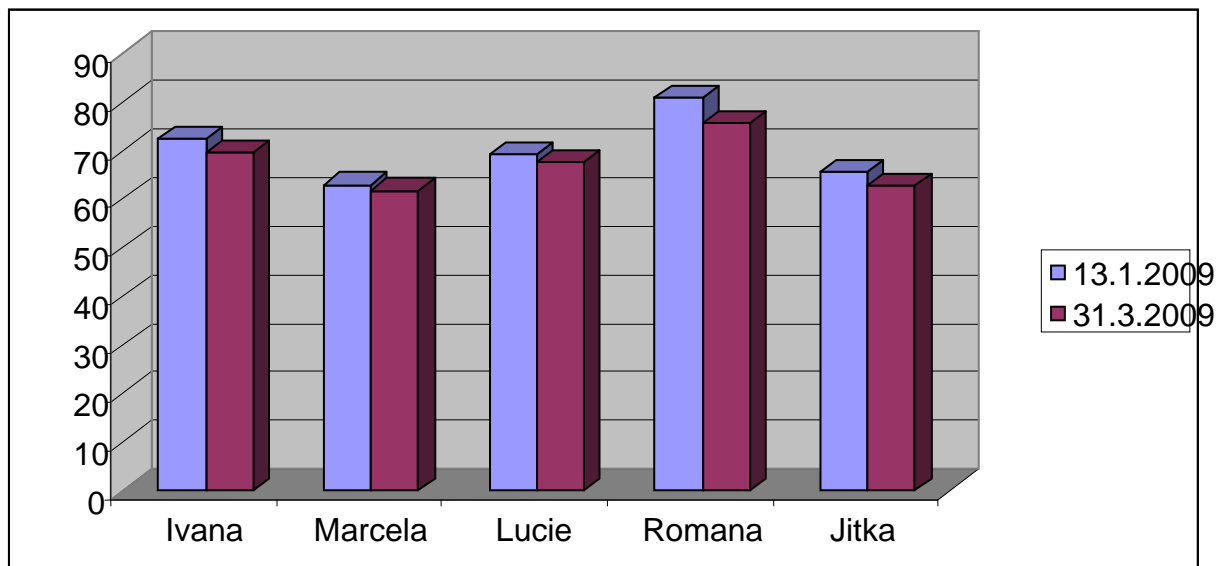
- Ivana
- Marcela
- Lucie
- Romana
- Jitka

Po ukončení intervenčního programu jsme opět všechny ženy změřili a zvážili. Dle výpočtů BMI a dosazení výsledků do grafu vyšlo najevo, že všechny probandky snížily svoji tělesnou hmotnost a navíc se čtyři z pěti žen dostaly se svojí hmotností pod BMI 25, což znamená, že mají normální hmotnost. Pouze jedna žena byla lehce nad hranicí normální hmotnosti, měla tedy jen mírnou nadváhu.

Tab. č. 1 Hmotnosti žen v kg před a po zahájení intervenčního programu

hmotnost (kg)	13.1.2009	31.3.2009
Ivana	72,4	69,4
Marcela	62,9	61,7
Lucie	69,2	67,4
Romana	80,8	75,5
Jitka	65,4	62,6

Graf č. 3 Hmotnosti žen v kg před a po zahájení intervenčního programu

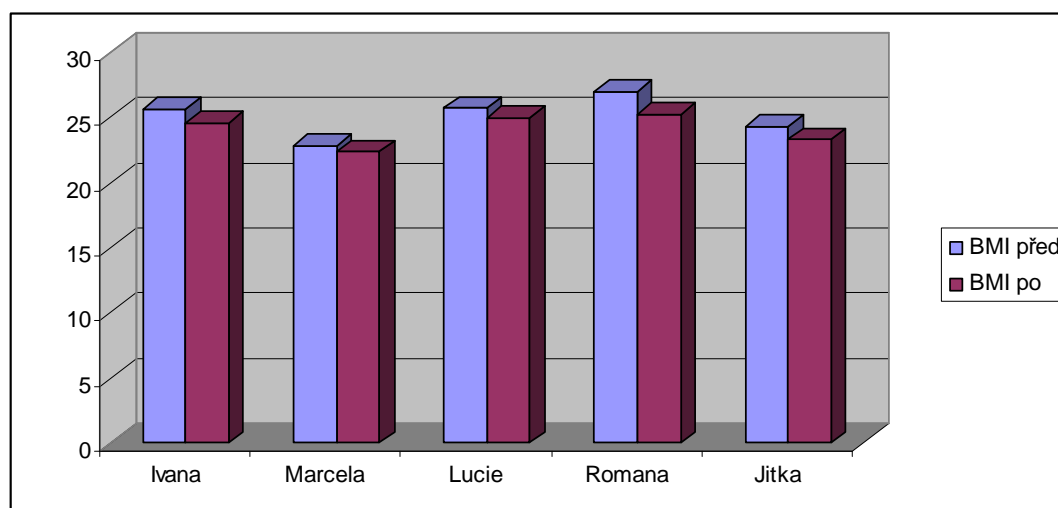


Dle tabulky a grafu je zřejmé, že všechny probandky dokázaly za pomoci intervenčního programu snížit svoji hmotnost. Za tři měsíce trvání programu se nejvíce podařilo snížit hmotnost Romaně (o – 5,3 kg) a nejméně Marcelle (o – 1,2 kg).

Tab. č. 2 Hodnoty BMI žen před a po zahájení intervenčního programu

	BMI před	BMI po
Ivana	25,65	24,59
Marcela	22,83	22,4
Lucie	25,72	24,95
Romana	26,99	25,22
Jitka	24,32	23,27

Graf č. 4 Hodnoty BMI žen před a po zahájení intervenčního programu

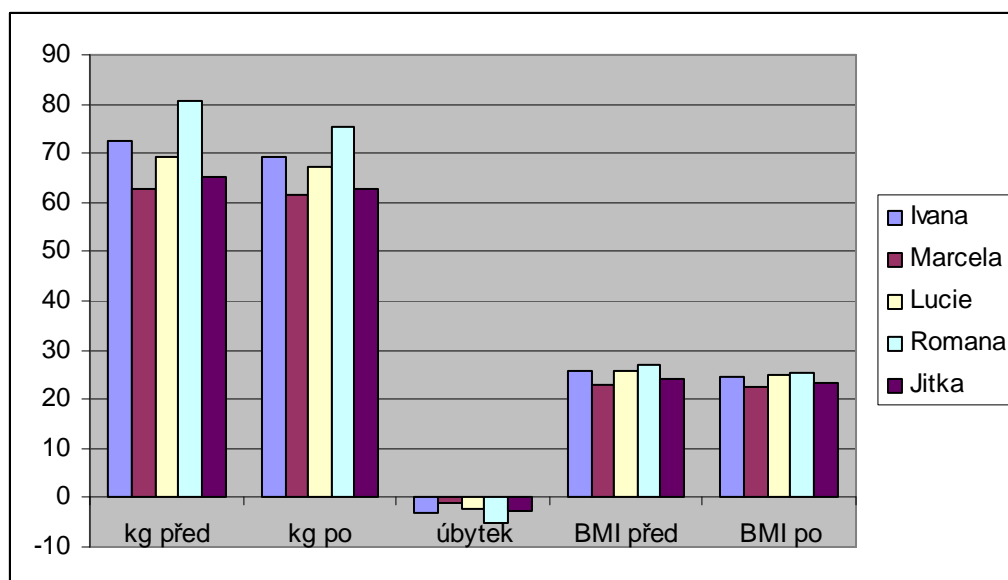


Dle zobrazených výsledků je zřejmý pokles hodnot BMI u všech probandek. Opravdu nejvíce se podařilo zredukovat hmotnost Romaně.

Tab. č. 3 Celková tabulka kilogramů, BMI a váhových úbytků u jednotlivých probandek

	kg před	kg po	úbytek	BMI před	BMI po
Ivana	72,4	69,4	-3	25,65	24,59
Marcela	62,9	61,7	-1,2	22,83	22,4
Lucie	69,2	67,4	-2,1	25,72	24,95
Romana	80,8	75,5	-5,3	26,99	25,22
Jitka	65,4	62,6	-2,8	24,32	23,27

Graf č. 5 Celkový graf kilogramů, BMI a váhových úbytků u jednotlivých probandek



Z této tabulky a grafu jsou patrné všechny váhové úbytky, snížení hmotností i snížení BMI. Šetření bylo tedy úspěšné. Všechny ženy dokázaly snížit svoji hmotnost zdravým a bezpečným způsobem – intervenčním programem na bázi jógových technik a rozumnou úpravou stravovacích návyků. Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že stanovená výzkumná otázka, že na základě intervenčního programu dojde k prokazatelnému snížení hmotnosti, se potvrdila.

6. 1 Diskuse k výsledkům u jednotlivých kasuistik

Potvrdilo se ještě několik kvalitativních pozitivních výsledků v různých oblastech psychiky i jiných životních oblastech. Tyto skutečnosti jsme zjistili na podkladě závěrečného interview.

Otázky zněly:

- 1) Jak jste spokojena se svým tělem?
- 2) Pociťujete na sobě nějaké psychické změny v souvislosti s intervenčním programem?
- 3) Prožíváte nyní některé životní situace jinak?
- 4) Změnil se nějak váš žebříček hodnot?
- 5) Co vám dala jóga?

Odpovědi od jednotlivých žen:

Ivana: 21 let

Se svým tělem je spokojena mnohem více než před třemi měsíci, kdy se cítila otlá a nehezká. Pociťuje celkové zpevnění celého těla a jeho větší pružnost. Po absolvování intervenčního programu pociťuje psychické uvolnění a zvýšení sebevědomí. Intenzivněji nyní prožívá chvíle se svojí rodinou, už ji tak nerozhází, když jí nejde dítě dlouho utišit. Hodnoty má stále stejné. Jóga jí dala nové kamarádky, lepší postavu a pocit psychického uvolnění.

Marcela: 23 let

Je nadšená z toho, že se jí podařilo snížit hmotnost pomocí takto jednoduchých a klidných cviků. Její povislé břicho, z kterého byla tak nešťastná se navíc viditelně zpevnilo. A dokonce jí přestaly bolet záda. Psychické změny přímo v souvislosti s intervenčním programem nepociťuje, snad jen pocit spokojenosti a nadšení, že ze sebou konečně začala něco dělat a má velkou chuť v tom pokračovat. Všechny situace prožívá stejně. Žebříček hodnot se jí změnil, do popředí zájmů vstoupila péče o tělo a zdraví nejen její, ale také její rodiny. Jóga jí baví a dala jí pevnější postavu.

Lucie: 30 let

Nyní je o něco spokojenější se svým tělem, je ráda, že se jí podařilo „alespoň něco málo shodit“. Upřímně prý čekala větší úbytek hmotnosti. Není se ale prý čemu divit, protože moc nezměnila své stravovací návyky. Více než ty fyzické změny pociťuje ty psychické. Zdá se jí, že má najednou ze všeho větší radost, nestresuje se malichernostmi a je taková klidnější. Žebříček hodnot se jí nijak nezměnil, vždy měla na prvním místě rodinu, dnes si je ale

vědoma, že by tam měla zařadit i zdraví. Jak ale konstatuje, je ještě pořád na některé věci hodně pohodlná. Jóga jí velmi baví, ještě nikdy prý nezažila, aby se po cvičení cítila příjemně odpočatá, uvolněná a svěží.

Romana: 36 let

Byla velmi šťastná, že se jí, podařilo zhubnout přes pět kilo. Jak ale říká, připadá jí, že zhubla 10 a navíc o několik let omládl. Dokonce se jí vrátil krevní tlak do normy, přestala zvýšeně se potit a zadýchávat. Sama sobě se opět začala líbit a v hubnutí za pomoci jógy chce rozhodně pokračovat. Díky tomu, že zhubla, cítí se mnohem lépe i po psychické stránce. Je vyrovnaná a těší se z každého okamžiku. Také se naučila chodit s dětmi na dlouhé procházky. Žebříček hodnot je stále stejný. Chce ale ještě více zdraví pro svoji rodinu, proto se rozhodla vařit zdravěji. Jóga se jí moc líbí a chce v ní pokračovat.

Jitka: 40 let

Měla radost, že se její hmotnost konečně hnula směrem dolů. Jitku přestala bolet záda i klouby. Se svým tělem je docela spokojena. Má teď do všech aktivit mnohem větší chuť a je dobře naladěná. Stresové situace bere s větším klidem a malé všední radosti si více užívá. Na žebříček hodnot neměl program vliv. Jóga se jí líbí.

6. 2 Diskuse k celému výzkumu

Společně s uspěchanou dobou plnou stresu se v dnešní době také rozvíjí sedavý a pohodlný způsob života. Výsledkem těchto faktorů je velké procento nadváhy v dnešní populaci žen. Na ženy působí mnoho negativních vlivů: od velkých nároků na jejich kariéru společně se zvládáním výchovy dětí a chodu domácnosti až po vyžadování kultu štíhlosti, krásy a mládí od celé dnešní společnosti.

Z tohoto bludného kruhu se lze dostat ven pouze změnou životních postojů ke společnosti i k sobě sama a trvalou změnou stravovacích a pohybových návyků. Tyto změny jsou samozřejmě velmi obtížné a zároveň bývají i docela nepříjemné. Je to však jediná cesta k trvalému zdraví.

Intervenční program na bázi jógových cvičení je sestaven tak, aby byl vhodný pro každou ženu této doby. I pro ženu s nadváhou, unavenou a otrávenou věčným shonem. Jóga je opravdu výhodná ve své jednoduchosti. Je to takový „pohodový“ styl života. Na józe je znát, že vychází z přírody a zrcadlí se nad ní moudrost mnoha a mnoha generací, které ji cvičily, které jí žili, kterým usnadňovala a zpříjemňovala život.

Po ověření programu v praxi, zhodnocení výsledků snižování nadváhy a zjištění individuálních názorů a pocitů žen z intervenčního programu, jsem si jista, že právě jóga je opravdu to pravé, co může dnešní ženy (a nejenom je) dostat do fyzické i duševní kondice a udělat je šťastnými.

Tento konkrétní intervenční program, který jsme realizovali, obsahoval nejen jógové techniky, ale i poradenství o zdravých stravovacích návycích, pitném režimu a o jiných vhodných pohybových aktivitách. Ženy se rychle spřátelily, zjistily, že jsou v podobné fázi života a řeší podobné problémy. Při našich setkání vládla vždy pohodová a uvolněná atmosféra. Zezačátku byla cítit nejistota a možná i částečná nechuť něco měnit, ale velmi brzy se tato atmosféra změnila. Ženy začaly brát úterní večery, jako chvílky jenom pro sebe a pro své zdraví. Navíc se jim podařilo dosáhnout skvělých výsledků.

7 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem práce bylo vytvoření tříměsíčního intervenčního programu na bázi jógových technik pro snižování nadváhy u žen po porodu a jeho ověření v praxi. Jako dílčí cíl jsme si stanovili sledování vlivu námi vytvořeného intervenčního programu na oblast psychiky žen po porodu (vnímání sebe sama, sebeúcta, vnitřní vyrovnanost).

Odpovědi na výzkumné otázky jsou následující: Na podkladě intervenčního programu došlo k prokazatelnému snížení hmotnosti u všech probandek. Z konečných rozhovorů vyplynulo, že ženy zlepšily své stravovací návyky, vhodně upravily svůj pitný režim a k určitým pozitivním změnám došlo i v jejich psychice. Většina žen je spokojenější se svým tělem, zdravě se jim zvýšilo sebevědomí, některé se cítí velmi svěží a plné síly. Účinky intervenčního programu na psychiku žen jsou spíše individuální ale v konečném důsledku jsou pozitivní.

Je zde také vidět výrazná provázanost onoho fyzického a psychického zdraví. Pokud jsou těla žen štíhlejší, pružnější, pevnější, je i jejich psychika vyrovnanější, klidnější a spokojenější. To samé platí i naopak. Vyrovnaným a spokojeným ženám, se bude lépe cvičit a pracovat na svém těle.

Díky tomuto programu měly probandky možnost začít se změnou svého života k lepšímu. Probandky se velmi snažily pomoci ve výzkumu, vše dělaly poctivě a s velikou ochotou a tímto přístupem toho vlastně nejvíce udělaly samy pro sebe. S radostí můžeme konstatovat, že podle všech výsledků se výzkumné výsledky potvrdily.

Z celého výzkumu vyplývá i doporučení pro praxi. Samozřejmě, že pro realizaci praxe potřebujeme teoretické poznatky. Neměli bychom však v žádném případě zůstat pouze u nich. Toto doporučení se vztahuje ke všem pedagogickým oblastem (od edukace předškolních dětí až k edukaci seniorů). I v této práci jsme postupovali od teorie k praxi. Musíme uznat, že realizace praxe byla mnohem náročnější, než rozbor teorie. Tak to je bohužel i v životě. Z vlastní zkušenosti víme, že například o snižování nadváhy máme velmi mnoho teoretických informací, ale zrealizovat svůj záměr není tak jednoduché. Po překonání oněch problémů a bariér již však realizace není tak svízelná a plody bývají opravdu sladké. (Jak jsme se již přesvědčili realizací intervenčního programu.)

Takto se vlastně vyznačuje i obor „Výchova ke zdraví“. Studium získáme různé znalosti a dovednosti v oblasti všech čtyř složek zdraví (bio – psycho- sociální i spirituální). Je však už jen na nás, jak tyto poznatky převedeme do praxe a budeme či nebudeme schopni pomáhat lidem okolo nás s udržováním si a nebo získáváním zpět toho nejcennějšího, co máme – zdraví.

8 SEZNAM LITERATURY

- BALASKASOVÁ, J. (1996). *Přirozené těhotenství*. Praha: Svojtka a Vašut. ISBN 80-7180-117-8
- BEJDÁKOVÁ, J. (2006). *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1214-8
- ČECH, E. , HÁJEK, Z. , MARŠÁL, K. , SRP, B. a kol. (1999). *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 80 – 7169-355-3
- DRÁČ, P. & KŘUPKA, J. (1992). *Trvalé změny po tehotnosti*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0235-4
- FRIDRICH, R. (2008). Její veličenstvo jóga. *Zdraví*. 56 (3), 63. ISSN 0139-5629
- HAINER, V. a kol. (2004). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0233-9
- HAINER, V. , KUNEŠOVÁ, M. et al. (1997). *Obezita. Etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-67-1
- HAWEOVÁ, C. (2005). *Jóga pro zeštíhlení*. Praha: Beta. ISBN 80-7306-206-2
- HOLEČEK, V. ,ROKYTA, R. & VLASÁK, A. (2007). Androidní a gynoidní obezita. *Československá Fyziologie*. 56 (4), 151 – 152. ISSN 12-6313
- KALOUSKOVÁ, P. , KUNEŠOVÁ, M. (2008) . Obezita – stále podceňovaná nemoc. *Medicína pro praxi*. 5 (1), 6 – 7.
- KLENER, P. a kol. (2001). *Vnitřní lékařství pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-86073-76-9
- KOBILKOVÁ, J. et al. (2005). *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-315-X
- KREJČÍ, M. (2003). *Setkání s jógou*. České Budějovice: EM Grafika. ISBN 80-239-2052-9
- KREJČÍ, M.(2006). *Pozitivní efekty rozvoje sebekontroly a sebeúcty na snížení nadváhy*. In *Disportare - sborník z mezinárodní konference*. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita.
- KUNEŠOVÁ, M. et al. (2005). *Obezita. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 80-903573-8-5
- KUNOVÁ, V. (2004). *Zdravá výživa*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0736-5
- LIDELLOVÁ, L. & RABINOVICĚ, G. (2002). *Knih o józe*. Praha: Jan Vašut. ISBN 80-7236-294-1
- MACKŮ, F. & MACKŮ, J. (1998). *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-589-0

- MAKEDONOVÁ, N. (1991). *Gravidjóga. Porod bez bolesti*. Bratislava: Natajoga. ISBN 80-900557-3-7
- MAHÉŠVARÁNANDA, P. S. (2003). *Jóga proti bolestem v zádech*. Střílky: DNM import – export s.r.o. ISBN 80-903200-3-1
- MAHÉŠVARÁNANDA, P. S. (2006). *Systém Jóga v denním životě*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-1277-8
- MÁLKOVÁ, I. , KUNOVÁ, V. , KUDRNA, P. a kol. (2002). *Obezita je realita aneb Hubneme s rozumem*. Praha: Radioservis. ISBN 80-86212-25-4
- MÁLKOVÁ, I. & ŠTOCHLOVÁ, J. (2007). *Hubneme s rozumem v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-87049-08-2
- MELCHIONDA, N. et al. (2003). Cognitive behavioural therapy for obesity: one-year follow-up in a clinical setting. *Eating and weight disorders*. 8 (3), 188.
- PACOVSKÝ, V. a kol. (1986). *Vnitřní lékařství. Učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Avicenum.
- RATH, R. (1987). *Patogeneze a terapie obezity*. Praha: Avicenum.
- SKŘIVÁNEK, A. (2008) . Obezita v gynekologické ambulanci. *Zdravotnické noviny*. 57(18), 22-23. ISSN 0044-1996
- SOMR, M. (2006) .*Úvod do metodologie a metod výzkumu*. České Budějovice: M. Somr. ISBN 80 – 239 – 8227 – 3
- STÜLPNAGEL, B. (2006). *Jóga pro těhotné*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-1190-3
- VOTAVA, J. (1988). *Jóga očima lékařů*. Praha: Avicenum

Elektronické zdroje:

- HANÁKOVÁ, T. (2007). Jak dál po porodu – změny v šestinedělí. Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/10_02.html .
- HLÚBIK, P. (2002). Obezita závažný problém současnosti. *Interní medicína pro praxi*. (2), 314-315. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/504.pdf>

- HLÚBIK, P. & VOSEČKOVÁ, A. (2002). Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. *Interní medicína pro praxi*. (11), 545-546. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/551.pdf>
- HOUSOVÁ, J. (2008). Obezita a nádory. *Obesity news*. Retrieved 1.1.2009 from the world wide web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=100>.
- MÁLKOVÁ, I. (2007). Kognitivně behaviorální terapie obezity. *Venkovský prostor*. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.venkovskyprostor.cz/?D=42>.
- HRONEK, M., BERANOVÁ, E., KUSCHOVÁ, R. Příjem nutriční energie a tělesná hmotnost v období gravidity a laktace. *Časopis českých lékařů – GYNEKOLOG*. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.gyne.cz/clanky/1999/499cl5.htm>.
- KASALICKÝ, M., HOUSOVÁ, J. (2008). Od prvních pokusů až po sleeve gastrektomii. *Obesity news*. Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=uvod&id=77>.
- MIČOVÁ, L. (2008). Jak správně redukovat hmotnost po porodu. *Obesity news*. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=86>.
- SVAČINA, Š. (2007). Novinky ve farmakoterapii obezity. *Farmakoterapie*. Retrieved 29.12.2008 from the world wide web: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/Farmakoterapie-4-2007-693-Novinky-ve-farmakoterapii-obezity.pdf>.
- WILDOVÁ, O. (2007). Z historie obezity. *Medicina.cz*. Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=7439&s_rub=121&s_sv=1&s_ts=39673,854375.
- ZACHOVÁ, V. & ŠKOCHOVÁ, D. (2006). Chirurgická léčba obezity. *Florence*. (11). Retrieved 13.12.2008 from the world wide web: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=339>.

9 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1 : Fotografie z realizace intervenčního programu

Příloha č. 2 : Obr. Princip bariatrických operací.

Příloha č. 3 : Česká potravinová pyramida.

Příloha č. 4: Intervenční program.

Příloha č. 5: Podklady pro rozhovor na téma stravovacích návyků.

Příloha č. 1 Fotografie z realizace intervenčního programu





Příloha číslo 2



Obr. Principy bariatrických operací. (Retrieved 13.12. 2008 from the world wide web:
<http://www.obesity-news.cz/?pg=uvod&id=77>)

Česká potravinová pyramida



Obr. 3 Česká potravinová pyramida. (Retrieved 15.3.2009 from the world wide web: www.fzv.cz)

Příloha č. 4 Intervenční program

Intervenční program na bázi jógových technik trval od 13.1. do 31.3. 2009. Zahrnoval nejenom cvičení jógy, ale také informační části o zdravém životním stylu (strava, pitný režim, zdravé alternativní potraviny, vláknina atd.). Po celou dobu trvání intervenčního programu jsme si vedli deník, který zde nyní prezentujeme. Jednotlivé cviky, relaxace, dechová cvičení a sestavy jsou čerpány z knih: Jóga v denním životě a Jóga proti bolestem v zádech (obě od autora MAHÉŠVARÁNANDA). Cvičební jednotka trvala jednu hodinu. Každé dva týdny byl cvičební cyklus změněn.

Deník programu

1. setkání: 13.1. 2009 (úterý)

Dne 13.1. jsme se kolem 18. hodiny poprvé sešly u nás doma. Nejdříve jsem se všem ženám představila a blíže jim představila náplň následujících tří měsíců (12 setkání). Postupně jsem se všemi ženami probrala jejich anamnézu a promluvila si s nimi na téma stravovacích návyků a pitného režimu. Dále se všechny ženy zvážily a změřily, z těchto údajů jsem později vypočítala BMI a zjistila, zda mají či nemají nadváhu.

Když se ženy trochu seznámily a já měla hotové rozhovory, dovedla jsem je do místnosti, kde jsme následující úterky cvičily jógu. Některé ženy se setkaly s jógou poprvé, dvě se již s jógou kdysi dávno setkaly. Všechny ženy jsem nejdříve seznámila se základními údaji o józe, o jejím vzniku, historii, filozofii a se systémem „Jóga v denním životě“. Další informace se týkaly samotného cvičení – jeho zásad, účinků, jednotlivých technik. A konečně jsme přistoupily k samotnému cvičení. Začaly jsme cvičit podle prvního dílu Jógy v denním životě tzv. sarva hita ásany. Ke cvičení nám hrála tichá relaxační hudba.

1. Pozice blaženosti – ánanda ásana

Leh na zádech nebo na břiše, koncentrace na celé tělo, normální dech, trvání 5 minut. Lehněte si pohodlně na záda. Nohy jsou mírně od sebe, paže leží volně podél těla. Zavřete oči a uvolněte oční víčka. Vnímejte celé tělo – od špiček prstů u nohou až k temeni hlavy. Postupně, krok za krokem zaměřujete svou pozornost na jednotlivé části těla a vědomě je uvolňujete, až bude nakonec uvolněné celé tělo. Prožívejte pocit vnitřního klidu a míru.

2. Návik břišního dechu

Leh na zádech, koncentrace na břišní dech, 10x nadechnout a vydechnout. Lehněte si na záda, uvolněte se a položte si jednu ruku na břicho, vnímejte, jak se ruka na břicho s nádechem zvedá a s výdechem zase klesá. Pozorujte, jak se s rostoucím uvolněním, dechové pohyby pozvolna zpomalují. Položte paži zpět kolem těla a sledujte normální dech.

Detailní popis cviků v: MAHÉŠVARÁNANDA, Jóga v denním životě, str. 40 - 53

3. Protážení trupu

Leh na zádech, 3x na každou stranu.

4. Otáčení hlavy v lehu

Leh na zádech, 5x na každou stranu.

5. Torze s pokrčenýma nohama

Leh na zádech, 3x na každou stranu.

6. Kolébání do stran se skrčenýma nohama

Leh na zádech, 5x na každou stranu.

7. Zvedání ramen

Stoj, 5x na každou stranu.

8. Kroužení rameny ve stoji

Stoj, 5x v každém směru

9. Kroužení rameny s prsty na ramenou

Stoj, 5x v každém směru.

10. Křížení paží ve stoji

Stoj, 5x.

11. Krčení a napínání paží ve stoji

Stoj, 5x vpřed a 5x do upažení

12. Přenášení váhy těla

Stoj, 5x na každou stranu.

13. Ánanda ásana

3 minuty

14. Pávana mukta ásana – přitahování kolena k trupu

Sed, 5x na každou nohu.

15. Poloviční motýlek

Sed, 10 x na každou stranu.

16. Márdžarí – kočka

Klek sedmo, ruce na kolenou. S výdechem podsadíme pánev a zvolna přecházíme do kleku, současně předpažíme. S výdechem se předkláníme, dlaně opřeme pod ramena o podložku (vzpor klečmo). Sladujeme dech s prohýbáním páteře – při nádechu zvedneme co nejvíce hlavu a prohne páteř. Při výdechu skláníme hlavu a páteř co nejvíce vyhrbíme (kočičí hřbet). Cvičení 3x zopakujeme. S nádechem se zvedneme do kleku s předpažením, s výdechem se vrátíme do výchozí pozice.

17. Khatu pranám - pozdrav Kathu (sestava)

1. Klek sedmo, trup a hlava jsou vzpřímené, ruce spočívají na stehnech.
2. Vzpažte a spojte dlaně. Pohled směřuje vzhůru k dlaním.
3. Vytočte dlaně vpřed, předkloňte se s rovnými zády, až se čelo a paže dotknou podložky – pozice zajíce.
4. Opřete se a suňte trup dopředu, až se ramena dostanou mezi dlaně. Opíráte se o špičky prstů u nohou, kolena, dlaně a bradu. Horní část hrudi se dotýká podložky, pánev zůstává mírně zvednutá nad podložku – pozice píd'alky.

5. Spustíte pánev dolů a za pomoci paží co nejvíce zvedněte hlavu a trup. Pánev leží na podložce, pohled směřuje vzhůru -pozice kobry.
6. Zvedněte pánev, nohy zůstávají natažené. Trup i paže jsou v jedné přímce. Chodidla se opírají o celou plochu o podložku, hlava visí volně mezi napnutými pažemi – pozice hory.
7. Vykročte pravou, postavte pravé chodidlo mezi dlaně a levé koleno opřete o podložku. Dlaně nebo prsty se dotýkají podložky. Zvedněte hlavu, pohled směřuje vpřed, pánev tlačte k podložce.
8. Vzpažte a spojte dlaně. Pohled je upřen k dlaním. Pánev je protlačena mírně dopředu – pozice vítěze.
9. Proved'te pozici číslo 7.
10. Postavte levé chodidlo vedle pravého a propněte kolena, trup a hlava jsou volně vyvěšeny.
11. Se vzpažením přejděte do stoje, pohyb vychází z kyčlí, a spojte dlaně. Dbejte na to, abyste vyrovnali bederní oblast.
12. Pozice číslo 11.
13. Pozice číslo 10.
14. Pozice číslo 9.
15. Pozice vítěze.
16. Pozice číslo 9.
17. Pozice hory.
- 18, Pozice kobry.
19. Pozice píd'alky.
20. Pozice zajíce.
21. Pozice číslo 2.
22. Výchozí pozice.

Tuto sestavu se ženy postupně pomalu naučily a pak ještě 2x zopakovaly.

18. *Ánanda ásana*

19. *Nádí šódhana pránájáma*

Uvolněný vzpřímený sed, 20 dechů na každou nosní dírku.

20. *Meditační sed*

Několik minut, na konec zpívání mantry „Óm, šánti, šánti, šánti“.

Po cvičení jsme si ještě chvíli povídaly o józe, ženám se úvodní hodina líbila. Nakonec jsem jim domů rozdala nakopírované cviky z dnešního dne a poprosila je jestli by si tento cyklus ještě alespoň 2x zacvičily. Všem ženám jsem poděkovala za spolupráci.

2. setkání: 20.1.2009

Ženy se sešly po osmnácté hodině. Povídalý jsme si o minulém setkání , o tom, jak se dnes cítí a o jejich cvičení doma. Všechny ženy doma zkusily alespoň jedenkrát cvičit. Dnes jsme začaly s prezentací jednoduchých informací o zdravém životním stylu. Dnešním tématem byl pitný režim:

Informace o pitném režimu pochází z emailové komunikace, 5.12. 2008 – J. Škoudlilová (wellness konzultantka).

Pitný režim je jedna z nejdůležitějších oblastí nejen v oblasti zdravého životního stylu ale také správné regulace váhy. Začleníte-li dostatečné pití vody do každodenního režimu stejně jako konzumaci vyvážené stravy, pravidelné cvičení, odpočinek a relaxaci, zábavu a smích, ulehčíte organismu od problémů s fyzickou kondicí. Konzumace vody je jedním z nejdůležitějších faktorů udržení optimální kondice. 6-8 sklenic vody denně je pro organismus skutečně prospěšné!

Proč potřebujete čerstvou zásobu každý den?

Organismus je tvořen asi **55-75% vody**. Voda je po kyslíku druhým nejdůležitějším prvkem pro činnost organismu. Podívejte se, proč je pro organismus takové množství vody nezbytné:

- Účastní se trávení, vstřebávání a eliminace konzumované potravy . Účastní se vylučování odpadových látek z tlustého střeva a ledvin
- Každou minutu, každou vteřinu, po 24 hodin denně upravuje tělesnou teplotu
- Působí jako lubrikační přípravek pro klouby a membrány . Dopravním systémem organismu je krev, která neustále přepravuje živiny po celém organismu
- Výměšky a trávicí šťávy organismu jsou téměř kompletně tvořeny vodou (zažívací ústrojí produkuje přibližně 1,7 litrů slin denně!).

Vzhledem k těmto důležitým povinnostem, v běžných podmínkách potřebuje organismus zhruba 1,5 až 2 litry vody denně, aby jeho činnost mohla probíhat optimálně. Toto množství samozřejmě závisí na velikosti organismu, stravě, způsobu životního stylu a dokonce podnebí. Zde je otázka, kterou jste určitě slyšeli již mnohokrát:

Kolik sklenic vody denně vypijete?

Dvě, tři čtyři .. více? Tuto otázku slyšíte velmi často proto, že konzumace vody je nesmírně důležitá. Otázka nabádá k přemýšlení o množství vody, které denně vypijeme a vybízí nás ke zvýšení tohoto množství... Voda je pro organismus životně důležitá. Bez ní bychom doslova vyschli! Voda je přirozeným prostředkem omezení chuti k jídlu. Nedostatek vody může vést k přejídání, protože mozek nerozlišuje mezi hladem a žízní. Máte-li pocit hladu, je možné, že ve skutečnosti organismus potřebuje doplnit zásoby vody. Proto doporučujeme před každým

jídlem vypít velkou sklenici vody. Ve většině případů pravděpodobně zjistíte, že uspokojí vaši potřebu, a že jste vlastně neměli hlad.

Máte nedostatek vody?

Nyní si pravděpodobně dokážete uvědomit, že mnoho lidí kolem nás se pohybuje v neustálém stavu dehydratace! Touží i váš organismus po vodě? Jak to poznáte? Níže si můžete přečíst, jak se dehydratace projevuje. Začali jsme nejběžnějšími symptomy a končíme těmi nejtěžšími:

1. Bolesti hlavy. Hlavní funkcí vody je vylučovat z organismu toxiny. Mozek je tvořen 75 % vody, proto i lehká dehydratace může způsobit bolest hlavy.

2. Špatné soustředění / únava. Pokud je organismus přeplněn toxiny a nemá dostatek vody, aby je vyloučil, budete pociťovat méně energie, dokud se s toxiny nevyrovná.

3. Zácpa. Voda urychluje proces eliminace tím, že dodává stolici objem, proto pití adekvátního množství vody je důležité pro správné a pravidelné vylučování.

4. Snížený výdej moči / tmavá moč. Ledviny slouží jako filtrační zařízení pro odpadové látky v krvi. Denně je ledvinami pročištěno neuvěřitelných 180 litrů vody. Tento proces závisí na dostatečné čerstvé zásobě vody. Není-li vody dostatek, dochází ke snížené tvorbě moči, větší koncentraci odpadových látek a tím ke vzniku tmavé moči.

5. Potážený jazyk / nepříjemný dech. Pokud ústy protéká nedostatečné množství tekutiny, která by odplavila zbylé částičky potravy, vytváří se v ústech a v krku bakterie způsobující na povrchu jazyku vznik bílého povlaku.

6. Suchá ústa. Sliny účinkují jako lubrikační prostředek, dehydratace způsobuje jejich nedostatek a tím sucho v ústech. V případě těžší dehydratace:

7. Svalové křeče. Ke křečím dochází v případě, že svalům není prostřednictvím krevního oběhu doručováno dostatečné množství kyslíku. To se stává tehdy, když organismus nemá k dispozici dostatečné množství vody.

8. Pokožka. Pokud není pokožka dostatečně vyživována vodou, ztrácí svoji pružnost. Vyzkoušejte jak jste na tom vy. Stlačte pokožku na zadní straně ruky - měla by se okamžitě vrátit do původní polohy.

9. Oči. Zapadlé oči a tmavé kruhy okolo a pod očima jsou známkou těžké dehydratace. Nepodceňujte zadržování vody. Čím méně vody pijete, tím více se jí organismus bude snažit uschovat pro pozdější využití. Výsledkem toho je zadržování vody v buňkách, které si tímto způsobem vytvářejí zásoby drahocenné tekutiny a tak, jak buňky narůstají, nabývá organismus vzhledu nadváhy

Vyberte si zdroj tekutiny rozvážně

- Některé tekutiny nejsou zdrojem hydratace. Káva a tradiční čaje obsahují kofein, který způsobuje zvýšenou produkci moči a účinkuje tedy jako dehydratační prvek. Čím více těchto nápojů pijete, tím rychleji proteče voda organismem.
- Dietní nápoje obsahují místo cukru umělá sladidla. Tato sladidla vysílají mozku signály, že potrava (neboli energie) je na cestě do žaludku. Avšak vzhledem k tomu, že sladidla neobsahují žádné kalorie, nepřichází žádná energie a mozek pro změnu vysílá prosebné signály, dokud se konečně do žaludku nějaká potrava nedostane. Z toho vyplývá, že lidé konzumující dietní nápoje pravidelně mají sklon k přejídání.
- Většinou se domníváme, že kupované ovocné džusy jsou pro organismus přínosem, ale ve skutečnosti je to jen sladká voda . Ovoce je vždy lépe konzumovat celé, protože v této formě obsahuje vlákninu a větší množství živin. Pokud pijete ovocné džusy, doporučujeme ředit je 50/50 s vodou, aby byl snížen obsah cukru.
- Vyhýbejte se likérům a šťávám, které obvykle obsahují umělá sladidla nebo saturovaný cukr. Údaje najdete vždy na etiketě výrobku.
- Vodu získáváme také z potravy. Víte, jak vypadá hroznové víno zbavené vody? Je to rozinka. Rozdíl velikosti demonstruje původní obsah vody. Veškeré potraviny obsahují vodu, avšak v různém množství. Mnoho z těch, které konzumujeme, jí obsahuje jen velmi málo nebo ji ztratí během vaření či jiné kuchyňské úpravy. Vysoký obsah vody má čerstvé ovoce a zelenina. Konzumujeme-li dostatek těchto potravin, můžeme z nich denně získat až 1 litr vody. Voda získaná z čerstvého ovoce a zeleniny je rovněž zdrojem organismu prospěšných snadno vstřebatelných mikroživin.

Po této informační části, jsme se odebraly cvičit jógu. Cvičily jsme stejný cyklus jako minule.

3. setkání: 27. 1. 2009

Když se všechny ženy sešly, povídaly jsme si o minulé lekci, o účincích cvičení (ženy jóga začala bavit) a také o dodržování pitného režimu. Dnešní informace se vztahovaly k různým známým i méně známým redukčním dietám a jejich vlivu na organismus.

Informace o dietách pochází z emailové komunikace, 10.12. 2008 – J. Škoudlilová (wellness konzultantka).

Neúčinné nebo škodlivé dietní postupy

Dieta dr. Atkinse

Tato dieta velice striktně omezuje přísun sacharidů (patří mezi nízkosacharidové diety). Tím je zablokováno vyplavování hormonu inzulínu, který za normálních okolností vždy snižuje hladinu cukru v krvi (ta stoupá vždy po jídle). Jelikož je příjem sacharidů minimální, inzulín není zapotřebí. Organismus se silně odvodňuje, což způsobí silný pokles váhy. Obézní se raduje že váha rychle klesá. Je to však předčasná radost, protože se jedná pouze o úbytek vody v těle, tukové zásoby v těle bohužel zůstávají. Tato dieta je poměrně dobře snášena protože pocit hladu je minimální.

Bohužel při velmi nízkým přísunu sacharidů je způsobena únava a nechuť do života, nepříjemný je také pocit sucha v ústech a pocit za páchajícího dechu. Stoupá riziko žlučnickových obtíží, srdečně cévních chorob a rakoviny. Při této dietě se totiž nehlídá přísun tuků a cholesterolu, nerozlišuje se mezi tuky živočišnými a rostlinnými.

Mezi povolené potraviny patří. Maso, ryby, dary moře, sýry, tuky, ořechy, zelenina (listový salát, okurky, špenát, brokolice).

Zakázané potraviny jsou: sladkosti a vše co obsahuje cukr, chléb, těstoviny, rýže, veškeré obiloviny, brambory, ovoce.

Propočítáme-li konkrétní jídelníčky v Atkinsonově dietě, docházíme k těmto číslům: cca 28% energetické hodnoty je tvořeno bílkovinami (což by bylo v pořádku), ale 70% energetické hodnoty tvoří tuky! (doporučeno 30%) a pouze 2% z celkového denního příjmu energie připadá na sacharidy. Jedná se tedy o naprosto nevyváženou dietu.

Dieta podle Štefana Margity

Jedná se o tuzemskou modifikaci Atkinsonovy diety se všemi negativy a ještě některými navíc. Efekt diety spočívá v odvodnění. Okamžitě po skončení můžete díky jo-jo efektu očekávat opětovný přírůstek na váze. Navíc můžete vzhledem k denní spotřebě vajec očekávat žaludeční nebo žlučnickové potíže.

Adipex

Adipex nyní již patří mezi starší léky na hubnutí. Při jeho užívání můžete sice při něm něco zhubnout, ale nastávají problémy psychického rázu (nespavost, nesoustředěnost). Navíc nebudete si umět váhu udržet, takže se největší pravděpodobností ihned opět naberete.

Nízkoenergetická proteinová dieta

Při malé energetické hodnotě dodávají do těla všechny potřebné látky, jsou tedy vyvážené. Jejich základem jsou vysoce biologicky hodnotné bílkoviny. V přiměřeném množství jsou podávány minerální látky, vitamíny, vláknina, stopové prvky, esenciální aminokyseliny, nenasycené mastné kyseliny. Denní příjem se většinou pohybuje okolo 4000kJ. Je však důležité si uvědomit, že dodržování této diety nenaučí obézního změně životního stylu. Při redukci zvláště více kilogramů se někdy stává, že si tělo zvykne na nižší energetický příjem a úbytek se zastaví. Při stravě pod 4000kJ, je někdy obtížné sestavit jídelníček, který by obsahovat veškeré vhodné živiny, proto se někdy 1 jídlo denně nahrazuje doplňkami stravy ve formě (tyčinek, tetrapacku, koktejlů). Výhodou je, že je to velice rychlé na přípravu, vhodné na cesty nebo do zaměstnání. Je však nutná konzultace s odborníkem, aby po dosažení úbytku byl upraven životní styl tak, aby nedošlo k opětovnému nárůstu kg.

Jablečný ocet

Užívání jablečného octa bohužel spalování tuků neovlivní.

Tukožroutská polévka

Polévka se skládá ze zelí, rajčat, cibule, papriky, celeru, zelené natě a česneku.

Polévka se má jíst kdykoli, když je hlad, první den k tomu jen ovoce. V dalších dnech je pak občas kus ryby nebo masa či mléko. Jedná se bohužel o další z řady nevyvážených diet s téměř 100% rizikem jo-jo efektu.

Projímadla

Projímadla v žádném případě neřeší problém s nadbytečnými kilogramy, navíc jejich dlouhodobé užívání je rizikové.

Farmakoterapie obezity

Jedná se o léky předepisované lékaři na léčbu obezity. Jsou předepisovány pacientům s BMI vyšším než 30. Veškeré léky mají smysl jen jako součást komplexního léčebného režimu. Bez změny stravovacích návyků a zvýšení pohybové aktivity nezajistí žádný lék dlouhodobý pokles hmotnosti, tím spíše nikoho nenaučí změně stravovacích návyků.

Koktejly na hubnutí

Koktejly jsou většinou nízkoenergetické bílkovinné diety. Nejsou sami o sobě ani dobré ani špatné. Záleží na vašem přístupu, zda si z nich to správné vezmete. Budete-li je mít 3x

denně, zhubnete sice velmi rychle třeba 5kg, ale vzápětí 7kg přiberete. Pokud si však, z běžných potravin (s důrazem na zeleninu) poskládáte přiměřené jedno jídlo denně plus dvě malé svačinky, budete hubnout úplně pohodově. Navíc se váš nutriční stav může zlepšit díky vitamínům, minerálním látkám a vláknině a nemusíte při dietě ještě myslet na koupi výživových doplňků.

Cvičení jógy bylo dnes sestaveno dle 2. části sarva hita ásan. Bližší informace ke cvičením: MAHÉŠVARÁNANDA, Jóga v denním životě, str. 55 – 63

1. *Ánanda ásana*

2. *Dechové cvičení*

3. *Dechové cvičení s nataženými pažemi*

4. *Protahování trupu – varianty*

5. *Přetáčení těla do stran*

6. *Torze s nataženýma nohama*

7. *Zvedání hlavy*

8. *Pávana mukta ásana*

9. *Protahování páteře*

10. *Ohýbání páteře*

11. *Márdžarí – kočka*

12. *Mlýnek*

13. *Rozpínání hrudníku*

14. *Plavání ve stoji*

15. *Otáčení trupu ve stoji*

16. *Úklony trupu*

17. *Kathu pranám*

18. *Pozdrav slunci – sestava*

Výchozí pozice: stoj spojný

1. S výdechem spojit dlaně před hrudníkem.
2. S nádechem vzpažit (ruce zevnitř), záklon.
3. S výdechem hluboký ohnutý předklon, prsty (nebo celé dlaně) vedle chodidel.
4. S nádechem zanožit levou a přejít do vzporu dřepmo zánožného levou. Pravá noha (na plném chodidle) je mezi rukama. Záklon hlavy.
5. S výdechem zanožíme pravou, zvedneme pánev – poloha „hory“
6. Zadrž dechu ve výdechu. Klikem přejdeme do polohy „housenky“ – vzpor ležmo,

brada na podložce, pánev vysazená, dolní končetiny opřené o kolena a prsty.

7. S nádechem leh na břicho a plynule přejít do „kobry“. Záklon hlavy .

8. S výdechem zaujmout polohu „hory“.

9. S nádechem skrčit levou a přejít do vzporu dřepmo zanoženého pravou. Levá noha (na plném chodidle) je mezi rukama. Záklon hlavy.

10. S výdechem přinožit pravou a přejít do hlubokého ohnutého předklonu – viz pozice č. 3

11. S nádechem pozice č. 2

12. S výdechem končíme v pozici č. 1

19. Ānanda āsana

20. Nādí śódhana pranājāma

21. Meditační sed

Několik minut, na konec zpívání mantry „Óm, śānti, śānti, śānti“.

4. setkání: 3. 2. 2009

Informace o pohybové aktivitě pochází z emailové komunikace, 14.12. 2008 – J. Škoudlilová (wellness konzultantka).

Pohybová aktivita

Dnes se zaměříme na to, jak zařadit více pohybu do svého každodenního života.

Vytvoření nových pohybových návyků je stejně důležité jako změna jídelníčku.

Jak vydáváme energii?

- Bazální metabolismus – RMR faktor
- Aktivní pohyb
- Energie vydaná na zpracování potravy

Bazální metabolismus - RMR faktor – *RMR neboli klidová míra metabolismu (bazální metabolismus) vyjadřuje počet kilojoulů/kilokalorií, které vaše tělo spálí v klidu za 24 hodin. Je to množství energie, které je potřebné pro základní životní pochody v organismu ve spánku, za normální teploty, za úplného tělesného i duševního klidu.*

Tuto hodnotu přímo ovlivňuje velikost vaší svalové hmoty.

Čili dva lidé se stejnou výškou a váhou nemusí mít stejný RMR faktor (bazální metabolismus). Ten, který má více svalové hmoty (je tudíž hubenější) více a rychleji spaluje než ten bez svalové hmoty! Vyplatí se tedy věnovat trochu času aktivnímu pohybu pro obnovu vašich svalů a zrychlení metabolismu. Možná se Vám zdá, že najít si denně 30 minut na cvičení je nemožné. Nemusí! Všechno, co děláme, vyžaduje aktivitu určitého druhu. Pokud tomu však dáme název "cvičení", začíná to být problém. O takové činnosti přemýšlíme jako o nutnosti a tím k ní pomalu získáváme odpor. Zamysleme se však nad tím z jiného hlediska. Pravidelná aktivita přináší prospěch jak mysli, tak tělu. Pomáhá zbavovat organismus stresu, napětí a přitom posilovat svaly, zlepšovat pružnost kloubů, spalovat tělesné tuky, odstraňovat toxiny, zvyšovat hustotu kostí a ještě mnohem více! Nezanedbávejte organismus ani o vteřinu déle - začněte ještě dnes.

Rutinní pohyb

- První, čím každé ráno začnete je protažení každé části těla ještě vleže v posteli. Pak se budete cítit zcela probuzení a podaří se vám vstát mnohem rychleji.
- Zaparkujte auto dál než obvykle a jděte do práce pěšky.
- Vystupte z autobusu o dvě stanice dříve a zbytek cesty jděte pěšky.
- Upoutání k psacímu stolu? Každou hodinu vstaňte, projděte se okolo místnosti a protáhněte se. Rozproudíte tak krev v celém těle. Zejména protažení je důležité, sedíte-li za psacím stolem delší dobu.

- Místo výtahu vyběhněte po schodišti. Čím více schodů, tím lépe!
- V době oběda si dopřejte krátkou procházku rychlou chůzí.
- Pokaždé, když telefonujete, se postavte a stahujte hýžd'ové svaly.
- Při domácích pracích si pusťte oblíbenou hudbu a provádějte je v rychlejším tempu.
- Když sedíte u počítače nebo se díváte na televizi sed'te na gymnastickém míči.
- Hrajte si s dětmi častěji než dosud, vezměte je do parku, bavte se s nimi při fotbale či jiných míčových hrách.
- Máte deset minut čas? Rychle vyběhněte a seběhněte ze schodů. Skvělá přestávka i v pracovní době!
- Poslední, co vás večer čeká, jsou protahovací cviky. Protáhněte každý sval svého těla stejně, jako ráno!

Aktivní pohyb:

1. Před zahájením aktivity organismus zahřejte. Předejdete tím možnému zranění nebo poranění.
2. Pokud se necítíte dobře, ukončete cvičení a vyhledejte pomoc.
3. Pijte dostatečné množství vody, zejména v horkém počasí.
4. Necvičte těsně po konzumaci větší porce jídla.
5. Máte-li jakýkoli zdravotní problém, je třeba se před cvičením poradit s lékařem. Vyhněte se tak zbytečným problémům.
6. Ze začátku budete unaveni a budou vás bolet svaly, ale postupně se dostanete do kondice. Nenechte se odradit!
7. Na cvičení si udělejte klid. Nenechte se rušit telefonem atd.
8. Cvičit je dobré třikrát týdně a pravidelně.

Jako nejefektivnější se podle odborníků ukazuje **30-40 minut** trvalé fyzické aktivity 3x týdně. Mějte však na paměti, že tělo, které není zvyklé na fyzickou aktivitu, si musí zvykat. Cvičení není mučení a je velmi důležité respektovat vlastní kapacitu. Pokud máte čas a možnosti navštěvovat místní fit centrum, skvělé, neváhejte a rozhodně se tam vydejte. Většina fit center nabízí mnoho programů. Posilovna se speciálními stroji, aerobic, kalanetika, jóga, břišní tance, pilatek. Vyberte si to cvičení, které vám vyhovuje.

Jestliže nemáte možnost pravidelně chodit do fit centra, nevádí, dnes jsou na trhu již videokazety či DVD s programy na cvičení různých úrovních.

Hmotnost cvičícího	60 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg	110 g
--------------------	-------	-------	-------	-------	--------	-------

Činnost	Energetický výdej v KJ/hodinu					
Sezení , TV, telefonování, čtení	360	420	480	540	600	660
Chůze po rovině - 4 km/hod	860	1000	1150	1290	1440	1580
- 5 km/hod	1040	1210	1390	1560	1740	1910
- 6 km/hod	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Chůze v terénu	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Chůze v horách	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Jogging	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Běh 9 km/hod	2010	2350	2680	3020	3360	3690
Jízda na ortopedu- lehká (50 W)	750	880	1000	1130	1260	1380
- těžká (100 W)	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Jízda na kole 16 km/hod	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Kruhový trénink posilovna	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Aerobik intenzivní	2010	2350	2680	3020	3360	3690
Aerobik lehčí (obdobné cvičení STOBu)	1040	1210	1390	1560	1740	1910
Domácí cvičení, cvičení zad	1040	1210	1390	1560	1740	1910
Strečink, jóga	610	710	810	910	1020	1120
Tanec aerobní (středně těžký)	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Tanec společenský (rychlý)	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Tanec společenský (pomalý)	750	880	1000	1130	1260	1380
Hra na běžné hudební nástroje	630	730	840	940	1050	1150
Sporty obecně (nikoliv závodní)						
Volejbal	750	880	1000	1130	1260	1380

Ping-pong	1000	1170	1340	1510	1680	1840
Badminton	1000	1170	1340	1510	1680	1840
Sjezdové lyžování lehké	1260	1470	1680	1890	2100	2310
Sjezdové lyžování středně těžké	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Turistika na běžkách	1620	1890	2160	2430	2700	2970
Košíková	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Akvaerobik	1010	1180	1340	1510	1680	1850
Plavání obecně	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Tenis	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Bruslení	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Domácí aktivity						
Běžný úklid - luxování, kuchyňské práce, žehlení, vytírání (do této kategorie patří většina běžných prací)	630	730	840	940	1050	1150
Velký úklid (klepání koberců, mytí oken)	1000	1170	1340	1510	1680	1840
Žehlení	570	670	760	860	960	1050
Stěhování nábytku	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Drhnutí podlahy, drátkování, odklizení sněhu 5,5	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Péče o dítě (zvedání, koupání, oblékání)	750	880	1000	1130	1260	1380
Údržbářské práce (malování, opravy, mytí auta)	1110	1300	1480	1670	1860	2040
Zahradnické práce						
Zalévání (hadicí)	430	500	570	640	720	790
Stříhání stromů, keřů	880	1020	1170	1320	1470	1610
Hrabání	1080	1260	1440	1620	1800	1980
Sekání trávy – ruční	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Sekání trávy - sekačkou (bez pohonu)	1110	1300	1480	1670	1860	2040

Zahradničení obecně	1000	1170	1340	1510	1680	1840
---------------------	------	------	------	------	------	------

Cvičební cyklus jógy byl shodný s minulým cyklem při 3. setkání.

5. setkání: 10.2. 2009

Setkaly jsme se až před 19 hodinou, proto jsme dnes vynechaly informační část a pouze cvičily nový cyklus.

Cvičení jógy bylo dnes sestaveno dle 5. části sarva hita ásan. Bližší informace ke cvičením: MAHÉŠVARÁNANDA, Jóga v denním životě, str. 81 – 87.

- 1. Ánanda ásana*
- 2. Dechové cvičení*
- 3. Dechové cvičení s nataženými pažemi*
- 4. Protáčení trupu – varianty*
- 5. Přetáčení těla do stran*
- 6. Márdžátí – kočka*
- 7. Vodorovné pohyby paží*
- 8. Kraulování*
- 9. Předklon s rovnýma nohama*
- 10. Poloviční motýlek*
- 11. Motýlek*
- 12. Přitahování kolena k trupu – varianty*
- 13. Uvolnění v lehu na břiše*
- 14. Protahování v lehu na břiše*
- 15. Zapažování*
- 16. Zvedání hlavy s pokrčenýma nohama – varianty*
- 17. Zvedání hlavy a nohou*
- 17. Uvolnění v tygří poloze*
- 18. Pozdrav Kathu*
- 19. Pozdrav Slunci*
- 20. Nádí šódhana pránájáma*
- 21. Meditace*

6. setkání: 17.2. 2009

Informační část se týkala alternativních zdrojů bílkovin a ochucovadel. Informace o pohybové aktivitě pochází z emailové komunikace, 14.12. 2008 – J. Škoudlilová (wellness konzultantka).

Alternativní zdroje bílkovin

Tofu: Sýr vyrobený ze sójového mléka. Je lehce stravitelný, obsahuje hodně proteinů, vápníku a železa. Tofu můžeme dusit, vařit, smažit grilovat, nastrohaným tofu můžeme posypat pokrmy při zapékání, dále ho můžeme použít na přípravu majonézy, různých pomazánek apod. Prodává se i s různými příchutěmi uzené, marinované, česnekové, bylinkové, zeleninové, s mořskou řasou. Z tofu se vyrábějí i párky a salámy různých příchutí. (K dostání v obchodech se zdravou výživou nebo v koutcích zdravé výživy v supermarketech).

Tempeh: Sýr vyrobený z celých sójových bobů. Obsahuje vápník, fosfor, železo a vitamíny řady B, včetně B12. Je velmi výživný, obsahuje velké množství bílkovin. Prodává se v balíčcích po 4 porcích. (K dostání v obchodech se zdravou výživou nebo v koutcích zdravé výživy v supermarketech).

Natto: Sýr vyrobený z celých sójových bobů. Dodává střevům vhodnou mikroflóru, kterou zničila např. užívaná antibiotika. Aby se zachovaly léčebné účinky sýru Natto, není vhodné jej zahřívat na teplotu vyšší než 40°C. Natto pomáhá trávení, při zácpě a zlepšuje funkci ledvin. Obsahuje vitamín B12. Správný sýr Natto je měkký, táhne se a má příjemnou chuť, podobnou olomouckým tvarůžkům. Používáme ho na pomazánky, omáčky, do polévek apod.

Seitan (obilné maso) Seitan je maso vyrobené z mouky a lepku, tudíž není vhodný pro bezlepkovou dietu. Kупuje se hotový, ztavený ve fólii, nebo zavařený ve sklenicích.

Sójové maso: Plátky, kostičky, nudličky na čínu, sójová drť, malé kousky barvené červenou řepou apod. Výrobce doporučuje sójové maso před vařením namočit nebo povařit ve větším množství vody, aby nabobtnalo a bylo jemnější. Pak s ním pracujeme jako s masem.

Robi: Je tepelně opracovaný polotovar určený k dalšímu zpracování v kuchyni. Je to směs rostlinných bílkovin, která se jak vzhledem tak konzistencí, tak 20% podílem bílkovin velmi podobá masu. Složení aminokyselin samozřejmě odpovídá složení rostlinných bílkovin.

Z hlediska kulinářského se Robi plně vyrovná masu, které může v řadě vámi připravovaných jídel plně nahradit.

Ochucovadla

Rozhodnete-li jíst zdravě ať už pro redukci váhy, či ze zdravotního důvodu, dozvíte se většinou co všechno nesmíte jíst, co nesmíte pít a jaká koření či ochucovadla nesmíte používat. Bohužel se většinou jedná o potraviny, nápoje a přísady, které máte rádi, na která jste během let již zvyklí a těžko si dokážete představit přípravu jídel bez nich.

Sůl: sůl nad zlato, ale pouze v malém množství. Sůl je první co vám zakáží v lékařských ordinacích, následuje, glutaman sodný a pepř. Bohužel tyto tři složky jsou ve všech hotových potravinách, a navíc opravdu „zlepšují“ chuť jídel. Když člověk přestane používat glutaman a začne málo solit, tak mu zkrátka připravená jídla nechutnají. Nebojte se, jde jen o zvyk. Navíc vaše chuťové pohárky jsou množstvím soli a cukru otupělí, takže nedokážou rozeznat jemné přirozené chutě. Také si všimněte, že kuřáci většinou hodně solí, protože kouření otupuje chuťové pohárky.

Solčanka: Koření – zeleninové ochucovadlo pokrmů s mořskou solí. Neobsahuje glutaman sodný a lze ho použít do polévek, do omáček atd. Nahrazuje u nás oblíbené koření Vegeta.

Wurzl: Zeleninový bujón z kontrolovaného ekologického zemědělství. Neobsahuje glutaman sodný, ani jiné konzervanty a přidané látky. Prodává se ve formě kostiček nebo sypaného prášku. Používáme všude na místo klasických nezdravých bujónových kostek.

Miso pasta: se připravuje fermentací sójových bobů a soli. Obsahuje velké množství enzymů, hodnotných bílkovin a prospěšných bakterií, které v jiných rostlinách nejsou. Japonský vědecký tým prokázal v misu kyselinu ethylesterovou, která působí preventivně proti všem typům rakoviny. Miso pasta je osvědčenou potravinou, která podporuje látkovou výměnu, čistí pleť, protože jako jedna z mála rostlinných potravin obsahuje vitamín B12, má schopnost navazovat na sebe buněčné jedy a vylučovat je. Používá se k ochucování podobně jako sójová omáčka. Je velmi silné chuti, a proto se jí používá velmi malé množství. Při přípravě rozmícháme nejprve malé množství misa ve vodě a tím ochucujeme polévky, omáčky, těstoviny.

Tamari : Velmi kvalitní sójová omáčka. Vzniká jako vedlejší produkt při výrobě pasty miso. Originál sojová omáčka Tamari, která se k nám dováží z Japonska, je vyrobena tradičním způsobem fermentací bez použití pšenice. Je koncentrovaná, proto se používá ředěná. Je vhodná pro pacienty, kteří musí dodržovat bezlepkovou dietu. Tamari se používá pro podporu trávení, protože obsahuje živé enzymy a stimuluje vylučování zažívacích šťáv. Neutralizuje

extrémy kyselin a zásad. Tamari také posiluje kontrakci srdečního svalu. *Použití:* Používáme k dochucení všech pokrmů místo tradičního maggi. Dochucujeme ke konci přípravy a krátce povaříme.

Mořské řasy: Díky velkému obsahu minerálních látek pomáhají mořské řasy vytvářet alkalickou kvalitu krve. Proto je používáme jako prevenci velké části všech moderních onemocnění i přesto, že nejsme přímořský stát. Jejich pravidelnou konzumací v malém množství se zlepší vysoký krevní tlak, alergie, revmatismus, nervové poruchy apod. Pomáhají rozpouštět usazeniny tuku a hlenu, které se vytvořili nadměrnou konzumací nevhodné stravy.

Gomasio: Sezamová sůl, slouží k dochucení hotových jídel na talíři. Dodává slanou chuť s menším množstvím koncentrované soli, která je navíc vázaná na olej ze semínek. Podporuje trávení, vstřebávání potravy ve střevech, zlepšuje kvalitu krve, odstraňuje celkovou únavu, pomáhá odstraňovat bolesti hlavy a zubů.

Jak vidíte zdravé či dietní vaření nemusí být vůbec bez chuti a nudné. Uvedla jsem tady pro inspiraci pouze pár základních ochucovadel, která jsou zároveň v orientální medicíně používaná jako lék. Je fakt, že za originál sójovou omáčku zaplatíte o něco více než za uměle vyrobenou a hojně prodávanou v supermarketech plnou chemikálií a barviv, stejně tak za obyčejný bujón, ale to si každý musí již přebrat sám, co je pro něj důležitější.

Cyklus jógových cvičení se shodoval s cyklem č. 5.

7.setkání: 24.2. 2009

Z časových důvodů jsme dnes opět začínaly až před 19. hodinou. Cvičily jsme dle 6. části sarva hita ásan – MAHÉŠVARÁNANDA, Jóga v denním životě, str. 89 – 97.

- 1. Ánanda ásana*
- 2. Dechové cvičení*
- 3. Dechové cvičení s nataženými pažemi*
- 4. Protahování trupu – varianty*
- 5. Přetáčení těla do stran*
- 6. Torze s pokrčenýma nohama – varianty*
- 7. Márdžáří – kočka*
- 8. Veslování*
- 9. Křížení paží*
- 10. Napínání stehenních svalů*
- 11. Předklony v sedu – varianty*
- 12. Poloviční motýlek*
- 13. Motýlek*
- 14. Mandúkí ásana – žába*
- 15. Vztyčování z dřepu*
- 16. Vraní chůze*
- 17. Pozdrav Slunci*
- 18. Pozdrav Kathu*
- 19. Ánanda ásana*
- 20. Nádí šódhana pránájáma*
- 21. Meditace*

8. setkání: 3.3. 2009

Sešly jsme se již po 18. hodině. Všechny ženy již na sobě pozorovaly pozitivní účinky jógy. Informační část jsme zaměřily na sladkosti.

Informace o sladkostech pochází z emailové komunikace, 28.12. 2008 – J. Škoudlilová (wellness konzultantka).

Sladkosti

Snad každý člověk na světě má rád sladkou chuť. Je to dáno tím, že mateřské mléko je sladké a tudíž máme zafixovanou sladkou chuť s něčím dobrým a milým. Proto se stává, že mnoho lidí v krizových situacích sáhne po sladkém, aby si navodili pocit klidu a pohody. Při redukční dietě a v jídelníčku zdravého životního stylu se však snažíme omezovat sladkosti z jednoduchých sacharidů (cukrů s vysokým glykemickým indexem).

Jak omezit sladké a přitom uspokojit své chuťové buňky?

- Máte-li rádi čokoládu, doporučujeme vám **kvalitní hořkou čokoládu** nebo čokoládu na vaření s vysokým obsahem kaka. Má nižší glykemický index a výraznější chuť.
- Čokoládu a kakao můžete také nahradit **karobem**. *Carob* (karob) se získává ze stálezeleného středozevního keře. Vypadá a chutná podobně jako kakao, ale na rozdíl od něj neobsahuje kofein. Carob má vysoký obsah vápníku, železa a hořčíku. Na trhu je již dostatek výrobků z karobu:
 - Karobový prášek místo kaka. Prášek používáme stejně jako běžné kakao, do pečiva, pudinků, nápojů.
 - Karobové pecičky, které jsou nejchutnější po mírném rozpuštění na horkých obilných kaších.
 - Karobové bonbóny.
 - Karobová pomazánka (místo nugety).
 - Různé tyčinky, oříšky či rozinky v karobu.
- Při vaření či pečení snižujte množství cukru v receptech na polovinu. Bílý cukr nahraďte **cukrem tmavým**.
- Ke slazení můžete občas použít **med**.
- Nejvhodnější přírodní sladidlo je **Sladovit**. Sladovit je často používané sladidlo v makrobiotické, vegetariánské kuchyni a rostlinné kuchyni. Sladovit může být buď ve formě prášku nebo ve formě tzv. medu. Je to výtažek z naklíčeného

ječmene, sladu. Obsahuje vitamíny skupiny B, draslík, fosfor a železo. Obsahuje stejně jako med i určité procento jednoduchých cukrů.

- Používejte **sušené ovoce** – rozinky, meruňky, datle, fíky, papaja, jablka, hrušky, švestky,... Sušené ovoce můžete konzumovat místo bonbónů nebo si z nich můžete vyrobit různé tyčinky. Pokrájené nebo rozmixované sušené ovoce je vhodné i k oslazení moučnicků či kaší.
- Nepřirozenější sladkou chuť má **zralé ovoce**. Čerstvé ovoce jistě uspokojí Vaši chuť na sladké.
- **Čerstvé ovocné šťávy** – doporučujeme pít ředěné.
- **Kompoty a marmelády** z různých druhů ovoce. Ze zralého a šťavnatého ovoce lze připravovat kompoty, marmelády nebo džemy zcela **bez cukru**. Pro zvýšení sladkosti se místo cukru přidává špetka soli. Máte-li dostatek ovoce, čas a chuť na zavařování pusťte se do vlastní výroby. Pokud však toto není vaše hobby, nezapomínejte, v prodejnách zdravé výživy či v koutcích bio potravin v supermarketech jsou již tyto výrobky pro vás připraveny.
- Na trhu je také spousta bonbónů, žvýkaček, sušenek slazených aspartamem (**umělé nekalorické sladidlo**). Jako nouzové krizové řešení je to dobré, avšak z hlediska zdravotního vám tyto výrobky nedoporučuji používat moc často.

Pokud však vaše srdíčko a vaše chuťové buňky přece jen budou toužit po „nezdravé“ sladkosti, **občas** si ji naplánujte, bez výčitek svědomí si tuto sladkost dopřejte a pomalu vychutnejte.

Zkuste do svého redukčního režimu zařadit některý z následujících receptů:

Ovesné placičky 1 <i>4200 kJ/ B 25g/ T 21g/ S 181g</i>	Ovesné placičky 2 <i>9900 kJ/ B 65g/ T 80g/ S 345g</i>
<i>150g ovesné vločky 250g jablka 200ml sójové mléko 2ks vejce 2 čajové lžičky sladovitu 1 čajová lžička citrónová šťáva olej na vymazání plechu.</i>	<i>2 díly vloček, 1 díl celozrnné mouky špaldové hrubé, 2 díly vody, 1 čajová lžička skořice (jde to i bez skořice), 2 špetky soli, 5 lžic olivového oleje, 2 hrsti rozinek, 1 velké jablko nastrohat nahrubo, 2 lžice rostlinného oleje.</i>
Ovesné vločky namočíme asi na hodinu do vlažného mléka, ve kterém jsme předem rozšlehali žloutky a sladovit, přidáme oloupaná a najemno nastrohaná jablka, citrónovou šťávu, z	Všechno dohromady smíchat a nechat tři až šest hodin uležet. Na vymazaný plech

<p>bílků ušlehaný sníh a vše zlehka promícháme. Na olejem vymazané pánvi pečeme placičky ve velikosti dlaně. Placičky můžete také péci v troubě. Jako varianta jsou placičky ochucené karobem.</p>	<p>lžící udělat hromádky a rozprostřít do tvaru placiček. Péci v troubě na 250 °C (horní i dolní pečení) asi třicet až čtyřicet minut do jemně křupava. Placičky můžete konzumovat suché, namazané dětskou výživou, povidly, marmeládou, pacholíkem, tvarohem, jogurtem, ...</p>
<p>Makovec s jáhlami 10300 kJ/ B 78g/ T 127g/ S 262g 150 g mletý mák 150g celozrnná mouka jemně mletá , 150g vařené jáhly 250ml voda 250 ml 1ks prášek do pečiva 110g rozinky 100g vlašské ořechy</p> <p>Proprané a posekané ořechy spolu s rozinkami a ostatními součástmi vmícháme k samostatně uvařeným a vychlazeným jáhlám. Pečeme do zlatova na vymazaném a vysypaném plechu při 160°C.</p>	<p>Banánový koktejl 2400 kJ/ B 12g/ T 28g/ S 78g 250ml sójové mléko 1ks banán 30g mandle med.</p> <p>Všechny suroviny dobře rozmixujeme. Množství medu volíme podle zralosti banánů, asi jednu polévkovou lžici.</p>
<p>Ovocný koktejl 2 555 kJ/ B 9g/ T 2g/ S 20g 250ml nízkotučné mléko 100g ovoce</p> <p>Všechny suroviny dobře rozmixujeme.</p>	<p>Ovocný koktejl 3 850 kJ/ B 9g/ T 10g/ S 21g 250ml acidofilní mléko 100g ovoce</p> <p>Všechny suroviny dobře rozmixujeme.</p>
<p>Ovocný koktejl 4 1055 kJ/ B 6g/ T 13g/ S 34g 250ml sójové mléko 100g ovoce</p> <p>Všechny suroviny dobře rozmixujeme.</p>	

<p>Skořicové cookies s meruňkami</p>
<p>25 g ÷ 2,5 lžice másla, 50 g ÷ 1/2 hrnku rýžové mouky,</p>

*1/2 ks jablka na jemno nastrouhaného,
1 lžíce hnědého cukru (může být i
normální krystal),
5 ks sušených meruněk nadrobno
nakrájených,
3 špetky skořice (dle chuti můžete přidat),
2 lžíce sezamových semínek (můžete
vynechat).*

Dáme předehřát troubu. Zatím v misce vidličkou promícháme mouku s máslem. Přidáme jablko, cukr, skořici a meruňky a mícháme vařečkou, až vznikne koule těsta. Na plech položíme papír na pečení nebo ho vymažeme olejem. Těsto rozdělíme na 4 díly a položíme ho na plech a lžící "splácneme" na tvar koláčku. Každý koláček posypeme 1/2 lžičkou semínek a lehce je zatlačíme. Pečeme 20 až 25 minut. Po upečení je necháme 2-3 minuty odstát na plechu a pak je sejmete a necháme vychladit na mřížce. Konzumujeme do 24 hodin.

Dávkování:

Ovesné placičky 1:

Polovinu dávky si můžete vzít jako oběd či jako večeři, druhou polovinu nechte na příští den.

Ovesné placičky 2:

Záleží jak velké placky děláme.

Uděláme-li z předepsané dávky 20 placek, tak:

Na svačinu či snídani jsou vhodné 2 –3 placičky

Na oběd či večeři si můžete dát až 8 placek.

Makovec s jáhlami:

Makovec rozdělíme na 20 dílků.

Na snídani a svačinu si dejte 2 dílky.

Na oběd či večeři si můžete dát až 6 dílků.

Banánový koktejl

Je vhodný jako snídaně, pro změnu nebo když nemáme chuť nic kousat. Následuje lehčí svačina.

Ve velice parných dnech když nemáte chuť nic jíst a nic vařit můžete si tento koktejl. Banán můžete občas zaměnit sezónním ovocem jako jsou jahody, borůvky, malina apod.

Koktejl si můžete někdy udělat i jako vydatnější svačinu, když máte předtím nebo potom lehčí jídlo.

Ovocné koktejly:

Jsou velice oblíbené. Použít můžete jakékoli ovoce.

Pro porovnání jsem doplnila recepty na jednoduché ovocné koktejly se 100g ovocem + nízkotučné mléko nebo acidofilní mléko nebo sójové mléko.

Tyto koktejly můžete mít bez výčitek jako svačinu. Výborně chutnají v parných dnech vychlazené.

Cyklus jógových cvičení se shodoval s cyklem č. 7.

9. setkání: 10.3.2009

Dnešní informační část byla zaměřena opět na pitný režim, protože ten je pro zdraví velmi důležitý. Přinesl ženám zajímavá doporučení, co tedy mají vlastně pít, aby to bylo zdravé a zároveň chutné a pestré.

Informace o pitném režimu pochází z emailové komunikace, 2.1.2009 – J. Škoudlilová (wellness konzultantka).

Důležitost pitného správného pitného režimu jsme již podrobně probrali. Nyní se pojdme zaměřit jaké konkrétní nápoje bychom měli pít, jak je připravovat a kdy jsou vhodné ke konzumaci.

Pravidla pro konzumaci nápojů:

1. Nápoje bychom měli konzumovat převážně **teplé** (ani studené, ani horké).
2. Dávku nápojů **rozložit do celého dne**. Ne žíznit a pak se přepít.
3. Nápoje **střídat**.
4. Množství vypitých tekutin je individuální. Záleží na teplotě okolí, na naší pohybové aktivitě, na typu potravy kterou během dne sníme. Běžná denní dávka se doporučuje 1,5-3litry.

Co tedy pít?

- *Voda*
- *Minerálky*
- *Zelené čaje*
- *Čaj roibos*
- *Bylinné čaje* (pro běžné pití se doporučuje čaje střídat)
- *Ovocné čaje* (vhodné jako náhrada sladkých umělých nápojů)
- *Čaje z celých obilných zrn* (rýže, kroupy, pšenice, oves)
- *Kukicha čaj*
- *Obilná káva* (melta, špaldové kafe)
- *Čaj ze semínek* (sezamové, lněné)
- *Zeleninové šťávy*
- *Zeleninové vývary*
- *Ovocné šťávy* (většinou ředěné – jablečné, hruškové, pomerančové)
- *Mléko* (kravské, acidofilní, sójové, rýžové, ovesné, kokosové, kozí)
- *Zázvorový čaj*
- *Víno ředěné*

Voda:

Voda je pro náš organismus nejvhodnější. Nejlepší je přírodní neperlivá. Pro zlepšení zažívání doporučuji každé ráno na lačno vypít sklenici vlažné vody. Pokud máte, můžete ochutit šťávou z citrónu.

Minerálky:

Vhodné jako doplněk pitného režimu. Pro vysoký obsah solí zařazujeme zřídka jako zdroj minerálů. Vhodnější jsou bez minerálky bez příchutí.

Zelený čaj:

Je vhodný zejména pro teplá roční období. Na trhu je již velké množství druhů zeleného čaje. Doporučuji volit čaje sypané, bez různých umělých příchutí. *Příprava:* vodu na čaj přivedeme do varu, necháme chvíli vřít, pak odstavíme od ohně, vsypeme čajové lístky a necháme louhovat dle typu čaje.

Čaj Roibos:

Prodává se v nálevových sáčkích. Je vhodný do zaměstnání jednoduchá příprava. Obsahuje minerály a žádný kofein nebo thein.

Bylinné čaje:

Pro běžné pití můžete prostrídat: Čaj z kořenů a listů pampelišky, meduňka, mateřídouška, máta, měsíčekový čaj, heřmánek, lípa, čaj šípkový, kopřivový. Vhodné je i používat různé bylinné směsi. Nejlepší jsou čaje sypané.

Čaje z celých obilných zrn:

4 lžíce krup (nebo rýže nebo ovesa, apod.). Celá zrna opereme, osušíme v utěrce a nasucho opražíme na pánvi. Vsypeme do vroucí vody a vaříme cca 15 minut. Použité nevyhazujeme, poslouží např. jako zavářka do polévky. Výhodou je, že obilné čaje nestahují a jsou vhodné pro celodenní použití. Vhodné i pro děti.

Kukicha čaj:

Tento čaj je velice doporučovaný v bio vaření, vegetariány i v makrobiotice. Přednosti čajů kukicha plynou z pozdní doby sklizně (třiletý keř, podzimní sběr). Oproti běžným čajům (indický, čínský) jsou lehce zásadité, podporují zažívání, obsahují vápník vhodný pro náš organismus, brání organismus proti překyselení. Čaj nasypeme do vroucí vody a krátce cca 1-3 minuty povaříme. K dostání v prodejnách zdravé výživy.

Obilná káva:

Nejpoužívanější je *Melta*. Do vroucí vody nasypeme lžíci melty a krátce povaříme. Množství vody volíme dle chuti. Pro rychlejší a snazší přípravu je na trhu nyní i melta ve varných sáčkích. Instantní obilné kávy – například špaldové kafe, Karo, Moccava, Vita,

Vitakáva. v prodejnách zdravé výživy je jich již několik druhů. Nevhodné jsou ty s přidaným cukrem a smetanou. Instantní kávy pouze přelijeme vroucí vodou. Můžeme ochutit sójovým nebo jiným mlékem.

Čaj ze semínek:

Čaj kmínový nebo fenyklový při nadýmání.

Čaj z lněných semínek – při zácpě.

Čaj z dýňových semínek. Semínka opražíme posekáme nebo rozmixujeme.

Postup přípravy pro všechny čaje: Na 1 litr vody 1 lžice semínek. Semínka propláchneme dáme do vody a vaříme asi 20 minut na malém plameni. Scedíme a pijeme teplé.

Zeleninové šťávy:

Použít můžeme téměř jakoukoli zeleninu. Je vhodné i smíchat několik druhů zeleniny. Velice oblíbený základ šťávy je mrkev, ke které přidáváme další zeleniny. Zeleninové šťávy pijeme co nejdříve po vymačkání, pijeme velice pomalu a je vhodné je ředit.

Zeleninové vývary:

Sladký zeleninový vývar získáme: Cibule, zelí, dýně Hokaido, mrkev. Rovnými díly, vše hrubě nakrájet. Poměr vody a zeleniny 4-6:1 dle chuti. Do studené vody se vloží cibule, uvede se do varu a nechá se chvíli povařit – bez pokličky (aby vyprchali čpavé silice). Pak ve vrstvách ve výše uvedeném pořadí vložíme další druhy zeleniny a vaříme maximálně 20 minut. Tekutinu slijeme přes síto. Jednotlivé druhy zeleniny lze prostřídat například za: kedluben, gigant, kapusta, oloupané řapíky brokolice, košťály kvěťáku apod.

Ovocné šťávy:

Stejně jako u zeleninových šťáv je vhodné šťávu vypít ihned po vymačkání. Šťávy ředíme vodou. Ovocné šťávy pijeme na lačno a zařazujeme je převážně v dopoledních hodinách. Použít můžeme jakékoli ovoce. Ovoce by mělo být zralé a zdravé. V žádném případě nepoužíváme nahnilé plody. Jakmile je kousek plodu nahnilý vyhodíme celý kus ovoce. V žádném případě nevykrajujte. Naopak červivost u ovoce nevadí. Pouze odkrojíme červivé části.

Mléko:

Z kravského a kozího mléka volíme raději zakysané výrobky. Sušená mléka – sójové, rýžové, ovesné, kokosové, jsou vhodné k běžnému pití občas. Většinou se používají na dochucení různých kaší, ovesných vloček, musli, nebo do kávy jako náhražka smetany.

Zázvorový čaj:

Syrový zázvor (1/2 lžičky na 1 hrnek vody)

Strouhaný zázvor přelijeme vřelou vodou a pod pokličkou necháme 5 minut louhovat. Před podáváním precedíme přes nekovový cedník. Můžeme ochutit trochou medu.

Je to velice prospěšný a léčivý nápoj, aktivuje energii v celém těle, podporuje hubnutí, je vhodný při nachlazení.

Ženy velmi dobře zvládly cvičení sarva hita ásan, proto jsme přistoupily ke cvičení ásan přímo zaměřených na snižování nadváhy. Do cvičení jsme zařadily některé ásan podle 5. dílu Jógy v denním životě – str. 204 – 229.

1. *Ánanda ásana*

2. *Dechové cvičení*

3. *Dechové cvičení s nataženými pažemi*

4. *Protahování trupu – varianty*

5. *Přetáčení těla do stran*

6. *Torze s pokrčenýma nohama – varianty*

7. *Pozdrav Kathu*

8. *Tygří relaxace*

9. *Bhudžanga ásana – kobra*

10. *Šalabha ásana – kobylka*

11. *Sarvánga ásana – svíčka*

12. *Dhanur ásana – luk (kolíbka)*

13. *Hala ásana – pluh*

14. *Matsja ásana – ryba*

15. *Ánanda ásana*

16. *Ardha Matsjéndra ásana – skrut v sedě*

18. *Bhastriká pránájáma – dýchání jako kovářské měchy*

Několik minut procit'ujte nehybnost těla a pozorujte přitom svůj dech. Zaujměte pránájáma mudru. Uzavřete palcem pravou nosní díрку a levou nosní dírkou 20x v rychlém sledu nadechněte a vydechněte. Břišní stěna se pohybuje směrem ven a dovnitř jako kovářské měchy. Ramena ani trup se pohybu neúčastní. Po 20. nadechnutí a vydechnutí zhluboka nadechněte a vydechněte levou nosní dírkou a poté ji uzavřete. Pokračujte v tomto typu dýchání pravou nosní dírkou. Po 20. nádechu a výdechu se zhluboka nadechněte a vydechněte pravou nosní dírkou. Položte ruku na koleno a proveďte cvičení 20x oběma dírkami.

19. *Meditace*

10. setkání: 17. 3. 2009

Dnes jsme se sešly až před 19. hodinou a zacvičily si opět stejný cyklus cvičení jako v 9. setkání.

11. setkání: 24.3. 2009

V informativní části setkání jsme dnes probíraly důležitost vlákniny ve stravě. Informace o vláknině pochází z emailové komunikace, 6.1.2009– J. Škoudlilová (wellness konzultantka).

Co je to vláknina?

Velký důraz je kladen na zvýšený podíl vlákniny ve stravě. Vlákninu tvoří různé nestravitelné složky rostlinné potravy. Přítomnost vlákniny v žaludku navozuje pocit sytosti, proto se tohoto efektu využívá především u redukčních diet. Vláknina se podílí na dobré peristaltice střev a je vhodná jako proti rakovině tlustého střeva. Pomocí vlákniny je nevyužitý cholesterol odváděn z těla stolicí. Výzkumu vlákniny se v posledních desetiletích věnuje velká pozornost. Ukázalo se, že není pouhým balastem, ale že různé druhy vlákniny mají rozličný význam pro metabolismus. Je možno říci, že pestrá smíšená strava s dostatkem zeleniny a ovoce obsahuje 25-30 gramů vlákniny denně, což je vyhovující množství. Vlákniny, které obsahují složky rozpustné ve vodě, jako jsou pektiny, gumy a slizy, ovlivňují látkovou přeměnu tuků a cukrů. Kladný vliv vlákniny, zvláště pektinových látek, se využívá v léčení lidí nemocných cukrovkou.

Zvyšte příjem vlákniny

Pokrmy z rychlého občerstvení, polotovary, jídlo na oslavách a večírcích často bývají zpracované, těžké, přesolené nebo přeslazené a navíc se závažným nedostatkem prospěšné vlákniny. Takové potraviny mohou snadno způsobit například zácpu. Čerstvá zelenina a čerstvé nebo sušené ovoce podporují optimální činnost zažívacího ústrojí a dodávají organismu vlákninu, která při procesu čištění podporuje odstraňování toxinů z organismu. Rozpustná vláknina se nachází v obilovinách oves, žito, ovoci, zelenině, ovesných otrubách a luštěninách. Pomáhá zlepšit absorpci glukózy a předcházet výkyvům energie! Ujistěte se, že dodáváte organismu dostatečné množství.

Vláknina je především obsažena v zelenině, ovoci, luštěninách (čočka, hrách, fazole, sója), ovesných vločkách, celozrnných obilovinách, müsli směsích, v celozrnném pečivu a chlebu. Je možné též přidávat do salátů a pomazánek mleté otruby.

Jak pomáhá vláknina při hubnutí?

- Strava bohatá na vlákninu více zasytí a pomáhá regulovat chuť k jídlu.

- Vlákna bývá bez energie.
- Vlákna snižuje množství přijatého jídla.
- Vlákna pomáhá proti zácpě.
- Vlákna čistí váš organismus od různých toxických zátěží.
- Vlákna vytváří vhodné podmínky pro zdravá střeva – správnou střevní mikroflóru.
- Vlákna zpomaluje jezení – je třeba ji déle žvýkat než instantní jídla.
- Zpomaluje vstřebávání cukrů a tuků a omezuje tak kolísání krevního cukru – regulovat hladinu inzulínu, které způsobuje chuť na sladké.
- Je hlavním zdrojem potravy pro bakterie v tlustém střevě, čímž podporuje tvorbu různých nezbytných vitamínů.
- Vlákna pomáhá urychlit odchod odpadových látek z organismu - při průchodu zažívacím ústrojím vstřebává toxiny.
- Bylo prokázáno, že dostatečný příjem vlákniny podporuje činnost kardiovaskulárního systému, pomáhá snížit hladinu cholesterolu v krvi a slouží také jako prevence střevních onemocnění.
- Pomáhá udržovat optimální činnost zažívacího ústrojí. Výsledkem může být zlepšení textury a vzhledu pleti, obnovení lesku vlasů, posílení nehtů a štíhlejší postava zbavená tukových vrstev.

Jak do každodenního jídelníčku zařadit dostatek vlákniny:

- Vlákna se koncentruje především ve slupkách ovoce a zeleniny a ve vnějších vrstvách obilovin, proto doporučujeme plody raději zlehka oškrábat než oloupat.
- Pokud jsou obiloviny rafinované, vnější vrstvy jsou poškozené a ztrácejí tak svůj drahocenný obsah vlákniny. Doporučujeme proto vybírat celozrnné obiloviny a celozrnný chléb, těstoviny a mouku a hnědou nebo divokou rýži. Zapomeňte na "bílé" druhy, ty o svůj obsah vlákniny již přišly.
- K snídani si dopřejte ovoce a semena - horkou ovesnou kaši s jahodami, banánem a kiwi, plus lžičku slunečnicových semínek. Taková snídaně vás plně zasytí a uspokojí potřebu organismu doplnit vlákninu.
- K obědu pak vychutnejte křupavý zelený salát, který doporučujeme obohatit například o ořechy nebo různé druhy semen.
- Večerní jídlo opět doplňte o zeleninový salát nebo přílohu.
- Brambůrky, křupky a podobné pochutiny k dopolední a odpolední svačině vyměňte za čerstvé ovoce.
- Do polévek a dušených pokrmů přidávejte čočku, hnědou rýži, pšenici nebo fazole.

- Vařené brambory nahradíte brambory ve slupce a slupku také snězte!
- Zeleninu vařte v páře, aby zůstala křupavá. Jestliže se uvaří příliš naměkko, ztrácí obsah vlákniny.
- Vyhybejte se koláčům, sušenkám, bílému pečivu, sladkostem, polotovarům a zpracovaným a konzervovaným jídlům a rychlému občerstvení spolu s potravinami s vysokým obsahem cukru nebo tuku - takové potraviny neobsahují téměř žádnou vlákninu a mohou způsobit zanesení vašeho zažívacího ústrojí.

Ideální je přijímat vlákninu v její přirozené formě, tedy z potravin rostlinného původu. Někdy při redukční dietě o 4000 – 5000 kJ je obtížné doporučenou denní dávku vlákniny naplnit, pak je namístě použít některý z doplňků výživy.

V posledním bloku jógových cvičení jsme se zaměřily na jógu proti bolestem v zádech (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003). Cvičily jsme podle knihy „Jóga proti bolestem v zádech“ – 2. díl a 3. díl, str. 63 – 89.

1. 1. Ánanda ásana

2. Dechové cvičení

3. Dechové cvičení s nataženými pažemi

4. Protahování trupu – varianty

5. Přetáčení těla do stran

6. Torze s pokrčenýma nohama – varianty

7. Šalabha ásana – kobyłka

8. Tygří relaxace

9. Utthána pršřha ásana – zvedání trupu

10. Ašva sančala ásana – jezdec

12. Přitahování kolena k trupu ve stoji

13. Torzní cvičení v lehu na břicho s překříženýma nohama

14. Bhudžanga ásana – kobra

15. Šašanka ásana – zajíc - varianty

16. Mardžarí – kočka

17. Protážení kyčelního kloubu

18. Vjághra ásana – tygr

19. Ánanda ásana

20. Bhastriká pránájáma

21. Meditace

12. setkání: 31.3. 2009

Dnes jsme se setkaly se naposled. Jógu jsme si zacvičily už v 18. hodin. Cvičily jsme stejný cyklus proti bolestem zad jako minulé setkání. Po cvičení jsme se spokojeně posadily a probíraly výsledky po 3 měsících. Všechny ženy se zvažily a odpověděly mi na několik otázek týkajících se jejich momentálního psychického rozpoložení:

- 1) Jak jste spokojena se svým tělem?
- 2) Pociťujete na sobě nějaké psychické změny v souvislosti s intervenčním programem?
- 3) Prožíváte nyní některé životní situace jinak?
- 4) Změnil se nějak váš žebříček hodnot?
- 5) Co vám dala jóga?

Po splnění všech úkolů jsme si připravily malé občerstvení , sesedly jsme a povídaly si. Všechny ženy měly velkou radost z váhových úbytků i z toho, že se naučily novým znalostem a dovednostem.

Příloha č. 5 Podklady pro rozhovor na téma stravovací návyky .

Dotazník stravovacích návyků

Kolikrát za den jíte?	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	Více x

Snídáte?	Ano – pravidelně	Občas	Ne

Jíte po 20 hodině?	Ano – pravidelně	Občas	Ne

Jak rychle jíte?	Velice rychle	Středně	Pomalu

Měli jste někdy obtíže, které se vyskytují v souvislosti s poruchami příjmu potravy? (anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání)	Ano	Ne

Chodíte pravidelně k lékaři kvůli nějakému onemocnění?	Ano	Ne

Vyznačte jak často jíte uvedené potraviny. Na každém řádku vyznačte jednu možnost.

	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Mléko					
Nízkotučné					
Polotučné					
Plnotučné					
Jogurty a zakysané mléčné výrobky	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Nízkotučné					
Polotučné					
Smetanové					
Sýry	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Se sníženým obsahem tuku (tvrdé)					
Ostatní (tvrdé)					
Tavené					
Tvarohové sýry (lučina,..)					
Chléb a pečivo	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Bílé					
Celozrnné					
Maso	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Kuřecí, krůtí, králičí					
Ryby					
Vepřové, hovězí					
Rostlinné "maso" (sojové, Klaso, Robi,...)					
Uzeniny (salámy, párky), paštiky apod.					
Drůbeží šunka, šunka od kosti					
Tuky pro studenou kuchyni	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec

Máslo					
Sádlo					
Rostlinné tuky (např. Rama, Perla, Flora,...) a olivový olej do salátů					
Rostlinné tuky se sníženým obsahem tuku (např. Flora Light, Perla Tip, Flora pro activ)					
Tuky pro teplou kuchyni	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Máslo					
Sádlo					
Rostlinné tuky (Hera, Iva,...)					
Rostlinné oleje: olivové (např. Bertolli, Carbonell,...)					
Jiné rostlinné oleje (slunečnicové, řepkové,...)					
Ovoce	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Čerstvé					
Konzervované ovoce (kompoty, kandované)					
Sušené ovoce, ořechy					
Tropické ovoce					
Zelenina	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Čerstvá - syrová					
Čerstvá - vařená					
Konzervovaná zelenina					
Mražená					
Sladkosti	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Čokoláda					
Oplatky					
Dorcy a zákusky					
Zmrzlina					
Ostatní					
Ostatní	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Luštěniny (fazole, hrách, čočka, sója, apod.)					
Těstoviny					
Rýže – bílá					
Rýže - celozrnná					
Celá zrna (pšenice, špalda, kroupy, jáhly, pohanka)					
Brambory					
Hranolky					
Knedlík					
Vejce					
Majonézové saláty, chlebičky					
Rychlé občerstvení (hamburger, párek v rohlíku apod.)					
Nápoje	vícekrát denně	denně	1x-3x týdně	zřídka	vůbec
Slazené nealkoholické nápoje (např. Cola, Mirinda, Sprite, ochucené minerální vody atd.)					
Minerálky (Rajec, Korunní, Mattoni,...) neslazené					
Stolní voda					
Džusy					
Čaj černý					
Čaj ovocný, zelený, bylinkový					
Káva					
Pivo					
Víno					
Alkohol ostatní					
Melty a jiné obilné kávy					
Kolik tekutin za den vypijete?	< 1l	1-2litry	2-2,5l	2,5-3l	> 3l

