

VLIV ŽIVOTNÍHO STYLU TĚHOTNÝCH ŽEN NA PLOD A NOVOROZENCE

Bakalářská práce

LUCIE KRAJDLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA, O.P.S. V PRAZE

Prof. RNDr. Varvara Jechová, DrSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

ABSTRAKT

KRAJDLOVÁ, Lucie : Vliv životního stylu těhotných žen na plod a novorozence.

(Bakalářská práce)

Lucie Krajdlová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace : Bakalář v porodní asistenci

Školitel : Mgr. Miluše Kulhavá. Vysoká škola zdravotnická, Praha 2007.

Hlavním tématem bakalářské práce, je edukace žen, o správném životním stylu v těhotenství. Část teoretické práce pojednává především, o životním stylu a správné životosprávě. Dále se zabývám tím, jaká je příčina a výskyt obezity v těhotenství, kde se zaměřuji na komplikace, které ovlivňují reprodukční zdraví ženy. Důležitým prvkem, který je obsažen v teoretické části, je důsledek nadváhy a obezity pro plod a následně novorozence.

V empirické části práce zjišťuji, jak probíhá těhotenství a následný průběh porodu u náhodně vybraných 150 žen, které jsou rozděleny do tří skupin dle vypočítaného BMI (body mass indexu).

Klíčová slova : obezita těhotných žen, životní styl, nadváha, důsledky obezity, BMI, plod a novorozenec.

ABSTRACT

KRAJDLOVÁ, Lucie: The influence a lifestyle of pregnant women on the fetus and the new-born.

(Bachelor Essay)

Lucie Krajdlová: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze,

(Institute of Public Health Prague)

Degree of professional qualification: Bachelor of Maternity Assistance (care)

Tutor: Mrg. Miluše Kulhavá, Institute of Public Health Prague, Praha 2007

The main theme of the bachelor essay is an education of women about the right life style during pregnancy. The theoretical part deals mainly with the right lifestyle and the proper way of living. Further, I am concerned with the cause of obesity occurrence in pregnancy, where I target the complications, which have the impact on the reproductive health of woman. Very important element, that is mentioned in the theoretical part, is the efect of overweight and obesity on the fetus and consequently on the new born.

In the empirical part of this essay I investigate, how the pregnancy and the following phase of delivery run by 150 randomly selected women, which are divided into three groups according to the measured BMI (body mass index)

Key words : obesity of pregnant women, lifestyle, overweight, the impact of obesity, BMI, fetus and new born.

PŘEDMLUVA

Když jsem se rozhodovala, nad tématem své bakalářské práce, četla jsem v jedné odborné zdravotnické literatuře článek, že pokud žena, která se připravuje na těhotenství, dodržuje správnou životosprávu a vede kvalitní životní styl, tak je nejvíce pravděpodobné, že její průběh těhotenství a následně i samotný porod, bude probíhat bez komplikací a nebo rizik jak pro matku, tak i plod.

Téma své bakalářské práce : Vliv životního stylu těhotných žen na plod a novorozence, jsem si tedy vybrala z toho důvodu, protože si myslím, že životní styl těhotných žen, není v dnešní době úplně tak správný, jak by měl být. Proto bych tedy chtěla přispět, k lepší informovanosti žen o tom, jak by měl alespoň z části vypadat zdravý životní styl na počátku ale i v průběhu gravidity.

Jako prioritní prvek, který má negativní vliv na plod a následně na novorozence je obezita. Rozhodla jsem se psát tedy právě o tomto problému, protože si myslím, že se jedná o aktuální téma, vzhledem k narůstajícímu počtu obézních žen.

V empirické části práce jsem využívala porodnické dokumentace z Oblastní nemocnice Příbram, kde jsem vypisovala BMI (body mass index), u žen na úplném počátku těhotenství a sledovala s jakou váhou, do těhotenství vůbec vstupují. Dalším výzkumným prvkem, byly náhodně vybrané skupiny žen, již po porodu, které jsem si také rozdělila dle BMI do tří skupin (matky s nadváhou, obezitou a normální váhou) a porovnávala jejich průběh porodu, stav novorozence a dobu poporodní.

Účelem této práce je zjistit, jak probíhá porod u obézních žen a žen s nadváhou oproti maminkám s normální váhou. A zda má obezita opravdu vliv na průběh těhotenství, porodu a také na poporodní adaptaci plodu. Dalším důležitým bodem, je ale také zjistit, s jakou váhou ženy do těhotenství vstupují a zda jim obezita vůbec těhotenství umožní.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu práce :
prof. RNDr. Vervaře Jechové DrSc. za cenné rady, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce a také odborné poradkyni Mgr. Miluši Kulhavé za připomínky a pomoc, při psaní této práce.

Velké poděkování patří také mé rodině a příteli, za trpělivost a podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2008

Lucie Krajdlová

.....

Obsah

Úvod	8
1. Teoretická část	10
1.1 Životní styl těhotné ženy	10
1.2 Negativní faktory ovlivňující plod	10
1.3 Pozitivní postoje	12
1.4 Tělesná aktivita těhotných žen	12
1.4.1 Cvičení v těhotenství	13
1.4.2 Plavání v těhotenství	14
1.4.3 Relaxační cvičení	15
2. Obezita – problém dnešní doby	16
2.1 Příčina a výskyt obezity	17
2.2 Obezita jako základ, pro vznik řady patologických stavů ovlivňujících zdravotní stav ženy	17
3. Obezita jako faktor ovlivňující reprodukční zdraví	19
3.1 Obezita a její vliv na plodnost ženy	19
3.2 Rizika spojená s obezitou v těhotenství	20
3.3 Obezita a její následky pro plod	21
3.4 Obezita a šestinedělí	22
4. Jak obezitě předcházet	23
5. Gestační diabetes mellitus	24
5.1 Specifika péče o ženu diabetičku v těhotenství	25
5.1.1 Specifika péče v prvním trimestru	25
5.1.2 Specifika péče v druhém trimestru	26
5.1.3 Specifika péče ve třetím trimestru	26
5.1.4 Péče o rodící diabetičku	27
6. Životaspráva těhotné ženy	27
6.1 Zdravé stravování v těhotenství	29
6.1.1 Vitamíny	31
6.1.2 Bílkoviny	31

6.1.3	Sacharidy a tuky	32
6.1.4	Tekutiny	32
7.	Empirická část	34
7.1	Úvod do analyticko-empirického šetření	34
7.1.1	Cíle práce a hypotézy	34
7.1.2	Předmět analyticko-empirického šetření	36
7.1.3	Zpracování analyticko-empirického šetření	36
7.1.4	Vyhodnocení dat analyticko-empirického šetření	37
7.1.5	Vyhodnocení stanovených cílů	47
7.1.6	Vyhodnocení stanovených hypotéz	47
7.2	Závěr analyticko-empirického šetření	49
	Diskuse	50
	Závěr	51
	Seznam bibliografických odkazů	52
	Slovník odborných výrazů	55
	Seznam příloh	56

Úvod

Životní styl těhotných žen, byl publikován již v mnoha publikacích. Přesto si myslím, že se jedná o téma hodně zajímavé a důležité zároveň. Svou bakalářskou práci, kterou jsem nazvala: "Vliv životního stylu těhotných žen na plod a novorozence".

Rozhodla jsem se psát tuto práci z důvodu, protože si myslím, že budoucí maminky nemají až tak mnoho informací o tom, jak moc důležité je pro jejich plod, právě jejich životní styl a to nejen v těhotenství ale i před ním.

Ve chvíli kdy žena zjistí, že je těhotná, nastává nová epocha jejího života. Mateřství je pud velmi silný, není třeba se mu učit, přichází bez ohledu na okolnosti. Ale přesto žena která mateřství plánuje, by měla být seznámena s riziky které mohou ovlivnit její plod.

V teoretické části mé práce se tedy zaměřím na zdravý způsob žití během těhotenství ale také na rizika, které s nesprávným životním stylem mohou být spojena. V úvodních kapitolách všeobecně rozebírám negativní faktory, které mají nezdárný účinek pro matku a její plod. V další části se zaměřím na tělesnou aktivitu žen, která by měla být v době těhotenství nezbytnou součástí jejich volných chvil. Další podstatnou kapitolou je výskyt obezity v populaci těhotných žen. Jelikož se obezita stává aktuálním tématem, většinu mé práce směřuji právě na ni. Především popisuji, jaký má obezita vliv na plodnost žen. Popřípadě jaká rizika jsou s obezitou v těhotenství spojena. Také se samozřejmě zmíním o tom, jak obezitě předcházet. V závěru uvádím, jak by měla vypadat správná životospráva těhotných žen ale také poučení, čemu se v těhotenství raději vyhnout.

V analyticko-empirické části nejprve provádím šetření u jednoho sta těhotných žen, které jsou v I.trimestru těhotenství. Snažím se zjistit, dle jejich hodnot BMI (body mass indexu) s jakou váhou do těhotenství vstupují. Dalším mým úkolem bylo zjistit, jak probíhá těhotenství a porod u žen s nadváhou či obezitou, oproti ženám s normální váhou. Podotýkám že hodnoty byly zaokrouhleny na celá čísla a byly hodnoceny dle

tabulky BMI. Využila jsem tedy porodnické dokumentace a zpracovala analýzu u žen, které byly již po porodu. Náhodně vybrané skupiny žen, jsem rozdělila do tří skupin (ženy s nadváhou, obezita a ženy s normální vahou) a porovnávala jejich průběh porodu, stav novorozence a dobu poporodní.

Cílem této práce je zjistit, s jakou vahou ženy do těhotenství vstupují. A dalším z mých cílů je vyhodnocení získaných dat, za účelem zjistit, jaký má obezita vliv na průběh porodu, poporodní adaptaci novorozenců a průběh šestinedělí.

1. Teoretická část

1.1 Životní styl těhotné ženy

Význam životního stylu pro těhotnou a budoucí matku, bývá jak přeceňován tak podceňován.

O životním stylu v souvislosti s těhotenstvím se totiž buď mlčí, anebo často nepřiměřeně moralizuje. Jak tomu v životě bývá, pravda leží někde uprostřed. Plánování těhotenství je ideální dobou k posouzení životního stylu, k odstranění či omezení nezdravých návyků a také zároveň optimální dobou k případným změnám, protože měnit každodenní návyky až v těhotenství je obtížné a často bývá i pozdě. Vývoj dítěte bývá nejvíce negativně ovlivňován během prvních týdnů po početí, zejména v době kdy žena ještě mnohdy netuší, že je těhotná. Proto by se měla budoucí maminka udržovat v kondici, zdravě jíst a vyvarovat se alkoholu, kouření a jiných návykových látek.

Žena by se měla zaměřit na vyváženou stravu, jíst dostatek vitamínů, živin a měla by se pokusit přiblížit běžně doporučené tělesné hmotnosti. Zda váha maminky odpovídá normě, si každá žena může odvodit, dle vypočítaného indexu tělesné hmotnosti neboli tzv. BMI - body mass indexu. (tab.č.1, viz příloha). Ideální váha je taková, která neohrožuje zdraví a průběh těhotenství u každé matky. A to by si ženy plánující těhotenství, měly uvědomit. (*Pařízek A., 2005, s. 26 - 27*)

1.2 Negativní faktory ovlivňující plod

Mezi negativní faktory řadíme takové, které zdraví neprospívají, nebo mu přímo škodí.

Jedná se např. o nedostatečný pohyb, nadměrné přejídání, nesprávný režim celého dne, nedostatek spánku, dále užívání drog, pití alkoholu, kouření a jiné škodlivé návyky a zlovyky, které nejen že ohrožují život jedince ale v případě u těhotné ženy mají

nezdárný dopad i na její plod. Vývoj dítěte bývá nejvíce negativně ovlivňován během prvních týdnů po početí, zejména v době, kdy žena ještě mnohdy netuší, že je těhotná.

Ve stravě je to především převaha tuků a sacharidů, přejídání, nedostatečná pohybová aktivita a stres. Ovšem nejen převaha tuků v těle ženy sebou přináší rizika pro plod. Ženy s podváhou které mají BMI méně jak 18,5 ale také nepřipravují svému dítěti velmi příznivé podmínky, pro dobrý průběh těhotenství. Dokonce i ony samy jsou ohroženy, jelikož jejich tělo si během těhotenství bude odebírat mnohem více energie než obvykle.

Negativní faktory ovlivňují prenatální i postnatální vývoj, jsou to veškeré vlivy procházející organismem matky, představují primární prostředí plodu. V této fázi se mohou představit i teratogenní vlivy, které poškozují plod. Teratogenní faktory, mohou být jak fyzikální, chemické tak i biologické, které mechanicky poškozují plod. Mezi tyto faktory patří kontraindikované léky v těhotenství, dále omezení toho, co pro matku předtím bylo zcela běžné, tedy např. chodit do zakouřených prostor, návštěva klubů nebo barů by se měla zcela omezit. A co se týká správného jídelníčku, o kterém se dále zmíníme a který hraje také velkou roli v životě těhotné ženy, rozhodně by měla omezit přísun nejrůznějších mastných uzenin.

Míra účinku, závisí na vývojovém období, v němž na plod působí, na délce trvání a na dávce činidla. Účinek je nejzávažnější v prvním trimestru, později se míra rizika snižuje. Podněty z prostředí určité kvality, jsou pro zdárný psychický vývoj a rozvoj jedince nezbytný. Pokud potřebnou kvalitu prostředí plod nemá, nebo nepůsobí v přiměřené míře, může být psychický vývoj narušen. (*Macků F., 1998,*)

Mezi další negativní faktor, který narušuje určitým způsobem průběh těhotenství může být i stres. Stres matky ovlivňuje její hormonální rovnováhu, což negativně působí na vyvíjející se plod. V pozdějším věku je u dětí, které byly tomuto zvýšenému riziku v prenatálním období vystaveny, vyšší pravděpodobnost vzniku schizofrenie, poruch chování, deprese a dalších chorob. Vystavení mateřskému stresu, může být

spojeno s abnormalitami ve vývoji mozku. Autoři této analýzy z lékařského centra univerzity v nizozemském Utrechtu, kteří se tímto studiem zabývali, zjistili že tyto odchylky mohou výrazně působit na pozdější chování dítěte.

(*Psychologie dnes*, 3/1998)

1.3 Pozitivní postoje

Jsou všeobecně takové, které zdraví udržují a posilují. Zahrnují především pozitivní postoj k životu, zdraví a jeho ochraně, s osobní odpovědností jedince za vlastní zdraví. Z toho postoje plyne pak dodržování určitých návyků.

Strava a stravovací návyky mají zajišťovat vyvážený příjem a výdej energie. Strava má být pestrá a hodnotná, v množství, které odpovídá potřebám pro život, růst a vývoj i pro práci a jiné aktivity.

Mezi další pozitivní postoj patří samozřejmě i přímé posilování zdraví, tím se myslí zvyšování obranyschopnosti a odolnosti formou nespecifickou - otužování, přiměřená sportovní aktivita i specifickou - očkování.

1.4 Tělesná aktivita těhotných žen

Fyzická a psychická kondice a zdraví ženy - obojí je velmi důležitým předpokladem zdárného vývoje plodu, dobrého průběhu těhotenství a porodu. Pro dobrý vývoj zárodku a plodu, prochází ženský organismus složitými změnami během těhotenství a žena se musí vyrovnat s nároky, které na ni porod klade. Samozřejmě i v tomto případě, může pomáhat přírodě svým životním stylem, správnou výživou, harmonickým rozdělením práce a odpočinkem až po náplň volného času s dostatečným množstvím pohybu a také cíleným cvičením. (obr.č.1, viz příloha)

Udržení aktivit v těhotenství je velmi důležité. Přiměřená tělesná aktivita nemá žádné negativní účinky na plod ani na matku. Ženy, které byly zvyklé cvičit, by v tom měly pokračovat i během těhotenství. A ženy které necvičí, by měly začít.

Pravidelným cvičením, po celou dobu těhotenství, získávají ženy zkušenosti, které jim pomáhají zvládnout přípravu na samotný porod. (obr.č.2, viz příloha)

Měly by se ale vyvarovat jakémukoliv nepříjemnému pohybu nebo prudkému pohybu. Mezi další omezení jistě patří poloha v leže na zádech, jelikož tato poloha může bránit přívodu krve k plodu. Nejlepším cvičením pro těhotné je většinou prostá chůze, nebo plavání v neznečištěné vodě.

1.4.1 Cvičení v těhotenství

Záměrem cvičení v těhotenství je udržení organismu budoucí maminky v co nejlepší fyzické a psychické kondici. Dále by budoucí maminky měly posilovat svalové skupiny důležité pro porod a připravovat se také na péči o dítě. Cviky pro správné držení těla a správné dýchání mají přispět k dobrému průběhu porodu. Vhodně zvolené cviky odstraní obtíže vyvolané jednostrannou zátěží některých svalových skupin a napomáhají zvýšit prokrvení dolních končetin a malé pánve. Dalším cenným efektem je také posílení sebevědomí a dosažení klidu z pocitu aktivity. Duševní aktivita snižuje sklon napětí a zvyšuje schopnost tělesné i duševní relaxace. (*Dumoulin CH., 2006*)

Těhotná musí při cvičení dodržovat podmínky, jako jsou:

- Každodenní cvičení provádět v klidném tempu
- Cvičit na pevné podložce
- Po celou dobu cvičení pravidelně dýchat
- Zanechat cvičení ihned poté, dostaví-li se pocit únavy
- Držet vždy vzpřímená záda a nebo se alespoň opírat o stěnu nebo polštář

Těhotenské cvičení je v poslední době velmi populární a nabízejí je ženská studia v každém větším městě. Jde o speciální pomalé cvičení, které podporuje určitě svalové skupiny, jedná se hlavně o cviky na posílení svalů pánevního dna, které hrají u porodu důležitou roli. Když je maminka posiluje, porod by měl proběhnout snáze. Na kurzech se běžně trénuje technika dýchání i tlačení. Provádějí se také rehabilitační cviky, které zmírňují bolest nebo otoky nohou. (*Mikulandová M., 2004*)

1.4.2 Plavání v těhotenství

Plavání a cvičení těhotných žen ve vodě, doplňuje přípravu ženy na porod. Je to vhodná i příjemná terapie pro těhotné ženy, při které dochází k uvolňování celého těla, k dechové i psychické přípravě ženy k porodu. Voda ulevuje ženám od bolesti zad a kloubů. Svalstvo se uvolňuje, dech se prohlubuje, organismus přijímá více kyslíku, což prospívá matce i plodu. Při této aktivitě dochází ke zvýšenému vylučování kortikoidů v těle matky, což má za účinek dozrání plicní tkáně plodu. Navíc také navozuje pohodu maminek a nepřetěžuje organismus.

Výhody :

- masážní efekt při působení vody na povrch těla
- Fyzické a psychické uvolnění
- zcela úplné odlehčení kloubu a páteře
- minimální ztráta tekutin a minerálu potem
- tonizuje žilní systém – částečná prevence tvorby varixů a hemeroidů
- jediná možnost využití polohy na břicho

Plavání je druh pohybu, který mohou ženy takřka bez obav praktikovat po celou dobu gravidity. Je nutné si však dávat pozor na to, kde se maminka koupe. V přírodních nádržích jsou hlavně na konci léta rozmnožené bakterie a mikroorganismy, které jsou zdrojem infekce. Koupání v moři je ale bezpečné. Voda v něm se neustále obměňuje a její slanost je zárukou toho, že v ní nebudou bakterie. Výhodou pobytu ve vodě je to, že tělo je nadlehčováno, což je pro ženy s břichem velká úleva. (obr.č.3, viz příloha)

1.4.3 Relaxační cvičení

Relaxační cvičení má za úkol uvolnit napětí jak svalové tak i psychické, je spojeno s nácvikem pravidelného dýchání, s hlubokým nádechem. Relaxační technika je pro těhotnou velmi vhodná, spočívá především v uvolňování jednotlivých částí těla v určitém sledu.

Těhotná buď sedí na židli, leží na lůžku, nebo s roznoženýma nohama sedí na podlaze s vzpřímenými zády. Budoucí maminku relaxace naučí sebeovládání a kontrolu nad sebou i v nejvíce psychicky zátěžových situacích. Relaxace spočívá v tom, že si matka najde chvíli kdy nebude rušena okolím, zavře oči a pokusí se zbavit všech nepříjemných myšlenek, úzkostí a starostí. Nechá si hlavou procházet jen příjemné myšlenky.

Pro ženu v těhotenství, je relaxace příjemnou metodou jak zklidnit svůj organismus a odpočinout si od stále vzrůstající námahy spojené s narůstající hmotností, ale také si uvědomit malého človíčka, vyrůstajícího v jejím těle a navázat s ním blízký kontakt. Při relaxaci je velmi vhodné využít hudbu, matka prohloubí své myšlenky a hlavně na hudbu příjemně reaguje i plod. Styl jakou hudbu matka zvolí, záleží na její konkrétní náladě a také na tom, jakému stylu je více nakloněna. Ale určitě by měla myslet na to aby melodie nenavozovala opak, než to čeho chceme dosáhnout. Tedy dosáhnout klidné atmosféry jak pro maminku tak i její dítě. (*Macků F., 1998, s.103-104*)

2. Obezita – problém dnešní doby

Obezita je ve většině literatury uváděná jako nemoc dvacátého století. Nadváhou či přímo obezitou, trpí v Evropské unii 200 milionů dospělých. Každoročně přibývá v Evropě kolem 400 tisíc obézních dětí školního věku a v České republice je každý čtvrtý obyvatel starší 15-ti let obézní. Překvapující zprávou ovšem je, že česká republika je na druhém místě v Evropské Unii, co se týče obezity a nadváhy.

Tab. č. 1 Obezita v EU

Zdroj: I. konference Masarykovy univerzity v Brně, (obezita) 2006

Obezita v EU	Muži	Ženy
1. Řecko	29 %	28 %
2. ČR	22 %	26 %
3. VB	22 %	23,5 %

Obezita je syndrom, charakterizovaný jako stav nadměrného zvýšení energetických zásob, uložených především ve formě neutrálních tuků (triacylglycerolů), v tukové tkáni organismu. Proč tedy dochází k obezitě? Tento stav je výsledkem pozitivní energetické bilance, která způsobí převahu procesů vytvářejících tuky nad procesy uvolňující tuky. Zvýšené ukládání tuků vede ke zmnožení a i zvětšení tukových buněk (adipocytů). Ke změnám tělesné hmotnosti dochází vlivem růstu, nebo úbytku tukové tkáně, vlivem zmnožení nebo odbourání hmoty svalstva nebo orgánů a vlivem poruch vodní bilance.(www.medicina.cz)

Období těhotenství a laktace patří mezi riziková období pro vznik obezity. Nadváha zvyšuje během gravidity riziko, pro vznik diabetu, hypertenze, potřeby císařského řezu a vyšší perinatální mortality. Dále studie také ukázaly, že obézní matky rodí děti s vysokou porodní hmotností. (*Kapeller, K., 1991*)

Ženy trpící nadváhou, mají v těhotenství přibrat na váze o něco méně než ženy s normální tělesnou hmotností (tj. hmotnostní přírůstek má být asi 7-11 kg). Pokusy o redukci váhy v těhotenství jsou však kontraindikovány. Musí být zachován minimální příjem energie a to asi 6720 kJ denně.

2.1 Příčina a výskyt obezity

Současný životní styl většiny lidí ve vyvinutých zemích se vyznačuje nedostatkem tělesné práce a nadbytkem velmi snadno dostupných energeticky bohatých potravin. To všechno ale ovlivňuje jejich zdravotní stav.

Výskyt obezity v celém světě ovlivňuje několik faktorů: pohlaví (ženy jsou 3-6 % častěji obézní než muži), věk, etnické vlivy, životní prostředí, období kdy člověk přestane kouřit, dietní zvyklosti a omezení fyzické aktivity a genetika. Hlavní příčinou však pro vznik obezity stále zůstávají nezdravé stravovací návyky, stravování v nevhodnou dobu (např. dlouho v noci) a výběr nevhodné stravy. (*Rážová L.,2/2004*)

2.2 Obezita jako základ pro vznik řady patologických stavů, ovlivňujících zdravotní stav ženy

Obezita jako taková, zhoršuje zdravotní stav a kvalitu života každé ženy. Klinické a epidemiologické studie ukázaly, že zdravotní rizika způsobené obezitou, klesají již po nevelkém poklesu hmotnosti například již kolem 5-10 % .

Po kouření, představuje obezita druhou nejvýznamnější příčinu úmrtí, které lze předcházet adekvátní prevencí. Navíc s obezitou souvisí i výskyt řady kardiovaskulárních, metabolických, gastroenterologických , pohybových i nádorových onemocnění. Zdravotní komplikace u obezity způsobují častěji nemocnost.

(*Hainer V., 2003*)

Mezi další komplikace, které může sebou obezita přinášet, je výskyt hypertenze (vysoký krevní tlak) a nebo následná preeklampsie ženy. Obézní ženy provází poměrně často, esenciální varianta hypertenze (vznikla náhle, primární forma), (obr.č.4, viz příloha).

Průběh esenciální hypertenze je pozvolný a také tomu odpovídá pozdní nástup zjevných patologicko – anatomických změn na cévách. Často se objevuje v první polovině gravidity.

Komplikace a důsledky esenciální hypertenze : u matky – abrupce placenty, potrat nebo předčasný porod, hypertenzní krize (náhlý a prudký vzestup krevního tlaku, doprovázeno bolestmi hlavy), ICHS (nedokrevnost srdečního svalu).

U plodu : zvýšená perinatální morbidita a mortalita, hypertenze u novorozence. Komplikace u plodu, závisí na závažnosti esenciální hypertenze a na eventuálních komplikacích u matky. Riziko komplikací pro plod, je podobné nebo jen o málo vyšší než při fyziologickém těhotenství.

Kdy ukončit těhotenství u esenciální hypertenze?

Příznaky indikující ukončení těhotenství jsou :

- hypertenzní krize, je-li plod životaschopný
- plicní edém
- hypotrofie plodu (malý plod)

Léčba je medikamentózní a nemusí být zpravidla tak intenzivní jako u preeklampsie, bez léčby lze tolerovat systolický tlak do 150 mmHg, diastolický do 100 mmHg, ovšem pokud vyloučíme proteinurii. (*Janků K., 1998, s.104-106*)

3. Obezita jako faktor ovlivňující reprodukční zdraví

Neschopnost počít dítě má mnoho příčin a jednou z nich je také nadváha nebo obezita ženy. Další faktory se týkají především současného životního stylu. Nejenom věk, kdy se ženy rozhodnou mít dítě, snadná dostupnost antikoncepce, stres, užívání drog a léků kontraindikovaných v těhotenství, alkoholismus a kuřáctví ale také znečištěné životní prostředí. To vše s problematikou neplodnosti souvisí.

Obezita tedy může být jedna z mála příčin neplodnosti ženy a nebo působí komplikace při početí. Podle výzkumů ženy trpící obezitou, mají větší problémy než ženy s normální váhou. Obezita totiž negativně ovlivňuje hladinu reprodukčních hormonů, což má vliv na ovulaci, početí a ranný vývoj plodu v děloze.

Zatím co tělo ženy, s nižší než doporučenou váhou podle Body Mass Indexu (BMI) nemusí být energeticky a výživově na těhotenství a následné kojení dostatečně připraveno, žena s vyšší než normální hmotností podle BMI má sice šanci dítě energeticky zabezpečit ale během gravidity se mohou objevit komplikace, související s rychlým nárůstem hmotnosti, ohrožující matku například přílišnou zátěží kloubů, dechovými potížemi, hypertenzí nebo diabetem. Protože se tělo přirozeně brání těhotenství, pokud na ně není z nějakého důvodu připraveno, ve skutečnosti je vysoká hmotnost ženy pro početí dítěte riziková. (*Breeckwold M., 1997*)

3.1 Obezita a její vliv na plodnost ženy

Rizikové období, pro rozvoj obezity, je u dívek v čase dospívání, u žen pak v těhotenství a následně v období po porodu. Obezita může být příčinou celé řady gynekologických poruch a onemocnění. Může například způsobovat poruchy menstruačního cyklu, neplodnost či pokles dělohy. Obézní ženy také častěji trpí gynekologickými infekcemi a užívají více antimikrobiálních léků.

Obezitu také často provází řada poruch reprodukce. Mezi nejčastější patří, poruchy menstruačního cyklu, infertilita, vznik potratů, preeklampsie i eklampsie (život

ohrožující předporodní stav), těhotenská hypertenze, gestační diabetes, který může poškodit plod, z důvodu vysoké hladiny krevního cukru.

S obezitou je spojena většina dalších gynekologických patologií, které mají dále vliv na plodnost ženy. Jednou z mnoha komplikací, může být nádorové onemocnění endometria. Jsou to právě obézní ženy které mají k této chorobě větší sklon. Přibližně 70 – 90 % pacientek s karcinomem endometria, je obézních a trpí přidruženými chorobami, jako např. diabetes mellitus 2.typu, hypertenze, srdeční a plicní onemocnění.

Tyto ženy tedy vyžadují komplexní lékařský přístup. Několik epidemiologických studií, spojuje obezitu se zvýšeným rizikem úmrtí, z jakýchkoli příčin. Ženy s BMI nad 40, mají o 60 % vyšší riziko úmrtí, na všechny typy nádorových onemocnění, než ženy s normální váhou. Obézní ženy, které již prodělaly karcinom endometria a které zároveň trpí diabetem, mají větší riziko recidivy. (*Rob L., 1/2008*)

V České republice trpí nadváhou asi 50 % žen, které patrně netuší, že obezita v některých případech může navodit tzv. syndrom polycystických ovarií. Tento syndrom brání početí a přispívá k poruchám menstruačního cyklu. Léčba je celkem snadná, spočívá především v redukci váhy ženy a dále pak nastupuje hormonální léčba. (*Rob L., 1/2008*)

3.2 Rizika spojená s obezitou v těhotenství

Faktorů které ovlivňují výsledek početí je mnoho, zařadit mezi ně můžeme jak způsob života, medikaci, tak i životní prostředí ve kterém žena žije. Tomu aby se plod uchránil a aby těhotenství skončilo zdárným výsledkem, tedy porodem zdravého miminka, nám pomáhá tzv. prekoncepční péče. (pre = před, koncepce = početí) Úkolem prekoncepční péče, je odhalit rizika, která by negativně mohla ovlivnit těhotenství. Mezi tyto úkoly řadíme: přizpůsobit výživu, správně načasovat pravidelné očkování mimo těhotenství, upravit užívání léků při chronickém onemocnění, včas vyléčit vzniklá zánětlivá onemocnění a stabilizovat stávající choroby matky, spolu

s jejich odhalením. Vysoký krevní tlak, cukrovka, srdeční choroby, onemocnění ledvin atd., by mohly ohrozit jak matku, tak i plod a průběh celého těhotenství. Mezi největší rizikové faktory, které sebou obezita přináší, je hypertenze, diabetes mellitus nebo preeklampsie (onemocnění které vede u ženy ke zvýšenému krevnímu tlaku a vylučování bílkoviny do moče).

3.3 Obezita a její následky pro plod

Obezita nastávající matky v mnohém ovlivňuje budoucnost jejího dítěte! Obezita, s níž bojuje poměrně velká část naší populace, patří k vysoce rizikovým faktorům. Obezita matky, zvyšuje nebezpečí vzniku defektů neurální trubice plodu, děti mohou trpět nemocemi spojenými s vysokým tlakem, cukrovkou, častěji také musí být takové těhotenství ukončeno císařským řezem. Novorozenci obézních matek mohou mít nižší skóre dle APGAROVÉ (vyšetření které nám ukazuje jak dítě prospívá v prvních 10 min po porodu, sleduje se, dýchání, srdeční akce, svalové napětí, barva kůže a reakce na podráždění), (tab. č. 2, viz příloha) dále se novorozenci častěji přijímají na neonatologickou jednotku intenzivní péče a vyžadují náročnější péči ihned po narození. (obr. č. 5, viz příloha)

(*Betyňka, 3/2007, s.8*)

Obézním ženám, které přijdou do jiného stavu, se rodí děti s různými defekty mnohem častěji, než ženám s normální tělesnou hmotností. Původní výzkumy ukazovaly pouze na zvýšená rizika poruch mozku a míchy. Nová zjištění rozšiřují riziko poškození i na jiné orgány. Pravděpodobnost narušení plodu přitom není omezena, jen na plně rozvinutou obezitu, tyto rizika mohou být spojená i s nadváhou matky.

Za příčinu negativního dopadu nadměrné hmotnosti matek na zdraví plodu, se považují některé metabolické maladaptace, vyvolané nadměrným nahromaděním tuku v těle, které mohou negativně působit na vývoj embrya. Některé obézní matky mohou mít nediodagnostikovaný syndrom nebo diabetes mellitus, tedy stavy, které prokazatelně zvyšují riziko defektů plodu. (*Keller U., 1993*)

U žen, které jsou v době početí obézní, je prokazatelně třikrát vyšší výskyt porodu plodu se spina bifida (porucha, při níž nedojde k plnému vývoji některých obratlů páteře) a dvojnásobný výskyt porodu dítěte s vrozenou srdeční vadou v porovnání s matkami s optimální tělesnou hmotností. (*Keller U., 1993*)

3.4 Obezita a šestinedělí

Šestinedělí je období bezprostředně po porodu, kdy mizí téměř všechny změny, které v těhotenství nastaly. Toto období zahrnuje:

- hojení porodního poranění
- obnovení menstruačního cyklu
- rozvoj laktace, nebo jeho zástava
- cvičení v šestinedělí

U obézních žen, může mít období šestinedělí jiný průběh než u jiných žen s normální váhou (18,5 – 24,9). Hojení porodního poranění může být zdlouhavé, jizva po nástřihu nebo abdominální jizva se mohou hojit komplikovaně. Obézní žena by tedy měla dbát na dostatečné větrání a sprchování rány.

Samozřejmě i váhu by si žena měla zredukovat a se cvičením začít včas. Po normálním průběhu porodu, mohou šestinedělky se cvičením začít ihned, pokud jim to jejich stav dovolí, tedy není-li žena po císařském řezu, a nebo byla-li provedena vydatná episiotomie. Tělesným cvičením zlepšíme krevní oběh a posílíme celkově svaly. Účelným cvičením a uvolňováním stěny břišní, se břišní lis, vrátí do původního stavu.

Obézní ženy, mohou mít problémy s kojením! Vědci zjistili, že citlivost mléčné tkáně, vůči prolaktinu v prvním týdnu po porodu je velmi malá u obézních matek. Což znamená, že většina obézních žen, často vůbec nekojí.

Důležité je ale vědět, že obézní ženy potřebují větší péči a odborný dohled, aby se jejich kojení mohlo rozběhnout. Není tedy zcela vyloučené že by se laktace zastavila úplně, ale potíže mohou nastat. ([http:// hanakova-gynekologie](http://hanakova-gynekologie))

4. Jak obezitě předcházet ?

Znát svoje tělo je základem pro správné zacházení s ním a pro radost a spokojený život.

Pohybem a zvýšenou tělesnou aktivitou, docílíme zvýšeného spalování tuků a úpravou jídelníčku a stravovacích návyků, pak můžeme snížit energetický příjem.

Obezita představuje v naší zemi problémy jednak s ohledem na její závažné negativní důsledky a dále s ohledem na velké množství lidí, které postihuje.

A jako u většiny nemocných je snadnější nemoci předcházet, než ji léčit.

Obezitě u těhotných můžeme předcházet třemi způsoby. Nejvíce zanedbaná je podle mého názoru primární prevence, což znamená že by se nemělo vůbec dopustit aby obezita vznikla, nebo se rozvinula. U žen je nejdůležitější zaměřit se na sledování své hmotnosti před a v období těhotenství a po porodu. Většinou je nutné věnovat pozornost životnímu stylu, především v případech, když se obezita vyskytne u rodičů nebo sourozenců.

Sekundární prevencí rozumíme, vyhledávání obézních žen, např. mezi dětmi předškolního a školního věku, nebo v řadě studentů a lidí kteří mají sedavé zaměstnání. Touto prevencí, by měli být zachyceni jedinci s nadváhou, aby nedošlo k tomu, že se rozvine obezita v plné šíři.

Terciální prevencí rozumíme již samostatnou léčbu obezity u ženy, která plánuje těhotenství. S léčbou je třeba začít včas a postupně změnit své psychické i sociální poměry a uvědomit si, že je třeba změnit svůj životní styl a ne jen na čas přerušit své zlozvyky. Kromě toho mladý člověk si svou životosprávu upraví rychle a snadno, jen musí mít pevnou vůli a musí chtít svůj život změnit. (*Svačina Š., 2008*)

5. Gestační Diabetes Mellitus

GDM neboli těhotenská cukrovka, se většinou objevuje po 15 týdnu těhotenství. Metabolická zátěž v těhotenství spolu s růstem plodu a placenty mohou vést k poruše tolerance sacharidů různého stupně, která je poprvé diagnostikována v těhotenství a po porodu mizí. Z hlediska prognózy těhotenství je GDM zálučné onemocnění, které může zůstat dlouho utajeno, proto je nutné po něm pátrat. Jeho vliv na organismus ženy a plodu se neliší od neléčeného manifestního diabetu. (*Jeklová A., 2004, s. 39-40*)

Rizikové skupiny žen pro vznik gestačního diabetu:

- Obezita
- Diabetes v předchozím těhotenství
- Výskyt diabetu v rodině
- Hypertenze
- Porod plodu na 4000 g
- Dva a více spontánních potratů v anamnéze

Gestační diabetes mellitus se většinou zjistí při tzv. zátěžovém testu (screening poruch glukózového metabolismu OGTT), který by se měl provádět automaticky, u každé těhotné maminky.

Kdo je k těhotenské cukrovce náchylnější?

Bohužel dnes je těhotných žen s GDM více než dříve. Je to i tím, že se neustále zvyšuje jeden ze základních předpokladů ke vzniku GDM a to právě počet obézních žen. Nedostatek pohybu, nevyvážená výživa, stres, to vše může být příčinou vzestupu cukrovky. Těhotenská cukrovka je častější u maminek, u nichž se vyskytuje i v rodině. Ve vzniku této patologie hrají značnou roli také hormonální změny, kterými každá těhotná žena prochází. (*Pařízek A., 2005, s. 124*)

Rizika pro matku a dítě

Rizika pro dítě jsou vyšší v případě, že se cukrovka objeví už v začátku těhotenství. Pokud by nebyla nemoc včas kompenzovaná (včas léčena) , hrozí samovolný potrat, vývojové vady dítěte, makrosomie nebo nezralost plodu. Narozené děti mají často potíže s poporodní adaptací, nemají dokonale vyztárou plicní tkáň a častěji jim hrozí hypoglykémie.

Tomu však lze docela snadno předejít. Pokud maminky budou pravidelně navštěvovat diabetologickou poradnu, kde se bude sledovat jejich hodnota glykémie. S postupujícím těhotenstvím se totiž tolerance k cukru zhoršuje. Maminky by si měly dávat pozor především na svou váhu, jelikož vztah obezity a cukrovky je ověřený. Lidé kteří onemocní cukrovkou, mají tendenci tloustnout a naopak obézní člověk s velkou pravděpodobností cukrovkou onemocní.

(*Pařízek A., 2005, s.124-125*)

5.1 Specifika péče o ženu diabetičku v těhotenství

Péče o těhotnou diabetičku v prenatální poradně, vyžaduje úzkou spolupráci gynekologa – porodníka s diabetologem a internistou. Tuto spolupráci nejlépe splňují poradny terciální úrovně, které se specializují na diabetes mellitus v graviditě.

(*Jeklová A., 2004, s.42*)

5.1.1 Specifika péče v prvním trimestru

Ženy s diabetem jsou nuceny v souvislosti s těhotenstvím změnit odpovídajícím způsobem svůj režim. Dietu je potřeba přizpůsobit těhotenství. Jídelníček co do kvality, kvantity i času musí být naplánován tak, aby nedocházelo k prudkým výkyvům hladiny krevního cukru a aby plod měl stálý přísun živin. Celkový příjem energie musí být

takový, aby žena nepřibrala v těhotenství na hmotnosti více než 10 – 12 kg. Pokud žena trpí v těhotenství obezitou, redukční dieta pro ni není vhodná.

Pro hodnocení stavu plodu je v prvním trimestru velmi důležité ultrazvukové vyšetření mezi 10. – 12. týdnem gravidity, které by mělo odhalit velké kongenitální anomálie (vrozené vady) a co nejpřesněji určit gestační stáří plodu.

Frekvence kontrol těhotných diabetiček v prvním trimestru je individuální, doporučuje se ale sledovat ženu jedenkrát za 2 – 4 týdny podle stavu a potřeby.

(*Jeklová A., 2004, s.43*)

5.1.2 Specifika péče v druhém trimestru

Ve druhém trimestru mezi 15. – 18. týdnem těhotenství se u ženy provádí genetický screening na VVV (vrozené vývojové vady), vyšetřuje se hladina AFP (alfa – fetoproteinů) , jejíž hladiny bývají u diabetiček mírně sniženy. Proto se také musí upravovat normy pro diabetická těhotenství. Pokud výsledek vyšetření ukáže podezření na přítomnost vrozené vývojové vady, je nutné dále provést ultrazvukové vyšetření -UZ a amniocentézu.

Ve druhém trimestru se pátrá také po cévních komplikacích diabetu u těhotných s GDM, kde vzrůstá riziko vzniku. Často a pravidelně se ženě měří krevní tlak.

Častěji se také objevují typické tzv. malé komplikace jako vaginální mykózy, infekce močových cest a pálení žáhy.

5.1.3 Specifika péče v třetím trimestru

V posledním trimestru je dobré ženu sledovat od 30. – 34. týdne jedenkrát v týdnu. Pokud je žena metabolicky kompenzovaná a porodnický nález je fyziologický, může zůstat v péči prenatální poradny přibližně do 36. týdne těhotenství. Pak se ženě většinou doporučí hospitalizace. Zařízení, kde by měla být žena hospitalizována, by mělo poskytovat odbornou péči a samozřejmě neonatologickou jednotku intenzivní péče.

V případě, že ženě hrozí předčasný porod a je léčena tokolytiky, k tlumení předčasné děložní činnosti a kortikoidy k urychlení zrání plic plodu, je nutné ženu informovat o tom, že tyto léky zvyšují inzulínovou rezistenci a vyžadují úpravu léčby inzulínem. Proto je nutné přísné sledování hladiny krevního cukru v krvi neboli glykémie.

(*Jeklová A., 2004, s.45*)

5.1.4 Péče o rodičí diabetičku

Za optimální dobu pro ukončení gravidity u diabetické ženy, je považován 38.- 40. týden těhotenství. K předčasnému ukončení porodu se přistupuje, dochází-li ke zhoršování cévního onemocnění, preeklampsii, při makrosomii plodu, nebo při zatížené porodnické anamnéze. Některé publikace uvádí že až v 50 % dochází k ukončování gravidity u diabetických žen císařským řezem (obr. č. 6, viz příloha).

Péče o rodičku během porodu spočívá ve sledování glykémie v 1- 2 hod. intervalech. Porod představuje fyzickou námahu, která klade nároky na množství glukózy a inzulínu. Za porodu nepřijímá rodička nic ústy, ale podávají se jí pouze infuze 10 % glukózy s inzulínem. Probíhá neustálé sledování plodu jako u každého vysoce rizikového novorozence. Porodu je přítomen neonatolog a dětská sestra. Po porodu se novorozenec jako rizikové dítě nepřikládá ihned matce, ale předává se neonatologickému týmu k dalšímu vyšetření a zjištění adekvátní poporodní adaptace.

(*Jeklová A., 2004, s.46*)

6. Životaspráva těhotné ženy

Těhotenství přináší matce spoustu mimořádných nároků. Dodržováním správné životasprávy, může matka docílit snížení zdravotních komplikací. Základem správné životasprávy těhotných žen, je zachování pravidelnosti a to jak v oblasti spánku, zdravé stravy, vyměšování, zajišťování dostatečného pohybu, tak i duševní činnosti a odpočinku. Těhotná žena by se také samozřejmě měla vyhýbat tělesné námaze a stresům. Neměla by tedy trávit čas v prostředí, které by ohrožovalo jí samotnou a nebo její plod. (*Čech E., 2006, s.74*)

Životospráva je souhrn zásad o chování jedince, které by měly zaručovat správný průběh těhotenství, vývoje plodu a ochrany zdravotního stavu těhotné. Mají výslovně preventivní charakter, což znamená, že směřují k předcházení nepravidelností, poruch a k eliminaci – vyloučení všech škodlivých vlivů.

Životní prostředí

Prostředí je souhrn všech činitelů a podmínek, které působí na živý organismus z vnějšího okolí. Životní podmínky těhotných by měly být takové, aby byla žena zbavena všech starostí s bydlením, stravováním a neměla finanční obtíže. Měla by být obklopena klidným a optimistickým prostředím, jak v rodině, tak i v zaměstnání.

Ideální životní prostředí mají těhotné výjimečně. Při změně emocionalitě ženy, stačí i menší problém nebo překážka která vyvolá stav frustrace, beznaděje a strachu. (*Macků F., 1998, s.89-90*)

Zaměstnání těhotných

Pokud zaměstnaná žena otěhotní, měla by to oznámit svému nadřízenému. Zákonná opatření totiž ukládají zaměstnavateli, zajistit aby těhotná pracovala na takovém pracovišti a vykonávala takové práce, které by neohrozily zdárný průběh jejího těhotenství a nenarušily vývoj plodu.

Zvýšená únavnost a ranní nevolnosti, zejména v počátcích těhotenství, mohou komplikovat situaci zaměstnané ženy. Obdobně je to i s ubýváním pohyblivosti v pokročilejším těhotenství a s poklesem soustředěnosti.

Těhotná žena by neměla vykonávat zaměstnání po 32.týdnu gestace, v době, kdy její oběhový a dýchací systém a některé další, životně důležité orgány musí podávat nejvyšší výkon. Je to také fáze, kdy by si žena měla odpočinout, kdykoli pocítí únavu.

Cestování v těhotenství

Jestliže těhotenství probíhá normálně, bez nepravidelností, pak cestování na kratší vzdálenosti, většinou nečiní potíže a nebývá nebezpečné. Je-li však těhotenství ohroženo některými nepravidelnostmi, zvláště se sklonem k potracení nebo krvácení z rodidel, pak je cestování i na krátké vzdálenosti nevhodné.

Podnikat v těhotenství dlouhé cesty vlakem, autobusem nebo letadlem je nebezpečné. (*Trča S., 1990, s.50*)

Cestování letadlem je u většiny cestujících spojeno s jistou dávkou strachu a stresu. Tlak v kabině odpovídající asi tlaku vzduchu ve výši 1800 až 2400 m n.m. znamená, že vzduch je chudší jak kyslík. V úvahu je třeba vzít záření z vesmíru a riziko předčasného odtoku plodové vody.

Cestování vlakem, je tedy pro těhotnou ženu nejvhodnější, riziko otřesů je malé, má možnost pohodlného sezení, možnost použít toaletu a nebo se projít.

(*Macků F., 1998, s.122*)

Oblečení těhotných žen

Oblékání těhotných se má řídit zásadou pohodlnosti. Protože objem břicha u těhotné se neustále zvyšuje, je dobré na to myslet při pořizování těhotenského oblečení.

Spodní prádlo by mělo být bavlněné, protože je dobře prodyšné. Prádlo z umělých vláken nesaje pot a může vyvolat přecitlivělost. Vzhledem k tomu, že se v těhotenství kůže více potí, je zapotřebí vyměňovat spodní prádlo denně. Podprsenka má být volná, aby netísnila prsy, ale zároveň by je měla udržovat v přirozené poloze.

Svrchní oděv by také neměl nikde tísnit, zvláště ne v pase. Vhodné jsou těhotenské šaty, bavlněné kalhoty s pružným pasem, legíny a volná trika. (obr. č. 7, viz příloha)

6.1 Zdravé stravování v těhotenství

Zdravé stravování v těhotenství, je důležitou podmínkou pro zdárný vývoj dítěte. Představuje příjem co nejširšího sortimentu potravin, které jsou bohaté na základní živiny. První zásadou výživy těhotných žen je orientace na čerstvé ovoce a zeleninu,

celozrnné produkty, lehce stravitelná masa a mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku. Další obecnou zásadou je, že čím blíže má potrava ke svému přirozenému stavu, tím je hodnotnější. To znamená, že čerstvá zelenina je nejlepší, mražená by měla přijít na řadu až na druhém místě. Konzervované potraviny přicházejí v úvahu jen v nevyhnutelných situacích.

Energetická spotřeba se u žen v těhotenství zvýší jen asi o 15 %, tedy zhruba na 2100- 2200 kcal denně. Jednou ze zásad výživy těhotných, je přijímat místo obvyklých 2-3 velkých jídel denně 5-6 menších. Ve výživě těhotných není důležité množství potravy, ale její složení. Je třeba přijímat především ty složky potravy, které dodají tělu potřebné látky pro zdravý vývoj dítěte. (*Pařízek A., 2005, s. 141*)

Zásady pro přípravu pokrmů u těhotných žen

- Používat vždy čerstvé, nezkažené suroviny
- Maso před vlastní přípravou zbavit tuku
- Přednost by se mělo dávat pečení, dušení nebo přípravě v horkovzdušné troubě
- Volit raději nízkotučné mléčné výrobky
- Na dochucení salátů, použít raději jogurt, před majonézou
- Ovoce a zeleninu konzumovat spíše syrovou
- K přípravě pokrmů používat co nejméně tuku
- Omezit příjem kuchyňské soli

Čemu se raději vyhnout

Výživa je důležitá ve všech obdobích našeho života. V těhotenství ale neneseme odpovědnost jen za své vlastní zdraví a tělo, ale také za správný vývoj miminka. Nejpodstatnější je, aby se matka zaměřila na stravovací návyky a pokračovala v nich i později.

V současné době se nejvíce mluví o tom, že matka nemusí dodržovat speciální diety ale musí se zaměřit na to aby její jídelníček byl pestrý a vyvážený. Přesto by se ale těhotné a kojící ženy, měly raději některým potravinám vyhnout. Jedná se hlavně o plísňové sýry a uzeniny s vysokým obsahem solí, ochucovadel a stabilizátorů.

Obzvláštní opatrnost je nutná u sušeného ovoce a ořechů. Pokud by byly napadeny toxickými plísněmi, znamená to velké nebezpečí pro plod. (Černá R., 2004, s.42)

6.1.1 Vitamíny

Vitamíny jsou zcela nenahraditelnou složkou potravy.(tab.č.3, vi Jedná se o látku, která i v nepatrném množství, je nezbytná pro řadu funkcí organismu. Lidský organismus neumí kromě vitamínu D tuto základní složku potravy vytvářet. Proto je nutné, je získávat potravou. Nejcennějším zdrojem vitamínů je čerstvá zelenina a ovoce. Ale na vitamíny je bohaté i maso ryb, mléčné výrobky, obiloviny a citrusové plody. V těhotenství výrazně stoupá spotřeba vitamínů. I při správné výživě, není jejich přívod vždy dostatečně zajištěn. Mateřský organismus tedy vyrovnává deficit jejich přívodu ze svých rezerv. Déle trvající nedostatečný přívod vitamínů v potravě, se může projevit poruchami vývoje plodu. (Pařízek A., 2005, s.143)

Proto je vhodné těhotným doporučit z preventivních důvodů důležité vitamíny a minerály formou multivitaminových preparátů. Obsahují doporučovaná denní množství všech látek, které těhotná žena potřebuje během dne. (obr. č. 8, viz příloha)

6.1.2 Bílkoviny

Proteiny jsou základní živinou nejen pro matku, ale zejména pro plod. Proteiny tvořené aminokyselinami slouží k výstavbě buněk a tkání plodu. Jejich potřeba od počátku těhotenství vzroste v důsledku intenzivního vývoje asi o 30 %. Nejdůležitější aminokyseliny musí být tělu dodány v potravě, v podobě proteinů obsažených v produktech živočišného původu. Nejvyšší jsou v maso, vnitřnostech a rybách.

Přiměřené denní množství bílkovin, je obsaženo v jednom vejci, jednom plátku tvrdého sýra a dvou polévkových lžic tvarohu.

6.1.3 Sacharidy a tuky

Sacharidy mají zajistit největší podíl energetického příjmu. Vzhledem k nezbytnosti energetického příjmu, by měly být konzumovány jen ty nejlepší sacharidy, nikoli tzv. prázdné, obsahující jen cukr, nebo jeho náhražku, jako jsou sladidla a bonbony, sušenky, džemy a marmelády.

Jednoduché sacharidy jsou ze žaludku rychle vstřebávány. Složité sacharidy, jsou škroby obsažené v obilovinách a luštěninách. Složené nerafinované sacharidy jsou cennými zdroji dalších složek výživy.

Tuky jsou zásobní jednotkou organismu a také mají biologický význam. Organismus je buduje z mastných kyselin, které vznikají při trávení tuků. Jejich podíl v potravě těhotných by neměl překročit 30 % příjmu energeticky bohatých živin, samozřejmě v závislosti na naší hmotnosti. Tuky jsou však obsazeny ve většině potravin, které denně konzumujeme a často ve skryté formě. Jako například v pečivu a ve většině sýrů.

(*Miminko, duben 2007, s.23*)

S tuky je spojena i hladina cholesterolu v krvi – cholesterol se vyskytuje ve větší míře v potravinách tučnějších. Je to látka bez které se náš organismus neobejde. Měl by být ale přijímán v potřebném množství a ve vhodné formě. Denní příjem cholesterolu by neměl přesáhnout 300 miligramů.

6.1.4 Tekutiny

Velmi důležité jsou v těhotenství nápoje, i když si jejich význam neuvědomujeme tolik jako u jídla. Nejvhodnějším nápojem nejen pro těhotné, ale i pro lidský organismus vůbec, je pramenitá voda. Dostatek tekutin se obzvláště v těhotenství nesmí zanedbávat. Všechny vnitřní orgány jsou totiž těhotenstvím zatíženy a zejména pro ledviny je nedostatek tekutin velkou zátěží.

Zcela nevhodné jsou v těhotenství slazené vody, ať jsou to minerálky nebo různé nápoje s obsahem kofeinu. Kromě zbytečných kalorií, které tělo nijak prospěšně nevyužije, obsahují mnoho barviv a někdy i konzervantů, a proto je lepší se jim v těhotenství úplně vyhnout.

Denní potřeba tekutin se pohybuje mezi 1500 – 2000 ml. Jestli má žena v průběhu těhotenství otoky na končetinách, rozhodně nepomůže omezení příjmu tekutin. Tekutiny jsou potřebné aby byla udržena tvorba moče na patřičné výši, především v letních dnech, kdy těhotná žena ztrácí více vody dechem a pocením. Neúměrná spotřeba tekutin může signalizovat poruchy metabolismu (cukrovku).

(*Macků F., 1998, s.96*)

7. Empirická část

7.1 Úvod do analyticko-empirického šetření

V empirické části práce, jsem se rozhodla využít tzv. sběru dat, z porodnické dokumentace z jedné středočeské porodnice. Nejprve jsem zjišťovala u jednoho sta žen, které byly v I. trimestru těhotenství, jejich BMI, abych se dozvěděla, s jakou váhou ženy do těhotenství vstupují.

Dalším analyticko-empirickým šetřením, bylo jedno sto padesát náhodně vybraných žen, s rozdílnou váhou, které byly již po porodu. Tyto maminky jsem rozdělila do tří skupin, dle BMI a orientačně porovnávala, jejich průběh porodu, stav novorozence a dobu poporodní.

Výsledné údaje, jsem zpracovala do grafů a vyhodnotila výsledky. Jelikož matek nebyl vždy stejný počet, abychom spolu mohly jednotlivé skupiny srovnávat, je vyhodnocení pouze orientační. Hlavní myšlenkou je zjistit, s jakým BMI rodičky přicházejí k porodu, popřípadě s komplikacemi, spojených s obezitou nebo nadváhou.

7.1.1 Cíle práce a hypotézy

Cíl (1) analyticko-výzkumného šetření: Cílem je zjistit, s jakou váhou (BMI) vstupují ženy do těhotenství.

HT - Domnívám se, že více jak 40% žen, vstupuje do těhotenství již s nadváhou.

H1 – Předpokládám, že obézních žen je více, než žen s normální váhou.

Cíl (2) analyticko-výzkumného šetření: Cílem je zjistit, jaký vliv má obezita na průběh porodu a poporodní adaptaci novorozenců u žen, s rozdílným BMI.

HT – Domnívám se, že více jak polovina žen, ze sledovaných 150 má nadváhu.

HT - Předpokládám, že u žen s nadváhou se častěji ukončuje těhotenství Císařským řezem

H1 - Předpokládám, že průměrná délka těhotenství, je u obézních žen delší, než u žen s normální váhou.

H2 - Domnívám se, že hodnoty APGAR skóre budou více fyziologické u žen s normální váhou než u obézních.

H3 - Domnívám se, že u obézních žen, je průměrná krevní ztráta při porodu větší, než u žen s normální váhou.

H4 - Předpokládám, že přidružených onemocnění k těhotenství, je více u obézních žen a žen s nadváhou, než u rodiček s normální váhou.

H5 - Předpokládám, že u žen s nadváhou, je zkalená voda plodová častějším problémem, než u žen s normální váhou.

H6 - Domnívám se, že v šestinedělí mají ženy s nadváhou více komplikací než ženy s normální váhou.

7.1.2 Předmět analyticko-empirického šetření

Výzkumné šetření jsem prováděla v Oblastní nemocnici Příbram a.s., kde jsem po dohodě s vrchní sestrou, mohla nahlédnout do porodopisů matek, které zde rodily a měly souhlas s nahlížením studentů do dokumentace. Zde jsem vybrala vzorek 150 – ti rodiček s náhodným BMI a vypsalala u nich potřebné údaje, do mé práce.

Pro dosažení a vyhodnocení dalšího mého cíle, jsem sledovala BMI u jednoho sta žen, v I. trimestru těhotenství, abych zjistila, s jakou váhou ženy do těhotenství vstupují. Tato forma analyticko-empirického šetření se mi velmi osvědčila, jelikož vím, že všechny informace jsou pravdivé a nejsou nijak zkreslené. Což by se v jiné formě sběru dat, státi mohlo.

7.1.3 Zpracování analyticko-empirického šetření

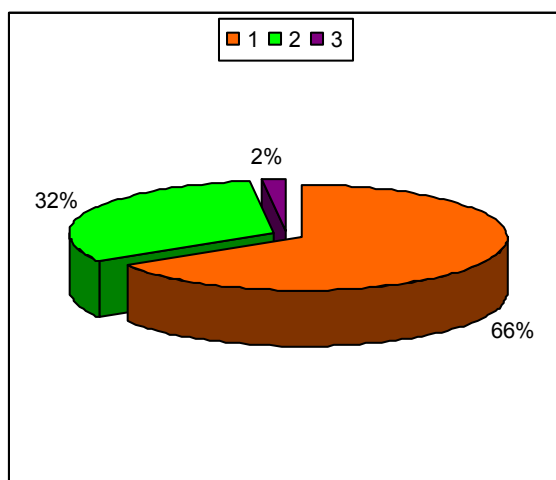
Zpracovaná data jsou uvedena v tabulkách a následně pro lepší orientaci i v grafech. Jednotlivé grafy jsou doprovázeny popisem, poznámkami a vyhodnocením výzkumného problému. Každá z vyhodnocených položek, má samostatné zpracování. Jednotlivé skupiny žen, které byly podle hodnot BMI rozděleny, jsou v grafu barevně rozlišeny. Data z kterých jsem vyhodnotila analyticko-empirické šetření – (viz. příloha.)

7.1.4 Vyhodnocení dat analyticko-empirického šetření

Ad cíl 1.)

I. BMI matek v I. trimestru těhotenství

Počet žen		100 žen
1. BMI do 25	(normální váha)	66 žen
2. BMI od 25,1 - 30	(nadváha)	32 žen
3. BMI od 30,1 a více	(obezita)	2 ženy



II. Data k BMI těhotných žen v I. trimestru těhotenství

Při výzkumné činnosti jsem sledovala 100 těhotných žen v prenatalní poradně a zjišťovala jejich osobní váhu.

Z dosažených výsledků vyplynulo, že maximální váha u sledovaných těhotných žen byla **88** kg. Kdežto nejnižší váha byla **49** kg.

Po vypočítání aritmetického průměru váhy u těhotných žen, bylo zjištěno, že průměrná váha je **67,33** kg.

Vyhodnocení : V teoretické části práce jsem uváděla, že obezita má vliv na reprodukci žen. Výsledky tohoto šetření nám umožní, zamyslet se nad touto problematikou. Jelikož z této sledované skupiny těhotných, byly obézní pouze 2% žen. Z toho můžeme usoudit, že obezita opravdu ženě brání v početí, ale musíme ovšem také připustit, že tyto sledované ženy si mohly kontrolovat svou váhu, tudíž vstupují do těhotenství pouze 2 % obézních žen.

Data k BMI těhotných žen v I. trimestru

poř.	iniciály	ročník	výška/váha	BMI	poř.	iniciály	ročník	výška/váha	BMI
1.	J.D.	1970-38let	168/78	28	51.	H.L.	1980-28let	163/78	29
2.	H.O.	1975-33let	165/60	22	52.	O.P.	1985-23let	160/55	21
3.	L.H.	1974-34let	168/62	22	53.	R.T.	1984-24let	167/70	25
4.	E.O.	1979-29let	170/71	25	54.	T.F.	1979-29let	165/73	27
5.	U.P.	1977-31let	165/64	24	55.	J.N.	1977-31let	164/67	25
6.	M.H.	1978-30let	163/57	21	56.	Š.T.	1982-26let	168/74	26
7.	S.A.	1977-31let	160/51	20	57.	K.O.	1983-25let	165/64	23
8.	E.P.	1979-29let	168/68	24	58.	P.L.	1978-30let	162/78	30
9.	T.S.	1977-31let	175/73	24	59.	I.J.	1982-26let	165/71	26
10.	P.A.	1980-28let	162/54	21	60.	L.O.	1975-33let	170/88	30
11.	J.S.	1982-26let	165/58	21	61.	T.P.	1975-33let	168/76	27
12.	L.O.	1978-30let	167/74	27	62.	U.O.	1981-27let	172/68	23
13.	J.M.	1971-37let	164/66	25	63.	J.N.	1981-27let	163/60	23
14.	G.K.	1975-33let	164/62	23	64.	J.CH.	1979-29let	167/82	29
15.	P.H.	1972-36let	170/75	26	65.	K.G.	1975-33let	172/75	25
16.	Š.M.	1974-34let	166/67	24	66.	A.O.	1980-28let	166/67	24
17.	K.T.	1985-23let	165/64	24	67.	R.T.	1978-30let	163/64	24
18.	J.N.	1980-28let	173/66	22	68.	D.L.	1981-27let	170/82	28
19.	D.L.	1975-33let	167/64	23	69.	T.P.	1984-24let	162/74	28
20.	E.T.	1978-30let	167/75	27	70.	E.E.	1983-25let	158/57	23
21.	B.CH.	1982-26let	165/67	25	71.	A.N.	1976-32let	164/73	27
22.	O.L.	1986-22let	158/59	24	72.	B.L.	1974-34let	166/75	27
23.	T.P.	1978-30let	168/70	25	73.	E.E.	1984-24let	160/53	21
24.	P.L.	1980-28let	164/60	22	74.	R.K.	1980-28let	165/64	23
25.	K.U.	1984-24let	161/49	19	75.	H.L.	1978-30let	167/85	31
26.	T.T.	1976-32let	167/64	23	76.	M.P.	1985-23let	164/55	20
27.	R.V.	1981-27let	164/71	26	77.	J.O.	1975-33let	165/66	24
28.	K.J.	1985-23let	163/57	21	78.	T.U.	1979-29let	163/77	29
29.	K.L.	1975-33let	168/70	25	79.	I.J.	1977-31let	160/73	28
30.	J.D.	1984-24let	165/63	23	80.	L.O.	1984-24let	163/58	22
31.	N.J.	1980-28let	174/67	22	81.	E.C.	1982-26let	170/72	25
32.	P.R.	1975-33let	165/69	25	82.	A.O.	1980-28let	162/61	23
33.	V.K.	1972-36let	167/74	27	83.	H.K.	1978-30let	164/69	24
34.	L.K.	1981-27let	168/62	22	84.	J.V.	1975-33let	167/74	27
35.	J.S.	1980-28let	166/78	28	85.	E.M.	1983-25let	161/57	22
36.	D.L.	1986-22let	168/62	22	86.	J.S.	1981-27let	172/79	27
37.	H.O.	1977-31let	170/69	24	87.	R.O.	1984-24let	163/65	24
38.	O.L.	1977-31let	164/63	23	88.	L.H.	1977-31let	166/75	27
39.	T.S.	1975-33let	166/74	27	89.	P.N.	1976-32let	165/68	25
40.	I.N.	1978-30let	171/66	23	90.	D.K.	1983-25let	168/73	26
41.	I.P.	1977-31let	168/71	25	91.	Š.H.	1975-33let	165/70	26
42.	M.H.	1983-25let	158/54	22	92.	R.H.	1985-23let	162/55	21
43.	L.K.	1984-24let	162/70	27	93.	V.S.	1987-21let	158-66	26
44.	U.P.	1980-28let	167/61	22	94.	N.C.	1978-30let	167/85	31
45.	T.T.	1974-34let	164/68	25	95.	D.L.	1976-32let	163/75	28
46.	E.L.	1981-27let	170/61	21	96.	B.I.	1983-25let	160/58	23
47.	Z.P.	1973-35let	166/68	25	97.	Z.Š.	1985-23let	173/71	24
48.	D.L.	1984-24let	165/57	21	98.	O.Ř.	1981-27let	165/64	24
49.	S.A.	1985-23let	164/53	20	99.	A.L.	1984-24let	162/55	21
50.	A.Š.	1974-34let	168/80	28	100.	T.E.	1979-29let	166/74	27

Ad cíl 2.)

Rozdělení BIM u 150 sledovaných žen

I. BMI do 25 (normální váha)

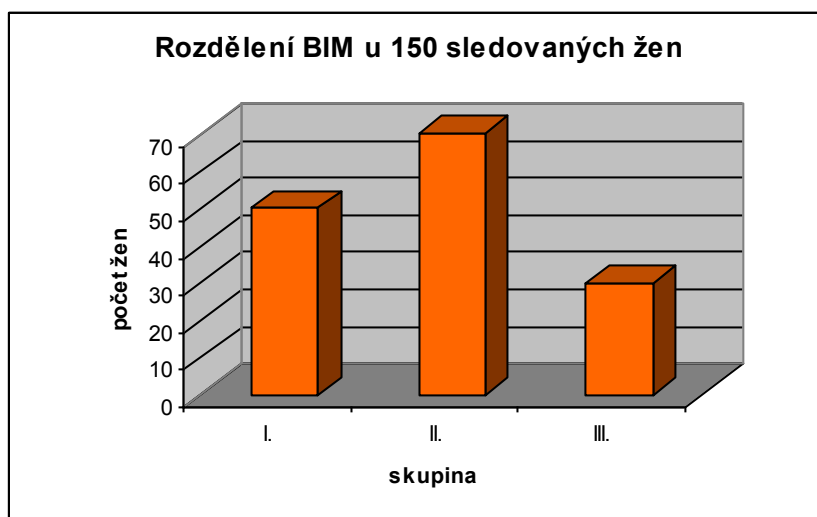
II. BMI od 25,1 - 30 (nadváha)

III. BMI od 30,1 a více (obezita)

Tab. č. 1

Skupina	počet žen
I.	50
II.	70
III.	30

Graf č. 1



Vyhodnocení grafu č.1 : Z výsledků výzkumné analýzy vyplývá, že nejvíce žen, z celkového počtu 150-ti rodiček, bylo těhotných žen s nadváhou.

Je třeba podotknout, že BMI u těchto žen, byl počítán již v I. Trimestru těhotenství, tedy z doby, kdy se váha ženy nezměnila o tolik, než jaká byla před otěhotněním.

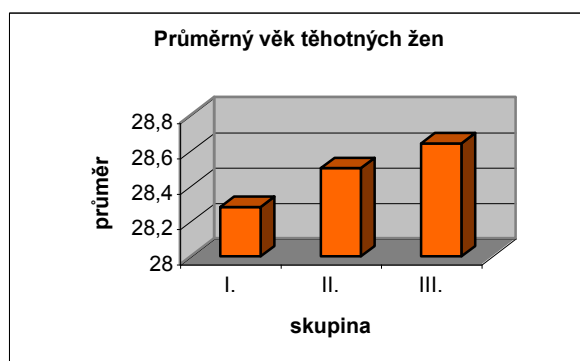
Plod váží okolo 15 gramů, což nám nezmění požadovaný výsledek.
(autor: Černá Romana, Kniha o těhotenství a porodu)

Průměrný věk těhotných žen

Tab. č. 2

Skupina	počet žen	průměr
I.	50	28,28
II.	70	28,5
III.	30	28,64

Graf č. 2



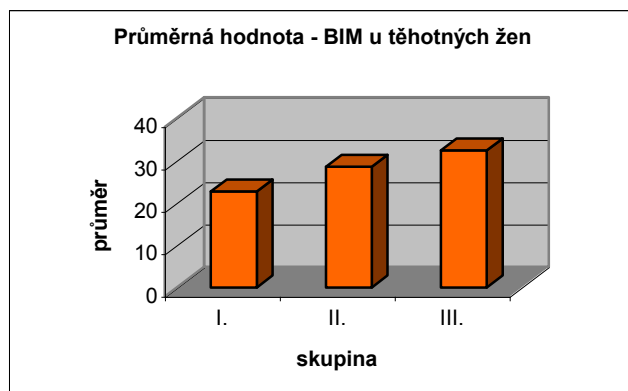
Vyhodnocení grafu č.2 : Průměrná hodnota věku těhotných žen je kolem 28 let.

Průměrná hodnota - BIM u těhotných žen

Tab. č. 3

Skupina	počet žen	průměr
I.	50	22,72
II.	70	28,5
III.	30	32,4

Graf č. 3

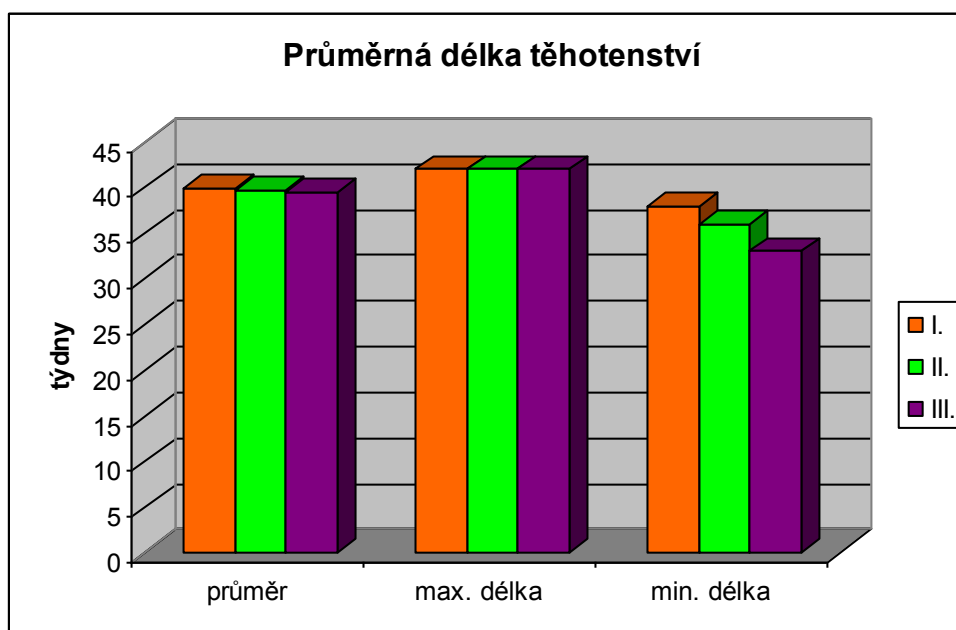


Průměrná délka těhotenství

Tab. č. 4

počet žen	Skupina	průměr	max. délka	min. délka
50	I.	39,9	42	38
70	II.	39,65	42	36
30	III.	39,56	42	33

Graf č. 4



Pozn. Fyziologická délka těhotenství, je 40 týdnů.

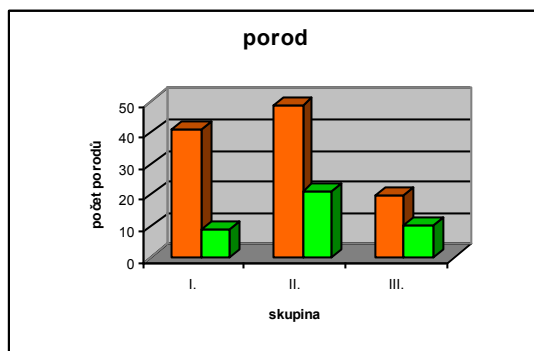
Vyhodnocení grafu č. 4: Délka těhotenství, se u jednotlivých skupin výrazně neliší. Z toho lze tedy usoudit, že v délce těhotenství, není mezi jednotlivými skupinami příliš velký rozdíl.

Porod

Tab. č. 5

počet žen	Skupina	spontální	sectio c.
50	I.	41	9
70	II.	49	21
30	III.	20	10

Graf č. 5



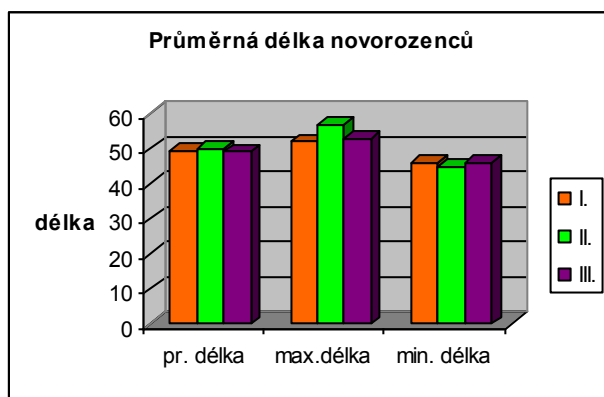
Vyhodnocení grafu č. 5 : U žen s nadváhou a obezitou, se častěji ukončuje těhotenství císařským řezem.

Průměrná délka novorozenců

Tab. č. 6

počet žen	Skupina	pr. délka	max.délka	min. délka
50	I.	49,42	52	46
70	II.	49,96	57	45
30	III.	49,33	53	46

Graf č. 6



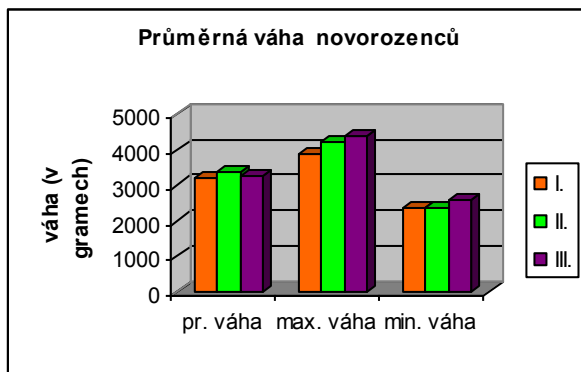
Vyhodnocení grafu č. 6: Průměrná délka novorozenců je u všech tří skupin, téměř stejná.

Průměrná váha novorozenců

Tab. č. 7

počet žen	Skupina	pr. váha	max. váha	min. váha
50	I.	3214,8	3870	2350
70	II.	3365,07	4200	2350
30	III.	3241,41	4400	2560

Graf č. 7



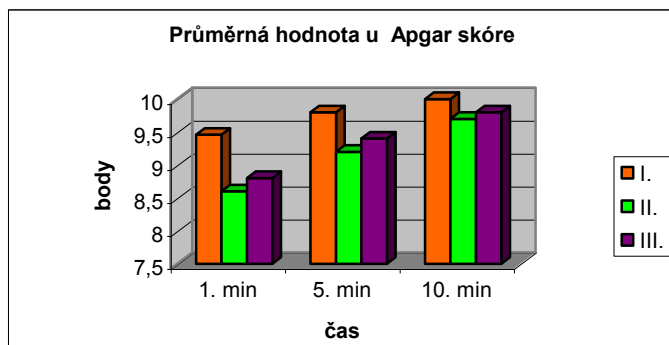
Vyhodnocení grafu č. 7: U obézních žen, je průměrná váha novorozenců nepatrně menší, než u žen s nadváhou.

Průměrná hodnota u Apgar skóre

Tab. č. 8

počet žen	Skupina	1. min	5. min	10. min
50	I.	9,46	9,8	10
70	II.	8,6	9,2	9,7
30	III.	8,8	9,4	9,8

Graf č. 8



Pozn. ke grafu č. 8: fyziologická hodnota, při hodnocení Apgar skóre je 10.

U žen s nadváhou a obézních žen, je v 1., 5., i 10. min hodnota dle Apgara snížena.

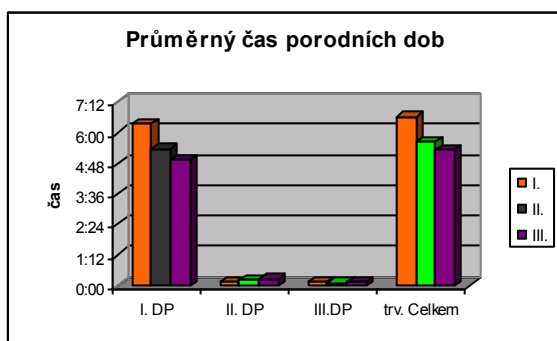
U 50 - ti žen s normální váhou, je Apgar skóre téměř u 10, tedy fyziologická hodnota.

Průměrný čas porodních dob

Tab. č. 9

počet žen	Skupina	I. DP	II. DP	III.DP	trv. Celkem
41	I.	6:20	0:09	0:08	6:37
49	II.	5:22	0:14	0:07	5:38
20	III.	4:56	0:15	0:08	5:20

Graf č. 9



Pozn. : Do tohoto grafu, nejsou započítány porody ukončené Sectoi caesare.

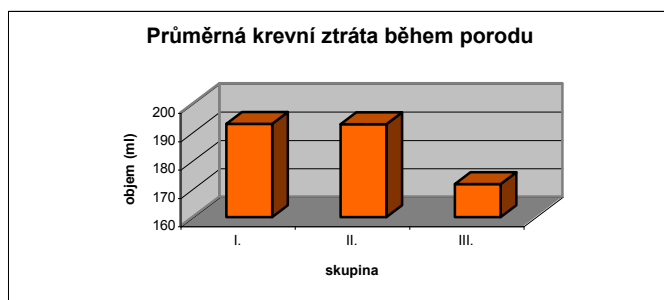
Vyhodnocení grafu č. 9: Porodní doby u jednotlivých skupin, jsou fyziologické.

Průměrná krevní ztráta během porodu

Tab. č. 10

počet žen	Skupina	krev. ztr.
50	I.	193
70	II.	192,86
30	III.	171,67

Graf č. 10



Pozn. : Dle WHO je stanovena hranice krevní ztráty na 500 ml.

Pozn. : Krevní ztráta je počítána jak z fyz.porodů tak i S.C.(sectio caesare)

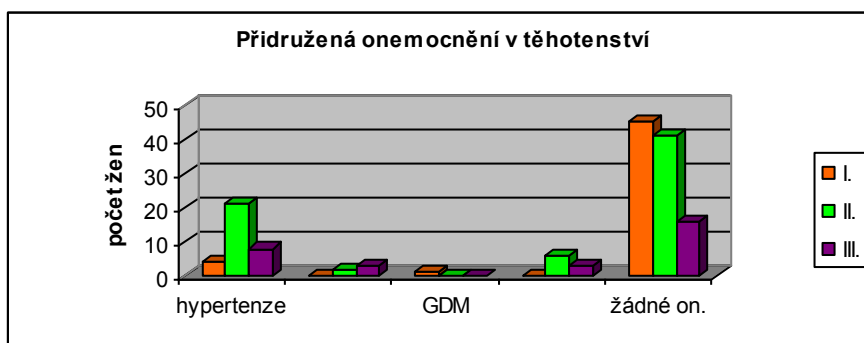
Vyhodnocení grafu č.10: Největší průměrnou krevní ztrátu měla I.skupina, tedy ženy s normální váhou.

Přidružená onemocnění v těhotenství

Tab.č. 11

počet žen	Skupina	hypertenze	preeklamp.	GDM	DM II typu	žádné on.
50	I.	4	0	1	0	45
70	II.	21	2	0	6	41
30	III.	8	3	0	3	16

Graf č. 11



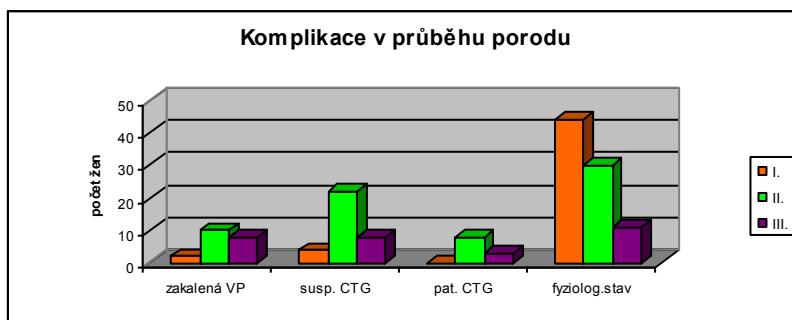
Vyhodnocení grafu č. 11: U žen s nadváhou a obezitou, se častěji vyskytuje hypertenze, preeklampsie a DM II typu, než u první skupiny.

Komplikace v průběhu porodu

Tab. č. 12

Počet žen	Skupina	zakalená VP	susp. CTG	pat. CTG	fyziolog.stav
50	I.	2	4	0	44
70	II.	10	22	8	30
30	III.	8	8	3	11

Graf č. 12



Vyhodnocení grafu č.12 : komplikace v průběhu porodu, byly u II. a III.skupiny ve větším počtu. Zkalená voda je více u obézních žen.

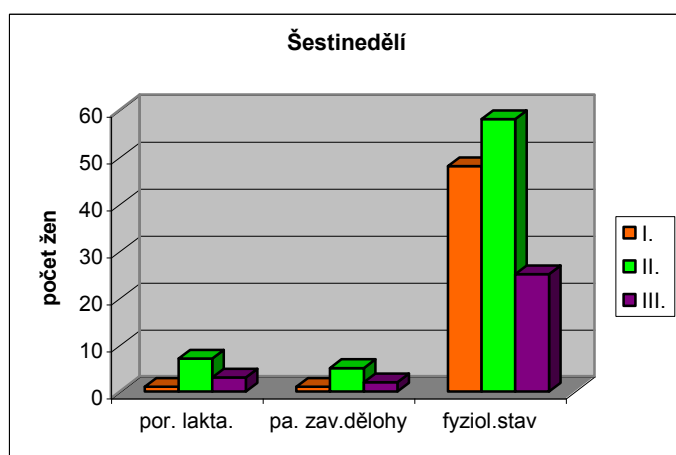
Suspektní CTG monitory jsou také častější u žen s nadváhou a obezitou.

Šestinedělí

Tab. č. 13

počet žen	Skupina	por. lakta.	pa. zav.dělohy	fyziol.stav
50	I.	1	1	48
70	II.	7	5	58
30	III.	3	2	25

Graf č. 13



Vyhodnocení grafu č. 13: Poruchu laktace a nesprávné zavynování dělohy, najdeme také vícekrát u žen s nadváhou.

7.1.5 Vyhodnocení stanovených cílů

Jedním ze zadaných cílů bylo, zjistit s jakou váhou ženy vstupují do těhotenství. Z analyticko-empirického šetření jsem došla k výsledku. Že z jednoho sta sledovaných žen v I. trimestru těhotenství jich obezitu mělo pouze 2 %. Žen s nadváhou bylo více až 32% ale přesto převažovaly ženy s váhou normální. Díky tomuto šetření jsem tedy ke svému stanovenému cíli dospěla.

Druhým stanoveným cílem bylo zjistit, jaký vliv má nadváha a obezita na průběh porodu a poporodní adaptaci novorozenců. Dle výsledků analytického šetření jsem dospěla ke svému cíli a zjistila, že obezita a nadváha ženy, vede např. k častějšímu ukončení porodu císařským řezem, a že sebou přináší častější komplikace v průběhu porodu.

7.1.6 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Hypotézy k cíli (1) :

HT - Domnívám se, že více jak 40% žen, vstupuje do těhotenství již s nadváhou.
Toto HT se nepotvrdilo.

H1 – Předpokládám, že obézních žen je více, než žen s normální váhou.
Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotézy k cíli (2) :

HT – Domnívám se, že více jak polovina žen, ze sledovaných 150 má nadváhu.
HT se nepotvrdilo, vyplývá to z grafu č.1.

HT - Předpokládám, že u žen s nadváhou se častěji ukončuje těhotenství Císařským řezem.

HT se potvrdilo, vyplývá to z grafu č. 5.

H1 - Předpokládám, že průměrná délka těhotenství, je u obézních žen delší, než u žen s normální váhou.

Hypotéza se nepotvrdila, vyplývá to z grafu č. 4.

H2 - Domnívám se, že hodnoty Apgar skóre budou více fyziologické u žen s normální váhou než u obézních.

Hypotéza se potvrdila, vyplývá to z grafu č. 8.

H3 - Domnívám se, že u obézních žen, je průměrná krevní ztráta při porodu větší, než u žen s normální váhou.

Tato hypotéza se nepotvrdila, vyplývá to z grafu č. 10.

H4 - Předpokládám, že přidružených onemocnění k těhotenství, je více u obézních žen a žen s nadváhou, než u rodiček s normální váhou.

Tato hypotéza se potvrdila, vyplývá to z grafu č. 11.

H5 - Předpokládám, že u žen s nadváhou, je zkalená voda plodová častějším problémem, než u žen s normální váhou.

Tato hypotéza se potvrdila, vyplývá to z grafu č. 12.

H6 - Domnívám se, že v šestinedělí mají ženy s nadváhou více komplikací než ženy s normální váhou.

Tato hypotéza se potvrdila, vyplývá to z grafu č. 13.

7.2 Závěr analyticko-empirického šetření

V závěru této práce jsem po podrobném zhodnocení všech grafů zjistila, že obezita i nadváha ženy, vede k řadě komplikací během porodu a narušuje také poporodní adaptaci novorozence. Ovšem musíme brát zřetel na to, že jednotlivé skupiny žen, byly náhodně vybrané, s rozdílným BMI. Tedy nebyly mezi sebou porovnány ve stejném počtu. Proto jsou výsledky šetření pouze orientační.

Diskuse

Doufám že v teoretické části této práce jsem uvedla všechny podstatné prvky, které jsou těhotným ženám, nebo ženám, které teprve těhotenství plánují přínosem k úpravě jejich životního stylu. Snažila jsem se čtenáři přiblížit všechna rizika, která s obezitou v těhotenství souvisí. Upozornit těhotnou ženu, že by měla k mateřství přistupovat zodpovědně a nebrat všechna rizika která jsou kolem těhotenství na lehkou váhu.

V analyticko-empirické části jsem dospěla ke stanoveným cílům a dostala odpověď na otázky, které jsem si předem stanovila. Jsem spokojena s výsledky této práce a doufám že budou přínosem i pro další čtenáře.

Závěr

V teoretické části práce bylo mým cílem, informovat ženy v období před početím ale i ženy těhotné, o životním stylu v těhotenství a také o komplikacích které mohou v těhotenství nastat a nezdárně působit jak na matku, tak i její plod.

Věřím, že tato práce přinese budoucím matkám informace které potřebují vědět již před těhotenstvím a že budou dostatečně seznámeny s riziky, které mohou ovlivnit jejich plod.

V analyticko-empirickém šetření jsem zjistila že zkoumané ženy z prenatalních poraden, měly po vypočtení hodnoty BMI normální váhu a to u 66 % těhotných žen. Výsledek tohoto šetření nám umožní zamyslet se nad touto problematikou. Brání obezita opravdu ženě v početí, nebo si tento vzorek žen svou váhu sledoval a nedovolil obezitě se rozvíjet? Tato otázka si myslím může být inspirací pro další výzkum, některé z porodních asistentek.

Jedním z mých cílů bylo zjistit, jaký má nadváha a obezita vliv na průběh porodu, poporodní adaptaci novorozence a průběh šestinedělí. Tyto informace jsem po zpracování dat získala a zjistila jsem, že nadváha a obezita přináší častěji komplikace do těhotenství a ovlivňuje jak průběh porodu tak i stav novorozence.

Závěrem této práce bych chtěla vzkázat všem budoucím maminkám, že tělesná hmotnost není jen jejich soukromou záležitostí, ale že váha v období těhotenství je dost důležitým prvkem a může ovlivňovat celý průběh těhotenství. Je nutné si vytvořit pro touženě očekávané dítě ideální podmínky v době, kdy je na to čas. Čím dříve si tento fakt dívka uvědomí, tím dříve může zahájit kroky k eliminaci případných rizik.

Seznam bibliografických odkazů

1. **BREECKWOLD, M.** *Gynekologie a porodnictví*. Martin : Osveta, 1997, 648 s., ISBN 80-88824-56-7
2. **ČECH, E. a kol.** *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha : Grada, 2006, 544 s. ISBN 80-247-1313-9
3. **ČERNÁ, R.** *Kniha o těhotenství a porodu*. 1. vydání. Praha : Anthea, 2004, 248s., ISBN 80-239-3973-4
4. **ČERNÁ, R.** *Výživa v těhotenství*. In: *Miminko*, 2007, roč. 04, č. 5, 23 s. ISSN 1214-4576
5. **DUMOULIN, Ch.** *Cvičíme v těhotenství*. 1.vydání. Praha : Portál, 2006, 100 s. ISBN 80-7367-078-X
6. **HAINER, V.** *Obezita*. Praha : Triton, 2003, 119 s. ISBN 80-7254-384-9
7. **HANÁKOVÁ, T.** *Gynekologická ordinace-MUDr.Taťána Hanáková* [on line] dostupné na : http://hanakova-gynekologie.wz.cz/10_02.html [citované 3.března 2008]
8. **JANKŮ, K.,** *Hypertenze v těhotenství*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 170 s. ISBN 80-7013-254-X
9. **JEKLOVÁ, A., TROJANOVÁ, B.,** *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 52 s. ISBN 80-7013-411-9

10. **KAPELLER, K., POSPÍŠILOVÁ, V.**, *Embryológia človeka*. Martin: Osveta, 1991, 341 s. ISBN 80-217-0332-6
11. **KELLER, U., MEIER, R.**, *Klinická výživa*. Scientia medica, Praha : 1993, 236 s., ISBN 80-85526-08-5
12. **KLÍMA, J.** *Pediatric*. 1.vydání. Praha : Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6
13. **MACKŮ, F., ČECH, E.**, *Porodnictví*. Praha : Informatorium, 2002, 138 s., ISBN 80-86073-92-0
14. **MACKŮ, F., MACKŮ, J.**, *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998, 328 s., ISBN 80-7169-589-0
15. **MIKULANDOVÁ, M.**, *Těhotenství a porod*. Brno : Computer Press, 2004, 162 s., ISBN 80-251-0205-X
16. **PAŘÍZEK, A.**, *Kniha o těhotenství a porodu*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005, 417 s., ISBN 80-7262-321-4
17. **POHOŘALOVÁ, H.**, *BABY CLUB DELFÍN-plavání kojenců, batolat a dětí* [on line], dostupné na : http://bcdelfin.wz.cz/clanek/vliv_plavani/ [citované 14.března 2008]
18. **RÁŽOVÁ, L.**, *Obezita a životní styl*. In. Sestra, 2004, č. 2, 47 s. ISSN 1210-0404
19. **ROB, L.**, *Gynekolog po promoci*. Praha : Medical Tribune, 2008, č.1, 59 s., ISSN 1213-2578

20. **ROZTOČIL, A., a kol.,** *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994, 301 s. ISBN 80-7013-182-9
21. **STRES V TĚHOTENSTVÍ,** In: *Psychologie dnes*, 1998, Praha : Portál, roč. 3, 28 s. ISSN 1212-9607
22. **ŠVAČINA, Š.,** *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha : Grada, 2008, 381 s., ISBN 987-80-247-2256-6
23. **ŠIROKÝ, J.,** *Obezita v populaci*. [on line], dostupné na :
http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dds?s_id=4255&s_rub=121&s_sv=1&s_ts=39520,7024421296 [citované 26.2.2002]
24. **TĚHOTENSTVÍ,** In. *Betyňka*. 2008, roč. 8, č. 3, 124 s. ISSN 1212-0480
25. **TRČA, S.,** *Těhotenství a porod*. 1. vydání. Praha : Avicenum, 1990. 160 s. ISBN 80-201-0024-5

Slovník odborných výrazů

BMI – index tělesné hmotnosti, $BMI = \text{váha (kg)} / \text{výška (m)}^2$

Teratogenní faktor – faktor způsobující vznik vrozených vývojových vad a defektů.

Varixy – žilní městky, "křečové žíly"

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Preeklampsie – těhotenské onemocnění doprovázené otoky, bílkovinou v moči a vysokým krevním tlakem

Abrupce placenty – předčasné odlučování placenty

Infertilita – neschopnost ženy, donosit a porodit dítě

DM – zvýšená hladina cukru v krvi

GDM – zvýšená hladina cukru v krvi, pouze v těhotenství

Endometrium – slizniční vrstva dělohy

Episiotomie – nástřih hráze u žen při porodu

Makrosomie – zvětšení části orgánu nebo těla

Hypoglykémie – nízká koncentrace krevního cukru

Amniocentéza – metoda při níž se odebírá plodová voda

Tokolytika - léky snižující činnost děložního svalstva

Neonatologie – lékařský obor zabývající se problémy novorozeneckého období

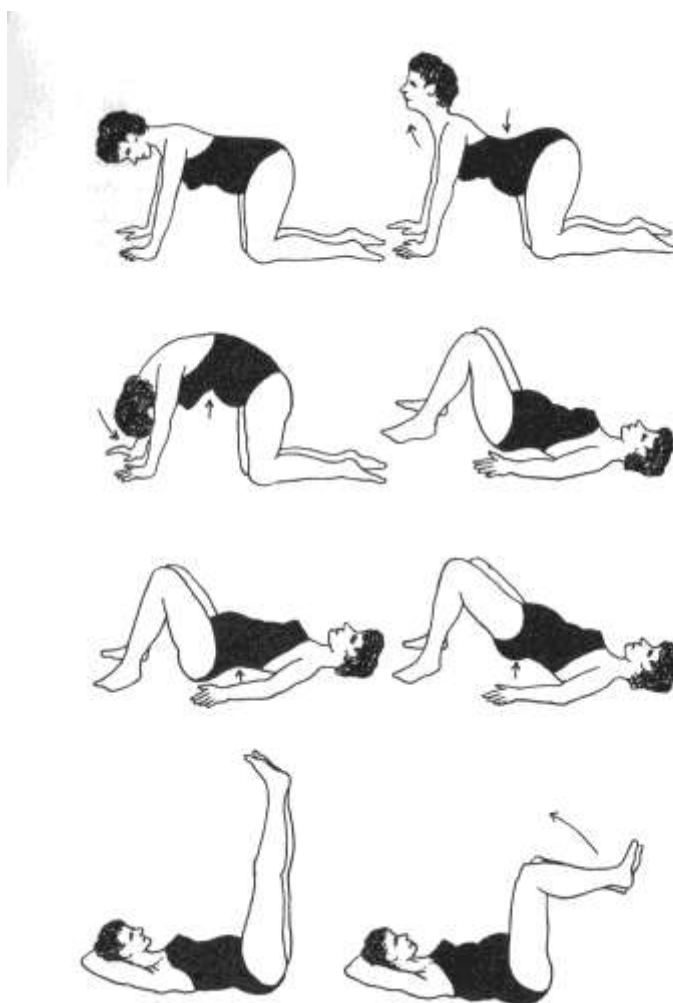
SEZNAM PŘÍLOH

Tabulka č. 1

klasifikace	BMI	riziko komplikací
podváha	$< 18,5$	nízké
normální váha	18,5 – 24,9	průměrné
zvýšená váha	≥ 25	
nadváha	25,1 – 30	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,1 – 35	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,1 – 40	velmi zvýšené
obezita III. stupně	$\geq 40,1$	vysoké

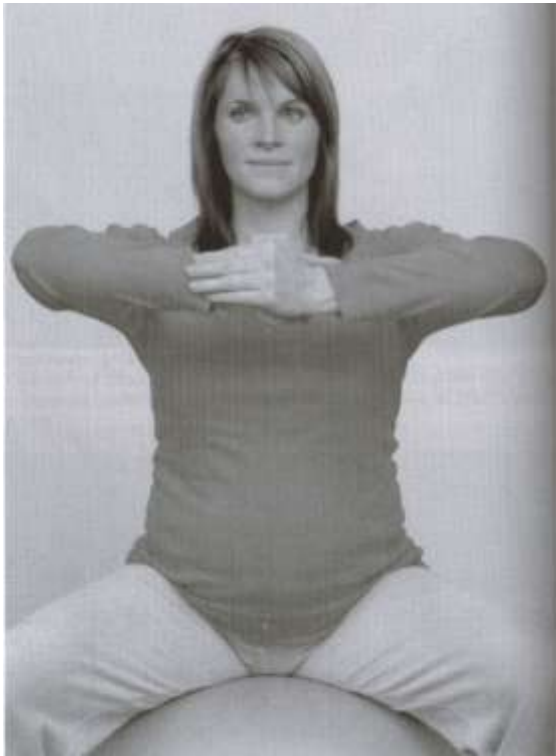
Klasifikace hodnot BMI

Obrázek č. 1



Příklady cviků pro těhotné ženy

Obrázek č. 2



Cvičení na míči – pro posílení a uvolnění pánevního dna



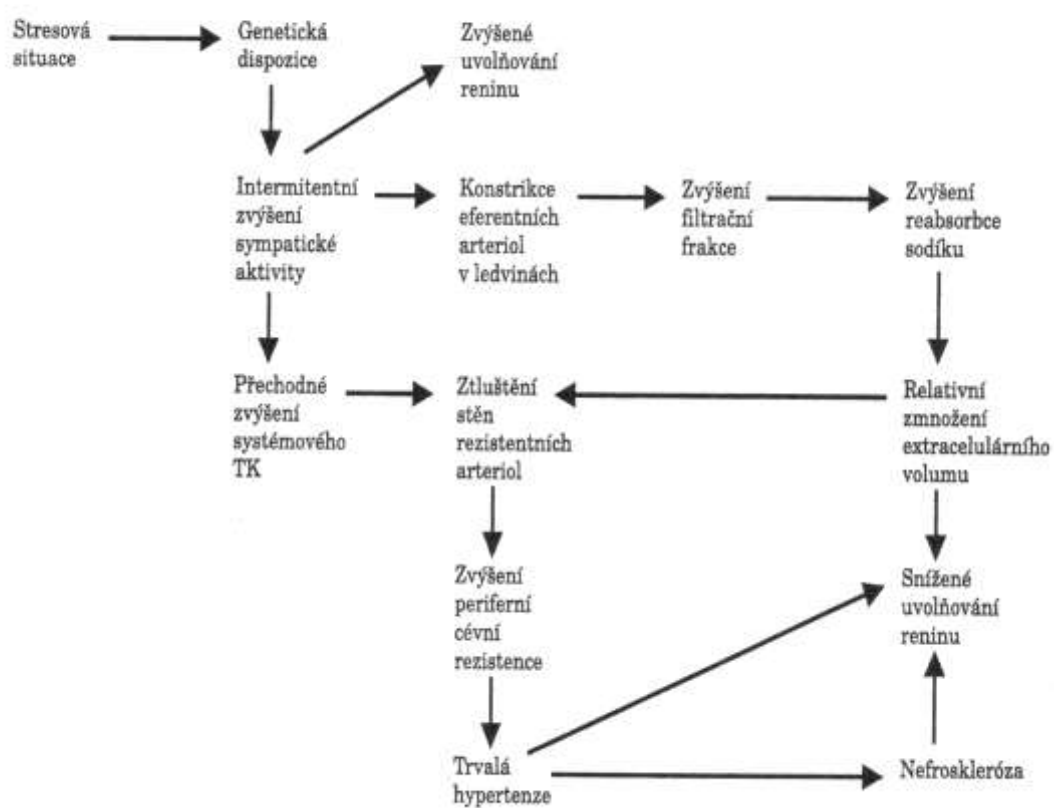
Cvičení a relaxace

Obrázek č. 3



Plavání těhotných žen

Obrázek č. 4



Hypotéza patogeneze esenciální hypertenze

Obrázek č. 5



Obezita a její následky pro plod ...

Tabulka č. 2

	0	1	2	1.min	5.min	10.min
Srdeční frekvence	žádná	< 100 tepů/min	> 100 tepů/min			
Dechová aktivita	žádná	nepravidelná	křik			
Svalový tonus	atonie	flexe končetin	pohyb			
Reakce na podráž.	žádná	grimasa	kašel			
Barva kůže	cyanotická, bledá	akrocyanóza	růžová			
Celkem:						

Výsledky hodnocení:
0 – 3 body těžká asfyxie
4 – 6 bodů střední asfyxie
7 – 8 bodů mírná asfyxie

APGAR skóre ...hodnocení novorozence těsně po porodu.

Obrázek č. 6



Porod císařským řezem

Obrázek č. 7



Oblečení v těhotenství, by mělo být prodyšné....

Obrázek č. 8



Zdravá výživa je v těhotenství důležitá

Tabulka č. 3

<i>Název</i>	<i>Potravinářský zdroj</i>
vitamin A	plnotučné mléko, máslo, sýr, vaječný žloutek, olejovky, vnitřnosti, listová a hlízovitá zelenina
vitamin B ₁	celá zrna, ořechy, luštěniny, vepřové vnitřnosti, pivovarnické droždí, pšeničné klíčky
vitamin B ₂	pivovarnické droždí, pšeničné klíčky, celá zrna, listová zelenina, mléko, sýry, vejce
vitamin B ₃	pivovarnické droždí, celá zrna, pšeničné klíčky, vnitřnosti, listová zelenina, olejovky, vejce, mléko, arašídy
vitamin B ₅ (kyselina pantotenová)	vnitřnosti, vejce, arašídy, celá zrna, sýr
vitamin B ₆ (pyridoxin)	pivovarnické droždí, celá zrna, sójová mouka, vnitřnosti, houby, brambory, avokádo
vitamin B ₁₂ (kyanokobalamin)	maso, vnitřnosti, ryby, vejce, mléko
kyselina listová (součást B-komplexu)	syrová listová zelenina, hrách, sójová mouka, pomeranče, banány, vlašské ořechy
vitamin C (kyselina askorbová)	šípkový sirup, sladké papriky, citrusové plody, černý rybíz, rajčata, jablka
vitamin D (kalciferol)	obohacené mléko, olejovky, vejce (zvláště žloutek), máslo
vitamin E	pšeničné klíčky, vaječný žloutek, arašídy, semínka, rostlinný olej, brokolice

Zdroje vitamínů

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

pořadí	iniciály	grav/par.	ročník	výška/cm váha/kg	BMI	týden těh.	porod	váha/míra novoroz.
1.	T.O.	II/II	1980-27let	165/57	21	39	spont.	3120/47
2.	I.F.	I/I	1976-31let	166/67	24	40	spont.	2520/48
3.	J.L.	II/II	1982-25let	165/64	24	39	spont.	2930/49
4.	N.T.	III/II	1975-32let	173/66	22	39	spont.	3500/51
5.	L.K.	I/I	1981-26let	167/64	23	41	sectio c.	3410/51
6.	H.P.	II/II	1975-32let	165/63	23	40	spont.	3380/50
7.	E.V.	I/I	1983-24let	174/67	22	39	spont.	3400/51
8.	R.N.	I/I	1969-38let	165/69	25	40	spont.	2850/47
9.	A.T.	II/II	1980-27let	168/62	22	42	sectio c.	3210/49
10.	R.B.	II/II	1983- 24let	160/58	23	40	sectio c.	2950/49
11.	T.L.	I/I	1983- 24let	173/71	24	39	spont.	3410/50
12.	E.M.	II/II	1980- 27let	165/64	24	38	spont.	3520/51
13.	K.S	II/II	1977- 30let	162/55	21	40	spont.	3100/49
14.	Š.Ř.	II/II	1972- 35let	172/68	23	39	spont.	3640/50
15.	S.N.	I/I	1968- 39let	163/60	23	41	spont.	2860/47
16.	L.O.	II/II	1977- 30let	166/67	24	39	spont.	2350/50
17.	C.V.	I/I	1978- 29let	163/64	24	41	spont.	3730/50
18.	H.J.	II/II	1978- 29let	158/57	23	40	sectio c.	3670/51
19.	V.V.	IV/III	1976- 33let	160/53	21	39	spont.	3300/50
20.	I.CH.	II/II	1976- 33let	165/64	23	39	spont.	3480/50
21.	P.K.	II/II	1978- 29let	164/55	20	40	spont.	3850/51
22.	L.H.	II/II	1972- 35let	165/66	24	39	spont.	3570/51
23.	J.S.	I/I	1982- 25let	165/57	21	41	sectio c.	3440/50
24.	L.O.	I/I	1976- 33let	164/53	20	39	spont.	3020/50
25.	A.V.	III/II	1979- 28let	168/68	24	40	spont.	2950/48
26.	P.S.	I/I	1974- 33let	175/73	24	40	spont.	3310/49
27.	N.D.	II/II	1985- 22let	162/54	21	39	spont.	3670/51
28.	J.L.	III/II	1981- 26let	165/58	21	40	spont.	2850/49
29.	E.N.	I/I	1975- 32let	172/71	24	40	spont.	2750/48
30.	E.V.	I/I	1975- 32let	166/67	24	41	spont.	2950/48
31.	O.P.	II/II	1983- 24let	161/55	21	39	spont.	3520/52
32.	M.S.	III/I	1977- 30let	167/64	23	40	spont.	3100/49
33.	H.L.	I/I	1979- 28let	165/58	21	42	sectio c.	2930/48
34.	R.Č.	II/II	1983- 24let	164/56	21	39	spont.	3870/50
35.	S.N.	I/I	1980- 27let	168/67	24	40	spont.	2450/46
36.	J.P.	III/II	1985- 22let	160/52	20	40	spont.	3500/49
37.	J.V.	II/II	1979- 28let	166/68	25	41	sectio c.	3100/48
38.	I.N.	III/II	1981- 26let	162/63	24	39	spont.	3190/50
39.	L.P.	I/I	1985- 22let	158/56	23	42	sectio c.	2800/49
40.	K.H.	II/II	1982- 25let	170/68	24	40	spont.	3630/51
41.	Z.K.	II/I	1983- 24let	165/64	24	39	spont.	3050/50
42.	G.R.	II/I	1975- 32let	164/67	25	40	spont.	3500/51
43.	R.Š.	I/I	1980- 27let	169/65	23	40	spont.	3870/49
44.	M.K.	III/II	1977- 30let	166/64	23	40	spont.	2850/48
45.	M.J.	II/II	1982- 25let	173/71	24	42	sectio c.	3120/47
46.	O.P.	I/I	1985- 22let	162/56	21	39	spont.	2520/48
47.	M.S.	I/I	1984- 23let	165/53	19	40	spont.	2930/49
48.	I.O.	IV/III	1976- 33let	164/67	25	39	spont.	3500/51
49.	R.S.	I/I	1983- 24let	160/54	21	41	spont.	3410/51
50.	A.K.	II/II	1979- 28let	170/68	23	40	spont.	3210/50

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

pořadí	apgar sk.	I.DP	II.DP	III.DP	trv.celkem	placenta	kr.ztráta	por.poraň.	revize hrdla	komp.v průběhu por.	přidr.one.v těhotenst.	šestinedělí
ad 1.	9 10 10	5:15	0:05	0:10	5:30	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 2.	10 10 10	8:10	0:10	0:05	8:25	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 3.	10 10 10	6:25	0:10	0:05	6:40	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 4.	9 10 10	5:10	0:05	0:05	5:20	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 5.	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	250 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 6.	9 10 10	4:10	0:10	0:05	4:25	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 7.	10 10 10	10:20	0:10	0:05	10:35	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 8.	10 10 10	8:15	0:10	0:05	8:30	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 9.	8 8 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	300 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 10.	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 11.	10 10 10	9:30	0:05	0:10	9:45	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 12.	9 10 10	5:10	0:10	0:05	5:25	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 13.	10 10 10	3:30	0:10	0:05	3:45	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 14.	10 10 10	5:25	0:10	0:15	5:50	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 15.	10 10 10	8:40	0:15	0:25	9:20	fyzilog.	250 ml	sine	sine	zkalená VP	žádné	fyzilog.
ad 16.	9 10 10	4:20	0:10	0:05	4:35	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 17.	10 10 10	7:10	0:15	0:05	7:30	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 18.	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	300 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 19.	10 10 10	3:10	0:05	0:05	3:20	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 20.	10 10 10	4:15	0:10	0:05	4:30	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 21.	10 10 10	5:15	0:05	0:05	5:25	fyzilog.	250 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 22.	10 10 10	6:10	0:15	0:10	6:35	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 23.	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	300 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	žádné	por.laktace
ad 24.	9 10 10	8:10	0:10	0:20	8:40	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 25.	10 10 10	3:40	0:05	0:05	3:50	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 26.	9 10 10	7:20	0:10	0:05	7:35	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 27.	10 10 10	5:30	0:05	0:15	5:50	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 28.	10 10 10	6:10	0:05	0:05	6:20	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 29.	10 10 10	6:40	0:15	0:05	7:00	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 30.	9 10 10	8:20	0:20	0:10	8:50	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 31.	9 10 10	5:20	0:20	0:10	5:50	fyzilog.	100 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 32.	10 10 10	7:25	0:20	0:05	7:50	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

pořadí	apgar sk.	I.DP	II.DP	III.DP	trv.celkem	placenta	kr.ztráta	por.poraň.	revize hrdla	komp.v průběhu por.	přidr.one.v těhotenst.	šestinedělí
ad 33.	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	300 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 34.	10 10 10	5:10	0:10	0:05	5:25	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 35.	9 10 10	8:15	0:10	0:20	8:45	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 36.	10 10 10	4:25	0:10	0:05	4:40	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 37.	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	350 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	por.zav.děl
ad 38.	9 10 10	5:20	0:10	0:05	5:35	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 39.	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	250 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	GDM	fyzilog.
ad 40.	9 10 10	6:10	0:10	0:15	6:35	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 41.	10 10 10	8:20	0:10	0:05	8:35	fyzilog.	200 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 42.	9 10 10	7:15	0:05	0:10	7:30	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 43.	10 10 10	9:20	0:05	0:05	9:30	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	zkalená VP	žádné	fyzilog.
ad 44.	10 10 10	4:05	0:10	0:05	4:20	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 45.	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	250 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 46.	9 10 10	6:20	0:05	0:05	6:30	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 47.	10 10 10	7:10	0:05	0:15	7:30	fyzilog.	250 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 48.	10 10 10	3:25	0:05	0:10	3:40	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 49.	9 10 10	10:15	0:10	0:05	10:30	fyzilog.	250 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 50.	10 10 10	5:15	0:05	0:20	5:40	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

pořadí	iniciály	grav/par.	ročník	výška/cm váha/kg	BMI	týden těh.	porod	váha/míra novoroz.
1.	E.L.	II/II	1982- 25let	169/76	27	42	sectio c.	3630/52
2.	M.A.	II/II	1975- 32let	168/80	28	40	spont.	2950/49
3.	K.H.	I/I	1981- 26let	164/72	27	39	spont.	2400/45
4.	D.V.	II/II	1975- 32let	163/80	30	40	spont.	4100/51
5.	Z.B.	II/II	1983- 24let	165/71	26	42	spont.	3170/49
6.	S.D.	II/II	1969- 38let	165/82	30	40	spont.	4520/54
7.	H.Z.	I/I	1980- 27let	158/73	29	39	spont.	3710/49
8.	Z.V.	II/II	1983- 24let	164/75	28	37	sectio c.	3170/50
9.	Š.K.	I/I	1983- 24let	173/90	30	39	sectio c.	3300/50
10.	Z.Š.	II/II	1980- 27let	172/90	30	40	sectio c.	3470/48
11.	J.V.	II/II	1972- 35let	165/81	30	42	spont.	3750/51
12.	I.N.	II/II	1968- 39let	172/82	28	40	spont.	3880/49
13.	L.P.	II/II	1977- 30let	163/80	30	38	sectio c.	4100/55
14.	K.H.	I/I	1978- 29let	174/92	30	40	spont.	3380/49
15.	Z.K.	I/I	1978- 29let	165/82	30	38	spont.	2410/46
16.	G.R.	III/II	1976- 33let	160/71	28	41	spont.	3640/50
17.	I.O.	II/II	1979- 28let	164/70	26	40	spont.	3630/51
18.	L.S.	II/II	1975- 32let	173/89	30	40	sectio c.	4200/53
19.	I.S.	I/I	1977- 30let	168/80	28	39	spont.	3500/51
20.	L.B.	II/II	1979- 28let	167/77	28	41	spont.	3870/49
21.	J.N.	I/I	1983- 24let	162/78	30	38	spont.	2850/48
22.	A.Č	II/II	1977- 30let	160/78	30	40	spont.	2520/48
23.	G.O.	III/II	1978- 29let	169/83	29	40	spont.	2930/49
24.	V.K.	I/I	1982- 25let	170/77	27	41	spont.	3500/51
25.	K.G.	II/II	1975- 32let	165/80	29	39	spont.	3410/51
26.	P.H.	III/II	1977- 30let	168/79	29	39	spont.	2850/47
27.	L.R.	I/I	1983- 24let	158/71	28	40	spont.	3210/49
28.	J.S.	II/II	1982- 25let	165/70	26	39	spont.	2950/49
29.	T.R.	II/II	1975- 32let	160/76	30	39	spont.	3100/49
30.	S.Š.	I/I	1981-26let	168/80	28	42	spont.	3640/50
31.	A.H.	III/III	1975-32let	165/82	30	36	spont.	2860/47
32.	F.S.	II/II	1977-30let	155/70	29	39	spont.	2350/50
33.	L.B.	II/II	1976-31let	158/75	30	38	spont.	3730/50
34.	M.Š.	I/I	1980-27let	168/76	27	39	spont.	3670/51
35.	M.S.	II/II	1979-28let	164/75	28	38	spont.	3300/50
36.	D.B.	II/II	1977-30let	162/78	30	38	spont.	3480/50
37.	K.Z.	III/III	1976-31let	162/74	28	40	sectio c.	3570/51
38.	A.L.	II/II	1979-28let	165/76	28	41	spont.	3440/50
39.	M.K.	III/II	1982-25let	160/76	30	40	spont.	3020/50
40.	J.S.	V/III	1977-30let	162/79	30	38	spont.	2950/48
41.	D.K.	II/II	1978-29let	168/75	27	39	spont.	3650/49
42.	L.B.	III/II	1977-30let	170/80	28	40	sectio c.	3420/51
43.	L.L.	II/II	1984-23let	165/74	27	39	spont.	2850/49
44.	H.P.	II/II	1979-28let	174/91	30	41	sectio c.	3260/50
45.	L.P.	I/I	1983-24let	167/80	29	39	spont.	3500/51
46.	O.J.	II/II	1975-32let	170/88	30	39	sectio c.	3450/51
47.	H.S.	III/II	1975-32let	168/80	28	40	spont.	3380/49
48.	M.K.	I/I	1978-29let	170/87	30	37	spont.	2440/46
49.	Z.I.	III/I	1981-26let	160/72	28	41	sectio c.	3630/52
50.	T.R.	II/II	1977-30let	168/75	27	42	sectio c.	4030/50

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

pořadí	iniciály	grav/par.	ročník	výška/cm váha/kg	BMI	týden těh.	porod	váha/míra novoroz.
51.	U.O.	II/II	1974-33let	172/87	29	39	sectio c.	3790/52
52.	P.E.	III/II	1976-31let	168/80	28	40	spont.	3210/49
53.	L.H.	III/II	1978-29let	168/78	28	38	spont.	3100/49
54.	Z.D.	II/II	1979-28let	165/77	28	39	spont.	3250/50
55.	D.C.	I/I	1977-30let	160/68	27	41	spont.	3380/49
56.	L.H.	III/II	1981-26let	171/83	28	39	sectio c.	4100/51
57.	E.T.	II/II	1983-24let	165/72	26	42	sectio c.	4030/50
58.	P.T.	I/I	1980-27let	168/75	27	41	sectio c.	3210/50
59.	S.B.	III/III	1978-29let	167/75	27	38	spont.	2960/48
60.	Ž.B.	II/II	1983-24let	158/67	27	41	sectio c.	3420/51
61.	R.F.	I/I	1980-27let	166/76	28	40	spont.	3020/50
62.	A.D.	IV/II	1976-31let	168/80	28	39	spont.	3480/50
63.	R.F.	I/I	1979-28let	169/87	30	42	sectio c.	3850/54
64.	P.P.	III/II	1984-23let	165/78	29	39	spont.	3670/51
65.	R.F.	I/I	1979-28let	160/75	29	41	sectio c.	2950/48
66.	K.T.	II/I	1979-28let	167/82	29	41	sectio c.	3520/52
67.	O.J.	II/II	1980-27let	165/80	29	39	spont.	3100/49
68.	L.L.	III/II	1977-30let	162/70	27	38	spont.	2930/48
69.	T.E.	I/I	1983-24let	162/78	30	40	sectio c.	3870/50
70.	L.S.	I/I	1983-24let	165/76	28	41	spont.	3500/49

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

poř.	apgar sk.	I.DP	II.DP	III.DP	trv.celk.	placenta	kr.ztráta	por.porař.	revize hrd.	kom.v průběhu por.	přidruž.onem.v těhot.	šestinedělí
ad 1	10 10 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 2	10 10 10	3:15	0:15	0:05	3:35	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 3	9 10 10	4:20	0:20	0:10	4:50	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 4	7 9 10	3:15	0:15	0:05	3:35	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin.	sine	zkalená VP	DM II typu	por.lakta.
ad 5	9 10 10	4:20	0:10	0:05	4:35	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	zkalená VP,susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 6	9 10 10	4:10	0:20	0:10	4:40	s infarkty	300 ml	epi.m.l.sin. lacerace labií	rpt.cervixu u č.7	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 7	10 10 10	5:25	0:15	0:10	5:50	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 8	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	patol.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 9	7 9 9	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	preeklampsie	fyzilog.
ad 10	7 8 9	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 11	8 9 10	4:15	0:10	0:05	0:00	s infarkty	200 ml	epi.m.l.sin.	sine	zkalená VP,susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 12	9 10 10	3:50	0:10	0:20	4:20	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin. lacerace labií	sine	zkalená VP	žádné	fyzilog.
ad 13	9 10 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 14	8 9 10	7:10	0:25	0:10	7:45	chybý kot.	200 ml	epi.m.l.sin.	sine	zkalená VP	DM II typu	por.lactac.
ad 15	10 10 10	6:25	0:25	0:15	7:05	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 16	8 8 9	5:30	0:30	0:15	6:15	s infarkty	200 ml	epi.m.l.sin.	rpt.cervixu u č.4	zkalená VP, patol.CTG	žádné	fyzilog.
ad 17	9 10 10	4:25	0:15	0:05	4:45	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 18	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	patol.CTG	hypertenze	porucha zav.dělohy
ad 19	10 10 10	7:45	0:30	0:10	8:25	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 20	8 9 10	5:10	0:15	0:05	5:30	chybý kot.	200 ml	epi.m.l.sin.	rpt.cervixu u č. 7	susp.CTG	hypertenze	porucha zav.dělohy
ad 21	10 10 10	4:25	0:20	0:05	4:50	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 22	8 8 9	7:15	0:25	0:05	7:45	s infarkty	200 ml	epi.m.l.sin.	sine	patol.CTG	žádné	fyzilog.
ad 23	9 10 10	3:50	0:25	0:10	4:25	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	porucha zav.dělohy
ad 24	8 9 10	6:25	0:25	0:10	7:00	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	zkalená VP,susp.CTG	DM II typu	fyzilog.
ad 25	9 9 10	5:10	0:10	0:05	5:25	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 26	10 10 10	3:10	0:25	0:05	3:40	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

poř.	apgar sk.	I.DP	II.DP	III.DP	trv.celk.	placenta	kr.ztráta	por.porař.	revize hrd.	kom.v průběhu por.	přidruž.onem.v těhot.	šestinedělí
ad 27	9 10 10	7:10	0:15	0:05	7:30	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 28	10 10 10	4:10	0:15	0:05	4:30	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 29	9 10 10	5:10	0:20	0:05	5:35	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 30	7 8 9	4:05	0:15	0:15	4:35	s infarkty	300 ml	epi.m.l.sin	sine	patol.CTG	žádné	fyzilog.
ad 31	9 9 10	5:15	0:10	0:15	5:40	fyzilog.	200 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 32	9 9 10	6:20	0:15	0:05	6:40	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 33	9 10 10	8:25	0:15	0:10	8:50	fyzilog.	250 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 34	8 9 10	6:15	0:10	0:05	6:30	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	zkalená VP,susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 35	10 10 10	7:20	0:15	0:05	7:40	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 36	9 9 10	8:15	0:20	0:10	8:45	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	rpt.cervixu u č.7	zkalená VP	hypertenze	fyzilog.
ad 37	8 9 9	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	350 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	preeklampsie	fyzilog.
ad 38	7 8 9	4:55	0:05	0:05	5:05	s infarkty	200 ml	epi.m.l.sin	sine	zkalená VP	hypertenze	por.lactac.
ad 39	8 8 9	5:35	0:10	0:05	5:50	s infarkty	150 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 40	10 10 10	4:25	0:10	0:05	4:40	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 41	7 7 8	7:10	0:10	0:05	7:25	s hemato.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 42	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	zkalená VP,susp.CTG	žádné	por.zavin. dělohy
ad 43	8 9 10	6:10	0:15	0:05	6:30	s infarkty	150 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	DM II typu	fyzilog.
ad 44	9 9 9	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	300 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 45	9 10 10	7:25	0:15	0:10	7:50	fyzilog.	250 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 46	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	hypertenze	por.lactac.
ad 47	9 10 10	6:10	0:15	0:05	6:30	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	por.lactac.
ad 48	8 8 9	8:20	0:15	0:05	8:40	s infarkty	150 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 49	7 7 8	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	300 ml	sectio c.	sine	patol.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 50	9 10 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	200 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 51	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 52	9 10 10	5:20	0:10	0:05	5:35	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 53	9 10 10	4:40	0:05	0:05	4:50	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 54	10 10 10	3:10	0:05	0:05	3:20	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 55	8 9 10	6:15	0:10	0:05	6:30	s hemat.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	hypertenze	por.lactac.
ad 56	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	250 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	DM II typu	fyzilog.

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

poř.	apgar sk.	I.DP	II.DP	III.DP	trv.celk.	placenta	kr.ztráta	por.poraň.	revize hrd.	kom.v průběhu por.	přidruž.onem.v těhot.	šestinedělí
ad 57	8 8 9	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	250 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 58	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 59	10 10 10	3:10	0:05	0:10	3:25	fyzilog.	150 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 60	7 7 8	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	patol.CTG	hypertenze	por.zavin. dělohy
ad 61	8 9 10	6:15	0:10	0:05	6:30	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	zkalená VP	žádné	fyzilog.
ad 62	10 10 10	4:20	0:05	0:10	4:35	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 63	6 7 8	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	300 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 64	9 9 10	3:30	0:10	0:05	3:45	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin	sine	zkalená VP	žádné	fyzilog.
ad 65	7 8 9	0:00	0:00	0:00	0:00	s hemat.	250 ml	sectio c.	sine	patol.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 66	8 8 9	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	300 ml	sectio c.	sine	zkal.VP,sus.CTG	DM II typu	por.Lakt.
ad 67	10 10 10	3:35	0:05	0:15	3:55	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 68	9 10 10	4:10	0:10	0:20	4:40	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 69	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0	s infarkty	200 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 70	8 9 10	6:30	0:10	0:05	6:45	s infarkty	200 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	hypertenze	fyzilog.

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

pořadí	iniciály	grav/par.	ročník	výška/cm	BMI	týden těh.	porod	váha/míra
				váha/kg				novoroz.
1.	G.R.	III/II	1976- 31let	160/82	32	42	spont.	3640/50
2.	R.Š.	I/I	1976- 31let	170/98	34	39	spont.	3240/48
3.	M.J.	II/II	1972- 35let	163/82	31	38	spont.	3100/48
4.	O.P.	I/I	1982- 25let	168/97	34	42	spont.	3190/50
5.	M.S	I/I	1976- 31let	158/96	38	41	sectio c.	2800/49
6.	J.P.	IV/III	1977- 30let	172/90	31	40	sectio c.	3500/50
7.	R.Š.	I/I	1976- 33let	170/98	34	39	sectio c.	3240/48
8.	M.K.	II/II	1978- 29let	163/90	34	42	spont.	3730/53
9.	M.J.	III/II	1972- 35let	158/88	35	38	spont.	3100/48
10.	O.P.	I/I	1982- 25let	168/86	31	41	spont.	3190/50
11.	M.S.	I/I	1976- 33let	158/77	31	41	sectio c.	2800/49
12.	R.S.	II/II	1974- 33let	160/86	34	40	sectio c.	4400/52
13.	E.V.	I/I	1985- 22let	165/83	31	39	spont.	3810/52
14.	V.K.	I/I	1981- 26let	170/92	31	39	spont.	3560/50
15.	R.K.	II/II	1975- 32let	168/90	32	38	spont.	2620/46
16.	K.M.	III/I	1983- 24let	167/88	32	39	spont.	3050/50
17.	M.M.	III/II	1978- 29let	170/101	35	39	spont.	3120/47
18.	R.P.	II/I	1980- 27let	164/88	33	40	sectio c.	3380/50
19.	H.K.	II/I	1981-26let	167/85	31	41	sectio c.	3400/51
20.	U.L.	II/I	1975- 32let	158/78	31	40	sectio c.	3410/50
21.	L.M.	I/I	1979- 28let	170/92	32	40	sectio c.	3520/51
22.	T.J	I/I	1986-21let	172/98	33	40	sectio c.	3850/51
23.	J.N.	I/I	1979-28let	167/85	31	39	spont.	2560/47
24.	K.O.	II/II	1978-29let	164/86	32	38	spont.	2870/48
25.	T.M.	IV/III	1975-32let	166/88	32	39	spont.	3630/52
26.	T.U.	II/I	1978-29let	165/85	31	41	spont.	3170/49
27.	O.J.	II/II	1981-26let	172/95	32	41	spont.	3310/48
28.	L.U.	II/II	1979-28let	165/87	32	39	spont.	2850/49
29.	H.N.	I/I	1982-25let	168/89	32	40	spont.	2750/48
30.	A.M.	III/II	1982-25let	170/90	31	39	spont.	2450/46

Data k vyhodnocení průběhu porodu a šestinedělí ze 150-ti vybraných žen s náhodným BMI

poř.	apgar sk.	I.DP	II.DP	III.DP	trv.celk.	placenta	kr.ztráta	por.poraň.	revize hrd.	kom.v průběhu por.	přidruž.onmoc.v těhot.	šestinedělí
ad 1	9 9 10	5:20	0:20	0:05	5:45	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	por.lakta.
ad 2	8 9 10	3:20	0:10	0:05	3:35	fyzilog.	200 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	DM II typu	fyzilog.
ad 3	9 9 10	3:40	0:25	0:05	4:10	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	zkalená VP	žádné	fyzilog.
ad 4	9 10 10	4:10	0:15	0:05	4:30	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 5	7 9 9	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	preeklampsie	fyzilog.
ad 6	7 8 9	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 7	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	s infarkty	200 ml	sectio c.	sine u č.4	zkalená VP,susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 8	9 10 10	5:40	0:25	0:15	6:20	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	DM II typu	fyzilog.
ad 9	8 9 9	4:30	0:30	0:10	5:10	s infarkty	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	zkalená VP susp.CTG	hypertenze	fyzilog.
ad 10	9 10 10	5:20	0:20	0:10	5:50	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 11	10 10 10	7:25	0:20	0:05	7:50	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	porucha zav.dělohy
ad 12	9 10 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	zkalená VP,susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 13	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	zkalená VP	DM II typu	fyzilog.
ad 14	10 10 10	6:10	0:25	0:20	6:55	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 15	9 10 10	7:30	0:15	0:05	7:50	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 16	10 10 10	3:10	0:20	0:05	3:35	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 17	9 10 10	5:15	0:25	0:10	5:50	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 18	10 10 10	5:10	0:15	0:10	5:35	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin.	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 19	9 10 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	patologické CTG	žádné	fyzilog.
ad 20	8 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	zkalená VP,susp.CTG	preeklampsie	porucha laktace
ad 21	9 10 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	200 ml	sectio c.	sine	patologické CTG	žádné	fyzilog.
ad 22	9 9 10	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	250 ml	sectio c.	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 23	7 7 8	0:00	0:00	0:00	0:00	fyzilog.	300 ml	sectio c.	sine	patologické CTG	žádné	fyzilog.
ad 24	8 9 10	7:15	0:10	0:05	7:30	s infarkty	150 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	žádné	fyzilog.
ad 25	10 10 10	3:20	0:10	0:05	3:35	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.
ad 26	9 9 10	2:10	0:10	0:05	2:25	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	rpt.c.u č.4	zkalená VP	hypertenze	fyzilog.
ad 27	9 9 10	6:45	0:05	0:10	7:00	s infarkty	150 ml	epi.m.l.sin	sine	susp.CTG	hypertenze	por.laktac.
ad 28	8 9 10	4:15	0:05	0:10	4:30	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	zkalená VP	preeklampsie	por.zavin. dělohy
ad 29	10 10 10	4:50	0:05	0:05	5:00	fyzilog.	150 ml	epi.m.l.sin	sine	fyzilog.průběh	hypertenze	fyzilog.
ad 30	10 10 10	3:40	0:05	0:10	3:55	fyzilog.	100 ml	sine	sine	fyzilog.průběh	žádné	fyzilog.

