



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Zdravotní gramotnost těhotných žen

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Tereza Čermáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Zdravotní gramotnost těhotných žen*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8.2018

.....

Tereza Čermáková

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za odborné vedení, lidský přístup a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Také chci poděkovat rodině a partnerovi za podporu a trpělivost během studia.

Zdravotní gramotnost těhotných žen

Abstrakt

Bakalářská práce “Zdravotní gramotnost těhotných žen“ pojednává o znalostech těhotných žen ohledně zdravého životního stylu. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou znalosti těhotných žen o zdraví a zdravém životním stylu v průběhu těhotenství. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. V první, teoretické části jsou popsány jednotlivé složky zdravého životního stylu v těhotenství a jejich problematika. Zaměřuje se i na zdravotní gramotnost a edukační činnost porodní asistentky. Druhá část se skládá z výzkumného šetření, které se soustředí na znalosti těhotných žen ohledně zdravého životního stylu v těhotenství. Na základě stanoveného cíle bylo vytvořeno pět výzkumných otázek.

Pro výzkumné šetření bylo použito kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo dvanáct těhotných žen. Rozhovory byly po předchozí domluvě a se souhlasem žen nahrávány pomocí diktafonu s přepisem rozhovorů do textu. Získaná data byla zpracována, analyzována a roztríděna do tří kategorií (Prekoncepční příprava, Informovanost žen, Životní styl v těhotenství), které byly rozděleny do podkategorií. Kategorie Prekoncepční příprava byla rozdělena do čtyř podkategorií (Plánované těhotenství, Změna životního stylu, Vitamínové doplňky, Pohybová aktivita). Druhá kategorie s názvem Informovanost žen obsahuje tři podkategorie (Složky zdravého životního stylu, Zdroj informací, Předporodní kurzy). Třetí složka Životní styl v těhotenství zahrnuje šest podkategorií (Stravování, Vitamínové doplňky, Rizikové faktory – alkohol, kouření, Pohybová aktivita, Pohlavní styk, Cestování).

Informantky, u kterých těhotenství bylo plánováno, se snažily v rámci prekoncepční péče změnit své dosavadní životní zvyklosti v oblasti stravování, sportu či rizikového chování. Zlepšení životního stylu následovalo i během těhotenství. Ženy upravily své stravovací návyky, strava byla pravidelná, pestrá, bohatá na ovoce a zeleninu. Ženy měly všeobecné znalosti o stravě, kterou by měly v těhotenství omezit. Přes veškerou snahu o dodržování zdravého stravování, některé užívaly v těhotenství vitamínové doplňky stravy. Ohledně pitného režimu, preferovaly čistou vodu či slazené nápoje. Jako nevhodné uváděly nápoje obsahující alkohol či kofein. Rizikové chování bylo však velmi časté. Některé požívaly malé množství alkoholických nápojů během těhotenství,

některé pily kávu obsahující kofein a jedna dotazovaná během těhotenství kouřila. Přesto ve výzkumném šetření vyšlo najevo, že dotazované ženy mají informace ohledně negativních vlivů alkoholu či cigaret. Ohledně sportování v těhotenství, kromě jedné, provozovaly sporty bezpečné a zdraví prospěšné a měly přehled o nevhodných aktivitách během těhotenství. Ohledně cestování jsou více opatrné, obávají se o zdravotní péči v cizích zemích. Všechny označily letadlo za nevhodný a nebezpečný dopravní prostředek pro těhotnou ženu. Za hlavní zdroj informací označily internet, získávají však informace i od kamarádek, matek či čerpají ze svého předchozího těhotenství. Pouze některé získávají informace od porodní asistentky, z toho dvě dotazované ženy chodí na předporodní kurzy. Další informantky již mají předporodní kurzy zaplacené. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že pouze malý počet dotazovaných žen využívá poradenskou a edukační činnost porodní asistentky.

Informace a výsledky získané výzkumným šetřením mohou posloužit jako materiál pro porodní asistentky při poradenské a edukační činnosti.

Klíčová slova

Těhotenství, zdravý životní styl, zdravotní gramotnost, edukace, porodní asistentka

Health literacy of pregnant women

Abstract

The Bachelor's Thesis "Health literacy of pregnant women" deals with knowledge of pregnant women with regard to a healthy lifestyle. The goal of this Bachelor's Thesis was to ascertain which the knowledge of the pregnant women about health and the healthy lifestyle during the pregnancy is. This Bachelor's Thesis is divided into two parts. Individual components of the healthy lifestyle during pregnancy and their problems are described in the first theoretical part. It also focuses on health literacy and an educational activity of a nurse-midwife. The second part consists of a research survey that concentrates on the knowledge of the pregnant women with regard to the healthy lifestyle in pregnancy. Five research questions were created on the basis of the stated goal.

A qualitative research in a form of a semi structured conversation was used for the research survey. A research cohort comprised twelve pregnant women. After prior agreement and by the approval of the women, the conversations were recorded using a voice recorder with a transcription of the conversations in the text. Gathered data were processed, analysed and sorted into three categories (Preconception preparation, Foreknowledge of women, Lifestyle in pregnancy), which were divided into subcategories. The category Preconception preparation was divided into four subcategories (Intended pregnancy, Change in lifestyle, Vitamin supplements, Physical activity). The second category with the name Foreknowledge of women contains three subcategories (Components of healthy lifestyle, Information source, Prenatal courses). The third component Lifestyle in pregnancy includes six subcategories (Eating, Vitamin supplements, Risk factors – alcohol, smoking, Physical activity, Sexual intercourse, Travelling).

Female informants, in which the pregnancy was intended, made efforts to change their present living customs in the area of eating, sport or risk behaviour within the scope of the preconception care. Improvement of the lifestyle followed also during the pregnancy. The women adjusted their dietary practices, food was regular, varied, rich in fruits and vegetables. The women had general knowledge of food, which they should cut down during pregnancy. Despite all efforts for adherence to the healthy eating, some women took the vitamin food supplements during the pregnancy. With regard to

drinking habits, they preferred clean water or sweetened beverages. They mentioned the beverages containing alcohol or caffeine as unsuitably. But risk behaviour was very frequent. Some women consumed a small amount of the alcoholic beverages during the pregnancy, some women drank coffee containing caffeine and one female respondent smoked during the pregnancy. Nevertheless, it came out in the research survey that the female respondents have information with regard to the negative influences of alcohol or cigarettes. With respect to doing sports during the pregnancy, except one woman, they did sports safe and promoting health and they kept a good track of unsuitable activities during the pregnancy. With regard to travelling, they are more cautious, they fear for a health care in foreign countries. All women described an aeroplane as unsuitable and dangerous means of transport for the pregnant woman. They identified the Internet as the main source of information, but they also acquire information from friends, mothers or they derive from their previous pregnancy. Only some of them acquire information from the nurse-midwife, two of the respondent women take prenatal courses. Other female informants have already paid the prenatal courses. This implies from the research survey that only a small number of respondent women uses the consultancy and educational activity of the nurse-midwife.

Information and results acquired with the research survey can help as a material for the nurse-midwives during the consultancy and educational activity.

Keywords

Pregnancy, healthy lifestyle, health literacy, education, nurse-midwife

OBSAH

1	Současný stav	11
1.1	Těhotenství.....	11
1.2	Primární prevence	12
1.2.1	Primární prevence v těhotenství	13
1.2.2	Program primární prevence vrozených vývojových vad	14
1.3	Zdravý životní styl	15
1.3.1	Výživa v těhotenství	16
1.3.2	Vylučování.....	21
1.3.3	Rizikové faktory v těhotenství.....	22
1.3.4	Tělesná aktivita	26
1.3.5	Spánek a odpočinek	27
1.3.6	Pohlavní styk.....	28
1.3.7	Oblékání.....	29
1.3.8	Cestování	30
1.3.9	Poskytovatelé péče.....	31
1.3.10	Které ženy se připravují na své těhotenství a mateřství?.....	32
1.4	Zdravotní gramotnost	33
1.4.1	Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice.....	35
1.4.2	Porovnání celkové úrovně zdravotní gramotnosti v ČR a ve vybraných zemích EU	37
2	Cíle práce a výzkumné otázky.....	40
2.1	Cíle práce	40
2.2	Výzkumné otázky.....	40
2.3	Operacionalizace pojmů.....	40
3	Metodika.....	42
3.1	Metodika a technika výzkumu	42
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	43
4	Výsledky výzkumu.....	44
4.1	Identifikační údaje probandek (P1 – P12).....	44
4.2	Kategorizace dat.....	44

5	Diskuze	64
6	Závěr.....	71
7	Seznam použitých zdrojů	74
8	Přílohy	83
9	Seznam zkratk.....	86

Úvod

Zdraví se bezprostředně dotýká každého člověka, a to zcela bez výjimky. Na důležitosti pochopitelně nabývá v období nemoci. Stejný význam by však mělo mít také ve všech ostatních případech, kdy je člověk zcela zdrav. S problematikou zdraví se lidé setkávají téměř každodenně. V posledních letech je zdraví stále diskutovanějším a v současnosti již velice aktuálním tématem. Všeobecně se do popředí zájmu dostává problematika zdravého životního stylu, stravy či dostatečné pohybové aktivity, jež jsou základními preventivními opatřeními k předcházení nejrůznějším onemocněním. Na člověka působí obecně celá řada škodlivých vlivů, které však mají nejen individuální dopad na jednotlivce, ale také dopad na celou společnost. Pro účely zabránění či alespoň zmírnění těchto dopadů je důležitá zejména primární prevence, jejíž nedílnou součástí je mimo jiné zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnosti a její úrovni je poslední dobou věnována značná pozornost. K této problematice se v současné době vztahuje množství cíleně zaměřených průzkumů, studií a výzkumů, a to nejen na národní, ale také na mezinárodní úrovni. Oblast zdravotní gramotnosti je obecně zkoumána jak u široké veřejnosti, jako celku, tak u specifických skupin obyvatel. Důvodem tohoto je především skutečnost, že úroveň zdravotní gramotnosti jednotlivců a společnosti má vliv na zdraví a bezprostředně se dotýká všech oblastí společenského života. Jednou z mnoha specifických populačních skupin, u nichž je zdravotní gramotnost v rámci primární prevence významná, jsou těhotné ženy.

Téma této bakalářské práce „Zdravotní gramotnost těhotných žen“ jsem si s ohledem na výše uvedené skutečnosti vybrala zcela záměrně. Cílem bakalářské práce je shrnutí významných teoretických poznatků týkajících se problematiky zdravotní gramotnosti ve vztahu k těhotným ženám.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních kapitol. První kapitola je orientována na samotnou problematiku zdravotní gramotnosti těhotných žen. Kapitola obsahuje základní pojmy jako „gramotnost“ a „zdravotní gramotnost“. Dále kapitola pojednává o úrovni zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemoci a podpory zdraví v podmínkách České republiky a ve vybraných státech Evropské unie, včetně vzájemného srovnání celkové úrovně zdravotní gramotnosti v České republice a v ostatních evropských zemích. Ve druhé části jsou popsány jednotlivé složky zdravého životního stylu v těhotenství.

1 Současný stav

1.1 Těhotenství

Těhotenství neboli gravidita je pro ženu velice významnou etapou života, kdy se stává matkou. Jedná se o období, v němž se žena snaží vyrovnat se svou novou životní rolí a ztotožnit se s ní (Hudáková, 2017). Těhotenství vzniká splynutím mužské a ženské pohlavní buňky spermie a vajíčka (Slezáková et al., 2017). Každá tato pohlavní buňka nese 23 chromozomů (Pařízek, 2015). Spojením chromozomů XY vzniká jedinec mužského pohlaví, spojením chromozomů XX vznikne jedinec pohlaví ženského (Slezáková et al., 2017). Dle autorů Hájek et al. (2014), Gregora, Velemínského ml. (2017) trvá těhotenství přibližně 40 týdnů, což je 280 dní neboli 9 kalendářních měsíců či 10 měsíců lunárních po 28 dnech. Délka gravidity je z čistě praktických důvodů obvykle počítána od prvního dne poslední menstruace ženy, přestože k početí s největší pravděpodobností došlo zhruba o dva týdny později (Hájek et al., 2014). Dále autoři Gregora, Velemínský ml. (2017), Slezáková et al. (2017) a mnoho dalších autorů, rozdělují období těhotenství do třech kratších period, které jsou označovány jako trimestry. První trimestr začíná oplodněním vajíčka a končí dvanáctým týdnem těhotenství (Gill, 2009). Druhý trimestr je ukončen dvacátým osmým týdnem těhotenství, poslední, třetí trimestr končí termínem porodu (Pařízek, 2015).

Těhotenství představuje pro ženu období, v němž u ní dochází k výrazným změnám, a to zejména v oblasti fyziologické, endokrinní, psychické a v neposlední řadě také sociální (Vachková, Mareš, 2012). V organismu ženy dochází v průběhu těhotenství ke změnám, které se mohou projevit nepříjemnými příznaky, ty jsou ve většině případů zcela úplně první známkou gravidity (Chan et al., 2011).

Až osmdesát procent žen doprovází první trimestr ranní nevolnosti, pocitu na zvracení či zvracení. Tyto potíže se objevují okolo pátého týdne těhotenství s maximálními symptomy okolo devátého týdne těhotenství. (HUO, 2017) Mezi další potíže prvního trimestru se řadí zvýšená tvorba slin, závratě, mdloby, zvýšená únava, poruchy nálad (Roztočil et al., 2017). Hanáková et al. 2017 mezi další projevy těhotenství řadí zvláštní chuť. Zhruba po osmém týdnu gravidity dochází ke zvětšování prsou a žena začíná pomalu přibírat na tělesné hmotnosti (Gregora, Velemínský ml, 2017).

Ve druhém trimestru se žena cítí fyzicky lépe, než tomu bylo v prvních týdnech gravidity, velkým důvodem této změny je především ústup ranních nevolností a

zvracení (Hanáková et al., 2017). Těhotné ženy se ve druhém trimestru gravidity, cítí dobře rovněž po stránce psychické (Gill, 2009). Ambivalentní pocity provázející ženu v prvních týdnech těhotenství se postupně mění v pozitivní (Gill, 2009). Jeden z důvodů pozitivního myšlení je, že ženy začínají prvně cítit pohyby dítěte (Walsh et al., 2014). U žen, které již rodily dochází k vnímání pohybů dítěte okolo 18. týdne, u prvorodiček k tomuto dochází kolem 20. týdne gravidity (Hájek, 2014). Gregora, Velemínský ml. (2017) doplňují, ženy s velmi štíhlou postavou mohou cítit pohyby dítěte již také okolo 18. týdne, jako ženy, které již rodily. Podle autorů Vachková, Mareš (2012), Bašková (2015) se těhotné ženy v tomto období snaží žít zdravým životním stylem a dodržují všechna doporučení, která jim jsou navrhována, snaží se vyhledávat aktivity a činnosti určené těhotným ženám. Budoucí maminky již ve druhém trimestru těhotenství přemýšlejí o pohlaví a vzhledu dítěte a snaží se získávat co možná nejvíce informací o tom, jak se jejich dítě v těle vyvíjí a roste (Bašková, 2015).

Třetí trimestr těhotenství je pro ženu po tělesné stránce velice náročný a nepohodlný, zvláště kvůli neustále se zvyšující zátěži, která je dána především značným růstem nenarozeného dítěte v těle ženy, a proto jsou pro ženy velice obtížné i ty nejjednodušší úkony (Vachková, Mareš, 2012). Právě zvětšující se děloha stojí často za problémy těhotných žen se spánkem, trávením, vylučováním (Hájek et al., 2014). V tomto období se žena fyzicky i psychicky připravuje na porod (Hanáková et al., 2017). Ženy bývají nadměrně úzkostné zvláště v případech, kdy předpokládaný termín porodu již uběhl, neboť tak dítě přenáší a porod neustále očekávají každým okamžikem (Lopéz et al., 2015). U prvorodiček může být zdrojem úzkosti samotné přizpůsobení blížící se role matky, což může v některých případech vyústit až v problémy a konflikty mezi partnery (Bašková, 2015). Gaudlová (2015) popisuje třetí trimestr těhotenství ke třicátému kilometru maratonu, kde většinu máte za sebou, ale víte, že to nejtěžší teprve čeká.

1.2 Primární prevence

Primární prevence spočívá v posilování zdraví člověka, především výchovou k pozitivnímu, odpovědnému postoji k vlastnímu zdraví. Je zapotřebí, aby si každý člověk utvářel svůj vlastní zdravý životní styl, který by upevňoval a udržoval jeho dobrý zdravotní stav. Primární prevence také spočívá v ochraně zdraví celé společnosti. Vytváří zdravé a dobré podmínky pro zdravý způsob života, chrání životní prostředí, zajišťuje biologické i sociální potřeby pro každého jedince (Klíma, 2016).

Primární prevencí v těhotenství se rozumí pojem označující, „*co mohou rodiče ve spolupráci s lékaři udělat proto, aby snížili riziko vzniku vrozené vývojové vady u svého dítěte před početím nebo v začátku těhotenství*“ (Prenatální diagnostika, 2002). Do primární prevence v těhotenství lze zařadit i prekoncepční přípravu. Nejméně tři měsíce před plánovaným těhotenstvím by žena, ale i muž měli dodržovat zásady zdravého životního stylu, to znamená zdravá výživa, korekce obezity, eliminace kouření nejen aktivního, ale i pasivního, fyzická aktivita, vyhýbání se stresu, dále by žena měla absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku (Williams, 2008). Je dobré, aby žena doplnila, nebo začala užívat kyselinu listovou (Vorlová et al., 2012). Kyselina listová se podílí na procesu zárodečného dělení (Mach, 2012). Nedostatek kyseliny listové způsobuje v prvních měsících těhotenství defekty neurální trubice, páteře a obličeje plodu, dále je spojován se zvýšenou pravděpodobností spontánních potratů či předčasným porodem. Největším zdrojem jsou luštěniny (celé zrno), listová zelenina, především tmavá (Vorlová et al., 2012), citrusy, chřest, játra, celozrnné pečivo (Hanáková, 2017).

1.2.1 Primární prevence v těhotenství

V roce 2002 uskutečnily Hrubá, Malíková (2002) výzkum o primární prevenci v těhotenství, jehož předmětem bylo zjištění znalostí těhotných žen o vybraných rizikových a protektivních faktorech, zejména riziku kouření, konzumaci alkoholu, drog a užívání léků, které mají vliv na těhotenství a vývoj plodu; zjištění zdrojů, z nichž tyto informace získaly; včetně zjištění, zda se těhotné ženy příslušnými zásadami řídily. Výzkum probíhal v porodnicích v Brně, v Břeclavi, v Ivančicích a ve Zlíně. Výzkumu se zúčastnilo celkem 215 žen (Hrubá, Malíková, 2002). Z výsledků výzkumu autorky Hrubá, Malíková (2002) vyplynulo, že problematice primární prevence je v prenatálních poradnách věnována jen okrajová pozornost. Správné znalosti o rizicích konzumace alkoholu a kouření vykazovalo jen 25 až 30 % těhotných žen. Pouze 20 % gravidních žen bylo o těchto rizikových faktorech poučeno svým ošetřujícím lékařem. Téměř 40 % těhotných žen konzumovalo alkohol a 10 % žen v těhotenství kouřilo. Principy výživových doporučení v podobě potravinové pyramidy znala orientačně přibližně 1/3 těhotných žen. Dále autorky výzkumu Hrubá, Malíková (2002) popisují, že žádná z těhotných žen nevedla správně doporučené denní dávky mléčných výrobků, ovoce a zeleniny, navíc okolo 40 % žen mělo za to, že by v období gravidity měly zvýšit energetický příjem a omezit fyzickou aktivitu. U těchto žen v průběhu těhotenství došlo

ke zvýšení hmotnostního přírůstku o 15 kg a více. Hrubá, Malíková (2002) dále popisují, že výzkumem bylo zjištěno, že většina těhotných žen v průběhu gravidity užívala farmakologické vitaminové a minerální přípravky, a to zpravidla na doporučení ošetřujícího lékaře.

Na základě výsledků tohoto výzkumu lze konstatovat, že je v rámci prenatální péče v těhotenství nezbytné výrazně zvýšit poradenskou činnost gynekologů v oblasti primární prevence. Pozornost by měla být soustředěna zejména na zdůraznění úplné abstinence alkoholu a kouření, včetně drog, zařazení do jídelníčku 3 až 4 porcí mléka a mléčných výrobků a 7 až 9 porcí ovoce a zeleniny, vyvarování se značně solených potravin, zařazení každodenního pohybu na čerstvém vzduchu, častého přerušování sedavé práce krátkou chůzí (Hrubá, Malíková, 2002).

1.2.2 Program primární prevence vrozených vývojových vad

Od roku 2014 funguje projekt nazývaný „Program primární prevence vrozených vývojových vad“ A. Šípka a jeho autorského kolektivu.

Cílem tohoto projektu je zpřístupnění široké laické veřejnosti srozumitelných informací o možnostech primární prevence vrozených vad. Primárním cílem projektu je na základě kooperace s dalšími odborníky vytvořit informační portál o problematice případných rizikových faktorů zvyšující rizika vzniku vrozených vad. Uvedené cíle projektu vychází z tzv. Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR přijatého usnesením Vlády České republiky č. 1046 (Usnesení Vlády České republiky č. 1046, Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online], 2002). Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR je racionálním a dobře strukturovaným modelem komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, jenž byl zpracován týmy významných světových odborníků z lékařských oborů a z oblasti zdravotní politiky. Česká republika se zapojila do programu WHO (Světová zdravotnická organizace), označovaného jako „Zdraví pro všechny v 21. století“, který zpracovala na národní úrovni. V souvislosti s tématem této bakalářské práce lze zmínit zejména „Cíl 3: Zdravý start do života“, jímž je „do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života“ (Zdraví pro všechny v 21. století, Zdraví 21 – Cíle 1-9, Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online], 2002). K tomuto cíli patří také následující úkoly: „Dílčí úkol č. 3.1: Lepší přístup k prenatální a perinatální péči“. „Dílčí úkol č.

3.2: Snížení míry kojenecké úmrtnosti“, „Dílčí úkol č. 3.3: Snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí“ (aktivitou tohoto dílčího úkolu je mimo jiné i zavedení programů primární prevence), „Dílčí úkol č. 3.4: Snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50 %“, „Dílčí úkol č. 3.5: Snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2 500 g o 20 %“ (Zdraví pro všechny v 21. Století, Zdraví 21 – Cíle 1-9, Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online], 2002).

V rámci Programu primární prevence vrozených vývojových vad je zpracováno množství odborných textů dostupných široké laické veřejnosti o alkoholu a těhotenství, o genetickém poradenství, o infekcích v těhotenství, o kouření a těhotenství, o lécích v těhotenství či o výživě a těhotenství (Šípek [online], 2016).

1.3 Zdravý životní styl

Švamberg Šauerová (2018) popisuje zdravý životní styl jako „*souhrn relativně ustálených každodenních zvyklostí a vzorců chování člověka, které prokazatelně pozitivně ovlivňují jeho celkové zdraví.*“ Každý člověk si utváří svůj vlastní životní styl, který je ovlivňován celou řadou faktorů, jako věk, pohlaví, místo kde žije, vzdělání, zaměstnání, životní zkušenosti, zájmy či zdravotní a rodinný stav (Švamberg Šauerová, 2018).

Podle Žaloudíkové (2009) do zdravého životního stylu patří pravidelný denní režim, dostatek pohybové aktivity, zdravý způsob výživy, dodržování osobní hygieny, odpovědné sexuální, pracovní, partnerské, rodičovské chování, psychická odolnost vůči závislostem a škodlivým vlivům, psychická pohoda, dobré mezilidské vztahy, opatření proti nehodám, vyhýbání se stresovým situacím a ochrana životního prostředí spojena s omezeným stykem s nezdravými látkami.

Čeledová, Čevela (2010) popisují špatný životní styl, genetickou dispozici a vliv prostředí jako kombinaci, která může způsobit vážné onemocnění. S tímto tvrzením souhlasí i Švamberg Šauerová (2018), která dále popisuje rizikové faktory ovlivňující zdravý životní styl. Mezi tyto faktory patří konzumace průmyslově vyráběných potravin, nadměrná konzumace jídla, zneužívání návykových látek (alkohol, kouření, drogy, nadměrné užívání kofeinových výrobků), nadměrný a trvalý stres, vysoké pracovní vytížení, nedostatek pohybové aktivity, neschopnost odpočívat, negativní

myšlení či dokonce nízké sebehodnocení. V kompetencích porodní asistentky v rámci prenatalní poradny je edukace těhotných žen ve všech aspektech zdravého životního stylu.

1.3.1 Výživa v těhotenství

Výživa těhotné ženy je důležitá jak z hlediska zdravý matky, tak z hlediska fyziologického vývoje plodu. Během těhotenství je třeba zabezpečit optimální příjem celkové energie, dostatečný příjem bílkovin, sacharidů, tělu prospěšných tuků, vitamínů a minerálních látek (Pařízek, 2015). Strava v těhotenství má být pravidelná, vyvážená, lehce stravitelná, rozdělena do pěti jídel, celkového obsahu 2400-2800 kcal. (Roztočil et al., 2017).

Ačkoliv by měl být jídelníček těhotné ženy pestrý po celou dobu těhotenství, nejdůležitější je v prvním trimestru těhotenství (Bowden, Tanisová, 2010). V tomto trimestru vznikají a vytvářejí se nejdůležitější orgány a ústrojí zárodku, dochází k vývoji hlavy, horních a dolních končetin s patrnými velmi drobnými prsty propojenými kožní tkání, smyslových a pohlavních orgánů a nakonec svalstva (Kobilková et al., 2005). Již během prvního trimestru se začínají objevovat příznaky těhotenství, typická nauzea, která může, ale nemusí být provázena zvracením. Z dalších spíše nepříjemných prvotních příznaků brzkého těhotenství lze uvést zvýšenou tvorbu slin (Roztočil et al., 2017). Přes tyto potíže je někdy těžké pro těhotnou ženu dodržovat zdravý životní styl, pestrou stravu a dostatek vitamínů. Při nevolnosti a zvracení je přísun vitamínů potřebný (Hájek et al., 2014). Hanáková (2017) ve své knize uvádí, že užívání zejména vitamínu B působí příznivě na nevolnost.

Bílkoviny

Dostatečný příjem bílkovin podporuje růst plodu (Pařízek, 2015). S nedostatečným příjmem bílkovin se snižuje porodní hmotnost dítěte, dochází k anemii, vzniku edémů a také klesá odolnost vůči infekcím (Hronek, Barešová 2012). Bílkoviny tvoří 15-20 % z celkového denního příjmu, což je přibližně 60 gramů bílkoviny na den (Vorlová et al., 2012). Oproti tomu Roztočil et al. (2017) uvádí 80 až 100 gramů bílkovin na den. Je důležité, aby bílkovina byla obsažena v každém jídle (Vorlová et al., 2012). Polovina z tohoto množství má být živočišného původu, jako je maso, mléko, mléčné výrobky, vejce (Vorlová et al., 2012). Nemělo by se zapomínat ani na obiloviny, luštěniny,

ořechy a semena, která jsou zdrojem bílkoviny rostlinného původu (Vorlová et al., 2012). Dle Hronka a Barešové (2012) jsou rostlinné bílkoviny neplnohodnotné, protože neobsahují některé esenciální aminokyseliny. Dále Hronek, Barešová (2012) ve své knize uvádí, prospěšné kombinace sójových bílkovin s bílkovinami obilovin. Vorlová et al., (2012) doporučují poměr v příjmu živočišných a rostlinných bílkovin 1:1.

Sacharidy

Zmiňované luštěniny jsou výborné i jako zdroj sacharidů, např. čočka, fazole (Vorlová et al., 2012). Zdrojem sacharidů jsou potraviny, obsahující škroby, jako jsou brambory, obilí, zelenina a celozrnné produkty (Hofer, Szász, 2010). Sacharidy slouží jako zdroj energie, nedostatek sacharidů ve stravě má za příčinu snížení fyzického a duševního výkonu, snížení energie, hypoglykémii (Hronek, Barešová, 2012). Naopak zvýšení sacharidů ve stravě těhotné ženy vede ke zvýšenému váhovému příbytku v těhotenství, DM II. typu a riziko kardiovaskulárních onemocnění (Hronek, Barešová, 2012).

Tuky

Podle Suchánka (2015) tuky tvoří 30 % celkového energetického denního příjmu. Tuky jsou důležité pro výstavbu organismu dítěte (Hofer, Szász, 2010). Při látkové výměně uvolňují velké množství energie, jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin a vitamínů rozpustných v tucích (Hronek, Barešová, 2012). Podle Hofer, Szász (2010) je rozhodující především kvalita. Žena by měla používat rostlinné oleje lisované za studena, jako je olivový, slunečnicový, bodlákový, lněný či sójový (Hofer, Szász, 2010). Dále Pokorná et al. (2008) uvádí zdroje esenciálních mastných kyselin, jako jsou ořechy, mandle, sója, slunečnicová, sezamová semínka a v neposlední řadě ryby losos či makrela. Tyto potraviny obsahující esenciální mastné kyseliny jsou příznivé pro srdce a mozek nejen těhotné ženy, ale i plodu a celkově podporují zdravý nitroděložní vývoj a další růst dítěte (Hronek, Barešová, 2012).

Vitamíny, minerální látky

Hofer, Szász (2010) uvádějí, že v průběhu těhotenství stoupá potřeba vitamínů a minerálních látek. Vitamíny rozdělujeme na rozpustné v tucích A,D,E,K a vitamíny skupiny B, vitamín C a kyselina listová se řadí mezi vitamíny rozpustné ve vodě (Gregora, Velemínský ml., 2017).

Vitamin A má význam pro správný rozvoj zraku a funkci kůže, je přítomen v živočišných tucích, např. v rybím oleji, v mléku, vaječném žloutku (Gregora, Velemínský ml., 2017). Pozor na nadměrný příjem, který na plod může působit negativně, v extrémních případech může způsobit u plodu i vznik vrozené vývojové vady (Gregora, Velemínský, 2013).

Vitamín D a vitamín K má zásadní význam pro vývoj a růst kostí, nalezneme ho v rybím oleji, margarínech a také se tvoří působením slunce na kůži. Bez vitamínu D se neukládá vápník do kostí a mohou vznikat malformace (Gregora, Velemínský, 2017). Potraviny, jako zelená zelenina, ovoce, ovesné vločky, mléko, vejce, maso (Stránský, Ryšavá, 2014) obsahují vitamín K, který má vliv na srážlivost krve a aktivuje tvorbu srážecích faktorů (Pokorná et al., 2008).

Vitamín E působí proti vývojovým poruchám plodu, snižuje riziko předčasných porodů, využívá se k léčbě neplodnosti, zabraňuje opakovaným potratům (Mandžuková, 2008). Nedostatek vitamínu E může způsobit předčasný porod, nebo potrat (Hronek, Barešová, 2012). Nejvhodnějšími zdroji jsou rostlinné oleje, mandle, arašídý, lněná či slunečnicová semínka (Clark, 2014).

Vitamíny skupiny B mají význam pro správnou funkci kůže a sliznic, podílejí se na tvorbě červených krvinek, na funkci nervového systému, jsou přítomny v živočišných bílkovinách či v celozrnných obilninách (Gregora, Velemínský, 2017).

Minerální látky a stopové prvky si naše tělo neumí samo vytvořit, proto je musíme přijímat ve stravě (Pokorná et al., 2008). Nejdůležitější minerální látky lidského těla je železo, vápník, fosfor, zinek, sodík, draslík, hořčík (Klimešová, 2016). Zvýšené množství železa v těhotenství je dáno potřebou plodu, placenty a zvýšeného krevního objemu těhotné ženy. Z přijaté potravy se resorbuje okolo 8 %, více se železo vstřebává z masa, ryb, jater a méně z rostlinného původu (Vorlová et al., 2012). Deficit železa bývá mezi 12. a 25. týdnem těhotenství (Pařízek, 2015).

Vápník a fosfor jsou ve vzájemném funkčním spojení základním materiálem pro stavbu kostí a zubů. Pro dobré vstřebávání vápníku do těla je potřeba dostatek vitamínu D (Vorlová et al., 2012). Pokud má žena během těhotenství nedostatek vápníku v těle, což je způsobeno nezdravou, nevyváženou stravou, musí plod čerpat vápník z kostní tkáň matky (Gregora, Velemínský ml., 2013). Větší množství tuku a kyseliny šťavelové,

kteřá je obsažena např. ve špenátu, petrželi, rebarboře, v červené řepě či čokoládě, brání vstřebávání vápníku, a to tím, že jej vysráží na nevstřebatelnou sloučeninu (Vorlová et al., 2012). Největší zdroj vápníku je mléko a mléčné výrobky, losos, fazole, tofu, mák, arašíd, brokolice (Vorlová et al., 2012). Lidské tělo nemá k dispozici velké zásoby zinku, proto je nezbytný jeho kontinuální příjem, který je lepší z potravin živočišného původu, než z potravin rostlinného původu (Vorlová et al., 2012). Hronek a Barešová (2012) ve své publikaci zmiňují, že nedostatek zinku u těhotné ženy způsobuje zpravidla v prvním trimestru nepříjemné intenzivní pачy, náchylnosti k ranním nevolnostem, nedostatek zinku může způsobovat ženě záněty kůže, sníženou funkci imunitního systému, riziko vzniku potratu, předčasný porod, nebo růstovou poruchu plodu. Hlavním zdrojem jsou otruby, luštěniny, vejce, cibule, dýňová semínka (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Dalším důležitým prvkem ve stravě těhotné ženy je jód, který je důležitý pro činnost štítné žlázy a vývoj mozku plodu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Hlavním zdrojem je u nás povinně jodizovaná sůl, některé stolní vody a ovocné nápoje jsou také uměle obohaceny (Vorlová et al., 2012). Nedostatek jódu v těhotenství může mít za následek hyperaktivitu a neklid dětí (Hronek, Barešová, 2012), dále může způsobovat potraty, předčasné porody, poruchy plodnosti a vývoje plodu (Mandžuková, 2008). Největší zdroj jódu se nachází v mořských plodech, rybách či řasách (Vorlová et al., 2012).

Hořčík je nezbytný pro vývoj a růst zubů, vlasů a nehtů, usnadňuje vstřebávání kyslíku ve svalové tkáni (Gregora, Velemínský ml., 2013). Hořčík je důležitý pro růst plodu a pro prevenci předčasného porodu, dále snižuje dráždivost dělohy (Hanáková et al., 2017). Hlavními zdroji hořčíku je listová zelenina, luštěniny, ořechy (Gregora, Velemínský ml., 2013), sójová mouka, kakao či sušené figy (Vorlová et al., 2012).

Doplňky stravy

Dostatečné množství všech potřebných živin a minerálních látek jsou těhotné ženy zpravidla schopny přijmout prostřednictvím vyvážené v dnešní době i dostupné stravy, ovšem v určitém období kalendářního roku může být ve stravě těhotné ženy nedostatek zejména některých vitamínů a stopových prvků (Hanáková, 2015). Gregora, Velemínský ml., (2017) jako nejpříznivější situaci uvádí, když žena své těhotenství plánuje a začne multivitaminové přípravky užívat ještě před otěhotněním, zejména kyselinu listovou, které bývá doporučováno 40 µg denně. Tato dávka kyseliny listové snižuje riziko

vzniku vad neurální trubice u vyvíjejícího se plodu (Gregora, Velemínský ml., 2017). Na trhu je možné si vybrat z velkého množství těhotenských multivitaminových přípravků. Gregora, Velemínský ml. (2017) doporučují těhotným ženám či ženám v prekoncepční přípravě, aby se poradily se svým gynekologem o vhodnosti přípravku.

Pitný režim

Příjem tekutin je nezbytný pro udržení vodní rovnováhy organismu (Vorlová et al., 2012). V období těhotenství je kladen důraz na kvalitu i kvantitu pitného režimu těhotné ženy (Hanáková, 2017). Mnoha autorů, jako Vorlová et al., (2012), Velemínský, Velemínský ml. (2017) se shodují, že těhotná žena by měla vypít okolo 2,5 litrů tekutin za den, zároveň doporučují nezávadnou pitnou vodu, stolní vody, slabě mineralizované, nebo vody se sníženým obsahem solí. Vorlová et al., (2012) ve své knize popisuje lehký vzorec pro vypočítání doporučeného množství vody, které by žena měla za celý den vypít a to 35-45 ml na 1 kg tělesné hmotnosti. Za nevhodné nápoje v těhotenství lze uvést sladké limonády, nápoje s obsahem chininu, který může ve vyšších dávkách vyvolat u novorozenců projevy závislosti, dále by těhotné ženy měly omezit příjem 100 % džusů, díky vysokému podílu cukru (Vorlová et al., 2012). Nápoje obsahující kofein jako káva, černý či zelený čaj mají sice povzbudivé účinky, ale pro pitný režim nejsou vhodné, protože dehydratují organismus, ovšem jeden šálek kávy denně těhotné ženě neublíží, přesto je v těhotenství vhodné přejít na konzumaci kávy bez kofeinu, nebo na kávu z ječmene (Hanáková, 2017). Pokud jde o čaj, doporučuje se snížit obsah kofeinu tím, že čajové lístky se zalijí horkou vodou, nechají se 30 sekund vylouhovat, při tomto procesu se extrahuje maximum obsaženého kofeinu, poté se extrakt slije a lístky takto zbavené kofeinu se znovu zalijí horkou vodou (Kostiuk, 2013). Roztočil et al. (2017) zmiňuje, že vyšší dávky kofeinu působí žaludeční obtíže a může indukovat těhotenskou hypertenzi. Kasper (2015) tento názor sdílí a dále uvádí, že biologický poločas kofeinu u netěhotných žen je 2,5 až 4,5 hodiny s tím, že v poslední fázi těhotenství se poločas kofeinu ještě více prodlužuje, prostupuje placentou a u plodu zvyšuje produkci katecholaminů, tak vzniká hypoxie plodu, což může vést ke zpomalení růstu. Kofein zvyšuje vylučování Kalcia močí, snižuje absorpci železa, a proto může zvyšovat riziko anémie u plodu i matky (Kostiuk, 2013).

Vegetariánství

Vegetariánství je způsob stravování, který upřednostňuje především rostlinou stravu a odmítá živočišné potravinové zdroje, především maso, ale i ryby (Hanáková, 2015). Vegetariánské diety jsou rozděleny podle rozsahu vyloučení živočišných potravin například na veganství – nedovoluje jíst produkty živočišného původu, semivegetariánství – vylučuje z jídelníčku výsekové maso (hovězí, vepřové, skopové), dovoluje jíst maso kuřecí, ryby a plody moře (Grosshauser, 2015). Laktovegetariánství – kromě rostlinného původu jsou povoleny mléčné výrobky, frutariánství – povolena konzumace syrového, nebo sušeného ovoce, ořechů, medu, olivového oleje (Müllerová, 2014). Podle Hanákové (2015) patří mezi zdravotní výhody vegetariánství zvýšení konzumace ovoce, zeleniny, celozrnných výrobků, neztužených rostlinných tuků, zvýšený příjem vlákniny, hořčíku, draslíku a nižší příjem nasycených tuků a cholesterolu. Jak uvádí Pařízek (2015) vegetariánství v těhotenství může mít ale i zdravotní nevýhody, např. nedostatek hořčíku, vápníku, železa, či vitamínu B. Nedostatečný příjem živin ve stravě budoucích matek – vegetariánek zvyšuje zdravotní rizika pro dítě jak v průběhu těhotenství, tak také v době kojení (Hanáková, 2015). Rovněž řada zdravotních problémů, například křečovitě stavy, hypertenze apod., může souviset s nedostatkem živin nebo podvýživou (Hanáková, 2015) a proto Gregora, Velemínský ml., (2017) doporučují těhotným ženám upřednostňující vegetariánství konzultaci s odborným poradcem na výživu. Pro všechna rizika související s vegetariánstvím jsou těhotné ženy řazeny mezi rizikové skupiny těhotných (Hanáková, 2015). Porodní asistentka, u žen stravující se alternativním stylem, by měla věnovat větší pozornost a dbát na edukaci ohledně stravování (Pařízek, 2015).

1.3.2 Vylučování

V těhotenství probíhá mnoho hormonálních změn, které mohou mít za následek potíže s vylučováním moči (Gregora, Velemínský ml., 2017). Hanáková et al. (2017) souhlasí a dodává, že zvýšená potřeba močení je hlavně na začátku těhotenství vlivem hormonů, v posledních měsících je tento problém způsoben tlačící hlavičkou dítěte na močový měchýř a je tedy zcela normální, že někdy i moč sama unikne. Pravidelné vylučování močového měchýře je prevencí infekce, a proto by žena neměla úmyslně potlačovat pocit na močení (Roztočil et al., 2017). Protože v těhotenství jsou větší sklony k zánětům močového ústrojí, Hanáková et al., (2017) doporučuje, aby žena nepodcenila

příznaky, jako je řezání, pálení při močení, pocit nedostatečného vymočení, teplota či bolesti zad v bederní oblasti. Nutná je i péče o vyprazdňování střev, neboť vlivem hormonálních změn dochází k povolení svalstva střev, střevní obsah je dopravován pomaleji, dochází i ke zvýšenému vstřebávání vody a dochází k zácpě (Hanáková et al., 2017). Ovšem zácpu lze během těhotenství považovat za fyziologický proces (Roztočil et al., 2017). Příčinou zácpy nejsou jen hormonální změny, ale také rostoucí děloha či skladba jídelníčku těhotné ženy (Gregora, Velemínský ml., 2017). Jak už bylo zmíněno u vyprazdňování močového měchýře, ani u stolice není dobré, aby žena nutkání k defekaci zdržovala a pokud je to možné, vykonala potřebu ihned (Kurucová, 2016). Pařízek (2015), Hanáková et al. (2017) doplňují, že potíže se zácpou často souvisejí s užíváním železa, které ženy užívají v potravinových doplňcích, neboť jeho vedlejším účinkem může být právě zácpa. Gregora, Velemínský ml. (2017) doporučují držet se zásadních rad ohledně stravování a zácpě tímto předejít. Mezi nejdůležitější rady patří změna jídelníčku, vynechat bílé pečivo, rýži, naopak mít zvýšený příjem ovoce, zeleniny, celozrnných obilovin. Čermáková (2017) ženám doporučuje tělesnou aktivitu, Tošner et al. (2014) zvýšený pitný režim a vlákninu. Není vhodné, aby žena užívala laxativa bez konzultace ošetřujícího lékaře (Čermáková, 2017).

1.3.3 Rizikové faktory v těhotenství

Protože existuje mnoho vlivů zevního prostředí, které mohou způsobit poškození, nebo dokonce úmrtí zárodku v děloze, měla by se těhotná žena vyhnout známým rizikovým faktorům, mezi které řadíme především alkohol, kouření, drogy, určitý druh léků či infekční onemocnění (Gregora, Velemínský, 2017).

Alkohol

Konzumace alkoholu v období těhotenství je rizikovým faktorem, který negativně ovlivňuje průběh těhotenství a vývoj plodu (Kostiuk, 2013). Alkohol je látka, která může poškodit vajíčko, nebo spermii již před početím (Gregora, Velemínský ml., 2017), proto je dobré vyřadit alkohol ještě před obdobím plánovaného rodičovství (Hronek, Barešová, 2012). S tímto názorem souhlasí i Kostiuk (2013), který upozorňuje, že dochází k poškození plodu již v prvních týdnech těhotenství, kdy žena nemusí tušit, že je těhotná. Alkohol prochází placentou, ovlivňuje nejen metabolismus matky, ale také plodu (Roztočil et al., 2017). V prvním trimestru mohou vznikat abnormality orgánů a skeletu, ve druhém a třetím trimestru vzniká poškození centrálního nervového systému

plodu (Hamanová, Scémy, 2010). Užívání alkoholu v těhotenství zvyšuje riziko výskytu preeklampsie (Hájek et al., 2014). Ženy chronicky požívající alkohol trpí malnutricí, protože alkohol potlačuje chuť k jídlu (Roztočil et al., 2017), dále Pařízek (2015) ve své knize zdůrazňuje, že užívání alkoholu pravidelně a ve vyšších dávkách zvyšuje riziko potratu, předčasného porodu či abrupce placenty. Roztočil et al. (2017) zdůrazňuje, že u matek požívajících alkohol, pravidelně dochází k porodu dítěte jevícího příznaky FAS (Fetální alkoholový syndrom), nebo NAS (Novorozenecký abstinční syndrom). Občasná konzumace alkoholu, jeden krát týdně v malém množství, je tolerovatelnou hranicí, nicméně, protože tato hranice není jednoznačně potvrzena, doporučuje se těhotným ženám alkohol během těhotenství úplně vyloučit (Kostiuk, 2013).

Kouření

Kouř inhalovaný při spalování tabáku obsahuje alkaloid nikotin a množství dalších látek, škodlivých jak v graviditě, tak v laktaci (Kostiuk, 2013). Kouření je jedním z faktorů zhoršujících plodnost mužů, snižuje počet spermií v ejakulátu (Gregora, Velemínský ml., 2017). S tímto názorem souhlasí i Kostiuk (2013) a doplňuje, že kouření zasahuje do produkce pohlavních hormonů, negativně ovlivňuje proces oplodnění vajíčka, jeho nidaci, intrauterinní vývoj plodu i samotný porod. V prvních týdnech těhotenství výrazně zvyšuje riziko samovolného potratu, proto pokud žena kouří, měla by s tím okamžitě, jakmile zjistí, že je těhotná, přestat a s ní i ostatní členové rodiny, protože pasivní kouření je pro plod přinejmenším stejně nebezpečné, jako kouření aktivní (Gregora, Velemínský ml., 2017). Roztočil et al. (2017) uvádí, že kouření zvyšuje riziko hypotrofizace plodu, intrauterinního úmrtí, abrupce placenty, s tímto názorem se shoduje mnoha autorů, např. Gregora, Velemínský ml. (2017), Pařízek (2015) a dodávají, že další rizika v souvislosti s kouřením se objevují kolem porodu, kdy může dojít i k nitroděložnímu úmrtí plodu. Z výzkumného šetření prováděného v Anglii plyne, že kouření v těhotenství zvyšuje riziko astmatu či rakoviny u dětí. Dále je kouření během těhotenství spojováno s poruchami chování, učení, pozornosti a hyperaktivitou (Holmes, 2017). Úkolem porodní asistentky je od ženy zjistit, jestli se pohybuje v kuřáckém prostředí, nebo je sama aktivní kuřák. Pokud ano, musí porodní asistentka vysvětlit, jak důležité je, aby žena s kouřením co nejdříve přestala (Pařízek, 2015). Omezení kouření v těhotenství nezmírňuje negativní účinky, proto je důležité, aby těhotná žena přestala kouřit úplně (Hájek et al., 2014).

Abúzus drog v těhotenství

Abúzus neboli zneužití či zneužívání drogy, rozdělujeme na abúzus bez návyku, kdy si člověk dokáže drogu kdykoli odepřít a abúzus s návykem, kdy člověk již drogu nutně potřebuje a není schopen svobodně se rozhodovat a kdykoli si ji odepřít (Machová et al.,2016). Těhotenství drogově závislé ženy bývá obvykle neplánované, ženy většinou nemenstruují, proto se často domnívají, že nemohou otěhotnět (Gregora, Velemínský ml., 2017). Péče o drogově závislou pacientku začíná jejím vstupem do systému zdravotní péče, kde bychom ji neměli násilím nutit k abstinenci, ale doporučit ji odbornou péči, která ji pomůže ve snižování dávek (Roztočil et al.,2017). Drogově závislé ženy vyhledávají zdravotní péči pozdě, často v době, kdy cítí pohyby plodu (Gregora, Velemínský ml.,2017). Ženy s těžkou drogovou závislostí se obvykle dostaví až k samotnému porodu (Vavřínková, 2016), bez jakékoliv prenatální péče (Roztočil et al., 2017). U drogově závislých těhotných žen se projevuje řada rizikových faktorů např. změny psychiky, neuspořádaný život, nezaměstnanost, promiskuita, kriminalita, nedostatečná hygiena, zvýšené riziko infekce, nedostatečná výživa, zvýšené riziko zánětů porodních cest, PROM (Předčasný odtok vody plodové), anémie, hepatitidy (Kostiuk, 2013). Gregora, Velemínský ml. (2017), a Roztočil et al. (2017) dále uvádějí, že toxikomanie v těhotenství je spojena s vysokým rizikem předčasného porodu, poruchami placenty. Hájek et al. (2014) doplňuje, že abúzus drog u těhotné ženy může vést k vážným poruchám plodu ve smyslu embryopatie, fetopatie, nebo dystrofie plodu, dále uvádí, že byl zaznamenán častější výskyt preeklamsií a předčasných porodů. Děti drogově závislých žen mají často nízkou porodní hmotnost, v mnoha případech se u dětí objevuje abstinenci syndrom, jelikož plod v děloze je vystaven stejnému účinku drogy, jako matka a po porodu se objeví její nedostatek (Gregora, Velemínský ml., 2017). Abstinenci syndrom se projevuje např. poruchami dýchání, křečemi, poruchami spánku, třesem, poruchami příjmu mateřského mléka (Kostiuk, 2013). Léčba novorozence s abstinenci syndromem je náročná, až v 60 % je třeba zahájit tlumení příznaků medikamentózní terapií (Kostiuk, 2013).

Léky v těhotenství

S problematikou farmakoterapie těhotných žen se lékaři setkávají stále častěji, je to způsobeno například zvýšením věku žen, morbiditě těhotných, dále roste počet žen, které užívají léky na chronická onemocnění a v neposlední řadě zde hraje roli i zvyšující

se počet žen po umělém oplodnění (Maxová et al., 2016). Většinu léků, co těhotná žena užívá je bez lékařského předpisu, volně dostupná veřejnosti, ovšem některá léčiva mohou být spojena s riziky pro matku i plod, proto by žena měla zvážit všechna pro a proti a nejlépe se poradit se svým ošetřujícím lékařem, který ji vhodné léky doporučí. (Gregora, Velemínský ml., 2017). Během těhotenství dochází k řadě fyziologických změn, které mohou ovlivnit účinek některých lékových skupin a jejich vstřebávání (Maxová et al., 2016). Druh a rozsah poškození plodu závisí na fázi těhotenství, množství podaného léku a jeho chemického složení (Gregora, Velemínský ml., 2017). U žen s chronickým onemocněním je důležité plánovat těhotenství v období remise onemocnění, jsou nutné časté kontroly lékařem a je zapotřebí upravit dávkování léků na co nejnižší, aby těhotenství neohrozily a zároveň byla léčba ještě účinná (Maxová et al., 2016).

Očkování v těhotenství

K očkování těhotné ženy je třeba přistupovat individuálně, je důležité zvážit všechna rizika, kdy rozhodujícím faktorem pro očkování je charakter vakcíny (Binder, Vavřínková, 2006). Důvodem pro očkování těhotné ženy může být zhoršená epidemiologická situace jako je sezónní epidemie chřipky, dále v případě potřeby můžeme těhotnou ženu přeočkovat vakcínou tetanu (Hanáková et al., 2015) či vakcínou vztekliny (Pařízek, 2015). Očkování živými, aktivními vakcínami (spalničky, zarděnky) je v těhotenství nebezpečné a kontraindikované (Hourová, Galambošová, 2015). Pasivními, inaktivovanými vakcínami (Hepatitida B, tetanus, vzteklna, chřipka, meningokok) se po individuálním zvážení odborného lékaře mohou těhotné ženě naočkovat (Binder, Vavřínková, 2006). Poměrně častým důvodem očkování v těhotenství je cesta do exotických destinací, kde ženy navštěvují své příbuzné, nebo si chtějí s partnerem užít poslední společnou dovolenou, než žena porodí (Binder, Vavřínková, 2006). Pařízek (2015) s tímto názorem nesouhlasí a zmiňuje, že očkování za účelem vytvoření protilátek proti infekčním onemocněním by těhotná žena měla podstoupit pouze v případě absolutní nutnosti a rozhodně ne do čtvrtého měsíce těhotenství. Jenkins (2004) zdůrazňuje, že v každé situaci musí být lékařem zhodnocena situace a rizika pro nenarozený plod oproti přínosům pro matku.

1.3.4 Tělesná aktivita

Pohyb v těhotenství je důležitý, stejně jako strava, odpočinek či spánek těhotné ženy (Hanáková et al., 2015). V dnešní době pohyb patří stejně, jako zdravá strava, spánek, odpočinek či psychická relaxace do komplexu zdravého životního stylu a správné životosprávy (Binder et al., 2015). Cílem jakékoli tělesné aktivity v tomto období není zvyšování kondice, ale jen její udržení a v žádném případě nesmí jít o tvrdý trénink (Hanáková et al., 2015). Těhotná žena by neměla začínat s novým druhem pohybové aktivity (Stackeová, 2013). Fyzická aktivita v těhotenství napomáhá k omezení onemocnění během těhotenství, proto všechny ženy bez zdravotního rizika mohou být v těhotenství aktivní (Sadeghi, 2018). Cvičení napomáhá od bolesti zad, hlavy či kloubů, zároveň napomáhá ženám propojit tělo i mysl, což je v těhotenství velmi důležité (Sadeghi, 2018). V klinické studii se prokázalo, že cvičení a svalová relaxace napomáhá ženám při vaginálním porodu. Svalová relaxace má uklidňující účinky, navozuje pocit spokojenosti, pomáhá ženám při nespavosti, od depresí a úzkosti (Sadeghi, 2018).

Vhodné aktivity

Pohybová aktivita v těhotenství, jak je již zmíněno velmi důležitá, je třeba nezapomínat na to, že ne každý pohyb je pro těhotnou ženu vhodný (Bašková, 2015). Jako nejvíce zmiňovaná aktivita pro těhotné ženy je chůze a plavání, tyto dvě činnosti popisuje Gregora, Velemínský ml., (2017), jako sporty vhodné po celou dobu těhotenství. K tomuto tvrzení se přidává i Roztočil et al. (2017). Hanáková et al. (2015) popisuje plavání díky fyzikálním vlastnostem vody, jako nenáročnou, přitom prospěšnou aktivitu, která udržuje těhotné ženy v dobré fyzické a psychické kondici, podporuje krevní oběh, ale nezatěžuje oběhovou soustavu oproti ostatním sportům, pobyt ve vodě navozuje stav uvolnění, tonizuje žilní systém a je prevencí proti varixům a hemoroidům. Plavání odstraňuje bolest zad a pomáhá rozpohybovat střeva, tedy je dobré, jako prevence zácpy (Pařízek, 2015). Ovšem Čermáková (2017) upozorňuje na plavecký styl motýlek, který je v těhotenství nevhodný. Další vhodný sport pro těhotné jsou břišní tance, jejich pozitiva ve své knize popisuje Hanáková et al. (2015), kdy tvrdí, že tomuto druhu tance se říká tanec rodiček a to proto, že pomáhají uvolnit pánev, posílí břišní svalstvo, ale i svalstvo zad, páteře a odstraňuje bolesti zad. Dále mezi vhodné aktivity pro těhotné Hanáková (2015) zařazuje rychlou chůzi, jízdu na rotopedu, cvičení na

gymnastickém míči, pilates a jógu pro těhotné, při které dosažená harmonie pozitivně působí i na dítě. Gregora, Velemínský ml., (2017) zmiňují i pomalou jízdu na kole. Binder, Vavřínková (2011) doplňují provozování rekreačních sportů jako je běh na lyžích, golf, těhotenský aerobic, především v první polovině těhotenství za vhodný.

Nevhodné aktivity v těhotenství

V dnešní době existuje řada vhodných aktivit pro těhotné ženy. Bohužel se najdou aktivity, které by žena v těhotenství měla vynechat. Roztočil et al. (2017) jako nevhodný sport uvádí volejbal, atletiku a jízdu na koni. Gregora, Velemínský ml., (2017) popisují nevhodnou sportovní aktivitu takovou, která vyžaduje plné nasazení, jako jsou silové sporty, vrcholový trénink, cvičení na náradí a sporty, kde žena musí zadržet dech. I když Hanáková et al. (2015) ve své knize aerobic uvádí jako vhodnou sportovní aktivitu pro těhotné ženy, nezapomíná připomenout, aby ženy dávaly pozor na skoky a otřesy, o svém těhotenství informovaly svou lektorku a o svém rozhodnutí cvičit aerobic informovaly i svého gynekologa. Podobnou situaci popisuje Pařízek (2015) ve své knize u kapitoly plavání v těhotenství, kdy informuje ženy o nevhodnosti skoků do vody a dále o možném riziku zanesení infekce ze znečištěné vody v rybnících či stojatých vodách.

I přes veškeré doporučení a rady nastávají situace, kdy i bezpečná a doporučovaná sportovní aktivita není pro těhotnou ženu vhodná, a to z hlediska jejího zdraví. Hanáková et al. (2015) ve své knize právě tyto situace popisuje, jedná se o ranní nevolnosti, zvracení, vysoký krevní tlak, nadměrný úbytek váhy, bolesti břicha, špinění, krvácení, závratě, chudokrevnost, zkrácený děložní čípek, dále doporučuje sportovní aktivity vynechat ženám, které tři krát a více samovolně potratily, které již jednou a vícekrát předčasně porodily. Další kontraindikace pro sportovní aktivity je odtok plodové vody, vícečetná gravidita (Pintová, Kramerová, 2015). Gregora, Velemínský ml., (2013) popisují kontraindikaci sportu při nekompensovaným diabetu, onemocnění srdce či hrozícího předčasného porodu.

1.3.5 Spánek a odpočinek

Kvalitní spánek je jeden z příznaků bezproblémové adaptace žen na těhotenství (Pařízek 2015), i když jeho potřeba s každým týdnem narůstá (Hanáková et al., 2015). Spánek těhotné ženy má být pravidelný, ničím nerušený (Gregora, Velemínský ml., 2017).

Doporučuje se 8 hodin nočního spánku a 1 hodina spánku denního, tedy siesty (Hanáková et al., 2015). Takový odpočinek si těhotná žena může dopřát ve dvou formách, aktivní odpočinek znamenají věci, které žena dělá s chutí a přinášejí ji potěšení, mezi pasivní odpočinek můžeme zařadit spánek, sledování televize, čtení knih či poslech hudby v poloze, která tělo nijak nezatěžuje a je ženě pohodlná (Hanáková et al., 2015). Žena by měla odpočívat, jakmile na sobě začne pociťovat únavu, vhodnou formou odpočinku může být i procházka na čerstvém vzduchu, těhotenská jóga či cvičení (Gregora, Velemínský ml., 2017). Během spánku dochází k regeneraci organismu, na který jsou během těhotenství kladeny vysoké nároky (Gregora, Velemínský ml., 2017). Mnoho žen má v těhotenství spánek zhoršený, objevuje se noční buzení, na které žena před těhotenstvím mnohdy nebyla zvyklá (Pařízek, 2015). V prvním trimestru je příčinou nauzea, zvracení, nízký krevní tlak, únava (Hanáková et al., 2015). Ve vyšším stádiu těhotenství může být spánek narušen přibývajícím intenzitou pohybů plodu, na konci těhotenství je možné, že pohyby plodu ženu vzbudí i uprostřed noci (Pařízek, 2015). Doporučení pro zlepšení spánku je mnoho. Hanáková et al. (2015) zmiňuje krátkou, klidnou procházku na čerstvém vzduchu ve večerních hodinách, vlažnou sprchu, poslech relaxační hudby, sklenici teplého mléka, dále doporučuje, aby žena před spaním nesledovala televizi, k večeři měla lehké zdravé jídlo, místnost na spaní dostatečně vyvětrala. Gregora, Velemínský ml., (2017) upozorňují ženy, aby neužívaly léky na spaní, ty mohou nepříznivě ovlivnit plod.

1.3.6 Pohlavní styk

Pohlavní styk mohou mít ženy prakticky kdykoli během těhotenství (Gregora, Velemínský ml., 2017). S tímto názorem se setkáváme i v knize od Hanákové et al., (2015), kde dodává, že pokud se jedná o přirozené a zdravé těhotenství, pohlavní styk nepředstavuje žádné riziko. Ovšem jsou případy, kdy ošetřující lékař může pohlavní styk v těhotenství páru zakázat (Tošner et al., 2014). Roztočil et al. (2017) uvádí krvácení, zvláště v prvním trimestru, nebo ženy, které již jednou předčasně porodily. Gregora, Velemínský ml., (2017) nedoporučují pohlavní styk ženám v případě rizika potratu. Líbalová (2010) mezi kontraindikace pohlavního styku v těhotenství přiřazuje odtok plodové vody, předčasnou děložní aktivitu, inkompetenci hrdla děložního, projevy vaginálního zánětu či strach a obavy ženy z pohlavního styku. V prvním trimestru ženy většinou trpí nevolností a zvracením, což může způsobit, pokles potřeby pohlavního styku (Gregora, Velemínský ml., 2017). Ve druhém trimestru, kdy u většiny

žen vymizí nevolnosti a žena ještě není tolik unavená, může být prožitek z pohlavního styku velmi intenzivní, pohlavní orgány ženy jsou totiž více citlivější, prokrvenější, dochází ke zvýšené lubrikaci a dosažení orgasmu může být pro ženu mnohem snazší (Gregora, Velemínský ml., 2017). Ve druhém trimestru bývá sexuální fantazie více rozsáhlá a mnohé ženy v tomto období více masturbují (Pastor, 2012). Ve třetím trimestru se snižuje potřeba i touha po pohlavním styku, sexuální prožitek žen je horší i frekvence orgasmů se snižuje, celkově je v tomto období sexualita páru snížena (Weiss, 2010). Tato snížená touha bývá způsobena únavou, zvýšenou hmotností, sníženou pohyblivostí ženy, ale také strachem těhotné ženy (Pastor, 2012). Tento strach je zbytečný, pohlavní styk nepředstavuje žádné riziko pro plod ani v pokročilém stádiu těhotenství, naopak nechráněný koitus v posledních týdnech těhotenství je doporučován, díky ejakulátu, který obsahuje prostaglandiny E2, které příznivě působí na zrání děložního hrdla a děložních kontrakcí. (Roztočil et al., 2011).

1.3.7 Oblékání

Hlavním pravidlem v oblékání je pohodlnost, těhotná žena se ve svém oblečení musí cítit komfortně (Pařízek, 2015). V současné době se vyrábí oblečení, které je moderní z kvalitního materiálu a zároveň bezpečné (Hanáková et al., 2015). Roztočil et al. (2017) doporučuje oděv z přirozených materiálů, jako je bavlna, hedvábí, plátno, vlna či len, naopak syntetická příměs by měla být ze šatníku vyřazena, nebo co nejvíce omezena. Do pátého měsíce těhotenství, může žena nosit obvyklé oblečení, které nosila před otěhotněním (Gregora, Velemínský ml., 2017). V dalších měsících těhotenství se doporučuje oblečení vzdušné, volné, lehké a přiměřené k počasí. Doporučují se oděvy s volným pasem, nejlépe na gumu, aby se mohly přizpůsobit rostoucí děloze (Hanáková et al., 2017). V důsledku hormonálních změn se v zimě ženě doporučuje zvolit tzv. cibulkovitý styl, kdy má žena na sobě více vrstev oblečení (Gregora, Velemínský ml., 2013). Důležité je také spodní prádlo, kdy podprsenka nesmí prsa komprimovat, ale pouze nadzvedávat (Roztočil et al., 2017). Gregora, Velemínský ml., (2017) doporučují nosit mateřské podprsenky, které mají perfektní tvarování, podporu a tím zmírňují tvorbu strií na prsou. Stejně důležitým prvkem v šatníku těhotné ženy jsou i spodní kalhotky, nedoporučují se kalhotky typu tanga, kde hrozí nebezpečí přenosu infekce z konečníku do pochvy, naopak vhodné jsou kalhotky vysokého typu, které podepírají rostoucí dělohu (Hanáková et al., 2015) a ulevují od bolesti zad (Gregora, Velemínský ml., 2013). Ponožky mají být elastické, nejlépe zdravotnické, které nemají pevnou

gumu, obuv se doporučuje s podporou klenby, protiskluzovou podrážkou a o číslo větší, z důvodů častých otoků dolních končetin, naopak nevhodné jsou boty na vysokém podpatku, které zvyšují riziko pádu či zranění (Gregora, Velemínský, ml., 2013).

1.3.8 Cestování

V dnešní době je cestování součástí životního stylu a mnohé ženy se ho nechtějí vzdát ani v těhotenství. Je ale třeba, aby si těhotná žena uvědomovala rizika cestování (Pařízek, 2015). Cestování na dlouhé vzdálenosti klade na organismus těhotné ženy vysoké nároky (Roztočil et al., 2017). Před každou cestou by si měla žena uvědomit v jaké fázi těhotenství se nachází, jeho dosavadní průběh, volbu dopravního prostředku (Gregora, Velemínský ml., 2017). Dále je dobré, když si žena zjistí informace o zdravotnictví v dané zemi, dostupnost jednotky intenzivní péče pro novorozence (Jenkins, 2004). Za užitečné se považuje uznat skutečnost, že v dané zemi může být žena hospitalizována až do porodu (Jenkins, 2004).

V prvním trimestru může jízda autem způsobovat nevolnost a zvracení (Gregora, Velemínský ml., 2013), hrozí i riziko samovolného potratu (Hanáková et al., 2015). Nejvhodnější na cestování je druhý trimestr těhotenství, kdy žena tolik netrpí nevolnostmi, jako na začátku těhotenství, a ještě není unavená a vyčerpaná, jako v trimestru třetím (Hanáková et al., 2015). Podle Gregory a Velemínského ml., (2017) je nejvhodnější cestovat vlakem, při kterém je malé riziko ořesů, žena má ve vlaku možnost procházet se či použít toaletu. Při jízdě autem či autobusem dochází k ořesům, které mohou mít negativní vliv na matku i dítě (Gregora, Velemínský ml., 2017). Vlivem těhotenských hormonů jsou reakce těhotné ženy zpomaleny, a proto by žena od druhé poloviny těhotenství neměla řídit sama auto (Gregora, Velemínský ml., 2017). Pařízek (2015) zdůrazňuje, jak důležité je, aby těhotná žena byla při cestování autem správně připoutána a poukazuje na velké procento žen, které se domnívají, že při automobilové nehodě může bezpečnostní pás zranit je i jejich nenarozené dítě. Dokonce i malý náraz při pomalé rychlosti může zapříčinit odloučení placenty, což vede k nejhorším následkům (Pařízek, 2015). Hanáková et al. (2015) doporučuje ženám bezpečnostní pás pro těhotné ženy, který je doplňkem k běžnému tříbodovému pásu v automobilu. Hanáková et al. (2015) řadí letadlo, mezi nejbezpečnější dopravní prostředek pro těhotné, nic méně zmiňuje i určitá rizika, mezi které patří dlouhé sezení v jedné pozici, u které hrozí vznik tromboembolických onemocnění, dále dehydratace

ženy kvůli nižší vlhkosti v kabině letadla, nedoporučuje létat malými letadly, kde v kabině není mechanismus vyrovnávání tlaku. Gregora, Velemínský ml., (2017) nedoporučují cestovat letadlem ženám, které mají sklon ke krvácení či předčasnému porodu. Hanáková et al. (2015) doplňuje ženy s vícečetným těhotenstvím, ženy trpící chudokrevností, zánětem žil či pokud ošetřující lékař našel ženě jakékoli změny na placentě. V dnešní době většina leteckých společností vyžaduje po sedmém měsíci těhotenství od ženy vyjádření lékaře, na tomto faktu se shodují Gregora, Velemínský ml. (2017) i Hanáková et al. (2015).

1.3.9 Poskytovatelé péče

Gynekolog, porodník

Lékař v oboru gynekologie, porodnictví se zabývá funkcemi a poruchami reprodukčního systému. Výhodou i nevýhodou jeho péče je rozsah kompetencí od fyziologických po komplikované až patologické stavy (Ministerstvo zdravotnictví, 2002). Svým vzděláním a profesionálním přístupem mají tendenci, a často to vyžaduje i situace, zasahovat do porodu více než porodní asistentka. V mnoha zemích, zejména v rozvojových, je počet porodníků omezený a jsou nerovnoměrně rozmístěni. Většina z nich pracuje ve velkých městech. Vzhledem k jejich odpovědnosti za zvládnutí vážných komplikací jim pravděpodobně nezbude mnoho času, který by věnovali pomoci a podpoře ženy a její rodiny během normálního porodu (Ministerstvo zdravotnictví [online], 2002). Gynekologové poskytují těhotným ženám péči buď v rámci své soukromé praxe, nebo státního zdravotnického zařízení (Labusová et al., 2004).

Porodní asistentka

Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní konfederace porodních asistentek a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků vytvořila v roce 1972 dokument zvaný Definition of the Midwife. Tato definice byla prvně upravena v roce 1990, poté v roce 2005. Definice porodní asistentky z roku 2005 byla poté nahrazena novou definicí přijatou v roce 2011 na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek, která se konala v Durbanu (Mezinárodní definice porodní asistentky, © 2000-2018 [Online]).

„Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program, uznávaný v dané zemi, vycházející z dokumentů „Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní

praxi porodní asistentky“ a z rámce „Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek“, která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná a/nebo aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka; a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky. Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek“ (Mezinárodní definice porodní asistentky [Online] 2012).

Wilhelmová (2017) dále zdůrazňuje roli v naplňování cílů programu Zdraví 21 v oblasti Bezpečný start do života. Cílem této oblasti je do roku 2020 vytvořit takové podmínky, aby všechny nenarozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života. V oblasti porodnictví se tato oblast zaměřuje na lepší přístup k prenatální a perinatální péči, snížení míry kojenecké úmrtnosti, snížení podílu vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí, snížení počtu dětí narozených s porodní hmotností méně než 2500 g o 20 %. Tato oblast má mnoho dalších dílčích úkolů. Porodní asistentka je dále v partnerské spolupráci v rámci kompetencí daných zákonem s lékařem. Lékař má primárně za úkol léčbu a řešení patologií, porodní asistentka se zabývá prevencí, edukací a podpory fyziologie (Wilhelmová, 2017).

1.3.10 Které ženy se připravují na své těhotenství a mateřství?

Práce R. Wilhelmové a D. Hrubé z roku 2014 prostřednictvím dotazníkového šetření a hodnocení vybraných antropometrických parametrů zjišťovala současnou situaci v oblasti přípravy žen na těhotenství a mateřství, včetně faktorů ji determinujících

případných benefitů. Soubor tvořilo 360 žen v šestinedělí. Z výsledků práce Wilhelmová, Hrubá (2014) vyplynulo, že oblast přípravy žen na těhotenství a mateřství má výrazné rezervy spojené s nedostačující informovaností a s výskytem nevhodného nebo rizikového chování těhotných žen. Před a během těhotenství jsou u žen přítomny rizikové faktory a návyky ohrožující nejen zdraví ženy samotné, ale také optimální vývoj plodu. Na těhotenství a mateřství se ve větší míře připravovaly ženy s vyšším stupněm vzdělání. Z výsledků práce dále vyplynulo, že na těhotenství a mateřství se v České republice připravuje poměrně malé procento žen: *„Prekoncepční příprava i absolvování kurzů bylo silně determinováno sociálními podmínkami; ženy s nejnižším stupněm vzdělání, které současně představují nejvíce ohroženou skupinu z hlediska své informovanosti i životních návyků, navštěvují kurzy nejméně. Návštěva kurzů byla faktorem významně ovlivňujícím pocit připravenosti žen na porod a zvládnutí časného šestinedělí. Deficit současné kurzy vykazují zejména v oblasti cílených ovlivňování rizikových faktorů pro zdravý průběh těhotenství a vývoj plodu. Náplň kurzů by měla být pojata komplexně, odborně zpracována, maximálně sjednocena, odborná kvalifikace poskytovatelů ověřována. Tato forma by měla být pak standardně ženám doporučována a ekonomicky zpřístupněna všem ženám.“* (Wilhelmová, Hrubá, 2014).

1.4 Zdravotní gramotnost

V rámci problematiky zdravotní gramotnosti těhotných žen je nutno vycházet nejprve z obecných poznatků gramotnosti a zdravotní gramotnosti. S ohledem na téma této bakalářské práce, problematika zdravotní gramotnosti těhotných žen, je vhodné definování základních terminologických pojmů – „gramotnost“ a „zdravotní gramotnost“, na jejichž základě lze odvodit termín „zdravotní gramotnost těhotných žen“, jenž je klíčovým výrazem těchto podkladů.

Pojem „gramotnost“ lze považovat za velmi všeobecný a široce definovaný termín. Vývoj tohoto výrazu je možné z čistě historického hlediska popsat charakteristickou dynamikou. Pojmu „gramotnost“ je v současnosti užíváno poměrně často. V této souvislosti však nutno podotknout, že význam tohoto termínu se v současné době promítá v úplně rozdílných souvislostech, a to zvláště v kontextu ekonomických, kulturních, společenských a příp. i dalších změn. V této souvislosti je možné uvést definici gramotnosti dle Pedagogického slovníku, podle níž se jedná o „jev závislý na mnoha faktorech, především na sociálním, ekonomickém, kulturním a informačním

prostředí. Velice obecně řečeno, gramotností rozumíme osvojení určité dovednosti“ (Průcha et al., 2013). Gramotností se tedy rozumí indikátor kulturní úrovně obyvatelstva, celé společnosti a stupně rozvoje sociálního prostředí (alespoň schopnost číst, psát a počítat) odvíjející se od činitelů ekonomického, informačního, kulturního a sociálního prostředí (Průcha et al., 2013).

V současnosti lze v odborných zdrojích nalézt značné množství definic gramotnosti, které se vzájemně liší především složitostí a mnohdy i významem. Pro pojem „gramotnost“ tedy neexistuje jednotná a všeobecně respektovaná definice.

Prvotně bylo pod pojmem „gramotnost“ označováno osvojení si základních dovedností v podobě čtení, psaní a později také počítání. Lidé, kteří si v minulosti osvojili tyto dovednosti a získali nezbytné profesní znalosti a zkušenosti, byli pokládáni za gramotné. (Čevela et al., 2014). V současné době se gramotností nerozumí pouze dřívější trivium (tj. schopnost čtení, psaní a počítání), tento pojem je pojímán již v daleko širším slova smyslu, a to s cílem zachycení všech významných požadavků, jež jsou na jedince kladeny. Dále Čevela et al., (2014) popisuje, že tedy není postačující pouze umět číst, významná je rovněž dostupnost informací, schopnost porozumění přečtenému a vyvození případných podnětů z přečteného k následujícímu jednání, stejně tak není dostačující pouze naučit se počítat, nýbrž také porozumět významu čísel. V současné době se s gramotností pojí celá řada oblastí, na základě, nichž lze rozlišovat několik druhů gramotnosti – příkladně se může jednat o gramotnost finanční, informační, sociální (Čevela et al., 2014), zdravotní a mnoho dalších.

Pojem „zdravotní gramotnost“ začal být uplatňován až na základě uvědomění si významu zdraví a skutečnosti nutnosti zvyšování účasti populace na péči o zdraví (Holčík [online], 2012). Obdobně jako tomu bylo u pojmu „gramotnost“, tak i u termínu „zdravotní gramotnost“ lze hovořit o dlouhém vývoji jejího vymezení, který se odráží v množství publikovaných definic.

Za nejvýznamnější vymezení zdravotní gramotnosti je považována definice Světové zdravotnické organizace, pocházející z roku 1998: *„Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.“* (Kukla, 2016).

Toto vymezení zdravotní gramotnosti se však později stalo předmětem jednání v pořadí pátého světového kongresu, který byl zaměřen na posilování a rozvoj zdraví. Ze strany účastníků tohoto kongresu tak došlo k doporučení o rozšíření výše uvedené definice zdravotní gramotnosti, a to takovým způsobem, aby pojímala veškeré oblasti sociálního rozvoje, včetně dovedností, jež nejsou obecně přiřazovány k oblastem posilování a rozvoje zdraví, avšak mají jistý příznivý vztah ke zdraví (Kukla, 2016). Zároveň bylo doporučeno, aby nebyla zdravotní gramotnost brána jako osobní charakteristika, nýbrž rovněž jako důležitá determinanta zdraví obyvatelstva. Kukla (2016) uvádí, že na základě těchto doporučení byla po zasedání kongresu přijata nová definice zdravotní gramotnosti v následujícím znění: „*Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.*“.

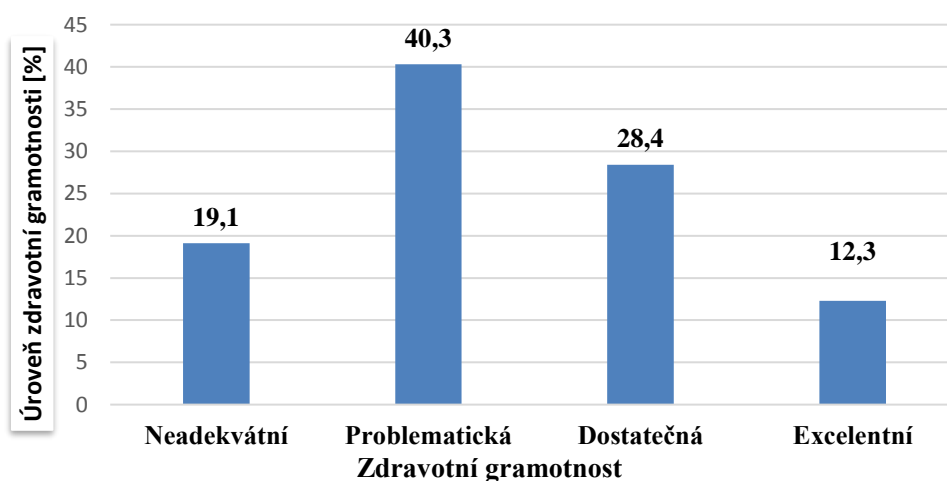
1.4.1 Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice

Zdravotní gramotnost představuje měřitelnou veličinu vyjadřující úroveň zdravotní gramotnosti (Holčík, 2010). Úroveň zdravotní gramotnosti je v podmínkách České republiky, ale rovněž v dalších evropských zemích, zjišťována především všeobecně. Podle Šimůnková, Vojtíšková (2015) byl v České republice v roce 2014 až 2015 uskutečněn reprezentativní výzkum týkající se zdravotní gramotnosti, a to v obecném slova smyslu. Úroveň zdravotní gramotnosti obyvatelstva České republiky byla v rámci tohoto výzkumu zjišťována ve třech oblastech. První oblastí byla zdravotní péče, kdy v této oblasti byly zjišťovány schopnosti české populace orientovat se v systému zdravotní péče a v jeho odpovídajícím využívání. Druhou oblastí byla prevence onemocnění, ta zjišťovala především schopnost občanů k nalezení a využívání účinných způsobů předcházení určitým chorobám. Dále Šimůnková, Vojtíšková (2015) popisují poslední třetí oblast, podporu zdraví, která byla orientovaná na zjištění schopností poznání způsobů k rozvoji a posilování vlastního zdraví. V uvedených třech oblastech byly zjišťovány především schopnosti české populace k získávání informací, jejich vyhodnocování a přijímání rozhodnutí. Ze zjištěných údajů byl vytvořen tzv. skóre celkové zdravotní gramotnosti (Šimůnková, Vojtíšková, 2015). Do výzkumu byli zapojeni občané České republiky ve věku od 15 let. Soubor respondentů byl ovlivněn výběrovými kvótami jako pohlavím, vzděláním, věkem, krajem a velikostí obce.

Výzkumu zdravotní gramotnosti se zúčastnilo celkem 1 037 respondentů. Výzkumnou metodou bylo osobní dotazování přes počítač uskutečňované v domácím prostředí respondentů (Computer Assisted Personal Interviewing – CAPI). Dotazování probíhalo přibližně po dobu 40 minut (Kučera [online], 2015).

Celková úroveň zdravotní gramotnosti v České republice je graficky znázorněna na obrázku 1, z něhož je patrné, že 59,4 % obyvatel našeho státu má problematickou (40,3 %) nebo neadekvátní (19,1 %) úroveň celkové zdravotní gramotnosti. Z tohoto vyplývá, že téměř 60 % české populace vykazuje omezenou úroveň zdravotní gramotnosti. (Kučera [online], 2015).

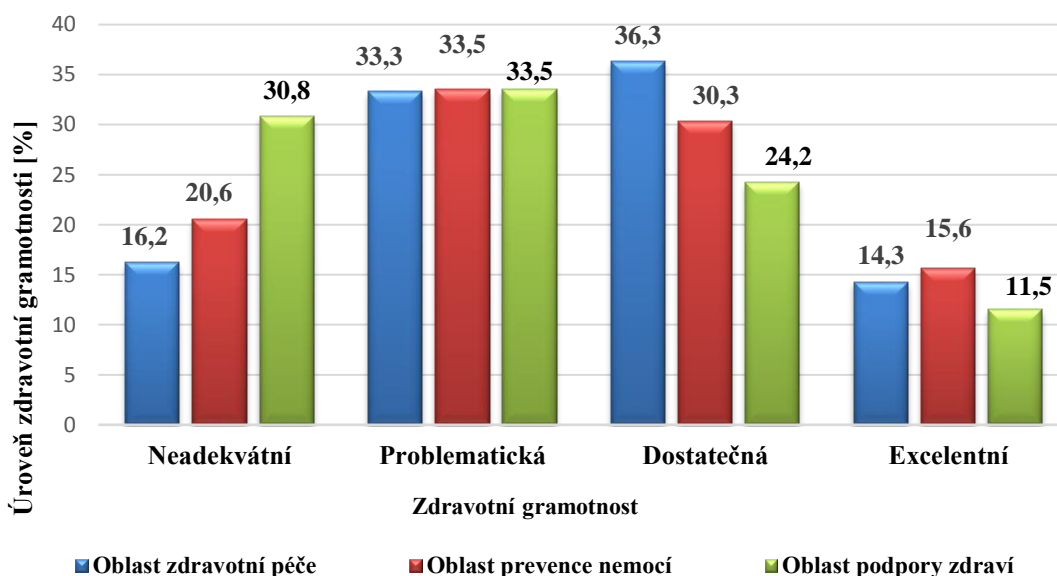
Obrázek 1 Celková úroveň zdravotní gramotnosti v České republice



Zdroj: Vlastní zpracování dle (Kučera [online], 2015)

Výše zmiňovaná omezená úroveň zdravotní gramotnosti u obyvatel České republiky byla prokázána ve všech zkoumaných oblastech (v oblasti zdravotní péče (49,5 %), v oblasti prevence nemocí (54,1 %) a v oblasti podpory zdraví (64,1 %)). Největší deficit úrovně zdravotní gramotnosti vykazují čeští občané v oblasti podpory zdraví, naproti tomu nejnižší deficit byl zaznamenán v oblasti zdravotní péče (Kučera [online], 2015).

Obrázek 2 Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví



Zdroj: Vlastní zpracování dle (Kučera [online], 2015)

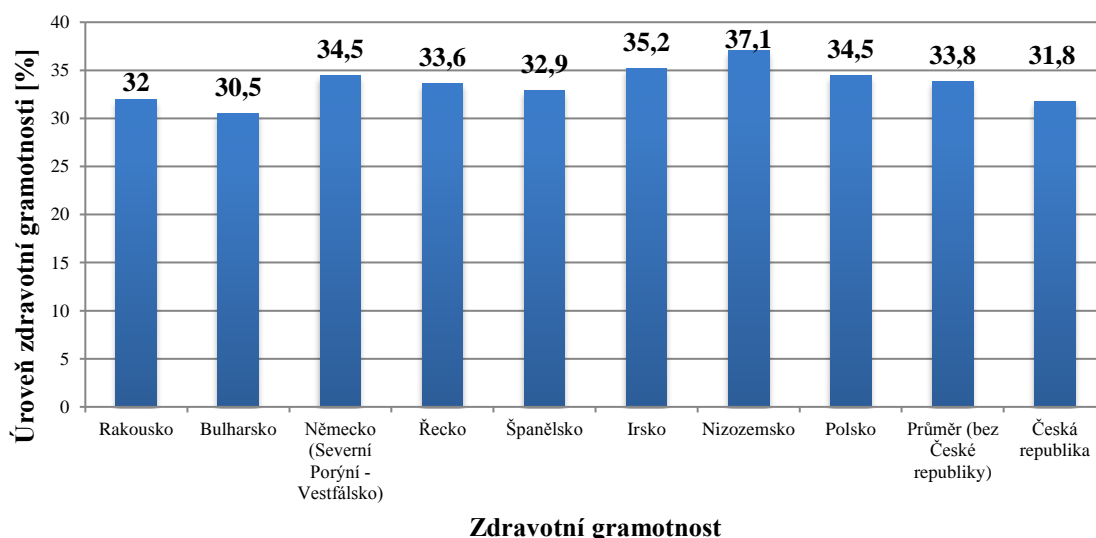
Úroveň zdravotní gramotnosti je v České republice ovlivněna věkem, vyššího dosaženého vzdělání, sociálním statusem a úrovní finančního zabezpečení obyvatel. Předpokladem je, že osoby s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti (zvláště starší jedinci s nižším stupněm vzdělání a s pocitem nižšího společenského postavení) mívají pravděpodobně větší finanční problémy (Šimůnková, Vojtíšková, 2015). Nižší úroveň zdravotní gramotnosti znamená horší hodnocení zdravotního stavu ze strany samotných obyvatel České republiky a dále vyšší spotřebu zdravotní péče (Šimůnková, Vojtíšková, 2015).

1.4.2 Porovnání celkové úrovně zdravotní gramotnosti v ČR a ve vybraných zemích EU

Porovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti v České republice a ve vybraných zemích Evropské unie (v Rakousku, v Bulharsku, v Německu, v Řecku, ve Španělsku, v Irsku, v Nizozemsku a v Polsku), je uvedeno na obrázku 3. Průměrná úroveň celkové zdravotní gramotnosti ve vybraných zemích Evropské unie (kromě České republiky) činí 33,8 %. V České republice činí úroveň celkové zdravotní gramotnosti 31,8 %, což je pod evropským průměrem (Kučera [online], 2015). Výsledky reprezentativního

výzkumu zdravotní gramotnosti byly médií interpretovány následovně: „Celková zdravotní gramotnost Češek a Čechů je podle mezinárodně srovnávacího průzkumu špatná. Z celkem osmi sledovaných zemí EU skončilo Česko na sedmém místě a nedosáhlo ani průměru. Celková zdravotní gramotnost v Česku je v porovnání s průměrem osmi zemí EU nižší a zaostává za zeměmi, které v této oblasti představují špičku, což jsou Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko.“ (Zdravotní gramotnost Čechů je pod evropským průměrem. V průzkumu uspělo jen 32 procent respondentů, Hospodářské noviny [online], 2015), (Češi se prý ve srovnání s jinými Evropany málo zajímají o své zdraví, Český rozhlas [online], 2015).

Obrázek 3 Porovnání celkové úrovně zdravotní gramotnosti v ČR a ve vybraných zemích EU



Zdroj: Vlastní zpracování dle (Šimůnková, Vojtíšková 2015)

V rámci srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti v České republice a ve světě je možné uvést rovněž výsledky internetového výzkumu Institute for Lifestyle Options and Longevity (ILOL). Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 1 530 respondentů. Výzkumem bylo zjištěno, že v našem státu je úroveň celkové zdravotní gramotnosti průměrná. „Největší rozdíly v gramotnosti jsou dány věkem. Lidé do 30 let dosahují vyšší zdravotní gramotnosti – před návštěvou lékaře si opatří více informací, s lékařem pak diskutují o svém zdravotním stavu a očekávají, že jim budou vysvětleny varianty a rizika léčby. 6 % dospělé populace, jež má přístup k internetu (základní charakteristika respondentů), dosáhlo 100 % zdravotní gramotnosti. Na opačném konci jsou 4 %, která ve všech otázkách na zdravotní gramotnost skórovala negativně. Výsledky z USA

například ukazují, že 36 % dospělých Američanů má nižší zdravotní gramotnost, než je nutné pro porozumění průměrné zdravotnické informaci. Podobné výzkumy se provádějí i v řadě evropských zemí. Přestože otázky a postupy nejsou úplně stejné, vždy jde o zjištění, zda je vztah lékaře a pacienta spíše partnerský (participativní model), nebo založený na autoritě lékaře (paternalistický model). Mezi národy preferující participativní vztahy patří Švýcaři (91 %) a Němci (87 %). Na druhém konci spektra se objevuje Polsko (59 % lidí upřednostňuje paternalistický vztah) a Španělsko (44 %)“
(Zdravotní gramotnost české populace je průměrná, 2008)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V rámci výzkumné části bakalářské práce byl stanoven následující cíl.

Cíl 1.: Zjistit znalosti těhotných žen o zdraví a zdravém životním stylu v průběhu těhotenství.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě výše uvedeného cíle bylo stanoveno pět následujících výzkumných otázek.

1. Jak je těhotná žena informována o přirozeném způsobu průběhu těhotenství?
2. Jaké jsou stravovací návyky žen během těhotenství?
3. Jaká je tělesná aktivita žen v průběhu těhotenství?
4. Jak častý je výskyt rizikových faktorů u žen v průběhu těhotenství?
5. Je využívána edukační a poradenská činnost porodní asistentkou?

2.3 Operacionalizace pojmů

Zdravotní gramotnost je schopnost získávat a využívat informace, přijímat správná rozhodnutí a nést osobní podíl odpovědnosti vztahující se ke zdraví každodenního života (Kukla, 2016).

Těhotenství představuje fyziologický proces, v jehož průběhu dochází v těle ženy k růstu a vývoji plodu (Vachková, Mareš, 2012).

Životní styl je dobrovolné chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností (Machová, 2016).

Zdravý životní styl je souhrn relativně ustálených každodenních zvyklostí a vzorců chování člověka, které prokazatelně pozitivně ovlivňují jeho celkové zdraví (Švamberk Šauerová, 2018).

Porodní asistentka je vystudovaný zdravotnický pracovník, který pracuje v partnerství se ženami v těhotenství, při porodu a šestinedělí, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

Edukace je proces výchovy a vzdělávání osob. V ošetrovatelství má za cíl získání určitých vědomostí a poznatků, ale i dosažení určité změny v chování, které ovlivňuje zdraví (Juřeníková, 2010).

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Teoretická část této bakalářské práce byla zpracována podle odborné literatury. Pro výzkumné šetření bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden prostřednictvím rozhovorů s těhotnými ženami ve věku 17 až 35 let. Výzkumné šetření bylo provedeno v Plzeňském kraji okrese Plzeň-město. Rozhovory proběhly na základě předchozí domluvy v domácím prostředí respondentek, které zajišťovalo soukromí, pocit bezpečí a odstranění nervozity z rozhovoru. V rozhovorech byla zjišťována informovanost žen o zdravém životním stylu v prekoncepční přípravě na těhotenství, během těhotenství a jejich názory na jednotlivé složky, který zdravý životní styl obsahuje. Dále v rozhovorech bylo zjišťováno, kde potřebné informace o zdravém životním stylu v těhotenství ženy získávají. Každá probandka byla před zahájením rozhovoru seznámena s tématem bakalářské práce. Dotazované ženy podaly ústní souhlas se zpracováním osobních údajů a s nahráváním rozhovoru na diktafon. Probandky byly ujištěny o anonymitě veškerých získaných informací během rozhovoru. Výzkumná data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které vycházely s předem připravených otázek (Švaříček et al., 2014). Otázky byly podle potřeby doplněny podotázkami, za účelem získání přesnějších informací. Rozhovor se skládal ze tří částí. V první části byly položeny tři otázky za účelem získání identifikačních údajů. Druhá část se týkala prekoncepční přípravy a obsahovala tři otázky společně s dalšími podotázkami. Třetí část obsahovala celkem 11 otázek týkající se zdravého životního stylu během těhotenství. Celkem bylo ve výzkumném vzorku 12 žen. Pro zachování anonymity probandek byly rozhovory označeny P1 – P12. Ve chvíli, kdy se jednotlivé odpovědi dotazovaných žen začaly opakovat, byl vzorek považován za nasycený a výzkumné šetření bylo ukončeno (Disman, 2011). Rozhovory byly se slovním souhlasem těhotných žen nahrány pomocí diktafonu s přepisem rozhovorů do textu, následně byly texty překontrolovány, vytištěny a analyzovány. Získaná data byla zpracována a analyzována pomocí kódování v ruce, metodou zvanou papír a tužka (Švaříček, Šedřová, 2014). Následovalo stanovení kategorií a podkategorií, které jsou pro lepší přehlednost zobrazeny v textu pomocí schémat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumné šetření byly cíleně zvoleny probandky, které splňovaly kritérium, a to, že během výzkumného šetření jsou ženy těhotné. Ve výzkumném souboru bylo sedm dotazovaných žen poprvé těhotné, zbývajících pět žen bylo těhotných podruhé. Věkové rozmezí žen bylo od 17 do 35 let. Průměrný věk dotazovaných žen činil 27 let. Průměrný věk prvorodiček je také 27 let. U žen, které jsou těhotné podruhé vychází průměrný věk na 28 let. Pět žen má vysokoškolské vzdělání. Jedna probandka má vyšší odborné vzdělání další dvě dotazované ženy mají středoškolské vzdělání s maturitou. Jedna probandka má vzdělání základní. Ve výzkumném souboru bylo sedm dotazovaných žen poprvé těhotné, zbývajících pět žen bylo těhotných podruhé.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje probandek (P1 – P12)

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

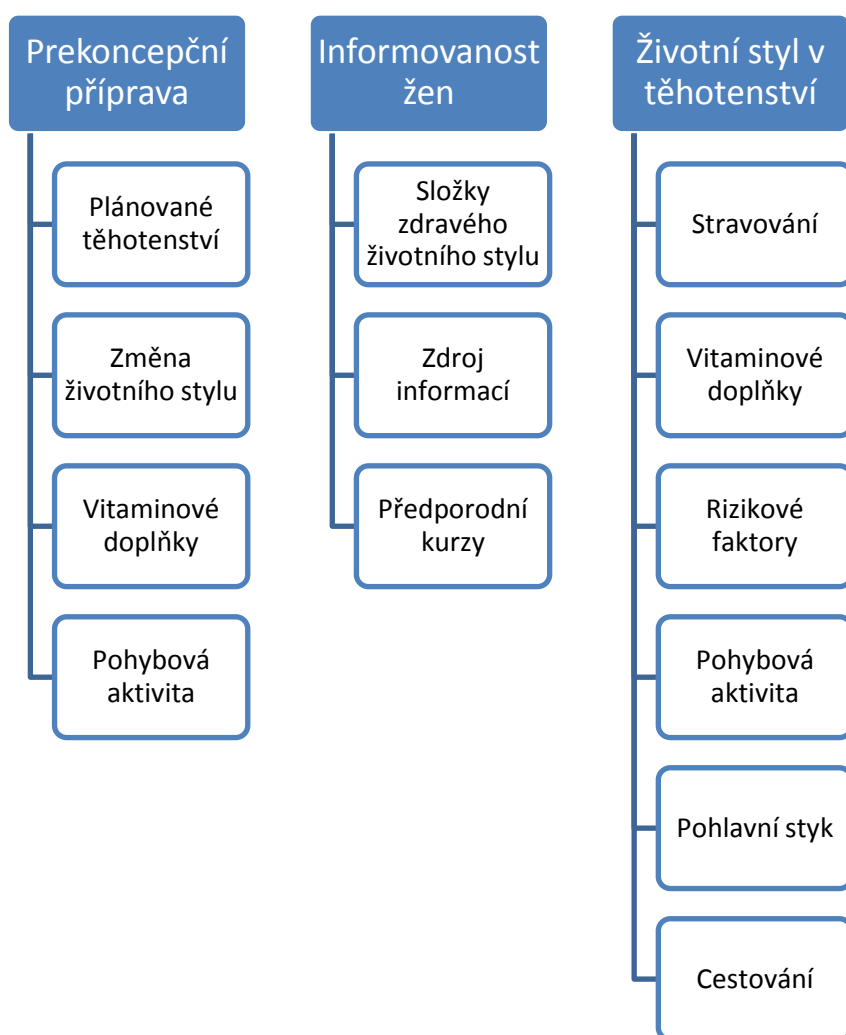
Respondentka	Gravidita	Věk	Vzdělání
R1	I.	35 let	Středoškolské s maturitou
R2	II.	30 let	Vysokoškolské
R3	I.	29 let	Vysokoškolské
R4	I.	26 let	Vysokoškolské
R5	I.	17 let	Základní
R6	I.	30 let	Vyšší odborné
R7	I.	24 let	Vysokoškolské
R8	II.	28 let	Středoškolské s maturitou
R9	I.	26 let	Vysokoškolské
R10	II.	25 let	Středoškolské s maturitou
R11	II.	28let	Vyšší odborné
R12	II.	29 let	Vyšší odborné

Zdroj: Vlastní

4.2 Kategorizace dat

Na základě výsledků výzkumného šetření byly stanoveny 3 hlavní kategorie a podkategorie (Schéma 1 Kategorie a podkategorie). První kategorie Prekoncepční příprava obsahuje čtyři podkategorie – Plánované těhotenství, Změna životního stylu, Vitamínové doplňky, Pohybová aktivita. Druhá kategorie nazvaná Informovanost žen má tři podkategorie – Složky zdravého životního stylu, Zdroj informací, Předporodní kurzy. Třetí složka Životní styl v těhotenství obsahuje šest podkategorií – Stravování, Vitamínové doplňky, Rizikové faktory – alkohol, kouření, Pohybová aktivita, Pohlavní styk, Cestování.

Schéma 1: Kategorie a podkategorie



Zdroj: Vlastní

Kategorie 1 Prekoncepční příprava

Kategorie Prekoncepční příprava se zabývá celkovou přípravou ženy na těhotenství. Obsahuje čtyři podkategorie. Plánované těhotenství, Změna životního stylu, Vitaminové doplňky, Pohybová aktivita. Tyto podkategorie zjišťují, jestli těhotenství bylo plánované a jsou zaměřeny na to, jakým způsobem se na samotné těhotenství ženy připravovaly a jaké změny proto udělaly.

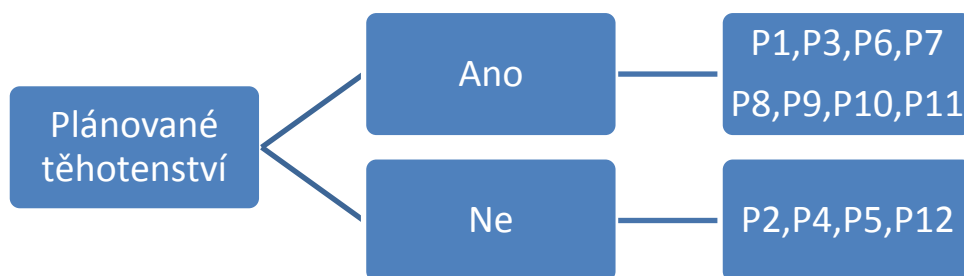
Podkategorie 1 Plánované těhotenství

Tato podkategorie popisuje, zda ženy svá těhotenství plánovaly, pokud ano, jak dlouho a jaké kroky k tomu vedly, či těhotenství bylo neplánované. (Schéma 2).

Osm dotazovaných žen (P1,P3,P6,P7,P8,P9,P10,P11) uvedly, že těhotenství bylo plánované. P1 jeden rok před plánovaným těhotenstvím vysadila HAK (Hormonální antikoncepce). Šest měsíců před těhotenstvím probandka užívala vitaminové doplňky stravy na podporu otěhotnění. Probandka vyzkoušela metody počítání plodných dnů podle poslední menstruace, dále si zakoupila ovulační testy. P2 uvedla, že její těhotenství bylo neplánované, s manželem si představovali druhé dítě až za dva roky. U P3 bylo těhotenství plánované. Dva roky nebere HAK. Pět měsíců se s partnerem snažili přijít do jiného stavu. Probandka počítala plodné dny podle poslední menstruace. U P4 a P5 bylo těhotenství neplánované. Jak P5 sama uvedla: *„Je mi teprve sedmnáct let. Přítel je starší, letos mu bylo dvacet osm let. Rozhodně jsem těhotenství neplánovala. Chtěla jsem dodělat střední školu, jít na vysokou, užívat si života. Antikoncepci neberu. Asi jsme si nedávali takový pozor, jak jsme mysleli. Bylo to těžké rozhodnutí si dítě nechat, když jsem ještě nezletilá, ale rodiče mě podpořili a uklidnili, že všechno zvládneme.“* Jak probandka P6 odpověděla, těhotenství bylo plánované, ovšem otěhotnět nebylo jednoduché. Probandka vysadila HAK před třemi lety, o cílené otěhotnění se snažili celkem dva roky. Po roce snažení bylo probandce doporučeno změnit svůj dosavadní životní styl. Probandka přestala kouřit, začala se zdravě stravovat, sportovat a snížila svou hmotnost. Na doporučení také užívala vitaminové doplňky stravy. Probandka si po dobu pěti měsíců pravidelně měřila tělesnou teplotu v pochvě a každý měsíc vypočítávala ovulační dny podle poslední menstruace, dále si probandka zakoupila v lékárně test na ovulační dny. Oproti P6, probandka P7 žádné radikální změny ve svém životě nečinila. Celkem pět měsíců se snažila otěhotnět, bez vitaminových doplňků stravy. Také u P8 bylo těhotenství plánované. Probandka na doporučení matky, dva měsíce užívala Kontryhelový čaj na podporu otěhotnění. Po třech měsících, respondentka otěhotněla. Také probandky (P9,P10,P11) své těhotenství plánovaly. P9 stejně jako P6 v rámci dlouhodobé prekoncepční péče o své tělo, po dobu osmi měsíců snižovala tělesnou hmotnost spojenou se zdravou stravou a sportem. Probandka po třech měsících od snížení své tělesné váhy otěhotněla. P10 se díky zdravému životnímu stylu,

měření tělesné teploty v pochvě a počítání plodných dnů podle poslední menstruace, podařilo otěhotnět po pěti měsících snažení. P11 otěhotněla po šesti měsících snažení, čtyřech měsících užívání vitaminových doplňků stravy a půl roční abstinenci cigaret. U P12 bylo těhotenství neplánované, doslovně se k této otázce vyjádřila takto: „*Druhé dítě nebylo v plánu. Určitě bych tento názor časem změnila, ale teď jsme si chtěli tak trochu odpočinout od všech starostí spojené s miminkem. Teď, když jsem opět těhotná, tak jsme za to moc rádi a moc se na miminko těšíme.*“

Schéma 2 Podkategorie Plánované těhotenství



Zdroj: Vlastní

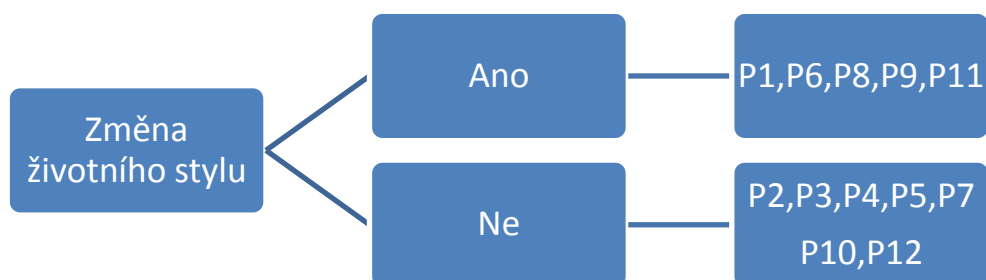
Podkategorie 2 Změna životního stylu

Kategorie popisuje, zda ženy změnili svůj dosavadní životní styl, kvůli otěhotnění. Pokud svůj životní styl změnily, jaké oblasti se to týkalo.

Pět dotazovaných žen (P1,P6,P8,P9,P11) v rámci prekoncepční přípravy změnily svůj životní styl. Probandky P6 a P9 v rámci prekoncepční přípravy snížily svou hmotnost. P6 odpověděla: „*Hubnutí mi bylo doporučeno lékařem. Kvůli otěhotnění jsem zhubla dvacet kilo. Jsem ráda, že jsem to udělala. Mám z toho dobrý pocit.*“ Probandky (P1,P6,P8,P11) změnily postoj ke zdravému stravování. Konsumovaly více ovoce, zeleniny, snažily se vynechat nezdravá jídla. Změna životního stylu se týkala i rizikových faktorů, zejména kouření. Probandky P6 a P11 v rámci přípravy na těhotenství přestaly kouřit. P6 zmínila: „*Bylo to těžké přestat kouřit, kord pro mě, když jsem za den vykouřila i dvacet cigaret. Snažila jsem se k tomu dokopat i přítele, bohužel bez úspěchu.*“ Mezi rizikové faktory patří i konzumace alkoholu. P9 v rámci prekoncepční přípravy vyřadila jakékoli alkoholické nápoje ze svého života. Probandka P1 se v přípravě na těhotenství snažila odstranit stres a odpověděla: „*Pracuji ve velké firmě, kde stres je na denním pořádku. Uvědomovala jsem si následky stresu, a proto*

jsem ho chtěla co nejvíce ze svého života odstranit. Hodně mi pomohla jóga. Probandky (P1,P8,P11) během prekoncepční přípravy zvýšily pohybovou aktivitu. P3,P7 a P10 při otázce, zda před otěhotněním změnily svůj životní styl odpověděly, že nikoliv. Všechny tři dotazované ženy se shodují na tom, že jejich životní styl je dobrý. Mají pravidelný pohyb, nekouří, nepijí alkohol, jejich strava je zdravá. Probandka 10 odpověděla takto: *„Nemyslím si, že bych musela měnit svůj životní styl před těhotenstvím. Budou to dva roky, co jsem přestala kouřit, alkohol jsem pila opravdu jen výjimečně, jím hodně ovoce, třikrát za den zeleninu a pravidelně chodím běhat.“* Probandky (P2,P4,P5,P12) svůj životní styl před těhotenstvím nezměnily z důvodu neplánovaného těhotenství, ovšem probandky (P2,P4,P12) zmiňují, že pokud by těhotenství plánovaly, zajisté by změny ve svém životě udělaly. P4 dodává: *„Bála jsem se, jestli budeme mít zdravé dítě, když jsme žili nezdravě a nic pro to neudělali.“*

Schéma 3 Podkategorie Změna životního stylu



Zdroj: Vlastní

Podkategorie 3 Vitaminové doplňky

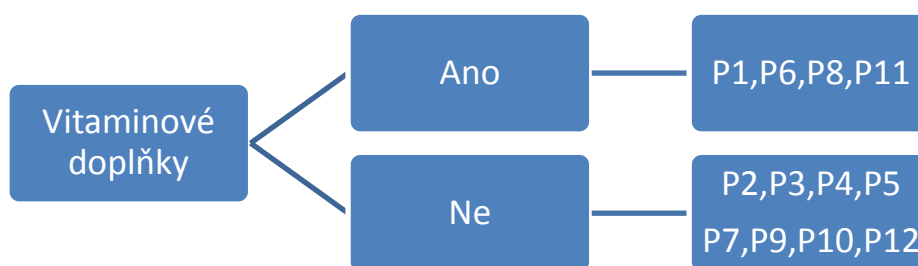
Tato kategorie popisuje, zda ženy užívaly vitaminové doplňky před těhotenstvím. Pokud ano, jaké a proč.

Probandky (P2,P4,P5,P12) stejně, jako v předchozí otázce, odpověděly, že nikoli, a to z důvodu neplánovaného těhotenství. Naopak probandky (P1,P6,P8,P11) v prekoncepční péči vitaminové doplňky užívali. P1 a P6 odpověděly, že před těhotenstvím užívaly kyselinu listovou a vitamin E. P1 odpověděla: *„Brala jsem typické vitamíny, které bere každá ženská, která chce otěhotnět, takže kyselinu listovou a vitamín E. Bral ho i přítel, je dobrý na spermie.“* Tyto doplňky stravy užívala i probandka P11, která navíc užívala i vitamin C. P11 odpověděla: *„Od těhotných*

kamarádek jsem dostala tip na vitamin C,E a kyselinu listovou. V lékárně mi nabízeli komplex přípravků pro otěhotnění, ale přišlo mi to zbytečné.“ Za to probandka P8 sice neužívala žádné doplňky stravy, ale na otázku odpověděla takto: „Nekupovala jsem si žádné prášky v lékárně. Moje mamka se zajímá o bylinky. Doporučila mi Kontryhelový čaj. Je moc dobrý na ženské orgány, ať už na srovnání měsíčeků, nebo otěhotnění.“

Probandky (P3,P7,P9,P10) neužívaly žádné doplňky stravy na podporu otěhotnění. P3 a P7 uvedly, že žijí zdravý životní styl a všechny potřebné vitamíny či minerální látky získávají z ovoce, zeleniny a zdravých, tělu prospěšných potravin. P10 se v odpovědi shodla s probandkami P3 a P7 a doslovně dodala: „Nemyslím si, že bych potřebovala brát vitamíny v tabletách. Tělo si vezme z potravin to, co potřebuje a my opravdu jíme každý den ovoce, zeleninu, hodně luštěnin a tak.“

Schéma 4 Podkategorie Vitaminové doplňky



Zdroj: Vlastní

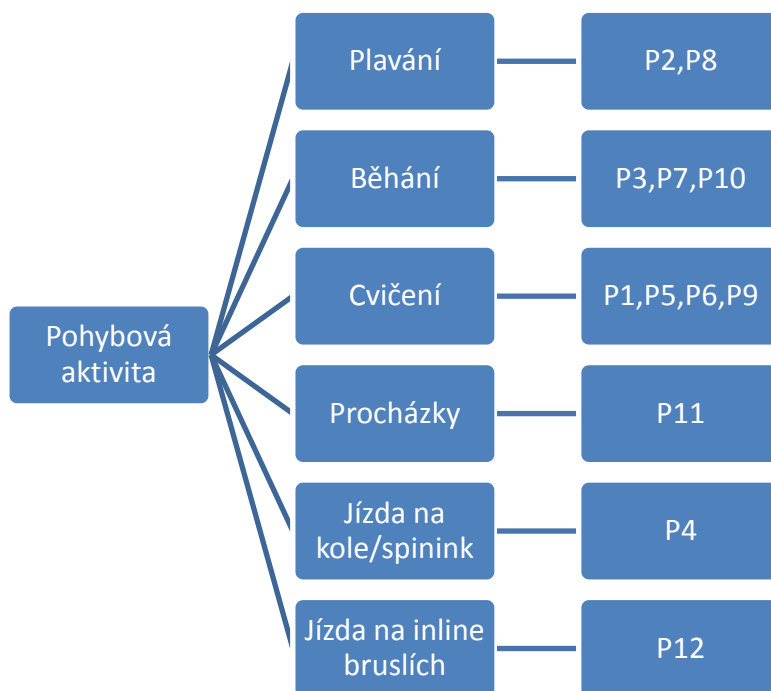
Podkategorie 4 Pohybová aktivita

Kategorie popisuje pohybové aktivity žen v prekoncepčním období. Dále popisuje, jaký druh sportu zvolily a jak často se dané aktivitě věnovaly.

Všechny dotazované ženy (P1,P3,P6,P7,P8,P9,P10,P11), které se na své těhotenství připravovaly, se určitým způsobem věnovaly pohybové aktivitě. P3 a P10 jako pohybovou aktivitu zvolily běh. P3 chodí běhat tři krát do týdne, P10 se snaží vyběhnout do přírody dva krát do týdne. Probandka P7 také běhá, ale upřednostňuje běh v domácím prostředí, tedy na běžeckém páse. Tento běh probandka bere i jako odpočinek, kdy si zapne televizi a sleduje seriály. Probandka P6 chodí v místě bydliště dva krát týdně na lekce aerobiku s posilováním a P9 využívá dva krát týdně kruhové tréninky pro ženy. Obě probandky P6 a P9 se ale shodují, že ke sportu je vedlo snížení své tělesné váhy v rámci prekoncepční přípravy než prekoncepční příprava samotná. P11 na danou otázku odpověděla: „Nechodím cvičit do posilovny, občas si zacvičím

podle nálady doma, co ale dělám pravidelně, někdy i nedobrovolně, jsou procházky se psem. Stejně ho musím vyvenčit a když už jsme venku, tak ho vezmu na dlouhou procházku kolem lesa a nachodíme klidně i tři kilometry, takže tyto procházky považuji za sport.“ Jak již jednou probandka P1 v rozhovoru zmínila, chodí na lekce jógy. Ta je pro probandku výborná k odstranění stresu, zároveň si procvičí tělo, které sedí deset hodin denně v kanceláři za počítačem. P8 uvedla, že již přes rok chodí pravidelně plavat. P8: „Plavání se super věc, úplně mi přestali bolet záda a kolena.“ Probandky (P2,P4,P5,P12) sice těhotenství neplánovaly, to neznamená, že tyto ženy nežijí aktivním životem. P4 na otázku odpověděla: „V létě jezdím každý den do práce i z práce na kole, v zimě, když na kole jezdit nemůžu, chodím tak dva krát do týdne na spinning.“ P2 stejně jako P8 chodí dva krát do týdne do plaveckého bazénu. P5 odpověděla: „Posiluju doma podle videí na internetu, občas. Jinak nic nedělám.“ Poslední probandka P12 na otázku odpověděla: „Občas jsme si zašli s manželem na okruh na brusle, nebo horolezeckou stěnu, ale pravidelné to není.“

Schéma 5 Podkategorie Pohybová aktivita



Zdroj: Vlastní

Kategorie 2 Informovanost žen

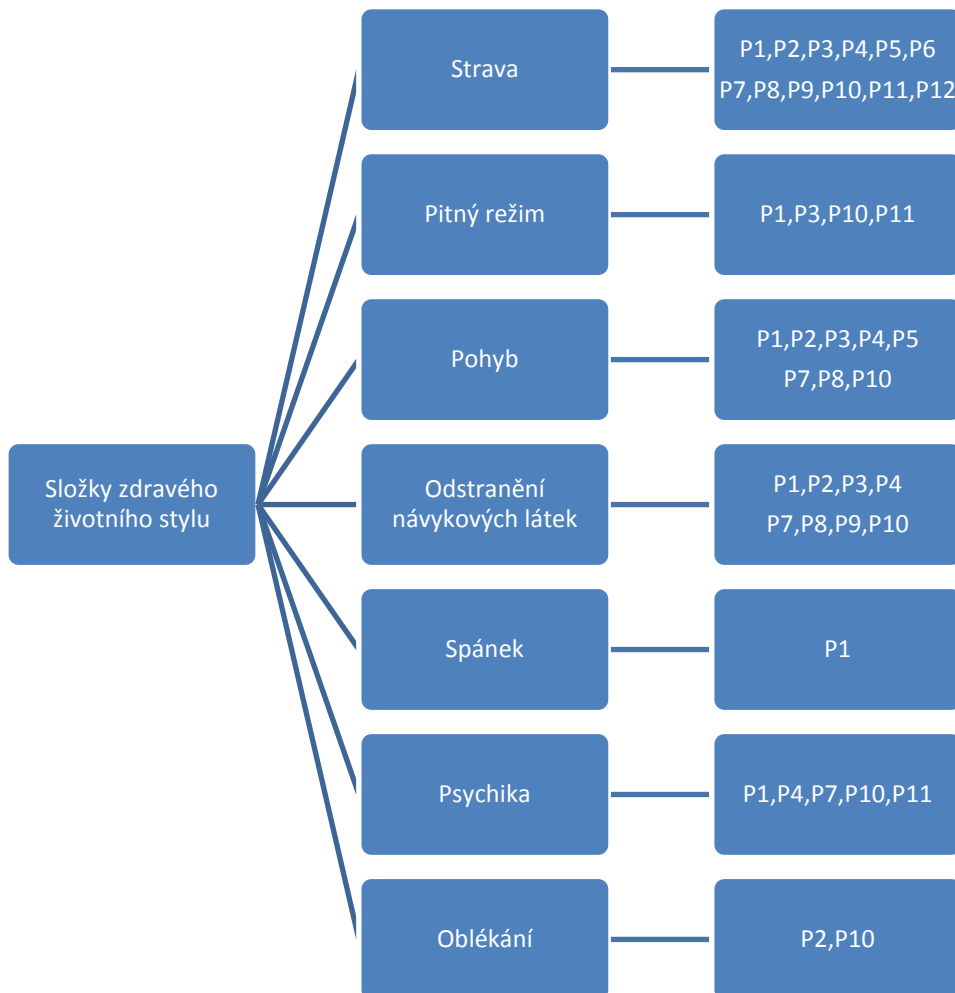
Kategorie Informovanost žen popisuje, jaké složky řadí ženy do systému zdravého životního stylu v těhotenství. Zároveň od koho ženy získávají informace ohledně zdravého životního stylu v těhotenství. Zároveň nás zajímalo, jestli ženy chodí na předporodní kurzy. Pokud ano, z jakého důvodu. Jak je již zmíněno, kategorie obsahuje tři podkategorie – Složky zdravého životního stylu v těhotenství, Zdroj informací, Předporodní kurzy.

Podkategorie 1 Složky zdravého životního stylu v těhotenství

Všechny dotazované ženy na otázku, jaké složky řadí do zdravého životního stylu v těhotenství odpověděly jako první věc zdravé jídlo, bohaté na ovoce, zeleninu, vitamíny, jídlo, které není mastné a smažené. P1 k této odpovědi dodala, že strava by měla být pravidelná a vyvážená. Pouze (P1,P3,P10,P11) zařadily pitný režim do základů zdravého životního stylu. P10 odpověděla takto: *„Pitný režim je podle mě velice důležitý. Tělo vodu potřebuje. Já, když nepiju, tak se cítím hrozně. Bolí mě hlava, jsem unavená, nemám energii, proto pořád myslím na to, abych hodně pila.“* Dále probandky (P1,P2,P3,P4,P5,P7,P8,P10) jmenovaly pohyb a cvičení. P3 se domnívá, že pokud těhotenství probíhá bez komplikací a žena se cítí dobře, nevidí důvod, proč nesportovat. P1 o tomto faktu odpověděla: *„Určitě sem patří pohyb. Před těhotenstvím jsem chodila na hodiny jógy, v těhotenství pokračuji s těhotenskou jógou a musím říct, že je to super. Vůbec mě nebolí záda.“* Mnoho probandek (P1,P2,P3,P4,P7,P8,P9,P10) také odpovědělo, že těhotná žena by v žádném případě neměla kouřit a pít alkohol. Ovšem probandky (P2,P5,P6,P12) mají na alkohol v těhotenství jiný názor. Všechny tyto dotazované ženy se shodují na tom, že jedenkrát do měsíce, malé množství alkoholu nevadí. P1 jako jediná žena mezi složky zdravého životního stylu v těhotenství zařadila spánek. Doslova odpověděla: *„Mezi složky zdravého životního stylu bych, alespoň podle mě, zařadila spánek. Pravidelný a kvalitní. Myslím si, že je důležitý, jak pro mě, tak pro dítě. Tělo potřebuje nabrat energii.“* Probandky (P1,P10,P11) dále uvedly, jak důležité v těhotenství je, aby žena byla v dobrém psychickém rozpoložení a co nejvíce se vyhýbala stresovým situacím. P7 je stejného názoru a dodává: *„Ženy by měly být na sebe opatrné, měly by si uvědomovat, že v sobě nosí nový lidský život.“* Dále probandky (P2,P10) do zdravého životního stylu v těhotenství zařadily vhodné, kvalitní a pohodlné oblečení. P4: *„Myslím si, že do zdravého životního stylu v těhotenství patří*

vše, co si tělo žádá a potřebuje. Neřídím se stylem to musíš, to nemůžeš, to bys měla dělat. Poslouchám své dítě a mé tělo a věřím, že když má žena zdravý rozum, tak vše, co dělá, je pro ni a její dítě dobré, prospěšné a zdravé.“

Schéma 6 Podkategorie Složky zdravého životního stylu



Zdroj: Vlastní

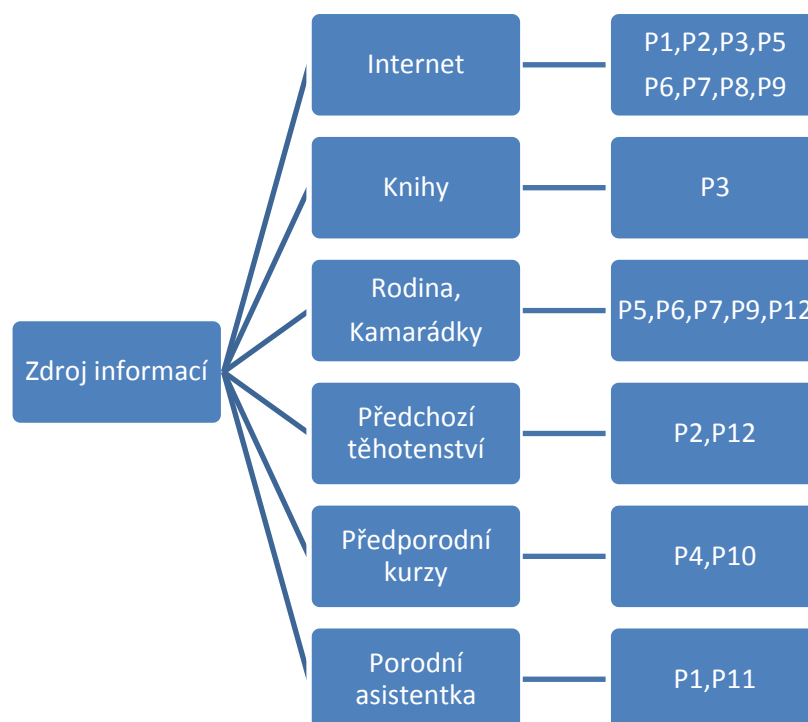
Podkategorie 2 Zdroj informací

Tato kategorie popisuje, kde ženy získávají informace ohledně svého těhotenství.

Většina dotazovaných žen (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9) odpověděla, že potřebné informace získávají na internetových stránkách či sociálních sítích. Jako další zdroj informací mimo internetu odpověděla P3 knihy a skripta z vysoké školy, kterou studovala. Probandky P6 a P9 uvedly další zdroj informací kamarádky, které jsou taktéž těhotné, či mají malé děti. Probandky (P5, P7) se mimo internetu, informace dozvěděly

od svých matek, sester či rodinných příslušníků. P2 odpověděla takto: „*Informace jsem čerpala z internetu, a hlavně z předchozího těhotenství. Tehdy jsem těhotenství více prožívala. Vytvořila jsem si těhotenský deník a každou novou či zajímavou informaci ohledně těhotenství si zapsala. Jsou to dva roky. Teď jsem si ho opět připravila a čtu si, co v těhotenství můžu a naopak nesmím, nebo to, co bych měla dělat a nedělám*“. Také probandka P12 zmínila, že spousty informací si pamatuje z předchozího těhotenství. P4 a P10 získávají informace od porodní asistentky z předporodních kurzů. P11 odpověděla: „*Zatím nejvíc informací získávám od mé kamarádky, která je porodní asistentka a jsem přihlášená na předporodní kurzy*.“ P1 také informace získává od kamarádky, porodní asistentky a na internetových stránkách.

Schéma 7 Podkategorie Zdroj informací



Zdroj: Vlastní

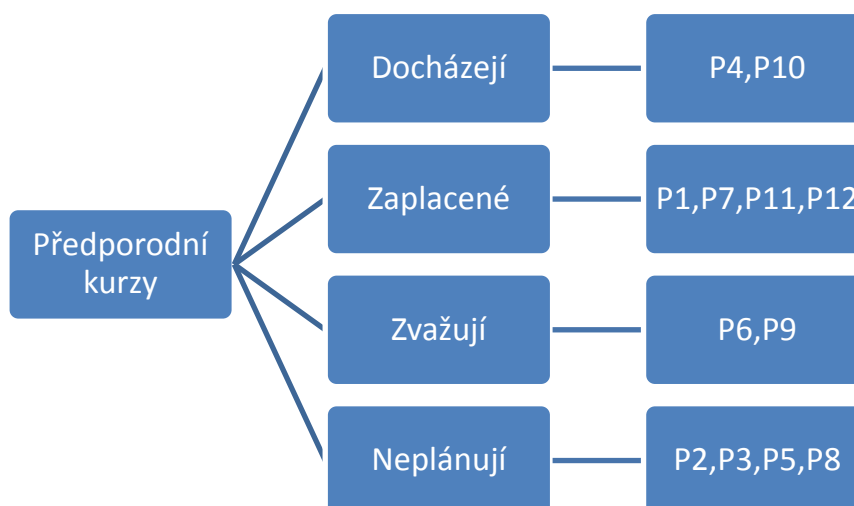
Podkategorie 3 Předporodní kurzy

Podkategorie s názvem Předporodní kurzy popisuje, zda ženy během svého těhotenství navštěvují předporodní kurzy. Pokud ano, z jakého důvodu.

Probandky, které již chodí na předporodní kurzy, jsou pouze dvě P4 a P10. P10 odpověděla: „*Chodím tam hlavně kvůli informacím o porodu. Kamarádky vás vystraší*“.

Chci vědět, jak porod probíhá, jak při tlačení dýchat, jaké možnosti porodnice nabízí proti bolesti.“ Probandky (P1,P7,P11,P12) již mají předporodní kurzy zaplacené, ale z důvodu malého týdne těhotenství, zatím na kurzy nedocházejí. P7 odpověděla: *„Doufám, že se dozvím vše okolo porodu. Průběh porodu, jak poznat začátek porodu, jak tlačit, nebo informace o nástřihu.“* Z odpovědí dotazovaných žen (P1,P4,P7,P10) vyplynulo, že hlavním důvodem, proč navštěvují, nebo se chystají navštěvovat, předporodní kurzy je samotný porod. Naopak probandky (P2,P3,P5,P8) neplánují předporodní kurzy navštěvovat. P5 vysvětlila důvod takto: *„Přijde mi to zbytečné. Vše, co potřebuju vědět najdu na internetu. Každá žena porodí bez ohledu na to, jestli chodila na předporodní kurzy, nebo ne, takže já musím taky.“* Probandka P6 a P9 návštěvu předporodních kurzů zatím zvažují. Shodují se, že toto téma musí probrat s partnery.

Schéma 8 Podkategorie Předporodní kurzy



Zdroj: Vlastní

Kategorie 3 Životní styl v těhotenství

Tato kategorie se zabývá životním stylem žen v těhotenství. Kategorie má šest podkategorií – Stravování, Vitaminové doplňky, Rizikové faktory, Pohybová aktivita, Pohlavní styk, Cestování.

Podkategorie 1 Stravování

Tato podkategorie popisuje, jaké jsou dle dotazovaných žen zásady zdravého stravování v těhotenství. Probandky uváděly, jaké potraviny a tekutiny jsou pro těhotnou ženu

vhodné, a naopak potraviny a nápoje, kterých bych se žena během těhotenství měla vyvarovat.

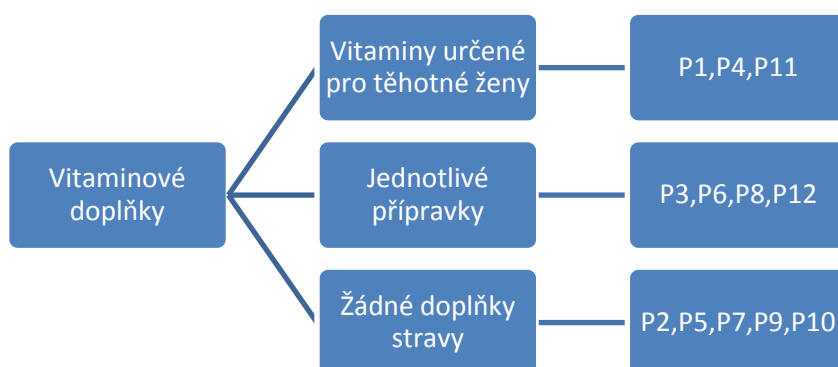
Probandky (P1,P6,P8,P11) se shodují, že stravu by žena měla dodržovat stejně zdravou, jako v prekoncepční přípravě na těhotenství, což znamená pravidelný příjem ovoce, zeleniny, ryb, luštěnin a obilovin. K odpovědi se přiklání i probandky (P3,P7,P9,P10,P12), které mezi potraviny vhodné pro těhotnou ženu zařadily i mléčné výrobky, maso, celozrnné pečivo a zdravé tuky, jak uvedla P3: *„Žena by měla jíst i dostatečné množství oříšků či semen, jako jsou dýňová, slunečnicová, chia.“* Naopak probandky (P2,P4,P5) jsou toho názoru, že by se žena měla stravovat podle řeči svého těla a momentálního zdravotního i psychického stavu. P5 odpověděla: *„Ano snažím se jíst více zdravě, zařadit více zeleniny do jídelníčku, ale když mi není dobře, tak jím celý den studený meloun, když mám chuť na smažené, dám si smažené.“* Co se týče pitného režimu, probandky (P1,P6,P7,P8,P10,P11,P12) za nejvhodnější tekutinu pro těhotnou ženu označily čistou vodu. P7 upřednostňuje vodu perlivou, P1 a P10 jemně perlivou, ostatní dotazované ženy (P6,P11,P12) upřednostňují vodu neperlivou. Probandky (P2,P3,P4,P5,P9) dávají přednost džusům, slazeným nápojům, ovocným šťávám v koncentrátu. P3 má nejraději čerstvou šťávu z ovoce naředěnou neperlivou vodou. Na otázku, jaké potraviny a nápoje by žena v těhotenství měla vynechat, dotazované ženy odpověděly takto. Probandky (P1,P3,P6,P7,P8,P10) řadí mezi nevhodné potraviny, tučné, mastné, smažené jídlo a sladké potraviny. P9 doporučuje méně soli v těhotenství. Naopak probandky (P2,P4,P5,P11) jsou názoru, že jednou za čas mastné, tučné, nezdravé či sladké jídlo nemůže ublížit. P1 a P8 dále upozorňují na to, že těhotné ženy nesmí jíst sýry plísňového typu, zvířecí vnitřnosti, syrové ryby a maso. P5 se vyjádřila takto: *„Jednou jsem měla i sushi, ale malé množství a z opravdu kvalitní restaurace, ne z nějakého fast foodu.“* Co se týče nevhodných nápojů, všechny dotazované ženy (P1-P12) odpověděly alkohol či limonády obsahující alkohol. Dotazované ženy (P3,P7,P8,P9,P10,P11,P12) dále do kategorie nevhodných nápojů zařadily nápoje obsahující kofein, zejména kávu a Coca-Colu. Probandky (P1,P2,P4,P5,P6) na kofeinové nápoje mají jiný názor. Samy tyto probandky kávu konsumují. P2 a P5 pijí kávu typu Latte dva krát do týdne. Probandky (P1,P4,P6) konsumují kávu stejného typu ovšem pouze jeden krát do týdne. Probandky (P7,P10,P11) s těhotenstvím začaly konsumovat speciální druh kávy bez kofeinu. P10 dodala: *„Pozor na bylinkové čaje. Některé bylinky jsou v těhotenství nebezpečné.“*

Podkategorie 2 Vitaminové doplňky

Tato podkategorie popisuje, zda dotazované ženy užívají vitaminové doplňky stravy během těhotenství. Pokud ano, jaké a proč.

Jak již bylo zmíněno v kapitole Prekoncepční příprava, probandky (P1,P6,P8,P11) užívaly vitaminové doplňky stravy v rámci prekoncepční přípravy. V těhotenství probandky P1,P6,P11 u vitaminových doplňků zůstaly. P1 a P11 si zakoupily v lékárně komplex vitaminů určený pro těhotné ženy. P1 odpověděla: *„Pro jistotu jsem si koupila Femibion, přece jenom už nejsem nejmladší a je to mé první těhotenství.“* P11 chce pro své nenarozené dítě jen to nejlepší, a tak si zakoupila komplex vitaminů Chytré miminko. P4 je stejného názoru a pořídila si komplex Mamavit, bohužel brzy ho vysadila z důvodů nežádoucích účinků. P4 odpověděla: *„Pokaždé, mi z toho bylo na zvracení, tak jsem to začala brát po jídle. To už mi na zvracení sice nebylo, za to jsem každé ráno měla průjem. Vysadila jsem to a potíže byly pryč.“* P6 zůstala u vitaminů, které užívala v rámci prekoncepční péče, tedy u kyseliny listové. Komplex vitaminu B a kyseliny listové si zakoupily P8 a P12 na doporučení svého lékaře. Probandka P3 která v prekoncepční péči žádné suplementy neužívala si taktéž zakoupila kyselinu listovou a B-komplex. Probandka se k tomu vyjádřila takto: *„I když si myslím že jím opravdu zdravě, četla jsem, že právě kyselina listová se hrozně špatně vstřebává do těla a v těhotenství jí je potřeba hodně, proto jsem si ji zakoupila společně s B-komplexem.“* Ostatní probandky (P2,P5,P7,P9,P10) žádné suplementy neužívaly. P2 odpověděla: *„Přijde mi zbytečné kupovat si tak drahé vitamíny. Pořád jsou to uměle vytvořené prášky.“* Probandka 7 má na suplementy tento názor: *„V dnešní době, kdy je po celý rok dostupná všechna zelenina, ovoce, dokonce i exotické, tak mi vitamíny pro těhotné přijdou zbytečné.“* Probandky (P5,P9,P10) se shodují na tom, že vitaminové komplexy pro těhotné ženy, které se v dnešní době prodávají jsou reklamní tahy výrobců léčiv.

Schéma 9 Podkategorie Vitaminové doplňky



Zdroj: Vlastní

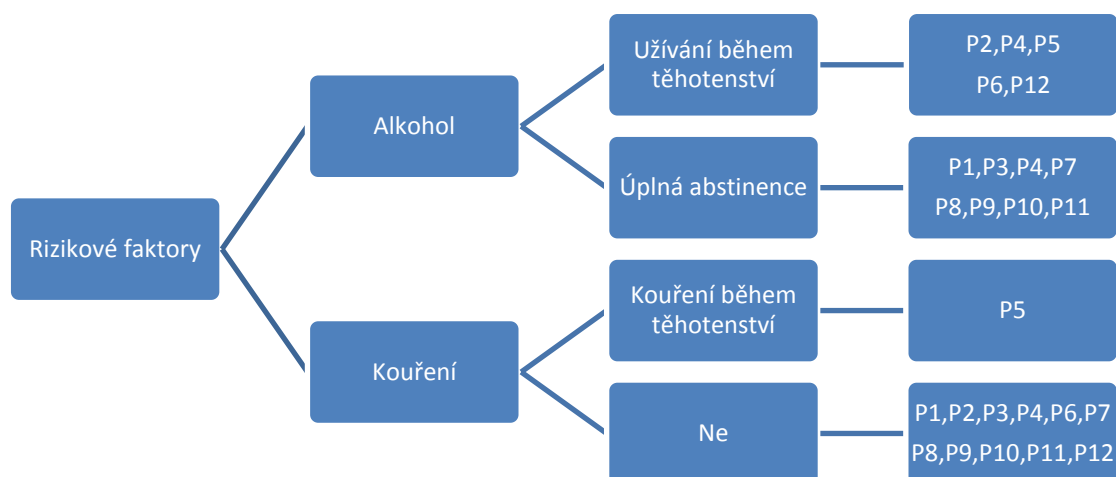
Podkategorie 3 Rizikové faktory – alkohol, kouření

Tato podkategorie se zabývá užitím návykových látek ženami v těhotenství. Pokud žena návykovou látku užívá, jaké množství a časnost. Dále tato podkategorie zkoumá, jestli si ženy uvědomují, jaké následky má požití návykových látek pro plod.

Budeme-li hovořit o návykové látce – alkoholu, probandky (P2,P5,P6,P12) již jednou v tomto rozhovoru uvedly, že malé množství alkoholu po prvním trimestru těhotenství, maximálně jednou za měsíc nemůže uškodit. P2 a P5 uvádějí jako příklad skleničku piva, P12 uvádí skleničku nízkoprocentního vína naředěného vodou. P6 ohledně alkoholu odpověděla takto: „*Absolutně není dobrý pít alkohol v prvním trimestru těhotenství, to jsem rozhodně nepila, ale pak jednou za měsíc taková malá sklenička vychlazeného cidera po procházce snad nemůže uškodit.*“ Naopak P9 úplně vynechala ze svého života alkohol již před prekoncepčním obdobím a odpověděla takto: „*Začala jsem si uvědomovat, že se dokážu bavit i bez alkoholu. Nechybí mi to. Myslím si, že se podvědomě mé tělo připravovalo na budoucí těhotenství.*“ Probandky (P1,P3,P4,P7,P8,P10,P11) požívaly alkohol příležitostně, s těhotenstvím však alkohol úplně vyřadily ze své životosprávy. P4 se ale dále zmínila, že po náročném, a ne zrovna zdravém obědě, si od přítele lokne piva, aby zabránila pálení žáhy a lépe trávila. Tato skutečnost se stává jednou do měsíce, u přítelovo rodičů na obědě. Co se týče kouření, probandky P6 a P11 přestaly kouřit před těhotenstvím v rámci dlouhodobé prekoncepční přípravy. P11 průměrně vykouřila deset až patnáct cigaret denně. P6 vykouřila dvacet cigaret denně. P10 v rámci přeměny na zdravý životní styl, přestala kouřit před dvěma lety. Sama o sobě tvrdí, že nepatřila mezi těžké kuřáky, denně

vykouřila maximálně sedm cigaret. Také probandky (P1,P3,P8,P12) přiznaly výjimečné kouření cigaret v minulosti. Shodly se na faktu, že přes týden nekouřily vůbec. P5 na otázku ohledně užívání návykových látek v těhotenství odpověděla takto: „*Ano, kouřím. Když jsem zjistila, že jsem těhotná, snažila jsem se přestat ze dne na den. Bohužel to nešlo. A stejně jsem slyšela, že přestat ze dne na den kouřit je pro tělo a miminko nezdravý, moc změň, moc stresu. Ted' vykouřím tak pět cigaret denně. Ale omezila jsem to a dál omezuju.*“ Ani jedna z dotazovaných žen neužívala před těhotenstvím ani během těhotenství drogy či omamné látky. Na otázku, jaký vliv mají návykové látky na plod se dotazované ženy (P1,P3,P4,P7,P8,P9,P10,P11) jednorázově shodly, že užití návykové látky v těhotenství negativně ovlivňuje plod. Probandky (P1,P3,P9,P11) si velmi dobře uvědomovaly rizika pro plod. Probandka P3 se vyjádřila takto: „*Hrozí potrat, předčasný porod.*“ P11 se shoduje s P3 a dodává, vznik vývojových vad plodu. P1 zmínila: „*Slyšela jsem, že ty chudinky miminka mají pak abstinenci příznaky toho, co brala jejich nezodpovědná matka.*“ P4 a P9 zmiňují, že díky škodlivým látkám není dítě dobře živeno a má malou porodní hmotnost. Probandky (P7,P8,P10) si myslí, že návykové látky užívané v těhotenství mají dopad na pozdější vývoj dítěte. I když probandka P5 v těhotenství kouří, uvědomuje si, že to není správné a odpověděla: „*Vím, že kouření v těhotenství není dobrá věc, když ale všechny testy vycházejí dobře, nemám žádné komplikace, miminko roste a daří se mu, tak si myslím, že zas tak hrozné to není.*“ Na doplňující otázku, zdali ošetřující lékař má informace o kouření v těhotenství, probandka P5 odpověděla, že ano. Ošetřující lékař probandku P5 i její matku, jako zákonného zástupce upozornil na všechna rizika související s kouřením během těhotenství, přesto P5 kouří dále.

Schéma 10 Podkategorie Rizikové faktory



Zdroj: Vlastní

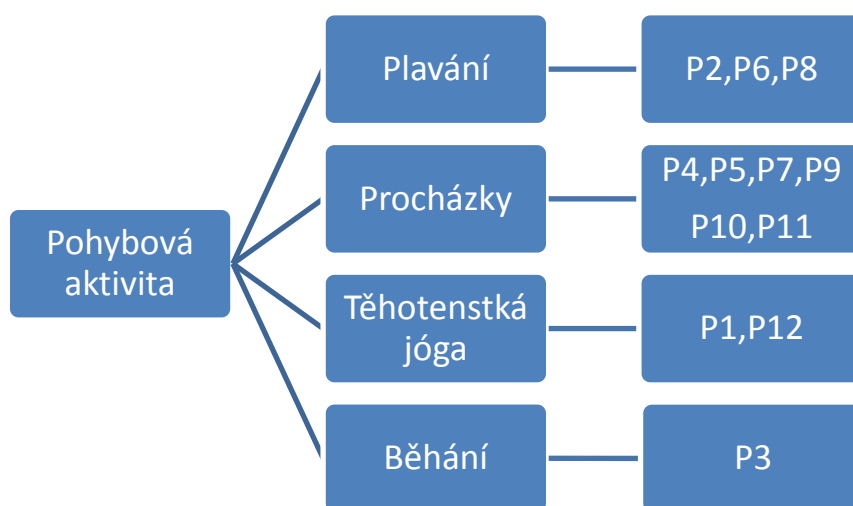
Podkategorie 4 Pohybová aktivita

Tato podkategorie popisuje, zda ženy v těhotenství žily aktivním životem. Pokud ano, jaká sportovní aktivita nejvíce ženám vyhovovala. Dále podkategorie zjišťuje, jaké sportovní aktivity probandky považují za nevhodné.

Všechny dotazované ženy (P1-P12) uvedly, že pokud je žena zdravá, těhotenství probíhá bez komplikací, tak pohybová aktivita je zdraví prospěšná. Probandkám (P2,P6,P8) nejvíce vyhovuje plavání. P2,P8 již v prekoncepční přípravě chodily plavat. P8 si nemůže plavání vynachválit a odpověděla: „*Plavání je opravdu dobrá věc. Před těhotenstvím mě díky plavání přestaly bolet záda a kolena. Chodím plavat celé těhotenství a zatím mi nic nebolí.*“ Probandky (P4,P5,P9,P11) zvolily jako sportovní aktivitu procházky na čerstvém vzduchu. P9 doslovně odpověděla: „*S přítelem celé mé těhotenství chodíme každý večer na dlouhé a romantické procházky.*“ P5 dodává, že kromě procházek, provádí doma podle internetu protahovací cviky pro těhotné. Probandky P1 a P12 pravidelně dochází na lekce těhotenské jógy. P1: „*Přijdete na hodinu, hraje relaxační hudba, protáhnete si celé tělo, popovídáte si s ostatními těhotnými, co mají stejné problémy, jako vy a pak se z vás stanou kamarádky.*“ Probandky (P3,P10) uvedly, že před těhotenstvím chodily pravidelně běhat. P10 v těhotenství na místo běhání chodí na procházky s trekingovými holemi. P3 zůstala i v těhotenství věrná běhu a uvádí: „*Samozřejmě neběhám do vyčerpání sil ani desítky kilometrů, ale běhám. Mám těhotenský podpurný břišní pás na běhání. S pásem se vám*

břicho ani nehne, nemusíte mít obavy z otřesů.“ P7 před těhotenstvím běhala doma na běžeckém pásu. V těhotenství běh vyměnila za chůzi, občas si probandka nastavila větší sklon, jako imitace chůze do kopce. Na otázku, jaký sport v těhotenství je podle dotazovaných žen nevhodný odpověděly takto. P9 a P11 jsou stejného názoru, že těhotné ženy by v žádném případě neměly hrát míčové hry jako volejbal, házená či basketbal. Jízdu na kole označily probandky P2 a P4. Probandka 12 vyjmenovala sporty, které provozovala v předchozím období svého života, tedy jízdu na kolečkových bruslích, lezení po skále či horolezecké stěně. P6 a P8 se shodly na lyžování. P8 dodala: *„Lyžování je hodně riskantní sport v těhotenství. I když pojedete opravdu pomalu, nikdy nevíte, jaký blázen vás zezadu srazí. Nemá šanci vidět, že jste těhotná. Těhotenství zkrátka na svah nepatří.”* P1 si myslí, že všechny adrenalinové sporty jsou v těhotenství naprosto vyloučené. Probandky (P5,P10,P7) za nevhodný sport během těhotenství označily běh, který je podle žen moc rizikový z důvodů otřesů při běhání. P3 má na pohybovou aktivitu během těhotenství jiný pohled než ostatní probandky. P3: *„Myslím si, že takové ty běžné sporty, jako běhání, jízda na kole, bruslích, posilování či cvičení se dají provozovat i během těhotenství. Žena musí být zdravá, nemůže mít komplikace spojené s těhotenstvím, musí cvičit svědomitě, nesmí jít přes sílu, do vyčerpání sil. Cvičení musí být opatrné, lehké.”*

Schéma 11 Podkategorie Pohybová aktivita



Zdroj: Vlastní

Podkategorie 5 Pohlavní styk

Tato podkategorie popisuje, zda ženy mohly mít během těhotenství pohlavní styk. Pokud respondentkám byl pohlavní styk zakázán, z jakého důvodu. Dále podkategorie popisuje, jaký názor mají respondentky na pohlavní styk v těhotenství.

Všechny dotazované ženy (P1-P12) potvrdily pohlavní styk během těhotenství. Probandky (P1,P2,P6) měly pohlavní styk od lékařů v prvním trimestru těhotenství zakázáný. P1 vysvětlila situaci takto: *„Bylo to z důvodu mého vyššího věku a s tím spojené mé první těhotenství. Doktorka mi řekla, ať to nepokoušíme, že chce, aby bylo vše v pořádku a nic se nepokazilo. Já byla ráda, taky jsem se hodně bála, aby se nic nestalo.“* U P2 a P6 to bylo z důvodů špinění až zakrvácení na začátku těhotenství. Naopak P10 neměla žádné omezení od lékařů, přesto pohlavní styk také měla až od druhého trimestru těhotenství. P10: *„Bála jsem se, aby se nic nestalo. V prvních třech měsících se může stát cokoliv, nechtěla jsem to pokoušet. Stejně jsem to měla i u prvního těhotenství.“* Další probandky (P3,P5,P8) uvedly, že provozují pohlavní styk skoro, jako před těhotenstvím a nemají s ním žádný problém. P7 a P11 v rozhovoru přiznaly, že během těhotenství mají větší chuť na pohlavní styk než kdy jindy. P11: *„Užívám si to. Při milování jsem více citlivá, více to v těhotenství prožívám. Musím si to užít, než přijde období, kdy budu mít velké břicho a na sex nebudu mít ani pomyslení.“* P12 považuje druhé těhotenství, jako výhodu při pohlavním styku. Hovoří o tom, že již z předchozího těhotenství mají s manželem vyzkoušené polohy při pohlavním styku, které jsou nejpohodlnější a nejsnáze proveditelné. P4 a P9 se rozpovídaly o problému mužů, kteří mají strach, aby při pohlavním styku neublížili nenarozenému dítěti. Tento problém byl u P4 rozebrán na předporodním kurzu, porodní asistentkou. P9 vyvrátil strach lékař na USG vyšetření. Na názor o pohlavním styku v těhotenství probandky odpovídaly kladně. Všechny dotazované probandky se shodly na názoru, že pokud je žena zdravá, nejsou přítomny komplikace v těhotenství a po psychické stránce jsou muž i žena v pořádku, nevidí důvod, proč sexuálně abstinovat. P10 odpověděla: *„Myslím si, že velká role hraje psychika ženy v těhotenství. Pokud žena nechce, muž by jí měl na sto procent respektovat a v rozhodnutí podporovat.“* S tímto tvrzením se shoduje i P1 a P6. Naopak P4 se zastala mužského pohlaví a doslovně odpověděla: *„Pokud má muž blok, bojí se, že ublíží miminku, i když to není pravda, určitě by ho žena do pohlavního styku neměla nutit. Jsou i jiné praktiky sexuálního života, které lze provozovat bez toho, aby k tomu byl muž donucen.“* S tímto názorem se shoduje i P9. P10 nabádá k pohlavnímu

styku těsně před termínem porodu. P10: „*Mužské spermie obsahují hormony, které napomáhají k dozrání děložního čípku.*“

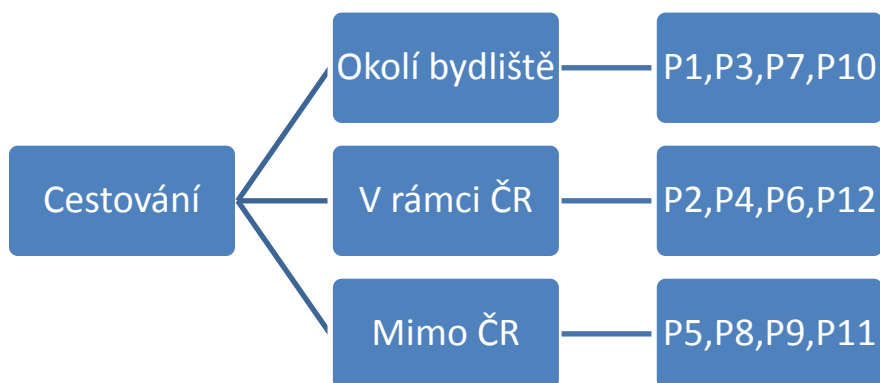
Podkategorie 6 Cestování

Poslední podkapitola s názvem cestování zjišťuje, zda ženy cestovaly v těhotenství, pokud ano, jakou formu cestování zvolily. Dále se podkapitola zabývá tím, co si ženy myslí o cestování a jaký dopravní prostředek je podle žen v těhotenství nejvhodnější.

Probandky (P1,P3,P7,P10) se v těhotenství pohybovaly pouze v místě bydliště a jeho okolí. P1 má v těhotenství problémy s jízdou v autě, takže je pro ni obtížné cestovat. P3 má stejné obtíže, které se objevují i při jízdě autobusem či městskou hromadnou dopravou, takže žádné výlety během těhotenství neplánuje. P3: „*Já osobně bych nikam necestovala. V cizině ani nevíte, na jaké úrovni mají zdravotnictví.*“ Probandky (P2,P4,P6,P12) cestovaly pouze po ČR, ale do zahraničí kvůli těhotenství neplánují vyjet. P4 odpověděla: „*Netroufla bych si na dovolenou mimo Českou republiku. Nikdy nevíte, co se stane. Abych ležela v nemocnici v cizí zemi, nevěděla, co se se mnou děje, nerozuměla personálu...to by nešlo.*“ Probandka P6 odpověděla: „*Myslím si, že těhotná žena by měla zůstat v ČR.*“ Zato probandky (P5,P8,P9,P11) vycestovaly i za hranice České republiky. P5 a P9 cestovaly autem na Slovensko. P9 odpověděla: „*Jeli jsme za příbuznými. Slovensko jako dovolená v těhotenství mi přijde v pořádku.*“ P8 jako dovolenou zvolila destinaci v Rakousku. P8: „*Jeli jsme autem. Cesta pro mě byla náročnější, ale zvládli jsme to. Dělali jsme hodně přestávek, vždy jsem si došla na WC, prošla se po parkovišti, najedla se.*“ P11 jako jediná zvolila dopravní prostředek letadlo, vycestovala totiž do Španělska. Probandka P11 odpověděla: „*Přemýšlela jsem, jestli dovolenou nezrušit. Po konzultaci s lékařem jsem nakonec odcestovala. U mě bylo vše v pořádku, mimčo bylo v pořádku, nehrozil mi potrat, ani předčasný porod, byla jsem v pátém měsíci. Ale celou dobu jsem měla strach, pořád přemýšlíte, co kdyby se něco stalo. Největší strach jsem měla z letadla, tam i zpátky. Těhotná už bych nikdy nikam neletěla.*“ Na otázku, jaký prostředek probandky považují na cestování v těhotenství nejvhodnější, (P1,P3,P4,P8,P10,P12) uvedly vlak. Mezi výhody vlaku probandky zařadily dostatek prostoru na nohy, možnost procházky po chodbě či toaletu. Probandka P4 uvedla fakt, že v dnešní době nabízejí ve vlaku k zakoupení občerstvení, nebo dokonce mají jídelní vagon. Ostatní probandky (P2,P5,P6,P7,P9,P11) zvolily dopravní prostředek automobil. Dotazované ženy se shodují v tom, že při cestě

automobilem jste pánem času, kdykoliv můžete zastavit, projít se, koupit si něco k jídlu, můžete si v autě polohovat sedačky na příjemnou polohu a celkově je automobil podle probandek nejpohodlnější. Co se týče cestování letadlem, ani u jedné z dotazovaných žen jsme se nesečkali s kladnými ohlasy. Probandky (P1-P12) odpověděly, že cestování letadlem je v těhotenství moc rizikové. Probandky (P1,P2,P6,P8,P9,P12) se domnívají, že je dokonce zakázáno cestovat letadlem pokud je žena ve třetím trimestru těhotenství. Probandky (P3,P4,P5,P7,P10) se shodují na názoru, že záleží na zdravotním stavu matky a dítěte, ale myslí si, že od devátého měsíce těhotenství, by ženy neměly opouštět místo bydliště. P11 ze své zkušenosti ví, že pokud je vše v pořádku, žena není na začátku či na konci těhotenství, tak takto cestovat lze, přesto by z vlastní zkušenosti žádné těhotné ženě letadlo, jako dopravní prostředek nedoporučila. P11 na závěr dodává: „Dočetla jsem se, že letecké společnosti si mohou vyžádat od ženy v pokročilém stádiu těhotenství, potvrzení od lékaře, že je v dobrém zdravotním stavu a schopna letu. Já se jim tedy vůbec nedivím.“

Schéma 12 Podkategorie Cestování



Zdroj: Vlastní

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá zdravotní gramotností těhotných žen. Zdravotní gramotnost, jako taková, je v dnešní době velmi diskutované téma. Toto téma je aktuální i v oblasti porodnictví. Na zdraví těhotné ženy působí různé determinanty. Tyto determinanty se rozdělují na vnitřní a zevní. Do determinantů vnitřních spadá genetická výbava (Machová et al., 2016). Mezi zevní determinanty patří kvalita životního a pracovního prostředí, zdravotnické služby a životní styl, který tvoří padesát až šedesát procent celku zdraví (Čeledová, Čevela, 2010). Právě životní styl ženy, může ovlivnit průběh celého těhotenství a zdraví nenarozeného dítěte. Zajímalo nás proto, jaká je míra gramotnosti žen v oblasti prekoncepční péče, jaké složky řadí do zdravého životního stylu. Dále nás zajímalo, jaké změny ve svém životě provedly ženy pro otěhotnění, během těhotenství a jestli zdravý životní styl dodržovaly během svého těhotenství. Zaměřili jsme se i na to, kde těhotné ženy získávají informace a jestli ženy využívají poradenskou činnost porodní asistentky.

Probandkám bylo na začátku rozhovoru položeno několik identifikačních otázek. Otázky zjišťovaly, kolik je ženám let, nejvyšší dosažené vzdělání či po kolikáté jsou ženy těhotné. Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy ve věku 17 až 35 let. Průměrný věk probandek byl 27 let. Záhumenský (2012) uvádí průměrný věk prvorodiček v České republice téměř 29 let. Podle Janíkové (2017) se ideální věk na těhotenství a porod pohybuje od 22 do 27 let. Výzkum tvořilo 7 žen prvorodiček a 5 žen, které již jednou rodily. Z celkového počtu dvanácti dotazovaných žen mělo 5 žen vysokoškolské vzdělání, 3 ženy dosáhly vyššího odborného vzdělání, stejný počet žen mělo střední školu s maturitou, pouze jedna respondentka byla se vzděláním základním.

V rámci zdravotní gramotnosti těhotných žen jsme se zaměřili i na prekoncepční přípravu, která je pevně spjata s následným těhotenstvím ženy. Plánované či neplánované těhotenství může ovlivnit mnoho faktorů v těhotenství. Trča (2009) popisuje, že mnohé ženy si přejí prožívat těhotenství a mateřství za určitých příznivých podmínek, proto také ženám doporučuje si těhotenství naplánovat. Trča (2009) dále uvádí, jak důležité je v prekoncepční přípravě změna životního stylu ženy. Právě změny ve svém životním stylu provedly probandky, které svá těhotenství plánovaly. Nejvíce

probandek změnilo svůj postoj ke stravování. Dále se zaměřily na pravidelné sportování či na zlepšení psychického rozpoložení. Některé ženy díky prekoncepční péči snížily svou hmotnost či přestaly konzumovat alkoholické nápoje, nebo kouřit cigarety. Ovšem některé probandky své návyky měnit nemusely z důvodů zdravého životního stylu již před prekoncepční přípravou, nebo z důvodů neplánovaného těhotenství, jako u žen (P2,P4,P5,P12). Probandky (P1,P3,P6,P7,P8,P9,P10,P11), které svá těhotenství plánovaly v rámci prekoncepční péče využívaly z mnoha metod, které snáze ženám pomohou co nejdříve otěhotnět. Nejvíce používaná metoda byla počítání plodných dnů podle poslední menstruace, měření tělesné teploty v pochvě či ovulační testy. U probandek (P2,P4,P5,P12) žádná příprava neprobíhala z důvodů neplánovaného těhotenství. Myslím si, že pokud si žena přeje přijít do jiného stavu, je schopna udělat ve svém životě velké změny. Podle mého názoru ženy prekoncepční péči berou svědomitě a s rozumem. Mnohé ženy si uvědomují, že k otěhotnění je potřeba, aby žena byla po fyzické, ale i psychické stránce zdravá.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti těhotných žen o zdraví a zdravém životním stylu v těhotenství. Abychom mohli zjistit míru znalostí, zeptali jsme se probandek na otázku, jaké složky řadí do systému zdravého životního stylu v těhotenství. Kotulán (2002) shrnul složky zdravého životního stylu do celkem šesti bodů: zdravá výživa, spánek, tělesný pohyb, ochrana před nákazami, ochrana před úrazy a otravami a péče o zdraví životního prostředí. Všechny probandky se jednoznačně shodují na zdravé, vyvážené stravě. Na druhém místě nejčastěji ženy zodpověděly abstinenci alkoholu, cigaret. Dále tělesný pohyb, po kterém následoval pitný režim a dobré psychické rozpoložení ženy. Pouze jedna probandka do složek zdravého životního stylu zařadila spánek a dvě ženy se zmínily o komfortu oblékání těhotných žen. Myslím si, že právě zdravá strava, pitný režim a pohyb spojený s abstinencí alkoholických a tabákových výrobků jsou v dnešní době moderní a probíraná témata. O zdravém životním stylu vycházejí články každý den. Mezi moderní životní styl patří i návštěva u výživového poradce, či strava podle určitého stylu stravování, proto si myslím, že právě tyto složky, které ženy mají každý den na očích, o kterých se mluví, zařadily nejčastěji do zdravého životního stylu.

Výzkumné šetření zjišťovalo, jakým způsobem získávají těhotné ženy potřebné informace v oblasti prekoncepční péče a zdravého životního stylu v těhotenství. Velmi nás překvapily výsledky, které ve výzkumném šetření vyšly. Podle Slezákové et al.

(2017) mezi základní náplň práce porodní asistentky v ambulanci patří péče o ženy v předporodní přípravě, edukace žen v oblasti správného životního stylu v těhotenství či přípravy k rodičovství. Bohužel, ani jedna z probandek neodpověděla, že informace ohledně zdravého životního stylu v těhotenství ji byly poskytnuty porodní asistentkou v ambulanci, kam žena dochází. Většina probandek (P1,P2,P3,P5,P6,P7,P8,P9), jako zdroj informací uvedly internet. Další zdroj, na který se ženy obracejí jsou kamarádky, či rodina. Dvě dotazované ženy čerpají informace ze svého předchozího těhotenství. Pouze čtyři probandky označily za zdroj informací porodní asistentku, z toho P1 a P11 mají porodní asistentku za kamarádku, probandky P4 a P10 navštěvují předporodní kurzy. Faktem také je, že předporodní kurzy prozatím navštěvují pouze dvě dotazované ženy P4 a P10. Probandky (P1,P7,P11,P12) mají předporodní kurzy již zaplacené, ale na kurz se teprve chystají. Probandky (P2,P3,P5,P8) neplánují chodit na předporodní kurzy. P6 a P9 možnost předporodních kurzů zatím zvažují. Podle mého názoru, ženy využívají internetové zdroje pro jejich dostupnost, rozsáhlost a rychlost. Diskutabilní ovšem je, jestli zdroje jsou pravdivé a důvěryhodné. Doufám, že respondentky, které mají zaplacené předporodní kurzy zjistí, jak důležité je mít ohledně informací o těhotenství kvalifikovanou osobu, které můžete plně věřit. Přála bych si, aby se ženy více obracely s problémy na porodní asistentky a nevyhledávaly řešení problému pomocí internetu.

Ve výzkumném šetření byly probandkám položeny otázky ohledně životního stylu v těhotenství. Zajímalo nás, jaké jsou stravovací návyky žen v prekoncepční péči a během těhotenství. Tři čtvrtiny dotazovaných žen se shodlo na pravidelném a zdravém stravování. S tímto názorem souhlasí i Roztočil et al. (2017), který uvádí, že strava má být vyvážená, zdravá a rozdělena do pěti jídel za den. Probandky za důležité pokládají pravidelný příjem ovoce, zeleniny, ryb, luštěnin, obilovin, mléčných výrobků, masa, celozrnného pečiva. P1 se vyjádřila takto: „*Důležité v těhotenství je zvýšit příjem ovoce, zeleniny a mít tak dostatek vitamínů.*“ S těmito názory souhlasí i Hanáková (2015) která v těhotenství doporučuje jíst pestrou stravu rozloženou do celého dne, zvýšení spotřeby zeleniny a ovoce na 0,5 kg za den. Pouze probandky (P2,P4,P5) se neřídí pravidly zdravého stravování, ale řídí se podle momentálního zdravotního a psychického stavu. Gregora, Velemínský ml. (2017) upozorňují na zvýšený příjem tekutin během těhotenství. Podle autorů má být minimální příjem dva litry denně, nejlépe neperlivé vody. Toto doporučení dodržuje většina dotázaných žen. Ovšem probandky

(P2,P3,P4,P5,P9) preferují ovocnou šťávu z koncentrátu či ovocné džusy. Za nevhodné nápoje v těhotenství všechny dotazované ženy (P1-P12) označily nápoje obsahující kofein a alkohol. Probandky, které jsem oslovila pro tento výzkum jsou mladé ženy, které žijí moderním životem. Na otázku, jaké potraviny jsou pro těhotnou ženu nevhodné, většina probandek odpověděla pouze všeobecně smažená, tučná, sladká či nezdravá jídla. Myslím si, že většina dotazovaných žen odpověděla takto, protože v dnešní době se strava rozděluje na zdravou a nezdravou. Pod pojmem nezdravé jídlo, si každý představí fast food, smažené či mastné jídlo. Takové stravování není dobré pro celou společnost (Ayers, de Visser, 2015), ale nevztahuje se přímo a jen pro těhotné ženy. Pouze dvě dotazované probandky vyjmenovaly potraviny, které by těhotná žena během těhotenství neměla konzumovat z důvodů zdravotního rizika. Je vidět, že probandky se o toto téma zajímaly více do hloubky.

Z výsledků, ohledně vitaminových doplňků stravy během prekoncepční péče a těhotenství, vyplývá, že nejčastějším doplňkem stravy byla kyselina listová, vitamin E a C. P8 prekoncepční přípravu vzala nenásilnou cestou pomocí bylinek. Tři probandky se domnívaly, že jejich stravování je zdravé, a proto není vitaminových doplňků potřeba. S tímto názorem souhlasí i Hanáková (2017) a udává, že dostatečné množství všech potřebných živin je žena schopna přijmout prostřednictvím vyvážené stravy. Naopak Kasper (2017) doporučuje ženám v prekoncepční přípravě zvýšit příjem kyseliny listové po dobu čtyř týdnů před otěhotněním a kyselinu listovou užívat i během prvního trimestru těhotenství, aby se předešlo defektům neurální trubice plodu. Vitaminové doplňky stravy v těhotenství celkem užívalo sedm dotazovaných žen. Pět žen (P2,P5,P7,P9,P10) se shoduje na názoru, že doplňky stravy jsou reklamním tahem. Zároveň dodávají, že dnes je k dostání ovoce i zelenina po celý rok. Ovšem Hanáková (2017) upozorňuje, že skladováním ovoce a zeleniny se snižuje obsah potřebných vitaminů, proto konzumace stejného množství ovoce a zeleniny během celého roku, nemusí pokrýt potřebnou dávku vitaminů a stopových prvků. Osobně bych byla spokojena, kdyby se ženy více zajímaly o jednotlivé potraviny a snažily se tyto zdraví prospěšné potraviny zařadit více do svého jídelníčku a nespolehaly se na doplňky stravy.

Ve složkách zdravého životního stylu často ženy spojovaly zdravé stravování s pohybovou aktivitou. Před i během těhotenství se všechny dotazované ženy věnovaly určité pohybové aktivitě. Porovnáme-li pohybové aktivity před těhotenstvím, probandky

provozovaly více dynamičtější sporty než v těhotenství. Tyto sporty probandky vyměnily za bezpečnější a méně rizikové. Nejvíce dotazovaných žen využívalo hezkého počasí k pravidelným procházkám na čerstvém vzduchu, který ve své knize doporučuje i Gregora, Velemínský ml. (2017). P2,P6,P8 dochází pravidelně do plaveckého bazénu. P2: „*Plavání mi dělá dobře jak na tělo, tak psychiku. Vždy mám po plavání příjemně unavený pocit*“. P1 v těhotenství využívá lekce jógy pro těhotné společně s probandkou P12. Podle Roztočilové, Roztočila (2017) je těhotenská jóga výborná cvičební metoda pro psychickou i tělesnou relaxaci, která přináší pocit blaha a spokojenosti, zároveň slouží jako prevence proti různým obtížím, které ženu doprovází během těhotenství. Probandky P3,P7,P10 před těhotenstvím pravidelně běhaly. Pouze P3 běhá i v těhotenství. Probandky mezi nevhodné sportovní aktivity v těhotenství zařadily všeobecně adrenalinové sporty, míčové aktivity, jízdu na kole, bruslích či běh. Pouze probandka P3 má na běh v těhotenství jiný názor: „*Pokud žena běhala před těhotenstvím, zdravotní stav matky i jejího dítěte je v pořádku, tak nevidím důvod, proč s běháním v těhotenství přestat*“. Stejný názor sdílí i Gaudlová (2015), která těhotné ženy v běhu podporuje pod podmínkou zdravého průběhu těhotenství. Probandky se zajímají o možné pohybové aktivity, které lze provozovat i během těhotenství a velmi dobře si uvědomují možná rizika spojená s nebezpečnými sporty. Podle mého názoru má i mnoho žen obavy z váhového přírůstku v těhotenství, a proto se snaží vyvinout bezpečnou a zdraví prospěšnou tělesnou aktivitu pro dobrý pocit.

Výzkumným šetřením jsme dále zjišťovaly, jak častý je výskyt rizikových faktorů u žen v průběhu těhotenství. Většina dotazovaných žen při zjištění těhotenství vyřadila alkoholové nápoje ze svého života. Probandky (P2,P5,P6,P12) se přiznaly k občasnému požití alkoholických nápojů i během těhotenství. Ovšem všechny dotazované ženy (P1-P12) se shodly na názoru, že velké množství požitého alkoholu škodí plodu. Budeme-li hovořit o rizikovém faktoru kouření, všechny probandky, které dříve kouřily, přestaly v rámci prekoncepční péče, nebo již delší dobu nekouřily. Pouze R5 odpověděla takto: „*Ano, kouřím. Když jsem zjistila, že jsem těhotná, snažila jsem se přestat ze dne na den. Bohužel to nešlo. Ted' vykouřím tak pět cigaret denně. Ale omezila jsem to a dál omezuju.*“ Ani jedna z dotazovaných žen neužívala před těhotenstvím ani v těhotenství drogy či omamné látky. Z výzkumného šetření, který Lanting et al., zveřejnil v roce 2015, vyšlo najevo, že v průměru každá desátá těhotná žena v Holandsku kouří a jedna z pěti požívá během těhotenství alkohol. Dále Lanting et al., (2015) upozorňuje, jak

důležité je, aby ženy v plodném věku měly informace ohledně rizicích alkoholu a kouření během těhotenství. Myslím si, že dotazované ženy v našem výzkumném šetření mají uspokojivý přehled o tom, co vše může způsobit rizikové chování v těhotenství, přesto takové chování probandky vykazovaly. U jedné z dotazovaných žen mám pocit, že o rizikovém chování v těhotenství má velice málo informací. Bohužel z odpovědí vyplývalo, že probandka v tomto ohledu nemá zájem se o dané téma více zajímat.

Dále jsme ve výzkumném šetření zjišťovali, zdali mohli mít ženy během těhotenství pohlavní styk a jaký mají názor na toto téma. Všech dvanáct dotazovaných žen nám potvrdilo pohlavní styk během těhotenství. Třem probandkám nebyl pohlavní styk během prvního trimestru těhotenství doporučen z důvodů vysoké věku v těhotenství či zakrvácení. P6: *„V prvním a druhém měsíci těhotenství jsem špinila, proto nám bylo doporučeno vyvarovat se pohlavnímu styku“*. Zvýšenou chuť libida jsme zaznamenali u dvou dotazovaných žen. Naopak sníženou potřebu pohlavního sexu měla P10 z důvodů strachu o nenarozené dítě. Stejný problém řešily probandky P4 a P9 s partnery, kteří se báli provozovat pohlavní styk během těhotenství. P4: *„Přítel se bál, aby něco našemu dítěti při pohlavním styku neudělal. Neměl z toho dobrý pocit“*. Na názor o pohlavním styku v těhotenství se probandky shodly, že pokud nejsou přítomny komplikace spojené s těhotenstvím a po psychické stránce jsou muž i žena v pořádku, nevidí důvod, proč sexuálně abstinovat. Myslím si, že ženy v tomto ohledu se řídí svými pocity a respektují své partnery, pokud mají s pohlavním stykem problémy. Ženy mají správný pohled a názor na toto téma.

V rámci výzkumného šetření nás zajímalo, jaký mají ženy názor na cestování během těhotenství a jaký dopravní prostředek je pro těhotnou ženu nejvhodnější. Čtyři dotazované ženy cestovaly pouze okolo místa bydliště z důvodů nevolnosti v dopravních prostředcích. Čtyři probandky (P2,P4,P6,P12) cestovaly pouze v rámci České republiky. Většina dotazovaných žen se shodla na faktu, že ženy v těhotenství by neměly opouštět Českou republiku. Nejčastějším důvodem byl strach a úroveň zdravotnictví v cizích zemích. P10 odpověděla takto: *„V cizině ani nevíte, na jaké úrovni mají zdravotnictví.“* Čtyři probandky (P5,P8,P9,P11) vycestovaly i za hranice České republiky. P11 jako jediná, použila dopravní prostředek letadlo, kdy odcestovala na dovolenou do Španělska. P11: *„Největší strach jsem měla z letadla, tam i zpátky. Těhotná už bych nikdy nikam neletěla.“* Polovina dotazovaných žen označila za nejvhodnější dopravní prostředek pro těhotné ženy vlak. S tímto názorem souhlasí i

Gregora, Velemínský ml. (2017), kde jízdu vlakem popisují jako nejkomfortnější cestování pro těhotnou ženu. Probandky (P1,P3,P4,P8,P10,P12) označila automobil, o kterém mluví jako o nejpohodlnějším dopravním prostředku. Všechny dotazované ženy, včetně P11 označily letadlo za nebezpečný dopravní prostředek pro těhotné ženy z důvodu rizika pro ženu i dítě. Pět probandek je názoru, že ženy od devátého měsíce těhotenství by neměly opouštět místo bydliště z důvodů blížícího se porodu. Myslím si, že ženy jsou na sebe oprávněně opatrné. Mají zdravý rozum a cestování nijak nepřehání. Plně si uvědomují, že cestování v těhotenství je rizikové, ať už si vyberou jakýkoliv dopravní prostředek. Pro ženy je důležitá kvalitní zdravotnická péče, což hraje velkou roli v cestování.

6 Závěr

Tématem bakalářské práce je zdravotní gramotnost těhotných žen. Zdravotní gramotnost je pro společnost velmi důležitá. Lidé se učí, získávat a využívat informace o svém zdraví, předcházet nemocem, s nemocí bojovat a nést za své zdraví či nemoc odpovědnost. V těhotenství tyto pravidla platí dvojnásob. Žena je zodpovědná za dva lidské životy, proto je v tomto případě zdravotní gramotnost velmi důležitá. Velkou roli v tomto ohledu hraje porodní asistentka, která ženy provádí a edukuje v průběhu celého těhotenství. V teoretické části bakalářské práce najdeme složky zdravého životního stylu v těhotenství, podle kterých by se těhotné ženy měly řídit.

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s těhotnými ženami od 17 do 35 let. Pro výzkumné šetření byl zvolen cíl – zjistit znalosti těhotných žen o zdraví a zdravém životním stylu v průběhu těhotenství. Na základě zvoleného cíle byly stanoveny výzkumné otázky. První otázka se zabývala, jak je žena informována o přirozeném způsobu průběhu těhotenství. Druhou otázkou jsme zjišťovaly stravovací návyky žen během těhotenství. Třetí otázka zněla, jaká je tělesná aktivita žen v průběhu těhotenství. Čtvrtá otázka se zabývala výskytem rizikových faktorů u těhotných žen. Poslední, pátou otázkou jsme zjišťovali, zdali je využívána edukační a poradenská činnost porodní asistentkou.

Z výzkumného šetření vyplývá, že probandky se na svá těhotenství řádně připravovaly, díky tomu změnily svůj dosavadní styl života. V prekoncepční péči dodržovaly zásady zdravého životního stylu, jako zdravé stravování, užívání vitamínových doplňků, pravidelný pohyb či snížení, nebo úplné vynechání alkoholických nápojů a tabákových výrobků. Dvě probandky díky prekoncepční péči snížily svou hmotnost. Tři dotazované se domnívají, že jejich dosavadní životní styl, který žijí je po všech stránkách optimální, a proto nemusejí žádné změny vykonávat. U těch žen, kde bylo těhotenství neplánované, ve svém životním stylu žádné změny neprovedly. Ovšem některé ženy se zmínily o tom, že pokud by svá těhotenství plánovaly, zajisté by změny ve svém životě v rámci prekoncepční péče vykonaly.

Ženy se snaží dodržovat zdravé stravování i během těhotenství. Mají pravidelnou a vyváženou stravu, bohatou na ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, ryby, luštěniny. Ovšem některé jsou toho názoru, že by se žena měla stravovat podle řeči svého těla a

momentálního zdravotního i psychického stavu. I přes zdravé stravování ženy užívaly vitaminové doplňky stravy. Jednalo se nejčastěji o jednotlivé vitamíny. O nevhodných potravinách v těhotenství probandky mluvily všeobecně. Pouze dvě ženy vyjmenovaly specifické potraviny nevhodné v těhotenství. Ne všechny, jako zdroj tekutin uvedly čistou vodu, některé preferují ovocnou šťávu z koncentrátu, džusy či čerstvou ovocnou šťávu.

Z výzkumného šetření je patrné, že ženy i během těhotenství provozovaly pohybovou aktivitu a mají dostatek informací o vhodných pohybových aktivitách. Nejvíce preferovaly sporty bezpečné, nenáročné a zdraví prospěšné, jako jsou procházky, plavání či těhotenská jóga. Jedna probandka je toho názoru, že běžně dostupné sporty mohou provozovat i zdravé těhotné ženy, a proto i během svého těhotenství chodila pravidelně běhat. Probandky mají dostatečné informace o rizikových sportech v těhotenství a plně si uvědomují následky při zranění.

Výzkumným šetřením jsme zjišťovali výskyt rizikových faktorů u žen v těhotenství. Ženy jsou si plně vědomy následků pro plod při požití návykových látek, přesto během těhotenství vykazovaly známky rizikového chování. Některé v malém množství požívaly alkoholické nápoje, jiné během těhotenství pily kávu obsahující kofein. Jedna probandka během těhotenství kouřila cigarety. Všechny tyto ženy odůvodňovaly své chování malým množstvím požití látky. Shrnutím výsledků, je výskyt rizikových faktorů u žen v těhotenství velice častý.

Z výsledků výzkumného šetření bylo také zjištěno, jakým způsobem ženy získávají informace o přirozeném způsobu průběhu těhotenství. S touto otázkou se pojí i poslední výzkumná otázka která má za úkol zjistit, jestli je využívána edukační a poradenská činnost porodní asistentkou. V dnešní době lze předpokládat, že ženy si nejvíce informací o těhotenství našly z internetových zdrojů. Mimo internetových zdrojů respondentky získávají informace od kamarádek, svých matek, rodinných příslušníků či čerpají ze svého předchozího těhotenství. Pouze dvě probandky, jako zdroj informací uvedly předporodní kurzy. Další dvě získávají informace skrze přátelství s porodní asistentkou. Faktem, který je nutno zmínit je, že čtyři probandky mají již předporodní kurzy zaplacené, ale z důvodu krátkého trvání těhotenství zatím na předporodní kurzy nedocházejí. Dvě ženy návštěvu předporodních kurzů prozatím pouze zvažují. Žádné z dotazovaných žen nebyla v rámci prenatální poradny poradenská či edukační činnost

od porodní asistentky nabídnuta, tedy tyto činnosti nejsou využívány s výjimkou předporodních kurzů. Stále tedy jako hlavní zdroj informací převládají internetová fóra, webové stránky či sociální sítě s touto tematikou.

Ženy mají informace ohledně zdraví a zdravého životního stylu v těhotenství. Stále jsou ale oblasti, o kterých by potřebovaly získat více informací a uvědomit si tím následky, které z daného chování mohou nastat. Na tyto úkony je potřeba porodní asistentka, která poučí ženy o správném chování v těhotenství a podá potřebné informace o složkách sestavující zdravý životní styl v těhotenství.

Výsledky kvalitativního šetření mohou posloužit porodním asistentkám, jako návod ke zlepšení edukační a poradenské činnosti u těhotných žen.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BINDER, T., VAVŘINKOVÁ, B., 2011. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. Praha: Mladá fronta. 204 s. ISBN 9788020425188.
4. BOWDEN, J., TANNISOVÁ, A., 2010. *100 nejzdravějších jídel pro nastávající maminky: překvapivé a objektivní informace o potravinách, které byste měla v těhotenství jíst, ale nejspíš je nejíte*. Praha: Fortuna Libri. 319 s. ISBN 8073215233.
5. CLARK, N., 2014. *Sportovní výživa. 3., dopl. vyd.* Praha: Grada. 392 s. ISBN 978-80-247-4655-5.
6. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 8024732130.
7. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.
8. Češi se prý ve srovnání s jinými Evropany málo zajímají o své zdraví, 2015. [online]. Český rozhlas. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/cesi-se-pry-ve-srovnani-s-jinymi-evropany-malo-zajimaji-o-sve-zdravi--1521113.
9. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, a.s. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
10. DISMANN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

11. GAUDLOVÁ, G., 2015. *Běhání pro ženy*. Brno: Cpress. 160 s. ISBN 978-80-264-0851-2.
12. GILL, J., 2009. *Těhotenství*. Praha: Ottovo nakladatelství, Ottova encyklopedie do kapsy. 192 s. ISBN 978-80-7360-102-7.
13. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. ml., 2013. *Čekáme děťátko*. 2.vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
14. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. ml., 2013. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
15. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M. ml., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
16. GROSSHAUSER, M. 2015. *Sportovní výživa pro vegetariány a vegany*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5527-4.
17. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3.vyd. Praha: Grada. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
18. HAMANOVÁ, J., CSÉMY, L., 2010. Prenatální účinky alkoholu. *Československá pediatrie*. 65(10), s. 606-12. ISSN 0069-2328.
19. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vyd. Brno: Cpress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
20. HÖFER, S., SZÁSZ, N., 2010. *Jsem v tom!: rady pro nastávající maminky: těhotenství, porod a první dny s miminkem*. Praha: Jan Vašut. 304 s. ISBN 978-80-7236-735-1.
21. HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 293 s. ISBN 8073921294.
22. HOLČÍK, J. 2012. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí [online]. SOLUTIO: Informační server pro lékárny. [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

23. HOLMES, E., 2017. The impact of maternal smoking in pregnancy beyond birth [online]. *International Journal of Birth*. 5(1), 13-16 [cit. 2018-08-01]. ISSN 20540779. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=125595945&scope=site>
24. HOUROVÁ, M., GALAMBOŠOVÁ, V., 2015. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3666-2.
25. HRONEK, M., BAREŠOVÁ, H., 2012. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi. 151 s. ISBN 978-80-87250-20-4.
26. HRUBÁ, D., MALÍKOVÁ, E., 2002. Primární prevence v těhotenství. *Praktická gynekologie*. 6(4), 29-32. ISSN 1211-6645.
27. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
28. CHAN, R. et al., 2011. Maternal influences on nausea and vomiting in early pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 15(1), 122-7. ISSN 1092-7875.
29. JANÍKOVÁ, J., 2017. *Patologie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-271-0375-1.
30. JENKINS, G., 2004. Health concerns for the pregnant traveller [online]. *Practice Nurse*. 28(8), 40-5 [cit. 2018-06-15]. ISSN 09536612. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&an=15254306&scope=site>
31. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
32. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
33. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.

34. KLIMEŠOVÁ, I., 2016. *Základy sportovní výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 80 s. ISBN 978-80-244-4971-5.
35. KOBILKOVÁ, J. et al., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
36. KOSTIUK, P., 2013. Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci. *Farmi news*. [online]. 11(3), s. 6-7. [cit. 2018-07-10]. ISSN: 1214-5017.
37. KOTULÁN, J., 2002. Složky zdravého životního stylu. In: ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, s.19-20. ISBN 978-80-271-0470-3.
38. KUČERA, Z., 2015. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření [online]. *Státní zdravotní ústav*. [cit. 2017-02-05]. Dostupné:
http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.
39. KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
40. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 9788024757070.
41. LABUSOVÁ, E. et al., 2004. *Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením: informativní texty o přirozeném porodu doplněné autentickými porodními příběhy*. 2. vyd. Praha: Aperiio. 240 s. ISBN 80-7203-631-9.
42. LANTING, C., I., 2015. Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. *BMC Public Health* [online]. 15(1), 1-5 [cit. 2018-07-10]. DOI: 10.1186/s12889-015-2070-1. ISSN 14712458.
43. LEI HUO, L. et al., 2017. Maternal nutrition associated with nausea and vomiting during pregnancy: A prospective cohort China study. [online]. *Biomedical Research*

- (0970-938X). 28(10), 4543-8 [cit. 2018-08-01]. ISSN 0970938X. Dostupné: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=123606343&scope=site>
44. LÍBALOVÁ, Z., 2010. Sexualita v těhotenství a laktaci. In: WEISS, P., et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada, s. 295-304. ISBN 978-80-247-2492-8.
45. LOPEZ, A. et al., 2015. Emotional state of primigravid women with pregnancy susceptible to prolongation. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 92-101. ISSN 0120-5307.
46. MACH, I., 2012. *Doplňky stravy: jaké si vybrat při sportu i v každodenním životě*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-4353-0.
47. MACHOVÁ, J. et al., 2016. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
48. MANDŽUKOVÁ, J., 2008. *Výživa v těhotenství od A do Z*. Praha: Vyšehrad. 100 s. ISBN 9788070219515.
49. MAXOVÁ, K. et al., 2016. Farmakoterapie v období těhotenství. In: VACHEK, J., et al. *Farmakoterapie v těhotenství a při kojení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, s. 376. ISBN 978-80-7345-497-5.
50. Mezinárodní definice porodní asistentky, 2012. [online]. Normální porod. [cit. 2017-16-3]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/dokumenty/mezinarodni-definice-porodniasistentky>).
51. Mezinárodní definice porodní asistentky, © 2000-2018. [online]. [cit. 2018-11-7]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PA/DefinicePA.html>
52. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2002. Zdraví pro všechny v 21. století. Zdraví 21 – Cíle 1-9. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit.2017-02-05]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf&nazev=Zdrav%C3%AD%2021%20-%20Cile%201-9.pdf>.

53. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou? [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2018-29-3]. Dostupné z: 1url.cz/Rt3ee
54. MÜLLEROVÁ, D., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
55. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vyd. Praha: Galén. 524 s. ISBN 978-80-7492-214-5.
56. PASTOR, Z., 2012. Sex v těhotenství. In BEHINOVÁ, M. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, s. 72. ISBN 978-80-204-2816-5.
57. PINTOVÁ, K., KRAMEROVÁ, R., 2015. *Těhotná a fit*. Praha: Mladá fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-3347-3.
58. POKORNÁ, J. et al., 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: ERA. 136 s. ISBN 978-80-7366-136-6.
59. PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA, 2002. *Lékařské listy: Odborná příloha Zdravotnických novin*, č. 5, s. 32-3. ISSN 0044-1996.
60. PRŮCHA, J. et al., 2013. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
61. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
62. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
63. ROZTOČILOVÁ, S., Roztočil, A., 2017. Rehabilitace v těhotenství. In: ROZTOČIL, A. et al., *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 235-6. ISBN 978-80-247-5753-7.
64. SADEGHI, B. et al., 2018. Comparing the Effects of Progressive Muscle Relaxation and Physical Activity on Pregnant Women's General Health. *Iranian Journal of*

- Nursing* [online]. 23(4), 298-304. [cit. 2018-08-08]. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_54_17. ISSN 17359066.
65. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2. vyd.* Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-802-7102-143.
66. STACKEOVÁ, D., 2013. *Fitness manuál pro ženy.* Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4437-7.
67. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy. 2. vyd.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 274 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
68. SUCHÁNEK, P., 2015. Tuky v těhotenství a období kojení. [online]. *Ordinace*. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/tuky-v-tehotenstvi-a-obdobikojeni/>.
69. ŠIMŮNKOVÁ, M., VOJTÍŠKOVÁ, J., 2015. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. *Practicus*. č. 9, 34-5. ISSN 1213-871
70. ŠÍPEK, A., 2016. Program primární prevence vrozených vývojových vad. Vrozené vady [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.vrozene-vady.cz/primarni-prevence/>.
71. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele.* Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0470-3.
72. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2.vyd.* Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
73. TOŠNER, J., 2014. Celková životospráva a pracovní zařazení ženy v těhotenství. In: HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví. 3.vyd.* Praha: Grada, s. 579. ISBN 978-80-247-4529-9.
74. TRČA, S., 2009. *Plánované rodičovství – Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte.* Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978-80-247-2794-3.
75. Usnesení vlády České republiky č. 1046 [online]. 2002. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=7178&typ=application/pdf&nazev=Usnesen%C3%AD%20VI%C3%A1dy%20%C4%8D%201046.pdf>.

76. VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J., Kvalita života žen v období těhotenství: Studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. 14(3), s. 286-297. ISSN 1212-4117.
77. VAVŘINKOVÁ, B., 2016. Bojíme se drogově závislých těhotných žen? *Moderní gynekologie a porodnictví*. 24(1), 44-6. ISSN 1211-1058.
78. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T., 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. 128 s. ISBN 9788072548293.
79. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., ml., 2017. *Dítě od početí do puberty*. Praha: Triton. 443 s. ISBN 978-80-7553-148-3.
80. VORLOVÁ, K. et al., 2012. *Zdravé těhotenství: jedinečný rádce pro úspěšné otěhotnění, těhotenství, porod i šestinedělí: zdravá výživa, zdravé vaření, zdravé cvičení*. Brno: Babyonline. 100 s. ISBN 978-80-904216-3-9.
81. WALSH, J. et al., 2014. Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14(383). ISSN 1471-2393.
82. WEISS, P. et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
83. Wilhelmová, R., 2017. Role a postavení porodní asistentky [online]. [cit. 2018-5-6]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/.../Wilhelmová-Radka-Role-a-postavení-porodní-asistentky.pdf>
84. WILHELMOVÁ, R., HRUBÁ, D., 2014. Které ženy se připravují na své těhotenství a mateřství?. *Hygiena*. 59(4), 162-6. ISSN 1802-6281.
85. WILLIAMS, CH. D., 2008. *Nejrychlejší cesta k přirozenému početí*. Praha: Práh. 247 s. ISBN 978-80-7252-221-7.
86. ZÁHUMENSKÝ, J., 2012. Těhotenství ve zralém věku. In: BEHINOVÁ, M., *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, s.97. ISBN 978-80-204-2816-5.

87. Zdravotní gramotnost Čechů je pod evropským průměrem. V průzkumu uspělo jen 32 procent respondentů [online] 2015. *Hospodářské noviny* [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <http://domaci.ihned.cz/c1-64440760-zdravotni-gramotnost-cechu-je-pod-evropskym-prumerem-v-pruzkumu-uspelo-jen-32-procent-respondentu>.
88. Zdravotní gramotnost české populace je průměrná. *Zdravotnické noviny*, 2008, č. 49, s. 16. ISSN 1805-2355.
89. Žaloudíková, I., 2009. Zdraví a Zdravý životní styl. In: ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, s.19-20. ISBN 978-80-271-0470-3.

8 Přílohy

Seznam příloh: Příloha 1 Otázky k rozhovoru

Příloha 2 Seznam obrázků, tabulek a schémat

Příloha 1 Otázky rozhovoru s probandkami

1. OKRUH: IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY

- Po kolikáté jste těhotná?
- Kolik je Vám let?
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

2. OKRUH: PREKONCEPČNÍ PŘÍPRAVA NA TĚHOTENSTVÍ

- Bylo Vaše těhotenství plánované?
- Užívala jste nějaké vitamínové doplňky stravy před otěhotněním?
- Jaké změny jste udělala ve svém životě proto, abyste otěhotněla?

3. OKRUH: ŽIVOTNÍ STYL V TĚHOTENSTVÍ

- Co si představíte pod pojmem zdravý životní styl v těhotenství?
- Jaký styl stravování by žena v těhotenství měla dodržovat?
- Jaké jsou Vaše stravovací návyky během těhotenství?
- Užívala jste vitamínové doplňky stravy během těhotenství?
- Pijete během těhotenství alkoholové nápoje či kouříte?
- Jaký máte názor na rizikové faktory v těhotenství jako je kouření či alkohol?
- Provozovala jste sportovní aktivity během těhotenství?
- Měla jste pohlavní styk v těhotenství?
- Cestovala jste během v těhotenství?
- Chodila jste na předporodní kurzy v těhotenství?
- Od koho jste získávala informace ohledně těhotenství?

Příloha 2 Seznam grafů, tabulek a schémat

Obrázek 1 - Celková úroveň zdravotní gramotnosti v České republice

Obrázek 2 – Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví

Obrázek 3 – Porovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti v České republice a ve vybraných zemích Evropské unie

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

Schéma 1 – Kategorie a podkategorie

Schéma 2 – Podkategorie plánované těhotenství

Schéma 3 – Podkategorie změna životního stylu

Schéma 4 – Podkategorie vitaminové doplňky

Schéma 5 – Podkategorie pohybová aktivita

Schéma 6 – Podkategorie složky zdravého životního stylu

Schéma 7 – Podkategorie zdroj informací

Schéma 8 – Podkategorie předporodní kurzy

Schéma 9 – Podkategorie vitaminové doplňky

Schéma 10 – Podkategorie rizikové faktory

Schéma 11 – Podkategorie pohybová aktivita

Schéma 12 – Podkategorie cestování

9 Seznam zkratek

ČR – Česká republika

DM II. typu – Diabetes Mellitus II. typu

FAS – Fetální alkoholový syndrom

HAK – Hormonální antikoncepce

Kcal – Kilokalorie

Kg – Kilogram

ml – mililitr

Např. – například

NAS – Novorozenecký abstinční syndrom

PROM – Předčasný odtok vody plodové

Tzv. – Takzvaný

WHO – Světová zdravotnická organizace

μg – mikrogram