

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

NADMĚRNÁ TĚLESNÁ HMOTNOST V TĚHOTENSTVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHALA KAČENOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Michala Kačenová
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 12. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Nadměrná tělesná hmotnost v těhotenství

Overweight in Pregnancy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kocurová

V Praze dne: 13. 12. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem napsala samostatně za odborného vedení PhDr. Jany Kocurové. Použitá odborná literatura a další zdroje, které jsem použila pro vypracování této bakalářské práce, jsou uvedeny v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 4. května 2013

Michala Kačenová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Kocurové za cenné rady při psaní a nesmírnou ochotu a trpělivost, se kterou mě provázela celou mou prací. Dále bych chtěla poděkovat vedení Thomayerovy nemocnice za umožnění sběru dat a studijnímu oddělení Vysoké školy zdravotnické za pomoc při řešení obtížných situací při psaní mé bakalářské práce.

Poděkování samozřejmě patří i mé rodině, která mě podporuje po celou dobu studia.

ABSTRAKT

KAČENOVÁ, Michala. *Nadměrná tělesná hmotnost v těhotenství*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová. Praha. 2013. 65 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je zmapovat jaká je míra žen, které trpí nadměrnou tělesnou hmotností. V práci se věnujeme výživě těhotných žen, zjišťujeme jaká je úroveň pohybové aktivity a snažíme se zjistit, jaké jsou komplikace v těhotenství žen s nadměrnou hmotností.

Práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická, zde se věnujeme fyziologickému těhotenství, zdravé výživě během těhotenství, vhodným pohybovým aktivitám a komplikacím způsobeným nadměrnou tělesnou hmotností. V praktické části analyzujeme získaná data.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je míra žen, které trpěly nadměrnou tělesnou hmotností již před otěhotněním

Klíčová slova: Nadměrná tělesná hmotnost. Metabolismus. Výživa v těhotenství. Pitný režim. Pohybové aktivity v těhotenství. Obezita. Komplikace.

ABSTRACT

KAČENOVÁ, Michala. *Overweight in pregnancy*. NursingCollege, o.p.s.
Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: PhDr. Jana Kocurová. Prague. 2013. 65 p.

The main focus of the bachelor's thesis is a research revealing the amount of women suffering from excessive body weight. In the thesis we cover pregnant women's diet, survey the level of their physical activity, and attempt to determine the pregnancy complications affecting women with excessive body weight.

The thesis is divided into two sections. In the first section, which is theoretical, we cover physiological gravidity, healthy diet during pregnancy, suitable physical activities for pregnant women, and complications caused by excessive body weight. In the second, practical part we analyze the data acquired.

The main purpose of the thesis is to determine the percentage of women that had been suffering from excessive body weight even before their pregnancies.

Keywords: Overweight. Metabolism. Nutrition in pregnancy. Drinking regime. Physical activity during pregnancy. Obesity. Complications.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ	17
1.1 Změny mateřského organismu	18
2 ŽIVOTOSPŘÁVA V TĚHOTENSTVÍ	20
2.1 Výživové potřeby v těhotenství	20
2.2 Potravinová pyramida	22
2.3 Pitný režim v těhotenství	23
2.4 Pohybové aktivity v těhotenství	23
3 OBEZITA V TĚHOTENSTVÍ	25
3.1 Komplikace v těhotenství při obezitě	26
PRAKTICKÁ ČÁST	27
4 EMPIRICKÝ PRŮZKUM	27
4.1 Průzkumný problém	27
4.2 Průzkumné cíle	27
4.3 Průzkumné hypotézy	27

4.4 Metodika průzkumu	28
5 ANALÝZA A PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	30
DISKUSE.....	48
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Potravinová pyramida [8]..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 2: Cvičení pro těhotné 1 [10]..... VII

Obrázek 3: Cvičení pro těhotné 2 [11]..... VII

Obrázek 4: Cvičení pro těhotné 3 [12]..... VIII

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Doporučené denní dávky.....	21
Tabulka 2 - BMI	25
Tabulka 1 - Místo bydliště	30
Tabulka 2 - Pracovní pozice	31
Tabulka 3 - BMI	32
Tabulka 5 - Nárůst hmotnosti	34
Tabulka 6 - Týden těhotenství	35
Tabulka 8 - Sport před těhotenstvím.....	36
Tabulka 9 - Sport během těhotenství	37
Tabulka 10 - Informovanost o těhotenských pohybových aktivitách.....	38
Tabulka 11 - Počet jídel denně	39
Tabulka 12 - Změna stravovacích návyků	40
Tabulka 13 - Rychlé občerstvení	41
Tabulka 14 - Zelenina a ovoce.....	42
Tabulka 15 - Doplnění stravy	43
Tabulka 16 - Množství tekutin.....	44
Tabulka 17 - Hlavní složka pitného režimu.....	45
Tabulka 18 - Hypertenze.....	46
Tabulka 19 - Metabolické onemocnění	47

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Místo bydliště.....	30
Graf 2 - Pracovní pozice	31
Graf 3 - BMI	32
Graf 5 - Nárůst hmotnosti	34
Graf 5 - Týden těhotenství.....	35
Graf 6 - Sport před těhotenstvím	36
Graf 7 - Sport během těhotenství.....	37
Graf 8 - Informovanost o těhotenských pohybových aktivitách.....	38
Graf 9 - Počet jídel denně	39
Graf 10 - Změna stravovacích návyků.....	40
Graf 11 - Rychlé občerstvení	41
Graf 12 - Zelenina a ovoce	42
Graf 13 - Doplnky stravy	43
Graf 14 - Množství tekutin.....	44
Graf 15 - Hlavní složka pitného režimu.....	45
Graf 16 - Hypertenze	46
Graf 17 - Metabolické onemocnění	47

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH	adrenokortikotropní hormon
BMI	body mass index
hCG	human chorion gonadotropin - lidský choriový gonadotropin
pH	potential of hydrogen – potenciál vodíku

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abortivum	látka, která může způsobit potrat
Anamnéza	informace o konkrétní pacientce (osobní, rodinná, sociální,...)
Blastocysta	shluk buněk, 6 dní po ovulaci, obsahující dutinku vyplněnou tekutinou
Císařský řez	(sectio caesara – S.C.) operační ukončení porodu břišní stěnou
Diabetes mellitus	metabolické onemocnění, které se projevuje hyperglykemií (zvýšená hladina cukru v krvi), vede ke změnám metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin
Edém	otok
Embryo	zárodek mezi 2. a 10. týdnem těhotenství
Endokrinní onemocnění	onemocnění žláz s vnitřní sekrecí
Estrogen	ženský pohlavní hormon patřící do skupiny steroidů
Fetogeneze	vývoj plodu
Fetoplacentární jednotka	funkční celek, který spojuje placentu s plodem pomocí pupečníku
Fyziologické těhotenství	těhotenství, které nemá zatíženou anamnézu a všechny výsledky
Gestační diabetes	těhotenská cukrovka
Gravidita	těhotenství
Hemoglobin	červený transportní metaloprotein
Hepatopatie	jaterní onemocnění
Hypertenze	vysoký krevní tlak
Hypertrofie dělohy	zvětšení dělohy
Klimakterium	menopauza, obdobímeme
Lanugo	ochmýření plodu a novorozence
Lidský choriový gonadotropin	hormon, který zajišťuje udržení žlutého tělíska po prvních 12 týdnu těhotenství, produkuje ho zygota
Mázek	bílá, sýrovitá hmota, která pokrývá pokožku dítěte
Morula	útvár složený ze šestnácti buněk, vzniká dělením zygoty

Nauzea	nevolnost
Patologická gravidita	těhotenství, jehož výsledky ukazují na nějakou nemoc
Placenta	orgán tvořící se v těhotenství, pomocí něhož získává plod z krve matky výživu a kyslík
Plazma	tekutá složka krve nažloutlé barvy
Plod	zárodek od 10. týdne těhotenství
Preeklampsie	esenciální onemocnění vznikající po 20. týdnu těhotenství projevující se hypertenzí, edémy a proteinurií
Prenatální poradna	ambulantní péče o ženy v těhotenství
Progesteron	ženský pohlavní hormon, který připravuje děložní sliznici na těhotenství, pomáhá těhotenství udržet, přispívá k rozvoji mléčné žlázy
Prolaktin	hormon produkovaný hypofýzou, podílí se na vývoji mléčné žlázy a udržení tvorby mléka
Prolaps dělohy	pokles dělohy směrem k pochvě
Předčasný porod	porod před dokončeným 37. týdnem těhotenství
Riziková gravidita	těhotenství se zatíženou anamnézou
Sterilita	neplodnost
Šestinedělí	období prvních šesti týdnů po porodu
Toxoplazmóza	nákaza vyvolaná parazitem <i>Toxoplasma gondii</i> , může se přenášet nedostatečně tepelně upraveným masem
Tromboembolická příhoda	jedna z nejobávanějších komplikací v porodnictví, při níž dochází k ucpání cévy vmetkem, díky náhlému vzniku a pozdní terapii je tato komplikace na předním místě mateřské úmrtnosti
Uteroplacentární oběh	oběh mezi dělohou a placentou
Zygota	oplozené vejce
Žluté tělísko	tělísko přetrvávající po prvních 12 týdnech těhotenství, zajišťuje tvorbu estrogenu a progesteronu

ÚVOD

Jako téma práce jsme zvolily Nadměrnou tělesnou hmotnost v těhotenství. Důvodem k zabývání se tímto tématem je stále stoupající počet žen, které mají nadměrnou tělesnou hmotnost, nebo dokonce trpí obezitou. Ta je tématem, které je i přes svou závažnost stále nedostatečně diskutované.

S obezitou souvisí mnoho komplikací, které jsou zmíněny v teoretické části. Mezi závažnější komplikace patří například hypertenzní onemocnění. Také proto je hypertenze zařazena mezi otázky v dotazníku, abychom zjistily, kolik žen s nadměrnou tělesnou hmotností tímto onemocněním skutečně trpí. Obezita je také rizikový faktor pro rozvoj preeklampsie v těhotenství. Dále je tady samozřejmě riziko velkého plodu, což způsobuje komplikace při porodu v podobě větších porodních poranění a tudíž i komplikace v šestinedělí, jako pomalejší zavinování dělohy, krvácení a delší hojení porodních poranění. Jedním z problémů u obeztních žen je také ztížené monitorování plodu pomocí CTG (kardiotokograf). Ženy v dobré kondici se naproti tomu mnohem snáze zotavují po porodu a snáze se vracejí ke své původní hmotnosti.

Tato práce se snaží poukázat na to, jak je důležitá správná životospráva, vhodné stravování i pohybová aktivita a to samozřejmě nejen v těhotenství, ale také před otěhotněním.

Cílem práce je zaměřit se na tento problém, který si jistě zaslouží pozornost lékařů, porodních asistentek, ale především maminek, ať už budoucích nebo stávajících.

TEORETICKÁ ČÁST

Těhotenství je lidově označováno jako „jiný stav“. Je to období, kdy dochází v organismu ženy k vývoji plodu. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2011).

Většina těhotenství probíhá fyziologicky, tzn. bez rizikových faktorů v anamnéze a s fyziologickými výsledky testů prováděných během těhotenství. Čím dál tím častěji se ovšem porodníci a porodní asistentky setkávají s obézními ženami, které nemohou otěhotnět či je provází komplikace v těhotenství. Jejich gravidita je poté považována za rizikovou nebo dokonce až patologickou.

Riziková gravidita je taková, kdy je zatížena anamnéza a výsledky některých vyšetření v prenatální poradně jsou nutné opakovat. Je zde zvýšená pravděpodobnost předčasného porodu, hrozícího potratu, vrozených vývojových vad a dalších. Mezi všeobecná rizika zahrnujeme např. věk pod 17 let, věk vyšší než 35 let, výška ženy pod 155 cm, hmotnost ženy nad 90 kg, sterilita v anamnéze, celkové onemocnění matky jako diabetes mellitus, hepatopatie a jiné. (ZWINGER et al., 2004).

Patologická gravidita znamená, že těhotná žena je buď sama vážně nemocná anebo její dítě. (porodnice.cz).

1 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

Pokud dojde k oplodnění ženské pohlavní buňky vajíčka, oplozené vejce začne produkovat lidský choriový gonadotropin (hCG), díky němu se po prvních dvanácti týdnech zvětšuje a udržuje žluté tělísko. Přibližně mezi desátým a třináctým týdnem se dotvoří placenta a začne produkovat estrogen a progesteron místo žlutého tělíska.

Po splnutí spermie a vajíčka vzniká zygota, ta dělením postupně vytváří morulu. Oplodněné vajíčko po dobu šesti dnů putuje do dělohy, kam se dostává jako blastocysta. V dalším vývoji nastává intenzivní buněčné dělení a vzniká zárodek, který se nazývá embryo.

Nejdříve se vyvíjí základy mozku a srdce, již po čtyřech týdnech srdce zárodku pohání krevní oběh embrya. Na konci šestého týdne jsou již viditelné prsty, nos, ústa a již rozeznáme oční víčka. Také se v tomto období začínají diferencovat zevní genitálie. Koncem desátého týdne po oplodnění začíná fetogeneze, v tomto období plod měří přibližně 9 centimetrů a váží 14 gramů. Díky Haasovu schématu můžeme sledovat délku plodu během jeho vývoje. Po čtrnáctém až šestnáctém týdnu je možné zjistit s jistotou i pohlaví plodu. Po šestnáctém týdnu se na kůži plodu objevuje lanugo (jemné chmíří) začíná se ukládat tuk v podkoží a dochází k vývoji nehtů a růstu vlasů plodu. Do šestnáctého týdne má plod průsvitnou kůži, poté je do červena a zároveň je vrásčité. Kůži plodu pokrývá tenká vrstva mázku (vernixcaseosa). Po dvacátém osmém týdnu těhotenství se kůže plodu vyhladí, otevřou se oční víčka a u chlapců začnou sestupovat varlata.

U donošeného plodu můžeme najít lanugo pouze na zádech či ramenou, kůže je u něj růžová a vyhlazená, nehtíky přesahují konce prstů. U mužského pohlaví jsou varlata sestouplá v šourku a u ženského pohlaví velké stydké pysky překrývají malé stydké pysky (ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a SRP, B., 2006).

1.1 ZMĚNY MATEŘSKÉHO ORGANISMU

Těhotenství představuje pro organismus matky velkou zátěž. Dochází k růstu tkání, retenci tekutin, relaxaci hladkého svalstva a organismus se všeobecně přizpůsobuje zvýšeným funkčním nárokům.

V těle těhotné dochází k hypertrofii dělohy. Její hmotnost narůstá z přibližně 50 g před otěhotněním na 1000 g v termínu těhotenství.

Následkem hormonálních změn dochází ke změně konzistence, děloha začíná být měkká a prosáklá, děložní hrdlo se zbarvuje, zkracuje a měkne.

Pochva mění následkem zvýšeného prokrvení barvu sliznice, dochází k jejímu prodloužení a ke zvýšené poševní sekreci.

Ve vaječnicích dochází k vzestupu prolaktinu a tím i k potlačení cyklické ovariální aktivity (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011).

Mění se uložení srdce. S nárůstem hmotnosti dělohy je vysunuto srdce nahoru, doleva a dopředu. Zvětšuje se minutový srdeční výdej a to cca o 10 – 15 úderů za min. Zrychluje se krevní oběh a se vznikem placenty se formuje uteroplacentární oběh, který zajišťuje výživu mezi matkou a plodem.

Krevní tlak se mění výrazněji ke konci gravidity, diastolický stoupá, systolický se mění minimálně.

Z důvodu zvětšující se dělohy dochází ke zvýšení bránice přibližně o 4 cm. Frekvence dýchání se nemění, ale respirační objem a minutová ventilace stoupá a to až o 50%.

V dutině ústní dochází ke zvýšené produkci slin, tzn. ptyalismu. Mezi 6 – 14 týdnem těhotenství trpí většina těhotných nauzeou, případně zvracením. V pozdějším období je časté pálení žáhy. Z důvodu zvýšené produkce progesteronu se snižuje motilita střeva a těhotné často trpí zácpou.

V těhotenství výrazně stoupá glomerulární filtrace a to o 60%. Vlivem zvýšeného objemu močového traktu může docházet ke zvýšenému výskytu močových infekcí. Ženy v začátcích těhotenství často pocítují častější močení, z důvodu zvětšující

se dělohy, poté se frekvence normalizuje a změna nastává dále, až ke konci těhotenství kdy do malé pánve vstupuje hlavička (SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011).

Největší změnu doznává objem krve, který se projevuje již v prvních 12 týdnech. Objem krve narůstá o 1000 – 1500 ml. Zvyšuje se produkce leukocytů a klesá pokles plazmatických bílkovin. Koncem těhotenství může docházet k tzv. syndromu dolní duté žíly. Vlivem tlaku dělohy na dolní dutou žílu mohou vznikat kolapsové stavy a otoky.

„V těhotenství se mění kvantitativně i kvalitativně metabolismus v důsledku rychlého růstu plodu a placenty a jejich zvyšujících se nutričních požadavků. Metabolické změny jsou ovlivňovány změnou produkce a sekrece některých hormonů matky ve fetoplacentární jednotce a v neposlední řadě i transportem látek přes placentu.“ (ZWINGER, A. a kol. 2004).

Mezi hormony ovlivňující metabolické změny patří např. prolaktin a choriový gonadotropin. Tyto změny ovlivňují především hladiny základních živin, rychlost jejich vstřebávání a také míru vstřebaných látek. (KOBILKOVÁ, J., 2005)

Průměrný fyziologický váhový přírůstek by měl být na konci těhotenství 12 – 15 kg. Závisí však na výchozí hmotnosti před otěhotněním a na jejich nutričních rezervách. 1000 g z celkového přírůstku hmotnosti připadá na bílkovinu, z toho je 50% transportováno do plodu a placenty a zbytek tvoří bílkoviny účastnící se kontrakcí dělohy, bílkoviny prsní žlázy, plazmy a hemoglobinu (ZWINGER, A. a kol., 2004).

2 ŽIVOTOSPRAVA V TĚHOTENSTVÍ

Vhodný stravovací režim je v těhotenství důležitý. Je potřeba dbát na dostatečný kalorický příjem a stejně tak i na optimální poměr živin v zastoupení vitamínů a minerálních látek. Dále by těhotná měla dbát na dostatečnou tepelnou úpravu, aby nedošlo ke vzniku toxoplazmózy apod. (TRČA, S., 2009).

Ve stravě by měly zcela či alespoň částečně těhotné omezit uzeniny, kvůli špatně stravitelnosti, potraviny s konzervačními látkami, výrobky s kofeinem, z důvodu možného ovlivnění fyziologických funkcí plodu, sladká jídla a tzv. rychlé cukry sacharózu a glukózu. Kvůli těmto cukrům hrozí riziko obezity či riziko vzniku gestačního diabetu. Zvýšený příjem soli napomáhá vzniku edémů vlivem zadržování vody v těle. Jako negativní se považuje i kořenová zelenina zejména celer. Ve zvýšeném množství překrývá malou pánev a může působit jako abortivum (HRONEK, M. 2004).

2.1 VÝŽIVOVÉ POTŘEBY V TĚHOTENSTVÍ

V těhotenství se zvyšuje potřeba energetického nutričního příjmu vlivem zvýšeného bazálního metabolismu a výživy vyvíjejícího se plodu.

Pro normální růst plodu, vývoj placenty, zvětšování dělohy a vývoj prsu budoucí matky jsou nezbytné bílkoviny. Denní potřeba se udává mezi 50 – 60 g denně, vychází se z doporučení 0,8 g na kilo váhy. Bílkoviny máme rostlinného původu a živočišného. Do rostlinného zahrnujeme zejména sóju, ta jediná se svým složením přibližuje skladbě živočišných tuků, do kterých řadíme maso, vejce, mléko, tvaroh a podobně.

Dalším významnou složkou v potravě těhotné jsou tuky jako důležitý zdroj energie a stavební funkční složka buněčných membrán. Podílí se na správné funkci kůže a mozku a jsou v nich rozpustné vitamíny A, D, E a K. Zdravé tuky jsou omega – 3 mastné kyseliny.

Sacharidy jsou hlavním zdrojem energie a jsou významnou stavební složkou buněk. Nejvíce podílu sacharidů náleží potravinám obsahujících škrob a to obilovinám,

luštěninám, zelenině a dalším. Velice významnou složkou v potravě těhotné je vláknina, která patří do sacharidů. Její pravidelný příjem má vliv na celou řadu onemocnění, např. hemeroidy, křečové žíly, zácpu, nemoci trávicího traktu a jiných. Nejbohatším zdrojem je neloupaná rýže, pohanka, oves, ořechy, celozrnné potraviny a jiné.

Vitamíny potřebné v těhotenství jsou vitamín C, E, beta karoten, selen a zinek, kyselina listová a další, přičemž vitamín C má vliv na krvetvorbu, tvorbu tkání, kolagenu, kostní hmotu a zvyšuje vstřebávání železa. Denní dávka pro těhotné je 70 mg a více. Vitamín A, hlavně betakarotén posiluje obranyschopnost organismu. Doporučená denní dávka je až 1200 mg. Vitamín E je důležitý v léčbě neplodnosti, zabraňuje opakovaným potratům a v době těhotenství je důležitý pro zdravý vývoj plodu. Denní doporučená dávka je až 15 mg. Nedostatek zinku se může v počátcích těhotenství projevit citlivostí na pachy a silnějšími ranními nevolnostmi. Dále může vést k předčasnému porodu dětí s nízkou hmotností a jejich infekci a k poruše dělohy. Doporučená denní dávka je 25 mg. Nedostatek selenu může mít vliv na zvýšené riziko výskytu vrozených vad, zvláště pak srdečních. Některé studie prokázali, že může souviset i s potratem. Denní dávka by měla být 1000 mg. Kyselina listová, je to vitamín ze skupiny B. Organismus není schopný si ho sám vytvořit, proto je potřeba ho do těla dodávat. Svým účinkem ovlivňuje metabolické procesy v organismu, dělení buněk a tvorbu červených krvinek. V těhotenství má velmi důležitou roli, působí preventivně proti vzniku vývojových, především rozštěpových vad a také snižuje riziko předčasného porodu či potratu (MANDŽUKOVÁ, J., 2008).

Doporučená denní dávka energie, vitamínů a minerálů v těhotenství by měla být oproti denní normální dávce takováto.

Tabulka 1 - Doporučené denní dávky

Parametr	Normální denní dávka	Denní dávka v těhotenství
Energie	9250 kJ	11300 kJ
Bílkoviny	0,8 g/kg	1,3 g/kg
Vápník	800 mg	1200 mg
Hořčík	300 mg	450 mg
Jod	150 g	230-260 g
Železo	18 mg	50-80 mg

Zinek	15 mg	20 mg
Vitamín B ₆	2 mg	6-20 mg
Vitamín B ₁₂	5 g	8 g
Kyselina listová	400 g	800 g

Zdroj: ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a SRP, B., 2006, str. 75

2.2 POTRAVINOVÁ PYRAMIDA

Pyramida ukazuje, co by mělo tvořit základ jídelníčku a čeho bychom se měli vyvarovat nebo jíst jen v malých dávkách. Základem pyramidy je rozdělení různých živin do několika skupin. Čím blíže je skupina základně pyramidy, tak by to měla být potravinu, kterou bychom měli konzumovat denně.

Spodní patro potravinové pyramidy tvoří obiloviny. Měly by tvořit největší část jídelníčku. Patří sem pekárenské výrobky, přirozená neloupaná rýže, brambory ve slupce, celozrnné těstoviny, ovesné vločky a další. Tato potravinová skupina je bohatá na minerální látky, polysacharidy, vitamíny a vlákninu.



Zdroj: <http://krasna.nova.cz>

Obrázek 1: Potravinová pyramida

První patro pyramidy tvoří zelenina a ovoce a proto by mělo být hojně zastoupeno. Doporučená denní dávka ovoce tvoří 4 porce, zeleniny 2 porce.

Druhé patro tvoří potraviny bohaté na bílkoviny. Které jsou důležité pro stavbu buněk. Patří sem mléčné výrobky, drůbež, ryby, vejce a luštěniny.

Vrchol pyramidy se skládá z potravin, které bychom si měli dopřávat nejméně. Patří sem nejen cukr, sůl, sladkosti, ale také slané pečivo a uzeniny (<http://krasna.nova.cz>).

2.3 PITNÝ REŽIM V TĚHOTENSTVÍ

Voda má v lidském těle nezastupitelnou funkci. Má ochrannou funkci, chrání okolí kloubů, míchu, mozek a v těhotenství obklopuje plod jako amniotická tekutina, která vytváří ideální podmínky pro růst a vývoj embrya a plodu. V době laktace je pak voda hlavní složka mateřského mléka, nejdůležitější zdroj potravy pro dítě. Dostatečný příjem tekutin zajišťuje látkovou výměnu, dobrou funkci ledvin a tím i vylučování toxických látek z těla.

Těhotná žena by měla denně vypít minimálně 1,5 litru tekutin v závislosti na vnitřních a vnějších podmínkách, záleží ovšem také na jejím jídelníčku. Základy pitného režimu by měli tvořit nekalorické nápoje jako kojenecká voda, voda z veřejného vodovodu i minerální vody, ale se slabou mineralizací. Nápoje sycené oxidem uhličitým by těhotná neměla konzumovat často. Oxid uhličitý může podporovat zvracení a ovlivňovat pH prostředí.

2.4 POHYBOVÉ AKTIVITY V TĚHOTENSTVÍ

K udržení dobré fyzické i psychické kondice je vhodný sport během těhotenství ideální. Tělesný pohyb je také základem správné životosprávy a to nejen v těhotenství, ale během celého života. Pro těhotnou ženu jsou nevhodné všechny sporty, kde hrozí pád nebo úraz břicha. V rámci předporodních kurzů je možné cvičit pod odborným dohledem, což je ideální zejména pro ženy, které před těhotenstvím aktivně nesportovaly (ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a SRP, B., 2006) .

Aktivně sportující ženy mohou dále pokračovat, ale vždy je vhodné zhodnotit, zda by nebyl vhodný nějaký šetrnější sport. Vhodné je například plavání, turistika, jóga, břišní tance, cvičení na míči a další pohybové aktivity, které je možné

provozovat i v rámci profylaktické přípravy. Vhodné je také cvičení, během kterého se posiluje pánevní dno a nácvik vhodného dýchání, které pomáhá, jak při zvládnání porodních bolestí, tak při porodu samotném.

Hlavní přínos zdravého pohybu v těhotenství:

- *lepší psychická kondice*
- *lepší psychická kondice*
- *lepší fyzická kondice*
- *lepší držení těla a zmírnění bolestí v celé páteři*
- *prevence hemeroidů*
- *prevence křečů a otoku nohou*
- *prevence potíží s udržením moče a prolapsu dělohy (poklesu dělohy směrem k pochvě)*
- *prevence nadměrného přírůstku hmotnosti (tělesného tuku)*
- *dobrá pohyblivost kyčelních kloubů a vyrovnání se s nárůstem hmotnosti*
- *snadnější návrat k původní váze a kondici po porodu*
- *pozitivní vliv na zdravý vývoj plodu*

(<http://www.naseporodnice.cz>)

3 OBEZITA V TĚHOTENSTVÍ

„Obezita čili nadměrná hmotnost podporuje rozvoj vysokého krevního tlaku, kornatění cév a cukrovky. Je závažnou zdravotní poruchou protože též zhoršuje vyhlídky na normální porod.“ (<http://www.porodnice.cz>).

„Termín obezita označuje zmnožení tuku v organismu nad hranici normy.“ (<http://www.gynor.cz>).

Procentuální podíl tuku u žen činí normálně 30%.

Ke stanovení případné obezity lze použít metodu BMI, tedy Body Mass Index, který vyjadřuje vztah tělesné hmotnosti vzhledem k výšce. Výpočet se provádí - hmotnost v kg/ výška v metrech na druhou.

Tabulka 2 - BMI

Klasifikace	Rozmezí
Podvýživa	pod 18
Normální hmotnost	18,5-25
Nadváha	25-30
Obezita I. stupně – mírná	30-35
Obezita II. stupně – střední	35-40
Obezita III. stupně – moridní	nad 40

Zdroj: <http://www.gynor.cz>

Dále lze nadváhu či obezitu klasifikovat podle měření obvodu pasu. Metoda se nazývá Antropometrie. Metabolická rizika jsou u ženy s obvodem nad 80 cm mírná, u ženy s obvodem nad 88 cm výrazná.

Obezita může být primární, či sekundární. Primární obezita je nejčastější, je způsobena nepoměrem příjmu energie a jejím výdejem. Vznik pak dále může podpořit dědičný faktor, klimakterium, méně fyzická práce a přejídání při stresu. Sekundární obezita provází endokrinní onemocnění, např. zvýšenou funkci kůry nadledvin či zvýšenou tvorbu ACTH (ALENA ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

3.1 KOMPLIKACE V TĚHOTENSTVÍ PŘI OBEZITĚ

Obezita je nemoc, která snižuje pravděpodobnost otěhotnění, donošení plodu a může způsobit komplikace zdravého vývoje plodu. Obézní ženy, které dle BMI překročí hranici 40 bodů, mají dle výzkumů sníženou možnost otěhotnění dokonce o 35 %. I přes to, není vhodné držet během těhotenství drastické diety na snížení hmotnosti. Nejdůležitější je myslet na správnou výživu a vhodný pohyb již před otěhotněním. Navíc představuje obezita kromě fyzické zátěže pro organismus, také zátěž psychickou.

Obezita zvyšuje pravděpodobnost hypertenzních onemocnění v těhotenství a patří mezi faktory, které zvyšují výskyt preeklampsie. Dále zvyšují riziko vzniku gestačního diabetu a tromboembolických příhod (ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a SRP, B. 2006).

Vzhledem k tomu, že s obezitou stoupá riziko gestačního diabetu, stoupá také riziko vysoké porodní hmotnosti novorozence. Díky vysoké porodní hmotnosti novorozence je u obézních rodiček vysoké riziko velkých porodní poranění nebo ukončení porodu císařským řezem, tím se zvyšuje riziko dalších komplikací během hojení v šestinedělí, jako je pomalejší zavinování dělohy a následné krvácení (BRÁZDOVÁ, 2006, HRONEK, 2004).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 EMPIRICKÝ PRŮZKUM

4.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Zjistit, zda nadváha těhotných žen souvisí s dodržováním vhodných stravovacích návyků a pohybových aktivit již před těhotenstvím.

4.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE

Hlavní cíl

- Zjistit jaká je míra žen, které měly nadměrnou tělesnou hmotnost již před otěhotněním.

Vedlejší cíle

- Zjistit způsob stravování žen v těhotenství.
- Zjistit úroveň pohybové aktivity žen před těhotenstvím a v těhotenství.
- Zjistit zda ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají více komplikací v těhotenství než ženy s optimální tělesnou hmotností.

4.3 PRŮZKUMNÉ HYPOTÉZY

Hypotéza 1

Předpokládáme, že dle BMI má více žen nadměrnou tělesnou hmotnost než optimální hmotnost. (Otázky č.: 3, 4)

Hypotéza 2

Předpokládáme, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností častěji nedodrží výživová doporučení než ženy s optimální tělesnou hmotností. (Otázky č.: 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16)

Hypotéza 3

Předpokládáme, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají nižší úroveň pohybové aktivity než ženy s optimální tělesnou hmotností. (Otázky č.: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9)

Hypotéza 4

Předpokládáme, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají více komplikací během těhotenství než ženy s optimální tělesnou hmotností. (Otázky č.: 3, 4, 5, 6, 17, 18)

4.4 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkumná metoda je kvantitativní. Zvolili jsme formu nestandardizovaných dotazníků. Časový plán průzkumu jsme stanovili na 1. března až 31. března 2013.

Průzkumný vzorek

Výběr průzkumného vzorku byl záměrný. Dotazníky byly rozdány všem ženám, které navštívily prenatální poradnu v Thomayerově nemocnici v období od 1. března do 31. března 2013.

Technika dotazníku

Dotazník obsahuje 18 otázek, z nichž 5 otázek je otevřených, 11 uzavřených s jednou možnou odpovědí a 2 otázky byly polootevřené, zde mohly respondentky doplnit vlastní odpověď, pokud se lišila od nabízených možností.

Hypotézu číslo 1 jsme se snažili potvrdit pomocí otázkami 3 a 4, jejichž pomocí jsme vypočítali BMI, které je zahrnuto v tabulce a grafu č. 3 a 4. K hypotéze 2, která se zabývá stravovacími návyky, se vztahují otázky 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16. K hypotéze 3, která se týká úrovně pohybové aktivity, se vztahují otázky 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 a 9. K hypotéze 4 se vztahují otázky 3, 4, 5, 6, 17 a 18. Z otázky číslo 5 jsme vypočítali váhový přírůstek jednotlivých respondentek, který jsme zaznamenali do tabulky a grafu č. 5.

V prenatální poradně v Thomayerově nemocnici bylo rozdáno 40 dotazníků, z nichž se vrátilo 37. návratnost tedy byla 92,5 %. Výsledky získané z rozdaných dotazníků jsou zpracovány do tabulek, grafů a komentářů.

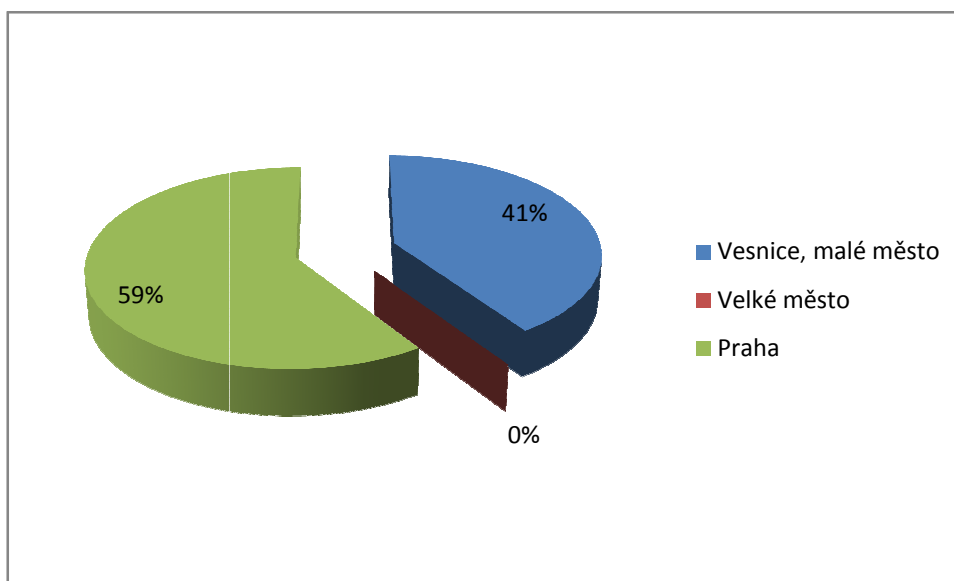
5 ANALÝZA A PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Otázka č. 1: Odkud pocházíte?

Tabulka 1 - Místo bydliště

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vesnice, malé město	15	41,00 %
Velké město	0	0,00 %
Praha	22	59,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 1 - Místo bydliště



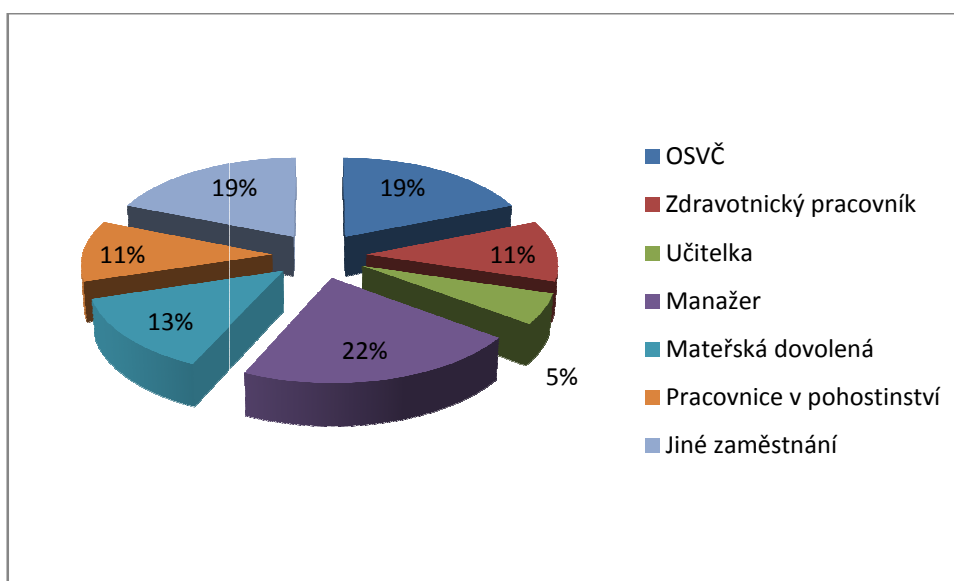
Z 37 dotazovaných žen 15 (41 %) odpovědělo, že žijí na vesnici či malém městě, 22 (59 %) odpovědělo, že žijí v Praze a vzhledem k tomu, že se jednalo o průzkum v pražské nemocnici, žádná z žen neodpověděla, že žije v jiném velkém městě než je Praha.

Otázka č. 2: Jaká byla Vaše pracovní pozice před těhotenstvím?

Tabulka 2 - Pracovní pozice

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
OSVČ	7	19,00 %
Zdravotnický pracovník	4	11,00 %
Učitelka	2	5,00 %
Manažer	8	22,00 %
Mateřská dovolená	5	13,00 %
Pracovnice v pohostinství	4	11,00 %
Jiné zaměstnání	7	19,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 2 - Pracovní pozice



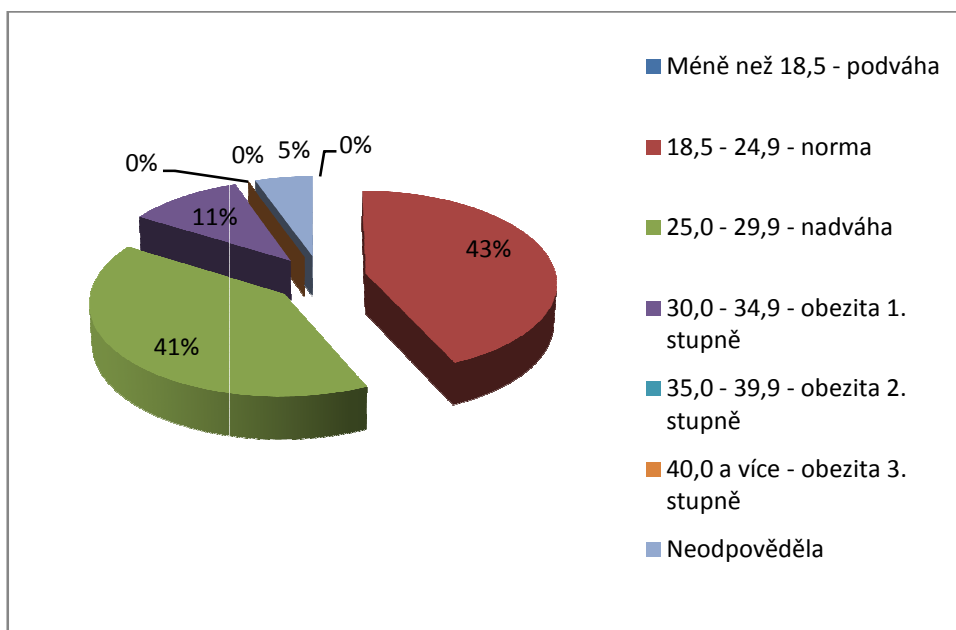
7 (19 %) žen se živí jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná), 4 (11 %) ženy pracují ve zdravotnictví, 2 (5 %) z dotazovaných žen jsou učitelky, 8 (22 %) pracuje na manažerské pozici, 5 (13 %) je na mateřské dovolené, 4 (11 %) ženy uvedly, že pracují v pohostinství a 7 (19 %) žen uvedlo jiné zaměstnání nebo neuvedly, čím se živí.

Otázka č. 3 a 4: Jaká je Vaše výška v cm? Jaká byla Vaše hmotnost před těhotenstvím?

Tabulka 3 - BMI

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 18,5 – podváha	0	0,00 %
18,5 - 24,9 – norma	16	43,00 %
25,0 - 29,9 – nadváha	15	41,00 %
30,0 - 34,9 - obezita 1. stupně	4	11,00 %
35,0 - 39,9 - obezita 2. stupně	0	0,00 %
40,0 a více - obezita 3. stupně	0	0,00 %
Neodpověděla	2	5,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 3 - BMI



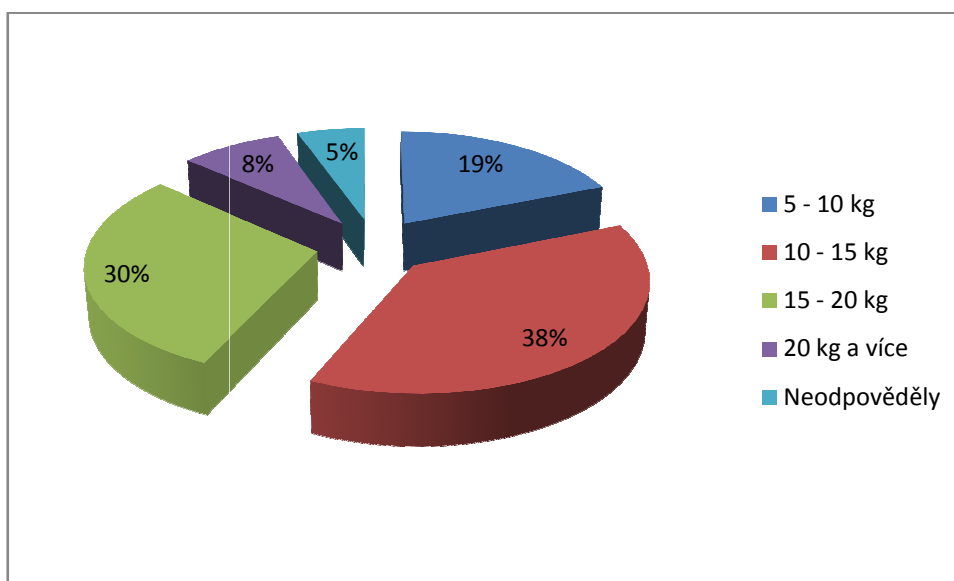
Žádná z dotazovaných žen neměla podváhu. 16 (43 %) žen bylo v normě, 15 (41 %) respondentek mělo mírnou nadváhu (většina se pohybovala těsně nad hranicí 25 bodů), 6 (11 %) respondentek trpělo obezitou 1. stupně a 2 (5 %) odmítly odpovědět na otázku o své váze před těhotenstvím.

Otázka č. 5: Jaká je Vaše hmotnost nyní?

Tabulka 5 - Nárůst hmotnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
5 - 10 kg	7	19,00 %
10 - 15 kg	14	38,00 %
15 - 20 kg	11	30,00 %
20 kg a více	3	8,00 %
Neodpověděly	2	5,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 5 - Nárůst hmotnosti



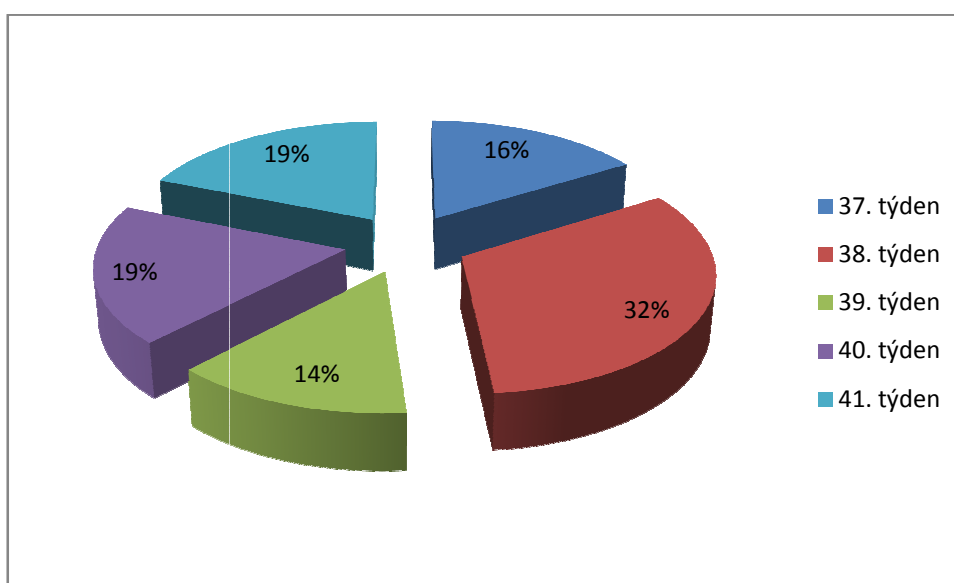
Nejvíce žen (14 – 38 %) mělo váhový přírůstek mezi 10 a 15 kilogramy. 11 (30 %) z dotazovaných žen mělo váhový přírůstek mezi 15 a 20 kilogramy, 7 (19 %) žen mezi 5 a 10 kilogramy, 3 (8 %) ženy měly váhový přírůstek přes 20 kilogramů a u 2 (5 %) z dotazovaných nebylo možné zjistit váhové přírůstky, protože neodpověděly na otázku o hmotnosti před těhotenstvím ani nyní.

Otázka č. 6: V jakém jste týdnu těhotenství?

Tabulka 6 - Týden těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
37. týden	6	16,00 %
38. týden	12	32,00 %
39. týden	5	14,00 %
40. týden	7	19,00 %
41. týden	7	19,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 6 - Týden těhotenství



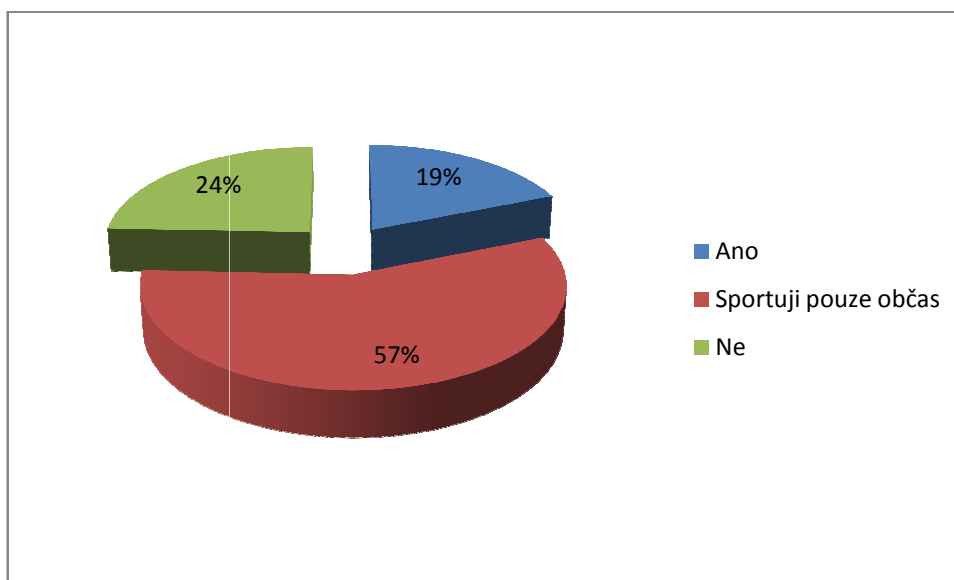
Z dotazovaných žen bylo 6 (16 %) ve 37. týdnu těhotenství, 12 (32 %) ve 38. týdnu těhotenství, 5 (14 %) ve 39. týdnu těhotenství, 7 (19 %) ve 40. týdnu a 7 (19 %) ve 41. týdnu těhotenství.

Otázka č. 7: Dělala jste před otěhotněním aktivně nějaký sport?

Tabulka 7 - Sport před těhotenstvím

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	7	19,00 %
Sportuji pouze občas	21	57,00 %
Ne	9	24,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 7 - Sport před těhotenstvím



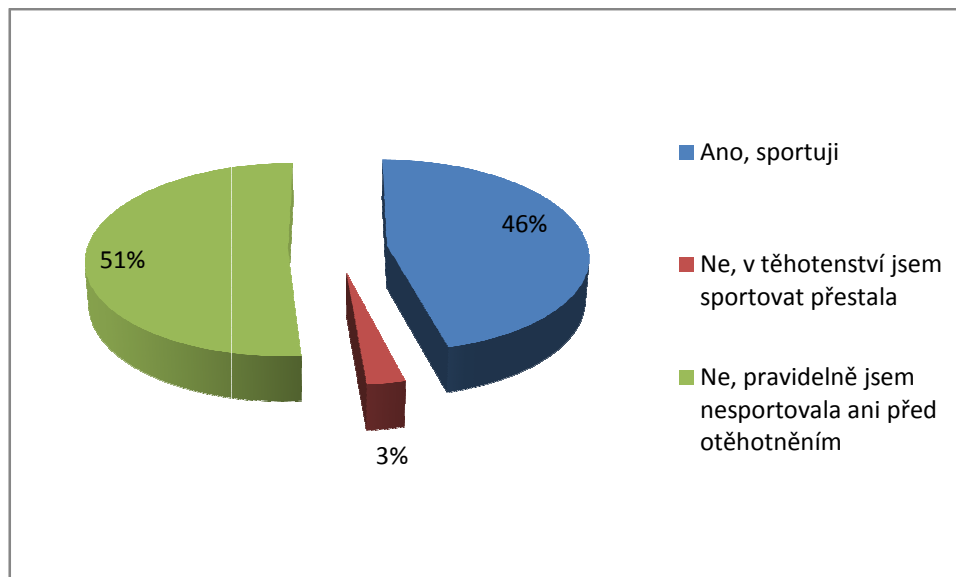
7 (19 %) žen odpovědělo, že před těhotenstvím aktivně sportovalo. 21 (57 %) ze všech dotazovaných odpovědělo, že sportuje, ale pouze občas a 9 (24 %) žen nesportovalo před těhotenstvím vůbec.

Otázka č. 8: Pokračujete ve sportování i během těhotenství?

Tabulka 8 - Sport během těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, sportuji	17	46,00 %
Ne, v těhotenství jsem sportovat přestala	1	3,00 %
Ne, pravidelně jsem nesportovala ani před otěhotněním	19	51,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 8 - Sport během těhotenství



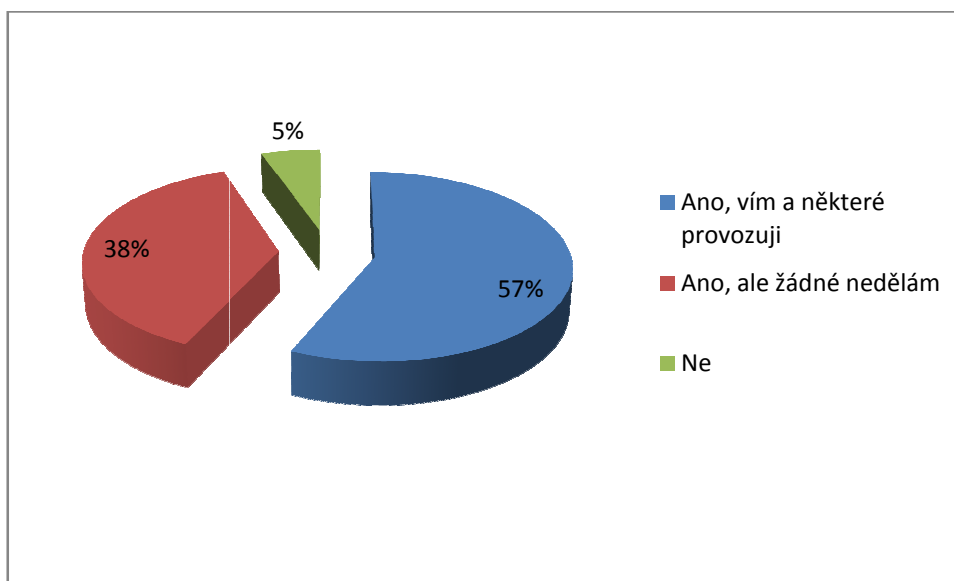
Většina respondentek (19 – 51 %) uvedla, že pravidelně nesportovaly ani před těhotenstvím, 17 (46 %) uvedlo, že sportuje se stejnou intenzitou jako před těhotenstvím a v těhotenství přestala sportovat 1 (3 %) žena.

Otázka č. 9: Víte, jaké jsou vhodné pohybové aktivity v těhotenství?

Tabulka 9 - Informovanost o těhotenských pohybových aktivitách

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vím a některé provozuji	21	57,00 %
Ano, ale žádné nedělám	14	38,00 %
Ne	2	5,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 9 - Informovanost o těhotenských pohybových aktivitách



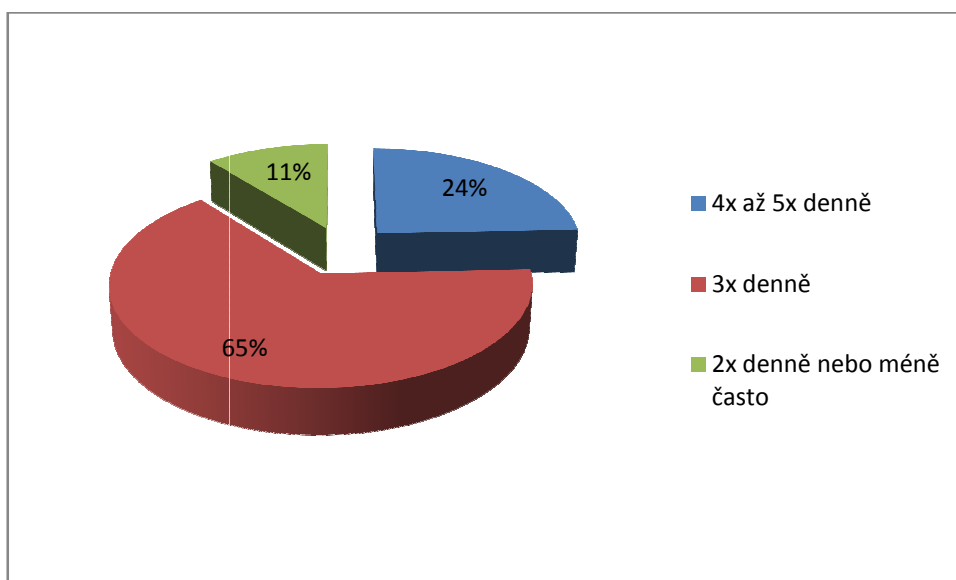
21 (57 %) žen odpovědělo, že ví, jaké jsou vhodné pohybové aktivity v těhotenství a některé z nich provozují. 14 (38 %) dotázaných odpovědělo, že sice ví o vhodném pohybu během těhotenství, ale nic z toho nedělají a 2 (5 %) ženy nevěděly vůbec, jaké jsou vhodné pohybové aktivity v těhotenství.

Otázka č. 10: Kolikrát denně se stravujete?

Tabulka 10 - Počet jídel denně

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
4x až 5x denně	9	24,00 %
3x denně	24	65,00 %
2x denně nebo méně často	4	11,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 10 - Počet jídel denně



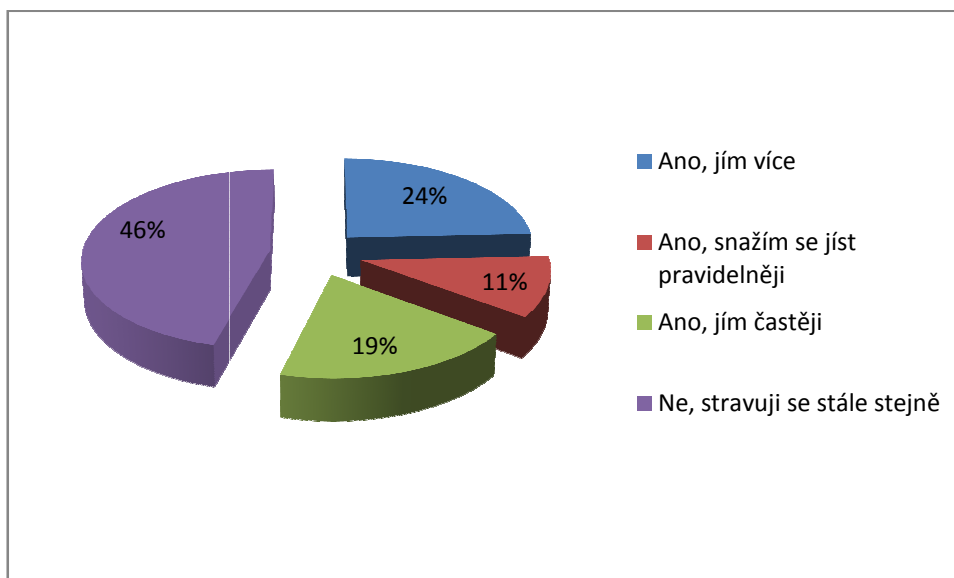
24 (65 %) dotazovaných žen uvedlo, že se stravuje 3x denně, 9 (24 %) žen se stravuje 4x až 5x denně a 2x denně se podle průzkumu stravují 4 (11 %) ženy.

Otázka č. 11: Změnily se Vaše stravovací návyky během těhotenství? Pokud ano, uveďte jak.

Tabulka 11 - Změna stravovacích návyků

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, jím více	9	24,00 %
Ano, snažím se jíst pravidelněji	4	11,00 %
Ano, jím častěji	7	19,00 %
Ne, stravuji se stále stejně	17	46,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 11 - Změna stravovacích návyků



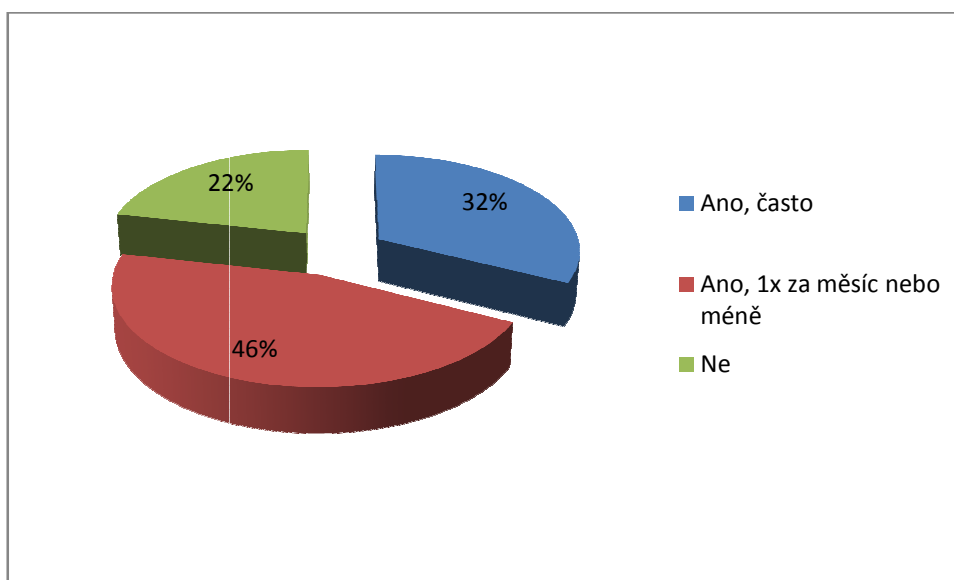
V této polootevřené otázce většina žen (17 – 46 %) uvedla, že se stravuje stále stejně jako před otěhotněním. 9 (24 %) dotazovaných žen uvedlo, že jí více. 7 (19 %) žen uvedlo, že jí častěji a 4 (11 %) uvedly, že se snaží jíst více pravidelně.

Otázka č. 12: Stravujete se v podnicích rychlého občerstvení?

Tabulka 12 - Rychlé občerstvení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, často	12	32,00 %
Ano, 1x za měsíc nebo méně	17	46,00 %
Ne	8	22,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 12 - Rychlé občerstvení



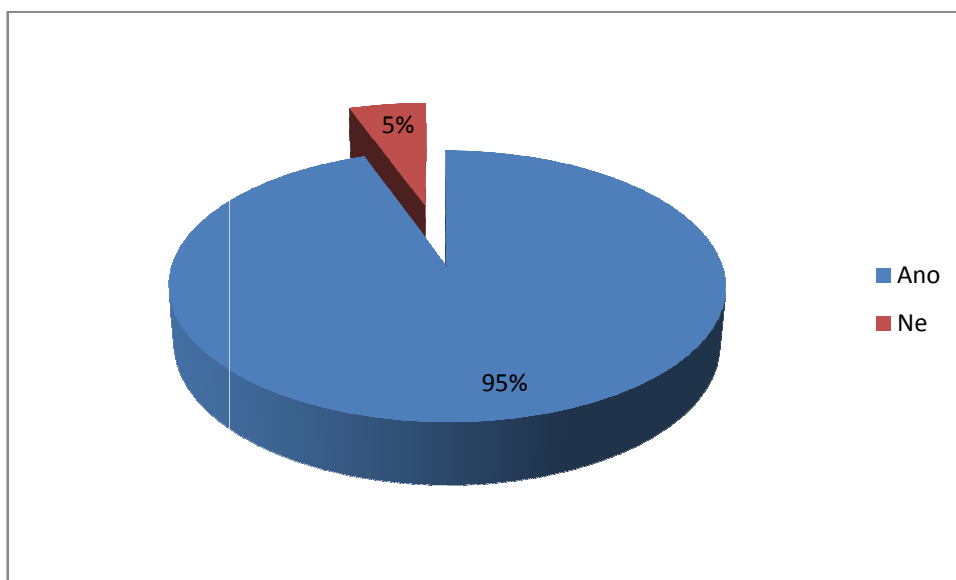
V podnicích rychlého občerstvení se často stravuje 12 (32 %) dotazovaných žen. 17 (46 %) žen uvedlo, že se v těchto zařízeních stravují 1x měsíčně nebo méně a 8 (22 %) žen se takto nestravuje vůbec.

Otázka č. 13: Jíte syrovou zeleninu a ovoce?

Tabulka 13 - Zelenina a ovoce

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	35	95,00 %
Ne	2	5,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 13 - Zelenina a ovoce



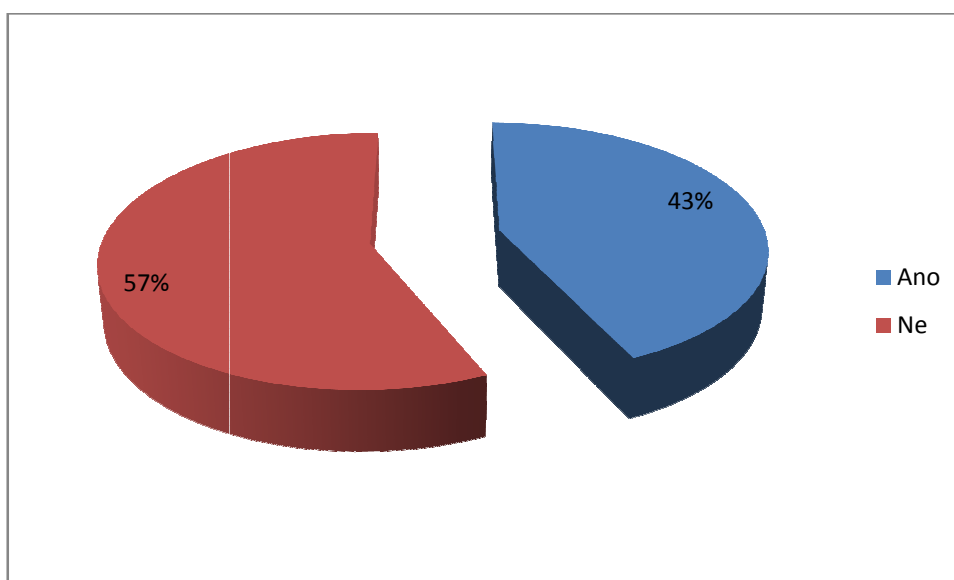
35 (95 %) žen jí syrovou zeleninu a ovoce. Pouze 2 (5 %) dotazované ženy uvedly, že syrovou zeleninu a ovoce nejí.

Otázka č. 14: Užíváte pravidelně nějaké doplňky stravy?

Tabulka 14 - Doplňky stravy

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	16	43,00 %
Ne	21	57,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 14 - Doplňky stravy



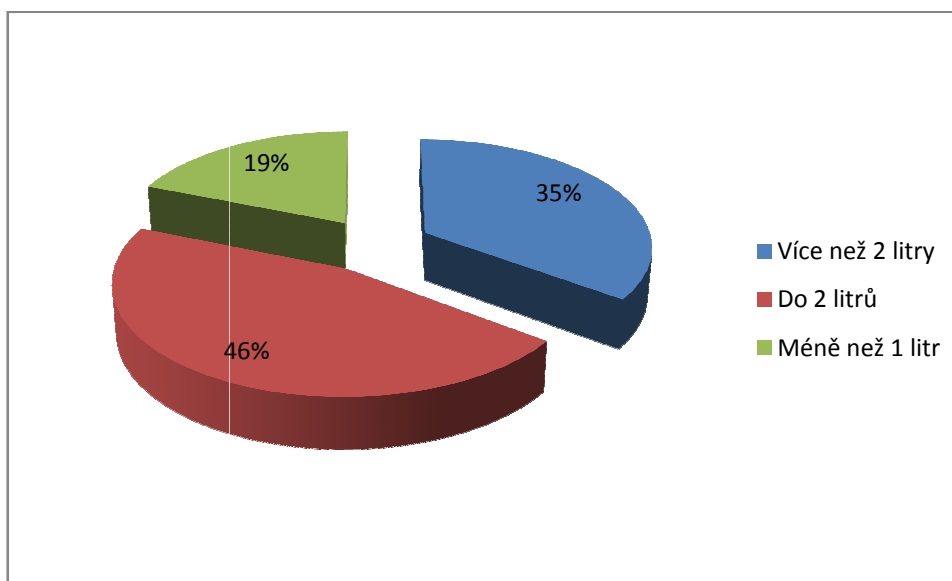
Na otázku zda užívají pravidelně nějaké doplňky stravy 16 (43 %) žen odpovědělo, že ano a 21 (57 %) žen, že ne.

Otázka č. 15: Dodržujete pitný režim? Kolik tekutin za den vypijete?

Tabulka 15 - Množství tekutin

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Více než 2 litry	13	32,00 %
Do 2 litrů	17	46,00 %
Méně než 1 litr	7	19,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 15 - Množství tekutin



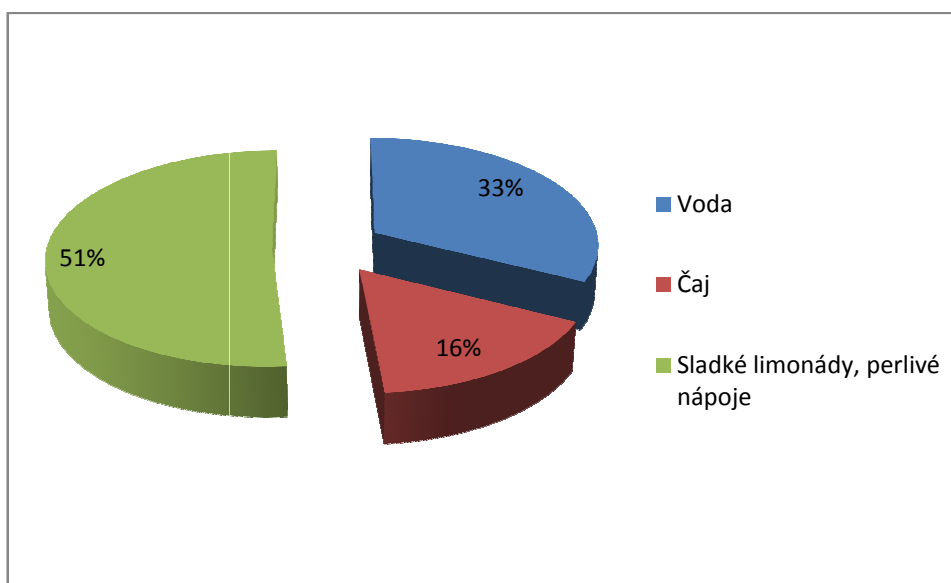
13 (35 %) žen odpovědělo, že vypijí za den více než 2 litry tekutin. 17 (46%) žen odpovědělo, že vypijí do jednoho litru tekutin a 7 (19 %) žen vypije pouze necelý litr tekutin za den.

Otázka č. 16: Co tvoří hlavní složku Vašeho pitného režimu?

Tabulka 16 - Hlavní složka pitného režimu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Voda	12	33,00 %
Čaj	6	16,00 %
Sladké limonády, perlivé nápoje	19	51,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 16 - Hlavní složka pitného režimu



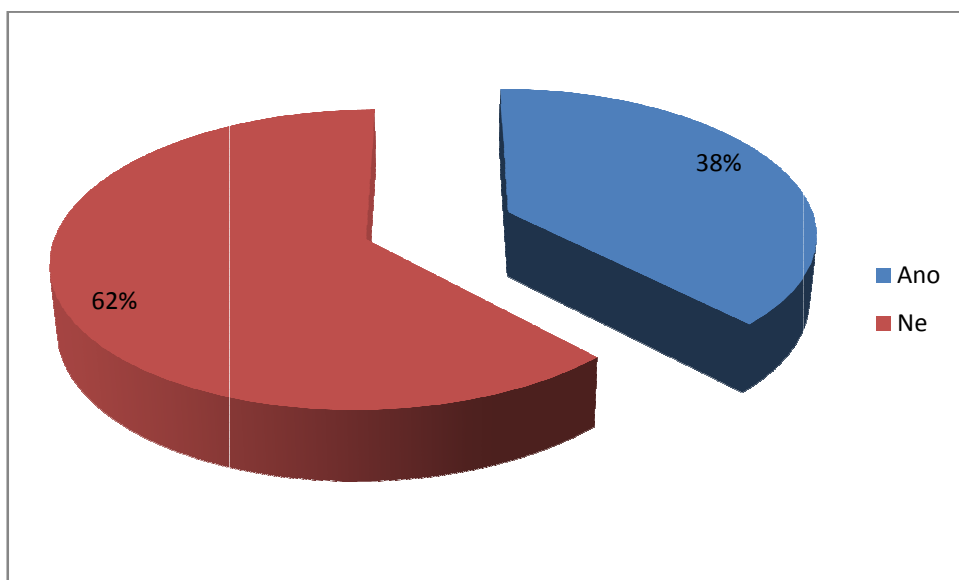
Více než polovina žen (19 – 51 %) uvedla, že hlavní složku jejich pitného režimu tvoří sladké limonády nebo perlivé nápoje. 12 (33 %) žen uvedlo, že hlavní složkou jejich pitného režimu je voda a pouze 6 (16 %) uvedlo, že pije především čaj.

Otázka č. 17: Trpíte v těhotenství hypertenzí (vysoký tlak)?

Tabulka 17 - Hypertenze

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	14	38,00 %
Ne	23	62,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 17 - Hypertenze



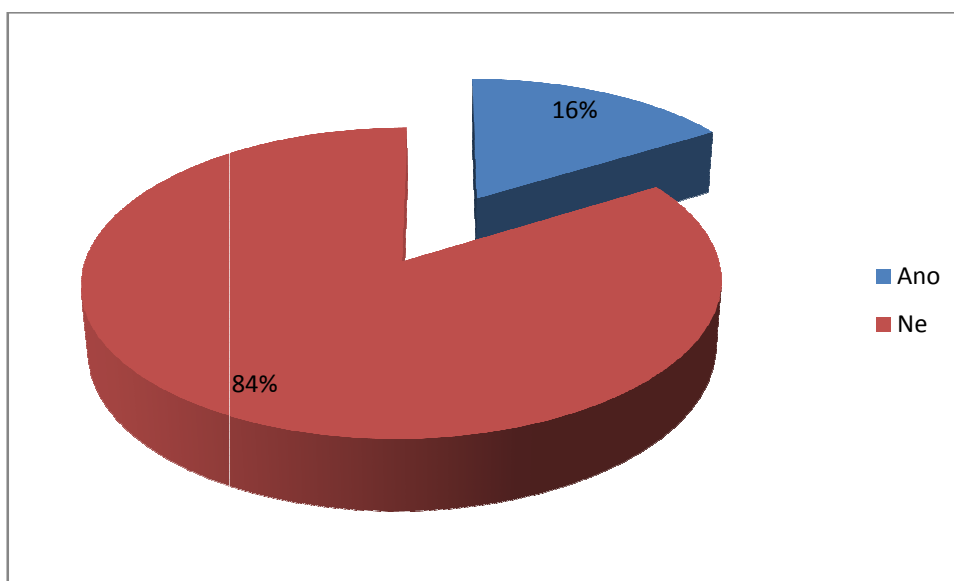
14 (38 %) žen odpovědělo, že v těhotenství trpí hypertenzí a 23 (62 %) žen odpovědělo, že vysoký krevní tlak nemají.

Otázka č. 18: Trpíte nějakým metabolickým onemocněním, které by mohlo ovlivnit nárůst hmotnosti v těhotenství? (gestační diabetes – těhotenská cukrovka)

Tabulka 18 - Metabolické onemocnění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	6	16,00 %
Ne	31	84,00 %
Celkem	37	100,00 %

Graf 18 - Metabolické onemocnění



Na tuto otázku odpovědělo 6 (16 %) žen, že mají gestační diabetes. 31 (84 %) žen uvedlo, že netrpí žádným metabolickým onemocněním. Jiné onemocnění, než gestační diabetes žádná z žen neuvedla.

DISKUSE

Náš první předpoklad byl, že dle BMI má více žen nadměrnou tělesnou hmotnost než optimální hmotnost. S touto průzkumnou hypotézou souvisely otázky číslo 3 a 4. V otázce číslo 3 jsme se ptaly jaká je výška pacientek v centimetrech. A v otázce číslo 4 jsme se ptaly, jaká byla jejich hmotnost před otěhotněním. Na základě odpovědí na tyto dvě otázky, jsme vypočítaly BMI. 2 (5 %) z dotazovaných žen odmítly odpovědět. Z 35 žen, které odpověděly, žádná neměla podváhu, 16 (43 %) bylo v normě, 15 (41 %) mělo mírnou nadváhu a 4 (11 %) ženy trpěly obezitou 1. stupně. Tato hypotéza se potvrdila, protože z 35 žen, které odpověděly, 16 (46 %) žen bylo v normě a 19 (54 %) žen mělo BMI vyšší než je norma. **Tato průzkumná hypotéza se potvrdila.**

V hypotéze č. 2 jsme předpokládaly, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností častěji nedodrží výživová doporučení než ženy s optimální tělesnou hmotností. S průzkumnou hypotézou číslo 2, souvisely otázky 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16. V otázce číslo 1 jsme se ptaly, zda ženy pocházejí z vesnice nebo malého města, z velkého města nebo z Prahy. Protože jsme průzkum prováděly ve velké pražské nemocnici, většina žen uvedla, že žije v Praze (22 – 59 %) a zbytek žen uvedlo, že žijí ve vesnicích nebo malých městech okolo Prahy (15 – 41 %). Tento výsledek jsme předpokládaly. V otázce číslo 2 jsme se ptaly na pracovní pozici, především nás zajímalo, kolik žen má sedavé povolání. 7 žen se živí jako OSVČ a 8 žen jako manažerky u těchto povolání předpokládáme, že budou víceméně sedavá. V otázkách 3 a 4 jsme hodnotily BMI. V otázce číslo 5 jsme se ptaly na momentální hmotnost, z čehož jsme zjistily váhový přírůstek během těhotenství u jednotlivých žen. Z průzkumu jsme se dozvěděly, že všechny ženy s nadváhou mají váhový přírůstek větší než 10 kg, což jsme předpokládaly. V otázkách 10 až 16 jsme se zaměřily na stravovací návyky a pitný režim jednotlivých žen. Na základě otázky číslo 10 jsme zjistily, že všech 15 (41 %) žen, které mají nadváhu, 2 (5 %) ženy, které trpí obezitou 1. stupně a 7 (17,5 %) žen s optimální hmotností jí pouze 3x denně. 2 (5 %) ženy, které nevedly svou hmotnost a 2 (5 %) ženy s optimální hmotností jí dokonce pouze 2x denně nebo méně. Stravování 4x až 5x denně uvádí 2 (5 %) ženy s obezitou 1. stupně a 7 (17,5 %) žen s optimální hmotností. Otázka číslo 11 se zabývá změnou ve stravování během těhotenství. 9 (24 %) žen se stravuje více než před těhotenstvím, 4 (11 %) ženy

uvedly, že se snaží jíst pravidelněji, 7 (19 %) žen jí častěji a 17 (46 %) se stravuje stále stejně. V otázce č. 12 se ptáme, zda se respondentky stravují v podnicích rychlého občerstvení. Předpokládaly jsme, že často se takto stravují především ženy s nadváhou, to se nám potvrdilo. 12 (32 %) žen odpovědělo, že se v těchto podnicích stravují často, z nich 10 (27 %) žen má nadváhu. Na otázku č. 12 zda jí syrovou zeleninu a ovoce odpověděla naprostá většina dotázaných, že ano (35 – 95 %) a pouze 2 (5 %) ženy odpověděly, že ne. Doplnky stravy (otázka č. 13) užívá 16 (43 %) žen. Z nich nadváhu má 7 (19 %). Otázkami 15 a 16 jsme se snažily zjistit, zda ženy dodržují pitný režim a co je hlavní složkou jejich pitného režimu. Většina žen vypije do 2 litrů tekutin denně (17 – 46 %). U této otázky byly odpovědi žen s nadváhou a žen s optimální hmotností rozloženy rovnoměrně. Hlavní složku pitného režimu tvoří u většiny žen (19 - 51 %) perlivé nápoje a limonády. Jak jsme očekávaly, většina z těchto devatenácti žen trpí nadváhou (11 – 27,5 %) nebo obezitou 1. stupně (3 – 9 %). **Tato průzkumná hypotéza se potvrdila.**

Naším třetím předpokladem bylo, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají nižší úroveň pohybové aktivity než ženy s optimální tělesnou hmotností. Tuto průzkumnou hypotézu jsme se snažily potvrdit nebo vyvrátit otázkami 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9. Otázkami 1 a 2 jsme opět zjišťovaly, odkud ženy pocházejí a zda mají aktivní nebo sedavé zaměstnání. Z otázek 3 a 4 máme vypočítaný BMI a otázkou číslo 5 jsme zjistily váhový přírůstek. V otázce číslo 7 se ptáme, zda ženy dělaly před otěhotněním aktivně nějaký sport. Aktivně sportovalo před otěhotněním pouze 7 žen (19 %), z nich 2 (5 %) mají dle BMI nadváhu a 5 (12,5 %) je v normě. 21 (57 %) dotázaných žen uvedlo, že sportují pouze občas. Z těch, které sportují občasně má 12 (31 %) žen nadváhu, a 9 (24 %) je v normě. Vůbec nesportuje 9 (24 %) žen. Takto odpověděly všechny ženy s obezitou 1. stupně (4 – 11 %), 2 (5 %) které hmotnost neuvedly, 2 (5 %) v normě a 1 (2,5 %) žena s nadváhou. Pomocí otázky číslo 8 jsme se snažily zjistit, zda ženy dále sportují i během těhotenství, nebo se sportem přestaly. 6 (16 %) – 2 nadváha, 4 v normě - žen ze 7 (19%), které uvedly, že sportovali aktivně před těhotenstvím, sportuje dál. 1 (3 %) – dle BMI v normě - z těchto 7 uvedla, že v těhotenství se sportem přestala. 11 (29 %) – 4 v normě, 7 s nadváhou - žen, které napsaly, že sportují občas, v otázce číslo 8 zaškrtnuly, že sportují dále. 10 (27 %) – 5 s normální hmotností, 5 s nadváhou - žen, které sportují občas, zaškrtnuly možnost, že pravidelně nesportovaly ani před otěhotněním. Všech 9 (24 %) žen, které u otázky číslo 7 uvedlo, že nesportuje, zvolilo u otázky číslo

8 možnost, že pravidelně nesportovaly ani před otěhotněním (4 ženy trpících obezitou 1. stupně, 2 s normální hmotností a 1 s nadváhou a 2 ženy, které hmotnost nevedly). V otázce číslo 9 nás zajímalo, zda respondentky vědí, jaké jsou vhodné pohybové aktivity v těhotenství a jestli nějaké dělají. 21 (57 %) – 9 v normě, 9 s nadváhou, 1 s obezitou 1. stupně a 2, které hmotnost nevedly - respondentek uvedlo, že ví, jaké jsou vhodné pohybové aktivity a některé dělají. 14 (31 %) – 5 v normě, 6 s nadváhou, 3 s obezitou 1. stupně - uvedlo, že ví, ale žádné nedělají a pouze 2 (5 %) – obě v normě - uvedly, že vůbec nevědí. Tato hypotéza se potvrdila pouze částečně, protože všeobecně je úroveň pohybové aktivity u všech dotázaných žen nízká, ale ženy s nadváhou i ženy, odpovídaly podobně a v odpovědích byl jejich počet rovnoměrný. Pouze ženy trpící obezitou 1. stupně odpověděly všechny, že nesportují, ale naopak v otázce číslo 9 uvedly, že provozují některé pohybové aktivity, které jsou vhodné v těhotenství. Ale na základě jejich odpovědí se domníváme, že tyto aktivity nepovažují za sport. **Průzkumná hypotéza se částečně potvrdila.**

V poslední hypotéze jsme předpokládaly, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají více komplikací během těhotenství než ženy s optimální tělesnou hmotností. Tuto průzkumnou hypotézu jsme se snažily potvrdit nebo vyvrátit pomocí otázek 3, 4, 5, 6, 17 a 18. Otázkami 3 a 4 jsme zjistily BMI. Otázkami 4 a 5 jsme zjistily váhový přírůstek během těhotenství a otázkou číslo 6 jsme zjišťovaly, v jakém týdnu těhotenství se jednotlivé ženy nacházejí. Pomocí otázky číslo 17 jsme zkoumaly, zda dotázané ženy trpí hypertenzí (vysokým krevním tlakem). 14 (38 %) odpovědělo, že ano. Takto odpovídaly všechny ženy trpící obezitou 1. stupně (4 – 11 %), 7 (19 %) žen s nadváhou, 2 s normální hmotností (5 %) a 1 (3 %), která hmotnost nevedla. 23 (62 %) žen uvedlo, že vysoký krevní tlak nemají. Otázkou číslo 18 jsme se ptaly, zda dotazované ženy trpěly v těhotenství nějakým metabolickým onemocněním, které by mohlo ovlivnit nárůst hmotnosti v těhotenství. 6 (16 %) žen uvedlo, že trpí gestačním diabetem. Z nich 2 mají obezitu 1. stupně, 2 nadváhu, 1 žena je v normě a 1 nevedla hmotnost. 31 (84 %) žen uvedlo, že žádným metabolickým onemocněním netrpí. Celkový počet žen, které měly hodnoty BMI vyšší, než je norma je 19 (51 %) z nich 11 (58 %) v otázce číslo 17 uvedlo, že mají vysoký krevní tlak, což jsme předpokládaly. U otázky číslo 18 odpovědělo 6 (31 %), že mají gestační diabetes a z nich 4 (67 %) mají hodnoty BMI nad normou. Vzhledem k nízkému počtu žen s gestačním diabetem

v tomto vzorku nemůžeme tuto otázku vyhodnotit jako relevantní. **Průzkumná hypotéza se částečně potvrdila.**

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V naší práci jsme se zaměřily na míru žen s nadměrnou tělesnou hmotností, výživu těhotných žen, úroveň pohybové aktivity a na komplikace, které s nadměrnou tělesnou hmotností v těhotenství souvisí. Zjistily jsme, že je stále více žen, které mají vyšší hmotnost než je doporučená hodnota. Ženy se stravují nevhodně a úroveň pohybové aktivity je velice nízká. Většina dotazovaných žen, které měly nadměrnou tělesnou hmotnost, má vysoký tlak a některé trpí gestačním diabetem.

Doporučení pro lékaře a pedagogy

Věříme, že nejvhodnější věk, kdy se zaměřit na vhodné stravování a pohybovou aktivitu je od druhého stupně základní školy. Dívky v tomto věku se začínají pozorovat a řešit, jak vypadá jejich tělo, snaží se držet různé diety, které jsou obvykle naprosto nevhodné a velmi drastické. Tímto snažením, které je obvykle zaměřeno špatným směrem, si bohužel ničí metabolismus. Tělo se stává imunním proti dalším dietám.

Proto by bylo vhodné v rámci několika přednášek odborníka nabídnout dospívajícím dívkám lepší možnost, jak si zajistit krásné, ale především zdravé tělo. Dále je tady obvodní lékař pro děti a dorost, který by mohl nabídnout osvětu v tomto směru v rámci letáků a brožur.

Dalším, kdo by mohl v tomto poradit je gynekolog, většina dívek se zajímá, zda nepřibere po hormonální antikoncepci, to je jistě vhodná chvíle na informace o zdravé výživě a jistě by i v ordinacích gynekologů mohl být materiál, který by si dívky nebo budoucí maminky mohly číst během čekání na lékaře.

Obvodní gynekolog by mohl vhodnou stravu a pohybovou aktivitu doporučit i maminkám na začátku těhotenství. Pro správný růst a vývoj plodu je totiž velice důležité správné a vyvážené složení stravy a vhodný pohyb maminek během těhotenství. Jistě by bylo na místě doporučit maminkám těhotenský tělocvik a kurzy pro těhotné, které se obvykle na správnou výživu také zaměřují.

Doporučení pro těhotné ženy

Pokud těhotná žena již má nadměrnou tělesnou hmotnost. Je samozřejmě nesmysl začít zuřivě sportovat. Ale určitě by se měla zamyslet nad úpravou svého jídelníčku. Podle našeho průzkumu, ženy jedí pouze málo jídel denně, pijí sladké limonády a relativně často se stravují v podnicích rychlého občerstvení. Vhodné by bylo jíst spíše vícekrát denně menší porce a zařadit do jídelníčku ryby, luštěniny, mléčné výrobky, syrovou zeleninu a ovoce. Samozřejmostí je vyhnout se alkoholu, kouření a dalším návykovým látkám. Dále bychom maminkám doporučily procházky na čerstvém vzduchu, těhotenský tělocvik, cvičení na míči nebo jógu.

ZÁVĚR

Jedním z důvodů, který mě vedl k napsání této práce, byla odborná praxe na prenatální ambulanci a na porodním sále, kde jsem se setkala s ženami, které mají nadměrnou tělesnou hmotnost a měla jsem možnost sledovat je a mluvit s nimi jak v období před porodem, tak na porodním sále. Většina z těchto žen měla již během těhotenství nějaké komplikace, ať už to byl vysoký krevní tlak, otoky, gestační diabetes nebo fetus magnus. Na porodním sále jsem se během své praxe setkala se třemi ženami, které trpěly obezitou a všechny tyto porody byly komplikované a dva z nich byly ukončeny císařským řezem. Proto jsem se rozhodla napsat práci na téma Nadměrná tělesná hmotnost v těhotenství. Myslím si, že obezita patří mezi problémy, o nichž by se mělo více mluvit a více vědět. Rozhodně to není pouze estetická záležitost, ale především problém, který způsobuje zdravotní obtíže a měl by se řešit.

Hlavním cílem práce bylo zjistit míru žen, které mají nadměrnou tělesnou hmotnost. S tímto cílem souvisela hypotéza č. 1.: Předpokládáme, že dle BMI má více žen nadměrnou tělesnou hmotnost než optimální hmotnost. Zjistily jsme, že z 35 žen, které odpověděly na otázku o hmotnosti, má 16 (46 %) žen dle BMI normální hmotnost a 19 (54 %) má nadváhu. Hlavní cíl našeho průzkumu byl tedy splněn a hypotéza č. 1 se potvrdila.

Vedlejší cíl č. 1 byl zjistit způsob stravování žen v těhotenství. S tímto cílem souvisela hypotéza č. 2.: Předpokládáme, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností častěji nedodrží výživová doporučení než ženy s optimální tělesnou hmotností. Hypotéza se potvrdila, jak jsme uvedli v kapitole Vyhodnocení průzkumných hypotéz. Tento cíl byl tedy splněn.

Vedlejším cílem č. 2 jsme chtěly zjistit úroveň pohybové aktivity žen před těhotenstvím a v těhotenství. S tímto cílem souvisela hypotéza číslo 3.: Předpokládáme, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají nižší úroveň pohybové aktivity než ženy s optimální tělesnou hmotností. Pomocí otázek 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 z našeho dotazníku jsme zkoumali úroveň pohybové aktivity žen před otěhotněním a v těhotenství. Ze získaných odpovědí, které jsou uvedeny v analýze dat a zaznamenány v tabulkách a grafech jsme částečně potvrdily tuto hypotézu a splnily jsme cíl číslo 2.

Vedlejším cílem č. 3 jsme zkoumaly, zda ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají více komplikací v těhotenství než ženy s optimální tělesnou hmotností. Na základě tohoto cíle jsme částečně potvrdily hypotézu číslo 4., která s tímto cílem souvisela: Předpokládáme, že ženy s nadměrnou tělesnou hmotností mají více komplikací během těhotenství než ženy s optimální tělesnou hmotností. Otázkou číslo 17 z dotazníku jsme zjistily, že vysoký krevní tlak má vyšší procento žen s nadměrnou tělesnou hmotností než s optimální tělesnou hmotností. V otázce číslo 18 jsme zkoumaly metabolická onemocnění. Dotazované ženy uvedly pouze gestační diabetes (6 – 31 %), z nich 4 měly nadměrnou tělesnou hmotnost, ale vzhledem k nízkému počtu žen s gestačním diabetem, jsme tuto otázku nepovažovaly za relevantní. Proto byla hypotéza č. 4 potvrzena jen částečně. Tento cíl byl splněn, protože komplikace během těhotenství mělo více žen s nadměrnou tělesnou hmotností než žen s optimální tělesnou hmotností.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BRÁZDOVÁ, 2006. *Diabetes mellitus*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 161 s. ISBN 80-701-3446-1.
- [2] ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a SRP, B. 2007. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.
- [3] GALTIER-DEREURE, F., BOEGNER, C., BRINGER, J. 2000. *Obesity and pregnancy: complications and cost*, American Journal of Clinical Nutrition, 2000. s. 1242-1248.
- [4] HRONEK, M. 2004. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004, 309 s. ISBN 80-734-5013-5.
- [5] KLEINWÄCHTEROVÁ, H. a BRÁZDOVÁ, Z. 2001. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 102 s. ISBN 80-701-3336-8.
- [6] KOBILKOVÁ, J. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-726-2315-X.
- [7] MANDŽUKOVÁ, J. 2008. *Výživa ženy v těhotenství od A do Z*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2008, 100 s. ISBN 978-807-02019-515.
- [8] MIKULANDOVÁ, Magdalena. 2004. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2004, 405 s. ISBN 80-251-0205-X.
- [9] NEJEDLÁ, M., Svobodová H. a BRÁZDOVÁ, Z. 2004. *Ošetrovatelství III: pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004, 102 s. ISBN 80-733-3031-8.

- [10] NĚMCOVÁ, J. 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha: Maurea, 2012. 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.
- [11] PAŘÍZEK, Antonín. 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008, 405 s. ISBN 978-807-2625-949.
- [12] ROZTOČIL, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
- [13] SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011, 272 s. + 8 s. příloh. ISBN 978-80-274-3373-9.
- [14] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4711-485.
- [15] TRČA, S. 2009. *Budeme mít děťátko*. Praha: Grada, 2009. 272 s. ISBN 978-80-247-2581-9.
- [16] VOKURKA, M. a HUGO, J. 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1159s., ISBN 978-807-3452-025.
- [17] ZWINGER, A. a kol. 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

Internetové zdroje:

- [18] *Potravinová pyramida - správný základ tvého jídelníčku*. [online]. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://krasna.nova.cz/clanek/fitness/potravinova-pyramida-spravny-zaklad-tveho-jidelnicku.html>
- [19] *Obezita v gynekologii (problémy u žen s ní spojené)*. [online]. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.gynor.cz/index.php/zeny/obezita-v-gynekologii>
- [20] *Porodnice.cz* [online]. [cit. 2013-04-11]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz>
- [21] *Cvičení a pohyb v těhotenství*. [online]. [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.naseporodnice.cz/cviceni-pohyb-v-tehotenstvi.php>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK	II
PŘÍLOHA B – ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	VI
PŘÍLOHA C – CVIČENÍ V TĚHOTENSTVÍ – OBRÁZKY	VII

PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické v Praze. Studuji obor porodní asistentka a tímto bych Vás ráda poprosila o vyplnění krátkého dotazníku, který je anonymní a bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce. U otázek, kde je v nabídce několik možností prosím o zaškrtnutí pouze jedné možnosti.

Velice Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Michala Kačenová

1. Odkud pocházíte?

- Vesnice, malé město
- Velké město
- Praha

2. Jaká byla Vaše pracovní pozice před těhotenstvím?

3. Jaká je Vaše výška v cm?

4. Jaká byla Vaše hmotnost před otěhotněním?

5. Jaká je Vaše hmotnost nyní?

6. V jakém jste týdnu těhotenství?

7. Dělal(a) jste před otěhotněním aktivně nějaký sport?

- Ano
- Sportuji pouze občas
- Ne

8. Pokračujete ve sportování i během těhotenství?

- Ano, sportuji
- Ne, v těhotenství jsem sportovat přestala
- Ne, pravidelně jsem nespotovala ani před otěhotněním

9. Víte, jaké jsou vhodné pohybové aktivity v těhotenství?

- Ano, vím a některé provozuji
- Ano, ale žádné nedělám
- Ne

10. Kolikrát denně se stravujete?

- 4x až 5x denně
- 3x denně
- 2x denně nebo méně často

11. Změnily se Vaše stravovací návyky během těhotenství? Pokud ano, napište jak.

- Ano,.....
- Ne, stravuji se stále stejně.

12. Stravujete se v podnicích rychlého občerstvení?

- Ano, často
- Ano, 1x za měsíc nebo méně
- Ne

13. Jíte syrovou zeleninu a ovoce?

- Ano
- Ne

14. Užíváte pravidelně nějaké doplňky stravy (centrum, mamavit, atd.)?

- Ano
- Ne

15. Dodržujete pitný režim, kolik tekutin za den vypijete?

- Více než 2 litry
- do 2 litrů
- méně než 1 litr

16. Co tvoří hlavní složku Vašeho pitného režimu?

- Voda
- Čaj
- Sladké limonády, perlivé nápoje

17. Trpíte v těhotenství hypertenzí? (vysoký krevní tlak)

- Ano
- Ne

18. Trpíte nějakým metabolickým onemocněním, které by mohlo ovlivnit nárůst hmotnosti v těhotenství? (gestační diabetes – těhotenská cukrovka)

- Ano,.....
- Ne

PŘÍLOHA B – ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ



THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Kontaktní adresa: MICHALA KAČENOVÁ
V JAZÉNU 404/9, 14200 PRAHA 4
Telefon: 745 213 115 e-mail: kačenova.michala@seznam.cz
Škola/Fakulta: Vysoká škola zdravotnická, a.p.s.
obor studia: Porodní asistentka
Téma závěrečné práce: Nadměrná tělesná hmotnost v těhotenství
Způsob provedení sběru dat: Nestandardizovaný dotazník Termín sběru: BŘEZEN 2013
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: Thomayerova nemocnice s poliklinikou
Presentace dat: Zabýváš se touto prací

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.
Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.
Presentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 7.2.2013

Podpis: Michala Kačenová

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Úhrada

ANO NE

Datum: 9.5.2017

Podpis odpovědného náměstka

Mgr. Jaroslava Mrkvíčková, MBA
Mgr. Jaroslava Mrkvíčková
Thomayerova nemocnice
Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč
Náměstek pro nelékařská zdravotnická povolání

PŘÍLOHA C – CVIČENÍ V TĚHOTENSTVÍ – OBRÁZKY



Zdroj: http://maternity-care.cz/images/ilustrace/cviceni_pred_porodem_large.jpg

Obrázek 2: Cvičení pro těhotné 1



Zdroj: http://www.fitmami.cz/media/k2/items/cache/c9b002fe1bb0320831a8ae78670fdb6f_XL.jpg

Obrázek 3: Cvičení pro těhotné 2



Zdroj: http://i3.cn.cz/14/1285071839_tehotna-cviceni.jpg

Obrázek 4: Cvičení pro těhotné 3