

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hypertenze a obezita v těhotenství
Bílková Lucie

Bakalářská práce
2008

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie BÍLKOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Název tématu: **Hypertenze a obezita v těhotenství**

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

1. Sběr informací, studium literatury a popis problematiky hypertenze a obezity v těhotenství.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentek s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentek a rozdáání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: **30 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**


Seznam odborné literatury:

- ANDĚL, M. et al. DM a další poruchy metabolismu, 1. vydání, Praha: Galén, 2001, 210 s., ISBN 80-7262-047-9
ČECH, E., HÁJEK, Z., MATŠÁL, K., SRP, B. a kolektiv Porodnictví, 2.přepřacované vydání, Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 544 s., ISBN 80-274-1303-9
HÁJEK, Z. a kolektiv Rizikové a patologické těhotenství, 1.vydání, Praha: Galén, 2004, 444 s., ISBN 80-247-0418-8
SCHEJBALOVÁ, M.; STÁREK, A.; NIEDERLE, P. Hypertenze – nebezpečné onemocnění nebo jen vysoký tlak?, 1. vydání, Praha: Triton, 2000, 23 s., ISBN 80-7254-085-8
WIDIMSKÝ, J.; WIDIMSKÝ jr., J. Esenciální a sekundární hypertenze pro praxi, 1. vydání, Praha: Triton, 2005, 247 s., ISBN 80-7254-711-9


Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zuzana Kokrdová**
Katedra porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. června 2008**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

Poděkování

Chtěla bych poděkovat MUDr. Zuzaně Kokrdové, vedoucí práce, za neskonalou trpělivost, laskavost a cenné rady během zpracovávání. Mé díky patří i Mgr. Marcele Stržíňkové, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v Šumperské nemocnici, a.s. za umožnění provádění výzkumu na oddělení šestinedělí a všem ze zmíněného oddělení za spolupráci, bez které by výzkum nebylo možné uskutečnit. V neposlední řadě děkuji svým blízkým a přátelům za nekončící podporu a psychickou pomoc.

Souhrn a klíčová slova

Již název napovídá, o čem tato práce pojednává. Hypertenze a obezita spolu v mnoha případech souvisí. Ať už mluvíme o dětech, stávajících matkách nebo o spoluobčanech staršího věku.

Práce je teoreticko – výzkumná. Teoretický úsek jsem rozdělila jsem na dvě části. V první části se zabývám statistikou hypertenze, etiologií, diagnostikou, terapií a klasifikací hypertenzních chorob v těhotenství. Ve druhé, teoretické části, jsem se zaměřila na definici, dělení a diagnostiku obezity a na obezitu v těhotenství a její prevenci. Zmínila jsem se o vhodném pohybu v těhotenství, o stravě a vitamínech a o psychické stránce těhotné ženy.

Praktická část obsahuje stanovené cíle, hypotézy, metodiku výzkumu a prezentaci výsledků. Výzkum jsem prováděla pomocí dotazníků ve společnosti Šumperská nemocnice, a.s. na oddělení šestinedělí. Díky skvělé spolupráci vedení nemocnice, personálu a v neposlední řadě pacientek jsem měla 100% návratnost všech rozdaných dotazníků, což bylo celkem 100ks. Výzkum probíhal v době od poloviny června 2007 do začátku ledna letošního roku. Dotazník obsahuje celkem 21 otázek.

Na konci práce je seznam příloh, přílohy a použitá literatura k práci.

Klíčová slova

Antropometrie

BMI

Eklampsie

Hypertenze v těhotenství

Pohyb

Preeklampsie

Obezita v těhotenství

Strava

Vitamíny

Vysoký krevní tlak

Životaspráva

Summary and Key Words

The title already mentions what I am going to talk about. Often the hypertension and obesity are connected vessels. It does not matter whether we talk about children, pregnant women or older people.

My thesis is both theoretical and research. I have separated theoretical section into two parts. The first one is focused on hypertension statistics, etiology, diagnostics, therapy and hypertension classification in pregnancy. The second theoretical part deals with classification definition and obesity diagnostics, obesity during the pregnancy and its precaution. I talk about exercise during pregnancy, good diet, vitamins and mental condition of the pregnant women.

The practical part contains goals, hypothesis, research methodic and results presentation. I executed my research via questionnaire in Šumperk Hospital, Inc., in confinement ward. 100% of the questionnaires have returned back to me thanks to great cooperation of the hospital management, personnel and also the patients. It is 100 sheets in total. The research took place from the June 2007 till January 2008. There are 21 questions in questionnaire.

There is the list of appendices, appendices and literature used in this thesis.

Key Words

Anthropometry

BMI

Eclampsia

Hypertension during pregnancy

Excercise

Preeclampsy

Obesity during pregnancy

Diet

Vitamins

High Blood Pressure

Way of living

Obsah

Obsah	7
Úvod.....	9
Seznam zkratk	11
Stanovené cíle	12
A. Teoretická část	13
1 Hypertenze	13
1.1 Statistika.....	13
1.2 Hypertenze v těhotenství	14
1.2.1 Klasifikace hypertenzních chorob v těhotenství	15
1.3 Etiologie.....	15
1.4 Diagnostika	16
1.5 Klasifikace	16
1.5.1 Preeklampsie	17
1.5.2 Eklampsie	22
2 Obezita.....	25
2.5 Obezita v těhotenství	26
2.5.1 Pohyb	26
2.5.2 Strava	27
2.5.3 Životospráva	28
2.5.4 Co je vhodné před graviditou?	29
B. Praktická část	31
3 Stanovené hypotézy	31
4 Metodika výzkumu	32
5 Výzkumný vzorek.....	32
6 Zpracování dat	32
7 Analýza a zhodnocení získaných dat	33
8 Diskuse.....	46
Závěr	48
Literatura.....	49
Seznam příloh	50
Příloha A – Dotazník	51
Příloha B - Preeklampsie, eklampsie - přehled antihypertenzní léčby	55

Příloha C – Cévní změny při preeklampsii	57
Příloha D – Stanovení hodnoty BMI	58

Úvod

Zdraví je v životě to nejcennější, co máme a dvojnásob to platí u těhotných žen, které jak se říká, nosí pod srdcem nový život. Proto jsem se rozhodla zpracovat závěrečnou práci na téma hypertenze a obezita v těhotenství.

Během praktické výuky jsem se setkala s nespočetným množstvím žen s nadváhou a s hypertenzí. Mnohokrát bylo jejich těhotenství ukončeno císařským řezem plánovaným nebo akutním a mne zajímalo, zda hypertenze a obezita jsou příčinou.

Mluví – li se o těhotenství, zdůrazňují se rizika gravidity ve věku nad 35 let, ale málokdo si uvědomuje, že žena v tomto věku, která dodržuje pravidelnou pohybovou aktivitu, je mnohdy ve větší fyzické kondici než žena o deset let mladší. Přibývá stále víc obézních dívek a žen, které mou mít různé zdravotní problémy, jako například početí dítěte.

Proto jsem se snažila zjistit, zda ženy, u kterých by výzkum prováděn, měly nadváhu již před graviditou nebo zda na hmotnosti přibýly až během těhotenství. Zajímalo mne také, jak bylo jejich těhotenství ukončeno, zda spontánně nebo císařským řezem, protože u žen s vyšší hmotností, vzhledem k jejich výšce, mohou během II. doby porodní nastat komplikace v podobě vyčerpání rodičky a následnému císařskému řezu, proto jsem se dotazovala i na jejich pocit, zda jejich váhový přírůstek byl během porodu komplikací a nechala jsem ženám prostor k vyjádření svých subjektivních myšlenek. Zajímala jsem se také o to, jak se ženám s hypertenzí a obezitou hojilo poporodní poranění. V neposlední řadě jsem se zaměřila na stravování a pohybový režim před těhotenstvím i během gravidity. Snažila jsem se zjistit, zda v dnešní době internetu a všude dostupných informací, ženy vědí, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství a jaké jsou vhodné sporty pro těhotné.

S obezitou mnohdy souvisí i hypertenze, vysoký krevní tlak, a to nejen během těhotenství, ale i před samotným početím. Proto bych v této práci chtěla přiblížit, zda všechny ženy s nadváhou v těhotenství trpěly gestační (těhotenskou) hypertenzí a naopak, zda ženy s hypertenzí byly v těhotenství obézní. Snažila jsem se zjistit, zda se léčily s hypertenzí před graviditou a jestli byla spojena s jejich váhou. Také jsem se dotazovala na informovanost žen o tom, jaký je jejich aktuální krevní tlak a jaké léky na vysoký krevní tlak užívaly během gravidity.

Studiem odborné literatury jsem získala nespočetné množství informací, které mi pomohly zpracovat teoretickou část práce. V první části teoretického úseku se na úvod tématu zabývám statistikou hypertenze. Informací není mnoho, ale myslím si, že dostatečně vystihují daný

problém. Dále jsem popsala klasifikaci hypertenzních chorob v těhotenství, jejich etiologii a diagnostiku.

Druhou část teoretického úseku jsem zaměřila na definici, dělení, diagnostiku obezity a v neposlední řadě jsem se snažila přiblížit a popsat vhodné a nevhodné potraviny v průběhu těhotenství, vhodný pohyb a důležitou psychickou stránku těhotné ženy.

V praktické části jsem si stanovila cíle, kterých bych během zpracovávání práce chtěla dosáhnout a na základě stanovených cílů jsem stanovila hypotézy. Podkladem k vypracování tohoto úseku práce tvořily výsledky otázek obsažených ve 100ks totožných dotazníků.

Výsledky výzkumu, které mne v mnoha případech překvapily, ale na druhou stranu v mnoha případech zaskočily, jsou znázorněny ve výsečových grafech.

Na konci práce je uvedena veškerá použitá literatura, internetové stránky a seznam příloh a přílohy.

Seznam zkratek

ACTH	Adenokortikotropní hormon
Apod.	A podobně
BMI	Body Mass Index
DIC	Diseminovaná Intravaskulární Coagulopatie
dTK	Diastolický krevní tlak
IUGR	Intrauterinní růstová retardace
Kg	Kilogram
kPa	kiloPascal
mmHg	milimetrů rtuťového sloupce
Např.	Například
SAT	Střední arteriální tlak
SpO ₂	Saturace krevního hemoglobinu kyslíkem
sTK	Systolický krevní tlak
TK	Krevní tlak
Tzv.	Takzvaný / -á / -é
WHR	Waist to Hip Ratio

Stanovené cíle

Při přípravě teoretické části jsem vycházela z nastudované literatury. Pomohly mi také odborné rady mé vedoucí práce. Touto prací bych chtěla docílit alespoň zamyšlení nad tímto tématem. Snažila jsem se zjistit zda spolu hypertenze a obezita v těhotenství úzce souvisí a do jaké míry jsou ženy informovány o těchto potížích. Jako cíle mé bakalářské práce jsem si stanovila :

- Cíl číslo 1:*** Zjistit, zda hypertenze v těhotenství ve většině případů postihuje obézní ženy.
- Cíl číslo 2:*** Zjistit, zda dotazované ženy jsou informovány o hodnotě svého TK.
- Cíl číslo 3:*** Zjistit, zda všechny ženy s léčenou hypertenzí znají léky, které užívají.
- Cíl číslo 4:*** Zjistit, zda hypertenze ze subjektivního hodnocení žen byla důvodem k ukončení těhotenství.
- Cíl číslo 5:*** Zjistit, zda ženy s hypertenzí a obezitou měly potíže s hojením poporodních poranění per primam.
- Cíl číslo 6:*** Zjistit, zda ženy vědí, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství.
- Cíl číslo 7:*** Zjistit, jak se ženám změnily stravovací návyky a pohybový režim v těhotenství.

A. Teoretická část

1 Hypertenze

1.1 Statistika

Vysoký krevní tlak - hypertenze - ohrožuje stále vyšší počet obyvatel světa. Trpí jim jen v samotných Spojených státech zhruba 20% obyvatel, tj. desítky milionů lidí. Základním přístupem k léčení hypertenze je podávání léků. Výzkumy však prokázaly nízkou adherenci pacientů k léčbě. Odhaduje se, že téměř 60% nemocných nedodrží plně doporučení a příkazy lékařů. Hypertenze navíc bývá součástí širšího spektra nemocí, sdružených do tzv. “metabolického syndromu”. Lékaři předepisují při snaze o zlepšení zdraví takových pacientů současně více léků. Léky však mají negativní vedlejší účinky a téměř nikdo není schopen zodpovědně posoudit, zda daná struktura léků v těle daného člověka nenadělá více škod než užitku. Léky také nejsou zadarmo a zatěžují stále více systémy zdravotního zabezpečení na celém světě.

Proto se vědci zaměřili na posouzení účinnosti změn životního stylu v rámci léčby hypertenze. Vybrali 810 obézních hypertoniků, kteří zatím nebrali žádné léky na korekci stavu, a rozdělili je do tří skupin. První skupina absolvovala jedno 30-ti minutové sezení, v jehož průběhu byli pacienti odborníkem na výživu seznámeni se základními stravovacími postupy, přispívajícími ke snížení tlaku krve. Druhá skupina se během půl roku účastnila osmnácti sezení, na nichž byly účastníkům podrobně vysvětleny realizovatelné postupy regulace hmotnosti, především pomocí pohybové aktivity. Třetí skupina obdržela stejné poradenství jako skupina 2, navíc byli pacienti podrobně seznámeni s účinnými radami, obsaženými v aktivitě DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Nejlepší výsledky sledovaných kritérií prokázala za 6 měsíců třetí skupina. Její členové zaznamenali průměrný pokles systolického tlaku o 11 mmHg a diastolického tlaku o 6,4 mmHg. Zhruba třetina pacientů ve třetí skupině zaznamenala pokles tlaku krve až na doporučovanou hranici 120/80 mmHg a mohla tak být zařazena mezi zdravé lidi bez nutnosti konzumace léků. Navíc byly v této skupině zaznamenány další pozitivní posuny - průměrný pokles hmotnosti o 6,0 kg, zvýšení úrovně zdatnosti, zvýšená konzumace zeleniny a ovoce a snížení spotřeby tuků, zvláště nasycených. U první skupiny nedošlo k žádnému zlepšení, u druhé skupiny byly zaznamenány pouze statisticky nevýznamné změny. Výsledky šetření jsou neobyčejně povzbudivé. Dokazují nade vše pochybnost, že s léky Je možné počkat a že na prvním místě je nutné dosáhnout změn životního stylu osob ohrožených hypertenzí. Vedlejší účinky léků jsou

podle statistik považovány za šestou, a podle přísnějších kritérií dokonce za čtvrtou nejčastější příčinu smrti v USA. Možnost regulovat zdravotní stav pouze změnou životního stylu, bez aplikace léků, tak představuje nejbezpečnější, nejlevnější a nejúčinnější cestu ke zdraví. Studie navíc jednoznačně prokázala ohromný význam poradenství. Pouhé „suché“ sdělení faktů o rizicích hypertenze není schopno motivovat pacienty k přijetí prospěšných změn chování. Lékaři ostatně nemají ve své každodenní praxi dostatek prostoru vybavovat se s každým pacientem, podrobně a obšírně mu osvětlovat složitou problematiku zdravého životního stylu, případně mu pracně sestavovat cvičební program. Ani pacienti většinou nemají čas vysedávat v přeplněných čekárnách ordinací a po hodině čekání naslouchat trpělivě slovům lékaře. Přišla doba, kdy se poradenství v oblasti výživy a cvičení stává samostatnou, nesmírně potřebnou odbornou činností, za kterou lidé musí v dnešní době již samozřejmě platit. Dobrá rada v oblasti ovlivňování zdraví a zdatnosti je doslova „nad zlato“. Může nejen život prodloužit o několik let, ale především může podstatně zvýšit jeho kvalitu. Stojí za to zdůraznit, že se může jednat o třetinu až polovinu našeho života. A to je období, do kterého se vyplatí investovat. (6)

1.2 Hypertenze v těhotenství

V průběhu těhotenství dochází v mateřském organismu k významným hemodynamickým, hormonálním a dalším změnám, které se po porodu rychle upravují k výchozímu stavu.

Jedná se o fyziologický proces adaptace všech orgánů a systémů ženy na těhotenství. Nedostatečná adaptace indukovaná fetomaternálními imunologickými pochody, může mít za následek široké spektrum klinických a morfologických změn (např. preeklampsii, eklampsii, intrauterinní růstovou retardaci plodu – IUGR, atd.). Přestože znalost patofyziologických mechanismů vzniku hypertenze v těhotenství, jakož i její včasné diagnostiky a léčby, značně pokročila, vyvolávající příčina tohoto onemocnění zatím známa není. Z mnoha etiopatogenetických teorií je vhodné zmínit např. teorii abnormální trofoblastické invaze, malnutriční teorii, teorii recesivní nebo multifaktoriální dědičnosti, teorii hemodynamických změn při placentaci v děložním fundu s následnou kongescí ledvin a jater zvýšeným odtokem krve ovarialními žilami, teorii snížené imunotolerance, atd. Jisté je, že pro vznik a vývoj hypertenze v těhotenství je nezbytná přítomnost trofoblastu.

Definice hypertenze v těhotenství – jak uvádí literatura - je zvýšení systolického krevního tlaku o 30 mmHg (4 kPa) a diastolického krevního tlaku o 15 mmHg (2 kPa).

Obecně se uvádí hodnota krevního tlaku 140/90 mmHg (18,6/12,0 kPa) a vyšší jako hranice krevního tlaku pro diagnózu hypertenze v těhotenství. Někteří autoři doporučují přísnější kritéria, tj. krevní tlak 140/85 mmHg (18,6/11,3 kPa), přičemž rozhodující je hodnota diastolického tlaku, který je v přímé relaci s periferní rezistencí. Někdy se používá tzv. střední arteriální tlak, který je 1/3 tlaku pulsního:

$$\underline{SAT = dTK + 1/3 (sTK - dTK)},$$

přičemž střední arteriální tlak vyšší než 105 mmHg (14,0 kPa) je hodnocen jako hypertenze. (2, 4)

1.2.1 Klasifikace hypertenzních chorob v těhotenství

Hypertenzní poruchy v těhotenství lze rozdělit na ty, které jsou pro těhotenství specifické (vznikají po 20. týdnu těhotenství a do 3 měsíců po porodu mizí), a dále na hypertenzní poruchy, které jsou přítomny před těhotenstvím, mohou se v těhotenství manifestovat a po porodu zůstávají.

Arteriální hypertenze v těhotenství patří mezi nejčastější důvody mateřské a fetální morbidity a mortality. V České republice komplikuje hypertenze průběh těhotenství asi 10% žen. Incidence hypertenze v těhotenství se však rapidně zvyšuje, přihlídneme-li k rizikovým faktorům, jakými mohou být např. rodinná anamnéza nebo diabetes mellitus.

Vliv hypertenze v těhotenství na rozvoj kardiovaskulárních onemocnění v dalším životě ženy sledovala studie doktorky Garovičové a jejích kolegů. Výsledky této studie byly uvedeny na konferenci American Heart Association 2006 Scientific Sessions v Chicagu a San Diegu. Do studie bylo celkem zahrnuto 4782 žen, které byly rozděleny do několika skupin. První skupina žen (n=718) byla skupina žen, které nebyly těhotné nebo jejich těhotenství netrvalo déle než 6 měsíců. Druhá skupina žen (n=3421) byly ženy, které měly během těhotenství normální krevní tlak a poslední skupinou žen byla skupina žen, které trpěly během těhotenství hypertenzí (n=643). Ženy, které měly v těhotenství zvýšený krevní tlak, měly signifikantně zvýšené riziko cévní mozkové příhody, onemocnění věnčitých tepen a hypertenze v dalším životě - po 40. roce života, v porovnání se ženami, které během těhotenství měly krevní tlak v normě. (1)

1.3 Etiologie

V těhotenství probíhají funkční změny kardiovaskulárního aparátu, kde vlivem pohlavních hormonů (zejména progesteronu), vazodilatátoru prostacyklinu uvolněného z uteroplacentární

jednotky a snížením arteriolární citlivosti na vazokonstrikční podněty (angiotenzin II) dochází k vazodilataci a aktivaci systému renin–angiotenzin–aldosteron, s následnou těhotenskou hydrémií. Frankovým-Starlingovým mechanismem dochází ke zvyšování stažlivosti myokardu. Tyto adaptační změny zajišťují hypermetabolické požadavky matky a plodu, zlepšují reologické vlastnosti krve a umožňují kompenzovat postpartální krevní ztrátu. Hlavním patofyziologickým mechanismem hypertenze v těhotenství je vzestup periferní rezistence při ztrátě refrakternosti cévní stěny na vazopresorické látky (angiotenzin II, nerovnováha v kalikrein-kininovém systému, adrenalin, noradrenalin, dopamin, serotonin, vazopresin atd.) způsobené nedostatečnou produkcí vazodilatačních látek, především prostaglandinů.

1.4 Diagnostika

Jako abnormální je hodnoceno zvýšení diastolického krevního tlaku ve II. trimestru nad 75 mmHg (10 kPa), ve III. trimestru nad 85 mmHg (11,3 kPa). Existence a závažnost hypertenze v těhotenství bývá v přímé souvislosti s poklesem objemu plazmy těhotné a s růstovou retardací plazmy. Sledování parametrů krevního obrazu je orientačním ukazatelem redukce plazmatického objemu. Při dostatečné substituci železem se považují hodnoty hemoglobinu nad 130 g/l a hematokritu nad 0,38 za známky hemokoncentrace s rizikem vývoje hypertenze v těhotenství a růstové retardace plodu. Snížení uteroplacentární perfúze až o 50–65 % lze detekovat již 3–4 týdny před manifestací hypertenze. Vzhledem k fyziologicky zvýšeným hodnotám renální hemodynamiky o 35–50 % jsou v těhotenství hodnoceny jako abnormální: hodnoty kreatininu > 75 mmol/l, močoviny > 5,4 mmol/l, kyseliny močové > 350 mmol/l, proteinurie > 300 mg/24 hodin. V těžkých případech dochází i ke snížení perfúze jater (ischemické infarkty, hemoragie), mozku (perivaskulární krvácení, nekrózy), srdce (subendokardiální nekrózy), podobně jako při hypovolemickém šoku.

1.5 Klasifikace

Klasifikace dle Mezinárodní společnosti pro studium hypertenze v těhotenství:

1. Preeklampsie:

esenciální onemocnění charakterizované arteriální hypertenzí, proteinurií a/nebo otoky. Je vyvolaná vlastním těhotenstvím, objevuje se častěji u primigravid po 20. týdnu těhotenství. Výskyt preeklampsie před 20. týdnem těhotenství souvisí s hydatiformní degenerací choriových klků.

Preeklampsie:

- ☞ *střední* (TK od 140/90 mmHg, tj. 18,6/12 kPa, do 160/110 mmHg, tj. 21,3/14,6 kPa, proteinurie nad 300 mg/den do 5 g/den, výdej tekutiny nad 500 ml/den, generalizované edémy),
- ☞ *těžká* (TK 160/110 mmHg, tj. 21,3/14,6 kPa, a vyšší, proteinurie +++ nebo vyšší než 5 g/den, oligurie méně než 400 ml/den, cerebrální nebo zrakové symptomy, plicní edém, cyanóza).

2. Eklampsie:

záchvat tonicko-klonických křečí.

3. Chronická hypertenze:

hypertenzní choroba nezávislá na těhotenství, vyskytující se před 20. týdnem těhotenství a přetrvávající po porodu a šestinedělí.

4. Chronická hypertenze se superponovanou preeklampsií/eklampsií:

preeklampsie nebo eklampsie nasedající na předcházející hypertenzní onemocnění různé etiologie s výskytem proteinurie a generalizovaných edémů. Dochází k rychlému vzestupu krevního tlaku doprovázenému proteinurií, oligurií, otoky a koagulopatií. Jedná se o život ohrožující onemocnění s tendencí k opakování v dalších těhotenstvích.

5. Tranzitorní těhotenská hypertenze:

vyvíjí se po 20. týdnu těhotenství nebo v časném šestinedělí bez dalších symptomů. Dochází ke spontánní úpravě krevního tlaku v šestinedělí.

6. Neklasifikované hypertenzní choroby (1, 3)

1.5.1 Preeklampsie

Incidence

U primipar v 10-14 %, u multipar v 5-7 %, v 70 % se manifestuje v těhotenství (před porodem), ve 30 % po porodu, u 22 % dcer preeklamptických matek, u 35 % sester preeklamptických žen.

Patofyziologie

Tato nozologická jednotka je řazena mezi tzv. endoteliální choroby. Multiorgánové poškození vzniká na podkladě generalizované vazokonstrikce s orgánovou hypoperfúzí, dále se podílí porucha koagulačního systému s tvorbou fibrinových depozit a poškození endotelu,

které vede k syndromu úniku malých bílkovin, hypovolémii a tvorbě edémů. Příčinou by mohla být dysbalance mezi proagregačně a vazokonstrikčně účinným tromboxanem a vazodilatačně a antiagregačně účinným prostacyklinem (obr. 1).

Je sníženo odbourávání tromboxanu v pupečnickových a placentárních cévách. U preeklamptických žen je vyšší citlivost na endogenní i exogenní katecholaminy. Úlohu hrají pravděpodobně i natriuretický peptid, zvýšené hladiny kolujících peroxidáz, endotelin, serotonin. V plazmě se během těhotenství zvyšuje buněčný fibronektin a von Willebrandův faktor. Aktivuje se koagulační kaskáda. Poškození endotelu je klinicky zřejmé v glomerulárním kapilárním řečišti (glomerulární kapilární endotelióza, tzn. edém a zmnožení endotelových buněk, které vyplňují kapilární lumen), dochází k proteinurii nezávislé na poloze těhotné. Podobné patomorfologické změny jsou na endotelu placentárních cév (tzv. akutní ateróza). Fyziologická trofoblastická invaze spirálních arterií nahradí svalové a elastické elementy cévní stěny, čímž je zajištěna dostatečná uteroplacentární perfúze intervilózních prostorů a zásobení plodu. Při preeklampsii intraarteriální trofoblastická invaze zasahuje jen deciduální úsek spirálních arterií, nikoli již radiální cévy v myometriu. Výsledkem je chronické snížení uteroplacentární perfúze, hypoxické poškození cévního endotelu a spuštění intravaskulárních hemokagulačních pochodů.

Klinické a laboratorní známky

Kompletní triáda:

1. vzestup systolického krevního tlaku na 140 mmHg (18,6 kPa) a více a vzestup diastolického tlaku na 90 mmHg (12,0 kPa) a více, nebo zvýšení systolického tlaku o 30 mmHg (4,0 kPa) a více ve srovnání s hodnotami před těhotenstvím nebo v prvním trimestru či vzestup diastolického tlaku o 15 mmHg (2,0 kPa) a více ve srovnání s hodnotami před těhotenstvím nebo v prvním trimestru, nebo zvýšení středního arteriálního tlaku nad 105 mmHg (14,0 kPa) nebo konstantní zvýšení středního arteriálního tlaku o 20 mmHg (2,7 kPa). Měření musí být provedeno alespoň 2x za sebou v odstupu minimálně 6 hodin, v polosedě;
2. proteinurie nad 300 mg/24 hodin;
3. edémy.

Další známky preeklampsie:

1. Laboratorní známky:

- snížení glomerulární filtrace - snížení clearance na 1 ml/s a méně, hyalinní válce v močovém sedimentu, plazmatický kreatinin vyšší než 115 $\mu\text{mol/l}$, urea nad 5,4 mmol/l ;
- snížení tubulární resorpce kyseliny močové, která je blokována kyselinou močovou produkovanou hypoxickou placentou (kyselina močová nad 350 $\mu\text{mol/l}$);
- hepatocelulární postižení při mikrocirkulační poruše - AST vyšší než 0,6 m kat/l , ALT nad 0,6 m kat/l , pokles albumin-globulinového poměru;
- zvýšení termostabilní alkalické fosfatázy v séru je přímo úměrné hypoxickému poškození placenty;
- redukce plazmatického objemu - Hb nad 130 g/l , hematokrit nad 0,38 %;
- známky hemolýzy při mikroangiopatii - anizocyty, poikilocyty v periferní krvi, zvýšení sérové koncentrace nekonjugovaného bilirubinu a LDH, snížení haptoglobulinu;
- aktivace hemokoagulačních procesů - FDP, snížení fibrinogenu a AT III, trombocytopenie pod $100 \times 10^9/\text{l}$;

2. Klinické známky:

- bolest v epigastriu a v pravém podžebří doprovázející tvorbu subkapsulárních hematomů v játrech, bolesti hlavy, spavost, poruchy vidění, mdloby, bolesti uší, hyperreflexie, hemoragie, ascites, anasarka, otoky sliznic včetně známek plného nosu, rinolalie, dušnost, zvýšená děložní citlivost na oxytocin, předčasná porodní činnost, známky placentární insuficience, abrupce placenty.
- HELLP syndrom (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) byl dříve považován za komplikaci preeklampsie, nyní je hodnocen jako samostatná nozologická jednotka.

Diagnostika

Základním požadavkem je kvalitní prenatalní péče a včasný záchyt ohrožených těhotných žen. Anamnéza se zaměřuje na výskyt preeklampsie v rodině, popř. v minulých těhotenstvích. Ambulantně se sleduje systolický a diastolický krevní tlak, přítomnost bílkoviny v moči,

přírůstek tělesné hmotnosti včetně projevů vznikajících edémů, zejména v obličeji a na prstech rukou. Pravidelně se sleduje i vývoj a růst plodu. Při varovných příznacích se těhotné včas hospitalizují s kontrolou hemokoagulačních parametrů, renálních funkcí (clearance kreatininu, tubulární resorpce, bilance tekutin), jaterních testů, monitorace krevního tlaku, vyšetření očního pozadí, zhodnocení stavu plodu včetně funkce fetoplacentární jednotky.

Indikace k hospitalizaci je zvýšení krevního tlaku na 140/90 mmHg (18,6/12,0 kPa) a více nebo vzestup systolického tlaku o 30 mmHg (4,0 kPa) nebo diastolického tlaku o 15 mmHg (2,0 kPa), proteinurie více než 3 g/24 hodin nebo 1 g/l ve 2 vzorcích, známky hyperviskozity, trombocytopenie, elevace jaterních testů, změna koagulačních parametrů s poklesem fibrinogenu, rychlý vzestup hmotnosti, známky intrauterinní retardace vývoje plodu. Diagnostika může být doplněna o testy zvýšené cévní reaktivity, např. roll-over test, kdy při změně polohy těhotné z boku na záda dojde k redukci žilního návratu kompresí dolní duté žíly těhotnou dělohou, což vyplavením angiotenzinu II u citlivého endotelu vede ke zvýšení TK o 20 mmHg (2,7 kPa) a více (pozitivní test vaskulární reaktivity).

Terapie

- prevence vzniku eklampsie
- antihypertenzní léčba
- zvážit optimální ukončení těhotenství

Prevence vzniku eklampsie

Magnézium sulfát

Mechanismus účinku: sníží uvolnění acetylcholinu na neuromuskulární ploténce, vede k periferní neuromuskulární bloádě. Blokuje vstup kalcia do neuronů. Pravděpodobně hlavním antikonvulzivním mechanismem je ultrasonograficky potvrzená vazodilatace intrakraniálních cév a prevence vzniku vazospastické ischemie.

Další účinky: přechodná mírná hypotenze po i.v. podání, přechodný tokolytický účinek, potenciace depolarizujících a nedepolarizujících myorelaxancií.

Dávkování: úvodní dávka 4 g MgSO₄ i.v. během 20 minut. Pokračuje se perfuzorem rychlostí 1 g MgSO₄/h. Pravidelně, nejméně v hodinových intervalech, se hodnotí patelární reflex, který musí zůstat výbavný. Dále se kontroluje dechový objem, který nesmí klesnout pod 350 ml. Hodinová diuréza nesmí být nižší než 100 ml. Magnezémie nemá překročit 2-3

mmol/l. Sérová koncentrace pod 2,0 mmol/l nezajistí dostatečnou profylaxi křečí. Terapeutický protokol končí za 24 hodin, lépe však 48 hodin po porodu.

Vymizení patelárního reflexu (při koncentraci Mg okolo 5 mmol/l), změlčení dýchání, slabost a pokles hodinové diurézy pod 100 ml musí vést k okamžitému zastavení podávání a následné úpravě dávkování.

Nežádoucí neonatální účinky: letargie, hypotonie, respirační deprese novorozence; antidotem je kalcium v pomalu podávané i.v. dávce 0,1 g/kg porodní hmotnosti.

Antihypertenzní léčba

Cíl: snížení diastolického tlaku na 90-100 mmHg (12,0-13,3 kPa) za podmínky snižování krevního tlaku o 10 mmHg/h (1,3kPa/h), maximálně o 20 % výchozích hodnot krevního tlaku za hodinu (tab. 1). Avšak při rychlém a hlubokém poklesu krevního tlaku těhotné může odumřít plod.

Náhrada objemu: přívod tekutin musí být uvážlivý, aby nevznikla kardiální dekompenzace. Teprve s ústupem vazokonstrikce se oběh doplňuje za trvalého monitorování krevního tlaku, centrálního žilního tlaku, popř. tlaku v zaklínění. Volba infúzní terapie se řídí laboratorními výsledky.

Vazodilatační léčba:

- centrální sympatolytika - princip účinku: stimulace receptorů α_2 v CNS s následnou inhibicí periferního sympatiku s poklesem srdečního výdeje a periferní cévní rezistence;
- periferní vazodilatancia - princip účinku spočívá ve snížení tonu hladké cévní svaloviny arteriol a arterií s minimálním ovlivněním venózního kapacitního řečiště. Vede k antiregulačním mechanismům s aktivací baroreceptorů a s následným zvýšením srdečního výdeje, tepové frekvence a s aktivací systému renin-angiotenzin-aldosteron, proto je vhodná kombinace s centrálními sympatolytiky. Tím se částečně sníží nežádoucí účinky (tachykardie, bolesti hlavy);
- sympatolytika;
- blokátory kalciového kanálu - opatrnosti je třeba při současné aplikaci magnézia, která by mohla vést k těžké hypotenzii. Zatím nelze jejich podávání v těhotenství doporučit;
- inhibitory ACE jsou v těhotenství kontraindikovány. U těhotných léčených inhibitory ACE byla popsána intrauterinní úmrtí plodu, protože současně s poklesem tlaku

vyvolávají snížení uteroplacentární perfúze, a u novorozenců matek léčených inhibitory ACE bylo popsáno renální selhání;

- diuretika redukují plazmatický objem, čímž je aktivován systém renin-angiotenzin s periferní vazokonstrikcí a zhoršením perfúze ledvin a placenty. Současně diuretika způsobují ztráty elektrolytů, mohou zvyšovat hladiny kyseliny močové, vyvolávat trombocytopenii u matky i plodu. Při aplikaci thiazidových diuretik byly popsány i případy hemoragické pankreatitidy. Eventuálně je možné pokračovat v jejich podávání u chronických hypertenzí, u kardiální insuficience s edémem plic nebo u zvýšené senzitivity na sůl.

Časování ukončení těhotenství

Při rozvoji preeklampsie je jedinou kauzální léčbou ukončení těhotenství, neboť symptomatická léčba vývoj onemocnění zmírní, ale nevyлéčí je. Po ukončení těhotenství se léčba ještě 24 hodin vede stejným způsobem, s klesajícími dávkami podávaných přípravků. Teprve za 48 hodin lze výše uvedenou léčbu zastavit a zkontrolovat stabilitu stavu.

1.5.2 Eklampsie

Incidence:

0,2-5 % všech porodů, v 70 % vzniká po porodu, rekurence v dalším těhotenství je 10-35%.

Prodromy:

Záškuby faciálních svalů, stáčení očí a poruchy vidění, silné bolesti hlavy, nauzea, bolest v epigastriu.

Klinický obraz:

Záchvat tonicko-klonických křečí navazující na těžkou preeklampsii přecházející do bezvědomí. Pro eklamptický záchvat je charakteristická mióza a hyporeflexie. Nakupení eklamptických záchvatů se nazývá *status eclampticus*, doprovázený kómatem. Stadium křečí ovšem může chybět, žena pak upadá přímo do kómatu (*eclampsia sine eclampsia*).

Komplikace:

Plicní edém, kardiální selhání, hepatorenální selhání, diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC), ARDS, odchlípení sítnice, edém mozku, cerebrální krvácení, hypertonus děložní s abrupcí placenty, hypoxie plodu.

Diferenciální diagnostika:

Epileptický záchvat (mydriáza, hyperreflexie), hypoglykemické křeče, tumor CNS, předávkování kokainem, otravy, intrakraniální krvácení.

Léčba:

Zajištění dýchacích cest, monitoring vitálních funkcí, snížení kortikální iritability (barbituráty, benzodiazepiny, fenytoin), antihypertenzivní léčba (viz. Tabuka 1), korekce vnitřního prostředí a vodní bilance, prevence trombotických komplikací, ukončení těhotenství. Křeče vyžadují útlum, nejčastěji benzodiazepiny (midazolam) a svalovou relaxaci, k níž se užívá vekuronium. Je indikováno zajištění dýchacích cest a umělá ventilace. K pooperační systémové analgezii lze zvolit např. sufentanil. Přípravky se podávají samostatnými perfuzory, periferní žilní přístup se změní nebo doplní centrálním. V závažných případech se zavede plicní katétr a intraarteriální měření krevního tlaku. Laktace se většinou zastaví. Pokud se přidruží komplikace (edém mozku, DIC, oligurie, ARDS ap.), vede se resuscitační péče navíc symptomaticky podle obvyklých postupů náhrady nebo podpory základních životních funkcí. Novorozenec je zpravidla hypotrofický, často vyžaduje resuscitaci ihned po vybavení, je chabý, obtížně udržuje tělesnou teplotu, metabolická acidóza je pravidlem. Novorozenec je indikován do neonatologické intenzivní péče v perinatologických centrech.

Anesteziologické aspekty

Včas diagnostikovaná preeklampsie s účinnou antihypertenzní léčbou nevylučuje plánované ukončení těhotenství v neuroaxiální anestezii. Epidurální anestezie má sympatolytický vliv, který se sčítá s působením hydralazinu (jeho dávku je nutno snížit), má i lehký svalově relaxační vliv na dolní končetiny (výbavnost kontrolního patelárního reflexu se tím sníží), navíc potencuje myorelaxační účinek $MgSO_4$. Celková anestezie je první volbou při eklampsii a při velmi rychle progredující preeklampsii. Užitá kurarimimetika jsou ve svém účinku silnější, protože působí na hladině předtím podávaného $MgSO_4$. Na konci anestezie není vhodná farmakologická dekurarizace, anestezie přejde postupně do monitorované

analgesedace, v níž se věnuje pozornost diagnostice stavu, pohotovosti ke křečím, bilanci tekutin, hemokoagulačním parametrům apod. K celkové anestezii lze zvolit jakýkoli postup: inhalační, nitrožilní, doplňovaný ap. Pouze v předoperačních indikacích a v úvodu do anestezie je vhodné se vyvarovat benzodiazepinů, které by spolu s $MgSO_4$ nepochybně u novorozence způsobily syndrom chabého dítěte (floppy infant syndrome).

Nedělka po eklamptickém záchvatu bez dalších poporodních eklamptických komplikací by měla setrvat v porodnické intenzivní péči, nedělka po opakovaných eklamptických záchvatech, v eklamptickém stavu, v bezvědomí, s klesající diurézou, se snižující se SpO_2 , dušností či krvácivostí se včas předává na lůžko resuscitační péče.

Po propuštění je během šestinedělí kontrolována jednou týdně gynekologem a internistou, po šestinedělí neurologem. (7)

2 Obezita

2.1 Definice

Obezitu obecně definujeme jako zmnožení tukové tkáně nad fyziologickou mez v důsledku nerovnováhou mezi příjmem energie a jím výdejem.

Je mnoho definic, které nám přibližují tento problém, ale všechny se shodují v tom, že „*obezita je chorobné zvýšení tělesné hmotnosti způsobené nadměrným hromaděním tělesného tuku*“.¹ Podíl tuku činí normálně 30% tělesné hmotnosti u žen a do 20% u mužů.

2.2 Dělení obezity²

Etiologie obezity se dělí do dvou základních oddílů:

- a) *primární obezita*: nejčastější typ, je způsoben nepoměrem příjmu energie a jejím výdejem. Vznik může podpořit také klimakterium, dědičné faktory, méně fyzicky náročná práce či přejídání při stresu.
- b) *sekundární obezita*: provází endokrinní onemocnění, např. zvýšenou funkci kůry nadledvin, zvýšenou tvorbu ACTH v hypofýze nebo aktivaci centra hladu v hypotalamu po úrazech nebo zánětech.

2.3 Diagnostika

Při diagnostice bychom se měli zaměřit na zjištění anamnézy, při hospitalizaci na laboratorní výsledky, vyšetření jídelních zvyklostí a na měření energetického výdeje. Abychom měli kompletní diagnostiku, zjišťujeme také podíl tuku v těle.

Hodnocení podílu tuku a tělesné hmotnosti se provádí několika různými způsoby. Je možno podíl tuku vypočítat měřením tloušťky kožních řas, které se měří na přesně definovaných místech kaliperem. Procento tuku je možné určit i podvodním vážením či tzv. měřením impedance. Měření impedance se provádí měřením průchodu proudu mezi horními končetinami, ve kterých vyšetřovaný drží měřicí přístroj. O obezitě nás informuje i Body Mass Index, neboli stanovení hmotnostního indexu, který se vypočítává tak, že se hmotnost v kg vydělí druhou mocninou výšky v metrech (Příloha D). Antropometrie je poměr obvodu pasu a boků, změřených krejčovským metrem, tzv. WHR. WHR u žen nad 0,85 a u mužů 1,00 je známkou nadměrnosti. (5)

¹ Nejedlá, M.; Šafránková, A. *Interní ošetřovatelství II*, s. 70

² Nejedlá, M.; Šafránková, A. *Interní ošetřovatelství II*, s. 71

2.4 Jsou obézní lidé radostnější?

Obecně se traduje, že lidé hubení až asteničtí jsou pesimističtí, nervózní, nepříjemní, introvertní a nespolečenští. Zatímco lidem s vyšší tělesnou hmotností a mohutnou tělesnou konstitucí jsou přiřazovány rysy optimismu, spokojenosti, extrovertnosti, celkového veselí a životní pohody.

Kdo nám tuto vizi vsugeroval? Snad filmy a televize, v nichž jsou velmi často silní lidé obsazováni do rolí usměvavých a veselých lidí nebo do hlavních rolí mnoha komedií. Uvedu příklad za všechny. Vzpomeňme na Voskovce a Wericha nebo na Lauera a Hardyho.

Tuto teorii, o radostném duševním rozpoložení obézních lidí, se pokoušeli ověřit vědci ze zdravotního centra v Kalifornii. Vedl je k tomu fakt strmě přibývajících obézních lidí. Do výzkumu bylo zapojeno 1739 obyvatel města starších padesáti let. Po vyhodnocení výzkumu byl stanoven závěr, že přímé souvislosti s vyšší hmotností a dobrou náladou nejsou. Pravdou však zůstává, že nálada je ovlivněna ani ne tak tělesnou konstitucí, ale duševním a tělesným zdravím.

2.5 Obezita v těhotenství

2.5.1 Pohyb

Existuje řada praktických příruček pro těhotné, ve kterých je popsáno spousta cviků na vědomé ovládání a posílení svalstva dna pánevního, posilování prsního, břišního, hýžděového a mezilopatkového svalstva. Dále se zde nalézají dechové a relaxační cvičení, cviky pro vyrovnání páteře a speciální cviky pro nožní klenbu, křížokyčelní skloubení a prevenci křečových žil.

Pokud těhotenství probíhá bez problémů, nebrání těhotným změny s ním související v pravidelné pohybové aktivitě. Záleží samozřejmě na stupni těhotenství – zejména v posledních třech měsících, kdy zvětšení dělohy omezuje dýchací pohyby a nárůst bříška snižuje pohyblivost a mění značně postavení páteře, se bude se těhotná žena pohybovat méně.

Jakému pohybu by se tedy v průběhu těhotenství žena měla věnovat? Plavání, chůze a cvičení ji pomohou udržet se v kondici a ulevit od běžných těhotenských obtíží, jako jsou bolesti v bedrech a kříži. Naopak mezi sporty, které se pro nastávající maminky nehodí, patří např. tenis (zejména od 4. měsíce těhotenství), squash, alpské lyžování, jízda na kánoji či kajaku, windsurfing a klasický aerobik. V mnohých fitness-centrech však již existují speciální hodiny pro těhotné, jakýsi "těhobik". Pokud ale před otěhotněním nebyla žena na pravidelné aerobní cvičení (ať už ve formě joggingu, pravidelné jízdy na kole či aerobiku)

zvyklá, těhotenství není období, kdy by s ním měla začínat. Rozhodne-li se pro jakékoli cvičení, měla by se nejdříve poradit se svým lékařem, který o ni v průběhu těhotenství pečuje.

V každém případě však platí, že těhotenství je prvořadě a pohyb je příjemný a mnohdy velmi užitečný doplněk. Vnímejte "řeč svého těla", při žádném cviku nepřekračujte pocit bolesti. Počet opakování každého cviku můžete postupně zvyšovat, obecně platí, že u posilovacích cvičení začínejte na 8-10, u protahovacích cviků na 4-5 opakováních.

Často se stane, že se tělesná hmotnost těhotné ženy v průběhu prvních 8 týdnů gravidity mírně sníží. Důvodů je víc. Například zvracení, náhle vyšší požadavky na příjem energie nutné pro tvorbu placenty. Dochází také ke změně chuťových preferencí.

2.5.2 Strava

Těhotenství je snad pro každou ženu krásné a velmi intenzivní období. Tělo matky se neustále mění a přizpůsobuje potřebám rostoucího plodu. V těhotenství je třeba dbát na co nejkvalitnější stravu. Jde o to, aby se do organismu těhotné ženy, dostaly všechny potřebné živiny, vitamíny a minerály a zároveň se minimalizovala kontaminace matky a plodu těžkými kovy, toxiny, bakteriemi a plísněmi. I v tomto případě je zbytečné, ba dokonce nevhodné, zvyšovat významně příjem energie (není-li pokles značný, to znamená víc než 3 % výchozí tělesné hmotnosti), protože hormonální změny vedou k vyššímu využití přijatých živin. Hlavní více preferovanou živinou by měly být bílkoviny. Potřebujete jich denně přibližně asi 60g, což je okolo 1,0g na kg tělesné hmotnosti. Toto množství je však běžně konzumováno větší částí ženské populace již dávno před těhotenstvím. Je také důležité zajistit zvýšený příjem vápníku, zinku, jódu, železa a kyseliny listové. Brokolice a špenát jsou velmi vhodné ke konzumaci, protože obsahují hojnost kyseliny šťavelové (obsahuje také železo, i když ne v tradovaném množství), vhodný je také chřest, ale jedině čerstvý nebo hluboko zmražený.

Na co si dát pozor?

Alkohol: jelikož není stanovena bezpečná dávka alkoholu během těhotenství, měla by se ho těhotná raději úplně vyvarovat. Alkohol může způsobit mentální retardaci dítěte.

„Prázdné“ kalorie: potraviny nebo nápoje, které nemají velkou výživovou hodnotu, by měly být konzumovány v minimálním množství. Do této skupiny patří především sušenky, popcorn, cukroví, chipsy, instantní polévky, limonády, bílé pečivo a další na jednoduchý cukr bohatá jídla. "Prázdné" kalorie, které neobsahují vitamíny, minerály a další výživné látky vedou ke zvýšenému váhovému přírůstku a nepříspěvají správnému vývoji dítěte.

Ryby: Mořské ryby mohou obsahovat rtuť, ale obsahují prospěšný jód, sladkovodní ryby bývají kontaminovány pesticidy a dalšími toxiny. Toxiny bývají především akumulovány

v tuku sladkovodních ryb, proto je vhodné omezit, ale ne však je z jídelníčku úplně vyřadit. Syrová vejce: kvůli nebezpečí salmonelové infekce je doporučováno vyhýbat se všem jídlům, jako je např. oblíbený tatarský biftek, a výrobkům k ochucení jídla ze syrových vajec, jako je oblíbená majonéza nebo tatarka.

Málo vařené či syrové maso: obsahuje množství bakterií včetně pro plod velmi nebezpečné toxoplazmy. Mezi tyto pokrmy patří také již zmíněný tatarský biftek.

Vnitřnosti hospodářsky chovaných zvířat: často obsahují zbytkové hormony a toxické látky z krmiva.

Bylinkové čaje: řada čajů není pro těhotné vhodná, proto je třeba vždy pečlivě přečíst příbalovou informaci a popř. se poradit s pečujícím gynekologem o vhodnosti užívání.

Kofein: Je obsažen v kávě, čaji, coca-cole a čokoládě. Narušuje vstřebávání potřebného železa, působí pálení žáhy. Může negativně působit na vyvíjející se plod zrychlením srdeční činnosti.

Potraviny s "ušlechtilou plísní": především sýry Niva a Hermelín podporují rozvoj kvasinek a mykóz.

Potraviny napadené plísněmi: vždy je třeba dbát na kvalitu potravin. K plísním jsou náchylné především ořechy, ovoce, zelenina, chléb, obiloviny, sýry či koření.

2.5.3 Životospráva

Mnoho lidí se domnívá, že slovo životospráva je synonymum pouze pro zdravou výživu a dostatek pohybu. Zapomínají však na psychický stav, v tomto případě psychický stav těhotné ženy.

Náhlé změny nálad jsou u spousty gravidních žen normální a okolí by tyto ženy mělo podporovat a výkyvy nálad chápat. Psychická pohoda je velmi důležitá pro každého a pro těhotné dvojnásobně. Přílišné a dlouhotrvající psychické nebo emoční vypětí není pro matku ani pro plod vhodné. Všechno je vnímáno intenzivněji. A pokud žena tuto podporu nemá, může se často v depresivních náladách uchýlovat k nepřekonatelným záchvatům chuti k jídlu, přejídání a v nepolední řadě také ve snaze se uklidnit k užívání různých léků, které mohou být nebezpečné jak pro ženu, tak hlavně pro plod. Proto veškeré užívání léků v těhotenství je dobré nejdříve konzultovat s lékařem.

Kvalitní jídelníček také zlepšuje psychickou pohodu budoucí matky a zvyšuje šance na otěhotnění a následně na nekomplikované těhotenství. Na úpravu životního stylu byste měly myslet již před početím a vyvarovat se dalším možným závažným komplikacím. Právě těsně před otěhotněním a v prvních třech měsících je strava ženy pro vývoj plodu nejdůležitější.

V prvních třech měsících se rozhoduje o tom, zdali vaše dítě bude zdravé či ne. Tvoří se totiž jeho orgány.

Je obecně je známo, že těhotenství je bráno jako nejhezčí období života ženy, plné očekávání a plánování. Sama žena by si neměla vědomě navozovat pocity nejistoty či strachu z neznámé situace a snažit se nějakým způsobem od těchto negativních myšlenek odpoutat. Např. nějakou pěknou knihou, filmovou komedií nebo návštěvou přátel či obchodního centra. V dnešní době je mnoho možností, tak proč je nevyužít ke zlepšení nálady.

2.5.4 Co je vhodné před graviditou?

Acidum Folicum

Tento vitamín ze skupiny B je důležitý v prevenci vrozených poruch, především v oblasti nervové trubice. Chrání před vznikem vývojových poruch, jako jsou např. rozštěpy tváře, rozštěpy páteře či poruchy vývoje mozku a míchy. Žena by měla tento vitamín přijímat již v době, kdy se snaží o otěhotnění. Doporučuje se tento vitamín ve zmíněné dávce užívat až do 12. týdne těhotenství, ale vždy je lepší se poradit s pečujícím gynekologem. Kde tuto látku najdeme? Dobrým zdrojem jsou obiloviny, brokolice, růžičková kapusta, pomeranče. Kyselinu listovou ale též může předepsat lékař pod latinským názvem Acidum Folicum.

Vitamín E

Tento vitamín je v době, kdy plánujete otěhotnění, důležitý pro kvalitu pohlavních buněk a zlepšuje stav epitelových buněk. Také podporuje snadnější nidaci tím, že zvyšuje prokrvení a novotvorbu cév a podporu růstu v raných stádiích embryonálního vývoje. Kde tuto látku najdeme? Vitamín E je obsažen v oleji z pšeničných klíčků, máse, mléce a v burských oříšcích. Dále v sóje, v zelených salátech a v mase. Uměle je přijímán v multivitaminových prostředcích určených pro těhotné a kojící ženy. Při užívání je nutné dbát na správnou dávku přípravku.

Vitamín C

Tento vitamín je důležitý, je-li žena náchylnější k virózám či prochlazením. Kde tuto látku najdeme? Vitamín C je obsažen v černém rybízu, citrónové šťávě.

Železo

Přijímat železo v době před otěhotněním je důležité tehdy, pokud žena ví, že trpí anémií, či je vegetariánka. Je vhodné se soustředit na úpravu krevního obrazu ještě před těhotenstvím, protože v těhotenství jsou nároky rostoucího plodu na tento minerál značné. Kde tuto látku najdeme? Nejvíce železa, tedy téměř polovinu denní dávky, je získávána konzumací masa a vnitřností. Z rostlinných produktů jsou významným zdrojem železa listová zelenina, fazole, čočka, meruňky, švestky, oříšky a mandle. Také obiloviny, celozrnný a semínky obohacený chléb. Dostatečné vstřebání železa je umocňováno užíváním vitamínu C.

B. Praktická část

3 Stanovené hypotézy

V rámci výzkumu jsem na základě stanovených cílů, stanovila tyto hypotézy :

- Hypotéza číslo 1:** Domnívám se, že více jak polovina žen ví, co znamená pojem hypertenze.
- Hypotéza číslo 2:** Domnívám se, že alespoň polovina dotazovaných žen zná svůj aktuální krevní tlak.
- Hypotéza číslo 3:** Domnívám se, že se s hypertenzí před těhotenstvím léčilo z celkového počtu 75 žen 5 žen.
- Hypotéza číslo 4:** Domnívám se, že v těhotenství se s hypertenzí léčilo více jak 15 žen z celkového počtu 75 dotazovaných.
- Hypotéza číslo 5:** Domnívám se, že všechny ženy s léčenou hypertenzí během těhotenství ví, které léky užívaly.
- Hypotéza číslo 6:** Domnívám se, že u minimálně 27 žen z celkového počtu 75 dotazovaných bylo těhotenství z důvodu hypertenzních komplikací ukončeno císařským řezem.
- Hypotéza číslo 7:** Domnívám se, že všechny ženy, jejichž těhotenství bylo ukončeno císařským řezem si myslí, že hodnoty jejich TK byly důvodem k takovému způsobu ukončení těhotenství.
- Hypotéza číslo 8:** Domnívám se, že z celkového počtu 75 dotazovaných žen mělo s hojením poporodních poranění potíže s hojením, ve smyslu dehiscencí ran, 7 žen.
- Hypotéza číslo 9:** Domnívám se, že z celkového počtu 75 dotazovaných žen všechny vědí, co znamená pojem Bod Mass Index (BMI).
- Hypotéza číslo 10:** Domnívám se, že většina žen ví jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství.
- Hypotéza číslo 11:** Domnívám se, že většina žen během těhotenství jedla zdravěji než před graviditou.
- Hypotéza číslo 12:** Domnívám se, že většina žen, které dodržovaly pravidelnou fyzickou aktivitu před graviditou, během gravidity snížila svoji pohybovou aktivitu nebo přestala sportovat úplně.

4 Metodika výzkumu

Pro svůj výzkum jsem se rozhodla využít výzkumnou metodu dotazníku. Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny ve formuláři. Slouží k hromadnému získání dat a k jejich následnému statistickému zpracování v krátkém časovém období.

Respondentky odpovídají na jednoduché otázky a odpovědi, které považují za správné, označují. Respondentky jsem informovala o anonymnosti dotazníků a sdělila, že vyplněné podklady budou sloužit k vypracování výzkumné části práce. Na základě toho jsem je požádala o pravdivé vyplnění.

Dotazník obsahuje celkem 21 otázek. Na začátku dotazníku jsou uvedeny demografické otázky. Dalším druhem použitých otázek v dotazníku byly otázky uzavřené. Mezi tyto uzavřené otázky jsem zařadila otázky dichotomické. Otázky polouzavřené jsem použila u otázek č. 1, 8, 9, 15, 16, 18, 21.

Otázka číslo 4 je pouze kontrolní k přijetí dotazníku do výzkumu či jeho vyřazení, proto k výše zmíněné otázce není zpracována tabulka ani její grafické znázornění. Otázky číslo 5, 6, 7, 8 jsem z praktické části vyřadila také, protože žádná z dotazovaných nevěděla, kdy jim gynekolog sdělil, že trpí gestační hypertenzí, nepocíťovaly na sobě žádné změny s hodnotou TK a žádná nechodila do poradny pro rizikové těhotenství. Jediná odpověď, která se na tuto otázku vyskytovala, byla, že chodily častěji do prenatalní poradny.

5 Výzkumný vzorek

Kritéria pro zařazení do výzkumu byla v osobní anamnéze zjištěná hypertenze nebo obezita. Výzkum byl prováděn ve společnosti Šumperská nemocnice, a.s. na oddělení šestinedělí. Celkem bylo rozdáno 100ks identických dotazníků a jejich návratnost byla 100%.

Kvůli nesplnění daných kritérií pro zařazení do výzkumu jsem vyřadila 25 dotazníků. Celkový počet hodnocených dotazníků je 75ks.

6 Zpracování dat

Všechny získané údaje jsem nejprve vyhodnotila a zaznamenala do tabulky v programu Microsoft Office Excel. Graficky znázorněné výsledky jsou uvedeny v grafech.

7 Analýza a zhodnocení získaných dat

Otázka č. 1: Víte, co znamená pojem hypertenze?

- a) *Ano*
- b) *Ne*

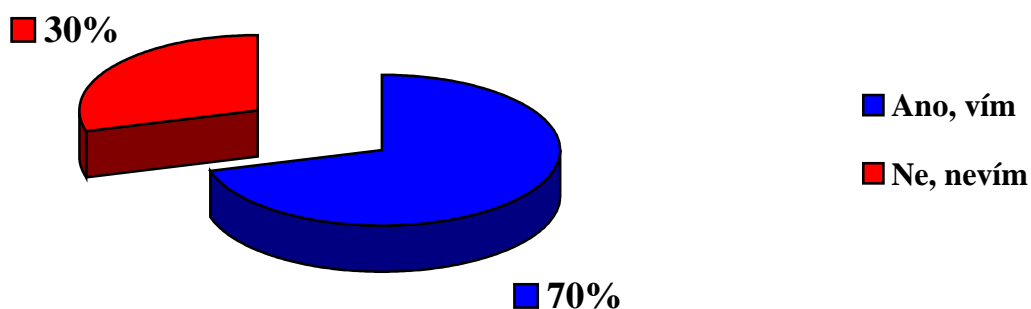
Pokud ano, uveďte.

.....

Z celkového počtu 75 dotazovaných žen odpovědělo 53 žen, což je 70%, že pojem hypertenze zná a ví, co znamená. Zatímco zbytek 22 žen, což je 30% neví, co pojem hypertenze znamená (viz. tab. 1; obr. 1).

Tab. 1 Víte, co znamená pojem hypertenze?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ano, vím</i>	53	70%
<i>Ne, nevím</i>	22	30%
<i>Celkem</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>



Obr. č. 1 Víte, co znamená pojem hypertenze?

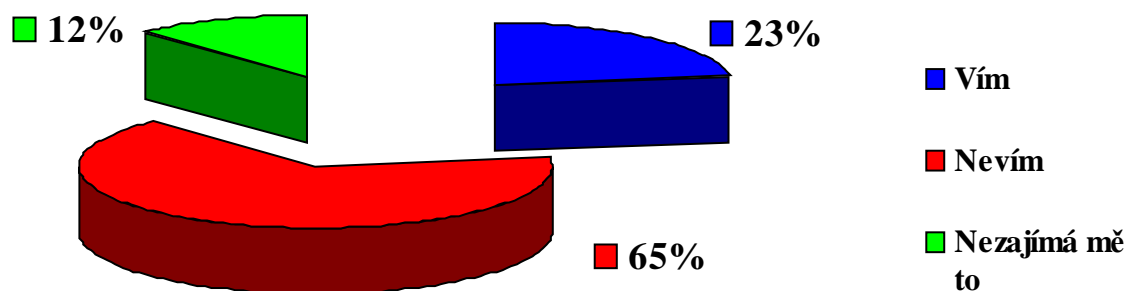
Otázka č. 2: Jaký je Váš aktuální TK?

Uveďte:

Z celkového počtu dotazovaných svůj aktuální krevní tlak vědělo 17 žen, což je z celkového počtu 23%. Zbýlých 49 žen hodnotu krevního tlaku neznalo nebo se o to nejímalo - 12% (viz Tab. 2; Obr. 2).

Tab. 2 Jaký je Váš aktuální TK?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Vím</i>	17	23%
<i>Nevím</i>	49	65%
<i>Nezajímá mě to</i>	9	12%
<i>Celkem</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>



Obr. 2 Jaký je Váš aktuální TK?

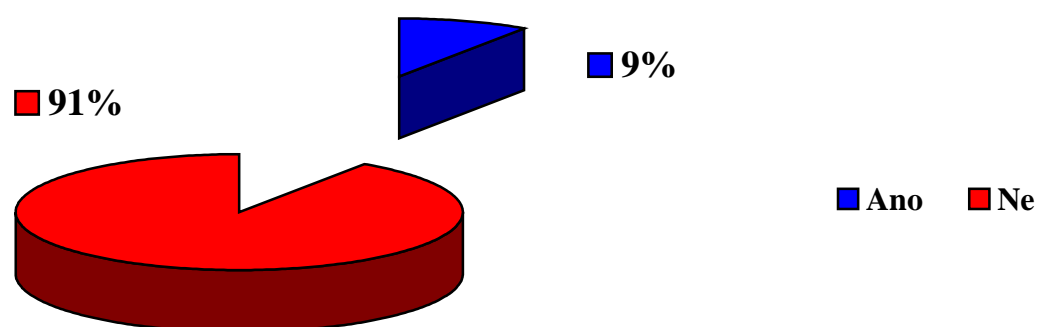
Otázka č. 3: Léčila jste se s vysokým TK před těhotenstvím?

- a) *Ano* *Hodnota TK:* *Léky:*
- b) *Ne*

Z celkového počtu dotazovaných žen se s hypertenzí před těhotenstvím léčilo 7 žen. Jak vyplývá z tabulky č. 3 a níže uvedeného grafu č. 3 je celkem 9%.

Tab. 3 Léčila jste se s vysokým TK před těhotenstvím?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ano</i>	7	9%
<i>Ne</i>	68	91%
<i>Celkem</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>



Obr. 3 Léčila jste se s vysokým TK před těhotenstvím?

Otázka č. 9: Víte, kterými léky jste byla léčena?

- a) *Ano*
- b) *Ne*

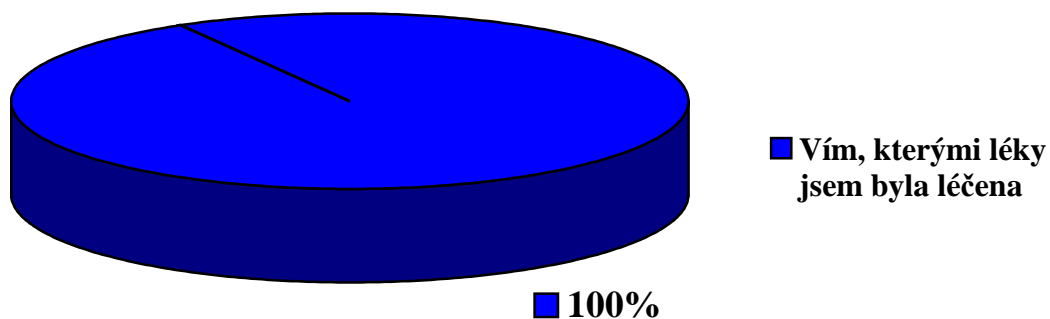
Pokud ANO, uveďte.

.....

Všechny ženy znaly léky, které během těhotenství užívaly k léčbě hypertenze (viz. Tab. 4; Obr. 4).

Tab. 4 Víte, kterými léky jste byla léčena?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ano</i>	75	100%
<i>Ne</i>	0	0%
<i>Celkem</i>	75	100%



Obr. 4 Víte, kterými léky jste byla léčena?

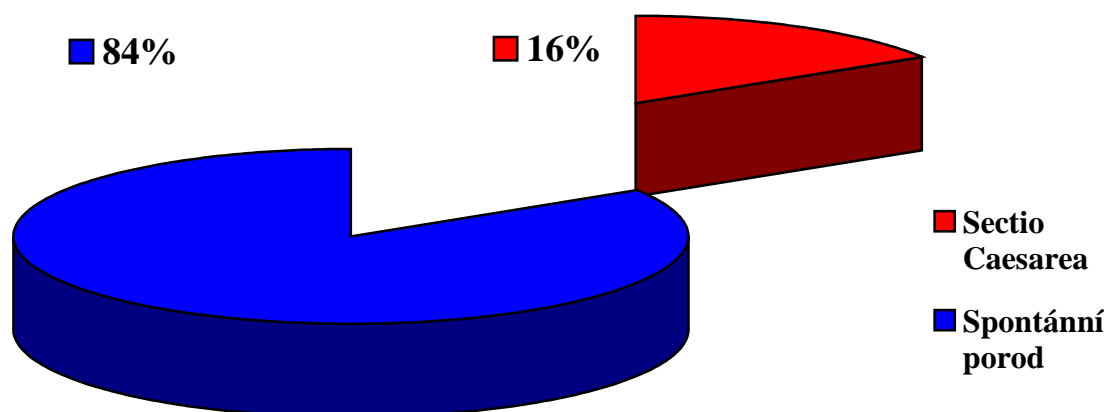
Otázka č. 10: Jak bylo Vaše poslední těhotenství ukončeno?

- a) Spontánní porod
- b) Císařský řez

Z celkového počtu dotazovaných žen bylo jejich těhotenství ukončeno císařským řezem ve 12 případech, což je 16%. Zbýlých 84% bylo ukončeno spontánním porodem (viz. Tab. 5; Obr. 5).

Tab. 5 Jak bylo Vaše poslední těhotenství ukončeno?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Spontánní porod</i>	63	84%
<i>Sectio Caesarea</i>	12	16%
<i>Celkem</i>	75	100%



Obr. 5 Jak bylo Vaše poslední těhotenství ukončeno?

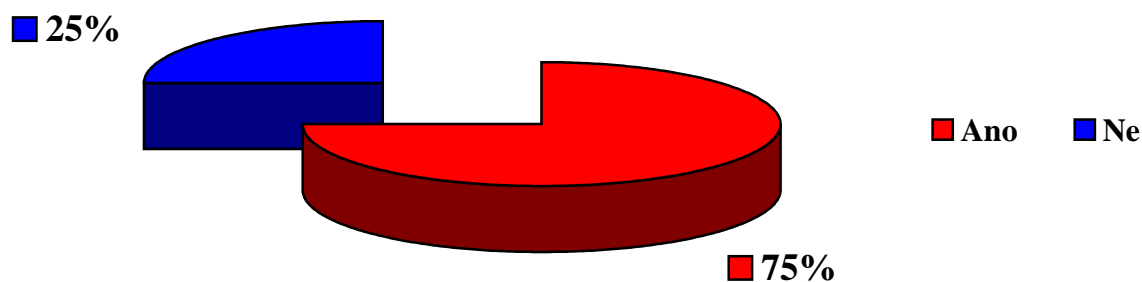
Otázka č. 11: *Myslíte si, že zvýšené hodnoty Vašeho TK byly důvodem k ukončení těhotenství císařským řezem? Pokud důvodů bylo více, uveďte.*

.....
.....

Z 12 případů ukončení těhotenství císařským řezem si 9 žen (75%) myslelo, že hodnoty TK byly důvodem ukončení těhotenství tímto způsobem (viz. Tab. 6; Obr. 6).

Tab. 6 Myslíte si, že zvýšené hodnoty Vašeho TK byly důvodem k ukončení těhotenství císařským řezem?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ano</i>	9	75%
<i>Ne</i>	3	25%
<i>Celkem</i>	<i>12</i>	<i>100%</i>



Obr. 6 Myslíte si, že zvýšené hodnoty Vašeho TK byly důvodem k ukončení těhotenství císařským řezem?

Otázka č. 12: Slyšela jste někdy pojem Body Mass Index (BMI) ?

- a) *Ano*
- b) *Nejsem si jista*
- c) *Ne, nic mi tento pojem neříká*

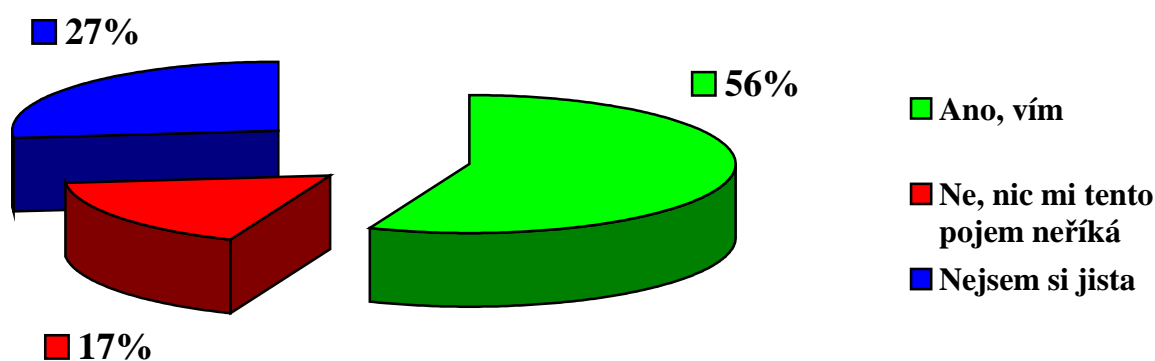
Pokud ano, vysvětlete

.....

Z celkového počtu 75 dotazovaných žen vědělo, co znamená pojem Body Mass Index celkem 42 žen, což je 52%, 20 žen, což je 27 %, si znalostí pojmu nebyla jista a 13 žen, což je 17%, nevědělo.

Tab. 7 Slyšela jste někdy pojem Body Mass Index (BMI) ?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ano, vím</i>	42	56%
<i>Ne, nic mi tento pojem neříká</i>	13	17%
<i>Nejsem si jista</i>	20	27%
<i>Celkem</i>	75	100%



Obr. 7 Víte, co znamená pojem Body Mass Index (BMI) ?

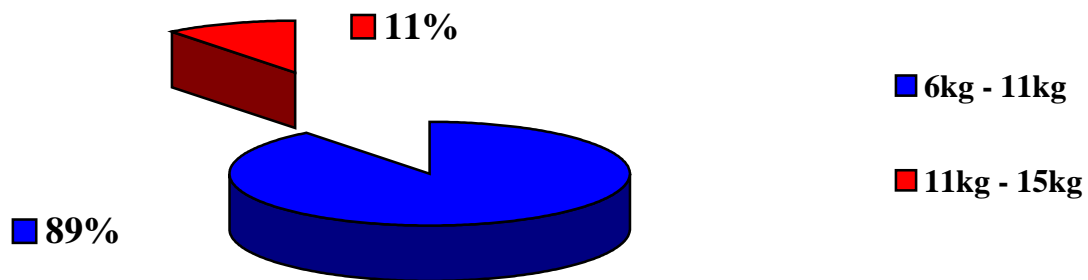
Otázka č.13: Víte, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství?

- a) 6 kg – 11 kg
- b) 11 kg – 15 kg
- c) 15 kg a více

Z celkového počtu 75 dotazovaných žen 67 ví, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství, což je 89%. Zbýlých 8 žen, což je 11% si myslí, že váhový přírůstek v těhotenství by měl být 11 kg – 15 kg (viz. Tab. 8; Obr. 8).

Tab. 8 Víte, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>6 kg – 11 kg</i>	67	89%
<i>11 kg – 15 kg</i>	8	11%
<i>Celkem</i>	75	100%



Obr. 8 Víte, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství?

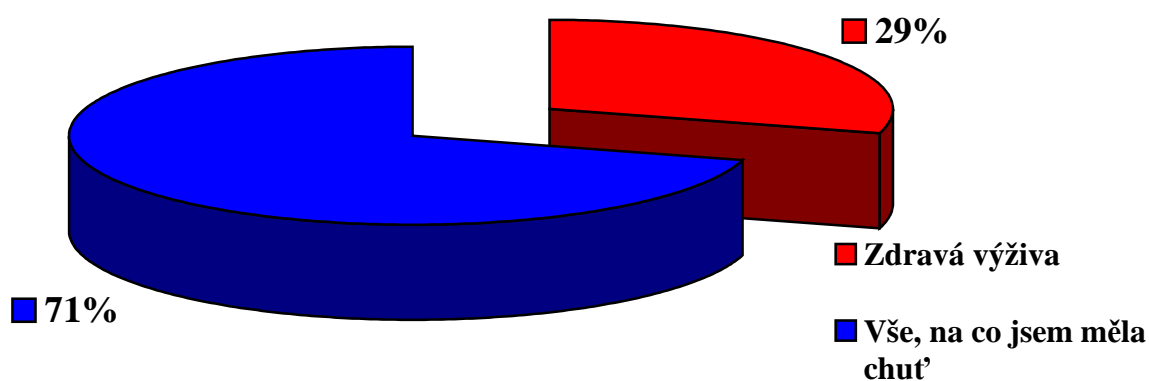
Otázka č. 14: Jak jste se stravovala před těhotenstvím?

- a) *Zdravá výživa*
- b) *Speciální dietní opatření*
- c) *Jedla jsem vše, na co jsem měla chuť*

Před těhotenstvím se zdravě stravovalo z celkového počtu dotazovaných 22 žen, což je 29%. Zatímco 53 žen z celkového počtu, což je 71%, jedlo vše, na co měly chuť (viz. Tab. 9; Obr. 9). Během těhotenství se zdravěji stravovalo 61 žen, což je 81% a vše, na co měly chuť jedlo 14 žen, což je celkem 19% (viz. Tab. 10; Obr. 10).

Tab. 9 Jak jste se stravovala před těhotenstvím?

	<i>Počet odpovědí</i>	%
<i>Zdravá výživa</i>	22	29%
<i>Speciální dietní opatření</i>	0	0%
<i>Jedla jsem vše, na co jsem měla chuť</i>	53	71%
<i>Celkem</i>	75	100%



Obr. 9 Jak jste se stravovala před těhotenstvím?

Otázka č. 15: Jak jste se stravovala během těhotenství?

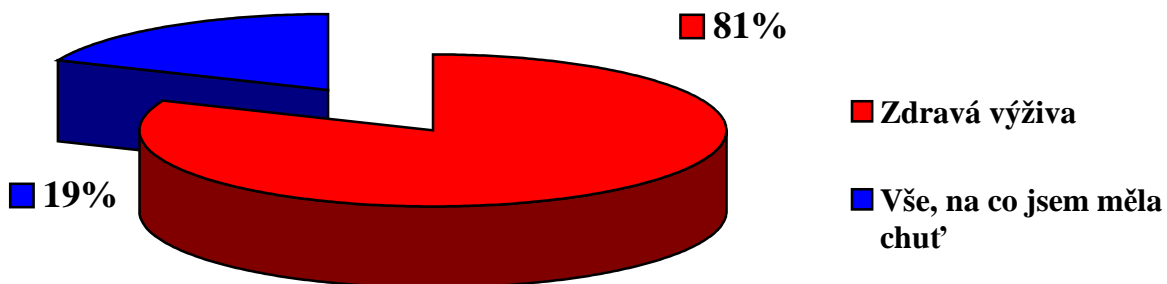
- a) Dle doporučení lékaře z prenatální poradny
- b) Zdravá výživa
- c) Speciální dietní opatření
- d) Jedla jsem vše, na co jsem měla chuť

Pokud jste odpověděla „A“, uveďte, co Vám bylo doporučeno.

.....
.....

Tab. 10 Jak jste se stravovala během těhotenství?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Dle doporučení z prenatální poradny</i>	0	0%
<i>Zdravá výživa</i>	61	81%
<i>Speciální dietní opatření</i>	0	0%
<i>Jedla jsem vše, na co jsem měla chuť</i>	14	19%
<i>Celkem</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>



Obr. 10 Jak jste se stravovala během těhotenství?

Otázka č. 16: Dodržovala jste pravidelnou fyzickou aktivitu před těhotenstvím?

a) *Ano*

b) *Ne*

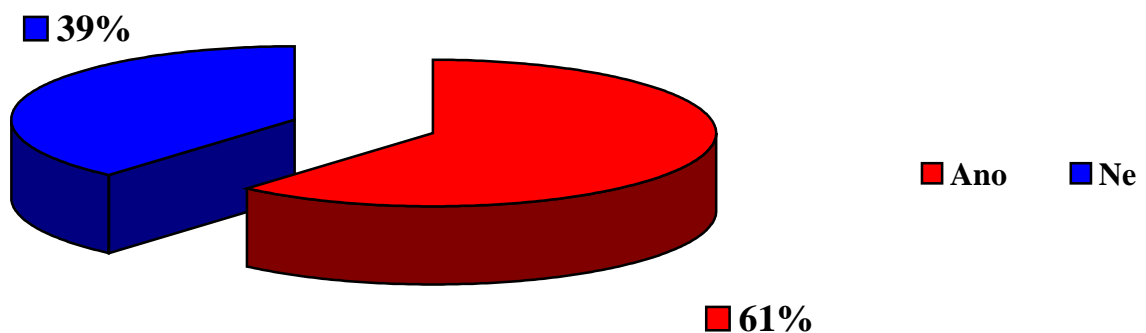
Pokud „ANO“, uveďte

.....
.....

Před graviditou dodržovala pravidelnou fyzickou aktivitu z celkového počtu dotazovaných 46 žen, což je 61% (viz. Tab. 11; Obr. 11). Ze 46 žen, které dodržovaly pravidelnou fyzickou aktivitu před těhotenstvím, 31 žen, což je 67%, snížilo svoji fyzickou zátěž a 15 žen, což je 33%, přestalo sportovat úplně (viz. Tab. 12; Obr. 12).

Tab. 11 Dodržovala jste pravidelnou fyzickou aktivitu před těhotenstvím?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Ano</i>	46	61%
<i>Ne</i>	29	39%
<i>Celkem</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>



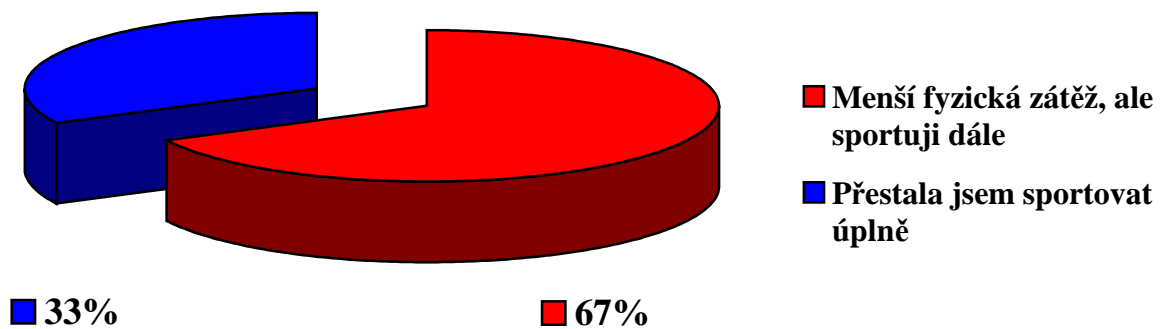
Obr. 11 Dodržovala jste pravidelnou fyzickou aktivitu před těhotenstvím?

Otázka č. 17: Jak se změnila Vaše pohybová aktivita v těhotenství?

- a) *Stejná*
- b) *Menší fyzická zátěž, ale sportuji stále*
- c) *Přestala jsem aktivně sportovat*

Tab. 12 Jak se změnila Vaše pohybová aktivita v těhotenství?

	Počet odpovědí	%
<i>Stejná</i>	0	
<i>Menší fyzická zátěž, ale sportuji stále</i>	31	67
<i>Přestala jsem aktivně sportovat</i>	15	33
<i>Celkem</i>	46	100%



Obr. 12 Jak se změnila Vaše pohybová aktivita v těhotenství?

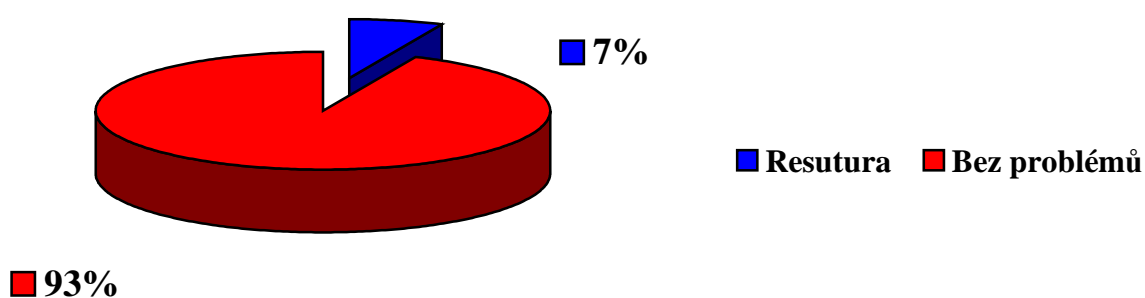
Otázka č. 20: Jak se Vám hojilo poporodní poranění (po císařském řezu na bříše; po epiziotomii - nástřihu hráze)?

.....

Potíže s hojením poporodních poranění mělo potíže 5 žen (7%), které musely podstoupit resuturu rány, zatímco zbytku 70 žen se poporodní poranění hojilo bez problémů (viz. Tab.13; Obr. 8).

Tab. 13 Jak se Vám hojilo poporodní poranění (po císařském řezu na bříše; po epiziotomii - nástřihu hráze)?

	<i>Počet odpovědí</i>	<i>%</i>
<i>Bez problémů</i>	70	93%
<i>Resutura</i>	5	7%
<i>Celkem</i>	<i>75</i>	<i>100%</i>



Obr. 13 Jak se Vám hojilo poporodní poranění (po císařském řezu na bříše; po epiziotomii - nástřihu hráze)?

8 Diskuse

V závěrečné teoreticko – výzkumné bakalářské práci jsem se zaměřila na hypertenzi a obezitu v těhotenství. K tomuto tématu jsem si stanovila následující cíle: zjistit, zda hypertenze v těhotenství ve většině případů postihuje obézní ženy; zjistit, zda dotazované ženy jsou informovány o hodnotě svého TK; zjistit, zda všechny ženy s léčenou hypertenzí znají léky, které užívají; zjistit, zda hypertenze ze subjektivního hodnocení žen byla důvodem k ukončení těhotenství; zjistit, zda ženy s hypertenzí a obezitou měly potíže s hojením poporodních poranění per primam; zjistit, zda ženy vědí, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství; zjistit, jak se ženám změnila stravovací návyky a pohybový režim v těhotenství.

Hypotéza číslo 1: Domnívám se, že více jak polovina žen ví, co znamená pojem hypertenze.

Hypotéza číslo 1 se mi potvrdila. Z celkového počtu 75 dotazovaných žen odpovědělo 53 žen, což je 70%, že pojem hypertenze zná a ví, co znamená. Zatímco zbytek 22 žen, což je 30% neví, co pojem hypertenze znamená.

Hypotéza číslo 2: Domnívám se, že alespoň polovina dotazovaných žen zná svůj aktuální krevní tlak.

Hypotéza číslo 2 se mi nepotvrdila. Z celkového počtu dotazovaných svůj aktuální krevní tlak vědělo 17 žen, což je z celkového počtu 23%. Zbýlých 49 žen hodnotu krevního tlaku neznalo nebo se o to nejmalo - 12%.

Hypotéza číslo 3: Domnívám se, že se s hypertenzí před těhotenstvím léčilo z celkového počtu 5 žen.

Hypotéza číslo 3 se mi nepotvrdila. Z celkového počtu dotazovaných žen se s hypertenzí před těhotenstvím léčilo 7 žen.

Hypotéza číslo 4: Domnívám se, že všechny ženy s léčenou hypertenzí během těhotenství ví, které léky užívaly.

Hypotéza číslo 5 se mi jednoznačně potvrdila. Všechny ženy znaly léky, které během těhotenství užívaly k léčbě hypertenze.

Hypotéza číslo 5: Domnívám se, že u minimálně 27 žen bylo těhotenství z důvodu hypertenzních komplikací ukončeno císařským řezem.

Hypotéza číslo 6 se mi nepotvrdila. Z celkového počtu dotazovaných žen bylo jejich těhotenství ukončeno císařským řezem ve 12 případech, což je 16%.

Hypotéza číslo 6: Domnívám se, že všechny ženy, jejichž těhotenství bylo ukončeno císařským řezem si myslí, že hodnoty jejich TK byly důvodem k takovému způsobu ukončení těhotenství.

Hypotéza číslo 7 se mi nepotvrdila. Z 12 případů ukončení těhotenství císařským řezem si 9 žen (75%) myslelo, že hodnoty TK byly důvodem ukončení těhotenství tímto způsobem.

Hypotéza číslo 7: Domnívám se, že z celkového počtu 75 dotazovaných žen mělo s hojením poporodních poranění potíže s hojením ve smyslu dehiscencí ran 7 žen.

Hypotéza číslo 8 se mi nepotvrdila. Potíže s hojením poporodních poranění mělo potíže 5 žen (7%), které musely podstoupit resuturu rány, zatímco zbytku 70 žen se poporodní poranění hojilo bez problémů.

Hypotéza číslo 8: Domnívám se, že z celkového počtu dotazovaných žen všechny vědí, co znamená pojem Bod Mass Index (BMI).

Hypotéza číslo 9 se mi nepotvrdila. Z celkového počtu 75 dotazovaných žen vědělo, co znamená pojem Body Mass Index celkem 42 žen, což je 52%, 20 žen, což je 27 %, si znalostí pojmu nebyla jista a 13 žen, což je 17%, nevědělo.

Hypotéza číslo 9: Domnívám se, že většina žen ví jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství.

Hypotéza číslo 10 se mi potvrdila. Z celkového počtu 75 dotazovaných žen 67 ví, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství, což je 89%. Zbylých 8 žen, což je 11% si myslí, že váhový přírůstek v těhotenství by měl být 11 kg – 15 kg.

Hypotéza číslo 10: Domnívám se, že většina žen během těhotenství jedla zdravěji než před graviditou.

Hypotéza číslo 11 se mi potvrdila. Před těhotenstvím se zdravě stravovalo z celkového počtu dotazovaných 22 žen, což je 29%. Zatímco 53 žen z celkového počtu, což je 71%, jedlo vše, na co měly chuť. Během těhotenství se zdravěji stravovalo 61 žen, což je 81% a vše, na co měly chuť jedlo 14 žen, což je celkem 19%.

Hypotéza číslo 11: Domnívám se, že většina žen, které dodržovaly pravidelnou fyzickou aktivitu před graviditou, během gravidity snížila svoji pohybovou aktivitu nebo přestala sportovat úplně.

Hypotéza číslo 12 se mi potvrdila. Před graviditou dodržovala pravidelnou fyzickou aktivitu z celkového počtu dotazovaných 46 žen, což je 61% (viz. Graf 13). Ze 46 žen, které dodržovaly pravidelnou fyzickou aktivitu před těhotenstvím, 31 žen, což je 67%, snížilo svoji fyzickou zátěž a 15 žen, což je 33%, přestalo sportovat úplně.

Závěr

V dnešní době stále více přibývá obézních lidí a mnoho odborníků nazývá obezitu jako epidemií 3. tisíciletí. Spousta z nás si to neuvědomuje a myslí si, že je to jen další výhružka vědců.

Touto prací bych chtěla docílit, aby alespoň pár lidí se nad tímto problémem zamyslelo a kriticky zhodnotilo svůj zdravotní stav. Obezita sebou nese spoustu dalších zdravotních rizik, kterým by se snížením váhy mohlo předejít. Mnoho lidí si pod pojmem „zhubnout“ představuje nepříjemné dietní opatření, hladovění a strávení spoust hodin ve fitness-centrech. Ti ostatní, kteří sportují, se nám všem snaží říci, že to tak není. Že stačí pouze pár minut denně projet se na kole, zaběhat si nebo se protáhnout doma, ale ruku na srdce, kdo z nás to takhle dělá? Podle mého názoru vina není jen na naší straně, ale co dnešní uspěchaná doba? Jsme rádi, že po těžkém dni v práci dostaneme domů, uklidíme, poslechneme si zprávy a relaxujeme. Relaxovat se dá i aktivně, ale většina si zvolí pasivní formu odpočinku, protože se u toho nezpotí a nic je druhý den nebude bolet. A co naši nejmladší? Kde jsou doby, kdy děti přišli domů, udělali domácí úkoly a šly s kamarády ven? Nebo které z dětí si místo hamburgeru koupí jablko? V dnešní době je to jinak – přijdou domů, udělají úkoly a posadí se k počítači nebo na křeslo k televizi s pytlíkem lupínků v ruce. Jednou jsem někde četla, že obezita začíná u televize. Něco na téhle větě bude...

Dalším problémem dnešní doby jsou kardio – vaskulární potíže. V mnoha případech jdou ruku v ruce s nadváhou a obezitou, ale není to jen tento rizikový faktor. Náš životní styl nám na zdraví příliš nepřidává. Svůj podíl na mnoha potížích má stres a alkohol, kouření, málo pohybu a nedostatek vitamínů.

A co těhotné ženy? Ženy, které pod srdcem nosí nový život? Jedním z cílů této práce bylo zjistit, jak se změnila stravovací a pohybové návyky u těhotných žen. Díky skvělé spolupráci respondentek, personálu a vedení nemocnice jsem mohla tento a pár dalších cílů zjistit. Z celkového počtu dotazovaných žen většina z nich změnilo svoje stravovací návyky k lepšímu, což mě velmi potěšilo. Šumperk je malé město, ale myslím si, že jedna riziková prenatální poradna by tam našla své místo. Několik žen mi sdělilo, že pouze byly častěji objednávány u svého obvodního gynekologa ke kontrole krevního tlaku.

Literatura

1. Čech, E. a kol. *Porodnictví*, 2. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1313-9
2. Fuchs, V. *Nemoci v těhotenství*, 1. vydání, Praha: Avicentrum, 1985, 351s., ISBN 08-084-85
3. Hájek, Z. a kolektiv *Rizikové a patologické těhotenství*, 1.vydání, Praha: Galén, 2004, 444 s., ISBN 80-247-0418-8
4. Janků, K. a kolektiv *Vnitřní choroby v těhotenství*, 1. vydání, Univerzita J.E. Purkyně, Brno, 1988, 427s., ISBN 55-972-88
5. Nejedlá, M.; Šafránková, A. *Interní ošetřovatelství II*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 211 s., ISBN 80-247-1777-8
6. Schejbalová, M.; Stárek, A.; Niederle, P. *Hypertenze – nebezpečné onemocnění nebo jen vysoký tlak?*, 1. vydání, Praha: Triton, 2000, 23s., ISBN 80-7254-085-8
7. PAŘÍZEK, A. a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 536 s. ISBN 80-71-69-969-1

Seznam příloh

Příloha A.....	50
Příloha B.....	54
Příloha C.....	56
Příloha D.....	57

Příloha A – Dotazník

Vážená respondentko,

jmenuji se Lucie Bílková a jsem studentkou Univerzity Pardubice Fakulty zdravotnických studií v oboru porodní asistentka.

Před sebou máte dotazník, jehož výsledky vytvoří podklady k mé bakalářské práci. Dotazník je anonymní, proto Vás prosím o jeho pravdivé vyplnění. Otázky nejsou složité a týkají se těhotenství a přidružených obtíží, které způsobuje vysoký krevní tlak (dále jen TK) a obezita.

Vaši odpověď zakroužkujte, popř. do volného místa napište jinou alternativu.

Za pravdivé vyplnění a spolupráci Vám předem děkuji.

Bílková Lucie

Věk: **Výška:** cm

Kolikrát jste byla těhotná:

Kolikrát jste rodila:

Hmotnost - před prvním těhotenstvím:kg

- po posledním těhotenstvím:kg

1. Víte, co znamená pojem hypertenze?

a) Ano

b) Ne

Pokud ano, uveďte.

.....
2. Jaký je Váš aktuální TK?

Uveďte:

3. Léčila jste se s vysokým TK před těhotenstvím?

a) Ano Hodnota TK: Léky:

b) Ne

4. Měla jste vysoký TK během těhotenství?

a) Ano

b) Ne

Dále odpovídají ženy, které se s vysokým TK léčily během těhotenství

5. ***V kterém týdnu těhotenství Vám obvodní gynekolog sdělil, že máte vysoký TK?***

Uveďte:

6. ***Pocívala jste na sobě nějaké změny s vyšší hodnotou TK?***

.....

7. ***Chodila jste do poradny pro rizikové těhotenství?***

a) *Ano*

b) *Ne*

Pokud ne, přejděte k otázce číslo 9

8. ***Myslíte si, že kvalita péče v rizikové poradně byla lepší než v prenatalní poradně u obvodního gynekologa?***

a) *Ano*

b) *Ne*

Pokud ANO, uveďte, jak se lišila.

.....

.....

9. ***Víte, kterými léky jste byla léčena?***

a) *Ano*

b) *Ne*

Pokud ANO, uveďte.

.....

10. ***Jak bylo Vaše poslední těhotenství ukončeno?***

a) *Spontánní porod*

b) *Císařský řez*

11. ***Myslíte si, že zvýšené hodnoty Vašeho TK byly jediným důvodem k ukončení těhotenství císařským řezem? Pokud důvodů bylo více, uveďte.***

.....

.....

12. Víte, co znamená pojem Body Mass Index (BMI) ?

- a) Ano
- b) Nejsem si jista
- c) Ne, nic mi tento pojem neříká

13. Víte, jaký by měl být váhový přírůstek v těhotenství?

- a) 6 kg – 11 kg
- b) 11 kg – 15 kg
- c) 15 kg a více

14. Jak jste se stravovala před těhotenstvím?

- a) Zdravá výživa
- b) Speciální dietní opatření
- c) Jedla jsem vše, na co jsem měla chuť

15. Jak jste se stravovala během těhotenství?

- a) Dle doporučení lékaře z prenatální poradny
- b) Stejně jako před těhotenstvím

Pokud jste odpověděla „A“, uveďte, co Vám bylo doporučeno.

.....
.....

16. Dodržovala jste pravidelnou fyzickou aktivitu před těhotenstvím?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud „ANO“, uveďte

.....
.....

17. ***Jak se změnila Vaše pohybová aktivita v těhotenství?***

- a) *Stejná*
- b) *Menší fyzická zátěž, ale sportuji stále*
- c) *Přestala jsem aktivně sportovat*

18. ***Víte, jaké jsou vhodné sportovní aktivity v těhotenství?***

Pokud ano, uveďte

.....
.....

19. ***Jak bylo Vaše poslední těhotenství ukončeno?***

- a) *Spontánní porod*
- b) *Císařský řez*

20. ***Jak se Vám hojilo poporodní poranění (po císařském řezu na břicho; po epiziotomii-nástřihu hráze)?***

.....
.....

Dále odpovídají ženy, jejichž porod byl veden i ukončen spontánně

21. ***Myslíte si, že váš váhový přírůstek byl při porodu komplikací?***

- a) *Ano*
- b) *Ne*

Pokud „ANO“, uveďte jak a proč.

.....
.....

Ještě jednou Vám děkuji za spolupráci a pokud máte jakékoli připomínky k dotazníku, budu ráda, když mi je zde uvedete.

Přeji Vám i Vašemu miminku mnoho zdraví.

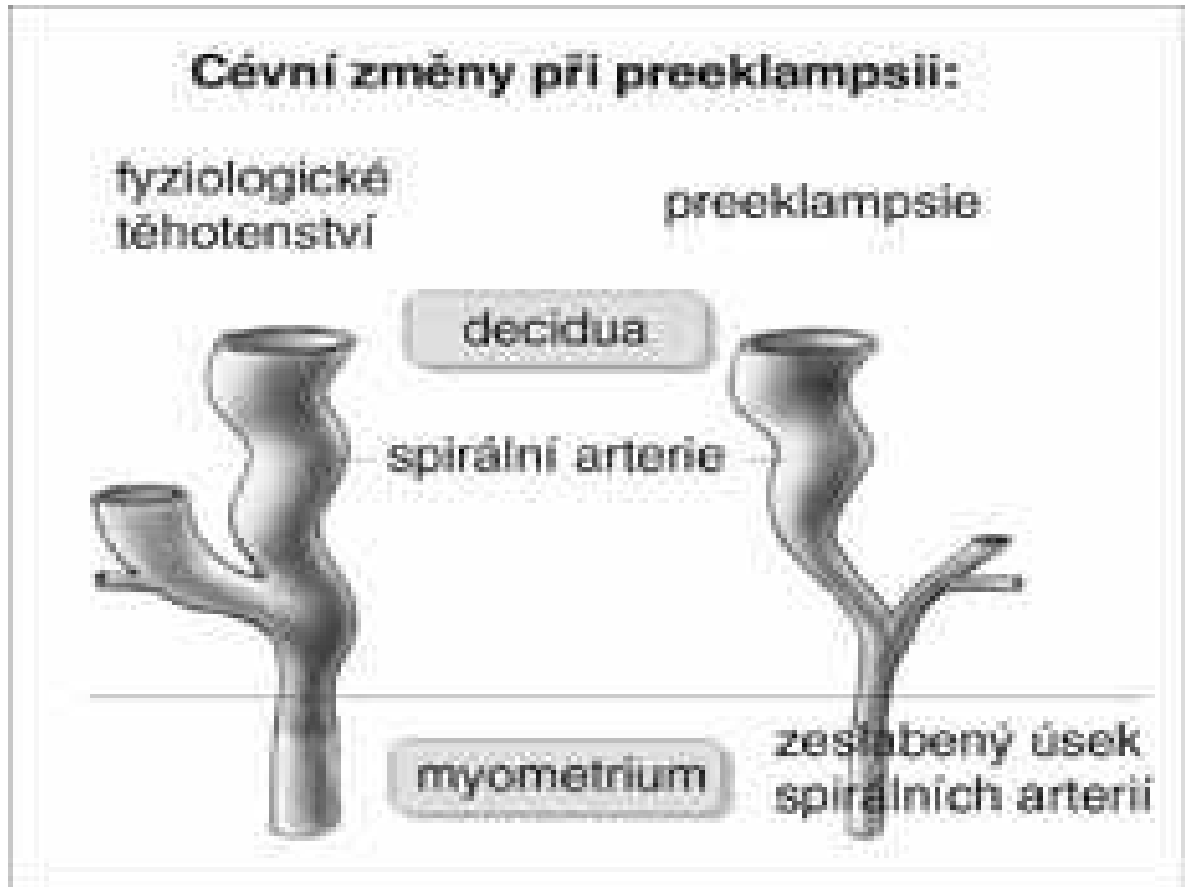
S pozdravem Bílková Lucie

Příloha B - Preeklampsie, eklampsie - přehled antihypertenzní léčby

Antihypertenzivum	Dávkování	Mechanismus účinku
Centrální sympatolytika		
α -metyldopa DOPEGYT	250 mg p.o. $\tilde{\text{a}}$ 6-12 h	falešný neurotransmitter, stimuluje receptory CNS, blokuje vazbu noradrenalinu nežádoucí účinky: při podávání mezi 16. a 18. gestačním týdnem je menší obvod hlavičky plodu bez psychických změn, u novorozence bradykardie a snížení systolického tlaku
Blokátory Ca kanálů PLENDIL 2,5mg * LOMIR FELOPIDIN	2,5 mg p.o. $\tilde{\text{a}}$ 12 h	* vyšší afinita Ca kanálů v arteriálním hladkém svalstvu než v myokardu, rozšiřuje arteriální řečiště
Vazodilatancia		
Dihydralazin NEPRESOL	25-50 mg p.o. $\tilde{\text{a}}$ 8 h 6,25 mg (1/4 amp.) i.v. (možno opakovat po 15 min) event. kontinuálně ve fyziol. roztoku max. 100 mg/24 h	snížení periferní vaskulární rezistence nežádoucí účinky: brýlový erytém, difúzní pulsující bolesti hlavy <i>Cave:</i> reflexní tachykardie! může vyvolat fetální trombocytopenii, plně reverzibilní do 3 týdnů

Periferní sympatolytika		
Atenolol LOCREN	50-100 mg p.o. ã 12 h 5-10 mg i.v. pomalou infúzí	selektivní sympatolytikum bez vnitřní aktivity
Metoprolol VASOCARDIN	50-100 mg p.o. ã 12-24 h	selektivní sympatolytikum bez vnitřní aktivity
Labetalol TRANDATE	100-200 mg p.o. ã 6-12 h 0,5-2 mg/min i.v. do celkové dávky 200 mg	sympatolytikum s vnitřní sympatomimetickou aktivitou v kombinaci s sympatolytickým účinkem nežádací účinky: posturální hypotenze, bolest hlavy, bronchospasmus, letargie

Příloha C – Cévní změny při preeklampsii



Příloha D – Stanovení hodnoty BMI

BMI – stanovení Body Mass Indexu	
Norma	20 - 25
Nadváha	25 - 30
Obezita	30 - 40
Těžká (morbidní) obezita	≥ 40