

Univerza v Ljubljani

Fakulteta za šport

Doktorska disertacija

Vpliv športne dejavnosti, prehranjevalnih navad in razvad na počutje nosečnice in izid nosečnosti

Avtor: Anja Podlesnik Fetih

Mentor: izr. prof. dr. Mateja Videmšek, prof. športne vzgoje

Somentor: doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Ljubljana, marec 2009

IZJAVA

Doktorska disertacija z naslovom

VPLIV ŠPORTNE DEJAVNOSTI, PREHRANJEVALNIH NAVAD IN RAZVAD
NA POČUTJE NOSEČNICE IN IZID NOSEČNOSTI

je rezultat lastnega znanstvenoraziskovalnega dela avtorice.

Anja Podlesnik Fetih, prof. športne vzgoje

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici izr. prof. dr. Mateji Videmšek in somentorici doc. dr. Vislavi Globevnik Velikonja za odlično vodenje in usmerjanje pri pripravi doktorske disertacije ter za posredovanje bogatega znanja in izkušenj.

Lepo se zahvaljujem članoma komisije izr. prof. dr. Damirju Karpljuku in izr. prof. dr. Edi Vrtačnik Bokal za modre nasvete in strokovne pripombe.

Zahvaljujem se Ginekološki kliniki Ljubljana, Porodnišnici Ljubljana in vsem zdravstvenim domovom in porodnišnicam po Sloveniji, ki so sodelovale pri raziskavi. Zahvala velja vsem nosečnicam, ki so sodelovale pri anketiranju ter vsem, ki so posredno ali neposredno pripomogli k uspešni raziskavi.

Hvala mag. Vidu Mesariču za nasvete pri metodoloških vprašanjih, ustvarjalne strokovne razgovore ter stalno pripravljenost za pomoč.

Hvala lektorici Barbari Bajda za lekturo doktorske disertacije.

Predvsem pa se zahvaljujem mojemu možu Jaku in sinu Videju, ki sta me potrpežljivo in vztrajno spodbujala in pripomogla, da sem se odločila za tako pomemben življenjski korak.

Ključne besede: Nosečnost, športna dejavnost, prehranjevalne navade, razvade, psihično počutje, porod, anketa

Key words: Pregnancy, sport activity, nutrition habits, bad habits, state of mind, childbirth, questionnaire

VPLIV ŠPORTNE DEJAVNOSTI, PREHRANJEVALNIH NAVAD IN RAZVAD NA POČUTJE NOSEČNICE IN IZID NOSEČNOSTI

THE INFLUENCE OF SPORT ACTIVITIES, NUTRITION HABITS AND BAD HABITS ON THE WELLBEING OF A PREGNANT WOMAN AND THE PREGNANCY OUTCOME

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport

Anja Podlesnik Fetih

Strani: 194, tabele: 111, slike: 3, literatura: 240

Izveček

Tematika doktorske disertacije je nosečnost in dejavniki življenjskega sloga, ki vplivajo na počutje nosečnice in izid nosečnosti. Od trenutka, ko ženska izve, da je noseča, se začne velik del njenega življenja prilagajati rastočemu bitju v telesu. Želi si, da bi se dobro počutila, varno donosila in rodila zdravega otroka. Pri tem pa na njeno psihično počutje kakor tudi izid nosečnosti vplivajo mnogi dejavniki.

Zavedati se moramo, da je nosečnost stanje mnogih fizioloških in psiholoških sprememb. Fiziološke manifestacije so odraz psihološkega doživljanja nosečnosti in lahko pomenijo čustveno nestabilnost, zmedenost, preokupacijo s telesnim izgledom, prehrano in reaktivacijo starih konfliktov. Prav zato je v tem času poznavanje mehanizmov, ki žensko sprostijo in vodijo v dobro razpoloženje, zelo pomembno. Na tem mestu imajo športna dejavnost, poznavanje tehnik sproščanja in zdrave prehranjevalne navade neprecenljiv pomen. Glede na to, da otrok od vsega začetka čuti z materjo, saj se vsa psihična stanja prenašajo tudi nanj, pa še toliko večji.

Z raziskavo smo želeli potrditi postavljene hipoteze in tako dokazati, kako pomembno mesto ima športna dejavnost v času nosečnosti. Prav tako smo želeli predstaviti pomen dejavnikov tveganja za zdravje nosečnice in razvijajočega se otroka, kot so: nezdravo prehranjevanje, kajenje in alkohol. Ugotavljali smo povezave med izbranimi dejavniki ter počutjem v nosečnosti in vplivom teh dejavnikov na izid nosečnosti.

Vzorec je zajemal 163 nosečnic. Medsebojno smo primerjali eksperimentalno skupino 68 nosečnic, ki so bile redno organizirano aktivne v športnih centrih ali so bile redno neorganizirano aktivne 3-4-krat tedensko in so se poleg hoje ukvarjale še z eno vrsto športne dejavnosti. Druga, kontrolna skupina, obsega 95 nosečnic, ki so obiskovale redne preglede pri izbranih ginekologih in so bile aktivne občasno ali pa niso bile aktivne. Nosečnice so bile anketirane ob koncu prvega in ob koncu drugega trimesečja, po porodu so bili izbrani objektivni parametri prepisani iz porodnega zapisnika. Raziskava je bila odobrena s strani Strokovno poslovnega sveta ginekološke klinike in Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Podatki so bili obdelani z računalniškim paketom SPSS 13. Izračunani so bili osnovni statistični parametri. Za ugotavljanje razlik med skupinami smo uporabili bivariatno in multivariatno analizo variance. Za ugotavljanje povezanosti med spremenljivkami smo uporabili faktorsko analizo. Vse hipoteze smo preverjali na ravni 5 odstotkov statističnega tveganja ($P = 0,05$).

Rezultati so predstavljeni tekstovno ter v obliki preglednic in grafikonov. Štiri hipoteze od petih smo potrdili. To so: 1. Športna dejavnost ugodno vpliva na počutje nosečnice. 2. Športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti. 3. Nosečnice so športno aktivne predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja. 4. Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na počutje nosečnice. Pete hipoteze: zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na izid nosečnosti z nobeno pojasnjevalno spremenljivko nismo mogli potrditi.

Menimo, da izsledki doktorske disertacije predstavljajo pomemben doprinos k znanosti, saj celostno obravnavamo povezavo med športno dejavnostjo, prehranjevanjem, kajenjem, alkoholom ter počutjem nosečnice in izidom nosečnosti. Raziskava je dokaz, kako pomembno vlogo in vpliv ima športna dejavnost na oblikovanje zdravega in kakovostnega načina življenja nosečnice. S pomočjo rezultatov raziskave podajamo natančnejše smernice o količini, vrsti in intenzivnosti športne dejavnosti, ki je varna in zagotavlja pozitivne učinke, ustrezni prehrani in pomenu izogibanja kajenju in alkoholu. Z analizo smo na izvorni način

dokazali, da je zmerna športna dejavnost, ustrezna prehrana in izogibanje škodljivim razvadam ključ do dobrega počutja med nosečnostjo, varne donositve in rojstva zdravega otroka.

Rezultati omogočajo boljši pregled nad sedanjim stanjem na področju kajenja, uživanja alkohola in prehranjevalnih navad med nosečnicami v Sloveniji ter so podlaga za oblikovanje konkretnih rešitev na tem področju. O pomenu zdravega življenjskega sloga in vplivu kajenja ter alkohola na razvijajočega se otroka, bi bilo potrebno ženske seznanjati v času, ko o nosečnosti šele razmišljajo. Problema se je potrebno lotiti preventivno, kajti življenjski slog je stabilen del strukture osebnosti in spremembe v pozitivni smeri so plod vztrajnosti in discipline v stimulativnem okolju. Izsledki raziskave so potrditev, da se moramo informiranja in spodbujanja k bolj zdravemu načinu življenja žensk v rodnem obdobju lotiti interdisciplinarno in na čim širši ravni.

Abstract

This doctor's dissertation focuses on pregnancy, lifestyle factors influencing the wellbeing of a pregnant woman and the pregnancy outcome. A large part of a pregnant woman's life starts adapting to the growing being inside her body from the very moment she finds out she is pregnant. Every woman wishes to feel well, safely bear and give birth to her child. Her physical wellbeing as well as the outcome of her pregnancy is influenced by many factors throughout her pregnancy.

It should be noted that pregnancy is a condition of many physiological and psychological changes. Physiological changes are a manifestation of psychological experience of pregnancy, which can be shown as emotional instability, confusion, preoccupation with physical appearance, nourishment and reactivation of old conflicts. That is precisely why it is essential to know certain relaxation mechanisms resulting in improving the wellbeing. Doing sports, familiarity with relaxation techniques and healthy nourishment habits are of the utmost importance during pregnancy. If we take into consideration that a child feels with the mother and is able to detect all mother's psychological states all of the above is even more important.

The aim of our study was to prove the working hypotheses and therefore demonstrate how important doing sports during pregnancy really is. Another aim was to present the importance

of risk factors to the pregnant woman and the developing child who are both subject to factors such as: unhealthy nourishment, smoking and alcohol. We tried to detect relations between the chosen factors and the wellbeing during pregnancy as well as determine the influence of these factors on the actual outcome of pregnancy.

Our research was based on observing 163 pregnant women. We mutually compared individuals in an experimental group of 68 pregnant women, who were regularly taking exercise at sport centres or were individually active three to four times a week and who did some other sport beside walking. The second, control group, consisted of 95 pregnant women, who were coming for regular gynaecological check-ups and were occasionally doing some sports or were not doing any sports. The pregnant women filled out a questionnaire at the end of the first and second trimester and some objective parameters were copied from the delivery records after the childbirth. The study was approved by The Professional Business Council of the Gynaecological Clinic and The National Medical Ethics Committee of the Republic of Slovenia. The data was processed by the SPSS 13 computer programme. In order to determine the differences between the groups, bi-variable and multivariable analysis of variety were used in addition to the basic statistics of variables. Factor analysis was used in order to determine the relationship between the variables. All the hypotheses were checked according to the five per cent statistical certainty rule ($P = 0.05$).

The results are presented by means of texts, tables and graphs. Four out of five hypotheses were proved. They are: 1. Doing sports influences the pregnant woman's wellbeing favourably. 2. Doing sports influences the outcome of pregnancy favourably. 3. Pregnant women do sports in order to feel well and for other health reasons. 4. Healthy nutritional habits influence the wellbeing of pregnant women favourably. The fifth hypothesis: healthy nutritional habits influence the outcome of the pregnancy favourably could not be proved by means of any explanatory variable.

We believe that the results of our doctor's dissertation present a significant contribution to science, since the relationship between doing sports, nutrition, smoking, alcohol and the wellbeing of a pregnant woman as well as the outcome of pregnancy is dealt with in detail. The research is the proof of what an important role and influence doing sports has on the healthy and quality way of life of a pregnant woman. Our results contribute to more specific guidelines about the amount, sort and intensity of doing sports safely and with the ensured

positive effects, appropriate nourishment and the importance of avoiding smoking and alcohol. Our analysis authentically shows that the moderate amount of doing sports, appropriate nourishment and avoiding harmful habits are the key to the wellbeing during pregnancy, safe carrying and giving birth to a healthy child.

The results provide a better overview of the current smoking, alcohol consumption and nutritional habits among pregnant women in Slovenia and are the basis for forming solid solutions in this field. Women should be informed about the importance of a healthy lifestyle and the influence of smoking and alcohol on the developing child at the time when they are still contemplating the thought of getting pregnant. The problem should be dealt with in a preventive way, since lifestyles are a firm part of one's personality and improvements are a consequence of persistence and discipline within a stimulating environment. Research results are a confirmation that informing and encouraging women in their birth-giving age about healthy lifestyles should be an interdisciplinary scheme executed in as many different fields as possible.

KAZALO VSEBINE

Izveček.....	III
Abstract.....	V
1. Uvod	1
I Teoretična izhodišča.....	3
2. Predmet in problem.....	3
2.1. Splošno o nosečnosti	3
2.2. Anatomske in fiziološke spremembe v nosečnosti	5
2.2.1. Endokrini sistem	5
2.2.2. Reproductivni sistem.....	6
2.2.3. Srčno žilni sistem	6
2.2.4. Dihalni sistem	7
2.2.5. Mišično skeletni sistem	7
2.2.6. Metabolizem	10
2.3. Nosečniške težave	11
2.3.1. Nosečnost starejših žensk	17
2.3.2. Nosečnost mladostnic	17
2.4. Športna dejavnost	19
2.4.1. Pomen športne dejavnosti	19
2.4.2. Ugotavljanje in spremljanje športne dejavnosti	19
2.4.3. Vplivi športne dejavnosti v nosečnosti	20
2.4.4. Vrste športne dejavnosti v nosečnosti	23
2.4.5. Športne zvrsti, kjer so potrebne posebne prilagoditve	26
2.4.6. Motivi za športno udejstvovanje v nosečnosti	32
2.5. Prehrana v nosečnosti	35
2.5.1. Posebnosti prehrane v nosečnosti	35
2.5.2. Energijski vnos živil	36
2.5.2.1. Ogljikovi hidrati.....	37
2.5.2.2. Beljakovine	37
2.5.2.3. Maščobe	37
2.5.2.4. Vitamini in minerali.....	38
2.5.3. Vegetarijanski način prehranjevanja v nosečnosti	40

2.5.4.	Povečanje telesne teže	41
2.5.5.	Posebne želje v nosečnosti	42
2.6.	Kajenje v nosečnosti	43
2.6.1.	Kajenje in reproduktivno zdravje	43
2.6.2.	Posledice kajenja v nosečnosti	43
2.6.3.	Otrok in pasivno kajenje	46
2.6.4.	Podatki o kajenju v nosečnosti	47
2.6.5.	Športna dejavnost kot preventiva pred kajenjem	49
2.7.	Pitje alkohola v nosečnosti	50
2.7.1.	Posledice pitja alkohola v nosečnosti	50
2.8.	Počutje v nosečnosti	51
2.8.1.	Obdobje nosečnosti kot bio-psiho-socialna celota	51
2.8.2.	Psihološki predpogoj nosečnosti	52
2.8.3.	Psihološki vidik nosečnosti	53
2.8.4.	Doživljanje nosečnosti po trimesečjih	54
2.8.5.	Prenatalni psihološki razvoj ploda	56
2.9.	Porod	57
2.9.1.	Prezgodnji porod	58
2.9.2.	Predčasen razpok mehurja	59
2.9.3.	Faze poroda	59
2.9.4.	Trajanje poroda	59
2.9.5.	Načini porajanja	60
2.9.6.	Carski rez	61
2.9.7.	Vakuumska ekstrakcija	61
2.9.8.	Lajšanje porodnih bolečin	61
2.9.9.	Psihosomatika poroda	64
2.10.	Novorojenček	65
2.10.1.	Spremljanje plodove rasti	65
2.10.2.	Nedonošenček	66
3.	<i>Cilji raziskave</i>	67
4.	<i>Hipoteze</i>	67
5.	<i>Metode dela</i>	68

5.1.	Vzorec merjencev	68
5.2.	Vzorec spremenljivk	68
5.3.	Organizacija in potek zbiranja podatkov.....	70
5.4.	Metode obdelave podatkov	70
II Empirična analiza.....		71
6.	Rezultati.....	71
6.1.	Analiza socialno-demografskih značilnosti	71
6.1.1.	Povzetek analize socialno- demografskih značilnosti	74
6.2.	Analiza zanositve.....	75
6.2.1.	Povzetek analize zanositve	77
6.3.	Analiza izida nosečnosti.....	77
6.3.1.	Povzetek analize izida nosečnosti.....	82
6.4.	Analiza zdravstvenega stanja	83
6.4.1.	Povzetek analize zdravstvenega stanja	86
6.5.	Analiza športne dejavnosti	86
6.5.1.	Športna dejavnost pred nosečnostjo.....	86
6.5.2.	Športna dejavnost v nosečnosti.....	88
6.5.3.	Vpliv športne dejavnosti na počutje v nosečnosti	97
6.5.4.	Vpliv športne dejavnosti na izid nosečnosti	102
6.5.5.	Povzetek analize športne dejavnosti	106
6.5.6.	Analiza motivov za športno dejavnost.....	107
6.6.	Analiza prehranjevalnih navad.....	111
6.6.1.	Analiza prehranjevanja v prvem in drugem trimesečju.....	112
6.6.2.	Opredelitev načina prehranjevanja nosečnic	117
6.6.3.	Vpliv načina prehranjevanja na počutje v nosečnosti	119
6.6.4.	Vpliv načina prehranjevanja na izid nosečnosti.....	123
6.6.5.	Analiza motivov za zdravo prehranjevanje.....	126
6.6.6.	Povzetek analize prehranjevalnih navad	130
6.7.	Analiza razvad.....	131
6.7.1.	Kajenje pred nosečnostjo	131
6.7.2.	Kajenje v nosečnosti	131

6.7.3.	Povzetek analize kajenja.....	135
6.7.4.	Pitje alkohola pred nosečnostjo	137
6.7.5.	Pitje alkohola v nosečnosti	138
6.7.6.	Povzetek analize pitja alkohola	141
7.	Razprava.....	143
7.1.	Analiza hipotez.....	144
7.1.1.	Hipoteza 1: Športna dejavnost ugodno vpliva na počutje nosečnice.	144
7.1.2.	Hipoteza 2: Športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti.	147
7.1.3.	Hipoteza 3: Nosečnice so športno aktivne predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja.	151
7.1.4.	Hipoteza 4: Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na počutje nosečnice.	153
7.1.5.	Hipoteza 5: Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na izid nosečnosti.	155
7.2.	Analiza razvad – kajenje	156
7.3.	Analiza razvad – pitje alkoholnih pijač.....	158
7.4.	Skupni prikaz dejavnikov zdravega življenjskega sloga nosečnic.....	159
7.5.	Doprinos k znanosti in prenos teorije v prakso	163
7.5.1.	Kajenje ter pitje alkoholnih pijač v nosečnosti in športna dejavnost	163
7.5.2.	Prekomerno povečanje telesne teže v nosečnosti in športna dejavnost	166
7.5.3.	Delovna sposobnost v nosečnosti in športna dejavnost	167
7.5.4.	Model zdravega prehranjevanja.....	167
7.6.	Sklep.....	169
8.	LITERATURA	174

1. Uvod

Nosečnost je stanje, ki bi ga morala ženska kar se da aktivno telesno in duševno doživljati. To naj bi bilo eno najglobljih in najlepših doživetij v njenem življenju. Če ženska natančno razume nosečnost in porod, se nauči poslušati svoje telo, nadzirati napetost in popuščanje mišic ter pravilno dihati, si tako zelo olajša porod (Berginc-Šormaz in Šormaz, 1998).

Če je nosečnica zdrava in nosečnost poteka brez težav, nima prav nobenega izgovora, da bi se izogibala zmernemu telesnemu naporu. Aktivna nosečnost, v kateri se nosečnica dovolj giblje in zdravo prehranjuje, koristi telesu, zdravju otroka, pripomore k lažjemu porodu in hitrejši vrnitvi v formo. Nadaljevanje vadbe v nosečnosti pripomore k izboljšanju poteka popadkov in poroda (Clapp, 1991; Grisso, Main in Chiu, 1992; Kramer, 2002). Raziskave (Campbell in Mottola, 2001; Hatch, Shu in McLean, 1993; Spinillo, Baltaro in Capuzzo, 1996) so pokazale pozitiven vpliv zmerne telesne dejavnosti na rast ploda.

Nosečnost je čas večjih potreb organizma po beljakovinah, ogljikovih hidratih, vitaminih, mineralih in balastnih snoveh. Če nosečnica tudi sicer uživa raznoliko in uravnoteženo prehrano, ji prehranjevalnih navad pravzaprav ni treba spreminjati. Poskrbeti mora, da njeno telo dobi zadostno količino vseh mineralov in vitaminov, še posebej kalcija, ki je pomemben za razvoj otrokovih kosti in zob. Številne raziskave pa so pokazale, da neustrezna in skrajno enostranska prehrana lahko povzroči številne zaplete kot so razne bolezni, počasnejše pridobivanje teže, prezgodnji porod, nižjo porodno težo ter manjšo odpornost in večjo možnost okužb novorojenčka (Durin, 1987; Hytten in Chamberlain, 1991; Pokorn, 1985).

Z vplivom kajenja na zaplete med nosečnostjo in izid nosečnosti so se ukvarjali mnogi raziskovalci (Frydman, 1996; Godding, Bonnier, Fiasse, Michel, Longueville in Lebecque, 2004, Office of Substance Abuse Prevention, 1990; Tul-Mandić, 2004). Škodljivi učinki kajenja na nosečnost, ki jih povzročata predvsem nikotin in ogljikov monoksid, se seštevajo. Posledica je, da so pretoki krvi skozi žile in prenos kisika na plodovo stran zmanjšani, hkrati pa je zmanjšana tudi sposobnost plodove krvi za prevzem in prenos kisika. Razvije se kronična hipoksija ploda - plod živi v okolju s premalo kisika, dobiva tudi manj hranljivih snovi. Kajenje med nosečnostjo lahko povzroči zastoj rasti ploda, zelo prezgodnji porod (pred dopolnjenim 32. tednom) in nizko porodno težo.

Alkohol je za plod posebno škodljiv v prvem trimesečju, ko se oblikujejo vsi življenjski organi (Abel in Sokol, 1991; Streissguth, Mattson, Riley in Gramling, 1997). Pitje alkohola v nosečnosti lahko izredno škodi razvijajočemu se plodu, povzroči lahko spontani splav, večjo verjetnost za prezgodnji porod in nižjo porodno težo ter višjo umrljivost v zgodnjem otroštvu (Charlish, 1997). Številni raziskovalci (Abel in Sokol, 1991; Clarren in Smith, 1978; Byrne, 1984; Jones in Smith, 1973; Mattson, Riley in Gramling, 1997; Streissguth, Sampson in Bar, 1989) opozarjajo na posledice rednega prekomernega pitja alkohola v nosečnosti, ki povzroči fetalni alkoholni sindrom. To pomeni več fizičnih in duševnih motenj z resnimi težavami pri rasti, anomalijami obraza, motnjami v koordinaciji in gibanju ter z duševno prizadetostjo.

Vsaka nosečnost, zlasti prva, je za žensko začetek novega razvoja. Izpolnjeni morajo biti še drugi pogoji za doživetje nosečnosti kot popolnosti, to je »ponotranjena socialna varnost« z občutji očetovske nežnosti in varnosti ob partnerju. Vsaka ženska izkusi nosečnost na individualni način in njen odnos do lastne nosečnosti je močno pod vplivom neposrednega okolja. Organski fenomen nosečnosti se dopolni s psihičnimi vsebinami in vsaka fiziološka faza nosečnosti ima svoje specifične psihične spremljevalce.

Nosečnice naj skrbijo za svoje telo, svojega duha pa naj ne obremenjujejo s skrbmi, saj zarodek veliko prevzame od matere tako kot rastlina od zemlje, iz katere poganja (Aristotel).

Porod in predhodna nosečnost sta dejavnika, ki lahko dobro ali slabo vplivata na kakovost življenja v poporodnem obdobju. Najbolje za mater in otroka je, da je porod kratek in s čim manj telesnih in duševnih poškodb.

Otrok se že od spočetja razvija po nekih naravnih danostih. Že pred rojstvom zaznava dražljaje iz okolja, ki lahko vplivajo na njegov nadaljnji razvoj. Po rojstvu pa je okolje, v katerem se otrok rodi, ključnega pomena za njegov spoznavni, telesni, gibalni, čustveni in socialni razvoj (Musek in Pečjak, 1997).

I Teoretična izhodišča

2. Predmet in problem

2.1. Splošno o nosečnosti

Spočetje otroka je razburljiv in pomemben korak v življenju vsake ženske. Če je ženska pred zanositvijo v dobri formi in zdrava, bo tudi dobro pripravljena za fizični in čustveni tobogan, na katerega se bo povzpela. Morda se ji zdi, da v njenem življenju nobeno obdobje ni povsem idealno za nosečnost, a če o njej razmišlja prej, se bo pred zanositvijo nanjo dobro pripravila (Charlish, 1997).

Nosečnost se začne z zigoto, ki se nato razvije v zarodek in kasneje v plod. Blastocista se ugnezdi v maternično sluznico (Papalia, Wendcos Olds in Duskin Feldman, 2003). Le deset do dvajset odstotkov oplojenih jajčec se uspešno ugnezdi in dalje razvija.

Drugo obdobje prenatalnega razvoja, to je stopnja zarodka, traja od tretjega do osmega tedna nosečnosti. V tem obdobju se hitro razvijajo organi in glavni telesni sistemi: dihalni, prebavni in živčni. To je kritično obdobje, ko je zarodek najbolj dovzeten za škodljive vplive iz okolja. Okvare, ki se pojavijo v kasnejših obdobjih nosečnosti, imajo manj hude posledice. Maternica zarodek ali plod, ki ni sposoben preživeti običajno v prvih treh mesecih izloči sama, kar imenujemo spontani splav, ki je najpogosteje posledica kromosomskih nepravilnosti (Papalia, Wendcos Olds in Duskin Feldman, 2003).

Pojav prvih kostnih celic pri približno osmih tednih pomeni začetek tretje stopnje prenatalnega razvoja, ki se imenuje stopnja ploda. V tem obdobju se velikost ploda hitro poveča za dvajsetkrat, organi in telesni sistemi postanejo bolj zapleteni. Plod v materinem telesu ni pasiven, diha, brca, se obrača, upogiba telo, mežika, požira, stiska pesti in sesa palce. Raztegljiva maternična stena in plodovi ovoji, ki obdajajo zaščitno plodovnico, omogočajo in spodbujajo omenjeno gibanje. Pomemben skok na vseh področjih razvoja ploda se zgodi med 28. in 32. tednom, kar pojasnjuje, zakaj imajo prezgodaj rojeni dojenčki v tem obdobju več možnosti za preživetje kot tisti rojeni pred 28. tednom (DiPietro, Hodgson, Costigan, Hilton in Johnson, 1996).

Plod se odziva tudi na materin glas, srčni utrip in tresljaje njenega telesa, kar kaže na to, da že sliši in čuti. Odzivi na zvok in tresljaje se pojavijo v 26. tednu nosečnosti in so nato vse pogostejši, najizrazitejši pa so okrog 32. tedna (Kisilevsky, Muir in Low, 1992).

Nosečnost je razdeljena v tri trimesečja. Prvo obsega prvih trinajst tednov. Pri dvanajstih tednih je otrok velik 6 cm in tehta 15 g. Otrok že lahko brca, obrača glavico, srce mu utripa. Mati otroka še ne občuti. Pričnejo se tvoriti hormoni, ki pripravijo telo za bodoče napore. Ženski je večkrat slabo, bruha in pogosto urinira. Dojke se začnejo povečevati, bradavice potemniijo. Čez pas se lahko nekoliko razširi in trebuh se začne rahlo povečevati. Opazne so čustvene spremembe (Lees, Reynolds in McCartan, 1999; Potokar, 1992).

V tem času bo ženska morda potrebna pomirjanja in veliko čustvene podpore, še posebno učinkovito je sproščanje, ki lajša kronično utrujenost in različne bolečine (Charlish, 1997). Pozitivni učinki sproščanja so sprostitev otrdelih in zakrčenih mišic, duševna umiritev, nabiranje novih moči in pozitiven vpliv na zavest, da se nosečnica zna in zmore sprostiti. Med vso nosečnostjo naj ženska ostane čimbolj mirna in sproščena, saj to dobro vpliva tudi na otrokovo duševno počutje (Berginc-Šormaz in Šormaz, 1998).

Drugo trimesečje nosečnosti je obdobje od štirinajstega do sedemindvajsetega tedna. Pri 14 tednih otrok tehta 110g, pri 24 tednih pa 630 g. Nosečnost opazijo tudi drugi. Mati občuti otrokovo premikanje okoli dvajsetega tedna. Dojke nabreknejo, deli kože potemniijo, zlasti okoli peg, prirojenih znamenj in bradavic. Stopala, gležnji, obraz in roke lahko začnejo otekati. Vzdolž trebuha postane vidna temno rjava črta - linea nigra (Lees, Reynolds, in McCartan, 1999; Potokar, 1992).

Večina nosečnic žari od zdravja in moči. Počuti se blagodejno saj je polna življenja in že videz kaže, kako dobro se počuti. V tem obdobju nosečnosti večina žensk nič več ne trpi zaradi jutranje slabosti in splošne utrujenosti, ki spremljata prve tedne. Imele naj bi več moči in se kljub trebuhu živahno gibale. To je morda najprijetnejši čas nosečnosti; nosečnosti se fizično zavedajo, otrok pa še ni tako velik, da bi jih oviral ali spremenil njihovo gibanje in držo (Charlish, 1997).

Občutne spremembe se pojavijo v tretjem trimesečju od osemindvajsetega do štiridesetega tedna. Pri 26 tednih otrok tehta 900 g, pri 40 tednih pa okoli 3,5 kg. Maternica je izredno

razširjena in ima redne kontrakcije, ki se občutijo. Na obrazu pogosto opazimo otekline. Dojke so povečane. Pojavijo se lahko strije na trebuhu, dojkah in stegnih. Pojavijo se pogosto uriniranje, bolečine v križu, otekline in utrujenost v nogah, kratek dih in zaprtje. Proti koncu nosečnosti se lahko popek izboči. Prsti, stopala in gležnji otečejo. Stegna in zadnjica postanejo širši (Lees, Reynolds in McCartan, 1999; Potokar, 1992).

V zadnjem obdobju nosečnosti bo nosečnica morda vse bolj utrujena zaradi nespečnosti, morda bo postala zasopla že pri najmanjšem naporu. Dela naj samo toliko, kolikor ji ustreza, čeprav ji utegne lažja vadba pomagati pri sproščanju. To je čas, ko bi se morala razvajati in ne naprezati. Poskrbi naj, da bo veliko počivala in kar se da veliko spala. Spanec ji bo zmotilo to, da bo morala pogosto na vodo, brcanje otroka in težave pri iskanju udobnega položaja, zato naj počiva čez dan in tako nadomesti izgubljeni nočni spanec (Charlish, 1997).

2.2. Anatomske in fiziološke spremembe v nosečnosti

V času nosečnosti se v telesu poleg vseh ostalih, odvijajo tudi številne anatomske in fiziološke spremembe. Le-te so pogosto posledica hormonskih sprememb v kolagenih vlaknih in mišicah, povečanja prostornine krvi, rasti ploda ter povečanja telesne teže nosečnice (Mantle in Polden, 1992).

2.2.1. Endokrini sistem

Mnoge spremembe v nosečnosti so posledica povečanega izločanja hormonov. Najpomembnejši hormoni med nosečnostjo so progesteron, estrogen in relaksin. Jajčniki jih začnejo izločati takoj po zanositvi, nekoliko kasneje pa z njihovim izločanjem prične tudi posteljica. Ti hormoni omogočajo, da se začne celoten organizem prilagajati nosečnosti. Progesteron je hormon, ki povzroča relaksacijo gladkega mišičja, poviša telesno temperaturo, vpliva na rast in razvoj dojk ter povečuje količino maščobnega tkiva. Povečano količino estrogena v materini krvi tvorita posteljica in plod v sodelovanju. Estrogen je hormon, ki povzroči rast maternice in mlečnih žlez v dojkah, pripravlja prsi na tvorbo mleka, povzroča zadrževanje vode in natrija v telesu in pripravlja maternico na krčenje med porodom. Delovanje relaksina je najbolj vidno na mišično-skeletnem sistemu, saj le-ta vpliva na večjo raztegljivost ligamentov in posledično sklepi, sklepne ovojnice in vezi postanejo ohlapne. Relaksin igra pomembno vlogo tudi pri procesu mehčanja in odpiranja materničnega vratu (Švarc-Urbančič in Videmšek, 1997).

2.2.2. Reproduktivni sistem

Nosečnost povzroči največ sprememb na maternici. Zgodaj v nosečnosti se le-ta poveča in omehča. Njena velikost se poveča za 5 do 6-krat, njena teža naraste do 20-krat. Do polovice nosečnosti maternica sega približno do popka, v 36. tednu do žličke, nato pa se do poroda nekoliko povesi. Rast maternice vpliva na položaj notranjih organov in spremenjen mehanizem dihanja (Backović-Juričan, 2002).

2.2.3. Srčno žilni sistem

Srčno-žilni sistem mora zadovoljiti povečano porabo po kisiku in hranilnih snoveh, saj je kri neposreden vir hrane razvijajočega se otroka. Zaradi tega se količina krvi, ki jo srce prečrpa, poveča za 30-50 odstotkov. Nekaj na račun povečanega minutnega volumna (poveča se za 30 odstotkov) in utripnega volumna srca (do 30 odstotno povečanje), nekaj pa zaradi višje frekvence srca, ki se povečuje skozi celo nosečnost in je ob koncu za 20 udarcev višja, kot pred nosečnostjo. Minutni volumen srca je pri treniranih nosečnicah večji, kot pri netreniranih, vendar se proti koncu nosečnosti razlika zmanjšuje in do tretjega trimesečja popolnoma izgine (Pidcock, 2005).

Poveča se tudi skupna količina krvi, saj jo telo v času nosečnosti zaradi potreb rastočega zarodka proizvaja več. Volumen krvi se tako poveča za 35-50 odstotkov, volumen plazme pa za 50 odstotkov. Ker pa se volumen glavnih prenašalcev kisika po telesu, eritrocitov, zviša za samo 20 odstotkov, lahko govorimo o fiziološki slabokrvnosti med nosečnostjo (Švarc-Urbančič in Videmšek, 1997). Kljub temu je preskrba ploda s kisikom nemotena zaradi ostalih mehanizmov kot so večji pretok krvi, fiziologije posteljice in otrokove krvi.

Krvni tlak se v prvem in drugem trimesečju praviloma zniža, v tretjem trimesečju pa se le-ta ponovno nekoliko dvigne in v šestih tednih po porodu tudi normalizira. Padeč krvnega tlaka je posledica vpliva progesterona na gladko mišičje (Švarc-Urbančič in Videmšek, 1997).

Nizek krvni tlak se pogosto pojavi v pozni nosečnosti med ležanjem na hrbtu, saj teža ploda pritiska na spodnjo veno cavo (žila, ki dovaja kri iz spodnjega dela telesa v srce) in zmanjša dotok krvi nazaj v srce. Posledice tega so slabost, omotičnost, vrtoglavica ali celo nezavest (Johnson, 2001). Isti pojav lahko zasledimo tudi v primeru visokih temperatur okolja, med

telesno aktivnostjo ali vročo kopeljo, ko se kapilare v koži razširijo in se začasno zmanjša vračanje krvi v srce.

Rahlo znižan krvni tlak, pritisk rastoče maternice, naraščanje telesne teže in intra abdominalnega tlaka ter učinki progesterona in relaksina na kolagensko vezivo (vezivo postane mehkejša in prožnejša) predstavljajo pogoje za nastanek krčnih žil in edemov na gležnjih, stopalih, rokah in obrazu. Estrogen pa je odgovoren za splošno zadrževanje tekočine v telesu.

2.2.4. Dihalni sistem

Med nosečnostjo mora mati zagotoviti večjo količino kisika za razvijajoči se plod (poraba kisika je ob koncu nosečnosti za 15-20 odstotkov višja). Zaradi dovajanja kisika in odvajanja ogljikovega dioksida, se poveča pljučna ventilacija, in sicer za 30-40 odstotkov. Čeprav je dihanje oteženo, ker se trebušna prepona dvigne za približno 4 centimetre, se kapaciteta zveča zaradi večjega obsega prsnega koša (10-15 centimetrov) in večje frekvence dihanja. Prevladuje prsno dihanje, poveča se medrebrni kot in obseg prsnega koša. Nosečnica je tudi ob manjših naporih zelo zadihana.

Zaradi povečanega minutnega volumna dihanja in večjega pretoka krvi skozi podkožje, se v prvem trimesečju kot posledica večjega oddajanja toplote materina temperatura zniža za 0.3°C, z nadaljnjim znižanjem za 0.1°C na mesec do 37. tedna nosečnosti (Wang in Apgar, 1998).

2.2.5. Mišično skeletni sistem

Ena od najbolj opaznih sprememb v nosečnosti je prav preoblikovanje trebuha. Ta se začne opazneje širiti nekje po 12. tednu nosečnosti in do poroda raste vedno hitreje. Velikost maternice se poveča do 20-krat in to povzroči spremembe v legi ostalih notranjih organov, kar vpliva na njihovo delovanje in se pozna predvsem pri dihanju (Johnson, 2001). Večji trebuh predstavlja precejšnjo oviro za gibanje in normalno delo in ne zagotavlja primerne zaščite ploda proti raznovrstnim udarcem. Že sama teža trebuha pomeni spremembo težišča telesa, kar lahko pomeni nevarnost pri že naučenih kompleksnih motoričnih nalogah. Zaradi povečane teže prsi in trebuha se težišče telesa pomakne nekoliko naprej in navzgor (Švarc-Urbančič in Videmšek, 1997). K temu pojavu pripomore tudi povečanje lordoze v lumbalnem

delu hrbtenice (Wang in Apgar, 1998). To lahko pomeni nevarnost pri ukvarjanju s športi, pri katerih je pomembno ravnotežje in kjer uporabljamo hitra pospeševanja, ustavljanja in spremembe smeri.

Čas nosečnosti povzroči zmanjšanje mišičnega tonusa. Zaradi rasti maternice pride do raztezanja trebušnih mišic, kar pa lahko vodi do razmika trebušnih mišic oz. diastaze rektusov. Na omenjeni pojav mora biti nosečnica zelo pozorna in ob njegovem pojavu prilagoditi svoje vsakdanje gibanje in športne aktivnosti omenjeni poškodbi.

Zelo velikemu pritisku so izpostavljene tudi mišice medeničnega dna. Rastoča maternica povzroči spust medeničnega dna za 2,5 centimetra, kar povzroča še dodatno obremenitev že tako zelo obremenjenih mišic medeničnega dna (Gamberger, Videmšek in Karpljuč, 2005). Vsem obremenilnim pojavom, ki vplivajo na medenično dno v nosečnosti, se lahko uprejo le močne, vzdržljive in hitre mišice medeničnega dna. Moč, vzdržljivost in hitrost pa so spremenljivke, na katere lahko posameznica z rednim izvajanjem treninga mišic medeničnega dna zelo uspešno vpliva (Jurjevec, 1995).

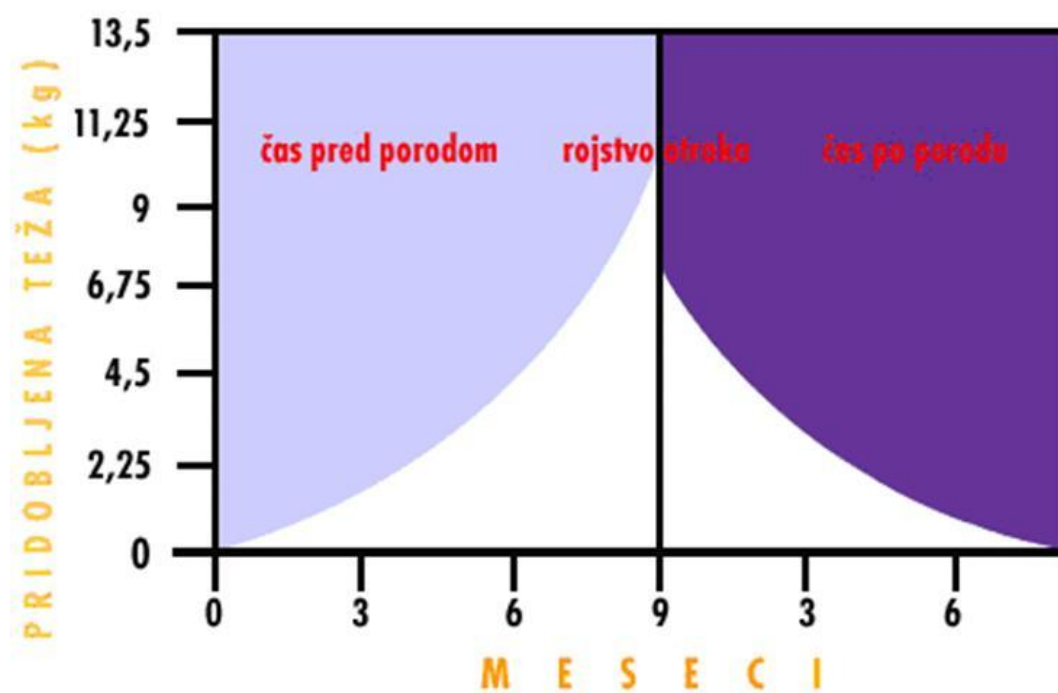
Nosečnici se z napredovanjem nosečnosti povečuje telesna teža. V prvi vrsti zaradi teže ploda (3 kg) in količine telesne maščobe (3 kg), skupaj zaradi zvišanja količine krvi in tekočine v tkivih (3-4 kg), nekoliko pa tudi zaradi večjih prsi, maternice in teže placente.

Tabela 01: Pridobivanje telesne teže nosečnice (Johnson, 2001):

Otrok	2,8 do 4 kilograme
Posteljica	0,7 kilograma
Plodovnica	1 kilogram
Povečanje dojk	0,5 do 1,5 kilograma
Povečanje maternice	1 kilogram
Zaloge maščobe in razvoj mišic	1,8 do 3,6 kilograma
Povečan volumen krvi	1,3 do 1,8 kilograma
Povečan volumen tekočin	0,9 do 1,4 kilograma
Skupaj:	10 do 15 kilogramov

Včasih so zdravniki menili, da hitro pridobivanje teže povzroči visok krvni tlak in so zato nosečnicam svetovali, naj se ne zredijo za več kot 7-10 kg. Danes vemo, da se krvni tlak v nosečnosti lahko zviša predvsem zaradi zastajanja vode v tkivih in ne zaradi nabiranja maščob, zato priporočajo, da ženska med nosečnostjo pridobi od 11 do 15 kg (Johnson, 2001). Novejše raziskave so pokazale, da so imele normalno težke nosečnice najbolj zdravo nosečnost, če so pridobile od 12 do 16 kg. Pri ženskah z nadpovprečno telesno težo ta sprememba ni tako izrazita, pridobile naj bi torej manj teže.

Slika 01: Pridobivanje telesne teže po mesecih nosečnosti



Telesna teža se skokovito poveča v tretjem trimesečju. Posledica tega je večja sila pri premagovanju lastne teže, večja obremenitev sklepov, spremembe v težišču telesa in problemi v zvezi s povečanjem trebuha.

Med nosečnostjo hormonske spremembe povzročijo, da postanejo vezi prožnejše. Ta pojav omogoča, da se medenica med porodom lažje razširi. Zaradi večje elastičnosti ligamentov in vezivnega tkiva se poveča gibljivost sklepov. Pomanjkanje običajne podpore vezi pa povečuje verjetnost pojava poškodb, predvsem zvinov, izpahov in podobno. Študije so pokazale, da ohlapnost kolenskih vezi kljub temu pri manjših in zmernih obremenitvah ne vpliva bistveno na stabilnost kolenskega sklepa (Arena in Maffuli, 2001). Prav tako ni nikjer zabeleženega

porasta pacientov zaradi poškodb sklepov v obdobju nosečnosti. Zaradi spremenjenega težišča telesa, so bolj obremenjene hrbtne mišice in zato pogosto prihaja do bolečin v spodnjem predelu hrbta. Sposobnost trebušnih mišic se znatno zmanjša in zato nosečnice veliko težje opravljajo motorične naloge, pri katerih je v ospredju dvigovanje trupa.

Opazne so tudi spremembe vida. Od 10. tedna nosečnosti lahko opazimo spremembo v debelini roženice, saj ta postane za okoli 3 odstotke debelejša. Obenem se pritisk tekočine znotraj očesa poveča za približno 10 odstotkov. Kombinacija obojega pomeni, da se lahko vid zamegli (Johnson, 2001).

2.2.6. Metabolizem

Z nosečnostjo se povečajo potrebe po energetskih gorivih, saj mora mati poleg svojih, zadovoljiti tudi energijske potrebe ploda. Zato potrebuje v prvih dveh trimesečjih 150 dodatnih kalorij na dan, v zadnjem trimesečju pa 300 kalorij. Večjo potrebo po energiji lahko zadovolji z večjim vnosom kalorij ali z zmanjšanjem porabe energije pri vsakodnevni opravilih. Če se v nosečnosti ukvarja s športno dejavnostjo, mora poleg tega nadomestiti še pri njej porabljeno energijo.

Med nosečnostjo se zelo spremeni uravnavanje količine glukoze v krvi, ki je ena od glavnih goriv v našem telesu. Plod je v celoti odvisen od glukoze iz materine krvi, zato je uravnavanje njene ravni zelo pomembno. Pri tem igra ključno vlogo hormon inzulin. Če ta v nosečnosti količine glukoze ne uravnava pravilno, lahko pride do nosečnostnega diabetesa.

Zaradi povečanega metabolizma med nosečnostjo, se poveča tudi stranski produkt – toplota. Metabolična aktivnost ploda zadržuje njegovo temperaturo za 0.5 do 1.0°C nad materino ravnijo, če pa se materina telesna temperatura dvigne, lahko to postane nevarno zaradi pregretja ploda. Nekateri podatki kažejo, da lahko predvsem v prvem trimesečju pride do prirojenih hib otroka, če se materina temperatura dvigne nad 39.2°C (Wang in Apgar, 1998).

Mišičje črevesja postane nekoliko hipotonično, peristaltika nosečnice se zmanjša. To vodi v kasnejše in dalj časa trajajoče praznjenje želodca. Zamuda v debelem črevesu povečuje absorpcijo vode in vodi v zaprtje (Mantle in Polden, 1992). Nenehen pritisk naraščajoče maternice na mehur zahteva pogosto odvajanje vode. Delovanje ledvic je v nosečnosti povečano, kar omogoča učinkovito odstranjevanje produktov presnove matere in otroka.

Poveča se velikost in teža ledvic, prav tako pride do spremembe kota med mehurjem in sečevodi. To lahko vodi v večjo možnost okužbe sečil (Švarc-Urbančič in Videmšek, 1997).

2.3. Nosečniške težave

Gestacijska hipertenzija

Hipertenzija je opredeljena kot dve meritvi v razmiku štirih ur, kjer je diastolični krvni tlak vsaj 90 mmHg ali sistolični krvni tlak vsaj 140 mmHg. Gestacijska hipertenzija je hipertenzija, ki se pojavi po 20. tednu nosečnosti pri nosečnicah s predhodno normalnim krvnim tlakom. Vzrok zanjo ni znan. V večini primerov gre za motnjo v razvoju posteljice, pri čemer se sproščajo različne kemične snovi, ki povzročijo okvaro žilnega endotelija, sloja celic, ki pokriva notranjo stran žil v telesu nosečnice. Gestacijska proteinurija je opredeljena kot pojav beljakovin v urinu nosečnice po 20. tednu nosečnosti brez znakov vnetja sečil. Preeklampsija je opredeljena kot pojav hipertenzije, proteinurije ali obojega po 20. tednu nosečnosti. Lahko jo spremljajo še drugi znaki in simptomi kot so edemi, motnje vida, glavobol in bolečina v žlički. Eklampsija je pojav generaliziranih krčev pri nosečnicah s preeklampsijo, ki niso posledica epilepsije, možganskega tumorja ali drugih procesov v glavi. Krči so združeni z izgubo zavesti. Znaki, ki napovedujejo pojav eklampsije so: hud glavobol, iskrenje pred očmi in motnje vida, motnje zavesti, bolečina v žlički ali zmanjšano izločanje urina z naraščajočimi edemi. Omenjeni bolezni sta pomemben vzrok maternalne in perinatalne umrljivosti (Cerar in Novak Antolič, 1995).

Pri nosečnicah brez gestacijske hipertenzije ali preeklampsije v prejšnjih nosečnostih je malo verjetno, da bodo bolezen razvile v kasnejših nosečnostih, če je partner, s katerim so zanosile, isti. Nosečnice, ki so že razvile gestacijsko hipertenzijo ali preeklampsijo v prejšnjih nosečnostih, imajo večjo možnost, da se bo pri njih bolezen ponovno razvila. Večja verjetnost za razvoj gestacijske hipertenzije ali preeklampsije imajo nosečnice s previsoko telesno težo, nosečnice starejše od 35 let in nosečnice s kronično okvaro žilja ali ledvic.

Z namenom zmanjšati tveganje za pojav bolezni je bilo narejeno več raziskav z zmanjšanim vnosom natrija, dodajanjem magnezija, vitamina C in E, vendar zanesljivih dokazov o njihovem zaščitnem delovanju zaenkrat ni. Zmerno zmanjšanje tveganja za razvoj gestacijske hipertenzije in preeklampsije so dokazali le pri dodajanju kalcija. Gestacijsko hipertenzijo in

preeklampsijo lahko že zgodaj ugotovijo z rednimi pregledi v nosečnosti z merjenjem krvnega tlaka, določanjem beljakovin v urinu in spremljanjem telesne teže. Če ugotovijo kronično hipertenzijo v nosečnosti sta prva ukrepa dieta z manj soli in živalskih maščob ter počitek. Enako priporočajo tudi pri gestacijski hipertenziji. Pregledi v nosečnosti naj bodo pogostejši z rednim merjenjem krvnega tlaka, določanjem beljakovin v urinu in tehtanjem. Od vrednosti krvnega tlaka je odvisno, ali in kdaj bodo uvedli zdravila za zniževanje krvnega tlaka. Krvni tlak je potrebno zniževati postopno in ne preveč, da ne pride do zmanjšanja pretoka krvi skozi posteljico in ogrožanja ploda. Redno spremljajo tudi plodovo rast in stanje z ultrazvočnimi preiskavami in v tretjem trimesečju s snemanjem plodovih srčnih utripov (Cerar in Novak Antolič, 1995).

Pri hipertenzivnih boleznih v nosečnosti je plod vsekakor lahko ogrožen, saj se bolezen navadno razvije zaradi nepravilnega razvoja posteljice. Delovanje takšne posteljice, preko katere plod dobiva kisik in hrano in oddaja presnovke, je slabše. Slabše je lahko do te mere, da plod zaostaja v rasti. Če je delovanje posteljice slabše že zelo zgodaj v nosečnosti pred 24. tednom nosečnosti, bo plod enakomerno majhen, če pa slabše delovanje posteljice nastopi kasneje, bo plod sicer ustrezno velik, vendar suh. V prvem primeru govorimo o simetričnem, v slednjem pa o asimetričnem zastoju plodove rasti. Pri zastoju plodove rasti spremljamo plodovo stanje s snemanjem plodovih srčnih utripov, ultrazvočnimi meritvami ploda in dopplerskimi meritvami pretoka krvi skozi materine in plodove žile. Nosečnica lahko spremlja plodovo stanje z zaznavanjem plodovega gibanja. Plod, ki je resno ogrožen, se bo gibal malo ali skoraj nič. Zdrav plod naredi najmanj 10 gibov v 12 urah.

Nosečnostna sladkorna bolezen

Nosečnostna sladkorna bolezen je sladkorna bolezen, ki se prvič pojavi v nosečnosti. Uravnavanje krvnega sladkorja je v nosečnosti bolj zapleteno zaradi delovanja nekaterih hormonov, ki se v nosečnosti izločajo v povečanem obsegu, zato v telesu narastejo potrebe po inzulinu. Velika večina nosečnic brez težav poveča izločanje inzulina iz trebušne slinavke in dobro uravnava vrednosti krvnega sladkorja, pri 3 do 5 odstotkih pa se razvije nosečnostna sladkorna bolezen. Pri teh ženskah se bolezen v naslednji nosečnosti ponovi v 20 odstotkih. Pri 40 odstotkih žensk, ki imajo težave z nosečniško sladkorno boleznijo, se bo v prihodnjih 20. letih razvila sladkorna bolezen tipa 2. Tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 je manjše pri tistih ženskah, ki imajo zdravo prehrano, primerno telesno težo ter se redno in

dovolj intenzivno gibajo. Za nosečniško sladkorno boleznijo obolevajo, po navedbah v literaturi, pogosteje starejše nosečnice (Pajntar, Novak-Antolič, 1994).

Zgodnje znake razvijajoče se bolezni je skoraj nemogoče opaziti. Ti so pogosto in prekomerno uriniranje in pretirana žeja. Pri nosečniški sladkorni bolezni so vrednosti krvnega sladkorja na tešče lahko še v mejah normale, ko pa pride do obremenitve telesa s hrano, pride do motenj v uravnavanju krvnega sladkorja, čigar vrednosti postanejo previsoke. Sladkor prehaja od matere skozi posteljico k plodu. Plodova trebušna slinavka izloča večje količine inzulina, odvečen sladkor se pretvarja v maščobe. Povečan dotok hranil tako pospeši plodovo rast. Skozi plodove ledvice uhaja odvečen sladkor, kar poveča izločanje seča in s tem pretirano naraščanje količine plodovnice-polihidramnij (Guzej in Mesec Staut, 2000).

Zaradi polihidramnija in velikega plodu je maternica preraztegnjena, kar poveča možnost za prezgodnji porod, v zadnjih tednih nosečnosti je lahko vzrok za neudobno počutje nosečnice. Prezgodaj rojeni novorojenci mater z neurejeno sladkorno boleznijo imajo več težav z dihanjem kot enako stari novorojenci mater z dobro uravnanim krvnim sladkorjem. Vsi novorojenci mater s to težavo, imajo po rojstvu pogosteje prenizke vrednosti krvnega sladkorja – hipoglikemijo, ker njihova trebušna slinavka izloča preveč inzulina ter so pogosteje zlatenični. V otroštvu in odrasli dobi imajo pogosteje težave z debelostjo in pogost pojav sladkorne bolezni tipa 2. Ker imajo nosečnice z neurejeno NSB velike plodove, so porodi težji, pogostejše so porodne poškodbe matere ali otroka in večkrat je potrebno porod dokončati operativno z vakuumom ali s carskim rezom. Ob koncu nosečnosti lahko postane delovanje posteljice nezadostno za prekomerno velik plod, zato so ti plodovi v slabši kondiciji in težje prenesejo napore, ki jih zahteva porod, kar se kaže z motnjami srčnega utripa ali zeleno plodovnico ob porodu, kar zopet poveča možnost operativnega dokončanja poroda (Sketelj in Novak Antolič, 2004).

Slabokrvnost med nosečnostjo

Slabokrvnost ali anemija je pomanjkanje rdečih krvničk in znižana koncentracija hemoglobina v krvi, ki je pomemben pri prenosu kisika do telesnih celic. Posledica je njihova slaba oskrba s kisikom, kar navadno povzroči utrujenost. Rdeče krvničke (eritrociti) nastajajo v kostnem mozgu. Do znižanja njihovega števila v krvi pride zaradi zmanjšane tvorbe v kostnem mozgu ali povečanega razkroja. Življenjska doba eritrocitov v krvi znaša okoli štiri

mesece. Za njihovo tvorbo poleg ostalih snovi telo potrebuje železo, vitamin B12 in folno kislino. Pomanjkanje katerekoli izmed teh snovi vodi v slabokrvnost (Bohinjec, 1983).

Zaradi razvoja zarodka in hitre rasti ploda se v nosečnosti močno povečajo potrebe organizma po železu in vitaminih. Telo začne pospešeno proizvajati rdeča krvna telesa in krvno plazmo, da zagotovi zadostno oskrbo ploda. V tem obdobju se lahko volumen krvi pri nosečnici poveča tudi do 50 odstotkov, pri čemer se nesorazmerno poveča delež plazme, kar vodi v razredčenje krvi in padec koncentracije hemoglobina. Koncentracija hemoglobina v krvi je najnižja med 25. in 30. tednom nosečnosti. Slabokrvnost je pogostejša pri nosečnicah, ki nosijo dvojčke ali trojčke, ter pri tistih, pri katerih je minilo krajše obdobje od zadnje nosečnosti. Drugi vzroki slabokrvnosti so uživanje hrane, ki vsebuje premalo železa (razne diete), vegetarijanska prehrana ter premalo vitamina B12 in folne kisline v prehrani. Priporoča se uživanje hrane, ki vsebuje železo, folno kislino in vitamin C za boljšo absorpcijo železa iz prebavil (Babior, 1990).

Nosečnost in ščitnica

V nosečnosti se mora ščitnica prilagoditi zvečani koncentraciji hCG (humanega horionskega gonadotropina), zvečani koncentraciji TBG (globulina, ki veže tiroksin), zvečanim potrebam po jodu ter energiji (Glinöer, 1997). V drugem trimesečju, ko prične delovati tudi plodova ščitnica, se poveča prehod jodida iz materinega obtoka v fetoplacentarno enoto. Pomanjkljiva preskrba z jodom postane v drugem in tretjem trimesečju zato še večji problem. Če nosečnica živi na področju, kjer je preskrba z jodom zadostna, so izgube z urinom in prehod v plod nepomembne. Na takih področjih se ščitnica med nosečnostjo ne poveča ali pa se poveča le rahlo, kar pripisujejo zvečanemu pretoku krvi v žlezi. Če pa je vnos joda premajhen, se ščitnica običajno poveča. Ker preliminarni rezultati epidemiološke raziskave v Sloveniji kažejo, da se je preskrba z jodom povečala in je dovolj visoka, da zadosti tudi potrebam nosečnic, zaenkrat vsem nosečnicam ne priporočajo dodajanja jodida.

Nosečnost je potrebno načrtovati v najugodnejšem obdobju, ko je bolezen urejena. Pri neprepoznani ali nezdravljeni bolezni pride lahko do resnih zapletov pri materi in plodu (Kriplani, Buckshee, Bhargava, Takkar in Ammini, 1994; Mestman, 1997). Opisujejo pogostejši pojav prezgodnje ločitve pravilno ležeče posteljice in prezgodnjega poroda ter hude preeklampsije in do devetkrat več znotraj materničnega zastoja rasti. Normalno

delovanje ščitnice matere in ploda je pogoj za normalno rast in razvoj ploda ter kasnejši psihosocialni razvoj otroka. Zato je pomembno pravočasno prepoznati motnje in jih zdraviti z varnimi zdravili že v nosečnosti, pri doječih materah pa tudi po porodu. Nezdravljena hipertiroza v nosečnosti pomeni tveganje za plod, saj petina nosečnic s hipertirozo rodi prezgodaj, novorojenčki so pogosto prelahki za trajanje nosečnosti (Major in Nageotte, 1999; Zimmerman, 1999).

Zaprtje

Do zaprtja pride pri eni od treh nosečnic. Vzrok zaprtja med nosečnostjo so hormonske spremembe. Mišičje črevesja postane nekoliko hipotonično, peristaltika nosečnice se zmanjša. Kasnejše in dalj časa trajajoče praznjenje želodca povzroči zamudo, ki v debelem črevesu povečuje absorpcijo vode in vodi v zaprtje (Mantle, in Polden, 1992). Nekatere nosečnice jemljejo zaradi anemije še preparate železa, kar lahko prav tako prispeva k zaprtju. Nosečnicam se zato svetuje prehrano, ki vključuje sadje, zelenjavo, polnozrnat žitne izdelke, lečo in stročnice ter seveda zadosten vnos tekočin. Izmed pripravkov so dovoljena prehranska dopolnila z jabolčnimi vlakninami, lanenim semenom ter figovim in slivovim izvlečkom oz. pšeničnimi otrobi. Gre za balastne snovi, ki v črevesju nabrekajo, vežejo vodo in pospešujejo peristaltiko. Nosečnice z omenjenimi težavami naj ne pozabijo na gibanje na svežem zraku.

Hemoroidi

Zaprtje ter relaksacija mišic v analnih venah med nosečnostjo povečata možnost nastanka hemoroidov. K temu prispeva še pritisk zarodkove glavice na medenico v poznejšem obdobju nosečnosti. Da bi se izognili hemoroidom, se je potrebno izogniti zaprtju, redno izvajati vaje za izboljšanje cirkulacije in se izogibati dolgotrajnemu stoječemu položaju. Izvajanje treninga mišic medeničnega dna zmanjšuje možnost nastanka hemeroidov in izboljšuje cirkulacijo v mišicah.

Bolečine v križu

Bolečina v križu se lahko pojavi že pred 12. tednom nosečnosti, najpogosteje pa med petim in šestim mesecem nosečnosti in je lahko prisotna do šest mesecev po porodu (Ščepanović, 2004). Bolečina v hrbtenici oziroma medenici je odvisna od mnogih dejavnikov. Na njen pojav vplivajo številne hormonske spremembe, sprememba v legi težišča telesa in s tem

sprememba telesne drže nosečnice, povečana ledvena krivina, pritisk povečane maternice na živčne korenine, mnogoplodnost, fizično naporno delo in višja starost. Bolečina v križu v nosečnosti se lahko pojavlja v spodnjem delu hrbtenice ali na sedničnem delu medenice. Delovanje hormonov in s tem rahljanje sklepov, sklepnih ovojnic in vezi je eden od glavnih dejavnikov za pojav nestabilnosti ledvenega in medeničnega področja hrbtenice. Nestabilnost hrbtenice pa je eden od številnih dejavnikov nastanka bolečine v ledvenem delu hrbtenice in medenice v nosečnosti. Ohranjanje stabilnosti hrbtenice in medenice v nosečnosti je torej eden od glavnih ciljev v boju zoper odpravljanja bolečin v hrbtenici in medenici.

Vnetje mehurja in urinska inkontinenca

Med nosečnostjo je pogostejše uriniranje normalno, če pa ga spremljajo še nelagodje in pekoč občutek, je potrebno s pomočjo analize vzorca urina ugotoviti ali gre za vnetje. Vnetje mehurja je potrebno zdraviti, saj sicer lahko prizadene ledvice. Urinska inkontinenca, za katero trpi veliko nosečnic, je posledica disfunkcije mišic medeničnega dna (Ščepanović, 2003). Vzroki za nastanek urinske inkontinence v nosečnosti so predvsem: spremenjeno delovanje hormonov, spremenjeno delovanje in položaj sečnega mehurja, nestabilnost detruzorja in pritisk rastočega ploda ter maternice na sečni mehur in mišice medeničnega dna. Zelo uspešna oblika zdravljenja urinske inkontinence v nosečnosti in po porodu je trening mišic medeničnega dna, ki pa mora temeljiti na pravilni in redni izvedbi (Gamberger idr., 2005).

Zgaga

Do zgage pride zaradi relaksacije mišic v spodnjem predelu požiralnika, kar dovoljuje, da se želodčna vsebina vrača navzgor. Ta refluks kisline povzroči vnetje požiralnika in zgago. To se še poslabša med nosečnostjo zaradi pritiska ploda na želodec. Težavo ublažimo z dvignjenim vzglavjem, uživanjem manjših obrokov hrane in izogibanjem poznim obrokom pred spanjem.

Slabost in bruhanje

Slabost in bruhanje sta, predvsem na začetku nosečnosti, precej pogosti težavi. Prizadeneta približno 60 do 70 odstotkov nosečnic. Pri 90 odstotkih nosečnic, ki so bruhale, ta težava do 16. tedna poneha. Glavni vzrok teh težav je v spremembi količine hormonov. Nosečnicam z jutranjo slabostjo svetujejo umirjen začetek dneva, dovolj počitka in tekočine. Priporočljivo

je, da se izogibajo hrani in vonjem, ki slabost pospešujejo. Pri nekaterih nosečnicah pa postane bruhanje težje narave. Močno bruhanje lahko ogrozi nosečnost, lahko poškoduje plod, v najtežjih primerih pa lahko povzroči tudi smrt matere. Večina meni, da so težke oblike bruhanja psihosomatskega izvora, da so znak ambivalentnega odnosa do otroka. To pomeni, da si ga obenem želijo in ga hkrati zavračajo (Pajntar, 2004).

Otekanje nog in krčne žile

V nosečnosti se lahko pojavijo, predvsem v drugi polovici, težave z otekanjem nog in krčne žile. Do pojava pride zaradi hormonskih vplivov in pritiska otroka na vene trebuha. Dolgo stanje ali sedenje s prekrižanimi nogami težavo poveča. Nosečnice si lahko pomagajo s počivanjem z dvignjenimi nogami, elastičnimi nogavicami in z redno vadbo za noge.

2.3.1. Nosečnost starejših žensk

Pri starejših nosečnicah obstaja večja možnost, da bodo imele težave zaradi diabetesa, visokega krvnega pritiska ali močnih krvavitev. Na splošno otroci starejših mater niso izpostavljeni večjim nevarnostim kot otroci mlajših. Vendar se po 35. letu starosti povečuje nevarnost spontanega splava ali rojstva mrtvega otroka, poveča se tudi tveganje za prezgodnji porod, zaostajanje v rasti znotraj maternice, druge komplikacije v zvezi s porodom in prirojene okvare kot je Downov sindrom. Zaradi prenatalnih presejalnih testov, ki se opravljajo pri starejših nosečnicah, se danes rodi manj prizadetih otrok (Berkowitz, Skovron in Lapinski, 1990; Brown, 1993; Cunningham in Leveno, 1995).

Pri ženskah starih štirideset ali več, je večja verjetnost, da bo treba porod dokončati operativno (carski rez ali vakuumski porod). Tveganje za vse vrste zapletov je večje, otroci pa se pogosteje rodijo prezgodaj ali z nizko porodno težo (Gilbert, Nesbitt in Danielsen, 1999).

2.3.2. Nosečnost mladostnic

Modificirana klasifikacija po Wiggelsworthu leta 1968 je uvrstila nosečnost pred 18. letom starosti med nosečnosti z visokim tveganjem (Benson, 1980). V tem obdobju opisujejo več zapletov med nosečnostjo in porodom. Opisujejo predvsem več hipertenzivnih bolezni, več prezgodnjih porodov, nižjo porodno težo novorojencev ter več anemij (Benthin, Klopper in Weitzel, 1984; Brown, Fan in Gosoulin, 1991; Weinman, Smith in Mumford, 1991).

V Sloveniji je bilo v letu 1950 4,4 odstotkov porodov mladostnic, leta 1973 kar 13,9 odstotkov, nato se je začel odstotek nižati in je bil leta 1991 7,2 odstotkov. (Benson, 1980; Pajntar in Verdenik, 1992). Antenatalno varstvo se prične že z vzgojo otrok in izobraževanjem mladostnikov, saj so ugotovili, da na potek nosečnosti in porod vpliva socialnoekonomski status žensk, izobrazba in psihofizična zrelost. To so pravzaprav kategorije, zaradi katerih so mladostnice posebna in tudi ogrožena skupina nosečnic. Kjer so posvetili večjo pozornost antenatalnemu varstvu mladostnic, niso zasledili večjih razlik v zvezi s porodom in nosečnostjo v primerjavi z ženskami v starostni skupini nad 20 let (Scholl, Miller, Salmon in Shearer, 1987; Sugar, 1991; Zuckerman, Alpert in Dooling, 1983). Med težje zaplete v nosečnosti sodijo prav gotovo hipertenzivna stanja s preeklampsijo in eklampsijo. Poročajo o večji pogostnosti hipertenzije pri nosečnicah, ki so mlajše od 16 let (Konje, Palmer, Watson, Hay in Imrie, 1992).

V Sloveniji opisujejo v obdobju 1975-1977 statistično pomembno več hipertenzij in polisimptomatskih gestoza pri mladostnicah (Peterlin, 1978). Številni tuji avtorji in tudi pri nas ugotavljajo pogostejše anemije v nosečnosti mladostnic, še posebno pri tistih s slabšim socialnoekonomskim stanjem in neustreznim antenatalnim varstvom (Konje idr., 1992; Pajntar in Verdenik, 1992). V raziskavah po svetu opažajo večji odstotek zastoja rasti pri mladostnicah, še posebej v starostni skupini mlajši od 16 let (Weinman, Smith in Mumford, 1991). Po svetu so naredili mnogo študij, v katerih ugotavljajo mnogo dejavnikov tveganja. Nekatere navajajo, da je v mladostništvu povečan odstotek prezgodnjih porodov (Weinman, Smith in Mumford, 1991). V raziskavi so primerjali mladostnice z dodatnim prenatalnim varstvom in take mladostnice brez varstva. Dokazali so, da prav s prenatalnim varstvom lahko bistveno zmanjšajo odstotek prezgodnjih porodov. V svetovni literaturi opisujejo krajši čas trajanja porodov pri mladostnicah. Prav tako je manj operativnih porodov, tako carskih rezov (Clark, Westney in Lawyer, 1987) kot vakuumskih ekstrakcij in epiziotomij ter poškodb mehke porodne poti (Krahemann in Bruchwiler, 1981).

2.4. Športna dejavnost

2.4.1. Pomen športne dejavnosti

Aktivni življenjski slog pomeni za približno 50 odstotkov manjše možnosti za obolevnost in umrljivost za boleznimi srca in žilja in pomembno pripomore k splošni kakovosti življenja. Pomembno se je zavedati, da predstavlja varovalni dejavnik za zdravje le redna telesna dejavnost. Izkazalo se je, da redno gibanje varuje zdravje ljudi v vseh starostnih skupinah (SZO, 1998).

Med dejavniki tveganja za pojav nezadostne športne dejavnosti lahko daleč na prvo mesto uvrstimo družbene dejavnike. Današnje generacije prebivalstva v razvitejših državah živijo namreč v zelo industrializirani družbi, kjer se zaradi uporabe vrhunskih tehnologij telesna dejavnost vse bolj zmanjšuje, ponekod pa dobesedno izginja (Mišigoj- Duraković, 2003). Delež prebivalstva, ki svoje delo opravljajo sede, še nikoli ni bil tako velik, svoje pa doda tudi sedeče preživljanje prostega časa, predvsem za televizijskimi sprejemniki ali računalniškimi ekrani (WHO, 2003).

2.4.2. Ugotavljanje in spremljanje športne dejavnosti

Za ugotavljanje in spremljanje športne dejavnosti med prebivalstvom obstajajo različni vprašalniki, različni dnevniki, v katere se določeno časovno obdobje vpisujejo opazovane aktivnosti in tudi različna merila o vrednotenju aktivnosti prebivalstva. Zaradi navedenih razlik v spremljanju in ocenjevanju športne dejavnosti po posameznih državah so tudi primerjave med temi podatki vprašljive in tvegane. V evropskem okviru je bilo z namenom poenotenja spremljanja športne aktivnosti opravljenih nekaj poskusov mednarodnih študij, ki pa še niso dale zelenih rezultatov in odločitev o poenotenem in primerljivem spremljanju športne aktivnosti prebivalstva. Dosedanje podobne študije pri nas so z ene strani obravnavale pogostnost športne aktivnosti, z druge strani pa delež ljudi, ki se ukvarjajo s posameznimi športi.

Po metodologiji ene od evropskih študij (COMPASS 1999) pomeni pogostnost le eno od treh komponent spremljanja športne aktivnosti in predstavlja količino. Ostali dve komponenti sta še kakovost aktivnosti (brez tekmovanj, tekmovanja lokalnega,

rekreativnega značaja, tekmovanja višjega ranga) in organiziranost (organizirana vadba, članstvo v klubih, neorganizirana vadba).

Ljudje se ukvarjajo s športom na različne načine in v različnih oblikah. Poleg same pogostnosti udejstvovanja pomeni tudi izbira določenih oblik in načinov dejavnosti določeno raven razvoja športne ponudbe, športne infrastrukture in športne zavesti. Neorganizirane oblike so tako za družbo kot za posameznika najenostavnejše in tudi najcenejše, zaradi tega pa pogosto tudi manj kakovostne. O organiziranih oblikah je govora, ko se vadeči vključi v določeno organizirano vadbo ob določeni uri na določenem športnem objektu po bolj ali manj določenem programu v določeni skupini ali tudi sam. Vadba, ki bi morala biti najbolj kakovostna in najbolj učinkovita, je seveda organizirana in vodena. To pomeni, da poteka pod strokovnim vodstvom, po izdelanem in ustreznem individualnem programu s primerno intenzivnostjo, varnostjo in ob upoštevanju drugih prvin športne vadbe, ki ima namen ohranjanja ali izboljšanja zdravstvenega stanja. Pri nas se ljudje bolj pogosto udeležujejo športno-rekreativno neorganizirano kot pa organizirano (Toš, 2001) ne glede na to, da je slednja kakovostnejša.

2.4.3. Vplivi športne dejavnosti v nosečnosti

Športna dejavnost ugodno vpliva na zdravje nosečnice in razvijajočega se plodu, hkrati je tudi priprava na porod. Raziskava (Pivarnik, 1998) je pokazala, da aerobna vadba ne vpliva na zmanjšano porodno težo otroka, razlika v teži novorojenčkov aktivnih in neaktivnih je bila v povprečju 100 gramov.

Nekatere študije so pokazale, da so ženske, ki so med nosečnostjo vadile, v drugem in tretjem trimesečju pridobile manj teže v primerjavi z ostalimi nosečnicami. Tudi otrokova teža pri rojstvu je bila za okoli 300 gramov manjša, predvsem na račun manjše količine podkožnega maščevja. Vendar pa je bil manjši prirastek teže pri materi in plodu v mejah normale (Wang in Apgar, 1998). Raziskave nosečnic (Dhinda, 1978; Levitsky, 1997; Nelson, 1983), ki so ostale redno športno dejavne v tretjem trimesečju, so pokazale, da so rodile do 400 gramov lažje otroke v primerjavi s kontrolno skupino. Nekateri avtorji (Artal, 1999; Brown, 2002) pa dokazujejo, da je porodna teža odvisna predvsem od gestacijske starosti ploda in končne pridobljene teže nosečnice.

Vadba pripomore k lažjemu premagovanju izbranih nosečniških težav, kot so zaprtje, utrujenost, jutranja slabost in bruhanje, pogostejše uriniranje, zaspanost in bolečine v spodnjem delu trebuha. Športna dejavnost po priporočilih izsledkov mnogih raziskav (Brown, 2002; Bung, 1999; Lochmuller in Friese, 2004) sprošča in ugodno vpliva na psihično počutje, krepi srce in ožilje, služi kot priprava mišic medeničnega dna na porod, pomaga pri vzdrževanju telesne teže ter preprečuje bolečine v križu in drugih sklepih. Trening mišic medeničnega dna poleg močnih in vzdržljivih mišic v času nosečnosti vpliva tudi na skrajšanje druge porodne dobe, saj se nosečnica dobro zaveda delovanja omenjenih mišic in jih zato lahko ob pravem času sprost. Tako lahko aktivno sodeluje pri porodu, kar vodi k hitrejšemu in lažjemu porodu (Gamberger idr., 2005).

Učinki redne športne dejavnosti v nosečnosti so: okrepi se celotno mišičje, zato ženske lažje prenašajo dodatne napore v nosečnosti in pri porodu; nosečnice se naučijo obvladovati mišice, to med porodom omogoča aktivirati le posamezne skupine mišic, kar je pomembno zaradi ekonomične porabe kisika; mišice postanejo prožnejše, kar omogoča, da si po porodu nosečnice hitreje povrnejo prejšnjo postavo; z vadbo se izboljša prekrvavljenost vsega telesa, kar preprečuje nastajanje krčnih žil, zlasti na nogah, otroku pa s tem dovajamo dovolj kisika, ki je potreben za njegovo dobro počutje in zdrav razvoj; celoten organizem se okrepi in pripravi za naloge med porodom, kar porod skrajša in ga olajša; izboljša se celotna fizična in psihična kondicija in s tem ohranja delovna sposobnost do visoke nosečnosti; ohranja občutek varnosti pri gibanju in s tem pospešuje veselje do gibanja; razvija pozitiven odnos do nosečnosti in s tem dobro duševno počutje, vedrost in dobro razpoloženje, ohranja duševno uravnovešenost in preprečuje depresije (Klun, 1992).

Ženske, ki so bile športno dejavne že pred nosečnostjo, lahko vadbo nadaljujejo tudi v nosečnosti, če ta poteka normalno. Mnoge raziskave so pokazale (Ohtake, Hall in Wolfe, 1988, Pivarnik, Ayres in Mauer, 1993; South-Paul, Ragopal in Tenholder, 1988; Wolfe, Preston in Burggraf, 1999), da je od zgodnjega drugega trimesečja naprej primerna zmerna do srednje intenzivna aerobna vadba, kjer srčni utrip ne preseže 140 udarcev na minuto, izvaja naj se trikrat do štirikrat na teden v trajanju 25-60 minut. S takšnim obsegom vadbe pride le do minimalne izgube aerobne moči in hkrati do manjšega pridobivanja telesne teže na račun sprotnega porabljanja maščob (Carpenter, Sady in Sady, 1990; Clapp in Capeless, 1991; Clapp in Little, 1995). Nosečnice naj se med vadbo ne zadihajo preveč sploh pa naj se ne

izčrpavajo. Med nosečnostjo naj se ne lotevajo novih športnih dejavnosti, izogibajo naj se športom, kjer obstaja možnost poškodb z rekviziti ali padcev (Brown, 2002). Nosečnice naj se predvsem v prvem trimesečju izogibajo vadbi v prevročem in vlažnem okolju, sicer pa po številnih raziskavah (Clapp, 1991; Clapp, Wesley in Seemaker, 1987; Cohen, Prior in Vigna, 1989; Jones, Anderson in Botti, 1985) termoregulacija in vpliv le te na plod ob zadostnem vnosu tekočine pred, med in po aktivnosti (McArdle, Katch, in Katch, 1991) ter primernih športnih oblačilih ni problematična. Tukaj so v prednosti boljše trenirane ženske, ki se začnejo hitreje in intenzivneje potiti, torej imajo boljšo termoregulacijo (McArdle idr., 1991; Mc Murray, Mottola in Wolfe, 1993).

Bodoče mamice, ki pred nosečnostjo niso bile aktivne, naj se pred pričetkom vadbe posvetujejo z ginekologom in z vadbo ne začnejo pred 13. tednom nosečnosti. Plodov srčni utrip je pokazatelj njegovega dobrega počutja. Raziskave so pokazale (Carpenter, Sady, in Hoegsberg, 1988; Van Doorn, Lotgering in Struijk, 1992), da lahko ob dolgo trajajočem visoko intenzivnem naporu plodov srčni utrip naraste, pogosteje se to pojavi pri manj treniranih nosečnicah v pozni nosečnosti. Ob prvih znakih neugodja je treba športno dejavnost prekiniti. Kljub številnim pozitivnim učinkom športne dejavnosti pa v določenih primerih ta ni primerna. To so: zvišan krvni tlak, plodova stiska, zastoj v rasti ploda, grozeč prezgodnji porod in predležča posteljica.

Za varno športno udejstvovanje je potrebno upoštevati nekatera navodila. Redna, vsaj trikrat tedenska dejavnost je koristnejša od neredne. Nosečnice naj se ne udeležujejo tekmovanj. Zahtevnejše športne dejavnosti se ne izvajajo v vročem, vlažnem vremenu ali pri povišani telesni temperaturi. Izogibati se je potrebno balističnim gimnastičnim vajam (guganje, suvanje,...). Podlaga za športno dejavnost naj bodo lesena ali oblazinjena tla, ki zmanjšajo sunke in zagotavljajo zanesljivo, nedersečo oporo stopalom. Izogibati se moramo tudi maksimalne fleksije in ekstenzije vseh sklepov, zaradi ohlapnega vezivnega tkiva. Zaradi nestabilnosti sklepov so odsvetovani tudi poskoki, tresenja in hitre spremembe smeri. Pred zahtevnejšim delom vadbe se je potrebno dobro ogreti (vsaj 5 minut počasne hoje ali kolesarjenja na sobnem kolesu). Po intenzivnejši aktivnosti se intenzivnost znižuje počasi. Ta del vadbene enote se zaključi z razteznimi vajami. Zaradi ohlapnosti vezivnega tkiva se odsvetuje maksimalno raztezanje. Srčni utrip se meri med najbolj intenzivnim delom vadbene

enote. Srčni utrip je potrebno vzdrževati v območju, za katerega smo se dogovorili s svojim ginekologom.

Iz ležečega v stoječi položaj so prehodi počasni. Vstajanju sledi nekaj vaj, ki vključujejo tudi mišice nog. Pred, med in po športni dejavnosti je potrebno skrbeti za zadostno preskrbo s tekočino, zaradi preventive pred dehidracijo. Nosečnice, ki pred zanositvijo niso bile športno dejavne, naj začnejo z nizko intenzivno športno dejavnostjo in intenzivnost postopno povečujejo. Športno dejavnost prekinemo ob pojavu nenavadnih simptomov ali po nasvetu ginekologa (Videmšek, 2002).

2.4.4. Vrste športne dejavnosti v nosečnosti

Priporočljive so aerobne aktivnosti kot so hoja, tek, aerobika, kolesarjenje na sobnem kolesu, pohodništvo in plavanje (Davies, Wolfe, Mottola in MacKinnon, 2003).

Hoja in tek

Tek je primeren za tiste nosečnice, ki so tekle že prej, lahko ga kombinirajo s hitro hojo. V visoki nosečnosti naj tek zamenjajo sprehodi. Nosečnice naj nikoli ne tečejo same, pa čeprav se odlično počutijo. Sprehod v naravi je ena najbolj sproščujočih in prijetnih oblik vadbe v naravi. Hoja je lahko hitra, primerna je tudi za tiste nosečnice, ki se prej niso ukvarjale s športom.

Plavanje

Med priporočljive vrste športne dejavnosti sodita tudi plavanje in vadba v vodi. Ker pri vadbi v vodi, ki sega do vratu, naša navidezna teža znaša le desetino resnične, lahko vadimo z veliko manj napora. Ker gre za razbremenilno dejavnost, skoraj ne more priti do poškodb, poleg tega pa takšna vadba zmanjša bolečine v mišicah in skeletu (Katz, 1996). Vadba je namenjena tako zdravim nosečnicam kot tudi tistim z blažjimi zdravstvenimi težavami od četrtega meseca nosečnosti naprej. Pri vadbi v vodi ne prihaja do dviga plodovega srčnega utripa (Katz, Berry in Mc Murray, 1988; Katz, Goodwin in Mc Murray, 1990) ugotovili so tudi nespremenjen metabolizem v primerjavi z vadbo v naravi (McMurray, Berry in Katz, 1988; Mc Murray, Berry in Katz, 1990) ter pozitiven učinek na lajšanje bolečin v križu (Kihlstrand, Stenman in Nilsson, 1999). Seveda pa morajo biti za vadbo nosečnic izpolnjeni

določeni pogoji, kot sta primerna temperatura vode v bazenu (28 do 32 °C) ter higienska neoporečnost vode.

Plavanje, pri katerem se za dihanje uporablja potapljaška maska oziroma dihalka, zbuja vprašanje o zadostni ventilaciji pljuč, saj dihalka predstavlja oviro za dihanje. Nedavna raziskava je pokazala, da pri zmernem naporu dihalka ne predstavlja ovire za dihanje, ampak omogoči celo neomejeno dihanje, kar plavalcu olajša premagovanje napora. V primerjavi z dihanjem na vsak drugi zavesljaj pri prosti tehniki se pljučna ventilacija pri isti frekvenci zavesljajev in hitrosti plavanja ne razlikuje od vrednosti, izmerjene pri plavanju z dihalko (Kapus in Ušaj, 2002).

Aerobika

Aerobika je ena najbolj priljubljenih športnih zvrsti za ženske. Ker je aktivnost zelo podobna teku, jo omejujejo isti dejavniki (možnost pregretja, poškodb vezi in sklepov, stres, ki ga občuti plod in ga nosečnica ne zazna). Zato je treba to aktivnost prilagoditi omejitvam nosečnice. Idealni so posebni programi za nosečnice, kjer strokovno usposobljen voditelj ustrezno prilagodi program. Če ti niso na voljo, naj nosečnica sodeluje pri nizko intenzivni skupini, vaje prilagodi sebi (ne izvaja jih leže na hrbtu, se izogiba poskokom, maksimalnemu raztezanju...) in upošteva splošne nasvete za športno dejavnost v nosečnosti. Z nosečnostjo mora nujno seznaniti tudi voditelja, ki jo bo med vadbo natančneje opazoval.

Joga

Nosečnost in porod sta obdobje v življenju, ko nam je lahko poznavanje lastnega telesa, zmožnost umiritve in koncentracije v veliko pomoč. Tako telesna kot duševna pripravljenost nosečnice sta znana dejavnika, ki pomembno vplivata na porodno izkušnjo, žensko samopodobo, a tudi na varen porod in zdravega novorojenčka. Redno izvajanje sproščanja, asan ter posvečanja sebi in še nerojenemu otroku ima pozitivne učinke, saj poleg naštetih dobrih lastnosti izkorišča hormonske spremembe v telesu, ki mehčajo vezi in tako telo pripravljajo na prehod otroka skozi porodni kanal. Seveda nosečnost zahteva večjo previdnost, zato je pomembno biti seznanjen z vajami, ki jih zdrava nosečnica lahko izvaja popolnoma varno. Vadba joge med nosečnostjo naj bi pozitivno vplivala na težo dojenčka, zmanjšala verjetnost, da bo otrok rojen prezgodaj ali da bo med porodom prišlo do drugih

zapletov, poročajo indijski znanstveniki. Redna, varna vadba joge omogoča lepše in predvsem lažje doživljanje nosečnosti in samega poroda.

Pilates

Veliko vaj pilatesa je posebno koristnih za bodoče mame, saj z njihovo pomočjo ohranjajo pravilno držo, omilijo bolečine, ki se pojavijo z nosečnostjo, predvsem pa se s pomočjo pilatesa bolj zavejo svojega spreminjajočega se telesa. Ta zvrst telesne aktivnosti omogoča nosečnicam varno in učinkovito vadbo skozi ves čas nosečnosti. Pilates za nosečnice izhaja iz klasičnih vaj pilatesa, gibanje pa je prilagojeno potrebam posameznega obdobja nosečnosti. Poudarjene so vaje, ki preprečujejo spremembe v drži, vaje za krepitev mišic in vaje, ki ohranjajo kondicijo, potrebno za porod (King in Green, 2002; Selby, 2002).

Nosečnici se najbolj spremeni drža telesa, kar je posledica rasti otroka. Prav drža pa lahko povzroča neudobje in poruši ravnovesje telesa. Nepravilna drža povzroči bolečine, pomanjkanje energije, zasoplost in mišično napetost. Z vadbo pilatesa lahko odpravimo vse te simptome, hkrati pa se z njim pripravljamo na porod. Veliko nosečnic trpi zaradi bolečin v križu kar otežuje počitek in spanje. Takim težavam se je možno izogniti s krepilnimi vajami, ki izboljšajo držo, z vajami za ravnotežje ter učenjem pravilnega izvajanja vsakodnevnih opravil, kot so usedanje, vstajanje, nošenje, dviganje. Če noseče ženske ohranijo pravilno držo, s tem povečajo nivo energije, odpravijo stres, razbremenijo sklepe in mišice, s čimer si omogočijo tudi dober spanec.

Pilates je vadba za telo in um. Od drugih treningov se razlikuje v aktiviranju globokih mišic, ki jih le redko uporabljamo, kar omogoči razvoj moči iz znotraj navzven. Posledica tega je stabilnost trupa in ohranjanje ravnotežnega položaja. Pilates razvija ravnotežje, enakomerno razporedi težo po sklepih, ohranja pravilno držo ter okrepi mišice trebuha in hrbta. Vadba pilatesa žensko idealno pripravi na porod, prav tako pa omogoča hitro okrevanje po porodu (King in Green, 2002; Selby, 2002).

Golf

Golf je športna dejavnost, ki je za ženske v nosečnosti zelo primerna. Zanje je koristna predvsem hoja po igrišču, z napredovanjem nosečnosti pa je treba nekoliko prilagoditi udarec.

Tenis, badminton in squash

Pri tenisu, badmintonu in squashu so potrebni hitri odzivi, prisotne so nenadne spremembe smeri gibanja in kratki sprinti. Če nosečnica teh športnih panog ne obvlada zelo dobro, naj z njimi v nosečnosti nadaljuje z veliko mero previdnosti in rezerve. Z naraščanjem nosečnosti običajno ženske tudi same začitijo, da zahtevnosti teh športov niso več kos. Pri badmintonu in squashu naj bo pozorna tudi na problem pregretja, ker je prostor zaprt in slabo prezračevan. Enako velja za tenis v vročem in vlažnem vremenu.

Terapevtska masaža

Terapevtska masaža pripomore k razvijanju čutnega zavedanja in se vse pogosteje vključuje v zdravstveno oskrbo nosečnic, porodnic in novorojenčkov. Fiziološke spremembe, ki jih povzroča, pripomorejo k izboljšanju zdravja in počutja matere in otroka. Dotik je izjemnega pomena za telesno in duševno počutje matere, ki se privaja na novo stanje. Pomembno je, da je masaža sestavljena iz rahlih masažnih gibov, ki morajo biti usmerjeni in pravilno izvedeni. Izvajanje globokega pritiskanja ni priporočljivo, ker se telo med nosečnostjo spreminja in s tem vedno bolj odziva na masažo, zato globljega pritiskanja niti ne potrebuje (Fritz, 2000; Stillerman, 1992).

2.4.5. Športne zvrsti, kjer so potrebne posebne prilagoditve

Vsem tistim najbolj množičnim in dostopnim rekreativnim zimskim športom je skupno to, da potekajo v hladnejšem okolju in da se v glavnem vse aktivnosti izvajajo na podlagi, ki nudi manjši oprijem in je bolj ali manj spolzka. Problem, s katerim se pri tem sreča noseča ženska, je predvsem v pozni nosečnosti spremenjeno težišče telesa. Slabše ravnotežje povečuje možnost padcev in poškodb. Drugi pomemben dejavnik je mraz, pred katerim mora nosečnica zaščititi sebe in plod. Zimski športi se velikokrat izvajajo na območjih z visoko nadmorsko višino (nad 1800 metrov), kjer je že zaznati vplive zmanjšanega zračnega tlaka, zaradi česar je v zraku manj kisika. To pa pomembno vpliva na telo nosečnice in s tem tudi na preskrbo ploda s kisikom.

Alpsko smučanje

Najbolj tipične nevarnosti, ki prežijo na žensko in njenega še nerojenega otroka pri smučanju med nosečnostjo, so podhladitev, hipoksija ploda ter padci in udarci v predel trebuha. Eden od glavnih problemov smučanja nosečnic, če odmislimo nizke temperature, je spremenjena oblika telesa, ki se kaže v naprej nagnjenem težišču telesa. Ravno sposobnost obvladovanja lastnega telesa pa je prvi pogoj za varno smučanje in izogibanje nesrečam, kot so padci in naleti (Videmšek, 2000). Nosečnica se mora pri zimskih aktivnostih dobro zaščititi pred mrazom po načelu večslojne obleke, velja pa tudi pravilo, da ne sme biti predolgo neaktivna in se po končanem smučanju umakne na toplo. V študiji respiratornega in srčno-žilnega sistema so ugotovili, da se pri nosečih ženskah na višini 2500 metrov pri nizko intenzivni vadbi (3 minute na sobnem kolesu) frekvenca srca plodu ni pomembno zvišala, čeprav so se pri nosečnicah zvišale vrednosti srčnega utripa (za 20 udarcev na minuto), sistoličnega in diastoličnega krvnega pritiska (za 35 oziroma 31 milimetrov živega srebra) ter dihanja (za 4 vdihe na minuto) (Jarsky in Trippet, 1990).

Zdrava nosečnica ob normalnem poteku nosečnosti sme smučati tudi v drugem trimesečju in morda še nekoliko dlje, če obvlada smučanje in svoje spremenjeno telo, če smuča po poteptanem, utrjenem in ne prestrmem terenu na nadmorski višini pod 2500 metrov, če niso temperature pod -15°C in je vidljivost dobra, ob upoštevanju zaščite pred mrazom, zadostne hidracije in splošnih načel športne vadbe. Celo ameriško združenje porodničarjev in ginekologov (ACOG – American college of obstetricians and gynecologists, 2002) v svojih priporočilih ne odsvetuje smučanja na »varnih pobočjih«.

Tek na smučeh

Pri teku na smučeh lahko ženska v vsakem trenutku kontrolira hitrost in intenzivnost vadbe, ki seveda ne sme biti visoko intenzivna. Držati se mora urejenih, ravnih in poznanih poti in teči počasi. Pri sami tehniki mora biti pozorna predvsem na spremembo težišča telesa v pozni nosečnosti in s tem povezane spremembe v obvladovanju ravnotežja, ki je pri teku na smučeh pomembna sposobnost. V neki raziskavi je bilo ugotovljeno, da pri skupini finskih vrhunskih športnic, ki so se ukvarjale s tekom na smučeh, vztrajnostni trening ni imel nobenih škodljivih vplivov na nosečnost in porod (Arena in Mafulli, 2001).

Drsanje

Drsanje v primerjavi s smučanjem zahteva od vadečega boljše sposobnost ravnotežja, saj ima na nogah namesto dolgih smučí le kratke drsalke, kar v ospredje postavlja sposobnost ravnotežja naprej – nazaj in ne levo – desno, kot pri smučanju. Ker se v poznejši nosečnosti pojavi sprememba težišča telesa ravno v smeri naprej, to poruši dosedanje tehniko drsanja in lahko privede do padca. Nevarnost z vidika ravnotežja je torej bolj izrazita, kot pri smučanju in teku na smučeh. Tehnika je precej podobna rolanju, le da se ta šport izvaja večinoma poleti, kjer mora nosečnica upoštevati nevarnost pregretja in piti zadostne količine tekočine.

Gorništvo

V nosečnosti so v gorah problemi predvsem z višino in s tem z manjšo količino kisika v zraku. Ženska je v nosečnosti bolj izpostavljena višinski bolezni, kar pomeni še večjo nevarnost zanjo in za plod. Zmanjšana pljučna funkcija v nosečnosti lahko na višini vpliva na slabšo oksigenacijo krvi. Zasičenost krvi s kisikom je dovolj dobra do višine 3000 – 3500 metrov, nad to višino pa se krivulja zasičenosti krvi s kisikom drastično zniža (Burnik, in Travnik 1998). Dobro aklimatizirana oseba ima na višini 4200 metrov parcialni tlak kisika 55 mm Hg, taka vrednost pa je tudi na nizki nadmorski višini za nosečnico alarmantna in bi v bolnišnici pomenila takojšnjo priključitev na kisik. Navzlic temu, da ima plod dobro razvite kompenzatorne mehanizme, ki preprečujejo pomanjkanje kisika, pa naj se noseča ženska vseeno ne podaja v gore, visoke nad 4000 metrov. Še dodatno moramo z vidika varnosti poskrbeti za zadostno oporo v predelu gležnja, saj zaradi zmehčanih ligamentov v nosečnosti obstaja večja verjetnost zvinov gležnja in podobnih poškodb. Zato naj se nosečnica podaja v hribe v brezhibli planinski obutvi.

Kolesarjenje v naravi

Cestno ali gorsko kolesarjenje predstavljata tako nevarnost padca, kakor tudi trka zaradi kakršnekoli prometne nesreče. Naslednjo nevarnost predstavljajo škodljivi vplivi onesnaženega zraka na cesti, ne smemo pa izvzeti tudi manjše hitrosti reakcij nosečnice, kar pomeni manj sigurno vožnjo ob izogibanju nepričakovanim oviram. Za varno vožnjo s kolesom se mora nosečnica držati naslednjih navodil: izogiba naj se prometnih cest, izogniti se mora prevelikim klancem, podlaga mora biti ali asfaltna, ali dovolj gladka in brez lukenj,

da tresljaji niso premočni, kar še posebej velja v poznejši nosečnosti. Položaj na kolesu mora biti bolj pokončen, da teža trebuha ne obremenjuje spodnjega dela hrbta. Intenzivnost vadbe mora ves čas ostati nizka in na aerobni ravni, priporočljivo je uporabiti merilec srčnega utripa in ne preseči 140 udarcev na minuto. Poskrbeti je potrebno za primerno hidracijo.

Potapljanje

Nekatere ženske se v zgodnji nosečnosti potaplajo, nevede da so sploh noseče. Razloga za preplah v prvih dveh tednih ni. Takoj po spočetju potuje oplojena jajčna celica skozi jajcevod v maternico in se ugnezdi v sluznico maternice. V tem obdobju dobiva hrano in preostale snovi direktno iz okolice kar s pomočjo difuzije. Tudi 7 do 10 dni po ugnezditvi v steno maternice zarodek dobiva vse potrebno za rast in razvoj na ta način. Ker zarodek v tem obdobju še ni direktno povezan z materinim krvnim obtokom, torej ni nevarnosti, da bi mehurčki dušika prehajali vanj. Ta pojav je namreč glavna skrb pri potapljanju nosečnic. Od tega obdobja naprej se možnosti za nastanek poškodb zarodka oziroma plodu zaradi potapljanja povečajo. Po približno dveh tednih nosečnosti se namreč vzpostavi placentarni krvni obtok med materjo in razvijajočim se zarodkom. To pomeni, da plod vse snovi, vključno s kisikom od sedaj dobiva direktno preko materine krvi skozi posteljico. Zaradi tega se odpre vrsta problemov, ki bi utegnili ogroziti plod pri potapljanju.

Zaradi povečanega odpora dihalnih poti (hormon progesteron oži dihalne poti) in zmanjšane površine pljuč nosečnice le-te pri večjih naporih, ki nastopijo ob težavnih pogojih ali močnega toka, ne uspejo oksigenizirati vse krvi, kar pomeni, da plod lahko dobi premalo kisika. Poleg tega lahko pride do pomanjkanja kisika tudi zaradi utapljanja, aspiracije vode, potapljanja na dah (z zadrževanjem dihanja) in različnih stresnih situacij. Te vodijo v začasno povečano količino kateholaminov (predvsem adrenalina) v krvi in s tem manjši pretok krvi skozi maternico. Pomanjkanje kisika pa lahko privede do spontanega splava ali prirojenih anomalij (Pori, 2000).

Potapljaški regulator dovaja potapljaču zrak s takšnimi parcialnimi tlaki plinov, kot je tlak v okolici. Z naraščanjem globine potopa narašča tudi parcialni tlak kisika, ki ga diha nosečnica. V primerjavi s tlakom kisika na gladini (0.21 bar), je tlak na 10. metrih globine enkrat večji (0.42 bar). Pri določenih mešanicah plinov, ki se uporabljajo v rekreativnem potapljanju, je tlak kisika še veliko višji (Horvat, 2004). Nevarnost za plod pomeni predvsem višek kisika, ki

se raztopi v krvno plazmo in škodljivo vliva na razvijajoči se zarodek oziroma plod, pomeni pa lahko prirojene razvojne okvare, prezgodnje rojstvo ali celo odmrtnje ploda (Pori in Potočnik, 2001). Po različnih eksperimentih je v nosečnosti nevaren tlak nad 0,5 bar (Horvat, 2004), zato so potopi do 10 metrov s primerno mešanico plinov manj tvegani za razvoj hiperoksije.

Plod je še bolj kakor nosečnica izpostavljen dekompresijski bolezni, saj pri njem zaradi posebnega krvnega obtoka del krvi lahko večkrat obkroži telo, preden v posteljici odda presežek inertnega plina. Zato obstaja tudi možnost, da za dekompresijsko boleznijo zbolijo samo plod, mati pa ne in se šele po porodu pokažejo znaki prebolele dekompresijske bolezni pri plodu. Kljub temu pa obstaja pri plodu nekaj mehanizmov, ki uspejo dobro preprečevati razvoj dekompresijske bolezni. To je predvsem fiziologija posteljice, dobro prekrvavljena plodova tkiva, ki se hitro zasitijo in v fazi dekompresije tudi hitro oddajo inertni plin, sama zgradba plodove krvi, velika poraba kisika zaradi intenzivnega metabolizma (Pori in Potočnik, 2001). V obdobju nosečnosti naj se do varne globine potapljujejo le tiste ženske, ki imajo za seboj že mnogo uspešnih potopov in dovolj veliko mero znanja in izkušenosti za varno potapljanje tudi med nosečnostjo.

Jadranje na deski, smučanje na vodi in skoki v vodo

Čeprav je zarodek v prvih tednih po spočetju še relativno dobro zaščiten pred udarci, je kasneje, sploh pa v zadnjem trimesečju, vedno bolj ranljiv in zato se mora takrat nosečnica izogibati takšnim dejavnostim, kjer obstaja nevarnost za udarec v predel trebuha, med te pa štejemo tudi omenjene športe. V različni literaturi je omenjenih kar nekaj primerov poškodb porodnega kanala ob padcu pri smučanju na vodi.

Moštvene igre z žogo

Tudi na rekreativnem nivoju ni moč preprečiti morebitnega udarca, ki bi bil v nosečnosti lahko vzrok za splav, rupturo posteljice ali ostale zaplete. Govorimo o nenamernih udarcih pri borbi za žogo s komolci, pestmi, nogami, skratka z vsemi deli telesa, ne smemo pa pozabiti niti na silo žoge, ki nosečnico lahko zadane v trebuh. Če torej končna oblika teh športov ni primerna za nosečnico, pa so določeni tehnični elementi teh iger varni, primerni in dovolj privlačni, da z njimi nadomesti potrebo po igri.

Borilni športi

Za nosečnico so primerne samo nekatere veščine in nikakor ne telesna borba, ki je glavni element borilnih športov. Če ženska želi nadaljevati z izbranim borilnim športom tudi med nosečnostjo, se mora izogniti vsakemu telesnemu kontaktu ali nevarnosti kontakta s partnerjem. Iz navedenega sledi, da vse borbe v nosečnosti odpadejo. Pri brcih v raznih oblikah boksa in pri taekwondo-ju je po drugem trimesečju potrebno paziti na spremembo v ravnotežju, da ne pride do padca, saj so to športi, ki zahtevajo zelo dobro sposobnost ravnotežja. Nosečnica naj se izogiba vsem oblikam skokov, pri katerih obe nogi zapustita podlago. Zaradi razrahljanih sklepov je potrebno paziti, da ne prihaja do prevelikih iztegnitev kolen, kolkov, komolcev in ramen, sploh v drugem in tretjem trimesečju. Vadba tehnike udarcev se večinoma izvaja sunkovito in z vso močjo, nosečnica pa naj, sploh v kasnejšem obdobju, tehniko izvaja v počasnejšem ritmu in naj se ne osredotoča na hitrost in moč, pač pa na pravilno tehniko.

Jahanje

O ježi na konjskem hrbtu lahko nosečnica premišljuje samo, če nosečnost poteka normalno brez zapletov. Če meni, da je tega sposobna in sprejme tveganje ter omili dejavnike, ki bi lahko pomenili premočne tresljaje ali padec (konja ali nosečnice), lahko uživa v ježi do sredine drugega trimesečja. Po tem obdobju bi premočni tresljaji zaradi prevelikega pritiska na maternični vrat lahko sprožili prezgoden porod. Jezdi naj le na konju, ki ga pozna in mu popolnoma zaupa pri čemer ga je sposobna ohranjati v hoji oziroma počasnem kasu.

Fitnes

Ženska naj se med nosečnostjo, tudi če se je prej redno ukvarjala s tovrstno vadbo, izogiba maksimalnih bremen in naj pri vadbi raje uporablja lažja bremena. Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja (Uradni list Republike Slovenije, 2000) nosečnicam na delovnem mestu prepoveduje dvigovanje bremen, težjih od 5 kilogramov, vendar trenirana ženska tudi v času nosečnosti pri nekaterih vajah lahko uporabi tudi težja bremena. Slediti je treba občutku in telesni kondiciji. Znano je, da kratkotrajna submaksimalna vadba pri nosečnici in plodu ne povzroči negativnih odzivov.

Vadba, ki uporablja manjša bremena, ali na splošno bolj razširjena pod imenom fitnes, je v svetu med nosečnicami zelo razširjena. To je vadba na posebnih napravah, trenažerjih, ki obremenijo točno določeno skupino mišic ali celo posamezno mišico, obenem pa omogočajo zelo natančno določitev intenzivnosti vadbe. To določamo s pomočjo spreminjanja števila ponovitev, števila serij, trajanja in števila odmorov ter teže bremena. Manjša bremena z večjim številom ponovitev pomenijo aerobno vadbo, ki je primerna za nosečnice. V novejših raziskavah so ugotovili, da ženskam v nosečnosti upade moč zgornjih in spodnjih okončin (Treuth, Butte in Puyau, 2005). To je potrebno upoštevati pri izbiri teže bremena, ki naj bo zato manjša kot sicer.

Rekreativnih športov, ki bi za nosečo žensko lahko bili rizični, je v zadnjem času vedno več. Različni adrenalinski športi nudijo obilo zabave, vendar je potrebno dobro premisliti ali se lahko z enim od njih ukvarja nosečnica. V prvi fazi je potrebno dobro poznati športno panogo in vse njene karakteristike. Potem se je potrebno posvetovati z zdravnikom in šele nato začeti razmišljati o načinu prilagoditve določenega rizičnega športa. Ženska sama najbolje pozna svoje telo, zato naj se po posvetu z zdravnikom in ob zavedanju posledic sama odloči za ukvarjanje z določenim športom. Ob tem naj upošteva vsa zgoraj napisana priporočila in upošteva opozorilna znamenja za prenehanje športne aktivnosti: bolečina, slabost, kratka sapa, omedlevica, vse vrste krčev, nenadna umiritev gibanja otroka, razbijanje srca in krvavitev. Ekstremni športi se zaradi možnosti padca in poškodb med nosečnostjo odsvetujejo (Lochmuller, 1996). Nosečnice naj se izogibajo vadbi s poskoki in pretiranemu obremenjevanju trebušnih mišic.

2.4.6. Motivi za športno udejstvovanje v nosečnosti

Za način življenja v današnji sodobni družbi velja, da so številne posameznikove potrebe in motivi v veliki meri pogojeni z možnostmi zadovoljevanja le teh v prostem času. Prosti čas je kot množični pojav produkt industrijske družbe, za katero je značilno ločevanje med delovnim in bivalnim okoljem, med produkcijo, reprodukcijo in potrošnjo. Od konca devetnajstega stoletja do danes ugotavljamo skrajševanje delovnega časa in povečanja števila dni, namenjenih počitku in rekreaciji. Z uveljavljanjem novih tehnologij, s povečanim znanjem ljudi in s spremenjenim vrednotenjem posameznih področij življenja je prišlo do kakovostnih sprememb, ki so dale možnosti individualizaciji načinov življenja in potrošnji. Tako so postale meje prostega časa relativne in v mnogih primerih subjektivno določljive.

Prosti čas je povezan s problemi delitve dela ter s prevladujočimi družbenimi in osebnimi vrednotami. Čim boljši je socialnoekonomski položaj, tem večja je možnost izbire. Kljub temu pa način prostega časa ni povezan le z ekonomskimi in socialnimi viri, ampak tudi z duševnimi in duhovnimi sposobnostmi posameznika, da prekine rutino vsakdanjega življenja, da si vzame čas zase, da prisluhne sebi in okolju, v katerem živi (Černigoj-Sadar, 1996).

Kateri pa so tisti motivi, ki so ključni za ukvarjanje s športno dejavnostjo, tako pred kot v času nosečnosti. Ko govorimo o motivacijskih tokovih, mislimo na tiste, v katerih posameznica, ne glede na to, ali se jih zaveda ali ne, jih teoretično pozna ali ne, vidi življenjsko korist. Od stopnje uspešnosti njihovega delovanja je odvisna stopnja njene prilagojenosti na življenjske okoliščine. Motive lahko opredelimo kot spremenljive dele motivacijske strukture, ki neposredno izzivajo človekovo dejavnost in jo usmerjajo k določenemu cilju. So razmeroma trajne strukture kognitivno-konativnega prostora, ki se začne oblikovati že v zgodnjem otroštvu. Prevlada enega ali več motivov nad drugim(i) je posledica različnih življenjskih situacij in posamičnih izkušenj (Černohorski, 2001).

Znani so različni načini ugotavljanja motivov od katerih so lahko eni precej zapleteni (potekajo na osnovi ugotavljanja latentnega prostora), drugi pa zelo enostavni. V našem primeru smo uporabili zelo enostavnega. Iz podobnih študij v preteklosti smo poiskali nekaj najpogostnejših in za potrebe študije zanimivih odgovorov oziroma razlogov in jih ponudili anketirankam. V eni od pomembnejših študij na temo motivov športnega udejstvovanja v Sloveniji na reprezentativnem vzorcu odraslih so se izluščili naslednji glavni motivi za aktivnost: dobro zdravje in počutje, dobre telesne in delovne sposobnosti, zabava, razvedrilo, sprostitev, užitek v gibanju, tekmovanje, rivalstvo, telesni napor, športni videz in življenjski stil prijateljev (Završnik, Pišot, Zorc in Žerjal, 2004).

Pred samim osredotočenjem na vsebinski okvir storilnostne motivacije je potrebno osvetliti pojem, zaradi katerega se posredno ali neposredno motiviramo. V ozadju vsake motivacije je vedno cilj. Preprosto bi cilj lahko opredelili kot nekaj, k čemur posameznik teži. Kljub temu, da cilji vplivajo na dejavnost, pa ne obstaja brezpogojna povezava med ciljem in vedenjem. Pri stremljenju k cilju posameznik lahko naredi napako, lahko mu primanjkuje sposobnosti, ali pa se od cilja zavedno ali nezavedno oddalji. Najpogostejša je delitev na pozitivne in negativne motivacijske cilje. Pozitivni cilji so lahko nagrade, pohvale. Negativnim ciljem včasih rečemo tudi kazni in se pojavijo v obliki graje. Ni težko sklepati, da gre pri pozitivnih

ciljih za usmeritev k cilju, pri negativnih pa za izogibanje, oz. odstranitev. Športnika vedno motivira neka notranja ali zunanja potreba, kar povzroči stanje napetosti. Napetost sproži izbor cilja, ki ga športnik želi doseči (Černohorski, 2001).

Cilji vadbe, ki si jih nosečnica postavlja, se razlikujejo od njenih prejšnjih ciljev. Bolj kot za oblikovanje mišic in povečevanje moči gre za to, da vzdržuje pridobljene sposobnosti in se bolj osredotoči na izvedbo gibanja. V nosečnosti delamo sproščeno, z manjšo intenzivnostjo. Med pomembnejšimi cilji vadbe je vsekakor dobro počutje in pozitiven vpliv na posamezničino in otrokovo zdravje.

2.5. Prehrana v nosečnosti

Poleg gibalnih izkušenj pa se človek že od malega uči in pridobiva tudi prehranske navade. S prehranskimi navadami so se ukvarjali že mnogi raziskovalci, saj predstavljajo pomemben člen zdravega načina življenja. Prehranske navade se pri človeku oblikujejo že v zgodnjem otroštvu (Barasi, 2003; Fogelholm, 2002; Knai in Robertson, 2002; Videmšek, Karpljuk in Štihec, 2004). Nanje vplivajo prehranske navade v družini (število obrokov, izbira živil, vegetarijanstvo...). Zdrav način življenja in uravnotežena prehrana sta pomembna že v obdobju pred nosečnostjo. Telo naj nosečnost pričaka pripravljeno, napolnjeno z zalogami hranil. Posebej pomembna je folna kislina, saj omogoča pravilen razvoj živčevja pri zarodku. Poleg uživanja živil, ki so bogata s folno kislino, je v obdobju od načrtovanja nosečnosti do 12. tedna nosečnosti, priporočljiv dnevni dodatek v obliki tablet po 0,4 mg folne kisline.

2.5.1. Posebnosti prehrane v nosečnosti

Med nosečnostjo poteka pospešen prenos hranil iz telesa nosečnice k plodu, ki ima prednost pri oskrbi z vsemi potrebnimi hranili. Za nosečnico je zato izredno pomembno, da svojo prehrano prilagodi povečani potrebi po hranilih. Že dolgo velja, da nosečnica ne potrebuje dvojne količine živil, temveč naj ji bo vodilo pri prehrani izbira kakovostnih živil. Po priporočilih izsledkov raziskav (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993; Institute of Medicine, 1990) je izbira kakovostnih živil pomemben dejavnik, ki vpliva na počutje nosečnice, pridobljeno težo nosečnice in porodno težo novorojenčka. Priporočeni so manjši obroki hrane, ki naj bodo enakomerno porazdeljeni čez cel dan. Pet do šest obrokov na dan zagotavlja enakomerno oskrbo s hranili, hkrati se nosečnice tako izognejo pretiranemu občutku sitosti. Vsak dan naj zaužijejo polnovreden zajtrk, kosilo in večerjo ter dva do tri vmesne obroke. V prvih treh mesecih nosečnosti so potrebe po energiji praktično nespremenjene, saj telo najprej porabi lastne rezerve. V naslednjih mesecih se potrebe povečajo v povprečju za 200 do 300 kcal na dan in sicer za rast in vzdrževanje ploda, posteljice in materničnega tkiva (Hyttén, 1971; King, 2000). Pri športno dejavnih nosečnicah je energijska poraba povečana glede na vrsto, intenzivnost in trajanje dejavnosti (Institute of Medicine, 1990).

2.5.2. Energijski vnos živil

Tabela 02: Energijski vnos živil

HRANILA	ENOTA	ODRASLE ŽENSKE	NOSEČNICE	DOJEČE MATERE
Beljakovine	g/dan	47	58 (od 4. meseca)	63
Maščobe	odstotkov energije	30	30-35 (od 4. meseca)	30-35
Esencialne maščobne kisline	n-6 MK	2,5	2,5	2,5
	n-3 MK	0,5	0,5	0,5
Vitamin A (retinol)	mg/dan	0,8	1,1 (od 4. meseca)	1,5
Vitamin D (kalciferoli)	µg/dan	5	5	5
Vitamin E (tokoferoli)	mg/dan	12	13	17
Vitamin K	µg/dan	60	60	60
Tiamin (vitamin B1)	mg/dan	1	1,2 (od 4. meseca)	1,4
Riboflavin (vitamin B2)	mg/dan	1,2	1,5 (od 4. meseca)	1,6
Niacin	mg/dan	13	15 (od 4. meseca)	17
Vitamin B6 (piridoksin)	mg/dan	1,2	1,9 (od 4. meseca)	1,9
Folna kislina (folat)	µg/dan	400	600	600
Pantotenska kislina	mg/dan	6	6	6
Biotin	µg/dan	30-60	30-60	30-60
Vitamin B12	µg/dan	3	4	4,5
Vitamin C	mg/dan	100	110 (od 4. meseca)	150
Vnos vode	ml/dan	2700	2700	3100
Natrij	mg/dan	550	620	690
Klorid	mg/dan	830	830	830
Kalij	mg/dan	2000	2000	2000
Kalcij	mg/dan	1000	1000	1000
Fosfor	mg/dan	700	800	900
Magnezij	mg/dan	300	310	390
Železo	mg/dan	15	30	20
Jod	µg/dan	150	200	200
Fluorid	mg/dan	3,1	3,1	3,1
Cink	mg/dan	7	10,0 (od 4. meseca)	11
Selen	µg/dan	30-70	30-70	30-70
Baker	mg/dan	1,0-1,5	1,0-1,5	1,0-1,5
Mangan	mg/dan	2,0-5,0	2,0-5,0	2,0-5,0
Krom	µg/dan	30-100	30-100	30-100
Molibden	µg/dan	50-100	50-100	50-100

Tabela prikazuje Referenčne vrednosti za vnos hranil (2004). To so orientacijske vrednosti za povprečen energijski vnos v odvisnosti od bazalnega metabolizma in od naraščajoče fizične aktivnosti. Prikazana je primerjava odraslih žensk z nosečnicami in doječimi materami.

2.5.2.1. Ogljikovi hidrati

Ogljikovi hidrati naj podobno kot pred nosečnostjo prispevajo 55 odstotkov dnevnega vnosa energije. Prevladujejo naj sestavljeni ogljikovi hidrati. Najdemo jih v polnozrnatih izdelkih, bogatih s prehranskimi vlakninami, ki preprečujejo oz. lajšajo zaprtost, ki pogosto spremlja nosečnost. Športno dejavne nosečnice naj bodo pozorne na vnos ogljikovih hidratov pred in po aktivnosti (Bessinger, McMurray in Hackney, 2002). Prehranske vlaknine vežejo v črevesju zelo veliko vode, zato je zelo pomembno, da nosečnica spiše na dan najmanj 2 l tekočine. Potreba po vodi je v nosečnosti povečana za 30 ml/dan (National Research Council, 1989).

2.5.2.2. Beljakovine

Beljakovine so sestavni deli celic, vezivnega tkiva, mišic, kosti in organov. V prvih treh mesecih potrebujejo nosečnice dodatnih 5 gramov beljakovin na dan, od 4. meseca dalje pa dodatnih 17 gramov (National Research Council, 1989). Polovico beljakovin naj bi dobile iz živil živalskega izvora, drugo polovico pa iz živil rastlinskega izvora.

2.5.2.3. Maščobe

Potrebe po maščobah se med nosečnostjo ne povečajo in prispevajo do 30 odstotkov dnevnega vnosa energije (76 g na dan). Izrednega pomena je ustrezna sestava maščob. Prevladujejo naj olja rastlinskega izvora. Oljčno olje vsebuje veliko enkrat nenasičenih maščobnih kislin, ki ugodno vplivajo na sestavo krvnih lipidov. Za namaze so najbolj primerne dietne margarine. V primerjavi z navadnimi margarinami vsebujejo manj škodljivih trans maščobnih kislin, hkrati pa v nasprotju z maslom ne vsebujejo holesterola. Dolgo verižne večkrat nenasičene maščobne kisline, znane tudi kot maščobne kisline omega 3, so zelo pomembne za razvoj dojenčka pred rojstvom in po njem, kot tudi za zdravje bodoče matere. Omenjene maščobne kisline so predvsem v morskih ribah. Ugodno vplivajo na sestavo plazemskih lipidov, znižujejo krvni tlak ter upočasnijo sintezo prostaglandinov in s

tem podaljšajo gestacijo. Za nosečnice je pomembno, da jedo morske ribe vsaj enkrat do dvakrat na teden, lahko pa tudi jajca omega 3.

V maščobah živalskega izvora je veliko nasičenih maščobnih kislin in holesterola. Pri izbiri mesa in mesnih izdelkov ter mleka in mlečnih izdelkov je potrebno izbrati izdelke z manj maščobami. Pomembno je, da ne spregledamo skritih maščob, ki so predvsem v ocvrtih živilih, salamah, klobasah, siri, smetani, majonezi in pecivu. Omenjena živila so primerna le občasno.

2.5.2.4. Vitamini in minerali

Folna kislina

Raziskave s področja prehranjevanja (Haymes in Clakson, 1998; Institute of Medicine, 1990; Manroe, 1999; Scholl, Hediger in Bendich, 1997) govorijo o povečani potrebi po nekaterih vitaminih in mineralih v nosečnosti. Folna kislina je pomembna za zdravje bodoče matere in otroka. Med drugim je potrebna za tvorbo in presnovo krvnih telesc ter njihovo pravilno delovanje. V prvih 28 dneh po oploditvi se pri zarodku začne zapirati nevralna cev. Zadosten vnos folne kisline za 50 do 70 odstotkov zmanjša tveganje, da se bo nevralna cev nepravilno zaprla. Potrebe po folni kislini so celo nosečnost povečane za 50 odstotkov. Glavni viri folne kisline v hrani so paradižnik, zelje, špinaca, kumarice, pomaranče, grozdje, polnozrnatih kruh, krompir, nekateri siri in jajca. Med živilih živalskega izvora so bogat vir folne kisline jetra, ki pa jih med nosečnostjo odsvetujemo zaradi prevelike vsebnosti vitamina A in težkih kovin. Folna kislina je zelo občutljiva za toploto, svetlobo in kisik. Med skladiščenjem in toplotno obdelavo se lahko v hrani izgubi celo do 50 odstotkov folne kisline.

Vitamin B6 in vitamin A

Zaradi povečanega vnosa beljakovin se za 60 odstotkov povečajo potrebe po vitaminu B6. Najdemo ga predvsem v polnozrnatih izdelkih, mleku, pivskem kvasu, morskih ribah in nekateri zelenjavi (Lewis, Yates in Driskell, 1988; Yates, Boylan in Driskell, 1988). Vitamin A je topen v maščobah. Čeprav se potrebe med nosečnostjo povečajo, lahko preveč vitamina A povzroči nepravilnosti v razvoju dojenčka. Previdnost je potrebna pri jemanju vitaminskih dodatkov ter uživanju jeter. V nasprotju z vitaminom A pa pri uživanju betakarotena, ki je

njegova predstopnja, ni nevarnosti, da bi se kopičil v telesu. Betakaroten se nahaja predvsem v rumeno-oranžni zelenjavi, zlasti v korenčku.

Kalcij in železo

Kalcij je potreben za razvoj kosti otroka. Če ga nosečnica ne zaužije dovolj, ga telo črpa iz njenih kosti, kar ima kasneje lahko za posledico osteoporozo. Od konca 3. meseca nosečnosti dalje se potrebe po kalciju povečajo za 20 odstotkov, s 1000 na 1200 mg na dan, zato je zelo pomembno uživanje mleka (0,5 l mleka vsebuje 600 mg kalcija) in mlečnih izdelkov. Med nosečnostjo se potrebe po železu podvojijo. Telo se na povečane potrebe prilagodi tako, da železo črpa iz zalog in ga učinkoviteje absorbira iz hrane. V nosečnosti se lahko koncentracija železa v krvi zmanjša, pomembno je, da ne pade pod kritično mejo. To lahko večinoma preprečimo z ustrežno prehrano, odsvetujejo pa jemanje železovih pripravkov brez priporočila zdravnika. Živila, bogata z železom so meso, ribe, jajčni rumenjaki, polnozrnat žita in stročnice. Železo se bolje absorbira iz živil živalskega izvora. Absorpcijo izboljša sočasno uživanje vitamina C. Nekatera živila in napitki, kot npr. špinača, rabarbara, soja, pravi čaj, kava in kokakola, pa absorpcijo zmanjšujejo (Manroe, 1999).

Vitamin c

Sadje in zelenjava vsebujeta veliko vitaminov (C, A, E, K, folna kislina) in prehranske vlaknine, katere urejajo prebavo. Vitamin C je pomemben pri rasti in razvoju ploda, hkrati pa izboljšuje absorpcijo železa. Vitamin C telesu pomaga zgraditi močno placento, varuje pred infekcijami in sodeluje pri presnovi železa. Najdemo ga v sveži zelenjavi in svežem sadju. Ker se v telesu ne nalaga, potrebuje nosečnica vsak dan določeno količino vitamina C. Priporočljivo je uživanje svežih živil, saj se s kuhanjem izgubi veliko vitaminov (Manroe, 1999).

Magnezij

Če se v nosečnosti pogosto pojavljajo krči, je lahko vzrok pomanjkanje magnezija. Magnezij varuje pred visokim krvnim tlakom in prezgodnjim materničnim krčenjem. Učinkuje proti tesnobi in nespečnosti. Vpliva na pravilen razvoj zarodkovega živčnega sistema in kosti. Dnevne potrebe zadovoljimo že s sedmimi mandlji ali dvema koščkoma jedilne čokolade.

Jod

Jod v obliki jodida je ključni element v sintezi ščitničnih hormonov. Zaradi povečanega izločanja joda s sečem se potrebe po jodu v nosečnosti povečajo. Za pokrivanje potreb ne zadostuje le uporaba jodirane soli, temveč je treba vsaj dvakrat na teden jesti tudi morske ribe (Gaberšček, Zaletel in Hojker, 2000).

Kalij

Učinkuje proti tipičnim nosečnostnim pojavom, kot sta otekanje in zastajanje vode v telesu. Dnevne potrebe po kaliju znašajo 1,5 g na dan. Veliko kalija je v svežem sadju in zelenjavi in sicer paradižniku, artičokah, špinači, krompirju in bananah.

2.5.3. Vegetarijanski način prehranjevanja v nosečnosti

Nosečnice, ki so vegetarijanke, morajo paziti tudi na zadosten vnos vitamina B12. Matere, ki se strogo vegansko prehranjujejo, lahko imajo v mleku premalo vitamina B12. Pri otrocih takih mater lahko pride do zdravstvenih zapletov, zato je potrebno matere dobro seznaniti z nevarnostmi tega načina prehranjevanja. Glavni vir vitamina B12 so meso, ribe, jajca in mleko. Do pomanjkanja lahko pride zaradi stroge veganske prehrane brez farmacevtskih pripravkov vitamina B12, ali zaradi motene absorpcije vitamina zaradi dietnih vlaken v prehrani. Vplivi pomanjkanja vitamina B12 pri materi na otroka so lahko hematološke motnje (ob rojstvu še ni anemije, koncentracija vitamina B12 pri otroku doseže najnižjo vrednosti pri šestih mesecih); ter nevrološke okvare: zmanjšana motorika, apatija, hipokinezija, hipotonija skeletnih mišic, oslabljeni refleksi roženice, majhna reakcija na svetlobo in hrup, težko požiranje in metabolne motnje (Hlastan-Ribič, 2002).

Matere, ki se strogo vegansko prehranjujejo, zaužijejo več linolne kisline kot dokozaheksaenojske (DHA). Ker povečan vnos linolne kisline zmanjša sintezo dokozaheksaenojske kisline zaradi tekmovanja med linolno in α -linolensko kislino za enake encimske sisteme v telesu, ki jih linolna kislina bolje izrabi. Tako je posledično manj dokozaenojske kisline na voljo fetusu in kasneje je je manj tudi v mleku. Posledice so lahko nižja porodna teža, manjši obseg glave, manjša velikost novorojenčka, vpliv na razvoj živčevja. Zato je priporočljivo, da dojeni otroci mater vegank, uživajo dodatek DHA in α -linolenske kisline (Hlastan-Ribič, 2002).

Omenjene maščobne kisline ščitijo živčni sistem mamice in otroka, zmanjšujejo premočno krčenje maternice in s tem nevarnost prezgodnjega poroda, varujejo pred alergijskimi reakcijami, krepijo otrokov imunski sistem, vplivajo na razpoloženje ter odganjajo poporodno depresijo in tesnobo. Še zlasti pomembna je maščobna kislina DHA, ki je potrebna za razvoj otrokove inteligence in je organizem v nosečnosti potrebuje 150 mg na dan. Potrebe zapolni redno uživanje rib trikrat na teden.

Če vegetarijanska prehrana vsebuje zadostno količino rastlinskih živil, ki vsebujejo polnovredne beljakovine fižola, graha in soje, praviloma ne pride do pomanjkanja beljakovin oziroma posameznih bistvenih aminokislin. Lažje oblike vegetarijanske hrane, to je z dodatkom mleka, jajc in celo rib, so praviloma zelo zdrave, ker vsebujejo vse potrebne bistvene hranilne snovi, vključno veliko balastnih snovi. Te oblike prehrane so tudi energijsko primerno razredčene, kar predstavlja še posebno dietno vrednost (Pokorn, 1985).

2.5.4. Povečanje telesne teže

Od prvega trimesečja dalje se otrokova teža poveča za 350–400 gramov na mesec, v obdobju pred porodom pa do 500 gramov. Seveda je treba k temu dodati še težo posteljice (ta ob koncu nosečnosti tehta okrog 700 gramov), amnionske tekočine (njena teža znaša okrog dva kilograma), prsi (okrog pol kilograma), hkrati pa se poveča tudi količina krvi, ki skrbi za dobro prekrvavljenost posteljice. Nekaj povečanja, ki ga ni mogoče natančno opredeliti, gre tudi na račun zadrževanja vode v telesu, ki ga povzroča estrogen in hormoni posteljice, ter maščobnega tkiva, ki se v glavnem nabira na bokih, bedrih in zadnjici. Največ maščobe se nakopiči med 20. in 30. tednom nosečnosti, ko se otrokova teža najbolj poveča. Gre v bistvu za večni zakon narave, ki skladišči zaloge energije za otroka in tako skrbi za ohranjanje vrste v času morebitnega pomanjkanja. Spremeni se tudi metabolizem matere: prav ničesar ne zavrže in skladišči kalorije za morebitne hude čase.

Če so ginekologi nekoč priporočali, naj povečanje teže med nosečnostjo ne preseže dvanajst kilogramov (ki naj bi bili razporejeni takole: pol kilograma na mesec v prvem trimesečju, kilogram in pol v drugem in dva kilograma na mesec v tretjem trimesečju), so današnja priporočila nekoliko drugačna. Upoštevajo namreč izhodiščno težo oziroma indeks telesne mase (ITM), ki pomeni razmerje med težo (v kilogramih) in kvadratom telesne višine (v metrih). Razpon sega tja od sedem kilogramov, kolikor bi se smele zrediti debele ženske,

katerih ITM presega 30; 9–12 kilogramov za čezmerno prehranjene ženske (ITM med 25 in 29); 12–16 kg za normalno prehranjene ženske (ITM od 18 do 25), do 18 kilogramov pa se lahko zredijo podhranjene ženske (ITM pod 18).

Američani v svojih študijah opozarjajo na večje tveganje, če se med nosečnostjo pridobi premalo telesne teže (Zuckerman, Alpert in Dooling, 1983). Opisujejo višje število otrok, ki so premajhni za gestacijsko starost, če se teža do 24. tedna nosečnosti pri nosečnici ni povišala vsaj za 4,3 kg. Če pa prirastek teže po 24. tednu nosečnosti ni vsaj 400g na teden, obstaja večja nevarnost za prezgodnji porod (Cherry idr., 1991; Scholl, Hediger, Ances, Belsky in Salmon, 1990).

Po drugi strani pa čezmerna teža vodi v povečanje krvnega tlaka in gestoza, ki sta glavna krivca za slabo prekrvavljenost maternice in upočasnen razvoj otroka. Debelost povečuje tveganje za vrsto zapletov med nosečnostjo, spontani splav, mrtvorojenega otroka in neonatalno smrt (Cnattingius, Bertstrom, Lipworth in Kramer, 1998; Goldenberg in Tamura, 1996). Tudi če nosečnost poteka normalno, obstaja velika nevarnost, da bo otrok ob rojstvu tehtal več kot 4,5 kilograma. To pa pomeni veliko nevarnost, da bo v zgodnjem otroštvu tudi sam predebel, da bo imel diabetes, povečan krvni tlak, holesterol in trigliceride. Za debelost dejansko obstaja genetska predispozicija. Otroci debelih staršev imajo veliko možnost, da bodo tudi sami debeli. Poleg tega pa pogosto velja, da se nepravilne prehranjevalne navade iz nosečnosti nadaljujejo tudi potem. Mame, ki same preveč pojedjo, k temu pogosto silijo tudi svoje otroke (Cnattingius idr., 1998).

Čeprav športna neaktivnost sama po sebi neposredno ne povzroča debelosti, obstaja znanstveno utemeljena povezanost med sedečim življenjskim slogom in stopnjo prekomerne telesne teže in debelosti. Stalna, vztrajna debelost lahko poveča ogroženost za nastanek in razvoj številnih bolezni (Pišot, Završnik in Kropelj, 2005). V času nosečnosti je z vidika naraščanja telesne teže redna zmerna športna dejavnost tista, ki omogoča ohranjanje primerne teže in preprečuje preveliko kopičenje maščob.

2.5.5. Posebne želje v nosečnosti

Za obdobje nosečnosti so značilne tudi nenadne in pogosto zelo neobičajne želje in napadi lakote. Bodoče mamice včasih kar ne morejo brzdati sle po picah, jagodah, vloženi kumaricah, sladoledu in podobnem. Dietetiki priporočajo srednjo pot. Občasna potešitev

tovrstnih želja po eni strani prinaša dodatne hranilne snovi, po drugi strani pa poteši določeno čustveno napetost. Nenadzorovani napadi lakote se radi pojavljajo po 10. tednu nosečnosti, ko organizem hitro izrablja sladkor in prihaja do padca sladkorja v krvi oziroma tako imenovanih hipoglikemičnih kriz. Temu se je mogoče izogniti z ohranjanjem konstantne vrednosti sladkorja v organizmu. Padec sladkorja je mogoče preprečiti z uživanjem kompleksnih (sestavljanih) sladkorjev šestkrat na dan. To je lahko rebro riževe čokolade, žitna ploščica ali polnovreden keks. Poleg tega je dobro vsak obrok in malico dopolniti z neolupljenim jabolkom ali hruško. Vlaknine v lupini namreč vplivajo na vsrkavanje sladkorja in ohranjajo konstantno količino sladkorja v krvi. Nič hudega ni, če nosečnica vnese v svoj dnevni jedilnik kako priljubljeno jed. Paziti mora le, da zaradi teh jedi, jedilnik ne postane tako enoličen, da vodi v pomanjkanje posameznih hranil (Pokorn, 1985).

2.6. Kajenje v nosečnosti

2.6.1. Kajenje in reproduktivno zdravje

Kajenje ima številne škodljive učinke na spolno in reproduktivno zdravje tako moških kot žensk. Ti učinki so vidni skozi celotno reproduktivno obdobje, od pubertete, preko zgodnje odrasle dobe pa vse do srednjih let in včasih še kasneje. Kajenje prizadene sposobnost imeti potomce in ima lahko dolgoročne in resne posledice na zdravju novorojenčkov in otrok. Prav tako tudi izpostavljenost pasivnemu kajenju predstavlja tveganje v času nosečnosti, kot tudi tveganje za novorojenčka in otroka. Po prenehanju izpostavljenosti se v številnih primerih tveganje za škodljive učinke na reproduktivno zdravje pomembno zmanjša ali izniči (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

2.6.2. Posledice kajenja v nosečnosti

Pri kadilkah so v nosečnosti in pri porodu dokazani številni zapleti (Adriaanse, Knottnerus in Delgado, 1996) kot so prezgodnja ločitev - abrupcija posteljice, ki se konča s smrtjo ploda, smrt ploda v maternici, pogostejši razpok plodovih ovojev, pogostejše prirojene nepravilnosti ploda, dvakrat večja možnost srčnih napak in pogostejše nepravilnosti v razvoju možgan (ventrikulomegalija, cerebralna atrofija). Porodi kadilk so dolgotrajnejši. Plod kadilke je med nosečnostjo dobival premalo kisika, zato slabše prenaša napor, zaradi tega pride med porodom pogosteje do distresa, kar je glavni vzrok za pogostejše carske reze. Krvavitve po

porodu so pogostejše in hujše. Novorojenčki kadilk (Roger, Figueras, Botet in Jimenez, 1995) imajo poleg nizke porodne teže tudi pogostejše dihalne motnje, večje tveganje za nenadno smrt novorojenčka, pogostejša obolenja, alergije, prebavne krče in so bolj razdražljivi. Pri nosečnicah, ki pasivno kadijo, so učinki podobni kot pri kadilkah, ki pokadijo 1-5 cigaret dnevno.

Kajenje je povezano s povečanim tveganjem za nastanek zunajmaternične nosečnosti in sicer naj bi bilo po raziskavah to tveganje 1,5 do 2,5 krat večje v primerjavi kadilk z nekadilkami. Povečano tveganje je značilno tudi že pri relativno majhnemu številu pokajenih cigaret in se zmanjša po prenehanju kajenja. Verjeten mehanizem naj bi bil škodljiv učinek cigaretnega dima na delovanje jajcevodov. Obstajajo znatni dokazi, da kajenje poveča tveganje za spontani splav in sicer za okoli 25 odstotkov, tveganje pa se povečuje s številom dnevno pokajenih cigaret (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Prezgodnja ločitev posteljice (abrupcija placente) je eden glavnih vzrokov perinatalne smrti (smrti otroka). Tveganje za ta pojav je pri kadilkah večje kot pri nekadilkah. Predležeča posteljica (placenta previa), ki predstavlja tveganje tako za mater kot otroka, je prav tako pogostejša pri kadilkah. Tveganje za pojav narašča s številom pokajenih cigaret in se pri obeh vrstah nepravilnosti placente zmanjša po prenehanju kajenja (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Za preeklampsijo je značilen povišan krvni pritisk, otekanje ter proteinurija (prisotnost beljakovin v seču) in ima za posledico zmanjšano rast otroka, prezgodnji porod in v hujših primerih lahko tudi smrt matere. Pri kadilkah je preeklampsija sicer nekoliko redkejša kot pri nekadilkah, vendar pa so kadilke v primeru, če se razvije, v veliko večji nevarnosti za pojav hudih komplikacij, kot so prezgodnja ločitev posteljice, zastoj plodove rasti in smrt otroka (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Otroci kadilk so v povprečju 200 do 250 gramov lažji od otrok nekadilk. Večje kot je število pokajenih cigaret med nosečnostjo, slabše plod raste in se razvija. Posledica je lahko rojstvo otroka, ki je manjši in manj zrel, kot bi pričakovali za določeno gestacijsko starost. Tveganje kadilk za rojstvo otroka z nizko porodno težo je v povprečju trikrat večje od tveganja

nekadilk. Pri teh otrocih obstaja povečano tveganje za obolevnost in smrt v zgodnjem otroštvu. S prenehanjem kajenja se tveganje za rojstvo otroka z nizko porodno težo močno zmanjša in je pri ženskah, ki prenehajo s kajenjem v prvem trimesečju, skoraj enako tveganju nekadilk. Največje tveganje naj bi predstavljalo kajenje v tretjem trimesečju, ki je obdobje hitre rasti ploda. Nobene koristi ne prinaša zmanjšanje števila pokajenih cigaret ali prehod na kajenje tako imenovanih »lahkih« cigaret (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Tudi tobačni dim iz okolja negativno vpliva na rast ploda in povzroča povečano tveganje za nizko porodno težo in zastoj rasti (Miller, Broadwin in Green, 2005). Tako nekadilke, ki so v času nosečnosti izpostavljene tobačnemu dimu (pasivne kadilke), rodijo lažje otroke. To velja tako za otroke nekadilk, katerih partnerji so kadilci v primerjavi z otroci nekadilskih parov, kot tudi, kadar so nosečnice izpostavljene tobačnemu dimu na delovnem mestu. Značilen učinek ima že relativno majhna izpostavljenost tobačnemu dimu. Pri večji izpostavljenosti je učinek še močnejši. V povprečju naj bi bili otroci pasivnih kadilk za 40 do 50 gramov lažji od otrok ne izpostavljenih žensk in verjetnost za rojstvo otroka z nizko porodno težo je okoli 20 odstotkov višja kot pri ne izpostavljenih nosečnicah. Po nekaterih avtorjih naj bi bilo to tveganje še dosti večje in sicer 2 do 4 krat v primerjavi z ne izpostavljenimi nosečnicami. Na splošno pa velika večina raziskav kaže na negativne učinke izpostavljenosti nosečnice tobačnemu dimu na porodno težo oziroma na povečano tveganje za rojstvo otroka z nizko porodno težo. Pričakovano so ti učinki manjši od učinkov aktivnega kajenja (Mirsa in Nguyen, 1999). Zmanjšana rast ploda ima lahko dolgoročne posledice. Raziskovalci poročajo o od količine pokajenih cigaret odvisni povezavi med kajenjem matere v nosečnosti in debelostjo otroka v otroštvu. Nizko porodno težo pa povezujejo tudi s povečanim tveganjem za srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen in debelost v odrasli dobi (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Pri kadilkah je povečano tudi tveganje za prezgodnji porod (porod pred 37. tednom nosečnosti) in s tem rojstvo nezrelega otroka in sicer je 1.5 do 2.5 krat večje kot pri nekadilkah. Vzrok za to je lahko prezgodnji razpok plodovih ovojev. Prenehanje kajenja zmanjša tveganje (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004). Obstaja tudi že precej dokazov na podlagi katerih lahko sklepamo, da je tudi pri nosečnicah izpostavljenih tobačnemu dimu iz okolja (pasivne

kadilke), tveganje za prezgodnji porod zvečano. V eni izmed raziskav so imele mamice, ki so bile dnevno izpostavljene, za 23 odstotkov povečano tveganje (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004; Miller idr., 2005). Tako prezgodnji porod, kot tudi zastoj rasti in nizka porodna teža pa so povezani s povišano perinatalno umrljivostjo in številnimi zdravstvenimi težavami novorojenčkov.

Perinatalna umrljivost vključuje tako mrtvorojenost (rojstvo mrtvega otroka) kot tudi neonatalno umrljivost (umrljivost novorojenčkov). Tveganje za perinatalno smrt otroka narašča s številom pokajenih cigaret. Tako tveganje za mrtvorojenost, kot tudi za smrt v prvih štirih tednih življenja, naj bi bila povečana za okoli 40 odstotkov. V Veliki Britaniji ocenjujejo, da je približno ena tretjina vseh perinatalnih smrti povzročena s kajenjem. S prenehanjem kajenja se tveganje za perinatalno smrt močno zmanjša in je pri ženskah, ki prenehajo s kajenjem v prvem trimesečju, skoraj enako tveganju nekadilk (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Nekatere raziskave so pokazale povečano tveganje za pojav prirojnih anomalij pri otrocih kadilk. Trenutno velja, da kajenje med nosečnostjo ne povečuje splošnega tveganja za pojav prirojnih anomalij, pač pa tveganje za pojav posameznih vrst anomalij kot so razcepljene ustnice in nebo, anomalije udov in anomalije urogenitalnega trakta (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

2.6.3. Otrok in pasivno kajenje

Kajenje med nosečnostjo je bilo prepoznano kot vzrok za nenadno smrt dojenčka, prav tako tudi izpostavljenost tobačnemu dimu (pasivno kajenje otroka) po rojstvu poveča tveganje. Tako naj bi bilo tveganje pri otrocih mater, ki so kadile v času nosečnosti v povprečju trikrat zvečano in odvisno od števila pokajenih cigaret. V eni izmed raziskav, ki je zajela otroke mater, ki v času nosečnosti niso kadile, so pa kadile po otrokovem rojstvu, je bilo tveganje za nenadno smrt otroka dvakrat večje v primerjavi z otroci nekadilk. Prav tako je tveganje povečano v družinah, kjer so matere nekadilke, očetje pa kadilci in sicer je po ocenah 2.5 krat večje kot pri nekadilskih družinah. Če pa kadita oba starša, pa naj bi bilo tveganje že celo skoraj štirikrat povečano, prav tako narašča s številom pokajenih cigaret.

Moten razvoj in rast pljuč je dejavnik tveganja za nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) v odrasli dobi. Kajenje matere v času nosečnosti ima lahko za posledico

motnjo v razvoju pljuč, ki lahko vztraja tudi v odrasli dobi. Tako imajo otroci kadilk ob rojstvu slabšo pljučno funkcijo, ki je prisotna tudi še kasneje v otroštvu. Tudi izpostavljenost otroka pasivnemu kajenju ima za posledico počasnejše povečevanje pljučne funkcije (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Kolike pri dojenčkih imajo več med seboj neodvisnih vzrokov. Na podlagi epidemioloških dokazov lahko sklepamo tudi na njihovo povezavo z izpostavljenostjo cigaretnemu dimu in njegovim metabolitom. Tako so v raziskavi, ki je zajela 1820 enojčkov na Danskem, zabeležili pri otrocih mater, ki so pokadile več kot 15 cigaret dnevno, v času nosečnosti 2.5 krat večje tveganje za kolike, kot pri otrocih nekadilk. Pri otrocih mater, ki so pokadile enako število cigaret po rojstvu, pa je bilo to tveganje 2.0 krat večje (Shenassa in Brown, 2004).

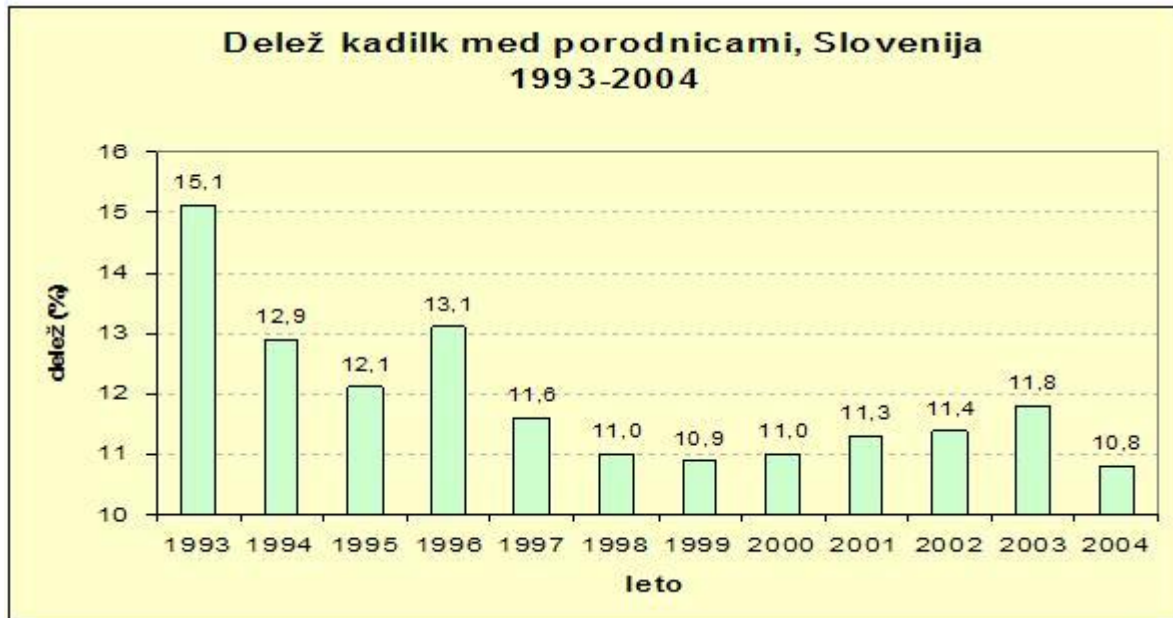
Po izsledkih raziskav obstaja velika verjetnost, da ima izpostavljenost tobačnemu dimu negativne vedenjske in nevrokognitivne učinke pri otrocih. Pri prenatalno izpostavljenih otrocih ugotavljajo večjo pogostnost vedenjskih problemov, motenj pozornosti in večjo pogostnost hiperaktivnosti oziroma hiperaktivnosti podobnih vedenj. Prenatalna izpostavljenost ima negativni učinek na otrokove dosežke na inteligenčnih testih in šolski uspeh, čeprav dokazi na teh področjih niso tako trdni, kot pri povezavi z vedenjskimi motnjami. Raziskave kažejo, da otroci, katerih matere so kadile v nosečnosti več kot 10 cigaret dnevno, zaostajajo pri matematiki, branju in splošnih sposobnostih nekje 3 do 5 mesecev v primerjavi z otroci nekadilk. Prav tako so pri otrocih mater, ki so v nekaterih nosečnostih kadile, v drugih pa ne, ugotovili, da so bili izpostavljeni otroci na inteligenčnih testih manj uspešni od svojih ne izpostavljenih sorojencev. Otroci, katerih matere so prenehale s kajenjem med nosečnostjo, pa so na testih dosegli boljše rezultate od otrok, katerih matere so nadaljevale s kajenjem (DiFranza, Aligne in Weitzman, 2004).

2.6.4. Podatki o kajenju v nosečnosti

Eden od podatkov, ki jih Perinatalni informacijski sistem zajema, je tudi podatek o kajenju v času nosečnosti. Podatek je anamnestičen in tako lahko služi le kot ocena pogostnosti kajenja v nosečnosti, vrednosti pa so verjetno podcenjene, saj tuje raziskave kažejo, da se v času nosečnosti manj žensk opredeli za kadilke, kot jih v resnici kadi (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004; Inštitut za

varovanje zdravja RS, Perinatalni informacijski sistem, 2004). Delež kadilk v času nosečnosti od leta 1993 do 2004 prikazuje graf (Inštitut za varovanje zdravja RS, Perinatalni informacijski sistem, 2004).

Slika 02: Delež kadilk med porodnicami v Sloveniji



V Veliki Britaniji ocenjujejo, da okoli 21 odstotkov odraslih nekadilcev živi v gospodinjstvu z vsaj enim kadilcem in da je vsaka peta nekadilka v času nosečnosti izpostavljena tobačnemu dimu na svojem domu. Nosečnice, katerih partnerji so kadilci, ostanejo v največji meri izpostavljene, kajti partnerji zelo redko (v okoli 10. odstotkih) spremenijo svoje kadilske navade, da bi zmanjšali izpostavljenost partnerice. Skoraj tri od desetih zaposlenih nosečnic pa so izpostavljene pasivnemu kajenju na delovnem mestu. Za manj izobražene delavke je tveganje višje. Dobrih 40 odstotkov otrok naj bi živelo v gospodinjstvih, v katerih je vsaj en kadilec. V revnejših gospodinjstvih pa je izpostavljenih tobačnemu dimu več kot polovica dojenčkov in majhnih otrok (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Glede izpostavljenosti slovenskih nosečnic in otrok pasivnemu kajenju je zabeleženih nekaj manjših raziskav, ki večinoma niso bile narejene na reprezentativnih vzorcih in lahko služijo le kot orientacija. Novembra 2004 je na spletnem portalu www.ringaraja.net potekala raziskava med obiskovalkami te strani. Slaba polovica je bilo nosečnic, dobra polovica pa jih

je že rodilo. Predvsem po izobrazbi so se močno razlikovale od povprečja v populaciji, saj je bilo kar 58,3 odstotkov visoko izobraženih in le 3,3 odstotka s poklicno šolo, manj izobraženih pa ni bilo. Za kadilke se jih je izreklo 17,9 odstotkov žensk (8,1 odstotkov nosečnic in 27,3 odstotkov otročnic). Da otrokov oče kadi, se je izreklo 30,7 odstotkov vseh (92,9 odstotkov rednih kadilk, 66,7 odstotkov kadilk, ki so nekoč že prenehale s kajenjem, 30,6 odstotkov bivših kadilk, 16,7 odstotkov občasnih kadilk in le 14,5 odstotkov žensk, ki niso nikoli kadile) (Broder, 2004).

V Centru za promocijo zdravja na Inštitutu za varovanje zdravja, je bila v okviru zdravstveno vzgojnega projekta Zaščitimo nosečnice, dojenčke in otroke pred pasivnim kajenjem narejena pilotska študija, v katero je bilo vključenih 119 (56 moških, 63 žensk) naključnih oseb, ki so obiskovale Šolo za starše. Povprečna starost je bila 32 let, bili so nadpovprečno izobraženi, saj se jih je kar 46,7 odstotkov izreklo za višje oziroma visoko izobražene, 48,4 odstotkov pa ji je navajalo dokončano poklicno ali srednjo šolo. Za kadilce se je izreklo 23,3 odstotkov moških in 3,3 odstotkov žensk. Izpostavljenost pasivnemu kajenju v stanovanju, kjer živijo je navedlo 13,3 odstotkov tako moških kot tudi žensk, izpostavljenost pasivnemu kajenju na delovnem mestu pa 33,3 odstotkov moških in 10 odstotkov žensk (Žalar, Banič in Scagnetti, 2004).

2.6.5. Športna dejavnost kot preventiva pred kajenjem

Raziskava na Brownovi Univerzi je pokazala na vzorcu 281 žensk, starih od 18 do 65 let, da športna dejavnost pozitivno vpliva na prenehanje kajenja. Rezultati so pokazali, da je v skupini, ki se je udeleževala športnega programa, 47 odstotkov žensk prenehalo kaditi. Ta raziskava je primerljiva z nekaterimi najboljšimi vedenjskimi in farmakološkimi raziskavami, ker v celotnem postopku niso uporabili nadomestka nikotina, kot je žvečilni gumi ali obliž. Rezultati so pokazali, da je lahko športna dejavnost učinkovito nadomestilo za kadilce, ki se ne želijo posluževati nikotinske terapije z nadomestkom nikotina in si želijo prenehati kaditi (Marcus, 1999).

Raziskave Wilsonove in sodelavcev (2005) so proučevale odnos med kajenjem in uživanjem sadja, zelenjave, mlečnih izdelkov in količino športne dejavnosti na vzorcu 10635 mladostnikov iz Virginije. Ugotovili so, da se kadilci statistično značilno manj kot nekadilci ukvarjajo s športno aktivnostjo, zaužijejo manj zelenjave ali mlečnih produktov kot nekadilci.

Dishman in Sallis (1994) pa sta ugotovila, da je kajenje povezano s športno aktivnostjo, saj kadilci v večji meri kot nekadilci izstopajo oziroma se izpisujejo iz športnih programov.

2.7. Pitje alkohola v nosečnosti

V današnjih časih se ugotavlja, da se je najvarnejše popolnoma izogniti pitju alkohola v nosečnosti, ker pitje že zelo majhnih količin alkoholnih pijač lahko ogrozi fetalni razvoj in lahko privede do tako imenovanega fetalnega alkoholnega sindroma (FAS). Ta se v ZDA diagnosticira pri enem primeru na 750 novorojenčkov letno. Sindrom FAS vključuje mentalno retardacijo, zaostajanje v fetalni rasti, vključno s težo, višino in obsegom otrokove glave, srčne anomalije in motnje v obnašanju. FAS lahko preprečimo, ko pa enkrat plod poškodujemo z alkoholom, ga ni mogoče več zdraviti. Posebno nevarno je pitje žganih pijač, kar ne pomeni, da se ni potrebno izogibati pitju vina in piva. Že minimalno uživanje alkohola (pijača dnevno), lahko pripelje do poškodbe v fetalnem razvoju, še posebno v začetku nosečnosti, ko se formirajo organi. Umirjeno pitje alkohola pa je lahko tudi vzrok za prezgodnji porod.

2.7.1. Posledice pitja alkohola v nosečnosti

Alkohol preide v otrokovo kri in je zanj še posebno škodljiv v prvem trimesečju, ko se oblikujejo vsi življenjski organi. Številni raziskovalci (Abel in Sokol, 1991; Byrne, 1984; Clarren in Smith, 1978; Jones in Smith, 1973; Mattson, Riley in Gramling, 1997; Streissguth, Sampson in Bar, 1989) opozarjajo na posledice rednega prekomernega pitja alkohola v nosečnosti, ki povzroči fetalni alkoholni sindrom. To pomeni več fizičnih in duševnih motenj z resnimi težavami pri rasti, anomalijami obraza, motnjami v koordinaciji in gibanju ter z duševno prizadetostjo. Čeprav po nekaterih raziskavah (Olsen, 1994; Sampson, Bookstein, Barr in Streissguth, 1994) ni dolgoročnih posledic občasnega zmernega pitja alkohola na plod, se je zaradi zagotovitve najboljše varnosti in zdravja novorojenčka, alkoholu najbolje povsem odreči (Stoppard, 1990).

Fetalni alkoholni sindrom povzroča težave, povezane s srednjim živčnim sistemom. Te v obdobju dojenčka zajemajo šibek sesalni refleks, motnje možganskih valov in spanja, v otroštvu pa počasnejše predelovanje informacij, nižjo pozornost, nemirnost, razdražljivost, hiperaktivnost, učne težave, zaostajanje v rasti in motorične okvare. Izpostavljenost alkoholu pred rojstvom zelo verjetno vpliva na del možganov, imenovan corpus callosum, ki nadzoruje

pretok signalov med možganskima hemisferama. Pri opicah makako (in predvidoma tudi pri človeku) je prizadet del v sprednjem delu glave, ki sodeluje pri spodbujanju hotenih gibov in drugih zahtevnejših procesih (Miller, Astley in Clarren, 1999).

Plod lahko prizadene že zmerno pitje. Več kot ženska pije, hujše so posledice. Neka raziskava na podganah je pokazala, da že eno samo popivanje, ki traja štiri ure ali več, lahko hudo poškoduje razvijajoče se možgane (Ikonomidou, 2000). Zmerno ali čezmerno pitje med nosečnostjo lahko spremeni naravo novorojenčkovega joka, ki je pokazatelj nevrološko vedenjskega statusa. Motnje v nevrološkem in vedenjskem delovanju pa lahko vplivajo na začetno socialno interakcijo otroka z materjo, ki je ključnega pomena za njegov čustveni razvoj (Nugent, Lester, Greene, Wiczorek-Deering in O'Mahony, 1996).

Nekatere posledice fetalnega alkoholnega sindroma po rojstvu izginejo, druge kot so duševna manj razvitost, vedenjske in učne težave ter hiperaktivnost pa ostanejo. Tudi posebno prilagojeno izobraževanje in spodbudno okolje ne izboljšata spoznavnega razvoja teh otrok (Kerns, Don, Mateer in Streissguth, 1997; Spohr, Willms in Steinhausen, 1993; Streissguth, 1993). Ker znanost ne pozna varne količine alkohola, ki ne bi pomenila nevarnosti za plod, je najbolje, da ženska že pred zanositvijo popolnoma preneha uživati alkohol in se tega drži vse do konca dojenja (APP Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities, 1993).

2.8. Počutje v nosečnosti

2.8.1. Obdobje nosečnosti kot bio-psiho-socialna celota

V preteklosti se je nosečnosti reklo drugo stanje, rojstvu pa srečen dogodek. Takrat sta bili spolnost in nosečnost neločljivo povezani. V današnjem času je spolnost osvobojena reprodukcije. Kapaciteta kontrole kontracepcije in nosečnosti vzbuja veliko vprašanj morale in etike (Niven, 1996).

Raziskovanje sodobne nosečnosti in nekatere študije, ki so bile narejene z namenom osvetlitve tega obdobja, so vedno znova dokazovale, da je celostno razumevanje te velike spremembe, možno le s poznavanjem interakcije socialnih, psiholoških in bioloških faktorjev v procesu nosečnosti.

Materinstvo kot odnos med materjo in otrokom se začne z oploditvijo in se nadaljuje skozi fiziološki proces nosečnosti, rojstva, hranjenja in nege. Vse te faze so povezane s čustvenimi reakcijami, ki variirajo in so neločljivo povezane z osebnostjo vsake ženske. Materinstvo kot individualna izkušnja ni samo biološki proces, temveč tudi psihično doživetje številnih izkušenj, spominov, želja in strahov (Deutch, 1945). Z materinstvom je ženski ponujena možnost neposrednega izkustva nesmrtnosti. Kljub temu, da je vsako materinstvo enkratno, reakcije v različnih kulturnih pogojih kažejo, da so nekateri socialni odnosi med materjo in otrokom tako globoki in prvinski, da izničijo vse socialne in individualne razlike.

Nosečnost in materinstvo je združitev instinktivnih hotenj in potreb najvišje stopnje potenciala ega. V sebi skriva vir zadovoljstva v smislu imeti otroka, ga vzgajati in biti starš, skriva pa tudi mnoge težave. Proces integracije neizbežno zbudi ženskino preteklost, obnavlja stare konflikte in sproža vprašanje njene identitete. Nosečnost je tako na eni strani progresiven in drugi strani regresiven proces. Zrelost osebnosti in trdnost odrejata moč in intenzivnost s katerima progresivni proces prevlada nad regresivnim. Tako srečamo v času nosečnosti in poroda novo pojavljajoče se tvorbe na področju somatskega, psihološkega in socialnega, ki zahtevajo celovit bio-psiho-socialni pristop (Rojšek, 1990).

2.8.2. Psihološki predpogoj nosečnosti

Odločitev za reprodukcijo je kompleksna in obenem precej osebna. Faktorji zanjo so lahko naslednji (Raphael-Leff, 1991):

- Genetska nesmrtnost, dati svoje gene naprej, da se ohraniš v potomcih.
- Postati odrasel je v miselnosti še vedno povezano s postati starš.
- Tekmovati s svojimi starši; imeti pravico do spolnosti in reprodukcije.
- Vračati nego in starševsko skrb novemu bitju, ki ne more preživeti brez tega.
- Imeti priložnost navezati tesen stik z odraščajočim otrokom, ki lahko staršem omogoči razrešitev bolečih dogodkov iz otroštva.
- Predmet ljubezni.

- Kulturni prenos – želja staršev prenesti izkušnje, znanje, spretnosti in osebno izročilo, ki se nabere v enem življenju.

Psihična izkušnja nosečnosti je odvisna od okoliščin v katerih ženska zanosi in pričakuje otrokovo rojstvo. Strah samske ženske, ekonomske težave, bolezen, smrt bližnjih in podobni stresni dogodki gotovo vplivajo na pogoje reproduktivnega procesa. Sama stopnja psihičnega zdravja pa ima v tem obdobju izjemen pomen.

Za uspešno nosečnost in porod je potrebna zdrava osebnost z zdravim jazom. Osebnost, ki uspešno nadzoruje nagonske potrebe in se giblje v mejah normalnosti. Čustveno in vegetativno stabilna nosečnica, ki ima do svoje okolice pozitiven odnos, reagira na stresne napore nosečnosti in poroda normalno. Taka ženska zna uskladiti in rešiti življenjske zahteve v okviru realnih možnosti. Zanja je značilna samokontrola nad občutki in obnašanjem. Nagnjena je k zavestnemu delovanju ter odgovornemu, vztrajnemu in usmerjenemu odnosu do dela, prostora, časa in vrednot. V socialnih odnosih je pogumna, sproščena in spontana. Ima zdrav odnos do materinstva, vloge in položaja matere. Zna vzpostaviti celovit odnos z otrokom in svojim partnerjem. Pri tem pa zna oceniti tudi svojo vlogo, položaj in možnosti izpolnjevanja svojih življenjskih ciljev in potreb v novem življenjskem okolju (Pajntar, 1994).

2.8.3. Psihološki vidik nosečnosti

Psihološki vidik razmišljanja o nosečnosti izhaja iz dejstva, da gre za enkratno obdobje v življenju, ko sta dva osebkata združena v enem, in pomembno je, kako to dilemo združenja nosečnica v sebi razrešuje (Raphael-Leff, 1991). Avtorica tudi pravi, da se mnoge izkušnje nosečnosti prenašajo preko kulture in generacijsko. Posebno izpostavlja stanja vezana na zanositev, izkušnjo dveh v enem telesu, spremembo telesnega izgleda, dvome v sposobnost materinstva, zmožnost zorenja ploda in neke izkušnje čustvene neuravnoteženosti. Benedek (Kapor-Stanulović, 1985) navaja, da je nosečnost kritična faza, ki vodi k novemu nivoju integracije in razvoja osebnosti. Bibring (Kapor-Stanulović, 1985) govori o nosečnosti kot o normalni krizi, ki se javlja pri vsaki nosečnosti.

Spoznanje o zanositvi lahko ženska zaznava kot velik izziv, ki ji bo omogočil obogatiti njeno osebnost preko spremljanja otrokovega razvoja. Z njeno pomočjo bo otrok spoznal svojo okolico, on pa bo s svojim odzivanjem presenečal mater in jo tako spodbujal k nadaljnjemu motiviranju zanj. Lahko pa ji napoved novega življenja prekriža načrte in ji predstavlja veliko

oviro. S prvimi spremembami, ki jih ženska občuti v sebi, se na zunaj zdi nekoliko sanjava in negotova. Pozablja na stvari in uživa v vsem, kar se nahaja v neposredni bližini. Njene skrbi za nadaljnjo prihodnost so postavljene ob stran, ker je preokupirana s sedanostjo in bližnjo prihodnostjo. Winnicott (Praper, 1995) govori o primarni materinski preokupiranosti, kar še ne pomeni, da se popolnoma umakne od potreb drugih. Na to lahko gledamo kot na produkt fizičnega dela nosečnosti, vendar tudi kot na fazo sprememb njenih starih poti, ki so sedaj usmerjene v zanimanje za prihodnost glede otroka. Zdrav otrokov razvoj temelji predvsem na ustreznih izkušnjah z materjo.

Nosečnost je sama po sebi psihičen stres (Velikonja, 1998). V težjih okoliščinah in pri čustveno motenih osebnostih so te obremenitve še večje. V času nosečnosti in poroda so pogoste mešane in labilne čustvene reakcije in stanja, ne pa, kot se pogosto misli, zgolj občutje zadovoljstva. Okoli 50 odstotkov nosečnic normalne populacije trpi zaradi nespčnosti, anksioznosti, skrbi in depresije. Veliko žensk je strah, da plod ni normalen (80 odstotkov), skrbi jih, kakšen bo sam porod, nekatere pa skrbi, da so postale v nosečnost grde (Milaković, 1986).

Nosečnost spremljajo mešani občutki. Po eni strani žensko nosečnost osrečuje, še zlasti, če si je je želela, po drugi jo obhajajo številni dvomi glede poteka naslednjih mesecev, kateri se ji zdijo v danem trenutku najbolj pomembni. Ta dvojnost občutkov je pri nosečnicah pogosto potrjena, vendar naj nad tem ne bi prevladal strah. Pogosta nerazpoloženost, muhavost in pretirana zaskrbljenost ji dajejo občutek duševne napetosti. Redko je v tem obdobju zaslediti težje duševne bolezni, medtem ko so lažje čustvene motnje povsem običajne. Najpogosteje se pojavlja tesnoba.

Pogosta asociacija na nosečnost je tudi anksioznost. Anksioznost postane neprijetna samo v povezavi s stresom. Niven (1992) opozarja, da naj bi tisti, ki skrbijo za nosečnice, bili pripravljene na srečanje z njihovo anksioznostjo, zaskrbljenostjo in vznemirjenostjo. Manjša stopnja anksioznosti korelira z boljšo postnatalno prilagoditvijo (Sherr, 1995).

2.8.4. Doživljanje nosečnosti po trimesečjih

Psihološko doživljanje nosečnosti ima korenine v telesnem. Fiziološke manifestacije pomenijo čustveno nestabilnost, zmedenost, preokupacijo s telesnim izgledom, prehrano,

reaktivacijo starih konfliktov, še posebno v odnosu do matere, razglabljanje o nosečnosti, želja po otroku in spremenjene predstave o sebi (Raphael-Leff, 1991).

V času nosečnosti so sprožene tri faze transformacije, ki poleg fizične sprožijo tudi psihično spremembo z različnimi mehanizmi soočanja. V prvi fazi je ženska preokupirana s spoznanjem nosečnosti, sprejemanjem in privajanjem telesnim spremembam, nosečnostnim simptomom, čustvenemu neravnotežju ter prilagoditvi na nove razmere. V drugi, ko začuti gibanje otroka, se psihično doživljanje nosečnosti prenese od zunanje ideje o ločenem, k neznanem bitju, ki raste v njej. V tretji fazi, ki je finalna, pa gre za ocenjevanje otroka kot sposobnega, zmožnega preživeti zunaj nje. Torej sledi nekako zaporedje v smeri od nosečnosti k plodu in nazadnje k otroku (Pitt, 1978).

Nosečnost je za tiste, ki so prvič zanosile, veliko presenečenje, vendar povzroči tudi preplah. To prvo obdobje spremljajo sanjarjenja o idealni podobi matere in otroka, kamor nosečnica projicira vrsto svojih neuresničenih želja. V njej to poraja vrsto nasprotujočih si čustev, kar je povsem normalno. Kadar pa je ta ambivalentnost prevelika lahko nastopijo psihosomatske težave, ki se navzven kažejo v patološkem bruhanju, izcedkih in krvavitvah, hipertenzivnih boleznih ali celo spontanah splavih. V telesu nosečnice se poveča količina estrogena in progesterona in narašča z napredovanjem nosečnosti. Tik pred porodom je količina estrogena desetkrat večja od najvišjih vrednosti v normalnem menstruacijskem ciklusu, količina progesterona je večja tudi do petindvajsetkrat. Dokazano je, da količina in razmerje omenjenih hormonov vpliva na čustva nosečnice, ni pa še povsem jasno kako in zakaj.

Sledijo dokaj mirni trije meseci. Okoli dvajsetega tedna, lahko tudi že prej, lahko ženska potrdi premikanje otroka v svojem trebuhu. To razreši večino dvojnih občutkov iz prvega obdobja in mater pomirja z resnico, da je otrok resnično navzoč. Kljub morebitnim pomislekom glede željnosti otroka v začetku nosečnosti, to prebudi številna pozitivna čustva. Začenja se tisti pravi odnos med materjo in otrokom, ki spodbudi materinska čustva. Mater pomirja, ko lahko sliši otrokovo bitje srca in ga na zaslonu celo vidi. To obdobje pa prinaša s seboj tudi bojazen, ali bo z otrokom vse v redu. To je povezano s splošno zaskrbljenostjo, ki v skrajnih oblikah škodi tako nosečnici kot tudi plodu. V tem drugem obdobju v končni fazi nosečnici uspe vzpostaviti pravo razmerje, distanco med seboj in plodom ter med svojo materjo in seboj kot otrokom (Raphael-Leff, 1991). Ob koncu tega dela nosečnosti je večina žensk srečnih, marsikatera še nikoli ni bila tako zadovoljna, večina jih zelo uživa v spolnosti.

Ženske se zdijo same sebi privlačne zaradi dobrega izgleda in dejansko dobrega počutja. Seveda vse to drži, če je ženska zdrava in srečno noseča.

Zadnje trimesečje je obdobje telesnega neugodja in nestrpnosti okrog izida tako dolge dobe. Spremljajo ga naveličanost in depresivne epizode. Nosečnice skrbi, kako bodo prepoznale začetek poroda, da ne bo vse skupaj prišlo ob nepravem času, čeprav ta čas redko ustreza, kdajkoli že nastopi. Raphael-Leff (1991) pravi, da je za to obdobje značilno materino razmišljanje, ali je otrok že dovolj razvit, da bi preživel kljub prezgodnjemu porodu. Sprašuje se, kakšna je njena sposobnost biti mati in partnerjeva biti oče. Proti koncu nosečnosti postanejo ženske zelo aktivne v smislu priprave na prihod novega družinskega člana, da bi prekrile svoje anksiozne težave. Ta dejanja imenujemo tudi pripravljavanje gnezda. V tem času naj nosečnice več počivajo, se sproščajo in v to predporodno pripravo vključijo tudi partnerja. Nelagodno počutje nosečnice ob približevanju poroda je znak, da se je harmonija med materjo in otrokom porušila zato, da njuna psihološka ločitev ne bila tako boleča. Mati ponovno občuti plod podobno kot tujek, kakor na začetku nosečnosti in do izraza prihajajo ambivalentni impulzi (Deutch, 1945).

Tudi nosečnico, ki jo nosečnost sicer osrečuje, kljub temu mučijo dvomi. Hkrati tista, ki otroka na zunaj odločno odklanja, nosi v sebi drobno hrepenenje po njem. Večina bodočih mater je nekje med tema dvema skrajnostma, njihovi občutki so mešani. Poraja se veliko vprašanj, precej tesnob nosečnice potisnejo v podzavest. Veliko lahko naredijo za svoj duševni mir že s tem, da jih priznajo, se jih zavejo in kar je pri tem najpomembnejše, da se o njih čim več pogovarjajo s partnerjem. Vsi vemo, kako problemi izgubijo ostrino, če se o njih lahko s kom pogovorimo (Horvat-Kuhar, 1995).

2.8.5. Prenatalni psihološki razvoj ploda

Veliko raziskav govori o pozitivnih asociacijah zgodnje navezanosti matere in otroka že v času nosečnosti. To je pomembno obdobje, v katerem lahko vplivamo na njun najzgodnejši pozitivni stik, ki predstavlja tudi model za kasnejše uveljavljanje in vzdrževanje odnosov (Zachariah, 1994). Pravi tudi, da aktivacija odnosa v teh okoliščinah poveča zmožnost ljubiti in biti ljubljen.

Fetus v maternici ni popolnoma zaščiten pred posledicami psihičnega stresa matere. To je njegov psihični kontakt z bodočim okoljem. Trajni stres matere privede do povišanja

adrenalina v krvi, kar ima za posledico hiperaktivni fetus ali akutni čir na želodcu pri novorojencu. Po doživljanju težkih frustracij matere, plodovi slabše spijo, so bolj nervozni, imajo prebavne motnje, tahikardije in drugo (Leff, 1995).

Fetus je del materine psihosomatike, saj so mu preko ekscitacije krvi prenesena stanja, v katerih se ona nahaja. Vsi možni vplivi, ki zadevajo mater, se odražajo tudi na plodu. V tem gre za proces programiranja fetusa. Gre za učenje vsakodnevnih oscilacij matere. Prenesen je normalen, vsakodnevni program matere (Milaković, 1986).

2.9. Porod

Izkušnja nosečnosti je kompleks niza doživetij, ki doseže vrhunec z rojstvom otroka in pusti posledice za ves posameznikov preostanek življenja (Sherr, 1995). Porod je lahko največja in najbolj razveseljiva izkušnja ženske v njenem življenju, vendar le, če je proces poroda normalen, kar pomeni, da neposredne emocije vplivajo na znižanje strahu in bolečin. Bolj natančno to pomeni, da ženska zna sama s svojo aktivnostjo obvladati strah in bolečino. Le tako lahko po porodu naveže tudi pravi odnos z otrokom (Pajntar, 1994).

Proces sprememb v maternici in materničnem vratu ter drugih sprememb, ki napovedujejo bližajoči se porod, se običajno začne približno dva tedna pred rojstvom otroka, ko se spremeni razmerje med estrogenom in progesteronom v materinem telesu. Večji del nosečnosti progesteron skrbi, da so maternične mišice sproščene in maternični vrat čvrst. Med porodom pa se močno zviša nivo estrogena, zaradi česar se začne maternica krčiti in maternični vrat postane bolj gibljiv.

Porod je proces, v katerem se iz maternice rodi plod, plodovi ovoji in posteljica. Kot normalni porod se označuje porod, ki poteka sorazmerno hitro, ki se zgodi v obdobju med 37. in 42. tednom nosečnosti, kjer je plod v normalni legi in anatomsko struktura medenice matere dovolj široka. Materi in otroku ne povzroča večjih in trajnih poškodb ter za mater in očeta ni neprijetna izkušnja. Porod se začne, ko se popadki pojavljajo vsakih 5 minut in trajajo dlje kot 30 sekund. Najprej se pretrgajo plodovne ovojnice in izteče plodovnica, danes lahko to pospešijo in porod inducirajo. Cervikalni kanal se začne širiti, kar lahko prav tako pospešijo s kemičnimi učinkovinami. Najprej se rodi otrok, nato pa posteljica. Kadar pride

do komplikacij, se porod nadaljuje s carskim rezom ali vaginalnim operativnim posegom (Pajntar, 2004).

2.9.1. Prezgodnji porod

Prezgodnji porod je porod, ki nastopi med 22. in dokončanim 36. tednom nosečnosti. Zarodek je v današnjih pogojih z medicinsko pomočjo sposoben preživeti že od 24. tedna izven maternice. Vendar je preživelost zarodka, ki se rodi med 24. in 27. tednom nosečnosti le 30 odstotkov, velika je možnost invalidnosti, plod pa mora znotraj bolnišnice preživeti še vsaj 10 tednov. V Ameriki so izračunali, da stane to zdravstvo več, kot naj bi osebek zaslužil v celem življenju. Boljše možnosti imajo nedonošenčki, ki se rodijo med 27. in 37. tednom, preživi jih 80 odstotkov. Vzrok za prezgodnji porod je v 75 odstotkih neznan, v 10–20 odstotkih pa nastopi zaradi infekcije. Običajno pride do poroda med 34. in 37. tednom pri mnogoplodni nosečnosti zaradi raztezanja maternice. Porod poteka običajno tako, kot če bi se zgodil ob načrtovanem času.

S pomočjo Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema Slovenije je bilo ugotovljeno, da je bilo v Sloveniji od 1987 do 1996 porodov do 29 tednov in 6 dni (0,7 odstotkov), porodov med 30. tednom in 33. tednom in šest dni je bilo (1,2 odstotkov), porodov med 34. in 36. tednom pa je bilo (3,9 odstotkov). Prezgodnjih porodov je bilo torej 5,8 odstotkov. Zelo podobni so odstotki v Veliki Britaniji, kjer se 6 odstotkov otrok rodi pred 37. tednom nosečnosti in 2 odstotka pred 32. tednom (Chamberlain, 1991). Pomemben dejavnik tveganja za prezgodnji porod so vnetja. Večina jih pri nosečnicah poteka subklinično, zato je odkrivanje problematično in zahteva zelo občutljive tehnike, posebno pri okužbah zgornjega genitalnega trakta in takrat, kadar je žarišče okužbe v posteljici (Gibbs, Romero, Hillier, Eschenbach in Sweet, 1992).

Rezultati ene izmed raziskav kažejo, da starost matere in pariteta niso dejavniki tveganja za prezgodnji porod pred 37. tednom. Spontani in umetni splavi ter prezgodnji porodi pred tem porodom pa so dejavniki tveganja za porode med 33. in 36. tednom nosečnosti. Pomembna dejavnika tveganja sta hipertenzija in krvavitev v nosečnosti (Zupan, 1981). Dejavniki tveganja za nizko porodno težo manj kot 1500 g in za prezgodnji porod pred 37. tednom nosečnosti so starost nosečnice manj kot 20 let in več kot 34 let, samski stan, osnovnošolska izobrazba in manj, kajenje, spontani in umetni splavi v anamnezi, prejšnji prezgodnji porodi

in mrtvorojenost v anamnezi. Najbolj sta izstopala zadnja dva dejavnika. Gestoza in uroinfekt se v raziskavi nista pokazala kot dejavnika tveganja (Blejec, 1990).

2.9.2. Predčasen razpok mehurja

Vsak razpok plodovih jajčnih ovojev, do katerega pride pred začetkom poroda, imenujemo predčasen razpok mehurja. O predčasnem razpoku govorimo ne glede na to v katerem tednu nosečnosti pride do njega. Pri prezgodnjem porodu je predčasen razpok posebno pomemben, saj se je pri vodenju takega poroda treba odločiti, ali čakati, da plod dozori in tvegati infekcijo ali plod poroditi takoj in tvegati zaplete zaradi plodove nezrelosti. Razpok plodovih ovojev naj bi nastal kot posledica delovanja fizičnih sil na delih ovojev, oslabljenih zaradi propadanja strukturnega kolagena (Ron in Beller, 1982). Pri nas naj bi bilo v povprečju 20 odstotkov porodov s predčasnim razpokom mehurja, pri prezgodnjih porodih je ta odstotek višji in sicer 38 odstotkov porodov (Pajntar, 2004).

2.9.3. Faze poroda

Porod poteka v štirih prekrivajočih se fazah. Prva faza, ki je najdaljša, običajno traja dvanajst ali več ur, če ženska rojeva prvič. Pri naslednjih porodih je običajno krajša. V tej fazi čedalje pogostejši popadki povzročijo razširitev materničnega vratu.

Druga faza običajno traja uro in pol ali manj. Začne se, ko se začne dojenčkova glava pomikati skozi maternični vrat v nožnični kanal in konča, ko je dojenček v celoti zunaj materinega telesa. Če proces traja več kot dve uri, otrok potrebuje pomoč. Zdravnik ga lahko iz matere potegne s porodnimi kleščami ali pogosteje z vakuumskim ekstraktorjem (Curtin in Park, 1999). Na koncu te faze je novorojenček rojen, še vedno pa je povezan s posteljico v materinem telesu prek popkovnice, ki jo je potrebno zavezati in prerezati.

V tretji fazi, ki traja približno pet do deset minut, mati izloči še posteljico in ostanek popkovnice. Četrta faza traja nekaj ur, to je čas po porodu, ko mati počiva, medtem ko zdravstveno osebje nadzoruje njeno okrevanje.

2.9.4. Trajanje poroda

Da bi čim bolj zmanjšali porodni stres za mater in otroka, je nujno, da poteka porod sorazmerno hitro in brez zastojev. Raziskave kažejo, da predstavlja skrajševanje trajanja

poroda, brez povečanja števila carskih rezov, največji uspeh v vodenju poroda. Normalen porod naj bi trajal pri prvorodkah manj kot šest ur, pri mnogorodkah pa še manj. Prolongiran naj bi bil vsak porod, ki traja več kot 12 ur (O'Driscoll in Maegher, 1980). Povprečen inducirani porod naj bi trajal 4,1 ure (Roberts, 1989), po raziskavah je povprečen čas poroda prvorodk 5,25 ure in mnogorodk manj kot 3 ure (Guttmacher, 1970). Dolgi porodi povečujejo materino psihično in somatsko obolevnost, prav tako tudi obolevnost otrok (Brenner, 1973).

2.9.5. Načini porajanja

Znano je, da si ženska med rojevanjem instinktivno želi poiskati položaj, ki je zanj najudobnejši, takšen, da jo bo najmanj bolelo. Nekatere si bolečine olajšajo tako, da med popadki ležijo na boku, drugim je lažje, če med popadki sedijo, čepijo ali klečijo, tretjim bolečina popusti med hojo (Pajntar, 2004).

Pri porodu čepe ženska zaradi vpliva težnosti lažje iztisne otroka, trebušne mišice so med rojevanjem razbremenjene, prav tako izčrpane mišice maternice. Težnost prispeva tudi k učinkovitejšim popadkom, ti so manj boleči in se pojavljajo v večjih razmakih, porod pa je posledično znatno krajši. Otrok ne pritiska na aorto in spodnjo zbiralno veno - kar se dogaja, če mati leži na hrbtu, zato je bolje preskrbljen s krvjo in kisikom. Porodnica na pručki lažje diha, kajti med navpičnim porodom je porodni kanal raztegnjen, zato otrok lažje zdrsne skozi medenični obroč, medtem ko se mora pri porodu leže celo zriniti navzgor.

Porod sede se izvaja v vseh porodnišnicah, saj so tudi porodniške postelje oblikovane tako, da je mogoče zadnji del postelje dvigniti. Pri porodu sede se otrok prebija skozi ravno porodno pot, zato je porod lažji tako za porodnico kot za otroka. Tudi klečanje olajša bolečine v križu, saj otrokovo težo preusmeri naprej. Veliko porodnih postelj ima dva dela, enega je mogoče znižati, drugega pa zvišati, tako da lahko nosečnica poklekne kar na postelji (Pajntar, 2004).

Položaj na vseh štirih olajša bolečine v križu. Koristen je predvsem za ženske, ki so se pri prejšnjih porodih raztrgale ali se želijo izogniti prerezu presredka. Če se bitje otrokovega srca upočasni, ta položaj lahko uporabijo, da se poveča pretok krvi k maternici in otroku. Temu položaju je podobno tudi ležanje na kupu blazin s prsnim košem navzdol. Položaj na boku zmanjša bolečine pri popadku, saj ženska med popadki lažje počiva in zmanjša pritisk na presredek (Lavrič, 1971).

2.9.6. Carski rez

Pri carskem rezu se skozi odprtino v trebušni steni in maternici porodi otroka, posteljico in plodove ovoje. Med posegom se prereže kožo in podkožje trebušne stene. Mišice in trebušna mrena se razmaknejo, sledi rez na maternici. Predrejo se plodovi ovoji. Porod je podoben tistemu skozi nožnico. Po rojstvu se prekine popkavnica, otroka pa prevzame babica, ki oceni njegove življenjske funkcije in mu da prvo nego. Okrevanje po carskem rezu je odvisno od starosti matere, telesne zgradbe, fizične pripravljenosti in zdravstvenega stanja. Ženske, ki s carskim rezom pričakujejo rešitev vseh težav v zvezi s porodom, so razočarane. Dejstvo je, da rana po operaciji boli in potrebuje čas, da si tkiva opomorejo in se zaceli. Težave povzročajo tudi leno črevesje po narkozi in draženju med operacijo. Bolečine so zaradi krčenja maternice, ki je nujno za zaustavitev krvavitve po porodu. Pogosta je utrujenost zaradi narkoze in naporenega poroda pred carskim rezom (Pajntar, 1994).

2.9.7. Vakuumska ekstrakcija

Dokončanje poroda z vakuumskim ekstraktorjem se načeloma uporablja samo v drugi porodni dobi. Pri vakuumski ekstrakciji so poškodbe matere, predvsem pa ploda minimalne, če se ekstraktor uporablja pri popolnoma odprtem materničnem ustju, če ponvica ni predolgo prisesana na glavico, če trakcija ne traja predolgo in je primerno močna ter v pravi smeri glede na potek poroda. Ekstraktor mora biti pravilno nastavljen, pri lahkem izvleku ne sme biti vakuumska ekstrakcija prehitro izvedena, ne izvajamo pa je pri težje hipoksičnem plodu (Pajntar in Novak-Antolič, 1994).

2.9.8. Lajšanje porodnih bolečin

Popadki so pri različnih ženskah različno boleči. Porod najslabše prenašajo ženske, ki prevzamejo vlogo pasivne bolnice - mimogrede, ležeči položaj jim to dobro omogoča. Težje rodijo tudi ženske "menedžerskega" tipa, ki menijo, da morajo vse nadzorovati, zaradi česar niso sproščene. Toda ne glede na to, kakšna je osebnost porodnice - vsaka se med porodom počuti osamljena. Zaradi številnih naprav, ki spremljajo stanje ploda in matere, je pogosto tudi prestrašena. Na zmanjševanje porodne bolečine vplivajo štirje dejavniki: pravilna vzgoja (mati ustrezno predstavi porod deklici), ustrezna oskrba navzočih, ki porodnici posvečajo dovolj pozornosti, ter skrajševanje poroda in blaženje bolečin z analgetiki (Pajntar, 1994).

Epiduralna analgezija

Epiduralna porodna analgezija je najučinkovitejša metoda lajšanja porodne bolečine (COMET - Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial, 2001; Howell, 2003). Slovenski avtorji jo opisujejo kot področno (regionalno) analgezijo, ki zelo dobro zmanjša bolečino lokalno in ne vpliva neposredno na plod, zato ima velike prednosti pred sistemsko analgezijo (Pajntar, 1994). V mnogih raziskavah (Leighton in Halpern, 2002; Ramin idr., 1995) je bilo ugotovljeno, da epiduralna analgezija bolj zmanjša porodno bolečino kot intravensko dani analgetiki, kjer obstajajo omejitve v odmerku zdravila zaradi sistemskih učinkov. Zaradi strahu pred porodno bolečino je za žensko pomembno, da se že v nosečnosti in pred porodom zaveda, da jo je možno zmanjšati. Kljub zelo uspešnemu zmanjšanju porodne bolečine pa ima ta metoda tudi pričakovane sopojave, stranske učinke in zaplete (Cunningham, McDonald in Gant, 1997), ki so sicer zelo redki. Pričakovani sopojavi so mravljinčenje v nogah in občutek težkih nog. Stranski učinki so prizadeta motorika spodnjih okončin različnih stopenj, slabost in bruhanje, srbenje, glavobol, padec krvnega tlaka (zaradi blokade simpatičnega živčevja), bolečine v križu. Obsežna raziskava Cochrane (Howell, 2003) o razlikah med epiduralno porodno analgezijo in drugimi načini lajšanja porodne bolečine, ugotavlja, da je epiduralna analgezija najboljša metoda za zmanjšanje porodne bolečine, toda ugotavljajo tudi, da so porodi nekoliko daljši, večja je uporaba oksitocina, več je nepravilnih vstav ploda in instrumentalno dokončanih vaginalnih porodov, medtem ko razlik v deležu carskih rezov ni. V Sloveniji epiduralna porodna analgezija še ni tako razširjena kot v nekaterih zahodnoevropskih in skandinavskih državah.

Masaža

V rabi je veliko metod, vse pa vzdražijo receptorje v koži, ki svoje vzburjenje veliko hitreje pošiljajo v hrbtenični kanal, kot pa potujejo bolečinska vzburjenja. Uporablja se tudi akupresura oziroma masaža in pritiskanje na akupunkturne točke. Med porajanjem, ko se presredek razteza, se uporablja tudi masaža presredka. Namen masaže presredka je, da postane ta prožnejši in bolj elastičen, zaradi česar bo med porodom manj možnosti, da se bo raztrgal oziroma, da bo potrebna epiziotomija. Poleg tega masaža presredka nosečnici pomaga, da se seznani z občutki ob raztezanju in zato tik pred rojevanjem, ko nastopi pekoča bolečina, lažje sprostijo mišice. Nosečnica se s pomočjo masaže zave, katere mišice so tiste, ki jih mora ob porodu sprostiti (Stillerman, 1992).

Druge tehnike lajšanja bolečin

Poznamo še tehnike, ki prek možganov zavirajo vstop dražljajev v hrbtni mozeg. Te predpostavljajo poučevanje nosečnice o poteku poroda in o tem, kaj lahko pričakuje. Žal je tako, da so nosečnice - najbolj sugestibilna ciljna skupina – bolj dovzetne za negativne informacije o tem, kako porod boli, premalo pa prisluhnejo prijetnim zgodbam in spodbudnim navodilom. Nosečnica naj bi pred porodom in med njim razpolagala s samozaupanjem in optimizmom. Kot smo že dejali, so za to pomembni čustvena podpora, udobno okolje in navzočnost ljubljenih oseb. Pri tem pa ji lahko dobro denejo tudi nekatere sprostitvene tehnike in hipnoza (Pajntar, 1994).

Usmerjanje pozornosti

Poznamo veliko tehnik, ki preusmerjajo pozornost porodnice in tako zmanjšujejo bolečino. Pri nas je najbolj znana metoda, pri kateri porodnica med popadkom usmerja pozornost na dihanje. Znane so tudi metode, pri katerih si nosečnica nekaj živo predstavlja ter se skuša skoncentrirati na različne vidne, slušne in taktilne spodbude. To so aktivne metode. Poznamo še pasivne metode, ko ženski predstavljajo televizijski program ali se skuša kako drugače preusmeriti njeno pozornost (Pajntar, 2004).

Glasba in avdioanalgezija

Slušna stimulacija - seveda takšna, ki porodnici ugaja - je učinkovita, če je dovolj glasna. Glasba sprošča endorfine, občutek bolečine se zmanjša. Če porodnico glasba spominja na prijetne dogodke, jo sprošča in vpliva tudi na druge oblike obnašanja, denimo na ritmično dihanje. Glasbo uporabljajo tudi v povezavi s hrupom, ki tudi vpliva na zmanjšanje bolečine (Hanser, Larson in O'Connell, 1983).

Hipnoza

V zahodnem svetu so jo v porodništvu začeli uporabljati na začetku minulega stoletja. Hipnoza je spremenjeno stanje zavesti, v katerem se zelo poveča sugestibilnost. V hipnozi človek doseže telesno in umsko sprostitvev, globljo, kot jo lahko doseže v budnem stanju. Poveča zmožnost koncentracije, doseže zmožnost spremenjenega zaznavanja, poveča ali zmanjša možnost spominjanja, pridobi zmožnost nadziranja sicer nekontroliranih fizioloških

funkcij, kot so krvni tlak, krvni pretok in bitje srca. V novejšem času pri porodu uporabljajo hipnozo v obliki avtohipnoze in posthipnotičnih sugestij. Tehniki, ki jih uporabljajo, sta sprostitelj ter vizualizacija - porodnica si lahko predstavlja, da je brez bolečin, da si daje anestezijo roke, ki se razširi na različne dele telesa. Nekateri hipnotizerji gradijo na posthipnotičnih sugestijah. Z njihovo pomočjo nosečnica odpravi strah pred porodno bolečino in težavami poroda ter spremeni razlago porodnih krčenj maternice. Porodnice so sproščene, brez strahu in v srečnem pričakovanju. Za hipnozo si je treba vzeti ogromno časa, treba je spoznati nosečnico in vedeti, kaj jo bo najbolj sprostito (Pajntar, 1971).

Empirične študije so proučevale variabilnost v doživljanju porodne bolečine in ugotovile, da je le ta večja pri prvorodkah, starejših porodnicah, pri tistih z nerealnimi pričakovanji bolečine in pri umetno sproženem porodu (Niven, 1996). Manjša bolečina je prisotna pri porodih v večernem času, pri ženskah, ki se zavedajo možnosti obvladovanja bolečine poroda, tistih s pripravami na porod, kjer so bile opozorjene na lastne predhodne izkušnje bolečine ter uporabo strategij in soočenj z bolečino (Niven, 1996; Sherr, 1995).

2.9.9. Psihosomatika poroda

Nosečnice imajo do poroda navadno mešane občutke. Po eni strani je to trenutek, ki ga pričakujejo in se ga veselijo, po drugi pa jih je strah bolečine, komplikacij. Strah ni vzrok za bolečine pri porodu, ampak bolečino samo povečuje. Strah sproži alarm in telo je v pripravljenosti, saj sprošča stresne hormone. Ko skušajo strah ustaviti, se mišice skrčijo. To je ravno nasprotno od tega, kar naj bi se dogajalo med porodom: takrat bi morala biti maternica edini organ, ki se krči. Če je strah med prvo porodno dobo premočan, lahko popadki popustijo ali se celo ustavijo. Strah sproži prastari mehanizem po preživetju, ki ustavi porod, zato da bi lahko porodnica v primeru nevarnosti »pobegnila na varno«.

Vsaka fiziološka gesta, vsaka porodna bolečina priča o vzajemni odvisnosti somatskih in psiholoških faktorjev. Še zlasti komplikacije pri porodu so tiste, ki opozarjajo na prisotnost psihičnih dejavnikov. Psihološko sta zanimivi prvi dve porodni fazi. Če so pod vplivom čustvenih napetosti inervacijski procesi v času poroda moteni, izgubi porod svojo naravno spontanost in se odvija nepravilno. Popadki postanejo pri agresivnih ženskah zaradi povečanega izločanja noradrenalina močni, boleči, nekoordinirani in neučinkoviti. Pri

prestrašenih, depresivnih ženkah pa postanejo zaradi velikega izločanja adrenalina preslabi. Potek poroda je v obeh primerih moten (Pajntar, 1994).

Na vedenje pri porodu odločilno vpliva faktor razvoja osebnosti, predstave o ženski vlogi. Regresija tekom poroda omogoča nenavadno lahko, sugestivno delovanje. Babica zavzema pri ženski, ki rojeva zelo pomembno mesto pri vodenju poroda. Pomembno je, da se babica zaveda doživljanja nosečnice, njenih močnih čustev in jih zna interpretirati. Njene besede naj bi rojevajočo žensko pomirjale in bodrile.

2.10. Novorojenček

Ob rojstvu 95 odstotkov donošenih novorojenčkov tehta od 2500 do 4500 gramov in meri od 45 do 55 centimetrov. Dečki so običajno večji in težji kot deklice, prvorojenci pa lažji kot kasnejši otroci. Novorojenčkova potreba po preživetju telesnim sistemom predstavlja velike zahteve. Po rojstvu mora dojenčkov krvni obtok delovati samostojno, srčni utrip je hiter in neenakomeren, krvni tlak se ustali šele okoli desetega dneva življenja. Novorojenček potrebuje veliko več kisika kot v maternici, njegova pljuča pa imajo le desetino pljučnih mešičkov odraslega človeka, zato imajo še zlasti prezgodaj rojeni otroci težave pri dihanju. Ob rojstvu imajo dojenčki močan sesalni refleks, ko sta črevesje in mehur polna se mišice zapiralke samodejno odprejo, še več mesecev brez nadzora. Nezrelost jeter pri polovici dojenčkov povzroči zlatenico, ki pa ni nevarna in je v večini primerov ni potrebno posebno zdraviti. Plasti podkožne maščobe pomagajo novorojenčkom pri ohranjanju stalne telesne temperature. Vse kar je pri donošenih zdravih novorojenčkih prilagoditev na novo življenje, pa pri nedonošenčkih predstavlja resne probleme, ki zahtevajo skrbno zdravstveno varstvo.

2.10.1. Spremljanje plodove rasti

Spremljanje plodove rasti je danes eno najpomembnejših področij pri nadzoru ploda. Neonatalna umrljivost in še bolj mrtvorodenost sta značilno povezani z zastojem plodove rasti in to spoznanje opozarja na pomen postopkov, s katerimi lahko pravočasno ugotovijo zastoj plodove rasti in se izognejo slabemu perinatalnemu izidu. Tudi diagnostika prekomerne plodove rasti ni brez pomena. V vseh razvitih deželah je ultrazvok prevladujoča tehnologija za spremljanje plodove rasti (Goldenberg, 1997). Če postavljamo definicijo zastoja plodove rasti kot težo pod določeno centilo za gestacijsko starost, moramo uporabiti ultrazvočno oceno plodove teže. O zastojem plodove rasti v maternici govorimo, ko je ocenjene teža ploda

pod deseto centilo razporeditve porodnih tež za določeno gestacijsko starost (Novak-Antolič, 2004). Prekomerna plodova rast ali makrosomija je teža nad devetdeseto centilo te krivulje. Marsikje je definicija postavljena kot presežena absolutna teža (največkrat 4000 ali 4500 gramov) vendar to velja samo za donošene plodove in otroke (Novak-Antolič, 2004).

Zastoj rasti ploda je povezan z genetskimi nepravilnostmi ploda, nepravilnostmi v razvoju in okužbami. Vzrok je lahko tudi insuficienca posteljice, ki je lahko posledica kroničnih bolezni matere ali nekaterih lokalnih dejavnikov. Vzrok prekomerne plodove rasti je v večini primerov povezan s konstitucijo staršev, dejavniki tveganja pa so tudi debelost matere, preveliko pridobivanje teže v nosečnosti, moški spol ploda, nekateri primeri podaljšane nosečnosti in seveda vse oblike sladkorne bolezni matere (Sketelj, 2005).

2.10.2. Nedonošenček

Po definiciji velja, da je otrok nedonošen, če je rojen pred 37. tednom nosečnosti, ne glede na porodno težo. Prenošeni so vsi tisti, ki so rojeni po 42. tednih. Novorojence, ki ob rojstvu tehtajo manj kot 2500 gramov, označujemo kot novorojence z nizko porodno težo. Tisti z manj kot 1500 gramov so novorojenci z zelo nizko porodno težo. V zadnjih letih, ko preživijo tudi nedonošenčki z manj kot 1000 gramov, pa so uvedli pojem novorojencev z ekstremno nizko porodno težo. Nedonošenost sama po sebi ni bolezen, prinaša pa mnogo zapletov, ki so posledica nezrelosti. Možnost za preživetje se skokovito izboljšuje z vsakim dodatnim tednom nosečnosti (Bregant, 2005).

Čeprav je predporodno varstvo danes precej uveljavljeno se število otrok z nizko porodno težo in število prezgodnjih porodov povečuje (Kogan, 1998; Ventura, 1999). Vzroke lahko iščemo tudi v naraščajočem številu večplodnih nosečnosti. Nosečnost z dvojčki se zaradi varnosti matere in otrok pogosto konča s prezgodnjim porodom, ki je sprožen umetno ali s carskim rezom. Skrbno predporodno varstvo omogoča zgodnje odkrivanje težav, kot je zastoj enega ali obeh plodov v rasti in posledično zahtevajo takojšen porod (Kogan, 2000).

3. Cilji raziskave

Glede na predmet in problem raziskave smo opredelili naslednje cilje:

- Ugotoviti značilnosti okolja, v katerem živijo nosečnice izbranega vzorca.
- Analizirati športno dejavnost žensk pred in med nosečnostjo in ugotoviti vpliv le-te na počutje nosečnice in izid nosečnosti.
- Ugotoviti prehranjevalne navade žensk pred in med nosečnostjo in ugotoviti vpliv le-teh na počutje nosečnice in izid nosečnosti.
- Ugotoviti motive za športno aktivnost in zdrav način življenja nosečnic.
- Ugotoviti raven seznanjenosti žensk o razvadah in posluževanju teh pred in med nosečnostjo in ugotoviti vpliv le-teh na počutje nosečnice in izid nosečnosti.

4. Hipoteze

Glede na postavljene cilje smo oblikovali naslednje alternativne hipoteze:

H1₁: Športna dejavnost ugodno vpliva na počutje nosečnice.

H1₂: Športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti.

H1₃: Nosečnice so športno aktivne predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja.

H1₄: Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na počutje nosečnice.

H1₅: Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na izid nosečnosti.

5. Metode dela

5.1. Vzorec merjencev

Vzorec merjencev je zajemal 163 nosečnic, ki so se delile na kontrolno in eksperimentalno skupino. Kontrolna skupina je obsegala 95 nosečnic, ki so bile občasno ali pa sploh niso bile aktivne. Eksperimentalna skupina je obsegala 68 nosečnic, ki so redno obiskovale organizirano vadbo ali so bile neorganizirano redno 3–4-krat tedensko aktivne in so poleg hoje izbrale še eno vrsto športne dejavnosti. Nosečnice so bile anketirane ob koncu prvega in ob koncu drugega trimesečja. Po porodu so bili izbrani objektivni parametri, prepisani iz porodnega zapisnika.

5.2. Vzorec spremenljivk

Prvi del spremenljivk je zajemal **dva anketna vprašalnika**, ki so jih nosečnice izpolnile ob koncu prvega in ob koncu drugega trimesečja, z naslednjih področij:

- Socialno-demografske značilnosti: starost, izobrazba, zakonski stan, zaposlitev, bivalno okolje, lastništvo stanovanja.
- Zanositev: zaporedna nosečnost, uporaba kontracepcije, načrtovanje nosečnosti, čas do zanositve, način zanositve, jemanje folne kisline.
- Zdravstvene težave v nosečnosti: bruhanje, slabost, utrujenost, bolečine v križu, slabokrvnost, mišični krči, otekline, zaprtost in krčne žile.
- Zdravstveni parametri: krvna slika – hemoglobin, sistolični in diastolični krvni tlak, telesna teža.
- Športna dejavnost: pogostost, oblike in vrste športne dejavnosti, pomen športne dejavnosti, poznavanje in izvajanje treninga mišic medeničnega dna.
- Prehranjevalne navade smo definirali z vidika uživanja vseh obrokov, zelenjave, sadja, mleka, rib, žitaric, mesa, cvrtja, sladkih gaziranih pijač, sladic in bele moke.
- Motivi: motivi za športno dejavnost in motivi za zdravo prehranjevanje.

- Kajenje: kajenje pred nosečnostjo, kajenje v nosečnosti.
- Alkohol: pogostost pitja, vrste alkoholnih pijač pred nosečnostjo, pogostost pitja v nosečnosti.
- Psihično počutje nosečnic: nosečnice so za vsako postavko na lestvici od 1 do 5 opredelile pogostost prisotnosti posameznega čustvenega stanja in s tem svoje psihično počutje.

POZITIVNA ČUSTVA (mirna, zadovoljna, srečna, polna energije, ženstvena, prijazna, materinska, živahna, sproščena, vesela, aktivna, privlačna, ponosna, radovedna, sprejeta, razumljena, prijetna, urejena in ljubljena)

NEGATIVNA ČUSTVA (utrudljiva, jokava, jezava, naveličana, brezvoljna, zaskrbljena, napeta, črnogleda, okorna, otožna, ničvredna, razočarana, samokritična, razdražljiva, neodločna, neješča, nervozna, onemogla, nespečna, potrta, raztresena, z občutki krivde, prezaposlena, nestrpna, občutljiva in ranljiva)

Drugi del je zajemal **prepise objektivnih parametrov poroda iz porodnega zapisnika:**

- trajanje gestacije,
- teža otroka ob rojstvu,
- povečanje telesne teže med nosečnostjo,
- predčasen razpok mehurja,
- predčasen porod,
- način poroda,
- trajanje poroda.

5.3. Organizacija in potek zbiranja podatkov

Anketiranje smo izvedli v obdobju od novembra 2005 do novembra 2006. Podatke iz porodnih zapisnikov smo pridobili do junija 2007. Vsaka nosečnica je ob pristopu k sodelovanju podpisala izjavo, kjer je razvidno, da je bila seznanjena s potekom, pomenom in cilji raziskave in se s svojim podpisom strinjala, da se podatki uporabijo v znanstvene namene. Vloga za anketiranje nosečnic in prepis podatkov iz porodnega zapisnika je bila potrjena tudi s strani Strokovno poslovnega sveta Ginekološke klinike Ljubljana in Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Eksperimentalno skupino smo spremljali s pomočjo ginekologov na ginekološki kliniki Ljubljana in izbranih ginekoloških ambulantah po Sloveniji, kontrolno skupino pa v izbranih športnih centrih, kjer so bile nosečnice redno športno dejavne. Celoten proces zbiranja podatkov je bil izveden v skladu z zahtevami Zakona o varovanju osebnih podatkov (Uradni list RS, št.59/1999).

5.4. Metode obdelave podatkov

Podatki so bili obdelani z računalniškim paketom SPSS. Poleg osnovne statistike spremenljivk smo za ugotavljanje razlik med skupinami uporabili bivariatno in multivariatno analizo variance, za ugotavljanje povezanosti med spremenljivkami smo uporabili multivariatno regresijo (za številske spremenljivke). Za zmanjšanje dimenzije matrike spremenljivk je bila uporabljena analiza glavnih komponent oz. faktorjska analiza. S tem smo s čim manjšim številom spremenljivk zajeli preučevani pojav in ga razložili s pojasnjevalnimi dejavniki. Uporabljena je bila varimax rotacija faktorjev. Vse hipoteze smo preverjali na ravni 5 odstotkov statističnega tveganja ($P=0.05$). Rezultati so predstavljeni tekstovno ter v obliki preglednic in grafikonov.

II Empirična analiza

6. Rezultati

6.1. Analiza socialno-demografskih značilnosti

Tabela 03: Kraj bivanja

KRAJ	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ljubljana	65	39,9
Novo mesto	8	4,9
Idrija	23	14,1
Postojna	7	4,3
Celje	3	1,8
Koper	16	9,8
Litija	14	8,6
Kranj	5	3,1
Nova Gorica	5	3,1
Tolmin	17	10,4

Večina nosečnic je prihajala iz osrednjega dela Slovenije, in sicer 40 odstotkov vzorca. Sledile so Idrija, Tolmin in Koper, ki skupaj pokrivajo 35 odstotkov vzorca, preostanek pa je bil razpršen po različnih krajih po Sloveniji. Ker vzorec ni pokrival vseh regij Slovenije, natančnejše analize po regijah nismo delali.

Tabela 04: Starostne skupine nosečnic

STAROST	ŠTEVILO	ODSTOTEK	SKUPNI ODSTOTEK
20–25 let	20	12,3	12,3
26–30 let	68	41,7	54,0
31–35 let	58	35,6	89,6
36–40 let	17	10,4	100,0

Nosečnice našega vzorca so bile stare od 20 do 40 let. Največ nosečnic je bilo starih 31 let, povprečna starost pa je bila 29,6 let. Starost naših nosečnic je bila primerljiva s povprečno starostjo nosečnic v Sloveniji, za celotno Slovenijo je bila le-ta leta 2003 28,3, za Ljubljano pa 29,2 leti. Porodnice smo potem razdelili v štiri starostne skupine: od 20–25 let je bilo starih 12,3 odstotka porodnic, od 26–30 let jih je bilo 41,7 odstotka, od 31–35 jih je bilo 35,6 odstotka in starejših od 35 let jih je bilo 10,4 odstotka.

Tabela 05: Zakonski stan

ZAKONSKI STAN	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Poročena	93	57,1
Živeča v skupnosti	64	39,3
Samska	5	3,1
Ločena	1	0,6

Dobra polovica nosečnic je bila poročenih, živečih v izven zakonski skupnosti je bilo slabih 40 odstotkov. To je pričakovano in dobrodošlo, kajti socialna varnost in podpora partnerja sta v obdobju nosečnosti pomembna dejavnika psihične stabilnosti in dobrega počutja.

Tabela 06: Stopnja izobrazbe

STOPNJA IZOBRAZBE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Osnovnošolska	5	3,1
Poklicna	13	8,0
Gimnazijska	53	32,5
Višja	37	22,7
Univerzitetna	44	27,0
Znanstvena	11	6,7

Z osnovnošolsko izobrazbo je bilo le 3,1 odstotka nosečnic, sledile so tiste s poklicno šolo, in sicer jih je bilo 8 odstotkov. Takih s štiriletno srednjo šolo je bilo 32,5 odstotka. Velik delež je bilo izobraženih, kar 56,3 odstotka jih je imelo višjo oziroma visoko izobrazbo ali več. Od tega jih je imelo višjo oziroma visoko izobrazbo 22,7 odstotka, univerzitetno kar 27 odstotkov

in znanstveno izobrazbo 6,7 odstotka. Nosečnice, ki so sodelovale v raziskavi, so imele višjo izobrazbo v primerjavi z dejanskim stanjem v Sloveniji. Izobražene ženske so bile prej pripravljene pristopiti k anketiranju, ker so samozavestnejše, bolj obvladajo informacijsko tehnologijo in so imele več volje in znanja, da so sodelovale v celotni raziskavi.

Tabela 07: Delo, ki ga opravljajo

VRSTA DELA	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Industrija	10	6,1
Storitveno	24	14,7
Pisarniško	37	22,7
Intelektualno	57	35,0
Študentka	12	7,4
Nezaposlene	6	3,7
Drugo (samozaposlene)	17	10,4

V industriji oziroma proizvodnji je bilo zaposlenih 6,1 odstotka nosečnic, v storitveni dejavnosti pa 14,7 odstotka. Pisarniško delo je opravljalo 22,7, intelektualno delo pa 35 odstotkov nosečnic, kar je bilo glede na izobrazbo pričakovano. Študentk je bilo 7,4 odstotka, kar kaže na ugodne pogoje, ki jih pri nas nudijo študentskim družinam. Nezaposlenih je bilo 3,7 odstotka nosečnic, samozaposlenih ali zaposlenih v družinski firmi pa je bilo 10,4 odstotka nosečnic.

Tabela 08: Dnevna službena obveznost v prvem trimesečju

DNEVNA PRISOTNOST V SLUŽBI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne delam	61	37,4
Do 6 ur	20	12,3
Od 6–8 ur	38	23,3
Od 8–10 ur	41	25,2
Več kot 10 ur	3	1,8

Takoj v začetku nosečnosti je službo pustilo in šlo na bolniško dobrih 26 odstotkov nosečnic, če upoštevamo, da smo imeli skupaj 11 odstotkov takih, ki niso bile zaposlene ali so bile študentke. Ker je to obdobje, ko je nosečnost komaj dobro potrjena, je ta odstotek precej visok.

Tabela 09: Dnevna službena obveznost v drugem trimesečju

DNEVNA PRISOTNOST V SLUŽBI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne delam	86	52,8
Do 6 ur	23	14,1
Od 6–8 ur	29	17,8
Od 8–10 ur	23	14,1
Več kot 10 ur	2	1,2

V drugem trimesečju je takšnih, ki niso bile več v službi, dobra polovica. Odstotek tistih, ki so delale 8 ur ali več, se je precej zmanjšal. Tretje trimesečje je čas, ko večina nosečnic zmanjša obseg svojega dela in se postopno pripravi na odhod v porodniško.

Tabela 10 : Lastništvo stanovanja

LASTNO STANOVANJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	114	69,9
Ne	49	30,1

Kar 30 odstotkov nosečnic ni imelo lastnega stanovanja, kar potrjuje, da v Sloveniji tudi poročeni oziroma živeči v partnerskem odnosu, ki so zaposleni in si ustvarjajo družino, težko pridejo do lastnega stanovanja. Takih je bilo 70 odstotkov.

6.1.1. Povzetek analize socialno- demografskih značilnosti

Po pregledu socialno-demografskih značilnosti smo povzeli, da smo imeli opravka z nosečnicami, ki so bile v povprečju visoko izobražene in opravljajo predvsem pisarniško in intelektualno delo, večinoma so živele v osrednjem delu Slovenije. Po starosti so bile primerljive s povprečjem v Sloveniji, in sicer so bile povprečno stare 29,6 let. Razen slabih 4

odstotkov samskih ali ločenih so bile poročene ali živeče v izvenzakonski skupnosti. Dobre dve tretjini anketirank je imelo lastno stanovanje, kar je glede na starost in stopnjo izobrazbe, ki naj bi narekovala višji socialni status, še vedno malo.

6.2. Analiza zanositve

Tabela 11: Kontracepcijska sredstva pred nosečnostjo

KONTRACEPCIJA	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	61	37,4
Ne	102	62,6

Pred zanositvijo je 37,4 odstotka žensk jemalo kontracepcijska sredstva, 62 odstotkov pa ne. Glede na to, da je bilo 75 odstotkov nosečnosti načrtovanih, je opustitev kontracepcije pričakovana. Danes imamo vedno več primerov žensk, ki imajo težave z zanositvijo in že predhodno opustijo kontracepcijska sredstva.

Tabela 12: Zaporedna nosečnost

ZAPOREDNA NOSEČNOST	ŠTEVILO	ODSTOTEK
1. nosečnost	100	61,3
2. nosečnost	41	25,2
3. nosečnost	9	5,5
4. nosečnost	13	8,0

Večji delež vzorca so bile prvorodke, in sicer kar 61,3 odstotka. Na drugem mestu s 25,2 odstotki vzorec pokrivajo nosečnice, ki so bile noseče drugič. Sledijo matere, ki so bile noseče četrtič ali več, takih je 8 odstotkov, in nato še nosečnice, ki so pričakovale tretjega otroka, takih je 5,5 odstotka. Torej je bilo mnogorodnic skupaj 38,7 odstotka.

Tabela 13 : Ali je bila nosečnost načrtovana?

NAČRTOVANJE NOSEČNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	122	74,8
Ne, a zaželena	32	19,6
Ne, povsem nas je presenetila	9	5,5

V naši raziskavi smo imeli velik delež, kar 75 odstotkov nosečnosti, ki so bile načrtovane. Glede na starost vzorca nas to niti ne preseneča, kajti 57 odstotkov nosečnic je bilo starih 30 let ali več. Slabih 20 odstotkov je bilo takih, ki nosečnosti niso načrtovali, a je bila kljub temu zaželena. Pri 5 odstotkih žensk je bila nosečnost nenačrtovana in popolno presenečenje.

Tabela 14: Čas od načrtovanja do zanositve

OD NAČRTOVANJA DO ZANOSITVE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Nenačrtovano	23	14,1
Tri mesece	78	47,9
Šest mesecev	25	15,3
Eno leto	16	9,8
Več kot leto	21	12,9

Slaba polovica nosečnic je zanosila v treh mesecih. 15,3 odstotka parov je bilo uspešnih v šestih mesecih, slabih 10 odstotkov pa v letu dni. Kar 13 odstotkov parov je na zanositev čakalo več kot leto dni, kar pomeni, da so opravili dodatne preiskave v večjem ali manjšem obsegu.

Tabela 15: Kako ste zanosili?

NAČIN ZANOSITVE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Po naravni poti	153	93,9
Po zdravstvenih posegih	2	1,2
Z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo	8	4,9

Ne glede na čas čakanja na zanositev je bilo v končni fazi zanositev po naravni poti 93,9 odstotka, po več zdravstvenih posegih jih je zanosilo še 1,2 odstotka in 4,9 odstotka s pomočjo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Tabela 16: Pričetek jemanja folne kisline

JEMANJE FOLNE KISLINE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Pred zanositvijo	50	30,7
Ob potrditvi nosečnosti	95	58,3
Nikoli	18	11,0

Kljub temu da je bilo 75 odstotkov nosečnosti načrtovanih, je le slaba tretjina nosečnic začela z jemanjem folne kisline tri mesece pred zanositvijo. Velik delež je takih, ki so začele z jemanjem folne kisline, ko so ugotovile, da so noseče. Čeprav je osveščanje o pomenu folne kisline za normalen otrokov razvoj s strani stroke in medijev veliko, smo imeli še vedno take, ki tega niso upoštevale. V našem vzorcu je bilo 11 odstotkov takih, ki folne kisline niso jemale.

6.2.1. Povzetek analize zanositve

Tri četrtine nosečnosti je bilo načrtovanih, zato nas preseneča, da je le 30 odstotkov žensk začelo z jemanjem folne kisline pred zanositvijo. V treh mesecih je zanosila polovica anketirank, kar 23 odstotkov pa šele po letu dni. Od tega je po oploditvi z biomedicinsko pomočjo zanosilo 5 odstotkov nosečnic. Nosečnice analiziranega vzorca so bile v 60 odstotkih prvorodnice in v 40 odstotkih mnogorodnice.

6.3. Analiza izida nosečnosti

Na osnovne spremenljivke izida nosečnosti so vezani vsi nadaljnji večji sklopi. Ugotavljali smo namreč, kakšne so razlike med športno dejavnimi in nedejavnimi v parametrih izida nosečnosti. Zanimalo nas je tudi, kako na izid nosečnosti vplivajo prehranjevalne navade, kajenje in pitje alkoholnih pijač.

Tabela 17: Trajanje gestacije

TRAJANJE GESTACIJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	SKUPNI ODSTOTEK
Do 35 tednov	1	0,6	0,6
Do 36 tednov	6	3,7	4,3
Do 37 tednov	8	4,9	9,2
Do 38 tednov	12	7,4	16,6
Do 39 tednov	23	14,1	30,7
Do 40 tednov	51	31,3	62,0
Do 41 tednov	49	30,1	92,0
Do 42 tednov	13	8,0	100,0

Glede na trajanje gestacije smo nosečnice razdelili po tednih ter tako ugotovili, koliko otrok se rodi predčasno, torej do 37. tedna – takih je 9,2 odstotka. Do 38. tedna se jih je rodilo 16,6, do 39. tedna 30,7, do termina poroda se jih je skupno rodilo 62 odstotkov. Nadalje se je do vključno 41. tedna rodilo skupaj 92 odstotkov otrok in končno do 42. tedna še vsi ostali. Do prenošenosti v nobenem primeru ni prišlo.

Tabela 18: Teža novorojenčka

TEŽA NOVOROJENČKA	ŠTEVILO	ODSTOTEK	SKUPNI ODSTOTEK
Do 2000 gramov	2	1,2	1,2
Do 2500 gramov	7	4,3	5,5
Do 3000 gramov	23	14,1	19,6
Do 3500 gramov	72	44,2	58,8
Do 4000 gramov	46	28,2	92,0
Do 4500 gramov	12	7,4	99,4
Do 5000 gramov	1	0,6	100,0

Do vključno 2000 gramov sta bila težka dva novorojenčka. To sta dvojčka, vendar nobeden od njiju ne sodi v skupino z zelo nizko porodno težo. Otrok, ki so tehtali do vključno 2500 gramov in sodijo v skupino z nizko porodno težo, smo imeli skupaj 5,5 odstotka. Otrok, ki so tehtali od 2500 do 3000 gramov, je bilo 14,1 odstotka, sledila je največja skupina od 3000 do

3500 gramov s 44,2 odstotka in nato tisti do vključno 4000 gramov, ki jih je bilo 28,2 odstotka. Od 4000 do 4500 gramov smo imeli 4,7 odstotka otrok, težji od 4500 gramov je bil le en otrok.

Tabela 19: Končna pridobljena telesna masa nosečnice v kilogramih

PRIDOB�JENA MASA V KG	ŠTEVILO	ODSTOTEK	SKUPNI ODSTOTEK
6	1	,6	,6
8	7	4,3	4,9
9	5	3,1	8,0
10	11	6,7	14,7
11	12	7,4	22,1
12	21	12,9	35,0
13	17	10,4	45,4
14	12	7,4	52,8
15	14	8,6	61,3
16	15	9,2	70,6
17	8	4,9	75,5
18	9	5,5	81,0
19	5	3,1	84,0
20	8	4,9	89,0
21	4	2,5	91,4
22	5	3,1	94,5
23	6	3,7	98,2
24	2	1,2	99,4
25	1	,6	100,0
SKUPAJ	163	100,0	

Razpon skupne pridobljene telesne teže tekom nosečnosti je bil precejšen in glede na priporočljive meje telesne teže, ki naj bi se po raziskavah gibala do 15 kilogramov (Johnson, 2001), smo nosečnice razdelili v dve skupini. Prva skupina so bile nosečnice, ki so pridobile

telesno težo v zdravih priporočljivih mejah, druga skupina pa so bile nosečnice, ki so to mejo presegle.

Tabela 20: Skupini nosečnic po pridobljeni telesni masi v kilogramih

PRIDOBLJENA TELESNA MASA V KG	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Od 6 do 15 kilogramov	86	52,8
Od 15 do 25 kilogramov	77	47,2

Razpon telesne teže, ki so jo nosečnice pridobile tekom nosečnosti, je bil zelo velik, od minimalno 6 do maksimalno 25 kilogramov. Povprečna pridobljena telesna teža je bila 14,71 kilogramov. Nosečnice smo razdelili v dve skupini, in sicer tiste, ki so pridobile priporočljivo telesno težo do 15 kg, in tiste, ki so pridobile 15 kilogramov in več. V prvi skupini jih je bilo 52,8 odstotka in so pridobile povprečno 12 kilogramov, v drugi pa 47,2 odstotka in so pridobile v povprečju 19,2 kilograma.

Tabela 21: Predčasen razpok mehurja

PREDČASEN RAZPOK MEHURJA	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	49	30,1
Ne	114	69,9

Do predčasnega razpoka mehurja je prišlo v 30,1 odstotka primerov. Nadalje smo ugotavljali, koliko je bilo teh primerov pri tistih, ki so rodile predčasno, kajti tam je razpok mehurja najbolj nevaren in potrebno se je odločiti med tveganjem infekcije ali porodom nezrelega ploda.

Tabela 22: Predčasen porod

PREDČASEN POROD	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	15	9,2
Ne	148	90,8

Do predčasnega poroda je prišlo v 9,2 odstotkih primerov, kar je v primerjavi s povprečjem primerov predčasnih porodov, ki jih je perinatalni informacijski center zabeležil za leto 2002 v Sloveniji, višje za 2,8 odstotka (Perinatalni informacijski sistem Slovenije, 2002).

Tabela 23: Predčasen porod v primerjavi s predčasnim razpokom mehurja

	PREDČASEN POROD	NI PREDČASNEGA PORODA	SKUPAJ	F	SIG.
Predčasen razpok	8	41	49	,160	,039
	4,9 %	25,2 %	30,1 %		
Brez predčasnega razpoka	7	107	114		
	4,3 %	65,6 %	69,9 %		
Skupaj	15	148	163		
	9,2 %	90,8 %	100 %		

V skupini nosečnic s predčasnim porodom je v 53,3 odstotkih prišlo do predčasnega razpoka mehurja, v 46,7 odstotkih pa ne. Ugotovili smo, da je predčasen razpok mehurja statistično značilno povezan s predčasnim porodom.

Tabela 24: Trajanje poroda v urah

V URAH	ŠTEVILO	ODSTOTEK	SKUPNI ODSTOTEK
1 do 2	34	20,9	20,9
3 do 4	87	53,4	74,2
5 do 6	30	18,4	92,6
7 do 8	8	4,9	97,5
9 do 10	4	2,5	100,0

Največ porodov je trajalo 3 do 4 ure, in sicer kar 53,4 odstotka. Sledili so porodi dolgi od 1 do 2 uri, teh je bilo 20,9 odstotka, in nato 5- do 6-urni, ki jih je bilo 18,4 odstotka. Imeli smo tudi take, ki so rojevale 7 do 8 ur, teh je bilo 4,9 odstotka, in najdaljše porode 9 do 10 ur, ki jih je bilo 2,5 odstotka.

Tabela 25: Razlike med prvorodkami in mnogorodnicami v trajanju poroda v urah

ZAPOREDNI POROD	N	MEAN	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
Prvorodke	100	4,50	1,755	2	10	59,206	,000
Mnogorodnice	63	2,63	,989	1	5		
Skupaj	163	3,78	1,757	1	10		

Legenda: N – število merjencev; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Med prvorodkami in mnogorodnicami smo ugotovili statistično značilno razliko v trajanju poroda. Povprečje pri mnogorodnicah je bilo 2,6 ur, pri prvorodkah pa 4,5 ur.

Tabela 26: Način poroda

NAČIN PORODA	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Spontan vaginalni	131	80,4
Carski rez	21	12,9
Vaginalni z epiduralno analgezijo	6	3,7
Vakuumska ekstrakcija	5	3,1

Imeli smo 80,4 odstotka naravnih vaginalnih porodov in 12,9 odstotka carskih rezov. Za epiduralno analgezijo ob porodu se je odločilo 3,7 odstotka nosečnic. Primerov z vakuumskim dokončanjem poroda je bilo 3,1 odstotka.

6.3.1. Povzetek analize izida nosečnosti

Do dopolnjenega 37. tedna nosečnosti je bilo rojenih 9,2 odstotka otrok, torej nedonošenčkov. Le 1,2 odstotka novorojencev je imelo zelo nizko porodno težo do 2000 gramov, takih z nizko porodno težo do 2500 gramov je bilo 5,5 odstotka. Skupaj se je do termina poroda rodilo 62 odstotkov vseh otrok. Vsi ostali so se rodili do 42. tedna, torej do prenošenosti ni prišlo v nobenem primeru. Več kot 4000 gramov je imelo 8 odstotkov novorojencev.

Naš vzorec je imel visok odstotek predčasnega razpoka mehurja, kar 30,6 odstotka primerov. Prezgodnjih porodov je bilo 9,2 odstotka, vendar se noben porod ni zgodil pred dopolnjenim 35. tednom nosečnosti. V naši raziskavi do podatkov o vzrokih za prezgodnji porod nismo

imeli dostopa. Običajno pride do poroda med 34. in 37. tednom pri mnogoplodni nosečnosti, ki se je v naši raziskavi pojavila v treh primerih (dvojčki) – vsi so bili rojeni prezgodaj.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da je bilo povprečje trajanja poroda prvorodk 4,5 ur ter mnogorodnic 2,65 ure. V Sloveniji je bilo leta 2002 13 odstotkov porodov s carskim rezom. Naša raziskava je pokazala podoben delež, in sicer je bilo carskih rezov 12,9 odstotka. Porodov z epiduralno analgezijo je bilo 3,7 odstotka. V Sloveniji je bilo med letoma 1997 in 1999 nekaj manj kot 3 odstotke vakuumskih ekstakcij glede na vse porode. Naša raziskava je pokazala, da je bilo na tak način dokončanih 3,1 odstotka porodov.

Parameter izida nosečnosti je bila tudi končna pridobljena teža v nosečnosti. V našem vzorcu je bilo nosečnic, ki so pridobile do 15 kilogramov, 52,8 odstotka, 47,2 je bilo takšnih, ki so pridobile 15 kilogramov in več.

6.4. Analiza zdravstvenega stanja

Tabela 27: Težave s slabokrvnostjo v prvem in drugem trimesečju nosečnosti

	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Slabokrvnost	58	35,6	97	59,5
Ni slabokrvnosti	105	64,4	66	40,5

V prvem trimesečju je imelo težave s slabokrvnostjo 35,6 odstotka nosečnic. V drugem trimesečju je bilo slabokrvnih kar 59,5 odstotka nosečnic. V tej skupini so bile vse nosečnice, katerih hemoglobin je bil pod kritično mejo 120 mg/liter krvi.

Tabela 28: Sistolični krvni tlak v prvem in drugem trimesečju nosečnosti

	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Normalen	158	96,9	157	96,3
Visok	5	3,1	6	3,7

Tabela 29: Diastolični krvni tlak

	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Normalen	158	96,9	158	96,9
Visok	5	3,1	5	3,1

Težave z visokim krvnim tlakom je v prvem trimesečju nosečnosti imelo 3,1 odstotka nosečnic. Omenjene težave so se v drugem trimesečju nosečnosti nadaljevale z enakim odstotkom, s tem da se je sistolični krvni tlak še pri eni nosečnici povzpел nad kritično mejo. Upoštevali smo mejo 140/90 mm Hg.

Tabela 30: Hospitalizacija v prvem trimesečju nosečnosti

	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Da	9	5,5	11	6,7
Ne	154	94,5	152	93,3

V prvem trimesečju je bilo hospitaliziranih 5,5 odstotka nosečnic, v drugem trimesečju je bil ta odstotek še nekoliko višji, in sicer 6,7 odstotka. Vzrokov za hospitalizacijo nismo analizirali.

Tabela 31: Zdravstvene težave v prvem in drugem trimesečju nosečnosti

ZDRAVSTVENE TEŽAVE	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Jutranja slabost	81	49,7	32	19,6
Bruhanje	19	11,7	14	8,6
Bolečine v prsih ob naporu	8	4,9	4	2,5
Bolečine v križu	65	39,9	78	47,9
Bolečine v trebuhu	29	17,8	35	21,5
Utrujenost	115	70,6	121	74,2
Mišični krči	43	26,4	68	41,7
Otekline	19	11,7	40	24,5
Zaprto	37	22,7	39	23,9
Krčne žile	15	9,2	20	12,3
Glavobol ali migrene	25	15,3	17	10,4
Povišan krvni tlak	8	4,9	7	4,3
Slabokrvnost	27	16,6	45	27,6
Nespečnost	39	23,9	59	36,2
Žalost, depresija	2	1,2	1	,6
Nemir, strah, tesnoba	13	8	7	4,3
Drugo	19	11,7	11	6,7

Kar 96,6 odstotka nosečnic je imelo v prvem trimesečju vsaj eno nosečniško težavo, v povprečju pa so imele več kot tri težave. Po pogostosti so se pojavljale naslednje težave: utrujenost, jutranja slabost, bolečine v križu, mišični krči, nespečnost in zaprtost. Težave, ki so jih nosečnice opredelile pod drugo, so bile bolečine v gležnjih, hemoroidi, težave z vidom in spremembe dioptrije.

V drugem trimesečju so nekatere težave ostale pogoste, druge so se pojavljale redkeje in prišle nekatere nove. Na prvem mestu je še vedno ostala utrujenost, sledile so bolečine v križu, mišični krči in nespečnost. Visok odstotek je bilo slabokrvnih, pojavile so se otekline,

četrtnina jih je imela težave z zaprtostjo. Po drugi strani pa je v prvem trimesečju zelo pogosta jutranja slabost tudi v drugem ostala le pri 19,6 odstotkih nosečnic.

6.4.1. Povzetek analize zdravstvenega stanja

Nosečnice našega vzorca so bile ženske, katerih nosečnost je potekala normalno in so bile večinoma zdrave. Pestila jih je paleta bolj ali manj pogostih nosečniških tegob. Težave z visokim krvnim tlakom v prvem in tudi v drugem trimesečju nosečnosti je imelo dobre 3 odstotke nosečnic. Porast slabokrvnosti od prvega do drugega trimesečja pa je bil od 35 na 60 odstotkov celotnega vzorca.

6.5. Analiza športne dejavnosti

Športno dejavnost smo definirali glede na pogostost, izbor vrste in oblik športne dejavnosti. Športno dejavne so bile tiste nosečnice, ki so bile redno organizirano aktivne v športnih centrih in tiste, ki so se s športom ukvarjale neorganizirano redno 3–4-krat tedensko in so poleg hoje izbrale še eno vrsto športne dejavnosti. Te nosečnice smo uvrstili v eksperimentalno skupino oziroma skupino športno aktivnih nosečnic. Kontrolno skupino je tvorila skupina nosečnic, ki so bile športno aktivne le občasno ali pa sploh ne, poimenovali smo jo skupina športno neaktivnih nosečnic.

6.5.1. Športna dejavnost pred nosečnostjo

Tabela 31: Športna dejavnost pred nosečnostjo

ŠPORTNA DEJAVNOST	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Športno nedejavne	56	34,4
Športno dejavne	107	65,6

Analiza športne dejavnosti pred nosečnostjo kaže, da je bilo v času pred nosečnostjo aktiven precejšen odstotek žensk, in sicer kar 65,6 odstotka, kar presega odstotek aktivnih po raziskavah Slovenskega javnega mnenja, kjer odstotek redno oziroma zadostno aktivnih odraslih prebivalcev Slovenije sega nekje do 48 odstotkov. Neaktivnih je bilo 34,4 odstotka. Glede na to, da je odstotek športno aktivnih žensk v prvem trimesečju padel za 23,3 odstotka, je potrebno vzrokom za ta upad posvetiti posebno pozornost.

Tabela 32: Pogostost športne dejavnosti pred nosečnostjo

POGOSTOST ŠPORTNE DEJAVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Vsak dan	18	11
4–6-krat tedensko	31	19
2–3-krat tedensko	66	40,5
1-krat tedensko	26	16
1–3-krat na mesec	14	8,6
Nisem bila aktivna	8	4,9

Pred nosečnostjo so bile ženske v 40,5 odstotkih aktivne 2–3-krat tedensko. Kar 19 odstotkov nosečnic je bilo aktivnih 4–6-krat tedensko in 11 odstotkov vsak dan. Enkrat tedensko ali manj in popolnoma neaktivnih je bilo skupaj slabih 30 odstotkov anketirank.

Tabela 33: Oblike športne dejavnosti pred nosečnostjo

OBLIKE ŠPORTNE DEJAVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Neorganizirane z družino in prijatelji	98	60,1
Neorganizirane samostojno	77	47,2
Organizirane v klubu, društvu	23	14,1
Organizirane pri zasebnem ponudniku	46	28,2
Organizirane v okviru delovne organizacije	2	1,2
Nisem se ukvarjala s športom	7	4,3

Nosečnice so imele možnost izbrati več odgovorov. Največ anketirank se je pred nosečnostjo posluževalo neorganiziranih oblik športnih aktivnosti, in sicer z družino in prijatelji v 60,1 odstotkih in neorganizirano samostojno v 47,2 odstotkih. Pri zasebnih ponudnikih je bilo organizirano aktivnih 28,2 odstotka, kot članice v klubu pa so bile aktivne v 14,1 odstotkih.

Tabela 34: Vrste športnih aktivnosti pred nosečnostjo

VRSTE ŠPORTNIH AKTIVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Hoja	143	87,9
Plavanje	45	27,6
Kolesarjenje	74	45,4
Jutranja gimnastika	4	2,5
Planinarjenje	32	19,6
Smučanje	65	39,9
Tek	53	32,5
Ples	22	13,5
Joga	16	9,8
Pilates	8	4,9
Aerobika	44	27,0
Tenis	8	4,9
Odbojka	7	4,3
Badminton	16	9,8
Košarka	1	0,6
Fitnes	3	1,8

Ženske so se v času pred nosečnostjo ukvarjale s celo paleto športnih zvrsti, največkrat pa so bile izbrane naslednje: hoja v 87,9 odstotkih, kolesarjenje v 45,4 odstotkih, smučanje v 39,8 odstotkih, tek v 32,5 odstotkih, plavanje v 27,6 odstotkih in planinarjenje v 19,6 odstotkih.

6.5.2. Športna dejavnost v nosečnosti

Tabela 35: Športna dejavnost v prvem trimesečju nosečnosti

ŠPORTNA DEJAVNOST	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Športno nedejavne	94	57,7
Športno dejavne	69	42,3

V prvem trimesečju nosečnosti je bilo redno aktivnih 42,3 odstotka žensk. To so bile nosečnice eksperimentalne skupine, ki so bile redno organizirano aktivne ali so bile aktivne

neorganizirano 3-4-krat tedensko in so poleg hoje izbrale vsaj še eno vrsto športne dejavnosti. Nosečnice, ki so bile aktivne le občasno ali pa sploh niso bile aktivne, sodijo v kontrolno skupino in jih je bilo 57,7 odstotka.

Tabela 36: Pogostost športne dejavnosti v prvem trimesečju nosečnosti

POGOSTOST ŠPORTNE DEJAVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Vsak dan	21	12,9
4–6-krat tedensko	30	18,4
2–3-krat tedensko	67	41,1
1-krat tedensko	23	14,1
1–3 krat na mesec	14	8,6
Nisem bila aktivna	8	4,9

V prvem trimesečju je bilo največ nosečnic, ki so bile aktivne 2–3-krat tedensko, in sicer kar 41,1 odstotka, sledijo nosečnice, ki so bile aktivne 4–6-krat tedensko, za njimi pa tiste enkrat na teden. Kar precejšen odstotek je takih, ki so se z vsaj eno športno dejavnostjo ukvarjale vsak dan, in sicer 12,9 odstotka. Takih, ki so se s športom ukvarjale 3-krat mesečno ali manj oziroma se sploh niso, je bilo skupaj 13,5 odstotka.

Tabela 37: Oblike športne dejavnosti v prvem trimesečju nosečnosti

OBLIKE ŠPORTNE DEJAVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Neorganizirane z družino in prijatelji	108	66,3
Neorganizirane samostojno	76	46,6
Organizirane v klubu, društvu	5	3,1
Organizirane pri zasebnem ponudniku	17	10,4
Nisem se ukvarjala s športom	8	4,9

Tudi v času nosečnosti so se nosečnice v glavnem posluževale neorganiziranih oblik športne dejavnosti, bodisi z družino ali samostojno. Največ anketirank se je v prvem trimesečju nosečnosti posluževalo neorganiziranih oblik športnih aktivnosti, in sicer z družino in prijatelji v kar 66,3 odstotkih in samostojno v 46,6 odstotkih. Pri zasebnih ponudnikih je bilo organizirano aktivnih le 10,4 odstotka, kot članice v klubu pa so bile aktivne v 3,1 odstotkih.

Poleg tega, da opazamo velik delež tistih, ki v nosečnosti niso bile več aktivne, moramo dodati še to, da upade predvsem delež tistih, ki so bile prej organizirano aktivne.

Tabela 38: Vrste športnih aktivnosti v prvem trimesečju

VRSTE ŠPORTNIH AKTIVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Hoja (sprehod v naravi)	156	96
Aktivna hoja	27	16,6
Aktivna hoja s palicami	8	4,9
Plavanje	23	14,1
Kolesarjenje	16	9,8
Jutranja gimnastika	10	6,1
Planinarjenje	9	5,5
Tek	19	11,7
Smučanje	9	5,5
Ples	6	3,7
Joga	6	3,7
Pilates	7	4,3
Aerobika	6	3,7
Fitnes	1	0,6
Tenis	1	0,6

V prvem trimesečju nosečnosti smo zasledili velik porast izbora hoje oziroma sprehoda v naravi, izbralo jo je kar 96 odstotkov anketirank. Po drugi strani pa smo zasledili upad izbora prav vseh ostalih športnih zvrsti. Sledile so aktivna hoja s 16,6 odstotka, plavanje s 14,1 odstotki, tek z 11,7 odstotki, kolesarjenje z 9,8 odstotki. Vzroke za tolikšen upad izbora posameznih športnih zvrsti, ki so za zdrave nosečnice popolnoma varne in priporočljive, lahko iščemo v pomanjkanju informacij o varnosti in pozitivnih učinkih zadostne športne dejavnosti.

Tabela 39: Športna dejavnost v drugem trimesečju nosečnosti

ŠPORTNA DEJAVNOST	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Športno nedejavne	97	59,5
Športno dejavne	66	40,5

V drugem trimesečju je ostalo v eksperimentalni skupini 40,5 odstotka nosečnic, v skupini neaktivnih oziroma kontrolni skupini pa jih je bilo 59,5 odstotka.

Tabela 40: Pogostost športne dejavnosti v drugem trimesečju nosečnosti

POGOSTOST ŠPORTNE DEJAVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Vsak dan	17	10,4
4–6-krat tedensko	35	21,5
2–3-krat tedensko	61	37,4
1-krat tedensko	27	16,6
1–3-krat na mesec	11	6,7
Nikoli	12	7,4

V drugem trimesečju je bila slika podobna, z nekoliko odstopanji navzgor ali navzdol. Takih, ki so bile aktivne 2–3-krat tedensko, je bilo tokrat 37,4 odstotka, sledile so nosečnice, ki so bile aktivne 4–6-krat tedensko z 21,5 odstotki, za njimi pa tiste enkrat na teden s 16,6 odstotki. Tistih, ki so se z vsaj eno športno dejavnostjo ukvarjale vsak dan, je bilo sedaj 10,4 odstotka. Takih, ki so se s športom ukvarjale 3-krat mesečno oziroma sploh ne, je bilo 14 odstotkov.

Tabela 41: Oblike športne dejavnosti v drugem trimesečju nosečnosti

OBLIKE ŠPORTNE DEJAVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Neorganizirane z družino in prijatelji	110	67,5
Neorganizirane samostojno	84	51,5
Organizirane v klubu, društvu	5	3,1
Organizirane pri zasebnem ponudniku	18	11
Nisem se ukvarjala s športom	10	6,1

Slika izbora oblik športnih aktivnosti je bila v drugem trimesečju zelo podobna kot v prvem. Odstotki so nekoliko odstopali, vendar smo imeli še vedno veliko večino takih, ki so se s športno dejavnostjo ukvarjali neorganizirano, z družino v 67,5 odstotkih in same v 51,5 odstotkih.

Tabela 42: Vrste športnih aktivnosti v drugem trimesečju

VRSTE ŠPORTNE AKTIVNOSTI	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Hoja (sprehod v naravi)	157	96,6
Aktivna hoja	21	12,9
Aktivna hoja s palicami	8	4,9
Plavanje	28	17,2
Kolesarjenje	7	4,3
Jutranja gimnastika	9	5,5
Planinarjenje	7	4,3
Tek	23	14,1
Smučanje	4	2,5
Ples	5	3,1
Joga	5	3,1
Pilates	7	4,3
Aerobika	8	4,9
Fitnes	1	0,6
Vadba v okviru priprave na porod	1	0,6

V drugem trimesečju nosečnosti je hoja oziroma sprehod v naravi izbralo veliko število nosečnic, in sicer 96,6 odstotka. Vse ostale športne zvrsti so pričakovano zaostale. Sledile so plavanje s 17,2 odstotki, tek s 14,1 odstotki, aktivna hoja z 12,1 odstotki in jutranja gimnastika s 5,5 odstotki.

Tabela 43: Ocenjevanje pomembnosti športne dejavnosti v nosečnosti in primerjava med športno aktivnimi in neaktivnimi

POMEN		NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ
Večji	Število	25	19	44
	Odstotek	15,3	11,7	27
Manjši	Število	35	11	46
	Odstotek	21,5	6,7	28,2
Enak	Število	37	36	73
	Odstotek	22,7	22,1	44,8
Skupaj	Število	97	66	163
	Odstotek	59,5	40,5	100

Kako so pomen športne dejavnosti ocenile nosečnice, nam kaže zgornja tabela. Tiste, ki športno niso bile aktivne, v velikem številu pripisujejo športni dejavnosti večji pomen, vendar lahko sklepamo, da že prej niso bile aktivne, torej se jim nosečnost ne zdi primeren čas, da bi z vadbo začenjale. Možno je tudi, da jim je bila športna dejavnost iz zdravstvenih razlogov odsvetovana. Tiste, ki so bile aktivne in vadbi v tem času pripisujejo večji pomen, so se zavedale, kaj jim redna športna dejavnost pomeni in daje v času nosečnosti. Nosečnice, ki se športno niso udeleževale in pripisujejo vadbi manjši pomen, so svojo nedejavnost opravičevale s tem, da jim ta ni pomembna. Aktivna skupina nosečnic, ki je v tem času športno dejavnost ocenila kot manj pomembno, se s športno dejavnostjo ukvarja z drugimi cilji, ki so bili v nosečnosti manj izraženi oziroma težje dosegljivi: napredek v motoričnih sposobnostih, preoblikovanje telesa in tekmovalni cilji. Če je bil v času pred nosečnostjo to njihov glavni motiv za ukvarjanje s športno dejavnostjo, potem je imela zanje v nosečnosti ta manjši pomen. Kar 45 odstotkov celotnega vzorca pa je športni dejavnosti v nosečnosti pripisalo enak pomen, znotraj te skupine je bila polovica aktivnih in polovica tistih, ki športno niso bile aktivne. V ozadju tega vprašanja je še vedno zaslediti pomanjkanje informacij o pomenu, varni količini in intenzivnosti vadbe, ki daje pozitivne učinke in pripomore k dobremu počutju.

Tabela 44: Ali vam je bila športna dejavnost iz zdravstvenih razlogov odsvetovana?

		NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ
Odsvetovana	Število	20	4	24
	Odstotek	12,3	2,5	14,7
Ni bila odsvetovana	Število	77	62	139
	Odstotek	47,2	38	85,3
Vse nosečnice	Število	97	66	163
	Odstotek	59,5	40,5	100

Kljub številnim pozitivnim učinkom športne dejavnosti pa ta v določenih primerih le ni primerna. To so: zvišan krvni tlak, plodova stiska, zastoj v rasti ploda, grozeč prezgodnji porod in predležea posteljica. V takih primerih se športna dejavnost odsvetuje. V naši raziskavi je bilo 14,7 odstotka primerov, ki jim je bila vadba iz nam neznanih razlogov odsvetovana. V času nosečnosti je bilo hospitaliziranih skupno 6,7 odstotka nosečnic, takih z visokim krvnim tlakom je bilo slabe 3 odstotke.

Tabela 45: Zdravstvene težave v povezavi s športno aktivnostjo v prvem trimesečju

ZDRAVSTVENE TEŽAVE	AKTIVNE		NEAKTIVNE		SKUPAJ		F	SIG.
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek		
Jutranja slabost	31	19	50	30,7	81	49,7	0,302	0,006
Bruhanje	10	6,1	9	5,5	19	11,7		
Bolečine v prsih ob	0	0	8	4,9	8	4,9		
Bolečine v križu	26	16	39	23,9	65	39,9		
Bolečine v trebuhu	15	9,2	14	8,6	29	17,8		
Utrujenost	44	27	71	43,6	115	70,6		
Mišični krči	17	10,4	26	16	43	26,4		
Otekline	13	8	6	3,7	19	11,7		
Zaprto	17	10,4	20	12,3	37	22,7		
Krčne žile	12	7,4	3	1,8	15	9,2		
Glavobol ali migrene	9	5,5	16	9,8	25	15,3		
Povišan krvni tlak	2	1,2	6	3,7	8	4,9		
Slabokrvnost	14	8,6	13	8,0	27	16,6		
Nespečnost	16	9,8	23	14,1	39	23,9		
Žalost, depresija	1	0,6	1	0,6	2	1,2		
Nemir, strah, tesnoba	9	5,5	4	2,5	13	8,0		
Drugo	7	4,3	12	7,4	19	11,7		
Skupaj	69	42,3	94	57,7	163	100		

Ob analiziranju zgornje tabele smo ugotovili, da so imele nosečnice, ki športno niso bile aktivne, več in obsežnejše nosečniške tegobe v primerjavi s skupino aktivnih. Med skupinama se je pokazala statistično značilen zrazlika. Športna dejavnost je tudi po naših ugotovitvah pomemben dejavnik lajšanja nosečniških tegob. Skupina neaktivnih nosečnic je imela več jutranjih slabosti, bolečin v križu, utrujenosti, mišičnih krčev, glavobolov, povišan krvni tlak in je bila pogosteje nespečna.

Tabela 46: Zdravstvene težave v povezavi s športno aktivnostjo v drugem trimesečju

ZDRAVSTVENE TEŽAVE	AKTIVNE		NEAKTIVNE		SKUPAJ		F	SIG.
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek		
Jutranja slabost	14	8,6	18	11	32	19,6	0,168	0,030
Bruhanje	9	5,5	5	3,1	14	8,6		
Bolečine v prsih ob naporu	1	0,6	3	1,8	4	2,5		
Bolečine v križu	31	19	47	28,8	78	47,9		
Bolečine v trebuhu	14	8,6	21	12,9	35	21,5		
Utrujenost	49	30,1	72	44,2	121	74,2		
Mišični krči	27	16,6	41	25,2	68	41,7		
Oteklina	21	12,9	19	11,7	40	24,5		
Zaprta	17	10,4	22	13,5	39	23,9		
Krčne žile	14	8,6	6	3,7	20	12,3		
Glavobol ali migrene	8	4,9	9	5,5	17	10,4		
Povišan krvni tlak	4	2,5	3	1,8	7	4,3		
Slabokrvnost	21	12,9	25	15,3	46	28,2		
Nespečnost	23	14,1	36	22,1	59	36,2		
Žalost, depresija	1	0,6	0	0	1	0,6		
Nemir, strah, tesnoba	5	3,1	3	1,8	8	4,9		
Drugo	6	3,7	5	3,1	11	6,7		
Skupaj	66	40,5	97	59,5	163	100		

Tudi v drugem trimesečju se je večji del nosečniških težav v veliki meri pojavljal pri neaktivnih nosečnicah. Razlika med skupinama je tudi v drugem trimesečju statistično značilna.

6.5.3. Vpliv športne dejavnosti na počutje v nosečnosti

Nosečnice so svoje psihično počutje opredelile s pogostostjo prisotnosti posameznega čustva. Za vsako čustveno postavko so se opredelile na lestvici od 1 (nikoli) do 5 (skoraj vedno) in s tem izrazile, kako opisujejo svoje počutje in doživljanje sebe v zadnjem obdobju. V naboru pozitivnih čustev so bila čustva: mirna, zadovoljna, srečna, polna energije, ženstvena, prijazna, materinska, živahna, sproščena, vesela, aktivna, privlačna, ponosna, radovedna, sprejeta, razumljena, prijetna, urejena in ljubljena. V skupini negativnih čustev pa so bila naslednja čustva: utrudljiva, jokava, jezava, naveličana, brezvoljna, zaskrbljena, napeta, črnogleda, okorna, otožna, ničvredna, razočarana, samokritična, razdražljiva, neodločna, neješča, nervozna, onemogla, nespečna, potrta, raztresena, z občutki krivde, prezaposlena, nestrpna, občutljiva in ranljiva.

Tabela 47: Izražanje čustev glede na športno aktivnost oziroma neaktivnost

		ŠTEVILO	POVPREČJE	STAND. ODKLON	STAND. NAPAKA
Vsa čustva	Neaktivne	94	3,74	0,46	0,05
	Aktivne	69	3,89	0,42	0,05
Pozitivna čustva	Neaktivne	94	3,76	0,51	0,05
	Aktivne	69	3,96	0,49	0,06
Negativna čustva	Neaktivne	94	3,71	0,51	0,05
	Aktivne	69	3,82	0,46	0,06

Aktivne nosečnice so imele višjo povprečno vrednost pri izboru pozitivnih čustev v primerjavi z neaktivnimi. Višje povprečje aktivnih smo zasledili tudi pri izboru negativnih čustev v primerjavi z neaktivnimi. Pri redno aktivnih rekreativnih športnicah in tekmovalkah je bila lahko izbrana dejavnost mehanizem, ki ji je dajal veliko ugodja, jo sproščal in omogočal dobro počutje. Ko se je morala noseča ženska z vidika izbora športne dejavnosti in njene intenzivnosti prilagoditi nosečnosti, je lahko to povzročilo nerazpoloženost. Razlika v vrednosti povprečij med skupinama je večja znotraj pozitivnih čustev.

S pomočjo faktorjev, ki pojasnjujejo največji delež variance, smo opredelili psihično počutje nosečnic. Posamezen faktor, ki ga vsebinsko opredeljujejo nanj vezana čustva, nam je razkril, kako se je na podlagi pogostosti izbora posameznih čustev počutila nosečnica.

Tabela 48: Počutje nosečnic, ki so redno športno aktivne

FAKTOR	ZAČETNA LASTNA VREDNOST			VSOTA KVADRATOV			VSOTA KVADRATOV PO ROTACIJI		
	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa %
1	13,23	29,41	29,41	12,68	28,17	28,17	10,58	23,51	23,51
2	3,6	8,01	37,41	3,03	6,74	34,91	5,13	11,4	34,91
3	2,92	6,49	43,91						
4	2,39	5,3	49,21						
5	1,81	4,03	53,24						
6	1,78	3,96	57,2						
7	1,58	3,52	60,72						
8	1,41	3,13	63,85						
9	1,39	3,08	66,92						
10	1,28	2,85	69,78						
11	1,14	2,54	72,31						
12	1,02	2,28	74,59						

Iz tabele 48 je razvidno, da je imelo dvanajst faktorjev lambda večjo kot ena. Za pojasnjevanje prostora športne dejavnosti in počutja smo izločili dva najmočnejša faktorja, ki sta skupaj pojasnila 34,9 odstotka variance. Od tega je prvi pojasnil 23,5 odstotka variance, drugi pa 11,4 odstotka. Ostali faktorji so pojasnili bistveno manjši delež variance in bi za razumevanje njihove vsebine morali upoštevati tudi druga področja osebnostne strukture.

Tabela 49: S faktorji pojasnjeno psihično počutje aktivnih nosečnic

POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2	POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2
Sproščena	0,78		Nervozna	-0,45	0,42
Zadovoljna	0,76	-0,30	Neodločna	-0,42	0,31
Prijetna	0,73		Aktivna	0,40	
Črnogleda	-0,72	0,31	Polna Energije	0,38	-0,33
Privlačna	0,71		Razočarana	-0,37	0,26
Ponosna	0,70		Materinska	0,33	
Srečna	0,69	-0,28	Nespečna	-0,28	
Sprejeta	0,68		Ničvredna	-0,27	0,25
Vesela	0,68	-0,29	Okorna	-0,25	0,24
Ljubljena	0,67	-0,30	Onemogla	-0,23	
Napeta	-0,66		Prezaposlena		
Živahna	0,65	-0,25	Občutljiva		0,76
Radovedna	0,63		Jezava		0,75
Mirna	0,63	-0,23	Ranljiva		0,70
Urejena	0,60	0,22	Razdražljiva	-0,23	0,69
Ženstvena	0,57		Raztresena		0,54
Razumljena	0,55		Jokava		0,52
Potrta	-0,54	0,34	Brezvoljna	-0,33	0,49
Z občutki krivde	-0,49	0,25	Naveličana	-0,36	0,43
Prijazna	0,49		Nestrpna	-0,30	0,38
Otožna	-0,49	0,45	Samokritična		0,30
Zaskrbljena	-0,45		Utrudljiva		0,24

Pri aktivnih nosečnicah se je kot prvi izločil faktor 1, ki smo ga imenovali faktor pozitivnega počutja, kajti nanj so se vezala pozitivna čustva. Ta skupina nosečnic je opredelila svoje počutje s postavkami sproščena, zadovoljna, prijetna, ni črnogleda, privlačna, ponosna, srečna in sprejeta. Na drugi faktor 2, imenovan faktor negativnega počutja, so se vezale postavke čustev, kot so občutljiva, jezava, ranljiva, razdražljiva, raztresena in jokava. Počutje aktivnih

nosečnic je bilo torej pojasnjeno s prvim najmočnejšim faktorjem kot pozitivno, vmesna obdobja mešanih čustev so pričakovana in povsem normalna tudi za zdrave aktivne ženske. Če je bila intenzivna športna dejavnost vsakodnevni mehanizem sproščanja, je lahko čas nosečnosti pomenil s tega vidika omejitve, kar je vplivalo tudi na športnično psihično počutje.

Tabela 50: Počutje nosečnic, ki se ne ukvarjajo s športom

FAKTOR	ZAČETNA LASTNA VREDNOST			VSOTA KVADRATOV			VSOTA KVADRATOV PO ROTACIJI		
	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa%
1	12,5	27,79	27,79	11,92	26,49	26,49	8,75	19,45	19,45
2	4,31	9,57	37,36	3,69	8,19	34,68	6,86	15,24	34,68
3	2,39	5,31	42,67						
4	2,2	4,89	47,56						
5	1,79	3,97	51,54						
6	1,69	3,76	55,3						
7	1,54	3,43	58,73						
8	1,37	3,05	61,78						
9	1,31	2,92	64,7						
10	1,21	2,69	67,39						
11	1,1	2,45	69,84						

Enajst faktorjev je imelo lambda večjo kot ena, vendar smo tudi tukaj iz istega razloga kot pri aktivnih izločili dva faktorja, ki sta skupaj pojasnila 34,7 odstotka variance. Od tega je prvi faktor pojasnil 19,4 odstotka variance, drugi faktor pa 15,2 odstotka.

Tabela 51: S faktorji pojasnjeno psihično počutje nosečnic, ki niso športno aktivne

POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2	POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2
Otožna	0,74	-0,27	Raztresena	0,43	
Napeta	0,73		Ničvredna	0,41	
Razdražljiva	0,71		Razočarana	0,41	
Potrta	0,7	-0,34	Utrudljiva	0,4	
Nervozna	0,69		Okorna	0,35	
Črnogleda	0,66	-0,32	Onemogla	0,35	
Občutljiva	0,64		Samokritična	0,3	0,28
Mirna	-0,63		Neješča	0,28	
Naveličana	0,61	-0,26	Prezaposlena	0,25	
Zaskrbljena	0,57		Vesela	-0,32	0,71
Ranljiva	0,56		Prijetna		0,71
Jezava	0,56		Ponosna		0,71
Brezvoljna	0,54	-0,27	Prijazna	-0,26	0,65
Nestrpna	0,54		Srečna	-0,28	0,62
Zadovoljna	-0,51	0,5	Živahna	-0,25	0,62
Jokava	0,49	-0,32	Privlačna		0,58
Z občutki krivde	0,45	-0,3	Sproščena	-0,39	0,58
Neodločna	0,44		Urejena		0,57
Nespečna	0,44		Ženstvena		0,57

Tabela prikazuje strukturo dveh izločenih faktorjev, ki sta pojasnila psihično počutje neaktivnih nosečnic. Pri nosečnicah, ki niso bile športno aktivne, se je kot prvi izločil močnejši faktor 1, imenovan faktor negativnega počutja, na katerega so se vezala negativna čustva. Ta skupina nosečnic je opredelila svoje počutje s postavkami otožna, napeta, razdražljiva, potrta, nervozna, črnogleda, občutljiva in nemirna. Na drugi šibkejši faktor 2, ki se imenuje faktor pozitivnega počutja, so se vezale postavke pozitivnih čustev, kot so vesela, prijetna, ponosna, prijazna, srečna, živahna, privlačna in sproščena. Počutje neaktivnih nosečnic je bilo torej pojasnjeno s prvim najmočnejšim faktorjem kot negativno.

Tabela 52: Nosečnice na bolniški v primerjavi s športno dejavnostjo

		NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ
Nezaposlene oziroma nosečnice na bolniški	Število	38	23	61
	Odstotek znotraj skupine nezaposlenih	62,3	37,7	100
	Odstotek vseh	23,3	14,1	37,4

Ugotavljamo, da je bilo med tistimi, ki so bile na bolniški, večina športno nedejavnih, kar 62,3 odstotka. Večina nosečnic, ki so šle takoj po prvem trimesečju nosečnosti na bolniško, torej so bile breme zdravstvenega varstva, je bilo športno neaktivnih. V kolikor upoštevamo, da je bila športna dejavnost 12 odstotkom nosečnic iz zdravstvenih razlogov odsvetovana, je bil preostanek neaktivnih na bolniški še vedno visok. Na tem mestu smo ugotovili, da je športna dejavnost poleg pozitivnih učinkov za nosečnico in novorojenčka pripomogla tudi k delovni sposobnosti nosečnic in s tem zmanjšala finančno breme zdravstva. Upoštevati je potrebno tudi dejstvo, da je socialno-ekonomski status nezaposlenih nosečnic pogosto omejitveni dejavnik v izboru in možnostih za ukvarjanje s športno dejavnostjo.

6.5.4. Vpliv športne dejavnosti na izid nosečnosti

Tabela 53: Razlika med športno aktivnimi in športno neaktivnimi glede na izid nosečnosti

	AKTIVNE	N	MEAN.	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
Trajanje gestacije (tedni)	Ne	97	39,47	12,18	36	41,6	,939	,334
	Da	66	39,25	16,13	35	41,6		
	Skupaj	163	39,38	13,91	35	41,6		
Teža novorojenčka (g)	Ne	97	3382,16	496,23	1990	4760	,353	,554
	Da	66	3337,05	445,02	2000	4350		
	Skupaj	163	3363,90	475,27	1990	4760		
Končna pridob. teža (kg)	Ne	97	15,43	4,252	8	25	7,588	,007
	Da	66	13,65	3,740	6	23		
	Skupaj	163	14,71	4,135	6	25		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Ugotovili smo, kako športna dejavnost vpliva na izid nosečnosti, in sicer na trajanje gestacije, težo novorojenčka in končno pridobljeno težo tekom nosečnosti.

V trajanju gestacije med aktivnimi in tistimi nosečnicami, ki niso bile aktivne, ni bilo statistično značilnih razlik. Torej športna dejavnost ne vpliva na skrajšanje gestacije in posledično ni vzrok prezgodnjega poroda. Povprečna doba trajanja gestacije pri skupini aktivnih je bila 39 tednov in 2 sedmini, pri neaktivnih pa 39 tednov in 4 sedmine.

Tudi v teži novorojenčkov med skupinama ni bilo statistično značilnih razlik, torej redna športna dejavnost ni vplivala na manjše pridobivanje novorojenčkove teže. Razlika v teži novorojenčkov je bila povprečno dobrih 40 gramov. Torej so bili novorojenčki aktivnih v naši raziskavi lažji le za 40 gramov v primerjavi s predhodno raziskavo, kjer je bila razlika v teži novorojenčkov aktivnih in neaktivnih v povprečju 100 gramov (Pivarnik, 1998).

Statistično značilna razlika pa se je pojavila v končni pridobljeni teži. Aktivne nosečnice so pridobile statistično značilno manj teže, in sicer v povprečju 13,6 kilogramov v primerjavi z neaktivnimi, pri katerih je bilo to povprečje 15,4 kilogramov. Ugotovili smo, da je športna dejavnost v nosečnosti tista, ki omogoča kontrolirano naraščanje telesne teže na račun sprotne porabljanja maščob.

Tabela 54: Predčasen razpok mehurja glede na športno dejavnost

		NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ	F	SIG.
Predčasen razpok	Število	22	27	49	,192	,013
	Odstotek	13,5	16,6	30,1		
Ni predčasnega razpoka	Število	75	39	114		
	Odstotek	46	23,9	69,9		
Skupaj	Število	97	66	163		
	Odstotek	59,5	40,5	100		

Legenda: F – vrednost F koeficienta; Sig. – statistična značilnost

V vzorcu je v 30 odstotkih primerov prišlo do predčasnega razpoka mehurja. Ugotavljamo, da je bila med kontrolno in eksperimentalno skupino statistično značilna razlika v predčasnem razpoku mehurja. Več predčasnih razpokov mehurja se je pojavilo pri aktivnih nosečnicah.

Tabela 55: Predčasen porod glede na športno dejavnost

		NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ	F	SIG.
Predčasen porod	Število	6	9	15	,126	,106
	Odstotek	3,7	5,5	9,2		
Ni predčasnega poroda	Število	91	57	148		
	Odstotek	55,8	35	90,8		
Skupaj	Število	97	66	163		
	Odstotek	59,5	40,5	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

V celotnem vzorcu smo imeli 9,2 odstotka primerov predčasnih porodov. Razlika med kontrolno in eksperimentalno skupino v predčasnem porodu ni bila statistično značilna.

Tabela 56: Način poroda glede na športno dejavnost

NAČIN PORODA	NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ PORODOV	F	SIG.
Spontan vaginalni	78,4 %	83,3 %	80,4 %	,117	,517
Carski rez	15,5 %	9,1 %	12,9 %		
Vaginalni z epiduralno	4,1 %	3 %	3,7 %		
Vakuumska ekstrakcija	2,1 %	4,5 %	3,1 %		
Skupaj	59,5 %	40,5 %	100 %		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Skupno smo imeli 80,4 odstotka spontanov vaginalnih porodov, 12,9 odstotka carskih rezov, 3,7 odstotka vaginalnih porodov ob uporabi epiduralne anestezije in 3,1 odstotka porodov, ki so se dokončali s pomočjo vakuuma. Med skupinama ni bilo statistično značilne razlike v načinu poroda.

Tabela 57: Trajanje poroda glede na športno aktivnost

TRAJANJE V URAH	NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ	F	SIG.
1–2	22,7 %	18,2 %	20,9 %	,208	,598
3–4	54,6 %	51,6 %	53,4 %		
5–6	16,5 %	21,2 %	18,4 %		
7–8	4,2 %	6 %	4,9 %		
9–10	2 %	3 %	2,5 %		
Skupaj	59,5 %	40,5 %	100 %		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Med skupinama ni bilo statistično značilnih razlik v trajanju poroda. V kontrolni skupini smo imeli največ primerov s triurnimi porodi. V eksperimentalni skupini smo imeli dobrih 50 odstotkov porodov, ki so trajali 3 oziroma 4 ure. Ugotovili smo, da so prvorodnice rojevale v povprečju 4,5 ure in mnogorodnice 2,6 ur.

Tabela 58: Poznavanje treninga mišic medeničnega dna (TMMD)

POZNAVANJE TMMD	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	150	92
Ne	13	8

Velika večina nosečnic, kar 92 odstotkov, je poznala TMMD, le 8 odstotkov jih še ni slišalo zanj. O pomenu rednega izvajanja treninga mišic medeničnega dna so bile nosečnice seznanjene na rednih pregledih pri svojih ginekologih. V okviru vadbe za pripravo na porod so se omenjenih treningov lahko tudi udeležile. Koliko je takšnih, ki so disciplinirano izvajale treninge tudi doma, kaže tabela 59.

Tabela 59: Izvajanje treninga mišic medeničnega dna

IZVAJANJE TMMD	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	47	28,8
Ne	30	18,4
Občasno	86	52,8

Kljub temu da so nosečnice v glavnem poznale TMMD in njegove pozitivne učinke, ga je redno izvajalo le slabih 29 odstotkov nosečnic. To so bile večinoma nosečnice, ki so vključene v redno organizirano vadbo. Le občasno ga je izvajalo slabih 53 odstotkov, sploh pa ga ni izvajalo kar 18,4 odstotka nosečnic.

Tabela 60: Način poroda v povezavi s treningom mišic medeničnega dna (TMMD)

TMMD		VAGINALNI	C. REZ	EPIDURALNA	VAKUUM	SKUPAJ	F	SIG.
Da	Število	41	6	0	0	47	,313	,007
	Odstotek	25	3,6	0	0	29		
Ne	Število	20	9	0	1	30		
	Odstotek	12	5,4	0	0,6	18		
Občasno	Število	70	6	6	4	86		
	Odstotek	43	3,6	3,6	2,4	53		
Skupaj	Število	131	21	6	5	163		
	Odstotek	80,4	12,9	3,7	3,1	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Iz tabele je razvidno, da je bila med tistimi, ki so izvajale trening mišic medeničnega dna, in tistimi, ki ga niso oziroma so ga le občasno, statistično značilna razlika v načinu poroda. Od skupno 12,9 odstotka carskih rezov, jih je v skupini, ki je neredno oziroma sploh ni izvajala treninga mišic medeničnega dna, kar 9 odstotkov.

6.5.5. Povzetek analize športne dejavnosti

Rezultati so pokazali pozitiven vpliv športne dejavnosti tako na počutje v nosečnosti kot tudi na izid nosečnosti. Eksperimentalna skupina nosečnic, ki je bila redno športno aktivna, je izražala bolj pozitivna čustva in boljše psihično počutje. Kontrolna skupina je kazala več negativnih čustev in nerazpoloženosti, torej slabše psihično počutje. Pri skupini aktivnih nosečnic smo zasledili manj nosečniških tegob v primerjavi s skupino neaktivnih. Športno aktivne nosečnice so pridobile statistično značilno manj telesne teže v primerjavi z neaktivnimi. Tukaj je imela športna dejavnost pomembno preventivno vlogo. Omogočala je počasnejše in kontrolirano pridobivanje telesne teže in s tem ohranjanje pozitivne samopodobe in dobrega razpoloženja. Čeprav športna neaktivnost sama po sebi neposredno

ne povzročča debelosti, obstaja povezanost med sedečim življenjskim slogom in stopnjo prekomerne telesne teže in debelosti. Znotraj naše raziskave smo dokazali statistično značilno razliko v končni pridobljeni teži, neaktivne nosečnice kontrolne skupine so pridobile v povprečju skoraj dva kilograma več telesne teže.

Ostale spremenljivke izida nosečnosti so pokazale, da športna dejavnost ni vplivala na trajanje gestacije oziroma na predčasen porod in na težo novorojenčka. Prav tako nismo zasledili neugodnega vpliva na trajanje poroda. Razlika med skupinama se je pojavila pri parametru predčasen razpok mehurja. Ugotovili smo tudi statistično značilno razliko v načinu poroda med tistimi, ki izvajajo trening mišic medeničnega dna, in tistimi, ki tega ne izvajajo. Pri skupini aktivnih nosečnic se je pokazalo manj carskih rezov. Glede na raziskave, trening mišic medeničnega dna poleg močnih in vzdržljivih mišic v času nosečnosti vpliva tudi na skrajšanje druge porodne dobe, saj se nosečnica dobro zaveda delovanja omenjenih mišic in jih zato lahko ob pravem času sprost. Tako lahko aktivno sodeluje pri porodu, kar vodi k hitrejšemu in lažjemu porodu (Gamberger idr., 2005).

Športna dejavnost predstavlja poglobljen dejavnik zdravega načina življenja. Pozitivno vpliva na organizem in na duševno počutje, zmanjšuje stres, ohranja nivo telesnih sposobnosti, dviguje samozavest in samopodobo, gibanje na prostem sprošča, prav tako se v naravi prebudijo številna pozitivna čustva. Poleg tega postane aktivna nosečnica pozornejša na komunikacijo z lastnim telesom, kar pomeni, da začuti, kaj njeno telo potrebuje. Je to hrana, vitamini, tekočina, gibanje ali počitek. Vse to ji telo samo sporoča. Prav poznavanje lastnega telesa znotraj izbranih športnih dejavnosti in sprostilnih tehnik pa ji daje dober občutek, da se zna sprostiti, razvedriti in sama doprinese k svojemu dobremu počutju.

6.5.6. Analiza motivov za športno dejavnost

Pomembnost posameznega motiva za športno udejstvovanje so nosečnice opredelile na lestvici od 1 (nepomemben) do 5 (zelo pomemben). Ker smo želeli ugotoviti, kako se motivacijska struktura v času nosečnosti spreminja, smo nosečnice o motivih spraševali za čas pred nosečnostjo, ob koncu prvega trimesečja in ob koncu drugega trimesečja. Spodnja tabela prikazuje pogostost izbora oziroma pomen posameznega motiva iz nabora motivov za športno dejavnost v vseh treh obdobjih merjenja.

Tabela 61: Motivi za športno dejavnost pred nosečnostjo, v prvem in v drugem trimesečju nosečnosti

MOTIVI ZA ŠPORTNO DEJAVNOST	PRED N.	STD.	V 1. TRIM.	STD.	V 2. TRIM.	STD.
Pomembno mi je dobro počutje	4,61	,780	4,63	,816	4,69	,804
Želim biti s svojimi prijatelji/cami.	2,68	1,087	2,59	1,143	2,57	1,191
Želim sprostiti svojo energijo.	3,62	1,203	3,21	1,284	3,20	1,258
Želim ostati v dobri formi.	4,09	1,056	4,12	1,017	4,09	1,033
Rada imam skupinsko delo.	2,52	1,244	2,26	1,098	2,37	1,138
Želim se naučiti novih spretnosti.	2,64	1,195	2,31	1,179	2,27	1,100
Rada srečujem nove prijatelje.	2,69	1,136	2,57	1,138	2,55	1,123
Želim sprostiti napetost.	3,72	1,188	3,33	1,300	3,30	1,268
Rada nekaj počnem.	3,50	1,167	3,44	1,238	3,36	1,191
Rada grem ven iz hiše.	3,75	1,243	3,75	1,283	3,64	1,226
Rada tekmujem.	1,64	,888	1,48	,731	1,48	,764
Rada sem v skupini.	2,27	1,089	2,16	1,012	2,13	,972
Želim napredovati na višjo raven.	2,42	1,236	2,10	1,136	2,18	1,188
Želim biti telesno sposobna.	4,03	1,080	4,13	1,019	4,13	1,009
Želim ohraniti svoje zdravje.	4,56	,817	4,42	1,017	4,36	1,064
Všeč so mi vaditelji/ice.	1,62	,918	1,63	,975	1,64	,993
Rada se zabavam.	3,12	1,162	2,96	1,261	2,89	1,192
Želim ohraniti estetski videz svoje postave.	3,70	1,145	3,63	1,248	3,58	1,295
Želim izboljšati svoje zdravje.	4,21	,990	4,05	1,132	4,12	1,119
Želim biti v toku z družbenim življenjem.	2,69	1,157	2,53	1,264	2,55	1,233
V starejših letih želim biti v dobri kondiciji.	3,93	1,066	3,75	1,218	3,71	1,261
Želim biti dober zgled svojim otrokom.	4,06	1,093	3,96	1,229	3,98	1,220
Aktivna sem iz poslovnih razlogov.	1,74	1,029	1,51	,939	1,50	,863
Želim narediti vse za svoje in otrokovo zdravje	0,00	/	4,68	,775	4,72	,766
Moje dobro počutje pozitivno vpliva na otroka	0,00	/	4,73	,794	4,73	,802

Legenda: Std. – standardni odklon

V času pred nosečnostjo so se z najvišjo frekvenco pojavili naslednji motivi: želim biti telesno sposobna, želim ohraniti svoje zdravje, želim izboljšati svoje zdravje in želim biti dober zgled svojim otrokom. Motivi, ki so bili manj pomembni, so tekmovanje, poslovni razlogi in naklonjenost do vaditeljev.

Ker se je od trenutka, ko je ženska ugotovila, da je noseča, začelo vse prilagajati rastočemu bitju v njej, so se pojavili poleg starih tudi novi motivi, ki so ostali tekom nosečnosti relativno stabilni. Poleg že omenjenih starih motivov sta se pojavila še dva, in sicer zdravje še nerojenega otroka in pozitiven vpliv materinega dobrega počutja na otroka. Že pred nosečnostjo manj pomembni motivi so imeli tudi v nosečnosti najnižjo frekvenco pojavnosti.

Tabela 62: Frekvenca najpogosteje izbranih motivov pred nosečnostjo

OHRANITI ZDRAVJE			IZBOLJŠATI SVOJE ZDRAVJE			POMEMBNO MI JE DOBRO POČUTJE		
Izbor	Število	Odstotek	Izbor	Število	Odstotek	Izbor	Število	Odstotek
1	2	1,23	1	2	1,23	1	2	1,23
2	2	1,23	2	8	4,91	2	1	0,61
3	8	4,91	3	22	13,50	3	7	4,29
4	39	23,93	4	51	31,29	4	36	22,09
5	112	68,71	5	80	49,08	5	117	71,78
Skupaj	163	100	Skupaj	163	100	Skupaj	163	100

Legenda: Izbor (lestvica od 1 – nepomemben do 5 – zelo pomemben)

Pred nosečnostjo sta bila dva glavna motiva za športno dejavnost, in sicer zdravje, ki ga je kot zelo pomembnega ocenilo 68,7 odstotka vprašanih, in dobro počutje, ki je bilo zelo pomembno za 71,8 odstotka nosečnic.

Tabela 63: Frekvenca najpogosteje izbranih motivov v drugem trimesečju

ŽELIM NAREDITI VSE ZA SVOJE ZDRAVJE IN ZDRAVJE SVOJEGA OTROKA.			MOJE DOBRO POČUTJE POZITIVNO VPLIVA NA OTROKOVO ZDRAVJE.		
Izbor	Število	Odstotek	Izbor	Število	Odstotek
1	2	1,23	1	2	1,23
2	1	0,61	2	2	1,23
3	5	3,07	3	4	2,45
4	22	13,50	4	18	11,04
5	133	81,60	5	137	84,05
Skupaj	163	100,00	Skupaj	163	100,00

Legenda: Izbor (lestvica od 1 – nepomemben do 5 – zelo pomemben)

V nosečnosti so se po pričakovanju pojavili motivi za športno dejavnost, ki so vezani na posebno stanje dveh v enem telesu. Kar 81,6 odstotka jih je kot zelo pomembno ocenilo lastno in otrokovo zdravje, 84 odstotkov pa jih je kot zelo pomembno ocenilo to, da njihovo dobro počutje dobro vpliva na otrokovo zdravje.

Ustaljenim motivacijskim strukturam so se v tem obdobju priključili tudi novi motivi, vsi skupaj pa so bili usmerjeni v materino dobro zdravje in počutje ter pozitiven vpliv na razvijajočega se otroka. Naši rezultati so pokazali ojačanje motivov vezanih na zdravje in dobro počutje, z napredovanjem nosečnosti so bili vedno bolj usmerjeni na otroka. Močnejši kot so motivi za športno dejavnost, večja je verjetnost, da bo nosečnica svoje želje in potrebe zadovoljevala v okviru zdravega življenjskega sloga.

6.6. Analiza prehranjevalnih navad

Pri analizi zdrave prehrane smo upoštevali naslednjih 11 pomembnih postavk zdrave prehrane (povzeto po: Zaletel-Kragelj idr., 2004):

1. Uživanje vseh obrokov – kot nezdravo smo upoštevali uživanje dveh obrokov ali manj dnevno.
2. Uživanje zelenjave – kot nezdravo smo upoštevali uživanje zelenjave manj kot enkrat na dan.
3. Uživanje sadja – kot nezdravo smo upoštevali uživanje sadja manj kot enkrat na dan.
4. Uživanje mleka in mlečnih izdelkov – kot nezdravo smo upoštevali uživanje mleka manj kot enkrat na dan.
5. Uživanje rib – kot nezdravo smo upoštevali uživanje rib manj kot enkrat na teden.
6. Uživanje polnozrnatih žitaric – kot nezdravo smo upoštevali uživanje polnozrnatih žitaric manj kot enkrat na teden.
7. Uživanje mesa – kot nezdravo smo upoštevali uživanje mesa vsak dan.
8. Uživanje cvrtja – kot nezdravo smo upoštevali uživanje cvrtja več kot trikrat na mesec.
9. Uživanje sladkih gaziranih pijač – kot nezdravo smo upoštevali uživanje sladkih gaziranih pijač večkrat na teden.
10. Uživanje sladic – kot nezdravo smo upoštevali uživanje sladic večkrat na teden.
11. Uživanje bele moke – kot nezdravo smo upoštevali uživanje bele moke večkrat na teden.

Glede na izbrane postavke zdrave prehrane so nosečnice izbirale nezdrave prehrabene točke. Več kot je bilo izbranih točk, bolj nezdravo so se nosečnica prehranjevale. Nosečnice so se glede na izbrane postavke in število izbranih točk tako razdelile v dve skupini. Prvo večjo skupino so sestavljale tiste, ki so se prehranjevale večinoma zdravo in zelo zdravo. To

je bila **skupina z zdravim prehranjevanjem**. Skupina nosečnic z delno nezdravo prehrano, s pretežno nezdravo prehrano in zelo nezdravo prehrano je skupaj tvorila drugo veliko skupino tistih, ki so se **prehranjevale nezdravo**.

6.6.1. Analiza prehranjevanja v prvem in drugem trimesečju

Tabela 64: Uživanje obrokov – uživanje dveh obrokov ali manj dnevno

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	152	93,3	Ne	162	99,4
Da	11	6,7	Da	1	0,6

Tabela prikazuje, da je v drugem trimesečju začelo z bolj rednim uživanjem vseh obrokov kar 6,1 odstotka nosečnic, torej se je z vidika uživanja obrokov v drugem trimesečju nezdravo prehranjevala le ena nosečnica. Po priporočilih raziskav so najboljše manjši obroki hrane, ki naj bodo enakomerno porazdeljeni čez cel dan. Pet do šest obrokov na dan zagotavlja enakomerno oskrbo s hranili. Vsak dan naj nosečnice zaužijejo polnovreden zajtrk, kosilo in večerjo ter dva do tri vmesne obroke (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993; Institute of Medicine, 1990). Nosečnice, ki so zaužile dva obroka ali manj, so zato pridobile točko nezdravega prehranjevanja.

Tabela 65: Uživanje zelenjave – uživanje zelenjave manj kot enkrat na dan

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	116	71,2	Ne	112	68,7
Da	47	28,8	Da	51	31,3

Imeli smo kar precejšen odstotek takih, ki so se nezdravo prehranjevale z vidika uživanja zelenjave, v drugem trimesečju jih je bilo nekoliko več v primerjavi s prvim. Raziskave s področja prehranjevanja (Haymes in Clakson, 1998; Institute of Medicine, 1990; Manroe, 1999; Scholl, Hediger in Bendich, 1997) govorijo o povečani potrebi nekaterih vitaminov in mineralov v nosečnosti. Vsakodnevno uživanje zelenjave omogoča zadostitev potreb po izbranih vitaminih, zato smo ga opredelili kot dejavnik zdrave prehrane.

Tabela 66: Uživanje sadja – uživanje sadja manj kot enkrat na dan

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	140	85,9	Ne	140	85,9
Da	23	14,1	Da	23	14,1

Sadje je vsakodnevno uživala velika večina nosečnic. Nosečnic, ki na svojem vsakodnevnem jedilniku niso imele sadja, je bilo 14,1 odstotka v obeh trimesečjih. V primeru nerednega uživanja tako sadja kot zelenjave je zaradi zadostitve potrebe po vseh vitaminih in mineralih potrebno poiskati ustrezne nadomestke. Redno uživanje sadja preprečuje pogosto nosečniško tegobo zaprtje (Mantle in Polden, 1992), ki se je po ugotovitvah naše raziskave pojavila pri četrtini nosečnic. Sadne malice omogočajo redno prehrano z manjšim vnosom kalorij, vsebujejo pa veliko vode in vitaminov. Zaradi vsega naštetega so nosečnice, ki vsakodnevno niso uživale sadja, pridobile točko nezdravega prehranjevanja.

Tabela 67: Uživanje mleka in mlečnih izdelkov – uživanje mleka in mlečnih izdelkov manj kot enkrat na dan

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	114	69,9	Ne	112	68,7
Da	49	30,1	Da	51	31,3

Mleka in mlečnih izdelkov vsakodnevno ni uživalo dobrih 30 odstotkov nosečnic v obeh trimesečjih. Podatek opozarja na nevarnost pomanjkanja kalcija pri materi, česar posledice se lahko pokažejo v kasnejših življenjskih obdobjih. Če ga nosečnica ne zaužije dovolj, ga telo črpa iz njenih kosti, kar ima lahko za posledico osteoporozo. Od konca 3. meseca nosečnosti dalje se potrebe po kalciju povečajo za 20 odstotkov, s 1000 na 1200 mg na dan, zato je zelo pomembno uživanje mleka (0,5 l mleka vsebuje 600 mg kalcija) in mlečnih izdelkov (Manroe, 1999). Nosečnice so z vidika pomanjkanja uživanja mleka in mlečnih izdelkov pridobile točko nezdravega prehranjevanja.

Tabela 68: Uživanje rib – uživanje rib manj kot enkrat na teden

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	91	55,8	Ne	95	58,3
Da	72	44,2	Da	68	41,7

Ribe je manj kot enkrat tedensko užival precejšen odstotek nosečnic v obeh trimesečjih. Morske ribe vsebujejo veliko joda. Za pokrivanje potreb v nosečnosti ne zadostuje le uporaba jodirane soli, temveč je treba vsaj dvakrat na teden jesti tudi morske ribe (Gaberšček, Zaletel in Hojker, 2000). Ker v našem okolju joda ne primanjkuje, smo naš kriterij za pridobitev negativne točke spustili na enkrat na teden, pri čemer smo upoštevali uživanje vseh vrst rib.

Tabela 69: Uživanje žitaric – uživanje polnozrnatih žitaric manj kot enkrat na teden

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	57	35	Ne	55	33,7
Da	106	65	Da	108	66,3

Polnozrnatih žitaric je manj kot enkrat tedensko uživalo kar dve tretjini nosečnic v obeh trimesečjih. Visoka hranilna vrednost polnozrnatih živil očitno ne odtehta in nosečnice v veliko večji meri posegajo po beli moki. Priporočilo raziskovalcev s področja prehranjevanja je uživanje sestavljenih ogljikovih hidratov, ki jih najdemo v polnozrnatih izdelkih, bogatih s prehranskimi vlakninami, ki preprečujejo oz. lajšajo zaprtost, ki pogosto spremlja nosečnost (Bessinger, McMurray in Hackney, 2002). Nosečnice, ki so te vrste živil uživale manj kot enkrat tedensko, so pridobile negativno točko.

Tabela 70: Uživanje bele moke – uživanje bele moke večkrat tedensko

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	78	47,9	Ne	74	45,4
Da	85	52,1	Da	89	54,6

Živila iz bele moke je večkrat tedensko uživalo 52 odstotkov v prvem in 55 odstotkov v drugem trimesečju. Bela moka ima zelo visok glikemični indeks, kar pomeni, da po zaužitju take vrste živil zelo naraste količina glukoze v krvi. To aktivira trebušno slinavko, ki začne izločati inzulin za uravnavanje ravni glukoze v krvi. Prepogosto obremenjevanje trebušne slinavke dolgoročno vodi v povečanje telesne teže in s tem povezane zdravstvene težave. Več kot polovica nosečnic je z vidika uživanja bele moke pridobila točko nezdravega prehranjevanja.

Tabela 71: Uživanje mesa – uživanje mesa vsak dan

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	152	93,3	Ne	152	93,3
Da	11	6,7	Da	11	6,7

Vsak dan je meso uživalo le 6,7 odstotka nosečnic v prvem kot tudi v drugem trimesečju. Razen 4,3 odstotka vegetarijank, ki mesa niso uživale, so ostale nosečnice jedle meso v zdravih količinah. Če vegetarijanska prehrana vsebuje zadostno količino rastlinskih živil, ki vsebujejo polnovredne beljakovine, praviloma ne pride do pomanjkanja beljakovin oziroma posameznih bistvenih aminokislin (Pokorn, 1984). Vsakodnevno uživanje mesa je v primerjavi z napisanim nezdravo. Pretirano vsakodnevno uživanje mesa je nosečnicam prineslo negativno točko.

Tabela 72: Uživanje cvrtja – uživanje cvrtja več kot 3-krat na mesec

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	4	2,5	Ne	5	3,1
Da	159	97,5	Da	158	96,9

Z vidika uživanja cvrtja se je nezdravo prehranjevalo kar 97,5 odstotka nosečnic v prvem in 96,9 odstotka v drugem trimesečju. Kljub temu da je splošno znano, da cvrtje vsebuje velike količine nezdravih skritih maščob, je to vrsto hrane uživalo preveč nosečnic. Nosečnice, ki so vsak teden uživale cvrtje, so pridobile točko nezdravega prehranjevanja.

Tabela 73: Uživanje gaziranih sladkih pijač – uživanje gaziranih sladkih pijač večkrat na teden

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	155	95,1	Ne	153	93,9
Da	8	4,9	Da	10	6,1

Gazirane pijače je večkrat tedensko uživalo le 4,9 odstotka v prvem in 6,1 odstotka v drugem trimesečju. Kot kaže so se nosečnice v veliki meri izogibale veliki količini sladkorja in tako imenovanih praznih kalorij v teh vrstah pijač. Ker izbrane vrste teh pijač vsebujejo kofein, so v času nosečnosti še bolj odsvetovane.

Tabela 74: Uživanje sladkih jedi – uživanje sladkih jedi večkrat tedensko

PRVO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	DRUGO TRIMESEČJE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	125	76,7	Ne	129	79,1
Da	38	23,3	Da	34	20,9

Sladke jedi je v nezdravem obsegu v prvem trimesečju uživalo 23,3 odstotka nosečnic in v drugem 20,9 odstotka. Občasna potešitev sladkih želja prinaša dodatne hranilne snovi in poteši določeno čustveno napetost. Zavedati se je potrebno, da prinaša tudi veliko praznih kalorij, če pri izboru sladkih jedi nismo pozorni na njihovo sestavo. Večkrat tedensko uživanje sladice smo opredelili kot nezdravo.

6.6.2. Opredelitev načina prehranjevanja nosečnic

Tabela 75: Prehrambene točke nezdravega prehranjevanja glede na izbrane postavke v prvem trimesečju

PREHRAMBENE TOČKE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	SKUPNI ODSTOTEK	SKUPINA PREHRANJEVANJA
1	6	3,7	3,7	Zelo zdrava
2	22	13,5	17,2	Večinoma Zdrava
3	50	30,7	47,9	
4	44	27,0	74,8	Delno Nezdrava
5	23	14,1	89,0	
6	11	6,7	95,7	Pretežno Nezdrava
7	4	2,5	98,2	
8	3	1,8	100,0	Zelo nezdrava

Zelo zdravo, torej brez ali z eno samo nezdravo točko, se je v prvem trimesečju prehranjevalo 3,7 odstotka nosečnic. Skupina, ki se je prehranjevala večinoma zdravo, ima 2 ali 3 točke in je predstavljala 44,2 odstotka celotnega vzorca. Ti dve skupini sta skupaj tvorili večjo skupino, ki smo jo opredelili kot skupino z zdravim prehranjevanjem in je obsegala 48 odstotkov celotnega vzorca.

Delno nezdravo prehrano so imele tiste z 4 ali 5 točkami in jih je bilo skupaj 41,1 odstotka. S pretežno nezdravo prehrano smo imeli skupaj 9,2 odstotka nosečnic, ki so zbrale 6 ali 7 točk nezdrave prehrane. Skupina nosečnic z zelo nezdravo prehrano je tista, ki je skupaj nabrala 8 ali 9 prehrambenih točk in v našem primeru predstavlja 1,8 odstotka celotnega vzorca. Ta skupina je tvorila drugo večjo skupino, ki smo jo poimenovali skupina z nezdravim prehranjevanjem.

Tabela 76: Skupini nosečnic zdravim in nezdravim prehranjevanjem v prvem trimesečju

NAČIN PREHRANJEVANJA	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Zdrav	78	47,9
Nezdrav	85	52,1

Prvi dve skupini sta skupaj sestavili skupino z zdravim prehranjevanjem, ki je obsegala 48 odstotkov celotnega vzorca. Preostale skupine s štiri ali več točkami nezdravega prehranjevanja so se združile v skupino tistih, ki so se prehranjevale nezdravo in so obsegale 52 odstotkov vseh anketirank.

Tabela 77: Prehrambene skupine nosečnic glede na izbrane postavke v drugem trimesečju

PREHRAMBENE TOČKE	ŠTEVILO	ODSTOTEK	SKUPNI ODSTOTEK	SKUPINA PREHRANJEVANJA
1	3	1,8	1,8	Zelo zdrava
2	29	17,8	19,6	Večinoma zdrava
3	44	27,0	46,6	
4	46	28,2	74,8	Delno nezdrava
5	25	15,3	90,2	
6	12	7,4	97,5	Pretežno nezdrava
7	2	1,2	98,8	
8	2	1,2	100,0	Zelo nezdrava

V skupini z zelo zdravim prehranjevanjem je bilo 1,8 odstotka vseh nosečnic. Skupina, ki se je prehranjevala večinoma zdravo, je bila zelo podobna kot v prvem trimesečju in je obsegala 44,8 odstotka vzorca. Skupina, ki smo jo skupno poimenovali kot skupino z zdravim prehranjevanjem, je bila celo malenkost manjša kot v prvem trimesečju.

Skupina, ki se je prehranjevala deloma nezdravo, se je povečala na 43,5 odstotka in tista s pretežno nezdravo prehrano na 8,6 odstotka vseh nosečnic. Skupina z zelo nezdravim prehranjevanjem je v drugem trimesečju štela 1,2 odstotka.

Tabela 78: Skupini nosečnic zdravim in nezdravim prehranjevanjem v drugem trimesečju

NAČIN PREHRANJEVANJA	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Zdrav	76	46,6
Nezdrav	87	53,4

Tako smo dobili v drugem trimesečju dve skupini, in sicer skupino z zdravim prehranjevanjem, ki je obsegala 47 odstotkov celotnega vzorca, in skupino tistih, ki se je prehranjevala nezdravo, takih je bilo 53 odstotkov. Podatki, ki upoštevajo vse bistvene kriterije zdravega prehranjevanja, kažejo, da se je v Sloveniji leta 2004 nezdravo prehranjevalo 46,6 odstotka vseh odraslih prebivalcev (Zaletel-Kragelj, Fras in Maučec-Zakotnik, 2004). Naši podatki so v drugem trimesečju pokazali še večji odstotek anketirank z nezdravim prehranjevanjem.

6.6.3. Vpliv načina prehranjevanja na počutje v nosečnosti

Tabela 79: Počutje nosečnic z zdravim načinom prehranjevanja

FAKTOR	ZAČETNA LASTNA VREDNOST			VSOTA KVADRATOV			VSOTA KVADRATOV PO ROTACIJI		
	Skupaj	% Variance	Kumulativa	Skupaj	% Variance	Kumulativa	Skupaj	% Variance	Kumulativa
1	13,994	31,098	31,098	13,443	29,874	29,874	10,336	22,968	22,968
2	4,128	9,174	40,271	3,522	7,826	37,700	6,629	14,732	37,700
3	2,566	5,702	45,973						
4	2,200	4,890	50,863						
5	2,035	4,522	55,385						
6	1,727	3,837	59,221						
7	1,531	3,401	62,622						
8	1,387	3,082	65,704						
9	1,303	2,896	68,600						
10	1,237	2,749	71,350						
11	1,070	2,378	73,728						
12	1,009	2,243	75,970						

Dvanajst faktorjev je imelo lambda večjo kot ena, izločili smo dva faktorja, ki sta skupaj pojasnila 37,7 odstotka variance, prvi 22,9 odstotka, drugi pa 14,7 odstotka variance.

Tabela 80: S faktorji pojasnjeno psihično počutje nosečnic z zdravim prehranjevanjem

POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2	POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2
Ponosna	0,732		Razumljena	0,491	-0,339
Vesela	0,723	-0,229	Ničvredna	-0,484	
Sproščena	0,704	-0,224	Razočarana	-0,436	
Črnogleda	-0,702	0,331	Materinska	0,396	0,343
Prijetna	0,692		Aktivna	0,368	-0,227
Zadovoljna	0,685	-0,46	Neješča	-0,302	0,249
Privlačna	0,676		Napeta	-0,256	0,753
Živahna	0,63		Nestrpna		0,706
Srečna	0,629	-0,376	Razdražljiva	-0,217	0,686
Otožna	-0,608	0,478	Ranljiva		0,646
Potrta	-0,601	0,425	Občutljiva		0,634
Ženstvena	0,597		Jezava		0,622
Brezvoljna	-0,597	0,29	Nervozna	-0,337	0,523
Urejena	0,593		Z občutki krivde	-0,384	0,479
Sprejeta	0,566	-0,348	Prezaposlena		0,458
Radovedna	0,549		Jokava		0,429
Mirna	0,548	-0,463	Raztresena	-0,218	0,401
Prijazna	0,547		Okorna		0,369
Ljubljena	0,546	-0,263	Utrudljiva		0,369
Zaskrbljena	-0,514	0,366	Nespečna		0,363
Neodločna	-0,503	0,346	Samokritična		
Naveličana	-0,502	0,463	Onemogla	-0,415	
Polna energije	0,502				

Pri nosečnicah z zdravim načinom prehranjevanja se je kot prvi izločil faktor 1, ki smo ga poimenovali faktor pozitivnega počutja, na katerega so se vezala pozitivna čustva. Ta skupina nosečnic je opredelila svoje počutje s postavkami ponosna, vesela, sproščena, ni črnogleda, prijetna, zadovoljna, privlačna, živahna in srečna. Na drugi faktor 2, ki se imenuje faktor negativnega počutja, so se vezale postavke čustev, kot so napeta, nestrpna, razdražljiva, ranljiva, občutljiva, jezava, nervozna in z občutki krivde. Počutje nosečnic z zdravim načinom prehranjevanja je bilo torej pojasnjeno s prvim najmočnejšim faktorjem kot pozitivno, vmesna obdobja mešanih čustev so pričakovana in povsem normalna tudi za zdrave ženske.

Tabela 81: Počutje nosečnic z nezdravim načinom prehranjevanja

FAKTOR	ZAČETNA LASTNA VREDNOST			VSOTA KVADRATOV			VSOTA KVADRATOV PO ROTACIJI		
	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa %	Skupaj	% Variance	Kumulativa %
1	12,113	26,919	26,919	11,503	25,563	25,563	7,441	16,535	16,535
2	3,758	8,352	35,27	3,146	6,99	32,553	7,208	16,018	32,553
3	2,655	5,899	41,17						
4	2,208	4,907	46,077						
5	2,014	4,475	50,552						
6	1,64	3,644	54,196						
7	1,565	3,479	57,674						
8	1,512	3,361	61,035						
9	1,396	3,102	64,137						
10	1,264	2,81	66,947						
11	1,21	2,689	69,636						
12	1,165	2,589	72,226						
13	1	2,222	74,447						

Skupno je bilo faktorjev z lambda večjo kot ena 13, vendar smo zopet izločili dva faktorja, ki sta skupaj pojasnila 32,5 odstotka variance. Prvi faktor je pojasnil 16,5 odstotka variance, drugi pa 16 odstotkov.

Tabela 82: S faktorji pojasnjeno psihično počutje nosečnic z nezdravim načinom prehranjevanja

POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2	POČUTJE	FAKTOR 1	FAKTOR 2
Otožna	0,71	-0,325	Ponosna		0,754
Napeta	0,665	-0,246	Prijetna		0,743
Črnogleda	0,665	-0,29	Živahna		0,714
Jezava	0,625		Privlačna		0,696
Zaskrbljena	0,624	-0,232	Vesela	-0,344	0,628
Razdražljiva	0,62		Ženstvena		0,603
Potrta	0,617		Prijazna		0,599
Neodločna	0,586		Radovedna		0,581
Nervozna	0,57		Srečna	-0,431	0,563
Jokava	0,562	-0,328	Naveličana	0,35	-0,523
Sproščena	-0,535	0,405	Polna energije		0,515
Nestrpna	0,534		Urejena		0,499
Ranljiva	0,498	-0,37	Aktivna	0,221	0,49
Mirna	-0,493		Sprejeta	-0,36	0,416
Razočarana	0,443		Zadovoljna	-0,38	0,405
Utrudljiva	0,436	-0,347	Razumljena	-0,251	0,401
Brezvoljna	0,435	-0,246	Ljubljena	-0,335	0,395
Raztresena	0,338		Občutljiva	0,379	-0,386
Neješča	0,331		Z občutki krivde	0,245	-0,306
Ničvredna	0,312	-0,303	Onemogla	0,231	-0,282
Materinska	-0,3	0,29	Okorna		-0,224
Prezaposlena	0,26				
Samokritična	0,259				
Nespečna					

Pri nosečnicah z nezdravim načinom prehranjevanja se je kot prvi izločil močnejši faktor 1, imenovan faktor negativnega počutja, na katerega so se vezala negativna čustva. Ta skupina

nosečnic je opredelila svoje počutje s postavkami otožna, napeta, črnogleda, jezava, zaskrbljena, razdražljiva, potrta, neodločna in nervozna. Na drugi faktor 2, ki smo ga poimenovali faktor pozitivnega počutja, so se vezale postavke pozitivnih čustev, kot so ponosna, prijetna, živahna, privlačna, vesela, ženstvena, prijazna in radovedna. Počutje nosečnic z nezdravim načinom prehranjevanja je bilo torej pojasnjeno s prvim faktorjem kot negativno in bolj nagnjeno k slabemu počutju in otožnosti, drugi faktor pa je pojasnil prisotnost pozitivnih čustev.

6.6.4. Vpliv načina prehranjevanja na izid nosečnosti

Tabela 83: Povezanost načina prehranjevanja z izidom nosečnosti

	PREHRANJEVANJE	N	MEAN	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
Trajanje gestacije (t)	Zdravo	76	39,35	14,87	36	41,6	,101	,751
	Nezdravo	87	39,42	13,08	35	41,6		
	Skupaj	163	39,38	13,91	35	41,6		
Teža novorojenčka (g)	Zdravo	76	3333,88	444,90	1990	4250	,566	,453
	Nezdravo	87	3390,11	501,38	2000	4760		
	Skupaj	163	3363,9	475,27	1990	4760		
Pridobljena teža (kg)	Zdravo	76	14,74	4,180	6	25	,005	,942
	Nezdravo	87	14,69	4,118	8	23		
	Skupaj	163	14,71	4,135	6	25		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Po priporočilih izsledkov raziskav (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993; Institute of Medicine, 1990) je bila izbira kakovostnih živil pomemben dejavnik, ki je vplival na porodno težo novorojenčka. Naši rezultati so pokazali, da med skupino z zdravim in nezdravim načinom prehranjevanja v izbranih dejavnikih izida nosečnosti ni statistično značilnih razlik. Zato se v tem primeru predhodnim rezultatom ne moremo pridružiti.

Tabela 84: Povezanost načina prehranjevanja s predčasnim razpokom mehurja

		PREDČASEN RAZPOK	NI P. RAZPOKA	SKUPAJ	F	SIG.
Zdrav način prehranjevanja	Število	26	50	76	,084	,280
	Odstotek	16,	30,7	46,6		
Nezdrav način prehranjevanja	Število	23	64	87		
	Odstotek	14,1	39,3	53,4		
Skupaj	Število	49	114	163		
	Odstotek	30,1	69,9	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Rezultati naše raziskave so pokazali, da ni bilo povezanosti med prehranjevalnimi navadami in predčasnim razpokom mehurja. Med skupinama nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Tabela 85: Povezanost načina prehranjevanja s predčasnim porodom

		PREDČASEN P.	NI P. PORODA	SKUPAJ	F	SIG.
Zdrav način prehranjevanja	Število	9	67	76	,085	,276
	Odstotek	5,5	41,1	46,6		
Nezdrav način prehranjevanja	Število	6	81	87		
	Odstotek	3,7	49,7	53,5		
Skupaj	Število	15	148	163		
	Odstotek	9,2	90,8	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Tudi pri parametru predčasnega poroda med skupinama ni bilo statistično značilne razlike. Raziskave poročajo o otrocih, ki so premajhni za gestacijsko starost, če se teža do 24. tedna nosečnosti pri nosečnici ni povečala vsaj za 4,3 kg. Če prirastek teže po 24. tednu nosečnosti ni vsaj 400g na teden, obstaja večja nevarnost za prezgodnji porod (Cherry idr., 1991; Scholl idr., 1990). V našem vzorcu je samo ena nosečnica pridobila le 6 kilogramov, sicer pa moramo bolj izpostaviti problem prekomerne telesne teže in povezav podhranjenosti s

predčasnimi porodi v naši raziskavi ni. Vzroke za prezgodnji porod lahko iščemo drugje, v našem vzorcu jih v povezavi z načinom prehranjevanja ni bilo.

Tabela 86: Povezanost načina prehranjevanja s trajanjem poroda v urah

	TRAJANJE	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	SKUPAJ	F	SIG.
Zdrav način prehranjevanja	Število	15	41	13	5	2	76	,18	,784
	Odstotek	9,2	25,2	8	3,1	1,2	46,6		
Nezdrav način prehranjevanja	Število	19	46	17	3	2	87		
	Odstotek	11,7	28,2	10,4	1,8	1,2	53,4		
Skupaj	Število	34	87	30	8	4	163		
	Odstotek	11,7	28,2	10,4	1,8	1,2	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Tudi v trajanju poroda sta skupini nosečnic z zdravim in nezdravim načinom prehranjevanja bili precej podobni in med njima ni bilo statistično pomembnih razlik.

Tabela 87: Povezanost načina prehranjevanja z načinom poroda

		SPONTAN	CARSKI	E.A.	VAKUUM	SKUPAJ	F	SIG.
Zdrav način prehranjevanja	Število	62	8	3	3	76	,079	,795
	Odstotek	38,0	4,9	1,8	1,8	46,6		
Nezdrav način prehranjevanja	Število	69	13	3	2	87		
	Odstotek	42,3	8	1,8	1,2	53,4		
Skupaj	Število	131	21	6	5	163		
	Odstotek	80,4	12,9	3,7	3,1	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Pri analizi načina poroda v primerjavi z načinom prehranjevanja nismo opazili razlik, v celoti med skupinama razlika ni bila statistično značilna.

6.6.5. Analiza motivov za zdravo prehranjevanje

Tabela 88: Ali menite, da bi morali spremeniti svoje prehranske navade?

	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	21	12,9
Ne	56	34,4
Delno	86	52,8

Velika večina nosečnic je bila mnenja, da bi morale v celoti ali delno spremeniti prehranske navade, in sicer 65,6 odstotka. Le 34,4 odstotka jih je menilo, da se prehranjujejo dovolj zdravo, da jim prehranskih navad ni potrebno spreminjati. Po naših razvrstitvah nosečnic v skupino z zdravim prehranjevanjem, ki je zajemala slabo polovico nosečnic, smo ugotovili, da so bili kriteriji za uvrstitev v skupine ustrezni. Dobrih 12 odstotkov nosečnic, ki so se po naših razvrstitvah prehranjevale dovolj zdravo, je bilo mnenja, da bi morale vsaj delno spremeniti svoje prehranske navade.

Tabela 89: Ali ste v zadnjih 12 mesecih spremenili način prehranjevanja?

VRSTA SPREMEMBE	DA		NE	
	ŠTEVILO	ODSTOTEK	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Zmanjšali količino maščob	54	33,1	109	66,9
Zamenjali mast z oljem	32	19,6	131	80,4
Začeli z uživanjem polnozrnatih živil	47	28,8	116	71,2
Povečali količino sadja in zelenjave	120	73,6	43	26,4
Zmanjšali količino sladkorja	67	41,1	96	58,9
Zmanjšali količino soli	52	31,9	111	68,1
Začeli bolj redno uživati vse obroke	86	52,8	77	47,2
Začeli z uživanjem rdečega mesa	26	16	137	84

V zadnjih dvanajstih mesecih je kar tri četrtine nosečnic povečalo količino sadja in zelenjave, polovica jih je začela bolj redno uživati vse obroke, dobrih 40 odstotkov jih je zmanjšalo količino sladkorja, tretjina jih je zmanjšala količino maščobe in soli. Ugotovili smo, da so ženske v času pred nosečnostjo dajale premalo poudarka zdravi prehrani. Raziskava našega

prostora je pokazala, da se nezdravo prehranjuje 45,62 odstotka odraslih prebivalk Slovenije (Zaletel-Kragelj idr., 2004).

Tabela 90: Ali vas je nosečnost spodbudila k bolj zdravemu načinu življenja?

	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	118	72,4
Ne	45	27,6

Večino nosečnic je nosečnost spodbudila k bolj zdravemu načinu življenja na sploh, kar 72,4 odstotka. Na tem področju bi bilo potrebno vložiti več v preventivo in seznanjanje žensk z zdravim načinom prehranjevanja in pomenu vsakodnevne športne dejavnosti. Telo naj bi nosečnost pričakalo psihično in fizično zdravo in vitalno. V tem kontekstu lahko nosečnost opredelimo kot priložnost za dolgoročne spremembe prehranjevalnih navad in načina življenja.

Tabela 91: Motivi za zdravo prehranjevanje v prvem trimesečju nosečnosti

	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Bolezen	1	,6
Težave z zdravjem	2	1,2
Nasvet zdravnika	7	4,3
Načrtovana nosečnost	52	31,9
Povečanje telesne teže	19	11,7
Želja po dobrem počutju	79	48,5
Želja po zdravem otroku	94	57,7
Drugo	4	2,5

Nosečnice so v zadnjih 12 mesecih v veliki večini začele z bolj zdravim prehranjevanjem. Motivov za to je bilo več in vsaka jih je imela možnost izbrati več. Motivi za bolj zdravo prehranjevanje so pri dobri polovici nosečnic želja po zdravem otroku, želja po dobrem

počutju pri slabi polovici in načrtovana nosečnost pri 32 odstotkih nosečnic. Nosečnice so z bolj zdravim prehranjevanjem v 12 odstotkih začele zaradi povečanja telesne teže.

Tabela 92: Motivi za zdravo prehranjevanje v drugem trimesečju

	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Bolezen	2	1,2
Težave z zdravjem	1	,6
Nasvet zdravnika	3	1,8
Načrtovana nosečnost	43	26,4
Povečanje telesne teže	18	11
Želja po dobrem počutju	95	58,3
Želja po zdravem otroku	118	72,4
Medijska promocija	2	1,2
Drugo	3	1,8

Konec drugega trimesečja so bili izbrani isti motivi kot v prvem trimesečju, le da je takih, ki so izbrale motiv želja po zdravem otroku, kar tri četrtine. Več je bilo tudi tistih, ki si želijo, da bi se bolje počutile.

Tabela 93: Motivi za zdravo prehranjevanje glede na športno dejavnost v prvem trimesečju

	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Aktivne nosečnice	Neaktivne nosečnice	Aktivne nosečnice	Neaktivne nosečnice
Bolezen	0 %	0,6 %	0 %	1,2 %
Težave z zdravjem	0,6 %	0,6 %	0 %	0,6 %
Nasvet zdravnika	2,5 %	1,8 %	0,6 %	1,2 %
Načrtovana nosečnost	13,5 %	18,4 %	10,4 %	16 %
Povečanje telesne teže	6,1 %	5,5 %	3,7 %	7,4 %
Želja po dobrem počutju	26 %	22,1 %	27 %	31,3 %
Želja po zdravem otroku	27 %	30,7 %	30,7 %	41,7 %
Drugo	0,6 %	1,8 %	1,2 %	1,8 %
Skupaj	35,6 %	47,2 %	35,6 %	53,4 %

Po pregledu posameznih motivov za zdravo prehranjevanje smo ugotovili, da večjih razlik med športnicami in tistimi, ki športno niso bile aktivne, ni bilo. Športnice so nekoliko pogosteje izražale željo po dobrem počutju, po drugi strani pa je bilo med neaktivnimi več tistih, ki so se bolj zdravo prehranjevale zaradi načrtovane nosečnosti in želje po zdravem otroku. Tiste, ki so bile športno aktivne, so v večji meri začele z bolj zdravim prehranjevanjem že v prvem trimesečju in v enakem številu nadaljevale z njim tudi v drugem trimesečju. V drugem trimesečju so se za vse motive za bolj zdravo prehranjevanje v večji meri odločale tiste, ki športno niso bile aktivne. Sklepali smo, da je šlo za delno kompenzacijo, s katero so neaktivne nosečnice poskušale po drugi poti priti do čim boljšega počutja, obvladovanja naraščanja telesne teže in občutka, da so s svojim načinom življenja omogočile, da se njihov otrok dobro počuti, razvija in zdravo raste. Odstotek neaktivnih nosečnic, ki so začele z bolj zdravim prehranjevanjem, je bil v primerjavi s prvim trimesečjem višji za 6,2 odstotka.

6.6.6. Povzetek analize prehranjevalnih navad

Ugotovili smo, da so se ženske v času pred nosečnostjo prehranjevale zelo nezdravo. Večino svojih slabih prehrabnih navad so spremenile v zadnjih dvanajstih mesecih. Kljub temu jih je v skupini z nezdravim prehranjevanjem v nosečnosti ostalo več kot polovica. Za primer navajamo nosečnico, ki je izbrala štiri prehrabne točke nezdrave prehrane in se s tem uvrstila v skupino z nezdravim prehranjevanjem. To pomeni, da je neredno uživala sadje in mlečne izdelke ter vsak teden jedla cvrtje in večkrat tedensko bel kruh.

Z vidika izbora živil so rezultati pokazali, da se pogosteje pojavljajo želje po določeni hrani, kot so sladice, sladke pijače in cvrtje. Nič ni narobe, če se jih občasno poteši, vendar ne vsak dan, ker bi to pomenilo pot k pridobivanju prekomerne teže ter enostranskemu in nezdravemu prehranjevanju. Količina prehrane naj ostane zmerna, s poudarkom na izboru kvalitetnih živil, ki bodo zadostila potrebam po izbranih vitaminih in mineralih.

Športno dejavne nosečnice so manj spremenile način prehranjevanja, ker mu že sicer posvečajo več pozornosti v primerjavi s športno nedejavnimi. Zdrav življenjski slog vključujoč zdravo prehrano in redno športno dejavnost vodi v boljše psihično počutje, kar smo z rezultati faktorske analize, ki je pokazala, da je počutje nosečnic z zdravim načinom prehranjevanja, pojasnili po prvem izločenem faktorju s pozitivnimi čustvi. Vpliva prehranjevalnih navad na izid nosečnosti nismo ugotovili. Rezultati so pokazali, da so se tekom nosečnosti izraziteje stopnjevali motivi za bolj zdravo prehranjevanje pri športno neaktivnih nosečnicah, najverjetneje kot kompenzacija sedečemu načinu življenja.

Ugotovili smo, da je nezdravo prehranjevanje med nosečnicami precej razširjen in resen problem. Izobraziti in ozavestiti bi bilo potrebno vse nosečnice, kaj je zdravo in v kakšnih količinah. Vsem posameznicam je potrebno omogočiti, da imajo možnost in znajo izbrati zdravo prehrano.

6.7. Analiza razvad

6.7.1. Kajenje pred nosečnostjo

Ugotovili smo, koliko so se ženske kajenja posluževale pred in v času nosečnosti in kako je nadaljevanje kajenja v nosečnosti vplivalo na njihovo počutje in na izbrane parametre izida nosečnosti.

Tabela 94: Kajenje pred nosečnostjo

KADILKE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	128	78,53
Da	35	21,47

V času pred nosečnostjo je bilo skupno 78,53 odstotka nekadilk in 21,47 odstotka kadilk. Zaskrbljujoč je podatek, da v Sloveniji narašča odstotek mladih kadilcev, in sicer je od leta 1995 do 2003 narasel iz 16 na 27 odstotkov. Kritična leta za začetek kajenja pri dekletih so od 13 do 15 let. Prej ko začne dekle s kajenjem, s toliko večjo verjetnostjo bo z njim nadaljevalo tudi v kasnejših obdobjih (Rotar Pavlič, 2008).

6.7.2. Kajenje v nosečnosti

Tabela 95: Kajenje v prvem in drugem trimesečju nosečnosti

KADILKE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Da	151	92,64
Ne	12	7,36

Odstotek tistih, ki kajenja v nosečnosti niso opustile, je bil enak v prvem in drugem trimesečju, takih je bilo 7,4 odstotka. Glede na to, da je to podatek, ki ga je razkrila nosečnica sama, lahko sklepamo, da je bilo kadilk še nekoliko več, ker le-te kajenje v času nosečnosti pogosto prikrivajo. Sicer se je v Sloveniji za kadilke izreklo 10,8 odstotka nosečnic (Perinatalni informacijski sistem Slovenije, 2004). Leta 2004 so v 26 državah preučevali kadilske navade pri nosečnicah. 13 odstotkov se jih je opredelilo za kadilke v tretjem trimesečju nosečnosti (Rotar Pavlič, 2008).

Tabela 96: Razlike med kadilkami in nekadilkami glede na športno dejavnost

		NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ	F	SIG.
Nekadilke	Število	86	65	151	,182	,018
	Odstotek	53	40	92,6		
Kadilke	Število	11	1	12		
	Odstotek	6,8	0,6	7,4		
Vse	Število	97	66	163		
	Odstotek	60	40	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Ko smo primerjali skupino nosečnic z vidika kajenja je bila med skupino aktivnih in neaktivnih statistično značilna razlika. V skupini kadilk je bilo 92 odstotkov neaktivnih in 8 odstotkov aktivnih. Torej je bilo v skupini aktivnih nosečnic statistično značilno manj kadilk, športna dejavnost je bila tista protiutež na strani zdravega življenjskega sloga, ki je nosečnicam pripomogla k boljšemu počutju brez razvad, ki so škodljive tako njim kot razvijajočemu se plodu.

Tabela 97: Razlike med kadilkami in nekadilkami glede na izobrazbo

		OSNOV.	POKLIC	SRED.	VIŠJA	UNIVER	ZNAN.	SKUPAJ	F	SIG.
Nekadilke	N	5	9	47	37	42	11	151	,030	,006
	%	3 %	6 %	29 %	23 %	26 %	7 %	93 %		
Kadilke	N	0	4	6	0	2	0	12		
	%	0 %	2 %	4 %	0 %	1 %	0	7 %		
Skupaj	N	5	13	53	37	44	11	163		
	%	3 %	8 %	33 %	23 %	27 %	7 %	100 %		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Glede na izobrazbo je bila med kadilkami in nekadilkami statistično značilna razlika, kar 83 odstotkov kadilk je imelo le srednjo ali poklicno šolo. Več kadilk je imelo torej nizko stopnjo izobrazbe, s čimer lahko sklepamo tudi na manjšo osveščenost o vseh negativnih učinkih

kajenja v nosečnosti. Ob upoštevanju dejstva, da narašča odstotek mladih kadilk, se je potrebno v boj proti kajenju vključiti že v zelo zgodnjem mladostniškem obdobju.

Tabela 98: Razlike med kadilkami in nekadilkami glede na počutje v prvem trimesečju nosečnosti

	KADILKE	N	MEAN	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
Jezava	Ne	151	2,29	0,83	1	4	4,577	0,034
	Da	12	2,83	1,03	1	5		
Onemogla	Ne	151	1,72	0,84	1	5	4,141	0,044
	Da	12	2,25	1,14	1	4		
Sprejeta	Ne	151	4,17	0,78	2	5	1,991	0,160
	Da	12	3,83	1,03	2	5		
Materinska	Ne	151	4,04	0,89	1	5	1,940	0,166
	Da	12	3,67	0,98	2	5		
Sproščena	Ne	151	3,93	0,77	2	5	2,224	0,138
	Da	12	3,58	0,79	2	5		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Ko smo ugotavljali vpliv kajenja na počutje med nosečnostjo v prvem trimesečju, smo prišli do pričakovanih ugotovitev. Kadilke so imele pogosteje občutke krivde, počutile so se nesprejete, jezave in onemogle, pri zadnjih dveh postavkah je bila med skupinama razlika v povprečju izražanja čustev statistično značilna.

Tabela 99: Razlike med kadilkami in nekadilkami glede na počutje v drugem trimesečju nosečnosti

	KADILKE	N	MEAN	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
Onemogla	Ne	151	1,85	0,87	1	5	4,432	0,037
	Da	12	2,42	1,08	1	4		
Z občutki krivde	Ne	151	1,44	0,70	1	5	8,496	0,004
	Da	12	2,08	1,08	1	4		
Razumljena	Ne	151	4,07	0,81	2	5	3,590	0,060
	Da	12	3,58	1,24	1	5		
Prijetna	Ne	151	3,77	0,79	2	5	4,540	0,035
	Da	12	3,25	1,14	1	5		
Občutljiva	Ne	151	3,02	0,88	1	5	4,515	0,035
	Da	12	3,58	0,90	2	5		
Ranljiva	Ne	151	2,71	0,89	1	5	4,182	0,042
	Da	12	3,25	0,75	2	5		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Ko smo ugotavljali razliko v počutju med kadilkami in nekadilkami v drugem trimesečju nosečnosti, smo videli, da so imele kadilke statistično značilno večje občutke krivde, opisovale so se kot bolj ranljive, statistično značilno bolj občutljive, onemogle in manj prijetne. To je razumljivo, kajti kljub mnogim opozorilom in seznanjenostjo z negativnimi posledicami kajenja niso zbrale toliko moči in poguma, da bi rekle cigareti ne. Rezultati so pokazali, da so kadilke v nosečnosti večkrat brezvoljne, bolj nervozne in manjkrat razumljene. Vzroke za tako počutje lahko iščemo tudi v nesprejemanju njihovega početja s strani ožje in širše okolice. Tudi podatki kažejo, da kadilke svoje kajenje v času nosečnosti prikrivajo (Rotar Pavlič, 2008). Ženske, ki kadijo, imajo nekoliko bolj depresivno strukturo osebnosti. Že v času pred nosečnostjo s kajenjem pasivno zadovoljujejo nekatere svoje potrebe in kljub zavedanju škodljivosti ne najdejo moči za spremembe.

Tabela 100: Razlike med kadilkami in nekadilkami glede na izid nosečnosti

	KADILKE	N	MEAN	STD	MIN	MAX	F	SIG.
Končna teža (kg)	Ne	151	14,43	3,923	6	23	10,015	,002
	Da	12	18,25	5,207	8	25		
	Skupaj	163	14,71	4,135	6	25		
Trajanje gestacije (tedni)	Ne	151	39,34	14,18	35	41,6	1,888	,171
	Da	12	39,91	8,65	38	41,3		
	Skupaj	163	39,38	13,91	35	41,6		
Teža novorojenčka (g)	Ne	151	3371,69	473,61	1990	4760	,550	,459
	Da	12	3265,83	506,51	2530	4250		
	Skupaj	163	3363,90	475,27	1990	4760		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Pri izidu nosečnosti smo med kadilkami in nekadilkami ugotovili med skupinama statistično značilno razliko v končni pridobljeni teži. Kadilke so pridobile statistično značilno več telesne teže, v povprečju kar slabe 4 kilograme. Že analiza športne dejavnosti nam je pokazala, da so to nosečnice, ki niso bile aktivne in če temu dodamo še kajenje, so bile to nedvomno nosečnice z manj zdravim življenjskim slogom. Kadilke so rodile v povprečju dobrih 100 gramov lažje novorojenčke. Parameter trajanje gestacije kot tudi ostali parametri izida nosečnosti: predčasen razpok mehurja, predčasen porod, trajanje poroda in način poroda niso pokazali statistično značilnih razlik med kadilkami in nekadilkami.

6.7.3. Povzetek analize kajenja

V celotnem vzorcu je bilo pred nosečnostjo 21,5 odstotka kadilk, v času nosečnosti je s kajenjem nadaljevalo 7,4 odstotka nosečnic. Rezultati so pokazali, da je bilo med športno dejavnimi nosečnicami statistično značilno manj kadilk. Znotraj naše skupine nosečnic je bilo med kadilkami 92 odstotkov takšnih, ki športno niso bile aktivne, in le 8 odstotkov aktivnih.

Dokazali smo tudi statistično značilno razliko v končni pridobljeni teži. Kadilke so najverjetneje zmanjšale svojo staro količino pokajenih cigaret, pri čemer se pogosto poveča želja po hrani. Ob pomanjkanju športne dejavnosti je to vodilo v veliko pridobivanje telesne

teže. Ugotavljamo, da so nekadilke pridobile v povprečju telesno težo, za katero lahko rečemo, da je še v okviru normalne zdrave teže, medtem ko so nosečnice kadilke ta okvir presegle in pridobile prekomerno telesno težo. Po ugotovitvah raziskav se meje priporočljive teže, ki naj bi jo nosečnice pridobile, gibajo od 11 do 15 kilogramov (Johnson, 2001).

Kar se tiče izražanja čustev in opisovanja počutja, smo ugotovili pogostejšo prisotnost izbranih negativnih občutkov, ki so se v drugem trimesečju še stopnjevali. V tem obdobju smo potrdili tudi statistično značilno večjo prisotnost občutka krivde pri kadilkah. Kadilke so se počutile statistično značilno bolj onemogle, občutljive, ranljive in manj prijetne. Kljub vsemu se niso odločile in zbrale poguma, da bi opustile kajenje. Naši rezultati so pokazali, da so se bistveno slabše počutile tiste, ki kajenja niso opustile.

Naši rezultati v skupini kadilk niso pokazali predčasnih porodov. Pri kadilkah je sicer povečano tveganje za prezgodnji porod in s tem rojstvo nezrelega otroka in je 1,5- do 2,5-krat večje kot pri nekadilkah. Prenehanje kajenja zmanjša tveganje (British Medical Association Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre, 2004). V povprečju so bili otroci lažji za 100 gramov. Otroci kadilk so po rezultatih predhodnih raziskav 200 do 250 gramov lažji od otrok nekadilk. Večje kot je število pokajenih cigaret med nosečnostjo, slabše plod raste in se razvija (British Medical Association Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre, 2004).

Rezultati naše raziskave so se pridružili ugotovitvam predhodnih raziskav, ki so kajenje med nosečnostjo označile kot škodljivo razvado, ki je povzročila mnogo kratkoročnih komplikacij, negativno vplivala na počutje nosečnice in puščala dolgoročne posledice na otroku.

6.7.4. Pitje alkohola pred nosečnostjo

Tabela 101: Pitje alkoholnih pijač pred nosečnostjo

PIVKE	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne	47	28,8
1 krat mesečno	61	37,4
3–4-krat mesečno	44	27
2–3-krat tedensko	10	6,1
4–6-krat tedensko	1	0,6

V našem vzorcu smo imeli 28,8 odstotka anketirank, ki pred nosečnostjo sploh niso pile alkohola, torej abstinentk. Enkrat mesečno je pila dobra tretjina nosečnic, 3–4-krat pa dobra četrtina anketirank. Te smo umestili v skupino, ki smo jo poimenovali občasne pivke. Skupina, ki je pila zmerno oziroma večkrat tedensko, je zajemala 6,7 odstotka nosečnic. Takih, ki so pile alkoholne pijače 2–3-krat na teden, je bilo 6,1 odstotka in 0,6 odstotka takih, ki so pile 4–6-krat tedensko.

Tabela 102: Vrste alkoholnih pijač pred nosečnostjo

VRSTA ALKOHOLA	ŠTEVILO	ODSTOTEK
Ne pijem	48	29,4
Vino	98	60,1
Pivo	34	20,9
Žganja	7	4,3
Koktajli	3	1,8

Ženske so pred nosečnostjo najpogosteje pile vino, sledi pivo, nato žgane pijače in koktajli. V nosečnosti so odsvetovane vse alkoholne pijače, še posebej pa žgane pijače in koktajli, ki poleg alkohola vsebujejo tudi veliko sladkorja in praznih kalorij.

6.7.5. Pitje alkohola v nosečnosti

Tabela 103: Pitje alkoholnih pijač v prvem in drugem trimesečju nosečnosti

VRSTA ALKOHOLA	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Ne	117	71,78	115	70,55
1-krat mesečno	30	18,4	28	17,18
3–4-krat mesečno	13	7,98	17	10,43
2–3-krat tedensko	3	1,84	3	1,84

V prvem trimesečju nosečnosti je veliko nosečnic prenehalo s pitjem alkohola, kar 71,8 odstotka je takih, ki so popolnoma opustile alkohol. V skupini, ki so pile občasno, smo imeli 18,4 odstotka takih, ki so pile enkrat mesečno in 8 odstotkov takih, ki so pile 3–4-krat mesečno. V skupini z zmernim pitjem, je ostalo 1,8 odstotka takih, ki so pile 2–3-krat tedensko. V drugem trimesečju je popolnih abtinentk ostalo 70,6 odstotka. V skupini občasnih pivk smo jih imeli v primerjavi s prvim trimesečjem nekoliko več, in sicer je enkrat mesečno pilo 17,2 odstotka nosečnic in 3–4-krat 10,4 odstotka. Odstotek tistih, ki so pile 2–3-krat na teden je ostal enak in je 1,8. Čeprav je po podatkih v Sloveniji čezmerno pitje problem, ki je bolj prisoten pri moških (Zaletel-Kragelj, Fras, Maučec-Zakotnik, 2004), je v času nosečnosti potrebna obravnava že občasnega, predvsem pa zmernega pitja žensk.

Tabela 104: Pitje alkoholnih pijač v prvem in drugem trimesečju nosečnosti

	PRVO TRIMESEČJE		DRUGO TRIMESEČJE	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Abtinentke	117	71,78	115	70,55
Občasne pivke alkohola	46	28,22	48	29,45

V prvem trimesečju dobimo dve skupini, in sicer prva številčno močna ne uživa alkoholnih pijač, takih je 71,8 odstotka, in druga skupina, ki občasno uživa alkoholne pijače tudi v nosečnosti, takih je 28,2 odstotka, kar dokazuje, da smo Slovenci precej privrženci alkohola in se mu tudi v nosečnosti ženske niso pripravljene popolnoma odreči. V drugem trimesečju je slika podobna, le da je tistih, ki občasno pijejo, dober odstotek manj.

Tabela 105: Razlike med tistimi, ki pijejo, in tistimi, ki abstininirajo v primerjavi s športno dejavnostjo

		NEAKTIVNE	AKTIVNE	SKUPAJ	F	SIG.
Abstinentke	Število	67	48	115	,039	,615
	Odstotek	41	29	71		
Pivke	Število	30	18	48		
	Odstotek	18	11	29		
Skupaj	Število	97	66	163		
	Odstotek	60	40	100		

Legenda: F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Ugotovili smo, da je bilo tistih, ki so pile alkoholne pijače tudi v nosečnosti, več med tistimi, ki športno niso bile aktivne. V skupini nosečnic, ki alkohola niso opustile, je bilo 11 odstotkov aktivnih in 18 odstotkov športno neaktivnih nosečnic. Športno dejavne nosečnice so imele očitno drugačne želje in vrednote in so lažje opustile kozarček vina ali piva kot tiste, ki jim športna dejavnost v nosečnosti ni pomenila načina življenja.

Tabela 106: Razlike med tistimi, ki pijejo, in tistimi, ki abstininirajo glede na počutje v prvem trimesečju nosečnosti

	ALKOHOL	N	MEAN	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
Polna energije	Abstinentke	117	3,53	0,91	1	5	5,969	0,016
	Pivke	46	3,15	0,84	2	5		
Ženstvena	Abstinentke	117	3,63	0,94	1	5	3,130	0,079
	Pivke	46	3,35	0,87	2	5		
Brezvoljna	Abstinentke	117	1,94	0,78	1	4	3,279	0,072
	Pivke	46	2,20	0,88	1	4		
Neodločna	Abstinentke	117	2,16	0,92	1	5	2,917	0,090
	Pivke	46	2,43	0,91	1	4		
	Skupaj	163	2,24	0,92	1	5		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Med skupinama nosečnic, ki v prvem trimesečju niso pile alkoholnih pijač, in tistimi, ki so jih občasno pile, je bila statistično značilna razlika v postavki polna energije. Ugotovili smo, da so se pivke večkrat počutile brez energije. V naslednjih postavkah ni bilo statistično značilnih razlik, vendar so se kljub temu tiste, ki alkohola niso opustile, počutile večkrat brezvoljne, manj ženstvene in manj odločne.

Tabela 107: Razlike med tistimi, ki pijejo, in tistimi, ki abstininirajo glede na počutje v drugem trimesečju nosečnosti

ČUSTVA	ALKOHOL	N	MEAN	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
Brezvoljna	Abstinentke	115	1,97	0,85	1	5	3,078	0,081
	Pivke	48	2,23	0,83	1	4		
Onemogla	Abstinentke	115	1,83	0,87	1	5	1,798	0,182
	Pivke	48	2,04	0,97	1	4		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Med skupinama abstinentk in občasnih pivk v drugem trimesečju v počutju ni bilo statistično značilnih razlik. V tem obdobju nosečnosti so se ženske že sicer počutile dobro in uživale v svoji nosečnosti. Občasno pitje manjših količin alkohola očitno ni bil vzrok za nihanja v razpoloženju in slabo psihično počutje. Kljub temu se je pri tistih, ki so občasno pile alkohol, kazalo več brezvoljnosti in onemoglosti.

Tabela 107: Razlike med tistimi, ki pijejo, in tistimi, ki abstirirajo glede na izid nosečnosti

		N	MEAN	STD.	MIN.	MAX.	F	SIG.
K. pridobljena teža (kg)	Abstinentke	115	14,77	4,047	6	23	,065	,799
	Pivke	48	14,58	4,380	8	25		
	Skupaj	163	14,71	4,135	6	25		
Trajanje gestacije (tedni)	Abstinentke	115	39,30	14,19	36	41,6	1,243	,267
	Pivke	48	39,57	13,15	35	41,6		
	Skupaj	163	39,38	13,91	35	41,6		
Teža novorojenčka (g)	Abstinentke	115	3363,13	501,98	1990	4760	,001	,975
	Pivke	48	3365,73	409,11	2430	4250		
	Skupaj	163	3363,90	475,27	1990	4760		

Legenda: N – število; Mean – povprečna vrednost; Std. – standardni odklon; Min. – minimalna vrednost; Max. – maksimalna vrednost; F – vrednost F-koeficienta; Sig. – statistična značilnost

Med skupinama abstinentk in občasnih pivk v drugem trimesečju nosečnosti v izidu nosečnosti glede končne pridobljene teže, trajanja gestacije in teže novorojenčka ni bilo statistično značilnih razlik. Prav tako med skupinama ni bilo statistično značilnih razlik v predčasnem razpoku mehurja, predčasnem porodu, trajanju poroda in načinu poroda.

6.7.6. Povzetek analize pitja alkohola

Ugotovili smo, da je bilo pitje alkoholnih pijač v nosečnosti prisotno v precejšnji meri. Ob primerjavah z raziskavami, ki so ugotovile, da je prekomerno pitje alkohola v Sloveniji resen problem (Zaletel-Kragelj idr., 2004), kajti prevalenco prekomernega pitja ima 13,4 odstotka Slovencev, se glede na posledice pitja v nosečnosti temu pridružujemo. Delež tistih, ki alkohola niso povsem opustile, je bil skoraj 30 odstotkov vseh anketirank.

Alkohol preide v otrokovo kri in je zanj še posebno škodljiv v prvem trimesečju, ko se oblikujejo vsi življenjski organi. Zaradi zagotovitve najboljše varnosti in zdravja novorojenčka se je alkoholu najbolje povsem odreči (Stoppard, 1990). Ugotovili smo, da so se

nosečnice naše raziskave ob koncu prvega trimesečja alkoholu povsem odrekle le v 72 odstotkih.

Med pivkami in tistimi, ki ne pijejo alkohola, smo opazili tudi razlike v izbranih postavkah počutja v prid boljšega in varnejšega počutja nosečnic, ki so se alkoholu izognile. Glede na izid nosečnosti med občasnimi pivkami in abstinentkami ni bilo statistično značilnih razlik. Ker nismo imeli vpogleda v količino popitega alkohola in v kasnejše stanje po otrokovem rojstvu, o dolgoročnih posledicah pitja v tem kontekstu ne moremo govoriti.

Pitje alkohola in športna dejavnost iz več razlogov ne sodita skupaj, še posebej ne v nosečnosti. Alkohol povzroča širjenje kožnih žil in s tem pomembno izgubo telesne temperature, kar lahko vodi, zlasti v mrzli vodi ali okolju, do podhladitve. Prav tako alkohol vpliva na koordinacijo gibanja, presojo in reflekse ter zmanjšuje sposobnost usklajenega gibanja. Nezgode in poškodbe v alkoholiziranem stanju so zato pogostejše (Hovnik Keršmanc, Kastelic in Zorec Karlovšek, 2006). Ugotovili smo, da se nosečnice, ki se športno ne udeležujejo, alkohola poslužujejo v veliko večji meri, teh je bilo med pivkami 63 odstotkov, aktivnih nosečnic, ki so pile alkoholne pijače, pa je bilo 37 odstotkov. Tem je v času ob in po uživanju alkohola športna dejavnost odsvetovana.

Več pivk alkoholnih pijač je bilo med športno neaktivnimi nosečnicami. Športno dejavne ženske so bile bolj zadovoljne same s seboj, so se bolje počutile in niso posegale tako pogosto po alkoholu in drugih škodljivih substancah. Užitek v gibanju jim je dal zadovoljstvo, ki so ga neaktivne nosečnice našle v drugih razvadah. Rezultati so zopet pokazali, da se nosečnica s športnim življenjskim slogom tudi sicer nagiba v smer bolj zdravega načina življenja z manj škodljivimi substancami.

7. Razprava

Namen tega poglavja je razložiti glavne ugotovitve, ki izhajajo iz preučevanih hipotez. Športno dejavnost smo opredelili kot pomemben dejavnik zdravega življenjskega sloga nosečnic, zato v uvodu razprave predstavljamo vzorec s tega vidika. Analiza športne dejavnosti vzorca kaže, da je bilo pred nosečnostjo aktivnih 65,6 odstotka žensk in 34,4 takih, ki so aktivne premalo ali pa sploh niso aktivne. Delež prebivalstva, ki svoje delo opravljajo sede, še nikoli ni bil tako velik, svoje pa doda tudi sedeče preživljanje prostega časa, predvsem za televizijskimi sprejemniki ali računalniškimi ekrani (WHO, 2003). Največ jih je neorganizirano aktivnih, in sicer 60,1 odstotka z družino in prijatelji, zasledimo pa tudi visok odstotek organizirano aktivnih pri zasebnih ponudnikih, in sicer 28,2 odstotka. Pri nas se ljudje bolj pogosto udeležujejo športno-rekreativno neorganizirano kot pa organizirano (Toš, 2001) ne glede na to, da je slednja oblika vadbe kakovostnejša. Največ se jih ukvarja s hojo, sledi kolesarjenje, smučanje, tek, plavanje in aerobika.

Ob koncu prvega trimesečja nosečnosti ostane aktivnih le 42,3 odstotka nosečnic, ostalih 57,7 odstotka je aktivnih premalo, da bi se uvrstile v skupino športno dejavnih. Poveča se odstotek neorganizirano aktivnih tako z družino kot v lastni režiji, se pa bistveno zmanjša odstotek organizirano aktivnih. Še vedno se jih velika večina, kar 96 odstotkov, ukvarja s hojo, sledi aktivna hoja, plavanje, tek in kolesarjenje. V drugem trimesečju je v skupini aktivnih nosečnic ostalo še 40,5 odstotka, kar 59,5 je takih, ki se gibljejo premalo ali se sploh ne. Neorganizirano aktivnih je nekoliko več, organizirano število aktivnih pa se ne spremeni. Predstavili smo osnovne karakteristike vzorca in v vseh analiziranih obdobjih definirali skupino aktivnih nosečnic oziroma eksperimentalno skupino in nosečnic, ki niso aktivne oziroma kontrolno skupino. V nadaljevanju predstavljamo razlike in povezave obeh skupin z izbranimi spremenljivkama, to sta počutje in izid nosečnosti. Z ugotavljanjem razlik in povezav smo potrdili prve tri hipoteze. Ugotovili smo, da je zmerna 3–4-krat tedenska aerobna športna dejavnost tista, ki ugodno vpliva na počutje in izid nosečnosti in zagotavlja vsestranske pozitivne učinke. Zadnji dve hipotezi ugotavljata, kako na počutje v nosečnosti in izid nosečnosti vplivajo prehranjevalne navade. Ugotovili smo, da je športna dejavnost skupaj z zdravimi prehranjevalnimi navadami ključna za oblikovanje zdravega življenjskega sloga nosečnic brez poseganja po škodljivih substancah.

Glavne ugotovitve, ki se nanašajo na postavljene hipoteze, lahko strnemo v naslednje točke.

Štiri hipoteze od petih smo potrdili. To so:

1. Športna dejavnost ugodno vpliva na počutje nosečnice.
2. Športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti.
3. Nosečnice so športno aktivne predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja.
4. Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na počutje nosečnice.

Pete hipoteze – zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na izid nosečnosti – z nobenim parametrom izida nosečnosti nismo potrdili.

Podrobnejša razlaga posamezne ugotovitve sledi v nadaljevanju.

7.1. Analiza hipotez

7.1.1. Hipoteza 1: Športna dejavnost ugodno vpliva na počutje nosečnice.

Tabela 108: Čustva, ki po prvem izločenem faktorju pojasnjujejo psihično počutje športno dejavnih in športno nedejavnih nosečnic

EKSPERIMENTALNA SKUPINA	KONTROLNA SKUPINA
ŠPORTNO DEJAVNE NOSEČNICE	ŠPORTNO NEDEJAVNE NOSEČNICE
Sproščena	Otožna
Zadovoljna	Napeta
Prijetna	Razdražljiva
Ni črnogleda	Potrta
Privlačna	Nervozna
Ponosna	Črnogleda
Srečna	Občutljiva
Sprejeta	Nemirna
Vesela	Naveličana
Ljubljena	Zaskrbljena

Strukturo prostora čustev eksperimentalne in kontrolne skupine smo pojasnili s faktorško analizo. Pokazala se je razlika v vsebini, ki se skriva v ozadju izločenega faktorja in pojasnjuje čustveno stanje nosečnic obeh skupin. To vsebino pri športno dejavnih pojasnjujejo pozitivna čustva in s tem opredeljujejo nosečnično dobro psihično počutje. V tej skupini se je namreč kot prvi izločil faktor, ki pojasnjuje največji delež, to je 23,51 odstotka variance, in ga definirajo pozitivna čustva. Ta skupina nosečnic opredeljuje svoje počutje s postavkami sproščena, zadovoljna, prijetna, ni črnogleda, privlačna, ponosna, srečna in sprejeta. Poznavanje in uporaba mehanizmov, s pomočjo katerih se nosečnica zna in zmore sprostiti, je zelo pomembno. Zmerna športna dejavnost ima tu pomembno mesto, kar potrjujejo tudi naši rezultati. Športna dejavnost po priporočilih izsledkov mnogih raziskav (Brown, 2002; Bung, 1999; Lochmuller in Friese, 2004) sprošča in ugodno vpliva na psihično počutje. Ohranja občutek varnosti pri gibanju in s tem pospešuje veselje do gibanja; razvija pozitiven odnos do nosečnosti in s tem dobro duševno počutje, vedrost in dobro razpoloženje, ohranja duševno uravnovešenost in preprečuje depresije (Klun, 1992).

Športno dejavne nosečnice izražajo v prvi vrsti pozitivna čustva, so bolj sproščene in se bolje počutijo. S svojim dobrim psihičnim počutjem pa ugodno vplivajo na otroka in njegov razvoj. Nosečnice, ki s pomočjo športne dejavnosti in drugih sprostitev tehnik obvladujejo stres, obvarujejo pred njegovimi negativnimi učinki tudi otroka.

Pri skupini, ki je športno nedejavna, se kot prvi izloči faktor z negativnimi čustvi, ki pojasnjuje 19,45 odstotka variance, kar kaže na pogostejša stanja slabega psihičnega počutja. Ta skupina nosečnic opredeljuje svoje počutje s postavkami otožna, napeta, razdražljiva, potrta, nervozna, črnogleda, občutljiva in nemirna. V času nosečnosti so pogoste mešane čustvene reakcije in nosečnice, ki si ne znajo vzeti časa zase, za šport in se sprostiti, pogosteje izražajo negativna čustva in so slabše razpoložene. Rezultati kažejo, da je športna dejavnost v času nosečnosti pomemben dejavnik sproščanja. Še posebno učinkovito je sproščanje, ki lajša kronično utrujenost in različne bolečine (Charlish, 1997). Pozitivni učinki sproščanja so sprostitev mišic, duševna umiritev, nabiranje novih moči in pozitiven vpliv na zavest, da se nosečnica zna in zmore sprostiti. Med vso nosečnostjo naj ženska ostane čimbolj mirna in sproščena, saj to dobro vpliva tudi na otrokovo duševno počutje (Berginc-Šormaz in Šormaz, 1998).

S tem smo potrdili našo prvo hipotezo, da športna dejavnost ugodno vpliva na psihično počutje in duševno zdravje nosečnic.

Faktorska analiza je pokazala, da so aktivne nosečnice tiste, ki v večji meri izražajo pozitivna čustva in se psihično bolje počutijo. Rezultati kažejo, da se kar 59,5 odstotka žensk v času nosečnosti premalo ukvarja s športom in po naših ugotovitvah pogosteje izraža negativna in spremenljiva čustva in občutke. Današnje generacije prebivalstva v razvitejših državah živijo namreč v zelo industrializirani družbi, kjer se zaradi uporabe vrhunskih tehnologij športna dejavnost vse bolj zmanjšuje, ponekod pa dobesedno izginja (Mišigoj - Duraković, 2003). Glede na zgornje ugotovitve menimo, da bi bilo ženske o vsestranskih pozitivnih učinkih zmerne športne dejavnosti potrebno seznanjati že v času pred nosečnostjo.

Rezultati kažejo, da imajo športno aktivne nosečnice bistveno manj nosečniških težav. Pridružujemo se rezultatom raziskav, ki poročajo, da vadba pripomore k lažjemu premagovanju izbranih nosečniških težav, kot so zaprtje, utrujenost, jutranja slabost, pogostejše uriniranje, zaspanost in bolečine v spodnjem delu trebuha. Športna dejavnost preprečuje tudi bolečine v križu in drugih sklepih (Brown, 2002; Bung, 1999; Lochmuller in Friese, 2004). Pogosto pojavljajoče se nosečniške tegobe povzročajo slabše splošno počutje. Ugotavljamo, da športna dejavnost ugodno vpliva na zmanjšanje pojavnosti nosečniških tegob in posredno na boljše psihično počutje.

7.1.2. Hipoteza 2: Športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti.

Tabela 109: Povezanost športne dejavnosti s parametri izida nosečnosti

PARAMETRI IZIDA NOSEČNOSTI	STATISTIČNO ZNAČILEN VPLIV ŠPORTNE DEJAVNOSTI IN TRENINGA MIŠIČ MEDENIČNEGA DNA NA IZID NOSEČNOSTI	
Skrajšanje gestacije		NE
Teža novorojenčka		NE
Končna pridobljena teža	DA	
Predčasen razpok mehurja	DA	
Predčasen porod		NE
Način poroda	DA	
Trajanje poroda		NE

Ugotovili smo, kako športna dejavnost vpliva na izbrane parametre izida nosečnosti, in sicer trajanje gestacije, težo novorojenčka, končno pridobljeno težo, predčasen razpok mehurja, predčasen porod, način poroda in na trajanje poroda.

Trajanje gestacije

Ugotovitve kažejo, da med skupinama v trajanju gestacije ni statistično značilnih razlik. Ob pogledu na povprečje je gestacija pri športno aktivnih trajala v povprečju dva dni manj, in sicer 39 tednov in 2/7, kot pri športno neaktivnih 39 tednov in 4/7. Ugotovitve predhodnih raziskav kažejo, da je krajše trajanje gestacije in posledično predčasen porod največkrat posledica vnetij, spontanij in umetnih splavov, prejšnjih prezgodnjih porodov in mrtvorojenosti v anamnezi (Gibbs, Romero, Hillier, Eschenbach in Sweet, 1992; Blejec, 1990). Rezultati naše raziskave kažejo, da športna dejavnost ne vpliva na zmanjšanje trajanja gestacije. Ob upoštevanju, da so vsi otroci rojeni po dopoljenem 37. tednu donošeni, torej športna dejavnost ugodno vpliva na prvi parameter izida nosečnosti, trajanje gestacije.

Teža novorojenčka

Povprečna teža novorojenčkov skupine aktivnih nosečnic je 3337 gramov in je le za 45 gramov manjša od povprečne teže skupine neaktivnih nosečnic, med skupinama ni statistično značilne razlike. Pridružimo se lahko izsledkom nekaterih predhodnih raziskav, pri čemer je naša razlika še manjša. Raziskava (Pivarnik, 1998) je pokazala, da aerobna vadba ne vpliva na zmanjšano porodno težo otroka, razlika v teži novorojenčkov aktivnih in neaktivnih je bila v povprečju 100 gramov. Nekateri avtorji (Artal, 1999; Brown, 2002) pa dokazujejo, da je porodna teža odvisna predvsem od gestacijske starosti ploda in končne pridobljene teže nosečnice. Tudi na obravnavani parameter izida nosečnosti – teža novorojenčka – športna dejavnost nima neugodnega vpliva.

Končna pridobljena teža

Končna pridobljena teža aktivnih nosečnic je v povprečju 13,65 kilogramov, neaktivnih pa 15,43 kilogramov. Med skupinama je statistično značilna razlika. Rezultati se pridružujejo izsledkom študij, ki so pokazale, da so ženske, ki so med nosečnostjo vadile, v drugem in tretjem trimesečju pridobile manj teže v primerjavi z ostalimi nosečnicami (Wang in Apgar, 1998). Tudi raziskave (Brown, 2002; Bung, 1999; Lochmuller in Friese, 2004) dokazujejo, da športna dejavnost pomaga pri vzdrževanju telesne teže. Z redno aerobno vadbo po priporočilih raziskav pride do manjšega pridobivanja telesne teže na račun sprotnega porabljanja maščob (Carpenter idr., 1990; Clapp in Capeless, 1991; Clapp in Little, 1995). Sledi tretja potrditev pozitivnega vpliva športne dejavnosti na izid nosečnosti, pri čemer je razlika v pridobljeni teži med skupino aktivnih in neaktivnih nosečnic statistično značilna.

Predčasen razpok mehurja

Rezultati naše raziskave kažejo, da je prišlo do predčasnega razpoka mehurja pri 30 odstotkih nosečnic. Med skupinama aktivnih in neaktivnih obstaja statistično značilna razlika v predčasnem razpoku mehurja, vendar je vzrok za predčasen razpok v večini primerov drugje. Nastal naj bi kot posledica delovanja fizičnih sil na delih ovojev, oslabiljenih zaradi propadanja strukturnega kolagena (Ron in Beller, 1982). V Sloveniji je po analizah v povprečju 20 odstotkov porodov s predčasnim razpokom mehurja, pri prezgodnjih porodih je ta odstotek višji, in sicer 38 odstotkov (Pajntar, 2004). V tem primeru zaključujemo, da je

prišlo do več predčasnih razpokov mehurja v skupini aktivnih nosečnic, vendar lahko dejanske vzroke za razpok iščemo drugje.

Predčasen porod

Med skupinama v parametru predčasen porod ni statistično značilnih razlik, torej športna dejavnost ne vpliva na to, da se otrok rodi prezgodaj, kar smo ugotovili že pri trajanju gestacije. Po podatkih Perinatalnega Informacijskega Sistema Slovenije (NPIS) je ugotovljeno, da je bilo v Sloveniji od 1987 do 1996 5,8 odstotkov prezgodnjih porodov, v letu 2003 pa 7 odstotkov. Naše ugotovitve kažejo, da se je 9,2 odstotka otrok rodilo prezgodaj, pri čemer se športna dejavnost ni izkazala kot dejavnik tveganja. Čeprav je predporodno varstvo danes precej uveljavljeno, raziskave kažejo, da se število otrok z nizko porodno težo in število prezgodnjih porodov povečuje, pri čemer vzroke lahko iščemo tudi v naraščajočem številu večplodnih nosečnosti (Kogan, 1998; Ventura, 1999). Športna dejavnost torej ne vpliva na skrajšanje gestacije in posledično na predčasen porod.

Način poroda

V načinu poroda med skupinama ni statistično značilnih razlik, vendar se več carskih rezov pojavi pri skupini neaktivnih nosečnic. Ugotavljamo pa statistično značilno razliko v načinu poroda med skupinami, ki redno, občasno ali pa sploh ne izvajajo treninga mišic medeničnega dna. Skupina, ki treninga ne izvaja, v več primerih rojeva s carskim rezom. Raziskave kažejo, da predstavlja skrajševanje trajanja poroda, brez povečanja števila carskih rezov, največji uspeh v vodenju poroda (O'Driscoll in Maegher, 1980). Podatki Perinatalnega Informacijskega Sistema Slovenije za leto 2003 poročajo o 13,6 odstotkih carskih rezov, naša raziskava pa kaže 12,9 odstotkov porodov s carskim rezom. Za primerjavo je znotraj skupine, ki sploh ne izvaja treninga mišic medeničnega dna, s carskim rezom rodilo 30 odstotkov žensk. S tem potrjujemo, da športna dejavnost oziroma trening mišic medeničnega dna ugodno vpliva na izid nosečnosti.

Trajanje poroda

V trajanju poroda med skupinama ni statistično značilnih razlik. Raziskave pa kažejo, da nosečnice, ki redno izvajajo trening mišic medeničnega dna, aktivno sodelujejo pri porodu, kar vodi k hitrejšemu in lažjemu porodu (Gamberger idr., 2005). Tudi raziskave (Brown,

2002; Bung, 1999; Lochmuller in Friese, 2004) dokazujejo, da športna dejavnost služi kot priprava mišic medeničnega dna na porod in s tem krajši porod. Športna dejavnost se tudi v tem primeru ni izkazala kot dejavnik, ki bi negativno vplival na obravnavani parameter, pri čemer pa ne moremo zaključiti, da vpliva na hitrejši porod. Razlike v trajanju poroda smo ugotovili med prvorođnicami in mnogorođnicami in so tudi statistično značilne, med skupinama aktivnih in neaktivnih pa razlike niso statistično značilne.

Ob zaključku tega poglavja lahko zaokrožimo tematiko vpliva športne dejavnosti na izid nosečnosti z ugotovitvijo, da športna dejavnost ugodno vpliva na šest obravnavanih parametrov izida nosečnosti, pri čemer je statistično značilen vpliv pri končni pridobljeni telesni teži in načinu poroda. Skupina aktivnih nosečnic oziroma eksperimentalna skupina je pridobila statistično značilno manj telesne teže v primerjavi s kontrolno skupino. Prav tako je med skupinami, ki redno, občasno ali pa sploh ne izvajajo treninga mišic medeničnega dna, statistično značilna razlika v načinu poroda. Statistično značilna razlika med skupino aktivnih in neaktivnih v predčasnem razpoku mehurja vodi v to, da obravnavanega parametra ne moremo uvrstiti med parametre, na katere ima športna dejavnost pozitiven vpliv. Vendar glede na ugoden vpliv na šest parametrov izida nosečnosti potrjujemo drugo postavljeno hipotezo, in sicer športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti. Ob dejstvu, da je porod lahko največja in najbolj razveseljiva izkušnja ženske v njenem življenju, vendar le, če ženska zna sama s svojo aktivnostjo obvladati strah in bolečino (Pajntar, 1994), športno dejavnost izpostavljam kot pomemben dejavnik predpriprave in možnosti aktivnega sodelovanja pri porodu.

7.1.3. Hipoteza 3: Nosečnice so športno aktivne predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja.

Po analiziranju pojavnosti motivov v vseh treh obdobjih smo ugotovili, kateri so tisti motivi, ki so ključni za ukvarjanje s športno dejavnostjo pred in v času nosečnosti.

Tabela 110: Sprememba motivacijske strukture za športno dejavnost v nosečnosti

Motivi za športno dejavnost	Pred nosečnostjo	V prvem trimesečju	V drugem trimesečju
Pomembno mi je dobro počutje	4,6	4,6	4,7
Želim biti s svojimi prijatelji/cami.	2,7	2,6	2,6
Želim sprostiti svojo energijo.	3,6	3,2	3,2
Želim ostati v dobri formi.	4,1	4,1	4,1
Rada imam skupinsko delo.	2,5	2,3	2,4
Želim se naučiti novih spretnosti.	2,6	2,3	2,3
Rada srečujem nove prijatelje.	2,7	2,5	2,5
Želim sprostiti napetost.	3,7	3,3	3,3
Rada nekaj počnem.	3,5	3,4	3,4
Rada grem ven iz hiše.	3,7	3,7	3,6
Rada tekmujem.	1,6	1,4	1,4
Rada sem v skupini.	2,3	2,2	2,1
Želim napredovati na višjo raven.	2,4	2,1	2,1
Želim biti telesno sposobna.	4	4,1	4,1
Želim ohraniti svoje zdravje.	4,6	4,4	4,3
Všeč so mi vaditelji/ce.	1,6	1,6	1,6
Rada se zabavam.	3,1	2,9	2,9
Želim ohraniti estetski videz svoje postave.	3,7	3,6	3,5
Želim izboljšati svoje zdravje.	4,2	4	4,1
Želim biti v toku z družbenim življenjem.	2,7	2,5	2,5
V starejših letih želim biti v dobri kondiciji.	3,9	3,7	3,7
Želim biti dober zgled svojim otrokom.	4	3,9	4
Aktivna sem iz poslovnih razlogov.	1,7	1,5	1,5
Želim narediti vse za svoje in otrokovo zdravje	0	4,7	4,7
Moje dobro počutje pozitivno vpliva na otroka.	0	4,7	4,7

	Zelo pomemben motiv
	Pomemben motiv
	Srednje pomemben motiv
	Manj pomemben motiv
	Sploh ni pomemben motiv

Motivacijske strukture so razmeroma trajne strukture kognitivno-konativnega prostora in se začnejo oblikovati že v zgodnjem otroštvu, zato je pričakovati, da se bodo izbrani motivi pojavljali v vseh obdobjih. Motivi znotraj motivacijske strukture pa se v specifičnih okoliščinah kljub temu spreminjajo. Ker se od trenutka, ko ženska ugotovi, da je noseča, začne vse prilagajati rastočemu bitju v telesu, se poleg starih pojavijo tudi novi motivi, ki ostanejo tekom nosečnosti relativno stabilni. To kažejo tudi naše ugotovitve, kajti v nosečnosti so izbrani motivi bolj pomembni, na primer zelo pogosto se pojavljata motiva zdravje še nerojenega otroka in pozitiven vpliv materinega dobrega počutja na otroka. Nekateri motivi so manj pomembni, kot na primer želim sprostiti napetost, rada tekmujem in poslovni razlogi. Prevlada enega ali več motivov nad drugim(i) je posledica različnih življenjskih situacij in posamičnih izkušenj (Černohorski, 2001). Naše ugotovitve kažejo, da nosečnost kot stanje, polno fizioloških in psiholoških sprememb, vpliva tudi na spremembe motivov posameznice.

Ugotavljamo, da je potrebno nosečnice v čim večjem številu seznanjati o vplivu in pomenu športne dejavnosti na njihovo in otrokovo zdravje in dobro počutje, kajti to sta motiva, ki izstopata v vseh treh obdobjih merjenja. S tem potrjujemo tretjo postavljeno hipotezo, da so nosečnice športno dejavne predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja.

Analizirali smo tudi motive za zdravo prehranjevanje. Dobrih 27 odstotkov nosečnic je takih, ki so se že pred nosečnostjo prehranjevale dovolj zdravo in si nasploh prizadevale za zdrav življenjski slog in jim njihovih navad ni bilo potrebno spreminjati. Glede na analizo socialno-demografskih značilnosti in športne dejavnosti ugotavljamo, da so to nosečnice, ki so bolj izobražene, se redno športno udeležujejo in skrbijo za svoje zdravje. Dobrih 72 odstotkov je takih, ki jih je nosečnost spodbudila k bolj zdravemu načinu življenja. Ugotovili smo, da se največ žensk v času nosečnosti bolj zdravo prehranjuje zaradi želje po zdravem otroku in želje po dobrem počutju. Nekatere je k zdravemu prehranjevanju spodbudilo načrtovanje nosečnosti. Motiv, ki ga moramo še omeniti, je tudi povečanje telesne teže. Ugotovili smo že, da so športno neaktivne nosečnice pridobile statistično značilno več telesne teže in kazalec na tehtnici je bil za to skupino očitno alarm, da so se odločile več pozornosti nameniti bolj zdravemu prehranjevanju. Ko primerjamo skupino aktivnih in neaktivnih nosečnic, ugotavljamo, da se vsi izbrani motivi za zdravo prehranjevanje pogosteje pojavljajo pri neaktivnih nosečnicah, najverjetneje kot kompenzacija. Tiste, ki so že pred nosečnostjo

prevzele zdrav življenjski slog z redno športno dejavnostjo, živijo dovolj zdravo tudi z vidika prehranjevanja in so svoj način življenja ustrezno prilagodile nosečnosti, generalne spremembe pa niso potrebne. Nosečnice, ki sede preživljajo svoj prosti čas, poskušajo skozi posvečanje več pozornosti zdravi prehrani nadoknaditi to, kar aktivne nosečnice pridobijo z gibanjem: boljše počutje, lajšanje težav, zdravje in kontroliranje telesne teže. Vsega se na tak način ne da nadoknaditi, vendar kljub vsemu, boljše skrb za prehrano kakor kombinacija negibanja in še nezdrave prehrane obenem.

7.1.4. Hipoteza 4: Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na počutje nosečnice.

Tabela 111: Čustva, ki po prvem izločenem faktorju pojasnjujejo psihično počutje nosečnic z zdravim in nezdravim načinom prehranjevanja

NOSEČNICE Z ZDRAVIM NAČINOM PREHRANJEVANJA	NOSEČNICE Z NEZDRAVIM NAČINOM PREHRANJEVANJA
Ponosna	Otožna
Vesela	Napeta
Sproščena	Razdražljiva
Ni črnogleda	Potrta
Prijetna	Nervozna
Zadovoljna	Črnogleda
Privlačna	Občutljiva
Živahna	Nemirna
Srečna	Naveličana
Ni otožna	Zaskrbljena

Ugotovitve kažejo, da se več kot polovica nosečnic tako v prvem kot tudi drugem trimesečju prehranjuje nezdravo. Kot kaže, veliko žensk v času nosečnosti zmotno meni, da v tem obdobju ni potrebno toliko misliti na hrano in kontrolirati naraščanja kilogramov. Številne raziskave poročajo o pomembni zadovoljitvi po izbranih vitaminih in mineralih v nosečnosti (Haymes in Clakson, 1998; Institute of Medizine, 1990; Manroe, 1999; Scholl, Hediger in Bendich, 1997), vendar naše ugotovitve kažejo, da 14 odstotkov naših nosečnic ne uživa

vsakodnevno sadja in 30 odstotkov ne zelenjave, kar 65 odstotkov jih manj kot enkrat tedensko uživa polnozrnata živila.

Od četrtega meseca dalje se potrebe po energiji povečajo v povprečju za 200 do 300 kalorij na dan (King, 2000), vendar je glavno vodilo pri prehrani izbira kakovostnih živil (Institute of Medicine, 1990). Upoštevajoč izhodiščno težo oziroma indeks telesne mase, razpon telesne teže, ki naj bi jo nosečnice pridobile, sega od sedem kilogramov, kolikor bi se naj zredile debele ženske, do 18 kilogramov, kolikor se lahko zredijo podhranjene ženske. Na podlagi napisanega je premalo telesne teže v našem vzorcu pridobila le ena nosečnica, in sicer 6 kilogramov. Preveč se je telesna teža povečala četrtni nosečnic, to je 24,5 odstotkom, in sicer od 18 do 25 kilogramov. Vzroke lahko najdemo v izbiri manj zdravih živil, ki jih zaužijejo tudi velike količine, in pomanjkanju športne dejavnosti. Ugotovili smo namreč, da obstaja statistično značilna razlika v končni pridobljeni teži med skupinama športno dejavnih in nedejavnih. Z vidika prehranjevanja pa smo ugotovili, da jedo skoraj vse nosečnice cvrtje vsaj enkrat tedensko, in sicer je takih 97 odstotkov, bel kruh uživajo večkrat tedensko v 53 odstotkih in sladke jedi večkrat tedensko v dobrih 20 odstotkih. Če nosečnica vnese v svoj jedilnik kako priljubljeno jed, kar ne vodi v enolično izbiro in pomanjkanje posameznih hranil (Pokorn, 1985), ni nič narobe. V kolikor je teh jedi preveč in so prepogoste, dobimo odgovor na to, od kod toliko odvečnih kilogramov in zakaj je skupina z nezdravim prehranjevanjem tako številna.

Debelost povečuje tveganje za vrsto zapletov med nosečnostjo (Cnattingius idr., 1998; Goldenberg in Tamura, 1996). Nepravilne prehranjevalne navade se iz nosečnosti nadaljujejo tudi naprej. Mame, ki same preveč pojedjo, k temu pogosto silijo tudi svoje otroke (Cnattingius idr., 1998). Če upoštevamo, da tiste, ki so pridobile 15 kilogramov in več in jih je skoraj 50 odstotkov in vse pred nosečnostjo niso bile podhranjene, je prekomerno telesno težo pridobila skoraj polovica nosečnic. Na tem mestu zopet izpostavljamo pomembno preventivno vlogo športne dejavnosti, kajti naše ugotovitve potrjujejo statistično značilen vpliv športne dejavnosti na zdravo in kontrolirano pridobivanje telesne teže. V kolikor je to v kombinaciji z izbiro zdravih in kakovostnih živil v zmernih količinah, lahko računamo na vsestranske pozitivne učinke, med drugim tudi na zelo pomembno nosečničino dobro psihično počutje.

Ugotovili smo, da nosečnice z zdravim načinom prehranjevanja izražajo bolj pozitivna čustva in se psihično boljše počutijo. Na prvi izločeni faktor so se pri omenjeni skupini vezala pozitivna čustva. Po drugi strani pa so se na prvi izločeni faktor pri skupini z nezdravim prehranjevanjem vezala negativna čustva, ki kažejo na več skrbi, tesnob in slabo psihično počutje. Pridružujemo se izsledkom raziskav, ki kažejo, da izbira zdravih kakovostnih živil pomembno vpliva na počutje v nosečnosti (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993; Institute of Medicine, 1990). Na podlagi napisanega potrjujemo četrto postavljeno hipotezo, da zdrav način prehranjevanja ugodno vpliva na počutje nosečnice.

7.1.5. Hipoteza 5: Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na izid nosečnosti.

Ob ugotavljanju vpliva prehranjevalnih navad na izid nosečnosti se pri nobenem parametru izida nosečnosti med skupinama ni pokazala statistično značilna razlika. Kažejo se razlike v povprečjih, skupini nosečnic z nezdravim prehranjevanjem so se rodili v povprečju 60 gramov težji novorojenčki. Razlika ni velika, se pa pridružujemo nekaterim avtorjem (Artal, 1999; Brown, 2002), ki dokazujejo, da je porodna teža odvisna med drugim tudi od končne pridobljene teže nosečnice. V skupini z nezdravim načinom prehranjevanja zasledimo tudi več operativnih dokončanj porodov s carskim rezom, in sicer 8 odstotkov od skupno 12,9 odstotkov vseh carskih rezov, vendar razlika med skupinama ni statistično značilna. Zadnje obravnavane hipoteze, ki se glasi, da zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na izid nosečnosti, nismo mogli potrditi v povezavi z nobenim parametrom izida nosečnosti.

Nosečnost ni čas, primeren za izpuščanje posameznih obrokov ali za preizkušanje najrazličnejših shujševalnih diet, še manj pa za pretirano hranjenje. Trije glavni obroki in dve malici ob izbiri kakovostnih živil zagotavljajo zadostitev energetskih potreb nosečnice. V kolikor je skrbi za zdravo prehrano dodana še skrb za redno športno dejavnost, sprostitev in počitek, je to ključ do zdrave nosečnosti. Skrb za zdrav način življenja ter vnos zdravih in kakovostnih živil je pomembna že v času pred nosečnostjo. Že dolgo pred nosečnostjo pridobljene prehranske navade in redna športna dejavnost, ki ima mesto v ženskinem urniku, sta dobra naložba za čas veselega pričakovanja. Vse to vpliva na nosečnično dobro počutje in posledično na optimalno rast in razvoj otroka.

7.2. Analiza razvad – kajenje

Znotraj naše skupine nosečnic je med kadilkami 92 odstotkov takšnih, ki športno niso aktivne, in 8 odstotkov aktivnih. Lahko rečemo, da se kadilke s športom ne ukvarjajo skoraj nič. Rezultati kažejo statistično značilno razliko v športnem udejstvovanju med nosečnicami kadilkami in nekadilkami. Pridružimo se lahko izsledkom raziskav, ki so že ugotovile, da se kadilci statistično značilno manj ukvarjajo s športno dejavnostjo in se manj poslužujejo športnih programov (Dishman in Sallis, 1994; Marcus, 1999). Tudi sicer so kadilci privrženci manj zdravega življenjskega sloga, ki poleg pomanjkanja gibanja vključuje tudi nezdravo prehranjevanje (Wilson, 2005). Kombinacija obeh omenjenih dejavnikov je v času nosečnosti potrebna posebne pozornosti. Plod kadilke že zaradi samega kajenja živi v okolju z manj kisika in hranljivih snovi. Če temu dodamo še nezdravo prehranjevanje, je plod z vidika razvoja in zdrave rasti lahko ogrožen. Plod za svoj razvoj potrebuje dovolj kisika ter vsa potrebna hranila, vitamine in minerale, kajti le tako ima vse pogoje za optimalni razvoj. Nosečnica kadilka, ki se s športno dejavnostjo ne ukvarja in ima nezdrave prehranjevalne navade, ima vse možnosti za komplikacije ob porodu, težave z novorojenčkom in dolgoročnimi posledicami na otroku. Ženske kadilke, ki so se v času pred nosečnostjo še trudile, da bi bile športno dejavne, so se, kot kažejo rezultati, v času nosečnosti prepustile nezdravemu življenjskemu slogu.

Raziskave, ki kažejo, da športna dejavnost pozitivno vpliva na prenehanje kajenja (Marcus, 1999), bi morale spodbuditi vse mlade ženske kadilke v rodnem obdobju, da bi se začele ukvarjati s športom in pravočasno opustile kajenje, ki v času nosečnosti prinaša številne težave. Pretoki krvi skozi žile in prenos kisika na plodovo stran so zmanjšani, hkrati pa je zmanjšana tudi sposobnost plodove krvi za prevzem in prenos kisika. Plod živi v okolju s premalo kisika, dobiva tudi manj hranljivih snovi, kar lahko povzroči zastoj rasti ploda ali zelo prezgodnji porod. Prav tako pa pušča dolgoročne negativne posledice na otroku, ki se v materinem trebuhu še ne more odločati sam. Raziskovalci poročajo o povezavi med kajenjem matere v nosečnosti in debelostjo otroka v otroštvu, nizko porodno težo povezujejo s povečanim tveganjem za srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen in debelost v odrasli dobi (British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre, 2004). Tveganje za nizko porodno težo je še posebej povečano pri kadilkah v tretjem

trimesečju, ko plod najhitreje raste in pridobiva težo. Rezultati naše raziskave kažejo, da so kadilke v povprečju rodile dobrih 100 gramov lažje novorojenčke.

Ugotovitve naše raziskave kažejo, da nosečnice kadilke pridobijo tudi statistično značilno več telesne teže v primerjavi z nosečnicami, ki ne kadijo. Kadilke so tekom nosečnosti pridobile v povprečju 18,25 kilogramov, nekadilke pa 14,43 kilogramov. Torej je razlika v povprečju pridobljene teže kar 3,82 kilogramov. To gre pripisati športni nedejavnosti in nezdravemu kontroliranju telesne teže s pomočjo velike količine cigaret v kombinaciji z enostransko prehrano v času pred nosečnostjo. Ker velika večina nosečnic kajenje po številnih opozorilih količinsko zmanjša, se jim poveča tek in želja po hrani in telesne teže ni več moč nadzorovati. Lahko rečemo, da so nekadilke pridobile v povprečju telesno težo, za katero lahko rečemo, da je še v okviru normalne zdrave teže, medtem ko so nosečnice kadilke ta okvir presegle in pridobile prekomerno telesno težo.

Vsa navedena dejstva bi morala biti dovolj, da bi za ceno zdravega otroka sleherna bodoča mati opustila kajenje. Izgovori kadilk, da bo za otroka nenadna opustitev kajenja šok, z ozirom na vse negativne posledice nadaljevanja kajenja ne zdržijo. Čeprav je pomembno, kako se nosečnica počuti, saj z njo čuti tudi otrok, njeno slabo počutje zaradi krize ob opustitvi kajenja ne odtehta vseh negativnih posledic v primeru, da tega ne opusti. Naši rezultati kažejo, da ženske, ki kajenja ne opustijo, izražajo več negativnih čustev in občutkov. Velikokrat se znajdejo v neprijetnih situacijah, ko jih družba ne sprejema in obsoja. Ugotovitve kažejo, da nosečnice kadilke v prvem trimesečju občutijo statistično značilno več jeze in onemoglosti, v drugem trimesečju pa se opisujejo statistično značilno bolj občutljive, ranljive, počutijo se manj prijetne, onemogle in z občutki krivde.

Govorimo torej o številnih pozitivnih učinkih redne športne dejavnosti v nosečnosti, kot so krepitev celotnega mišičja, izboljšanje prekrvavljenosti vsega telesa, razvijanje pozitivnega odnosa do nosečnosti in s tem dobro duševno počutje ter preventivni učinek pred razvadami (Brown, 2002; Bung, 1999; Lochmuller in Friese, 2004). Na drugi strani pa kajenje med nosečnostjo povzroči mnogo kratkoročnih komplikacij in dolgoročnih posledic na plod; žal mnoge med njimi niso popravljive. Za reševanje te problematike in osveščanje mladih žensk v rodnem obdobju bi bilo potrebno narediti mnogo več. Upoštevati je potrebno, da med skupino kadilk in nekadilk obstaja statistično značilna razlika v stopnji izobrazbe. Manj izobražene

ženske iz socialno šibkih krogov imajo prav gotovo manj možnosti, da pridejo do informacij, so manj osveščene in jih stvari pogosto niti ne zanimajo. Programi predporodnih priprav bi morali vse ženske seznaniti z vsemi prednostmi zdravega in negativnimi posledicami nezdravega življenjskega sloga ter njihovimi vplivi na razvijajočega se otroka. Tako bi se na to pomembno obdobje pripravile že prej, prevzele zdrav življenjski slog in lažje opustile škodljive odvisnosti, kot je kajenje. Kajenje mladostnikov je v Sloveniji v porastu, od leta 1995 do 2003 se je odstotek mladih kadilcev povečal s 16 na 27 odstotkov. Raziskava ESPAD je pokazala da se je značilno povečal odstotek mladih kadilk, kritična faza za dekleta je od 13 do 15 let. Čim mlajše je dekle ob začetku kajenja, z večjo verjetnostjo bo nadaljevalo s kajenjem tudi v odrasli dobi (Rotar Pavlič, 2008). Prav zato na tem področju manjka ukrepov v smislu preventive. Glede na to, da nosečnica z vsemi odločitvami vpliva tudi na otroka, bi se vsekakor morala odločiti za zdrav način življenja, ki mu bo omogočal zdrav telesni in duševni razvoj.

7.3. Analiza razvad – pitje alkoholnih pijač

Naše ugotovitve kažejo, da je odstotek tistih, ki v nosečnosti alkohola niso opustile, presenetljivo visok. V prvem trimesečju je takih skupaj 28 odstotkov. Rezultati predhodnih raziskav kažejo, da je alkohol še posebno škodljiv v prvem trimesečju, ko se oblikujejo vsi življenjski organi (Abel in Sokol, 1991; Byrne, 1984; Mattson idr., 1997; Streissguth idr., 1989). V drugem trimesečju je tistih, ki alkohola niso popolnoma opustile, še več, 29,5 odstotkov. Strokovnjaki (Mattson idr., 1997; Streissguth idr., 1989) opozarjajo na posledice rednega prekomernega pitja alkohola v nosečnosti, ki lahko povzroči fetalni alkoholni sindrom. V to skupino bi nemara lahko sodile tudi tri nosečnice našega vzorca, ki so 2- do 3-krat tedensko pile alkohol celo nosečnost. Na to, da rezultati nekaterih raziskav (Olsen, 1994; Sampson idr., 1994;) ne kažejo dolgoročnih posledic občasnega zmernega pitja alkohola na plod, se ob tako resni odgovornosti, kot je ogrožanje telesnega in duševnega zdravja razvijajočega se otroka, ne bi smeli zanašati. Znanost namreč ne pozna varne količine alkohola, ki dokazano ne pomeni nevarnosti za plod (APP Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities, 1993).

Med skupinama športno aktivnih in neaktivnih ne obstaja statistično značilna razlika v pitju alkoholnih pijač, vendar se znotraj skupine nosečnic, ki alkohola niso opustile, s športom ukvarja 37 odstotkov anketirank, kar 63 odstotkov pa je neaktivnih. Tukaj se lahko zopet

opremo na že znan argument. S športom povezan življenjski slog je bližje zdravju, pozitivnim vrednotam in življenju brez škodljivih substanc nasploh.

Med skupinama pivk alkohola in abstinentk so se pojavile tudi razlike v izražanju čustev, vendar so statistično značilne le pri postavki polna energije. Tiste, ki so se bile sposobne alkoholu odreči, imajo več energije, počutijo se bolj ženstvene in odločne. Rugelj (2000) pravi, da nekateri posamezniki rešitev vidijo v alkoholni omami. Ker pa z nobeno omamo nihče ničesar ne reši, temveč se težave samo prelagajo, je prizadeti in na omamo navajeni posameznik tako rekoč prisiljen svojo stisko ponovno presegati z alkoholom. Obdobje slabega psihičnega počutja se z alkoholom ne da pregnati, posledice pa so lahko dolgoročne in hude. Primerjava skupin občasnih pivk in abstinentk ni pokazala statistično značilnih razlik v nobenem od parametrov izida nosečnosti. Če bi imeli otroke žensk, ki so med nosečnostjo redno pile alkohol, možnost spremljati po rojstvu in v kasnejših obdobjih, bi lahko podali tudi dolgoročne posledice pitja med nosečnostjo.

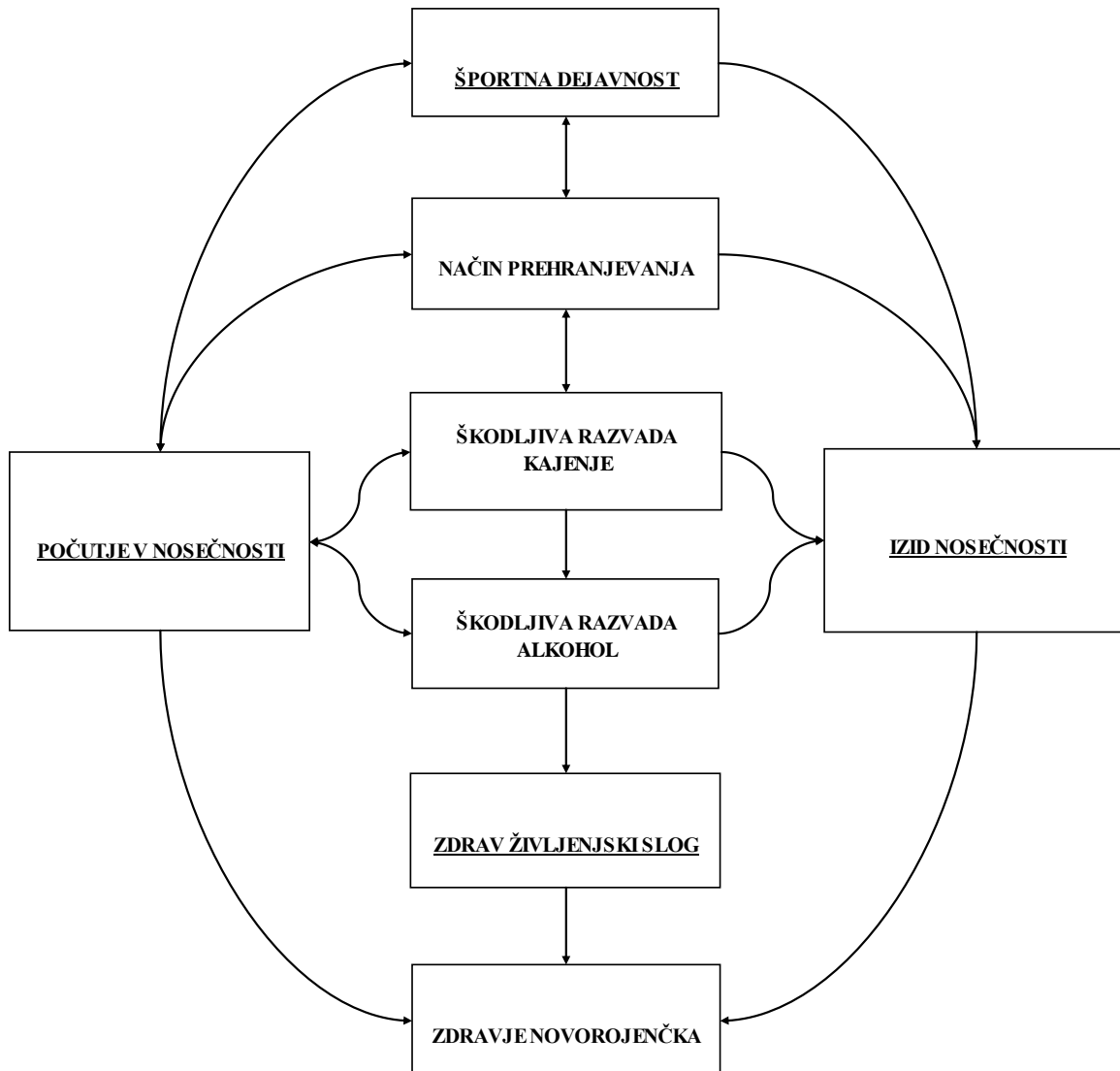
7.4. Skupni prikaz dejavnikov zdravega življenjskega sloga nosečnic

Na podlagi celotne raziskave smo oblikovali in izluščili sliko (slika št. 3), ki ponazarja povezanost športne dejavnosti in načina prehranjevanja z zdravim življenjskim slogom brez škodljivih razvad in ugotavlja vpliv le-teh na počutje nosečnice in izid nosečnosti.

Slika je nastala na osnovi postavljenih hipotez v naši raziskavi. V raziskavi smo potrdili štiri hipoteze od petih. Vse so izhajale iz športne dejavnosti in zdravih prehranjevalnih navad kot najpomembnejših dejavnikov za zdravje oz. zdrav življenjski slog, ki vplivajo na počutje v nosečnosti in izid nosečnosti. Prva hipoteza, ki smo jo potrdili, da športna dejavnost ugodno vpliva na počutje v nosečnosti, potrjuje, da ima športna dejavnost v času nosečnosti pomembno mesto. Druga hipoteza, ki smo jo sprejeli oz. dokazali, govori o vplivu športne dejavnosti na izid nosečnosti. Ugotovili smo, da športna dejavnost ugodno vpliva na šest od sedmih parametrov izida nosečnosti. Tretja potrjena hipoteza pravi, da se nosečnice športno udeležujejo predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja. Tukaj je izpostavljeno tako njihovo dobro zdravje in počutje kot tudi vpliv le-teh na otrokovo zdravje in počutje. Pri četrti hipotezi smo dokazali pozitiven vpliv zdravih prehranjevalnih navad na počutje v nosečnosti.

Prva in četrta hipoteza skupaj pojasnjujeta vpliv zdravega življenjskega sloga brez kajenja in alkohola na dobro in stabilno psihično počutje v času nosečnosti.

Slika 03: Povezanost športne dejavnosti in načina prehranjevanja z zdravim življenjskim slogom brez škodljivih razvad in ugotavljanje vpliva le-teh na počutje nosečnice in izid nosečnosti



Zdrav življenjski slog sooblikujejo redna športna dejavnost, zdrava prehrana in življenje brez škodljivih razvad ter tako vplivajo na počutje nosečnice, izid nosečnosti in zdravje otroka.

Ugotavljamo, da športna dejavnost pozitivno vpliva na nosečnično zdravje, dobro počutje, oblikovanje zdravega življenjskega sloga in izid nosečnosti v smislu čim lažjega in čim hitrejšega poroda ter rojstva zdravega otroka. Športna dejavnost pomaga, da se telesna teža nosečnici ne povečuje prehitro in pretirano, predvsem pa se na ta račun sproti porabljuje maščobe. Prav tako lahko nosečnice z gibanjem uravnavajo apetit, kajti jedo takrat, kadar so res lačne in ne kadar so nerazpoložene in jim je dolgčas. Tako je v času nosečnosti, ki je poln spremenljivih čustvenih stanj, šport pomembna preventiva pred pretiranim hranjenjem in uravnavanjem razpoloženja s sladnicami in nezdravo prehrano nasploh. Tako redna športna dejavnost posledično vodi v manjše zaužitje kalorij, predvsem zaužitje manj praznih kalorij, ki vodijo le v povečanje telesne teže in slabše psihično počutje. Tako ugotavljamo, da pomanjkanje gibanja vodi k bolj nezdravemu prehranjevanju, povečevanju telesne teže in kopičenju nosečniških tegob, vse skupaj pa posledično v slabše psihično počutje. To povzroči začarani krog, ko se neaktivne nosečnice zaradi množice nosečniških tegob in nerazpoloženi potolažijo s priljubljeno hrano, imajo vedno več kilogramov in vedno pogosteje sede preživljajo svoj prosti čas.

Nenazadnje in zelo pomembno ima športna dejavnost pozitiven vpliv tudi na uživanje škodljivih substanc in kajenje. Učinkuje kot preventiven oziroma preprečevalen dejavnik, saj gibanje in šport dajeta noseči ženski občutek zadovoljstva, sproščajo se številni hormoni, kot so endorfini, adrenalin in noradrenalin. Nosečnice, ki se ukvarjajo s športom, ne čutijo potrebe po tovrstnih poživilih, saj jim športna aktivnost nudi izziv, jih sprošča ter jim daje energijo in svobodo. Ugotovili smo, da se nosečnice kadilke statistično značilno manj ukvarjajo s športom, tudi tiste, ki v nosečnosti niso opustile alkohola, so športno manj dejavne. Nosečnice kadilke so pridobile tudi statistično značilno več telesne teže. Če prej omenjeni nosečnici, ki se vrti v začaranem krogu nezdravega življenjskega sloga, dodamo še škodljive razvade, je to znak za pravi alarm. V tej skupini obravnavanim nosečnicam očitno primanjkuje odgovornosti do sebe in svojega zdravja. Predvsem bi morale čas nosečnosti preživeti brez cigaret in alkohola, kajti že s tem bi se v veliki meri izognile številnim tegobam, slabemu počutju in negativnim vplivom, lahko tudi na otroka.

Naj omenim še športno dejavnost kot možnost druženja, kar vodi v prijateljstva, ki imajo skupno izhodišče šport. Nosečnice se v vadbenih skupinah spoznavajo, izmenjajo mnenja, izkušnje, se pogovarjajo o porodu ter tako preženejo strah in se sprostijo, kar pozitivno vpliva

tudi na njihovo psihično počutje. Nosečnice, ki se redno športno udeležujejo, se dokazano bolje počutijo, imajo več moči, so bolj spretni, kar jim vpliva na zaupanje vase in samozavest za čas, ko se nosečnost izteče in sledi porod in z njim prihod novorojenčka. Ugotovili smo, da športna dejavnost, konkretno trening mišic medeničnega dna, vpliva na način poroda. V skupini, ki je trening redno izvajala, je bilo manj carskih razov. Športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti v smislu trajanja gestacije, teže novorojenčka in končne pridobljene teže nosečnice. Prihod otroka pomeni za mater kljub veselju veliko odgovornost in zahtevno nalogo. Zato je njeno psihično in fizično dobro počutje in zdravje pomembno tudi po porodu. Ženske, ki so zdrave, v dobri fizični kondiciji in psihično močne, se bodo hitreje vrstile v stanje pred nosečnostjo in samozavestno prevzele vso skrb za nego in hranjenje svojega otroka.

Gibanje ima pomembno mesto v urniku posameznice, saj daje življenju ritem, ki skupaj z vsemi ostalimi dejavniki zdravega življenjskega sloga oblikuje sistem njenih vrednot. Ko ženska začuti, da ji je šport v življenju pomemben, se posledično zaveda njegovih pozitivnih učinkov in ga vključi v svoj vsakdanjik. Iz vsega napisanega zaključujemo, da je športna dejavnost pomemben dejavnik, s katerim vplivamo na lastno zdravje, kar je v nosečnosti, ko skrbimo tudi za zdravje lastnega otroka, še toliko pomembnejše.

Hipoteze, ki smo jih potrdili v doktorski nalogi, so potrdile naša splošna prepričanja o pomembni vlogi, ki jo ima športna dejavnost in zdrave prehranjevalne navade za nosečnico, njeno počutje in ugoden izid nosečnosti. Te ugotovitve so dodaten dokaz za teoretično podlago ali razlago vpliva vseh obravnavanih dejavnikov zdravega življenjskega sloga na počutje nosečnice in izid nosečnosti. Pomembno pa je, kako se teorijo prenese v prakso, kajti le tako lahko raziskave koristijo in izboljšajo kakovost življenja nosečnic in pozitivno vplivajo na otrokovo rast in razvoj. V naši raziskavi je preučevan vzorec zajemal nosečnice, zato bomo praktično uporabnost raziskave prenesli na to obravnavano skupino, predvsem tiste, ki morajo za zdrav razvoj svojega otroka in svoje boljše psihično počutje svoj življenjski slog spremeniti.

7.5. Doprinos k znanosti in prenos teorije v prakso

Pri doprinosu k znanosti in prenosu teorije v prakso smo se osredotočili predvsem na tiste nosečnice, ki z načinom življenja slabo vplivajo na svoje počutje in otrokovo zdravje, torej tiste z izrazito nezdravim življenjskim slogom. Športno dejavnost izpostavljam kot pomemben dejavnik za spremembe v smer bolj zdravega življenja.

Menimo, da je doktorska naloga:

- pomemben doprinos boljšemu pregledu sedanjega stanja na področju športne dejavnosti, prehranjevalnih navad in škodljivih razvad nosečnic v Sloveniji,
- podlaga za oblikovanje konkretnih rešitev na področju športne dejavnosti, prehranjevalnih navad in škodljivih razvad nosečnic v Sloveniji.

7.5.1. Kajenje ter pitje alkoholnih pijač v nosečnosti in športna dejavnost

Ugotovili smo, da je bilo v našem vzorcu pred nosečnostjo 21,5 odstotka kadilk. Takšnih, ki kajenja v nosečnosti niso opustile, je po naših podatkih 7,4 odstotka, kadile so tako v prvem kot tudi drugem trimesečju. Ugotovili smo, da se kadike statistično značilno manj ukvarjajo s športno dejavnostjo, od vseh kadilk je športno dejavna le ena sama nosečnica. Ugotovitve so pokazale, da so kadike pridobile tudi statistično značilno več telesne teže. V povprečju skoraj 4 kilograme več kot nekadilke. Novorojenčki kadilk so v povprečju tehtali 100 gramov manj od nekadilk. Rezultati so pokazali, da so kadike statistično značilno manj izobražene.

Naše ugotovitve kažejo, da je takih, ki v nosečnosti alkohola niso opustile, v prvem trimesečju 28 odstotkov, ne glede na veliko možnost negativnih vplivov na plod v tem obdobju. V drugem trimesečju je tistih, ki so s pitjem alkohola nadaljevale, 29,5 odstotka. Tri nosečnice našega vzorca, ki so 2- do 3-krat tedensko pile alkohol celo nosečnost, sodijo v zelo rizično skupino, kajti redno pitje lahko povzroči fetalni alkoholni sindrom. Znanost namreč ne pozna varne količine alkohola, ki dokazano ne pomeni nevarnosti za plod (APP Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities, 1993). Znotraj skupine nosečnic, ki alkohola niso opustile, se s športom ukvarja 37 odstotkov anketirank, kar 63 odstotkov pa je neaktivnih. Nosečnice, ki so prevzele s športom povezan življenjski slog, so bistveno manj ogrožene z vidika uživanja škodljivih substanc.

Zgornje ugotovitve so izhodišče za oblikovanje načrta ali strategije, kako tem nosečnicam pomagati in jih usmerjati, da s svojim načinom življenja ne naredijo še večje škode. Omenjene strategije imajo jasen cilj, to je postopno prenehanje s tovrstnim tveganim nezdravim življenjskim slogom. Veliko strokovno usposobljenih delavcev, izobraževalnih centrov in centrov za pomoč odvisnikom se sooča s tovrstno problematiko odvisnosti od kajenja in alkohola v nosečnosti. Določene nasvete lahko odvisnice najdejo tudi na izbranih spletnih naslovih. Običajno začnejo iskati pomoč tiste posameznice, ki so že noseče in so odvisnice od kajenja ali redno pijejo alkohol. Nudijo jim pomoč v obliki svetovanja, srečanj, na pogovor povabijo še partnerja, ki je pogosto tudi sam kadilec, potem pa so večinoma odločitve na njih samih. Na tem mestu bi izpostavili pomembnost preventivnega ukrepanja na tem področju. Danes je kontrola nad reprodukcijo zelo zanesljiva, v našem vzorcu je bilo kar 75 odstotkov nosečnosti načrtovanih. Za osveščanje o zelo pomembnih vzporednih dejavnikih, kot so zdravo življenje brez škodljivih substanc, ki sovplivajo na potek nosečnosti in njen izid, bi morali narediti veliko več in to preventivno na čim širši ravni.

V Sloveniji potekajo številni projekti, kjer se spodbuja zdrav način življenja. To so projekti, ki omejujejo kajenje, porabo alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, spodbujajo redno športno dejavnost in zdrave prehranjevalne navade. Namen teh akcij in projektov je spodbujanje k čim bolj zdravemu načinu življenja in nudenje možnosti za oblikovanje varnega in zdravju naklonjenega okolja. Omenjene promocije zdravega življenjskega sloga bi morale biti posebej namenjene vsem ženskam v rodnem obdobju in vsem, ki načrtujejo nosečnost. To je čas, ko bi morale ženske razmišljati, da mora telo nosečnost pričakati zdravo, da je dobrodošla čim boljše telesna pripravljenost in da je potrebno škodljive razvade opustiti že precej pred zanositvijo.

Celosten projekt priprave na nosečnost bi lahko izvajali v okviru Šole za starše za vse pare, ki načrtujejo povečanje družine. To je primeren čas za spremembe in ne, ko so ženske že v tretjem trimesečju nosečnosti, takrat so v Sloveniji namreč organizirana predavanja za bodoče starše v okviru priprave na porod. Motivi, ki so dobro polovico nosečnic našega vzorca najbolj spodbudili k bolj zdravemu življenju, so bili zdravje in boljše počutje. Torej so nosečnice v veliki večini pripravljene narediti spremembe, vendar imajo pogosto premalo konkretnih napotkov, informacij, znanja in spodbud. Ženski, ki je na poti spreminjanja svojih življenjskih navad v smislu priprave na zdravo nosečnost, bo tudi partner v veliko pomoč in

se bo skupaj z njo spreminjal tudi sam. Težko je opustiti kajenje, če živiš skupaj z nekom, ki kadi tudi sam, in tudi če ti uspe, ostaneš pasiven kadilec. Zato je tukaj vloga in pripravljenost za sodelovanje s strani partnerja velikega pomena.

Bodoča starša, ki bosta našla skupni imenovalec v smislu zdravega življenjskega sloga že v času nosečnosti, bosta to gojila tudi naprej in bosta tako najboljši zgled svojim otrokom. Starši so ključni v prvih letih otrokovega razvoja. Ko se družina poveča za novega člana, je naloga staršev, da svojo vlogo vzornika opravljajo z največjo odgovornostjo. Zdrav življenjski slog staršev bo spontan učitelj v njih samih, saj bodo svojim otrokom lažje za zgled, kako živeti, ker bo to njihov način življenja. Tudi z odraščanjem bodo otroku ostale smernice za zdravo življenje, če bo imel pozitivne zglede v okolju. Nekoč bodo tudi v naši raziskavi rojeni novorojenčki postali starši.

Ženske, ki sodijo v rizično skupino kadilk in rednih pivk alkohola, bi morale biti še posebej seznanjene s posledicami nadaljevanja uživanja škodljivih substanc v nosečnosti. Morda bi se za korenite spremembe, vsaj za čas nosečnosti, lažje odločile, če bi imele možnost videti zelo prezgodaj rojenega otroka, otoka z ekstremno nizko porodno težo ali tistega z anomalijami obraza kot posledico kajenja ali pitja alkohola. Morda bi jim nazorna zgodba življenja dečka Abela – žrtve posledic fetalnega alkoholnega sindroma – ki je uvod v poglavje o alkoholu v nosečnosti v knjigi *Otrokov svet* (Papalia idr., 2003), odprla oči in bi lažje rekle alkoholu ne. S pomočjo takih izkušenj bi bila ženska lažje kos težkim preizkušnjam in skušnjavam in bi v dani situaciji, ko se najtežje upre cigareti ali alkoholu, sprejemala odločitve, ki bi njenega otroka obvarovale pred morebitnimi posledicami.

Zelo pomembna in bolj prijazna možnost preventive pred uporabo škodljivih substanc je seveda redna športna dejavnost. Rezultati so pokazali, da je športna dejavnost učinkovito nadomestilo za kadilce, ki si želijo prenehati kaditi (Dishman in Sallis, 1994; Marcus, 1999). Na kajenje učinkuje kot preventiven oziroma preprečevalen dejavnik, saj sprošča endorfine, ki dajejo občutek zadovoljstva. Nosečnice, ki se ukvarjajo s športom, ne čutijo potrebe po tovrstnih poživilih, saj jim športna aktivnost nudi izziv, jih sprošča ter jim daje energijo in svobodo. Menimo, da bi morali biti projekti, namenjeni preventivni športni dejavnosti v času načrtovanja in času nosečnosti, podprti na državni ravni. Načrtovanje, organiziranje in

vodenje takih programov državo stane veliko manj kot saniranje neugodnih posledic izida nosečnosti kot posledice uživanja škodljivih substanc.

7.5.2. Prekomerno povečanje telesne teže v nosečnosti in športna dejavnost

Naše ugotovitve potrjujejo statistično značilen vpliv športne dejavnosti na zdravo in kontrolirano pridobivanje telesne teže. Nosečnice, ki so bile športno dejavne, so v povprečju pridobile 13,6 kilogramov, torej telesno težo v zdravih okvirih. Športno neaktivne nosečnice so pridobile v povprečju 15,4 kilograme. Posebej bi izpostavila nosečnice kadilke, ki športno razen ene niso aktivne, v povprečju so pridobile kar 18,25 kilogramov. V našem vzorcu se je telesna teža povečala za 18 kilogramov in več pri 24,5 odstotkih nosečnic. 15 kilogramov in več in jih je pridobilo skoraj 50 odstotkov, kar pomeni, da je prekomerno telesno težo pridobila skoraj polovica nosečnic.

Nosečnice, ki se redno ukvarjajo s športom, na tak način uravnavajo apetit, prehranjevanje prilagodijo svoji dejavnosti in z gibanjem porabijo odvečne maščobe. V kolikor je to v kombinaciji z izbiro zdravih in kakovostnih živil v zmernih količinah, lahko računamo na vsestranske pozitivne učinke. Telesna teža se bo povečevala postopno in v normalnih mejah. Nosečnica, ki se ukvarja s športno dejavnostjo, bolje pozna svoje telo in ga posluša, telo pa ji samo pove, kaj potrebuje. Prav tako je gibanje pomemben dejavnik sproščanja in uravnavanja nestabilnih čustvenih stanj. Tako aktivna nosečnica iz dolgočasje ne bo posegala po sladica in ostalih nezdravih živilih ali celo škodljivih razvadah. Iz napisanega ugotavljamo, da je športna dejavnost tista, ki prva in najzanesljiveje prekine začarani krog nezdravega življenjskega sloga, ki vodi v slabo počutje in nalaganje odvečnih kilogramov.

Za tiste ženske, ki so pridobile bistveno preveč telesne teže, je po porodu spoznanje, da je otrok rojen, odvečni kilogrami pa so ostali, lahko precej neprijetno. Vsaka si želi, da bi se s časom vrnila v stanje pred nosečnostjo. Ženska, ki ji je po porodu ostalo 10 do 15 kilogramov, bo za to potrebovala precej časa in veliko discipline. Namesto da bi se lahko posvetila svojemu otroku, je pred njo nov projekt, kako izgubiti odvečno težo in izboljšati telesno sestavo. Tudi tukaj je preventivno ukrepanje učinkoviteje in bolj pozitivno za žensko psihično in telesno stanje.

Programi preventive pred pretiranim povečanjem telesne teže bi morali celostno obravnavati kompletan življenjski slog nosečnice. Tukaj je potrebno poseči na individualno raven, kajti potrebno je upoštevati nosečničino zdravstveno stanje in posebnosti, naravo nosečnosti ter psihično zdravje. V našem vzorcu imamo opravka s telesno in duševno zdravimi nosečnicami, torej bi že prilagojen program športne vadbe in količinsko primerni obroki pripomogli k učinkovitemu reševanju omenjene problematike. Projekt, ki bo dal pozitivne rezultate, je zopet celostni pristop in strokovno vodenje programa, ki zajema večstransko spremembo življenjskega sloga s poudarkom na redni, zmerni aerobni športni vadbi.

7.5.3. Delovna sposobnost v nosečnosti in športna dejavnost

Ob koncu prvega trimesečja nosečnosti je na bolniški dobrih 26 odstotkov nosečnic, ki so bile prej redno zaposlene. Ker je to obdobje, ko je nosečnost komaj dobro potrjena, je ta odstotek precej visok. Ugotovili smo, da je med tistimi, ki so na bolniški, večina takšnih, ki niso športno dejavne, kar 62,3 odstotka. Večina nosečnic, ki gredo takoj po prvem trimesečju nosečnosti na bolniško, je športno neaktivnih. Ugotovili smo tudi, da se pri tistih z nezaposlenostjo ali negotovo zaposlitvijo pogosteje pojavljajo izbrane nosečniške težave predvsem psihosomatskega izvora, kot so bruhanje, slabost, glavoboli in migrene in slabše psihično počutje. V času nosečnosti je občutek socialne varnosti pomemben dejavnik dobrega počutja.

Na tem mestu ugotavljamo, da športna dejavnost pripomore tudi k delovni sposobnosti nosečnic in s tem zmanjša finančno breme zdravstva. Športno neaktivne nosečnice in tiste, ki so nezaposlene, imajo tudi več nosečniških težav in se slabše psihično počutijo, kar pomeni, da so več pri zdravniku. Vse to povečuje čakalne vrste v ginekoloških ambulantah in naše zdravstvo zopet stane. Še enkrat poudarjamo, da je vložek v preventivo cenejši, učinkovitejši in uspešnejši z bolj pozitivnimi izidi za nosečnico in nenazadnje tudi za naš proračun. Naša ideja je podpreti projekt, ki ga bo vodila skupina strokovnjakov in bo vključeval celostno svetovanje in izvajanje aktivnosti za zdrav življenjski slog v nosečnosti.

7.5.4. Model zdravega prehranjevanja

Doprinos k znanosti vidimo tudi v postavitvi modela zdravega prehranjevanja v nosečnosti. Osnovan je na temeljih zdravega prehranjevanja (Zaletel-Kragelj idr., 2004). Upoštevali smo pomen rednega uživanja vseh obrokov, ki so ključni za rednost in normalno prehranjenost

nosečnice. Sledil je pomen uživanja sadja in zelenjave, s katerima nosečnica dobi potrebne vitamine, minerale in veliko vode. Kot pomemben dejavnik zadostitve potrebe po kalciju in drugih vitaminih ter beljakovinah smo upoštevali uživanje mleka in mlečnih izdelkov. Model vključuje tudi pomen uživanja rib z vidika potreb po jodu in uživanja polnozrnatih živil, ki vsebujejo veliko zdravih ogljikovih hidratov, balastnih snovi in preprečujejo zaprtje. Pozornost smo namenili tudi prekomernemu uživanju mesa. Sledil je sklop izrazito nezdravih navad, ki se na nosečničinem jedilniku pojavljajo prepogosto. Te so: uživanje ocvrtih jedi, sladkih gaziranih pijač, sladkih jedi in uživanje belega kruha.

Pri analizi zdrave prehrane smo upoštevali zgoraj naštetе postavke zdrave prehrane in pogostost uživanja izbranih živil. Pomanjkanje posameznih pomembnih živil ali prekomerno uživanje nezdrave hrane je prinašalo tako imenovane točke nezdravega prehranjevanja.

Glede na izbrane postavke zdrave prehrane so nosečnice izbirale nezdrave prehrabene točke. Več kot je bilo izbranih točk, bolj nezdravo se nosečnica prehranjuje. Nosečnice so se glede na izbrane postavke tako razdelile v pet skupin, in sicer skupina nosečnic z zelo nezdravo prehrano, s pretežno nezdravo prehrano in delno nezdravo prehrano, ki skupaj tvorijo **prvo veliko skupino tistih, ki se prehranjujejo nezdravo**. V to skupino so se uvrstile vse nosečnice, ki so nabrale štiri ali več negativnih točk.

Drugo večjo skupino sestavljajo tiste, ki se prehranjuje večinoma zdravo in zelo zdravo. To je **skupina z zdravim prehranjevanjem**. V to skupino sodijo tiste, ki so nabrale od nič do tri negativne točke. Ker gre za čas nosečnosti, ko je izpuščanje posameznih obrokov nedopustno, ko je pomen zadostitve po vseh vitaminih in mineralih ključno za zdrav otrokov razvoj, in ko prekomerno uživanje nezdravih jedi s praznimi kalorijami vodi v obremenjevanje trebušne slinavke in pretirano povečanje telesne teže, je bil naš kriterij postavljen v skladu s specifikko tega obdobja. Ker nosečnica s svojim izborom živil in rednostjo ter zmernostjo vpliva na svoje in otrokovo zdravje, ima zdrava prehrana v času nosečnosti velik pomen. Z našimi rezultati želimo spodbuditi čim večje število nosečnic in žensk, ki načrtujejo nosečnost, k bolj zdravemu prehranjevanju in življenju nasploh. Model je uporaben, saj zajema vse glavne postavke zdravega prehranjevanja, pri čemer je posamezen kriterij možno prilagoditi posebnostim obravnavane skupine.

7.6. Sklep

Z raziskavo Vpliv športne dejavnosti, prehranjevalnih navad in razvad na počutje nosečnice in izid nosečnosti smo želeli potrditi postavljene hipoteze in tako dokazati, kako pomembna je športna dejavnost in zdrave prehranjevalne navade za zdrav življenjski slog brez uživanja škodljivih substanc za počutje nosečnice in ugoden izid nosečnosti. Prav tako smo želeli predstaviti pomen dejavnikov tveganja za zdravje nosečnice in v njej razvijajočega se otroka, kot so: kajenje, alkohol, nezdravo prehranjevanje in pomanjkanje gibanja. Ugotavljali smo vpliv športne dejavnosti nosečnic na njihovo psihično počutje in izid nosečnosti. Analizirali smo motive, ki so ključni za ukvarjanje s športom tako pred nosečnostjo kot v času nosečnosti. Ugotavljali smo tudi vpliv prehranjevalnih navad na psihično počutje nosečnic in izid nosečnosti ter motive za zdravo prehranjevanje. Štiri hipoteze od petih smo potrdili. To so:

1. Športna dejavnost ugodno vpliva na počutje nosečnice.
2. Športna dejavnost ugodno vpliva na izid nosečnosti.
3. Nosečnice so športno aktivne predvsem zaradi dobrega počutja in zdravja.
4. Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na počutje nosečnice.

Pete hipoteze – Zdrave prehranjevalne navade ugodno vplivajo na izid nosečnosti – z nobenim parametrom izida nosečnosti nismo potrdili.

Raziskavo opredeljujeta dva dela. V prvem delu ali teoretičnem izhodišču raziskave smo celostno predstavili glavne dejavnike, ki vplivajo na nosečnost, psihično počutje v nosečnosti in izid nosečnosti – porod in novorojenčka. To so športna dejavnost, prehranjevalne navade, motivi za športno dejavnost, kajenje in uživanje alkohola. Vse dejavnike smo poglobljeno opredelili in se osredotočili na športno dejavnost, ki smo jo skozi celotno raziskavo prepletali z drugimi obravnavanimi dejavniki zdravega življenjskega sloga.

Vsaka nosečnica se sama odloča o svojem življenjskem slogu, o tem ali se bo ukvarjala s športno dejavnostjo ali ne, bo poskrbela za zdravo in količinsko primerno prehrano z dovolj vitaminov in mineralov ali ne, bo opustila kajenje in pitje alkoholnih pijač ali ne. Z vsem naštetim bo bolj ali manj pozitivno vplivala na svoje počutje. Nosečnica z vsemi temi

odločitvami opredeljuje lastno življenje, ki je lahko zdravo ali pa ni. V vsakem primeru bi se morala sleherna nosečnica zavedati, da z vsemi odločitvami vpliva tudi na svojega otroka in posredno na njegovo rast in razvoj. Pomanjkanje športne dejavnosti, nezdrava prehrana, kajenje in uživanje alkohola so najpomembnejši vzroki slabega psihičnega počutja in prekomernega pridobivanja telesne teže, kar vodi v začarani krog zdolgočasnega preživljanja časa, posedanja in labilnih čustvenih stanj. Dolgoročne posledice kajenja, pitja alkohola in tudi prekomerne pridobljene teže na porod in novorojenčka so številne, mnoge med njimi nepopravljive. Škodljive življenjske navade se pogosto prenesejo naprej na čas po porodu in na otroke. Zato je na tem mestu teoretična rešitev preventiva, opuščanje škodljivih razvad že v času pred nosečnostjo in osveščanje o pomenu zdravega življenjskega sloga. To rešitev bomo na podlagi ugotovitev poskušali v praksi udejanjiti na čim širši ravni.

V drugem delu raziskave ali empirični analizi smo predstavili rezultate analiz. Predstavitev rezultatov se začne s predstavitvijo okolja, v katerem živijo nosečnice izbranega vzorca. Okolje zajema osnovne demografske značilnosti, kot so: starost, izobrazba, zakonski stan, zaposlitev, bivalno okolje, lastništvo stanovanja. Analizirali smo tudi področje zanositve: zaporedna nosečnost, uporaba kontracepcije, načrtovanje nosečnosti, čas do zanositve, način zanositve, jemanje folne kisline. Analizirali smo izbrane parametre zdravstvenega stanja in sicer krvna slika – hemoglobin, sistolični in diastolični krvni tlak in nosečniške težave v obeh obdobjih merjenja. Sledili so parametri izida nosečnosti, kot so: trajanje gestacije, teža otroka ob rojstvu, povečanje telesne teže med nosečnostjo, predčasen razpok mehurja, predčasen porod, način poroda in trajanje poroda.

Nato smo podrobno predstavili športno dejavnost pred nosečnostjo in v obeh spremljanih obdobjih, ob koncu prvega in ob koncu drugega trimesečja nosečnosti. Analizirali smo pogostost, oblike in vrste športne dejavnosti, pomen športne dejavnosti, poznavanje in izvajanje treninga mišic medeničnega dna. Na podlagi analize rezultatov smo formirali eksperimentalno skupino nosečnic, ki je bila redno športno dejavna in kontrolno skupino nosečnic, ki se športno ne udejstvuje dovolj ali se sploh ne. Ugotovili smo vpliv športne dejavnosti na psihično počutje in na pogostost pojavljanja nosečniških težav, kot so bruhanje, slabost, utrujenost, bolečine v križu, slabokrvnost, mišični krči, otekline, zaprtost, krčne žile. Ob koncu tega poglavja smo ugotavljali še vpliv športne dejavnosti na izid nosečnosti. Analizirali smo tudi motive za športno dejavnost in ugotovili, kateri so ključni za ukvarjanje s

športno dejavnostjo v času pred in v nosečnosti. Analizirali smo tudi pojavnost motivov za zdravo prehranjevanje.

Prehranjevalne navade smo definirali z vidika uživanja vseh obrokov, zelenjave, sadja, mleka, rib, polnozrnatih žitaric, mesa, cvrtja, sladkih gaziranih pijač, sladic in belega kruha. Na podlagi definiranih parametrov zdrave prehrane smo oblikovali prehrabene točke, ki so nosečnice razdelile v dve skupini, in sicer z zdravim in nezdravim načinom prehranjevanja. Ugotovili smo vpliv načina prehranjevanja na psihično počutje in izid nosečnosti.

Ugotavljali smo tudi stanje na področju posluževanja škodljivih razvad, in sicer kajenja pred nosečnostjo, kajenja v nosečnosti in pogostost pitja ter vrste alkohola pred nosečnostjo in v nosečnosti. Ugotavljali smo pogostost kajenja in pitja alkohola pri športno dejavnih in tistih, ki se s športom ne ukvarjajo, in ugotovili vpliv kajenja in alkohola na počutje v nosečnosti in izid nosečnosti.

Sledi analiza hipotez, kjer smo vsak obravnavani dejavnik najprej predstavili in sprejeli ali ovrgli postavljene hipoteze. Na koncu tega poglavja smo v razpravi prikazali glavne ugotovitve te raziskave in jih celostno obravnavali. Kot skupni prikaz razprave oz. raziskave smo oblikovali sliko (slika št. 3), ki predstavlja ugotovitve naše raziskave ter celostno ponazarja povezanost športne dejavnosti in zdravega prehranjevanja z zdravim življenjskim slogom in ugotavlja njihov vpliv na počutje nosečnice in izid nosečnosti.

Posebno pozornost smo namenili poglavju športne dejavnosti in zdravega prehranjevanja kot ključnima dejavnikoma zdravega življenjskega sloga v nosečnosti. Tako v skupini nosečnic, ki se je redno športno udeleževala, kot tudi v skupini z zdravim načinom prehranjevanja smo ugotovili pozitivno psihično počutje. Nosečnice, ki so se redno športno udeleževale, so pridobile statistično značilno manj telesne teže, se statistično značilno manj posluževale kajenja in tudi pile manj alkoholnih pijač. Nosečnice, ki so se športno udeleževale in niso kadile, so statistično značilno bolj izobražene. Na tem mestu poudarjamo pomembnost enakih možnosti in omogočanje dostopnosti do informacij. Vse nosečnice je potrebno seznaniti o škodljivih vplivih kajenja in alkohola na eni in pozitivnih vplivih športne dejavnosti in zdrave prehrane na drugi strani. Skupne vsem nosečnicam so ginekološke ambulante, kamor prihajajo na redne preglede, zato bi morale na tem mestu dobiti vse osnovne informacije o pomenu zdravega načina življenja v nosečnosti.

Partnerje nosečnic želimo spodbuditi, da se bodo v času, ko je njihova partnerka noseča, aktivno vključili v ta proces. Od njih se pričakuje, da bodo partnerko spodbujali k čim bolj zdravemu načinu življenja, da bodo svojo intenzivnost izbrane športne dejavnosti prilagodili partnerki, ki bo tako dodatno motivirana za vadbo v dvoje. Partner bi moral biti tisti, ki bo svojo partnerko opozoril ob prepogostih poseganjih po nezdravih živilih ali še huje, po alkoholu ali cigaretah. Tudi sam, če je kadilec, naj bo toliko uvideven, da v njeni prisotnosti ne kadi in se po možnosti izogne tudi alkoholu. Ob upoštevanju dejstva, da je čas nosečnosti poln sprememb in spremenljivih čustvenih stanj, naj bo partner prvi, ki bo nosečnici znal prisluhniti, se z njo pogovoriti in jo razumeti. Če bosta znala skupaj aktivno preživeti vsaj del prostega časa, bosta s tem oba pripomogla k svojemu zdravju in zdravju njunega otroka. Ženska se bo tako boljše počutila in ob dejstvu, da ima partnerja, ki jo podpira in razume, bolj mirno in sproščeno pričakala porod.

Pri prenosu teorije v prakso smo se osredotočili predvsem na tiste nosečnice, ki kažejo na možnost problematike, torej tiste, ki so v tako imenovani rizični skupini. Pri njih obstaja možnost, da s svojim življenjski slogom, to je športnim neudejstvovanjem, nezdravim prehranjevanjem, kajenjem in pitjem alkoholnih pijač, ogrožajo svoje zdravje in se posledično slabše psihično počutijo. Ugotovili smo, da je športen način življenja zdrav način življenja. Nosečnice, ki so športno dejavne, so dlje časa v nosečnost v delovnem razmerju, so manj na bolniški, imajo manj nosečniških tegob in so zato manj pri zdravniku in so posledično manjše finančno breme države. Po drugi strani se neaktivne nosečnice pogosteje poslužujejo škodljivih razvad, pridobijo več telesne teže in bolj nezdravo jedo. To ima za posledico številne kratkoročne težave in dolgoročne negativne posledice. Rešitve smo podali v obliki strategij za preventivno ukrepanje in spodbujanje bolj športnega – bolj zdravega življenjskega sloga.

Menimo, da je doktorska naloga:

- pomemben doprinos k boljšemu pregledu sedanjega stanja na področju športne dejavnosti, prehranjevalnih navad in škodljivih razvad nosečnic v Sloveniji,
- podlaga za oblikovanje konkretnih rešitev na področju športne dejavnosti, prehranjevalnih navad in škodljivih razvad nosečnic v Sloveniji.

Čeprav je obdobje nosečnosti relativno kratko v primerjavi s celim življenjem, je v tem času moč ogromno pridobiti, a žal po drugi strani narediti nepopravljivo škodo. Način življenja, ki ga spremlja redna športna dejavnost, kjer so na jedilniku zdrava in za čas nosečnosti pomembna živila brez uživanja škodljivih substanc, omogoča ženski dobro počutje in stik z njeno nosečnostjo. Zavedanje, da s tem naredi vse, kar je v njeni moči, da bo otrok zdrav, jo polni s samozavestjo in veseljem ob pričakovanju, ko se bo spopadla z vso odgovornostjo, ki jo materinstvo prinaša.

Z nalogo želimo dati priporočilo tudi vsem mladim ženskam, ki načrtujejo nosečnost, da prevzamejo zdrav življenjski slog, z dovolj gibanja in sprostitve. To bo najboljša naložba za čas nosečnosti, kajti omogočala jim bo lepše in lažje preživljanje tega obdobja z zagotovitvijo dobrih pogojev za optimalni razvoj njihovega novorojenčka.

8. LITERATURA

Abel, E. in Sokol, R. (1991). A revised conservative estimate of the incidence of FAS and its economic impact. *Alcohol Clinical Exp. Res.*, 15, 514–524.

ACOG Committee on Obstetric Practice (1994). Exercise during pregnancy and the postpartum period, Committee Opinion No. 189. *Gynaecol Obstet* 45(1), 65–70.

ACOG Committee on Obstetric Practice (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period, Committee Opinion No. 267. *Gynaecol Obstet* 77(1), 79–81.

Adriaanse, H. P., Knottnerus, J. A. in Delgado, L. R. (1996). Smoking in Dutch pregnant women and low birth weight. *Patient Education and Counselling*, 28, 25–30.

American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. (1993). Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Pediatrics*, 91, 1004–1006.

American College of Obstetrics and Gynecologists. (1993). Nutrition During Pregnancy. *Technical Bulletin* 179. Washington DC: ACOG (Level III).

Andolšek, I. (1995). Mesto in vpliv sorojencev. V V. Velikonja, J. Grgurevič in B. Žemva, *Izkustvena družinska terapija* (str. 61–71). Ljubljana: Quatro.

Arena, B. in Maffuli, N. (2001). Exercise in Pregnancy. V *Sports medicine for specific ages and abilities*. (str. 149–160). London: Harcourt publishers limited.

Artal, R. (1999). Exercise during pregnancy: safe and beneficial for most. *Physiology Medsport*, 27, 51–75.

Babior, B. M. (1990). The Megaloblastic anaemia. V W. J. Williams, E. Bentler, A. J. Ersley, M. A. Lichtman, *Hematology* (str. 453–481). New York: Mc Graw.

Backović-Juričan, A. (2002). Tečaj za vodenje predporodne telesne aktivnosti v vodi. Neobjavljeno delo.

Balaskas, J. (1980). *Natural pregnancy*. London: Sidwick in Jackson.

- Barasi, M. E. (2003). *Human Nutrition – A health perspective*. London: Arnold.
- Benson, R. C. (1980). Handbook of obstetrics and gynecology. *Large Medical Publications*, 118–369. Los Altos: California.
- Berginc - Šormaz G. in Šormaz, M. (1995). *Zdrava nosečnica*. Ljubljana: Ara.
- Berginc-Šormaz G. in Šormaz, M. (1998). *Devet čarobnih mesecev*. Ljubljana: Samozaložba.
- Berkowitz, G. S., Skovron, M. L., Lapinski, R. H. in Berkowitz, R. L. (1990). Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 322, 659–664.
- Bessinger, R. C., McMurray, R. G. in Hackney, A. C. (2002). Substrate utilization and hormonal responses to moderate intensity exercise during pregnancy and after delivery. *Am J Obstetrics and Gynecology*, 86, 757–764.
- Blejec, T. (1990). *Iskanje rizičnih dejavnikov za prezgodnji porod* (Raziskovalno poročilo). Ljubljana: Ginekološka klinika.
- Bohinjec, J. (1983). Temelji klinične hematologije. *DDLI Universum*, 63–83.
- Bregant, L. (2005). *Vaš nedonošenček: priročnik za starše in zdravstvene delavce*. Ljubljana: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom.
- Brenner, W. (1973). Abnormal progression of labour (dystocia). *Clinical Obst Gynec*, 16, Suppl 4, 243–261.
- British Medical Association Board of Science and Education in Tobacco Control Resource Centre. (2004). Smoking and reproductive life. <http://www.tobacco-control.org/>
- Broder, Ž. (2004). Nosečnost in kajenje. V *8. nacionalna konferenca o nekajenju, Nosečnost in pasivno kajenje otrok* (str. 6–10). Ljubljana: Društvo za promocijo in vzgojo Slovenije.
- Brown, H. L., Fan, Y. D. in Gosoulin, W. J. (1991). Obstetric complications in young teenagers. *Southern Medical Journal*, 84: 46–48.
- Brown, P. (1993). Motherhood past midnight. *New Scientist*, 4–8.

- Brown, W. (2002). The benefits of physical activity during pregnancy. *J Sci Med Sport*, 5(1) 37–45.
- Bung, P. (1999). Schwangerschaft und Sport. *Gynakologe*, 32, 386–392.
- Burnik, S. in Travnik, L. (1998). Višinska bolezen. *Šport*, 46 (1), 27–30.
- Byerne, E. (1984). *Neurological evaluation of the alcoholic patient*. Fritzy, Australia: Department of Community Medicine, St. Vincents Hospital.
- Campbell, M. K. in Mottola, M. F. (2001). Recreational exercise and occupational activity during pregnancy and birth weight: a case control study. *Am J Obstetrics and Gynecology*, 184, 403–408.
- Carpenter, M. W., Hoegsberg, B. in Sady, S. P. (1988). Fetal heart rate response to maternal exertion. *JAMA*, 259, 3006–3009.
- Carpenter, M. W., Sady, S. P. in Sady, M. A. (1990). Effect of maternal weight gain during pregnancy on exercise performance. *J Appl Physiology*, 1173–1176.
- Cerar, V. in Novak-Antolič, Ž. (1995). Arterijska hipertenzija v nosečnosti. V *Zborniku prispevkov 1. ZPM, SZD* (str. 1–115). Kranjska Gora.
- Chamberlain, G. (1991). Preterm Labour. ABC of Antenatal Care. *British Medical Journal*, 303, 44–48.
- Charlish, A. (1997). *Zdrava nosečnost*. Vodnik po dopolnilnem zdravljenju. Ljubljana: DZS.
- Cherry, F. F., Rojas, P., Sandstead, H. H., Johnson, L. K., Wickremasinghe, A. R. in Ebomoyi, E. W. (1991). Adolescent pregnancy: Maternal weight effects on fetal heaviness: Possible route to improved outcomes. *J Commun Health*, 16, 179–195.
- Clapp, J. F. (1991). The changing thermal response to endurance exercise during pregnancy. *Am J Obstetrics and Gynecology*, 165, 1684–1689.
- Clapp, J. F. III., Sleamaker, R. H. in Wesley, M. (1987). Thermoregulatory and metabolic responses to jogging prior to and during pregnancy. *Med Sci Sport Med*, 19, 124–130.

Clapp, J. F. III. in Capeless, E. L. (1991). The VO₂ max of recreational athletes before and after pregnancy. *Med Sci Sport Exercise*, 23, 1128–1133.

Clapp, J. F. III. in Little, K. D. (1995). Effects of recreational exercise on pregnancy weight gain and subcutaneous fat deposition. *Med Sci Sport Exercise*, 27, 170–177.

Clark, J. F. J., Westney, L. S. in Lawyer, C. J. (1987). Adolescent pregnancy: A 25-year review. *J Natl Med Assoc*, 79, 377–380.

Clarren, S. K. in Smith, D. W. (1978). The fetal alcohol syndrome. *N Engl J Med*, 289, 1036–1067.

Cnattingius, S., Bergstrom, R., Lipworth L. in Kramer, M. S. (1998). Pregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 338, 147–152.

Cohen, G. C., Prior, J. C. in Vigna, Y. (1989). Intense exercise during the first two trimesters of unapparent pregnancy. *Physician Sportsmed*, 17, 87–94.

COMET - Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial. (2001). Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: A randomised controlled trial. *Lancet*, 358, 19–23.

Cunningham, F. G. in Leveno, K. J. (1995). Childbearing among older women: The message is cautiously optimistic. *New England Journal of Medicine*, 333, 1002–1004.

Cunningham, F. G., McDonald, P. C. in Gant, N. F. (1997). Epidural analgesia. *Williams Obstetrics*. 20th, 391–397.

Curtin, S. C. in Park, M. M. (1999). Trends in attendant, place and timing of births, and in the use of obstetric interventions: United States, 1989-97 (*National Vital Statistics Reports*, 47 (27)). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Černohorski, B. (2001). *Motivacija in vrednote v vrhunskem športu*. Magistrsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

- Davis, G. A., Mottola, M. F., MacKinnon, C. in Wolfe, L. A. (2003). Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period. *Can J Appl Physiol*, 3, 330–341.
- Deutch, H. (1945). *The psychology of women- Motherhood*. New York: Grene in Stratton.
- Dhinda, D. S. (1978). Response to exercise in the pregnant pygmy goat. *Respir Physiology*, 32, 299–311.
- DiFranza, J. R., Aligne, C. A. in Weitzman, M. (2004). Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children`s health. *Pediatrics*, 113 Suppl 4, 1007–1015.
- DiPietro, J. A., Hodgson, D. M., Costigan, K. A., Hilton, S. C. in Jonson, T. R. B. (1996). Fetal nevrobehavioral development. *Child development*, 67, 2553–2567.
- Dishman, R. K. in Sallis, J. F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. V C. Bouchard, R. J. Shephard in T. Stephens, *Physical Activity, Fitness, and Health* (str. 214–238). Champaign, Ill: Human Kinetics Publishers.
- Drglin, Z. (2002). *Koncepti materinstva v diskurznih in institucionalnih praksah*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- Durin, J. V. G. A. (1987). Energy requirements of pregnancy and integration of longitudinal data from the five-country study. *Lancet*, 2, 1131–1133.
- Fogelholm, M. (2002). Physical activity and nutrition in the fight against the global epidemic of obesity. V *Krepimo zdravje z gibanjem in zdravo prehrano* (str. 97–98). Radenci: Mednarodna konferenca ohranimo zdravje.
- Fritz, S. (2000). *Mosbys fundamentals of therapeutic massage*. St. Louis: Mosbys.
- Frydman, M. (1996). The smoking addiction of pregnant women oad the consequences on their offsprings inellectual development. *J Environ Pathol Toxicol Oncol.*, 15, 169–172.
- Gaberšček, S., Zaletel, K. in Hojker S. (2000). Fiziologija ščitnice: vloga Na⁺/I⁻- simporterja in metabolizem jodida. *Zdravstveni Vestnik*, 69, 261–265.

- Gamberger, Ž., Videmšek, M., in Karpljuk, D. (2005). Trening mišic medeničnega dna. *Šport*, 53 (4), 29–32.
- Gibbs, R. S., Romero, R., Hillier, S. L., Eschenbach, D. A. in Sweet, R. L. (1992). A review of premature birth and subclinical infection. *American Journal Obstetrics Gynecology*, 166, 1515–1528.
- Gilbert, W. M., Nesbitt, T. S. in Danielsend, B. (1999). Childbearing beyond age 40: Pregnancy outcome in 24, 032 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 93, 9–14.
- Glinoe, D. (1997). The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. *Endocr Rev*, 18, 404–433.
- Godding, V., Bonnier, C., Fiasse, L., Michel, M., Longueville, E. in Lebecque, P. (2004). Does in utero exposure to heavy maternal smoking induce nicotine withdrawal symptoms in neonates. *Pediatr Res.*, 55, 645–651.
- Goldenberg, R. L. in Tamura, T. (1996). Pregnancy weight and pregnancy outcome. *Journal of American Medical Association*, 257, 1127–1128.
- Goldenberg, R. L. (1997). Small fo Gestational Age and Intrauterine Growth Restriction: Definitions and Standards. *Clinical Obstetrics Gynecology*, 40, 704–714.
- Googlin, R. C. (1986). Expanded toxemia syndrome or gestosis. *Am J Obstet Gynecology*, 154, 1227–1233.
- Graf, M. A. (2003). Ovulationsstorungen. *Der Gynakologe*, 3, 231–246.
- Grisso, J. A., Main, D. M. in Chiu, G. (1992). Effects of physical activity and life-style factors on uterine contraction Frekvenca. *Am J Perinatol*, 9, 489–492.
- Guttmacher, A. (1970). Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour. *Am J Obstet Gynecol*, 106, 1965–1982.
- Guzej, Z. in Mesec Staut, M. (2000). Odkrivanje in zdravljenje NSB – skupno delo ginekologa in diabetologa. V zborniku drugega kongresa ginekologov in porodničarjev Slovenije (str. 202–204). Portorož: Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije.

- Hanlon, T. (1995). *Fit for Two*. The official YMCA Prenatal Exercise Guide, Human Kinetics.
- Hanser, S. B., Larson, S. C. in Oconnel, A. S. (1983). The effect of music on relaxation of expectant mothers during labour. *J Music Ther*, 20, 50–59.
- Hatch, M. C., Shu, X. O., in McLean, D. E. (1993). Maternal exercise during pregnancy, physical fitness and fetal growth. *Am J Epidemiol*, 137, 1105–1114.
- Haymes, E. M. in Clakson, P. M. (1998). Minerals and trace minerals. V J. R. Berning in S. N. Steen, *Nutrition for Sport and Exercise* (str. 77–107). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Hlastan-Ribič, C. (2002). Vegetarijanska prehrana in dojenje, *Zdravstveno varstvo* 41 (7/8), 271–273.
- Horvat, D. (2004). *Potapljanje in ženska*. Pridobljeno s svetovnega spleta, dne 22. 9. 2005 z naslova: <http://www.17slon.org/potapljanje/fizio/index.html>.
- Horvat, L. in Magajna, L. (1989). *Razvojna psihologija*. Ljubljana: DZS.
- Horvat-Kuhar, E. (1995). Nosečnost in družinski sistem. V V. Velikonja, J. Grgurevič in B. Žemva, *Izkustvena družinska terapija* (str. 39–53). Ljubljana: Quatro.
- Hovnik Keršmanc, M., Kastelic, A., in Zorec Karlovšek, M. (2006). *Alkohol*. Pridobljeno 4. 1. 2006 s svetovnega spleta: <http://med.over.net/zasvojenost/alkoholizem.htm>.
- Howell, C. J. (2003). *Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour* (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software.
- Hyttén, F. (1971). *Physiology and Human Pregnancy*. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.
- Hyttén, F. in Chamberlain, G. (1991). *Clinical Physiology and Obstetrics*. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.
- Ikonomidou, C. (2000). Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science*, 287, 1056–1060.

Institute of Medicine. (1990). *Nutrition During Pregnancy. Part I: Weight Gain*. Washington DC: Food and Nutrition Board, National Academy of Science.

Inštitut za varovanje zdravja RS. (2004). Perinatalni informacijski sistem, 1993–2004.

Jamnik, M. (2004). *Terapevtska masaža in nosečnost*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Jarsky, R. W., in Trippet, D. L. (1990). The risks and benefits of exercise during pregnancy [elektronska izdaja]. *Journal of family practice*, 39 (2).

Johnson, R. (2001). Vse o nosečnosti in otrokovem prvem letu: najpopolnejši vodnik za bodoče starše. Ljubljana: Educy.

Jones, K. L. in Smith, D. W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early pregnancy. *Lancet*, 989–992.

Jones, R. L., Anderson, W. M. in Botti, J. J. (1985). Thermoregulation during aerobic exercise in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 65, 340–345.

Joyce, T., Keastner, R. in Korenman, S. (2000). The Stability of Pregnancy Intentions and Pregnancy – Related Maternal Behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 3, 171–178.

Jurjevec, M. (1995). Vaje za mišice medeničnega dna. V *Vloga fizioterapije v predporodnem zdravstvenem varstvu žensk* (str. 59–61). Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije, Sekcija za osnovno zdravstveno varstvo.

Kapor- Stanulović, N. (1985). *Psihologija roditeljstva*. Beograd: Nolit.

Kapus, J. in Ušaj, A. (2002). Posledice dihanja skozi dihalko med plavanjem 400 m prosto z zmerno hitrostjo. *Šport 50* (2), 13–17.

Katz, V. L. (1996). Water exercise in pregnancy. *Semin Perinatol*, 20, 232–241.

Katz, V. L., Berry M. J. in Mc Murray, R.G. (1988). Fetal and uterine responses to immersion and exercise. *Obstetrics and Gynecology*, 72, 225–230.

Katz, V. L., Goodwin, W. E. in Mc Murray, R.G. (1990). Non-weightbearing exercise during pregnancy on land and during immersion: A comparative study. *Am J Perinatal*, 7, 281–284.

Kerns, K. A., Don, A., Mateer, C. A. in Streissguth, A. P. (1997). Cognitive deficits in nonretarded adults with fetal alcohol syndrome. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 685–693.

Kihlstrand, M., Stenman, B. in Nilsson, S. (1999). Water –gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstetrics and Gynecology Scand.*, 78, 180–185.

King, J. (2000). Physiology of pregnancy and nutrient metabolism. *Am J Clinical Nutrition*, 71, 1218S–1225S.

King, M. in Green, Y. (2002). *Pilates for pregnancy*. London: Octopus Publishing Group Limited.

Kisilevsky, B. S., Muir, D. W. in Low, J.A. (1992). Maturation of human fetal responses to vibroacoustic stimulation. *Child Development*, 63, 1497–1508.

Klun, H. (1992). *Nosečnost in porod*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Knai, C. in Robertson, A. (2002). Strategies for healthy food in nutrition policy: the who European experience. V *Krepimo zdravje z gibanjem in zdravo prehrano* (str. 139–146). Radenci: Mednarodna konferenca ohranimo zdravje. Slovenija.

Kogan, M. D., Alexander, G. R., Kotelchuck, M., MacDorman, M. F., Buekens, P., Martin, J. A. idr. (2000). Trends in twin birth outcomes and prenatal care utilization in the United States, 1981–1997. *Journal of the American Medical Association*, 284, 335–341.

Kogan, M. D., Martin, J.A., Alexander, G.R., Kotelchuck, M., Ventura, S.J. in Frigoletto, F.D. (1998). The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981–1995, using different prenatal care indices. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1623–1628.

Konje, J. C., Palmer, A., Watson, A., Hay, D. M. in Imrie, A. (1992). Early teenage pregnancies. *Hull J Obstet Gynecol*, 99, 969–973.

Kovač, V. (2002). Zanositev po intrauterini osemenitvi in spodbujanju ovulacije s klomifen citratom. *Zdravniški vestnik*, 71, 35–38.

Krahemann, F. in Bruchwiler, H. (1981). Adolescent primiparae of 17 Jahre und Junger. *Geburtshilfe Obstet Gynaecol*, 52, 539–543.

Kramer, M. S. (2002). *Aerobic exercise for women during pregnancy* (Cochrane Review). Cochrane Library, Issue 3, Oxford, Update Software.

Krek, M. in Mišigoj-Krek, J. (1999). Nosečnost in odvisnost od nedovoljenih drog. *Zdravstveno varstvo*, 38, 247–258.

Kriplani, A., Buckshee, K., Bhargava, V. L., Takkar, D. in Ammini, A. C. (1994). Maternal and perinatal outcome in thyrotoxicosis complicating pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 18(54), 159–163.

Lavrič, M. in Pajntar, M. (1971). Naša iskustva s indukcijom porodjaja. *Jugosl Ginekol Opstet*, 11, 403–408.

Lees, C., Reynolds, K., in McCarten, G. (1999). *Nosečnost: vprašanja in odgovori*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Leff, J. R. (1995). *Pregnancy. The inside story*. Northvale (New Jersey), London: The master work series, Jason Aronson.

Leighton, B. L in Halpern, S. H. (2002). The effect of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186, 69–77.

Levitsky, L. L. (1977). Metabolic response to fasting in experimental intrauterine growth retardation induced by surgical and nonsurgical maternal stress. *Biol Neonate*, 31, 311–315.

Lewis, R. D., Driskell, J. A. in Yates, C. Y. (1988). Riboflavin and thiamine status and birth outcome as a function of maternal aerobic exercise, *Am J Clinical Nutrition*, 48, 110–116.

Lochmuller, E. M. (1996). Tauchen und Schwangerschaft: Ein vertretbares Risiko? *Sportorthop Sporttraumatol*, 187–189.

Lochmuller, E. M. in Friese, K. (2004). Schwangerschaft und Sport. *Gynakologe*, 37, 459–466.

Major, C. A. in Nageotte, M. P. (1999). Thyroid disease. V D. K. James, P. J. Steer, C. P. Weiner in B. Gonik, *High risk pregnancy* (str. 709–716). London: W. B. Saunders.

Manroe, M. M. (1999). Nutritional needs of the female athlete. V K. B. Wheeler in J. A. Lombardo, *Clinical Sports Medicine: Nutritional Aspects of exercise* (str. 549–563). Philadelphia: WB Saunders.

Mantle, J. in Polden, M. (1992). *Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology*. Oxford: Butterworth in Heinemann.

Marcus, B. (1999). *Vigorous exercise helps women quit smoking and stay smoke free*. Pridobljeno 28. 12. 2005 s svetovnega spleta: http://www.brown.edu/Administration/News_Bureau/1998-99/98-145.html .

Marjorie, R. S. in Kay Libbus, M. (2000). Pregnancy intention an pregnancy happiness: Are They Different? *Maternal and Child Health Journal*, 3, 191–196.

Matson, S. N., Gramling, L., in Riley, E. P. (1997). Heavy prenatal alcohol exposure with or without physical features of fetal alcohol syndrome leads to IQ deficits. *Journal of Paediatrics*, 131, 718–721.

Mc Murray, R. G., Berry, M. J. in Katz, V. L. (1988). The effect of pregnancy on metabolic responses during rest, immersion and aerobic exercise in the water. *Am J Obstetrics and Gynecology*, 158, 481–486.

Mc Murray, R. G., Berry, M. J. in Katz, V. L. (1990). The Termoregulation of pregnant women during aerobic exercise in the water: A longitudinal approach, *Eur J Appl Physiology*, 61, 119–123.

Mc Murray, R. G., Mottola, M. F. in Wolfe, L. A. (1993). Recent advances in understanding maternal and fetal responses to exercise. *Med Sci Sports Exercise*, 25, 1305–1321.

McArdle, W. D., Katch, F. I. in Katch, V. L. (1991). *Exercise physiology: Energy, nutrition and human performance*. Philadelphia/London: Lea in Febiger.

Mestman, J. H. (1997). Hyperthyroidism in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*, 40, 45–64.

Milaković, I. (1986). *Kada su majka in dete bili zajedno*. Sarajevo: Svjetlost.

Miller, M. W., Astley, S. J. in Clarren, S. K. (1999). Number of axons in the corpus callosum of the mature macaca nemestrina: Increases caused by prenatal exposure to ethanaol. *Journal of Comparative Neurology*, 412, 123–131.

Miller, M. D., Broadwin, R. in Green, S. (2005). *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Part B: Health Effects*. California: Environmental protection agency office of environmental health hazard assesment air toxicology and epidemiology branch.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Perinatalni informacijski sistem Slovenije. (2002). Primerjava podatkov med regijami in porodničnicami za leto 2000. *Zdravstveno Varstvo*, 41, Supl 5.

Mirsa, D. P. in Nguyen, R. H. (1999). Environmental Tobacco Smoke and Low Birth Weight: A Hazard in the Workplace? *Environ Health Perspect*, 107 Suppl 6, 897–904.

Mišigoj Duraković, M. (2003). *Telesna vadba in zdravje*. Ljubljana: Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani, Kineziološka fakulteta Univerze v Zagrebu in Zavod za šport Slovenije.

Mlinarič, A. (2001). Nevarnosti uporabe- zdravilne rastline in nosečnost. *Herbika*, 6, 22–25.

Musek, J. in Pečjak, V. (1997). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.

Natinal Research Council (NRC). (1989). *Subcommittee on the 10th edition of the RDAs, Food and Nutrition Board, Comission on Life Sciences*. (Recommended Dietary Alowances, 10th edition). Washington DC: National Academy Press.

Nelson, P. S. (1983). Fetal growth and placental diffusing capacity in guinea pigs after long-term maternal exercise. *J Dev Physiology*, 5, 1–10.

Niven, C. A. (1996). *Conception, pregnancy and birth*. Oxford: The psychology of reproduction, Butterworth – Heinemann.

Novak-Antolič, Ž. (2004). Zastoj plodove rasti v maternici. V M. Pajntar in Ž. Novak-Antolič, *Nosečnost in vodenje poroda* (str. 94–99). Ljubljana: Cankarjeva založba.

Nugent, J. K., Lester, B. M., Greene, S. M., Witzorek-Deering, D. in Mahony, P. (1996). The effects of maternal alcohol consumption and cigarette smoking during pregnancy on acoustic cry analysis. *Child Development*, 67, 1806–1815.

Office of Substance Abuse Prevention (1990). *Alcohol, tobacco and other drugs may harm the unborn*. Washington DC: Department Health and Human Services.

Ohtake, P. J., Hall, P. in Wolfe, L. A. (1988). Physical conditioning effects on exercise heart rate and perception of exertion in pregnancy. *Can J Sport Sci*, 13, 71–73.

Olsen, J. (1994). Effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on child development at 18 and 42 months. *Alcoholism- Clinical and Experimental Research*, 18, 1109–1113.

Pajntar, M. (1971). Porod v hipnozi. *Zdravniški vestnik*, 40, 54–56.

Pajntar, M. in Verdenik, I. (1992). *Slovenska perinatologija v številkah za obdobje 1981–1991* (str. 1–89). Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika.

Pajntar, M. in Novak-Antolič Ž. (1994). *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana: CZ.

Palanscai-Šiftar, J. (2003). Nosečnost in porod pri mladostnicah. *Zdravniški vestnik*, 72, II-23–26.

Papalia, D. E., Wendcos Olds, S. in Duskin Feldman, R. (2003). *Otrokov svet*. Ljubljana. Educy.

Peterlin, A. (1978). *Nosečnost in porod v adolescenci, vpliv mladostnosti matere na novorojenčka*. Magistarski rad, Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu.

Pidcock, J. (2005). *Is it safe to exercise when you're pregnant*. Pridobljeno s svetovnega spleta, dne 15. 10. 2005 s strani: <http://www.pponline.co.uk/encyc/0042.htm>

Pišot, R., Završnik, J. in Kropelj, V. L. (2005). Oprelitev problema. V J. Završnik in R. Pišot, (ur.), *Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov* (str. 13–29). Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.

Pitt, B. (1978). *Srečna nosečnost in materinstvo*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Pivarnik, J. M. (1998). Maternal exercise during pregnancy. *Sports Med.*, 184, 215–217.

Pivarnik, J. M., Ayres, N. A. in Mauer, M. B. (1993). Effects of maternal aerobic fitness on cardiorespiratory responses to exercise. *Med Sci Sport Exerc*, 25, 993–998.

Podjed, H. (1999). *Zdrava nosečnost*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Pokorn, D. (1994). *Prehrana nosečnice*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Pokorn, D. (1985). Prehrana nosečnice in otročnice. V *Nosečnost in novorojenček* (str. 62–68). Ljubljana: Centralni zavod za napredek gospodinjstva.

Podlesnik Fetih, A. (2006). Nosečnost in športna dejavnost. V M. Kovač in A. Rot (ur.) *Zbornik 19. strokovnega posveta športnih pedagogov Slovenije* (str. 161–164). Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije.

Podlesnik Fetih, A. (2007). Zdrava prehrana aktivne nosečnice. V M. Kovač in A. Rot (ur.) *Zbornik 20. strokovnega posveta športnih pedagogov Slovenije* (str. 233–237). Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije.

Podlesnik Fetih, A. (2008). Motivies for sport activity during pregnancy. V *5th International Symposium A child in motion* (p. 107–109). Kranjska Gora: University of Ljubljana, Faculty of Education.

Podlesnik Fetih, A. (2008). Športna dejavnost nosečnic kadilk in nekadilk. V M. Kovač in A. Rot (ur.) *Zbornik 21. strokovnega posveta športnih pedagogov Slovenije* (str. 102–106). Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije.

Podlesnik Fetih, A., Štihec, J. in Videmšek, M. (2006). Aktivna Nosečnica. V: Berčič, Herman (ur.). *Zbornik 6. slovenskega kongresa športne rekreacije, Moravske Toplice, 6. in 7. oktober 2006* (str. 106–108). Ljubljana: Sokolska zveza Slovenije: Olimpijski komite Slovenije.

Podlesnik Fetih, A., Globevnik Velikonja, V., Karpluk, D., Videmšek, M. in Vrtačnik Bokal, E. (2008). The state of mind of less physical active and regularly physically active women in the second trimester of their pregnancies. *Gymnica* 38 (3), 37-44.

Pori, L. (2000). *Vpliv nekaterih fizioloških lastnosti na potapljanje pri ženskah*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Pori, L. in Potočnik, S. (2001). Ali lahko avtonomno potapljanje škoduje noseči ženski in njenemu razvijajočemu se plodu. *Šport* 49 (2), 19–25.

Potokar, M. (1992). *Fizična in psihična priprava na porod*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Višja šola za zdravstvene delavce.

Praper, P. (1995). Tako majhen, pa že nervozen!? Predsodki in resnice o nervozi pri otroku. Nova Gorica: Educa.

Ramin, S., Gambling, D. R., Lucas, M. J., Sharma, S. K., Sidawi, J. E. in Leveno, K. J. (1995). Randomised trial of epidural versus intravenous analgesia during labour. *Obstet Gynecol*, 86: 783–789.

Raphael-Leff J. (1991). *Psychological process of childbearing*. London: Chapman in Hall.

Razingar, J. (2006). *Rizični športi in nosečnost*. Diplomsko delo, Ljubljana: Fakulteta za šport.

Referenčne vrednosti za vnos hranil. (2004). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Roberts, J. (1989). Maternal position during the first stage of labour. V I. Chalmers, M. Enkin in M.J.N.C. Keirse, *Effective care in Pregnancy and Childbirth* (str. 883–892). Oxford University Press.

Rojnik, B. (1993). *Dejavniki tveganja za prezgodnjo zanositev po porodu*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Rojšek, J. (1990). *Osebnostne lastnosti žensk z EPH- gestoza*. Ljubljana: Državna založba.

Roquer, J. M., Figueras, J., Botet, F. in Jimenez, R. (1995). Influence on fetal growth of exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Acta Paediatrica*, 84, 118–124.

Ron, M., Beller, U. in Ori, J. (1982). Prolactin concentrations in the fetal membranes in pregnancies with premature rupture of the membranes and control pregnancies. *Am J Obst Gynecol*, 143, 482.

Rotar Pavlič, D. (2008). *Si pripravljena na življenje brez cigarete?* Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije.

Rugelj, J. (2000). *Pot samouresničevanja*. Ljubljana: samozaložba Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski.

Sampson, P. D., Barr, H. M., Bookstein, F. L. in Streissgut, A. P. (1994). Prenatal alcohol exposure, birth weight, and measures of child size from birth to age 14 years. *American Journal of Public Health*, 84, 1421–1428.

Scholl, T. O., Miller, L. K., Salmon, R. W. in Shearer, J. (1987). Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: Effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. *Obstetrics Gynecology*, 69, 312–316.

Scholl, T. O., Hediger, M. L., Ances, I. G., Belsky, D. H. in Salmon, R. W. (1990). Weight gain during pregnancy in adolescence: Predictive ability of early weight gain. *Obstet Gynecol*, 75, 948–953.

Scholl, T. O., Bendich, A. in Hediger, M. L. (1997). Use of multivitamin/mineral prenatal supplements: Influence on the outcome of pregnancy. *Am J Epidemiology*, 146, 134–141.

- Selby, A. (2002). *Pilates for pregnancy*. London: Harper Collins Publishers.
- Sheer, L. (1995). *The psychology of pregnancy and childbirth*. Oxford: Blackwell Science.
- Shenassa, E. D. in Brown, M. J. (2004). Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: The case of colic. *Pediatrics*, 114(4), 497–505.
- Sketelj, A. (2005). Ultrazvok in nadzor plodove rasti (zastoj plodove rasti, prekomerna plodova rast). *Medicinski razgledi* 44 (S2), 61–68.
- Slovensko javno mnenje (SJM). (2001). *Raziskava o zdravju in zdravstvu IV*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Inštitut za družbene vede.
- Smiths Recognizable Patterns of Human Malformation (Fourth Edition). (1988). Philadelphia: WB Saunders.
- South-Paul, J. E., Rajagopal, K. R. in Tenholder, M. S. (1988). The effect the participation in a regular exercise program upon aerobic capacity during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 71, 175–179.
- Spinillo, A., Baltaro, F., in Capuzzo, E. (1996). The effect of work activity in pregnancy on the risk on fetal growth retardation. *Acta Obstetrics and Gynecology Scand*, 75, 531–536.
- Spoehr, H. L., Willms, J. in Steihausen, H. C. (1993). Prenatal alcohol exposure and longterm developmental cosequences. *Lancet*, 341, 907–910.
- Stillerman, E. (1992). *Mother massage*. New York: Bantan Doubleday Dell Publishing Group.
- Stoppard, M. (1990). *Nosečnost in porod*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Streissguth, A. P., Barr, H. M. in Sampson, P. D. (1989). Neurobehavioral dose-response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood. *Ann N Y Acad Sci*, 562: 145.

Streissguth, A. P., Aase, J. M., Clarren, S. K., Randels, S. P., LaDue, R. A. in Smith, D. F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association*, 283, 625–632.

Sugar, M. (1991). Adolescent pregnancy in the USA: problems and prospects. *Adolescents Pediatrics Gynecology*, 4, 171–185.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). Evropski urad. CINDI 2000. (1998). *Preventiva v osnovnem zdravstvu*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana.

Ščepanović, D. in Žgur, L. (2004). Tečaj za vodenje telesne aktivnosti v nosečnosti. Bolečina v križu v nosečnosti. Neobjavljeno delo.

Šijanec, S., Videmšek, M. in Karpljuk, D. (2006). Pilates za nosečnice [Pilates for pregnant women]. *Šport*, 54 (2), str. 25–29.

Švarc-Urbančič, T. in Videmšek, M. (1997). *S športom v zdravo nosečnost*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Toš, N. (2001). Stališča o zdravju in zdravstvu. V *Slovensko javno mnenje 2001/3*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

Treuth, M. S., Butte, N. F. in Puyau, M. (2005). Pregnancy-Related Changes in Physical Activity, Fitness, and Strength [elektronska izdaja]. *Medicine in Science in Sports in Exercise*. 37 (5), 832–837.

Tul-Mandić, N. (2004). Kajenje v nosečnosti. V 8. *Nacionalna konferenca o nekajenju, nosečnosti in pasivnem kajenju otrok* (str. 14–17). Ljubljana: Ginekološka klinika Ljubljana, Klinični oddelek za perinatologijo.

Uradni list Republike Slovenije. (2000). Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem prenašanju bremen. V: *Uradni list Republike Slovenije*. 30 (6. 4. 2000) 1405 (str. 3724). Ljubljana.

Van Doorn, M. B., Lotgering, F. K. in Struijk, P. (1992). Maternal and fetal cardiovascular responses to strenuous bicycle exercise. *Obstetrics and Gynecology*, 166, 854–859.

Velikonja, V. (1990). Vpliv dejavnikov okolja na psihični razvoj prezgodaj rojenih otrok prvem letu življenja. Magistrsko delo, Ljubljana: Filozofska fakulteta.

Velikonja, V. (1998). *Psihologija dojenja*. Predavanja po unicefovem programu Dojenčku prijazna porodnišnica.

Velikonja, V., idr. (1989). Razlike v vedenjskih reakcijah donošenih in nedonošenih novorojencev. *Zdravstveno varstvo*, 28, 163–166.

Velikonja, V., Grgurevič, J. in Žemva, B. (1995). *Izkustvena družinska terapija- teorija in praksa v Sloveniji*. Ljubljana: Quatro.

Ventura, S. J., Matthews, T. J. in Curtin, S. C. (1999). *Declines in teenage birth rates 1991 – 1998: Update of national and state trends*. (National Vital Statistics Reports, 47(6)). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Videmšek, M. in Švarc-Urbančič, T. (1988). Šport v nosečnosti – da ali ne? *Mama (Brežice)*, 2, 12, 52–58.

Videmšek, M. in Švarc-Urbančič, T. (1998). Športna dejavnost v nosečnosti [Sports activity during pregnancy]. *Šport*, 46 (1), 9–14.

Videmšek, M., in Karpljuk, D. (2000). Veselo na smuči. *Šport* 48 (4), 15–16.

Videmšek, M., Švarc-Urbančič, T., Kondrič, M., Štihec, J. in Karpljuk, D. (2002). Šport v nosečnosti. V *Zborniku Slovanskega kongresa šport in rekreacija* (str. 153–161). Ljubljana: Športna unija Slovenije.

Videmšek, M., Karpljuk, D. in Šijanec, S. (2004). Pilates – program športne vadbe za nosečnice. V H. Berčič (ur.), *Zbornik 5. slovenskega kongresa športne rekreacije* (str. 175–180). Ljubljana: Športna unija Slovenije.

Videmšek, M., Karpljuk, D., Štihec, J. in Gamberger, Ž. (2004). Sport activity and eating habits of 14 year-old male and female pupils. *Kinesiologia slovenica*, 10 (2).

Videmšek, M., Karpljuk, D., Kondrič, M. in Šijanec, S. (2005). Športna vadba za nosečnice pilates. V D. Sekulić (ur.), *Međunarodno znanstveno-stručno savjetovanje Sport-rekreacija-fitness* (str. 209–213). Split: Fakultet prirodoslovno matematičkih znanosti i odgojnih područja. Zavod za kineziologiju.

Videmšek, M., Gamberger, Ž., Karpljuk, D., Štihec, J. in Podlesnik Fetih, A. (2007). Analiza treninga mišic medeničnega dna v nosečnosti [Analysis of pelvic floor muscles exercising during pregnancy]. *Šport*, 55 (2), str. 64–69.

Wang, T. in Apgar, B. (1998). Exercise During Pregnancy [elektronska izdaja]. *American Family Physician* 57 (8), 1846–1860.

Weinman, M. L., Smith, P. B. in Mumford, D. M. (1991). Early and late entry to prevent preterm delivery in adolescents. *Adolescents Pediatrics Gynecology*, 4, 143–147.

Wilson, D. B., Smith, B. N., Speizer, I. S., Bean, M. K., Mitchell, K. S., Uguy, L. S. idr. (2005). Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Preventive Medicine*, 40(6), 872–879.

Wolfe, L. A., Preston, R. J. in Burggraf, G. W. (1999). Effects of pregnancy and exercise on maternal cardiac structure and function. *Can J Physiol Pharmacol*, 77, 909–917.

World Health Organization (WHO). (2003). Integrated prevention of noncommunicable diseases. Draft global strategy on diet, physical activity and health. EB 113/44 Add.1.

Yates, C. Y., Boylan, L. M. in Lewis, R. D. (1988). Maternal aerobic exercise and vitamine B6 status. *Am J Clinical Nutrition*, 48, 117–121.

Zachariah, R. (1994). Fetal attachment: Influence of mother–daughter and husband–wife relationships. *Research in Nursing & Health*, 17, 37–44.

Zaletel-Kragelj, L., Fras, Z. in Maučec-Zakotnik, J. (2004). *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije (Značilnosti in povzetek rezultatov raziskave)*. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Završnik, J., Pišot, R., Zorc, J. in Žerjal, I. (2004). *Gibalno/športna aktivnost za zdravje* (Raziskovalno poročilo). Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče.

Zimmerman, D. (1999). Fetal and neonatal hyperthyroidism. *Thyroid*, 9, 727–733.

Zuckerman, B., Alpert, J. J. in Dooling, E. (1983). Neonatal outcome: Is adolescent pregnancy a risk factor? *Pediatrics*, 71, 489–493.

Zupan, J. (1981). Iskanje faktorjev v populaciji žensk, ki najpogosteje pripeljejo do prezgodnjega poroda ter komplikacij pri novorojencu in matematična analiza posameznega faktorja. V *URP, Rizični dejavniki v reprodukciji človeka in neugodni vplivi na rast in razvoj otrok in mladine* (str. 1–16). Ljubljana: Klinični center.

Zver-Skumina, J. (1998). Uživanje droge in nosečnost. *Vita*, 18, 10–11.

Žalar, A., Banič, T. in Scagnetti, N. (2004). Zaščitimo nosečnice, dojenčke in otroke pred pasivnim kajenjem. V *8. nacionalna konferenca o nekajenju, Nosečnost in pasivno kajenje otrok*. Ljubljana: Društvo za promocijo in vzgojo Slovenije.